



EX·LIBRIS



BIBLIOTEKI
AKADEMII
MEDYCZNEJ

W·LUBLINIE

~~1735~~

2404

Subiaco

90582

BIBLIOTEKA UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

(Wydanie Redakcyi Gazety Lekarskiej).

PRZEGLĄD
POSTĘPU NAUK LEKARSKICH

WE WSZYSTKICH GAŁĘZIACH I WE WSZYSTKICH KRAJACH

WYDAWANY POD REDAKCYĄ

DR A P. GIRSZTOWTA.

PROFESSORA FAKULTETOWEJ KLINIKI CHIRURGICZNEJ CESARSKIEGO UNIwersYTETU
WARSZAWSKIEGO.

ZA ROK 1873.

(ROK CZWARTY).

W Drukarni Gazety Lekarskiej.

Ulica Śto-Krzyżka N. 1343 (9 nowy).

1875.

Доволено Цензурою.
Варшава, 13 (25) Мая 1875 года.

№ 206/53/56

PRZEGLĄD POSTĘPU NAUK LEKARSKICH

we wszystkich gałęziach i we wszystkich krajach
za rok 1873.

Farmakologia i Toksykologia.

Sprawozdawca Dr. J. Wyrzykowski, Lek. ord. w Szpitalu Ewang.

A. Farmakologia i toksykologia ogólna.

1) Rossbach, M. J. Ueber die Einwirkung der Alkaloide auf die organischen Substrate des Thierkörpers. Würzb. med. phys. Verhandl. III. s. 346.—2) Köhler, Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der physiologischen Wirkungen der Bitterstoffe auf Blutcirculation und Blutdruck. Prager Vierteljahrsschrift. CXX. s. 49.—3) Grisar, Vincenc. Valerius. Experimentelle Beiträge zur Pharmakodynamik des aetherischen Oele. Bonn. Diss.—4) Buchheim, R. Ueber die scharfen Stoffe. Arch. der Pathol. s. 1.—5) Wood, H. C. An investigation into the action of convulsants. Philad. med. Times. Aug. 2. s. 689.—6) Brunton, Veränderte Wirkung zweier Arzneimittel, wenn sie gleichzeitig in den Organismus eingeführt werden. Centralb. f. d. med. Wissensch. 44.—7) Herwath, Zur Kälteanästhesie. Centralb. f. d. med. Wiss. 14. s. 209.

Rossbach (1) przekonał się, że roztwór białka kurzego, surowicy krwi i płynu mięśniowego mętnieje za dodaniem niesłychanie małych ilości soli alkaloidowych (morfiny, chininy, weratryny, strychniny i atropiny) w niskiej nawet temperaturze, że zmętnienie to występuje w takich nawet roztworach, które z powodu mocnego rozcieńczenia nie mętnieją przez zagotowanie i że w roztworach, które mętnieją za zagotowaniem, dodatek alkaloidów wywołuje osad kłaczkowaty. Z dalszych doświadczeń autor przekonał się, że osady te,

zawsze prawie czysto białe, nie rozpuszczają się w wodzie, lecz tylko w gorącym rozcieńczonym kwasie solnym, że z roztworu zostają napowrót strącane przez fosforo-molibdan sody i przez niektóre inne odczynniki dla alkaloidów, z tego powodu autor uważa je za białkany alkaloidów. Odmiennego działania alkaloidów na protagon i lecytynę R. wykazać nie mógł.

Krew zawierająca alkaloidy na wodę utlenioną działała również katalitycznie jak i krew nie zawierająca ich. Krew zawierająca alkaloidy, lub zmieszana z wodą utlenioną, lub też wolna od obu tych przymieszek pod względem barwy i własności spektroskopijnych nie okazywała żadnych różnic, gdy przeciwnie krew zawierająca jednocześnie i alkaloidy i wodę utlenioną stawała się mniej przenikliwą dla światła żółtego, zielonego i błękitnego, i dopiero za zmniejszeniem grubości warstwy krwi oba prążki oxyhemoglobiny stawały się napowrót widocznymi. Gdy do krwi zawierającej w sobie alkaloidy dodamy siarku amoniaku, wtedy według doświadczeń R., tak samo jak i w krwi wolnej od alkaloidów, występują prążki zredukowanej hemoglobiny; przeciwnie znów przy ogrzewaniu krwi zawierającej lub niezawierającej w sobie alkaloidów prążki oxyhemoglobiny w płynie alkaloidalnym znikają dopiero w wyższej temperaturze, jak to już dawniej Binz i Mathias Müller przekonali się na chininie. Opierając się na tém R. przypuszcza, że alkaloidy nie pozbawiają hemoglobiny jej własności wytwarzania i przenoszenia ozonu, lecz przeciwnie nawet silniej go wiążą z hemoglobina, co zapewne zależy może od połączenia się alkaloidu z hemoglobina.

W końcu R. badał zachowanie się białka względem ozonu pod wpływem działania alkaloidów, przy czém przekonał się, że powinowactwo białka do ozonu za dodaniem alkaloidów zostaje zniesioném już w temperaturze 30°—40°, i że alkaloidy strącają z roztworów białko zozonizowane.

Pobudzony hipotezą Traubego, że ciała gorzkie działają pomyslnie na trawienie prawdopodobnie w ten sposób, że powiększają napięcie w układzie tętniczym, Köhler badał pod tym względem cetrarynę i kolumbinę i przy tém przekonał się, że pod ich wpływem boczne ciśnienie w tętnicach z początku opada, a następnie zwolna się podnosi o 12—18 mm. po nad pierwotny stan, jaki miał miejsce przed zastrzyknięciem. Za przyczynę opadnięcia, które tak samo występuje jak po przecięciu nerwów błędnych lub rdzenia pacierzowego, autor uważa serę i sądzi, że występuje ono niezależnie od podrażnienia ośrodków hamujących, gdyż występuje ono także i po poprze-

dnio spowodzoném porażeniu końcowych gałązek nerwów błędnych. Opadnięcie pod wpływem roztworów cetrarjny wolnych od kwasów jest słabszém jak po użyciu roztworów zawierających kwasy, w każdym jednakże razie jest znaczniejszém jak po użyciu samej wody przekroplonój zakwaszonój, co daje się wytłómaczyć porażającém działaniem na mięsień sercowy, *respect.* na nerwy powodujące jego nastrój (*tonus*), za czém przemawia także ta okoliczność, że po dawkach trujących serce znajdujemy blade, wiotkie i bardzo słabo funkcyonujące. Po dawkach śmiertelnych ciśnienie krwi ciągle opada, bez zmiany przy tém częstości w uderzaniu serca, które dopiero występuje na krótki czas przed śmiercią. Następce podniesienie ciśnienia krwi, jakie występuje po małych dawkach i którego nie dostaje po przecięciu rdzenia pacierzowego, zdaje się zależeć tylko może od podrażnienia ośrodku naczynio-ruchowego.

Grisar (3) pod kierunkiem Binza badał wpływ olejku waleryanowego, rumiankowego, eukalyptowego, kamforowego i kminowego na ośrodkowy układ nerwowy u zwierząt zimno i ciepłokrwistych i przekonał się, że takowe na żaby w dawkach trujących działają mocno upośledzająco na wszystkie sprawy zwierzęce i roślinne, a szczególniej mocno upośledzają czynności odruchowe, które to upośledzenie zazwyczaj poprzedzone bywa stanem podniecenia, jakiego jednakże nie bywa po użyciu olejku eukalyptowego. Upośledzenie czynności odruchowych występuje także po oddzieleniu mózgu i rdzenia pacierzowego, a tém samém nie daje się wytłómaczyć porażeniem ośrodków hamujących odruchy w mózgu. Najmocniej i najdłużej działa kamfora, inne zaś olejki pod tym względem idą w tym porządku, olejek waleryanowy, rumiankowy, eukalyptowy i kminowy. Wspomniane olejki eteryczne działają także i przy sztucznie wywołaném podnieceniu czynności odruchowych, występujące pod wpływem brucyny, strychniny i węglanu amonii, po części działając bezpośrednio na czynności odruchowe w rdzeniu, po części wpływając upośledzająco na ośrodki mózgowe wzbudzające odruchy, jak to G. przekonał się na żabach i królikach. Kamphor cymol w tych dawkach, w których kamfora sprowadzała śmierć królików przy objawach *opisthotonus* nie sprowadzała żadnych zaburzeń u zwierząt téj samej wielkości. Wpływ hamujący na odruchy rzeczonych olejków eterycznych nie rozciągał się na serce, gdyż nie sprowadzają one zatrzymania bicia serca.

Buchheim (4) wystąpił z nową pracą rzucającą pewne światło na ciała tak zwane ostre, z pomiędzy których badał on szczegól-

niej olejek kleszczowinowy i krotonowy. Co się tyczy pierwszego, w tym względzie autor trzyma się zdania pierwotnie już wypowiedzianego, że działanie jego przeczyszczające nie zależy od kwasu rycynowego, lecz od jego zanieczyszczeń ściśle z nim połączonych i nie dających się od niego oddzielić. Olejek krotonowy oprócz lotnych kwasów (kwasu octowego, masłowego, waleryanowego i tyglinowego), które należy uważać za produkty działania tlenu powietrza na kwasy nietłoczne, zawiera jeszcze glicerydy rozmaitych kwasów, i prócz tego kwas oleinowy i krotonowy, który to ostatni niczem innem zresztą nie jest jak krotonem Schlippego, którego natura jako właściwego kwasu tłuszczowego dotąd przeoczana była. Ten ostatni kwas według doświadczeń Buchheima działa nie tylko drażniąco na skórę, ale także i przeczyszczająco i z tego powodu powinien być uważanym jako właściwy działający składnik olejku krotonowego. Kwas krotonowy gotowany z nadmiarem potażu rozkłada się, przy czém tworzy się brunatna gorzka żywica nie rozpuszczalna w eterze, nie wywierająca już żadnego działania na skórę i kiszki. Olejek krotonowy nie zawierający w sobie wolnego kwasu krotonowego na skórę nie działa drażniąco, lecz działa przeczyszczająco z powodu uwolnienia się ze związku kwasu krotonowego pod wpływem działania na niego soku trzuszczkowego. Kwas krotonowy pod względem chemicznym zdaje się być bardzo zbliżonym do kwasu rycynowego, gdyż oba przy suchej destylacji z solami sodowymi wydają *oenanthol*, traktowane zaś kwasem azotnym wydają kwas oenanthylowy, przeciwnie zaś przy ogrzewaniu z potażem gryzącym kwas krotonowy nie wydaje jak kwas rycynowy obok oenantholu kwasu sobacylowego, lecz kwas zbliżony do kwasu korkowego, który B. tymczasowo nazwał kwasem krotonylowym. B. mniema, że w olejku kurkasowym znajduje się także kwas podobny, chociaż nie identyczny ani z kwasem kleszczowinowym, ani z kwasem krotonowym.

Daléj B. badał *Fructus Capsici*, *Frana Paradisi*, *Cardol*, i sumak jadowity; z tych dwa pierwsze zawierają w sobie ciała bardzo zbliżone w swych własnościach do kardolu, gdy tymczasem w liściach sumaku jadowitego zdaje się zawierać sam nawet kardol. Z kapsycyny Mercka, która w rzeczywistości zdaje się niczem innem nie być jak eterowym wyciągiem z pieprzu tureckiego, wydzielił B. tak nazwany przez siebie *capsicol*, płyn brunatnoczerwony oleisty, smaku nadzwyczaj ostrego i działający na skórę niesłychanie silnie drażniąco. Przetwór ten rozpuszcza się bardzo mało w wodzie, na-

tomiast łatwo w wyskoku, eterze, chloroformie i nafeie, a ogrzewany z kwasem azotnym wydaje kwas oenanthyłowy i korkowy. Z ziarnek rajskich wydzielony olejek paradizowy w swych własnościach jest dosyć podobny do olejku poprzednio opisanego, lecz różni się od niego w smaku, ten ostatni przy suchej destylacji wydaje aldehyd, a być może i oenanthol. Z kardolu według B. przy ogrzewaniu z kwasem azotnym otrzymuje się kwas oenanthyłowy i korkowy, ten ostatni w bardzo obfitej ilości. Produkta tego rozkładu pozwalają się domyślać, że kardol i ciała do niego zbliżone pozostają w pewnym stosunku do kwasu rycynowego, od którego t \acute{e} m się różnią, że nie s \acute{a} wcale glicerydami i że nie posiadają wyraźnych własności kwasów.

Wbrew twierdzeniu, że kardol naciąga pęcherze w ciągu 6—8 godzin, Buchheim przekonał się, że działanie to występuje dopiero po 24 godz., a nawet i później, przy cz \acute{e} m spostrzegał, że gdy miejsce zastosowania nie było pot \acute{e} m dokładnie oczyszczon \acute{e} m, przez przeniesienie w małych ilościach kardolu na oddalonych częściach ciała występowała nieraz wysypka ekzematyczna, z których to miejsc przez drapanie znów mogła być przenoszona dalej na inne części ciała. Kardol zadany do wewnątrz w ilości 3—4 kropel nie działa przeczyszczająco, co zapewne zależy od nierozpuszczalności kardolu w wodzie.

Właściwe działanie na sk \acute{o} r \acute{e} liści sumaku B. miał sposobność spostrzegać sam na swoj \acute{e} m przedramieniu po zastosowaniu kilku kropel soku mlecznego. Żucie świeżych liści wywoływało tylko smak lekko ściągający, sok mleczny nie posiadał prawie żadnego smaku i nie wydawał się bardzo ostrym, po pewnym jednakże czasie powodował obrzmienie ust i złuszczenie się nabłonka; B. z liści przez wyciąganie eterem, naftą i wyskokiem (oprócz kwasu garbnikowego, bliż \acute{e} j nieoznaczonego kwasu, wosku i tłuszczu) otrzymywał gęste ciało, na sk \acute{o} r \acute{e} działające podobnie jak kardol, które ze wzgl \acute{e} du na botaniczne powinowactwo sumaka z *anacardiacear.* mo \acute{z} e być bardzo dobrze uważane za kardol.

W ko \acute{n} cu B. dodaje jeszcze, że z *Extractum Pimpinellae spirít.* otrzymał ciało bezazotowe smaku bardzo ostrogo i gryzącego, krystalizujące z roztworu wyskokowego w żółtawo-białe igły, które topiły się w 97 $^{\circ}$, a rozkładają się w 150 $^{\circ}$; ciało te co do stosunków rozpuszczalności podobne było do peucydaniny, rozkładami jednakże chemicznymi bardzo się od ni \acute{e} j różniło. Okoliczność ta dowodzi, że nie wszystkie *umbeliferae* swoją ostrość zawdzięczają olejkom lotnym.

Według Wooda (5) strychnina i weratryna także i po przecięciu rdzenia pacierzowego sprowadzają konwulsje, gdy tymczasem cyaanowodór, akonityna i *Veratrum viride* w tych warunkach pobudzają do kurezów tylko górną połowę ciała. Akonityna u królików wywołuje konwulsje zawsze, u psów zaś tylko wtedy, gdy przez podwiązanie tętnicy domózgowej sprowadzono uprzednio zaburzenia w krążeniu krwi w mózgu. Wood z tego powodu skłonny jest do przypuszczenia, że akonityna, *Veratrum viride* i cyaanowodór sprowadzają konwulsje mózgowe w skutek zaburzeń w krwiobiegu na podstawie mózgu.

Brunton (6) stwierdził na zabach, że jednoczesne użycie strychniny i amylnitritu wywołuje porażenie nerwów ruchowych, czego nie czyni sam jeden amylnitrit, w tym ostatnim razie mięśnie przez pewien czas zachowują swoją pobudzalność, dopóki pod wpływem amylnitritu i innych związków azotowych nie nastąpi szybkie stężenie.

Horvath (7) uczynił spostrzeżenie, że palce zanurzone w wyskoku oziębionym do -5° tracą w zupełności czucie. Tak samo działała gliceryna, gdy tymczasem woda lodowa, eter i rtęć (-3°) sprowadzały silne bóle. Uczucie dotyku w wyskoku -5° utrzymuje się, ale ukłucie odczuwa się jako proste tylko dotknięcie. Dalej H. zauważył, że oparzenia przez zanurzenie w wyskoku oziębionym nie tylko stają się niebolesnymi, ale że wtedy przebieg i zejście bywa daleko pomyślniejszym jak w zwyczajnych warunkach. H. mniema, że fakta te dadzą się z korzyścią zużytkować w chirurgii w celu wywołania znieczulenia miejscowego.

B. Farmakologia szczegółowa.

I. Leki proteinowe i tłuszcz.

Mleko. Pepsyna. Tran.

1). Mokricki, Mleko jako środek przeciwko otyłości. Pam. Tow. Lek. Warsz. s. 328.—2) Hoskin, Pancreatic and its uselessness. Bost. med. and surg. Jour. June. 26. s. 543.—3) Tenże sam. Notes on Pepsin. Tamże May 22 s. 513.—4) Zuntz. Vergleichende Untersuchung im Handel vorkommender Pepsinsorten. Berl. Klin. Wochenschr. 34. s. 403.—5) Carre et Lemoine Nouveau moyen de masquer le saveur de l'huile de foie de morue. Bull. gen. de Thérap. Juill. 15. s. 25.—6) Caspari, Ueber die Geschmacksverbesserung des Lebertrans. Deutsch. Klinik 25. s. 235.

Mokricki (1) ogłosił dwa wypadki skutecznego zastosowania wyłącznej diety mlecznej przeciwko zbytniej otyłości. Do powyż-

szych obserwacji dodany jest dziennik, w którym podano codzienną ilość spożytego mleka, wagę ciała, oraz ilość wypróżnień stolcowych i moczu. Skutek był pomyślnym w obu wypadkach: w jednym wypadku waga ciała po 14 dniach z 389 $\frac{1}{4}$ \mathcal{H} spadła na 362; w drugim wypadku waga ciała po siedmiu dniach z 341 \mathcal{H} obniżyła się do 325 \mathcal{H} . Przy czem autor dodaje, że metoda ta jako tańsza okazuje się daleko dostępniejsza od metody Bantinga, zasadzając się na wyłącznym żywieniu się mięsem.

Hoskin (2) przekonał się, że pankreatyna przytrafiająca się w handlu nie jest w stanie zamieniać tłuszczów na emulsyę, którą to własność posiada świeża trzuszczka.

Ten sam autor (3) przekonał się, że ani pepsyna Boudaulta, ani pepsyna Volpeau, ani inne gatunki amerykańskie pepsyn, ani też wino pepsynowe lub eliksir pepsynowy nie są w stanie roztworzyć skrzepniętego białka; jedynie tylko tą własnością masę odznaczać, „concentrated pepsine” Scheffera z Louisville, przy użyciu jej w stosunku 1 na 100 cz. białka, słabiej nieco działa *saccharated pepsine* téjże fabryki, z której dla osiągnięcia tego samego celu potrzeba użyć o $\frac{1}{3}$ cz. więcej. Wino pepsynowe uważa H. w ogóle za bezużyteczne, gdyż wysoką lub tannina znosi działanie pepsyny, chociaż z drugiej strony podług doświadczeń Hawleya *Vinum pepsini* i *Glycerinum pepsini* roztwarzają ścięte białko, wprawdzie w mniejszym stopniu jak przetwory Scheffera.

Zuntz (4) porównywał między sobą rozmaite gatunki niemieckich pepsyn pod względem ich własności roztwarzania białka, przy zachowaniu warunków zupełnie jednakowych i przekonał się, że *pepsinum actinum* Marquarta na tę samą ilość białka działało roztwarzająco o wiele szybciej (w 40 godzin), aniżeli *pepsinum solutum* Marquarta (w 110 godzin), lub *pepsinum germanicum solutum* Simona (w 240 godzin) i że pierwszy z tych przetworów więcej rozpuszczał białka nie rozpuszczającego się więcej w kwasie solnym (41 pct.), aniżeli oba pozostałe przetwory (11 respect. 9 pct.). Nawet przy rozcieńczeniu pięć razy większym *pepsinum actinum* jeszcze miało przewagę nad innymi gatunkami. Po *pepsinum actinum* najlepszym okazało się *pepsinum crudum* Simona, gdyż w 42 godzin rozpuszczało tę samą ilość białka, którą *peps. act.* rozpuszczało w 32 godzin. Bardzo dobrym okazał się także wyciąg glicerynowy z błony śluzowej żołądka przyrządzany przez Witticha. Przy jego użyciu trawienie trwało 37—38° i przy 41—42° C. nie dawało się spostrzegać żadnej w niem różnicy, okoliczność ta dowodziłaby, że

zaburzenia w trawieniu w przebiegu chorób gorączkowych nie dadzą się wytłumaczyć podniesioną ciepłotą żołądka.

Carre i Lemoine (5) wpadli na myśl zadawania tranu w postaci chleba. Każdy bocheneczek chleba, przyrządzonego według ich przepisu, wagi 120 grm. zawiera w sobie 30 grm. tranu (2 łyżek stołowych) i 38 grm. mleka. Chleb tranowy jest bardzo biały, smak posiada przyjemny, bywa chętnie spożywanym przez dzieci i dobrze znoszonym; według spostrzeżeń Bouchut'a przy pomocy tego sposobu bez trudności można dzieciom dać dziennie 4—5 łyżek tranu.

Według Casparęgo (6) w celu pokrycia nieprzyjemnego zapachu tranu dla dorosłych należy do kieliszka wlać najprzód nieco araku (dla kobiet wystarczy łyżeczka od kawy), a następnie wlać należy tran. Płyn wysokokowy pokrywa dość dokładnie tłuszcz, tak że bez nieprzyjemnego uczucia rozmazywania się po ustach, może być doskonale przełkniętym.

II. Leki ściągające przeciwzimmiczne.

1. Chinina.

1) Binz. Ueber Chinin und Blut. Arch. f. experim. Path. und Pharm. s. 18.—2) Bochefontains. Note sur quelques expériences relatives a l'action de la quinine sur les vibriens et sur les mouvements amoboides. Arch. de physiol. norm. et path. Jonillet. s. 389.—3) Baxter, E. Buchanan. The action of the cinchona alkaloids and some of their congeners on bacteria and colourless blood-corpuses. Practitioner. Nov. s. 321.—4) Kerner, Ueber den Einfluss des krystallinischen und des amorphen Chinins auf die weissen Blutkörperchen und den Eiterbildungsprocess. Arch. f. die ges. Phys. s. 122.

Binz (1) utrzymuje, że chinina powstrzymuje kwaśnienie krwi tak za życia jak i po śmierci (porówn. Przegl. z r. 1871. str. 180), oraz że powstrzymuje przenoszenie czynnego tlenu za pośrednictwem krwi i krystalicznej hemoglobiny, która to ostatnia własność szczególniej dobrze daje się wykazać przy użyciu indygo w roztworze alkalicznym, gdy tymczasem przy użyciu żywicy gwajakowej z początku ma miejsce żywsze utlenianie. Przy indygo powstrzymujące działanie chininy na utlenianie okazuje się już przy użyciu jej w ilości $\frac{1}{5000}$ — $\frac{1}{10000}$. W takim rozcieńczeniu nie okazywały podobnego działania ani chlorek sodu, ani chlorek wapnia, ani siarczan atropiny, daleko słabiej działała strychnina, morfina działała prawie również silnie jak chinina, cynchonina zaś pod tym względem przewyższała nawet chininę. Co się tyczy działania chlorku, siarczanu i węglanu chininy na utlenianie indygo w obecności krwi, w tym

względnie B. nie zauważył żadnej różnicy, o ile alkaliczne oddziaływanie indygo nie było przez to znieśionem. Rozkładającego wpływu chininy na hemoglobinę spektroskopijnie nie dało się wykazać, owszem bardzo nawet słabe prążki hemoglobiny, za dodaniem zasadowej soli chinowej (1:100—1000, lecz nie przy mocniejszym rozcieńczeniu, przez co rozkład przyspiesza się) utrzymywały się przez czas daleko dłuższy, jak bez tego dodatku chininy. Powstrzymującego wpływu na tworzenie się izatyny B. także nie zauważył przy nieobecności barwnika krwi. Opierając się na powyżej przytoczonych okolicznościach B. utrzymuje, że chinina działa przeciwgorączkowo z powodu swjej własności powstrzymywania utleniania, a z drugiej strony ma zmniejszać wędrowanie białych ciałek krwi, które dla swego pobudzenia zdaje się potrzebują się dostatecznie nasycić się tlenem, który w takim razie zabierają od prześlizgujących się koło nich czerwonych ciałek krwi.

Bochefontaine i Vulpian (2) stwierdzają niszczący wpływ chininy na wibryony, jakkolwiek dochodzą do rezultatów nieco odmiennych od wniosków Binza, utrzymują bowiem, że dla zniszczenia takowych potrzeba daleko większych ilości chininy jak podaje ten ostatni autor, tak że dla zwierzęcia wagi 14 kgm. potrzeba wprowadzić przynajmniej 17 grm. lub więcej do krwiobieg u aby zniszczyć wibryony u dotkniętych posocznicą lub malaryą, przy czem naturalnie nie można uniknąć szkodliwego trującego działania chininy. Zresztą Bochefontaine uważa zależność gorączek malaryjnych od wibryonów za bardzo wątpliwe, z jednej strony bowiem w wypadku czwartaczki obserwowanym przez Chouppé'go we krwi znajdowało się bardzo mało ciałek ożywionych w postaci pręcików lub ziareczek, z drugiej zaś strony według doświadczeń Vulpiana częstokroć znajdują się one w dość znacznych ilościach we krwi ludzi zdrowych, prócz tego B. i V. znajdowali je na błonie śluzowej żołądka i kiszek u psów i w pocie na czole.

B. przekonał się przedewszystkiem, że 2 pet. mocno kwaśne roztwory siarczanu i chlorku chininy nie zapobiegają w zupełności powstawaniu bakteriyów, owszem wytwarzają się one tak samo, lecz tylko później i w mniejszej ilości, przeciwnie zaś wibryony odznaczające się wielką ruchliwością w takich roztworach giną w zupełności. Rezultat był taki sam, gdy do roztworów dodawano ciała azotowe. W roztworach siarczanów obficie wytwarzała się pleśń (*penicilium glaucum*), gdy tymczasem kwaśne roztwory chlorków nie ulegały pleśnieniu. W słabych roztworach chlorku chininy (1:5000) wibryony i bakterye

zachowywały swój ruch: jednakowoż dodatek ciał białkowatych nie przyczyniał się do wytwarzania nowych tworów tego rodzaju, nawet pod wpływem ciepłoty 38°, gdy tymczasem istniejące już utrzymywały się dalej przy życiu więcej jak miesiąc i dopiero ginęły za wystąpieniem *penicilium glaucum*, którego wystąpieniu nie zapobiegał rozcieńczony roztwór chlorku chininy. W wodzie przekroplonej zniknęły także wibryony, co prawdopodobnie pozostawało w związku z występowaniem *diatomeae*. Z dalszych mikroskopowych doświadczeń odnoszących się do wpływu chininy (w 2 pct. roztworze) na wymoczki roślinne okazało się, że niektóre z nich jak monady, *vorticellae parametium* utracaly ruch prawie natychmiast, gdy tymczasem u innych jak *bacterium termo* i *bact. capitatum* ruch ten utrzymywał się pół do całej godziny. Monady ginęły zawsze wcześniej jak *spirillae*, wibryony i bakterye. We krwi przy posocznicy według B. bakterye opierały się więcej jak godzinę przy użyciu siarczanu chininy (1:500), gdy tymczasem wibryony utracaly swój ruch bardzo szybko. Ten niszczący wpływ według B. może po prostu zależeć od kwasów użytych do otrzymania steżonych roztworów chininy, gdyż tak samo kwas siarczany, a szczególnie kwas solny szybko zabijały większe wymoczki nie niszcząc przy tém bakteryj, gdy będą użyte w odpowiednich stosunkach z wodą przekroploną. W 1 pct. obojętnych roztworach chlorku chininy B. po miesiącu oprócz nitczek i nieznacznej ilości nieruchomych lub wahałdowo poruszających się bakteryj nie spostrzegal żadnych wymoczków; wibryony w krwi zgnilęj pod wpływem takiego roztworu ginęły bardzo szybko, natomiast na bakterye nie wywierał on żadnego działania; za dodaniem ciał azotowych roztwór taki nie zapobiegał gniciu i występowaniu wibryonów. Na wymoczki w nalewkach roślinnych obojętny chlorek chininy działał tak samo jak i sole kwaśne, tak iż niszczący wpływ chininy na ziarninę i twory laseczkowate był bardzo mało wyraźny.

Co się tyczy wpływu chininy i innych alkaloidów chininy na ciała gnijące i twory zwierzęce mikroskopowe, w tym względzie Buchanan Baxter (3) ogłosił studjum wyczerpujące oparte na własnych doświadczeniach, z pracy téj okazuje się, że chinina jest najodpowiedniejszym środkiem do niszczenia tworów niższych zwierzęcych i najlepiej zapobiega ich rozmnażaniu się, gdyż chlorek chininy w stosunku 1:400 niszczy prawie zupełnie ich ruch, a w stosunku 1:250 znosi zupełnie ich zdolność do rozmnażania się. Prawie podobnie okazały się działającymi pozostałe alkaloidy chinowe, a przede-

wszystkiem chinidyna, dalej cynchonidyna i w końcu cynchonina. Podobnie jak chinina działał również także silnie siarczan beberyneu; również skuteczną chociaż słabiej działającą okazała się strychnina i siarkokarbolan sody; przeciwnie działał także siarkon sody (słabo) lecz bynajmniej nie podsiarkon sody; beberyna i eskulina nie działały przeciwnie. Pikrynian potażu działał przeciwnie prawie równie silnie jak chinina. Z niszczącego działania pojedynczych środków na twory zwierzęce według B. nie należy jeszcze wnosić, ażeby ciała te w równej mierze miały zapobiec pleśnieniu; chlor-nik rtęci na twory zwierzęce działa trująco i również także powstrzymuje rozwój pleśni. Ze względu na przeciwnie działanie w ustroju B. zauważył, że chinina wprowadzona do krwi w dawce o ile można jak największej, być może, że powstrzymuje zmiany właściwe posocznicy, lecz do zabiicia niższych tworów zwierzęcych przyczynić się nie może.

Doświadczenia dokonane z krwią kretów nad działaniem chininy na bezbarwne ciała krwi doprowadziły Baxter'a do wniosku, że chinina i inne alkaloidy chinowe zapobiegają ich wędrowaniu przy użyciu alkaloidów w stosunku 1:1500, ażeby zaś znieść ruch ich wypustek należało użyć daleko jeszcze silniejszych roztworów. Siarczan beberyneu działał w tym względzie również silnie jak chinina, przy czem jednocześnie jądra w czerwonych ciałkach występowały wyraźniej; pikrynian potażu działał o wiele słabiej, eskulina zaś nie wywierała żadnego wpływu.

2. Liście rozdrębu kulistego.

1) G i m b e r t, Étude des applications thérapeutiques de l'eucalyptus globulus Arch. gén. de méd. s. 129.—2) B i n z, Ueber die Wirkung des Eucalyptols. N. Repert. der Pharm. s. 342.—3) K o c h E m i l, Versuche mit. *Tinct. Eucalypti* als Fiebermittel gegen Intermitens. Diss. Göttingen.

W uzupełnieniu swój pracy o rozdrębie kulistym ogłoszonej w r. 1870 G i m b e r t ¹⁾ obecnie zastanawia się nad składnikami chemicznymi jego liści. Za głównie działający składnik uważa olejek lotny zawierający azot (eukalyptol), z liści na w pół suchych można otrzymać tego olejku w ilości 6 pct. Olejek eukalyptowy G. uważa za

1) L'eucalyptus globulus; son importance en agriculture, en hygiène et en médecine. Paris.

bardzo dzielny środek przeciwnilny, który powstrzymuje rozkład krwi i ropy tak długo jak wyskok fenylowy (pięć miesięcy i dłużej) i w tym względzie przewyższa o wiele olejek terpentynowy (4—5 dni) i kwas pruski; wstrzyknięty do krwi u zwierząt nadaje im właściwy zapach i zapobiega ich gniciu. Prócz tego olejek eukaliptowy zapobiega pleśnieniu i występowaniu wibryonów.

Krew zmieszana bezpośrednio z olejkiem eukaliptowym przybiera szybko barwę czerwonorożową; ciałka krwi nabrzmiewają z zachowaniem z początku swych zarysów, zwolna odbarwiają się, przy czém hemoglobina rozтворя się w surowicy krwi, w końcu krew po 24 godzinach przyjmuje ciemno-brunatną barwę.

Opierając się na tém, i z uwagi, że olejek eukaliptowy nie jest ciałem ostrém i w dużych dawkach nie jest szkodliwym, G. mniema, że da się on z korzyścią zastosować, tak zewnątrznie przy zgorzeli, przy zgorzeli szpitalnej, przy wszelkich ropieniach cuchnących, dla odświeżania powietrza w szpitalach, jak również i wewnątrznie przy rozmaitych processach rozpadowych, przy ropieniu, jak również i w chorobach zakaźnych. Co się tyczy fizyologicznego działania olejku eukaliptowego u ludzi i zwierząt w tym względzie G. utrzymuje, że olejek ten na błonach śluzowych, z któremi przychodzi w zetknięcie sprowadza przekrwienie, zażyty w ilości kilku kropel sprawia uczucie zimna w ustach, przelyku i żołądku, w ilości $\frac{1}{2}$ —1 dr. wywołuje palenie i ból w żołądku, a nawet i w kiszce, po 10—20 kroplach z początku tętno się przyspiesza, następuje ogólne podniecenie w niewielkim stopniu, objawiające się wesołością, zwiększeniem apetytu, powiększeniem sił ciała, a niekiedy i pobudzeniem popędu płciowego, które to podniecenie nie kończy się wyczerpaniem, jak się to spostrzega przy makowcu, lecz następuje po niém rzeźwość umysłu i wyborny sen, na co mianowicie duży nacisk kładą osoby nerwowe. U niektórych osób mogą także występować objawy gorączkowe, u innych ból połowiczny głowy (po wdychaniu), lub bicie serca (w jednym wypadku po 10 kroplach). Po dłuższém zadawaniu w małych dawkach w miejsce podniecenia występuje stan spokoju ze zmniejszeniem napięcia w tętnicach a nawet i z obniżeniem ciepłoty o kilka dziesiątych. Po bardzo wielkich dawkach ciepłota spada o 1—1 $\frac{1}{2}$ °, oddech staje się częstszym i głębszym, tętno się zwalnia i następuje stan upadku sił z upośledzeniem czynności odruchowych i skłonnością do snu, przy czém jednakże nie występują ani odurzenie (*stupor*), ani zmiany w zrenicach, objawy te występują po największej części u ludzi starych i szybko ustępują po wypiciu filiżanki kawy. U zwie-

rząt dawki działające trująco wywołują zniesienie odruchów i uczucia i w końcu przy ciągłym obniżaniu ciepłoty i wzrastaniu porażenia sprowadzają śmierć, rzadko kiedy tylko poprzedzoną konwulsjami. G. jest zdania, że zachowanie się ciepłoty jest najlepszą wskazówką dla wielkości dawki w danym wypadku; w razie zaś jej obniżenia mamy wskazanie do zadania kawy.

U pewnego starego człowieka, który przez pomyłkę zażył 80 kr. na raz olejku eukalyptowego, nastąpiło silne rozgrzanie całego ciała, napływ krwi do głowy i porażenie przy zachowaniu przytomności; uleczenie nastąpiło w $\frac{1}{2}$ godz. po wypiciu filiżanki kawy. U pewnej suchotnicy 10—15 kr. wywołało już odurzenie. U zwierząt tkanki i organa znajdował zawsze bezkrwistemi.

Olejek eukalyptowy wydziela się przeważnie przez płuca, przy zadaniu go w ławatywie oddech przyjmuje także zapach rzeczonygo olejku. Ponieważ środek ten przechodzi przez płuca, przeto przez pobudzenie naczyń i ich skurczenie może zmniejszać ilość wydzieliny w drogach oddechowych, z drugiej zaś strony szczególnie przy dłuższym zadawaniu może drażnić błonę śluzową i u suchotników może wywoływać kaszel i sprowadzić krwioplucie. Mocz już po zażyciu kilku kropel olejku eukalyptowego nabiera zapachu fiołkowego, którego nie bywa przy zadawaniu sproszkowanych liści rozdrębu. Olejek eukalyptowy może także usuwać istniejące zapalenia w pęcherzu, cewce moczowej i nerkach. Mocz przy zażywaniu olejku posiada barwę jasno-żółtą, przy zażywaniu liści czerwoną i zawiera nadzwyczaj znaczne ilości mocznika, z tego powodu G. jest zdania, że środek ten może być bardzo pomocnym przy skłonności do wytwarzania się moczanów. Przeziw skórny po dużych dawkach olejku posiada wyraźny także jego zapach, działa on niewątpliwie napotnie i u niektórych osób wywołuje różyczkę przy objawach gorączkowych.

Osoby nerwowe daleko gorzej znoszą olejek eukalyptowy jak osoby limfatyczne, przy takiej nietolerancji należy go zadawać w ławatywach w połączeniu z makowcem. U niektórych osób po jego zażyciu występuje ból w brzuchu i stolce zielone, guzy hemoroidalne w czasie jego zażywania niekiedy giną w zupełności.

Gimbert podaje kilka przepisów dla zadawania przetworów rozdrębu: jako środek kojący przy bólach G. poleca przykładać ten olejek zewnętrznie na flaneli w ilości kilkunastu kropel, lub wcierać go w postaci maźdła (z 5 cz. oliwy lub z $1\frac{1}{2}$ cz. gliceryny, z 2 cz. mydła i $6\frac{1}{2}$ cz. wysoku 90%), prócz tego zadaje go wewnętrznie w kapsułkach po 5—10—20 kr. w czasie jedzenia lub w ławatywie w po-

staci emulsji z gumą. *Aqua eucalypti destilata* daje się z korzyścią zastosować jako rozczynnik dla mieszanek podniecających, bardzo dobrze nadaje się także do wstrzykiwań, obmywań, wecierań (i służy do przyrządzania *syrupii eucalypti*, który G. zadaje dzieciom od 1 do 6 łyżeczek kawianych *pro die*. Liści używa G. do przyrządzania kąpieli podniecających. Dalej liście zadaje w naparze (1 : 10) lub w proszkach (15 gr.—1½ dr.: większe dawki źle bywają znoszone). Prócz tego G. zaleca jeszcze wyciąg wyskokowy i eterowy (po 15—30 gr. dziennie w pigułkach) lub nalewkę: tę ostatnią po olejku eukalyptowym uważa za przetwórną najlepszą, używa jej zewnętrznie dla desinfekcyi sal szpitalnych i wewnętrznie po 15—30 gr. *Vinum eucalypti* według G. ma psuć trawienie. Przy *stomatitis chronica* G. zaleca liście do żucia.

Co się tyczy terapeutycznych skutków otrzymanych przez G., w tym względzie zasługuje na przytoczenie: wyleczenie nieżytu nosa za pomocą przepłukiwań jamy nosowej nalewką, dalej szybkie uleczenie ran i wrzodów odrętwiałych przez pokrywanie ich liśćmi rozdrębu (nawet przy wrzodach żyłakowatych, zgorzeli szpitalnej, a nawet i przy bardzo rozległych owrzodzeniach). Przy owrzodzeniach po ospie przy podobnym postępowaniu otrzymywał autor również pomyślny rezultat. Wyborne działanie nalewki w tego rodzaju cierpieniach potwierdza także Demarquay. Na świeże rany rozdręb działa niepomyślnie i drażniąco. W nieżycie oskrzeli w okresie ostrym środek ten również okazuje się niewłaściwym, natomiast według spostrzeżeń G. działać ma nadzwyczaj pomyślnie przy przebiegu przewlekłym lub pod ostrym, w których to razach G. zadaje olejek od 1—2 kapsułek, dochodząc stopniowo do 5 i 6 kapsułek, również pomyślnie działającym okazał się w tym cierpieniu i przy powikłaniu z kokluszem i skłonności do atakowania szczytów płuc. W suchotach płucnych G. znalazł olejek eukalyptowy szczególnie dobrze działającym przy wieczornych exacerbacjach połączonych z obfitem wydzielaniem płwociny ropiastej, w których to razach środek ten ma zmniejszać gorączkę i ograniczać ilość wydzieliny, nie przynosząc przy tém żadnej szkody chojemu, jeżeli tylko lek ten będzie zadawanym w krótkich odstępach czasu nie dłużej jak przez dni 3 do 4-ch. U suchotników żołądek czasami nie znosi tego przetworu.

W klinice w Getyndze (3) doświadczenia dokonywane z nalewką eukalyptową na dwóch chorych dotkniętych zimnicą i na jednym chorym cierpiącym na nerwoból przestankujący, dały rezultat ujemny i należało się uciec do chininy, która szybko usunęła napady.

Binz (2) na mocy doświadczeń z mięsem, białkiem i krwią potwierdza przeciwnie działanie olejku eukalyptowego, który w tym względzie ma przewyższać nawet chininę. Autor ten przekonał się, że przetwór rzeczony powstrzymuje rozwijanie się bakterii we krwi, że wstrzymuje fermentacją drożdżową, przemianę tanniny w kwas gallusowy, że niedopuszcza gnicia kwasu winnego; natomiast wilgotne liście rozdrębu doskonale ulegają pleśnieniu. Na białe ciała krwi, na wytwarzanie czynnego tlenu przez protoplazmę i na przenoszenie ozonu przez barwnik krwi rozdręb nie wywiera żadnego wpływu. Doświadczenia z zębami wykazały, że rozdręb w dawkach trujących upośledza czynności odruchowe przez bezpośrednie działanie na rdzeń, co miało miejsce i u królików nawet przy otruciu brucyną lub węglanem amonii: Duże dawki u królików zdrowych i chorych a także i u ludzi obniżają ciepłotę. B. zwraca przytem uwagę na łagodne działanie olejku eukalyptowego, gdyż 4 skr. zażyte w ciągu 2 godzin nieznacznie tylko zmniejszyły częstość tętna i spowodowały tylko ciężkość w członkach, a ani razu nie spowodowały zapalenia nerek. Mocz już w pół godziny po zażyciu olejku wydawał mocny jego zapach, na jego powierzchni unosiła się wyraźnie brunatnawa powłoczka (po 2 $\frac{1}{2}$ dr.), zawierająca w sobie brunatną aromatyczną żywicę. W oddechu jeszcze na 2-gi dzień wyczuć można było zapach olejku. Pewna część przechodzi przez kiszki i działa trująco na wnętrzaki.

W trzech wypadkach gorączki przyrannej i w jednym wypadku ostrego gośca olejek eukalyptowy obniżył gorączkę, gdy tymczasem okazał się nieskutecznym w gorączce trawiącej u suchotników i w jednym wypadku zastarzałej zimnicy czwartaczki połączonej z obrzmieniem śledziony.

III. Leki garbnikowe podniecające.

1. K a w a.

Curschmann. Ein Fall von Kaffeintoxication. Deut. Klin. s. 377.

Curschmann opisuje wypadek, zakończony wyzdrowieniem, otrucia naparem kawy, przyrządzonym z 250 grm. świeżo i lekko upalanej kawy i 500 grm. wody wrzącej, który wypila od razu pewna młoda kobieta, cierpiąca na niedokrwistość, z obawy ciąży. Wypicie tego napoju, zawierającego co najmniej 16—20 gr. czystej kofeiny, wywołało co najwyżej w kwadrans stan nadzwyczajnej obawy połączonej z zaduszaniem, w czasie którego chora chwyciła się otaczających przedmiotów i osób, chora przy tém była nieprzytomna, gdyż jakkolwiek

poznawała otaczających, lecz na drugi dzień nie pamiętała nic co się z nią działo i odpowiadała dopiero na kilkakrotnie powtórzone zapytania; oddech był mozolny, krótki i szybki, uderzenia serca nadzwyczaj silne i głośne; twarz była blada, ciepłota ciała nie podniesiona, tętno częste (112), twarde i ściągnięte. Po godzinie wystąpiła biegunka połączona z parciem, stolce następowały co $\frac{1}{2}$ godziny aż do wieczora, obok tego oddawanie moczu było oblite i połączone z napieraniem (cięż. wł. moczu 1014). Objawy chorobne przeciągnęły się do drugiego dnia, zdradzając się zmęczeniem, niepewnością w chodzeniu, zawrotem i bólem głowy, skłonnością do wymiot, obok tętna przestankującego; na drugi dzień po otruciu wystąpiła regularność zupełnie prawidłowa. C. wyprowadza zaburzenia w krążeniu od podrażnienia ośrodka naczynio ruchowego w układzie nerwowym, duszność zaś tłumaczy pod części oddziaływaniem owych zboczeń w krążeniu na płuca, po części zajęciem samego rdzenia przedłużonego, po części wpływem psychicznym.

2. G u a r a n a.

Magdowall W. Notes on Guarana. Practitioner. Sep. s. 161.

Magdowall przytacza liczne wypadki bólu nerwowego głowy występującego paroksyzmami i wielokrotnie połączonego z wymiotami, które to napady stawały się o wiele krótszemi lub w zupełności ustępowały przy użyciu gwarany w samym początku napadu w ilości $\frac{1}{2}$ dr. Przy stanach podrażnienia występujących na tle padaczki skutek był nie tyle pomyślnym jak przy użyciu ergotyny. U osób zdrowych pomimo zadawania bardzo dużych dawek (10 dr. dziennie w ciągu tygodnia) nie zauważano żadnego fizyologicznego działania (niekiedy i to nie zawsze występowało zaparcie stolca).

IV. Leki ściągające metaliczne.

1. O ł ó w.

- 1) Lewis, Bevan. Lead poisoning. Med. Tim. and Gaz. Jan. s. 64.—
- 2) Leidesdorf, Max. Ein Fall von saturniner Epilepsie mit Geistesstörung. All. Wiener med. Zeitung s. 561.—3) Gaffky, Georg. Ueber der ursachlichen Zusammenhang zwischen chronischer Bleintoxication und Nierenaffection. Berl.—4) Bouehut, E. Intoxication saturnine suivie de mort chez un enfant de 8 jour, produite par l'eau de Mme Delacour, mise sur les gerçures du sein de la nourrice Gaz. des Hôp. 1.

Lewis (1) opisuje sposób postępowania z blyszczem ołowianym, jaki jest praktykowany w Anglii, przy czem zwraca uwagę na nie-

bezpieczeństwa, na jakie są wystawieni robotnicy przy tem pracujący. Przedewszystkiem błyszczy w tak nazwanych *Calaner-men* bywa wypalaniem, które to postępowanie robotników tem zajętych nie naraża na istotne niebezpieczeństwa, gdyż wywiązujące się przytem pary kwasu siarkowego przez stosowne urządzenie zostają odprowadzone; szkodliwym tylko okazuje się mieszanie zawartości w piecach dokonywane co 15—20 minut i następnie opróżnianie pieców, z powodu wywiązania się przy tém szkodliwych gazów, czemu zapobiedz by było można noszeniem przez robotników respiratorów, których dotąd jednakże nie używają. Drugą częścią roboty jest topienie wypalanej rudy ołowianej z kawałkami żelaza w piecach tak zwanych *Furnace-men*, które również okazuje się zupełnie nieszkodliwym dla zdrowia robotników. W trzeciej części dopiero roboty, gdzie idzie o oddzielenie ołowiu bogatego w srebro od reszty metalu, dokonywanych w piecach tak zw. *Pot-men*, i nakoniec w czwartej części gdzie idzie o wydzielenie srebra przez utlenianie ołowiu dokonywane w piecach tak zwanych *Rafinery-men*, robotnicy wystawieni są na rzeczywiste niebezpieczeństwa. Prawie wszyscy robotnicy pracujący w *pot-men* ulegają charłactwu ołowiemu i podlegają napadom kolki ołowianej; mając bowiem za zadanie wydobywać z roztopu durszlakami części ołowiu uległe utlenieniu, wystawieni są na ciągłe jego wyziewy. L. aby zmniejszyć niebezpieczeństwo otrucia ołowiem usilnie domaga się aby urządzoną była dobra wentylacya w podobnego rodzaju zakładach, radzi aby podłogi były ciągle wilgotne, by tym sposobem uniknąć było można pyłu, zaleca robotnikom w czasie roboty nosić odmienne ubrania, obmywać często ręce, szczególnie przed każdym jedzeniem, nosić respiratory, wypłukiwać usta rozcieńczonym octem i od czasu do czasu radzi zażywać sól gorzką i pić lemoniadę z kwasu siarczanego. Niestety robotnicy przejęci płonną obawą, by nie zmniejszono im płacy, niechęć nosić respiratorów, wiedząc że robota ich stałaby się przez to mniej niebezpieczną.

Wypadek obserwowany przez Leidesdorfa (2) stanowi ważny przyczynek dla bliższego poznania *encephalopatiae saturninae*. W wypadku tym chory malarz, oddawna cierpiął na padaczkę (*epilepsia saturnina*) w połączeniu ze zboczeniami w sferze umysłowej, pomimo to za życia w moczu nie znajdowano ani śladu białka: przy oględzinach po śmierci nastąpisz przy objawach odurzenia (*coma*), nerki znalezione zupełnie prawidłowemi, tak iż konwulsye poprzedzające stan odurzenia nie mogły być położone żadną miarą na karb

mocniejszy (*uracmia*), przedźj zatem przypuścić można, że objawy mózgowy zależały od niedokrwistości i obrzęku mózgu. które to zmiany zostały stwierdzone przy seceyi.

Z objawów za życia bardzo wiele podobnych było do objawów przytrafiających się przy obłędzie pijackim, mianowicie spostrzegało się drzenie członków, nieprzytomność jakby po upiciu się. Istota mózgowa i błony mózgowy nie przedstawiały żadnych zmian w swęj budowie; w mózgu zaś ołów dawał się wykryć w nieznacznych ilościach.

Gaffky (3) opisał wypadek kolki ołowianej u kobiety trudniącej się malowaniem tapet farbami ołowianemi, u której w czasie rzezonego napadu wystąpił białkomocz i który ustąpił jednocześnie z ustaniem napadów kolki; autor rzeczony mniema, że tego rodzaju białkomocz występuje w czasie przewlekłego zatrucia ołowiem w skutek zmian w nerwach naczyniowych brzucha, a mianowicie w gałązkach nerwu sympatycznego przebiegających w pośród nerwu trzewiowego. Opierając się na dwóch drugich historyach chorób, gdzie w przebiegu zakażeń ołowiem bez żadnej innęj przyczyny wystąpiło zapalenie nerek, G. wypowiada swoje zdanie, że przewlekłe zatrucie ołowiem należy uważać za jeden z momentów usposabiających do występowania chorób nerkowych.

Białkomocz w połączeniu z chorobą Brighta, która to ostatnia choroba prawdopodobnie spowodowała śmierć, były obserwowane w Salpêtrière przez Gombaulta u pewnej 48-letniej choręj, która od najmłodszych swych lat trudniła się kolorowaniem rycin, mając przytém zwyczaj wilgoci pendzelek śliną i trzymać go w ustach, przez co na dolnej wardze wystąpiło nawet sztywne szare zabarwienie, utworzone, jak analiza wykazała, z siarku ołowiu. Wypadek ten zasługuje szczególnięj na uwagę z powodu cierpienia układu mięśniowego, które rozwinęło się po przebytych napadach kolki i z początku objawiało się tylko jako osłabienie mięśni ramieniowych, cierpienie to z wolna postępując doprowadziło do zaniku mięśni i w końcu przeszło także i na kończyny dolne. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono trojakięj rodzaju zmiany w mięśniach: 1) w jedném miejscu mięśnie były nieco cieńsze jak zazwyczaj, pod każdym zresztą innym względem, były prawidłowe; 2) były żółtawe, lub żółto-brunatne, lub prawie bezbarwne, jak mięśnie ryb, przy czém objętość ich była daleko mniejszą jak w ostatnim okresie zaniku mięśni; 3) w swym wyglądzie podobne były do szynki wędzonej, objętość ich była znacznie powiększoną, barwa brunatnoczerwona, były twarde jak drzewo

i nadzwyczaj niepodatne, na przecięciu suche i połyskujące i przetrnięte siatką szarawych beleczek. Ta ostatnia forma przerodzenia przytrafiła się szczególnie w łydkach, chociaż zdarzało się także, że w jednym i tym samym mięśniu obok siebie przytrafiły się wszystkie te trzy formy. W ramieniu oprócz pojedynczych mięśni częściowo przerodzonych reszta była albo prawidłową lub uległa zanikowi, zanikniętymi były prawie wyłącznie te mięśnie, które zaopatrywane były w *ramus profundus* lub *muscularis nervi radialis*, a zatem mięśnie na powierzchni grzbietowej przedramienia z wyjątkiem tylnych mięśni łokciowych; mięśnie położone na zewnętrznej stronie w górnych swych częściach były zanikniętymi, w dolnych prawidłowymi. Na dolnych kończynach cierpienie mięśni zajmowało części symetryczne, mięśnie na przedniej stronie uda z wyjątkiem szewckiego i prostego wewnętrznego okazywały się prawidłowymi, gdy tymczasem mięśnie położone na tylnej powierzchni w lewej kończynie były ciemno czerwone i nadzwyczaj twarde, w prawej zaś były nieco żółte i znajdowały się w stanie nieznacznego zaniku. Na gołeniach mięśnie z tyłu okazywały się mocno przerośniętymi i stwardniałymi, na przedniej powierzchni w lewej kończynie okazywały stan ten sam, w prawej zaś kończynie były zaniknięte i tłuszczowo przeistoczone. Na stopie lewej zginacz palców krótki był w stanie zupełnego zaniku, z prawej zaś strony był w objętości powiększonym i twardszym jak zazwyczaj. W pozostałych mięśniach nie zauważano żadnych zmian.

Z mikroskopowego badania okazało się, że rdzeń pacierzowy wraz z korzeniami nerwów był zupełnie prawidłowym, natomiast nerwy obwodowe były mocno zmienione, w niektórych z nich myelina zupełnie zanikła i pozostały się tylko same pochewki wraz z zawartymi w nich jądrami jajowatymi; na poprzecznym przecięciu stwierdzono znaczne powiększenia jąder w tkance łącznej położonej między pojedynczymi pęczkami i zgrubienie jej w pobliżu naczyń, prócz tego dawało się widzieć powiększenie jąder i w samych tkankach nerwowych. W niektórych cewkach nerwowych cylinder osiowy zachował się i był otoczony nieznaczną ilością myeliny. Co się tyczy zmian anatomicznych w mięśniach zanikniętych, to z wyjątkiem mięśni woskowato przerodzonych znaleziono wszelkie formy właściwe postępowemu zanikowi mięśni, najczęściej znajdowano proste powiększenie objętości z zachowaniem poprzecznego prążkowania, rzadziej przerodzenie tłuszczowe lub ziarniste, które przechodziło aż do zupełnego zaniku. Nerwy mięśniowe i naczynia były również przeistoczone.

W mięśniach odznaczających się swoją twardością nie tylko stwierdzono powiększenie objętości włókien mięśniowych, ale także wykazano w wielu miejscach bujanie tkanki łącznej i powiększenie jąder. G. jest zdania, że ostatnia ta zmiana jest pierwszym okresem dalszych i głębszych zmian.

Bardziej do ostrych wypadków otrucia ołowiem należy wypadek opisany przez Bouchut (4); otrucie to miało miejsce u dziecka ośm dni liczącego, które ssało pierś obmywaną z powodu zranienia brodawek wodą pani Delacour, składającą się głównie ze stężonego roztworu cukru ołowianego. Choroba objawiła się mocnym rznięciem w brzuszku i uporczywem zaparciem stolca i po sześciu dniach zakończyła się śmiercią dziecka.

2. C y n k.

1) Popoff, L. Ein Fall v. chronischer Vergiftung mit Zinkoxyddämpfeu, nebst Experimenten ueber die Wirkung einiger antifermentativer Mittel. Berl. Klin. Wochenschr. s. 49. 2) Berry, Wilian On oxyde of zinc in the treatment of diarrhoea. Practitioner. s. 356.

Popoff (1) opisał wypadek obserwowany w klinice Botkina zwięzienia odźwiernika zależącego od przerostu ścian żołądka, który rozwinął się w następstwie przewlekłego nieżytu żołądka, jaki zdaje się wystąpił pod wpływem przebywania chorego przez długie lata w atmosferze przesyconej parami cynku.

Chory od 1½ miesiąca ciągle wymiotował; od 12 lat pracował w giserni, gdzie powietrze przesycone było parami tlenu cynku, przesylenie to szczególnie było mocne w czasie zimnej pogody, przy której przewietrzanie było prawie zupełnie niemożliwem; od pewnego czasu codziennie po powrocie do domu z roboty cierpiał na mocny ból głowy, doznawał dreszczy, kurczów w nogach, szczególnie w łydkach, mdłości i wymiot, niekiedy występowała bardzo silna biegunka. W podobny sposób chorowali i inni robotnicy w tej fabryce, gdy tymczasem u innych występował kaszel, duszność i krwioplucie. Objawy te wystąpiły, pomimo że chory zaskaniał usta i nosił wilgotną gąbkę, która jednakże nie zapobiegała w zupełności osiadaniu nalołu cynkowego w otworze nosa i ust. W wymiotach P. znajdował obficie z jednej strony sareynę i grzybki drożdżowe, z drugiej strony kwas octowy i masłowy, ze względu na powyższe produkta dowodzące fermentacyi, chory miał przepisaną wodę chlorową, przy takim leczeniu znikły wprawdzie objawy fermentacyi, odbijanie i wzdę-

cie ustąpiło, lecz wymioty trwały dalej; autor uważając stan rzeczony za przesyćenie ustroju cynkiem w dalszym ciągu podawał choremu z pomyślnym skutkiem *rheum* obok diety mięsnej i zalecał ławatywy z wody w celu pokonania uporczywego zaparcia stolca. U chorego tego spostrzegano się jeszcze prócz tego porażenie prawej połowy twarzy i prawej ręki, które prawdopodobnie także zależały od zatrucia cynkiem. W moczu dawał się wykryć cynk, pomimo że chory już od 2 $\frac{1}{2}$ miesięcy nie miał do czynienia z tym metalem.

Ze względu na masy wymiotowywane, odznaczające się wielką skłonnością do fermentacji, dokonywane były doświadczenia nad własnościami przeciwfermentacyjnymi wody chlorowej, nadmanganianu potażu, wody utlenionej i brucyny; z tych doświadczeń okazało się, że najsilniej powstrzymuje fermentację woda chlorowa i woda utleniona, gdy tymczasem benzol w tym względzie nie wywierał żadnego zgoła działania. Woda utleniona przy dłużej trwających doświadczeniach działała nawet silniej przeciwfermentująco jak woda chlorowa. Również dobrym okazał się w tym względzie sok żołądkowy psów. Woda kreozotowa, sublimat i chinina również także w pewnej mierze zmniejszały fermentację.

Berry (2) zachwala tlenek cynku w biegunce, szczególniej u dzieci ząbkujących i źle odżywionych, jak również i w biegunkach przewlekłych u osób dorosłych.

3. Srebr o.

Rouget, Charles. Recherches sur l'action physiologique de l'absorption des sels d'argent. Arch. de physiol. norm. et pathol. Juill. s. 333. 2). Hu et. Recherches sur l'argyrie. Jour. de l'anat. et de physiol. s. 408.

W celu dokładniejszego wyjaśnienia działania soli srebra na układ nerwowy, Rouget (1) wykonał liczny szereg doświadczeń na wielkiej liczbie zwierząt z najrozmaitszych klas, przy czém używał wodnego roztworu azotanu srebra (1:100--400) lub podsiarkonu srebra, które stosował po części na powierzchnię zewnętrzną ciała (u ziemnowodnych), po części zaś zastrzykiwał podskórnie lub do worka otrzewnej.

W żadnym wypadku, nawet po zastrzyknięciu 10 gr. podsiarkonu srebra pod skórę u psów, nie następowała szybko śmierć, jak to ma miejsce po zastrzyknięciu bezpośrednio do żył. Trzy grana soli, które przy wprowadzeniu tej ilości bezpośrednio do krwiobiegu według Rabuteau i Mouriera sprowadzają śmierć psa we 20 minut, zwie-

rzęta znoszą jeszcze bardzo dobrze. U psów i kotów jako pierwsze objawy otrucia występowały wymioty (1—2 razy) oraz biegunka. gdy tymczasem zaburzenia w sferze ruchu i ze strony narządu oddychania występowały dopiero po kilku minutach. U wszystkich zwierząt steżenie pośmiertne występowało wkrótce zaraz po śmierci, u niektórych nawet steżenie to było bardzo już wyraźnem jeszcze za życia, jak np. u raków gołębi, wróbli po siarkonie srebro, u żab w tylnych kończynach po zaurzeniu w roztworze azotanu srebra. U wszystkich zwierząt występowało albo osłabienie mięśni i odrętwienie, które później przechodziło w zupełny bezwład, albo też drgawki tępcowe i kloniczne. Czucie i czynności odruchowe utrzymywały się dłużej niż oddechanie, nerwy ruchowe zachowują swoją pobudzalność jeszcze i po śmierci, oddechanie zatrzymuje się na krótki czas przed ustaniem drgawek i ruchów dowolnych, czasami jednakże zatrzymuje się dopiero po ustaniu tych ostatnich. Tylko u psów i kotów dorosłych znajdowano przekrwienie i wodną puchlinę płuc, oraz nagromadzenie płynu pianistego w oskrzelach, gdy tymczasem u wszystkich innych zwierząt kręgowych oddechających płucami płuca okazywały się prawidłowemi i najczęściej ściągniętymi. Bicie serca utrzymywało się zawsze dłużej jak oddechanie, u żab i kijanek utrzymywało się dłużej przez kilka godzin, u ptaków i psów przez 1—2 minut, u świń morskich przez 3—4 minut, u królików przez 1/2 godziny, a u nowonarodzonych kotów nawet przez godzinę.

Rouget opierając się na swych doświadczeniach wnosi, że śmierć pod wpływem soli srebra występuje w skutek ich działania na układ nerwowy, nie zaś w skutek zaburzeń w płucach występujących dopiero następczo pod wpływem zmian we krwi i że głównie ulegają działaniu trucizny ośrodki ruchowe i ośrodek oddechowy w rdzeniu przedłużonym, przy czém dla wyjaśnienia zmian w płucach i oskrzelach u zwierząt mięsożernych przypuszcza, że następuje porażenie w ośrodkach nerwowych, z kąd biorą początek nerwy naczynioruchowe dla płuc, które prawdopodobnie leżą w bliskości ośrodków dających początek nerwom błędnym. Konwulsje u zwierząt ssących, które dopiero występują po ustaniu oddechania, według R. są następstwem asphyxji, gdy tymczasem u innych zwierząt należy je odnieść do podniecenia czynności odruchowych przy zachowaniu lub zniesieniu ruchów dowolnych, które także mogą występować i u zwierząt wyższych po małych dawkach i które u żab i tym podobnych zwierząt zdradzają się drgawkami tetanicznemi, podobnemi do drgawek, jakie

wywołuje strychnina. Soli srebra nie można uważać za truciznę sercową, na co Rouget wbrew twierdzeniu Rabuteau szczególnie kładzie nacisk, gdyż serce najdłużej zachowuje swoją czynność i nawet i wtedy jeszcze nie przestaje bić, gdy już inne mięśnie uległy steżeniu. Steżenie mięśni występuje także i po przecięciu nerwów kulszowych i, gdy występuje jeszcze za życia, okazuje się nie zależnym od konwulsji, gdy tymczasem przedwczesny *rigor mortis* widocznie bywa następstwem tego.

Krew zwierząt otrutych przez podskórne zastrzykiwanie soli srebra za życia okazuje się zupełnie prawidłową; kryształy zaś sześciennie, które Rabuteau uważał za chlerek srebra i miał je znajdować po zastrzyknięciu do żył podsiarkonu srebra, autor uważa za haematokrystalinę wykrystalizowaną po śmierci.

W celu wywołania *argyrosis* Huet (2) zadawał szczurom więcej jak przez rok w raz z pokarmami azotan srebra w dawce od 1—6 mgm., przy której to dawce zwierzęta bardzo dobrze znosiły ten przetwórcę. Co się tyczy odkładania się srebra w tkance podskórnej i gruczołach łojowych i potowych w tym względzie rezultat był ujemnym. Z pomiędzy trzewiów znajdował srebro w dwunastnicy i w krezce do niej należącej, w gruczołach limfatycznych pozaotrzewnych, w wątrobie, śledzionie i nerkach, gdy tymczasem w trzustce mózgu, błonach mózgowych, spłotach naczyniowych, w przewodzie pierśiowym, kościach, chrząstkach i ciałkach krwi srebra nie dało się wykryć. Różnica ta, a szczególnie znaczny udział śledziony według autora ma zależeć od różnic, jakie zachodzą w rozkładzie naczyń. W dwunastnicy szczególnie zabarwione były na czarno zewnętrzne końce kosmków. W krezce zabarwienie odpowiadało przebiegowi naczyń i szczególnie było bardzo widocznym w pobliżu ich podziałów. To samo miało miejsce w wątrobie. W nerkach uległy zabarwieniu brodawki i kłębki Malpighiego.

4. A r s e n.

- 1) Martineau, Empoisonement par l'arsenic. Union méd. s. 558. —
- 2) Marléy. Report of fifteen cases of arsenical poisoning with unusual symptoms. Brit. med. Jour. s. 88. — 3) Jäderholm. Vergiftning med, arsenikhaltigt anilindröd. Hygien. s. 323.

Martineau (1) opisał wypadek otrucia arsenikiem, w którym za życia rozpoznanie nie mogło być stanowczo postawionem

i gdzie dopiero sekcyja i badanie chemiczne wykryły prawdziwą przyczynę choroby i śmierci.

Chory, pracujący poprzednio w handlu materyalisty, który stanowczo przeczył, ażeby dobrowolnie lub pomimo woli zażył jakąś truciznę, zachorował według swego opowiadania nagle, wymiotując ciągle massami zielonemi od dwóch dni, z początku miał uporczywe zaparcie stolca, które później ustąpiło miejsca biegunce po przyjęciu soli gorzkiej; następnie wystąpiła sinica, ziębienie kończyn, brzuch był zapadnięty nie bolesny, moczu wydzielał się bardzo skąpo, zawierał w sobie cukier, tętno nie dawało się wyczuć w tętnicy promieniowej, oddech był bardzo wolny, na 12 godzin przed śmiercią wystąpiły drgawki, ciepłota podniosła się do 38°. Śmierć nastąpiła w 60 godz. po rozpoczęciu się wymiot. Przy sekcyi znaleziono liczne wybroczyny krwi w całym przewodzie pokarmowym i sercu, a nawet niewielkie wybroczyny w błonach mózgowych, mózgu, wątrobie, śledzionie i nerkach, błona śluzowa żołądka w wielu miejscach była nadzartą i wszystkie trzewia brzuszne w stanie stłuszczenia; prócz tego rozkład pośmiertny był bardzo nieznaczny i pojedyncze kawałki kieszek w ciągu kilku dni nie ulegały gniciu. W małym kawałku, wątroby i w zawartości żołądka wykryto arsen. Dla czego za życia pomimo podejrzenia na otrucie, nie badano chemicznie wypróżnień stolcowych, nie wiadomo.

Spostrzeżenie Morley'a (2) zasługuje na uwagę z powodu wielkiej liczby osób uległych ostremu otruciu arsenem. Autor ten leczył na raz w Saxby 15 osób uległych otruciu arsenem po spożyciu puddingu, przyrządzonego z mąki ryżanej, zawierającej w sobie arsen. Z pomiędzy objawów u wszystkich osób spostrzegano się głównie osłabienie, ból żołądka i gwałtowne bóle w pośrodku kolumny pacierzowej, które to objawy po zażyciu środka wymiotnego ustąpiły, lecz znów się powracały i u niektórych osób utrzymywały się więcej jak przez 10 godzin, wiele osób doświadczało dreszczy, u 14-letniej dziewczyny wystąpiło omdlenie, w jednym wypadku było nieznaczne krwioplucie. Nastryknięcie łącznie w oczach spostrzegano się u wszystkich chorych i utrzymywało się przez dwa dni. U wielu osób wystąpiły zaburzenia we wzroku, tak że nie mogli oni ani czytać ani szyć. U jednej chorób wystąpiło na 3 i 4 dzień bardzo mocne swędzenie skóry.

Na uwagę zasługuje jeszcze wypadek otrucia arsenem, u kilku osób spostrzegany przez Jäderholma (3), z powodu pozorniej błahości przyczyny; pewna kobieta ugotowała kartofle w garnku, w któ-

rym przedtém tylko co farbowała przedzê welnianą czerwinią anilinową. Po spożyciu tych kartofli ona sama, jêj mąż i troje dzieci doświadczyli bólu głowy, bólu brzucha i dostali wymiot; u osób najsilniej zaatakowanych wystąpił upadek sił (*collapsus*). Wszystkie troje dzieci zmarły, rodzice zaś po dłużej chorobie wyzdrowieli. Obemiczne badanie wykryło arsen w kartoflach i w zwłokach dzieci, lecz ani śladu w tych ostatnich aniliny.

V. Leki ściągające kwaśne.

1. Kwas fluorowodorowy.

King, Poisoning by hydrofluoric acid; death in 35 minutes. *Transact of the Pathological Soc.* XXIV. s. 98.

Wypadek otrucia kwasem fluorowodorowym, podany przez Kinga, godnym jest uwagi jako pierwszy wypadek tego rodzaju otrucia opisany w literaturze, z drugiej strony z powodu szybkiego zejścia śmiertelnego dowodzi nam nadzwyczaj trujących własności tego kwasu, pod którym to względem przewyższa wszystkie inne kwasy mineralne. Śmierć zdaje się nastąpiła w skutek porażenia serca, z powodu bezpośredniego dostania się kwasu do krwi.

Czterdziestosześcioletni pijak otruł się samkwasem fluorowodorowym, którego używał do wypalania na szkłe; zażyta ilość wynosiła około $\frac{1}{2}$ uncyi, po zażyciu wystąpiły zaraz wymioty; do szpitala w Middlesex przyniesiony był w okresie konania ze zwięzionymi źrenicami i obłany zimnym potém; oddech a nawet i bicie serca utrzymywało się dłużej aniżeli tętno promieniowe. Sekcya wykonana w 18 godzin po śmierci wykazała: mierne stężenie pośmiertne, znaczną siność twarzy i karku, przekrwienie błon mózgowych obok niedokrwistości mózgu; płuca były przekrwione, błona śluzowa tchawicy i oskrzeli ciemno czerwona i wszędzie delikatnie nastrożona; liczne małe wybroczyny w osierdziu; serce prawidłowe wypełnione ciemną na w pół skręplą krwią, która oddziaływała kwaśno; wątroba była lekko stłuszczona, nerki i śledziona przekrwione; błona śluzowa ust biała i rozmięczona, język i miękkie podniebienie po większej części z nabłonka obnażone, który zwieszał się w postaci delikatnych brunatno-białych płatków; nagłośnia była jakby odarta, w szparze głosowej znajdowała się mała ilość ciemnobrunatnego śluzu zmieszanego z resztkami nabłonka; przełyk był również obnażony z nabłonka, błona podmięśniowa nieco rozmięczona lecz nie nadżarta;

w żołądku znajdowała się znaczna ilość gęstego czarnego płynu konsystencji syropu; wewnętrzna powierzchnia żołądka miała wygląd siatkowaty, miejsca wyniesione okazywały się czarnymi, zagłębienia zaś przedstawiały się czerwono, nigdzie żołądek nie był przedziurawionym; dwunastnica w górnej swej części okazywała się słabo nastrożoną i wypełnioną była brunatnym śluzowatym płynem.

2. Kwas węglany.

Chatin. Des effets de l'acide carbonique naissant sur l'économie. Bull. de l'Acad. de méd. s. 194.

Chatin wykonywał doświadczenia w Hôtel-Dieu nad znieczulającym działaniem kwasu węglanego *in statu nascendi*; w tym celu zastosowywał papier nasycony węglanem wapna, który polewał kwasem rozcieńczonym. Z doświadczeń tych przekonał się, że kwas węglany świeżo wywiązujący się nie zawsze i to tylko bardzo przemijająco usuwa bolesne cierpienia najwyżej na 24—36 godzin. Do tych badań zachęciło autora spostrzeżenie Chodźki, że okład przyrządzony z mąki fermentującej i posypany kredą, z powodu wywiązującego się przytém kwasu węglanego, działa jako specyfik w wągliku (*anthrax*).

VI. Leki podniecające lotno olejne.

1. W anilla.

Vergiftung durch Vanille-Eis. Discussion in der Berl. med. Gesellschaft. Berl. klin. Wochenschr. 51.

Rosenthal, Veit i Kalischer spostrzegali w nocy z 28 na 29 sierpnia u kilku osób, które w pewnym miejscu w Berlinie jadły lody wanilowe, objawy zatrucia, podobne do przypadłości cholery, z tą tylko różnicą, że bóle w żołądku trwały daleko dłużej i że konwalescencya następowała bardzo powoli. Podobne zatrucie obserwowane poprzednio przez Henocha, którego on sam doświadczył wraz z 16 osobami jedzącymi lody wanilowe w tym samym towarzystwie, różniło się tym razem zupełnym brakiem bólu w żołądku i kiszki. W tym wypadku, w którym jednocześnie podawane inne gatunki lodów nie spowodowały żadnej choroby, te osoby najmocniej zapadły, które jadły lody położone najbliżej formy, z której były wyjęte, tak iż niepodobna było wykluczyć w tym razie możliwości zatrucia metalicznego (powstałego być może w skutek użycia formy miedzianej

zawierającej grynszpan); ten sam gatunek wanilli miał być poprzednio kilkakrotnie używanym, nie wywołując otrucia. Jakkolwiek ostatni wypadek mógł być nieco wątpliwym, to w każdym razie słuszniejszym jest pogląd Schroffa, że w zatruciu lodami wanilłowymi przyczyna leżała tylko w wanilli, znalazło to bowiem potwierdzenie w spostrzeżeniu Fränkla na jego własnej familii, gdzie zupa mączna zawierająca w sobie wanillę wywołała podobne objawy, których natężenie u pojedynczych chorych odpowiadało ściśle ilości spożytej zupy i które z powodu prostego składu potrawy i przygotowania jej w naczyniu porcelanowém, li tylko mogły być położone na karb wanilli.

VII. Leki przeciwewerwiove.

Ziarnka dyni.

2) Żuliński, T a d. O ziarnkach dyni jako środka przeciw tasiemcowemu Gaz. lek. XIV. s. 177. — 2) Ziemiński. Kussyna przeciw soliterowi pod względem farmaceutycznym i lekarskim. Tamże. s. 197.

Żuliński (1), zwracając uwagę na niedogodności zadawania *kusso* przy obecności tasiemców w przewodzie pokarmowym, radzi w tym celu zamiast niego zadawać ziarnka dyni. Pierwiastek działający ma się znajdować w samych migdałkach nie zaś w łupinkach, gdyż ziarnka wyłuskane skutkują tak samo jak i zażyte w całości, tém samém upada i pogląd niektórych lekarzy, którzy skuteczność ziarek dyni przypisywali w tym razie działaniu ich czysto mechanicznemu. Ż. radzi zadawać ziarnka dyni wyłuskane w ilości jednej miseczki na raz na czczo, lecz wtedy tylko, gdy zaczną się pojawiać cząstki tasiemca oderwane w odchodach stołcowych, po spożyciu ziarek w godzinę poleca dać olejek kleszczowinowy. W przeddzień zadawania tego środka zaleca chorym dawać szynkę, śledzie, czarną kawę. Autor skuteczność tego środka sprawdził więcej jak w stu wypadkach. (Sam przekonałem się o wielkiej skuteczności tego środka, nawet w tych wypadkach, gdzie poprzednio nie skutkowały ani kussyna, ani kora z korzenia granatu. *Spr.*).

Ziemiński (2), opierając się w tym względzie na pracy Bedalla, po opisanii wnętrzaków tasiemcowatych przytrafiających się u człowieka i po treściwém przejrzeniu środków dotąd przeciw nim zalecanym, w końcu dochodzi do wniosków, że najskuteczniejszą przeciw nim okazuje się kussyna; że należy ją zadawać w ilości dwóch skr. podzielonych na 2—4 dawek; że przy zadawaniu jej nie potrzeba

zadnej kuracji przygotowawczej; że w razie nie nastąpienia wypróżnień stolcowych w upornych tylko wypadkach podać należy sól gorzką lub inny środek przeczyszczający, że bezskuteczność nie leży w kussynie lecz w warunkach pobocznych przeszkadzających jej działaniu na tasiemca.

VIII. Leki podniecające z grupy olejków przypalonych.

I. Kwas karbolowy.

1) Orłowski, Aut. Fenol czyli kwas karbolowy. Gaz. lek. T. XV. s. 261 (Opis własności fizycznych i chemicznych tego kwasu, oraz charakterystyczne jego cechy. — 2) Henderson, Francis. On the use of carbolic acid as a counter-irritant. Glasg. med. Jour. s. 238. — 3) Winnicki, Medycyna s. 563. — 4) Krönelin, Zur Casusik des Carbolismus acutus. Berl. Klin. Woch. s. 605. — 5) Ferrer Dav., Poisoning by carbolic acid. Brit. med. Jour. s. 167. — 6) Brabant. Case of poisoning by carbolic acid. Lancet. March. 1 — 7) Hamilton Dav., Carbolic acid as a cerebrospinal poison. Brit. med. Jour. s. 226. — 8) Patchett. Effect of carbolic acid on the urine. Lancet. Aug. s. 23.

Patchett (8) znajdował oliwkowo-zielone zabarwienie moczu nie tylko przy opatrywaniu powierzchni zranionych i owrzodzonych roztworem kwasu karbolowego, ale także i przy smarowaniu miejsc zajętych różą na twarzy i głowie olejem karbolizowanym, jak również i przy zadawaniu jego do wewnątrz, wprawdzie zabarwienie w tych ostatnich razach nie występuje stale i nigdy nie bywa tak znaczne. Najłatwiej występuje ono u osób dotkniętych chorobą Brighta. W jednym wypadku, gdzie pieniek poamputacyjny opatrywany był kwasem karbolowym, zabarwienie to występowało w pewnych przestankach. W innym znów wypadku otrucia mocz był zabarwiony na kolor ciemno oliwkowo-zielony.

Henderson (2) zaleca kwas karbolowy jako środek drażniący w miejsce kantaryd, w tych wypadkach gdzie należy się obawiać podrażnienia nerek, jak np. przy chorobie Brighta, dalej u osób osłabionych i wyniszczonych, gdyż po jego użyciu nie następuje żaden wysięk; z powodu tej ostatniej okoliczności po jego zastosowaniu wszelki opatrunek jest zbytecznym.

Winnicki (3) opisał wypadek cholery, jaki wystąpił u chorego w czasie konwalescencji po *variola vera*, który leczony był zewnętrznie i wewnętrznie kwasem karbolowym, przy czem oprócz tego pokój, w którym chory leżał, posypywany był proszkiem karbolowym, tak że powietrze otaczające mocno ciągle było przesycone pa-

rami tego kwasu; pomimo to konwalescent, jakkolwiek nie było można wykryć żadnego błędu w dyecie, zapadł na cholereę i zmarł na tę chorobę.

Dr. Kaczorowski rozważając krytycznie ten wypadek (w Przeglądzie lekarskim str. 343) wątpi o słuszności rozpoznania i mniema że owa cholera była po prostu otruciem kwasem karbolowym.

Przeciwniazmatyczne działanie karbolu w Dr. K. znajduje gorliwego obrońcę.

Z licznych wypadków otruc kwasem karbolowym zasługuje na uwagę wypadek opisany przez Krönleina (4): 69-letni chory w szpitalu Zürichskim przez pomyłkę zamiast łyżki *Inf. sennae comp.* połknął łyk roztworu krystalicznego kwasu karbolowego, po nim zaraz doznał bardzo silnego palenia w przełyku i krztuszenia się jakby do wymiot; pomimo kilkakrotnego wypłukania żołądka wodą wystąpił wkrótce znaczny upadek sił (*collapsus*) i bezprzytomność, źrenice były zwężone nie wrażliwe na światło, oddechanie mozolne, chrapliwe i nadzwyczaj częste, tętno częste i nieregularne, ciepłota ciała była niższą od prawidłowej i przy wzrastaniu tych objawów we dwie godziny nastąpiła śmierć. Krew upuszczona na krótki czas przed śmiercią była ciemna, krzepła powoli i niezupełnie, zapachu kwasu karbolowego nie wydzielała z siebie. Przy sekcyi znaleziono błonę śluzową języka i przełyku zabarwioną na biało, obrzmienie i miejscami nastrzyknięcie błony śluzowej kiszki, błona śluzowa żołądka była biała, miejscami galaretowato rozmiękczone, płuca były przekrwione i w stanie obrzęku, mózg niedokrwisty. Zawartość żołądka nie wydawała z siebie zapachu kwasu karbolowego, dopiero dawał się on wyczuć w płynie oddestylowanym; we krwi, moczu i wątrobie nie można było wykryć kwasu karbolowego.

W wypadku podanym przez Ferriera (5) siedmioletni chłopiec otruł się wypiwszy pewną ilość, bliżej nie dająca się oznaczyć, kwasu karbolowego przeznaczonego do oczyszczania pokoi; śmierć nastąpiła w ośm godzin; objawy spostrzegane (odurzenie, zwężenie źrenic, ślinopłyn) przyjęte były za życia za przypadłości mózgowe, dopiero w czasie sekcyi zapach kwasu karbolowego wyjaśnił rzeczywistą przyczynę choroby i śmierci; przy sekcyi znaleziono krew płynną i ciemną, przepełnienie krwią zatok mózgowych, naczyń piersiowych i brzusznych, płuca były rozdęte i znajdowały się w stanie obrzęku, serce było próżne, błona śluzowa ust, przełyku i żołądka okazywała się biało-zabarwioną, mocz zawarty w pęcherzu posiadał barwę oli-

wkowo-zieloną, później stał się ciemnobrunatnym i dawał tak samo jak i destylat z wątroby, z wodą bromową osad żółty, w moczu białka nie było.

W wypadku opisanym przez Brabanta (6) 44-letnia kobieta w szpitalu S-go Jerzego przez pomyłkę zamiast senesu otrzymała prawie uncję nieoczyszczonego kwasu karbolowego; śmierć nastąpiła w 50 minut pomimo natychmiastowego użycia siarczanu cynku, oliwy i wody; z objawów zauważano silny ból w okolicy mostka, a następnie odurzenie i upadek sił. Przy seceji znaleziono przekrwienie i rozcięcie płuc, wypełnienie oskrzeli płynem pianistym, błona śluzowa żołądka zmienioną była w białą pulchną masę, zawartość żołądka wydawała silny zapach kwasu karbolowego, krew była płynną i przy tém jasno-czerwoną.

Hamilton (7) opisał wypadek otrucia u dziecka 4½ lat liczącego, u którego ranę ciętą cztery cale długą opatrzono kwasem karbolowym; po upływie godziny skóra na całej powierzchni ciała oziębła, tętno stało się słabem, wystąpiła sinność na twarzy i znieczulenie rogówek; stan odurzenia nie ustąpił pomimo obmycia rany i zaprowadzenia sztucznego oddechania; śmierć nastąpiła w 3½ godzin.

2. Anilina.

1) Lailler, Note sur les accidents graves causes par l'application d'une solution de chlorhydrate d'aniline sur les plaques de psoriasis. Union méd. s. 865.—2) Carroll. Two cases of aniline poisoning. Philad. med. Times. s. 419.

Lailler (1) u chorego, po półtorogodzinném przykładaniu kompresów maczanych w 10 pct. roztworze chlorku aniliny (50 grm.) na miejsca zajęte łuszczycą, spostrzegał bardzo silne wymioty, które w ciągu 10 godzin powtórzyły się 15—20 razy, dalej wystąpiła u tego chorego niemożność zatrzymania moczu z ciągłym napieraniem do jego oddawania, sine zabarwienie całego ciała, tętno małe bardzo przyspieszone (116) i silny ból w piętach i łydkach, które to objawy ustąpiły dopiero po 24 godz.; kilkakrotne stosowanie tego przetworu w mniejszej ilości u tego samego chorego wywoływało w 1½ godziny ból głowy, senność, bezgłos i sinicę, natomiast nie wywoływało ani wymiot, ani parcia na mocz. U innego chorego dotkniętego łuszczycą 100 gr. 2 pct. roztworu, użyte zewnętrznie, wywołało przemijającą bezprzytomność trwającą 4—5 godzin, której towarzyszyły bledność, zimny pot i sinica. Wypadki te dowodzą, że roztwór aniliny może być wsysanym przez skórę i tą drogą może spowodować otrucie.

Miejscowe występowanie wysypki w rodzaju wyprysku, w skutek noszenia ubrań farbowanych aniliną na golém ciele, spostrzegał Carrol (2) w trzech wypadkach, w jednym razie była to czerwona flanela noszona jako środek ochronny od gośćca, w drugim razie rękawiczki, a w trzecim razie pończochy w paski.

3. Trimetylamina i ciała jój pokrewne.

1) Aïssa Hamdy, Etude clinique et physiologique sur propylamine et la triméthylamine. Gaz. des Hôp. s. 865. — 2) Laborde, Sur l'action physiologique et la mode d'action sur la triméthylamine Gaz. méd. de Paris s. 356. — 3) Dujardin-Beaumez, De l'action thérapeutique et physiologique du chlorhydrate d'ammoniaque comparée à celle du chlorhydrate de triméthylamine. Tamże s. 359. — 4) Martineau, Cas de rheumatismes traités avec le chlorhydrate d'ammoniaque. Gaz. méd. de Paris s. 372. — 5) Gaeltgens, Ueber die Wirkung des Neurins und Trimethylamins. Dorp. med. Zeitschr. s. 185. — 6) Dujardin-Beaumez, Sur l'action physiologique et thérapeutique du chlorhydrate d'amylamine. Compt. Rend. LXXVII s. 1247. — 7) Rabuteau, Des effets toxiques des jodures de tetramethylammonium et de tetramylammonium. Compt. rend. LXXVI. s. 887. — 8) Brown, A. i Th. Fraser, Observation relative à une note récente de Mr Rabuteau sur les effets toxiques des jodures de tetramethylammonium et tetramylammonium. Tamże LXXVII. 22. — 9) Bourdet, Etude sur la triméthylamine. These.

We Francji leczenie ostrego gośćca stawowego propylaminą którą następnie zastąpiono czystszyim przetworem chemicznym chlorkiem trimetylaminy, pobudziło wielu autorów do doświadczeń z temi przetworami i ciałami im pokrewnemi w celu dokładniejszego poznania ich fizyologicznego i terapeutycznego działania; niestety cel naukowo-praktyczny nie został dotąd w zupełności osiągnięty, gdyż rezultaty z tych prac bardzo się różnią pomiędzy sobą.

Aïssa Hamdy (1) utrzymuje, że trimetylamina przy bezpośredniem zetknięciu z nerwami z początku czynność ich podnosi, później szybko takową niszczy, przy czém najprzód ginie czucie; działanie to jest takie same tak przy stosowaniu tego przetworu na korzenie nerwów, jak i w pośród ich przebiegu. Istota nerwowa pod jój wpływem mętnieje i myelina ścina się; mięśnie barwią się na kolor ciemnoczerwony i po kilku minutach po lekkich kurczach włókienkowych utracają swoją pobudzalność; prądkowanie bywa muiój wyraźném i włókna stają się drobnoziarnistemi. W podobny sposób zachowuje się i serce. Czerwone ciała krwi pod wpływem trimetylaminy szybko się rozpuszczają.

Co się tyczy działania na zwierzęta, w tym względzie według Aïssa Hamdy dają się odróżnić dwa okresy, okres podniecenia i okres upadku sił (*collapsus*). Pierwszy cechuje się z początku nadzwyczajną drażliwością zwierzęcia, drzeniem mięśni i ruchami konwulsyjnymi, które później przechodzą w rzeczywisty tęzec, przy czém chwilowo zatrzymuje się oddech, naczynia włosowate kurczą się i bicie serca zwalnia się. Objawy te przypisuje Aïssa Hamdy podrażnieniu ośrodków w rdzeniu przedłużonym i pacierzowym oraz podrażnieniu nerwów sympatycznych. W drugim okresie występuje bezwładność zwierzęcia, która nieraz występuje już bardzo wczesnie, przy czém oddech bywa słabym i zwolnionym obok zachowania zwiększonej pobudzalności zwrotnéj. Według H. w okresie tym przeważa przytłumienie czynności mózgowych, przy czém bardzo wczesnie ginie uczucie bólu obok zachowania się czucia; po dużych dawkach trujących, po ustaniu kureczów występuje najzupełniejsze znieczulenie i bezprzytomność. Na krwiobieg według H. trimetylaminą działa również także dwojako, najprzód powstaje zwężenie naczyń włosowatych w skutek podrażnienia nerwów naczynio-ruchowych, następnie zmniejszenie ciśnienia w tętnicach obok zwolnienia i osłabienia czynności serca. Serce przestaje bić w okresie rozkurczu, pobudzalność jego utrzymuje się dłużej niż w ośrodkach nerwowych.

Co się tyczy działania na ludzi w tym względzie Aïssa Hamdy zauważył, że trimetylaminą działa dość często drażniaco na błony śluzowe, czego znów nie bywa przy stosowaniu jéj na skórę, że zażyta do wewnątrz w dawce $\frac{1}{2}$ dr. lub większej chociażby w rozcieńczeniu sprawia palenie w ustach, gardle i żołądku, przy tém prawie zawsze występuje biegunka; jako dalsze jéj działanie autor zauważył stale występujące zwolnienie i przytłumienie tętna, obniżenie ciepłoty ciała, zmniejszenie ilości mocznika w moczu i ogólne przytłumienie wszystkich w ogóle czynności, oprócz tego zwiększone wydzielanie moczu i potu.

Laborde (2), na mocy swoich doświadczeń, wnosi, że nieoczyszczona trimetylamina (propylamina), używana poprzednio przez niego w gośdciu, pierwotnie działa na ośrodki nerwowe, a przedewszystkiém na rdzeń pacierzowy, mianowicie w dawkach fizyologicznych działa podniecająco, pobudzając czynności odruchowe, i przyspieszając oddechanie i krwiobieg, gdy tymczasem w dawkach trujących działa ogólnie przytłumiająco zwalniając bicie serca i obniżając ciepłotę ciała. Śmierć następuje przez uduszenie w skutek porażenia serca

i płuc. Psy znosiły 45 gr. p. d. nie wymiotując. Miejscowo propylamina działa drażniąco, wywołuje nieżytowe zapalenie żołądka i dwunastnicy, zastrzyknięta podskórnice w miejscu zastrzyknięcia wywołuje suchą zgorzel. Według L. propylamina sprowadza krwawe moczenie, wywołując krwotokowe przekrwienie nerek. Czysty chlorek trimetylaminy w rzeczywistości ma działać tak samo, tylko dwa razy słabiej jak sama zasada. Laborde z tego powodu zapisuje tym przetworom wielkie podobieństwo do przetworów amoniakalnych, z tą tylko różnicą, że octan amonii i chlorek amoniaku wywołują konwulsje obok podniesienia ciepłoty o $1 - 1\frac{1}{2}^{\circ}$, gdy tymczasem trimetylamina i jej chlorek co najwyżej wywołują tylko drżenie w mięśniach. Pod względem terapeutycznym L. sądzi się upoważnionym do sformułowania następującego wniosku, że trimetylamina w małych dawkach jest lekiem podniecającym, podobnie ale słabiej działającym, jak amoniak, za lek zaś właściwy przeciwgorączkowy nie może być uważana, gdyż dopiero w dużych dawkach zmniejsza częstość tętna i ciepłotę.

Do podobnych wniosków dochodzi Dujardin-Beaumetz (6), który porównywał pomiędzy sobą fizyologiczne działanie chlorku trimetylaminy i chlorku amoniaku na królikach i świnkach morskich przez podskórne wstrzykiwanie.

Według tych doświadczeń chlorek amoniaku działa bardziej trująco jak węglan amonii, gdyż pierwszy z nich sprowadza śmierć w krótkim czasie u królików już w ilości 16 gr. a u świnek w ilości ośmiu gr., gdy tymczasem dawka trująca dla węglaanu amonii u świnek morskich wynosi 12 gr. Po użyciu obu tych przetworów występują konwulsje przy czém obniża się częstość tętna i ciepłota ciała. Chlorek trimetylaminy u królików nawet w ilości 4 skr. prócz miejscowego zapalenia i obniżenia ciepłoty o kilka dziesiątych nie sprowadzał żadnych innych objawów. Szybkie zatrzymanie bicia serca, jakie spostrzegali Bourdet (9) i Rabuteau (7) po zastrzyknięciu 4 skr. chlorku trimetylaminy do żyły udowej, nie było spostrzeganem ani przez Laborde, ani przez Dujardina Beaumetz przy podskórném zastrzyknięciu lub zadawaniu do wewnątrz, w jedném doświadczeniu Laborde nie nastąpiło ono także i po 8 skr. zwolna wstrzykniętych do żyły udowej.

Aïssa Hamdy (1) opisuje liczno wypadki ostrego gośćca stawowego leczone propylaminą i jej chlorkiem w oddziale Békiera w Hôtel Dieu i w oddziale Rogera w szpitalu dzieciinnym, w któ-

rych to w wypadkach po większej części po krótkim użyciu tego leku (w ilości 16—24 gr. u dorosłych) następowało obniżenie częstości tętna i zmniejszenie gorączki obok ustania bólów w stawach, przy czym zauważano, że w razie odstawienia tego leku występowało często pogorszenie, które ustępowało przy ponownym zadawaniu propylaminy i w największej części wypadków w przeciągu kilku dni ustępowało stanowczo. Dujardin Beaumetz (6) przytacza również liczne tego rodzaju wypadki, które bardzo przemawiają za pomyślnym działaniem trimetylaminy, a jeszcze bardziej chlorkiem trimetylaminy lepij znoszonym przez żołądek (w dawkach dziennych od 8—16 gr.), które nie tylko często sprowadzają szybkie wyleczenie (w jednym wypadku w ośmiu dniach), ale także prawie natychmiastowo obniżają częstość tętna, zmniejszają gorączkę i sprowadzają znaczną zmianę w wydzieleniu mocznika. Dujardin Beaumetz pod względem terapeutycznym nie upatruje znów żadnego podobieństwa propylaminy do chlorku amoniaku, gdyż tak z jego doświadczeń, jak i z doświadczeń Brouardela i Besniera okazało się, że chlorek amoniaku w ostrym gościeu stawowym nie wywiera zgoła żadnego leczniczego działania, owszem raczej okazuje się szkodliwym psując trawienie i drażniąc żołądek. Wbrew powyższym wnioskom Martineau (4) usiłuje dowieść, że w 17 wypadkach, przytoczonych przez Dujardina Beaumetz jako dowód leczniczego działania propylaminy, czas trwania choroby nie był wcale krótszym, gdyż poprzednie napady również tak samo długo trwały; dalej utrzymuje, że w świeżych wypadkach, które po części leczył bezskutecznie chlorkiem trimetylaminy, przy użyciu salmiaku (w ilości 4—6 skr. w ciągu dnia) nastąpiło wyzdrowienie i ustały bóle w czasie bezporównania krótszym. Bezskuteczność zresztą trimetylaminy u Martineau Delieux de Savignac przypisuje zbyt małym dawkom (12 gr. w ciągu dnia); ten ostatni zaleca ją w gościeu w dawkach od 6—8 skr. w ciągu dnia a przy zimnicy nawet w ilości 12 skr.; z tym twierdzeniem trudno znów pogodzić zdanie Dujardina Beaumetz, że po 2—3 skr. występuje już ból żołądka i biegunka. Różnice te chyba w tym znajdują swoje wytłumaczenie, że francuzcy farmaccuci w ogóle utrzymują, że chlorek trimetylaminy przytrafiający się w handlu nie jest chemicznie czystym, że zawiera w sobie chlorek amoniaku, co naturalnie bardzo wiele wpływać może na dokładność spostrzeżeń.

Gaachtgens (5) wykonywał porównawcze doświadczenia z neuryną i trimetylamina, z których pierwsza jako trimetyl

oxytylamoniumoxydhydrat do swoich znanych produktów rozszczepień pozostaje w takim samym stosunku, w jakim stosunku pozostaje amoniumoxydhydrat do amoniaku. Wodne roztwory czystego chlorku trimetylaminy, zastrzykiwane do żył szyjowych w dostatecznej ilości, u kotów sprowadzały śmierć prawie natychmiastową przy objawach kurczów przez uduszenie, która tak samo jak przy neurynie następowała w czasie wydechu w obec zwolnienia mięśni wdechowych. Ciśnienie w tętnicy szyjowej tak samo jak przy neurynie znacznie się zwiększało obok bicia serca jednocześnie znacznie zwolnionego. Dawka trująca trimetylaminy jest nieco wyższą niż neuryny, której działanie nie może być przeto uważanóm jako zależące od rozszczepienia się jój we krwi na trimetylamine, gdyż w takim razie potrzeba by było bez porównania dłuższego czasu dla osiągnięcia całkowitego jój działania na ośrodki nerwowe serca. Niestłuchana częstość oddychania, jaka daje się zauważyć po zadaniu nietrujących dawek trimetylaminy, po użyciu neuryny nie daje się spostrzegać. Oxyneuryna, otrzymująca się z neuryny przez podstawienie dwóch atomów wodoru przez jeden atom tlenu (*respectivo* identyczna z betainą, którą Scheibler otrzymał z buraków) według Schultzena nawet w ilości 16 gr. zastrzykniętych do krwi u królików nie wywierała żadnego działania.

Według Dujardin-Beaumetz (6) amylymina na zwierzęta ciepłokrwiste działa bezporównania silniej trująco jak trimetylamina, gdyż już zabija świnki morskie w ilości 1 1/2 gr., króliki w ilości ośm gr., a psy w ilości 16 gr., przy czem śmierć następuje wkrótce (nawet po 18 min.) po poprzednich drgawkach tężcowych i klonicznych i ruchach wirowych. Mniejsze dawki rzeczonej trucizny użytej w postaci chlorku powiększały nadzwyczajnie częstość tętna, obniżały nieco ciepłotę, co także dało się sprawdzić na ludziach, po użyciu jój w ilości 8—16 gr. Doświadczenia dokonywane w durzycy miały dawać rezultaty zadawalniające.

O czem dawniej już przekonał się Brown i Fraser (8), to samo miał także sprawdzić i Rabuteau (7), że gdy zasady amidowe, i midowe i nitrylowe działają na podobieństwo zwyczajnych związków amoniakalnych, a w dużych dawkach okazują się być truciznami mięśniowemi, to zasady amoniakalne, z pomiędzy których brał do doświadczeń tetrametylamonium i tetramyllumonium, działają w rodzaju *curare* porażająco na nerwy obwodowe, nie porażając przytem serca i czucia. W większych dawkach znoszają także i kurczliwość mięśni.

IX. Leki wysokowe, eterowe i znieczulające.

1. Wyskok.

1) Riegel, Franz. Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Körperwärme. Arch. f. Klin. Med. s. 79.—2) Daub. Neue Versuche ueber alkohol und Körperwärme. Centralbl. f. die med. Wiss. s. 466.—3) McClintock. Remarks on the Semeiology of chronic alcoholism. Dublin. Jour. of med. sc. s. 339.—4) Magnan, De l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique. (Gaz. hebdom. de méd. s. 729.—5) Brown, Delirium tremens and alcoholism. Philadelphia med. Reporter. s. 329.—6) Luton, A. Le médicament de l'alcoolisme Mouvement méd. s. 682.—7) Magnan, Recherches de physiologie pathologique avec l'alcool et l'essence d'absinthe.—Epilepsie. Arch. de Phys. norm. et pathol. Mars s. 115.—8) Lolliot. De l'alcoolisme comme cause de la paralysie générale. Gaz. des Hôp. s. 817.—9) Decaisne. Sur l'usage du vermouth dans la consommation Compt. rend LXXVI s. 669.

Jak trudne jest rozwiązanie kwestyi, tak często poruszanej w ostatnich latach, w jaki sposób działają przetwory wysokowe w dawkach lekarskich, dowodzą tego najlepiej liczne doświadczenia Riegela (1), przeprowadzone z wielką ścisłością. W ogóle wykonał autor 87 doświadczeń po części na zdrowych po części na chorych, przy czem dla kontroli obok krzywizn ciepłoty występujących pod wpływem zadawania wyskoku, dodane są krzywizny otrzymane w tych samych warunkach bez udziału jednakże tego przetworu; ciepłota ciała mierzona była jednocześnie pod pachami i w odbytnicy. W największej liczbie wypadków zadawano wino (białe francuzkie zawierające 10 pct. wyskoku, wino czerwone węgierskie 9,9 pct., wino czerwone Bordeaux 9,8 pct. i prawdziwe Malaga 13,8 pct.), w niewielkiej liczbie wypadków zadawano sam czysty wyskok rozcieńczony, przyczem zamierzoną dawkę zadawano albo na raz, albo w dawkach podzielonych w krótkich odstępach czasu po czem ciepłota mierzona była w ciągu dwóch godzin co pięć minut. Skutek przy zachowaniu tych ostrożności nie był zawsze jednakowy, gdyż ciepłota ciała albo się nieco podnosiła, albo nie było żadnej zmiany, lub też nieco zmniejszała się, a nawet u jednego i tego samego chorego, w warunkach mniej więcej jednakowych zadanie takiej samej dawki wyskoku w dwóch doświadczeniach niekiedy dawało rezultaty zupełnie odmienne. Pominąwszy jednakże to wyjątkowe zachowanie w ogóle doświadczenia te dały dość jednakowy rezultat. Z tych doświadczeń bowiem okazało się przedewszystkiem, że u osób młodych, zdrowych, nie przyzwyczajonych do napojów wysokowych, jak również u konwalescentów mała ilość wyskoku, jak np. szklaneczka

wina francuzkiego lub węgierskiego, rzadko sprowadza znaczną zmianę w ciepłocie ciała i tylko w pojedynczych wypadkach u osób zupełnie młodych stwierdzono znaczniejsze nieco obniżenie, rzadziej jeszcze podniesienie ciepłoty, które niekiedy zakończyło się późniejszym obniżeniem, po największej zaś części obserwowano obniżenie ciepłoty o kilka dziesiątych. U konwalescentów obniżenie to w ogóle było mniejszem jak u osób zdrowych, w każdym zresztą razie było ono bardzo krótkotrwałem. Z doświadczeń z dawkami coraz większemi pokazało się, że obniżenie ciepłoty pozostaje w prostym stosunku do wielkości dawki, przy wielokrotnem zaś powtarzaniu dawki wpływ wysokoku na obniżenie ciepłoty w krótkim czasie stawał się coraz mniejszym, z tego powodu u pijaków działanie przeciw gorączkowe wysokoku jest prawie żadne.

Doświadczenia Riegela dokonywane nad chorych gorączkujących i dotkniętych zapaleniem płuc, różą i durzycą wykazały, że pod wpływem nieco większych dawek wysokoku u osób nieprzyzwyczajonych obniża się również także ciepłota i to odpowiednio do wielkości dawki, dalej że po małych dawkach nie występuje obniżenie ale nawet niekiedy podniesienie ciepłoty i nakoniec że częstokroć nawet po dawkach stosunkowo dużych obniżenie ciepłoty jest nadzwyczaj nieznaczne. Riegel sądzi zatem, że wyskok z punktu widzenia klinicznego nie może być uważanym za właściwy lek przeciw gorączkowy i w cierpieniach gorączkowych nie może być uważany za lek swoisty.

Doświadczenia dokonywane nad wpływem wysokoku na ciepłotę ciała u jednego i tego samego indywiduum w stanie gorączkowym i bezgorączkowym, nie doprowadziły do żadnego rezultatu w kwestyi, czy działanie wysokoku w czasie gorączki jest znaczniejsze jak w czasie wolnym od niej, gdyż różnice były nadzwyczaj małe, w każdym razie przewaga znajdowała się raczej po stronie stanu bezgorączkowego. W końcu R. zwraca uwagę, że przetwory wyskokowe w cierpieniach gorączkowych, chociaż nie mogą być uważane za właściwe leki przeciwgorączkowe, to w każdym razie obok zimna i innych środków, które chwilowo usuwają niebezpieczeństwo wysokiej ciepłoty dla życia, mogą być z korzyścią stosowane dla swych własności zmniejszania utleniania w częściach składowych ustroju i jako środek zastępujący zwiększony w takich razach rozchód.

Daub (2) czyni zarzut doświadczeniom Rabowa (zob. Przegl. lek z r. 1870 s. 204 i z r. 1871 s. 50), że autor ten mierzył ciepłotę tylko pod pachą, gdzie i bez użycia wysokoku przy spokojnem leże-

niu ciepłota może się podnieść o trzy dziesiątne i więcej i gdzie mianowicie silniejsze lub słabsze napięcie mięśni ramieniowych wpływa bardzo na zachowanie się ciepłoty. Mierząc ciepłotę w odbytnicy między trzecią a siódmą godziną po południu u chorych w chirurgicznym oddziale w Bonn po zadaniu im 30—110 cent. sześć. wyskoku z podwójną ilością wody, Daub otrzymywał krzywizny, które w porównaniu z krzywiznami prawidłowymi w tymże samym czasie okazywały spłaszczenie i wyraźne obniżenie ciepłoty. Tylko dwa razy na 20 wymiarów stwierdzono nieznaczne podniesienie. Zanniejszone działanie wyskoku na ciepłotę ciała przy kilkakrotnem jego zadawaniu D. również stwierdził.

Nowy zbiór objawów właściwy przewlekłemu otruciu wysokiem, który można by nazwać połowicznem zbezczuleniem wysokokowem (*hemianesthesia alcoholica*), chociaż jednocześnie przy tém upośledzony był ruch i nerwy zmysłowe, opisuje Magnan, (4) a to na podstawie 10 spostrzeżeń zebranych w przytulku S-tój Anny.

W skutek nagle występującego zalewu krwawego lub zwołna, bez wszelkich zapowiedzi jak bólu głowy, drętwienia i mrowienia w jednej połowie ciała, rozwija się połowiczne osłabienie w mięśniach (czasami połączone z przekrzywieniem twarzy i utrudnieniem w mowie), już to z prawój strony (w sześciu wypadkach Magnana), już to z lewój (w czterech wypadkach), któremu po największj części towarzyszy drżenie członków, które wyjątkowo (w jednym wypadku) może przyjąć charakter rytmiczny *paralysis agitans*. Porażona połowa bywa właśnie siedliskiem zbezczulenia, które nie tylko rozciąga się na skórę i błony śluzowe, ale także rozciąga się i na głębiej położone części ciała. W wypadkach najwybitniejszych żadnego wrażenia nie sprawia ani dotykanie, łachotanie i klucie, ani ciepło i zimno ani prądy stałe i przerywane i to na odległość 1—2 cent. od linii pośrodkowej ciała; w innych wypadkach wrażenia te utrzymują się, ale w daleko w słabszym stopniu, co bardzo dokładnie wykazuje cyrkiel dotykowy, przy czem bywa zmniejszoną lub zupełnie zniszczoną elektro mięśniową pobudzalność w mięśniach i ich czucie. Ciepłota po stronie chorj bywa mniejszą o jakie 2—3 dziesiątych. Z bezczulenie to rozciąga się także na łącznicę powiekową i gałki ocznej, czasami także i na rogówkę (u dwóch chorych M. spostrzegał odruchowe łzawienie, wywołane drażnieniem zbezczulonej łącznicy obcemi ciałami, chociaż sami chorzy o ich obecności nie wiedzieli), dalej rozciąga się ono na błonę śluzową nosa, ust, ję-

zyka, podniebienia, zewnętrznego przewodu słuchowego, żołądź, cewkę moczową i odbył. Dalej spostrzega się połowiczny niedoślep (*amblyopia*) w rozmaitym stopniu aż do zupełnej ślepoty (*amaurosis*), przy czem jednakże ruchy oka i kurczliwość tęczy zdają się być zachowanemi; przepuszczanie stałego prądu przez głowę w oku zbezczulonem nie wywołuje żadnych błysków. U niektórych chorych występuje *dyschromatopsia* jednostronna lub w obu oczach. Badanie oftalmoskopowe wykazuje zastój żylny i nasiąknięcie okoła brodawki lub okoła naczyń, a w niektórych wypadkach i tętnienie żylnie. Słuch po jednej stronie bywa słabszym lub zupełnie straconym i stały prąd przy zamykaniu nie wywołuje żadnego uczucia tonu; toż samo ma miejsce z zapachem (wyskok gorczyczany i ocet winny w wielu wypadkach wywołują łzawienie i zapalenie, ale nie dają uczucia zapachu); nawet i smak także bywa upośledzonym po jednej stronie języka. W niektórych tutaj odnoszących się wypadkach ustąpiły objawy porażenia, gdy tymczasem objawy zbezczulenia trwały dalej. W innych znów wypadkach i jedno i drugie objawy wzrastały lub ustępowały jednocześnie; nakoniec w innych jeszcze wypadkach zbezczulenie czyniło szybkie postępy, gdy tymczasem objawy porażenia wzrastały bardzo powoli. Ból głowy, szum w uszach, drgawki tak samo jak i w innych formach przewlekłego otrucia wyskokiem, tak samo przytrafiały się i w tej formie, rzadko jednakże ograniczały się li tylko do strony porażonej.

Zawroty głowy i formy apoplektyczne bywały dość częstemi. Władze umysłowe stopniowo tepiały coraz bardziej (zmniejszanie się pamięci, bystrości umysłu i fantazyi, pomieszenie idei, obojętność); obłęd zaś występujący up. w skutek cierpień gorączkowych, noszący na sobie charakter obłędu pijackiego, w ogóle bywa przy tem niewielkiego natężenia.

Za siedlisko zbezczulenia połowicznego M. przyjmuje górną powierchnię wzgórków wzgórkowego, górną powierzchnię łupinki wewnętrznej wraz z początkiem korony promieniatój i górną powierzchnię jądra soczewicowatego wzgórków prążkowanych, przyczem w tym względzie autor opiera się na spostrzeżeniach Türcka, gdyż dotąd żadnych danych z oględzin pośmiertnych w tej chorobie nie posiadamy.

Lolliot (8) opisuje dwa wypadki, gdzie po poprzednich napadach obłędu pijackiego, po pewnym czasie wystąpił stan chorobny, w którym jednocześnie obok objawów ogólnego porażenia występowały objawy właściwe otruciu wyskokowemu, póki w końcu nie

wystąpiło zaledwie paraliżycznie. Pomiędzy przyczynami ogólnego bezwładu według Contesse na wysokok wypada 8 pet. wypadków (106 na 1343 wypadków). Stosunek ten między ogólnym bezwładem i zatruciem wyskokowem według L. znajduje swoje wyjaśnienie w procesie ateromatycznym, usposabiającym do występowania w mózgu wylewów krwawych i ognisk rozmięczonych, które u pijaków podobnie jak i u porażonych przytrafiają się już to w istocie korowej, już w częściach środkowych mózgu i do których przy dłuższem trwaniu utrucia wyskokowego przyłącza się śródniąszowe zapalenie.

Rozszerzenie się niepomiarowego użycia napojów wyskokowych w Anglii między ludźmi wyższych stanów i liczne spostrzeżenie cierpień najrozmaitszego rodzaju, których przyczynę tylko z trudnością odnieść można do wysokoku, gdyż chorzy i najczęściej należący do plei żeńskiej, swój nałóg jak najusilniej starają się ukryć, pobudziły M^cClintoeka do poczynienia niektórych uwag odnoszących się do rozpoznania utrucia wyskokowego. M^cCl. zwraca przedewszystkiem uwagę na charakterystyczny zapach oddechu, przypominający eter, który chorzy częstokroć usiłują ukryć przed lekarzem, zakrywając usta lub odwracając głowę, które to właśnie postępowanie łatwo może naprowadzić go na prawdziwą drogę co do rzeczywistój przyczyny choroby. Zapach ten, trwający kilka godzin po użyciu wysokoku, zależy ma od bezpośredniego jego wydzielania się przez płuca w formie niezmięconej. Wymioty M^cCl. spostrzegał przy ciągłym używaniu wysokoku u takich osób, które przytém nie dochodzą do stanu zupełnego upojenia się, w tych razach częstokroć bywają one tak silnemi, że przez całe godziny chorzy nie mogą znieść ani kropli płynu. W jednym wypadku, gdzie ciągłe wymioty sprowadziły śmierć w skutek wycieńczenia, przy sekeyi znaleziono tylko nieznaczne przekwienie obok nieznacznego stłuszczenia wątroby. Biegunkę, przy której kał zawiera w sobie części niestrawione i uległe gnicciu, M^cCl. spostrzegał szczególniej u tych osób, które miały zwyczaj idąc spać wypić jeszcze kieliszek wódki. Słabe, żółtaczkowe zabarwienie łącznie uważa autor za najważniejszy objaw, którego nawet nie ma brakować i w łagodniejszych formach zatrucia wyskokowego; za taki sam znak może posłużyć i trądzik (*acne*) na czole i nosie, chociaż objaw ten zwykł dopiero występować w późniejszych czasach u nałogowych pijaków. Napady padaczki autor spostrzegł tylko jedynie w jednym wypadku.

W obłędzie pijackim Brown (5) zaleca jako środek leczniczy wodan chloralu w dawce o ile można jak największej, nawet po 20 gr. co 20 minut, dopóki sen nie nastąpi, dalej zaleca moene rosoly i walerianian amonii dla podtrzymania sił. Bromek potasu, aby sprowadził sen, potrzebuje być zadawanym w tak dużych dawkach, że zazwyczaj wywołuje wymioty; naparstnica również po większej części sprowadza mdłości. Podskórne zastrzykiwanie morliny B. uważa za wskazane tylko przy bardzo silnym obłędzie pijackim, w lżejszych zaś wypadkach mają one nawet działać podniecająco, sprowadzając sen bardzo niespokojny i przerywany sennemi majaczeniami. W konwalescencji zaleca autor cytrynian magnezji, i ławatywy z letniejszą wodą. Przestrzega także z naciskiem, aby chorym nie dawać nauk moralnych.

Za lek swoisty w przewlekłym otruciu wyskokowém Luton (6) uważa wronie oko, które nie tylko ma działać pomyslnie na osłabienie mięśni i złe trawienie u pijaków (M. Huss), ale także ma działać bardzo skutecznie we wszelkich formach niezbyt rozwiniętych zaburzeń mózgowych, w pozornym zapaleniu płuc, biegu serca i duszności, z tódm zastrzeżeniem, że przetwór rzeczony pomaga dopóty, dopóki otrucie wyskokowe znajduje się jeszcze w okresie przekrwienia i wysięku, nie przeszedłszy jeszcze w okres zwyrodnienia.

Odnosić napoju zwanego goryczką, który bywa wyciągiem z rozmaitych ziół gorzkich na winie białém, Decaisne (9) utrzymuje, że z powodu znacznej ilości zawartego w nim wyskoku, może on sprowadzać podobne zaburzenia w czynnościach trawienia jak absynt, tylko w nieco słabszym stopniu; główne zaś niebezpieczeństwo z jego użycia leży w fałszowaniu tańszych gatunków kwasem solnym, lub siarczanym, gdy tymczasem lepsze gatunki mogą być używane nawet z korzyścią jako lek gorzki działający w rodzaju wina chinowego.

Magnan (7) uzupełnił swoje spostrzeżenia odnoszące się do absyntu kilkoma doświadczeniami fizyologicznymi, z których się okazało, że napady padaczki występujące u zwierząt pod wpływem olejku piołunowego utrzymują się dalej bezzmiany i po odcięciu także półkól mózgowych; dalej, że po zastrzyknięciu olejku do żył, po poprzednim przecięciu rdzenia pacierzowego tuż pod rdzeniem przedłużonym, występuje najprzód napad zależący od rdzenia przedłużonego (drgawki tężcowe i kloniczne głowy połączone z pienieniem), a następnie napady zależące od rdzenia pacierzowego (drgawki tężcowe i kloniczne tułowia, połączone z oddaniem moczu i kału). Z tych doświadczeń autor wnosi, że w padaczkę bierze udział cała oś mózgowo-rdzeniowa,

przyczém. bezprzytomność dowodzi także i zajęcie wielkiego mózgu. Godnym uwagi jest, że w czasie drgawek wywołanych olejkim piołonowym występuje mocne przekrwienie dna oka i śródków nerwowych obok rozszerzenia źrenic. Przekrwienie zazwyczaj bywa najwybitniejszym w rdzeniu przedłużonym i w górnej części rdzenia pancerzowego. Ciepłota zazwyczaj podnosi się w czasie napadów.

2. E t e r.

1) Mc. Hill, Report of fifty cases of ether administration in the General Infirmary at Leeds. Brit. med. Jour. s. 9. — 2) Tomes, The administration of ether in America. Tamże s. 297.—3) Mc. Donnell, Comparative merits of ether and chloroform as anaesthetics. Tamże s. 23.—4) Morgan, John, Ether as an anaesthetic. Tamże Oct. s. 399.—5) Jacobs, Ether as an anaesthetic. Tamże s. 170.—6) Clover, J. New double current inhaler for administering ether. Tamże March. s. 282.—7) Norton, A. new ether inhaler. Tamże Oct. s. 400—8) Richardson, Description and illustration of an ether inhaler for the inhalation of ether as an anaesthetic, with a few observations upon a mixture of chloroform and spirit, of wine and spirit of wine for producing anaesthesia. Dubl. Jour. of med. Sc. March s. 227.—9) Bigelow, Henry. Alleged death from ether. Boston. med. and surg. Jour. s. 497.—10) Hutchinson, Jonathan. Clinical lecture on a case of death in coma after the use of ether. Brit. med. Jour. March s. 247.—11) Mc Hill, Arthur Ferguson. On the comparative advantages of ether and chloroform as anaesthetics. Tamże. July s. 11. 12) Pristley Smith. Note on ether as an anaesthetic. Tamże. 13) Fletcher Beach Ether in the Hospital for sick children. Tamże. 14) Nurse. Administration of ether in the Brighton Childrens Hospital. Tamże. Jan. s. 88.

Ponowne wprowadzenie eteru jako środka znieczulającego pobudziło wielu angielskich lekarzy do wypowiedzenia swych wniosków, chociaż przyznać należy, że mało w nich znajdujemy rzeczy nowych, a nawet zwolennicy eteru nie zawsze wypowiadają zdania zgodne we wszystkich punktach między sobą.

Jako przykład małej szkodliwości eteru możemy przytoczyć Tomesa (2) i Mc. Donnella (3), którzy w każdym razie nie zasługują na naśladowanie; według tych autorów otaryzacye w ogólnym szpitalu w Bostonie i Massachusetts powierzane bywają młodym asystentom, a nawet posługaczom bez żadnej kontroli tętna i ilości zużywanego eteru. Według tych autorów ani kurez głośni, ani oddychanie kurezowe, czemu jednakże Bigelow (9) zaprzecza, ani także sinność twarzy, występująca w czasie otaryzacyi, nie zagrażają jeszcze żadnóm niebezpieczeństwem, a zużycie $\frac{1}{2}$ ℥ eteru w czasie operacyi nie należy weale do rzadkości. Według podania Bigelowa w ostatnich 5 latach wykonano 6,000 operacyj, przy których zużyto 2,800

℥ eteru, a w jednym nawet wypadku zużyto $4\frac{1}{2}$ ℥ w ciągu 12 godzin.

Podczas gdy wielu autorów przyznaje eterowi nad chloroformem tę wyższość, że przy jego użyciu chorzy prawie nigdy nie wymiotują, to przeciwnie Tomes utrzymuje, że prawie każdy jego chory wymiotował w okresie powracającej przytomności, i dla tego nawet poleca umieszczać chorych po operacyi w oddzielnym pokoju, ażeby z powodu swego krztuszenia do wymiot nie przoszkadzali chorym leżącym na łóżkach sąsiednich. W Leeds według Me'Chilla¹⁾ przy eteryzacyi 19 dzieci i 31 dorosłych spostrzegano wymioty 6 razy u pierwszych i 7 razy u ostatnich. Według Clovera (6) wymioty przy eterze bywają częstszymi jak przy użyciu chloroformu, przy którym występują zaledwie raz jeden na 7 wypadków. Attfield i Richardson (8) nadmieniają, że pewien chory, który wymiotował tak po eterze, jak i po chloroformie, nie wymiotował przy znieczuleniu go mieszaniną chloroformu z wyskokiem, i z tego powodu mieszaninę powyższą gorąco zaleca do użycia.

Morgan (4) spostrzegł u dziewczyny histeryczki po 5 dr. eteru występujący teżce, to samo miało miejsce u niej i po użyciu chloroformu.

Podług zdania Mc. Donnella (3) i wielu innych eter gorszym jest środkiem znieczulającym od chloroformu, a Mc. Hill (1) mniema, że jakkolwiek eter w użyciu mniej przedstawia niebezpieczeństwa jak chloroform, to z tém wszystkiem środek ten ostatni zasługuje na pierwszeństwo, gdyż na mocy spostrzeżeń w Leeds, można się było przekonać, że przy eterze chorzy nie prędko zasypiali, po operacyi byli nie raz niespokojni, i w czasie znieczulania stawiali dość znaczny opór. Rawdon (na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Liverpol) utrzymuje, że możnaby zapobiedz tym niedogodnościom, zmuszając chorych do odetchnień najprzód kilka razy chloroformem, Clover (6) zaś w tym celu radzi użyć tlonku azotu.

Najbardziej różnią się angielscy autorzy między sobą w kwestyi, jaki przyrząd okazuje się najwłaściwszym przy eteryzacyi. Podczas gdy Clover (6) zbudował przyrząd, przy pomocy którego przez cały czas wdychanym bywa jednocześnie eter i powietrze, a Norton (7) na 41 posiedzeniu towarzystwa lekarzy angielskich przedstawił swój przyrząd, przy pomocy którego w mieszaninie gazów wdychanym bywa 60 pct. eteru, przy czém znieczulenie występuje w 3—4 minut, to przeciwnie Morgan (4) i Jacobs (5) zalecają przyrząd, obmyślony przez pierwszego z nich, za pomocą którego para eteru wdychana bywa bez wszelkiej przymieszki powietrza. Przy użyciu tego przy-

rządu ponowne wdychanie wydychanego kwasu węglanego Morgan uważa za pojęcie błędne, gdyż wydzielanie tego gazu, według spostrzeżeń Garrowaya, w czasie otoryzacji jest prawie żadne; krew zaś w czasie takiej otoryzacji pozostaje ciągle jasnoczerwona i sińców twarzy prawie nigdy nie bywa przy tém spostrzegana, czemu jednakże Teale stanowczo przeczy. Po nastąpieniu znieczulenia Morgan poleca na pewien czas odsunąć mundsztuk od ust, i po paru minutach dopiero go przyłożyć, to samo radzi wykonać przy poczynającym się oddechu chrapliwym. Znieczulenie przy użyciu przyrządu Morgana często następuje już w $\frac{1}{2}$ minuty. Według Jacobsa wszystkie niedogodności występujące przy użyciu eteru, mianowicie niespokojność chorych i t. d. wyłącznie należy przypisać dostępowi powietrza; na 167 chorych, u których stosowano przyrząd Morgana, tylko w 6 wypadkach zauważano znacznieszą niespokojność i notabeno u 4 stwierdzono niewątpliwy przystęp powietrza.

Fletcher-Beach (14) również także jest za użyciem par eteru z początku jak najbardziej skoncentrowanych, później podług okoliczności można dozwolnić na przystęp powietrza.

Hutchison (10) występuje w obronie tego poglądu, że eter w wieku podeszłym okazuje się szkodliwszym od chloroformu, przy czem na dowód przytacza własne spostrzeżenie; pewien 84 letni starzec był znieczulony eterem w celu wyłuszczenia guza rakowatego, po wykonanej operacji przyszedł o tyle do siebie, że mógł się sam podnieść i oddał mocz, lecz w krótko utracił przytomność i mowę i nie odzyskał ich do samej śmierci, która nastąpiła w 10 godzin po operacji. Wylewu krwi w mózgu, którego się domyślano, z powodu drgaweg występujących w jednej połowie ciała nie znaleziono, natomiast znaleziono tylko torbiel w mózgu po dawnym wylewie krwawym i zwyrodnienie nerek. (To ostatnie w połączeniu z wstrząśnieniem wywołanem operacją najprędzej zdaje się być przyczyną śmierci, nie zaś otoryzacja. Spr.). W każdym razie H. zdaje się mieć rację, że eter, sprawdzając przekrwienie mózgu, jest szkodliwszym od chloroformu, z powodu znaney skłonności ludzi starych do wylewów krwawych w mózgu. Z powodu nicraz występującego gwałtownego majaczenia w czasie powrotu do przytomności, H. uważa eter za niewłaściwy przy operowaniu zaciemka (*cataracta*); dalej u dzieci uważa chloroform za daleko właściwszy do znieczulenia, np. przy operowaniu wargi zajęczój. — Metylon według H. ma działać daleko szybciej jak chloroform, ale też ma czynić chorych bardziej niespokojnemi.

M. e. Hill (11) również także zwraca uwagę na owe majaczenie, występujące po otoryzacji, w skutek którego utracił nawet jednego

chorego, który w napadzie obłędu zdarł sobie opatrunek po operacji przepukliny zacieśnionej, w skutek czego nastąpiła śmierć z powodu wysunięcia się kiszki.

Śmierć, jaka się przytrafiła w czasie eteryzacji w South Hants Infirmary, u 14 letniego chłopca, przy operacji wycięcia kawałka tęczy, według Bigelowa (9) nie była wcale spowodowaną eterem, lecz nastąpiła w skutek złego jego zastosowania, przyrząd bowiem znieczulający był szczelnie przystosowany do ust chorego, tak że przystęp powietrza był zupełnie niemożliwym, nie dziwnego że musiało zatem nastąpić uduszenie, pomimo objawów którego kończono dalej operacyą. Bigelo wniema, że gdyby dozwolono wcześniej oddechnąć świeżem powietrzem, w takim razie chory byłby uratowany, gdyż podług jego spostrzeżeń czynionych w ogólném szpitalu w Massachusetts przystęp świeżego powietrza nieodzownie jest potrzebnym, jak tylko występuje siność na czole, kurcze w mięśniach i oddech staje się mozolnym. B. przypuszcza, że użyta w tym wypadku ilość eteru była zanadto małą, aby mogła sprowadzić znieczulenie. W celu otrzeźwienia, używane w takich razach wachlowanie, B. gani i dodaje że przy tego rodzaju *asphyxyi* należy choremu dozwolnić swobodnie oddychać, a najwyżej można mu tylko dopomódz do takiego oddychania przez lekki nacisk, naśladując w tym względzie ruchy oddechowe klatki piersiowej. Opór, jaki chorzy stawiają w początkach eteryzacji, nie należy błędnie przyjmować za kurcze w mięśniach. Dla osiągnięcia znieczulenia uważa autor wszelkie przyrządy za nieodpowiadające swemu celowi i za najwłaściwszy przyrząd uważa po prostu gąbkę zmoczoną eterem i pomieszczoną w lejku płuciennym. Wilgotna gąbka zatrzymuje eter bardzo dobrze i wydaje z siebie pary daleko mniej drażniące. B. w czasie eteryzacji polega ciągle uważać natężno, i gdy takowe staje się małym, poleca dopuścić powietrze i nie prędzej powrócić na nowo do eteryzacji, aż póki niepowróci czucie. Jeżeli chory zaczyna źle oddychać, w takim razie wprowadza palec do jummy ust; gdy chory wymiotuje, obraca głowę na bok, by tym sposobem ułatwić wydalenie mass zwymiotowanych. Śluz nagromadzający się w gardle radzi od czasu do czasu wydalać za pomocą gąbki. Leki podniecające B. zadaje wtenczas dopiero, gdy chory może już połykać. Szczególniejszą uwagę należy zwracać przy eteryzacji osób osłabionych i pijaków. Niektóre osoby wymagają szczególnej troskliwości, gdyż u niektórych za każdym razem przy eteryzacji zwykły występować kurcze w mięśniach, siność i utrudnienie w oddechu.

Priestley-Smith (12) utrzymuje, że wypadki śmierci przy eteryzacji, nie wszystkie także następują w skutek *asphyxyi*, na do-

wód przytacza następujące spostrzeżenie: u dziewczyny 16 letniej osłabionej w czasie spokojnie i prawidłowo występującego znieczulenia, przed zupełnem jeszcze znieczuleniem rogówki, nagle przestało bić serce, przy czem twarz pobrała i oddech stał się bardzo powierzchownym; objawy te przy użyciu zewnętrznych środków trzeźwiących i ułożeniu chorej na boku wkrótce ustąpiły i dozwoliły wykonać operacyą wyluszczenia gałki ocznej.

Aby porównawczo przekonać się o niebezpieczeństwie eteru, chloroformu i innych środków znieczulających, Norris wystawiał na działanie par tych ciał szczury pod dzwonami szklanemi. Takowe zdychały:

w czystym wodorze	w 9	minut
w powietrzu z eterem	" 5	"
" z chloroformem	" 1½	"
" z dwuchlorkiem metylenu	" 20	sekund
w czystym tlenku azotu	" 25	"
w tlenie z eterem	" 8½	minut
" z chloroformem	" 25	sekund
" z dwuchlorkiem metylenu	" 1½	minut
w czystym kwasie węglanym	" 8	sekund.

Przy użyciu eteru serce po większej części zachowywało jeszcze swoją pobudzalność na prądy elektryczne, natomiast okazywało się nie wrażliwem przy użyciu chloroformu i dwuchlorku metylenu.

3. E t e r m e t y l o w y .

1) Lawson Tait. Death under the administration of methylene ether. Med. Tim. and Gaz. Juli. s. 3. 2) Brookhouse. Methyleneether as an anaesthetic. Brit. med. March. s. 343. 3) Richardson Benjamin. On methylene ether or ethyl. Med. Tim. and Gaz. June s. 4.

Mieszanina z eteru i dwuchlorku metylenu, zalecana już dawniej przez Richardsona jako środek znieczulający, a która według doświadczeń Robbinsa i Archbolda okazuje się być związkiem chemicznym, była probowaną u ludzi przez Lawsona Tait w Birmingham (1) i Brookhousa (2) w Nottingham; rezultat nie był jednakże zupełnie zadawalniającym; na szóstó bowiem wypadków u Brookhousa dwa razy wystąpił znaczny upadek tętna, a Lawson Tait obserwował nawet jeden wypadek śmierci; z tego powodu jakkolwiek słuszném jest zdanie Richardsona (3), że tak zwany

przez niego eter metylowy działa szybciej jak chloroform i wywołuje znieczulenie nie sprowadzając wielkiego podniecenia i mdłości, to jednakże z drugiej strony nie można przyznać mu w tém słuszności, gdy utrzymuje, że środek ten naraża chorych na mniejsze niebezpieczeństwo jak inne środki znieczulające.

Lawson Tait próbował eteru metylowego więcej jak w 200 wypadkach; wspomniany powyżej wypadek śmierci odnosił się do kobiety 62-letniej, mocno niedokrwistej, mającej być operowaną z powodu guza jajnika; przy seceji oprócz nieznacznego processu ateryomatycznego na jednej z zastawek aorty nie znaleziono żadnych ważniejszych zmian w innych przyrządach; śmierć nastąpiła po zużyciu pięciu dr. eteru metylowego przed zaczęciem jeszcze operacji w skutek porażenia serca.

4. Chloroform.

- 1) Clover, J. T. Death from anaesthetics. Brit. med. Jour. s. 10.
- 2) Schuppert, Chloroformtod. Zeitschr. f. Chirurgie III. s. 569.
- 3) Prichard Aug. Chloroform accidents. Brit. med. Jour. s. 194.
- 4) Koenig, Zur Casuistik. des Scheintods in der Chloroformnarkose. Deutsch. Klin. s. 417.
- 5) Girard, Zur Casuistik der Chloroformunfälle. Arch. f. Chir. III. s. 579.
- 6) Larsen. Virkning af en Spisiskoe Chloroform. Norsk Magaz. f. Lægevidensk. R. 3 s. 188.
- 7) Wygrzywalski. O chloroformowaniu. Gaz. lek. T. XV. s. 1 (Przedstawia wyniki prac najnowszych autorów).

Schuppert (2) występuje przeciw pogładowi Richardsona, że sztuczne oddychanie w asphyxyi wywołanej chloroformowaniem jest środkiem najpewniejszym i najskuteczniejszym; w tym względzie autor powołuje się na trzy wypadki przez siebie obserwowane, w których życie chorych zostało jedynie tylko uratowane przez powieszenie ich za nogi, na czem opierając się autor upatruje przyczynę śmierci z chloroformowania w niedokrwistości mózgu. Za moment, wskazujący zaprzestanie chloroformowania, Sch. uważa nie bezprzytomność ale ustanie czynności mięśni.

Według Pricharda (3) elektryczność, zimne i wilgotne okłady, metoda Sylwestera i wyciąganie języka ku przodowi okazują się być najlepszymi środkami trzeźwiącymi w czasie nieszczęśliwych wypadków, zdarzających się przy chloroformowaniu. Według P. najniegodniejszą pozycją i najłatwiej usposabiającą do zejścia niepomyślnego w czasie znieczulania chloroformem jest pozycja, jaką operowany musi zachowywać w czasie operacji przecięcia Pêche.

rza (*lithotomia*). U rodzących zaleca P. mieszaninę złożoną z jednój cz. chloroformu i trzech cz. wody kolońskiej.

Clover (1) opisując wypadek śmierci, jaki się przytrafił w czasie chloroformowania w Szpitalu S-go Jerzego, utrzymuje, że stosunek chloroformu do powietrza wynoszący w rzeczonym wypadku pięć pet. był za wysokim i za najodpowiedniejszy uważa ten, w którym ilość chloroformu nie przenosi $3\frac{1}{2}$ pet. Ilość chloroformu, jaka się dostaje do krwi, według Cl. jest o wiele mniejszą przy prawidłowem oddechaniu i krążeniu, aniżeli przy oddechaniu odbywającym się z pewnem nasileniem, a szczególnie przy zamkniętej głośni, w tym ostatnim bowiem razie wdychany gaz zostaje z siłą wypychanym do pęcherzyków płucnych, przy czem przy zwolnionem jeszcze krążeniu krew silniej może nasycać się tym gazem, z tego powodu przy tego rodzaju zaburzeniach Cl. radzi albo w zupełności chloroform usunąć, lub podawać go w większem rozcieńczeniu. Wyciąganie języka ku przodowi uważa Cl. za bezużyteczne, natomiast według tego autora podnoszenie brody ma ułatwiać oddychanie. Dwutlenek metylenu podług Cl. nie działa tak jednostajnie jak chloroform i podobnie jak eter musi być użytym w większych ilościach.

Na zanieczyszczenia chloroformu, jako przyczynę nieprawidłowego jego działania i asphyxyi, na nowo zwracają uwagę Koenig (4) i Girard (5). Koenig w Rostocku w ciągu 14 dni przy użyciu chloroformu, który jak badanie wykazało zawierał w sobie chlor, aż pięć razy miał sposobność spostrzegać wystąpienie asphyxyi, które na szczęście przez wczesne zaprowadzenie sztucznego oddychania dało się w porę usunąć. Znieczuleniu, występującemu pod wpływem takiego chloroformu, z początku towarzyszyły objawy znacznego podrażnienia, dalej oddech występował w formie łkania, pojawiał się kaszel, samo zaś znieczulenie występowało bardzo późno; następnie nagle serce przestawało bić, przy czem oddechanie ustawało albo przed albo zaraz po zatrzymaniu się bicia serca. Z podobnemi wypadkami spotykał się Girard w klinice sztrasburskiej, gdzie w jednym wypadku natychmiast dokonane przecięcie tchawicy przez Suckego zaledwie uratowało życie choremu; w tych wypadkach wszyscy chorzy w czasie znieczulenia lub wkrótce po niem dostawali silnych wymiot. Chloroform nie zawierał w sobie chloru, ale przy ulatnianiu wydawał silny zapach drapiący podobny do kwasu masłowego. Chloroform używany w wypad-

kach Koenig'a po oczyszczeniu przez przepędzenie okazał się później zupełnie dobrym.

Z licznych wypadków otruc, w których nie znajdujemy nic nowego, zasługuje szczególnie na uwagę wypadek podany przez Larsena (6); w wypadku tym chory dotknięty tętniakiem aorty, wadą serca i zalem krwiawym mózgu przez pomyłkę dostał pełną łyżkę chloroformu, po czem zaraz doznał palącego bólu w żołądku, odcieżenia i uczucia rozgrzania w głowie połączonego z sennością; oddech był przytem wolny, tętno mocne 84, mdłości ani wymiot nie było; po kwadransie chory zapadł w głęboki sen, oddech stał się mniej częstym i słabym i w końcu ustał zupełnie; tętno również także stało się słabszem; ruchy oddechowe dopiero po 10 minutach dały się wywołać przy użyciu amoniaku. Przez następne dwie godziny chory leżał pogrążony w głębokim śnie bez uczucia i żadnego ruchu. Po 2½ godzinach chory się przebudził, mówił bez związku, zasnął znowu i dopiero po dwóch godzinach wytrzeźwiał w zupełności, skarżąc się tylko na ból głowy i mdłości.

5. Woda chloralu.

1) Leonard, Girolamo. Del cloralio idrato. Osservazioni e riflessioni. Il raccoglitore medico s. 65—2) Troop, Maxwell. Large dose of chloral. Philad. med. Times. March 22. — 3) Kirkpatrick Murphy. On the action of chloralhydrate. Lancet. Aug. s. 150. — 4) Manning Henry. A note concerning the hydrate of chloral. Tamże. May. s. 789. — 5) Donavan. The dangers of chloral hydrate. Med. Press and. Circ Aug. s. 159. 6) Elliott. Delirium tremens after chloral drinking—Lancet May. s. 754. — 7) Dujardin Beaumetz. Des applications extornes de l'hydrate de chloral et du méta-chloral. Bull. gén de Thérap. Juill. s. 49. — 8) Genze sam i Hirne. Des propriétés antipudrides et antifermentescibles des solutions d'hydrate de chloral et de leur application à la therapeutique Union méd. s. 793.

Że wielkie dawki wodoru chloralu niekiedy mogą być znoszone bez szkody dla zdrowia, dowodzi tego najlepiej wypadek ogłoszony przez Maxwella (3); w tym wypadku chory dotknięty chorobą umysłową przez długi czas miał zadawany ten środek jako lek nasenny; pewnego razu przez pomyłkę zamiast zwykłej dawki 30 gr. zażył na raz w nocy 260 gr., przy czem oprócz ciągłego lecz naturalnego snu do godziny szóstej po południu trwającego; żadnego uszczerbku w swem zdrowiu nie poniósł. Z drugiej znów strony wiele innych obserwacyi, nowo ogłoszonych dowodzi, że lek ten

przy szczególnych warunkach, a szczególnie przy długim jego używaniu, okazuje się nieraz bardzo szkodliwym, tak że Kirkpatrick Murphy (3), sądzi, że zadawanie tego leku w chorobach przewlekłych jest nawet przeciwwskazaniem.

Donovan (5) zwraca uwagę na szkodliwe działanie wodoru chlorału, zadawanego jako lek nasenny, w zapaleniu płuc, opłucnej i w ogóle we wszelkich cierpieniach połączonych z zaburzeniami w oddychaniu, gdyż na mojej licznych spostrzeżeń ze swojej praktyki utrzymuje, że lek ten w dawce 28 gr. w takich razach bardzo łatwo może spowodować majaczenie, upadek sił, a nawet i śmierć samą.

Manning (4) w domu przytułku w Laverstock spostrzegł u dwóch chorych porażenie kończyn dolnych, które wystąpiło u nich w skutek zażywania chlorału przez długi czas (jeden zażywał go przez 7—8 tygodni, drugi przez 25 dni, dwa razy dziennie po 5 *respect.* 10 gr. i prócz tego wieczorem jako lek nasenny po 30 *respect.* 10 gr.); że w tym razie porażenie wystąpiło w skutek przedłużonego zadawania chlorału mamy w tem dowód, że po odstąpieniu tego leku i zadaniu strychniny porażenie ustąpiło w ciągu kilku dni.

Ten sam autor opisuje także inny wypadek, w którym przedłużone zadawanie chlorału widocznie okazało się bardzo szkodliwym, a być może że przyczyniło się i do śmierci. Chora, która poprzednio chorowała na cierpienia nerwowe, a nawet ulegała somnambulizmowi z początku z powodu bezsenności od czasu do czasu dostawała chlorał, następnie z powodu zapalenia jajnika dla uśmierzenia bólu dostawała codziennie wieczorem 40 gr. chlorału, w późniejszym czasie dawkę musiano powiększyć do 60 i 80 gr., a w końcu po czterech miesiącach wielkość dawki podniesiono do 120 gr. W tym czasie, kobieta, dotąd bardzo energiczna, straciła wszelką energię i humor i prawie zupełnie zdziocinniała, tak że tylko dopraszała się o chlorał, a nawet potajemnie usiłowała go sobie zdobyć; w końcu wystąpiła biegunka, w skutek której chora po dwóch miesiącach umarła z wycieńczenia. Na uwagę zasługuje także wypadek podany przez Elliotta (7); 30 letni mężczyzna, który od 17 roku swego życia zażywał ciągle makowiec (po 14 gr. dziennie), aby odzwyczaić się od tego nałogu przerzucił się do chlorału, który zażywał przynajmniej w ilości 200 gr. dziennie; po pewnym czasie władze umysłowe u tego człowieka dotąd bardzo czynnego i przedsiębiorczego znacznie stępsiały, stał się obojętnym na wszystko i nie-

czynnym, prócz tego pojawiły się u niego bóle w mięśniach w kończynach górnych, apetyt był prawie żaden, oddech stał się cuchnącym, pragnienie było silne, stolce zaparty. Gdy teraz chory chciał pokonać i ten nałóg i dawkę chlorału zmniejszył do 60 gr., wtedy wystąpiło majaczenie połączone z bezsennością i drżeniem w członkach, które to objawy utrzymywały się przez kilka dni i dopiero ustąpiły po użyciu emetyku i makowca.

Bardzo rozliczne przypadłości spostrzegął Kirkpatrick Murphy (3) przy przedłużonem zadawaniu chlorału; w jednym wypadku, gdzie chora cierpiąca na kurecze pęcherza, zażywała przez sześć miesięcy chlorał z początku po 20 a w końcu po 150 gr. w ciągu 24 godzin, wystąpiło zupełne zniedołężnienie umysłu, w chwilach większej nieco przytomności chora zebrała tylko o chlorał; u tej chorej zmuszonej do ciągłego leżenia spostrzegano się wysypka na twarzy i szyi, częściowe porażenie przetyku, tak że mięśnie gardzieli pod wpływem drażnienia pokarmów i napoi bardzo słabo się tylko kurezyły, osłabienie wzroku i nadzwyczajna suchość włosów. W drugim wypadku, w którym silna kobieta przez dwa lata ciągle zażywała chlorał, z początku tylko wieczorem, później i w ciągu dnia, przy czem jednak nigdy nie zażyła go więcej nad 60 gr. dziennie, osłabienie władz umysłowych nie było wprawdzie tak znacznem, zawsze jednakże spostrzegano się znaczne osłabienie w nogach, częściowe porażenie przetyku, osłabienie wzroku, wysypkę na głowie i skłonność do przekrwień skóry i bicia serca po każdym użyciu napojów wysokowych. W trzecim wypadku, u silnego mężczyzny który zażywał chlorał przez 18 miesięcy w dawkach nie dających się ściśle oznaczyć, wystąpiło chwilowe porażenie w kończynach dolnych i w tym także wypadku istniała skłonność do napływów krwi i bicia serca po użyciu napojów wysokowych, na kilka tygodni przed wystąpieniem porażenia chory doświadczał bólów latających w nogach obok pomniejszenia w nich czucia. We wszystkich trzech wypadkach nastąpiło wyleczenie, jednakże dopiero po 8—12 miesiącach.

Co się tyczy zastosowania chlorału w terapii, w tym względzie zasługuje na przytoczenie spostrzeżenia Leonardiego (1); autor ten z najlepszym skutkiem zastosował chlorał w ilości półtory dr. w ciągu dnia u ciężarnej, u której wystąpiły owrzodzone zgniliznawe i bardzo silne bóle kurezowe. Cautani znów zastosował ten lek i znów z pomyślnym skutkiem także w płasawicy. Przy bólu reumatycznym żołądka zadawał go Leonard i bez żadnego skutku,

natomiast przy bólu nerwowym kiszek i kolce reumatycznej znalazł bardzo pomyślnie działającemi lawatywy z 1 skr.— $\frac{1}{2}$ dr. zadawane po kilka razy w ciągu dnia.

Dujardin-Beaumetz i Hirne (8) zwracają uwagę na przeciwnie działanie wodanu chloralu, opierając się w tym względzie na doświadczeniach swych dokonywanych z białkiem, mięsem, mlekiem i moczem; podczas gdy na fermentacyę drożdżową chloral nie wywierał żadnego działania, to fermentacya mleczna była już powstrzymana przez dodatek chloralu w ilości jednego pct. Na skórze i błonach śluzowych według tych autorów przy zastosowaniu chloralu *in substantia* powstają pecherze, przy uczuciu silnego bólu trwającego godzinę do dwóch. Gryzące to działanie chloralu daje się spostrzegać i przy podskórnem zastrzykiwaniu roztworów stężonych, przy użyciu 10 pct. roztworu redukuje się ono do uczucia lekkiego palenia, a którego nie bywa już wcale przy użyciu roztworu 1 pct. Wodan chloralu zastosowany na rany wywołuje strupy lekkie, na wpół przezroczyste, dające się łatwo oddzielać przy uczuciu palenia trwającego godzinę do dwóch. Działanie to gryzące zależy od własności chloralu ścinania białka. Metachloral miejscowo działa tak samo tylko w słabszym stopniu jak chloral.

Opierając się na powyższych doświadczeniach fizyologicznych Dujardin-Beaumetz i Hirne zastosowali chloral najprzód przy zgorzeli powstającej w przebiegu ciężkich gorączek, przy czem przekonali się, że przy takim postępowaniu owrzodzenia nadzwyczaj szybko się zablizniały, co także potwierdza Cadet de Gassicourt na mocy swych doświadczeń w Szpitalu S-go Antoniego (szczególniej przy zgorzeli powstającej w przebiegu gorączek wysypkowych u dzieci) i Féréol wykonywając podobne doświadczenia w *Maison municipale de santé*. Również znaleźli ten środek bardzo skutecznym (na co poprzednio zwrócił już uwagę Accetelle) przy szankrach zgorzelinowych, przy wrzodzie żrącym w pachwinach, przy owrzodzeniach jamy ust, przy wrzodach pochwy i ust macicznych, przy zapaleniu łącznie u noworodków i przewlekłym nieżytwom zapaleniu łącznie, jak również przy niektórych cierpieniach skórnych i wrzodach rakowatych, w tym ostatnim razie D. mniema, że metachloral jako środek odwietrzający okazuje się daleko właściwszym od jodofornu. W licznych wypadkach zebrania się płynu ropiastego w worku oplucnej i przy ropiejących torbielach przestrzykiwania roztworem samego chloralu lub z dodatkiem przetworów *eucalypti* wpływały bardzo pomyślnie na ilość i własności wydzieliny; objawów za-

trucia nigdy przy tem nie zauważono, co najwyżej spostrzegano tylko mocne palenie w miejscu zastosowania leku. D. i H. sądzą że chloral dałby się także z korzyścią zastosować przy ropiastem zapaleniu pęcherza. U królików, którym zastrzyknięto krew gnijąca, wstrzykiwanie chloralu w dawkach nie trujących nie sprowadzało żadnej zmiany w objawach posocznicy.

6. Eter azotawo amyłowy (*Amyl-nitrit*).

Pick, Rob. Ueber Amylnitrit und seine therapeutische Anwendung *Centralbl. f. med. Wissensch.* s. 860. — 2) Amoz-Droz. Etude sur la nitrite d'amylo *Arch. de physiol. norm., et pathol.* s. 469. — 3) Hoffmann Beitrag zur Kenntniss der physiologischen Wirkung des salpétrigsauren amyloxyd *Arch. f. Anat. et Phys.* z 1872 r. s. 746 — 4) Gutmann. Wirkung des Amylnitrits. *Berl. Klin. Wochen.* s. 577. — 5) Eulenburg i Gutmann. Zur Kenntniss der Wirkung des Amylnitrits. *Arch. f. Anat. und Phys.* s. 442. — 6) Bernheim. Ueber die Wirkung des salpétrigsauren Amyloxyds. *Arch. f. die ges. Phys.* s. 255.

Według Hoffmanna (3) pod wpływem eteru azotawo-amyłowego zastrzykniętego w małych ilościach u królików mocza wydziela się najobficiej zaraz po zastrzyknięciu tego środka i ilość jego wkrótce osiąga swego maximum, po czem zwolna się zmniejsza; wydzielenie cukru często trwa dłużej jak 24 godzin. Doświadczenia mające na celu przeświadczenie się, czy cukromocz powstaje także po przecięciu nerwów trzewiowych i czy trwać będzie stale przy powtarzaniu zastrzykiwaniu eteru azotawo amyłowego, nie doprowadziły do żadnego rezultatu, gdyż zwierzęta w krótkim czasie zaraz zdychały.

Eulenburg i Gutmann (5) potwierdzili ten fakt i przekonali się, że cukromocz bywa szczególnieź znacznego natężenia po zastrzyknięciu dawek trujących (w jednóm doświadczeniu mocza zawierał 2 pct. cukru); według tych autorów cukromocz taki ma powstawać skutkiem porażenia ośrodką naczynio-ruchowego i występującego w skutek tego rozszerzenia naczyń wątrobowych. W krwi cukru przy tych doświadczeniach nie znajdowali. Z doświadczeń dokonywanych na żabach E. i G. wnoszą, że eter azotawo amyłowy działa przedewszystkiem na wielki mózg, gdyż najprzód pod jego wpływem giną ruchy dowolne i czucie, to ostatnie na rogówce ginie nawet bardzo wczesnie; dalej przy mocnem otruciu chociaż chwilowo i przemijająco ulega porażeniu rdzeń pacierzowy i nerwy obwodowe, gdy tymczasem czynność serca i pobudzalność nerwów utrzymuje się dalej. U królików nawet bardzo dużo dawki działają

dopiero po kilku godzinach, przyczem upadek sił (*collapsus*) rozwija się zwolna z coraz większem nateżeniem, sprowadzają w końcu śmierć bez żadnych poprzedzających ją konwulsyi; czynność serca w nieznacznym tylko stopniu bywa upośledzoną, jak również elektryczna pobudzalność mięśni i nerwów.

Pick (1), sprawdzając na sobie samym działanie eteru azotawo-amyłowego, przekonał się, że po 5—10 kroplach użytych w postaci pary jako wziewanie, zawsze występuje rozszerzenie naczyń, które zmniejsza się w miarę oddalania się od głowy i na gołeniach prawie jest żadnem, wyjątkowo jednakże takiego rozszerzenia nie bywa w naczyniach siatkówki, jak to wykazały badania oftalmoskopowe S a c m i s c h a i S t a m m o s h a u s a. U zwierząt eter azotawo-amyłowy sprowadza wyraźne osłabienie mięśnia sercowego, przy czem, tak samo jak u człowieka, tętnienie wierzchołka serca staje się silniejszym i zwiększa się częstość tętna. W częstości oddechu i pojemności płuc nie znajdujemy żadnych ważniejszych zmian. *Protozoa* już po dwóch minutach pod wpływem tego eteru utracają ruch i ulegają porażeniu. Mięśnie zwierząt kararyzowanych w parze eteru azotawo-amyłowego w bardzo krótkim czasie (w 10 minut) utracają swoją pobudzalność elektryczną. W terapii Pick stwierdził pomyślne działanie tego przetworu w bólu połowicznym głowy zależącym od skurczu naczyń, w nerwobólu serca padacze i dychawicy (*paliatywnie*), jak również w tępcu z powodu chwilowego zwolnienia w naprężeniu mięśni.

Amez-Droz (2) spostrzegł również także czerwonosć tylko na twarzy, połączoną z uczuciem ciepła, nigdy zaś na kończynach; natomiast spostrzegł dość często kaszel występujący po wziewaniu, który być może pochodził od zanieczyszczeń rzeczonego przetworu. U zwierząt Amez-Droz spostrzegł niespokojność i chęć do ucieczki; żaby bardzo prędko zdychały w naczyniu z wodą, do której dodano kilka kropli eteru azotawo amyłowego, muchy chrabąszcze i inne niższe zwierzęta ginęły po kilku minutach w atmosferze zawierającej w sobie pary tego eteru. U psów i królików po dużych dawkach (bądź dostających się przez oddychanie, bądź też zastrzykiwanych podskórnio lub do żył) Amez Droz spostrzegł drgawki tępcowe, na które zwraca także uwagę i B e r n h o i m (6). Amez-Droz nie może stanowczo rozstrzygnąć, czy spostrzegane zaburzenia w oddechaniu (oddechanie głębsze i przyspieszone, od czasu do czasu przerywane, należy uważać na dalsze działanie tego przetworu, czy też po prostu należy je uważać za objawy zależące od miej-

scowego podrażnienia, w każdym razie autor spostrzegał także przyspieszenie i utrudnienie oddechu i po zastrzyknięciu rozczynu eteru do żył. We wszystkich doświadczeniach stwierdzono większą częstość bicia serca, które to przyspieszenie zmniejszało się nieco przed śmiercią, nigdy jednakże nie spostrzegano właściwego porażenia, gdyż nieruchomość zwierząt zdaje się zależeć raczej od znacznego odurzenia. Zmiany w źrenicach występowały na krótki czas przed śmiercią (*mydriasis*). Obniżanie się ciepłoty według *A m e z - D r o z* było bardzo wyraźnem. Przy sekeyi oprócz ciemniejszego zabarwienia krwi i znacniejszego nieco rozszerzenia serca, szczególnie po lewej stronie, nie znajdowano żadnych stałych zmian. Po zastrzyknięciu eteru azotawo-amyłowego objawy otrucia występują wprawdzie szybciej jak po wzięwaniu, ale za to są mniej niebezpiecznemi. *A m e z - D r o z* sądzi, że takie zachowanie dają się wytłómaczyć w pierwszym wypadku szybszem wydzieleniem trucizny, gdyż po zastrzyknięciu do krwi spostrzegał zawsze obfite wydzielanie moczu, nawet i wtedy gdy poprzednio pęcherz był zupełnie opróżniony (porów. wyżej ze sproszeniami *H o f f m a n n a*). Przy podskórnem zastrzykiwaniu, 20 gr. nie zabija dużego królika, gdy tymczasem przy wewnętrznem użyciu 12 gr. może już zabić.

Działanie na ośrodki nerwowe *A m e z - D r o z* uważa za następcze, gdyż drgawki spostrzegane przez niego występowały dopiero w późniejszym okresie otrucia.

B e r n h e i m (6) stwierdził, że u zwierząt otrutych eterem azotawo-amyłowym drażnienie nerwu sympatycznego elektrycznością sprowadza zwężenie w naczyniach przed tem mocno rozszerzonych, drażnienie zaś nerwu trzewiowego napowrót zwiększa ciśnienie w naczyniach, które przed tem było zmniejszonym, z tego *B.* wnosi, że przetwór ten nie działa porażająco bezpośrednio na ściany naczyń, lecz na ośrodki nerwowe; przeciwnie *P i c k* (1) słuszny czyni zarzut, że powyższe doświadczenia nie wykazują nic innego, jak tylko przewagę wpływu elektrycznego podrażnienia nad zwolnienie naczyń; bynajmniej zaś nie dowodzą ażeby to ostatnie miało być pochodzenia ośrodkowego.

A m e z - D r o z (2), który na mocy własnych doświadczeń przekonał się także, że pod wpływem tego przetworu zmniejsza się ciśnienie krwi i rozszerzają się małe tętnice (nie zaś żyły i naczynia włosowate), również także jest tego zdania, że eter azotawo-amyłowy działa na nerwy obwodowe nie zaś na ośrodki, które to działanie według tego autora ma zależeć od tego, że ciało to we krwi utlenia

się i przeszkadza uwalnianiu się z niej kwasu węglanego, co stwierdzają własności krwi, znajdujące przy seceyi. Amez-Droz przypuszcza, że w skutek tego krew przeładowana kwasem węglanym mocno drażni obwodowe nerwy naczynio-ruchowe i mięśnie naczyniowe, skutkiem czego następuje szybkie porażenie i rozszerzenie. Porażenie zdaje się jednakże nie być zupełnem, gdyż doświadczenia na żabach dokonywane uczą, że rozszerzenie naczyń spostrzegane na błonach międzypalcowych ginie natychmiastowo, jak tylko doświadczone zwierzę nieco silniej poruszy się. Amez-Droz z tego powodu przypuszcza, że w tym razie następuje podrażnienie w hypotetycznych nerwach służących do rozszerzania mięśni naczyniowych.

7. Tlenek azotu.

Burckhardt-His. Erfahrungen ueber die Anwendung des Stickoxydul-gases als Anaestheticum. Correspbl. f. Schweiz. Aerzt. s. 281. — 2) Woodhouse, Braine. Administration of nitrous oxide as an anaesthetic; the recent death. at Exeter Brit. med. Jour. Febr. s. 153. — 3) Coleman, Alf. The recent alleged death from nitrous oxide gas. Tamże s. 151. — 4) Colton. Is nitrous oxyde a safe anaesthetic? To the editor of the Lancet. Lancet. Dec. s. 857.

Burckhardt His (1) posiłkujący się od 1870 r. tlenkiem azotu jako lekiem znieczulającym przy operacyach dokonywanych na zębach, utrzymuje że u osób znieczulonych tym sposobem tylko w jednym a najwyżej w dwóch wypadkach na sto występuje chwilowe podrażnienie w sferze ruchu (drgawki kloniczne), i w sferze psychicznej (podrażnienie lub przytępienie umysłu) przed zaśnięciem lub przed zupełnem przebudzeniem. Wymiot nie spostrzegał ani razu, u osób niedokrwistych występowało niekiedy tylko osłabienie i uczucie zmęczenia, utrzymujące się przez parę godzin. Czas potrzebny do znieczulenia w największej liczbie wypadków wynosił 70—120 sekund, rzadko trzy minuty; ilość zużytego gazu wynosiła 25—30 litrów; wziewań autor dokonywał przy pomocy mundsztuka Clovera.

Angielscy dentyści w początku r. z. niezmiernie zaalarmowani zostali wypadkiem śmierci, jaki się zdarzył u dentysty Browne Mason w Exeter podczas znieczulania tlenkiem azotu, a właściwie mówiąc już po znieczuleniu; zdaje się jednakże, że w wypadku tym, zakomunikowanym przez Woodhouse-Braine (2), śmierć nie była spowodowaną tlenkiem azotu, lecz prawdopodobnie nastąpiła

w skutek połknięcia kawałka kneblu użytego dla utrzymania ust rozwartemi, który zapewnie dostał się do krtani i spowodował uduszenie, lub zalew krwawy mózgu; niestety z powodu niewykonania sekcji wypadek ten nie mógł być należycie rozjaśnionym. Choćby jednakże śmierć w tym wypadku należało przypisać tlenkowi azotu, to w każdym razie przyznać należy, że przetwór ten stosunkowo przedstawia wszelkie bezpieczeństwo, gdyż według *Colemana* (5) w Anglii pod koniec kwietnia 1872 r. użyto tego gazu do znieczulenia więcej jak w 80,000 wypadkach (prawdopodobnie więcej jak 100,000 razy) bez żadnych złych następstw.

Z okoliczności powyższej zacytowanego wypadku śmierci *Cotton* (4) przytacza wypadek nagłej śmierci, jaki się przytrafił w New Jorku podczas operacji wyrwania zęba; w tym wypadku chory napróżno wzięwał rzezonony gaz 3—4 razy, po czem bez znieczulenia był operowanym i podczas operacji zmarł. C przytacza ten wypadek na dowód, że śmierć może być następstwem wstrząśnienia nerwowego spowodowanego operacją, nie koniecznie zaś następstwem znieczulenia.

X. Leki podniecające fosfor, tlen.

I. F o s f o r.

2) *Gery*. L'essence de therobinthine antidote du phosphor. Gas. hebdom. de méd. et de chir. s. 25. — 2) *Hermann* Vergiftung durch scharfe Gase und Dämpfe Peterb. med. Zeitschr. z 1872 r. s. 499. — 3) *Biermer* Präparate von Phosphorvergiftung. Correspbl. der Schweizer Aerzte s. 269 — 4) *Broadbent*, W. H. Clinical illustrations of the value of phosphorus in certain forms of diseases of the nervous system. Practitioner. Apr. 231—5) *Thompson*, *Ashburton* Some observations on the use of phosphorus in neuralgia, illustrated with eighteen cases. Practitioner. July s. 271.

Spostrzeżenie ogłoszone przez *Gery* (1) jest niezmiernie ważnym, dając nam prawie niezbity dowód, jak skutecznym jest odtruwające działanie olejku terpentynowego przy otruciach fosforem; kobieta, która prawie w obecności autora zżuła główki z dwóch pudełek zapalek po zadaniu jej jednej unc. olejku terpentynowego pozostała wolną od wszelkich objawów otrucia.

Bardzo interesującym jest szereg spostrzeżeń zebranych w Szpitalu Obuchowskim w Petersburgu przez *Hermann* (2) na żołnierzach ze straży ogniowej, którzy gasząc pożar w składzie zapalek ulegli najrozmaitszym cierpieniom, które sądząc po przebiegu chorób, najwłaściwiej dają się odnieść do kategorii zatruc fosforem

(w postaci pary) lub jego związkami. W ogóle wszystkich chorych żołnierzy było 22, z pomiędzy których dziewięciu chorowało bardzo ciężko i z nich czterech zmarło. W wypadkach, zakończonych wyzdrowieniem, cierpienie ograniczało się do nieżyłowego zapalenia drobnych skrzeli, duszności, bólu, uczucia ciśnienia w piersiach, kaszlu, przy którym chorzy odpluwali wiele śluzu częstokroć pomieszanego z krwią, gorączka przy tem była umiarkowana; ze znaków fizycznych znajdowano rzerzenia rozszerzone dźwięczne, piszące i śluzowe, miejscami oddech pęcherzykowy zaostrozony rzadziej już spotykano rzerzenia trzeszczące i rzerzenia grubo pęcherzykowe, które znikaly po kaszlu lub głębszem odetchnięciu, objawy te ustępowały w ciągu 9—14 dni przy użyciu leków wykrztuśnych. W wypadkach zakończonych śmiercią kaszel, uczucie ciśnienia w piersiach, zajęcie głowy i upadek sił były najgłówniejszymi objawami, do których w ostatnich dniach przyłączały się prócz tego objawy mózgowe (odurzenie, bezprzytomność, śpiączka i t. p.); przy sekeyi znajdowano przekrwienie mózgu, wodną puchliną płuc i zapalenie płuc na mniejszej lub większej przestrzeni (wątroba i inne przyrządy gruczołowe niestety nie były badane pod względem ich przeistoczenia). Wszyscy chorzy narażeni na oddychanie szkodliwymi gazami, wydzielającymi się w czasie pożaru, odrazu czuli się słabemi, uskarżali się na ból i mdłości, wszystkie te jednakże pierwiastkowe objawy przeszły same z siebie i dopiero wystąpiły na nowo po trzech dniach, atakując przeważnie płuca. Śmierć następowała 6, 7 i 9 dnia po takim szkodliwym oddychaniu. Ciepłota na tułowiu była podniesiona, kończyny zaś były zimne, przed śmiercią ciepłota dochodziła do 40—40,3°, czynność serca była mocno upośledzona, śledziona i wątroba nie powiększone, stolec i mocz u ciężko chorych był zatrzymanym. Ze strony przewodu pokarmowego nie spostrzegano się żadnych objawów. Upusty krwi chwilowo łagodziły duszność, przy wzięwaniach tlenu, który tylko w małych ilościach był absorbowanym, oddychanie stawało się swobodniejszem, głowa wolniejszą i tętno pełniejszym, chociaż zarazem i częstszym, później z powodu przystępującego zapalenia płuc wzięwań tych dalej kontynuować nie można było. Z ludzi zajętych gaszeniem płomieni nie zachorował żaden, wszyscy chorzy pochodzili z tego oddziału, który zajęty był przygaszaniem tlejących resztek, wybuchających od czasu do czasu, którzy blisko przez pięć godzin wystawieni byli wskutek tego na działanie produktów nie zupełnego spalania. Czy oprócz produktów spalania fosforu dzia-

haly przy tem szkodliwie i inne gazy powstałe z gorzenia, trudno w danym wypadku rozstrzygnąć.

Z wypadków otrucé zasługuje na przytoczenie spostrzeżenie Biermera (3). Dwudziesto dwuletnia kobieta w celu otrucia się zażyła lebki z całego pudełka zapalek, które zdawało się, że po większej części zostały zwymiotowane; z początku chora doświadczała ciągłych mdłości i lekkiego bólu w dołku; piątego dnia wystąpiła żółtaczka i pojawiły się barwniki żółci w moczu, który już od czwartego dnia zawierał nieco leucyny i dużo kwasu mlecznego, jednocześnie pojawiły się bóle w okolicy żołądka, wątroby i w ramionach. szóstego dnia pojawił się krwotok z części rodnych, śpiączka i majaczenie, siódmego dnia śmierć. Przy sekcji przekonano się, że dwunastnica znajdowała się w stanie prawidłowym i zawierała bardzo wiele płynnej żółci, przewód do kiszkowy i wątrobowy był wolnym od śluzu; gdy tymczasem pęcherzyk żółciowy zawierał tylko bardzo małą ilość gęstej żółci; w wątrobie nie powiększonej znajdowały się ogniska stłuszczone, krew była płynną, liczne wynaczynienia znajdowały się w miedniczkach nerkowych, osierdziu, opłucnej, natomiast w mózgu nie było ich wcale. Wypadek ten B. przytacza jako dowód, że żółtaczka przy otruciu fosforem nie jest natury hepatogenicznej i nie pozostaje w żadnym związku z cierpieniem dwunastnicy i zastojem żółci w przewodzie dokiszkowym.

Wychodząc z zasady, że w skutek swego podobieństwa chemicznego do arsenu fosfor powinien działać podobnie jak ten ostatni przetwór, Broadbent (4) próbował zadawać go w rozmaitych cierpieniach nerwowych (w zawrocie epileptycznym, w nerwobólu nerwu trójdzielnego, przy nerwowem osłabieniu, w histeryi połączonej z atoniczną niestrawnością, w cierpieniach mózgowych syfilitycznych występujących w połączeniu z padaczką), gdzie poprzednio stosowane inne środki nie odniosły pożądanego skutku. Aby zapobiedz utlenianiu się fosforu, zadawał go w kapsułkach 3—4 dziennie po jedzeniu w ilości $\frac{1}{30}$ gr. *pro dosi*. Thompson (5) szczególniej znalazł fosfor pomyślnie działającym w nerwobólach, lecz aby skutek był tutaj dobrym, powinien być fosfor zadawany w dawkach daleko większych, przecięciowo po $\frac{1}{12}$ gr. (nigdy zaś mniej od $\frac{1}{20}$ gr.) i częściej (co cztery godziny). W jednym wypadku fosfor zadawany nawet przez pomyłkę po $\frac{1}{4}$ gr. nie wywarł pomimo to żadnego szkodliwego działania. Thompson za najlepszą formę zadawania fosforu uważa roztwór jego wyskokowy (jeden gr. na 250 kr. bezwodne-

go wyskoku), dla którego to roztworu proponuje nazwę *Tinctura Phosphori*. Nalewkę tę zadaje w rozcieńczeniu (trzy dr. z dwoma dr. wyskoku zwyczajnego i $\frac{1}{2}$ dr. wyskoku miętowego na sześć unc. wody). Z wypadków chorobnych (rwa kulszowa, nerwobóle nerwu trójdzielnego), w których zadawaną była powyższa mieszanka, nastąpiło zupełnie wyleczenie we wszystkich świeżych i nie zbyt zadawnionych wypadkach, gdy tymczasem z 12 wypadków przewlekłych po większej części powikłanych w siedmiu wypadkach nastąpiło wyleczenie, w czterech poprawa, a w jednym nie było żadnej ulgi. W wypadkach ostrych lub podostrych wyleczenie w trzech wypadkach nastąpiło już po 28—32 godz., w innych zaś wypadkach już po kilku dawkach (2—10) następowała przynajmniej znaczna ulga. W późniejszym czasie Th. zamiast powyższej mieszanki zadawał roztwór fosforu z 20 gr. w pięciu dr. wyskoku bezwodnego, do którego dodaje jeszcze $1\frac{1}{2}$ unc. gliceryny, dwie dr. wyskoku zwyczajnego i dwa skr. wyskoku miętowego. Ta ostatnia mieszanka, w której każda drachma zawiera jeden gr. fosforu, jest przyjemniejszą w użyciu i nie sprawia odbijania. Th. z dobrym skutkiem próbował także fosforu cynku (po $\frac{2}{3}$ gr. *pro dosi*), jednakże ulga występowała zazwyczaj znacznie później jak po użyciu nalewki, prócz tego częściej występowały mdłości i wymioty, których najlepiej jeszcze uniknąć było można przez zadawanie tego leku przy wypełnionym żołądku. Podfosforan sody nawet w dawce $\frac{1}{2}$ dr. nie pomagał nie w nerwobólach.

Thompson zadawał fosfor nie tylko w nerwobólach, ale także próbował go jeszcze w osłabieniu płciowym (po $\frac{1}{12}$ gr. z $\frac{1}{50}$ gr. strychniny), w padaczce i hysteryi, skutek w wielu razach był bardzo zadawalniającym.

2. Tlen.

Dogiel Ciepłota ustroju i prędkość krwiobiegu pod wpływem wdychania czystego tlenu i powietrza. *Gaz. lek. T. XV. s. 401.*

Autor zdaje sprawę z 10 doświadczeń, wykonanych w swojej farmakologicznej pracowni mających na celu wyjaśnienie wpływu wdychanego tlenu w porównaniu z powietrzem na ciepłotę ciała i krążenie krwi.

Pierwsze doświadczenie przygotowane wielokrotnie powtarzane wykazało, że tak przy oddechaniu bez przyrządu jak i przy oddychaniu powietrzem za pomocą przyrządu, który zastosowywany

był ciągle w następujących doświadczeniach, nie daje się wykryć żadnych różnic ani w ciepłocie ciała, ani w częstotliwości uderzeń serca. Drugie doświadczenie wykazuje najdowodniej, że dłuższe oddychanie (17 minut) za pomocą przyrządu nie wpływa wcale na ciepłotę ciała, na krążenie zaś wpływa bardzo nieznacznie, zmniejszając lub powiększając częstość tętna o 1 uderzenie. Trzecie doświadczenie takie nieznaczne zmiany wykazuje nie tylko w częstotliwości tętna ale i w ciepłocie ciała i to przy oddechaniu powietrzem bez użycia przyrządu. Toż samo doświadczenie w dalszym ciągu przekonywa, że tlen i powietrze jednakowy wpływ wywierają na ciepłotę ciała. Doświadczenie czwarte przy wdechaniu tlenu wykazuje podniesienie ciepłoty o $0,1^{\circ}$ C.; jednakowoż autor wątpi, czy podniesienie to należy odnieść do tlenu, gdyż takowe rozpoczęło jeszcze poprzednio przy oddychaniu powietrzem. Wątpliwość ta zdaje się być tym bardziej uzasadniona, że podobne wahania się w ciepłocie ciała występowały już i przy dłuższem oddechaniu samem powietrzem (dośw. 3), co dowodziłoby, że podniesienie takie zależy może nie tylko od tlenu, ale i od innych przyczyn. Pogląd ten potwierdziły jeszcze bardziej następne doświadczenia 5, 6 i 7 wykonywane na psach (dotąd robione były na ludziach). Co się tyczy wpływu wdechanego tlenu na prędkość strumienia krwi, w tym względzie doświadczenia 8, 9 i 10 dokonywane na psach kuraryzowanych, wykazywały pewne przyspieszenie tego strumienia, w każdym jednakże razie autor sądzi, że doświadczeń tych ostatnich wykonano za mało, ażeby ztąd można było wyprowadzić wniosek stanowczy i więcej skłania się do przyjęcia tego zdania, że tlen wdychany w działaniu swem na krwiobieg i ciepłotę ciała wcale się nie różni od zwykłego powietrza.

XI. Leki wymiotne i przeczyszczające.

1. Korzeń wymiotniczy.

1) d'Ornellas, Antonio. Evaristo. Mémoire sur l'action physiologique et thérapeutique de l'émétique. Gaz. med. de Paris s. 537. — 2) Tonžesam, Du vomissement, contribution à l'étude de l'action des vomitifs. Bull. gén. de thérap. Mars. s. 193.

d'Ornellas (1 i 2), na mocy doświadczeń dokonywanych na zwierzętach, utrzymuje, że emetyna podobnie jak emetyk (jak to dowodzą doświadczenia Kleimanna i Simonowitza) zostaje wydzielaną przez ściany żołądka, i że wymiotne działanie emetyny,

zastrzykiwanej podskórnice, które u ludzi objawia się mniej więcej po 40 minutach, należy uważać za następstwo wydzielania jej przez żołądek, gdyż wyciąg wyskokowy żołądka i kiszki ze zwierząt, którym zastrzyknięto znaczne dawki emetyny, wzniesła u gołębi wymioty. Gdy nerwy błędne zostaną przecięte na szyi i następnie zostanie zastrzyknięta emetyna, w takim razie nie bywa albo weale wymiot, albo występują one w niewielkim stopniu po bardzo długim czasie, z czego d'O r n e l l a s wnosi, że w tym ostatnim razie nerw sympatyczny, zastępczo przyjmując na siebie czynność nerwu błędnego, przeprowadza podrażnienie żołądka do ośrodków nerwowych. Wymioty, które po podskórnym zastrzyknięciu emetyny występują dopiero zawsze później i po dawkach większych jak przy zadawaniu jej do wewnątrz, poprzedzane bywają obfitym ślinopłynem, oprócz tego w takich razach u psów znajdujemy zapalenie żołądka i dwunastnicy, którego natężenie dość ściśle odpowiada użytej dawce i natężeniu samych wymiot.

Liczne doświadczenia przekonały dalej autora, że emetyna miejscowo działa mocno drażniąco, na skórze nieobrażonej działanie to jednakże jest prawie żadne; dalej że po podskórnym jej zastrzyknięciu następują wodniste wymioty, które występują z wielkim natężeniem, szczególnie przy słabych wymiotach; że zwalnia ona częstość oddechu, które to zwolnienie autor uważa za odruchowe i przypisuje je podrażnieniu końcowych gałązek nerwu błędnego w żołądku; mniej już wyraźnym jest zwolnienie obiegu krwi, które po największej części występuje dość późno i ten objaw autor uważa także za odruchowy. Napięcie w tętnicach pod wpływem emetyny według O. nie zmienia się. Ciężota na powierzchni ciała obniża się, w odbyticy zaś znacznie się powiększa. Na pobudzalność nerwów i na ośrodki nerwowe emetyna według doświadczeń O. nie działa weale. U zwierząt wielokrotnie autor znajdował przekrwienie i wylewy krwi w płucach.

2. Apomorfina.

Fronmüller. Ueber das salzsaure Apomorphin. Memorabilien s. 390.

Fronmüller, używając apomorfiny więcej jak w stu wypadkach, zachwala bardzo ten środek jako lek wymiotny, używał zawsze chlorku apomorfiny krystalicznego Mercka, przy czém przekonał się, że wodny roztwór po upływie kilku miesięcy, gdy stał się nawet zielonym okazuje się również skutecznym jak roztwór świeżo przyrzą-

dzony. Według autora apomorfina przed innymi środkami wymionemimi ma tę korzyść, że przy jej użyciu nie ma mdłości, że wymioty następują łatwo i szybko, że nie bywa przy tem żadnego podrażnienia w żołądku i kiszkaeh, że czynność żołądka wkrótce potem powraca do stanu prawidłowego, że po zwykłej niestrawności i opróżnieniu żołądka już w parę godzin powraca się napowrót apetyt, na koniec że środek ten jest tańszym, jego zastosowanie wolnem jest od wszelkich niebezpieczeństw i nigdy nie wywołuje objawów mózgowych. Podrażnienia w miejscu zastrzyknięcia F. nie spostrzegają nigdy. Lek ten uważa autor za wskazany we wszystkich wypadkach, w których idzie o opróżnienie z żołądka z jego zawartości, szczególnie gdy zachodzi pewna trudność w zadaniu lekarstwa do wewnątrz, jak u chorych umysłowych, u dzieci upartych, przy otruciach, krupie przy znacznem odurzeniu, powikłanem przepełnieniem żołądka, przy znacznem nagromadzeniu śluzu i innych płynów w drogach oddechowych (w kokluszu i t. p.), dalej u na w pół pijanych i odurzonych, jak np. dość często się zdarza po morfinie. Do wewnątrz apomorfinę zaleca autor jako środek wykrztuśny w dychawicy i zapaleniu płuc przy trudnem oddzielaniu się płwociny (*Apomorph. hydrochlor. crystal.* gr. j—jj, *Aq. destill.* unc. 5, *Syr. sacchar.* unc. 1/2. S. Co dwie godziny łyżkę.

3. Podophyllina

Labadie-Lagrave. Traitement de la constipation habituelle par la podophylline, par le docteur Constantin Paul. Historique et reflexions. *Gaz. hebdom. de méd.* May. s. 324.

Paul radzi codziennie zażywać podophyllinę przy habitualnem zaparciu stolca w dawkach nie przeczyszczających po 1/3—1/2 gr. wieczorem, przy którym to postępowaniu z rana na drugi dzień ma następować naturalny stolec bez żadnych boleści.

XII. Leki nancerwne.

1. Kwas cyanowodorny.

1) Rönard, E. Beitrag zum forensisch-chemischen Nachweis von Blausäure. *Pharm. Zeitschr. für Russland.* s. 230.—2) Struve, H. Zur Entdeckung der Blausäure. *Zeitschr. f. anat. Chemie* s. 14.

Z Rosyi podane zostały do wiadomości dwa wypadki otrucia kwasem cyanowodornym, *respect.* cyankiem potassu, które są wielce

ciekawemi z powodu wykrycia trucizny na drodze chemicznej. W jednym wypadku nagłej śmierci u człowieka, który z powodu wysokiego ubezpieczenia na życie, obudził podejrzenie we wszystkich rosyjskich towarzystwach ubezpieczeń, i przy sekcji którego wykonanej w obec 15 lekarzy nie znaleziono nie podejrzanego. Rennard w siedm dni po śmierci wykrył kwas cyanowodorny w kiszkaeh. Inne części kiszek, które pozostawały do dnia 10, 12 i 15, za nim zostały poddane destylacji i zbadaniu, dały również rezultat dodatny chociaż mniej już wybitny. Z całej masy kiszek otrzymano sześć centigrm. cyanku srebra, które odpowiadają 12 miligrm bezwodnego kwasu cyanowodornego. Rennard uważa odczyn na błękit pruski za dogodniejszy od odczynu na rodanek żelaza, gdy bowiem przy badaniu krwi 11 dnia odczyn pierwszy był bardzo wyraźny, to przeciwnie odczyn drugi na rodanek żelaza nie występował weale, przy tém pierwsze postępowanie tę ma jeszcze przewagę, że otrzymujemy przy tém związek stały jako *corpus delicti*. W pewnem przeciwięstwie ze spostrzeżeniem powyżej opisanem pozostaje spostrzeżenie podane przez Struvego (2). Autor ten ostatni wykrył cyanowodór w sześciu grm. krwi, w zawartości żołądka i w zawartości słoja, w którym leżały kiszki i wątroba, w ośm dni po śmierci nastąpionej w skutek otrucia cyankiem potasu, posiłkując się właśnie drugim odczynem na rodanek żelaza, nie zaś na błękit pruski, który to ostatni odczyn w jego doświadczeniach okazał się mniej czułym, gdy bowiem w płynie, który w jednym litrze zawierał 3,13 milgrm. kwasu cyanowodornego, ostatni odczyn nie występował weale, to przeciwnie odczyn na rodanek żelaza był bardzo wyraźny. Ponieważ według Struvego rodanek amoniaku przytrafia się także i we krwi prawidłowej (znajdował go cztery razy we krwi i raz w wątrobie), przeto przy próbie destylatu podejrzanego o znajdowanie się w nim kwasu cyanowodornego na rodanek, radzi przeprowadzić jednocześnie dwa doświadczenia, destylat podzielić na dwie części, do jednej części dodać siarku amoniaku, do drugiejsamego amoniaku gryzącego i odparować do suchości. Gdy teraz w pierwszej próbie wykryjemy rodanek, w drugiej zaś nie, wtedy mamy stanowczy dowód na obecność we krwi kwasu cyanowodornego, gdyż inaczej przy uprzedniej obecności we krwi rodanku i w rztworze samym amoniakalnym chlornik żelaza da również zabarwienie krwisto czerwone. Aby zapobiedz stwierdzonej przez siebie lotności rodanku amoniaku, zaleca do płynu odparowywanego z siarkiem amoniaku dodać potażu lub od razu użyć siarku potasu. Ze względu na inne badanie sądowo-lekarskie, w któ-

rym nie wykryto wcale kwasu cyanowodorowego tylko kwas mrówkowy, Struve wykonał kilka doświadczeń w celu przekonania się, czy w obec gnijącego mięsa z cyanków nie powstaje kwas mrówkowy; lecz nawet po 18 miesiącach nie wykrywał kwasu mrówkowego, lecz kwas cyanowodorowy.

2. Makowiec.

1) Laborde, I. V. Note sur l'action physiologique et toxique comparée de l'opium et de ses alcaloides. Bull. gén. de thérap. Oct. s. 337. — 2) Munk. Immanuel, Versuche ueber die Wirkung des Cryptopin. Diss.—3) Giraud. De l'action des injections morphinées sur les vasomoteur et la calorification. Gaz. méd. de Paris s. 460.—4) Farrington, W. M. Opium poisoning; administration of oxygen; doubl pneumonia; death. Philadelphia med. Times s. 745. — 5) Fodd. Notes on a case of opium poisoning. Amer. Jour. of med. Sc. s. 131. — 6) Burritt, H. L. W. Belladonne versus opium. Philad. med. and surg. Reporter. s. 316. — 7) Schell, H. S. Case of opium poisoning: use of atropia in opium poisoning. Philad. med. Times s. 707. — 8) Johnston, James. Cases showing the effects of atropine as an antidote to opium. Med. Times and Gaz. Feb. s. 175.— 9) Parrish. Opium intoxication. Address before the American Association for the cure of inebriates at Binghampton, Asylum, New-York. Reported by T. D. Crothers. Philad. med. and. surig. Reporter. Nov. s. 343.

Laborde (1) mniema, że czas by już było zarzucić w praktyce użycie makowca i jego przetworów, sięgających jeszcze czasów Galiena, gdyż takowe zawierają w sobie także alkaloidy wzniecające konwulsye, a zamiast nich używać wyłącznie tylko jego alkaloidów, a szczególniej morfiny i narceiny. Kodeinę uważa L. za bardziej niebezpieczną jak morfinę, gdyż wywoławszy sen u dwojga jednokowych zwierząt przez zastrzyknięcie jednemu z nich chlorku morfiny, a drugiemu chlorku kodeiny, gdy następnie dalej jeszcze zastrzyknjemy $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{8}$ gr. morfiny, to w takim razie otrzymamy tylko głębsze odurzenie, gdy tymczasem zastrzyknięcie $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{30}$ gr. kodeiny sprowadza już prawie natychmiastowo objawy konwulsyjne, połączone z rozszerzeniem źrenic i podniesieniem ciepłoty poprzednio obniżonej, które to objawy w końcu doprowadzają do śmierci. L. przedewszystkiem zaleca narceinę, którą bez obawy zadawać można i u dzieci i którą szczególniej znajdował pomocną w kokluszu. Ponieważ niekiedy morfina lub narceina bywa niekiedy źle znośzoną przy podskórném zastrzykiwaniu, przeto radzi zadawać powyższe alkaloidy w ławatywach, a jeszcze lepiej w czopkach (po $\frac{1}{6}$ — $\frac{3}{4}$ gr.).

Opierając się na doświadczeniach, dokonywanych w berlińskim patologicznym instytutcie, na żabach i królikach, Munk (2) utrzy-

muje, że kryptopina działa upośledzająco, a w większych dawkach zupełnie porażająco na ośrodek oddechowy, przez co u zwierząt ssących szybko następuje śmierć, jeżeli nie będzie podtrzymywane sztucznie oddechanie, w którym to ostatnim razie nawet po dawkach bardzo dużych nie tylko nie następuje śmierć, ale także nie występują i drgawki zazwyczaj ją poprzedzające. Dalej działa ona porażająco na ośrodki rdzenia pacierzowego, przez co pod jej wpływem giną czynności odruchowe. Nakoniec u zwierząt ssących (nawet po zaprowadzeniu sztucznego oddechania) bicie serca staje się nieregularnym, a po dawkach dużych takowe zatrzymuje się w okresie rozskurczu, które u żab, jak dowodzą doświadczenia z przecinaniem nerwów błędnych i nikotyną, nie zależy od nerwów błędnych, a przychodzi jedynie tylko do skutku przez porażenie samego mięśnia sercowego. U królików, dawki trujące $\frac{1}{2}$ —1 gr., przy zaprowadzeniu sztucznego oddechania zabijają je dopiero w dawkach cztery razy większych.

Giuraud (3) w jednym wypadku bólu połowicznego głowy połączonego z bolesnym przykurczeniem mięśni szyjowych po stronie cierpiącej i obniżeniem ciepłoty na szyi i twarzy po zastrzyknięciu morfiny spostrzegł ulgę zadziwiającą; już po 4—5 minutach kurcz ustąpił w zupełności, ciepłota na twarzy wyrównała się i przyszła do stanu normalnego, ból zaś głowy trwał jeszcze wprawdzie jakiś czas, lecz i ten po kilku godzinach ustąpił w zupełności.

Ze względu na leczenie atropiną osób otrutych przetworami makowca Schell (7), przytoczywszy własne spostrzeżenie, w którym kobieta po zażyciu $\frac{1}{2}$ unc. nalewki makowcowej została uleczoną zastrzyknięciami atropiny, przy obfitych wymiotach, gdy przedtem użyte środki wymiotne nie skutkowały wcale, zwraca uwagę, że tak w tym wypadku jak i w innych leki wymiotne, które przedtem nie działały wcale, po zastrzyknięciu dopiero atropiny wywołują obfite wymioty i tym sposobem przyczyniają się właśnie do pomyślnego zejścia. Spostrzeżenie Brooka, ogłoszone przez Wooda (8), odnoszące się do kwestyi antagonizmu między makowcem i atropiną, zasługuje na przytoczenie ze względu, że kwestyę tę przedstawia z odmienną nieco strony; chory 68-letni z powodu *cholera nostras* otrzymał z polecenia swego lekarza w ciągu godziny około 1 gr. morfiny, następnie co godzina dostawał po $\frac{1}{8}$ gr. morfiny w połączeniu z $\frac{1}{4}$ gr. makowca (w ogóle zażył około $1\frac{1}{2}$ gr. morfiny i $1\frac{1}{4}$ gr. makowca), po czem dopiero po siedmiu godzinach po ostatniej dawce morfiny wystąpiła śpiączka i zwężenie źrenic (prawdopodobnie odwar z kory dębowej był przyczyną takiego opóźnienia w wystąpieniu objawów

FARMAKOLOGIA I TOKSYKOLOGIA.

otrucia). Po zastosowaniu leku wymiotnego, obok *ambulatory treatment* i po 14 zastrzyknięciach atropiny ($\frac{1}{2}$ gr. atropiny), chory zaczął sam z siebie oddechać i tętno powiększyło swoją częstość; śmierć nastąpiła we 29 godzin po wystąpieniu śpiączki i w 24 godzin po ostatniem zastrzyknięciu atropiny; rozszerzenie źrenic wystąpiło dopiero na dwie godziny przed śmiercią. Z okoliczności tego wypadku Wood zwraca uwagę lekarzy, że nie należy zastrzykiwać atropinę bez końca aż do wystąpienia rozszerzenia źrenic, które nieraz dosyć późno występuje, lepiej kierować się w tym razie ogólnym stanem chorego, a szczególnie zwracać baczna uwagę na stan oddechania i śpiączkę. Bardzo zresztą pouczającemi w tym względzie są spostrzeżenia Johnstona (9) ze Szangai, który obserwował ze 300 wypadków otrucia makowcem i 17 z nich bardzo ciężkich leczyl zastrzykowaniami atropiny, z tych umarło tylko sześciu; na mocy tych spostrzeżeń autor dochodzi do następujących wniosków:

1) W wypadkach łagodnych, gdy chory w godzinę lub dwie po otruciu przychodzi pod naszą obserwację, gdy jest przytomnym i chodzić może, dalej gdy źrenice nie są zwężone i są ruchome, wystarcza zwykły sposób leczenia środkami wymiotnymi i t. p.; w każdym jednakże razie potrzebną jest wielka uwaga i troskliwość, gdyż w najłagodniejszych nawet wypadkach bardzo łatwo mogą wystąpić ciężkie przypadłości. Gdy zaś istnieje już śpiączka i zwężenie źrenic po opróżnieniu żołądka i zmuszaniu chorego do chodzenia należy przystąpić do zastrzyknięcia atropiny.

2) Stan źrenic jest najważniejszym; gdy źrenice są ściągnięte do wielkości łebka szpilki, wtenczas stan chorego jest już groźnym, nawet gdy chory pozornie ma się dobrze. W takich wypadkach należy natychmiast zastrzyknąć atropinę.

3) W wypadkach, gdy ośrodki nerwowe nie oddziałują już więcej na zimne natryski i inne bodźce, jest nie tylko bezużytecznym, ale nawet szkodliwym chorego zmuszać do chodzenia, gdyż wtedy wyczerpanie sił już i tak znaczne dojsć może do ostatecznego kresu; w takich razach należy chorego położyć poziomo i zastrzykiwać atropinę, z powodu utrudnionego oddechania należy zaprowadzić oddechanie sztuczne, siły podupadłe podtrzymywać przez ogrzewanie i drażnienie kończyn, do wewnątrz zaś podać środki podniecające, kawę, amoniak, wódkę.

4) We wszystkich wypadkach głębokiej śpiączki, połączonej z zupełną bezczułością, przy źrenicach zupełnie ściągniętych i odde-

chu chrapliwym, należy bezzwłocznie zastrzyknąć atropinę i podtrzymać siły chorego lekami podniecającymi.

5) Gdy ustrój pozostaje już pod wpływem atropiny, gdy oddech stał się spokojniejszym, chociaż byłby jeszcze dosyć nawet wolnym, nie należy chorego niepokoić sztucznym oddechaniem, szczególnie gdy mu to przerywa sen, który zazwyczaj zwykł występować po atropinie.

Johnston zazwyczaj zastrzykuje $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ gr. atropiny, przy czem pomimo nawet głębokiej śpiączki źrenice po większej części poczynają się rozszerzać w 10—20 minut, a we dwie godziny skutek leku bywa już zupełny; w razie gdy skutek zawodzi J. powtarza zastrzyknięcie. Za najważniejszy objaw działania atropiny uważa J. zwolnienie i większą pełność tętna.

Z innych wypadków otrucé oprócz powyżej wzmiankowanych zasługuje jeszcze na przytoczenie wypadek podany przez Farringtona (4); w wypadku tym, obserwowanym w szpitalu *Belleme* w Nowym-Yorku, chory zażył trzy dr. roztworu Magendiego chlorku morfiny, w tym wypadku napróżno stosowano atropinę, leki podniecające, nawet i faradyzacja nie pomagała, dopiero pomyślnie działającym okazał się tlen, pod wpływem którego chory powrócił do przytomności, z początku przytomność wracała tylko w czasie wzięwania, później powróciła stale przy jednoczesnym zastosowaniu *ambulatory treatment* na drugi dzień bez żadnej przyczyny wystąpiło zapalenie płuc, na które chory zmarł siódmego dnia. W wypadku otrucia 40 gr. makowca, podanym przez Todda (5), najskuteczniejszymi okazały się zastrzykiwania wódki i nalewki ciemierzycowej (*tinctura veratri*), gdy tymczasem leki wymiotne nie skutkowały wcale, a atropina zdawała się nawet stan chorego pogarszać. W wypadku podanym przez Buritta (6), w którym chory zażył jedną uncję nalewki makowcowej, zadanie leku wymiotnego i następnie dawka jednouncyowa wyciągu belladonnowego po $4\frac{1}{2}$ godzinach po pierwszej dawce nie wywarły żadnego jeszcze działania na zwężoną źrenicę; później obok rozszerzenia źrenic wystąpiła czkawka i upadek sił, które ustąpiły pod wpływem amoniaku i wódki, następnie wystąpiło majaczenie, które dopiero ustąpiło po zadaniu morfiny. Rozszerzenie źrenic utrzymywało się więcej jak 24 godzin.

Parisich (10), opierając się na swoich spostrzeżeniach, jest zdania, że opiozerców powoli tylko można odzwyczajając od ich zguźnego nałogu, gdyż po większej części ma się do czynienia z osobami; cieleśnie i umysłowo upośledzonymi; dla których należy mieć pewne

wyrozumienie, tymbardziej że przez nagłe odsunięcie makowca układ nerwowy może być zanadto u nich wstrząśnionym i nieszczęśliwi tacy mogliby takiego wstrząśnienia nie przetrzymać, powtóre, że jak uczy doświadczenie, chorzy nagle odzwyczajeni, zwykle napowrót wpadają w ten nałóg. W ogólności nałóg ten rozwija się u ludzi, pierwiastkowo przymuszonych do zażywania makowca w skutek swych cierpień fizycznych, raz spostrzegł go jednakże P. u pewnego mówcy ludowego, który dla podniesienia swojej wymowy i łatwiejszego wzbudzenia entuzjazmu zażywał makowiec i w końcu nałogowo przyzwyczaił się do niego. Godnym uwagi jest, jak człowiek powoli przyzwyczajając się do środków upajających, może dochodzić do ogromnych ich ilości; pewien człowiek, obserwowany przez P., wypijał dziennie trzy kwart wódki, 60 gr. morfiny i wypalał 8—14 cygar bardzo mocnych; wprawdzie po 10 dniach takiego życia wystąpił obłęd połączony z bezsennością, rozszerzeniem źrenic i wielką niespokojnością, przy czém tętno było bardzo małe i częste; objawy te ustąpiły po zastosowaniu stałego prądu na część szyjową nerwu sympatycznego.

2. Konopie indyjskie.

Naquet, A. Sur les effets du chanvre indica. Compt. rend. LXXVII, s. 1564.

Naquet, wykonywając doświadczenia z nalewką haszyszową przekonał się, że działanie haszyszu jest bardzo niejednostajne, a nawet że w jednej i tej samej dawce haszysz nie sprowadza jednakowych objawów, występujących z jednakowem natężeniem u jednego i tego samego indywiduum i że objawy haszyszowego odurzenia dają się podzielić najwłaściwiej na dwie grupy, na objawy stałe właściwe konopiom indyjskim i na objawy przypadkowe czyli indywidualne. Do tych ostatnich zalicza N. szybką zmianę idei, tak że nicraz u upojonych haszyszem spostrzega się częstokroć bardzo szybkie przejście od najgłębszego smutku do największej wesołości. Do objawów właściwych znów samój truciznie N. zalicza przywidzenia (*hallucinations*), tak że upojonemu zdawać się może, że jedzie konno, poluje, pływa, lata po powietrzu, że nie ma żadnej wagi; prócz tego ma występować wielka gadatliwość i chęć dysputowania.

3. Wilcza jagoda (*belladonna*).

1) B a u e r. Ein Fall von Belladonna Vergiftung. Würt. Corresphl. s. 113.
 2) M o r e l, Trois cas d'empoisonnement par la belladonne. Annales de la sec. de
 méd. de Gend. Sept. s. 181. — 3) W o o d. On the physiological action of Atropia.
 Amer. Jour. of med Sc. April. s. 332. — 4) R a b u t e a u. De l'action compara-
 tive l'homme et chez certains animaux. Union. méd. Dec. s. 1006.

Bauer (1) opisał wypadek śmierci u dziecka dziewięciomiesięcznego po zjedzeniu zapewne nie więcej jak trzech owoców wilczej jagody, których łupiny wydalone zostały za pomocą środka wymiotnego; objawy były zwykłe, czerwonosć skóry dopiero na drugi dzień bardzo wyraźna, źrenice rozszerzone, które na krótki czas przed śmiercią nieco się zwężyły; przy sekcji zauważano nadzwyczaj szybki i daleko posunięty rozkład zwłok. Z okoliczności tego wypadku Bauer wnosi, że w działaniu tej trucizny należy odróżnić dwa okresy, w pierwszym okresie występują objawy podrażnienia ze strony n. sympatycznego, czego ma dowodzić rozszerzenie źrenic i skurczenie naczyń, w drugim zaś okresie występują objawy porażenia w ośrodkach naczynioruchowych, w skutek czego rozszerzenie źrenic nieco się zmniejsza, tętno staje się pełnym, skóra i błony śluzowe ezerwionią się; prócz tego nadzwyczaj szybki rozkład zwłok obserwowany w tym wypadku, przypisuje autor rozkładowi (*dissolutio*) krwi, jaki ma występować pod wpływem tej trucizny.

Morel (2) obserwował otrucie u trzech osób, po wypiciu przez nich naparu z liści wilczej jagody, które kupione były w handlu za ziółka; objawy otrucia były zwykłe. U najsilniej zaatakowanych po bezskutecznym zastrzyknięciu morfiny i drażnieniu skóry, najwięcej zdaje się pomógł roztwór garbniku; w moczu na drodze badań fizyologicznych i chemicznych można było wykryć atropinę. Z okoliczności tego wypadku Morel zwraca uwagę na objaw dotąd przeoczany przy otruciach wilczą jagodą, a o którego obecności przekonał się na dwóch osobach w tym wypadku, objawem tym bywa nieżytkowe zapalenie krtani objawiające się miejscowym bólem, chrypką i płwociną szklistą, prócz tego według tego autora atropina zmniejszać ma ilość moczu, a mimo to oddawanym on bywa częściej i z pełnym parciem. Co się tyczy terapii przy otruciach wilczą jagodą, w tym względzie autor gani jodek potasu w połączeniu z jodem, gdyż środek ten nie ma zapobiegać wcale śpiączce, a natomiast może wywołać bardzo łatwo objawy jodyzmu (ból w twarzy, oczodołach, no-

sie i ustach), natomiast zachwała najbardziej garbnik. Emetyk uważa za wskazany tylko przy zachowaném jeszcze czuciu, w okresie śpiączki nie skutkuje już wcale, przy utrudnioném polykaniu radzi wlewać go przez nos, co wprawdzie może dać powód do małych krwotoków i utworzenia pryszczy. Środki drażniące skórę uważa za bezskuteczne. Podskórne zastrzykiwania morfiny zwalniały częstość tętna, jednakże M. nie odważył się powtórzyć dawki ($\frac{1}{3}$ gr. u dziewczyny dwunastoletniej).

Wood (3) przekonał się na psach, że atropina zwiększa częstość tętna i po przecięciu nerwów błędnych, z czego autor wnosi, że objaw ten nie zależy wyłącznie od porażenia końcowych gałązek nerwu błędnego, i prócz tego przekonał się o słuszności poglądów Bezolda i Bloebauma, że po przecięciu nerwów błędnych i rdzenia pacierzowego ciśnienie we krwi u psów nie powiększa się pod wpływem atropiny.

Antagonizm między atropiną i makowcem według Wooda, w tém ma głównie swoją podstawę, że makowiec zabija przez upośledzenie ośrodka oddechowego, gdy tymczasem atropina w dużych dawkach przeciwnie działa na ten ośrodek podniecająco, wskutek czego poprawa w oddechaniu jest pierwszym znakiem dla działania atropiny, z którą to poprawą w dalszym związku pozostaje i zmniejszenie się odurzenia, jakie przynajmniej w części zależnym jest od kwasu węglanego.

Rabuteau (4) stwierdziwszy obojętność królików i świnek morskich względem dużych nawet dawek atropiny, czyni słuszną uwagę, że zwierząt tych nie powinno się używać w celu wykrycia alkaloidów na drodze fizyologicznej przy badaniach sądowo-lekarskich, gdyż rozszerzenie źrenic występuje dopiero po bardzo wielkich dawkach zadanych do wewnątrz lub zastrzykniętych podskórnie, tak samo także jest ono mniej wyraźnym jak u psów i po wkropleniu w oczy.

4. Lulek (*Hyoscyamus*).

1) Wittmann, L. Ein Vergiftungsfall mit Stechapfelsamen Jahrbuch, f. Kinderheilkunde VI. s. 178. 2) Hellmann Moritz. Beiträge zur Kenntniss der physiologischen Wirkungen des Hyoscyamins und der Spaltungsprodukte des Hyoscyamins und des Atropins. Jena. — 3) White E. d. Poisoning by Hyoscyamus Lancet. July s. 8. — 4) Oulmont. Abstract of researches of the action of Hyoscyamia. Practitioner s. 1.

Na mocy doświadczeń dokonywanych na zwierzętach Hellmann i Preyer (2) przekonali się, że fizyologiczne działanie hyoscyana-

miny i atropiny jest jednakowe, gdyż pierwsze z tych ciał działa porażająco na końcowe gałązki nerwu błędnego, dalej upośledza czynności odruchowe prawdopodobnie w skutek porażenia końcowych gałązek nerwów skórnych, rozszerza źrenice w ilościach nie dających się chemicznie wykryć, u żab zwalnia oddechanie, u zwierząt ssących z początku je zwalnia, następnie je przyspiesza. Również także i produkta rozkładu obu tych alkaloidów działają w sposób zupełnie jednakowy. Gdy z jednej strony kwas hyocyaminowy i kwas tropaeowy wprowadzone do ustroju w postaci soli sodowych zachowują się względem niego zupełnie obojętnie; z drugiej znowu strony hyoscina i tropina nie upośledzają, czynności odruchowych, jak to poprzednio Fraser utrzymywał o tropinie, nie rozszerzają źrenic, gdy tymczasem na serce, oddechanie i układ nerwowy działają zupełnie w taki sam sposób jak atropina. Konwulsyi, które Schroff spostrzegał przy otruciach hyocyaminą, autor w swych doświadczeniach nigdy nie zauważył.

Oulmont (4) jakkolwiek na mocy swych doświadczeń fizyologicznych stwierdził, że hyocyamina dopiero w dawkach trujących znosi u zwierząt czucie w nerwach obwodowych i tylnych powrózkach rdzenia, to jednakże wbrew tym doświadczeniom terapeutycznie przekonał się, że u ludzi działa ona w wysokim stopniu kojąco; w nerwobólach znajdował ją bardzo skuteczną, gdy takowa była zadawana do wewnątrz, albo lepiej jeszcze zastrzykiwaną podskórnio, poczynając od $\frac{1}{60}$ gr. i zwolna powiększając dawkę. Lekkie objawy otrucia nie zasługują na żadną uwagę, i tylko przy ciężkich otruciach należy lek ten odsunąć. Dalej Oulmont zwraca jeszcze uwagę, że makowiec i wilcza jagoda również dają dobre rezultaty przy leczeniu nerwobólów. Wychodząc z zasady, że hyocyamina w dawkach trujących wywołuje porażenie w kończynach tylnych u zwierząt, szczególnie u kotów, a także i u ludzi, które to porażenie autor przypisuje wtedy zwolnionemu krwiobiegowi w naczyniach włosowatych mózgu i rdzenia, autor zalecał ten środek w ruchliwym bezwładzie (*paralysis agitans*), w drżączce (*tremor senilis et tremor mercurialis*), skutek w wielu razach był bardzo pomyślny, nawet w tych wypadkach, w których inne środki okazały się bezskutecznymi. Przy bezwładzie postępowym hyocyamina nie działa wcale. W jednym wypadku tęcza działała tylko chwilowo łagodząco.

Wypadek otrucia nasionami lulka, które odnalezione zostały w stolcach, spostrzegany przez Wittmanna (1) u dziewczynki sześciolletniej przebiegał przy zwykłych objawach, prócz tego zau-

ważył jeszcze autor w tym wypadku nadzwyczajną drażliwość krzyża, tak że na najlżejszy nacisk dziecko silnie krzyczało i gwałtownie usuwało się od badania.

W wypadku otrucia opisanym przez Whitego (3) (11 drachmami nalewki hyocyamowej przez pomyłkę podanej zamiast *potio nigra*) oprócz zwykłych objawów i wysypki na całym ciele w rodzaju płonicy spostrzowano jeszcze utratę siły mięśniowej w dolnych kończynach, tak, że chory zaledwie 6-go dnia mógł się przechadzać bez podpierania, nadto chory ten przez długi czas doznawał pewnej trudności w kojarzeniu myśli i w wysokim stopniu utracił pamięć.

5). Piotrasznik plamisty (*Conium*).

- 1) Kennedy, Henry. On the uses of hemlock in relation with the scepticism with now prevails on the value of drugs. Med. Press. and Circ. s. 109. — 2) Harléy, John. Cases of disorderly muscular movements illustrating the uses of conium. Lancet, Dec. 20.

Kennedy przemawia za pomyślnym działaniem piotraszka jako środka wzmacniającego, w chorobach wyniszczających, szczególnie w wieku dziecięcym; środek ten dzieci znoszą bardzo dobrze nawet w dawkach stosunkowo bardzo wielkich i to nam właśnie wyjaśnia zdyskredytowanie, w jakie nieślusnie popadł ten lek, z powodu zadawania go w dawkach zbyt małych.

Harléy (2) z pomyślnym skutkiem zadawał *Succus Conii* po 3—7 unc. w ciągu dnia w najrozmaitszego rodzaju chorobach i ponieważ zwolnienie mięśni pod wpływem tego leku najwyraźniej i najsilniej objawia się w mięśniach rządzonych przez nerwy mózgowe, przeto H. sądzi, że paliażurk szczególnie jest wskazanym w drgawkach tego rodzaju mięśni (w szczykościska, drganie powiek, kurczu gardzieli). W padacze rezultat był rozmaity, w płasawicy był bardzo wyraźny i pomyślny; w bezwładzie ruchliwym (*paralysis agitans*) środek ten w świeżych wypadkach działał dobrze, w wypadkach zaś zadawnionych zwiększał jeszcze drgawki.

6. Bromek potasu.

- 1) Voisin, Auguste. Etude historique et thérapeutique sur le bromure de potassium. Arch. gén. de med. s. 55. Pracę powyższą w streszczeniu zamieścił Dr. Langowski w Gaz. lek. T. XIV., s. 270. — 2) Michaelis, Adolf. Zur Anwendung des Bromkaliums gegen Epilepsie. Diss. — 3) Neuman Isidor Ueber die krankhaften Erscheinungen des inneren Gebrauches (vom Bromkalium) an der

Haut des Menschen entstehen. Wiener med. Wochenschr. 6 s. 124. — 4) Brown Bedford. Remarks on the pathological significance of the peculiar eruptions from the effects of the bromine preparations. Philad. med. and surg. Reporter. Aug. s. III.—5) Morton, James, On certain risks attending the use of bromide of potassium. Glasgow med. Journ. Febr. s. 239. — 6) Hollis, The value of sodic bromide in nervous affections. Practitioner. Aug. s. 85. — 7) Binz. Die therapeutische Verwendung des Bromkalium. Deuts. Klin. s. 441. — 8) Maclean Bromide of potassium as a febrifuge. Brit. med. Jour. July. s. 10.

Voisin (1) w wyczerpującej rozprawie o terapeutycznym działaniu bromku potasu, przede wszystkim zaleca, ażeby przetwórcy ten zadawany był w stanie chemicznej czystości, gdyż według jego spostrzeżeń takowy działa o wiele szybciej i pewniej na rdzeń przedłużony i pacierzowy, jak zanieczyszczony chlorem i jodem. W celu uniknięcia bólu żołądka poleca lek zadawać przed jedzeniem w wodzie ocukrzonj samj lub z małą ilością wina czerwonego. Lekarz w czasie zadawania tego leku powinien ciągle kontrolować czynności odruchowe u chorego, w celu przekonania się o ich zachowaniu się. V. drażni gardło, wprowadzając łyżeczkę aż do samj nagłośni i łachocze piórkami nozdrza i jamę nosa i dotąd powiększa dawkę tego leku, dopóki pierwsza z tych czynności nie wywołuje więcj już mdłości i wymiot, a druga kichania będących doskonałym wyrazem odruchu. Postępowanie to zgodnie z autorem zaleca również także Cl. Bernard i Besson.

Z 40 chorych leczonych przez V. bromkiem potasu, u 37 przytłumione były mdłości odruchowe, z tych 17 chorych nie miało już więcj napadu epileptycznego, u 18 wystąpiła znaczna poprawa, a u 2 tylko nie było żadnej poprawy; z pomiędzy zaś 3 chorych, u których rzeczony objaw odruchowy nie był usuniętym, u jednego tylko spostrzegala się pewna poprawa.

Przy przesyceciu bromem (*bromismus*) V. odróżnia dwie formy, jedną powolnie występującą i drugą szybko rozwijającą się w ciągu kilku godzin; pierwsza cechuje się białym matowym kolorem skóry, szczególniej wyraźnie występującym na twarzy, przytępieniem władz umysłowych, odurzeniem, suchością w ustach, lepkością śliny, biogunką, wychudnieniem, niepewnością w chodzeniu, sennością, trudnością wysławiania się, nakoniec nieżytem oskrzeli, który nawet stać się może duszącym. Podobne zatrucia bromem podług V. występują najłatwiej u osób słabych, źle odżywionych, i zdaje się, że pozostaje w dość ścisłym związku z zaburzeniami w przeziwie skórnym i w wydzielaniu tego środka.

Według Voisina utrzymywanie się czynności odruchowych powyżej nadmienionych z jednakowym natężeniem, brak zmęczenia i upośledzenia ze strony czynności płciowych, sen spokojny i jednostajny w czasie nocy dowodzą, że ustrój nie jest jeszcze dostatecznie nasycony bromem. Prędko występujące upośledzenie w odruchach, obok pojawienia się pozostałych powyżej wymienionych objawów daje zazwyczaj pomyślnie rokowanie. W ogóle jednakże leczenie, według poglądu V., trwać powinno bardzo długo z dziesiątek lat, zanim może nastąpić zupełne wyleczenie. Wystąpienie objawów zatrucia bromem po dawkach $\frac{1}{2}$ —5 dr. może wystąpić po paru miesiącach, a nawet po latach kilku, u osób jednakże źle odżywionych częstokroć może już wystąpić po dawkach 24—30 gr. *pro die*. Szybko rozwijającą się formę spostrzegali V. u chorych, którzy zażywali bromek potasu w dawkach $1\frac{1}{2}$ — 5 dr. przez 3 — 4 lat; w tej formie chód staje się chwiejnym, występuje opadnięcie powiek, senność, ból głowy, biegunka, chorzy tacy z wielką trudnością tylko mogą się wysławiać, wzrok staje się u nich bez wyrazu, prócz tego pismo takich chorych bywa drżące i złe i zdania niezrozumiałe, gdyż albo brakuje części całych wyrazów, albo pomieszane bywają wyrazy fałszywe lub też głoski bywają poprzekładane. Objawy tego rodzaju znikają w tych wypadkach po odstawieniu leku przy zastosowaniu suchych kąpielei parowych, picia czarnej kawy, używaniu przez kilka dni leków przeczyszczających i moczopędnych obok pożywienia posilnego i łatwo strawnego. Toż samo postępowanie lekarskie jest także wskazanem przy otruciu bromem powoli rozwijającym się, jeżeli takowe objawia się pod postacią bezsilności (*adynamia*), przyczem głównymi objawami bywa brudno-żółte zabarwienie skóry, wychudnienie, osłupiały wyraz twarzy upośledzenie wzroku i słuchu, utrudnienie w wysławianiu się, głos ochrypły, trudność pojmowania, osłabienie pamięci, bolesność, a niekiedy zaczerwienienie i obrzmienie dziąseł, suchość w ustach, zapchanie nosa strupami, ze zeschniętego i żółtawego śluzu, drżenie języka i rąk przy wykonywaniu ruchów dobrowolnych, chód niepewny i biegunka. Zmian w czuciu skóry przy takim stanie nie spostrzegamy. Stan taki chorobny pogarsza się przy objawach gorączki, śpiączki, niezYTE płuc, w końcu sprowadzić może śmierć; w innych wypadkach po kilkodniowej śpiączce i zaburzeniach w trawieniu kończy się wyzdrowieniem. W drugiej formie powolne zatrucie bromem objawia się przypadłościami mózgowymi bredzeniem, przywidzeniami (*hallucinationes*), napadami szaleństwa i objawami porażenia w dolnych kończynach i języku. Od właściwego przesylenia bromem V. odró-

znia jeszcze charakterstwo bromowe, które cechują się niedokrwistością, osłabieniem i wychudzeniem, które to objawy przy dalszém zadawaniu tego leku mogą dać powód do bardzo groźnych następstw, mogą stać się powodem węgliku, róży, zapalenia płuc, zapalenia kiszek cienkich i grubych w rodzaju cholery, z których każda z tych chorób może sprowadzić śmierć przy objawach tyfoidalnych. Bładość, brak apetytu, senność i wychudzenie poprzedzają zawsze taki stan. Wszystkie przytoczone tutaj okoliczności stanowią aż nadto wystarczający dowód, ażeby lekarz przy tego rodzaju kuracjach zwracał ciągle baczna uwagę na stan chorego.

Oprócz przypadłości właściwych zatruciu bromem i charakterstwa bromowemu u kobiet, dzieci i u ludzi młodych, przy zużywaniu 30—45 gr. bromku potasu *pro die* spostrzegają niekiedy kaszel występujący paroksyzmami w rodzaju koklusu, co 2—3 godzin, szczególnie w wieczorami kaszel taki połączony był z ciężkiem oddychaniem i wymiotami, utrzymywał się często przez całą miesiące i ustawał dopiero po odstawieniu lekarstwa.

Co się tyczy wysypek, które dopiero występują według V. po dawkach wyższych od drachmowych w ciągu dnia, takowe bywają 4-oh rodzaj, mianowicie: 1) trądzik (*acne*), jako *acne simplex* i *indurata*. Tego rodzaju wysypka w ogólności występuje szybko po dawkach dziennych 45—60 gr. i pojawia się poprzedzona swędzeniem głównie na piersiach, ramionach i na twarzy (czoło, nosie, skrzydłach nosowych) pod postacią guzików fioletowo-czerwonych wielkości łebka szpilki otoczonych czerwoną obwódka; przy podstawie są one bardzo twarde, na wierzchołku zmieniają się szybko na białe żółtawe pryszczyki, w tym stanie pozostają bez zmiany bardzo długo, tydzień i dłużej, następnie opróżniają się ze swój treści, zamieniając się na twarde czerwone guziczko wato obrzmienia. Liczba pryszczy bywa różna, w ogólności liczba ich powiększa się stosunkowo do dawki leku, najczęściej wydarzają się u ludzi, posiadających grubą i tłustą skórę, w której torbki gruczołowe szeroko się otwierają, u dzieci i u ludzi chorych częstokroć tak obficie występują, że cała twarz bywa niemi pokryta. Cierpienie to jest zupełnie niezależnem od pory roku; 2) wysypka właściwa po większej części występująca na dolnych kończynach (na łydkach) pod postacią okrągłych, lub podłużnych blaszek, mających w średnicy kilka centymetrów, w pośród których spostrzegają się żółte plamki, jakby ropy zeschniętej, brzoży tych blaszek, a niekiedy i środek wystaje brodawkowato. Wyniosłości te są pryszczykami w rodzaju trądzika, które wystają nad

powierzchnie skóry często na 3—4 mm., podstawę mają bardzo twar-
dą, przez kilka dni pozostają kulistemi, następnie zapadają się, gdy je-
dnocześnie z wierzchołka ich wysącza się massa w rodzaju śmietany,
która zasychając tworzy grube żółtawe strupki. Wyniosłości te na
dotknięcie są bolesne, z wyjątkiem zakłębnięcia znajdującego się po
środku, które okazuje się zupełnie nieczułym, nikiędy w miejscach
takięj wysypki, tworzą się owrzodzenia, trwające od 3 do 7 miesięcy,
które tak samo jak początkowa wysypka zablizniają się, pokrywając
się żółtymi srupkami. Wysypka ta właściwa bromowi ustępuje, gdy
lek ten będzie odstawionym przez 3—4 dni. W wielu wypadkach wy-
sypka ta występowała po 3—4 dniach; 3) różyca (*erythema*) 4) wy-
prysk na goleniach i łuszcza na częściach skóry pokrytych włosami.
Wysypka nie wywiera żadnego wpływu na padaczkę chorych. Z 41
chorych Voisina u 30 wystąpił trądzik, z tych 13 było uleczonych,
u 7 wystąpiła poprawa, u 2 nie było żadnej poprawy; z 11 zaś chorych,
u których nie było wysypki 6 było uleczonych, a u 3 wystąpiła po-
prawa.

Podług Voisina, który pierwszy zwrócił uwagę na tę okolicz-
ność, dzieci znoszą bardzo dobrze ten środek, tak że mogą go zażywać
do 3 dr. dziennie, gdy tymczasem osoby dorosłe już w dawkach 2—
2½ dr. długo nie mogą go zażywać. Taka tolerancya u dzieci nie daje
się wytłómaczyć przez obfitsze wydzielanie u nich tego leku z mo-
czem, gdyż według porównawczych rozbiórów moczu dokonywanych
przez Sonnereta wydzielanie jego z moczem w każdym wieku jest
jednakowe. U pewnego chorego, który od 3-ch miesięcy zażywał
bromek potasu po 30 gr. dziennie, Sonneret w kale zaledwie wykry-
wał ślad jego (2½), w moczu zaś w litrze znajdował go w ilości 67 gr.
Z moczem w ciągu 24 godzin wydzielala już to szósta część, już
to czwartaczęść całej ilości wprowadzonej do ustroju.

Podług poglądu Voisina bromek potasu dwojakim sposobem
działa pomyślnie, raz działa uspokajająco na rdzeń przedłużony i pa-
cierzowy (w skutek czego lek ten działa pomyślnie w padaczkę, płą-
sawicy, tężcu, podrażnieniu rdzeniowém u hysteryczek i osób niedo-
krwistych, w porażeniu bolesném u kobiet nerwowych i w ogóle przy
wszelkich bólach i drgawkach biorących początek z rdzenia, gdy
przeciwnie w bólu nerwowym żołądka i tym podobnych bólach obwo-
dowych nie pomaga; powtóre powoduje kurczenie naczyń włosow-
atych i tym sposobem powoduje niedokrwistość w organach (z tego
powodu działa on pomyślnie przy zwykłym zapaleniu narzędzi
wewnętrznych jak np. przy przekrwieniu błon mózgowych, lecz
bynajmniej zaś nie przy zapaleniu ich wysiękowém, dalej przy

nasieniotoku i przy nadmierném wydzieleniu na błonach śluzowych np. przy białych oplawach, które po 2—3 dawkach 16 gr. zazwyczaj ustępują.

Co się tyczy zastosowania bromku potasu w padaczce, w tym względzie przekonał się V., że lek ten działa szczególnie pomyślnie w padaczce idiopatycznej i że takowa ulecza się w zupełności, jeżeli nie było więcej nad 50 napadów, chociaż w niektórych warunkach następowało wyleczenie, pomimo, że już było 4,000 napadów i więcej i choroba trwała więcej jak 15 lat. Nawet i padaczka dziedziczna nie jest nieuleczalną, natomiast bardzo źle się leczą zawrót. aura i tym podobne formy *petit mal*. W niektórych wypadkach udawało się stłumić napady do epileptycznych podobne, które zależały od innych cierpień mózgowych (nowotwory w mózgu, idiotyzm).

Przy leczeniu idiopatycznej padaczki V. doszedł do następującego rezultatu: z 96 podobnego rodzaju chorych zupełnie było uleczonych 20, tak, że w ciągu 5—8 lat nie było u nich żadnego napadu; u 2 z nich choroba trwała najwyżej 6 miesięcy, u 3 trwała 5 lat, u 5 lat 10, u 4 lat 15, a u 3 trwała nawet blisko lat 20. Z 9 chorych, którzy wszystkiego mieli 3—10 napadów, 6 było zupełnie uleczonych, a u 3 nastąpiła znaczna poprawa; z 11 chorych którzy mieli 10—50 napadów, 6 było zupełnie uleczonych, u 4 nastąpiła poprawa; z 8 chorych, którzy mieli 50—100 napadów, 1 był uleczony, u 6 nastąpiła poprawa; z 14 chorych, którzy mieli 100—300 napadów, 4 wyleczyło się, u 6 nastąpiła poprawa; z 10 chorych, którzy mieli 300—500 napadów, 1 się uleczył, u 6 nastąpiła poprawa; z 14 chorych, którzy mieli 500—1,000 napadów, 1 się uleczył, u 5 nastąpiła poprawa; nakoniec z 10 chorych mających 4,000 napadów i więcej, 1 się uleczył, u 5 wystąpiła poprawa.

Co się tyczy płasawicy (*chorea*) V. otrzymywał wyleczenie w takich wypadkach, w których cierpienie połączone było z porażeniem nóg, pomimowolnóm oddawaniem moczu i stolca i utratą artykulowania głosu, lecz i tutaj wyleczenie nastąpiło dopiero po dawkach znoszących odruchy gardziolowe. Przy innych także cierpieniach nerwowych, zależących od rdzenia pancerzowego, jak przy mrowieniu, przy kureczach i drgawkach klinicznych V. znajdował ten środek równie pomyślnie działającym. V. przypuszcza że przez wczesne zadanie tego leku, być może zapobiegł w wielu wypadkach wybuchowi tężca u żołnierzy rannych w czasie oblężeniu w Paryżu, znajdujących się u ku racyi w Salpêtrière, u których występowały już objawy zapowiadające. Nakoniec V. również w czasie oblężenia spostrzegł kilka wy

padków tęcza, w których chlorał nie pomógł, a w których nastąpiło wyleczenie przy zadawaniu dużych dawek bromku potasu i jednocześnie zastrzykiwaniu morfiny. Bardzo pomyślnie także działał rzeczony środek w jednym wypadku uerwowego porażenia nóg połączonego z porażeniem pęcherza, przyczem powróciło prawidłowe moczenie stę; natomiast u innych tego rodzaju chorych leczenie takie nie odniosło żadnego skutku.

Według J. Neumanna (3) zmiany następujące w skórze pod wpływem bromku potasu, które okazują się być zupełnie odmiennymi od zmian wywołanych wpływem innych leków, według autora zależą od wydzielania bromu przez gruczoły skóry, w skutek czego występuje w nich zapalenie, charakteryzujące się powiększeniem ich elementów komórkowych z następczym rozrostem komórek we właściwej skórze i powiększeniem brodawek.

Bedford Brown (4) bardzo często przy zadawaniu bromku potasu spostrzegał wysypkę, której wykwitaniu towarzyszyła albo gorączka, albo miejscowe podniesienie ciepłoty. Najczęściej występowała ona pod formę trądzika, chociaż spostrzegał B. takie wypadki, w których występowała ona pod postacią różycy (*erythema* u dzieci) lub wysypki plamistej (*rubeola*).

Z powodu 17 wypadków padaczki, leczonych bromkiem potasu w klinice lekarskiej w Gottingen, Michaelis miał sposobność stwierdzić, że z tych 17 chorych, 7 można było uważać za zupełnie uleczonych, u 6 nastąpiła znaczna poprawa, a u 4 tylko leczenie to nie odniosło żadnego skutku. U 2 uleczonych z powodu istniejącego powiększenia oprócz bromku potasu zadawano jednocześnie i żelazo, przyczem bynajmniej nie przeszkadzało to właściwemu działaniu pierwszego z tych leków. Natomiast przetwory wysokowe źle wpływały na kuracye bromkiem potasu, gdyż u wielu osób napady, których nie było w czasie kuracyi, powracały się po nadużyciach *in Baccho*. U dziewczynki 9-letniej, obserwowanej w zakładzie obłąkanych w Gottingen, u której napady występowały co noc w kwadrans po zaśnięciu takowe ostąpiły przy zadawaniu bromku potasu, i napowrót się wróciły, jak tylko lek ten był odsunięty. W jednym wypadku, w którym bromek potasu bardzo pomyślnie wpłynął na silne napady, nie zapobiegł pomimo to zejściu tej choroby w zniedołężnienie. Pomiedzy wyleczonemi w 3 wypadkach padaczka trwała bardzo niedawno. U jednego chorego w czasie kuracyi w piwszych miesiącach napady występowały nawet daleko częściej, pomimo to później nastąpiło zupełne wyleczenie. Bardzo szybkie działanie bromku potasu dało się spo-

strzegać u 3 wyleczonych, którzy od czasu zażywania tego leku nie mieli już więcej żadnego napadu, u 3 innych napady odrazu stały się rzadszemi i łagodniejszymi i występowały tylko pod formą drgawek i zawrotu bez utraty przytomności. W jednym wypadku napady ustąpiły dopiero po półrocznej kuracyi. Trądzik spostrzeganym był tylko w jednym jedynym wypadku, i ustąpił dobrowolnie przy dalszém zadawaniu rzeczzonego leku. W klinice gentyngskiej zadawano bromek potasu stosownie do wieku od 3 do 12 gr. p. d.

Morton (5) w jednym wypadku bezwładu postępowego zauważył, że bromek potasu przyspieszył zejście śmiertelne, w dwóch zaś wypadkach u ludzi starych, którym lek ten zadawanym był po 10—20 gr. p. d., nastąpiło odurzenie w połączeniu z obłądaniem i porażenie kończyn dolnych, tak że należało wstrzymać się z dalszém zadawaniem tego leku. Z tego powodu autor w miejsce bromku potasu radzi zadawać w padacze i innych cierpieniach nerwowych bromek amoniaku po 12—24 gr., który nie ma sprawdzać podobnego rodzaju objawów, o jakich wyżej była mowa.

Hollis (6) zachwala również bardzo bromek sodu w dawkach od 10—15 gr., który w swoim terapeutycznym działaniu w padacze ma nawet przewyższać bromek potasu, przyczem przez jednoczesne zadawanie leków wzmacniających, możemy skutecznie zapobiedz osłabieniu, jakie środek ten niekiedy może spowodować. Pomyślne jego działanie autor spostrzegał w 2 wypadkach nerwowego podrażnienia i dusznicy bolesnej, natomiast nie pomógł on nie przy zawrocie epileptycznym i bezsenności u pewnego starego człowieka, owszem zawrót zdawał się nawet powiększać.

Wbrew twierdzeniu Hollisa, Binz (7) utrzymuje, że bromek potasu swoje fizjologiczne i terapeutyczne działanie zawdzięcza tylko zawartemu w nim potażowi. Binz nie sądzi jednakże, ażeby przez to można było uważać działanie jodku potasu za jednoznaczne z działaniem bromku potasu, gdy pierwsze z tych ciał w ustroju daleko łatwiej się rozkłada jak ostatnie. Przepuszczając przez czysty roztwór jodku potasu przez kwadrans mocny strumień kwasu węglowego, gdy dodamy do takiego roztworu nieco kłajstru z mączki i wody zawierającej w sobie białko, w takim razie zaraz albo po kilku minutach otrzymujemy charakterystyczne oddziaływanie jodu, z czego można wniesć, że i w tkankach jod z łatwością się uwalnia i działa jako taki i tym sposobem łatwo możemy sobie wytłumaczyć pomyślny wpływ jodku potasu przy wszelkiego rodzaju guzach i obrznięniach. Roztwory zaś bromku potasu w ten sam sposób traktowane nie ulegają wcale rozkładowi. Że bromek

potasu (jak sól potażowa) działać także może przeciwgorączkowo, do-
wodzi tego najlepiej pomyślnie jego działanie w durzycy (3 razy
dziennie po 20 gr. Maclean. 8).

Wspomnieć nam jeszcze wypada o szczególném zastosowaniu
przetworów bromu w terapii przez Bedforda Brown (4), mają-
cém na celu wywołanie na skórze wysypki, by przez takiego rodzaju
rewulsję wpłynąć pomyślnie na cierpienia wewnętrzne, mające mia-
nowicie przebieg ostry. Przy schowaniu się ostrych wysypek, przy
zapaleniu płuc i nieżytych cierpieniach dróg oddechowych w wieku
dzieciinnym, przy przewlekłym zapaleniu oskrzeli, zapaleniu wątroby,
przy przewlekłym zapaleniu macicy, zapaleniu nerek, w pokrzywce
i świerzbiączce (*prurigo*), a także w durzycy i durzycowém zapaleniu
płuc bromki, a w 2 chorobach na ostatku wymienionych szczególniej
bromek amoniaku, działają niesłychanie skutecznie, jeżeli tylko wy-
sypka na skórze wystąpi bardzo obficie. Pomyślnie działanie w pa-
daczce według B. pozostaje także w związku z występowaniem wy-
sypki.

8. Kuleczyba i jój przetwory.

1) Rossbach, J. M. Ueber den Einfluss der künstlichen Respiration auf
Strychninvergiftung. Centrbl. f. die med. Wissensch. s. 369. — 2) Jochelesohn
Ueber den Einfluss der Künstlichen Respiration bei Strychninvergiftung. Würzb.
med. physik. Verhandl. s. 107. 3) Thompson James. The use and abuse
of aux vomica and its alkaloids. Brit. med. Jour. Oct. s. 427. 4) Copeland.
A case of poisoning by five grains of strychnine, treated by chloroform inhalations,
recovery. Boston med. and surg Jour s. 449. 5) Buckley, Case of strychnine
poisoning successfully treated by atropine. Edinb. med. Jour. Sept. s. 211. 6) O'Far-
rell A case of poisoning by Strychnina; recovery. Philadelphia med. Times. s. 311.
7) Case of strychnin poisoning. Lancet s. 433.

Rossbach (1) i Jochelesohn (2) zgodnie utrzymują, że błę-
dném jest zdanie Leubego, że sztuczne oddychanie może uratować
życie przy otruciach strychniną, gdyż bardzo liczne doświadczenia
najdowodniej wykazały, że króliki, u których wprowadzono do ustroju
takie dawki strychniny, po których nie może nastąpić dobrowolne
wyzdrowienie ¹⁾, pomimo sztucznego oddychania zawsze zdychały; co
najwyżej w tych razach postępowanie to przedłużało tylko bicie ser-
ca o jakie kilka godzin, co także miało miejsce i przy przecięciu bar-

¹⁾ $\frac{1}{20}$ gr. przy zastrzyknięciu pod skórę, $\frac{1}{50}$ gr. przy wstrzykiwaniu do
żył, $\frac{1}{30}$ gr. przy zadawaniu do wewnątrz.

dzo wysoko rdzenia pacierzowego, gdy jednocześnie u takich zwierząt zaprowadzone sztuczne oddychanie. Na nateżenie i trwanie drgawek strychninowych sztuczne oddychanie nie wywierało także żadnego wpływu pomyślnego, owszem przeciwnie nawet bodźce dla pobudzenia sztucznego oddychania bardzo często przyczyniały się do wybuchu napadu. Według tych autorów sztuczne oddychanie nie rozkłada chemicznie ani strychniny ani białkanów zmienionych pod wpływem strychniny.

Liczne doświadczenia wykonywane przez Thompsona (3), przekonały tego autora, że dłuższe używanie przetworów wroniego oka (zadawanych jako lek pobudzający lub wzmacniający) wywołuje stan nerwowego osłabienia, który tylko chwilowo ustępuje po ponowném zadaniu tego leku i szczególnie występować bardzo wyraźnie po zupełném odstawieniu tego leku.

Z wypadków otrucia strychniną, w 2 wypadkach podanych przez Copelanda (4) i O'Farrella (6) wyleczenie nastąpiło pod wpływem chloroformu, w wypadku leczonym przez Buckleya (5) po bezskuteczném zastosowaniu chloroformu wyleczenie nastąpiło dopiero po zastrzyknięciach atropiny, której zużyto $1\frac{1}{6}$ gr. w ciągu 4 godzin. W wypadku zakończonym śmiercią (7), która nastąpiła u czło-wieka 37 letniego, który przez pomyłkę na jeden raz zażył za wielką dawkę *liquoris strychninae*, ilość zużytej strychniny nie dała się ściśle oznaczyć; lekarz na jedną dawkę przepisał choremu $\frac{1}{16}$ gr., we flaszeczce brakowało jednakże przeszło całego grana. Chory miał przepisaną całą uncję rzeczzonego roztworu, ilość, którą ostrożny lekarz nigdy nie powinien dać w ręce chorego.

9. Sporysz.

1) Wernich, A. Ueber den wirksamen Bestandtheil des Mutterkorns Centralbl. für die med. Wissensch. s. 915. 2) Kersch. Die Wirkung des Secale cornutum an Thieren und Menschen und seine Anwendung am Krankenbette. Nach Beobachtungen und Versuchen an Thieren. Memorabilien s. 202. 3) Catiano, L. Ueber die subcutane Anwendung des Ergotins. Diss. 4) Anstie On the use of ergotin the haemoptysis of phthisis. Practitioner. s. 65. 5) Wernich, A. Beitrag zur Kenntniss der Ergotinwirkungen. Arch. f. pathol. Anatomie s. 505. 6) Eberty, Paul. Ueber die Wirkung des Mutterkorns auf die Herzthätigkeit und den Blutdruck. Diss. Halle.

Wernich (1) przekonał się, że działający składnik sporyszu nie daje się wyciągnąć ani eterem, ani bezwodnym wyskokiem, ani wodą, że wyciąg wodny uwolniony od części rozpuszczalnych w eterze i wyskoku, odpowiednio oczyszczony przez difuzję i odparowany

do suchości daje nam wyciąg daleko dokładniej się roztwarzający i silniej działający: wyciąg ten ostatni traktowany amoniakiem i kłócony z eterem *respect.* z wyskokiem amyłowym daje nam pozostałość, której działanie jest bardzo nieznaczne, natomiast traktowany kwasem siarczanym i kłócony z wyskokiem wydaje ciało bardzo silnie działające w rodzaju sporyszu, które po ostrożnym odparowaniu i zubożeniu nie utracą nic ze swęj mocy; z tego powodu autor sądzi, że pierwiastek działający w sporyszu należy do kategorii kwasów, który jako taki lecz nie w postaci soli jest rozpuszczalnym w wyskoku. Za kontrolę skuteczności służyły zmiany występujące w zakresie naczyń w przezroczystych częściach żaby.

E b e r t y (6) wspólnie z H. Köhlerem badał wpływ ergotyny w roztworze 10 pct. na czynność serca i ciśnienie krwi, przyczem przekonał się, że u żab duże dawki zatrzymują bicie serca w okresie rozkurczu, przyczem serce takie utracą już swoją pobudzalność na bodźce mechaniczne, chemiczne i elektryczne, dawki zaś mniejsze mocno tylko zwalniają bicie serca. Działanie to okazuje się być niezależnym od początków nerwów błędnych, natomiast pozostaje w związku z podrażnieniem końcowych gałązek rzeczonych nerwów, gdyż zostaje zniesionem pod wpływem atropiny. U królików i psów okazało się prócz tego, że bicie serca przedtem regularne staje się nie regularnem, i odwrotnie nieregularne staje się znów regularnem, i że pod wpływem ergotyiny powiększa się tak dobrze wysokość fali tętna, jak i boczne ciśnienie w naczyniach, które w czasie zastrzyknięcia poprzedzone była chwilowem obniżeniem. Ciśnienie krwi powiększa się zarówno tak w układzie tętniczym jak i żylnym i nie jest natury obwodowej, lecz jedynie tylko daje się wyjaśnić bezpośredniem działaniem ergotyiny na ośrodek naczynio-ruchowy, gdyż ustaje ono po oddzieleniu nerwów naczynioruchowych od swych początków i szybko występuje przy zuieczuleniu eterem azotowo-amyłowym. Podrażnienie ośrodka naczynio-ruchowego aż do samęj śmierci zwierzęcia nie ustępuje miejsca porażeniu, jak tego dowodzi powiększające się ciśnienie, występujące na drodze odruchu w skutek podrażnienia nerwów czuciowych obwodowych.

W e r n i c h (5) na drodze doświadczeń na zwierzętach usiłował rozwiązać pytanie, w jaki sposób ergotyina wywołuje skurcze macicy, przyczem doszedł do tego rezultatu, że skurcze macicy, występujące pod wpływem ergotyiny, poprzedzają zmiany w wypełnieniu naczynięgo narządu, które dają się rozpoznać po jego zblednieniu, a zatem jasnym jest z tego, że nie zależą one od niedokrwistości macicy; dalej przekonał

się, że macica przestaje się kurczyć, gdy rdzeń pacierzowy będzie przeciętym powyżej 4 kręgu grzbietowego, a zatem wniesić z tego można, że zależą one od podrażnienia ośrodków ruchowych dla macicy położonych w mózgu lub wysoko w rdzeniu pacierzowym. Podrażnienie to być może przychodzi do skutku na drodze niedokrwistości, gdyż W. jeszcze przed wystąpieniem skurczów macicy spostrzegwał zwężenie w pewnych tętnicach, szczególnie w skórce, kiszkiach, pęcherzu, a także w błonie naczyniowej mózgu i rdzenia, które szczególnie wyraźnie występowało po zastrzyknięciu ergotyny do żył; na zwężenie to nie wpływało wcale przecięcie nerwu sympatycznego. W macicy zmiany te, prawdopodobnie w skutek właściwego układu jej naczyń, nie występują tak bardzo wyraźnie. Co się tyczy wpływu zastrzykiwania ergotyny na krwotoki, w tym względzie W. przekonał się, że skutek ich jest prawie żaden przy krwotokach kiszkiowych w duszycy, przy krwawieniu z nosa i krwiopłuciu, natomiast okazują się one bardzo skutecznymi w pojedynczych wypadkach krwotoków macicznych, gdy tymczasem w innych wypadkach skutek nie zawsze bywa stałym. Działają one szczególnie pomyślnie u kobiet mocno niedokrwistych i W. mniema, że ogólna niedokrwistość powiększa usposobienie w ośrodkach nerwowych do silniejszego oddziaływania na wpływ ergotyny. We wszystkich wypadkach zastrzykiwania sprowadzały mocny ból, przy czem w miejscach zastrzykiwań tworzyły się guziczkowe stwardnienia, które często przez całe miesiące utrzymywały się i być może zależały od cząstek nierozpuszczalnych roztworu, który tym sposobem nie może być w zupełności wessany.

Kersch (2) u psów i kotów po zastrzyknięciu lub zadaniu do wewnątrz stężonego naparu sporyszu spostrzegł mocne skurczenie tętnic udowych, przy czem mniejsze tętnice stawały się prawie niezdrożniami; zwierzęta ciężarne zazwyczaj ronily. Wymioty i obniżenie ciepłoty nie występował stale. Na ludziach także K. przekonał się, że po zadaniu ergotyny tętno staje się również twardem i małym, że częstość jego zmniejsza się i ciepłota ciała obniża się; objawy te spostrzegł mianowicie w wielu wypadkach gorączki połogowej i innych sprawach patologicznych przebiegających w połączeniu z gorączką, przeciwko której autor kilkakrotnie zalecał ten środek.

Catiano (3), przytoczywszy liczne historye chorób, gdzie podskórno zastrzykiwania wyciągu sporyszowego okazały się pomyślnie działającymi przy krwotokach, tętniakach i żyłakach, odpiera pogląd Schwalbego, jakoby rozszerzenie naczyń przy tego rodzaju leczeniu ustępowało być może w skutek li tylko następczego zapalenia, roz-

wijającego się pod wpływem drażniącego działania użytego rozczywnika do rozpuszczenia ergotyny, gdyż w spostrzeżeniach Langenbecka i Rugego przytoczonych przez autora nie użyto rozczywników drażniących, ani też nie zastrzykiwano w bezpośredniem sąsiedztwie worka tętniakowego.

Anstie (4) zachwala bardzo użycie wyciągu sporyszowego w krwotokach z płuc u suchotników, gdyż na 14 wypadków tylko w 3 wypadkach lek ten zawiódł jego oczekiwanie, gdy tymczasem w pozostałych 11 krwotok bardzo szybko ustał, gdy poprzednio napróżno zadawanym był kwas gallusowy, cukier ołowiany i inne leki ściągające. Pomyślne to działanie występowało tak dobrze przy nieobecności jeszcze gruźle, jak również w okresie zgrzeszenia i rozmiękczenia mięszu płuc. Według autora nawet długie zadawanie tego leku, oprócz nieznacznego upośledzającego wpływu na układ nerwowy, niesprowadza żadnych nieprzyjemnych następstw.

10. Naparstnica.

1) Görz, Nicolai. I. Untersuchungen ueber die Nativölléschen Digitalispräparate in chemischer und physiologischer Beziehung. II. Ein Beitrag zur physiologischer Wirkung des Digitalins auf Blutdruck. Diss. Dorpat. — 2) Böhm, R. Ueber den Einfluss des Digitalins auf den Blutdruck der Säugethiere. Dorp. med. Zeitschr. s. 65. — 3) Ackermann, Th. Ueber die Wirkungen der Digitalis. Aus. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. — 4) Vidal, M. Experimentation thérapeutique de la digitaline cristallisée. Rec. de mém. de méd. milit. s. 385.

Przeciwno pogładowi, bronionemu przez Ackermanna (3), że powiększone ciśnienie krwi pod wpływem digitaliny przychodzi do skutku nie zależnie od ośrodka naczynio-ruchowego, a jedynie tylko przez zwięzenie tętnic obwodowych, wystąpił Böhm (2) na podstawie licznych doświadczeń przedsięwziętych razem z Görzcm (1). B. zwraca uwagę, że u zwierząt, u których przecięto w zupełności rdzeń pacierzowy na wysokości kręgow szyjowych, ciśnienie krwi zawsze się obniża, jeżeli tylko powierzchnia przecięcia nie będzie mechanicznie drażnioną i że przy tak obniżonem ciśnieniu krwi po zastrzyknięciu digitaliny ciśnienie to we wszystkich wypadkach nieco się powiększa, które to powiększenie przy mechanicznem tylko drażnieniu lub przy częściowem zachowaniu rdzenia pacierzowego dochodzi do stanu normalnego lub takowy nawet przewyższa. Że zwiększono ciśnienie krwi w tych razach bardzo dobrze daje się wyjaśnić zwiększoną energią serca, B. sądzi się upoważniony do takiego wniosku, opierając się w tym względzie na tych doświadczeniach, w których u zwierząt po

przecięciu rdzenia pancerzowego podwiązywał aortę pierstową powyżej odojścia wielkich pni brzusznych i następnie gdy już ciśnienie krwi doszło do stanu normalnego i więcej już nie podnosiło się, zastrzykiwał digitalinę, albowiem wtedy, pomimo że nerwy naczyń głowy były porażono w skutek obustronnego przecięcia nerwów sympatycznych, występowało widoczne i stale powiększenie ciśnienia, które dopiero zmniejszało się po znacznóm powiększeniu dawki digitaliny. Spostrzeżenia nad zwężeniem naczyń w krezkach po zastrzyknięciu digitaliny B. nie uważa za stanowczy dowód, że ciało rzeczone działa na naczynia, gdyż podobne zwężenie przychodzi do skutku pod wpływem także powietrza i innych bodźców, przyczem dodaje jeszcze, że najmniejsza operacya w jamie brzucha u zwierząt niezatrutych wywołuje znaczne zmiany w ciśnieniu krwi, które dopiero ustają po podwiązaniu aorty.

Görz (1), posilkując się metodą podaną przez Nativella (zob. Przeg. zeszlór.), usiłował z liści naparstnicy otrzymać składniki przez tego ostatniego autora podane: digitalinę (*krystaliczną*), digitinę i digitaleinę; zamiast jednakże krystalicznej digitaliny otrzymał ciało krystalizujące, które nie wywierało żadnego zgoła działania po zastrzyknięciu go do żył w roztworze wysokokowym u kotów w ilości 5 mgm., a u żab w ilości 1—2 mgm., gdy tymczasem digitalina Nativella sprowadzona z Paryża już w ilości 1 mgm. zatrzymywała bicie serca u żab we 22 minut w okresie skurczu, G. mniema, że albo postępowanie Nativella było niedokładnie podane, lub też że naparstnica hodowana w Niemczech za mało zawiera w sobie digitaliny krystalicznej, a zamiast niej zawiera więcej digitiny i digitaleiny. Digitina (ciało krystaliczne obojętne) posiada wszystkie własności glikozydu, według G. skład jej prawdopodobny jest $C_4 H_9 O_2$, skład zaś digitaleiny, która również jest glikozydem jest $C_4 H_7 O_2$, skład ten dowodzi, że oba ciała pozostają w związku bardzo bliskim pomiędzy sobą. Digitaleina, która bez żadnej wątpliwości jest identyczną z digitazoliną Walza i bardzo prawdopodobnie stanowi najskuteczniejszą część digitaliny Mercka i Homolla, już w ilości $\frac{1}{2}$ mgm. zatrzymuje bicie serca u żab w okresie skurczu i w każdym razie daleko szybciej sprowadza śmierć u żab (w ilości 1 mgm. w 12—13 minut) i kotów, jak digitalina Mercka i Nativella. Z powodu łatwości, z jaką można otrzymać digitalinę i na mocy doświadczeń dokonywanych na sobie samym przez Görtza dowodzących, że przetwórcy ten zupełnie prawie nie drażni przewodu pokarmowego, sądzić można że w przyszłości stać się ona może bardzo ważnym nabytkiem dla terapii.

Górz u zwierząt ssących otrutych digitaliną *per os* nie znajdował nigdy zapalnego podrażnienia w przewodzie pokarmowym, natomiast znajdował stale mocne skurczenie komórek serca, szczególniej lewój, które uważa za znak bardzo ważny pod względem sądowo-lekarskim. Wykonywając doświadczenia na sobie samym G. zażywał digitalinę w pigułkach przez 10 dni po $\frac{1}{60}$ — $\frac{1}{12}$ gr. *pro die* stopniowo zwiększając dawkę, przyczem zmniejszenie częstości tętna (z 54 m. 44) występowało bardzo wyraźnie i utrzymywało się jeszcze przez kilka godzin po odstawieniu tego leku. W czasie zażywania G. doświadczał smaku gorzkiego, lekkiego bólu głowy, braku apetytu, niekiedy czuł się mocno osłabionym i doświadczał uczucia ciśnienia w dołku (nie wymiotując wcale); na wadze stracił $\frac{2}{3}$ *U*.

W i d a l (4) w dalszym ciągu (zob. Przeg. zeszlór. s. 105) wykonywał bardzo liczne doświadczenia na chorych z digitaliną krystaliczną *N a t i v e l l a*, przyczem doszedł do rezultatów zupełnie zgodnych z zeszlórocznemi; stwierdził tak samo, że digitaliną *N a t i v e l l a* działa 8 — 10 razy silniej niż digitalina bezkształtna, dalej przekonał się, że oba rodzaje digitaliny na tętno działają jednakowo. Co się tyczy wpływu na ciepłotę ciała w tym względzie działanie digitaliny krystalicznej w durzycy było mniej wyraźnem jak digitaliny bezkształtnej, natomiast było ono wyraźniejszem i występowało daleko szybciej w zapaleniu płuc, a szczególniej w ostrym gościecu stawowym. Przy biciu serca i wadach zastawek występujących w połączeniu z przerostem serca wpływ digitaliny był tylko chwilowym, a w wielu wypadkach był nawet żaden, natomiast przy osłabieniu skurczów serca digitalina okazywała się również skuteczną jak sama naparstnica. W każdym razie W i d a l doszedł do przekonania, że z powodu nadzwyczajnej małości dawek, z powodu szczegółowego specjalizowania wielkości dawki stosownie do indywidualności chorego, digitalina krystaliczna okazuje się mniej dogodną w użyciu i o wiele niebezpieczniejszą od digitaliny bezkształtnej, i że tylko może być właściwą dla praktyki szpitalnej, gdzie chorzy lepiej mogą być dopilnowani. Przy użyciu digitaliny zwolnienie tętna nigdy nie było poprzedzone jego przyspieszeniem, jedyny wyjątek stanowili chorzy mocno rozdrażnieni, u których przed wystąpieniem zwolnienia tętna takowe chwilowo się przyspieszało, zwiększone ciśnienie w tętnicach w ogólności występowało dopiero później po nastąpieniu już zwolnienia tętna, gdy to ostatnie było już bardzo wyraźnem. W połowie wypadków występowało bicie serca nieregularne (tętno dwubitne, przerywane, nierównoczesowe z biciem serca), które tylko wtedy należało uważać za

objaw otrucia, gdy jednocześnie przytém tętno stawało się małym i częstszym. Zwiększonej pojemności serca W. za pomocą opukiwania nie mógł wykazać. U chorych nie gorączkujących ciepłota utrzymywała się albo w mierze, albo podnosiła się o parę dziesiątych. Na oddychanie digitalina w dawkach nie trujących i u osób nie gorączkujących nie wywierała żadnego wpływu. Co się tyczy wpływu digitaliny na ciężar gatunkowy moczu, w tym względzie W. przekonał się, że takowy u osób gorączkujących powiększa się a u niegorączkujących zmniejsza się. Rozszerzenie źrenic W. częściej spozstrzegał po naparstnicy jak po digitalinie, niekiedy z początku źrenice były rozszerzone, później zaś przy dalszym zadawaniu tego leku zwały się. Objawy otrucia spozstrzegał W. 2 razy, raz po zażyciu $\frac{1}{35}$ gr., drugi raz po 6-dniowym zadawaniu po $\frac{1}{10}$ gr. digitaliny *Nativeella*. Objawami temi były wymioty, tętno małe i przyspieszone, bladłość, ziębnienie kończyn, duszność i ogólny upadek sił.

11. Ciemierzycy.

1) Peugnet. Eug. Remarks on some of the physiological and therapeutical actions of *Veratrum viride*. New York med. Tim. Jan. s. 260. — 2) Heiland. Ferd. Einiges ueber Veratrin und seine Anwendung in der Göttinger Klinik. Diss.

Tinctura *Veratri viridis* według Peugnet'a 1) jest właściwszym przetworem ciemierzycy i najodpowiedniejszym do terapeutycznego użycia. Aby odpowiadała swemu celowi powinna być przygotowywana z kłębów roślin zebranych przed samym kwitnięciem i pozbawionych swych korzeni, według przepisu podanego przez Norwood'a, uznanego za obowiązujący przez farmakopę Stanów Zjednoczonych; przetwór ten z powodu silnego drażniącego działania zależącego od zawartej w nim weratroidyny nie kwalifikuje się do podskórnych zastrzykiwań. Objawom pobocznym występującym pod wpływem rzezoniej nalewki zapobiedz można przez dodanie przetworów makowca. Aby uniknąć objawów podrażnienia, P. uważa za odpowiedniejsze, pełną dawkę kr. 10—15 mającą się zadawać w dłuższych odstępach czasu, zadawać w dawkach podzielonych po 5—6 kr. co godzina, zwiększając za każdym razem dawkę o jedną kroplę. Jako lek przeciwgorączkowy nalewka ta według P. okazuje się w ogóle skuteczniejszą od tojadu (z tego powodu, że jak autor mniema pierwotnie działa porażająco na nerwy naczynio ruchowe), gdy tymczasem

tojad ma być znów skuteczniejszym w gorączkach występujących w połączeniu z bólami.

Heiland (2) zestawił pomiędzy sobą wypadki zapalenia płuc (19 wyp.) i ostrego gośceca stawowego (16 wyp.), leczone w klinice Hassego weratryną, by tym sposobem dokładniej poznać działanie jej przeciwgorączkowe.

Pomiędzy wypadkami zapalenia płuc w 6 wypadkach rzeczony lek spowodził stałe zwolnienie lub zupełny upadek gorączki, przyczóm w niektórych wypadkach miejscowa sprawa zapalna dotąd ciągle rozszerzająca się odrazu ograniczyła się, w 8 wypadkach nastąpiło wyraźnie zwolnienie gorączki, obok częściowego ograniczenia miejscowego processu, a w 3 tylko wypadkach skutek był prawie żaden.

Co się tyczy działania weratryny w goścecu, to w tym względzie zasługują na uwagę szczególnie 4 wypadki, w których świeżo występująco powikłanie ze strony serca stosunkowo w bardzo krótkim czasie ustąpiło pod wpływem tego leku. W tych wypadkach, jak również w wielu innych wypadkach niepowikłanych, w których goścece występował nie jako konstytucjonalny u osób silnych weratryna łagodziła gorączkę, a niekiedy i processa miejscowe. Pomimo to H. nie uważa weratryny za właściwy lek przeciwgoścący, owszem skuteczność jej w tym razie przypisuje wyłącznie działaniu jej przeciwgorączkowemu, gdyż zauważył, że w niektórych razach pomimo zmniejszenia gorączki processa miejscowe trwały z tém samym natężeniem, albo się nawet pogorszały.

Rezultaty, osiągnięte w ostatnich czasach w klinice getyngskiej, przy leczeniu chorób gorączkowych weratryną, były o wiele pomyślniejszemi od rezultatów dawniej otrzymanych przez Ryttera (w 1860), gdyż prawie u połowy chorych gorączka ustąpiła w zupełności, a u jednej trzeciej ciepłota nie dosięgała napowrót poprzedniej swjej wysokości. Jeszcze przed zaprzestaniem zadawania tego leku częstość tętna stawała się prawidłową, albo nawet niższą. Przed obniżeniem się ciepłoty niekiedy spostrzegało się jej podniesienie o 0,2—1°. Nie tak pomyślne rezultaty u innych autorów H. przypisuje niewłaściwemu sposobowi zadawania tego leku w dłuższych odstępach jak co godzina. Objawy poboczne autor uważa, że bywają niekiedy pojmowane błędnie, a nawet przy zapaleniu płuc uważa je częstokroć za pomocne; według H. weratryna jest szczególnie wskazana u osób silnych, u których nie tak łatwo obawiać się możemy upadku sił.

12. Tojad. (*Aconitum*).

1) Menzies, J. A. Two cases of poisoning. 1 Poisoning by a medicinal dose of Extract of Aconite. Edinb. med. Jour. May s. 1,004.—2) Bagshawe, Freder. Note on the paralyzing action of Aconite on the sympathetis nerve. Practitioner July s. 24.—3) Ewers, Comt. Ueber die physiologischen Wirkungen des aus aconitum ferrox dargestellten Aconitin (Pseudoaconitin, Aconitum anglicum, Napellin). Diss.—4) Böhm. Ueber die physiologischen Wirkungen des Pseudoaconitin. Arch. f. experim. Pathol. und Pharm. s. 385.

Bagshawe (4) i Anstie wielokrotnie przekonali się o nadzwyczaj pomyślném działaniu w nerwobólach wcierań *ex linimento aconiti*; po wcieraniach tych dokonywanych za uchem niekiedy występowało mrowienie w wargach, obrzmienie powiek, światłowstręt i rozszerzenie źrenic połączone z rozszerzeniem lub zwężeniem naczyń siatkówki i łącznie, jednocześnie objawom tym towarzyszyło uczucie rozgrzania w odpowiedniej połowie twarzy. Przemijające te objawy, którym nie towarzyszyły objawy ogólnego zatrucia, B. wyprowadza od miejscowego działania tojadu na nerw sympatyczny. W jednym takim wypadku, w którym pewna kobieta połknęła 6 dr. *linimenti opii cum linimento aconiti*. B. spostrzegał również także rozszerzenie źrenic.

Böhm i Ewers. (3 i 4) badali na drodze doświadczeń fizyologicznych działanie pseudoakonityny otrzymanej przez Dragendorffa z kłębów *Aconiti ferocis* i przekonali się przytém, że jakościowo działa ona zupełnie jednakowo jak akonityna otrzymywana z kłębów *Ac. napellus*, która jednakże znów znacznie przewyższa w działaniu swém ilościowém, tak, że zastrzyknięta do żył lub tkanki łącznej podskórnej zabija króliki i koty w ilości $\frac{1}{20}$ gr. (akonitina dopiero w ilości $\frac{1}{6}$), u żab zaś sprowadza porażenie już w ilości $\frac{1}{2000}$ gr. (akonitina dopiero w ilości $\frac{1}{60}$ gr.) Różnica ta ilościowa również okazuje się także bardzo wyraźną w działaniu jej na pobudzalność nerwów, która jak pokazują nowsze doświadczenia Böhma, ginie także pod wpływem akonityny u żab (u rana temperaria nie zaś u rana aesculenta), po użyciu jednakże pseudoakonityny zanika bez porównania szybciej. Przy użyciu pseudoakonityny, czego nigdy nie bywa po akonitynie, daje się spostrzegać krótki okres ośrodkowego podrażnienia nerwów błędnych zdradzający się zmniejszeniem częstości tętna i ciśnienia krwi, którego nie bywa po przecięciu nerwów błędnych, poczem szybko ciśnienie się powiększa, przez jakiś czas zostaje waha-jącym i nakoniec opada aż do zatrzymania się bicia serca w okresie

rozkurczu, gdy tymczasem przy akonitynie obok z początku występującego zwolnienia tętna ciśnienie krwi pozostaje w mierze lub podnosi się. Ewers przy zewnętrznem użyciu na skórę wysokowego roztworu pseudoakonityny (1: 30) zauważył na bardzo wielu osobach, że w tym razie zmniejsza ona uczucie dotyku ciepła, co naprowadza go na myśl, że lek ten mógłby z korzyścią być stosowanym w nerwobólach.

Z wielką dokładnością badali także Böhm i Ewers zachowanie się akonityny i pseudoakonityny względem oddychania i przekonali się, że duszność wywołana przez rzeczone alkaloidy u zwierząt ssących daje się pokopać przecinając obustronnie lub po jednej tylko stronie nerwy błędne w początkach otrucia, a nie na krótki czas przed śmiercią; w każdym razie asphyxia zostaje przez to opóźniona, ale nie usunięta w zupełności. Przecięcie nerwów krtaniowych górnego i dolnego pozostaje bez wpływu, gdy tymczasem atropina działa w taki sam sposób jak i przecięcie nerwów błędnych i z tego powodu atropina może być uważana za właściwą odtrutkę dla akonityny i pseudoakonityny. Fakty powyższej podane dają się najlepiej objaśnić, przypuszczając, że alkaloidy tojadu z jednej strony działają drażniąco na gałązki końcowe nerwów błędnych, a z drugiej strony że jedno cześnie działają na ośrodek oddechowy; ślinopłyn, który stale spostrzegany bywa przy otruciach akonityną i pseudoakonityną, nie występuje także u królików po przecięciu nerwów błędnych, lub ustaje pod wpływem tego przecięcia.

Menzies (1) spostrzegał objawy otrucia właściwe tojadowi u powującej damy chorującej na czerwonkę (*dysenteria*) po zadawaniu jej tego przetworu w dawkach lekarskich (*Extr. aconiti* gr. $\frac{1}{4}$, *Lactucariae* gr. $2\frac{1}{2}$) przy jednoczesnem stosowaniu lawatyw z chłodnej wody i zimnych okładów na brzuch; użyte w tym wypadku leki podniecające, wkrótce usunęły znaczny upadek sił (*collapsus*), jaki wystąpił w skutek tego otrucia.

13. Sumak jadowity.

Bussey, Sam. C. Poisoning by the *Rhus toxicodendron* Amer. Jour. of med. Sc. Oct. s. 436.

Bussey opisał 3 wypadki ostrzej wysypki, jaka wystąpiła pod wpływem jadu sumka jadowitego, z tych na uwagę zasługuje szczególnie jeden, gdzie chory dostał wysypki nie mając żadnego bezpośredniego zetknięcia z rośliną, lecz do którego dostał się jad za pośrednictwem rąk jego służącego, który uwiązał konia do drzewa su-

makowego, i u którego również wystąpiła wysypka jakkolwiek łagodniejsza na obu rękach. Że jad za pomocą rąk może być przeniesionym na rozmaite części ciała, dowodzi tego najlepiej inny wypadek w krótkości podany przez B., gdzie głównie zaatakowanymi częściami ciała były jądra i członok. Że wypadek na początku nadmieniony przeniesienia jadu przez inne osoby nie jest tak rzadkim, autor na dowód przytacza spostrzeżenia poczerpnięte z innych autorów i tak White opisał wypadek zarażenia dziecka przez niańkę, która nawet sama nie uległa wpływowi jadu, i dziecko wzięła na ręce dopiero po obmyciu rąk wodą z mydłem, a następnie i octem. Podobne spostrzeżenia przytacza także Meisch w pracy swój o jadowitości sumaku. Że wysięk występujący pod wpływem jadu nie może wywołać wysypki na zdrowych częściach ciała, za pomocą szczepienia przekonali się White i Pierson. Co się tyczy czasu, jaki jest potrzebnym do wystąpienia objawów, po nastąpieniu zatrucia w tym względzie B. przekonał się, że takowy bywa różnym, i czasami wynosi nawet kilka dni, co zależy może od wrażliwości skóry i natężenia samego jadu. Ciężkie trwa zazwyczaj od 10 — 14 dni. Wysypka sama nosi na sobie charakter wyprysku i róży; gorączki i chorób następujących autor nie spostrzegał nigdy. W 2 wypadkach wysypka powracała się napowrót z wiosną (u jednego pacjenta przez 2 lata z rzędu). Najpomyślniej działającymi okazały się w ostrym okresie choroby obmywania mydłem szarém, które z powodu swój alkaliczności zobojętniają jadowity pierwiastek, należący według Maisha do rzędu kwasów; paliatywnie okazują się również dobre mi gliceryna i mydło glicerynowe. Łagodząc palenie i przykre swędzenie: White z pomyślnym skutkiem zalecał także octan ołowiu, który z kwasem sumaku jadowitego tworzy sól zupełnie obojętnie zachowującą się względem ustroju.

14. Nasienie wyroczynu (*Physostigma venenosum*).

1) Köhler. Experimentelle Beiträge zur Herzwirkung des Calabar nebst nachträglichen Bemerkungen ueber Arrhythmie. Arch. für exper. Pathologie und Pharmakologie s. 172.— 2) Rossbach, M. J. e. Frölich. C. Untersuchungen über die physiologischen Wirkungen des Atropin und Physostigmin auf Pupille und Herz. Verhandl. d. Würzb. phys. med. Gesellsch. s. 1. — 3) Orłowski, Antoni. Physostigmina, cechy jej i otrzymywanie Gaz. lek., Tom. XIV s. 173.

Orłowski (3) podaje własności fizyczne i chemiczne *physostygminy*, oraz sposób jej otrzymywania. *Physostigmina* (C₁₅ H₂₁ N₃ O₂), alkaloid znajdujący się w nasionach wyroczynu (*Physosti-*

gma venenosum, Leguminosae), po raz pierwszy została wydzieloną w 1864 r. przez Jobsta i Hesse'go, otrzymana przez nich physostygmina przedstawiała się jednakże w postaci masy bezkształtnej, dopiero Vée w kilka lat później zdołał ją otrzymać w stanie krystalicznym i nazwał ją eseryną. Sposób Vée'go jest następujący: wyciąg wyskokowy nasion wyroczynu uciera się z małą ilością kwasu winnego i wytrawia się wodą, a po dodaniu w nadmiarze dwuwęglanu potażu kłóci się z eterem: który zebrany po odstaniu powierzchni pynu, po zulotnieniu się pozostawia physostygmine. Physostygmina, otrzymana tym sposobem i oczyszczona przez kilkakrotne rozpuszczenie jej w eterze i odparowanie, krystalizuje w bezbarwne rombówce listki, rozpuszcza się łatwo w potażu, sodzie, amoniaku, dalej w wyskoku, eterze, w benzynie i dwusiarku węgla, trudniej zaś w wodzie zimnej, smaku nie posiada żadnego, oddziaływa alkaliczne; z kwasami daje sole, które wszystkie są bezbarwne bez smaku i bardzo łatwo się rozkładają, szczególnie w roztworach, przyczem roztwory takie czernieją.

Oдноśnie antagonizmu między *physostygmina* i *atropina*, co do trującego ich wpływu na końcowe gałązki nerwu błędnego w sercu, Köhler przekonał się na sercach u żab, że takowy w rzeczywistości nie istnieje, owszem porażenie końcowych gałązek nerwu błędnego w sercu, występujące pod wpływem atropiny u żab, po użyciu następnie physostygminy nie zostają bynajmniej zniesionóm, ani też tętno nie przyspiesza się, z którego to powodu K. przypuszcza, że następuje w tym razie i porażenie nerwów przyspieszających bicie serca. Autor u żab zaś widział także porażenie w ośrodkach nerwowych mięśniowo-ruchowych, gdyż drażnienie zatoki sercowej, lub zaciskanie aorty u żab zatrutych atropiną i physostygmina stale sprowadzało przyspieszenie tętna, gdy tymczasem inaczej bicie serca zachowywało się dość prawidłowo. K. potwierdza zresztą zdanie Fräsera, że trujące dawki atropiny i physostygminy zadawane jednocześnie zwierzętom nie zabijają takowych. Co się tyczy wpływu na ciśnienie krwi, K. w tym względzie u zwierząt ciepłokrwistych nie wykrywał żadnego antagonizmu między rzeczonemi alkaloidami.

Rossbach i Fröhlich (2), badając działanie atropiny i physostygminy, doszli do przekonania, że antagonizm pomiędzy różnemi alkaloidami w ścisłym tego słowa znaczeniu nie istnieje, to jest że w rzeczywistości nie ma takich 2-ech ciał, któreby na jedną i też samą część ustroju wywierały działanie wprost sobie przeciwne, gdyż wszystkie trucizny działające parażająco, poprzednio w pierwszym

okresie działają podniecająco, i powtóró że jakkolwiek trucizna działająca porażająco na jakikolwiek przyrząd znosi wprawdzie wpływ trucizny działającej drażniąco, to z drugiej strony trucizna drażniąca nie może usunąć porażenia występującego pod wpływem drugiej trucizny.

Co się tyczy działania atropiny na zrenicę, w tym względzie R. i F. przekonali się, że najmniejsze jój ilości ($\frac{1}{1000}$ gr.) wywołuje z wężenie zrenicy u królików króćej lub dłużej utrzymująco się, po którym następuje albo stan prawidłowy lub następuje rozszerzenie.

Zrenica zwężona pod działaniem atropiny pod wpływem światła wpadającego może jeszcze bardziej się zwięzić i odwrotnie może się, rozszerzyć przy zmniejszeniu natężenia światła; zwężenie to okazuje się być wyłącznie zależném od podrażnienia końcowych gałązek nerwu okoruchowego, gdyż przecięcie nerwu sympatycznego na szyi nie wpływa na niego wcale, drażnienie zaś sprowadza rozszerzenie. Ze względu na porażające działanie atropiny na zwieracz, R. i F. przekonali się, że w początku działania trucizny i przy użyciu małych dawek elektryczne drażnienie zwieracza w wielu wypadkach sprowadza wyraźne zwężenie, gdy tymczasem po wielkich dawkach nawet bardzo silne prądy nie sprowadzają już więcej zwężenia, którego zresztą nie bywa także u wielu królików przy oczach zupełnie prawidłowych. Po ustaniu drażnienia z wolna występuje zawsze napowrót rozszerzenie, a nie zwężenie. Zrenica rozszerzona pod wpływem atropiny rozszerza się zawsze jeszcze bardziej pod wpływem drażnienia nerwu sympatycznego na szyi, które to zachowanie nie powstrzymuje jednakże autorów od wypowiedzenia swego zdania, że po większych dawkach atropiny następuje znaczniejsze rozszerzenie zrenicy w skutek także podrażnienia nerwu sympatycznego i mięśnia tęczowego promienistego. Działanie atropiny na oczy u żab jest wprost przeciwne jak na oczy u zwierząt ciepłokrwistych, gdyż $\frac{1}{150}$ — $\frac{1}{60}$ gr. sprowadza u nich zwężenie zrenic, odpowiednio do takiego zachowania się stwierdzili także i odmienne zachowanie się u nich physostigminy, która u tych zwierząt w ilości $\frac{1}{80}$ — $\frac{1}{30}$ gr. wywołuje rozszerzenie zrenic.

Co się tyczy pobudzającego działania physostigminy na zrenicę u zwierząt ciepłokrwistych, w tym względzie R. i F. przekonali się, że przy największém nawet zwężeniu drażnienie nerwu sympatycznego elektrycznością sprowadza zawsze mocne rozszerzenie, tak, że w tym razie podrażnienie końcowych gałązek nerwu oko-ruchowego jest niewątpliwie przyczyną zwężenia. Gdy zaś będą użyte wię-

ksze dawki physostygminy w takim razie w końcu następuje rozszerzenie zrenie w skutek porażenia zwieracza *respect.* nerwu okoruchowego. Opierając się na powyżej przytoczonych spostrzeżeniach widocznem jest, że physostygmina i atropina nie działają wprost sobie przeciwnie, lecz zupełnie jednakowo, najprzód w pierwszym okresie oba alkaloidy działają podniecająco, a następnie w drugim okresie oba działają porażająco na nerw okoruchowy i tylko różnią się stopniem działania. Doświadczenia wykonywane z obu ciałami w dawkach wzajemnie się zobojetniających, wykazały, że wprawdzie źrenice zwięzone pod wpływem physostygminy rozszerzają się napowrót pod wpływem atropiny, lecz odwrotnie physostygmina nie jest w stanie zwięzić zrenie rozszerzonych pod wpływem atropiny.

Co się tyczy działania na końcowe gałązki nerwów błędnych ośrodki hamująco w sereu, to pokazało się, że dobrze znane porażenie, występujące po małych i średnich dawkach atropiny, poprzedzone bywa zawsze objawami podrażnienia, zdradzającemi się zwolnieniem tętna, a nawet skurczowem zatrzymywaniem bicia serca w okresie rozkurczu na jakie 60 sekund, które tak dobrze występują po zastrzyknięciu atropiny do jamy brzusznej lub pod skórę, jak i przy puszczeniu jej kroplami na powierzchnię serca.

U żab atropina według R. i F. trojako działała na serce, albo działała w sposób powyżej opisany, przyczem pod wpływem atropiny serce przestające bić w okresie rozkurczu kurczyło się na nowo przez pobudzenie komórek elektrycznością lub bodźcami mechanicznymi i w czasie zwolnienia tętna, które również występowało i przy przecięciu nerwów błędnych, prądy indukowane przy bardzo znacznem oddaleniu cewek sprowadzały zatrzymanie bicia serca w okresie rozkurczu, przyczem jednakże skurcze serca nie były słabszemi; albo pobudzalność ośrodków hamujących w sercu stopniowo się zmniejszała, bez wyraźnego poprzedniego podniecenia, przyczem liczba skurczów serca pozostawała ciągle jednakową; albo następowało szybko zupełne porażenie ośrodków hamujących, tak, że przy niezmienionej liczbie uderzeń, najmocniejsze podrażnienie zatok lub nerwów błędnych nie sprowadzało już więcej zatrzymania bicia serca w okresie rozkurczu, przyczem często pobudzalność nerwów błędnych prędzej się wyczerpywała jak pobudzalność ośrodków hamujących. U królików również rezultat doświadczeń był dwojakim. W jednych wypadkach bezpośrednio zaraz obniżało się nieco ciśnienie krwi i bicie serca zwalniało się, przyczem jednocześnie tętno stawało się silniejszym; przecięcie nerwów błędnych, których pobudzalność nie była

zmniejszoną, zachowywało się w tych razach obojętnie; następnie zmniejszała się pobudzalność w końcowych gałązkach nerwów błędnych przy zwolna zwiększającej się częstości tętna; bardzo często, gdy już drażnienie nerwów błędnych nie wywierało żadnego wpływu na częstość bicia serca, jeszcze kilkakrotne przyłożenie sprowadzało elektrodów zatrzymanie bicia serca. W innych wypadkach serce w okresie porażenia nerwów błędnych albo biło jeszcze jakiś czas w sposób prawidłowy, albo bezpośrednio po porażeniu nerwów błędnych występowało zaraz porażenie serca.

Physostygmina w małych i średnich dawkach u wielu żab nie spowodowała żadnych zmian w częstości i jakości bicia serca, w dużych natomiast dawkach ($\frac{3}{4}$ gr.) wywoływała śmierć przez ogólne porażenie serca. U innych żab po $\frac{1}{12}$ gr. występowało wyraźne zwolnienie bicia serca, a po $\frac{1}{6}$ gr. serce przestawało bić w okresie rozkurezu; oprócz tego nerwy błędne po otruciu utracaly swoją pobudzalność, gdy tymczasem pobudzalność ośrodków hamujących położonych w sercu była znacznie powiększoną. Obok zwolnienia tętna występowało znaczne wzmocnienie skurczów serca, przyczem także ośrodki mięśniowo ruchowe serca okazywały się mocno podrażnionymi. Ostatecznym zajściem i w tych także razach było porażenie serca. U królików po małych dawkach zwiększała się częstość bicia serca i wzrastała pobudzalność nerwów błędnych.

Z tych doświadczeń R. i F. wnoszą, że atropina i physostygmina działają jednakowo w małych dawkach podniecająco, w większych zaś porażająco na przyrządy hamujące serca, i że różnica leży tylko w wielkości dawek, które wywierają jeden i ten sam skutek, i że oprócz wspólnego tego działania physostygmina działa nadto jeszcze mocno podniecająco na przyrządy mięśniowo-ruchowe serca. Doświadczenia dokonywano na żabach i królikach, którym najprzód zastrzyknięto duże dawki atropiny, a następnie physostygminy, pokazały, że nie zapobiegało to bynajmniej porażeniu nerwów błędnych i zmian w częstości tętna, tak, że i w tych razach nie zostawało wyrównaném porażenie występujące w przyrządach hamujących pod wpływem trucizny silniej podniecająco działającej. Jeżeli zaś najprzód zastrzyknięto physostygminę, a następnie dopiero atropinę, w takim razie ta ostatnia zawsze znosiła pewną część działania na serce pierwszej z nich, gdyż w tym razie następowało pomniejszenie w pobudzalności przyrządów hamujących, gdy tymczasem częstość tętna albo się podnosiła lub pozostawała prawidłową. Po zastosowaniu dużych dawek physostygminy i atropiny bezpośrednio jednej po drugiej, pomimo użytej atropiny, częstość tętna zmniejszała się

w skutek występującego porażenia przyrzędu mięśniowo-ruchowego. Zubożenie działania physostygminy na rdzeń pacierzowy w tych ostatnich razach nie miało miejsca, owszem śmierć występowała stale przy objawach otrucia physostygmina.

Physostygmina Mercka, używana do doświadczeń przez R. i F., wbrew powszechnie przyjętemu zdaniu, wywoływała u żab tęczę i dopiero następnie sprowadzała porażenie rdzenia, strychnina nie wywoływała już więcej drgawek tężcowych; u żab zaś otrutych strychniną, pod wpływem physostygminy drgawki tężcove występowały jeszcze z większym natężeniem.

W dodatku do leków nanerwnych wypada jeszcze w końcu zdać sprawozdanie z prac odnoszących się do ciał, których nanerwne działanie nie ulega żadnej wątpliwości, a które dotąd jednakże nie zyskały prawa obywatelstwa w medycynie.

1) Köhler, H. Die locale Anästhesirung durch Saponin. *Experimental pharmakologische Studien.* Halle. — 2) Köhler, H. Ueber den Antagonismus der physiologischen Wirkungen des Saponin und Digitalin. *Arch. f. experim. Pathol. und Pharmakol.* s. 138. — 3) Fick, Johannes. Ueber die Wirkung des Sparteins auf den thiorischen Organismus. *Tamże* s. 327. — 4) Bailey, F. H. *Actaea racemosa.* *Philad. med. and surg. Rep.* s. 109. — 5) Burtlot, J. H. On the treatment of lumbago and rheumatism with *Actaea.* *Practitioner March.* s. 135. — 6) The Phituri, a new narcotic. *Pharm. Jour. and Transact.* Sept. s. 184.

Saponina, której działanie miejscowe znieczulające było najprzód wykrytém przez Pelikana, obecnie została jak najdokładniej zkadaną przez Köhlera (1 i 2), który badał jój wpływ na wszystkie tkanki i przyrzady, o ile takowe są dostępnemi badaniu fizyologicznemu Köhler stwierdził, że podskórne zastrzyknięcie 4—6 kr. stężonego roztworu saponiny znosi w zupełności w ciągu 5 minut czynności odruchowe w miejscu zastosowania, przyczem przy zastrzyknięciu w łydkę działanie takowe może być opóźnioném przez podwiązanie naczyń udowych, zaciśnięcie aorty lub przecięcie nerwu kulszowego; przeciwnie kurara na wystąpienie takiego znieczulenia nie wywiera żadnego wpływu; znieczulenie to nie występuje po zadaniu saponiny do wewnątrz lub wprowadzeniu jój do krwiobiegu. W miejscu zastrzyknięcia mięśnie w ciągu 20—25 minut utracają w zupełności swoją pobudzalność na bodźce mechaniczne, chemiczne i elektry-

czne i nie doznają przytém żadnych zmian w swój budowie. Zmiany w budowie nie występują także i w nerwach, których pobudzalność, tak w nerwach czuciowych jak i ruchowych, zostaje upośledzona, a w końcu zupełnie zniesioną pod wpływem 6 pct. roztworu saponiny; porażenie to ogranicza się li tylko do miejsca zastrzyknięcia i okazuje się niezależnem od ośrodków nerwowych. Nerwy przebiegające pomiędzy ośrodkami i nerwami miejscowo porażonemi, według Köhlera zachowują zawsze swoje właściwe czynności, która to ich działalność zachowuje się tak długo, dopóki trucizna nie dostanie się do krwiobiegu, poczem podlegają porażeniu nerwy dotąd ochronione i rdzeń pacierzowy. Później jak same nerwy ulegają porażeniu przyrzady pośredniczące między nerwami i mięśniami.

W kilka minut po zastrzyknięciu saponiny w miejscu zastosowania kurczą się naczynia włosowate i krążenie na pewien czas zatrzymuje się. Po zastrzyknięciu znaczniejszych ilości saponiny do jamy brzucha kurczy się bardzo gwałtownie aorta brzuszna i żyła główna dolna, przyczém jeżeli to następuje w chwili skurczu serca, wtedy u żab występuje nagło i stało zatrzymanie bicia serca, jeżeli zaś następuje to w chwili rozkurczu, wtedy serce wypełnia się mocno krwią z żył i utrzymuje się w tym stanie przez pewien czas lub przestaje bić pozostając rozszerzonem.

Saponina przy bezpośredniem zetknięciu z sercem żaby, tak wyciętém, jak i nie wyciętém z jej organizmu, zmniejsza częstość bicia serca, redukuje ją nieraz do połowy, a nawet i mniej, przyczém paury trwają do $\frac{1}{2}$ minuty, poczem stopniowo przy wzrastającym zwolnieniu bicia serca w końcu takowe przestaje bić. Przecięcie nerwów błędnych i drażnienie końców przeciętych zachowują się w tym razie zupełnie obojętnie, również tak samo nie wywiera na powyżej opisanym stan żadnego wpływu uprzednie przecięcie nerwów błędnych i zniszczenie części szyjowej rdzenia pacierzowego, tak iż przyjąć należy, że rzeczona trucizna działa porażająco tak na końcowe gałązki nerwów błędnych, jak i na nerwy przyspieszające pochodzące od nerwu sympatycznego. Przy wprowadzeniu saponiny do płuc, żołądka, kiszek lub jamy brzucha występuje zawsze także zwolnienie tętna. Serce u żab pod wpływem saponiny przestaje bić w okresie rozkurczu; skurcze przedsionków utrzymują się dłużej jak komórki.

Po zastrzyknięciu znaczniejszych ilości roztworu saponiny do jamy brzucha lub do kiszek żaby, mięśnie kiszek wcześniej ulegają porażeniu niż mięsień sercowy i stają się zupełnie niewrażliwemi na

bodźce elektryczne; to samo spostrzega się i u królików przy czym jednocześnie przy miejscowym zastosowaniu saponiny występuje zapalne zaczerwienienie w kiszkaach i w częściach przyległych. U żab po odejęciu głowy saponina wywołuje bardzo silno drgawki tężcowe, zwolnienie tętna a następnie zupełnie porażenie kończyn tylnych, które postępuje od środka ku obwodowi. Jeżeli saponina działać będzie na rdzeń przedłużony i mózg, wtedy oddechanie za trzymuje się i następuje śpiączka, ogólne porażenie i znieczulenie.

U królików po zastrzyknięciu roztworu saponiny do żyły szyjowej następuje zwolnienie tętna i to tém znaczniejsze, im większa była ilość użytej saponiny, im później śmierć nastąpiła. Skurcze przedsiionków, tak samo jak u żab, utrzymują się dłużej jak skurcze komórek i w ogólności pierwsze, a nikiiedy i drugie jeszcze się poruszają, gdy mięsień sercowy nie oddziaływa już więcej na bodźce elektryczne. I tutaj także ulegają porażeniu końcowe gałązki nerwów błędnych i nerwy przyspieszające bicie serca. Mięsień sercowy u zwierząt ciepłokrwistych również także szybko tężeje, nie okazując przy tém żadnych zmian w swój budowie mikroskopowej. Obok zwolnienia tętna obniża się równomiernie i ciśnienie krwi, które to obniżenie po zastrzyknięciu większych ilości saponiny poprzedzane bywa nieznacznem podniesieniem, utrzymującym się przez czas bardzo krótki.

Dalój u królików saponina działa bardzo szybko na ośrodek naczynio-ruchowy i mianowicie z początku działa podniecająco następnie porażająco, tak samo działa i na ośrodek oddechowy w rdzeniu przedłużonym; ten ostatni ośrodek po dużych dawkach ulega prawie natychmiastowemu porażeniu (śmierć po kilku odetchnięciach, podczas gdy serce dalój jeszcze bije), po mniejszych dawkach porażenie to rozwija się powoli (przy ciągłem zmniejszaniu się częstości oddechu). U zwierząt, u których przecięto nerwy błędne, zmniejszenie się częstości oddechu jest daleko wyraźniejszym. Jeżeli u zwierząt przetniemy nerwy błędne po poprzednim ich zatruciu saponiną, w takim razie następuje jednorazowe nagłe zmniejszenie w dość znacznym stopniu (niezupełne porażenie początków nerwów błędnych w mózgu). Ciężota ciała w przebiegu otrucia saponiną obniża się bardzo znacznie, przy czym zniszczenie rdzenia zachowuje się w tym względzie zupełnie obojętnie.

Drgawki tężcowe i kloniczne, występujące u zwierząt otrutych saponiną, autor przypisuje niszczącemu działaniu truciźny na czynności serca i płuc. Zrenicie zachowywały się rozmaicie. Wszystkie

zwierzeta okazywały się jakby odrzucone i poruszały się bardzo leniwo; jednakże przekrwienie mózgu nie występowało stale: po bezpośrednim zastrzyknięciu saponiny do tętnicy szyjowej ukrwienie po stronie odpowiedniej było znaczniejszem i na podstawie mózgu znajdowano ogniska muięj lub więcej rozmiękzone. W żołądku i kiszkaeh znajdowano zapalne zaczerwienienie i nastrzyknięcie naczyn, którego nie było przy zastrzykiwaniu saponiny do jamy brzucha. Slinopływu i zbocezeń w czynnościach sekrecyjnych autor nie spostrzegał.

Co się tyczy terapeutycznego zastosowania saponiny, w tym względzie K ö h l e r sądzi, że środek ten być może dał by się z korzyścią zastosować jako lek przeciwgorączkowy z powodu niewątpliwego jęj działania na tętno i ciepłotę ciała; co się zaś tyczy zastosowanie jęj jako leku miejscowo znieczulającego, w tym względzie uprzednio rozstrzygnąć muszą jeszcze doświadczenia kliniczne, przy czem należy pamiętać, że saponina, dostając się do krwi, może okazać się bardzo groźną przez swoje porażające działanie na serce i ośrodek naczynio-ruchowy i oddechowy, oraz że zastosowanie jęj miejscowe jest wiecec niedogodnem z powodu drażniącego jęj działania.

Ponieważ z doświadczeń powyżęj przytoczonych, okazuje się, że saponina działa na serce w ten sposób, że po zupełnem porażeniu nerwów błędnych i ośrodków hamujących z jęj strony i nerwów przyśpieszających bicie serca z drugięj strony, czynność serca odbywa się dalej przy pomocy li tylko ośrodków mięśniowo-ruchowych tak długo, dopóki mięsień sercowy zachowuje swoją pobudzalność i zdolność do kurczenia się, przeto K ö h l e r w oddzielnęj pracy (3) badał szczególnięj antagonistyczne działanie saponiny względem d i g i t a l i n y, opierając się głównie w tym względzie na zdaniu B ö h m a, że digitalina działa drażniąco na ośrodki hamujące położone w sercu, że wzmacnia przynajmniej w pierwszym okresie skurczo mięśnia sercowego, że powiększa ciśnienie krwi, nakoniec że działa drażniąco na ośrodek nerwowy naczynio-ruchowy serca lub na nerwy przyśpieszające bicie serca przobiegające w nerwie sympatycznym. Doświadczenia wykonane w rzezonym celu wykazały, że rzeczywiście digitalina pobudza napowrót do bicia serce, które przestało bić pod wpływem saponiny i odwrotnie saponina pobudza znów serce, porażone działaniem digitaliny, przy czem digitalina działa w ten sposób, że w tym razie działa silnie pobudzająco na zwoje mięsni ruchowe, gdy tymczasem działanie w tym razie saponiny polega na upośledzającym jęj wpływie na pobudzone przyrzady hamujące, i że zarówno tak digi-

talina jak i saponina przyspieszają bicie serca, które poprzednio było zwolnionem pod wpływem saponiny lub digitaliny. Digitalina u zwierząt otrutych saponiną wzmacnia skurcze serca, które pod jej wpływem stają się dokładniejszymi i obszerniejszymi, jak tego najlepiej dowodzi znacznie wyższa wysokość fal tętna w krzywiznach kymograficznych. Dalej digitalina przy otruciach saponiną, jakkolwiek nie trwałe, ale zawsze na długi czas może wstrzymać porażenie nerwów błędnych i ośrodków hamujących w sercu, jak również może powstrzymać obniżenie ciśnienia krwi i porażenie ośrodka oddechowego.

Natomiast digitalina nie może wpłynąć na obniżoną ciepłotę ciała, występującą u zwierząt ciepłokrwistych pod wpływem saponiny. Z powodu występującego zawsze w końcu porażenia serca pod wpływem digitaliny, rozumie się, że antagonizm ten pomiędzy saponiną i digitaliną, trwać może do pewnego tylko okresu, prócz tego okazuje się on także zależnym od wielkości użytych dawek, mianowicie po dawkach mniejszych, przy których porażenie w ośrodkach mięśniowo-ruchowych wolniej się rozwija, działanie to antagonistyczne jest daleko wyraźniejszym; w każdym jednakże razie zejście śmiertelne zależące od saponiny daje się odwrócić przy użyciu digitaliny.

W czasie podróży, przedsięwziętój w głąb Australii w celu odśledzenia *Leichharta*, odkryto nowy narkotyk, którym posiłkowali się dżicy należący do plemienia *Malutha*. Dżicy ci mianowicie przed każdą ważniejszą sprawą zwykli byli używać tego środka do żucia. Środek ten, zwany w ich narzeczu *Pituri* lub *Podgeri*, (6) składał się z liści grubo sproszkowanych pochodzenia nieznanego, podobnych do liści akacyi, z małych okrągłych jagód i pączków podobnych do pączków kaparowych. Według doświadczeń *Bancrofta*, dokonywanych z naparem liści *Pituri*, środek ten działa z początku podniecająco, wywołując zarazem u kotów i psów wymioty, ślinopłyn i przyspieszając oddech, następnie w drugim okresie sprowadza konwulsje, porażenie ośrodka oddechowego i śmierć, w mniejszych dawkach występuje w drugim okresie zwolnienie i utrudnienie w oddychaniu, poczem oddech się przyspiesza i przytomność się wraca. Wstrzykiwanie do odbyticy działało silniej jak zadawanie do wewnątrz. Liście wspomniane okazują się być różnemi od liści, zwanych *Jarran* z rodziny *Laurineae*, rodzaju *Tetranthera*, używanych do palenia w Nowej Południowej Walii, które ze skutkiem były używane jako *antiasthmaticum*.

Pick (3) wykonywał doświadczenia na zwierzętach ze sparteiną, alkaloidem lotnym znajdującym się w *Spartium scoparium*, zbliżonym w swych własnościach chemicznych do koniiny i nikotyny i różniącym się w swym składzie chemicznym od pierwszej z nich dwoma tylko równoważnikami wodoru; z tych doświadczeń okazało się, że sparteina działa podobnie jak koniina; zastrzykiwana podskórnie w roztworze dwu proc. zabijała żaby w ilości $\frac{1}{60}$ — $\frac{1}{10}$ gr., a zwierzęta ssące w ilości 2—3 gr. przy objawach odurzenia, chwiania się na nogach; z początku tętno i oddychanie było mocno przyspieszonym, później występowała znaczna duszność i bardzo słabe bicie serca, śmierć poprzedzana była konwulsjami i rozszerzeniem źrenic, niekiedy zwierzęta otrute oddawały bardzo wiele moczu. Podobieństwo sparteiny z koniiną okazuje się mianowicie w działaniu jej na układ nerwowy, albowiem sparteina użyta w większych dawkach ($\frac{1}{8}$ gr. u żab) działa porażająco na nerwy ruchowe, przy czem także zostają mocno upośledzone czynności odruchowe zależące od rdzenia pancerzowego, a także ulegają pewnemu przytłumieniu i czynności mózgowe, jakkolwiek nawet po największych dawkach nie ginie w zupełności przytomność. Co się tyczy działania sparteiny na serce (przeważnie dokonywano doświadczenia na żabach), w tym względzie F. przekonał się, że alkaloid ten nawet w dawkach stosunkowo małych ($\frac{1}{120}$ — $\frac{1}{60}$ gr.) znosi elektryczną pobudzalność w nerwach błędnych, w czem zupełnie jest podobnym do koniiny i nikotyny, natomiast od obu tych alkaloidów tém się różni, że w dawkach większych ($\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{10}$ gr.) działa także porażająco na ośrodki hamujące, tak że wtedy ani mucharyna ani drażnienie zatok nie sprowadza zatrzymania bicia serca w okresie rozkurczu. Sparteina zwierzęta ssące zdaje się zabijać przez porażenie ośrodka oddechowego; sztuczne oddychanie u zwierząt otrutych przez dość długi czas może podtrzymać jeszcze życie.

Według Bartley'a (4) roślina czerniec (*actaea racemosa*; *ranunculaceae*), lepiej znana w farmakologii pod nazwą *cimicifugae*, ma być bardzo skuteczną w gościecu, płasawicy, występującej po gościecu i przy zaburzeniach w czynnościach wątroby.

Zgodnie z powyższym autorem Bartlet (5) przekonał się, że *Tinctura cimicifugae* zadawana trzy razy dziennie po $\frac{1}{2}$ dr. w 22 wypadkach sprowadziło bardzo szybkie uleczenie w gościecu podostrym i przewlekłym i w bólu nerwowym lędźwi (*lumbago*), a w siedmiu tylko wypadkach zawiodła. U sześciu chorych z objawów autor spostrzegł mdłości, wymioty, zawrót, ból głowy i tętno niereg.

gularne, w jednym wypadku wystąpiło znaczne zwolnienie tętna. W dniu lek ten nie pomagał weale.

XIII. Leki roztwarzające.

1. Potas i sod.

1) Rabuteau Des effets de l'eau de mer et du pain préparé avec cet eau minéral. Gaz. méd. de Paris. § 303.—2) Lomikowski G. Ueber den Einfluss des doppelkohlensauren Natron auf den Organismus der Hunde Berl. klin. Wochenschr. s. 475.—3) Picot Sur les propriétés antifermentescibles du silicate de soude. Compt. rend. LXXVI s. 99.—4) Champouillon, M. Nouvelles expériences sur les propriétés thérapeutiques et antiputrides du silicate de soude. Compt. rend. LXXVI. s. 355.—5) Ferris Empoisonnement par le chlorate de potasse Gaz. hebdom. de méd. s. 469.—6) Mouton, Empoisonnement par l'asotate de potasse; mort en six heures. Union méd. s. 472.

W uzupełnieniu poprzednich swych prac nad chlorkami alkalicznymi Rabuteau (1) badał także i działanie wody morskiej, przy czem przekonał się, że takowa (jak od dawna jest to wiadomem) w dużych ilościach działa przeczyszczająco, które to przeczyszczające działanie występuje także i po zastrzyknięciu jej do żył, działanie to przeczyszczające według R. zależy ma od siarczanu wapna. Małe ilości wody morskiej, tak samo jak i zawarto w nich chlorki działają pobudzająco na trawienie i podniecająco na sprawy utleniania, z tego powodu R. radzi ją zadawać w postaci chleba, który ma być przyjemnym w smaku i długo ma przechowywać swoją świeżość; chleb taki jako sropek dyetetyczno-wzmacniający zaleca autor w niestrawności, suchotach, zółzach i przy wolu (struma).

Dalsze doświadczenia Picota (3) i Champouillon'a (4), potwierdzając wyniki doświadczeń zeszłorocznych (zob. Przegl. zeszłoroczny s. 109), dowodzą niewątpliwie znacznych przeciwnych własności krzemianu sody.

Według Ch. gnijąca śmierdząca ropa pod wpływem krzemianu sody krzepnie i staje się bezwoną. Roztwory stężone zabijają tworzy mikroscopowe zwierzęce i roślinne, będące przenośnikami zarazków chorobnych i tracą z roztworów roślinnych klej, gumę i białko. Sól ta użyta miejscowo na powierzchni ran zapobiega wysaniu i dostawaniu się do krwi pierwiastków zakaźnych, poprawia własności ropy i zubożętnia zarazający pierwiastek błonicowy w salach przepełnionych choromi. Wstrzykiwania krzemianu sody przy niezycie

nosa niszczą nieprzyjemny zapach i zmniejszają ilość wydzieliny, chociaż w tym względzie przyznać należy nie dorównują nadmanganianowi potażu. Sól ta zmniejsza także wydzielanie na błonach śluzowych przy białych upławach, przewlekłej rzerzączce i przewlekłej bieguncie podtrzymywanej owrzodzeniami w kiszkiach; wzięwana zaś zmniejsza wydzielanie płwociny w oskrzelach; najpomyślniejsze jednakże ma być jej działanie przy przewlekłym niezżytym zapaleniu pęcherza ropiastem lub krwotokowym, gdzie zapobiega rozkładowi wydzieliny i moczu. Świece niezżyty pęcherza zawsze zostają uleczone pod wpływem tego środka; w tym ostatnim wypadku należy go używać w mocnem rozcieńczeniu, pamiętając o tem, że roztwory stężone sprowadzają krzepnięcie śluzu.

Nowsze doświadczenia Picotta odnoszą się po części do trującego działania krzemianu potażu, po części do jego skuteczności w posocznicy, przy czém odnośnie do ostatniej choroby rezultat był ujemny, gdyż zastrzykiwanie krwi gnijącej, bez względu czy zwierzęciu wstrzykiwano przed tém, czy jednocześnie, czy potem krzemianu potażu, zawsze sprowadzało tóż same objawy chorobne, tóż same zmiany anatomiczne i śmierć. Również także wystąpiła śmierć u psa, poprzedzona krwawą biegunką, gdy zastrzyknięto takowemu do krwi krzemian sody, cukier gronowy i drożdże piwne.

Co się tyczy wielkości dawek trujących u zwierząt, w tym względzie P. przekonał się, że psy zdychały po 24—30 godz. po zadaniu 5—6 skr. tej soli lub po wstrzyknięciu im do żył 12—16 gr.; u kotów śmierć występowała stale po 16 gr.; przy sekeyi znajdowano żołądek i kiszki moeno zacierwienione, ciątka zaś krwi mało i pokurzone. Przy podskórnem zastrzykiwaniu miejscowo tworzy się strup bardzo twardy, szaro-białawy, który po 8—10 dniach odpada często bez żadnego ropienia.

Łomkowski (2) pod kierunkiem Oboleńskiego i Laszkiewicza badał działanie dwuwęglanu sody na psy, przy zadawaniu im przez dłuższy czas po $\frac{1}{2}$ —2 unc. tej soli dziennie; do tych doświadczeń zachęciły autora spostrzeżenia poczynione w klinice charkowskiej na chorych, u których po dłuższem używaniu tego przetworu wystąpiły objawy gnilec (*scorbutus*). U psów poddanych doświadczeniu, u których na 3—5 dzień po zadawaniu tej soli występowały stolec wodniste, a niekiedy także i wymioty i które nie okazując chęci do jedzenia moeno chudły aż do samej śmierci, przy sokcy autor znajdował stale obrzmienie błony śluzowej i moene

obrzemiecie gruczołów Lieberkühna i Peyera, zależące od rozrostu ich komórkowych elementów; dalej znajdował powiększenie nerek, w których szaro żółta istota korowa nie wyraźnie odróżniała się od istoty rdzeniowej, prócz tego w nerkach takich nabłonek w kanalikach moczowych przedstawiał się mocno obrzmiałym, częściowo także stłuszczoneym i w wielu miejscach zupełnie wypełniał światło kanalików; w śledzionie ciałała Malpighiego okazywały się mocno powiększone i wypełnione ciałałkami limfoidalnymi, wzdłuż naczyń tkanka łączna okazywała się przerośniętą; komórki wątrobowe pozbawione swój formy wielokątnej wypełnione były miosą drobnodziarnistą; podobna zmiana spostrzegła się na włóknach mięśniowych serca, których prążkowanie było bardzo niewyraźne; płuca były niedokrwiście, dziąsła spulchnione. Mocz oddziaływał alkalicznie i zawierał nieco białka. Wątroba albo nie zawierała wcale cukru lub tylko w małej ilości, natomiast glikogen znajdował się zawsze w większej lub w mniejszej ilości.

Z wypadków otrucie solami potażowemi w jednym wypadku (5) u 26 letniego mężczyzny, dotkniętego rakowatym zwyrodnieniem pęcherza, śmierć przy objawach upadku sił nastąpiła w 36 godzin po zażyciu łyżki stołowej chloranu potażu. W drugim wypadku (6) śmierć nastąpiła w sześć godzin po zażyciu jednej unc. saletry; w tym wypadku wystąpiło najprzód gwałtowne mijaeczenie, następnie upadek sił obok rozszerzenia źrenic i porażenie mięśni; sekrecja wykryła przekrwienie płuc i płynność krwi; w krwi i moczu wykryto saletrę.

2. Lityn.

Garrod, A. B. Remal calculus, gravel, and gouty deposits and the value of lithium salts in their treatment. Med. Times and Gaz. Jan. s. 84

Garrod, opierając się w tym względzie na licznych spostrzeżeniach, zachwala bardzo sole litynowe przy piasku i kamieniach moczowych, i to nie tylko w tym razie gdy są one utworzone z kwasu moczowego, dla których wydalania, z powodu łatwej rozpuszczalności tworzącego się wtedy moczanu lityny, okazują się one szczególnie odpowiedniami, ale także i przy innego rodzaju kamieniach, gdyż związki litynowe działają silnie moczopędnie i w tym względzie przewyższają o wiele sole potażowe. Przy tworzeniu się piasku 6—8 dr. węglanu lityny działa tak dobrze jak 4—5 unc. węglanu potażu.

przy czém lityna tę ma jeszcze przewagę, że nie działa tak mocno upośledzająco na czynności mięśni jak potaż. Tylko w trzech wypadkach przy dłuższóm zadawaniu lityny G. spostrzegał lekkie drżenie rąk, które jednakże zdaje się nie zupełnie zależeć od tego środka. Dalej G. znajdował ten środek bardzo jeszcze pomyślnie działającym w dnio, w prawdzie nie tyle wyraźnie w ostrych napadach, gdzie jednakże pod wpływem tego środka mocz daleko obficiej się wydzielał, ile przy przebiegu przewlekłym i w czasie wolnym od napadów. W tej ostatniej chorobie bardzo skutecznem okazało się zewnętrzne użycie lityny, w postaci obmywań i kąpieli (cztery skr. na jedną unc.), przy którem to postępowaniu mniejsze złogi zupełnie się rozpuszczały, a większe niekiedy ropiczące znakomicie się pomniejszały. Do wewnątrz węglan lityny szczególniej jest w tych wypadkach wskazanym, gdzie požądaniem jest zobojętnienie soku żołądkowego, cytrynian zaś lityny w tych wypadkach, w których takie zobojętnienie działa upośledzająco na trawienie. Lityna z powodu niskiego swego równoważnika, posiada większą zdolność zobojętniania kwasów jak potaż i soda.

3. Wapioń.

1) Rabuteau i Ducoudray, L. Sur les propriétés toxiques des sels de calcium. Compt. rend. LXXVI. s. 349.—2) Coirre. Du meilleur mode d'administration des phosphates. Gaz. des hôp. s. 299.—3) Eulenburg Alb. i Guttmann, Paul, Ueber die physiologische Wirkung des Bromcalciums und anderer Kalksalze. Arch. f. Anat. und Physiol. s. 436.

Na mocy prawa wykrytego przez Rabuteau, że trujące działanie metali pozostaje w prostym stosunku do wagi ich równoważników, a w odwrotnym do ich specyficznego ciepłika, Rabuteau i Ducoudray (1) a później przypuszczali, że sole wapienne w swem działaniu zbliżyć się powinny do soli potażowych, gdyż waga ich równoważników prawie jest jednakową; doświadczenie dokonywane na zwierzętach w zupełności potwierdziły to zapatrywanie i tak chlorek wapnia zastrzyknięty do żyły szyjowej u psa spowodował śmierć przez porażenie serea w ilości 24 gr., która to ilość odpowiada do zawartego w nim wapnia, stosownie do wzoru chlorku wapnia CaCl_2 , odpowiada 16 gr. chlorku potasu złożonego podług wzoru KCl ; i rzeczywiście chlorek potasu w tej ilości zabija psy również także przez porażenie serea. Kawałek mięśnia ze zwierzęcia przedtem tylko co zabitego zanurzony w roztworze chlorku wa-

pnia z początku szybko się kureczy, lecz wkrótce potem obumiera, tak, że w tym razie daleko prędzej przestaje oddziaływać na inne bodźce, jak mięsień zanurzony w samej czystej wodzie. Zatrzymanie bicia serca poprzedzone bywa jego przyspieszeniem.

Eulenburg i Guttman, badając działanie bromku wapnia i innych soli wapiennych u zwierząt zimno i ciepłokrwistych, doszli do rezultatów nieco odmiennych, gdyż jakkolwiek przekonali się, że bromek, jodek i chlorek wapnia działa trująco upośledzając ruch i czucie i w końcu sprowadzić może i śmierć, lecz przytém stwierdzili, że sole te działają daleko wolniej jak sole potażowe i dla wywołania tego samego skutku muszą być użyte w ilości 4 razy większej; prócz tego w swém działaniu tém się różnią sole wapienne od potażowych, że pierwszo z nich nie działają na serce. Bromek wapnia, który na ośrodki nerwowe działa podobnie jak bromek potasu, był zadawanym przez E. i G. w padaczkach, drgawkach hysterycznych, nerwobólach i dusznicy bolesnej po 50—80 gr. dziennie, przyczem okazało się że lek ten działa tak samo kojąco jak bromek potasu, lecz że nie działa wcale nasennie.

Aby fosforan wapnia łatwiej mógł być przyswojonym, Coirre (2) poleca go zadawać z kwasem solnym, przyczem kilka kropel kwasu wystarcza do zupełnego rozpuszczenia skrupułu téj soli.

4. R t e ć

1) Mayençon i Bergeret. *Moyen clinique de reconnaître le mercure dans les excrétiens et spécialement dans l'urine, et de l'élimination et de l'action physiologique du mercure.* Jour. de l'anat. et de la physiol. Janv. s. 81. — 2) Bellini, S. *Contributo alla storia terapeutica del calomelano proto-cloruro de mercurio. Lo sperimentale.* s. 634.—3) Olivier. *Aug Contribution à l'histoire l'empoisonnement mercuriel, aigu.* Arch. de phys. norm. et pathol. s. 547. — 4) Kums, M. *Observation de salivation produite par le sublimé corrosif.* An de la Soc. de méd. d'Anvers. Avr. s. 188. — 5) Cheadje. *Severe salivation and gastric irritation following a single dose five grains of calomel.* Brit. méd. Jour. Jan. s. 89. — 6) Farquharson Rob. *The action of mercury.* Tamże Febr. s. 136. — Foot. *Paralysis of the muscels of the hand and forearm from local contact with. cattle blister.* Dubl. Jour. of med. — 8) Berkeley Hillb. *Oh the oleathe of merkury in syphilis.* Practitioner. April. s. 204. — 9) Lander Brunton, T. *Action of mercury on the liver.* Brit med. Jour. 7.—10) Frączkiewicz, K. *Chlorek rtęci w obec białkomoczu.* Gaz. lek. T. XIV. s. 322. — 11) Oléathe de mercure et de morfine. Bull. gén de thérap. Oct. s. 361.

Dla wykrycia rtęci w moczu Mayençon i Bergeret (1) poleca przecik żelazny, do którego przylutowany jest drucik platynowy,

zanurzyć do płynu w połowie lub w $\frac{2}{3}$ częściach i po dodaniu kilku kropel czystego kwasu siarezanego lub solnego pozostawić go w takim wyciekającym przez kwadrans do pół godziny, w skutek czego rtęć metaliczna osadzi się na drucziku platynowym; następnie przeciek taki po obmyciu wodą przekroploną i wysuszeniu wystawia się na działanie chloru (wytwarzającego się z nadtlenu manganu pod wpływem kwasu solnego) i gdy następnie drut platynowy przez poruszanie w powietrzu uwolni się od nadmiaru chloru, wtedy pociera go się o papier nieklejony, zwilgocony przed chwilą wodnym roztworem jodku potasu (1 : 100), przyczem przy obecności rtęci w badanym płynie w miejscu polarcia tworzą się pręgi ceglasto-czerwone dwujodku rtęci, który na powrót rozpuszcza się w roztworze jodku potasu. Przytém postępowaniu można wykryć $\frac{1}{100000}$ — $\frac{1}{150000}$ rtęci. Cynk nie jest tak do brym jak żelazo, gdyż zawiera w sobie ołów, przez co tworzące się żółte plamy (jodku ołowiu) obok czerwonych dwujodku rtęci maskują oddziaływanie. Z tych samych powodów należy używać do zakwaszenia czystego kwasu siarezanego wolnego od ołowiu. Drut platynowy powinien być uwolniony od nadmiaru chloru przez poruszanie nim w powietrzu (naturalnie nie obmywając go), zupełne oddalenie chloru jest z tego powodu koniecznym, gdyż inaczej z nowo powstającego związku jodowego, jod mógłby się uwolnić, przez co na papierze powstałaby w takim razie plama brunatna, która jakkolwiek szybko znika, zawsze jednak z początku maskowałaby oddziaływanie. Papier powinien być tylko miernie wilgotnym. Jeżeli rtęć znajduje się w znacznej ilości, wtedy przy ponownem zwilgoconiu papieru jodkiem potasu plama czerwona staje się wydatniejszą, jeżeli zaś rtęci jest bardzo mało, wtenczas przy powyższem postępowaniu plama znika.

Posiłkując się powyższą podaną metodą, autorzy ci wykonywali liczne doświadczenia z moczem i śliną chorych, którzy używali wewnątrznie lub zewnątrznie przetworów rtęciowych, dalej wykonywali podobne doświadczenia na królikach i sobie samych. Z doświadczeń dokonywanych na chorych okazało się, że po jednej jedyniej dawce sublimatu w ilości $\frac{1}{6}$ gr. daje się wykryć rtęć w moczu w pierwszych 24 godz., na drugi dzień zaś nie daje się już wykryć, przy zadawaniu zaś przez 10—12 dni takiej dawki rtęć daje się wykryć w moczu jeszcze na 2—5 ty dzień po odstawieniu tego środka. Przy wtęrcianach szaręj maści rtęć również także daje się wykryć w moczu, przyczem można ją znajdować w moczu do 6-go dnia po zaprzestaniu wtęrciań. Natomiast ślina tak przy wewnątrznie jak i przy ze-

wnętrznem zastosowaniu przetworów rtęciowych, nawet także i przy wystąpieniu ślinopływu dawało zawsze rezultat wątpliwy. U pewnej mamki w mleku wykryto niewątpliwie rtęć, u której z powodu zapalenia wątroby wleczano wprawdy bok szaruchę; w tym wypadku mocz nie zawierał wcale więcej rtęci jak mleko.

U zwierząt, którym zastrzykiwano podskórnie sublimat, rtęć już w pół godziny dawała się wykryć we wszystkich przyrządach, zawsze jednakże najwięcej w wątrobie i nerkach, mniej w mięśniach, mózgu, kościach i krwi. Wydzielanie rtęci przez nerki w wypadkach niezakończonych śmiercią trwało przez 4 dni.

Doświadczenia wykonywane przez tych autorów na sobie samych w celu poznania działania sublimatu, przyczem przez 7 dni zażywali sublimat, a przez 4 dni jodek potasu, dały ten rezultat, że sublimat w małych dawkach bywa znoszonym bardzo dobrze, a nawet że podnieca apetyt, że po kilku dniach sprowadza napływ krwi do nerek (któremu towarzyszy złuszczenie się nabłonka, obfitsze wytwarzanie się śluzu i powstawanie osadów w moczu), dalej, że sprowadza taki sam napływ do wątroby (połączony z obfitszym wydzieleniem żółci) i do błony śluzowej jamy ust (połączony z metalicznym smakiem, paleniem i kłuciem w ustach, oraz obrzmieniem gruczołów ślinowych. Przy tych doświadczeniach ślina pod względem wydzielenia się przez nią rtęci dawała rezultat wątpliwy, gdy przeciwnie w moczu i w innych wydzielinach rtęć dawała się wykryć w dość znacznej ilości. W moczu rtęć przytrafia się najobficiej w pierwszych 6 godzinach po zażyciu i najwięcej w osadzie, jeżeli takowy wytwarzał się; wydzielenie przez mocz i kiszki zdawało się pozostawać w stosunku odwrotnym, gdyż przy występowaniu żółciowej biegunki mocz zawierał w sobie mniej rtęci. Jodek potasu zdawał się wpływać bardzo pomyślnie na wydzielenie rtęci z moczem.

Bellini (2) na drodze doświadczałnej badał zmiany, jakim ulega kalomel w ustroju, przyczem doszedł do następujących rezultatów.

Kalomel wprowadzony na czczo do przewodu pokarmowego rozpuszcza się w mniejszej swęj części w żołądku, w większej zaś części w kiszkach cienkich. W żołądku rozpuszcza się pod wpływem chlorków alkalicznych i kwasu mlecznego, w skutek czego z jednej strony tworzy się sól podwójna chloro-rtęcianu chlorku sodu lub chlorku amoniaku, z drugiej strony tworzy się mleczan rtęci. W kiszkach cienkich pod wpływem węglanów alkalicznych tworzy się tlenek rtęci, który również przyczynia się do powstawania soli podwójnych. Zmiany te

u ssawców, u których kiszka gruba nie zawiera wcale siarkowodoru, występują tutaj także pod wpływem kwasu mlecznego lub chlorku amoniaku, gdy tymczasem u dorosłych gaz ten kalomel i wszystkie z niego powstające związki rozkłada i zamienia na siarek rtęci.

Kalomel zażyty w czasie trawienia żołądkowego rozkłada się w zupełności lub po większej części pod wpływem związków proteinowych, w skutek czego w większej swój części przechodzi na rtęć metaliczną, a w mniejszej części zamienia się na związek rozpuszczalny. Jeżeli w żołądku nie znajdują się związki proteinowe tylko wodany węgla lub klój, wtedy kalomel przechodzi w takie same związki, jak gdy będzie zażyty naczczo.

Podług B. powyższym zmianom kalomelu odpowiadają w zupełności spostrzeżenia kliniczne, że kalomel u dzieci małych działa szybciej i z większym nateżeniem, jak u dorosłych, gdyż u pierwszych z nich nie rozkłada się w kiszce grubój pod wpływem siarkowodoru. Także według jego poglądu działanie węglanów alkalicznych na kalomel u osób dorosłych w znacznym stopniu zostaje powstrzymane przez chlorki alkaliczne, w znacznej ilości znajdujące się w soku kiszkowym, od czego podług B. właśnie ma zależeć, że u dzieci lub u osób dorosłych, które tylko jedzą rosół lub bulion, daleko szybciej pod wpływem kalomelu następuje przeczyszczanie jak u osób dorosłych żywiących się mięsem. Picie wód siarczanych, albo zażywanie siarki jak również wywiązywanie się siarkowodoru przy ostrych i przewlekłych niezbytach kiszki w górnych ich częściach może się przyczyniać do wytwarzania siarku rtęci jeszcze w żołądku lub kiszki cienkiej i gdy gaz siarkowodoru przytrafia się w dużych ilościach; wtedy przeczyszczające działanie kalomelu bywa mocno pomniejszonym lub zupełnie zniesionym. Natomiast powiększa przeczyszczające działanie kalomelu magnezja palona lub węglan magnezyi, gdy będzie jednocześnie zadawana z tym przetworem, gdyż powstaje wtedy rozpuszczalny związek chlorku rtęci z magnezją; mleko również jest dobrą, gdyż tak samo przyczynia się do utworzenia w małej ilości rozpuszczalnego związku rtęciowego. Podawanie sup mocno osolonych przeciwnie znów osłabia miejscowo działanie kalomelu, gdyż wtedy zmniejsza się działanie węglanów alkalicznych na kalomel w kiszki cienkiej.

Siarek rtęci według B. tak w zetknięciu z chlorkami, jak kwasem mlecznym lub solnym tworzy rozpuszczalne związki rtęciowe, jednakże nie w cieczach, które zawierają w znacznej ilości siarkowodor. Zmiany te, którym kalomel podlega w ustroju nie odbywają się szybciej i dokładniej pod wpływem czekolady, gumy, aloesu lub my-

dła, ani gorzej pod wpływem makowca, tak, że działanie podniecające *respect.* upośledzające tych ciał jest bardzo wątpliwem i winno być odniesionóm do właściwego ich działania fizyologicznego. Przyczynę takiego zachowania, dla czego sublimat trudniej wywołuje ślinopłyn jak kalomel, Bellini upatruje w tém, że przy rozkładzie kalomelu w kiszkaach cienkich uwalnia się kwas solny, który łącząc się z węglanami alkalicznymi powiększa ilość chlorków w kiszkaach, gdy tymczasem przy sublimacie nie tworzy się wcale kwas solny i tém samym ilość chlorków alkalicznych nie powiększa się, przez co sublimat nie tak łatwo przejść może w sole podwójne, jak to ma miejsce z kalomelem; dalej, że sublimat przez wejście w związek z białkiem usadawia się w ścianach kiszek i tylko powoli za pomocą chlorków krwi przechodzi w formę rozpuszczalną.

Co się tyczy działania, jakie kwasy organiczne wywierają na kalomel, gdy razem z nim, lub w krótko po zadaniu kalomelu zostaną wprowadzone do ustroju, w tym względzie, jakkolwiek wytrawianie przy ciepłocie ciała przez 6—8 godzin kalomelu i chlorków alkalicznych w takiej ilości, w jakiej przytrafiają się w żołądku, z kwasem octowym, cytrynowym lub winnym nie wpływało na powiększenie rozpuszczalnych związków rtęciowych i ilość ich wtedy jest taka sama jak przy wytrawianiu samego kalomelu z chlorkami alkalicznymi, z czego okazywałoby się, że wpływ kwasów na kalomel jest prawie żaden, to jednakże w kiszkaach cienkich zachowanie to może wypaść odmiennie, gdyż przy jednoczesném zadawaniu kalomelu rzeczony kwasy mogą zobojętniać wolne alkali w soku kiszkowym i tym sposobem mogą powstrzymać działanie węglanów alkalicznych na chlorek rtęci, w skutek czego działanie jego przeczyszczające może się zmniejszyć, lub też zdarzyć się może, że gdy kwas zostanie zadany w kilka godzin po kalomelu może spotkać się z wydzielonym już tlenkiem rtęci i utworzyć z nim sól rozpuszczalną. Z tego powodu B. wnosi, że kwasy obok kalomelu zadawane być mogą w wielkiém tylko rozcieńczeniu.

Co się tyczy wpływu innych ciał na kalomel, w tym względzie podług B. najszkodliwiej działać mają jednocześnie zadawane sole amoniakalne (octan, węglan, będzwian i t. p.); sole bowiem amoniakalne już w żołądku zamieniają kalomel na tlenek i przyczyniają się do utworzenia związku amoniaku z tlenkiem rtęci, który działać może trująco, tém bardziej, że związek ten powstaje daleko szybciej jak odpowiednio sole alkaliczne podwójne. Również nie należy jednocześnie zadawać jodków i bromków alkalicznych lub metalicznych, gdyż w tym razie

szybko tworzą się rozpuszczalne związki rtęciowe, których ani białko ani węglany alkaliczne nie osadzają i ponieważ związki te na zwierzęta działają nadzwyczaj trująco. Podsiarkony alkaliczne dają również związki rozpuszczalne z kalomelem, jednakowoż związki te okazują się nieszkodliwymi, tak przy czczym żołądku jak i w czasie trawienia; gdyż w mieszaninach podsiarkonów z kalomelem pod wpływem kwasów żołądka takowe rozkładają się z wydzieleniem siarki, która, łącząc się ze świeżo wydzielającym się wodorem, tworzy siarkowodór, który ze swój strony przyczynia się do utworzenia siarku rtęci.

Kalomel zastosowany na błony śluzowe lub zastrzyknięty podskórnie roztwarza się również pod wpływem chlorków alkalicznych. W ropie ropni, powstających po podskórnem zastrzyknięciu kalomelu, przy późnem ich otworzeniu, nie znajdujemy wcale kalomelu, lecz tylko rozpuszczalne związki rtęciowe. Jeżeli zwierzętom, którym zastosowano pod skórę lub na łącznicę lub na skórę obnażoną kalomel, zadawać będziemy do wewnątrz jodek lub bromek potasu, wtenczas miejscowo powstaje zmiana barwy i mocne zapalenie. Jeżeli u zwierząt, którym zadajemy do wewnątrz podsiarkony, posypiemy na powierzchnie ropiejące kalomelu, w takim razie powierzchnie takie barwią się na czarno, w skutek rozkładu podsiarkonów przez kwasy ropy i wytworzenie się następnie siarku rtęci, gdy tymczasem zabarwienie to nie występuje w miejscach zamkniętych, gdzie ropa nie podlega rozkładowi, gdyż w tenczas nie rozkładają się również także i podsiarkony i te ostatnie działają wtedy tylko roztwarzająco na chlorek rtęci.

F r a c z k i e w i c z (10) zaznacza fakt, nie wdając się w żadne jego tłómaczenie, że kalomel działa bardzo pomyślnie przy białkomoczach. Przekonawszy się wypadkowo o takim jego działaniu w jednym wypadku białkomoczu, występującego w połączeniu z wodną puehliną, stosował go następnie w bardzo wielu wypadkach i zawsze ze skutkiem bardzo pomyślnym. Pod wpływem tego leku, zadanego po $\frac{1}{4}$ gr. (dziennie $\frac{1}{2}$ – 1 gr.), białkomocz bardzo szybko ustępuje. Jak się przy takim leczeniu zachowują się wypróżnienia stolcowe, wydzielenie moczu, autor nie o tém nie wspomina.

Zamiast szaruchy J o h n M a r s h a l l (11) zaleca o l e i n i a n r t ę c i, który się otrzymuje przez rozpuszczenie świeżo osadzonego żółtego tlenku rtęci w czystym kwasie olejowym w ciepłocie 150° , przez co otrzymuje się przetwór zawierający od 5 do 20 pct. tlenku rtęci. M. do mieszaniny dodaje także i morfine (100 cz. kwasu olejowego, 5 cz. tlenku rtęci, 2 cz. morfiny)

Berkelley Hill (8) z doświadczeń na chorych przekonał się, że przetwórcy powyższy w morném steżeniu u osób, mających skórę delikatną, wywołuje silny palący ból, który utrzymuje się przez $\frac{1}{2}$ —1 godziny, a nawet może sprowadzić zapalenie skóry, z tego powodu przynajmniej z początku poleca go używać w rozcieńczeniu (1:10—20). Przy użyciu oleinianu rtęci w miejsce szaruchy autor z masy bardziej steżonej galaretowatej poleca wcierać na raz jeden skr. 1— $\frac{1}{2}$ dr., raz lub dwa w ciągu 24 godzin, przyczém ośmio lub dziesięć minutowe wcieranie wystarcza do zupełnego jego wessania; przy tego rodzaju wcieraniach już na czwarty lub ósmy dzień występuje łagodne cierpienie ze strony błony śluzowej jamy ust. Wcierania takie szczególnie okazują się pomocnymi, przy kuracjach jodkiem potasu, w celu usunięcia wysypek syfilitycznych liszajowatych lub grudkowatych; przy miejscowem zastosowaniu tego przetworu na plamki i grudki na twarzy, takowe bardzo szybko ustępują. Szczególniej okazuje się pomocnym oleinian przy pryszczeniu się palców około paznokci, w którym to razie należy go przykładać na noc. Jako *antiparasiticum* okazuje się lepszym od szaruchy.

Co się tyczy działania przetworów rtęciowych na wydzielanie się żółci, w tym względzie Brunton (9) utrzymuje, że rtęć i jej przetwory słusnie mogą być uważane za lekki na żółciowe (*cholagogum*), gdyż z jednej strony działając przeczyszczająco na dwunastnicę usuwają żółć z kiszek, z drugiej zaś strony zmniejszając wytwarzanie żółci, tém samem zmniejszają jej ilość we krwi, na powiększeniu której polega właśnie stan żółciowy.

Z wypadków otrucia przetworami rtęci zasługuje szczególnie na uwagę wypadek podany przez Olliviera (3); kobieta 62 letnia w celu otrucia się wypija 18 gr. sublimatu w roztworze, który miała sobie przepisany w celu zniszczenia wszów; otrucie to leczone wodnym roztworem białka zakończyło się wyzdrowieniem. Zasługuje ono szczególnie z dwóch względów na uwagę, raz że w pierwszych godzinach ciepłota znacznie spadła (z $37,7^{\circ}$ na $36,8^{\circ}$), a powtóre, że w skutek otrucia tego rozwinęło się podostre zapalenie nerek; moczu w ciągu całego przebiegu wolny od cukru zawierał białko (z początku w ilości czterech pct., następnie co raz mniej aż do szóstego dnia), prócz tego jednocześnie w moczu pojawiły się w znacznej ilości cylindry włóknikowe i szkliste na powierzchni swój pokryte nabłonkiem nerkowym, po większój części tłuszczowo przei-

stoczonym, oraz wolne komórki nabłonkowe, również znajdujące się w stanie stłuszczenia; ciałek krwi w moczu nie znajdowano.

W wypadku podanym przez F o o t a (7), zachorował pasterz, w skutek weierania u trzech sztuk bydła gołą ręką czerwonej maści rtęciowej, gdy później rękę tę zanurzył tylko do zimnej wody. Już następnego dnia poczuł osłabienie w tej ręce połączone z mrowieniem i drętwieniem jej, które ustąpiło dopiero po elektryzacji, gdy poprzednio nie odniosła żadnego skutku 14 dniowa kuracja jodkiem potasu i strychniną.

Spostrzeżenia ogłoszone przez K u m s a (4) i C h e a d l é g o (5) odnoszą się do wypadków, w których już bardzo małe ilości przetworów rtęciowych wywołały ślinopłyn; w pierwszym wypadku ślinopłyn wystąpił w 30 godzin u chorego 35 letniego, któremu z powodu gościcowego zapalenia otrzewnej zadawano sublimat w raz z nalewką belladonową (w tym wypadku chory wyżył około jednego gr. sublimatu). W drugim wypadku wystąpił on po jednorazowej pięcio granowej dawce kalomelu; w tym ostatnim wypadku 56 letnia kobieta oprócz powyższej dawki kalomelu użyła jeszcze pięć gr jodku potasu pomieszanych z 25 gr. bromku potasu; w pięć godzin po zażyciu kalomelu wystąpiły wymioty i biegunka, ta ostatnia utrzymywała się przez trzy dni, następnego dnia wystąpiło zaś *stomatitis mercurialis*. W tym wypadku przyczyna tak silnego działania zdaje się być częściowy rozkład kalomelu pod wpływem jodku i bromku (zob. powyżej pracę B e l l i n i o g o), gdyż poprzednio pacjentka bez żadnej szkody zażywała pigułki błękitne (*blue pills*).

W uzupełnieniu powyższego spostrzeżenia C h e a d l é g o, F a r q h a r s o n (6) ogłasza wypadek znacznej nietolerancji względem kalomelu, jaki miał sposobność obserwować u pewnej kobiety, która poprzednio w czasie przebywania pod zwrotnikami, leczoną była ogromnymi dawkami kalomelu; u tej kobiety po zażyciu pigułek zawierających trzy gr. kalomelu i pięć gr. kalocyntydy wystąpił w krótko bardzo silny ślinopłyn, w skutek którego przez kilka miesięcy chorowała jeszcze na zapalenie jamy ust i ogólnie osłabienie. Co dziwniejszego, że P. podobną nietolerancję spostrzegali u innych osób, które przed tem długo przebywały pod zwrotnikami. Dalej autor zwraca jeszcze uwagę, że przetwory rtęciowe tym silniej działają, im odpowiedni chorzy są słabszymi i że objawy zatrucia daleko prędzej występują przy głodzeniu jak przy dobremżywieniu.

4. Jod.

- 1) Milanesi Ant. Della scemata quantità dell'urea nell'urina per effetto dell'ioduro di potassio. *Scuola di farmacologia del prof. Corradi Pavia.*
 2) Longhlin Excretion of iodine and bromine by the mammary glands. *Phil. med. Times*, s. 501.

Milanesi (1) pod kierunkiem Corradiego na trzech lekko chorych w szpitalu w Pawia, badał wpływ jodku potasu na zmianę materji przy takim samym pożywieniu i mniej więcej takich samych warunkach zewnętrznych; przy czem zgodnie z Rubuteau przekonał się, że pod wpływem jodku potasu zmniejsza się ilość mocznika, waga zaś ciała albo się powiększa, albo pozostaje w mierze; zmniejszenie to mocznika nie dochodziło jednakże jak u Rubuteau do 40 pet. lecz wynosiło tylko 4--9--15 pet. i nie pozostawiało w ścisłym związku z zachowaniem się wagi ciała, na co zresztą mogły wpływać warunki zewnętrzne, jak np. poprawa w cierpieniu miejscowem u jednej z osób poddanych doświadczeniu.

Longhlinowi (2) u kobiety karmiącej, która przez 14 dni zażywała jodek potasu w ilości 10 gr. dziennie, udało się wykryć jod w dwóch unc. mleka, tak samo wykrył w mleku brom u innej pa-cyentki, która zażywała bromek potasu po 60 gr. dziennie.

5. Siarka.

Roberts, Charles On the therapeutical action of sulphur. *St. Georges Hosp.* s. 179.

Roberts za pomocą doświadczeń przekonał się, że czysta siarka nie niszczy ani roślinnych ani zwierzęcych pasożytów i nie zapobiega wytwarzaniu się pleśni, natomiast siarka nieoczyszczona może posiadać te własności z powodu zawartego w niej kwasu siarazanego, że tak jest, pokazuje się z tego, że i inne ciała proszkowate nasycone tym kwasem posiadają zdolność niszczenia mszyc na różn.

XIV. Apharmaka.

Zimno.

Mosler Fr. Ueber die Wirkung des kalten Wassers auf die Milz. Arch. für pathol. Anat. und Physiol. LVII. s. 1. (Praca ta w streszczeniu została pomieszczoną przez Kurcynusa w Gaz. lek. T. XIV. s. 187.

Twierdzenie lekarzy hydropatów, że zimna woda uleczają zimnicę, zachęciło Moslera do zbadania wpływu rzeczonych czynników na śledzionę zdrową i chorą. Z doświadczeń jego dokonywanych na psach okazało się, że rzeczywiście woda zimna pobudza śledzionę do kurczenia i mianowicie w wyższym stopniu przy bezpośrednim jej zetknięciu z rzeczonym narządkiem, w mniejszym zaś stopniu przy działaniu jej przez pokrywy brzuszne, w tym ostatnim wypadku skurczenie się było znów znaczniejszem przy użyciu zimna w postaci natrysku jak przy przyłożeniu zimnych kompresów lub pecherza z lodem na okolicę śledziony, w obu jednakże wypadkach skurczenie to nie było tak znacznem jak w innych doświadczeniach Moslera po chininie. Z doświadczeń wykonywanych w zimnicy okazało się, że zimne natryski, wykonywane według metody Floury'ego, mogą stłumić napady zimnicy i że wtedy śledziona pomniejsza się także, lecz że postępowanie to nie posiada żadnej wyższości nad chininą, tak w świeżych wypadkach zimnicy jak i w wypadkach zadawnionych, gdyż bynajmniej nie zapobiega powrotom choroby, ani też nie zapobiega powstawaniu obrzmienia śledziony, w wypadkach zaś nieco zadawnionych, dla usunięcia napadów potrzeba było natryski te powtarzać niekiedy przez dni 40. Wpływ zimnej wody na pomniejszenie śledziony był także wyraźnym i w durzycy, lecz tutaj zimne natryski okazywały się nawet szkodliwymi, gdyż w jednym wypadku spowodowały zapalenie otrzewnej, a w drugim przekrwienie opon mózgowych, tak że w tej chorobie zimne kąpiele zasługują na pierwszeństwo. Mosler z tego powodu najgoręcej zachwala to ostatnie, a obok tego radzi jednocześnie zadawać chininę. Zimne natryski mogą także pomniejszyć leukemiczne obrzmienie wątroby, chociaż działanie to występuje jeszcze daleko wyraźniej przy jednoczesnem zadawaniu chininy. W ogóle z doświadczeń Moslera wypadło, że zimne natryski przy jednoczesnem zadawaniu chininy przy ostrych i przewlekłych obrzmieniach śledziony działają

daleko lepiej, aniżeli każdy z obu tych czynników zastosowany będzie każdy z osobna. W wypadkach przewlekłych w miejsce chininy radzi używać chinoidynę, która również wywołuje skurczenie śledziony tak prawidłowej jak i patologicznej, chociaż w nieco słabszym stopniu jak chinina.

C. Toksykologia szczegółowa.

W dziale Farmakologii szczegółowej podane zostały wypadki otrucia, jakie nastąpiły pod wpływem trucizn, które używane w odpowiednich dawkach okazują się być lekami; tutaj zatem ograniczymy się na opisanie trucizn pozostałych, które w r. 1873 stały się przedmiotem badania sądowo lekarskiego.

1. Tlenek węgla.

1) Chaumont, E. Case of poisoning by coalgas. *Lancet*. Oct. s. 592. — 2) Benson. Two cases of poisoning by the fumes of charcoal. *Med. Press and Circular*. Apr. 30.

W wypadku podanym przez Chaumonta (1) troje osób w Ithen Ferry uległo zatruciu pod wpływem gazu oświetlającego, wydzielającego się z pękniętej rury, znajdującej o 6 stóp od domu, który przez pułchny grunt dostał się aż do mieszkania i tam wyczuć się dał przez swój właściwy zapach; w wypadku tym 82 letnia kobieta zmarła, mężczyzna zaś 38 letni i jego żona 30 letnia wyzdrowiały; osoby pozostałe przy życiu w 2 $\frac{1}{2}$ godzin po położeniu się spać, czując się nie dobrze, wyszli z zamkniętego pokoju sypialnego i upadłszy na podwórze pozostali w stanie bożprzytomności przez 9 $\frac{1}{3}$ godzin; przy sekeyi u zmarłej staruszki znaleziono płynną jasno-czerwoną krew i wybroczyny krwawe na błonach śluzowych.

W wypadku podanym przez Bensaona (2) dwóch studentów uległo zezadzeniu, w skutek spania w pokoju, w którym znajdował się garnak z palącymi się węglami; u jednego objawy zezadzenia były bardzo nieznaczne, u drugiego zaś bardzo mocne, w tym drugim wypadku przytomność powróciła dopiero w 30 godzin, a zupełnie wyzdrowienie nastąpiło dopiero po 9 dniach. Trzeciego dnia po zezadzeniu wystąpiło na nowo lekkie mąjaczzenie i ból w nogach i łydkach. W czasie bezprzytomności oftalmoskop wykazywał mocne przekrwienie dna oka.

3. Nitrobenzyna.

1) *Holbig*, Ueber Vergiftung mit Nitrobenzol. Deutsch. militärärztl. Zeitung s. 36. — 2) *Svederus*, Nitrobenzin förgiftheing. Bruska. läk. sällsk. förh. s. 128.

Holbig opisał wypadek otrucia u 18 żołnierzy w lesie Bondy pod Paryżem, którzy wypili flaszkę płynu znalezionej w piwnicy pewnej willi, a który, jak się pokazało, zawierał nitrobenzynę; u otrutych w 15—20 minut twarz posiniała, szczególniej usta, następnie wystąpił zawrót głowy, chód stał się niepewnym, wystąpiła bezprzytomność, wymioty, duszność, tętno było do niezliczenia, kończyny chłodne, źrenice rozszerzone i nie wrażliwe na światło, u dwóch nastąpił szeregocisk i ciężce: dwaj żołnierze zmarli w ciągu 1—2 godzin, reszta wyzdrowiała w ciągu 11—23 dni, przy czem bezprzytomność utrzymywała się do wieczora, a w jednym wypadku nawet aż do drugiego dnia, przez kilka dni w oddechu można było jeszcze wyczuć zapach gorzkich migdałów. *H.* mniema, że we Francyi nitrobenzyna zapewne musi być używaną do fabrykacyi likierów, gdyż w zamku Thiersy wielokrotnie spostrzegał Francuzów pijanych, którzy tak samo byli sinemi na twarzy, jak otruci żołnierze niemieccy.

Svederus (2) zaś opisał następujący wypadek otrucia nitrobenzyną, pewien człowiek wypił przez pomyłkę nie więcej jak tyle co „pełen naparstek” mieszaniny, złożonej z ośmiu cz. nitrobenzyny, czterech cz. olejku cynamonowego, czterech cz. olejku goździkowego i 56 cz. wyskoku; w pół godziny chorey zaczął się chwiać na nogach, jakby był mocno pijany i wymiotował massami wydającemi zapach olejku gorzkich migdałów. Wkrótce potem mowa stała się niewyraźną, twarz siną, wystąpił zimny pot i zupełna bezprzytomność; oczy były nieruchome na w pół przymknięte, źrenice nieco rozszerzone, szeregki były zwarte, ręce w pięście zaciśnięte, tętno było słabe 65—70, oddechanie powierzchowne, nieregularne; we dwie godziny po otruciu wystąpiły drgawki, przy czem głowa została skręconą ku tyłowi i na lewo; kał i mocz oddawał chorey bezwiednie, w dalszym przebiegu tętno stawało się coraz powolniejszem i słabszem, stan odurzenia coraz mocniejszym, prawie całe ciało pokryte było lipkim potem. Chorego nacierano wyskokiem kamforowym, dawano mu do oddychania amoniak, później gdy już mógł przelykać, zadawano mu do wewnątrz kamforę z czarną kawą. Po czterech godzinach stan

chorego zaczął się poprawiać i odtąd poprawa postępowała tak szybkim krokiem, że na drugi dzień chory był już zupełnie zdrowym.

3. Grzyby jadowite.

1) *Cosserat*. Empoisonnement par les champignons. Union méd. s. 710.—2) *Carayon*. Empoisonnement par les champignons. Gaz. des Hôp. s. 1146.

Cosserat (1) spostrzegł otrucie u dwóch służących po spożyciu przez nich muchomarów (*fausse orange*), zebranych przez nich w lesie zamiast rydzów; objawy otrucia wystąpiły nadzwyczaj szybko, u jednej z nich zaraz po zjedzeniu; chore przedstawiały się jak gdyby były mocno pijane, poczem zapadły w śpiączkę, w czasie której obserwowano się zupełne znieczulenie, osłabienie mięśni i rozszerzenie źrenic; śpiączka ta ustąpiła w sześć godzin po zastosowaniu środków wypróżniających i podniecających; u jednej otrutej śpiączka poprzedzona była objawami silnego podrażnienia (darła ubranie, krzyczała i t. p.).

Carayon (2) obserwował otrucie u pięciu żołnierzy w Laon po spożyciu przez nich grzybów z gatunku *Amanita bulbosa*; objawy otrucia bardzo podobne do cholery bez żadnych zaburzeń ze strony układu nerwowego wystąpiły w 11 godzin po zjedzeniu. Dwoch chorych umarło na drugi dzień, dwóch drugich na trzeci dzień, a piąty czwartego dnia w konwalescencyi w skutek krwotoku płucnego. Sekeya wykazała na tym piątym chorym bardzo mocne zapalenie żołądka, przy czem błona śluzowa dawała się bardzo łatwo odłuszczać, obrzmienie gruczołów kiszkiowych, przekrwienie błon mózgowych i zatok żylnych, krew była ciemna i płynna, pęcherz sięgnięty. Kobieta, która jadła kartofle pieczone razem z grzybami, również także chorowała bardzo ciężko, ale wyzdrowiała,

4. Szodrzienica (*Cytisus*).

Hinckeldeyn, Zwei Fälle von Vergiftung durch Cytisin mit tödtlichen Ausgange. Deuts. Klin. s. 252.

Hinckeldeyn opisuje wypadek otrucia u trojga dzieci, po zjedzeniu suchych strączków szodrzienicy wraz z nasionami; dwaj pięcioletni chłopcy zmarli w trzy kwadransy przy objawach silnych kureczów, wymiot, bezprzytomności i utraty mowy; wyzdrowiał zaś chłopczyk pół trzecia roku liczący, który zachorował w dwie godziny

później dostawszy wymiot bez żadnych kurezów. Przy sekcyi w jednym wypadku znaleziono pęknięcie żołądka, które widocznie nastąpiło w czasie silnych wymiot przy żołądku mocno wypełnionym, przy czem zawartość żołądka ze strączkami szczodrzeniey dostała się do jamy brzucha; pomijając to pęknięcie w obu wypadkach nie znaleziono ani śladu zapalenia w żołądku, kiszkaeh lub krezkach.

O F T A L M O L O G I A.

Sprawozdawca Dr. Koźmiński.

Łącznica, błona rogowa i białkowa oka.

Leber. O mączkowatém zwyrodnieniu łącznicy oka (*Ueber amyloide Degeneration der Bindehaut des Auges. Arch. f. Ophthalm. T. XIX str. 163*).

W ostatnich czasach ogłoszono kilka spostrzeżeń mączkowatego zwyrodnienia łącznicy. v. Oettingen, Saemisch i Kyber uważają tę chorobę za czysto miejscową. Dr. Leber miał sposobność obserwować nowy wypadek tego cierpienia, tym ważniejszy, że badanie histologiczne dostarczyło pewnych nowych danych w kwestyi zwyrodnienia mączkowatego w ogóle.

U mężczyzny 22-letniego rozwinęło się znaczne zgrubienie części przejściowej i gałkowej łącznicy, tak że błona ta sterczała w szpary powiekowej i zakrywała połowę rogówki. Choroba przedstawiała wygląd zwyrodnienia ziarnistego (*trachoma*), różniąc się jednak od takowego daleko większem nacieczeniem (*infiltratio*). Chory nie uskarżał się na ból; objawy zapalne nie istniały. Po nacięciu powierzchni zgrubiałej wypływał galaretowaty płyn, składający się z wielkiej ilości ciałek polyskujących, rozproszonych w substancyi zasadniczej płynnej i przezroczystej. Jod i kwas siarczany dawały charakterystyczną reakcyę. Wszystkie ciałka były otoczone błoną zawierającą w sobie jądro, podobną do endotelialnej pochwy powlekającą wiązki wiotkiej tkanki łącznej (właściwość, która dotąd przy zwyrodnieniu mączkowem nie była zauważana).

Miejsca przedstawiające większą konsystencyę składały się z pęczków włókienek mocno odbijających światło, anastomozujących

ze sobą i podobnych do pęczków tkanki łącznej. Pęczki te powleczone błoną zawierającą jądra, dawały także charakterystyczny odczyn zwyrodnienia mączkowego. Ściany naczyń zgrubiałych także były mączkowo przeistoczone.

Na zakończenie *Leber* dochodzi do następujących wniosków:

1. Zwyrodnienie mączkowe łącznie powiekowej i galkowej zdaje się być chorobą czysto miejscową.

2. Przedstawia ono osobną formę kliniczną, różną od trachomatu; aczkolwiek może ono być następstwem zwyrodnienia ziarnistego, często jednak rozwija się idiopatycznie.

3. Sprawa chorobna polega na rozwoju ciałek i wiązek włókienkowych mączkowych; oba te histologiczne elementy otoczone są błoną złożoną z protoplazmy zawierającej jądra.

4. Spojówka uległa zwyrodnieniu mączkowatemu w swój budowie, a może nawet i w rozwoju, przedstawia pewne podobieństwo do tkanki łącznej normalnej.

J. Wolfe (*On conjunctival transplantation from the rabbit Glasgow med. Journal. Febr.*) zachęcony pomyslnymi rezultatami, jakie otrzymywał z przemieszczenia łącznie galkowej na obnażoną wewnętrzną powierzchnię powiek przy leczeniu *symblephari*; w dwóch podobnych wypadkach, w których takowe pomieszczenie było niepodobne do skutecznienia, przeniósł kawałek łącznie królika. Zupełne zablźnienie nastąpiło w przeciągu kilku dni. Autor ma, że zadanie transplantacji rogówki znacznie ułatwionem zostanie, jeżeli wraz z rogówką zwierzęcia będzie przeniesiony płat łącznie; w takim bowiem razie sprawa odżywiania błony rogowej snadniej się odbywa i rogówka zachowuje swą przezroczystość.

G. Stromeyer (*Ueber die Ursachen der Hypopyon-Keratitis. Archiv f. Ophthalm. XIX. 2 str. I.*) wziął sobie za zadanie zbadać u zwierząt warunki niezbędne do wywołania t. z. *keratitis cum hypopyo*. Kwestyą tą zajmowali się już poprzednio *Leber* i *Eberth*. Pierwszy wszczepiał w rogówkę masy *leptothricis*; drugi — istoty gnijące, dyfteryczne, pyemiczne. Tak jeden jak i drugi wywoływali tym sposobem zapalenie rogówki przedstawiające wielkie podobieństwo do *keratitis cum hypopyo*. *Stromeyer* pod kierunkiem *Lebera* wprowadzał w rany rogówki u królików rozmaite substancje: metale, ropę, kawałki mięśni świeżych i gnijących, *leptothrix buccalis* i inne istoty septyczne. Tym sposobem doszedł do przekonania, że ranom prostym lub powikłanym ciałami obcymi nieorganicznymi nie towarzyszy nigdy sprawa ropna; gdy tymczasem wszczepienie sub-

stancji organicznych gnijących wywołuje szybki rozpad tkanki rogówkowej, sprowadza wytwór ropy w przedniej komórce oka, zapalenie tęczówki, a nawet ropień całej gałki ocznej. Natężenie wszystkich powyższych objawów chorobnych ściśle jest związane z jadowitością wszczepionej substancji septycznej.

Tę skłonność do ropienia rogówki i rozpadu sąsiednich zdrowych tkanek, jaka się rozwija po wszczepieniu substancji septycznych, autor tłumaczy szybką dyfuzją wibryonów, które się nagromadzają w rogówce, a doszedłszy do obwodu tej błony, wnikać do naczyń krwionośnych i tą drogą przechodzą do głębokich części oka.

Stromeyer starał się także wyświeltić pochodzenie ropy, zbierającej się w przedniej komórce i tęczówce, w razach gdy zapalenie rogówki przyjmuje charakter ropadowy. Wyklucza on możliwość proliferacji *endothelii* w przedniej komórce oka; uważa także za niemożliwe bezpośrednie przeniesienie ropy z rogówki do komory przedniej przez przetokę. W takich nawet razach, gdzie rogówka była jednorodnie infiltrowaną, tylne blaszki błony rogówkowej były pozabawione ciałał ropy, które głównie nagromadzały się w przednich rogówkowych warstwach. Tęczówka nie może być także źródłem ropy, gdyż często żadnych nie przedstawiała zmian chorobnych, nawet wtedy gdy *hypopyon* było dość znaczne. Autor na mocy swych poszukiwań sądzi, że źródło hypopii znajduje się w okolicy rzeszkowej, a mianowicie *in ligamento pectinato iridis*.

L. Brière (*Union médicale N. 135, 137*) opisuje wypadek *keratitis bullosae*, jaki miał sposobność obserwować u 17-letniej panny. Przy silnych bólach, obrzmieniu powiek, przekrwieniu łącznicy, w dolnej części rogówki nabłonek wznosił się tworząc większe lub mniejsze pęcherze. Ciśnienie śródoczne było zwiększone; czułość rogówki w okolicy pęcherza znacznie zmniejszona. Prąd stały koł ból, nie był jednak w stanie, równie jak i wielkie dawki chininy, powstrzymać częstych powrotów choroby. Po iridektomii dokonanej przez Weckera z powodu większego ciśnienia śródocznego, nastąpiła znaczna poprawa, jednak w sześć tygodni później choroba na nowo się ukazała.

S. Theobald (*Remarks on interstitial or syphilitic Keratitis. Amer. Journ. of. med. sc. Oct. str. 419*) opierając się na spostrzeżeniach Hutchinsona i własnych, wnosi, że zachodzi pewien stosunek przyczynowy między *keratitis interstitialis* i *syphilitis hereditaria*. Przeciwnie zdanie niemieckich oftalmologów autor stara się wytłumaczyć niejednakowem geograficznem rozprzestrzenieniem

rzeczonego zapalenia rogówki. W ośmiu wypadkach przytoczonych przez Theobalda, za syfilitycznym początkiem choroby przemawiała anamneza rodziców, znana niekształtna budowa zębów i nosa, i nakoniec skuteczność leczenia rtecją.

J. Eberth (*Die Keratitis nach Trigeminusdurchschneidung Centralblatt f. d. medicin. Wiss. N. 32.*) podaje dwie przyczyny owrzodzenia rogówki, jakie się rozwija po przecięciu nerwu trójdzielnego: 1) suchosć powierzchni rogówki, jaką sprowadza *exophthalmos* i zmniejszony ruch powiek; 2) ułatwiony przystęp pleśni do mięszu rogówki przy obnażeniach jej nabłonka.

Nieden (*On the treatment of ulcus corneae serpens (Arch. of ophth. und ology, vol. III N. 1, str. 238--250, New-York 1873).*

Opierając się na obserwacyi 50 wypadków tej choroby, zebranych w klinice prof. Saemisch'a, autor starannie opisuje przyczyny, siedlisko i powikłania *ulceris corneae serpentis*. Pod względem leczenia zachwala przecięcie owrzodzenia, odrzucając iridektomię zalecaną przez niektórych oftalmologów.

Reuss (*Ueber Taetowirung der Hornhaut. Wien. med. Presse XIV. 1*) i Adler (*Zur Taetowirung der Hornhaut, Wien. med. Wochenschr. N. 9*) zachwalają wyborne kosmetyczne skutki tatnowania błony rogowej według metody Wecker'a. W jednym nawet wypadku Adlera pod wpływem tatnowania ustąpiła *keratitis vesicularis*, która poprzednio często powtarzała się na starzej bliźnie rogówkowej.

Wecker (*Die Abtragung des totalen Hornhautstaphyloms. Wien. med. Wochenschr. N. 10*) po odcięciu garbca nie spaja brzegów rany białkówekowej (jak to czyni Critchett i Knapp) a tylko ponad tą raną zszywa łącznicę gałkową. Odpreparowawszy błonę łączną na całym obwodzie rogówki i przeprowadziwszy 4 nitki, takowe po odcięciu garbca i wydaleniu soczewki bezzwłocznie zawiązuje. Wyleczenie następuje w 10 -- 14 dni.

M'Kewin (*On partial staphyloma of the cornea and iris Lancet, Sept. 6*) widzi w działaniu mięśni zewnętrznych oka główny czynnik wytwarzający i zwiększający garbce rogówki. Wycięcie kawałka błony tęczowej uważa jako najdzielniejszy środek, stawiający tamę dalszemu rozwojowi wypuklenia.

Abadie: Nowy chirurgiczny sposób leczenia czubatości rogówki (*keratoconus*). *Gaz. des hôp. 1012.*

Autor przypomina, że Donders poprawia wzrok chorych dotkniętych czubatością rogówki za pomocą okularów stenopeicznych; że

Bowman usiłował wytworzyć wąską szczelinę przez uwieżnienie łączy w małej ranie błony rogowej; ze Graefe otrzymywał spłaszczenie rogówki przez owrzodzenie jej wierzchołka, a Bowman do tego samego dochodził celu za pomocą trepanacyi.

Abadie trepanuje rogówkę na przestrzeni 16 decymilimetrów; następnie przez tak utworzony otwór wprowadza nożyczki Weckera i przecina błonę łączową pionowo ku dołowi. W dwa dni po operacyi, utrata substancyi w rogówce wypełnia się, ciecz wodnista na nowo się wytwarza; błona rogowa jest nieco zmętniona. Na trzeci dzień w celu otrzymania większego ściągnięcia blizny, przedziurawia takową zglębniakiem. Na 4-ty dzień rogówka znowu się zabliźnia. Tym sposobem autor otrzymywał spłaszczenie błony rogowej, wzrok znacznie się poprawiał. Metoda Abadiego łączy korzyści obu sposobów Bowmana.

II. Power (*C. rend. du congrés period. intern. d'ophthalmologie tenu à Londres en 1872, Paris 1873*), zajął się na nowo próbami keratoplastyki na psach, królikach i kotach. Za pomocą osobnego, w tym celu zbudowanego narzędzia, wycinał część rogówki i wydaliwszy soczewkę, wykrojony krążek błony rogowej osadzał na oku tego samego zwierzęcia lub też innego, które poddawał tejże samiej operacyi. Wyniki, jakie otrzymał u królików, były dosyć zachęcające, chociaż przemieszczona część rogówki zawsze utracala swą przezroczystość i przybierała barwę brązową. Wprawdzie P. nie mógł długo zachować tych zwierząt przy życiu; zdychały one, jak twierdzi autor, przy objawach zakażenia ropnego.

Mikroskopowo badanie w powyższy sposób przemieszczonych rogówek, dokonane przez Kleina dało rezultat następujący:

- 1) Zupełna jednociągłość nabłonka powlekającego rogówkę.
- 2) Pętle nacyniowe na linii połączenia nabłonka i rogówki, pętle nacyniowe rozwinięte na około wykrojonego wycinka i na we wewnętrznym obwodzie zewnętrznego pasa rogówki.
- 3) Zupełna jednociągłość obu rogówek w warstwach powierzchownych i głębszych.
- 4) Tkanka oblitująca w nowe komórki, leukocyty i naczynia, znajdujące się w sąsiedztwie połączenia obu części rogówki.

Po powyższych doświadczeniach na zwierzętach H. Power przedsięwziął próby na ludziach. U dwojgu dzieci dotkniętych garbowym przekształceniem rogówki (*leucoma staphyloidesum*) wykrojony krążek zastąpił wycinkiem błony rogowej królika. Zespojenie

nastąpiło bez najmniejszych objawów zapalnych; w jednym wypadku przeniesiona część rogówki pozostała nieprzezroczystą, w drugim zachowała pewien stopień przejrzystości.

Powyższe doświadczenia dowodzą możliwości zrośnięcia rogówki *per primam intentionem*; pozostaje tylko do rozwiązania ważna dotąd nierozstrzygnięta kwestya przezroczystości rogówki.

M. Reich (*Ueber die Regeneration der Hornhaut. Klin. Monatsbl. str. 167 — 211*) wycinał u królików małe kawałki rogówki wedle metody Donders'a. Pomimo że zabliźnienie nastąpiło dość szybko, autor po dość długim czasie, nawet po 10 miesiącach, mógł w odpowiednim miejscu stwierdzić lekkie zmetnienie rogówki przy bo cznym oświetleniu. Mikroskop wykazywał ścieńczenie miąższu rogówki i nieznaczne zgrubienie nabłonka.

Cuignet: Keratioskopia (*Recueil d'Ophthalmologie str. 11 — 23. 1873*). Pod tym mianem autor rozumie sposób badania rogówki. Wyłożywszy wyniki badania rogówki przy świetle zwyczajnym, równie jak i przy świetle odbitym, C. obszernie zastanawia się nad sposobem bocznego oświetlania rogówki, a także nad oświetlaniem tej błony za pomocą samego zwierciadła wizerunkowego. W oku normalnym krążek źreniczny tak oświetlony przedstawia dwa odcienia: w środku jest on nieco ciemniejszy, na obwodzie zaś daje się widzieć odblask różowy. Ów pośrodkowy cień ma największe natężenie u bieguna rogówki i powoli przechodzi w jasny obwodowy pierścień. Przy garbu przezroczystym rogówki lub przy *cornea conica*, rozmieszczenie owego cienia i obwodowego pierścienia jest zupełnie przeciwno; w oku nadwzrocznym cień pośrodkowy jest mniejszy jak w stanie normalnym. Jeżeli obserwator nadaje ruchy zwierciadłu wizerunkowemu, objawy owe zmieniają się stosownie do stanu rogówki. Jeżeli rogówka jest normalna, cień przedstawia się w postaci walca ściegłego, którego podstawa odpowiada obwodowi źrenicznemu i zwraca się w tym samym kierunku, co i zwierciadło rzucające światło. Jeżeli rogówka jest ostrokrągowa cień wytwarza półksiężyc obwodowy, zwrócony zawsze w jedną stronę. Nakoniec w razie nadwzroczności połączonej ze spłaszczeniem rogówki objawy są te same co w oku normalnym, tylko natężenie i rozmiary cienia są mniejsze. Zmiany w prawidłowej postaci cienia każą podejrywać różnicę w krzywiznie rozmaitych południków rogówki.

Za pośrednictwem takiego badania łatwo rozpoznać możemy nieprawidłowe wypuklenia, wklęsnięcia na rogówce, a nawet na tylnej jej powierzchni.

Autor kończy ten urywek semiologii oftalmicznej, podając sposoby badania rogówki za pomocą narzędzi tępych i ogłasza wyniki tego śledzenia ułatwiającego rozpoznanie ścięczenia błony rogowej.

Błona tęczowa, naczyniowa i ciało szkliste.

Manz i Cohnheim pierwsi obserwowali ziarnka gruźlicze w naczyniówce. Bouchut stwierdził obecność tego nowotworu w siatkówce. Gradénigo przytoczył wypadek zapalenia tęczówki gruźliczego, którego rozpoznanie było stwierdzone przez autopsję i badanie histologiczne. Dr. Perls (*Zur Kenntniss der Tuberculose des Auges. Graef's Archiv XIX, 1. str. 221—247*) opisuje nowy wypadek gruźlicy w błonie tęczowej oka. Przy nieznacznych objawach podrażnienia rzęskowego, w mięszu błony tęczowej wytworzyło się obrzmienie okrągłe, ściśle ograniczone, 2—3 milimetrów w średnicy mające. Chorobę rozpoznano jako lepież (*gumma*). Autopsya wykazała nacieczenie gruźlicze płuc i innych wnętrzności, a badanie histologiczne przekonało, że produkty chorobne w tęczy były ziarnami gruźliczemi. Jacoison, który także powyższy wypadek obserwował, sądzi, że w podobnych razach możnaby uniknąć błędnego rozpoznania, bacząc na jasno-żółte, prawie białe zabarwienie nowotworu, zupełny brak naczyń, zaokrągloną postać guza i jego szybki wzrost.

Hutchinson (*Peculiar form of iritis which occurs in the children of gouty parents. Lancet, Jan. 4*) opisuje szczególną postać zapalenia błony tęczowej u ludzi młodych zrodzonych z rodziców artrytycznych. Choroba ma przebieg przewlekły, rzadko przerywany ostreми nasileniami; napastuje zwykle jedno oko po drugiem i pociąga za sobą zrost źrenicy i zmetnienie ciała szklistego.

Hirschler (*Zur Kasuistik der Mydriasis spastica. Wien. med. Wochenschr. 17*), jako charakterystyczną cechę odróżniającą *Mydriasis paralyticam* (wywołaną przez porażenie nerwu okoruchowego) od *mydriasis spastica* (spowodowanej przez podrażnienie nerwu współczulnego) uważa przy ostatniej brak zaburzeń akomodacyjnych, które są stałym objawem przy porażeniu zwieracza źrenicy. Zmiana wielkości źrenicy przy *mydriasis spastica* może także ułatwić rozpoznanie różniczkowe.

Wecker (*Ueber cystoid Entartung der Iris. Klin. Monatsbl. str. 239—246*) opowiada trzy wypadki torbieli błony tęczowej, które powstały w skutku traumatycznego zwichnienia soczewki do ciała

szklistego. Autor sądzi, że powyższe spostrzeżenia przemawiają wielce za jego teorią powstawania torbieli na błonie tęczowej (faldowanie się tęczówki).

C. van Dooremaal (*Die Entwicklung der in fremden Grund versetzten lebenden Gewebe. Graef's Archiv XIX, 3, str. 350*) starał się zbadać wpływ i dalsze losy rozmaitych przedmiotów wprowadzonych do przedniej komory oka żywych zwierząt. W wielu razach ciała obce spowodowały stafilomatyczne przekształcenie rogówki i w następstwie były wydalone. W innych razach następowało otorbienie wprowadzonych przedmiotów. Kawalek włosa wywołał na przedniej powierzchni tęczówki rozwój wyrosli polipowych, powleczonych płaskim nabłonkiem. Kawalek błony śluzowej z wargi królika, wprowadzony do przedniej komory oka, otoczył się tkanką błony tęczowej i przyrósł do rogówki; nagromadzony nabłonek wytworzył małą torbiel, podobną do nowotworów obserwowanych w tej miejscowości przez M o n n o y e r, R o t h m u n d a i B u h l a.

Ch. B u l l (*Report of three cases of choroiditis following cerebro-spinalmeningitis. Amer. Journ. of med. sc. Jan.*) podaje trzy przykłady rozmaitych następstw, jakie może w oku spowodować *meningitis cerebrospinalis*. W pierwszym wypadku, u 12-letniego chłopca, po przebytej chorobie, wzniernik wykazał obok umiarkowanego przekrwienia niejednolierne nabrzmienie tarczy nerwu wzrokowego, nadto mnóstwo żółtych plam w naczyniówce, które w prawym oku tak znacznej były objętości, że napierały na błonę siatkową i przemieszczały ją ku wewnątrz. W drugim wypadku, u 4-letniego chłopca, wysięk w naczyniówce zajmował prawie całe dno oka i doprowadził nerw wzrokowy do zaniku. W trzecim wypadku, u 2-letniego dziecka, zanik nerwu wzrokowego był jedyną zmianą, którą wzniernik mógł odkryć po przebytym zapaleniu opon mózgowych.

S c h i e s s - G e m u s e n s ogłosił wynik drobnovidzowego badania 8 gałek ocznych przedstawiających skostnienie błony naczyniowej. We wszystkich wypadkach punkt wyjścia sprawy chorobnej znajdował się w wewnętrznych warstwach naczyniówki, a mianowicie w błonie szklistej. W jednym nawet wypadku tkanka kostna była ograniczona od zewnątrz błoną szklistą naczyniówki, od wewnątrz nabłonkiem barwnikowym. W większości wypadków rusztowanie tkanki łącznej przerosłej dało początek nowotworom. Badania powyższe nie zgadzają się z twierdzeniem K n a p p'a, który ogłosił, że *choriocapillaris* jest zawsze punktem wyjścia skostnienia.

Arlt (*Ueber sympathische Augenentzündung. (Wien. med. Wochenschr. Nr. 5, 7)*) mniema, że wtenczas tylko można przypuszczać sympatyczne zapalenie oka, gdy pierwotnie chora gałka oczna jest siedliskiem ciągłych lub często powtarzających się objawów zapalnych. Przeniesienie zapalenia za pośrednictwem nerwu wzrokowego (Cohn, Mooren), autor uważa za niedowiedzione. Rozważając przyczyny powodujące sympatyczne zapalenie oka, obok jakości i anatomicznego siedliska pierwotnej choroby, Arlt wielki kładzie nacisk na wyczerpanie wzroku. Przy obecności obcych ciał we wnętrzu gałki autor radzi przystąpić do t. z. profilaktycznego wyłuszczenia oka; ropne jednak zapalenia oka uważa za przeciwwskazanie do tej operacyi. Odradza także Arlt wszelką operacyę, tak na oku pierwotnie chorem, jak i uległóm sympatycznemu zapaleniu, w pierwszym okresie cierpienia, gdyż w takim razie wyłuszczenie nie tylko nie pomaga, ale nawet może przyczynić się do dalszego rozwoju sympatycznego zapalenia; po skończonym pierwszym okresie choroby operacya nieraz znaczną pomoc przynosi.

Passauer (*Ein Fall von trachomatöser Neubildung im Innern des Auges. Graefe's Archiv XIX, 2, str. 303—313*) wyłuszczył u 21-letniej kobiety lewą gałkę znacznie uszkodzoną w skutku zwyrodnienia ziarnistego (*trachoma*). Rogówka, błona tęczowa i ciało rzęskowe było zamienione na jednorodną masę ziarnistą. Również przestrzeń między błoną białkową i naczyniową była usiana małemi guziezkami; kilka takich guziezków znajdowało się i w samym miąższu *choroideae*. Guziki były pozbawione naczyń i wyraźnie od otaczającej tkanki odgraniczone: we wnętrzu ich siatka złożona z małych krokievek była wypełniona (infiltrowana) drobnoziarnistemi komórkami. Leber, który rzeczony nowotwór badał pod drobnowidzem, uważa je za *fibrinata miliaria*, przedstawiające w budowie swęj pewne podobieństwo do ciałek trachomatycznych.

Praca T. Lebera o powstawaniu i dalszém zachowaniu się cieczy wodnistej (*Studium über Flüssigkeitswechsel im Auge, Graefe's Archiv XIX, 2, str. 87—105*) znacznie rzuciła światło na kwestyę, którą uczeni w rozmytych czasach rozstrzygnąć usiłowali.

Ogólne jest mniemanie, że wyrostki rzęskowe i tylna powierzchnia błony tęczowej wydzielają ciecz wodnistą; obfitość naczyń, szczególnie budowa kapillarów tej okolicy, usprawiedliwiają ten pogląd, chociaż fizjologia dotąd nie podaje stanowczego na to dowodu. Rzeczywistość jednak powyższego przypuszczenia popiera często fakt patologiczny; w razie bowiem zupełnego zrostu otworu źrenicznego przy

tylnych przyczepach tęczówki, przednia komora oka niekiedy zupełnie znika, a błona tęczowa napierana przez gromadzący się poza nią płyn, dotyka samej rogówki.

Ciecz wodnista musi się wydzielać stale i ciągle, aby mogła zastąpić płyn w każdej chwili z oka uchodzący. Błony otaczające gałkę są sprężyste i przenikliwe, przeto część płynnej zawartości oka musi ciągle wypływać na zewnątrz; jednakowy zaś stopień ciśnienia środocznego zmusza do przypuszczenia, że ciecz wodnista wytwarza się ciągle w takiej ilości, w jakiej zostaje wydalona.

Dawniejsi autorowie sądzili, że ciecz wodnista przenika przez rogówkę, a nawet, że błona ta zawdzięcza swą przezroczystość nacieczeniu (infiltracyi) tego płynu. W ostatnich czasach Schwalbe przypuszczał, że istnieje bezpośrednia komunikacja między przednią komorą oka i przyległym układem naczyniowym. Nastrzykując bowiem do przedniej komory oka ludzkiego i zwierzęcego płyn zabarwiony karminem, Schwalbe stwierdził, że płyn ten przenika do siatki naczyń żylnych episkleralnych otaczających rogówkę, a następnie i do żył rzęskowych przednich. Z tego doświadczenia Schwalbe wnioskował, że przednia komora oka zostaje w związku najprzód z przewodem Fontany u zwierząt (kanałem Schlemm'a u ludzi), następnie ze spletem rzęskowym żylnym i nakoniec z żyłami rzęskowem przedniemi.

Leber powtórzywszy doświadczenia Schwalbe'go, doszedł do zupełnie przeciwnych wyników. Przenikanie płynu karminowego do naczyń otoczki rogówkowej nie jest wcale, podług Leber'a, dowodem komunikacyi, jaką przypuszcza Schwalbe. I w istocie, po nastrzyknięciu do przedniej komory oka błękitu pruskiego zawieszono w wodzie, wzmiankowane naczynia wcale się substancją barwną nie wypełniają. W doświadczeniu Schwalbe'go roztwór karminu dochodzi drogą imbibicyi i diffuzyi do tkanki otaczającej rogówkę i znajdujących się tam naczyń. Jeżeli jest prawdą, że płyn z przedniej komory oka z łatwością przesącza się do przyległych żył, to nie mniej jest pewnem, że żyły te nie mają bezpośredniej komunikacyi z komorą przednią. Doświadczenia dokonane w celu wykazania bezpośredniego związku między komorą przednią oka i układem naczyń limfatycznych, także do ujemnego doprowadziły wyniku. I. jednak nie sprzeciwia się nadaniu komórce przedniej oka znaczenia zatoki limfatycznej.]

Leber więc słusznie wnioskując, że nie istnieje *bezpośrednia komunikacja* między przednią komorą i układem żylnym, i że ciecz wodnista przechodzi do żył tylko drogą dializy.

Dla poparcia swego twierdzenia, Leber dokonał jeszcze następujące doświadczenie: zastrzyknął do przedniej komory roztwór fioleto-letowy, składający się z rozczy- nu karminu i roztworu błękitu pruskiego: pod wpływem długotrwałego ciśnienia roztwór karminu przeniknął do sieci żylnéj, gdy tymczasem barwnik błękitny pozostał w przedniej komorze.

We wszystkich powyższych doświadczeniach, w których L. wstrzykiwał pod różnej mocy ciśnieniem płyny rozliczne, ciecz zawsze uchodziła przez obwodowe części rogówki, nigdy zaś wskroś téj błony. Na oczach żywych i świeżych, opór jaki stawia rogówka przenikaniu płynów z przedniej komory stale stwierdzić się daje; ale na oczach uległych zmianom trupim, słabe ciśnienie wyprowadza krople cieczy na powierzchnię rogówki i z téj to właśnie okoliczności dawniejsi autorowie wzięli pohop do błędnego sądu, że ciecz wodnista przesącza się przez rogówkę.

Leber starał się nakoniec oznaczyć, która z warstw rogówki stawia największy opór przesączaniu płynów i doszedł w tym względzie do ciekawych wyników.

Rogówka ogołocona ze swego powierchownego nabłonka żadnych nie przepuszcza płynów. Właściwa tkanka rogówki, pozbawiona błony Descemeta, przedstawia własności chłoniące w znacznym stopniu i z łatwością nasącza się płynami, przyczém szybko traci swą przezroczystość. Sama błona Descemeta ogołocona z nabłonka z wielką łatwością płyny przepuszcza; ale pokryta warstwą nabłonkową stawia nieprzewyciężony opór infiltracyi. Po zranieniu *endothelii* igłą wprowadzoną do przedniej komory, tkanka rogówki nasącza się i mętnieje. Jedynie więc powłoki nabłonkowe stanowią silną zawadę przenikaniu płynów do tkanek; wiadomo zresztą, że nabłonek kiszek i pęcherza moczowego odgrywa tę samą rolę względnie do płynów zawartych w tych organach. Wzmiankowana więc czynność jest ogólną właściwością wszystkich nabłoneków.

Donders już dawniej zwrócił uwagę okulistów na zaburzenia w sekrecyi płynów oka; pierwszy on przypuszczał, że jaskra prosta (*glaucoma simplex*) ma swoje uzasadnienie w neurozic nerwów sekrecyjnych oka. Następnie Bowman ogłosił kilka ciekawych spostrzeżeń nagłego zwiększenia i zmniejszenia ciśnienia śródocznego. Graefe pod nazwą *phthisis essentialis bulbi* opisał chorobę cechują-

ca się nagłym i znacznym zmniejszeniem ciśnienia wewnątrzgałkowego.

Badania Nagel'a (*Ueber vasomotorische und secretorische Neurosen des Auges. Klin. Monatsbl. str. 394 — 407*) dotyczą wypadków klinicznych zmniejszonego i zwiększonego ciśnienia śródocznego, które często towarzyszy innym objawom patologicznym.

Zmniejszone ciśnienie śródoczne (hypotonia) występuje dość często nie tylko przy zapaleniu mięszowém rogówki, ale i przy innych postaciach zapalenia téj błony, szczególnież zaś przy formie pryszczycowej (*Keratitis phlyctenularis*). Hypotonia albo stanowi górujący objaw choroby, albo jest tylko symptomatem pobocznym, który towarzyszy innym ważniejszym uszkodzeniom. Zawsze ona jest zespoloną ze zwężeniem otworu źrenicznego. Przy takowém zmniejszeniu ciśnienia wewnątrzgałkowego często chorzy uskarżają się na mocne bóle, podobne do migreny.

Przy niektórych chorobach rogówki, nieznacznego nawet pozornie nateżenia, bezsenność, lekkie odruchy gorączkowe, dreszcze zdradzają ogólne zaburzenie w innerwacyi naczyńoruchowej. Atropina pomimo braku wszelkich przyczepów i innych powikłań ze strony tęczy, nie rozszerza źrenicy. Im ciśnienie śródoczne jest mniejsze, tym źrenica jest więcej zwężona, tym ból neuralgiczny silniejszy.

W wypadkach hypotonii Nagel zauważał, że ciepota w okolicy oka zwiększa się o $\frac{1}{2}^{\circ}$, 1° a nawet 4° ; rzadko temperatura miejscowo bywa zmniejszona, w atakach jednak ostrych, ciepota z początku podniesiona, następnie spadała o 2° . Niekiedy przyłączają się i inne zaburzenia w innerwacyi naczyńoruchowej, jak napływ krwi do odpowiedniej połowy twarzy, nabrzmienie nosa, dreszcze.

Refrakcyja oka zwiększa się; ale niewiadomo, czy stan ten zależy od skurczu mięśnia rzęskowego, czy też od zmiany w położeniu i utwierdzeniu soczewki.

Nieznaczone traumatyczne uszkodzenia gałki ocznej (*contusiones*) często pociągają za sobą hypotonią. Fakt ten stwierdził Nagel doświadczeniami na zwierzętach.

Zdaje się nieulegać żadnej wątpliwości, że hypotonia jest następstwem porażenia szyjowej części wielkiego współczulnego nerwu. Badając bowiem okolice szyi, stwierdził Nagel w miejscu odpowiadającym położeniu pnia nerwowego, nadmierną czołość na ciśnienie. Do tych objawów patologicznych wielce się zbliża migrena zespolona ze zwężeniem źrenicy,—choroba, którą Du Bois Reymond uważa ko neurozę nerwu wielkiego współczulnego. Nierzadko zdarza się

zauważać, że w dość krótkim przeciągu czasu objawy porażenia nerwu współczulnego następują po objawach podrażnienia.

Nagel obserwował także hypotonię przy pewnych chorobach ogólnych, uważanych jako neurozy wielkiego nerwu współczulnego np. przy *angina pectoris*.

Nie tylko jednak porażenie nerwu współczulnego jest przyczyną hypotonii. Donders już zauważał, że przecięcie nerwu trójdzielnego pociąga za sobą zmniejszone ciśnienie śródoczne; Hippel i Grünhagen stwierdzili znów licznymi doświadczeniami, że podrażnienie tego nerwu sprowadza hypotonię. W wypadkach półpaśca ocznego (*zona ophthalmica*), przy chorobnym stanie gałęzi nerwu trójdzielnego i zwoju Gassera często spostrzegano hypotonię w znacznym stopniu.

Koźmiński (*Pamiętnik Tow. Lek. Warsz., zeszyt I str. 22*) obserwował u 20-letniej kobiety w ciele szklistém oka lewego wagra, który zakrywał plamkę żółtą i daleko za jej obwód zachodził. Pole widzenia oprócz centralnego skotomatu było zupełnie normalne; oko żadnych objawów podrażnienia nie przedstawiało.

Soczewka.

J. Gayat (*L'operation des cataractes et la régénération du cristallin Lyon med. N. 22 i Experimental Studien über Linseregeneration Klin. Monatsbl. str. 453*) tyle razy poruszana kwestyę odradzania się soczewki, stara się rozstrzygnąć za pomocą wagi. Z doświadczeń autora wynika, że woreczek soczewkowy wyjęty u królika, któremu dawniej dokonano operacyę wydobycia zaćmy, ciężarem swoim przewyższa woreczek soczewkowy oka nieoperowanego i to tym więcej, im dłuższy czas upłynął od operacyi i im zwierzę jest młodsze.

Badania autora na oczach ludzi, podległych w życiu operacyi zaćmy, przekonały, że odrodzenie soczewki do skutku nie przychodzi.

Brettauer (*Dimostrazione d'un caso di cataratta corticale posteriore. Il Morgagni, Disp. IX*) obserwował u 30-letniej kobiety obustronną zaćmę tylnych warstw soczewkowych. Iridektomia poprawiła wzrok w znacznym stopniu. Choroba ta okazała się dziedziczną: dwaj bracia operowanej byli dotknięci tém samym cierpieniem.

Brettauer przytacza jeszcze dwie inne rodziny, których członkowie (3 bracia, ojciec, syn, córka i siostra ojca) przedstawiali tę samą chorobę oka obu — lub tylko jednostronną.

C. Rossander ze Sztokholmu (*Om de infantila Starrarne. Nordisk. medicinsk. Arkiv V. N. 10*) pod nazwą zaém wieku dziecięcego rozumie tak zaémny wrodzone, jak i katarakty pojawiające się w pierwszych latach życia. Autor rozróżnia zaémny całkowite i częściowe. Jakkolwiek nader rzadko dziecię rodzi się z zaémą całkowitą, zmętnienie jednak bardzo szybko rozszerza się na całą soczewkę i to tym szybciej, im wcześniej sprawa chorobna się rozwinęła; w takich razach w przeciągu kilku miesięcy zaéma dochodzi do dojrzałości. R. znajdował u dzieci i jądrowe zaémny, które rozwijają się nader powoli; sądzi jednak, że ta postać zaémny nie bywa wrodzona; a wytwarza się dopiero w późniejszym okresie życia. Miękką zaéma, jakkolwiek czasami długo stoi w mierze, zwykle jednak w krótkim czasie ulega przemianom wstecznym i w takim stanie łatwo z woreczka wydaloną być może. Wbrow ogólnemu mniemaniu, autor przy przejrzalnych zaémach wieku dziecięcego nie znajdował wiotkiego połączenia woreczka *cum zonula Zinnii*. R. zwraca uwagę na częste powikłania zaém wieku dziecięcego z zezowatością, bieganiem oczu (*nystagmus*) i niedoślepem, który często trwa bardzo długo nawet po najpomysłniej dokonanej operacyi (pole widzenia bywa tylko do środkowej części zredukowane).

Przy zaémach wielkich miękkich i płynnych zaleca R. punkcya, którą dokonywa małym obosiecznym płaskim nożykiem, wyźłobionym wzdłuż brzeszczotu. Do właściwej dyscyssyi ucieka się autor w wypadkach zaém jądrowych i korowych, w których już się rozpoczęła przemiana wsteczna; przy znacznie posuniętych przemianach wstecznych radzi wydalenie zaémny sposobem Graefe'go. W wypadkach *cataractae zonularis* dokonywa iridektomią a nie *iridocleisin*. Jeżeli jednak średnica zaémny przechodzi 3 linie, operacyą sztuczną żrenicy uważa tylko jako akt przygotowawczy do wydalenia zaémny sposobem Graefe'go lub przez dyscyssya.

Ł o ż e c z n i k o w (*Ueber die im Jahre 1872 und 1873 nach der Methode von Graefe gemachten Linear-Extractionen, Klin. Monatsbl. str. 483*) zdaje sprawę z dokonanych przez siebie 95 operacyj zaémny podług metody Graefe'go: 8 razy rozwinęło się po operacyi mocne zapalenie tęczówki, 2 razy zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego; 2 razy ropienie ranki i raz *iridochoroiditis purulenta*. Zaémny następczo autor usuwa sposobem Braun'a (poprzeczne przecięcie błoniastej zaémny za pomocą *scleroticonyxis*); a przy ropieniu zaleca wkraplanie roztworu nadmanganianu potażu (0,5 — 1,5 na 30 grm. wod).

Hasket Derby (*Archiv für Augen-und Ohrenheilkunde III str. 193*) zestawia wyniki operacyj zaćmy dokonanych podług sposobu Graefego w szpitalu Massachussets. Na 64 wypadki, po większej części zaćm starczych, 10 razy potrzebną była operacya wtórna, a 5 razy otrzymano niepomysłny rezultat.

Ze sprawozdania D. Little'a (*Med. chir. Review. Jan. str. 193*) dowiadujemy się, że na 200 operacyj zaćmy dokonanych wedle metody Graefego naliczono 5 razy zupełną utratę gałki z powodu *iridochoroiditis i panophthalmitis*; 22 razy — utratę ciała szklistego; 9 razy — zapalenie błony tęczowej, które doprowadziło do zarostu źrenicy; 146 operowanych czytać mogło N. 1 skali Jaeger'a, inni tylko numeru dalsze (do XVI).

v. Hasner (*Die Subconjunctivalextraction, Wien. med. Wochenschr. str. 829*) proponuje w operacyi wydobycia zaćmy przez cięcie płatowe modyfikacyą zasadzającą się na pozostawieniu u wewnętrznej kąta rąki łącznicowej mostka na 2 — 3 linii szerokiego, przez co znacznie się ułatwia szybkie spojenie rany rogówkowej. Sposób ten opisał już bardzo dawno Desmarrès pod nazwą: *Opération sous conjonctivale*.

E. v. Jaeger. *Der Hohlschnitt. Eine neue Staarextractions Methode (Allg. Wiener med. Zeitg. n. 27 i następane)*.

Po krótkim historycznym przeglądzie rozmaitych sposobów wydalania zaćmy, autor daje następujące określenia:

Cięcie poprowadzone w kierunku wielkich kół, mających jedną i tę samą oś obrotową, nazywa się liniowym; w innych razach jest ono płatowe. Swoją nową sposob operowania v. Jaeger także zalicza do cięcia liniowego, ale nadaje mu miano cięcia wyłobionego (*Hohlschnitt*) ze względu na szczególną postać noża, jakim się autor posługuje. Jest to nóż o krzywiznie walcowej; brzeszczot jego jest trójkątny; długość wynosi 33—35 millimetrów; największa szerokość $5\frac{1}{2}$ — $6\frac{1}{2}$ millimetrów. Powierzchnie brzeszczotu przedstawiają krzywiznę walcową prostopadłą do kierunku grzbietu noża; promień wklęsłości wynosi 6—7 millimetrów; wypukłość 5 millimetrów.

Pomoceńnik rozdziawia powieki i unieruchomia gałkę oczną za pomocą cążek grabiastych, które ujmują fałdę błony łącznej w odległości 5 millimetrów od dolnego brzegu rogówki. Operator trzymając nóż skierowany wklęsłością ku przodowi, ostrzem do góry i na płaszczyźnie równoległej do powierzchni błony tęczowej, robi cięcie w górnej części białkówki w odległości $3\frac{1}{2}$ millimetrów od linii poziomej, stycz-

nój z górnym brzegiem rogówki; długość ranki wynosi około 12 milimetrów.

Dalsze okresy operacyi nie przedstawiają nic szczególnego. Autor podaje następujące zalety swój nowój operacyjnej metody:

1) Ranka jest zupełnie linijna i wymiary jój odpowiadają wszelkim postaciom zaemy.

2) Gałka może być unieruchomiona przez cały czas trwania operacyi.

3) Ciecz wodnista wypływa aż po przecięciu wszystkich błon.

4) Podczas przecięcia ciśnienie śródoczne zwiększa się bardzo nieznacznie.

5) Zaćma z łatwością zostaje wydalona.

6) Leczenie pooperacyjne jest proste i krótkotrwałe.

Bribosia. Modifications à apporter, en certaines circonstances à l'operation de la cataracte par extraction linéaire (C. rendu du Congrès périod. intern. d'ophtalmol. tenu à Londres en 1872).

Autor dokonywa operacyą wydalenia zaemy w następujący sposób: Rozdziawiwszy powicki i unieruchomiwszy gałkę cążkami grabiastemi B. wprowadza stop - needle Bowman'a przez rogówkę do przedniej komory oka, w odległości 3 millimetrów od spojenia rogówko-łącznicowego i nieco poniżej poprzecznej średnicy rogówki, i nacina szeroko krzyżowém cięciem woreczek soczewkowy. Następnie robi zakłócie i przeciwkłócie jak przy metodzie linijnej, ale przed ukończeniem cięcia nadaje nożowi lekki ruch obrotowy około jego osi i wypuszcza ciecz wodnistą. Nasuwającą się na ostrze noża błonę tęczową wraz z białkówką przecina; zostawiając niekiedy mały most łącznicowy. Nareszcie wydalą zaemę w sposób używany przy metodzie Graefe'go. Sposób ten, wedle autora, przedstawia następujące zalety:

1) Łatwość i szybkość operacyi; możność utwierdzenia gałki przez samego operatora podczas całego trwania operacyi.

2) Dokładne utworzenie woreczka soczewkowego.

3) Rzadko zdarzające się wypadnięcie ciała szklistego.

4) Szczególniej metoda ta okazuje się korzystną przy operowaniu osób nerwowych lub też obdarzonych wystającemi oczodolami.

Warlomont w swój rozprawce (*Des procédés d'extraction de la cataracte et spécialement de l'extraction médiane. Gaz. hebdom. str. 795*) rozpatruje rozmaite sposoby wydalania zaemy przez małe cięcie płątowe, które może być obwodowe lub pośrodkowe. Do cięcia płátowego pośrodkowego zalicza nie tylko cięcie poprzeczne Kùchler'a, ale nadto sposoby operacyjne Liebreich'a, Notta, Giraud-

Teulon'a, Perrin'a etc., gdzie ranka znajduje się na rozmaitej wysokości między środkiem i obwodem błony rogówkowej, nie dosięga jednak nigdy brzegu białkówki. Następnie autor opisuje sposób belgijski (Lebrun i Warlomont). Keratotom Graefe'go, którego ostrze zwrócone ku górze i nieco nachylone ku przodowi, operator wkłówa na obwodzie rogówki na 1 mm. poniżej średnicy poziomej tej błony i wyklówa na téjże wysokości na obwodzie rogówki z drugiej strony i kończy ranę na połączeniu $\frac{1}{3}$ średniej z $\frac{1}{3}$ górną rogówki lub nieco wyżej. Środkowa część ranki odpowiada brzegowi źrenicy.—Metoda Liebreich'a tęp się tylko od powyższego sposobu różni, że kąty ranki przypadają w białkówce, a środkowa część odpowiada powierzchni błony tęczowej, a nie brzegowi źrenicy.—Sposób Warlomont'a nie może być stosowany przy zaćmach u osób charłających, diabetyków lub u których rogówka jest bardzo cienka i skłonna do ropienia.

Błona siatkowa i nerw wzrokowy.

E. Mandelstamm. *Ueber Sehnervenkreuzung und Hemiopie Graefes Archiv XIX. 2. str. 39—58* Bielsadecki (*Sitzungsberichte der K. A. Wissenschaften zu Wien*) utrzymywał, że nerwy wzrokowe przy chiasma krzyżują się zupełnie, a nie częściowo (J. Müller). Pawłowski (*Chiasma nerv. optitorum. Dis. inaug. Mosquae 1869*) doszedł do tegoż samego wniosku. Praca Mandelstamm'a stwierdza mniemanie obu rzeczonych badaczy.

Pomijając szczegóły, powiemy, że badania, anatomiczne wykazały najzupełniejsze skrzyżowanie nerwów wzrokowych. Autor swoje poszukiwania uzupełnił jeszcze fizyologicznymi doświadczeniami na królikach. Otworzywszy czaszkę młodych królików wedle metody Gudden'a, niszczył z jednej tylko strony przednią część wzgórka czworaczego i pasmo wzrokowe; następnie zewnętrzną ranę zamykał. Wiadomo, że u królika włókienka nerwu wzrokowego nawet na siatkówce zawierają myelinę; wziernik więc oczny wykrywać powinien zmianę w tych włókienkach. I w istocie. Już we 4 tygodnie po operacji włókienka myelinowe zniknęły na siatkówce strony przeciwnej. Oko ze strony operowanej było zupełnie normalne. Badanie mikroskopowe dokonane w 7 tygodni później stwierdziło zupełny zanik nerwu.

Spostrzeżenia kliniczne zgadzają się także z temi nowemi faktami dostarczonemi przez anatomię i fizyologię; a zupełne skrzyżowanie nerwów wzrokowych najdokładniej objaśnia zaburzenia czynnościowe

takie, których sama decussatio wytłomaczyć nie jest w stanie (hemio-
pia boczna, ślepoła jednostronna spowodowana nowotworem jednej
półkóli mózgowej). I rzeczywiście przedstawivszy sobie szematycz-
nie *chiasma nerv. optic.* w postaci krzyża, to ognisko chorobne może
być usadowione w kącie przednim, tylnym lub bocznym. Jeżeli np.
jaki nowotwór znajduje się w kącie przednim, to obie wewnętrzne po-
łowy siatkówki są porażone (*hemioopia externa*). Jeżeli przeciwnie
sprawa chorobna zajmuje tylny kąt, to obie zewnętrzne połowy siat-
kówki zostają upośledzone (*hemioopia interna*). Nakoniec nowotwór
usadowiony w kącie bocznym (szczelina Sylwiusza) sprowadza he-
miopię boczną (*hemioopia lateralis*), najczęstszą ze wszystkich.—Ogni-
ska chorobne w jednej stronie mózgowia lub w jednym pasmie wzroko-
wym muszą wywoływać zaburzenia w przyrządzie wzrokowym.

L: Mauthner (*Zur Lehre von der Embolie der Art. centralis
retinae. Oesterr. med. Jahrb. str. 195—212*) przekonał się, że chwilo-
we zaburzenia wzroku, jakie już nieraz (Schneller, Knapp,
Wecker) przed wystąpieniem zupełnej ślepoty w skutku zatoru tę-
nicy środkowej siatkówki były obserwowane, zależą od chwilowej
mbolii art. centralis (*embolia transitoria*).—Autor zwraca uwagę, że
w skutku embolii nie wytwarza się w siatkówce ani krwisty zalew (*in-
farctus haemorrhagicus*) ani też błona ta nie ulega zgorzeli, coby niewąt-
pliwie miało miejsce, gdyby art. centralis stanowiła tętnicę krańcową
(*Endarterie-Cohnheim*). Leber fakt ten objaśnia bliższymi sąsiedztwem
choriocapillaris, nieznaczne bowiem anastomozy między naczyniami
siatkówki i tylnymi rzęskowymi nie są w stanie niedopuszczyć zgorzeli.
Mauthner opierając się na wypadkach przywrócenia krwiotoku
w niektórych gałęziach tętnicy środkowej siatkówki obserwowan-
ych przez Knapp'a, Hock'a i siebie samego, przypuszcza, że zachod-
zi bezpośrednia anastomoza między naczyniami siatkówki i błony na-
czyniowej, przez co odżywianie siatkówki snadniej się odbywa.

Samelson (*Ueber Embolia art. centralis retinae, Archiv für
Augen und Ohrenheilkunde. III str. 130*) obserwował zator tętnicy
środkowej siatkówki u 62 letniej kobiety, która nagle w nocy na
oko lewe zaniewidziała; w 14 dni później pozostało tylko słabe uczu-
cie światła w górnej wewnętrznej części pola widzenia. Wziernik
wykazał tętnice i żyły siatkówki bardzo wąskie; jedna tętniczka
wrzecionowato rozszerzona, a w pobliżu jej żyła przepełniona krwią.
Tarcza biała, plamka żółta krwisto zabarwiona; siatkówka przezro-
czysta. Iridektomia spowodowała większe wypełnienie naczyń siat-

kówki, zmniejszyła ciśnienie śródoczne i poprawiła widzenie. Zwiększone ciśnienie wewnątrzgałkowe Samelson objaśnia nagłym mocnym przepełnieniem naczyń rzęskowych; takowe wzmożone napięcie gałki utrudniało wytworzenie się oboczego krwiobiegu w siatkówce, ztąd łatwo pomysłny wpływ iridektomii tłumaczyć się daje. Brak zmętnienia siatkówki przypisuje autor późnej obserwacji, gdyż zmętnienie siatkówki występujące przy zatorze zniknąć musi, jeżeli tętница jest zatkana w swym przebiegu już po wydaniu gałązek współpracujących z naczyniami rzęskowymi tylnymi; gdy tymczasem przy środkowym położeniu zatyczki musi nastąpić zgorzel. Czerwone zabarwienie plamki żółtej nie jest następstwem wynaczynienia, ale wyrazem przekrwienia choroidealnego, które w rzezonem miejscu szczególnie się odznacza.

O. Becker (*Ueber spontanen Arterienpuls in der Netz haut. Wien. med. Wochenschr. Nr. 24, 25*) między 6 obserwowanemi wypadkami choroby Basedow'a, w 4 stwierdził pulsacyą tętnic siatkówki. Przyczynę tego objawu autor widzi w porażeniu ścian naczyńowych i silniejszym działaniu serca.

Wyniki mikroskopowych badań dokonanych w dwóch wypadkach *retinitidis pigmentosae typicae* przez Landolt'a (*Recherches anatomiques sur la retinite pigmentaire typique. Ann. d'oculist. LXIX. str. 138*) różnią się od dotychczasowych badań głównie tćm, że zgrubienie ścianek naczyń choroidealnych, jak również bujanie nabłonka barwnikowego jest bardzo nieznaczne, gdy tymczasem przeważają znane zmiany w błonie siatkowej: znaczny przerost tkanki łącznej i ścianek naczyń siatkówki, nagromadzenie się barwnika w tychże ściankach, zanik włókien nerwu wzrokowego i komórek zwojowych, zupełne zniszczenie zewnętrznych pokładów siatkówki. Landolt uważa zmiany naczyniowe za następcze; punkt zaś wyjścia i istotę *retinitidis pigmentosae* widzi w chronicznym zapaleniu *adventitiae* naczyń siatkówki. Za tćm przypuszczeniem przemawiają także wypadki tćj choroby opisane przez Leber'a, w których złogi barwnikowe miejsca nie miały.

H. Magnus (*Die Albuminurie in ihren ophthalmoskopischen Erscheinungen. 1873*) opisuje zmiany obserwowane przy białkomocezu w norwie wzrokowym resp. tarczy tego nerwu, w siatkówce i w naczyniówce. Najczęstszą postacią towarzyszącą zawsze *retinitidi nephriticae* jest *neuritis albuminurica* objawiająca się lekkim zaczerwienieniem i obrzmieniem tarczy nerwu wzrokowego. Nador rzadko

występuje przy białkomoczu prawdziwa *neuritis optica* w postaci t. z. *Stauungpapille*.

Autor rozróżnia dwie postacie *retinitidis albuminuricae*: *R. apoplectica*, odznaczająca się licznymi wynacznieniami i *R. degenerativa*. Formy jednak przejściowe między jedną i drugą są bardzo częste. *R. apoplectica* zasadzająca się na łomkości ścian naczyńowych, częściej przytrafia się u ludzi starszych niż u młodszych i nieraz bywa zespoloną *cum. purpura*; ze względu na rokowanie stanowi ona postać najcięższą. W przebiegu *retinitidis degenerativae* Magnus rozróżnia dwa okresy: szarego zmętnienia i tłuszczowego przeistoczenia. Białą wał na około tarczy nerwu wzrokowego, który Liebreich uważa jako typową cechę tego zapalenia, wedle Magnus'a należy do objawów wyjątkowych; tarcza bowiem często tylko szarém pierścieniem bywa otoczona. Gwiazdowata figura na plamce żółtej nie stanowi, podług autora, charakterystycznej cechy *retinitidis nephriticae*; gwiazda taka zdarza się także i przy zapaleniu siatkówki z innych przyczyn powstałym. Do *retinitis albuminurica* zalicza autor zapalenie siatkówki u ciężarnych. Stan wzroku nie zawsze odpowiada natężeniu i rozciągłości pierwotnej choroby, ani też zmianom w siatkówce.

Zmiany w naczyniówce opisane przez Gałęzowskiego pod nazwą *choroiditis nephritica*, (podobne do tych, jakie przy *retinitis pigmentosa* bywają obserwowane) należą do nader rzadkich. Częstsze daleko są komplikacje *retinitidis* ze zwyrodnieniem nabłonka barwnikowego (czarne i brunatne plamy na dnie oka).

Magnus twierdzi, że ani przerost serca, ani zdrożna mieszanina krwi nie wystarcza do wytłomaczenia związku, jaki zachodzi między chorobą oka i nerek i przypuszcza, że zmiany w przyrządzie wzrokowym zależą raczej od cierpienia ogólnego spowodowanego ciągłą utratą białka.

Gałęzowski (*De la rétinite et de la rétino-choroïdite albuminuriques; leur traitement. L'union méd. Nr. 148*) główną przyczynę zmian chorobowych w przyrządzie wzrokowym przy białkomoczu widzi w ogólném charakterze: wodnistość krwi i ateromatyczne zwyrodnieniu ścian naczyńowych sprzyja powstawaniu wysięków i wynacznien. Przy leczeniu zawsze należy mieć na względzie pierwotną chorobę; miejscowe leczenie nigdy do pożądanego celu nie doprowadza.

Graefe pod nazwą *anaesthesia retinae* ze współśrodkowém ograniczeniem pola widzenia opisał szczególną postać niedoślepu, zdarzającą się przeważnie u ludzi młodych obdarzonych nerwowym tem-

peramentem. Jakkolwiek cierpienie to jest dość rzadkie, Steffan (*Zur Anaesthesia retinae mit concentrischer Gesichtsfeldbeschränkung. Klin. Monatsbl. str. 411*) zebrał jednak 16 obserwacyj, których obraz kliniczny różni się nieco od opisu podanego przez Graefego. Ponieważ cierpienie to występuje najczęściiej w następstwie wyraźnych objawów podrażnienia (nadmierna wrażliwość na światło, skurecz zwrotny mięśnia obrączkowego etc.), sądzi przeto autor, że choroba ta stanowi pewną postać nadczułości siatkówki (*hyperaesthesia*). Steffan rozróżnia trzy postacie nadczułości siatkówki: 1) nadczułość zwykłą, w której pole widzenia i ostrość widzenia naośnego żadnych zboczeń nie przedstawiają; 2) nadczułość połączona ze współśrodkowym zwężeniem pola widzenia, ale ostrością widzenia naośnego normalną; nakoniec 3) nadczułość zespolona ze współśrodkowym ograniczeniem widzenia i utratą widzenia naośnego, postać, która dotąd była znaną pod nazwą *anaesthesia retinae*. W wypadkach odnoszących się do trzeciej kategorii nieczułość siatkówki od części obwodowych postępuje ku środkowym. Czasami znów przebieg bywa odwrotny; niedoślep począwszy się w środkowej części pola widzenia, stopniowo przechodzi na obwodowe. Graefe wielką rolę w powstawaniu tej choroby przypisywał wstrząśnieniom moralnym; Steffan nie podziela tego zdania. Jakkolwiek choroba najczęściiej napastuje dzieci wątłe, drażliwe, nerwowe; zdarza się jednak i u osób kwitnącym obdarzonych zdrowiem. Czasami bywa ona następstwem nadmiernego wyteżania wzroku przy pracy. Graefe nagłe powstawanie uważa jako cechę charakterystyczną tej choroby; wedle zaś obserwacyi Steffan'a wzrok stopniowo tepieje. Czas trwania choroby podług Graefego wynosi kilka tygodni; w wypadkach opisanych przez Steffana cierpienie ustępowało dopiero po kilkunastu miesiącach. W 16 wypadkach podanych przez Steffan'a, 6 razy akomodacya nie była zmieniona, 5 razy była porażoną i 5 razy uległa skurczowi.

Literatura oftalmologiczna z r. 1873 zawiera kilka bardzo cennych prac, dotyczących zdolności rozpoznawania barw. Dotychczasowe poszukiwania w tym przedmiocie opierały się prawie zawsze na teorii Young-Helmholtz'a, która jednak nie tłumaczy wszystkich możliwych wypadków dyschromatopsii. W ostatnich czasach Schirmer ogłosił wyniki nowych swych badań (*Ueber erworbene und angeborene Anomalien des Farbensinnes. Graefe's Archiv. XIX. 2, str. 194—235*), które jakkolwiek sprzeczne z teorią Young-Helmholtz'a, doskonale tłumaczą różne postacie nieczułości na barwy, tak, że te

objawy chorobne mogą być uporządkowane w system ściśle fizjologiczny.

Schirmer badał głównie wypadki dyschromatopsii nabytej i wrodzonej. Badania dokonywał za pomocą barwnych krążków papierowych, które w różne strony posuwał na matowo czarném tle. Stwierdził on tym sposobem fakt już dawniej znany, że każda barwa tylko w pewnym oznaczonym obrębie pola widzenia może być należycie rozpoznana; w pasie zaś otaczającym powyższy obręb przechodzi w inne barwy. Wielkość i postać tych obrębów zależną jest od indywidualnych różnic, które jednak nie mają wpływu na względną wielkość pól barwnych. Ze wszystkich barw zielona ma pole najmniejsze; następnie idzie barwa czerwona, pomarańczowa, purpurowa, fioletowa, żółta i błękitna. W pasie otaczającym pole zielone, przedmioty zielone wydają się żółtymi; w pierścieniu otaczającym pole czerwone, przedmioty czerwone przybierają także barwę żółtą; naokoło pola purpurowego i fioletowego, odpowiednie barwy wydają się błękitnymi. Barwa żółta i błękitna są jedyne, które na obwodzie siatkówki nie przechodzą w inne kolory.

Rozciągłość każdego barwnego pola jest zawsze względną, zależną od wielkości zabarwionego przedmiotu i od stopnia oświetlenia (w brew twierdzeniu Wojnowa).

Przytoczone przez Schirmera spostrzeżenia dyschromatopsii nabytej w skutku zaniku nerwu wzrokowego wielce przemawiają za zdaniem autora dotyczącem rozwoju nieczułości na barwy. Plamka żółta (mówi Schirmer) jest miejscem, w którym czynność siatkówki jest najdokładniejszą tak ze względu poczucia barw jak i światła w ogólności. W razie zaniku nerwu wzrokowego plamka żółta upodabnia się pod względem funkcjonalnym obwodowej części normalnej siatkówki; pas otaczający plamkę żółtą posiada czułość na barwy w stopniu właściwym więcej obwodowej części normalnej siatkówki. Różne pola barwne tym sposobem stopniowo współśrodkowo ścieśniają się, aż nareszcie zupełnie się zatracają. Najprzód więc znika pole zielone, później czerwone; w późniejszym okresie choroby pozostaje pole żółte; w ostatnim barwa purpurowa i fioletowa przedstawia się w postaci małych pól błękitnych.

Łatwo pojąć różnorodność wyników, jakie dać może badanie klinicznie. Ponieważ choroba ma przebieg stopniowy i powolny, mieć więc będziemy nieskończoną ilość wypadków stosownie do okresu, w którym badanie zostaje dokonane. W razie ustępowania cho-

roby, pola barwne ukazują się i powiększają podług praw wyżej podanych, ale w porządku odwrotnym.

Nieliczne wypadki daltonizmu wrodzonego, jakie Schirmer miał sposobność obserwować, przemawiają także na korzyść nowej teorii. — W wypadkach dyschromatopsii wrodzonej, gdzie poczucie światła na obwodzie siatkówki istnieje, gdy tymczasem pola barwne są bardzo zwięzione, Schirmer przekołał się, że pierścienie w których barwne przedmioty w niewłaściwych okazują się kolorach są zwiększone kosztem pól barwnych, im odpowiadających.

Zgodnie ze zdaniem Adamiuka i Wojnowa, Schirmer przekołał się, że obrazy następcze (Nachbilder) ukazują się u daltonistów w barwie dopełniającej kolor pierwotnie widziany, a nie w barwie dopełniającej rzeczywisty kolor przedmiotu.

E. Raehlmann (*Beitrag zur Lehre vom Daltonismus und seiner Bedeutung für die Young'sche Farbentheorie. Graefe's Archiv XIX. 3. str. 88 — 106*) badał za pomocą spektroskopu i krążków Maxwella wiele osób dotkniętych barwną ślepotą (*dyschromatopsia, daltonismus*). Większość osób rozpoznawała tylko dwie barwy: czerwoną i błękitną; widmo z prawego końca było znacznie krótsze. Autor odpiesa zarzuty, jakie czynili Briesewitz i Rose przeciw teorii Young-Helmholtz'a i kończy swą pracę opisem doświadczeń o wpływie santoniny na przyrząd wzrokowy, z których przekonywamy się, że santonina zwiększa wrażliwość na barwę fioletową, a zmniejsza poczucie barwy zielonej.

Wielce pouczającą jest praca T. Hochecker'a (*Ueber angeborene Farbenblindheit. Graefe's. Arch. XIX. 3. str. 1—77*). Sam autor, jako téż siedm osób do jego rodziny należących, podlegają dyschromatopsii. Badania dokonane za pośrednictwem krążków Maxwella, spektroskopu i chromatometru Rose'go przekonywają, że Hochecker nie rozpoznaje barwy czerwonej, a nadto że poczucie barwy zielonej jest u niego zmienione. Prócz tego autor znalazł, że pole widzenia dla barwy zielonej i błękitnej nie jest wcale zwięzione, jak to mieć chce Schirmer. Widmo jest znacznie krótsze w końcu czerwonym, dłuższe w fioletowym i zredukowane do dwóch barw: żółtej i błękitnej. Hochecker sądzi, że do wytłomaczenia powyższych faktów nie wystarcza teoria Young-Helmholtz'a. Leber z powodu powyższego wypadku podaje następującą hipotezę: przyczyna zdrożnego poczucia barw nie polega na zupełnym braku jednego z trzech gatunków włókien nerwowych, ale na tém, że niektóre włókienka nerwowe nie są wrażliwe dla fal pewnej długości.

W. Schoen (*Ueber die Grenzen der Farbenempfindungen in pathologischen Faelen. Zehender's Klin. Monatsbl. str. 171—197*) wymierzał w wypadkach niedoślepu za pomocą perimetru pole widzenia i oznaczał granice tegoż pola dla rozmaitych barw. Przy postępowym zaniku nerwu wzrokowego, jak również przy zaniku powstałym w skutku *neuritis*, krańcowa granica barwna nie przypadła wcale na granicę pola widzenia; gdy tymczasem w innych niedoślepach pod tym względem zachodził stosunek więcej prawidłowy. Przy jaskrze pomimo znacznego zmniejszenia ogólnego pola widzenia, istnieją jednak wszystkie pola barwne.

E. Landolt (*Farbenperception der Netzhautperipherie, Klin. Monatsbl. str. 376*) stwierdził licznymi doświadczeniami, że i w obwodowych częściach pola widzenia mogą być rozpoznane wszystkie barwy, aby tylko takowe były dostatecznego natężenia.

A. Favre. *Du daltonisme au point de vue de l'industrie des chemins de fer (Lyon méd. 1873, nr. 19)*.

Z powodu daltonizmu czyli achromatopsii wiele osób nie jest zdatnych do służby na kolejach żelaznych; dotknięci bowiem tém cierpieniem nie są w stanie rozróżnić barw sygnałów. E. badał pod tym względem znaczną liczbę urzędników służących na drogach żelaznych i przekonał się, że częściowy lub zupełny daltonizm nie należy do rzadkich objawów (na 1196 osób znalazł 22 wypadki). Daltonizm bywa wrodzony i w takim razie jest nieuleczalny, lub też przypadkowy powstały w skutku uszkodzenia traumatycznego lub ciężkiej choroby; ta ostatnia postać niekiedy pod wpływem leczenia ustępuje.

H. Kaiser (*Kurzgefasste Theorie der partiellen Metamorphopsie. Archiv fur Augenh. XIX. 2. str. 186—106*) na rysunkach objaśnia powstawanie mikropsii i makropsii będącej następstwem zmian w napięciu błony siatkowej (rozciągnięcie siatkówki w skutku wysięków na tylną jej powierzchnię i skurczenie w skutku zanikłego wysięku w naczyniówce).

Weiss (*Die epidemisch auftretende Nachtblindheit. Berlin. Klin. Wochensh. Nr. 20*), który miał sposobność obserwować w pewnym więzieniu małą epidemię kurzoślepu (*hemeralopia*), doszedł do przekonania, że choroba ta jest tylko objawem szczególnego zakażenia krwi (skorbutycznego?). U 14 osób dotkniętych kurzoślepem Weiss zauważał pewne cierpienie łącznicy różniące się od zwykłego nieżytyu tém, że po ustąpieniu przokrwienia łącznica gałkowa przybierała połysk tłuszczowy, a następnie ukazują się na niej małe białe punkciki, już dawniej przez Bitot'a opisane, które są następstwem

przeistoczenia komórek nabłonkowych (Blessig). Plamki te widział Weiss u połowy swych chorych.

Perls (*Beschreibung eines wahren Neuroms des Sehnerven. Graefe's Archiv. XIX. str. 287*) opisuje rzadki, prawie jedyny wypadek neuromatu nerwu wzrokowego. Nowotwór zajmował przygałkową część nerwu i osiągał znacznych rozmiarów, tak że oko było wysadzone ku przodowi. Składał się on z włókien rdzennych i bezrdzennych i komórek nerwowych nowo-utworzonych.

Goldzieher (*Die Geschwülste des Sehnerven. Graefe's. Archiv. XIX. 3. str. 119—114*) miał sposobność obserwować 3 wypadki nowotworów nerwu wzrokowego, a mianowicie fibroma myxomatodes, glioma i sarcoma. W budowie rzeczonych nowotworów, jak również innych sześciu dotąd obserwowanych, przeważała tkanka sluzowa. Punkt wyjścia włókniaków stanowi wewnętrzna pochwa nerwu wzrokowego; klejaków zaś i mięsaków — przestrzeń podpochwowa.

Michel (*Ueber eine Hyperplasia des Chiasma und des rechten nerv. opticus bei Elephantiasis. Graefe's Archiv. XIX. 3. str. 145*) u młodego człowieka zmarłego w skutku amputacji goleni dotkniętej *elephantiasi* przypadkowo znalazł szczególnego rodzaju zwyrodnienie nerwu wzrokowego i skrzyżowania tychnie nerwów (*chiasma*). Nerw wzrokowy prawy, również jak i *chiasma*, był znacznie zgrubiarty; gdy tymczasem nerw wzrokowy lewy żadnej nieprawidłowości nie przedstawiał. Za życia chorego zbroczeń w przyrządzie wzrokowym nie zauważano. Badanie mikroskopowe wykazało w nowotworze przerost neuroglii — tkanki, która w stanie normalnym oddziela włókienka nerwowe. Była to więc t. z. *sclerosis* (Virchow) czyli *scleroma* (Robin).

Annuske (*Die Neuritis optica bei Tumor cerebri. Graefe's Archiv. XIX. 3. str. 165—300*) opierając się na znacznej liczbie wypadków zebranych w literaturze lekarskiej i swoich własnych, twierdzi, że zapalenie nerwu wzrokowego towarzyszy prawie stale nowotworom mózgowym, a nawet stanowi pierwszy objaw zdradzający wytwarzanie się produktów chorobnych we wnętrzu czaszki.

Wielu oftalmologów zajmujących się dotychczas tą kwestyą zupełnie innych są przekonau. O. Becker spotykał często nowotwory w mózgu bez zapalenia nerwu wzrokowego i brak tego objawu przypisuje anastomozom żyły pośrodkowej siatkówki z żyłą oczodołową i twarzową. Wecker mniema, że wtenczas tylko rozwija się *neuritis optica*, gdy rozrost nowotworu mózgowego jest nader szybki. Nagel w powstawaniu zapalenia nerwu wzrokowego wielką rolę na-

znacza wodnąj puchlinie komór mózgowych, skutkiem której uciskają się żyły Galena. Nakoniec Schweigger pisze, że ta szczególna postać zapalenia nerwu wzrokowego może istnieć i samodzielnie, a z drugiej strony często niedostaje przy guzach wewnątrzczaszkowych.

Annuske sądzi, że mniemania powyższe nie są uzasadnione. Często *neuritis optica* uchodzi z pod uwagi badacza, gdyż zaburzenia czynnościowe są bardzo nieznaczne. Brak zupełny zapalenia nerwu wzrokowego przy nowotworach w mózgu nie jest także stanowczo stwierdzony; odnośnie bowiem opisane obserwacje nie są dokładne, nie ma w nich wzmianki o badaniu oftalmoskopowem. Graefe mniemał, że zapalenie nerwu typowe, o którym tu rzecz idzie, wyłącznie przytrafia się przy nowotworach mózgu, gdy tymczasem wysiękom u podstawy czaszki i pewnym postaciom *meningo cephalitidis* towarzyszy zapalenie nerwu zstępujące, którego obraz oftalmoskopowy jest mniej wydatny. Różnicę tę usprawiedliwiają spostrzeżenia kliniczne Dra Annuske. W chronicznych chorobach mózgowia jak rozmięczenie i chroniczne zapalenie, nigdy dotąd nie zauważono zmian chorobnych w nerwie wzrokowym.

Nieraz już głoszono, że biały zanik nerwów wzrokowych rozwija się przy nowotworach w mózgu. Pamiętać jednak należy, że obraz zaniku występującego w skutku zapalenia nerwu bardzo jest podobny do wyglądu zaniku prostego. Jako znak różniczkowy Annuske przytacza istnienie białych prążek wzdłuż naczyń, których nie ma przy zaniku prostym.

J. Talko (*Zmiany w oku przy cierpieniach mózgowych. Medycyna N. 30, 33, 39, 51, 52*) zebrał 13 nader ciekawych i pouczających spostrzeżeń zmian chorobnych w przyrządzie wzrokowym powstałych w skutku cierpień czaszki, mózgowia i jego opon.

Pierwsze spostrzeżenie dotyczy młodego mężczyzny, który spadł na bruk z balkonu 2-go piętra i na drugi dzień po wypadku życie zakończył. Sekcyja wykazała: wylew krwi między skórą i czepecem ścięgnistym; poprzeczne złamanie *ossium parietalium*; złamanie *partis squamosae* kości skroniowej prawej; znaczne zebranie krwi między czaszką a błoną twardą mózgu, która była z lewej strony rozerwana wraz z tętnicą oponową średnią; zebranie krwi między oponami i na dnie czaszki z lewej strony; rozerwanie lewej półkuli mózgowej i obfite w niej krwi wylewy. W obu nerwach wzrokowych autor znalazł znaczne nagromadzenie krwi pod pochwą ich zewnętrzną, począwszy od dziury wzrokowej, aż do *lamina cribrosa*; w ciele szklistem lewej

gałki wynaczynienie dochodzące prawie do tylnéj powierzchni soczewki, powstałe w skutku rozerwania żyły siatkówki w bliskości plamki żółtej. T a l k o słusznie wnosi, że krew zebrana pod zewnętrzną pochwą nerwów wzrokowych wzięła swój początek z wylewu obfitego między oponą twardą i miękką mózgu, zład przez dziury wzrokowe przeszła do tak zwanéj przez Schwalbe'go przestrzeni limfoidalnéj.

W drugim wypadku przy ograniczonóm zapaleniu opon mózgowych, powstałém w skutku traumy (*meningitis purulenta*) autor stwierdził wziernikiem obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, przepełnienie krwią żył siatkówki.

W trzecim wypadku zapalenia twardéj opony mózgowéj powstałém w skutku złamania czaszki, wyraźne były oftalmoskopowe objawy obrzęku tarczy nerwu wzrokowego i całej siatkówki.

Czwarte spostrzeżenie dotyczy zapalenia ropnego opon mózgowych, przy którém obok żylnego przekrwienia obu siatkówek, znalazł T a l k o w błonie siatkowéj przylegającej do tarczy nerwu wzrokowego nagromadzoną ropę.

W szóstym wypadku w skutku zapalenia ropnego opon mózgowych tuż po za dziurami wzrokowemi, autor stwierdził za pomocą wziernika, a później i na stole sekcyjnym *neuro-retinitis descendens utriusque oculi*.

W siódmym wypadku przy zapaleniu opon mózgowych (pochodzenia zatorowego?) sekcyja wykazała wynaczynienie naokoło tarczy nerwu wzrokowego w oku prawém. W wypadku mięsaka szyszki w mózgowiu (spostrzeżenie 8-me) przy sekcyi znaleziono znamiona zstępującego zapalenia nerwu wzrokowego.

W dziewiątym wypadku (zapalenie gruczołu przyusznego, róża twarzy, szkorbut) obserwowano za życia i stwierdzono po śmierci obrzęk obu siatkówek.

W wypadku dziesiątym rozmięczenia mózgu (?) i ostrego zapalenia nerek wywołanego zakażeniem zimniczném, autor stwierdził przy sekcyi obrzęk i wylewy krwiste obu siatkówek.

Dwunaste spostrzeżenie dotyczy nowotworu szyszki (*glandula pituitaria*), który wywołał rozwój zapalenia opony twardéj mózgu i ślepotę lewego oka z powodu zaniku nerwu wzrokowego. Sekcyja stwierdziła diagnozę postawioną za życia.

W trzynastym wypadku — nowotwór mózgu (przerost wzgórek wzrokowego i rogu Ammon'a prawego) sprowadził ślepotę w skutku zaniku obu nerwów wzrokowych.

H. Powor (*Four cases of double optic neuritis. St. Barthol. Hosp. Rep. Vol. IX str. 181 — 188*) opisuje 4 wypadki nowotworów wewnątrzczaszkowych, które spowodowały rozwój zapalenia nerwu wzrokowego. Szczególniej ciekawe pod względem oftalmologicznym jest pierwsze spostrzeżenie dotyczące osoby, u której stopniowo wystąpiło porażenie 3-jej, 4-jej i 6-jej pary nerwów mózgowych z lewej strony, a następnie i 5-jej pary z prawej strony; w końcu rozwinęło się owrzodzenie na obu rogówkach i głuchota. Znaki oftalmoskopowe zapalenia nerwu wzrokowego były bardzo niewyraźne. Sekcyja wykazała obecność nowotworu w prawej i lewej półkuli mózgowej.

W drugim wypadku cierpienie wystąpiło pod postacią choroby Bright'a; przy rozczłonkowaniu znaleziono nowotwór na wewnętrznej powierzchni twardej opony mózgowia i nabrzmienie nerwu wzrokowego prawego.

U 9-letniego dziecka przy objawach zapalenia opon mózgowych wziernik wykazał obok przekrwienia tarczy i zastoiny żylny w siatkówce liczne białe plamy na dnie oka. Podejrzewając wodną puchlinę (*hydrocephalus*), autor nadsiał pochwę nerwu wzrokowego wedle metody Wecker'a; operacyja ta żadnego jednak nie przyniosła pożytku. Autopsja stwierdziła rozpoznanie (*hydrocephalus* i obfity wysięk u podstawy czaszki).

Driver zaleca skuteczne działanie prądu stałego w niektórych chorobach oka, a mianowicie przy *neuroretinitis* pochodzenia mózgowego; przy niedoślepach bez zmian oftalmoskopowych powstałych w skutku nadużycia napojów wysokokowych i tytoniu; przy zaniku nerwu wzrokowego; przy porażeniach mięśni ocznych. Prąd elektryczny autor przeprowadza wskroś głowy, albo podłużnie od potylicy ku czołowi; albo poprzecznie od jednej skroni ku drugiej. W innych razach galwanizuje nerw współczulny z jednej lub z obu stron; albo też działa strumieniem elektrycznym wprost na oko.

Dor zawiadamia o pomyślnych rezultatach, jakie otrzymał z leczenia białego zaniku tarczy nerwu wzrokowego za pomocą elektryczności. Autor używał prądów stałych i przykładał elektrody do obu skroni w razie cierpienia obustronnego, lub tylko do wyrostka sutkowego (*processus mastoideus*) i brzegu nadoczołowego, jeżeli tylko jedno oko było chorobą dotknięte. W 40 -- 50% prąd stały znacznie zwiększał ostrość i rozszerzał pole widzenia. Dor widział także dobre skutki z zastosowania elektryczności przy *retinitis pigmentosa* i *retino-choroiditis*.

Fl. Ponti (*Il solfato di chinino contro l'ambliopia da neuro-retinite per abuso di tabacco, Ann. univ. di Med. Genov.*) zastosował z pomyślnym skutkiem chininę w wypadku chronicznego zatrucia tytoniem przy wyraźnych oznakach zapalenia nerwu wzrokowego. Autor poszedł za przykładem Monteverdi'ego, który środek ten zaleca przy rozmaitych chorobach oka.

II. Cohn (*Wirkung des Strychnins auf amblyopische und gesunde Augen. Wiener med. Wochenschr. 42, 43, 44, 47*) nowemi 39 spostrzeżeniami stwierdza dawniejsze swoje orzeczenie (ob. Przegląd za 1872 r.), że podskórno wstrzykiwania strychniny oddają wielką usługę tylko w niedoślepach występujących bez żadnych zmian oftalmoskopowych, gdy tymczasem przy zaniku nerwu wzrokowego okazują się bezskuteczniemi. (Doświadczenie doprowadziło Jodkę do tego samego zapatrywania się na ten przedmiot. Ob. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz.) Szczególniej pomyślnie działanie wywiera strychnina w wypadkach nadwzroczności zespolonej z niedoślepem; chociaż i w tych razach środek ten kilkakrotnie nie przyniósł pożądanego skutku. Badania autora nad działaniem strychniny na oko zdrowe dowodzą, że pod wpływem tego leku ostrość widzenia zwiększa się, gdy tymczasem pole widzenia rozszerza się tylko dla barwy czerwonej i błękitnej, ale nie dla białej.

Hippel (*Ueber die Wirkung des Strychnins auf das normale und kranke Auge, Berlin 1873*) z doświadczeń swych nad wpływem strychniny na oko zdrowe doszedł do tych samych wyników co i Cohn. W wypadkach jednak niedoślepów z wyraźnemi oznakami zapalenia nerwu wzrokowego (w których Cohn uważa strychninę za bezskuteczną), Hippel widział z użycia tego leku znaczne polepszenie; wyjątek pod tym względem stanowią połowiczne ślepoty (*hemioptia*) i postępowy zanik nerwu wzrokowego. W zapaleniach nerwu wzrokowego, w jaskrze, ostrych zapaleniach siatkówki i naczyniówki, w barwnikowém zwyrodnieniu błony siatkowej (*retinitis pigmentosa*) podskórne wstrzykiwania strychniny żadnego nie przyniosły skutku. Przy wadliwościach refrakcyjnych zespolonych z niedoślepem, rezultaty były bardzo niejednostajne. W niedoślepach bez żadnych widocznych zmian materialnych działanie strychniny zdaje się być zależnem od stopnia upośledzenia wzroku.

Ze względu na sposób działania Hippel porównywa strychninę z prądem stałym i zaburzenia wzrokowe ustępująco pod wpływem tego leku uważa jako następstwa paretycznego stanu włókien nerwu wzrokowego. Autor wstrzykiwał zawsze średnie dozy strychn-

niny (2 — 4 milligramów) i zauważał zgodnie z Woją owem, że już z pierwszych dwóch lub trzech wstrzyknień można wnioskować o skuteczności lekarstwa w danym razie.

I. Chisholm (*Amer. Journ. of. med. sc. April str. 342*) i A. D. Hall (*Med. Tim. April 26*) zalecają przy niedoślepach wewnętrzne użycie strychniny w dawkach stopniowo zwiększających się (aż do 0,03 *pro die*).

Ch. Bull (*On the treatment of various forms of anihlyopia and amaurosis. Amer. Journ. of. med. sc. str. 346*) znalazł w 12 wypadkach niedoślepu powstałego w skutku nadużycia napojów wysokowych i tytuniu strychninę zupełnie bezskuteczną. W innych razach otrzymał wyniki téż same co i Cohn.

Powieki, mięśnie gałki, przyrząd łzowy.

Stilling. O niezycie łącznicy i zapaleniu brzegu powiekowego (*Ueber Conjunctival Katarrh und Blepharitis ciliaris, Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde, 1873*).

Stilling już dawniej zwrócił uwagę okulistów na szczególną postać zapalenia brzegu powiekowego (Klin. Monatsblätter t. VII) która bywa zapoznana lub przyjmowana za prosty niezyt łącznicy. Zapalenie to brzegu powiekowego dające początek tak dolegliwym zaburzeniom czynnościowym (kłócio, uczucie palenia, łzawienie, światłowstręt, skurcz powiekowy) przedstawia tę charakterystyczną cechę, że objawy przedmiotowo są prawie żadne. Rzęsy u takich chorych nader łatwo wyrwać się dają. Cebulki rzęsów białawe, pozbawione barwnika, bezpośrednio przechodzą we włos. Inne rzęsy ciemniejsze z cebulką mocno pigmentowaną, nigdy palcami usunąć się nie dają; dla wyrwania ich posilkować się należy cząstkami. Cebulki ich ciemne, zaokrąglone, niekiedy zakrzywione w kształcie haczyka; sam włos sztywny, twardszy i ciemniejszy. Prawdopodobnie owe rzęsy, których cebulka jest biaława, maczugowata, są u kresu swego rozwoju i dla tego łatwo usuwać się dają pod naciskiem palców. Jeżeli jednak, dla jakiegokolwiek przyczyny, jedna rzęsa nie wypada i mocno do swego woreczka przylega, to komórki barwnikowe dalej się wytwarzają i zład powstaje stwardnienie i nienormalne zabarwienie, cechujące rzęsy drugiej postaci. Rzęsy to rosną w tymże kierunku co i inne; łatwo jednak można je rozpoznać po ich sztywności i mocno zabarwionej cebulce. U niektórych osób obdarzonych skórą drażliwą, rzęsy takie, jak wszelkie obce ciała mogą dać początek dole-

gliwemu uczuciu kłócia, palonia, światłowstrętu. Wyrwanie takich rzes usuwa wszelkie objawy chorobne. Autor w celu poparcia swego twierdzenia przytacza kilka obserwacyj klinicznych, gdzie wszelkie objawy chronicznego nieżytu łącznicy zniknęły po wyrwaniu rzes przedstawiających rzeczoną wadliwą budowę. Epilacye w niektórych razach powtarzać należy co ośm tygodni. Autor niejednokrotnie spostrzegał, że u dzieci dotkniętych tak zwanem skrofulicznym zapaleniem oczu (*ophthalmia scrofulosa*) światłowstręt i skurecz powiekowy po usunięciu chorych rzes szybko znikają.

v. Hasner (*Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Auges. Prag. 1872*) zgodnie z pojęciem Graefe'go istotę zęzu widzi w wadliwym anatomicznem położeniu oczu zespolonem z przemieszczeniem punktu obrotowego, które może być następstwem nienormalnego przyczepu, zdrożnej budowy lub nieodpowiedniej długości mięśnia. Zęz więc może stanowić osobną chorobę, a nie zawsze tylko symptom zdrożnowzroczności, jak to mniema Donders. Z wadliwego położenia oczu wynikają wadliwe ruchy, i nie zawsze, przynajmniej z początku, istnieją zaburzenia w inerwacyi, które znowu w innych razach mogą się stać źródłem nienormalnego położenia gałek ocznych. Nie we wszystkich wypadkach wadliwość refrakcyjna stanowi przyczynę zęzu, gdyż oba stany mogą być wrodzone; ostatni tylko daleko później na jaw występuje. Hasner sądzi, że w wielu razach za pomocą strabotomii można przywrócić pojedyncze widzenie obu oczami.

Kronckel (*Die Theorie der Schieloperation. Graefès Arch. XIX. 2, str. 275 — 287*) objaśnia działanie tenotomii na mięśnie oczu w sposób niezgodny z dotychczas przyjętą teorią Graefe'go. Autor wychodzi z zasady, że w spoczynkowem położeniu oczu, gdy innerwacya mięśni jest najmniejsza, mięśnie oczu przedstawiają pewien stopień napięcia.

Zarówno mięsień oddzielony od swego przyczepu do białkówki, jak i jego przeciwnik kurczą się o pewną długość. Niechaj n oznacza stopień skurczenia przeciwnika, m — mięśnia oddzielonego. Jasną jest rzeczą, że gałka zatoczy się w stronę antagonisty o długość równą n , to jest poprawka zęzu da się wyrazić ilością n ; miarę jednak przemieszczenia przyczepu mięśnia ku tyłowi wyraża ilość $n+m$. Gdyby tylko na tém ograniczało się działanie tenotomii, ruchy oka nie byłyby zmniejszone, ruchliwość tylko gałek zostałaby przeniesiona ku stronie przeciwniej mięśniowi operowanemu. Tak jednak nie jest, a to z następujących przyczyn: a) oba mięśnie są skurczone,

utraciły więc część swęj sily; b) przyczepy mięśni są przemieszczone w stosunku do środka obrotu gałki; c) z drugięj strony praca każdego z mięśni jest łatwiejsza z powodu osłabienia antagonisty. Są to skutki następcze tenotomii, które łącząc się z sobą w rozmaitych stosunkach, stają się przyczyną tak różnego działania tenotomii na ruchliwość gałki ocznej.

Wpływ więc tenotomii na ruchy gałki nie jest tak prosty, jak to by podług teoryi Graefe'go sądzić można. Z powikłanego działania tój operacyi łatwo pojąć, dla czego rezultat tenotomii nie zawsze odpowiada naszym oczekiwaniom.

A. Robertson (*Tenotomy of the superior rectus. Edinb. med Journ. April str. 891*) zaleca przy *ptosis palp. sup.* tenotomią mięśnia prostego górnego, w razie gdy chory tylko jedném okiem widzi; taż sama operacya w połączeniu z iridektomią wskazaną jest przy plamkach na rogówce.

Wecker (*De l'avancement musculaire au moyen du double fil. Ann. d'oculist. t. LXX, str. 225*) podał nowy sposób przemieszczenia mięśnia ku przodowi,—operacyi, która z powodu swych trudności technicznych małym dotąd cieszyła się powodzeniem. Zaleciwszy choremu zatoczyć gałkę w stronę przeciwną mięśniowi, który ma być ku przodowi przesunięty, operator nacina łącznicę przy skraju rogówki na przestrzeni 10 — 12 mm, oddziela takową, i podsunawszy tęp haczyk pod ścięgno mięśnia, przecina je tuż przy białkównce. Następnie przez środek szerokości ścięgna, w odległości 3 — 4 mm. od jego końca przeprowadza igłę nawleczoną nitką podwójną, której końce w kątach rany łącznicowej przytwierdza. Szew pozostawia 2 — 4 dni. Operacya ta podług W. jest wskazaną; przy zezowatości rozbieżnej powstałej z powodu niedostateczności mięśni prostych wewnętrznych; dalej, przy zezowatości paralitycznej; nakoniec, przy zezowatości następczej nie powikłanej znaczném ściąganiem mięśnia przeciwnika.

Monoyer (*De la cure radicale de certaines formes des tumeurs lacrymales, Arch. génér. de méd. Janv. str. 20 — 25*) w dwóch wypadkach długotrwałego rozdęcia worka łzowego osiągnął szybko wyleczenie po wycięciu części przedniej ściany worka (v. Ammon) i następném metodyczném przyżeganiu. Autor zaleca do nastrzykiwań do przewodu nosolzowego roztwór siarku sodu.

O. Becker (*Ueber Strikturen im Thränenasenskanale ohne Ektasie des Thränenacks. Graefe's Archiv XIX, 3 str. 353*) w razach chronicznego nieżytu łącznicy połączonego ze łzawieniem, je-

dnak bez rozděcia worka łzowego, radzi przeprowadzać sposobem próby sondę przez górny punkcik łzowy i w razie gdy zgłębnik Bowman'a Nr 1 nie przełodzi, rozszczepić kanalik łzowy i wiadomym sposobem leczyc zwięzenie przewodu noso-łzowego.

Refrakcyja i akomodacyja oka.

H. Hoffmann (*Augenuntersuchung in vier Wiesbadener Schulen. Klin. Monatsbl. str. 269 — 291*) badał stan refrakcyjny oczu u wychowañców 4-ch średnich zakładów naukowych i doszedł do tych samych wyników co Cohn, Brismann i inni. Stwierdził bowiem, że krótkowzroczność tak co do liczby jak i stopnia zwiększa się w wyższych klasach gimnazjalnych, ostrość widzenia spada do połowy i niżej, często także obserwował pozorną krótkowzroczność spowodowaną u nadwzrocznych przez skurez akomodacyi.

Snellen (*Die Stokes'sche Linse mit constanter Axe, Graefes Archiv XIX, t. str. 78 — 88*) zmodyfikował przyrząd Stokes'a do mierzenia astygmatyzmu. Naśladowając Weckera w budowie podwójnej pryzmy, połączył on dwie soczewki cylindryczne — dodatnią i ujemną — o 12-to calowej odległości ogniskowej w taki sposób, że szkła obracając się równomiernie, ale w strony przeciwno dają szereg soczewek cylindrycznych o osi stałej.

Lidlow Purves (*Eine Methode zur Bestimmung der Refraktionsanomalien. Graefes Archiv XIX, 1, str. 89 — 100*) zastosował wyżej opisaną soczewkę Snellen'a do oznaczenia wszelkiego rodzaju ametropii. Zaleca on osobie badanej patrzeć przez przyrząd Snellen'a na oddalony punkt oświetlony i bada kierunek obrazów rozpięrzonych, jakie się tworzą, jeżeli badanie dotyczy osoby nieprawidłowowzrocznej.

Hensen i Völkers. O ruchu akomodacyjnym naczyniówki w oku człowieka, małpy i kota (*Ueber die Accommodationsbewegung der Chorioidea im Auge des Menschen, des Affen und der Katze, Archiv für Ophthalmologie, t. XIX, str. 156*).

Już w pracy dawniejszej (*Ueber den Mechanismus der Accommodation, Kiel, 1868*) dwaj powyżsi profesorowie uniwersytetu w Kiel wykazali za pośrednictwem dowcipnych eksperymentów (ruch igieł wdrażonych w gałkę oczną), że przy drażnieniu nerwów rzęskowych naczyniówka przemieszcza się ku przodowi przesuwając się po błonie białkowej. Z obecnej pracy dowiadujemy się, że drażnienie tychże nerwów powoduje przemieszczenie naczyniówki u małpy i kota. Po

wielu bezowocnych usiłowaniach Hensen i Völkers stanowczo przekonali się, że ten sam objaw ma miejsce i w gałce ocznej człowieka nawet po jej wyluszczeniu, aby tylko oko było pod wpływem ciągłego strumienia wody ciepłej. Przemieszczenie owo naczynek jest najwyraźniejsze w okolicy równika gałki; u bioguna tylnego i przy mięśniu rzeszkowym żadnego ruchu igieł dostrzedz nie było można.

A. Fumagalli (*Un caso di rottura della capsula del cristallino etc. Annal med. Nov.*) w wypadku zaemy traumatycznej połączonej z rozerwaniem woreczka soczewkowego miał sposobność badać wpływ akomodacji na soczewkę oka i stwierdził, że szczelina traumatyczna rozszerzała się przy patrzeniu w dal, i zwężała przy spoglądaniu na blizkie przedmioty.

Donders. O pozornej akomodacji przy zupełnym braku soczewki (*Ueber scheinbare Accommodation bei Aphakie. Arch. f. Ophth. t. XIX.*)

W r. 1800 T. Young rozprawiając w królewskim towarzystwie londyńskim o mechanizmie akomodacji, twierdził, że przy patrzeniu się na blizkie przedmioty ani rogówka nie zmienia swęj krzywizny, ani też oś oka nie staje się dłuższą, a nadto stanowczo dowiódł, że soczewka jest głównem siedliskiem sprawy akomodacyjnej.

Ramsdon jednak i Home utrzymywali, że po utracie soczewki oko może jeszcze nastawiać się do rozmaitych odległości. Doświadczenie jednak tych badaczy dokonywano na B. Clarku operowanym z powodu zaemy, wedle mniemania Young'a, służyły tylko za dowód tego, że chorey przy pomocy tego samego szkła mógł czytać w rozmaitych odległościach. Za pośrednictwem optometru Scheiner'a Young wykazał, że osoby operowane z powodu zaemy tylko w pewnej stałej odległości wyraźnie widzieć mogą. Widzenie zaś w innych odległościach zależy od warunków postronnych, jak np. od zmiany w wielkości źrenicy, zmrużenia powiek, odległości szkła od oka, kierunku linii wzrokowej w stosunku do osi szkła.

W r. 1852, gdy już dokładnie wiadano, że soczewka przy akomodacji zmienia swą krzywiznę, kwestya ta na nowo poruszona została, a mianowicie usiłowano wykryć, czy w sprawie akomodacyjnej oprócz zmiany w krzywiznie soczewki, nie przyjmują udziału i inno czynniki. Dla rozstrzygnięcia tój kwestyi nader było ważnem w wykazanie, że oko pozbawione soczewki utracą całą siłę akomodacyjną. Dokonał tego Donders w sposób bardzo trafny. Po wydaleniu soczewki, rogówka stanowi jedyną powierzchnię załamującą

cą oka; wiadomo, że błona ta w stanie normalnym przedstawia pewien stopień astygmatyzmu prawidłowego. W takich warunkach obraz punktu świetlnego w przestrzeni ogniskowej zawarty między ogniskami głównych południków (przebieg ogniskowa *Sturma*) jest kołem, w bliższej zaś i dalszej odległości przechodzi w elipsę. Jeżeli więc oko uzbrojone szkłem poprawczym wpatruje się w odległy punkt świetlny i widzi go w postaci koła, to soczewka nader słaba (o 200 calowej odległości ogniskowej) przyłożona do szkła poprawczego sprawia już zmianę w widzeniu i przeobraża świetlne koło w elipsę. Nadto, jeżeli zalecimy choremu wpatrywać się w palec umieszczony przed okiem w kierunku punktu świetlnego, to pomimo wysiłków akomodacyjnych (których pewny znak stanowi zbieżność oczu i zwężenie źrenicy), postać odległego punktu świetlnego nie zmienia się. Przy tych jednak warunkach pod wpływem najskłabszego szkła wklęsłego lub wypukłego ($\frac{1}{200}$) ustawionego przed okiem, punkt świetlny okazuje się na nowo w postaci elipsy.

Zdawałoby się, że po tych doświadczeniach rozprawy nad sprawą akomodacyjną stanowczo zamknięte być powinny. Atoli stało się inaczej. W r. 1872 w *Klinische Monatsblätter* ukazał się artykuł profesora Forstera, w którym uczony ten badacz starał się na nowo dowieść, że brak soczewki wcale nie wyklucza możliwości akomodowania.

Forster umieszcza przed oko pozbawione soczewki szkło poprawcze i stwierdza, że chory czytać może w rozmaitych odległościach; nie oznacza jednak granic tych odległości, nie wskazuje wielkości druku ani ostrości widzenia; nie wspomina o stanie refrakcji oka, rozmiarach, czystości i ruchliwości źrenicy; przemilcza o wpływie zmniejszenia otworu źrenicznego w skutku przymknięcia powiek; nie przekonywa się, czy linia wzrokowa przechodzi stale w kierunku osi szkła; zaniedbawszy wszystkie powyższe niezbędne ostrożności, autor dochodzi do wniosku i sądzi, że w podanych przez niego wypadkach niepodobniestwem jest objaśnić widzenia w rozmaitych odległościach widzeniem w okręgach rozpięrzonych i że należy koniecznie przypuścić wpływ siły akomodacyjnej.

W celu odparcia zdań Förster'a, Donders na nowo zajął się kwestyą akomodacji i starał się oznaczyć: 1) ostrość widzenia oka pozbawionego soczewki w rozmaitych odległościach; 2) wielkość okręgów rozpięrzonych, przy których czytanie jeszcze jest możliwem. Dr. Coert pod kierunkiem znakomitego profesora utrecht-

skiego dokonywał poszukiwań na osobach operowanych z powodu zaćmy i przekonał się, że ostrość widzenia zmniejsza się w miarę zbliżania druku do oka, pomimo że zwięźenie źrenicy i zbieżne zao-czenie drugiego oka zakrytego szkłem matowym nie pozwalały wątpić o istnieniu wysileni akomodacyjnych.

Takowe zmniejszenie ostrości widzenia postępujące w miarę ze zbliżaniem przedmiotu, na który zapatrywał się chorey, wyklucza już wszelką akomodację. Nadto we wszystkich prawie doświadczeniach, gdy druk próbny zbliżono do pewnej odległości, przy której czytanie było już niemożliwem, pomimo wysileni akomodacyjnych ze stro-ny chorego, — najmniejsze zbliżenie szkła poprawczego wystarczało do uwydatnienia druku.

Możnaby przypuszczać, że w układzie dioptrycznym wytwo-rzonym przez oko i szkło poprawcze, okręgi rozpięchłe są mniejsze jak w oku opatrzonem naturalną soczewką. W rzeczywistości jednak przeciwny zachodzi stosunek. Wielkość okręgów rozpięchłych daje się wyrazić formułą: $\zeta = \frac{F_1 F_{11}}{\eta}$ gdzie η oznacza odległość

η

przedmiotu od przedniego głównego ogniska. W oku normalnem $F_1 F_{11} = 15 \times 20 = 300$ millimetrów. W razie utraty soczewki $F_1 = 18$

millim., wielkość obrazu β jest wówczas w stosunku $\frac{18}{15} = \frac{6}{5}$; wielkość

zaś okręgów rozpięchłych jest w stosunku $\frac{18 \times 24}{300} = \frac{432}{300} = \frac{36}{25}$

co jest większem od $\frac{6}{5}$. Okręgi więc rozpięchłe zwiększają się szyb-

cięj niż wielkość obrazu. Źrenica w oku pozbawionem soczewki jest więcej ku tyłowi przemieszczoną, co także zwiększa wielkość obrazów rozpięchłych. Możliwość czytania w rozmaitych odległościach zależy po części od zmian w przemiarze otworu źrenicznego.

Przy zupełnem porażeniu akomodacji za pomocą atropiny, czy-tanie jeszcze w pewnych granicach jest możliwem; granice te są da-leko obszerniejsze jeżeli przed okiem umieścimy krążek z otworkiem mniejszym od źrenicy. Dr. B a u m e i s t e r po wkropleniu w oko mocnego roztworu atropiny mógł czytać bez krążka $n^0 1\frac{1}{2}$ w odległo-ści 12 — 8 cali, gdy tymczasem przez otwór o średnicy 4 millime-trowej $n^0 1$ czytał w odległości 24 — 7,5; pozorna więc siła akomo-dacji wynosiła $\frac{1}{11}$. Z powyższego łatwo się przekonał, że dla wy-tłumaczenia możliwości czytania w rozmaitych odległościach przy bra-

ku soczewki nie potrzebujemy się uciekać do przypuszczenia istnienia siły akomodacyjnej.

Na zakończenie *Donders* odpicra twierdzenia *Reussa* i *Wojnowa* dotyczące astygmatyzmu i jego przeobrażeń przy utracie soczewki.

Wojnow przekonawszy się za pomocą pomiarów oftalmometrycznych, że w pewnych razach nie podobna wytłomaczyć astygmatyzmu i jego przeobrażeń samym stanem rogówki, przypuszcza zmianę w krzywiznie błony białkowej. *Donders* słuszną robi uwagę, że zubożenie astygmatyzmu przez zmienioną krzywiznę białkówek jest niepodobieństwem; *Reuss* i *Wojnow* w swoich badaniach prawdopodobnie nie zważali na kierunek linii wzrokowej, która przez oś soczewki przechodzić powinna. Przy użyciu szkieł mocnych, jakie są niezbędne dla oka pozbawionego soczewki, już samo spoglądanie w kierunku kątowym z osią szkła, sprowadza astygmatyzm, który stosownie do położenia kąta, może znacznie modyfikować astygmatyzm oka.

PATOLOGIA I TERAPIA SZCZEGÓŁOWA.

Choroby zakaźne ostre.

Sprawozdawca Dr. A. Fabian.

I. Zimnice.

Jako zwolennicy poglądu *Salisbury'ego* o pasożytnem powstawaniu i rozwoju zimnic występują w tegorocznej literaturze lekarskiej *Cantani*, *Bartlett*, *Monteverdi* i *Silvestris*. Pierwszy (*Infezione da malaria, lezioni cliniche. Il Morgagni Disp. II e III p. 81*) rozwija pogląd, iż zarazek zimnicy przedewszystkiem nagromadza się w śledzionie, skąd dostaje się do krwi i działa pyrogenicznie; że zatem ilość dostającego się do krwi zarazka zależy od kurczliwości śledziony, że napad zimniczy następuje wtedy, kiedy dostateczna ilość zarazka, drażniąc tkankę śledziony, wywołuje jej kurczenie się i wtłoczenie zarazka do krwi, że natomiast gdy śledziona, czy to w skutek dłuższego trwania zarazy, czy też innych chorobnych przyczyn, utraci swą kurczliwość, nie zjawiają się już wtedy napady,

i chorzy z bardzo znacznymi obrzmieniami śledziony nie miewają paroksyzmów zimniczych. Tak więc wedle Cantaniego wielkość śledziony do pewnego stopnia zostaje w odwrotnym stosunku do siły i ciężkości napadów zimniczych, przy wielkiem zaś podniesieniu, z jakiegokolwiek przyczyn, kureczliwości śledziony, bardzo znaczne ilości zarazka dostają się do krwi i wywołują najcięższe (złośliwe) zimnice, przyczem naturalnie i ilość zarazka w ogóle przez ustrój przyjęta, nader ważne ma znaczenie. Dla tego chinina przy zimnicy działa podwójnie: to jest przeciwzarazkowo (odwietrzająco), a zarazem, podnosząc kureczliwość śledziony, ułatwia usunięcie z niej zarazka.

Monteverdi (*Études sur l'action du miasme palustre et du sulfate de quinine. Ann. de la Soc. de Méd. de Gand. p. 199 — 299*) sądzi, że zarazek zimnicy działa w ustroju w sposób zaczynny, a raczej że pasożyt wprost ze krwi wywiera swój porażający wpływ na ten lub tamten odcinek układu nerwów zwojowych, że zatem działanie chininy polega na podnieceniu działalności współczulnego układu i wyrównaniu zaburzeń na tej drodze. Silvestris (*Azione febri-fuga del chinino nelle febbri*), na kilku doświadczeniach rozwija zasady Cantaniego. Bartlett (*On the agueplant. Brit. med. Journ. Jan. 12*), znalazł w Jowie, w okolicach Keokuk nad brzegami Mississipi grzybkę zimniczy opisaną przez Salisburry'ego. Dla przekonania się o rozwoju tej roślinki, dość jest kawałki ziemi na których ją znajdziemy mocno zwilgocić i poddać ciepłocie nad 60° F. We wspomnioną okolicę dosięga ogromnego rozprzestrzenienia i w tym też obszarze panuje zimnica, aż do wzniesień więcej jak 100 stóp nad poziom. Wedle autora Dr Sofford w Keokuk pierwszy tego grzybka znalazł w tej okolicy. Nadzwyczaj silna pandemia zimnicza panowała w roku 1872 w średniej części stanu Jowa nad brzegami Mississipi.

Farnsworth (*Epidemic intermittent fever. Philad. med. and surg. Report. Jan. II*) w doniesieniu swoim powiada, że więcej jak od lat dziesięciu, oprócz kilku przyniesionych wypadków, nie słyszano tu o zimnicy. Natomiast od jesieni 1871 do jesieni 1872 roku, prawie połowa, a w niektórych miejscowościach prawie cała ludność uległa zimnicy. W czasie zimy, wiosny i lata 1872 r. prawie zupełnie ucichła, a na nowo, przy wielkim upale i znacznej wilgoci, ogólnie wybuchła w początku jesieni 1872. Z nastąpieniem pierwszych mrozów nateżenie choroby znacznie się zmniejszyło: w grudniu

ustąpiła zupełnie. Była to w ogóle łagodnie przebiegająca i łatwo le-
czeniu ustępująca trzeciaczka.

W opisie panujących w Algierze zimnic Re n a r d (*Topogra-
phie médicale de la Calle etc. Rec. de mém de méd. milit. Nbr et
Dobr.*) przychodzi do tego przekonania, że choroba zawsze jest przy-
wiązana do bagnisk, błot i trzęsawisk, świeżo wzruszonego gruntu
i t. d., że najlepszym środkiem wytrzebienia endemicznych zimnic
jest dokładna uprawa i obsianie gruntów i że na odwrót upadek rol-
nej kultury występowanie zimnic za sobą pociąga. Podobny skutek
w dobrze uprawionych okolicach mają rozległe roboty ziemne, przy-
czem grunt na znacznej przestrzeni ulega przewróceniu. B o u s s i-
g n o t w dalszych o epidemii zimniczej na Réunion doniesieniach
zupełnie się zgadza z poglądem L a c a z e a (cf. Przegląd Post. N.
Lek. 1872, zes. III) co do warunków powstawania tamże tej choroby
w ogóle i co do przyczyn wybuchu ostatniej epidemii w szczegól-
ności.

B a c h o n E., (*De l'infection palustre et particulièrement de la
fièvre rémittente bilieuse. Rec. de mém de méd milit. Mai— Juin*)
podaje opis zimnicy zwalniającej żółciowej w oazie Lag-
honat na wysokości 740 metrów nad poziomem morza, gdzie niema
ani bagien, ani wód stojących. Wspomniona forma zimnicy jest
przeważającą głównie w początkach jesieni, kiedy po obfitych de-
szczach silne, suche następują upały. Początek choroby jest prostą
zimnicą przepuszczającą lub zwalniającą, z białym okładem języka
i obfitemi często nader gwałtownymi wymiotami żółciowymi zielona-
wo zabarwionemi, czynność kiszki zwykle niezmieniona, niekiedy
wszakże rozwolnienie, lub wstrzymanie stołców. Zaraz z początku
choroby żółte zabarwienie skóry, coraz silniejsze w miarę dalszego
przebiegu i to zwykle w stosunku do ciężkości wypadku; mocz cie-
mno-żółty lub brunatny, zawiera barwinki żółciowe, nigdy nie
zawiera krwi (jak to przy Fièvre bilieuse hématurique się dzieje) oko-
ło 4 — 5 go dnia gorączka staje się stałą, przytem silny ból głowy,
bezsenna, niepokoje: nawet majaczenia, tylko wyjątkowo po-
ty. Mimo żółtaczk i bolesności w okolicy wątroby, takowa tylko
w ciężkich wypadkach jest powiększoną, obrzmienie śledziony nie za-
wsze się spotyka. W wypadku śmiertelnym oględziny wykazały
zmiany zimnicze i rozedmę wątroby (*Emphysema hepatis*).
Oprócz tej postaci panują w Laghonat i zimnice złośliwe. Autor wi-
dział kilka wypadków umysłowych zaburzeń zimniczych i jeden wy-
padek kurzej ślepoty, która ustąpiła pod działaniem chininy.

Z rozbioru moczu przy jednym wypadku *Fièvre bilieuse hématurique* badanym przez Monestiera (*Fièvre ictero-hématurique ou bilieuse hématurique Gaz. des hôpit. Nr. 103*) na wyspie Réunion, okazało się, że mocz zawierał ślady białka, nie zawierał barwników żółci, ani ciałek krwi, a natomiast kryształki hematyny (brak barwników żółciowych nie zgadza się więc z podaniami Tronetta i Béranger-Ferranda, według których zawsze barwniki żółciowe znajdują się w moczu i krwi chorych przy tej postaci chorobnej. F.). Autor wnosi, że tu miała miejsce żółtaeczka krwipochodna, twierdząc że niekiedy jednak sam znachodził krew w moczu osób zapadłych na tę chorobę w Mayotte.

Dwa wypadki zimnicy złośliwej z przypadłościami padaczkowemi jeden obserwowany przez Henocha u 9 letniego dziecka, drugi przez Daga u 25 letniego chorego i jeden wypadek bezmówności pozimniczój badany przez Mancini wyleczone zostały chininą.

Fissex (*Pièvres intermittens pneumoniques ou pneumonics perniciosus. Gaz. des hôpit. Nr. 1*) podaje opis 5 wypadków *Febris perniciosa pneumonica*, z nich trzy zakończyły się śmiercią. Lavit w podobnych wypadkach, gdzie podczas silnych epidemij zimniczych zjawiają się zapalenia płuc (jak to często widział w Cessenon), ostrzega, aby zimniczego zapalenia płuc nie brać za zwyczajne i nie leczyć upustami krwi, lub nudzącemi środkami, a raczej zaraz przy wystąpieniu jakichkolwiek objawów mózgowych przystąpić do użycia chininy (po 10 centigr. co 2 godziny) Moreley wyrażający się w tej samej myśli robi poprawkę, aby podawać raczej w tych razach chininę odrazu w wielkich dawkach w połączeniu z makowcem. Zdanie swe opiera na obserwacyach w czasie epidemicznie panujących zapaleń płuc u zimniczych zebranych.

Jako z nową dla nas postacią zimniczego zakażenia spotykamy się z opisem zapalenia naczyń chłonnych zimniczego *Lymphangitis malariosa*, znanego pod niestosowną pospolitą nazwą Róży z Rio de Janeiro. O naturze zimniczój tego cierpienia, zdaniem Bourel-Roncière'a (*Les Lymphangites primitives de Rio de Janeiro. Arch. de Méd.*) nie może być wątpliwości, w tych szczególniej wypadkach, kiedy przebiega z wyraźnemi przypadłościami zimnicy złośliwej. Siedliskiem cierpienia są albo powierzchowne, albo głębiej położone naczynia chłonne i albo z jednego punktu rozchodzi się, albo też odrazu w kilku różnych rozwija się miejscach. W tym ostatnim razie wypadek bywa ciężkim i tym cięższym jeśli; nadto cierpienie nie ogranicza się na samém naczyniu chłonném, ale

zajmie i okoliczną tkankę łączną; nierazko wtedy przebieg bywa gwałtowny i kończy się śmiercią. Do róży podobne są nieco te wypadki, w których najdrobniejsze rozgałęzienia naczyń chłonnych na znaczniejszej przestrzeni ulegną cierpieniu, przyczem powstaje jedno-
stajne lub plamiaste zaczerwienienie skóry, a niekiedy na niej tworzą się drobne pęcherzyki. W lżejszych wypadkach, t. j. gdy przestrzeń zajęta nie jest zbyt wielką i w jednóm tylko miejscu, to zwykle już po kilku dniach sprawa się kończy rozejściem i wyzdrowieniem; przeciwnie gdy cierpienie rozwija się prawie bezboleśnie na kilku od-
razu miejscach, a zwłaszcza na gruczołach piersiowych, udzie i mocz-
nach, chorzy żalą się na pragnienie i przyłączają się objawy cierpienia
ogólnego, już 2-go lub 3-go dnia choroby występuje wtedy znaczny
sił upadek i chory umiera w krótkim bardzo czasie. Również niebez-
piecznemi są wypadki, gdzie cierpienie umiejscowiło się w naczyniach
chłonnych głębokich; tu śmierć przychodzi albo szybko z tyfoidalnemi
objawami, albo też dopiero po niejakim czasie z następstw ropienia,
t. j. ogólnego sił upadku, lub zakażenia krwi ropnego. W leczeniu
główną gra rolę chinina i środki miejscowe, jak upusty krwi, nacięcia
i t. d. Unikać, a przynajmniej ostrożnie bardzo używać należy ogólne-
go krwi upustu, środków czyszczących energicznych lub emetyku.

Z kazuistyki zimniczych chorób winniśmy zacytować wypadek
opisany przez Bascha (*Ein Fall von Melanaemie Oesterr. med.
Jahrb. Heft 2*) *melanemii pozimniczej* i jeden wypadek zimnicy po-
krzywkowej podany przez Burga (*Fièvre intermittente orbitale*)

Ze środków leczniczych przeciwko zimnicom stosowanych znaj-
dujemy sprawozdanie nad działaniem chinidyny, cynchoniny i cyn-
chonidyny oparte na badaniach podjętych w prezydenturze Madras
z polecenia rządu indyjskiego w r. 1866. Okazuje się ztąd, że chi-
nidyna w działaniu swoim równa się chininie, nieco mniej skuteczną
jest cynchonidyna, cynchonina zaś, choć znacznie słabsza od dwóch
poprzednio wymienionych, jest zawsze cennym środkiem przeciw zi-
mniczemu. Cynchonina wypada w cenie 30 szylingów, cynchonidyna
na 40 sz. gdy chinina kosztuje 98 sz. za funt. (*Lancet May, The sul-
fates of the new Chinchona alkaloids or substitutes for Quinine*).

Z szczegółowego sprawozdania Dougalla (*The febrifuge pro-
perties of Chinchona alkaloids, Edinb. med. Journ*) nad tymże
przedmiotem z Russelkoudah okazuje się, że stosunkowe ilości do usu-
nięcia zimnicy są dla wzmiankowanych alkaloidów takie: chinidyny
31 — 70 gran, cynchoniny 54 — 76, cynchonidyny 43 — 90 gran.

Wszystkie działają najskuteczniej, podawane w czasie napadu, nie zaś w apyrektyi. Zbawienne działanie przypisywane roślinie *Eucalyptus globulus* skłoniło Gimberta do badań nad wpływem jego uprawy w miejscach endemicznie zimniczych. Ze sprawozdań jego okazuje się, że Trottier w miejscowości o 32 kilometry od Algieru położonej, w której zimnica panowała endemicznie, na wiosnę 1867 posadził 13,000 sztuk tej rośliny i gdy zaledwie drzewka dorosły do 2—3 metrów, w lecie endemia prawie całkowicie wygasła i w następnych dwóch latach nie pojawiła się wcale. Podobnie udało się w dzierżawie około Constantyny, gdzie wedle podań Ronverel-Watela posadzenie 14.000 sztuk tej rośliny osuszyło grunt i wytrzebiło zimnicę. Z innych stron Algieru, Saulière i inni takie same podają wiadomości, a we Francyi nad brzegami rzeki Var również błogie odniesiono skutki; wedle Ramela zaś w Australii okolice, w których udaje się *Eucalyptus*, wolne są od zimnicy (*Gimbert, Assainissemens des terrains marécageux par l'Eucalyptus globulus. Compt. rendu de l'Ac. 77*).

Tymczasem Burdel w sprawozdaniach swoich nad działaniem *Eucalypti globuli*, powziętych z badań w zimniczej okolicy Sologue, nie przyznaje temu środkowi bezwzględnej skuteczności. Z 123 wypadków leczonych bądź proszkiem liści, bądź też wodą nad nimi przepędzoną, albo też nalewką wyskokową, lub wodnym albo wyskokowym wyciągiem, uleczono bez powrotu choroby tylko 11, w 22 razach po 5, w 33 po 9 dniach choroba wróciła, a w 57, z powodu zupełnej bezskuteczności, przejść trzeba było do chininy. Drugi szereg chorych (33 osób) leczony był wyciągiem wyskokowym w postaci pigułek po 0,15 gramm zawierających, po 4—12 pigułek dziennie? Przytém postępowaniu wyzdrowiało 18 osób. Nigdy środek ten nie okazał się skutecznym przy charłactwie zimniczem. Chininy nie może zastąpić, bo nawet w wypadkach uleczonych pozostawia u chorych daleko dłużej trwającą bezkrwistość i osłabienie, jak chinina (*L'Eucalyptus en Sologne Bulet. de therap.—Mai 15 i Debr.*) Castan z 44 wypadków zimnicy uleczył 33 nalewką lub wyciągiem *Eucalypti globuli*, a szczególniej też w wypadkach bezskutecznie leczonych chininą. Również pomyślnie wypadki otrzymywał Wasserzug, gdy tymczasem Bleiweiss uważa ten środek za daleko mniej skutecznym od chininy.

Cursehmann i Eisenlohr ten ostatni z badań na klinice prof. Friedricha w Heidelbergu) wnoszą, że przy zimnicy kwas karbolowy jest zupełnie bezskuteczny. (Sprawozdawca próbował

tego środka w licznych, bo około 100 wypadkach i doszedł do tego wniosku, że w pierwotnych i lekkich wypadkach środek ten dawał stosunkowo mało rezultaty. Używany po leczeniu chininą zdawał się być skuteczniejszym: najdzielotój wszakże działał w wypadkach z uporczywemi powrotami, gdzie niejednokrotnie 4—5 gran u dzieci w ciągu dwóch dni użyte, a 10—12 gran u dorosłych wystarczało do powstrzymania napadów. Waznym szczegółem w leczeniu tym środkiem jest to, że śledziona powiększona mimo ustąpienia napadów pod działaniem kwasu karbolowego nie zmniejszała się, albo wcale, albo bardzo mało, i zawsze prawie to obrzmienie śledziony wymagało następczego leczenia chininą, natryskami, hydropatycznemi zawijaniem lub epispastykami.

Murray i Hugson podają swe spostrzeżenia nad leczeniem zimnicy nalewką lub płynnym wyciągiem *Gelsemium semper virens*. Jest to środek tani, bez smaku, a wedle zdania autorów jako specjalnie przeciwwimniczy przewyższa w działaniu chininę. Dawka 5 kropeł nalewki (środek jest mocno trujący), lub wedle H u g s o n a wyciągu płynnego *Tilden a* po 8—10 kropeł 4 razy dziem, przy *febris remittens* 8 kroplio 3—4 godzin. Przy lekkich objawach zatrucia (podwójne widzenie) należy środek na czas jakiś z użycia usunąć (*Philad. med. and surgical. Reporter. Jan. and Febr.*).

II. Choroby tyfusowe.

A. Uwagi ogólne.

Z badań swoich na klinice w Siennie podjętych w ciągu roku uniwersyteckiego 1868/9 nad 21 wypadkami chorób durzycowych B u r r e s i (*Febri tyfiche, clin. med. di Sienna lo Sperimentale Marzo*) doszedł do następujących wniosków ogólnie patologicznych: gorączki durzycowe są w téj miejscowości w ogóle rzadkie, co w znacznej części zależy tu od wielkiej suchości gruntu i od jego budowy (piasek krzemny na przemian z warstwami zbitych zlepów wapiennych na podścielisko z mocno przepadziotą gliny). Z panowania współczesnego durzycy wysypkowej i brzusznej (11 wypadków wysypkowej, 7 brzusznej, 2 mięszanej) i z anatomicznych zmian (obrzzmienie śledziony, a w 4 wypadkach durzycy wysypkowej wykazanych zmian w narządzie gruczołów kiszki okrężnej) jak również z równomiernego zachowania się ciepłoty i moczu w obu formach chorobnych wnosi: że durzycy brzuszna i wysypkowa *essencyalnie* nie różnią się między sobą.

B. Durzycy brzuszna.—Tyfoid.

Jeszcze zawsze pytanie o przyczynach i sposobach szerzenia się durzycy jest otwartóm w nauce. I niezmiernie

liczne na tem polu prace tegorocznej literatury, jakkolwiek przeważnie ten punkt patologiczny mają na uwadze, nie o wiele posunęły naprzód nasze pojęcia w tej mierze. Czy zarazek durzycy brzusznej jest oddzielnym, specyficznym, czy odtwarza się w ustroju w rodzaju zaczynu, czy też wprost przez ustrój niezmienny tylko przechodzi? Jakimi drogami się szerzy, czy wprost z osoby do osoby, lub jej odzienia i wreszcie czy istotnie może się rozprzestrzeniać przez wodę do picia? Oto są kwestye zaprzatające wszystkich badaczy, na które jedni odpowiadają twierdząco, drudzy przecząco, znaczna zaś część wątpliwie.

B i e r m e r (*Ueber Entstehung und Verbreitung des Abdominaltyphus. Sammlung klin. Vorträge N. 53*) stanowi obrońca poglądu specyficznego zakażenia durzycowego, rozwija go w następujący sposób. Zmiany anatomiczne tylko tej chorobie właściwe i odrębność warunków, w których powstaje i szerzy się, zniewalają do stanowczego potwierdzenia specyficznego tyfoidu. Choroba ta nie powstaje nigdy ze zwyczajnych szkodliwości, wywołujących inne cierpienia kiszkowe, nawet przez proste zakażenie massami rozpadowemi, które spowoduje zapalenie krwotoczne żołądka i kiszek, ale nigdy nie wywoła tyfoidu. Nie można również brać tej choroby za następstwo wdechania wyziewów kloak i t. p. bo w takim razie zjawiałaby się częściej i nie okazywałaby tak wyraźnie stwierdzonej zależności od stosunków miejscowych i między ludnością wiejską, najwięcej i najobszerniej na wzmiakowany wpływ wystawioną, powinnaby najsilniej panować. Tyfoid jest chorobą zarazkową; zarazek przenosi się przez chorych i ich bieliznę, rozradza się we wnątrz ustroju (wbrew zdaniom P e t t e n k o f e r e i B u h l a), siedliskiem jego są więc prawdopodobnie tylko odchody stolcowe. Świeże te odchody nie parują zapewne, ale raczej po uschnięciu w rurach kloacznych mogą być z nich przez podmuch wiatru porwane pewne cząstki, jak również mogą się odkruszać z bielizny (zjad tak częste zarażenie się praczek piorących bieliznę chorych durzycowych). Jako „zarazek gruntowy“ może być zaraza tyfusowa o tyle tylko uważana, że grunt materiałem rozkładowym przesiąknięty, zarówno jak kloaki z gnijącemi massami kałowemi są najbardziej sprzyjającemi jej rozwojowi; dla tego to w tym sensie mogłaby nosić zarówno miano „zarazka kloaczego“. Oprócz stosunków przez ludzi lub ich bieliznę niewątpliwemi drogami szerzenia się choroby są powietrze i woda. Powietrze może unosić bądź to z mieszkań i bielizny chorych lub z kloak świeże odchody, lub też na-

sycząc się zarazkiem odtworzonym w gnijących ściekach i t. p. Zawsze jednak zarażenie przez powietrze na ograniczoną tylko może się odbywać w przestrzeni. Natomiast przez wodę do picia choroba rozszerza się niezmiernie daleko, i zupełnie współmiernie z tém, czy zakażona (mowa tu zawsze o zakażeniu właściwym durzycowym zarazkiem) studnia lub wodociąg zasila jeden dom lub całą osadę, wieś i t. p., w miarę czego powstają wyraźnie umiejscowione mniej lub więcej rozległe epidemie. Teoryę Pettenkofera, wedle której wybuch i rozszerzenie się epidemii durzycowej zależy od stanu wody podziemnej, a ta respective od złożenia gruntu, Biermer rektyfikuje w ten sposób, że istotnie stan wody zaskórnej (zależny zresztą od ilości deszczów, ciepła, i przepadliwości warstw gruntu) o tyle tylko wpływ wywiera, że przy jej podnoszeniu się materye gnijące, a więc i zarazki stają się mniej szkodliwe, przy opadaniu zaś materye te wysychają, obnażają się i rozprzestrzenia różnemi drogami.

Natomiast Egana, na zasadzie badań nad epidemią w Kign William Town (przyłądek Dobrzej Nadziei) panująca, wnosi, że produkta rozkładu: odchodów ludzkich same przez się bez względu na to, czy pochodzą od chorych tyfusowych, czy też od zupełnie zdrowych, przeniesione przez powietrze lub wodę stają się przyczyną tyfoidu, tak więc dla Egana zaraza tyfoidalna jest w dosłownem znaczeniu zarazka obojętna. (*The causation of typhoid Fever, Med. Tim. and. Gaz. June.*)

Ścisłe badania Ratha (*Beitrag zur Aetiologie der Berliner Typhus Epidemie im Jahre 1872 Dissert.*) nad warunkami epidemii durzycy w Berlinie, w której na 800,000 mieszkańców (przy liczbie umarłych w ogóle 28,191) na durzycę umarło 1214, okazują, że najniższy stan wody gruntowej odpowiadał najwyższej liczbie wypadków śmiertelnych (w Październiku), zaś największe podniesienie wody najmniejszą dało śmiertelność: w ciągu jednak czasu od czerwca do października opadanie wody nie było współmierne z wzmaganiem się choroby, tak, że jakkolwiek stan wody zaskórnej okazał się tu bardzo ważnym, nie może być jednak uważany jako jedyną przyczyną szerzenia się epidemii i owszem część wypadków, zwłaszcza w dalszym ciągu epidemii, należy przypisać zatruciu wodą zakażoną.

Podług Lindwurma (*Ueber typhus Recidiv und Typhus Infection im Krankenhause München Bayer. ärzt. Intelligblatt. Nr. 15*) tyfoid nie jest chorobą zaraźliwą, t. j. nie udziela się jak np. ostre wysypki przez bezpośrednie zetknięcie, siedliskiem jego rozwoju jest

grunt, z kądem przez powietrze, wodę i pokarmy dostaje się do ustroju ludzkiego (czy się w nim odtwarza nie jest dowiedzionem), ważny wpływ wywierają wykazane przez Pottenkoffera i Buhla wahania wody zaskórnej. Jednakże czem jest ogólna powłoka ziemi dla rozległych epidemij, tém jest dla ograniczonych do jednego domu lub jednej izby epidemij, ściana domu, podłoga izby, rura ściękowa lub kłoczna. Niewątpliwie odchody stolcowe zawierają zarazek, za tém przemawia przeniesienie choroby przez zanieczyszczoną bieliznę, a w części i szerzenie się przez wodę do picia, prawie stanowczo dowiedzione. Ten ostatni sposób szerzenia się epidemii tyfoidu za pomocą zakażonej wody do picia stwierdzonym został wybitnie w epidemii panującej w wiosce Lausen (kantonie Bazylej). Krótko o niej wzmianka z podań Gutzwillera znajduje się już w zeszlorocznym przeglądzie. Badania Häglera (*Beiträge zur Ätiologie des Typhus und zur Trinkwasserfrage Arch. f. klin. Med. Bd. XI*) zupełnie potwierdziły tę okoliczność, że cała epidemia powstała z wody do picia używanej, a pochodzącej ze strumyków zasilanych przez wodę rzeczki, do której notorycznie dostały się odchody chorých tyfoidalnych.

Köstlin (*Die Typhus Epidemie des Februar und die Trinkwasserversorgung Stuttgarts. Würtemb. med. Correspondenzblatt*) stwierdzając z urzędowych sprawozdań podanie Burkarda i Frölicha (cf. Przegląd 1872) co do szerzenia się tyfoidu w Stuttgardzie w 1872 r. donosi, że zakażenie wody w studniach zachodniej strony miasta, przeważnie chorobie uległój, dowodnie wykazaném zostało. Woda zawierała wielką ilość części organicznych, miała przykrą woń rozkładową, która się nawet udzielała gotowanym w niej potrawom. Zusunięciem téj szkodliwości to jest oczyszczeniem lub zasypaniem studziona epidemia zupełnie ustała.

W podobnych zupełnie warunkach wedle podań Weisfloga (*Ueber die Typhus Epidemie von 1872, zu Elterlein. Arch. f. Klin. Med. XII*) powstała i rozszerzyła się epidemia durzycy brzusznej w lecie i jesieni 1872 w małym miasteczku Elterlein (w saskim Harcu). Choroba ograniczyła się wyłącznie do jednego cyrkułu miasta, leżącego niżej; warunki gruntowe, budowa domów, ścięki i t. p., są takież same, jak w miasteczku górném. Tylko studnie dolnego miasteczka i całej zarazie uległój jego części, zasilane są przez rury drewniane, których ujściom jest kanał przyjmujący w siebie całą wodę deszczową, zlewy gospodarskie i ścięki stojenne. Otóż przy ba-

daniu okazało się, że dwie drowniane rury w części przegniły i zawartość kanału mogła do nich przesiąkać. Po oczyszczeniu kanału i założeniu nowych rur 19-go Listopada, choroba nagle ustała. (Fakt zupełnie podobny do epidemii w domu sierot w Halli (cf. Przegląd 1872).

W hotelu miejscowości kąpielnej morskiej na Mont-Desert-Island (Maine) wybuchła domowa epidemia durzycy. Wedle Morton a (*Boston. Med. and. surg. Journ. Octobr.*) ograniczyła się do tych tylko mieszkań, które sąsiadowały z kanałem ściekowym, tak że można ją policzyć na karb za d u c h u ś c i e k o w e g o.

Z opisu epidemii w Nunne y (Somersetschire) opisaną przez Ballard a (*Report of the outbreak of enteric fever at the village of Nunney. Med. Times and Gazet Jan. 4 Lancet Jan.*) wyraźnie się okazuje jój szerzenie przez wodę do picia używaną. Pomiędzy 832 mieszkańcami żyjącymi w 199 domach, zachorowało od 15 Czerwca do 26 Października 1873 roku 76 osób w 21 domach. Pierwszy wypadek choroby był przyniesiony i z wyjątkiem jednej rodziny, choroba rozwinęła się tylko w tych domach, których mieszkańcy brali wodę do picia ze strumyka, jak wykazano, zanieczyszczonego odchodami chorych durzycowych, bądź przez ścieki, bądź przez proste ich wrzucenie, lub pranie bielizny, gdy tymczasem domy używające przesączonej wody deszczowej zupełnie były od choroby wolne. Ponieważ strumyk dawniej już przyjmował w siebie nieczystości z wioski, a durzycyca wybuchła dopiero po zanieczyszczeniu go notorycznie durzycowemi odchodami, dla tego Ballard twierdzi: że durzycyca jest wywołana specyficznym zarazkiem, którego nie zawierają odchody zdrowych, zatem i choroby wywołać nie mogą.

Zakażenie tyfoidem przez wodę do picia wystąpiło znowu w tym roku w Anglii w kilku miejscowościach pod postacią epidemiczną, a mianowicie za pośrednictwem zanieczyszczonego tą wodą mleka. Już w roku 1870 (cf. nasz przegląd Przegląd 1870 zesz. III p. 463) Ballard zwracał uwagę na ten sposób szerzenia się choroby w epidemii na przedmieściu Londyńskim Islington panującej. Teraz w sprawozdaniu swoim (*On enteric fever at Arnley Lancet. April*) o epidemii w Arnley, miejscowości należącej do okręgu miejskiego Leeds, przytacza ściśle nad tym przedmiotem poszukiwania, stwierdzające dowodnie możliwość zakażenia tą drogą. Od 17 Maja do początku Września, w 449 domów i 2245 dusz liczącej osadzie, zapadło 107 osób w 68 domach. Pierwszy wypadek choroby dotyczył

mleczarza; w cztery tygodnie potem wybuchu nagle choroba w wielu domach z licznymi wypadkami do Lipca, poczem równie nagle ustaje. Okazało się, że zarówno w początku jak i u szczytu rozwoju epidemii, zajęte nią były tylko te domy, *resp.* te rodziny, które pobierały mleko od najprzód zapadłego w chorobę mleczarza, tak, że ze wszystkich rodzin przezeń w mleko zaopatrywanych zapadło 37,8%, w pozostałych rodzinach uległo 5,7% i to już pod koniec epidemii. Ballard dowiódł, że studnie w domu mleczarza były zanieczyszczone massami gnijącymi i kałowymi, choroba ucichła nagle po zamknięciu studzien; dopiero pod koniec epidemii wybuchły wypadki choroby wśród rodzin z kąd inąd pobierających mleko, tkómaczą się bardzo naturalnie zakażeniem następczym.

Zupełnie podobne spostrzeżenia i pogląd ogłasza Murchison. W lecie 1873 roku, w jednej z najwspanialszych dzielnic Londynu w okręgach kościelnych St. Marylebone, S. John's Wood i St. Georg i to w najpiękniejszych ulicach i w domach prawie wyłącznie klasy wyżej położonych wybuchła epidemia durzycy brzusznej. I tu wypadki chorób ograniczyły się do tych domów, dla których wykazano ten jeden wspólny moment, że rodziny je zamieszkujące kupowały mleko od jednej kompanii mlecznej; liczba rodzin wynosiła 90, liczba chorych 320. Niema prawie wątpliwości co do sposobu powstania epidemii. Osoba roznosząca mleko z wspomnianej kompanii dziwiła się, że we wszystkich domach tyle osób choruje. Otóż co wykryło badanie: towarzystwo mleczne zaopatrywało się w mleko w 8 fermach; w 7 z nich nie wykryto, natomiast w sąsiedztwie 8-jej na wsi zdarzyły się liczne wypadki durzycy, i sam właściciel umarł na durzycę brzuszną, studnia na tym dziedzińcu komunikowała z kanałem kloacznym niewątpliwie zanieczyszczonym odchodami chorych, a z tej studni czerpano wodę do gotowania, do mycia naczyń (a może i do rozeiciężenia mleka). Wstrzymano sprzedaż mleka z tej fermy i epidemia ucichła. Że tu istotnie szło o zakażenie mleka, tego dowodzi w części także, że głównie dzieci (najwięcej mleka używające) najliczniej w tej epidemii chorobie uległy. (A przecież zwykle wiek dojrzały największy dla durzycy dostarcza kontyngens F.). Zupełnie zgodne z powyższym wnioski wyciągnął Russel (*Report on an outbreak of enteric fever connected with milk supply. Glasgow med. Journ.*) co do powstawania nagminnie panującej w Glasgowie w Styczniu 1873 r. durzycy brzusznej. I tu, jak również w Wolverhampton, choroba powstała w rodzinach biorących mleko

z mleczarni, w której w pierwszym razie sam właściciel, w drugim dzieci właściciela uległy durzycy.

Ciekawy wypadek tego rodzaju zakażenia stanowi wybuch epidemii w Brighthouse w Sierpniu 1873 r. opisaną przez Britton'a (*The outbreak of enteric fever at Brighthouse. Lancet. Septbr.*). Z 63 osób zapadłych w chorobę 59 brało mleko od jednego dzierżawcy. W domu dzierżawcy nie było wypadku durzycy, badanie wszakże wykazało, że jego krowy, w braku wody czystej, piły z łachy, do której ściekały masy kałem zanieczyszczone. Polecono dzierżawcy wstrzymać sprzedaż mleka na dni 7 i pić krowy czystą wodą; to stało się 16-go Sierpnia, 21-go jeszcze 6 nowych chorych i na tém epidemia się kończy. (Czyż więc zarazek z wody przeszedł przez ustrój zwierzęcia wprost do jego mleka?! F.). Na zasadzie (nader jeszcze wątpliwego! F.) poglądu, że tyfoid i tyfus wysypkowy są genetycznie jedną i tą samą chorobą, a dalej, że stosownie do indywidualnych właściwości chorego pewne cierpienia odmienne przybierają formy, Kennedy (*Remarks on the etiology of enteric fever, in connection with its relation to the stromous diathesis. Dubl. Journ. of med. Sc.*) twierdzi, że gorączka durzycowa wtedy przybiera formę durzycy brzusznej, gdy uległa osoba ma skrofuley, popierając to dowodami takimi, jak: skłonność do krwawień w czasie tyfoidu, suchoty płucne po tyfoidzie i wielkie podobieństwo zmian anatomicznych w narządzie gruczołowym kiszek i w gruczołach krezkowych przy dwóch tych chorobach; dla wypadków tyfoidu, w których badanie nie może wykryć żadnego śladu usposobienia żółzowego, powiada K., wystarcza jak najlżejsza skłonność do tego cierpienia, aby chorobie nadać formę durzycy brzusznej.

Zbijając ten pogląd na posiedzeniach Dublin Society of physicians, Grimshawa stanowczo sprzeciwia się tożsamości tyfoidu i tyfusu i przeciw tożsamości zmian anatomicznych w kiszkiach przy durzycy i żółzach (resp. gruźlicy).

Tymczasem Alix na podstawie spostrzeżeń czynionych w czasie wojny wśród wojsk francuzkich w Longwy z przytoczeniem (dość zresztą słabych) dowodów twierdzi, że tyfus i tyfoid są identyczne i są tylko różnym stopniem jednej i tej samej sprawy chorobnej.

Z epidemiologicznego i lekarsko-geograficznego punktu widzenia ważnemi są doniesienia Moffata (*Typhoid or enteric fever, Ind. Ann. of Med.*) o kilku wypadkach tyfoidu w Cowupore

Kalkucie i doniesienia Massy i Borelaya w tym samym przedmiocie, zbijające częstokroć dawniej głoszone zdanie iż tyfoïd w Indiach się wcale nie zdarza. Również doniosłe w tym kierunku jest zdanie Boileau, który twierdzi, że tak zwana „gorączka morza śródziemnego“ (*mediterranean fever*) spostrzegana głównie na Malcie i tak zwana *febris remittens* w Indiach Zachodnich, nie są niczem innem, jak wypadkami durzycy brzusznej, że więc przestrzeń naznaczona dla panowania durzycy coraz więcej się szerzy i zwłaszcza (zgodnie z przekonaniem Hirscha) zdarza się nie rzadko w krajach podzwrotnikowych (Boileau, *Obscure alliances of typhoid Lancet Aug.*). Do tego samego wniosku, że typhoid w Indiach nie należy do rzadkości i tylko, że go dawniej mieszano z innymi chorobami gorączkowymi dochodzi i Woll (*Enteric fever latens Lancet Splbr.*), głównie opisując dwa śmiertelnie zakończone wypadki tak zwanego *typhus ambulans* (poronnej formy durzycy) przebiegającej bez podwyższenia ciepłoty; przy oględzinach znaczne zmiany w kępkach Peyera. Podobny wypadek opisuje Britton.

Vallin (*De la forme ambulatoire du apyrétique grave de la fièvre typhoïde Arch. gén. de Med. Novbr*) zwraca uwagę na zjawianie się rzadkich wprawdzie wypadków durzycy bezgorączkowej, mimo to bardzo ciężkiej, a często nawet śmiertelnej. Opisuje sam 2 takie wypadki bezgorączkowe, jeden skończył się śmiercią, oględziny wykryły ciężkie zajęcie gruczołów kiszkiowych, zwyrodnienie mięśniów brzusznych i udowych z ich rozerwaniem i krwi wylewem połączone. Ciepłota w obu razach nigdy nie przesięgała 37,6° C.

Z doniesień kazuistycznych zasługują na wzmiankę dwa wypadki opisane przez Cazalis i Renaut (*Observ. pour servir à l'histoire des typh.*), w których badanie pośmiertne wykazało tak zwaną *Psorenteria* t. j. obrzmienie gruczołków odosobnionych, a zupełnie zdrowe bez zmian kępki Peyera. Dalej wypadek Charrona (*Fièvre typhoïde adynamique etc. Presse méd. belge Nr. 25*), w którym u 9½ rocznego dziecka przy durzycy znaleziono po śmierci tłuszczowe zwyrodnienie wątroby i ogromne wielkości pięści, rozszerzenie pęcherzyka żółciowego; *ductus cysticus* zupełnie zarosły. Za życia nie było ani śladu żółtaczki.

Charter (*Abscess of liver after typhoid fever. Brit med. Journal*) opisuje wypadek ropnia wątroby w czasie tyfoïdu u 26 letniej chor. Zrobiono punkcję; przez ciąg 14 tygodni trwania cho-

roby wyciekło 558 uncyj masy krwawo brązowej, w końcu zupełne wyzdrowienie. W wypadku opisanym przez Malla (*Wiener med. Presse* Nr. 30, p. 683) nagromadzenie wielkich mass kałowych i wywiązana zład hebnica żywota symulowały przerwanie kiszek; środek czyszczący skuteczny wykrył pomyłkę przez usunięcie groźnych objawów.

Sevestre (*Pièvre typhoïde à marche insidieuse etc.* znalazł w śledzionie osoby zmarłej na tyfoid dwa infarkty krwawe; nie było można wykazać zatkaniń na całym przebiegu tętnicy śledzionowej i wśierdzie, jakotóż mięsień sercowy były niezmienione.

Wypadek bez mowności rozwinięty 7-go dnia durzycy, opisany przez Curran'a (*Aphasia, the sequence of typhoid fever Lancet. July.*) u dziecka, po 12 tygodniach trwania stopniowo całkowicie został uleczony.

Schmidt (*Drei Fälle von Psychosen nach Typhus. — Dissert.*) przytacza z zakładu obłąkanych w Anklam 2 wypadki z bozelen zmysłowych po tyfoidzie. Dominującym objawem było otepienie (Stupor).

Scott (*Case of typhoid fever with unusual complications Army med. Rep.*) podaje wypadek, w którym w okresie zdrowienia w durzycy brzusznej nastąpiło w pochwieńie кишки cienkiej oddzielenie 6 cali długiego kawałka кишки i wyzdrowienie.

Hydroterapia tyfoidu w poliklinice w Kiel podług Behrensa okazała rezultaty takie: od 1867 do 1871 r. leczono 176 wypadków kąpielami i chinina, z tych umarło tylko 7 t. j. 4% liczby chorych. Na odleżyny w tyfoidzie radzi Martineau miejscowe użycie chlorału w roztworze 1 cz. na 100 cz. wody, zmywanie i okładanie szarpia w roztworze zmoczona.

Courrier chwali użycie alkoholu, Maclean użycie bromku potasu w połączeniu z winem przy leczeniu osłabienia i majaczeń w czasie durzycy brzusznej.

C. Durzycia wysypkowa — Tyfus.

W akademii lekarskiej w Paryżu toczyły się rozprawy nad wygłoszonym przez Chouffarda zdaniem, że tyfus ma za podstawę szkodliwość specyficzną, że w swém powstawaniu nie zależy od głodu, nędzy, nieczystości i t. p. społeczno-hygienicznych szkodliwości, że zaś miejscowe (gruntowe) właściwości i warunki życia narodowego

(rassa) ważny wpływ na zjawienie się choroby wywierają i że nie atakowanie przez tyfusy, któreś Francya się cieszy, od tych właśnie warunków zależy. Mimo różnych podczas rozprawy zarzutów Ch. stanowczo przy swoim opiera się zdaniu. Tymczasem Bouchar d a t (*Note relative à la communication de M. Chauffard sur la question du typhus. Bull. de l'Acad.*) ogłasza głód jako główny czynnik w genezie tyfusu przyczem twierdzi: „*toutes les fois qu'on encombre des affamés, le typhus apparait, pour ainsi dire, fatalement.*“ Wprawdzie zdarzają się wypadki, w których tyfus powstaje i bez głodu, ale wtedy istnieją inne momenta przyczynowe, wywierające na ustrój wpływ podobny jak głód; dla tego właśnie, że w obleżonych miastach Paryżu i Metz nie było ani głodu, ani wzmiankowanych innych wyniszczających warunków, z tego, a nie z osobliwości gruntowych i narodowych francuzkich tłómaczy się, że miasta te wolne od tyfusu zostały. Briquet wielokrotnie zabierał głos wypowiadając swoje przekonanie, że tyfoid i tyfus są tylko stopniowemi odmianami tej samej formy chorobnej; Fauvel, Roger i Bouillard starają się zbijać ten pogląd. Zresztą Fauvel (wbrew Chauffardowi) przytacza wypadki z wojny krymskiej i z epidemij panujących 1860 r. między tatarami przesiedlonymi z Krymu do Stambułu i czerkiesami 1864 roku przeniesionymi z Kaukazu, dowodząc, że tak tu, jak i wszędzie indziej, choroba powstaje pierwotnie (*autochton*) pod wpływem nędzy społecznej, a potem przez zarażenie szerzy się dalej; w tych warunkach widziano również tę chorobę kosmopolityczną; zresztą nie chodzi tu o zakażenie gnilne, lecz o specyficzny jad, powstający we wspomnianych warunkach.

Odnosnie do powyżej roztrząsanego pytania Michaut (*Typhus exantématique à Metz dans la population civile à la suite du blocus. Gaz. hebd. de Med. Nr. 3*) twierdzi, że choroba w Metz w czasie obleżenia panowała między ludnością miejską w skutek przepełnienia miasta i że w krótkce ustała dla tego, że wnet po jej wybuchu obleżenie się skończyło i przeludnienie chroniącemi się do miasta mieszkańcami okolicznemi ustało. Viry (*Typh. exantématique à Metz. Ibid.*) też samo wypowiada zdanie, przytaczając, że między wojskami zajmującemi zewnętrzne forty i posterunki, z powodu, że tu nędzy, a mianowicie przeludnienia nie było, choroba też daleko mniej się uczuła, jak wśród ludności miasta.

D. Gorączka powrotna (*Typhus v. Febris recurrens*).

Panowanie gorączki powrotnej w Berlinie w r. 1872 i 1873 dało sposobność kilku badaczom do ścisłych poszukiwań nad zmianami anatomicznymi przy tej chorobie i jej klinicznym przebiegiem. Niewątpliwie pierwszo miejsce zajmują tu poszukiwania Obermeyer'a (*Vorkommen feinst r. eine Eigenbewegung zeitender Fäden im Blute Recurrenskranker. Centralbl. f. d. med. Wiss. Nr. 10. i Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 33, 38*). Znalazł on we krwi chorych na gorączkę powrotną w łasciwej nitkowate tworzy, niezmiernie delikatne z grubości podobne do cienkiej nitki włóknikowój, długość ich od długości średniej ciałka krwi do 10 — 30 mikromilimetrów. Obermeyer opisuje w ten sposób te ciałka:

Są one widoczne wyraźnie tylko przy znacznych powiększeniach (*Hartnack Obj. VIII. ocul. 3, jeszcze lepiej Immersya*), z powodu wielkiej szybkości odbywanych przez nie ruchów, trudno bardzo śledzić za nimi. Ruch ten jest podwójny; same nitki falisto wiją się wzdłuż swój osi podłużnej, tak że na zupełnie gładkiej i bez podziałów powierzchni, występują pozornie kolanka i węzłki, i powtórnie zmieniają miejsce, t. j. swobodnie między czerwoncami krwi ciałkami umieszczony, lub do kupki ciałek krwi jednym końcem przyczepiony utwór ścina się szybko w linie krzywe, kolisto lub wężownicowe i również szybko znów się prostuje. Najżywszymi są te ruchy na świeżych preparatach i przy ogrzaniu stolika przedmiotowego aż do ciepłoty krwi; po 1 — 2 godzinach ustają, a w końcu przerywają się i ruchy faliste, które wszakże autor jeszcze po 8 godzinach widywał. Nitki te znajdują się tylko podczas gorączki, nie ma ich w czasie zwolnienia (apyreksyi), przed przełomem i podczas przełomu; w czasie pierwszego napadu są liczniejsze, jak w czasie powrotu (*relapsu*). Ruchy ich przypominają ruchy ciałek nasionnych, spirilli, albo komórek rzęskowych. Niekiedy kilka nitek splecze się w kłębek podobny do ameby lub do prostoplazmy w drgającym ruchu; w wodzie, węglenie i siarczenie sodu ruch się utrzymuje, natomiast szybko ustaje za dodaniem kwasu octowego rozcieńczonego. Ługu potażowego i jodu, który barwi substancję tych ciałek; dodatek gliceryny robi je tak przezrystymi że ich w końcu dojrzed nie można.

Jakie znaczenie te twory mają dla sprawy chorobnej, autor rozstrzygnąć nie chce, że wszakże ich istnienie zależy od gorączki; zdawałoby się dowodzić to, że w czasie jej zwolnienia nie spotykają się. Mają one zresztą zupełnie wygląd utworów znajdujących w układzie zębów przez Cohna i opisanych jako „*Spirochaete plicatilis*“ ich zjawienie się we krwi jest zawsze dla gorączki powrotnej specyficznym, bo nie ma ich ani we krwi zdrowych, ani we krwi chorych na tyfus lub tyfoid. Ich roślinna natura nie ulega wątpliwości, udawało się Obermeyerowi zachować ich żywotność na 8 — 10 dni; we krwi

przy gorączce powrotnej otrzymanej, samej, lub z inną krwią pomieszaną, zdawało się, że się mnożyły przez podział, jak to na świeżych preparatach dwa razy widział bezpośrednio pod drobnowidzem: nie pochodzą one z ustroju i nie powstają ani z protoplazmy białych ciałek krwi, ani też z nowo utworzonego ciała chemicznego. Co się tyczy innych zmian we krwi chorych na gorączkę powrotną, to wedle Obermeyerera (w drugiej jego pracy) odczyn w czasie gorączki nie różni się od odczynu w czasie jej zwolnienia; ilość wody w niej, w czasie napadów zmniejsza jak w apyrektyi, szczególnież zdawało się, że ilość włóknika się zwiększała w czasie napadów, nie zaś (wbrew angielskim badaczom) liczba białych ciałek krwi. Oprócz powyżej opisanych utworów autor znajdował we krwi komórki z ziarnkami tłuszczowemi, i właściwe twory komórkowe dwa do czterech razy większe od białych ciałek krwi: złożone, jak się zdawało, z protoplazmy i zawierające ziarnka, zdaje się, po części tłuszczowe. Czy to były mikrokokki wnikłe do białych ciałek krwi (Birch-Hirschfeldt) nie można było stwierdzić. Oprócz tego przez skupienie wspomnianych tworów włóknikowatych powstają większe zlepki przewyższające dwa do czterech razy średnicę naczyń włosowatych i tworzące w nich zatory, tak, że ogniska zatorowe i ropnie w nerkach, wątrobie i t. d. na tej zapewne mogą powstawać drodze.

Bliesner w trzech wypadkach gorączki powrotnej badanych przez niego w szpitalu Charité znalazł powyżej opisane zmiany krwi bardzo wyraźnie.

W 18 wypadkach tej choroby badanych na klinice prof. Friedrichsa stwierdził Engel (*Ueber die Obermeyerischen Recurrensspirillen Berl. klin. Woch.*) istnienie we krwi opisanych przez Obermeyerera nitek. Według autora tego, twory te na pierwszy rzut oka wydają się zgiętymi falisto na jednej płaszczyźnie, w istocie jednak są one skręcone grajczarkowato, tak, że oba ich, nieco zaostrzone końce zdają się leżeć na osi wężownicy, gdy tymczasem średnica krzywizny bardzo jest mała. I liczba ich znacznie ulega zmianie; raz udaje się zaledwie jedną wynaleźć nitkę, innym razem w tak olbrzymiej spotykają się ilości, że w całej massie krwi możnaby je liczyć na miliardy; wtedy leżą poskupiane ze sobą. Ruch nitek jest trojaki, jeden nader szybki falisty wzdłuż nici (Engel nigdy nie widział opisanych przez Ob. kolanek lub węzłków), dalej zgięcie na osi lub w innem dowolnem miejscu, przyczem krótszy lub dłuższy odcinek zostaje w spoczynku, podczas gdy drugi w najszybszym znajduje się ruchu i nakoniec ruch miejscowienny całej nitki w najrozmaitszych kierun-

kach. W pięciu wypadkach widział je autor już w 12 godzin po wstępnym dreszczu, w 10 innych po 24 godzinach, w pozostałych późniéj; najczęściej na 24 godzin przed zwolnieniem gorączki znikają. W czasie napadu liczba ich niekiedy szybko się wzmacnia, w czasie zwolnienia równie szybko się zmniejsza, również długość ich w dalszém trwaniu napadu zwiększa się (nigdy nie widział odpowiedniego skracania). Próby przeszczepienia ich ze krwią na psów bez skutku zostały. Nie znajdowały się ani w moczu, pocie, ślinie ust i gruczołu przyusznego ani w płwocinie, ani w surowiczéj zawartości pęcherza pod pryszczydłem powstałego. Dla ich zachowania roztwór 0,5 — 1,0 pet. soli kuchennéj był równo dobry jak surowica; słabe roztwory chininy, potażu, sody, kwasu karbolowego, nadmanganianu potażu, jodu nie wpływały na ich żywotność, natomiast dodatek gliceryny przerywał ich ruchy. Jeszcze silniéj i szybeléj działały przetwory rtęciowe: roztwór chlorku 1 : 3000 szybko znosił ich ruchy. Autor wnosi, że spiryle są stałym objawem napadu w gorączce powrotnéj, że w czasie kiedy już nie można ich wykazać we krwi żyjącéj, po za ustrojem jeszcze żywawo okazują ruchy, że gliceryna i przetwory rtęci na pewno ruchy ich znoszą.

I Weigert. *Erfahrungen über die Obermeyerschen Recurrens spirillen Berl. klin. Wochenschr.* znajdował te twory we krwi chorych na gorączkę powrotną już w samym początku podnoszenia ciepłoty.

Z doniesień Semona *Zur Recurrens Epidemie in Berlin, 1871 — 1872, Dissert.* z kliniki prof. Traubego dowiadujemy się że chorych wszystkich tam leczonych od Listopada 1871 do Października 1872 było 160. Większa część żyła poprzednio w bardzo złych warunkach mieszkalnych. Zarazek widocznie nie był zbyt silny, bo nikt z lekarzy posługujących i innych chorych (a chorzy gorączkowi leżeli na salach ogólnych) nie uległ gorączce powrotnéj. Tylko jeden wypadek był bez powrotu, cztery powroty widziano 2 razy trzech powrotów ani razu. Wypadków śmiertelnych 9, z tych 3 u pijaków, 3 z przyłączającego się ciężkiego zapalenia płuc i opłucnéj, jeden z chorych uległ (pod koniec choroby) rozlanemu zapaleniu nerek. Pierwszy napad trwał średnio 7 dni (od 2—17), pierwsze zwolnienie 8 dni; pierwszy powrót 3—5 dni, drugie zwolnienie 9 dni; drugi powrót 3—4 dni, czas od ostatniego zwolnienia, aż do normalnéj ciepłoty średnio 4,12 dni. Ciepłota pierwszego napadu najwyższa 41,8° najniższa 38, 9°. W powrocie objawy gorączkowe zwykle silniejsze jak w pierwszym napadzie. Stałym objawem było obrzmienie śledziony, wątroba (zupełnie przeciwnie jak w innych epidemiach) mało zaatakowana; silniejsza żółtaczka 6 razy, lżejsza 12 razy

obserwowana. Stale zjawiały się charakterystyczne bóle w stawach i mięśniach. Oględziny pośmiertne wykazywały zmięknienie, aż do rozpląnięcia się, śledziony, brudno szaroczerwona barwa jej miazgi i znaczne pomnożenie torebek śledzionowych.

Na tejsze klinice zdarzył się jeden wypadek opisany przez v. Meurersa (*Die haemorrhagische Diathese bei Recurrens. Dissert. usposobienia krwotocznego przy gorączce powrotnej*). W czasie choroby petechialne zabarwienie skóry, które w powrocie wystąpiło powtórnie, obrzmienie i bolesność wątroby, majaczenia, kurcze kloniczne twarzy i kończyn, żółtaczka, pod koniec choroby objawy zapalne w płucach. Oględziny pośmiertne: wielkie krwotoczne nacieczenie osłony mózgowej na wysokości zrazów skroniowych, kropkowane i plamiaste wynaczynienia w substancji korowej i rdzeniowej w częściach sąsiednich. Wylewy krwi w międzymięśniowych i podsurowiczych tkankach ściany brzucha, dolne płaty obu płuc zwątrobiałe, śledziona ciemnoczerwona, znacznie powiększona, kielichy nerkowe na przejściu do brodawek obrzmiałe i krwawo nacieczone, wątroba mocno powiększona.

III. Cholera.

Przyczyny, warunki powstawania, szerzenia się i istota téj choroby i w tym roku wywołały w literaturze lekarskiej ogromną liczbę rozpraw, sprawozdań i artykułów dziennikarskich. Z opisu epidemii panującej w Dorpacie podanym przez prof. Weyricha (*Rückblick auf die Cholera Epidemie zu Dorpat, vom Jahre 1871. Dorp. med. Zeitung*) dowiadujemy się, że miasto jest zbudowane na gruncie napływowym, baguistym, spożywającym bądź bezpośrednio na dewońskim piaskowcu, bądź téż oddzielonym od tego ostatniego gliną lub marglem. W pośród części miasta przeciętej rzeką Embach, leży kawał ziemi zupełnie błotnisty, corocznie powodziom ulegający, zamieszkały gęsto przez najbiedniejszą część proletaryatu, gdzie téż było główne siedlisko epidemii; wznoszący się od tego miejsca suchy i zdrowy pokład ziemi zajęty przez ludność zamożniejszą, która prawie wcale nie uległa chorobie. Zima 1870/71 była miernie zimna i dość sucha, wiosna zimna, surowa i również sucha, lato z razu chłodne, później gorące i dzżyste; najwyższa w zględna wilgotność powietrza, massadeszczów i ciepłota przypadła na koniec Lipca, bezpośrednio przed wybuchem cholery. Choroba zajęła 52 domy na 20 ulicach z 160 wypadkami, a z 83 śmiertelnymi zejściami (51,0 pct.). Przeważnie uległa ludność biedniejsza, tak, że

tu nazwano cholera „chorobą biedaków“: z pomiędzy narodowości głównie ucierpeli Estończycy. Prawie we wszystkich (oprócz 10-ciu) wypadkach wykazać było można zarażenie w miejscowości zakazanej. Charakter choroby głównie adynamiczny z małemi wyróżnieniami kiszek, nadzwyczaj często, krwawo zabarwionemi. W niektórych wypadkach tylko zjawiała się wysypka pod postacią wzniesień (pomphi). *Vox cholericus* zawsze złe dawała rokowanie. Serce przy znacznem osłabieniu swęj czynności okazywało powiększenie w poprzecznym rozmiarze, uderzenie wierzchołka ledwie wyczuwalne, tony nieczyste. W mięśniach obok kurezów, osobliwsza sztywność i nieruchliwość, z konsystencyą ciastowatą lub woskowatą. Wszystko przemawia zatem, że układ nerwowy już wczesnie ulega cierpieniu, i zaburzenia umysłowe spotykano we wszystkich cięższych wypadkach. W wymiotach obok nabłonka płaskiego drobnoziarnisty rozpad, w części bakterye lub mikrokokki—nigdy nie było krwi. W świeżych odchodach wielkie ilości pasyżnych tworów jak bakterye i zarodniki grzybków. Również znajdywano opisane przez Thomé słabokonturowane bezjądrowe kule większe 2—3 razy od czerwonych krwi krążków, drobno kropkowane. Ciepłota w wypadkach śmiertelnych w początkach napadu 37,0—37,7° C. (w dole pachowym) w okresie zamorowym 36—36,5°, a nawet spadała do 32,2°. Z oględzin pośmiertnych zwykłe wyniki. Strzępki kiszkiwce odarte z nabłonka, rozszerzone i napędlone massalnie jądrami i drobnutkami ciałkami prawdopodobnie pasożytami, śledziona najeczęściej mała. wiotka, bezkrwista przy szybkim przebiegu choroby.

Czas pojawienia się epidemii zgadza się z czasem silniejszego przewilgocenia gruntu. Autor nie zgadzając się zresztą (ściśle z Pettenkoferem) jest tego przekonania, że obraz podany przez Pettenkofera we wzorze $x + y = z$ gdzie y wyraża warunki gruntowe, x jad chorobny, a summa ich z t. j. właściwą w całości pojętą przyczynę choroby, zupełnie zasługuje na uwzględnienie. Co się tyczy właściwego zarażenia (w zwyczajnym tego wyrazu znaczeniu), nie widziano w Dorpacie wypadku ani jednego. Istota choroby jest wedle W. pierwotnie zakażeniem krwi w skutek czego w jej massie następują zmiany, a następnie wywołują zmiany odżywcze i czynnościowe w różnych ustroju układach, najwyraźniejsze w najwrażliwszym układzie nerwowym, a że zjawiska przesiekowe nie mogą wywołać wszystkich obserwowanych w chorobie objawów, to nie ulega wątpliwości, jakkolwiek znaczna utrata wody ze krwi i tkanek musi

naturalnie wywrzeć wpływ na objawy chorobne. Z badań nad epidemią cholery w Królewcu 1871 r. (chorych 3650, umarło 1768) wykazuje Schiefferdecker (*Die Choleraepidemie vom Jahre 1871 in Königsberg, mit 1. Tafel*), że najniżej na torfowem trzęsawisku położone części miasta uległy najprzód i najsilniej chorobie, szczyt rozwoju choroby wszędzie następował już w 4-ym tygodniu, na wysoko położonych na dyluwialnej glinie częściach miasta doszła do najwyższego rozwoju dopiero w 7—8-ym tygodniu, a więc pod koniec swego istnienia. Domów zajętych przez chorobę 1495 (t. j. 34,4% ogólnej liczby domów w mieście). Co do zaraźliwości (w dosłownym znaczeniu) według autora nie ma wątpliwości. Co do wpływu wahań wody gruntownej tyle tylko okazało się pewnym, że i w tym roku w Lipcu (jak corocznie) woda zaskórna znacznie opadła. I w tym roku, jak w poprzednich epidemiach, złe warunki mieszkalne i zła woda do picia najwięcej się przyczyniły do rozprzestrzenienia choroby.

Opisując panowanie epidemii cholerycznych w Saksonii od 1832 do 1872 roku Reinhard (*Die Verbreitung der Cholera im Königreich Sachsen nach den Erfahrungen v. 1832—1872*) zwraca przede wszystkim uwagę, że w 9-ciu w tym czasie panujących, epidemiach najsilniejsze były 1866 z 6736 wypadkami śmierci i 1870 z 1826 umarłymi, najczęściej i najsilniej ucierpiały Drezno i Lipsk, kiedy tymczasem inne miasta (jak Freiberg, Annaberg, Frankenberg) zupełnie zaoszczędzone zostały. W ogóle z 142 miast kraju dotąd w 90 nigdy cholery nie było. Autor przypisuje to warunkom geognostycznym, o ile one wywierają wpływ na fizyczne zachowanie się gruntu, a w części też względnie do biegu rzek położeniu różnych miejscowości. I tak najbardziej przez chorobę prześladowane okolice leżą na formacji węgla kamiennego (Zwickau, Werdau, Meerane, Glauchau) lub na węglu brunatnym (Lipsk, Zittau), gdy tymczasem na gnejsie, łupku mikowym i granulicie położone miejscowości zupełnie nie były dotknięte. Okolice dyluwialne, na których należało się spodziewać silnego rozwoju choroby, wcale jej nie ulegały lub bardzo nieznacznie tylko.

Jako członek komisji cholerycznej państwa Niemieckiego Hirsch (*Das Auftreten und der Verlauf der Cholera in Posen und Preussen. 1873. Reisebericht an das Reichskanzleramt*), badał warunki powstania cholery 1873 w Poznańskim i Prussach wschodnich. Choroba została przyniesiona przez flisaków i przenoszona wzdłuż biegu Wisły. Udziału, jakie miało zanieczyszczenie wody do picia

przy szerzeniu choroby, autor na pewno sprawdzić nie mógł. Ciekawą wszakże jest ta okoliczność, że Gdańsk, dawniej przez cholere dziwiątkowany, jest prawie zupełnie od niej wolnym, od czasu kanalizacyi i zaopatrzenia miasta w czystą wodę źródlaną. Wpływu wahań wody zaskórnej nie miał sposobności //, stwierdzić, natomiast wielki nacisk kładzie na wpływ nędzy i nieczystości wśród proletaryatu. Niezmiernie silnie w 1873 cholera nawiedziła Węgry. Wedle urzędowych sprawozdań od 14 marca do 23 Listopada zachorowało w samym Peszcie 4,348 osób (2189 umarło). W całym kraju od 14 Września 1872 do 15 Listopada 1874 zachorowało 433, 295 osób, z nich umarło 182,599 (w 6380 gminach z 8,491861 mieszkańców).

U nas w kraju wedle obliczeń Lubelskiego (Gazette hebdomadaire) w Warszawie 1873 r. umarło na cholere 2,000 w całym kraju 12—15,000 osób. Największa śmiertelność między żydowską ludnością miejską i na wsiach między włościanami.

Ze wszech miar ciekawy jest ogłoszony przez Estrazulasa (*Epidemie Cholera in South America. Americ. Journ of med. Sc. July*) przegląd historyi powstania cholery w stanach La Plata 1866—1868 roku. Przed rokiem 1866 nie znano w tych krajach cholery wcale i nie było żadnego stwierdzić się dającego przyniesienia tój choroby przez okręta lądujące w Montevideo lub Buenos Ayres, któreby mogło objaśnić nagłe jej zjawienie się w tym roku, wśród wojsk sprzymierzonych Brazylii i argentyńskiej Rzpłitej, stojących w polu przeciw Paraguayskiej armii. Sprzymierzone wojska w sile 80--100 tysięcy stały na wązkim pasie bagnistej ziemi na Estero Bellaco u wpływu rzeki Paraguay do Parany przez cały rok osaczone przez nieprzyjaciela. Te nieszczęśliwe warunki gruntowe połączyły się z ogromnie silnymi deszczami i najsmutniejszym stanem higienicznym armii (zwłaszcza brazylijskiej złożonej z uwolnionych niewolników), nieczystością, złą żywnością i t. d. Najprzód cholera wybuchła wśród wojsk paraguayskich (zostających w tych samych opłakanych warunkach, a w krótko i w armii brazylijskiej po zetknięciu się z nią w bitwach i utarczkach i szybko rozszerzyła się wśród sprzymierzonych, skąd jesienią przez okręta dostała się do Corrientes, wstrzymana przez kwarantanny od Montevideo i Buenos Ayres; zima przygłuszyła ją zupełnie. W następnym (1867) w lecie wybuchła znów w armii i w Corrientes i przeszła aż do Buenos Ayres; na zimę uciechła na całej przestrzeni, oprócz placu bojów, na którym i podczas zimy liczne były wypadki; w lecie 1868 wybuchła znów w tych sa-

nych miejscowościach i dosięgła tym razem i Montevideo. W końcu roku 1868 rozwinęła się natomiast w kilku miejscowościach w głębi argentyńskiej Rzplitej położonych, przeszła po zachodniem wybrzeżu Ameryki południowej do Boliwii i Peru, gdzie rozszerzyła się aż do podzwrotnikowych okolic tego kraju. Autor wnosi, że cholera powstała tu pierwotnie w takich samych warunkach, w jakich powstaje zwykle w Indyach, gdyż nie można przyjąć żadnego przyniesienia, bo w czasie, kiedy wybuchła choroba w Paragwaju, kraj ten w skutek ścisłej blokady był oddzielony od całego świata; do Brazylijskiej armii również nie przyszła z kraju, bo podczas wybuchu choroby na płaszczynie Estero-Bellaco, porty brazylijskie zupełnie od cholery były wolne, jak również nie można przypuszczać przyniesienia do stanów La Plata, bo w takim razie winna była choroba pojawić się najprzód w miastach portowych Montevideo i Buenos Ayres.

Niemniej godne uwagi są natomiast badania Smarta (*On cholera in insular positions. Lancet March*) nad szerzeniem się cholery na wyspach. Nie mogąc przytaczać wszystkich szczegółów, ograniczymy się na podaniu ostatecznych wyników tego badania. Autor stanowczo zaprzecza powstaniu gdziekolwiek cholery pierwotnie po za granicami jej ojczyzny, twierdząc, że zawsze dałyby się wykazać niedokładności w obserwacjach, które tego rodzaju powstanie choroby opisują. Dla tego też kwarantanny, o ile się dają zastosować (a naturalnie na małych wyspach łatwiej to uskutecznić jak na wielkich), dają największą pewność przeciw wybuchowi choroby w mowie będącej.

Co się tycze bezpośredniej zaraźliwości cholery (w zwyczajném słowa znaczeniu) bronionej przez Murrya na podstawie rozległych badań w Indyach, twierdzi Cunnigham pierwszy urzędnik zdrowia rządu angielskiego w Indyach, że podczas epidemii 1872 r. w północnych okręgach stwierdzić jej nie mógł, również jak i szerzenia się za pośrednictwem wody do picia.

Obszerne prace Lewisa i Cunnighama, złożone w kilku oddzielnych sprawozdaniach, mają za przedmiot 1^o Jaki wpływ wywiera grunt w Indyach południowych na zjawianie się cholery i o ile się tu sprawdza „teorya gruntowa“ Pettenkoffera. W tym względzie badania nie dały stanowczego rezultatu; warunki gruntowe nie są bez wpływu, ale jakiego ten wpływ jest rodzaju, dotąd oznaczyć nie można, a tém mniej opierać na nim całą genezę cholery; 2^o Badania drobnowidzowe i fizyologiczne zmian wywołanych w ustroju działaniem jadu chole-

rycznego. Krew okazała się zupełnie wolną od bakteryj wibryonów i w ogóle od tego rodzaju organizmów, któreby jakkolwiek mogły być uważane za zarazek choleryczny. Ciecze zawierające monady, bakterye i wibryony dodawane do krwi zdrowych, chorych na cholere, lub trupów osób na nią zmarłych po 2—3 dniach okazywały utratę życia i zdolności mnożenia się tych najniższych ustrojów. Toż samo okazały próby z wstrzykiwaniami tych cieczy w żyły psów, że zarodki bakteryków, zarodniki grzybków i t. d. bardzo szybko zamierały. Wstrzykiwania do żył lub do jamy otrzewnej świeżych odchodów cholerycznych (raz jeden zupełnie świeżych, wreszcie 2—4 dni po wypróżnieniu), zawierających massy bakteryj, dały rezultat taki: około 43% zwierząt zdołało bez objawów cholery i drobnowidzowe badanie dowodziło raczej gnilezowego zakażenia, a nie cholery. 3^o Zachowanie drobnowidzowe odchodów cholerycznych i badanie drobnowidzowe wody do picia w Madrasie. Wypadek ze 100 badań był następujący: a) Nabłonek w wyraźnie odróżnić się dającej postaci bardzo się rzadko spotykał b) nieco częściej spotykano czerwone krążki krwi, c) bardzo często monady i ameby (w 66 wypadkach) rozwijające się, jak się zdaje, bardzo łatwo w cieczy odchodów cholerycznych, ale bynajmniej dla nich niespecyficzne, d) w mniejszej lub większej ilości bakterye i wibryony (między nimi *Micrococcus* Halliera i *Leptothrix*) niczem nie różniące się od znajdujących w innych cieczach gnijących grzybków i innych najniższych ustrojów. e) Zarodniki grzybków tylko w 3 razach były obficie spotykane i są wyjątkowem, a zarazem i przypadkowem zjawiskiem. Sprawdzając badania z odchodami ludzi nie uległych cholero wykazały w nich, odnośnie tych niższych ustrojów, też same rezultaty, jak odchody cholerycznych. Z podobnych badań ze wstrzykiwaniem świeżych odchodów cholerycznych do żył zwierząt (psów, królików i świnek morskich), jak również wprowadzania tychże odchodów wprost przez przewód pokarmowy (pysk) lub przez wdychanie powietrza zakażonego temi cząstkami Höggyes (*Kurze Mittheilung über die Wirkung der frischen Choleraentleerungen auf Thiere. Centrblatt f. med. Wiss.*) do takich doszedł wniosków: 1) Świeżo odchody choleryczne działają szkodliwie na zwierzęta. 2) Głównem zjawiskiem po wprowadzeniu jakakolwiek drogą odchodów do ustroju zwierzęcia jest słabsza lub silniejsza zmiana zapalna w żołądku i kiszka. 3) Sztucznie wywołany nieżyt przewodu pokarmowego czyni zwierzę wrażliwszem na działanie szkodliwości. 4) Oswobodzone od morfotycznych

cząstek odchody choleryczne, mogą swemi chemicznemi składnikami wywołać téż same skutki patologiczne, jak z morfotycznemi cząstkami.

Na podstawie świadectw z lekarskiej literatury i z badań na gruncie poczerpniętych w 12 małych miasteczkach szlązkich cieszących się zupełnem bezpieczeństwem od cholery, Förster (*Die Verbreitung der Cholera durch Brunnen, Breslau*) rozstrzyga zagadnienie co do szerzenia się cholery. Niech słowa autora zastąpią szersze sprawozdanie. „Zarazek choleryczny, powiada autor, dojrzewa w dołach kloacznycych, do których dostają się odchody chorych, albo w otaczającym te doły gruncie, rozmnaża się, być może tamże, przez warstwy ziemiwnika do naszych studzien i przez wodę z nich dostaje się do ludzkiego ustroju. Jestto najczęstsza, chociaż nie jedyna, droga dla szerzenia się cholery, a zapewne jedyna dla powstawania rozleglejszych epidemij. Dowodzi tego ta okoliczność, że miejscowości nie czerpiące ze studzien wody na swą potrzebę (a wszystkie nasze studnie zostają pod wpływem kloak), lecz inną drogą, wykluczającą zakażenie używanój wody, zupełnie są wolne od cholery.“

Ważnemi dla rozpoznania cholery i odróżnienia jój od innych (niecholerycznych) biegunek w czasie epidemii się zdarzających, są wskazówki Hermanna potwierdzone przez Mühlhausera, wedle których tylko przy istotnej cholercie mocz chorych zawiera znaczne ilości białka.

Badania krwi cholerycznych wykazały Kelschowi znaczne pomnożenia białych i czerwonych ciałek krwi. Hayem potwierdza to spostrzeżenie tylko co do nadzwyczajnego pomnożenia ciałek białych.

Podług badań Friedländera (*Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38*) czas trwania inkubacji cholery wynosi od $\frac{3}{4}$ — $3\frac{1}{2}$ dnia, naturalnie zależnie od jakości i ilości przyjętego zarazka. Z różnych środków podawanych tak dla zapobieżenia cholercy, jako też jój leczenia cytujemy limonadę z kwasu siarczanego jako środek zapobiegawczy (Mac Cormac i Pepper), kwas siarkowy jako dezinfekcyjny środek i przeciwigulny (Parker), inhalacje tlenowe (Klein), chlornik glinu (Blanc i Paulier), kwas karbolowy z amonią, jako środek zapobiegawczy i leczniczy (Declat), azotan srebra (Barry), hydroterapia (Bloch i Hoddick), morfina podskórnie (Groussain i Darin), wstrzykiwanie mleka do żył 200—450 gramm na jedno wstrzyknięcie; uleczone trzy wypadki (Hodder)

przelanie krwi (udało się raz, Stadthagen), wstrzykiwanie roztworu soli kuchennój do żył (trzy razy ze śmiertelném zejściem, Dujardin-Beaumez).

IV. Gorączka żółta

O epidemii téj choroby panującej 1870 w Barcelonie Ullersperger podaje wiadomość poczerpniętą z urzędowego sprawozdania (*Memoria historico-científica sobre la epidemia de fiebre amarilla sufrida, Barcelona w 1870. Barcelona 1872*, wyciąg Ullerspergera *Deutsche Klinik* N. 39, 40, 41). Obraz epidemii zwyczajny, jak poprzednio na pirenejskim półwyspie panujących: przyniesienie choroby z Indyj zachodnich, nędzne utrzymanie kwarantanny, po rozprzestrzenieniu długo usilnie przemileczanej choroby, ogólna bezmyślność, popłoch i ucieczka, mordercze panowanie epidemii wśród sprzyjających najsmutniejszych warunków higienicznych, ustanie jéj za nadejściem chłodnej pogody. Wypadków śmierci 1270 wśród 15,000 ludności, z której 11,000 uciekło. Charakter choroby i zmiany postmiertne zwyczajne (dawniejszą wzmiankę o téj epidemii cf. Przegląd za 1870 r. Zesz. III).

Ciekawe doniesienie o epidemii żółtej gorączki na pokładzie hiszpańskiego okrętu Numancia w porcie New-Yorkskim znajdujemy u Vanderpoola (*The history of yellow fever on the spanish war ship Numancia New-York med. Record. 1872.*) Dopóki okręt krążył około wybrzeży południowo-amerykańskich, nie było na nim żadnego wypadku téj choroby, po krótkim pobyciu przy wybrzeżach wyspy Kuba, wybuchła na nim gorączka żółta i od tego czasu corocznie zjawiały się wypadki téj choroby, jak skoro tylko następowały warunki powietrzno, rozwojowi jéj sprzyjające. W sierpniu 1872 okręt z załogą 500 ludzi stanął na kotwicy w porcie w New-Yorku. Większa część załogi była świeżo zaciężna w Havannie i to z ludności, która już raz żółtą gorączkę przechodziła. Przy odpłynięciu z Havanny wszyscy byli zdrowi. We 2 — 3 dni pierwszy wypadek choroby. Znow na tym okręcie sprawdzilo się często robione ostrzeżenie, że raz zarażony żółtą gorączką okręt, zostaje nim na czas bardzo długi i skoro tylko wplynie w klimatyczne stosunki rozwojowi tego jadu sprzyjające, tyle razy choroba na nowo na nim wybucha. Jako najlepszy, a nawet jedyny, środek usunięcia zarazy radzi autor, aby okręt zakażony przez czas dłuższy krążył po wodach stref średnich szerokości geograficznych. Według Waud choroba jest

nie zaraźliwa (t. j. nie przechodzi z osoby na osobę) natomiast przez przedmioty, których zarazek się czepia, okręty, ich ładunek i t. d. przenoszalna.

Tegoż samego zdania co do sposobów szerzenia się gorączki żółtej broni Sternberg (*Inquiry into the nature of yellow fever poison with account of the disease as it occurred at Governor's Island, New-York Harbour. Amer. Journ. of med. Sc.*) na zasadzie spostrzeżeń w epidemii tej choroby panującej w 1870 w Governor's Island w porcie New-Yorku. Wszystko, powiada autor, skłania do przekonania że warunki powstawania tej choroby polegają na działaniu specyficznej przyczyny, mianowicie organicznego zarodka, przenoszalnego i mnożącego się wszędzie tam, gdzie znajduje stosunki jego życia sprzyjające, przedewszystkiem wyższą ciepłotę, gdyż przy mrozie przestaje działać. Według jego zdania zarodek żółtej gorączki nie powstaje pierwotnie w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, dla tego głównym zadaniem higieny publicznej dla zapobieżenia rozwinięciu tamże tej choroby jest: 1^o Strzeżenie przyniesienia zarazka; 2^o Możliwe zniszczenie go w razie ukazania się; i 3^o Usunięcie z miejsca tych wszystkich mieszkańców, którzy jeszcze choroby nie przebywali.

W południowych i zachodnich Stanach Ameryki północnej znówu w 1873 gorączka żółta ogromnie się rozprzestrzeniła i zajęła (nie jak zwykle same wybrzeża) wzdłuż dróg komunikacyjnych wodnych i lądowych wnętrze kraju jako to: Shreveport Memphis, Marshall, Calvert, Montgomery, Pollard i Bainbridge. W Nowym Orleansie, jak donosi Jones (*Notes on the yellow fever of 1873 in New Orleans. Bost. Med. and surg Journ.*), wybuchła w Lipcu i wygasła w Listopadzie. Autor jest przekonany o jej miejscowym (pierwotnym) powstaniu w Nowym Orleansie.

Zdoniesień Heinemanna (*Bericht ueber die in Vera Cruz vâhrend der letzten Jahre beobachteten Krankheiten, Virchows Arch. Bd. 58*) o epidemii na wschodnim wybrzeżu Meksyku następujące podajemy szczegóły: Endemicznie choroba panuje tylko w Vera Cruz; w innych miejscowościach jak Matamoras, Tampico, Nautla, Tuxpam, Campeche, Alvarado, zdarza się tylko w pewnych warunkach. Warunkami zjawiania się jej są: 1^o Wpływ narodowości, przyczem ta okoliczność (dotąd nie zauważona) się okazuje, że Meksykanie ze środka kraju częściej i ciężiej chorują, jak Europejczycy; 2^o Wpływ aklimatyzacyi, który tylko w ten sposób się utrzymuje, że dana osoba raz chorobę tę przejdzie; 3^o Wpływ pory roku, gdyż zwykle choro-

ba panuje od kwietnia do września (autor widział tylko jedną epidemię zimową 1867/68); 4^o Wpływ ściśnienia ludności (na zaludnionych punktach rozwija się silniój); 5^o Wpływ zaziębienia, działania skwaru słonecznego, cielesne i umysłowe utrudzenie i wysiłek, wybryki w jedzeniu i piciu (jako momenta usposabiające do łatwiejszego przyjęcia zarazy). Co do zaraźliwości (w dosłowném znaczeniu) téj choroby zdania lekarzy miejscowych są podzielone, co do przenośności przez przedmioty, jak transporta towarów i t. d. wszyscy się zgadzają. Z chorobami zimniczymi żółta gorączka nie ma nic wspólnego. Symptomatologicznie odróżnia autor trzy formy przebiegu choroby: 1^o Wypadki, w których zwolnienie 3-go dnia jest zupełne i przechodzi w wyzdrowienie, gdzie zatem brak 3-go okresu (Collaps); 2^o Gdzie zwolnienie jest niezupełne, choroba trwa kilka dni i przechodzi, albo w wyzdrowienie, albo w okres 3-ci (prawie zawsze śmierć); i 3^o Wypadki przebiegające piorunująco, gdzie wcale o zwolnieniu nie ma mowy. Do charakterystycznych objawów należą: brak okresu zwiastunego, ciepłota ciała wznaga się odrazu szybko, dosięgając często (w dole pachowym) 41—42, 5^o; tętno zrazu pełne, twarde, częste (do 130 uderzeń na minutę) w zwolnieniu spada niekiedy aż do 40. Rozpoznanie nie przedstawia trudności; możliwém jest z początku zmieszanie z zimnicą, lecz godnym uwagi dla żółtej gorączki jest brak dreszczu w napadzie, i zacierwienie nie oczu ze światło wstrętem, objaw stały dla żółtej gorączki, nigdy nie obserwowany w zimnicy.

Wucherer (*Einige Bemerkungen über das Gelbfieber und seine Verbreitungsweise. Arch. f. klin. Med.*), a także Pym twierdza, że ojczyzną żółtej gorączki nie jest wybrzeże meksykańskie i Antylskie wyspy, lecz zachodnie wybrzeże Afryki. Że choroba panuje głównie na wybrzeżach i w większych zaludnionych miejscach, tłómaczy W. tém, że choroba do swego działania wymaga pewnej koncentracji. Zabezpieczenie od téj choroby rassy murzyńskiej nie jest bezwzględne. Autor nie wątpi ani na chwilę o przenoszalności choroby przez przedmioty, jednakże nie może téż stanowczo zaprzeczyć szerzeniu się przez osobiste przeniesienie (zarażenie). Natomiast Pettenkofer (*Ueber Verschleppung und Nichtcontagiosität des Gelbfiebers Vierteljahresschr. für öffentl. Gesundheitspflege*) zaprzecza zupełnie zaraźliwości, (w dosłowném znaczeniu), choroba szerzy się przez zakażone przedmioty; epidemiczne panowanie jój, podobnie jak cholery, zależy nietylko od osobistego usposobienia, ale i od pewnych miejscowych i czasowych t. j. gruntowych i powietrznych warunków.

Z pomiarów ciepłoty przy żółtej gorączce dokonywanych przez Jonesa (*Temperature in yellow fever. Boston. med. and surgical Journal. August*), okazuje się, że najwyższe stopnie od 102—110° F (38,8° — 43° C.) spotykają się w pierwszych 3 dniach, od 3—5-go dnia spada ciepłota do normy lub nawet poniżej. Stopnie ciepłoty nad 105° F w początku choroby oznaczają wielkie niebezpieczeństwo, od 107—110° bliska śmierć. Tętno zrazu pełne i częste nie zostaje jednak w stosunku do wysokości ciepłoty.

Ten sam badacz (*The result of two post mortem examinations performed side by side, the one illustrating the pathological anatomy of yellow fever, the other of malarial fever Ibid.*) z dwóch oględzin pośmiertnych, jednych u zmarłego na zimnicę złośliwą, drugich u zmarłego na żółtą gorączkę, wykazuje, że cechą charakterystyczną dla żółtej gorączki jest przedko występujące gnicie, obrzydliwa woń trupa, ilość włókniaka we krwi zmniejszona, błona śluzowa żołądka mocno czerwona, zmięczona, ponadżerana, z odczynem alkalicznym, śledziona normalna, wątroba i nerki żółto zabarwione (natomiast przy zimnicy wątroba ciemno zabarwiona, nerki normalne, śledziona powiększona, zmięczona, jej miazga bogata w czerwone krążki krwi i w barwikowe massy).

V. Zapalenie osłon mózgodzeniowych epidemiczne.

Z doniesień Smitha (*Cerebrospinal fever, with facts and statistics of the recent epidemic in New-York City. Amer. Journ. of med. Sc.*) o epidemii zapalenia osłon mózgodzeniowych w New-Yorku w 1872 wyjmujemy co następuje: przyczyny choroby nie należy szukać ani w warunkach gruntowych, ani w sposobie żywienia się, natomiast stanowczo rozstrzygającymi dla genezy choroby były społeczno higieniczne stosunki; w tych częściach miasta, w których te momenta były pomyślne, mało było wypadków choroby. Nic nie przemawia za zaraźliwym szerzeniem się cierpienia. Bardzo ważną rolę odegrały zmęczenie cielesne lub umysłowe, długo trwające wstrzymywanie się od jedzenia, z szybko potem następującem przeladowaniem żołądka zwłaszcza ciężko strawnymi potrawami. Z 905 wypadków choroby było 434 mężczyzn, 421 kobiet, 125 chorych w wieku poniżej roku, 336 w wieku od 1—5 lat, 204 od 5—10, 106 od 10—15, 54 od 15—20, 79 od 20—30 i 71 nad 30 lat. Zaraz z początku choroby (przeciwnie jak przy tyfusach) ciepłota podnosiła się do najwyższych stopni (raz aż do 107, 4° F.)—wybuch bez

zwiastunów, zwykle z wstępnym dreszczem. Nie rzadkie były maziaczenia, niekiedy z charakterem intoksykacyjnym; prawie zawsze nadczułość skóry (jako znak niemal patognomoniczny); również kurcze mięśniowe w karku, niekiedy i w grzbiecie (*opisthotonus*) i mięśniach brzucha i kończyn dolnych; nadspodziewanie rzadko objawy porażenia. Tętno zawsze przyspieszone (raz pierwszego dnia choroby do 204 uderzeń na minutę). Na skórze niekiedy podbiegnięcia krwawe, częściej wyprysk. Częsty bardzo zez, zapalne stany łącznicy oka, a nawet zapalenia wnętrza oka ze zupełnym zniszczeniem. W uchu *otitis interna* z ropotokiem. Według Smitha epidemiczne zapalenie osłon mózgodzeniowych jest chorobą *sui generis*, nie ma nic wspólnego z chorobami tyfusowemi. Rokowanie najgorsze u chorych do 5-go roku lub po 30-tym. Leczenie przeciwpalne, miejscowe krwiupusty, zimno, bromek potasu i przyszczydła.

Hutchinson (*Cases of cerebro spinal meningitis Philad. med Times. June*). Gani używaną w Ameryce nazwę tej choroby „*Spotted fever*,” ponieważ plamista wysypka wcale do stałych zjawisk przy epidemicznym zapaleniu osłon nie należy. Jako dowód, że jest to choroba konstytucjonalna, przytacza, że oprócz zmian w ośrodkach układu nerwowego spotykają się przy niej zmiany w narządziach wewnętrznych, mianowicie w śledzionie i wątrobie. W leczeniu choroby Weller na zasadzie spostrzeżeń z epidemii w Crawford w zimie 1872/73 (*Philad. med. and surg. Reporter. Decbr*), w której głównie ucierpiali dzieci od 4—5 lat, otzynował najlepsze rezultaty z metody wyczekującej, przy wielkim niepokoju makowiec, chlorał, bromek potasu, przejście zawczasu do posilnego pokarmu i spirytuożów przy początkach sił upadku. Wszakże śmiertelność wyniosła 75% chorych.

Laveran (*De la nature de la méningite cérébrospinale épidémique. Gaz. hebdom. de Méd.*) wygłasza zdanie, że choroba ta jest tylko anomalną postacią płonicy. Chaufford usiłuje zbijać ten dość dziwny pogląd.

VI. Nieżyt letni.—Gorączka sianokosowa.

Na podstawie 51 w ciągu lat 8 obserwowanych wypadków gorączki sianokosowej Decaisne (*De l'asthme d'été, ou fièvre de foën. Comptes rendu 77*) twierdzi co do przyczyn i istoty choroby, że 1° Niema powodu odnosić jej do wpływu wyziewów samych w ogó-

le, gdyż ten wpływ jest, co najwyżej, wtórnym. 2° Napad przyjąć może w każdej porze roku, tak pod działaniem niskiej, jako też wysokiej ciepłoty, szczególnie u cierpiących na rozedmę płucną; 3° Choroba nie koniecznie wraca co rok, i owszem niekiedy chorzy przez lat kilka wolni są od napadu; 4° Duszność jest tu tylko następstwem silnego podrażnienia błony śluzowej nosa i gardzieli; 5° Choroba jest tylko przez pewne zewnętrzne lub wewnętrzne wpływy zmnicionym nieżytem ostrym, zaczem 6° winna być jako *entité morbide* wykreśloną z nosologii.

Natomiast Wyman (*Autumnal catarrh-Hayfever. Cambridge. with 3 maps*) rozróżnia kilka postaci tej zagadkowej choroby; postaci te objawowo do siebie podobne, mają być jednak, zdaniem autora, genetycznie zupełnie różne. I tak bada naprzd znaną w Stanach północnych Ameryki północnej formę pod nazwą „*Summer cold*“ albo „*rose cold*“ panującą tu w Maju i Czerwcu, dalej przez Anglików właściwie gorączką sianokosową (*Hayfever*) zwany nieżytem letni i na koniec panujący w północnej Ameryce nieżytem jesiennym (w Sierpniu i Wrześniu). Objawami tego ostatniego cierpienia są: silne podrażnienia łącznicy oka i błony śluzowej nosa i gardzieli, kaszel spazmatyczny, niekiedy swędzenie lub nawet wysypki na skórze. Leczenie chininą do wewnątrz. Natura i właściwe przyczyny choroby nieznane.

Blackley (*Experimental researches on the causes and nature of catarrhus aestivus. London*) robił liczne doświadczenia nad działaniem tych wszystkich wpływów, które różni badacze o wywoływanie gorączki sianokosowej obwiniają (pierwiastki wonne, jak kumaryna i kwas benzoesowy, grzybki na sianie żyjące, kurz z prochów sieniowych, wdechanie ozonu) i doszedł do wniosku, że głównie działa tu pyłek kwiatowy pewnych traw a szczególnie też pyłek żyta kwitnącego, drażnieniem swoim na błonach śluzowych wywołując objawy nieżytku letniego; ilość pyłku wystarczająca do lekkiego zabarwienia końca palca wprowadzona do nosa, wywoływała u autora samego objawy tej choroby, jego wdechanie przez usta powodowało znane dusznicowe napady. Naturalnie, powiada autor, i ta szkodliwość, sama przez się, przyczyny choroby nie stanowi, potrzeba jeszcze pewnego osobistego do niej usposobienia.

VII. Dengue.

W literaturze tegorocznej tej choroby dotyczącej, znajdujemy kilka opisów jej epidemicznego rozprzestrzenienia prawie na całe okolicie podzwrotnikowe Indyj, Arabii i wschodniego wybrzeża Afryki.

W grudniu 1871 miała być przyniesioną wspólnie z Adenu do Bombay i Kalkuty; z Bombayu poszła ku północy po kierunku kolei żelaznej, przeszła północno zachodnie prowincye, stany Radschaputanu, Kaszmir i Pendżab; z Kalkuty przez Assam i Bhotan przeszła do Tybetu, potem do Burmah po wybrzeżu, nie oszczędziwszy żadnego wielkiego miasta; z wybrzeża malabarskiego również przez Visigapatam doszła do Madras, Pondiehery i dosięgła wkońcu Mysore, tak, że cały półwysep opanowała od Tutikorynu, aż do stoków Himalajskich. Liczbę chorych oznaczają na miliony. Wybuch jęj niekiedy nader nagły. Z a r a ż l i w o ś ć jęj nie ulega wątpliwości. W leczeniu zaletone są kąpiele chłodne. (*Union médicale N. 104 De la dengue fever et de l'épidémie qui regne actuellement dans l'Inde*).

Scheriff (*History of the Dengue epidemic in Madras. Med. Times and Gaz.*) opisując epidemię tęj choroby w Madras, sądzi również, że została przyniesioną z Arabii. Co do symptomalogii wyjmujemy co następuje: W pierwszej połowie epidemii wybuch był zwykle nagły, później ze zwiastunami w postaci bólu krzyża i kończyn. Prawie zawsze początkowi choroby towarzyszyła gorączka, trwająca rzadko kiedy dłużej jak trzy dni. Najstałym, niemal patognomicznym objawem były bóle w stawach lub w cięższych wypadkach bóle kostne i mięśniowe. Bardzo często wysypka w postaci odry, płonicy, pokrzywki, liszaju lub tylko prostęj różycy, trwająca 3 — 5 dni i kończąca się otrębiastem złuszczeniem naskórka. U dzieci bardzo często drgawki. najeczęściej kloniczne. Do rzadszych powikłań należały: zapalenie osierdzia, biegunka lub dysenterya. Po przejściu choroby bardzo uciążliwe i długo pozostające (do kilku miesięcy) bolesność, sztywność i obrzmienie stawów. Częste bardzo były powroty choroby, nie tylko jako recydywy, ale i jako relapsy. Długość czasu wylęgania (*incubatio*) od 4 — 5 dni; specyficznosc i zaraźliwosc choroby niewątpliwa. Rokowanie w ogóle bardzo pomyślne, śmierć z tęg choroby (oprócz dzieci) należy do wyjątkowych wypadków. Zupełnie zgodne z powyższym opisem poglądy znajdujemy u Vauvraya w historii epidemii 1871 w Port-Said (*Arch. de méd. navale Septbr.*) i u Cotholendy w sprawozdaniu z epidemii na wyspie Réunion (tamże). Tylko de Wilde (*Nederl. Tijdschr. Voor Geneeskunde Nr. 28*) na zasadzie spostrzeżeń w epidemii na wyspie Jawie nie potwierdza zaraźliwosci tęg choroby. Ciekawą jest w jego doniesieniu wiadomość, że choroba ta w Batawii panowała już kiedyś w 1779 roku.

VIII Influenza.

Dość rozległa epidemia téj choroby panowała w początku 1873 w znacznej części Ameryki północnej jak o tém donoszą liczne sprawozdania z różnych stanów państwa. (*Communications on the epidemic Influenza in the Middle Atlantic and Mississippivalley states. Philad med. and surg. Reporter April 5*). Wystąpiła ona bezpośrednio po głośniejszej w literaturze lekarskiej epizooocy panującej między końmi. Większa część badaczy jest tego przekonania, że między tą epidemią gryppy, a poprzedzającą ją influencją końską zachodzi genetyczny, przyczynowy związek, a nawet w jednym raporcie z Pensylwanii powiedziano wyraźnie, że pierwsze w miejscowości *Shenadoah* wypadki dotknęły osób, które miały do czynienia z choremi końmi.

Dietrichson W. (*En i det Troughjemske epidemisk utbredt Feber. Norsk Magaz f. Laegevid.*) opisując epidemię téj choroby w Okręgu Drontheim, przebiegającą ze zwykłymi objawami, szuka jęj przyczyn w zanieczyszczonej wodzie do picia, zwłaszcza czerpanej ze strumyków, nad brzegami których znaleziono mnóstwo zdechłych i zginiętych lemingów (*Lemmus, Myodes*) i szczurów wędrownych. Że i w innych okolicach przypisywano zjawieniu się massalnemu tych zwierząt w Norwegii, pojawienie się podobnej epidemicznej choroby, dowodem tego nazwa „choroby lemingowej“ (*Lemönsyge*) téj chorobie dawana. Kaurin (*Catarrhus epidemicus i Grongs Laegedistrikt Hösten. Ibid*) natomiast opisując gryppę panującą w gminach Grong i Snasen (Drontheimskiego okręgu), zupełnie téj przyczynie wpływu zaprzecza. Lemingi, podług niego, żadnego związku z pojawieniem się influenzy nie mają. Odróżnia on trzy formy gryppy: zwykłą, nieżytową, brzuszna i mózgową z objawami nerwowymi bez zajęcia błon śluzowych. Tak on, jak i Dietrichson nie mogli wykazać zarażenia bezpośredniego. Choroba, mimo groźnych często objawów, kończyła się pomyślnie, tylko z długą rekonwalescencją, znamionowaną znacznem ogólnem osłabieniem.

IX Zakażenia jadem zwierzęcym.

Znowu w tegorocznej literaturze o zakażeniach jadem zwierzęcym, zaznaczyli swe nazwiska nowemi pracami znani badacze Fayerer, Halford i Richards. Pierwszy w jednej pracy (*Experi-*

ments on the poison of the rattle snake Med. Times and Gazette) ogłasza anatomiczne badania nad przyrządem jadowym *Crotalus Durissus* (grzechotnik północnoamerykański) zupełnie podobnym do *C. Daboia*. Ukąszenia tego węża działały w taki sam sposób, tylko silniej jak ukąszenia *Daboia*. W drugim artykule (*Snake poisoning in India Med. Times and Gaz. Splbr.*) podaje szereg doświadczeń nad zastosowaniem sztucznego oddychania przy ukąszeniach węża. Wszystkie wypadki (próby na 12-u psach ukąszonych przez *Cobra*) zakończyły się śmiercią zwierząt badanych, wszakże przebieg cierpienia był znacznie dłuższym, tak więc przy zastosowaniu tego środka w pomysłnych warunkach u człowieka byłby czas na wydalenie jadu z ustroju i utrzymanie życia. Halford ogłasza nowe pomyslane rezultaty leczenia ukąszeń węzów za pomocą swej metody wstrzykiwania ammonii do żył; kładzie on nacisk na to, że należy środek ten nie wprost podskórnie wprowadzać, ale bezpośrednio do jednej z powierzchownie leżących żył, oświadczając przytém, że uważa to leczenie nie za przeciwjadowe, a za podbudzające serce do szybszego wyrównania zaburzeń krążenia. W innej pracy (*Snake poisoning and its treatment Med. Times and Gaz July*) opisuje najczęściej w Australii spotykane węże i porównywa ich jad z jadem *Cobra di Cappella*. Ważniejsze gatunki australskie są: *Diemania superciliaris*, *Pseudechys porphyriaceus*, *Hyplocephalus superbis* i najgroźniejszy *Hyplocephalus curtus*, którego ukąszenie jest równie niebezpieczne jak zranie przez *Cobra*. Różnicą ważną objawów przy ukąszeniach dwóch tych węzów jest to, że przy *Cobra* powstają owe wynaczynienia krwiste około rany, czego nigdy nie widział przy zranieniach przez *H. curtus*.

Richards twierdzi, że metodą Halforda otrzymane rezultaty polegają zapewne w znacznej liczbie na złudzeniu, że wiele z uleczonej wyzdrowiałoby i bez tego środka, że zresztą może różnica zauważona i przez niego w objawach ukąszeń węzów indyjskich (zwłaszcza *Cobra*) i australskich, wpływała na pomyslane w Australii otrzymane rezultaty. W dalszym ciągu prac swoich (*Experiments with snake poison. Ind. Annual. of Med. Sc.*) podaje próby z leczeniem rozmaitemi środkami, strychniną i jakimś środkiem sekretynym przesłanym przez rząd indyjski; oba zostały prawie bez skutku. Wedle niego jad *Cobra* działa daleko silniej i szybciej jak jad *Daboia*, ciekawą przy ich działaniu jest ta okoliczność, że w zwierzętach ukąszonych przez *Daboia*, krew jest zawsze płynna i nieskrzepliwa, gdy przeciwnie przy ukąszeniach przez *Cobra* nie traci swój krzepliwości. W wy-

padku Whitea (*A case of cobra poisoning etc. Med. Times and gaz. Octbr.*) sposób leczenia podany przez Shorta t. j. podwiązanie członka ranionego po nad raną, nacięcia i *Liquor potassae* wewnątrz i zewnątrz okazał się bezskutecznym. Ukąszony 14-to letni chłopiec umarł w 1½ godziny.

Odell (*Death from sting of a wasp. Lancet*) opisuje wypadek śmierci po ukłóciu przez osę; 24 letniego robotnika osa przy jedzeniu ukłóła w język. Wkrótce obrzmienie silne języka z silnym bólem; nagle występuje kurcz głośni i mimo tracheotomii wykonanej z powodu objawów groźnego zaduszenia, chory umiera w ½ godziny. Sekcyja wykrywa tak silny obrzęk głośni, że cała szpara głosowa zupełnie była zamknięta.

PSYCHIATRYA. *)

Sprawozdawca Dr. Taczanowski.

Przystępując do sprawozdania z postępu Psychiatrii za rok 1872. czujemy się w obowiązku, zwrócić uwagę na zasady, jakimi się w pracy naszej kierować zamierzamy. Przegląd mając przeważnie na względzie potrzeby praktycznego lekarza, pominąć musi wiele z przedmiotów ważnych dla specjalisty. Szczupła bowiem ich, w kraju naszym liczba, nie upoważnia do obszernego traktowania przedmiotu mniej interesującego dla większości czytelników, tém więcej, że kolledzy zajmujący się chorobami umysłowymi, czerpią potrzebne dla siebie wiadomości, wprost z czasopism zagranicznych. Z tego też powodu, uwzględnimy głównie w naszym sprawozdaniu patologię i terapię pierwotnych form chorób umysłowych, albowiem z nimi lekarzowi praktycznemu często spotkać się przychodzi, oraz kazuistykę z psychiatrii sądowej, pomijając lub dotykając z lekka obszernych sprawozdań kierowników zakładami specjalnymi oraz trudnych i zawiłych kwestyj, odnoszących się do spórnych pytań tak pod względem ugrupowania form chorobnych, jakoteż i drobniejszych zmian w ośrodkach nerwowych.

1) T u k e Dan. H. Illustrations of the influence of the mind upon the body in health and disease, with especial reference to the imagination I. of Ment. Sci. April

*) Sprawozdanie z postępu Psychiatrii podajemy wspólnie za dwa lata (1872—1873).

- p. 7. 178.—2) Mandsley H. An Adress on medical psychology I. of Ment. Science Oct. p. 397.—3) Smith C. On mental Capacity in Relation to Insanity. Crime etc. London.—4) v. Krafft Ebing Rede zur Eröffnung der psychiatrischen klinik in Strassburg am 17 Mai 1872 Allgemein. Zeitschrift f. Psychiatrie p. 378.—5) Sheppard Edg. On some of the modern teachings of insanity I. of Ment. Sc. Januar p. 499.—6) v. Krafft Ebing Ueber Verbrechen und Wahnsinn Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie p. 359. — 7) Despine Etude sur l'état psychique des criminels Ann. Med. psych. VIII p. 321.—8) Grasquet The madmen of the Greek theatre I. of Ment. Sc. July p. 174.—9) Crichton Browne I. Clinical lectures on mental and cerebral diseases III Simpell melancholia Brit. Med. Jour. Oct. — 10) Sheppard Edg. lectures on insanity Med. Times and Gaz. 28 Sept. 12 Oct. 2 Nov. 10 Nov. 7 Dec.—11) Clave Shaw. T. Introductory lecture on mental diseases delivered at St. Bartholomeos Hosp. Lauc. Deb. 28.—12) Fischer T. Sc. Plain Talk about insanity etc Boston Alex. Mrova 1872.—13) Sali Tomassi Cetera 2 sulle psicopatie in generale II Morgagni Scip. III; IV. — 14) De Crechio Sulle alienazioni della mente II Morgagni II. — 15) Krafft Ebing Zur Classification der Psychozen Irrenfreund 9.—16) Foville Achil. fils Nomen clature et classification des maladies mentales Ann. Med. psych. VIII. — 17) Erlenmeyer Melancholie und Manie ihrem wahren Wesen nach dargestellt. Festschrift zum 6 July 1872, Neuwied 1872.—18) Clouston T. S. What cases should be sent to lunatic asylums and when Brit. Med. Jan. 27.—19) Stiff B. Ueber das Verhalten des Körpergewichts bei Geisteskranken In ang. Dissert. Marburg.—20) Hawkes I. Observation on the temperature of the insane Lauc. March 30.—21) Mickle W. I. The temperature in general paralysis of the insane I. of Ment. Sc. April p. 31. — 22) Noyes Henry D Ophthalmoscopic examination of sixty insane patients in the state asylum at Utica Amer. Jour. of ins Jan. pag. 411.—23) Wernicke C. Das Verhalten der Pupillen bei Geisteskranken Virchows Archiv Bd. 56 pag. 397.—24) Moynert Ueber die Beziehungen zwischen Epilepsie und Manie Allg. Wiener Mediz. Zeitung Nr. 3.—25) Snell Erscheinungsweisen der maniakalischen Erkrankung Allg. Zeitschrift für Psychiatrie p. 441. 26) Strodt H. Wright The suicidal tendency manifested in asthenic insanity Edinb. med. I. Oct. p. 324.—27) Müller Ueber die physiologische Ursachen der melancholischen Verstimmung Allg. Zeit. f. Psychiatrie p. 104. — 28) Stahl Beispiele zur praktischen Verwerthung der Lehre von den krankhaften Schädelconfigurationen bei Abfassung psychiatrischer Gutachten Irrenfreund 6. — 29) Will G. Balfour On the relative weight of the brain in the Sane. and Insane Edinb. Med. I. March p. 797.—30) Lang Ueber Scatophagie bei Irren Psychiat. Centralblatt 12.—31) Shaw T. C. On so called bed-sores in the insane St. Bartholom Hosp. Report VIII p. 130.

Stiff (19) kontynuując prace Erlenmeyera z Bendorf, odnośnie do wagi ciała obłąkanych, przyszedł do następnych wniosków. Z wystąpieniem choroby umysłowej, zmniejsza się waga ciała, dopóty dopóki chory traci na wadze, objawy obłąkania oraz omamy zmysłów nie tylko trwają bez przerwy, lecz nawet dochodzą do wysokiego stopnia. Jeżeli zaczyna się zwiększać waga chorego, to zwykle i objawy choroby umysłowej polepszają się. Rodzaj choroby umysłowej

nie wywiera wpływu na wyżej wzmiankowane zachowanie się wagi ciała, jedna tylko forma chorobna tak zwane obłąkanie przemienne, folie circulaire, przedstawia wyjątek od prawidła. W tej chorobie, przy przejściu z peryodu podniecenia do peryodu depressyi stwierdzono zmniejszenie wagi ciała, kiedy przeciwnie przy przejściu z depressyi w stan egzaltacyi, waga ciała zwiększa się. Podczas peryodu przejściowego między depressyą a egzaltacyą, t. j. podczas mniej więcej prawidłowego stanu umysłu, waga ciała odpowiada średniej przeciętnej cyfrze. Wyżej wzmiankowane stosunki, szczególniej uwydatniły się w wypadkach zadawniałego obłąkania przemiennego. Zresztą przy innych formach obłąkania można przy zmniejszaniu się wagi ciała spotkać się z polepszeniem objawów choroby umysłowej, a przeciwnie i przy zwiększaniu się ciężaru chorego, może nastąpić pogorszenie. Ostatni wypadek może mieć miejsce np. przy zaburzeniach w processach organicznych, co powoduje upadek wagi ciała, pierwszy jeżeli na chorego wpływ korzystny np. pod względem psychicznym, wywarto zostanie.

Mickle (21) opierając się na badaniach nad temperaturą w dziewięciu wypadkach bezwładu postępowego, przychodzi do następujących wniosków. Podwyższenie się temperatury towarzyszy często napadowi szaleństwa, nierzadko też temperatura podwyższa się przed napadem i wskazuje, że zbliżają się drgawki lub przyływ krwi do głowy. Jeżeli wyżej wspomniane objawy chorobne trwają przez czas dłuższy, to zwykle i podwyższenie temperatury utrzymuje się. Obniżenie się temperatury po napadzie maniakalnym lub kongestyjnym, bardzo często poprzedza polepszenie objawów ogólnych i powrót do zwykłego stanu paralityka. Umiarkowane napady maniakalne lub do apoplektycznych podobne (apoplectiforme) mogą przebiegać bez podwyższenia się temperatury. Szybko przemijające podwyższenie się temperatury ciała może nastąpić, bez wydatnych zmian tak pod względem psychicznym jak i fizycznym. Temperatura poranna jest zwykle wyższą od wieczornej, jeżeli temperatura bywa stale podwyższoną wieczorem, to w podobnych razach należy oczekiwać prędkiego śmiertelnego zejścia. Względnie podwyższona wieczorna temperatura, chociażby nawet nie była zbyt wysoka, upoważnia do niepomyślnego rokowania. W wypadkach z szybkim przebiegiem, temperatura tak ranna jak i wieczorna przechodzi za cyfrę przeciętną, na długo przed wystąpieniem powikłań. Przy ogólnem wyniszczeniu, śmiertelne zejście może nastąpić przy prawidłowej lub prawie prawidłowej temperaturze porannej, za wyjątkiem tylko prze-

mijających powikłań. Powikłania ze strony płuc, lub gorączka w skutek odleżyn, charakteryzują się przez znacznie podwyższoną temperaturę, w takich razach puls i temperatura opadają dopiero przed samą śmiercią, a przeciwnie oddychanie staje się częstszem.

Wernicke (23) zbadał dokładnie u 13 obłąkanych rozmiary źrenic w obu oczach i stwierdził w wielu razach zajęcie nerwu okoruchowego. Nierówność źrenic napotykaemy bardzo często u obłąkanych i tak Wernicke spotkał się z tym objawem 20 razy przy badaniu 149 chorych; w drugiej seryi badań na 90 chorych, znalaziono u 12 chorych nierówność źrenic; w trzeciej seryi na 105 chorych w 25 razach. Obok bezwładu (Paresis) nerwu okoruchowego, o którym można było wnioskować na zasadzie zaburzeń w załamywaniu się światła i nastawianiu oka, autor znalazł w niektórych przez się zbadanych wypadkach, wyraźne podrażnienie nerwu spółczulnego, lub też ośrodków jego umieszczonych w rdzeniu, albo też zajęcie włókien łączących koniec centralny nerwu wzrokowego, z początkiem nerwu okoruchowego.

Meinert (24) sądzi, że napad epileptyczny powstaje w skutek bezkrwistości mózgu, wywołanej kurczem tętnic. Ponieważ bezkrwistość powstaje w skutek czynnego procesu w tętnicach, a warstwa mięśniowa akkomoduje się tylko na czas krótki, to wkrótce po skurczu następuje znakomite rozszerzenie światła tętnic, co wspólnie z przekrwieniem naczyń żylnych, wywołanem przez znane przyczyny, sprowadza objawy ucisku mózgu. Badanie pośmiertne osób zmarłych podczas ataku epileptycznego przekonywa, że fazy wypełnienia naczyń krwią i ich opróżnienia nagle po sobie występują, mózg bowiem podobnych indywidualów albo jest w wysokim stopniu przekrwiony, lub wyraźnie bezkrwisty. Meinert sądzi, że ognisko wywierające tak znaczny wpływ na kurcz naczyń krwionośnych, znajduje się w ośrodku wpływającym na innerwację naczyń, które Ludwig i Owsianników wynaleźli w odnodze mózgowej i w rdzeniu przedłużonym. Co się tyczy objawów manii to Meinert przypuszcza, że gwałtowne przekrwienie naczyń, sięgające nawet do ucisku mózgu, towarzyszy ciężkim napadom szaleństwa. Jeżeli więc po śpiączce występującej po napadzie epileptycznym, wstawia się bezpośrednio napad szaleństwa, to nie ma wątpliwości, że objawy ucisku mózgu ustąpiły, przekrwienie jednak mózgowia, jakkolwiek nieco zmniejszone, dalej istnieje. W końcu niech nam wolno będzie przytoczyć niektóre rezultaty z badań pośmiertnych dokonanych w pracowni Wiedeńskiego zakładu dla obłąkanych, przez tego samego auto-

ra. I tak na 10 mózgow epileptyków dotkniętych zarazem obłąkaniem umysłu, a zmarłych w peryodzie między napadami, było 35% anemicznych a 22% przekrwionych, a więc tylko 43% w prawidłowym mniéj więcéj stanie pod względem wypełnienia naczyń krwionośnych. Przy Manii prawie wszystkie mózgi znaleziono w stanie przekrwienia, u melancholikó w zaledwie u 10% przekrwienie, a u 19% bezkrwistość, a w 71% stosunki normalne. Przy zniedołęźnieniu władz umysłowych spotkano tylko u 5% przekrwienie naczyń mózgowia, a u 28% bezkrwistość, w 67% stosunki normalne. Z powyższego widzimy, że stosunek mózgow przekrwionych i bezkrwistych u epileptyków, jest prawie jednakowy, kiedy w innych formach chorób umysłowych albo bezkrwistość, albo téż przekrwienie więcéj się uwydatniają.

Balfour (29) zajmując się badaniem mózgow indywiduów zmarłych w skutek chorób umysłowych, oraz indywiduów zmarłych na inne choroby przyszedł do przekonania, że mózgi obłąkanych są przecięciowo lżejsze, co zdaje się zależeć od zmniejszenia się wagi półkul mózgu, kiedy przeciwnie waga mózdzku nie ulega zmniejszeniu. Szczególniej w wypadkach przewlekłego obłąkania, jak przy zniedołęźnieniu umysłowém, gdzie natrafiamy często na puchlinę mózgu i przesieki surowicze, wyżej wyrażone wnioski znajdują potwierdzenie. Przeciwnie nie mamy żadnych dowodów, aby waga mózgu osób zmarłych w pierwotnych formach obłąkania, miała przedstawiać różnice pod względem wagi, od mózgow osób które zakończyły życie na inne choroby.

Pojedyncze formy obłąkania.

1) Jolly F. Klinische Mittheilungen über einige im Folge des Feldzuges von 1870—71 entstandenen Psychosen, Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten III p. 442.—2) Voisin A. Conférences cliniques rec. par Hanot. De la folie causée par la siége de Paris et par la commune Union med. N. 103.—3) Desmures, Quelques réflexions au sujet d'une observation de troubles nerveux multiples consécutifs à une impression de frayeur Ann. med. psychol. VIII p. 202.—4) Voisin A. Leçons recueillies par Conyba, hosp. de la Salpêtrière. Folie du jeune âge. —5) Baile y F. K. Hysterical Mania Philad. med. et surg Report Septm. 14 pag. 242.—6) Böttger H. Ein Fall von Mania transitoria Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie p. 95.—7) Cleman, Transitorisches Irresein Ironfreund.—8) Clarke S. T. Case of Pierce — Plea insanity—What is mania transitoria? who au liable? how should it affect jurisprudence Amer. Jour. of insanity Jan. N. 3 pag. 399.—9) Meschede Fr. Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Pyromanie, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie p. 1.—10) Dugonet, De la stupeur dans les maladies mentales et de l'affection mentale désignée sous le nom de Stupidité Ann. med. psycholog. VII p. 161 et 359.—

- 11) Klöpffel, Melancholic Irrenfreund 2. — 12) Wolf, Ueber primäre Verrücktheit. Inauguraldissertation, Berlin. — 13) Klöpffel, Verrücktheit Irrenfreund 1. — 14) Tagnat Étude clinique du délire des grandeurs en dehors de la paralysie générale *Annal. med. psych.* VIII p. 396. — 15) Demence simple primitive *Gaz. des hop.* N. 11. — 16) Jouglia, Demence avec idées incoherentes de grandeur sans aucun symptôme de paralysie. Valeur de l'écriture et de ses modifications *Gaz. des hop.* N. 34. — 17) Cramer H. Eine geisteskranke Familie *Allg. Zeitschrift f. Psych.* p. 218. — 18) Judson B. Andrews Case of excessive Hypodermicuse of morphia. Three hundred needles removed from the body of an insane woman *Amer. Jour. of nus insan* July p. 13. — 19) Leidesdorf M. Ueber die in der Schwangerschaft und im Puerperium auftretenden Psychosen. Vortrag gehalten im ärztlich. Verein 15 Mai 1872. *Wiener med. Wochenschrift* N. 25, 26. — 20) Rienecker, Fieber Psychosen *Naturforsch. Versammlung zu Rostock. Allg. Zeit. für Psych.* p. 114. — 21) Stretthill H. Whright Cases illustrative of a form of asthenic insanity. *Edin. med. Jour.* July p. 120. — 22) Densen E. IIan Observations on a from of nervous prostration culminating in insanity. — 23) Cordes E. Die Platzangst (Agoraphobia) Symptom einer Erschöpfungsparese *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* III p. 521. — 24) Weber S. G. Agoraphobic *Bost. med. and surg J.* Oct. 31 Nov. 18. — 25) Williams E. T. On agoraphobia *ibid.* Nov. 21 p. 352. — 26) Webber, Agoraphobia again *ibid.* Dec. 26 p. 445. — 27) Flemming, Ueber Schwindelangst *Naturforscher Versamml. zu Rostock Allg. Zeitschr. für Psych.* p. 112. — 28) Landenberger, Ein Fall von Agoraphobia *Würtemb. med. Correspondenzblatt* N. 33. — 29) Kelp. Epilepsie nach Kopfverletzung *Irrenfreund* 1. — 30) Pelmaif, Epilepsie nach Kopfverletzung *Irrenfreund* 8 — 31) Ideler, Fall von Epileptoid Psych. *Verein zu Berlin Allg. Zeitschr. für Psychiatrie* p. 456. — 32) Nötel, Zur Casuistik der plötzlichen Todesfälle und Psychosen *Psych. Verein zu Berlin Allg. Zeit. f. Psych.* p. 369. — 33) Meyner t, Eine Diagnose auf Selbstigelerkrankung *Oest. med. Jahrb.* Hef. 2 p. 188.

Jolly (1) obserwowal 11 wypadków obłąkania, spowodowanych przez ostatnią wojnę pruskofrancuzka, dwa wypadki t. j. jeden z obłądem pijackim (Delirium eum tremore) a drugi z obłądem ostrym po przebytych tyfusie, powinny być z wyżej przytoczonej statystyki wyłączone. U czterech osób stwierdzono wyraźną predyspozycję do obłąkania, jak idee mniemanego prześladowania, dziecinne postępowanie, nieuzasadniony strach, chorobliwą oszczędność, najciekawszym z całego zbioru, jest wypadek w którym obłąkanie wystąpiło u zupełnie poprzednio zdrowego indywiduum po ranie w głowę. U dwóch chorych po niewygodach służby czynnej w polu, do których w jednym wypadku dołączył się tyfus, wystąpiły omamy słuchu połączone z silnym usposobieniem do trwogi. Jeden po powrocie do domu w skutek nieszczęśliwych stosunków domowych wpadł w szaleństwo, ostatni zaś dotknięty został bezwładem postępowym (Dementia paralytica).

Böttger (6) opisuje ze swój praktyki ciekawy wypadek *Mania transitoria*. Żołnierz z rezerwy 35 lat życia liczący, bez uspo-

sobienia dziedzicznego do chorób umysłowych, nie oddawający się ani pijaństwu, ani też żadnym innym nałogom, u którego nigdy nie dostrzeżono napadu epileptycznego, otrzymawszy nagane od jednego ze swych przełożonych, posmutniał, wkrótce jednak przeszedł w stan niezwyklej wesołości a później i zupełnego szaleństwa. Choroba przebiegła okres ostry w ciągu 60 godzin, a po zastosowaniu odpowiednich środków jak kąpeli, oblewań, chloralu do wewnątrz, nastąpiło zupełne wyleczenie.

Meschede (9) zajmując się badaniem pytań odnoszących się do pyromanii, przyszedł do przekonania, że pyromania stanowi objaw pewnych stanów chorobnych. Ten sam autor podaje zarazem dokładny opis sekcyi, dokonanej na osobie, która za życia miała wyraźny popęd do podpalania. Obserwacya Meschedego dotyczy młodej dziewczynki, która od 3-go roku życia cierpiała na epilepsyę a w 13-m roku, trzy razy podkładała ogień, powtarzając i później jeszcze podobne próby. Przy badaniu chorób, znaleziono i inne wyraźne objawy zmienionego stanu umysłu np. popęd do kaleczenia chorych lub dzieci. Dziewczyna o której mowa podlegała ciągle napadom epileptycznym, a w 16 roku życia zakończyła. Przy sekcyi znaleziono następane zboczenia, silnie wystającą narośl kostną z tyłu na pochyłości za siodełkiem tureckim, (clivus Blumonbachii) zgrubienie błony pajęcząj odpowiednio wierzchołkom zrazów skroniowych, zwiększoną twardość całej masy mózgowej, szczególnie zaś mostu Varola i rdzenia przedłużonego, a przeważnie oliwek, mózdzek był mały. U drugiego 18 letniego epileptyka, ktorem oprócz zwykłych objawów epilepsyi, przedstawiał podobny popęd do kaleczenia i dręczenia innych chorych, znaleziono przy badaniu pośmiertném most przytwierdzony do pochyłości Blumonbacha, w skutek zrośnięcia opon miękkich z oponą twardą i mostem, wielkie zaś naczynia krwionośne, przebiegające na przedniej dolnej powierzchni mostu i rdzenia przedłużonego, zostały przesunięte. Znalezione w wyżej przytoczonych wypadkach zboczenia w mocie Varola, zyskałyby szczególną ważność, jeżeli potwierdzi się przypuszczenie, że czynności mostu i rdzenia przedłużonego, zostają w ścisłym związku z popędami. Autor zebrawszy pewną liczbę podobnych jak powyższo obserwacyj, sądzi z wielkiem prawdopodobieństwem, że przy przekrwieniu i podrażnieniu mózgu, jak również przy zaburzeniach podczas miesiączkowania, łatwo powstać mogą u chorych pojęcia o krwi i ogniu, które u indywidualów ze zboczeniami umysłowemi, mogą przyjąć charakter ognistych przywidzeń.

Cordes (23) mając sposobność dokładnego zbadania w zakładzie leczenia zimną wodą indywidualów dotkniętych zawrotem (Agoraphobia, Platzangst) podaje kilka dokładnych bardzo obserwacyj. Choroba według obserwacji Cordesa dotyka indywiduala z osłabionym systemem nerwowym, chorzy przy szczególnych okolicznościach jak np. przy wielkich zebraniach ludzi, w samotności przechodząc przez obszerne puste place, opanowani zostają uczuciem niewymownej trwogi. Co się tyczy przyczyn wywołujących wyżej opisaną chorobę, to autor kładzie szczególny nacisk na trzy następujące, przeciążenie pracą umysłową, życie rozwiązłe i długotrwałe choroby kanału pokarmowego. Cordes zastosowywał leczenie zimną wodą, oraz galwanizm i otrzymywał zadawalniające rezultaty.

Webber (24) podaje obserwację zawikłanej choroby systemu nerwowego, połączonej z drgawkami trwającymi już od lat 22, gdzie agoraphobia była wydatnym objawem.

William (25) cierpiąc sam od trzech lat na zawrót, doznaje nieprzyjemnego uczucia przechodząc przez pusty plac lub też przez most, a także w ciemności, uważa agoraphobią za prosty zawrót z dołączeniem nieprzyjemnego uczucia i nie przypisuje chorobie tej szczególnej ważności.

Landenberger (28) podaje wypadek agoraphobii, u 48 letniego starego kawalera, którego poprzednio był zdrowy i dopiero przed 5 laty zaczął się uskarżać na nieprzyjemne objawy. Choroba od czasu pojawienia się, ani się zwiększyła, ani zmniejszyła, chorego przedstawia objawy depressyi umysłowej, po silnych zawrotach występują ideo hypochondryczne i popęd do samobójstwa. W ogóle jednak stan jest dobry, wzrok chorego wyborny, nie dostrzeżono żadnych zbożeń pod względem nastrajania się oka. Agoraphobia jest bardzo wydatną w miejscach gdzie ulica styka się z placem, indywidual o którym mowa doznaje uczucia niewymownej trwogi, zdaje mu się przechodząc przez plac, że musi upaść; jeżeli stara się zapanować nad sobą, to uczucie trwogi zwiększa się, występuje kołatanie serca, chód staje się wolny, nie pewny, chorego nie może się utrzymać na nogach i musi usiąść. Jeżeli przechodzi plac w towarzystwie innej osoby, lub przynajmniej idzie za powozem, to napad albo wcale nie występuje, lub też w niewielkim stopniu. U chorego o którym mowa, można byłoby wyłączyć element epileptyczny. Leczenie agoraphobii jak dotychczas mało przedstawia szans pomyślnych, najłatwiej jeszcze pokonać chorobę u indywidualów, którzy oddawali się pijaństwu.

Meinert podaje wypadek obłąkania, w którym postawił rozpoznanie na chorobę wzgórków wzrokowych, dotyczył on 14 letniej obłąkanej dziewczyny, która od 23 Lutego do 5 Kwietnia, przedstawiała szczególne objawy. Głowa była skrecona ku tyłowi i ku stronie prawej, a zarazem opuszczona ku dołowi, prawe przedramię zgięte pod kątem, podobnie i palce, lewa ręka wyprostowana, tylko palce zgięte. Przedstawia się pytanie czy podobna postawa jest skutkiem obłąkania, czy też innego ściślej umiejscowionego procesu chorobnego. Autor sądzi, że chorobliwa ta postawa, zależy prędzej od nieulegającej zmianie przyczyny, jak od idei obłądnój. Zresztą chorobliwa ta postawa, przedstawia zupełne podobieństwo do postawy zwierząt ssących, u których na drodze doświadczalnej obrażono pewną część mózgu tak, że zdaje się być nieprawdopodobnym, aby stała zmiana postawy mogła być wywołana przez ideę obłądną. Według doświadczeń Schiffa, jeżeli zwierzę po przecięciu lewego wzgórka wzrokowego, chce pod wpływem woli wykonać ruch, to zwraca głowę ku stronie prawej, kiedy kończyny przednie zwracają się ku stronie lewej tak, że w prawej kończynie przedniej mięśnie zginacze, a w lewej mięśnie wyprostne w ruch wprawione zostają. Meinert nie zgadza się tylko ze zdaniem Schiffa, któren sądzi, że wyżej przytoczone objawy, powstają w skutek bezwładu mięśni obrotowych kręgosłupa (mus. rotatores) oraz mięśni zginaczy lewej kończyny przedniej, i mięśni wyprostnych prawej kończyny. Według Meinerta wzgórek wzrokowy jest tylko pośrednikiem ruchów bezwiednych, podobne jednak czynności odruchowe nie mogą się odbywać bez wpływu półkul mózgowych, albowiem odruchom towarzyszą odpowiednie wrażenia, które wyrażają się w półkulach mózgowych, pod postacią obrazów ruchu. Opierając się na powyższem rozumowaniu możemy sobie objaśnić obszerne połączenia jakie istnieją między wzgórkami wzrokowym a warstwą korową mózgu i uznać je musimy za pośredniczące w kierunku dośrodkowym, kiedy przeciwnie impulsy odśrodkowo ze zrazów półkul mózgowych, wcale nie zostają przenoszone do wzgórków wzrokowych. Według doświadczeń Goltza, żaby którym odcięto półkule mózgu, pozostawiając jednakowoż wielkie zwoje, mogą odzyskać równowagę, co nam wykazuje, że zwoje te a w szczególności wzgórek wzrokowy wywierają wpływ na skurcze mięśni, grających rolę przy utrzymaniu w równowadze ciała, przy czém świadomość nie jest potrzebną. Ponieważ wzgórek wzrokowy może poprawić zaburzenia w równowadze, musi stanowić rodzaj stacyi dla uczucia mięśni, w której odbijają się zaburzenia, a po zniszcze-

niu tego organu do świadomości dochodzą tylko mylne wskazówki co do postawy ciała. Na zasadzie wyżej przytoczonych rozumowań sądzi autor, że uczucia w mięśniach, jakiego chora doznaje przy równowadze swego ciała, brakuje jej w pewnych gruppach mięśni t. j. w mięśniach obrotowych i zginaczach po stronie prawej, a w wyprostnych po stronie lewej, a chora przez silny skurecz odpowiednich grupp mięśniowych, stara się uczucie to znów osiągnąć. Pozostaje jeszcze do rozebrania pytanie, czy mięśnie o których była mowa, zostają w związku za pośrednictwem włókien krzyżujących się lub nie we wzgórkach. Autor sądzi, że w skutek zajęcia lewego wzgórka wzrokowego, powstały zaburzenia w mięśniach obrotowych głowy i w mięśniach zginających kończynę po stronie prawej oraz w mięśniach wyprostnych lewej kończyny. Tym sposobem włókna nerwowe idące od mięśni obrotowych głowy i mięśni zginających kończyny przedniej krzyżują się we wzgórku wzrokowym, włókna zaś biegnące od mięśni wyprostnych kończyny nie krzyżują się. Co się tyczy natury zaburzeń we wzgórku wzrokowym, to Autor sądzi, że ma się do czynienia z nowotworem natury gruźliczej, albowiem stwierdzono u chorej gruźlicę w płucach; oprócz tego należy nadmienić, że znaleziono po stronie prawej zapalenie nerwu wzrokowego, zupełny zanik naczyń krwionośnych, szczególnie w zewnętrznej połowie brodawki wzrokowej, wrażenie światła upośledzone, po lewej zaś stronie oko było w prawidłowym stanie.

Bezład postępowy (*Dementia paralytica*).

34) Simon Th. Die Gehirnerweichung der Irren für Aerzte und Studierende bearbeitet Hamburg.—35) G u d d e n, Ueber den sogenannten paralytischen Grössenwahnsinn Vortrag. Corresp.-Blatt der Schweizerärzte N. 4.—36) M e s c h e d e Fr. Ueber die fettige und fettpigmentöse, Degeneration der Ganglienzellen des Gehirns in der paralytischen Geisteskrankheit Virchows Archiv Bd. 56 p. 100. — 37) P e y s e r, Die allgem. prog. Paralyse der Irren und ihr Auftreten beim weiblichen Geschlechte, Inauguraldissertation Berlin.—38) Dickson I. T. Abstract of a lecture on progressive paralysis and insanity Brit. med. Jour. N. 609. —39) Bruce Symptoms resembling general paralysis of the insane, irregular paralysis of limbs, face and nervus motor oculi, syphilitic central tumour Med. Times Oct. 22.

M e s c h e d e (36) po pilnym zbadaniu mózgow osób zmarłych na bezład postępowy, znalazł komórki zwojowe w szarej substancji półkul mózgowych, stłuszczone, zwyrodniałe, w stanie rozpadu. Zwyrodnienie barwnikowe było mniej wydatne, żółtawe lśniące ziarnka w komórkach nerwowych, zniknęły zupełnie po kilkakrotném trakto-

waniu preparatu wodą. Im czynniejszy jest process chorobny, im wydatniejsze objawy nawazu krwi do mózgu, tém téz jest wyraźniejsze zwyrodnienie barwnikowe.

Etiologia. Statystyka. Sprawozdanie z zakładu dla obłąkanych.

- 1) Reich E. Ueber Ursachen und Verhütung der Nervosität und Geistesstörung bei den Frauen, Neuwied Heuser. — 2) Hawkes I. The causes of insanity caucet Novb. p. 666. — 3) Gray, Thoughts on the causation of insanity. — 4) Coxe James on the causes of insanity and the means of checking its growhts I of Ment. Sc. (Oct. p. 511. — 5) Scholz, Beiträge zur Kenntniss der Geisteskrankheiten aus Anaemie Arch. für Psych. und Nervenkrank. B. III p. 731. — 6) Ruppel I. Summari-scher Bericht über die Irrenanstalt bei Schleswig, den Zeitraum von 1820 bis 1870 umfassend, Hamburg. — 7) Klöpffel Fr. Erster medicinisch-statistischer Bericht, über die Irren, Heil und Pflegeanstalt Riga, Rothenburg von 1862 bis 1872 Riga. — 8) Aertzlicher Bericht über die Irrenanstalt, Friedrichsberg von Jahre 1871. — 9) Voppel Die Landwirthschaftliche Colonie der Anstalt Colditz, Allg. Zeitschrift für Psychiat. p. 270. — 10) Knörrlein, Jahresbericht der oberösterreichischen Landesirrenanstalt bei Linz, Psych. Centralblatt. — 11) Rewiew of asylum reports for 1871. Ann. Jour. of insanity Jan. p. 433, April p. 546. — 12) Lander Lindsay W. Colonial lunacy boards with special reference to New Zealand, Edinb. Med. Journ. March p. 909. — 13) State provision for the insane Buffalo State Asylum Its history and description, Amer. Jour. of insanity July p. 1. — 14) Van Densen, Provision for the case and treatment of the insane Amer. J. of the insan April p. 514. — 15) Lunier, Influence des événements de 1870—71 sur le mouvement de l'alienation mentale en France Bull. de l'Academ. de med. Paris N. 32 p. 933. — 16) Lunier, Durôle que jouent les boissons alcooliques dans l'augmentation du nombre des cas de folie et de suicide. Annal. med. psychol. VII p. 322. — 17) Magnan et Bouchereau, Statistique des alcooliques entrées au bureau d'admission à Sainte-Anne pendant les mois de Mars, Avril Mai, Juin 1870 et les mois correspondents de 1871, Ann. med. psychol. VII p. 52. — 18) Magnan et Bouchereau, Statistique des malades entrés en 1870 et 1871, Ann. med. psych. VIII p. 342. — 19) Dufore, De la folie chez les militaires. Notice statistique sur les militaires admis à l'asile d'Armentières de 1838 e. 1870, Annal. med. psych. VIII p. 52. — 20) Mandley H. Is insanity on the increasso Brit. med. Jour. N. 576. 609.

Scholz (5) w przeciągu trzech lat i trzech miesięcy, leczyl 12 osób chorych na zapalenie płuc, z téj liczby w pięciu wypadkach wywiązało się obłąkanie, w trzech razach na szczycie choroby, raz w peryodzie zmniejszania się processu chorobnego i raz w czasie bliżej nieoznaczonym. Daléj w liczbie chorych zapadłych na płonicę, dwa razy wywiązały się objawy choroby umysłowój, a z liczby 179 osób zapadłych na tyfus, zaobserwowano tylko jeden wypadek choroby umysłowój; w obudwu chorobach obłąkanie wystąpiło in stadio

decrementi. Wyżej przytoczone 8 wypadków obłąkania, wystąpiły podczas lub po ostrych chorobach gorączkowych, kiedy pomiędzy 80 wypadkami ostrego reumatyzmu stawów, nie dostrzeżono ani jednego wypadku choroby umysłowej. Objawy obłąkania występują nagle, przy ogólnym upadku sił chorego pod postacią podrażnienia i niespokojności, z wydatnymi omamami, w krótkim jednak czasie nastąpił powrót do zdrowia.

W czterech innych wypadkach obserwowanych przez Autora, objawy obłąkania wystąpiły powoli, po silnych wzruszeniach umysłowych i po długotrwałem wyniszczeniu organizmu, (2 razy po nadzbyt obfitej miesięczce, raz po długiem ropieniu, raz po karmieniu dziecka).

We wszystkich tych wypadkach, chorobliwy stan umysłu trwał dłużej; idee obłądne wyraźnie występowały, pomimo to jednak rokowanie było pomyślnie, gdyż stan bezkrwistości przedstawiał wyraźnie wskazania energicznego leczenia.

Lu nier (15) opierając się na raportach urzędowych, przyszedł do przekonania, że wypadki wojenne we Francyi w 1800 roku stały się powodem choroby umysłowej 1700 do 1800 osób, a pomimo to liczba obłąkanych leczonych w zakładach, zmniejszyła się o 3000. Przyczyny tego faktu według zdania Autora są następujące: 1) Przeszkody spowodowane przez obcy najazd pod względem zwykłych warunków opieki nad obłąkanymi. 2) Zwiększone trudności przy przyjmowaniu chorych. 3) Zmieniony kierunek w stanie umysłowym wielu osób usposobionych do obłąkania, w skutek wypadków wojennych. 4) W niektórych prowincjach państwa, zmniejszenie pijaństwa w ludności cywilnej. 5) Prędką śmierć, lub też wyleczenie osób dotkniętych obłąkaniem w skutek wypadków wojennych. Lu nier na zasadzie danych statystycznych, przedstawia stosunek obłąkania, do nadmiernego używania napoi wysokokowych w sposób następujący: Napoje wysokokowe we Francyi, szczególniejsz wyskok wydobytwany z melasu i ze zboża, zajmują coraz więcej miejsce naturalnych napoi, jak wina i jableczniku. W tych departamentach, w których dotychczas kontentowano się jablecznikiem, zmniejsza się produkcya i konsumpcya tego napoju, również i w departamentach, które nie produkują wina, wino nie może wytrzymać konkurencyi ze spirytusem, albowiem taniość tego napoju, zachęca do nadmiernej konsumpcyi. W całym państwie konsumpcya spirytusu prawie się podwoiła i wynosi teraz w przecięciu $2\frac{1}{2}$ kwarty na rok na osobę. Biorąc za jednostkę przecięg czasu od 1857 do 1868 przekonamy się że względna liczba

wypadków obłąkania z nadużycia trunków wysokokowych, zwiększyła się u mężczyzn o 59°, a u kobiet o 52°. Zwiększona cyfra samobójstw we Francyi, odpowiada zwiększonej konsumcyi napoi wysokokowych.

Anatomia patologiczna.

1. Meyer L. Ueber die Bedeutung der Fettkörnchen und Fettkörnchenzellen im Rückenmarke und Gehirn Archiv f. Psychiatric und Nervenk. III p. 1—242. 2) Tigges. Das Vorkommen von Körnchenzellen im Rückenmarke und dessen klinische Bedeutung Allg. Zeitsch. für Psychiatrie p. 151. 3) Huguenin. Ueber die Körnchenzellen der embolischen Herde des Gehirns Arch. für Psych. und Nervenk. III p. 697. 4) b) Rabonau Ueber die Myelitis der Hinterstränge bei Geisteskranken Archiv f. Psych. und. Nervenk. III p. 697. 5) Meschede Ueber graue degeneration der subcorticalen Medullarsubstanz des grossen Gehirns in einzelnen Fällen von paralytischer Geisteskrankheit Virch. Archiv B. 56: p. 119. 6) Meschede F. Heterotopie grauer Hirnsubstanz im Marksamme der vermis cerebelli Virch. Arch. B. 56 p. 273. 8) Simon Th. Partielle Hirn sklerose traumatischen Ursprungs Virch. Arch. B. 56, p. 273. 9) Simon Ph. Ausgedehnte Erkrankung der Hirngefässe bei einer Idiotin Virch. Arch. B 55 p. 534. 10) Huppert H. Capilläre Apoplexie in der linken insula Reilii Arch. für Psych. und Nervenk. III p. 330. 11) Voisin A. Conférences cliniques rec. par Conyba de la folie sympathique, atestation du ganglion semilunaire Union med. 7 Mai N. 54. 12) Voisin Conférences cliniques Lésions de la collule cérébrale dans la folie, trois degrés, localisation primitive des lésions dans les circonvolutions primitives des lésions dans les circonvolutions parietales: concordance de ces alterations avec les résultats thermométriques obtenus par Schiff. Union méd. 20 Fevr. N. 25. 13) Ulrich. Fall von zahlreichen Cysticereen im Gehirn, und unter der Haut Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. 14) Beoulet. Note sur le cysticerque du cerveau Ann. méd. psycholog. VIII. p. 386. 15) Luitlén. Schaedelosteoporose einer irren Selbstmörderin Würt. med. Correspondbl. N. 23. 16) Stahl Fr. R. Fortsetzung der Clivus Studien Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie p. 427. 17) Krafft Ebing. Zur Casuistik der Hirnabscesse Allg. Zeits. f. Psych. p. 93. 18) Tigri Sull atrofia del cerebro negli alienati Ann. univ. di Med. Guigno p. 582.

Według badań L. Meyera (1) ciała tłuszczowe ziarniste napatykane w mózgu i rdzeniu, powstają nie z tkanki łącznej neuroglii lecz z pierwiastków komórkowych ścian naczyń. Jednocześnie z wytworzeniem się ciałek ziarnistych powstaje zatkanie naczyń, osadzenie się soli wapiennych w ich ścianach i tym podobne processy degeneracyjne, które mogą dotknąć i naczynia innych okolic ciała. Meyer badał ośrodki nerwowe indywiduów zmarłych na bezwład postępowy, lecz oprócz tego nie pominął w swych pracach innych obłąkanych i nareszcie osób zmarłych na inną chorobę. W mózgu istota korowa najwyraźniej była zajęta u epileptyków i u osób, które zakończyły

życie na choroby organów oddechowych. Im dłużej trwała choroba, im wydatniejsze były zaburzenia pod względem ogólnego odżywiania organizmu, tém obficiej nagromadziły się ciałałka ziarniste; w ogóle znajdowano największą ilość tych ciałek w tych częściach rdzenia, które odpowiadały dotkniętym chorobą organom. Autor sądzi, że rozmaite części rdzenia wywierają wpływ za pośrednictwem nerwów sympatycznych rozprzestrzeniających się w odpowiednich organach i stanowią niejako ośrodki troficzne dla tych organów. I tak przy chorobach organów oddechowych najwięcej były dotknięte górna i średnia część rdzenia, przy zajęciu organów miednicy, jak nerek, pęcherza, przy odleżynach, cierpiała najwydatniej część lędźwiowa rdzenia. U epileptyków, u których podczas napadu napotyamy rozmaite zaburzenia pod względem oddechania, znajdowano największe zmiany w samym mózgu i w części szyjowej rdzenia.

Meschede (5) odwołuje się do poprzednio przez siebie obserwowanego wypadku, gdzie u chłopca po uderzeniu w twarz kopytem, rozwinęła się po przejściu objawów wstrząśnienia mózgu, podrywka (*paralysis agitans*), a przy badaniu pośmiertnym znaleziono w substancji rdzeniowej, tuż pod istotą korową, liczne nieregularne szare plamy i paski złożone głównie z tkanki łącznej między nerwowej, bez włókien nerwowych. Naczynia krwionośne były w stanie prawidłowym.

Wypadek obserwowany przez Ulricha, (13) dotyczący człowieka, u którego znaleziono pod skórą i w mózgu znaczną ilość wągrows (*cysticerci*), przedstawia szczególny interes z tego względu, że choroba umysłowa u osoby, u której tu mowa trwała już od lat kilku, zanim wągry rozwinęły się w mózgu. Autor sądzi, że w wielu poprzednio ogłoszonych wypadkach wągrows w mózgu, objawy choroby umysłowej, jakie uważano za symptom zajęcia mózgu przez wągry, nie były wcale skutkiem tego procesu, lecz przeciwnie pierwotnie rozwinięte obłąkanie mogło się stać powodem, że chory nie zachowując należytych ostrożności, podległ chorobie wągrowskiej.

Stahl (6) zbierając rezultaty dokonanych przez siebie 164 sekcji obłąkanych, zwraca uwagę, że raz tylko spotkał narośle kostne pod spojeniem chrząstkowym kości podstawowej. W ogóle zdaje się, że przy wysokim stopniu zaniku mózgu u starców, i następczem zgrubieniu kości czaszkowych, na kości podstawowej rozwijają się rozmaitego kształtu narośle kostne, które musimy uważać za utwory przeznaczone do kompensowania zaniku mózgowego.

Wypadek obserwowany i opisany przez Krafft Ebinga (17) potwierdza zresztą poprzednio już znany fakt, że ropień w mózgu może istnieć do pewnego czasu bez wywołania szczególnych objawów chorobnych i tak w wspomnianym wypadku na podstawie lewego zrazu skroniowego znaleziono jamę ropną mającą cal średnicy, pomimo to chory przez kilka tygodni nie przedstawiał żadnych objawów chorobnych; później nagle nastąpiło śmiertelne zejście.

Terapia.

Snell. Ueber die Behandlung der Geisteskrankheiten ausserhalb der Irrenanstalten Naturforsch. der Versammlung in Rostock, Allg. Zeitsch. f. Psychiat. p. 106. 2) Stahl. Ueber Eucation und deren Varianten in ihrer Beziehung zur Therapie der Seelenkrankheiten Irrenfreund 10. 3) Mendel. Zur Therapie der Melancholie Berl. klin. Wochenschrift N. 24, 25. 4) Arndt R. Wirkungen des chloralhydrats Arch. f. Psych. und Nerwenk. III p. 673. 5) Leidesdorf M. Wirkungen des chloralhydrats bei Geisteskranken Allg. Wiener med. Zeit. N. 57 p. 639. 6) Gellhorn. Ueber Hautexantheme nach dem Gebrauch von chloralhydrat, Allg. Zeit. f. Psych. p. 428. 7) Wilkie Burmann. Some results from the use of chloral hydrate Lanc. March 16. 8) Browne J. Crichton Conium in the treatment of acute mania Lancet 3. 10 9) Jeats On the influence of ergot of rye in a case of epilepsy with mania Med. Tim. and Gaz. July p. 36. 10) Campbell John A. On the relative efficacy of tincture of hyosciamus, bromide of potassium and chloral, in simple doses, on maniacal excitement Jour of Ment. scien Janu p. 529. 11) Finckelburg. Ueber die Anwendung und Wirkungsweise des Chappmanschen Rückenkuhlers Allg. Zeits. f. Psych. p. 355. 12) Tuke T. Harrington On the forcible feeding of the insane Lanc. Decemb 1872. Jeats On the feeding of the insane Edin. Med. Jour Sept. p. 125. 14) Hyslop. On feeding the insane through the nostril Lanc. Dec. 7. 15) Bodington C. Fowler Forcible feeding of the insane Brit. med Jour. March. 10 16) Sutherland H. Forcible feeding of the insane Brit. med. Jour. May 25 17) Stiff On feeding the insane through the nostril Lanc. Nov. 2. 18) Hitschmann J. Forcible feeding Lanc. Deb. 24. 19) Hayness S. Restraint in insanity Brit. med. Jour Nov 609. 20) Lallerre. Etude sur l'isolement considéré comme moyen de traitement dans la folie Delahaye 21) Wood The abolition of seclusion J. of Ment. Scienc April p. 67. 22) Rogers TL. On the proposed abolition of seclusion Jour of Ment Scienc. Oct. p. 360,

Mendel zaobserwował kilka wypadków melancholii, w których po kilkumiesięcznym trwaniu choroby, bezpośrednio po podskórnym zastrzyknięciu morfiny, nastąpiło polepszenie, a później i zupełny powrót do zdrowia. Mierząc temperaturę w przewodzie słuchowym zewnętrznym, bezpośrednio po zastrzyknięciu morfiny. Autor przekonał się, że po pewnej dozie, niekiedy już po dwóch tylko centygramach, termometr opada o 2 lub 3 stopnie kiedy temperatura mierzona pod pachą lub w kiszce odchodowej nie przedstawia tej różnicy. Nie ulega więc wątpliwości, że morfina w podobnej dawce sprowadza podrażnienie nerwu sympatycznego, a więc może

wywrzeć skutek leczniczy na rozszerzone i przekrwione naczynia mózgowia. Trudno dostarczyć dowodów na drodze anatomii patologicznej, że pewne wypadki chorobne zależą od przekrwienia pewnych części mózgu, mamy jednak pewne dane do podobnych wniosków. 1) I tak znajdujemy u pewnej liczby osób zmarłych na chroniczną melancholię, zgrubienie opony naczyniowej na zrazach potylicowych. 2) Przekrwienie naczyń najprawdopodobniej spowodowało objawy melancholii. 3) Opadnięcie temperatury w przewodzie słuchowym zewnętrznym w wypadkach skutecznego w działania morfiny. 4) Właśnie w wypadkach gdzie morfina skutecznie działa, widzimy jeszcze objawy, które możemy zaliczyć do objawów ucisku jak różnicę w źrenicach, lekki stopień bezwładu nerwu twarzowego, zбочenia języka i języczka i które raz znikają, to znów występują po drugiej stronie. W tych wypadkach melancholii, w których nie dostrzeżono dopiero co przytoczonych objawów chorobnych, jak również w wypadkach melancholii u hysteryczek, morfina nie spowodowała pomyślnych rezultatów. W końcu autor zaleca, aby w świeżych wypadkach melancholii, natychmiast próbować morfiny podskórnice.

Arndt podaje następną obserwację, u jednego paralityka po 8 dniowym użyciu chloralu, wystąpiła wysypka grudkowa, najpierw na rękach i przedramionach, a później i na całym ciele. Po pewnym czasie wystąpiło żółte zabarwienie skóry, w moczu znaleziono barwniki żółciowe, stolce były gliniaste i suche. Po wstrzymaniu chloralu zniknęła żółtaczka i wysypka i gdy chory później popadł w stan ekscytacyjny, podano znów chloral, a te same objawy chorobne znów się pojawiły. Pomimo wstrzymania chloralu i odpowiedniego leczenia, chory życie zakończył.

U drugiego paralityka z powodu bezsenności i niespokojności podano chloral, po jakimś czasie chory zaczął upadać na siłach, skarżył się na ból w okolicy żołądka, przy obiektywnym jednak badaniu, nie znaleziono nic chorobliwego. Chory dostał odleżyn i życie zakończył przy ogólnym upadku sił. Mózg znaleziono w stanie anemicznym, obrzękły, szczególnie też odnogi mózgowe. Naczynia błony śluzowej żołądka były nieprawidłowo rozszerzone, gdzieś niegdzie pęknięte, obok wylewy krwiste; na tylniej ścianie znaleziono otwór wielkości talara, a otaczająca otwór błona śluzowa silnie była obrzęknięta i nadżarta. Oba wypadki, a szczególnie też pierwszy, według zdania Autora wykazują, że chloral spowodował stan paretyczny nerwów naczyniowych lub ich ośrodków; ten stan wywołał na skórze wysyp-

kę, katar w przewodzie pokarmowym, a poprzednio w skutek obrzmienia błony śluzowej i żółtaczkę. W drugim wypadku autor sądzi, że stan paretyczny nerwów naczyniowych, spowodowany został przez rozmięczenie wzgórków wzrokowych, co jeszcze zwiększyło szkodliwe działanie chloralu. Wypadki te przekonywają, że przy podawaniu chloralu, trzeba postępować z należytą ostrożnością.

Finkelburg rozwijając myśl Chappmana, zwrócił swą uwagę na metodę leczenia nerwów naczynioruchowych, przyszedł jednak do ujemnych rezultatów. Powyższa jednak metoda leczenia ma swoje zalety szczególnie przy chorobach rdzenia. Autor np. przekonał się, że przy metodycznym stosowaniu woreczków wypełnionych wodą lodową na kark epileptyków, następowało znaczne polepszenie, a nawet zauważano wypadki zupełnego wyleczenia; podobny pomyślny rezultat stwierdzono też przy podwyższonej czynności odruchowej jak np. przy drgawkach u hysteryczek, przy duszności nerwowej, przy nadmiernych polluciach.

Podobne leczenie działa korzystnie i przy poczynającym się władzie rdzenia pacierzowego (*Tabes*) z przeważnymi objawami podrażnienia. Ponieważ obniżenie temperatury osłabia odruchy w rdzeniu pacierzowym, to skuteczność wyżej podanego środka łatwo sobie wytłomaczyć można. Co się tyczy samego przyrządu, to autor aby uniknąć przenikania wody i następnych cierpień reumatycznych, pokrywa woreczek kauczukowy jedwabiem lub bawełną, a zamiast mosiężnego zamknięcia dodał cienką rurkę kauczukową z boku, przeznaczoną do wlewania wody.

-
- 1) Radcliffe C. B. Croonian lectures on mind brain, and spinal cord in certain morbid conditions Lancet March 22. — 2) Sheppard E. Lectures on insanity Med. Times and Gaz. 11 Jan., 25 Jan., 1 Febr., 15 Febr., 1 Mar. — 3) Sheppard, Lectures on Madness in its medical, legal and social Aspects London. — 4) Struthill, Wright H. Someremarks on insanity Edinb. Med. Journal March, July. — 5) Ray I. Contributions to mental Pathology Boston. — 6) Schön Bruno, Briefe über Geistesgeatörte 2 Aufl. Wien Hartleben. — 7) Godding W. W The early symptoms and treatment of insanity Bost. Med. and Surg. Journal 16 Januar. — 8) Hearder G. J. On the means of checking the growth of insanity in the population Brit. Med. Jour. 19 July. — 9) Charles Bucknill, A new classification of insanity Lanc. 15 Nov. — 10) Berthier P. Classification et Diagnostic dans les maladies mentales Annal. med. psychol. 1 Novembr. p. 365. — 11) Lachr, Einige Beziehungen der Pædagogik zur Psychiatrie, Allg. Zeitschrift f. Psychiatr. 5 Heft. — 12) Sander W. Ueber Erinnerungstauschungen Arch. für Psychiatric, Band IV Heft 1. — 13) Arndt, Ueber den melancholischen Angstanfall. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie, Band 30. — 14) Tigges, Ueber Zustände mit Schwindel im Zusammenhang mit Doppeltsehen und deren Behandlung mit dem constanten Strom. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie

5 Heft.—15) *Berthier*, Le tremblement emotif *Gazette des Hôpitaux* N. 134. — 16) *Browne* W. A. On anaesthesia, hyper aesthesia, pseudo aesthesia chiefly as met with among the insane *Brit. and foreign med. chir. Review* Octob. p. 441. — 17) *Frigerio* L. La dinamometria degli alienati edei criminali *Rivista clinica di Bologna* p. 15. — 18) *Tiggess*, Die Reaction des Nerwen und Muskelsystems Geisteskranker gegen die Elektrizität, *Allg. Zeit. für Psychiatr.* Band 30. — 19) *Frigerio*, Di un particolare sudore emanato da due alienati delmanicomia di Pesaro *Riv. clin. di Bologna* Ottob. p. 309. — 20) *Sutherland* H. On the histology of the blood of the insane *Med. Press. and Circul.* 7 May. — 21) *Christiana*. Des traumatismes chez les aliénés *Ann. Med. psychol.* Jull et p. 21. — 22) *Crallan* Th. E. Meteorology and insanity *Ann. Report of the sussex County lunatic Asylum Brit. Med. Journ.* 12 April.

Arndt (13) uważa uczucie trwogi u melancholików jako skutek nieprawidłowych ruchów serca, które za pośrednictwem chorobliwie zmienionych nerwów przeprowadzone zostają do naszej świadomości. Przy leczeniu uczucia trwogi, należy się kierować powyższemi uwagami, staramy się więc uregulować nieprawidłową czynność serca, już to przez galwanizację nerwów pod wpływem których serce pozostaje, już też przez podanie odpowiednich środków leczniczych jak naparstnicy, chinu, makowiec zaś i morfina są według zdania Autora w podobnych razach przeciwwskazane.

Sutherland (20) badał pod drobnowidzem krew osób obłąkanych i przekonał się o znacznem powiększeniu ilości białych ciałek krwi, a oprócz tego czerwone krążki krwi nie zlepiały się w ruloniki co wskazuje na mniejszy stopień żywotności. Chorzy u których zaobserwowano powyższe objawy, dotknięci byli przeważnie bezwładem postępowym i wkrótce życie zakończyli, pomimo że na zasadzie innych objawów, nie przypuszczano tak groźnego niebezpieczeństwa. Czerwone krążki krwi nie zlepiają się w ruloniki i przy innych formach obłąkania, lecz wówczas nie dostrzegamy też zwiększonej ilości białych ciałek krwi. Ostatecznie Autor przyszedł do przekonania, że u mężczyzn dotkniętych bezwładem postępowym, obłąkaniem z padaczką, jakoteż obłąkaniem wskutek onanizmu, skład krwi jest więcej wadliwy jak u kobiet obłąkanych i jak u mężczyzn dotkniętych Manią, Melancholią i osłabieniem umysłowem.

Pojedyncze formy obłąkania.

1) *Snell*. Ueber die verschiedenen Formen des Wahnsinns *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie* Bd. 30.—2) *Güntz*. Ueber Dementia senilis *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie* Bd. 30.—3) *Wille*. Die Psychosen des Greisenalters *Allg. Zeit. für Psy-*

chiatric Bd. 30.—4) Routh On overwork and premature mental decay, and its treatment Med. Press and Circular 14, 21, 28 May.—5) Meyer L. Ueber circuläre Geisteskrankheiten, Archiv f. Psychiatrie Bd. IV. — 6) Sankey W. H. O. Is there such a disease as acute primary mania Brit. Med. Jour. 25 Oct.—7) Cooch G. Mania transitoria Med. and Surg. Repor. N. 829. — 8) Lander Hysteria in Children contrasted with mania Amer. Jour. of insanity Januar. — 9) Ordronaux J. Moral insanity Amer. Jour. of insanity Januar.—10) Koster Ueber Irrsein der Vagabonden und Bummler, Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 30. — 11) Cullere M. A. Etude clinique de la lypémanie stupide Annal. medicopsychol. p. 210, 394. — 12) Benoist de la Grandière, de la Nostalgie ou mal du pays Adr. Delahaye Paris.—13) Raymond. Lypémanie avec aphasie et amnésie temporaires en correlation avec la diathèse rhumatismale Montpell. medicale p. 510.—14) Vogelsang F. Aphasie und partielle Verflücktheit Memorabilien N. 2.—15) Geoffroy E. Cas curieux de délire des persecutions, La mère et la fille Gaz. des hôpitaux N. 32.—16) Meschede Ueber Verfolgungswahnsinn im frühen Kindesalter Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 30.—17) Echeverria H. G. On epileptic insanity Amer. Jour. of insanity July. — 18) Wiedemeister. Zwei Fälle von geheilter Epilepsie mit Geistesstörung Allg. Zeit. für Psychiatrie Bd. 30. — 19) Arndt. Ueber Tetanie und Psychose, Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 30.—20) Arndt Ueber Katalapsie und Psychose, Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 30. — 21) Meyner Anzeiger der KK. Gesellschaft der Aerzte in Wien. — 22) Ramskill Peculiar spasmodic movements in a supposed malingering insanity, suicide, suffocation produced by a piece of rag pushed into the mouth, with remarks Med. Times 1 Novembr.—23) Faure. Accidents cérébro spinaux, simulation de la folie Archive gener. de Médecine Novembre. — 24) Walhrendorff. Zwei Krankheitsfälle von zweifelhafter Form der psychischen Störung Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 30. — 25) Pierroud. Note sur l'agoraphobie Lyon med. N. 13.—26) Christian. De la folie consecutive aux maladies aiguës. Archiv general de médecine Septembre et Octobre 1873. — 27) Dagonet De l'Alcoolisme au point de vue de l'aliénation mentals Annal. med. psychologiques Mars et Mai 1873. — 28) Logrand du Saullé. Folie héréditaire. Gazette des hôpitaux N. 81, 82, 85, 88, 90, 94, 95, 98, 101, 104, 107, 110, 113.

Snell (1) rozróznia pierwotne obłąkanie ogólne (*Wahnsinn*) od następczego. Przy formie pierwotnej przeważają idee mniemanego prześladowania oparte na omamach, przy podwyższonem uczuciu własnej osobistości Choroba umysłowa może się zacząć gwałtownie przy objawach podrażnienia, lub téż zwolna. Idee obłądne mogą ustąpić, poczem następuje względne wyzdrowienie; ale nawet przy niepomysłnym przebiegu choroby, nie występuje wysoki stopień zniedołężnienia umysłowego, jak się to wydarza po Manii i Melancholii. Jeżeli na pierwszy plan nie występują hallucynacye, to zwykle idee obłądne rozwijają się na tle religijnem, lub téż przeważa chorobliwy popęd do kłótlowości.

Przy formach następczych ogólnego obłąkania, zwraca Snell uwagę na obłąkanie ogólne występujące po melancholii; idee obłądne

w podobnych wypadkach nie są zbyt wydatne, a wyleczenie lub przynajmniej znaczne polepszenie leży w granicach możliwości. Ogólne obłąkanie występujące po Manii przedstawia charakter więcej skomplikowany, usposobienie chorego jest więcej zmienne, choroba częściej przechodzi w zniechęcenie umysłowe, jak po Melancholii. Daleko rzadziej obłąkanie ogólne występuje po padaczce, w podobnych razach wstawia się zniechęcenie umysłowe. Ostatecznie Autor przychodzi do przekonania, że forma obłąkania którą nazwalibyśmy obłąkaniem ogólnem, przyjąć należy za trzecią pierwotną formę chorób umysłowych i pomieścić w klasyfikacyi obok Manii i Melancholii.

Wille (3) zajmuje się chorobami umysłowymi starców, licząc do tego wieku indywidua mające po lat 60 i więcej. Autor rozdziela choroby umysłowe starców na proste i złożone. Do pierwszej kategorii należą wypadki z Manią i Melancholią, które przebiegają już to ostro lub też chronicznie i kończą się wyzdrowieniem lub przechodzą w zniechęcenie umysłowe. Choroba jest zwykle spowodowana przez silne wzruszenie umysłowe, lub też niekiedy przynajmniej przez nadużycie napoi wysokowych, rokowanie jest względnie pomyślne. Przy formach chorobnych drugiej kategorii, występuje zwykle okres zapowiedni, brak apetytu, zawrót głowy, zmiany w charakterze, częste napady apoplektyczne z następczym połowicznym bezwładem, którego szczególniej występuje w obrębie nerwu twarzonego. Dalej przyłącza się osłabienie władz umysłowych, utrata pamięci, zaniechanie dawniejszych zajęć i rozrywek, drażliwość, niecierpliwść, skłonność do napoi wysokowych, do nadużyć w sferze płciowej, ostatecznie występuje stan na wpół senny. W sferze nerwów ruchowych dostrzegamy także zmiany, jak osłabienie kończyn dolnych, drżenie, porażenie połowiczne, zaburzenia w mowie, napady epileptyczne, osłabienie zmysłów. Następnie chory chudnie, oddaje często bezwiednie uryne, występują odleżyny i ostatecznie stan na półsenny, a chorzy kończą życie podczas napadu apoplektycznego.

Zmiany anatomiczne wewnątrz jamy czaszkowej zaliczyć należy przeważnie do processów zapalnych, przewlekłych na oponach mózgowia; spotykamy też zmiany w naczyniach krwionośnych jak miażdżycę (*atheroma*) oraz zmiany w pierwiastkach nerwowych mózgowia. Znajdujemy też często ogniska krwiste, lub też miejscowe ograniczone rozmięczenie mózgowia, już to pod formą większych jam lub też mniejszych a licznych ognisk, co nam tłómaczą dostrzeżone za życia zaburzenia w sferze ruchowej. Opony rdzenia kręgowego rzadziej są

zmienione jak opony mózgowia, rozmięczenie samej substancji rdzenia jest dosyć rzadkie, również jak obszerne stłuszczenie naczyń krwionośnych.

L. Meyer (5) przedstawia kilka typicznych wypadków obłąkania przemennego (*folie circulaire*) stwierdzając dawniejsze spostrzeżenia francuzkiego badacza Falret (ojca). Choroba umysłowa zaczyna się okresem melancholicznym podczas którego odżywianie podupada, od czasu do czasu występują objawy podrażnienia, które niekiedy już po godzinie przechodzą. W ogóle tak napady melancholii jak i manii są miernego natężenia. Idee obłądne podczas okresu melancholicznego mogą być z pewnością stwierdzone, charakterystycznym jest upadek trawienia. Okres maniakalny nie występuje tak wyraźnie, gdyż chorzy starają się tak omamy zmysłowe, jak i idee obłądne pokryć, a czynności swe ile możności umotywować. Jako objaw charakterystyczny zauważano gwałtowne przejście z podrażnienia w depresję. W formie chorobnej o której mowa, zasługuje na szczególnie uwagę zwiększenie wagi ciała podczas okresu maniakalnego i jakby odmłodzenie całego organizmu, w porównaniu z okresem melancholicznym, podczas którego waga ciała zmniejsza się, a cały organizm przedstawia pewną zgrzybiałość. Okres maniakalny możemy sobie wyobrazić za nerwicę nerwów troficznych, co powoduje podwyższoną czynność processów nutrycyjnych, kiedy przeciwnie podczas okresu melancholicznego następuje upośledzenie w odżywianiu.

Wiedemeister (18) podaje dwa wypadki wyleczenia padaczki połączonej z obłąkaniem, w obu razach miano do czynienia z dziewczętami w okresie rozwoju płciowego. Pierwsza chora zrodzona była z ojca cierpiącego na padaczkę i nadużywającego napoi wyskokowych, a od 5-go roku życia była dotknięta padaczką z następczem osłabieniem władz umysłowych. W 19-m roku życia wystąpiła pierwsza regularność, wkrótce potem zauważano napad epileptyczny, którego się więcej nie powtórzył, a władze umysłowe zaczęły się rozwijać tak, że w półtora roku po ostatnim napadzie epileptycznym, chora jako wyleczona, ze szpitala wypisana została.

Druga dziewczyna której ojciec podobnie nadużywał napoi wyskokowych, dotknięta została padaczką w 13-m roku życia i w ciągu 6 miesięcy miewała napady epileptyczne najrozmaitszego charakteru, już to napady połączone z drgawkami, albo proste zawroty z krótkotrwałą utratą przytomności (*vertigo*), napady szaleństwa, napady katalptyczne. I w tym razie wystąpienie regularności, dało początek

wyleczeniu. Pierwszej chorąg nie podawano żadnych środków lekarskich, druga wyżyła około 90 grammów bromku potasu.

Arndt (20) obserwował objawy kataleptyczne u sześciu obłąkanych, dwa razy w przebiegu pierwotnych form obłąkania, raz przy formie następczej. Pod mianem katalepsyi, autor rozumie niemożność percypowania wrażeń i oddziaływania na nie, dla tego też chory zmuszony zostaje pozostawać w tym samym położeniu jakie mu nadano. Opierając się na obserwowanych przez siebie wypadkach, autor wnioskuje z pewnego stopnia napięcia mięśni twarzowych, że rzeczywiście przy katalepsyi mamy do czynienia z pewnym stopniem podrażnienia organów ośrodkowych systemu nerwowego tak, że w zasadzie musimy przypuścić, że w podobnych razach istnieje pewne zahamowanie sił. Brak odporności i łatwość podrażnienia ośrodków systemu nerwowego, stanowią warunki które umozębniają stosunkowo silnym bodźcom sprowadzenie processu hamującego. U chorych obserwowanych przez Arndta, znaleziono bodźce o którym mowa, w nadzwyczajnej drażliwości organów płciowych, u trzech chorych stwierdzono onanizm. Leczenie wzmacniające przedstawia najwięcej korzyści.

Me y n e r t (21) przytacza interessującą obserwację, mogącą posłużyć do wynalezienia w mózgu miejscowości wpływającej na wywołanie drgawek. Autor zaprzecza, aby pewne formy ruchów niedobrowolnych jak np. ruchy choreiczne lub też współruchy objawiające się pod formą drgań, miały te same ogniska co ruchy dowolne. Ruchy choreiczne ustają podczas snu, a podczas czuwania zostają wzmożone przez zamiar wykonania ruchu, silną wola oraz zwrócenie uwagi, mogą uwolnić ruch pewien, od współruchu choreicznego, którego wzmożony zostaje zato w innych mięśniach, na które specjalnie wola nie jest zwrócona. Inaczej rzecz się miała w następnym wypadku, kobieta 40 letnia dotknięta melancholią z otepieniem (*melancholia attonita*) rzucała ciągle głową, podczas czego grubiały mięśnie kapturowy i sutko-mostko-obojezykowy: stan melancholizuy przechodzi w silną manię z maniakalnym podrażnieniem mózgu, a kurecze kloniczne mięśni szyi znikają. Me y n e r t wnioskuje na zasadzie wyżej przytoczonej obserwacji, że kurecze wychodzą z ogniska odruchów, które hamowane zostaje przez podwyższoną czynność półkul mózgowych przy manii.

Legrand de Sa u l l e przedstawia w krótkości dzisiejszy stan naszych wiadomości o obłąkaniu dziedzicznym i stwierdza w ogólności wywody Morela. Obłąkanie dziedziczne stanowi osobną gałąź

i posiada właściwą etiologię symptomatologię, właściwy przebieg i rokowanie. Podobnie jak padaczka i nadużycie napoi wysokowych sprowadzają osobne formy obłądu, tak samo i stan chorobliwy systemu nerwowego przodków, sprowadza u potomstwa, specjalną formę zaburzeń nerwowych. Pod względem symptomów znajdujemy wielką różnicę co do objawów obłąkania dziedzicznego, ta różnica jednak symptomów nie wyklucza nosologicznej jedności. Legrand de S a u l l e przedstawia ogólne zarysy obłąkania dziedzicznego i rozdziela je na trzy kategorie.

Objawy w dziedzinie cielesnej do których zalicza nieprawidłowe wykształcenie czaszki, jak asymetryę, przedłużony wymiar podłużny przy zmniejszonym wymiarze poprzecznym i spłaszczone czoło, spłaszczenie części potylicowej, asymetryę twarzy, wady w wykształceniu uszu, zębów, podniebienia, zaburzenia pod względem innerwacji, szczególnie w nerwach czucia, nieprawidłowości w sferze organów płciowych.

Objawy w sferze intelligencji, w ogóle intelligencya mniej jest dotknięta jak strona moralna i uczuciowa; jeżeli jednak w niektórych wypadkach intelekt przeważnie jest dotknięty, to uderza nas stałość idei obłądnych i skłonność do ich systematyzowania.

Objawy w sferze uczucia i moralności jak ekscentryczność, złośliwość, nieprawe czyny i różne objawy zaliczone do folie raisonnante, która to forma wchodzi w zakres obłąkania dziedzicznego.

Co się tyczy przebiegu obłąkania dziedzicznego, to charakterystyczną jego cechą jest peryodyczność, która się objawia już to przez idee ekscentryczne, dziwaczne występujące w regularnych przerwach, albo też przez czyny niemoralne i niebezpieczne.

Rokowanie w obłąkaniu dziedzicznym jest daleko niepomyślniejsze jak w obłąkaniu nabytem. Średnia przeciętna życia u chorych dotkniętych obłąkaniem dziedzicznym jest o wiele mniejsza jak u innych obłąkanych. Nareszcie indywidua dotknięte obłąkaniem dziedzicznym, albo wcale nie mają potomstwa, albo też dzieci ich wczesnie życie kończą.

Bjornstrom. (*Om agorafobie Ups. lek forenings forh Bd. 8*) przedstawia krótki pogląd na dotychczas znane wypadki tej choroby, która przez Westphala nazwana została agoraphobia, a która charakteryzuje się wystąpieniem uczucia trwogi, przy przejściu przez pusty plac. Autor podaje trzy nowe spostrzeżenia: 1-sze dotyczy drukarza, którego w ostatnich 20 latach swego ży-

cia nie mógł przejść przez plac Gustawa Adolfa, zresztą był zdrowy. 2-gie buchhaltera zamieszkałego w Upsali dotkniętego wadą serca, którego nie tylko unikał rynków, placów i miejsc otwartych, lecz w ogóle nie oddalał się od swego pomieszkania dalej jak na kilkadziesiąt kroków. 3-cie komisyjonera w Upsali u którego uczucie trwogi rozwinęło się po napadzie apoplektycznym.

Bez wład postępowy obłąkanych.

Dementia paralytica.

29) Foville A. De la paralysie générale par propagation. Etude des relations entre la paralysie générale d'une part, l'ataxie locomotrice, l'amaurose, les paralysies partielles et généralisées de l'autre Annales medico psychologiques Janvier. — 30) Berthier, Difficulté diagnostique de certaines folies paralytiques, causees par leur similitude apparente avec certaines véranies Obser. recueil par Calmette Gazet des Hôpitaux N. 58. — 31) B u r m a n W. On larceny, as committed by patients in the earlier stages of general paralysis I. of Ment. Sc. Januar. — 32) Bryd A case of general paralysis Quarterly meeting I. Ment. Scienc April. — 32) Hanot Note sur l'évolution thermique et la rotation conjuguée de la tête et des yeux dans les attaques apoplectiques de la paralysie générale Gazet med. 12, 16, 22, 25, 35, 39.

Fovile (29) jest przekonany, że w większej liczbie wypadków, bezwład postępowy obłąkanych jest chorobą pierwotną nie zależną od cierpienia innych części systemu nerwowego; pomimo to obserwował wypadki, w których choroba rozwinęła się w skutek poprzednio istniejącego cierpienia już to rdzenia, już to pojedynczych nerwów mózgowych. Tak np. w niektórych wypadkach wiad rdzenia (*Tabes*) istniał wiele lat przed wybuchem bezwładu postępowego, tak że widocznie choroba rozprzestrzeniła się z rdzenia na mózg.

Hanot (32) badał temperaturę podczas napadów apoplektycznych u paralityków, rezultaty badań stwierdzają powszechnie znane obserwacye Westphala.

Stosunek obłąkania do innych chorób.

1) Sponholz, Ueber den Einfluss somatischer Affectionen auf den Verlauf der Psychosen Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 30. — 2) Jolly Ein Fall von Geistesstörung mit acutem morbus Brightii, Berlin. Klinisch. Wochenschrift N. 21. — 3) Emminghaus H. Psoriasis mit Angstzuständen, Berlin. Klinische Wochenschrift N. 10 und 11. — 4) Ferth Aphasia und Ataxie nach Typhus bei einem 5 jährigen Kinde, Psychische Alteration, Heilung Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 30. — 5) v. Linstow Ueber Geisteskrankheit mit Lähmung in Folge von Syphilis in ihrem Verhältniss zur Dementia paralytica, Archiv f. Psychiatrie Bd. IV. — 5) A n

ders on Th. Leucocythaemia in the insane Med. Times 31 März. — 6) Cheratitis degli alienati Riv. clinic Dr. Bologna Oktob.

Sponholz zbiera swe obserwacye pod względem wpływu processów chorobnych na obłąkanie w następnych zdaniach, zimnica nie miała nigdy żadnego wpływu na przebieg choroby umysłowej, tyfus brzuszny raz tylko u jednej młodej kobiety spowodował zmniejszenie idei obłądnych. U jednego maniaka, napad szaleństwa uległ polepszeniu po cholercie, ospa jakotóż i rewakynacya nie miały wyraźnego wpływu na przebieg choroby umysłowej. Odra i róża po jednym razie sprowadziły polepszenie. Z chorób organów oddechowych u jednej dziewczyny dotkniętej melancholią, obustronne zapalenie płuc sprowadziło wyraźne polepszenie melancholii; wybuch gruźlicy nie wywierał żadnego wpływu, wada zaś serca szczególnież zwięzienie zastawki dwudzielnej sprawiło wyraźne pogorszenie. Obrażenia zewnętrzne z wyjątkiem jednego wypadku, gdzie indywiduum dotknięte bezwładem po róży z przyczyny traumatycznej doznało polepszenia, nie wywierały żadnego wpływu.

Jolly (2) podaje następną obserwacyę ostrój choroby Brighta połączonej z obłąkaniem, 19 letnia silna dziewczyna bez dziedzicznego usposobienia do chorób umysłowych, zachorowała zaraz po zaziębieniu. Choroba przedstawiała podwójne objawy, z jednej strony obraz otępienia, z drugiej strony objawy ostrój choroby Brighta. Otępienie trwało przez dni cztery, zanim pojawiły się pierwsze ślady białka w moczu i ustąpiło dopiero w kilka tygodni po zupełnym ustaniu białkomoczu. Otępienie trwało przez dwa miesiące, poczem nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Jolly uważa całą chorobę jako niedokrwiłość mózgu średniego stopnia, nie było drgawek ani wymiotów, lecz za to silny wpływ na funkcyę mózgowe. Pierwsze dni, w których nie stwierdzono białka w moczu, uważać należy za okres inkubacyi, podczas którego zaburzenia w wydzielaniu moczu już istniały, a wskutek tych zaburzeń wystąpiły objawy mózgowe.

Ferth zaobserwował u 5 letniego chłopczyka, któren przebył silny tyfus brzuszny utratę mowy, tak że chory tylko jedno słowo tak wymawiał. Dziecko było apatyczne a wieczorem niespokojne i trwożliwe, siły niewielkie, gorączki nie było. Przy chodzeniu stwierdzono brak koordynacyi w ruchach kończyn dolnych (*ataxie*), zboczeń pod względem czucia nie znaleziono. Po trzech tygodniach ogólny stan chorego polepszył się, dziecko zaczęło nagle mówić i w pierwszych czasach mówiło dużo i prędko, przy pewnym stopniu

podrażnienia. Wkrótce potem ruchy stały się prawidłowe, po 14 dniach ekscytacya przeszła, a dziecko było tak zdrowe jak poprzednio. Autor sądzi, że wypadek ten zaliczyć należy do tej samej kategorii co wypadki obserwowane przez Westphala po ospie i tyfusie i sądzi, że miał do czynienia z zaburzeniami w półkulach mózgu.

E t i o l o g i a.

1) Jello wless D. Insanity and intemperance Brit. med. Journ. 4 Oct. — 2) M a n d s l e y. The causation of general paralysis Quarterly meeting Jour. of Ment. Scienc April.—3) L u n i e r. De l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le developpement des maladies mentales Annal. medico psychologues Mars, Mai, Juillet, Septembr. Novembre.—4) N a s s e Ueber Irresein bei Militairpersonen nach dem Feldzuge 1870—1871. Allg. Zeitschrift für Psych. Bd. 30.—5) I d e l e r Mittheilungen über Psychosen bei Militairpersonen, Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 29.

Lunier (3) zebrał w przeciągu czasu od 1 Lipca 1870 do 31 Grudnia 1871 r., od 1700 do 1800 wypadków, w których wybuch choroby umysłowej, według wszelkiego prawdopodobieństwa był uwarunkowany przez wypadki polityczne. Liczba mężczyzn którzy znaleźli przytułek w zakładach, było 784, kobiet 405. Co się tyczy stanowiska socyalnego osób dotkniętych obłąkaniem na krótko przed wybuchem wojny, to z ogólnej liczby 588 mężczyzn przyjętych do zakładów publicznych, 195 należało do klasy biednej, 74 dostało obłąkania ze strachu przed konskrypcyą.

Nasse (4) obserwował 27 wypadków obłąkania u wojskowych po wojnie Prusko-Francuzkiej, 18 osób brało czynny udział w wojnie, 9 zaś pełniło tylko służbę garnizonową. U wszystkich chorych stwierdzono brak energii i odporności, prędkie przejście do osłabienia umysłowego, spotykano też często zaburzenia w sferze ruchu. U niektórych chorych istniało usposobienie dziedziczne do chorób umysłowych, u innych stwierdzono poprzednie nadużycie napoi wyskokowych, trzy razy tyfus oprócz tego dyscenteryę, reumatyzm, zimnicę, rany i nadmierne wystawienie na promienie słoneczne.

A n a t o m i a p a t o l o g i e z n a.

1) B a t t y T u k e I. On the morbid histology, of the brain and spinal cord as observed in the insane Brit. and foreign med. chir. Review April, July, October. — 2) B o y d R. Prenatural cavities in the brain of the sane and the insane Med. chirurg. Transact. LVI.—3) R i p p i n g L. H. Ueber die cystoide Degeneration der Hirnrinde bei paralytischen Geisteskranken Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 30. —

4) Huguenin. Zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica Correspond blatt der Schweizer Aerzte N. 21, 22, 24. — 5) Moschede Ueber die der paralytischen Geisteskrankheit zu Grunde liegenden pathologisch anatomischen Veränderungen, Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 29.— 6) Meyer L. Die pathologische Anatomie der Dementia paralytica Virchows Archiv Bd. 58. — 7) Lubimoff A. Studien über die geweblichen Veränderungen des Gehirnbaues und deren Hergang bei der progressiven Paralyse der Irren, Virchows Archiv Bd. 57.— 8) Magnan et Mierzejski Des lésions des parois ventriculaires et des parties sous-jacentes dans la paralysie générale (Épendymite, euephalite interstitielle diffuse peri épendymaire, Archives de physiologie norm. et patholog. N. 1). — 9) Obermeyer O. Zur Lehre von der Degeneration des Rückenmarks bei der progressiven Paralyse der Irren. Archiv für Psychiatrie Bd. IV. — 10) v. Rabenau Ueber das Verhältniss der Körnchenzellen-Myelitis zur progressiven Paralyse der Irren, Archiv für Psychiatrie Bd. 30 — 11) Moschede Zur pathologischen Anatomie des Besessenheitswahns, Allgem. Zeitsch. f. Psychiatrie Bd. 30.— 12) Boyd R. Tumours of the brain in the sane and the insane Jour. of Ment. Scienc Januar.— 13) Arndt R. Ein Tumor cerebri Arch. f. Psychiatrie Bd. IV. — 14) Christian. Hemorrhagie extra meningée survenu à la suite d'une indigestion Gaz. med. de Strasbourg. — 15) Cramer Drei Mikrocephalengehirne Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. — 16) Meyer Ueber Vorkommen der Occipitaleriste bei Geisteskranken Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 30. — 17) Williams S. W. D. Softening of the bones in the insane Quarterly meeting Jour. of Ment. Scienc p. 160.— 18) Meyer L. Erstickung durch Obturation beider Bronchi. Berlin. Klinische Wochenschrift N. 16.

Moschede (5) na zasadzie dalszych obserwacyj, stwierdza już dawniej przez siebie wypowiedziane zdanie, że zwyrodnienie barwnikowo tłuszczowe komórek nerwowych w półkulach mózgu, a w szczególności w substancji korowej mózgu, stanowi najważniejszą i najwydatniejszą zmianę przy bezwładzie postępowym obłąkanych. Inne zmiany napotykané w mózgu indywiduów zmarłych na bezwład postępowy, rozdziela Autor na następne grupy. Do pierwszej grupy zalicza proste miąższowe zapalne zwyrodnienie substancji korowej mózgu, *periencephalitis parenchymatosa diffusa*, do drugiej należą formy przeważnie z zajęciem opony twardej *pachymeningitis*. Do trzeciej grupy należą formy zapalenia opony twardej z wysiękiem krwistym, w czwartej grupie mieszczą się wypadki skomplikowane z ogniskami apoplektycznymi w mózgowiu. Piąta grupa charakteryzuje się processem zapalnym w oponach miękkich, a do szóstej zaliczamy wypadki skomplikowane z rozmiękczeniem mózgu. Do siódmej grupy według zdania Autora należą wypadki nowotworów albo w substancji mózgu albo też na powierzchni tego organu. Ósmą grupą odznacza się znaczném chorobliwém rozszerzeniem naczyń krwionośnych. Do dziewiątej grupy należą processy atroficzne, a do dzie-

siatęj wypadki z szarem zwyrodnieniem warstw substancji rdzeniowej, graniczących z substancją korową.

Lubimoff (5) badał mózg a po części i rdzeń 14 indywidualów zmarłych na bezwład postępowy na klinice Meinerta w Wiedniu. Rezultaty jego badań, zgodne są z badaniami Meinerta. Autor znalazł naczynia krwionośne wypełnione, w ścianach ich i koło naczyń grudki barwnika, ściany naczyń zgrubiałe wygląd ich woskowaty. Zwiększenie ilości jąder w ścianach naczyń, wiele jąder w stanie dzielenia. Ilość ciałek tkanki łącznej była powiększoną w porównaniu ze zdrowym mózgiem, są one wrzecionowate, posiadają po kilka wypustek które się łączą z naczyniami, jądro wydaje się być napęczniałe i w stanie dzielenia, niektóre komórki posiadają po dwa i więcej jąder. Zarodź (*protoplasma*) jest w niewielkiej ilości o ciemnych konturach, albo w różnym stopniu napęczniała. Podobnie i wypustki ciałek tkanki łącznej są po części szersze i wzdęte. Ciałka tej tkanki łącznej spotykamy nie tylko w białej i szarej substancji mózgu, ale i w rdzeniu przedłużonym i w rdzeniu pacierzowym, najbardziej są jednak rozwinięte około naczyń i w warstwach podkorowych substancji rdzeniowej mózgu. Przy bezwładzie postępowym spotykamy ciałka tkanki łącznej w daleko większej ilości jak w stanie normalnym, gdyż rzeczywiście w skutek dzielenia jąder i komórek ilość ich jest zwiększona. a oprócz tego w skutek zaniku substancji nerwowej, zdają się być więcej ściśnięte. Przytem nie należy spuszczać z uwagi, że własności ich są zmienione, jądra i zarodź są napęczniałe i zwiększone a niekiedy nawet przyjmują wygląd woskowaty. Zmiany patologiczne substancji łącznej (*neuroglia*) zależą na tém, że takowa traci swój wygląd prawdziwy drobno ziarnisty, a przyjmuje wygląd poplątanej sieci o drobnych włókieńkach, komórki wrzecionowate biorą udział przy utworzeniu wyżej wspomnianej sieci. Podobnie i w komórkach nerwowych znajdujemy zmiany, niektóre są napęczniałe, przyczem i jądro przyjmuje udział w tym procesie, lub też rozpadłe, inne w stanie sklerotycznym. Autor znajdował tak jądra jak i komórki nerwowe w stanie dzielenia, lecz tylko w mózgu, a nie w rdzeniu. W niektórych wypadkach zauważano około komórek nerwowych osadzone bryłki żółto zielonawej substancji, w innych miejscach miąższ koło komórek był wypełniony podobną masą, podobnie jak i przestwory około naczyń; według zdania autora, massy te uważać należy za chorobliwie zmienioną i skrzepłą lymfę. Cylinder osiowy wydawał się w wielu razach regularnie lub

nieregularnie zgrubiały. Autor przedstawia sobie cały przebieg procesu chorobnego w sposób następny, od początku występuje przekrwienie w skutek czego tkanka łączna podlega zmianom jak napęcznieniu, jądra dzielą się, a zmiany substancji łącznej następczo wywierają wpływ na odżywianie i funkcje komórek nerwowych. Przekrwienie mózgowia jakie zwykle istnieje na początku choroby, autor tłumaczy zajęciem nerwu sympatycznego. Z liczby pięciu obserwacji, raz tylko znaleziono rdzeń pacierzowy nie zmienionym.

Mag n a n i i ziomek nasz M i e r z e j e w s k i (18) zajęli się zbadaniem ependymy w komórkach mózgowia indywiduów zmarłych na bezwład postępowy. Już dawno B a y l e zwrócił uwagę na częstotść granulacyi na ependymie u paralityków, a J o i r e stanowczo oświadczył, że choroba właśnie ma swe główne siedlisko w ścianach komórek mózgowia. Dotychczas jednak nie odkryto ścisłego związku między zajęciem ścian komórek a zmianami na powierzchni. Obaj autorzy uważają bezwład postępowy jako chroniczne rozlane interstitialne zapalenie mózgu, które zaczynając od substancji korowej, zajmuje całą masę mózgowia, lub też zaczynając się od komórek, rozszerza się przeciwnie ku obwodowi mózgowia. Wyżej wspomniani badacze przeprowadzili najdokładniejsze spostrzeżenia u 9 chorych i we wszystkich wypadkach znaleźli granulacje różnej wielkości na ependymie. Najliczniejsze granulacje znaleziono na spodzie 4 komórki, mniej liczne w komórkach bocznych. Grubość ependymy stoi zwykle w stosunku do ilości granulacyi, przedstawia się ona jak gruba szara galaretowata warstwa, która na wierzchołku pióra pisarskiego (*calamus scriptorius*) może mieć od 3 do 4 millimetrów grubości. Granulacje wyrastają na ependymie i składają się przeważnie z tkanki łącznej w różnych fazach rozwoju, stanowią one jakby w ł ó k n i a k i które na powierzchni t. j. na wolnej ścianie komórek zawierają więcej tkanki łącznej zbitój, a ku wewnątrz więcej tkanki luźnej obficie w jądra zaopatrzonój. Niekiedy obok siebie lub też na przeciw siebie leżące granulacje zrastają się z sobą, tak że tworzą się nieregularne przegrody, a nawet przy wązkich kanałach jak np. w wodociągu S y l w i u s z a kanałik może prawie zupełnie zarosnąć. W jednym wypadku kanał środkowy rdzenia przedstawiał w jedném miejscu nieregularne przegrody, a w drugim nawet zupełne zarośnięcie. Ependyma buja nietylko ku powierzchni ale rozprzestrzenia się pod postacią pasm włóknistych ku substancji rdzeniowej które zwolna giną w substancji łącznej międzynerwowej (*neuroglia*). Nabłonek ro-

znacie się zachowuje, jeżeli mała narośl zwolna się rozwija, to nabłonek wznosi się w górę i pokrywa w zupełności narośl, przeciwnie jeżeli narośl wznosi się wyżej, to pokrywa nabłonkowa pęka i nabłonek tylko w części narośl pokrywa. Jeżeli nakoniec około siebie leżące narośle zrosną się, to napotykamy pomiędzy tkanką łączną bryłki nabłonka. W niektórych razach zdaje się, że i nabłonek przyjmuje udział w processie bujania.

T e r a p i a.

- 1) Reimer H. Die Therapie der psychischen Erregungszustände, *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie* Bd. 30. — 2) Luther F. M. Medicinal and moral remedies for the cure of insanity *Med. Press and Circul.* 4 Juni. — 3) Kitchen D. H. Ergotin the treatment of nervous disease *Amer. Jour. of insanity* Jnly. — 4) Kitchen. Conium in the treatment of insanity *Amer. Jour. of insanity.* — 5) Mickle J. The use of digitalis in maniacal excitement *Jour. of Ment. Scienc* July. — 6) Landerer. Gust. Ueber die Wirkung des Papaverin bei Geisteskranken Tübingen.—7) Obermoyer A. Anwendung des Actylalcohol bei Geisteskranken, *Archiv f. Psychiatrie* Bd. IV.—8) Höstermann. Ueber die Wirkung des Amylnitrits auf Melancholiker *Anzeiger der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien*, Octob. 1872.—9) v. Gellhorn. Vorläufige Mittheilung über Apomorphin. Injections bei Geisteskranken. *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie* Bd. 30. — 10) Dronet J. Documents pour servir à l'histoire du bromure de potassium *Annal. med. psychologiques* Septembre. — 11) Newth A. H. The galvanic current applied in the treatment of insanity *Jour. of Ment. Scienc* April.—12) Williams S. W. D. On the treatment of melancholia attonita, with refusal of food, by the continuous current *Lancet* 25 Jan.—13) Campbell I. A. The shower bath in insanity *Jour. of Ment. Scienc* Januar. — 14) Anderson Moxey D. Enforced alimentation of the insane *Lancet* 31 Mai — 15) Gielen. Ueber die künstliche Ernährung der Nahrungsverweigerer *Inaugural. Dissertation*, Berlin.

Reimer (1) uważa wstrzykiwania podskórne morfiny za jeden z najskuteczniejszych środków przy podrażnieniu i ekscytacji obłąkańcych. Nie wszystkie jednak wypadki maniakalnego podrażnienia kwalifikują się do wyżej wspomnianej metody leczenia; w wypadkach zupełnie świeżych, wyczekiwanie przynosi często bardzo dobre rezultaty, a iniekcye z morfiny bywają nawet szkodliwe. Przeciwnie widzimy wyborne skutki z morfiny w tych razach, jeżeli mamy do czynienia z wypadkami, w których zboczenia w czuciu lub iluzye w sferze pleciowej, stanowią punkt wyjścia do podrażnienia maniakalnego. Na początek nie należy więc robić zastrzyków jak dwa w ciągu 24 godzin i zaczynać od małych dawek np. od 15 milligramów. Jeżeli pierwsze dawki dobrze zostają zniesione, to codziennie można powiększyć dawkę o 5 do 10 milligramów, nie należy jednak

przechodzić dawki pięć centygrammów dwa razy na dobę. Najlepiej robić iniekcye na szyi. Jeżeli absolutnie nie ma snu, to rano robi się zastrzyknięcie z dwóch do trzech centygrammów morfiny, a wieczorem podaje się choremu jeden do dwóch grammów chloralu; można téż oba te środki połączyć i zadać wewnątrznie jeden do dwóch grammów chloralu z dodatkiem jednego lub dwóch centygrammów morfiny. Szczególniej wyżej wspomniana metoda oddaje dobre usługi w manii peryodycznej, gdyż napad występujący po długim peryodzie spokoju, może być zaraz w samym początku przerwany. W podobnych razach jakotéż przy ekscytacji paralityków, iniekcye z morfiny działają nadzwyczaj skutecznie. Z innych środków szczególniej przy obłąkaniu przemiennem, gdzie często silna ekscytacja występuje po poprzedniej depressyi, jako téż przy chronicznej manii autor zachwala bromek potasu w dużych dawkach (do 15 grammów *pro die*).

Miekle (5) robił obserwacye nad działaniem naparstnicy przy podrażnieniu maniakałnem, przyszedł do następných rezultatów. Najskuteczniej działała naparstnica przy chronicznej manii, szczególniej w wypadkach peryodycznych napadów. Wpływ naparstnicy na tętno znajdował się w prostym stosunku do działania uspokajającego tego środka.

Obermeier (7) używał z pomyślnym skutkiem u chorych dotkniętych melancholią z otępieniem (*melancholia c. stupore*) alkoholu w roztworze 30 procentowym w ilości 25 do 100 gram. *pro die*. Wprawdzie autor nie osiągnął wyleczenia, w każdym jednak razie chorzy stawali się żywszymi i wypowiadali swoje idee obłądne.

Höstermann (8) podaje swe obserwacye nad działaniem amylnitritu; wzięwania powtarzane od dwóch do czterech razy na dzień, sprowadzały stale pewne zmiany. Tak twarz staje się czerwoną, łącznice nastrzyknięte, oddech głęboki puls przyspiesza się przyspieszenie jednak pulsu w $\frac{3}{4}$ minuty albo po minucie po przestaniu wzięwania znika, przytem chorzy ożywiają się, czują się lepiej myśli biegną im łatwiej. Leczenie za pomocą amylnitritu nie jest stosowne w wypadkach melancholii z uczuciem trwogi, gdyż podrażnienie jakie w podobnych razach istnieje, przez wzięwanie wyżej wymienionego środka zostaje jeszcze zwiększone.

Gellhorn (9) zastosowywał u obłąkanych apomorfinę zwracając uwagę na działanie nasenne tego środka. Po wymiotach chory zwykle zasypia, a sen trwa od $\frac{1}{4}$ godziny do pięciu godzin, w niektórych razach i sen podczas nocy był lepszy. Najczęściej używano

$\frac{1}{10}$ do $\frac{1}{8}$ grana na dawkę, najwyższa zaś dawka dzienna nie powinna przenosić $\frac{1}{2}$ grana. Wstrzykiwania podskórne robiono przy manii, za wyjątkiem paralityków tylko dwa razy próbowano leczenia melancholii tym środkiem. Nigdy nie zauważono szkodliwego wpływu na przebieg choroby umysłowej, również i stan czysto fizyczny nie przedstawiał pogorszenia.

D r o n e t (10) na zasadzie licznych obserwacji, nie podziela zdania innych lekarzy o skuteczności bromku potasu, podawał wyżej wymieniony środek przy manii u epileptyków u onanistów, lecz bezskutecznie. Autor dochodził do ogromnych dawek, które zresztą nie wywierały żadnego szkodliwego wpływu. Znieczulenie błony śluzowej gardzieli dochodziło niekiedy do takiego stopnia, że można było języczek wiaśać między palce i cisnąć go bez wywołania odruchów.

N e w t h (11) opisuje pewną liczbę wypadków manii, melancholii i bezwładu, w których używał z korzyścią strumienia stałego. Zwykle biegun dodatni stosowano na kark, albo też na okolice skroniową, biegun zaś ujemny stosowano na rękę lub nogę. Autor uważa leczenie prądem galwanicznym za szczególnie skuteczne przy upadku tonu w systemie nerwowym. Przy leczeniu zwraca się uwagę na stan pulsu, jeżeli puls staje się częstszy to możemy mieć nadzieję dobrego skutku.

Choroby ogólne (konstytucjonalne) ostre i przewłoczne.

Sprawozdawca Dr. A. Fabian.

I. Białaczka prawdziwa (*Leukaemia*) i rzekoma (*Pseudoleukaemia*).

Tegoroczna literatura znów nam przyniosła kilka nowych kazuistycznych doniesień o tej (zresztą dość rzadkiej) chorobie. So u t h e y a poszukiwania (*One adenoid disease. St. Bartholom. Hospit. Reports. IX.*) nad 20 wypadkami następujące dały rezultaty: Z chorych przypadło 16 na mężczyzn, 4 na kobiety, wiek najwięcej atakowany od lat 9—12 i od 45—55. Czas trwania choroby średnio

14—15 miesięcy. Najjawniejszymi objawami były obrzmienia gruczołów chłonnych (szyjowych, krezkowych, śródpiersiowych, pachwinowych, lędźwiowych), śledziona prawie zawsze powiększona, często bardzo widocznie, w postaci wyraźnego guza w brzuchu, wychudnienie, bezkrwistość, w ogóle charłactwo. Z rzadszych objawów widział S. cztery razy majaczenia, dwa razy padaczkę, cztery razy świeże zapalenie opłucnej, dwa razy pleuropneumonią. Teoretyczne rozumowanie ściśle trzyma się Virchowa. W leczeniu w pierwszym okresie choroby zalecane zimne kąpiele i wody mineralne jodowe, w dalszym ciągu przy puchlinie i t. d. zwalczać należy rozrzedzenie krwi.

W wypadku Mosler'a (*Zur Symptomatologie der Leukämie. Virch. Arch. Bd. 57.*) uważanym za białaczkę śledzionową (choć była znaczna bolesność kości mostkowej), bez obrznięć gruczołów chłonnych, po śmierci, spowodowanej nagle krwotokiem żołądkowym, u chorego lat 44 wieku, oględziny pośmiertne wykrywają rozległe cierpienie szpiku kostnego, który w mostku okazał się brudno szarobiałym, wśród substancji gębczastej kości puste nieregularnego kształtu przestwory, wielkości grochu; tkanka rdzeniowa jednego kręgu lędźwiowego i jednego uda również brudno żółtawa, natomiast substancja korowa i okostna wszędzie normalne. Ciekawą jest anamneza tego wypadku opiewająca tylko dawną zimnicę, a nie wspominająca o żadnym pierwotnem cierpieniu kości lub ich szpiku. Jak się zdaje, białaczka rozwinęła się po stłuczeniu (przy wsiadaniu na konia) lewego boku i obrzmiałej w nim śledziony.

Zupełnie podobny wypadek ogłasza Huber (*Zur myelogenen Lenkaemie. Deutsches Arch. f. Klin. Med. XII.*) opisując go jako białaczkę szpikową. Wyrobnik 43 letni (wedle opowiadania cierpiał przed ośmiu laty napady zimnicze), zjawia się z objawami ciężkiej niemocy; śledziona powiększona, tak, że u dołu dochodzi kości biodrowej, z przodu sięga do linii białej, we krwi stosunek czerwonych do białych ciałek jak 2:1. Układ kostny ściśle i często badany nie nieprawidłowego nie okazuje. Przy sekcji żebra, mostek i kość biodrowa wypęknione brudno zielonawożółtym szpikiem, śledziona 25 ctm. długa, 12 ctm. szeroka. Szpik żebra nadzwyczaj miękki miazgowaty, szaroczerwony, złożony prawie wyłącznie ze ściśle skupionych komórek szpikowych bez wyraźnych postaci przejściowych między białymi i czerwonymi ciałkami. We krwi żyły śledzionowej i jej miazdrze, a jeszcze obficie w szpiku kostnym, kryształki

wrzecionowate często przy białaczce opisywane niewiadomej natury i znaczenia.

Vogel i Sizer podają opisy białaczki śledzionowej pierwszy u 21 letniego mężczyzny, drugi u 29 letniej kobiety, u której stosował (ale bezskutecznie! Spr.) wziewania tlenowe. (Chora zmarła po silnym krwotoku nosowym i zropieniu gruczołów pachowych.

Schepelern (*Et Tilfælde af myelogenisk Leukaemie Pire Telfælde af Pseudoleukæmie Hosp. Tid. 15.*), opisuje jeden wypadek białaczki śledzionowoszpikowej i cztery wypadki białaczki rzekomej. Białaczka rozwinęła się u 58 letniej niezameżnięj kobiety w dwa lata po ostrym gościecu stawowym: śledziona olbrzymio powiększona, wątroba cokolwiek, gruczoły limfatyczne w pachwinach małe, ale twarde. Mocz biało zawierający, krew okazuje pomnożenie znaczne nie zbyt powiększonych ciałek białych (jedno białe, cztery czerwone). Ciągłe mała gorączka (38°). Nie wspomniano o żadnem cierpieniu kostnem. Tymczasem sekcyja wykryła co następuje: We krwi ciemno czerwonej z żyły szyjowej jasne, jakby ropne pręgi, w brzuchu około 4000 ctm. sz. płynu surowiczego, śledziona znacznie powiększona (dł. 25 c., szer. 16 c., grubość 7 c., waga 1525 gramm), miazdra złożona z komórek limfoidalnych o jednym lub dwóch jądrach i z jąder swobodnych, mało bardzo ciałek czerwonych krwi, wątroba waży 1935 gramm., w niej, jak również w nerkach nagromadzenie ciałek limfoidalnych. Szpik kostny kości gąbczastych i długich żółtozielonej do ropy podobnej barwy, w udzie i kości promieniowej drobnowidz nie wykazuje w szpiku ani śladu komórek tłuszczowych, lecz liczne, skupione dość równokształtne komórki, wielkości nieco powiększonych białych ciałek krwi; niema myeloplaksów. W żebrach, mostku i kręgach substancya korowa kości scieżczona, wypadek badania drobnowidzowego ten sam, co i w kościach długich; tylko w kręgach różnokształtność komórek, nawet gdzie niegdzie myeloplaksy. W dzień po śmierci we krwi żyły udowej liczne kryształki postaci wieka od trumny (fosforan ammono-magnezyowy), nie ma opisanych przez Neumanna „wydłużonych, bezbarwnych ośmiościanów.”

Autor uważa ten wypadek za charakterystycznie szpikową białaczkę, chociaż za życia był rozpoznany jako śledzionowa, z powodu, że liczba zwiększonych ciałek białych była pomnożona i obrzmienie śledziona znaczne. Zresztą, wedle Sch. zarówno czy-

sto śledzionowa, jak i czysto limfatyczna białaczka bardzo się rzadko spotyka.

Z czterech wypadków białaczki rzekomej z obrzmieniami śledziony i gruczołów limfatycznych, teoretyczną wartość ma szczególnie jeden czysto śledzionowy, gdzie obrzmienie śledziony musi być policzone do postaci twardych limfosarkomatów, zaprzeczający więc niejako zdaniu *Langhansa*, że przy twardej postaci śledziony cierpi zawsze następczo tylko (t. j. po gruczołach limfatycznych).

II Moczówka cukrowa i bezcukrowa.

Ciągle jeszcze teoretyczne pojęcie tej choroby, a za niem i racjonalne wskazania terapeutyczne, stanowią szkopuł, o który rozbijają się prace badaczy, tak fizyologów, jako też patologów klinicznych. I bieżąca literatura zawiera znów nową teorię (*Lécocorché*), znaczny materiał kazuistyczny i sumienne badania i doświadczenia lecznicze (*Külz*, *Kratschmer*), nowe źródło cukru w ustroju wynajduje w mięśniach *Zimmer*; angielscy lekarze głosują jedni za, drudzy przeciw okrzyczanej kuracji *Donkina* zbieranem mlékiem (*skimmed milk*). Oprócz promotora tej metody leczenia wstępuje za nim w szranki *Greenhaw*, kiedy przeciwnie *Pavya* bardziej jeszcze *Barklaj* wykazują, nie tylko bezużyteczność, ale nawet szkodliwość tego wielce nieracjonalnego środka kuracyjnego. W dwóch dość obszernych artykułach rozwija *Lécocorché* (*Considerations théoriques et thérapeutiques sur le diabète sucré. Gazette Hebdom. N. 24 i 27. i Correspondence manuscrite. Bulletin de l'Acad. de Méd. N. 23*), swe teoretyczne poglądy, które pokrótce tak brzmią mniej więcej: 1) Wszystkie poprzednie teorie służą tylko do objaśnienia pewnych odmian cukromoczu, które z moczówką cukrową żadnego nie mają związku; cukromocz moczówkowy dotąd jest niewyjaśnionym. 2) Cukromocz przy moczówce jest tylko wtórnem zjawiskiem; pierwotnym zaś i głównym momentem jest dążność do niszczenia (*desassimilation*) ciał proteiновых. To właśnie niszczenie wyraża się olbrzymiami ilościami dziennie wydzielanego mocznika i na tem właśnie polega istota moczówki. 3) Niszczenie ciał białkowych staje się następnie powodem cukromoczu, tego wtórnego, prawie nie nieznaczącego zjawiska. „Na nieszczęście, powiada *L. tlen krwi*, zuży-

wany do spalania ciał białkowych, omija całkowicie, albo w części ciała w cukier zmienne, utworzone w gospodarstwie ustroju kosztem glikogenu. Te tedy ciała w cukier zmienne zjawiają się w moczu, w tem większej ilości, im większą jest ilość wydzielonego mocznika. Jeśli w początkach choroby udaje nam się, przez wykluczenie z pożywienia ciał skrobiowych, ograniczyć lub zupełnie wstrzymać cukromocz, to znaczy tylko, że tlen wystarcza do spalania zarówno zniszczonych ciał białkowych jakoteż małej ilości z nich powstałego cukru." 4) Pogląd, uważający moczówkę cukrową w ten sposób ważny jest bardzo dla leczniczego postępowania. Istotnie też, uważając z L. moczówkę w ostatniej instancyi za „a z o t u r y ę,” od której cukromocz zależy, należy w leczeniu starać się tylko o zwalczenie, za jaką bądź cenę, nadmiernego wydzielania mocznika. Tego celu dosięga L. przez leczenie za pomocą „*les agents d'épargne*,” między którymi pierwsze miejsce zajmuje makowiec, arsenik, waleryana, a może i bromek palasu.

W jednej z prac swoich nad moczówką podaje K ü l z (*Beiträge zur Hydrurie und Melliturie. Habilitationsschr. Marburg 1872*), swe poszukiwania nad wprowadzaniem do krwionośnych naczyń roztworów solnych (B o c k i H o f f m a n n u wywoływali stale u królików słodkomocz przez wstrzyknięcie do krwi 1% roztworu soli kuchennéj).

Wprowadzając roztwór soli kuchennéj wprost do żyły, mógł się K. przekonać tylko o tém, że w moczu znalazło się ciało odleniające tlennik miedzi, nie zaś, że to jest cukier, bo optycznie ciało to okazywało się zupełnie obojętnem, nie było więc cukrem gronowym. Podobnie, jak solą kuchenną, wywoływał K. moczówkę przez wstrzykiwanie 1% roztworu węglanu, octanu, bursztynianu i kozłkanu sody, zupełnie w tym kierunku nie działającymi okazały się roztwory chlorku barytu, wapnia, ammonu, mocznika, bromku i jodku sodu; wywoływały one wprawdzie hydrurię, ale nigdy moczówki nie powodowały. Najsilniejszą moczówkę wywoływał octan sody, ale i przy tej soli, podobnie jak przy wszystkich poprzednio wymienionych, cukromocz nie zjawiał się, jeśli uprzednio przecięto *nervi splanchnici*. „Cukromocz, powiada autor, nie jest następstwem ciśnienia krwi, ani rozcieńczenia surowicy krwi, ani sprawą fermentacyjną, albo przeprowadzeniem cukru z kiszek do krwi obiegu; p o w s t a j e o n r a c z é j p r z e z d z i a ł a n i e n e r w ó w.” Co się tycze wydzielania kwasu moczowego przy moczówce, na innem miejscu (*Reichert's du Bois Reymond. Arch. 1872*), wspomina K. o tem, że autorowie nie

zgadzają się na tym punkcie, twierdząc, że powodem tój niezgodności zdań jest niedokładność sposobów oznaczania przez strącenie kwasu moczowego kwasem solnym. W jego poszukiwaniach (metodą *N a u n y n-R i e s s a*), ilość kwasu moczowego oznaczana u jednego chorego codziennie przez 1 $\frac{1}{2}$ miesiąca wahała się między 0,06—0,76 dziennie, zawsze zatem mniej jak normalnie. Woda karlsbadzka na wydzielanie tego składnika moczu zupełnie wpływu nie wywierała.

Tenże sam autor (*Beiträge zur Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus, Marburg 1873*) ogłasza ściśle badania na chemicznych rozbiórach oparte, jakim zmianom ulega mocz diabetyków przy rozmaicie zmienianym sposobie życia. Woda karlsbadzka (tak powszechnie zalecana! Spr.) w pewnych wypadkach wpływa na zniknięcie cukru z moczu, tak, że chorzy mogą nawet przyjmować małe ilości wodanów węgla, bez wydzielania przez to cukru z moczem, ale skutki te są tylko czasowe, bo zaraz po powrocie do zwykłego trybu życia cukier w moczu znowu się pojawia; innym razem Karlsbad nawet poprawy nie wywołuje. Zalecane tak często dwuwęglan sody, bromek potasu, roztwór arsenikalny *F o w l e r a* okazały bardzo wątpliwe skutki. Dalszy ciąg pracy zawiera badania nad wpływem niektórych wodanów węgla z pokarmem przyjmowanych, na wydzielanie cukru w moczu, szczególnież też cukru gronowego, dekstryny, manitu, inulinu, cukru mlecznego, owocowego i inozytu, przyczem również podane są badania rozmaitych zachwalanych surrogatów chleba. *K ü l z g a n i* zarówno chleb glutenowy *B o u c h a r d a t a*, jako też otrębiany *P r o u t a* i sucharki *N e u e n a r s k i e S c h m i t z a*; ze wszystkich proponowanych najbardziej jadalnym jest chleb migdałowy *P a v y e g o*. Sam zaś proponuje nowy chleb inulinowy (inulin jest wodanem węgla, który wedle *K.* przez diabetyków dobrze się assimiluje). W końcu, niezaprzecząc skutkom metodycznego użycia mleka przy moczówce, nie może się zgodzić z *D o n k i n e m* na zbieranie mleka, bo oprócz cukru mlecznego mleko nie zawiera żadnego ciała, któregooby diabetyk znieść nie mógł. Badania nad wpływem ruchu, jakoto chodzenie po świeżem powietrzu i gimnastyki pokojowej wykazały zmniejszenie wydzielonego cukru przy ruchu, gdy tymczasem oddechanie bardzo powolne lub w ścieśnioném powietrzu ilość cukru w moczu zwiększały. Co do proponowanego przez *O. S c h u l t z e n a* (cf. Przegląd za r. 1872 Zesz. V), podawania dyabetykom gliceryny, to jakkolwiek *K ü l z* (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med. XII*), zbija zarówno teoretycznemi, jako też praktycznemi wywodami zasadę tego lecze-

nia, wedle której diabetykowi brakuje zaczynu rozczepiającego w normalnym ustroju cukier na glicerynę i aldehyd glicerynowy, nie może wszakże zaprzeczyć opisanym skutkom leczniczym, i owszem twierdzi, że wprowadzenie do leczenia moczówki cukrowej gliceryny niewątpliwie stanowi postęp w terapii tej choroby.

Niemniej ściśle (bo na chemicznych rozbiorach oparte) i arcysumienne prace Kratschmera (*Ueber Zucker und Harnstoffausscheidung beim Diabetes mellitus unter dem Einfluss von Morphium, Kohlensäurem und schwefelsäurem Natron. Sitzungsberichte der Wien. Akad. III Abth. Bd. 66 i Ueber Diabetes mellitus. Wiener med. Wochenschr. N. 20*) mają za przedmiot zbadanie wpływu makowca, morfiny, węglanu i siarczanu sody na przemianę materji t. j. ilość wydzielanych przez diabetyka: cukru, mocznika, chlorku sodu i kwasu fosfornego. Oznaczywszy najprzód ściśle ilości tych ciał przy mieszanych pokarmach, badał Kr. mocz przy podawaniu oznaczonych ilości pokarmów azotowych t. j. przy ściśle mięsnej dyecie, potem przy czysto mięsnej dyecie podawano opium, morfinę, sól Glauberską, potem znowu morfinę i węglan sody, potem pokarm mieszany i morfinę, każdy sposób traktowania prowadząc przez dłuższy czas i badając codziennie mocz na ilość jego wspomnianych składników. Z tego okazało się, że przy pierwotnie używanym pokarmie mieszanym cały wprowadzony azot wychodził w postaci mocznika, przy tem ogromna ilość węgla wyprowadzana w postaci cukru, dowodząca olbrzymiego zużycia materji. Po 17 dniach czysto mięsnej diety: zmniejszenie przeciętnej ilości moczu o 1380 C. C., cięż. wł. zmniejszony o 0,009, ilość dzienna cukru o 254 gramm., chlorku sodu o 10 gr, zwiększenie ilości wydzielonego mocznika o 19 gramm. kwasu fosfornego o 1 gram. Poznawszy wydzielone ilości przy mieszanej i przy ściśle mięsnej dyecie, podawano przez 35 dni z wolna zwiększające się dawki (nigdy więcej jak 720 milligr.) wyciągu makowca (*extr. opii*). I tu znów zmniejszenie ilości moczu, cukru, mocznika i chlorku sodu i ciężaru właściwego, tak że działanie makowca przy moczówce może być uważane jako powstrzymanie przemiany materji, a szczególnie to zmniejszenie przemiany dotyczy ilości wydzielonego cukru. Chory wraca do czystej mięsnej diety bez żadnych lekarstw, ilość cukru w moczu się wzmaga. Morfina działa jeszcze bardziej stanowczo i silniej jak makowiec, tak więc przy użyciu morfiny ustrój diabetyka mniej daleko potrzebuje pokarmu. Sól Glauberska w ilości, jaką zawiera sprudel karlsbadzki podnosi potrzebę przyjęcia pokarmu, ale i wszystkich wydzielin, zwłaszcza też mocznika i kwasu fosfornego. Węglan sody nie zwiększa ilości mocznika, ale też nie zmniejsza

ilości wydzielonego cukru. Przed samą śmiercią chorey prawie pokarmu nie przyjmował, a jednak wydzielina zachowała cechy podniesionj przemiany materyi, co by dowodziło, że diabetyk przy głodzeniu niszczy wiele składników swego ciała. Sekeya wykryła ziarniny na ependymie czwartj komórki mózgowj i ekzostozy na wewnętrznej powierzchni kości czołowj. Podług Kr. moczówka jest sprawą chorobną powstałą w skutek zaburzeń w przemianie materyi, powodów czego szukać należy głównie w zmianach układu nerwowego. Najpożyteczniejszymi środkami przeciw wydzielaniu cukru jest ściśle mięsna dyeta, i morfina działająca w ogóle na powstrzymanie zbyt podniesionj przemiany materyi. Sama tylko dyeta czysto mięsna zmniejsza wprawdzie ilość cukru wydzielonego, wszakże waga ciała przytem nie zwiększa się; natomiast przy współczesnem podawaniu morfiny (zwłaszcza téż wstrzykiwania podskórne) waga ciała znacznie się podnosi. Działanie morfiny wedle Kr. odnosi się do wpływu jēj na osródkowe narządza współczulne.

Pomyślnie działanie przotworów makowca stwierdził na jednym ze swoich pacyentów H a r r i s (*Diabetes mellitus, relieved by the administration of Opium. Lancet. March. 8*). Również z poszukiwań K r o t s c h y ' o g o (*Ueber Diabetes mellitus Wien. med. Wochenschr. N. 3.*) nad działaniem atropiny, bromku potasu, arsenu i wód karlsbadzkich okazuje się że tylko morfina podawana przez kilka tygodni w powiększanej stopniowo dawce aż do 2 decigram. i więcej na dzień zmniejszała ilość moczu w ogóle a ilość cukru szczególniej, przy zmniejszaniu późnij dawki morfiny działanie jēj utrzymywało się, wszakże po zaprzestaniu jēj użycia, błogie jēj skutki szybko ustawały.

B e r t a i l (*Études sur la phthisie diabétique. Paris.*) bada suchoty płucne u diabetyków. Że często w przebiegu moczówki zjawiają się cierpienia płuc o tem dawno wiadomo, ale zawsze suchotniczą sprawą uważać należy za nabytą, a nie z wrodzonych warunków powstałą, gdyż diabetyczni suchotnicy zwykle nie przedstawiają żadnego z tych momentów, które znamionują usposobienie do suchot spotykanych między osobami w wieku od 20 — 30 lat życia; czy zaś na odwrót suchoty płucne usposabiają częściej do moczówki, na to pytanie należy odpowiedzieć przecząca, gdyż w ogóle jeszcze wątpliwom jest znajdwanie cukru w moczu suchotników, albo jeśli się znajduje to zawsze w tak małych ilościach, że żadną miarą nie może być mowy o cukromoczu. Co do częstości powikłania suchot z moczówką, to G r i e s i n g e r między 64 oględzinami pośmiertnymi diabetyków

znalazł suchoty płucne 31 razy. Zawsze cierpienie płucne rozwija się dopiero w późniejszych okresach moczówki. Odnosnie do przyczyny tych diabetycznych suchot to *Brouardel* szuka jej w suchości wyziewającej powierzchni płuc, wynikłej ze zgęszczenia surowicy krwi. *Richardson* sądzi, że suchoty płucne przyłączają się do wypadków moczówki, wywołanych obrażeniami mózgu u jego podstawie, że wtedy obrażenie to wpływa na początki nerwów zaopatrujących płuca. *Pavy* objaśnia cierpienie płucne wprost zmianą krwi przez cukier spowodowaną, gdy tymczasem *Bouchardat* uważa je za następstwo niedostatecznego zużycia pokarmów służących do ogrzewania ciała. Podług *Bertaila* zaś powodem suchot płucnych przy moczówce jest stan ogólny ustroju wywołany tą chorobą, arcypodobny do wyniszczenia przez przewlekłe ropienia, przy których jak wiadomo chorzy bardzo często umierają na suchoty płucne. Przy moczówce spotyka się zarówno formę granulacyjną jak i serowate ogniska pozapalne.

Rozbierając przyczyny moczówki *Bischoff* (*Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus. Münch. ärzt. Intelligenzblatt N. 23*), kładzie główny nacisk na zmiany u podstawy czwartej komórki mózgowej, przyczem zwraca uwagę badaczy na niewspominaną dotąd zmianę, mianowicie stłuszczenie naczynek tętniczych w 4-ej komórce mózgowej i jej otoczeniu. Galwanizowanie zastosowane w jednym wypadku moczówki na rdzeń kręgowy i nerw współczulny z powodu bardzo uciążliwej nerwicy w dziedzinie nerwu potylicowego, wywołało zmniejszenie ilości cukru w moczu. *Bolz* (*Zuckerpilz im frischgelassenem Diabetsharn. Memorabilien N. 4*) znalazł w moczu świeżo oddanym przez diabetyka grzybka cukrowego (*Saccharomyces*); przypuszcza on, że właśnie ten grzybek w żyjącym ustroju działa jako zaczyn, wywołując nagromadzenie wysokoku i kwasu węglanego, i dla tego (?) chory, który oddawał te grzybki z moczem cierpiał czas dłuższy śpiączkę i zboczenia psychiczne. Ze wszech miar ciekawą jest praca *Zimmera* (*Die Muskeln eine Quelle des Zuckers im Diabetes. Deutsche Klinik N. 7*). Widział on, że diabetycy, wydzielający 4—6% cukru przy mieszanym pokarmie, przy czysto mięsny nie wydawali cukru wcale; ten cukier moczowy musi zatem pochodzić z organu, który przy mieszanym pokarmie nagromadza znaczne ilości ciał cukrowych, przy czysto mięsny bardzo mało; tym organem jest wątroba. (Jeszcze niedawno *Bock* i *Hoffmann* wykazali, że przy wprowadzeniu roztworów białka do żołądka głodzonych królików, komórki wątrobowe nie zawierają ani śla-

du glikogenu). Tymczasem inni diabetycy przy wyłącznym mięsnym pokarmie mogą wydzielać do 200 gramm. cukru na dobę, tak, że te masy cukru nie mogą żadną miarą pochodzić z samej tylko wątroby; dalej większa część diabetyków wydziela niekiedy daleko więcej cukru w nocy, jak wkrótce po jedzeniu, tak więc musi być w ustroju inne źródło wydzielające cukier, mniej od sprawy trawienia zależne, jak wątroba. Tem drugim źródłem, podług Z. są mięśnie. Nagromadzają one nie tylko w sobie glikogen (aż do 4,3 na tysiąc w mięśniach żab zimujących, Nasse) — lecz jak wiemy, podczas pracy zmieniają go na cukier i spalają. Można więc wnioskować, że nadmierne wytwarzanie cukru przy moczowce, raz pochodzi tylko z wątroby, innym razem siedliskiem tej zmiany są mięśnie, z czego objaśnia się, że zbyt silne zmęczenie przy złym żywieniu może wywołać moczówkę.

Jako przyczynek do kazuistyki moczówki powstałej po wstrząśnieniach mózgu przytoczyć winniśmy wypadek K ä m n i t z a (*Ueber einen Fall von Diabetes mellitus nach Kopfverletzung Archiv für Heilk.*), w którym u 17 letniej dziewczyny w 6 dni po silnym zranieniu i zgnieceniu głowy w maszynie krajalnej, obok porażenia lewego nerwu rozocznego i utrudnionych ruchów języka, wystąpił cukromocz od 1% — 2,3% cukru z silnym pragnieniem; po 3 miesiącach moczówka ustaje. Ostateczny wniosek K. brzmi: chora w skutek stłuczenia uległa złamaniu kości u podstawy czaszki, wkrótce potem nastąpił mierny wylew krwi do jamy czaszkowej, który przez ucisk wywołał porażenie nerwu rozocznego, również nastąpiło przy stłuczeniu wstrząśnienie (*commotio*) mózgu i wskutek niego wynaczynienie w rdzeń przedłużony, a to wywołało paręzę nerwu podjęzykowego, a prawdopodobnie i moczówkę.

Z terapeutycznych doniesień notujemy 4 wypadki moczówki uleczone przez Schmitza wodami w Neuenahr. Chorzy byli: kobieta lat 57, panna lat 19, mężczyzna lat 76 i chłopczyk lat 4 wieku (*4 Fälle von geheiltem Diabetes mellitus etc. Berl. klin. Wochenschr.*) i dwa wypadki leczone bezskutecznie przez Ogle'a kwasem mlecznym (*Two cases of saccharine diabetes treated by lactic acid. Brit. med. Journal*).

Wychodząc z zasady, że momentem przyczynowym moczówki bardzo często są nienormalne sprawy fermentacyjne, a zwłaszcza pomnożenie pewnego cukru wyrabiającego zaczynu w wątrobie, Müller i Ebstein (*Ueber die Behandlung der Zuckerharnruhr mit Carbonsäure*) podawali zaczęli kwas karbolowy do 0,5 gramm, na dzień

w $\frac{1}{3}$ $\frac{0}{10}$ roztworze. Raż zupełnie bezskutecznie, drugi raz już po użyciu 2 gramm. cukier z moczu znikł zupełnie, po zaprzestaniu podawania środka znów się pojawił, ale już $\frac{2}{3}$ gramma karbolu wystarczyło teraz do ponownego usunięcia go z wydzieliną.

W badaniach swoich nad moczówkę beczukrową E b s t e i n (*Ueber Beziehungen des Diabetes insipidus (Polyurie) zu Erkrankungen des Nervensystems. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XI*) rozbiera podane w literaturze wypadki i dochodzi do następnego podziału.

W pewnym szeregu wypadków moczówka beczukrowa występuje jako objaw ogniskowych cierpień mózgowia, wtedy zdarzające się ogłędziny wykrywają zwykle siedlisko choroby w rdzeniu przedłużonym albo u dna 4-ój komórki mózgowój, lub tóż zapalne sprawy w sąsiedztwie, albo nowotwory ciśające na rdzeń przedłużony. W innych wreszcie razach tylko objawy za życia (gdzie sekeya nie robiona) każą się domniomywać siedliska w rdzeniu przedłużonym.

Dałój idą wyraźnie objawiające się cierpienia rdzenia przedłużonego, przy których, albo nie ma wcale zmian w wydzieleniu moczu, albo w miójsce beczukrowój występuje moczówka cukrowa albo inozytowa.

Nie tylko ogniskowe ale i ogólne (całego mózgowia dotyczące) cierpienia mózgowie usposabiają do zmian w wydzieleniu moczu; co do moczówki cukrowój wiadomo, że często występuje po przygnębiających wrażeniach, dla beczukrowój moczówki przytacza E b jeden wypadek zupełnie psychopatyczny i dwa wypadki u chorych padaczkowych.

I wstrząśnienia (*commotio*) mózgu, jak również alkoholizm ostry wywołać mogą moczówkę beczukrową, polyuryi po obrażeniach rdzenia kręgowego autor nie widział ani razu.

Nakoniec wspomniano o tych wypadkach moczówki beczukrowój, w których nie można wykazać żadnych oznaczonych cierpień układu nerwowego, jako to powstałych po zaziębieniach, przemoczeniach, zbyttnim upale itp., dla nich najprawdopodobniejszą wedle autora przyczyną są zmiany w naczynioruchowych nerwach nerek regulujące ciśnienie w kłębkach nerkowych.

M o s l e r (*Neuropathische Entstehung der einfachen Harnruhr etc. Virchows Arch. Bd 56. 1873*) ogłasza trzy wypadki téj choroby. Jeden z nich dotyczy 8 letniego chłopca, a rozwinął się po epidemicznem zapaleniu osłon mózgodzeniowych w lat kilka po téj chorobie, innych zmian w układzie nerwowym nie było. Drugi wypadek u 17 letniego czeladnika krawieckiego w 14 lat po upadnięciu na głó-

wę (!) co objaśnia Mostler wylewem krwi w 4 komórce mózgową, który po wessaniu zostawił bliznę, jako przyczynę późniejszej polyuryi. W trzecim wypadku oględziny pośmiertne wykryły rozmięczenie lewej połowy rdzenia, wywołane, być może, syfilityczną zmianą w naczyniach. Za życia bowiem wtieranie maści szarżej wywołało, choć tylko przechodnio, nadzwyczaj nagłą poprawę. W moczu znaleziono inozyt.

III Przerost i zanik mięśni.

W obszerniej i na ściślejszych, a sumiennych badaniach opartej rozprawie monograficznej wykazuje Friedrich (*Ueber progressive Muskelatrophie, über wahre und falsche Muskelhypertrophie. Berlin 1873 Hirschwald.*), że choroba znana pod nazwą postępowego zaniku mięśniowego jest pierwotnie myopatycznym cierpieniem, w genezie swojej niezależnym od układu nerwowego. Początku zmian anatomopatologicznych szukać należy w omięśni wewnątrznej (*perinysium internum*), najcieńsze paski między mięśniowej tkanki łącznej pomiędzy pęczkami pierwotnymi (*Primitivbündel*) ulegają przerostowi, same pęczki pierwotne brzmią, ciała mięśniowe mnożą się, ich jądra bujają, a w części i poprzecznie prążkowana substancja okazuje się ziarnisto zmetniałą. Międzymięszowe bujanie omięśni w dalszym rozwoju wywołuje zanik włókien mięśniowych, który przychodzi do skutku przez schudnienie, zniszczenie, podział podłużny, poprzeczny i elementarny, albo też przez z wyrodnienie tłuszczowe, a zawsze wynika ztąd mniej lub więcej zupełna marskość mięśnia; rozlane stłuszczenie nie jest stałym zjawiskiem.

Co do udziału układu nerwowego podaje F. dwa przez siebie badane wypadki, przy których ani w ośrodkowych ani w obwodowych narządach nerwowych żadnych zmian nie było, w jednym zaś wypadku były zmiany w małych między mięśniowych gałązkach: w dwóch wypadkach okazały się zmiany w pniach nerwów mięśniowych, ze współczesnym cierpieniem korzeni tylnych i przednich, raz zaś widział szare wyrodnienie pęków tylnych (*funiculi posteriores*). Podług autora rozmaite anatomopatologiczne zmiany w układzie nerwowym uważać należy za postępowe okresy sprawy chorobnej, przechodzącej z pierwotnie cierpiących mięśni na nerwy wśród mięśniowe, a ztąd dośrodkowo do rdzenia kręgowego. Oprócz anatomopatologicznych drobnowidzowych badań za pierwotnością cierpienia mięśniowe-

go przemawia często bardzo etiologia choroby, długo trwająca nużąca praca mięśniowa przy zmianach mięszaninowych krwi, jak przy zatruciach ołowiem lub przy syfilis.

I dla tak zwanego „rzekomego przerostu mięśni” (*pseudohypertrophia*) wypowiada F. swojo, na gruntownych studyach i poszukiwaniach oparte, zdanie, że rzekomy przerost jest identyczną z zanikiem postępowym mięśni sprawą chorobną myopatyczną; różnią się one między sobą tylko nieznaczącymi odmianami, tak, że „rzekomy przerost jest tylko zmodyfikowanym pewnymi właściwościami dziecięcego wieku zanikiem postępowym mięśni.”

Co się tycze prawdziwego przerostu mięśni, to przy tój sprawie nie tkanka łączna międzymięśniowa przerasta, ale same pęczki pierwotne powiększonych mięśni, okazują się szerokimi i grubemi z wyraźnem poprzecznem prążkowaniem, bez śladu złogów tłuszczowych. Autor raz widział taki przerost prawdziwy w mięśniach obu kończyn dolnych przy współczesnym zaniku postępowym mięśni kończyn górnych i piersiowych, drugi raz przy zaniku prawie wszystkich mięśni, przerost prawdziwy dotknął mięśnie żwacze i łopatkowe. Nakoniec wspomina F. o osobliwym połączeniu postępowego zaniku mięśni z zanikami kości, raz z rozmiękczeniem, a drugi raz z postacią „dośrodkowego zaniku kości”.

Natomiast Lockhart Clarke (*Progressive muscular atrophy accompanied by muscular rigidity and contraction of joints. Med. chir. Transact. 56*), opisując wypadek zaniku postępowego mięśni u 60 letniego starca, zakończony śmiercią, główny nacisk kładzie na znalezienie przy oględzinach zmiany w narządziach nerwowych ośrodkowych (w mózgowiu liczne *corpora amylacea*, rdzeń przedłużony o $\frac{1}{3}$ zcieńczony i cały rdzeń kręgowy nadzwyczaj mały i cienki) i w nich szuka objaśnienia choroby, mało zwracając uwagi na wyraźne zmiany mięśniowe.

Również i Gombault (*Sclérose symétrique des cordons lateraux de la moëlle et des pyramides antérieures dans la bulbe etc. Archive de la physiol. norm. et. path. 1872*), w wypadku zaniku postępowego u 58 letniej kobiety, u której już wczesnie mowa stała się nieażliwą i polykanie niezmiernie utrudnione, wypowiada na zasadzie pośmiertnych oględzin zdanie, że pierwotnym momentem w cierpieniu było symetrycznie zwyrodnienie szare pęków przednich, które rozwijało się ku górze i ku dołowi, ten stan podrażnienia został przeniesiony na rogi przednie, a ztąd mimo nienaruszoności nerwów obwo-

dowych, wpływ warunkujący zanik mięśniowy przeniósł się przez nerwy do włókienek mięśniowych (!).

Tymczasem znowu Greenha w Clinical Society of London (*Case of acute muscular atrophie Lancet, May i British med. Journ. May*), przedstawił wypadek ostro przebiegającego zaniku postępowego, przy którym cierpienie mięśniowe niewątpliwie było pierwotnem.

Niezamężna 26 letnia służąca zapada nagle w drugiej połowie Stycznia 1873 r. z uczuciem osłabienia, bólami w brzuchu, utrudniona swoboda ruchów rąk i nóg, gorąco i uczucie kłócia w mięśniach piersi. Od 7 Lutego już nie może stanąć, 20-go przy pierwszym klinicznym badaniu, ogólnie odżywianie dobre, lecz mięśnie piersi i kończyn wiotkie i cienkie; mocz nie zwyczajnie czerwono zabarwiony moczanami. 25 Lutego śmierć przy zapaleniu oskrzeli przez niemożność ekspektoracyi. Badanie drobnowidzowe mięśni po śmierci okazało rozległe ziarniste zwyrodnienie mięśni wyprostnych przedramienia, nieco mniej rozwinięte w mięśniach piersiowych i międzyżebrowych, w mięśniu prostym brzucha i łydkowych. I przepona i mięsień sercowy uległ początkom zaniku.

Ciekawy wypadek rzekomego przerostu mięśniowego opisał Schlesinger (*Zur Casuistik der Pseudohypertrophia musculorum Wiener med. Presse N. 49 u. 51*), u 43 letniego wyrobnika czeskiego, dawniejszego żołnierza, który z powodu cierpienia umysłowego z charakterem paralitycznego ośpienia, został przyjęty do oddziału psychiatrycznego wiedeńskiego Krankenhausu. Mięśnie wszędzie dobrze rozwinięte, tylko objętość lewej kończyny dolnej od góry do dołu grubsza od prawej o średnio 6 ctm., mięśnie w lewej kończynie wyraźniej zarysowane, ale tak w stanie zwolnienia jak i naprężenia, mniej sprężyste jak w prawej, badanie elektryczne z adnej nie przedstawia różnicy między kończynami chorą i zdrową, natomiast bodźce mechaniczne działają silniej na mięśnie chorej kończyny. Początek swego cierpienia wywodzi chory od obrażenia kończyny przy skoku przez szeroki rów w bitwie pod Magenta. Badanie drobnowidzowe i gołem okiem kawałków wyciętych z mięśnia dwugłowego łydki, okazało co następuje: 1) Na oko normalne. kawałki mięśnia, już pod lupą okazywały znaczne zmiany, mianowicie grubowłóknista tkanka mięśnia znikła ustępując miejsca przezroczyściej massie; pod drobnowidzem poskubane z tych części preparata, wszędzie okazywały włókienkowatą, falisto ułożoną tkaninę, powstałą podług S. z włókien mięśniowych. 2) Między tkaniną włókienkową, liczne szczątki włókien mięsnych w różnych okresach ich

zniszczenia, dowodzące zanikania włókien mięsnych przez rozpad ziarnisty. 3) Żółtobrunatnawe, jednolite odłamy, fałdowate lub oddarte, otoczone często bezbudowemi osłonkami, wyglądające jak poprzeczne przecięcia mięśniowe, w których istota mięśniowa zmieniła się w żółtobrunatną masę i odstąpiła od swęj osłonki sarkolemmowej. Nie można było wykryć bujania tkanki międzymięższowej, ani też zgrubienia pojedynczych włókien mięsnych.

E i c h h o r s t (*Ueber Heredität der progressiven Muskelatrophie. Berlin klin. Wochenschr. N. 42 u. 43*) podaje historię chorób pewnej rodziny, u której niewątpliwie postępowy zanik mięśniowy jest dziedzicznym. W sześciu pokoleniach dowiedziono istnienie tój choroby. Trzy pokolenia tój nieszczęśliwej rodziny żyją jeszcze, a z nich autor sam za siedm osób tój chorobie uległych. I tu stwierdziło się faktycznie, że przy dziedzicznym rozwoju tój choroby, głównie ulegają jęj członkowie mężczy, choroba może przeskoczyć jedno pokolenie, ale za to w następnem zjawiała się już w 3-m roku życia, gdy tymczasem zwykle występowała dopiero w okresie dojrzałości płciowej.

IV Gościec. Dna ostra i przewłoczna.

(*Arthritis. Rheumatismus acutus et chronicus*).

Podawszy opis jednego wypadku dny ostręj stawowej, w przebiegu której 6 dnia rozwinęło się nagło zapalenie otrzewnej z wymiotami, wzdęciem brzucha i boleściami i po pięciu dniach trwania ustąpiło, poczem wybuchło zapalenie płuc ze wszystkimi objawami (ból, kaszleń, krwawa plwocina i t. d.), które zająwszy z razu wierzchni płat płuca prawego, później jego płat dolny, w końcu przeszło na płat dolny płuca lewego, zakończone w ciągu 8 dni bez przełomu, podczas gdy cierpienia stawowe, nie tylko nie ustawały, ale natomiast ciągle nowe zajmowały stawy, M a r m o n i e r (*De la péritonite et de la pneumonie de nature rhumatismale Lyon médical N. 17*) dowodzi, że tu nie chodziło o zwyczajne powikłanie, lecz o prawdziwie dnawe zapalenie otrzewnej i płuc, opierając się na następujących objawach tych cierpień w różnicy od zwyczajnych samodzielnych zapaleń odpowiednich: dnawe zapalenie otrzewnej występuje nagło i to zwykle po dłuższym czasie trwania dny stawowej, (przyczęm cierpienie stawów albo trwa dalej albo się zmniejsza), lub tęcz po nagłym zniknięciu cierpienia dnawego, zwykle to zapalenie równie szybko jak się zjawilo, znowu znika. Zapalenie płuca równie występuje nagło

zwykle zajmuje oba płuca albo przynajmniej jedno całkowicie ale choroba nie idzie postępowo, lecz zachowuje zwykle charakter wędrujący, cierpienie stawowe zwykle podczas tego przyciecha. Descellaux (*De l'ascite rhumatismale. Montpellier med. Annot.*) znowu opisuje 2 wypadki puchliny brzucha która bez innej wiadomej przyczyny, wystąpiła w ciągu dny stawowej, powracającej co jesień. Przekłucie brzucha bezskuteczne, za drugim przekłuciem wstrzyknięto *Tinct. Jodii 16,0, Kalii jodati 10, wody 100,0*; zrazu silne bóle w brzuchu, potem brzuch stopniowo wraca do normalnej objętości, a zwykle doroczne napady dnawo już się nie powracają. D. uważa te wypadki puchliny za „*ascite rhumatismale*.”

Ciekawe bardzo szczegóły anatomopatologiczne zniepodobnień stawowych przy dnie przewłocznej podaje Charcot (*Des déformations produites par le rhumatisme articulaire chronique. Le mouvement méd. N. 45*), w różnicy od takichże zniepodobnień goścących. I tak, przy dnawem zniepodobnieniu charakterystycznym jest powstawanie narostów chrzęstnych, które do pewnego stopnia odtwarzają postać zajętego stawu, guzy nigdy nie są oddzielone i zawsze spotykają się na granicy chrząstek z kośćmi; natomiast przy goścącym mamy do czynienia z oddzielnymi guzami (*Tophi*), miękkimi, chęłbozącymi, z których wycisnąć można gęstawociekłą masę, a w niej drobnowidz wykrywa sole kwasu moczowego; guzy te są zwykle ruchome i nie łączą się bezpośrednio z kością. Również i stałe zboczenia (*Déviation permanente*), wywołano kurczowem skróceniem mięśni, w obu tych cierpieniach różnie się zachowują; przy goścącym zaczynają się na dolnych kończynach i późno dopiero przechodzą na górne i nigdy prawie nie dotykają stawów symetrycznych, przeciwnie przy dnie prawidłem jest ich symetryczne zjawianie się i to zawsze weześniej na kończynach górnych.

Wagner (*Ueber die Lithionsalze, hauptsächlich in Berücksichtigung ihrer Wirkung gegen Gicht. Corresp.blatt f. Schw. Aerzte*), idąc za przykładem Garroda, używał soli litynowych w leczeniu gościca i w ten sposób opisuje ich skutki: 1) Sole litynowe czynią napady gościcowe rzadszemi. 2) Skracają czas trwania każdego napadu. 3) Zmniejszają przy przewłocznym gościcu bóle lub nawet usuwają je całkowicie. 4) Oswobadzają, jak się zdaje, krew od jej przesylenia kwasem moczowym, ograniczając przez to odkładanie się moczanów w narządach ciała. 5) Działają silnie moczopędnie.

John Haddon zaleca leczenie wewnątrznie i zewnątrznie alkaliczne. Mięszanka alkaliczna aż do zakalizowania moczu i okła-

dy uspokajająco alkaliczne, z owinięciami w flanelę. Oehme (*Die Behandlung des rheumatismus acutus mit festen Verbänden*, *Arch. f. Heilk. Heft 5*), zaleca wprowadzone przez Gotschalka i Seutina i później propagowane przez Concato i Heubnera leżenie ostrzej dny stawowej, tak zwanemi opatrunkami stałemi. Zalety tej metody są: zmniejszenie bólów w stawach do minimum, skrócenie znaczne gorączki i trwania całej choroby. Rzecz stwierdzona sumiennemi spostrzeżeniami na kilkudziesięciu chorych.

Barcklay zachwala leczenie chininą; Gleeson (*Blistering in rheumatism Philad. med. Journ.*) i Peacock (*On the blistering treatment in rheumatism. Brit. med. Journ.*) zalecają leczenie dny stawowej pryszczydłami: a) gdy kilka stawów na raz jest ciężko dotkniętych, gorączka jest wysoka i b) gdy siły chorego silnem cierpieniem są wyczerpane. (!)

Wykryta 1850 r. przez Wertheima, przy przekrapianiu narkotyny z alkaliarni, metacetamina, którą później Dessaignes i Hoffmann oznaczyli jako propylaminę czyli trymetylaminę, wprowadzona przed 20 laty do praktyki lekarskiej przez Awenariusza z Petersburga, później jak się zdaje, zapomniana i dopiero 1872 r. ponownie chwazona przez Gastona z Ameryki, w bieżącym roku znalazła jako środek leczniczy przy dnie stawowej we Francyi licznych i żarliwych zwolenników. Dujardin Beaumetz (*De la propylamine et triméthylamine dans le traitement du rhumatisme aigu. L'Union médical; du chlorhydrate de triméthylamine etc. Bullet gén. de therap. Nouvelles recherches sur la triméthylamine etc. Gaz. hebdom. de méd. et de Chirurgie N. 13, 15, 16*), streszczone w trzech dziennikach francuzkich, a za nim Bouchard (*Bullet de therap. April 15*), Marty (Tamże) Fournier, Martineau (*Gaz. méd. de Paris*), Blachoz (*Gaz. hebdomad. de méd. et de Chir.*), Pirotais, Marc-Girard (*Bordeaux med.*), Cottard (oddzielna rozprawka) podawali ten środek. Dawka od 0,5 do 1,5 gramm. w 200 gramm. wody z *Ol. Menthae*, dla poprawy smaku. Skutki wybitne tego środka są i zmniejszenie bólów stawowych od pierwszych dni podawania go, szybkie spadnięcie ciepłoty, znikanie obrznięń stawowych i poprawa apetytu. Złych (resp. trujących) skutków nie obserwowano.

Thompson (*Two cases of acute rheumatism with high temperature. Méd. Times and Gaz.*) ogłasza dwa nowe wypadki dny stawowej z niezwykle wysoką ciepłotą ciała (cfr. Przegląd 1872. Zesz. V), podobnie Macnab (*Case of high. temperature in rheumatism. Lan-*

cet Septbr.) opisuje wypadek śmiertelnej dny, gdzie podczas konania ciepłota wynosiła 111,4° F., a Immermann (*Rheumatismus acutus mit terminaler Hyperpyresie Deutsch. Arch. f. Klin. Med. Bd. XII*) wypadek, który przy 42°C zakończył się śmiercią, wśród obfitych potów.

Odpowiadając na pytania, co to jest *Arthritis deformans*? Jakie są jej objawy i przyczyny? Jaki jest jej stosunek do dny i góścica? Drachmann (*Arthritis deformans Nord. med. Arkiv.*) dochodzi do następujących danych. Jest to choroba głównie dotykająca płeć żeńską, bezgorączkowa; obrzmienia stawów zawsze są powikłane ze zgrubieniami samych kości, powłoka zewnętrzna, ani mięśnie nie przyjmują udziału w cierpieniu. Choroba zaczyna się zwykle od drobniejszych stawów, zwłaszcza u rąk; charakterystyczne traskanie w stawach wnet się zjawia; gdy najprzód wystąpi w stawie biodrowym, najczęściej i drugostronny staw biodrowy zajmuje, oszczędzając wtedy stawy drobne. W moczu wykrył D. zmniejszenie ilości kwasu fosforowego, jego pomnożenia we krwi (Bocher) wykryć nie miał sposobności. Tkanka kostna i chrząstkowa są nie tylko głównym siedliskiem choroby, ale nawet jej punktem wyjścia. Zanik chrząstek widział D. już w bardzo wczesnym okresie choroby. Skład chemiczny złogów przy góścicu zniepodobniającym jest taki sam, jak skład kości, tylko zawierają one nieco mniej wapna jak kość; różnią się więc wybitnie od złogów przy góścicu zwykłym (*Arthritis uratica*), złożonych głównie z moczanów. Ścisły stosunek zachodzi między góścicem zniepodobniającym, a dną stawową. Autor gotów jest upatrywać w nim złośliwą, cięższą odmianę dnawej diatezy.

W początkach lata (od maja do końca czerwca) 1872 panowała w okolicach Kragerö osobliwa nagminna choroba, opisana przez Doae (*Epidemii Drangedal af acute Muskelreumatisme, Mobredt ves Smitte. Norsk. f. Mag. Læger.* i Tenze *Om den smitsome Muskelreumatisme, og dens Udbredning horedsagelig i Drangedal.* Tamże) jako *Rheumatismus muscularis*, przez Homanna zaś (*Omen i Kragerö Logedistrikt herskende smitsem Febersydom. Norsk. May.*) jako *Febricula contagiosa*. W Bamble zachorowała 18 maja jedna osoba, a ztąd choroba rozszerzyła się do Drangedal i Sandskedal (w pierwszej miejscowości chorych 374, w drugiej około 100). Nikt nie umarł. Okres wylegania 2 – 3 dni. Osobistego zarażenia wykryć nie można było. Początek zwykle nagły, niekiedy ze zwiastunym dreszczem, lub bólami, rozpoczynającemi się w górnej okolicy brzucha i rozchodzącemi

się w jedną lub obie strony piersi, albo odrazu bóle występują w boku, kolące z dusznością i uczuciem ścieśnienia, bóle przy oddechaniu wzmagają się, również przy ruchach ciała. Zwykle po dreszczach gorączka, ból gniotący czołowy, tętno przyspieszone, senność i znużenie, brak apetytu i pragnienie. Bóle rozciągają się często do grzbietu, karku i kończyn z charakterem darcia mięśniowego. Nie ma ani kaszlu, ani innych nieżytowych objawów; bardzo rzadko wymioty, lub rozwolnienie. Badanie piersi nie wykazuje zmian żadnych, nie ma też wysypki. Po 25 godzinach (niekiedy dopiero po kilku, a a nawet kilkunastu dniach) poty obfite, dolegliwości słabły lub całkiem znikły, zostawiając tylko po sobie osłabienie. Często po 1—2 dni ponowny napad, zwykle silniejszy od pierwszego, zostawiający większe jeszcze po sobie osłabienie. Zdarzał się kilka razy trzeci, a nawet czwarty podobny napad w krótkich czasu odstępach. Z chorych 336 było 177 mężczyzn, a 159 kobiet. Wiek chorych najniższy 6 tygodni, najwyższy 80 lat; najwięcej od 10—20 lat i od 0—5 lat. Leczenie najczęściej tylko dyetetyczne. Ciepło w pokoju i łóżku i środek napotny.

V. Gnilec.—Krwawica. Choroba plamista Werlhoffa.

(*Scorbutus, Haemophilia. Purpura*).

W pracy Wolframa (*Studien über Scorbut. Prager Vierteljahrsschr.*) znajdujemy kilka zdań zupełnie zgodnych z poglądami Levera (*cf. Przegl. 1872*) co do istoty i przyczyn gnileca. Najważniejszym momentem jego rozwoju jest niedostateczne żywienie ustroju. Brak ten może być: 1° W ogóle brakuje pożywienia, przyczem brak jarzyn lub owoców nie jest bynajmniej ważniejszym, jak brak innych pokarmów (białka, tłuszczów lub ciał tłuszczowych, soli i wody); 2° względny brak pożywienia; gnilec rozwija się, jeśli przy ilości pokarmu obliczonej na spokój, lub średnią pracę, ustrój podlega daleko większym wysiłkom up. trudy wojenne, pochody i t. d. 3° Obojętność na przyjęcie pokarmów, wywiązująca się przy dłuższem używaniu tego samego pożywienia (względnie mniej pożywno, jak suchary okrętowe lub solonki mięsne i warzywne), czem się tłómaczą wybuchy gnileca podczas długich podróży morskich. Powyższe wywody tłómaczą również działanie zakażenia zimniczego lub t. p., po którym często widziano gnilec następezy. Zupełnie podobnie wypowiada się w obszerniej pracy Kraus (*Ursachen und Vorbeugungsmittel des Scor-*

buts Allg. militärärztl. Ztung.). Po przytoczeniu rozległych danych historycznych i opisie geograficznego rozprzestrzenienia i nasilenia gnileca w dawnych wiekach i w dzisiejszych warunkach (dziś endemicznie panuje tylko na północnych morskich wybrzeżach Rosyi) twierdzi, że gnilec jest wynikiem niedostatecznego lub zbyt jednostronnego pożywienia. Strefa i klimat o tyle tylko na jego rozwój wpływają, o ile warunkują bujność roślinnego i zwierzęcego życia i, co za tem idzie, wyżywienie ludności danej okolicy. Brak pożywienia roślinnego jest tylko najczulszą skalą wymierzającą brak żywności w ogóle.

Do zupełnie innych wyników, co do przyczyn i istoty gnileca doszedł Krügula (*Zur Aetiologie des Scorbutis Wien. med. Wochenschr.*), zaliczając go do chorób zakaźnych obok zimnicy i durzycy, na co przytacza powody: 1^o Dotąd przytoczone szkodliwości nie mogą być uznawane za essencyonalne przyczyny gnileca, który 2^o Występuje głównie w miejscowościach znanych, jako siedziby ostrych chorób zakaźnych i często nawet z niemi razem się zjawia. 3^o Zimno, uznawane za moment sprzyjający jego rozwojowi, ma tylko wpływ pośredni. 4^o Często bardzo gnilec występował po działaniu ciał w bezpośrednim związku z wytworami gnicia zostających, jako to po użyciu gnijącego mięsa, zepsutej wody i przebywaniu w miejscach, których powietrzni nasycona była cząstkami rozkładowemi i t. d. i 5^o W największej liczbie wypadków daleko prościej objaśnia się jego powstanie przez zakażenie, jak w jakikolwiek inny sposób. Jad gnileca dotąd jest nieznany. Zależność od rozkładowych wytworów zwierzęcego pochodzenia zbliżałaby go do jadu durzycy, gdy tymczasem zupełna niezaraźliwość raczej z zimnicą go łączy.

Kuschel (*Ueber das Vorkommen des Scorbutis seit 1860 in historisch-geographischer und aetiologischer Hinsicht. Berl. Inaug. Dissert.*) znowu powiada (zgodnie z Krausem i Wolframem), że gnilec jest chorobą z wycieńczenia pochodzącą (*Inanitionskrankheit*), wywołaną zmianami w pożywieniu; ani brak zwierzęcego, ani brak roślinnego pokarmu sam przez się gnileca nie wywołuje, powodem jest albo zupełne zastąpienie dotychczasowego pożywienia zupełnie inném, albo usunięcie z pożywienia jednego głównego składnika pokarmowego, do którego ustrój był przyzwyczajony.

Po opisie 10-u wypadków plam purpury, występującej przy różnych stanach zdrowia, lub choroby, wypowiada Mollière (*Recherches cliniques sur la nosographie du purpura haemorrhagique et des affections petéchieales. Lyon méd. Nr. 24*) następujący pogląd:

1^o Choroba Werlhoffa nie jest cierpieniem samodzielnym, jak inne wysypkowe choroby gorączkowe; 2^o Możemy się spotkać z jej plamami przy wielkiej liczbie chorób i u osób z najrozmaitszym stanem ogólnym od zupełnego, kwitnącego zdrowia, do najjawniejszego charłactwa; 3^o Powodem jej jest najczęściej wrodzona lub nabyta kruchość naczyń krwionośnych skóry i błon śluzowych; 4^o Niekiedy ta kruchość naczyń jest tego stopnia, że można ją uważać za istotną krwawicę; 5^o Zmiany mieszaninowe krwi przy różnych chorobach sprzyjają jej występowaniu; 6^o Leczenie kwasami mineralnymi najwięcej się zaleca. Dwa wypadki plamistej choroby reumatycznego pochodzenia opisuje Duhring (*Two cases of purpura rheumatica. Philad. med. and surg. Journ.*), jeden dotyczy 22 letniej dziewczyny u której po wybuchu plam bóle stawowe ustaly, drugi 35 letniej mężatki Tomkins (*Case of haemorrhage into the peritoneal. Brit. med. Journ.*) ogłasza wypadek śmiertelnego krwotoku w otrzewną u 24-letniej mężatki, pochodzącej z krwawczej rodziny. Sekeya nie wykryła źródła krwotoku.

VI. Choroba Addisona.

Jako najważniejsze trzy grupy objawów tej choroby przytacza Heschl (*Drei Fälle von Addison'scher Krankheit. Wien. med. Wochenschr. Nr. 33 i 34*): a) Zwyródnienie przynerczy, najczęściej ogniska serowate lub ropne, albo też mniej lub więcej rozległe zwapnienia; b) Rozmaite zabarwienia skóry i błon śluzowych, będące złożeniem barwnika w komórkach naskórka, a rzadziej w skórze właściwej (*corium*); c) Rozmaite objawy w układzie nerwowym, we krwi, w ogólnym odżywianiu, oznaczane jako zbiór objawów Addisona, między niemi umysłowe ośpienie. Otóż te trzy grupy objawów mogą podług H. kombinować się rozmaicie i tak: 1^o Wszystkie trzy grupy objawów (najwybitniejsze formy choroby). 2^o Połączenie grupy a i c (mniej liczne wypadki). 3^o Jeszcze mniej liczne połączenie grupy b i c (charłactwo i zabarwienie skóry, bez zmian w przynerczach). 4^o Samo tylko a bez b i c, ale w połączeniu z innymi chorobami (bardzo często spotykają się cierpienia przynerczy bez charłactwa i bez zabarwienia skóry i właśnie te wypadki stanowią podstawę dla tych poglądów, które zabarwienie skóry i charłactwo uważają za niezależne od choroby przynerczy). 5^o Samo b (zabarwienie skóry) nie rzadko się zdarza, autor wprowadza je w związek z inne-

mi, maciecznemi, suchotniczem i t. d. cierpieniami. 6° *a* i *b* bez *c* jak również 7° *c* samo nie zdarza się wcale. Wspólną przyczyną współczesnego zjawiania się i pewnej zależności tych grup objawów między sobą jest według H. usposobienie gruźlicze i dla tego uważa on chorobę za gruźlicę powikłaną z miejscowymi chorobami zwłaszcza przynerezy, z bardzo wczesnie, wyraźnie występującymi zjawiskami cierpienia ogólnego.

W pięciu nowych wypadkach opisanych przez Greenhawa (*Cases of Addison's disease. Transact. of the pathol. Soc. XXIV*) najważniejszym wynikiem badania drobnowidzowego jest wielkie podobieństwo nowoutworzonej w przynereczach tkanki z prawdziwym gruźliczym. W jednym z tych wypadków znowu (po raz 18-ty przez Gr. spostrzegane) okazało się powikłanie z chorobą kręgów lędźwiowych, i ropniem lędźwiowym; co doprowadza autora do wniosku, że choroba Addisona często bardzo jest spowodowana przejściem sprawy zapalnej z sąsiednich narządów na przynereza u osób z usposobieniem gruźliczym. W jednym wypadku znalazł się rak przynerezy, w jednym nie było zabarwienia skóry wcale, a w dwóch, przy bardzo silnym zabarwieniu skóry nie było ani cierpienia kręgów, ani usposobienia gruźliczego, a zmiana w przynereczach była widocznie wynikiem bardzo przewlekłej sprawy zapalnej.

Wilks (*Suprarenal capsules from a case of Addison's disease Transact. of the pathol. Society XXIV*), opisuje wypadek choroby, w którym wszystkie objawy były wybitne, zabarwienie skóry, ogólne osłabienie, i zmiany w nadnerczach wykryte po śmierci; narządza te okazały się złożonymi z okrągławych mass żółtej, serowatej substancji, poskupianej tkaniną jednolitą, nieco przejrzystą. Choroba Addisona jest samoistną i pierwotną i winna znaleźć miejsce obok marskości, choroby Brighta i uważaną za „zapalenie przewłoczne.“ W wypadku dotyczącym 24 letniego czeladnika krawieckiego, w ciągu ostatniego tygodnia chory odmawiał przyjęcia pokarmu, spał prawie ciągle i w tym stanie zmarł. Oględziny wykryły wysoko posunięte zmiany w obudwóch przynereczach, śledzionę powiększoną, gruczoły krezkowe silnie obrzmiałe. Zeroni (*Ein Fall von Addison'scher Krankheit. Memorabilien N. 2*) uważa ten wypadek za gruźlicę przynerezy i gruczołów limfatycznych, czem się tłumaczy wszystkie objawy za życia. Z dwóch wypadków tej choroby wnosi Laveran (*Deux observations de maladie d'Addison sans coloration bronzée. Gaz. hebdom. de méd. et chir. 19*), że: 1° Zabarwienie skóry nie jest stałym objawem przy tej chorobie; 2° Znaczny upadek sił i niezem nie

dające się zatamować wymioty żółciowe, mogą utwierdzić rozpoznanie nawet w braku zabarwienia skóry; zatem nazwa „choroba Addisona” jest stosowniejszą jak „choroba brazowa”.

VII. Krzywica. (*Rachitis*).

Heitzmann (*Ueber künstliche Herkorrafung von Rachitis und Osteomalacie. Wien. med. Presse. N. 45*) robił na zwierzętach, a mianowicie psach kotach i królikach doświadczenia nad działaniem kwasu mlecznego, zarówno podskórnie zastrzykiwanego jako też wprowadzonego do żołądka, przy współczesnem usunięciu (ale niezupełném) wapna z pożywienia. I jednym i drugim sposobem u roślinożernych przy dłuższem użyciu (od 6 tygodni do 5 miesięcy) występowały wprost zmiany charakterystyczne dla rozmięczenia kości (*osteomalacia*), u mięsożernych zrazu powstawały zmiany krzywicowe, a potem osteomalacyjne.

Ritchie (*Enlargement of the spleen from rickets, simulating malignant disease of the kidney. Lancet. July 5*) ogłasza wypadek uznany przez niego za krzywice narzędzi brzusznych.

Chłopczyk 2½ letni z piersiami postaci kurzej piersi, przednie ciemię czołowe niezrosłe, innych znaków krzywicy nie ma. W brzuchu guz, brzuch silnie rozszerzony, na powierzchni z lewej strony rozwinięte sploty żyłne, moc ciemnoczerwony, zawiera białko i krew; z powodu tych zjawisk stawiono rozpoznanie na guz nerkowy; dziecko umiera wkrótce, sekcya wykrywa powiększoną śledzionę (waży około 1 funta) twardą, zbitą, purpurowoczerwoną, na przekroju blade, barwy skóry, kropki i plamy. Te plamy były ciałkami Malpighiego powiększonymi, układ siatkowaty nieregularnie obrzmiały.

Na zasadzie opisu choroby, której uległ 2½ roczny podrzutek urodzony w instytucji położniczym (w Halli, po złamaniu prawego ramienia, które długo zrosnąć się nie chciało, w rok dziecko umarło) i znalezionych zmian kostnych, twierdzi Steudener, że zmiany krzywicowe są bezpośredniem poparciem przyrostowej teorii wzrostu kości głoszonej przez Virchowa i H. Müllera, przeciwko tak stauowczo popieranej przez Wolffa teorii wyłącznego wzrostu kości przez rozwój z tkanki łącznej.

VIII. Blednica.

- 1) **Haberer** (Ueber Chlorose. Aeorztl. Mittheil. aus Baden Jahrg. XXVII)
 2) **Luton M.**, Une theorie de la chlorose. Bull. de la Soc. de Reims. Nr. 10).

Haberer badał u wód żelaznych Griesbach, Petersthal i Freiersbach 116 wypadków blednicy, z tych u dziewcząt badanych co do stanu ich narzędzi płciowych znalazł 7 razy przodozgięcie macicy z przerostem, 2 razy przodozgięcie i przodopochylenie, 2 razy było tyłopochylenie i tyłozgięcie raz *colpitis*, raz torbiel jajnika raz włóknia. Blednica w większej liczbie wypadków jest uogólnionym stanem następczym przewlekłego niezytu pochwy i macicy.

Wedle **Lutona** zaś blednica jest niedokrewnością wielce podobną do bezkrwistości po krwotocznej; porównywając jej objawy z objawami np. drobnych nadżarć krwotocznych żołądka, wnosi, że blednica polega zawsze na takich ciągłych, choć drobnych wynaczeniach, które mogą podobnie jak w żołądku zjawiać się w każdym inném narzędziu.

IX. Choroba Basedowa.

- 1) **Perry R.** (Cases. from Dr Perry's clinique). **Domanski S.** (Morbus Basedowii Przegl. Lekarski Krakowsk. Nr; 2, 3, 12, 49);

Perry ogłosił 3 wypadki choroby Basedowa, jeden jako wole z wystąpieniem galek ocznych na zewnątrz (*Exophthalmus*), ze znaczném rozszerzeniem aorty (*Exophthalmie goitre with cardiac disease and extensive Aortic dilatation*), drugi z ostrym reumatyzmem stawowym i niezystem oskrzeli, trzeci z zabarwieniem skóry (*Exophthalmie goitre with Pigmentation of the skin*).

Domanski opisuje 6 wypadków (5 kobiet, 1 mężczyzna), na zasadzie których wątpi o stałe przyjmowanym wpływie ciężkich chorób, blednicy, niedostatku pożywienia, zmęczenia fizycznego i umysłowego, zaprzecza, wspomnianemu przez **Gräfe** o rozszerzeniu naczyń siatkówki i uważa chorobę za cierpienie nerwu współczulnego, którego prawdopodobne źródło leży wrdzeniu przedłużonym.

TERAPIA OGÓLNA

Sprawozdawca Dr. Wiśłocki.

Leczenie dietetyczne.

Metoda leczenia niestrawności żołądka (*dyspepsia*), którą Brown Séquard (*D'un nouveau mode de traitement de la dyspepsie fonctionnelle, de l'anémie et de la chlorose. Bull. gén. de la Thérap.*), zaleca i w dwóch przypadkach z korzyścią stosował, polega na tém, ażeby naraz tylko bardzo małe ilości czy to stałego czy płynnego pokarmu dawać, lecz w przerwach częstych i regularnych, co 10—30 minut. Tym sposobom można stosować wszelką żywność, przedewszystkiem zaś pieczone mięso, jaja, dobrze wypieczony chleb, mleko, masło i ser, oraz mierne ilości jarzyn i owoców. Przeprowadziwszy to postępowanie ściśle przez trzy lub cztery tygodnie, można potem do zwykłego sposobu żywienia się (trzy razy na dzień) powrócić. Co do ilości pożywienia, to ona wynosi dziennie w przecięciu u dorosłego 12—18 uncyj gotowanego mięsa i 18—24 unc. chłoba, razem 32—40 unc. z których jednak tylko 2—4 kęsy naraz spożyć wolno. Jako napój może służyć zamiast wody mleko, rosół, i t. p. lecz w takim razie ilość pokarmu stałego powinna być cokolwiek zmniejszona. Ten sposób żywienia się może być z korzyścią użyty i przy niedokrewności i bladaczce bez powikłania z niestrawnością, oraz przy uporeczywych wymiotach ciężarnych.

Dyos (*Beitrag zur rationellen Behandlung der miasmatischen Krankheiten. Deut. Klin. N. 25 i 26*), zaleca usiłnić przy chorobach miasmatycznych, do których zalicza: ropiaste zapalenie ocz, kur, szkarlatynę, błonicę (*diphtheritis*), biegunkę, cholere, tyfus, ospę, zimnicę i t. p. wewnętrzne użycie środków antimiasmatycznych, mianowicie wody chlorowój i siarczanu żelaza, które lepszy rokują skutek od wszelkich innych środków symptomatycznych i empirycznych, dotąd używanych.

Metoda przeciwożączkowa.

Senator (*Ueber antifebrile Mittel und Methoden. Berl. klin. Wochs. Juli.*), stawia na obecném stanowisku lekarskich nauk trzy

wskazania, któremi się głównie kierować należy przy leczeniu gorączkowego stanu, t. j. ograniczenie zwiększonego rozpadu białka, mianowicie czerwonych ciałek krwi, obniżenie podniesionej ciepłoty ciała, i zmniejszenie, stłumienie podwyższonej pobudliwości naczyń skórnych. Dla zwalczania tych objawów lub ich następstw możemy użyć: diety, środków ochładzających i pewnych leków. Co do diety, to utrata białka nie da się wcale wstrzymać powiększeniem dowozu pokarmów białkowych, albowiem on nie sprowadza w gorączce wcale równowagi w zużyciu azotu, t. j. wynadgródzenia i zastąpienia rozłożonego białka, lecz owszem przyspiesza rozkład tegoż. Natomiast wiadomo, że żywienie się tłuszczem a mianowicie wodanami węgla ogranicza zużycie białka; prócz tego istnieje jeden rodzaj azotowego pokarmu, który nie tylko rozpadu białka nie powiększa, ale go nawet ogranicza, t. j. klój. Pożywienie osób gorączkujących powinno zatem zawierać prócz wody: klój, węglowodany, pewne sole mineralne, głównie potasowe, i bardzo mało albo też żadnego wcale białka. Wszystkie te części są zawarte w używanym dawniej *Decoct. album Sydenhami*. Zalecają się również i rosóły, mianowicie rosół cielęcy, oblitujący w klój, lub polewki z dodatkiem bulionu czystego, galarety wszelkiego rodzaju, słodkie bardzo serwatki. Mleko zaś może być dawane w małych ilościach jedynie z powodu, że zawiera znaczną ilość ciała białkowego. Z metod ochładzających najlepszą jest zimna kąpiel, która i na drażliwość skóry działa i odbierając ciepło jej temperaturę obniża. Ponieważ jednak kąpiele są tym skuteczniejsze czym są zimniejsze, z drugiej zaś strony, gdy są więcej zimne, do pewnego stopnia szkodliwie działają, to S e n a t o r radzi, aby z kąpielą ogólną, albo też częściową, połączyć stosowanie obszernych synapizmów, chrzanu i t. p. środków. W ciężkich przypadkach można tym sposobem i przy małej ilości kąpeli przyjąć do celu, a tam gdzie kąpiele ogólne nie dadzą się zastosować, można o wiele skuteczność częściowych wzmocnić. I pociągnięcie powierzchni ciała pokostem, sprowadzając u zwierząt znaczne obniżenie temperatury ciała przez powiększenie promieniowania ciepłoty, dałoby się może w tym celu i u człowieka z korzyścią użyć. Upusty krwi ogólnie są szkodliwe, gdyż odbierają ciała jeszcze więcej przemożników tlenu, których i tak wiele ginie wskutek rozpadania się czerwonych ciałek krwi. Natomiast dałby się może zastosować przelew krwi, który również obniżenie temperatury ciała według H u e t e r'a sprowadza.—Z środków lekarskich, używanych za przeciw gorączkowe, działają kwasy w dawkach terapeutycznych tylko przeciw pra-

gnieniu; zadawane w większych ilościach mogłyby się stać szkodliwymi przez przyspieszenie rozpadu czerwonych ciałek krwi. Działanie soli potasowych na serce nie objawia się zwykle z powodu szybkiego ich wydalenia z organizmu. Jedną tylko sól potasowa da się w gorączce użyć z korzyścią, t. j. bromek potasu, lecz li tylko dla usunięcia niepokoju i sprowadzenia snu. Chinina w wielkich dawkach jest również skuteczna; lepiej ją jednak użyć podskórnie z powodu zaburzeń gastrycznych, które sprowadza. Użycie alkoholu, mianowicie w dietetycznej jego formie (jako wino) zaleca się stanowczo (?!).

Przenosząc zasady technicznego ogrzewania na sprawy wytwarzania się ciepła w organizmie, doszedł P. Niemeyer (*Entwurf einer neuen Theorie und Behandlung des Fiebers. Memorabilien. 3. Zesz.*) do nowego zupełnie pojęcia gorączki, według którego ona polega na zaburzeniu w sprawach wytwarzania się ciepłoty w organizmie, lecz równocześnie nie wyższy stopień, ale niższy, t. j. niedokładne spalenie się przedstawia. „W stanie zdrowym, — mówi on — a zatem w stanie dokładnego spalenia, spala się węgiel, podobnie jak w każdym dobrze urządzonym piecu, na kwas węglany i wodę. W gorączce zaś zmienia się zmiana materji, a zatem i jej następstwo, ciepłota organizmu, w ten sposób, że część węgla spala się wprawdzie na gaz tlenku węgla i wodę. Ciepłota, która w ten sposób powstaje jest o 32% prawie większa od téj, jaka się przy bezpośredniem spalaniu węgla na kwas węglany i wodę rozwija, gdy tymczasem dowóz tlenu bywa o połowę mniejszy. Podobne rozpadnięcie się całej sprawy spalenia w organizmie bywa wywołane to przez niedostateczny dowóz tlenu (krew przy uduszeniu) to przez obecność we krwi ciał, sprowadzających stan gorączkowy. Jako przyczynę innego rodzaju zaburzenia w sprawie spalenia, mającego miejsce, jak się zdaje, w gorączce hektycznej, trzeba uważać wytworzenie się gazu wodorowego, którego połączenie z tlenem wydaje, jak wiadomo, bardzo wiele ciepła. Wodor wywięzuje się zaś wszędzie tam, gdzie zgniłe, ropiaste, scrowate zarzewia (*fermente*) są czynne.” — Jako sposób leczenia zaleca Niemeyer połączenie leczenia zimną wodą ze sposobem leczenia zimnem powietrzem, zdolnem do zastąpienia niekiedy powtórnych zimnych kąpieli, potrzebnych w tymże samym dniu; dalej jako środek domowy, dla zastąpienia ogólnej kąpieli, pokrycie nóg obcisłymi czarnymi pończochami, lub pomazanie ich sadzą i oparcie o naczynie, napełnione zimną wodą,

prócz tego miejscowe okłady lodem, i ograniczone użycie środków przeciw gorączkowych, mianowicie chininy.

Natomiast Bouc h ut (*De la médication antiphlogistique et antipyrétique. Bull. génér. de thérap. 15 kw.*) walczy usilnie przeciw nowoczesnemu kierunkowi w leczeniu stanów gorączkowych za pomocą takich środków, jak digitalis, veratrina, chinina, brionia i t. p. lub zimną wodą i chwali sobie dawny sposób leczenia upustem krwi, pijawkami, środkami wymiotowemi i t. p. jako skuteczniejszymi i pewniejszymi.

Upust krwi.

Spór tyloletni o stosowności i szkodliwości upustów ogólnych krwi wzywa ciągle nowych zapasników na pole walki, co dowodzi, że dotąd jeszcze nie jest stanowczo ukończonym. Przyznać jednak należy, iż droga, na której obecnie dążą do ostatecznego załatwienia tego sporu, pomyślniejsze rokuje nadzieje. B a u e r (*J. Ueber die Zersetzungsorgänge im Thierkörper unter dem Einfluss von Blutentziehungen. Zeitsch. f. Biol. VIII.*) uskutečnił w pracowni Prof. V o i t'a w Mnichowie, szereg dochodzeń w celu dokładniejszego zbadania wpływu zmniejszenia ilości krwi na sprawy rozkładowe ciała, mianowicie na odłożenie się tłuszczu w organach. Dla usunięcia zarzutu, że wynik tych dochodzeń nie jest następstwem upustu krwi lecz samej operacji, uskuteczniono dochodzenia sprawdzające, czy podwiązanie naczynia i nałożenie szwów samo przez się wywiera jakiś wpływ na rozkład białka lub nie, które wypadły przecząco. Dochodzenia na królikach i psach wykazały tedy niezaprzeczenie, że upust krwi powiększa rozkład białka, zmniejsza zaś wydzielenie kwasu węglanego; to wskazuje, że rozkład tłuszczu, czy to z żywności pochodzącego, czy też odłożonego już w ciele lub z rozpadu białka pochodzącego, musi być mniejszy. Ta okoliczność przekonywa, że użycie upustu krwi jako środka lekarskiego, połączone jest z wielkiem niebezpieczeństwem dla organizmu, gdyż nie tylko że organizm przez to pewną ilość krwi traci, ale wszystkie organa na tém cierpią, albowiem w najściślejszym związku z krwią stoją i odpowiednio do jej ilości wzrastają lub ubywają. Ztąd to pochodzi owe nadzwyczajne osłabienie ciała po upuście krwi obfitym. Aby osiągnąć zmniejszenie temperatury ciała lepiej użyć środków, odbierających ciepło, a wpływ upustu krwi pozorny na zmniejszenie duszności polega jedynie na chwilowém obniżeniu pobudliwości rdzenia przedłużonego, jest zatem

środkiem dwusiecznym. Mając więc wzgląd na tak liczne zle następstwa upustu krwi, staje się wątpliwem, czy jego użycie może dać się kiedykolwiek usprawiedliwić.

Naparstnica (*digitalis*).

Działanie naparstnicy było przedmiotem żywej rozprawy na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Dublinie, wywołanej spostrzeżeniami p. Little (*J. On the use of Digitalis in the falling heart and delirium of acut diseases. Dubl. Journ. of med. soc. Marzec*), ogłoszonymi o jego pomyslniej działalności w gorączce gościcowej, w której jej użycie spowodowało ustąpienie długo trwającej bezsenności i innych przykrych objawów pobudzenia. Z początku podawał on *Tinct. digit.* co godzina po pół drachmy, co ośm razy użyto, a gdy sen nastąpił, tę samą dawkę tylko dwa razy na dzień. Później wstrzykiwano choremu przez pięć dni podskórnie płyn, składający się z Atropiny $\frac{1}{80}$ gr. i morfiny $\frac{1}{4}$ (!) gr. Z uwag innych członków zasługuje przedewszystkiem na uwagę doniesienie p. M'S winey, iż w jednym przypadku, w którym przy użyciu również silnych dawek *Tinct. digit.* ($\frac{1}{2}$ drachmy) tętno spadło na 35 w minutę, chory zmarł w pięć dni z wątkości serca, pomimo sprężystego stosowania środków pobudzających.

Kąpiele lekarskie.

I to pytanie, czy przy stosowaniu lekarskich kąpeli znajdujące się w nich leki zostają wchłonięte lub nie, stanowiło dotąd jeszcze nie jest rozbite. Pomimo wielu spostrzeżeń, świadczących o wchłonięciu ich i działaniu silnem na ustrój bywają ciągle ogłaszano inne, dowodzące, że jedyny skutek wywiera kąpiel przez swoją temperaturę i własności fizyczne. Do tych ostatnich należy i następne spostrzeżenie p. Teissier (*Note sur l'absorption cutanée à propos de bains médicamenteux. Lyon méd. N. 26*). Odnosi się ono do pewnego lekarza w Montbéliard, który z powodu silnego i długo trwającego ogólnego gościcowego cierpienia, (*Rheumatismus nodosus*), długo trwających kąpeli z nadzwyczaj wielkimi ilościami arszeniku i sublimatu (dwa kilogr. natri arsenicosi i 500 gram. sublimatu na kąpiel), bez wszelkich objawów wchłonięcia ich używał. To zdaje się przeciwko możliwości wchłonięcia przez skórę lekarstw przema-

wiać, wbrew tylu innym spostrzeżeniom przeciwnym. Może być jednak że owe środki sprzeciwiają się wchłonięciu przez swoje własności zżymające, a może też i to być, że przepuszczalność skóry nie jest u wszystkich osób jednakową.

To spostrzeżenie zdaje się potwierdzać wyniki badania, odnoszące się do przosiąkania soli, w kąpeli zawartych, przez skórę, które Passabaso (*Recherches sur l'absorption cutanée des principes minéraux dans l'eau thermale de Bourbonne. Rec. de mem. de méd. instit. Marz. Kwie.*), na dziewięciu chorych w szpitalu przy najściślejszym zachowaniu wszelkich przepisów dietetycznych wykonał. Punktem oparcia dla niego było oznaczenie ilościowe chloru w moczu: 1) przed i po kąpeli; 2) pierwszych dwóch rannych wypróżnień moczu bez kąpeli; pomiędzy temi dwoma wypróżnieniami nie dozwolono żadnego pożywienia lub napoju; 3) u osób nie kąpiących się, lecz zachowujących te same dietetyczne przepisy; 4) porównanie tych wszystkich wyników. Wnioski ztąd wyprowadzone prowadzą do zaprzeczenia wszelkiego przesieku soli z kąpeli, zgodnie z wynikami pp. Roussin i Laurós, którzy widzieli mężczyzn i kobiet, pozostających przez 1—100 godzin w kąpeli jodowej, a jednak w moczu nie można było wykryć ani śladu jodu. Ta okoliczność nie miałaby jednak stanowczój wagi, gdyby się sprawdziło spostrzeżenie Knorr'a, (J. Katsch. (*Beitrag zur Pharmakodynamik des jodhaltigen Mineralwassers in Hall. Allg. Wien med. Zeit. N. 22*), który przy swoich doświadczeniach się przekonał, że wydzielanie jodu przez mocz następuje tylko przy pewnym stopniu nagromadzenia się jego w ciele.

Co do działania kąpeli szczegółowo, to Solger (*Beitrag zur Balneologie. Deut. Klinik. Marzec N. 10 i 11*) podaje cały szereg starych spostrzeżeń co do zmian tętna, oddechu i ciepłoty przed i po kąpeli, z których następne wyciąga ważne wnioski: 1) Czym kąpiel bardziej stężona, tym wcześniej i szybciej następuje wyrównanie i w końcu obniżenie ciepłoty ciała. 2) Kąpiel ma tym mniejszy wpływ na podniesienie wewnętrznej temperatury ciała, czym wyższą była temperatura izby przy wejściu do kąpeli. 3) Czym cieplejsza izba tym mniejszy wpływ kąpeli na obniżenie tętna i oddechania. 4) Pomiedzy temperaturą zewnętrzną i ciepłotą ciała istnieje związek ścisły. 5) Ciepłota wewnętrzna ciała wzmaga się w letniej kąpeli tym bardziej, czym cieplejszą jest izba kąpielowa w porównaniu do tój przestrzeni, w której kąpiący się przebywał. 6) Liczba uderzeń tętna wzmaga się wkrótce po kąpeli. 7) To

wzniosiznie się tętna stoi w odwrotnym stosunku do ciężaru gatunkowego kąpieli. 8) To samo odnosi się i do podniesienia ciepłoty ciała. 9) Po śniadaniu przed kąpielą następuje większe przyspieszenie tętna; po śniadaniu zaś po kąpielu większy wzrost ciepłoty ciała.

Ciekawe są wyniki badania Lehmann'a (*L. 40 Badetage, Eine vergleichend balneologische Studie. Virch. Arch. LVIII*), odnoszącego się do porównania wpływu kąpieli z wody mineralnej cieplej, a wody zwyczajnej tejże samej temperatury, (około 27°), nakoniec wpływu kąpieli siedzeniowej, mającej 35° ciepła a drugiej tylko 5°, na powietrze wdechane, ilość moczu, ciepłotę, tętno i częstość oddechania. Wnioski, które on z tych dochodzeń wyprowadził, są następujące: **Zaczerwienienie skóry jest znakiem widocznym, ważnym, który może być wzięty za podstawę do grupowania kąpieli.** Zimna kąpiel siedzeniowa i kąpiel w ciepłej należą do jednej i tej samej grupy. Kąpiele, sprowadzające czerwonosć skóry działają osobliwie na opóźnienie oddechania i krążenia, oraz na stopień ciepłoty w częściach obwodowych. One wzmagają przedewszystkiem ciśnienie tętnicze a zatem i wydzieliny, lecz nie w tymże samym stosunku wydzielenie moczu, gdy tymczasem kąpiel zwyczajna w tej mierze odwrotnie działa. Zwiększenie ilości CO₂ po kąpielu zimnej nie jest następstwem powiększonego gorzenia w organizmie, tylko powiększonego ciśnienia w tętnicach, téżże samej więc przyczyny, która i na powiększenie wydzielania moczu wpływa. Kąpiel zwyczajna jest lepszym środkiem moczopędnym, kąpiel w ciepłej lepszym środkiem do podniecenia oddechania. Po zwyczajnej kąpielu następuje oziębienie widoczne powierzchni ciała, lecz nie po kąpielu w ciepłej. Nakoniec zwraca Lehmann uwagę i na to, że skutki niektórych kąpieli są to czuciowe, to mięśniowe, to ciepłikowe, to chemiczne, to nareszcie wywołujące czerwonosć skóry, a zatem działania zupełnie podobne do działania strumieni elektrycznych.

Wstrzykiwanie podskórne.

Używanie środków lekarskich podskórnie rozprzestrzenia się coraz bardziej, czy to że się zamierza uniknąć miejscowego ich działania na tak ważny organ jak żołądek, czy téż że w odpowiednich razach zamierza się działać wprost i bezpośrednio na siedzibę choroby. I tak Roncati (*P. L'ipodermoterapia in alcune affezioni refratta-*

rie a ogni altre trattamento. Gaz. med. italiane Lombardia N. 33), przytacza kilka przypadków pomyślnego leczenia za pomocą podskórnego wstrzykiwania morfiny, przy cephalalgii, newralgii nadoczodołowej, nerwobólu lędźwiowym, — i sporyszu w wyciągu przy krwiopłuciu gruźliczym. W tym ostatnim celu użył on roztworu sporyszu (z 0,25 Ext. sec. w 1.5 Aq. dest.) którego część trzecią, po wyczerpaniu bezskuteczném wszelkich innych środków, wtrysnął pod skórę. Natychmiast ustał krwotok. Po miesiącu, gdy krwotok się ponowił, użycie tego środka z tym samym skutkiem, lecz chory zmarł w trzy miesiące wskutek wysokiego rozwoju choroby. Lévy (*Einiges ueber subcutane Injectionen. Bay. ärzt. Intelligenzbl. N. 3*), zauważył w jednym przypadku silnego nerwobólu kulszowego (tętnego (*Ischias postica*), w którym wszystkie inne zewnętrzne i wewnętrzne środki daremnie wyczerpano, stale przy użyciu narkotycznych środków za pomocą podskórnego wstrzykiwania, że nim jeszcze ich wpływ na mózg się rozwinął, w dołku sercowym i gardzieli, pewne nieokreślone, do nudności podobne uczucie zawsze się jawiło. Do wstrzykiwań używano to morfiny, to atropiny, a miejscem stosowania było otoczenie wielkiego krętarza i przebieg nerwu kulszowego. Na 600 skutecznie wstrzyknięć zauważono, że w przecięciu w trzy minuty po wyjęciu igły owe właściwe uczucie objawiać się zaczęło a w 8—9 minut ból się uspokajając zaczynał.

Du jardin-Beaumetz (*Note sur les injections sucutanées. Gaz. med. de Paris N. 17*) występuje na podstawie dochodzeń porównawczych przeciwko temu twierdzeniu, jakoby wstrzykiwania podskórne samej wody te same uspokajające skutki wywierały co i wstrzykiwania środków narkotycznych. Dochodzenia, uskutecznione z zachowaniem wszelkich środków ostrożności wykazywały stale, że użyte płyny działały o tyle tylko, o ile w nich się znajdowały pierwiastki narkotyczne w roztworze, wstrzykiwania zaś czystej wody żadnego nie miały skutku.

Przy krwotokach z płuc używał Lauber (*Subcutane Injectionen von Ergotinlösung bei Blutungen. Bayr. ärzt. Intellig. bl. N. 22*) roztworu: *Extr. sec. corn. 2,5 w Spirit. vini rectificatif. Glycerini aa 7,5* do podskórnych wstrzykiwań. Każdą razę zastrzyknięto 1/3 strzykawkki, mieszczącój w sobie 0,5 powyższego roztworu. Z czterech wypadków, w których tego sposobu użyto, w trzech krwotok ustał zupełnie za pierwszym, a w czwartym trzeba było na trzeci dzień wstrzyknięcie powtórzyć. W jednym przypadku krwotoku z nosa, gdy lód i zatkanie nosa nic nie pomogły, użyto również po-

wyższego środka i krwotok ustał w ciągu 10 minut. Podobnie i w kilku przypadkach krwotoku z cewki moczowej (po założeniu kateteru), oraz z macicy (wskutek poronienia) sposób powyższy stawał się szybko pomocnym. Chorzy znosili je zwykle bez wszelkich znaczniejszych dolegliwości, lubo czasami pozostawał miejscowy ból, który trwał nieraz przez kilka godzin, raz nawet przez dwa dni.

Karst (*Injectionen von defibrinirtem Blut ins Unterhautbindegewebe. Berlin Klin. Wochens. N. 49*), wpadł na myśl zastąpić przelewanie krwi wstrzykiwaniem pozbawionej włóknika w tkankę łączną podskórną, mianowicie przy bladaczce, i dla sztucznego żywienia wtedy, gdy pokarmu żołądek przyjąć nie zdoła. Wyższość nad przelewaniem miałby ten sposób tę, że niebezpieczeństwo jest mniejsze i chorzy chętniej się temu poddają. Krew możnaby w tym celu za pomocą baniek uzyskać, możnaby nawet krwi zwierzęcej użyć. Wrzeczywiście zastosował autor ten sposób tylko raz jeden u królika, któremu na jedném posiedzeniu wstrzyknięto za pomocą strzykawki Anetta w trzech miejscach po 3,0 włóknika pozbawionej krwi pod skórę. Po 20 godzinach zwierzę było wesole, żarło dobrze, a w miejscach wstrzykiwania nastąpiło zupełne wchłonięcie, jak tego dowiodło zupełne zniknięcie guzów od wstrzykniętej krwi.

Menzel (*Ueber parenchymatöse Jodinjektionen in acut entzündetes Gewebe. Wien med. Wochens. N. 49*), zaś użył tego sposobu w niebezpiecznej chorobie dzieci, t. j. przy dyfterytycznym zapaleniu gardła, wstrzykiwając roztwór jodu w migdałki, łuki i miąższ miękkiego gardła. Użył on do tego roztworu Lugola, a wstrzykiwania powtórzył 3—4 razy dzień po dniu. Z siedmiu dzieci, leczonych tym sposobem wyzdrowiało troje, umarło dwoje, a u dwóch wynik ostateczny był niepewny. W jednym z tych przypadków dyflerytyś migdałów z obrzmieniem gruczołów szyjnych, osiągnięto tym sposobem cofnięcie się całej chorobnej sprawy w ciągu 24 godzin. Wytworzenia się ropnia lub zgorzeli nie zauważono ani razu. Sposobu tego użył najprzód Jakubowicz jeszcze w 1871 r. — tak że jemu właściwie pierwszeństwo się należy.

Wdechania.

Wdechanie substancyj balsamicznych zyskuje coraz więcej zwolenników i bywa stosowane w coraz to więcej chorobach. I tak Dittel (*Inhalations-methode balsamischer Stoffe. Oest. Zeits. f. prakt.*

Heilk. N. 6 i 7), opierając się na znaném już działaniu terpentyny na mocz, wskazującym na szybkie przejście odpowiednich wonnych pierwiastków przez nerki, wpadł na myśl doświadczyć wdychania balsamicznych olejków i przy *pyelitis*. Uskutecznił on to za pomocą narządu zwyczajnego do rozpylenia substancyj, do którego wiano 4—6 uncyj owego eterycznego olejku. W przypadku, dotyczącém 66 letniego człowieka, wynik był bardzo pomyślny: zmniejszenie osadu moczowego, zawartości białka, jako też nabłonka, złagodzenie parcia na mocz i bólów, sprowadzenie snu, polepszenie odżywienia i siły organizmu. Jeszcze i w 3 innych przypadkach wynik był również pomyślny. Wdychania nie stanowią, według autora, żadnego specyficznego środka przeciwko każdemu kataralnemu zapaleniu miedniczek nerkowych, działają jednak bardzo pomyślnie i skutecznie przy prostém ich zapaleniu pierwszego i drugiego stopnia bez wszelkiego powikłania. Przy trzecim stopniu zapalenia trzeba tego środka używać bardzo ostrożnie, gdyż jego zastosowanie może spowodować pogorszenie, jeżeli istniejące objawy pobudzenia się wzmagają lub gorączka się przyłączy. Zapalenie nerki samém stanowi bezwzględne przeciwskazanie. W razach stosownych chorzy robią z początku wdychania dwa razy po 3—5 minut, później, jeżeli to nie sprowadzi bólu lub zajęcia głowy, trzy do czterech razy. Już po pierwszych wdychaniach mocz przyjmuje zapach fiałkowy. Oznakami pomyślnego obrotu choroby są szczególnie zmniejszenie wydzielenia moczu, które schodzi do normalnego stosunku prawie, i bezwzględnej ilości osadu.

Ciekawe są poszukiwania Waldenburg'a (*Ueber die mechanische Wirkung des transportablen pneumatischen Apparates auf das Herz und die Blutzirkulation Berl. klin. Wochens. N. 46 i 47*), wyjaśniające działanie powietrza zgęszczonego i rozrzedzonego za pomocą przenośnego narządu, na serce i krążenie krwi. Już dawniejsze dochodzenia J. Müller'a, Edw. Weber'a i Donders'a wykazały w części, że stosunki ciśnienia krwi w systemacie naczyń krwionośnych doznają pewnej zmiany, jeżeli nastąpi zmiana ciśnienia powietrza w płucach czy to przez wdychanie to zgęszczonego to rozrzedzonego powietrza, czy też przez wydechanie to w rozrzedzone to w ściśnione powietrze. Za pomocą owego przenośnego powietrznego narządu dają się te stosunki nie tylko pojedynczo zbadać, ale i użyć jako środek leczniczy.

Przy wdychaniu ściśnionego powietrza, mówi autor, — zwiększa się ciśnienie w płucach, będące przy prawidłowém wdychaniu

znacznie ujemném,—i staje się nawet, przy należytém ścieśnieniu dodatniém. Następuje ulżenie pracy serca i wielkich pni naczyń i to w tym wyższym stopniu, czym większe ciśnienie, tak że przy dostateczném zgęszczeniu powietrza, płuca nawet jeszcze nacisk na przyrząd krążenia krwi, w piersiach zawarty, wyrzucić zdołają. Skutki tego stanu są następujące: Podniesienie nacisku w systemacie aorty;—tętno napięte, nawet twarde;—powiększony przyływ krwi do aorty (tętno pełniejsze);—zmniejszony odpływ krwi z żył do prawego serca; powiększenie napełnienia krwią naczyń w wielkim krwi obiegu, zmniejszenie zaś w małym, mianowicie w płucach. Ilość uderzeń tętna zwykle się zmniejsza.

W y d e c h a n i e w ścieśnione powietrze działa już przy małym stopniu onego ścieśnienia tak samo na krążenie krwi, jak wdech ścieśnionego w wyższym stopniu. Między innymi daje się w tym razie czuć wyraźnie wejście powietrza do przewodu usznego Eustachiusza i wyczuwać pewne właściwe uczucie w uchu, będące następstwem wypuklenia bębenka usznego na zewnątrz.

W d e c h a n i e r o z r z e d z o n e g o p o w i e t r z a działa wprost przeciwnie wdechaniu ścieśnionego. Ciśnienie w systemacie aortycznym się zmniejsza, tętno traci swe naprężenie, przyływ krwi do tętnic się zmniejsza, fala tętna staje się mniejszą, cały przewód tętniczy zdaje się być węższym. Przy zmniejszoném ciśnieniu powietrza i nader wielkiém rozszerzeniu klatki piersiowej serce prawie wciąga z większą daleko siłą krew z żył. Przepętnienie naczyń wielkiego krwi obiegu się więc zmniejsza, natomiast organa w piersi się znajdujące, a zatem naczynia małego krwi obiegu, przepętniają się krwią nadzwyczajnie. Tętno bywa w takich razach częstsze, chociaż nie zbyt.

W y d e c h a n i e w p o w i e t r z e r o z r z e d z o n e działa na narząd krążenia krwi tak samo jak wdechanie rozrzedzonego, tylko w stopniu o wiele niższym.

Te dane są dowodem, że metoda pneumatyczna przedstawia środek bardzo potężny do działania na serce i krążenie krwi. Pozwala ona również użyć tego środka niejako w ściśle oznaczonej dawce.

Ponieważ zawsze się używa z osobna czy to wdechania czy wdechania tylko, i to czy śnieśnioném czy rozrzedzoném powietrzem, a druga część oddechu odbywa się zawsze w powietrzu prawidłowém, toby się zdawało, że ostateczny wynik powinien być przez to ucierpieć tak żeby powiniem stać się słabym albo wcale nie nastąpić. Tymczasem tak nie jest, jak dochodzenia na chorych i zdrowych dowodzą

Jeżeli się ściśnione powietrze wdecha, to jego działanie na narząd krążenia krwi objawia się nie tylko przy wdechaniu, ale w tym samym kierunku i przy następném wydechaniu. To samo ma miejsce przy wdechaniu powietrza rozrzedzonego, albo przy wydechaniu w powietrze ściśnione lub rozrzedzone.

Jako *wskazania* uważać należy: a) dla użycia *ściśnionego* powietrza te przypadki, w których chodzi o podniesienie napięcia serca i odpowiednie powiększenie ciśnienia w systemacie aortycznym, o zwiększenie napełnienia krwią naczyń większego krwi obiegu, zmniejszenie téjże ilości w naczyniach małego, — a zatém głównie przy chorobach serca, przy których odpływ krwi z płuc lub lewej komórki jest wstrzymany, jak np. zwężenie i niedomykalność zastawek aortycznych; — w przewlekłych chorobach zapalnych płuc, przy katarze oskrzeli wysoko posuniętym i t. d.; — b) dla użycia *rozrzedzonego* powietrza zaś owe przypadki, w których zamierzamy zmniejszyć ciśnienie w systemacie naczyń tętniczych, zmniejszyć przyływ krwi do nich, zwiększyć zaś ów przyływ do naczyń krwistych w organach piersiowych, a zatém przy chorobach prawego serca, istniejącóm usposobieniu do gruźlicy, osobliwie przy paralitycznej klatce piersiowej, na koniec przy formach chorobnych, zwężających przestrzeń w klatce piersiowej, uciskających płuca, np. guzach, wysiękach i zrośnięciach opłucnej i t. d. *Przeciwwskazaniem* dla użycia *ściśnionego* powietrza szczególnie stan chorobny ścian naczyń krwistych i usposobienie do krwotoków; dla użycia *rozrzedzonego* zaś skłonność do płucia krwią i szybko przebiegające zapalenie tkanki płucnej.

Aspirator.

Dieulafoy. (*Du rôle de l'aspiration dans les maladies de l'estomac et dans les empoisonnements. Bull. gen. de therapeut. 145*) przytacza przypadek z praktyki Dr. Paul w Danville, wykazujący bezpośrednią korzyść posługiwania się tém narzędziem przy leczeniu ostrych otruć. Nowonarodzone dziecko dostało w 6 godzin po urodzeniu łyżeczkę od kawy tyktury Sydenhama przez pomyłkę zamiast syropu cykoryowego, którego mu akuszerka zadać chciała. Środek wymiotny nie miał jeszcze po 10 minutach żadnego skutku. Lekarz wprowadził więc zgłębnik przełykowy do żołądka, przyłożył usta doń i za pomocą wdechania wyprowadził zeń około pół łyżki

Płynu, po czém wtrysnął do niego półfilizanki ciepłej wody. Lecz skutek nie był jeszcze dostateczny, gdyż dziecina straciła przytomność, oddech zwolnił do 10 razy na minutę, źrenice zostały mocno zwężone a ciało całe było w stanie mocnego porażenia. Wtedy to wpadło lekarzowi na myśl użyć aspiratora, połączywszy go z przełykowym zgłębnikiem. Za pomocą niego wypłukał więc żołądek czarną kawą i powtórzył tę operację; t. j. wyciągnięcie płynu i płukanie żołądka, 12 razy w ciągu 10 minut. W żołądku pozostało w końcu około filizanki bardzo mocnej czarnej kawy z niewielką ilością rumu. Po 6 godzinach oddechanie stało się dość prawidłowém, mięśnie odzyskały swą sprężystość i dziecko wyzdrowiało.

Przelewanie.

Stosowność i skuteczność tego lekarskiego środka jest jeszcze dotąd, podobnie jak i wielu innych, przedmiotem żywego sporu, nie tylko co do tego, czy go używać należy, ale i w tych razach, w których jego użycie byłoby wskazaném, jak ono przeprowadzone być powinno. I tak np. Gesellius (*die Transfusion des Blutes. Eine historische, kritische und physiologische Studie*) walczy jak najusilniej przeciwko pozbawieniu włóknika przeznaczonj do przelewania krwi. On zaleca przedewszystkiem używać do przelewania krwi z naczyń włosowatych, nie pozbawionj uprzednio włóknika, podaje ulepszony przelewacz tego rodzaju krwi i sposób, w jaki to czynić należy. Drugą okolicznością, którą jak najusilniej zaleca, jest użycie zamiast krwi ludzkiej, krwi zwierzęcej, albowiem ten sposób tylko wtedy będzie mógł — według niego, — stać się dopiero powszechnym, pomimo swj obecnej niegrozącej najmniejszemu niebezpieczeństwem łatwości wykonania, gdy się ciężko uzyskać dającą krew ludzką zastąpi krwią zwierzęcą, którą każdj chwili mieć można. Według jego doświadczenia, na 19 przypadków przelanie krwi zwierzęcej nie miało ani razu samo przez się śmierci spowodzić, lecz owszem okazać się zawsze tak samo zbawiennym, jak i przelanie krwi ludzkiej. Co do przeciwnych spostrzeżeń P a n u m'a, twierdzi on, że w jego dochodzeniach nie przelanie krwi zwierzęcia innego rodzaju było szkodliwym, lecz uprzednie pozbawienie jój włóknika. Gesellius sam skutecznił kilka dochodzeń przelania krwi jagnięcej lub z cielęcia psu i przekonał się, że można, bez najmniejszej szkody, przelać z jednego zwierzęcia drugiemu $\frac{1}{24}$ zawartości krwi tegoż, i na

tój podstawie, twierdzi iż takie przelanie zwierzęcej krwi człowiekowi żadnem temuż nie zagraża niebezpieczeństwem; przy czém równocześnie całą technikę przelewania opisuje.

Zdanie jego co do szkodliwości przelanej krwi, uprzednio włóknika pozbawionój, zdają się potwierdzać i spostrzeżenia pp. Smith (*Th. Transfusion of blood in the case of a patient suffering from purpura. Lancet 14 Czerw.*), Fabri (*G. B. Transfusione del sangue per cloroanemia. Raccoglitore medico N. 21*) i Lundi (*P. Di una transfusione di sangue per anemie septicemia, eseguita nello spedale di Pisa. Raccoglit. med. N. 19*). W tych wszystkich wypadkach stan zdrowia bezpośrednio po przelaniu krwi się polepszył, lecz wkrótce nastąpiło pogorszenie, upadek sił i śmierć, chociaż Otto (*Zur Transfus. Aerztl. Mittheil. aus Baden N. 24*) opisuje przypadek, w którym ta operacya była z zupełnem powodzeniem wykonana. Uskutecznił on ją u 21 letniej dziewczyny z uporczywą bladaczką i niedokrewnością, a za miejsce jej wybrał żyłę przedramieniową w przegubie łokciowym. Najprzód upuścił z tój żyły 160 gramów, a potem wstrzyknął tą samą drogą taką samą ilość krwi włóknika pozbawionój, wziętój z młodego i silnego mężczyzny. Żyła została poprzednio odkryta i odpreparowana. Operacya odbyła się bez wszelkich przeszkód. Po założeniu podwiązki na koniec ośrodkowy żyły, wypłynęła z niej jeszcze mała ilość krwi jasnoczerwonój. Następstwa operacyi były bardzo pomyślne; chęć do jadła powróciła: wymioty, kaszel, duszność, rozwolnienie, ustały zupełnie. Pomimo to powtórzono ją jeszcze raz po 11 dniach. Tym razem upuszczono 200 gram. a wstrzyknięto 190. W półtorej godziny po operacyi zjawił się silny dreszcz, a po nim lekka gorączka, trwająca przez kilka dni; wreszcie stan zdrowia był zupełnie dobry. Dziewczyna nabrała lepszego i kwitnącego wyglądu, odżywianie i siły wzmogły się, wszystkie organiczne czynności odbywały się prawidłowo i stan zdrowia dobry nie doznał żadnej przerwy.

Jako pewne wskazania do stosowania przelewu krwi uważa Rabl (*I. Ueber Transfusion. Anz. der k. k. Gesells. der Aerzte in Wien N. 16*) następujące choroby: a) ostrą niedokrewność w skutek znacznej utraty krwi; b) niedokrewność powolnie się rozwijająca w skutek wycieńczenia sił przez takie upływy organicznych soków (np, ropa, krew i t. p.), których źródła zatknięcia spodziewać się nie można; c) otrucie tlenkiem węgla, a może nawet przyposocznicy, harłactwie, wskutek działania błotnego zarazku (malaria), białaczce i t. d. Rabl wymaga, aby do przelewania używano jedynie krwi ludzkiej, pozbawionój włóknika za pomocą drucianój miotełki, jakiej w kuchni,

używają do ubijania białka na pianę i strzykawkę przelewowej Zeilera. Po skutecznieniu operacyi nie radzi podwiezywać żyły, dla uniknienia jęj zapalenia, lecz wyciąć odpreparowany kawałek i zagoić ranę po uśmierzeniu krwotoku, *per primam intentionem*. Przelew krwi w tętnicę jest trudniejszy i nie ma żadnej wyższości nad żylnym. Prócz tego zwraca on uwagę na jeden objaw, będący następstwem transfuzyi t. j. właściwy ból tyłogłowa, trwający około 12 godzin.

Lauder Brunton (*On the use of artificial respiration and transfusion as a means of preserving life. Brit. med. Journ. Mai*), radzi zaś połączyć w pewnych przypadkach, mianowicie przy otruciu tlenkiem węgla, strychniną, jadem węzów i t. p., przelew krwi z sztuczném oddechaniem i używać krwi, pozbawionęj włóknika. Użycie krwi zwierzęcej do transfuzyi nie uważa zaś za rzecz szkodliwą.

Landois (*Transfusion mit dem Blute verschiedener Thierarten. Centralb. N. 56 u. 57*), nakoniec poddał całą sprawę użycia krwi do transfuzyi z rozmaitych rodzajów zwierząt, jeszcze raz dokładnemu dochodzeniu za pomocą odpowiednich doświadczeń. Uskutecznił on je najprzód na psach, dla których użyto krwi do przelewu z owcy, kota, morskiej świnki, królików, świni, cielęcia, gołębia i człowieka; potem na królikach, którym wlewano krew zająca, owcy, cielęcia i człowieka; u owcy użyto do przelewu krwi ludzkiej. Nakoniec uskutecznił szereg doświadczeń na żabach, którem wlewano krew z psów, królików, owiec, cielęcia, świnek morskich, gołębia i człowieka, a nawet żabie jednego gatunku krew drugiego. Przy doświadczeniu na zwierzętach ssących uwydatniły się przedewszystkiem dwie ważne okoliczności: a) że surowica wielu z tych zwierząt rozwarza ciałka krwi innych ssawców i b) że ciałka krwi ssawców zachowują nader rozmaity siłę odporną w surowicy innych zwierząt. I tak np. rozpuszczają się bardzo łatwo ciałka krwi królika, gdy tymczasem kota i psa o wiele wytrwalszemi się okazują. Owe rozpuszczenie się ma miejsce daleko szybciej w temperaturze krwi aniżeli w niższej.

Najważniejszymi wynikami tych doświadczeń były następane:

1) Ciałka krwi ssawców innego gatunku, rozpadają się w krwi zwierząt niższego gatunku, jak to już i dawniejsi badacze w części zauważyli. Jest przytęm rzeczą obojętną, czy użyto krew pozbawioną włóknika lub nie.

2) Ów rozpad występuje tym skorzej, czym skorzej się ciałka obcej krwi w surowicy danego zwierzęcia rozpuszczają. I tak rozpada się np. krew królika w surowicy psa już w ciągu kilku

minut, co i chemicznie przez oznaczenie hemoglobiny w surowicy, jak i pod drobnowidzem stwierdzono.

3) Czastki skladowe rozpuszczonych cialek krwistych, zostaja w czesci wydalone z organizmu, glownie za pomoca moczu, mniej stale i obficie droga kizek, macicy, blon sluzowych organow oddechania, lub jam surowicznych. Pewna ilosc rozpuszczonego materialu bywa zapewne uzyta do wytworzenia cialek krwi zwierze- cia w ktorem sie rozpuscily. Z tego powodu moga sie nie objawic krwawe wydzieliny, jezeli malo krwi uzyto do transfuzji i ona sie powoli rozpada.

4) Przelew krwi rozmaitych zwierzat, moze w pewnych okolicznosciach stac sie pomyslnym, albowiem a) dostarcza krew otrzymujacemu zwierzeciu material odzywny; b) udziela mu tlen, pochodzacy i z rozpuszczonych cialek krwi i z jej osocza; c) polepsza w danych okolicznosciach stosunki krążenia krwi. Nie moze jednak byc ani mowy, azeby cialka krwi obcej przelanej krwi mogly choeby chwilowo spelniac swe czynnosci fizyologiczne wlasciwe.

5) Początek i zakończenie wydzielania moczu krwistego przez nerki, są nadzwyczaj zmienne. Czasami znajdowano już w 1½ do 2½ godziny po przelaniu krwi hemoglobinę i białko w moczu, a w końcu zauważano je czasami już po 12 godzinach, lecz i później. Wpływa na to wielce ilość i gatunek przelanej krwi jako też i stosunki czynnościowe całego systemu naczyniowego.

6) Jeżeli zwierzę otrzyma przez przelanie krew obcą, to i własne jego ciałka krwi mogą w części ulegnąć rozpadowi. Dzieje się to głównie wtedy, gdy ciałka krwi zwierzęcia, krew otrzymującego, są łatwo rozpuszczalne w osoczu krwi zwierzęcia, ową krew dającego.

7) Z tego to powodu u zwierząt, posiadających krew z łatwo rozpuszczającymi się ciałkami, np. u królików, sprowadza już samo wstrzyknięcie wielu gatunków osocza krwi nadzwyczaj niebezpieczne objawy, stosownie do użytej ilości, jak np. przyspieszenie oddechu, czasem bardzo znaczne, duszność, drgawki, nawet śmierć z uduszenia. Wtedy można w upuszczonej krwi dostrzedz wszystkie okresy roztwarzających się ciałek krwi wraz z rubinowym osoczem; w moczu zaś występuje, jeżeli ilość była dostateczna i życie dość długo trwało, hemoglobina i białko.

8) Zwierzęta z wytrzymałymi ciałkami krwi (psy) znoszą wstrzykiwanie obcego osocza bez tych wszystkich objawów. . To osocze ule-

ga zmianie swęj pierwęj, nim obce sobie ciałka krwi zdoła nadgryść, albo nawet całkiem rozpuścić.

9) Jeżeli w organizmie zwierzęcym przyjdzie w skutek obfitego przelewu krwi do szybkiego i tłumnego rozpuszczenia własnych lub obcych ciałek krwi, to się spostrzega często obszernie krzepnięcia włóknika, występujące szybko po przelaniu wskutek działania rozpuszczonych ciałek, przez co nawet śmierć nastąpić może. Niektóre rodzaje krwi przedstawiają jeszcze i ten objaw, że po zmieszaniu ich z krwią innego rodzaju lub z obcém osoczem, ciałka krwi w gromadki się zbijają, które, gdy transfuzya nastąpiła do żyły, mogą spowodzić zatkanie naczyń włosowatych płuc i tym sposobem niebezpieczne następstwa wywołać.

Co do narzędzi dla transfuzyi krwi, to Casse (*Nouveau procédé pour la transfusion du sang. Presse med. belge, N. 23*) opisuje nowy narząd, upraszczający nadzwyczaj tę czynność. Główną jego zaletą jest to, że krew, która jednak poprzednio powinna być włóknika pozbawiona i tlenem nasycona, przepływa wprost z miarowego szklanego naczynia za pomocą rurki kauczukowej do żyły i przez to nieprzerwany a jednostajny przypyływ ma miejsce. Jeżeli się go chce wzmoocnić, to dość tylko owe naczynie szklanne cokolwiek podnieść.

Roussel (*Hermetischer Transfusor zur directen Ueberleitung lebenden und undefibrinirten Blutes. Wien. med. Wochens. N. 37*) zaś opisuje inny narząd, którego zalety na tém polegają, że krew obu żył ani na chwilę z powietrzem w zetknięcie nie wchodzi. Przechodzi ona szybko z jednego organizmu do drugiego i to przez szczelnie zamknięty, bezwzględnie próżny przewód. Narząd ten cały prawie z kauczuku. Część jego początkową stanowi pierścieniowata ssawka, z której powietrze zostaje wypędzone za pomocą osobnego, na to przeznaczonego, kauczukowego baloniku, przez co owa ssawka ściśle w skórę się wpija, tak że przy ssaniu krwi wszelkiego jęj zetknięcia z powietrzem się unika. W owęj główce ssącej znajduje się cylinder, w którym się szczelnie przylegający tłok z lancetem porusza; długość tego lancetu reguluje śrubka. W cylinder zaś wchodzi jeden koniec rurki więgującej, której koniec drugi zanurzony jest w wodzie. Z tym cylindrem, stanowiącym początek owego przewodu, przez który krew z jednego organizmu do drugiego ma przechodzić, łączy się pompka ssąca i tłocząca, zaopatrzona w cieniuchną rurkę, którą się do żyły chorego wprowadza. Każdy ruch owęj pompki przeprowadza z jednéj żyły w drugę około 20 gram. krwi, a przeprowadzenie 150 — 200 gram., na co ów balonik kauczukowy 10 — 12 razy ścianać zupełnie

wystarcza, trwa zaledwie 3—4 minut. Ranki pozostałe goją się w ciągu 24 godzin *per primam intentionem*.

Wstrzykiwanie w przewód kiszkowy nasilne.

Nowy ten sposób stosowania rozmaitych środków, wypełnia bardzo dotkliwą lukę w Terapii, mianowicie takich chorób kiszkowego przewodu, które dotąd bezpośrednio działaniu lekarskiemu nie były całkiem dostępne, albo z wielkimi tylko trudnościami. Hegar (*Ueber Einführung von Flüssigkeiten in Harnblase und Darm bei Behandlung interner Krankheiten. Berl. klin. Wochensch. N. 45*) rozbiiera najprzód to pytanie, jakie ciśnienie jest niezbędnem przy wprowadzeniu płynów do przewodu kiszkowego i pęcherza i jaki opór w tych razach zwalczyć potrzeba. Ciśnienie wewnątrzbrzuszne jest przy zwyczajnem położeniu osoby, jakiego się w takich razach używa, znacznie mały, może jednak przy pewnych położeniach, stać się jeszcze mniejszym, a nawet mniejszym od ciśnienia atmosferycznego. Prócz tego dadzą się zastosować takie położenia ciała, przy których ono nie tylko żadnego oporu nie stawia wprowadzanym płynom, ale nawet ułatwia ich wprowadzenie przez nadanie ciśnieniu ujemnej wartości. Na podstawie tych zasad użył Hegar następujących sposobów do wypełnienia płynami pęcherza i kiszek:

Narząd cały składa się z kateteru do pęcherza moczowego, z rurki do lewaty wy, z końcem w kształcie oliwki, do kiszek odchodowej, rurki kauczukowej 1—1½ stopy dłuższej i lejka szklanego. Chcąc wprowadzić płyn do pęcherza, przytwierdza się kateter do owej rurki, na której drugim końcu przymocowany lejek. Chorego układa się w położeniu jak do operacji kamienia, tylko z małym podniesieniem górnej części ciała i wprowadza się do pęcherza kateter; lejek zaś, napełniony do połowy wodą, utrzymuje się przy tém na wysokości pępka. Po założeniu kateteru podnosi się cokolwiek ów lejek do góry, a że ciśnienie w pęcherzu jest nadzwyczaj małe, więc i to nie wielkie podniesienie wystarcza do wnिकnięcia wody z lejka w pęcherz. Przez kolejne podnoszenie i obniżanie owego lejka, można pęcherz silniej lub słabiej napełnić, albo też całkiem wypróżnić i znowu napełnić i t. d. Chcąc płyn wprowadzić do kiszek najlepiej nadać choremu położenie na kolanach i łokciach lub temu podobne. Rurkę ową wkłada się w otwór odchodowy, lejek utrzymuje cokolwiek powyżej ciała i wlewa w ten płyn bez przerwy. Do brze owo napełnienie kiszek uskutecznić tylko powoli, od czasu do

czasu robić przestanki, mianowicie, jeżeli objawi się parcie, i w takim razie lejek nawet cokolwiek zniżyć, aby część płynu można wypuścić, dopóki ruchy kiszki nie uspokoją. Hegar nie miał nigdy potrzeby użyć więcej ciśnienia nad jedną stopę słupa wody i to li przy końcu całej operacji, t. j. wzniesić lejek wyżej jak na jedną stopę nad otwór odchodowy. Można bezpiecznie 4—6 kwart płynu wlać nim zwieracz otworu stanie się niedomykalnym i płyn koło rurki odpływać zacznie na zewnątrz. Dolna część kiszki prostej zapełnia się na samym ostatku, co łatwo sprawdzić palcem. Wtedy czas wlewania zaprzestać. Zwykle dawali się wtedy chorzy ułożyć na wznak i w tém położeniu zbadać, a wtedy można było nieraz wyczuć chębotanie w okolicy kiszki ślepej. Następstw ztąd szkodliwych nigdy nie zauważono, a postępowanie to jest na każdy sposób łagodniejsze, niżeli podobne postępowanie, podane przez G. Simona.

Skuteczność tego postępowania stwierdza i Mosler (*Ueber den Nutzen der Einführung grösserer Mengen von Flüssigkeit in den Darmkanal bei Behandlung interner Krankheiten. Berl. klin. Wochens. Nr. 45*), który je używał w wielu przypadkach z dobrém powodzeniem. Jednakże przy położeniu ciała na kolanach i łokciach okazały się pewne niedogodności, mianowicie, w skutek ciągłego pochylecia głowy przez dłuższy czas, niektórzy z chorych dostawali bólu głowy tak dalece, że drugi raz tej operacji poddać się nie chcieli. Również u gorączkujących chorych, mianowicie na tyfus, trzeba się wzburzenia w systemacie krwonośnym, a zatem zaostżenia gorączki obawiać. Mosler zamierzył więc owe położenie zamienić na zwykłe położenie na grzbiecie w nadziei że zwiększone przez to brzuszne ciśnienie podoła zwalczyć dłuższą rurkę kauczukową i wyższém cokolwiek podniesieniem lejka. I ta nadzieja nie omyliła. Za pierwszym zaraz razem udało się pewnej chorój wlać w ciągu 15 minut 3 litry ciepłej wody, tak że ani kropla się nie wróciła. Podniesienie wyższe lejka nie jest wcale szkodliwém; ono ma owszem tę korzyść, że wlewanie płynu do kiszki staje się o wiele łatwiejszém. W tych wszystkich wypadkach, w których 3—4 litry płynu w tém położeniu na grzbiecie do przewodu kiszkowego wlało, przekonał się Mosler, że okolica kiszki ślepej, dająca przedtém odgłos bębnowy, po operacji dawała zawsze odgłos wyraźnie stłumiony, z czego trzeba było wnioskować, że woda aż do kiszki ślepej się dostawała. Dochodzenia na trupie dla rozstrzygnięcia tej okoliczności okazały się bezskutecznemi; zdaje się, że z braku prężności po śmierci ściany kiszki nie są zdolne do przyjęcia tak znacznych

ilości wody, jak przy życiu. U pewnego chorego na klinice Simona w Heidelberg'u, mającego przetokę kiszki ślepej, uskutecznił Mosler to doświadczenie z najlepszym powodzeniem. Płyn, wlany tym sposobem do kiszki odchodowej, w położeniu chorego na grzbiecie i przy podniesieniu lejka na dwie stopy nad otwór odchodowy, wiał tak szybko w kiszki grube, że w ciągu 2 minut zaczął z owęj przetoki tryskać promieniem. Jako wskazówki do zastosowania tego postępowania uważa Mosler wszelkie rodzaje zatkania kiszek, wewnętrzne ich zaciśnienia, choroby kiszek grubych (przede wszystkim biegunka krwawa, żółtaczka (osobliwie kataralna jako też i z obecności kamieni żółciowych), robaki, zwłaszcza jeżeli oto chodzi, aby przy końcu leczenia spowodzić oderwanie się tasiemca od ścian kiszek grubych. Nawet i przy zwyczajnych glistach zasługują te wstrzykiwania wody z dodatkiem łyżki stołowej *Liquor chlori*, lub też pół łyżki benzyny na litr ciepłej wody, pierwszeństwa nad zwykłymi lewatywami.

Wilbrand (*Eine vereinfachte Methode zur forcirten Injection grösserer Flüssigkeitsmengen in den Darmkanal. Berl. klin. Wochens. Nr. 49*) przekłada zaś położenie na kolanach i łokciach z tego powodu, że w tém położeniu chorego pętle kiszek, przed kiszka odchodową leżące, zajmują o wiele niższe położenie od otworu odchodowego, a przez to i sam płyn już przez własną ciężkość łatwiej dalej wchodzi i łatwiej się zapobiega jego wracaniu, dopokąd kanka jeszcze w otworze. Użył on tego sposobu u 22 letniej chorób z zaciśnieniem przewodu kiszkiowego przez kał i wlał do 3 litrów wody promieniem nieustannym. Po zmianie położenia woda odeszła pomału wraz z grudkami kału, na których widać było ślady zaciśnięcia kiszki; objawy téj choroby zupełnie znikły, tak że chora wkrótce wróciła do zdrowia.

Odjęcie ciepłoty. Leczenie wodą.

Winternitz. (*Ueber katarrhalische und rheumatische Prozesse und ihre Behandlung. Wien. med. Press. str. 1086*) uważa choroby nieżytowe i gościecowe za choroby zaziębienia *par excellence*, i stara się wyjaśnić jakim sposobem zaziębienie sprowadza chorobę. Bodziec cieplikowy sprowadza według niego skurez naczyń części ciała dotkniętej wprost lub pośrednio za pomocą systematu nerwowego. Owe zwężenie naczyń tworzy zaporę dla krążenia krwi i sprowadza nawał, przekrwienie, a nawet zastój w obocznych gałęziach naczyń,

mianowicie krew przyprowadzających. Przetło powstaje zaburzenie w odżywieniu dotkniętych organów, a według tego, czy tym organem jest błona śluzowa, albo tkanina ścięgnista albo mięsna, wyraża się nieżyt lub gościec. W tym razie, gdy na organizm podziała tylko mierny ciepłikowy bodziec, oddziaływanie jego jest niedostatecznym. Bodziec bezpośredni lub też pośredni, za pomocą nerwów czucia na nerwy naczynio-ruchowe przemieniony, nie wystarcza do wywołania w ściągniętych raz naczyniach zwolnienia i odczynowego w nich na wału, któryby szkodliwe skutki zmniejszenia ciepłoty i zaburzenia w krążeniu krwi usunąć zdołał. W różnych nieżytych i goścócych sprawach leży więc najważniejsze wskazanie w tém, aby powstałe bezpośrednie lub odruchowe działanie bodźca ciepłikowego ujemnego, zaburzenie w krążeniu krwi znieść i wyrównać za pomocą bodźca uerwowego, silny odczyn organizmu wywołującego. Takim więc bodźcem jest działanie zimnej wody, mianowicie pewne nadzwyczaj pobudzające sposoby jej stosowania. Winternitz zaleca ten środek przedewszystkiem w ostrym goścócu, zajmującym odrazu wiele stawów i w. t. n. goścócu mózgowym (*Cerebraler Rheumatismus*).

Prócz tego ogólnego użycia wody, zaleca on również w pewnych przypadkach i miejscowe jej użycie, mając na celu ciągłe i dłuższe odjęcie organizmowi ciepłoty. Ponieważ używane w tym celu poduszki i materace wodne przedstawiają wiele niedogodności, mianowicie przez to, że im brak niezbędnej sprężystości, więc radzi on je wyrabiać ze zwyczajnej gumielastyki, tak ażeby każda poduszka była podzielona na dwie przegrody, za pomocą ścian nieprzemakalnych, równoległych do ich płaskich powierzchni. Jedna z tych przegród napełnia się powietrzem, a druga wodą zimną lub mieszaniną, zimno wywiązującą. Położywszy jakąkolwiek część ciała na przegrodzie z powietrzem, odjęcie ciepłota będzie powolne, silniejsze zaś nierównie, gdy się poduszkę obróci przegrodą z wodą do góry; lecz i w tym razie nie utraci ona swęj sprężystości, gdyż pod warstwą wody nieściśliwej, znajduje się warstwa powietrza sprężysta i ustępująca. J. Runge (*Ueber die Bedeutung der Wasserkuren in chronischen Krankheiten. Arch. f. klin. Med. XII*) zajmuje się głębszém zbadaniem całej sprawy zaziębienia i działania zimnych kapieli, oraz ich rodzaju, w chorobach przewlekłych. Racyonalne cele przy leczeniu zimną wodą w chorobach przewlekłych formuluje on następnie. 1) Oswobodzenie chwilowe części ciała od przekrzwienia przewlekłego za pomocą zimna, wywołującego ściągnięcia naczyń; 2) Odciągnięcie pewnej ilości krwi ku górze, a zatém zmniejszenie jej rozdziału; 3) Wzmocnienie jedrności. Potępia jednak wszelkie dawniej zalecane wywoływa-

nie gorączki, lub stosowanie metod dla sprowadzenia t. z. przesilen. Mosler (*Fr. Ueber die Wirkung des kalten Wassers auf die Milz. Virch Archiv. LVII*) zaleca użycie zimnej wody przy obrzmieniach śledziony, czy to w zimnicy, czy w tyfusie. Pomimo to uważa on je tylko jako leczenie pomocnicze, popierające skutek chininy. Wypada jednak używać i natrysków zimnej wody, nie samych okładów, mianowicie przy zimnicy i rozmaitych jej formach. W tyfusie natryski mogą stać się szkodliwe, wywołując to gwałtowne zapalenie otrzewnej, to niebezpieczny nawał krwi do głowy. Że zimna woda w postaci okładów i natrysków sprowadza zmniejszenie obrzmiałej śledziony dowiódł on doświadczeniami, na psach robionemi, przy których zimną wodę wprost na odkrytą śledzionę stosowano.

Nakoniec Kemperdick (*Ueber Behandlung des Fiebers durch Kühlung vermittelt einer Kühlsonde. Berl. klin. Wochens. N. 10*) zamierzył wywołać działanie przeciwgorączkowe za pomocą bezpośredniego ochłodzenia krwi w jamie brzusznej, i w tym celu obmyślił osobny narząd oziębiający, składający się ze zwyczajnego, sprężystego żołądkowego zgłębnika, w którym w odległości 30 ctm. od końca, znajduje się wycięty otwór. Przez ten otwór i jedną z dziurek, znajdujących się na końcu zgłębnika, przeciągnięty jest cienki angielski kateter N. 5, szczelnie w owych otworach osadzony, a koniec drugi zgłębnika obwinięty jest kawałkiem wołowego jelita, na 12 ctm. długim, a około 5 ctm. szerokim. Naścianie koło łóżka jest zawieszone naczynie, zawierające około 5 litr. wody, połączone za pomocą rurki kauczukowej, przymocowanej jednym końcem do kółka jego, z otworem zgłębnika żołądkowego. Również i koniec niższy kateteru, w zgłębniku umocowanego, zostaje połączony za pomocą rurki kauczukowej z naczyniem, pod łóżkiem stojącym. Otóż ten z głębnik, dobrze olejem namaszczony, wprowadza się do kiszki odchodowej na głębokość 20—25 ctm. U jednej chorój na tyfus, z ciepłotą 40,0° C. pod pachą, podniosła się ona 10 minut po założeniu tego narządu na 40,8, spadła po następnych 10 minutach na 40,0, a po wyjęciu całego narządu w dwie godzin na 39,2. Woda wpuszczona miała 12° ciepła, a woda wypływająca 18°. Narząd ten stosowano każdego wieczora, gdy temperatura dochodziła do swego maximum; za każdą razą spadała ona o 1,8°, a po wyjęciu go jeszcze o więcej jak 0°, tak że w ogóle spadała o 3°. Stosowanie narządu jest łatwe i nieuciążliwe, tylko przyrządzenie go przedstawia cokolwiek trudności, gdyż pojedyncze pecherze przepuszczają wodę i rozdierają się, a pecherze kauczukowe są za cienkie i zwykle pękają.

Leczenie klimatyczne.

Ten sposób leczenia nabiera coraz większej wagi, zwłaszcza w chorobach, w których pomoc lekarska dotąd daremną się okazała. Co do skuteczności klimatycznej miejscowości twierdzi Thompson (*E. Symes. On the elevated health resorts of southern hemispheres with special reference to South Afrika. Brit. med. Journ. 10. Mai.*), że nie tak szerokość geograficzna i wysokość nad poziom morza, jak raczej ta ostatnia i średnia roczna temperatura są właściwymi podstawami do osądzenia higienicznego znaczenia klimatu. Twierdzenie Küchenmeistera, jakoby pewne stosownie do geograficznej szerokości zmieniające się wysokości koniecznie od gruźlicy chroniły, jest według niego błędnem, albowiem znajdują się miejscowości, leżące nawet na 100', pod powierzchnią morza, jak np. step kirgyzki, pewne okolice w Madras, gdzie gruźlica wcale nie istnieje. Wprawdzie istnieją i pewne wyżyny, na których ta choroba jest nieznaną, lecz téj zasady nie należy zbyt uogólniać, gdyż to i od innych warunków zawisło. W Andach południowych są klimatyczne miejscowości, jak *La Paz, Quito, Santa Fé de Bogota*, gdzie suchoty z najlepszym skutkiem się leczą. W Boliwii gruźlica jest chorobą nieznaną i zdarza się jedynie u cudzoziemców. Władze z *Lima* zbudowali niedawno sanatorium dla żołnierzy w *Janja* na wysokości 10,000 stp. Pewien zegarmistrz z Szwajcaryi, chory na gruźlicę, pojechał do *La Paz*, i wyleczył się tam z nięj. Wróciwszy do *Panama*, zachorował na nią na nowo i na nowo do *La Paz* pojechał, gdzie powtórnie wyzdrowiał. To powtarzał on tyle razy z tym samym skutkiem, ile razy choroba wracała. Takie same spostrzeżenie zrobiono i w *Natal* w południowej Afryce, gdzie pewna osoba doznawała każdą razą polepszenia, przebywając tam przez czas niejakiś, lecz i pogorszenia, gdy w dalsze stosunki wracała. W południowej Ameryce są tego przekonania, opartego na danych z życia, że chorzy na gruźlicę, którzy dość wcześnie do sanatoryj górskich się udają, tam na zawsze z téj choroby się wyleczają.

Burney Jeo (*Ueber Behandlungsergebnisse bei Krankheitsfällen, welche nach schweizerischen klimatischen Kurorten gesandt worden waren. Brit. med. Jour. 10 Mai*) nie odzywa się pomyślnie o wynikach klimatycznego działania szwajcarskich uzdrowisk na chorych, mianowicie z gruźlicą. Mniema on, że nagle i szybkie zmiany ciepłoty w tych górskich miejscowościach, połączone z powietrzem rozrze-

dzonem i chłodnem i przyspieszające oddechanie, chyba tylko w przypadkach chronicznego nieżytu tchawicy i oskrzeli u młodych ludzi lub zapalenia nieżyłowego w szczytach płuc pomyślnie działać mogą, gdy tymczasem w przypadkach już wyżej posuniętej choroby zgubne sprawdzają skutki. W ogóle angielscy lekarze rozprzestrzeniają coraz więcej tę zasadę, że jeżeli chory nie jest w stanie zmienić radykalnie klimatu przez przeniesienie się np. z północnej półkuli na południową, lub miejscowości takie, które przy wyższej temperaturze średniej, jednostajnością jej i wszystkich innych klimatycznych warunków się odznaczają, np. pogodą, wiatrem i t. d., to lepiej dla nich pozostać w Anglii, która prócz tego jednego, że ma niską średnią temperaturę roczną, jednak wiele miejscowości posiada, odznaczających się łagodnością i jednostajnością wszelkich innych higienicznych warunków. Potwierdza to Rohden (*Klimatische Kurorte und Schwindsuchts hospitaeler in Süd England. Arch. d. Heilkund. Zesz. 3 i 4*) w swém sprawozdaniu z podróży do południowej Anglii. zawierającem prócz tego różne etnograficzne, społeczne i klimatologiczne uwagi. I on twierdzi, że sąd o łagodności klimatu powinien się opierać jeszcze na innych czynnikach, a nie na samej temperaturze;—mianowicie na roślinności danej okolicy. Południowa Anglia jest mierznie ciepła, lecz posiada temperaturę jednostajną, niebo bywa zwykle pokryte, a powietrze ciężkie. Wilgoć powietrza zaś nie zmienia działania słonecznych promieni, dopóki nie nastąpi jej zgęszczenie. Na brzegach południowych panują prądy powietrza podrównikowe, ciepłe, żar bywa jednak rzadki. Z tego powodu rozwija się tutaj bujnie liść i trawa, mniej kwiat i barwa. Roślinność jest nadzwyczaj bujna, lecz owoc słodki nie dojrzewa. Ciśnienie powietrza znaczne, różnica jego roczna dochodzi do 1,5" tylko, oznaczając siłę prężności wilgoci w powietrzu suchém. Na południowym brzegu Anglii znajdują się w wielu miejscach domy zdrowia dla suchotników, w których prowadzą życie towarzyskie, jak się zdaje najlepszy sposób życia w tej chorobie. Na pobyt zimowy zaleca się *Torquai*, w przeslicznej okolicy, przedstawiający warunki cokolwiek odmienne według położenia domu, który się zamieszkuje, czy pod wzgórzami, czy też na wzgórzach, i w których co rok do 6,000 chorych na zimę przebywa,—oraz *Ventnor* na wyspie *Wight*, gdzie się znajduje roślinność egzotyczna prawie, gdzie jednak i drożyzna wielka. Na jesienny i wiosenny pobyt zalecają zaś *Hastings*, *Eastburn* i *Bornemoth*, wszystko miasteczka o 10 do 40,000 mieszkańców, gdzie zatem wszystkie wygody mieć można. W ostatniem mianowicie miejscu, są równocześnie rozległe kąpiele morskie z silną falą.

Dettweiler (*P. Die rationelle Therapie der Lungenschwindsucht in Gärbersdorf. Berl. klin. Wochens. N. 30*) podaje opis miejscowości. mianowicie dla naszego kraju więcej zajmującej, z powodu że wiele chorych na piersi z porady naszych lekarzy tam wielką część roku przepędzać zwykło. Oceniając skuteczność leczniczego także postępowania z tego rodzaju choremi, Dettweiler wychodzi z tej zasady, wreszcie już przez Brehmer'a postawionej, że: „dziedziczna lub też przemijająco albo stale nabyta wadliwość serca, w szczytach płuc i tak już w tym względzie niepomysłne mających położenie, zaburzenia w krążeniu krwi sprowadza, wywołujące w końcu zapalenie, którego wytwory z powodn tegoż samego zaburzenia z trudnością ulegają wchłonięciu, tylko zasechają i serowacieją”. Wypada więc używać środków, podniecających stale siłę serca, albowiem wyskok i ruch działają tylko przemijająco. Lecz położenie miejscowości wysokie działa trwale przez swoje zmniejszenie ciśnienia powietrza i przyspiesza tętno. Utrzymuje on dalej, że najobfitszym źródłem powstania gruźlicy jest sposób życia, jakiego się nie jedna trzyma rodzina. Lekarz domowy nie ma na tyle siły, aby ten sposób życia stale zmienić zdołał. W kąpielach, na rozmaitych pensjach i t. p. nie jest to również możliwem. Tylko dobrze urządzone zakłady kliniczne (*sanatorium*) — przeprowadzający ściśle raz ustanowione przepisy zachowania się chorego i wymagający od tegoż ślepego posłuszeństwa, zdoła doprowadzić do pożądanego celu. Gärbersdorf zdaje się wykluczać gruźlicę. Autor nie znalazł przynajmniej w kościelnych księgach parafii Lang Waltersdorf, do której owa miejscowość należy, ani jednego przypadku śmierci z suchoty, a w praktyce własnej widział tylko jedną chorą na suchoty, kobietę 60 letnią, lecz nie tamtejszą rodem, ale zkadinał przybyłą. Przebywanie na wolnym powietrzu jest dla chorych w Gärbersdorf głównym programem na cały dzień, a zahartowanie ciała na wpływy atmosferyczne osiąga się tym sposobem zwykle zadziwiająco. Dla osób słabowitych i jeszcze nie przywykłych urządzone są obszerne przewiewne sale ogrodowe a nawet ogrzewane przestrzenie na dnie słońce. Prócz tego nieprzerwanego karmienia się świeżem powietrzem, do głównych środków lekarskich należy obfite i częste pożywienie, — pięć razy dziennie — przy czem kawa i wino również w obfitym jest użyciu. Mięso i tłuszczorodne pierwiastki stanowią główne pierwiastki jedła. *Ważenie ciała* wszystkich chorych w Marcu wykazało u wszystkich chorych, przebywających w zakładzie dłużej nad 4 tygodnie, w przecięciu $7\frac{1}{4}$ funta przybytku wagi. Na 50 chorych u 3 przybyło po 50 funt.; u 4 po więcej

niż 15.; u 8 po więcej niż 10; u 11 po więcej niż 5; u dwóch nie zaszła żadna zmiana; a u 7 okazał się nawet ubytek. Z tych ostatnich znajdowało się 3 w najwyższym stopniu wycieńczenie, u 2 były jamy w płucach, gorączka i t. d.—Trzecią główną zasadą leczenia jest systematyczny i do każdej osobistości zastosowany i odmierzony ruch ciała, oraz chodzenie po górach. Na jednej górze np. na 2,500 wysokości jest 49 ławek do siedzenia.—Czwartą zasadą główną stanowi kąpiel natryskowa zimnej wody której się lekarze zwykle tak mocno obawiają. Natrysk, deszczowa kąpiel, zimne wycierania i okłady na piersi, bywają tu zwykle używane, i autor rozwija obszernie swoje poglądy na działanie owych środków, mianowicie na krążenie krwi i ogólne poczucie zdrowia. Co do potów nocnych to przeciwko nim jest w użyciu szklanka zimnego mleka z kilka łyżeczkami najlepszego koniaku późno wieczorem lub w nocy z pomyślnym bardzo skutkiem. Używanie późno wieczór ciepłych napojów nie jest w zwyczajju. Przy napadach przepuszczającej gorączki, objawiających się często w postaci jak najsilniejszych dreszczów, nie podobna się obejść bez użycia napojów wysokowych (wino węgierskie). Podobne dreszcze udaje się często wstrzymać użyciem wina gorącego, wina z korzeniami (Glühwein), gorącego grogu, bulionu, herbaty, kawy w połączeniu z ciepłem na słońcu lub sztucznym, na godzinę przed wybuchem napadu.—W przypadkach odpowiednich nie zaniedbuje się również i użycia lekarstw stosownych, chociaż ono jest bardzo ograniczonym. Autor wyraża w końcu tę nadzieję, że owa tak przestraszająca choroba stanie się nareszcie jedną z najłatwiej uleczalnych, skoro tylko lekarze zaczną więcej zwracać uwagi na gruźlicę utajoną.

Do miejscowości klimatycznych, mogących mieć zastosowanie w suchotach i gruźlicy przybywa *Tangier*, na północnym wybrzeżu Afryki, do którego się z Gibraltaru w 3 godziny dostać można. *Leard* (*Arthur. Tanger us a winter—ressort for invalids. Lancet. 4 Jan.*) zaleca go usilnie jako miejsce pobytu na zimę bardzo skuteczne. Klimat, jak się autor sam naocznie przekonał, bardzo jednostajny, od zbytecznego gorąca sąsiedztwem morza i górami osłoniony. Średnia temperatura letnia około 25° (23—30°), w zimie około 14. 5° i w tym czasie ogrzewany pokój wieczorem jest nieco pożądany. W końcu Września jawi się pierwszy 2—4 dniowy deszcz, potem najpiękniejsza wiosenna pogoda aż do Listopada, w którym często przez kilka dni trwające deszcze padają. Później następuje znowu czas nadzwyczaj łagodny, przeplatany wprawdzie deszczami; które jednak chorym

przechladzki używać wcale nie przeszkadzają. Przez całą t. z. zimę bowiem panuje ciepło, wilgotny południowo-zachodni wiatr. Burze z grzmotami są rzadkie; powietrze mniej wilgotne niż na wyspie *Madera* i mniej suche niż w *Algierze*. Wreszcie kwitną tu palmy, banany i inne rośliny podrównikowe. *Leard* znalazł sam na gruźlicę w wysokim stopniu chora znakomita osobę, która się tutaj zupełnie wyleczyła i słyszał o wielu innych podobnych wypadkach. Jest nawet zamiar założyć tutaj uzdrowisko dla załogi gibraltarskiej. Życie tanie, mieszkańcy wyrozumiali, hotele i prywatne mieszkania w dostatecznej ilości. Wprawdzie tu i owdzie napotyka się w tej okolicy przypadki zimnicy, lecz w swych formach łagodnych, a ustrzeżenie się od tej choroby nie jest wcale trudne.

Nie mniej ważnem jest zestawienie porównawcze miejscowości klimatycznych w *Sycylii* z podobnemiż miejscowościami, leżącemi nad brzegami włoskimi północnemi t. z. *Riviera di Ponente*, które nam przedstawia *Wallis* (*Curt. Siciliens klimatiska Kurrorter, Nord. med. Ark. T. V.*) na podstawie swoich własnych badań na miejscu. Podczas gdy nad *Riviera* panuje w zimie temperatura cokolwiek za niska a na wiosnę, co gorsza, jest zbyt wietrzno, Egipt zaś posiada za nadto gorącą jesień i wiosnę, w ciągu której jest przytęm na tak przykry wiatr z puszczy wystawiony, prócz tego wielką zmienność ciepła, a pobyt tamże jest zbyt drogi,—miejscowości lecznicze *Sycylii* są zupełnie wolne od tych niedogodności. To twierdzenie stawia on po części na podstawie własnych spostrzeżeń, po części zaś opierając się na meteorologicznych danych, ogłoszonych w znakomitem dziele: „*Meteorologia italiana*”. Należą tutaj *Catania*, *Palermo* i *Syrakuza*. Są one wskazane w tychże samych chorobach, co i miejscowości nad *Riviera di Ponente*, lecz dla mieszkańców północy dla tego stosowniej-sze, że będąc w zimie przyzwyczajeni do swoich mieszkań, cierpią wiele z powodu zimna w tych ostatnich miejscowościach. Stałość większa ciepłoty i zupełna nieobecność wiatrów wiosennych chłodnych, miejscowych, oto własności, które czynią możliwem wysłanie do *Sycylii* chorych najbardziej drażliwych i wrażliwych, którzy klimatu nad *Riviera di Ponente*, będącego mianowicie na wiosnę tak pobudzającym, żadną miarą nie znoszą. *Catania* ma jeszcze pierwszeństwo nad *Palermo* z powodu bardziej pogodnego nieba i mniejszej ilości dni deszczowych. Nakoniec zwraca autor uwagę na to, jak jest ważnem, aby w pobliżu sanatoryj zimowych wyszukiwać dla chorych miejscowości stosowne do przepędzenia lata. Co do *Sycylii* to mu się zdaje, żeby się takowe z łatwością na wschodnim lub północno wscho-dnim

stoku *Elng.* na wysokości 300—400' nad powierzchnią morza wyszukać dały, gdzieby i powietrze było należycie świeże i okolica bogata i dobrze uprawiona, i góra nakoniec dawała cień dostateczny, chroniący od żaru słońca zachodniego.

Ugniatanie. (*massage*).

Pod tą nazwą znajduje się w skandynawskiej lekarskiej literaturze wiele rozpraw większych i mniejszych, mających na celu wyświecenie skuteczności tej metody leczenia w rozmaitych chorobach i sposobów jej stosowania. Pierwszą uwagę zwrócili lekarze na tę metodę postępowania, gdy pewien holenderski lekarz, Dr. Metzger został z Amsterdamu wezwany do ówczesnego następcy tronu a obecnego króla szwedzkiego Oskara, aby się podjął leczenia jego najstarszego syna a obecnie następcy tronu, cierpiącego na przewlekłe zapalenie stawów. Leczenie to miało pomyślny skutek i ówczesny następcę tronu wysłał jednego z młodych lekarzy, Dr. Haffström, do Amsterdamu dla nauczania się tego sposobu leczenia pod kierunkiem Dr. Metzgera. Później zaczęło bardzo wielu lekarzy odwiedzać jego klinike, i wszyscy się na to zgodzili że ugniatanie, tak jak ono przez niego bywa używanem, i według wskazań, jakich mu dostarczyło jego bogate doświadczenie, stanowi nadwyzczaj cenny lekarski środek, mianowicie w wielu chorobach stawów, zewnętrznych zapaleniach i nerwowych chorobach.

Polega ono na rozmaitych, metodycznie odbywanych, często długotrwałych i bardzo silnych, a przeto i bolesnych manipulacjach, któreby ze względu na ich działanie uciśkanie w ruchomem, przerywanem (*compression mobile intermittente*) nazwać można, którego różne rodzaje Metzger *effleurage, massage, petrissage et topotement* mianuje. Działanie fizyologiczne, przypisywane temu sposobowi postępowania, wykonywanemu np. na stawie w stanie zapalenia jako naciskanie ruchome i przerywane w kierunku dośrodkowem, ma być po części mechaniczne, po części zaś dynamiczne. Ma ono przyspieszać krążenie krwi w miejscu, dotkniętém zapaleniem, przepędzając ją wprost mechanicznie przez naczynia włosowate i żyły, a soki mięsiste i limfę odżywną przez przewody sokowe, przestworiki chłonne, do naczyń i gruczołów limfatycznych, i wzmacniać *vis a tergo* strumienia krwi tętniczego przez stawianie mu chwilowej zawady. Uciśkanie cokolwiek większe zdoła już zorganizowane nawet wytwory zapalenia

i miękkie ziarnienie, oraz wybijałości tkanki rozmiądzzyć, ich odżywcze naczynia porozdzierać i tym sposobem wpłynąć na przyśpieszenie wstecznej przemiany tych tworów i wehłonięcie ich rozrobowych cząstek.

Dyna micznie działa owo ruchome, przerywane ugniatanie na nerwy naczynioruchowe i czuciowe albo podniecająco, albo też, przez dłuższy czas stosowane i na pewnym stopniu nateżenia, przytłumiająco, a nawet chwilowo porażająco, przez co ściągliwość naczyń włosowatych albo podniesioną albo też przytłumioną, a siła strumienia w nich albo powiększona, albo też zmniejszona zostaje. Działając na mięśnie sprowadza ona wprost, bezpośrednio ich skurczenie, na ruchowe zaś nerwy, pośrednio.

Ruchy bierne i czynne odpowiednich członków, zalecane przez *M e t z g e r'a* jako środek pomocniczy nieodzowny ugniatania, wypada również zaliczyć do silnych czynników, przyspieszających krążenie krwi.

To działanie fizyologiczne określa wskazania tego środka. I z tego powodu daje się ono zastosować głównie do stawów kończyn, w których to razach ma skutek bardzo pomyślny; z wyjątkiem jednego stawu biodrowego z powodu jego głębokiego położenia wśród bardzo grubej warstwy miękkich części.

Zmiany anatomo-patologiczne dotkniętych chorobą członków i ich otoczenia, które z pomyślnym skutkiem tym sposobem leczyć się dadzą, są następujące: Przekrwienia, wysięki, wylewy krwi, rozrosty, stwardnienia i zgrubienia tkanin, nowo wytworzone miękkie jeszcze zlepienia lub zrośnięcia stawowych powierzchni, lub też ścięgien i ich pochw, albo wytworów zapalnych w ogóle tego rodzaju, że ich cząstki bez wszelkiego niebezpieczeństwa dla organizmu mogą być wehłonięte. Zapalenia zaś stawów ropne, pierwotne lub pochodzące zapalenia kości lub szpiku kostnego jako też w ogóle, wszelkie głębsze cierpienia kości lub chrząstek wraz ze złośliwymi nowotworami w stawach lub ich otoczeniu, stanowią przeciw wskazanie dla użycia tej metody.

Tak w skandynawskiej literaturze, jako też w doniesieniach ze szpitali z prywatnej praktyki tyle jest nagromadzonych dowodów jej skuteczności, że wątpić o tym żadną miarą się więcej nie da. *Drachmann*, jeden z lekarzy skandynawskich, zwraca na to uwagę, że nowością w tej metodzie nie jest właściwie ugniatanie, które już od najdawniejszych czasów było powszechnie znane i mianowicie przez francuzkich lekarzy i nielekarzy wykonywane, lecz polega na tem, że owe, od czasów *B o n n e t'a* przynajmniej, przy wszystkich ważniejszych cho-

robach stawów ściśle przestrzegane trzy wskazania, t. j. nadać członkowi to położenie, jakie będzie najodpowiedniejszym dla niego przy późniejszym jego życiu; — utrzymać go w tém położeniu w bezwzględnym spokoju; — i powrócić mu ile możności jego fizyologiczną czynność. — przez Metzger'a zostały do góry nogami wywrócone albowiem do głównych zasad jego sposobu leczenia należy to, aby jego chorzy chodzili, o ile mogą i jak mogą, ruchy bierne i czynne temi członkami wykonywali i t. d. tak że się właściwie tylko trzecim wskazaniem Bonnet'a wyłącznie kieruje.

PATOLOGIA OGÓLNA

Sprawozdawca Dr. Wiśtockii.

Gorączka i zboczenia temperatury ciała.

Jednym z najciekawszych i dotąd jeszcze, pomimo wszelkie starania znakomitych nawet badaczy, nie wyjaśnionem zjawiskiem jest gorączka, której uzasadnienie na podstawie zmian temperatury jako głównej przyczyny, leży w dążeniach obecnego czasu. Do tego kierunku odnieść trzeba następujące prace, których krótki rys podajemy. Zaliczamy tutaj E. Hankel'a (*Zur Messung der Temperatur der menschlichen Haut. II. Abh. Arch. d. Heilkunde str. 157—187*), który dawniejsze (z r. 1868) swe poszukiwania co do ciepłoty ludzkiej skóry za pomocą termoelektrycznego przyrządu na nowo podjął. W obecnych poszukiwaniach łańcuch termoelektryczny złożony był z bismutu i żelaza, a jeden koniec jego zanurzony w kąpieli z oleju, mającej stałą temperaturę. Metodę Lombarda przy tém poszukiwaniu uważa autor za niedostateczną i sprzecznie z nim utrzymuje, że wysilenie umysłowe nie sprowadza podniesienia temperatury skóry na karku, dającego się zmierzyć. Przekonał się dalej, że przy drgawkach przerywanych i tężcowych mięśni temperatura skóry, leżącej na mięśniach skurczonych, wyraźnie chwilowo opada, później zaś wkrótce nie mało znacznie się podnosi, i że przy silnem działaniu mięśni temperatura skóry miejsca nawet bardziej od-

dalonego tak samo się zachowuje. Nakoniec wykazuje autor, szeregiem doświadczeń, że przy sztucznie wywołanym lub też dobrowolnie powstałym pocie, temperatura skóry tuż przed rozpoczęciem się jego albo też wraz z nim się wznaga i tak długo wyższą pozostaje, jak długo pot silny trwa. Dzieje się to jednak tylko wtedy, gdy spotniałe miejsce jest pokryte, bo jeśli odkryte, to temperatura się zniża.

Huppert (*M. Zur Kenntniss des Verhältnisses loculer Temperatureerhöhung zur Gesamtemperatur. Arch. d. Heilkunde. str. 73 — 82*), zmierzył temperaturę za pomocą termometru w obrzuku moszny (*hydrocele*), operowanym przez nakłucie (*punctio*) i znalazł, że bezpośrednio po operacji była niższą od ogólnej ciepłoty ciała. Pomimo to wewnątrz owej jamy surowiczej pokazywały różne miejsca i rozmaita temperaturę. Po mechanicznem podrażnieniu podnosi się już po kilku godzinach w błonie pochwowój ciepłota w stosunkowo znacznym stopniu, o $1,5^{\circ}$ do $2,5^{\circ}$ C. nie przewyższając jednak prawidłowej ciepłoty krwi o więcej jak $0,5$. Miejscowe różnice w cieplocie rozmaitych miejsc w stanie zwyczajnym, nie zapalnym błony, objawiają się i teraz a nawet wydatniej. Równocześnie prawie z podniesieniem się ciepłoty miejscowem wznosi się i powszechna temperatura ciała, jednak nie w takim stopniu jak miejscowa, tak że przy zapaleniu błony pochwowój ta różnica coraz bardziej się zmniejsza, jakkolwiek ciepłota powszechna zawsze pozostaje wyższą i na szczycie swoim wyraźnie gorączkową. Obydwie ciepłoty, miejscowa i powszechna, przebiegają wprawdzie zgodnie, jednakowoż zmiany powszechnej, o ile nie występują równocześnie ze zmianami miejscowój, poprzedzają też zawsze.

Huetter (*C. Ueber den Kreislauf und die Kreislaufsstörungen in der Fröschlunge. Versuch zur Begründung einer mechanischen Fieberlehre. Centralbl. f. d. med. Wissenschf. N. 5 i 6.*), robił na nowo spostrzeżenia nad krążeniem krwi w płucach żaby: rana esculenta, zakaziwszy je pierwój płynem, zawierającym monady i za uważył, zgodnie ze swojemi dawniejszemi poszukiwaniami na innych częściach żaby, że za wyjątkiem pojedynczych zrazików, ruch krwi w naczyniach płuc zakażonej żaby w ogóle jest znacznie zwolniony. Odnosi on to zwolnienie do przyczepienia się monad i białych ciałek krwi i uważa się w prawie przyjąć, że spowodowane przez takie zwolnienie strumienia krwi zmniejszenie oziębienia jej przyjąć należy za przyczynę gorączkowego podwyższenia ciepłoty, niezaprzeczając przez to możności jej podwyższenia przez powiększenie gorzenia we

krwi. Cząsteczki węgla lub wody, wstrzyknięte do tętnicy płucnej, prowadzą do zatkania pojedynczych końcowych tętniczek i niekiedy do odwrócenia strumienia w odpowiednich żyłach, albo też do nagromadzenia napęczniałych ciałek krwi, mianowicie w miejscach, gdzie strumień krwi pada prostopadle na wypukłą wysepkę mięszu płuc. Upatruje on niejako w tych nagromadzeniach przyczynę krwotokowych zawałów i zapaleń płuc.

B a u m l e r (*Ueber das Verhalten der Hautarterien in der Fieberhitze. Centr. bl. f. d. med. Wiss. 12.*), zauważył w licznych gorączkowych chorobach (Tyfus brzuszny i wysypkowy, ospa, zapalenie płuc, gorączka z obrażenia), że skóra się to mniej to więcej pokrywała jednorodnym jasnym odcieniem czerwonej barwy, i że przy podrażnieniu jej w jakimkolwiek bądź miejscu np. lekkim posunięciem paznokcia po jej powierzchni, bledłość mocno wydatna od tego miejsca się rozprzestrzeniała na obszarze do czterech razy tak wielkim. Zjawisko to zaczyna się w $\frac{1}{2}$ do jednej minuty po zastosowaniu tego drażnienia, dochodzi szybko do swego szczytu, na którym do czterech minut trwa i ginie potem po mału, zaczynając od obwodu. Ztąd B. wnosi, że tętnice skórne są wprawdzie w gorączce rozszerzone, lecz nie porażone.

I S e n a t o r (*H. Zur Fieberlehre. Verh. d. med. Gesellsch. Berl. klin. Wochens. N. 11. i Weitere Beitrage zur Fieberlehre. Centr. bl. f. d. med. Wissens. N. 6.*), przytacza w związku z tém stojące spostrzeżenia. Zauważył on, że bezpośrednio po zastrzyknięciu gorączkorodnych substancyj pod skórę białemu królikowi, naczynia ucha natychmiast się mocno zwężają, a później znacznie rozszerzają. Bywa to i przy działaniu innych przyczyn. Jeżeli zaś później, wskutek zakażenia, nastąpi podwyższenie ciepłoty, to owe naczynia pozostają często przez godziny całe zwężone, a nawet bardziej niż w stosunkach prawidłowych. Miarowe rozszerzenia i zwężenia ich występują również w tym czasie, przewyższają jednak widocznie podobne ruchy naczyń u zdrowych zwierząt. Przy dłuższem trwaniu gorączki zmniejsza się natężenie i trwanie tych ruchów. Z tego wynika, że w gorączce nie ma ani porażenia ani też trwałego tężowego skurczu naczyń. S. otrzymał dalej, przez wytrawienie płynów ropnych za pomocą gliceryny, preparat, dający się długo przechować bez utraty działania. Przez wstrzyknięcie tego preparatu pod skórę można sprowadzić podwyższenie ciepłoty aż o 2°. Mikrokokków nie znajdowało się w nim albo bardzo mało, albo nie.

Mosengeil (*Ueber specifische Energie des Temperaturorgans. Wahrnehmungen während eines Fiebers bei Wundinfektion. Arch. f. klin. Chir. T. 15. str. 755—739*), zakaziwszy własną krew wydzieliną smrodliwą, dityferyczny wygląd mającej rany, zauważył u siebie w 1½ dnia silną gorączkę, podczas której i czas niejaki jeszcze po jej wystąpieniu, czułość jego na temperaturę, mianowicie jej zmiany, była mocno spotęgowana. Najmniejsze obrażenie skóry przez gorąco lub zimno, dotknięcie lub mechaniczne podrażnienie wszelkiego rodzaju, wywoływało natychmiast uczucie zimna, dreszcz. Autor odnosi ten, przy gorączkach często zdarzający się objaw, do właściwej czynności osobnego organu dla ciepłoty.

Dobczanski i Nauyn (*Beitraege zur Lehre von den fieberhaften, durch pyrogene Substanzen, bewirkten Temperaturerhöhungen. Arch. f. exper. Pat. u. Pharm. 1. 181—212.*), stwierdzają dawniejsze spostrzeżenia Sapałskiego, dotyczące wpływu małego oziębienia u królików, którym gorączkorodne substancje w krew wstrzyknięto. Gdy bowiem w zwyczajnych stosunkach u królików po takim wstrzyknięciu temperatura ciała cokolwiek się zniża, zauważono natomiast jej podwyższenie, jeżeli się ich pomieściło w cokolwiek wyższej temperaturze (23°), chociaż nie tak wysokości, aby u zwierząt prawidłowych znaczne podniesienie ciepłoty spowodować zdołała. Autorowie dostrzegli podobne zachowanie się i u innych małych zwierząt, jako to morskich świnek, a nawet psów, które jednak, jeżeli po zastrzyknięciu gorączkorodnych substancji obniżenie temperatury ma nastąpić, w daleko niższej zewnętrznej temperaturze pomieszczone być muszą, aniżeli mniejsze od nich króliki i świnki morskie. Ograniczając zatem w rozmaity sposób oziębienie, można zauważyć podwyższenie albo obniżenie, albo też jednostajne trwanie temperatury ciała. Tymczasem Nauyn i Quineké już dawniej 1869 dowiedli, że wpływ temperatury w taki sam sposób działa na psów, którym rdzeń pacierzowy szyjny dolny rozgnieciono; że u nich np. ciepłota się podwyższyła, gdy je pomieszczono w powietrzu ciepłym na 26—30°, gdy tymczasem psy nicuszkodzone w takiej ciepłocie żadnego podwyższenia temperatury nie pokazywały. Zdaje się więc, że pewne ośrodki nerwowe stoją w pownym związku z regulacją ciepłoty, a autorowie wyprowadzają ząd ten wniosek, że gorączkorodne substancje w ten sposób działają, iż spowodują zaburzenie w czynnościach owego nerwowego narządu, polegające na porażeniu onegoż.

Maclea n (*The etiology of pyrexia. Brit. med. Journ. Oct. 11.*) zauważył, że dawka bromku potasu obniża ciepłotę, gdy tymczasem wodan chloralu ją podwyższa. To go spowodowało do zbadania wpływu tych obu substancyj na naczynia włoskowate. Spostrzeżenia swe robił na płytwach ząby. Znalazł on stale zwężenie ich przy użyciu pierwszego środka, a rozszerzenie przy użyciu drugiego. Z tego wyciąga on ten wniosek, iż w gorączce jest powszechnie rozszerzenie naczyń włosowatych.

Magnan (*Recherches sur les signes cliniques du delirium tremens fébrile, Gaz. med. de Paris Nr. 24.*), rozróżnia osobną gorączkową formę obłędu opilczego (*del. tremens*), w której gorączka występuje tylko jako objaw sprawy zakażenia a nie jako następstwo innych wnikających chorób. W tych więc gorączkowych przypadkach może się ciepłota, która się przez kilka dni około 39° chwiała, w końcu podnieść stale i dojść w 24—48 godzinach do 40 — 41° i więcej. W przypadkach pomyślnych opada od 2—4 dnia, utrzymuje się jeszcze kilka dni na 38 — 39° i dochodzi potem do wysokości prawidłowej. Wyniki anatomo-patologicznego badania nie przedstawiają w takich razach nic charakterystycznego. Prócz zwykłych zmian, jak przy każdym chronicznym zatruciu wyskokiem, znajdujemy tylko przekrwienie lub czasem krwotoki w substancji mózgowej.

Fre y (*Untersuchungen über das Verhalten des insensiblen Verlustes während des Wundfiebers. Dorp. med. Zeitg. III 3 i 4*) badał w czterech przypadkach gorączki przyranną utratę, jaką organizm ponosi w skutek nieznacznego przeziewu skóry. Badanie to uskutecznił on na klinice Bergmann'a w Dorpacie w celu sprawdzenia spostrzeżeń dawniejszych Leydon'a w tej mierze (*Deuts. Arch. f. klin. Med. V.*), F. użył do tego metody Leyden'a, lecz przekonał się natychmiast z liczb, w pierwszym przypadku otrzymanych, że wyniki, tą drogą osiągnięte, nie są pewne. Następne trzy badania przeprowadził tedy według metody dokładniejszej. Z liczb tym sposobem otrzymanych, przekonał się Fre y najprzód, że przyjęcie stałej liczby dla owego przeziewu skórniego u zdrowego nie da się utrzymać, gdyż wiek, budowa, sposób życia mają na to wpływ wielki, a przyjęta przez Leyden'a przeciętna liczba, wynosząca 37,5 gram na godzinę, jest ze wszech miar niedokładna. Z wyników swoich dochodzeń wyprowadza on następujące wnioski: 1) Na podstawie spostrzeżeń, uskuteczniionych tak przez niego jako też i innych, nie da się przy niedokładności użytych metod

żadne prawo ustanowić wyrażające prawidłowy stosunek nieznacznej utraty przez przeziw skórny do gorączki. Powiększenie się go w gorączce jest możliwe lecz nie konieczne. 2) Krzywa ciepłoty i krzywa przeziwu nie odpowiadają sobie wcale wzajemnie, albowiem przeziw skórny podlega wpływom, nie dopuszczającym wcale wytworzenia się prawidłowej krzywej linii w ogóle. 3) Wpływ pokarmu i jego użycia na wielkość owego przeziwu jest w wysokim stopniu prawdopodobnym.

Zakażenie. Ropnica. Posocznica. Pasożyty. Gruźelki.

I w tym przedmiocie spotykamy zawsze jeszcze nadzwyczaj wielkie sprzeczności. To co jeden stawia, drugi zaprzecza i odwrotnie. Nim rzecz cała zostanie ostatecznie wyświeconą, obeznanie się z głównym kierunkiem poszukiwań i jego wynikami jest dla lekarza ważnym, bo robi go baczniejszym na zjawiska, mogące się przyczynić do stanowczego wyjaśnienia rzeczy; z drugiej strony może mu często posłużyć do nadania właściwego kierunku postępowania w wielu ciężkich przypadkach. *Clementi i Thiu* (*Untersuchungen ueber die putride Infection. Oest. med. Jahrb. Zesz. 3.*), powtórzyli doświadczenia *Davaia* co do działania gnijącej krwi na organizm, i to na 123 królikach, 6 morskich świnkach i 2 psach. Jednemu psu wstrzyknięto pod skórę 0,8 ctm. gnijącej krwi wołowej. Miejsce zastrzyknięcia obrzmiało, było bolesnym, powstała mierna gorączka i zwierzę skończyło szóstego dnia po zastrzyknięciu. Z jego krwi wzięto znowu 0,8 ctm. i wstrzyknięto drugiemu psu, lecz bez śmiertelnego skutku. I przy późniejszym wstrzyknięciu temu zwierzęciu roztworzonej gnijącej krwi z królika śmierć nie nastąpiła. Królikom szczepiono krew po części zdrową, po części gnijącą, po części zaś krew, która przez wiele zwierząt za pomocą przeszczepienia [jej] z jednego na drugiego przeszła. W ostatnim przypadku śmiertelność wynosiła 72,5%, w drugim 47,8%, a w pierwszym, t. j. przy szczepieniu krwią zdrową 15%. Krew przechodowa nie traciła swych jadowitych własności przez gotowanie; nawet za pomocą dializy oczyszczona pozostała jadowita. Nieszkodliwą zaś była krew przesiekowa (*dialysat*), zdrowa i przekreplona przechodowa. Również i skrzep tworzący się w wyskoku i w nim wyplukany, był nieszkodliwy. U zwierząt szczepionych krwią przechodową, śmiertelność była jak przytoczona, większa niż u zwierząt, gnijącą krwią wprost szczepio-

nych. Dawka krwi przechodowej, wynosząca $\frac{1}{10}$ miligrana, wystarcza do zabicia królika, a przechodząc przez więcej pokoleń zgubniejszą się staje. U większej ilości zwierząt, zmarłych po zaszczerpieniu im krwi przechodowej, znaleziono rozległe z miejsca wstrzyknięcia rozchodzące się nasięki skóry i tkanki łącznej podskórnej. Badanie pod mikroskopem tych nasięków wykazywało prócz ciałek ropnych, niezliczoną ilość małych ciałek, znajdujących się również i we krwi. o istocie których autorowie jednak nie wspominają.

Burdon Sanderson (*On the injective products of inflammation. Brit. med. Journ. May 24*) badał zakaźne wytwory ostrych zapaleń, wstrzykiwając je do żyły głównej szyjnej, to do jamy otrzewnej u morskich świnek, psów i kotów. Płyny owe zawierały bakterye. Życie zwierząt po wstrzyknięciu trwało średnio 13 godzin (20 skończyło w 24 godzin, a 7 żyło 2—16 dni). W tych zwierzętach, które w pierwszych 27 godzinach kończyły, znajdowano zawsze silne zapalenie otrzewnej, nawet i wtedy, gdy płyn zakaźny do żyły szyjnej wstrzyknięto. Wysięk był zawsze ubogi w komórki, ścinał się niedokładnie lub wcale nie i zawierał liczne pręcikowate bakterye. W takich razach były one i we krwi. Zwierzęta ginęły zawsze wśród szybko powstających objawów opadnięcia z sił z podwyższeniem ciepłoty w początku i następnem jej obniżeniem. Często jawiły się wycieńczające biegunki. Wstrzykiwanie zakaźnych wytworów powoli przebiegającego zapalenia powodowało zapalenie błon surowicznych ze zrosnięciem trzewiów i tworzeniem się guziczków w ich wnętrzu. Te guziczki były prawie zawsze zewnątrznie rozmiękłe i zawierały liczne bakterye. I wysięki w jamach surowicznych zawierały bakterye. Zwierzęta do tych prób użyte, żyły jeszcze do 60 dni po zakażeniu.

Gigot Suard (*Sur l'intoxication spontanée. Gaz. hebdom. de med. N. 4*). znalazł po codziennym i przez 2—3 miesiące nieprzerwanie przeprowadzonym wstrzykiwaniu kwasu moczowego w ilości 0,2—4,0 gramm u psów, rozmaite patologiczne zmiany: zmniejszenie alkaliczności krwi, wolny kwas moczowy i kryształy szczawiowe w niej, często wysypki na skórze, nastrzyknięcie błony śluzowej jamy ust, nosa, tchawicy i łącznicy ocz; przekrwienie i ześledzienie płuc, (przekrwienie i zwyrodnienie nerek zapalne, rakowate(?), gruzelkowe zwyrodnienie gruczołów krezkowych. Raz nawet zauważył miodomocz, trzy razy gruzelki płuc, raz raka włóknistego skóry i raz nabłoniaka języka (?).

Wickham Leg (*On the inoculability of epithelioma. Brit. med. Jour. Sept. 20*) poszedł jeszcze dalej i za przykładem Follina i Goujona, przeprowadził pewną liczbę szczepień świeżo wyciętym nabłonakiem w ten sposób, że kawałek tego guzu został przeszczepiony do tkanki łącznej podskórnej zdrowego zwierzęcia, które później w 2—6 miesięcy zabijano. We wszystkich pięciu doświadczeniach skutek był niepomyślny.

Takiego samego skutku doznał i Hyvertl (*De l'inoculation du cancer chez les lapins. Gaz. des hop. N, 49. 50. 51*), który dwom królikom po kawałku raka piersiowego pod skórę wprowadził i ranę natychmiast zaszył. Po pięciu miesiącach można było u jednego z nich w miejscu szczepienia zawsze jeszcze guz mały, ruchomy, wy czuć, gdy tymczasem u drugiego nie już dostrzedz nie zdołano. Ów guz został wycięty i okazało się, że zaszczerpiony kawałek raka cokolwiek zmałał i otoczony został w naczynia bogatą otoczką z tkanki łącznej. Pod drobnowidzem dostrzeżono w jego środku miejsce zwapniało, wreszcie wszystkie komórki, leżące w wyraźnym jeszcze gniazdkowatym splocie, znajdowały się w stanie drobnoziarnistej przemiany. Dwa inne doświadczenia tego rodzaju miały tenże sam skutek przeczący, z czego autor wnosi, że rak nie da się z człowieka przeszczepić na królika.

Gruzełek.

Czy grużełki stanowią chorobę ogólną zakaźną, lub nie? czy się dadzą przenieść z człowieka na zwierzo i na odwrót? czy sztucznie dadzą się wytworzyć? oto pytania, które w tej tak ważnej dla nas sprawie do ciągłych badań pobudzają, jakkolwiek to dotąd jeszcze do żadnego stanowczego wyniku nie doprowadziły. Tymczasem i wychowanioc szkoły warszawskiej lekarskiej p. Hering przyczynił się do rozświecenia tej sprawy, jakkolwiek wyniki jego poszukiwań, zapewne przez skromność, tylko jako prawdopodobne postawione, na stanowcze jej rozwiązanie nie wskazują. Praca jego, przed kilku laty po polsku wydana i zapewne w ręku kolegów się znajdująca, wyszła w Berlinie pod tytułem: *Histologische und experimentelle Studien über Tuberculose. Mit. 6 Taf. Berlin*. Notujemy tutaj dla całości obrazu tylko jej rezultaty, które brzmią następnie; że u królików i świnek morskich można przez szczepienie wywołać ogólną gruźlicę, że jednak na to potrzeba wielkiego ropnia i że specyficzność grużełka, tak jak ją Villomin okrośla, przyjąc się nie da. U człowieka

rozdziela H. dwie formy gruźliki: 1) siatkowaty gruźliki i 2) guziczki gruźliczy, powstały przez bujanie wewnętrznego lub zewnętrznego nabłonka okołonaczyniowych przestworzków. Co do rozwoju siatkowatego, to twierdzi, że komórki olbrzymie odpowiadają prawdopodobnie przecięciu naczyń limfatycznych i powstały przez bujanie endotelu. Komórki znajdujące się w oczkach siatki, są to zmienione komórki nabłonkowe przewodów limfatycznych, komórki okrągławe w obwodowych warstwach gruźliki są to prawdopodobnie białe komórki krwi, które wywędrowały.

J. Klebs (*Die künstliche Erzeugung der Tuberculose. Arch. f. experim. Pathol. u. Therapic I. Z*) nie może na podstawie znanych dotąd danych wziąć tego za rzecz już dowiedzioną, że serowata ropa morskiej świnki, jak to Co h n h e i m i F r a e n k e l twierdzą, przeniesiona na inne zwierzęta, każdą razą gruźlicę wywołuje, gdyż nie wykluczona jest wcale możność, iż u zwierząt, na których to się udało, gruźlica już pierwój istniała. Wychodząc z tego stanowiska dokonał szereg doświadczeń odnoszących się do sztucznego wytworzenia gruźlicy, w sposób, który dla nas i z innego względu jest ważny i który z tego powodu obszerniej podajemy.

1^o Pięć zdrowych i silnych świnek morskich karmiono przez kilka tygodni mlekiem chorój na suchoty krowy. W krótkim czasie zachorowały wszystkie zwierzęta, pomału przyszyły jednak do siebie. Śmierć ich dość wczesna była głównie następstwem niezytu żołądka i kiszki. Prócz tego rozwinęły się jednak u nich i zmiany gruźlicze i to najprzód w gruczołach limfatycznych krezkowych, potem w dziedzinie żyły wrotnój, a w końcu w wątrobie i śledzionie. Zmiany wątroby polegały na wytworzeniu wielolicznych gruźliczawatych ognisk, to po całej substancji rozsianych, to z pewnego ośrodka się rozwijających. Wsteczna ich przemiana prowadziła do zabliznienia, tak że starsze ogniska zablizniały się, gdy tymczasem nowe, serowate, w koło się rozwijały.

2^o Dla rozstrzygnięcia pytania, czy środkiem przeniesienia zarazy są płynne lub stałe części mleka, odsączono za pomocą pompy wodno-powietrznej po przez kubeczek z gliny czystą surowicę mleka, której po 5 objętości zmieszano ze skrobią i wstrzyknięto do jamy brzusznej trzech morskich świnek. Wynik był dodatni tak, że przypuścić należy, iż płynne części mleka, pozbawione stałych, ów zarazek gruźlicy zawierają.

3^o Próby z karmieniem zwierząt mlekiem gruźliczym gotowanym dowiodły możność zarażenia nim tak samo, jak i świeżym.

Klebs robi jednak tutaj tę uwagę, że mleko mogło nie być należycie zgotowanem.

4° Kawałki drobnitkie z płuc, na wskrós przenikłych guziczkami prosowatęj ostręj gruźlicy, oczyszczono z krwi, włożono do silnego wysokoku, który kilkakrotnie odnawiano, w naczynie z wieieranym szklanym korkiem. Po pewnym czasie wprowadzono je do jamy brzusznej morskich świnek. Gruźlica nie powstała. Autor sądzi więc, że staranne wytrawianie materyj gruźelkowych wyskokiem mocnym niszczy ich zaraźliwość.

Köster (*Ueber locale Tuberculose. Centralbl f. d. med. Wissens. N. 58*) podał był już dawniej, iż nie tylko w grzybowatęj ziarninie stawów, ale i w bujających zwyrodnieniach kości, w pochwłkach ścięgien i torebkach maziowych pojawia się prosowata gruźlica. Obecnie zaś dodaje, że przy grzybowatém próchnieniu (*caries*) kości, zapaleniu kości i jej szpiku, a nawet przy zwyczajném próchnieniu, gruźelki w tkance ziarniny się znajdują. Przy tak zwanych gruźliczych zapaleniach miedniczek nerkowych, moczowodów i pęcherza moczowego, macicy i jajowodów, przewodów nasieniowych, przyjądrzy i jąder, którym towarzyszy postępujący serowaty rozpad, a które bez jakiegokolwiek innej współcześnie istniejącej gruźlicy powstać mogą, znajdował K. w ziarninie łączno-tkaninowej zwykle prosowate gruźelki. Znalazł je również w t. z. łagodném *granulomu conjunctivae*, w przewlekłym zapaleniu opłucnej, osierdzia, otrzewnej, i tutaj w tkaninie powierzchownie bujającej pod serowatém obłożeniem, dalej na dnie i w brzęgach suchotnicznych wrzodów grdyki, w wybujającej tkance, otaczającej miejsce zapalenia ochrzęstnej grdyki, we wrzodzie syfilitycznym nosa i prącia, w licznych i prawdopodobnie syfilitycznych wrzodach kiszek, w zwyrodnieniu młodocianém słonioskórem wargi sromnej, we wrzodziance piersiowej, w ziarniniaku (*granulom*) tęczówki, we wrzodzie na końcu języka i t. d. Również i przy serowatém zapaleniu gruczolów limfatycznych. Podobnie i większa część suchot płucnych nie przedstawia w swym przebiegu nic innego tylko umiejscowione sprawy gruźlicze, przy których gruźelki w bujającej tkance łącznej występują. W tych wszystkich przypadkach gruźelki tworzą się nie w tkance zdrowej, lecz w skutek zapalenia wytworzonej, czyli w nowo utworzonej tkance łącznej i ziarninowej.

Dla wyświecenia tęg nadzwyczaj ciemnej sprawy tworzenia się gruźelków przedsiębrano rozmaite spostrzeżenia i poszukiwania na zwierzętach. I tak np. przyszedł Liebert (*Die tuberculösen Er-*

krankungen der Affen. Dent. Arch. f. kl. Med. T. 12) w swój obszernej rozprawie o gruźliczych chorobach małp do następnych wniosków: Ogniska gruźlicze wszelkiego rodzaju są wynikami zapalenia i przechodzą u człowieka trudniej w rozpad ropiasty niż u małp. Można przyjąć za zasadę, że tam, gdzie ogniska, z zapalenia około oskrzelowego płuc pochodzące, obok prosowatych guziczków i większych gruźliczych ognisk istnieją, pierwsze stanowią zwyrodnienie pierwotne, a drugie są jego następstwem. I u małp znajdujemy w gruzelkach płuc i gruczolów limfatycznych olbrzymie komórki. Gruźlica małp, do człowieka zbliżonych (*anthropoid*), zbliża się co do swego przebiegu więcej do gruźlicy u człowieka, jak gruźlica innych małp. Na szczepienie rozartą materią gruźliczą lub też żółtą, rozmiękłą masą, pochodzącą od zapalenia płucnego przyoskrzelowego, małpy nie są bardzo tkliwe, a przynajmniej mniej od świnek morskich. Przebieg suchot u małp bywa więcej ukryty. Bardzo prawdopodobnie chorują małpy i na wolności i w swój ojczyźnie na gruźlicę. A przynajmniej opierają się jej inne z okolic téjże samej jeograficznej szerokości pochodzące zwierzęta daleko łatwiej. Gruźliczego zapalenia opon mózgowych, tak częstego u ludzi, u małp nie zauważył L. nigdy, i widział w ogóle raz jeden tylko mały żółty guziczek podpajęczy u nich. Gruźlica mózgu zdaje się więc u nich tak samo być rzadką jak opon. Opłucna okazuje się również u nich rzadziej zrosłą z klatką piersiową, jak u człowieka, podobnie i wysięki opłucnej zapalne jak i nagromadzenie w jej jamie powietrza (*pneumothorax*) są u nich rzadkie; częstsze zaś włóknikowe zapalenie opłucnej, oraz gruźlica jej, lecz jako następcze. Rzadkie u człowieka przy gruźlicy rozlane zapalenie płuc z nasiękiem żółtym, mętnym, szybko rozpadającym się, u małpy jest częste, gdy tymczasem zapalenie płuc międzyzrazikowe jest u niej bardzo podrzędne. W jamach nie można było wykryć żadnej wysiękającej błony. U małp podlega grdyka mniej chorobom jak u człowieka, gdy tymczasem wątroba za to nierównie częściej ($\frac{2}{3}$ przyp.) jej ulega. W niej i w śledzionie dochodzą guzy zbiorowe niekiedy do wielkości laskowego orzecha i większej. Wrzody w kiszki są u nich bardzo rzadkie, a w kościach nadaremnie za gruzelkami szukano. Chauveau (*Transmission de la tuberculose par les voies digestives; experiences nouvelles sur le veau. Lyon med. Nr. 22*) wykonał nowe dochodzenia nad wytworzeniem gruźlicy przez karmienie cieląt ssących gruźliczymi massami. Z czterech cieląt jednego pochodzenia i w jednym wieku prawie, dwa karmiono cztery razy masą gruźliczą, z krowy na gruźlicę chorą pochodząca, po 10—

40 gm. każdą razą. Wszystkie cztery cielęta utrzymywano jednak w jednych i tych samych warunkach życia. Po 10 tygodniach zabito wszystkie cztery, a zbadanie obu gruźliczemi massami karmionych zwierząt wykazało znaczne obrzmienie gruczołów limfatycznych dróg oddechowych i pokarmowych, które w części były serowato zmienione, w części zaś liczne drobne serowate ogniska w sobie zawierały. Zwierzęta były przytém wychudłe. Z obu zaś cieląt niekarmionych gruźliczemi massami, znaleziono tylko u jednego w gruczole krezkowym kilka małych serowatych guziczków i mały szary guziczek w płucach, u drugiego zaś zserowaciały gruczoł oskrzelowy i również mały szary guziczek w płucach. Chauveau wyprowadza więc ztąd następny wniosek: wprowadzenie gruźliczych mas do przewodu pokarmowego spowodowało zakażenie gruźlicze obu pierwszych cieląt. Odpowiednie, chociaż o wiele mniej wydatne ogniska zakażne u obu drugich cieląt, trzymanyh dla kontroli, powstały również w skutek wejścia powyższych mas do przewodu pokarmowego najprędzej przez pochłonięcie paszy, zanieczyszczonej przez pierwsze dwa cielęta.

Tym twierdzeniom zaprzeczył Colin (*Sur la non transmission de la tuberculose par l'ingestion de la matière tuberculeuse dans les voies digestives. Bull. de l'Acad. d. Medec. N. 23*) również na podstawie swoich własnych i licznych dochodzeń, przy których kilkakrotne wprowadzanie znacznych ilości mięsa, krwi, wydzielin, oskrzelowego śluzu ze zwierząt gruźliczych w kanał pokarmowy nie spowodowało gruźlicy. Ztąd wyciąga wniosek, że wypadki przeciwne dochodzenia innych badaczy tém się tłómaczyć dadzą, iż owe dochodzenia przedsiębrano na zwierzętach już gruźlicą dotkniętych, albo też przy gwałtowném wprowadzaniu owych mas, części ich do tchawicy się dostawały i powodowały serowate zapalenie tychże. Pomimo zaprzeczenia p. Chauveau broniącego się i przytaczającego mnóstwo swoich dochodzeń z wynikiem pozytywnym, Colin powtórnie występuje z przedstawieniem nowych dochodzeń, które tym sposobem uskuteczniał, że materye gruźlicze przykładał do skóry, z naskórka obnażonej, lub szczepił je za pomocą lancetu, lub też nakoniec wkładał je na kilka godzin pomiędzy powieki. Do tych dochodzeń używał królików i przyszedł w końcu do następnych wniosków: 1) Gruzełek nie jest ani materyą swojską (*specifisch*) ani zaraźliwy; 2) następstwa wprowadzenia materyj gruźliczych do tkanki łącznej podskórnej wynikają z wchłonięcia ropiasto serowatych mas, powstających w otoczeniu miejsca wprowadzenia w skutek zranienia; 3) prawidłowo-

we zaszczepienie gruźelka tak na obnażonej z naskórka skórze, jako też i w miażdrze, bez uszkodzenia tkanki łącznej podskórnej, pozostaje bez skutku nawet u zwierząt do téj choroby najwłaściwszych i najbardziej usposobionych, 4) Materye gruźlicze, wprowadzone między powieki oczu, a zatem w zetknięciu z ich łącznicą, jakoteż do kanału pokarmowego, pozostają bez wszelkiego skutku.

Nie zewszystkiem z tém zgodne wyniki otrzymał Bollinger (*Ueber Impf. und Fütterungstuberculose. Arch. f. exper. Path. u. Phar. I. str. 356—375*) przy swoim dochodzeniu następstw szczepienia i karmienia zwierząt gruźliczemi wytworami:

1) Szczepienie gruźliczych mas z człowieka sprowadza u psa prawdziwą gruźlicę prosowatą w opłucnej, płucach, wątrobie i śledzionie; częściej jednak u mięsożernych żadnego odczynu, albo też nieznaczny miejscowy.

2) Szczepienie i karmienie gruźliczemi masami z bydła, równocześnie przeprowadzone u zwierząt trawożernych (kóz) sprowadza podwójne zarażenie, raz gruźlicę od szczepienia jakiegokolwiek błony surowiczej (otrzewnej) i równocześnie wrzody gruźlicze na błonie śluzowej przewodu pokarmowego i odpowiednie zmiany w gruczołach krezkowych.

3) Zawartość tchawicy u bydła, chorego na gruźlicę, wytwarza tak samo jak i serowate massy z tego samego płuca przy zaszczepieniu, gruźlicę, prawdopodobnie i przy karmieniu.

4) Karmienie mięsożernych masami gruźliczemi z trawożernych, nie jest szkodliwem i niesprowadza gruźlicy. Natomiast sprowadza karmienie zwierząt trawożernych (owiec i kóz) serowatami i świeżemi gruźliczemi masami zakażenie gruźlicze wyraźne, objawiające się wrzodami kiszek, przerostem gruczołów kiszkiowych, znacznym obrzmieniem i serowatem zwyrodnieniem gruczołów brzusznych, niekiedy nawet wysypaniem się gruźelków na otrzewnej, naciekiem ich w płucach i w wątrobie.

5) Zgubny wpływ jadu gruźelkowego objawia się tém, że stosunkowo nawet małe ilości gruźliczej massy (20 — 25 gramów) wystarczają do sprowadzenia już w ciągu 2 miesięcy śmierci zwierząt, przedtém zupełnie zdrowych.

6) Karmienie prostą i jedynie serowato rozpadająca się ropa nie sprowadza wcale gruźlicy u kóz, trzymanyh w tychże samych warunkach co i sztucznie gruźliczą ropą zakażone zwierzęta.

7) Pewne formy gruźlicy od karmienia przedstawiają pod względem anatomo-patologicznym wielkie podobieństwo do zółzowatości u człowieka, mianowicie do przerostu i serowatego zwyrodnienia gruczołów krezkowych i limfatycznych na szyi.

8) Gruźlica od zakażenia i zakaźny wąglik (*anthrax*) nie wykluczają się nawzajem.

I Rindfleisch (*Ueber tuberculöse Entzündung. Berl. klin. Wochens. N. 6 i 7*) zabrał swój głos w tej materii. Wyniki patologii doświadczalnej, że jakiegokolwiek bądź (?) zserowaciale masy u najrozmaitszych zwierząt gruzełki prosowate sprowadzić zdołają, odbierają temuż gruzełkowi jego swojskie znaczenie i przekonywają o tém, że on jest li wytworem podrzędnym, towarzyszącym przeobrażeniu serowatemu. Jest pewna osobna forma zapalenia, przechodząca w zserowacenie, którą wypada uważać za wytwór swojski (specyficzny) ustrojowego (*constitutionell*) zakaźnego usposobienia (*diathese*). Histologicznie znamionuje tę formę wytwarzanie się mniej lub więcej odgraniczonych nasięków w tkance łącznej, zawierających komórki, które większą obfitością swęj drobnoziarnistej zarodzi od ciałek ropnych i białych komórek krwi się różnią. Jądra ich są gładkie i znajdują się w stanie dzielenia. O wysięku z naczyń krwionośnych nie można tutaj nawet myśleć; na częściach, wszelkich naczyń pozabawionych, można się przekonać, że owe komórki zawdzięczają swój początek przedewszystkiem bujaniu stałych komórek tkanki łącznej i endotelia; podobnież i gładkie mięśnie drobnych oskrzeli i naczyń, nabłonek płuc i nerek ginie wśród wytworów gruzełkowego zapalenia. W takim razie jądro z otaczającą go bezpośrednio zarodzią wydziela się jako coś osobnego i pęczniejąc zmienia się w komórkę gruzełkową, gdy tymczasem resztki komórki rozpadają się na drobne ziarneczka i nikną. Przepelnienie obszaru nasiękowego aż do najwyższego stopnia napięcia i równocześnie, jak się zdaje, właściwe, włókniste przeistoczenie komórek przy dławcu, przypominające przemianę zarodzi i jądra, prowadzi w końcu do zserowacenia. Właściwa ziarnista przemiana rozwija się dopiero przy powtórnem zmięknieniu. W tym obrazie zawarty jest zwyczajny gruzełek prosowaty, jako odgraniczone drobniutkie ognisko. W następstwie gruczołowego zapalenia występują jako:

1) Pierwszorządne: cierpienia organów błoniastych i mięszo-wych ze znamionami suchot lub owrzodzenia;

2) drugorzędne (w skutek miejscowego zakażenia): gruzełki prosowate dróg limfatycznych i tkanki łącznej, również i zółzowe obrzmienia gruczołów limfatycznych;

3) trzeciorzędne (zakażenie całego ustroju): gruźlica prosowata w najrozmaitszych organach z rozwojem jej szczególnym wzdłuż drobnych naczyń. Śmiertelne charłactwo, jako też dziedziczne usposobienie (?) polegają na wchłonięciu rozmiękłych serowatych mas; dziedziczne usposobienie objawia się zaś pod postacią odradzania gruczków naczyńiowych lub zołzów. Jeżeli istnieje, to z jednej strony wszelkie nieżyłowe podrażnienie błon śluzowych lub też inne zapalne bodźce mogą wybuch gruźlicy, t. j. gruźliczy nasięk spowodować; z drugiej zaś strony, ona sama działa jako bodziec zapalny. Objawy zapalenia w obwodzie swojskiego, gruźliczego nasięku, trzeba uważać jako wyraz odczynu obocznego czyli odgraniczającego przekrwienia zapalenia i nowotworu.

Ropnica. posocznica. Colin (*Nouvelles recherches sur l'action des matières putrides et sur la sépticémie. Bull. de l'Acad. de méd. Nr. 40, 42*) zdaje sprawę Akademii umiejętności paryzkiej o swoich nowych poszukiwaniach co do działania zgniłych materij na organizm i posocznicy (*septicaemia*). Dochodzenia swoje robił on na najrozmaitszych zwierzętach, królikach, szczurach, kotach, psach, owcach, kozach, osłach i koniach i znalazł, że króliki, którym krew z osoby, na posocznice cierpiącej, zaszczerpiono, zwykle i szybko z tej choroby ginęły, że zaś zaszczerpienie zwykłej, w zgniliznę przechodzącej krwi, tylko mniej lub więcej silną gorączkę sprowadzało, lecz śmierci nie wywoływało. U szczurów, kotów, psów, owiec, osłów i koni objawiała się po zaszczerpieniu tak zgniętej jak i posocznicowej krwi tylko gorączka i zapalenie miejscowe, lecz zdrowie ich zresztą nie cierpiało. Colin wnioskuje z tego, że stan ciała patologiczny, znany pod nazwą: „posocznica“ nie jest stale następstwem działania gnijącej na powietrzu lub w organizmie zmienionej krwi, lecz tylko chorobliwym odczynem niektórych zwierząt, którego jednak wielka ich ilość w warunkach, wśród których dokonywają się badania, nie objawia.

Colin badał dalej, czy posocznicowy jad działa również zarażająco i na nieuszkodzone błony śluzowe. Karmienie podobnymi materjami sprowadzało jedynie lekką biegunkę u rozmaitych zwierząt. Również i za pomocą łącznicy oka nie udało się sprowadzić zakażenia.

Zbadanie pod drobnowidzem krwi zgniętej i posocznicowatej wykazało następne ich różnice: W krwi gnijącej ciała krwi czerwone przedstawiają się mniej lub więcej zmienione, zniszczone, a w płynie samym znajduje się niezliczone mnóstwo bakterij; krew zaś posoczni-

cowa jest bez zgnilęj woni, ciała krwi w niej dobrze zachowane, nie zawiera wcale bakteryj, tylko znaczną ilość drobniutek ziareczek, o których istocie nic pewnego nie da się ustanowić. Te ziareczka występują we krwi wraz z pierwszymi objawami posocznicy, a wraz z ich obecnością krew nabiera własności przeniesienia posocznicy i na inne istoty. Tę jadowitość traci krew przez gnicie lub gotowanie: lecz po swém zasuszeniu zachowuje ją jeszcze przez czas niejaki, nawet zmarznięcie nie zdaje się zdolnym do zniszczenia w niej tej jadowitości. Według Collina więc istota posocznicy polega na pewnej zmianie krwi, wywołującej zaburzenia w sprawach organicznych, t. n. adynamią, mianowicie obniżenie ciepłoty. Ciała krwi czerwone doznają wtedy pewnej zmiany w swym składzie, w skutek której nie są więcej zdolne do pośredniczenia w wymianie gazów, co daje powód do niedostatecznego wytwarzania ciepłoty, niedostatecznego pobudzenia ośrodków nerwowych i serca, i do zaburzeń w odżywieniu. Wszystkie te objawy chorobne, znamionujące posocznicową krew, znajdujemy i wtedy, chociaż bakteryj we krwi nie zdołamy wykryć. Zmiany krwi, jakie w tej chorobie spostrzegamy, są następujące: Czerwone ciała krwi stają się zębiaste, gwiazdkowate, w skutek przesieku z nich wody do osocza. W osoczu znajdują się liczne drobniuczne ziareczka, podobne do ziareczek, w limfie się znajdujących, a dopiero później pojawiają się bakterye, chociaż czasami może ich wcale i niebyć. Objawy pośmiertne na zwierzętach, z posocznicy zmarłych, nie są stałe i nie posiadają żadnych cech właściwych. Mięśnie są kruche, ściany naczyń krwionośnych w całej miąższowości fioletowo zabarwione, gruczoły chłonne obrzmiałe i przekrwione. W jamie brzusznej daje się często widzieć wysięk krwisty, a czasami zapalenie z wytworzeniem błon wrzekomych. W jelitach błona śluzowa mocno nastrzyknięta, krwawym śluzem pokryta; śledzioną obrzmiała, podobnie i gruczoły krezkowe, znacznie zaczerwienione; w jamie płuc i osierdzia również często wysięk krwisty, a na błonie śluzowej krtani, tchawicy i oskrzeli krwawy śluz.

Raynaud (*Études expérimentales sur l'inoculabilité du sang dans un cas de pyohémie spontanée. Gaz. hebdomadaire. N. 14*) uskutečnił w szpitalu św. Antoniego w Paryżu ciekawe dochodzenia za pomocą szczepienia królikom krwi kobiety, która na bardzo silną puchlinę gruczołu przyusznego, połączonej z silną gorączką zachorowała i 4^o dnia wśród objawów ropnicy zmarła. Badanie zwłok wykazało liczne ropnie stawowe, przerzutowe zawały w płucach, w okolicy gruczołu przyusznego zaś wrzód obszerany. Przy pierwszym szeregu

doświadczeń wzięto 10 kropli krwi z żyły na ręce żyjącej jeszcze kobiety i wtrysnięto je królikom pod skórę. Zwierzę zachorowało na biogunkę, przyspieszony oddech, przyszło jednak wkrótce do siebie. Podczas choroby jeszcze tego królika wzięto z niego kroplę krwi i zastrzyknięto ją drugiemu. Ten królik zachorował tak samo jak i pierwszy i wśród tychże samych objawów zakończył życie 7-go dnia. Krew użyta z niego z serca bezpośrednio po śmierci i rozcieńczona 1000 częściami wody, spowodowała śmierć trzeciego królika w 20 godzinach po zastrzyknięciu. Krew wzięta z tego ostatniego, rozcieńczona milionem części wody zabiła czwartego w ciągu 30-u godzin. Przy drugim szeregu tych dochodzeń wstrzyknięto 10 kropli krwi, wziętej z owjej kobiety, w żyłę pachową królika. Zwierzę zachorowało i zdechło 4 go dnia. Badanie zwłok wykazało świeże zapalenie otrzewnej i przerzutowe wrzody płuc. Krew z tego zwierzęcia zastrzyknięto podskórnym drugiemu, krew z tegoż trzeciemu i t. d. i okazało się, że jedna milionowa część kropli zabiła jeszcze królika w ciągu 3 dni, jedna trylionowa część zaś już nie spowodowała żadnego skutku.

Fink (*C. Zur Frage der Pyaemie und Septicaemie. Bay. ärzt. Intell. bl. N. 6*) rozróżnia nie tylko anatomicznie ale i etiologicznie posocznice, ropnicę zawałowo-zatorową i ropnicę z zapaleniem naczyń chłonnych, jako ściśle wzajem od siebie odgraniczone choroby. On li ostatnią bierze za zaraźliwą, we właściwym naczeniu tego słowa, gdy tymczasem mocno o specyficznej własności posocznice wywołującej zgnitej materji powątpiewa, a przynajmniej za zaraźliwą uznać jej nie może. Również i ciała, prowadzące ropnicę zawałowo-zatorową, nie posiadają, według zdania autora, prawdopodobnie żadnych specyficznych własności. Podobnież ani w pierwszej ani drugiej z tych chorób, znalezienie drobnych żyjatek niema żadnego innego znaczenia, tylko w ogóle to, że są obecne, czy to we krwi, czy w samych zawałach.

Co do znaczenia tych drobnowidzowych żyjatek dla organizmu wyraża się natomiast Samuel (*Wirkung des Fäulnisprocesses auf den lebenden Organismus. Arch. Exper. Path u. Pharm. I str. 317—355*) na podstawie swoich własnych dochodzeń z niemąłą stanowczością i stawia następujące zasady:

1) Podstawą właściwego, posocznicowo rozkładającego działania jadu zgnilizny na organizm są materje lotne (związki siarki i amonii). Stara on się to dowieść tém spostrzeżeniem, że, jeżeli się mocno cuchnącą posokę podda ogrzaniu w kąpielii wodnej, mającej tempera-

ture 60°, przez kilka godzin, mieszając ją przytém ciągle, to ów płyn, stawszy się prawie zupełnie bezwonnym, nie sprowadza więcéj posocznicowéj zgorzeli, tylko sprawy zapalne. Autor uważa to za najdobitniejszy dowód, że bakterye, uspokojone w owéj kąpieli z ciepłéj wody, nie straciły wcale swéj zdolności do życia i rozmnażania się. Zgorzel, właściwe jéj zabarwienie sino-zielonawe i woń zgnilizny trzeba tedy uważać jako następstwa chemiczne a nie jako organiczne. Z tego samego powodu trzeba uważać śmierć z piorunowó zabijającéj posocznicy li jako śmierć z zatrucia, gdyż pozbawione swych lotnych trujących pierwiastków bakterye takiéj śmierci wywołać nie są w stanie, podobnie jak nie są więcéj w stanie wywołać posocznicowéj zgorzeli.

2) Działanie ich zapalne jest następstwém ich życia, ich rozmnażania się i ich wędrowki w organizmie. Nieznacznie wnikają one w przestwory między-tkaninowe i wędrują w nich daléj, gdy tymczasem w krwi żyjącéj spotykają dla swego rozwoju przeszkody, których istota nam dotąd nie jest znana. Lecz i w tkaninach, w których się mnożą i rozprzestrzeniają, wywołują, jeżeli nie są równocześnie przenosicielami zgniłych cząstek, tylko objawy zapalne a nigdy gnilce lub posocznicy. Dopiero wtedy, gdy przeniesione cząstki zgniłe zniszczą miejscowe krążenie krwi, zdołają rozwinać swe zgubne, a często śmiertelne skutki. Jeżeli się im zaś jad odbierze, to mają wtedy dla organizmu znaczenie bodźców zapalnych. Lecz po śmierci panowanie ich staje się zupełnie inne i nieograniczone, a zatém zupełnie odmienne od działania ich w organizmie żyjącém, w którém bakterye nie mogą nawet przyjść do swego swobodnego i różnorodnego rozwoju, stanowiącego ich właściwość i cechę.

3) Jeżeli przez kilkagodzinne gotowanie i następne przesączenie posoka zostaje pozbawioną tak swych cząstek zgniłych jako też i bakteryj zawartych, to ów przesączony płyn działa jeszcze zawsze zapalnie i gorączkę wywołująco, chociaż zapalenie przybiera w ów czas formę zapalenia, wiodącego do roztopienia wysięków i wchłonięcia, a nie do zgorzeli lub ropienia. W płynie tym zawarte są więc jeszcze chemiczne, nie lotne i nie organiczne ciała, które za słabe zapalne bodźce uważać należy.

Te poszukiwania, z nie małą stanowczością sformułowane, stanowią dla nas przejście najwłaściwsze do całego szeregu nader licznych prac, mających na celu wyświecenie istnienia pasożytów tego rodzaju, ich istoty działania w żyjącym organizmie; prac, których wyniki tak są odmienne i różnorodne, że nawet ich ugrupowanie nie ma-

łe przedstawia trudności. Najlepiej będzie według naszego zdania rozpocząć od wyliczenia tych chorób i przypadków, w których je w organizmie znaleziono, i przejść potem do doświadczeń innego rodzaju, jakie z nimi robiono.

Ciekawe są w tej mierze przypadki, które E. W a g n e r (*Die Intestinalmykose und ihre Beziehung zum Milzbrand. Arch. d. Heilkund. T. XV str. 1—44*) przytacza: W pierwszym z nich zachorował 38 letni farbiarz futer na silny ból głowy i zawrót, do czego przyłączyło się w następstwie wzdęcie brzucha, wymioty i stolec krwawy, utrata przytomności, drgawki padaczkowe, śmierć. Przy badaniu zwłok znaleziono w jelitach, w dolnej ich części, szereg większych i mniejszych twardych nasięków, czarnoczerwonej barwy, leżących wszystkie po stronie przyczepu krezek do jelita. Na wewnętrznej powierzchni tegoż dały się widzieć ciemno czerwone, płuskałe ogniska, w środku szarozółtawo zabarwione i nieregularnie zagłębione. Ta krwotokowa obrzmiałość miała główną swą siedzibę w błonie śluzowej, chociaż i tkanka podśluzowa była obrzmiała, lecz blada. Gruczoły odpowiednie krezkowe powiększone i miększe, na rozkroju brudno-czerwone. Kiszki grube nie brały w tej sprawie udziału, śledziona była jednak znacznie powiększona. W błonach mózgowych były rozległe krwotokowe nasięki, podobnie jak i w substancji korowej. U 2-go chorego, 23 letniego powroźnika, który natychmiast prawie po swoim przyjęciu do szpitala zmarł, znaleziono takie same prawie anatomiczne zmiany, lubo w nich i kiszka ślepa i okrężnica udział wzięła. Od ognisk kiszkowych ciągnęły się liczne czerwone sznury do odpowiednich krezkowych gruczołów, przedstawiających takie same zmiany jak i w poprzednim przypadku. I śledziona była tutaj znacznie powiększona. Prócz tego znajdował się na czole i policzku z prawej strony wrzód, pokryty krwawym strupem i obwiedziony ciemnoczerwonym wałem. Trzeci chory zmarł również bez należytego dostrzeżenia objawów chorobnych za życia. I tutaj znaleziono liczne po części w błonie śluzowej tkwiące po części i do tkanki podśluzowej sięgające, w części nawet i w rozpadzie już znajdujące się i odbarwione nacieki w jelitach i kiszce ślepej. W żołądku prócz tego liczne krwotokowe nadzarcia. Gruczoły krezkowe mocno powiększone z wylewami krwi; tkanka łączna podotrzewna w okolicy łądźwi po części galaretowato, po części krwią nasiąkła. Czwarty przypadek odnosi się do 16 letniego chłopca do posełek od powroźnika, przerabiającego z Rosyi pochodzący włosień koński. Ten chłopiec spostrzegł na 4 dni przed śmiercią na zuchwie, w okolicy prawego jęj węgła, plamkę

czzerwona, wielkości ziarnka soczewicy blisko, która się w krótko w guz węglkowy rozrosła. Pyszczyk wycięto a ranę wypalono rozpalonym żelazem. Pomimo to obrzmienie posunęło się dalej na szyję; nastąpiła wielka duszność, upadek sił, tężoc ku tyłowi i drgawki tężocowe, w końcu utrata przytomności i śmierć 5 dnia. Przy badaniu zwłok znaleziono takie same jak powyżej opisane ogniska w dwunastnicy i kiszkaach cienkich, najczęściiej jednak i najobszerniejsze w pierwszej, zmniejszające się co do ilości i co do objętości, czym więcej ku dołowi. W błonach mózgowych również rozległe krwawe nasięki i liczne kropkowane krwi wylewy w substancyi korowej. Badanie mikroskopowe zawartości kiszek wykazało we wszystkich tych przypadkach niezliczone kuliste, przecikowate i przedewszystkiem nitkowate bakterye. Ostatnie były zupełnie podobne do *bacillus anthracis*, opisanego przez Cohn'a. Kosmki kiszek były w chorobliwie zmienionych miejscach temi żyjatkami mocno nasiękłe, chociaż czasami kosmki weale nie istniały i tylko krótkie strzępki po nich pozostały. W obrębie krwotokowo nasiękłej tkaniny śluzowej znajdowano owe grzyby rzadko, za to bardzo obficie w tkance podśluzowej, a najbiciiej zawsze pod miejscami, w szarym rozpadzie będącemi. Naczynia chłonne, przebiegające w samych kosmkach, były zupełnie wolne od nich, za to znajdowały się w wielkiej ilości w dalszych ich rozgąęzieniach, jako też i w naczyniach krwionośnych, nie przechodząc jednak na krezkowe oddziały tych dróg limfatycznych i krwionośnych. Tkanina, leżąca pomiędzy nagromadzeniami krwi i grzybów zajęta była przez nasięk mało komórkowy, mniiej lub więcej zbity, uwydatniający się przedewszystkiem w kiszce prostiej pomiędzy gruczołami łagiewkowatemi. W naczyniach gruczołów krezkowych znajdowały się owe grzyby rzadko i najwięcej pojedynczo; obficie za to w obszernych przestworach, otaczających torebki korowe; rzadko kiedy zaś w samych gruczołkach. W krwi znajdowały się tylko wyjątkowo swobodne grzybki w osoczu; natomiast znajdowały się w osoczu, również swobodnie, grudki ziarniste, powstałe niewątpliwie z rozpadu białych ciałek krwi. W ogóle pierwiastki białe były ziarniste jak zwykle i zawierały może bakterye kuliste. W kropli zaś krwi, upuszczonej choremu na 24 godzin przed śmiercią, nie znaleziono żadnych bakteryj.

Na ogniskach krwotokowych w mózgu można było rozróżnić trzy warstwy: środkową, odpowiadającą światłu naczynia, zajmowały ciałka krwi; po niiej następowała warstwa o wiele szersza, tworząca przeważnie z grzybków powstający krag, zachowujący granicę i za-

kres nadzwyczaj rozszerzonej limfatycznej pochwy, a do niego przytykała jeszcze szersza, u obwodu swego nie wszędzie jasno i jednostajnie odgraniczona warstwa, złożona z samych czerwonych ciałek krwi i uciskająca a nawet zupełnie niszcząca pierwiastki nerwowe substancji korowej mózgu. Śledziona nie zawierała w sobie więcej bakterij, niż inne organa, lecz tylko w naczyniach, nigdy zaś w samym mięszu. Pryszcz wąglkowy, włożony po wyjęciu natychmiast w wyskok stężony, okazywał w wielu miejscach nasięk prosto krwotokowy lub ropiasty; w innych zaś miejscach znajdowały się na mocno powiększonych brodawkach skóry nagromadzenia grzybów po części swobodne w tkaninie, po części wewnątrz naczyń. Co do tłumaczenia tych objawów i ich znaczenia, to autor skłania się do przyjęcia w tych wypadkach choroby jako przyczynę sprawę pasożytniczą. Również uważa wewnętrzny związek pomiędzy antraksem a nasiękiem grzybowatym kiszek za rzecz niewątpliwą, mianowicie ze względu na przytoczony powyżej czwarty przypadek z jego własnego postrzeżenia jako też i w ogóle ze względu na zajęcie uległej owej sprawie chorobnej osoby; albowiem wszystkie zajmowały się takimi rzemiosłami, które właśnie do antraksu przedewszystkiem usposabiają.

Przypadek który Burkart (*A. Ein Fall von Mykosis intestinalis. Berl. klin. Wochens. N. 10*) opisuje, przedstawia inne zupełnie objawy. Chłopiec ośmastoletni, na którym swe spostrzeżenie robił, dostał się do niego już w stanie, przypominającym w zupełności obraz azyatyckiej cholery: chłód całej skóry i ciała, temperatura niższa o wiele od prawidłowej, duszność, sinica i t. d. Wypróżnienia kiszkowe, następujące wnet jedne za drugimi, były zupełnie płynne, bez wszelkiego kałowego zapachu i zawierały mnóstwo nabłonka i pierwiastków grzybowych. Śmierć nastąpiła szybko wśród objawów asfyksji. Nawet i stan wewnętrzny przypominał wielce obraz cholery i wszystkie błony surowicze przedstawiały się przy dotyku bardzo lepkiemi. Organa piersiowe były prawidłowe. Wątroba i śledziona powiększone. Nerki mocno czerwone. Ściany kiszek cienkich na całej długości zgrubiałe wskutek obrzęknięcia wszystkich ich warstw. Na całej błonie śluzowej objawy ostrego niezytu ze złuszczeniem nabłonka i silnym nabrzmieniem gruczołów samotnych, nigdzie jednak wrzodów, natomiast w żołądku i kiszkach szereg płaskich krwi wylewów nie wielkiej objętości. Badanie pod drobnowidzem, wykonane przez Prof. Schüppel, stwierdziło obecność pierwiastków grzybkowych nie tylko w zawartości kiszek ale i w wszystkich

błonach tychże. Były to w części swobodne, po części w gromadki zbite bakterye i mikrokoki, które wnikły w komórki nabłonkowe, a ztąd i w naczynia chłonne i krwionośne, mianowicie żyły w ścianach przebiegające. Znajdowały się również i w gruczołach krezkowych; za to nie było ich wcale w krwi śledziony i wątroby. Krwi z innych części ciała, lub też za życia, nie badano wcale. Porównując ten przypadek z innymi podobnymi, przychodzi Burkart do tego wniosku, że go klinicznie do szeregu przypadków *cholera nostras* zaliczyć wypada. (Innych przypadków téj choroby wówczas w Stuttgardzie wcale nie było). Co do tego, jakim sposobem zarazek dostał się do wnętrza, to Burkart przypuszcza, że pokarmy, znajdujące się w stanie burzenia i w tym stanie spożyte, dały powód do wprowadzenia zarodków owych grzybków do wewnątrz. Rozmnażając się nadzwyczaj szybko i w ogromnych massach zalewają ściany kiszki i dostają się tedy do naczyń chłonnych i krwionośnych. Odpiera jednak stanowczo w tym przypadku wszelki związek z antraksem, zwłaszcza, iż rzeczywiście nie znaleziono najmniejszej podstawy do przyjęcia takowego związku.

I Kyber (*Mikroskopische u. kritische Studien ueber die niederen pflanzlichen Organismen in dem Choleradarm. Drrp. med. Zeit. T. III*) poddał troskliwemu badaniu pod mikroskopem zawartość kiszki żywych i zmarłych chorych na cholere. W cechujących cholere odchodach, podobnych do wody ryżowej, znalazł on przeważnie nadzwyczaj drobne i zupełnie prawie blade ziarneczka t. j. mikrokoki i mniej lub więcej precikowato wydłużone ciała, t. j. bakterye. Na podstawie swoich własnych poszukiwań przez hodowlę ich skłania on się do zdania Hoffmanna, że mikrokoki są w blizkiem powinowactwie z bakteryami i z tego powodu nie mogą być uważane za grzybkowate twory. Jako rzeczywiste pasożyty można z wszystkich tworów, znajdujących się w stolcu cholerycznym, uważać jedynie te dwa organiczne jestestwa. Co do wszystkich innych tworów tamże znajdujących się, to niema dotąd środka do rozstrzygnięcia, czy one należą do żyjatek lub do ciał nieżywotnych. Ruch mikrokoka, uznawany dotąd za objaw żywotności, nie różni się wcale według porównawczych dochodzeń autora, od prostego ruchu drobinowego. Wstrzymanie go przez stężony kwas siarczany, nadmanganian potasu i t. p., dalsze jego trwanie za dodaniem dwuprocentowego roztworu cukru, wzmocnienie przy podniesionej sztucznie ciepłocie: — to wszystko dostrzega się również jak wiadomo, w taki sam sposób i przy ziarnkach barwnikowych.

Przy użyciu czynników rozkładających okazuje się wreszcie, że tylko małą część owych samoistnych ziareczek w odchodach cholerycznych uważać należy za mikrokoki, gdyż przy dodaniu potasu większa część ich blednieje i w końcu całkiem się roztwarza. Okazało się dalej, że nie mała ilość owych „wirujących” ziareczek są to tylko ziareczka tłuszczu wreszcie i niektóre gromadki ziarenek mogą łatwo być wzięte za gromadki żyjątek (*zoogloea*) jeżeli się bliżej łatwości ich roztworzenia nie zbada. Jeżeli więc już przy zachowaniu tych środków ostrożności ilość bezwzględna niewątpliwych mikrokoków w stolcach cholerycznych nadzwyczaj się zmniejsza, to ona wyda się jeszcze mniejszą o wiele, jeżeli ją porównamy z ilością podobnych żyjątek, znajdującą się w gnijących płynach.

Z pomiędzy innych składowych tworów odchodów cholerycznych zasługują jeszcze na wzmiankę większe okrągłe lub podługowate twory, będące komórkami rzeczywistego grzybka; dalej *sarcina*, dostrzegana już za życia, jajko wnętrzników i t. d. Komórek cylindrycznych z błony śluzowej kiszek, dających się rozpoznać, w tych odchodach nigdy nie dostrzeżono, w trupie zaś obficie i na najrozmaitszych stopniach rozpadu. W miejscach dyfterytycznych kiszek przy choleryce znajdowano, przy badaniu skrawków w roztworze potasu, gromady mikrokoków tylko w najzewewnętrzniejszych warstwach rozpadającej się tkaniny, odpowiednio do ich istoty, jako przybyszów i późniejszych osadników. Co do grzybka cholerycznego Hallier'a, (*Urocystis cholerae asiaticae*), to go autor uważa za jajka tasiemca albo też glisty. Przy porównaniu świeżego, prawidłowego stolca z cholerycznym okazało się, że w ostatnim jest więcej mikrokoków i bakteryj. Również i w stolcu rozwolnionym znajdują się obficie. W całym szeregu chorób (*osteomyelitis, carcinoma ventriculi, morbus Brighti, Phthisis pulmonum, degeneratio amyloidea i t. d.*) znajdowały się one w rozwolnionych, ale zawsze kałowych stolcach, stanowczo obficie, aniżeli w świeżych cholerycznych stolcach, pomimo że te miały zupełnie wygląd ryżowej wody. W wypróżnieniach wodnistych biegunkowych, u człowieka zdrowego, wywołanych użyciem siarczanu magnezyi, okazywały się stale w większej nierównie ilości, jak w stolcach, bezpośrednio przedtem oddawanych. Takie bujanie tych żyjątek w kiszkaach zawisło, według autora, od ogólnych własności, a szczególnie od gęstości mieszczącego ich w sobie kału, oraz od stopnia jego skłonności do rozkładu. Przy doświadczeniach z otruciem psów za pomocą arseniku znaleziono raz w żołądku i kiszkaach cienkich tylko małą ilość tych żyjątek, inną razą, były one w nich w ma-

tęj ilości, lecz za to w grubych kiszkaach w bardzo znacznej. Karmienie psów i kotów mieszaniną, sporządzoną z odchodów kiszkowych od 3 chorych na cholere, pozostało bez szkodliwych następstw, z wyjątkiem jednego psa, który w 4 dni po pierwszym a w 3 po ostatniem karmieniu, miał zupełnie płynne wypróżnienia, zawierające w sobie ogromne ilości mikrokoków i bakteryj. Wstrzykiwanie płynu z odchodów cholerycznych uskuteczniiono w ten sposób, że owe odchody, nie przedstawiające jeszcze objawów zgnitego rozkładu, zawierające jednak niezliczone ilości owych żyjatek, przesączano przez płótno, i wtedy dopiero do żyły głównej szyjnej wstrzykiwano. To nie wywołało w kiszkaach żadnych chorobliwych objawów, a we krwi nie dało się wykryć tylko tu i owdzie bakterye. Po śmierci, — która 6 a właściwie 8 dnia nastąpiła — znaleziono znaczną ilość po całych płucach rozrzuconych szarych i żółtawych ognisk, przedstawiających zapalenie mięszu ze zwałrobieniem, znajdującem się w okresie zwrotnem, nie zawierających jednak owych żyjatek tylko w małej nader ilości. Autor dochodzi ztąd do tego wniosku, że mikrokoki i bakterye ani stołców cholerycznych nie cechują, ani też do przeniesienia jadu nie służą.

Widzimy więc z tego wszystkiego, że jeszcze bardzo daleko do dokładnej i stanowczej wiadomości o tém, jaką role owe żyjataka w naszym organizmie jako przyczyny chorobne odgrywają, a nawet czy one w ogóle odgrywają jakakolwiek w tym względzie rolę? Taka sama niepewność i wątpliwość istnieje, a nawet w wyższym jeszcze stopniu, co do istoty i przymiotów podobnych żywotnych tworów, którym w powstaniu i innych chorób wielką ważność przypisywano. Pamiętnem jest wykrycie t. z. ciałek *Lo stor f e r a*, które we wrzodach syfilitycznych istnieć miały jako właściwy pierwiastek jadowity. Ich zupełna obojętność w tej mierze zdawała się już dowodnie wykazaną (zob. Przeg. za 1862). Tymczasem *Salisbury* (*Description of the new algoid vegetations, one of which appears to be the specific cause of Syphilis and the other of Gonorrhoea. Zeitsch. f. Parasitenkunde. T. IV.*) — występuje ze swoimi jeszcze w r. 1860 zrobionemi spostrzeżeniami, dowodzącemi rzeczywistość przypisywanej owym ciałkom przez *Lo stor f e r a*'a własności. Znalazł on był już wtedy w ropie szankra zarodki pewnego, nazwą *crypta syphililica* oznaczonego mikroskopijnego grzyba, który w miejscu ma się rozrastać, rozmnażać i ztąd przechodzić w krew i tkanki najrozmaitszych organów, będących siedliskiem drugo lub trzecio rzędnych objawów. Mają one być przenosicielami jadu nie tylko w ciele zarażo-

nego z jednego miejsca na drugie, lecz i z jednego organizmu na drugi, a nawet głównym czynnikiem przy zarazie dziedzicznej. Wywołując raz przez swoje zbyt znaczne nagromadzenie w jednym miejscu ciężkie przypadłości, znajdują się inną razą w ciele i przy utajonem zupełnie przebiegu téj choroby. Ponieważ S. dostrzegał zawsze ich zmniejszenie się a nawet zupełne zniknięcie, gdy leczenie było skuteczne, to można ich obecność lub nieobecność wzięść za znak rokowania. I przy wiewiórze znajdował S. właściwe spory, *crypta gonorrhoeica*, — połączone z sobą paciorkowato w większe łańcuchy. Lecz wtenczas, kiedy twór powyższy przechodzi z ropy w tkaninę i mianowicie w tkance łącznej szeroko się rozrasta, *crypta gonorrhoeica* ogranicza się zawsze na warstwie nabłonkowej błony śluzowej cewki moczowej. Tylko czasami, przy nader obfitym, przez nadmierne rozmnożenie się owego grzyba, spowodowanym wypływem, daje się widzieć i wniknięcie ich w komórki ropne.

Przy powszechnej obecnie dążności przypisywania początku wszystkich chorób zakaźnych obecności jakiegoś żyjątka pasożytnego, uwaga musiała się zwrócić i na ospę. Otóż L u g i n b ü h l (*Der Mikrokokus der Variola. Ein Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der Variolapustel. Verhandl. der Würzburg. phys. med. Gesell. T. I V zes. 2 i 3.*) badał skórę przy *variola haemorrhagica*. Już w owych miejscach, w których gołem okiem żadnej prawie zmiany nie można było dostrzedz, znalazł on tak na naskórku jak i w sierpowatych przestworkach pomiędzy naskórkiem a miazdrą skóry kępy drobniechnych ziarek, które z powodu ich oporu na działanie alkaliu i kwasu octowego za mikrokoki bierze. Te twory, które uważa za zarzewie jadu ospowego, znajdował on zawsze zbitiej nagromadzone w tych miejscach tkaniny, gdzie się już wytworzyły guziczki albo nawet już pryszcze. W tych miejscach spoczywały one po części w komórkach przewodów gruczołowych i siatki M a l p i g h i e g o, po części zaś w okrągłych przestworach o bladych granicach, które się z osobnych olbrzymich komórek rozwijają mają, czemu jednak, jak się później okaże, K l e b s zaprzecza. Owe przestwory, nazwane przez L u g i n b ü h l'a komórkami olbrzymiemi, wytwarzają w siatce M a l p i g h i e g o luki, ułatwiające nadzwyczaj krażenie soków pomiędzy naskórkiem a miazdrą. Ztąd wyprowadza autor wnioszek, że mikrokoki wnikają w ciało nawet przez nieuszkodzony naskórek, nie zaprzeczając jednak możności ich wniknięcia przez błonę śluzową dróg oddechowych i kanału pokarmowego. Co do ich wniknięcia, to on sobie ten przechód w ten sposób przedstawia, że się najprzód na po-

wierzchni skóry w wielkiej ilości nagromadzają, i że w następstwie znajdujące się najbliżej otworów przewodów gruczołowych do ich wnętrza się wciskają. Odpowiednio do głębokości, do jakiej się wtedy dostają, wnikają one albo do sąsiednich naskórkowych komórek warstwy śluzowej między brodawkowej, wywołując tu natychmiast sprawy zapalne, albo też, dostawszy się do dna gruczołowego przewodu, tam się nagromadzają i ztąd zalewają tkaninę miazdzy. Jako następstwo tego wtargnięcia i nadmiernego nagromadzenia się mikrokoków uważać potrzeba ziarniste po części zaś tłuszczowe zmętnienie nabłonkowych komórek, dalej wodniste napęcznienie ich jąder i nakoniec, — jako znak ożywionej twórczej działalności podrażnionej tkaniny, — wystąpienie olbrzymich komórek i ich gromadek.

Przeciwno wielu z tych twierdzeń występuje Klebs w dodatkowej rozprawie (*Zusatz zu dem Aufsätze von L u n g i n b ü h l: Der Micrococcus der Variola. Verhandl. d. Würzb. physic. med. Gesell. T. IV.*) dowodząc, że badane przez niego pryszczki ospowe nie przedstawiały ani na górnej ani na dolnej powierzchni naskórka nagromadzeń mikrokokowych, i że tamże żadnych wielojądrowych olbrzymich komórek dopatrzeć nie zdołał. Chociaż nie myśli przeczyć, iż w przypadku, przez L u n g i n b ü h l'a opisanym, naskórek mógł przedstawiać punkt wyjścia dla zakażenia, to jednak sądzi, że nie tylko i nie tyle od powierzchni skóry, jak raczej głównie ze krwi zakażenie swój początek bierze. Czasami dadzą się nawet z pewnością rozpoznać pierwotne wysypki; istniejące na błonach śluzowych uważa on zawsze za pierwotne. Na każdy sposób nagromadzenia mikrokoków pod skórą lub głębiej jeszcze biorą swój początek ze krwi. Co zaś dotyczy nagromadzających się w dalszym ciągu w tkaninie w nadmiernej obfitości czerwonych ciałek krwi, to Klebs przypuszcza, iż ono następuje wskutek zatorów przez mikrokoków w naczyniach krwionośnych zrządzonych. Tak zwane olbrzymie komórki stara się zaś tym sposobem wytłomaczyć, że przy bujnym rozroście mikrokoków ginie pewna ilość komórek naskórkowych, których jądra jeszcze przez czas niejaki się zachowują. Owe wyrażenie wypadaloby przeto zastąpić wyrazem: wielojądrowe kupy mikrokoków.

Obecność pasożytów, jako przyczynę chorobną, usiłują również stwierdzić i przy t. z. gorączce siennej (*Heufieber*) i w kokluszu. Salisbury (*Infusorial catarrh and asthma. Discovery of the cause of one form of Hay Fever, Hay asthma, catarrhal fever, etc. Zeits f. Parasit. T. IV.*) np. podaje, że w oddzielinach błony nosowej i t. d.

znalazł kuliste żyjątka, opatrzone na jednym końcu wyrostkiem ryjowatym, posiadającym po jednej stronie rzęsy (*asthmatos ciliaris*), których ruch nieustanny sprawia silne podrażnienie błony śluzowej, prócz tego rozmnażają się one nadzwyczajnie, usadziwszy się w jakim miejscu. Zwykle sadowia się najprzód na łącznicy oka, potem na błonie śluzowej nosa i rozprzestrzeniają się ztąd coraz dalej, czasami aż do oskrzeli, gdzie dają powód do kataralnej gorączki. Albowiem autor przekonał się sam na sobie, iż ta choroba przenosi się za pomocą stałego jadu, gdyż nieraz podczas swych badań pod mikroskopem lub też leczenia podobnych chorych, zarażał się nią i zarażał nią i swoją rodzinę. Z pomiędzy licznych środków przeciwnilnych zaleca przedewszystkiem w takim razie wdychania siarczanu chininy lub kwasu karbolowego. Według *Letzerich'a* (*Ueber die Lungemykose beim Keuchhusten. Virch. Arch. T. 57.*) zaś, to i znana zaraźliwość koklusz, mianowicie świeżego lub zaschłego śluzu z chorych tego rodzaju, jest następstwem obecności podobnych żyjatek. Mają one swą siedzibę przedewszystkiem na nagłośni, błonie śluzowej krtani i tchawicy, ztąd powoli przechodzą na płuca i owe niebezpieczne zrazikowo zapalenia płuc u dzieci na koklusz chorych wywołują. Przy badaniu włók widzimy wtedy płuca mocno rozdęte i każdy zrazik pojedynczy powiększony. W wielu z nich, pochodzących z pozornie zdrowej jeszcze tkaniny, dają się widzieć gnieźdzące na listwowych występach tych drobnych zrazików obfite nagromadzenia owych grzybów, wnikających nawet w pęcherzyki płucne. W obrębie miejsc obrzmiałych znajdujemy obok grzybów i nieżytowy wysięk, powstający z śluzowatego płynu i olbrzymich komórek. Międzyzrazikowe krokiewki są zawsze od tych tworów swobodne, podobnież i w naczyniach włoskowatych nie zauważył *Letzerich* nigdy tych tworów. Przeciwnie działaniu grzybu dyfterycznego nie niszczą one nigdy tkanki podstawowej, tylko ograniczają się na powierzchni przewodów oddechowych. Tę pasożytniczą teorię koklusz stwierdza poniekąd i ta okoliczność, że się ta choroba i sztucznie da wytworzyć na błonie śluzowej dróg oddechowych u królika za pomocą przeszczepienia tychże grzybów. Z tej zasady wychodząc starał się *Letzerich* leczyć koklusz chininą. Gdy zaś wypróbowane przez *Jansena* podawanie jej wewnątrznie spowodowało zaburzenie w trawieniu, więc użył narządu inhalacyjnego. Skutek był uderzający. Napady kaszlu zmniejszyły się już pierwszego zaraz dnia, a po 8—10 dniach nie dostrzeżono nigdzie w płwocinach bez wyjątku ani śladu owego grzyba.

Nawet przyczynę tak zagadkowej choroby jak ostry żółty zanik wątroby, stara się Zander (*Zur Bacterienfrage bei acuter gelber Leberatrophie. Virch. Arch. T. 59*) przypisać tym jeszcze bardziej zagadkowym dotąd twórcom. Był to wypadek śmierci 19 letniej dziewczyny, która po ośmio dniowej chorobie wśród objawów ciężkiej żółtaczki nastąpiła. W żółtej, rozmięklej wątrobie i w mięszu nerek podobnie zmienionym, roily się bakterye, będące w nadzwyczajnym ruchu. Według zdania autora nie można tego było wiaść za następstwo pośmiertnego rozkładu, gdyż na zwłokach nie było widać żadnych wydatnych śladów zgnilizny — a jednak badanie zwłok nastąpiło w 54 godzin po śmierci.

I w pocie zauważył Eberth (*Ueber Bacterien im Schweiss. Centr. bl. f. d. med. Wissen. N. 20*) małe, żywy ruch objawiające ziarnka i preciki, po większej części w znaczniejsze gromadki zbite i na włoskach się znajdujące. Weiskają się nawet w ich wnętrze, przez co sprowadzają ich rozstrzepienie i złamanie.

Również i przy zapaleniu wewnętrznej błony serca (*endocarditis*) dyfterytycznym zauważył je Eberth (*Ueber diphtheritische Endocarditis. Virch. Arch. T. LII*), stwierdzając tém dawniejsze spostrzeżenia w tej mierze Hjalmar Heiberga i Winge. Lecz on znalazł je częściej przy zmianach na zastawkach sercowych u osób z ropnicą. Te same drobnouchne żyjątko, które uważane są za pobudki ropienia w tkaninie, wytwarzają, przeniesione z krwią, zmiany na powierzchni zastawek sercowych, skupiając się i w skutek swój lepkości zatrzymując się i zawisając na cokolwiek bardziej szorstkich, być może swój nabłonkowej powłoczki tylko pozbawionych, miejscach zastawek. Do takich ubytków na linii domykalności muszą zastawki sercowe szczególnie być usposobione, gdyż owe zmiany rozwijają się tutaj najczęściej i najmocniej. Tkanina sama zastawek przedstawia jedynie pewne napęczenie, wywołane powiększeniem, zmęceniem a nawet stłuszczeniem organicznych pierwiastków. Nagromadzenie się bakteryj i zniszczenie tkanki postępuje od powierzchni w głąb. Co do stosunku tego dyfterytycznego zapalenia wnętrza do dyfterytycznej zmiany w ranach i ropnicy, nie jest bez wielkiego znaczenia następujący przypadek:

Pewien starszy już mężczyzna, będący dotąd zawsze zdrowym, z wyjątkiem szankra na prąciu, zachorował nagle, dostawszy dreszczy; ciepłota 41, tętno 128 i objawy silnego podrażnienia mózgowego. Oddech mocno przyspieszony, tony serca czyste. Na początku 3-go dnia śmierć. Przy badaniu zwłok znaleziono na komórce lewej pod

osierdziem ognisko ropne, wielkości ziarnka prosa, otoczone obwódką z wylaną w tkaninę krwi. Bezpośrednio nad wewnętrznym żagielkiem zastawki trójdzielnej, nasięk krwisty w tkance pod wnątrzsierdziem, odpowiadający sięgającemu prawie przez całą grubość ściany przetokowemu wrzodowi, którego wchód znajdował się w komórec lewej na powierzchni przegrody. W tém miejscu zauważano na osadzie wewnętrznych zastawek aorty, a w części nawet na nie przechodzący ubytek, otoczony i pokryty szaro-czerwonawą, ziarnistą, tu i ówdzie polipowato bującą masą, po usunięciu której się okazało, że zastawki były przedziurawione i na znacznej przestrzeni zniszczone. Śledziona była mocno powiększona, miękka; ciałka jej wyraźne. Nerki miernie powiększone, zasiane znaczną ilością kropkowatych wylewów krwi i ropni; w substancji zaś korowej kilka ognisk ropnych, wielkości ziarnka grochu do pestki wiszni. Na powierzchni mózgu w błonie miękkiej tu i ówdzie podbiegnięcia. W substancji korowej mózgu, cały szereg klinowatych ognisk rozpadowych, rozmiękłych, sięgających mniej lub więcej głęboko w substancją białą; podobno ogniska, powikłane w części z krwotokowemi nasiękami tkaniny, znajdowały się także i w głębi półkul wielkiego mózgu. Prawa tętnica Sylwiusza zatkana. Osadzone warstwy na owrzodzonych miejscach wnętrzsierdza i zastawek aortycznych, składały się głównie z mętnej, drobnoziarnistej masy, mającej charakterystyczny wygląd dyfterytycznego wysięku. Taki sam skład zauważano w ogniskach nerek, czy to krwotokowych, czy też ropnych, jako zator pojedyncze kłębki nerek wypełniających lub w kanalikach moczowych znajdujących się, o ile te rozpadowe cząstki jeszcze rozpoznać się dawały. Nawet i we krwi można je było tu i ówdzie odnaleść.

Eberth ostrzega jednak, aby tej choroby nie łączyć z zakażeniem jadem węglikowym. Albowiem żyjątko dyfterytyczne przedstawia bodźce ropne wzorowe, gdy tymczasem węglikowe są w tej mierze zupełnie bezwładne. Również, pomimo najściślejsze śledzenie, nie mógł Eberth doszukać się ani jednego zdarzenia, w którymby zastawki serca okazały szczególniejszą skłonność do chorobliwej przemiany w skutek zakażenia węglikowego. Również nie można tutaj przyjąć za punkt wyjścia opisaną powyżej chorobę kiszek pod nazwą: *mycosis intestinalis*, gdyż w kiszkach nie dostrzeżono ani śladu tej choroby. Natomiast nie można zupełnie zaprzeczyć możności przejścia tych żyjatek do krwi z istniejącego przed dwoma laty wrzodu szankrowego. Na szczególną uwagę zasługuje jednak niezawisłość tej dyfterytycznej *endocarditis* od wszelkiej dyfterytycznej sprawy na

zewewnętrznych częściach; okoliczność, zgadzająca się zupełnie z poglądem Ebertha na tę sprawę, uważającego rownie tylko za sprawę dyfterytyczną z wielolicznem umiejscowieniem.

Wedel (*Mycosis endocardii. Inaugural Dissertation Berlin*) ogłasza dwa przypadki *mycosis endocardii* połączonej z wielolicznymi zatorami. Pierwszy przypadek odnosił się do 38 letniej kobiety, która w 3 miesiącu ciąży poroniła. Za życia nie dostrzeżono żadnych objawów ze strony serca i ośrodków nerwowych. Przy badaniu zwłok zaś znaleziono: dyfterytyczne zapalenie wnętrza macicy i łożyska, powrotne owrzodzenie i zapalenie zastawki dwudzielnej; wieloliczne zawały wnątrz—i osierdzia, w substancji serca, śledzionie, wątrobie, nerkach, dwunastnicy, kiszkać cienkich, okrężnicy, pęcherzu żółciowym, pochwie, macicy, gruczole tarczowym i w mózgu, oraz włóknisto ropiaste zapalenie osierdzia. Badanie mikroskopijne warstwy, pokrywającej wrzody na wnątrzsierdziu, wykazało, śród drobno ziarnistój, z cząstkami rozrobowemi i włóknikowemi pomieszanej masy, znaczną ilość malutkich połyskujących ciałek, to oddzielnych, to w gromadki i łańcuszki połączonych, a prócz tego przecikowate również w wielkiej ilości. Te same twory znajdowano również mniej lub więcej obficie w ogniskach rozmaitych organów. W miejscu przyczepu łożyska znajdowało się także wiele tego samego rodzaju i to jak najżywszy ruch objawiających. W drugim przypadku szło o 23 letniego młodzieńca, który przed dwoma laty przebył ostre zapalenie reumatyczne stawów i od tego czasu ciągle, choć z przerwami, na objawy chorobne sercowe cierpiał. Nagle wystąpił podczas pracy silny krwotok z ust i nosa i powtórzył się jeszcze kilkakrotnie z taką gwałtownością, że sprowadził dłużej trwające omdlenie. Ruchy serca były burzliwe, wzniesienie serca podczas kurczu sięgało w czwartym międzybrowym przestworze aż powyżej linię sutkową, podobnie i w dołku nadobojczykowym i nadmostkowym. Stopień sercowe na znaczniejszej przestrzeni. Na końcu serca szmer skurczowy głośny, rozkurczowy niedosłyszalny. W końcu przyłączyło się zmniejszenie czułości w prawej twarzy, silne przytłumienie przytomności i chorey zmarł 3 dnia. Przy badaniu zwłok znaleziono na zastawkach aortycznych owrzodzenie z przedziurawieniem ich i wytworzeniem aneurysmu; wieloliczne zawały w mięśniach serca, śledzionie, nerkach, wątrobie, żołądku, kiszkać cienkich, okrężnicy i pęcherzu moczowym; wylewy krwi w krtani i tchawicy i czerwone rozmięknienie w prawym tylnym zrazie mózgu wraz z przedarciem do bocznej komórki. Wynik badania pod mikroskopem był zupełnie podobnym do tego

w pierwszym przypadku, tylko że pręcikowate twory znajdowały się tutaj w nadzwyczaj małej ilości, a gdzie niegdzie ich zupełnie brakowało. Co do wnikięcia w organizm znalezionych w nim w tylu miejscach zarodków grzybowych, to w pierwszym przypadku stała macica punkt wejścia, w drugim zaś wskazywała, zauważana jeszcze za życia nieprzyjemna woń z ust, jako też i częste krwotoki z nosa na cierpienie w jamie ust lub nosa, (choćby wyniki pośmiertnego badania nie usprawiedliwiają tego przypuszczenia autora). Twierdzi on przeto, że tę chorobę trzeba uważać za ostrą posocznicę, spowodowaną obecnością grzybów w naczyniach krwionośnych. Rozkład krwi, przez nią spowodowany, uważa on za główną przyczynę rozwoju owych owrzodzeń na zastawkach.

Przykład nadzwyczaj zajmującej choroby ryb, przytacza Ogle (*Fatal epidemic disease among fish, whose blood during life contained bacteria. The Lancet 8 Novbr.*) która powinna rzucić światło na obecną kwestję pasożytów. Spostrzenie to było zrobione na genewskim jeziorze, którego bogactwo karasi ta choroba zniszczyła. Była ona przedmiotem bardzo troskliwego śledzenia klinicznego i anatomopatologicznego badania ze strony pp. Forel i du Plessis. Choroba ograniczyła się na samych karasiach i nie dotknęła żadnego innego z licznych gatunków ryb w tém jeziorze. Liczba pływających na powierzchni jego zdechłych karasi była niezliczona, wszystkie bowiem co zachorowały, wkrótce ginęły. Choroba zdradzała się u nich najprzód zmniejszeniem żywości ich ruchów, poczem stawały się leniwe i śpiące, a czasem dostawały nawet napady drgawek. Równocześnie pojawiały się płynne żółciowo żółte wypróżnienia, żółte nasięki w mięśniach brzusznych i wyraźne nastrzyknięcie pewnych zewnętrznych części, które czasami w zgorzel przechodziło. Śmierć następowała przy zupełnym bezprzytomnym stanie zwierząt. Badanie wewnętrzne uskutecziano zwykle przed dobrowolną śmiercią zwierzęcia. Znajdowano wtedy mocne rozdęcie kiszek przez płyn wodnisty i zawierający miliony bakteryj; błona śluzowa ich była „rozmiękła.“ Śledziona, wątroba, serce były zdrowe; mózg i jego błony mocno przekrwione, krew płynna, bez skrzepu i zawierająca bakterye w wielkiej ilości. Prócz tego znajdowano w osoczu wolne jąderka ciałek krwistych, jako też masę rozrobową, która według Ogle'a od rozpadu komórkowych części składowych krwi ma pochodzić. Komórki zabarwione zawierały tu i owdzie kryształki hematyny.

Cały szereg dochodzeń przekonał zaś, że ta choroba nie dała się przenieść ani na inne zdrowe karasie, ani na inne gatunki ryb lub

zwierząt, dalej, że wprowadzone w przewód pokarmowy, żadnych szkodliwych następstw nie spowodowały; że ani jedzenie tych ryb, ani też picie tej wody, która ich krew lub ich martwe ciała w sobie zawierała, nie było szkodliwem. Ten wynik dochodzeń na zwierzętach zgadza się zupełnie z tą zadziwiającą okolicznością, że pomimo obecności tylu trupów na powierzchni jeziora, mieszkańcy nadbrzeżni jednak nie na zdrowiu nie ucierpieli. Co do zdrowych karasi, to dla nich nie stało się szkodliwem ani przebywanie ich wraz z choremi w ciasnych dosyć sadzawkach, ani nawet spożywanie przez nich części ciała zdechłych. Niemniej też i żabom nie szkodziło przebywanie w wodzie, w której zdechłe karasie przez dłuższy czas trzymano. Autorowie upatrują w obecności bakteryj pierwotną przyczynę tej choroby, sprowadzającą w następstwie zepsucie krwi i tkanek (??) Co do stanowiska tej sprawy chorobnej w szeregu chorób zymotycznych, to przez wzgląd na jej nieprzeszczepialność skłaniają się więc do zaliczenia jej do chorób tyfoidalnych jak węglikowych.

Wskutek postawionej przez Klebsa teorii, że ropienie jest chorobą przyraną, pobudzoną przez *microsporion septicum*, wziął się Birch-Hirschfeld (*Untersuchungen über Pyaemie. Arch. d. Heilkunde. T. XIV*) do rozstrzygnięcia tego pytania, czy pomiędzy wystąpieniem i ilością bakteryj w ropie rany z jednej strony, a klinicznym zachowaniem się chorych z drugiej, istnieje rzeczywście jakakolwiek współmierność. Badanie świeżej, z powierzchni ziarnującej rany nie gorączkującego chorego, wziętej ropy przekonało, że jej surowica albo żadnych ziarneczek nie zawiera, albo też takie tylko, które się w eterze i w roztworze potasu łatwo rozpuszczają. W niektórych przypadkach znajdowano wprawdzie „bakterye gnilcowe“ (*bact. termo* i *lincola*, czasem i *bacillus*), którym gdy są obfitsze, zwykle zły wygląd rany, obłożenie języka i t. p. towarzyszy, jednakże najczęściej bez gorączki. Jeżeli zaś w wydzielinach dobrze wyglądającej rany, której dotąd podniesienie ciepłoty nie towarzyszyło, bakterye kuliste w znaczniejszej ilości występują, to można się z pewnością spodziewać i pogorszenia w wyglądzie rany i objawów gorączkowych. Lecz wtedy występuje równocześnie i zmiana ciałek ropnych samych: obrys ich staje się wtedy mniej wydatnym, w protoplazmie tworzą się liczne przestworki i ono samo staje się grubiej ziarnistém a przeto i ciemniejszym. Ziarnistość ta ma jednak być drobniejszą aniżeli przy stłuszczeniu, prócz tego różni się ona jeszcze i tém od ostatniej, że bakterye stawiają opór i eterowi i roztworowi potasu. Wszystkie te zmiany białych ciałek krwi powstają w ten

sposób, że bakterye się najprzód w koło nich układają, a potem dopiero w ich zaródź wnikają. Wprawdzie widział on takie same zmiany i na komórkach ropnych wydzielin, zawierających bakterye gnilco w e, jednakże nie były one w tymrazie w tak wysokim stopniu rozwinięte. Czém większy więc rozwój tych kulistych bakteryj w osoczu jak i w komórkach, tym szybciej rana przybiera wygląd nieczysty, co się objawia i przez szarozółtawe jój obłożenie i przez gąbczastość brodawek, ich skłonność do krwawienia i rozpadu wrzodzinowego, z kąd w następstwie ropnie w sąsiedniej tkance łącznej powstają. Zaś przy szczególnie nieprzyjaznych miejscowych stosunkach rany, ułatwiających mocniejsze wchłonięcie, np. na świeżych powierzchniach po amputacyi, mogą te bakterye dać nawet powód do ropnicy. Z drugiej zaś strony wyznaje sam Birch-Hirschfeld, że na lekkich ranach często widywał, jak równocześnie ze znikaniem owych tworów w ropie, powierzchnia ich coraz czystsza się stawała. Badanie krwi, które wraz z badaniem wydzieliny rany prowadziło go do tego wniosku, że tak samo jak miejscowe pogorszenie na powierzchni rany krok za krokiem idzie w parze z rozmnożeniem się coraz to większém bakteryj kulistych, tak i ciężkość i szybki przebieg zakażenia ogólnego w zupełnej jest zgodzie ze stopniem ich rozwoju w strumieniu krwi. Prawda, że tutaj nie osiąga nigdy téj wysokości, co w ropie rany, lecz i we krwi obecność bakteryj nie ogranicza się na samém osoczu; i tutaj wnikają one do wnętrza komórkowych tworów. Birch-Hirschfeld nie widział nigdy, aby czerwone ciała krwi jaki udział w téj sprawie brały, natomiast białe w wysokim stopniu. Trudność w wykazaniu ich obecności tutaj, jaką inni spotykali (Zimmermann, Riss, Niedzwiecki i i.) w téj mierze, pokonywa on łatwo zwracaniem uwagi na ich skupienie lub stawowate uporządkowanie, jako też i na ich oporność na działanie zwyczajnych odczynników.

Riss (L. *Ueber sogenannte Micrococcen. Centralb. f. d. med. Wissens. N. 34*) zaś, mając wzgląd na ważność, jakiej obecność tych organicznych tworów w rozmaitych płynach i częściach ciała dla wyjaśnienia chorobnych spraw w tych czasach nabiera, poddaje krytycznemu rozbirowi owe ich przymioty, które mają być dowodem ich pasożytniczéj przyrody. Na podstawie licznych dochodzeń krwi w najrozmaitszych zakaźnych chorobach, uważa on za rzecz jak na teraz niemożliwą wykazać w każdym pojedynczym przypadku stanowczą różnicę pomiędzy rozpadowemi tworami białych ciałek krwi a obcemi, od zewnątrz do strumienia krwi wniklemi, tworami. Są one zu-

pełnie do siebie podobne tak pod względem swoich fizycznych własności, t. j. wielkości i ugrupowania, jak i pod względem swoich własności chemicznych. Albowiem środki, używane do ich rozróżnienia, jak kwas octowy, potas, eter, chloroform, nie działa tak samo na jedne jak i na drugie. To samo odnosi się i do zamkniętych w białych ciałkach krwi i mocno świecących ziarenek. Co do ropy w ranach chorych na ropnicę, to Riess nie wątpi wcale, iż w niej wiele bakteryj się zawiera, lecz i tutaj nie uważa za rzecz łatwą rozróżnić, jaka część zaliczających się do tych tworów cząstek pochodzi od rozpadu komórek ropiastych i wysiękowych. Taki sam zarzut robi Riess owym ziarnistym massom w mięsnych włóknkach, komórkach gruczołowych i t. p. które ostatniemi czasy jako następstwo wtargnięcia mikrokoków uważano. W tej mierze jest ważnym wynikiem jednego szeregu doświadczeń, przy których Riess wytwarzał u zwierząt ciężką i zwykle śmiercią się kończącą sprawę dyfterytyczną, dla zbadania powstającej w następstwie choroby nerek. Lecz sprzecznie z Letzerich'em, nie udało mu się dotąd dostrzedz w takim razie sprawy chorobnej w nerkach, różniącej się od zwyczajnego mięszowego ich zapalenia. Według zdania Riessa, rozstrzygnięcie pytania co do tego, czy owe ziarniste twory są rzeczywiście pasożytami lub ciałami obojętnymi, wypada koniecznie zawiesić aż do tego czasu, w którym odkryty zostanie stanowczy i pewny odczynnik, wykazujący jedno lub drugie. Dotąd jednak nie zdaje się mu, aby wzniecenie rozwoju licznych tutaj zaliczanych spraw chorobnych przez drobnowidzowe żyjątka wykazaném było na mocy ścisłego anatomicznego dowodu.

Na te wątpliwości Riessa odpowiada Birch-Hirschfeld (*Die Bacterien im Blut Pyaemischer. Centrall. f. d. med. Wiss. N. 39*) tém twierdzeniem, że znajdujące się w krwi swobodne ziarniste ciała, któreby za bakterye wzięść można, rozpuszczają się w roztworze żrącego potasu, zwłaszcza jeżeli pochodzą z rozpadu, i że prócz tego nie łączą się w paciorki. Zarzut zrobiony eterowi sam zaś uznaje za słuszny, pragnąłby jednak utrzymać to jako pewnik, że część przez Riessa opisanych rozpadowych ciałek, t. j. te, które się w ługu nierozpuszczają, są bakteryami. — Ustępstwo Riessa, że w ropy na ropnicę chorych osób nie jedne wątpliwe ciała rzeczywiście bakteryami być mogą stara się Birch-Hirschfeld odnieść i do krwi ropnicowej, nie zważając wcale na to, iż Riess właśnie na to nacisk położył, iż podobne przypuszczenie jest wpraw-

dzie możliwém, dotąd jednak żaden ścisły anatomiczny dowód za niém nie przemawia. Z téj okoliczności, że Riess ich przy durzycy brzusznej właśnie na szczycie choroby nie spotykał, dopiero później i licznie, w połączeniu z spostrzeżeniem, przez niego samego zrobioném, że w ropnicy właśnie na szczycie choroby najliczniej się znajdują, wyprowadza on ten wniosek, iż twory przez niego i Riess'a zauważane, nie są w ogóle jedne i te same.

I Max Wolf (*Zur Bacterienfrage. Virch. Arch. T. LIX str. 145*) zaprzecza zgodnie z Riess'em doniosłość użytych przez Birch-Hirschfeld'a, Orth'a i innych mikrochemicznych odczynników na bakterye. On stwierdza w zupełności to twierdzenie ostateczne Riess'a, że dotąd jeszcze nie mamy pewnego mikrochemicznego odczynnika na kuliste bakterye. Również i znaki, wzięte z morfologicznego zachowania się tych tworów, jako to kształt dwukropka i t. p. nie dają żadnej pewności, gdyż podobne ugrupowanie spotykamy często i u ziarenek, pochodzących z tłuszczowego rozpadu. Twierdzenie Birch-Hirschfeld'a, jakoby obecność bakteryj we krwi w ropnicy i posocznicy niezbitcie była dowiedziona, nie przyjmuje on w całości, tylko z wielkiém i ważniém ograniczeniem. On sam widział przypadki ropnicy z ostrym przebiegiem, w których bakteryj ani w krwi niedostrzeżono, ani też ich obecności w drodze hodowania (*Züchtung*) lub przeszczepienia wykazać nie zdołano. Jeden z najwydatniejszych odnosił się do kobiety, u której po resekcji stawu biodrowego rozwinęła się ropnica, wiodąca w ciągu 7 dni do śmierci. Badanie zwłok potwierdziło rozpoznanie, wykazując wygląd biało-posokowaty rany, ognisko zapalne wewnątrz kości, nasięk ropiasty w tance łącznej podskórnej, rozpadające się zakrzepy zapalne w żyłach miednicy i po części świeże po części zaś zropiałe zawały płuc, nakoniec mocne napęcznienie wątroby, śledziony i nerek. Prowadzenie przez pięć dni nieprzerwanie dochodzenia krwi wykazało jedynie znane jako następstwo rozpadu ziarenka i kupy ich, nigdzie zaś nie dawały się widzieć bakterye lub paciorki mikrokoków i t. p. tworów. Z białych ciałek krwi zawierały tylko niektóre owe ciemne, połyskujące ziareczka, na których jednak, jak wiadomo, i w prawidłowej krwi nie brak. Natomiast zauważano znaczną ilość bezbarwnych ciałek krwi w kilku, czerwonawo zabarwionych pre-stworkach, co powód do ich rozpadu dawać się zdaje. Zaszczepienie krwi z żyjących zwierząt na rogówce królików nie spowodowało następstw opisanych przez Orth'a, Eberth'a i innych. -- Badanie ropy przyrannój wykazało obecność wielu bakteryi kulistych, połą-

czonych w łańcuchy, prócz tego *bacterium termo* i twory, podobną do opisanych przez Klebs'a „osad bakteryowych“. Przeszczepienie téj wydzieliny na 3 koty stało się powodem ich śmierci. Świeżo z serca konających jeszcze kotów wyjęta krew zawierała kilka luźnych ziarenek, lecz ani łańcuchów kulistych bakteryj, ani też bakteryj przecikowatych. Tę krew i krew z kota zdrowego, zmieszano z płynem odżywным i poddano hodowli. Otóż krew zdrowa zawierała te same ziarenka, t. j. wytwory rozpadu co i krew chora, tylko w mniejszej cokolwiek ilości; różnica przeto, którą Wolff tłumaczy silniejszym zużyciem tkanek podczas choroby. W żadnym z tych dwóch płynów nie zauważano rozwoju łańcuszków lub przecików.

Cokolwiek odmiennie i w sposób bardziej zbliżony do Birch-Hirschfelda zapatruje się Orth (*Untersuchungen ueber Puerperalfieber. Virch. Arch. T. LVII*) na tę sprawę, na mocy swoich spostrzeżeń podczas epidemii gorączki połogowej w Bonn, która się tém odznaczała, że sprawy zapalne żył i ogniska przerzutowe najczęściej nie istniały, gdy tymczasem zapalenie otrzewnej, nadzwyczaj silne, zwykle śmierć sprowadzało. W tych razach można było często dyfteryyczne zapalenie macicy wykazać, często zaś nie znajdowano żadnych zmian w macicy. Przy badaniu rozmaitych wysięków otrzewnej, dostrzegano prócz rozpadających się ciałek ropnych, gromady i łańcuchy kulistych tworów, nie posiadających własnego ruchu. W płynie znajdowano je połączone w łańcuszki o 6—8 a nawet więcej paciorkowatych stawach. Co zaś do licznych ziarenek, rozmaitej wielkości, to Orth sam przyznaje, iż nie podobna istotę każdego z nich oznaczyć. Twory zaś łańcuszkowe uważa on przez to swoje ugrupowanie właśnie należycie zcharakteryzowane. Że one nie są, tak jak przez Riess'a zauważane twory, wynikiem rozpadu białych ciałek krwi, dowodzi tego i mała ich objętość i odporność na działanie potasu, (a ziarenka tłuszczowe?). Za niezbity jednak dowód ich samodzielności i żywotności, uważa on ich zdolność do rozmnażania się, która się nawet w zakitowanych preparatach widzieć daje i stwierdzoną została przez wynik dodatni doświadczeń czynionych z ich przeszczepieniem na rogówkę królików. Wybitnych bakteryj przecikowatych nie mógł jednak i on w owych wysiękach nigdy znaleźć. Że one nie powstają z bakteryj kulistych dowodzi i ta okoliczność, iż rozmnożenie kulek i kurczenie się łańcuszków ciągle i jednakowo się odbywa i postępuje, chociaż i bakterye przecikowate w skutek zanieczyszczenia w płynie się znajdują. Gdyby zaś kuliste twory zmieniały się w przecikowate, toby rozmnożenie się ostatnich

musiało towarzyszyć zmniejszeniu się odpowiedniemu pierwszych. Orth zgadza się przeto z tém twierdzeniem Cohn'a, że twory kuliste i pręcikowate są co do swój istoty od siebie różne; rozdział, który stwierdza i ta okoliczność, że pręcikowate posiadają bardzo żywy ruch samoistny, gdy tymczasem kuliste są bez ruchu. W krwi zwłok udało się tylko w kilku przypadkach wykazać obecność mikrokoków. We krwi żywej, w mocnej gorączce leżącej położnicy, nie było ich zaś wcale. W przeciwieństwie z Maks'em Wolff, który w wysięku otrzewnej u położnic prócz bakteryj kulistych, *bacterium termo* i *bacillus* miał znaleźć, utrzymuje on stale, że tylko bakterye kuliste są wyłącznie obecne i stara się podanie Wolff'a wytłómaczyć zanieczyszczeniem preparatu pośmiertném. Wykrytej zaś przez Wolff'a okoliczności, że płyn zawierający wychodowane ropnicze i posocznicowe grzybki mniej szkodliwie działa, aniżeli wstrzyknięta w takiejże samej ilości i prawie bezwzględnie śmiertelnie działająca ropnicza lub posocznicowa wydzielina rany, zaprzecza tego znaczenia, jakoby nie owe grzybki, lecz płyn sam w którym się znajdują, owe zgubne własności posiadał. Wprawdzie być może, że cząstka tego śmiertelnego działania wydzieliny rany przypada na samą ropę, lecz to nie dowodzi wcale, ażeby i owe grzybki same przez się podobnego wpływu wyrzeć nie zdołały. Ponieważ zaś płyny, z rany pochodzące, różnemi tworami zanieczyszczone bywają, które się skontrolować nie dadzą, to je Orth uważa za materyał, do podobnych dochodzeń w ogóle nie stosowny. Co zaś dotyczy obecności rozmaitych kształtów bakteryj w wydzielinach rany, jak Wolff utrzymuje, to Orth zaprzecza stanowczo to twierdzenie tak co do krwi jak i ropy.

Doświadczenie z hodowaniem sztuczném pasożytów mikroskopijnych.

Pominiemy tutaj szczegółowy opis samych doświadczeń i przytoczymy tylko ostateczny i główny wynik tych dochodzeń, który się przedewszystkiem w artykule Klebs'a (*Beiträge zur Kenntniss der Micrococcen. Arch. f. exper. Path. T. I*) streszcza: skoro już w licznych zakaźnych chorobach (?) wykazaną została niewątpliwie obecność mikrokoków, — mniema on — chodzi teraz głównie o rozstrzygnięcie tego pytania, czy te żyjątka są może w stanie rozwinać się pod wpływem rozmaitych chorobnych przyczyn, z morfologicznych pierwiastków ciała samych, lub też wprowadzone bywają wyłącznie z zewnątrz, a pojedyncze ich postaci odpowiadają jedynie

pewnym i oznaczonym postaciom zakaźnych chorób? To pytanie zostało już w pewnej części rozwiązane przez ustanowienie tego faktu, że owe pasożyty stanowią podstawę przynajmniej zarazy bydłczej wąglikowej i posocznicy. Z dochodzeń Lüders'a i Hensen'a zdawało się jednak wynikać, że mikrokokki mogą i dobrowolnie powstać z cząstek składowych prawidłowego organizmu (*generatio aequivoca*?) jeżeli tylko istnieją odpowiednie do tego warunki. Otóż Klebs powtórzył te doświadczenia, chociaż cokolwiek zmienione i doszedł do tego wniosku, że mikrokokki są to żyjątka właściwe, które się nie rozwijają wprost i zawsze i w każdej krwi (!!). W przeciwieństwie do Cohn'a, który rozróżnia bakteryje kuliste i pręcikowate, skłonny on jest do uważania ich jako formy nawzajem do siebie należące w tym znaczeniu, że pierwsze przedstawiają tylko pewien stopień rozwoju ostatnich. Z tego powodu chciałby on całemu temu rodzajowi nadać nazwę mikrobakteryje. Co do wewnętrznego związku żyjątka *microsporion septicum* z bakteriami zgnilizny, to Klebs uważa to za rzecz stanowczo prawdopodobną, mając wzgląd na to, że zakażenie septyczne często w rzeczywistość zgniliznę przechodzi.

Następane spostrzeżenia uważam jednak za stosowne cokolwiek obszerniej przytoczyć dla tego, że one zaznaczają poniekąd nowe stanowisko w poglądzie na znaczenie tych tworów. Osler i Schäfer (*Ueber einige im Blute vorhandene Bacterienbildende Massen. Centralb. f. d. med. Wissens. N. 37*) zauważyli w wielu chorobach, jako też i u pozornie zdrowych osób we krwi pewne właściwe ziarniste ciała, kilka razy większe od białych ciałek krwi i złożone z drobnych bladych ziarneczek. Przy rozcieńczeniu kropli krwi roztworem $\frac{3}{4}$ procentowym soli kuchennej, występowały na powierzchni tych „komórek“ cieniuchne, w guziczkową główkę zaopatrzone niteczki, które powyżsi autorowie za bakteryje wziąć są skłonni. Przybierają one wkrótce szybki ruch wirowy, odrywają się od osady i poruszają się w końcu w płynie jako luźne nitki. Co się dalej z nimi dzieje, tego jeszcze dotąd dojść nie zdołali. Autorowie przytęm są tego jednak zdania, że owe gromadki ziarniste za życia we krwi jeszcze nie istnieją, tylko po śmierci bardzo szybko w ten sposób się tworzą, że składające je blade ziarneczka nagle się z sobą zlewają.

Hallier (*Die Parasiten der Infectiouskrankheiten. Zeits. f. Parasitenkunde T. I V*) zaś dostrzegł w chorobie „wąglikowatej“ rogatego bydła czerwone a jeszcze bardziej białe ciała krwi, pokryte zbitą

warstwą mikrokoków. Wiele z tych ciałek rozrosło się w bryły znaczne, przesiąknięte na wskrós owemi żyłkami. W wilgotnym komórkowym przyrządzie można je było doprowadzić do szybkiego rozmnożenia się w kierunku już znanym. Wkrótce jednak zaczynają wypuszczać dłuższe kielki i tworzą tym sposobem zbite podścielisko (*mycelium*). W płynach bardziej odżywnych ma miejsce śródmiąższowe (*intercellular*), przez obrzmienie i następne przewężenie spowodowane odciśnięcie miąższowych stawów, uskuteczniłone wytworzenie większych połyskujących komórek. Te kuliste pierwiastki mają bardzo podobny wygląd do młodych sporów pewnego grzyba śniedzi i przybierają przy obfitym odżywieniu ciemnobrunatną barwę. Hallier uważa ten twór tymczasem za *ustilago interrupta*, nie rozstrzygając wcale, czy należy do znanego już gatunku *ustilago* lub nie.

Moore (*On the sarcina ventriculi of Goodsirc. The Lancet. Nr. 1*), opisuje pewne właściwe zmiany znanego grzybka żołądkowego: *sarcina ventriculi*, które zauważył u człowieka, cierpiącego na wymioty codzienne. Jeżeli bowiem płyn dawał odczyn kwaśny, to owe złożone kostki grzyba zachowywały przez całe tygodnie swój wygląd jasny i przezroczystość i dopiero późno rozkładały się i niły. Lecz skoro tylko chory przy wyłącznym używaniu mleka przestał używać pokarmu roślinnego i zawartość żołądka stała się alkaliczną, zniknęły natychmiast, co nasuwa myśl, że warunkiem ich istnienia jest octowa fermentacja w żołądku, której usunięcie i grzybki niszczy.

I polska literatura dostarczyła swego kontyngensu do obecnej nauki o znaczeniu mikroskopijnych pasożytów. Browicz z Krakowa (*Roślinne pasożyty w tyfusie kiszkiowym. Sprawozdanie z posiedzeń oddziału przyrodniczego w Krakow. Akad. Umiej. N. 2.*), donosi iż w jednym przypadku tej choroby znalazł w sercu pomiędzy tłuszczowo rozpadającymi się włóknami mięsnymi podobnie i w nerkach, śledzionie i zawartości kiszki, pręcikowate twory nieruchome, których hodowanie w komórkowatym wilgotnym przyrządzie ich pasożytniczą naturę stwierdziło.

Doświadczenia z przeszczepieniem tych tworów.

Znaczna ilość badaczy zabrała się do doświadczeń w celu zbadania znaczenia osobnych rodzajów grzybków dla pojedynczych zakaźnych

chorób, a to za pomocą szczepienia lub wstrzykiwania zawierających je płynów do krwi lub jam ciała lub też pod skórę. Wyniki tych badań były rozmaite a czasami nawet wprost sobie przeciwne. Eberth (*Die diphtheritischen Prozesse. Centralb. f. d. med. Wiss. Nr. 8*) np. dowodzi na téj podstawie, że zaszczenie czy to dyfterytycznej ropy lub krwi czy zwyczajnej ropy lub krwi kobiety w połogu albo też zwyczajnej ropy przyrannéj lub wydzieliny macicy zapalonej i t. p. sprowadza po zaszczeniu na rogówkę królika jéj zapalenie, byle tylko wszędzie były bakteryje, że ropnica jest po większéj części sprawą dyfterytyczną. Tymczasem Leber (*Ueber Entzündung der Hornhaut durch septische Infection. Centralb. f. med. Wiss. Nr. 9.*), przekonał się, że za pomocą zaszczenia prawidłowego śluzu z jamy ustnej, zawierającego wyższą formę bakteryj, t. z. leptothrix, można również ropiaste zapalenie rogówki wywołać, chociaż sądzi, że przy tém szczepieniu zamieszane zostały zarodki posocznicowéj sprawy. Sam Eberth w innej pracy (*Ueber Wunddiphtherie. l. 8. N. 19*) dowodzi, że podobne zapalenie rogówki można wywołać za pomocą przebicia jéj gołą igłą albo też przewleczenia przez nią nitki jedwabnej, tylko że w pierwszym razie rana nie przedstawia żadnych grzybków, gdy zaś w drugim w koło niéj bujanie grzybków obfite następuje, co przypisuje téj okoliczności, że nitka wciąga w siebie szybko płyn, łącznicę oka przenikający i daje przez to sposobność do rozwinięcia się grzybków. Eberth (*Wundmykose der Frösche und ihre Folgen. l. c. Nr. 53*), przytacza jeszcze jedno doświadczenie. Po skutecznieniu małych ran skórnych u żab zgojenie ich przeciąga się czasami. Otoczenie rany jest wtedy pokryte lepłą masą a w tkaninie samej znajduje się zbita gromada kulistych bakteryj, które się prócz tego i we krwi i w otwartéj przez zranienie chłonnej torebce znajdują. Najdokładniej daje się to widzieć na naczyniach szklanego ciała oka, zatkanych bakteryjami. Podobnie i w naczyniach włosowatych nerek, wątroby, serca, jako też w cewkach nerkowych napotyka się liczne pęki bakteryj, otoczone niekiedy wrzodzikami. Z tego on chce wyprowadzić podobieństwo do ropnicy u człowieka.

I co do róży przyrannéj robiono w tym kierunku doświadczenia. Salisbury (*Vegetations found in the blood of patients, suffering with Erysipelas. Zeitschrift f. Parasitenkunde 5. IV*) znalazł u wielu chorych, cierpiących na różę, mianowicie twarzy, osobliwsze nitkowate grzybki we krwi. Hodowla ich wydała w jednym przypadku rozgałęzione nici, należące niewątpliwie do *peni-*

cillium i nazwane przez niego p. *quadrifidum*. To samo znalazł i u drugiego chorego. U trzeciego znajdowały się spory od *Fusisporum*, znajdującego się na kartoflach. W innym przypadku wynikiem hodowli była forma grzyba, należące do *perenospera infestans*. Spostrzeżenie, któreby nie przemawiało za odrębnością tych tworów w oddzielnych chorobach.

Dla rozstrzygnięcia pytania o przenośności róży i działających przy tém czynnikach, przedsięwziął Orth (*Untersuchungen über Erysipel. Arch. f. exper. Path. T. 1.*), kilka szeregów dochodzeń. Za pomocą pierwszego zamierzał on ustanowić, czy róža jest przenośna lub nie. Jako materiał użyto świeżą i przegniłą zawartość pęcherza róży u operowanego na raka warg; prócz tego ropę i świeży jako i przegniły płyn obrzękowy z zwierząt poprzednio zakażonych. Z tych wszystkich płynów, zawierających obfitą ilość nieruchomych kulistych bakteryj, zastrzyknięto królikom znaczne ilości, wynoszące 1—2 kub. centym., pod skórę. Za każdą razą powstało wkrótce podniesienie ciepłoty, które jeszcze w ciągu jednego dnia dosięgało swego szczytu, i stałe dalej trwało. Prócz tego jawiła się zawsze wędrująca czerwonosć, obrzęk i nasięk komorkowatej tkanki skórnej i podskórnej, któremu raz nawet wytworzenie się bąbli towarzyszyło. Wtenczas, kiedy w nasięku, przenikającym tkaninę, można było nader liczne mikrokoki wykazać, we krwi znajdowano je bardzo rzadko. Zgnilizna zdawała się działać nie wstrzykniętego płynu cokolwiek zmniejszać, lecz go nie znosiła. W drugim szeregu starał się rozstrzygnąć pytanie, czy bakterye, które z płynów uiewątpliwie zakaźnych były wyhodowane, wywołują te same specyficzne objawy zakaźne? W tym celu zastrzykiwał on królikom pod skórę płyn odżywczy, wzięty z bakteryje zawierającego obrzękowego płynu poprzednich zwierząt. Nastąpiło tak samo podniesienie ciepłoty, jak i poprzednio, takie same miejscowe zmiany i pod mikroskopem te same objawy. Że zaś nie ów płyn odżywczy sam przez się te objawy wywołał, sprawdzono doświadczeniem, skutecznionym za pomocą wolnego od bakteryj płynu. Trzeci szereg doświadczeń miał posłużyć do ustanowienia, czy bakteryje działają szkodliwie same przez się, czy też pośrednio, powodując wytworzenie się wprost działającego jadu? W tym celu wstrzykiwał on po części płyn obrzękowy z poprzednich zwierząt, lecz odwoniony kwasem karbolowym lub też przez dłuższe gotowanie, po części zaś

w bakterye obfitujący płyn odżywczy. Podniesienie się ciepłoty było tym razem mniej wydatne; zapalne objawy rozwinęły się wprawdzie miejscowo, lecz nie szerzyły się dalej, a w tkaninie nie znajdowano bakteryj. Orth wnosi ztąd, że bakteryje nie mogą wprawdzie być bez pośrednią przyczyną choroby, że ją jednak wywołują pośrednio o tyle, że wytwarzają przez swoją życiową sprawę pierwiastek, przedstawiający właściwy jad. Stać się więc może, że przez ich zniszczenie da się szkodliwość wstrzykniętego płynu wprawdzie zmniejszyć, lecz nie zniszczyć zupełnie. —Co do podłużnych, samodzielnym ruchem obdarzonych bakteryj, które przy swych dochodzeniach obok kulistych dostrzegał, to mniema, że je pomimo to trzeba uważać za kuliste, które się tylko cokolwiek wydłużyły lub dzielić się mają. Z okoliczności, że on za pomocą swych bakteryj tylko specyficzne różowe zapalenia zdołał wywołać, w zestawieniu z odkryciem Coh'n'a, że w tym samym płynie można za pomocą rozmaitych bakteryj wywołać to czerwonawe to zielone zabarwienie, wnosi Orth, że pomimo dotychczasowej niemożności przeprowadzenia ścisłego podziału tych pojedynczych postaci bakteryj, wywołujące oddzielne choroby i co do swój istoty od siebie wzajem się różnią.

Ciekawe są przedewszystkiem w tej mierze dochodzenia Davaine'a (*Sur la sépticémie. Bull. de l'Acad. d. Méd. N. 3*), uskutecznione na królikach krwią z chorych ludzi na tyfus. Już jedna milionowa część kropli wystarczała do sprowadzenia śmierci zwierzęcia a szczepienie dalsze innych zwierząt krwią poprzednich sprowadzało śmierć ich w krótkim bardzo czasie. Te spostrzeżenia nie przedstawiają według Davaine'a żadnej wątpliwości, że tyfus jest natury posocznicowej. W tych po sobie następujących pokoleniach jadu, które się przez ciągle przeszczepianie go otrzymuje, nie mógł Davaine dopatrzeć żadnej różnicy pomiędzy tyfoidalną posocznicą a tą, którą się przez zastrzyknięcie gnicie wywołujących substancyj otrzymuje. Między nimi nie ma istotnej różnicy ani co do ostatecznego zejścia choroby, ani też co do objawów, występujących w ciągu jój przebiegu. Najciekawszymi są jednak dochodzenia Davaine'a nad ropnicą, które dały powód do całego szeregu poszukiwań w tymże samym kierunku. Według niego krew jakiegokolwiek bądź zwierzęcia, wystawiona po dodaniu do niej bardzo małej ilości gnijącej krwi, na gnicie w temperaturze 37—39° C., staje się w ciągu 14 godzin tak zjadliwą, że trilionowa część kropli jój zdoła królika zabić. Natomiast krew, gnijąca w zwykłej temperaturze powoli, posia-

da bardzo słabą zabójczą siłę, tak że czasami dopiero 20 kropli téj krwi śmierć królika sprowadza. Ztąd to pochodzi, według Davaine'a, dla czego krew na posocznicę zmarłych zwierząt daleko jest zjadliwszą, aniżeli substancya, co posocznicę wywołała. Posocznica jest to gnicie krwi w żywém zwierzęciu, a że to gnicie się odbywa przy ciepłocie około 40°, więc krew musi się stać tak samo jadowitą, jak i ta, która przy téjże saméj ciepłocie po za obrębem organizmu gnije. Czysty tlen nie ma na to większego wpływu jak i atmosferyczne powietrze. Krew, którą Davaine przez dłuższy czas w tlenie przy ciepłocie 36—39° C. utrzymywał, zachowała te same jadowite własności co i krew, którą w tych samych warunkach w powietrzu przechowano. Również i gotowanie nie niszczy działania ani gnijącej ani posocznicowatéj krwi. Królika można uważać za odczynnik na posocznicę, gdyż i śmierć następuje po zaszczerpieniu niesłychanie małej ilości (jednej milionowéj części kropli), tak stale, że na sto razy Davaine jój tylko raz nie widział, a wytwory innych chorób z człowieka żywego, ani też wytwory występującej po śmierci zgnilizny nie wywierają na królika w tak drobnéj ilości działania, choćby nawet do poprzedniego zbliżonego.

Idreyer (*Ueber die zunehmende Wirkung des septicaemischen Blutes bei fortgesetzter Uebertragung. Centralbl. d. med. Wiss. Nr. 59*), potwierdza powyższe wyniki poszukiwań Davaine'a, gdy tymczasem Bouley (*Sur la sépticémie. Bull. d. l'Acad. d. méd. Nr. 3*), przenoszalność posocznicy przez zaszczerpienie podobnéj krwi wprawdzie potwierdza, lecz utrzymuje, że przy dalszém przeszczerpianiu, mianowicie na zwierzęta innego rodzaju, następuje zmniejszenie działalności. Béhier (*Bullet. de l'Acad. de Méde. N. 5*), i Vulpian (*Discussion sur la sépticémie. Bull. d. l'Acad. de méd. Nr. 13*), potwierdzają wprawdzie także zabójcze działanie minimalnych dawek krwi posocznicowo chorych zwierząt i tłumaczą tę okoliczność, iż przy bardzo wielkiém rozcieńczeniu często nie ma odczynu, tém, że owe mikroskopijne żyjątka w takim płynie nierównie są rozdzielone. I tak np. przy rozcieńczeniu jednéj części krwi na jeden bilion części wody nie w każdém polu widmowém można znaleźć ziarnka i pręciki. Lecz ich wyniki o tyle są sprzeczne z wynikami Davaine'a, że przy badaniu zwłok zwierząt zakażonych, zawsze uderzające zmiany znajdowali. Vulpian np. zauważył, że śmierć następowała wczesniej, aniżeli to widział Béhier, i znajdował wtedy znaczne przekrwienie, rzadko kiedy zawały płuc, obrzmienie i przekrwienie śledziony i wątroby, czasem nawet wylewy krwi w błonach surowi-

czych. B é h i e r otrzymywał te same objawy, lecz prócz tego często i zawały w płucach, wątrobie i śledzionie, jak również i znaczny współdział kiszek w postaci zapalenia, czasami z wylewami krwi. Oba znajdowali stale we krwi mikrokokki i pręcikowate bakteryje w wielkiej ilości. Lecz podczas gdy V u l p i a n nie zauważył żadnej zmiany białych ciałek krwi, podaje B é h i e r, że nie tylko w ogóle są pomnożone lecz i pojedyncze są większe wskutek napełnienia ich zbitą zawartością ziarek, zachowujących się tak samo, jak i ziarnka, swobodnie w osoczu pływające. Różnicę siły działania krwi, gnijącej przy zwykłej ciepłocie i krwi, wziętej od zwierząt posocznicą zakażonych, tłómaczy on różnicą bakteryj, w obu rodzajach krwi zawartych. W krwi gnijącej są one zawsze dłuższe, grubsze i żywiej się poruszające, jak w krwi posocznicowej. Takim sposobem bakterje do krwi wprowadzone i później w niej znalezione, nie są jedne i te same. Ztąd też uważa posocznicę, wywołaną u królików, za chorobę różną od posocznicy człowieka, mianowicie od zmiany krwi w tyfusie. Być może, iż ona nawet zupełnie osobny rodzaj zakażenia krwi stanowi, który radzi nazwać B a k t e r i h e m i a lub M y s e t h e m i a. Wreszcie zdanie, jakoby królik był odczyunikiem na posocznicę, uważa za przedwczesne.

C h a s s a i g n a c (*Discussion sur la sépticémie. Bull. de l'Acad. d. Med. N. 2*), przerywa często rozprawy nad zajmującym nas przedmiotem, prowadzone w paryzkiej akademii lekarskiej, w zwykły swój jaskrawy sposób i zwraca się głównie przeciwko utożsamieniu ropnicy i posocznicy i dążeniu do sprowadzenia obu tych chorób do jednej i tej samej podstawy, do działania tego samego jadu: sepsiny. Dążenie, do postawienia w miejsce nieznanéj przyczyny choroby tak samo nieznaný jad, jest takżę samą szkodliwą ontologią, jak i dawniejsze. Twierdzenie D a v a i n e'a, jakoby jedna kwadrilionowa część kropli krwi, posocznicowato zakażonéj, królika zabić była w stanie, uważa za rzecz niepodobną. Gdyż jeżeliby jad posocznicowy zdołał w takim wielkiém i wyobrazić się nawet nie dającym roztworzeniu podobny skutek sprowadzić, jaki mu przypisują, to w takim razie żaden człowiek nie byłby w żadnej chwili swego życia od zakażenia podobnego bezpiecznym, czego jednak doświadczenie nie stwierdza.

O n i m u s (*Contribution à l'étude de la sépticémie. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. N. 26*) wprowadzał krew z chorych na tyfus ludzi, wołów i świn, do dialyzatora, który wstawiał w kociołeczek z prze-

kroploną wodą i utrzymywał wszystko stałe w ciepłocie 38°C. Po 14 godzinach zawierała woda wielką ilość takich samych bakteryj, jakie się we krwi znajdowały. Otóż wtenczas kiedy kropla jedna owój krwi była dostateczną, do zabicia królika, można było wstrzyknąć królikowi 40—50 kubiecz. centymetrów téj wody, bez sprowadzenia kiedykolwiek śmierci. Onimus wnosi ztąd, że bakterye, znajdujące się w wodzie, zawdzięczają swój początek przesiękającym do wody pierwiastkom krwi; jeżeli się bowiem przez dłuższe postępowanie tego rodzaju krew wytrawi, to wytwarzanie się tych żyjatek w wodzie zuniczysza się. Zastępując zaś krew białkiem gnijącym, liczba bakteryj w wodzie staje się nadzwyczaj małą. Jad zgniłego zakażenia nie jest zatem żadnym, rodowi bakteryj właściwym żywotnym fermentem, lecz substancją nieżywotną, nieprzesączalną, mającą prawdopodobnie własności ciał białkowatych. Bakterye nie są przeto przyczyną lecz następstwem zmian w zgniliznie. Davaine zrobił wprawdzie temu zarzut, że bardzo mała zmiana w składzie płynów, w których bakterye rozwijać się mają, wystarcza do wytworzenia rozmaitych rodzaj bakteryj i z tego powodu Onimus nie może z pewnością postawić tego twierdzenia, że przy wszystkich swoich doświadczeniach jeden i ten sam rodzaj bakteryj wstrzykiwał; że co do niego, to musi za rzecz niepodobną uznać, aby jadowitym pierwiastkiem zakażenia zgniłego miała być niezorganizowana substancya białkowata, albowiem on nie zna żadnego chemicznego ciała, któreby w ilości jednéj milionowój części kropli posiadało działanie trujące lub wywołujące fermentacyą, chyba że posiada własność mnożenia się w drodze zapłodnienia. Taka zaś własność jest przyniotem wyłącznym tylko istot zorganizowanych żyjących. Na ten zarzut odpowiada Onimus, że istnieją rzeczywiście niezorganizowane choć organiczne jady, zdolne w najdrobniejszych nawet dawkach do wywołania takichże samych następstw, jakie przy działaniu septycznych ciał spostrzegamy. Dalej zwraca na to uwagę, że i choroby, które do właściwie zaraźliwych nie należą, jednak za pomocą nasienia, a zatem płynu nie mającego życia, bywają na drugich przeniesione. Prowadząc dalsze doświadczenia starał się on sprawdzić podanie Davaine'a, że przyczyna szkodliwości krwi septycemicznej zawisła jest od obecności bakteryj. Przy przesączeniu gnijącej krwi przez sączek papierowy, znalazł bakterye i na sączku i w płynie przesączonym, a jednak ten płyn był całkiem nieszkodliwym, gdy tymczasem płyn na sączku pozostały okazał się zgubnym w najwyższym stopniu. Gdyby więc pomimo takiej w oazy bijącej różnicy

chociano się utrzymać przy dotychczasowém mniemaniu, toby należało postawić to twierdzenie, że owe na pozór zupełnie jednakowe drobne żyjątka mogą posiadać rozmaite własności, lub téż wyobrazić sobie, że jedno żyjątko z owéj jednostajnéj massy, wywierać może wpływ zgubny, gdy tymczasem drugie, mające zupełnie taki sam wygląd, jest całkiem nieszkodliwe. Oba te przypuszczenia nie dadzą się zaś widocznie utrzymać. Wreszcie Onimus przekonał się wprost przez swoje doświadczenie, że krew septycemiczna zmarła działa szkodliwie, zwierzęta umierały szybko, że zaś taka sama krew, zaprawiona kwasem karbolowym, wysokiem, tynkturą jodową, kwas. saletrzanym, siarczanym, lub sublimatem pozostaje bez szkodliwego skutku. W obu zaś przypadkach znaleziono niezliczone bakterye, wprawdzie poruszające się, jednak nie ruchem samodzielnym, lecz owym biernym, który ruchem Bro wn'a zwykle nazywają. Dodatek strychniny lub soli makowca wstrzymuje również ten ruch, albo go nawet zupełnie znosi.

Najważniejsze zarzuty stawiają jednak téj teorii Max. Wolff, Clementi i w. i. Wolff (*Ueber Pilzinjectionen. Centralbl. f. d. mediz. Wissens. N. 8, 9 i 32*) sprawdzał najprzód dochodzenia z przesączeniem w glinianych sączkach, które Zahn przedsiębrał dla utrzymania roztworu bez bakteryj. Wolff przekonał się przytém, że w przesączonym płynie znajdują się zawsze jeszcze bakterye, chociaż w bardzo małej liczbie. Ten wynik, ograniczający niemało podania a przeto i wnioski Zah n'a, zostaje stwierdzony i tą jeszcze okolicznością, że w tym płynie przesączonym dadzą się w kilku dniach niezliczone bakterye wyhodować, jeżeli tylko z właściwą ostrożnością przechowany zostanie. Sączki gliniane nie są przeto widocznie w stanie przeszkodzić przeniknięciu przez nie bakteryj. Podobnież i metoda Bergmanna'a, polegająca na zamrożeniu płynu, nie jest w stanie sprowadzić zupełne rozdzielenie płynu, gdyż i w tym razie przy zupełnej jasności najwyższej warstwy, bakteryj w niej nigdy nie brakuje. Lecz i za pomocą innych sposobów, np. kilkakrotnego przesączania przez gliniane sączki, lub grube warstwy zbitego papieru do przesączania, posypywania zwierzęcym węglem, lub też nakoniec pozostawieniem płynu w zupełnym spokoju przez kilka tygodni, nieudało się Wolffowi nigdy otrzymać płynu zupełnie wolnego od bakteryj. Nie pozostało więc nic, tylko dochodzenia z wstrzykiwaniem skutecznie za pomocą takiego w bakterye biednego płynu. Otóż niepodobna było dopatrzeć się stałej znacznej różnicy w działaniu pozostałości od przesączenia, obfitującej w bakterye i płynu przesączonego bardzo

w nie ubogiego; takięj przynajmniej jaką Klebs podaje. U królików, którym czy to jeden czy drugi płyn pod skórę wstrzyknięto, powstawało zawsze w miejscu zastosowania ropienie, które wprawdzie w ostatnim razie było więcej ograniczone i w końcu następowała śmierć. Te same dochodzenia na świnkach morskich przekonały, że krew zgniła działa w ogóle inaczej jak jęj płyn przesańczony i to nawet wtenczas, gdy się do ostatniego doda umyślnie bakterye ze krwi. Wolff wyprowadza ztąd wniosek, że zgubny wpływ tych płynów nie może być zależnym od bakteryj, że owszem polegać musi na obecności jakiegokolwiek bądź morfologicznego lub chemicznego pierwiastku krwi w pozostałości jęj na sączku. I rzeczywiście ten płyn przesańczony z krwi zgnilęj, różni się od pierwotnęj krwi nie tylko zwiększając się zmniejszeniem ilości bakteryj i brakiem ciał stałych, ale i brakiem charakterystycznych pierwiastków wonnych i, co na największą zasługuje uwagę, siarkowodoru. Wstrzykiwania do przewodów oddechowych, uskutecznił Wolff w ten sposób, że albo roztwór za pomocą strzykawki Pravaz'a wprost do tchawicy wstrzykiwał, albo też go za pomocą przyrządu Richardson'a rozproszony w pył tamże wprowadzał. Badanie, w krótszym lub dłuższym czasie potęm zabitych zwierząt, nie pozostawiało żadnęj wątpliwości, że tym sposobem da się osiągnąć obfite napełnienie a nawet zalanie gronek pęcherzyków płucnych płynem, bakterye zawierającym. Z 20 podobnych, po części prostym a po części bakterye zawierającym płynem Pasteur'a, uskuteczniionych doświadczeń, doprowadziło 8 tylko do objawów zapalenia w tkance płucnęj, które się jednak na kilku tylko zrazikach skończyło. Polegały one na nagromadzeniu drobniotkich okrągłych komórek w zrazikach, chociaż obok nich nie można było nigdzie dostrzedz bakteryj w większęj ilości. Przy cokolwiek obszerniejszym nasięku pojawiały się obok mniejszych i większe komórki podobne do nabłonka; włóknik zaś rzadko i w małej bardzo ilości. Lecz i w tym razie nie zawierały ani gronka pęcherzyków, ani w krokiewkach międzypęcherzykowych przebiegające naczynia żadnych bakteryj. Te zmiany płuc przedstawiały zatęm te same charaktery co i płuca innych przypadkowo zmarłych zwierząt, tak co do zewnętrznego ich wyglądu jak i wewnętrznęj istoty. Nawet przy wprowadzeniu wielkich ilości płynu, nie udało się nigdy wytworzyć ani dyfterytycznego processu, ani też prosowatych, z nagromadzenia bakteryj wynikających, ropni w płucach, a tym mniej zmian zgnilizny w tkaninie. Cały szereg zwierząt zniósł nawet wstrzyknięcie płynu, przedstawiającego siedlisko hodowli bakte-

ryj i nienaruszone. W przeciwieństwie do Tiegela, który z powodu stałości całego w swoich przypadkach zauważanego chodu wzrostu temperatury, sądził, że odkrył w tém zupełną zgodność z krzywą sepsyny, t. j. tą krzywą linią, którą wzrost temperatury przy użyciu gnilnego pierwiastku (*sepsiny*) kreśli, Küssner robi tę uwagę, że ów bieg temperatury był tak zmienny, że niepodobna w nim upatrywać czegoś charakterystycznego.

I Lewicki (*Zur Frage ueber die Substanzen, welche die Temperatur des thierischen Körpers erhöhen. Centralbl. f. d. med. Wissens. N. 46*), potwierdza poniekąd otrzymane przez powyższych autorów przeczące wyniki. On badał zmiany ciepłoty, które wywołuje wstrzykiwanie rozmaitych płynów do krwi zwierzęcia. Dla rozstrzygnięcia pytania, czy woda zwyczajna może wywołać gorączkę, wstrzyknął ją najprzód pod skórę. Wtedy następowało tylko wtenczas nieznaczne podniesienie ciepłoty, jeżeli to wstrzyknięcie uskuteczniło pod wielkim naciskiem, a zatém przy silniejszym podrażnieniu tkaniny. Po wstrzyknięciu jój w żyły podniesienie ciepłoty nie było większe od tego, jakie następuje zwykle po zranieniu żyły. Wprowadzenie do krwi raz płynu Pasteur'a a drugi raz płynu, nie zawierającego po kilkakrotném przesączeniu tylko nieznaną ilość bakteryj, miało jedne i te same skutki, t. j. znaczne podniesienie ciepłoty zwierzęcia. Z tego wnosi Lewicki, że stan gorączkowy, rozwijający się po wstrzyknięciu płynu, zawierającego znaczną ilość bakteryj, nie może być następstwem ich obecności. On przypuszcza raczej, że prawdopodobnie prawdziwej przyczyny tego objawu szukać trzeba w równoczesném wprowadzeniu do krwi części rozkładowych, których źródłem zapewne sprawy żywotne owych żył. Przy wstrzyknięciu bowiem płynu Pasteur'a w którym bakteryje już przez dłuższy czas się znajdowały, następowało przynajmniej znaczniejsze podniesienie temperatury, aniżeli wtedy, gdy dodanie bakteryi do owego płynu dopiero przed niedawnym czasem miało miejsce.

Tak więc i obecnie ważna ta kwestya nie jest jeszcze stanowczo rozstrzygnięta.

Co do ogólnych własności i znamion chorób zakaźnych ostrych, to dochodzenia Gerhardt'a (*Zur Naturgeschichte der acuten Infectiouskrankheiten. Deut. Arch. f. klin. Medic. T. 12*), odnoszą się głównie do stosunków okresu kiełkowania (*Incubatio*). Zauważył on bowiem pewne różnice w trwaniu tego pierwszego okresu u jednej i tejże samej choroby. I tak np. przy

ospie przytacza jako przyczynę tej zmienności zewnętrzną temperaturę, gdyż np. ospa szczepiona w lecie prędkiej się rozwija a krosty ospowe powstają szybciej na miejscach, wystawionych na działanie promieniającego ciepła, promieni słońca lub innych przekrwienie skóry sprawdzających bodźców. Trwanie tego okresu jest dalej zawisłym od miejsca przejęcia zarazku; mianowicie przy ospie i szkarlatynie. Jest również prawdopodobnym, że przeziębienie, błędy dietetyczne i t. p. skracają ten okres, jak to już *Obermeier* wykazał dla menstruacji, która go w ospie znacznie skraca. Bez wpływu nań zdaje się być ilość wchłoniętego zarazku; gdy tymczasem okres rozwoju samego zarazku wpływ niezaprzeczoną mieć się zdaje. *Gerhardt* zwraca jeszcze uwagę na wysypki, należące do objawów zapowiednich, które przy ospie bywają dość częste, rzadsze już przy kurze i tyfusie brzuszny. W przypadku, który autor sam widział, zachorował 23 letni mężczyzna, który przez kilka tygodni z powodu gościca w szpitalu przeleżał, nagle, wśród objawów bezwładu, dreszczy, bólu głowy, zawrotu i t. d. i wkrótce objawiła się na całym tułowi wysypka o wielkich, czerwono-sinawych plamach, która jednak na ramiona i uda nie przechodziła. Plamy były wielkości cala i dochodziły czasem do wielkości dłoni, po części okrągłe, po części zaś podłużne i okrągławe, zlewały się niekiedy swemi niejasno odgraniczonymi brzegami, a przy naciśnięciu palcem nie bładły wcale. W ciągu tygodnia zaczęły blednąć, stawały się brunatne i znikły zupełnie po dwóch tygodniach. Gdy zupełnie zbladły, wystąpiła pomiędzy nimi obfita i niezaprzeczona różycyca, po czém wywiązał się tyfus.

Co do powrotności (*Recidive*), ostrych chorób zakaźnych, to *Gerhardt* rozróżnia trzy przypadki. To jest: proste dopełniające wysypania się (*Nachschübe*), które w pierwszych dniach po wystąpieniu się ostrzej wysypki bardzo często się zdarzają, pod drugie: powtórna choroba i nakoniec: prawdziwe powroty. Te ostatnie zdarzają się przy wszystkich chorobach ostrych zakaźnych i występują w ciągu czasu, który nie wiele jest dłuższym od okresu zakażenia z dodaniem czasu trwania całej choroby.

Epidemiczne zapalenie gruczołu przyusznego, uważane przez wielu jeszcze lekarzy za chorobę miejscową, zalicza *Gerhardt* również do chorób ogólnych zakaźnych. Nie jest ona bowiem nigdy bez gorączki, przebiega zawsze ze znacznym obrzmieniem śledziony i wielu gruczołów limfatycznych, mianowicie karkowych, szyjnych i podpachowych, i z przerzutami częstymi na jądra,

sutki, wargi sromne, jajniki i t. d. które tak samo trzeba uważać za umiejscowienie pochodne tej zakaźnej choroby, jak np. zapalenie płuc przy kurze (*morbilli*), choroby nerek i stawów przy szkarlatynie.

Zapalenie, ropienie, odrodzenie.

I na tém polu, pomimo usilnych starań wielu i to znakomitych badaczy, akta jeszcze nie zamknięte. Cohnheim (*Jul. Neue Untersuchungen ueber die Entzündung. Berlin.*) zwraca przedewszystkiem na to uwagę, że podać Strickera i jego uczni co do powstawania ciałek ropnych ze stałych pierwiastków tkanki łącznej nie może uważać za udowodnione, że owszem przy dawniejszém swoim twierdzeniu o ich niezmienności upierać się musi. Cohnheim podał był za warunek wystąpienia czerwonych ciałek krwi z naczyń powiększenie się przestworków (*stomata*) tychże, gdy tymczasem za przy czynę wystąpienia białych ciałek krwi przyjął ich kurczliwość. Her ring i Szklarski porównali zaś cały ten objaw z powolnem przesiekaniem substancji koloidalnej przez fizyczne odstępstwa w ścianach naczynia, utrzymując, że przyjęcie owych stomatów, podobnie jak i dobrowolnej kurczliwości jest niepotrzebne. Cohnheim sprowadzał zapalenie przez przyżeganie w ten sposób, że kawałek saletranu srebra na język kładł. Następywało rozszerzenie wprost dotkniętych i sąsiednich naczyń, tak tętnic jak i żył i przepelnienie naczyń włosowatych. Prócz tego z początku przyśpieszenie krążenia krwi a potem jego zwolnienie i zastój w naczyniach. Po pewnym czasie zaś zaczynają najprzód tętnice i żyły, najbardziej od miejsca przypalenia oddalone, potem coraz to bliższe się ściągać, krążenie zaczyna w nich się powiększać, aż nakoniec po kilku godzinach od swego prawidłowego stanu powraca, za wyjątkiem w tych naczyniach, które wprost do miejsca przypalenia prowadzą, w których ów strumień jest zwolniony. Naczynia włosowate, w bezpośredniem sąsiedztwie strupa się znajdujące, są w zupełnym zastoju, a w 6—8 godzin jeszcze po przypieczeniu można w otoczeniu tego miejsca zastoju na dążących do niego arteryjach, żyłach i naczyniach włosowatych dostrzedz rozszerzenie i zwolnienie krwiobiegu.

W najbliższém sąsiedztwie strupa rozpoczyna się tedy częściowe rozszerzenie i wystąpienie białych i czerwonych ciałek krwi. Na 2—4 dnia po przypieczeniu znajdujemy w koło strupa obwódkę wąską zupełnego zastoju, za nią szerszą przestrzeń, na której krew w naczy-

niach włosowatych nieruchoma z nadzwyczajnym rozciągnięciem ścian, a nakoniec pas jeszcze szerszy naczyń włosowatych, w których strumień krwi zwolniony a ciałka białe i czerwone krwi obficie z nich na zewnątrz przesiękają. Równocześnie przechodzą liczne ciałka krwi z rozszerzonych żył na zewnątrz w bliskości strupa. Z tém wychodźstwem łączy się i obfity przesięk, który jednak wraz z białymi ciałkami po kilku dniach niknie.

Wszystkie te objawy następują tak samo, jeżeli się użyje do tego i innych ciałek żrących, np. soli kuchennej, kwasu octowego, potasu żrącego i t. d. Również i cały bieg ich jest ten sam po zastosowaniu owych ciał na pletwę żaby.

Rozszerzenie naczyń uważa C o h n h e i m jako następstwo działania wprost na mięśnie naczyń i jest przeciwnym teorii L o v é n a. który je uważa za objaw działania zwrotnego nerwów; — albowiem pomimo dalszego działania bodźca owe rozszerzenie wkońcu ustaje, objawy zaś znużenia nerwów czuciowych nie są znane. I dalsze następstwa przypieczenia objaśnia C o h n h e i m zmianą ścian naczyń, mianowicie wylewy. Jakiego zaś rodzaju jest ta zmiana naczyń o tém nawet nie wspomina.

Pierwotne rozszerzenie naczyń wraz z przekrwieniem od krwi nawału nie jest wreszcie objawem charakterystycznym zapalenia od działania środków żrących. Albowiem na bardzo w naczyń krwionośne ubogiej błonie przyocznój (*membrana nicticans*) żaby można za pomocą saletranu srebra wywołać wylewy krwi i rozciągnięcie ścian bez uprzedniego rozszerzenia naczyń. Podobnież i na uchu królika po zastosowaniu kropli *Liq. hydrarg. nitr. oxydati*.

Tak samo, jak zwyczajne żrące środki, działa i olejek krotonowy na język żaby lub ucho królika. Ztąd, że po takim zastosowaniu tego olejku na ucho królika obrzmienie i zaczerwienienie dopiero po dłuższym czasie następuje, wnosi autor również, iż w tych razach wprost zmiana ścian naczyń staje się pierwotną przyczyną krwi wylewów. Wreszcie bieg zapalenia jest ten sam nawet wtedy, gdy olejek krotonowy już po przecięciu nerwu sympatycznego na szyi zostanie zastosowany, i jeżeli się ucho całkiem do karku przywiąże z wyjątkiem głównych pni naczyń krwionośnych. Jak wiadomo, to ostre zapalenie rogówki nie ma miejsca bez równoczesnego nastrzyknięcia naczyń łącznicy oka. Lecz to nastrzyknięcie nie jest następstwem działania wrotnego. Gdyż jeżeli się przez środek rogówki królika, nie przebijając jej na wskrós, przewlecze nitkę cieniutką, to

się z początku na naczyniach łącznicy oka żadnej zmiany nie dostrze-
ga. Dopiero później rozpoczyna się wzmagające się coraz bardziej
to częściowe to ogólne nastrożenie łącznicy, dochodzące do naj-
wyższego stopnia swego nateżenia w 24—36 godzin, gdy tym-
czasem rogówka, począwszy od brzegu swego, mętnieć zaczyna,
i mianowicie w bliskości nitki swą przezroczystość traci.

Za pomocą mrozu lub gorąca wywoływano zapalenie tylko na
uchu królika. Małe stopnie zimna sprowadzały tylko obrzęk, wyż-
sze zaś i ropiaste przesieki. Podobnie działa i gorąco. Przebieg
jest tutaj taki sam, jak i przy sprowadzeniu zapalenia za pomocą
środków żrących. Autor jest tego zdania, że tak w tych razach,
jak i przy zapaleniu przez odsłonięcie, które przy swoich dawniej-
szych pracach w tym kierunku na kreskach żaby wywoływał, przy-
czyną krwi wylewu jest zmiana ścian naczyń krwistych.

Nakoniec wstrzykiwał do naczyń na podwiazaném uchu królika
bardzo słaby roztwór kuchennej soli, wypłukując je tym sposobem
z krwi zupełnie i uniemożliwiając przejście tego płynu do innych
organów przez przecięcie odpowiedniej żyły. Roztwór soli kuchen-
nej podobnie jak i świeża surowica z krwi wołu lub psa okazały się
przy tém całkiem nieszkodliwymi, gdy tymczasem użycie do tego celu
wszelkich innych płynów wywoływało zapalenie. Również i wstrzy-
manie przyływu prawidłowej krwi jest już dla ścian naczynia szko-
dliwém, a wynikająca ztąd ich zmiana jest taka sama jak i przy za-
paleniu.

B ö t t c h e r (*Ueber d. Entwicklung der traumatischen Kerati-
tis. Dorpat. med. Zeitsch. IV i Virch. Arch. T. 58. str. 362*), po-
wtórzył powyższe dochodzenia C o h n h e i m'a w celu wywołania
c e n t r a l n e g o z a p a l e n i a r o g ó w k i i doszedł do tego wnio-
sku, że metody, dotąd używane, sprowadzają podrażnienie rogówki
na zbyt obszernej przestrzeni, przez co rozstrzygnięcie pytania, czy
ciałka ropne pochodzą od ciałek rogówki, nie było dotąd możliwém.
B ö t t c h e r wynalazł inny sposób wywołania centralnego i ograni-
czonego zapalenia, t. j. nie rozwijającego się od obwodu lecz od sa-
mego środka. Użył on do tego chlorku cynku w przeciku lub roz-
tworze, albo zawłoki. Przy potarciu rogówki cynkiem, cała tkanina
ogniska dotknięcia pozostaje niezmieniona, tylko ciałka właściwe ro-
gówki nikną; po 3—4 dniach widać w tém miejscu plamkę szarą, za-
wierającą niezliczone ciałka ropne. Reszta rogówki pozostaje przez
cały ten czas zupełnie jasną i nigdy i nigdzie nie dają się widzieć
wędrówne komórki. Na mocy swoich doświadczeń w tym kierunku

tedy dochodzi on do tego wniosku, że ciała ropne pochodzą po części od ciałek rogówki w otoczeniu ogniska zapalnego się znajdujących, gdyż widać na nich powiększenie i pomnożenie jąder, po części zaś powstają samodzielnie z masy ziarnistej, wypełniającej szczeliny rogówki w miejscu podrażnienia i zapalenia.

Bardzo podobne mniemanie, co do powstawania ciałek ropnych z ziarnistej masy, objawia i Feltz (*Recherches experimentales sur l'inflammation du péritoine et l'origine de leucocytes. Journ. de l'anatomie et de la physiol. N. 2*), na mocy swoich dochodzeń nad zapaleniem otrzewnej. Dochodzi on do tego wniosku, że w szczelinach tkanki łącznej otrzewnej nie znajdują się żadne stałe komórki, tylko ziarnista organiczna materya, t. z. protoplasma (zaródz) Schultze'go, które pod wpływem jakiegokolwiek bodźca, przyspieszającego krążenie krwi, zaczyna się mnożyć i wytwarza liczne krągłe komórki. Te więc nowopowstałe pierwiastki—leukocyty—nie powstają wcale z innych komórek wskutek ich dzielenia się lub z ich jąder, lecz z bezkształtnej zarodki.

Pfunggen zaś (*Studien über Entzündung der Frohcornea. Oest. med. Jahr. I zesz.*) i Chapman (*Beitraege zur Kenntniss des Baues des normalen und entzündeten Pericardium der Batrachier. Oest. med. Jahrb. I Zesz.*), którzy swe dochodzenia w pracowni Stricker'a uskuteczniali, twierdzą natomiast stanowczo, że ciała ropne powstają ze stałych komórek tkanin.

Odrębne stanowisko zajmuje Biesiadecki z Krakowa (*Przegląd lekarski Rok. XII. N. 40—43—46*). On stara się dowieść, że przy zapaleniu rzecz rozpoczyna się rozszerzeniem naczyń, po którym następuje nagromadzenie ciałek krwi, gdy tymczasem przy prostém przekrwieniu rzecz się ma przeciwnie, przede wszystkim białych, które jednak krążenia osocza w naczyniach rozszerzonych w zupełności nie tamują. W następstwie tworzy się wysięk w otaczającą tkaninę, a w płynie tym spotyka się już wczesnie komórkowe twory, mające te same własności co i w tkankach dostrzegane komórki wędrowne, oraz białe ciała krwi. Później występują i czerwone ciała krwi, tak że ów wysięk stanowi wytwór składający się z płynu i komórek i pochodzący ze krwi, gdyż i surowica i komórki przenikają przez ściany naczyń ze krwi. Płyn sam nie jest niczém inném jak tylko osoczem krwi, lecz co do swych chemicznych własności, cokolwiek zmienioném. Zawiera on bowiem to mniej, to więcej białka, to więcej włóknika. Jakość zaś jego zawisła nie tylko od składu krwi, ale i od jęj ciśnienia w naczy

niach krwionośnych, własności ścian naczyń, a nawet chemicznego składu płynu prznikającego otaczającą naczyń tkaninę. Wreszcie za wisła ona jeszcze i od większej lub mniejszej ilości zawartych w nim komórek, które pewne pierwiastki mogą z niego wchłonąć inne zaś nawzajem jemu udzielić. Co do zmian, którym pierwiastki tkaniny podczas zapalenia ulegają, to one nie są według autora właściwe jedynie zapaleniu, lecz bywają napotymane i przy innych patologicznych sprawach. Różnią się też według natężenia zapalenia i jakości wysięku. Wysięk nagły i obfity działa niszcząco na pierwiastk-tkaninowe; własności zaś jego chemiczne mogą wywierać wpływ to zgnubny, to nieszkodliwy, a nawet odżywczy. Co do pochodzenia znajdujących się w wysięku komórkowatych tworów, to autor wprawdzie dopuszcza, że pewna ich część jest następstwem rozmnożenia się komórek stałych tkaniny, utrzymuje jednak, iż większa ich część pochodzi ze krwi i że w wielu wypadkach udział tkaniny w zapaleniu pod tym względem nie daje się wcale wykazać.

Odrodzenie kości. Powodowany spostrzeżeniami Marchand'a Ragskiego, Lehmann'a, Simona i i., którzy w kościach osób rachitycznych lub na rozmięczenie kości (*osteomalacia*) cierpiących, kwas mleczny znajdowali, jako też poszukiwaniami pp. Guerin, Chossat, Bibra i Wegner co do działania rozmaitych żywności i trucizn na tworzenie się kości, przedsięwziął Heitzmann (*Ueber künstliche Hervorrufung von Rachitis und Osteomalacie. Allg. Wien. med. Zeit. N. 45*), szereg doświadczeń z zastosowaniem wewnętrznem lub podskórnem kwasu mlecznego. Przy dłuższóm użyciu tego środka występowało zwykle w ciągu kilku tygodni napęczenie kłycki kości długich kończyn i końców żeber przy osadzie chrząstek. Kości stawały się równocześnie giętkie, a substancya korowa szczupłała znacznie. Występowały zatem objawy tak krzywicy jak i rozmięknienia, i to u roślinożernych zwierząt najprzód ostatnie, bez uprzedniego narbrzmienia kłycki lub zgrubienia końców żeber. Pokazało się więc, że u mięsożernych można przez dłuższe podawanie kwasu mlecznego z początku krzywicę a następnie rozmięknienie kości wywołać, u trawożernych zaś pierwotnie rozmięknienie bez poprzedzającej krzywicy. Z tego powodu autor uważa krzywicę i rozmięknienie kości za jedną i tę samą chorobę.

Zwyrodnienia.

Perls (*M. Zur Unterscheidung zwischen Fettinfiltration und fettiger Degeneration. Centralb. f. d. med. Wiss. N. 51.*) chcąc rozstrzygnąć pytanie co do różnicy pomiędzy zwyrodnieniem tłuszczowem a nasiękiem tłuszczu, mniema, że przy tłuszczowem nasięku podczas dowozu tłuszczu do wątroby, wyciśnięta musi być pewna ilość wody i substancji stałej w takim, jak się zdaje stosunku, że przy w chłonięciu 7 gram tłuszczu około 4 grammow wody i 1 grm. stałej substancji się wydała, gdy tymczasem przy tłuszczowem zwyrodnieniu powiększenie ilości tłuszczu następuje wyłącznie kosztem stałych części tkaniny. W wątrobie może się powiększyć ilość tłuszczu od 1% do 43 wilgotnej a od 6% do 78% stałej substancji. Otóż przy stłuszczeniu wątroby u pijaków następuje pomnożenie tłuszczu kosztem wody, gdy tymczasem w ostrym zaniku wątroby dzieje się to kosztem stałych części składowych tkaniny. W jednym przypadku, w którym ów ostry zanik się rozwinął na tle zwyrodnienia opilczego, objawy miały cechy wspólne. Co do powstania stłuszczenia wątroby przy zatruciu fosforem, autor nie w stanie jeszcze rzeczy téj rozstrzygnąć. Wyniki, otrzymane na psach, zdają się więcej za nasiękiem tłuszczu przemawiać.

Chcąc sprawdzić znane kliniczne spostrzeżenia co do współczesności stłuszczenia serca i bezkrwistości wykonał Perl (*L. Ueber den Einfluss der Anaemie auf die Ernährung des Herzmuskels. Virch. Arch. T. 59*) szereg doświadczeń na psach w zamiarze ustanowienia wpływu upustów krwi na stan mięśni serca. Te upusty były albo małe i częste, albo wielkie i rzadkie. W pierwszym przypadku nie przedstawiały zwierzęta znacznych zaburzeń, a po śmierci nie znajdowano w nich znacznych i namacalnych zmian mięsnej tkaniny. W drugim zaś przypadku zwierzęta coraz bardziej upadały na siłach i ginęły w końcu z wycieńczenia a po śmierci znajdowano wyraźne znaki zaburzenia w odżywieniu mięśni serca.

Modrzejewski (*Zur Kenntniss der amyloiden Substanz. Arch. f. exper. Path. u Pharm. I.*) dobywał według metody Friedreich'a i Kekule'go z wątrób, podlegających zwyrodnieniu amyloidalnemu, czysty amyloid, przedstawiający biało-szarawą masę, barwiącą się za pomocą jodu i kwasu siarczanego, posiadająca jednak zresztą wszystkie inne przez Kühn'e'go i Rudniew'a

wskazane własności. Przy rozkładzie jęj otrzymywano tyrozinę i leucynę, z czego autor wnosi, że amyloid należy i ze względu na produktu rozczepowe swego rozkładu, do substancyj białkowatych, a nie krochmalnych.

Chauveau (*Nécrobiose et gangrène. Étude expérimentale etc Compt. rend. 76. N. 17. Lyon med. N. 12, 13, 14, 17.*) dochodził wpływu organizmów gnilnych na rozwój zgnięj zgorzeli jąder skopów, u których uskutecznił podskórne odkręcenie jąder od przewodów nasiennych, przez co bez wszelkiego zewnętrznego uszkodzenia pozbawione zostawały związku z krwiobiegiem, wskutek tego ulegały powoli tłuszczowemu zwyrodnieniu i w końcu nikły wchłonięte. Jeżeli tę operacyją uskutecznił po uprzednim wstrzyknięciu ropy gnijącej i zawierającej liczne bakterye, do żyły głównej szyi zwierzęcia, to następowała zgnilizna i zgorzel w odpowiednim jądrze. Jeżeli zaś wstrzyknięto troskliwie przesączony płyn, nie zawierający żadnych albo mało bakteryj, to jądra więdy i nikły w sposób zwyczajny. Gdy tylko jedno jądro odkręcił, potem ów płyn gnijący zastrzyknął i wtedy drugie odkręcił, to zgorzel występowała tylko w tém ostatniem jądrze. Gdy nakoniec w koło odkręconego jądra sztucznie wywołano zapalenie i ropienie, to jądro jednak w sposób zwyczajny zanikało. Z tych doświadczeń wnosi autor, że bakterye wprowadzone do krwiobiegu są przyczyną zgorzeli, nierozstrzyga jednak, czy zgorzel i bez nich powstać nie może.

Ogólne sprawy chorobne systematu nerwowego.

Znane powszechnie spostrzezenie, że raki stają się przy pewnych manipulacyach zupełnie nieruchomo, dają się bez wszelkiego ruchu i oporu postawić nawet na głowie i w tém położeniu spokojnie pozostają, pobudziło Czermak'a (*J. Nachweis echter hypnotischer Erscheinungen bei Thieren. Sitzungsab. d. Wien. Acad. d. Wiss. T. 67*) do przedsięwzięcia całego szeregu podobnychże dochodzeń, za pomocą których się przekonał, że u raków owych manipulacyj wcale nie potrzeba na to, aby się na głowie postawić dały i tak spokojnie pozostawały; że one to czynią, jeżeli się je pomimo oporu na głowie postawi i w tém położeniu tak długo utrzyma, dopokąd się nie uspokoją. Nawet i każde inne nienaturalne położenie zachowują one spokojnie, jeżeli się ich jakimkolwiek bądź mechanicznym środkiem przemocą przez pewien czas w tém położeniu utrzyma. Czermak przekonał

się dalej, że i u ptaków można zupełną nieruchomość sztucznie wprowadzić. Dzikie i płochliwe kury np. które się dopiero co schwytało i zaledwie utrzymać zdołało, stają się zupełnie ciche, tak że je puścić można, jeżeli się na ziemi, lub na stole, na którym w owym niewygodnym położeniu były utrzymywane, narysuje kredą prostą kreskę w przedłużeniu dzioba, lub skośną od każdego oka. Żadna z nich się wtedy ani ruszy, ani też nie będzie uciekać. Kura pozostanie spokojnie w tém położeniu nawet i wtedy, gdy się ową kreskę ostrożnie zmaże; — a nawet téj kreski wcale rysować nie potrzeba; dość kure przez czas niejaki przytrzymać. U gołębi następuje wyraźnie to unieruchomienie, jeżeli się palec lub jaki inny przedmiot, np. korek, świeczkę, tak przed oczyma postawi, że to ich wzrok i uwagę przez czas niejakiś stale więzi. Można to samo osiągnąć za pomocą nitki poprzecznie przez osadę dzioba przewierconej. U podobnie obojętnionych zwierząt można było nawet zupełny kataleptyczny stan zauważyć. C z e r m a k zdołał wtedy główkę do góry wysoko podnieść lub ją do stołu, na którym ptak siedział, przycisnąć i ona pozostała w każdym położeniu, które im nadał, nieruchoma, jak gdyby na szyi z wosku była przymocowana. Owe przypadki, w których otrętwienie następowało bez wszelkiego innego środka, prócz utrzymania zwierzęcia przemocą przez czas niejaki w daném położeniu, tłumaczy C z e r m a k tém, że zwierzęta wtedy przerażone, osłupiałe, wzrok w przestrzeni mają utopiony i przez to tak samo się obojętniają, jak i wtedy, gdy mają wzrok w jakim przedmiocie stale utkwiony.

U rannego, u którego nerw lewy kulszowy w niższej trzeciej części był przecięty, zauważył L e t i è v a n t (*Motilité et sensibilité supplées après la séction du grand nerf sciatique. Gaz. med. de Paris N. 32*) miejsce nieczułe na znacznej przestrzeni, zajmującej całą podszewę nogi i większą część jęj grzbietu, rozciągając się szerokim pasem i na połowę zewnętrznej powierzchni goleni. Nie wszystkie jednak miejsca na téj przestrzeni były zarówno nieczułe. Podeszwa i grzbiet nogi najwięcej, pas na goleni najmniej. Czucie dotyku było zachowane na całej przestrzeni na goleni i na granicy owego nieczułego miejsca z nogą, cokolwiek na grzbiecie, a bardzo mało albo zupełnie nic na palcach i podszewie.

H a y e m (*Des altérations de la moelle, consecutives à l'arrachement du nerf sciatique chez le lapin. Arch. d. phys. norm. et path. N. 5*) zaś zajął się zbadaniem wpływu, jaki wyrwanie nerwu kulszowego wywiera u królików na odpowiednią połowę rdzenia

pacierzowego. Zmiany są rozmaite według tego, czy nerwy zostały wyrwane, przed swoim wejściem do mlecza lub po. Przednie korzenie odrywają się zwykle przed swoim wejściem, tylne zaś to przed to po. W pierwszym przypadku następuje zanik gromad nerwowych komórek zewnętrznych i tylnych odpowiedniego przedniego rogu mleczu pacierzowego; w drugim zaś przypadku występuje zapalenie rdzenia z wytworzeniem blizny, przez co tylne wiązki w tkankę bliznowatą się zmieniają a wiązka klinowa Golla wprost zanika. Lecz i w tym razie następuje zanik komórek nerwowych w przednim rogu.

Przy pewnych jednostronnych cierpieniach tułowia i kończyn zauważył Roque (*Ueber die Ungleichheit der Pupillen bei einseitigen Affectionen der verschiedenen Körperregionen. Allg. Wien. med. Zeitung N, 26*), że źrenica strony cierpiącej jest rozszerzona. Nierówność źrenic uwydatnia się wtedy najbardziej, jeżeli się za pomocą atropiny lub elektryczności ich rozszerzenie wywoływa. Dostrzegł on to zjawisko przy następujących chorobach: zapalenie opłucnej, ropień gruczołów szyjnych, żółtaczką u pijaka, ostry zapalny wysięk w stawie prawego kolana, powikłany przewłokiem obrzmieniem gruczołów pachowych z prawej strony ciała. W tym ostatnim przypadku prawa źrenica była tak długo rozszerzona, jak długo choroba stawu kolanowego trwała; gdy ta ustała, nastąpiło rozszerzenie lewej źrenicy.

Feinberg (*Ueber reflectorische Gefässnervenlähmungen und Rückenmarksaffection nebst Leiden zahlreicher Organe nach Unterdrückung der Hautperspiration. (Ueberfirnissen der Thiere) Centralb. f. d. med. Wissens. N. 35*) zbadał, że pokrycie skóry zwierząt pokostem sprowadza objawy chorobne, posiadające wszystkie cechy cierpienia mlecza pacierzowego (drżenie, nadczulność i częściowe unieczulenie, drgawki, porażenia), gdy tymczasem zachowanie się ciepłoty zawisło od wstrzymanego lub niewstrzymanego promieniowania i z tego powodu znaczne przedstawia różnicę. Na zwłokach spostrzeżę się przekrwienia i wylewy krwi we wszystkich prawie organach, mianowicie w skórze i płucach; z tego powodu autor jest tego zdania, że te z wylewami krwi połączone rozszerzenie wszystkich dziedzin naczyń krwionośnych może być jedynie następstwem porażenia wszystkich nerwów naczynioruchowych w oddziale szyjnym rdzenia pacierzowego albo też ich ośrodka w rdzeniu przedłużonym. Do szybszego śmiertelnego zakończenia przyczynia się wielce obniżenie ciepłoty, będące następstwem rozszerzenia naczyń skórnych od porażenia, prowadzącego do większego promieniowania.

Ogólne sprawy chorobne narządu oddechania i krążenia.

Mayer (*Ueber die morphologischen Veränderungen in Trachea und Lungen durch Ammoniak. Arch. der Heilkunde. 14.*) powtórzył dochodzenia Reitz'a i Oertel'a, mające na celu wywołanie rzeczywistego krupowego zapalenia tchawicy u zwierząt za pomocą wpuszczania do niej kroplami amoniaku. Użył on do tego roztworu, zawierającego w 100 k. ctr. 8. 90 gram. amoniaku, a dochodzenia skuteczniał na psach i królikach. W przebiegu 2—5 godzin po wprowadzeniu tego środka występowało zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej tchawicy, pokrytej cienką, krwistą błoną. Dochodzenie jej pod drobnowidzem pokazało, że składała się z nabłonka, odstałego od błony śluzowej w całości. Komórki były zmaczone, obok nich znajdowały się komórki krągłe, a substancją międzykomórkową stanowiła w wysoku ziarnista ścinająca się masa (śluz). Po 10 godzinach znajdowano w tchawicy aż do cieńszych gałęzi oskrzeli wydzielinę śluzowato ropiastą, w postaci błony, leżącej luźno na błonie śluzowej, żółtawej i składającej się przeważnie z komórek krągłych, nabłonkowych, w małej ilości i śluzowatej substancji międzykomórkowej. Jeżeli się tak długo czeka, aż śmierć zwierzęcia nastąpi, to się znajdzie tchawicę, wyścieloną błoną jednostajną, na $\frac{1}{2}$ —1 mm. grubą, żółtawo białą, przy rozdzieraniu rozpadającą się jak próchno. Drobnowidzowo składa się głównie z komórek krągłych z śluzowatą substancją międzykomórkową i licznymi mikrokokami. Nigdy nie spostrzega się przy tém owego dla błon krupowych charakterystycznego uwarstwienia tej błony. Błona śluzowa pozbawiona przytém nabłonka, naczyń jej rozszerzone, a górne jej warstwy są przesiąknięte krągłymi komórkami. Również i w płucach można pewne zmiany znaleźć, ogniska hemoragiczne, a później i kataralne zapalenie, przechodzące na miąższ płuc. W jednym przypadku rozwinęły się nawet zgorzelinowe ogniska. Z tych dochodzeń wyprowadza Mayer ten wniosek, że zapalenie tchawicy, spowodowane działaniem amoniaku, niemożna uważać za krupowe, a błonę powstałą za błonę krupowa.

Muron i Laborde (*Effets de l'introduction de l'air dans le système circulatoire. Gaz. med. de Paris N. 11, 15.*) zrobili to spostrzeżenie, że przy wstrzyknięciu większej ilości powietrza do obwodowej części tętnicy głównej szyjnej u psa, następuje śmierć wśród drgawek tęrcowych i silnych ruchów oddechowych, gdy tymczasem, wprowadzając powietrze w małej ilości i zwolna, życie przetrwać

może to doświadczenie nawet o 24 godzin. Teżce, wymioty, porażenie, bezprzytomność dostrzeżo się i wtedy, a badanie pośmiertne wykazuje rozmięknienie i włosowate wylewy krwi przedewszystkiem w ośrodkach mózgu i w rdzeniu przedłużonym. Zwykle można było w takim razie i cukier w moczu wykazać. Co do następstw wprowadzenia powietrza do żył, to w téj mierze jest stanowczą szybkość, z jaką się to skutecznia. Jeżeli to się dzieje powoli, przez całe godziny, to organizm znosi znaczne ilości bez wydatnych następstw. Jeżeli zaś skutecznia się to szybko, to i śmierć następuje szybko wskutek wstrzymania ruchów serca w rozkurzu, który autor uważa jako mechaniczne następstwo nagromadzenia powietrza w sercu w wielkiej ilości.

Bardzo ciekawe dochodzenia skuteczniał Pick (*E. Ueber die durch sensible Reizung hervorgerufene Innervation der Gefäße normalen u. entzündeten Gewebes Arch. f. Anat. u. Physiol. 1872 i 1873*), badając zachowanie się naczyń drobnych, mianowicie włosowatych, w stanie fizyologicznym i patologicznym na pletwach żaby (*Rana temporaria*) przy działaniu jakiegokolwiek bądź bodźca na nerwy czucia. Za bodziec używał albo strumień elektryczny, albo rozcieńczony kwas octowy. Okazało się, że odruchowe zwięzenie owych naczyń było tym silniejsze i szybsze, czym silniejsze było podrażnienie. Nie wszystkie części ciała objawiają jednak pod tym względem jednakową siłę i wywołują jednakowo silne i z jednakową szybkością występujące zwięzenie. Najtkliwszą w téj mierze jest skóra grzbietu a najmniejczulszą twarzy (Skutki zaziębienia pod wpływem przeciągów dotyczących tułów, a głównie grzbiet, dałyby się tym sposobem łatwo wyjaśnić). Czym naczynie mniejsze, tym prędzej i silniej się kurczy. Na większych pniach tętnic następuje po skurcu rozkurz, a w ciągu trwania tegoż nawet silniejsze podrażnienia nie wywołują żadnych albo bardzo powolne i słabe zwięzenie. Po zgnieceniu rdzenia przedłużonego nie zdołał Pick za pomocą działania na nerwy czucia żadnego skurcu więcej wywołać. Podobnie i po przecięciu nerwu kulszowego nie można było w naczyniach pletw wywołać żadnych następstw pobudzenia czucia.

Nie mniej ciekawe dochodzenia dokonał Zielonko (*J. Ueber Entstehung der Hämorrhagien nach Verschluss der Gefäße. Virch. Arch. T. 57*), mając na celu zbadanie mechanizmu powstawania krwotoków. Skuteczniał on je na żabie, dochodząc wpływu podwiązania odległych pni tętnic i żył, lub całych kończyn, przecięcia nerwu kul-

szowego i udowego i t. p. obrażeń na krążenie w płetwach zaby. Zauważone zaburzenia w krążeniu streszcza on następnie:

a) Skurcz tętnic następuje: 1) przy odruchowém podrażnieniu nerwów naczyniowych; 2) po podwiązaniu tętnicy udowój na czas krótki i 3) po podwiązaniu żyły udowój. Po skurczu tętnic następują rozmaite prądy w tętnicach i żyłach, których siła i trwałość odpowiada powyższej skali. Wystąpienie ich opóźnia się o 2—3 dni po równoczesném przecięciu nerwu kulszowego.

b) Rozszerzenie tętnic płetw następuje: 1) Po przecięciu nerwu kulszowego. 2) W kilka godzin po podwiązaniu tętnicy udowój. 3) Zaraz po podwiązaniu nerwu udowego z równoczesném przecięciem nerwu kulszowego, gdy tymczasem podwiązanie żyły udowój samój szybkie ściągnięcie tętnic wywołuje. 4) Wkrótce po podwiązaniu tętnicy udowój i przecięciu nerwu kulszowego.

c) Przekrwienie naczyń włosowatych i żył powstaje: 1) Po podwiązaniu żyły udowój. 2) Po podwiązaniu żyły udowój z równoczesném przecięciem nerwu kulszowego. 3) Po rozwiązaniu podwiązania całej kończyny. 4) Po podwiązaniu tętnicy i żyły udowój z równoczesném przecięciem nerwu kulszowego lub bez niego.

d) Bezkrwistość. 1) Po podrażnieniu odruchowém nerwów naczynioruchowych. 2) Po podwiązaniu tętnicy udowój z równoczesném przecięciem nerwu kulszowego lub bez niego.

e) Zastój następuje: 1) Po usunięciu podwiązania całej kończyny. 2) Czasami zawsze tam, gdzie strumień krwi zwolniony.

f) Krwotoki i to w stopniu wzmagającym się, występowały: 1) We wszystkich stosunkach, w których nastąpił zastój. 2) Po równoczesném podwiązaniu tętnicy i żyły udowój z przecięciem nerwu kulszowego lub bez niego. 3) Po podwiązaniu nerwu udowego. 4) Po podwiązaniu żyły udowój wraz z przecięciem nerwów kulszowego.

Siła krwotoku stoi zatem w stosunku prostym do siły ciśnienia w naczyniach drobnych.

g) Nagromadzenie białych ciałek krwi powstaje: 1) Po przecięciu nerwu kulszowego w tętnicach. 2) Po podwiązaniu żyły w żyłach. 3) Po podwiązaniu żyły i równoczesném przecięciu nerwu w tętnicach a potem w żyłach, 4) Po podwiązaniu tętnicy z równoczesném przecięciem lub bez niego w tętnicach, potem w żyłach. 5) Po usunięciu podwiązania kończyny w tętnicach potem w żyłach.

Nagromadzenie białych ciałek krwi następowało przeto zawsze tam, gdzie było zwolnienie strumienia lub względne albo bezwzględne rozprzestrzenienie toru krążenia krwi. Za przyczynę krwotoków przyjmuje autor naruszenie odżywienia w ścianach naczyń włosowatych, uwzględniając jednak ważność powiększenia ciśnienia w naczyniach, w których krwotok ma miejsce. Wynik, podobny do powyższej przytoczonego Prof. Biesiadeckiego i nie wątpimy wcale, że rozsądna Patologia zdoła go zużytkować do wyjaśnienia rozmaitych spraw chorobnych.

Arnold (*J. Ueber diapedesis. Virch. Arch. T. 58*) skierował zaś swoje również ciekawe badania ku docieczeniu całej sprawy wylania się krwi z naczyń *per diapedesin*. Zgodnie z Cohnheim'em zrobił on to spostrzeżenie, że po założeniu podwiązki na żyłę środkową języka lub którąkolwiek z jej gałęzi powstaje nie tylko nagromadzenie ciałek krwi w odpowiedniej dziedzinie naczyń, lecz i na naczyniach włosowatych i najmniejszych żylnych gałązkach w różnych miejscach liczne, okrągłe garby rozmaitej wielkości. Są to albo nagromadzenia rzeczywiste ciałek krwi przesiąkniętych, albo też wypuklenia samych naczyń włosowatych przez ciałka krwi. Liczba i kształt tych wypukleń różni się nadzwyczajnie. Kształt jest zwykle cylindryczny, chociaż czasami i okrągławy. Po założeniu podwiązki nastąpiło, to w tych wypuklonych miejscach naczyń włosowatych, to na całej ich przestrzeni, przeciekanie czerwonych ciałek krwi, przedewszystkiem zaś w tych naczyniach, które stanowią przejście pomiędzy wolnemi jeszcze a zatkanemi. Ciałka przeciekają, albo pojedynczo albo gromadkami. Można to bardzo dobrze śledzić, jak owe ciałka w znacznej ilości jedno za drugim przez ścianę się przesuwają w ten sposób, że natychmiast po przejściu jednego, drugie cieniuchny odrostek w szczelinę ściany naczynia wsuwa i tą samą drogą je opuszcza. Szybkość z jaką się to dzieje jest nadzwyczaj różna. Równocześnie z tym przeciśnięciem się ciałka przez ścianę, ciałka, które już zewnątrz naczynia się znajdują, robią ruch w kierunku od naczynia odwrotnym, a ciałka wewnątrz naczynia, w kierunku tego miejsca, przez które się owe ciałko przesunęło. Nawet cząsteczki cynobru, znajdującego się we krwi, przesiękają w tym właśnie miejscu z naczynia. To wszystko wskazuje na to, że tuż po przeciśnięciu się ciałka przez ścianę ma miejsce i wylew płynu ze krwi przez ten sam otvorek. Również występują tedy na zewnątrz i białe ciałka krwi, chociaż nie w wielkiej ilości. Pomiedzy komórkami zewnątrz naczyniowemi (*endotelien*) tam gdzie końcami swemi się stykają, lub

też na ich granicach, dostrzega się w naczyniach, z których krew wystąpiła, po zastrzyknięciu roztworu saletr. srebra, liczne czarne kropczki i kółeczka, zawierające czasami jeszcze ciałka krwiste. Przez to otworki przenikają roztwory srebra, ziarnka cynobru i części kleju z naczyń w otaczającą tkaninę. Autor nazywa je tedy *stigmata* albo *stomata*, i udało się mu wykazać je nawet w naczyniach prawidłowych. Przejście ciałek krwi przez te otworki odbywa się w sposób zupełnie bierny przy większym ciśnieniu, przez wyciśnienie mechaniczne po prostu; albo też, strumień osocza, przenikający na zewnątrz przez nie, zwraca ciałka krwi, znajdujące się w środku, ku temu otworowi, przez co i na zewnątrz się dostają.

Śledzenie czerwonych ciałek dłuższe po ich wystąpieniu na zewnątrz przekonało, że one wkrótce po swém wyjściu albo pierwotną formę na powrót przyjmują, albo przyjętą postać gruszkowatą i dalej zachowują, albo też okrągłemi się stają. Pomału oddalają się coraz bardziej od ściany naczynia ruchem przerywanym i znajdują się w tkaninie pojedynczo lub grupami. Ruch to bierny, wywołany strumieniem osocza z naczyń przesiąkającego. Barwnik niknie na nich od obwodu, a w końcu każde rozpada się na drobinki, które nareszcie nikną. I jądro niknie to samo rozpadłszy się poprzednio. Czasami pojawia się w tych ciałkach barwnik w postaci ziarenek lub rozlany, brunatnej barwy. Czasami w ciałkach, już barwnika pozbawionych, jawią się pryzmatyczne igły. Odbarwienie ciałek następuje bardzo nieregularnie, czasami już po kilku godzinach, czasami zaś po kilku dniach dopiero wraz z rozpadającym się ciałkiem. Komórki t. z. ciałka krwi zawierające, występują po 3—4 dniach, odłożenia barwnika po 2—3 niedzielach.

Nie widziano, aby czerwone ciałka krwi napowrót do naczyń przenikały; z czasem dają się jednak we krwi cząstki zabarwione widzieć, co na to wskazuje, że one za pomocą naczyń chłonnych do krwi się dostają.

Bouchut E. (*Des infarctus sanguins du tissu cellulaire sous-cutané dans le cholera, dans la diphthérie et dans les maladies septicémiques. Gaz. des hop. N. 119*) twierdzi, że u dzieci, chorych na cholere, błonicę, dławicę, posocznicę i ropnicę i rozmaite inne ostro zapalne choroby, pojawiają się krwotokowe zawały w skórze i tkance łącznej mięśniowej. W skórze mają średnicy 2—12 mm. z barwą sinawą i fioletową, a co do ilości to się chwieją pomiędzy 2 a 40; są one zawsze powikłane z zapaleniem wnątrzsierdzia na zastawie dwój lub trójdzielnój z zakrzepami wnątrzsiercowemi rozmaitego wie-

ku lub włóknikowemi osadami na zastawkach albo krokiewkach. Autor uważa to za rzecz najprawdopodobniejszą, że owe zawały powstają w skutek zatoru, lecz udowodnić tego nie zdołał. Czasami przechodzą w ropienie a zawsze dają złą przepowiednię.

Według Gensmerra, o którego poszukiwaniach Wittich (*Ueber die nach Durchschneidungen beider Vagi auftretenden pathol. Veraenderungen der Lungen. Berl. klin. Wochensch. N. 48*) donosi, że przecięcie nerwu błędnego ma sprowadzać zmniejszenie oporności tkaniny płucnej na działanie zewnętrznych czynników, a według W. Koch'a (*Ueber die Veraenderungen welche gewisse mechanische u. chemische Reize im Lungengewebe hervorbringen. Arch. f. klin. Chir. T. 15*) to działanie chemicznych i mechanicznych szkodliwości bezpośrednio na tkankę płuc wywołują w niej zmiany, których następstwem wytworzenie tkanki łącznej i zanik właściwej ich tkaniny.

Bergmann nakoniec (*Ein Fall tödtlicher Fettembolie. Berl. klin. Wochens. N. 33*) przytacza spostrzeżenie, w którym po założeniu opaski gipsowej na prawe udo, którego kość była w kilku miejscach złamana, śmierć po 79 godzinach nastąpiła i przy pośmiertnym badaniu znaleziono olbrzymie zatory tłuszczowe w mniejszych tętniczkach i naczyniach włosowatych płuc, które śmiertelny obrzęk płuc i wszystkie inne następstwa zwyczajnych zatorów sprowadziły.

Ogólna Patologia krwi i wydzielin.

a) **Krew.**— Bert (*Sur l'empoisonnement par l'acide carbonique. Sur l'asphyxie dans l'air confiné. Gaz. med. N. 18*) wziął sobie za przedmiot badania otrucie kwasem węglanym, które takim sposobem przeprowadzał, że odpowiednie naczynie, tlenem napełnione, ściśle z tchawicą zwierzęcia łączył w ten sposób, iż ono powietrze tylko z tego naczynia wdechać i do niego wydechać zdołało. W tych warunkach żyły zwierzęta zwykle tylko 5—6 godzin. Przy ich śmierci powietrze w naczyniu zawierało 35—45% kwasu węglanego. Krew zwierząt po śmierci zawierała 10—12 objętości tlenu na 100 krwi, natomiast 110—120 objętości CO₂; tkanina zaś 60% tegoż. Podczas doświadczenia opada ciepłota zwierzęcia dość szybko i wynosi przy śmierci 23—28° C; liczba oddechów zmniejsza się i staje się przy końcu bardzo małą, tętno przyspiesza się i trwa jeszcze kilka minut po ostatnim oddechu. Gdy we

krwi 80—90 objętości kwasu węglanego się nagromadzi, zwierzę staje się beczulnym.

Bardzo ważne w praktyczno-lekarskim względzie są warunki krzepnięcia krwi w naczyniach za życia. *Naunyn* (*Untersuchungen ueber Blutgerinnung im lebenden Thier und ihre Folgen. A. t. exper. Pathol. u. Pharmakol. T. 1*) uskutečnił już dawniej wspólnie z *Franken* dochodzenia co do skrzepnięcia krwi w naczyniach u żywych zwierząt i doszedł był do tego wniosku, że wstrzyknięcie małej nawet ilości włókniaka pozbawionój i przez kilkakrotne zamrożenie i odtajanie w płyn czerwono pokostowy zmienionój krwi, w którym zatém czerwone ciała zupełnie się rozpułyły, obszerne skrzepnięcia w całym systemacie naczyń krwionośnych sprowadza, pociągające za sobą zwykle następstwa, a chociaż zwykle ze sprawą gnicia nie mające związku, pomimo to jednak często zgubne dla organizmu. *Naunyn* był tego zdania, że w tych razach przyczyną krzepnięcia krwi jest uwalniający się przez rozłożenie czerwonych ciałek krwi a z hemoglobina ściśle połączony fibrynoplastyczny pierwiastek. Tymczasem *Al. Schmidt* dowiódł w ostatnich czasach, że do powstania skrzepnięcia obecność obu włóknikotwórczych pierwiastków nie jest jeszcze dostateczną, tylko że trzeba jeszcze do tego osobnego zarzewia (*ferment*), nie będącego w prawidłowym stanie u żyjącego we krwi obecnym. Hemoglobina przyspiesza tylko krzepnięcie. Działanie to jest czystym działaniem przez dotknięcie (*Contactwirkung*) i wyłączną własnością hemoglobiny w tym stanie, w jakim się w ciałkach krwi znajduje, tak że ten wpływ wywiera tylko w nich zamknięta. Skryształizowana hemoglobina lub roztworzona w osoczu krwi traci tę własność zupełnie. Otóż *Naunyn* nie jest w stanie pogodzić swoich własnych doświadczeń z temi wynikami *Schmidt*'a.

Högyer A. (*Zur Wirkung des zersezten Blutes auf d. thieri. Organism. Centralbl. f. d. med. Wissens. N, 30*) robił wstrzykiwania krwi pozbawionój włókniaka do żyły głównej szyi licznych zwierząt, ogrzewszy ją jednak poprzednio do 60° ciepłoty lub nadawszy jej barwę laku za pomocą elektryczności. W ilości 4—5 kub. cm., była dostateczną do sprowadzenia śmierci silnego królika, jednakże tylko wtedy, gdy się ciałka krwi rozpadły na miał drobnoziarnisty. Lecz działanie trujące takiej krwi, nie jest wcale jakoby następstwem jej własności wytwarzania skrzepów we krwi żywego zwierzęcia, gdyż roztwór hemoglobiny, wprowadzony do organizmu, wywołuje, według *Naunyna*, takiesame zgubne skutki jak i krew o barwie lakowój. Jest zatém bardzo prawdopodobnym, że oswobodzona i rozpuszczona

we krwi hemoglobina jest przyczyną owego zgubnego działania. Ze jednak są jeszcze i inne pierwiastki rozkładowe w krwi o barwie lakowej, które prócz hemoglobiny takie szkodliwe własności mają, pokazuje ta okoliczność, iż krew ogrzana do 60°, lecz natychmiast użyta, w której hemoglobina zatém już uwolniona, ale tkanina komórek jeszcze nie zniszczona była, nie podzielała trująco. Po zniszczeniu tkaniny komórek, własność trująca płynu objawiła się w całej swój sile.

Co do ilości hemoglobiny u człowieka zdrowego, to *Quinquaud* (*Sur les variations de l'hémoglobine dans les maladies. Com. rend. LXXVII*) ustanawia ją na 125—130: 1000 grm. krwi. W chorobach ta ilość się zmienia i jest najmniejszą w raku, bladaczce, suchotach płucnych, tak, że czasami może posłużyć za środek do rozpoznania i odróżnienia w przypadkach wątpliwych jednej choroby od drugiej. I tak np. kiedy 12-o dnia choroby w tyfusie ilość jęj jeszcze 115 wynosi, spada w tymże samym czasie w ostręj gruźlicy prosowatęj na 90. Jeżeli przy wewnętrznych guzach ilość jęj zesła do 40—38%, wtedy ma się do czynienia z rakiem; gdyż przy innych guzach kręci się około 80%. Jeżeli chodzi o to, czy w danym przypadku jest bladaczka lub poczynająca gruźlica, to w ostatnim przypadku znajdzie się jeszcze 100%, gdy tymczasem w pierwszym ilość jęj spadnie na 57. Poszukiwania te wymagają jednak jeszcze sprawdzenia.

Ciekawo są poszukiwania *Hehn'a A.* (*Ueber die Entstehung mechanischer Oedeme. Centralb. f. d. med. Wissens. N. 40*) co do powstawania o b r z ę k ó w (*Oedema*) w skutek mechanicznych przyczyn. Według niego nie spowodowało podwiązanie żyły głównej brzusznej poniżej połączenia się z nią żył nerkowych, u większej części zwierząt ani obrzęku dolnych kończyn, ani przesieków w brzuchu. Również i obustronne podwiązanie żyły głównej szyjnej wspólnej, dało wyniki ujemne. Natomiast przecięcie nerwu kulszowego z równoczesném podwiązaniem żyły głównej dolnej, spowodowało natychmiast obrzęk odpowiedniej kończyny, jeżeli tylko owe przecięcie było skutecznie dość wysoko po wyjściu tego nerwu z jamy miednicy.

b) **Mocz.** *Ewald* (*A. Ueber den Kohlensäuregehalt des Harns im Fieber. Archiv f. An. u. Physiol.*), pobudzony znanemi dochodzeniami *Liebermeister'a* i *Senator'a* nad powiększeniem wydzielania kw. węglanego w gorączce i doniesieniem *Planer'a*, który zbyteczne wydzielanie kw. węglanego w moczu gorączkującego znalazł, skutecznie szereg dochodzeń nad o b e c n o ś c i ą k w a s u w ę g l a n e -

go w moczu gorączkujących. Dochodzenia te odbyto na różnych osobach z rozmaitemi gorączkowymi chorobami, jako to: tyfus brzuszny, tyfus zwrotny, zapalenie płuc i i. i one pokazały jak najwyraźniej, że u jednej i tej samej osoby, o ile możności w tychże samych wewnętrznych warunkach (dieta, leżenie w łóżku, pobyt wyłączny w pokoju), zawartość kwasu węglanego w gorączce się powiększa. Za wyjątkiem jednego tylko przypadku, odpowiadało zawsze zwiększenie ilości kw. węglanego wyższemu stopniowi ciepłoty, a nawet tam, gdzie odsetek był mniejszy, to przez powiększenie wydzielania moczu w ciągu 24 godzin, ów stosunek zawsze na korzyść gorączki się stawał. Prócz tego pokazało się, że w niektórych razach ilość wydzielanego kwasu węglanego w przerwie bezgorączkowej przewyższała przez pewien czas średnią ilość, odpowiadającą stopniowi obniżenia ciepłoty, gdy tymczasem innym razem, na równi z mocznikiem, podczas gorączki odpowiedniej stopniowi gorączki ilości nie dosięgała. Co do mocznika, to jego zachowanie się w tym względzie jest już od dawna znane i stwierdzone tak, że dalszem wynikiem owych dochodzeń jest to przekonanie, iż kwas węglany zachowuje się co do tych stosunków, zupełnie tak samo jak i mocznik i wspólnie z nim się w moczu wzmacza i zmniejsza. Część tworzącego się w organizmie kwasu węglanego powstaje niewątpliwie wskutek utlenienia ciał białkowych; inna zaś wskutek spalania węgloworów i tłuszczu. U człowieka zdrowego źródło jego ostatnie jest obfitsze i z tego powodu sądzono, że powiększenie ilości jego w gorączce wypada również odnieść do tego źródła, tymczasem zdaje się, że owe zwiększenie w gorączce trzeba przyjąć jako wyraz zwiększonej w gorączce zmiany materji w ogóle.

Co do odczynników na białko w moczu, to Goudail (*Observation sur une cause d'erreur dans la recherche de l'albumine contenue dans l'urine. Le Bordeaux méd. N. 21*) robi tę uwagę, że w moczu, który zwykły odczyn na białko daje (krzepnięcie przy ogrzaniu lub za dodaniem kw. saletranego do moczu zimnego), za dodaniem kilku tylko kropli kw. siarczanego skrzep się tworzy, który się po swém opadnięciu na dno naczynia napowrót rozpuszcza i przy następnym ogrzaniu więcej się nie jawi. To samo zauważył niegdyś i Lionel Beale, że przyczyną tego jest w takim razie rozkład fosforanów i wytworzenie się swobodnego kwasu fosforowego, roztwarzającego białko. Goudail zaleca wreszcie, aby w razie dochodzenia białka w moczu, nie zaniedbano nigdy jedną część ogrzać, a drugą badać za pomocą kwasu saletranego; za najpewniejszy odczynnik na białko

uważa on jednak saletran rtyęci, gdy tymczasem Galippe (*De l'acide picrique comme réactif de l'albumine dans les essais cliniques. Gaz. méd. N. 10*) zaleca w tym samym celu jako najlepszy odczynnik kwas pikriny, który w roztworze wodnym i nasyconym na zimno używa. Najmniejsze nawet ilości białka zostaną natychmiast w postaci osadu stracone, gdy tymczasem przy nieobecności białka, nigdy się osad nie tworzy.

Dla oznaczenia ilości zawartej krwi w moczu w sposób łatwy a jednak chociaż w przybliżeniu dokładny, przedstawia Ralfe (*Determination of the quantity of the blood diffused in urin in haematuria. Lancet Jun. 21*) następną skalę barw dla badania moczu w przepuszczającym świetle:

1) Mocz barwy sepilii czyli szarobrunatny, zawiera $\frac{1}{1600}$ — $\frac{1}{400}$ krwi.

2) Wiśniowój barwy zawiera $\frac{1}{350}$ — $\frac{1}{200}$ krwi.

3) Skóro-czerwonój barwy zawiera $\frac{1}{250}$ — $\frac{1}{100}$ krwi.

4) Mocno czekuladowój barwy zawiera więcej niż $\frac{1}{100}$ krwi.

Rozumie się samo przez się, że to daje tylko przybliżenie i tylko wprawne oko te odcienia rozróżnić jest w stanie.

Go p a l (*Pandurang. Observations on fatty urine. Méd. Times and Gaz. June 21*) i A m y s t (*Case of fatty or chylous urine with observations. Méd. Times Juli 19*) przytaczają przypadki moczu mleczkowatego. Pierwszy odnosi się do 22 let. mężczyzny, u którego nie można było wysledzić żadnych innych chorobliwych objawów. Mocz mleczkowaty miał ciężaru specyficznego 1020—1024, był lekko kwaśnym, czasami obojętnym i ścinał się przy gotowaniu. Ilość wyciągu eterycznego (tłuszczu) wynosiła 2,27%. Pod mikroskopem dawały się widzieć wielkie i małe ziarnka tłuszczu. Drugi przypadek odnosił się zaś do 6 letniego chłopca, który w Styczniu chorował na zapalenie oskrzeli, z którego w Lutym wyzdrowiał. W początku Kwietnia dostał zapalenia płucnej i wtedy się pokazało, że on już od pierwszej swój choroby zwykle oddawał mocz mleczkowaty. Przy badaniu go znaleziono: wygląd mętny, mleczkowaty, bez wszelkiego osadu i jakiegokolwiek woni, odczyn kwaśny, nie zmieniający się przy gotowaniu, dodatku kwasu saletrzanego, octowego, amonii lub potasu; zaprawiony eterem wydziela obficie tłuszcz. Pod drobnowidzem daje widzieć liczne kulki tłuszczu. Dziecina wyzdrowiała, mocz mleczny znikł, a natomiast wystąpił obfity osad moczanów, zmieszanych z nąbłonkiem.

c) **Żółć i żółtaczką.** Koloman Müller (*Ueber Cholesteramin. Arch. f. exper. Path. u. Pharm. I*) wychodząc z tego przypuszczenia, że występujące przy rozmaitych formach żółtaczki t. z. cholemiczne objawy mogą być następstwem działania cholesteryny, wytworzył sobie przez rozlanie cholesteryny w glicerynie i rozpuszczenie tej gęstej masy w mydlanej wodzie, płyn, w którym cholesteryna nie była rozpuszczona, tylko zawieszona i wstrzyknął go w żyłę udową psa, poczem nastąpił ciężki oddech, porażenie, nieprzytomność i śmierć. Badanie pośmiertne nie dostarczyło jednak żadnych pewnych danych. Autor nie przedsięwziął żadnych dochodzeń co do działania wody mydlanej i gliceryny, jeżeli razem z sobą zmieszane, lub każde z nich z osobna, wstrzyknięte zostaną. Stwierdził tylko dawniejsze spostrzeżenia, według których żółć w całości, jako też i sole, wynikające z połączenia kwasów żółciowych z osadem, roztwarzają ciała krwi czerwone, a wstrzyknięte w dostatecznej ilości do krwi, sprowadzają wymioty i biegunkę, lecz żadnych objawów mózgowych.

d) **Wydzieliny i wydaliny.** Darremberg (*Société de biologie. Posiedzenie d. 2 Grud. 1871. Gaz. méd. N. 16*) przedstawił na posiedzeniu towarzystwa biologicznego wiadomość o składzie chemicznym wydzielin i wydaliny chorych i konających, u których wydzielenie moczu mniej lub więcej wstrzymane. W jednym przypadku, w którym wydzielenie moczu już od 4 dni nie miało miejsca, znalazł Darremberg w pocie węglany alkali, kwas moczowy i wapno. U osoby, cierpiącej na raka żołądka i zapalenie rakowate otrzewnej, która już od 3 dni moczu nie oddawała, upuszczono na 4 godziny przed śmiercią za pomocą punkcyj wodę z brzucha, w której się 6 gramm. mocznika na 1 litr wody znajdowało. U innego chorego, cierpiącego od 10 dni na mocznicę, znaleziono w wodzie, wydobytej z jamy brzusznej, trójfosforany, kreatynę, kreatyninę i mocznik (24,9 gram. na 12 litr.).

Podobne wyniki stwierdza i Vulpian (*Analyse des serosités d'oedème et d'ascite dans un cas de maladie de Bright. Gaz. méd. N. 19*). Bergéret (*Sur l'ascite huileuse. Journ. de l'anat. et de la physiol. N. 6*) otrzymał przy punkcji brzucha 27 letniej dziewczyny biały, mleczny płyn, dający pod mikroskopem widzieć liczne mniejsze lub większe krople tłuszczu. Po miesiącu zrobiono drugą punkcję, przy której otrzymano również płyn mleczny, dający przy badaniu chemicznym do 1,67% tłuszczu, obfite ilości białka i połączeń chloru jako też i nieznaczną ilość siarczanów.

Metody badania. Ogólna semiotyka, diagnostyka i prognostyka.

Chcąc dać wyjaśnienie odgłosu bębnekowego (tympanicznego) uskutečnił Jaszczenko (*Ueber den tympanitischen u. nicht tympanitischen, und über den vollen u. nicht vollen Schall. Deut. Arch. f. klin. Medz. T. 12*) następane doświadczenie: W jeden otwór żołądka wstawił manometr a drugim wprowadzał powoli powietrze do niego. W miarę powiększenia ilości tego powietrza, odgłos ów zmieniał jedynie swoją wysokość; gdy zaś żołądek zupełnie został wypełniony a jednak ciągle jeszcze powietrze wciskano, odgłos tympaniczny przeszedł wnet w nietympaniczny. Dopokąd jeszcze odgłos bębnekowy słyszeć się dawał, nie zmieniała się również i wysokość słupa rtęci w termometrze; zmieniała się tylko wysokość odgłosu i objętość żołądka. Skoro tylko wystąpił odgłos przytłumiony, niebębnekowy, rtęć podskoczyła szybko w termometrze. Autor wnioskuje ztąd, że odgłos bębnekowy tworzy się w skutek równowagi ciśnienia powietrza i stara się przez to zbić twierdzenie Skody, jakoby przyczyną bębnekowego odgłosu było to, że ściany nie są naprężone, inaczéj odgłos staje się mniej lub całkiem nietympanicznym. Z tego jak Skoda powstanie odgłos pełnego (jawnego) przedstawia, wynika, że tylko dłuższe trwanie odgłosu wskazuje na większą objętość dźwięczącego ciała i że on temu dłużéj trwającemu odgłosowi nadaje nazwę pełnego, a króciej trwający mniej pełnym czyli próżnym nazywa. Pełny przypisuje sprężystości ściany piersiowej i znacznej objętości dźwięczącego ciała. Autor uważa zaś odgłos pełny za pośredni pomiędzy pełnym i próżnym, gdyż przedstawia stopień średni siły trwania i wysokości.

U chorego na tyfus z objawami zapalenia otrzewnej znalazł Chomiakow (*Ueber die Bedeutung des klatchenden Schalles in der Diagnostik bei der Perkussion. Berl. klin. Wochens. N. 36 i 38.*), w okolicy wątroby na linii mostkowej, sutkowej i przymostkowej odgłos tympaniczny przytłumiony, chociaż żadnych innych pewnych znaków przedziurawienia kiszek wraz z wystąpieniem gazów nie było. Wieczorem dostrzeżono jednak pomiędzy przymostkową linią a sutkową przy opukiwaniu brzegu klatki piersiowej odgłos klaszczący, zmieniający swe miejsce przy zmianie położenia chorego i to w ten sposób, że przy położeniu jego na lewym boku dawał się słyszeć na linii pachowej cokolwiek wyżej, przy siedzeniu zupełnie zniknął, a przy położeniu na wznak z pod-

wyższą miednicą, poniżej brzegu klatki piersiowej, w okolicy pepka słyszeć się dawał. Chomiakow wnosił zdąd, że pomiędzy wątrobą a ścianą brzuszną znajduje się powietrze, pochodzące od przedziurawienia kiszek. W ciągu pięciu dni odgłos ów znikł zupełnie i należało przypuścić, że powietrze zostało wchłonięte. Dziewiątego dnia chory zmarł. Przy badaniu zwłok znaleziono wrzody tyfusowe, z których cztery przebiło ściany kiszek. Pętlice tychże były dość silnie z sobą zlepione, pokryte i zalepione ropą nasiąkniętą wielką siecią, brzegami do nich przytwierdzoną. W małej miednicy znalazła się nie wielka ilość ropy. Chomiakow przypuszcza tedy, że po przedziurawieniu kiszek przez wrzody weszło powietrze do jamy brzucha w wyższej jej części, że jednak zlepienie kiszek wskutek zapalenia otrzewnej, dalszemu wyjściu powietrza przeszkodziło. Owo tedy powietrze nagromadzało się zawsze w najwyższych punktach jamy i z tego powodu wcisnęło się pomiędzy wątrobę i ściany klatki piersiowej. Dochodzenia, robione na trupie, przy których wdymano pewną ilość powietrza do jamy brzusznej, wykazywały zawsze tenże sam odgłos klaszczący, którego umiejscowienie zmieniało się wraz ze zmianą położenia trupa. Chomiakow przytacza wreszcie przypadek, w którym guz ścianę tylną żołądka do przedniej przycisnął, a zatem dane zostały warunki do wytworzenia się owego klaszczącego odgłosu, t. j. cienka warstwa powietrza pomiędzy ciałem twardém i ścianą ruchomą, sprężystą.

Sommerbrodt (*J. Ein Beitrag zur Auscultation des Abdomen. Berl. klin. Woch. N. 41.*), zwraca uwagę na nowy, przez niego już w r. 1864 zauważany znak auskultacyjny przy przedziurawieniu kiszek, który w pewnych okolicznościach może zapewnić rozpoznanie. Dostrzegł on go u 28-letniej kobiety, która była chorą na *perityphlitis* i w okolicy ślepej kiszek miała bolesne obrzmienie z odgłosem bębnowym, przytłumionym, rozprze-strzeniającym się poniżej wiązadła Pouparta i sięgającym w tył aż do krętarza. Przy słabém uderzaniu palcami po nad grzebieniem kości biodrowej ku kiszce ślepej dawało się wyczuć chełbotanie i słyszeć hurczenie wraz z szmerem pluskającym, który łatwo się dawał wywołać przy ciśnieniu palcami pomiędzy grzebieniem a krętarzem. Przy położeniu na lewém boku sprowadzał krótki nacisk, w owiej okolicy wykonywany w kierunku do kiszek ślepej, każdym razem głośny dmący szmer z słabym odgłosem amforycznym, tak, że to wszystko dawało bezpośrednio takie wrażenie, jakoby przez naciskanie na prze-

strzeń próżną powietrze zostało wpędzone do drugiej przez ciasną szybkę, łączącą je obie. Przy badaniu pośmiertném okazało się, że kiszka ślepa i okrężnica wstępująca były przyrośnięte do powięzi lędźwiowej, a otwór, na siedm mm. szeroki, prowadził z kiszki do jamy, leżącej pod ową powięzią, pomiędzy mięśniami, więzem Pouparta i wewnętrzną powierzchnią kości biodrowej, napełnionej posoką z kałem zmieszana, i rozciągającej się na zewnątrz jeszcze na pięć cm. ku wielkiemu krętarzowi.

Wskutek krytycznego rozbioru rozmaitych poglądów na powstanie t. z. szmeru rozbitego garczka (*bruit du pot fêlé*) nabrał Baas (*J. H. Ueber percuto-auscultatorisches Anblasegeräusch. Deut. Arch. f. klin. Med. T. 12.*), tego przekonania, że dotąd jeszcze nie ma zupełnej zgodności co do zmysłowych objawów tego szmeru, a tym mniej jeszcze co do tych, które ten szmer właściwie znamionują. Całe to zjawisko przedstawia dwie gromady objawów, mianowicie: 1) objawy fizyologicznego szmeru rozbitego garczka, który i u zdrowego może być wywołany, i 2) objawy chorobliwego, które znowu na dwa rzędy się rozpadają, na objawy szmeru, spowodowanego jamami w płucach lub też przetokami, stanowiącemi związek pomiędzy płucami a zewnętrzną powierzchnią piersi, i na objawy tego szmeru, który zawisł od t. z. zwolnienia (relaksacyi) napięcia tkaniny płuc.

Na mocy swoich własnych dochodzeń, spostrzeżeń, uczynionych na chorych, i poglądów rozmaitych autorów dochodzi autor do tego wyniku, że ów szmer należy do fizyczno-diagnostycznych znaków, tak co do swego pojawienia się jak i towarzyszących mu objawów, najziemniejszych, i że z objawów po części do dziedziny opukiwania, po części do dziedziny wysłuchiwania należących się składa. Jedynemi objawami stałemi są: odgłos perkusyjny,—mogący być stosownie do chwilowego stanu, to słabo dźwięczący, to mocno dźwięczący i połączony z oddźwiękiem metalicznym,—i szmer dmący, albo syczący (*zischend*), który w ten czas jako szmer nadmuchowy powstaje, gdy znajdujące się w dziedzinie zdrowego lub chorego powietrznego przewodu, powietrze, przez uderzenie opukiwanego ku brzegom na drodze do zewnętrznego powietrza znajdującego się najcieńszego miejsca, przepędzone zostaje, i który z tego powodu tylko przy wydechaniu i przy istniejącym otwartym związku z otaczającą powierzchnią przestrzeni powstać może. Tém najcieńszem miejscem może więc być krtani, tak u chorych jak i u zdrowych;—miejsce, w którym gałęź oskrzelowa w kaverne przechodzi, czasami wraz z krtanią,

albo też miejsce, w którym na powierzchni ciała przetoka się kończy. Ten szmer jest dla tego nadmuchiowym, (*anblasegerdusch*) ponieważ prąd powietrza ma zdolne do drgania sprężyste brzegi, np. brzegi strun głosowych, które uderza i w drganie je sprawia, które to drgania na powietrze się przenoszą i w niem pobudzają fale, które nasze ucho jako szmer chwytą.

Chwostek (*Ein Fall von Cheyne-Stokes'scher Respiration. Wien. med. Wochens. N. 39*), przytacza przypadek niedomykalności zastawki dwudzielnej, w którym po ukończeniu zapalenia płuc wywiązał się oddech Cheyne-Stokes'a, trwający przez pół dnia, poczem nastąpił kilkogodzinowy przestanek z prawidłowym oddechem, po którym na nowo ów nieprawidłowy oddech wystąpił. Przebieg choroby był śmiertelny, gdyż w końcu powstały majaczenia, przywidzenia, odleżyny i wodna puchlina. Badania postmortemnego nie dozwolono.

Wilkins (*H. Ueber die Rotationsbewegungen des Herzens nach einer directen Beobachtung am lebenden Menschen. Dent. Arch. f. klin. Med. T. 12.*), miał sposobność widzieć u człowieka bezpośrednio ruchy serca i robić nad nimi spostrzeżenia. Z powodu nagromadzenia ropy w lewej opłucnej musiano u 35 letniego mężczyzny założyć szeroką przetokę w czwartym międzyżebrowym przestworze, przez którą można było długi czas śledzić ruchy serca. Można było widzieć wyraźnie, że przy każdym kurczu serca lewy dość ostry brzeg jego ku przodowi i ku prawej stronie się zwraca, i równocześnie cokolwiek się zniża. Ten ruch można było przez bezpośrednie obmacanie i zastosowanie odpowiedniego narządu lepiej oznaczyć i należyście go rozłożyć. Z tego ruchu serca ku dołowi i obrotu około swój podłużnej osi wyprowadza autor uderzenia końca serca. W tym razie uderza bowiem o ścianę piersiową i ku przodowi i prawej stronie zwracający się lewy i ku tyłowi ku lewej stronie zwracający się prawy koniec podstawy sercowej. Następstwem tego ruchu jest to, że lewy, ku przodowi zwrócony koniec serca wnet opór spotyka w ścianie piersi, którą tylko nieznacznie wypuklić jest w stanie. Jeżeli zatem obrót serca ma być dokonany, to nastąpić to może jedynie przez wciśnięcie się końca prawego podstawy serca w miękką i podatną tylną ścianę, t. j. w przeponę. Tym tylko sposobem może się wydłużyć najdłuższa oś serca i musi zmienić swoje położenie. Ponieważ jej górna część w tył się cofa, musi jej dolna część do ściany piersiowej się zbliżyć. Przez to nabierze koniec serca kierunek od pierwotnego odmienny i ukośny ku przodowi, tak

że przy przedłużeniu musiało by się w tę ścianę wcisnąć. Temu przedłużeniu zapobiega równocześnie zsuniecie się serca ku dołowi w kierunku owjej osi. Gdy to zsuniecie się dojdzie do swego *maximum*, to i ow nacisk na ścianę przednią będzie największy a wynik ostateczny całego tego powikłanego ruchu przedstawia uczuwalne uderzenie serca.

Thaon (*Du système des pesées dans les maladies chez les enfants. Gaz. méd. N. 52*), przedstawił Akademii biologicznej wyniki swojego ważenia dzieci przy rozmaitych ostrych chorobach. W tyfusie waga dziecięcia wzrasta przez pierwsze dwa dni, potem opada, czasami bardzo szybko, i zaczyna się na nowo podnosić w 24—48 godzin po powrocie do prawidłowej temperatury ciała porannej i wieczornej. W zapaleniu płuc krupowém zmniejsza się waga chorego w ciągu całego trwania choroby a nawet jeszcze kilka dni po szybkim opadnięciu ciepłoty ciała. Przy ospie waga się zmniejsza do 5 lub 6 dnia, wzmagą się potem szybko po wysypaniu się ospy, dochodzi do największej wysokości około 9—12 dnia i opada potem nagle na nowo, aby nakoniec dojść do prawidłowego stanu.

CHOROBY KOBIEC.

Sprawozdawca Dr. L. Pogorzelski.

A). Prace treści ogólnej.

- 1) Sims's J. Klinik der Gebärmutterchirurgie mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung der Sterilität. wydan. po niemiecku przez Herm. Beigel. ze 152 drzeworytami w tekście, 3 powiększone wydanie. — 2) Chapman, E. N. Hysterology. A treatise, descriptive and clinical, on the diseases and displacements of the uterus. New-York.—3) Ludlam, R. Lectures, clinical and didactic, on the diseases of women. Chicago.—4) Gallard, Leçon cliniques sur les maladies des femmes. Paris. — 5) Dechaux, Parallèle de l'hystérie et des maladies du col de l'utérus. Paris. — 6) Abbeegg. G. F. H. (Gdańsk), Zur Geburtshilfe und Gynäkologie. — 7) Bernier de Bournonville, G. Appendice au traitement des maladies des femmes; des bandages et des ceintures hypogastriques: avec 25 figures. Paris. — 8) Hagemann (Hanower), Ueber die Form der Höhlung des Uterus.

Arch. f. Gyn. V. 1. p. 295. — 9) Tenze, Die Schleimhaut des Uterus, tamże p. 333. — 10) Leopold Gerhard (Lipsk) Die Lymphgefäße des normalen nicht schwangeren Uterus. Arch. f. Gyn. VI. I. p. 1 — 54. — 11) Schatz, Einfluss der Lehre vom intraabdominalen Drucke auf die Gynäkologie. V. 2. p. 227. — 12) Tenze, Ueber garrulitas vulvae. Arch. f. Gyn. V. 1. p. 159. — 13) Mayer, Louis, Fälle von Motilitätsstörungen im Zusammenhange mit krankhaften Zuständen in den Sexualorganen des Weibes. Beiträge der Ges. f. Gebh. in B. II. 1. p. 75. — 14) Kauffmann (Berlin), Tumor in hinteren Beckenraum. tamże II. 1. p. 95. — 15) Hennig Ueber ersten Folgen von Geschwülsten der weiblichen Genitalorgane auf die Harnwege. Arch. f. Gyn. V. 1. 166. — 16) Delio ux de Savignac, D'une nouvelle canule pour injections vaginales et des avantages. Gaz. med de Paris. N. 31 także Bull. gén. de thérap. 30 Août. — 17) Lowder, Diagnosis of some of the diseases of the pelvic viscera of the female. Philad. med. and surg. Rep. Octbr. 25. — 18) Sautz H. Ueber die differentielle Diagnose der Geschwülste im weiblichen Becken. Berl. Diss. 1872. — 19) Rosenthal (Wiedeń), Ueber Neuralgien der Mamma und neuralgische Brustdrüsenknotten. Wien. med. Presse. N. 1. 20. Kisch H. (Marienbad), Ueber Stuhlverstopfung als Symptom von Uterinalleiden. Wiener. med. Wochenschr. N. 18 i 19. — 21) Dubois Victor, Tumeur intraabdominale. Difficulté du diagnostic. Mort. Autopsie, Presse méd. Belge. N. 13. — 22) Castiaux, Hystérie confirmée chez une femme privée de vagin et d'uterus. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. N. 26. — 23) Barnes, Robert, The convulsive diseases of women. Med. Press and Circular. May 14, 21 i 28, także Lancet. April 26 — 24) Martin (Paryż), Expulsion spontanée, pendant la vie, du corps de la matrice. — L'Union méd. N. 79. — 25) Chapman, S. Cogestion—thea „one idea“ in uterine therapeutics—illustrated by the history, diagnosis, treatment and cure of a typical case. Phil. med. a surg. Rep. Jan. 11 — 26) Meyer, Lothar (Berlin) Ueber Pocken beim weiblichen Geschlecht. Beiträge der Ges. f. Gebh. II. 2. p. 186 — 27) Wachsmuth, J. F. Der Uterusinjector. Deutsche Klinik. N. 6 — 28) Wernich, A. (Berlin) Ueber das Verhalten des Cervix uteri während der Cohabitation. Berl. Klin. Wochenschr. N. 9. — 29) Fehling (Lipsk), Casuistischer Beitrag zur Mechanik der Conception. Arch. für Gyn. V. 2. p. 342. 30) Beigel, H. (Wiedeń) Ueber den Einfluss der Lageveränderungen der Gebärmutter auf die Sterilität. Wien. med. Wochens. N. 12 — 31) Quenn, Injection vaginale suivie de mort. Gaz. des hôp. Dec. 4. — 32) Faucou, A. D'une variété d'étranglement interne qui reconnaît pour cause la compression de l'intestin par les hystéromes. Gaz. des hôp. N. 13. — 33) Awater, Zur Transfusion. Beiträge des Ges. für Geth. II. 3. p. 142. — 34) Spiegelberg, Otto. Ueber Amputation des Scheidentheils der Gebärmutter. Arch. f. Gyn. V. 3. p. 411.

Leopold (10) w obszerniej swój pracy o naczyniach limfatycznych normalnej, nieciążarniej macicy dochodzi do następných wyników: Błona śluzowa składa się z delikatnego rusztowania tkanki łącznej, do której wiązek przylegają *endothelia*, powyżej zaś pochewki złożone z komórek endothelialnych. Naczynia krwionośne, począwszy od najdrobniejszych naczyń włosowatych opatrzone są drobnymi pochewkami z komórek endothelialnych. Z obudwu rodzajami pochewek rusztowanie tkanki łącznej zostaje w po-

średnim związku. Gruczoły bowiem i naczynia krwionośne przechodzą pośrednio w przestrzeniach limfatycznych, oddzielone tylko od tych ostatnich pochawkami endothelialnymi. Na granicy błony mięśniowej przestrzenie limfatyczne okazują lejkowate zagłębienia pomiędzy dwoma wiązkami mięśni i zwążając się stopniowo przechodzą w międzymięśniowe naczynia limfatyczne szpary.

Błona mięsna u człowieka i zwierząt zawiera naczynia limfatyczne i szpary. Budowa obudwu składa się z delikatnej międzymięśniowej tkanki łącznej. U zwierząt siatki naczyń limfatycznych przebiegają równolegle wzdłuż obudwu warstw mięsnych, są zatem na krzyż względem siebie ułożone. Pomiędzy obu warstwami mięsnymi znajdują się wielkie zbiorniki limfatyczne (*Lymphsammelröhren*), opatrzone zastawkami, w kątach macicy siatkowato rozrzucone, które z obudwu stron wszystkie naczynia limfatyczne przyjmują.

W macicy u kobiet naczynia limfatyczne z powodu właściwej budowy błony mięsnej są bardziej zwiężane i najobfitsze w warstwie zewnętrznej. Zbierają się one w tejsze po bokach macicy w postaci wielkich zbiorników prawdopodobnie opatrzonych zastawkami. Szpary limfatyczne (*Lymphspalten*) otaczają u człowieka i zwierząt pęczki i większe wiązki mięśniowe i przechodzą w naczynia limfatyczne. U zwierząt zostają one w bezpośrednim związku z naczyniami podsurowiczemi i kanałami błony śluzowej (*Schleimhautbahnen*), u człowieka w stosunku pośrednim z błoną śluzową.

Pod błoną surowiczą znajdują się tylko naczynia limfatyczne, które leżą w tkance łącznej podsurowiczej. Co do liczby jest ich nierównie mniej niżeli ponad niemi przebiegających podsurowicznych naczyń krwionośnych, ale za to miejscami są 8 — 10 razy grubsze; przedstawiają one ampułkowate i guziczkowate rozszerzenia, oraz zwążenia i rozgałęziają się w głębi. U człowieka pokrywają one nieregularnymi gruppami przednią i tylną ścianę macicy, szczególniej w miejscu przyczepienia jajowodów tworzą wielkie ampułkowate rozszerzenia i w postaci wydłużonych siatek przechodzą na jajowody.

Limfa zatem niewątpliwie następną odbywa drogę: z przestrzeni limfatycznych błony śluzowej przechodzi lejkami błony śluzowej w szpary i naczynia limfatyczne błony mięsnej, otacza tu wszystkie wiązki i pęczki aż do błony surowiczej i gromadzi się ze wszystkich stron w wielkich zbiornikach, które w bliskości wielkich naczyń krwionośnych wchodzą do więzów szerokich.

Autor zaznacza jeszcze, że ważnymby było poznać także przebieg naczyń limfatycznych macicy ciężarnej, mianowicie stosunek tychże do łożyska i błon jajowych.

Hennig (15) zastanawia się nad szkodliwym wpływem guzów w organach płciowych na drogi moczowe z powodu ucisku, a ztąd ograniczenia objętości pęcherza, szarpania tegoż, lub przemieszczenia, mianowicie gdy jest więcej guzów: wreszcie z powodu niewralgii i zastojów w naczyniach. Przytacza rozmaite przykłady, między temi jeden wypadek, w którym guz cisnął na pęcherz i tenże wraz z cewką moczową został zgięty w kształcie litery S.

Meyer (26) podaje statystykę odnoszącą się do 3,000 kobiet chorych na ospę. Z niej okazuje się o 4% przeszło większa śmiertelność u kobiet niż u mężczyzn. Kobiety przedstawiały daleko większą liczbę wypadków t. zw. ospy krwawej (*variola haemorrhagica*), a szczególnie do tej formy chorobnej okazywały usposobienie kobiety ciężarne (25% ciężarnych na 11% kobiet w ogólności). Śmiertelność ciężarnych jest znacznie większą, aniżeli wszystkich innych kobiet. Usposobienie do ospy z krwawymi wynaczynieniami i śmiertelność zwiększa się z przedłużaniem czasu trwania ciąży. Skłonność do przerwania ciąży wzrasta z trwaniem choroby i jej natężeniem. U wszystkich ciężarnych ospą krwawą dotkniętych nastąpiło poronienie i śmierć. Płód znacznie wcześniej zamierał, i tylko w jednym wypadku urodzone było żywe 9 miesięczne dziecko. Na 9 wydalonych płodów, u 2 tylko była nieznaczna wysypka ospowa. Kobiety ciężarne mają wielką skłonność do krwotoków macicznych. Przyczyną fałszywych krwawień miesięczkowych w 7 wypadkach było zapalenie jajników, okołojajnikowe i prawie zawsze przekrwienie błony śluzowej macicy.

Beigel (30) wprowadza niepłodność z czysto mechanicznych przyczyn i zaznacza częste zmiany w położeniu macicy u kobiet niepłodnych. Przy tego rodzaju zboczeniach możliwość zapłodnienia bywa bardzo rozmaita, co zależy mniej lub więcej od znacznego zwężenia szyjki macicznej, nierównej długości warg i t. p.

Na 125 kobiet niepłodnych u 11 tylko nie można było wykryć zboczenia, i w tym razie musimy przyjąć pewne nienormalności ze strony jajników lub jajowodów. U pozostałych 114 były następujące przyczyny:

guzy macicy	19	} guzy 29 razy.
„ części pochwowój	9	
znaczej wielkości gruczoły Naboth'a	1	

przodopochylenia	3	} pochylenia 20.
tyłopochylenia.	9	
pochylenia boczne	8	
przodozgięcia	6	} zgięcia 12.
tyłozgięcia	5	
zgięcia boczne	1	
opadnięcia	2	
razem więc 34 zmiany w położeniu macicy		
część pochwowa w formie dzioba	2	} zmiana formy 17.
„ klinowata	4	
„ przypłaszczonea	3	
„ bardzo krótka	2	
„ stożkowata	2	
macica dziecięca	4	

Pozostałe 26 wypadków przedstawiały zapalenia macicy i pochwy, owrzodzenia, guzy w miednicy i t. p.

Quenu (31) przytacza jeden z rzadkich wypadków śmiertelnego zapalenia otrzewnej po wstrzyknięciu do pochwy bardzo małej ilości roztworu saletranu srebra (1 : 50). Chora do tego stopnia była drażliwą, że proste tylko pędzlowanie tym roztworem za każdą razą wywoływało dotkliwie bóleści. Badanie pośmiertne wykazało rozlane zapalenie otrzewnej i wypełnienie jajowodów ropą. Autor przyjmuje, że zwrotnie pobudzone skurczenia wydalily ropę z jajowodów. Kilka takich wypadków znanych jest w literaturze lekarskiej, gdzie przy podobnych operacjach, a nawet jeszcze lżejszych, śmierć nastąpiła.

Faucon (32) zwraca uwagę na zaciśnięcia kiszek wywołane guzami macicy, przytacza 4 obce spostrzeżenia i jeden własny wypadek, które wyjaśniają powstawanie tego rodzaju zaciśnięć.

A w ater (33) u kobiety 45 letniej cierpiącej na krwotoki maciczne po należytém zbadaniu znalazł 3 polipy torbielowate w macicy i takowe korncażkami zostały wydalone. Przy wielkim upadku się, powstał wkrótce znaczny krwistek (*haematoma*) w miednicy, który sięgał ku górze aż do pępka. Z powodu niebezpiecznego stanu chorej dopełniono przelanie krwi (*transfusio*) odwłóknionej człowieka w ilości 200 grammów. Przetoczenie to miało zupełnie pomyślny skutek, gdyż krwistek nie tylko się nie powiększył, ale nawet bardzo szybko się resorbował. Autor przypisuje wykonanej operacji w tym wypadku także działanie hemostatyczne i wspomina o 10

strzeżeniach Braun'a, który po przetoczeniu krwi obserwował skurczenia macicy.

Zasługuje także na uwagę znakomita praca Spiegelberg'a (34). O odjęciu części pochwowej, wsparta na 53 własnych spostrzeżeniach i 7 nieogłoszonych dotąd wypadkach Langer'a z Wrocławia. Te 60 wypadków podane są w formie tabellarycznej. Odjęcie części pochwowej z powodu raka miało miejsce 22 razy, przy prostym rozroście zapalnym 7 razy, przy formie stożkowatej i niepłodności 5 razy, przy przedłużeniu ryjkowatém lub skrzydłowatém 10 razy, przy przeroście kolistym i opadnięciu 10 razy. Odjęcie krwawe bez założenia szwu było skutecznione 8 razy, z nałożeniem pojedynczego szwu (Sims) 6 razy, z nałożeniem szwu na każdą wargę 3 razy, za pomocą odgniatacza (*ecraseur*) 4 razy, za pomocą petli galwanicznej 39 razy.

W 5 wypadkach nastąpiła śmierć po operacji, a mianowicie raz skutkiem otwarcia jamy brzusznej przy odjęciu krwawém zrakowaciałej części pochwowej i mocnem ściąganiu ku dołowi, raz jeden w skutek zapalenia otrzewnej miednicy (*pelvipерitonitis*) i następczego krwotoku przy operacji galwanicznej raka i mocnem ściąganiu części pochwowej ku dołowi, raz 1 przy rozroście (*hyperplasia*) w skutek wstrząśnienia po odjęciu za pomocą żaru galwanicznego, 1 raz w skutek powtarzających się krwotoków i zapalenia tkanki łącznej miednicy po krwawém oddzieleniu z powodu raka, raz jeden w skutek ropnicy po odjęciu polipowatego wydłużenia za pomocą żaru elektrycznego.

Ostatni jednak wypadek śmierci zdawał się być przypadkowym pochodzącym od zakażenia jeszcze przed operacją, tak że śmiertelność przedstawia się jak 4 : 59.

Niebezpieczeństwo wstrząśnienia (*shock*) jest rzadkie i trudne do usunięcia. Inaczej rzecz się ma z obrażeniami otrzewnej. Prócz wypadku, który zakończył się śmiercią, raz jeden przyszło do lekkiego naddarcia, a drugi raz do obnażenia otrzewnej; w obu wypadkach nie spostrzegano reakcji następczej. Wreszcie zapalenie otrzewnej, które się śmiercią zakończyło, pochodziło od szarpania i rozluźnienia przyczepów téjże.

We wszystkich 4 wypadkach przyczynę niepomyslnego zejścia należy upatrywać nie w działaniu narzędzi, a raczej w zbyt silnem ściąganiu macicy ku dołowi, a nawet w jednym wypadku obserwowano w skutek tego naddarcie.

chyleniem ma się do tej drugiej jak 4:1. 4) Przędopochylenie częścię spotykamy przy pierwotnej niepłodności, tyłopochylenie zaś częścię przy nabytej. 5) Jednak przy rozważeniu względnej częstości obu tych zbroceń zawsze tyłopochylenie częścię bywa przyczyną; przy pierwotnej niepłodności w $\frac{66}{3}$, przy następczej zaś w 85% wypadków. 6) Stosownie do mniejszego stopnia pochylenia, zapłodnienie jest prawdopodobniejszym. 7) Przy pochyleniach przyczyna niepłodności nie zawsze pochodzi od samego zbroczenia, lecz często może ona zależeć od towarzyszących mu cierpień. Po usunięciu zbroczenia może nastąpić uleczenie niepłodności.

Aby oznaczyć wpływ zgięć autor oddzielił te wszystkie wypadki, które współcześnie z pochyleniami były powikłane. Według tego zapatrywania się rozróżnia. 1) Zgięcie wywołuje niepłodność w $\frac{1}{6}$ wszystkich wypadków. 2) Niepłodność częścię bywa spowodowana przodozgięciem niż tyłozgięciem i to w stosunku jak 7 : 3. 3) Co się tyczy względnej częstości obu tych cierpień, to liczba niepłodności zależnej od przodozgięcia do takiejże spowodowanej tyłozgięciem ma się jak 1 : 2. 4) Wrodzona czyli pierwotna niepłodność częścię przytrafia się przy przodozgięciu, co się tyczy zaś względnej częstości to obie formy zgięcia równy biorą udział. 5) Niepłodność nabyta czyli następcza przy obu rodzajach zgięcia zachowuje się w tym samym stosunku. Zaś przy względnej ich częstości przypadkowa niepłodność przy zgięciu ku tyłowi do takiejże przy zgięciu ku przodowi jak 4 : 1. 6) Niepłodność od przodozgięcia częstsza jest u kobiet, które nigdy nie rodziły; tyłozgięcie pochodziło od połówów. 7) Stopień zgięcia prowadzący do niepłodności znaczniejszy jest przy tył niżeli przy przodozgięciu. 8) Czasami niepłodność nie zależy od zgięcia a tylko od innych cierpień powikłanych. 9) Aby usunąć niepłodność należy leczyć powikłania i starać się przynajmniej o zmniejszenie zgięcia. Opadnięcie macicy stanowi według M $\frac{1}{16}$ wszystkich wypadków niepłodności. Stosunek dających się odprowadzić opadnięć do nieodprowadzalnych w etiologii niepłodności przedstawia się jak 3 : 1. Dla zaradzenia w tych wypadkach odpowiedniami są środki pomocnicze jak wianki (*pessaria*) i operacye krwawe. Przerostowe wydłużenie szyjki macicznej według autora było przyczyną niepłodności w $\frac{1}{3}$ wypadków; część nadpochwowa częścię bywa powodem niepłodności niż szyjka pochwowa a mianowicie jak 4 : 3. Środkiem do usunięcia cierpienia w tym razie jest wycięcie i zeszywanie krwawe szpary sromnej (*perineo-cheiloraphia*). Czasami daje się osiągnąć zapłodnienie bez żadnej poprawy przez uwzględnienie

tylko mechanicznych stosunków w czasie aktu spółkowania. Ogólny przerost całej macicy może pochodzić od niedostatecznej inwolucyi, tój jednak przyczyny niepłodności nie należy zbyt precyzyjnie przeceniać. Pomimo tego, że tylko w $\frac{1}{21}$ części wszystkich wypadków występowała ta przyczyna, to jednak w niektórych spostrzeżeniach była ona tylko czasową przeszkodą zapłodnienia. Według doświadczeń M. częściowo w przerost szyjki macicznej należy uważać jako dość częstą przyczynę niepłodności. Dla usunięcia tój przyczyny konieczne są kilkakrotne nacięcia lub wycięcia, proste zaś tylko rozszerzenie rzadko usuwa moment powodujący niepłodność; jednak w ogóle tę przyczynę niepłodności uważa autor za przejściową. Zwężenie szyjki w $\frac{1}{7}$ wypadków powoduje niepłodność. Jest ona częstsza u nierodzących, aniżeli u kobiet które kilka razy rodziły, i częściej wrodzoną niż nabytą 5 : 4; pierwsza najczęściej pochodzi od przyzęgania szyjki; wszystkie zwężenia dają się usunąć, jeśli nie pochodzą z wad rozwojowych.

B) Regularność.

1) Beigel Herrmann (Wiedeń), Wiener med. Wochenschr. N. 27. — 2) Bantock, Granville, On the treatment of certain forms of menorrhagia and uterine haemorrhage by means of the sponge tent, with special reference to their occurrence in women residing in tropic climates. Lond. obstetr. Transact. p. 84. — 3) Barnes R., On the essential cause of dysmenorrhoea as illustrated by cases of partial and complete retention, tamże p. 108. — 4) Cohnstein (Berlin), Ueber Menopause. Deutsche klinik. N. 5. — 5) Potheau A., Étude sur la valeur sémiologique de la ménorrhagie ou exagération du flux menstruel. Paris. — 6) Bougon G., Génèse et étiologie des hémorrhagies utérines. — 7) Cauchois, La menstruation, cause d'hémorrhagies secondaires. Le mouvement médic. N. 18. — 8) Evers J. C. G., Statistiek opgaven omtrent het begin en ophouden der menstruatie. Nederl. Tijdschr. voor Geneeskde. N. 27. — 9) Kidd George, Brit. med. Journ. Aug. 16. — 10) Révillout, Suppression des règles. Vomissements continus, Hystéricisme, Hystérie. Absence d'urémie. Anesthésie et Hyperesthésie généralisées par alcoolisme. Gaz. des hôp. N. 89.

Beigel (1) zwraca uwagę, że w literaturze istnieje pewna liczba wypadków, w których nie znaleziono przy sekcji świeżo pękniętych pęcherzyków Graafa w jajnikach u kobiet, jakkolwiek woiąż u nich należycie odbywała się regularność. Już Ritchie i Oldham byli skłonni do zaprzeczenia związku zachodzącego pomiędzy miesiączkowaniem i dojrzewaniem jajek. W nowszych czasach zrobiono spostrzeżenie, że po obustronném wycięciu jajnika mie-

siączka regularnie lub w nieregularnych odstępach czasu wracała. Podobnego rodzaju wypadki spostrzegane przez Atleego, Stohrera i Claya przytacza autor, i sądzi się być upoważnionym do zaprzeczenia, aby regularność miała zależeć od dojrzewania jajek. Uważa on „regularność jako od czasu do czasu powtarzający się impuls płciowy, przyczem wskutek przepełnienia naczyń włosowatych — błony śluzowej macicy i prawdopodobnie jajowodów przychodzi do krwawienia z tych części”. Jajniki grają tu rolę zupełnie bierną. W każdym razie ów napływ krwi sprzyja dojrzewaniu jajek, podobnie jak i inne momenty np. spółkowanie.

Cohnstein (4) podaje statystyczne wyniki z swęj praktyki u biednych 100 kobiet o początku i ustaniu regularności.

Trwanie regularności waha się pomiędzy 10 i 44 rokiem życia. U przeważnej liczby kobiet trwanie téj czynności rozciąga się od 28—34 lat. Średnio biorąc wynosi lat 31. Ustawianie regularności u 76% wypadków odbywa się stopniowo; u 24% raptownie. Kobiety, które po raz pierwszy rodzą pomiędzy 36 i 46 rokiem życia, nawet po normalnie ubiegłym połogu, często zaraz tracą regularność. Kobiety u których wcześniej pokazała się regularność trwanie téj ostatniej bywa dłuższe, aniżeli u kobiet z dość późném wystąpieniem miesiączki.

Z liczby mężatek 15% trwanie regularności wynosi 29—34 lat, z niezamężnych tylko 9%. Z liczbą przeżytych porodów, czas trwania regularności w ogóle powiększa się, również gdy kobieta jeszcze w późnym wieku (38—42 lat) rodzi i sama karmi.

Lyster C. E. (*Case of intermenstrual pain. The med. Press and Circ. 3 Septbr*) opisuje tak zwany ból międzymiesiączkowy (*Intermenstrualschmerz*). Wypadek obserwowany przez niego dotyczył kobiety, która dostała regularności w 16 roku życia, a przy 3 lub 4 pojawieniu się zwykłej miesiączki powstał nadzwyczaj silny ból i zajmował cały wolny czas od regularności. Zwykle występował z wielką gwałtownością w okolicy lewej kości łonowej w nocy po ustaniu odpływu krwi, ztąd rozprzestrzeniał się w części krzyżowej i bioder z równą siłą i trwał najmniej 2 dni. Cierpienie to uważane za newralgię, było leczone przetworami żelaza i chininy żadnej jednak nie uległo zmianie i znikło dopiero podczas pierwszej ciąży; napady bólu wróciły znowu, gdy pacjentka drugie swe dziecko odstawiła od piersi. Wtedy badając chorą znalazł autor macicę przekrwioną i bolesną, zastosował miejscowy upust krwi i założył następ-

nie wianek Graily Hewitt'a. Na tej drodze zdołano uregulować miesiączkę i usunąć dotkliwy ból międzymiesiączkowy.

C) Choroby jajników.

1) Gallez, Louis, Histoire des cystes de l'ovaire envisagée surtout au point de vue du diagnostic et du traitement; avec planches. Bruxelles. — 2) Puech, Des ovaires, de leurs anomalies. Paris. — 3) Brunker E. P., A case of ovarian dropsy, with unusual quantity of fluid. *Dubl. of Journ. of med. Sc.* August (brzuch miał 63 cali angielskich obwodu. Po przekłóciu wypłynęło dziesięć galonów płynu gęstawego, oleistego, poczem brzuch był zupełnie próżny i nie przedstawiał wyczuwalnego gęz). — 4) Ponfiek, Dermoidcyste des Eierstockes. *Beitr. d. Ges. f. Geburtsh. in Berlin*. II. 97. — 5) Menche Hermann, Ein zusammengesetztes Cystom des Ovarium mit adhärenthem Processus vermiformis. *Diss. Göttingen*. — 6) Fioupe, Tumeur solide de l'ovaire, phthisie pulmonaire; mort; autopsie. *Gaz. méd. d. Paris*. N. 47. — 7) Boyer Henry, De Obstruction intestinale causée en deux points différens par des tumeurs fibreuses des deux ovaires. Mort et autopsie. *Gaz. des hôp.* N. 149 (śmierć skutkiem skręcenia kiszki). — 8) Tillaux, Cyste de l'ovaire uniloculaire; ponction par le vagin; sonde à demeure; injections antiseptiques dans le cyste; guérison complète. *Bull. de therap.* 30 Janv. — 9) Bridges E. H., Disease of left ovary, resulting in fatal hemorrhage. *Philad. med. and surg. Rep.* March. 8. — 10) Tillaux, Rupture spontanée d'un cyste de l'ovaire dans le péritoine; péritonite aigue; guérison. *Bull. gén. de théér.* 30 Mars. — 11) Girard, Menstruation faible et douloureuse; chloroanémie. Congestion de l'ovaire gauche. Nevrose du grand sympathique. *Gaz. des hôp.* N. 67. — 12) Desprès, Cystes de l'ovaire traités par la canule à demeure. *Gaz. des hôp.* N. 95. — 13) Hewitt, Graily, Cases of ovarian disease. *Brit med. Journ.* June. 28. — 14) Penassier, Cyste uniloculaire de l'ovaire. *Gaz. des hôp.* N. 75. — 15) Paddock, A large ovarian tumor. *Phil. med. and surg. Rep.* Sept. 18. — 16) Aron, Cyste dermoide pileux de l'ovaire chez une femme de soixante quinze ans. *Gaz. des hôp.* N. 184. — 17) Drysdale, The diagnosis of ovarian tumours. *Med. Press. and Circ.* N. 28. — 18) Menzel Arthur, Ein Fall von spontaner Berstung eines Cystovariums. *Wien. medic. Wochenschr.* N. 37. — 19) Brons, Ovarientumoren als Complication von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. *Berliner, Diss.* — 20) Tirifahy, Du traitement des cystes de l'ovaire. *Journ. de méd. de Bruxelles*. Mai, Juin. — 21) Meadows Alfred, On the probable origin of certain formes of cystic diseases of the ovary. *Lond. obstetr. transact.* p. 39. — 22) Phillips J. J., Note on the treatment of suppurating ovarian cysts of the drainage. *Tamze* p. 340. — 23) Wernich A., (Berlin) Zur Prognose der Complication, von Ovarialtumoren und Schwangerschaft. *Beiträge d. Ges. f. Geburtsh. in Berlin* II. 2. p. 143. — Clemens Th., (Frankfurt nad Menem), Medullarsarcom des linken Ovarium. *Deutsche Klinik*. N. 3. — 25) Malassez, Note sur la structure d'un bourgeon charnu, développé sur le bord d'une fistule résultant d'une extirpation incomplète d'un cyste ovarique. *Gaz. méd. de Paris*. N. 45. — 26) Barrault, Péritonite chronique encystée prise pour un cyste de l'ovaire. *Gaz. méd. de Paris*. N. 18. — 27) Hoffmann Franz (Wiesbaden), Zwei Ovariectomien. *Berl. klin. Wochenschr.* N. 45. — 28) Schmidt C., (Lahr):

Vier erfolgreiche Fälle von Ovariectomie. Zeitschr. f. Chirurgie. III Hft. 3 i 4. p. 371. — 29) Billroth Th., Ovariectomien 10—13 Fall. Wien. med. Wochenschr. N. 1 i 2. — 30) Hofm o s k l, (Wiedeń) Cystovarium rechterseits. Ein derber Tumor von zweifelhafter Bestimmung linkerseits. Laparotomie. Tödlicher Ausgang. Wien. med. Presse. N. 32 i 33. — 31) R u g o P., (Berlin), Zwei Ovariectomien. Beiträge der Ges. f. Geburtsh. in Berlin II. 3. p. 131. — 31) Stilling B., (Kassel), Neun Ovariectomien, 3. Dekade. Deutsche Klinik. N. 1. — 33) Wells Spencer, A fifth Series of one hundred cases ovariectomy. Med. chir. transact. LVI. p. 21. — 35) Bantock, Changes in pedicle of ovarian tumours. Lond. obst. transact. p. 2. — 36) Sims, Marion, Ueber Ovariectomie, tłumaczył na niemiecki H. Beigel S., 105. — 37) Lloyd Roberts, Twelve cases of ovariectomy, Lancet. Febr. 1. 15 April. 26. — 38) Hulke. Three cases of ovariectomy, Med. Times and gaz. Aug. 30. — 39) Teale, Ovariectomy during acute supuration of an ovarian cyst; the result of tapping. Rapid recovery. Lancet. June. 28. — 40) Cases of ovariectomy. The Hospital for women. Soho-Square. Lancet. March 15. 22. May 3. — 41) Humphry, Ovariectomy; drainage tube passed from the peritoneal cavity through the vagina. Lancet. Oct. 18. — 42) Knaggs Samuel, Ovariectomy; recovery. Dubl. Journ. of med. Sc. February. — 43) Keith Thomas, Case of intestinal obstruction following ovariectomy. Brit. med. Journ. Dec. 20. — 44) Gooding John, Ovariectomy five weeks after confinement; albuminuria, death on the thirty ninth day Lancet. Oct. 4. — 45) Cheever, Three cases of ovariectomy of which two were successful. Boston. med. and surg. Journ. May. 29. — 46) Homans, Two cases of ovariectomy. Bost. med. and surg. Journ. July. 3. — 47) Atlee (Washington), Cases of ovariectomy. Philad. med. Times. July 26. 48) Logan i Ford, Ovariectomy by enucleation; recovery. Americ. Journ. of med. Sc. July. — 49) Burnham Walter, Ovarian tumor removed by enucleation. Bort. med. and surg. Journ. July 24. — 50) Cheever, Bost. med. and surg. Journ. Jan. 2. — 51) D'Olier, Ovariectomie. Adhérences très étendues et très solides du kyste avec la paroi abdominale. Guérison. Gaz. des hôp. N. 1 i 3. — 52) Reichard i S h l u m b e r g e r (operatorem był E. Bückel), Ovariectomie pratiquée à l'hôpital et suivie de guérison. Gaz. méd. d. Strassb. N. 9. — 53) Péan, Ovariectomie et Hysterotomie. Gaz. des hôp. Août. 2 Sept. — 54) Sarell, Ovariectomy successfully performed for the first time in Constantinople Med. tim. and Gaz. Febr. 15.

Ogłoszony wypadek przez F i o u p e'g o (6) wykazuje trudności napotykaną przy rozpoznawaniu, czy stały guz wychodzi z macicy lub jajnika. Péan wielki włókniak lewego jajnika uważał za guz macicy. Przy obfitem nagromadzeniu płynu przesiękowego, przez przednie jako też przez tylne sklepienie pochwy i od zewnątrz dawał się wyczuwać guz twardy, dość wielki, gładki i ruchomy. Poruszenia guza udzielały się macicy. Przy sekcji nie znaleziono żadnych zrostów guza z macicą.

Desprès (12) przedstawił chorą która przed 11 laty była przez niego leczoną za pomocą przekłócia ze stałym pozostawie-

niem rurki z zupełnie dobrym skutkiem. Wypadek ten opisał szczegółowo. (*Gaz. des hôp. 1864 p. 14*). Inną chorą u której już Boinet 7 razy robił przekłócie i nastrzykiwał nalewkę jodową, uleczył autor w podobny sposób. Guz przyczepiony był do ścian brzucha i pozostała przetoka, z którą chora jeszcze szesnaście lat żyła.

Paddock (15) podaje wypadek torbieli dermoidalnej bez rozwoju kości. Guz zaczął się dopiero rozwijać po ustaniu odpływów miesięcznych i przez lat 12 znoszony był prawie nie powodując żadnych w szczególności zaburzeń. Śmierć nastąpiła wskutek ograniczonego zapalenia otrzewnej, zanim jeszcze operacja została wykonaną.

Meadows (21) wyłuszczył torbiel jednokomorową, która wychodziła od wnęki jajnika i pomiędzy listkami więzuz szerokiego była zrosnięta ku dołowi, gdy tymczasem pozostała część jajnika swobodnie przylegała do otrzewnej. Torbiel wysłana była nabłonkiem jak to zwykle spotykamy w pęcherzykach Graafa. Autor przyjmuje, że w tym i w podobnych wypadkach pęcherzyk Graafa zamiast fizyologicznego wydostania się na swobodną powierzchnię organu, rozwija się ku dołowi, i w miejsce zaniku uległ zwyrodnieniu torbielowemu. Wittshire i Bantock są zdania, że wspomniana torbiel wychodziła z przyjajnika (*parovarium*).

Literatura operacji wycięcia jajnika (*ovariotomia*) w r. 1873 była obfita.

Billroth (28) prócz 13 wykonanych przez niego *ovariotomi*, z których 10 wyzdrowiało, podaje 4 nowe wypadki. W jednym wypadku zachodziło powikłanie z włóknakiem macicy. Cierpiący jajnik z włóknakiem był zrosnięty i oddzielenie wtedy tylko mogło nastąpić, gdy podwiązano jajnik z częścią włóknaka. Chora szybko zmarła z powodu zapalenia otrzewnej. W drugim wypadku po zwykłej operacji w końcu pierwszego tygodnia wystąpiła gorączka. Rozpoznano ropień. Nagle przyszło w wysokim stopniu osłabienie, później jednak stan się polepszył i chora wyzdrowiała. Prócz tego w powyższym wypadku obserwowano mocne krwawienie z kiszek. Dwa inne wypadki zakończyły się wyzdrowieniem pomimo ciężkiej i powikłanej operacji.

Torbiel jajnika powikłaną z włóknakiem macicy wyłuszczył także Hofmokl (30). Tu naprzód trzeba było oddalić włóknak, gdyż inaczej guz jajnika niedostępnym był dla działania. Oddalenie tego ostatniego mogło być tylko częściowe. Chora zmarła. Przy tej

sposobności dołącza autor statystykę 52 wypadków, w których macica była oddalona w całości lub częściowo z powodu włókniaków lub współcześnie z torbielami jajnika. Na 37 zupełnie w ten sposób wykonanych operacyj — 12 zakończyło się pomyślnie. W 14 wypadkach niezupełnej operacji, 9 razy ocalono życie, $\frac{1}{3}$ część operowanych zmarła wskutek krwotoku.

J. Kosiński. Torbiel obustronna jajnika, niezwykłe powikłania. Ovariotomia. (Pamiętnik Towarz. Lekars. Warszaw. r. 1873. p. 311—318). Zasługuje na uwagę z powodu niezwykłych powikłań, a mianowicie, że właściwa torbiel wielokomorowa na całej swój powierzchni była otoczona drugim workiem mającym wygląd błony surowiczej. Worek ten niejednokowej grubości, zrosnięty był od góry i od strony lewej nie tylko z torbielą ale i z krezkami, sama zaś torbiel połączona była z macicą za pomocą szerokiej błonistej szypułki. Powikłania te niezwykłe i trudne do przewidzenia, przedstawiały niezmiernie trudności w wykonaniu operacji i były powodem śmiertelnego zejścia, które nastąpiło w 43 godzin po operacji. Jest to czwarta z kolei ovariotomia wykonana przez Kosińskiego. 5-tą ovariotomię wykonał K. (Pamiętn. Towarz. Lekarsk. Warszaw. r. 1873. p. 93) na pannie 45 lat wieku liczącej. Objętość brzucha u chorej wynosiła 154 ctm., torbiel przedstawiała wyraźne chełbotanie i była gładką. Po rozcięciu ścian brzucha okazało się, że worek cały był wolny, po wypuszczeniu zaś płynu $4\frac{1}{2}$ garncy i wydobyciu worka na zewnątrz przekonano się, że takowy osadzony był na bardzo szerokiej szypule, a jajnik obok torbieli się znajdujący zupełnie niezmienny; torbiel bowiem powstała na więzie szerokim. Po założeniu na szypułę klampry, torbiel odcięto. Chora w 52 godzin po operacji zmarła. Ze względu na siedlisko torbieli i po zbadaniu drobnowidzowem Brodowski Wł. jest zdania, że ona powstała z tych szczątków fizjologicznych, które noszą nazwę parovarii i ze względu swój wielkości należy do największych torbieli parovarii dotąd nam znanych.

Operacja zropiałej torbieli wykonana przez Teale (39) uwieńczona była pomyślnym skutkiem. Autor wspomina, że podobne operacje wykonywali: Keith, Sp. Wells, Peaslee, Wits hire. Wypadek ten o tyle jeszcze był zajmującym, że w miejscu odpowiadającym torbieli z powodu rozwoju gazów odgłos był tympaniczny, gdy tymczasem przeciwnie, w okolicy kiszki z powodu nagromadzonego przesieku w miejsce odgłosu próżnego był tępy.

Petersen (*Ovariencyste. behandlet med. Jodinjektion. Hospitalstid. 16 Arg. p. 137*) podał już dawniej jeden wypadek uleczenia torbieli jajnika po przekłóciu i nastrzyknięciu nalewki jodowej. Obecny wypadek dotyczy 23 letniej niezamężnej kobiety, która od 12 lat cierpiała na chorobę przez wielu lekarzy rozpoznaną jako guz jajnikowy. Wymiar brzucha wynosił 105 ctm. Autor zrobił przekłócie, poczem wypłynęło 5 litrów brunatnego płynu, a następnie zastrzyknął 150 grammów alkoholowego roztworu jodu (1 część na 40 części wody ciepłej), który po 2 minutach za pomocą szprycy, został wydany. Następnie w przerwach 3—4 tygodniowych zrobiono jeszcze kilka razy przekłócie i za każdym razem wydano 3—4 litrów płynu brunatnego. Roztworu jodu więcej nie zastrzykiwano. Po ostatnim przekłóciu płyn nie zbierał się już więcej. Objętość brzucha wynosiła 86 ctm. W miejscu gdzie poprzednio wyczuwaliśmy guz twardy, był on później nieznacznym. Autor sądzi, że guz ten stopniowo zniknie zupełnie, jak to miało miejsce w pierwszym wypadku przezeń obserwowanym.

Ze statystyki 500 ovariotomii wykonanych przez Spencer Wells'a (33) przytaczamy tu niektóre wyniki dotyczące gojenia szypuły. W 50 danych wypadkach szypuła gojoną była.

Przy nałożeniu klampu 349 razy, 280 wyzdrowień, 69 śmierci = 19,77% śmiertelności.

Z zastąpieniem klampu (wkłócie igieł, zaszcycie szypuły w ranie brzucha i t. d. 49 razy, 33 wyzdrowień, 16 śmierci = 32,65% śmiertelności;

z wpuszczeniem szypuły i pozostawieniem otwartym dolnego kąta rany dla podwiązek 14 razy, 6 wyzdrowień, 8 śmierci = 57,14% śmiertelności;

z wpuszczeniem szypuły i zamknięciem rany brzusznej 88 razy, 54 wyzdrowień, 34 wypadków śmierci = 38,36% śmiert.; między temi było 57 wypadków z prostym tylko podwiązaniem i 28 śmierci = 49,12% śmiert. i 16 wypadków z przyżeganiem szypuły bez podwiązania, z tych 2 tylko zmarły.

Na 100 wypadków zupełnej ovariotomii, 7 razy było robione cięcie próbne czyli niezupełna ovariotomia, 5 chorych zmarło wskutek operacji.

Marión Sims (36) zastanawiając się nad rozmaitemi sposobami umocowania i gojenia szypuły, zaznacza, że te kwestye zbyt wyłącznie zajmowały umysły lekarzy, że należałoby zwrócić uwagę na inne okoliczności, aby umniejszyć śmiertelność operacji. Powszechnie przyję-

tém jest dotąd mniemanie, że zapalenie otrzewnej i krwotoki następcze są najczęstszymi przyczynami śmierci. Bardzo częstą jednak przyczyną jest posocznica, o której Clay pomiędzy przyczynami nie wspomina, a Peaslee i Wells uważają takową za stosunkowo rzadką.

Pogląd autora stwierdzają badania pośmiertne. We własnych 7 wypadkach zakończonych śmiercią, stale znajdował Sims mniej lub więcej znaczną ilość surowicy krwawej w jamie brzusznej bez wyraźnych objawów rozlanego zapalenia otrzewnej. Toż samo miało miejsce w 26 wypadkach obserwowanych przez Wells'a, w których było robione badanie pośmiertne. W 11 innych wypadkach śmierci spostrzeganych przez Wells'a, za życia obserwowano wydobywanie się kroplami krwawej surowicy obok szypuły, co zmusza nas do przyjęcia takiego stanu w jamie brzusznej. 3 razy tylko znaleziono ropną zawartość w jamie brzusznej i śmierć powolniej nastąpiła z ropnicy. Z 39 wypadków śmierci pomieszczonych w 1 tomie ovariotomii Sp. Wells'a, 2 tylko zmarły wskutek tęcza, reszta zaś z powodu zakażenia krwi i wchłonięcia płynów znajdujących się w jamie brzusznej.

Dlatego też starano się o usunięcie owego szkodliwie wpływającego momentu np. za pomocą zakładania drenów lub w niektórych nawet wypadkach otwierano jamę brzuszną, aby ujście płynu ułatwić. (Köberle, Keith, Wells). Wells w wielu wypadkach dokonywał przekłócia przez pochwę w części z pomyślnym skutkiem po wystąpieniu objawów posocznicy. Peaslee w pewnej liczbie wypadków za pomocą przestrzykiwań dezinfekcyjnych jamy brzusznej w części skutecznie zwalczał rozwiniętą już posocznicę, w części zapobiegał jój wystąpieniu. Autor ten w zupełności pojmował całe niebezpieczeństwo, dla uniknięcia tegoż wskazał odpowiednie postępowanie i sądzi, że tym sposobem możnaby jeszcze zmniejszyć śmiertelność operacyi o 4^o/_o—5^o/_o.

Sims w zupełności dzielając powyżej przytoczony sposób zapatrywania się Peaslee zachodzi jeszcze dalej i proponuje, aby w każdym wypadku ovariotomii, a więc nawet i wtedy gdy nie było zrostów, przed zamknięciem rany na brzuchu przebić ślepy worek po za szyjką macicy od strony pochwy i wprowadzić rurkę do jamy otrzewnej dla ułatwienia odpływu gromadzącego się płynu. Jeżeli po 3 lub 4 dniach zobaczymy, że ten środek ostrożności okaże się zbyt niebezpiecznym, to można rurkę oddalić. Jeżeli chcemy dopiero wtedy operować, gdy groźne objawy wskazują na zebranie płynu, to może już

być za późno, gdyż często po 2 lub 3 dniowém nieznaczném cierpieniu, nagle ciężkie objawy występują. Autor sądzi, że tego rodzaju przekłócie i wprowadzenie rurki w stosunku do niebezpieczeństwa całej ovariometrii, nie wiele więcej znaczy jak ukłócie szpilką (? Spraw.).

W końcu obszernie autor opisuje 5 wypadków, w których stosował drenowanie w przestrzeni Douglas'a. W 4 wypadkach była robiona ovariometria, w jednym zaś wyłuszczenie torbielowatego guza macicy. 3 chore wyzdrowiały. Autor używał w tych wypadkach rozmaitego rodzaju drenów; przeprowadzał także rurkę gumową, zarówno przez pochwę, jako też przez dolny kąt rany brzusznej. Krótkie kauczukowe i metaliczne rurki, których S. także używał, okazały się niepraktyczne, gdyż otwory łatwo się zapychały. Z tego powodu zaleca autor krótkie rurki srebrne, które mogą pozostać i skuteczniej odpływ nagromadzonych płynów ułatwiać, sam jednak takowych jeszcze nie używał. Ważnym jest przy przekłócaniu od tyłu ślepego worka, wykonywać tę operacyę o ile można w części najniżej położonej.

D. Choroby macicy.

1) Cierpienia zapalne.

1) Payne R. L. Remarks on inflammation and ulceration of the os and cervix uteri. Philad. méd. and surg Rep. April 12.—2) Playfair. Intrauterine medication in the treatment of chronic uterine catarrh, Lancet Jan. 11. Febr. 1 i 15.—3) Despeyroux. Etude sur les ulcération du col de la matrice et sur leur traitement. Paris N. 4.—4) Kennedy, Evory. Specific inflammation of the uterus. The méd. Press and circular. Dec. 17.—5) Madden, Th. Mor. On chronic inflammation of the cervix uteri; its consequences and treatment. Doubl. Journ. of méd. Sc. March. także: méd. Press, and Circ. Febr. 12.—6) Ewart, Joseph. The treatment of uterine catarrh. Indian annals of méd. Sc. July p. 149.—7) Levy. Endometritis cervicalis granulosa. Bayr. ärztl. Intelligbl. 1872. N. 5.—8) Leblond. Leçon de Gallard) Des ulceration du col de l'uterus. Mouvement médical. 11 Janvier.—9) Barnes Robert. On the various modes of applying remedies to the internal surface of the uterus. Brit. méd. Journ. Jan. 11.—10) Gallard T. Traitement de la métrite chronique. L'union méd. J. 1 i 2.—11) Whitehead I. Intrauterine injections. Brit. méd. Journ. Febr. I.—12) Atthil Lombe. On Endometritis. Doubl. Journ. of méd. Sc. Jan.—13) Starley F. The use of carbolic and in uterine disease. Phil. méd. and surg. Rep. Febr. 1.—14) Oeffinger (Mühlheim). Der Glycerintampon als Heilmittel für Erosionen der Port. vag. und Uterusinfarct. Aerztl. Mitthlgen aus Baden N. 26. — 15) Tilt E. J. On the prevention of uterine inflammation. Brit. med. Journ. Novbr. 1. — 16) Levy (Monachyum), Zur Behandlung der Endometritis cervicalis chronica. Bayr. ärztl.

Intellgbl. N. 8. — 17) Getchel F. H., On chronic cervical metritis. Philad. med. Times. Sept. 13. — 18) Tenże, On chronic corporeal endometritis, tamże. Sept. 27. — 19) Woodbury H. S., A new instrument for treating diseases of the neck and cavity of the womb. Philad. med. Times. April. 26. — 20) Chapman E. N., Hypertrophy and anteversion of the uterus. Philad. med. and surg. Rep. March. 29. — 21) Tenże, Congestion of internal genitalia, and hypertrophy and anteversion of the uterus. Philad. med. and surg. Rep. — 22) Duncan M., Zinc alum in the treatment of the cervix uteri. Lancet. March 1. — 23) Milne, Causation, effects and treatment of uterine subinvolution. Edinb. med. Journ. June. — 24) Gajasy (Szegard), Ein nicht uninteressanter Fall von Fett degeneration des Uterus. Algem. Wien. med. Zeitg. N. 52. — 25) Martini, Die Anschwellungen und Verhärtungen der Gebärmutter sind nicht unheilbar. Augsburg. — 26) Haussmann, Zur Ablösung der Gebärmuttersehnl. Beiträge d. Ges. f. Gebh. in Berlin. II. 3. p. 263.

Madden's (5) w obszerniej swój pracy o niezycie macicy, przewlekłe, niezytowe cierpienia tego organu przeważnie odnosi do przyczyn ogólnych, a mianowicie do usposobienia żółzowego, i utrzymuje, że leczenie ogólne nierównie jest ważniejsze od miejscowego stosowania środków. W pierwszym razie ważną odgrywają rolę kąpiele mineralne. Z miejscowych środków przy gojeniu wrzodów daje pierwszeństwo nalewce jodowej.

Levy (7) sądzi, że powstawanie ziarniny w miejscach owrzodzeń szyjki macicznej pochodzi od zastojów w części pochwowój i współczesnego drażnienia chorobliwemi wydzielinami, usposobienie zaś do tego pochodzi z cierpień ogólnych. Jeżeli mamy zastój usunąć, należy przedewszystkiem leczyć przyczynowe wywrócenie warg macicznych na zewnątrz lub zgięcie, aby osiągnąć pomyślny rezultat. W tym celu najlepiej stosować podaną przez autora opaskę uciskającą. Prócz tego należy miejscowo używać środków ściągających i przyżegających.

Ewart (6) we względzie stosowania środków lekarskich na błonę śluzową macicy za najlepszą uważa metodę podaną przez Playfair'a, t. j. stosowanie płynnych środków lekarskich za pomocą gąbek. Dla ułatwienia leczenia obmyślił autor giętkie zondy metaliczne, okręcane wata i napojone odpowiednim płynem.

Playfair (2) zaleca stosowanie wewnątrzmaciczne środków lekarskich za pomocą zondy. W jednym wypadku tyłozgięcie macicy bez użycia środków mechanicznych, jedynie tylko przez zastosowanie kwasu karbolowego, zostało uleczone.

Barnes (9) mniema, że podane powyżej środki ostrożności przy wstrzykiwaniach wewnątrzmacicznych nie dają żadnej pewności, również wprowadzenie podwójnej rurki i uprzednie rozszerzenie szyj-

ki macicznej, którego jednak nigdy nie należy zaniedbywać. Na poparcie swego zdania przytacza dawniej już podane wypadki Haselberg'a, Hourmann'a i swoje własne, w których chore zaraz po nastrzyknięciu zmarły. Ztądto użycie wstrzykiwań należałoby ograniczyć tylko do naglących wypadków, a mianowicie przy znacznych krwotokach.

II. Zboczenia w położeniu macicy.

1) Hüffel Wilh., (Freyburg) Anatomie und operative Behandlung der Gebärmutter und Scheidenvorfälle, nebst einem Vorwort von Hegar. Mit 26 Abbildungen, p. 51. — 2) Gairal J. V., Des descentes de matrice; de leur guérison radicale par le raccourcissement du vagin etc. — 3) Löwenhardt, Ein neuer Hysterophor, zugleich Intrauterinpressar. Berl. klin. Wochensch. N. 25. — 4) Fowler J., On the operation for rupture of the perineum and prolapse of the womb. Lancet. July 19. — 5) Breisky, (Bern), Bemerkungen über die Retention des Uterus nach gelung. Kolporaphia posterior bei Prolapsus. Aerztl. Correspondenzbl. für Böhmen. — 6) Squarey Charles, On the causation of acquired flexions of the uterus and their pathology. Lond. obstetr. transact. p. 344. — 7) Squarey, Flexions of the uterus as a cause of dysmenorrhoea. Lancet. Novs 8 i 22. — 8) Chapman E. N.; Flexure of the uterus. Philad. med. and surg. Rep. August 9. — 9) Bailey F. K., Uterine disease. Philad. med and surg. Rep. Decbr. 20. — 10) Williams John, On the mechanism of the production of certain displacements of the uterus. Lancet. August 30. — 11) Griffiths T. D. The causes and pathology of the various acquired malpositions of the uterus. Brit. med. Journ. Decbr 13. — 12) Hewitt, Graily, Clinical importance of acquired deformities of the uterus. Brit. med. Journ. May 17. — 13) Joseph, Beiträge der Ges. f. Geburtshilfe in Berlin. II. 2 p. 108. — 14) Spiegelberg, Otto, Spontane reinversion vollständiger, puerperaler Umstülpung der Gebärmutter nach längerem Bestehen. Arch. f. Gyn. V. 1 p. 118. — 15) Hope, Cases of inversion of the uterus. Brit. med. Journ. Sept. 20. — 16) Kidd, George, A case of chronic inversion of the uterus in which reduction was effected by manipulation. Dubl. Journ. of med. Sc. July. — 17) Johnston G., Chronic inversion of the uterus, reduction after seven months duration. Dubl. Journ. of med. Sc. July. — 18) Drubinowicz, Inversion des Uterus durch Tumoren. Berl. Dissert. — 19) Levy (Monachyum), Der Gypssabguss, ein diagnostisches und therapeutisches Mittel für Form- and Lageveränderung des Os und Collum uteri. Bayr. ärztl. Intell. - Bl. N. 51.

Hüffel (1) traktuje o rozmaitego rodzaju opadnięciach części płciowych u kobiet i objaśnia je stosownemi rysunkami. Na 22 wypadków opadnięcia macicy i pochwy przez Hegar'a spostrzeczanych było:

5	razy	opadnięcie	przedniej	ściany	pochwy,						
4	"	"	tylnej	"	"						
1	"	"	obudwu	ścian	pochwy,						
2	"	obniżenie	macicy	bez	opadnięcia	pochwy,					
10	"	opadnięcie	z	obniżeniem	przedniej	ściany	pochwy	czyli	opadnięcie	macicy	niezupełne,
8	"	opadnięcie	tylnej	ściany	pochwy	z	obniżeniem	czyli	opadnięcie	macicy	niezupełne,
19	"	opadnięcie	obudwu	ścian	z	obniżeniem	macicy,				
41	"	"	"	"	z	opadnięciem	macicy	niezupeł-	ném,		
2	"	"	"	"	"	"	"	z	opadnięciem	macicy	zupełném.

Przy opadnięciu przedniej ściany pochwy z obniżeniem macicy, ta ostatnia często się znajduje w stanie tyłopochylenia (na 10 wypadków 5 razy). Jama macicy nie bywa dłuższą od 9—10 ctm. Jeżeli współcześnie istniało także obniżenie macicy, to tyłopochylenie było jakby prawidłem (na 19 wypadków 12 razy). Raz jeden spostrzeżano opadnięcie macicy dwuroznej.

Co się tyczy anatomicznego zachowania się organów biorących udział przy opadnięciu, zasługuje na uwagę pęcherz. W rzadkich wypadkach, przy opadnięciu przedniej ściany pochwy nie ulega przedmieszczeniu, jak to i sam autor miał sposobność obserwować kilka takich wypadków. Zwykle zaś pęcherz postępuje za pochwą; wtedy może pociągać za sobą otrzewną ku dołowi, tak, że ona schodzi do przednich warg sromnych, a niekiedy nawet sięga do pochwy. Stosunek ten niezmiernie ważny przy operacji, może mieć miejsce przy współczesnym opadnięciu macicy lub i bez tegoż. Jeżeli znajduje się obniżenie pęcherza i macicy równocześnie prawie w równym stopniu, to otrzewna w stosunku do obudwu organów może nie przedstawiać żadnej zmiany.

Wpuklenie odbytnicy (*rectocele*) nierównie bywa rzadziej niż wpuklenie pęcherza (*cystocele*), i na 43 wypadków niezupełnego i zupełnego opadnięcia macicy, zdarzyło się tylko 7—8 razy, przyczem 2 razy tylko odbytnica dochodziła aż do wierzchołka opadnięcia.

Otrzewna odbytniczo-pochwowego zagięcia postępując za opadnięciem tylnej ściany pochwy, schodzi niżej. W rzadkich wypadkach wydłużenia nadpochwowej części szyjki macicznej, gdy szyjka równocześnie ku dołowi z otrzewnej występuje i pochwę wywraca, otrzewna oddala się od tylnego sklepienia pochwy.

Po skreśleniu stosunków anatomicznych, szczegółowo opisuje autor metody operacyjne przy opadnięciu macicy przez Hegar'a używane. Najzwyczajniejszą jest tak zwana *Perine-auxesis* czyli zmodyfikowana *Colporrhaphia poster. Simon'i*. Hegar nie używa okienkowatych wzierników Simon'a; ściany pochwy naciąga za pomocą Amerykańskich цаzków kulkowych. Powstaje wtedy na tylnej ścianie pochwy wiadomy trójkąt z wierzchołkiem ku górze zwróconym albo też właściwie mówiąc odcinek kolisty, gdyż dolna podstawa po za tylném spojeniem sromu przebiegająca nie leży w linii prostej. Mocno krwawiące żyły powinny być ucięte, aby tym sposobem przez wykrwawienie zapobiedz zakrzepowi. — Zeszywamy zwykle za pomocą drutu.

Elytrorrhaphia anterior uskutecznia się przez wycięcie dwóch płatów owalnych jeden nad drugim. *Elytrorrhaphia posterior* może wymagać wycięcia kilku płatów podobnej wielkości jak przy *Elytr. ant.*; *Elytrorrhaphia lateralis* nie przedstawia żadnych korzyści.

Wycięcie szyjki macicznej (*excisio colli uteri*) dopełnia się za pomocą cięcia kolistego, które rozpoczyna się na błonie śluzowej, a później z szyjki macicznej wycina się płaski klin. Następnie błona śluzowa szyjki łączy się z błoną śluzową części pochwowój a raczej sklepienia pochwowego.

Perine-auxesis była wykonana 60 razy, w téj liczbie 29 razy w połączeniu z *elytrorrhaphia anterior*; 11 razy w połączeniu z tą operacją i wycięciem szyjki macicznej; 5 razy w połączeniu z tą ostatnią. *Elytrorrhaphia ant.* wykonana była 34 razy, wycięcie szyjki macicy 18 razy.

W powyższej pracy przedstawienie stosunków anatomicznych jasne, technika operacyjna, zwięzła i zrozumiała. Dzieło wspomniane polecamy szczegółowo zajmującym się tym przedmiotem.

Neugebauer (*Pamiętnik Towarz. Lekarsk. Warszaws. IV.*) Opadnięcie macicy (*prolapsus uteri*) z przerostem części pochwowój i szyjki macicznej z pomyślnym skutkiem było leczone przez N. za pomocą wstrzykiwań ergotyny pod błonę śluzową pochwy.

Squarey (6) pod względem etiologii zgięć macicy słuszną robi uwagę, że teżsame przyczyny wywołują jużto przodozgięcie, już tyłozgięcie i stara się wyjaśnić, że to zależy od uprzedniego stanu macicy. Jeżeli macica zajmuje normalne położenie, jak to po największej części bywa u dziewic, wtedy wskutek wstrząśnień, wysilenń tłoczni brzusznej i t. p. powstaje przodozgięcie. Przy uprzedniem zaś obniżeniu macicy z tychże samych przyczyn bywa tyłozgięcie,

ponieważ z obniżeniem łączy się tyłopochylenie. Obniżenie u kobiet po uprzednich porodach jest bardzo częste, gdy tymczasem nie spotykamy go u zdrowych dziewczyn, jednak bezkrwistość, białe upływy i t. p. wyjątkowo mogą być przyczyną tyłozgięć macicy u panien. Autor wreszcie dodaje, że z powodu wpływów mechanicznych może przychodzić do naddarcia włókien mięsnych w szyjce macicy, które następnie prowadzą do zaniku tkanki szyi macicznej. Zwiątczenie i osłabienie ścian macicy według autora główną w powstawaniu zgięć odgrywa rolę.

Pod względem wycinowania macicy zasługują na uwagę następujące wypadki:

H o p e (15) podaje w krótkości dwa wypadki wycinowania: po osmym porodzie, który ukończył się z pomocą kleszczy, powstał krwotok i znaczne trudności przy wydobyciu łożyska. Odtąd ciągle krwotoki. Stan ten widocznie nie był przez lekarza poznany. W rok później u tejże chorób z bezkrwistością znaleziono wycinowanie macicy drugiego stopnia i takową przy uspieniu w przeciągu siedmiu minut na właściwe miejsce odprowadzono.

W drugim wypadku nastąpiło wycinowanie po pierwszym trzy dni trwającym porodzie przy krwotoku, bólach i ogólnym upadku sił. Gdy wszelkie usiłowania odprowadzenia ręką i za pomocą kolpeuryntera się nie powiodły, z powodu wysokiego stopnia wyniszczenia chorób musiano się uciec do odjęcia $\frac{2}{3}$ macicy za pomocą odgniatacza drutowego. Oddzielenie zupełne uskutecznione zostało w ośm minut. Nie było żadnego krwotoku ani też oddziaływania. Wyzdrowienie.

D r u b i n o w i c z (18) wspomina o rzadkim wypadku wycinowania macicy z powodu włóknia k a. Wycinowana macica przedstawiała się na zewnątrz części płciowych, jako ciało cylindryczne, wydrażone. Na dnie znajdował się mięśniak (*myoma*), wielkości orzecha włoskiego i drugi wielkości małego jabłka. Pierwszy wyłuszczonej został po rozcięciu torebki; drugi oddzielony za pomocą galwanokaustycznej operacji, przyczem jednakże mimo wszelkiej ostrożności zajęto kawałek dna macicy i ztąd powstało otwarcie jamy otrzewnej. Na zewnątrz macicy były zrosty, które z jednej strony otwarcie to czyniły nieszkodliwem, z drugiej zaś stały na przeszkodzie odprowadzeniu.

N y r o p F r a n k l i n (*Inversio uteri hos en virgo fremkeldt ad et Sarcom i fundus. Nord. med. Arkiv. Bd. V. 1873. N. 2.*), opisuje

wypadek wycisowania u 50-letniej dziewczyny, u której miesiączka do 36 roku (1856) odbywała się zawsze regularnie. Odtąd krwawienie było obfite, a często przeciągało się do trzech tygodni. W czasie wolnych przestanków odpływał z początku płyn śluzowy, później zaś w miarę zwiększania się ilości stawał się więcej wodnistym i cuchnącym. Chora ta doświadczała czasami mocnych nie do zniesienia boleści w miednicy. W roku 1868 bóle te i krwotoki z wolna zupełnie ustały. Wypływ wodnisty trwał jeszcze przez czas pewien, było go nierównie mniej, w zupełności jednak nie zniknął. W sierpniu 1870 r. znowu wróciły krwotoki i od tej pory utrzymywały się już prawie stale, czasami przechodząc w obfite, zwykle zaś przedstawiające tylko sączenie. Bólów żadnych nie było. Badanie z powodu napiętej błony dziewiczej—utrudnione. Guz sięgał do pochwy, punktu zaś wyjścia tegoż z powodu jego wielkości nie można było palcem dosięgnąć. Składał on się z kilku zrazów owrzodzonych, miękkich, i łączył z małym zaokrąglonym guzem ponad spojeniem łonowem, który uważany był za macicy. Gruczoły pachwinowe nie były obrzmiałe. Liczne kawałki tego guza oddzielono palcami, mocny jednak krwotok zmusił do zaniechania tego postępowania. Później sprobowano odgniatacza i po przecięciu błony dziewiczej, założono łańcuszek jak można było najwyżej. Wkrótce zaczęła chora bardzo narzekać; dla bliższego zbadania stosunków mocno ściągnięto guz ku dołowi za pomocą ostrych cążków i pokazało się że łańcuszek odgniatacza założony był w ten sposób, iż musiał odciąć poprzecznie wycisowane ciało macicy. Po zdjęciu tegoż bóle znikły. Guz wychodził z dna i górnej części wycisowanej macicy. Dokoła większego miękkiego guza, który całe dno macicy zajmował, znajdowało się mnóstwo twardych wżgórkowatych guzików do wielkości włoskiego orzecha dochodzących. Wielki miękki guz przedstawiał brudne, żółtawo-szare zabarwienie, złożony był z kilku zrazów nadżartych i krwawiących; zbliżając się do dna macicy ku nasadzie stawał się więcej twardym czerwono zabarwionym o gładkiej powierzchni, t. j. zupełnie podobnym do wspomnianych owych drobnych guzików. Macica przedstawiała błonę śluzową bladą z nierównościami, przy ucisku niebolesna, zupełnie wycisowana, z cienkimi ścianami. Co tylko było możebne—oddzielono, lecz stan choréj i mocny krwotok, który szczególnie wzmógł się przy usiłowaniu wyłuszczenia jednego z drobnych guzików, zmusiły do szybkiego zatamowania krwotoku i pozostawienia choréj w spokoju. W 3—4 tygodnie później przedsiębrano nowe usiłowania w celu wydalenia

nowotworów. Guz się odnowił i doszedł dawniej swęj wielkości. Z powodu gwałtownych krwotoków, operacya znowu musiała być zaniechana. Guz ponad spojeniem łonowém stale się powiększał i zaczęła się rozwijać puchlina. Obfity wypływ cieczy szarawej, wodnistej, cuchnącej trwał ciągle, gdy tymczasem guz w pochwie coraz bardziej się powiększał. Chora zmarła 8 kwietnia 1871 r. Na zrobienie sekcyi, familia się nie zgodziła.

Badanie drobnowidzowe: miękka massa była mięsakiem (*sarcoma*) o komórkach wrzecionowatych z licznymi naczyniami, miejscami zaś w przeważnej ilości znajdowały się komórki okrągławe. Twarde wzgórkowate guziki okazywały w zupełności budowę włókniaka (*fibroma*). W pewnym miejscu, gdzie twardy guz na powierzchni przedstawiał owrzodzenia, badanie drobnowidzowe wykazało mięsaka okrągłokomórkowego. Autor sądzi, że wszystkie te guzy należy uważać za mięsaka, że nowotwór ten istniał już w roku 1856, że w znacznej części wydzielił się w 1868, wkrótce, zaś potem się odrodził. Mięsak macicy zawsze okazuje skłonność do rozpadu i odradzania się. Co się tyczy wycisowania macicy autor sądzi, że takowe powstało w czasie zaprzestania krwotoków t. j. w 1868 r. Następnie mówi o przyczynach wycisowania macicy w ogólności i zestawivszy znaczną liczbę wypadków w literaturze znanych, łączy się z poglądami Duncan'a i Scanzoni'ego.

Według jego zdania znajdują się w literaturze tylko trzy wypadki zupełnego wycisowania macicy spowodowane mięsakiem, a mianowicie obserwowane przez Spiegelberg'a, Rheineck'a i Langenbeck'a. Dwa pierwsze wypadki spostrzegane były u nierodzących; natura jednak guza w wypadku Rheineck'a jest nieco wątpliwą. W innym zaś wypadku obserwowanym przez Spiegelberg'a również wywołanym z powodu mięsaka, było wycisowanie niezupełne. W tym razie jak również i w wypadku przez Langenbeck'a spostrzeganym upłynęło przeszło 20 lat od ostatniego porodu.

Spiegelberg (14) podaje o nadzwyczaj ważnym wypadku samodzielnego odprowadzenia (*reversio spontanea*) zupełnie wycisowanej macicy w czasie porodu. Dwunasty raz rodząca w chwili wydalenia tułowia dziecka uległa wycisowaniu macicy, które po upływie pół godziny stwierdzonem zostało przez lekarza, przyczem mocny był krwotok i upadek sił. Po ośmiu miesiącach chora dostała

się pod obserwacją autora. Tenże przy obwisłych ścianach brzucha stwierdził na pewno prawie zupełne wycisowanie i długość niewyróconej szyjki macicznej 1,5 Cm. Dno macicy w postaci ciemno-czerwonego guza sterczało na 2½ cala ponad wejściem do pochwy.

Z powodu mocnej biegunki badanie przez pewien czas nie mogło mieć miejsca; gdy jednak po 14 dniach, czyli 10 tygodniach po porodzie znowu chorą badano, macica nie okazała bynajmniej wycisowania, a tylko lekkie tyłopochylenie, jama dziewięć Cm. długa. W czasie dobrowolnie nastąpniej reinwersyi, chora nie doznała żadnych dotkliwych cierpień.

Autor w danym wypadku przyjmuje objaśnienie podane (listownie) przez Schatz'a. Według niego więzy okrągłe i szerokie skurczyły się i zastosowały stopniowo do obniżonego dna macicy. Przy nastąpniej biegunce skutkiem napierania na stolec silnie działająca tłocznia brzuszna mogła uciskać przednią i tylną ścianę pochwy mocno ku przodowi, nie wywierając zaś w takim stopniu działania na dno macicy, które wspomnionemi więzami było umocowane, i za ich pomocą z pochwy zostało wyciągnięte. Spiegelberg utrzymuje, że w podobny sposób dadzą się niektóre wypadki reinwersyi objaśnić, chociaż nie może to stanowić tłómaczenia dla wszystkich wypadków. Prócz tego znalazł w literaturze dziewięć znanych wypadków, z téj liczby niektóre zdają się nie ulegać żadnej wątpliwości. Dwa razy nastąpiło samowolne odprowadzenie po upadnięciu. W ogóle zaś o powstawaniu dobrowolnego odprowadzenia nawet w wypadkach zupełnie wycisowanej macicy nie można powątpiewać.

III. Nowotwory.

1) Küster E., (Berlin) Uterus-Fibroid, Beiträge d. Ges. f. Geburtsh. in Berl. II. p. 147. — 2) Jaquet (Berlin), Genitalien einer nach Entfernung eines Fibromyoms Verstorbenen. Tamże. p. 157. — 3) Cazenave, Étude aphoristique sur les tumeurs fibreuses de l'uterus et trois observations de ces fibroides extirpés en totalité ou en partie. Le Bordeaux médical. N. 22 i 23. — 4) Clay John, Intramural fibrous tumor of the uterus; hypodermic injections of ergot. Lancet May 10. — 5) Thomas, Philadelph. med. and surg. Rep. Dec. 6. — 6) Kidd (Dublin), Intra-uterine Fibroid. Doubl. Journ. of med. Sc. March. — 7) Madden Th. M., On the diagnosis and treatment of uterine polypi. Doubl. Journ. of med. Sc. August; także: Medical Press and Circ. July 16. — 8) Martin E., Ein aus Ab-

trennung des vorderen Muttermundrandes hervorgegangener, kleinfingergrosser Polyp mittelst der galvanokaustischen Schlinge abgetragen. Beiträge der Ges. für Geburtsh. in Berl. II. 3. 151. — 9) Spiegelberg (Wrocław), Zu den eingekeilten Fibroiden der Gebärmutter. Arch. f. Gyn. V. 1. p. 100. — 10) Bryant Thomas, Fibrocystic disease of the uterus and both ovaries. Extirpation of the whole; recovery. Lond. obstetr. transact. p. 79. — 11) Schröder Oscar, Ueber Cystofibroide des Uterus, speciell über einen Fall von intrauterinem Cystofibroid. Inaug.-Diss. Strassburg 1873. — 12) Leopold G. (Lipsk), Ein seltener Fall von cavernösem Uterusfibroid. Arch. der Heilk. Bd. 14. p. 414; także: Arch. f. Gyn. V. 2. p. 403. — 13) Williams Wyn n. London obst. transact. p. 136. — 14) Ponfick, Intraparietale Fibromyome. Beiträge d. Ges. f. Geburtsh. in Berl. II. 2. p. 92. — 15) Martin E., tamże. II. 2. p. 60. — 16) Müller (Würzburg), Zur operativen Behandlung der Uterusmyome. Arch. f. Gyn. VI. 1. p. 125. — 17) Valenta-Alois, Extirpation eines kindskopfgrossen submucösen Uterusfibroids. Genesung mit nachfolgender Schwangerschaft. Memorabilien XVIII. N. 6. — 18) Gallard, Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. Bull. gén. de thérap. 15 Avril. — 19) Betz Friedr., Die Verkleinerung der Uteruspolypen behufs leichter Entfernung. Memorab. N. 5. — 20) Walter P., Ueber die intrauterine Zerstückelung von polypösen Tumoren. Dorpat. med. Zeitschr. IV. p. 1—18. — 21) Jordan Ross, Two cases of large fibroid tumour of the uterus, successfully treated by enucleation. Lancet. March. 29. — 22) Scott John, Large submucous Fibroid of the uterus removed by enucleation and torsion. Lancet. Decbr. 20. — 23) Meadows Alfred, Lectures en fibroid tumour of the uterus. Lancet May 10. — 24) Duncan Matthews i Sławiński Kronid, A case of intrauterine Polypus. Edinburg. med. Journ. August. — 25) Hardie J. R., Case of Polypus of the cervix uteri; with ist microscopical examination. Edinb. med. Journ. Decbr. — 26) Zotti, Due casi di tumori intrauterini. II. Raccoglitori medico. p. 78. — 27) Kunert Ed. (Wrocław) Diss. Ueber Sarcoma uteri. Prócz tego: Arch. f. Gyn. VI. p. III. — 28) Boinet, De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses, utérines, intersticielles, periutérines, et dans les tumeurs dites fibrocystiques. Gaz. hebdom. N. 8, 13, 18, 19, 23, 28, 29. — 29) Péan, Ovariectomie et Hystérotomie. Gaz. des hôp. N. 99 i 102. — 30) Pean i Urdy, De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie. Avec planch. et fig. — 31) Madge Henry, Report on Dr. Protheroe, Smith's case of carcinoma uteri. Lond. obst. transact. p. 324. — 32) Schröder Carl (Erlangen), Sitzungsbericht der phys.-med. Societät zu Erlangen, 23 Juni. — 33) Ponfick, 2 Fälle von Uteruskrebs. Beiträge d. Ges. f. Geburtsh. in Berl. II. 3. 129. — 34) Parry John, The local treatment of cancer of the female genitals, Case of primary cancer of the vagina. Phil. med. Thimes. Febr. 1. — 35) Spiegelberg Otto, Ein Fall von primärem und isolirtem Carcinom des Gebärmutterkörpers mit Zerstörung der hinteren Wand und des Grundes und Abkapselung des Krebsgeschwürs. Tod durch traumatische Perforation der Krebshöhle. Arch. f. Gyn. VI. p. 123. — 36) Basler (Offenburg), Ein Fall von Ulcus rodens im Corpus uteri Aerzil. Mittheilungen aus Baden. N. 9. — 37) Martin Eduard, Zur Aetiologie und Therapie des Gebärmutterkrebses. Berl. klin. Wochenschr. N. 28. — 38) Gallard T. Traitement du cancer de l'utérus, L'Union médic. N. 42—44. — 39) H ö r i n g, Zwei operativ behandelte Fälle von Gebärmutterkrebs, Würtemb. Correspondenzbl. N. 2. — 40) Milne Alexander, On the treatment of cancer of the uterus, by

me ans of ergot and escharotics. Edinb. med. Journ, May. — 41) Henneberg, Ueber die Behandlung der Carcinome des Cervix uteri mit alkoholischer Bromsolution, Erlangen. Diss. 1874. — 42) Beck, Snow, Case of fatty degeneration of the contractile tissue of the os uteri. Med. Press and Circ. Decbr. 10; także: Lancet. Dec. 6. — 43) Smyth, Spencer, A case of uterine Hydatids. Brit. med. Journ. Jan. 18.

Mięśniaki (*myomata*) były kilkakrotnie przedmiotem operacji, z tych zasługują na uwagę następujące:

Spiegelberg (9) opisuje 5 pouczających wypadków zaciśniętego mięśniaka macicy, które w krótkości poniżej przytaczamy:

1) Znacznej wielkości włóknisko-mięśniak wychodzący z dna macicy głęboko zaklinowany w pochwie. Częściowe wycięcie pochwy. Naddarcie szyjki macicznej i błony surowiczej. Przejście rany w zgorzel, śmierć w 3 dni po operacji skutkiem posocznicy i zapalenia otrzewnej.

2) Włóknisko-mięśniak tylnej ściany szyjki macicznej zrośnięty z przednią ścianą pochwy — uwięźnięcie. Częściowe tylko wyluszczenie wskutek naddarcia przestrzeni Douglasa'sa. Sposoczenie resztek guza i śmierć po zamknięciu rany brzusznej z powodu zakrzepu żył udowych i ropnicy.

3) Zaklinowany mięśniak śródścienny tylnej ściany i dna macicy, sposoczenie wierzchołka guza, śmierć skutkiem zapalenia naczyń limfatycznych, otrzewnej i posocznicy. W wypadku tym sposoczenie prawdopodobnie nastąpiło z powodu śledzenia wewnętrznego choroby przez wiele osób.

4) Pozaotrzewny i pozapochwowy znacznej wielkości mięśniak szyjki macicznej. Zaklinowanie jamy miednicy przy czasowym porodzie. Cięcie cesarskie. Śmierć.

Z okoliczności tego wypadku wspomina autor, że w 14 wypadkach w literaturze znanych, gdzie było koniecznym cięcie cesarskie z powodu mięśniaków macicy, matki zawsze zmarły, a z liczby dzieci 7 tylko było żywo urodzonych.

5) W piątym wreszcie wypadku był mięśniak pozamaciczny szyjki, który wypełniał górny otwór miednicy na przestrzeni 3 cm. Z przyczyny zaciśnięcia nie powiodło się odprowadzenie. Przekłócić również było bezskuteczne i zamierzano już wykonać cięcie cesarskie. Wtedy po pęknięciu pęcherza przodujący pośladek płodu wysunął się na dół, gdy tymczasem guz nagle znikł z miednicy i dziecko zdrowo urodzone zostało, jednak nieżywe z powodu wypadnięcia

sznurka pępkowego. Po porodzie guz znowu obsunął się do jamy miednicy. W każdym razie guz ten był w istocie śródtrzewnym, gdyż przy podsurowiczem bujaniu i pozapochwowem położeniu dobrowolne lub sztuczne odprowadzenie byłoby niemożliwem.

Uwięzieniu w ogólności ulegają tylko z pomiędzy mięśniaków podsurowicznych pozamaciczne, szyjkowe, a z podśluzowych— wychodzące z ciała macicy, gdyż z szyjki pochodzące wcześniej już bywają operowane.

Müller (16) opisuje 2 wypadki podobnego rodzaju mięśniaków wychodzących z tylnéj wargi ust macicznych. W 1 wypadku u 37 letniej pacyentki oddalił autor za pomocą odgniatacza guz znacznej objętości zupełnie wypełniający jamę miednicy. Miejsce zranienia po odjęciu było tak wielkie, że prawie całe wejście miednicy zajmowało. Po operacji nie było żadnego oddziaływania. Przez rok później chora doznawała mało przypadłości. Następnie z miejsca dawnego odjęcia powstał świeży nowotwór 6 cm. długi, łatwo krwawiący, rozrastał się w kierunku pochwy i szybko doszedł dawnéj wielkości. W 5 dni po wykonaniu odjęcia tegoż guza za pomocą nożyczek, nastąpiła śmierć skutkiem zapalenia otrzewnéj. Pierwszy guz po zbadaniu okazał się być włókniako-mięśniakiem, gdy tymczasem powtórne miejsce odjęcia guza przedstawiało nowotwór zwany mięsakiem (*sarcoma*) i pojedyncze guziki mięsakowe w więzie szerokim i w wątrobie.

W drugim wypadku punkt wyjścia i wielkość nowotworu były prawie teżsame. Odjęcie w części za pomocą pętli galwanokautycznej, w części nożyczkami, nie zupełnie się udało. Oddziaływania nie było żadnego. Rana po odjęciu szybko się zmniejszała, jako i pozostałości guza. Chora, która jeszcze 2 lata żyła, we wszystkich swoich cierpieniach czuła widoczną ulgę.

Autor oba te wypadki przytacza na poparcie twierdzenia „że przy guzach umiejscowionych w ścianach macicy, gdy niemożliwe jest całkowite odjęcie, bezwarunkowo należy wszystko wyłuszczyć co tylko dostępnem jest od strony pochwy”.

Vogt (3). Chora mająca lat 31, od roku spostrzegła guz, który w ostatnich miesiącach szybko się powiększał, sterczał na 24 ctm. po nad spojeniem łonowém i wypełniał całą przestrzeń pomiędzy obudwu kołcami biodrowemi przedniemi górnemi i uważany był za stały guz jajnikowy. Zrobione cięcie na brzuchu wynosiło 9", w czasie oddzielania licznych przyczepów było mocne krwawienie.

Guz wychodził z dna macicy i osadzony był na grubej 1—2", mocnej szypułce. Sieć od tyłu i z lewej strony prawie z guzem zrosnięta. Dwie większe tętnice w sieci, które przypalano, musiały być podwiązane. Macica była cylindryczna. Guz przedzielony został na dwie części i podwiązany, a następnie w pewnej odległości od podwiązki odcięty. Nieznaczne krwawienie po zastosowaniu żelaza rozpalonego — ustąpiło. Operacja trwała 2¹/₂ godzin, pozostałość szypułki utwierdzoną została w dolnym kącie rany. W godzinę po operacji powstało krwawienie z drobnych naczyń na powierzchni rany, ztąd użyto półtorochlorku żelaza, a gdy pomimo tego krwawienie nie ustawało, do koła szypuły założono drut miedziany i mocno zaciśnięto. Pierwszego dnia po operacji częste wymioty. Na 5-ty dzień oddzieloną część szypuły wraz z podwiązką i drutem miedzianym oddalono, a powierzchnia rany przedstawiała zagłębienie lejkowate 1¹/₂" długości mające, otoczone obrzmieniem powłok brzusznych. 7-go dnia powstało mocne krwawienie z rany; po wypełnieniu zagłębienia z którego krew się wydobywała wata i nałożeniu kompressu, takowe ustało. Chora do tego stopnia była osłabioną, że następnego dnia zmarła. Badanie pośmiertne nie wykazało zapalenia otrzewnej. Szypuła znajdowała się tuż przy ścianie brzusznej, powierzchnia rany czysta; w żadnym naczyniu nie można było wykryć zakrzepów. Jama macicy 8 ctm. długa. Powierzchnia rany macicy 6 ctm. szeroka i mająca 4¹/₂ ctm. od przodu ku tyłowi. Guz znacznej wielkości będący mięśniakiem torbielowatym ważył 2050 gramm. Autor prócz szczegółowego opisu danego wypadku, zestawił podobne w literaturze znane.

Leopold (12) szczegółowo opisuje mięśniak naczyniowy macicy (*myoma teleangiectodes uteri*). znacznej wielkości. Guz wychodzący z dna macicy powstał u 47 letniej kobiety przy obfitych odpływach miesięcznych w przeciągu lat 6 i doszedł prawie wielkości macicy ciężarnej. Otoczony był torebką miejscami do 1,5 cm. grubą, która okazywała liczne naczynia i szpary o gładkich ścianach podobne do wielkich żył. Sam guz zawierał niezliczoną ilość jamek okrągławych, lub owalno-kątowych wielkości wiśni, stanowiących główną część guza, wypełnionych brunatno-czerwonemi skrzepami. Jamki te przedstawiały delikatne, cienkie i gładkie ścianki z licznymi otworkami.

Skutkiem zaniku niektórych ścianek, drobne jamki zamieniły się na większe.

Związku tych jam z naczyniami krwionośnymi ani mikroskopijnie, ani też za pomocą nastrzyknięć nie mógł autor wykazać.

Macica do 14 ctm. powiększona przedstawiała spłot naczyń na podobieństwo macicy ciężarnej, który był w wyraźnym związku z otwartymi przestrzeniami krwi w torebce. Badanie guza wykazało, że tkanka mięsna i łączna jako też naczynia nowotworu pochodziły niewątpliwie z dawniej już istniejących podobnych części składowych macicy, że naczynia okazywały najrozmaitszą postać jako rozszerzenia proste, żyłakowate, ampułkowate i jamiste naczyń włosowatych i że guz wdrażony między tętnicami i żyłami macicy przedstawiał system naczyń włosowatych jamisto rozszerzonych i najrozmaiciiej pokręconych. Autor przyjmuje, że skutkiem właściwego przebiegu włókien w zwykłym pierwiastkowo mięśniaku przyszło do rozszerzenia naczyń włosowatych (z powodu zastoju żylnego), i utworzone jamki przy ucisku grubiej torebki wpływającym jeszcze bardziej na zwiększenie zastoju żylnego, później stopniowo się rozszerzyły.

Włókniaki były dość często przedmiotem operacji. Znaczniejsze wypadki przytaczamy poniżej.

Schröder (11) opisuje zajmujący i nadzwyczaj rzadki wypadek śródmacicznego torbielo-włókniaka (*cystofibroma uteri*). Dotąd znamy tylko jeden podobny wypadek opisany przez Baker Brown'a. Guz spostrzegany przez Schrödera dotyczył 47 letniej, nieplodnej kobiety, u której objawy choroby zaczęły występować przed czterema laty. Miesiączka pojawiła się dość wcześnie, przychodziła nieregularnie, i w krótkce dołączyły się obfite białe upławy. Na rok przed zgłoszeniem się chorój o poradę, regularność ustalała zupełnie. Pojawiły się zaś napady bólów, które z początku były rzadsze później zaś coraz częstsze, tak że przychodziły prawie co dwa dni. Ból rozpoczynał się zwykle w krzyżu i kończył się gwałtownymi kurczami. Prócz tego z pochwy wydzielał się płyn śluzowy, a przy poruszeniach chorój obficie odpływał. Ostatecznie bóle te dosięgły znacznego stopnia napięcia.

Badanie wykryło w prawej połowie miednicy, właściwie w prawej stronie brzucha mieszczący się guz gładki, niebolesny i miękki, który przylegał do powłok brzusznych i sięgał do góry na 2 palce poniżej prawego podżebrza.

Przez pochwę można było wymacać guz śródmacizny przedstawiający w swym dolnym końcu otwór poprzeczny, w który można

było wprowadzić końce palców. Wprowadziwszy sondę dalej precisnąć się ona nie mogła. Z prawej strony jednak guza z łatwością przeszła i do tego tak głęboko, że trzeba było przyjąć, iż takowa musiała się dostać do jamy macicy. Wprowadzając palec nie można było ust macicznych dosięgnąć.

Gdy Gusslerow cisnął mocno palcem w wspomniony otwór w celu oddzielenia kawałeczka guza dla zbadania drobnowidzem, nagle wypłynęła znaczna ilość (najmniej litr jeden) płynu śluzowego, ciągnącego, przejrzystego i natychmiast krzepnącego na powietrzu skutkiem czego guz tak się zmniejszył, że zaledwie sięgał tylko do pępka. Później usiłowano wyłuszczyć guz od strony pochwy, powstał jednak taki krwotok, że pacjentka była bliską śmierci. Z tego powodu zrobiono przelanie krwi człowieka w ilości 4 uncjy ze skutkiem: chora po 13 dniach przy umiarkowanej gorączce zmarła. Śmierć poprzedzona była wstrząsającymi dreszczami.

Sekcyja wykazała rozmiękły zakrzep w żyłę biodrowej zewnętrznej lewej i zatory w płucach. Guz wychodził z tylniej ściany, sięgał do dna macicy, opuszczał się do pochwy i przedstawiał wielką jamę posoką wypełnioną.

W rozmiękłej substancji guza prócz wielkiej jamy były także drobniejsze do wielkości ziarna grochu dochodzące przestwory, których ściany składały się z włóknistej substancji guza; ztąd wewnętrzne ściany tychże przedstawiały słupkowate wejście na podobieństwo komórek sercowych. Tkanka guza okazywała pod drobnowidzem obfitość włókien mięsnych gładkich; mucyny nie można było wykryć w płynie.

Z okoliczności tego wypadku podaje autor tabelę 31 znanych w literaturze torbielowatych włókniaków podotrzewnych i zwraca uwagę na chemiczną własność w torbielo-włókniakach zawartego płynu, który jak to już Atlee wykazał krzepnie na powietrzu, czem wyróżnia się od płynu z torbieli jajnikowych pochodzącego — przy rozpoznawaniu moment nadzycząj ważny.

Neugebauer (Pamiętn. Towarz. Lekars. Warszaw. r. 1873. p. 361), Kobieta mająca 43 lat, raz tylko jeden rodziła w 22 roku życia. Po obfitych uprzednio czyszczeniach miesięcznych spostrzegła w dolnej części brzucha guz twardy wielkości pięści, który nie sprawiał jej żadnego bólu, stopniowo się powiększał i wreszcie doszedł do takich rozmiarów, że chora przedstawiała się jakby w 7 miesiącu ciąży. Przy bliższym zbadaniu znaleziono guz kulisty, twardy, który wznosił się w górę na 2 cale ponad pępek, miał położenie pośredkowe, był nieruchomy i zupełnie ze ścianami brzucha niezrosnięty. To

wskazywało na przerodzenie macicy. Prócz tego cały kanał pochwy wypełniony był nowotworem, który ściany jego rozpychał i końcem swym na cal przez szczelinę sromową sterczał. Guz ten odjęty został częściowo przy pomocy kleszczyków haczyastych, kleszczyków polipowych Lür'a lub wreszcie długich nożyce skrzywionych na płaszczyźnie. Narosił ta okazała się włókniako-mięsakiem (*fibrosarcoma*). Po operacyi zalecono przestrzykiwania aromatyczne z dodatkiem kwasu karbolowego. Skutek operacyi był pomyślny.

Bardzo szczęśliwie operował Jordan (21) w dwóch wypadkach podśluzowego śródmacicznego włókniaka macicy. Metoda jego jest następująca: rozpoczyna rozszerzenie ust macicznych za pomocą laminaryi, a następnie skutecznie to gąbką prasowaną. Później w części najbardziej wystającej włókniaka robi nacięcie i prowadzi je w tym samym kierunku przez szyjkę. Guz z wolna oddziela palcem od torebki, a wydalenie pozostawia działaniu samej natury.

W pierwszym wypadku zrobiono nacięcie pół cala głębokie. Po 19 dniach bez żadnego oddziaływania wydalony został włókniak mający 6 cali długości, a 3 grubości, umieszczony w ścianie przedniej. W drugim wypadku guz siedział w ścianie tylnej i w 3 dni po nacięciu, przy nieznacznej pomocy wydalony został na zewnątrz. Gdy wydalenie guza przy tego rodzaju leczenia nie następuje, to jednak jak autor sądzi, krwawienie tym sposobem bywa złagodzone.

Clay (4) przy leczeniu włókniaków za pomocą podskórnych wstrzykiwań ergotyny (100 nastrzyknień po 4 grana) obserwował znaczne zmniejszenie się bardzo silnych krwotoków, ustąpienie wydzielin nieżyłowej i znaczną poprawę w stanie ogólnym.

Keating (*Hypodermic use of ergotin in the treatment of uterine fibrroids and hamophyses. Phil. Transact. of coll. of phys. July*) ogłasza dwa spostrzeżenia stwierdzające podania Hildebrandt'a o skutecznym działaniu podskórnych wstrzykiwań ergotyny na guzy włókniste macicy. W pierwszym wypadku po 16 wstrzykiwaniach znacznej objętości guz włóknisty podśluzowy zredukował się do $\frac{1}{3}$ swjej objętości. W drugim wypadku po takiejże samej liczbie wstrzykiwań robionych w większych przestankach, wszelkie przypadłości znikły. U téjże chorój wystąpiły wyraźne objawy zatrucia ergotynowego: tony serca po każdym wstrzykiwaniu były słabe i nieregularne, przychodziło uczucie ziębienia, łażenia mrówek, zdrętwienie w kończynach dolnych, oraz zaburzenia w trawieniu. K. sprawdził przy téj sposobności fakt stwierdzony przez wielu innych badaczy, że

wstrzykiwane dawki ergotyny głębiej w tkankę łączną podskórną lub do téjże, mniej sprawiały bólu aniżeli powierzchowne.

Walter (20) w swéj szacownéj pracy zwraca uwagę, że podawane szwy, przepisy i metody dla oddalenia polipów włóknistych nie zawsze są wystarczające. Toż samo można powiedzieć o wskazówkach podanych przez Marion'a Sims'a. Wielkość polipów może być niekiedy tak znaczna, że nierozdrobnione nie mogą przejść przez usta maciczne ani przez otwór miednicy, to znów miękkość ich może przedstawiać trudności; wreszcie mogą istnieć rozmaite zrosty z macicą. Autor przytacza 8 wypadków z literatury, w których były rozmaitego rodzaju trudności; najczęściej zdarzały się nadzwyczaj wielkie polipy, które wymagały szczególnego w danym wypadku postępowania. Jako osobne metody można uważać tylko wycięcie kawałków dla zmniejszenia guza, i wydłużanie dla cięć kolistych według metody Simon'a i Hegar'a.

W dwóch własnych wypadkach postępował autor jeszcze inaczej. W jednym z nich wypełniał polip małą miednicę i sterczał jeszcze ponad wchodem. Cążki porodowe, cążki hakowe, pince *à cremaillère*—wszystko okazało się bezskuteczném. Z powodu miękkiej konsystencyi guza nie mógł stosować autor jakichkolwiek narzędzi ucinających, a tylko wprowadziwszy rękę do macicy za pomocą téjże zdołał guz rozdrobnić. Wydobył wtedy 2—3 funtów substancyi z macicy; resztę zaś guza, gdy sprawdził oddzielenie tegoż od ścian macicy, pozostawił do wydalenia siłom samej natury. Po 3 dniach nastąpiło zupełne wydalenie resztek nowotworu około 5 funtów wynoszące. Kobieta wyzdrowiała. Guzem obserwowanym w danym wypadku był włókniako-mięśniak w stanie rozmięknienia. W rok później badając autor znalazł macicę zmniejszoną i próżną.

W drugim wypadku włókniak śródmaciczy do tego stopnia był rozmiękły, że nawet pętla drutowa odgniatacza przy usiłowaniu zamienienia nowotworu na szypułkę, wcisnęła się w nowotwór. I w tym razie także po wprowadzeniu ręki częściowo guz oddalono. Krwotok był nieznaczny jak i w pierwszym wypadku. Chora wyzdrowiała.

Autor krytykuje znane metody i sądzi, że niebezpieczeństwo krwotoku i przy użyciu tnących narzędzi jest prawie żadne. Nie zaprzecza jednak możliwości obrażenia macicy i z powodu zbyt długo trwającej operacyi i groźnego niebezpieczeństwa dla chorych skutkiem wyczerpania sił. Z pomocą ręki prędzej może być usunięty miękki nowotwór, aniżeli przy użyciu ostrych narzędzi, prócz tego w pierwszym razie pewniej możemy uniknąć niebezpiecznego obraże-

nia organu. W ogólności więc tę metodę należałoby przełożyć nad dwie powyżej wspomniane. Gdzie zaś twardość guza niezbędnie wymaga zastosowania ostrych narzędzi, należy raczej użyć wydłużenia podanego przez Simona aniżeli niebezpiecznego częściowego wyjęcia.

Boinet (28) podaje wyniki swych doświadczeń pod względem wyluszczenia guzów macicy przez cięcie brzuszne (*gastrotomia s. laparotomia*). Według niego nowotwory zwane pospolicie włóknisto-torbielowatemi guzami macicy, właściwie są torbielami jajnika, które weisnęły się do substancji macicy. Przytacza pewną liczbę wypadków z literatury, które mają poprzeć ten sposób zapatrywania się.

Pod względem rezultatów z użycia gastrotomii przy guzach macicy autor podaje: w 14 wypadkach, gdzie było wykonywane cięcie brzuszne w celu wyluszczenia guza jajnikowego i gdzie zamiast tegoż znaleziono włókniki macicy, wyzdrowiało 9 chorych, zmarło 5; z tych ostatnich 2 w skutek ropnicy, 2 z róz y i 1 na zapalenie otrzewnej.

W 23 wypadkach, gdzie włókniki macicy oddalone zostały przez cięcie brzuszne, znaleziono 13 razy guzy szypułkowate; z tych wyzdrowiało 8. Pozostałe 15 chorych, zmarły: 5 z krwotoku, 2 na zapalenie otrzewnej, 1 z ropnicy, 3 w skutek wstrząśnienia lub wyniszczenia, i 1 ze zgorzeli.

W 42 wypadkach odjęcia (*amputatio*) macicy z powodu włókników, wyzdrowiało tylko 10 chorych.

W końcu przychodzi autor do tego przekonania, że wyluszczenie guzów w macicy przez cięcie brzuszne wtedy tylko może być przedsiębrane, gdy one są szypułkowate i nie ma znacznych zrostów.

Péan (29) radzi przedsiębrać wyluszczenie: 1) gdy w celu zrobienia ovariotomii, jama brzuszna została już otworzoną; 2) gdy ciężkie powikłania (krwotoki maciczne, powtarzająca się puchlina, bezkrwistość, znaczna wielkość guza, ciężkie powracające się zapalenia otrzewnej, gwałtowne newralgie lub objawy mózgo-we) zmuszają do tego.

Péan w 20 wypadkach oddalił przez cięcie brzuszne guzy włókniste lub włóknisto-torbielowate macicy. 14 chorych wyzdrowiało. 7 razy przedmiotem wyluszczenia były guzy włóknisto-torbielowe — 6 wyzdrowiało.

Z 12 chorych z twardemi guzami, 8 wyzdrowiało.

W jednym wypadku przedmiotem operacji był guz okołomaciczny. Macica nie została oddalona. Chora zmarła wskutek pęknięcia jednego z większych naczyń krwionośnych.

Kunert (27) opisuje wypadek mięsaka macicy (*sarcoma uteri*) przytacza 6 wypadków świeżo obserwowanych przez Spiegelberg'a i razem z temi podaje 39 dotąd znanych wypadków w ogólności. Po rozważeniu tych wszystkich wypadków nasuwają się następujące uwagi pod względem rozwoju tychże guzów

Część mięsaków rozwijała się z włókniaków przez następcze odłożenie komórek i wytworzenie się substancji włóknistej — 9 wypadków. Tu należy mięsak włóknisty, śluzomięsak i formy przejściowe do mięsaka rdzeniowatego. Występują one o szerokiej podstawie, jako śródścienne, lub pod formą guzów polipowatych.

Druga część przedstawiała formy więcej rdzeniowate z mocnym bujaniem komórek okrągławych — 19 wypadków. Są one miękkie, kruche, najczęściej występujące pod formą rozlaną, w części zaś jako nasięk błony śluzowej, w części jako wybijalności guzikowate i zrazowate. Cała nawet macica może ulegać nasiękowi. Obok komórek okrągławych wytwarzają się także komórki wrzecionowate; czyste zaś mięsaki wyłącznie z samych tylko komórek wrzecionowatych złożone nie były dotąd spostrzegane.

Wreszcie w 3 wypadkach obserwowano połączenie raka z mięsakiem.

Nowotwory te zazwyczaj obfitują w naczynia. Kilka razy spostrzegano mięsaki z mocno rozszerzonymi naczyniami włosowatymi. Wszystkie mięsaki ulegają owrzodzeniu; u niektórych gdzie rozpoczyna się rozpad ze środka, owrzodzenie znacznie później przychodzi i mogą przedstawiać pozór guza torbielowatego.

Co się tyczy etiologii można powiedzieć, że usposobienie okazują osoby około 40 i 50 roku życia. Na 27 wypadków 11 przypada na 40 rok; 7 w 50 roku. Z pomiędzy objawów najważniejsze są: sposoczenie, krwotok ból i niezmienny stan ogólny. Sposoczenie jest stałym objawem, krwotok rzadszym. Ból średnio biorąc jest mniejszym niż przy raku. W 9 wypadkach zupełnie bólu nie było, lub dołączył się dopiero pod koniec choroby. W 9 innych wypadkach obserwowano kolkę maciczną.

Badanie zewnętrzne najczęściej nie wykrywa żadnego guza wychodzącego z miednicy. Macica jednak powiększej części bywa mniej lub więcej powiększona. Badając wewnętrznie spotykamy

często szyjkę otwartą, i mięsak w postaci polipowatej lub o szerokiej podstawie ze ściany tylnej wychodzi. Szyjka prawie zawsze bywa wolna, gdyż 2 razy tylko pierwotnego mięsaka znaleziono w szyjce. 2 razy zdarzył się mięsak w postaci zwyrodnionej i wyaicowanej macicy.

Powrót po wyluszczeniu guza często się przytrafia, jednak ogólnego rozpowszechniania się mięsaka znamy dotąd tylko 1 wypadek (S p i e g e l b e r g.)

Wczesne wykonanie operacji przy której oddalamy tak wiele jak tylko można osiągnąć, ma tę korzyść, że krwawienie spoczynkowe i ból na dłuższy czas potem znacznemu ulegają złagodzeniu.

Schröder (32) zaleca przy leczeniu raka brom używany przez Routh'a i Wynn Williams'a. Schröder oddziela jak można największe część nowotworu za pomocą noża i nożyczek, i następnie energicznie przypala żelazem rozpalonem (20—30 żelazek jedno po drugim). Po odpadnięciu strupa zgorzelinowego, na powierzchnię owrzodzoną przykładają tampon napojony wysokokowym roztworem bromu (1:5) na 5—10 minut. Autor przytacza 2 wypadki w których leczenie to stosował. W jednym wypadku chora wyzdrowiała i w 4 miesiące po operacji resztkę części pochwowąj pokryła się zdrową błoną śluzową i prawie równocześnie wszelka wydzielina przestała się wydobywać. W 2 wypadku w 5 tygodniu po ostatniem stosowaniu bromu rozwinęło się śmiertelne zapalenie otrzewnej; zdaje się jednak że w tym razie punktem wyjścia nie były części płciowe. Na powierzchni tułowia pomimo ścisłego badania drobnowidzém nie można było wykryć nowotworu. Zresztą sam autor nie przypuszcza radykalnego uleczenia.

Dwa wypadki raka macicy opisane przez P o n f i c k'a (33) tém się odznaczają, że w obudwu całkowicie była zajęta macica. W jednym wypadku prócz tego zajęte były jajniki, gruczoły limfatyczne i otrzewna. W drugim zaś razie ciało macicy w wysokim stopniu było zwiększone i nacieczone, jajniki znowu wolne, a gruczoły pozao-trzewne i śródpiersiowe, szyjowe i gruczoł tarczowy rakowato naciekłe. Wreszcie trzony dwóch kręgów lędźwiowych były zmienione i nowotwór przecisnął się do rdzenia pacierzowego. Obadwa wypadki służą za dowód, że teoria o miejscowych przerzutach raka jest niewystarczająca.

Martin (37) powtórnie spostrzegł, że punktem wyjścia raka były zmarszczki tylnego sklepienia pochwy około części pochwowąj.

Według spostrzeżeń autora dziedziczność nie ma ważnego znaczenia. Na 65 wypadków, gdzie anamneza ściśle była w tym względzie badana, powstawanie raka u osób do rodziny należących stanowczo można było wyłączyć, a tylko 13 razy rezultat badania był dodatni. Nie sprawdził także autor twierdzenia, że cierpiące kobiety bardzo wiele połogów przebywały. Zauważył jednak, że zarażenie części płciowych u mężczyzny stanowczo oddziałują na usposobienie. Szczególniej często zapadają wdowy, gdy zmarły małżonek często cierpiał na niewyraźne skutki zaraźliwych chorób organów płciowych jak np. zwężenie cewki moczowej.

Pod względem terapeutycznym zaleca autor alkalia żrące po uprzednim krwawym oddzieleniu. Krwotoki i bóle przy użyciu tychże często na dłuższy czas ustępują. Po wstrzykiwaniach saletranu srebra, kwasu chromnego lub bromu nie widział autor żadnych skutków.

W e d e l e r (*Adenom fre portio vaginatis uteri. Norsk. Magazin f. Lægevid. R. 3. Bd. 3. Forch. p. 12*). 34 letnia kobieta 6 razy rodziła, ostatni poród odbyła przed rokiem. W ostatnich 3 miesiącach prawie codziennie miewała krwotoki. Część pochwowa 1" długa i 1½" szeroka i nieco twardsza niż zwykle. Od przedniej wargi wychodził guz mały, nierówny, który zdawał się wchodzić do otworu ust macicznych. Wargę tylną gładką. Macica łatwo dająca się poruszać, normalnej wielkości. Szyjka odjęta została za pomocą operacji galwanokaustycznej. Okazało się że nowotwór był gruczolakiem (*adenoma*). W rok potem urodziła siłami natury dziecko donoszone. We 20 dni później przy badaniu część pochwowa okazała się twardą, nierówną i ziarnowatą. Otwór prawie zamknięty. Wargę tylną gładką, na wardze przedniej małe wzniesienia. Macica wielka, poruszalna. Kobieta ogólnie bardzo osłabiona.

B a s l e r (36) obserwował wypadek wrzodu dziurawiaczego (*ulcus rodens*). 44 letnia kobieta, nieplodna od 3 lat cierpiała na obfite krwotoki miesięczne. Wreszcie z powodu znacznej utraty krwi i osłabienia — zmarła. Sekcja wykazała wrzód wielkości szóstaka 2—3 linii głęboki z podminowanymi brzegami na tylniej ścianie pochwy.

IV. Wady rozwojowe. Zwężenia. Zarośnięcie. Krwi-
stek. Zondowanie. Rozszerzanie. Rozcięcie macicy
(*hysterotomia*).

1) Squarey Charles, A short account of the cases of three sisters in whom the uterus and ovaries were absent. Lond. obstetr. transact. p. 212. — 2) Moldenhauer, (Lipsk) Arch. f. Gyn. VI. p. 142. — 3) Breisky A., Hydro-metra lateralis als Folge congenitalen Verschlusses eines Scheidenrudimentes bei Uterus duplex. Arch. f. Gyn. VI. p. 86. — 4) Azam, Absence de l'uterus et du vagin. Le Bordeaux médical N. 52. — 5) Kums, Oblitération complète du col, coïncidant avec chute ancienne et irrémédiable de la matrice. Annales d. l. soc. d. méd. d'Anvers. Dec. 1872. — 6) Gallard, Du cathétérisme utérin. Gaz. des hôp. N. 35. — 7) Courty, Traitement chirurgical des rétrécissement du col utérin. Mouvement méd. N. 23; także Montpellier médie. Juin, i Gaz. des hôp. N. 62. — 8) Bennet Henry, On the orifices of the unimpregnated uterus and their surgical treatment. The British. med. Journ. May 24. — 9) Cumming William, On the treatment of supposed stricture of the cervix uteri. Brit. med. Journ. April 26. — 10) Duncan Matthews, The orifices of the unimpregnated uterus and their surgical treatment. Brit. med. Journ. Marc 6, 8. — 11) Ols-hausen R., Die blutige Erweiterung des Gebärmutterhalses. Samlung. klin. Vorträge. N. 67. 1874. — 12) Ellinger Leopold (Stuttgart), Die extempornirte Erweiterung des Muttermundes. Arch. f. Gyn. V. p. 268. — 13) Zschies-sche Paul, Ueber die Anwendung des Pressochwamms in der Gynäkologie und seine Gefahren. Greifswalder Dissert. — 14) Kormann, Tod nach intranteriner Injection. Arch. f. Gyn. V. p. 404.

Squarey (1) podaje, że u trzech siostr w wieku lat 16, 18 i 26 znalazł krótką, ślepą pochwę, i ani przez nią, ani od strony pęcherza, ani też przez odbytnicę nie można była wykryć macicy. Siostra matki nie miała zupełnie regularności i 3 ciotki téjże w małżeństwie były bezdzietne.

Breisky (3) opisuje częściowe wrodzone zamknięcie pochwy u kobiety 38 letniej, która 4 razy rodziła a ostatni raz przed trzema laty. Po tym porodzie miało wystąpić krótko trwające zapalenie w dolnej części brzucha. Żadnego guza przed ostatnią ciążą nie spostrzegano.

Od pół roku blisko utrudnione oddawanie moczu. W dolnej części brzucha wyraźne były 2 guzy; pierwszy wyczuwalny po stronie lewej, jako chlebocząca masa owalna i sięgał prawie do pępka. Drugi leżał przed wielkim guzem sterząc na szerokość ręki ponad spojeniem łonowém. Mały guz na pewno rozpoznany został jako macica. Wielki guz sięgał do miednicy i wypychał tylne sklepienie pochwy.

Po przekłóciu od strony pochwy odeszło 1400 cm. sz. płynu jasnego, nieco ciągnącego, który z powodu swych chemicznych i fizycznych własności uważany był za płyn z jajnika pochodzący. Po przekłóciu dawał się wyczuć w przeponie miednicy okrągławy otwór, który można było wymacać na prawo i od tyłu od części pochwowój zwróconej ku przodowi i na lewo.

Ta okoliczność rzuciła podejrzenie, że tu istnieje wada rozwojowa z wężownicowem skręceniem obudwu przewodów płciowych jak to *F r e u n d* spostrzegał. Otwór kolisty mógł przedstawiać usta maciczne drugiej macicy, a poniżej tego otworu położony wyrostek wielkości orzecha włoskiego o cienkich ścianach — zawiązek pochwy. Domniemanie to mogło się zamienić w pewność dopiero po zbadaniu przez odbytnicę. Wykazało ono, że od przodu położona macica jest jednorodną, i że po jednej tylko stronie znajduje się jajowód i jajnik.

Uderzającym jest w tym wypadku, że zawartością zamkniętej połowy macicy nie była krew ani ropa, jak znajdowano we wszystkich dotąd spostrzeganych wypadkach, a tylko płyn surowiczny; a powtóre że guz powstał dopiero w późnych latach po poprzednich porodach. Autor utrzymuje, że zapalenie w czasie ostatniego położu dało powód do zebrania płynu. Za pomocą skrobania usiłowano otrzymać nabłonek z wnętrza macicy dla poparcia rozpoznania, to jednak się nie powiodło. Chora zresztą pierwój wyzdrowiała, zanim przyszło do powtórnego zebrania ropy.

C u m m i n g (9) przy zwięzieniach szyjki macicznej używa nacięcia. Zwięzienia według niego nie pochodzą od właściwych zwiężeń, a tylko od nabrzmienia błony śluzowój i zgrubienia ścian. Nacięcia po większej części pomagają tylko czasowo, właściwie przez odciągnięcie krwi, który to skutek za pomocą prostych skaryfikaocyj również dobrze można osiągnąć. Nacięcia (*incisio*) szczególniej stają się niebezpiecznymi z powodu późniejszego stosowania środków pęczniających, a powtóre gdy takowe dokonywają się w bliskości wewnętrznej otworu ust macicznych.

D u n c a n (10) odróżnia kurczową i bolesną miesiączkę od zwykłej miesiączki z boleściami (*dysmenorrhoea*). Przy pierwszej bóle najczęściej tylko przez krótki czas trwają. Rozszerzenie miejsc odpowiednich również wywołuje bóle kurczowe. Wydalenie kawałków krwi skrzepłej lub błon, rzadziej zaś ostre zgięcie powodują tego rodzaju miesiączkę. Autor bynajmniej nacięć nie zaleca, a tylko jak przy zwięzieniach cewki moczowój u mężczyzn codziennie coraz grub-

sze świeczki wprowadzać radzi. Krwawe rozszerzanie w tych wypadkach więcój przynosi szkody niż korzyści.

Olshausen (11) także jest zdania, że obecnie krwawe rozszerzanie szyjki macicznej zbyt często się używa. Niebezpieczeństwa następczych zapaleń nie można lekceważyć. Tych ostatnich szczególniej należy się obawiać, gdy przy świeżych ranach ciętych stosujemy środki mocno pęczniejące.

Gąbka prasowana z powodu szybkiego rozkładu wydzieliny niebezpieczniejszą jest od laminarii, a nawet przy dłuższem użyciu grozi niebezpieczeństwo posokowatego zakażenia z śmiertelném zejściem, jak to autor przytacza w dwóch własnych wypadkach.

Nacięcie więc szyjki macicznej powinno być robione tylko w wypadkach ściśle określonych, w części przy niewątpliwie niezwykłym zwężeniu otworu zewnętrznego i ztąd zależnej niepłodności, w części zaś przy niepłodności, której żadnych przyczyn wykryć nie można i otwór zewnętrzny nie przedstawia znacznego zwężenia, mniejszym jest jednak niż zazwyczaj. W celu wykonania bocznego z obu stron nacięcia szyjki zatém używać najlepiej wązkiego o krótkim trzonku nożyka (Sims). Ażeby nacięcie ze skutkiem było dokonane należy zaczynać je w bliskości otworu wewnętrznego i nacinać boczne ściany części pochwowój ku dołowi. Szczególniej zaś jest ważnóm leczenie następcze. Tu przedewszystkiem należy unikać wszelkich mechanicznych podrażnień, a jeszcze bardziej przyżegania świeżej rany żelazem rozpaloném. Prócz tego zaleca w kilka dni po zrobieniu nacięcia w górnej części szyjki cięcie jeszcze bardziej powiększyć, aniżeli to w samym początku było możliwe.

Szczególnego leczenia wymagają te rzadkie wypadki, w których niepłodność zależną jest od przodopochylenia macicy, przy nieco zmniejszonym, a niekiedy nawet normalnym otworze ust macicznych, jeśli te ostatnie zwrócone są ku tylnej ścianie pochwy. Gdy prawie zwykle nie jesteśmy w możności usunięcia przodopochylenia, pożyteczne bywa wtedy rozszerzanie ust macicznych z współczesnóm zwróceniem ich ku przodowi. Jedno i drugie możemy osiągnąć przez klinowate wycięcie z przedniej wargi. Usta maciczne przybierają wtedy postać lejkową i skierowane są ku przodowi.

Zschiesche (14) zwraca uwagę na wielkie niebezpieczeństwo mogące wynikać ze zbyt długiego przetrzymywania gąbki prasowanej w macicy. Posocznica z śmiertelném zejściem może tu być następstwem. Autor przytacza podobnego rodzaju wypadek, w którym chodziło o wydalenie części pozostałego łożyska. Gąbka praso-

wana z jednorazową zmianą kawałka pozostawała 22 godzin w macicy. Chora zmarła w 10 dni w skutek zapalenia otrzewnej. W 2-im wypadku chora została przy życiu, wytworzył się jednak bardzo znaczny wysięk w miednicy i przewlekła ropnica.

Bergstrand (*Atresia vaginae cum haematometra. Hygiea 1872. p. 686*). Opisuje wypadek krwisteku macicznego; 18 letnia dziewczyna, która nigdy nie miesiączkowała, od 4 lat zaczęła się uskarżać na ból w krzyżu i w żołądku. Bóle te nie przedstawiały żadnej peryodyczności. Przy badaniu znaleziono guz w dole brzucha na 9 ctm. ponad spojeniem łonowym. Otwór zewnętrzny części pściowych zamknięty był błoną podobną do mięsa i przedstawiającą dość znaczny opór. Przy przekłóciu próbnym znaleziono jamę krwią wypełnioną. Po nacięciu w ciągu trzech dni odpływała ciecz gęstawa, podobna do syropu, później zaś przez kilka dni płyn surowiczny z krwią zmieszany. Szybkie wyzdrowienie.

E) Choroby jajowodów i więzów.

1) Lehnerdt. Hydrops tubae. Beiträge der Ges. f. Geburtsh. in Berlin II. p. 93) — 2) Atlee W. Philad. med. Times 15. — 3) Seuvre, Inflammation des trompes. Hématome de la trompe droite. — Hématocèle rétroutérine consécutive. — Péritonite adhaesive généralisée. Gaz. des hôp. N. 42. — 4) Duncan M., Retrouterine Haematocèle. Med. Times and Gaz. June. — 5) Dolbeau, Lecture on retro-uterine Haematocèle. Med. Times and Gaz. Febr. I. March. 1. — 6) Meadows, Alfred, On pelvic Haematocèle. Lancet. Nov. 15. Dec 6; także Brit. med. Journ. Nov. 15. — 7) Marrotte, Considerations nouvelles sur la pathogenic de l'hématocèle rétro-utérine. Arch. gen. de med. Juillet — 8) Hématocèle rétroutérine cataméniale. Gaz. des hôp. N. 147. — 9) Weber, F. (Petersburg), Beitrag zur retrouterinen Haematocèle. Berl. Klin. Wochenschr. N 1. — 10) Beck, Snou, Case of pelvic haematoma or retrouterine Haematocèle, with remarks especially as to the source of the haemorrhage. Lond. obstetr. transact. p. 260. — 11) Schröder, (Erlangen) Ueber die Bildung der haematocèle retrouterina und anteuterina. Arch. f. Gyn. V. p. 348. — 12) Fritsch, Heinrich, (Olalla), Die retrouterine Haematocèle. Sammlung Klin. Vorträge. N. 56. — 13) Cushing, Geo, Case of pelvic cellulitis, complicated with psoas abscess. Philad. med. and surg. Report. Decbr. 6.

Beck (10) na zasadzie badań pośmiertnych stara się wykazać, że krwisteki zamaciczne bardzo rzadko tylko mogą powstawać przez dostanie się krwi napowrót z macicy za pośrednictwem jajowodów do jamy otrzewnej. Ani wypadki zebrane przez Bernutz'a i Goupila, ani też spostrzeżenia Barnes'a przy ściśłem rozpatrzeniu nie

wytrzymują krytyki. Najczęściej w podobnych wypadkach krew pochodziła z błony śluzowej jajowodów. Przedostawanie się krwi z macicy przytrafia się tylko przy zupełnym zatakowaniu odpływu przez pochwę.

Weber (9) podają, że w petersburskim szpitalu O b u c h o w'a na ogólną liczbę wszystkich chorób kobiecych tam leczonych przypada 2% na krwisteki. Na 23 chorych, 18 było w wieku od 20 do 30 lat, 2 tylko między 30 i 35 rokiem, 3 poniżej lat 20. Wszystkie prawie (21) cierpiały uprzednio na choroby maciczne. Pomędzy 23 choremi były 3 kobiety publiczne. Te 3 kobiety jako tóż 3 inne, nie rodziły. Jako przyczyny wspomnianych chorób okazały się: 3 razy poronienie z następczym krwotokiem, 4 razy spółkowanie podczas regularności, 2 razy ciężka praca pomiędzy 2 a 3 tygodniem po porodzie, 2 razy podnoszenie ciężarów, 1 raz szycie na maszynie, i raz jeden uderzenie. Z pomiędzy tych 23 wypadków według poglądu autora 5 było krwisteków zewnątrzotrzewnych, z tych 3 uległy sposoczeniu z przedziurawieniem do kiszki. Żaden wypadek nie zakończył się śmiercią. Co się tyczy leczenia autor oświadcza się przeciw przekłóciu nawet w ropienie przeszłych krwisteków, gdyż takowe może prowadzić do śmiertelnego zejścia.

Fritsch (12) po obszernym wstępie wyjaśniającym historią krwisteków zamacicznych, zastanawia się nad kwestyą skąd krew pochodzi. Przypuszczenie że takowa pochodzi z pęcherzyków Graafa w zupełności musimy odrzucić, gdyż rana jest zbyt mała i zaraz po pęknięciu pęcherzyka zamyka się. Jednakże źródłem krwawienia może być jajnik z powodu nie rzadko rozwijających się przy tym organie torbieli krwią wypełnionych. Takie krwisteki od jajnika pochodzące dochodzą wielkości jabłka, i często jako krwisteki zamaciczne przy sekcji bywają znajdowane. Prócz tego przyczyną krwotoku mogą być jajowody i to z rozmaity sposób; i tak np. przy pęknięciu ciąży jajowodowej—co zresztą nie jest tak dalece rzadkim wypadkiem, pęknięcie większych naczyń przy przekrwieniu miesięczkowym, zresztą niewątpliwie wykazano szczególnie przez B e r n u t z'a i G o u p i l'a możliwość przedostania się napowrót krwi przez jajowody przy zupełnym zarosnięciu macicy. Tego rodzaju krwisteki bardzo łatwo mogą powodować zapalenie otrzewnej skutkiem drażnienia od domięszanego śluzu macicy do krwi. Wreszcie według objaśnienia V i r c h o w'a bezwarunkowo należy przypuścić możliwość pochodzenia krwi odznajdujących się na otrzewnej błon rzekomych obfitujących w naczynia. Kliniczne jednak objawy w przeważnej liczbie wypadków nie po

twierdząją tego sposobu powstawania. Przemieszczenie macicy nie mogłoby dochodzić wysokiego stopnia, gdyby krwotok następował tylko w błonach rzekomych dawniej istniejących lub pod niemi. Autor dla zbadania wpływu krwi na otrzewną, wstrzykiwał królikowi odwłóknioną krew do jamy otrzewnej. Wyniki były ujemne, gdyż krew szybko ulega wchłonięciu, nie wywołując żadnego podrażnienia. Zresztą otrzewna psa i królika zdaje się mniej być czułą na drażnienie niż otrzewna człowieka.

Zdaje się także, że chemiczne działanie drażniące krwisteku na otrzewną nie może być przyjęte. Mechaniczne jednak drażnienie jest bardzo prawdopodobnem, gdy zwrócimy uwagę na mocne przemieszczenie trzewiów i pochodzące ztąd drażnienie przy większych krwistekach. Autor nie podziela zapatrywania Schröder'a, że do oznaczenia przedmiotowych objawów krwisteku potrzeba zupełnego otorbienia krwi wylanęj.

Krwisteki zewnątrzotrzewne są przedewszystkiem traumatycznego pochodzenia.

Rozpoznanie w ogólności jest łatwe, tylko w wypadkach znacznego zapalenia otrzewnej miednicy rozpoznanie pomiędzy wysiękiem i wynacznieniem może być bardzo trudne lub nawet niemożliwe. Źródła krwotoku najczęściej nie można rozpoznać; przy uprzednio niepowtarzającej się miesiączce (*amenorrhoea*) prawdopodobną jest ciąża zewnątrzmaciczna.

Leczenie winno być wyczekujące. Przekłócić należy robić tylko przy krwistekach przechodzących w ropienie.

F) Choroby pochwy i części płciowych zewnętrznych.

1) Martin, E., Hermaphroditische Missbildungen beim Menschen. Beiträge d. Ges. f. Gebh. II. p. 115. 2) Kotsonopoulos, Epaminondas, Fall von Atresia hymenalis. Virchow's Arch. Bd. 67. p. 143. — 3) Roberts, Lloyd, Short notes of a case of imperforate Hymen. Brit. med. Journ. Oct. 18. 4) Pirotais, imperforation de l'hymen. Gaz. des hôp. N. 56.—5) Simpson, Edinb. med. Journ. May. — 6) Ponfick, E. Atresia vaginae, Beiträge der Ges. f. Gebh. in Berlin II. p. 97. — 7) de Smeth, Presse méd. Belge N. 37. — 8) Bouque Ed. Contribution à l'anatomie pathologique et à la thérapeutique des fistules urogénitales de la femme. Annales d. l. Soc. de med. de Gand, Juillet.—Ledetsch, Theilweise Verwachsung der Scheide, hierdurch bedingte Dislocation und Strictur der Urethra. Wien. med. Presse. N. 34. — 10) Englisch Joseph. (Wiedeń), Ueber Retentionscysten der weiblichen Harnröhre bei Neugeborenen und ihre Beziehung zur Entwicklung der Carunkel. Wien. med. Jahrb. II. 4. p. 441. — 11) Basler Ein Vorfal der Urethraschleimhaut beim Weibe, Aerztliche Mittheil. aus Baden

N. 20 i 21. — 12) Zeller (Tübingen), Ein seltener Fall. von Vaginalabscess. Württ. ärztl. Correspondenzblatt N. 8. — 13) Allis, Oscar, Dilatation of the female urethra, Med. Times. Norbr. 1. — 14) Mease, Leslie Tumor in the vesico-vaginal Septum. Med. Times a Gaz. Decbr. 13) — 15) Küchenmeister, (Drezno). Pruritus clitoridis. Oesterr. Zeitschrift f. prak. Heilkunde. N. 7. — 16) Kaltenbach, Zusammengesetzte Cyste der Scheide. Arch. f. Gyn. V. p. 138. 17) Ewart, Joseph, On the treatment of vaginismus. Indian annals of med. De. July. p. 141.

Roberts (3) przy krwisteku wewnątrzmacicznym pochodzącym od zarosnięcia błony dziewiczej (*atresia hymenica*) zrobił przekłócie i użył mocnego ucisku do wydalenia zawartości. Po 4 dniach wystąpiła gorączka i bóle. Gdy zata-mowany przez kilka godzin odpływ znowu został przywrócony, objawy te znikły. Zaraz po przekłóciu wypłynęło 84 uncyj krwi.

Markiewicz (Medycyna) opisuje zupełne zrosnięcie brzegów wewnętrznych warg sromnych mniejszych (*Atresia vaginae labialis congenita*) na całej ich długości aż do otworu kanału moczowego. Operacya polegała na rozcięciu.

Ponfick (6) przedstawiał preparat zarosnięcia pochwy który z wielu względów jest interesującym i pochwa w bliskości otworu sromnego była zamknięta. Górna jej część i szyjka macicy były rozszerzone i zamienione w jamę około jednej kwarty krwi zawierającą, ciało zaś macicy w tém rozszerzeniu nie miało żadnego udziału. Okoliczność tę można było objaśnić nieznacznym rozwojem macicy i bocznem zgięciem tegoż organu. Rozszerzona cewka moczowa za życia od wielu badaczy była uważana za zwężoną pochwę i z powodu niemożności utrzymania moczu (*Incontinentia urinae*) przyjmowano niezwykłą komunikacyą pęcherza z pochwą. Chora zmarła na cierpienie mózgowe które za życia objawiało się kurczami i niemotą (*aphasia*). Ta ostatnia bezpośrednio wystąpiła po przekłóciu zebranej krwi od strony odbytnicy.

Allis (13) zwraca uwagę na zdolność do rozszerzania się cewki moczowej u kobiet. U 58 letniej kobiety rozszerzył on cewkę moczową w ciągu 14 dni, w prowadzając co 2-gi dzień palec do tego stopnia, że wreszcie mógł wydobyć z pęcherza 2 kamienie, których największy obwód wynosił 3 1/2 cala. U innej kobiety 53 letniej przy zachloroformowaniu rozszerzył on w ciągu 15 minut cewkę moczową tak dalece, że mógł wyczuć palcem i operować polipa, który był umiejscowiony w dolnej części pęcherza. W obu wypad-

kach niemożności utrzymania moczu niespostrzegano. Gustaw Simon znacznie ulepszył w ostatnich czasach metodę rozszerzenia cewki moczowej.

Küchenmeister (15) rozróżnia swędzenie łechtaczki (*pruritus clitoridis*) od tak zwanego swędzenia pochwy lub macicy i w jednym wypadku obserwował zupełne uleczenie za pomocą przyżegania łechtaczki saletranem srebra.

Ewart (17) obserwował w 2 wypadkach kurcz pochwy (*vaginismus*), który w obu razach zaraz po zamążpójściu wystąpił, błona dziewicza była rozdarta, strzępy jej prawie normalny miały wygląd i całkiem były niewrażliwe, gdy tymczasem pewna ograniczona część tychże mocno była zaczerwienioną i do tego stopnia nadczuła, że proste jej tylko dotknięcie wywoływało natychmiast objawy waginizmu. Autor zatem ograniczył się na wyłuszczeniu tylko tej części i starał się przez natychmiastowe, staranne nałożenie szwu otrzymać bezpośrednie zagojenie rany (*per primam intentionem*). W jednym wypadku gdzie mu się to powiodło, natychmiast było uleczenie zupełne; podobnież w drugim wypadku po krótkotrwałym leczeniu następczem. Prócz tego zwraca uwagę na mniej znane wypadki kurczu pochwy zależne od przetok odbytnicy. W tym razie rozcięcie przetoki wraz z zasadniczem cierpieniem znosi także i kurcz pochwy.

Salomonsen L. W. (*fistula vesico-uterina. Kolpocleisis. Hospitalstidende 16. Jah. p. 69*). Opisuje wypadek przetoki pęcherzo-maciczej. 40 letnia niezamężna kobieta 2 razy rodziła, ostatni raz przed 5½ rokiem. Przed dwoma laty (1869) była leczona na przewlekłe zapalenie macicy i lewostronne zapalenie okołomaciczne, które było przyczyną odchodzenia przez pochwę płynu żółtego, ropnego. W r. 1871 znowu wystąpiły objawy zapalenia otrzewnej. Macica nieco była obniżona, nieruchoma, sklepienie jej mocno bolesne, wargi małe cokolwiek rozwarte. Z moczem odchodziła materya, i wkrótce gdy wszelkie bóle znikły, ukazało się mimowolne odchodzenie moczu przez pochwę. Przy ściśłem badaniu znaleziono przetokę pęcherzo-maciczną wielkości 1 cent. mającą. Przez pewien czas przetoka była leczona przyżeganiem lapisu; pomimo tego stawała się ona coraz większą i otwór ust macicznych mocno był owrzodzony. Tkanika pęcherza miękka i krucha. Złogi kamienne odchodziły od czasu do czasu z moczem, lub też dawały się wyczuć na brzegach przetoki. W sierpniu 1871 zrobiono krwawe zamknięcie pochwy (*kolpocleisis*) i na ¼ cala poniżej otworu do koła pochwy oddzielono błonę śluzową

na 4—5 linii na szerokość, i tym sposobem pochwa zupełnie została zamknięta, w wymiarze poprzecznym. Po 12 dniach ostatnie szwy zdjęto i tylko w kątach blizny z każdej strony znaleziono otworek wielkości główki szpilki którym się mocz wysącał. Następnie usiłowano te dwa otworki usunąć za pomocą operacyi, lecz na próżno.

W r. 1872 chora zmarła, gdy uprzednio przez czas pewien cierpiała na durzycę, chorobę Bright'a i błonicę pochwy. Badanie pośmiertne wykazało, że rezultat operacyi zupełnie był zniszczony, blizna otwarta i wielki ropień dokoła dolnej części macicy komunikującej z pęcherzem. Z okoliczności tego wypadku robi autor pewne uwagi pod względem leczenia rzadkich tego rodzaju przetok i wspomina o szczęśliwie wykonanej operacyi przez Sköldbergs'a gdzie przetoka za pomocą prostej operacyi krwawej została zamknięta i pomyślny wypadek Simon'a krwawego zamknięcia ust macicznych (*hysteroceleisis*).

Neugebauer, (Pamiętnik Towarz. Lek. Warszaw r. 1873. p. 384), operował nabłoniaka (*epithelioma*) prawej wargi sromnej za pomocą petli galwanokaustycznej. Pod nasadę guza wkłóto trójgranicie używany do badania, przez rurkę tegoż przeprowadzono drut platynowy i oddzielono całą masę nowotworu w bliskości gałęzi zstępującej kości łonowej prawej. Rana szybko się zagoiła pozostawiając niewielką bliznę.

CHIRURGIA.

Sprawozdawca Dr M. Gruell (z Włocławka.)

I. Chirurgia ogólna.

Podręczniki i dzieła.

1) Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie, m. Einschluss der topogr. Anatomie, Operations und Verbandlehre. Bearb. von Agatz, Billroth, Dittel etc. red. von v. Pitha u. Billroth. 3 Bd. 1 Abth. 1 Lfg. (2 Hälfte), Z 24 drzeworytami w tekście. Erlangen. -- 2) Perrie W. The Principles and practice of Surgery. 3 ed. Illustrated by 490 Engravings on Wood. Churchill. -- 3) Fort J. A. Résumé de pathologie et clinique chirurgicale. Avec 197 figures intercalées dans le texte. Paris. -- 4) Guyon E. Eléments de chirurgie clinique, comprenant de diagnostic chirurgical, les méthodes opératoires et l'hygiène de la thérapeutique chirurgicale. Avec fig. Paris.

**B. Rany i ich leczenie w ogólności. — Choroby przyranne. —
Metoda przeciwnilna.**

1) Rosenberger Ueber Anheilung gänzlicher abgetrennter Körpertheile. Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 31; 32. — Glogner. Tamże Nr. 52. — 2) Polailon Sur la suture des tendons de la main. Gaz. des Hôp. Nr. 122. — Jessop. An outbreak of septicaemia. — Leeds general infirmary. Med. Times and Gaz. Sept. 6. — 4) Fink. Zur Frage: „Pyæmie und Septicaemie“. Aorztl. Intellig. Bl. Nr. 6. — 5) Starcke. Ueber Polyarthrits septica. Deutsche militärärztl. Zeitschr. II. Hft 8. — 6) Burow sen. Offene Wundbehandlung. Deutsh. Zeitschr. f. Chirurg II. p. 425. — 7) Godlec, On the antiseptic. system, as seen in Prof. Lister wards at Edinburgh. Lancet. May 17 i 24. — 8) Crombie A. Observations on Mr. Lister's treatment of wounds. Indian Annals of med. Science Nr. XXX. Jan. — 9) Patterson, Five Weeks Surgery in the Infirmary. Glasgow Med. Journ. Febr. — 10) Haydon. On the antiseptic Plan of Treatment. Report of a few Cases. Edinb. med. Journ. March. — 11) Lesser, Einige Worte zum Verständniß der Lister'schen Methode der Wundbehandlung. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Vol. III. p. 402. — 12) Lund. On the use of resin-cloth, in the place of core-cloth in the treatment of wounds. Brit. med. Journal. Dec. 6. — 13) Boinet. Des moyens de prévenir et de guérir l'infection purulente. Gaz. des Hôp. Nr. 19. — 14) Crespi M. Della rionione e medicazione ascinta nelle ferite da taglio e lacerato-contuse in confronto alla riunione e medicazione sunida. Annali univ. di Med. Juglio. — 15) Culbertson. Meerscham-Sonde. Phil. Med. Times. April. 26.

Rosenberger (1) opisuje kilka wypadków przyrośnięcia małych części ciała, zupełnie odciętych „bronią sieczną“. Mężczyźnie 21-letniemu odcięto prawe skrzydło nosa; upadło ono na ziemię. W 2½ minuty po odcięciu autor przyszył je 4 szwami węzłkowemi. Na 6 dzień szwy wyjęto. Pomimo kilkakrotnego krwawienia z rany, po 5 tygodniach zagojenie było zupełnem. W innym wypadku odcięta została połowa lewego skrzydła z większą częścią końca nosa, a w trzecim odrąbany został nos poniżej kości nosowych, tak że odpadły oba skrzydła nosa wraz z przegrodą, a nadto przecięta została warga górna i wybity jeden z zębów siecznych. W obu razach przszyto odcięte części w trzy minuty po wypadku, i w obu nastąpiło zagojenie bez żadnego zniekształnienia. W czwartym wreszcie wypadku robotnikowi pewnemu odcięto ostatni członek wielkiego palca; cięcie przeszło przez kość i staw; członek odcięty trzymał się tylko na mostku skóry szerokim na 1 cm., Opatrunek nałożono natychmiast, a przyrośnięcie było zupełnem. Do powyższych wypadków Rosenbergera, i z okoliczności takowych, Glogner dołącza następujący: Pewnemu robotnikowi przy wekslowaniu wagonów oderwano lewe ucho tak, że trzymało

się ono tylko na kawałku skóry $\frac{2}{3}$ ctm. szerokim. Rana, o dartych brzegach, powalana pyłem węglowym, po zupełnem jęj oczyszczeniu, w $\frac{1}{2}$ godziny po skaleczeniu została troskliwie złączona 12 szwami, a po 4 tygodniach nastąpiło zupełne zrośnięcie z bardzo małą utratą.

Polailon (2) zastosował szew na ścięgną poprzecinane w głębi rany, rozciągającej się od górnego końca czwartęj kości dłoniowęj, do tegoż końca drugięj kości dłoniowęj na grzbiecie ręki. Rozciętemi były zupełnie ścięgną 2, 3 i 4 palca mięśnia wyprostnego palców wspólnego, oraz ścięgną m. wyprostnego wskaziciela. Ponieważ brzegi rany były już nieco ze sobą sklezione, autor, dla odszukania górnych końców ścięgien rozszerzył ją w górę o 3 ctm., poczem końce odpowiednich ścięgien do siebie zbliżył i dokładnie spoił 3 szwami z drutu srebrnego, poczem na całą rękę nałożył opatrunek z waty. Gdy po 26 dniach opatrunek zdjęto, rana była zagojona; tylko pozostały 2 przetoczki odpowiadające pętłom drucianym. Nieznaczne ruchy wyprostne były możliwe. Jeden z 3 szwów drucianych odszedł. Drugi raz założony opatrunek watowy pozostał dni 16; pod nim utworzył się ropień w połowie długości przedramienia, po stronie m. wyprostnego wspólnego, który otworzono. W 5 dni potem oddzieliły się pozostałe dwa szwy. Poruszanie palcami było zupełnie przywrócone. Autor zaleca zszywanie ścięgien, w tych szczególnięj razach, gdzie przez odpowiednie ułożenie zranionęj kończyny zbliżyć ich do siebie niepodobna.

Finck (4) rozróżnia ropnicę zakrzepo-zatorową, wywoływaną przez rozniesienie przez krwiobiegi do różnych organów drobnych cząsteczek nie posiadających żadnych specyficznych własności, oraz ropnicę chłonną, którą należałoby uważać za chorobę zakaźną i która może występować epidemicznie pod wpływem czynników atmosferycznych i miejscowych. Posocznica, zdaniem autora, powstaje także w następstwie wehłonięcia do krwi płynnych, posoczejących materij z rany; niemamy jednak dotąd żadnęj zasady do przyjmowania specyficznej materij gnilnęj; którejby należało przypisywać własność zarazka.

Jessop (3) opisuje epidemię ropnicy spostrzeżaną pod koniec 1864 r. w szpitalu w Leeds, za przyczynę której uważa zanieczyszczenie powietrza z nawpół przegniłych sienników na jakich chorzy spoczywali. W tym czasie, prawie do każdęj rany lub wrzodu przyłączały się objawy ropnicy lub posocznicy, które pra-

wie bez żadnych wydatniejszych przypadłości miejscowych, w ciągu 3—39 dni sprowadzały śmierć z ropiastego zapalenia otrzewnej. Równocześnie z tą epidemią pojawiały się złośliwe wypadki róży. Autor zestawia je razem z ropnicą w tabelli obejmującej 35 spostrzeżeń. Przy leczeniu zwracano głównie uwagę na czystość i dobre powietrze.

Starcke (5) przytacza wypadek ropiastego zapalenia wielu stawów u zdrowego i silnego dotąd żołnierza. Bez żadnej przyczyny traumatycznej i bez uczucia niezdrovia, wystąpiło najpierw w lewym stawie kolanowym znaczne zebranie się płynu; wkrótce pojawiły się objawy durzycowe, a od 9 dnia kolejno następowały: obrzmienie prawego i lewego stawu łokciowego, prawego stawu barkowego, dalej obustronne zapalenie ślinianek przyusznych (*parotitis*), zapalenie mięśnia sercowego, osierdza i opłucnej. W 24 dni po zachorowaniu chory umarł wśród objawów coraz większego upadku sił. Sekcja wykazała: wypełnienie lewego stawu kolanowego mazistą ropą, innych zaś zajętych stawów cieczą surowiczo-ropiastą; w płucach ropnie; gęste wysięki w worku sercowym; w przedniej ścianie serca ropnie; wiele ropni w nerkach. Zresztą nigdzie ani zakrzepów ani obrzmienia gruczołów chłonnych. Autor sądzi, że ropiaste zapalenie stawu kolanowego było pierwotne, a ztąd dopiero materje gnilne rozniesione zostały drogami chłonniemi i spowodowały szereg innych spraw chorobowych.

Metoda opatrunkowa przeciwnilna Lister'a była przedmiotem wielu artykułów, ogłaszanych w dziennikach lekarskich wszystkich narodowości. Wszystkie one prawie jednoznacznie przyznają tej metodzie wysoką wartość, aby tylko z całą ścisłością przeprowadzona była. Z prac tych, przytoczymy następujące:

Godlee (7) opisuje przeciwnilny sposób opatrywania ran, jak go widział wykonywany przez samego Lister'a. Chirurg ten używa obecnie do opatrunków przeciwnilnych kwasu karbolowego kwasu bornego i chlorku cynku. Kwasu bornego używa tylko przy ranach powierzchownych, i to albo pod formą opatrunków suchych albo wilgotnych. W celu przygotowania suchego opatrunku, napaja się lint stężonym gorącym roztworem kwasu bornego, poczem się suszy. Po wyschnięciu usiany jest lint gęsto kryształami kwasu bornego i stanowi materiał opatrunkowy na długi czas zapobiegający gniciu wydzielin ran, ale nie drażniący. Chlorku cynku używa Lister w roztworze (mniej więcej z 1 części tegoż na 12

części wody) przy ranach źle ropiejących albo też przy operacjach dokonywanych w naturalnych otworach ciała, aby uchronić ranę od wpływu wydzieliny, dopóki ziarnina na niej się nie pojawi. Przy opatrunku ran kwasem karbolowym, z powodu obfitszego wydzielania w ciągu pierwszych 24 godzin, potrzeba wkładać w ranę rurkę drewnianą dla ułatwienia odpływu wydzieliny. Dobrze jest także wkładać między warstwy opatrunkowe gąbkę, która wywiera nacisk na ranę. Autor prostuje błędnie głoszone mniemanie, jakoby Lister twierdził, iż zapomocą swojej metody jest w stanie każdą bez wyjątku ranę wygoić bez ropienia. Ropienie bowiem przy opatrywaniu granulujących powierzchni roztworem kwasu karbolowego jest rzeczą zwykłą; tylko że ropienie nigdy nie nabiera charakteru szkodliwie oddziaływającego na sprawę gojenia się rany. Z przytoczonych wypadków zasługują na szczególną wzmiankę 4 odjęcia członków i 3 wypiłowania. Rany po 3 odjęciach (1 ramienia, 1 przedramienia, 1 Syme'a) zagoiły się bez wydzielania nawet kropli ropy. Po 4 odjęciu stopy ponad kostkami ropienie miało miejsce, i to przypisywał Lister zawczesnemu zastąpieniu przy opatrunku kwasu karbolowego kwasem bornym. Z trzech wypiłowań, jedno wypiłowanie stawu kolanowego u 13-letniego chłopca wygoiło się w ciągu 3 tygodni bez wydzielania ani kropli ropy; dwa zaś pozostałe wypiłowania (stawu łokciowego) wygoiły się w ciągu 8—9 tygodni z ropieniem. W końcu autor nadmienia iż Lister obecnie otwiera ropnie cięciem o tyle obszernem, aby w nie można wprowadzić rurkę drenową.

Za korzyścią opatrunku Lister'a oświadczają się także Crombie (8) Patterson (9) Haydon (10) Lesser (11) i Lund. Ten ostatni (12) stwierdza nadto zdanie Lister'a, iż kwas karbolowy łączy się z łatwością z istotami żywicznymi, i że połączenie to nie tracąc wcale przeciwności własności odznacza się także i tem, że wcale skóry nie drażni. To też do opatrunków przeciwności zaleca on zamiast gazy przeciwności która jest droga i trudna do zrobienia, inną materję zwaną „Resin-cloth“ przyrządzającą się w taki sposób: bardzo cienka gaza bawełniana napaja się dokładnie mieszanką żywicy (20 części) i kwasu karbolowego (1 część) rozpuszczoną w 20 częściach alkoholu z dodatkiem 1 części oleju rycynowego (dla odjęcia tkaninie kruchości), poczem się rozpościera i suszy. Ten materiał opatrunkowy ma być tańszy od gazy przeciwności, a używa się tak samo jak i tańsza.

Boinet (13) używa do opatrunku roztworu z 500 gr. wody, 50 gr. tanniny i 250 gramów naciągu jodowego, i uważa ten płyn za środek zapobiegający ropnicy, posocznicy, róży i zapaleniu naczyń chłonnych, oraz zdolny zamienić każdą źle ropiejącą ranę na ranę wydzielającą dobrą ropę. Przecięte naczynka w ranie po obmyciu jej tym roztworem zostają zatkane skrzepkami, co utrudnia następne wchłanianie się materij rozkładowych. Autor podczas obleżenia Paryża na 200 rannych tym płynem opatrywanych stracił tylko trzech z zakażenia ropnego.

Burow (6) nie uważa tego za dowiedzione, że bakterye i wibriony z powietrzem do ran doprowadzane mają powodować gnicie. O ile swobodny dostęp powietrza atmosferycznego wpływa pomyślnie na gojenie się ran, dowodzą najlepiej rezultaty osiągnięte w Zurichskim szpitalu kantonalnem z leczenia ran przy swobodnym dostępie powietrza, z czego sprawozdanie ogłosił Krönelin w 1872 r.

C. Ropnie. Wrzedzionki. Karbunkuł. Zgorzel.

1) Gray Croly. Observations on diffuse inflammation of the areolar tissue of the neck. Dublin. Journ. med. Soc. May. — 2) K. Phlegmone des Halses; Perforation in die Luftwege. Heilung. Corresp.—Bl. für Schweizer Aerzte Nr. 22.— 3) Crocq J, Du traitement des abcès des ganglions lymphatiques par les ponctions capillaires. La presse méd. Belge Nr. 21.—4) Nussbaum. Neue Heilmethode bei Geschwüren. Wiener med. Presse. N. 18—23.—5) Bruen. On the treatment of ulcers of the leg by circumcision. Philad. med. Times. Nov. 15.—6) Pritchard. A case of carbuncle. Philad. med. and surg. Reporter. Octbr. 25.—7) De Lisle J. Case of malignant facial carbuncle. Med. Times and Gaz. July. 5. — 8) Hameau. Gangrène sèche, asphyxie locale et glycoémie. Le Bordeaux méd. Nr 12 i 13:

Croly (1) wykazuje na 7 wypadkach niebezpieczeństwo rozlanego zapalenia tkanki łącznej na szyi i zwraca uwagę na ważność wczesnych, obszernych i głębokich nacięć przy tej chorobie. Niezbędne jest przytem nacięcie powięzi szyjowej, aby zmniejszyć naprężenie i nacisk, a ewentualnie i oswobodzić z pod niej ropę.

W „Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte“ (2) opisany jest ciekawy wypadek głębokiego zapalenia tkanki łącznej po lewej stronie szyi. Rozwinęło się ono u 40-letniego włóścianina po długotrwałem noszeniu na grzbiecie znacznych ciężarów w koszu opatrzonym rzemieniami, i zakończyło otworzeniem się ropnia do dróg powietrznych. W początku choroby dół nad i podobojczykowy po lewej stronie zajmowało znaczne bolesne obrzmienie, do czego później przyłączyło się obrzmienie lewego ramienia spowodowane widocznie

przez zakrzep w żyłę pachowej. Przed lewym mięśniem mostko-obojęczyko-sutkowym na wysokości krtani wyczuwać się dawało wyraźne chęłbotanie, skutkiem czego miano na drugi dzień przystąpić do zrobienia nacięcia, gdy nagle w nocy chory wypluł przeszło pół kwarty (Schoppen) ropy, przy gwałtownym kaszlu. Zaraz potem chęłbotanie na szyi zniknęło, a pojawiła się tu rozedma. W płucach żadnej nie wykryto zmiany. Na 2 poprzeczne palce poniżej obojęczyka zrobiono nacięcie, przez otwór ztąd powstały wypłynęła ropa pomieszana z powietrzem, i wyciekała dalej przez następne 2 dni. Po 10 dniach odpluwanie ropy ustało, a w 8 dni potem i rana się zagoiła. Autor sądzi iż ropień otworzył się do tchawicy, gdyż ani osłuchiwanie ani opukiwanie nie wykryło żadnej w płucach nieprawidłowości.

Crocq (3) leczy ropnie ze zropienia gruczołów chłonnych pochodzące, zapomocą jednorazowego lub kilkakrotnego (stosownie do wielkości) nakłuwania ich cienkim próbnym trójgrańcem i wyciskania z nich ropy. Powtarza się to codziennie lub co drugi dzień, na tych samych lub na innych miejscach.

Marciano jest tego zdania, że przy przewlekłym obrzmieniu pachwinowych gruczołów chłonnych, od częstego ponawiania się choroby uchronić może tylko zupełne zniszczenie tych gruczołów. W tym celu zaleca postępowanie Demarquay'a. Pakiety gruczołów obnażają się cięciem skóry wzdłuż nabrzmiałości przeprowadzonym, poczem w każdy z gruczołów wkłuwa się strzałka z chlorku cynkowego. Jeżeli po oddzieleniu się strupów (w 2 do 5 dni) pokaże się, że niektóre z gruczołów jeszcze zniszczonymi nie zostały, to należy wyżarcie powtórzyć. Blizna, która potem pozostaje, ma być dosyć kształtną, ponieważ skóra poprzednio rozdzieloną została.

Nussbaum (4) podając przegląd nowych metod leczenia wrzodów, przywodzi na wstępie iż w więcej niż 60 wypadkach owrzodzeń widział pomyślne skutki z otoczenia całego wrzodu dokoła cięciem, przenikającym skórę, odległym od brzegów wrzodu na szerokość palca. Zuchwała także metodę Reverdin'a, przeschepiania zupełnie oddzielonych kawałków skóry na powierzchnie owrzodziałe.

Za skutecznością otaczania chronicznych wrzodów cięciem, w celu przyspieszenia ich gojenia, przemawia Fischer (*Dimonstrazione di una piaga cronica trattata colla circumcissione. H. Morgagni. Disp. IX.*) który twierdzi, że jeżeli nawet niekiedy operacja ta

bezpośrednio nie przyspieszy zagojenia, to zawsze przygotowuje przynajmniej dno wrzodu do przeszczepiania nań skóry metodą Reverdin'a.

Przeciwnie Bruen (5) opisuje dwa wypadki, w których po zrobieniu nacięcia dokoła wrzodów na goleni, nastąpiło obfite ropienie ran po nacięciach, czego następstwem było powiększenie objętości wrzodów.

D. Oparzenia i Odziębienia.

1) Czerny. Wine Contractur durch Verbrennungsnarben. Wien. med. Wochenschr. Nr. 23. 2) Bergmann E. Zur Behandlung der Erfrierungen. Dorpater med. Zeitschr. IV. Hft. 2

E. Tężec.

1) Eilert. Zur Frage von der Behandlung des Wundstarrkrampfes. Deutsche Militärärztl. Zeitschr. II. Hft. 8. — 2) Reich. Heilung tetanischer Krämpfe durch Ausschneidung einer Narbe. Zeitschr. für Wundärzte und Geburtsh. XXV Hft. 4. — 3) Annanale Th. Case of chronic tetanus cured by the removal of a cicatrix and involved nerv. Edinb. med. Journ. Nov.—4) Rizzoli et Martinelli, Deux cas de tétanos guéris par la névrotomie. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. Nr. 31. 5) Mourier. Traumatisk Tetanus helbredek ved Anvendelse of Chloroform og Bromkalium, Hosp. Tid. 15 Aarg. S. 198.—6) Kraszewski. Przypadek tężca traumatycznego. Medycyna Nr. 27.

Eilert (1) w wykładzie mianym w towarzystwie lekarzy wojskowych w Królewcu, robi przegląd środków używanych przeciwko tężcowi a mianowicie makowca, chloroformu, wodanu chloralu, kuraryny, kalabaru. Sądząc z działania fizyologicznego tych środków, za lek mogący najskuteczniej zwalczać tężec, uważać by należało bób kalabarski, gdyż on tylko w ten sposób działa na rdzeń kręgowy iż znosi jego czynności ruchowe, czuciowe i odruchowe. Tak często używany przeciwko tężcowi woda chloralu, uważać można tylko za środek paliatywny, który w dawce nasennej uspakaja wprawdzie kurcze, ale po przejściu odurzenia nie zapobiega ponowieniu się ściągów, zwykle z większem jeszcze natężeniem występujących. Od kuraryny, ponieważ ta wcale na rdzeń kręgowy nie działa, — chyba w lekkich tylko wypadkach tężca możnaby oczekiwać skutku. Jeżeliby prawdziwym było twierdzenie Klebs'a i Heinecke'ego, że zmiany napotymane w ośrodkach nerwowych indywiduów zmarłych z tężca, są natury zanikowej w następstwie porażenia naczyń, to bób kalabarski, jako posiadający własności nie paraliżowania, ale raczej pobudzania ośro-

ków nerwów naczynioruchowych, miałyby niezaprzeczone pierwszeństwo przed innymi środkami (makowcem, wodanem chlorału). Rozpowszechnieniu jego stoi na przeszkodzie niepewność dobroci przetworu (wyciągu z kalabaru) oraz trudność dozowania. Na pierwszeństwo zasługuje użycie środka we wstrzykiwaniach podskórnych, tylko że dawka 0,06 na dzień podana jako maximum w farmakopei, dla tęcza jest za małą, i możnaby dawać po 0,02—0,04 i 0,06 na dawkę, raz lub dwa razy dziennie, a w ciężkich wypadkach jeszcze częściej. Niebezpieczeństwa jakie mogłyby wynikać z użycia większych dawek Physostigminy dałoby się może usunąć przez równoczesne podanie atropiny, która, według F r a s e r'a zapobiega otruciu pierwszym z tych środków. Albo możeby się dało przez skombinowanie kalabaru z wodanem chlorału, uniknąć wielkich dawek pierwszego a jednak osiągnąć działanie zamierzone. W tym celu autor zaleca rozpoczynać leczenie tęcza podaniem pełnej nasennej dawki wodanu chlorału, a gdy zacznie następować uduszenie przezeń spowodowane, wstrzyknąć pod skórę wyciąg z bobu kalabarskiego, ażeby jeszcze przed przebudzeniem się chorego podziałać na czynność ruchową i pobudliwość odruchową rdzenia kręgowego.

R e i c h (2) spostrzegał tęzec u 21-letniej dziewczyny, która 3 miesiące przedtem skaleczyła się sierpem w stopę. Ranka między 1 a 2 kością stopową była mała lecz głęboka. Już od drugiego dnia po obrażeniu, chora miewała kilka razy dziennie napady tężco we; a po zabliznieniu rany, nacisk na bliźnę wywoływał te napady, które poczynały się rwącym bólem idącym od bliźny do uda. Po wycięciu bliźny napady tęzcowe ustały.

Podobny temu wypadek przewlekłego tęcza opisuje A n n a d a l e (3). Chłopiec 15-letni w 10 dni po zranieniu się gwoździem w podeszwę stopy, między 1 a drugą kością stopową, dostał ściągów mięśni karkowych, żuchwowych a potem i grzbietowych. Morfina okazała się bezskuteczną; wodan chlorału sprowadził nieznaczne złagodzenie przypadłości na 2 dni. W tym czasie autor zauważył lekkie ściąganie mięśni uda i goleni skaleczonej nogi; co go skłoniło do wycięcia bliźny na podeszwie. Wraz z tą bliźną wy dobył $\frac{3}{4}$ cala długi kawałek nerwu zgrubiałego i twardego. Na trzeci dzień po operacji wszystkie objawy tęcza ustąpiły.

M o u r i e r (5) opisuje wypadek tęcza u 9 letniego chłopca, rozwinięty po spadnięciu z konia i stłuczeniu się w kark i grzbiet. Rany ani złamania nie było. W 15 dni potem szczękocisk i ściąganie mięśni karku, grzbietu i kończyn. Trzy razy dziennie chloroformowano

chorego do zupełnego odurzenia poczem dawano mu łyżkę roztworu bromku potasu (1 : 30). Po dziesięciu dniach wyzdrowienie.

K r a s z e w s k i (6) opisuje także wypadek tęcza zakończony wyzdrowieniem. Dziewczynka 12-letnia w 3 dni po stłuczeniu się przez upadnięcie na schodach, a w dwa tygodnie po skaleczeniu się drzazgą w podeszwę lewej nogi, dostała gwałtownych ściągnięć mięśni karku, grzbietu i łędźwi, a nawet brzucha i kończyn, z wygięciem tułowia ku przodowi. Przez pierwsze dwa dni wstrzykiwano pod skórę co kilka godzin po $\frac{1}{4}$ gr. octanu morfiny (razem $1\frac{1}{2}$ gr.). Trzeciego dnia podano wewnątrz w rozdrobionych dawkach 6 gran wyciągu bobu kalabarskiego i przypalono skórę wzdłuż kręgosłupa żelazem rozpalonem. Wszystkie te środki żadnej nie przyniosły ulgi. Czwartego dnia zastosowano eteryzację kręgosłupa przyrządem R i c h a r d s o n'a poczem ulga była widoczna. To też w ciągu następnych dni robiono eteryzację po 2 razy dziennie, i odtąd poczęła się stopniowa poprawa uwieńczona zupełnym wyzdrowieniem. Równocześnie z eteryzacją przyjmowała chora po 2—3 drachm bromku potasu dziennie (razem w krótkim przeciągu czasu do 8 uncyj). Autor przypisuje wyzdrowienie przeważnie eteryzacji kręgosłupa i radzi próbować tego środka przy tęczu.

F. Nowotwory.

a) W o g ó l n o ś c i.

1) S t i c h E., Beitrag zur Lehre von den Geschwülsten. Berl. Klin. Wochenschr. N. 47, 48, 49, 51.—2) L é t é v i a u t, Nouveau procédé d'exstirpation de quelques tumeurs très-volumineuses. Lyon médical. N. 23.

S t i c h (1) objawia przekonanie, iż obrażenia zewnętrzne (*trauma*) powinny być również uważane za moment uspasabiający do rozwoju nowotworów, jak wrodzone osłabienie, zapalne sprawy tkanek, wiek podeszły, blizny, brodawki i znamiona rodzime. Że guzy chętnie rozwijają się na tych częściach ciała, które są wystawione na częste działanie bodźców mechanicznych, chemicznych lub termicznych, o tem przekonywają praktyczne postrzeżenia chirurgów, wykazy statystyczne patologów (V i r c h o w, M a r c d' E s p i n e), oraz statystyka zebrana przez autora z protokółów sekcyjnych instytutu patologicznego w Erlangen, od Października 1862 r. do końca Stycznia 1873 r. Według téj ostatniej, guzy w wzmiankowanym insty-

tucie spostrzegane, rozdzielały się w następujący sposób: w żołądku i przełyku było 22,5%, na twarzy i wargach 19%, w macicy, pochwie i t. d. 12,5%, w wątrobie i t. p. 8,5% w kiszkiach grubych i odbytnicy 5,5%, w gruczole mlecznym 4%. Na dowód iż obrażenia zewnętrzne usposabia do rozwoju nowotworów, autor przywołuje cztery następujące wypadki: 1) Młodzieńiec 22-letni upadłszy na tył głowy uległ złamaniu wyrostka poprzecznego atlasa oraz szyjki piątego żebra z prawej strony. Po pięciu miesiącach w następstwie tych obrażeń umarł wśród napadów drgawek, a na krótko przedtem miał trudności przy połykaniu oraz porażenie lewej nogi. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono szyjkę i główkę złamanego żebra zastąpione przez guz mięsakiowy który wdrązał do jamy opłucnej. Taki sam nowotwór znajdował się w przestworach szpikowych ciała piątego kręgu grzbietowego. Dolna część rdzenia przedłużonego była przypłaszczona, a rdzeń ten po części rozmiękkzony. Prócz tego wyrostek zębasty był spruchniały; jego więzy zniszczone; w miejscu lewego stawu atlaso-potylicowego również mięsak, który się rozpościerał między czaszką a atlasem. Zniszczonemi też były i łuki atlasa a lewy jego wyrostek poprzeczny złamany. 2) Rak wargi dolnej u 36-letniego chłopca rozwinięty po kopnięciu przez konia. 3) Mięsak podstawy czaszki i jamy nosowej u 12 letniego chłopca, któremu deska upadła na głowę. 4) Mięsak powłok brzusznych u 35-letniej kobiety, którą w to miejsce krowa ubodła.

L'étiéviaut (2) pod nazwą nowej metody wyłuszczenia wielkich guzów, która ma zapobiegać utracie krwi i być łatwą do uskutecznienia, opisuje następujące postępowanie. Nożem do czerwonoci rozpalonym rozcina się skórę pokrywającą guz, aż do powłoki włóknistej, cięciem eliptycznym, przyczem należy ochronić skórę od spazzenia pokrywając ją mokrą tekturą. Następnie oddziela się guz od miękkich części palcami, co zdaniem autora ma się dokonywać łatwo i bez straty krwi; wreszcie jeżeli w dniu lub szypule guza znajdują się grubsze naczynia to takowe się oddzielnie przecinają i natychmiast podwiązują. Autor operował w ten sposób trzy mięsaki sutek i jeden mięsak jądra.—wszystkie z pomyślnym skutkiem.

b) Raki i Mięsaki.

1) Burrow sen. Aeusserliche Anwendung des chloresäuren Kali bei offenem Carcinom. Berl. Klin. Wochenschr. N. 11.

Bur ow (1) radzi robić próby z użyciem zewnętrznem chlora-
 ranu potażu do leczenia owrzodziałych wybuja-
 łości rakowych. Powierzchnia owrzodziała posypuje się co-
 dziennie proszkiem lub kryształkami chloranu potażu w taki sposób
 jak np. „chleb posypuje się solą.” Autor leczył tak trzy wypadki
 raka sutek, wrzód rakowaty na ramieniu, i raka szczęki górnej zaj-
 mującego całą wargę. Rezultatem takiego leczenia było ściągnięcie
 się wybujałości, wessanie nasięku jaki istniał dokoła, wreszcie
 zmniejszenie się ilości wydzielin i wrażliwości. W początkach, zwa-
 szcza jeżeli używamy kryształków, to zastosowanie ich na owrzod-
 ziałe powierzchnie jest dla chorych mocno bolesnem, i dla tego B.
 radzi używać sproszkowanego chloranu potażu.

a) Innego rodzaju nowotwory.

1) Fritsche. Przypadek spotwornienia skór (Pachydermatocèle). Medy-
 cyna. Nr. 38.—2) Oldman. Case of diffuse hypertrophy of the adipose tissue of
 the neck. Lancet. May. 31.—3) Demarquay, De l'ablation du lipome. Moyen de
 prévenir les accidents de septicémie qui arrivent souvent à la suite de cette opéra-
 tion. Bull. gén. de thérap. 30 Août.—4) Dubreuil, Ablation des Lipomes au
 moyen de la cautérisation. Bull. gén. de thérap. 15 Decbr. Gaz. des hôp. N. 135.—
 5) Hansen, Zur Diagnose der äusseren Echinococcusgeschwülste. Deutsche
 Zeitschr. f. Chirurgie. Vol. III. p. 354.—6) Savori, A case of secondary hæ-
 morrhage from the external carotid artery. Brit. med. Journ. Feb. 22.—7) Dujard-
 in-Beaumont, De la valeur de la ponction aspiratrice dans la diagnostic et le
 traitement des Kystes hydatiques. Bull. gén. de thérap. 15 Févr.—8) Duhning
 Case of painful Neuroma of the Skin. Amer. Journ. of the med. Science. Octbr.
 p. 418.—9) Harris, Fifty-eight Lipomas in one subject. Amer. Journ. of
 med. Sc. April.

Fritsche (1) opisuje następujący wypadek: Włóścianka
 25-letnia, niezamężna, przedstawiała wokolicy prawej ślinianki przy-
 usznej i prawej okolicy podżuchwowej 11 fałd skórnych; dwunasta
 zaś, największa taka fałda, przyczepiona była swą podstawą ośm
 cali szeroką wzdłuż prawego obojczyka i zwieszała się ku dołowi na
 10½ cala. Ślinianka podżuchwowa była powiększoną do objętości indy-
 czego jaja; prócz tego, żaden inny gruczoł powiększonym nie był. Roz-
 rost taki skóry rozpoczął się w ósmym roku życia chorój, powsta-
 niem dwóch małych guziczków, jednego po prawej stronie twarzy,
 a drugiego w okolicy prawego obojczyka. Autor odjął największą
 fałdę dwoma cięciami eliptycznymi. Narośl składała się ze skóry
 i luźnej tkanki łącznej. Skóra była zgrubiała, a ujścia gruczołów

potowych bardzo wielkie. Nazwy *Pachydermatocoele* na oznaczenie miejscowego idiopatycznego rozrostu skóry i tkanki łącznej podskórnej użył pierwszy *Valentin Mott*, który w 1854 roku opisał pięć tego rodzaju przypadków (*Med. Chir. Transactions. Vol. XIX. p. 155*). Od tego czasu zaledwie kilka podobnych opisano.

Oldmann (2) spostrzegł u 12-letniej dziewczynki rozlany przerost tkanki tłuszczowej, który był najbardziej wydatny na szyi, poczynając od krtani aż do obojczyka. Ani gruczoł tarczowy ani też gruczoły limfatyczne nie były powiększone, tylko nad pierwszym nagromadzenie tłuszczu było największe. Guz szybko się powiększał, utrudniając połykanie i oddechanie. Od wielkich dawek jodku potasu rozszedł się zupełnie.

Dubrueil (4) zaleca w celu usuwania tłuszczaków u osób lękających się noża następujący sposób, który jego zdaniem, łatwo daje się skutecznie i jest mało bolesny. Wzdłuż całego guza, na szerokość jednego ctm. przykładą się ciasto żrące wiedeńskie które zamienia powłokę guza w strup. Gdy się ten oddzieli, tłuszczak ma być obnażony i ma się dawać łatwo wyjąć szczypcami. Rzadko kiedy do oddzielenia guza potrzeba użyć narzędzi tnących.

Hansen (5) przytacza trzy wypadki zewnętrznych guzów bąblowcowych, z których dwa na szyi a jeden na ramieniu. Pierwszy, u cztero-letniego chłopczyka spostrzegany, obejmował jak krawat, lewą połowę szyi, od kręgów szyjowych do zewnętrznego brzegu mięśnia mostko obojczyko-sutkowego. Rozwijał się on w ciągu dwóch lat, zrazu powolnie, potem szybko, nie sprawiając żadnego bólu. Był on chęłboczący, przezroczysty i dawał uczucie chrupania. Między wewnętrznym górnym brzegiem m. mostko obojczyko-sutkowego a tchawicą znajdował się drugi guz wielkości jabłka, z pierwszym komunikujący i te same co i tamten posiadający cechy. W drugim wypadku rozwinął się u 22-letniej dziewczyny, w bliskości pachy guzik wielkości orzecha włoskiego, który z powodu zrosnięcia z nerwem pośrodkowym, żywe bardzo sprowadzał bóle. Trzeci wreszcie guzik, wielkości orzecha laskowego, rozwinięty u 10-letniej dziewczyny, znajdował się przy wewnętrznym brzegu dolnej części prawego mięśnia mostko obojczyko-sutkowego. Osobliwe umiejscowienie guzów bąblowcowych w tych wypadkach, jakoteż spostrzeżenia poczynione przez *Bergmann'a* i *Erichsen'a*, naprowadziły autora na to zdanie, że zewnętrzne guzy bąblo-

woowe chętnie biorą punkt wyjścia z pochw naczyńniowych, a niekiedy położenie ich może wspierać rozpoznanie. Przekłucie próbne nie zawsze bywa pomocne przy rozpoznawaniu, bo płyn w guzach bąblowcowych zawarty, zwykle mało białka zawierający, może go niekiedy wiele posiadać, jak to w pierwszym z wypadków tych miało miejsce. Wszystkie trzy wypadki zostały uleczone przez nacięcie.

Savory (6) zrobił nacięcie torbieli wielkiej jak pomarańcza, umiejscowionej na szyi u 48-letniego mężczyzny i pokrytej przez mięsień mostko-obojęczyko-sutkowy. Rana zanieczyściła się a w dziewięć dni po nacięciu wystąpił gwałtowny krwotok, który wprawdzie został wstrzymany przez podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej, ale pomimo to chory umarł w 24 godzin. Przy sekcji pokazało się że krwotok miał miejsce z rozmiękczonej tętnicy szyjowej wspólnej prawej, która przylegała do ściany torbieli.

Dujardin-Beaumez (7) dla wykazania wartości przekłucia z aspiracją przy rozpoznawaniu i leczeniu torbieli wodunkowych przytacza 2 odpowiednie spostrzeżenia. W pierwszym, uleczenie torbieli jajnikowej nastąpiło po jednorazowym wypuszczeniu z niej 900 grm. płynu za pomocą przyrządu Dieulafoy. Drugi wypadek dotyczył 27-letniego mężczyzny dotkniętego wielkim guzem bąblowcowym wątroby. Po dwukrotnem przekłuciu guza przyrządem Potain'a, przyczem wypuszczono tylko 400 grm. płynu, nastąpiło ropienie w worku, które spowodziło otworzenie się ropnia do płuc. Ponieważ duszność stawała się coraz groźniejszą, przekłuto teraz guz grubym trójgrańcem, i wypuszczono trzy litry płynu z wielką ilością pecherzy bąblowcowych, poczem przestrzykiwano regularnie jamę ropnia roztworem kwasu karbolowego a później jednoprocentowym roztworem wodanu chloralu; tym sposobem po trzech miesiącach doprowadzono jamę do tak znacznego skurczenia się, że tylko 50 grm. płynu była w możności pomieścić. Pomimo to połączenie między wątrobą a płucem wciąż istniało i chory odrzucił plwocinę z żółcią. Powodowane przez to ustawiczne drażnienie oskrzeli wywołało śmierć, w sześć miesięcy po operacyi.

Zapomocą tego ostatniego spostrzeżenia chce autor wykazać, że przekłucia cienitkim trójgrańcem próbnym nie zawsze bywają niewinnemi, jak się już o tem przekonał i Moissenst w jednym wypadku bąblowca wątroby, i że następstwem przekłucia może być ropienie w worku, co się też i w wypadku spostrzeganym przez Pidaux zdarzyło. To też autor radzi, aby jeżeli tylko zawartość

torbieli początkowo surowicza okaże się pomętniała, postarać o swobodny odpływ cieczy z torbieli. Że jednak i jednorazowe przekłucie trójgrańcem próbnym nawet przy bąblowcach wątroby może sprowadzić wyzdrowienie, dowodzą wypadki ogłoszone przez Robert'a, Récamier'a i innych. We wszystkich tych wypadkach były torbiele małe, z surowiczą zawartością.

Duhring (8) opisuje pod nazwą bolesnego nerwiaka skóry chorobę skórną pewnego 70-letniego mężczyzny, rozwiniętą w ciągu ostatnich 10 lat. Lewy bok, lewa łopatką i lewe ramię prawie po staw łokciowy usiane były grudkami wielkości od główki szpilkowej do wielkości dużego ziarna grochu, oddalonymi jedna od drugiej na 4—5 linii. Grudki te były najgęstsze w okolicy przyczepu m. naramiennego, gdzie zdawały się tworzyć jednolitą masę. Barwa skóry była czerwono-liliowa, miejscami jaśniejsza, zbliżona do normalnej, zmienna zresztą, stosownie do ciepłoty i uczucia bólu. Powyżej miejsca gdzie grudki były gęściej nagromadzone, skóra była ciepła, a podczas paroksyzmu gorąca. Grudki były bolesne za dotknięciem. Napady bólu bywały nadzwyczaj gwałtowne; występowały raz lub dwa razy dziennie i trwały od 10 minut do godziny, stosownie do istnienia zewnętrznego szkodliwego wpływu. Bóle rozpromieniały się aż do palców i zajmowały nawet piersi, szyję i głowę. Nastrzykiwania podskórne, kąpiele parowe i t. p. sprowadzały małą ulgę. Grudki nacięte przedstawiały pod mikroskopem w niektórych miejscach właściwe współrodkowe uwarstwienie komórek, podobnie jak nabłoniak (*epithelioma*). Naskórek przedstawiał niejednostajności w budowie; brodawki były częściowo przeosięte, skóra właściwa nasiąknięta z nową tęga tkanką łączną. Nigdzie nie znaleziono włókien nerwowych.

H. Nauka o operacyach.

1) Gurlt E. Leitfaden für Operationsübungen am Cadaver und deren Verwerthung beim Lebendigen Menschen. trzecie wydanie Berlin.—2) Esmarch F. Ueber künstliche Blutleere bei Operationen. Sammlung Klinischer Vorträge v. Rich. Volkmann. N. 58.—3) v. Langenbeck, Ueber die Esmarch'sche Constriction der Glieder zur Erzeugung künstlicher Blutleere bei Operationen. Berliner Klinische Wochenschr. N. 52.—4) Guérin A. Pansement onaté. Gaz. des hop. N. 62.—5) Hermann S. Neue Unterbindungs-Pincette zur Unterbindung getreanter Arterien in der Wunde, ohne Mithülfe eines Assistenten. Wiener medicinische Presse N. 27.—6) Dieulafoy G. Traité de l'aspiration des liquides mor-

bides. Méthode médicochirurgicale de diagnostic et de traitement. Kystes et abcès, du foie, hernie étranglée etc. Paris.—7) Libermann, De la valeur de l'aspiration au point de vue du diagnostic et du traitement. Rec. de mém. des méd. milit. Sept. et Oct.—8) Chwat, Aspirator i perforator chirurgiczny. Medycyna. N. 17.—9) Dittel Die elastische Ligatur. Allgemeine Wiener medic. Ztg. N. 7. 8. 29. 30. 31. 32. 42.—10) Holthouse C. The elastic ligature. The Brit. med. Journ. Dec. 13.—11) Weinlechner, Elastische Ligatur. Anzeiger der k. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien. N. 20.—12) Neftel W. Die elektrolytische Behandlung bösartiger Geschwülste. Archiv. f. pathol. Anat. u. Physiol. etc. Vol. 57. p. 242.—13) Maas H. Die Behandlung von Geschwüren. mit besonderer Berücksichtigung der Reverdin'schen Transplantation. Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. N. 60.—14) Benni. Kilka uwag o przemieszczaniu naskórka. Medycyna N. 1.

Esmarch (2) na kongresie chirurgów w r. 1873 zwrócił uwagę na to, jak wielki się osiąga pożytek, jużto przez oszczędzenie utraty krwi, jużto przez ułatwienie w operowaniu, jeżeli przed operacją mającą się dokonać na którejś z kończyn, okręci się najpierw tę kończynę mocno bandażem sprężystym kauczukowym od najniższego jej końca aż po za miejsce w którym cięcie ma nastąpić, a następnie, ściągawszy kończynę przy górnej granicy owinięcia grubą rurką kauczukową, bandaż odwinie. Zapomocą tego sposobu, który E. nazywa obecnie „sztuczna bezkrwistość” (*Künstliche Blutleere*) można bez żadnej szkody uczynić kończynę lub jej część na dłuższy czas bezkrwistą, a następnie na niej dokonywać operację lub preparować zupełnie na sucho, jak na zwłokach. Po ukończeniu operacji, wszystkie tętnice, czyto anatomicznie z położenia wiadome, czy w jakikolwiek sposób rozpoznać się dające powinny być podwiązane, przed zlurowaniem rurki. Z niedostrzeżonych gałązek tętniczych następuje wtedy bardzo obfite krwawienie, ponieważ w skutek dłużej trwającej bezkrwistości uległy one porażeniu. Wkrótce jednak kurczliwość ich powraca, tak, że ogólna strata krwi zawsze jest bez porównania mniejsza niż przy użyciu turnikiotu.

Langenbeck (8) miał na posiedzeniu towarzystwa lekarzy berlińskich wykład o Esmarchowskim sposobie sztucznego wywoływania bezkrwistości przy operacjach, w którym po objaśnieniu postępowania, zwraca na to uwagę, iż mogłoby być rzeczą niebezpieczną używać tego sposobu w tych wypadkach, gdzie kończyna zawiera ogniska posoczejące, gdyż nasięk posoczysty mógłby być wtłoczonym do obiegu krwi. Nadto po zaciśnięciu ramienia rurką kauczukową, widział L. w dwóch wypadkach porażenie gałęzi nerwu pośrodkowego, które raz po 14 dniach

ustąpiło a raz po trzech tygodniach jeszcze trwało. To też sądzi on iż przy operacjach na górnej kończynie, po okręceniu jej jednym bandażem, zamiast rurki lepiej użyć do zaciśnięcia drugiego takiego bandaża.

Skuteczność i dogodność postępowania Es m a r c h'a stwierdzoną została przy różnorodnych operacjach na kończynach przez wielu operatorów, jak, A l b a n e s e, R o u g e, A r n o t t i inni.

Ten ostatni, w wykładzie mianym w obec „*Clinical society of London*” zwrócił na to uwagę, iż szybki dopływ krwi po nagłym usunięciu zaciśnienia sprawia choremu bardzo silny ból, którego można uniknąć, rozluźnując stopniowo zaciśnięcie; dalej—iż owijanie bandażem takich części, na których znajdują się ogniska ropiaste lub zakrzepy żyłne, może być niebezpiecznym. Wyraża on nadto obawę, iż u osób starych, mających kruche tętnice, po nałożeniu opaski uciskającej na kończynę, skutkiem nagłego przepełnienia układu tętniczego mógłby nastąpić zalew w mózgu, a znowu u osób silnych chcąc uniknąć utraty krwi możnaby spowodować szkodliwe przepełnienie krwią organów wewnętrznych (?).

L i b e r m a n n (7) podaje w streszczeniu wyciąg z pracy Die u l a f o y: „*Traite de l'aspiration des liquides morbides.*” Aspiratorowi Die u l a f o y przyznaje wyższość nad podobnemi narzędziami P o t a i n'a i R e g n a r d'a. Próby trójgraniec przyrządu Die u l a f o y, jako środek wspomagający rozpoznawanie, zdaniem L. używanym być może powszechnie bez żadnych złych następstw. Autor zachwala aspirację w celu leczenia torbieli wodunkowych wątroby, których cztery wypadki spostrzegął. Z tej liczby uleczenie nastąpiło: jeden raz po jednorazowem wysaniu, jeden raz po wysaniu dwukrotnem, jeden raz po siedmio-krotnem, a czwarty raz potrzeba było aspirować 300 razy. Autor nie radzi wypuszczać od razu więcej nad 300—400 grm. płynu. Jeżeli w torbieli rozpocznie się ropienie, to dobre usługi oddaje wstrzykiwanie płynów drażniących, jak np. cztero procentowego roztworu siarczanu cynku. Następnie autor mówi o rezultatach osiągniętych przez Die u l a f o y przy leczeniu ropni w wątrobie, oraz przy aspirowaniu zatrzymanego moczu (20 wypadków—wszystkie z pomyślnym skutkiem). Leczone też pięć wypadków wodogłowa w których chociaż ostatecznie śmierć nastąpiła, lecz po pierwszych wysaniach poprawa była znaczną,—wreszcie leczono dwa wypadki rozszerzenia kręgosłupa z pomyślnym skutkiem. Autor nie zgadza się na radę Die u l a f o y, aby przy wszelkiego ro-

dzaju uwięzionych przepuklinach, gdzie tylko zgorzel jeszcze nie nastąpiła, próbować aspiracji, i sądzi że robić to można tylko przy uwięzieniach *par engouement*, utrzymując, iż do tej właśnie kategorii policzyć można 20 z przytoczonych przez Dieulafoy 27 wypadków (20 uleczonych przez wyssanie bez herniotomii, cztery w których wyssanie pozostało bez skutku a po herniotomii nastąpiło uzdrowienie, i trzy w których aspiracja pozostała bez skutku a po herniotomii chorzy zmarli). Nie zgadza się też autor na przepis D. aby wysysać aspiratorem wysięki opłucnej pod wszelkimi warunkami, jeżeli tylko takowe sięgają do kąta łopatki, i odradza używać aspiratora, jeżeli obok gorączki ma miejsce wielka duszność, a to dla tego, iż podrażnienie opłucnej trójgrańcem, mogłoby spowodować tworzenie się w niej gruźledek, albo przemianę wysięku surowiczego w ropiasty. Wysłanie ropiastego wysięku z opłucnej uważa autor wraz z D. za usprawiedliwione. Wysięki do jamy stawu kolanowego, zdaniem autora, aspirowane być mogą tylko przy chronicznej puchlinie stawów, jeżeli ta od dwóch miesięcy pozostaje w jednakowym stanie, a wysięki ropne również po tak samo długim trwaniu. Przekłuwanie wysięków osierdzia radzi autor wykonywać według ściśle przez D. określonych prawideł. Miejsce ukłucia być powinno w czwartym lub piątym odstępnie międzyżebrowym, w odległości sześciu ctm. od lewego brzegu mostka. Z trzech podobnych wypadków, jeden zakończył się wyzdrowieniem a dwa śmiercią, ale nie w skutku operacji. Na ostatku wspomina autor o leczeniu przez aspirację wylewów w tkankę łączną komórkowatą.

Chwa t (8) opisał aspirator swego pomysłu, mający usuwać niedogodności aspiratora Dieulafoy wywołujące z męczącego a częstego wyciągania tłoka, oraz z ciągłego pokręcania kranikiem, co sprowadza zamęt przy operacji. Do jakiegokolwiek fiaszki szklanej z dość obszernym otworem wkłada się korek kauczukowy, przez który przechodzą dwie rurki: jedna komunikująca z perforatorem a zatem mogąca być połączoną z jamą chorobliwą z której płyn wysysać zamierzamy; druga łączy się z pompką ssącą metalową. Najpierw zapomocą pompki rozrzedza się powietrze we fiaszce; poczem otwiera się kranik tamujący komunikację z jamą chorobliwą z której płyn natychmiast wessanym zostaje do butelki. Podany przez tegoż autora perforator, ma być szczególnie przydatny do wysysania gęstych płynów z torbieli jajnikowych i t. p.

Dittel (9) zaleca w celu podwiązywania naczynek, przetok i t. p. zamiast przewiazki niesprężystej, którą od czasu do czasu mocniej zaciskać trzeba, przewiazkę sprężystą z rurki kauczukowej, która gdy raz mocno zacisnięta zostanie, sprężystością swoją wciska się coraz więcej i rozdziela tkanki. Na pomysł takiej „sprężystej przewiazki“ naprowadził autora następny wypadek obserwowany w jego klinice: 11 letnia dziewczynka zmarła z zapalenia opon mózgowych, wywołanego uciskiem spowodowanym przez sprężysty sznurek siatki od włosów, którą dziewczynka tą z rozkazu swiej macochy miała na głowie bez przerwy przez dni 14. W ciągu tak krótkiego stosunkowo czasu, sznurek przerznął dokoła potylicy w kościach czaszki bruzdę przenikającą przez całą grubość tych kości i opierają się aż o oponę twardą. Dittel przekonawszy się z tego wypadku jak gwałtownym jest działanie sprężystej przewiazki, zastosował ją do podwiązywania guzów naczyniowych, przetoki odbytowej, opadnięcia odbytnicy, rozmaitych przetok, raka sutki i do podwiązywania tętnic. Większe guzy, które chcemy oddalić nie narażając się na krwotok, należy przebić pośrodku u podstawy trójgranicem *Flourant'a*, a następnie, przeprowadziwszy przez rurkę trójgranicca 2 rurki kauczukowe, każdą z nich zacisnąć mocno połowę guza. Mniejsze narośle mogą być podwiązane jedną tylko przewiazką, którą należy założyć po za końcami 2 lub 3 szpilek karlsbadzkich, przez podstawę narośli przeprowadzonych. Rozdzielenie wszystkich tkanek, stosownie do ich grubości, ma następować w ciągu 3—15 dni, bez wywołania zbyt wielkiego bólu. Kauczuk ma posiadać nadto tę własność, że nie wywołuje wcale ropienia, co się szczególnie uwydatniło po podwiązaniu tętnic (podkolanowej, piszczelowej przedniej i innych). Używając tego sposobu unikamy na pewno krwotoku. Godnym też jest uwagi, iż sprężysta przewiazka raz mocno zacisnięta sama draży w tkanki i narośl oddziela. Aby ułatwić nałożenie podwiązki, a w potrzebie zrobić i przeciwotwór, jak np. przy podwiązaniu niezupełnych przetok, autor używa igły prostej lub zakrzywionej nakształt trójgranicca *Flourant'a* i zakończonej jak trójgraniciec; z drugiego zaś końca opatrzonej uszkiem. Za pomocą tej sprężystej podwiązki D. leczyl: 11 wypadków zapalenia gruczołów (1 zakończony śmiercią); 13 wypadków przetok odbytnicy z których w jednym długość przewodu przetokowego wynosiła 6, w innym 2 cale, najdłuższy czas trwania kuracyi wynosił 45 dni. Przy wypadnięciu odbytnicy leczenie trwało 28—40 dni. W celu leczenia wodnej puchliny jądra (*Hydrocele*) autor albo wkłwa igłę z przewiazką w pod-

stawę odpowiedniej połowy worka mosznowego i wyprowadziwszy ją przez wierzchołek tegoż worka związuje przewiazkę na powierzchni; albo też opróżnia worek z płynu w nim zebranego zapomocą zwyyczajnego trójgrańca, a przebiwszy nim przeciwległą ścianę, przez rurkę przeprowadza sprężystą przewiazkę i zawiązuje. W ciągu 4—8 dni przewiazka przerzyna tkanki związane. Odczyn istniał w wypadkach autora tylko 3 dni. Z pomiędzy 19 chorych operowanych tą metodą z przyczyny nowotworów, żaden nie umarł, chociaż wielu było w późnym wieku (60, 74, 78 lat). Zapomocą tej metody wykonano też 6 razy odjęcie członków, po poprzednim przepiłowaniu kości piłką łańcuskową;— 2 razy zejście było niepomyślne.

Autorstwo sprężystej przewiazki przyznaje D. Sylvester'owi, który metodę tę ogłosił już w 1862 r.

W einlechner (11) zastosował sprężystą przewiazkę do leczenia naczynek w dwóch wypadkach, w jednym wypadku wypadnięcia guzów krwawnicowych i w jednym wypadku odbytu. W dwóch pierwszych przewiazka odpadła po 6 i 8 dniach, w ciągu którego to czasu niebyło ani gorączki ani bólu, a ropienie bardzo umiarkowane. Ostatnie dwa wypadki zakończyły się śmiercią w skutek *retroperitonitidis* na 6 dzień po podwiązaniu, kiedy przewiazka jeszcze się nie oddzieliła. W. przyznaje przewiazce sprężystej pierwszeństwo przed zwyczajną, niesprężystą, gdzie idzie o oddzielenie znacznych mass; zaleca tylko najpierw podwizać narośl u podstawy zwyczajną przewiazką tymczasową i dopiero do koła niej oprowadzić przewiazkę sprężystą.

Neftel (12) podaje wyborny traktak o elektrolitycznym leczeniu złośliwych nowotworów. W celu zniszczenia guzów umiarkowanej wielkości, twardych i powolnie rosnących, autor postępuje w taki sposób, że wkłada w guz 2—4 igieł, w różnej jedna od drugiej odległości i łączy je z biegunem ujemnym, zaś szeroką anodę powleczoneą mokrym płatkim umieszcza w pewnej odległości od guza, i w ciągu operacji tak ją posuwa, że guz otacza się do koła. Uskutecznia to przy pomocy strumienia z 35—40 elementów Siemens'a. Posiedzenie trwać ma 20—30 minut, a pod koniec takowego igły zwolna jedna po drugiej wyciągają się z guza. Operacja taka powtórzoną być musi 2—4 razy w odstępach czasu 3—5 dniowych, stosownie do wielkości zniszczyć się mającego nowotworu. Jeżelibyśmy bowiem przerwy między pojedynczemi posiedzeniami przedłużyli, to mogliśmy być narażeni na to niebezpieczeństwo, iż leczenie elektrolityczne posłużyłoby za bodziec do gwał-

townego rozwoju nowotworu. Aby operacyi w powyższy sposób wykonanej trwały skutek nadal zapewnić, głównym warunkiem jest dalsze używanie słabych strumieni, z 4—6 elementów, przez szereg miesięcy. Stosuje się je w taki sposób, że katoda pokryta mokrym płatkim przykłada się o ile możności do miejsc w które igły były wkłuwane, gdyż tedy prąd elektryczny najłatwiej przenika, — anoda zaś umieszcza się w pewnej od guza odległości. Każdorazowe posiedzenie trwać ma od 15—30 minut, a wykonanie ostatecznie pozostawione być może samym chorym.

Jeżeli guz jest większej objętości to w postępowaniu operacyjnym ta tylko zachodzi różnica, że gdy przez 4 igły wkłute w guz. 10 minut prąd elektryczny przechodził, wyciąga się je i wkłuwają w inną część guza.

Jeżeliby guz był bardzo wielki, owrzodziały i gwałtownie rosnący, to starać by się należało aby na jednym posiedzeniu doprowadzić go do zgorzeli. W tym celu w środek guza wkłuwają się jedną tylko platynową igłą komunikującą z anodą, gdy tymczasem 4 igły połączone z katodą wkłuwają się poziomo w podstawę guza, w niewielkiej od siebie odległości, a po przepuszczeniu przez nie bardzo silnego strumienia w ciągu 20 minut, wyjmują się je i wkłuwają na innym miejscu. Po takiej operacyi albo sam środek guza albo też cała narośl odpada w ciągu 7—10 dni. I w tym razie koniecznie jest potrzebnem długie następcze leczenie słabymi strumieniami. Elektrolizie w ten sposób wykonywanej przypisuje autor taki skutek, że nie tylko niszczy ona złośliwe narośle w miejscu zastosowania, ale nawet leczy chorobę (zapobiega powrotom). Wszakże skuteczność ta odnosi się tylko do początkowego okresu sprawy nowotworowej, bo jeżeli już w okolicy nowotworu gruczoły chłonne są cierpiące, to autor uważa skutek leczenia za wątpliwy. Z tém wszystkim, leczenie elektrolityczne wskazane jest nawet w bezwzględnie nieuleczalnych wypadkach, gdyż okazało się, że ono jest najdzielniejszym środkiem palliatywnym, wpływającym na zmniejszenie bólu, i polepszenie ogólnego stanu chorych. Na dowód autor przytacza szczegółowy opis 7 spostrzeżeń (po większej części raki twarde gruczołu sutkowego).

Benni (14) wykonał około 300 przemieszczeń naskórka w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. Operacyę tę przedsiębrał i uważa za wskazaną: 1) W celu przyspieszenia zabliznienia w razie braku skóry na znaczniejszej powierzchni, np. po zapaleniu rozlanem tkanki łącznej podskórnej, oparzeniach, czyra-

kach i t. p. 2) W celu uniknięcia zbyt wielkiego napięcia blizny na pieńku amputacyjnym z niedostateczną powłoką skórna, lub po oparzeniach, i 3) W celu leczenia wrzodów goleniowych (najczęściej). Wykonanie operacji jest nader proste: Szpiczasto zakończony nożyk wbija B. pod naskórek poziomo, i wyprowadza go 5--6 milimetrów dalej, a następnie, wysuwając go, ostrzem wykrawa płat pół okrągły o gładkich brzegach, unikając zajęcia z nim choćby najmniejszej ilości tkanki tłuszczowej; płat ten ostatecznie oddziela się nożyczkami C o p e r a. Po oddzieleniu przenosi się go na powierzchnię owrzodzenia, przylepia szerokim paskiem plastru lepkiego i pokrywa skubanką. Skubankę zmienia się po 24 godzinach, pasek plastru zaś, dopiero po 48 godzinach. Jeżeli płat ma się utrzymać, to już po 24 godzinach jest mocno przytwierdzony, nabrzmiały i gładkie swe wejście utraci; trzeciego dnia otoczony jest obwódką gładką, różową, sam zaś leży cokolwiek niżej od powierzchni ziarnistej. Z czwartym dniem różowa obwódka staje się szarą, następnie coraz bardziej bieleje i zabliznianie coraz dalej postępuje. Przyrośnięciu płata sprzyja, zdaniem autora, nie tyle dobry ogólny stan chorego, ile raczej dobro gruntu na którym szczerpienie się przedsięwzię. Ziarnina pokrywająca owrzodzenie powinna być czysta, różowa, brodawki średniej wielkości, nie starte, oddzielające się jedne od drugich i wydzielające umiarkowaną ilość dobrej ropy, a przytem niemające skłonności do krwawienia. W wypadkach autora więcej niż w $\frac{4}{5}$ przypadków płaty się przyjmowały.

J. Nauka o opatrunkach.

1) Birt G. Paper as a dressing for granulating wounds. Brit. med. Journ. May 24. 2) Magnes-Latens Liqueur à base de coaltar purvéluent etc. Bull. gén. de thérap. 15 Aout. 3) De Courone. Emploi du mastic de vitrier en chirurgie. Ibidem. 15 Octbr. 4) Bouqué Ed. Remarques à propos d'un nouveau moyen prophylactique de l'infection purulente. Bull. de la Soc. de Med. de Gand. Mat. 5) Reid W. On the new french method of dressing wounds by cotton wadding. Lancet. April. 26. 6) Kuester E. Der Magnesi-Verband. Deutsche Klinik. N. 12.

Birt (1) uważa papier niebielony, matowy (bibułę) brunatnawo-białego koloru za bardzo odpowiedni do opatrywania ran pokrytych ziarniną. Przed przyłożeniem na ranę należy go napoić tłuszczem.

De Courone (3) uważa kit szklarski za bardzo użyteczny do celów chirurgicznych. Można za pomocą niego wywierać nacisk na pewne części jeżeli się kit przycisnie za pomocą nałożonej opaski, albo też można go używać do opatrunków unieruchamiających, układając nim listwy.

Küster (6) zwraca uwagę na opatrunek unieruchamiający magnezytowy, którym się posługuje z dobrym skutkiem od 2 lat. W tym celu miesza się szkło wodne ze sproszkowanym magnezylem, którego w najczystszy stanie najłatwiej dostać można w fabrykach sztucznych wód mineralnych. Stopniowo dosypując magnezyl przy ustawicznym mieszaniu płynu, otrzymujemy papkę, którą napajają się opaski płócienne, i napowrót zwijają. Owinąwszy członek bandażem flanelowym, nakłada się nań 2 lub 3 warstwy przygotowanej opaski magnezytowej. Opatrunek ten, który po 24—36 godzinem schnięciu, staje się twardy jak kamień ma nad gipsowym tę wyższość, iż jest lżejszy, trwalszy, tańszy; przy zakładaniu prostszy i szybciej nałożyć się dający, a po wyschnięciu bardzo w obec wilgoci odporny. Opatrunek ten szczególnie jest stosownym do nakładania na dolne kończyny i to głównie z powodu swój lekkości i trwałości. W pewnych jednak razach, opatrunek gipsowy, trzyma pierwszeństwo, jako łatwiejszy do nakładania i trwalszy. Autor uważa ten opatrunek za wskazany szczególnie przy przewlekłych zapaleniach stawu kolannowego i stopowego, po przedsiębranem prostowaniu przykurczeń w kolanie; dalej przy złamaniach niedostatecznie zrośniętych i przy zapaleniach stawu ramieniowego.

CHOROBY SKÓRY.

Sprawozdawca Dr Wyrzykowski, lek. ord. w szpit. Ewang.

1. Różyca (*erythema*).

Hardy (*Dermatologie. Leçon clinique. Gaz. des Hôpit. N. 96*) podaje historję choroby chłopca, dotkniętego *erythema multiforme*. Z okoliczności tego wypadku autor za charakterystyczne znaki dla różycy podaje symetryczne umiejscowienie wysypki, jak w tym wypadku na części grzbietowej rąk, rozmaite formy przejściowe od *erythema papulatum, annulatum, marginatum* i t. d. Po wię-

kszej części wysypce towarzyszy niestrawność, gościec; to ostatnio cierpienie H. uważa jednakże jedynie tylko za proste powikłanie, przeciwnie znów B a z i n uważa dwie te choroby jako zostające w pewnym przyczynowym związku, na dowod H. przytacza symetryczne umiejscowienie wysypki i brak bólów gośćcowych. *Erythema pap.* H. zalicza do chorób wysypkowych gorączkowych.

Miejscowe leczenie polega na posypywaniu miejsc zajętych mączką, wewnętrzne leczenie stosuje się do istniejących powikłań.

B a k e r (*Erythema serpens St. Barth. Hosp. Rep. Vol. IX. s. 194*) w kilku wypadkach miał sposobność spostrzegać formę chorobną, którą oznacza nazwą *erythema serpens*. W tej formie wysypka występuje na palcach w okolicy stawów, przyczem występują jasno-czerwone plamki, gdy tymczasem większa część skóry na około posiada wygląd prawidłowy. Ruch palców bywa nieco utrudnionym, chociaż nie w tak wysokim stopniu, jak przy zapaleniu stawów, obrzmienie jest nieznaczne. Chorzy skarżą się na mocny ból kłujący lub palący, który niekiedy rozpromienia się aż do ramienia. Ramię zaś samo rzadko tylko kiedy bywa zaczerwienioném i obrzmiałem. Gruczoły chłonicze pod pachami nigdy nie ulegają zapaleniu, który to znak autor podaje za cechę charakterystyczną dla rzeczonyj choroby. Zaburzenia w stanie ogólnym są bardzo nieznaczne, w każdym razie są one znaczniejsze, jakby się można było spodziewać ze względu na nieznaczne miejscowe nateżenie samej choroby. Chorzy okazują się mocno rozdrażnionemi. Kobiety zapadają częściej jak mężczyźni.

W największej liczbie wypadków przyczyną choroby było nieznaczne obrażenie, zdrapanie i zetknięcie się rany z ciałami obcemi po większej części natury zwierzęcej i najczęściej wysypka występowała w dni kilka lub kilkanaście, gdy owo skaleczenie było już zupełnie zabliznionem. Choroba zazwyczaj kończy się powolném rozejściem się i zapalenie nie okazuje żadnej skłonności do rozszerzania się w głąb lub przejścia w ropienie. Gruczoły chłonicze albo wcale, albo w nieznacznym tylko stopniu ulegają zapaleniu. Choroba trwa od 14 dni do 6 tygodni. Leczenie jest bardzo proste, polega na przykładaniu ciepłych okładów, kataplazmów i na zadawaniu środków solnych przeczyszczających.

2. Ekcema.

M y r t l e (*Remark's on Dr. Mapother's views as to the nature and treatment of eczema. The Med. Tim. and Giro. March. 12*) od-

piera pogład M a p o t h e r s'a, jakoby ekcema była jednym z objawów diatezy dnawej, przy czem po szczególe zbija przytoczone przez niego dowody; 1) „fakt że kwas moczowy i mocznany dają się wykryć w wysiękach i wydzielinach u osób dotkniętych dną i ekcema“ nie dowodzi niczego, gdyż ma to miejsce i przy bardzo wielu innych chorobach. 2) Zaprzecza „zwiększeniu włóknika we krwi i jego przesiąkaniu i krzepnieniu na powierzchni“, przeciwnie według M. przy ekcemie krew jest uboższą we włóknik a natomiast bogatszą w białko. 3) Potwierdza wprawdzie „że w obu chorobach istnieje skłonność do wytworzenia przesieków i łuszczenia“ lecz mniema że takowa w dnę ma więcej w tym względzie podobieństwa z ostrą różą. 4) Że dziedziczność w obu chorobach jest bardzo ważnym momentem etiologicznym, nie można temu zaprzeczyć—i że mężczyźni częściej zapadają jak kobiety, jest to prawda, lecz po prostu zależy to od tego, że pierwsi daleko częściej są wystawieni na rozmaite szkodliwości jak ostatnie. 5) „Częste występowanie dny, gośćca i ekcemy“ również dają się sprawdzić. 6) „Przypuszczenie że napady dny i ekcema są częstszymi na wiosnę i jesieni“ autor uważa za nieuzasadnione. 7) Miejsca ulubione dla dny i ekcemy nie są jednakowe, jak to przypuszcza M a p o t h e r. Przy tej ostatniej najczęściej podlegają cierpieniom: głowa, twarz, piersi, uda, gdy tymczasem dna najczęściej atakuje palce wielkie u nóg lub u rąk, piętę. 8) Zdanie „że środki pomagające w dnę działają równie pomysłnie w ekcemie“ uważa za błędne, gdy bowiem w dnę pomagają *colchicum*, sole alkaliczne i obojętne, spokój i dieta umiarkowana, to przeciwnie przy ekcemie są wskazane środki wzmacniające, szczególnie żelazo, kwasy mineralne, tran, dieta posilna, a nawet leki podniecające, świeże powietrze.

Autor jest raczej skłonny przypuścić, że ekcema ma swoją przyczynę w zaburzeniach nerwów naczyńioruchowych: naczynia włosowate utracają swój nastrój, przychodzi do przekrwienia, wysieków surowicznych i nasiąknięcia. Co się tyczy leczenia ekcemy to w wypadkach przewlekłych autorowi najlepiej pomagała smoła z węgla kamiennych, łagodne naturalne kąpiele siarozane i do wewnątrz wody żelazne.

H a r s c h b e r g e r (*Ammoniacal treatment of porrigo, herpes and chronic eczeme Philad. med. and surg. Report s. 271*) w 154 wypadkach porrigo, herpes i przewlekłej ekcemy bez wyjątku z pomyslnym skutkiem stosował *Spirit. ammon. arom.* Gąbką napojoną tym płynem obmywał wszystkie miejsca zajęte wysypką, następnie

stosował na nie maść z tlenku cynku lub czerwonego precipitatu. Wyleczenie w wielu wypadkach następowało nieraz już po upływie jednego tygodnia. U osób skrofalicznych oprócz tego miejscowego leczenia stosował jeszcze środki wewnętrzne żelazo, alkalia.

G a y a l (*De l'eczema de paupière. Annal de Dermat et Syphil. Tom 4 s. 363*) odróżnia przedewszystkiem *eczema spontaneum* od *artificiale*. W obu formach mamy zawsze zapalenie w naczyniowej sieci skóry ze zmianami w nabłonku i naskórku. Zapalenie zajmuje przedewszystkiem sieć M a l p i g h i e g o, pod nią leżące *corium* jest zaczerwienione, naskórek zaś podniesiony tworzy pęcherzyki.

Daléj autor przechodząc do siedliska ekcemy odróżnia w tym względzie górną powierzchnię powieki, i jéj brzeg swobodny i kąt oczów. Co do warunków powstawania autor rozdziela takowe na miejscowe z zewnątrz działające i na ogólne wewnętrzne, dyskratyczne, które szczególniej stają się wyraźnemi przy uporczywości cierpienia, po oddaleniu momentów szkodliwych zewnętrznych.

Do głównych momentów etiologicznych autor zalicza: 1) śluzowo-ropiasty odpływ z przetoki łzowej lub z owrzodzenia w bliskości położonego; 2) nadmierny odpływ łez trwający przez czas dłuższy; 3) ropiasty odpływ przy rozmaitego rodzaju zapaleniach łącznicy; 4) środki lekarskie używane w takich zapaleniach łącznicy; 5) ciała obce dostające się do oczów. Terapia powinna być zastosowana ogólna i miejscowa odpowiednio do warunków ogólnych i miejscowych, wywołujących tę chorobę. Ze względu na ostatni ten moment etiologiczny należy unikać użycia miejscowo wszelkich środków drażniących.

3. Trądzik (*acne, sycosis*).

Odnosnie etiologii *acne rosacea* G a s c o i n (*Clinical notes on acne rosacea. The med. Press. and Circ. Apr.*) jest zdania, że w wielu wypadkach wpływ dziedziczności jest bardzo widocznym, w innych znów razach przyczyną trądziku bywa zimny i surowy klimat i w ogóle wszystkie te momenta, które niekorzystnie oddziałują na ogólne odżywianie. Zaburzenia w miesiączkowaniu również także wywierają pewien wpływ na wystąpienie téj choroby jak niemniej i kąpiele morskie. Co się tyczy terapii przetwory siarki i leki rtęciowe stanowią główną podstawę leczenia. Pierwsze zasługują na pierwszeństwo. — Niekiedy *acne rosacea* zawdzięcza swoje powstanie przymiotowi, chociażby w danym czasie nie zdradzał się on żadnemi innemi objawami i gdy od czasu zarażenia upłynęły lata całe. Autor

miał sposobność spostrześć jeden taki wypadek, w którym nastąpiło uleczenie dopiero po przeprowadzeniu kuracyi przeciwprzymiotowej, gdy poprzednio wszystkie stosowane środki okazały się bezskutecznymi.

W dwóch wypadkach *ulcus rodens* M a p o t h e r (*Memoranda on facial ulcers, Sycosis and acne. The med. Press. and Circ. Sept.*) z pomyślnym skutkiem zastosował maść złożoną z 7 cz. *ung. citrin* i 1 cz. kwasu karbolowego przy jednoczesnem zadawaniu do wewnątrz roztworu arsenikalnego D o n o v a n a 3 razy dziennie po 30 kropel.

Z okoliczności wypadku *sycosis* pochodzenia pasożytnego podanego szczegółowo przez T i l l b. F o x'a (*Parasitic Sycosis. Clinic. Society of London. The Lancet Oct.*), autor ten zwraca uwagę na cechy odróżniające rzeczoną formę pasożytną od formy zwykłej *sycosis*; oprócz obecności grzybka *microsporon mentagrophytes*, dającego się wykryć za pomocą mikroskopu, przy formie pasożytniej nie ma być żadnego ropienia i nie mają tworzyć się strupki, włosy dają się wyrwać łatwiej i bez wszelkiego bólu, który znów towarzyszy wyrwaniu włosów przy *sycosis* zwykłej, nakoniec włos wyrwany pokryty jest tutaj grzybkami, gdy tymczasem przy *sycosis* zwykłej pokryty jest ropyą.

Przy leczeniu formy pasożytniej z początku dla zmniejszenia zapalenia i obrzmienia autor stosuje maść ołowianą, następnie wyrwa wszystkie włosy chore i miejsca rzezone naciera maścią rastępującą: *Hydrarg. ammoniat. gr. V, Hydr. nitr. oxyd. gr. V, Acid. carb. gr. X Adps. unc. 1.*

Tenże sam autor przy leczeniu formy zwykłej nie pasożytniej zaleca następujące postępowanie:

W okresie początkowym przy przekrwieniu torebek u osób silnych daje środki solne przeczyszczające, u osób wątłych środki przeczyszczające wzmacniające jak siarczan magnezji z siarczanem żelaza; oprócz tego miejscowo poleca przykładać ciepłe okłady i zwykłą opaskę w celu powstrzymania dostępu powietrza. Gdy wystąpiło już ropienie, wtedy do wewnątrz podaje też same środki, następnie po wyrwaniu włosów luźniej siedzących zaleca łagodne środki ściągające, jak np. roztwór lub maść cynkowa. Nakoniec w okresie podostrym lub przewlekłym, gdy tylko tu i owdzie znajdujemy torebki wypełnione ropyą, a po większej części znajdujemy tylko liczne twarde guziczki (zgrubiałe torebki wskutek przerostu tkanki łącznej) autor zaleca do wewnątrz roztwór D o n o v a n a, miejscowo zaś ciepłe okłady i przykładą rano i wieczorem *ungt. hydr. nitr.* (dr. j na

unc. j). Gdy cierpienie spoczywa na podstawie żołądów naturalnie zaleca wtedy tran.

4. Wyprysk.

Handfield Jones (*Case of hydroa. Med. Times and Gaz. Sept.*) opisuje następujący wypadek: Dziewczyna 22-letnia od lat 2 doznaje częstych wymiot krwawych (2 — 3 razy w tygodniu) na raz w ilości filiżanki od kawy. Po spożyciu mięsa i innych stałych pokarmów występują mdłości i ból w dołku. Pacjentka przed 4 laty 2 razy przebyła żółtaczkę. Język wilgotny. Stolec regularny. Regularności nie miała od 2-ch miesięcy. Poprzednio peryody były zawsze bardzo skąpe. Na piersiach po lewej stronie w chwili przyścia do szpitala znajdowała się obfita wysypka w postaci rozproszonych czerwonych guziczków, niektóre z nich przeszły w pryszcze i pokryte były strupkami. Wysypka ta występowała i ginęła kilkakrotnie w ciągu ostatnich 2-ch lat. Ból po lewej stronie. W następnych dniach przy odpowiedniej diecie objawy gastryczne ustąpiły, gdy tymczasem wysypka powiększyła się. Większa część guziczków okazywała skłonność do przejścia w ropienie, te zaś, które już poprzednio miały wygląd pryszczyków, powiększyły się znacznie, w środku poczerniały w skutek utworzenia się strupa, naokoło zaś nich skóra była mocno zgrubiała i okryta drobnymi pęcherzykami. W następnych 14 dniach wystąpiły nowe jeszcze wykwitły zupełnie podobne do pryszczy opisanych, szczególnie pod pachą. Poczem prawie w 4 tygodnie po przyjęciu wysypka zaczęła ginać, bóle ustąpiły, a jednocześnie nastąpiła poprawa i ze strony żołądka. Po upływie 4 następnych tygodni pacjentka jako zdrowa mogła być wypisana ze szpitala. Leczenie oprócz diety wskazanej cierpieniem żołądka polegało na zadawaniu *Cannabis indicue* i garbnika w pigułkach i na stosowaniu miejscowo *Ungt. hydr. ammon. chlor.*; później chora do wewnątrz miała przepisane *Hydr. cum creta, pulv. Doveri ana gr. 2*, trzy razy dziennie, nakoniec *Liq. Kal. arsen.* Autor sądzi że objawy ze strony żołądka dowodziły tych samych zmian na błonie śluzowej, jakie istniały na skórze, chociaż nie można było w zupełności wykluczyć możliwości wrzodu dziurawiącego. Cierpienie skóry autor uważa za wyprysk (*hydroa*) i w nim odróżnia 4 różne okresy: 1) czerwone guziczkowe wzniesienia; 2) przejście ich w pęcherzyki i pryszcze; 3) powiększenie i stwardnienie w czasie rozwoju guziczków, środkowe pogłębienie z wytworzeniem czarniawego strupa i wytworzenie w około niego drobnych pęcherzyków; 4) zasychanie

pęcherzyków, odpadnięcie strupka z pozostawieniem białej plamki otoczonej brzegiem czerwonawym nieco wyniesionym.

Co się tyczy etiologii, to ponieważ w tym wypadku nie można było wykryć żadnego etiologicznego momentu, jakim jest przymiot, zołzy, przeto autor sądzi, że należy to cierpienie odnieść do owój diatezy herpetycznej t. j. przypisać je owój skłonności do występowania rozmaitych chorób skórnych i nerwic, których przyczyna leży w porażeniu nerwów naczynio-ruchowych.

5. Łuszczyca (*psoriasis*).

B a l m a n o (*The Etiologie of psoriasis. Brit. med. Jour. Febr.*) zwraca uwagę, że łuszczyca bardzo często zwykła się pojawiać u żydów i to tak między klasami biedniejszymi jak i zamożniejszymi i że u nich zdaje się być pierwszym stopniem *leprosis*, która w ogóle nawet na wschodzie nie jest bynajmniej zaraźliwą i dopiero z powodu warunków klimatycznych rozszerza się w rodzaju epidemii. Rzeczywista zaś zaraźliwość w *leprosis* ma mieć tylko miejsce w wypadkach natury przymiotowój.

M y r t l e (*Remarks on psoriasis. Brit. med. Jour.*) nie zgadza się na powyższy pogląd B a l m a n o, jakoby łuszczyca była owym trądem, o jakim tak często wspomina biblia. Owszem sądzi że pod tą ogólną nazwą trądu łączono wszystkie choroby skórne: świerzbę, parchy, wyprysk, ekceme, łuszczycę i stoniowaciznę.

Co się tyczy etiologii łuszczycy, nie wątpi, że choroba najczęściej jest dziedziczną. Rasa, klimat, sposób życia nie pozostają bez wpływu. Leki używane przy łuszczycy jak arsen, rtęć, jod w wielu wypadkach wywierają wpływ pomyślny na cierpienie miejscowe, lecz za to oddziałują niekorzystnie na stan ogólny, szczególnie przy dłuższém używaniu.

Pomyślnie działają środki wewnętrznie stosowane jak rozmaite przetwory smoły z węgla kamiennych, kwas karbolowy, rtęć i jod, używane pojedynczo lub w odpowiedniem połączeniu. Częstość gdy inne środki zawodzą pomyślnie jeszcze działają kwasy mineralne, używane tak wewnętrznie jak i zewnętrznie.

S q u i r e (*The Etiology of psoriasis Brit. med. Jour.*) i W a l k e r usiłują rozstrzygnąć pytanie, czy zwyczajna łuszczyca jest identyczną z trądem biblijnym.

Pierwszy opierając się na tem, że łuszczyca częstość występuje po wzruszeniach umysłu, że spotyka się często u żydów, skłania się

uważać obie choroby za identyczne. W a l k e r przeciwnie zaprzecza téj tożsamości, gdyż dzisiaj trąd w Syrii nie bywa wcale zaraźliwym i cechuje się innymi objawami, jak trąd opisany w 4-ém księdze Mojżesza. Przeciwno temu mniemaniu, że trąd biblijny był poprostu świerzba, mówi ta okoliczność, że świerzba dzisiaj nie przytrafia się wcale w Syrii. W a l k e r przychodzi do tego wniosku, że trąd biblijny wygasł w zupełności.

6. Bąblica (*pemphigus*).

H o r a n d (*Note pour servir à l'histoire du pemphigus aigu febrile Annal. de Dermat. et Syphil.* str. 401) wzbogacił kazuistykę ostrój gorączkowej bąblicy trzema bardzo dokładnymi spostrzeżeniami

U wszystkich chorych całe ciało, nie wyłączając skóry na głowie, usiane było pęcherzami, które również także po części wystąpiły na błonie śluzowej warg i jamy ust.

Porządek wykwitania był następujący: w pośrodku czerwonej plamy rozmaitej wielkości występowały małe żółtawe pęcherzyki zupełnie oddzielone od siebie, z wolna pęcherzyki te zwiększały się i z wolna tworzyły pęcherze. Te ostatnie po części pozostawały oddzielone po części zlewały się razem tworząc pęcherze wielkości jaja kurzego. Zawartość w rzadkich wypadkach lub przy obrażeniu okazywała się krwawo zabarwioną. G o r a c z k a z początku była nieznaczna, później zwiększyła się w jednym wypadku 5-go dnia, w dwóch drugich już 4-go dnia.

Pierwszy chory zmarł 10 dnia. Sekcya wykazała przerost i stłuszczenie wątroby, bez żadnych zmian w błonie śluzowej przewodu pokarmowego, o jakich mówi L a i l l e r.

U drugiego chorego pojawiło się bardzo znaczne krwawienie z nosa, prócz tego zaraził się on parchami od dziecka znajdującego się w tymże oddziale.

Co się tyczy nosologicznego znaczenia bąblicy autor nie zgadza się na czysto wysypkową naturę tego cierpienia i skłania się do zaliczenia jęj do rzędu gorączek herpetycznych według klasyfikacyi P a r r o l a.

A n d e r s o n (*Notes of a fatal case of acute pemphigus and gangrene following a meat of putrid cougar eel the Lancet*) opisał wypadek ostrój bąblicy powikłany zgorzelą i zakończony śmiercią po 25 dniach choroby u 30 letniego murzyna po zjedzeniu zepsutej ryby (*muraena muringa*). Po wymiotach wkrótce wystąpiło swędzenie

na skórze i kureze w nogach. Po kilku dniach na posładkach pojawiły się białe plamy, te rozszerzyły się zwolna i pokryły się dużemi pęcherzami o zawartości krwawej, po pęknięciu pęcherzy, miejsca obnażone z naskórka pokryte były jakby wysiękiem błonicowym. Następnie zwolna ręce i przedramiona obrzniały i uległy wilgotnej zgorzeli. Śmierć nastąpiła przy objawach tyfoidalnych z wycieńczenia. Przy seceyji znaleziono wątrobę mocno przekrwioną. W wypadku tym zasługuje na uwagę długi przebieg choroby. Otrucia rybami w Indiach wschodnich bywają bardzo często, lecz zazwyczaj bardzo szybko kończą się śmiercią.

7. Wrzedzionkowatość (*furunculosis*).

Przyczynę częstego występowania wrzedzonek u jednej i tej samej osoby D e l i o u x (*Le furoncle, ses relations avec l'herpétisme et son traitement par l'arsenic. Bullet. gén. de thérap. Jan.*) upatruje w diatezie herpetycznej. Większa część osób podpadających wrzedzionkom podlega zarazem rozmaitym cierpieniom herpetycznym, jak np. *pityriasis capilis*, ekcemie, trądzikowi, granulacyom w gardle. Z tego powodu przy leczeniu wrzedzonek *respectively* wrzedzionkowatości autor szczególnie zwraca uwagę na usunięcie owéj diatezy herpetycznej, w którym to celu za najodpowiedniejsze środki uważa leki przeczyszczające i arsen. Z pomiędzy pierwszych daje pierwszeństwo solom obojętnym potażowym i sodowym, gdyż takowe najmniej drażnią, a zarazem działają „oczyszczająco na krew i pozostałe soki”. Z przetworów arsenowych zaleca arsenian sody $1\frac{1}{2}$ gr. na 7 unc. z którego to roztworu poleca brać rano na czczo i wieczorem przed ostatnim posiłkiem po łyżec dziecinnéj w wodzie ocukrzonéj. Po wyżyciu tego roztworu, który wystarcza na dni 20, zadaje $1-1\frac{1}{2}$ unc. siarczanu sody i znów po dniach 10 powraca napowrót do arsenu, po wyżyciu którego jeszcze raz zadaje znów siarczan sody. Oprócz tego w czasie téj kuracyi zaleca do picia odwar z *Borago*, cykoryi lub napar z $\frac{1}{2}-1$ unc. korzenia sarsaparylli. W czasie zażywania arsenu należy unikać kwasów. Zewnętrznie w celu uśmierzenia bólu zaleca kataplazmy a po oddzieleniu się rdzenia *empl. diachyl. simpl.* Przy zalecaniu kąpiei ciepłych kąpiele siarczane zasługują na pierwszeństwo przed alkalicznemi, przy bardzo zaś mocnem podrażnieniu skóry wskazane są kąpiele z odwarów kleistych. Dla ukończenia kuracyi lub utrwalenia jéj skutków bardzo dobrze jest zalecić kąpiele

morskie, jednakże z wielką ostrożnością, gdyż te ostatnie same z siebie mogą spowodować wystąpienie wrzodzierek.

Przy uwzględnieniu całej dotąd znanej literatury o wrzodziernkach i węgliku Kochmana (*Beitrag zur Lehre von den furunculösen Entzündung. Arch. f. Dermatol. u. Syph. s. 325*) zebrał z wielką sumiennością w jedną całość wszystkie dotąd znane fakty i uzupełnił je wieloma własnymi spostrzeżeniami. Z pracy tej zasługuje na przytoczenie.

W miejsce dotąd przyjmowanego podziału na wrzodziernki torebkowe (follikularne) i wrzodziernki w tkance łączno-komórkowej autor uważa za praktyczniejszy i słuszniejszy podział na „wrzodziernki w gruczołach łojowych i potowych“. Tak samo wszelkie podziały węglika uważa za niewłaściwe pozostawiając tylko przy odróżnieniu formy ciężkiej od łagodnej. Przy opisie wrzodzierek i węglika występujących jako powikłanie w przebiegu innych chorób, jak np. słodkocz, autor przychodzi do tego wniosku, że te wrzodziernki zawsze mają za punkt wyjścia gruczoły potowe. Przy słodkoczach krew bogata w cukier traci bardzo wiele wody w nerkach i z tego powodu staje się gęściejszą, krew taka działa przedewszystkiem drażniąco na gruczoły potowe, które stanowią najobszerniejszy organ wydzielniczy dla skóry i posiadają obszerny i samodzielny układ naczyniowy włosowaty, dalej dopiero działa drażniąco na gruczoły łojowe, a prawie nigdy na skórę właściwą (*corium*). Co się tyczy stosunku wydzielanego cukru z moczem do wytwarzania się wrzodzierek, w tym względzie z rozważenia odpowiednich historii chorób autor przychodzi do następujących wniosków: że wrzodziernki lub węglik bardzo często poprzedzają słodkocz, lecz nie są bynajmniej jego przyczyną, lecz jednym z pierwszych objawów słodkocz, który przez długi czas może przebiegać skrycie. Gdy wrzodziernki lub węglik wystąpi w przebiegu stwierdzonego już słodkocz, w takim razie albo zmniejsza się ilość cukru wydzielanego przez nerki, lub przeciwnie ilość jego znakomicie się powiększa.

Wrzodziernki w przebiegu mocznicy powstają pod wpływem wydzielania przez gruczoły potowe niezwykłych składników, które działają na nie jako bodziec zapalny. Podobnie rzecz się ma i z wrzodziernkami występującymi w przebiegu dny.

Przy posocznicy wydzielanie potu jest zwiększonym. Przez zwiększony ten dopływ do gruczołów zostaje do nich doprowadzona *sepsis*, działająca na nie również jak bodziec zapalny.

Przy ropnicy wrzedzionki rozwijać się mogą pod wpływem zatorów.

Wrzedzionki towarzyszące ostrym wysypkom, szczególnie wrzedzionki w gruczołach łojowych, powstają raz wskutek wynaczynień towarzyszących ostrym wysypkom, powtórnie powstają w okresie poczynającego się łuszczenia lub zasychania krost w skutek zatkania przewodów wyprowadzających.

Dalej wrzedzionki występować mogą w przebiegu zapalenia płuc, durzycy z rozmaitych przyczyn, których autor bliżej nie określa. Wrzedzionki występujące przy gnilcu (*scorbut*), białaczce i żółzach autor wyprowadza od zmienionych własności krwi i skłonności jej do wynaczynień.

Przy władzie starczym wrzedzionki powstają w gruczołach łojowych na drodze zapalenia wskutek zatkania przewodów wyprowadzających. Do przyczyn miejscowych wywołujących zapalenie autor zalicza nieczystość, kurz, zimne natryski itp.

W dziale „anatomii patologicznej“ zapalenia wrzedzionkowate, pod którą to ogólną nazwą autor obejmuje zarazem wrzedzionkę i wąglik, rozdziela takowe na:

a) Wrzedzionki: 1) wrzedzionki gruczołów łojowych, 2) wrzedzionki gruczołów potowych;

b) Wąglik, pod którą to nazwą autor rozumie taki sam proces zupełny, tylko występujący na większej przestrzeni.

Z powyższego określenia widocznym jest, że autor nic nie mówi o możliwości wrzedzonek w tkance łączno-komórkowej. Że podobny rozlany nasięk nie jest tutaj możliwym przekonywamy się łatwo, rozpatrzywszy się dokładnie w unaczynieniu *corium*, (według T o m s a). Pierwotnie belecзки właściwej skóry nie mogą uleże zapaleniu, mogą dopiero być wciągnięte w sprawę zapalną przez sąsiedztwo. Dalej mamy jeszcze na to dowód, opierając na analogicznem zapaleniu nerek, w wytwarzaniu się cylindra włóknikowego stanowiącego rdzeń wrzedzionki (Nelatón). Cylinder taki może się tylko wytworzyć w przestrzeni walcowatej, lecz nigdy w oczkach utworzonych przez wzajemne splecenie się beleczek. Takimi właśnie przestrzeniami walcowatemi mogą być tylko przewody wyprowadzające gruczołów łojowych lub potowych. Podział wąglika na wągliki w gruczołach łojowych lub potowych autor uważa za zbyt czyny, gdyż w tkankach wąglika uległych zgorzeli dają się wykrywać resztki obu rodzajów gruczołów, przy czem jednakże nie podobna byłoby wykryć pierwotnego jego siedliska.

8. Zboczenia w wydzielaniu potu.

Przy cuchnących potach z nóg v. Rothmund (*Gegen uebelriechenden Fusschweisse. Bayr. ärztl. Intell. Bl. N. 10*) oprócz nadzwyczajnej czystości zaleca częstą zmianę pończoch i obuwia, kąpiele na nogi z dodatkiem chlorku sodu (2—6 dr. na kąpiel) lub octu aromatycznego, a szczególnie obmywania nadmanganianem potażu. „Środek ten działa odwanianiająco niszcząc przykry zapach, działa ściągająco zmniejszając nadmierne wydzielanie potu, wreszcie wpływa na odnowę wymacerowanego naskórka“. Używać go należy w ten sposób, że pacjent dostaje z początku 2 razy, później raz na dzień kąpiel letnią na nogi, przy czem należy je obmyć mydłem boraksowem, a następnie po kąpeli nogi obmywają się roztworem nadmanganianu potażu (1 dr. na 6 unc.) z 4 cz. wody.

U młodej dziewczyny 17 letniej F o o t (*Chromidrosis. Dublin. Jour. of. med. sc. s. 511*) spostrzegł występowanie błękitnego potu na czole, pod oczyma, z boków nosa i na jednej z rąk. Zboczenie to we własnościach potu trwało od 6 miesięcy. Przy wzruszeniu umysłu barwa potu była bardziej nateżoną i pot ten barwił podszewkę kapelusza i poduszkę na niebiesko. Przez ten czas chora doznawała silnego bólu głowy, który wystąpił jeszcze na 3 tygodnie przed ową zmianą w pocie. Pocenie to szczególnie było wyraźnem gdy chora się śmiała, wiele mówiła lub była rozgrzana. Żadnych zmian w skórze lub w ciepłocie ciała nie zauważano przy tem. Na szczególną uwagę zasługiwało zachowanie się naczyń w miejscach owego niezwyczajnego pocenia się. Spostrzegano się mianowicie, gdy chora się śmiała, szczególnie na skroniach i czole występującą sieć żył i na przebiegu właśnie tych żył barwa potu była najbardziej nateżoną. Bromek potasu, arsen zażywane do wewnątrz, zewnętrznie zaś używane maście cynkowe i ołowiane nie wywierały żadnego wpływu na cierpienie. Dopiero gdy ogólny stan chorób poprawił się i zaburzenia w miesiączkowaniu ustąpiły, ustąpiło i owe nieprawidłowe pocenie się przy zewnętrznem użyciu podsiarkanu sody. Co się tyczy owej błękitnej barwy, autor mniema że takowa pochodziła od indygo, które wytwarzało się z indykanu alkalicznej krwi pod utleniającym wpływem światła, powietrza i ciepła, gdy takowy z potem wydzielił się na skórę. Badanie moczu na indykan dało w tym wypadku rezultat ujemny.

9. Wilk.

Veiel (*Zur Therapie des Lupus und Lupus erythematosus. Arch. f. Dermat. u. Syph. s. 279*) przekonał się, że wielokrotne nacinanie zalecane przez Volkmana uleczają wprawdzie wilka, lecz przy wilku różycowym (*lupus erythematosus*) nie wystarcza ono i że w tym razie obok nacinania stosować należy i środki żrące (chlorek cynku i wyskok w równych częściach). Miejsca zajęte wilkiem w ten sposób traktowane ropieją powszechnie, pokrywają się strupkami, które odpadają między 6 a 10 dniem; po czem należy znów powtórzyć powyższe postępowanie. Zazwyczaj dla wyleczenia należy powtarzać 5—8 razy nacinania z następnem przyżeganiem. Po wyleczeniu należy jeszcze przyłożyć na pewien czas plaster rtęciowy. V. operuje bez chloroformu, gdyż używa w tym celu narzędzia, złożonego z 6 wąskich lancetów obok siebie położonych.

Fox (*Case of lupus treated by without caustic. The Lancet.*) wyleczył wilka u 17 letniej dziewczyny, trwającego od lat 5, który zajmował górną wargę, nos i część policzków przyległych nosowi. Części zaatakowane były mocno czerwone, tu i owdzie pokryte wielkimi żółtymi strupami, po oddaleniu których powierzchnia okazywała się twardą, nierówną, mocno przekrwioną a nawet krwawiącą. Po odmiękczeniu strupów za pomocą okładów miejsca cierpiące obmywano 2 razy dziennie *Liq. Plumb. hydric-acet.* i pokrywano mazidłem wapiennem w celu powstrzymania przystępu powietrza. Do wewnątrz obok diety posilnej zalecono tran, chininę i żelazo. Po 10 tygodniach takiego leczenia chora była prawie zupełnie wyleczoną, gdy poprzednio wszelkie stosowane środki okazały się bezskutecznymi. Fox mniema, że we wszystkich wypadkach, w których, jak w wypadku tylko co opisanym, przekrwienie występuje na pierwszy plan, leczenie środkami żrącymi nie prowadzi do celu, gdy znów z drugiej strony metoda zastosowana tutaj nie będzie odpowiednią dla wszystkich wypadków, mianowicie w których zmiany chorobne głęboko rozszerzyły się w głąb.

10. Słoniowacizna i trąd.

Living (*Abstract of the goulstonian lectures on Elephantiasis Graecorum. Brit. med. Jour*) zastanawia się nad etiologią trądu (*lepra*). Wbrew zdaniu wielu autorów, którzy z powodu ogólnego

rozprzestrzenienia téj choroby, klimatu nie uważają za żaden moment etiologiczny, autor przeciwnie na mocy swego doświadczenia utrzymuje że klimat podzwrotnikowy bardzo sprzyja rozwojowi rzeczonoj choroby. Co się tyczy własności gruntu, to oddawna już zauważył, że trąd szczególnie rozwija się w okolicach błotnistych i wilgotnych. Ogólne rozprzestrzenienie się trądu w Indyach L. przypisuje uprawie ryżu. Choroba ta prawie zupełnie zniknęła w krajach, które cieszą się wyższą uprawą gruntu i w których błota zostały osuszone. Sądzono zawsze, że pewne rasy szczególnie są usposobione do téj choroby. Wbrew temu zdaniu autor przekonał się, że żydzi i Europejczycy w Indyach wschodnich, a szczególnie przybysze arabskiego pochodzenia w Algierze, Egipcie są zupełnie wolnymi od téj choroby.

Hygiena również nie pozostaje bez wpływu. Niczystość, brud i t. p. sprzyjają rozwojowi choroby. Niektóre pokarmy niewątpliwie przyczyniają się do jej wystąpienia. Od czasu jak sposób żywienia z postępiem rolnictwa stał się lepszym, choroba stała się mniej częstą. Częste występowanie jej w Norwegii prawdopodobnie można przypisać spożywaniu zgniłych śledzi. Dziedziczność choroby jest ogólnie przyjmowana. Godnem jest uwagi, że w okolicach, gdzie trąd jest endemicznym, występuje on zawsze tylko w pewnych familiach. W wiekach średnich a po części jeszcze i teraz przyjmuje się zaraźliwość trądu; autor razem z większością przeczy téj zaraźliwości. Z drugiej strony jednakże nie może zaprzeczyć, że znaczne rozszerzenie się trądu w południowej Ameryce, i w ostatnich czasach na wyspach Sandwichskich można przypisać tylko jego zaraźliwości; ztego powodu autor sądzi, że trzeba przypuścić, że jakkolwiek trąd w Europie i w klimacie umiarkowanym nie jest zaraźliwym, to w krajach podzwrotnikowych może stać się zaraźliwym. Statystyka choroby wykazuje, że prawie jednakowo występuje u obu płci. Wykazuje nam to Norwegia i Jamajka. Na Wschodzie spostrzega się wprawdzie częściej u mężczyzn, lecz zależy to może od tego, że tutaj kobiety nie chętnie szukają porady w szpitalu.

Autor w końcu pracy dochodzi do następujących wniosków, że pierwotne przyczyny trądu dotąd są jeszcze nie poznane. Do przyczyn zaś usposabiających zalicza przedewszystkiem pokarm i sposób życia. Trąd, jakkolwiek w ścisłym tego słowa znaczeniu nie jest zaraźliwym, za pomocą swój wydzielin może być jednakże przeniesionym.

Poncet (*De la décortication du nez dans l' Elephantiasis. Gaz. hebdom.*) ogłasza sposób postępowania operacyjnego (*décortication*), podany przez Olliera, którym posiłkując się doprowadził do stanu prawidłowego nos, uległy rozrostowi w rodzaju słoniowaczyny w skutek nadużycia napojów wysokowych. Wyciął część skóry i zgrubiałą tkankę i takową starannie oddzielił od chrząstek opanował krwotok występujący z naczyń mocno porozszerzanych i pokrył ranę szarpią napojoną półtorochlorkiem żelaza. Po rozpoczęciu ropienia opatrywał samą suchą szarpią. Po 3 tygodniach chory wypisał się ze szpitala, nie mając ani śladu z dawnego zniekształnienia nosa.

11. Włókniak miękki (*molluscum fibrosum*).

Murray (*On three peculiar cases of Molluscum fibrosum in children. Med. Chir. Trans.*) opisał 3 wypadki włókniaka miękkiego, zasługujące na uwagę z powodu spostrzeganych przy nim pewnych objawów patologicznych, dotąd nigdzie nie opisanych. Wszystkie 3 wypadki miały miejsce u trojga rodzeństwa, których rodzice znajdowali się pomiędzy sobą w pokrewieństwie, które to właśnie pokrewieństwo autor uważa w powyższym wypadku za moment etiologiczny. Dzieci te miały lat 7, 3 i 2. Szczegółowo opisuje autor chorobę najstarszego dziecka. Najprzód choroba objawiła się na dziąsłach w początkach pierwszego zębowania, pozostałe objawy chorobne objawiły się na palcach, karku i t. d. i wystąpiły dopiero w 2 i 3-cim roku życia. W tym czasie gdy Murray widział małą pacjentkę, dziąsła uległy przerostowi i prawie zupełnie pokrywały zęby, w niektórych miejscach znajdował liczne brodawkowate narośla. Żucie nie było utrudnionem. Barwa dziąseł była prawidłową. Migdałki znajdowały się w stanie przerostu. Na czole znajdowały się gładkie, twarde, sprężyste, dość ruchome guzy od wielkości ziarnka grochu do wielkości duktyla. Skóra na dwóch większych guzach z powodu zastojów żylnych była barwy sinawej. Guzy nie bolały, ani nie okazały się wrażliwymi na nacisk. Podobne guzy znajdują się na brodzie, na lewym policzku, na dolnym brzegu dolnej szczęki, na uszach, na karku, na obu łopatkach, pod obu pachami, na obu ramionach. Najbardziej jednakże uderzające zmiany znaleziono na rękach, na ostatnich członkach wszystkich palców z wyjątkiem wskaziciela u lewej ręki części miękkie uległy znacznemu przerostowi, powierzchnia była po części gładką, po części usianą licznymi guziczkami; miejsca gładkie

przedstawiały się torbielowato, po nakłuciu jednakże nie wydzielał się wcale płyn. Inne miejsca przeświecały i na swój powierzchni pokryte były rozszerzonymi naczyniami barwy siwo czerwonej, okazując na pierwszy rzut oka pewne podobieństwo do znamion macierzystych (*naevus*). Miejsca twarde nierówne zdawały się zależeć od przerostu naskórka, który tu i owdzie dawał się odłuszczać. Nacisk nie sprawiał żadnego bólu. Paznokcie uległy również przerostowi i w wielu miejscach przedstawiały bruzdy poprzeczne. Na obu palcach wskazicielach paznokcie były niezmienione, jakkolwiek na wskazicielu prawym części miękkie były w ten sam sposób zmienione jak na palcach pozostałych. W ogóle dała się zauważyć pewna symetryczność. Na pośladkach i na tylnej powierzchni obu ud guzy były podobne jak na łopatkach, na dolnych kończynach znajdowały się miękkie guzy tylko w okolicy *ligament. patellae*. Ostatnie członki 3 i 4 palca u obu nóg przedstawiały się podobnie zmienionymi jak palce u rąk. Palec 3 był przynajmniej 4 do 6 razy grubszy. Paznokcie były również pobruzdowane jak u rąk. Mała pacjentka jest głuchoniemą, zresztą pod każdym innym względem jest zdrową.

Badanie mikroskopowe kilku wyciętych nowotworów okazało, że takowe należą do kategorii nowotworów tkanko-łącznowych, pierwiastki ich po części należały do tkanki włóknistej, po części do tkanki chrząstnej. Zadawanie jodku potasu w dawkach 2 granowych pozostało bez wpływu.

F r e m m e r t (*Ueber Fibroma moluscum. Petersb. med. Zeitschr.*) kreśli dokładny obraz włókniaka miękkiego oparty na najnowszych pojęciach, przewyższający dokładnością wszystkie dotąd znane opisy. Co się tyczy anatomii patologicznej, autor pozostaje na stanowisku *Virchowa* (zob. jego *Geschwulstlehre*). Odnośnie etiologii należy przypuścić, że włókniak miękki często występuje dziedzicznie pod wpływem miejscowego podrażnienia, przynajmniej przemawia zatem ta okoliczność, że osoby dotknięte temi włókniakami po największej części należą do klasy wyrobniczej (wyrobnicy, ślusarze, koszykarze, praczki). Ilość nowotworów albo ciągle pozostaje jednakową, lub w późniejszych latach bardzo szybko wzrasta. Nowotwory występują już w bardzo młodym wieku; objawiają się zarówno u obu płci. Guzy, po nad którymi skóra zachowuje barwę prawidłową lub okazuje się nieco ciemniejszą, częstokroć w tak wielkiej ilości pokrywają ciało, że można je liczyć na setki, bywają albo siedzące albo szypuł-

kowate, waga ich dochodzi niekiedy do 40 funtów a nawet i więcej. Choroba zdaje się nie wywierać szkodliwego wpływu na ogólne zdrowie, mianowicie gdy guzy są mierniej wielkości dopiero przy znacznej ich wielkości na drodze mechanicznej przez zaburzenie funkcji mogą stawać się niebezpiecznymi, a nawet mogą doprowadzić do śmierci. Od czego zależy niekiedy szybki ich wzrost, na to zawsze trudno znaleźć odpowiedź w danym wypadku. Włókniak miękki w razie niepowikłania z innymi formami nowotworów zwykle pozostaje w mierze i rzadko ulega zwyrodnieniu, chociaż znów z drugiej strony sam z siebie nie zanika nigdy. Rokowanie jest w ogólności pomyślne, staje się dopiero mniej pomyślnem przy znacznej wielkości włókniaka, z powodu której wskazanem jest wyłuszczenie. Niepomyślnem staje się takie rokowanie, gdy włókniak łączy się z innymi formami nowotworów, a szczególnie gdy stanowi formę przejściową do mięsaka. Rozpoznanie w ogólności nie jest trudnem, dla dokładności potrzebnem jest zbadanie mikroskopowe, gdyż kaszaki, tłuszczaki, mięsaki mogą także występować pod formą włókniaków. Badać należy nie jeden guz ale kilka, gdyż zdarzyć się może, że obok włókniaka występować mogą i innego rodzaju nowotwory. Leczenie może być tylko operacyjne; z powodu mocnego krwawienia z naczyń poroszerzanych, które jest bardzo trudno podwiązywać w zbitej tkance włóknistej, autor przy wyłuszczeniu radzi zgodnie z N e l a t o u e m uprzednio założyć ligatury w miejscach najodpowiedniejszych.

12. Znamiona macierzyste (*naevi*).

R a g a i n e (*Des naevi materni, de leur traitement par l'inoculation vaccinale. Jour. de Méd. de Bruxelles. Mai*) na zasadzie pomyślnego rezultatu wielokrotnie otrzymanego, zaleca jako środek leczniczy przy znamionach, szczególnie przy guzach naprężnych szczepienie ospy. Szczepić należy ospę albo na obwodzie guza, lub na samej jego powierzchni. Miejsca zaszczerpienia powinny być oddalone na 1½ cent. jedno od drugiego. Nakłuc najlepiej dokonywać za radą N é l a t o u a igiełkami, gdyż przy użyciu lancetu bardzo łatwo nastąpić może mocne krwawienie, które zmywa limfę i tym sposobem szczepienie czyni bezskutecznem. Aby uniknąć krwawienia, należy igiełkę zaopatrzoną w limfę kilka chwil pozostawić w miejscu nakłucia. Rozległość i wielkość guza nie stanowi żadnych przeciwwskazań dla rzeczonych metody. W 7 wypadkach rezultat był zupełnie pomyślny,

a w jednym tylko wypadku rezultat był mniej opymyślny, gdyż do zaszczepienia użyto w tym razie lancetu, przez co krwotok był dosyć znaczny.

Wyleczenie według autora polegać ma na wystąpieniu w skutek szczepienia zapalenia złoźnego w tkance łącznej podskórnej, które przechodzi na skórze i tym sposobem niszczy twór patologiczny.

de Smet (*De l'huile de crotoniglium dans le traitement des naevi materni. La Presse. med. Belge. N. 2.*) u dziecka 5 letniego przy obecności znamienia mocno-unaczynionego pod dolną prawą powieką wielkości 5 centimów użył następującego sposobu leczenia, w korek wbił 15 igieł, tak że końce ich wystawały na 2 milim., przy czem formowały one figurę jak najbardziej zbliżoną do kształtu znamienia, igły te zwilżył olejkiem krotonowym i następnie szybko wbił takowe w skórze w miejscu istniejącego znamienia; ból był tylko chwilowy, po którym pozostało tylko lekkie uczucie palenia i klucia; miejsce to pokrył watą. Na drugi dzień wystąpiło obrzmienie i drobne pęcherzyki. Na trzeci dzień w miejscu tem utworzył się strup. Wtedy już można się było przekonać o dobrym skutku leczenia, większej części naczyń nie było można dojrzeć, inne zawierały w sobie krew skrzepniętą.

Na ranę po oddaleniu strupa za pomocą pęzelka jeszcze raz zastosowano olejek krotonowy i po 3 dniach powtórzono tę samą manipulację. Skutek był zupełny. Znamie zginęło, naczynia zarosły i obecnie nie pozostało się ani śladu ze znamienia.

Leczenie to przedstawia te korzyści, że przy niem nie powstaje wcale blizna, co jest rzeczą ważną przy znamieniach na twarzy i szyi; że ból jest mały i działanie jest bardzo szybkie.

Calter (*On naevi materni. The. Lancet. Jan*) zachwala bardzo przy leczeniu znamion zastosowanie metody elektrolytycznej. Dwa druty platynowe wbija się w guz pod kątem prostym i zapomocą baterji rozpala się je do czerwoności. Operację tę powtarza się kilkakrotnie. Niebezpieczeństwa nie ma żadnego, krwawienie ustaje samo z siebie.

13. Choroby paznokci.

Cotting (*Inflsbed Poe-nail, a new operation for radical relief. Med. and Surg. Jour. Jan*) podaje nowy sposób operowania w celu radykalnego uleczenia wrastania paznokcia. Jednem cięciem z da-

nego palca oddziela. nie sięgając zbyt w głąb, wszystkie części chore wraz z dość znaczną częścią zdrowego ciała, tak żeby powstała rana prawie na cal długa i na $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ cala szeroka. Paznokcia samego nie rusza wcale, chociaż nie nie szkodzi zająć cięciem i pewną jego część. Operacja trwa chwilę i nie sprawia wcale więcej bólu, jak przy odcięciu również wielkiego kawałka zdrowego ciała, z tem wszystkim chorego należy chloroformować. Ranę opatruje się zwykłym sposobem. Wyleczenie zazwyczaj następuje bardzo szybko. W ranie, jak naturalnie przy każdym tworzeniu się blizny, przychodzi do skurczenia tkanek, skóra ze wszystkich stron, a tem samem i od strony paznokcia zostaje nadeciągnięta ku środkowi, tak że po zabliznieniu nie ma już żadnej więcej przeszkody dla prawidłowego wzrostu paznokcia. Rezultat zawsze jest pomyślny.

Mettenheimer (*Krankheiten der Nägel. Memorabilien*) opisuje choroby paznokci właściwe późnemu wiekowi, przy czem przekonał się, że najczęściej przytrafia się: przerost, zanik i zapalenie. Przerost paznokcia spostrzega się najczęściej na dużych palcach u nóg, paznokcie w takim razie zamienia się wtedy na rodzaj rogu. Taki przerost sprowadza zazwyczaj pewne tylko niedogodności, którym zapobiedz można przez ostrożne oddalenie tkanek uległych rozrostowi za pomocą dłutka, piłki lub noża; czasami jednak w skutek nacisku pod paznokciem rozwija się zapalenie; przychodzi do utworzenia się ropnia, zapalenia naczyń limfatycznych i t. d. Zanik paznokci występujący w wieku starszym w wielu razach trudno daje się odróżnić od nabytego zaniku paznokci. W jaki sposób przychodzi do zaniku paznokcia, autor w jednym wypadku miał sposobność dokładnie takowy obserwować: powierzchnia paznokcia z początku staje się brunatną i szorską, obwód jego zmniejsza się naokoła, następnie w pośrodku łożyska paznokcia pozostaje zaledwie malenki jego ślad, który w końcu i ten znika w zupełności. Sprawy zapalne w paznokciach autor spostrzegał również także u starców, i mianowicie tego rodzaju, które zupełnie podobne były do zapaleń paznokci przytrafiających się u dzieci skrofulicznych; zapalenia te zazwyczaj kończyły się ropieniem i złuszczeniem paznokcia.

C o r m a c (*Remarks on onychia maligna. The. Brit. med. Jour. Dec*) zaleca przy *onychia maligna* jako jedyny radykalny środek całkowite wyłuszczenie jego korzenia (*matrix*). Jest to operacja dość znaczna pozostawiająca po sobie znaczną ranę, lecz daje przynajmniej tę pewność, że na tych palcach choroba już się nie powróci. Powierzchnia owrzodzona szybko przyjmuje wygląd zdrowy i pokry-

wa się rogowatą blizną zastępującą w zupełności paznokiec. Autor przeważnie spotykał tę chorobę u młodych dziewcząt pracujących w przędzalniach płótna. Do poruszania warsztatu tkackiego używają nóg, przez co palce ulegają częstemu obrażeniu, gdy jednocześnie spływająca z maszyny woda ciepła zmieszana z tłuszczem, cząstkami mosiądzu i żelaza działa na nie silnie drażniąco; choroba w skutek takiego przygotowania powstaje łatwo już wtedy w skutek stłuczenia lub uderzenia. W największej liczbie wypadków ulegają chorobie wielkie palce. Przebieg choroby jest następujący. Przy mocnem obrażeniu paznokiec obumiera w krótkim czasie; w lżejszych wypadkach paznokiec oddziela się częściowo, następnie tworzy się owrzodzenie rozszerzające się pod paznokciem i pod jego brzegami, wydzielająca się ropa posiada zapach smrodliwy. Paznokiec brunatnieje, czernieje i w końcu pozostają z niego małe tylko odłamki, gdy jednocześnie łożysko paznokcia i fałdy otaczającej skóry przechodzą również w owrzodzenie. W tym samym czasie palec obrzmiewa, zaczerwienia się i skóra na nim staje się naprężoną i połyskującą; wygląd wrzodu najczęściej jest dosyć charakterystyczny; dno jego jest szare, na którym tu i owdzie dają się wykryć resztki tkanek, brzoگی są wzniesione. Ból zazwyczaj jest ciągły, bardzo mocny zwiększający się w ciepłe pozbawiający chorych snu. Choroba nie leczona trwa latami i wrzód nie okazuje żadnej skłonności do zabliznienia. Proste oddalenie paznokcia nie zapobiega powrotowi choroby, i jedynie tylko wyłuszczenie korzenia sprowadza wyleczenie.

W końcu autor zwraca uwagę na monografię Prof. V a n c e t t i, który leczy z pomyślnym skutkiem *onychia maligna*, stosując na owrzodzenie azotan ołowiu w proszku.

14. Choroby pasożytne.

C a n e (*Cases of Ringworm treated by oleate of mercury The Lancet. Aug.*) przy *Herpes circinatus* zaleca wcieranie z oleinianu rtęci (zob. Przegląd z r. b s. 112), który w dwóch wypadkach okazał się bardzo pomyślnie działającym. W tym celu używał 10 pct. roztworu, który wcierał delikatnie w miejsca zajęte wysypką, przy czem po trzykrotnem jego zastosowaniu wysypka w zupełności ustąpiła, gdy przedtem używane najrozmaitsze środki nie pomagały wcale. Środek ten zasługuje na pierwszeństwo przed innemi z następujących powodów:

1) Przy starannem jego zastosowaniu skutek jest pewny.

2) Nie następuje przy tem zabarwienie lub inna jaka zmiana na skórze; co jest rzeczą bardzo ważną, szczególnie w tych wypadkach, gdy choroba zajmuje twarz.

3) Zastosowanie tego leku nie sprawia żadnego bólu, gdy tymczasem inne leki przeciw pasożytne wywołują ból, a nawet powodują wystąpienie pęcherzy.

4) Lek ten głęboko sięga w gruczoły łojowe, w torebki włosowe, a nawet w same włosy, gdyż rtęć jest rozpuszczoną w tłuszczu płynnym i z tego powodu łatwiej może niszczyć grzybki, aniżeli roztwory wysokowe lub wodne. Tę własność roztworu oleistego wnikania w głąb można jeszcze powiększyć dodając w niewielkiej ilości eter (1 : 8). Jeżeli z powodu wielkiej delikatności skóry roztwór ten działa zbyt drażniaco, można użyć roztworu słabszego (5 proct.).

Leonardi (*Sulla cura del Favo senza depilazione*) zamiast bolesnego wrywania włosów, tak koniecznie zaleconego przy leczeniu parchi (*favus*), z własnego doświadczenia zaleca następujące postępowanie: Po odmięczeniu strupów głowa zmywa się zwyczajnym mydłem przez kilka dni, po czem codziennie smaruje się ją maścią w następujący sposób złożoną. Na jedną część karbolanu sody bierze się 10 cz. tłuszczu, do tego dodaje się delikatnie sproszkowany węgiel drzewny i kwiat siarkowy. Co 48 godzin powtarza się zmywanie głowy, którą za każdym razem dokładnie się obsusza miękkim płótnem. Wyleczenie jest radykalne.

PRZYMIOT I CHOROBY WENERYCZNE.

Sprawozdawca Dr Wyrzykowski, lek. ord. w szpit. Ewang.

I. Wiewiór i dymienice.

Auspitz (*Die Rubinen der Leistengegend. Zwei Vorlesungen gehalten an der Poliklinik in Wien. Ar. f. Derm. u. Syph.*) rozpatruje stosunki gruczołów pochwowych i dzieli takowe na grupy, które oznacza literami A. B. C. D.

Literą A. oznacza te gruczoły, które leżą w środku bruzdy zgięcia pod więzmem Pouparta. do których przyłączają się jeszcze małe gruczołki. Literą B. oznacza pakiet gruczołów leżący z lewej stro-

ny A. Literą C. oznacza gruczoły położone bliżej łuku łonowego, które bardzo często zlewają się razem z gruczołami A. Wszystkie te trzy grupy stanowią właściwe gruczoły pochwinowe.

Literą D. oznacza 1—3 gruczołów, znajdujących się po niżej dołka owalnego w dolnym ostrym kącie trójkąta podpachwinowego, które stanowią gruczoły udowe. A u s p i t z pomija gruczoły głębiej położone pod powięzią, z wyjątkiem gruczołów R o s e n m ü l l e r a, które po części wystają z pośród gruczołów pachwinowych i dla tego zaliczone być powinny do gruczołów biodrowych.

Do gruczołów udowych przyłączają się, lecz nadzwyczaj rzadko, małe gruczołki znajdujące się pod powięzią.

A u s p i t z odrzuca zwykle dotąd praktykowany podział dymienic, wprowadzony jeszcze przez R i c o r d a, na dymienice zaraźliwe i spółczulne, gdyż oba rodzaje dymienic powstają w skutek wessania swoistego zarazka i zamiast tego podziału zaleca następujący:

1) Dymienice pierwotne, powstające w skutek pierwotnego działania na samą pachwinę.

2) Dymienice w okolicy pachwinowej, które występują w następstwie innych miejscowych zaburzeń w bliskości pachwiny „heteropatyczne dymienice” (podług Zeissla deutoropatyczne).

Pomiędzy temi ostatnimi odróżnia znów.

a) Zwykle heteropatyczne t. j. miejscowe nie zaraźliwe dymienice w bliskości pachwin;

b) Dymienice w skutek pierwotnego cierpienia przymiotnego;

c) Zaraźliwy wiewiór gruczołowy;

3) Przymiotne zaraźliwe dymienice występujące w skutek ogólnego przymiotnego zakażenia.

Co się tyczy b) pierwotnego przymiotnego cierpienia autor wprowadza następujące prawo:

Niebolesne obrzmienie gruczołów pachwinowych przy pierwotnych cierpieniach części płciowych występuje nie w pojedynczych ale we wszystkich gruczołach. Obrzmienia w gruczołach podkolanych autor nigdy nie spostrzegął.

Daléj autor utrzymuje:

Że przy przymiotnych cierpieniach narzędzi płciowych gruczoły obrzmiewają zazwyczaj przynajmniej po jednej stronie. Obrzmienie odnośnie do grup zaatakowanych, z początku nie rozszerza się daléj jak do najbliższych górnych gruczołów położonych z tyłu po za więzem P o u p a r t a. Ten rodzaj obrzmienia gruczołów logicznie uważanym być może tylko jako bezpośredni objaw chorobny pierwotnego

cierpienia na częściach płciowych, w przeciwieństwie do obrzmienia gruczołów natury przymiotowej występujących w czasie późniejszym w dalszych okolicach, zdala od ogniska zarażenia (*Bubones symptomatici universales*).

Auspitz zatem pierwsze te objawy miejscowe wraz z dymienicami uważa jako bezpośrednie następstwo pierwotnego cierpienia, wbrew przyjętemu pogładowi, że takowe są już wyrazem ogólnego cierpienia, rozwijającego się z miejscowego pierwszego obrzmienia gruczołów od miejsca stwardnienia (Sigmund). Ogólne obrzmienie gruczołów autor uważa również za następcze, utrzymując, że takowe następuje w skutek heteropatycznych chorobnych zmian w ich śladostwie na skórze i błonach śluzowych, z wyjątkiem małej tylko liczby obrzniętych gruczołów, które uważa za zwykły przerost gruczołów, występujący w skutek zmienionych własności krwi lub w skutek samodzielnego przerzutu zarazka przymiotnego. Wychodząc z tej zasady autor rozdziela niebolesne dymienice na:

1) heteropatyczne—niezaraźliwe dymienice;

2) prosty przerost gruczołów, jak przy białaczce i oligaeimii;

3) swoiste zaraźliwe dymienice, obrzmienia gruczołów występujące w późniejszych okresach przymiotu i w formach dziedzicznych, które klinicznie bardzo są zbliżone do ziarniniaków (*gummata*) przymiotowych w innych narządach i skrofulicznych ropni w gruczołach, nosząc na sobie wszystkie charaktery przymiotowego nowotworu.

W drugim odczycie autor zastanawia się tylko nad zaraźliwymi dymienicami w tym razie gruczoły ulegają zakażeniu podług następującego szematu:

B

B + C

B + A

B + C + A

B + C + A + D.

D samo nie ulega nigdy zarażeniu.

Co się tyczy leczenia autor zaleca przekłucie gruczołu, gdy gruczoł przedstawia się twardym, sprężystym, gdy torebka jest nie-naruszoną wdraża do gruczołu zgłębnikiem główkowatym i takowym porusza na wszystkie strony w celu rozdzielenia w jego wnętrzu przegródek, co nie ma sprawiać wielkiego bólu, ani nie wymaga wielkiej siły. Dla jednego gruczołu zazwyczaj wystarcza jedno przekłucie i jednorazowe sondowanie.

Przetoki należy otwierać. Obrzmiałe ciała gruczolowe wystające wśród rany należy oddalić za pomocą łyżki Volkmana.

Molière (*Observation de bubon d'emblée chancrellex. Lyon méd. N. 4*) opisuje następujący wypadek. U 24 letniego mężczyzny nie skrfulicznego rozwinął się guz w pachwinie, w środku którego wyczuć było można wyraźne chełbotanie. Na częściach płciowych, w okóło odbytu i t. d. nie znaleziono ani śladu owrzodzenia ani blizny. Dymienicę utworzono i położono kataplazm. Owrzodzenie powiększyło się, brzoży stwardniały i dno wrzodu przyjęło wygląd wiewióra. Zaszczepiono ropę w dwóch miejscach na udzie. Zaszczepienie to przyjęło się i 5 i 6 dnia utworzył się w miejscach szczepienia wiewiór. Prócz tego małe zdrapanie na udzie, przez dobrowolne zaszczepienie, przyjęło charakter wiewióra. Na 10 dni przed zaszczepieniem pacjent ostatni raz spółkował z kobietą, którą spotkał nad brzegiem Rodanu i zaraz obmył się w rzece. W tym wypadku powstał zatem miękki wiewiór w gruczole limfatycznym bez uprzedniego obrażenia członka nie poprzedzony pierwotnym wiewiorem, co autor nazwał „Bubon d'emblée chancrellex“. Autor przytacza podobne dwa spostrzeżenia zacytowane przez Baumès w Précis des maladies vénériennes.

2. Przymiot.

Sigmund (*Ueber den Verlauf der Syphilis bei Schwangerschaft. Wien med. Poesse N. 1*) utrzymuje, iż wystąpienie pierwotnych form przymiotu i rozwój łagodnych następczych jego form u ciężarnych daleko częściej daje się spotykać jak u nieciężarnych, żyjących w tych samych warunkach. Co się tyczy tak zwanego usposobienia do przyjęcia przymiotu, to takowe u ciężarnych jest bezporównania znaczniejsze jak u nieciężarnych; mianowicie występujące obrażenia w skutek ciąży, oraz stan nieżytywy rozwijający się w takim razie w narzędziach płciowych, przedstawia rozległą powierzchnię dostatecznie przysposobioną dla przyjęcia zarazka. Okres wylegania dla przymiotu u ciężarnych prawdopodobnie jest taki sam jak u nieciężarnych.

Pomimo nieraz bardzo ciężkiego przebiegu pierwotnych form przymiotu następcza ogólna forma u ciężarnych bywa zwykle prawie bardzo łagodną. Dokładnie obserwując przekonujemy się mianowicie, że następczy nasięk w gruczolach limfatycznych występujący w kierunku od części płciowych rozwija się bardzo powoli i w każ-

dym razie daleko wolniej zajmuje dalej położone gruczoły limfatyczne aniżeli u nieciężarnych; dalej że różycza na skórze trwa bardzo krótko i ogranicza się tylko do niektórych okolic piersi i brzucha; cierpienia zaś występujące na błonie śluzowej podniebienia, migdałków i gardła zaledwie dają się spostrzedz.

Wypadanie włosów spostrzega się bardzo rzadko; gorączka towarzysząca występowaniu przymiotowin w ogólności rzadko tylko kiedy daje się zauważyć. Łagodniejsze to występowanie przymiotu autor przypisuje anatomicznym i funkcyjnym zmianom spowodowanym przez ciężę, a szczególnie zmienionym własnościom krwi. Z ocenienia tych warunków autor dochodzi do tego wniosku, że u ciężarnych dotkniętych przymiotem postępowanie lekarskie winno być także odpowiednio zmodyfikowanym i głównie opartem na higienie i dyetetyce.

Lane (*Abstract of a lecture on tertiary syphilis and syphilitic cachexia. The Lancet. July.*) ze względu na rozpoznanie i leczenie przymiotu uważa za konieczne jasno postawić kwestyę: które objawy należy zaliczać do wtórnych, a które do trzeciorzędnych form przymiotu, przyczem zdania dotąd jeszcze są podzielono. Autor w tym względzie grupuje objawy te w następujący sposób:

Objawy wtórne:

I. Cierpienia skóry: plamiste—różyczka; grudkowate—liszaj (*lichen*); gruzelkowe i łuszczynkowe które mogą się łuszczyć, przechodzić w pryszczenie lub pokrywać się strupkami—łuszczycza, trądzik; pryszczowe—strupień (*ecthyma*).

II. Cierpienia błon śluzowych: powierzchowne białe owrzodzenia na migdałkach, miękkim podniebieniu, w gardle; powierzchowne owrzodzenia z boków języka i w kątach ust; lepieże; głębokie owrzodzenia migdałków.

III. Zapalenia tęczy; bóle mięśniowe i kostne; zapalenia okostnej; obrzmienie kości (*nodi*). Lane utrzymuje, że przy wspomnianych formach wtórnych zarazek przymiotny jeszcze istnieje i daje się przenosić na osoby postronne, z tego powodu leczenie rtęcią uważa za konieczne; jod zaś uważa za zupełnie bezskuteczny lub bardzo mało tylko pomagający.

Objawy trzeciorzędne, charłactwo przymiotowe, tutaj L. zalicza:

I. Zapalenia w tkankach włóknistych: zapalenia okostnej prowadzące do guzów kostnych; próchnienie i zgorzel

kości; zapalenia stawów; zapalenie tkanki włóknistej jąder (*orchitis*); zapalenia tkanek włóknistych oka (*sclerotitis*).

II. Cierpienia skóry i błon śluzowych: brudziec (*rupia*); wrzody na skórze szybko rozszerzające się; wrzody żrące w gardle i krtani, w odbytnicy i częściach płciowych kobiecych.

III. W tkankach przegródkowych; guziczki (*tubercula*) podskórne lub w błonach śluzowych.

IV. Nowotwory: w mięśniach, najczęściej w języku; dalej w wątrobie, śledzionie, nerkach, w płucach i innych trzewiach.

Przy tych ostatnich zбочeniach według Lane'go zarazek już więcej nie istnieje i nie daje się przonościć; w tych wypadkach rćęć okazuje się szkodliwą i jedynie tylko są wskazanemi jod i sarsaparilla.

L. przyznaje, że przytrafiają się pewne wyjątki od powyżęć określonego szematu. Zapalenia okostnej i obrzmienia kości stosownie do okresu choroby winny być leczone rćęćią lub jodem. Gdy zapalenie tęczy przytrafia się przy formie trzeciorzędnej, w takim razie rozwija się ono od zapalenia twardówki i następnie dopiero przechodzi na tęczę.

Martin (*Études sur le végétations. Ann. de dermat. et de syphil.*) pod nazwą wykwitów (*vegetationes*) rozumie najrozmaitszego rodzaju narośle przypadkowo przytrafiające się na błonach śluzowych. Nowsi syfilografowie wszyscy są tego zdania, że te wykwitki nie są natury przymiotnej. Autor utrzymuje także, że takowe powstają pod wpływem łagodnego lecz długo trwającego drażnienia danych części, mogą zatem powstawać one u osób, które wcale nie są dotknięte przymiotem. Boys de Loury i Costilhes spostrzegali je u dziewcząt 8 — 14 letnich wolnych zupełnie od przymiotu i częstokroć u kobiet ciężarnych, u których ani śladu tęć choroby nie było. Że te wykwitki nie są zaraźliwe i nie są przeszczepialne stanowi to nowy dowód, że nie są one przymiotnej natury. Ricord 28 razy dokonywał szczepienia, za każdym razem rezultat był ujemny. Podobny rezultat ujemny otrzymał Rollet więcej jak w 100 szczepieniach. Melchior Robert wykwitki takie i ropę z nich pochodzącą wprowadzał u siebie pod napletek, na miejsca, które poprzednio przyżęć azotanem srebra, rezultat zawsze był ujemny. Do takich wykwitów szczególnięć okazują się usposobionemi osoby tak zwane limfatyczne, mianowicie przy zaniedbaniu czystości i prawdopodobnie przy usposobieniu do występowania u nich rozmaitego rodzaju brodawek, wysypek skórnych. Autor dzieli wykwitki na pojedyncze

i złożone, pierwsze znów dzieli na siedzące i szypułkowate, mieszane; złożone dzieli na kalafiorowate i bujające.

Martin do wykwitów nie zalicza lepieży (*condyloma*), które według niego nie pozostają w żadnym stosunku do pierwszych. Lepieże przedstawiają wyniosłości zaokrąglone na skórze, po największej części około odbytu i składają się ze zgrubienia skóry i tkanki łącznej. Spostrzegamy je, utrzymuje autor, przy cierpieniach przymiotnych i nieprzymiotnych tejże okolicy. Lepieże są objawem zapalnego lub podzapalnego stanu okolicy odbytu; ich budowa nie ma nic wspólnego z wykwitami. Gdy wykwity zazwyczaj spotykamy na żołądź, na wewnętrznej powierzchni napletka, na wewnętrznej powierzchni dużych i małych warg wstydliwych i we wchodzie pochwy; to lepieże znajdujemy zwykle w okolicy odbytu, w otworze cewki moczowej, w rowku udowo płciowym i około pępka, dalej na błonie śluzowej części pochwowój, w szyi macicy, na brodawkach piersiowych, Bazin częstokroć znajdował je na dolnej powierzchni języka. Vidal de Casis i Castelnau spostrzegali je na łącznicy, Kramer w zewnętrznym przewodzie słuchowym. Co się tyczy rozpoznania autor zwraca uwagę na wielkie w tym względzie trudności przy długim trwaniu wykwitów, gdy takowy przejdzie w owrządzenie i sposoczenie, gdy w jednych miejscach ulegnie stwardnieniu a w innych rozmięczeniu, gdy przyległe gruczoły obrzmieją i stan ogólny chorego mocno podupadnie, w takim razie może się pomylić nawet doświadczony praktyk, i gdy wykwit zajmuje szczególnież żołądz lub napletek może bardzo łatwo przyjąć takowy za raka nabłonkowego. W wypadku na ostatku wymienionym, żołądz w skutek nasięku często może uleść zanikowi przez co pomyłka będzie tem jeszcze łatwiejszą. W warunkach takich autor zaleca leczenie wzmacniające obok obmywań i opatrunku środkami przeciwnilnymi, przy którym to postępowaniu w razie obecności prostego wykwitów rezultat w krótkim czasie bywa zupełnie pomyślnym. Odróżnienie wykwitów od lepieży est łatwem w ostatnim wypadku leczenie swoiste pokonywa takowe.

Leczenie wykwitów polega na ich zniszczeniu przez miejscowe użycie środków żrących, albo przez ich usunięcie za pomocą noża lub odgniatacza. U ciężarnych z powodu przekrwienia, w jakim znajdują się części płciowe, autor radzi pozostawić je w spokoju aż do ukończenia porodu, po którym wielokrotnie giną same z siebie i wtedy tylko radzi je usuwać, jeżeli mogłyby stanowić mechaniczną przeszkodę dla odbycia porodu.

Przedstawiwszy historyczny rozwój dualistycznego systematu od czasów Bassereau aż do obecnych, Benmstead (*On the present state of the question of the unity or duality of Syphilis American Jour. of med. sciences Apr.*) w następujący sposób odpowiada na pytanie, jak dziś po latach 20 stoi nauka o dwoistości zarazka.

1) Praktycznie, stoi jak zawsze, dowody na których się oparł Bassereau, nie zostały zachwiane w swój podstawie. Dalsze historyczne badania nie mogły udowodnić, ażeby przymiot istniał przed końcem XV stulecia, gdy tymczasem na bardzo wiele wieków przedtem bardzo wielu autorów opisywało rzerączkę i wrzody zaraźliwe na częściach płciowych. Przedewszystkiem nie zaprzeczono dowodom, dostarczonym przez dokładne badanie i porównywanie odpowiednich chorych między sobą. We wszystkich klasyfikacjach chorób opierano się zawsze na pewnych momentach charakterystycznych, które jako znaki odróżniające występują stale w ciągu pewnego szeregu generacji po sobie występujących; takim właśnie momentem charakterystycznym jest w danej kwestyi z jednéj strony czysto miejscowy charakter wiewióra miękkiego z drugieję konstytucjonalne cierpienie występujące po wiewiórze twardym. Nawet najbardziej zagorzali przeciwnicy dwoistosci przyznają „w ogólności“ że te cechy mają miejsce.

2) Z punktu naukowego nie jest nieprawdopodobném, że niektóre prawa dwoistości, przyjęte przez następców Bassereau, z czasem uleść mogą pewnym modyfikacyom, jest nawet możliwem, że bezwzględna różnica między wiewiorem miękkim i przymiotem nie da się utrzymać. Nie można zaprzeczyć, że rezultaty nowszych doświadczeń szkoły dualistycznej nie zawsze dają się podciągnąć pod prawa ogólne dziś przyjęte. Lecz nie idzie jeszcze za tom, by porzucić teorię dwoistości, byłby to krok za pośpieszny i nie uzasadniony, gdyż unieści tak samo nie mogą zadawalniająco objaśnić teoretycznie tych rezultatów jak i dualiści.

3) Przyszłość może okazać że wiewior miękki i przymiot w rzeczywistości nie różnią się między sobą i że powstanie zawdzięczają pewnemu wspólnemu zarazkowi... Dotąd jednakże pacyenci dotknięci wrzodami przymiotowemi mają wszelką zasadę słać Bassereau za jego system dualistyczny.

Mauriac (*Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans le syphilis. Gaz. des hôp.*) opierając się na spostrzeżeniach odnoszących się do wpływu leczniczego róży na przymiot, wyprowadza w tym względzie następujące wnioski.

1) W tych wypadkach przymiotu, w których następcze objawy na skórze i błonach śluzowych nie występują z wielką złośliwością lub nie są powikłane stanem charlaczym, w takich razach wpływ róży występującej z odczynem gorączkowym jest zawsze bardzo pomyslnym.

2) Pod wpływem téj ostatniej i miejscowego zapalenia poprawiają się objawy przymiotu na skórze i błonach śluzowych i wyleczenie następuje bardzo prędko.

3) I mianowicie daleko szybciej jak przy każdym innym leczeniu.

4) Pod wpływem róży w czasie krótszym niż w tydzień mogą się rozejść nasięki w tkance łącznej, może nastąpić rozejście i zablźnienie^o we wszelkiego rodzaju łepieżach, wrzodach przymiotnych, może zniknąć brudziec, strupień i t. d.

5) Wpływ ten leczniczy objawia się jednocześnie we wszystkich tych ogniskach chorobnych, bez względu na odległość róży od rzeczonych ognisk.

6) W rozwinięciu powyższego wniosku dodać należy, że jakkolwiek po pewnym czasie rezultat rzeczywiście jest takim, to jednakowoż przyznać należy, że najprzód znikają objawy przymiotu w ognisku róży, następnie w miejscach najbliższej położonych, i nakoniec, w bardziej oddalonych częściach ciała, pozostających jedynie tylko pod wpływem samej gorączki.

7) A zatem we wpływie leczniczym róży odróżnić można miejscowe i ogólne jój działanie.

8) Tak samo jak trudno jest na drodze experimentu otrzymać prawdziwą, gorączkową różę, tak samo trudno jest za pomocą doświadczeń sprawdzić lecznicze działanie róży w przymiocie.

9) Nie tylko miejscowe objawy przymiotu ustępują pod wpływem róży, ale także z zadziwiającą szybkością poprawia się i stan ogólny.

10) Wpływ leczniczy róży na istniejące objawy przymiotu, bardzo nieznacznie wpływa na objawy przyszłe, tak, że po pewnym czasie po wyleczeniu (?) można spostrzegać nowe objawy przymiotu, które jednakże zdają się (?) występować nieco łagodniej jak poprzednio.

11) Inne także ostre choroby wywierają mogą również podobnie pomyslny wpływ, jakkolwiek w mniejszym już stopniu.

12) Oddawna znany leczniczy wpływ róży na wrzody zgorzeli- nowe, polega na miejscowym wpływie zapalenia na sprawę owrzodzenia i na odżywianie zajętych części.

3. Zboczenia przymiotowe w trzewiach i nerwach.

Lancéreaux (*De l'hépatite syphilitique. Gaz. méd. de Paris*) odróżnia: 1) *Hepatitis syphil. diffusa* bardzo podobną do marskości i 2) *Hepatitis syph. circumscripta s. gummosa*.

I. Marskość wątroby natury przymiotowej cechuje się rozwojem zarodzinowej tkanki łącznej, biorącej początek tak od ścian naczyń włosowatych jak i od rusztowania tkanki łącznowego, prowadząc do zwiększenia objętości wątroby.

Po zupełnym rozwoju zarodzinowej tkanki łącznej zazwyczaj następuje w niej bliznowate skurczenie. Wątroba w tym czasie zwykle jest mocno przytwierdzoną do przedniej ściany brzusznej i części otaczających za pomocą tworów powrózkowatych. Brzegi są nieregularnie powyżebiane, powierzchnia nierówna usiana licznymi bruzdami rozchodzącymi się promienisto od wiaźadła wieszadłowego wątroby, nadającymi jej wygląd zrazikowaty podobny do nerek. Z przecięcia okazuje się, że od bródz tych idą w głąb narzędzia przegródki, tworzące gęstą sieć. Wątroba jest bardzo twardą, barwy czerwonej lub żółtej. Powłoka Glissona i jej rozgałęzienia są właśnie siedliskiem owego rozlanego zapalenia wątroby przymiotowego.

Badanie mikroskopowe. W ścianach pochewek łącznotkankowych znajdujemy okrągłe wrzecionowate komórki, które w wielu miejscach znajdują się w stanie zaniku lub stłuszczenia. Komórki wątrobowe posiadają większą objętość i wypełnione są tłuszczem, w innych miejscach w bliskości przegródek znajdują się one w stanie zaniku. Ściany naczyń ulegają zwyrodnieniu mączkowatemu

Wątroba u pijaków nie przedstawia owych dużych zrazów, lecz w całości robi wrażenie tworzu usianego drobnymi granulacjami, których siedliskiem jest w rzeczywistości tkanka łączna międzyzrazikowa, znajdująca się w stanie bujania.

Powłoka jest mocno zgrubiała, lecz nie pobruzdowana i nie zrosnięta z przyległymi tworami.

II. *Hepatitis syphilitica circumscripta s. gummosa*. Występuje w postaci guzów, rzadko leżących powierzchownie i zrosniętych z otaczającymi narzędziami, na powierzchni jednakże wątroby częstokroć zdradzają się przez obecność bródz i zagłębień. Objętość wątroby jest najczęściej powiększona, co zresztą zależy od okresu, w jakim znajdują się ziarniniaki. Guzy zazwyczaj siedzą w głąbi, wielkość ich bywa od wielkości prosa do wielkości bobu, barwa ich jest szarozółtawa. Konsystencya zależy od ich treści.

Na przecięciu guzy takie okazują się zazwyczaj suche, sprężyste, sterzące nad powierzchnią przecięcia. często są przeświecające. Guzy te są nowotworami pozbawionymi naczyń, rozwijającemi się w pośrodku przegródek tkanko-łącznowych.

(Resumé). W ziarniniakach dają się odróżnić dwie części, środkową białawo-żółtą i część obwodową włóknistą szaro zabarwioną.

Powstanie i wessanie tych guzów według spostrzeżeń L. trwa rok i dłużej. W rzadkich wypadkach guzy te ulegają zwapnieniu i wtedy bywają otoczone powłoką włóknistą.

Przy raku wątroby zazwyczaj nie bywa zrostów z przyległemi narządami i nie spostrzega się bliznowatych przykurczeń.

Gruźliki występują w postaci guziczków szarawych przeświecających, zazwyczaj znajdujemy je i w innych narządziach.

Włókniki wątroby są bardzo rzadkie i często ulegają zwapnieniu. Naczynia mianowicie gałązki żyły wrotnej często zatkaue bywają włóknikowemi skrzepami.

Zwyrodnienie mączkowate wątroby nie występuje ani w następstwie przymiotu, ani w skutek nadmiernego używania przetworów rżeci, gdyż często przytrafia się gdy oba te momenta mogą być zupełnie wykluczonymi. Zawsze jest ono objawem charłactwa i wycieńczenia.

Wątroba przy wyżej nadmienionych cierpieniach może uleść zniekształtnieniu i powiększeniu, tak że może sięgać aż poniżej pępka.

Chory doznaje zazwyczaj uczucia ciężenia, które wzrasta jeszcze przy obmacywaniu i naciskaniu. Bóle w ramionach występują dość rzadko. Wodna puchlina brzucha jest objawem niestałym choroby wątroby; najczęściej jest oznaką rozlanego zapalenia wątroby, które może zakończyć się wyzdrowieniem.

Żółtaczkę spostrzega się w dwóch wypadkach:

Raz w skutek bliznowatego skurczenia się, które zamyka światło przewodów żółciowych.

Drugi raz w skutek obrzmienia gruczołów chłonniczych (F r e r i c h s).

Krwotoki z rozmaitych narzędzi spostrzegają się bardzo rzadko. Trawienie bywa zwykle upośledzonym. Wzdęcie kiszek zazwyczaj bywa dość znaczne.

Rozszerzenie żył na brzuchu spostrzega się tylko wtedy, gdy będzie ucisniętą żyła wrotna.

Przebieg choroby jest powolny.

Rozpoznanie wynika *ex antecedentibus et juvantibus*. Terapia polega na użyciu rtęci, a częściej jeszcze jodku potasu, przy pomocy którego nie raz możemy w zupełności pokonać *hepatitidem gummosam*, gdy tymczasem przy *hepatitis diffusa* terapia najczęściej okazuje się bezskuteczną.

Sch w i m m e r (*Ein Fall von Enteritis syphilitica, nebst Bemerkungen ueber diese seltene Krankheitsform. Arch. f. Derm. und Syphil.*) opisuje następujący ciekawy wypadek *Enteritidis syphiliticae* u dziecka 6 tygodniowego, tym ciekawszy, że choroba była rozpoznana za życia jeszcze i że przy odpowiednim leczeniu zakończyła się wyzdrowieniem.

Dziecko dobrze rozwinięte 6 tygodniowe na całym ciele przedstawiało plamistą wysepkę przymiotową, która w ciągu 3 tygodni przy odpowiednim swoistem leczeniu ustąpiła w zupełności. Dziecię pozornie było zdrowe do 5 miesiąca. W tym czasie zapadło na niezbyt kiszek powikłany częstymi wymiotami, które to cierpienie nie ustępowało pomimo użytych odpowiednich środków.

Po 4 tygodniowym trwaniu objawów niezżytych ze strony kiszek wymioty zaczęły występować częściej (6—8 razy na dobę), przy czym chore dziecko znacznie opadło ze sił i przedstawiało wyraźne znaki wycieńczenia. Próba zastąpienia mleka mamki przez sztuczne pożywienie okazała się bezskuteczną. Po dwumiesięcznym trwaniu niezżytu na skórze wystąpiły pojedyncze czerwono zabarwione guziczki wielkości bobu, które następnie przeszły w owrzodzenie, dalej na wargach wstydliwych i w fałdach pachwinowych pokazały się grudki wilgotne. Zastosowano leczenie rtęciowe antisyfilityczne (Maść z precipitatu, kąpiele sublimatowe, jodek rtęci po $\frac{1}{12}$ gr. 2 razy dziennie). Skutek był niesłychanie pomyślny, owrzodzenia na skórze zablizniły się, grudki ustąpiły i cierpienie żołądka i kiszek opierające się dotąd wszelkiemu leczeniu w ciągu 4 tygodni ustąpiło w zupełności. Choroba konstytucjonalna pochodziła z ojca, u matki nie można było wykryć ani śladu zarażenia.

L a u c o r e a u x (*Des affection syphilitiques de l'appareil circulatoire Arch. général. de med. Jouillet.*) opisuje cierpienie przymiotowe w narządach krążenia, mianowicie *myocarditis i arteritis syphilitica*.

Zmiany patologiczne w sercu właściwe przymiotowi bywają rozlane lub ograniczone. *Myocarditis syphilitica* od *reumatica* odróżnia się tym, że w tej ostatniej zmiany chorobne stale umiejscawiają się

w otworach i zastawkach. Przy zatruciu wyskokiem na podstawie serca znajdujemy grubą warstwę tłuszczu, sam zaś mięsień sercowy jest żółtawym i tłuszczowo przeistoczony. *Myocarditis gummosa* tak bardzo różni się od cierpień nieprzymiotowych serca, że z całą słusnością możemy utrzymywać, że nosi na sobie niezaprzeczalne piętno specyficzności. Owrzodzenia przytrafiają się najczęściej na ścianach jam sercowych. Zastawki i otwory pozostają po większej części prawidłowemi.

Złogi przymiotowe w sercu miękną powoli i gdy nie zostaną wessane przechodzą w owrzodzenia, dalej dostawanie się drobinowego rozpadu do jam serca sprowadzać może zatory w rozmaitych narzędziach. Rozpoznanie przymiotowych zmian w sercu opiera się na rozpoznaniu przymiotu, gdyż takowe nie cechują się żadnemi patognomicznymi funkcjonalnemi zaburzeniami.

Arteritis syphilitica zajmuje przeważnie tętnice szyjowe i mózgowe, jednakże może także zajmować aortę i tętnicę płucną. Jedna lub kilka tętnic, czasami dwie symetryczne w miejscu ograniczonym okazują się wtedy zgrubiałemi. Naczynie cierpiące okazuje się zwężonym w swem świetle, co prowadzi do jego zatkania, w skutek czego występują znów zwykle zmiany w odpowiednich narzędziach lub też tworzy się tętniak ze wszystkiemi jego następstwami. Rokowanie nie zależy wyłącznie od przymiotu, lecz od siedliska cierpienia i od ważności narzędzi następczo zajętych. Leczenie jako formy trzeciorzędowej polega na użyciu jodku potasu.

Na związek między przymiotem i cierpieniami umysłowemi i nerwowemi wielokrotnie już zwracano uwagę, chociaż dotąd kwestya ta nie została jeszcze w zupełności wyjaśnioną. Simon (*Zur Casuistik der cerebralen Syphilis. Arch. f. Dermat. u. Syphil.*) z pewnem zdziwieniem wyraża swoje zdanie, że więcej jak przy 700 rozczłonkowaniach zwłok, po największej części dokonywanych przez siebie samego w Hamburgskim szpitalu, ani razu nie spotkał się z ziarninakiem w mózgu i wątrobie, chociaż po między zmarłemi było bardzo wiele dawniejszych dziewcząt publicznych, u których często na skórze i podniebieniu dawały się odkryć ślady przebytego przymiotu. Sądzi zatem, że pewna część *pachimeningitis*, *leptomeningitis*, *encephalomalaciae* i żółtego stwardnienia przy istniejących innych objawach przymiotu można bardzo słusznie zaliczyć do zboczeń natury przymiotowej, szczególnież gdy kliniczne spostrzeżenia wykazują przymiotową naturę cierpienia mózgowego.

Autor dalej odnoszące się tutaj choroby dzieli na A. przewlekłe i B. ostre zbroczenia umysłowe, spoczywające na tle przymiotu.

Pod literą A. Simon podaje 6 historii chorób.

1) Żonaty kupiec zaraził się w podróży, w rok ze zdrową żoną spłodził dziecko, które urodziło się pokryte wysypką, dziecko zmarło w kilka dni. Od tego czasu żona jego kilka razy roniła. Chory doświadczał często bólu głowy. później rozwinęła się *iritis syphilitica*, a następnie *tophus* w okolicy skroniowej prawej. Władze umysłowe coraz bardziej słabły, u chorego pojawiły się konwulsje i w pośród jednego takiego napadu zmarł. Sekcya wykazała: *pachymeningitis*, ziarniniak w okolicy skroniowej prawej mózgu, 3 małe ziarniniaki w przednim płacie mózgu, ziarniniak w wątrobie.

2) Po przebytych przymiocie przed 1½ rokiem silne bóle głowy występujące napadami. Poprawa po używaniu jodku potasu w ciągu 8 miesięcy; następnie napady padaczki i śmierć. Sekcya wykazała ziarniniak w lewym średnim płacie mózgu.

3) Zwolna rozwijające się osłabienie władz umysłowych, żółtaczka, ból głowy. Sekcya: *pachymeningitis interna*, zanik mózgu, ograniczone zrasty błony twardej, pajęczej i mózgu z wytworzeniem tkanki bliznowatej, szczególnie w prawej połowie mózgu. Bąblowce w wątrobie i górnej połowie śledziony.

4) Ziarniniaki znajdujące się w rozpadzie na tylnej ścianie gardzieli, po części także na tylnych łukach podniebienia, melancholia, zniechęcenie umysłowe, samobójstwo. Sekcya: *pachymeningitis externa gummosa* w okolicy lewej kości ciemieniowej, od wewnątrz *pachymeningitis haemorrhagica*.

5) Osłabienie władz umysłowych, porażenie z prawej strony, napady w rodzaju apopleksji; przykurczenie w członkach porażonych; odleżyny. Sekcya: kostniaki na wewnętrznej powierzchni czaszki; błona twarda zrosnięta z lewą półkółką mózgu; ogniska rozmiękzone w skutek zatoru tętnicy Sylwiusza; liczne ziarniniaki w wątrobie i nerkach; zastawka dwudzielna w przeistoczeniu ateromatycznym.

6) Ból głowy, zawroty, porażenie górnej i dolnej kończyny z prawej strony (*frictions*, *Toeplitz*, *Akwisgran*), niezupełne porażenie całej lewej połowy ciała: kilkakrotne napady w rodzaju padaczki; zaburzenia w mowie i osłabienie pamięci. Śmierć po 4 latach. Sekcya: zanik mózgu; ogniska rozmiękzone we wzgórkach wzrokowych i w móście; zatory w obu tętnicach kręgowych, lewa zupełnie zatkana.

B. Ostre zбочenia umysłowe na tle przymiotu.

Simon jest zdania, że tak samo jak w układzie nerwowym obwodowym powstają zaburzenia funkcyonalne pod wpływem przymiotu, tak samo i w mózgu mogą występować więcej ostre zaburzenia, na które zwrócił uwagę Zeissli i zaliczył je do form trzeciorzędowych „w niektórych wypadkach przymiotowego szaleństwa dawało się spostrzegać na czaszce płasko-wypukłe zgrubienia kostne i prawdopodobnie takie same zgrubienia miały miejsce i na powierzchni wewnętrznej zwróconej do mózgu“.

W dopełnieniu powyższego zdania Simon przytacza wypadek, gdzie przez długi czas trwały mocne bóle kostne, następnie na czaszce rozwinęły się chęłboczące guzy, po czym nagle wystąpiła ostra mania; wszystkie te objawy ustąpiły po użyciu jodku potasu. „Poprawa w objawach psychicznych występująca równocześnie z wessaniem guzów, dowodzi obecności ziarniniaków na wewnętrznej powierzchni czaszki, będących przyczyną obłąkania.“

Przedstawwszy w krótkości literaturę chorób przymiotowych mózgu i jego błon, Lancereaux (*De la meningite et de l'encephalite syphilitiques. Gaz. hebdom. de med. et de chir.*) kreśli następnie obraz *meningitis* i *encephalitis syphilitica*, z opisu tego zasługuje na przytoczenie.

Meningitis syphilitica. Z pomiędzy osłon mózgowych pod wpływem przymiotu najczęściej ulega zapaleniu błona twarda. Zapalenie to występuje w dwóch formach, jako zapalenie rozlane odpowiadające przewlekłej *pachymeningitis* i jako ograniczone odpowiadające nowotworom ziarninowym. Niekiedy obie te formy występują jednocześnie i gdy błony miękkie, lub mózg lub kości biorą mały jeszcze udział w sprawie przymiotowej, w takim razie błonę twardą znajdujemy przyrośniętą do części przyległych za pomocą zrostów barwy żółtawej.

Nowotwory przymiotowe błony twardej mają swoje siedlisko między obu blaszkami tej błony, wystając na powierzchnię na jednej z nich. Są one okrągławe lub spłaszczone i składają się na swym obwodzie z tkanki zbitiej, szarzej, w środku zaś z masy miękkiej żółtawej. Zazwyczaj przytrafiają się one na wypukłości półkól, w pobliżu 3 przedniego zakrętu i na przebiegu *fossae basilaris*.

Objawy *meningitidis syphiliticae*. Silny ból głowy, któremu często towarzyszy zawrót, napady padaczki, rzadziej bezwład połowiczny; przy zajęciu mózżdu wymioty, światłowstręt lub zez. Bezwład i przykurczenia występują rzadko. Bezwład jest prawie zawsze po-

łowicznym, przyczyną jego jest rozmięczenie. Często bardzo nagle występuje bezprzytomność z konwulsjami lub bez takowych, osłabienie pamięci. Padaczka wywołana przymiotem odróżnia się od padaczki zwykłej szybkim występowaniem napadów jednego po drugim, w przerwach których występuje śpiączka, dalej odróżnia się niezupełną utratą przytomności i niekiedy występującym po napadzie po łowicznym bezwładem. Niekiedy drgawkom ulega tylko pewna mała liczba mięśni i mięśnie te zazwyczaj leżą po jednej stronie ciała. Co się tyczy rozpoznania, oprócz tego co się powyżej powiedziało, zasługują na uwagę jedna jeszcze okoliczność, że bóle głowy bywają silniejszymi w nocy.

II. *Encephalitis syphilitica*. Oprócz wątroby przymiot bardzo często umiejscowia się w mózgu. W mózgu przymiotowe zapalenie występuje również w 2 formach, w postaci rozlanej i ograniczonej. *Encephalitis diffusa* natury przymiotowej występuje pod postacią stwardnienia lub rozmięczenia mózgu. Przymiot może wywołać ogniska stwardniałe w mózgu, składające się z jąder, komórek i kropelek tłuszczu w tkaniu nerwowym. Ogniska te okazują wielką skłonność do przejścia w przerodzenie tłuszczowe. Z tą zmianą połączony jest pewien stopień rozmięczenia. Częściej występuje i lepiej jest poznane ograniczone zapalenie (*enceph. circumscripta s. gummosa*), które również prowadzi do stłuszczenia. Częstośćokroć znajdujemy jednakże i skredowacenie. Niekiedy ogniska, takie ulegają wessaniu ustępując miejsca torbieli.

Objawy. Przymiotowe zapalenie mózgu albo występuje pod postacią porażenia, albo choroby umysłowej, albo wreszcie pod formą najrozmaitszego rodzaju zboczeń w czuciu i ruchu. Ból głowy w tej chorobie jest bardzo silny, uporczywy występujący po nocach i ustępujący bardzo szybko przy specyficznem leczeniu. Bezsenność jest bardzo częstym i ważnym objawem. Bezwład zależący od przymiotu cechuje się wielką nieprawidłowością w swem rozszerzeniu. Bezwład połowiczny nie występuje od razu. Napady padaczki występują bez żadnych objawów zapowiadających (*aura*), konwulsji lub bezprzytomności. Często poprzedza je silny ból głowy. Naturalnie inne ważne objawy ze strony innych narządzi ułatwiają ostatecznie rozpoznanie.

IV. Terapia przymiotu.

Aby połączyć specyficzne działanie rtęci w przymiocie, również ze specyficznym działaniem chloranu potażu w zapaleniach gardła, *Crequy* (*De l'emploi de pastilles composées de protojodure d'hydrargyre et de chlorate de potasse dans la syphilis. Gaz. med. de Paris.*) wpadł na myśl zadawania obu tych leków w połączeniu, mianowicie w pastylkach podług następującego przepisu: *Rp. Kali chlorici grm. 4, Protojodur. Hydrarg. grm. 1, Ol. Ment. q. s. form. pastill. 20.* Chorzy, którzy w innych warunkach nie mogli znosić 5 centigr. jodku rtęci bez wystąpienia groźnych przypadłości ze strony jamy ust, znosili ten przetwór w ilości decygrama bez żadnego prawie cierpienia ze strony dziąseł. Pastylki te szczególniejszą są wskazane przy przymiocie umiejscowionym w jamie ust.

Hansen (*Einiges ueber die Anwendung subcutaner Sublimatinjectionen bei Syphilis. Dorpat. med. Zeitschr.*) opiera swoje spostrzeżenia na 65 wypadkach, w których przecięciowo otrzymywał wyleczenie w ciągu 26 dni po 22 wstrzyknięciach sublimatu w ilości ogólniej $4\frac{3}{10}$ gr.; rezultat ten w stosunku do doświadczeń *Levi* na jest mniej pomyślnym, ostatni ten bowiem autor otrzymywał wyleczenie przecięciowo po $2\frac{1}{2}$ gr.

Zastrzykiwanie sublimatu z dodatkiem morfiny zasługuje na pierwszeństwo przed zastrzykiwaniem samego sublimatu.

Leczenie takie szczególniejszą okazuje się pomyślnie przy powrotach choroby, występujących po uprzednim stosowaniu przetworów rtęci do wewnątrz lub po wcieraniach szaruchy.

Zastrzykiwania można już rozpoczynać wtedy, gdy co do natury wrzodu zostaje pewna jeszcze wątpliwość, przy czem autor podziela w tym względzie poglądy *Bidenca* i *Köbnera*.

Co się tyczy zachowania ciepłoty, takowa podnosi się tylko z początku przy zastrzykiwaniach samego sublimatu do $38\ 5^{\circ}$ — 39° C, przy dodaniu zaś morfiny do $38,3^{\circ}$ C., później ciepłota pomimo dalszego zastrzykiwania pozostaje prawidłową. Przy zastrzykiwaniach dokonywanych dwukrotnie w ciągu dnia podniesienie ciepłoty jest znaczniejszem i trwa dłużej.

Gdy kuraacy *Dzondiego* lub wcieranie szaruchy poprzedziło zastrzykiwanie, w takim razie ciepłota nie podnosi się wcale. Gorączka ta nie może być uważaną za następstwo miejscowego po-

drażnienia, gdyż występuje ono przez pewien tylko czas i dodatek, morfiny, przy którym wcale nie bywa zapalenia, pomimo to sprowadza również gorączkę.

To energiczne działanie sublimatu w porównaniu z innymi rodzajami kuracyi rțeciowej na sprawę przymiotomą wywołuje w całym ustroju za pośrednictwem krwi ważny przewrót, którego następstwem jest właśnie podniesienie ciepłoty ciała. Gdy ciepłota ciała nie podnosi się w takim razie dalsze stosowanie zastrzykiwań jest zupełnie bezużytecznem.

V. Rzerzączka.

Lorrey (*De l'emploi des bougies medicamenteuses dans le traitement de la blennorrhagie Annales de dermat. et de syph.*) w ciągu roku leczył u 80 chorych rzerzączkę (w 60 wypadkach ostrą w 20 przewlekłą) świeczkami lekarskimi według metody podanej przez Reynala. Metodę tę szczególniej zachwala w rzerzączkach przewlekłych, przy którem to postępowaniu wszyscy chorzy zostali uleczeni; w wypadkach ostrych rezultat nie był tak wybitnym.

Świeczki Reynala składają się z gummy i kleju rybiego i bywają posypywane siarczanem cynku lub makowcem, belladonną i garbnikiem. W pierwszym okresie ostrój rzerzączki używanym bywa makowiec w celu zapobieżenia naprężaniu się członka i bolesnemu oddawaniu moczu, w drugim okresie zaleca się cynk z beladonną. Przy przewlekłych rzerzączkach przocięciowo dziewięciokrotne wprowadzenie świeczek zazwyczaj wystarcza do uleczenia choroby; świeczki użyte w takich razach składały się z siarczanu cynku i beladonny.

Forster (*The treatment of gonorrhoea by local remedies only; with complicated cases se treated. Medic. Times and Gaz.*) w rzerzączce niezmiernie zachwala wstrzykiwania. Rzeczą jest obojętną, jaki środek będzie zastrzykiwanym; roztwór tylko powinien być łagodnym, np. siarczan cynku 1—2 gr. na 1 unc. Metoda ta niesłusznie tylko jest dyskredytowaną przez używanie zbyt mocnych i drażniących roztworów.

Wilders (*On the treatment of gleet by insufflation of astrigent remedies. The Lancet. June*) przy leczeniu przewlekłych rzerzączek zaleca wdmuchiwanie ciał delikatnie sproszkowanych jak alunu garbniku, siarczanu cynku, jodu zmieszanych w rozmaitym stosunku

z cukrem mlecznym, węglem drzewnym, lycopodium. Ałun i garbnik przekłada nad inne środki. Rezultat jest zawsze pomyślny. Rysunek wdmuchiawca, jakiego używał autor, podany jest w tekście.

Sée (*Note sur l'emploi du silicate de soude dans quelques affections vénériennes. Annal. de dermat. et de syphil.*) z pomyślnym skutkiem wstrzykiwał przy rzerzaczce i przy zapalnej stulejce (*phimosi*) krzemian sody. W tym celu używał roztworu 1—3: 100 wody, który to roztwór wstrzykiwał 3 razy dziennie.

VI. Przymiot dziedziczny.

Charrin (*Note sur un cas d'alteration du tissu osseux chez un nouveau-né syphilitique avec pseudoparalysie du membre supérieur gauche. Gaz. med. de Paris*) nauczony badaniami Parrota przekonał się, że porażenia przytrafiające się u noworodków po większej części dają się odnieść do chorób układu kostnego, mających swoje siedlisko w miejscu połączenia trzonu z końcami stawowemi i że najwyższy stopień tej choroby stanowi zupełne odłuszczenie końców stawowych. Jako przykład przytacza następujący wypadek.

Ciężarna lat 23 w d. 14 Lutego 1873 r. została przyjęta do instytutu położniczego. Całe ciało pokryte było grudkami przymiotowemi, w około odbytu znajdowały się lepiej. Przymiot dawał się odnieść do początków ciąży. Rozwiązanie nastąpiło o 3 tygodnie wcześniżej. Noworodek nie przedstawiał żadnych objawów charłactwa lub choroby. W pierwszych jednakże zaraz dniach wystąpiła sępka, 10 dnia ropne zapalenie oczów. W początkach Marca, gdy dziecko miało około 2 tygodni, wystąpiła u niego grudkowata wysypka.

Ani około odbytu, ani około ust nie zauważano lepiej. 23 Marca lewa górna kończyna okazała się być porażoną. Dziecko za każdym razem zdawało się cierpieć, gdy zmuszano je do poruszania się. Łokcie były obrzmiałe, skóra nad nimi prawidłowa, w innych stawach nie znaleziono żadnych zmian. 27 Marca dziecko zmarło w skutek zapalenia płuc.

Przy rozczłonkowaniu zwłok okazało się, że układ nerwowy, a nawet nerwy lewej górnej kończyny nie okazywały żadnych zmian, tak samo nie znaleziono nic nieprawidłowego w sercu i grasicy.

Płuca przedstawiały obraz zrazikowatego zapalenia płuc. Wątroba była mocno czerwona, zrazowato podzielona, śledziona powiększona, na powłoce śledziony spostrzegało się włóknisto-chrzastkową plamę. Nerki niedokrwiste. W rowkach nosowych wysypka w rodzaju strupienia (*impetigo*). Żadnych owrzodzeń na błonie słuzowej.

Staw łokciowy po stronie porażonej był nieco obrzmiały, tkanki przykostne nasiąknięte zieloną gęstą ropą, torebka stawowa i chrząstki niezmienione; górny koniec stawowy ramienia był odkuszczony i utrzymywał się w związku z trzonem tylko za pomocą okostnej, tkanka kostna zbita okazywała się blaszkowatą, gąbczasta zaś miała barwę szaro żółtawą, cała kość była bardziej krucha; najwyższy stopień tych zmian spostrzegał się na granicy między trzonem i końcem stawowym.

W związku z powyższem spostrzeżeniem Ch. kładzie szczególny nacisk na tę okoliczność, że przytrafiają się znów wypadki wrodzonego przymiotu, w których pomimo obecnej wysypki na skórze i sapki, nie można wykryć żadnych zmian w kościach.

Taylor (*The syphilitic lesions of the bones of the hands in young children* Dr. Brown — *Sequards Archives of scientif. and pract med.*) opisuje dwa wypadki umiejscowienia się przymiotu w kościach. Jeden wypadek odnosił się do 6 miesięcznego dziecka, którego ojciec znajdował się w pierwszym roku drugiego peryodu przymiotu. W pierwszym miesiącu u dziecka pojawiła się różyczka, po jej ustąpieniu pojawiła się wysypka grudkowata. W 6-tym tygodniu u dziecka tego obrzmiał pierwszy członek u wskaziciela prawej ręki, bez wszelkiego uczucia bólu. W 1½ miesiąca po pojawieniu się tego cierpienia w miejscu obrzmienia dokonano przecięcia, następstwem którego było owrzodzenie o dnie nieczystym. Po 6 miesiącach dopiero, gdy wszelkie leczenie okazało się bezskutecznem, osiągnięto zabliznienie przy kuracyi specyficznój rtęcią w połowie z kredą. Matka leczoną była jodkiem rtęci.

Drugi wypadek odnosił się do dziecka 4 lat i 4 miesiące liczącego, które na twarzy i ramionach miało wysypkę grudkowatą. U dziecka tego występowały nocami bardzo dokuczliwe bóle kostne. Ból ten był najdotkliwszym w dolnym końcu prawej kości promieniowej, w górnym końcu lewej kości łokciowej i w kości śródreęcznej palca wskaziciela u prawej ręki; odpowiednio do ostatniego tego punktu bolesnego wystąpiło obrzmienie na prawej dłoni. Wszystkie te objawy ustąpiły przy kuracyi specyficznój.

Parrot (*Deux cas de syphilis héréditaire avec lésions osseuses. Gaz. méd. de Paris*) również opisuje 2 wypadki cierpienia kości w skutek dziedzicznego przymiotu. W jednym wypadku dziecko 55 dni mające, miało łepieże wyniosłe na ustach, brodzie i policzkach, na dolnych kończynach spostrzegano się wysypka grudkowato-pęcherzykowa. Śmierć nastąpiła w skutek zapalenia płuc. Badanie zwłok wykazało, że kość ramieniowa w dolnym swym końcu była rozmięczona i posiadała barwę różowo-czerwoną; stara bardziej zbita kość pokryta była powłoką z nowoutworzonej kości gąbczastej na 1 milimetr grubiej, z przodu przestrzeń między starą i nowowytworzoną kością wypełniał szpik. Staw ramieniowy zawierał nieznaczna ilość zielonej ropy. Chrząstki stawowe nasiąknięte były żółtawą ropą. Trzon z przodu na węższej przestrzeni, a z tyłu na szerszej pokryty był nowowytworzoną tkanką kostną.

Drugi wypadek odnosił się do chłopca 11 tygodniowego. Błona śluzowa miękkiego podniebienia w tym wypadku była powierzchownie owrzodzona. Powyżej i poniżej dołka kolanowego znajdowały się łepieże. Badanie zwłok w 48 godzin po śmierci dokonane wykazało co następuje: Kość czołowa na przestrzeni kolistej o średnicy 16 milimetrów okazuje się zużyta i zastąpiona w tem miejscu przez przeświecającą włóknistą zbitą tkankę łączną. Lewa kość ramieniowa na granicy między końcem stawowym a trzonem przedstawia się chrząstkowatą o nieregularnych zarysach, po wyżej znajdujemy tkankę galaretowato przerodzoną, a na samym końcu tkankę gąbczastą. Objętość kości w stosunku do kości ramieniowej prawej jest powiększoną, zewnętrzna powłoka jest zbita barwy niebieskawo-żółtawej, układ jej włóknisty, włókna mają kierunek prostopadły względem osi. Górna trzecia część kości udowej była niezmienną, w dolnej części okostna ściśle zrosnięta z samą kością, tak że przy jej odluszczeniu pozostawały na niej cząstki kości, dolna chrząstka stawowa miała barwę błękitną, konsystencya miękka, od granicy kostnienia przebiegały czerwone prążki, w miejscu przejścia w kość okazywała się mocno rozmięczoną. Koniec stawowy otoczony był licznymi narostami kostnymi złożonymi z tkanki gąbczastej.

Z badania mikroskopowego okazało się, że w szpiku nie dostawało wielkich komórek tłuszczowych. Komórki szpiku występowały pod postacią małych ziarninowych komórek. W miejscach najbardziej miękkich włókna znajdowały się w nieznacznej ilości, jądra w tem miejscu były mniejsze, okrągłe.

Resumé. Zmiany w kościach najczęściej przytrafiają się w kościach ramieniowych i przedramieniowych, w kościach udowych i goleniowych. Zdarza się, że rzeczonyj sprawie ulega przeważnie jedna tylko ze wspomnianych kości. Odnosi się to szczególnie do tych kości, które już fizyologicznie są siedliskiem bardzo czynnego wzrostu. Sprawa chorobna objawia się zazwyczaj nadmiernym i nieprawidłowym wzrostem tkanki kostnej na obwodzie, wytworzeniem nowych ognisk szpiku w starzej kości, przez co kość w bliskości końców staje się nadmiernie kruchą. Krzywicę (*rachitis*) autor jest skłonny uważać za przymiot dziedziczny. Dodać jednakże należy, że tutaj obrzmienie kośćców stawowych i skrzywienie trzonów są najwybitniejszymi zmianami, które znów nie przytrafiają się przy powyżej opisanych zmianach kości natury przymiotowej. Przy krzywicy odwapnia się tkanka kostna już wytworzona, nowo zaś utworzona tkanka kostna nie zawiera sobie wcale soli wapiennych. Przy przymiocie dziedzicznym odwapnienie i wytworzenie się szpiku jest sprawą mniej czynną i zawsze bardzo ograniczoną. W ogóle wszędzie gdzie kość zwykła rosnąć, wytwarza się nowa tkanka kostna. Z tego powodu autor sądzi, że obie te sprawy nie są jednakowemi, lecz jednakowoż są bardzo do siebie zbliżonemi i że różnica pomiędzy niemi leży tylko w stopniu natężenia samej sprawy chorobnej.

E i s e n s c h ü t z (*Das latente Stadium der hereditären Syphilis. Wien. med. Wochenschr.*) zastanawia się nad długością peryodu utajenia przymiotu dziedzicznego, wykazując przytem na każdym kroku dokładną znajomość przedmiotu na tem polu.

Najprzód w kwestyi czy ojciec lub matka są przyczyną zarażenia płodu, w tym względzie autor podziela zdanie Oewres'a i Sturges'a, że zarażenie w macicy wtedy tylko jest możliwem, gdy matka uległa przymiotowi.

Najdłuższy czas utajenia wynosi od 6 do 12 tygodni. Zdanie, że przymiot dziedziczny lata całe może być utajonym, należy przyjmować z wielką ostrożnością.

Dla lekarza jest rzeczą bardzo ważną, gdy w razie podejrzenia, że choroba jest przymiotem dziedzicznym, gdy z całą dokładnością wyegzaminuje rodziców.

Co się tyczy dzieci, znajdujących się w okresie przymiotu utajonego, u takich stan odżywienia bywa bardzo różnym. W niektórych wypadkach odżywianie jest bardzo złe, waga ciała bywa niższą od wagi prawidłowej i zdarza się częstokroć że niedoświadczeni lekarze stan takich dzieci bardzo często podciągają pod kategorię „de-

bilitas vitae“. U takich dzieci śmierć następuje bardzo wczesnie. U innych znów dzieci odżywianie bywa dobrem, waga jest prawidłową a niekiedy nawet i wyższą. Skóra ich jednakże jest bladą z odzieniem żółtawym, są apatyczne i mało okazują życia, krzyczą wiele, są niespokojne i bardzo często nocie spędzają bezsennie. Często dostają niestrawności i bóleści bez żadnego wyraźnego powodu. Niespokojność ta w pewnej części zależy od właściwego ogólnego zakażenia, głównie jednakże zależy się zdaje od towarzyszącej sapki. Sapka ta objawia się tem zazwyczaj, że dzieci takie nie mogą ssać swobodnie i w czasie ssania często porzucają brodawkę, gdyż z powodu zatkania nosa oddech u nich jest utrudnionym. Z tego też powodu dzieci takie śpią z otwartymi ustami.

Daléj następnym znakiem utajonego przymiotu jest obrzmienie śledziony, obrzmienie to łatwiej jest wykryć przez obmacywanie jak przez opukiwanie, gdyż z powodu znacznieszego rozdęcia żołądka i kiszek opukiwanie często daje rezultat ujemny.

Na obrzmienie gruczołów nie należy zwracać uwagi, gdyż w tym okresie takowego jeszcze nie bywa, nawet po wystąpieniu wysypki takowe obrzmiewają tylko w skutek następczego podrażnienia.

Co się tyczy leczenia, w tym względzie autor radzi nie ociągać się z niem, aż do wystąpienia pewnych znaków, lecz radzi rozpocząć już leczenie przy uzasadnionem podejrzeniu, gdyż kuracya rてciowa zastosowana odpowiednio do wieku dzieci okazuje się dla takowych zupełnie nieszkodliwą.

Główną uwagę skierować należy na naturalne odżywianie dziecka, gdyż przy żywieniu sztuczném utrzymać je przy życiu bardzo trudno.

Leczenie utajonego dziedzicznego przymiotu nie różni się w niczem od leczenia choroby objawionéj. Najgłówniejszym środkiem zdaje się być doskonale przez dzieci znoszony kalomel. Przy wcieraniu szaruchy należy zachowywać nadzwyczajną czystość. Przy sapce wskazano jest częste oczyszczanie nosa i maść z czorwonego precipitatu. Jeżeli nos jest mocno zatkany wydzielinami, należy środkami mechanicznemi wzbudzać kichanie, by tym sposobem ułatwić wydalenie nagromadzonéj wydzieliny.

CHOROBY WYSYPKOWE OSTRE.

Sprawozdawca Dr. Fabian (z Suchedniowa).

I. Wysypki ostre w ogólności.

W tegorocznym „Roczniku chorób dziecińczych“, rozbiera Monti (cfr. Przegl. 1872.) zmiany na błonach śluzowych właściwe płonicy. I tak: 1) Gardziel przyjmuje udział w różnym rodzaju, którego nateżenie jest niewspółbieżne z siłą samej (różnica od odry) sprawy wysypkowej, zależy ono od charakteru samej epidemii; te cierpienia gardzieli są: a) zapalenie gardła płonicowe proste (*Angina scarl. simplex*), tego cierpienia nie brak przy płonicy nigdy, ogranicza się zawsze tylko do samego gardła, rozpoczyna się mniej więcej silnym, jednostajnym zaczerwienieniem w środku gardzieli, ogranicza się niekiedy do łuków podniebiennych przednich i migdałów, nigdy zaś nie zajmuje samej ściany tylnej, która przeciwnie może być wolna od zaczerwienienia zajmującego podniebienie, migdały i łuki. Obrzmienie błony śluzowej zrazu niewielkie. Ta czerwoność zwiastunna odznacza się swemi ostro odgraniczonymi zarysami, po 12—24 godzinach wzmaga się, staje się drobno kropkowaną i wybuchają wysypki wielkości główki szpilki, występujące ponad błoną śluzową na 6—12 godzin przed wystąpieniem wysypki skórnej. Po 12—24 godzinach przed albo współcześnie z wybuchem wysypki skórnej zajęcie błony śluzowej znika. Niekiedy natomiast występują drobnutkie pęcherzyki, które na podniebieniu zasychają, a na migdałkach mętnieją, dając powód do zmieszania z błonką. b) Proste zapalenie płonicowe złośliwe (*Angina scarlatiosa maligna*), mięszone zapalenie migdałów i otaczającej tkanki (16 razy na 105 wypadków płonicy) w połączeniu z innymi ciężkimi objawami zwiastunnymi. Migdałki brzmieją, stają się ciemno, często sinawo czerwone, silne utrudnienie połknięcia i zaduszenie; potem na podniebieniu i tylnej ścianie gardła występuje drobno kropkowana odgraniczona sina czerwoność z szybko przystępującym obrzękiem, ślinianki przyuszne i podżuchwowe brzmieją i przechodzą w ropienie lub zgorzel; podobny los spotyka i migdały. Po takiej zgorzeli zawsze następowała śmierć. c) Zapalenie gardła błonicowe (*Angina diphtheritica*) (31 razy na 105) zwykle nie przechodzi na krtań, ani też nie zostawia po sobie porażę; może być ono bądź ograniczoną błonką gardzielową (jeśli błonka

występuje oddzielnymi punktami mocno wokoło zaczerwienionemi na języczku lub podniebieniu, to bardzo stanowczo znamionuje płonicę), albo też rozlaną błonicą z wysoką gorączką, objawami durzycowemi, rozszerza się na nozdrza tylne i nos w ogóle, w nieszczęśliwych wypadkach zajmuje i krtań; przechodzi ona albo po 1 — 4 tygodni w zagojenie albo rozwija się błonica rozpadowa z posokowatym rozkładem wysięku ze smrodliwą wonią i pozostawieniem głębokich owrzodzeń.

2) Język w okresie zwiastunym ma okład biały na środku z końcem i brzegami silnie czerwonymi, razem z wysypką skórną czerwieni się zupełnie, przyczem brodawki jego brzmieją („*rothe*“ „*polirte*“ *Scharlachzunge*). W powikłanych wypadkach zasycha mocno, tworzą się na nim podłużne i poprzeczne szczeliny, stające się siedliskiem nacieczeń błoniczych.

3) Dziaśła, podniebienie twarde i błona śluzowa policzków zawsze przy płonicy zostają wolne.

4) Wargi nierzadko stają się siedliskiem błonicy w okresie łuszczenia się, często bez gorączki i zwykle przewłocznie.

5) Nos najczęściej wolny, a jeśli ulega cierpieniu to zwykle wtórnie przez rozszerzenie z gardzieli (co zawsze oznacza ciężkie wypadki); raz tylko M. widział już w okresie zwiastunym niezbyt błonicy nosa (*coryza diphtherica*).

6) Krtań. Nader rzadko cierpienie jest pierwotne poprzedzające na dni kilka wybuch płonicy, już to jako dławiec, już też jako właściwa błonica (*Monti. Studien über das Verhalten der Schleimhäute bei den acuten Exanthemen. Jahrb. f. Kinderheilk. 3 Heft*).

Trojano wski pomiędzy 260 dziećmi choremi na wysypki ostre spostrzegł 15, między 40 dorosłymi 3 razy recydywę płonicy; ze 180 dzieci 12, między 20 dorosłymi 2 razy recydywę odrzy. Ze względu przyczynowego ciekawym jest wypadek pewnej damy, która zapadła na recydywę płonicy po wdmuchnięciu jęj powietrza do trąbki Eustachyusza, przez lekarza chorego na zapalenie gardła płonice; bardzo licznie reprezentowane są recydywy, napadające osoby, które po przejściu wysypki przeniosły się w inne miejscowości, tak więc „jednorazowe przebycie choroby zaraźliwej zabezpiecza od wtórnego zakażenia tylko w epidemiach téj saméj okolicy“. Od tych recydyw odróżnia T. postać powrotną (*recurrens*), występującą w kilka tygodni (nie zaś jak przy wspomnianych recydywach po 1/2 roku—7 lat) po pierwszym napadzie i połączoną ze znacznem obrzmieniem śledziony. Takich powrotnych wypadków obserwował 8 płonicowych, 6 odrowych. Czas wolny między napadami przy płonicy od 7—17 przy odrze od 6—14 dni. Wysypka i cierpienie błony śluzowej drugie.

go napadu zawsze było niejako dopełnieniem pierwszego, t. j. dotyczyły tych części skóry lub błony śluzowej, które w pierwszym napadzie mniej były dotknięte, jeśli np. w 1-szym zapalenie gardła było silne, to w drugim było bardzo słabe i odwrotnie. Bardzo szybko w obu napadach brzmiała śledziona. Ciepłota najczęściej rano wyższa jak wieczorem, niekiedy bardzo znacznie, i 2—3 dnia osiąga już szczytu 41 — 42°. Badanie krwi wykazało, że w czasie napadów liczba białych ciałek krwi wzmagą się (1 : 6, 1 : 8 — 1 : 10 czerwonych), a w czasie między napadami wraca do normy. Okres powrotu do zdrowia bardzo długi. (Trojanowski, *Scharlach und Masern Recidive, und die Recurrensform von Scharlach und Masern Dorpat. med. Zeitschr. III Heft*).

Do ogłoszonych przez Fleischmanna (cfr. Przegl. 1872) wypadków powikłania ospy z płonicą, dodaje Simon 10 nowych powikłanych wypadków tego rodzaju i opisuje przytem cierpienie, zasadzające się na wystąpieniu, po wybuchnięciu wysypki ospowej, czerwonoci na całym ciele, do której przyłączają się prawie zawsze gorączka i zapalenie gardła. Tę czerwonocę S. zwie wysypką ospową wtórną (*Secundärer Pocken-Rash*) i podaje następujące jej różnice od prawdziwej płonicy: 1) Wypadki płonicy wikłającej ospę występowały zwykle 6—7 dnia wybuchu krost ospowych, wypadki wysypki wtórnej (w liczbie 13 spostrzegane) 10-go lub i później (tylko 4 razy 6—7 dnia). 2) Przebieg krzywizny oznaczającej ciepłotę, niekiedy przy tej wysypce wtórnej wcale nie ma gorączki, albo takowa trwa krótko (1—1½ dnia), albo wzrasta bardzo powoli, albo na szczycie gorączki nagłe jej opadnięcie albo przełom krytyczny. Przy wysypce wtórnej nie ma objawów wstępnych płonicy (drgawki, wymioty, upadek sił). 3) Tętno nie przewyższa 100 uderzeń w 1'. 4) Język nie ma wyglądu „płoniczego“. 5) Gardziel i migdały mocno czerwone, ale bez błonicowego nalotu. 6) Niema albo wcale złuszczenia skóry, albo otrąbkowate, nigdy płatowatego nie widział. 7) Zdrowienie szybkie bez chorób następczych. 8) Niezaraźliwość tej wysypki wtórnej. Wypadki prawdziwej płonicy w przebiegu ospy, wszystkie okazały płatowate złuszczenie, później obrzęki i puchlinę, białkococz; wszyscy dorośli wyzdrowieli, jedno dziecko umarło (ospa w ogóle była słaba, a płonica wybuchła już podczas jej zasychania) (Simon Th., *Ueber Scharlach und Scharlachähnliche Ausschläge „Secundärer Pocken-rash“ im Verlauf der Pocken. Arch. f. Dermatol. V. Hft. 1*).

Płonica i Różówka (*rubcola*).

W opisie kilku wypadków płonicowego zapalenia nerek podanych przez Henocha, znajdujemy niektóre fakty godne uwagi. W jednym wypadku był obrzęk, w moczu niema białka ani cylindrów; po 3 dniach napad uremiczny podczas którego moczociągami dobytą uryną okazuje wiele białka, i liczne cylindry ziarnkami tłuszczowymi usiane. Śmierć. Oględziny wykrywają wybitne mięszkowe zapalenie nerek. U trojga dzieci, u których mocz zawierał zaledwie ślady białka, występował po krzykach i miotaniu się silny białkomocz, u innego po środku czyszczącym rano mocz bezbiałkowy, wieczorem obficie białko zawiera. Raz znowu za życia nigdy nie było białka w moczu, po śmierci jednakże znaleziono zapalenie mięszkowe nerek. A więc przy płonicy zdarza się zapalenie nerek bez białkomoczu, czy i puchlina bez zapalenia nerek?

Podług H. częściowy obrzęk, zwłaszcza nóg, może wystąpić bez *nephritis* jako objaw osłabienia. Raz wstrzymanie moczu trwało siedm dni, napad uremiczny zabił chorego. Autor zwraca uwagę na stałość pewnych objawów sekcyjnych przy płonicy, jako to *bronchopneumonia*, tłuszczowe zwyrodnienie serca, zwłaszcza też prawego, obrzmienie strzępeków kiszkiowych i narządu chłonnego (Henoch, *Nephritis scarlatinosa. Berl. Klinische Wochenschr. N. 50*).

Wypadek nadzwyczaj szybkiego, niejako piorunującego przebiegu płonicy u 4-letniego chłopczyka podaje Swierzbieński z Elizawetgradu (Płonica w ciągu ośmnastu godzin zakończona śmiercią. *Gaz. Lek. T. XV. N. 2. 1873*). Podczas nagminnie panującej płonicy, w mieszkaniu, w którym dwoje dzieci tylko co przebyło tę wysypkę i jedno (starszy brat chorego dziecka) właśnie płonicą kwitnącą było dotknięte, nagle 4-letni Wł. K. zapada w ciężką śpiączkę z obniżeniem ciepłoty, twarzą zaczerwienioną, gruczołami podżuchwowymi obrzmiałymi i rozwołnieniem zielonem, cuchnącem. Język po brzegach i na końcu „malinowy“, podniebienie i połyk sino-czerwone ciemniej nakrapiane, takież barwy migdałki, złogów błonicowych nie ma. W 15 godzin czerwoność twarzy znika, całe ciało barwy ołowianej, moczu nie oddaje mały pacjent wcale, nos suchy, oddech bezwonny, tętno ledwie wyczuwalne. W 18 godzin od początku choroby śmierć.

Colting B. E. (*Rötheln. German Measles. Boston med. and surgical Journal. May.*) obserwował w Roxbury pod Bostonem w 1871 r. nagminnie panującą różówkę. Epidemia przyłączyła się

do płonicy i odry wówczas pauzującej, dotykała bez różnicy wieku osoby, nawet takie, które świeżo przebyły jedną ze wspomnianych wysypek; od płonicy różniła się słabem natężeniem objawów gardłanych, od odry brakiem zjawisk niezżytowych, od obudwóch wczesnym, bo już w pierwszych 24 godzinach choroby wybuchem wysypki, brakiem złuszczenia się skóry i długim (około trzech tygodniowym) okresem wylegania.

Ciekawym jest wypadek zboeczenia wzrokowego po płonicy bez białkomoczu ogłoszony przez Reuben et Vance (*The ophthalmoscopic appearances in a case of transient dimness of vision following scarlet fever, in which there was no albuminuria. Philadel. med. Journal.*) Chłopczyk jedenastoletni w okresie zdrowienia po płonicy nagle zali się na mgłę przed oczami i dostaje kilka minut trwających drgawek. W osm dni potem surowicze nacieczenie w siatkówce, zwłaszcza w prawem oku; tętnice zwężone, nitkowate, żyły mocno przekrwione, w okolicy plamki żółtej prawego oka liczne żółtawo-białe plamy; moczu bez białkowy; po dziesięciu dniach przy użyciu bromku litynu i ciepłych kąpiel, znaczna poprawa, po 1/2 roku siła widzenia normalna.

III. O s p a.

A. Stosunki epidemiologiczne.

Liczne w tym kierunku doniesienia i sprawozdania podajemy bibliograficznie tylko, z ważniejszych zaś wyciągamy ciekawsze fakty i wnioski. Wyliczymy więc co następuje:

- 1) Pogorzelski, Sprawozdanie z ospy 1872 r. w oddziale kobiet szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie Gaz. Lek. XIV, N. 24.—2) Korczyński, Sprawozdanie roczne z oddziału Szpitala Krakowskiego 1872. Przegląd lekarski N. 41.—3) Flinzer M. Mittheilungen etc. Die Blatternepidemie in Chemnitz und Umgegend 1870 u. 1871.—4) Siegel, Die Pockenepidemie 1871 im Umkreise von Leipzig. Arch. für Heilkunde 125.—5) v. Pastau, Beiträge zur Pockenstatistik in Breslau 1871/72. Deutsch. Arch. f. Klin. Medicin. XII.—6) Liévin A., Die Pocken Epidemie 1871 u. 1872 in Dapzig. Vierteljahr. f. öffentl. Gesundheitspf. Bd. V. H. 3.—7) M. Beyer Die Blatternepidemie in Regierungsbezirk Düsseldorf 1870—72. Amtsblatt der Königl. Regierung.—8) Blümlein, Eine Pocken epidemie in der Gemeinde Oedt. Vierteljahreschr. f. gerichtl. Medicin.—9) Scheby Buch, Ueber das Material des Hamburger Pockenhauses. Arch. f. Dermatologie IV u. V.—10) Cless G., Impfung und Pocken in Württemberg, Stuttgart 1871.—11) Klinger, Die Blattern epidemie 1871 und die Impfung in Bayern. Blätter f. gerichtl. Medicin Heft 2 i oddzielną broszurę Nürnberg 1872.—12) Aupitz Heinrich, Vorläufige Mittheil. über städtisches Pockenhospital im IV Bezirk Wien.

Arch. f. Dermatol. H. 2.—13) Pollak, Blatternerkrankungen der Garnison Gratz 1872|73 etc. Wiener med. Wochenschr. 29 u. 30.—14) Mayrhofer Ein kleiner Beitrag zur Variola Statistik. Wiener med. Zeitschr. 31.—15) Keller J. L., Die Blatternerkrankungen bei den Bediens Acten d. k. k. Eisenbahn Staats Gesellschaft etc. Wiener Allgem. Zeitschr. N. 32.—16) Kahler Otto, Einiges über Pocken. Prager Vierteljahresschr. f. Heilk. Bd. CXX 1873.—17) Colin Leon. La variole au point de vue épidémiologique et prophylactique Paris. — 18) Tenze, Marche générale de l'épidémie de Variole 1869|72. Gaz. hebdomad. N. 25. 19) Tenze, La variole et la Rougeole à l'hôpital militaire de Bicêtre pendant le siège de Paris. Union méd. N. 30.—20) Perrond, État de la variole et de la vaccine dans le département du Rhône pendant. 1872. Lyon méd. N. 7.—21) Darby Thom., On the late Epidemic of small-pox. Dublin Journ. of Med. Jc. Jan.—22) Grimshaw, Thom., Report on the small-pox epidemic 1871|72 as observed in Corkstreet Fever-Hospital. Dublin. Journ. of med. Jc. July.—23) Haddon John, On small pox. Med. Times and Gaz. May. 27.—23a) Moore, On the influence of mean temperature in small pox. Brit. med. Journ. Decbr.—24) Jones H. Macnaughton. Report on small-pox. Dubl. Journ. of med. Jc. April.—25) Brunner Alfr. Die Pocken im Kanton Zürich. Inaug-Dissort.—26) Müller Emil, Die Pocken Epidemie in Winterthor. Correspondenzbl. f. Schweiz Aerzte. 27) Bianeti Bernardo. Il vajuoli nel circondario di Suzzera etc. Annali univers di medic. Febrajo.—28) Tempini Gerolamo, Sulla recente epidemia di vajuolo del commune di Bienno. Gaz. med. Ital. Lomb. N. 28.—29) Lessure D., Account of the epidemic small-pox. as it prevailed in Alleghany City 1871. American Journ. of med. Sc. Jan.—30) Webb. M. E. On the small-pox Epidemic in Boston 1872 and 1873. Boston. med and surg. Journ. August i nast.—31) Senseney B. Rusch. Experiences in variola. Philad. med. and surg. Reporter April 19.

Pogorzelski (1) leczył na ospę 183 kobiety. Co do wieku rozdzielają się wypadki następująco:

Od 1 — 10 lat	25	chorych.
„ 10 — 20 „	79	„
„ 20 — 30 „	61	„
„ 30 — 40 „	15	„
„ 40 — 50 „	2	„
„ 50 — 60 „	—	„
„ 60 — 70 „	1	chora.

Najczęstsza więc była między 10.—20 rokiem (przeszło 43%) ospę złagodzoną (ospicę?) *variolois* widział autor u 62 letniej kobiety szczepionej w dzieciństwie. W ogóle było ospy naturalnej (*variola*) 125 w., ospy wietrzanej (*varicella*) 18, ospy złagodzonej (*variolois*) 405.

Szczepionych było	105	wyodr.	90	zmarło	15	(14 ² / ₇ %)
nieszczepionych „	78	„	49	„	29	(37 ¹ / ₃₉ %)
Razem „	183	„	139	„	44	(24 ⁸ / ₁₃₁ %)

Przebieg u szczepionych w ogóle łagodniejszy jak u nieszczepionych, bo między 44 zmarłemi 29 nie miało szczepionój ospy ($\frac{2}{3}$ zmarło). Powikłania: ospa wietrzna z pokrzywą 2 razy, długotrwałe ropienie sutek 3 razy, zapalenie ślinianki przyusznój 2 razy, *phlegmone antibrachii* 1 raz, *Otitis cum otorrhoea* 1 raz. Wszystkie te powikłania zakończyły się wyzdrowieniem.

Niezwykły przebieg lub choroby następcze: 1) U 20-letniej służącej szczepionój w dzieciństwie, w okresie przysychania ospy zlewającej się, pęcherze (*bulleae*) na gołeniach i stopach wypełnione surowicą, okrągławe, wielkości dziesiątki srebrnej, zgorzel, na pośladkach odleżyny i w 9 dni po wystąpieniu pęcherzy śmierć z wyniszczenia. 2) Mężatka 27-letnia szczepiona: w okresie przysychania zapalenie skóry, tkanki łącznej podskórnej na łydce prawej, pęcherze (*bullae*) po całym ciele od wielkości dziesiątki do rubla wypełnione surowicą—śmierć. 3) (*Variola confluens*) u 17-letniej służącej (szczepionój? Spraw.), w okresie łuszczenia obrzmienie stawu gołenno stopowego prawego i zapalenie, po pewnym czasie czuć się daje przy ruchach tarcie obnażonej kości. Podobne cierpienie później w stawie ramieniowym lewym; na krzyżu wrzód zgorzelinowy wielkości dłoni, śmierć. 4) Służąca 37-letnia nieszczepiona, ospa zlewająca się; po skończonem przysychaniu i łuszczeniu strzykanie w uchu i wyciek obfity, potem róża wędrująca (*Erysip. migrans*) na twarzy, głowie, karku i plecach, potem klatce piersiowej i kończynach, śmierć z wycieńczenia, 5) Szwaczka 18-letnia, szczepiona, ospa zlewająca się, po przejściu łuszczenia zgorzel skóry na całym brzuchu, po kilku tygodniach śmierć z gorączki wyczerpującej siły. 6) U nieszczepionój 16-letniej służącej zapalenie dyfterytyczne obu oczu i pęknięcie obu dwóch rogówek (*Perforatio corneae*). Ospy czarnej czyli krwawej (*Variola haemorrhagica*) wypadków 6, wszystkie szybko zakończone śmiercią.

Leczenie stanowiły kwasy jak *acidum muriaticum* lub *Potio acidulata*, w wypadkach ospy zlewającej się kwas karbolowy (3 grana na 6 uncyj wody i skrupuł gliceryny co 2 godz. łyż.) lub xylol (podawany podług Z u e l z e r a) naprzemian z kwasem solnym, ten ostatni środek na sam przebieg i formę ospy nie wywierał wpływu, okazał się wszakże korzystnym jako środek przeciwnilny przez zatkanie się ze ścianami jamy ustnej i połyku szczególnie przy zapaleniu gardła (*Angina*). W wypadkach znacznego upadku sił lub objawach zakażenia ropnego,—chinina pod formą *mixt. febrifugae*, naprzemian z kwasem karbolowym.

Korczyńskiego (2) doniesienie obejmuje 209 chorych. Pierwsze wypadki zdarzyły się w Styczniu 1872, największa liczba chorych przypada na Czerwiec i Lipiec. Najliczniej chorowały dzieci do 5 roku życia i osoby między 20—25 rokiem. Tylko 48% chorych miało ospę szczepioną — reszta albo wcale nie, albo nie skutecznie szczepionych; śmiertelność (największa w Lipcu) wynosiła 27,5% z wyzdrowiałych 63,1% miało szczepioną ospę, 0,7% przechodziło ospę powtórnie, 36,2% wcale nieszczepionych. Z umarłych tylko 9,2% było szczepionych, 90,8% nie szczepionych; śmiertelność więc między szczepionymi przedstawia tylko 7,4%, z nieszczepionych 51%. Wielka skłonność do krwotoków i cierpień błonicowych (szczególniej u nieszczepionych).

Z bardzo obszernego i szczegółowego sprawozdania Flinzer'a (3), zajmującego się głównie pytaniem nad stosunkiem ogólnej ludności miasta Chemnitz (w Saksonii) do liczby szczepionych i szczepionych lub nieszczepionych do zarazy ospowej, wyjmujemy kilka liczebnych danych. Z 1971 rekrutów z lat 1859—63 r., 89% szczepionych, 8% przebyło ospę, 1,12% nieszczepionych, 2% wątpliwych. Z 64,255 ludności, szczepionych 53,891, nieszczepionych 5172, przebyło ospę w poprzednich epidemiach 4,652. Powtórnie szczepionych 1928. Epidemia wybuchła współcześnie w trzech różnych punktach miasta. Liczba chorych 3596 (953 szczepionych) ze śmiertelnością 0,73% i 2643 nieszczepionych ze śmiertelnością 9,16%, (największa procentowość śmiertelna w Czerwcu 1871 bo 14,3%). Ospy krwawej wypadków 6 z nich 1 u szczepionego (pijaka). Największa liczba chorych przypada na 1 rok życia 10,6%, 2-gi 15,1%, 3-ci 13,2%, 4-ty 10,1%, na 11—20 roku życia 9%, od 21—30 lat 7,2% ogólnej liczby chorych. Ze szpitala miejskiego liczby przedstawiają się tak: 224 chorych, 184 szczepionych (nie umarł żaden), 37 nieszczepionych (11 śmierci między nimi 1 powtórnie ospę przebywający), 3 z wątpliwem szczepieniem.

W okolicach Lipska podług doniesień Siegela (4) od 1867—1869 występowała ospa sporadycznie, potem 1¼ roku paazy, poczem w Październiku 1870 znów się pojawiła a w Marcu 1871 srożyła się w całej okolicy, tak, że z 97,100 ludności zachorowało przeszło 8,000 na ospę (8% ludności) z 1485 (1,53% ludności) wypadkami śmierci. Na wsiach przedmiejskich, gdzie rozpostarła się propaganda przeciw szczepieniu ospy z 24,200 mieszk. zmarło na ospę 536 (2,2% całej ludności!!). Najliczniejszych umarłych dostarczyły 1—10 roku życia. Ośmioro dzieci (w 5, 7, 8, 11, 17 i 19 roku) mimo pewnego ści-

słego dowodu szczepienia zmarło na ospę. 26 wypadków choroby u powtórnie ospę przebywających (z 3 umarłemi).

W Wrocławiu 1871/72, jak to opisuje v. P a s t a u (5), w miesiącu zachorowało 7309 osób, z tych 1245 umarło (nb. ludności Wrocławia 208000 ludzi). Śmiertelność szczepionych i nieszczepionych przedstawiła się tak:

z 1181 nieszczepionych zmarło	480	(41 ⁰ / ₁₀).
„ 5523 raz szczepionych	„	690 (12 ² / ₃ %).
„ 248 powtórnie szczepionych	„	26 (10 ¹ / ₂ %).
„ 100 poprzednio ospę przebyłych	„	13 (12 ³ / ₄ %).

Dla Gdańska podaje Li é v i n (6) między 71271 ludności cywilnej liczbę chorych 2748, z tych umarło 832 (30,4% chorych, 1,17% ludności), z pomiędzy wojska 7300 zachorowało 71, z 9 umarłemi. Z jeńców wojennych 9000 zachorowało 188, umarło 25.

W okręgu Düsseldorfskim jak się okazuje z urzędowego sprawozdania rady lekarskiego B e y e r a (7) od 1870—1872 (to jest w ciągu lat trzech) wśród ludności 1,327,876 liczącej, było chorych na ospę 30,878, a więc 2¹/₂ % ludności, z tych umarło 6466 (21% chorych). Stosunek szczepionych do nieszczepionych z roku 1872 wypadł jak następuje: 11.144 chorych na ospę z 2,527 (22,6% chorych) umarłemi, nieszczepionych 760 (zmarło 443 to jest 58,5%), raz szczepionych 8974 (zmarło 1818=18%) powtórnie szczepionych 523 (zmarło 78=14,6%). W jednej gminie (Oedt) wybuchła ospa w 12 dni po urzędowym szczepieniu, przy którym, jak się okazało, były osoby dotknięte (zatajoną) ospą.

W Hamburgskim domu dla chorych ospowych od 1872 (1 Sierpnia) do 1873 (1 Lutego) było według doniesień S c h e b y B u c h'a (9) chorych 1,413 (z 15% umarłych) ospy krwawej było 67 wypadków, wszystkie zakończone śmiercią, oprócz tego było 93 wypadki ospy z krwotokami (tak podanej dla odróżnienia od prawdziwej ospy krwawej), z tych umarło 53 chorych. Co do wysypki zwiastującej (*prodromalexanthem*), widziano ją 237 razy głównie w wieku młodocianym; okolice ciała, które zajmowała były głównie: dolna część brzucha i trójkąt udowy (zwykle przez później występującą ospę zaszczędzane), piersi i grzbiet, chociaż mniej silnie, ale zawsze przez ospową wysypkę zajmowane. Śmiertelność u szczepionych wynosiła

11½ %, dla nieszczepionych 48½ %. Ze skutkiem szczepionych powtórnie było 13, z tych 2 umarło.

Cless (10) podaje, że w Württembergu od 1854—1868 zaszczepiono ospę 579,675 dzieciom z tych 4,472 nieprzyjęło się. Szczepienie winno się odbywać w pierwszych 3 latach życia. Powtórnych szczepień od 1858—1868 odbyto 202,671, przyjęło się 74%. Śmiertelność na ospę podana jest od 1780 roku w przybliżeniu, od 1854 roku ściśle. W 1814—17 była pierwsza z podanych tu epidemij (szczepienie ospy wprowadzone 1800 r.), potem 1827—30; od roku 1831—36 kilka drobniejszych epidemij; w 1848—50 stosunkowo wielka epidemia (z 615 umarłemi), 1863—1867 (z 804 umarłemi). Oddzielne obliczenie zajmuje się liczbą chorych ospowych, szczepieniem i śmiertelnością dla miasta Sztutgartu.

Dla epidemii 1771 panującej w Bawaryi podał Klinger (11) następujące liczby: Ogólna liczba chorych 30,642 (15,207 mężczyzn 15,435 kobiet.) z tego umarło 4784 (2459 mężczyzn 2325 kobiet).

z 29329 szczepionych umarło	3994 (13,6%)
„ 1313 nieszczepionych „	790 (60,1%)
„ 776 powtórnie szczepionych „	64 (8,2%)

Na 1000 wypadków śmierci w Bawaryi wypadło 30,2 zmarłych na ospę. Liczba szczepień 1862—1871 wyniosła w Bawaryi 1,242,695 z urodzonych 1,768,785 dzieci. Róża po szczepieniu zdarzyła się 96 razy (18 razy śmiertelna). Przymiot po zaszczepieniu ospy (*Impfsyphilis*) pośród 7 milionów szczepień zdarzył się tylko (!!!) dwa razy w Bawaryi t. j. 1821 roku i 1852 roku po raz. Zaszczepiono powtórnie 1871 roku 214,422 osób (to jest 4,6% całej ludności) ze skutkiem 84,031 (około 3-cia część) bezskutecznie 37,928, niesprawdzano reszty.

Pośród przyjętych w ciągu 14 miesięcy do szpitala ospowego w Wiedniu 5009 chorych na ospę (nieprzyjmowano dzieci przed 10 rokiem życia) według A u s p i t z a (12) umarło 464 (9,4%), a to

nieszczepionych	wydr.	155	umar.	76	czyli	33%	chorych
mniemane szczep. bez blizny	„	183	„	84	„	31%	„
szczepionych z bliznami	„	3888	„	242	„	58%	„
powtórnie ospę przebywających	„	30	„	7	„	19%	„
po raz trzeci ospę przebywając.	„	1	„	—	„	—	„
powtórnie szczepionych	„	41	„	3	„	6,8%	„

Z pracy *Colina* (17) dowiadujemy się następujących danych dotyczących się ospy w Paryżu. Od roku 1810—19 zmarło na ospę 3529 osób; 1820—29, 5073; do 1839, 2542; do 1849, 3393; do 1859: 4260; od 1860—1870, 5119; w r. 1870, 10539 w trzech pierwszych miesiącach 1871 r. 2496 osób. W szpitalu ospowym dla wojska (urządzonym w Bicêtre) od Października 1870 do Kwietnia 1871 było ospowych 7578, z których umarło 1074; w całym 170,000 wojska liczy C. 11,500 ospowych, dla armii paryzkiej śmiertelność z ospy wynosiła około $2\frac{1}{4}$ na tysiąc istotnej liczby żołnierzy. Największa śmiertelność przypadała na 10 dzień choroby. Z powikłań obserwowano majaczenie w części z szaleńcem hipochondrycznym i zapalenie oczu. Oprócz ospy 1870 r. wśród armii panowała bardzo złośliwa odra (*Colin* 19), na którą zapadło 457 chorych ze 168 (36%) śmiertelnymi zejściami.

W epidemii panującej 1871/72 w Dublinie podług obliczeń *Grimshawa* (22) było chorych 12—15000 z nich umarło 1647, do szpitala przyjęto 746 osób na ospę chorych, z tych zmarło 162 (21,6%), ze zmarłych szczepionych było 65 (611 chorych szczepionych z nieszczepionych 97 (na 135 nieszczepionych chorych, a więc 71,8%). Z objawów zasługują na wzmiankę: śluzopłyn prawie we wszystkich wypadkach zlewającej się ospy, z obrzmieniem ślinianek, lub bez takowego, raz jeden na języku głębokie, kilka tygodni trwające, owrzodzenie; wszystkie kobiety, które podczas ospy porodziły, zmarły, również pomarły wszystkie noworodki.

Haddon (23) na zasadzie spostrzeżeń w czasie epidemii w *Eceles*, po opisie szeregu starannie zebranych historii chorób wypowiada wnioski: 1° Rokowanie bardzo jest złem, jeśli częstość tętna wzrasta się przy opadaniu ciepłoty. 2° Pierwotna gorączka trwająca dłużej jak do 4 dnia zapowiada ciężki przebieg, przyczem wysokość tej ciepłoty nie ma dla rokowania żadnego znaczenia. 3) Im prędzej i zupełniej pierwotna gorączka spada, tem lepszem jest rokowanie.

Po historycznym przeglądzie i statystycznych szczegółach skrętnie i skrupulatnie dla kantonu Zurychskiego przeprowadzonych, (z których podnosimy jeden szczegół, że żadna z osób szczepionych nie mająca lat 19 nie umarła, że zatem szczepienie chroni od nowego zakażenia przez (13—15 lat) przechodzi *Brunner* (25) do części klinicznej, w której wyprowadza zdanie że „Jest tylko jedna ospa, nazwa ospicy (*variolois*) jest zbyt wąską, ospy wietrznej niepotrzebnie pojęcie wikłająca, zatem szkodliwą, gdyż jest to oddzielna zupełnie

choroba *sui generis*“, której połączenie z ospą uważa za wielki błąd i wykroczenie przeciwko nauce. Pośród 518 chorych obserwowanych w oddzielnym domu zdrowia było: *a*) *Variola confluens* 44 (z 8 zmarłami) było 36 szczepionych, niepewnych 2, nieszczepionych 6, (z tych 5 umarło). *b*) Postacie pryszczowe łżejsze. Z nich winniśmy wspomnieć jeden śmiertelny wypadek u 45 letniego mężczyzny, gdzie 11 dnia nastąpiła śmierć przy 44,4° C. *c*) Ospy krwawej 23 wypadki odróżnione na „pryszczowato-krwawe“ (następczy krwi wylew do utworzonego pryszczu) i „*purpura variolosa*“, pierwszych było 11 z tych 10 umarło (1 przy 43,2° w chwili śmierci) i 12 drugich, wszystkie zakończone śmiercią (1 przy 42,4° C). Gorączka zwiastunna okazywała następujący stosunek:

Najwyższa ciepłota.

	1 dzień.	2 dzień.	3 dzień.	wystąp. wysypki.
Variola discreta lekka	38,0°	39,2°	40,0°	38,6°
„ „ ciężka	38,4°	40,0°	41,4°	40,0°
„ „ „	37,8°	39,4°	40,8°	40,6°
Variola confluens	38,4°	41,0°	—	39,2°
„ „ śmierć	40,0°	40,6°	—	40,6°

Z powikłań występowały: 2 ciężarne, jedna rodzi 8 dnia choroby, wyzdrowienie; druga w 8 miesiącu, rodzi w początku występowania wysypki, śmierć; 3 położnice rodziły na 4 tygodnie przed wysypką z nich 2 umarły, 1 wypadek zbroczenia umysłowego, kilka razy cierpienia w przyrządzie wzrokowym, jako to 1 raz zapalenie worka łzowego, 1 raz ospa zlewająca w brzegu rogówki z jej zniszczeniem, 1 raz zapalenie tęczy. Śmierć nastąpiła: 1) z obszernego zajęcia skóry (51 razy), 2) z krwotowów, 3) w skutek nadmiernego podniesienia ciepłoty (44,4° — 43,2° — 43° — 42,4°) 4) z powikłań, 5) z chorób przypadkowych.

W końcu żąda Br. przymusowej rewakcynacji i ścisłego oddzielenia chorych ospowych.

Tempi ni (28) w sprawozdaniu swoim o leczonych przezeń w Bienno 248 wypadkach ospy (z tych 48 zlewającej się, 9 krwawej, umarło 17), broni tożsamości ospy naturalnej i ospy wietrznej na teoretycznych zasadach, uważa zagłębienie na pryszczach ospy za skutek zatkania najdrobniejszych tętniczek skórnych przez mikrokokki ospowe, wywołujące wysypkę, gdyż później na miejscu zakrzepu skóra ulega zgorzeli, gdy tymczasem w około skóra przez odczynowe zapalenie się wznosi. Ze względu na rokowanie, zwraca uwagę na

niekorzystne znaczenie mającej i biegunki u dorosłych; żąda bezwzględnego odłączenia chorych ospowych i rzeczy z nimi zetkniętych. W leczeniu radzi krwi upust (!!) przy wysokim stopniu gorączki wstępnej, w czasie ropienia chininę jako siarkowinian. Co do szczepienia podaje, że w Biennio zaszczerpił 30 dzieci i szczepił powtórnie 500 dorosłych. Ze skutecznie rewakcynowanych ani jeden nie zachorował na ospę, 3 razy ospa naturalna wybuchła współcześnie z krowianką.

W sprawozdaniu Webba (30) ciekawym szczegółem jest to, że liczne zdarzyły się wypadki powtórnego przebycia ospy; sam W. widział 38 wypadków, z tych 3, w których ospa powtórzyła się dwa razy w przeciągu trzech miesięcy; ospa się powtórzyła w trzech wypadkach trzy razy (!!).

B. Patologia ospy — choroby następce. — Kazuistyka. — Ospa krwawa.

1) Greene W. F. Notes on the late epidemic of small-pox. *Medic. Press and circular* July.—2) Foss A. localised outbreak of Variola. *Lancet* Nov. 22.—3) Farr, Archer, Small pox, it's eruption and the pathology of it's distribution. *Medic Times and Gaz.* May.—4) Adler Hans, *Anzeiger d. k. k. Gesellsch. d. Aertzte zu Wien* N. 9. (u 69 letniej kobiety, która już poprzednio straciła lewe oko przez glaukomat, nagle w czasie wybuchu ospy okazują się zwiastunne objawy ostrego glaukomatu na oku prawem; 6-go dnia wycięcie tęczy z pomyslnym dla wzroku skutkiem).—5) Kersch, Variola, Erfahrungen und Beobachtungen aus der letzten Epidemie. *Memorabilien* N. 2.—6) Ogston Alex., Observations on small-pox. *Med. chir. Review*.—7) Jachner Friedr., Zur Aetiologie der Pocken. *Berlin Inaug. Dissert.*—8) Obermeier Beiträge zur Kenntniss der Pocken. *Virchows Arch.* Bd 57.—9) Golgi C. Sulle alterazioni del midollo delle ossa nell'vajuolo. *Rivista clinica di Bologna.* Agosto e Settembre. 10) Spiaggia S., Vajuolo emorragico. *Gazzetta clinica dello spedale civico di Palermo.* 11) Hoselitz Fr., Ueber haemorrhagische Pocken. *Wien med. Presse* N. 20.—12) Gosehler A., Ueber Variola haemorrhagica *Allgem. Wiener med. Zeitschr.* N. 18.—13) Wiglesworth Edward, Haemorrhagie Variola. *Boston med. Journ.* Jan. 9.—14) Schrank, Beitrag zur Lehre von der Purpura variolosa (zarazki ospowe podrażniają najprzód „układ nerwu współczulnego“ przez co naczynia krwionośne rozszerzają się; po przejściu tego rozszerzenia zarodki zostają w naczyniach i powstaje wysypka; przy purpura variolosa podrażnienie jest tak silne, że „rozszerzenie naczyń“ dosięga maximum i powstają krwi wylewy).—14) Goss F. W. A case of paralysis occurring during varioloid. *Boston med. and surgic. Journ.* May.—15) Riva Gaetano Alterazioni gravi dei centri nervosi cosecutivi a vajuolo. *Annali univers. di medicina.* Febrajo.—16) Gaskoin George. On the sequelae of variola etc. *Med. Press a Circul.* June.—17) Emminghaus Ueber das Auftreten von Verfolgungswahn etc. *Arch. f. Heilk.* Heft 3, 4.—18) Billmann Blattern Nachkrankheit. *Bayer Intelligenzbl.* N. 1.—19) Webber Paralysis during Variola.

Boston med. and Surg. Journ.—20) Breganze, Angina difterica consecutiva a vajuolo. Gazz. Italiana Lombard.—21) Lionville Cas de varioloïde discrète snivi d'une méningite etc. Gaz. hebdomad. méd. de Paris N. 19.—22) Bidder Alfr. Zur Kenntniss der eitrigen Gelenkentzündung bei Variola. Zeitschr. f. Chirurgie II Heft.

O g s t o n (6) obserwował ospę u pewnego chłopczyka z *ectopria vesicae*, na błonie śluzowej nie było ani śladu wysypki. W 11 (pomyślnych) wypadkach widział bąblicę ospową, raz jeden wyprysk wargowy. W jednym wypadku po zagojeniu ospy wystąpiła „wtórna wysypka pryszczowa“. Białkomocz 5 razy, zgorzel nosa raz, różę w czasie zdrowienia 3 razy, manię raz, wrzody na języku raz. Częstość cierpieniem następczem były brodawkowate narosty na skórze nosa i policzków. Za przykładem F u r l e y a pewnemu choremu w okresie wstępnej gorączki zastrzyknięto podskórnie 11 rurek limfy ospowej, chory zaledwie uniknął śmierci od wywiązanój ospy zlewającój się.

O zachowaniu się czyszczeń miesięcznych względem ospy powiada O b e r m e i e r (8) że 1° Czyszczenie zwykle schodzi się co do czasu z okresem wstępnym, najczęściej w czasie występowania wysypki. 2° Zboczenia w miesiączkowaniu nie są przy ospie tak częste, jak to zwykle sądzą (tylko w 1/4 wypadków); krwotoki istotne rzadko kiedy bywają wywołane przez ospę. 3° Wpływ patologiczny ospy na czyszczenia miesięczne zależy raczej od samej sprawy chorobnej, aniżeli od podbudzenia gorączkowego. 4° Miesiączka następująca po przebytej chorobie, zwykle jest mniej obfita i co do czasu spóźniona.

G o l g i (9) znalazł we wszystkich badanych przezeń wypadkach ospy (25 ospy krwawój, 10 ospy pryszczowój) szpik kostny uległy zmianom, ale inaczój przy ospie krwawój, inaczój przy zlewającój się. Podobne różnice okazuje śledziona. Przy *Variola haemorrhag.* śledziona jest nieco zmniejszona, torebka pomarszczona, nie ma wynaczyń krwi, drobnowidz wykazuje mało komórek limfatycznych, wiele z nich wypełnionych ziarnkami tłuszczu, kilka komórek zawierających ciała krwi, mierna liczba jądrowatych czerwonych komórek krwi. Szpik kostny (żebra, mostek, kręgi) ciemnoczerwony, płynny z pojedynczymi nieco zbliższymi białymi drobinami. Drobnowidz wykazuje nadzwyczaj mało białych ciałek krwi, a ze znalezionych większa część w stanie stłuszczenia, rzadko kiedy komórki zawierające ciała krwi i niezmiernie mało komórek olbrzymich z rozwijającymi się jądrami, bardzo liczne jądrowe ciała krwi czerwone, często

z dwoma jądrami lub z rozszczepiającem się jądrem. Gótem okiem widziane białe drobiny okazują się tłuszczem i tkanką łączną. Na przecięciach odwapnionych kości naczynia krwionośne niezmiernie rozszerzone w przestworach białe i czerwone ciałka krwi, tych ostatnich liczba przeważająca. Inaczéj rzecz się ma w wypadkach ospy zlewającej się. Tu śledziona jest miękka, powiększona, krokiewki niewyraźne, torebki wyraźnie widoczne, pod drobnowidzem nadzwyczaj wiele ciałek białych, dość znaczna liczba jądrowatych czerwonych, kilka komórek ciałka krwi zawierających. Szpik kostny szaroczerwony, miękki, napełniony komórkami limfatycznymi z wyraźnym jądrem i mało drobnoziarnistej protoplazmy, mało krwi, liczne komórki olbrzymie z bujającemi jądrami, dość liczne jądrowate ciałka czerwone, mało komórek zawierających ciałka krwi i mało komórek tłuszczowych. Na przecięciach dwa razy znalazły się krwi wylewy. Zachowanie się szpiku kostnego przy ospie krwawéj, zwłaszcza też, we wszystkich przestworach szpikowych rozpostarte wynaczynienia mogą, wedle G, służyć przy sekcji dla rozpoznania wątpliwych za życia wypadków (zwłaszcza w razach śmierci przed wystąpieniem wysypki). Autor sprawę tak objaśnia: Najprzód wywędrowanie komórek limfatycznych, w skutek sprawy naskórnéj. Tylko tłuszczem wypełnione i przez to mniej kurczliwe komórki pozostają, i to zarówno w śledzionie jakoteż w szpiku kostnym; śledziona, jako narzędzie kurczliwe, maleje, szpik kostny jest zbity i powstają przekrwienia *ex vacuo* i krwi wylewy. Zmiany znajdowane przy ospie zlewającej się są zupełnie podobne do zmian przy rozległych ropieniach w ogóle. Dla porównania podaje autor sekcję zmarłego na durzycę wysypkową 10 dnia choroby. Zmiany makroskopijne, jak przy ospie zlewającej się; drobnowidz jednakże wykazał (w różnicy od ospy) wielką częstość komórek zawierających ciałka krwi w śledzionie i szpiku i małą ilość jądrowatych ciałek czerwonych. Nakoniec podaje G o l-g i wyniki badań krwi u ospowych chorych, mianowicie: 1° Znajdują się we krwi drobne, mocno światło łamiące ciała, oddzielne, albo w gruppach, ich częstość nie jest współmierną z ciężkością wypadku (przy najcięższych *var. haemor.* było ich bardzo mało). 2° Krew bogata w te ciała, wstrzyknięta do żyły szyjowéj lub w tkankę podskórną królików, okazała się zupełnie nieszkodliwą. 3° Ziarnka te rozpuszczają się w ługu potażowym. 4° Znajdują się i przy innych chorobach. 5° Nie udało się obserwować dalszych stopni rozwoju tych ciałek. 6° Przy dłuższych hodowlach okazywały się okrągłe,

mocno światło łamiące ciała, opierające się działaniu odczynników—zaczątki gnilnych bakteryj i hyfy, które okazały się jako narzędzia rozmnożenia *penicilium*. 7° Podobne ustroje okazywały się w podobnych warunkach i we krwi tyfusowych, przymiotowych i chorych na zapalenie płuc. 8° We wszystkich badanych wypadkach ospy okazało się rażąco pomnożenie białych ciałek krwi, tak, że ich stosunek do czerwonych można było liczyć na 1 : 5.

Cztery wypadki cierpień nerwowych przy ospie podał Riva (15); mianowicie dwa razy zbroczenia umysłowe w postaci szału prześladowczego i odmowy przyjmowania pokarmów. Obadwa pod działaniem makowca i jednorazowego karmienia przymusowego uleczone. Obadwa wystąpiły po przejściu gorączki, bo jeden 18 drugi 16 dnia choroby. U jednego 45-letniego mężczyzny po przejściu ospy połowiczne porażenie strony prawej z zachowaniem władz umysłowych i u 35-letniej kobiety po przebyciu ospy zlewającej się z bardzo wysoką gorączką, w okresie łuszczenia niewysłowność i osłabienie wszystkich ruchów ze zmianami czułości (wyraźne oznaki ataxie).

Pomiędzy następstwami ospy (Gaskoin (16) widział *acne rosacea*, po szczepieniach ekzeme, po wtórnych szczepieniach pokrzywkę; szczególnie zaś ciekawym jest podany szereg wypadków łuszczycy u osób dotąd zdrowych, wybuchłych po rewakcytacji, raz na miejscach zranień od szczepienia; i wysypki przymiotowe dotąd długie lata drzemające występowały po szczepieniu.

Eminghaus (17) opisuje 4 wypadki szału prześladowczego po przejściu gorączki wstępnej. Uważa on je za majaczenie powstałe z wycieńczenia (*Inanitionsdelirien*), bo krew podlega szybkiemu utlenieniu (gorączka wysypkowa), nie dostatecznie się odżywia przy braku łąknienia, a nadto musi wynagradzać straty białka na skórze; przytem zastój żylny w mózgu przez ucisk żył wypustnych przy obrzmieniu szyi i twarzy i utrudnienie oddychu przez obrzmienie w krtani. Łącząc to z wynikami badań, wedle których po krwiupuszcie rozkłada się więcej białka (Bauer), nadto autor sądzi że „bakterye ospowe“ rozkładają białko.

Wsparty na badaniach Frerichsa, który w moczu ospowych znajdował kwas kozłkowy, Em. szukał przetworów rozłożonego białka i znalazł przy obrabianiu 1500—2000 C. C. moczu:

1) Bardzo lekka ospa, 2-gi dzień wysypki, ślady kwasu tłuszczowego.
2) Variola hämorrhag? Śmierć 4 dnia wysypki, ślady dające z SO₃ woń kwasu tłuszczowego.

Ciężka ospa, 2-gi dzień po wystąpieniu wysypki, dość wiele kwasu kaprynowego?

4) Ciężka ospa: obfita ilość, zapach kwasu kozłkowego, rozbiór wykrywa kw. masłowy i kozłkowy.

5) Obłąkany z ospicą, nie obficie (kwas kapronowy).

Zapalenie ropne stawów obserwował przy ospie B i d d e r (23) 5 razy, t. j. raz w stawie przedramionapiętkowym, 3 razy w łokciowym, raz w kilku stawach palcowych. Dwa wypadki w stawie łokciowym zakończyły się wyzdrowieniem, jedno po uprzednim wydobyciu martwaków z kości łokciowej i dolnej części kości ramiennej. Los trzech pozostałych niewiadomy.

C. Terapia ospy.

1) A y r, G i o v a n n i B a t t i s t a Osservazioni clinico terapiche sul vajuolo. Annali univ. di Medic. April. (Ospa jest wprawdzie chorobą cykliczną, jednakże można w niej i należy zwalczać najgroźniejsze objawy, jako to zbyt wysoką gorączkę i zjawiska posocznicowe. Zaleca w tym celu chininę i sole kwasu podsiarkawego, zwłaszcza wewnątrz podsiarkon magnezyi, zewnątrz dla uniknięcia przykrej woni glicerynowy roztwór podsiarkonu sody. Sole te podawać nie współcześnie z trawieniem podanych pokarmów, gdyż one to trawienie psują).— 2) S c h ü l l e r M a x y m Zur Chininbehandlung der Variola und localen Ueberimpfen der Variola Posteln-Berl. klin. Wochensch. 19 (Zwolennik genezy grzybkowej w ospie twierdzi, że zarodki grzybków dostają się do ustroju głównie przez błony śluzowe zwłaszcza narządu oddechowego, nie doświadczył zbyt pomyślnego skutku z użycia chininy). Natomiast 3) M i l z i a d e S e n s i n i Lettera al dottore Pietro Croci H. Raccoglitore, tak dalece chwali chininę, że nie waha się podać wypadek, w którym kobieta w 5-ym miesiącu ciąży poroniła wśród gwałtownych objawów wstępnych ospy, potem przebyła ospę zlewającą się z petociami i silnym krwotokiem nosowym, i 8 dnia uleczoną została użyciem chininy! Zaleca on szczególnie Chinin. valerianicum z makowcem. Podług 4) R é v i l l o d Gaz. med. de Paris dla uniknięcia występowania pryszczki ospowych na twarzy należy, w początku choroby, lub w okresie tworzenia się guzieczków, pokryć skórę warstwą mieszaniny złożonej z 10 cz. mydła, 4 cz. gliceryny i 20 cz. ungt. neapolitan.— 5) C r o c i Il vaiuolo ed il valerianato di chinina. Il Raccogliatore med. Aprile. Leczył kozłkanem chininy 80 osób i widział dobre jego skutki w zmniejszeniu gorączki, zarówno wstępnej, jako też gorączki ropienia.

IV. Ospa wietrzna.

I w tegorocznej literaturze lekarskiej prowadzi się dalej spór czy ospa naturalna i ospa wietrzna są chorobami oddzielnymi, czy też tylko odmianami stopniami jednego i tego samego cierpienia. Jak wiadomo, głoszą dermatolog Hebra uważa dwie te sprawy chorobne za różne tylko stopnie nateżenia jednej i tej samej wysypki, toż samo zdanie dzieli Neuman, gdy tymczasem nie mniej znakoty Thomas, Fleischmann i inni bronią specyficzności dwóch tych cierpień. W bieżącej literaturze Rodet, *De la non identité d'origine de la variole et la varicelle. Annal de Dermatol. et Syphilographie*, zbija zdanie unitarystów, podobnie Kübel *Variola und Varicellen. Wür-*

temb. med. Corresp. blatt N. 30, broni specyficzności ospy wietrznej, przy taczając wypadki, w których po dobrze przyjętem zaszczepieniu krowianki, dzieci wkrótce uległy ospie wietrznej i jeden wypadek, w którym wśród kwitnącej ospy wietrznej zaszczepiono krowiankę z najlepszym skutkiem. Również Fleischmann zarówno w *Wiener allgem. med. Ztg. N. 7*, jak na rozprawach o tym przedmiocie w Stowarzyszeniu lekarskiem w Wiedniu (*cf. Archiv f. Dermatologie Hft 2*) głósuje za oddzieleniem dwóch rodzajów wysypki jako samodzielnych chorób. Tymczasem Kaposi i Kassowitz trzymają się poglądów Herby, na następujących zasadach: Kaposi *M. Ueber die Variola-Varicellen Frage Arch. f. Dermatologie Hft. 2. p. 255.* powiada: „pojecie o identityczności ospy wietrznej i lekkiej ospy jest stare i pierwotne, a nikt nie przedstawił charakterów ospy wietrznej w ścisłych i dla każdego wyraźnych rysach; co do morfologii ospy wietrznej różnią się najpierwotniejsi obrońcy jęj specyficzności“. Występowanie wysypki w kilku odstępach (*Nachschüte*) niczego nie dowodzi, bo i w czasie lub po złuszczeniu ospy naturalnej występują pęcherze w nowych odstępach czasu —, *Variola rupiformis pemphigodes* — również nie wytrzymuje krytyki różnica co do jednokomórowości i powierzchowności pęcherzy ospy wietrznej, bo nie istnieją anatomicznie jednokomórkowe pęcherze, wszystkie są pierwotnie wielokomorowe i wszystkie pęcherze są zawsze powierzchowne, a i ospa wietrzna niekiedy pozostawia blizny, na dowód zajęcia przez tę sprawę warstwy brodawkowej skóry. Bieg ciepłoty nie da się zużyć dla różnicowego rozpoznania, bo i w ospie wietrznej i w naturalnej, w skutek właściwości osobistych, jest bardzo niejednostajny. Dowodzenie najważniejszego punktu, że po przejściu ospy wietrznej bezpośrednio przyjęła się krowianka, i że po przejściu ospy wietrznej, występowała ospa naturalna i odwrotnie, zbija autor przytoczeniem znanych faktów przyjęcia wtórnego krowianki u osob, które przebyły ospę naturalną, powtórnego zapadania na ospę naturalną i chorowania szczepionych na ospę, a kończy przytoczeniem wypadku Herby, w którym u dziecka w ciągu 14 dni dwa razy wystąpiła ospa naturalna i za drugim razem dziecko umarło. Tak więc ostatnio przytoczone dowody dualistów uważa co najwyżej za „gradualne“ a nie za „istotowe“ (*essentiell*).

Kassowitz (*Die Unität der Variola und Varicella Jahresb. f. Kinderheilkunde. Hft. 2.*) nazywa ospę wietrzną „ospą pęcherzową“ naturalną zaś „ospą pryszczową“. Że ospa wietrzna i krowianka nie oddziałują na siebie (nie wykluczają się) jest zupełnie słuszném, ależ ospa naturalna również zdarza się współcześnie z krowianką.

Podczas epidemii ospowej panującej 1873 w okolicy Suchedniowa, wśród bardzo licznych szczepień powtórnych i po raz pierwszy, u włościan w późniejszym wieku życia, widziałem dwa razy współczesne wystąpienie ospy naturalnej z przyjęciem szczepionej krowianki. Pierwszy dotyczy 27-letniego włościanina szczepionego; wedle jego zdania, w dzieciństwie, ale bez widocznej blizny; zaszczerpien. krowiankę humanizowaną pochodzącą z Warsz. Instyt. szczep. ospy, trzema ukłóceniami na lewem ramieniu—3-go dnia czerwonosć, 8-go trzy pryszczki wyraźne, 9-go dnia wymioty krwawe, wysoka gorączka, — dalej ospa krwawa niezmiernie obfita, 12 dnia od szczepienia, a 4 od wybuchu gorączki zakończona śmiercią. Drugi u dziewczyny wiejskiej 18-letniej, poraz pierwszy przezemnie szczepionej, 7-go dnia po szczepieniu ospa naturalna przebiegająca z mierną gorączką, ale ze znacznem ropieniem—wyzdrowienie; głębokie blizny na twarzy, na ramieniu lewem trzy blizny po szczepieniu wyraźne, lekko czerwonawe, po kilku dniach bielejące. *Sprawozdawca*).

Występowanie ospy wietrznej u nieszczepionych dzieci, zdaniem K., dowodzi tylko, że zawiera ona słaby jad ospowy, następowanie po sobie ospy wietrznej i naturalnej tylko częstotści powrotów w ostrych wysypkach w ogóle. Niezależność epidemii ospy naturalnej i wietrznej nie jest dowiedziona, bo materiał statystyczny jest niedostateczny. Wyłączne napadanie przez ospę wietrzną dzieci objasnia K. delikatnością dziecięcego naskórka. Gdzie naskórek jest grubszy (podeszwy), tam i u dzieci zawartość ospy wietrznej staje się ropną. I przy ospie wietrznej zdarza się wysoki stopień gorączki wstępnej, na co K. przytacza przykłady, natomiast mają te dwa cierpienia wiele rysów wspólnych np. różycę zwiastuną, i widziano wiele wypadków zarażenia ospą wietrzną z wystąpieniem po niem ospy naturalnej. Więc ospa wietrzna i naturalna są jedną i tą samą chorobą.

V. Krowianka.

Szczepienie.—Krowianka zwierzęca.—Szczepienie powtórne.—Niebezpieczeństwa szczepienia (Przymiot).

1) Vroesom de Haan, Verslag van de Werkzaamheden van het genootschap ter bevordering van de Koepokinenting etc. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1872. — 2) Burchardt Max, Wie viele Impfstiche sind zur Schutzpockenimpfung nothwendig? Deutsche Zeitschr. militärärztl. 7, 11; 12.—3) Schenk, Ueber einige Veränderungen der conservirten Lymphe etc. Viertelj. für öffentl. Gesundheitspflege V 2.—4) Orsi Gerolamo, Vaiuolo e vaccino etc. Annali universali di Medic. Debr.—5) Fleischmann Ludw., Bemerkungen über Glycerinlymphe. Wien med. Wochenschr. N. 5 (gorąco zaleca limfę zachowaną w glicerynie).—Ein Impfsarcifactor. Wien med. Presse N. 28 (poleca nowe narzędzie do szczepienia).—6) Trezzi Antonio, Sulle vaccinazioni e revaccinazioni etc. Gaz. med. Lomb. Italiano Genujo.—7) Warlomont Presentation à l'Academie R. de méd. de Belg. d'une tréphine pour la vaccination, sangeue artific. et trépanation de l'oeil. Presse

méd. Belge. N. 30 (narzędzie wycinające okrągłe krążki w skórze wielkości 2—4 milimetrów, mogące przez stosowne urządzenie służyć jako sztuczna pijawka Herteloupa i trefina do oka, cena 20 franków).—8) Hamilton, On revaccination as a means of preventing and stamping out small-pox. Edinb. med. Journ. August.—9) Liebig G., Zur Beurtheilung der Revaccination. Deutsch. Klin. N. 12.—10) Bezeth Pares vaccinogènes en retrovaccinie. Nederl. Tejschr voor Geneesk X N. 3.—11) Granzini Gioachimo, La vaccinazione animale a Milano. Annali univ. di med.—12) Hutchinson J., A second report on the communication of syphilis by vaccination. Med. Chir. Trans.—13) Scott, Note of a case of vaccino — syphilis Med. Press. and Circular. Jan.—14) Two cases of death from vaccination Boston medic and surg Journ. (Lyman H. Luce opisuje dwa wypadki śmierci po szczepieniu, jeden u 62 letniej kobiety, 6-go dnia po zaszczeniu krowianki zwierzęcej, drugi u 68 letniego starca, w 8 dni po zaszczeniu tej samej limfy).

Podług sprawozdań Rotterdamskich (1) uprawiano bardzo bacznie i pilnie szczepienie zwierzęce i retrowakcynacją. Przy szczepieniu na ludziach należy baczyć na to, aby możliwie wiele limfy dostało się pod skórę, nie obawiając się przy tem zbyt silnych miejscowych objawów. Baczone bardzo na stan zdrowia cieląt do szczepienia użytych, (który był zadawalniający), na dobre ich żywienie i ciepłotę stajen, przyczem zauważano, że niska ciepłota mniej była szkodliwą, jak upały letnie. Ciepłota ciała cieląt nie zmieniła się bardzo podczas sprawy krowiankowej (39° 40°, najwyższa 40,6°).

Liczba szczepień wynosiła:

	1871	1872
Limfą humanizowaną szczepienie	807	325
„ „ rewakcynacja	4028	114
Limfą zwierzęcą szczepienie.	1482	456
„ „ rewakcynacja	2405	89
Przebyło uprzednio ospę osób	79	60

Rezultaty szczepień sprawdzone okazały dla szczepienia pierwotnego:

		ze skutkiem	bez skutku	
limfa hu- manizowa- na	z ramienia na ramię	425	12	
		z płytek szklanych	4	1
		z rurek	67	6
	stara metoda z cielęcia na ramię	562	19	
(1871)				
limfa zwie- rzęca	nowa metoda	z cielęcia na ramię	438	4
		z rurek	152	20
	retrowakcy- nacja	z płytek szklanych	13	8
		stara (z ciel. na ramię) metoda { z rurek	78	1
		nowa { z rurek	2	4
	metoda { z rurek	7	1	
	metoda { z płytek szklan.	6	—	

Dla rewakcytacji okazało się:

	humanizowana			zwierzęca			retrowakcyjn.	
	z r. na r., z rur. z płyt	z r. na r., z rur. z płyt	z c. na r., z rur. z płyt	z c. na r., z rur. z płyt	z c. na r., z rur. z płyt	z c. na r., z rur. z płyt	z ciel., z rurek.	z ciel., z rurek.
ospy normalnej	33	1	1	1	—	—	1	1
vaccinoidy	118	8	—	13	2	4	7	8
poronnej albo nie	89	11	—	2	1	6	3	1

Burchardt (2) zwraca uwagę na cechy blizn po krowiance; należy patrzeć na nie najlepiej z odległości 0,6—1 metra przy skośnym oświetleniu; polognomiczną cechą jest zupełny w tem miejscu brak włosów. Z olbrzymiej liczby obserwacji wyciąga B. wnioski: 1° Ochrona od ospy otrzymana przez szczepienie nie wygasa jeszcze u 20 letnich mężczyzn. 2° Jest ona jednaką u przedstawiających jedną lub więcej blizn. 3° Uderzającą odporność przeciw zarazię i szczepieniu powtórnemu mają 10 bliznowi. 4° Ztąd praktyczna rada przy rewakcytacji mało nakłóć robić należy.

Schenk (3) uważa za działającą część w limfie drobne, odosobnione ziarenka (kokki Halliera), w świeżym stanie nigdy nie zbite w pręciki galaretowe. W dłużej przechowanej limfie rozwijają się w grzybki i tworzą kupki („gniazda“) lub długie sznurki („mikrothrenkitten“). W limfie glicerynowej kokki najbardziej jeszcze były odosobnione, ale spotykały się i gniazda. Zmiany odbywają się tylko w przystępie powietrza. Świeża krowianka już po 12—24 godzinach okazuje pierwsze początki tworzenia komórek, później prędko przechodzące w rozwój nitek grzybkowych. Siła zaszczepialności limfy zmniejsza się w miarę rozwinięcia kokków w rozmaite stopnie nitek grzybkowych.

Z faktów, że: 1° liczba szczepionych zapadających na ospę ciągle wzrasta, 2° wielką jest śmiertelność tych chorych, 3° szczepione dzieci zapadają podczas ciężkiej ospy, 4° przyjmowanie się powtórne krowianki u dzieci 4—8 letnich, wnosi Orsi (4) że Jennerowska (humanizowana) limfa od początku bieżącego stulecia się przerodziła. Zdanie swoje popiera licznymi statystycznymi danymi, po które musi my odesłać czytelnika do oryginalnej pracy.

Z doniesień Trez z i'ego (6) dowiadujemy się, że w prowincyi medyolańskiej w 1870 r. odbyto 31960 szczepień i 4029 rewakcytacji. Wypadków ospy zameldowano 2223 (248 zmarłych), w r. 1871 ludności 388,928, urodzonych 13839, szczepień 12239 ospą humanizowaną wydało 10637 skutek zupełny, 237 fałszywy, 98 bez skutku, 1247 nie sprawdzono. Ospą zwierzęcą 1504 szczepienia, 1270 sku-

tek zupełny, 35 bez skutku. Rewakcyacyi 22233 z tych 6665 humanizowaną, 15578 zwierzęcą krowianką.

W Falkirk gdzie Hamilton (8) przedsiębrał szczepienie w całym okręgu panowała epidemia ospy, przy czem widział w pewnej rodzinie co następuje: a) Dziewczyna 14 letnia świeżo rewakcyonowana zapada na ospę. b) Mężczyzna rewakcyonowany — ospa, 12 krost. c) Mężczyzna 17 lat szczepiony, nie rewakcyonowany, nader ciężka ospa. d) Chłopczyk 5 letni szczepiony nie rewakcyonowany, bardzo ciężka ospa. e) Dziewczynka 4 letnia, szczepiona i rewakcyonowana (ze skutkiem?), 4—5 krost ospowych.

Na zakończenie sprawozdania o krowiance winniśmy przytoczyć pracę Bezetha (10). Po historycznym wstępie o powstaniu i rozwoju zwierzęcego szczepienia i szczepienia wstecznego (retrowakcyonacyi) wspomina, że w Hollandyi istnieją 4 „*pares vaccinogènes*“ mianowicie w Rotterdamie, Amsterdamie, Hadze i Utrechie. Uważa on za rzecz obojętną czy ludzie — ze względu na możliwie pewne zabezpieczenie od ospy — będą szczepieni humanizowaną, retrowakcyonowaną, lub wprost zwierzęcą limfą, ponieważ krowianka powszechnie przyczynia się do wywołania rozwoju stałej i dobrze wyglądającej wysypki krowiej ospy. Mówi B: „przyczynia się do rozwinięcia, bo przecie jad, zymozja krowianki sama przez się (nawet z najbardziej jadowitych) nie może tego zdziałać, bo do tego rozwinięcia potrzebnem jest zaogniające i zapalenie wzbudzające (*pyrogen u. phlogogen*) połączenie zymozy z jakimś wrodzonym czemś, co za przykładem Ballard'a zwaćby można karmą ospową—*pabulum*. Przez to połączenie w czasie sprawy szczepienia, owa karma ospowa w ustroju może być zużyta lub rozłożoną, albo całkowicie, albo częściowo. Tym sposobem albo na zawsze, albo tylko czasowo stać się niezdadną do służenia za karmę dla później przyjętego *virus variolosus*, czyli dla zymozy ospowej. Ten *virus variolosus* również sam przez się ospy wytworzyć nie może, potrzebuje on również téj saméj karmy ospowej. Każda wysypka krowianki u człowieka, w jaki kolwiek sposób wywołana szczepieniem, może chronić od ospy i jój następstw. Dalej idzie znaczna liczba opisanych szczepień, z których np. między innymi okazuje się że na 66 pierwotnych szczepień z cielęcia na ramię dziecka wszystkie się przyjęły. Co do uprawiania pierwotnej limfy zwierzęcej powiada auter, że w swoim „*pare vaccinogène*“ doszedł już do przeszło 200-néj generacyi ospowej z cielęcia na cielę.

VI. R ó ż a.

J a c c o u d, (*Note sur les phlegmasies cardiaques liées à l'erysipèle de la face Gaz. hebdom. N. 25*) wspomina o swoich spostrzeżeniach, podług których w przebiegu róży twarzy często występują cierpienia serca, zwłaszcza też zapalenie wsierdza, niekiedy wybuch róży poprzedzające. To zapalenie wsierdza prawie zawsze umiejscowione przy zastawce dwudzielnej (raz i przy trójdzielnej), nigdy przy ujściach tętniczych, nie zdradza się objawami podmiotowymi, ani nawet podwyższeniem ciepłoty (niekiedy). Aby uznać szmer skurczowy, jako prawdziwie warunkowany zapaleniem wsierdza różowem, wymaga J., aby był słyszany u wierzchołka serca, aby powstał dopiero w przebiegu, albo niedługo przed wybuchem róży, był niezależnym od wysokiej ciepłoty i u chorego, który nie cierpiał, lub nie cierpi na ostry reumatyzm stawowy, lub pleuropneumonią. Zwykle to zapalenie kończy się wyzdrowieniem, raz tylko (u 27 mężczyzny) pozostała niedostateczność zastawki dwudzielnej.

Rzadziej spotyka się zapalenie osierdza, nigdy z obfitym wysiękiem i zawsze ze współczesnym zapaleniem wsierdza; rozpoznać się daje tylko przez szmer tarcia. Dwa wypadki zapalenia mięśnia sercowego zalicza na karb bardzo wysokiej gorączki.

A n g e r h a u s e n H e r m a n n (*Ueber eitrige Gelenkentzündung in Folge von Erysipelas Hallenser. Inaug. Dissert.*) zwraca uwagę na towarzyszące często róży zapalenia ropne stawów, uważane za wypadki ropnicy; uderzającym jest tu brak umiejscowień w płucach, śledzionie i t. d. Zapalenie stawów leżących bezpośrednio pod miejscem skóry różą zajętej objaśnia wnikaniem komórek wędrujących do błon surowiczych maziowych. Oprócz tego opisuje wypadek zapalenia, przy róży, stawów nie leżących bezpośrednio przy miejscu różą zajętem: (po operacji rakowca w jamie pachowej, po zagojeniu rany, wybuchła róża obejmująca ramię grzbiet i piersi, naza jutrz bolesność stawów stopowych z obrzmieniem i czerwonosścią, drugiego dnia brzmieje kolano i oba łokcie, chory gorączkuje, róża blednie, ale chory 7-go dnia od wybuchu róży umiera. Oględziny: Zapalenie płuc opadowe, lekkie „mięszkowe zmętnienie“ nerek, małe infarkty i ropnie, w obudwóch stawach goleniostopowych i w lewym kolanowym gęsta żółta ropa.)

Patologia i terapia chorób krtani i tchawicy.

Sprawozdawca Dr Taczanowski.

Choroby nosa.

1) Henry P. Thudichums douche in a case of foreign body in the nose Philad med times May 17. — 2) D y t e D. H. Case of epistaxis in a non plethoric subject The brit med Journ. July 19. — 3) Br u n s P a u l Zur elektrolytischen Behandlung der Nasenrachen polypen Berl. Klinischer Wochenschrift Nr. 32.

P. H e n r y zastosował u dwuletniej dziewczynki, która włożyła sobie w prawą dziurkę nosową guziczek od koszuli, którego nie można było wy dostać przy pomocy narzędzi douche według metody Th u d i c h u m. Dziecko utrzymywano na pewnej wysokości nad miednicą, krzyk zaś nie pozwalał na spłynięcie wody do dróg powietrznych. Guziczek wypadł z wodą, a dziecko zostało uleczone.

D y t e (2) podaje historję choroby 61 letniego starca, któren po przebytem już katarze oskrzeli, dostał częstego krwotoku z nosa, i zmarł pośród objawów ogólnego osłabienia i śpiączki. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono przesiek w mózgu (*oedema cerebri*), a oprócz tego serce stłuszczone i zwiotczałe.

P a w e l B r u n s (3) podaje 10-tą obserwacyą zniszczenia polipa w jamie nosogardzielowej za pomocą elektrolizy. Mężczyzna 30 lat życia liczący, doznawał od 16-go roku życia przypadłości chorobnych, wskutek rozwinięcia się w jamie nosogardzielowej nowotworu, B r u n s po 11-tu posiedzeniach, trwających od 10 do 25 minut stwierdził zupełne uleczenie. Przy pierwszych 9-ciu posiedzeniach zakłuto nowotwór dwoma igłami cynkowymi, służącymi za elektrody, jedną przeprowadzono przez nos a drugą przez gardziel, poczem połączono elektrody z 6 elementami F r o m m h o l d a. W dwóch ostatnich posiedzeniach, które trwały po pół godziny, użyto od 10 do 20 elementów, lecz tylko jeden biegun został wkłuty w nowotwór, drugi zaś trzymał chory w rękę. B r u n s sądzi, że w obec otrzymanych rezultatów, w przyszłości leczenie za pomocą elektryczności, uzyska pierwszeństwo nad rękoczynami krwawymi.

Choroby krtani i tchawicy.

1) Dr v. Bruns, Die Laryngoskopie und die laryngoskopische Chirurgie mit Atlas von 8 Tafeln, 2 Ausgabe mit 1 Steintafel Tübingen. — 2) Merkel C. L. Der Kehlkopf oder die Erkenntniss und Behandlung des menschlichen Stimmorganes in gesunden und erkrankten Zustande. Mit 35 in den Text gedruckten Abbildungen und vielen Musik beispielen, Leipzig. — 3) Mandl L. Traite pratique des maladies de larynx et de pharynx Avec 7 planches et 134 fig. Paris. — 4) Burrow S. Ueber Belouchtungsapparate Zeitschrift f. Chirurgie II. 4, 5. — 5) Weil A. Entgegnung Zeitschrift f. Chirurgie III, p. 180. — 6) Burrow, Schlussbemerkung Ibid. p. 184. — 7) Frankel B. Ueber laryngoskopische Beleuchtungs vorrichtungen Berl. Klin. Wochenschrift N. 27, 29, 31. — 8) Burrow, Entgegnung Ibid. Nr. 48. — 9) Harris F. A. Local anaesthesia of the larynx Bost. med and surgic. Jour. Debr. 25. — 10) Labus Carlo, Un nuovo apparecchio illuminante per la laringoscopia Gas. med. ital. lomb. Nr. 51. — 11) Boecker A. Ein Handgriff zur Anwendung der Galwanokaustik innerhalb des Kehlkopfes Berl. klin. Wochenschrift Nr. 30. — 12) Cohen J. Solis Lectures on the surgery of the nares, larynx, and trachea Being the Mütter Lectures for 1872. Philadelph. med times Jan. 25. — 13) Sidlo, Aus dem kk. Garnisonsspitale Nr. in Wien. Mittheilung über die daselbst im Jahre 1872 behandelten Kehlkopfs — Hals und Nasenkranken Wiener Med. Wochenschrift Nr. 26. — 14) Willard F. Laryngeal fistule Phil. med and surg reports April 19.

Wskutek krytyki Weila na przyrząd oświetlający Tobolda, uskuteczniiono w różnych stronach badania, nad najwięcej upowszechnionymi przyrządami do oświetlania podając jednocześnie propozycje do ich ulepszenia. Burrow starszy uznaje przyrząd Tobolda za zadawalniający, przyznaje jednak, że byłoby najdogodniej, za pomocą wielkiej soczewki o niewielkiem ognisku, skierować równoległe promienie świetlne, a następnie zebrać je za pośrednictwem zwierciadła wklęsłego o ognisku oddaloném na 9 do 10 cali. W ogóle, według zdania Burrowa, zwierciadło Tobolda jest bardzo zbliżone do żadanego przez Autora. Frankel w Towarzystwie lekarskiem Berlińskim przeprowadził dyskusję w przedmiocie o którym poprzednio była mowa. Według zdania Autora, Lewin umieszczając soczewkę zbierającą między płomieniem a zwierciadłem wklęsłym, rozwiązał bardzo szczęśliwie zadanie zwiększenia obrazu płomienia, nie zmniejszając natężenia światła. Najlepiej umieścić płomień światła w ognisku soczewki, a wtedy za soczewką biegną równoległe promienie świetlne, które za pomocą zwierciadła wklęsłego o ognisku 30 centymetrowém, zebrane zostają w żadanej odległości. W podobnym przyrządzie soczewka powinna mieć w przybliżeniu tę samą średnicę co zwierciadło wklęsłe. Frankel gani przyrząd Tobol-

da, otrzymujemy wprawdzie przy jego pomocy piękne jasne światło, co się zaś tyczy natężenia światła, to wyżej wzmiankowany przyrząd nie wielkie daje rezultaty.

L a b u s (10) podaje nowy przyrząd do badania krtani, oznaczający się tém tylko, że posiada zwierciadło umieszczone z tyłu za źródłem świetlnym, przeznaczone do zbierania promieni, które zwykle giną. Podobne jednak urządzenie, wprowadzone już zostało w przyrządach K r i s h a b e r a i M a n d l a.

H a r r i s (9) zajmuje się kwestyą miejscowego znieczulania krtani, podniesioną dawniej już przez T ü r e k a i S c h r ö t t e r a, wyżej wspomniany lekarz radzi na 3 godziny przed operacją, wypędzować krtani chloroformem, a na 2 godzin przed operacją roztworem morfiny. Ponieważ należy użyć wielkich doz morfiny od 9 do 10 gran, dla tego lekarz nie może chorego spuszczać z oka.

Zapalenie przerostowe strun głosowych dolnych.

1) G e r h a r d t C. Laryngologische Beiträge Nr. 18, Deutsches Archiv f. klinisché Medizin p. 583. — 2) M a c k e n z i e M o r r e l, Eight cases of tracheotomy Med times and gazet Juny 7.

G e r h a r d t podaje jeden wypadek, mało dotychczas poznanej choroby, którego dotyczył 30 letniej kobiety podówczas w ciąży się znajdującj. Początkowo wystąpiła chrypka, następnie przyłączyło się utrudnione oddechanie, które zmusiło do przecięcia tchawicy. Od wewnętrznego brzegu strun głosowych wychodziły ku dołowi blade-różowo guzy, które zupełnie zacieśniały głośnię. Po wielokrotnych nacięciach, zmniejszyły się znakomicie, tak że chora mogła oddychać po 5 godzin bez rurki.

M o r e l l M a c k e n z i e (2) opisuje podobny bardzo wypadek dotyczący 51 letniej kobiety, i w tym razie należało się uciec do przecięcia tchawicy, w chwili ogłoszenia historii choroby nie można się jeszcze było obejść bez rurki.

Puchlina głośni.

1) H o f f m a n G e o r g, Ueber Oedema glottidis Diss. Borolini. — 2) P a s s o t, Oedeme de la glotte; imminence de mort; trachéotomie, guerison Lyon med. Nr. 16.

Hoffman na żądanie Virchowa, przejrzał protokoły sekcyej Berlińskiego szpitala Charité za trzy lata, mianowicie od 1869 do końca 1871. Na ogólną cyfrę 6062 sekcyi, znaleziono w 33 wypadkach puchlinę głośni, w trzech tylko razach choroba była rozpoznana za życia. W 10 wypadkach puchlina głośni przyłączyła się do miejscowej choroby krtani, a w 23 razach do ogólnej choroby organizmu.

I tak:

Przy zapaleniu tkanki łącznej na szyi w trzech razach.

Przy złamaniu chrząstki tarczowej raz.

Przy błonicy krtani spowodowanej przez ospę raz.

Przy wrzodach przymiotowych raz.

Przy wrzodach gruźliczych krtani dwa razy.

Przy wrzodach krtani zwykłych dwa razy.

Przy wadzie serca dziewięć razy.

Przy zajęciu mięszszowém nerek ośm razy.

Przy posocznicy i zapaleniu żył podołogowém dwa razy.

Przy gruźlicy płuc cztery razy.

Hoffman podaje zarazem wymyślony przez siebie przyrząd do leczenia puchliny głośni składa się on z odpowiednio zakrzywionej rurki metalowej, tej samej średnicy co zwykła rurka używana po przecięciu tchawicy; na końcu wewnętrznym rurki znajduje się przyrząd gumowy, którego można nadać powietrzem, a na dole baloniku mamy dwa obszerne otwory.

Dławiec i błonica.

- 1) *Rotho Hans*, De natura Diphtheritidis Diss. Berolini. — 2) *Anelli Fr.* Intorno alle Diferite Ann. univ. di med Mongo. — 3) *Chevalier M.* De l'angine diphtherique Archiv. med belges Mai. — 4) *Feretti, Gisberto*, L'Ipertosse e il Croup II., Raccoglitore med Nr. 5. — 5) *Ayn Giovanni Battista*, Osservazioni teorico-cliniche sulla infezione difterica, sua forma morbosa e terapia Annal univ. di med Febbrajo 299. — 6) *Thursfield W. N.*, The connection of diphtheria with local unsanitary conditions. The brit. med jour Dec. 6. — 7) *Caspari* Croup oder Pseudo croup, Deutsche Klinik Nr. 20. — 8) *Martin Antonin*. Note sur un cas de diphthérie communiquée de l'enfant à l'adulte, Déduction pratique Gas. des hôpitaux Nr. 92 — 9) *Zum Sande Ueber gewisse aetiologische Beziehungen der Diphtheritis zu andern Krankheiten Berl. Klin. Wochenschrift Nr. 27. — 10) Henoch*, Mittheilungen aus der Praxis über Diphtheritis Berl. Klinische Wochenschrift Nr. 18. — 11) *Mosler Fr.*, Ueber Collapsus nach Diphtherie Ar. et der Heilkunde XIV, pag. 61. — 12) *Labadie La-grave*, Des complications cardiaques du croup et de la diphthérie Paris Savy. — 13) *Quissac J.* De la paralysie dite diphthérique, et de la diphthérie dite maligne;

leur cause, Montpellier med. Septhtr. — 14) L a r n e E m., Paraplégie diphthérique, Deformation et attitude vicieuse des membres inférieurs—Guérison par extension forcée Gas. des hôpitaux Nr. 10. — 15) H e a d l a n d A., case of diphtheritic paralysis Lanc. Febr. — 16) D e L i s a, Contribuzione alla cauzistica delle paralisi difteriche Il Morgagni Disp. IV—V. — 17) B r o e g g e r F r a n z, Ueber die Tracheotomie bei Croup Diss. Berolini. — 18) M u r c h i s o n, Diphtheria; Tracheotomy; high temperature death The Lancet Nr. 29. — 19) W e i s s M., Die ausserliche Anwendung der Jodtinetur bei beginnendem Croup Memorab, Nr. 5.— 20) L e t z e r i c h K., Kritische Bemerkungen über die verschiedenen metoden zur Heilung der Diphtherie, Berlin. Klin. Wochenschrift Nr. 12. — 21) G i a c h h i O s c., un altera parola sulla difterite; suoi vantaggi della cura solfatica, Lettera al Prof. Polli Lo sperimentale Luglio. — 22) J o h a n n e t, Traitement de l'angine couenneuse. Note présentée à l'Académie de méd Gaz hebdomadaire de méd et de chirur Nr. 27. — 23) S e l i g s o n n E., Zur Behandlung der Diphthérie Deutsche Klinik Nr. 47. — 24) L o l l i, Metodo facile e felice di curare l'angina diphtheritica Gaz med ital. lombard Marz. — 25) S c h w a r z J., Die Therapie der Diphtheritis im letzten Decennium, Wiener med. Presse Nr. 40. — 26) T u t s c h e k, Schwefel blumen gegen Diphtherio und gegen hartnäckige Zungen belege Bayr. aertzt. Intellig. blatt Nr. 28. — 27) C a r r a g n a n d o G i u s., Del angina difterica, e della cura di essa Il Raccoglitore med Nr. 34 et 35. — 28) W e l s c h H., H. Jod als Mittel gegen Croup Bayer ärztlich Intellezblatt Nr. 12.—29) B e c c h i n i H., Sulla difterite Lo sperimentale Febbrajo.— 30) K ü c h e n m e i s t e r F., Zur Behandlung der Diphtheritis Oesterr. Zeitschr. f. p. Heilkunde Nr. 8. — 31) R a p p j u n., Brominhalationen und Bepinselungen gegen Croup Bayer ärztlich. Intellig. blatt Nr. 4. — 32) K ü h n, Ueber innere Behandlung der Diphtheritis Berliner Klinisch Wochenschrift Nr. 6. — 33) G a l l e z L., De la cauterisation dans l'angine diphtheritique Ann. de la société de méd d'Anvers Oct. — 34) B i n d e r, Die Diphtheritis in Siebenbürgen speciell im agrathale Wien. med. Wochenschrift 33. — 35) M a n c i n i S e c o n d o, La difterite in Colle di Val d'Elza negli anni 1872—73 Il raccoglitore med. Nr. 25. — 36) S e m p l e R o b e r t H u n t e r, On diphtheria; with special reference, to a recent epidemic in Italy Med. times and gaz Nr. 20. — 37) E r h a r d t J. G., Tracheotomy in membranous croup and in diphtheria Amer. Journ. of med. soc. Apr. p. 421.

Hans Rothe (1) opierając się na doświadczeniach Trendelenburga, Oertela, Letzericha, oraz na dyskusji przeprowadzonej w Berlińskim Towarzystwie Lekarskim przychodzi do następnych wniosków. Croup można uważać za proces kataralny w najwyższym stopniu, nigdy z krupu bez wpływu specyficznój przyczyny nie rozwija się błonica. Przeciwnie, błonica jest chorobą wyraźnie odznaczoną pod względem anatomicznym i klinicznym i powstaje zawsze w skutek jednéj i téj saméj przyczyny. Błonica jest początkowo procesem miejscowym, któren dopiero w dalszym przebiegu prowadzi do ogólnego zakażenia, niekiedy jednak choroba podczas całego swego przebiegu pozostaje procesem miejscowym.

G. F o r e t t i (4) jest przekonany, że ciężki i źle leczony koklusz prowadzi do krupu, i zachwala metodę leczenia krupu D a g u i l-

lona. Autor podaje dwa wypadki, leczone według téj metody, przez wdechanie amoniaku, z gąbki napojonej tą substancją i utrzymywanej w gardzieli.

Thursfield (6) zwraca w swéj pracy uwagę, że w literaturze lekarskiej za mało uwzględniają pytanie o powstawaniu i rozszerzaniu się błonicy. Członkowie towarzystwa lekarskiego, w którym powyższa praca była odczytana jednoznacznie oświadczyli, że niepomysłne miejscowe higieniczne warunki grają ważną rolę przy rozszerzaniu się błonicy.

Caspari (7) występuje przeciwko pracy Kustera umieszczonej w Nrze 18 i 19 Tygodnika Lekarskiego Berlińskiego, a mianowicie przeciwko zdaniu tego lekarza, że pseudokrup występuje bez żadnych znaków zapowiadających, kiedy przeciwnie przy prawdziwym krupie, choroba zaczyna się od bólu gardła, głowy, bólu w członkach, a dalej, że pseudokrup dostarcza przeważnie najliczniejszego kontyngensu w wypadkach wyleczenia krupu. Caspari rozróżnia w krupie dwie główne formy, t. j. krup powstający powoli i występujący nagle.

Ant. Martin (8) podaje wypadek zarażenia błonicą; dziecko $2\frac{1}{2}$ roku życia liczące zachorowało na błonicę gardzieli krtani i części rodnych zewnętrznych, i zakończyło życie po 3 dniach. Kobieta 38 letnia brzemienna, cierpiąca od miesiąca na katar krtani, przyjmuje udział w pielęgnowaniu chorego dziecka. W dwa dni po śmierci dziecka występują u choréj silniejsze objawy zapalenia krtani, w gardzieli nie ma żadnych oznak błonicy, po 3 dniach chora życie zakończyła na błonicę krtani. Wypadek ten wskazuje nam, że kataralne zajęcia krtani, usposabia do zarażenia się jadem błonicy, gdyż w zdrowej gardzieli żadnych objawów choroby nie znaleziono.

Zum Sande (9) w pracy swéj podaje wiele interesujących uwag o zastosowaniu teorii o pasożytach do objaśnienia najważniejszych objawów chorób zakaźnych, a szczególnie błonicy. Ten sam Autor podaje wiele wypadków, w których błonica komplikowała płonicę, ta zaś przeniósłszy się na inne osoby, spowodowała znów błonicę. Autor podaje dokładne historie chorób członków licznej rodziny, którzy ulegli stopniowo zakażeniu, niektórzy dotknięci zostali błonicą, u niektórych po 8 dniowém trwaniu błonicy, występowała wysypka skórna, z następczem łuszczeniem. Zum Sande sądzi, że nie miał do czynienia z płonicą w zwyczajném znaczeniu tego wyrazu, gdyż wysypka nie wystąpiła odrazu, lecz dopiero po 8-miu dniach trwania

błonicy w gardzieli, a od chorych, którzy tą wysypką zostali dotknięci, inne osoby zaraziły się tylko zwyczajną błonicą.

Henoch (10) podaje obserwowany przez siebie wypadek nagłej śmierci po błonicy. Dziewczynka 9-cio letnia zachorowała 7 Stycznia, przy objawach obszernej zajęcia błoniczego gardzieli, z wysoką gorączką; leczenie lodem chlorkiem potasu, płukanie naprzemian wodą wapienną i kwasem garbnikowym sprowadziły polepszenie. W dniu 15 Stycznia krwotok z nosa, w tym samym czasie stwierdzono białko w moczu. Od 20 Stycznia chorą uważano za rekonwalescentkę, z moczu białko zniknęło. Między 21 a 23 Stycznia zauważano przyspieszenie tętna, bez widocznej przyczyny, stan jednak ogólny był dobry, wieczorem nagle wymioty, ziębnięcie kończyn i śmierć. Sekcyi nie robiono z powodów rodzinnych. H e n o c h przypisuje nagle śmiertelne zejście za przykładem M o s l e r a stłuszczeniu i rozdęciu serca. O się tyczy leczenia, to Autor w oddziale szpitala dzieciniego, którym zawiaduje, otrzymuje obecnie lepsze rezultaty przy wdechaniu wody wapiennej, jak przy wdechaniach bromu, które poprzednio były zastosowywane. Przy białkomoczu używa z korzyścią wody *Wildungen*, ażeby wypłókać niejako ciała obce z kanalików moczowych. W następnych rozprawach wywołanych przez wypadek H e n o c h a, S e n a t o r sądzi, że nagle śmiertelne zejście tłumaczyć należy przez zajęcie nerwu błędnego, brak apetytu i przyspieszone tętno przed śmiercią zdają się przemawiać za zdaniem S e n a t o r a. B. F r a e n k e l nie jest zwolennikiem wdychań z bromu przy błonicy. L e w i n zaleca chlerek potasu, a oprócz tego zwraca uwagę na konieczność badania zwierciadłem kraniowym przy błonicy.

Mosler (11) opisuje dwa wypadki błonicy, które z początku przebiegły szczęśliwie, następnie w skutek nagłego upadku sił, nastąpiło śmiertelne zejście, w jednym razie 15 dnia choroby. W obudwu wypadkach znaleziono daleko posunięte stłuszczenie mięśni sercowych, a w jednym oprócz tego na wierzchołku serca częściowy aneuryzm serca. Mosler zwraca uwagę, że podane wypadki przekonywają, że błonica nie jest chorobą zapalną, lecz zakaźną, należy więc postępować bardzo ostrożnie ze środkami antyfllogistycznymi, a zawczasu prawie jednocześnie z leczeniem miejscowem, stosować środki wzmacniające.

Headland (15) opisuje u 19 letniego robotnika bezwład po błonicy, którego zaczął się od oka i gardzieli, a później rozprzestrzenił

się na tułów i kończyny, przy użyciu strychniny i żelaza nastąpiło uleczenie.

De Lissa (16) wyleczył kilka wypadków bezwładu po błonicy za pomocą elektryczności, szczególnież zasługuje na uwagę wypadek dotyczący młodej dziewczyny, dotkniętej ciężkim i zupełnym bezwładem. Autor zwraca uwagę, że w ostatnim tym wypadku, bezwład przedstawiał więcej charakteru bezwładu peryferycznego, jak ośrodkowego.

Co się tyczy przecięcia tchawicy przy krupie, to w roku bieżącym nie wiele mamy materiału, Greenfield z oddziału Murchisona podaje jeden wypadek operacji dokonanej w skutek błonicy u dziewczynki liczącej rok i ośm miesięcy życia, z nieszczęśliwym zejściem. Erhardt z Boardstewn w Illinois opisuje cztery przez siebie dokonane operacje przecięcia tchawicy w skutek krupu u dzieci liczących od 2 do 5 lat życia. W dwóch wypadkach nastąpiło uleczenie, w drugich dwóch śmiertelne zejście, jedno dwuletnie dziecko operowane w stanie asfyktycznym, nie przyszło już do siebie, drugie zakończyło życie na zapalenie płuc. Leczenie błonicy było przedmiotem licznych prac. Letzerich sądzi, że środki wpływające na rozpuszczanie wysięków, czy to użyjemy rozpuszczalnych soli wapiennych, wody wapiennej, czy też wdechań z bromu, albo też kwiatu siarczanego lub kwasu karbolowego, nie wywierają dostatecznego skutku, i stosowanie ich czy to pod postacią wdechań, czy też płukań lub pedzlowanie nie może stanowić zasady leczenia, lecz raczej uważać je należy za środek pomocniczy. Letzerich w leczeniu błonicy uważa za rzecz główną oddzielanie błon wysiękowych na drodze mechanicznej, czy to za pomocą gąbki, czy też palcem owiniętym w płótno umaczone w roztworze ałunu, następnie zaś należy całą powierzchnię chorobliwie zmienioną wytuszczać silnym roztworem saletranu srebra (gram jeden do półtora na 15 do 20 gram wody). Letzerich odrzuca zupełnie leczenie kwiatem siarczanym.

Przeciwnie, E. Seligson (23) zachwala leczenie kwiatem siarczanym, w ciągu swęj 11 letniej praktyki leczył 103 wypadki błonicy. Przed 1869 rokiem robił przyżeganie miejsc chorych silnym roztworem saletranu srebra, do wnętrza zadawał chlorek potasu lub wodę wapienną, śmiertelność wynosiła 19%. Od 1869 roku zmienił sposób postępowania, zalecał *Liq. ferri sesquich.* i kwiat siarczanym, śmiertelność zeszła do 5%.

M. Weiss (19) zaleca przy krupie środek wymiotny z siarczanku miedzi, a oprócz tego pędzluje co godzina przednią część szyi nalewką jodową. Niekiedy też przystawia pijawkę do mostka.

Johannet (22) przyszedł do przekonania, że przy błonicy nie wiele zależy jakiego używamy do płukania płynu, byle tylko same płukanie było często i dokładnie wykonywane. Zaleca on swym, chorym płukać gardziel tak w dzień jak i w nocy, o ile można najczęściej, już to zwykłą zimną wodą, wodą z sokiem malinowym, mlekiem, roztworem afunu. W kilka godzin gorączka i ból gardła zmniejszają się, a jak tylko chory może przeżykać, to podaje mu się obfity pokarm, jakiego zażąda, oprócz tego przepisuje roztwór 6 gramów chlorku żelaza na 200 gram wody co godzina łyżkę, a po każdym zażyciu lekarstwa zaleca płukanie zimnym mlekiem. Często wystarcza pilne płukanie tylko czystą zimną wodą. U małych dzieci zamiast płukań zastrzykuje się co $\frac{3}{4}$ godziny zwyczajną sprycką przez nos i usta wodę lub mleko, które też podaje się do wewnątrz łyżkami, jak można najczęściej. Jeżeli przytém dziecko dostanie wymiotów, to nic to nie szkodzi. Johannet z 30 chorych leczonych za pomocą tój metody stracił tych dwóch, i tutaj sądzi, że śmierć przypisać należy rodzicom którzy nie wypełnili ściśle zaleconych przepisów. Jeżeli błony wrzeczko nie znikną przy tём leczeniu w ciągu dwóch do sześciu dni, to w każdym razie traca wygląd szarozółty, gąbczasty.

Giacchi (21) w liście pisanym do Polliego zachwala zewnętrzne i wewnętrzne użycie soli kwasu siarkowego.

Lolli (24) zaleca następną metodę leczenia, nie używać przyżegań ani miejscowych upustów krwi, podtrzymywać odżywianie jakotéż czynności skóry. Do wewnątrz podawać następną mieszankę co 2 godziny łyżkę stołową *Rp. Aq. Calcis ℥ IV do XII Liq. ferri sesquichlorat. ʒβ do ʒjj, Acidi phenici grj ad Vj Mell. rosati ℥j* dodając do każdéj łyżki lekarstwa 4 do 8-miu łyżek wody, miejscowo używa się tę samą mieszankę, lecz bez rozcieńczenia. Śmiertelność przy powyższéj metodzie leczenia jest żadną, najwyżej dochodzi do 2% w skutek komplikacyi, średnio choroba trwa około ósmiu dni, proces chorobny bardzo rzadko rozszerza się na drogi powietrzne, nigdy lub przynajmniej bardzo rzadko mamy do czynienia z procesami następczymi, jak bezwładem, zapaleniem stawów, wodną puchliną.

Tutschek (26) podaje historye choroby dwóch żołnierzy, którzy razem po przebytój gorączce tyfoidalnéj, dotknięci zostali błonką gardzieli i krtańi. Jeden leczony był przez pędzlowanie naprzemian kwasem solnym i wodą wapienną, i robił płukanie wodą wapienną,

wypadek ten zakończył się śmiercią. Drugiemu wdmuchiwano co dwie godziny kwiat siarczany do gardzieli i krtani, a chory zupełnie został wyleczony. Dalej Tutschek zaleca przy upartych osadach na języku kilkakrotne posypywanie codziennie tego organu kwiatem siarczanym.

Küchenmeister (30) używa przy błonicy do wewnątrz środka Vollquarda (*Natr. nitr.* i *natr. carbon.* z dodatkiem małej ilości *Trae Aconiti*), do zewnątrz wodę wapienną rozcieńczoną do pędzlowania i płukania, nierozcieńczoną do wdechań. Przy krupie ten sam Autor zaleca przed przecięciem tchawicy zastosować ciepłą kąpiel z następczem obwinieniem całego ciała w wełniany koc, w jednym wypadku powyższa metoda spowodowała zupełne uleczenie.

Rapp młodszy z Reichenhall (32) zaleca metodę leczenia błonicy Schütza (inhalacye z bromu i bromku potassu), i podaje wypadek ciężkiego krupu u 13 miesięcznej dziewczynki, u której przez pędzlowanie i wdechanie bromu osiągnięto prędkie i zupełne uleczenie.

Becchini (29) jest zwolennikiem lodu przy błonicy, a przeciwnikiem kwasu karbolowego. W metodzie leczenia tego lekarza, oprócz lodu grają ważną rolę preparaty chinu, kwiat siarczany, chlorek potassu. Na 200 chorych 172 wyzdrowiało, tylko 28 umarło.

Kühn (32) używa oprócz lodu, wdechań z wody wapiennej, obnażenia pędzluje kwasem karbolowym lub saletranem srebra, do wewnątrz zadaje węgiel potassu w roztworze, u dzieci z dodatkiem *Tra Rhei aquosa*. Na 72 chorych, miał tylko wypadki z śmiertelnym zejściem.

Gallez (33) opierając się na własnych badaniach, zaleca leczenie wznacniająca, a radzi zaniechać przyżegania.

Binder (36) donosi, że błonica pauzująca od 1869 roku w Mołdawii i Wołoszczyźnie, rozszerzyła się w 1870 na południowo-wschodnie okęgi Siedmiogrodu. Dopiero w 1872 roku dosięgła Schürzburga i Hermannstadt, gdzie stała się powodem śmierci 158 osób. Od 7 Grudnia 1872 do 19 Marca 1872 roku w mieście Agnetzel zachorowało 30 osób, z których 16 umarło. Binder zalecił zamknąć szkoły, osoby zmarłe grzebać bez zwykłych ceremonii pogrzebowych, kazić materyami żywicznymi w pokojach sypialnych, osobom mające stosunki z chorymi, zalecono płukanie gardła odwarem kory dębowej z dodatkiem spirytusu. Oprócz tego wskazywano mieszkańcom domy, w których błonica panuje, zalecając im aby unikali wszelkich stosunków z osobami takowe zamieszkującymi. Z osób, które płukały gardło środkiem zalecanym przez Autora, zachorowało tylko 6, a za-

dną nie umarła, z innych zaś, którzy tego przepisu nie uwzględniali, zachorowało 19 a umarło 13. W dodatku do powyższej pracy donosi Autor, że od 19 Marca w Agnethel zachorowało jeszcze 16 osób, z których 6 zakończyło życie. Pomyślny rezultat w ostatniej seryi chorych, przypisuje Autor wdechaniom wody wapiennej.

Saltzman (*Bidrag till fragan om difteritens och rosens identitet i etiologiskt afscende. Fiska lak sällsk handl B. Tom XV, p. 61*) mając w leczeniu wypadek błonicy zajmującej podniebienie i jamy nosowe aż do granicy tego ostatniego organu ze skórą, na której w tym miejscu rozwinęło się zapalenie różowate (*erysipelas*) przychodzi do wniosku, że błonica i róża są spowodowane przez jedną i tę samą przyczynę chorobną. Jeżeli może nie tak często występują razem, to przyczyny tego należy szukać w stosunkach anatomicznych. Od czasu jak Pflieger przekonał, że te okolice skóry, które są przytwierdzone do leżącej pod nią kości lub też rozcięgnię za pomocą nie wielkiej ilości zbitęj tkanki łącznej, tylko bardzo powoli zostają zajęte przez zapalenie różowate, tak że nieraz ograniczają różę, mamy wytłomaczoną okoliczność, dla czego błonica tak rzadko przenosi się z błony śluzowej nosa na skórę twarzy. Pasożyty, które towarzyszą tak błonicy, jak i róży, nie mogą tak łatwo utorować sobie drogi przez zbitą skórę. Autor zwraca uwagę, że bliski stosunek w jakim obie wyżej wspomniane formy chorobne pozostają, dostatecznie jest stwierdzony przez fakt, że podczas epidemii jednej z nich, obie formy bardzo często się wydarzają.

Zapalenie ochrzęstnej.

1) Coëhn R., Aus der allgemeinen Poliklinik in Wien, Wien. med. presse Nr. 14. — 2) Gerhardt C., Laryngologische Beiträge Deutsches Archiv f. Klinische Medizin, p. 578.

Coëhn (1) opisuje następny wypadek z Wiedeńskiej Polikliniki, u jednego z urzędników ministerjalnych po częstych zaziębieniach zauważano wychudnięcie, kaszel, gorączkę, zalecono tran, a później pobyt na wsi, co przyniosło ulgę. Po nowém zaziębieniu znów wystąpiła gorączka, kaszel z plwociną krwawą, chrypka, trudność przy połykaniu, zgęszczenie mięszu w szczytach płuc. Przy badaniu krtańi znaleziono puchlinę głośni i ropień nad lewą chrząstką nalewkową. Po nacięciu ropnia i wydaleniu ropy, przy nadmuchiowaniach morfiny osiągnięto znakomite polepszenie. Później utworzył się znów ropień

nad lewą chrząstką nalewkową, po otwarciu go odpłynęła ropa z częściami chrzątki uległymi zgorzelinie. Później choroba płuc wystąpiła na pierwszy plan, przy wejściu do krtani rozwinęła się puchlina, a na lewej stronie głosowej powstało owrzodzenie.

C. Gerhardt podaje historię choroby osoby, u której po gorączce tyfoidalnej musiano przeciąć tchawicę z powodu zapalenia ochrzęstnej chrzątki nalewkowej, i przedstawia zarazem rozszerzacz krtani, przeznaczony na podobne wypadki.

Ropień w krtani.

1) Stephenson William, On Abscess of the larynx simulating croup Edinb. med. Journ. Oct. p. 312. — 2) Parry J. S., Abscess of the larynx in young children Philad. med. Journ. Juni 14. — 3) Wagner B., Ein Abscess der linken aryepiglottischen Falte Archiv der Heilkunde p. 92.

W. Stephenson zwraca uwagę, że kiedy ropień zagardzieliwy (*absc. retropharyngealis*) stanowi u dzieci cierpienie dobrze znane, przeciwnie ropnie w tkance łącznej podśluzowej krtani bardzo mało są znane, tak w literaturze lekarskiej angielskiej, jak i zagranicznej. Autor podaje trzy obserwowane przez siebie wypadki. Pierwszy dotyczy 4 letniej dziewczynki, ropień utworzył się w trzecim tygodniu po przebytej szarlatynie, chora przez 8 dni doznawała trudności w połykaniu, a gruczoły szyjowe obrzmiły. Objawy chorobne zdawały się zmniejszać, gdy nagle wystąpiły silniejsze zboczenia w oddechaniu i połykaniu, oddech gwiżdżący, napady kaszlu, sinica, obrzmienie szyi od zewnątrz, trudność przy połykaniu. Po 4-ro dniowym pobyciu w szpitalu, dziecko zakończyło życie. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono zapalenie dolnego zrazu płuc po stronie prawej, przekrwienie lewego płuca, mały ropień na stronie zewnętrznej chrzątki tarczowej, które obnażywszy lewy górny brzeg i róg górny otworzył się ku wewnątrz.

Drugi wypadek dotyczył dwuletniej dziewczynki, choroba wystąpiła w trzy tygodnie po ospie wietrznej, podczas rekonwalescencji wystąpiło obrzmienie po obu stronach karku, przed ósmiu dniami zauważano objawy kurczowe i utrudniony oddech. Na krtani znaleziono małe torbowate obrzmienie pod chrząstką tarczową, które miało wystąpić przed dwoma dniami, a z którego po przekłuciu odeszło od 3 do 4 drachm ropy. Oddechanie stało się łatwiejsze, dziecko leżało spokojnie, ssało pierś, siły jednak niknęły, oddech zawsze był utru-

dniony, a dziecię zakończyło życie więcej z braku sił jak z utrudnionego oddechania. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono nagłośnię opuchniętą, głośnię wolną, błonę śluzową krtani zdrową. Na przedniej stronie chrząstki tarczowej znaleziono otorbienie zawierające nieco ropy, i na prawo rozszerzało się ku górze aż do górnego brzegu bocznej części chrząstki, która była obnażona, lecz nie uległa zgorzelinie.

Trzeci wypadek dotyczył słabiej 18-to miesięcznej dziewczynki, która w ostatnim czasie cierpiała na obrzmienie gruczołów pod szczęką dolną. U dziecka tego rozwinęła się trudność przy oddechaniu z głośnym krupowym świstem bez nieprawidłowości przy przełykaniu. Dolna część szyi wydawała się obrzmiała, szczególnie przy wydechaniu, a tchawica zdawała się być przesuniętą ze środka ku stronie prawej. Stan chorób w ciągu tygodnia nie uległ zmianie, tylko wdechanie stało się trudniejszym, a przesunięcie krtani wyraźniejszym. Przy każdym wydechaniu powstawało lekkie wypuklenie skóry wzdłuż wewnętrznego brzegu mięśnia-sutka-mostko-obojęczykowego, przy każdym zaś wdechaniu wypuklenie znikало. W tym miejscu przy dotykaniu miało się prędzej uczucie powietrza, jak płynu. Przy przekłóciu próbnym nie wydobyto ropy. Dopiero przy końcu drugiego tygodnia udało się otworzyć ognisko ropne, poczem oddech stał się wolniejszym. Po 14 dniach ropień zabliznił się, dziecko po kilku tygodniach powróciło do zdrowia, tylko przy krzyku wdechanie było słyszalne.

B. Wagner (3) zaobserwował u 62 letniego mężczyzny, którego nagle dotknięty został bólem w gardzieli, połączonym z niemożnością przełykania, ropień w tylnej połowie, silnie obrzmiałej i zaczerwienionej lewej fałdy nalewko-nagłośniowej. Ropień doszedł do wielkości orzecha laskowego, w trzecim tygodniu wypróżnił się, lecz dopiero w piątym tygodniu zupełnie się zabliznił. W ciągu całego pięciu tygodni trudność przy przełykaniu była tak znaczną, że musiano chorego karmić za pomocą zgłębnika żołądkowego.

Arthritis blennorrhagica laryngis.

1) Libermann, Note sur un cas d'arthrite blennorrhagique probable du larynx L'union méd. Nr. 151. — 2) Libermann, Note pour servir à l'histoire des arthrites du larynx Ibid. p. 153.

Libermann (1) przedstawił Towarzystwu lekarzy szpitalnych w Paryżu ciekawe spostrzeżenie treści następującej: Żołnierz 26 lat życia liczący, zawsze przedtym zdrowy, gdyż tylko w wieku dziecięcym cier-

piął na zapalenie gardzieli, a w r. 1872 na bóle reumatyczne. W d. 28 Kwietnia dostał trypra, 15 Maja nagle zniknął odpływ, bezpośrednio potem chory doznał bólów w stawie barkowym i kolanowym, stawy jednak nie obrzmiały, po trzech dniach bóle w stawach ustały, lecz chory zaczął się skarżyć na żywy ból w okolicy krtani i dotknięty został zupełnym bezgłosem. Chory doznaje szczególniejszego bólu w lewej połowie krtani, zwiększającego się przy nacisku na lewą połowę chrząstki tarczowej, głos jest chrypliwy, a nawet zupełnie zanikły. Przy badaniu wziernikiem krtaniowym znaleziono obrzmienie w okolicy lewej chrząstki nalewkowej, w stawach kuliste wypuklenie, które za dotknięciem zgłębnikiem daje uczucie fluktuacyi. Błona słuzowa chorój okolicy jest zaczerwienioną, lewa struna głosowa nieruchomą. Zalecono na zewnątrz wezykatoryę, wewnątrz zaś pędzłowanie nalewką jodową w równych częściach z nalewką opiową. Zalecone środki sprowadziły prędką ulgę, a zupełne wyleczenie nastąpiło 30 Czerwca.

Liberma n zwraca uwagę, że reumatyczne zajęcia stawów w krtani jeszcze w 1861 roku było zaobserwowane na klinice Schützenbergera, a opisane przez Debrousses. Obserwacya powyższa dotyczy młodej dziewczyny Józefiny Roth, która w przebiegu ostrego reumatyzmu stawów dotkniętą została bólem w krtani i bezgłosem. Po śmierci znaleziono obie chrząstki nalewkowe obnażone, lecz nie uległe zgorzeli, w lewym stawie ciecz surowicą czerwona.

Nowotwory.

1) Mackenzie Morel, On the results of thyrotomy for the removal of growths from the larynx. The brit med. journ. April 26. — 2) Beschorner O., Papillöse Neubildung im Kehlkopfe eines zwei ein halb jährigen Knaben—Tracheotomie—Thyreotomie Zeitschrift f. Chirurgie, Heft II, 4, 5. — 3) Labus Carlo, Casuistica di tumori laringei. Annal univ. di med. April. — 4) v. Bruns, Die sogenannte Kehlkopfguillotine Wiener med. Presse Nr. 19.—5) Jelenffy, Eine neue Methode zur Ausrottung von Kehlkopfspolypen, Wien. Med. Wochenschrift Nr. 11.—6) Coşn R. Neoplasmen im Larynx, aus der allgemeinen Poliklinik in Wien. Wien. Med. Presse Nr. 26. — 7) Knight F. J. A brief sketsch of the methods of removing growths from the larynx with the aid of the laryngoscope; whith a case in which a fibrocellular growth was removed from the right vocal cord The Boston med and surg journ Nr. 13. — 8) Moura, Sur l'ablation des tumeurs laryngiennes Gaz. des Hôpit Nr. 129. — 9) Tillanx, Tumeur epithéliale de l'epiglotte et des replis glossoepiglottiques. Cautérisation au galvano cautère, Gaz. des Hôp. Nr. 144. — 10) Laroynne Notes chirurgicales Polype de larynx. Gaz hebdomad de medec. et de chirur.

Nr. 49.—11) Rohrer C. F. Fungus haematodes in der Fossa jugularis et suprascapularis Perforation in den Larynx Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte Nr. 23.—12) Bruns V., 23 neue Beobachtungen von Polypen des Kehlkopfes mit 59 Fig. auf 4 Farbendrucktafeln, 2 Ausg. Tübingen. — 13) Livon C. Du traitement des polypes laryngiens Paris.

Morell Mackenzie (1) w odpowiedzi na zarzuty Durhama skierowane przeciwko jego porównaniu operacji polipów wewnątrz krtani, i zniszczenia ich przy przecięciu chrząstki tarczowatej podaje następujące szczegóły. Z zebrania i z rozbioru 48 wypadków przecięcia chrząstki tarczowej wypada, że tylko 14⁰/₁₀₀58 setnych otrzymano zupełnie pomyślny rezultat, 22⁰/₁₀₀92 setnych osiągnięto tylko częściowy rezultat, 8⁰/₁₀₀33 setnych zmarło, u 31⁰/₁₀₀25 setnych silna duszność zmusiła do utrzymania rurki w ranie, u 8⁰/₁₀₀33 setnych musiano powtórzyć operacyę.

Z 45 chorych, którzy przeżyli operacyę dłużej jak dni kilka, według wyrachowania Mackenzie'go u 40⁰/₁₀₀ pozostał bezgłos, u 20⁰/₁₀₀ głos chrypliwy, głos zmieniony u 12⁰/₁₀₀11 setnych, u 6⁰/₁₀₀66 setnych nie wiadomo jaki był głos, u 38⁰/₁₀₀46 setnych nowotwór odrósł lub nie mógł być w zupełności wyluszczoney. Ostatecznie Mackenzie przychodzi do następujących wniosków. 1) Operacya przecięcia chrząstek tarczowych nie powinna być nigdy wykonywaną, tylko z powodu utraty głosu. 2) Przy raku operacya jest bezskuteczna, z wyjątkiem tylko jeżeli mamy do czynienia z małymi i dobrze ograniczonymi nowotworami. 3) Operacya powinna być wykonywaną tylko w wypadkach połączonych z niebezpieczeństwem utraty życia, czy to w skutek duszności, czy też trudności przy przełykaniu, poprzednio jednak chory powinien być zbadany jak najdokładniej laryngoskopem, gdyż dopiero po uznaniu zupełnej niemożebności operowania wewnątrz krtani drogą naturalną, przecięcie krtani może być dopuszczoném.

O. Beschorner (2) zebrawszy 34 wypadki przecięcia krtani przedsięwzięte celem wydalenia nowotworów, przekonał się, że operacya prawie zawsze dokonana została na dorosłych, gdyż tylko w dwóch wypadkach Gouley'a i Fialli operowano dziewczynki od 5 do 6 lat życia liczące. Beschorner dokonał sam przecięcie krtani w następnym wypadku: chłopiec 2³/₄ lata życia liczący, bez żadnej przyczyny dostał chrypki przed trzema kwartałami, przed pół rokiem wstawiła się duszność, napady której szczególnie występowały w nocy. Wykonano przecięcie tchawicy, poczem poddano dziecko wielokrotnie badaniu za pomocą wziernika krtaniowego, badanie z powodu szczególnych trudności pozostało bez rezultatu, raz tylko wi-

dziano naróśl. Przy przecięciu chrząstki tarczowej, znaleziono całą krtani wypełnioną massami kalafiorowatymi, które osiadłszy na szerokiej podstawie zakryły całą błonę śluzową. Po wydaleniu nowotworu, musiano założyć na chrząstkę szew ze srebrnych drutów, gdyż chrząstka była za wiotką i zapadała się. Massy wydalone uznano za naróśl brodawkowatą. Pomimo że chory zapadł tymczasem na płonice, rana dobrze się zagoiła, lecz oddechanie drogą naturalną było niemożliwem. Autor przytacza dalej opis przecięcia krtani dokonany przez Cu tlena na dziecku liczącym $2\frac{3}{4}$ lat życia, głos nie powrócił więcej, wolne oddechanie utrzymało się tylko przez trzy tygodnie po operacji dziecię zakończyło życie w skutek odrośnięcia nowotworu.

C. Labus (3) przedstawia swe uwagi odnośnie do rozpoznania różniczkowego nowotworów krtani, ilustrując opis historjami chorób przez siebie obserwowanymi. Jedna z podanych obserwacji dotyczy 26 letniego robotnika, któren od dwóch lat cierpiał na chrypkę, a w ostatnich czasach utracił głos. Przy badaniu odkryto naróśl wielkości fasoli na przedniej trzeciej części lewej struny głosowej. Większą część naróśli została zniszczoną przez wielokrotne nacięcia w szeroką podstawę za pomocą ukrytego nożyka Stoerka, poczem głos polepszył się. Naróśl składała się ze zbioru gruczołków śluzowych, wypełnionych massą galaretowatą. Mała resztką naróśli pozostała w przednim kącie strun głosowych została odgnieconą za pomocą w poprzek postawionej pętli. Po dokonanej operacji głos zupełnie powrócił, a po 20-tu dniach nie można było wykryć żadnej zmiany w krtani, po roku jednakowoż naróśl odrosła. Na środku lewej struny głosowej rozwinęła się naróśl, którą zniszczono na drodze galwanokaustycznej, i osiągnięto zupełne wyleczenie.

Drugi wypadek dotyczy 27 letniego robotnika, któren od dwóch lat cierpiał na chrypkę, powoli stracił głos, a w ostatnich czasach wstawiła się duszność. Przed sześciu miesiącami wykrztusił kawałek nowotworu, co sprowadziło niejaką ulgę. Przy badaniu znaleziono wejście do krtani zajęte przez naróśl kalafiorowatą, głośnia zaś była zacieśnioną do kilku milimetrów. Z powodu niebezpiecznego stanu chorego zaraz w pierwszych trzech dniach odcisnięto za pomocą pętli większą część nowotworów, podstawa jednak pozostała nienaruszoną. przy pilnem przyżeganiu saletranem srebra, stan chorego polepszył się, a chory opuścił szpital, z zamiarem powrotu celem zniszczenia reszty nowotworu. Chory powrócił do szpitala z wielką dusznością, miał się poddać operacji, lecz znów szpital opuścił, aby się udać do miejsca rodzinnego, w drodze jednak życia zakończył. Rozbiór

zwłok dokonano w Pawii, gdzie Sanzalli zaliczył nowotwór w krtani do rakowców.

Trzeci wypadek dotyczył jednego z towarzyszy Garibaldeggo w wyprawie Sycylijskiej, przed dwoma laty na balu utracił głos, zwyczajnie miał tylko niektóre tony do swego rozporządzenia, przy silniejszém zaś gorącu lub zimnie zupełnie tracił głos. Przy badaniu znaleziono narosł wielkości fasoli, osadzoną na szypułce w środku prawej struny głosowej, narosł została odcięta, za pomocą kleszczyków o ostrych brzegach, tak że wisała tylko na kawałku błony śluzowej, poczem schwyciono ją w zwyczajne kleszczyki i oddalono. Chory zupełnie wyzdrowiał, po roku nie było jeszcze ani śladu recydywy.

v. Bruns (4) w polemice przeciwko Stoerkowi i Jellenffemu przypisuje sobie wynalazek gilotynki krtaniowej, zwracając jednocześnie uwagę, że narzędzie to jest tylko modyfikacją przyrządu Fahnestocka, zastosowaną do miejscowych stosunków krtani. Bruns na 160 do 170 operacji dokonanych w krtani na drodze naturalnej, często posługiwał się gilotynką, w ogóle jednak przekłada odgniatacz.

Jellenffy (5) podaje nową metodę operacji, która zasada się na tém, aby wprowadzić gilotynkę do jamy krtaniowej i pomimo zaciśnięcia krtani, natychmiast dokonać operacji. Zaciśnięta krtan zostaje jednocześnie umocowaną przez mięśnie i stanowi dla operatora korzystniejsze pole działania, jak krtan otwarta. Zorientowanie co do miejsca operacji jest dosyć łatwe, gdyż opór stawiają tylko struny głosowe wrzekome i prawdziwe, przy szerokości zaś narzędzia równej połowie długości struny głosowej, łatwo można go wsunąć w przednią lub tylną część głośni. Gdziekolwiekbydź nowotwór jest umieszczony, narzędzie przyciska się silnie do odpowiedniej ściany, ażeby o ile możności uchwycić polipa przy podstawie, i w zupełności go oddzielić. Jellenffy dokonał w dwóch bardzo trudnych wypadkach operacji zaraz na pierwszym posiedzeniu, i sądzi, że właśnie podana przez niego metoda umożliwiła pokonanie trudności.

B. Coën opisuje wypadek, w którym narosł brodawkowata umieszczona na tylnym końcu lewej struny głosowej u indywiduum dotkniętego gruźlicą, po części dobrowolnie się oddzieliła, po części zniszczoną została na drodze galwanokaustycznej. Oprócz tego podaje opis rakowca w krtani, którego raz jeden przyżegniony został za pomocą galwanokanтеру.

Moura (8) w ogóle nie jest zwolennikiem pętli galwanokaustycznej przy operowaniu polipów krtani.

Tillaux (9) w szpitalu Lariboisière zniszczył u 52 letniego mężczyzny większą część rakowca, zajmującego nagłośnię i większą część fałdy języko nagłośniowej na drodze galwanokaustycznej. Drugie posiedzenie operacyjne nie przyszło do skutku z powodu wypisania chorego ze szpitala.

Laroyenne (10) wydalik z krtani z pomyślnym rezultatem mięsaka wielkości wiśni przez przecięcie chrząstek tarczowych.

Gruźlica krtani.

2) Meyer R. Der gegenwärtige Stand der Frage von der Kehlkopfschwind-, sucht Correspondenzblatt für Schw. Aerzte Nr. 13. — 2) Mackenzie Morell Eight cases of tracheotomy case 3: Glandular laryngeal Phthisis, Tracheotomy Extension of disease to trachea Med times and Gaz. Juny 7.

Meyer R. podaje szkic przedstawiający stan naszych wiadomości co do gruźlicy krtani. Choroba zaczyna się bezkrwistością błony śluzowej krtani, co może sprowadzać subparalizę strun głosowych, któren to stan zresztą może i w części zależeć od zapalnego obrzmienia fałdy między chrząstkami nalewkowymi. Lekkie przyżegnięcie wyżej wspomnianej fałdy, połączone z jednorazową faradyzacją krtani, wystarczają zwykle do wyleczenia. Przeciwnie połowiczny bezwład mięśni krtani u indywiduów gruźliczych, według zdania Meyera należy do nieuleczalnych. Zostaje on spowodowany albo przez proces w opłucnej, lub też przez nacisk obrzmiałych gruczołów limfatycznych na nerw wsteczny. Po określeniu charakteru ostrego i chronicznego kataru, jakoteż puchliny krtani, Autor zajmuje się obszerniej owrzdzeniem krtani natury gruźliczej. W pierwszych początkach rozwoju owrzdzenia zależy wiele od umiejscowienia procesu, czy owrzdzenie powstaje na tkaninie twardej, czy na sprężystej, czy na strunach głosowych bogato zaopatrzonych w naczynia krwionośne i gruczoły, czy też na tylną ścianę krtani, czy nareszcie na strunie głosowej wrzekomiej, lub na spodzie nagłośni, które to organa posiadają więcej naczyń i gruczołów, a mniej włókien sprężystych. Zresztą proces w krtani jest po części także zależny od ostrego lub bardziej przewlekłego przebiegu gruźlicy w płucach. W początku owrzdzenie zwykle zajmuje wyrostek głosowy, rzadziej zdarza się w kącie przyczepu strun głosowych, lub też na strunach głosowych. Zajęcie strun głosowych natury gruźliczej, może być dosyć łatwo wzięte za zapalenie strun natury syfalitycznej, lub też wprost za zapalenie mię-

szowe strun głosowych. Zajęcie jednak syfilitycznej natury zabliżnia się bardzo prędko przy pędzlowaniu jodem w glicerynie rozpuszczonym, a i drugi ze wspomnianych procesów także łatwo może być zagojonym. Owrzodzenia na błonie śluzowej pokrywającej ściany krtani, jako też na nagłośni, spotykamy przeważnie w wypadkach ostrego procesu gruźliczego. Często rozwijają się one i na błonie śluzowej między chrząstkami nalewkowymi, i po większej części sprowadzają zapalenie ochrzęstnej chrząstek nalewkowych. W ostatnich okresach daleko posuniętego procesu gruźliczego w płucach napotykaemy w krtani liczne owrzodzenia formy kulistej.

ChOROBY NERWÓW.

1) *Schech Ph.*, Ueber die Function der Nerven und Muskeln des Kehlkopfes. *Zeitschrift für Biologie IX*, Heft II, p. 258. — 2) *Lotz Th.*, Die psychische Lähmung der Stimmbänder *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte N. 16*. — 3) *Smith A. H.*, Functional Aponia of six and half year duration. Intercurrent lead—poisoning affecting the arytennoideus. Recovery under the use of electricity and jodide of potassium *The med. Press. and Circular Aug. 27*. — 4) *Welsch H.*, Zur Aetiology der Heiserkeit *Bayr. aertzl. Intelligenzblatt N. 38*. — 5) *Smith Andre H.*, Aponia *Philad. med. times. Oct. 4*. — 6) *R. Coßn.*, Aus der allgemeinen Poliklinik in Wien. III Krankheiten des Larynx. Innervationsstörungen. *Wien. Med. Presse N. 31*. — 7) *Schnitzler J.*, Ueber Sensibilitätsneurosen des Kehlkopfes. *Wien. Med. Presse N. 46*. — 8) *Schmidt G.*, Laryngoscopie an Thieren. *Berl. Klinisch. Wochenschrift N. 3*. — 9) *Riegel F.*, Ueber die Lähmung der Glottiserweiterer. *Berl. Klin. Wochenschrift N. 7*. — 10) *Gerhardt C.*, Laryngologische Beiträge. 1) Pharynxpolipon mit reflectorischer Stimmbandlähmung; 2) Functioneller Larynxkrampf *Deut. Archiv. f. Klin. Medizin, p. 575, 588*.

Schech (1) w rozprawie swęj poddał krytyce sporne punkta fizjologii mięśni i nerwów krtani. U psów spętanych i znieczulonych morfiną, otwierano pysk, wyciągano naprzód język i badano krtan za pomocą wziernika. Przy wyrwaniu nerwu dodatkowego *Willisa*, według metody *Claude Bernarda*, w czterech wypadkach w których operacya zupełnie się udała, Autor zgodnie z *Bischoffem*, *Morgantim*, *Bernardem* i *Longetem* zauważył, że wyrwanie jednego nerwu dodatkowego sprowadza utratę ruchu struny głosowej i chrząstki nalewkowej po stronie operowanej, oraz głos chrypliwy. Przy wyrwaniu nerwu dodatkowego po obu stronach, obie struny głosowe stoją nieruchomo w takim położeniu jak u trupa, a zwierzę zupełnie traci głos. Jeżeli przetniemy na szyi jeden lub oba nerwy błędne, to otrzymujemy taki sam rezultat, jak przy wyrwaniu jednego

resp. obu nerwów dodatkowych, albo też po przecięciu jednego resp. obu nerwów wstecznych.

Co się tyczy gałązki ruchowej nerwu krtaniowego górnego, to Schech nie potwierdza zdania Navratila, że przy przecięciu nerwu krtaniowego górnego przed podziałem, lub też tylko jego gałęzi zewnętrznej napięcie w kierunku podłużnym strun głosowych staje się niemożliwym, głos bywa głęboki i chrypliwy, a zwierzę nie może wydawać tonów wysokich.

Co się tyczy funkcji mięśnia obrączko-tarczowego, to Schech przychodzi do następnego wniosku: przy wydawaniu tonów wysokich chrząstka tarczowa zostaje za pośrednictwem mięśni tarczognykowych ustalona ku kości gnykowej; jednocześnie pociąga mięsień obrączko-tarczowy przednią część chrząstki obrączkowej ku chrząstce tarczowej, przyczem wiąz ostrokągowy zwalnia się, —co spowoduje obrót blaszki—chrząstki obrączkowej ku tyłowi i dołowi w stawie więzów obrączko-tarczowych bocznych. Ponieważ z przodu chrząstka tarczowa jest ustalona za pomocą mięśni tarczognykowych, z tyłu zaś chrząstki nalewkowe są również ustalone za pośrednictwem mięśni nalewkowych poprzecznych, skośnych i obrączko-nalewkowych bocznych, w stawie między chrząstką nalewkową a obrączkową, to odległość między chrząstką tarczową a nalewkową zwiększa się, a tym sposobem struna głosowa zostaje napięta w kierunku podłużnym. Na poparcie powyższego rozumowania przytacza Autor historię choroby opisaną przez Riegla, a także następne doświadczenie. Po przecięciu prawej gałęzi zewnętrznej nerwu krtaniowego górnego u młodego pieska, przekonał się Schech za pomocą laryngoskopu o niewielkiem rozdziawieniu przedniej części głośni błoniastej, głos był wyraźnie chrypliwy, przy wydawaniu głosu prawa struna głosowa nie dochodzi do tego samego poziomu co lewa, brzeg wolny prawej struny głosowej stał nieco wyżej jak brzeg zwrócony ku ścianie krtani. Przy podrażnieniu nerwu prawa struna głosowa podniosła się nad lewą; przy podrażnieniu nerwu podczas wydawania głosu mała luka, o której poprzednio wspomnieliśmy niknęła, a symetria strun głosowych przywróconą została.

Przy przecięciu obu stronem nerwu krtaniowego dolnego występował stale bezgłos, nieruchomość strun głosowych i podobne ułożenie jak u trupa, zwięźnienie głośni, przy zupełnym spokoju; nie uważano duszności. Przy podrażnieniu nerwu mięśnie zwiężające otrzymują przewagę a struny głosowe ustawiają się w ten sposób jak przy wydawaniu głosu.

Pomimo znacznych trudności udało się kilkakrotnie Autorowi przecięcie mięśnia obrączko-nalewkowego, lub też zaopatrującej go gałązki nerwowej. Jeżeli przecięcie dokonane zostanie po obu stronach, to struny głosowe występują ku linii środkowej i tracą możność poruszenia się ku zewnątrz podczas wdychania, nie zauważano też zupełnego ustawienia strun w pośrodku, ani długotrwałej duszności, głos był niezmienny, zwięźanie głosu i drganie strun głosowych odbywały się prawidłowo. Zwierzęta po dokonanej operacji zwykle w ciągu dni kilku traciły życie, tak że nie podobna nic stanowczego powiedzieć o późniejszym działaniu mięśni zwiężających.

Th. Lotz (2) przychodzi do wniosku, że bezwład strun głosowych zaliczany dotychczas do bezwładu natury hysterycznej, po części zależy od wpływu psychicznego, po części też od stanu kataralnego. Autor zwraca uwagę, że położenie mięśni krtani bywa właśnie powodem, że organ mowy najczęściej dotknięty bywa bezwładem z wpływów psychicznych. Mięśnie krtani leżą tuż pod błoną śluzową, która łatwo ulega obrzmieniu. Z drugiej strony krtani znajduje się niejako w obrębie organów wewnętrznych życia wegetacyjnego, z kąd różnego rodzaju wrażenia przychodzą do organu o którym mowa, i pod wpływem uwagi bywają zwiększane i zmienione. Dalej, jeżeli mięśnie dowolne znajdują się w organach wewnętrznych, to przeważnie służą do ruchów prostych, kiedy przeciwnie mięśnie krtani zależą zupełnie od naszej woli, pod wpływem której muszą się nagiąć do najdrobniejszych odcieni mowy. Należy też zwrócić uwagę, że w akcie mowy nie idzie tylko o skurcz mięśni, lecz zarazem w czynności tej grają pewną rolę gardziel i płuca, które wyrzucają pewną ilość powietrza i pod pewnym ciśnieniem. W ten sposób łatwo możemy sobie objaśnić, dla czego w wielu chorobach różne nieprzyjemne wrażenia dołączają się do aktu mowy i stają się przyczyną bezwładu natury psychicznej, pomimo że mięśnie i nerwy krtani są nienaruszone. Używane dotychczas środki lekarskie, mają zawsze za sobą to, że działają na organ, którego według przekonania chorego, znajduje się w stanie nieprawidłowym. Chory więc mając nadzieję i będąc przekonany o skuteczności użytej metody leczniczej, odnosi korzyści pod względem psychicznym. Nie należy jednak sądzić, ażeby samo powiedzenie choremu, że może mówić było wystarczającym, przeciwnie, dla osiągnięcia pomyślnego rezultatu potrzebny jest jakiś zewnętrzny bodziec. Z samej natury rzeczy wynika, że bezgłos przerywany należy do najuporeczywszych, gdyż prawie każdy dzień sprowadza wyleczenie i znów potem powrót choroby, w podobnych razach najwięcej jeszcze

można osiągnąć przez pobyt w szpitalu, pod okiem doświadczonego lekarza, któren z każdego momentu odpowiednio korzystać może.

A. H. Smith (3) podaje ciekawą obserwację bezwładu historycznego, skombinowanego z bezwładem spowodowanym przez zatrucie ołowiowe. Kobieta 32 lat życia licząca, podlegała częstym krwotokom, przy każdej regularności głos stawał się słabszym, tak że w Marcu 1866 roku tylko mówiła cichym szeptem, a stan podobny trwał do Października 1872 r. W ciągu całego tego czasu chora skarżyła się na różne dolegliwości w macicy. Przy badaniu wziernikiem krtaniowym, znaleziono krtani w stanie prawidłowym, głośnia tylko nawet przy usiłowaniu mówienia była szeroko otwartą. Bezpośrednia faradyzacja już przy pierwszym zastosowaniu spowodowała polepszenie, po 10-u posiedzeniach głośnia błoniasta już zupełnie się zamykała, głos stał się o wiele dźwięczniejszym, chora przy dłuższej rozmowie nie tak się męczyła, jednakowoż pomiędzy chrząstkami nalewkowymi pozostała szpara trójkątna. W tym stanie choroba pozostała na jednym punkcie, pomimo czystej faradyzacji, udało się dopiero Autorowi wykryć, że chora używała wody przeprowadzonej przez rury ołowiane, w skutek czego poprzednio zapadła na kolkę ołowianą. Podano jodek potasu w ilości 65 gran na dzień, głos stał się przy użyciu pomienionego lekarstwa słabszym, ale po pierwszym zastosowaniu faradyzacji polepszył się, a po dwóch następnych posiedzeniach osiągnięto zupełne wyleczenie.

Ton sam Autor (5) w liczbie innych przyczyn bezgłosu, zajmuje się obszernie bezwładem strun głosowych, którego zna cztery główne formy: 1) Bezwład wszystkich mięśni z głosem w związku pozostających, struny głosowe stoją nieruchomo, a głośnia przedstawia obszerną trójkątną szparę. 2) Bezwład mięśnia obrączko nalewkowego bocznego, zbliżenie do siebie chrząstek nalewkowych, bez obrotu tych ostatnich. 3) Bezwład mięśni nalewkowych, zamknięcie głośni błonistej, z tyłu szpara trójkątna. 4) Bezwład mięśnia tarczonoalewkowego, zamknięcie głośni chrząstki, przed nią istnieje szpara eliptyczna. Zwykle przebieg choroby jest pomyślny, a głos nagle powraca. Najczęściej przynosi korzyść bodziec działający wprost na krtani, nie raz wprowadzenie wziernika krtaniowego spowoduje ruchy kurczowe mięśni, w innych razach wdychanie eteru lub chloroformu aż do okresu podrażnienia. Najprościej jednak odrazu użyć bezpośrednio faradyzacji, przy pomocy elektrodu Mackenzi'ego. Niekiedy też silne wrażenie psychiczne wystarcza do przywrócenia głosu.

Ten sam Autor zajmując się następnie bezgłosem funkcyjnym rozróżnia dwie formy, w pierwszej bezgłos zależy od zaburzeń w inncrwyacyinerwów w samójkrtani, w drugiej zaś wprost od braku woli. Do pierwszej kategorii zaliczyć należy wypadki, gdzie bezgłos powstaje w skutek organicznych zaburzeń w krtani, lub też w skutek działania refleksu. Leczenie miejscowe nie usuwa prędko choroby, lecz ostatecznie prowadzi do celu, wpływ psychiczny nie jest dostateczny do przywrócenia głosu. Po powrocie głosu bywa on chrypliwy, lecz po jakimś czasie nieprawidłowość ta usuniętą zostaje.

W drugiej formie bezgłosu, którą wprost hysteryczną nazwać możemy, mamy do czynienia z bezwiednym brakiem woli. Chora sądzi, że robi usiłowanie do wydania głosu, w rzeczywistości jednak z mózgu nie wychodzi impuls ruchowy. Dopiero wiara lub też gwałtowny afekt umożliwiają wydanie głosu; u tego rodzaju chorych chloroform sprowadza często powrót głosu, albowiem chora pod wpływem tego czynnika zapomina niejako o swój idei niemożności mówienia. Przy tego rodzaju chorobie mięśnie krtani nie ulegają zanikowi, albowiem pozostają czynne, już to przy oddechaniu, już to przy kaszlu.

Bezwład mięśni obrączko tarczowych zwykle sprowadza tylko głos chrypliwy (*dysphonia*), niekiedy jednak staje się powodem zupełnej utraty głosu, cierpienie to powstaje często z nadmiernego wysilenia głosu, szczególnie w tonach wysokich. Struny głosowe bywają wiotkie, drgają przy przechodzeniu strumienia, powietrza ku górze i ku dołowi, a wolny ich brzeg jest często łukowato zagięty. Leczenie zależy na spokoju i stosowaniu elektryczności.

Welsch (4) zajmuje się podobnie z bezwładom mięśnia obrączko tarczowego, w tym stanie struny głosowe bywają wiotkie, na brzegach wklęsłe, w środku zapadłe ku dołowi, głośnia przyjmuje kształt eliptyczny, a razem ze strunami głosowymi przedstawia rodzaj lejka. Przy wydawaniu głosu chrząstki nalewkowo zbliżają się do siebie zupełnie, oba wyrostki głosowe dotykają się, średnia jednakowoż część strun głosowych wznosi się tylko przy wydaniu silnego głosu, wolne brzegi dotykają się wzajemnie, lecz tylko na chwilę, jak tylko strumień powietrza działa mniej silnie, natychmiast powracają do dawnego stanu. To opadanie wolnych brzegów strun głosowych stanowi objaw patognomiczny choroby, którą się obecnie zajmujemy. Dalej Welsch zwraca uwagę na wiotkość całego wiązania chrząstnego krtani. Przy krztuszeniu się cała jama krtani z boku zwęża się do tego stopnia, że wiotkie struny głosowe formalnie na siebie zachodzą; przytém nagłośnia ciągle opada ku tyłowi. Głos zwykle bywa niż-

szy jak w stanie prawidłowym, lecz mocny nie odznacza się czystością i jasnością, często nagle występuje dźwięk podobny do szczekania psa, lub też napotykaną przy krupie. Choroba wyżej opisana spotyka się dosyć często, szczególnie przy ostrych katarach oskrzeli, mięśnie obrączko tarczowe ulegają bezwładowi w skutek przesieku surowiczego ich substancji. Raz jeden znalazł Welsch bezwład wyżej wspomnianych mięśni trwający od urodzenia. Pod względem leczniczym, Autor zaleca jod wewnątrznie i zewnątrznie, i stosowanie elektryczności od zewnątrz przez powłokę skórną.

Schnitzler (7) zajmując się nerwicami nerwów w czucia w krtani, podaje kilka interesujących obserwacji. I tak opisuje *anaesthesiam dolorosam* u 20 letniej dziewczyny, która dotknęła prawą połowę gardzieli, krtani i tchawicy, choroba spowodowana została przez hysteryę, a uleczenie nastąpiło w skutek faradyzacji. Dalej wspomina autor o bezwładzie gardzieli i krtani, jeden wypadek skombinowany był z utratą smaku i nieczułością krtani, wystąpił on po zapaleniu gardzieli, prawdopodobnie natury błonicowej. Następnie mówi autor o nadczułości krtani, połączonej z trudnością przy przełykaniu, napadami duszności i kaszlu kurczowego, najlepiej działało wypędzanie morfiną i chloroformem, albo też podskórne zastrzyknięcie morfiny w sąsiedztwie krtani.

G. Schmidt (8) podaje rezultaty jakie zauważył po przecięciu nerwu wstecznego u kota, głos stał się nieco chrypliwym, nieczystym i niższym, struna głosowa i chrząstka nalewkowa pozostały w jednym położeniu przy oddechaniu i wydawaniu głosu, struna głosowa wydawała się krótszą. Tego samego kota duszono sznurem okręconym koło szyi, przy silnej duszności struna głosowa zdrowa wprawioną została w ciągle drganie, chora zaś była nieruchomą.

Riegel F. (9) w dokończeniu podanej gdzieindziej historii choroby, opisuje w jednym wypadku bezwładu mięśnia obrączko nalewkowego tylnego, ostatnie dni choroby, oraz rezultaty badania pośmiertnego. Choroba dotknęła 6-cio letniego chłopca i spowodowała tak silną duszność w skutek utrudnionego wdechania, że musiano dokonać przecięcia tchawicy, chory zaś stale musiał oddychać przez rurkę. Powoli wytworzyło się przy przebiegu bezgorączkowym zgęszczenie mięsna w szczycie prawego płuca, ostatecznie chory zakończył życie w skutek odry. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono mięśnie obrączko nalewkowe po obu stronach w stanie zaniku i zwyrodnienia tłuszczowego, inne zaś mięśnie krtani były nienaruszone. W nerwach wstecznych znaleziono wiele nitek nerwowych dobrze zachowanych,

lecz wiele też zwyrodniałych tłuszczowo i zanikłych, nerwy leżały między obrzmiałymi gruczołami limfatycznymi, a gdzie nigdzie wzbitej tkaninie bliznowatej.

K. Gerhardt (10) podaje obserwacye bezwładu strun głosowych powstałych na drodze odruchu z gardzieli. W dwóch wypadkach bezwład strun głosowych uleczony został po wydaleniu narośli gruczołowatych z podniebienia miękkiego, w trzecim zaś wypadku u chorego dotkniętego gruźlicą po wyjęciu z boeznój ściany gardzieli narośli brodawkowatej, nasąpiło znaczne polepszenie.

Ten sam Autor zauważył u jednego grajka na flecie kurcz krtańni zupełnie podobny co do swój natury do kurczu pisarskiego, która to ostatnią chorobę chory poprzednio przechodził. Przy nowój metodzie grania na flecie wymagającej większego napięcia, człowiek ten 51 lat życia liczący, grając na większym instrumencie przy wydawaniu pewnych tonów napotykał trudności, krtań jego drżała, podobnież ramię i kąt ust, spokój, zimne obmywania, bromek potasu spowodziły zupełne uleczenie.

Ciała obce.

- 1) Betz Friedr., Fremdkörper im Larynx. Catheterisation Heilung. —
2) Mackenzie, Eight cases of tracheotomy Med. Tim. and Gazet. Juni 71.

F. Betz (1) przywołany został do chłopca liczącego półtora roku życia, któren jedząc gardziel od gęsi doznał nagle duszności, po kateteryzacyi dróg powietrznych nastąpił kaszel i krztuszenie się, poczem oddech stał się znów wolny i spokojny.

Morell Mackenzie (2) podaje ośm wypadków przecięcia tchawicy dokonanych w skutek różnych przyczyn. Najciekawsza obserwacya dotyczy 25 letniej kobiety, u której pestka od śliwki dostała się przy przełykaniu do krtani i uwięzła w tchawicy pod strunami głosowymi. Wykonano przecięcie tchawicy, lękając się aby przy usiłowaniach wydobywania ciała obcego, takowe więcej do tchawicy wopchnięte nie zostało. Przy pierwszém nacięciu tchawicy powstał gwałtowny napad kaszlu, pestka wyleciała przez usta. Ciało obce pozostawało w tchawicy przez 50 godzin, rana wkrótce zablizniła się.

CHIRURGIA.

Sprawozdawca Dr M. Gruell (z Włocławka).

II. Choroby tętnic.

1. Krwotoki i ich tamowanie.

1) v. Tillenbaum, Ueber Arterienligatur mit carbolisirten Darmseiten. Wiener med. Wochenschr. N. 15. — 2) Czerny V., Ueber den Gebrauch carbolisirter Darmseiten zu Gefässunterbindungen. Tamze N. 22.

v. Tillenbaum (1) uwiadamia o wynikach, jakie otrzymał, podwiązując naczynia karbolizowanemi strunami kieszkowemi (*katgutem*). W 14 dni po podwiązaniu podwójną петlą katgutową, tętnicy szyjowej wspólniej u wielkiego psa, autor, wyciąwszy kawałek tętnicy, znalazł tak nieznaczne tylko szczątki katgut, że je za ledwie przy pomocy mikroskopu odszukać było można. Miejsce podwiązane przedstawiało się pod postacią twardego, wystającego pierścienia; światło naczynia było mocno zwężone, a po obu stronach przewiazki, zakrzepy przylegające do ścian. Błona wewnętrzna w miejscu podwiązania przedstawiała tylko delikatną ryse; zewnętrzna była zgrubiała. U ludzi używał autor katgut przy odjęciu goleni, przy odjęciu stopy metodą Pirogow'a i przy wielu mniejszych operacjach.—zawsze z pomyślnym skutkiem.

Czerny (2) podaje do wiadomości to co doświadczył we względzie podwiązania naczyń karbolizowanemi strunami. Podwiązanie takie stosował między innymi przy dziewięciu większych odjęciach członków. Same rany nie były opatrywane metodą Lister'a. Po jedném odjęciu uda, we 24 godzin miał miejsce krwotok następczy, który autor przypisuje zbyt cienikości katgut dostarczonego mu z Glasgowa. Podwiązanie naczynia w ciągu dokonaniem było tylko raz jeden, i to na tętnicy promieniowej; rana zagoiła się z razu przez bezpośrednie sklejenie, ale później odnowiła się znowu i zaczęła boleć, co się objaśnia istnieniem równocześnie zapalenia okostnej kości promieniowej. Przy podwiązaniach dokonywanych na zwierzętach, katgut, jedwab i zwyczaj-

ne nici wgajały się niekiedy w ranę, częściej wszakże wzbudzały ropienie. Autor nie mógł wykazać za pomocą badań mikroskopijnych aby katgut miał być wehłanianym; owszem, w kilku wypadkach znajdował, że część podwiązki, przeciwległa węzłowi była rozstrzępiona, i to tam szczególnie, gdzie wraz z naczyniem ujęto znaczną ilość tkanek. Autor mniema, że tu pęczniejąco tkanki rozerwały wymacerowaną podwiązkę. Wreszcie, na zasadzie przytoczonych spostrzeżeń i prób, autor objawia przekonanie, że podwiązywanie tętnic karbolizowanym katgutem nie ma żadnej wyższości nad zwyczajną przewiązką, i że nad katgut dla większej grubości i wytrzymałości przekładać należy poddane dezynfekcyi przewiązki jedwabne, które również krótko obcinać można.

2. T ę t n i a k i.

1) *Smith Stephen*, On the difficulties attending the diagnosis of aneurism from abscess. *Amer. Journ. of the med. Sc.* April. — 2) *Ten Ze*, On the Difficulties attending diagnosis of aneurism, being a contribution to surgical diagnosis to medical jurisprudence. *The Amer. Journ. of the med. Sciences.* Oct. p. 401. — 3) *Holmes T.*, Lectures on the surgical treatment of aneurism in its various forms. *Lancet.*

Smith (1) zwraca na to uwagę, jak często tętniaki błędnie brano były za ropnie, i że błąd ten jest możliwy, pomimo nawet bardzo skrupulatnego badania; wiele jest bowiem objawów tętniakom przypisywanych, które nie są stałe, a niekiedy wątpliwego znaczenia. Siedlisko, tętnienie, szmery, rezultat probierczego przekłucia i odśrodkowego ucisku doprowadzającego naczynia;—wszystkie te objawy, które mogłyby być spowodowane i przez ropień ponad naczyniem usadowiony, ściśle rozważyć i ocenić wypada, jeżeli się chce właściwo postawić rozpoznanie. Że może tam istnieć tętniak, gdzie przebieg i objawy kazały podejrzewać obecność ropnia, autor udowadnia przytaczając spostrzeżenia opisane przez *Bella*, *Guthrie*'go, *Fearna*, *Pelletana*'a, *Dupuytren*'a. Może znowu nie być tam wcale tętniaka, gdzie objawy i przebieg wskazują jego istnienie, jak to miało miejsce w wypadkach przytoczonych przez *Spence*'a, *Warnera*, *Coopera*'a. Może znowu sam tylko wywód choroby przemawiać za obecnością tętniaka, kiedy inne objawy każą przypuszczać istnienie ropnia, jak to miało miejsce w wypadku tętniaka tętnicy udowej, opisanym przez *Dunca*'a, i w kilku

wypadkach tętniaków rozwiniętych w skutek ran postrzałowych. *De scharmp* zwraca na to uwagę, że nie rzadko dokoła tętniaka rozwija się ropień, i w takich razach niekiedy spostrzegane zrazu objawy tętniaka bywają zamaskowane przez objawy rozwiniętego później ropnia. Może znowu tętniak powstać w następstwie ropnia, i wtedy w początku choroby wywód jój i objawy będą wskazywały na istnienie ropnia, a później na istnienie tętniaka. Na takie współistnienie ropnia z tętniakiem zwrócił najpierw uwagę *Liston*, a *MacKenzie* opisał podobny wypadek. *Dewes* zaś opisuje wypadek, gdzie ropień powstały z ropienia kręgow wywołał owrzodzenie aorty, skutkiem czego do istniejących poprzednio objawów pierwotnej choroby, dołączyły się objawy tętniaka.

Tenże sam *Smith* w innym artykule (2) zestawia z literatury 7 wypadków, wykazujących trudności, jakie można napotykać przy rozpoznawaniu tętniaków i łatwość pomieszania ich z innego rodzaju guzami. W pierwszym wypadku (*Amer. Journ. Med. Scienc. vol. IV. p. 237. 1829 r.*) tętniak tętnicy oponowej średniej o bardzo cienkich ścianach, umiejscowiony między brzegiem lewej łuski kości skroniowej a odpowiednią częścią kości ciemieniowej, rozwinięty w skutek uderzenia i nie przedstawiający zwykłych cech tętniaka, przyjęty był błędnie za torbiel i przecięty. Następstwem tego był śmiertelny krwotok.

W drugim wypadku *Syme'a* (*Edimb. Month. Journ.*) wzięto torbiel usadowioną ponad tętnicą za tętniak. Młody człowiek miał od 9-ciu miesięcy guz zajmujący górny trójkąt szyi, tętniący, powiększający się przy ruchach, a przy wysłuchiwaniu przedstawiający nie szmery wprawdzie, ale głośne tętnienie na znacznej przestrzeni słyszalne.

Podwiązano tętnicę szyjową wspólną. W dni pięć potem miał miejsce krwotok z rany, który się śmiercią zakończył. Przy sekcji znaleziono guz rozciągający się od ucha do mięśnia łopatkowo-gnykowego, który był zrosnięty z pochwą naczynia i wypełniony gęstym płynem.

Podobny temu wypadek spostrzegano w szpitalu *Bellerue*, gdzie guz posiadający podobne jak i powyższy cechy znajdował się w dolnym i zewnętrznym kącie szyjowym. Już miano przystąpić do podwiązania tętnicy podobojczykowej, którą w tym celu odsłonięto, gdy na szczęście za pomocą przekłucia w porę się przekonano, iż guz był torbielą nie tętniakiem. Trzeci taki wypadek przytacza *Breschet*. Z *Londoner Med. Times* przytacza autor jeden wypadek,

gdzie wzięto włókniak torbielowaty za tętniak na udzie, i w skutek tego podwiązano tętnię udową. Guz przestał się powiększać, lecz chory umarł z choroby płucnej. Przy seceyi zamiast worka tętniakowego znaleziono zrazowaty włókniak z przestworami torbielowatemi. Nader trudne jest rozróżnienie naczyniaka od tętniaka, z powodu wspólności wielu objawów; a nawet ucisk tętnicy i przekłucie próbne daje jednakowy rezultat w obu razach, jak się można przekonać w wypadku K e r r'a (*Edinb. Med. Sur. Journ. vol. 61*). U 67 letniej kobiety istniał po prawej stronie szyi guz, rozciągający się od kąta żuchwy do obojczyka i mostka, w dolnej swjej części otwarty i bez przerwy krew sączący. Guz ten na zasadzie przytoczonych objawów przyjęto za tętniak. Przedsięwzięte podwiązanie tętnicy szyjowej pociągnęło za sobą zmniejszenie objętości guza i stopniowe ustanie w nim tętnienia. W dziewięć miesięcy potem umarł ten chory na zapalenie płuc, a seceya wykazała, iż tętnica szyjowa nigdzie nie była rozdęta, a tylko istniał guz łączno-tkankowy, bogato unaczyniony, który za pomocą grubiej gałęzi tętniczej miał związek z tętnicą szyjową. Wypadek L a w r e n c e'a (*Med. Chir. Trans. vol. 8*) dowodzi, że tętniak wzięty być może za mięsak. Wielki guz w ciągu krótkiego czasu zajął prawie całą tylną powierzchnię uda. Wysłuchania go zaniedbano. Po wykonaniu odjęcia uda w $\frac{1}{3}$ części górnej, przekonano się, że guz był wielkim tętniakiem tętnicy podkolanowej. W wypadku opisanym przez E a r l e (*Lond. Med. Gaz. vol. 16*) wzięto za tętniak n e r w i a k splotu ramieniowego, i w celu uleczenia go podwiązano tętnicę podobojczykową. Gdy w 5 lat potem chory umarł na inną chorobę, znaleziono nerwiak zrosnięty z pochwą naczyniową tętnicy pachowej.

T. H o l m e s (3) ciągnie dalej rozpoczęte w roku zeszłym odczyty o chirurgicznym leczeniu tętniaków, a w szczególności rozbiera leczenie tętniaków na szyi, głowie i górnych kończynach. Główne punkta, które stara się udowodnić są następujące: 1) Podwiązanie naczyń katgutem, jakkolwiek ma wielką wyższość nad innymi metodami, nie może jednak wyrugować z użycia leczenia za pomocą nacisku. 2) Niektóre formy tętniaków tętnicy szyjowej łatwo dają się uleczyć zapomocą nacisku; wszelako nacisk ten, chociażby był z początku bolesny i do wykonywania trudny, powinien być stosowany z wytrwałością; w każdym zaś razie z podwiązaniem tętnicy szyjowej jak najdłużej ociągać się należy, ponieważ jest ono wielce niebezpiecznym. 3) Jeżeliby podwiązanie tętnicy szyjowej okazało się koniecznym, częstokroć dobrze jest usunąć zupełnie zawar-

tość worka tętniakowego, a obwodowy koniec tętnicy także podwiązać. 4) Chociaż operacya Brasdor'a na tętnicy szyjowej bardzo rzadko może być wskazana, polega ona jednak na słusznych podstawach anatomicznych. 5) Tętniaki traumatycznego pochodzenia i rany tętnicy kręgowój, które często brano za obrażenia tętnicy szyjowej, prawdopodobnie mogłyby być leczone za pomocą nacisku lub za pomocą dawniejszych metod operacyjnych. 6) Zdaje się, że pod nazwą tętniaków oczodołowych rozumiano rozmaite stany chorobowe, z których jedne mogły się były uleczyć dobrowolnie lub małą okazywały skłonność do zwyrodnienia; inne zaś prawdopodobnie częstokroć dałyby się leczyć w sposób łagodniejszy, aniżeli przez podwiązanie tętnicy szyjowej, z którym o ile można jak najdłużej ociagać się należy. 7) W rzadkich tylko razach udaje się rozpoznać i leczyć skutecznie tętniaki wewnątrz czaszkowe. 8) Żyło—tętniaki na szyi bywają zwykle (ale nie zawsze) nieszkodliwemi. 9) Z tętniaków pachowych wiele naleczyłoby się dało zapomocą nacisku, to też i wiele posiadamy wiadomości o skutecznem leczeniu tą metodą. Podwiązanie tętnicy podobojczykowej zaś, jest operacyą bardzo niebezpieczną; i to tém niebezpieczniejszą im wyżej tętniak się rozciąga. 10) Chociaż Syme uważa to mniemanie za błędne, iż przy tętniakach tętnicy pachowej dawne postępowanie operacyjne wogóle należałoby przekładać nad podwiązanie sposobem Hunt'e'a, to jednak zdarzają się wypadki zranień, a bardzo rzadko wypadki tętniaków tej tętnicy, gdzie wyższość tego postępowaniu jest usprawiedliwioną; zawsze jednak przez wzgląd na możliwą potrzebę odjęcia kończyny. 11) Być może, że jakie manipulacye lub inne miejscowe metody lecznicze, w niektórych wypadkach tętniaków pachowych okazały się skutecznemi, zawsze jednak uważać je trzeba za próby do niczego nieprowadzące. 12) Traumatyczne lub dobrowolnie powstałe tętniaki tętnicy ramieniowej na ramieniu i w przegubie łokciowym, leczą się zwykle z dobrym skutkiem, przypuszczając, że niema w danym razie wady sercowej, jaka zazwyczaj wikła formę dobrowolną. 13) Leczenie żyło—tętniaków w przegubie łokciowym udaje się zwykle za pomocą nacisku palcowego.

Przytoczone tu zdania autor uzasadnia, popierając je licznemi przykładami już to z własnej praktyki, już z literatury czerpanemi.

Kazuistyka leczenia tętniaków, już za pomocą nacisku, już też za pomocą podwiązania jest dość obfite w literaturze wszystkich narodowości. Jako oddzielnie stojący zasługuje na wzmiankę opisany

przez R i s e l'a (*Berlin. Klin. Wochenschr. Nr. 12*) wypadek uleczenia tętniaka podkolanowego przez zgięcie kończyny w stawie kolanowym. Miało to miejsce w klinice Volkman'n'a. Mężczyzna 41 letni miał pod prawem kolanem tętniak dobrowolnie rozwinięty, wielkości kurzego jaja. Po silném zgięciu trwającym bez przerwy w ciągu 168 godzin, tętnienie w guzie znacznie słabszém się stało, a sam guz stwardniał. Po sześciu dniach powtórzono raz jeszcze forsowne zgięcie na 48 godzin, poczem uleczenie było zupełnem. Po roku w przogubie kolanowym ani śladu guza wykryć nie było można.

III. Choroby żył i naczyń chłonnych.

1) Woodman John, Case of cut—throat wound of internal jugular vein. Ligature. Recovery.—2) Ogle J., Laceration of the internal jugular vein by a portion of fractured clavicle. *Brit. med. Journ. July 26.* — 3) Valerani Fl, Cura radicale delle varici colle iniezioni di cloralio idrato. *Annal univ. di Med. Decbr.* — 4) Orłowski, Wyleczenie żylaków przez zastrzykiwanie roztworu ergotyny. Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. *Medycyna Nr. 21, str. 331.*

Woodman (1) podwiązał u 30-letniej kobiety żyłę szyjową we wnętrzu, która została nadeięta brzytwą i mocno krwawiła. Z obu stron pół cala długiej szczeliny w żyłę nałożono dwie przewiązki. Nitki oddzieliły się po 27 dniach a chora zupełnie przyszła do zdrowia.

Valerani (3) próbował zaleconych przez L. Porta nastrzykiwań wodanu chlorału w celu leczenia żyłaków i stwierdza skuteczność tej metody w trzech przytoczonych przez siebie wypadkach. Dwa gramy wodanu chlorału rozpuszczone w takiej samej ilości wody wystarcza na sześć nastrzyknięć, które się wykonują za pomocą strzykawki Pravaz'a. Według Giacomini'ego i innych, powstawanie żyłaków miałyby zależeć od niedokładności zastawek w gałęziach łączących żyły powierzchowne z głębokimi. Skutkiem niedokładnego zamykania się tych zastawek, krew żylna zamiast przepływać z żył podskórnych do żył głębokich, wraca się wstecz, skutkiem czego ściany żył się rozszerzają, zwłaszcza przy wierzchołkach zastawek, i w miejscu odłączania się gałęzi łącznych. Zamknięcie tych ostatnich jest zadaniem radykalnego leczenia żyłaków — tym bowiem sposobem uniemożliwia się powrót krwi z żył głębokich do powierzchownych. Według Porta, miejscowe oddziały-

wanie po nastrzyknięciu chloralu ma być rzadkością; autor tymczasem widział niejednokrotnie zapalenie, ropienie i zgorzel, ale zawsze na tak ograniczonej przestrzeni, że stan ogólny nigdy na tém nie ucierpiał.

Orłowski (4) przedstawił towarzystwu lekarskiemu w Warszawie chorego, któremu z dobrym skutkiem uleczył żyłaki kończyn dolnych za pomocą 28 nastrzyknięć podskórnych roztworu ergotyny (pół drachmy ergotyny rozpuszczone w równych częściach po 2 drachmy gliceryny i wysokoku, tak że na jedno wstrzyknięcie wyjdzie około 2 gran ergotyny).

IV. Choroby nerwów.

1) Letiévant. Sensibilité de la face après la section des trois nerfs sous-orbitaire, dentaire inférieur et buccal. L'Union méd. N. 84.—2) Morton Th. Cases of excision of the supra-and infraorbital branches of the trifacial, of the perineal external, popliteal and posterior tibial nerves. Amer. Journ. of méd. Sciences October.

Letiévant (1) spostrzegał w 24 godziny po przecięciu nerwów: podoczodołowego, zębodołowego dolnego i policzkowego, powrót czucia w okolicy przez te nerwy zaopatrywaną. Czulość z każdym dniem stawała się znaczniejszą, a po upływie miesiąca doszła do pewnego stopnia dokładności. Nerwu podoczodołowego wycięto 3 ctm., zębodołowy zaś dolny tylko przecięto. Autor objaśnia ten tak wczesny powrót czucia w danym wypadku wstrząśnieniem odleglejszych brodawek nerwowych, oraz istnieniem licznych połączeń z sąsiednimi nerwami, które autor anatomicznie stara się wykazać.

Morton (2) ogłasza 7 wypadków przecięcia nerwów: 1) Przecięcie nerwu podoczodołowego z powodu nerwobólu od 15 lat trwającego. Zatokę Highmora przewiercono i dobre 2½ ctm. nerwu wycięto. Ropienie było obfite; skutek zupełny, z pozostawieniem tylko nieznacznej czulości wargi i kąta ust. 2) Wycięcie 3½ ctm. długiego kawałka nerwu podoczodołowego, z powodu 15 lat trwającego nerwobólu, przyczém po odsłonięciu dziury podoczodołowej, oddalono część dolnego brzegu oczodołu ponad tą dziurą w celu odkrycia nerwu. Zagojenie szybko nastąpiło, z zupełnym skutkiem. 3) Podskórne przecięcie prawego nerwu nadoczodołowego i wycięcie prawego nerwu podoczodołowego, z powodu trwającego od lat 20 kurczowego ściągania mięśni prawej powieki, kąta ust, wargi i skóry karku. W następstwie tej operacyi wspomniane ściągi przychodziły potem w dłuższych odstępach czasu, 4) Przecięcie obu nerwów nadoczodołowych i wycięcie

Wilbar (4) opisuje pod nazwą *zwiechnienia szczęki górnej* obrażenie, któreby raczej za złamanie uważać należało. Pacjent przechodząc ulicą, ugodzony został w głowę przez spadający kawał kamienia z trzechpiętrowego domu. Stracił on natychmiast przytomność, a niezadługo potem autor go widział. Mający wtedy; miał głowę i twarz obrzękłą, pokrytą sińcami; z nosa i tylnych otworów gardzieli wyciekła krew; duszność i niewielkie nudności. Prócz wielu innych miał także ranę poprzeczną w kierunku dolnej połowy kości nosowych, wywołaną widocznie przez uderzenie kantem cegły. Skoro obrzęk nieco ustąpił, można było widzieć oczami i wymacać, że przy silném zamykaniu ust np. przy żuciu twarz przesuwiała się w kierunku pionowym, względem nieruchomych kości licowych, a przy otwieraniu ust opuszczały się ku dół obie szczęki górne wraz z kośćmi nosowymi, które się oddzielały od kości czołowej. Przytem czuć było słabe tarcie się kości o siebie. Przez spokój nastąpiło wyzdrowienie z pozostaniem małoznacznej tylko ruchomości szczęki górnej.

Dur od i é (5) i Hutchinson (6) opisują wypadki z łamania kręgow szyjowych stwierdzone badaniem pośmiertnem. Pierwszy z tych wypadków szczególnie jest interesujący.

I. Chory, 28 lat liczący, w stanie opitym spadł z woza głową na dół, i wkrótce potem przywieziony był do szpitala, gdzie się w następującym przedstawił stanie: pijany jeszcze, niedokładnie odpowiada na zadawane mu pytania; twarz blada, sinawa, oczy szeroko rozwarte, duszność. Głowa spoczywa na piersiach, broda tylko na parę milimetrów oddalona od mostka. Kończyny górne zgięte w łokciach; ramiona odwiedzione; ręce leżą na mostku pod brodą. Czułość tych kończyn zupełnie zniesiona; zdolność ruchu bardzo ograniczona, mianowicie zachowana tylko możność silniejszego zgięcia; wyprostowanie czynne prawie niemożliwe, bierne daje się wykonać z trudnością, tylko do 45° mniej więcej, a gdy się popuści ręce przyjmują znowu pierwotne położenie. Zdolność czucia i ruchu w dolnych kończynach zniesiona. Odruchy w kończynach dolnych wcale nie powstają; w górnych mogą być wywołane. Zupełne zatrzymanie stolca i moczu. Bierny nawał krwi do żołądka i niezupełne napięcie prącia. W okolicy szyjowej: przygięcie głowy ku przodowi, zakłócenie na wysokości wyrostka ciernistego piątego kręgu szyjowego. Na tylnej ścianie gardzieli widać wydatność utworzoną przez czwarty krąg szyjowy.

Przy ucisku na to miejsce i wykonywaniu łagodnych bocznych ruchów powstaje uczucie tarcia, ale zarazem zwiększa się duszność i prącie z u p e ł n i e się napręża. Tętno 40, słabe, miękkie, łatwo ucinąć się dające. Oddechanie przeponowe, 11 razy na minutę. Rozpoznano złamanie ze zwichnieniem kręgów szyjowych, prawdopodobnie czwartego. Próbowano zwichnięty krąg odprowadzić na miejsce, lecz ze usiłowaniami tym towarzyszyły zatrważające przypadłości, odstąpiono więc od tego zamiaru.

Następnego dnia chory jeszcze nie przyszedł do siebie. Naprężenie prącia przez trzy godziny było zupełnym, następnie stało się niezupełnym; tętno 25, oddechów 7; temperatura 34°. W moczu za pomocą próby F e h l i n g'a wykryto cukier. Wprowadzenie cewnika było utrudnione przez naprężanie się prącia, które się stawało zupełnym skoro się dotknęło do niego, do szyi, albo do którejkolwiek części ciała. Zupełne naprężenie trwało przez kilka godzin, poczem stawało się niezupełnym, aby za nowym powodem znowu się w zupełne zamienić. Chory przy łykaniu krztusi się łatwo. W 48 godzin po upadnięciu zmarł.

Przy sekcji znaleziono rozległe podbiegnięcia krwawe na szyi; znaczniejszy wylew krwi dookoła miejsca złamania, krwawy nasięk w mięśniach szyjowych i w tkance łącznej międzymięśniowej. Złamanie trzonu czwartego kręgu szyjowego; linia złamania przebiegała nieco ukośnie od tyłu i od góry ku przodowi i dołowi; poziomo od strony prawej ku lewej. Górny odłamek sterczy znacznie ku przodowi; krąg czwarty jest względem piątego zwichnięty ku przodowi; powierzchnie stawowe oddalone od siebie; piąty krąg mocno wystaje ku tyłowi. Tętnica kręgowa była rozciągnięta ale nie przerwana. Wiąz żółty rozerwany. Chrząstka międzykręgowa z miejsca wypchnięta. Wiezy kręgowe tylny i przedni po części oddzielone, po części rozerwane. W kanale kręgowym między oponą twardą a kością znaczna ilość krwi. Opony zacerwienione, mocno unaczynione, nie stwardniałe ani też zgrubiałe. W samym rdzeniu w miejscu złamania wylew krwi w pobliżu nasięku krwawego; na dość znacznej przestrzeni rozmięczenie w dość wysokim stopniu. Pod mikroskopem znaleziono między czerwono-brunatno zabarwionymi włóknami nerwowymi porozdzierane naczynka włosowate i liczne ciała krwi. Włókienka pierwotne w części porozrywane. W odleglejszych miejscach ceweczki nerwowe zawierały gromadki jąder; komórki istoty szarej przedstawiały wszystkie cechy poczynającego się przeistoczenia tłuszczowego.

II. Chory, 45 lat liczący, upadł na głowę z wysokości 30 stóp. Skutkiem tego powstało porażenie ruchu w kończynach górnych i dolnych, zmniejszenie czucia w tułowiu i kończynach, oraz słabe oddechanie przeponowe. Rozszerzenie tętnic, skóra gorąca; źrenice zwężone, nie oddziaływające na światło: wyprężenie płaciu, ból w karku. Koniec języka odgryziony. W kolumnie kręgowej nie wykryto nic nieprawidłowego. Objawy porażenia rozwijały się stopniowo w ciągu pierwszych godzin po przyjęciu chorego do szpitala. Rozpoznano: uszkodzenie rdzenia pacierzowego w bliskości czwartego kręgu szyjowego. W 24 godzin chorey umarł. Przy seceki znaleziono złamanie czwartego kręgu szyjowego, częściowe rozdarcie chrząstki międzykręgowej między czwartym a piątym kręgiem; żadnego przemieszczenia; między oponą twardą a kością nieco krwi a przy otworzeniu kanału uszkodzono rdzeń pacierzowy, a tém samém dokładne jego zbadanie stało się niemożliwem. W rdzeniu tym nie było wylewów krwi. Nadto znaleziono złamanie mostka na tylnej powierzchni, w górnej połowie tegoż.

De l e n s (8) zestawil 28 wypadków z ł a m a ń o b o j e z y k a w jego $\frac{1}{3}$ części wewnętrznej, z których ośm sam postrzegał. W liczbie 28 wypadków, 20 razy złamanie zdarzyło się u mężczyzn, 6 u kobiet, 2 razy pleć nie podana. Autor znalazł, iż w wypadkach złamań wywołanych przez gwałtowny skurecz mięśni, obrzmienie i zniekształtnienie bywa wydatniejsze aniżeli w złamaniach spowodowanych przez działanie bezpośredniego gwałtu. Za to brakuje tam zazwyczaj niezwykłej ruchomości i tarcia, jakie przy ostatnich najczęściej istnieją. Złamania te nie zawsze są łatwemi do rozpoznania. Najczęściej mieszano je z niezupełnóm zwiechnieniem obojczyka ku przodowi i górze.

K r ö n l e i n (10) opisuje pierwszy stanowczo stwierdzony wypadek podłużnego złamania kości rurowej, t. j. takiego złamania, przy któremby kość wzdłuż całej swęj długości od jednego końca stawowego do drugiego i razem z temi końcami została rozszczepaną. Ciekawy ten wypadek zasługuje na opis szczegółowy:

Chory, włościanin 27 lat liczący, chciał 8 Października 1870 r. przystawić do drzewa ciężką drabinę 30 stóp długą; mocno się przytém wysiliwszy uczuł nagle gwałtowny ból w prawym barku. Jakkolwiek od tęg chwili każde poruszenie prawą kończyną górną było bolesném, chorey zajmował się robotą jeszcze do 12 Października, a dopiero 17 go zawezwał lekarza. Ten nie był w stanie rozpoznać na pewno z czem ma do czynienia, a gdy 20 t. m. ramię mocno obrzękło

i silna gorączka nie ustępowała, odesłał chorego go szpitala. W dniu przybycia stan chorego był następujący: silny mężczyzna, z potężnie rozwiniętą muskulaturą, krępej budowy, głupowaty. Okolica barkowa prawa i całe prawe ramię mocno, a przedramię mniej obrzęknięte; nacisk na okolice barkową mocno bolesny. Zdawało się, iż przez obrzmiałość czuć szparę między wyrostkiem barkowym łopatki a główką kości ramieniowej; nienormalne położenie tej główki wykryć się nie dawało. W stawie ramieniowym można było wykonywać ruchy bierne we wszystkich kierunkach, tylko z bólem. Naciskanie wzdłuż osi podłużnej ramienia nie sprawiało osobliwego bólu. Nigdzie nie można było wykryć nieprawidłowej ruchomości, żadnych sińców ani zaczerwienienia skóry. Temp. 39,5°. Pomimo spokojnego trzymania chorą kończyną w uniesionej nieco pozycyi, obrzmienie się zwiększało i gorączka trwała bez przerwy. 30 Października położywszy rękę płasko na barku; a drugą wykonywając ruchy obrotowe ramieniem, można było czuć wyraźne tarcie się kości. Na ramieniu, na przestrzeni mięśnia naramiennego, oraz na wewnętrznej stronie dawało się wyczuwać głębokie ale wyraźne chełbotanie. Dnia 1 Grudnia zrobiono cięcie $3\frac{1}{2}$ cala długie, jak przy wypłowywaniu stawu ramieniowego sposobem *Langenbeck'a*, poczem wylała się bardzo wielka ilość cuchnącej ropy. Paloc wprowadzony do jamy doszedł do obnażonej kości i wyczuwał na jej górnej wewnętrznej stronie szczelinę podłużną na pół ctm. rozwartą, której końców nie można było ani od góry ani od dołu przez ranę dosięgnąć. Szczelinę tę po części widzieć można było w głębi rany. Brzegi tej szczeliny były obnażone z okostnej na szerokość mniej więcej małego palca, i nie przedstawiały ani śladu kostniny. Zrobiono przeciwotwór ponad przegubem łokciowym i przeprowadzono rurkę drenową. Zatoki ropiaste jakie się tworzyły wzdłuż klatki piersiowej i grzbietowej powierzchni przedramienia wymagały nowych nacięć. Dnia 26 Grudnia ciepłota podniosła się do 40,2, okolica łokciowa mocno opuchła, przedramię i ręka obrzmiały; nacisk na staw łokciowy, jakoteż ruchy w nim stały się bardzo bolesne. Badanie przedsięwzięte 1 Lutego pozwoliło wykryć w górnym kącie rany powstałej z pierwszego nacięcia, ruchomy martwak rozciągający się ku stawowi ramieniowemu, a w dolnym kącie tejże rany również ruchomą kość, rozciągającą się do stawu łokciowego. Oba te martwaki wydobyto. Górny miał przeszło 1 cal długości, a $\frac{3}{4}$ cala szerokości; dolny był 3 cale długi. Badanie palcem po wyjęciu martwaków dokonane rozjaśniło ciemne strony tego wypadku. Martwaki należały do zmartwiałej po części powierzchni złamania,

którą spotykaliśmy w ranie. Ku górze rozciąga się ona aż do stawu ramieniowego, jak widać z długości martwaka. Ku dołowi śledzić za nią można palcem; a jeżeli się wprowadzi palec drugiej ręki w ranę ponad stawem łokciowym się znajdującą, to i ten palec trafia na linię złamania podłużnie przebiegającą i spotyka palec od góry wprowadzony. Tym sposobem można było się przekonać o jednociągłości linii złamania, rozciągającej się wzdłuż kości od stawu ramieniowego do łokciowego. Pacjent ten przebył następnie kilka razy różę; w początku Listopada z przetoki w jamie pachowej wydobyto mu nowy martwak $\frac{1}{2}$ cala długi, a 15 Marca inny martwak 7 cali długi z otworu ponad kłykciem wewnętrznym. Odtąd stan jego zdrowia stale poprawiać się zaczął, tak że 6 Września 1872 r. po dwu letnim pobycie mógł być wypuszczonym ze szpitala. Wszystkie przetoki się pozagajały; liczne blizny na przebiegu ramienia były do kości mocno przyrośnięte; stawy: ramieniowy i łokciowy zupełnie zesztwniały, ręczny — ruchomy; palce ruchome; przedramię względem ramienia nie zupełnie pod kątem prostym ustawione. Pacjent może unosić przedmioty i pisać prawą ręką. Prawe ramię jest téj samej długości co i lewe.

Bourguet (11) zaleca przy złamaniach kości promieniowej (*radius*) tuż ponad wyrostkiem rylcowym, opatrunek złożony z lezczotek: dłoniowej i grzbietowej, do których w razie potrzeby dodać można i trzecią — łokciową. Po złożeniu odłamków, leszczotki nakładają się na kompresie stopniowym zdwojonym w dolnej części aby przez to, stosownie do potrzeby, odpychać dolny odłamek ku przodowi albo ku tyłowi, lub wyrostek rylcowy na zewnątrz. Leszczotka dłoniowa sięgać powinna do miejsca złamania, nie przekraczając takowego; grzbietowa do połowy napięstka, trzecia zaś 15—18 milimetrów po za wyrostek rylcowy, na który powinna naciskać. Opaska kolista lub też paski plastra lepkiego uzupełniają opatrunek. Kończyna zawiesza się na mitelli w ten sposób, aby ręka była swobodna. Kilka razy dziennie wykonywają się pociągania za rękę, naginając ją z lekka w stronę brzegu łokciowego, albo też — co lepiej — pacjent powinien kilka razy dziennie po 2—3 minut nosić w chorą rękę ciężar 1—2 kilogramowy. Chory zaraz po nałożeniu opatrunku może używać ręki, o ile się temu bolesność nie sprzeciwia. Autor leczył w ten sposób około 20-tu wypadków i otrzymał dobre rezultaty, a przynajmniej nie gorsze jak przy użyciu innych sposobów.

Zazwyczaj po 20 dniach a raz już po 10 opatrunek może być zdjęty, i chorzy mogli natychmiast podejmować większą część swych zwyczajnych zatrudnień. Obrzmienie, sztywność i bolesność przy

poruszaniu palcami mają przemijać nierównie prędzej aniżeli przy traktowaniu tych złamań w zwyczajny sposób. Zrośnięcie nastąpiło bez wyjątku na wszystkich wypadkach.

Stokes (13) podaje opis leczenia poprzecznych złamań rzepki (*patella*) metodą Sansom'a. Długi pasek plastra lepkiego przyklepia się wzdłuż przedniej powierzchni kończyny, od połowy uda do połowy goleni, i przytwierdza tu opaską kolistą, pozostawiając ponad miejscem złamania kawałek 20—30 ctm. długi w formie pętli. W obrębie tej pętli ponad górny odłamek rzepki przykładana się pelotę zrobioną z wąskiego bandaża, poczem przez pętlę przetyka się kij i pokręca się nim w około, skutkiem czego pętla się skraca, przyciska pelotę do górnego brzegu rzepki i zbliża górny odłamek do dolnego.

Wheeler (14) w celu leczenia złamań rzepki podaje nowy przyrząd, którego jednak sam jeszcze na żywym nie stosował. Przyrząd ten składa się z długiej a wąskiej skrzynki, służącej do pomieszczenia kończyny, oraz z dwóch miętko wysłanych półksiężycowatych blaszek metalowych, które za pomocą skórzanych mankietów utwierdzone dokoła nogi powyżej i poniżej rzepki mogą być przy pomocy śruby do siebie zbliżone, i w ten sposób utrzymują odłamy w połączeniu.

Barnes (15) miał w kuracyi osobę ze złamaną piszczelą na granicy $\frac{1}{3}$ dolnej z $\frac{1}{3}$ średnią tej kości. Pomimo odpowiedniego opatrunku w ciągu 5 miesięcy złamanie zrosnąć się nie chciało, aż w tém nagle chory dostał wysypki przymiotowej i przymiotowego zapalenia tęczy. Jod i rtęć użyte z powodu objawów przymiotowych sprowadziły zrośnięcie się kości w ciągu niespełna jednego miesiąca.

B. Zapalenia.

- 1) Duplay et Morat, Rechercher sur la nature et la pathogénie du mal perforant du pied. Archiv gén. de Méd. Mars, Avril, Mai. — 2) Ollier, Moyens chirurgicaux pour activer l'accroissement des os. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. N. 35. — 3) Wahl E., Zur Casuistik der Osteotomie, Ztschr. für Chir. IV. — 4) Czerny, Eine locale Malacie des Unterschenkels. Wien. med. Wochenschr. N. 39. — 5) Wygrzywalski, Dwa wypadki ostrzej zgorzeli kości. Gaz. Lek. N. 13.

Duplay i Morat (1) przeprowadzili szereg dokładnych badań nad wrzodem dziurawiącym stopy, biorąc materiał z licznych spostrzeżeń klinicznych i poszukiwań anatomicznych. Pracę swą dzielą na kilka części: kliniczną, anatomiczną i patogenetyczną.

1) Część kliniczna. Nie zastanawiając się szczegółowo nad zwykłymi charakterystycznymi, często już opisywanymi oznakami choroby o której mowa, autorowie starają się więcej ujawnić te z objawów, chorobie wspomnianej właściwych, o których dotychczas mało wiadano. Z pomiędzy nich najważniejszymi są miejscowe zaburzenia w sferze czucia. Stałym jest np. osłabienie a nawet zupełny brak czułości samego owrzdzenia i otaczającej go skóry. Na każdym wrzodzie takim wynaleźć można chociaż część, w którą wkłóć można szpilkę aż do kości, bez sprawienia choremu najmniejszego nawet bólu. Jest to mieszanina nieczułości na ból (*analgesia*) z brakiem czucia (*anaesthesia*) które chociaż razem obok siebie istnieją, pierwsza jednak zajmuje taki sam, albo nawet większy obręb niż druga. Zmniejszone jest także uczucie ciepłoty; wszakże dokładniejsze zbadanie pod tym względem jest trudne. Chociaż niewątpliwym jest fakt, że nieczułość istnieje, o jej siedlisku i rozciągłości niepodobna stanowczo wiedzieć. Samo owrzdzenie stale bywa nieczułym; od tego zaś miejsca nieprawidłowość ta rozszerza się już to na okolicę pewnego nerwu, już też znajduje się w różnych miejscach, jak np. na wewnętrznej i zewnętrznej połowie sąsiednich palców. Niekiedy u jednego i tego samego chorego rozległość nieczułości bywa zmienną. Powstanie owrzdzenia poprzedzały w niektórych razach gwałtowne bólesci w dolnych kończynach, a niekiedy niepewność chodu.

Prawie zawsze istnieje nadmiernie wytwarzanie się naskórka i to nie tylko na podoszwie lecz i na grzbiecie stopy a niekiedy nawet i na goleniach. Paznokcie bywają zazwyczaj zgrubiałe, żółtawe, pokrzywione, niekiedy szponiaste, pomarszczone, łupiące się wzdłuż. Włosy bywają niekiedy, choć nie zawsze, obfitsze i twardsze. Barwa stopy bywa częstokroć ciemniejsza niż zwyczajnie; wydzielanie potu już to nad miarę obfite, już zupełnie wstrzymane, szczególnież tam, gdzie poprzednio obfitem było. Tkanka łączna podskórna bywa u większej części chorych zgrubiała, stwardniała, które to zmiany rozszerzają się niekiedy aż na goleń. Stawy, i to nie tylko najbliższe, bywają nawpół albo i zupełnie zesztyniałe, nawpółwzwichnięte, już to w większej już w mniejszej liczbie. Więcej przypadkowemi powikłaniami bywa różycyca i róża stopy i goleni; często nader uporczywe. Niekiedy sprawa zapalna rozszerza się i na tkankę łączną podskórną; rzadko jednak towarzyszą jej ważniejsze zaburzenia ogólne i rzadko też przychodzi do ropienia; niekiedy jednak zajęte części ulegają zgorzeli. Po zupełnem zablźnieniu owrzdzenia, pozostaje wielka skłonność do odnowienia się tegoż.

II. Część anatomiczna. Brak w skórze wygląda zwykle tak jakby zrobiony dłutem, a niekiedy istnieje tylko mały otwór przetokowy prowadzący do kości. Owrzodzenie otworu jest zgrubiałym naskórkiem. Jeżeli przez owrządzenie poprowadzimy cięcie aż do kości, to w dnie jego zobaczymy gniazdko z okrągłych komórek jądrowych, które wyściełają także ściany kanału przetokowego. Skóra właściwa jest zgrubiała, ograniczenie jej od głębi zatarte, komórki tłuszczowe zanikłe. Wiązki włókniste skóry zgrubiałe, lecz nie tak miękkie; pierwociny komórkowe powiększone a ich zawartość wydadtiona. Najważniejsze zmiany znajdujemy w naczyniach. Cała sieć ciała brodawkowego wypełniona jest młodemi komórkami, po większej części okrągłemi; ściany naczyń włosowatych przybrały cechy takichż naczyń u zarodka; gromadki okrągłych komórek znajdują się smugami dokoła małych naczyń; brodawki w stanie przerostu; gruczolki potowe na poziomie owrządzenia zniknęły, w otoczeniu są normalne lub przerosłe. Ścieżna bywają albo zniszczone albo uległe rozległym sprawom zapalnym, zarówno jak i pochewki ścięgien. Kość przedstawia się w którymś z okresów lub zejść zapalenia, w stanie rozrzedzenia, zeszklenia, zgorzeli lub t. p. W stawach napotyka się niekiedy zniszczenie chrząstki, zgrubienie torebki stawowej i błony maziowej lub wreszcie włókniste zeszywnienie. Tę formę zapalenia należy odróżnić od innej, która sprowadza tworzenie się ognisk serowatych; jest to raczej ta forma, której Ranvier słusznie daje nazwę zapalenia grzybiastego. Okostna bywa częstokroć zgubiała, miejscami zniszczona przez owrządzenie. W pewnej odległości od wrzodu zapalenie nie posiada już tego niszczącego charakteru,—strata zastąpiona jest obficie przez tkankę włóknistą, ale i tu sprowadzić ona może włókniste zeszywnienie stawu.

Mięśnie przedstawiają następstwa przewlekłego zapalenia, ze zgrubieniem i rozrostem tkanki łącznej śródmięśniowej, lecz bez przestoczenia tłuszczowego.

W okolicy wrzodu tętnice są nienormalne, twarde, ledwo że przenikalne, z trudnością dające się oddzielać. Pod mikroskopem nie podobna rozróżnić trzech ich błon, gdyż te są zmienione w tkankę ziarninową, zaś elementa każdój z nich właściwe zauikły. Najważniejszych zmian doznała błona wewnętrzna. Tkanka, która zajęła jej miejsce, posiada małe wyniosłości zamykające mniej lub więcej światło naczynia. W wyniosłościach tych tkwią licznie naczynka włosowate o ścianach posiadających zarodkową budowę. Tętnice stopy są zgrubiałe, twarde; jednakże łatwo pozwalają się oddzielać. Na prze-

cięciu podłużném widać, że ściany ich są zgrubiałe, światło zmniejszone i nieregularne, błona wewnętrzna pomarszczona, jednostajnie zabarwiona, bez żółtych plam lub blaszek wapiennych, jak bywa przy zwyrodnieniu tętnic ateromatyczném.

Że przy wrzodzie dziurawiącym stopy nerwy zachowują się w właściwy sposób, na to zwracali już uwagę niektórzy z autorów (Poncet, Estlander, Lucain), żaden z nich jednak nie opisał tych zmian dokładniej. Autorowie znaleźli, iż barwa ich jest zupełnie taka sama jak tych nerwów, które zostały oddzielone od swych odżywczych ośrodków i ulegają zwyrodnieniu. Dają się one łatwo oddzielać blisko do samego wrzodu; tu pochwa nerwowa jest zgrubiała, wężykowato pozginana i usiana wzgórkami. I pod drobnowidzem przedstawiają nerwy takie same zmiany jak i nerwy przeistoczone w skutek ich oddzielenia od ośrodków odżywczych. Włókna nerwowe nie posiadają ani rdzenia, ani też włókien osiowych; tylko pochewki Schwanna istnieją jeszcze, a w nich mniej lub więcej liczne drobne jąderka, stosownie do czasu trwania choroby. Stosunek między włóknami nerwowymi przeistoczonymi a zdrowymi jeszcze bywa różny w różnych nerwach i nieokreślony; w jednym i tym samym jednak nerwie jest on stałym. Przeistoczenie rozciąga się w nerwie tak daleko, jak daleko tylko śledzić za nim możemy. Zdaje się tedy, że nerwy ulegają przeistoczeniu do znacznej odwrzodzenia odległości, gdy tymczasem naczynia zachowują się przeciwnie. Newrilema, onerwna i tkanka łączna międzywiązkowa, tylko na niewielkiej odwrzodzenia odległości przedstawia następstwa przewlekłego zapalenia — zgrubienie, pomnożenie elementów komórkowych co do liczby i wielkości i wytworzenie się nowych naczynek. Naczynia nerwów przedstawiają te same zmiany, co i inne naczynia.

III. Warunki powstawania. W tej części dają autorowie przegląd dotychczas objawowych poglądów na przyczyny i warunki powstawania choroby o której mowa. Już w 1868 r. Lucain objawił przekonanie, że część wypadków wrzodu dziurawiącego stopy odnieść wypada do choroby lub mechanicznego obrażenia nerwów; a jednak kładzie on wielki nacisk na zachowanie się tętnic. Inni — Poncet, Estlander — zwracali uwagę, że cierpienie to jest blisko spokrewnioném z trądem znieczulającym (*lepra anaesthetica*), Poncet jednak uważa zeszklenie i przerost naskórka za przyczynę, a przeistoczenie naczyń i nerwów tylko za następstwo.

Autorowie utrzymują, że owrzodzenie przyłącza się do zwyrodnienia nerwów w odpowiedniém miejscu, pozostawiają jednak nieroz-

strzygnięciem, czy samo znieczulenie jest do tego wystarczającym, czy też wchodzi jeszcze w rachubę wpływ nerwów odżywczych. Być może, że wpływa tu i jedno i drugie. Owrzodzenia powstają częstokroć w miejscach wystawionych na często powtarzający się nacisk. Autorowie przekonali się także, że przyczyną przeistoczenia nerwów prócz obrażenia mechanicznego i nacisku przez guzy nowotworowe może być i często powtarzający się wpływ zimna. Mieli oni sposobność badać nerwy chorego mającego odziębienie stóp 2 stopnia i znalazł. przeistoczenie nerwów obu wielkich palców do ostatniego włókienka. Przeistoczonemi też były niektóre włókna nerwów podeszwy i grzbietu stopy; nerw kulszowy był normalny. Chory miał owrzodzenie na lewym wielkim palcu; prawy palec był normalny lecz nieczuły.

Ponieważ w niektórych razach nerwy mogą się odrodzić, nie można więc z góry wyłączyć możliwości zagojenia się owrzodzenia bez konieczności powrotu. Zabliźnienie może nastąpić po wycięciu chorych części; niekiedy niepodobna będzie uniknąć odjęcia członka i

v. Wah1 (3) ogłasza kilka wypadków mocnych wykrzywień kończyn dolnych, skutkiem krzywicy, które operowano sposobem podanym przez Billroth'a, wycinając klinowate kawałki kości (*osteotomia*) i doprowadzeniu do ile można najodpowiedniejszego kierunku, lecząc jak złamanie powikłane. Skutek był mniej więcej pomyślny-

Czerny (4) miał sposobności spostrzegać miejscowe rozmiękczenia kości goleni, które spowodowało skrzywienie łukowate tejsze goleni. Chory, 22 lat liczący, po odbyciu kampanii 1870—71 r. skutkiem bólu w okolicy kostki wewnętrznej wstąpił do szpitala wojskowego. Stopniowo, wśród umiarkowanego bólu, powstało u niego skrzywienie kości piszczelowej i łydkowej, 9 ctm. powyżej końca kostki wewnętrznej. Skrzywienie to skierowane było wypukłością ku wewnątrz z wklęsłością ku zewnątrz, i przedstawiało kąt tępy zwrócony ku przodowi i ku wewnątrz. W miejscu największego wygięcia kość była nieco zgrubiała; stopa zwracała się nieco na zewnątrz i opuszczała palcami ku dołowi (*pes valgo—equinus*). Chory mógł chodzić przy pomocy kija; łatwo się jednak męczył. Kości nie były podatne.

Wygrzywałski (5) opisuje dwa wypadki zgorzeli kości (*necrosis acutissima*).

I. Mężczyzna 36 letni bez wiadomego powodu uczuł ból w stawie stopo-goleniowym, a wkrótce utworzył się na kostce zewnętrznej ropień, który się sam otworzył. Gdy chory na 9 dzień choroby wstąpił do szpitala, kostka i przeszło 2 cale kości łydkowej były z oko-

stnej obnażone. W ciągu następnych dwóch tygodni uległy zgorzeli kości stępu. Staw stopowy otwarty. Wykonano odjęcie w $\frac{1}{3}$ dolnej goleni. Chory wyzdrowiał.

II. Chłopiec 11 letni przed 10 dniami uczuł ból nad kostką wewnętrzną bez żadnego powodu. Ropień w okolicy kostki wewnętrznej. Po otworzeniu kość goleniowa okazała się na znacznej przestrzeni obnażona z okostnėj. W pięć miesięcy potem zgorzel większej części kości goleniowej rozszerzona aż do stawu kolanowego i pruchnienie końców stawowych stawu stopowego, jako też kości stępu zmusiły do odjęcia kończyny nad kolanem. Chory wyzdrowiał.

C. Nowotwory.

1) Poore, Hereditary exostoses. *Lancet* N. 29. — 2) Volkman n, Zwei Fälle von Gelenkresectionen wegen Neoplasmen *Arch. f. Klin. Chir.* XV, p. 562. — 3) Tenze, Zwei Fälle von Knochengranulomen, welche Neoplasmen vortäuschen. *Tamże* p. 556. — 4) Berkeley H., Myeloid tumour of lower end of femur amputation — antiseptic dressing etc. *Med. Times and Gaz.* Dec. 20. — 5) Tenze, Medullary Sarcoma of the femur—death—post mortem examination. *Tamże* N. 15. — 6) Savory, Large osteo-sarcoma springing from beneath the periosteum of the middle and outer side of the right femur; amputation of the hipjoint. Recovery. *Lancet.* August. 16. — 7) Dupuy, Sarcôme de la région métatarso-phalangienne. Désarticulation des trois derniers métatarsiens. Infection purulente. *Mém. méd.* N. 5. — 8) Meusel A., Dattilolisi spontane (strosznatura spontanea delle dita (*Gaz. med. Ital.—Lomb.* N. 31. — 9) Janiszewski, Przyczynki do kazuistyki chrząstniaków. *Medycyna* N. 40, 41.

Poore (1) widział u 27 letniego mężczyzny narośle kostne na obojczykach, grzebieniach łopatki i prawie wszystkich kościach kończyn górnych i dolnych. Wielkość ich była różną, od wielkości wiśni do pomarańczy, Córeczka tegoż $4\frac{1}{2}$ letnia miała prawie tyleż, rozumie się—mniejszych narośli kostnych. Nie były one jednak wrodzone; pierwsze się pojawiać zaczęły w 9 miesiącu życia. Dziadek tegoż miał mieć również podobne narośle, a siostra ma guz na dolnym końcu goleni. Drugie dziecko tegoż pacjenta, rok życia mające, nie przedstawiało dotąd żadnej nieprawidłowości.

Volkman n (2 i 3) znalazł w dwóch wypadkach po wypiłowaniu stawów nowotwory, tam gdzie rozpoznał zapalenie stawu; w dwóch zaś innych ziarniniaki kostne w miejsce rozpoznanych nowotworów. O ile rozróżnienie może być niekiedy trudne, dla przykładu przytaczamy następujący wypadek:

Chory, 63 lat liczący, w Czerwcu 1868 r. zaczął doznawać bólu w prawém ramieniu; ból ten najwięcej czuć się dawał przy poruszeniach kończyny w stawie ramieniowym. W początku Stycznia następnego roku staw zdawał się być nieco więcej obrzękłym i gorętszym niż zdrowy. Ból znacznie się powiększył. W końcu Stycznia chory wstąpił do kliniki. W dniu przybycia okolica stawu ramieniowego przedstawiała od przodu znacznie powiększoną sklepistość; wyniosłość ta przy dotykaniu dawała uczucie sprężystości, jak głęboki ropień; najłabszy nawet nacisk na to miejsce bardzo był bolesny; skóra gorąca i nieco zaczerwieniona. Przy badaniu w uśpieniu chloroformowém ruchy bierne wydały się mało utrudnionemi, a przytém czuć było wyraźnie tarcie się kości. Na zasadzie tego rozpoznano zapalenie stawu ropiaste z przedziurawieniem torebki stawowej i zniszczeniem chrząstek. Po dokonaniu wypłowania w miejsce spodziewanych następstw zapalenia znaleziono miękki mięsak, który się rozwinął na miejscu główki stawowej i to w taki sposób, że oprócz miękkości naśladowującej chełbotanie, kształtem swym odpowiadał dokładnie główce stawowej, tylko w powiększonych o połowę rozmiarach. W szyjce chirurgicznej nastąpiło samoistne złamanie,—z tą ruchomością i tarcie. Jednociągłość chrząstki stawowej nie była naruszona, ale od spodu była ona bardzo ścięnczała; miejscami zachowała się tylko jakby cieniutka połyskująca błonka. Nowotwór zbadany pod drobnowidzem okazał się mięsakiem rdzeniowatym wrzecionowato-komórkowym. Chory umarł 7-go dnia z wyczerpania sił.

Menzel (8) spostrzegał i opisał szczególną chorobę palców, którą nazywa: „*Dactylolitis spontanea*“. U pacjentki jego 44 letniej pacjentki z Istrii palec w następującym znajdowały się stanie: Palec środkowy u prawej ręki, począwszy od połowy 1-go członka zwięża się nagle w krótką szypułę, grubości dudki pióra, zakończoną zgrubieniem okrągłym, wielkości kurzego jaja. Szypuła składa się jedynie tylko z części miękkich, w skutek czego guz na niej osadzony jest ruchomy we wszystkich kierunkach. I szypuła i guz pokryte są jednociągłą, nigdzie nie owrzdziąłą skórą. Naskórek ją pokrywający zgrubiał; w bliskości szypuły pomarszczony; zresztą cały guz gładki; spoistości ciastowatej. Paznokcia na nim ani śladu. Przy sciskaniu guza chora czuje ból; nie czuje zaś go wcale podczas kłucia szpilką. Od czasu do czasu przychodzą w nim same z siebie bardzo gwałtowne boleści. Palec wskazujący u prawej ręki jest wykształcony w całości, tylko w pośrodku długości drugiego członka znajduje się

bruzda otaczająca palec obrączkowato; w drugim stawie międzyczłonkowym ruchomość zmniejszona. Paznokcie pazuruowały. Wielki palec u téj ręki zupełnie normalny. Z 4-go i 5-go istnieją tylko kawałki pierwszych członków. U lewój ręki dwa palce dobrze wykształcone; nnych tylko zaczątki. Palce stóp pozrastane ze sobą, a na niektórych brak paznokci. Z opisanemi dopiero wadami rozwojowemi pacjent przyszedł na świat, tylko że średni palec prawój ręki był cały nieruchomy, i dopiero 6 miesięcy temu, gdy chory był czemś zajęty przy podłodze, koza nastąpiła mu na zgrubiły palec i złamała takowy w miejscu przewężenia. M. przeciał szypułę nożyczkami i wiszący na niej guz oddzielił. Guz ten na rozkroju był jednostajnie żółtój barwy; szypuła na pewnej przestrzeni odznaczała się w nim, i niedochodząc do środka kończyła się jądrem kostnem wielkości grochu szablastego. Skóra była gruba; brodawki dawały się rozpoznać gołym okiem. Pod mikroskopem znaleziono: naskórek zgrubiły, brodawki gęsto uszeregowane, długie, niekiedy dwu lub trójdzielne; gruczoły potowe w normalnej liczbie i wielkości. Guz składał się głównie z wiotkiej tkanki łącznej w rozmaity sposób poplątanój, tu i owdzie poprzątykanój wielkimi kroplami tłuszczowemi. Ściany naczyń, a zwłaszcza żył były zgrubiałe; w różnych miejscach małe wynaczenia krwi. Kość grubo-dziurkowata. Przewłókniście kostne wypełnione komórkami limfoidalnymi i naczyńkami krwionośnymi. Bełczki kostne słabo rozwinięte. Utkanie kości wzdłuż osi podłużnej prawidłowe; ku zewnątrz utkanie to jeszcze zachowane, ale brakowało już soli wapiennych.

VI. Choroby stawów.

A. Z w i c h n i e n i a.

1) H u g u i e r P. C., Considerations anatomiques et physiologiques sur le rôle du ponce et sur la chirurgie de cet organ. Arch. gén. de méd. Oct. Nov. Dec. (niedokończona). — 2) B r o w n W., Remarks on dislocation of the clavicle, humerus and elbow. Brit. med. Journ. Sept. 20. — 3) R o t h e r E., Halswirbelluxation durch Muskelzug. Zeitschr. f. Chir. II. Zeszyty 4 i 5, XXII. — 4) W o l f e n s t e i n. Ein Fall von einer Luxatio sterni-costalis. Allg. Wien. med. Ztg. N. 44. — 5) F a i r l i e C l a r k e, Dislocation of the Scapula. Lancet June 28. — 6) A g n e w H a y e s, On a case of dislocation of the shoulder, of six weeks standing Rupture of axillary vein during attempts at reduction. Recovery. Phil. med. Times. Aug. 16. — 7) S c h i e l e, Luxation des rechten Oberarmes mit Fractur des chirurg. Halses und unteren Drittheiles des Humerus, ausgedehnte Contusionen des rechten Kniegelenks und Vorder-

fusses, Zeitschr. für Wundärzte und Geburtsh. 1872. Zeszyt 3. XVIII.—8) Stokes W., On the treatment of luxations by Roberts modification of Jarvis' Adjuster. *Dubl. Jour. of med. Sc.* Aug. — 9) Stocks A. W., Rare dislocation of the humerus, *Brit. med. Journ.* June 7. — 10) Arnozan, Luxation simultanée du radius en avant et du cubitus en arrière. *Bord. méd.* N. 51. — 11) Jullien, Trois observations de luxation isolée de l'extrémité supérieure du radius. *Lyon méd.* N. 20. — 12) Leisrink, Luxation beider capitula Radii nach vorn, entstanden bei der Geburt am l. Arm, complicirt mit einer habituellen Luxation der Ulna nach hinten. *Zeitschr. f. Chir.* IV. 1. p. 16. — 13) Saint-Germain, Luxation du coude en avant avec fracture de l'olécrane et plaie communiquant avec le foyer de la fracture; pansement ouate. Guérison. *Bull. gén. de théér.* Mai 15. — 14) Téstut L., Luxation du coude incomplète en dehors. *Bord. méd.* N. 5. — 15) Colgate H., Dislocation backwards of the hand from the lower ends of the radius and ulna. *Lancet.* May 17. — 16) Bouyer M., Luxation complète du pouce en avant. Réduction. Guérison. *Gaz. des hôp.* N. 79. — 17) Fleys, Luxation latérale interne de la phalange du pouce droit. *Gaz. des hôp.* N. 98. — 18) Alberts, Ueber die Beckenveränderungen eines Falles von veralteter Oberschenkeluxation. *Dissert.* Berlin. — 19) Dontrépoint, Drei Fälle von Hüftgelenkluxation. *Zeitschr. für Chir.* V. — 20) Tillmanns H., Zur Lehre von den congenitalen Hüftgelenkluxationen. *Arch. f. Hlkd.* 3 i 4. — 21) Dally, Observations sur l'étiologie et sur le traitement des luxations atrophiques du femur dites congénitales. *Bull. gén. de théér.* Mai 15. — 22) Cameron H. C., Two cases of dislocation of the hip reduced by the american method of manipulation. *Glasg. med. Journ.* Aug. — 23) Karpifski, Ein Fall von habitueller Verrenkung des Hüftgelenks (Lux. iliaca). *Militair-ärztl. Zeitschr.* N. 3. — 24) Peltavy, Réduction einer 6 Monate alten Luxation auf das Foramen ovale. *Wiener med. Wochensch.* N. 47. — 25) Bartlect, Vertical luxation of the patella. *Brit. med. Journ.* 8. — 26) Jackson, Case of dislocation of the patella on its edge. *Brit. med. Journ.* Jan. 11. — 27) Sourier, Luxation incomplete du genou droit en dehors. Guérison *Gaz. des hôp.* N. 23, 26. — 28) Knichynicki, Ein Fall von Luxatio cruris mit Zerreißung der Art. poplitea u. Ligamenta cruciata. *Allgem. Wien. Ztg.* N. 16. — 29) Madelung, Complicirte Luxation der Tibia nach vorn. *Berl. Klin. Wochensch.* N. 7 i 8. — 30) Volkman, Ein Fall von hereditärer congenitaler Luxation beider Sprunggelenke. *Zeitschr. f. Chir.* II, 6, XXVIII. — Cooper H. Case of severe compound dislocation of the ankle-joint. *Lancet.* Febr. 1. — 32) Mörz A., Ueber einen Fall von partieller Mittelfußverrenkung. *Bayr. ärztl. Intelligenzbl.* N. 2. — 33) Küster E. Eine merkwürdige Verletzung der grossen Zehe. *Berl. Klin. Wochensch.* N. 34. — 34) Madelung, Luxation des Talus nach vorn mit Drehung um die Querachse, *Berl. Klin. Wochensch.* 7 i 8.

Huguier (1) w obszernój, lecz nie ukończonój dotychczas pracy, daje dokładny opis stosunków anatomicznych i chorób chirurgicznych wielkiego palca u ręki. Zwichnienia pierwszej kości dłoniowej, jakoteż pierwszego członka wielkiego palca ku przodowi, rzadziej się przytrafiają aniżeli podobne zwichnienia innych palców. Zwichnień pierwszego członka wielkiego palca ku tyłowi, które są stosunkowo dość częstemi, autor rozróżnia dwa rodzaje. Pierwszy rodzaj, który się zdarza skutkiem upadnięcia na wielki palec i główkę

pierwszej kości dłoniowej; drugi członek jest zgięty, a pierwszy tworzy z pierwszą kością dłoniową kąt tępy rozwarty ku górze. Więzy boczne pozostają przytém nieuszkodzonymi, pierwszy członek bywa unieruchomiony. Jeżeli jeden z więzów bocznych jest przerwany, to i zgięcie w odpowiednią stronę jest możliwe. Skrócenie jest przytém raczej pozorne niż rzeczywiste. Drugi rodzaj zwichnienia bywa następstwem upadnięcia na pierwszy i drugi członek palucha, bez wespółudziału główki kości dłoniowej, lub nadmiernego wyprostowania (*hyperextension*). Paluch bywa przy tём skrócony; członek pierwszy znajduje się na tój samej osi co i kość dłoniowa pierwsza; drugi członek wyprostowany lub też zlekka zgięty, ale ruchomy. Więzy boczne rozdarte. Do nastawiania tój ostatniej formy zwichnienia autor zaleca następujące postępowanie, przy stosowaniu którego rzadko zachodzi potrzeba chloroformowania. Oba członki palucha, dla łatwiejszego ujęcia, owijają się opaską lub paskami lepkiego plastru. Dwaj asystenci ustalają rękę w położeniu pośredniem między nawrotnem (*pronatio*) a wywrotnem (*supinatio*), w taki sposób, aby powierzchnia grzbietowa pierwszej kości dłoniowej zwrócona była ku górze, a brzeg łokciowy ręki ku dołowi. Jeden z asystentów unieruchamia przedramię i rękę, drugi zaś—kość dłoniową, ujmując ją między swe palce—wielki i wskazujący. Operator ujmuje pierwszy członek palucha pomiędzy mocno zgięte swe palce—wskazujący i średni (ten ostatni na stronie dłoniowej) a palec wskazujący wspiera jeszcze wielkim swym palcem. Teraz pierwszy członek palucha prowadzi się z wolna ku przodowi (prostuje się) dopóki obie zwichnięte powierzchnie stawowe nie znajdą się na jednym poziomie a palec nie odzyszcze swój pierwotnej długości (przyczem drugi asystent może dopomagać operatorowi). Gdy to nastąpiło, nagle a silne zgięcie palca wykonane ściśle w kierunku kości dłoniowej dokonywa nastawienia. Podczas zginania palec powinien być silnie naciągany. Autor nazywa swe postępowanie „odprowadzeniem za pomocą prostowania i zginania normalnego wielkiego palca.“ Za pomocą sposobu tego nastawiał z dobrym skutkiem sześć zwichnień palucha, a między temi jedno którego nastawienie udało się M a l g a i g n e'owi.

R o t h e r (3) opisuje trzy wypadki z w i c h n i e c i a k r ę g ó w s z y j o w y c h powstałe w skutek siły ciągnącej mięśni. 1) Ch. R. męczyzna 20 letni przeskakiwał rów trzymając na głowie pudło a w niem worek. Podczas skoku worek chciał wypaść, a chory w momencie gdy go usiłował zatrzymać uległ zwichnieniu kręgu. *Status praesens*: Głowa pochylona na lewo, znaczna wypuklenie części szy-

jowej kręgosłupa na prawą stronę z silnem wystawaniem wyrostka poprzecznego czwartego kręgu. Chory może w zupełności obrócić głowę na prawo; na lewo zaś tylko do połowy obojczyka. Rozpoznano: niezupełne zwichnienie czwartego kręgu szyjowego na lewo. Odprowadzenie udało się przez gwałtowne obrócenie głowy na lewo. 2) A. A. dziewczyna 13 letnia gwałtownie przechyliwszy głowę w tył uległa niezupełnemu zwichnieniu na prawo trzeciego kręgu szyjowego. Głowa była pochylona na prawo. Wyrostek poprzeczny trzeciego kręgu szyjowego wyraźnie wystający. Bolesność mała. Próby nastawienia nie udały się, tak że musiano się ograniczyć na założeniu krawata. Co się dalej stało nie podano. 3) G. M. żołnierz 21 letni zapinając krawat z tyłu na szyi, miał szyję mocno wyciągniętą a obie ręce na karku. W tej chwili uczuł i usłyszał trzaśnięcie w lewej stronie szyi i odtąd nie mógł już głowy prostować. Stan obecny: Głowa pochylona na prawo pod kątem 60° (względem barku) i nieznacznie ku przodowi; twarz cokolwiek tylko na prawo zwrócona, zaczerwieniona; broda mało zbacza od osi ciała. Mięśnie przedniej strony szyi wiotkie; na karku po lewej stronie mięsień kapturowy naprężony. Wyrostki cierniste kręgów szyjowych tworzą linię wypukłą ku stronie lewej. Usiłowania wyprostowania głowy są bolesne i bezskuteczne; obracanie ograniczone. Kiwanie głową wywołuje żywy ból pod naprężonemi mięśniami karku. Na tylnej ścianie gardzieli nie nieprawidłowego. Rozpoznano: Lewostronne nadwichnienie szóstego kręgu szyjowego ku przodowi. Usiłowanie nastawienia bez użycia chloroformu nie odniosło skutku; dopiero po zachloroformowaniu udało się ono przez wyciąganie głowy w kierunku jaki posiadała i obrócenie na lewo. Natychmiast wszystkie czynności wróciły do normy. W celu wyciągania i obracania głowy autor zaleca umieścić wielkie palce obu rąk na brzegach żuchwy, trzy następne palce po bokach szyi, a piąte na karku. Tułów unieruchamia asystent trzymając chorego za barki.

Wolfenstein (4) opisuje wypadek z w i c h n i e n i a ż e b r a w miejscu połączenia z mostkiem. Dziecko 2 letnie przed trzema miesiącami upadło na brzeg kołyski i od tego czasu miało wyniosłość w lewej górnej połowie klatki piersiowej, którą bezskutecznie leczono smarowaniami jodowemi. Autor zbadawszy dokładnie, przekonał się dopiero, że wyniosłość pochodziła od zбочenia ku przodowi przedniego końca czwartego żebra. Prosty nacisk palcem wystarczył do odprowadzenia, a szeroki pas skórzany ze stalową sprężyną użyty był do utrzymania żebra na miejscu. Wyzdrowienie zupełne.

Brown (2) między innymi podaje nową (jego zdaniem) metodę nastawiania zwichnień ramienia, którą posługuje się stale, bez użycia chloroformu, i która go tylko dwa razy, przy zastarzałych zwichnieniach zawiodła. Chory siada na krześle i w tém położeniu zostaje trzymany przez asystenta; drugi naciąga ramię ku dołowi i na zewnątrz; operator zaś przykładając wielkie palce obu rąk do wyrostka barkowego, pozostałymi zaś palcami wywiera nacisk od przodu, pod wpływem którego główka wsuwa się na powierzchnię stawową. Sposób ten może doskonale zastąpić inny—najużywanwszy—z umieszczeniem pięty pod pachę chorego, jeżeli jakiegokolwiek okoliczności stoją na przeszkodzie jego zastosowaniu.

Z licznój kazuistyki zwichnień w stawach kończyn, przytoczymy tylko niektóre, bardziej interesujące wypadki:

Agnew (6) podaje, iż podczas usiłowań nastawienia zwichnienia ramienia, trwającego od 7 tygodni u 60 letniej kobiety, gdy za pomocą pętli nałożonej na ramię silnie takowe wyciągano, pojawiło się znaczne obrzmienie okolicy piersiowej, które szybko zajęło całą prawą połowę klatki piersiowej i wyraźnie przedstawiało chęłbotanie. Chora nagle popadła w stan zapaści, stała się zimną, przestała oddechać i tętno znikło z obu tętnic promieniowych. Natychmiast naciśnięto tętnicę podobojczykową i przedsięwzięto usiłowania ucucenia, które osiągnęły skutek. Tętno powróciło w obu tętnicach promieniowych, co pozwoliło wykluczyć uszkodzenie tętnicy podobojczykowej i rozpoznać rozerwanie żyły pachowej lub jakiegokolwiek innej wielkiej żyły. Nacisk wywierany na tętnicę podobojczykową przez 4 godziny z rzędu sprawił, iż obrzmiałość nie powiększała się więcej. Po kilku tygodniach chora o tyle odzyskała siły, iż mogła szpital opuścić.

Arnozan (10) opisuje wypadek zwichnienia kości promieniowej ku przodowi a łokciowej ku tyłowi. Pacjent, 9 lat liczący, spadł z woza. Badanie wkrótce potem przedsięwzięte wykazało: Odległość między wyrostkiem nadkłykciowym zewnętrznym a wyrostkiem rylcowym kości promieniowej z lewej strony o $1\frac{1}{2}$ ctm. krótsza aniżeli z prawej. Przedramię nawpół zgięte, mocno wywrócone (*supinatio*). Wymiary stawu łokciowego od strony prawej ku lewej i od przodu ku tyłowi powiększone. Ścięgno mięśnia dwugłowego napięte ponad niezwykle wystającą główkę kości promieniowej; skóra ponad wyrostkiem nadkłykciowym zewnętrznym napięta; wyrostek łokciowy (*olecranon*) daje się wymacać przy wewnętrznym brzegu ponad wyrostkiem nadkłykciowym wewnętrznym. Ten ostatni

wyrostek niewydatny. Chory nie jest w stanie wykonać żadnego czynnego ruchu; bierne ruchy boczne rozległe; zginanie ograniczone; nawracanie i wywracanie zupełnie niemożliwe. Nastawienie udało się przez pociąganie prawą ręką, gdy lewa popychała wyrostek łokciowy na właściwe mu miejsce. Po odprowadzeniu pokazało się, że wyrostek nadkłykciowy wewnętrzny był odłupany. Zwichnienie kości łokciowej objawiało wielką skłonność do wznawiania się. Kończynę unieruchomiono w pół zgiętym położeniu. Chory wyzdrowiał z zupełnym zachowaniem ruchów.

Alberts (18) w swój rozprawie inauguralnej daje dokładny opis zmian miednicy w wypadku zastarzałego zwichnienia uda w stawie biodrowym. Było to, o ile się zdaje zwichnienie ku tyłowi i ku górze. Panewka znajduje się bardzo daleko ku tyłowi i zupełnie w tę stronę jest zwrócona; dno panewki zgrubiałe. W normalnym miejscu znajduje się dołek otoczony brzegiem kostnym, widocznie ślad dawniej panewki. Nowa panewka na wewnętrznej powierzchni posiada liczne granulacje, wyglądające jakby były przypłaszczone i zeszlifowane; cała powierzchnia powleczone jest jednociągłą warstwą niebieskawo-białej barwy, posiadającą cechy chrząstki. Pod mikroskopem w warstwie tej znajdują się charakterystyczne komórki chrząstkowe z ich torebkami; tkanka międzykomórkowa jest po części włóknista, po części szklista (hyalinowa). Mamy tu zatem rzadki wypadek wytworzenia się chrząstki w nowym stawie. U kości udowej zdaje się jakoby wcale szyi nie było, a główka siedzi bezpośrednio na części pionowej, i w stosunku do wielkiego krętarza zdaje się być głębiej opuszczoną (w długości kości udowych zachodzi 45 mm. różnicy). I na główce także znajdują się przypłaszczone granulacje, powleczone warstwą chrząstkową. Główkę tę uważa autor za sklerotyczną pozostałość szyi kości udowej, która wraz z pierwotną główką w znacznej części uległa zanikowi. Autor ma to przekonanie, że zwichnienie w danym razie datuje od bardzo wczesnego wieku, a być może, że przyszło do skutku jeszcze podczas życia wewnątrzmacicznego i chory przez pewien czas kończył w tym stawie poruszała, a dopiero później, skutkiem innych chorób (*Arthritis deformans*) staw zesztwniał.

Tillmans (20) opisuje wyniki anatomicznego badania stawu pół rocznego dziecka zmarłego na biegunkę, u którego za życia rozpoznawano: wrodzone zwichnienie prawego uda, prawdopodobnie w stronę gałęzi poziomej kości łonowej; przykurczenie prawego stawu kolanowego.

nowego; po lewej stronie *genu valgum* w wysokim stopniu z przykurczeniem i zwichnieniem rzepki na zewnątrz, wreszcie obustronne skoszlawienie stóp ku wewnątrz (*pedes vari*). Czy i w lewym stawie biodrowym istniało także zwichnienie wrodzone nie można było twierdzić na pewno.

Przy badaniu pośmiertném nie znaleziono po prawej stronie wcale zwichnienia wrodzonego, lecz zupełnie normalną główkę stawową w prawidłowo rozwiniętej panewce, która jednak umieszczoną była znacznie ku przodowi i na wewnątrz względem zwykłego swego miejsca,—prawie przy początku gałęzi poziomej kości łonowej;—za to po lewej stronie istniało zwichnienie wrodzone stawu biodrowego. Lewe kolano przedstawiało stan właściwy *genu valgum*, tylko że rzepka nie była na zewnątrz zwichnięta,—owszem znajdowała się na właściwym miejscu, ale całe udo wraz z rzepką było na zewnątrz obrócone, co naśladowało zwichnienie rzepki. Oprócz tego staw kolanowy znajdował się w stanie przykurczenia z nadmierném wyprostowaniem goleni, skutkiem czego powstawał kąt rozwartý na zewnątrz, naśladujący *genu valgum*.

Z okoliczności powyższego wypadku, autor stawia nową teorię powstawania zwichnień wrodzonych stawu biodrowego. Twierdzi mianowicie, że zbyt wielki wiąz okrągły (*lig. teres*) może mniej lub więcej wypełniać prawidłową zrazu panewkę płodową i stopniowo spowodować zwichnienie. Główka kości udowej niema też miejsca w panewce i z tego powodu, że przy ruchach obustronne powierzchnie stawowe nie przylegają do siebie jak należy, rozwój chrząstek zarówno na główce, jak i na panewce zostaje powstrzymany, przez co nierozwijają się też prawidłowo główka i panewka. Panewka staje się więcéj płaską a główka stawowa mniejszą i niezupełnie okrągłą. Zwichnienie może już mieć miejsce w macicy, albo powstaje dopiero podczas pierwszych prób chodzenia. I w danym wypadku wiąz okrągły był bardzo gruby i szeroki. Zwyczajne połączenie więzowe rozciągające się do dołka panewki zajmowało więcéj niż dolną połowę panewki i składało się zbitej tkanki włóknistej. Zdaniem autora przyczyniać się też mogą do zwichnienia nieprawidłowe ułożenia uda w macicy, nie zależące od stanu stawu biodrowego, a w pewnych okolicznościach i za prędko postępujące wydłużanie się uda.

D a l l y (21) rozbierając zebrane z literatury (francuzkiéj) wypadki t. z. z w i c h n i e ń w r o d z o n y c h, przychodzi do przekonania, że zdarzają się one nierównie rzadziéj niż w ogóle przyjmują. Jeżeli wyłączymy zwichnienia będące następstwem zapalenia stawu

biodrowego lub jakiegokolwiek obrażeń; to pozostaną tylko zwichnienia zależące od zaniku mięśni, które w chwili swego powstania były tylko odprowadzalnymi nadwichnieniami i dopiero w skutkach dalszych zmian stały się nieodprowadzalnymi, a większa ich część — jeżeli nie wszystkie — spowodowaną została używaniem zanikającej kończyny przy staniu i chodzeniu. Zdanie to popierają trzy spostrzeżenia Verneuil'a i trzy własne autora. Twierdzenia swoje streszcza autor w następujących punktach: 1) Pewna liczba zwichnień i nadwichnień w wieku dziecięcym, tak pozostających nadal jak i przemijających, jest następstwem zaniku i zwolnienia tkanek otaczających staw. 2) Większa część tych zwichnień powstaje po urodzeniu; przyczyną ich są pewne formy porażenń essencyonalnych u dzieci poruszających się. 8) Usprawiedliwione jest twierdzenie, że przez wyrozumowanie i wczesne leczenie téj nieprawidłowości można osiągnąć uleczenie a przynajmniej poprawę. Środki lecznicze jakie tu stosować wypada są stałe prądy elektryczne; gimnastyka szwedzka, mocne natryski (*douches*), gimnastykowanie muskulatury chorej kończyny w położeniu poziomem.

Karpiński (23) opisuje wypadek z wycza jowego z w i c h n i e n i a s t a w u b i o d r o w e g o (*Lux. iliaca*). Mężczyzna 21 letni, żołnierz, z silnie² rozwiniętym układem kostnym i mięsnym, spadłszy przed 5 laty z wysokości 15 stóp, uległ zwichnieniu lewego stawu biodrowego. Zwichnienie to nastawiono i chory przeleżał potem jeszcze miesiąc w łóżku. Od tego czasu nie tylko przy złamaniu lub t. p., ale nawet z własnej woli mógł wywoływać zwichnienie w stawie biodrowym. Obie kończyny dolne są równie dobrze rozwinięte, tylko podczas chodzenia zdaje się, że fałda pośladowa po lewej stronie mniej jest wyraźna. Ruchy w lewym stawie biodrowym zarówno w położeniu stojącym jak i leżącym są swobodne we wszystkich kierunkach i równie rozległe jak i w prawym. Gdy pacjent stoi, dość mu unieść prawą nogę w górę i obrócić się tułowiem w lewo, a już z głośnym mlaszczącym szmerem główka lewej kości udowej przeskakuje przez brzeg panewki i staje w zewnętrznym dołku kości biodrowej. Krętarz wielki podczas tego, obracając się na pozór ku przodowi, zakreśla wielki łuk i przechodzi daleko po za linię Nélaton - Roser'a. Po skutecznieniu tego pacjent przedstawia wszystkie objawy zwichnienia t. z. biodrowego (*Lux. iliaca*). Przewodność mięśni jest w możności odprowadzić zwichnioną główkę na właściwe jej miejsce. Cały ten manewr sprawia jednak

choremu znaczny ból, który wkrótce ustępuje po wypoczęciu w łóżku. Konia może chory dosiadać tylko z prawej strony.

Bartleet (25) i Jackson (26) opisuje wypadki z wwichnięcia rzepki. W wypadku Jacksona, gdzie rzepka skutkiem działania bezpośredniego gwałtu zwichnęła się na zewnątrz, po bezskutecznym wypróbowaniu innych sposobów, udało się nareszcie odprowadzić ją w taki sposób, że wyprostowawszy nogę w stawie kolanowym o ile się dało najmocniej, popychał rzepkę wielkimi palcami ku górze. Gdy ją odepchnął w tym kierunku około pół cala, wśliznęła się na miejsce.

Coppor (31) lecząc zachowawczo ciężko powikłane zwichnienie stopy, osiągnął pomyślny rezultat, chociaż po długiej kuracji. Pacjent jego padł z koniem. Na zewnętrznej stronie prawego stawu golenio-stopowego znajdowała się rana 2 cale długa, przez którą sterczały na zewnątrz kości piszczelowa i łydkowa powalane ziemią. Po oddaleniu nieczystości przystąpiono do odprowadzenia, które udało się dopiero po odpilowaniu kostki zewnętrznej. W czasie kuracji potworzyły się zacieki ropiaste na goleni, które wymagały kilku cięć; później odchodziły martwaki z kostki wewnętrznej, tak że dopiero po upływie roku rana była zupełnie zagojona. Po wyzdrowieniu pacjent był w stanie długo nawet chodzić, jeździć konno, a nawet używalność stawu po części przywróconą została.

Madelung (34) miał sposobność postrzegać rzadki wypadek zwichnienia kości skokowej (*talus*) ku przodowi, ze skreśleniem jej około osi poprzecznej.

Chory, mężczyzna 21 letni, upadł z wysokości 18—20 stóp z wyprostowanymi nogami na ziemię. Lewa stopa trafiła na kamień, ześlizgnęła się z niego na wewnątrz, igdy chory chciał się oprzeć lewą ręką o ścianę aby nie upaść, runął całym ciałem (lewą stroną) na ziemię. Stan obecny: Stopa względem goleni w położeniu wywrotnem (*supinatio*), w linii Chopart'a umiarkowanie odwiedzona. Palce wygięte ku górze. Na grzbiecie stopy, przed stawem golenio-stopowym, nieco na zewnątrz, wyniosłość wielkości połowy pomarańczy, o powierzchni po części wzgórkowatój. Ściągnię mięśni wyprostnych, zwłaszcza też ścięgno piątego palca mocno naprężone. Kości goleni nie uszkodzone. Wyniosłość na grzbiecie stopy w przedniej i zewnętrznej części miękka, chęłbocząca; zaś ku górze twarda. Skóra pokrywająca twardą część tej wyniosłości nadzwyczaj napięta. Przed przednim brzegiem kostki zewnętrznej palec mógł wdrążyć głębiej aniżeli w temże miejscu u prawej stopy. Ściągnię Achillesa było dosyć wiotkie

i przechodząc z goleni do miejsca swego przyczepienia na kości piętowej tworzyło łuk o niewielkiej krzywiznie, wklęsłością ku wewnątrz obrócony. Obmacywanie obrażonego członka nie sprawiało choremu bólu; za to wszelka próba wykonania ruchu stopy, nadzwyczajne sprawiała boleści. Nawracanie (*pronatio*) było możliwe w stopniu ograniczonym; zginanie stopy ku stronie grzbietowej wcale niemożliwe. Rozpoznano tedy zwichnienie kości skokowej bez złamania kości goleni. Kość skokowa była zwichnięta ku przodowi. Tylna część jej górnej powierzchni stawowej znajdowała się przed widełkami stawu golenio-stopowego, główka zaś spoczywała na przednim i zewnętrznym brzegu kości łódkowej. Nadto kość skokowa skrzywiła się nieco około osi poprzecznej. Do odprowadzenia przystąpiono uspiwszy poprzednio chorego chloroformem. Najpierw zgięto kończynę w stawie biodrowym i kolanowym i w tém położeniu ją trzymano. Assystent ujął za goleń ponad kostkami operator zaś lewą ręką za piętę, a prawą za przednią część stopy w taki sposób, że wielki palec oparł na wyniosłości utworzonej na grzbiecie stopy przez zwichniętą kość skokową. Już przy niewielkim wyprostowaniu stopy udało się za pomocą lekkiego nacisku wielkim palcem poprawić skrzywienie kości skokowej około osi poprzecznej, ale nawet mimo silnego prostowania stopy z naciskaniem na kość skokową nie udało się jej odepchnąć na miejsce. Zaczęto więc wykonywać łagodne ruchy nawrotne i umiarkowane odwodzące, przy których stopniowo kość skokowa pod naciskiem wróciła do normalnego położenia. Nałożono następnie opatrunek gipsowy, który zdjęto po 10 dniach. Po 4 tygodniach pacjent był zdrow zupełnie.

B. Zapalenia. Rany.

1) Taylor Ch. Fayette, Ueber die mechanische Behandlung der Erkrankung des Hüftgelenkes. Przekład niemiecki z oryginalnego rękopismu autora. Z 18 drzeworytami. Berlin. — 2) Albert, Studien zur chirurgischen Pathologie der Bewegungsorgane. Oesterr. med. Jahrb. Hft 3. — 3) König, Untersuchungen über Coxitis. I. Studien über die Mechanik des Hüftgelenkes und deren Einfluss auf Physiologie und Pathologie. Zeitschr. f. Chirurg. III. p. 256. — 4) Paschen, Untersuchungen über Coxitis. Ueber Gewichtsbehandlung bei Coxitis acuta. Ibid. III, s. 272. — 5) Reyher, Ueber die Veränderungen der Gelenke bei dauernder Ruhe. Ibid. III, s. 189. — 6) Tenzo, Zur Behandlung der Kniegelenkentzündungen mittelst der permanenten Distraction. Ibid. IV, s. 26. — 7) Jessot, Extensive lacerated wound of arm, extending into the elbowjoint; recovery with perfect motion. Lancet. Novbr. 8. — 8) Rey L., Pluie pénétrante de l'articulation radio-carpienne dro-

ite. Irrigation continue. Guérison. L'Union méd. N. 18. — 9) W a g s t a f f e W., Loose cartilages in the hip-joint following rheumatic disease and fracture of the neck of the femur. Trans. of the pathol. Soc. XXIV, VI. — 10) — B e r g e r, De l'arthrite du genou et de l'épanchement articulaire consécutif aux fractures de fémur. Paris. — 11) K u n a u, Ueber corpora mobilia articularum und ihre Extraction. Berlin (Dissert.). — 12) L e j a m p t e l, Corps étranges mobiles de l'articulation du genou. Extraction par incision directe. Guérison. Gaz. des hôp. N. 93. — 13) N o r t o n T r e h e m, Loose cartilage removed subcutaneously from the knee-joint. Trans. of the path. soc. XXIV, VI. — 14) W a l t e r s, Loose cartilage from the knee-joint. Ibid. XXIV, VI. — 15) D e l o r e, Redressement brusque du genou en dedans. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. N. 35. — 16) D e s p r é s, Des ponctions évacuatrices dans les épanchemens articulaires du genou. Bull. gén. de théér. Juillet 30. Gaz. des hôp. N. 1. — 17) M a r c h a l, Evacuation d'un épanchement de sang dans l'articulation du genou au moyen de l'appareil de Dieulafoy; guérison. Bull. gén. de théér. Août. 30. — 18) M a r k, Ueber conservierende Behandlung der penetrierenden Verletzungen des Kniegelenks nebst einem Fall von Heilung einer perforirenden Risswunde. Berlin (Dissert.). — 19) R e y, Fracture transversale de la rotule droite, avec pluie pénétrante de l'articulation; irrigation continue; guérison. L'Union méd. N. 18—20) B u t c h e r, Diseased knee-joint, Med. Press and Circ. Apr. 16. — 21) H a y e s, Disease of the knee-joint. Med. Press and Circ. Apr. 23. — 22) F i f i e l d, Cyst of the popliteal space, communicating with the knee-joint, and descending by gradual distension to the calf of the leg. Bost. med. and surg. Journ. Febr. 6.

König (3) robiąc poszukiwania na zamrożonych zwłokach nad mechanizmem stawu biodrowego doszedł do zupełnie innych wyników aniżeli bracia Weber. Znalazł on, że powierzchnia główki kości udowej i powierzchnia panewki nie są bynajmniej odcinkami kul o jednakowym promieniu, a tém samym, że nie mogą się ze sobą stykać na całej rozciągłości, ale teoretycznie tylko w jednym punkcie, a w rzeczywistości—ponieważ chrząstki posiadają pewną sprężystość—na przestrzeni mniejszego lub większego obwodu kołistego. Na preparacie przedstawiającym staw w położeniu stojącym powierzchnia zetknięcia miała 18—22 mm. średnicy; reszta zaś przestrzeni między obydwoma powierzchniami stawowymi wypełniona była już to cieńszą, już grubszą warstwą lodu. W najgrubszym miejscu warstwa ta wynosiła prawie 3 mm. Powierzchnia zetknięcia podczas stania odpowiada najwyższej położonej części panewki. Gdy udo jest odwiezione (*abductio*), to zetknięcie ma miejsce w bliskości zewnętrznego brzegu panewki, a odstęp na stronie przeciwnej wynosi 1½ mm. Przy największym odwiedzeniu, główka wcale się już nie styka z panewką, szyja kości udowej opiera się o brzeg włóknisty panewki, co umożliwia ruch dźwigniowy, w skutek którego powierzchnie stawowe na znacznej przestrzeni się rozchodzą, a dolna wewnętrzna część główki udowej zostaje przyciśniętą do brzegu panewki. Odwrotnie, przy

największém przywiedzeniu (*adductio*) szyja przylega do wewnętrznej części brzegu panewki i znajduje tu punkt oparcia. Powierzchnie stawowe w górnej wewnętrznej części oddalają się od siebie, a główka zostaje przyciśnięta do brzegu panewki w jej bocznej części. Przy położeniach pośrednich między największém odwiedzeniem a największém przywiedzeniem znajduje się zawsze punkt, w którym powierzchnie stawowe są najwięcej do siebie zbliżone aniżeli w innych miejscach stawu, ale i w tym punkcie zawsze można było wykryć warstewkę lodu chociaż $\frac{1}{2}$ mm. grubą. Na mocy tego autor twierdzi, że ścisłe zetknięcie między główką udową a panewką wtedy tylko miewa miejsce, jeżeli główka pod działaniem jakiejkolwiek siły zostanie wtłoczona w panewkę. W stawach zwłok, z których jedno zamrożonemi zostały przy położeniu uda odwiedzioném w stojącej pozycyi, a drugie w czasie wyciągania uda działaniem ciężaru około 8 funtów, pokazało się, że w pierwszym wypadku odległość między powierzchniami stawowemi w miejscu najobszerniejszém wynosiła $1\frac{1}{2}$ mm., w drugim zaś wypadku odległość ta wszędzie wynosiła $2\frac{1}{2}$ mm. Czyli, że za pomocą wyciągania zdołano odstęp między powierzchniami stawowemi powiększyć o $1\frac{1}{2}$ mniej więcej milimetra.

Paschen (4) ogłasza pod pewnym względem jako dopełnienie pracy König'a o leczeniu zapalenia stawu biodrowego za pomocą wyciągania ciężarami. Streściwszy na wstępie dzisiejsze poglądy o wartości metody rozciągania (*Distractionmethode*), jak się na nią zapatrują Busch, Volkman n, Czerny, przytacza trzy historye chorób, które w streszczeniu powtórzymy:

1) Dziewczyna 12 letnia, chora od 8 Stycznia 1873 r. przybyła do szpitala 16 Stycznia t. r. Rozlane obrzmienie na przedniej stronie okolicy lewego stawu biodrowego; obniżenie miednicy po lewej stronie o 2 ctm., kończyna odwiedzona, zgięta i obrócona na zewnątrz; ból samoistny umiarkowany; okolica stawu za naciskiem i przy ruchach biernych bolesna. Temp. rano $37,6^{\circ}$, wiecz. $39,4^{\circ}$. Zastosowano leczenie za pomocą wyciągania ciężarami: po 4 funty do każdej nogi, a jako przeciwciągnięcie 8 funtów po chorą stronę miednicy. Miednica uniesiona. Pacjentka 22 Lutego wypuszczona w zupełném zdrowiu.

2) Mężczyzna 20 letni doznaje bólu od 7 Marca, leży w łóżku od 17, a 21 t. m. przyjęty do szpitala. Chora strona miednicy obniżona o 2 ctm.; obrócenie kończyny na zewnątrz, umiarkowane zgięcie; wielki ból podczas spoczynku zwiększa się w chwili poruszeń i za na-

ciskiem. Temp. rano 38,0°, wiecz. 39,0—39,5°. 23 Marca przedsięwzięto wyciąganie choréj kończyny ciężarem 6 funtowym; przeciwciągnięcie po zdrowéj stronie miednicy; miednica wysoko umieszczona. Zrazu polepszenie, potem znowu pogorszenie. To też 9 Kwietnia zwiększono obciążenie do 8 funtów. Natychmiast zmniejszył się ból i gorączka. 8 Maja wyciągania zaprzestano; 12 Maja pozorne przedłużenie kończyny o 1 ctm.; 16 tylko o ½ ctm. Chory wyszedł z zupełnie przywróconą czynnością stawu.

3) Chora, 18 letnia przyjęta do szpitala 15 Marca 1873 r. cierpiała już od Grudnia r. z., a od pół roku oddawała mocz krwawy. Kończyna mocno zgięta w stawie biodrowym, przywiedziona i obrócona ku wewnątrz ze znaczném pozorném skróceniem; krętarz wielki przechodzi nieco po za linię Nélaton'a. W uśpieniu chloroformowém ruchy dość swobodne. Ból bardzo znaczny w spokoju zwiększa się przy poruszeniach. Temp. rano 38—38,4°, wiecz. do 40°. W okolicy pępkowéj wewnątrz jamy brzusznej guz bolesny za naciskiem, tęniący wraz z aorta, który przy opukiwaniu daje odgłos tępy; zlewający się z tępym odgłosem wątroby. Białko i krew w moczu. Rozpoczęto leczenie wyciąganiem choréj kończyny ciężarem 5 funtowym; przeciwciągnięcie po zdrowéj stronie; miednica uniesiona. Zrazu ból i gorączka zmniejszyły się, wkrótce jednak powiększyły się znowu, chora wychudła; w krwawym moczu pojawiać się zaczęły ciałka ropne. 8 Maja z powodu ciągle trwającej gorączki wykonano wypiłowanie stawu kolanowego metodą Langenbeck'a. Jama stawowa była wypełnioną ropą, błona maziowa pokryta granulacjami. Chrzątka oddzielona od kości granulacjami z téj ostatniej wyrastającemi tworzyła jakby kaptur łatwo ściągnąć się dający. Powierzchnia chrząstki do kości zwrócona dziurkowata od wnikających w nią ziarnistości; powierzchnia zwrócona do stawu posiada w jedném miejscu jakby wygniecenie owalnego kształtu (3 ctm. długie). Główka normalnie twarda. Chrzątka panewki przedstawiała takie same zmiany, jak chrzątka pokrywająca główkę. Oddalono ją więc a panewkę wyskrobano. Po operacji wyciąganie ciężarem 5 funtowym, późniéj skombinowane z opatrunkiem gipsowym. Ilość ropy w moczu coraz się powiększała; powstało skrzywienie boczne kręgosłupa; biegunka uporeczywa i śmierć 2 Lipca.

Przy sekcji znaleziono: wielki ropień w prawéj nerce z zaniemieniem substancji nerkowéj; zniszczenie chrząstki między 3 a 4 kręgiem lędźwiowym; zapalenie obu tych kręgow; w jednym z nich ropień opuszczający się pod powieź lewego mięśnia lędźwiowego. Na reszt-

kach błony maziowej wypilowanego stawu drobne guziczki, które pod drobnowidzem przedstawiały budowę podobną do gruczołków prosówkowych.

Autor wraz z Königiem przeprowadził szereg badań nad skutkami ciągłego wyciągania stawu biodrowego. Wyniki takowych streszcza w następujących punktach:

I. Że oddalenie od siebie powierzchni stawowych (*distractio*) przy nieustanném wyciąganiu za pomocą ciężarów jest możliwe i ma zawsze miejsce, ponieważ nie stoją temu na przeszkodzie ani czysto mechaniczna budowa stawu, ani stosunki ciśnienia powietrza, ani też przykurczenia części miękkich. II. Z mechanicznej budowy stawu wynika, że największe szanse dla rozciągnięcia przedstawia położenie kończyny odwiedzone (*abductio*); a tém samém w ostrych wypadkach starać się należy o nadanie kończynie takiego położenia. III. Przy nieustanném wyciąganiu, rozciągnięcie powierzchni stawowych jest właśnie tym momentem, który nietylko czasowo usuwa objawy choroby, ale zapewnia także trwałe polepszenie; gdy tymczasem samo zmienienie punktów zetknięcia powierzchni stawowych ze sobą przynosi wprawdzie chwilową ulgę, ale nie zabezpiecza od pogorszenia.

Kazuistyka ciałek ruchomych w stawie kolanowym pomnożoną została czterema świeżo opisanemi wypadkami: Kuna'a, Lejamptel'a, Norton'a i Walters'a. W każdym z tych wypadków ciałka wspomniane usunięto z pomyślnym skutkiem za pomocą operacji.

Chory Kuna'a (11), mężczyzna 25 letni cierpiał od 3 lat ból w prawem kolanie zwiększający się coraz bardziej. Staw był nieco obrzmiały. W Czerwcu 1872 r. chory wyszedł ciało ruchome w stawie. Pod koniec Listopada wystąpiły nagle gwałtownie bóle, które od czasu do czasu się ponawiały. Na początku Grudnia chory wy-macał drugie ruchome ciało, które jednak niezadługo znikło. W Styczniu 1873 r. chory był operowany przez Langenbeck'a. Ciało ruchome unieruchomiono palcami obok więzła rzepkowego, poczem wkłuto prosty tenotom w kierunku tego ciała od spodu. Ciało natychmiast wyskoczyło pod skórę. Przesunięto je pod skórą na zewnątrz i ku górze i rozciawszy skórę wyjęto. Na ranę skórną położono skubankę napojoną stężonym roztworem kwasu karbolowego, na nią opatrunek lekko naciskający i całą kończynę przybandażowano do żłobka druciannego. Wydobyte ciało miało kształt spłaszczonej elipsoidy, było 2 ctm. długie, 1½ ctm. szerokie a 1 ctm. grube i składało się z dwóch warstw: jednej twardej jak kamień, drugiej chrząstkowatej. Przebieg pooperacyjny pomyślny.

Pacjent Lejamptel'a (12), mężczyzna 21 letni cierpiał od 5 czy 6 lat ból w kolanie, a od 5 miesięcy wyczuwał w niem poruszające się ciało. Ponieważ było ono bardzo ruchome, autor unieruchomił je za pomocą obrączki od klucza i odsłonił przez zrobienie prostego nacięcia. Ciało wielkości fasoli natychmiast wyskoczyło. Nałożono opatrunek klajstrowy, który zdjęto po 10 dniach. Wyzdrowienie.

W wypadku opisanym przez Norton'a (13) ciało ruchome utworzyło się u chorego, który przed 5 laty przeżył traumatyczne zapalenie stawu kolanowego. Najpierw przez nacięcie podskórne wydestano je pod skórę, a po 4 dniach ztąd wyjęto. Chory wyzdrowiał. Ciało miało $1\frac{1}{2}$ cala długości, 1 cal szerokości, a $\frac{7}{16}$ cala grubości. Badanie mikroskopijne wykazało, iż ciało składało się z tkanki chrzęstnej ze śladami zwapnienia; w środku było skostniałe, a na powierzchni powleczone tkanką włóknistą.

Wreszcie w wypadku Walters'a (14) powstało u 23 letniego mężczyzny po wielokrotnych wytrąceniach i obrażeniach rzepki. Usunięto je przez wycięcie podskórne. Chory wyzdrowiał. Długość ciała wynosiła 1 cal, szerokość $\frac{3}{4}$ cala. Powierzchnia wypukła była gładka, chrząstkowata; wklęsła zaś chropawa, skostniała. Autor uważa je za część powierzchni stawowej kości udowej.

Delore (15) wykonywał gwałtowne wyprostowanie przykurzonego kolana w 350 wypadkach—zawsze z pomyślnym skutkiem. Do operacji tej stale chorych chloroformował, a po wyprostowaniu nakładał opatrunek klajstrowy. Po 4—5 tygodniach chorzy mogli już chodzić. Postępowanie to wszakże zaleca autor tylko u osobników poniżej lat 16, chociaż raz zastosował je z dobrym skutkiem i u 20 letniego mężczyzny. Wielkie osłabienie dziecka przeciwwskazuje także tę operację.

Z opisów rana drażących do jamy stawu kolanowego przytaczamy niektóre, w których nastąpiło wyzdrowienie przy leczeniu zachowawczem.

Mark (18) w swej rozprawie inauguralnej opisuje następujący wypadek: Cłopiec 15 letni spadając z wysokości drugiego piętra do piwnic, uderzył się lewą nogą o żelazną sztabę, skutkiem czego powstała rana półkaiężycowata 19 ctm. długa, pod rzepką, ku górze wklęsłością, zwrócona. Rana drażyła do jamy stawu kolanowego, a skoro się uniosło w górę płat ze zranienia powstały, można było zobaczyć najpierw dolny oderwany koniec więzu rzepkowego, z kawałkiem dolnego brzegu rzepki; od góry i od dołu widzieć się dawały nieuszkodzone kłykie kości udowej; rzepkę można było wymacać

w górnym brzegu rany. Ranę złączono szwami, przeprowadzono przez nią rurkę drenową i opatrzono według metody Lister'a muslinem namoczoną w 5 procentowym roztworze kwasu karbolowego. Opatrunek gipsowy; lód. Przebieg był pomyślny. Kilka ropni okołostawowych musiano otworzyć. Po 9 dniach staw już zdawał się niebył otwartym, a po 84 dniach chory wygojony mógł chodzić na kulach z zesztyniałym stawem.

Chora Rey'a (19) 33 lat licząca, wypadła z okna pierwszego piętra na ulicę, skutkiem czego rzepka pękła w kierunku poprzecznym, a zarazem powstała rana w częściach miękkich, 3 ctm. długa, ten sam kierunek mająca. Odłamki rzepki rozeszły się o 1 ctm. Ranę połączono za pomocą opaski napojonej kleiną, i kończynę umieszczono w żłobku druciannym. Zastosowano ciągłe zraszanie letnią wodą. Po dwóch miesiącach nastąpiło uleczenie bez ropienia w stawie. Zginanie było możliwe ale ograniczone i bolesne; pomiędzy odłamki żadnej nie było ruchomości. W chwili przyjęcia do szpitala chora była ciężarną w drugim miesiącu; i pomimo tak gwałtownego upadnięcia ciąży nie została przerwana.

Fifiold (22) opisuje szczegółowo wypadek przewlekłego zapalenia błony maziowej obu stawów kolanowych z wydeciem torbielowatym torebki stawowej, ciekawy pod względem stosowanego leczenia, jako też odporności chorego.

Chory, 60 lat liczący, w ciągu ostatnich lat 12 cierpiał na przewlekłe zapalenie błony maziowej obu stawów kolanowych, na które przez długi czas leczony był w szpitalu bez żadnego skutku. W Październiku 1868 r. przekłuto oba stawy zwyczajnym trójgrańcem i wstrzyknięto w nie naciąg jodowy rozcieńczony równą ilością wody destylowanej. Wstrzykiwania takie powtarzano trzykrotnie; a ostatnim razem użyto do nich czystego naciągu jodowego. Wywołały one bardzo słabe tylko objawy zapalne i żadnego nie odniosły skutku. W lecie 1870 r. chory wkrótce po poślizgnięciu się zauważył w jamie lewego kolana mały okrągły guzik, a niezadługo potem takiż sam i w prawym kolanie. Pierwszy z nich szybko się powiększał; — w jesieni 1870 r. sięgał już 7—8 cali poniżej stawu, był przeszło dwa razy większy jak pięść, wyraźnie chełboczący. Zrobiono przekłucie. Przez otwór wyszedł płyn oleisty i kilka zbitych małych kawałków. Wkrótce nastąpiły bólesci z objawami durzycowemi; to też po trzech dniach wykonano obszernie nacięcie i wypuszczono takiż sam płyn oleisty i żółtą twardą cuchnącą masę. Stan ogólny znacznie się poprawił rana wkrótce pokryła się dobrą ziarniną. W 4 dni później znowu

ból w kolanie i gorączka. Otworzono cięciem jamę stawową i wypuszczono z niej ropę. Nastrzykiwania naciągu jodowego powstrzymały ostatecznie ropienie.

Po zagojeniu ran wykonano gwałtowne zgięcie z rozerwaniem zrostów; następnie zastosowano przyrząd, który dozwalał naprzemian kolano zginać i prostować. Rezultatem tego było przywrócenie używalności kończyny.

Tymczasem torbiel w prawém kolanie powiększała się ciągle; a że i w jamie kolanowej był obfity wysięk, więc w zimie r. 1871—72 otworzono ją cięciem. W celu zatamowania dość mocnego krwotoku z naczyń włosowatych użyto półtorochlorku żelaza i alunu. Prócz tego wstrzyknięto natychmiast naciągu jodowego do jamy stawowej i zostawiono go w téj jamie; pomimo to bez skutku. Przeciągnięto więc przez staw zawłokę i pozostawiono ją przez 12 godzin. Zrazu nie było widać skutku, później jednak wystąpiło ropienie, co skłoniło do otworzenia stawu obszerném cięciem. Ostateczny wynik był taki sam jak w pierwszym razie—i téj kończyny używalność przywróconą została.

VII. Choroby mięśni, ścięgien i torebek śluzowych.

1) P o n c e t, Observations de suppuration musculaire (M. Ollier). Gaz. des hôp N. 52. — 2) F i s c h e r, Einige Fälle von Rupturen des Quadriceps femoris. Zeitschr. f. Wundärzte und Geburtsh. XXV. — 3) A s h h u r s t, Rupture of the biceps flexor cubiti. Phil. med. Times. Jan. 11. — 4) F o u r n a i s e, Note sur un cas de rupture complete du tendon du biceps fémoral au niveau de son insertion à la rotule. Annal. de méd de Gand. Août. — 5) P o d r a z k i, Myositis ossificans des M. brach. intern.—Sitzungs—protokoll aus der k. k. Ges. der Aerzte in Wien. N. 22. — 6) P o n c e t, Kystes tendineuses du poignet et de la main, incision ou extirpation de ces kystes, guérison rapide sans aucun accident inflammatoire. Bull. gén. de théér. Decbr. 15. — 7) R o s e, A case of abscess in the bursa under the tendon of the iliacus muscle. Lancet. April 5.

Z kilku opisanych wypadków częściowego i całkowitego rozerwania mięśni, streszczamy następujące:

Fischer (2) opisuje trzy tego rodzaju wypadki: I. Całkowite rozerwanie mięśnia czterogłowego w miejscu gdzie ścięgno przechodzi w substancję mięśniową. Powstało przy upadnięciu. Przez cztery pierwsze dni zimne okłady; później ogipsowano kończynę w położeniu zgiętém w stawie biodrowym a wyprostowanem w kolanie. Opatrunek pozostawiono przez 6 tygodni. Po upływie kwartału chory za-

czął pełnić poprzednie swoje obowiązki—ekonomą. II. Dziewczyna 16 letnia spadła ze schodów. Ponad rzepeką rana 4 cale długa. Przeszło połowa mięśnia czterogłowego była oddzielona od ścięgna. Wygojenie przez pośrednictwo ropienia, bez naruszenia ruchomości w stawie kolanowym. III. Kominiarz spadł z komina na ognisko. W środku długości uda nie wielki wylew krwi, a pod nim w mięśniu czterogłowym szpara $\frac{1}{4}$ cala szeroka. Nałożono opatrunek gipsowy w wyprostowanym położeniu kończyny. Chory wyzdrowiał.

Pacjent Ashhurst'a (3) spadłszy z woza zranił sobie głowę i zarazem uległ pęknięciu brzuśca mięśnia dwugłowego ramienia. W jaki się to sposób stało—podać nie umie. Obie części mięśnia dwugłowego dają się czuć wyraźnie przez skórę, odstęp między nimi wynosił $1\frac{1}{2}$ cala. Zgięcie ramienia daje się uskutecznić lecz z wielką trudnością. Rozerwane końce mięśnia zbliżono do siebie opaską ósemkową. Chory wyzdrowiał z zupełnym zachowaniem czynności mięśnia.

W wypadku Fournaise'a (4) nastąpiło zupełne rozdarcie ścięgna mięśnia czterogłowego u 44 letniego mężczyzny w chwili poślizgnięcia się. Po 4 miesiącach czynność kończyny o tyle tylko została przywrócono, że chory mógł chodzić przy pomocy przyrządu ruchomego w kolanie, w którym elastyczny pasek zastępował czynność rozerwanego mięśnia.

Podrazki (4) przedstawił towarzystwu lekarskiemu w Wiedniu żołnierza z kostniejącym mięśniem ramieniowym wewnętrznym. Kostnienie szybko się rozwinęło. W 8 dni po ćwiczeniach gimnastycznych istniało już dość bolesne powiększenie wyżej wspomnianego mięśnia. Obrzękłość była początkowo wyraźnie sprężysta i zdawała się być mocno zrośnięta z kością ramieniową. Kończyna była zgięta w łokciu pod kątem prostym i nie mogła być ani czynnie ani też biernie prostowaną. W guz można było wkłuwać bez bólu grubą igłę, przyczem powstawało uczucie, jakby igła drażyła w chrząstkę. Po trzech tygodniach wykonano pod chloroformem gwałtowne wyprostowanie, któremu towarzyszył jakby chrzęst. Odtąd ruchy w stawie łokciowym były swobodniejsze. Mięsień ramieniowy wewnętrzny twardniał coraz więcej; w końcu stał się twardy jak kość. Teraz już nawet siłą nie można było wkłuć weń igły.

Rose (7) opisuje zapalenie torebki śluzowej pod mięśniem biodrowym. Chory, 21 lat liczący, przed dwoma laty nadwreżył sobie lewy staw biodrowy (*distorsio*), a w pięć tygodni potem utworzyły się dwa ropnie: poniżej więzów Pouparta jeden, a drugi z tyłu, niżej brzegu mięśnia pośladkowego. Oba utworzono—

najpierw pierwszy, który się niezadługo zamknął, potem drugi. Od czasu do czasu odchodziły kawałeczki kości. Autor widział chorego w następnym stanie: Otwór przetoki o 1 cal na zewnątrz tętnicy udowej, a 4 cale pod kolcem przednim górnym kości biodrowej. Zgłębnik wchodzi 6 cali w głąb, pod mięsień biodrowy i trafia na kość obnażoną. Wyprostowanie kończyny zgiętej w stawie biodrowym niemożliwe. Po rozszerzeniu otworu palcem wyczuć się dało kość obnażoną w tem miejscu, gdzie mięsień biodrowy wychodził z miednicy. Zrobiono przeciwotwór $\frac{1}{2}$ cala poniżej i na wewnątrz kolca przedniego górnego; przeprowadzono dren i zarządzono przestrzykiwania następującym roztworem: Rp. *Acid. carbol.* 2,0 *Acid. phosph. Acid. nitr.* 4,0, *Aq. dest.* 300,0. Po pewnym czasie chory został wypisany wprawdzie jeszcze z otworem przetokowym, ale mógł nogę wyprostowywać i chodzić. Autor uważa całą sprawę za zapalenie torebki śluzowej pod mięśniem biodrowym, z następnem zapaleniem okostnej i powierzchowną zgorzelą kości.

ANATOMIA PATOLOGICZNA.

Sprawozdawca Prof. Dr Wisłocki.

Przyszłość Anatomii patologicznej leży w zdobyciu nowych metod badania. Wszystkie sposoby, jakie dotąd są w użyciu, jakkolwiek nadzwyczajny postęp zaznaczają, nie zdołają jednak wszystkich uchylić trudności, tak, że wyniki z nadzwyczajnymi trudnościami dokonanych prac badawczych nie zdołają w zupełności zadowolić sumiennego badacza i nie pozwalają rozstrzygnąć tylu niesłychanie ważnych pytań, które postęp wiedzy nagromadził, a od których rozstrzygnięcia zawisł w przyszłości dalszy jego rozwój. Do tego przyczynia się jeszcze i to, że czym bardziej naukowy widnokrąg się rozprzestrzenia, tym więcej odkrywa się tajemnic i zagadek, ważniejszych jeszcze od dawnych, a których rozwiązanie wymaga nowych sposobów, nowych dróg i wysiłen. Tym to sposobem się dzieje, że literatura naukowa nie tak często nam przedstawia prace, wytykające nowe drogi, odkrywające nowe widnokregi. Chwila obecna jest to chwila zbierania skrzętnego materiałów do nowój budowy geniuszu. Nie dziwnym więc sprzecznościom, jakie się na każdym kroku przy przeglądzie tych prac napotyka.

O zmianach chorobnych tkani.

Naczynia chłonne i mięśnie.

Przy badaniu stanu części miękkich na goleni w trzech przypadkach róży z śmiertelnym przebiegiem znalazł Lordereau (*P. sur certaines cas d'angioleucite suppurée coincidans avec l'érysipelas. Journ. de l'anat. et de la phys. Nr. 3*) wielkie pnie naczyń limfatycznych napełnione całkiem ropą, gdy tymczasem same gruczoły, w związku z nimi będące, jakkolwiek obrzmiałe i przekrwione, nawet pod mikroskopem żadnego śladu ropiastego nasięku nie zdradzały. W tkance łącznej obrzękłej chorych części miękkich znajdowano rzadkie ciała limfatyczne, tak samo jak i w dolnej części miazdzy skóry, w warstwie brodawkowej ich zaś wcale nie było. Tego rodzaju zapalenie ropne wielkich pni naczyń chłonnych w róży, bez równoczesnego ropienia w gruczołach, uważa Lordereau za rzecz zastanawiającą i zapowiada w przyszłości większą pracę o ropieniu przy róży.

Popow (*Leo. Zur Pathologie der quergestreiften Muskelfasern. Centralbl. f. d. med. Wissensch. Nr. 44*) zwrócił swe usiłowania ku wyjaśnieniu zachowania się mięśni prążkowanych w rozmaitych chorobach, ważnego dla wytłómaczenia wielu przykrych objawów w rozmaitych ciężkich chorobach, jak np. durzycy. Dochodzenia swoje uskutečnił on za pomocą polaryzacyjnego przyrządu pod kierunkiem Virchow'a w jego pracowni w Berlinie i doszedł do następujących wyników:

Owe włókna mięsne, które znaczną ziarnistą przemianę wykazują (zmętnienie, obrzmienie) łamią w świetle polaryzowanym (przy skrzyżowaniu pryzm Nikola) daleko słabiej światło podwójnie jak prawidłowe; równocześnie traci substancya łamiąca swoją regularną budowę, co się przy zwyczajném świetle jako zniknięcie prawidłowego prążkowania widzieć daje. Czym silniejsza ziarnista przemiana, tym słabsze podwójne łamanie światła, a przy przejściu w przerodzenie tłuszczowe znika ta własność zupełnie. Tak samo zachowują się i owe części włókien mięsnych, w których ziarenka brunatnego barwnika się odkładają (zanik brunatny). Zupełnie inaczej zachowują się woskowo przerodzone mięśnie. W świetle polaryzowanym dają one widzieć albo bardzo delikatne poprzeczne, albo też zamiast nich także same podłużne prążki. Prócz tego cała masa sąsiednich przerodzonych włókien mięsnych przedstawia się mocno błyszcząca, tak, że nie

może być i mowy o zwyrodnieniu podwójnie łamiącej substancji. Tylko na najwyższym stopniu zwyrodnienia, gdy zawartość pierwotnych pęczków rozpada się na kawałki, wtedy nie przedstawiają i te kawałki żadnego podwójnego łamania więcej w ciemnym polu. Zjawisko to tłumaczy autor t \acute{e} m, że cząstki włókien mięsnych podwójnie łamiące są jednoosiowe, a ta oś jest równoległa do długości mięsnego włókna. Przerodzenie ziarniste i zanik brunatny wypada zatem uważać za rzeczywiste sprawy zwyrodnienia, gdy tymczasem przeobrażenie woskowe nie narusza substancji podwójnie łamiącej włókien mięsnych.

W drugim, bardzo krótkim doniesieniu, przytoczonym jako zwiastun obszerniejszej pracy w tym kierunku, wylicza autor wyniki swoich dochodzeń nad zmianami poprzecznie prążkowanych mięsnych włókien w rozmaitych chorobach zakaźnych (*Febr. recurrens*, *Typhus abdominalis*, *exanthem*, *Febris puerperalis*). Te zmiany odznaczają się wszelkimi znamionami zapalnej sprawy, jako to: zmętnienie, obrzmienie i bujanie jąder czyli ciałek mięsnych. Nowotwór odbywa się wewnątrz łagiewki otoczki mięsnej (*sarcolemma*) i rozpoczyna wnet po wybuchu choroby, nie może więc być wzięty za objaw odczynu lub odrodzenia, i objawia się tak przy przeobrażeniu ziarnistym jak i woskowatym, chociaż przy ostatnim najsilniej. Woskowane przeobrażenie włókien mięsnych musi zatem być uważane za objaw, towarzyszący zapaleniu a nie za sprawę zwyrodnienia.

Co do przemiany poprzecznie prążkowanych mięśni po przecięciu nerwów, to w tej mierze ogłaszają kilka spostrzeżeń Bizzozero i Golgi (*Ueber die Veränderungen des Muskelgewebes nach Nerven-durchschneidung*. *Oester. med. Jahrb.* zes. I). Objawy są rozmaite, stosownie do długości czasu, co nam wyjaśnia pewne różnice w objawach chorobnych, np. przy *Paralysis pseudohypertrophica*. Gdy sprawa krócej trwa znajdujemy pomnożenie jąder w ciałkach mięsnych, zwięźnienie włókien, przyrost tkanki łącznej między mięszszowój; zanik włókien i obfitsze odłożenie tłuszczu między nimi zjawia się powoli i po dłuższym czasie.

System nerwowy i narządy zmysłów.

Robinson (*A. R. Ueber die entzündlichen Veränderungen der Ganglienzellen des Sympathicus*. *Wiener med. Jahrb.* zes. 4, Tab. X) z Nowego Jorku uskutečnił swoje poszukiwania co do zapalnych zmian komórek zwojowych nerwu sympatycznego w ten sposób, że u żab przeciągał nitkę przez ścianę aorty, ranę w brzuchu zaszywał

i zwierzęta po 2—7 dni zabijał. Wyciętą aortę kładziono do roztworu chlorku złota, a potem rozstrzępiano w glicerynie. Otóż, odpowiednio do długości czasu, okazywały te komórki rozmaite zmiany. Czym później zabito zwierzę, tym wydatniejsze były zmiany w kształcie i uporządkowania komórek. W miejsce jądra i miąższu komórki znajdowano wewnątrz otoczki wielką ilość małych komórek rozmaitej wielkości i kształtu wraz kroplami tłuszczu. W pojedynczych miejscach uwydatniały się na powierzchni mozaikowe rysunki jako wyraz częściowego powierzchniowego bruzdowania, gdy tymczasem miąższ sam wydawał się jeszcze nie tknięty. W tym okresie komórka traci swój gruboziarnisty wygląd. Podobne przemiany można dostrzedz niekiedy i na wypustkach tych komórek, chociaż nie tak często, jak na ich ciałach samych.

Nad zwapnieniem komórek gangliowych i włókien nerwowych mózgu robili swe spostrzeżenia Zahn i Klebs. Pierwszy (*F. W. Verkalkte Ganglienzellen bei Syphilis congenita. Correspond. bl. d. Schweiz. Aerzte 1872. Nr. 3*) znalazł rozległe zwapnienie komórek zwojowych i włókien nerwowych mózgu u dziecka, przedstawiającego rozległe przymiotowe zniszczenia kości czaszkowych, miąższu mózgu i guzy klejowe (*gummata*) w sercu. Badanie pod drobnowidzem narodziło w mózgu i ich otoczenia wykazało rozpad komórek, wielkie komórki tłuszczowo ziarninowe, szerokie pasma tkanki łącznej o obszernych oczkach, drobnocienne naczynia krwionośne, oraz zwapniałe komórki zwojowe i szczątki włókien nerwowych. Komórki gangliowe o jednej i więcej wypustkach były zupełnie odosobnione, a końce ich wypustek guzikowato obrzmiałe; na niektórych można było za dodaniem kwasu octowego otoczkę i jądro wyraźnie rozeznąć, przy czém małe pęcherzyki gazu się pojawiały. Tak samo wyglądały zwapniałe szczątki nerwów.

W drugim przypadku syfilitycznego przerodzenia kości czołowej i zrazów czołowych mózgu, można było znaleźć jedynie tłuszczowe zwyrodnienie komórek gangliowych, lecz żadnego zwapnienia. Taki sam ujemny wynik dostrzeżono i w wypadku trwającego przez trzy lata i wyleczonego uciśnięcia czaszki, w którym mózg ani na oko ani pod drobnowidzem żadnych zmian nie przedstawiał.

Zahn uważa to za dowód, że nie można sprawie przymiotowej samej przez się żadnego szczególnego wpływu na zwapnienie komórek gangliowych przypisywać.

J. Klebs (*E. Bemerkungen ueber die Verkalkung von Ganglienzellen. Corresp. Bl. f. Schw. Aerzte. 1872, Nr. 3 (Dodatek)*) godzi

się z tym poglądem Zahna na mocy swych własnych spostrzeżeń w tej mierze, wyjaśniając powstanie zwapnienia zaburzeniem w odprowadzeniu krwi od owych nerwowych tworów przy powiększonem do nich krwi przyplwyie, przez co ma nastąpić naprowadzenie zbyteczne i osadzenie się trudniej rozpuszczalnych w niej ciał. Przyczynę, że często jądra od tego zwapnienia są wolne, tłumaczy tém, że jądra posiadają może kwaśną zaródź (*protoplasma*) odróżniającą się od zarodki samych komórek.

Przerost guzowaty nerwów był przedmiotem badania Rotha i Obermeiera. Pierwszy (*M. Ueber die varicöse Hypertrophie der Nervenfasern des Gehirns. Arch. f. path. An. u. Phy. T. 58*) przytoczywszy odpowiednie przypadki, przechodzi do tego wniosku, że przerost guzowaty osiowej nitki włókien nerwowych zdarza się przedewszystkiem przy zapalnem rozmięczeniu mózgu, przy którym jednak w pierwszych 8 dniach, t.j. przy świeżym krwi wylowie, najczęściej zgrubień nie ma. Później niszczeją w skutek tłuszczowego zwyrodnienia i rozmięczenia. Znajdywanie się ich w mózgu jest w zupełnej zgodzie z obecnością ich w mleczu piersiowym przy podobnychże sprawach zapalnych w ostatnim, jako też i w siatkówce oczu. Te spostrzeżenia stwierdzają dawniejsze wyniki, które Charcot przy swych poszukiwaniach otrzymał, uważający tę guzowatą przemianę nitki osiowej za osobną formę zapalenia włókien nerwowych.

Obermeier (*Otto, Varicöse Axencylinder im Centralnervensystem. Virchow's Archiv. Tab. 58*) znajdował tak samo zmienione nici osiowe w wielkim mózgu, mózdzku, moście Warola i innych częściach systematu nerwowego, przy nadzwyczaj rozmaitych nowotworach guzowatych, przy żółtém rozmięknięciu substancji korowej i ciała prążkowanego w otoczeniu wszystkich wylewów krwi w mózgu i t. d. Owe guzowatości przedstawiały najrozmaitsze kształty i były najrozmaitszej wielkości, zgadzały się też najzupełniej z podobnemi tworami w siatkówce. Znajdowały się one tak samo w bezpośredniem sąsiedztwie nowotworu, jako też w odległości 1--2 centym. od niego. W jednym przypadku, w którym most był siedliskiem guza, znaleziono guzowato zgrubiałe nici osiowe w wielkiej odległości od siedziby jego w mózgu wielkim. I Obermeier odnosi wraz z Virchow'em i Roth'em te zmiany nici osiowej włókien nerwowych do sprawy zapalenia jako przyczyny.

Ciekawo są poszukiwania rozmaitych badaczy, mianowicie Eichhorsta, Ranvier'a, Neumann'a, Dickson'a i innych, odnoszące się do przemian i odrodzenia przeciętych nerwów, oraz nowego wy-

tworzenia nerwowego mięszu. Ranvier (*L. De la régénération des nerfs sectionnés. Compt. rend. LXXXVI, Nr. 8. Gaz. méd. de Paris Nr. 9*) zdaje sprawę z dalszego postępu swych dawniej już rozpoczętych dochodzeń w tój mierze. Wyniki tych dochodzeń są następane: W części odśrodkowój przeciętych nerwów można już znaleźć nowo wytworzone włókna nerwowe, powstające albo wewnątrz dawniejszych rozpadających się włókien, albo też swobodnie pomiędzy nimi. Te nowe włókna powstają po większej części ze starych włókien w odcinku dośrodkowym, łączą się w pęczki i stanowią główną zawartość nerwowej wiązki, łączącej oba odcinki. Te pęczki przechodzą i na odśrodkowy odcinek, rozprzestrzeniając się tutaj i po części w rozpadających się dawniejszych nerwowych włóknach, po części zaś w tkance łącznej je łączącej, chociaż autor w tój mierze następną dodaje uwagę: „*Je n'ai pu suivre d'une manière certaine le mode d'union du filament cicatriciel avec le bout périphérique. A ce point de vue mes recherches sont encore incomplètes.*“

Owe nowo wytworzone włókna mają wszystkie cechy włókien Remak'a, posiadają pochwę Schwann'a, lecz żadnej nerwowej miązgi, która bardzo późno występuje.

J. Eichhorst (*Herm. Ueber Nervendegeneration und Nervenregeneration. Arch. f. pat. Anat. u. Phys. T. 59*) przyszedł do tychże samych prawie wyników co i Ranvier, używając do dochodzenia tój samej metody, t. j. kwasu osmiowego dla zabarwienia nerwów w ilości 1 na 100 wody. Sprawa rozpadu odbywa się głównie w pochwie rdzeniowej i Schwann'a, gdy tymczasem odrodzeniu pośredniczy nić osiowa. Właściwa wsteczna przemiana rdzenia rozpoczyna się zwykle drugiego dnia po operacyi i dosięga przy końcu drugiego tygodnia swego szczytu; lecz to nie oznacza jeszcze zakończenia tój sprawy, które to wcześniej to później następuje. Rdzeń rozpadu się powoli na coraz to mniejsze grudki i cząstki, aż nakoniec całkiem niknie. Drobnociernisty jego rozpad na końcach przecięcia trzeba uważać za następstwo mechanicznego ucisku nożyczek. Otóż Eichhorst zgadza się w tém z Neuman'em, że przy pezemianie nerwu miązga nerwowa czyli rdzeń nie niknie z pochwy wskutek wchłonięcia, lecz zostaje zmieniony w ciało, posiadające ten sam chemiczny skład, co i nić osiowa. Ta nić nie ginie wcale w ciągu tój sprawy, jak wielu mniemało, lecz trwa niezmiennie, czego dowodzą niezbitce przecięcia poprzeczne takich nerwów, posiadające światło krągłe, gdy tymczasem pochwy Schwann'a próżne w tych warunkach natychmiast się marszczą i zapadają. Prócz pochwy rdzeniowej dają się spostrzegać zmia-

ny i na onerwniej i jej jądrach. Pierwsza, nasiąkła, obrzmiewa i przedstawia się z zarysem wydatnym, gruba, mocno błyszcząca, jednolita. W drugim tygodniu staje się na nowo cieńsza i lekko prążkowana. Jądra mnożą się i powiększają. Eichhorst nie wyjaśnia dalej, czy te na nowo wytworzone jądra od dawniejszych pochodzą lub nie, mając taką samą wielkość co i one, gdy tymczasem przy mnożeniu się przez dzielenie mniejszychby się spodziewać należało; lekkie przewężenia dostrzegano często na jądrach. Odrodzenie, występujące z końcem drugiego tygodnia, cechuje się obecnością najczęściej kilku, dwóch do sześciu, cieniuchnych, bladych włókienek nerwowych w pierwotnej pochewce, które za nowo utworzone uważane być mają. Biorą one swój początek w części prawidłowej i przebiegają przez część zwyrodnioną na całej jej długości. Leżą one albo jedno koło drugiego, lub spiralnie są skrócone, lub też zajmują sam środek pochewki, której granic nigdy nie przekraczają. Na całym swym przebiegu zachowują tę samą szerokość; graniczne ich obrysy są mocno błyszczące, jednolite, uderzająco szerokie. To wewnątrzpochewkowe tworzenie się włókien nerwowych odbywa się tak samo; jak później rdzenia, w kierunku odśrodkowym. W jaki sposób dawniejsze włókno osiowe w uszkodzonej części nerwu na to odrodzenie wpływa, nie podobna było dociec; być może, iż tu się ma do czynienia z rozpadnięciem się jego na pierwotne włókienka Schultze'go. Przy końcu pierwszego miesiąca zawierają wszystkie cewki liczne wewnątrznie nowo wytworzone włókienka, które przy końcu drugiego i w początku trzeciego miesiąca własnemi, jednolitemi pochawkami otaczać się zaczynają. Eichhorst mniema, że dawniejsze giną, chociaż o szczegółach wytwarzania się nowych nic pewnego powiedzieć nie zdoła. W części nerwu obwodowej przemiany w tenże sam sposób się odbywają, tylko, że odrodzenie jest powolniejsze i później się kończy. Związku nowotworu z jądrami nie mógł Eichhorst nigdzie dopatrzeć. Co do zachowania się nowo wytworzonych nerwów do tkanki bliźnowej nadmienia Eichhorst, że ta ostatnia się zupełnie obojętnie zachowuje. W trzecim miesiącu zauważył on wyraźne przejście nowo wytworzonych nerwowych włókienek z końca dośrodkowego przez bliźnę do końca obwodowego na żabach i królikach.

Spostrzeżenia swoje nad nowym wytworzeniem się szarej substancji mózgu w rozmaitych miejscowościach ogłaszają Simon z Hamburga i Dickson. Pierwszy (Theodor. Ueber Neubildungen von Gehirnsubstanz in Form von Geschwülsten an der Oberfläche der Windungen. Virch. Arch. T. 58) zauważył ten wytwór w pięciu przy-

padkach na powierzchni mózgu w postaci guziczków, wielkości ziarnka prosa, do ziarnka grochu u osób, z których prawie wszystkie na obłąkanie cierpiały, a Dickson (Thomson J. *On the changes, which occur in the spinal cord after amputation of a limb, composed with the changes found in association with progressive muscular atrophy. Transactions of the path. Soc. XXIV*) przyszedł na podstawie swych docho- dzeń na osobach, którym członki odjęto, do tego wniosku, że zauważane dawniej (1868) przez Vulpian'a przy zaniku po amputacji nacie- czenie ogniskami substancji szarzej w mleczu pacierzowym, w miej- scach wyjścia z niego nerwów, jest objawem przypadkowym zupełnie, nie stojącym w żadnym związku z amputacją.

Bardzo ważne odkrycie dla patologii zboczeń przyrzędu nerwo- wego w późniejszym życiu ogłasza Flechsig (Paul. *Ueber einige Beziehungen zwischen secundaeren Degenerationen und Entwickelungs- vogaengen im menschlichen Rückenmark. Arch. d. Heilkunde. Zesz. 5*). Odnosi się ono do gołym okiem uchwycić się dającego a dotąd nie zauważanego zachowania się bocznych pęków mlecza pacierzowego u zdolnych do życia noworodków, uwydatniające się tak na świeżych poprzecznych przecięciach, jak i na skrawkach stwardniałych w kar- minie i kwasie osmiowym. W tym okresie życia dziecięcia owe pęki są stosunkowo mniejsze niż u dorosłego, prócz tego są one białe tylko w swój przedniej części, na podobieństwo pęków przednich i tylnych, gdy tymczasem okolica ich wewnętrzna, przylegająca do tylnego pęku i do połączenia onegoż z przednim, jest szaro-przezroczysta. Prócz te- go dostrzega się często na średnim obwodzie tylnej połowy przewężenie, nie istniejące w prawidłowym mleczu pacierzowym dorosłego. Badanie pod drobnowidzem pokazało, że w owych miejscach szaro- przezroczystych znajduje się li mała ilość nadzwyczaj cienkich rdzeń zawierających nerwowych włókienek, które w innych pękach mlecza pacierzowego główną zawartość stanowią. Te stosunki znaleziono nietylko w części zgrubiałej szyjnej mlecza pacierzowego, lecz w ca- łym mleczu od pyramid aż do części lędźwiowej. Flechsig uważa ten stan jako opóźnienie rozwoju w porównaniu z resztą pęków mle- cza, tak że po urodzenia dziecięciu istnieje jeszcze stan płodowy w po- jedynczych pękach. Ponieważ zaś są to te sami pęki, w których we- dług Türk'a późniejsze zwyrodnienia się tworzą, więc ten stan ich nabiera dla Fizjologii i Patologii człowieka bardzo wielkiego zna- czenia.

J. Joffroy (*A. De la pachymeningite cervicale hypertrophique. Paris*) przedstawia przedmiot, pod względem praktycznym bardzo

ważny, a dotąd mało obrabiany, t. j. chroniczne zapalenie opony twardej mlecza paciierzowego i w szczególności jej sztywniej części. Sprawa ta istnieje rzadko kiedy sama jedna; połączona jest ona zawsze prawie z zapaleniem mlecza paciierzowego, przebiegającym przynajmniej w przytoczonych przypadkach pod postacią zaniku mięśni postępowego. Co do swej siedziby różni się *pachymeningitis cervicalis externa* od *interna*. Pierwsza zdarza się często jako pochodna przy chorobach trzonu kręgow; wewnętrzna powierzchnia opony twardej jest w takich razach stosunkowo mało zmieniona, tak samo, jak i zewnętrzna przy *pachymeningitis interna*. Rozprzestrzenienie się sprawy zapalnej na cały worek opony jest nadzwyczajną rzadkością. Anatomicznie cechuje się ta sprawa tem, że opona twarda dochodzi do grubości 6—7 mm. Mlecz paciierzowy i korzenie nerwów otoczone są w takim razie jakby pochwa, grubą, ścięgnistą błoną. Zgrubienie opony twardej polega na zapalnym wytworzeniu się grubiej ścięgnistej tkaniny, otaczającej wyraźnymi współśrodkowymi warstwami rdzeń kręgowy. Miękkie opony są wtedy w rozmaitym stopniu z twardą zrosnięte. Co do objawów chorobnych, tą sprawą wywołanych, to one się różnią stosownie do stopnia miejscowego jej napięcia i współdziałania odpowiednich korzeni nerwowych, oraz oddziałów mlecza paciierzowego. Przy wyższych stopniach rozwoju tej sprawy przedstawia się współdziałanie białej i szarej substancji mlecza pod postacią najrozmaitszych jej zwyrodnień i zaniku.

Nie mniej ciekawe są poszukiwania Heschla (*Einige Bemerkungen ueber foetale und praemature Obliterationen der Schaedelnaechte, auf Grundlage von Fuellen der Grazer Sammlung. Prager Vierteljahress. T. 4*) co do zarośnięcia szwów czaszki przedwczesnego i w starości, jako następstwo dwóch odrębnych spraw chorobnych. Jeden rodzaj zarośnięcia szwów rozwija się wskutek materalnej zmiany substancji, szwów stanowiącej, i jest już od dawna znany, i mianowicie przez Virchova i Welkera jak najdokładniej opisany. Heschl nazywa go idiopatycznym. Drugi rodzaj, nazwany okostnowym, powstaje przez bujanie kości od okostnej, pokrywające szew z sąsiednimi powierzchniami kości jednostajnie prawie; na szwie jest to pokrycie najgrubsze, tak, że czasami tworzy tu wały i grzebień, dalej zaś gubi się ono nieznacznie. Czasami istnieją sprawy obu rodzajów razem. Gdy czaszka rośnie, idiopatyczne zarośnięcie szwu jest najważniejsze. Co do drugiego rodzaju zarośnięcia, to go Heschl zdołał na wszystkich szwach wykazać. Co do przyczyn, to Heschl skłania się do przyjęcia tych, które już Welker wykazał, to jest:

wpływy traumatyczne połączone z pochodnym zapaleniem okostnej, jak np. lekkie nawet uderzenia, napięcie mięśni, pobudzenie przebiegającego tamże naczynia krwionośnego, krzywica i t. d. Co do szczegółów i krytycznego rozbioru poglądów Engela w tej mierze odsyłamy do oryginału.

Zwyrodnienie krochmalo we (*amyloide*) naczyń krwionośnych w splotach nerwowych i nowotworów organów ocznych było przedmiotem spostrzeżenia, uczynionego przez Pio Foà (*Contribuzione all'anatomia patologica del'gran simpatico. Rivista clinica. Bologna*). oraz Narkiewicza-Jodko i Brodowskiego (*Sarcoma parvi globo-cellulare palpebrae infer. Pam. tow. lekar. Warsz. III*). Pierwszy znalazł to zwyrodnienie przy gruźlicy płuc i przerodzeniu krochmalowem organów brzusznych i w splocie słonecznym; Brodowski zaś w nowotworze wyciętym przed Jodkę z powłoki dolnej oka. Ten przypadek, jakkolwiek bardzo rzadki, zasługuje według zdania Brodowskiego przez to na większą uwagę, iż w brew powszechnemu zdaniu dowodzi, że przerodzenie krochmalo we, nawet obszerniejsze, może wyłącznie w skutek miejscowych przyczyn powstać.

Narząd krwiobiegowy.

Jak ukryte są nieraz przyczyny skrzepnięcia krwi w naczyniach, dowodzą spostrzeżenia, które Whigham (*T. On thrombosis in cases in which the arterial walls and viscera are natural. St. Georg. Hosp. Rep. VI*) uczynił. Opisuje on po krótko 5 przypadków zatkania tętnicy głównej szyjnej i naczyń mózgowych, w których przyczyną była albo miejscowa przemiana ścian naczyń, albo też pewna niewyjaśniona dotąd skłonność krwi do krzepnięcia, albowiem nie można było w tych razach żadnej miejscowej przyczyny odszukać. Na czem zaś polega owa krzepliwość krwi, autor wyjaśnić nie był w stanie. Z odpowiednich chorych nie przekroczył żaden 30-go roku życia.

Helmstedter (Felix. *Du mode de formation des anévrysmes spontanées. Strassbourg*) upatruje przyczynę wytworzenia się wszystkich tętniaków, czy to prawdziwych czy wrzekomych, w chorobnym przerodzeniu się sprężystej warstwy w ścianach naczyń tętniczych, wskutek czego tworzą się w nich luki, osłabiające oporność ścian naczyń, chociaż dotąd nie udało się mu wykazać ani istoty tego przerodzenia ani też chemicznej zmiany w budowie tej sprężystej

blony. Sprawa ta nie ma według niego żadnego związku z przerozdzeniem ateromatycznym. Czasami zmiana owa błony jest pochodną; kruchość jej jest następstwem długotrwałego podwyższonego ciśnienia krwi na ściany. Opierając się na statystycznych danych dowodzi on, że tętniaki są częstsze w młodym i średnim wieku, sprawa zaś ateromatyczna w późniejszym.

Ciekawe są spostrzeżenia, które opisuje E g l i (*Th. Zur Aethiologie der Fettenbolie. Unters. aus dem pathol. Institut zu Zürich. Leipzig*). Odnoszą się one do dwóch przypadków zatorów tłuszczowych w naczyniach włosowatych płuc, pochodzących z zakrzepów w prawym sercu, rozpadających się ropiasto. Badanie pod drobnowidzem tych rozpadających się skrzepów wykazało w nich wielką ilość tłuszczu w postaci większych i mniejszych kropli. Organa na torze wielkiego krwiobiegu leżące były wolne zupełnie od tych tłuszczowych zatorów, co zapewnie od słabiej działalności serca pochodziło, nie będącej w stanie przepędzić tłuszczu przez naczynia płucne.

Nie mniej ciekawym jest opis wady sercowej u młodego 23 letniego człowieka, przedstawiającego prócz tego objaw powszechnego rozszerzenia całego obszaru obwodowych naczyń tętniczych, który D e R e n z i (*Dilatazione generale delle arterie. La nuova Liguria medica, giornale di scienze medicale*) podaje. Jako przyczynę tego zjawiska uważa on młodość chorego, w której tkaniny, podatniejsze niż w późniejszym wieku, wskutek powiększenia ciśnienia, rozdęte zostają.

Narząd oddechania.

Z odczytu p. H o g g (*Monthly microsc. Journ. Aug. str. 77*) o różnicy pomiędzy dławcem (*croup*) a błonicą (*difteritis*) zasługuje tylko to jedno na uwagę, że on dławiec uważa za sprawę miejscową, błonicę zaś za sprawę ogólną, która się tylko w tchawicy umiejscawia.

Nową sprawę chorobną, będącą jedną z przyczyn brunatnego stwardnienia płuc, opisuje O r t h (*J. Zur Kenntniss der braunen Induration der Lungen. Arch. f. pat. Anat. u. Phys. T. 58*). Znalazł on ją u kobiety cierpiącej na zwężenie i niedomykalność tętnicy płucnej i ona polegała na obfitym wypełnieniu naczyń krwionośnych włosowatych i wielkości od 0,03—0,045 mm. średnicy barwnikiem takim samym, jaki wypełniał prócz tego pęcherzyki i tkaninę międzypęcherzykową. Owe naczynia były albo całkiem zatkane, albo tylko

w części zapełnione i to na znacznej przestrzeni, tak że naczynie się masą brunatną napełnione być zdawało. Barwa tego barwnika chwiała się pomiędzy jasnożółtą, czerwobrunatną i czarnobrunatną. Składał się on z małych, bezkształtnych ziarneczek, większych bryłek, a na przecięciu większych naczyń i z białych tworów, które z powodu całego ich zachowania się za zmienione ciała krwi uważać należało. Przy nastrzykiwaniu sztuczném tętnicy płucnej masą niebieską wszystkie te naczynia, zawierające barwnik, okazały się nieprzepuszczalne. Napełnienie naczyń takiego kawałka na przemian to tą masą, to owym barwnikiem, dawało niekiedy obraz szachownicy. Naczynia, zawierające barwnik, były różne co do swój istoty. Były to raz pętle włosowate pęcherzyków, to znowu przebiegające w zgrubiałej międzyzrakowej tkance naczynia włosowate i większe gałązki żyłne. Ilość tych oddziałów naczyń nieprzepuszczalnych była dość znaczna, tak że zaburzenie w krążeniu krwi musiało tu być nie małe. O r t h opisuje przytém inny rodzaj naczyń, które za pośrednika krwobiegu zwiczionego w tych miejscach uważa. Były one więcej wydłużone, średnio 0,015 mm. szerokie i cechujące się prócz tego małą ilością albo nawet zupełnym brakiem bocznych gałązek. Te naczynia przebiegają albo śród znaczniejszych paćm tkanki łącznej, albo też w ściankach międzypęcherzykowatych. Czy zaś to są rozszerzone naczynia włosowate, lub dawniej już istniejące gałązki, łączące tętnice z żyłami, trzeba pozostawić nierozstrzygniętém. Co do powstawania zaś owego barwnika, to O r t h sądzi, że tak jak to już dawniej V i r c h o w utrzymywał, barwnik ów mógł jedynie powstać wewnątrz naczyń wprost z czerwonych ciałek krwi.

Dla uzupełnienia obrazu podajemy tutaj i ciekawe z praktycznego względu spostrzeżenie Profesora K o s i ń s k i e g o (przytoczone w Pamiętniku lekarskim I, str. 16—19) dotyczące 32 letniej kobiety, cierpiącej na napady nadzwyczajnej duszności, którym i tracheotomia końca położyc nie zdołała. Po śmierci Prof. B r o d o w s k i znalazł wrzody syfilityczne na sutce, języku i w tchawicy, oskrzela miejscami zwężone i śluzem zapchane, miejscami rozszerzone i t. d. Co do szczegółów odsełamy do oryginału.

Nie mniej ciekawe spostrzeżenie ogłasza M a r c h i a f a v a (*Di un cancro primitivo del polmone, con riproduzione nol cervello e nell' osso frontale. Rivista clinica di Bologna, Maggio*). Mularz 70 letni, narażony na częste zmiany powietrza, zachorował na objawy chronicznego cierpienia płuc. Później przyłączyły się nerwobóle w okolicy nadoczodołowej; nastąpiło odurzenie, śpiączka i śmierć.

Przypuszczenie gruźlicy płuc i pochodnej gruźlicy opon mózgu nie stwierdziło się wcale. Owszem, znaleziono liczne ogniska w płucach i mózgu, oraz w kości czołowej guziki wielkości ziarnka prosa do laskowego orzecha, budowy alweolarniej, z licznymi komórkami wałkowatemi w tych przestworach. Był zatem nowotwór rakowaty, biorący widocznie swój początek w płucach, przenosząc się dopiero następnie na mózg i kości. Kształt komórek wałeczkowaty wyjaśnia wałeczkowaty kształt komórek nabłonkowych, wyścielających drogi oddechowe.

Narząd organów trawienia.

Zaznaczamy tutaj jedynie spostrzeżenie, uczynione przez Dra Seechi, asystenta przy poliklinice w Wrocławiu i odnoszące się do rozeznania za życia przemieszczenia organów brzusznych i serca u 26 letniego kelnera, Ernesta Sehnider'a, u którego przy badaniu znaleziono uderzenia serca z prawej strony piersi, pomiędzy 5-ém a 6-ém żebrem, i odpowiednie stłumienie odgłosu przy opukiwaniu, z lewej zaś strony od 3—8 żebra odgłos płucny, a od 8 do brzegu klatki piersiowej stłumienie zupełne, odpowiadające wątrobie. Śledziona leżała z prawej strony między 8 a 11 żebrem.

Narząd moczowy.

Parrot (*M. J. Sur deux cas de tubulohématie rénale chez des nouveau-nés. Arch. de phys. norm. et pathol. Nr. 5*) ogłasza kilka bardzo zajmujących przypadków śmiertelnych chorób u małych dzieci, które dotąd co do swych przyczyn były zagadkowe. Znalazł on przy badaniu zwłok dwojga noworodków, zmarłych w 3 tygodniu po urodzeniu, rozległe wylewy krwi w prostych moczowych cewkach nerek, mniej już w pętach Henle'go, oraz starsze, zbitsze i ciemniejsze krwi skrzepy w kielichach nerkowych jako też i wątrobie i pęcherzu moczowym. U jednego z tych dzieci znaleziono prócz tego, liczne, małe, świeże ogniska zapalne w białej substancji wielkich półkól mózgu i różę zapalną na pokrywach głowy, u obu zaś zrazikowe zapalenie płuc i żółtaczkę w wysokim stopniu. Objawy za życia były następujące: chwilowe kurecze, oddech utrudniony, sinnica skóry, przedstawiająca w połączeniu z zabarwieniem ikterycznym odcień brązowy, i mocz bardzo ciemny. Badanie nerek pod drobnowidzem wykazało, że pro-

ste cewki moczowe, o dobrze zachowanym i tylko tu i ówdzie cokolwiek zmaconym nabłonku, były przepelnione ciątkami krwi, po części dobrze zachowanymi, po części już się rozpadającymi. Jako źródła tego krwotoku nie można było nigdzie odszukać odpowiedniej zmiany mięszu nerek. Parrot skłania się więc do przyjęcia pewnej przemiany krwi jako przyczyny. Krew zawierała bowiem prócz dobrze zachowanych czerwonych i licznych białych ciątek jeszcze czerwone, które, mniejsze od prawidłowych, dwa do trzech błyszczących ziarenek zawierały, pojawiających się często i swobodnie. Z powodu zatkania tylu cewek moczowych, przypuszcza Parrot, że nastąpić musiało znaczne zaburzenie w wydzieleniu moczu, a wskutek tego rodzaj zatrucia mocznikowego, powodującego z swój strony zmiany w substancji mózgu i padaczkowe drgawki. Jedno dziecko straciło podczas choroby 908 grammów z swój wagi ciała. Na kilka dni przed śmiercią moczu odzyskał swe prawidłowe własności, kał zawierał więcej żółci, a we krwi znaleziono daleko mniej zmienionych czerwonych ciątek krwi. Wątroba i kiszki nie przedstawiały nic nieprawidłowego.

Prócz tego przytacza jeszcze Parrot trzy przypadki zawału krwi w żyłach nerkowych u noworodków, powodujące rozmaite chorobne przypadłości, a między innymi i mózgowe, i dochodzi w końcu do następujących wniosków: U noworodków zdarzają się w nerkach krwotoki, cechujące się zaburzeniem czynności mózgowych, brązowym zabarwieniem skóry i zmianą krwi. Wylewy krwi w nerkach mają miejsce tylko w prostych cewkach. Nazywa on ten stan: *tubal-hématique rénale*. Jako przyczynę przypuszcza pierwotne zakażenie krwi, rodzaj „aglobulii“ i prawdopodobnie równoczesną zmianę czerwonych ciątek. Stan ten różni się wiele od owych przypadków zawału w nerkach, w których ma miejsce znaczne przepelnienie naczyń, lecz bez wylewu krwi do cewek moczowych; za przyczynę tychże trzeba uważać zaburzenia w trawieniu—athrepsją.

Przyczynek do anatomo-patologicznych zmian tego narządu dostarczył Dr Sikorski (zob. Pamięt. towarz. lekar. Warsz. Zesz. I) przez swoje spostrzeżenie na chłopcu 4 letnim, u którego była niedokrewność, nadzwyczajne wynędznienie, wielkie obrzmienie brzucha, przedstawiające wielką twardość i silne rozszczenie żył w okolicy pępka. Badanie Prof. Brodowskiego wykazało, że przyczyną guza było zwyrodnienie rakowate nerki, której budowę już zaledwie rozpoznac można było, i że punktem wyjścia tego rdzeniaka była substancja korowa, przyczem dodał tę uwagę, że raki, uader rzadkie

u dzieci, najczęściej w nerkach u nich się rozwijają, i że je od drugiego roku życia już u nich znajdował.

Narząd płciowy.

Langhans (Theodor, *Zur pathologischen Histologie der weibl. Brustdrüse. Arch. f. path. Anat. u. Phys. T. 58*) podaje wyczerpujący opis prawidłowej i patologicznej budowy sutki, ze szczególném uwzględnieniem rozwoju nowotworów. Z bogatej treści także zawartej możemy tutaj tylko niektóre szczegóły przytoczyć, zwłaszcza takie, które więcej praktyczne mają znaczenie; a mianowicie do odróżnienia raka od innych łagodnych nowotworów posłużyć mogą. Dla zrozumienia tej sprawy wypada koniecznie dać pogląd na drobnovidzowe stosunki. Opisane przez Henle'go w błonie włóknistej czyli właściwej (*membr. propria*) komórki gwiazdziste nie są według autora zawsze jednakowo i wyrazisto rozwinięte; część ta, w której jądro się znajduje tworzy wyskok na wewnętrznej powierzchni pęcherzyka gruczołowego. Również i w przewodach mlecznych od pęcherzyka końcowego aż do zatoki znajduje się pod nabłonkiem warstwa wrzecionowatych komórek tkanki łącznej, leżących tuż obok siebie zbite i tworzących niejako drugie nabłonkowe wyścielenie przewodów. Ciało komórek jest szerokie, zawierające jądro, o długich włóknistych wypustkach. Komórki są spłaszczone w kierunku średnicy przewodu i przebiegają wzdłuż jej podłużnej osi. Niektóre z nich są krótsze, posiadają więcej wypustek i zbliżają się do formy gwiazdowatej. Ciało komórki jest często drobnoprażkowane, powierzchnie przecięcia lub przerwania są w tych miejscach drobnoząbkowane, a wystające końce wolne przedstawiają również cieniuchne włókienka. Ta warstwa komórek leży na tkance łącznej przezroczystej, włóknistej, w komórki okrągłe i wrzecionowate, oraz naczynia włosowate bogatej, przez którą mianowicie w okolicy większych przewodów sprężyste włókna przebiegają. Takim więc sposobem dadzą się rozróżnić trzy warstwy, podnabłonkowa, powstająca z komórek okrągłych i wrzecionowatych, średnia jednolita i zewnętrzna włóknista, zawierająca naczynia. Pierwsze dwie przedstawiają t. z. błonę swojską (*m. propria*) ostatnia zaś zewnętrzną (*adventitia*). Stosunki te występują bardzo wyraźnie na rozszerzonych pęcherzykach gruczołowych. U kobiet karmiących dochodzą one do 0,06 mm. średnicy, przy rozszerzeniu zaś nieprawidłowem aż do 1 mm., a nawet wyżej. Langhans rozróżnia tedy 3 rodzaje rozszerzenia: woreczkowate, krągłe, na wazkim przewodzie

i podłużne, mające taki sam rozmiar prawie jak i przewód, tak, że jego pojedynczy lub gałęzisty koniec tworzyć się zdaje. Rozszerzenie owych pęcherzyków może nastąpić w dwojaki sposób, albo wskutek bujania komórek nabłonkowych i błony swojskiej (*m. propria*), albo też przez zlanie się z sobą samych pęcherzyków. W obu razach daje się widzieć na wewnętrznej powierzchni pojedyncza warstwa ładnych, drobnoziarnistych, wałeczkowatych komórek, z jednolitym, błyszczącym rąbkim, kształt zaś i wielkość tych komórek jest rozmaita. Wrzecionowate komórki błony swojskiej są bardzo rozwinięte, tasimkowate. Jako szczątki dawnych przegród znajdują się krótsze lub dłuższe brodaweczki, resztki przegród i wystające listewki, gdy tymczasem brzeg zewnętrzny przedstawia wypuklenia, równające się co do wielkości sąsiadnym pęcherzykom gruczołowemu. Brodaweczki te są płaskie, nie okrągłe i rozpadają się na wielokrotne gałązki, pokryte nabłonkiem wałeczkowatym. Pęk ich środkowy jest jednolity, błyszczący lub drobnoziarnisty, nie zawierający komórek, natomiast posiada jedno lub więcej naczyń włosowatych, lejkowato na końcu rozszerzonych. Te brodawki są w regularnych odstępach na owych listewkach lub w miejscu ich skrzyżowania się usadowione, a obie ich płaszczyzny są równoległe do komórek wrzecionowatych błony swojskiej. Tego rodzaju brodawki występują bardzo często w raku sutek i różnią się od wyrosłej w *Cystosarcoma phyllodes* mianowicie brakiem komórek w swym trzonie i na podstawie. L a n g h a n s uważa tedy za rzecz nie bardzo nieprawdopodobną, że w tych powiększonych końcowych pęcherzykach czasami nowe rozwinięcie mięszu gruczołowego i przewodów mlecznych się zdarza. Torebki zanikowe (inwolucyjne) w sutkach kobiet starszych, niezmienione lub rakowato zmienione, przedstawiają tak samą anatomiczną budowę; tylko że rozmiar ścian jest cokolwiek mniejszy a komórki błony swojskiej bardzo delikatne, płaskie i od strony płaszczyzny jedynie rozeznac się dające; powierzchnia wewnętrzna jest zupełnie gładka. W tych warunkach komórki wrzecionowate zdołają się przez rozwinięcie wypustek i zlanie wzajemne w błonę oczkową (*gefensterter membran*) zamienić I przy tej formie torebek zdarzają się przez zlanie pęcherzyków tworzy brodawkowe. Torebki zanikowe odróżniają się jednak od poprzednich przez zupełne zamknięcie i odgraniczenie pęcherzyków końcowych od przewodu mlecznego, którego wytworzenia się L a n g h a n s zbadać nie był w stanie.

Przy rozwoju gruczolaka sutki bierze udział w tém nie tylko nabłonek, ale i błona swojska, i tym sposobem staje się możliwem

odróżnić ten utwór od raka. Langhans wykazuje to na guzie sutki przez Billroth'a opisanym, i przez niego za nabłonika, przez Rindfleisch'a zaś za gruczolaka wziętym. Langhans zgadza się z ostatnim na tej podstawie, że w koło rozszerzonych pęcherzyków gruczolowatych błona swojska dała się wyraźnie wykazać. W końcu autor kreśli jeszcze zachowanie się błony swojskiej w guzach, wyrastających z podścieliska (*stroma*) t. z. włókniaków i mięśniaków (*sarcoma*). Przypuszczenie, jakoby w wytworzeniu tych guzów brały udział komórki wrzecionowate i gwiazdowate, nie potwierdziło się wcale. Muszą więc swój początek brać w błonie zewnętrznej (*adventitia*), bo owe komórki istnieją niezmiennie obok tych nowotworów. Ściany przewodów mlecznych przedstawiają, z wyjątkiem rozszerzenia w starości, daleko mniej zmiany aniżeli pęcherzyki; mogą one się rozszerzyć, zwęzić lub zaniknąć. Przy rozszerzeniu nabłonek wałeczkowaty zostaje zachowany. Zwęźlenie spostrzega się głównie w raku, spowodowane jak zawsze bujaniem tkanki łącznej. W świetle przewodów znajdują się szczątki nabłonkowych lub rakowych komórek.

Narząd kości i stawów.

Znajomość patologicznych procesów, odbywających się w kościach, jest bardzo ważną dla każdego praktycznego chirurga, gdyż ona kieruje jego postępowaniem w tym razie, gdy chodzi o to, czy pewna operacya jest wskazana i obiecuje wynik pomyślny lub nie. Prób i doświadczeń w takim razie robić nie wolno, gdyż one są zawsze ze szkodą chorego, lecz trzeba działać na pewno. Wszystko zatem jest ważnem, co stanowi najmniejszy przyczynek do wyjaśnienia chorobnych spraw w tych częściach, dotąd jeszcze mniej, niż w innych znanych. W ostatnich czasach zwraca wielką uwagę na siebie wykrycie t. z. myeloplaksów czyli osteoklastów, t. j. olbrzymich komórek, występujących zwykle przy sprawie rozrobu i wchłonięcia kości (*resorptio*). Wegner (Georg. (*Myeloplaxen und Knochenresorption. Arch. f. path. Anat. u. Phys. T. 56*)) ogłasza dalsze swe poszukiwania w tym kierunku. Tym razem zwrócił on uwagę nie tylko na sprawę chorobną ale i na kości, rosnące prawidłowo, i przyszedł do tego przekonania, że sprawa prawidłowa i chorobna odbywa się w jeden i ten sam sposób. I przy rośnięciu kości część pewna jęj ulega wchłonięciu, przy którym myeloplaksy taką samą odgrywają rolę, jak i przy

zaniku patologicznym. Wiadomo, że często przy zdjęciu opony twardej mózgu z kości czaszki dostrzega się między oponą a powierzchnią kostną czerwony nalot. Otóż główną część tego nalotu stanowią właśnie myeloplaksy, przedstawiające jak największą różnorodność co do swjej wielkości, kształtu i ilości jąder. Brzegi ich i powierzchnia okazywała się to gładka, to drobnieniuchnoząbkowana lub prążkowana, czasami rąbkami rżeszkowym otoczona. Pływały one albo samotne w płynie, albo też połączone swemi wypustkami, tworząc wtedy nieregularną siatkę. Na skrawkach równoległych do powierzchni z opony twardej stwardnionej można się było przekonać, że na swjej podstawie rodzinnej były prawie wszystkie w sieci połączone, której oczka i krokiewki najrozmaitszą postać miały. Wielkość i kształt tych sieci odpowiadały zupełnie zagłębieniom i zatokowatym wypukleniom na kościach czaszki, a gdzie przy zdjęciu opony twardej ów czerwony nalot nie dał się wraz z nią ściągnąć, to zawierał i wtedy te same pierwiastki i tak samo ugrupowane. To samo dawało się widzieć i w innych przypadkach, to guzów, to zapalenia błon gruźliczego na podstawie mózgu. Zawsze rozwój myeloplaksów postępował na równi z rozwojem zaniku kości. Czym obfitsza ilość tamtych, tym obszerniejszy zanik kości. Stosunki te dostrzega się nie tylko przy zaniku kości w skutek ucisku, ale i w różnych sprawach przewlekłych na innych kościach. W e g n e r zauważył to samo na trzonie kręgów i mostku przy tętniaku aorty, przy zaniku i łamliwości kości w wysokim stopniu w razie zawiądu ze starości lub wysokiego stopnia marasmu, w ciągu przewlekłych zapalnych spraw, albo też rozwoju raku; nakoniec w otoczeniu psucia się kości i zapalenia okostnej w połączeniu ze zmniejszeniem zbitości kości. Ostatni ten przypadek wydaje się tym dziwniejszy, iż w późniejszym wieku przy warunkach prawidłowych myeloplaksy wcale się nie jawią. I u noworodków, tam gdzie wraz ze wzrostem prawidłowym kości ma miejsce i częściowe ich wchłonięcie, W e g n e r znajdował owe twory. Z początku był on jeszcze niepewny, czy te myeloplaksy powstają całkiem albo też częściowo z bujających ciałek kostnych, albo też wskutek tworzenia się odrostków z ścian naczyńniowych. Dalsze poszukiwania przekonały go jednak, że ciałka kostne nie mają w tém żadnego udziału, owszem, przy wchłonięciu kości nawet nikną; wytworzenie się myeloplaksów bierze swój początek wyłącznie z małych komórek w ściankach naczyń, posiadających pierwotnie tylko jedno jądro, które przy dalszym rozroście swoim w wielojądrowe włókna się zmieniają. Te włókienka znajdują się też na skrawkach równoległych do płaszczyzny, zawsze

w bezpośredniem otoczeniu naczyń tak włosowatych jako też i małych tętniczek i żył, wydających się niekiedy, jakby opancerzone były. Co do dalszego rozwoju myleoplaksów, to się Wegner przekonał, że te, w których jądra są więcej od siebie odległe, tak na świeżych jak i w kwasie chromnym stwardniałych preparatach to mniejsze to większe rozszczepienia okazują, i że potem powoli się zmieniają w komórki wrzecionowate, z włóknistym międzykomórkowym miąższem, a nakoniec w zbitą tkaninę opony twardej. W szpiku kostnym nie mógł Wegner dostrzedz podobnego przetworzenia się myleoplaksów w komórki szpikowe właściwe; natomiast w miejscach, gdzie zanik kości istnieje, mogą się z nich tworzyć naczynia, tkauina włóknista, albo też i komórki rdzeniowe.

I Bassini (*Contribuzione all' istologia patologica del tessuto osseo. Gazzetta med. Italiana-lombarda.* Marzec i Kwiecień) stwierdza te spostrzeżenia, dodając że je starał się uzasadnić doświadczeniami na królikach i psach.

Ponfick (*E. Ueber die sympathischen Erkrankungen des Knochenmarks bei inneren Krankheiten. Virch. Archiv. T. 56.*) zaś opisuje ciekawe wyniki swoich dochodzeń nad zmianami szpiku kostnego w rozmaitych miejscowych i ogólnych chorobnych sprawach. Wielkie podobieństwo szpiku do miąższu śledziony nasuwało już z góry na myśl i podobieństwo chorobnych zmian w obu tych tkaniach przy jednokowych chorobnych sprawach. Dochodzenia swoje robił on przez dłuższy czas systematycznie w anatomo-patologicznym zakładzie w Berlinie i to na wszystkich trupach. Zwraca on przytém uwagę na dawniejsze swe poszukiwania co do wnikania ziarenek barwnika w komórki szpiku kostnego, odbywającego się tak samo jak i przy wnikaniu ich w białe ciała krwi i komórki śledzionowe. Virchow rozróżnił już dawniej 3 rodzaje szpiku kostnego w rozmaitych kościach jednej i téj samój osoby: t. j. czerwony, żółty (tłuszczowy) i śluzowo-galaretowaty, wykazując zarazem antagonizm pomiędzy szpikiem piszczeli, a szpikiem kości tułowia; otóż Ponfick rozróżnia przedewszystkiem 3 rodzaje chorobnego stanu szpiku: 1) zmiana miejscowa, towarzysząca zapaleniu kości i stawów; 2) odosobniona przy chorobie pojedynczych kości w skutek zawału i zatoru; 3) ogólna, przy ogólnych chorobach. On przechodzi jedynie pewne rodzaje dwóch ostatnich. Nie możemy się tutaj wdawać w szczegółowy opis tych zmian, odwołując w téj mierze ciekawego czytelnika do oryginału. Przytoczymy tylko jeszcze następny jego wniosek, że okoliczność ta, iż w szpiku kostnym i miąższu śledziony, komórki zawierające w sobie czerwone

ciałka krwi w wielkiej ilości się znajdują, nie jest wcale przypadkowa, lecz że te obie tkaniny przedstawiają jedynie narzędzie, zawsze gotowe do przyjęcia i wydalenia pierwiastków krwi zużytych, i że natomiast z innych oddziałów téjże tkaniny równocześnie nowe siły komórkowe ciągle przybywają.

Ciekawe zdarzenie opisuje Salter (*John. H. The skeleton man. Lancet. Dekr.*), a mianowicie 32 letniego człowieka, którego w pewnej budzie pod nazwą: człowiek koścień pokazywano. Nadzwyczajna szczupłość kości, a przedewszystkiém mięśni, które zaledwie wyczuć można było, miała się począć rozwijać dopiero od 4 roku życia. Człowiek ten zresztą zdrów zupełnie, je, pije i śpi jak najdoskonalej. Na szczególną uwagę zasługuje to, że pomimo tak małej objętości swych mięśni ten człowiek może bez utrudzenia iść do dwóch (angielskich) piechotą przejść. Dziwne wrażenie robi jego twarz, z powodu jego oczu ciągle wytrzeszczonych i ciąglego uśmiechu na nięj. Zdaje się, że jest prawdziwą podobizną Wiktora Hugo: „*L'homme qui rit.*” Ani jego rodzice, ani rodzeństwo nie przedstawiało tego rodzaju zboczeń.

Nie mniej ciekawy opis podaje Murchiavava (*E. Di una adesione ossea dei che mascellari a sinistra. Rivista clinica di Bologna. Marzec*). Odnosi się on do preparatu, przedstawiającego zrośnięcie kostne obu szczęk z lewej strony i znajdującego się w anatomo-patologicznym gabinecie w Rzymie. Była to głowa 40-letniego mężczyzny, który w r. 1818 zmarł z zimnicy. W młodości swęj chorował na ospę, która się przeważnie na błonie śluzowej ust wysypała. Sprawa ta poszła widocznie z lewej strony w głąb, przeszła na okostną szczęk i spowodowała powoli ich zrośnięcie. Przez długie lata wprowadzał ten człowiek pokarm przez czterokątną szczelinę, którą sobie przez wyłamanie kilku zębów z prawej strony utworzył. Szczegóły zobacz w oryginale.

B. Choroby płodu, zboczenia w budowie i potworności.

Co do powstania potworów i zboczeń budowy wrodzonych nie mamy, jak wiadomo, jeszcze dotąd stanowczej teorii. I w tym roku nie przyniosła literatura żadnego ważniejszego przyczynku do stanowczego rozstrzygnięcia téj niezmiernie ciekawéj i pod względem ogólnie naukowym niezaprzeczenie bardzo ważnéj sprawy. Pomimo to możemy wyjąć i przytoczyć kilka bardzo ciekawych spostrzeżeń.

Nader zajmujący przypadek potworności opisał Virchow (*Ueber die sogen. zweiköpfige Nachtigall. Berl. klin. Wochens. N. 9*) pod nazwą: dwugłowego słowika. Przedstawia on obraz podwójnej kobiecej potworności. Chrissie (prawa) i Millie (lewa dziewczynka) urodziły się w lipcu 1851 r. w północ. Karolinie Stanów Zjednoczonych. Ojcem ich był węgier, a matką kobieta, pochodząca od Indyan i Murzynów. Reszta 14 dzieci, z których 7 przed Chrissie i Millie, a 7 po nich się urodziło, miała być prawidłowo zbudowana. Poród sam miał się odbyć lekko i szybko. Dziewczynki te znajdują się w takim bocznym do siebie położeniu, że z pewną rozważą zawsze jedną stroną ciała do widza stają, drugą zaś za tylną uważają. Siedzą zawsze w ten sam sposób i leżą także tak samo, jak gdyby ta strona była rzeczywiście ich tylną stroną. Gdy swe położenie względem widza ustalą, plecy ich, o ile nie są zrosnięte, są rzeczywiście wprost ku tyłowi zwrócone. Stos pacierzowy u nich pozornie zrosnięty dopiero od 2 kręgu lędźwiowego, tak że kość krzyżowa jest tylko jedna. Natomiast z boku i od przodu dają się wyraźnie wyczuć dwie miednice. Pewnym jest to, że wypróżnienie moczu i kału oraz regularność następuje u obu jednocześnie i prawidłowo, czy zaś rzeczywiście jeden tylko otwór odchodowy, dwa otwory oddzielne cewki moczowej, dwie łechtaczki, dwie błony dziewicze i dwie oddzielne pochwy, zewnętrzne zaś części płciowe do pewnego stopnia z sobą połączone posiadają, nie dało się sprawdzić ze względu na przyzwyczajenie, z jaką dochodzenie odbywać musiano, któremu się niechętnie poddawały.

Najbardziej zajmujący objaw przedstawia stan nerwowego przyrzędu. Pewnej albowiem szerokości pas skóry na grzbiecie, wynoszący kilka centymetrów, na którym daje się wyraźnie dostrzeżać wspólność czucia, oraz ta okoliczność, że pobudzenie w dziedzinie czuciowej kończyn dolnych jednej siostry wywołują u drugiej również pewne nieokreślone, nieumiejscowione czucie, prowadziłyby do tego wniosku, że w tym przypadku, mlecz pacierzowy obu siostr sięga aż do kości krzyżowej, gdzie korzenie czuciowe obu niejako z sobą się zlewają. Czynności fizjologiczne, zależne od tej części mlecz pacierzowego, która powyżej drugiego kręgu lędźwiowego się znajduje, a zatem u każdej z siostr jest osobna, odbywają się również niezależnie u każdej z nich. U Chrissie silniej zbudowanej, tętno uderza 68 — 72 razy na minutę, u Millie 76 — 78. Co do powstania tej formy Pygopagii, to Virchow jest tego zdania, że ono nie nastę-

puje w skutek zrośnięcia dwóch jednostek, lecz w skutek rozczepiania się jednego pierwotnie pojedynczego zarodka.

Nie mniej ciekawém, a mianowicie pod względem antropologicznym i teoryi o pochodzeniu człowieka, jest drugie spostrzeżenie Virchowa, stojące w związku z przytoczoném przez Roulin'a spostrzeżeniem angielskiego podróżnika Cra w furda. Virchow (*Die russischen Haarmenschen. Berl. klin. Wochens. N. 29*) donosi o dwóch, z gubernii rosyjskiej Kostromy pochodzących i całkiem włosami pokrytych ludziach, o których tyle tylko da się powiedzieć, że u rodziców starszego z nich, Andruszki, lat 55 mającego, niedostężono żadnych osobliwych zmian w budowie ciała, młodszy zaś Todor, 3 lata mający, jest synem pierwszego.

Osobliwość, jaką obydwaj przedstawiają, polega na tém, że wszystkie części ciała, pokryte skórą, posiadającą torebki włosowe, odznaczają się nadzwyczajnie bujnym porostem włosów, tak dalece, że nietylko wszystkie części, zwykle nagie, długim włosom są pokryte, ale i z otworów nosa i z zewnętrznych usznych przewodów długie włosy kędziory wyrastają; oraz że u obu znajduje się szczególne niedokształcenie zębów, albowiem Andruszka posiada tylko 4 sieczne zęby w żuchwi, w górnej szczęce zaś tylko jeden głęboki kieł, Fedor zaś tylko 4 sieczne zęby w żuchwi.

Myśl pewnego genetycznego związku pomiędzy temi obiema zбочzeniami budowy organicznej, mogła wzbudzić ta okoliczność, że w jednym przez podróżnika Cra w furda w r. 1824, w Indyach dostężonym i przez Beigela (*Virchowa Archiv. T. 44*) bliżej opisanym przypadku, nie mogącego mieć przeto żadnego dziedzicznego związku z poprzednim, rzecz szła również o taką samą formę nadmiernego zarostu i niedokształcenia zębów. Virchow wyrzeka się w tej chwili zamiaru wyjaśnienia tego stosunku; pomimo to skłania się on stanowczo ku temu pogładowi, na mocy którego to zбочzenie wypadaloby odnieść do wpływu nerwowego, a mianowicie do upośledzenia czynności nerwu trójdzielnego. I w spostrzeżeniu Cra w furda ma się do czynienia z dziedzicznością tego zбочzenia. Virchow podnosi więc pytanie, czy ono nie stanowi przypadkiem cechy jakiegoś dawniejszego ludzkiego plemienia. W tym względzie zwraca on uwagę na zamieszkujący północną część wyspy Jesso, jako też i południową wyspy Saghalii szczep t. z. Ainos czyli włosami obrosłych Kurilów. Doniesienia jednak z nowszych czasów o tym całkiem prawie nieznanym szczepie udowadniają coraz bardziej, że tutaj ma się do czynienia jedynie z silnym zarostem włosów w twarzy,

na piersiach i kończynach, a nie równocześnie z odpowiedniemi niedokształtowaniem zębów. Włosaci rosyjscy mieszkańcy a owi Indyanie przedstawiają zatem dwa całkiem odrębne zбочenia.

Odrzuciwszy jeszcze podobieństwo tego rodzaju przerostu włosów z wrodzonymi myszkami, pokrytymi włosem, a to z powodu, że u ostatnich istnieje równocześnie i nieprawidłowość skóry, wspomniawszy oraz o tém, że największa część kobiet z silnym porostem włosów (*homines hirsuti*) odznacza się zarazem i silnym porostem na brodzie, jak u mężczyzny, dzieli Virchow wszystkie przypadki nadmiernego porostu włosów na trzy gromady: 1) Nadmierny porost włosów, na wzór męskiego zarostu, u kobiety, 2) Myszkki, powikłane zбочeniem skóry i nadmiernym porostem włosów; 3) zбочenie organizacyi na wzór edentatów, wychodzące po za obręb znanych dotąd zбочeń, którego wyjaśnienie będzie możliwem dopiero w przyszłości, po dokładnem anatomicznem zbadaniu wielu podobnych przypadków. Że ta forma zбочenia nie nadaje się wcale do teoryi zwolenników Darwina, mianowicie w Niemczech, według której zбочenia podobnego rodzaju wskazują na cofnięcie się człowieka do pierwotnych typów u zwierząt, na rozwój i pochodzenie człowieka od małpy, najlepszym dowodem samo doniesienie Crawford'a, które Roulin (*Sur certains cas de double monstrosité observés chez l'homme. Compt. rend. LXX VII. N. 17*) podaje w wyjątku:

Pierwotny posiadacz tego zбочenia nazywa się Schwan-Maong, ma lat 30 i urodził się w kantonie Laos, nad rzeką Salnen czyli Martaban. Już w piątym roku życia posłano go jako osobliwość do Awy, gdzie aż dotąd pozostał. Wzrost ma przeciętny Birmanów, budowę ciała dość wątłą i nie jest brzydki. Co do umysłowych zdolności to wznosi się nad przeciętnego Birmana. Włos jego na głowie delikatniejszy choć rzadszy od włosu współrodaków. Całe czoło, policzki, powieki, nos, jamy nosowe, broda, słowem całe oblicze z wyjątkiem różowych warg pokryte jest włosem cienkim, na czole i policzkach do 8 cali długim, na nosie i brodzie do 4 cali, srebrnym, gładziutkim i jedwabno-miękkim. Powierzchnia przedna i tylna uszu, jako też i część zewnętrznego przewodu słuchowego jest również pokryta takim samym włosem, na 8 cali długim. Nawet brwi i rzęsy mają wygląd takichże samych jedwabnistych włosów. Całe ciało, z wyjątkiem rąk i nóg pokryte jest takim samym delikatnym i miękkim, tylko mniej zbitym włosem. W okolicy kręgosłupa i na barkach jest on najgęstszy i do 5 cali długi, na piersi ma zaledwie 4 cale, a na przedramionach, udach i brzuchu jest bardzo rzadki. W dolnej szczęce po-

siada Sch we - M a o n g tylko 4 sieczne zęby i lewy kieł, a w górnej tylko zęby sieczne. Wreszcie na obu szczękach nie widać nigdzie gniazdek zębowych. Zęby te wyrosły mu dopiero w 20-m roku życia, a przy urodzeniu posiadał już włosy na uszach na 2 cale długości, białej barwy. W 6-m roku życia wyrosły mu włosy na czole. Dojrzałość płciowa objawiła się u niego dopiero w 20-m roku życia. Z żoną miał czworo dzieci; pierwszych troje były prawidłowej budowy. Czwarte, w Listopadzie 1824 r. dwa i pół roku mające, przyszło na świat z włosami na uszach, w 6-m miesiącu pokryły całą muszlę ucha, a z końcem pierwszego roku zaczął się nadmierny porost włosów na całe ciało rozprzestrzeniać, w drugim roku życia pojawiło się w każdej szczęce po dwa zęby. Wreszcie nikt z całego jego rodu nie odznaczał się takim nadmiernym porostem włosów, nie słyszał też, aby ktokolwiek z jego rodaków podobny wadliwy zarost posiadał.

Niezmiernie ciekawe są dochodzenia Dureste'a (*Mémoire sur la tératogénie expérimentale. Comp. rend. LXXVII Nr. 18*) w drodze doświadczenia co do rozwoju większej ilości typów t. z. *monstrosité simple direct*. Podczas sztucznego wylęgania jaj zmieniał on zwyczajne, prawidłowe warunki téj sprawy i otrzymywał przez to zбочenia ukształtowania a nawet potworności. Używał on w tym celu 4 metod: położenia jaja pionowego, zmniejszenia dziurkowatości skorupy jaj przez zastosowanie ciał, mniej lub więcej powietrza nie przepuszczających; zastosowania sztucznego źródła ciepła na miejsce ograniczone jaja w sąsiedztwie plamki zarodkowej, lecz nie bezpośrednio na ostatnią; nareszcie stosowanie ciepłoty, wyższej lub niższej od ciepłoty prawidłowej przy wylęganiu. Pierwsze dwa sposoby prowadzą częste zmiany rozwoju, ostatnie dwa zawsze. Mianowicie trzeci sposób sprowadza zawsze tenże sam skutek, któregooby się z góry spodziewać można, t. j. jak największy rozwój błony zarodkowej (*blastoderme*) i krążka naczyniowego (*arcu vasculosa*) pomiędzy zarodkiem a źródłem sztucznym ciepłoty. W miejsce prawidłowego krągłego kształtu powstaje jajowaty, w którego jednym ognisku leży zalążek. D a r e s t e nie jest jeszcze dotąd pewnym, czy zmiana w stosowaniu sztucznej ciepłoty nie zdołałaby wytworzyć karłowatości i przemieszczenia wewnętrzności.

Skutku przewodzić się nie da. Rozmaite przyczyny sprowadzają tenże sam skutek, a jedna i ta sama przyczyna wywołuje rozmaite skutki. Można było tém wytłomaczyć, że zarodki jednego gatunku tak samo jedno do drugiego są niepodobne jak i dorosłe jednostki. Zasadą ogólną, doświadczeniem stwierdzoną, jest to, że potworności

powstają za w s z e w tym okresie życia płodowego, w którym zarodek jeszcze z zupełnie jednolitych zarodkowych pierwiastków jest złożony. Organa wadliwie ukształtowane występują nagle z wszystkimi swemi cechami potworności w zarodkach, uległych już wczesniej temu zбочeniu. Nie dokształtowanie, wstrzymanie rozwoju (*l'arrêt de développement*) oto przebieg powszechny przy tworzeniu się potworności pojedynczych (*monstrosités simples*). Przy początku rozwoju dotyka ono sam zarodek, a ztąd powstają owe niewłaściwie t. n. *omphalosités* (u których nie rozwija się serce) ginące wczesnie, jeżeli w tym samym żółtku nie zawiąże się drugi prawidłowy zarodek, którego serce zdołałoby utrzymać krążenie krwi w tamtym. *Monstres simples autosites* t. z. powstają przez częściowe albo zupełne przerwanie rozwoju owodnej (*amnios*) albo też pola naczyniowego (*area vasculosa*). Niedostateczny rozwój otoczkę głowy tworzącej owodnej sprowadza cyklopią, dwoistość serca i pewne wadliwem położeniem głowy nacechowane potworności. Niedostateczne ukształtowanie otoczkę ogona stanowiącej owodnej sprowadza symelią, celosamią lub położenie wnętrzości brzusznych po za obrębem téj jamy, i exencephalią lub przepukliny mózgowe;—nakoniec niedostateczne ukształtowanie całej owodnej sprowadza ectromelią, rozmaite skrzywienia kręgosłupa i wykrzywienia kończyn czy to same dla siebie, czy też razem z sobą połączone.

Niedostateczny rozwój pola naczyniowego wytwarza anencephalią.

Monstres simples autosites zmiarają zwykle przed urodzeniem z bezkrwistości i uduszenia, pierwsze z powodu niedostatecznego rozwoju omocznój (*allantois*), będącego z swój strony następstwem niedostatecznego rozwoju owodnej. Przemieszczenie trzewiów ma za punkt wyjścia nierówności tych obu zarodków, które, według spostrzeżenia Dareste'a w pownym okresie swego rozwoju się łączą dla wytworzenia serca.

Dareste nie zdołał nigdy podwójnych potworów wytworzyć, chociaż widział ich wytworzenie się u ptaków. Powstają one z dwóch, w jednéj i téj saméj plance zarodkowej się wytwarzających i jedną i tą samą owodnią otoczonych załączków (*embryo*). Przy potworach bokami zrosłych, następuje zlanie się obu załączków najwcześniej, później w innych formach zrosnięcia, a najpóźniej u t. z. metopagów i cephalopagów. Gdzie jest podwójna pierś, są dwa oddzielne serca, jeżeli są dwio oddzielne głowy, w przeciwnym bowiem razie, gdy głó-

wy są zrosnięte, serce jedno należy obu zrosniętym załączkom po połowie.

Tym sposobem dadzą się prawie wszystkie potworności na podstawie tych danych wytłumaczyć, a teratogenia ptaków wyjaśnia teratogenią wszystkich kręgowców.

Reszta, w literaturze za przeszły rok przytoczonych i opisanych potworności nie ma powszechniejszego czy to praktycznego, czy też teoretycznego znaczenia, a zatem je pomijamy.

C. Nowotwory i guzy.

Wiadomo, że co do powstawania nowotworów, istnieją trzy główne zdania: że powstają z tanki łącznej albo z komórek nabłonkowych lub gruczolowych, albo też pierwotnie i samodzielnie z każdej tkaniny pod wpływem pierwiastków zakaźnych krwi. Otóż które z tych zdań, mających pomiędzy najznakomitszemi badaczami swoich przedstawicieli, jest prawdziwem, dotąd stanowczo nie rozstrzygnięto. I tak przytacza np. Perls (*M. Beitrage zur Geschwulstlehre. Arch. f. pat. An. u. Phys. T. 56*) spostrzeżenie, które za wszystkiemi temi sposobami powstawania przemawia. Chodzi tu o pierwotne, rakowate zwyrodnienie płuca prawego, a następnie gruczolów oskrzelowych i opłucnej, powierzchni zewnętrznej opony twardej mózgu, grzbietu siódla tureckiego, obu naczyńwek gałek ocznych, wątroby i szóstego żebra. U 43 letniego chorego rozwinęły się od kilku miesięcy objawy zapalenia otrzewnej z prawej strony, a śmierć nastąpiła z gorączki trwającej i róży na twarzy. Zmiany chorobne na błonie twardej polegały na wytworzeniu się licznych mniejszych i większych guziczków, liczniejszych z prawej strony jak z lewej. W prawym płucu znaleziono na podstawie górnego i na szczycie dolnego zrazu po jamce, wielkości śliwki, napełnionej płynem galaretowatym z włóknistemi kłaczkami, miąższ zaś w otoczeniu nasiąkły nowotworem rozprzestrzeniającym się i na sąsiednie pnie większe oskrzeli, których ściany w ten sposób zostały przebite, że powierzchnia błony śluzowej była pokryta licznymi mniejszemi i większemi guziczkami; w innych zaś miejscach nasięk szedł wzdłuż tkanki, otaczającej oskrzela, zacieśniając ich światło.

Co do sposobu powstania tego nowotworu w płucach autor nie zdołał nic pewnego wykryć. Nabrał jednak tego przekonania, że w tym razie nastąpiła bezpośrednia przemiana zrazików czyli

gronek pęcherzykowych płuc w gniazdku raka. W twardych błonach na opłucnej pod mikroskopem się pokazało, że nowotwór daleko bardziej się rozprzestrzenił, aniżeli to gołym okiem rozemnać można było. Na skrawkach w chlorku palladium stwardniałych i karminem zabarwionych, można było bardzo dobrze widzieć związek komórkowych przewodów z ciałkami tkanki łącznej. Cały miąższ owęj błony nowo utworzonej na opłucnej składał się z tkanki łącznej grubo-włóknistej, zawierającej komórki wrzecionowate i gwiazdowate, pomiędzy którymi istniały nieregularne chodniki, napełnione krągłymi i owalnymi komórkami o wielkich jądrach. Perls robi tę uwagę, że przebieg owych chodników przypomina mocno rozszerzone przestwory łączno-tkaninowe (przestwory limfatyczne), że jednak nie robią tego wrażenia, jakoby nowotwór rakowy od zewnątrz w nie wniknął. Nie otrzymał on bowiem takich wizerunków, jakie Waldeyr (*Virch Arch. T. 41 tabl. XI*) w takim razie podaje; lecz wypustki pojedynczych ciałek tkanki łącznej lub ich gromadek znajdują się w wielu miejscach z owymi nowowytworzonymi komórkami w bezpośrednim związku. W końcu stawia to twierdzenie, że w tym przypadku ciałka tkanki łącznej miały udział nie tylko w sprawie wytworzenia się błony wrzekomój, ale i w rozwinięciu się komórek rakowych. Nadmieniam przytém, że tam, gdzie tkanka łączna była równocześnie zarzucona małymi, krągłymi komórkami, tam łatwo było rozpoznać, że te komórki były swobodne i spoczywały bez wszelkiego stałego porządku w tkanice podstawowej i jej przestworach, gdy tymczasem ciałka tkanki łącznej, obrzmiałe, w sobie większe, nieregularniejsze, mniej ostre zarysy posiadające jądra zawierały, bardzo podobne do jąder w komórkach rakowych.

Perls daje dalej obszerny i ciekawy opis zwyrodnienia naczyńki, oraz wątroby. Badanie uskutecznił na świeżych i stwardniałych preparatach. W każdym ze skrawków naczyńki były rakowe komórki, gromadki ich i sznureczki nadzwyczaj liczne i znajdowały się głównie pomiędzy warstwą zewnętrzną i wewnętrzną, idąc za biegiem naczyń włosowatych. Śród samego nasięku odznaczały się wąskie i skręcone przewody, napełnione komórkami nabłonkowego albo też nieokreślonego kształtu, które się w dalszym przebiegu jako naczynia krwionośne włosowate, komórkami rakowymi napełnione, przedstawiły. Nawet i w tych częściach naczyńki, gdzie gołym okiem nie dało się dostrzedz żadnej zmiany, w naczyniach włosowatych znajdowano rakowato komórki. Ani na większych ani na mniejszych gromadkach komórek nie można było wykazać żadnej oto-

czki, odgraniczając ją od mięszu; podstawą była tkanka naczyniówki sama, albo też wewnątrz naczyń włosowatych.

Z szczegółowego opisu nowotworu w wątrobie, uwzględniającego obczernie odnośne prace N a u n y n'a, S c h ü p p e l'a, F e t z e r'a, R i n d f l e i s c h'a, W a l d e y e r'a i i. podajemy tylko ostateczne i nader ciekawe wnioski. P e r l s mówi, że obrazy, przez niego uzyskane, nie dadzą się inaczej wytłomaczyć, jak tylko tym sposobem, jeżeli się przyjmie, że w téj wątrobie powstaniu raka dała wszędzie początek tkanina, otaczająca gałązki naczyń żyły wrotnéj; ten wzrost sprowadzał powoli odcięcie większych lub mniejszych gromadek komórek wątrobowych, które wskutek tego odcięcia od reszty mięszu i pod wpływem zakaźnego pierwiastku ze krwi w komórki rakowe się przekształciły, z zachowaniem w całości przewodów komórkowych wśród całego nowotworu. P e r l s przytacza dalej kilka przykładów wytworzenia się raka w wątrobie wskutek zatoru, nadmienając przytém, że rozwinięcie się raka z komórek wątrobowych i wytworzenie jego w naczyniach nie jest rzadkiem i zdarza się tak przy nowotworach tego rodzaju pierwotnych jak i pochodnych. Okoliczność ta, że wytworzenie się rakowych komórek mięszu ma miejsce i w pochodnych rakach wątroby przemawia stanowczo przeciwko samowładztwu teorii W a l d e y e r'a, przyjmującego w podobnych wypadkach wyłącznie tylko przeniesienie pierwiastków z jednego miejsca na drugie.

T i l l m a n s (*Herm. Histologische Beiträge zur Lehre von den Sarkomen und den metastatischen Tumoren. Arch. d. Heilkunde Zesz. 6 tabl. VIII*) opisuje dwa przypadki mięśniakowych guzów, które, według dochodzenia pod drobnowidzem, z ścian naczyń się rozwinęły. Pierwszy przypadek odnosił się do mięśniaka okołonaczyniowego na prawej goleni; równocześnie było zatkanie prawej żyły udowej masami mięśniakowymi i guzy pochodne w płucach. Pierwotny guz, wielkości głowy mężczyzny, siedział na prawej łytce 31 letniego mężczyzny, i powstał przed 1½ rokiem, przy powrocie z wyprawy wojennéj do Francji. Śmierć nastąpiła w 9 dni po odjęciu uda. Guz znajdował się na tylnej powierzchni łytki, a mięśnie znikły w tém miejscu zupełnie; okostna zaś i kość pozostały w stanie prawidłowym. Na rozkroju guz przedstawił się szarawym i miękkim w różnym stopniu; były tam i twarde miejsca, a oprócz tego w znacznej ilości naczynia szeroko rozwarłe o cienkich ścianach. Pod drobnowidzem rozpoznano zwyczajny mięśniak o komórkach okrągłych, którego naczynia jednak szczególniejsze zmiany przedstawiały. Ściany ich były bowiem zupełnie komórkami mięśniakowymi naciekłe, tak, że miejscami

właściwej ściany nie można było wcale dostrzedz. Tu i owdzie można było wyraźnie widzieć, jak nowotwór komórkowy, otoczywszy w zupełności pewną część pnia naczyniowego, na jego gałązki przechodził. Co do tkaniny podstawowej, pomiędzy naczyniami, stanowiącej właściwy miąższ guza, to ona była w części śluzowata, w części włóknista, a w części łączno-tkaninowa, obfitująca w komórki. Na rozmaitych skrawkach na oko prawidłowej jeszcze mięsnej ścięgnistej tkaniny, można było również już dostrzedz podobne komórki, otaczające naczynia krwionośne.

Ztąd wyprowadza autor ten wniosek, że nowotwór powstał pierwotnie w ścianach naczynia krwionośnego. W samym środku zawału, znajdującego się na zastawce żyły udowej, tkwiła grudka komórek, w to miejsce zkadąd zanicsona (zator), wielkości główki od szpilki. W płucach znajdowały się guziki wielkości łaskowego orzecha do wielkości włoskiego. Liczne naczynia w bliskości i w większym oddaleniu były również komórkami owego guza napełnione, z czego Tillmanś wnosi, że te wszystkie guziki są pochodne i następstwem zatorów. I drugie spostrzeżenie, odnoszące się do guza, który on *Sarcoma cavernosum*, s. *Tumor cavernosus sarcomatosus*, s. *Endothelioma* nazywa, daje mu sposobność do stwierdzenia swych powyżej stwierdzonych zasad.

Taki sam stosunek gniazdek komórek do naczyń krwionośnych znalazł Bizzozero (*Beitrag zur Kenntniss des Baues des Epithelioms Oest. med. Jahrb.*) w jednym przypadku raka nabłonniaka na policzku, przyczem i obecność komórek o swojskim ruchu (*amoeboiden Zellen*) dostrzedz mu się zdarzyło. Uplot łącznotkaninowy, otaczający owe gwiazdki czyli kępki komórek, stanowił sieć o wielkich oczkach. Komórki przylegające do krokiewek przegród, były prostopadle ułożone i znajdowały się obok innych, ościstych i ząbkowanych (*Riffzellen*) nieregularnie ułożonych. Śród tych pierwiastków widzieć było można rozrzucone w znacznej ilości komórki amoeboidalne, przeświecające na skrawkach świeżych, ogrzewanych, przez komórki nabłonkowe. Na skrawkach stwardniałych i przesiąkniętych płynami obcymi okazywały one 2 — 4 jąder małych, tak jak wszystkie komórki wędrujące. Przekształcenia tych komórek w nabłonkowe nie dostrzeżono nigdzie. Na stwardniałych skrawkach okazało się również, że kępki komórek były oddzielone od łącznotkaninowych przegród przestrzenią, w skutek czego łatwo wypadały. Na skrawkach grubszych można było przekonać się, że owe próżne przestrzenie stanowiły właściwe przestwory, podobne do przestworów limfowych w niektórych groniastych

gruczołach. Ściany tych przestworów wysielone są warstwą zawierających jądra komórek endoteliowych, a w ich wnętrzu znajdowano niekiedy gromadki nagromadzonych czerwonych ciałek krwi. Za pomocą nastryknięcia naczyńia rozpuszczalną farbą i nakłucia części stwardniałych, przekonano się dowodnie, iż się tutaj ma do czynienia z naczyniami krwionośnymi. Owe przestworki stały w związku z obszernymi przestrzeniami o ścianach cienkich, połączonych z naczyniami, napełnionymi czerwonymi ciałkami krwi, które z swęj strony za pomocą cienkich gałązek z tętniakami, napełnionymi ową niebieską masą, w związku się znajdowały.

I. Vajda (*Ueber Entstehung des Epithelialkrebses und Regeneration des Epithels im Allgemeinen. Centralbl. f. d. mediz. Wissens. N. 25*) sądzi na mocy licznych swoich poszukiwań, że ściany naczyń krwionośnych dają zwykle początek rakowi nabłonkowemu. Wyniki, jakie dotąd otrzymał w tęg mierze, streszcza on następnie:

1) Podstawę raka nabłonkowego stanowi zawsze pierwotnie ustrój naczyń krwionośnych prawidłowo już istniejący, najczęściej nadzwyczaj drobnych. Te naczynia stoją z nowotworem nabłonkowym w tak ścisłym związku, że nowo powstałe pierwiastki nabłonkowe mają się do jąder, pomieszczonych w ścianie naczynia, czyli inaczej do komórek naczyniowych, jak skutek do swęj przyczyny, wytwór do wytwórcy.

2) W wytworzeniu raka nabłonkowego ma udział przede wszystkim po za granicami fizyologicznego nabłonka leżąca część układu naczyniowego. Udział ów objawia się w ten sposób, że w jądrach i ścianach, lub też,—co jednak rzadko się zdarza,—w jądrach komórek nabłonkowych, w bezpośrednim związku z temi naczyniami stojących, rozpoczyna się wewnętrzne (*endogene*) mnożenie, i że w koło tych nowotworzących się jąder nagromadza się pierwotna—a jak w tym razie—wtórnozarodzinowa masa, i tym sposobem komórka zostaje dopełnioną.

3) Komórki nabłonkowe, tym sposobem nowo powstałe, pozostają jeszcze przez czas niejaki ze swemi naczyniami w związku, albo też tylko przylegają do nich, przyczém jednak ich położenie względem naczynia z początku jest dotyczne, później zaś więćej siatkowate.

4) Jeżeli nowo wytworzone komórki nie posiadają warunków dalszego swego rozwoju, a zatém i żywotności, co mianowicie wtedy się zdarza, gdy w większe gromadki zbite przez dłuższy czas tak pozostają, to występuje zwykle odpowiednia do fizyologicznych warunków

ków siedliska przemiana wsteczna. Wtedy to pozostają jako dowód dawniejszej żywotności komórki ościste, żłobkowate (*epithelioma linguae, penis*); często rozwija się zwyrodnienie śluzowate (raki na błonach śluzowych), rozpad tłuszczowy (raki warg sromnych i ust) lub przemiana rogowa nowo wytworzonych pierwiastków (rak na prąciu, powiekach). Po tłuszczowym rozpadzie objawia się nagło niespodziewana sieć naczyniowa, która już więcej swój czynności nie odbywa, albo też, jeżeli naczynia były większe, zanikłe przedstawia się w postaci rurki siatkowatej, bez jąder i życia, jak to dostrzegano na rogówce (Cohnheim).

5) Równocześnie przeprowadzone kliniczne dochodzenia uczą, że w częściach rakowato zmienionych, znajdują się bardzo liczne, żywy ruch przedstawiające, blade, komórkowate pierwiastki, które, mianowicie za podwyższeniem ciepłoty, wystawiają i chowają na przemian wyrostki, nie zmieniając jednakże przytém miejsca.

6) Owo zwyrodnienie nabłonka rozprzestrzenia się głównie w takich miejscach, gdzie naczynie, stanowiące punkt wyjścia, położone jest w tkance miękkiej, pulchnej, albo też otaczająca je tkanka łączna, np. przez zapalenie, uprzednio została rozpulchniona.

Na podstawie tedy tych w dziedzinie patologicznej uczynionych spostrzeżeń, autor zdaje się uważać w prawie postawić to przypuszczenie, że każde nowe wytworzenie komórek nabłonkowych ma zawsze wprost naczynia krwionośne za punkt wyjścia.

Porównawcze dochodzenie fizyologicznych tkanin wykazało, że przy odrodzeniu się fizyologiczném komórek nabłonkowych istnieje również wprost związek przyczynowy między naczyniem a nabłonkiem, co się daje łatwo wykazać przy odradzaniu się nabłonka na łącznicy oka i na błonie *Schneider'a*, przy odrodzeniu się włosów, w gruczole tarczowym i t. d. i przy odrodzeniu jednowarstwowych komórek w ogóle. Przy wielowarstwowych komórkach komórki wierzchnie albo się bezpośrednio łączą z komórkami szypułkowymi, przylegającymi do ścian naczynia, albo też rzadko kiedy między sobą się stykają, lub nakoniec wiążą się między sobą za pomocą wypustek jedne pomiędzy drugie zachodzących (błona śluzowa ust, delikatne pokrycie nabłonkowe). Wiele z tych naczyń, nabłonkowi za podstawę służących, zdaje się być nieprzystępnych dla czerwonych ciałek krwi (drobniejsze naczynia opuszki korzenia włosowego), w niektórych zaś miejscach te naczynia zdają się być wstawione pomiędzy naczynia włosowate krwionośne i limfatyczne (miejsca bezkosmkowe łącznicy oka).

Czasami tworzenie się nowych naczyń i komórek nabłonkowych w ich ścianie odbywa się równocześnie (wyjąwszy gruczoły pepsynowe, kosmki w kiszka), przyczem naczynie zwykle się zwęża, co najwięcej w stanie fizyologicznym ma miejsce. Jeden i tenże sam układ naczyniowy wytwarza według okoliczności to pierwiastki listka zewnętrznego, czyli zmysłowego, to listka ruchowego i płodowego. Lecz pierwiastki obu tych blaszek przedstawiają bardzo często objawy wspólne, t. j. wysuwają np. wypustki, za pomocą których w sieć się łączą. Są fizyologiczne komórki nabłonkowe będące równocześnie endoteliem np. pęcherzyki płucne, zwoje Malpighiego i t. d. Komórki nabłonkowe zwykle wtedy tylko są płodne, gdy stoją w związku bezpośrednim z naczyniem (komórki szypułkowe, trwałe i t. d.). Pomiedzy wytworzeniem nabłonka, a komórek limfatycznych, zachodzi pewne podobieństwo.

Weil (*C. Beitrage zur Kenntniss des Muskelkrebses. Oest. med. Jahrb., Zesz. 3 tab. 3*) stara się dowiesć, w sprzeczności z tymi, którzy rozwój raka i jego pierwiastków tylko z pierwiastków komórkowych gruczołów wyprowadzają, że komórki rakowe przy rakach w mięśniach rodzą się niekiedy z samej substancji mięsnej, z zawartości łagiewki omięsnej (*sarcolemma*). Do swych badań w tym kierunku użył on skrawków z 5-ciu guzów języka, które Billroth wyciął i jako raki określił. Wypadki swych badań streszcza on następnie: Streszczając wyniki swych badań, muszę przyjść do tego wniosku, że pewna ilość komórek rakowych, tudzież rakowych guziczków i łagiewek gruczołowych, składających raka mięśniowego, bierze swój początek z samego mięśnia. To zdaje się odbywać w ten sposób, że najprzód jądra mięsnej pochewki się mnożą przez dzielenie, a w około nich massa zarodzinowa się powiększa i skupia. Część miąższu ściągliwa zmienia swą budowę, traci swe prążki i staje się podobną do młodej zarodzi, rozpadającej się przez powolne przewężenie na rozmaite jedno lub więcej jądrowe do nabłonka podobne komórkowe twory. Okazało się dalej i to, że w pojedynczych przypadkach we wnętrzu substancji mięsnej znajdowano twory, podobne do czerwonych ciałek krwi, a to nabierało takiego wyglądu, jakoby, podobnie jak i przy zapaleniu kości, i z substancji mięsnej czerwone ciała krwi wytworzyć się zdołały. Dla uniknięcia wszelkiego błędu—dodaje Weil w końcu—nadmieniam, że ja nie zaprzeczam wcale współdziałania innych tkanin, np. tkanki łącznej, nabłonka i t. d. w wytwarzaniu komórek rakowych, tylko na podstawie własnych

dochodzeń pragnę dowieść, iż w tém nowotworzeniu i mięsień bierze prawdopodobnie udział.

I Sokołow (*A. R. Ueber die Entwicklung des Sarkoms in den Muskeln. Arch. f. pat. Anat. u. Phys. T. 57. Zesz. 3 i 4*) przyszedł przy swych poszukiwaniach do tychże samych wniosków prawie co i Weil. Przy tworzeniu się w mięśniach komórek, uważa on za punkt wyjścia jądra i to te, które w mięśniach się znajdują; właściwe ścięgniste włókno zaś ma się w téj całej sprawie zachowywać biernie, nowotwór bowiem przez swój ucisk je niszczy, tak, że ginie z zaniku i ziarnistego rozpadu. W pierwszym okresie jądra mnożą się za pomocą dzielenia, tworzą mniejsze lub większe gromadki i rozpychają substancją mięsną; na jądrach mięśniaka można widzieć również niekiedy objawy dzielenia się, jednak o wiele rzadziej, nie mają też jąderek. W drugim okresie włókna mięsna są całkiem zapełnione jądrami, otoczonemi powłóczką zarodki; tworzą one okrągłe lub owalne komórki, przebijające znikającą pod wpływem ucisku omięsną, tak, że włókna przedstawiają obrysy nierówne jakby poszarpane. W trzecim okresie komórki zmieniają swą postać, stają się wrzecionowate, dostają wypustki, a między niemi występuje substancya międzykomórkowa. Te nowe wytworzone komórki zachowują się względem chemicznych odczynników tak samo jak i komórki tkanki łącznej wrzecionowate i Sokołow uważa je też za takowe. Mają one również wielkie podobieństwo do młodych, mięsnych wrzecionowatych włókien, brak im tylko charakterystycznych prążków. Włókna mięsne, w których wewnątrz owe przeobrażenie jąder mięsnych w komórki mięśniakowe nastąpiło, zlewają się po zniszczeniu omięsnej w jednolitą mięśniakową tkaninę. Udział czynny mięśni w téj sprawie nie jest pierwotny lecz następczy.

Co zaś do rozprzestrzeniania się w organizmie nowotworów za pomocą zatorów, o którym Tillmanns powyżej wspominał, to zdają się je potwierdzać i spostrzeżenia Eberth'a (*C. J. Ueber die embolische Verbreitung der Melanosarkome, Arch. f. path. Anat. u. Phys. T. 58*), opisującego przypadek mięsaka barwnikowego (*melanosarcoma*) naczyniówki oka, który się za pomocą zatorów przeniósł i na gruczoły brzuszne. W Lutym 1870 wycięto pewnemu 48 letn. pisarzowi, który już od dzieciństwa ciągle cierpiał na zapalenie ocz, gałkę oczną z powodu guza melanotycznego, mającego 1 centm. średnicy, w naczyniówce oka. We Wrześniu 1872 r. a zatem w 2½ roku, w ciągu którego to czasu czuł się zupełnie zdrowym i guz nie powrócił, wystąpiły cierpienia trawienia, uczucie ciśnienia i ciężkości w okolicy wątroby. W dniu

1 Lutego 1872 umieścił się ten bardzo wychudły, wynędzniały, żółtawo wyglądający chory na klinice prof. Biermer'a. Przy badaniu znaleziono znaczne obrzmienie wątroby, nasuwające myśl istnienia guza i obrzęknięcie nóg. W 7 dni po przyjęciu nastąpiła śmierć wśród objawów obrzęku płuc (*oedema pulm.*). Przy badaniu zwłok nie znaleziono w jamie piersiowej nic szczególniejszego. Wątrobę zaś powiększoną we wszystkich rozmiarach, powierzchnię jej nierówną, czarno zielono zabarwioną, miąższ jój na rozkroju nie rysujący się wyraźnie, w rozmaitych miejscach guziczki prawie czarne, z barwy do sepii podobne, ostro odgraniczone, i wielkości rozmaitej, podobnie zbite w gromadki szarozółtawe, jędrne, drobno nakrapiane, guziczki rozmaitej wielkości. Pod drobnowidzem zauważano, że komórki wątrobowe były prawie całkiem przez ten nowotwór zniszczone. Okazały się one bardzo małe, a krokiewki bardzo cienkie, jakby zgniecione, przez bujające w oczkach prawidłowej tkanki pierwiastki nowotworu. W częściach wątroby jaśniejszych naczynia włosowato-krwionośne okazały się czasem zbitymi wrzecionowatymi komórkami prawie całkiem zapełnione, ściany zaś naczyń zupełnie prawidłowe. Śród skrzepów żyły wrotnej i śledzionowej, jako też śród pierwiastków miążgi śledzionowej dostrzeżono te same zabarwione wrzecionowate komórki, co i w guzie naczyniówki; śledziona była wreszcie cokolwiek powiększona, miękka, szaro-czerwono zabarwiona. Nerki blade, lekko żółtawo zabarwione, wiotkie; w zwojach, przewodach i cewkach moczowych, jako też i w samym miąższu takie same zabarwione komórki, co i w guzie. Czy w tym miąższu siedzibą komórek były również naczynia krwionośne, nie można było rozstrzygnąć. Naczynia mózgowe były wolne od komórek guzowych. Płuc nie można było zbadać. W guzie ocznym znajdowały się okrągłe, podłużne i krótkie zabarwione wrzecionowate komórki, które się i pomiędzy pęczki twardówki woisnęły, znajdując się również w wielkiej ilości i w zewnętrznej błonie naczyń, tak że niekiedy cała ściana i wewnętrzna warstwa naczyń z nich się tylko składać zdawała. Ta okoliczność mogła się też przyczynić do łatwiejszego ich przeniknięcia do krwi, a może być, że i część ich przez szczeliny tkanin oraz limfatyczne przestwory do krwi się dostała.

Co do pojedynczych form guzów, to literatura tego roku zawiera znaczną ilość doniesień i opisów w tej mierze, lecz nie wiele takich, któreby i pod względem praktycznym były więcej zajmujące. Do najciekawszych należą, następujące:

Thierfelder (Albert. *Ueber multiple Angiome, Arch. d. Heilkunde Zesz. I*) donosi o dwóch wypadkach wielolicznych naczynek w (*Angioma*) w kiszkach cienkich. Pierwszy odnosi się do 48 let. człowieka, najprawdopodobniej pijaka, robotnika w gorzelni, zmarłego z uszkodzenia przez maszynę. W błonie śluzowej kiszek cienkich znaleziono do 70 sinawych guziczków, wielkości ziarnka grochu, nad którymi błony nie były zgrubiałe, ni śluzowa, ni surowicza; z początku wzięto je za rozszerzenia żyłne. Przy naciśnięciu krew uchodząc tworzyła zarazem wylewy. Drugi przypadek odnosił się do 45 letniego mężczyzny, zmarłego z ospy. W pętłach dolnych kiszek cienkich znajdowały się około 30 takich samych guzów jak poprzednie. Dochodzenie drobnowidzowe wykazało w obu razach jednakowe pierwiastki i stosunki. Na przecięciach podłużnych znajdowano 5—8 naczynek, oddzielonych od siebie tylko małą ilością tkanki łącznej. Średnica przestworków, krwią zapełnionych, wynosiła 0,25—8,60 mm. Żaden z tych guzów nie posiadał od strony tkanki podśluzowej właściwej oponki. Tętniczki i żyły, wchodzące i wychodzące z tych przestworków miały rozmiary prawidłowe. Włókien mięsnych nie znaleziono nigdzie w ścianie. Thierfelder uważa te guzy za rozszerzenie naczyń włosowatych wraz z ich krótkimi gałązkami.

Arnold (*Jul. i Loeb M. Adenom der Glandula pituitaria. Arch. f. pat. Anat. u. Phys. T. 59.*), opisuje histologiczną budowę gruczolaka, znalezionej na podstawie mózgu w siedle tureckiem. Opis choroby dostarczył Dr. Loeb z Worms. Guz ten pochodzi od 32 letniego urzędnika fabrycznego w Worms, który był ciągle zdrowym i jednego dnia po zabawie z pochodniami i uroczystości w nocy dostał nagle wymiotów, silnego bólu głowy i majaczenia. Z początku miano ten stan za zepsucie żołądka silne, lecz nazajutrz zauważano porażenie powiek prawego oka, i znaczne zwolnienie tętna, porażenie mowy, mimowolne oddawanie moczu. W ciągu trzech dni nastąpiła śmierć przy objawach zapalenia błon mózgowych. Badanie zwłok nie wykazało ani śladu zapalenia mózgu lub jego błon; natomiast znaleziono guz jajowaty wielkości gołębiego jaja, leżący do połowy w zagłębieniu siadła tureckiego i sięgający aż do guza popielatego (*tub. cinereum*); skrzyżowanie nerwów wzrokowych (*chiasma*) było spłaszczone, nerwy trójdzielny i ruchowy oczu (*oculomotorius*), mocno ucisnięte. Prawa tętnica rowka Sylwiusza była z powodu nacisku na tętnicę szyjną główną zupełnie próżna, lewa zaś przepelniona krwią. Badanie pod drobnowidzem guza, dokonane przez Arnold'a na skrawku stwardnionym, wykazało, że

ten guz stanowi tylko prosty przerost przysadki (*hypophysis*) i jest otoczony pochewką z tkanki łącznej, zawierającą liczne i rozszerzone gałązki naczyń krwionośnych.

Lorenzutti (*Un caso di limfoma maligno interessante la parate e da cavità toracica. Il Morgagni Disp. VII e VIII*) zauważył u 27 letniej dziewczyny, cierpiącej na niedokrewność, pod prawą pachą guz wielkości pięści męskiej. Na całej stronie prawej klatki piersiowej odgłos przy opukiwaniu był stępiony, szmery oddechowe oskrzelowe, wątroba zepchnięta ku dołowi a serce cokolwiek ku lewej stronie. Lewe płuco było zdrowe, śledziona wielka, gruczoły pachwinowe z lewej strony cokolwiek powiększone. W moczu żadnej zmiany; białe ciała we krwi nie pomnożone. Za pomocą punkcyi próbnej wydebyto z prawej jamy piersiowej około trzech uncyj surowicy, krwią zabarwionej. Chora umarła. Guz przebił przestrzeń międzybrową 3 i 4; cały zraz górny prawego płuca i część średniego znikła w nowotworze. Na opłucnej prawej i lewej znajdowały się liczne większe i mniejsze guzy, a w jamach obudwu obfite wysięki. Wszystkie inne organa były zdrowe. Guzy same były miękkie i składały się z komórek limfatycznych, znajdujących się w oczkach nadzwyczaj delikatnej siatki. Był to więc złośliwy mięśniak limfatyczny (*limpho-sarcoma*).

Buch (*Herm. Ein Fall von multipler primärer Sarcomatose des Knochenmarks u. eine eigenthümliche Affection der vier grossen Gelenke. Inaug. Dissert. Halle.*), opisuje bardzo zajmujący przypadek mięśniaka szpiku kostnego, o kragłych komórkach, rozprzestrzenionego na wszystkie prawie kości ciała, z równoczesnym mżozłowatém zgrubieniem torebek stawowych w wysokim stopniu na obu kolanach i biodrach. Miało to miejsce u 64 letniego mularza, wytrawnego zbrodniarza, zmarłego w więzieniu w Halle. Z historii choroby i wyników badania zwłok okazuje się, że ów człowiek w Listopadzie 1865 do więzienia się dostał, przedtém nigdy mocuo nie chorował, w chwili wejścia zaś na sztywność w kolanach i uczucie porażenia w kończynach dolnych się skarżył. Uderzającym był przytém jego wygląd nadzwyczaj błydy, niedokrewny i postawa wątła, pochyłona. Cierpienie wrzekomo gośćcowe przeszło pomału na stawy barkowe, grzbiet i klatkę piersiową. Chory słabł coraz bardziej i musiał nakoniec być karmiony. Na kilka miesięcy przed śmiercią rozwinęła się wodna puchlina i białkomocz a na języku liczne owrzodzenia. Śmierć nastąpiła z ogólnego zawiądu i odleżyn. Bardzo dolegliwych bólów nie było nigdy. W organach piersi i brzucha nie

znaleziono, prócz znacznego zaniku nerek, nie uderzającego. Zmiany stawów kolanowych i biodrowych przedstawiały się w postaci mozołowatego w wysokim stopniu zgrubienia torebki, występującego miejscami w postaci obszernych guzów i zawierającego w środku przestronie, wielkości orzecha łaskowego lub włoskiego, licznymi przegrodami przedzielone i stawy w koło otaczające. Powłoki zawierały krągło podługowate ciała zbitości twardego łożu. W wielu miejscach znajdowały się guzy szarawe, mniejsze i większe, i z kości wyrastające. Przy dalszém dochodzeniu i przepiłowaniu kości okazało się tedy, że tkanka szpikowa wielkiej ilości kości była zasiana takimi guzami, i to substancya gąbczasta kości czaszki, kość klinowa z skrzydłami, wszystkie kręgi od pierwszego do ogonowego, łopatki wraz z obojczykami, żebra, mostek, jako też i kości udowe; kości goleniowe i stopowe były wolne i zawierały wszędzie żółty szpik prawidłowy. W wielu miejscach warstwa korowa kości była nienaruszona, a nowotwór znajdował się tylko w części wewnętrznej, w innych zaś i ona była zcieńczona lub zanikła. Budowa tych wszystkich nowotworów była jedna i ta sama i składała się z komórek małych krągławych z małą ilością substancji międzykomórkowej. W otoczeniu małych guziczków miąższ był mocniej nastrzyknięty i czerwony. Przemiany wstecznej tych tworów znajdowano tylko tu i owdzie zaledwie ślady. Było to więc mięsakowe przerodzenie szpiku kostnego pierwotne i nadzwyczaj ciekawe, przy którym zbita warstwa kości i okostna zupełnie biernie się zachowywały, a zewnętrzny kształt kości nie był nigdzie prawie przez ten nowotwór naruszony. Nadmienić jeszcze wypada, że śledziona była prawidłowo wielką, dość miękką, opuszką jej zmarszczoną, miąższ zaś barwy ceglastej i budowy niewyraźnej; gruczoły limfatyczne nie przedstawiały żadnych zmian. Modzelowatość i zgrubiałość w koło stawów, nie przedstawiały wcale, tak jak się spodziewano, tworów włóknistych lub z tkanki tłuszczowej, lecz składały się z właściwej substancji białkowej drobnonakrapianej i prawie całkiem bez utkania będącej, która się mniej lub więcej wstanie nekrobiotycznym znajdowała. Tylko na granicy z tkaniną zdrową posiadała ona naczynia krwionośne i tworzyła w skutek wewnętrznego rozpadu owe szczególnie spłaszczone próżne przestwory, w których tu i owdzie cząstki ośrodkowe licznie pływały.

J. Peikert (Ernst. *Ueber Knochensarkome. Dissert. inaug. Berlin*) opisuje dwa przypadki bardzo ciekawe mięsaków kostnych. Pierwszy odnosi się do łupinowego mięsako mięśniaka kostnego o olbrzymich komórkach w prawej kości goleniowej u 20 letniego muzy-

ka, który od trzech miesięcy czuł bóle w dołku podkolanowym, wielkie znużenie po krótkim nawet chodzeniu i bezsenność. Uderzenia w tém miejscu nie doznał, nie cierpiał też nigdy na gościec. Położona na guzie ręka wyczuwała bicie tętna; szmeru drżącego nie było. B a r d e l e b e n postawił rozpoznanie na tętniak kostny i zrobił punkcją próbną i dobył znaczną ilość krwi i twarde, ziarnkowane cząsteczki. Z powodu ciągłego krwotoku podwiązano tętnicę udową. Badanie pod drobnowidzem owych cząsteczek wykazało obecność olbrzymich komórek charakterystycznych (*myeloplakes*). Zrobiono amputację uda i nastąpiła śmierć z posocznicy. Nowotwór zajmował górną część kości goleniowej, otoczony jej zbitą warstwą rozdętą jakby łupką. W środku nowotworu znajdowały się mniejsze i większe po części wysiękiem śluzowatym napełnione torbiele; reszta tkanki szpikowej była miejscami stwardniała. Na dolnej części nowotworu znajdowały się narośle gąbczaste na okostnej. Pochodnych guzów nie znaleziono nigdzie.

Drugi przypadek podobny zdarzył się w klinice L a n g e n b e c k'a u 29 letniego muzyka, cierpiącego od wielu lat na latające bóle gośćcowe; w r. 1865, należąc do konnicy, spadł z konia i stłukł sobie prawe kolano. Od roku pojawiły się u niego bóle w kolanie, a od pół roku wytworzył się na zewnętrznym kłykciu kości udowej u niego guz, który mu przeszkadzał i stapać i chodzić. Zarządzono mu używanie garbnikowej kąpeli D i t t m a n n'a. Po ostatniej kąpeli, wychodząc z powozu, złamał udo. Zrobiono amputację uda. Na odjętej części odcinek stawowy na pewnej przestrzeni wolny, na dolnej jego części zaś dostrzeżono naróśl gąbczastą, krwią przepełnioną, sięgającą z przodu na 3, z tyłu na 7 ctm. w górę i w tém miejscu właśnie nastąpiło złamanie, otoczone w koło masą gąbczastą, zarzuconą wewnątrz jamkami i gąbczastymi wysepkami. Jako punkt wyjścia wysłędzono okostną, znajdującą się powyżej granicy końca stawowego.

Co do spostrzeżenia Prof. B r o d o w s k i e g o, odnoszącego się do wytworzenia złośliwego nowotworu, biorącego swój początek z zewnętrznej błony brzusznej aorty, u osobistości w Warszawie powszechnie znaniej, jakkolwiek jest nader ciekawe, nie podajemy go jednak tutaj, gdyż dokładny jego opis pomieszczony w Pamiętniku Tow. lek. Warsz. zesz. IV, który w ręku czytających kolegów z pewnością się znajduje.

B i e s i a d e c k i (Dr Alfred, Prof. w Krakowie. *Ueber leukaemische Tumoren der Haut u. d. Därme, mit Bemerkungen ueber Leukämie*) opisuje 2 przypadki guzów leukaemicznych (białaczkow-

wych), z których jeden śledził już za życia w swój klinice eksperymentalnej na chorym, u którego na skórze te guzy powstały. Drugi zaś odznaczał się swoim rozprzestrzenieniem i bujnym rozwojem tych guzów w wewnętrznych organach, mianowicie w kiszkach. Opisawszy dokładnie cały przebieg choroby w pierwszym przypadku, oraz wyniki badania zwłok w obu wypadkach co do rozprzestrzenienia, budowy tych guzów drobnowidzowej, oraz zmian rozmaitych, postępowych i wstecznych, autor stawia w końcu, jako wynik ostateczny swego poszukiwania, tę zasadę, że tak zmiana śledziony i gruczołów limfatycznych, która według *Vircho*'a jako cierpienie pierwotne ma przed białaczką się rozwijać i ją powodować, jako też i zmiany innych organów, np. wątroby, nerek i t. p. występujące jako drugo a nawet trzeciorzędne objawy białaczki, powinny być uważane za następstwo zmiany składu krwi (zakażenia, dyskrazji?) i to z następnym powodów.

1) Ani śledziona, ani gruczoły limfatyczne nie przedstawiają, pomimo znacznego ich przerostu, takich zmian, któreby za pomnożeniem wytwarzania się białych ciałek krwi w nich przენawiały, a któreby miały według *Vircho*'a, być powodem pomnożenia ilości tych ciałek we krwi.

2) Właściwy miąższ śledziony, jako też znacznie powiększonej wątroby i nerek, nie okazuje w białaczcze nie tylko przerostu, ale owszem zanika.

3) Białe ciała krwi są w białaczcze nie tylko co do swój liczby w stosunku do czerwonych pomnożone, ale i co do swój postaci powiększone, a to z powodu przemiany śluzowato kolloidalnej swój zawartości zarodzinowej.

4) Tak zmienione białe ciała krwi stanowią złogi w tychże samych organach i ich częściach, w których się i barwniki (zimniczne) i cynobler zawierające ciała krwi nagromadzają.

5) W przytoczonych przypadkach gruczoły limfatyczne obrzmiały dopiero wtedy, gdy krew już była mocno zmieniona, a w skórze białaczkowe guzy już powstały.

6) Po wycięciu śledziony u zwierząt nie okazują się ani we krwi ani w innych organach ważniejsze zmiany. Autor uważa tedy białaczkę jako chorobę miąższu krwi, w której przy prawidłowym wytwarzaniu się białych ciałek krwi, następuje ich przedwczesna zmiana wsteczna, a przez to wstrzymanie ich przekształcenia się postępowego w czerwone ciała, co powoduje zmniejszenie ilości tychże. Porównując dalej drugi przypadek z pierwszym, utrzymuje autor, że

w białeczce i rozmaite inne zmiany w skórze powstać mogą, jak np. ropnie, podbiegnięcia i guzy, których dotąd nikt za białeczkowe wytwory nie uważał.

Pod względem powstawania gruzelków w płucach, twierdzi Rindfleisch (*Ueber tuberculöse Entzündung. Berl. Kl. Wochens. Nr. 6 i 7*), że ta sprawa się rozpoczyna w miejscu rozgałęzienia się drobnych, międzyzrazikowych gałęzek oskrzeli. Objawia ona się najprzód jako nasięk gruźliczy w całej ścianie oskrzela, mianowicie zaś w warstwie jego ku wnętrzu zwróconej. Okresy przedwstępne rozwoju znajdują się ku zewnątrz, z kąd też to zwyrodnienie na przylegającą przegrodki międzygronkowe przechodzi. Dopiero w następstwie miąższ sam owych gronek ulega zmianie wskutek powyżej przytoczonego nacieku tkanki łącznej, stanowiącej owe przegrody i wypełnienia światła owych gronek przez wytwór zapalny. Dalszy rozwój jest znany. Przekonywającem szczególnie o właściwie gruźliczej własności nacieku ściany oskrzela jest porównanie poprzecznego przecięcia takiej ściany z poprzecznym przecięciem zwyczajnego gruzelka nerkowego.

D. Pasożyty skórne i wewnątrzniaki.

Pasożyty skórne.

Ważnem jest spostrzeżenie, które ogłasza Co n c h a (*Note pour servir à l'étude du développement du favus et du trichophyton chez les chats. Lyon méd. Nr. 23*). Już w r. 1867 zauważył on rozwinięcie się dwóch wysypek razem parchu (*favus*) i trichophyton, u jednego i tego samego zwierzęcia, kota angorskiego, i to w taki sposób, że obie te wysypki, obok siebie istniejące, zachowały wszystkie cechy swęj odrębności. To samo dostrzegł on i u zwyczajnego kota, a nawet u psa. Gdy raz te dwie wysypki na zwierzęciu powstaną, następuje wkrótce, po nie bardzo wydatnym okresie wytworzenia się pryszczów, zmiana ich w strupy czarniawe i tak grube warstwy tworzące, że pierwotna cecha ich zostaje zatarta. Zdaje się, że te pasożyty rozwijają się najchętniej w miejscach, gdzie włosy są najrzadsze i najkrótsze, jak np. na uszach, powiekach, wargach, również w okolicy rozmaitych otworów czaszkowych. W ciągu 6—8 miesięcy zwierzęta stawały się coraz to chudsze i ginęły potem z wycieńczenia.

Okoliczność ta miałaby nie małe znaczenie, gdyby spostrzeżenia K o s e r'a (*Some observations upon favus. The medical and surg. re-*

porter. XXIX Nr. 16) stwierdzonem zostało i przez innych badaczy o przeniesieniu tych wysypek z zwierząt na ludzi. K o s e r zauważył u wszystkich 4 dzieci pownąj kobiety parch na głowie, ramionach i brzuchu, tak rzadki w Londynie, jak się pokazało przy dalszém badaniu, wskutek tego, że dzieci się ciągle kotem bawiły, u którego już od kilku miesięcy były strupy na głowie. Wkrótce potem matka dostrzegła, że podobna wysypka rozwinęła się i u jęj dzieci. Później dostrzeżono ją i u wielu innych dzieci, które się również tym kotem zwykle bawiły; nakoniec ten sam los dotknął i młode tego samego kota, będącego samicą. Słowem, wszystkie dzieci, które tylko jakakolwiek styczność, nawet przypadkową podczas odwiedzin, z tym kotem miały, zostały tą chorobą zarażone. Dokładniejsze zbadanie i porównanie wysypki u kota i dzieci, oraz dochodzenie, uskutecznione za pomocą szczepienia, przekonało o tożsamości całej chorobnej sprawy u zwierzęcia i ludzi. Ztąd wnosi autor, że ta choroba zwykle z z w i e r z ą t na człowieka się przenosi.

W n ę t r z n i a k i.

Pod wpływem nowości rzeczy wyrobiło się w ostatnich latach wyobrażenie o bezwzględnej szkodliwości spożycia wicprzowiny z włosieńcami (*Trichina*). Uderzającym jest zatem to spostrzeżenie, że w ciągu ostatniego roku nie było żadnej wiadomości o chorobie u ludzi z powodu zakażenia włosieńcami, gdy tymczasem badanie drobnowidzowe w tych kilku miejscowościach, gdzie podobne badanie świniny jest obowiązkiem, nader wysoki odsetek tego zakażenia wykazało. Mianowicie w mięsie świn, z Ameryki sprowadzanem, okazały się 2% zakażone włosieńcami, co na tym większą uwagę zasługuje, że nierównie większa część wchodzi do Europy bez wszelkiego sprawdzenia, a zatem zaraza jest łatwa.

Nadzwyczaj zajmujące spostrzeżenia zebrał w Indjach wschodnich Lewis (*The Haemotozoon. Lancet. 11 Stycz.*) o żyjącym we krwi i pewnych sokach człowieka i psa wewnątrzniaku, które i wielu innych badaczy stwierdza. Lewis znalazł we krwi psa, cierpiącego na biegunkę, małe wewnątrzniaki, które Busk do rodzaju *filaria* zalicza. Były one zupełnie podobne do wewnątrzniaka, opisanego przez niego pod nazwą: *filaria sanguinis humani*, którego na kilka lat przedtem odkrył w moczu osób, chorych na chylurię, połączoną z moczem krwawym w mniejszym lub większym stopniu, a potem i we

krwi ich wykazać zdołał. Ani wtedy ani też później nie udało się mu wykazać stałego stosunku pomiędzy ich ilością we krwi i w moczu. Gdyż właśnie u osób, u których we krwi znaczna ilość ich się znajdowała, znajdowano ich w moczu często bardzo mało. Wnętrzniak sam daje się i po za obrębem ciała jeszcze przez kilka godzin przy życiu utrzymać, a śmierć jego można poznać po tém, że całe ciało staje się ziarnistém. Ma on ciało wązkie, walcowate, z zaokrąglonym końcem przednim i coraz to cieńszym, tasiemkowatym końcem ogonowym, poruszającym się nakształt pętli. Długość jego przeciętna wynosi 0,3 mm. szerokość 0,014. Całe zwierzę jest otoczone ściśle do jego ciała przylegającą torebką z przezroczystej, jednolitej substancji, wewnątrz której jednak rozmaite ruchy wykonywać zdoła.

Lewis twierdzi, że te wnętrzniaki mogą przez całe miesiące a nawet lata we krwi człowieka zastawać, nie sprowadzając żadnych niebezpiecznych następstw. Innym zaś razem dostrzegano szereg chrobliwych objawów, rzadko kiedy do wyższego stopnia nateżenia dochodzących, a mianowicie ogólne osłabienie, lekkie zajęcie głowy, zaburzenia wzroku, połączone z zapaleniem łącznicy oka. Prawdopodobnie stają się one przez toszkodliwemi, że się w naczyniach krwionośnych i ochłonnych w niektórych miejscach nagromadzają, i przez to zatkania, zastoje, a nawet pęknięcia naczyń sprowadzają. Tym to sposobem powstaje zapewne i chyluria, najważniejszy z objawów, cechujących tę chorobę krwi; przemawia zatem przedewszystkiém i ta okoliczność, iż owa chyluria łączy się tak często z moczem krwawym. Chylurią dotknięte osoby były to po części tuziemcy, po części europejczycy; między ostatnimi byli wprawdzie tacy, co się w Indjach urodzili lecz niewątpliwie i nowo przybyli. Powikłanie z chylurią nie zawsze istniało, chociaż owe żyjątka we krwi znaleziono, jednakże, gdy istnieje chyluria, można być pewnym, że i owe żyjątka we krwi się znajdzie. U chorych, u których ten objaw dał się ciągle śledzić przez kilka miesięcy, można było dostrzedz zmniejszenie ilości tych żyjatek tak we krwi jak i w moczu. Co do pochodzenia tych żyjatek i dróg, którymi do krwi człowieka dostać się mogą, to Lewis sądzi, że wody stojące i inne podobne nas otaczające czynniki stanowią z uwagi spuścić potrzeba, gdyż inaczej musielibyśmy być w stanie odnaleść żyjątko macierzyste we krwi. Lecz ta okoliczność właśnie, że one na tym stopniu swego rozwoju, na jakim do krwi się dostały, ciągle pozostają, i ani się powiększają, ani też mnożą, może posłużyć za dowód ich względnej nieszkodliwości. Wszelkie poszukiwania jaj

ich dały dotąd wyniki wątpliwe, chociaż Lewis zauważył twory, które z wielkim prawdopodobieństwem za jaja wiaśób można.

J: Welch (Francés H. *On a species of filaria found in the interior of the vascular system of a dog. Lancet. 8 Marc.—The haematozoon. Lancet. 28 Czer.—A description of the thread-worm, Filaria immitis, etc. The monthly microscopical Journ. T. X*) opisuje szeroko 8—10 cali długi a $\frac{1}{2}$ —1 linii gruby gatunek *filarii*, który w prawej komórce serca i w gałązkach tętnicy płucnej psa chińskiego znalazł. Ma on wszystkie znamiona żyjątko, znanego pod nazwą: *filaria medinensis*, a Welch sądzi, że ten gatunek i opisany przez Lewis'a haematozoon należą do siebie w ten sposób, że przez niego wykryta filaria przedstawia żyjątko dojrzałe, a w krwi człowieka znaleziony tylko stopień zarodkowy jego. W takim razie należałoby zaliczyć tutaj i owe jajka i zalążki, które przy chylurji tak we krwi jak i w moczu znajduwane bywają. Dojrzała samiczka znalezionej u psa gatunku ma 11 cali długości i $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ linii grubości, barwę mleczną i jest zwykle zwinięta. Zewnętrzna jej powłoka składa się jak zwykle z otoczki skórnej i mięsnej; wydłużone ciało zawiera narząd stawowaty organów trawienia i płciowych, jako też i ustrój naczyń wodnych. Otwór ust jest kragły, otoczony brodaweczkami; u samczyka leży otwór płciowy w bliskości końca ogonowego u samicy na dwa cale zaledwie od końca główki oddalony. Prócz tych doskonale rozwiniętych żyjatek spotyka się często i postacie mniej wykształcone, przedstawiające jednak taką samą budowę zarodka. U psa leżały wplecione pomiędzy krokiewki prawej komórki i sięgały ztąd dość daleko w tętnicy płucnej, powodując przez częściowe jej zatkanie silne przekrwienie płuc, a w końcu i śmierć z zaduszenia.

Welch przemawia silnie za tożsamością obu tych postaci filarii u człowieka i u psa, tłumacząc istnienie owej drugiej mięśniowej otoczki w filarii psa tém, że ona prawdopodobnie wskutek oddzielenia się powierzchownej, naskórkowej warstwy od spodniej, mięśniowej, powstaje. Co do przejścia tych znacznej długości żyjatek do krwiobiegu, to on mniema, że ono tam się dostaje w zarodku z błony śluzowej kiszek, tak bogatej w wewnętrzniaki wszelkiego rodzaju. Przechodzą one ztąd do naczyń chłonnych lub krwionośnych i tu dopiero żywiąc się, rosną. Przez to tracą zaś coraz bardziej na swój drodze do prawego serca własność przecięnięcia się przez naczynia włosowate w płucach. Takim więc sposobem pozostają w prawem sercu lub tętnicy płucnej, zapładniają się i wylęgają młode, ginąc same po największej części. Moznaby i w ten sposób tę rzecz sobie przedstawić,

że stare i młode razem z kanału pokarmowego do krwi się dostają, gdzie pierwsze się jeszcze przyczyniają do pomnożenia pomiotu. Lecz z kąd się właściwie pierwotnie biorą, tego i Welch rozstrzygnąć nie jest w stanie. Najprawdopodobniejszém się mu wydaje, że z wodą do picia lub mięsem do ciała się dostają.

Cunningham (*The Hämatozoon. Notes on its discovery and its relation to the canin filaria. The Lancet. 14 Cz.*) zbija przypuszczenie o tożsamości owych gatunków filarii u człowieka i psa utrzymując, że i wzrost ich i kształty pojedynczych części posiadają takie odrębne cechy, iż ich żadną miarą z sobą łączyć nie można. Zwraca on przytém uwagę na inną pomyłkę, której się Cobbold i Salisbury w tój mierze dopuścili, opisując wypróznione z kobiecój cewki moczowej wnętrzniki i ich jaja jako coś nowego, gdy tymczasem w rzeczywistości były to tylko zabłąkane jednostki glisty: *Oxyuris vermicularis*. Welch zbija zaś te wszystkie zarzuty, wykazując, że owe wszystkie, przez Cunningham'a przytoczone anatomiczne różnice mają tylko podrzędne znaczenie i żadną miarą nie są w stanie dostarczyć na to dowodu, iż filaria człowieka nie jest jedynie młodocianą postacią znalezionój u psa filaryi.

Tasiemce — Cullingworth (*Notes of a remarkable specimen of a tape-worm. Taenia lophosoma (Cobbold). Medic. Times and Gaz. 13 Grud.*) opisuje osobny rodzaj tasiemca, z którego wiele stawów u 40 letniej kobiety otrzymał, tylko niestety głowy nie. Ta odmiana tasiemca odznacza się tём, że w środku każdego stawu, na osi, znajduje się grzebień a na środku tegoż, otwór części płciowych. Macica jest trzykrotnie rozgałęziona, jajka zupełnie podobne do jaj tasiemca *T. medioanellata*. Zupełnie podobną postać miał i ów bezgłowy okaz tasiemca, który Cobbold pod nazwą *lophosoma* jako odrębną odmianę opisał, tylko że tutaj otwór płciowy znajdował się stale po jednéj i tój samój stronie pojedynczego stawu z boku, a nie w środku.

Mosler (*Ueber Lebensdauer und Reuizenz des Botriocephalus latus. Virch. Arch. T. 57*) przytacza dwa spostrzeżenia, dowodzące, że *Botriocephalus latus*, pomimo że nie ma haczyków jako przyrzędu do przyczepu, jednak w brew dotychczasowemu powszechnemu mniemaniu, tak silnie do ścian kiszek się przyczepia, iż z równą trudnością, jak i inne gatunki, spędzić się daje. Dolegliwości, przez niego zrażdzone, były tak wielkie, że nie tylko stan ogólny chorego na tём mocno ucierpiał, ale i usposobienie jego umysłowe. W tych razach nawet stosowanie benzyny pozostało z początku bez skutku. Dopiero gdy zadano kilkakrotnie benzynę do żołądka i w enemie nastąpiło

spędzenie i główki. U 8 chorych, u których zwykłe metody leczenia tasiemca bez wszelkiego skutku stosowano, użyto ziarn z dyni, u 6-u z pomyślnym skutkiem. Korzyść ich polega głównie na tém, że w każdej postaci są łatwe do wzięcia, żołądka nie drażnią i można je zadawać w coraz to większych dawkach i przez czas dłuższy, co bardzo ważnym jest przy padaczkach i innych nerwowych cierpieniach jako następstwem tej choroby. Używa się te ziarna pozbawione swych łusek i zadaje się je z miodem lub w postaci mleka z wodą z mięty pieprzowej.

Co do leczenia wnętrzników, znanych pod nazwiskiem *echinococcus*, to Bird (*On the treatment of hydatid cysts in the viscera. Medic. Times and Gaz.* 9) donosi z Australii, gdzie ta choroba jest częsta, o następnym sposobie leczenia. Gdzie te pęcherze w znacznej ilości w wątrobie i płucach się znajdowały, wydalano je przez punkcję i równocześnie stosowano bromek potasu wraz z kamalą, które to środki wpływały na zupełne wydalenie tych pęcherzy i zaniknięcie zawierającej je torby, co Bird tak tłumaczy, że owe środki wewnętrzne niszczą żywotność tych żyjątek. Na północy zaś w Danii, Irlandyi, Norwegii, trzymają się przy leczeniu głównie punkcyi, a potem sztucznego rozszerzenia otworu za pomocą prasowanej gąbki. Użycie aspiracyi przez kankę (kaniulę) nie przedstawia pomyślnego skutku, gdyż pęcherze drugo i trzeciorzędne zatykają zwykle jęj światło i sprzeciwiają się opróżnieniu tym sposobem pierwotnej torebki. Przynajmniej Jonassen z Reykjavik doznawał tej niedogodności zawsze w swęj praktyce. Garriques (*H. I. Bidrag til Spörgsmaal et om Behandlingen af Ekinokokker i Leveren (Hospitals Tidende. Aarg 16. 1873. Nr. 8 i 9)*) zaś zaleca przed stosowaniem punkcyi użycie rozpalonego żelaza aż do wytworzenia strupa i przyłożenia w miejscu jego opadnięcia ciasta Wiedeńskiego (*pasta Viennensis*) kilkanaście razy z przerwami kilkodniowymi za każdą razą, a to dla sprowadzenia zrośnięcia otrzewnej z organami pod nią leżącemi. W przypadkach przez niego leczonych, w końcu przeciął pokrywy brzucha i wy dobył z owego siedliska resztę pęcherzy i ropy, które przy punkcyi pierwotnej nie dały się wydalić. Otwór ten sztuczny utrzymywano otwarty za pomocą rurki kauczukowej, a jamę torebkową wypłukiwano to letnią wodą, to roztworem wodnym kwasu karbolowego. J. Finsen i Jonassen z Islandii przemawiają za takim samym postępowaniem, którego i oni zawsze z pomyślnym skutkiem używają.

W szpitalu uniwersyteckim w Upsali zauważano w r. 1872 następne trzy przypadki przewlekłej biegunki ze współczesnym istnie-

niem grzyba: *Balantidium coli*. 1) Robotnik 46 letni cierpiał już więcej jak od roku na ciągle rozwolnienie, które go w końcu mocno osłabiło. Stolce były często krwawe i następowały 8—10 razy na dobę. Po 3 tygodniowym pobycie w szpitalu wrócił do domu lecz nie w wiele lepszym stanie.

2) Dzierżawca 46 letni, żyjący w niepomysłnych higienicznych warunkach, cierpiał przez 5 miesięcy na nieustanną biegunkę, przy której w końcu 1—2 wypróżnień na godzinę miało miejsce. Wypróżnienia te były w końcu prawie całkiem wodniste i czasami z krwią zmieszane; równocześnie chory miał silne bóle brzucha, wielkie wydymanie i nieznośny świąd w otworze stolcowym. Po 10 dniowym pobycie w szpitalu zmarł w stanie nadzwyczajnego wycieńczenia i wychudzenia wśród objawów zrazikowego zapalenia płuc, które się w ostatnich dniach życia przyłączyło. Przy badaniu zwłok znaleziono w okrężnicy na błonie śluzowej liczne difterytyczne owrzodzenia.

3) Parobek stajenny, 70 letni, cierpiał już od 4 lat na niezbyt żołądka, w ostatnich 3 miesiącach na ciągłą biegunkę. Stolce nie zawierały nigdy krwi, lecz ilość dochodziła do 10—12 na dobę. Po czternastu dniach tak osłabł w skutek biegunki, że ciągle w łóżku leżeć musiał. W końcu ilość stolców zaczęła się pomnażać bez widocznej przyczyny a siły szybko opadać i chory zmarł po 3 tygodniowym pobycie w szpitalu. Przy badaniu zwłok znaleziono w okrężnicy i kiszce prostej nie liczne, powierzchowne i mało rozprzestrzenione owrzodzenia.

W tych wszystkich przypadkach znaleziono *balantidium coli*, a towarzysząca biegunka pochodziła, według mniemania autora, z przyczyn, sprowadzających przewłokły niezbyt kiszek. Wyniki badania zwłok, zawsze jednakowe, wskazują też na jednakową przyczynę, chociaż związek przyczynowy tego pasożytu z całym cierpieniem nie zostaje przez to wyjaśniony i pozostaje i nadal ciemnym.

Środki główne, które w tych przypadkach używano, były makowiec i *Inf. ligni quassiae*. Skutek nie był jednak, jak widać, pomysłny.

POŁOŻNICTWO.

Sprawozdawca Dr. L. Pogorzelski.

A) Wiadomości ogólne.

1) Hogg F. R. The military Lying-in-Hospital at Woolwich. Transact. of the obstetrical society of London. Vol. 35.—2) Wernick A. Ueber eine geburts-hilflich wichtige physiologische Nebenwirkung des Mutterkorns. Centralbl. f. d. med. Wissensch. N. 23. — 3) Schröder. Lehrbuch der Geburtshilfe mit Einschluss der Pathologie der Schwangerschaft und des Wochenbettes. Vierte neue durchgearbeitete Auflage. Bonn.—4) Tenze, A manual of midwifery, including the pathology of pregnancy and the puerperal state.—5) Byford W. H. A treatise on the theory and practice of obstetrics. Second edit. New-York.—6) A begg G. F. H. Zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Gdańsk.—7) Leishmann W. A system of midwifery, including the diseases of pregnancy and the puerperal state. Glasgow.—8) Sãnger. Handbook of Verloskunde. Groningen.—9) Landis H. The action of quinine on the uterus. Med. Times. Febr. 1.—10) Bouqué E. Nouvelle observation de rétention du placenta guérie par la sulfate de quinine. Bull. de la soc. de méd. de Gand. Juin.—11) Boardman C. Ergotine as a haemostatic. Philad. méd. and surg. Report. Febr. 22.—12) Lincoln W. Quinia as a Parturient. Amer. Journ. of méd. Sc. July.—13) Plumb S. On the oxytocic Properties of Quinia. Amer. Journ. of méd. Sc. July.

Wernick (2) doświadczeniami na zwierzętach jako też obserwacjami kobiet rodzących wykazuje, że występujące po użyciu sporyszu (*secale cornutum*) wypełnienia pęcherza moczowego nie pochodzą od kurczowego zaciśnięcia zwieracza pęcherza (*sphincter vesicae*), lecz częściej od zwiększonego wydzielania nerek, i wyprowadza stąd bardzo pouczający i godzien uwagi wniosek, że utrudnienie w wydalaniu płodu, które się przytrafia mimo użycia sporyszu i silnych skurczeń macicy, często zależnym być może od wypełnienia pęcherza. Okoliczność tę w 2 wypadkach niewątpliwie stwierdził. Autor uważa zatem za rzecz konieczną i obowiązkową, przy użyciu sporyszu w czasie porodu baczniejszą jeszcze zwracać uwagę na pęcherz i takowy opróżniać od czasu do czasu za pomocą cewnika.

O korzystnym działaniu chininy u ciężarnych i rodzących, posiadamy 3 następne prace.

Landis (9) w wypadkach zimnicy u kobiet ciężarnych i rodzących wychwala skuteczność chininy, nie tylko pobudzającej bóle porodowe, ale i szybko tamującej krwotoki, i wykazuje to szeregiem przekonujących wypadków. Gdzie zaś nie było zimnicy, nie obserwował bynajmniej wspomnianego powyżej działania chininy.

Lincoln (12) uważa chininę za właściwy i skuteczny środek, aby przy otwartych już ustach macicznych osiągnąć regularne i wzmocnione bóle porodowe. Przeciwnie zadawał on ją kobietom ciężarnym cierpiącym na zimnicę, jeszcze w ostatnich tygodniach ciąży nie przerywając takowej i z zupełną skutecznością przeciw zimnicy.

Plumb (13) przypisuje ważny wpływ chininie na ciążę, jakkolwiek sam podawał ciężarnym chorym na zimnicę, nie spostrzegając złych następstw. Przytacza on wypadek w którym przy znacznym krwotoku z powodu przodującego łożyska (*placenta praevia*) wystarczyło 3 gr. chininy, aby szybko ukończyć poród bez szkody dla matki i znacznej utraty krwi. Dziecko było bardzo słabe i wkrótce zmarło.

B) Statystyka.

1) Kleinwächter L. Wissenschaftlicher Bericht über die Leistungen der geburtshülflichen Klinik für Aerzte und der dazugehörigen Abtheilung der Gebäranstalt zu Prag während des Zeitraums vom 14 März 1870 bis 13 September 1871. Prager-Vierteljahrschrift für prakt. Medicin. I.—2) Johnston. Report of the Rotunda Lying-in-Hospital for the year 1872. Dubl. Journ. of méd. sc. February.—3) Barnes E. Report of Maternity Department from 1854 to 1871. inclin; with observations on revaccination during the smallpox epidemic of 1871. St. Georges Hosp. Report VI. — 4) Städfeldt A. Beretning om den kgl. Fydselsog Plejestiftelse i Kjøbenhavn for Aaret fra 1 April 1872 til 31 Marts 1873.—5) Vogt H. Dødelighed paa Barselrienz i Norge i Tiaaret 1859—1868. Nordisk Magaz. f. Lægevid. R. 3. Bd. 2. p. 414.

Johnston (2) podaje przegląd roczny ważniejszych wypadków w oddziale położniczym szpitala Lying-in-Hospital. Operacyę kleszczową wykonano 131 razy, przyczem 9 kobiet utraciło życie, a z liczby 12 dzieci zmarłych, 10 zmarło przed porodem. W 35 wypadkach zakładano kleszcze, zanim otwór był należycie rozszerzony; wskazaniem do wspomnionój operacyi było nierozszerzenie otworu ust macicznych po wczesném odjeściu wód płodowych i obawa zgorzeli szyjki macicznej. Z liczby matek które przedwczesnie w ten sposób były operowane, 2 zmarły. W 3 wypadkach zakładano kleszcze zbyt wczesnie z powodu zrostów. Zgruchotanie czaszki (*cra-niotomia*) było robione w 5 wypadkach zwięzienia miednicy, między temi 4 razy u pierwiastek: 2 poprzeczne zwięzienia, 2 przednio-tylne i 1 ogólne zwięzienie miednicy, 2 zmarły. Obrót robione 21 razy, między temi w 2 wypadkach były bliźnięta, (5 kobiet zmarło z powodu drgawek, 1 na chorobę Bright'a, 1 z przyczyny pęknięcia maci-

cy, 1 na chorobę umysłową i 1 z powodu krwotoku). 19 było porodów bliźniętami. Krwotoki poporodowe wystąpiły w 6 wypadkach, w 5 wyp. przeszły szczęśliwie po wstrzykiwaniu rozcieńzonego roztworu półtorochlorku żelaza do macicy, jedna kobieta zmarła z powodu choroby plamistej (*Purpura haemorrhagica*).

St a d f e l d t (4) podaje roczne sprawozdanie z zakładu położniczego w Kopenhadze. Liczba rodzących wynosiła 1014; 190 było zamężnych, 824 niezamężnych, 564 pierwiastek, 450 kilkakrotnie rodzących. Poronień było 29. Pomiędzy dziećmi było 556 chłopców, 437 dziewczyn (płeć w 4 poronieniach, nie była wiadoma), i 19 porodów bliźniętami. Liczba zmarłych w czasie porodu (włączając poronienia) wynosiła 4,3%. 29 było wymiękłych. Co się tyczy położenia było: 932 czaszkowych, 8 poprzecznych, 42 dolnym końcem ciała i 3 twarzowe. Kleszcze stosowano 35 razy, obrót 9 razy, odprowadzenie wypadłej rączki i sznurka pępkowego 7 razy. Chorobliwość w położu wynosiła 6,7 (1 na 15), śmiertelność 0,08 (1 na 127). Ogólna śmiertelność pomiędzy 1014 położnicami była 1% (1 na 101). Z liczby żywo urodzonych (961) dzieci zmarło 54 w zakładzie położniczym, między temi 12 w ciągu pierwszych 24 godzin.

V o g t (5) podaje 531,687 porodów w ciągu lat 10-ciu (1859—1868) w ogólności w Norwegii. Poród bliźniętami wypada 1 na 81,1 porodów, trojaki raz na 5969. Śmiertelność obliczona według spisu proboszczów i zameldowania lekarzy wynosiła 1 na 136,91, po odciągnięciu zaś zmarłych w domach położniczych (Chrystjania i Bergen) 1 na 137,00. Śmiertelność w pojedynczych miejscowościach wahała się między 1 na 265 (okręg Chrystjania) i 1 na 80 (okręg Finnmarken). W ogólności im bardziej ku północy śmiertelność była większa, gdzie zarazem coraz trudniej jest o sztuczną pomoc. W Chrystjaniu zmarła 1 na 143, w Bergen 1 na 90. W Bergen obserwowano także większą liczbę manii położowych niż w Chrystjaniu, a mianowicie 1 na 45,8 i 1 na 56,9 porodów. Aby wykryć możliwą przyczynę większej śmiertelności w Bergen, autor bada warunki ekonomiczne położnic zmarłych 1859—1871 i częstość śmiertelności w rozmaitych miesiącach. W wspomnianych 13 latach zmarło w Bergen 135 położnic, z tych 51 należało do zamożniejszych, 78 do mniej zamożnych. Śmiertelność stosunkowo była znaczniejsza pomiędzy klasą zamożniejszą. Od października do marca zmarło 94 (resp. 15, 12, 21, 20, 15, 11), a od kwietnia do września 41 (resp. 10, 5, 7, 9, 8, 2). Ponieważ kwiecień musimy zaliczyć do zimowych miesięcy, umiera przecięciowo w każdym z 7 zimowych miesięcy 14,85, w każ-

dym zaś z 5 letnich miesięcy tylko 6,2. Z pomiędzy dzieci niżej jednego roku, większa także liczba zmarła w Bergen niż w innych miastach Norwegii. Zakład położniczy otwartym jest od 8 lat i z pomiędzy 701 położnic, które tamże poród odbywały, były tylko 3 wypadki śmierci, z tych jedna z powodu durzycy brzusznej. Autor wnosi, że większa śmiertelność w Bergen mianowicie w porze zimowej zależy od nieodpowiednich warunków higienicznych podczas położu i niedostatecznego przewietrzania mieszkań, szczególnie zaś warunki klimatyczne można wyłączyć.

C. Ciąża.

I. Anatomia, fizyologia i rozpoznawanie.

1) Müller P. Anatomischer Beweis der Persistenz der Cervicalkanäle während der Schwangerschaft. Verletzung der äussern Genitalien. Verhandl. der Würzb. phys. med. Gesellsch. V. 2 i 3.—2) Rotter E. Ueber fühlabares Uteringeräusch. Arch. für Gynaek.—3) Woodson. T. Case of early conception after delivery at full term. Philad. med. et surg. reporter. Jan. 11.—4) Bird. S. Pregnancy ensuing on amenorrhoea eight months. Excessive pain during the normal uterine contractions. The British. med. journ. Dec. 6.

P. Müller (1) przedstawił macicę kobiety ciężarnej nagle w skutek krwotoku w 36 tygodniu ciąży zmarłej, w której zachował się niezmienny kanał szyjki macicznej a nawet nieco wydłużony, jak to już dawniej wykazaniem zostało rysunkami przez Brauna'a. Krwotok w tym wypadku pochodził z małej ranki znajdującej się pomiędzy lechtaczką i cewką moczową.

Rotter (2) przytacza wypadki ciąży w ostatnich tygodniach, w których można było stwierdzić podobne do szmerów macicznych i widocznie z odpowiednich przyczyn powstające drganie ścian tętniczych macicy ciężarnej. Wyczuwał takowe nie tylko przez pochwę jak to dawniej jeszcze obserwował i opisał Rapin, ale także i przy omacywaniu powłok brzusznych w okolicy pępka i poniżej tegoż. Że zaś to wyczuwalne drganie w samej rzeczy pochodziło od ścian tętnic macicy, można było stwierdzić tym sposobem, że niejednokrotnie sprawdzono, iż drganie naczynia przechodziło bezpośrednio w pulsacyą izochroniczną z tętnem promieniowem matki.

II. Patologia.

a) Powikłania.

1) Neuschler, Gebärmuttergeschwulst als Geburtshinderniss, Tod ohne Entbindung. Würtemb. med. Corresp.-Bl. N. 15.—2) Cohnstein, Ueber die Complication der Schwangerschaft und Geburt mit Gebärmutterkrebs. Arch. f. Gyn. V. 2.—3) Philipps J. Two cases of labour complicated with malignant disease of the genital passage. The lancet. March. 1.—4) Chantreuil, Du cancer de l'utérus chez les femmes enceintes. Gaz. des hôp. N. 37.—5) Tenze, Traitement du cancer de l'utérus dans l'état de grossesse, tamże N. 45.—6) Cohnstein, Ueber chirurgische Operationen bei Schwangeren. Sammlung Klin. Vorträge. N. 59.—7) Meyer Lothar, Ueber Pocken beim weiblichen Geschlechte. Berl. Beitr. II. p. 186.—8) Loehlein, Complication von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit beträchtlichem Hydrops ascites e cirrhosi hepatis, tamże II. p. 118.—9) Schönberg, Periodisk Afgang af Vandhos en Barselkvinds. Norsk. Magaz. f. Laegevid. R. 3. Bd. 3. Forh p. 53.—10) Pollen, M. Excessive Vomiting during Pregnancy, St. Louis med. and surg. Journ. Septbr.

Cohnstein (2) opierając się na statystyce wykazuje, że powikłanie ciąży i porodu z rakiem macicy nie jest tak dalece zgubnym, jak to powszechnie dotąd utrzymują. Liczbę znanych już wypadków Vesta (75) pomnożył i zestawił 134 obserwacyi, w których dowodzi, że postać i rozszerzenie raka żadnego wpływu nie wywiera na poród. Przypadłości, jakie rak zwykle powoduje pod wpływem rozpulchnienia tkanek w ciąży, nieco się zmniejszają. Gdy poród działaniem samych tylko bólów porodowych nie może być ukończony, wskazane są rozszerzenia krwawe stwardniałej szyjki macicznej. Sztuczne poronienie i sztucznie wywołany poród przedwczesny nie przedstawiają pomyślnych rezultatów. Co się tyczy rokowania przy tém powikłaniu w ogólności to ze 126 matek, o których mamy pewne wiadomości wyzdrowiało 54=4,19 na sto. Podczas porodu a właściwie w czasie położu zmarło 72=57,1. Ze 116 dzieci było 42=36,2 żywo urodzonych, zaś 72=63,8 martwych.

Philipps (3) w wypadku raka wikłającego poród zaleca rozszerzanie rozszerzadłem gumowem Barnes'a, jeżeli zaś to nie wystarcza należy za pomocą nacięć utworzyć swobodne przejście dla płodu. Nacięcia te jednak należy wykonywać o ile można w zdrowych jeszcze częściach.

Chantreuil (4) przytacza wypadek wspomnianego powyżej powikłania. U 32 letniej kobiety ósmy raz rodzącej, dotkniętej

rakiem macicy, ciąża miała zwykły przebieg. Poród był bardzo bolesny; rozszerzanie niepodatnego otworu ust macicznych odbywało się bardzo powoli, i połączone było z obfitemi krwotokami. Pojawiła się biegunka i zapalenie błony śluzowej macicy. Wtedy po nacięciu szyjki macicznej, usiłowano płód wydobyć kleszczami. Rodząca przed ukończeniem porodu zmarła.

Tenże sam autor w drugiej swej pracy (5) podaje wskazówki do postępowania lekarskiego w razie powyższych powikłań. Zaleca on sztucznie wywołany poród przedwczesny przed ósmym miesiącem, t. j. gdy zwyrodnienie rakowate na otwór wewnętrzny ust macicznych nie przeszło. Jeżeli ciąża doszła naznaczonego kresu przy owém powikłaniu, należy według autora zrobić głębokie nacięcia i zastosować kleszcze. Obrót nie okazał pomyślnych skutków. W dwóch wypadkach wyłuszczone guz przed porodem. W obu wypadkach urodziły się dzieci żywe, matki jednak zmarły, z tych jedna piątego dnia, druga w 16 miesiącu, po porodzie. Cięcie cesarskie powinno być wykonane, gdy podczas porodu nastąpiło pęknięcie macicy a dziecko żyje, oraz w wypadkach gdy z powodu osłabienia rodzącej (!) innych operacyj mających na celu wydobyć płodu musimy się wyrzec.

C o h n s t e i n (6) traktuje o rokowaniu przy operacjach chirurgicznych wykonywanych podczas ciąży tak co do przebiegu tej ostatniej, jako też pod względem niebezpieczeństwa, któreby mogło zależeć od ciężarnego stanu kobiety. Autor opiera swe uwagi na zestawieniu 118 wypadków większych operacyj. W ogólności dochodzi on do przekonania, że ciąża wykonaniu operacyj chirurgicznych w żadnym razie i pod żadnymi warunkami nie jest przeciwwskazana. Następnie szczegółowo przechodzi rozmaite operacje: upust krwi, bez względu na to z jakich powodów był wskazany, nie powoduje poronienia, jeśli wykonany został w stawie łokciowym; w siedmiu wypadkach wykonania takowego na goleni, cztery razy był przyczyną poronienia. Przetoczenia krwi żadnego nie mają wpływu na przebieg ciąży. Podobnież przekłócia próbne t r ó j g r a Ń c e m lub szprycą P r a v a t z ' a. Jednakże po wstrzykiwaniach półtorochlorku żelaza do rozszerzonych naczyń krwionośnych następuje pogorszenie, a po przekłóciu ścian macicy wkrótce bywa poronienie i niepomyślne rokowanie dla ciężarnych. Bez wpływu na przebieg ciąży mają być: wydobyć spróchniałych zębów, zastosowanie elektryczności przy nerwobólach u ciężarnych (?), otwarcie ropni, przecięcie nerwu przy newralgii n. trójdzielnego. Dalej nie mają wy-

wierać żadnego wpływu: wprowadzenie moczociągu do pęcherza, także przekłócie pęcherza (*paracentesis*) i wydobywanie kamieni cewką moczową, a nawet cięcie pęcherza (*Lithotomia*) wykonane u ciężarnej w czwartym miesiącu przez *T h o m a s'a*, nie spowodowało przedwczesnego porodu. Mogą także być wykonywane operacje uwięzionej przepukliny (*herniotomia*), gdyż w 11 znanych wypadkach po wykonaniu owój operacji pomiędzy trzecim i szóstym miesiącem ciąży 63% przebieg był pomyślny. Co się tyczy drażących ran brzusznych z powodu zranienia kosa, przebodzenia rogami, takowe zwykle powodują poród przedwczesny, nawet w wypadkach gdy macica żadnemu nie uległa obrażeniu. Nader niepomyślny wpływ u ciężarnych wywiera przecięcie tchawicy (*tracheotomia*) przy cierpieniu przymiotowém krtani, zapaleniu chrząstki krtaniowej, obrzęku głośni (*oedema glottidis*). Złamania kończyn dolnych zarówno przebiegają u ciężarnych jak u nieciężarnych. Nawet obfite krwotoki z pękniętych żyłaków na goleniach nie skracają zwykłego czasu ciąży.

Z liczby znacześniejszych operacyj przytaczają: trzy wypadki odjęcia (*amputatio*) – z tych w dwóch nastąpiło poronienie 14 dnia po operacji, a jeden zakończył się śmiertelnie z powodu zakażenia; dwa wypadki wyluszczenia (*exarticulatio*) w stawie kolanowym i barkowym, jedna chora zmarła, druga poroniła i dopiero zwolna wyzdrowiała; wreszcie dwa wypiłowania (*resectio*) z pomyślnym przebiegiem, bez poronienia. Pod względem operacyj wykonywanych na częściach płciowych kobiet ciężarnych autor podaje: że nacięcia warg sromnych przy puchlinie na pięć wypadków, cztery razy spowodowały poród przedwczesny. Autor jednak robi uwagę że u dwóch kobiet w wspomnianych wypadkach były bliźnięta, która to okoliczność już tém samém do wcześniejszego porodu usposabia. Znaczny zakrzep sromu i pochwy może być bez szkody otwarty. Krwotoki z drobnych obrażeń błony śluzowej pomiędzy cewką moczową i łechtaczką pochodzące, jakkolwiek byłyby one dość znaczne, nie mają powodować przedwczesnego porodu. Przy krwisteku zamacicznym bywa często robione przekłócie w celu rozpoznawczym (*C. Braun*). Przy zropieniu gruczołów *B a r t h o l i n'a* wskazane jest nacięcie; że w jednym z trzech wypadków w ten sposób leczonych śmierć nastąpiła, nie można tego kłaść na karb ciąży. Odjęcie dolnej połowy prawej wargi sromnej z powodu mięsaka wielkości pięści (*S i m o n*), nie miało żadnego wpływu na przebieg ciąży w drugim miesiącu. Noszenie wiarek (*pessaria*) wymaga wielkiej baczości. Wycięcie drobnych brodawek na błonie śluzowej pochwy

nie jest niebezpieczne, jako też rozdzielenie nożem zrosnąć pochwy. Przy obecności polipów podwiązka w pierwszych miesiącach ciąży jest daleko niebezpieczniejsza, aniżeli wycięcie lub skrócenie (*torsio*). Przyżeganie owrzodzeń na ustach macicznych może być bez szkody wykonywane; jednakże w jednym wypadku gdy Broca użył żelaza rozpalonego nastąpiło poronienie ze śmiertelnym zapaleniem otrzewnej. Przy raku lub wyroślach kalafiorowatych przedniej lub tylnej wargi, mianowicie jeżeli guz jest wielki, znacznie krwawi albo też uciska odbytnicę lub pęcherz, wykonywają odjęcie aż do części zdrowych. W tego rodzaju wypadkach, raz tylko nastąpiło poronienie. Po operacjach na kiszce stolcowej zwykle bywają niepomyślne rezultaty. Ropnie sutek, mięsak i rak gruczołów sutkowych weznie należy operować bez względu na ciążę, która przy tego rodzaju operacjach przebiega bez zmiany. Przy powikłaniu ciąży z torbielą jajnika robiono przekłócie w 22 wypadkach. Z tych 15 razy ciąża miała zwykły przebieg; trzy razy zakończyła się w dziewiątym miesiącu, po raz w czwartym, piątym i szóstym miesiącu, w jednym wypadku opóźniła się dwa miesiące. Jednorazowe przekłócie było dostateczne w 11 wypadkach, dwa razy w trzech wypadkach, trzy razy w czterech wypadkach, pięć razy w jednym wypadku, sześć razy w jednym i 16 razy w jednym wypadku. Z sześciu kobiet u których przekłócie było robione trzy i więcej razy, pięć wkrótce po rozwiązaniu z wyniszczenia zmarło. Ovariotomia u ciężarnych dziewięć razy była wykonaną i opisaną, dwa razy w drugim, cztery razy w trzecim, jeden raz w 3—4, dwa razy w czwartym, i jeden raz w piątym miesiącu. Przytem zwykłego kresu doszła ciąża w czterech wypadkach. Ze przekłócie brzucha przy nagromadzeniu płynu nie jest niebezpieczną operacją, stwierdza to autor przytoczeniem pięciu wypadków; za mniej jeszcze niebezpieczną operacją uważa autor przekłócie klatki piersiowej (*Thoracentesis*) u ciężarnych.

Lothar Meyer (7) zebrawszy znaczną statystykę chorych na ospę wykazuje, że śmiertelność w ogólności prawie równa jest u mężczyzn i kobiet, że jednak w rozmaitych epidemjach stosownie do natury i formy jużto bywa większą u mężczyzn już u kobiet. W wysokim zaś stopniu narażone są na niebezpieczeństwo kobiety w części z powodu powikłania z ciążą i porodem, w części z przyczyny wyraźnego usposobienia do ospy z krwawymi wynaczynieniami (*Variola haemorrhagica*), która w samej rzeczy podnosi niebezpieczeństwo epidemii.

Schönberg (9) wspomina o perjodycznym odchodzeniu wody płodowej w ostatniej połowie dwóch po sobie następujących ciąży. Pewna kobieta pierwszy raz rodziła w 26 roku życia. Pierwsza ciąża ukończyła się dobrowolnym porodem na miesiąc przed oznaczonym czasem. W drugiej ciąży z powodu znacznego wyniszczenia chorób wywołany został poród przedwczesny na 2 miesiące przed zwykłym terminem ukończenia się ciąży. W Boeck podobny wypadek spotrzągał. Perjodyczne odchodzenie wody płodowej rozpoczęło się w 4 miesiącu i ciąża ukończyła się dobrowolnym porodem na 3 miesiące przed czasem.

Pallen M. A. (10) z powodu niczem niedających się złagodzić wymiotów u ciężarnej w 6 miesiącu, wywołano poród przedwczesny przez przekłócie błon jaja płodowego. Wkrótce potem wymioty ustały i powrócił apetyt. Po odejściu płodu szybkie zdrowienie.

b) Poronienia. Zaśniady.

1) Phillips I. On retroflexion of the uterus as a frequent cause of abortion. Transact. of the obst. society of London. p. 45.—2) Voelkel A. Zur Casuistik der Molenschwangerschaft. Berl.Klin. Wochenschr. N. 6—3) Garimond, E. Traité théorique et pratique de l'avortement, considéré au point de vue médical, chirurgical et médico-legal. Paris.—4) Isham, A. Treatment of threatened abortion by hypodermic injections of morphia. Amer. Journ. of med. science. Journ.—5) Thomas T. Death from an attempt at criminal abortion by the introduction into the abdominal cavity of a wire 17 $\frac{1}{2}$ " in length.—6) Sanders J. Ergot in abortion, Philad. med. and surg. Report. August II.—7) Flowers S. Ergot in threatened abortion, tamże, July 26.—8) Edling, Fosterfordrifning. Död. Arsenik i Uterus. Hygiena 1863. Pag. 80.—9) Broers H. Over Miskram. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Afd. I. N. 39.

Phillips (1) jako najczęstszą przyczynę mianowicie zwykłych poronień podaje tyłozgięcie, które po największej części już w chwili zapłodnienia istniało. Powodem do poronienia w tych wypadkach bywa ciśnienie, któremu macica z powodu zmiennego położenia w miednicy podlega, a bardziej jeszcze ucisk (z przyczyny owego tyłozgięcia) wypełnionego pęcherza i odbytnicy i usiłowania w celu wypróżnienia tych organów przy współdziałaniu tłoczni brzusznej, wreszcie i zaburzenia w krążeniu jakie w pęcherzu i kiszce stolcowej występują i na łożysko przechodzą. Pod względem leczenia zaleca: w czasie nieciążarnym wyprostowanie macicy i utrzymanie w tém położeniu za pomocą wiązki; podczas ciąży opróżnianie pęcherza i od-

bytnicy przy ciąglem położeniu poziomém, mianowicie na twarzy lub na bok.

I s h a m (4) przy grożącym poronieniu zaleca energiczne użycie morfiny wewnątrznie i podskórnice. Podaje on, że w 7 wypadkach zagrażających poronieniem, zadaniem morfiny takowe powstrzymał, a ciąża dobiegła zwykłego kresu.

T h o m a s (5) podaje bardzo zajmujący wypadek usiłowanego sztucznego poronienia, zakończony zejściem śmiertelném. Mężatka obarczona znaczną liczbą dzieci, czując że znowu zaszała w ciążę wsunęła drut do pochwy z zamiarem wprowadzenia do macicy. Drut jednak się jej wyśliznął, i mimo troskliwego poszukiwania nie mogła takowego odszukać. Przywołany autor przy pomocy wziernika *Sims'a* dostrzegł na lewój ścianie pochwy małe okrągłe zranienie. Następnie za pomocą sondy macicznej kanał rany rozszerzył, nie mógł jednak wykryć obcego ciała. Chora zaraz po badaniu uczuwała w pozycji siedzącej ból w okolicy wątroby. Ból stopniowo się powiększał; później wystąpiło wyraźne zapalenie płuc po stronie prawej i powstały objawy ropni w płucach; operacją autor proponował, tymczasem chora zmarła. Badanie pośmiertne wykazało, że drut używany zwykle do parasoli 17½ cali długości mający przebił sklepienie pochwy z lewej strony, przeszedł po za kiszka mi dosięgając wielkich pni naczyniowych jamy brzusznej i poza wątrobą przebiwszy przeponę wcisnął się do prawego płuca.

E d l i n g (8) 25 letnia niezamężna kobieta, która już raz rodziła, będąc powtórnie w ciąży usiłowała wywołać poronienie. W tym celu wprowadziła wysoko do pochwy rurkę trzcinową i za pomocą tejże wdmuchniętą czy też zastrzykniętą była substancya, która później okazała się być arsenikiem. Zaraz potem rozchorowała się kobieta i w tydzień później zmarła. W 8 dni po pochowaniu ciała, wykonane było badanie pośmiertne. Znaleziono arsenik w macicy mającej 8½ ctm. długości i 5 ctm. szerokości, w żołądku zaś pomimo badania chemicznego, nie nie wykryto. Przytém sprawdzono, że nastąpiło poronienie, pozostało tylko nierozstrzygnięciem, czy stan połogowy czy też zatrucie arsenikiem było przyczyną śmierci w danym wypadku.

S a u n d e r s (6) kilkakrotnie obserwował, że krwotoki poronne, długotrwałe i dosyć znaczne, jeżeli ujście maciczne nie było jeszcze dosyć otwarte, ustępowały po użyciu sporyszu (*secale cornutum*). Stosowanie wspomnianego środka podnosi autor do ważności metody przy rozpoczynającém się poronieniu i wychwała dobre skutki, jak to

obserwował mianowicie u dwóch kobiet, które bardzo często roniły i dzieci nie miały. Lecz zachodzi on jeszcze dalej, radzi bowiem chociaż niema krwotoku stale zadawać sporysz kobietom, które często ronią, w czasie spodziewanego poronienia, mianowicie gdy przyczyna takowego polega na osłabieniu warstwy mięsnej macicy.

Flowers (7) we względzie użycia sporyszu przy rozpoczynającym się poronieniu, doszedł do tychże samych wniosków jak Saunders.

c) Ciąża zewnętrzna maciczna.

1) Cathcart, J. A case of Fallopian pregnancy, with rupture of cyste and death in third week. Philadelphia medical times, December. 2) Ruge C. Zur Extrauterinschwangerschaft. Berliner Beitrag z. Geburt und Gynaek. II. 3. 154. i Berliner klin. Wochenschr. N. 14.—3) Hennig, C. Ueber graviditas ovarico-tubaria. Arch. f. Gynaek. VI. I.—4) Meadows, Case of Extrauterine Foetation. London. transact. p. 70 i 390. 5) Barnes, R. Note on the placenta where gastrotomy is performed in order to remove the foetus in extrauterine gestation, tamże, p. 325.—6) Lawson Tait, F. Successful case of gastrotomy in extrauterine pregnancy. Med. chirurg. transact. I. VI. — 7) Jansch, R. Ein Fall von Schwangerschaft in einem rudimentärer Gebermutterhorn; Verblutungstod. Transmigratio seminis externa. Virchow's Archiv. B. 58. p. 185.—8) Lawson Tait F. Case of extrauterine foetation. Med. Times and gaz. August 2.—9) Hutchison, J. A case of extrauterine foetation simulating ovariau dropsy. The Lancet. July 19.—10) Béhier. Grossesse extra-utérine. Gazette hebdom. de médecine et de chir. N. 30.—11) Depaul Grossesse extrauterine. Gastrotomie, Gaz. de. Hôpit. N. 144.

Meadows (4) traktuje o przecięciu ścian brzusznych, gdy w wypadku ciąży brzusznej objawy wskazują wkrótce mające nastąpić pęknięcie worka torbielowatego. Główne niebezpieczeństwo, które z tego rodzaju operacjami się łączy, zależy od krwotoku pochodzącego w części od usiłowań oddzielenia łożyska, w części od rozluźnienia i oddzielenia worka płodowego. Niebezpieczeństw tych według autora najpewniej można uniknąć, lub przynajmniej takowe zmniejszyć, gdy na worek płodowy nie wywieramy żadnego targania i nie staramy się o oddzielenie łożyska, a tylko po oddaleniu dziecka, podwiązujemy sznurek pępkowy tuż przy łożysku i przecinamy, a następnie zeszywamy ranę jak po ovariotomii.

Barnes (5) również za tém przemawia, aby po przecięciu ścian brzusznych pozostawiono łożysko w błonach płodowych, i że to postępowanie oddawna podane zostało przez Rams-

botham'a, a także i w ostatnich czasach często, z pomyślnym skutkiem bywa stosowane (*Adams*). W każdym jednak razie zaleca Barnes, aby za pomocą lekkiego pociągania za sznurek pepkowy zbadać przytwierdzenie łożyska. Jeżeli takowe będzie bardzo luźno połączone, należy je oddzielić; gdy zaś jest mocno przytwierdzone, należy oczekiwać dobrowolnego oddzielenia.

L a w s o n T a i t (6) stanowczo także podziela wyżej wypowiadziany pogląd, aby przy ciąży zewnątrz-macicznój i przecięciu ścian brzusznych pozostawić łożysko w jamie jajowój i przestrzykiwać jamę co 8 godzin. Rokowanie w tej chorobie stawia autor na równi z rokowaniem w ovariotomii.

Z kazuistyki ciąży zewnątrzmacicznej następujące wypadki zasługują na wzmiankę:

J a e n s c h (7) podaje szczegółowy opis interesującego i rzadkiego wypadku, w którym ciąża rozwinęła się w jednym z niewykształconych rogów macicy dwurożnej. Wypadek ten ściśle obserwowany przez *J a e n s c h'a* i stwierdzony badaniem pośmiertnym stanowi przekonujący dowód, że niepodobniony róg macicy może być siedliskiem ciąży nawet wtedy, gdy brak komunikacji tegoż rogu z główną jamą macicy przedstawiającą rozwinięty róg maciczny.

H u t c h i n s o n (9) podaje historią wypadku, w którym jakkolwiek miał na myśli ciążę zewnątrzmaciczną, zrobił rozpoznanie torbieli złożonej. Dla wyjaśnienia wspomnianego wypadku wykonał przekłócie próbne, przyczem wypłynęło nie wiele płynu kleistego, ciemnego, miejsce ukłócia zamknął i po kilku dniach postanowił przedsięwziąć ściśle poszukiwanie. Chora jednak wkrótce po przekłóciu (w 72 godzin) zmarła przy objawach zapalenia otrzewnej. Sekcyja wykazała znaczny worek płodowy ciąży śródtrzewnej.

C a t h c a r t (1) podaje wypadek ciąży jajowodowej, który o tyle jest zajmującym, że pęknięcie jajowodu nastąpiło 21 dnia ciąży, jak można o tém sądzić z ustania regularności i badania pośmiertnego. *C.* zebrał 220 wypadków ciąży zewnątrzmacicznej, między niemi jednak nie było ani jednego w którymby tak wczesnie nastąpiło śmiertelne zejście, z wyjątkiem tylko wypadku gdzie w 4 tygodnie miało miejsce pęknięcie jajowodu.

R u g e (2) na posiedzeniu Towarzystwa położniczego berlińskiego przedstawił preparat ciąży zewnątrzmacicznej dotyczący kobiety 40 letniej, która w końcu listopada 1871 r. powtórnie zaszła w ciążę, a poprzednio pierwszy poród normalny przed 11 laty przeżyła. W początkach września 1872 r. wystąpiły bóle porodowe i krwotok się po-

jawiał, poród jednak wcale nie nastąpił. Od téj pory chora coraz bardziej chudła, gorączkowała, potworzyły się odleżyny i w październiku po uprzednich bólach kilkodniowych wystąpiła rączka dziecięcia do kiszki stolcowej, prócz tego rozpoznano przy badaniu posokowate, rozpadające się kawałki łożyska. 9 listopada chora zmarła wzbraniając się poddać wszelkiej operacyi. Prócz przedziurawienia odbytnicy znaleziono przedziurawienie kiszki ślepój (*coecum*) i zgiętej (*Sromanum*). Płód mieścił się w torbieli, która odsunęła macicę na prawo, punktem wyjścia zdaje się, że był koniec strzępiasty jajowodu, gdyż lewy jajowód lejkowato przylegał do torbieli.

K o s i ń s k i. (Odejsioie pępkiem zgnilego płodu. Medycyna T. I. N. 30, r. 1873), podaje następnny wypadek. Kobięta wiejska lat 40 mająca zupełnie poprzednio zdrowa, w 7 miesiącu swój 3-cięży ciąży powracając z pola, nagle dostała gwałtownych bólów w brzuchu i padła zemdlona. Później z wolna zaczął się tworzyć guz w okolicy pępka. Chora szukając pomocy lekarskiej, zgłosiła się do kliniki chirurgicznej uniwersyteckiej. Otworem pępka odpływa materya cuchnąca. Po wprowadzeniu zgłębnika, takowy znajdował się w jamie wypełnionej ruchomemi drobnemi ciałami twardemi, a chora upewniała, że otworém tym wychodziły drobne kostki. Wprowadzony zgłębnik przez pochwę do macicy, wnika także do owego zbiornika, natrafia na to samo ciało twarde i spotyka się ze zgłębnikiem przez otwór pępkowy wprowadzonym. To naprowadziło na wniosek, że płód w jamie macicy obumarły wywołał zropienie dna macicy i jamy brzusznej i częściami odchodzi przez pępek. Kosiński po rozszerzeniu otworu pępkowego wy dobył pojedyncze kości 7 miesięcznego płodu.

D. P o r ó d.

I. Porody bliźniętami.

1) Staudé, Foetus compressus in der Nachgeburt. Berliner. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk. B. II. H. 2.—2) Klingelhoefer C., Eine Zwillingsgeburt mit beiden Köpfen im Becken. Berlin. Klin. Wochenschs. N. 2 i 3.—3) Puech A., Des naissances multiples, de leurs causes, de leur fréquence relative. Paris.—4) Underhill, A. Case of twin pregnancy complicated with hydrocephalus. The Brit. med. Journ. Sept. 6.—5) Sandwell E., Case of triplets. The Brit. med. Journ. N. 22.—6) Charrin, Société des sciences medic de Lyon. N. 19.—7) Ritchie, A peculiar case of abortion. Edinb. med. Journ. July.

1) Comeygs Paul, (Case of twins, carried six months, Jaundice, ascites ect. Phil. med. times 1873. 15 Novbr.). Ciężarna, która przed rokiem cierpiała na żółtaczkę, zaczęła doznawać objawów wska-

zujących na obumarciu płodu. Zanim zdołano w tém groźném położeniu uskutecznić wydalenie płodu, urodziły się bliźnięta, jedno z nich jeszcze żywe, drugie zaś najwidoczniej od pewnego czasu zmarłe; powstał bardzo silny krwotok i chora zmarła. Wątroba okazała się zwiększoną i przekrwioną „była marską nie zawierała jednak ropni“. Przewód żółciowy dokieszkowy (*ductus choledochus*) zwężony, pęcherz zaś żółciowy rozszerzony.

2) Molniari, Giov. Batt. (*Complicazione d'un parto gemello risolta mediante operazione. Il raccoglitore med. N. 20*). Poród bliźniętami; główka po szyję urodzonego płodu zawadziła bródką o bródkę w miednicy jeszcze znajdujacego się bliźniaka. Pierwszy sinawy, zmarły, drugi żywy. M. oddzielił tułów zmarłego dziecka od głowy tegoż na wysokości 5 go kręgu szyjowego skutkiem czego nastawiła się zaraz głowa drugiego dziecka, które było w stanie pozornéj śmierci, jednak wkrótce do życia zostało przywrócone. Oddalenie odciętej głowy nie przedstawiało trudności; połów miał przebieg zwykły.

II. Patologia.

a) Miednica.

1) Spiegelberg O., The mechanism of labour in the common forms of contracted pelvis, with remarks regarding Diagnosis. The British med. Journal October 18.—2) Haselberg O., Zum Geburtsmechanismus beim engen Becken. Berlin. Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn. II. 3. p. 211.—3) Dohrn, Ueber die Durchtrittsweise des vorangehenden Schädels durch den Eingang eines einfach platten Beckens. Archiv. f. Gyn. 1.—4) Weber-Ebenhof Ferd., Die Osteomalacie mit besonderer Rücksicht auf dehnbare, sogen. Gummibecken. Prager Vierteljahrschrift f. prakt. Heilkunde. Bd. I.—5) Moore S., A case of osteomalacia. St. George's Hosp. Report. VI.—6) Sasmann E., Das Becken bei angeborener doppelseitiger Hüftgelenkluxation. Arch. f. Gynaek. V. 2. p. 241.—7) Kleinwächter L., Das Luxationsbecken, die Entstehung seiner Form, erläutert an der Hand zweier Fälle. Prager Vierteljahrschr. B. II i III.—8) Leopold G. Ueber die Veränderungen der Beckenform durch einseitige angeborene oder erworbene Oberschenkel-Luxation. Arch. f. Gynaek. V. 3.—9) Kehler, Zur Entwicklungsgeschichte des rachitischen Beckens, tamże. V. 1.—10) Ginsburg, Geburt bei gespaltenem Becken mit Ektropie der Harnblase. Peters. med. Jahrb. 1872. N. 6.

Haselberg (1) w obszernej pracy przedstawia swe zapatrywania i obserwacye pod względem korzyści wykonywania obrotu w miejsce użycia kleszczy przy zwężonej miednicy. Wybór jednéj lub drugiéj metody operacyjnój według niego zależnym jest od rodzaju mechanizmu i ukształtowania czaszki. Przy prostéj kościozmięko-

wój miednicy przodująca główka stawia się skośnie do szwu strzałkowego. Przy zwężeniach mniejszego stopnia przedni wymiar poprzeczny przechodzi przez najbardziej zwężone miejsce pomiędzy wzgórkami i spojeniem łonowym. W razie znaczniejszych zwężeń wymiar największy skośny przechodzi przez konjugatę, a tym samym przez skośne stawienie się czaszki. W tym położeniu wydalenie płodu następuje przy wzmocnionem działaniu macicy i niekiedy zdarza się zachodzenie na siebie kości ciemieniowych. Śmiało można powiedzieć, że tego rodzaju zwężenia miednicy wpływają z jednej strony na niekorzystne ustawienie płodu, a z drugiej opóźniają poród i czynią go niebezpiecznym dla dziecka skutkiem częstego uszkodzenia czaszki. H. radzi nie spieszyć się z obrotem a czekać póki główka dosięgająca wchodu miednicy nie ustawi się dogodniej; gdy to nie nastąpi radzi przystąpić do wykonania obrotu albowiem po dokonaniu takowego jest w mocy główkę wydobyć przez najobszerniejsze wymiary miednicy. Przy zupełnie zwężonej miednicy obrót nie przedstawia żadnej korzyści.

Moore (5) podaje opis miednicy kościozmiękowej, łatwo podlegającej złamaniu (*osteomalacia fracturosa*) 70-letniej niezamężnej kobiety. Załącza przytęm ścisłe wiadomości dotyczące składu chemicznego kości miednicy, która umiarkowanie w wymiarze prostym była zwężona. Tłuszczu 39,42, substancyj klejodajnych 45,04, fosforanów 11,72, węglanów 1,70, rozpuszczalnych soli alkalicznych 2,09, pozostałości 0,03.

Ginsburg (10) opisuje 2 porody, u kobiety dotkniętej niezrośnięciem spojenia łonowego z wywróceniem pęcherza (*ecthopia*). Przy pierwszym porodzie koniecznym było głębokie nacięcie stwardniałej i zwiększonej błony dziewiczej. Drugi poród opóźnił się z powodu nieczynności tłoczni brzusznej, a mianowicie mięśni prostych i skośnych brzucha, którą trzeba było zastąpić sztucznym uciskaniem rękami. Jak w jednym tak i w drugim porodzie po wydaleniu łożyska nastąpiło całkowite opadnięcie macicy. Miednica po ścisłym zbadaniu przez autora okazała się płaską i kościozmiękową podobną do miednicy opisanej przez Litzmanna i Freund'a; brak przeszkody w porodzie przy takim zniepodobnieniu miednicy według autora pochodzi od podatności więzów wyrównywających wadliwy rozwój miednicy.

Kehrer (9) badając rozwój miednicy kościozmiękowej dochodzi do bardzo zajmujących rezultatów, że większa część charakterystycznych zmian miednicy kościozmiękowej istnieje jeszcze pierw-

zanim dzieci zaczną chodzić, a więc przed czasem, w którym ma miejsce ucisk całym ciężarem ciała i opór ze strony panewek. Zkąd się okazuje, że owe charakterystyczne zmiany miednicy kośćcozmiękowej zawdzięczają swe powstawanie naprężaniu mięśni, nie zaś uciskowi ciężaru ciała. Sześć wybornych opisów miednic kośćcozmiękowych pochodzących od dzieci jednorocznych jako też jednego płodu donoszonego, stwierdzają słuszność poglądu autora.

b). Części miękkie maczyny.

1) Boeckel, Eug. De la suture immédiate du périnée déchiré. Gaz. médic. de Strasbourg. N. 12. — 2) Donovan, Jun. Case of hour-glass contraction and morbid adhesion of placenta, with rupture of the funis. The med. Press. and Circular. July. — 3) Hamon, C. Travail de cinquante et une heure; obscurité extrême du diagnostic; cloisonnement longitudinal complet du vagin, ultérieurement reconnu; application du rétroceps; suite de couches heureuses pour l'enfant et pour la mère. Bulet. génér. de thérap. 2. Février. — 4) Jalland, R. Cases of vaginal thrombus. Transact. of the obster. society of London p. 43. 5) Rae, et The use of Electro-Magnetic current in the second stage of labour. Edinb. med. Journ. September.

Boeckel (1) przy świeżem naddarciu krocza zaleca bezzwłocznie nałożyć szew drutowy, przy całkowitem zaś rozdarciu krocza, naprzód zszywa ze strony odbytnicy i druty krótko przycina. Następnie zszywa od strony pochwy, a wtedy dopiero zakłada szwy powierzchniowe i głębokie na linii pośrodkowej (*raphe*). 3-go dnia po operacyi stara się o wywołanie stolców.

Hamon (3) obserwował 29 letnią kobietę po raz pierwszy rodzącą, która męczyła się pracą porodową od 51 godzin. Przeszkoda w tym razie było prawie zupełne zarośnięcie pochwy. Poniżej cewki moczowej znaleziono mały otwór, w który zaledwie końce palców wchodziły, i wtedy można było wyczuć błony jajowe i główkę. Otwór ten za pomocą palców rozszerzono, pęcherz przekłóto, i wreszcie po założeniu kleszczy wydobyto dziecko żywe. Po operacyi mocny krwotok. Przebieg położu nie przedstawiał nic szczególnego.

Rae (5) zachwala użycie elektro-magnetyzmu dla pobudzenia skurczów macicznych w okresie wydalania płodu przy bezwładzie macicy (*atonia*). W pierwszym swym wypadku stosował działanie strumienia przez 3 minuty, gdy uprzednio przez 9 godzin macica była zupełnie beczynną. W czasie tych 3 minut powstały silne kur-

cze maciczne. Po dwukrotném jeszcze zastosowaniu strumienia przez 3 minuty, ukazała się główka na międzykroczu. W drugim wypadku u kobiety 4-y raz rodzącej, poród trwał już 30 godzin. Zadawano sporysz, wyskok i inne środki podniecające bez żadnego skutku. Wtedy zastosował autor działanie stosu i w ciągu 90 sekund bardzo silne skurcze wypchnęły główkę. Następnie po krótkiej przerwie wynoszącej kilka minut, jeszcze raz zastosował działanie biegunów, znowu powstały silne kurcze i wyprowadziły główkę poza krocze. 3-ci wypadek: kobieta 32-letnia 7 raz rodząca, poród trwa od 24 godzin, otwór ust macicznych wielkości szylinga. Środki podniecające i sporysz bez skutku były zadawane. Zastosowano działanie strumienia przez minutę, przystąpiły skurcze i ujście zaczęło się nieco rozszerzać; następnie w 15 minut po rozpoczęciu elektryzacji wystąpiła główka, pomimo, że wychód miednicy z powodu właściwego umiejscowienia kości ogonowej był nieco zwężony. Co się tyczy użycia elektryczności autor podaje, że jeden biegun (blaszkę metalową wielkości dwóch rąk, 6 cali długą, a 2 szeroką, zakrzywioną) umieszcza na brzuchu, drugi biegun przykładą na międzykroczu, oba zaś te bieguny połączone są za pomocą blaszki poprzecznej.

Biegun na brzuchu umieszczony przy pomocy kompressów z płótna sama rodząca przyciska do brzucha, biegunem zaś na międzykroczu, który jest podłużny, owalny, 4 cale długi, $1\frac{3}{4}$ szeroki, $\frac{1}{2}$ cala gruby, kieruje sam operator. Wreszcie zaleca autor użycie elektryczności przy bezwładzie macicy zaraz po porodzie. Autor sądzi także, że i przy włókniakach za pomocą elektryczności można osiągnąć zanikanie tychże. Podobny skutek według autora można otrzymać zadawaniem sporyszu, nie możnaby tylko bez niebezpieczeństwa dla ogólnego stanu chorób, zadawać go w odpowiednio wielkich dawkach.

c. Pęknięcia i wynicowania.

1) Haselberg, Ruptura Uteri. Berl. Beiträge. 2. — 2) Spiegelberg Spontane Reversion vollständiger puerperaler Umstülpung der Gebärmutter nach längerem Bestehen. Arch. f. Gynäk. V. 1. — 3) Moldenhauer, Ein Fall von Ruptura uteri. Arch. f. Gynaek VI.—4) Weiss, Des reductions de l'inversion utérine consécutive à la délivrance.

Haselberg (1) opisuje wypadek pęknięcia macicy u 5-y raz rodzącej, u której poprzednie porody ciężko jednak pomyślnie się ukończyły. Posiadała ona zwężenie miednicy (*Conj. vera* 4 cale, wy-

miar poprzeczny 5 cali). Dziecko, które urodziła było znacznej wielkości tak że wymiary jego były większe od zwykle spotykanych i ważyło przeszło 9 funtów. Mimo silnych kurczów główka nie stawała się wcale. Założono kleszcze bezskutecznie, po kilku godzinach powtórnie założono kleszcze lecz na próżno. W kilka godzin później nastąpiło pęknięcie macicy. Wtedy dopiero można było skutecznie wydobyć płód kleszczami, jakkolwiek z pomocą dość silnych pociągających. Kobieta wkrótce po rozwiązaniu zmarła. Pęknięcie znajdowało się w miejscu połączenia przedniej ściany pochwy z macicą i rozszerzało się na prawo. Płód umieszczony był w jamie z otrzewnej utworzonej, ciało macicy skierowane na lewo. Autor powstanie pęknięcia nie przypisuje operacji kleszczowej, ani zachodzącemu niestosunkowi pomiędzy prawie normalną jeszcze miednicą i za wielką głową, lecz odnosi je do cierpienia samej ściany macicy, które najczęściej do powstawania krwisteku przedmacicznego (*Haematoma anteterinum*), podniesienia otrzewnej, a następnie do rozdarcia ścian macicy prowadzi.

Weiss (4) szczegółowo traktuje o wyciowaniu macicy. Z działu dotyczącego leczenia przytaczamy następujące szczegóły. Odprowadzenie może być wykonane według różnych metod. 1) Rozmaite sposoby odprowadzenia: odprowadzenie dna, ciała macicy, odprowadzenie części bocznych macicy (według Sims'a w dwóch tempach), odprowadzenie tylnej następnie przedniej ściany macicy (według Berrier'a), wreszcie odprowadzenie odbytnicopochwowe (według Kiwisch'a). Ostatnie postępowanie zmodyfikował Courty w ten sposób, że szyjkę macicy ściąga za pomocą kleszczy Muzeux'go, następnie dwa palce prawej ręki wprowadza do odbytnicy dla umocowania dolnego odcinka macicy, a lewą ręką wchodzi do pochwy, aby odprowadzić ciało macicy. Autor odzywa się przeciw tej metodzie, gdyż ona wystawia na obrażenia odbytnicę. 2) belladonna (1 : 8) i atropina aby usunąć ściągnięcie otworu wewnętrznego 3) eter i chloroform aż do mocnego odurzenia 4) cięcie otworu zewnętrznego. Sims robi 3 nacięcia przedłużając takowe aż (?) do otworu wewnętrznego: 2 boczne, jedno od tyłu. Autor przy cięciach bocznych obawia się zranienia tętnicy macicznej. 5) Metoda Thomas'a używana w wypadkach mało nadziei przedstawiających: cięcie brzuszne jak przy ovariotomii, rozszerzenie otworu wewnętrznego przez jamę brzuszną za pomocą pincety rozszerzającej, odprowadzenie przez pochwę. Uleczenie w ciągu 8 dni. Zamknięcie szyjki macicznej za pomocą szwu raz tylko wykonane by-

ło przez Emmet'a, gdy odprowadzenie częściowo mu się tylko powiodło. Nastąpiło dobrowolne odprowadzenie na pewien tylko czas; po zdjęciu szwu powróciło wycisowanie macicy. Wtedy jednak przez nastawienie (Taxis) zdołano wycisowanie stale usunąć. 7) odprowadzenie za pomocą narzędzi. Depaul używał pręcika guziczkowego; sposobu jednak tego z przyczyny możliwego obrażenia ściany macicy należy unikać.

Stopniowe odprowadzenie było wykonywane 1) przez Siebold'a i Borggreve z pomocą pręcika guziczkowego 2) za pomocą wiarek powietrzem wypełnionych przez Fessenmayer'a i Tyler Smith'a z tych ostatni prócz stosowania wiarek, wykonywa odprowadzenie za pomocą rąk.

3) Martin z Orleanu przy użyciu zimnych dusz otrzymał zupełne uleczenie w ciągu 12 dni.

Rybicki (Wypadnięcie dolnej części macicy wraz z główką płodu podczas porodu czasowego.—Pamiętnik Towarz. Lekars. Warszawskiego r. 1873. p. 48). U włośnianki lat 22 liczącej nastąpił w d. 2 Lutego r. b. poród czasowy. Na drugi dzień przy silnych bólach porodowych i wydymaniach, pęcherz płodowy pękł, wody odeszły, a z pomiędzy części rodnych wysuwać się zaczął guz mięsisty z otworem. Na 3-ci dzień wezwany R. zastał rodzącą bardzo osłabioną, bóle porodowe prawie zupełnie od kilkunastu godzin ustały. Z pomiędzy części sromnych sterczał guz mięsisty wielkości główki noworodka, o powierzchni gładkiej, barwy różowej, niebolesny, kształtu stożka. Sterczący wierzchołek guza zwrócony był ku przodowi i ku górze, w nim znajdował się otwór wielkości dwuzłotówki, brzegi otworu grube na pół cala, nierówne, przez otwór można było widzieć porośłą włoskami przodującą czaszkę. R. odprowadził guz do pochwy, rozszerzył otwór ust macicznych po zrobieniu dwóch cięć bocznym około 2 cali długości mających, poczem urodziło się dziecko płci żeńskiej, żywe, donoszone, ale drobne. W położu wystąpiło zapalenie pochwy (*Colpitis*), które jednak szczęśliwie przeszło, a 13-go dnia po rozwiązaniu powstała mania *puerperalis*; chora jednak wyzdrowiała. Przypadek powyższy należy do rzadszych wydarzeń położniczych z tego też powodu zasługuje na uwagę, jak również ze względu na pomyślny rezultat pomocy położniczej.

d). K r w o t o k i.

1) Bassett, J. Accidental haemorrhage; fatal in seven hours without delivery. Lond. transact. p. 58. — 2) Spencer, J. Sudden Death During Labour.

The med. press and Circular. Nov. 5.—3) Barnes The treatment of post partum haemorrhage. The Brit. med. Journ. Nov. 29. — 4) Whittle, E. The antioipation of post partum haemorrhage. The Britisch med. Journ. Sept. 27.

Bassett (1) opisuje wypadek krwotoku wewnętrznego, który w ciągu 7 godzin wystąpił u ciężarnej w 8 miesiącu, bez żadnych śladów krwotoku zewnętrznego, jedynie tylko przy wysoko posuniętym upadku sił. Rozpoznanie krwotoku tylko z powodu upadku sił mogło być zrobione. Kobieta zmarła przed rozwiązaniem. Sekcyja wykazała bardzo znaczne zebranie krwi pod łożyskiem. Krew nie mogła się przedostać ku dołowi i wystąpić na zewnątrz, ponieważ kosmówka z brzegiem łożyska do samego dołu była zrosnięta. Masa krwi wydeła workowato ścianę macicy w miejscu przyczepienia łożyska. Autor bardziej skłonny jest przyjąć za przyczynę śmierci owo znaczne targanie ścian macicy, niżeli utratę krwi.

Spencer (2) przytacza wypadek nagłej śmierci w czasie porodu z powodu krwotoku z wrzodu dziurawiącego żołądka u osłabionej pierwiastki. Zmarła przed rozwiązaniem. W kwadrans potem zrobione było cięcie cesarskie, nie zdołało jednak ocalić 7 miesięcznych bliźniąt.

Whittle (4) sądzi, że krwotok poporodowy można przewidzieć jeszcze w czasie wydalania płodu, gdy bóle porodowe są krótkie, szybko po sobie następują, przy zupełnym zwolnieniu ścian macicy w chwilach wolnych od bólu. Aby w tego rodzaju wypadkach uniknąć krwotoku następczego, zaleca on stosownie do swych doświadczeń, wkrótce po należytym rozszerzeniu otworu ust macicznych i rozpułchnieniu miękkich części wchodu pochwy (*introitus vaginae*) podawać wielką dawkę sporyszu i takową powtarzać, jeżeli w ciągu godziny nie wystąpią silniejsze, regularne z większemi przestankami bóle porodowe.

e). P ł ó d.

- 1) Müller, P. Zur Aetiologie der Knielage. Arch. f. Gynaek V.—2) Fehling, H. Ueber die Compression des Schädels bei der Geburt. Arch. f. Gynaekol. VI. — 3) Raschkow, Beitrag zur Lehre von der intrauterinen Gliederablösung. tamże p. 177. — 4) Irgons, Hernia cerebri som Födselshindring. Norsk. Magaz. f. Lägevid. Forh. p. 7. — 5) Fasbender, Verletzungen des Kopfnickers bei der Geburt Arch. f. Gyn. II. p. 170. — 6) Vedeler, Perforation og Extraction af hydrocephalisk Hoved paa et levende Foster. Norsk Magaz. f. Lägevid. R. 3. Bd. 2.

Forb. p. 165.—7) Duncan, J. On a digital Impression produced by the Accoucheur in the cranium of a Foetus during Birth. its History and Results. British. med. Journ. Octb. 18. — 8) Park, R. On a case prolonged. utero-gestation. Glasgow. med. Journ. Aug.

Irgens (4) przytacza następny wypadek. 42-letnia kobieta 11 razy rodziła siłami natury i raz jeden przed 1½ rokiem poroniła. Bóle porodowe trwały cały dzień, położenie płodu ukośne, główka zwrócona ku dołowi biodrowemu prawemu, wielki guz biorący początek z główki poprzedzał takową, przyczem próbowano wykonać obrót lecz napróżno. Poruszenia płodu ustały. Po otworzeniu guza wypłynęła znaczna ilość substancji mózgowej wraz z surowicą i krwią zmieszanej. Dziecko było donoszone i ważyło 3,200 grammów, a po napełnieniu guza wodą jeszcze 200 grammów więcej. Brakowało części łuskowej kości potylicznej, zaś kości czołowe i wierzchołek czaszki były spłaszczone. Guz wychodził z tylnej części głowy, przy podstawie był nieco ściągnięty, skórą okryty, chłodny z wyjątkiem przy podstawie. Tworzył on jakby przedłużenie głowy ku tyłowi. Największa objętość głowy przy napełnieniu guza wynosiła 48 Cm., odległość zaś pomiędzy korzeniem nosa i najbardziej wzniesionym punktem guza 21 cm. Poziomy obwód guza od lewego brzegu kości ciemieniowej do odpowiedniego miejsca drugiej strony wynosił 25 cm. W danym wypadku była przepuklina mózgowia tylna komunikująca bardzo znacznym otworem z jamą czaszkową.

Vedeler (6). Pierwiastka, 19 lat mająca. Poród trwa od 3 dni, poprzedza główka przedstawiająca wielki guz. Zwężenia miednicy nie było, kurecze maciczne ustały. Próbowano wydobyć za pomocą kleszczy, lecz napróżno. Kobieta bardzo osłabiona. tętno 120. Ciepłota powiększona, język suchy. Górna część pochwy prawie paląca, sucha. Tony serca płodu słabsze niż poprzednio (80—90). Autor, pomimo że płód był jeszcze przy życiu, przebił główkę hydrocefaliczną za pomocą świdra, poczem wypłynął plyn surowiczy. Następnie płód wydobyto, przyczem odpłynęła znaczna ilość substancji mózgowej. Kobieta wyzdrowiała.

Schönberg sądzi, że w podobnych wypadkach należałoby się ograniczyć na koniecznym zmniejszeniu główki przez wypuszczenie wody, ponieważ przekłócie musi bezwarunkowo śmiertelnie wpłynąć na dziecko i obowiązkiem jest lekarza dziecko jak można najdłużej przy życiu utrzymać. Przytacza wypadek zachowania życia dziecku w 3 miesiącu po porodzie.

f). Części dodatkowe płodu.

1) *Hug en b e r g e r*, Zur Lehre vom vorzeitigen Blasensprungeo. *Petersburger. med. Zeitschrift* 1872. H. 4 i 5. — 2) *Be c k e r*, Hydrorrhoea gravidarum bei Conglutination des Orificium uteri. *Bayr. ärztlich. Intelligenzbl.* N. 27. — 3) *H e n n i g*, Ueber Syphilis placentaris. *Archiv f. Gynäkol.* V. — 4) *C h a m b a r d*, Uu placenta atteint d'infiltration calcaire. *Lyon medical.* N. 25. — 5) *O'Farell*, G. On abscess in the placenta. *Philad. med. times.* Nov. 29.

Hennig (3) w lipskiem Towarzystwie akuszerijnym przedsta-
wił preparaty łożyska przymiotowego. Kosmki przymiotowej ko-
smówki okazują zanikanie naczyń od zwiężenia ich światła aż do zu-
pełnego zaniknięcia. Sąsiednie, zdrowe kosmki skutkiem bujania ich
błony śluzowej, zamieniają się w tkankę włóknistą. Prócz tego wi-
dzieć można niekiedy dokoła wylewy krwi i wysięki.

O'Farell (5) przytacza bardzo ciekawy wypadek cierpienia
łożyskowego. 20 letnia kobieta, pierwiastka, będąc w 6 miesiącu
ciąży, uderzoną została w brzuch. Wskutek tego poruszenia płodu
ustały, i brzuch przestał się powiększać. We właściwym czasie uro-
dziła płód mały i całkiem przegniły. Łożysko, które samo odeszło
było grube, twarde, ciężkie i w samym środku przedstawiało ropień
zawierający ze 12 uncyi cuchnącej ropy.

g). Drga w k i.

1) *B a a d e r* A. Vier Fälle von Eklampsie der Schwangern. *Correspondenzbl.*
f. *Schweizer Aerzte.* N. 21. — 2) *J a c o b s*. Ein Fall von Eclampsia parturientium.
Berl. Klin. Wochenschr. N. 22. — 3) *S w a y n e* I. Case of puerperal convulsions. *The*
British med. Journ. June 19. — 4) *P o r t e r* J. On external diaphoretics, particu-
larly the „Wet Pack“ in eclampsia connected with albuminuria. *Americ. Journ.*
of méd. sc. July. — 5) *H a d d o n* I. Puerperal Tetanus. *Edinb. med. Journ.* July.
6) *C u r t i s* *S m i t h* T. A case of puerperal Tetanus. *Philad. med. and surg.*
Reporter, September 20. — 7) *C h a r p e n t i e r*. Résultats comparatifs des princi-
pales méthodes de traitement de l'eclampsie. *Gaz. des hôp.* N. 22. — 8) *B a m-*
berg I. Ueber Chorea gravidarum. *Inaug. Dissert.* Berlin. — 9) *A r n o l d t* R.
Ueber Chorea gravidarum. *Inaug. Dissert.* Berlin.

S w a y n e (3) wspomina o wypadku eklampsji z powodu
mocznicy u pierwiastki w 8 miesiącu ciąży. Po 31 napadach doko-
nano przymusowego rozwiązania. Dziecko zmarło, rodząca stopniowo
przyszła do siebie, dotkniętą jednak została porażeniem języka. 20 go
dnia, prócz powyższego cierpienia, zdawała się być prawie zupełnie

zdrowa, gdy nagle po obfitym mięsny obiedzie dostała drgawek ogólnych i wśród tychże zmarła. Badanie pośmiertne nie było robione. Autor jednak śmiertelny ten wypadek odnosi do cierpienia mózgowego, powstałego podczas porodu przy eklampsyi, które 20-go dnia się wznowiło i zakończyło śmiercią.

Porter (4) zaleca przy leczeniu eklampsyi z powodu moczniccy powstałej obwijania wilgotne. W wypadkach bardzo suchej i szorstkiej skóry, chora zawija się w wilgotne zimne prześcieradło, przy miękkiej zaś skórze w wilgotne i ciepłe jak tylko znieść można. Metoda ta („*Wet Pack*“) stosowaną była także z pomyślnym skutkiem przez Jaquet'a w Berlinie. Z powyższą metodą korzystnie można łączyć użycie zimnych okładów na głowę i środków przeczyszczających (*kalomel, ol krotonowy*).

Curtis Smith (6) opisuje wypadek tęcza i szczękocisku u kobiety 4 raz rodzącej. Wspomniona kobieta była osłabioną, nerwową, przechodziła rozmaite cierpienia macicy, po pierwszych porodach długi przebywała połów, przy czwartym porodzie dostała tęcza i szczękocisku. Szczęki mocno były zaciśnięte, mięśnie kończyn i grzbietu kurczowo ściśnięte, ból gwałtowny w karku i grzbiecie. Tętno było przyspieszone, ciepłota nie podwyższona, mocz bez białka, i mózg zupełnie swobodny. Napady występowały za najmujejszem dotknięciem ciała i drobném poruszeniem, gdy wreszcie inna osoba weszła do pokoju. O godzinie 4 po południu nastąpiło zwykłe rozwiązanie. Do godziny 7-jej wieczorem stan był zadawalniający, później wystąpiły świeże napady z kurczowém wykrzywianiem głowy ku tyłowi do tego stopnia, że ciało wspierało się tylko na potylicy i piętach, prócz tego były także napady jak w czasie porodu. W nocy o godzinie 1-jej zmarła.

Rybieki (Dwa przypadki drgawek porodowych *eclampsia*, *Medycyna T. I. N. 28 i 29 r 1873*). Pierwszy wypadek dotyczył zupełnie zdrowej dotąd kobiety, która przy czwartym porodzie skutkiem błędów w dyecie 3-dniowego zaparcia stolca dostała gwałtownej kolki gazowej (*colica flatulenta in puerperio*). W 14 godzin po porodzie uległa pierwszemu napadowi eklampsyi, następnie było jeszcze 5 napadów w przestankach około pół godziny wynoszących. Chora zmarła, dziecko pozostało zdrowe i żywe. R. uważa ten wypadek jako *Eclampsia ab ingestis*.

Drugi wypadek dotyczył kobiety drugi raz rodzącej, która przy pierwszym porodzie kleszczowym dotknięta była 4 napadami, zaś przy drugim porodzie było 12 napadów eklampsyi. Po ostatnim

napadzie nastąpił sen głęboki kilkanaście godzin trwający. Przebieg położu zwykły. Wyzdrowienie. R. przytacza 9 wypadków eklampsyi z prywatnej swęj praktyki leczonych bez upustu krwi, z tych jeden tylko zakończył się śmiercią. Opierając się więc na faktach, wykazuje bezużyteczność, a nawet szkodliwość upustu krwi przy eklampsyi mogącego sprowadzić tylko nadwątlenie sił położnicy.

Charpentier (7) porównywa pod względem skuteczności rozmaite metody lecznicze eklampsyi i dochodzi do następných wyników. 1) Upust krwi. Na 210 wypadków w 72 nie było żadnego rezultatu, w 46 pogorszenie napadów, w 92 pomniejszenie i ustąpienie napadów, przytém było 35% wypadków śmierci. 2) Środki znieczulające: chloroformu użyto 36 razy: w 8 wypadkach bezskutecznie, w 6 z pogorszeniem, w 49 z polepszeniem pomiędzy któremi było 48 uzdrowień i jeden wypadek następnie zakończył się śmiercią. Chloral używany był w 7 wypadkach, wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem, w jednym jednak wypadku po użyciu chloralu nie spostrzegano żadnego polepszenia.

Bamberg (8) wspomina o śmiertelnie zakończonym wypadku płasawicy (*chorea*) u ciężarnej po raz 4-ty w trzecim miesiącu ciąży. Śmierć nastąpiła w 14 dni od chwili wystąpienia pierwszych napadów. Badanie pośmiertne wykazało: zapalenie wsierdza, zapalenie mięśnia sercowego (*myocarditis parenchymatosa*), tłuszczowe zwyrodnienie ścian aorty, błonice krtani i gardzieli, mięszone zapalenie nerek i wątroby (*nephritis et hepatitis parenchymatosa pergravis*), świeży wylew krwawy międzyoponowy po stronie prawej (*haemorrhagia recens intermeningealis lateralis dextra*), rozszerzenie kanału rdzeniowego w części szyjowej. Prócz tego pomieścił tu autor przegląd krytyczny 45 innych wypadków, które zakończyły się wyzdrowieniem i 18 śmiercią zakończonych.

E) Operacye.

a) W ogólności.

1) Barnes. R. *Traité sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorrhagies*. Trad. sur la seconde édition angl. par A. E. Cordes, avec une préface du professeur Pajot. Paris. Masson.—2) Lowndes Fred. *Statistics of Stuebirths*. Lond. Transactions p. 283.—3) Macdonald Angus. *An the Comparative Advantages of Forceps, of Turning, and of Premature Labour in Contracted Pelvis: Illustrated by the Obstetrical Histories of Two Women*. Edinb. méd. Journ. Sept.

M a c d o n a l d (3) jest zdania, że przy zwięzłej miednicy nie należy przedsiębrać żadnych operacyj przed zwykłym terminem ukończenia się ciąży. Stanowczo zatem odrzuca sztuką wywołany poród przedwczesny. Utrzymuje, że należy pilnie śledzić początek porodu i wtedy zrobić wybór pomiędzy naturalnym przebiegiem porodu, lub użyciem kleszczy, obrotu, przedziurawienia i kefalotrypsyi lub cięcia cesarskiego.

b) Poród przedwczesny sztuką wywołany.

1) **Drescher K.** Ein Fall von künstlicher Frühgeburt nebst einigen Bemerkungen über die verschiedenen Methoden zur Einleitung des artificiellen Part. prätermaturus. Medic. Correspondenzbl. des Württemberg. ärzt. Vereins. 30 Juni.—
2) **Greulich R.** Die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge, Diss. inaug. Berlin.—
3) **Betz.** Zwei Fälle von künstlichem partus praematurus. Memorabilien. N. 4.—
4) **Morris R.** A safe method of inducing premature labour. The British med. Journ. Sept. 6.—
4) **Chambard.** Observation d'un cas de dystocie, Lyon médical. Nov. 19.

Morris (4) zaleca użycie elektryczności dla wywołania sztucznie przedwczesnego porodu. Używając przyrządu podanego przez **Dance'r'a** i **Varley'a** jeden biegun umieszcza na brzuchu, drugi przykłada do szyjki macicznej. Rozwiązanie przecięciowo następuje 3-go dnia od rozpoczęcia téj manipulacji.

Rota Ant. (*Caso di parto prematuro artificiale felicemente.* *Annal. univ. di méd. Maggio*) przytacza z pomyślnym skutkiem wykonany poród przedwczesny, za pomocą wstrzykiwań podskórnych chininy, użycia gąbki prasowanej i nastrzykiwań do pochwy.

c) Kleszcze.

1) **Hamon.** Traité pratique du rétroceps (forceps asymétrique) Nouv. édit. revue et complétée. Avec figures. Adr. De la haye. Paris.—2) **Steele L.** The forceps. Brit. med. Journ. March 15.—3) **More I.** On the use of the forceps in midwifery. The Lanæct. Oct. 25.—4) **Jacquet E.** (Lyon), Lésion d'un foetus par le forceps. Sociétés med. de Lyon N. 9.—5) **Hamon.** Application de retroceps sur la tete, et à la suite de la détroncation. Bull. gén. de therap. Août 30.

More (3) żarliwy obrońca częstego i wczesnego stosowania kleszczy, stawia następné wskazania do użycia tychże: 1) gdy pierwszy okres już się ukończył i główka dwie godziny w miejscu pozostaje, przypuszczając, że przedstawia pomyślne ustawienie dla założenia kleszczy; 2) wtedy także gdy główka naprzód nieco wysunięta,

kurcze zaś coraz bardziej słabną i wreszcie w zupełności ustają 3) w wypadkach gdy bóle pod względem swego natężenia bynajmniej nie są w związku z postępem pracy porodowej 4) przy mocnym krwotoku i w wypadkach dołączających się drgawek 5) w wypadkach gdy główka dobrze się stawia dla uchwycenia kleszczami, rodząca okazuje się bardzo przygnębioną lub niecierpliwą; 6) gdy z powodu szerokości i niepodatności kroczka zagraża rozdarcie tegoż; 7) przy porażeniach czołowych, gdy poród się opóźnia 8) w wypadku bliźniąt, gdy skurczenia macicy nie są dostateczne.

d. Obrót i wyciąganie.

1) *S z o n n* F. Zur Casuistik der Wendung auf das Beckenende. Dorpater. med. Zeitschr. IV. H. I. — 2) *E i c h e l b a u m* F. Die geburtshülfliche Wendung. Inaug. dissert. Berlin. — 3) *F i s c h e r*. Ueber die Wendung auf den Kopf. Zeitschr. f. Wundärzte und Geburtshelfer. XXXI. H. 4. — 4) *G r e g o r y*. Neue Erfahrungen über die Anwendung der Schlinge bei Stoisslagen. Bayr. ärztliches Intelligenzblatt. N. 19.

S z o n n (1) przytacza pewną liczbę porodów bardzo zaniedbanych, które za pomocą dość trudnych sposobów operacyjnych a mianowicie obrotu, ukończyły się pomyślnie. W pierwszym wypadku trzykrotnie usiłował wykonać obrót lecz bez żadnego skutku, wtedy dopiero założył hak *B r a u n*'a, jednakże nie mógł szyi oddzielić. Tymczasem płód zmienił położenie w ten sposób że nóżki umieszczone ku przodowi zwróciły się do tyłu, skutkiem czego łatwiej było takowe osiągnąć i wykonać obrót.

e). Operacje mające na celu zmniejszenie płodu.

1) *B l u m*, G. Ueber Perforation und Cephalotripsie in ihren Beziehungen zum Kaiserschnitt. Inaug. Diss. Berlin. — 2) *B e l l u z z i* C. Nuovi Strumenti di ostetricia, Strumento per la decollazione del feto. — 3) *H u b e r*. Ueber Decapitation bei vernachlässigten Querlagen. Bayer. ärztl. Intelligenzbl. N. 21. — 4) *G i h l*. Perforation of lefvande Foster. Hygiea 1872 p. 627. — 5) *B a i l l y* M. Un nouveau céphalotribe, présenté par M. *D e p a u l*. Gaz. des hôpit. N. 18.

B e l l u z z i (2) urządził dekapitator, bardzo przypominający piłkę łańcuszkową *K i l i a n*'a. W rurce zgietej która około szyi płodu przebiega i takową ściąga ku dołowi, znajduje się sprężyna na podobieństwo téj jaką spotykamy w rurce *B e l l o c q u e*'a; ta

ostatnia przeprowadza naokoło szyi płodu sznurek, strunę albo też drut miedziany 2 do 3 razy skręcony, poczem szyja ulega przepiękaniu.

G i h l, 42 letnia kobieta 6 razy rodziła. Poraz pierwszy urodziła małe żywe dziecko; 2-i i 3-i poród odbył się przy pomocy narzędzi, dzieci były nieżywe, 4-y i 5-y poród był właściwie porodem przedwczesnym w 34 tyg. ciąży, dziecko było nieżywe. W 6 porodzie poprzedzały nóżki, na ostatku idące, główka musiała być poddana przedziurawieniu. 7-y poród trwał 2½ dnia, gdy autor spróbowował założyć kleszcze, jednak bezskutecznie z powodu wysoko umieszczonej główki. Później usiłowania te powtórzono przy zachloroformowaniu. Gdy jednak wydobyć było niemożliwem, po upływie 12 godzin od chwili pierwszego założenia kleszczy, wykonano przedziurawienie główki żyjącego jeszcze płodu i następnie z trudnością wydobyto. Rodząca blisko przez 6 godzin utrzymywana była w stanie odurzenia chloroformem. W tym wypadku było zwięźlenie miednicy (Conjugata vera 9 Ctm.). Po rozwiązaniu wystąpił mocny ból w prawej biodrze i goleni. Pacjentka zupełnie wyzdrowiała dopiero po 3 miesiącach.

f). Cięcia cesarskie.

1) *Stiegeler*. Kaiserschnitt mit günstigem Ausgange für Mutter und Kind. Würtemb. medic. Correspondenzbl. N. 31.—2) *Gürtler*. Sectio caesarea bei osteomalacischem Becken, mit glücklichem Ausgange für Mutter und Kind, Anwendung der Uterusnaht. Arch. f. Gynäkol. V. London Transact. p. 142.—3) *Newmann* W. Caesarean section in 1866: subsequent pregnancy and delivery per vias naturales: recovery. London. Transact. p. 142.—4) *Thomas Simon*. Tweede geval van sectio caesarea, waarbij de baarmoederwond naedkeurig met zilverdraad gehecht werd en het Kraambed zonder stoornis verliep. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Afd. N. 23.—5) *Fournier*. Note sur une opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant. Bull. gén. de therap. 15 Févri.—6) *Nicholl D.* On a case of caesarean section. The Lancet, Juni 7.

Gürtler (2) w wypadku miednicy kośćcozmiękowej gdzie koniecznym było cięcie cesarskie, zamknął macicę przez nałożenie szwów jedwabnych, takowe krótko przycięł i pozostawił. Skutek w tym razie był bardzo pomyślny, nie obserwowano krwotoku ani też mocnej gorączki a raz tylko wymioty; nastąpiło szybkie wyzdrowienie. Dnia 16 położnica wstała z łóżka. Metoda ta podobna do opuszczenia podwiązanej szypuły przy torbieli jajnika, zdaje się być bardziej odpowiednią, aniżeli szew maciczny według *Martin'a*

Olchensee, którzy w tym szwie macicę i ścianę brzuszną ujmują i więcej niż metoda Spiegelberg'a przy której nitka szwu ciągłego, przebija ścianę macicy, w dolnym końcu schodzi do pochwy i ztąd zostaje wyciągnięta.

W roku jeszcze 1869 ogłosił Thomas (4) wypadek w którym po zrobieniu cięcia cesarskiego zamknął macicę nałożywszy 8 szwów starannie, a także odstąpił od powszechnie przyjętego zwyczaju pozostawiania dolnego kąta rany brzusznej otwartym. Cięcie cesarskie w danym wypadku wskazane było z powodu zwężenia miednicy (Conjug vera $6\frac{1}{2}$ Ctm.), dziecko wydobyto żywe i utrzymano przy życiu. Następnie w obu końcach rany nałożył autor szew z drutu srebrnego grubości $\frac{3}{10}$ Mllm. a pomiędzy temi dwoma jeszcze 6 szwów podobnych przez całą grubość ściany macicy przechodzących, które pomiędzy sobą były odległe na 8 - 9 Mllm. Założono także kilka szwów powierzchowniejszych, aby zapobiedz nawet nieznacznemu krwawieniu. Po starannem oczyszczeniu jamy brzusznej, zamknięto takową nałożeniem 8 szwów głębokich drutowych i 8 powierzchownych szwów węzełkowych. Już 4 dnia niektóre szwy na brzuchu zdjęto, a 14 dni wystarczało do zupełnego uleczenia.

F. P o ł ó g.

1. Fizjologia. Choroby bezgorączkowe. Zapalenia sutek. Choroby noworodków.

1) Weber F. Ueber Amaurose im Wochenbet. Berlin. Klin. Wochenschr. N. 23.—2) Bellien E. Zum Verhalten des Scheideneinganges nach der Geburt. Arch. f. Gynäk. VI.—3) Spiegelberg. Spontane Reinversion der Gebärmutter. Arch. f. Gynäk. V.—4) Ahlfeld. Zur Aetiologie der Darmdefecte und der Atresia ani. tamże V. 2.—5) Kézmarzky. Ueber die Gewichtsveränderungen reifer Neugeborener. Arch. f. Gyn. V. 3.—6) Simon M. De l'abus des bains chauds chez les nouveau-nés. Gaz. des hôp. N. 19.

Bellien (2) podaje charakterystyczną różnicę pomiędzy strzепami błony dziewiczej, które powstają wskutek pęknięcia przy spółkowaniu i tak zwanemi *carunculae myrtiformes* które z godnie z poglądami Schröder'a (*Schwangerschaft. Geburt und Wochenbett 1867*) i Lazarewitsch'a powstają tylko w czasie porodu. *Carunculae myrtiformes* są to twory „mięsne stożkowate lub brodawkowate o szerokiej podstawie“, które powstawania swe zawdzięczają nie tylko głębokim naddarciom błony śluzowej wchodu po

ohwy, jak utrzymuje Sch r ö d e r, ale także krwawemu podbiegnięciu i częściowej zgorzeli strzępów błony dziewiczej. Spótkowanie powoduje tylko proste naddarcia błony dziewiczej bez obrzmienia i zgrubienia jej strzępów.

K é z n a r s k y (5) zajmując się ważeniem noworodków doszedł do następujących wyników: 1) wszystkie dzieci w pierwszych dniach po porodzie tracą na wadze; 2) utrata na wadze występuje już w pierwszych godzinach po porodzie, takowa jednak obfitęm podaniem pokarmu może być czasowo wyrównana, a wyjątkowo można obserwować nawet przybytek na wadze, i stosunek ten zachowuje się aż do 6 godzin po urodzeniu. 3) Przyrost na wadze rozpoczyna się dopiero na 2-gi lub 3-ci dzień. 4) Ubytek jednak na wadze bywa nierównie wyższy niż przyrost, tak że do 7 dnia przyrost w połowie zaledwie pokrywa stratę jaką dziecko poniosło na wadze. 5) Pomiedzy przyrostem na wadze i odpadaniem sznurka pępkowego żaden przyczynowy związek nie zachodzi. 6) U chłopców przecięciowo wcześniej objawia się przybywanie na wadze, prawdopodobnie narażeni są na mniejsze straty i w ogóle większy okazują ciężar niż dziewczyny; wielu z nich także dochodzi w tym czasie swęj pierwotnej wagi. 7) Podobnież pomyślniejszy stosunek wzrostu zachodzi pomiedzy dziećmi pochodzącymi od kilkakrotnie rodzących, aniżeli od pierwiastek.

S i m o n (6) występuje przeciw pogładowi jakoby używanie ciepłych kąpeli u noworodków było rzeczą obojętną, gdy bowiem dzieci dość często wystawione są tym sposobem na zaziębienie i skutki tegoż (nieżyłt dróg oddechowych, biegunka, stan gastryczny), a często także pryszczycza (eczema) i wyprzałość (*intertrigo*) bywają wywołane i podtrzymywane kąpielami. Spiera się także o stosowanie kąpeli sublimatowych u noworodków przymiotem dotkniętych i proponuje w tym razie wcierania szaręj maści rtęciowej.

II. G o r ą c z k a. Z a p a l e n i a.

- 1) B l e y. Hydramnios. Accouchement prématuré. Délivrance retardée. Phlegmasie intra-pelviene. *Gazett. medic. de Strasburg.*—2) B r e i s k y. Zur Behandlung des Puerperalfibers. *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte.* Octob. 15.—3) S c h m i d t E. Die para- und perimetritische Erkrankung im Wochenbett. *Diss. inaug. Berlin.*—4) O l s h a u s e n. Ueber Erkrankungen der Harnröhre im Wochenbett und in der Schwangerschaft. *Berliner Beiträge zur Geburtshülfe und Gynäkologie.* B. II. H. 3.—5) W e s t e r h o f Th. Ueber Endometritis in partu. *Inaug. Diss.*

Berlin.—6) *Petite épidémie de gangrène des parties génitales chez les nouvelles accouchées.* Gaz. des hôp. N. 16.—7) *Ca u v y.* Fièvre puerpérale, observations et réflexions. Montpellier médicale tom XXXI. Juillet.—8) *Smith W.* Cases in obstetrics. Philad. med. et surg. Reporter. Jan. 25.—9) *Macdonald A.* Latent gonorrhoea in the female sex in the special relation to the puerperal state. Edinb. méd. Journ. June.

Breisky (2) przy leczeniu ciężkich wypadków gorączki połogowej, jako najważniejsze zadanie uważa obniżenie gorączki. Mocno zaleca w tym względzie podawanie alkoholu pod formą rumu: a mianowicie biorąc równe ilości, t. j. łyżeczkę rumu i wody ocukrzonęj każe podawać z początku co pół godziny, a gdy gorączka zacznie się zmniejszać,—rzadziej. W 18 wypadkach ciężkiej choroby połogowej w zakładzie położniczym w Bernie w ten sposób przez autora leczonych nastąpiło zupełne wyzdrowienie, podobnież w kilku innych wypadkach w prywatnej praktyce.

Olshausen (4) zwraca uwagę na stosunkowo dość często się zdarzające nieżyty pęcherza moczowego u położnic. Odnosi on takowe do szkodliwego wpływu katetyzacyi w czasie położu, gdyż w rzeczy samęj obserwował takowe po użyciu kateteru. Główną przyczyną przy katetyzowaniu ma być wprowadzanie odchodów połogowych i powietrza do pęcherza. Objawy nieżyty następnie posuwając się wzdłuż moczowodów powodują nieżytowe cierpienia nerek. Jednak stosunkowo dość często przytrafiają się zapalenia nerek interstycyalne, ropne, a nawet przerzutowe, których powstawanie w pewnych wypadkach należy odnieść do ciąży.

Gaz. des hôpît (6) podaje w streszczeniu wiadomość o epidemicznej zgorzeli części płciowych u położnic w oddziale Depaul'a. Wszystkie te wypadki powstały po lekkim porodzie i miały przebieg pomyślny z wyjątkiem jednej położnicy, która wskutek połogowego zapalenia otrzewnej macicznej—zmarła.

Smith (8) wspomina o epidemii gorączki połogowej, gdy współcześnie panowała w mieście róża i błonica. Przyjmuje on, że nie zarazek (*contagium*) lecz miazmat (*telluric influences*) jest przyczyną równoczesnego występowania tych chorób.

Macdonald (9) w obszerniej swęj pracy traktuje o ukrytej rzeźączce i o wpływie tejże na zapłodnienie, ciążę i połóg, o czem poprzednio szczegółowo pisał Noeggerath. Dodaje on, że gdy kobieta dotknięta będzie rzeźączką, mogą powstać bardzo ważne następstwa wpływające na przebieg ciąży i położu. Zaprzecza jednak aby owa ukryta rzeźączka tak często po zarażeniu pojawiać się mogła.

Inne przykłady znowu pouczają, że przewlekłe zapalenie otrzewnej macicznej może pochodzić z rozmaitych innych przyczyn nie z ukrytej rzeżączki; znane znowu przykłady wykazują, że występujące następstwa pod względem wpływu na zapłodnienie, połów i niepłodność u kobiet po zarażeniu ukrytą rzeżączką, w ogólności rzadko bywają tak złośliwymi, jak podał *Noeggerath*; jako zwykle następstwa uważa ciężkie cierpienia położowe z następczą bezpłodnością.

CHOROBY DZIECI.

Sprawozdawca Dr L. Pogorzelski.

I. Część ogólna.

1) *Dujardin-Beaumez* et *Ernest Hardy*, De la farine d'avoine et son role dans l'alimentation du jeune age. *L'Union méd.* m. 52. — 2) *Mayer H.* Ueber die Anwendung der antipyretischen Methode bei fiberhaften Krankheiten der Kinder. *Jahr. f. Kinderheilk. u. phys. Arz.* VI. S. 271. — 3) *Hoorn G.* Karne-melk als voedsel voor kinderen. *Nederl. Tydschr. voor Geneesk.* I. N. 6. — 4) *Federico Ricco*, Norme general sul trattamento delle malattie de 'bambini. *Annal univ. di Med.* Agosto. S. 301. — 5) *Tenze*, Considerazioni fisio-cliniche sull' allattamento umano, animale e misto dei bambini. *Il Morgagni* IV. — 6) *Knauth* e *Th.* Zur Behandlung der Scrophulose mit Klimathischen Kuren. *Jahr. f. Kinderheilk.* S. 213. — 7) *Reisz C.* Opiumsforgiftning hos en Nyfadt. *Hospitalstidende.* 15 Aug. S. 137. — 8) *Ingerslev V.* En Opiumsforgiftning. *Hospitalstidende.* 15 Aug. S. 147.

Dujardin-Beaumez i *Hardy* (1) w pierwszej części swój pracy objaśniają powody, które ich skłoniły do doświadczeń nad szkocką mąką owsianą używaną za pokarm dla dzieci. Przedewszystkiem zwracają uwagę na wartość tejże jako środka pożywnego i rozpo-wszecznione jej użycie w Anglii. Sposób użycia mąki owsianej jako środka pożywnego w Szkocyi i Irlandyi jest trojaki: 1) naprzód gotują mąkę z wodą lub mlekiem i dodają nieco soli lub cukru; 2) wypiekają z niej małe ciastka i następnie z mlekiem rozcierają; 3) albo też do szklanki mleka lub wody dodaje się łyżkę mąki owsianej i mięsza, później odstawia się na 12 godzin od czasu do czasu mieszając, następnie dla oddalenia grubszych cząstek cedzi się i po dodaniu nieco soli lub cukru doprowadza się mieszaninę do kon-

systemy galarety. Smak ma przyjemny, nieco waniliowy. Rozbiór mąki wykazuje: wody 8,7, tłuszczu 7,5, krochmalu 64,0, substancji azotowych 11,7, części mineralnych 1,5, drzewnika i części nieoznaczonych 7,6. Następnie objaśniają teoretycznie wartość mąki owsianej jako środka pożywczego. Zresztą zawiera ona znacznie większą ilość substancji azotowych niż innego rodzaju zboże, a mianowicie 2%, gdy tymczasem żyto 1,64%, pszenica 1,75%, ryż 1,08 p. Ct. Dla łatwiejszego porównania obliczywszy wartość spalonych węglowodorów i tłuszczu na węgiel, to stosunek pokarmu plastycznego i respiracyjnego dla mąki owsianej będzie 10:35, dla mleka krowiego 10:38, dla mleka krowiego 10:30, dla mleka krowiego zbieranego 10:25, dla mąki żytniej 10:50. Tym sposobem mąka owsiana najbardziej się zbliża do mleka krowiego. Mąka owsiana według obliczeń Boussignault'a w 10 gr. zawiera 0,0131 metalicznego żelaza, bułka 0,0048, mleko krowie 0,0018, kukurydza 0,0036, mięso wołowe 0,0048, soczewica 0,0083. U 4 niemowląt, które zaraz po porodzie lub nieco później żywione były przez dłuższy czas galaretą z mleka i mąki owsianej, codziennie przybywało na wadze 22,24, 17,23 grammów, a więc prawie tyle, jak to ma miejsce u dzieci mamką karmionych wedle podań Bouchard'a i René Bloche'a. Mąka owsiana ma posiadać, według Hoffmann'a, wyborne działanie przeciw bieguncie, i w postaci syropu wynalezionego przez Poiré w r. 1826 używa się w Niemczech pod nazwą Luther-Syrup. Przeciwbiegunkowe działanie stwierdzili doświadczeniami Marie w szpitalu Wersalskim i Gilette w Melun. W końcu wreszcie dochodzą do praktycznego wniosku, że mąka owsiana jako ważny środek pożywny z korzyścią może być używana w zakładach dla niemowląt.

Hoorn (2) zaleca litr mleka krowiego z dodatkiem 6 decygrammów dwuwęglanu sody uprzednio w wodzie rozpuszczonego ogrzać do 22—23°C. po odstawieniu wydzielone masło odłączyć i następnie używać dla dzieci na pożywienie.

Lekarze z Kopenhagi podają dwa wypadki zatrucia u niemowląt nalewką makowca (*tinct. opii croc.*).

Reisz (7) pisze, że przez pomyłkę zadano dziecku 16 dni mającemu 8 kropli nalewki makowca. W 1½ godziny później dziecko było zimne, blade, wargi sine, mięśnie zwolnione, źrenice mocno zwężone, tętno drobne zaledwie wyczuwalne, oddechanie bardzo powolne, czucie prawie zniesione, skóra i błony śluzowe suche, połykanie mocno utrudnione. Zastosowano: kąpiele z zimnymi zlewaniem, rozmaitego rodzaju drażnienia skóry, do wewnątrz zimną kawę, krople Hof-

ma n'n'a i wino. Po 6 godzinach wyraźne polepszenie. Następnie za pomocą elektryczności starano się pobudzić oddechanie. Po 30 godzinach ustąpiły groźne objawy. Dziecko stopniowo wróciło do zdrowia.

Ingerslew (8) przytacza podobny wypadek zatrucia makowcem po użyciu 10 kropli u dziecka 6 dniowego. Stosowane były leżnie kąpiele i zlewania zimną wodą. Elektryczności wcale nie próbowano. Dziecko po 17 $\frac{1}{2}$ godzinach zmarło.

II. Część szczegółowa.

1. Choroby układu nerwowego.

1) Warner, Francis, Abscess of the brain in an infant. Brit. med. Journ. Oct. 18. — 2) Le Pileur, Accidents épileptiformes de nature syphilitique chez un nouveau-né. Gaz. des hôp. N. 1. — 3) Webber S. Paralysis in enfants. The Boston med. and surg. Journ. N. 14 i 15. — 4) Petit H. Du tétanos et de l'hydrate de chloral dans le traitement de cette maladie. Gaz. des hôp. N. 46. — 5) Bouchut, Éclampsie albuminurique et urémie; guérison par l'hydrate de chloral. Gaz. des hôp. N. 70. — 6) Gajásy L. Eklampsie bedingt durch Urämie in Folge von schwerer Dentition. Allg. Wiener. med. Zeitung. N. 15. — 7) Moses L. Pachymeningitis haemorrhagica chronica interna Jahrb. f. Kinderheilk. S. 154. — 8) Monti, Marantische Sinusthrombose bei einem mit Lues congenita bechaffeten Kinde tamže. S. 336. — 9) Goodlove, W. Child Head impaled on a Pitchfork. The Clinic. Septbr. 6. — 10) Copeman Edward. Report on the cerebral affections of infancy, with a few comments and practical remarks. Fletcher (Norwich) Hamilton.

Warner (1) opisuje wypadek ropnia w mózgu u 14 miesięcznego dziecka. Od pewnego czasu matka miała podejrzenie na chorobę mózgową. Nagle wystąpił napad drgawek i powtarzał się w ciągu tygodnia po kilka razy dziennie. Ciemiączko było wypukłone, źrenice rozszerzone, tętno bardzo przyspieszone, członki lekko przykurczone, stolec zaparty. Po kilku dniach stwierdzono zupełną ślepotę. Sekoya wykazała zebranie ropy między błonami i podstawą mózgu, w przednim prawym zrazie mózgowym otorbiony ropień zawierający około 4 funtów bezwonnej ropy, który pękł do komórki.

Bardzo interesujący wypadek drgawek u noworodka pochodzących z przymiotu podaje intern Le Pileur (2) z oddziału Dr Costilhes'a w szpitalu Ś-go Łazarza. Kobieta z usposobieniem żółzowatym, której pierwsze dziecko było zdrowe, w skutek upadnięcia porodziła w 8 miesiącu chłopca. Na kilka tygodni przed porodem pojawiły się u niej na mostku grudki miedzianej barwy (*papulae*). Wysypka ta

po porodzie zamieniła się w łuski i pustuły. Później znaleziono dość znaczny wrzód na części pochwowój. Matka była więc dotknięta przymiotem, dziecko zaś przedstawiało się zdrowo aż do 30 dnia życia, w którym wystąpił napad drgawek trwający 2—3 minut i powtarzający się później bardzo często. Napad rozpoczynał się zwykle zesznurowaniem ust, krzykiem, a następnie dołączały się kurcze. 7 dnia po wystąpieniu kurczów zalecono jodek potasu, a po 16-dniowym używaniu tegoż napady ustąpiły i nie wracały się więcej. W rodzinie ojca ani też matki nikt nie cierpiał na padaczkę (*epilepsia*).

Webber (3) komunikuje ze swego oddziału kilka wypadków esencjonalnego porażenia u dzieci, a między temi jeden wypadek zależący od próchnienia kręgu, podaje przytem różniczkowe rozpoznanie tych chorób i uwagi swe pod względem leczenia.

Bouchut (5) opisuje wypadek mocznicy (*uraemia*) u dziecka leczony z pomyślnym skutkiem wodanem chlorału. Badanie wzornikiem ocznym wykazało bladość, spłaszczenie i obrzmienie brodawki nerwu wzrokowego.

Gajász (6) w wypadku rzucawki (*eclampsia*) u 8 miesięcznego dziecka widział dobry skutek z użycia zimnych okładów i podawania do wewnątrz *Flor. benzoës* co godzinę po 1 grm.

Monti (8) obserwował wypadek zakrzepu (*marantische Thrombose*) zatoki jamistej prawej u dziecka 3 miesięcznego, który zasługuje na uwagę z powodu, że skóra na głowie i twarzy po stronie prawej była obrzmiała, żyły w tém miejscu rozszerzone, prawa powieka górna mało ruchoma, prawa gałka oczna bardziej wysunięta ku przodowi źrenica zaś była zwężona i słabo oddziaływała na światło. Prócz tego było zupełne porażenie lewej kończyny górnej; to ostatnie jednak nie uważa M. za objaw zakrzepu zatoki, a tylko jako skutek przewlekłej puchliny mózgowej.

Goodlove (9) podaje, że widły od siana okute na końcu utkwily w prawym szwie czoło-ciemieniowym 13 miesięcznego dziecka i natychmiast zostały wyciągnięte. Przez 3 dni po wypadku stan dziecka zdawał się być zadawalniającym, następnie wystąpiły objawy tężcowe i wśród drgawek i śpiączki 6 dnia dziecko zmarło.

2) Choroby narządu oddechowego.

1) Smith Gust. Commentaries on diseases in children. Med times and gaz. March. 22. — 2) Lipsky A. Zur Bronchial-Lymphdrüsen-Erkrankung im Kindesalter. Eine Studie aus dem Franz-Josephs Kinderspital in Prag. Prager Vier-

teljarschr. Bd. II i III. S. 96. — 3) Reisl and, Zur Casuistik der sogenan. Gehirnpneumonien der Kinder. Memorabilien. N. 9. — 4) Playfair W. On the treatment of Empyema in children. Transact of the obstetr. Soc. XIV. — 5) Maclean Daniel, Diseases of the chest in children. Their treatment by blisters. The Brit. med. journ. Dec. 13. — 6) Oxley, Infirmary for children, Liperpool Empyema, Paracentesis thoracis, reaccumulation of fluid and second tapping, recovery. Brit. med. journ. Jan. 16. — 7) Lewisson, Zur Casuistik der Cerebralpneumonie. Jahrb. f. Kinderheilk. u. phys. Epl. VI 306. — 8) Klemm Hermann, Die Heilbarkeit des wahren Croup ohne Brechmittel, tamże. S. 373. — 9) Jongla, Traitement de la pleurésie purulente chez les enfans. Paris. — 10) Bonsor L. (Helsingfors) Om behandlingen of stripsjuka. Nordisk medic. Arkiv. 5, N. 20.—11) Duer L. Treatment of Diphtheria with Calomel and Soda. Amer. Supplement to obst. Journ. of Gr. Brand Ireland 1873. Juli.

Lipsky (2) podaje bardzo ważny przyczynek do nauki o cierpieniach gruczołów oskrzelowych u dzieci. We wszystkich tych wypadkach, gdzie opukiwanie i osłuchiwanie wskazywało na cierpienie tych gruczołów, występowała gorączka 38—38,6°C., jużto ciągle z bardzo nieznaczném wzmożeniem wieczorną porą, lub z temperaturą prawie normalną z rana i znaczném podwyższeniem ciepłoty wieczorem. Ostatnia powodowała mocne wychudnienie.

Reisl and (3) przytacza 3 wypadki zapalenia płuc u 7—9 letnich dzieci z silnemi objawami mózgowemi, przeciw którym z korzyścią były używane zimne obwijania, i przebieg całej sprawy chorobnej był pomyślny.

Playfair (4) podaje nowy sposób operacyjny przy leczeniu wysięków opłucnej. Utrzymuje, że przy nieropiastych wysiękach przekłócie i wyssanie widocznie przyspiesza wyzdrowienie, i że przy ropnych wysiękach otwarcie worka opłucnej i założenie drenów umożliwia uleczenie. Jednak sądzi, że zakłócenie téj strony po ostatnio wymienioném postępowaniu, pochodzi z ucisku powietrza atmosferycznego na płuco. Podaje następnie 3 wypadki bardzo znacznych wysięków ropnych całą stronę wypełniających u małych dzieci, które w szpitalu Eweliny leczone były bez przystępu powietrza przez autora i Hilton Fagge. Wkłówa się długi trójkąt, przez rurkę metalową przeprowadza się rurka drenowa, i pierwsza ponad ostatnią się wyciąga. Skóra zostaje naciśnięta, rurka drenowa za pomocą szklanej rurki łączy się z rurką gumową, która wchodzi do flaszki z przedziurawionym korkiem i zanurza się w wodzie. Rurka drenowa za pomocą pętli przymocowywa się do ściany klatki piersiowej. Pozostaje ona w związku z owym przyrządem dopóki ropa nie przestanie się wydzielać. Podane rezultaty okazują stanowczo pomyślny skutek.

Dzieci bawiły się i spały z rurką, a ponieważ owa rurka gumowa długą jest 6 stóp, mogły się więc swobodnie w łóżku poruszać. Wyzdrowienie w tych wypadkach znacznego wysięku ropnego wynosiło 22, 13 i 14 dni. Zakłęśnięcie ściany klatki piersiowej było nieznaczne, mianowicie w porównaniu z 2 innymi wypadkami przy których zakładano dreny i robiono swobodne przecięcie.

Daniel Maclean (5) z Glasgowa, jako główną metodę przy leczeniu chorób piersiowych u dzieci, a mianowicie przy niezycie oskrzeli, zapaleniu płuc, odrze i napływach krwi do głowy zaleca przykładanie małych plasterków wezykatoryi na przebiegu nerwów udających się do klatki piersiowej, a mianowicie pomocniczych nerwów oddechania. Przykłada on cienkie paski wezykatoryi Smith'a z tyłu i poniżej ucha, i w tém upatruje właśnie skuteczną pomoc przeciw zbytnej drażliwości nerwowej. Powody tego postępowania i pomyślnie skutki bardzo szczegółowo tłumaczy.

Spostrzeżenie Oxley'a (6) dotyczy 7 letniego chłopca, u którego wskutek upadnięcia wystąpiło zapalenie opłucnej po stronie prawej. Po pierwszym przekłóciu wypuszczono 40 uncyi płynu ropiastego za pomocą aspiratora, po drugim zaś 16 uncyi gęstej ropy. Późem nastąpiło uleczenie zapalenia opłucnej, szybko jednak rozwinięły się dziedziczne w rodzinie matki suchoty.

Bonsdorff (10) podaje wskazania racjonalnego leczenia dławca (*croup*): starać się o zmniejszenie plastyczności krwi i wydalenie wysięku krupowego. Pierwsze można osiągnąć zadawaniem samego emetyku lub w połączeniu z jodkiem potasu *dosi refracta*, drugie zadawaniem tegoż samego środka w dawce wywołującej wymioty. W ostatnim razie posługiwało jako środek pomocniczy pedzlowanie wchodu krtani roztworem lapisu. Szczegółowo przytém podane są liczne przykłady bardzo ciężkiego dławca, w których obfite błony rzekome zostały przy kaszlu wyrzucone i wypadki te miały pomyślny przebieg.

Autor jest zdania, że przy leczeniu tego rodzaju tracheotomia może być zbyt częstą; w przeciągu ostatnich lat 20 z pomyślnym skutkiem leczył przeszło 70 wypadków podług swjej metody, mniema również, że energiczne leczenie pokładów błonicowych za pomocą roztworu saletranu srebra może takowe usunąć.

Duer (11) podaje, że dwie siostry zapadły na błonicę, z których jednej podawano *kali chloricum*, drugiej zaś $\frac{1}{8}$ gr. kalomelu z 5 gr. węglanu sody co 2 godziny. U ostatniej widoczne było polepszenie, gdy tymczasem stan pierwszej chorzej prawie nie uległ zmia-

nie, tak że 4 dnia i ta wreszcie otrzymała wspomniane lekarstwo. Obydwie chore wyzdrowiały, jak również 5 innych wypadków, w których powyższe leczenie stosowano zakończyło się pomyślnie.

Klink Edward (Kilka spostrzeżeń z oddziału niemowląt w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie—Medycyna T. I, N. 49 i 50, r. 1873) podał kilka wypadków odnoszących się do chorób płuc i krtani u niemowląt, które z powodu rzadkości zasługują na uwagę. Dwa wypadki krupu krtani, tchawicy i oskrzeli, z tych jeden u 14 tygodniowego chłopca a drugi u 8 tygodniowego. 3-ci wypadek: ostra gruźlica osłon mózgowych, płuc, wątroby, nerek i macicy u 16 tygodniowego dziecka. 4 wypadek: Zapalenie oskrzeli włosowatych. Wyniszczenie. Błonica na podniebieniu twardém. Wybroczyny krwawe w skórce klatki piersiowej—ściian brzucha, kończyn dolnych i górnych. We wszystkich wypadkach wykonane było badanie pośmiertne i szczególno opisane znalezione zmiany anatomo-patologiczne.

3. Choroby narządu trawienia.

1) Ed. Behse, Ein Fall von Haematemesis, beobachtet an einem neugeborenen Kinde. Dorpater. med. Zeitschrift IV. H. II. S. 139. — 2) Howard Warrington, On enlargement of the tonsils as a cause of nightmare. Brit. med. Journ. Jan. 7. — 3) Domerc, De l'amputation des amygdales dans les angines conneuses hypertrophique. Gaz. des hôp. N. 140. — 4) Fuller, Habitual obstinate constipation in a child. Brit. med. Journ. Oct. 18. — 5) Boyd John, On infantil enteralgia. Edinb. med. Journ. Feb. S. 723. — 6) Brakenridge D. On oxide of zinc as a remedy for the diarrhoea of infancy and childhood. Med. Times and Gaz. Febr. 25. — 7) Affleck J. Two cases of Intussusception in children. Edin. med. Journ. Sept. — 8) Bouchut, De l'amputation des amygdales dans certains cas d'angine cenenneuse. Gaz. des hôp. N. 137. — 9) Wertheimer A. Zur Behandlung der Cholera infantum. Jahresber. f. Kinderheilkunde und phys. Exp. VI. S. 176. — 10) Schmitz, Der idiopatische Retropharyngealabscess der zwei ersten Lebensjahre, tamże S. 283.

W. Howard (3) w wielu wypadkach nocnych napadów przestachu u dzieci osiągnął zupełne uleczenie przez wycięcie powiększonych migdałów.

J. Boyd (5) podaje, że u dzieci od 2 tygodni do 6 miesięcy przytrafiają się często napady bólu brzucha, które powstają nagle najczęściej w nocy, są powodem niepokoju, wielkiego rozdrażnienia i ciągłego krzyku dziecka, i kończą się dopiero po kilku godzinach, gdy dziecko zasypia. Nad wszystkie środki lekarskie zaleca autor w tym razie *Spiritus aetheris nitrosi* w pełnej dawce.

Przeciw biegunce u dzieci zaleca Brakenridge (6) tlenek cynku, który tu jest wskazanym jako środek wzmacniający na nerwy na podobieństwo żelaza względem krwi, jako środek przeciwkurczowy i ściągający. Na dowód przytacza liczne przykłady. Najlepiej zadawać wspomniany środek po obiedzie w mieszance z gummy i gliceryny. Przy próżnym żołądku łatwo wzbudza wymioty.

Affleck (7) podaje 2 wypadki wpochwienia kiszek u dzieci. Jeden z nich dotyczył 7 miesięcznego dziecka, które czwartego dnia zmarło. Wpochwienie kiszek cienkich do kiszki ślepej wynosiło 4 cale. W 2-im wypadku u dziecka 5-cio miesięcznego za pomocą stosownego mieszka wpuszczano przez odbytnicę powietrze, które z łatwością weszło do kiszek; wymioty ustały i nastąpiło wyzdrowienie.

T. Mokricki (Medycyna T. I. N. 36, r. 1873). Podaje następujący wypadek. Wezwany został do chorego chłopczyka mającego lat 3, u którego było bardzo silne wzdęcie brzucha, ciągłe pozywanie na stolec. Pomimo przystawiania pijawek, rozmaitych środków przeczyszczających i lewatyw wypróżnień wcale nie było, mocz wstrzymany, gorączka coraz większa i 4 dnia śmierć nastąpiła. Sekcja wykazała zapchanie piaskiem wyrostka robaczkowego kiszki ślepej, następnie zapalenie tegoż i przedziurawienie—wreszcie śmiertelne zapalenie o trzewnej. U dziecka wspomnianego od czasu jak tylko chodzić zaczęło zauważono szczególnie pociąg do jedzenia rzeczy niejadalnych jak np. gliny i piasku.

Wertheimer (9) przy leczeniu ostrego niezłytu kiszek u dzieci zaleca przedewszystkiem herbatę i ammoniacalia, a zewnątrz niekilkakrotne przystawianie gorczyczników.

Schmitz (10). W ciągu 3 lat w szpitalu dzieci księcia Piotra Oldenburgskiego było 16 wypadków idiopatycznych ropni pozagardzielowych. Za rozwojem tychże pierwotnych ropni pozagardzielowych ze zropienia gruczołów limfatycznych przemawiały: 10 razy siedlisko ropnia nie było pośredkowe a więcej boczne, i długi rozwój choroby. 2 razy otworzył się ropień na szyi. Ostre zapalenie gruczołów limfatycznych na szyi w ogóle przytrafia się u dzieci tak często, że stanowią one znaczny procent chorych chirurgicznych zgłaszających się do ambulatoryum. Szkarlatyna, żółty, krzywica nie należą do przyczyn wywołujących. Miesiące: luty, marzec, wrzesień i październik przedstawiały największą liczbę chorych. Wejście wspomnianych chorych dzieci jest tak charakterystycznym, że

rozpoznanie nie przedstawia żadnych trudności. Na twarzy maluje się bojaźń, usta na w pół otwarte, oddechowi towarzyszy donośny z rżeniami połączony właściwy ton podniebieniowy, krzyk również przedstawia pełny ton podniebieniowy, jest krótki i przytępiony. Głowa bywa w tył przegięta, szyja wyprężona, okolica podżuchwowa z jednej strony lub obustronnie obrzmiała. Poruszenie głowy na bok powoduje najczęściej raptowne wzdrygnięcie i krzyk, a silne zgięcie ku przodowi mocno utrudnia oddechanie, jeżeli zaś nocną porą usta się zamkną wtedy może nastąpić zaduszenie. Rokowanie zależy od ścisłego rozpoznania i w właściwym czasie przedsięwziętych środków operacyjnych.

Z 16 wypadków przez S. obserwowanych w 13 nastąpiło zupełne uleczenie, 1 po nacięciu ropnia przestał być przedmiotem obserwacji, 2 wypadki zakończyły się śmiercią z tych jeden w ciągu w 12 godzin po operacji, w drugim wypadku, gdy chory przedwcześnie szpital opuścił ropień znowu się wypełnił i pękł.

W początkach zanim jeszcze do ropienia przyszło stosowano pedzłowanie jodem według metody Demmé go, w późniejszym czasie otwarcie ropnia jest najważniejsze. Osobny w tym celu nóż opisany został przez Schmitz'a i podany rysunek tegoż.

4). Choroby przyrzędu moczopłciowego.

1) H a n s e n P. Nierenkrebs bei einem 10 $\frac{1}{2}$ Monate alten Kinde, Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 33.—2) B u r e y S. Three cases of renal diseases in children probably caused by Malaria. Amer. Journ. of med. sc. Januar. — 2) S e l i g s o h n, Ueber Nierenconcremente im kindlichen Alter. Berlin. klin. Wochenschr. N. 35.—4) M a b e r l y F. Lithotomy in a case of infantile paraplegia. Med. times and Gaz. May 24.—5) H o l m e s H o w l a n d, Infantile uterine haemorrhage. Bost. med. and. surg. journ. March. 20.—6) M e t t e n h e i m e r, C. Ueber polypenartige Auswüchse an der Harnröhre kleiner Mädchen. Jahrb. f. Kinderheilkunde u. ph. Exp. VI. 323.

W wypadku raka nerkowego opisanym przez H a n s e n a (1) u dziecka mającego 10 $\frac{1}{2}$ miesięcy, można było wyczuć w brzuchu po stronie lewej guz znacznej objętości; czy krew z moczem odchodziła — nie obserwowano. W danym wypadku można było przyjąć usposobienie dziedziczne, gdyż dziad dziecka miał umrzeć na raka żołądka. Badanie pośmiertne wykazało raka lewej nerki, z której zachowały się jeszcze dwa odcinki piramid i rozpoczynającego raka w nerce prawej.

Seligsohn (3) komunikował Towarzystwu lekarskiemu berlińskiemu o wydobyciu dwóch złogów nerkowych u dziewczynki 7-mioletniej; jądro kamieni składało się z kwasu moczowego, zresztą najważniejszym składnikiem był szczawian wapna. S. sądzi, że kwas szczawowy nie będąc wprowadzonym do organizmu z pokarmami wytwarza się przy braku dostatecznego utleniania z produktów przemiany wstecznej, przyczem nie dochodzi do wytworzenia się mocznika. Opiera się w tym razie na doświadczeniu G o r u p - B e s a n e z'a, który wykazał, że kwas moczowy rozkłada się pod wpływem ozonu na allantoinę, kwas szczawowy, amoniak i mocznik. Dla utworzenia jądra koniecznym jest złóg kwasu moczowego.

M a b e r l y (4) u 7-mio letniego chłopca, który od 10 miesiąca swego życia dotknięty był porażeniem essencyalnem, wykonał z pomyślnym skutkiem lithotomią. Kamień składał się przeważnie z szczawianu wapna i ważył 48 gran.

H. H o l m e s (5) podaje dwa spostrzeżenia dotyczące dziewczynek, u których było krwawienie z pochwy, równocześnie zaś były one zupełnie zdrowe i przytacza podobne spostrzeżenie E r w i n'a z Alabamy. Było to dziecko 1-no miesięczne, u którego krwawienie trwało 4—6 dni i perjodycznie powtarzało się co dni 28 do 18 miesięcy życia.

C. M e t t e n b e i m e r (6) podaje, że u 6-cio letniej dziewczynki były upławy i guz polipowaty wychodził z otworu cewki moczowej. Wspomniony nowotwór za pomocą operacji został odjęty. Gdy nastąpiła recydywa wykonano powtórnie operacją przy użyciu chloroformu — dziecko wyzdrowiało.

5). Choroby skóry.

1) S i m o n, J u l e s, Cas de pemphigus aigu chez un nouveau-né. Bull. gén. de thérap. 24 Febr.—2) B i e r b a u m, J. Das Sklerem der Neugeborenen. Deutsche Klinik. N. 46.—3) T h o m a s, S. Zwei Fälle von Erysipelas, Jahrschrift f. Kinderheilk. n. Phys. Exp. VI. 144.

J. S i m o n (1) z szczegółowej obserwacji wnosi, że zdarza się u noworodków ostra dobrej natury bąblica (pemphigus), która występując w przestankach w 8—14 dni przebiega. Rokowanie w tedy jest pomyślne, leczenie polega na użyciu obmywań ściągających, proszków i środków, które zapobiegają zetknięciu obnażonych powierzchni skóry z powietrzem i moczem.

J. Bierbaum (2) w ciągu 40 letniej praktyki 3 razy tylko obserwował stwardnienie tkanki łącznej podskórnej (*sclerema*) u noworodków. Opisując szczegółowo te 3 wypadki autor podaje przegląd krytyczny pojęć dzisiejszego stanu nauki o wspomnianej chorobie. Pierwszy wypadek dotyczył wyniszczonego chłopca urodzonego w 8 miesiącu z niezżytem jam nosowych (*coryza*) i zapaleniem łącznicy. W kilka dni po porodzie przy lekkim stopniu żółtaczki i skorze chłodnej wystąpiło biało-żółtawe obrzmienie skóry na kończynach dolnych zaś ciemnoczerwone na podszewkach u nóg i goleniach. Opuchlina ta wydatną była na goleniach i nadawała im wejrze nie jakby były złamane. Opuchlizna była sprężystą i przy ucisku palcem nie dawała żadnego zagłębienia. Przy zastosowaniu wcierań ciepłej oliwy i obwijaniu wata, przy staranném karmieniu dziecka piersią, w kilka tygodni nastąpiło uleczenie. Drugi wypadek dotyczył bliźniaka, u którego na 4-ty dzień po urodzeniu powstało obrzmienie na grzbietowej powierzchni stóp i oddzielne stwardnia- łą miejsca na łydkach i udach. I tu także przy użyciu wcierań ciepłej oliwy i obwijaniu wata, objawy wspomniane w kilka dni ustąpi- ły. W 3 wypadku z liczby dwóch bliźniaków, z których jeden zmarł przed porodem, drugi przyszedł na świat z obrzmieniem kończyn i tu- łowia, skórą bladą i chłodną. Co się z nim dalej stało niewiadomo. Bardzo szczegółowe opisanie wspomnianej choroby po większej części czerpał autor z literatury.

Thomas (3) opisuje dwa wypadki róży u dzieci, z których pierwszy zasługuje na uwagę, że choroba u 16 tygodniowego dzie- cka miała przebieg zupełnie pomyślny, drugi zaś z tego po- wodu jest ważny, że przez cztery dni utrzymywał się stan durzy- cowy bez żadnego umiejscowienia, aż do chwili wystąpienia róży na czole.

6) Choroby konstytucjonalne.

1) J a l l a n d W. Scurvy in a child ten months old. Med. Times and gaz. March. 8.—2) N i e d e r g ä s s Th., Diabetes mellitus infantum. Dissert. Beroli- nens. S. 32.—3) B o h n, Das Wechselfieber seine verschiedenen Formen im Kin- desalter. Jahrb. f. Kinderheilkunde u. phys. Erz. VI. S. 115.—4) H i r s c h - s p r u n g H. Diabetes mellitus hos et Barn. Ugeskrift f. Læger. 3. R. 15. B. L. 393.—5) —B u d d é U. Et Tilfælde af diabetes hos en 11. Anry Dring. behan- dlet med absolut animelsk Diet y Glycerin. Ugeskr. f. Læger. S. 406.

Jalland (1) obserwował skorbut u 10 miesięcznego dziecka, pierwiastkowo było ono karmione zgęszczonym mlekiem z wodą, zaś w ostatnich czterech miesiącach pszenną mączką Champa'n'a i zgęszczonym mlekiem z wodą, biorąc dziennie sześć łyżeczek mączki i trzy mleka, autor żywił dziecko krowiem mlekiem, prócz tego podawał *Syr. ferri jodati*, tran i sok cytrynowy z zupełnie pomyślnym skutkiem.

Niedergesäss (2) w rozprawie swój prócz wypadków cukromoczu przez Senatora zebranych podaje z literatury wypadki Seeger'a, jeden przez Schmitz'a, wreszcie wypadek z polikliniki opisany przez J. Meyer'a. 12 letnia dziewczyna spadła ze schodów w lipcu 1871. Następnie przez 11 miesięcy czuła się zupełnie zdrową, i dopiero w czerwcu 1872 r. zaczęła się skarżyć na ból głowy i mocno była rozdrażniona. Następnie pojawiło się pragnienie, ilość moczu znacznie się zwiększyła, apetyt niewielki, stolec zaparty, osłabienie, wychudnienie, bóle w członkach i w krzyżu i zaburzenia w widzeniu. Po miesięcznej dyecie było niejakie polepszenie, stosowano prócz tego rozmaite środki. W listopadzie 1872 roku zgłosiła się chora o poradę. Ważyła wtedy 22 kilogramów, była bardzo wychudzona i cierpiała mocne swędzenie skóry, ilość moczu w ciągu 22 godzin 5750 ctm. Ciężar właściwy 1025, 6% cukru i 0,94 p. Ct. mocznika. Po zastosowaniu metody leczniczej Schultzen'a t. j. diety mięsnej i gliceryny ilość mocznika zmniejszyła się o 690 Gr. ilość cukru o 45 Gr. z powodu jednak nieżyty żołądka i kiszek leczenie, musiano przerwać. Śmierć nastąpiła przy śpiączce i drgawkach. Na sekcją familia się nie zgodziła.

Z zestawienia znanych wypadków autor wnosi że przeważne spożywanie mącznych pokarmów (*amylacea*) nie ma żadnego znaczenia w powstawaniu cukromoczu u dzieci. W jednym wypadku cierpiała matka na cukromocz, w innym rodzeństwo, a jeszcze w innych poprzedziły wypadki traumatyczne. Na 12 wypadków było: 10 dziewczyn i dwóch chłopców, jeden tylko wypadek ukończył się pomyślnie. Choroba trwać może począwszy od czterech tygodni do trzech lat. Środkami tu używanymi są: makowiec, tran, węglany alkaliczne, arsenik, żelazo, gliceryna jednak bez skutku, czysta dyeta mięsna źle była znoszona, nierównie zaś lepiej z dodatkiem umiarkowanej ilości węglowodorów.

B o h n (3) podaje uwagi swe o zimnicy u dzieci na znacznej liczbie chorych przez siebie obserwowanych. Liczne rozmaite formy téj choroby, przytrafiają się u dzieci. Forma zwyczajna, której B o h n obserwował 465 wypadków, najczęstszą jest pomiędzy 2—7 rokiem życia. Płeć żadnego tu nie ma wpływu. Stosunek częstości *quotidianae*, *tertianae*, *quartanae* daje się oznaczyć jak 3:2:1. Napady przypadają najczęściej pomiędzy obiadem i północą. Powroty były często. Nieżyty żołądka i kiszek są bardzo liczne u dzieci cierpiących na zimnicę. Wypróżnienia przeważnie zdarzają się w godzinach napadu, i często są krwawe. Malaria działa szybciej i pewniej na organizm dziecięcia, i charłactwo nierównie prędzej się rozwija. Szereg rozmaitych zboczeń i form niezwykłych (*psychopathica*, *soporosa*, *convulsiva* etc.) opisane zostały szczegółowo z załączeniem odpowiednich przykładów.

W dopełnieniu trzech powyżej podanych wypadków cukromoczu u dzieci B u d d e (5) komunikuje swą własną obserwacyą, a mianowicie wypadek cukromoczu u 11 letniego dziecka w którym z bardzo pomyślnym skutkiem stosował dyetę mięsna i glicerynę.

H i r s c h s p r u n g (4) używał rozmaitych metod u chorych na, cukromocz przekłada jednak dyetę według B o u c h a r d a t'a. Średnia ilość wydzielonego cukru była:

przy dyecie B o u c h a r d a t'a przez 12 dni	152	Grm. dzien.
przy mlecznej dyecie	7	— 200 — —
przy arseniku	23	— 364 — —
przy makowcu	13	— 385 — —
przy glicerynie	12	— 292 — —
przy téjże przez następnnych dni	12	— 279 — —

Podano prócz tego ilość moczu, ciężar gatunkowy, ilość procentową i bezwzględną zawartość cukru w grammach oraz stopień temperatury każdodziennie. Pewne dziecko w czasie pobytu swego w szpitalu przez 303 dni wydzielilo 28,470 Gr. cukru, i utracilo przeszło $\frac{1}{4}$ część wagi swego ciała.

CHIRURGIA.

Sprawozdawca Dr. Gruell.

VII. Chirurgiczne choroby głowy.

1. Czaszka i mózg.

- 1) Wygrzywalski, Ze szpitala. Zranienia głowy. Gaz. Lok. XIV. N. 24.—2) Simon Th., Ein Fall geheimer Hirn- und Nierenverletzung. Deutsch. Klinik N. 17.—3) Felizet, Recherches anatomiques et expérimentales sur les fractures du crâne. Avec fig. et. planch. Paris.—4) Morris, Nine cases of fatal fracture of the skull, with post mortem reports thereon. Med. Times and Gaz. Octbr. 18.—5) Broca, Blessure du cercelet par arme à feu. Absence de symptômes spéciaux. Gaz. des hôp. N. 147.—6) Triplett, A case of fracture of the internal table of the os frontis alone; the external table remaining unbroken. Post mortem. Boston med. and surg. Journ. Apr. 17.—7) Spence Jefferiss, Comminuted fractures of the cranium. Concussion. Right-sided hemiplegia with aphasia. Recovery. Med. Times and Gaz. May 17.—8) Hulke, Fracture of skull. Med. Times and Gaz. Septbr. 27.—9) Hilton Fagge, Repaired fracture at the base of the skull Transact. of the pathol. Soc. XXIV. p. 195—202.—10) Hodges, Ecchymosis of the eye-ball as a sign of fracture of the base of the skull. Boston med. and surg. Journ. Apr. 17.—11) Tenze, Bloody, watery or other discharges from the ears, nose or mouth, as signs of fracture of the base of skull. Boston med. and surg. Journ. May 15.—12) Oré et Poinso, Fracture de la base du crâne. Ecoulement considérable de serosité par le conduit auditif. Nouveau moyen à reconnaître la nature de cette serosité. Guérison. Le Bordeaux méd. N. 20.—13) Atkinson, Fracture of the cranium. Treatment versus nontreatment. Philad. med. and surg. Rep. March. 22.—14) Smith, Two cases of compound depressed fracture of vault of cranium, treated in the absence of grave symptoms without operation. Lancet. Febr. 1.—15) Gachassin-Lafite, Note sur le pansement des plaies du cerveau. Bordeaux méd. N. 26.—16) Burritt, Fracture of the cranium. Phil. med. and surg. Rep. Febr. 15.—17) M'Leod, Case of recovery from extensive wound of the brain. Edinb. med. Journ. Novbr. 6.—18) Eshleman, A case of fracture of the skull. Philad. med. Tim. Aug. 9.—19) Ciniselli, Sulla trapanazione del cranio. Annali univ. di Med. Guigno. p. 561—566.—20) Boeckel, Examen critique des doctrines de la trépanation dans les plaies de tête. Gaz. méd. de Strasbourg. N. 13—18.—21) Otto, Casuistischer Beitrag zur Erweiterung der Stirnhöhle durch Eiteransammlung, zugleich ein Beitrag zur centralen Galvanisation bei centraler Lehmung. Deutsch. Arch. f. Klin. Med. XV. p. 532—538.—22) Wornher, Pneumatocèle cranii supranastoidea etc. Deutsche Zeitschr. f. Chir. III. p. 381.—23) de Morgan, Cysts of scalp; removal; recovery. Med. Times and Gaz. March. 8.—24) Weichselbaum, Entwicklung eines Epithelioms in einer Atheromcyste. Aus der Klinik des prof. Podrazki. Wien. med. Woch. N. 36.—25) Fifield, Ivory exostosis. Boston med. and surg. Journ. N. 14.—26) Michel, Observation te tumeur osseuse (myelôide) du vomer, suivie des réflexions pour servir à l'histoire des exostoses de la face. Gaz. hebdom. N. 24. 25.—27) Prescott Hewett, Contributions to the sur-

gery of the head. N. IV. On congenital-encephalocele and hydrancephalocele. St. George's Hosp. Reports. VI. p. 117—146.—28) Rizzoli, Tumore idromeningo craniale congenito in un giovane di 17 anni. Punzione. Guarigione. Del Bullettino delle Scienze med. di Bologna. Ser. V. Vol. IV. p. 427.

W pośród licznej kazuistyki obrażeń czaszki, spotykamy względnie dość wiele pomyślnie zakończonych wypadków powikłanych złamań kości czaszki, przy których powyjmowawszy na razie wtłoczone ruchome odszczepy, ograniczano się na postępowaniu wyczekującym.

Wygrzywalski (1) opisuje 3 następujące wypadki: I. Mężczyzna 34 lat liczący, uderzony spadającą belką w głowę przedstawiał na lewej kości ciemieniowej ranę 6 cali długą, z pęknięciem kości i wtłoczeniem na 3—4 linie wgląd odszczepu mającego $3\frac{1}{2}$ cala długości a $\frac{2}{3}$ cala szerokości. Oprócz mocnego bólu głowy i niejakiej senności, innych objawów nie było. Postępowanie wyczekujące. Żadnych groźnych przypadłości. Rana, bez wydzielenia się martwaka, stopniowo ziarniną się wypełniła, i pacjent po 8 tygodniach zdrow szpital opuścił. II. Mężczyzna 24-letni, pracując przy młocarni, uderzony został urywającym się cepem żelaznym w lewą połowę czaszki. W pierwszej chwili stracił przytomność, lecz przywieziony do szpitala już ją był odzyskał. W 2 dni później przez autora widziany, przedstawiał ranę od lewego ucha skośnie ku szwowi strzałkowemu od przodu ku tyłowi idącą, 6—7 cali długą a $2\frac{1}{2}$ cala szeroką. Prawie na całej tej przestrzeni (5— $5\frac{1}{2}$ cali) kość czaszki była w większe lub mniejsze odłamy strzaskaną, a wszystkie razem na 6 linii wgląd wtłoczone. Tętno 54, temp. prawidłowa, przytomność zupełna, tylko mowa utrudniona. Kończyna górna prawa była zupełnie bezwładna, dolna tylko częściowo porażona, lecz chory mógł stać o swojej mocy. Autor wy dobył 6 drobniejszych odszczepów; inne które się mocniej czasznej trzymały zostawił, uniósłszy je tylko nieco ku górze ażeby zmniejszyć nacisk na mózg. Dalsze postępowanie wyczekujące. W ciągu 12 dni bezwład prawego ramienia i trudność mowy ustąpiły. Ropienie było dość obfite; przy każdym opatrunku przez nachylenie głowy po $\frac{1}{2}$ uncji ropy z jamy czaszkowej wylewać było można. Po 3 tygodniach wydobyto 4 większe (około 6 linii) i 3 mniejsze martwaki. Po 3 miesiącach pacjent zdrow opuścił szpital z otworem w czaszce 4 cale długim, miękką tylko tkaniną pokrytym, który dla ochrony od obrażeń zewnętrznych srebrną osłoniono blaszką. III. Chłopiec 9-letni, którego koń w głowę kopytem uderzył, w 2 dni po tem przy niesiony w stanie nieprzytomnym do szpitala. W okolicy kości cie-

mieniowej prawej rana darta części miękkich, 3 cale długa, a w jej dnie kość odesłonią i wtłoczona do głębokości mniej niż połowy grubości czaszki. Z uwagi na pomyślne zejście dwóch poprzednich wypadków postępowanie wyczekujące, z zastosowaniem środków przeciwzapalnych. W 5 dni po przybyciu do szpitala śmierć przy objawach zapalenia błon mózgowych. Przy sekcji znaleziono odszczep owalny kości ciemieniowej, około 2 $\frac{1}{2}$ cala w dłuższej osi mierzący, na 2 linie wtłoczony. Opona twarda mózgu rozdarta dolnym brzegiem odszczepu. Na całej powierzchni opony miękkiej wysięk ropiasty.

Autor, w kilkunastu wypadkach ciężkich obrażeń czaszki i mózgowia przez siebie spostrzeganych, zauważył, że przy równych zresztą warunkach, przebieg był pomyślniejszym wtedy, gdy było przy pęknięciu czaszki dużo drobnych odszczepów, niżeli wtedy gdy był tylko jeden lub dwa, a równie jak tamte głęboko wtłoczone.

Atkinsonowi (13) udało się przy złamaniu lewej kości czołowej z ukazaniem się mózgu na zewnątrz, przywrócić chorego natychmiast do przytomności a następnie wyleczyć, przez uniesienie i powijmowanie odszczepów. Na mocy tego spostrzeżenia autor oświadcza się z wielką stanowczością przeciw biernemu zachowywaniu się chirurgów w obec powikłanych strzaskañ kości czaszkowych.

Burrill (16) leczył także z pomyślnym skutkiem 3 wypadki ciężkich powikłanych złamań kości czaszkowych (u 9-letniego chłopca, 9-letniej dziewczynki i 42-letniego mężczyzny) przy których istniało nawet porażenie połowicze. W dwóch z tych wypadków powijmowano za świeża odszczepy, co zapewne mogło się przyczynić do zapewnienia pomyślnego przebiegu.

Higmore (*Lancet March. 1*) przy świeżem strzaskaniu kości czołowej, wy dobył za pomocą elewatora i szczypczyków 22 odszczepy kostne. Chory w dość krótkim czasie przyszedł do zdrowia.

M'Level (17) podaje, iż pewien maszynista, który widząc nieuchronność spotkania się dwóch pociągów zeskoczył z parowozu w najszybszym jego biegu, uległ powikłanemu złamaniu górnej ściany lewego oczodołu, z silnym krwotokiem i wypadnięciem mózgu. Wyjęto mu natychmiast dwa dość duże odszczepy; wypadniętą część mózgu odcięto, a ranę w skórce częściowo zeszyto. Po 5 dniach przytomność powróciła i chory stopniowo odzyskał zdrowie.

Pacjent Boughtera (*Philad. med. Times May 17*) mężczyzna 37-letni, uległ ciężkiemu powikłanemu strzaskaniu lewej kości skroniowej. Po wydobyciu swobodnych odszczepów kostnych, opona twarda okazała się nieuszkodzoną. Po 8 dniach, z powodu zapalenia

czepca ścięgnistego musiano jeszcze robić cięcia. Później na nieczysto ziarninującą ranę położono „opatrunek z ziemi“ (?) „ziemia bowiem wyraźnie i szybko przyczynia się do usunięcia nieczystych i wybujałych granulacyj“. Chory wyzdrowiał.

Chory Eshleman'a (18) uderzony przez konia kopytem, miał kość skroniową złamaną na 3 odszczepy. Autor wyjął natychmiast jeden z nich, który był zupełnie wolny, zaś 2 pozostałe podważył. Opony mózgowe były nieco naddarte. Po 2 miesiącach wydobyto większy z pozostawionych dwóch odszczepów, w postaci martwaka 2 cale długiego a 1 cal szerokiego, a kilka drobnych kawałeczków kości same się oddzieliły. Sądząc z grubości martwaka, grubość czaszki wynosiła $\frac{3}{8}$ cala. Z czasem ustąpiło zupełnie istniejące początkowo porażenie połowicze, i chory zupełne zdrowie odzyskał.

Hueter, zastanawiając się nad niektórymi z powyższych przypadków, objawia zdanie, iż pomyślny skutek natychmiastowego wydobywania odszczepów kostnych przy powikłanych złamaniami (strzaskaniach) kości czaszkowych ztąd pochodzi, że postępowanie takie odpowiada w zupełności przyjętem obecnie zasadam leczenia ran w ogólności, a zwłaszcza powikłanych złamań kości. Każda rana powinna być od razu do takiego doprowadzona stanu, ażeby zapewnić swobodny odpływ wydzielin z jej wnętrza, a zarazem ażeby umożliwić działanie opatrunku odwietrzającego na całą powierzchnię rany aż do jej głębi. Rozumie się, że do osiągnięcia tego celu bardzo wiele przyczyniać się może podważenie i wydobywanie odszczepów jak najprędzej po nastąpieniu złamania.

Gachassin Lafite (15) leczył człowieka któremu cięciem szabli rozplątano czaszkę na długość 10—12 ctm. Przez ranę ztąd powstałą wyciekał płyn mózgo-rdzeniowy z drobnymi cząsteczkami substancji mózgowej. W obec takiego obrażenia autor postąpił w następujący sposób: napełnił kiszkię poprzeczną świeżo zabitego wieprza mieszaniną 109 gramów świeżego mleka krowiego, 20 gramów miodu i 6 gramów soli kuchennej, i tak przyrządzony miękki wał, przytwierdził opaską kolistą wzdłuż rany, aby uniemożliwić dostęp powietrza do takowej. Już po kilku godzinach chory odzyskał mowę, a z czasem wyzdrowiał.

Simon (2) miał rzadko się zdarzającą sposobność, badać na stole sekcyjnym spostrzegane dawniej i zakończone wyzdrowieniem ciężkie obrażenie czaszki,

W Listopadzie 1867 r. przyjęto do szpitala 31 letniego wyrobnika z powikłaniem złamaniem kości czołowej tuż nad łukiem nad-

oczodołowym, któremu z rany téj wypływała substancya mózgowia. Uległ on nadto złamaniu kości promieniowej, złamaniu kości nosowych i pęknięciu nerki, skutkiem czego oddawał krew z moczem. Po przebyciu różnorodnych objawów zapalnych i gorączkowych chory ten ostatecznie wyzdrowiał, stracił jednak wzrok w lewem oku (nerw wzrokowy uległ zanikowi). W Styczniu 1873 r. chory ten wstąpił znowu do szpitala z gruźlicą płuc, skutkiem której wkrótce umarł. Autor opisuje szczegółowo wyniki badania pośmiertnego. Przedni zraz mózgu po stronie lewej był na znacznej przestrzeni w stanie rozmięczenia żółtego; przedni róg lewej jamy bocznej bardzo rozszerzony.

Pod symptomatologicznym względem interesującym jest następujące spostrzeżenie Broca (5). Pewien samobójca zmarł na drugi dzień po zadaniu sobie postrzału w potylicę. Pomimo że kula przeszła cały mózdzek na wskroś i zmiażdżywszy takowy znaleziona była w czaszce naprzeciw otworu wejścia, na wewnątrz kości potylicowej — za życia nie było żadnych objawów porażenia ani też podrażnienia ze strony układu nerwowego. Śmierć nastąpiła wskutek ostrego zapalenia opon mózgowych.

Triplett (6) opisuje klasyczny wypadek złamania blaszki wewnętrznej czaszki bez naruszenia blaszki zewnętrznej.

Mężczyzna 45 letni raniony został kamieniem w okolicę czołową. Miękkie pokrywy były rozcięte w kształcie V. Na 4-ty dzień po skaleczeniu rozwinęła się wśród dreszczy mocna gorączka, która potem ustąpiła na dni kilka, a następnie znowu się wzmógłszy, na 14 dzień spowodowała zejście śmiertelne. Przy sekcji znaleziono kość skroniową obnażoną z okostnej, blaszkę jej zewnętrzną nieuszkodzoną, z wewnętrznej zaś odłupany odszczep $\frac{1}{3}$ cala szeroki a $\frac{2}{3}$ cala długi. Odpowiednio temu odszczepowi utworzył się ropień w przednim zrazie prawej półkuli mózgu.

Hodges (10) obrał za przedmiot swych badań podbiegnięcia krwawe powiek, przy złamaniach podstawy czaszki. Podbiegnięcia te powstają w dwojaki sposób: raz bowiem krew z okolicy czołowej wtłoczona zostaje w tkankę łączną podskórną powiek, przy czem najpierw sinieje powieka górna a potem dopiero dolna. W innych znowu razach, a mianowicie przy złamaniu podstawy czaszki, nasięk krwawy przez tkankę łączną głębi oczodołu występuje najpierw pod łącznicę a ztąd dopiero rozszerza się na po-

wieki. Powięź powiekowa, wraz z chrząstką oddziela przestwory tkanki łącznej podskórnej od przestworów tkanki podłącznicowej, i dla tego właśnie, według poglądu H., w wynacznienie krwi zależące od pęknięcia podstawy czaszki musi zawsze ukazać się najpierw pod łącznicą. Rozumie się samo przez się, że powieki ulegać też mogą bezpośredniemu działaniu gwałtu, co także powoduje podbiegnięcia krwawe.

Kazuistyka guzów powietrznych czaszki (*Pneumatocele crani*) wzbogaconą została ciekawym wypadkiem spostrzeganym przez W e r n h e r'a (22). Mężczyzna 20 letni przyjęty został do szpitala z niezwykle wygórowaniem na prawej połowie czaszki. Wygórowanie to miało 28 ctm. długości a 27 ctm. szerokości i rozciągało się z przodu ku tyłowi od kości czołowej do połowy potylicy, a ze strony prawej ku lewej od tego miejsca czaszki gdzie się włosy poczynają aż po za szew strzałkowy. Opisana wyniosłość była na obwodzie wzgórkowata i dawała się wgniatać, tak, że wszędzie pod nią czuć było można twardą czaszkę; była przytem niebolesna i oczywiście powietrzem wypełniona. Przez nagniatanie powietrze dawało się z guza wydalić; przyczem uchodziło przez jamę bębenkową i trąbkę Eustachiusza. W uniesionej powłoce czaszki, przy brzegu guza tu i owdzie dawały się wyczuwać blaszki kostne. Kostna podstawa guza była bardzo wzgórkowata, usadzona chropawemi wyniosłościami. W wyrostku sutkowym wyczuć było można podłużną szparę, w którą koniec palca wciskać się dawał. Wyniosłość powstała prze 4 lata skutkiem silnego kichania i stopniowo się powiększała. Czynność ucha była prawidłową. Stały ucisk wyniosłości za pomocą opasek gummowych nałożonych w postaci czapki Hippokratesa, po wypuszczeniu powietrza trójgrańcem, nie odnosił trwałego skutku; a że gojenie jamy za pośrednictwem ropienia było zbyt niebezpiecznym, zaś utworzenie trwałej przetoki lub sprowadzenie zarośnięcia trąbki Eustachiusza zbyt niewygodnym lub niepewnym, przeto autor postanowił nastrzyknąć nalewki jodowej do wnętrza guza zapomocą strzykawki Pravaz'a, aby przez to wywołać zapalenie zlepne ścian jamy. Pierwsze nastrzyknięcie wykonano w okolicy wyrostka sutkowego, a skoro je chory dobrze zniósł, uskutecznilo jeszcze trzy, które wystarczyły do zupełnego zarośnięcia jamy w przeciągu kilku tygodni.

Na zasadzie wymienitego skutku jaki w tym razie osiągnięto, dobrzeby było w przyszłości próbować leczyć guzy powietrzne czaszki zapomocą wstrzykiwań jodowych; dotychczasowe bowiem spo-

soby leczenia były albo bezskuteczne (nacisk, opróżnienie za pomocą trójgrańca) albo niebezpieczne (naciecie, wywołanie ropienia w jamie).

Ważném jest także i to, że obraz téj rzadkiéj choroby o tyle został rozjaśnionym, iż można ją uważać za następstwo sprawy zanikowej blaszek kostnych wyrostka sutkowego.

2. N o s.

1) Thomas L. De la fissure congénitale du nez. Gaz. des hop. N. 54.—

2) Hamond. Note sur l'emploi de la sonde de Bellocque pour l'arrachement des polypes des fosses nasales. Bull. gén. de thérap. 30 Juni. p. 550—552.—3) Mignot. Cancer du nez, rhinoplastie, guérison. Gaz. hebdom. N. 20.—4) Bacciocchi. Di un caneroide al naso estirpato e guarito con rinoplastica. Rivista clinica di Bologna. Aprile 117.—5) Mesterton. Total Rhinoplastie. Upsala läkare forenin. förth. Bd. 8. s. 148.

Thomas (1) spostrzegł następujący wypadek wrodzonego rozszczepienia nosa. Dziecko 3 miesięczne, zresztą prawidłowo zbudowane, miało szczelinę podłużną od prawego otworu nosa do prawego wewnętrznego kąta szczeliny powiekowej. Brzegi téj szczeliny w części pokryte były błoną śluzową. Powieka odpowiednia wraz z jéj punktem łzowym znajdowały się o $\frac{1}{2}$ ctm. poniżej normalnego poziomu. Szczelina została z pomyślnym skutkiem zakryta za pomocą operacyi plastycznej.

W celu objaśnienia sposobu powstawania powyższej szczeliny, która w gruncie rzeczy różni się od szczelin pośrodku policzka częściéj spostrzeganych, autor posługuje się badaniami Coste'a nad rozwojem twarzy. Według tego ostatniego płat wargowy daje 3 odrostki na linii środkowej: tylny dla utworzenia spoidła podniebienia twardego, przedni górny i przedni dolny. Jeżeli ten ostatni pozostaje niezrośnięty powstaje wargą zajęcza; niezrośnięcie zaś pierwszego wytwarza paszczę wilczą. Jeżeli niezrośnięty pozostanie odrostek przedni górny, powstaje szczelina nosowa, jaka istniała w wyż opisanym wypadku. Wreszcie szczelina policzkowa pochodzi z niezrośnięcia obu przednich odrostków — górnego i dolnego.

Hamond (2) sądzi, iż wynalazł ulepszony sposób wyciągnięcia na zewnątrz polipów nosowych. U pewnego starego, bardzo drażliwego mężczyzny nie udawało się uchwycenie polipa kleszczykami; autor przeto przeprowadził przez nos rurkę Belloc-

que'a, i uwiązawszy do sprężyny dość sporą gąbkę, wciągnął takową w otwór tylny jamy nosowej poczem pociągał ją ku przodowi. Za trzecią próbą udało się polipa wyciągnąć na zewnątrz.

Trzy wypadki plastycznego dorobienia nosa nie przedstawiają nic osobliwego. W wypadku Mignona to jest głównie interesującym, że po wycięciu rakowca chory był zdrow przez 9 lat, i dopiero po upływie tego czasu choroba się ponowiła i spowodowała śmierć.

3. Policzki i wargi.

1) Lesser. Klinische Studien über seltene Formen congenitaler Missbildungen im Bereich des Kiemenbogens. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. II. p. 311—321.— 2) Kelburne King. On a peculiar kind of harelip and its treatment. Brit. méd. Journ. April 5.—3) Ferrusson. Modification of the operation for hare-lip. Brit. méd. Journ. Nov. 1.—4) Gütterbock. Ueber seröse Cysten der Wange. Arch. f. Klin. Chirurgie XV. p. 484—486.—5) Edgcombe Vennig. A case of cancer of the upper lip. St. Georges Hosp. Rep. Bd. VI. p. 189—191.—6) Holmes T. Cancer of the upper lip. following on lupus. St. Georges Hosp. Rep. Bd. VI. p. 193—194. 7) Grilli. Asportazione di un vasto epiteliale occupante tutta la faccia etc. Lo Sperimentale. Febbraio.

Kelburne King (2) spostrzegł podwójną wargę zajęczą z wysunięciem ku przodowi guzika kostnego szczęki górnej u trojga siostr. Autor jest zwolennikiem odcinania wspomnianego guzika kostnego, w celu ułatwienia zeszycia rozdzielonej wargi.

Ferrusson (3) operując tego rodzaju wadę rozwojową, odcina również guzik kostny szczęki górnej, oddzieliwszy od niego poprzednio błonę śluzową i chce to uważać za nową metodę operowania powikłanej wargi zajęczej. Hueter oburza się na ten sposób operowania, zachwalany przez powyższych dwóch lekarzy angielskich, i sądzi, że żaden z chirurgów niemieckich nie wejdzie w ich ślady. Znana jest bowiem rzeczą, że wysunięty ku przodowi guzik kostny szczęki górnej daje się odepchnąć na miejsce za pomocą ucisku nawet takiego tylko, jaki mań wywiera zeszyta wargi, przez co się unika zeszpecenia twarzy i zostawia się operowanemu górne zęby sieczne w stanie zdolnym do użytku. Wiadomo także, że za pomocą znanych metod można wszelkie wysunięcie środka szczęki górnej doprowadzić do właściwego położenia na drodze operacyjnej, nie odejmując go zupełnie.

Edcombe Venning (5) i Holmes (6) opisują wypadki raka wargi górnej. W pierwszym z nich mężczyzna 37-letni miał przed 4 laty wrzód syfilityczny na praciu. Owrzodzenie wargi górnej nie wygoiło się pomimo leczenia przeciwprzymiotowego. Po wyłuszczeniu udało się w nim wykazać budowę raka nabłonkowego (*epithelioma*). W bliźnie miał później powstać drugi guzik, ale bez obrzmienia gruczołów. Chory umarł potem z obłędu opilczego. Pacjent Holmes'a, mężczyzna 58-letni od młodości chorował na wilczaka (*lupus*). Pośrodku wargi górnej rozwinął się u niego guzik wielkości orzecha włoskiego, który usunięto za pomocą operacji. O budowie tego guzika w aktach szpitalnych nie było wzmianki. Z czasem kilkakrotnie tworzyły się nowe guziki na nosie, które wycinano, a ostatecznie obrzmienie gruczołów i owrzodzenie na szyi.

Hueter objawia przekonanie, iż w pierwszym wypadku budowa nowotworu (z rysunku) bardzo jest podobną do budowy lepiej płaskich, drugi zaś niedokładnie opisany; i że oba razem nie zdołają naruszyć jego wątpliwości pod tym względem, czy warga górna ulega kiedykolwiek zrakovaceniu. I jemu zdarzało się spotykać wrzody przymiotowe wargi górnej, które zmuszony był wyłuszczać, ponieważ na drodze leczenia przeciwprzymiotowego usunąć się nie dały; ale czyż to mają być raki?

4. Ślinianki.

1) Bouchand, Cyste salivaire de la parotide. Gaz. de hôp. N. 6.—2) Arnott, Malignant tumour in the parotid region. Brit. med. Journ. March. 8.—Hulke, Large calculus salivary having as its nucleus a minute fragment of wood. Transact. of the pathol. Soc. XXIV. p. 88—89.—4) Ritter, Speichelstein in der rechten Unterkieferdrüse. Württemb. med. Correspondenzblatt N. 35.—5) Bryk A. Klinische Bemerkungen über die Ranula. Oest. Zeitschr. f. prakt. Heilk. N. 10-23.—6) Janiszewski, Chrząstniak miękki ślinianki przyusznej; wyłuszczenie z przewiązaniem tętnicy dogłówniej, powtórny rozwój nowotworu w tkankach sąsiednich. Medycyna N. 41. str. 648.

Wypadek mięsaka ślinianki przyusznej leczony przez Arnotta (2) zasługuje na wzmiankę ze względu skuteczności chlorku cynku użytego w tym razie do wyżerania. Nowotwór ten u 35-letniego mężczyzny mocno się rozrastał i silnie krwawił, co skłoniło autora do podwiązania tętnicy szyjowej wspólnej, poczem kilkakrotnie wyżerano nowotwór chlorkiem cynku. Wyleczenie nastąpiło zupełne i trwało wciąż. W chwili ogłaszania powyższego artykułu, 5 lat po operacji, nie było jeszcze ponowy.

Ritter (4) miał sposobność widzieć kamień ślinowy ślinianki podżuchwowej, który został wydalony na zewnątrz przez ropień z przewodu Wharton'a. Imponował on wielkością; miał bowiem $2\frac{1}{4}$ ctm. długości, $1\frac{1}{4}$ ctm. grubości a ważył $34\frac{1}{2}$ grama.

Większy jeszcze był kamień ślinowy, który Hulke (3) wyłuszczył z okolicy podszczękowej młodej damy, biorąc go za kaszak o zgęstniałej zawartości. Ten ważył 67 gramów, istniał od 6 lat, a jądro jego stanowił kawałeczek drzewa.

Janiszewski (6) opisuje wypadek złośliwego chrząstniaka ślinianki przyusznej. Chłopiec 14-letni przed trzema miesiącami zaczął doświadczać szumu w prawym uchu, później bólu a po paru tygodniach w okolicy wyrostka sutkowego zaczął się tworzyć guz odsadzający muszlę ucha na zewnątrz, zrazu twardy, potem coraz miękniejszy. Guz ten był przecięty przez felczera, lecz rana ztąd powstała w żaden sposób goić się nie chciała. W dniu przyjęcia do szpitala muszla ucha była odsunięta od swój osady, cała okolica ucha z tyłu, z przodu i powyżej przedstawiała guz znacznych rozmiarów, miękki, w miejscu przecięcia grzybowato nad brzegi rany wystający; z otworu sączył się płyn cuchnący. Guz łatwo krwawił lecz był mało bolesny. Nowotwór ten usunięto za pomocą wyłuszczenia, założywszy poprzednio przewiązkę pod tętnicę szyjową wspólną, aby ją natychmiast zacisnąć w razie pojawienia się silniejszego krwotoku podczas operacji. Krwotoku jednak nie było, a przewiązkę zacisnięto dopiero po operacji w celu zabezpieczenia chorego od krwotoku następczego. Rana po podwiązaniu tętnicy zablizniła się w 24 dni po operacji. W miesiąc po operacji gdy już rana się dogajała, odtworzył się nowotwór na granicy blizny, i stopniowo się rozwijając w 3 miesiące sprowadził zgon chorego. Przy sekcji przekonano się, że nowotwór odtworzywszy się w otoczeniu rany, przeszedł do gardzieli i przez przewód słuchowy wewnętrzny w kształcie grzyba rozrósł się na kości skalistej tejże strony czaszki, uciskając mózg rozmiękczonej w tej okolicy i niszcząc nerwy prawego oka, które uległo następczemu zwyrodnieniu. W prawym płucu znaleziono guz wielkości orzecha włoskiego, konsystencyi chrząstki. Nowotwór pierwotny, zbadany przez prof. Brodowskiego, okazał się chrząstniakiem miękkim (*enchondroma molle parotidis*).

Prócz powyższego wypadku autor opisuje jeszcze dwa i inne chrząstniaki ręki, z których się pokazuje, jak jest różnym zachowywanie się tych nowotworów wobec ustroju; i gdy jedne pozostają nazawsze cierpieniem miejscowym, inne przybierają wszelkie cechy złośliwości.

Bryk (5) w swój pracy o żabcie (*ranula*) posługuje się dość obfitym materiałem kazuistycznym (19 wypadków). Z pomiędzy tych 19 tu, 2 tylko napotkano u dzieci; 3 u osób mających przeszło 50 lat wieku; 6 u osób między 20—30 r. życia; wreszcie 8 między 30 — 40 r. życia. Co do płci — było 12 męzkiej a 7 żeńskiej. W 14 wypadkach przyczyną rozwinięcia się żabki były różnorodne sprawy zapalne na dnie jamy ustnej, po większej części spowodowane zaniedbaniami chorobami zębów. W 7 wypadkach siedliskiem choroby był przewód Warthon'a; w 11-tu okolica przewodów wyprowadzających ślinianek podjęzykowych; w jednym wypadku choroba zajmowała oba przewody wyprowadzające. W 15 wypadkach żabka była jednostronna; — w 4-ech dwustronna. Autor opisuje bardzo dokładnie obustronny stosunek przewodów wyprowadzających Bartholini'ego i Rivini'ego do siebie i rozróżnia żabkę podżuchwową (przewód Warthon'a), żabkę zażuchwową (przewód Bartholini'ego) i żabkę podjęzykową (przewód Rivini'ego). Żabka zażuchwowa tém się odznacza, że rozwój jój poprzedza pojawienie się małych torbielek na dnie jamy ustnej, oraz że niezmienny przewód Warthon'a leży za guzem, zaś przy żabce podjęzykowej przewód ten daje się niekiedy rozpoznać przed guzem. Autor oświadcza się za tém, ażeby nazwą żabki nie oznaczać ogólnie wszystkich tworów torbielowatęj natury na dnie jamy ustnej, lecz tylko rozszerzenia trzech wspomnianych przewodów wyprowadzających gruczołów ślinowych. Co się tycze leczenia, autor sądzi, iż rozdęcia przewodu Warthon'a mogą być leczone za pomocą zawłoki. Najwięcej wypadków leczono za pomocą galwanokaustyki.

5. Szczęki.

1) Gurb ski, Notatki ze szpitala. 1. Wypilowanie lewój połowy żuchwy, wraz z wyluszczeniem w stawie żuchwo-skroniowym lewym. Gaz. Lekarska XV N, 7. str. 98.—2) Tillaux Nécrose phosphorée. Gaz. des hôp. N. 132.—3) Magitot Mémoires sur le kystes des mâchoires. Paris.—4) Beaton, Osseous tumour of the left superior maxilla. Removal of the bone. Lancet. Febr. 22.—5) Podraski, Totale Resection beider Oberkieferknochen wegen eines Osteoms. Oesterr. Zeitsch. f. prskt. Heilkunde. N. 1 i 2.—6) Riedinger, Resection des Oberkiefers mit Erhaltung des mucös-periostealen Ueberzugs des harten Gaumens. Berl. Klin. Wochenschr. N. 44.—7) Wagstaffe, Tumour-occupying both upper jaws removed by operation. Transact. of the pathol. Soc. XXIV. p. 189—191.—8) Dobson, Removal of greater part of both superior maxillae simultannously for malignant disease. Recovery. British medic. Journal. Oct. 11.—9) Rabo, Statistische u. klinische

Beiträge zur Prognose der Resectionen des Oberkiefers und den Hilfsoperationen bei denselben. Deutsch. Zeitsch. f. Chir. III Bd. 364.—**Rosenberger**, Isolierte Resection einer beiderseitigen Unterkieferluxation bei vorhandener Fractur, Aertzl. Bayr. Intelligenzbl. N. 39.—11) **Silver**, On the treatment of fracture of the inferior maxilla. Philad. med. and surg. Rep. April 26.—12) **Notta**, Resection dans l'article de la branche montante droite de l'os maxillaire infér. Gaz. des hôp. N. 48.—13) **Krönlein**, Ueber die totale Oberkieferresection. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. III. Bd. p. 300—353.—14) **Annandale**, Case of rare tumour of the lower etc. Edinb. med. Journ. Jan. p. 599.

Gurbski (1) opisuje następujący wypadek: Mężczyzna 52-letni od kilku lat cierpiał na ból i próchnienie zębów lewój połowy żuchwy, które kazał sobie powyrywać. Przed kilkoma tygodniami powstało nagle bolesne obrzmienie téj części szczęki i wpływ ropiasty z zębodołów, co go skłoniło do wstąpienia do szpitala. Przy badaniu miejscowém, znaleziono próchnienie lewój połowy żuchwy aż do stawu żuchwowego. Chora część kości została wypiłowana i wyłuszczonej ze stawu żuchwo-skroniowego, a do odsłonięcia jej użyto zmodyfikowanego sposobu **Huguiera**'a, W 5 tygodni później pacjent zdrowy wypisany został ze szpitala.

Beatson i **Podrazki** wśród licznej kazuistyki wypilowań szczęki górnej podają wypadki kostniaków w tejże szczęki. Pierwszy z nich (4) spostrzegł u 32-letniego mężczyzny w zatoce **Highmora** kostniak rozwinięty skutkiem obrażenia, który po wypilowaniu ważył 13 uncyj. W celu odsłonięcia szczęki górnej użyto cięcia **Dieffenbacha**'a t. j. poprowadzono jedno cięcie pionowe ku górze, przy brzegu nosa i drugie poziome pod powieką dolną. Cięcie takie ma ochraniać od obrażenia przewodu **Stenona**'a i nerwu twarzowego. Po zablźnieniu jednak wyszły na jaw niedogodności tego sposobu, bowiem utworzony płat opuścił się ku dołowi a powieka dolna wyróciła się na zewnątrz (*ectropion*).

Podrazki (5) rozpoznał u 42-letniego mężczyzny nowotwór złośliwy opierając się na tém, iż nowotwór zajmował obie szczęki i rozwinął się w ciągu krótkiego stosunkowo czasu (3 lat). Po wyłuszczeniu jednak pokazało się, że guz ten był kostniakiem, który się rozwijał ku zatoce **Highmora**'a i na zewnątrz. Wykonano wypilowanie obu stron szczęki górnej. W 8 dni po operacji chory zmarł w skutek ropnicy. Przy secey znaleziono zawały krwotoczne w płucach, ropień w średnim płacie mózgu i ropiaste zapalenie opon mózgowych.

Rabe (9) opracował z wielką starannością przyczynek do statystyki wypiłowań szczęki górnej. — Zestawia on w 8 blicach, te wypadki operacyjne, które mają uzupełniać dawniejsze tablice statystyczne Hoyfeldera i Bosségo (*Beitr. zur Lehre von der Resection des Ober-Kiefers. Inaug.-Diss. Dorpat. 1865*). — Tab. I. obejmuje 4 nowe wypiłowania szczęki górnej obustronne — a tem samém ogólną cyfrę téj kategorii podnosi do 15-tu. Tab. II. zawiera 127 operacyj wypiłowania jednostronnego całej kości szczękowej, przez co ogólną cyfrę takich operacyj podnosi do 262. Tab. III. mieści 71 częściowych wypiłowań jednej kości szczękowej, doprowadzając ogólną cyfrę téj kategorii do 152. Tab. IV. obejmuje 26 operacyj częściowych, przy których usunięto tylko jedną ze ścian kości szczękowej (oczodołową, podniebienną lub zewnętrzną). Tab. V. 13 wypiłowań wyrostka nosowego. Tab. VI—27 wypiłowań wyrostka zębodołowego. Tab. VII.—8 wypiłowań środkowej części obu kości szczękowych. Tab. VIII obejmuje 27 wypadków osteoplastycznego (czasowego) wypiłowania szczęki górnej, w celu ułatwienia usunięcia polipów noso-gardzielowych, które wraz z 8 wypadkami Bosségo podnoszą ogólną cyfrę do 39. — Wreszcie z ostatniej (IX) tablicy zestawia autor w grupy wszystkie 606 operacyj z ich 112 zejściami śmiertelnymi stosownie do powyższych kategorii, do wskazań i do ostatecznej przyczyny śmierci, o ile ta ostatnia podawana była w oddzielnych wypadkach.

W końcu autor zastanawia się nad znaczeniem tamponowania tchawicy, jako aktu przygotowawczego do operacji wypiłowania szczęki górnej i uzupełnia znane dotychczas 13 operacyj, przy których tamponowano tchawicę sposobem Nussbaum'a i Trendelenburga jeszcze trzema nowemi wykonanemi przez Koenig'a w Rostoku.

Krönlein (13) podaje jako przyczynek do statystyki wypiłowań całej szczęki górnej nowe 9 operacyj dokonane w latach 1868—1873 w klinice Zurychskiej. W 2 wypadkach do odsłonięcia szczęki użyto cięć Velpeau a w 7-iu zmodyfikowanych nieco cięć Dieffenbach'a. Chorych chloroformowano tylko do cięć skórnych (krew spływającą do gardzieli starannie wydalano, unikając tym sposobem tamponowania tchawicy.

Rosenberger (10) spostrzegł w klinice Würzburgskiej obustronne zwichnienie żuchwy z pośrodkowym złamaniem trzonu téj kości, które nastąpiło skutkiem przetoczenia się kadzi po twarzy skaleczonego. — Odprowadzenie każdego z odłamów uskuteczniło oddzielnie. — Tym sposobem zastosowano tu metodę Mon-

teggia i Hey'a, który radzi, w razie obuustronnego zwichnienia zuchwy nastawiać każdą połowę oddzielnie, co téż i Linhart potwierdza.

Annandale (14) usunął za pomocą częściowego wypiłowania prawdziwy zębiak (*odontoma*) według określenia Broca. Dziewczyna 17 letnia nie miała nigdy zębów policzkowych w dolnej szczęce po lewej stronie. Skoro szczęka w tem miejscu obrzmiła i utworzył się ropień, A. otworzywszy go znalazł wewnątrz tegoż ciała twarde i nieco ruchome, które wyciągnął. — Jama wysłana była gładką błoną. — Wydobyty guzik składał się z substancji zębowej powleczonej szkliwem, a wewnątrz posiadał substancję kostną i podobną do słoniowej kości. Miał on 3 ctm. długości a 2,5 ctm. szerokości i reprezentował kilka zębów zlanych w jedną masę.

6. Język.

- 1) Gies. Beitrag zur Makroglossie. Arch. f. klin. Chir. XV. p. 640.—
 2) Despres. Lipome sous-lingual. Gaz. des hôp. N. 68.—3) Testut. Adénome de la langue. Exstirpation par l'écrasement linéaire. Guérison. Bordeaux méd. N. 27.—4) Gant, Excision of the tongue, leaving the floor of the mouth entire. Lancet. N. 8.—5) Hayward. Epithelioma of the tongue; removal by the wire éraseur. Recovery, Lancet. March 1.—6) Whitehead W. Removal of the entire tongue for cancer by the galvanic éraseur. Lancet. Febr. 8.—7) Erichsen. Four cases of epithelioma of the tongue removal by galvano-éraseur. Lancet June 7.—8) Lesser, Eine Methode zur Unterbindung der A. lingualis, Deutsch. Zeitschr. f. Chir. I. Bd. p. 587.—9) Weichselbaum Vier Zungenkrebsexstirpationen nach Unterbindung der A. lingualis. Wien. med. Wochenschr. N. 42 i 44.

Gies (1) spostrzegął w klinice chirurgicznej w Rostoku dziecko z rozrosłym od urodzenia językiem (*Macroglossia*). Gdy dziecko to miało 7 tygodni wycięto mu już pierwszy raz klinowaty kawałek z języka, ale bez skutku. Gdy miało 28 tygodni język sterczał z ust na 1½ ctm. przed brzegiem zębowym szczęk, a wystająca ta część była 3 ctm. gruba a 4 ctm. szeroka. — Na dnie jamy ustnej znajdowała się jeszcze druga wyniosłość, będąca rozszerzeniem przewodu Warthon'a.—Prof. Koenig wyciął z języka klin mający u podstawy 3 ctm. a 2 ctm. długości, i wtedy dopiero język dał się wprowadzić do jamy ustnej. Z czasem rozwinął się w języku ropień i nowe obrzmienie języka, co się jednak ostatecznie zakończyło wyzdrowieniem.—Badanie drobnowidzowe wykazało w rozrosłym języku budowę podobną jak przy słoniowaciźnie, z torbielowatym rozszerzeniem naczyń chłonnych i przestworów limfatycznych.

Testut (3) opisuje spostrzegany przez siebie rzadki wypadek gruczolaka w języku. — Narośl wielkości orzecha, jasno-czerwono zabarwiona siedziała na szypule na lewym brzegu języka u 35-cio letniego mężczyzny; była ona w zupełności pokryta błoną śluzową. — W celu usunięcia, przekłuto guz przy podstawie dwiema mocnymi igłami, po za które założono łańcuszek odgniatacza i guz odgnieciono. Zagojenie nastąpiło z łatwością. Z badania mikroskopowego pokazało się, że guz był złożony z przewodów gruczolowych ułożonych gronkowato.

Co się tycze wyłuszczeń języka, to w literaturze r. 1873, posiadamy opisy wypadków operowanych trojakim sposobem: zapomocą odgniatacza, galwanokaustyki i noża, po poprzednim podwiązaniu tętnicy językowej.

Gant (4) w wypadku ponowionego raka języka rozciął policzek poczynając od kąta ust, wyciągnął język na bok, przeprowadził przez jego podstawę dwie igły aneuryzmatyczne i założywszy za nimi łańcuszek odgniatacza, odgniół język w ciągu 38 minut. Rana dobrze się zagoiła.

Hayward (5) wyciął pierwszy raz rak języka u 45-cio letniego mężczyzny zapomocą noża, a krwotok zatamował żelazem rozpalonem. Jeszcze rana się nie zablizniła, kiedy już nowotwór się odnowił. Drugą operację wykonano za pomocą odgniatacza. Zagojenie nastąpiło szybko, i do chwili ogłoszenia tego wypadku, w 3 miesiące po operacji, jeszcze nie było ponowy.

Galwanokaustyka dała pomyślny rezultat w wypadku operowanym przez Whitehead'a (6).

Jak niedostatecznie zabezpieczają od krwotoku nawet narzędzia tępe, dowodzi fakt, że po jednej z 4 operacyj wykonanych przez Heath'a za pomocą odgniatacza drutowego, nastąpił gwałtowny krwotok z tętnicy językowej, który zmusił do podwiązania tej tętnicy. Że i galwanokaustyka nie chroni na pewno od krwotoku, dowodzą dawniejsze spostrzeżenia. — Jeżeli do tego odgniecenia lub użycie galwanokaustyki poprzedzonym będzie rozcięciem policzka, jak to miało miejsce w wyżej przytoczonym wypadku Ganta i innych, to ze wszystkich dobrych stron tego sposobu operowania nie pozostanie nawet najważniejszej, jaką było to, iż niepotrzeba było wykonywać przedtem żadnej operacji przygotowawczej.

Lesser (8) w pracy swój opisuje metodę wyłuszczenia języka, po poprzednim podwiązaniu tętnicy językowej, używaną przez Huettera, a zarazem przytacza 7 wypadków operowanych za po-

mocą tej metody (6 przez Hueter'a, 1 przez autora). — Wszystkie te wypadki zakończyły się pomyślnie. Główną podstawą metody Huetera jest ustanowienie małej przestrzeni ściśle anatomicznie ograniczonej, w którejby na pewno tętnicę językową wynaleźć i podwiązać było można. — Przestrzeń tę nazywa Hueter trójkątem językowym (*trigonum linguale*). Jest ona odcięta z kąta utworzonego przez dwa brzośce mięśnia dwubrzusznego żuchwy schodzące się na kości gnykowej, od dołu przez nerw podjęzykowy a od góry przez zewnętrzny brzeg mięśnia bródki gnykowego. Powierzchnia tej przestrzeni nie wynosi więcej nad 1 ctm. kwadratowy; zwykle jest o wiele mniejsza, a po jej odstonięciu pozostaje tylko przeciąg cienki mięsień łopatkowy gnykowy, ażeby trafić z pewnością na tętnicę.

Hueter usilnie zaleca metodę odejmowania języka z przedniem podwiązaniem tętnicy językowej. Sam bowiem na 9 wypadków, przez siebie w ten sposób operowanych, ani jednego chorego nie stracił.

7) Podniebienie.

1) Gr i p a t. Bec de lièvre compliqué, division complète du palais et du voile. Bifidité de la langue. Mouvement méd. N. 6. — 2) F r a n k. Zur Staphylorrhaphie Med. Correspondenzbl. des Würtemb. ärztl. Vereins. 12 Septbr. — 3) C o o k. Adhesion of the soft palate and uvula to the posterior wall of the pharynx. Cure Philadelphia med. and. surg. Rep. March. 8. — 4) L e w i s. Elongation of the uvula. Boston med. and. surg. Journ. 17 Apr. — 5) M é p l a i n, Polype muqueux du voile de palais; recidives rapides après l'excision et l'ablation etc. Bull. gén. de thérap. 30 Decbr. — 6) E s t l a n d e r. Myxosarkom utgående fran inuolucrum palati. Finske läk. sällsk. förth. Bd. 14. S. 66.

Cook (3) operował u 27-mio letniej kobiety bliznowate zrośnięcie zasłony podniebiennnej z ścianą gardzieli, które powstało po owrzdzeniu przymiotowem. Najpierw języczek, a w pół roku potem i całą zasłonę podniebienną oddzielono za pomocą noża zgiętego po płaszczyźnie od tylnej ściany gardzieli. Po tej ostatniej operacyi autor urządził grubą płatkę ołowianą dokładnie wypełniającą miejsce pomiędzy raną podniebienia miękkiego a raną ściany gardzielowej. Płatkę tę utrzymał na miejscu zapomocą dwóch nitek jedwabnych, przeprowadzonych przy pomocy rurki Bollocque'a przez oba otwory nosowe i zawiązanych na karku. Nosiła ją chora bez przerwy przez 6 tygodni. Po upływie tego czasu blaszkę tę usunięto, a uleczenie pozostało trwałem. W uwagach epikrytycznych autor utrzymuje, że dotychczas znane są zaledwie 3 wypadki blizno-

wego zrośnięcia zasłony podniebiennój ze ścianą gardzieli. Tymczasem przed kilkoma laty R i e d opisał większą liczbę tego rodzaju wypadków z własnej praktyki, a H u e t e r sam widział ich więcej niż dziesięć.

Méplain (5) opisuje wypadek polipa śluzowego wyrosłego na granicy między podniebieniem twardem, a miękkim u 30-letniego mężczyzny. Guzik ten znajdował się w bliskości linii pośrodkowej; siedział na szerokiej szypule, był czerwonej barwy, bardzo skłonny do krwawienia, i miał 1 ctm. średnicy. Pomimo przyżegania tego polipa kwasem chromnym, stężonym kwasem karbolowym, a nawet wycinania go, niepodobna było pozbyć się go na zawsze; wciąż bowiem na nowo odrastał. Wreszcie autor wstrzyknął do wnętrza guzika za pomocą strzykawki Anel'a kroplę kwasu octowego. Po kilku dniach polip skurczył się do objętości soczewicy, a i ten mały guziczek zniknął ostatecznie po wstrzyknięciu jeszcze pół kropli. W 5 miesięcy potem nie było jeszcze ponowy.

Estlander (6) spostrzegł mięsak śluzowy znacznej objętości na podniebieniu. Chory, 56 lat liczący, przed 6 laty zauważył mały guziczek na podniebieniu po prawej stronie. Guziczek ten rosnąc od tego czasu, tak się powiększył, że zaczął utrudniać jedzenie i oddechanie. Był on dosyć twardy; miał powierzchnię gładką; ku przodowi i ku górze zajmował całą szerokość podniebienia aż do trzecich zębów trzonowych po obu stronach. Po lewej stronie tak był zbliżony do migdałka, że z trudnością zaledwie można było między nie wprowadzać palec; ku dołowi odpychał tylną część języka; wreszcie po prawej stronie był w tak ścisłym związku ze ścianą gardzieli, że jeżeli się chciało wysledzić palcem dolną jego granicę, niepodobna było jęj dosięgnąć, tylko się trafiało na nagłośnię. Po prawej stronie brakowało czwartego i piątego zęba w szczęce górnej, oraz odpowiedniej części wyrostka zębodołowego. Po téjże stronie wyrostek zębodołowy i podniebienny były w stanie rozrzedzenia (*rarefactio*). Za pomocą nożyczek i skrobaczki oddzielono dość ścisłe połączenia nowotworu z podniebieniem i szczęką górną, poczem z łatwością odłuszczone go od tylnej ściany gardzieli. Krwawienie było nieznaczne. Języczek i lewa połowa zasłony podniebiennój nie były zajęte przez nowotwór. Badanie mikroskopowe wykazało, że to był mięsak śluzowy (*myxosarcoma*) o komórkach okrągłych i wrzecionowatych. Pacjent w 10 dni po operacyi został wypuszczony ze szpitala z zagojoną prawie raną.

8. Gardziel.

1) *Du menil*. Relation de quatre cas de polypes naso-pharyngiens. *Gaz. de hôp.* N. 98 i następnie — 2) *Société de Chirurg. à Paris*. Discussion sur les polypes naso-pharyngiens. *Gaz. des hôp.* 101. 104. 108. — 3) *Chassaignac*. Polypes naso-pharyngiens. *Gaz. des hôp.* N. 112. 113. 114 i 115. — 4) *Ollier*. De l'opération des fibromes naso-pharyngiens au moyen de l'abaissement du nez par l'osteotomie vertical et bilatérale de la charpente de cet organe. *Gaz. de hôp.*, N. 115, 116.—5) *Collandre*. Observation de polype naso-pharyngien opéré par l'ablation partielle du maxillaire supérieure. *Gaz. des hôp.* N. 127. — 6) *Lenhartz*. Die Nasen-Rachenpolypen und ihre operative Beseitigung Inaug. Dissert. Berlin. 31 str.

VIII. Choroby szyi.

1. Rany i nowotwory.

1) *Jeaffreson*. A case of severe suicidal wound of the neck. *St. Bartholom. Hosp. Rep.* Vol. IX. p. 90.—2) *Cockle J.* Contributions to the pathology of tumours of the neck. *Med. Times.* Jan. 4.

Jeaffreson (1) spostrzegł ciężkie samobójcze skaleczenie u 39-letniej kobiety. Poderżnęła ona sobie szyję w poprzek, w środku długości chrząstki tarczowej. Górna i dolna połowa krtani szeroko się rozeszły, a w głębi rany widzieć się dawał dolny odcinek jamy gardzielowej. Krwawienie z tętnic tarczowych górnych i z tętnic krtaniowych wstrzymano za pomocą skręcenia. Pokarmy wprowadzano przez ranę, za pośrednictwem zgłębnika elastycznego wprowadzonego do przełyku. Połączenie obu rozciętych części krtani za pomocą szwów okazało się niemożliwem, gdyż siła ciągnąca mięśni przemagała siłę szwów. Chora umarła w 14 dni po zranieniu się, w skutek rozlanego zapalenia drobnych oskrzeli i biegunki.

Że nawet tak znaczne obrażenie może się zakończyć wyzdrowieniem, dowodzi tego spostrzeżenie *Gairdner'a* (*Edinburg med. and. surg. Journ.* Vol. XVI), cytowane przez *Jeaffreson'a*. Cięcie w tym wypadku przypadło nieco niżej; oddzieliło krtani od tchawicy i otworzyło przełyk. Po zagojeniu pozostały dwie przetoki. W przetoce tchawicowej chory musiał nosić ciągle rurkę, zaś przez przetokę w przełyku wprowadzano pokarmy za pomocą rurki elastycznej do karmienia służącej.

Cockle (2) przytacza dwa wypadki przepuklinowatego wypuklenia się płuc w stronę przedniej bocznej powierzchni szyi, takie, ja-

kie opisał poprzednio Morel-Lavallé, którego spostrzeżenie autor uważa za jedyne dotychczas.

I. Kobieta 45-letnia uległa podczas kaszlu wypuklaniu się płuca w górę, na przednią stronę szyi. Wypadek ten dostał się pod nóż sekcyjny. Przy badaniu pośmiertném, obok znacznej rozedmy płuca znaleziono na przedniej stronie szyi, w miejscu gdzie się płuco wypuklało za życia, próżną jamę wysłaną zbitą błoną i komunikującą z jamą opłucną, tak, że od strony jamy opłucnej można było wprowadzić do wspomnianej jamy rękę i sięgnąć aż do chrząstki tarczowej. II. W drugim wypadku spostrzegano podwójną przepuklinę płucną u żyjącego chorego. Chory ten cierpiał na rozedmę płuc i mocno kaszlał. Przy kaszlu wydymała się szyja po obu stronach prawie do ucha. Uwagi nad rozpoznawaniem przepuklin płucnych, jakimi autor kończy swą pracę, nie przedstawiają szczególnego interesu. (Sprawozdawca miał sposobność spostrzegać także jeden wypadek odnoszący się do kazuistyki czasowych przepuklin płucnych. U chłopczyka 4-letniego po przebyciu szkarlatyny rozwinął się nadzwyczaj obfity wysięk ropiasty w lewej jamie opłucnej. Podczas silnych napadów kaszlu z pod prawego obojczyka wznosiła się ku górze wypukłość, sięgająca prawie do linii górnego brzegu chrząstki tarczowej, która natychmiast zapadała. Gdy chory ten po jednorazowém opróżnieniu jamy opłucnej z wysięku za pomocą aspiratora Dieulafoy, zupełnie wyzdrowiał, i wypuklenie się płuca pod skórę szyi już się później dostrzegać nie dało).

2. Krtań i tchawica.

1) Devalz. Du tracheocèle ou hernie de la trachée. Gaz. med. de Paris. N. 46 i Gaz. des hôp. N. 129. — 2) Minutelli. Della tracheotomia e dello impiego degli uncini in sostituzione della canula. Lo sperimentale. Debr. p. 674. — 3) Richardson. On artificial respiration after the operation of tracheotomy. Med. Times a Gaz. Aug. 2. — 4) Voltolini. Die Tracheotomie mittelst der Galvanokaustik. Berl. klin. Wochenschr. N. 15. — 5) Bourdon. De la trachéotomie par le galvanocautère. Arch. gén. de Méd. Janv. p. 53 — 74. — 6) de Sain-Germain. Note sur un nouveau procédé de laryngotomie. Gaz. des hôp. N. 107. — 7) de Ranse et Muron. De la trachéotomie par le cautère actuel. Gaz. med. de Paris. N. 38. 8) Trenbelenburg, Erfahrungen über die Tamponada der Trachea. Archiv f. klin. Chir. XV. p. 352. — 368. — 9) Brodersen. Forhandling i det medicinske Selskat i Kjobenhavn om Prof. Mürers Dodsmeerd. Ugeskr. f. Læger. R. 3. Bd. 15. s. 241.

Devalz (1) spostrzegał wypadek przepuklinowatego wypuklenia błony śluzowej tchawicy, i uważa go za pierwszy do-

tychczas opublikowany, chociaż podobne opisywali już jego współrodacy Gayet i Larrey. Chory miał na środkowej części szyi guzik przypominający wole pośrodkowe. Pod lekkim naciskiem guz ten ustępował, a wtedy można było końcem palca czuć otworek w chrząstkach tchawicy i takowy zatknąć. Jeżeli worek był wypuklony i powietrzem wypełniony, to przy osłuchiwaniu klatki piersiowej słyszeć się dawał oddech amforyczny i pektorylokwia; po odprowadzeniu zaś tej przepukliny zjawiska osłuchowe były normalne. Chory opowiadał, iż dawno już na odpowiedniemu miejscu miał małą wyniosłość, która szybko powiększyła się, gdy raz chory nabawiwszy się kataru oskrzeli mocno kaszlał.

Minutelli (2) oświadcza się przeciwko używaniu tępych haczyków, w celu utrzymania ziejącym otworu w tchawicy po tracheotomii, zamiast odpowiedniej rurki. Haczyki te, które zachwyciwszy brzeg tchawicy utrzymuje się na miejscu przy pomocy taśmy oprowadzonej do koła szyi, bardzo są dla operowanych uciążliwe i niewygodne, a nawet autor im właśnie przypisuje zejście śmiertelne w jednym wypadku przezeń operowanym.

Richardson (3) używa do sztucznego oddechania przyrządu własnego pomysłu składającego się z dwóch baloników elastycznych, które przez ugniatanie naprzemian, to powietrze do płuc wtłaczają, to je z płuc wysysają (wdech i wydech). Przyrządu tego użył autor u 4½ letniego dziecka, które po tracheotomii dokonanej w skutek błonicy, dostało wielkiej duszności, wywołanej następczém zapaleniem płuc. Przy pomocy sztucznego oddechania utrzymywano dziecko przy życiu przez 30 godzin; ostatecznie jednak umarło.

Pomijając opis wypadków tracheotomii dokonanej za pomocą noża, opublikowanych w roku 1873, jako mniej interesujących, nie możemy nie wspomnieć o pracy Bourdon'a (5), który opisuje 6 tracheotomij dokonanych za pomocą galwanokaustyki (5 przez Verneuil'a, 1 przez autora), dostarczając przez to obfitego materiału do oceny nowej metody operacyjnej. I. Po odjęciu sutki tężec traumatyczny. Wykonano tracheotomię za pomocą galwanokaustyki, przyczem wyciekło 2 gramy krwi (!). Chora wyzdrowiała. II. Tężec u młodego mężczyzny. Tracheotomia za pomocą galwanokaustyki, bez krwotoku. Śmierć po upływie 30 godzin. Rozległe zapalenie oskrzeli. III. Obrzęk głośni u dorosłego mężczyzny. Tracheotomia za pomocą galwanokaustyki. Śmierć wieczorem po operacji. Przy operacji natrafiono na skostniałe chrząstki tchawicy, galwanokauter zgasł we krwi wypełniającej dno rany (!). Tchawicę utworzono no-

żem. Podczas operacji chory utracił kieliszek krwi (!). Przy tej sposobności autor nadmieniał że Verneuil nigdy nie zaniedbuje, robiąc tracheotomię za pomocą galwanokaustyki, mieć w pogotowiu nożyk ostrokończasty i główkowaty (!). IV. Teżec po ciężkiem obrażeniu u dorosłego mężczyzny. Tracheotomia. Otwór w tchawicy musiał być rozszerzony nożem. Ani kropla krwi się nie pokazała. Chory umarł tegoż wieczora.—V. Dławiec u dziecka liczącego $3\frac{3}{4}$ r. Tracheotomia za pomocą galwanokaustyki bez krwotoku. Śmierć w kilka dni po operacji.

Widzimy z tego, że galwanokaustyka nie zabezpiecza także bezwzględnie od krwotoku, i że przy tracheotomii za pomocą niej dokonywanej nie zawsze obejść się można bez użycia noża. Dodawszy do tego jeszcze dwie niedogodności, o jakich autor wspomina, a mianowicie że tłuszcz tkanki podskórnej szyi pod wpływem żaru galwanicznego zapala się niekiedy, oraz że części miękkie obrzmiewają już podczas operowania, skutkiem działania tegoż żaru, pokaże się, że wyższość galwanokaustyki nad narzędziami ostremi przy tracheotomii jest co najniżej bardzo problematyczną.

Tracheotomii galwanokaustycznej zagraża we Francji jeszcze nowa konkurencya, a mianowicie otwieranie tchawicy wprost żelazem rozpalonem.

Saint-Germain (6) wykonywając tracheotomię za pomocą galwanokaustyki u małych dzieci i przeświadczywszy się o niepewności i niedogodnościach tej metody, wpadł na myśl, czyby nie można było małym żelazkiem guziczkowatym rozpalonem, przedziurawiać więz tarczko-obraczkowy. Próby swoje kilkakrotnie dokonywał na psach. Nie było przytém najmniejszego krwawienia, a po rozszerzeniu małego otworku za pomocą rozszerzacza Laborde'a, wprowadzono rurkę. Psy miały się przytém bardzo dobrze; lecz skoro je po niej jakim czasie zabito, u większej części znajdowano owrzodzenia na tylniej ścianie tchawicy, pochodzące widocznie od oparzenia rozpalonem żelazem. To też autor uważa to postępowanie za niekwalifikujące się do zastosowania u ludzi.

de Ranse i Muron (7) powtarzali doświadczenia St.-Germain'a. Posługiwali się przytém zwyczajnym płaskim nożykiem z zaokrąglonym końcem i nieco szerszym ostrzem, albo też małym owalnym żelazkiem tylko 2—3 mm. grubym. Tchawica powinna być zawsze otwierana za pomocą noża. Na 22 tracheotomie wykonane tym sposobem u psów, tylko 2 razy miało miejsce nieznaczne krawa-

wienie, gdy żelazo w głębszych warstwach zanadto ostygło. Jeżeli żelazo zbliży się zanadto do pierścieni tchawicznych, to powstaje częściowa zgorzel chrząstek, co kilkakrotnie spostrzegano. Autorowie porównywając tę metodę z dawną, t. j. z operowaniem za pomocą noża, dochodzą do wniosku, że pierwsza przedstawia tę korzyść, iż za pomocą niej operacja prędzej daje się uskutecznić i gojenie szybciej się odbywa. W końcu autorowie upatrują dobre strony wykonywania tracheotomii za pomocą żelaza rozpalonego w tém, że nawet mniej wprawny operator może się posługiwać tą metodą bez obawy krwotoku, i że w specjalnych wypadkach np. u ludzi otyłych, przy traumatyczném nacieczeniu tkanek krwią, jako téż przy silném rozwinięciu gruczołu tarczowego, zasługuje ona na pierwszeństwo przed dawną metodą.

Trendelenburg (8) podaje wiadomości o wykonanych przez Langenbeck'a 7 operacjach poprzedzonych tamponowaniem tchawicy metodą autora. Operacje te były następujące: 5 razy wypikowanie szczęki górnej, 1 raz wyłuszczenie dość dużego guza z jamy ustnej i 1 raz laryngotomia. Ogólną liczbę operacyj wykonywanych dotąd przez różnych operatorów z uprzednim tamponowaniem tchawicy oznacza autor przybliżenie na 30. Wykazuje on przytém różnorodne korzyści tego postępowania, a między innymi zabezpieczenie się od gnilnego zapalenia oskrzeli, wywiązującego się tak łatwo po wypikowaniach szczęki górnej i sprowadzającego śmiertelne zapalenie płuc.

Brodersen'owi (9) zdarzył się następujący smutny wypadek, który może służyć za ostrzeżenie, jak przezornym powinien być lekarz przedsiębiorczy jakiegokolwiek manipulacye w głębi gardzieli, za pomocą przyrządów łatwo łamliwych lub t. p. np. przy tuszowaniu gardła pędzelkami, gąbkami osadzonemi na pręciku i t. p. i jak niekiedy, w wyjątkowych wprawdzie razach, zaniedbanie przekonania się o ich trwałości, smutne pociąga za sobą następstwa.

Brodersen, praktykujący w m. Lyngby wraz z 80-letnim prof. Müre'em, który ostatnimi czasy cierpiał na rozedmę płuc i katar oskrzelowy wezwany został pewnego razu do tego ostatniego z żądaniem pomocy, ponieważ Müre'owi utkwiała kosteczka gołębia ponad krtanią. Jeszcze przed przybyciem Brodersen'a, Müre'er próbował zepchnąć ją do przełyku swoim własnym pręcikiem do przepychania ciał obcych (*detrusor*) lecz bezskutecznie, i prosił B., aby tę próbę powtórzył. Ten, nie obejrzawszy czy pręcik jest mocny, wprowadził go po palcu do tylnej ściany gardzieli. W téj właśnie chwili operowany mocno zakrzusiwszy się, znakami dał poznać, iż chce, aby

mu przecik z gardła usunięto, co też natychmiast zostało wykonaném, ale pokazało się że nie było gąbki na końcu przecika. W kilka sekund potem przyszedł silny napad duszności z zupełném zawieszeniem oddechania i sinicą; po chwili jednak Mürer zaczął znowu oddechać, ale powierzchownie tylko. Brodersen mniemając że gąbka utkwiała w przełyku i tylko ciśnię na tchawicę, przyniósł z domu swój własny przecik i przeprowadził go wzdłuż całego przełyku, lecz nigdzie nie trafił na ciało obce. Tymczasem utrudnienie oddechania trwało dalej, a z badania za pomocą stetoskopu można było wnosić, że gąbka utkwiała w główném oskrzelu lewéj strony, bo oddechu w lewém płucu wcale słyhać nie było. M. coraz bardziej słabł. Z obawy aby nie skonał pod nożem, zaniechano wykonania tracheotomii, tém bardziej, iż sam sobie tego nie życzył. Po upływie godziny już nie żył. Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie. Gąbka z odłamany kawałkiem przecika tkwiła w lewém główném oskrzelu zatykając je zupełnie. Wylot krtani był niezwykle obszerny, ponieważ nagłośnia była skostniała. Corpus delicti—kostka gołębia nie została znalezioną.

3. Gruzoł tarczowy.

1) L a u r e. Suppuration de la glande thyroïde. Lyon. médic. N. 8. — 2) M i c h e l. De l'exstirpation complete de la glande thyroïde dans les cas des goitre suffocantes, cystiques ou parenchymateux. Gaz. hebdom. Nr. 44 i 45. — 3) W a t s o n. Excision of the thyroid gland. Edinburgh. med. Journ. Septbr. p. 252. — 4) H o p p m a n n. Cystenknopf des linken Lappens der Schilddrüse, durch Jodeinspritzungen mit nachfolgender Eiterung zur vollständiger Heilung gebracht, Deutsche Zeitschr. f. Chir. II. p. 480.—5) S t o e r k. Beiträge zur Heilung des Parenchym-und Cystenknopfes. Wiener. med. Wochenschr. N. 42—46.

Z dokładnej pracy Stoerk'a (5) o leczeniu wola przytoczymy ważniejsze szczegóły. W celu leczenia wola torbielowatego autor radzi zaniechać przecinanie, drenowanie i t. p., a zaleca przekłuwanie i nastrzykiwanie nalewki jodowej. Że jednak wstrzyknięcie naraz większej ilości téj ostatniej, wywołuje zbyt silne podrażnienie zapalne, przeto Stoerk kilkakrotnie wykonywa przekłucia, i za każdym razem wstrzykuje nie więcej nad pół drachmy nalewki jodowej. Przekłucia pojedyncze robi w odstępach czasu od 2 do 8 dni; t. j. nie wykonywa następnego wstrzyknięcia dopóty, dopóki nie ustąpi podrażnienie wywołane poprzedniem wstrzyknięciem. W końcu zawar-

tość staje się mocno kosmkowata, i wtedy do jęj wydobycia użyć należy pompki ssącej. Wszystkie torbiele nie posiadające sztywnych ścian, kwalifikują się do wstrzykiwań wysokowych. Wysokę przestacza zawartość koloidalną w ten sposób że ta staje się kosmkowata, a wraz z tém torbiel zaczyna się kurczyć.

Nastrzykiwania w miąższ wykonywa autor tylko przy wolach miękkich; włóknistych zaś i naczyniowych wcale w taki sposób nie leczy, gdyż zdarzało mu się widzieć, że po wstrzyknięciu w miąższ nalewki jodowej następowało bardzo silne zadrażnienie. Wbrew zdania Schwalbe'go autor twierdzi, iż po wstrzyknięciu nalewki jodowej następuje nierównie znaczniejsze skurczenie wola, aniżeli po wstrzyknięciu wysokoku, zgadza się jednak ze Schwalbe'm pod tym względem, że wstrzykiwania nalewki jodowej tam tylko przedsiębrać należy, gdzie wstrzykiwania wysokoku żadnego nie osiągnęły skutku.

4. Przełyk.

1) Lamb. A fatal case of congenital tracheo-oesophageal fistula. Philad. med. Times. Aug. 9. — 2) R a y s s. Schwere Krankheitszufälle in Folge von Verschlucken fremder Körper. Virchow's Arch. f. path. Anat. 58 Bd. p. 321—322. — 3) L e F o r t. Rétrécissement de l'oesophage etc. Gaz. des hôp. N. 28. — 4) H e y f e l d e r. Carcinoma oesophagi. Ernährung durch die Schlundsonde und Fleischpankreas Klystiere. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. II. Bd. p. 324.—5) T i l l a u x Contribution à l'histoire de l'oesophagotomie interne. Bull. gén. de thérap. 15. Jan. p. 14—20.—6) W e i c h s e l b a u m. Aus der Klinik von Prof. Podrazki. Strictura oesophagi. Oesophagotomie Tod. Wiener med. Wochenschr. N. 35 i 36. — 7) M a s o n. Carcinoma oesophagi Gastrotony. Death. Lancet. Jan. 25)—8) H e d e n i u s Tilfælde af oesophagitis phlegmonosa diffusa. Upsala läkarsforening förh. Bd. 8. 245. — 9) S t u d s g a r d. Oesophagotomie int. ved. cicatriciel Strictur. Hosp. Tid. 16 Aarg. F. 173.

Lamb (1) opisał rzadki wypadek wrodzonej przetoki tchawiczo-przełykowej. Dziecko nią dotknięte zmarło mając 7 tygodni życia. Cierpiało ono wzdęcie brzucha i rozwolnienie; miało przytém bardzo przyspieszone oddechanie, a każdemu oddechowi towarzyszyło potakujące kiwnięcie głową; wreszcie kaszało i wymiotowało. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono zapalenie w prawém płucu. Przetoką znajdowała się o pół cala poniżej dolnego brzegu chrząstki obrączkowej, miała 3 linie długości a 1 linię szerokości, skierowaną była ukośnie ku dołowi i otwierała się do przełyku. Błona śluzowa była niezmiącona. Wada rozwojowa tego rodzaju jest niewątpliwie wielką rzadkością. Autor tłumaczy jęj powstanie tworzeniu się w epoce rozwojowej wypukleń (*diverticula*) w przełyku.

Tillaux (5) oświadcza się jako zwolennik oesophagotomii wewnętrznej, zaleconej przez Trélat'a. Sądzi, iż należy przystępować do téj operacji, skoro się tylko nabędzie moralnego przeświadczenia, że rozszerzenie zapomocą zgłębników przełykowych nie doprowadzi do celu. Hueter przeciwnik wspomnionej operacji mniema, iż tego rodzaju wypadków wcale nie bywa, gdyż każde zwężenie przez które uda się przeprowadzić zgłębnik a *resp.* oesophagotom, może być uleczone na drodze rozszerzania. W wypadku, który autor przytacza, zwężenie znajdowało się w miejscu przejścia gardzieli w przełyk. Pomimo tak wysokiego umiejscowienia, wprowadzenie oesophagotomu, było trudne, operacja jednak pomyslnym uwieńczona została skutkiem.

Studsgaard (8) opisuje również wypadek oesophagotomii wewnętrznej u 8-letniej dziewczynki u której nastąpiło zwężenie przełyku skutkiem ściągania się blizny po owrządzeniu wywołaném przez połkniętą mieszaninę wapna i potażu (na 3 miesiące przedtém). Przed operacją zaledwie przechodził przez zwężenie zgłębnik N. 11 (Charriera). Operację wykonano narzędziem Nyrö'p'a z użyciem guzikowatego zgłębnika jako przewodnika. W trzy tygodnie po operacji chorą wypisano, ciągnąc dalej leczenie za pomocą rozszerzania stopniowego.

W klinice Podrazki'ego wykonano oesophagotomię zewnętrzną, wskazaną zwężeniem bardzo znaczném przełyku o ile się zdawało syfilitycznego pochodzenia. Chory umarł w kilka dni po operacji, a badanie pośmiertne wykazało rakowate owrządzenie przełyku. Weichselbaum (6) który donosi o tym wypadku, nadmieniał, iż według zebranej przez König'a statystyki, tylko te oesophagotomie dobry dają rezultat, które się przedsiębiorą w zamiarze wydobycia ciała obcego. Z 21 wypadków tego rodzaju, tylko 4 zakończyły się śmiercią; przeciwnie ani jeden chory nie został stanowczo uleczony, u którego operacja ta podjęta była z powodu zwężenia. Z tych ostatnich tylko jeden chory żył po operacji 16 miesięcy, a dwóch po 3 miesiące. Tak niezadawalniające rezultaty zależą zapewne od chorób, które zwężenie spowodowały.

Hedenius (7) opisuje bliżej bardzo rzadki wypadek rozlanego ropnego zapalenia przełyku, spostrzegany przez Belfrage'a. Kobieta 42-letnia, jak jęj się zdawało, połknęła ośc rybnią, poczem zachorowała. Najwybitniejszymi objawami były dreszcze, ból i mdłości; co jednak najbardziej zastanawia, to to, że chora nie czuła żadnych trudności ani bólu przy przełykaniu. Na czwarty dzień cho-

roby umarła ona, a sekcya wykazała zgrubienie ścian dolnej części przełyku zależące od nasięku ropiastego, bez śladu owrzodzenia błony śluzowej lub skaleczenia spowodowanego przez połkniętą ość. Sprawa zapalna przez wpust przeszła na ściany żołądka, które przedstawiały podobne tamtemu zgrubienie w okolicy krzywizny mniejszej, na przestrzeni 8 centymetrów.

IX. Choroby chirurgiczne klatki piersiowej.

1) Callender, Renuval of a needla from the hearth. Recovery of the patient. Med. chir. Transactions. XVI p. 203. — 2) Leisrink, Bemerkungen über die Entzündungen der Mamma bei jungen Männern. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. p. 19—21.—3) Pelechín, Die Verwerthung der Gesetze des athmosphärischen Druckes und der Hydrodynamik bei Operationen an der Brusthöhle. Berl. Klin. Wochenschr. N. 13.—4) Hammond Smith, Serons cyst on thoracic wall. Removal. Death from. cancer of the pancreas.—5) de Morgan Cystic tumour of left mamma in a male. Brit. med. Journ. Novbr. 8.—6) Thompson, Cystic sarcoma of the breast; operation by the elastic thread. Remarks Brit. med. Journ. Novb. 29.—7) Birkett, On some of the new growths developed in the breast, associated with cysts. Guy's Hosp. reports. XVII. p. 413—418.—8) Larsen, To Tilfælde of phlegmone i Brystets Integumenter med. pyaemi. Norsk Magasin f. Lægevid. R. 8. Bd. 2. Forh. s. 163.

Callender (1) ogłasza ciekawe spostrzeżenie o zranieniu serca igłą. Mężczyzna 31-letni zauważył, że podczas bójkę zginęła mu igła. W 10 dni potem autor odnalazł takową w 5 międzyżebżu po lewej stronie. Igłę tę można było dostrzedz już w tkance łącznej podskórnej, i widzieć, jak się poruszała synchronicznie z ruchami serca. Po wydobyciu powstało niewielkie krwawienie, które trwało aż do połączenia rany za pomocą szwów. Igła miała blisko dwa cale długości; to też musiała dość głęboko wdążyć w serce. Przez ostrożność chory kilka tygodni pozostawał w łóżku i dopiero w 7 tygodni po wydobyciu igły został wypuszczony z opieki lekarskiej. Przez cały ten czas nie zauważono ani gorączki, ani żadnych zaburzeń w czynności serca.

Leisrink (2) zaprzeczając zdaniu Billroth'a, który utrzymuje, że zapalenie gruczołu sutkowego u mężczyzn wywołaném bywa najczęściej przez wpływy mechaniczne, twierdzi przeciwnie, że często bardzo zapalenie tego gruczołu stoi w związku z dojrzewaniem płciowém młodych mężczyzn. To, że tak nazwać można, płciowo-rozwojowe zapalenie gruczołu sutkowego występować

może pod postacią ostrzej choroby, której towarzyszy obrzmienie gruczołów limfatycznych i gorączka, przyczem gruczoł powiększa się, twardnieje, dzieli się na oddzielne gruzły, a niekiedy ulega i ropieniu. Autor przytacza historję takiego zapalenia gruczołu sutkowego, z częstymi powrotami u 14-letniego młodzieniaszka. Zdarzało mu się także widzieć wyprysk lub spękanie brodawek sutkowych, u rozwijających się płciowo młodych ludzi.

Thompson (7) odejmował wielki torbielo-mięsak gruczołu sutkowego zapomocą nowej metody Dittela, t. j. sprężystej przewiązki (porównaj sprawozdanie z Chir. ogólnj. Zeszyt III. str. 414). Rurka kauczukowa średnicy $\frac{1}{12}$ cala została za pomocą igły przeprowadzona przez podstawę nowotworu, poczem guz podwiązano w dwóch połowach. Th. myśli na przyszłość przed ściągnięciem przewiązki zrobić nożem nacięcie w skórze, aby w zrobionym rowku ustalić położenie ligatury a przytém uniknąć nadwyzczaj silnego—w pierwszych godzinach—ból, zależącego od gniecienia nerwów skórnych. Do zupełnego oddzielenia sutki przewiązka potrzebuje 8—12 dni czasu.

Larsen (9) opisuje 2 wypadki ropiastego zapalenia powłok klatki piersiowej, z tego względu interesujące, że się wywiązały równocześnie u dwójga ludzi w jednakich zostających warunkach. I. Majtek z okrętu stojącego pod Kopenhagą przyjeżdżący do szpitala oświadczył, iż od dwóch dni ma silną gorączkę i ból w prawej połowie klatki piersiowej, bez kaszlu i duszności. Powłoki prawej strony klatki, były jednostajnie nabrzmięte; skóra miejscami żywo-czerwona; tętno 100; temp. 39,4. Później nastąpił wysięk do prawej jamy opłucnej i nasięk środkowej części prawego płuca. Mocz zawierał 0,4% białka. Częstość oddechania 48 razy na minutę. Stan ten nie ulegał zmianie aż do 5-go dnia choroby. W tym dniu pojawił się wysięk i w lewej jamie opłucnej, oraz szmer tarcia na wierzchołku serca. Tegoż dnia chory zmarł. Przy sekcji znaleziono nasięk ropiasty w tkance łącznej otaczającej mięśnie piersiowe—wielki i mały. Przedziurawienia klatki piersiowej do jamy opłucnej nie było. W prawej jamie opłucnej $\frac{1}{2}$ litra płynu surowiczoro-pnego. W górnym i średnim zrazie prawego płuca liczne powrózkowato ułożone ogniska ropne wzdłuż oskrzeli. Zapalenie osierdzia surowiczoro-ropiaste. Śledziona powiększona, miękka. W kanalikach nerkowych niewielkie wynaczynienia.

II. Drugi majtek z tego samego okrętu przybył tegoż dnia do szpitala. Zachorował on dniem późniejsz. I u tego znaleziono również

obrzemień prawej połowy piersi. Gorączka jednak zmniejszyła się. Ślady niewielkiego wysięku w prawej jamie opłucnej. W powłokach klatki piersiowej powstał ropień. Chory ten wyzdrowiał.

Pierwszy z tych wypadków uważać trzeba za ropnicę. Choroba prawdopodobnie wzięła początek z tkanki łącznej i rozszerzyła się na opłucną i osierdzie. W opłucnej trzewiowej naczynia limfatyczne były wypełnione ropą, a ogniska ropne wzdłuż oskrzeli zapawne były zropiałemi drogami limfatycznymi.

FARMAKOGNOZYJA I FARMACYJA.

Sprawozdawca A. Fabian, mag. farm.

Pharmacopoeia of the United States of America, Philadelphia 1873. — B. Hirsch Die Pharmacopoea germanica verglichen mit den jüngsten Ausgaben der Pharm. borussica etc. Berlin. — Schlickum: Taschen-Pharmacopoea germanica Leipzig 1874. — Duflos: Die in der deutschen Reichs-Pharmacopoe aufgenommenen chemischen Präparate. — Hager Manuale pharmaceuticum editio quarta Lipsiae 1873. — Schwabe: Kleines medicinisches Taschen-Wörterbuch Leipzig 1873. — Krotky: Handbuch über das Militair-Medicamentenwesen. — Proctor: Lectures on practical Pharmacy at the College of Medicine London 1873. — Soubeiran: Traité de Pharmacie édition Paris 1873. — Duflos. Handbuch der angewandten gerichtlichen chemischen Analyse der chemischen Gifte Breslau 1873. — Flückiger: Die frankfurter Liste, Beitrag zur mittelalterlicher Geschichte der Pharmacie. — H. Drury: The useful Plants of India London 1873. — H. Rodin. Les plantes médicinales et usuelles de nos Champs, Jardin, Forests. — Jäger: Der Apothekergarten. — Patrouillard: Des Aconits et de l'Aconitine. — E. Hahn: Die wichtigsten der bis jetzt bekannten Geheimmittel und Specialitäten Berlin 1873. — Nativelle: Recherches sur la Digitale Paris 1872. — Wurtz Rapport fait à la Societé de Pharmacie sur la Propylamin. — Mehn. Annuaire pharmaceutique XI Année. — Pharmaceutischer Kalender für 1874 Berlin bei Springer. — Pharmaceutischer Kalender für 1874 von Klinger. Wien bei Fromme. — Pharmaceutischer Kalender für das deutsche Reich auf das Jahr 1874. — P. Phöbus. Beiträge Würdigung der heutigen Lebensverhältnisse der Pharmacie.

1. Farmakognozyja.

a) Farmakognozyja ciał roślinnych

Mycetes.

Münz (*Journ. de Pharm. et de Chim.* 4 Ser. 18—12), badał rozmaite gatunki grzybów, odnośnie do zawartego w nich cukru;

z badań owych okazało się, że jedne zawierały tylko trehalozę jak np. *Agaricus muscarius*, który zawiera jej aż 10⁰/₀; inne np. *Agaricus campestris* zawiera tylko mannit; najczęściej jednak natrafiamy jednocześnie i trehalozę i mannit, a niektóre grzyby zawierają jeszcze trzeci gatunek cukru, którego charakter dotąd nie został jeszcze dokładnie zbadany.

Pachyma pinctorum. Gatunek grzyba pojawiający się w chińskim handlu pod nazwą *Fouh-ling*, używany przez tamecznych mieszkańców w cierpieniach wenerycznych. Champion znalazł w nim właściwy pierwiastek, który nazwał *Pachymoza* = $C^{20}H^{48}O^{28}$, jest on nierozpuszczalny w wodzie, natomiast rozpuszcza się z łatwością w ługu potażowym, roztwór zaś daje osady z solami ołowiu i wapna, rozpuszcza się nadto w amoniakalnym roztworze tlenku miedzi. Poddany uprzedniemu działaniu rozcieńzonego kwasu solnego, redukuje alkaliczny roztwór tlenku miedzi; pod działaniem stężonego kwasu siarczanego i zwyczajnego kwasu azotowego ulega rozkładowi, rozpuszcza się, a woda już takiego roztworu nie ma. Kwas azotowy dymiący, lub też kwas azoto-siarczany zamienia go na ciało wybuchające za uderzeniem tak jak bawełna strzelnicza. Charakter pachymozy nie jest jeszcze dokładnie zbadany, zdaje się atoli być obojętnym glikozydem nie zawierającym azotu.

Spermoedia Clavus. Sporysz zawiera prawie trzecią część swęj wagi gęstego oleju, który łatwo podlega zliczeniu; z tego właśnie powodu sporysz trudno się proszkuje, a proszek szybko się psuje. Ficinus (*Archiv. der Pharm.* CCIII. 219), radzi przeto oswobodzić sporysz od oleju tłustego za pomocą eteru, a przy ekspedycyowaniu proszku albo brać o $\frac{1}{3}$ część mniej, albo też ubytek na wadze zastąpić proszkiem lukrecyi lub cukru mlecznego.

Lichenes.

Cetraria islandica. Th. Berg (*Pharm. Zeitschrift für Russland* XII 129—136 i 161—167), przekonał licznymi, a nader ścisłymi doświadczeniami, że mech islandzki zawiera dwa różne lecz pomiędzy sobą izomerne wodany węgla wzoru: $C^6H^{10}O^5$ (a może jego wielokrotności), tak zwany zaś *Lichenin* jest tylko nie jednostajną mieszaniną obu tych wodań, co zarazem tłómaczy, dla czego własności licheninu podawane przez rozmaitych autorów nie są pomiędzy sobą zgodne i takimi być nie mogły. Jeden z powyższych wodań węgla w wodzie zimnej pęcznieje, lecz się w niej nie rozpuszcza, z jo-

dem nie barwi się niebiesko; drugi wodan rozpuszcza się w zimnej wodzie, a z jodem barwi się niebiesko. Dla pierwszego z tych ciał Berg zatrzymuje nazwę *Lichenin*, drugie zaś nazywa Ciałem jodniebiesko barwiącem (*Jodblauender Stoff*). Obadwa ciała otrzymują się podług Berga w sposób następujący: Pokrajany mech wytrawić zupełnie przez wygotowanie wodą przekroploną, odwar o ile możliwości sklarowany pozostawić w spoczynku przez 24 godzin; po upływie tego czasu opadnie lichenin w postaci galarety, w roztworze zaś pozostanie drugi wodan węgla wraz z cetraryną. Galaretę zbiera się na płócienne cedzidło i opłukuje tak długo zimną wodą przekroploną, aż tak sama galareta, jako też ściekająca woda przestanie się zabarwiać z roztworem jodu. Wypłókaną galaretę rozpuścić w rozcieńczonym kwasie solnym lub wielkiej ilości wody wrzącej, przesączyć i osadzić za pomocą 96% alkoholu, opłókać, odcisnąć i wysuszyć w umiarkowanym cieple; tym sposobem otrzymany lichenin zupełnie biały i czysty. Płyn zlany z nad pierwotnie osadzającej się galarety paruje się w wodnej kąpeli do niewielkiej pozostałości i miesza z równą objętością 85% wysokoku—wkrótce osadzać się zacząć kłaczkę, które po pewnym czasie zamieniają się w ciągliwą, lepka masę, którą opłókiwać należy alkoholem tak długo, aż takowy przestanie nabierać gorzkiego smaku; wysuszona masa stanowić będzie ów drugi wodan węgla; przedstawia on masę gąbczastą, w wodzie rozpuszcza się tworząc płyn jasnożółty. W trzykrotnych doświadczeniach otrzymał Berg stale 20% licheninu i 10 do 11,5% drugiego wodanu odnośnie do zużytej ilości mchu. Obadwa ciała pozostawiają po spaleniu niewielką ilość popiołu. Lichenin Berga jest nierozpuszczalny w wysokoku i eterze, wbrew podaniom dawniejszych chemików nawet po długim gotowaniu nie utracą własności krzepnięcia za ostygnięciem, wytrawiany kwasem solnym lub siarczanym rozcieńczonym zamienia się w cukier zdolny do fermentacji; ani ślina, ani sok pankreatyczny ani wreszcie wyciąg słodu nie wywołują podobnego przeobrażenia. Drugi wodan węgla ogrzewany przez długi czas w rurze zatopionej do 100°C, traci własność barwienia się niebiesko z jodem i wytwarza cokolwiek cukru, który tworzy się również przez wytrawienie z kwasem solnym lub siarczanym rozcieńczonym.

Gramineae.

Agropyrum repens. Müller w dalszym ciągu swych prac nad częściami składowymi korzeni perzu, (którą to pracę pierwiastkowo

prowadził wspólnie z Ludurgiem aż do śmierci tego ostatniego) wykazał co następuje: Ciało uważane za odrębny gatunek gumy (patrz zeszłoroczne sprawozdanie str. 165), jest właściwój formy krochmalem, zbliżonym najbardziej do inuliny, a który Müller nazywa trytyciną; ciało, a raczej mieszanina ciał stanowiących przejście od gumy do cukru owocowego jest tylko cukrem owocowym; w czterech gatunkach perzu znalazł Müller tego cukru 2,45%, 2,7%, 2,81%, 3,33%, opisany przez Pfaffa cukier perzowy jest podług Müllera mleczanem wapna pomieszany z cukrem owocowym, a niekiedy i z mannitem; w każdym razie ani mleczau wapna, ani mannit nie stanowią część składowych korzeni perzu, lecz powstają tylko z cukru owocowego przez fermentacyę. Trytycyna otrzymuje się w następujący sposób: Rozdrobione suche korzenie wytrawić w naczyniu depłasacyjnym gorącym 25—30% wyskokiem, wyciąg osadzić za pomocą octu ołowianego, odsączyć, filtrat oswobodzić od nadmiaru ołowiu za pomocą siarkowodoru, powtórnie przesączyć i odparować w wodnej kąpieli do gęstości rzadkiego syropu i zmieszać z kilkakrotną objętością mocnego alkoholu; osadzoną w ten sposób nieczystą trytycynę opłókać alkoholem, rozpuścić w wodzie, strącić octem ołowianym, przepuścić siarkowódór przesączyć, strącić alkoholem, osad rozpuścić w wodzie, roztwór wytrawiać ze świeżo wypalonym węglem zwierzęcym, aż się okaże zaledwie słabo zabarwionym; płyn odsączyć, odparować i umieścić na dializatorze na pięć lub sześć dni; po upływie tego czasu osadza się trytycyna za pomocą mocnego alkoholu, rozpościera na płaskich parownicach i suszy w temp. 80—100°.

Wysuszona trytycyna ma wzór $C^{12}H^{22}O^{11}$ z wejżenia podobna do gumy, w cienkich warstwach prześwieca, utarta stanowi biały proszek bez zapachu i smaku, z powietrza przyciąga łatwo wilgoć, nie rozpuszcza się w eterze ani bezwodnym alkoholu, natomiast rozpuszcza się w wodzie, roztwór posiada odczyn zupełnie obojętny; ogrzewana do 150° traci wodę, przy 160° zamienia się w masę brunatną, słodką, rozpuszczalną w wyskoku. Stężony kwas siarczany zamienia ją na kwas triticyno-siarczany; kwas azotny c. wł. 1,3 zamienia ją na kwas szczawiowy; zaś kwas azotny dymiący tworzy związek nitrowy nie wybuchający, lecz spalający się szybko za ogrzaniem; z roztworu Fehlinga trytycyna redukuje tlenek miedzi, lecz bardzo powoli, tak jak dekstryna.

S m i l a c e a e.

Smilax china. Według nowszych anatomicznych doświadczeń Sandahla, Schroffa i Flückigera, korzeń chinowy, *radix chinue ponderosae*, nie jest ani właściwem korzeniem, ani kłębem, ani główką (*tuber*), lecz stanowi to co nazywamy rozłogiem (*sarmentum*). U nas środek ten jest zupełnie zarzucony, w innych atoli krajach cieszy się jeszcze znacznem powodzeniem, jak to wskazuje fakt, że wcale niedawno wyeksportowano z Kantonu w jednym roku około 10000 funt. angielskich.

C u p r e s s i n a e.

Juniperus communis. Donath (*Chem. Centralbl. 3 Ser. r. 457*) rozbierając jagody jałowcu znalazł w nich następujące części składowe:

Olejku lotnego	0,91.
Juniperyny	0,37.
Kwasu mrówkowego	0,94.
„ jabłkowego	0,21.
„ szczawiowego	ślad
Tłuszczu podob. do wosku	0,64.
Zielonej żywicy	8,46.
Brunat. twardej żywicy	1,29.
Pektyny	0,73.
Ciał proteinowych	4,45.
Cukru	29,65.
Włóknika	15,83.
Ciał mineralnych	2,33.
Wody	29,44.

Odnosnie do juniperyny, wynalezionej przez Steera, to i Donath nie był w stanie określić bliżej jej natury.

C a n n a b i n a e.

Cannabis Indica. Według sprawozdania Schroffa na wystawie wiedeńskiej obok dwóch surowych towarów pochodzących z konopi indyjskich znanych pod nazwą *Bang* i *Gunjah* znajdowały się rozmaite środki odurzające pospolicie z tychże konopi przyrządane.

Gastinelli wystawił kwitnące okazy konopi z dolnego Egiptu, dołączając wiadomości, z których się okazuje, że i tam zaczynają tę roślinę uprawiać; Gastinelli przekonał się, że w miarę postępującej uprawy, roślina traci na wielkości i ilości włókna stanowiącego przemyślową jej wartość, natomiast zwiększa się ilość substancji narkotycznej; otrzymał on nadto aromatyczną żywicę, a to przez wytrawienie konopi wyskokiem, odparowanie i wypłókanie wodą; żywicę powyższą, która wynosiła 3% nazwał Haschischiną, ma ona być właśnie narkotyczną substancją indyjskich konopi. Prawdopodobnie jest to ta sama żywica, którą już dawniej otrzymał Smith, a którą nazwano Cannabiną.

Salicineae.

Piccard w roku 1865 odkrył w pączkach topolowych właściwy barwnik, który nazwał kwasem chryzinowym, który oprócz zwyczajnej topoli znajduje się również w *Populus monilifera s. balsamica*. W dalszym ciągu swych doświadczeń wykrył w pączkach jeszcze inne właściwe ciała, nazwę zaś kwasu chryzinowego zmienił na chryzyn, które to ciało znalazł nadto w pączkach *populus pyramidalis*. Czysta chryzina stanowi jasno żółte igielki, topi się przy $+275$ bez rozkładu na płyn brunatny, ogrzana nieco wyżej sublimuje w postaci drobnych igielek. W wodzie jest nierozpuszczalną, trudnorozpuszczalną w siarku węgla, chloroformie, oleju skalnym i benzynie, rozpuszcza się natomiast dosyć obficie we wrzącym kwasie octowym i anilinie, jak również w 180 cz. zimnego a w 50 cz. wrzącego wyskoku. W kwasie azotnym rozpuszcza się chryzina żółtą barwą, lecz po kilku minutach z roztworu wydzielają się ziarniste kryształki nitrochryzyny. Z rezultatu siedmiu rozbiórów pierwiastkowych Piccard wyprowadza dla chryziny wzór $C^{30}H^{20}O^8$. Z produktów podstawienia chryziny zasługują na uwagę: Dibromochryzyna $= C^{30}H^{16}Br^2O^8$; Bijodochryzyna $= C^{30}H^{16}J^2O^8$; Chlorochryzyna i Nitrochryzyna $= C^{30}H^{16}2NO^4O^8$. Piccard zalicza chryzynę do związków jednobudowych z Alizaryną $= C^{28}H^{16}O^8$ i kwasu frangulinowego $= C^{28}H^{20}O^{10}$.

Synanthereae.

Arnica montana. Siegel (*Annal. der chemie und Pharm.* CLXX, 345) sprawdzając rozbiór dokonany przez Waltha, doszedł

do następujących rezultatów: Destyllat z nad korzeni pomornika zawiera kwas izobutyloowy, lecz nie zawiera kwasu kapronowego, o którym wspomina Walz, a nadto znalazł ślad kwasu mrówkowego i dziegłowego. Im korzenie są starsze, tém bardziej obfitują w powyższe kwasy, natomiast zawierają mniej olejku lotnego (stare korzenie zawierają go 0,4 do 0,6%, młode około 1%). Olejek trudno jest zebrać z destylatu, albowiem przy + 14—16° utrzymuje się wprawdzie na powierzchni wody, lecz już przy + 10° tonie rozdrabniając się na drobne kropelki; składa on się przynajmniej z trzech eterów kwasowych bardzo rzadkich w królestwie roślinném, jako to: z Izomleczanu tlenku florylu = $C^{16}H^{18}O + C^{14}H^{18}O^3$, Eteru metylowego *Thymohydrochinonu* i wreszcie Eteru metylowego, alkoholu florylowego.

Ericineae.

Vaccinium vitis-idaea. Według Graegera (*Neue Jahrbuch der Pharm.* XXXIX, 193) borówki zawierają $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{3}$ % kwasu cytrynowego, tak że w miejscowościach, w których rosną obficie mogą być z korzyścią użyte do wyrabiania tego kwasu, tém bardziej, że zawierają wiele cukru, z którego możnaby jako produkt uboczny otrzymać wyskok lub ocet.

Scrophularineae.

Digitalis purpurea. Analiza chemiczna dokonana przez Dra Goerza (*Pharm. Zeitschrift für Russland* XII, 385—400) potwierdza w zupełności rezultaty badań Nativella odnośnie do części składowych naparstnicy; Goerz znalazł w niej również trzy charakterystyczne ciała, jako to: *Digitalinum cristallisatum s. activum*, *Digitalinum cristallisatum s. passivum* i *Digitaleinum*. Pierwszego z tych ciał otrzymał tak małą ilość, że nie był w stanie poddać je szczegółowemu chemicznemu badaniu, ani wykonać rozbioru pierwiastkowego; następnie Goerz zwraca uwagę na sprzeczne rezultaty farmakologicznych spostrzeżeń rozmaitych autorów, jak np. Buigneta, Gubler'a, Schroffa i innych, i podaje pięć własnych doświadczeń nad żabami i jedno wykonane na kocie, we wszystkich tych doświadczeniach sporządzone przez niego *Digitalinum cristallisatum* okazało się zupeł-

nie bezskuteczném; natomiast z ługu pokrystalicznego otrzymał zabarwione ciało, okazujące nadzwyczajnie silne działanie.

S t r y c h n e a e.

Pelletier i Caventon znaleźli we wronim oku właściwy kwas, który nazwali Igazurowym, Berzelius uważał go za kwas mleczny, Winkler za nieczysty kwas gallasowy, a podług ostatnich doświadczeń Köhna (*Archiv der Pharm. co. II, 137*) ma być kwasem garbnikowym strącającym sole żelazne zielono.

C i n c h o n e a e.

Cinchona. Kory chinowe stanowią niewyczerpany przedmiot do ciągłych obszernych studyów naukowych, i w ubiegłym roku pojawiły się liczne i obszerne prace, które postaramy się streścić jak najzwięźlejš, a zarazem najdokładniej; i tak:

A. U p r a w a d r z e w c h i n o w y c h.

1. Indye Holenderskie. Z obszernego sprawozdania v. Gorkoma za rok 1872 ogłoszonego w *Nieu Tijdschrift voor der Pharmacie in Nederland für 1873, 170*), widzimy, że przestrzenie wyznaczone pod uprawę drzew chinowych a będące własnością rządową, wynoszą 56777200 metrów kwadratowych, na których postanowiono doprowadzić liczbę drzew do 2000000 sztuk, a wtedy już bardziej plantacyi nie rozszerzać, a natomiast istniejące przez ciągłą staranną uprawę ulepszać, jak również prywatnym przedsiębiorcom pragnącym zakładać plantacye, rząd udziela młodych drzewek bezpłatnie. Rządowe plantacye mieszczą się głównie w siedmiu miejscowościach, w których hodują następujące gatunki drzew chinowych: *Cinchona calissaya vera et hybrida*, *C. succirubra et Caloptera*, *C. officinalis* w dwóch odmianach: *lanceifolia et micrantha*; najcenniejszą korę wydaje *C. officinalis*, a szczególniejš *C. calissaya*. Zbiór kory odbywa się w Lipcu i Sierpniu. W roku 1872 Gorkom wysłał do Amsterdamu 36000 funtów kory, która znalazła chętnych nabywców, tak z powodu pięknego wyglądu, jak i obfitości zawartych w niej alkaloidów chinowych, nadto wysłał tamże 8000 funtów kory sproszkowanej; przy coraz jednak wzrastającej produkcyi Gorkom oblicza, że w roku 1873 wyśle 60000 funtów, w r. 1874 produkcyja dojdzie do 100000, w 1875 do 150000, a w r. 1876 do 200000 funtów, skoro liczba drzew

dojdzie do proponowanych 2 milionów sztuk, spodziewają się produkować rocznie kory za 300000 złotych holenderskich.

2. *Indye angielskie*. I tu plantacye drzew chinowych ciągle się rozwijają, zdaje się jednak, że drzewa ulegają częstemu wyradzaniu, w skutek czego nie zawsze dostarczają tak dobrej kory jak plantacye Jawańskie. De Vry badał na nowo 16 rozmaitych próbek kory dostarczanej plantacyi w Otacamund, z analizy okazało się, że kory pochodzące z rozmaitych gatunków zawiera już to bardzo znaczne, już to bardzo małe ilości alkaloidów chinowych, a zwłaszcza chininy, a ponieważ w handlowych gatunkach rozmaite te kory są najczęściej pomieszane, nie możemy się więc dziwić, że rozmaici chemicy podają rezultaty rozbiórów zupełnie niezgodne pomiędzy sobą. Jakkolwiek bądź troskliwa uprawa i staranny wybór odpowiednich gatunków drzew rokuje i angielskim plantacyom chinowym świetną przyszłość.

3. *Jamaika*. Na prośbę angielskich agentów rządowych, z analizował de Vry jawańskie kory chinowe pochodzące z gatunków: *Cinchona Pahudiana*, *C. officinalis*, *C. succirubra*, *C. succirubra z coldspring*, *C. calissaya* i *C. micrantha*, przyczem otrzymał następujące wypadki:

a) *C. pahudiana* zawierała 3,735% alkaloidów chinowych o siłę rotacyjną 74,7 na lewo, z ilości tej 2,156 cz. rozpuszcza się w eterze, reszta zaś jest nierozpuszczalną, przy dalszym rozdzielaniu spostrzegł dwa nowe alkaloidy, których jednak dotąd nie zbadał, które są więc dotąd wątpliwe.

b) *C. officinalis* wydała 0,832% alkaloidów, o siłę rotacyjną 179,4 na lewo.

c) *C. succirubra z Cold spring* zawiera 10,837% alkaloidów, będących w takim stosunku, że znoszą w mieszaninie w zupełności siłę rotacyjną. Otrzymana z tego gatunku kory *cynchonina* wydała z 2 atomami kwasu winnego kwaśną sól, krystalizującą odmiennie aniżeli odpowiednia sól zwyczajnej *cynchoniny*, stąd de Vry uważa ją za odrębną modyfikację.

d) *C. succirubra z innej okolicy* wydała 5,835% alkaloidów, których siła rotacyjna = 67° na lewo, w których część w eterze rozpuszczalna = 2,280.

e) *C. calissaya* wykazała tylko 2,75% alkaloidów, z których 1,68 rozpuszcza się w eterze.

f) *C. micrantha* zawiera 3,402% alkaloidów, o siłę rotacyjną 28,3° na lewo.

4. Wyspa Ś-tėj Heleny. Ostatnie wiadomości dochodzące o plantacyach na tėj wyspie, każą się obawiać zupełnego ich upadku; przyczyną tego jest niewłaściwy klimat, nieodpowiednie wzniesienie nad poziom morza, a wreszcie niestaranność uprawy.

B. Części składowe kor chinowych.

1. Chinina przedstawia dwie stanowczo oznaczone modyfikacje izomerne: a) chinidynę i b) chinicynę.

Cynchonina przedstawia również dwie izomerne modyfikacje:

a) Cynchonidynę;—jako przedstawiciela tėj modyfikacyi stawia Hesse Cynchonidynę Pasteura; jest ona identyczna z chinidyną Winklera, Lersa, Rozengartena, etc. z Cinchonidyną Wittsteina, z Paltochiną Howarda, z Pseudochinina Mengarduque'a, Carthaginą Grunera, oraz z tem ciałem które przez Knera nazwane zostało α cynchonidyną.

2. Paricina. Alkaloid ten pierwotnie odkryty został przez Winklera, który go następnie sam jako też i Flückiger uznali za identyczny z Bebeeriną; Hesse atoli potwierdza jej istnienie, wykazawszy niejednokrotnie jėj obecność w *C. succirubra* pochodzącj z Indyi Wschodnich.

3. Chinamina. Otrzymałszy większe jėj ilości Hesse zbadał ją szczegółowj: tworzy długie, białe, lekkie pryzmaty podobne do siarczanu chininy, na powietrzu nie ulega zmianie, nie zawiera wody krystalizacyjnėj; ogrzana nad $+120^{\circ}$ zaczyna się barwić żółto, a przy silniejszym ogrzewaniu topi się na płyn ciemno-brunatny. Ogrzana szybko w rurce włoskowatj do 172° topi się na płyn bezbarwny, krzepnący po ostygnięciu krystalicznie, do rozpuszczenia potrzebuje 1516 cz. wody zimnej, łatwiej rozpuszcza się w wodzie wrzącj, w wysoku rozpuszcza się dosyć obficie, a także we wrzącym eterze, benzynie, ligroinie i eterze skalnym. Z soli chinaminy otrzymał i opisał Hesse następujące: chlorowodan chinaminy, jodowodan chinaminy, siarczan chinaminy, octan chinaminy, winian chinaminy, chlorowodan z chlornikiem rtęci, jodowodan z jodnikiem rtęci, wreszcie sole podwójne z chlornikiem złota i chlornikiem platyny.

4. Paytina. Istnienie tego alkaloidu zostało również stanowczo przez Hessego stwierdzone, a sam alkaloid bliżej przez niego zbadany.

5. Bezkształtne alkaloidy chinowe. Tu należy chinicyna i cynchonicyna; powstają one w korze wskutek

przeobrażenia chininy i cynchoniny, z których mogą być także sztucznie otrzymane.

O l e i n e a e.

Olea Europaea. Podług sprawozdań Jaga (*Pharm. Journ. and Transact. 3 Ser. III. 607*) produkcya oliwy w Syrii bardzo się rozwija, corocznie sadzą tam około pół miliona drzew oliwnych, a w miarę tego powiększa się też i ilość wywożonego produktu; w roku 1871 otrzymano około 960000 funtów; połowę tej ilości przerobiono na mydło, $\frac{1}{4}$ cz. zużyto do potraw i jako materiału oświetlającego, a resztę wywieziono.

U m b e l i f e r a e.

Pastinaca sativa. Rennese (*Annal. der Pharm. und Chem. CLXI, 80*) otrzymał przez przekroplenie owoców pasternaku olejek lotny, okazujący wiele analogii z olejkiem otrzymanym przez Zinkego z owocu *Heracleum Sphondylium*. Olejek pasternakowy składa się przeważnie z masłanu tlenku acetoilu $C^{16}H^{34}O + C^8H^{14}O^3$; ilość olejku jest tak szczupłą, że 90 funtów wydało zaledwie ilość dostateczną do wykonania analizy. Olejek jest bezbarwny, przyjemnego zapachu, aromatycznego smaku, posiada odczyn obojętny, c. wł. 0,8672.

Ferula tingitana. Wiemy oddawna, że obok tak zwanój officynalnej gummy amoniackiej pochodzącej z Persyi, istnieje drugi gatunek mało w Europie znany, a przywożony z Afryki. Gatunek ten zwany afrykańskim po raz pierwszy pojawił się na targu londyńskim w r. 1857, dokąd był przysłany z Mogadoru (w północnej Afryce w Maroko); następnie pojawił się tamże w większej ilości w r. 1871, lecz nie wiadomo czy został również wysłany z Mogadoru. Z badania pism starożytnych autorów przekonał się Hanbury (*Pharm. Journ. and Transact. 3 Ser. III. 741*), że amoniak afrykański znany jest od najdawniejszych czasów, używany najwięcej w Egipcie i Arabii jako środek do kadzenia zwany *Thymiana ad Suffinum*, otrzymuje z rośliny baldaszkowój *Ferula tingitana* przez nacięcie zupełnie tak jak amoniak perski.

Amoniak afrykański stanowi wielkie, brunatne ciężkie masy, powstałe ze zlepu twardych ziarn; ziarna są matowe, białe lub zielonawe, a niekiedy brunatne lub czarniawe, pomieszane z ziemistemi

i roślinnymi cząstkami; smak posiadają ostry, zapach właściwy niepodobny do amoniaku perskiego. Moos (*Pharm. Journ. and Transact. 3 Ser. III. 742*) podaje porównawczo części składowe amoniaku afrykańskiego i perskiego.

Amoniak afryk.	Amoniak perski.
Żywicy 67,760 68,6.
Gummy 9,014 19,3.
Olejku lotnego i wody. 4,290 2,8.
Pozostałość nierozpuszcz. 18,850	kleju . 5,4.
	<hr/> 99,914 Mat. ekstr. 1,6.
	Płasku . 2,3.
	<hr/> 100.

Siarki znajdującą się w niewielkiej ilości w olejku z perskiego amoniaku, Moos nie mógł znaleźć w amoniaku afrykańskim.

Menispermeae.

Cissampelos Pareirae. Przez długi czas utrzymywało się błędne mniemanie, jakoby powyższa roślina dostarczała tak zwanego *Radix Pareirae bravae*. Już poprzednio Flückiger, a obecnie i Hanbury (*Pharm. Journ. and Transact. 3 S. IV. 81—102*) prostuje błąd powyższy.

Prawdziwy *Radix Pareirae* dostał się za pośrednictwem portugalskich lekarzy z Brazylii do Lizbony, a następnie do Paryża; akademia poleciła zbadanie korzenia p. Geoffroy, w badaniach tych wziął także udział sławny Sloan, który był jednym z pierwszych lekarzy, który powyższy korzeń wprowadził do Francji i Anglii. Geoffroy opisuje korzeń w następujący sposób: kawałki od grubości palca do grubości ramienia dziecka, twarde, drzewiaste, poskręcane; na zewnętrznej powierzchni szorstkie, ciemnej barwy, opatrzone podłużnymi i poprzecznymi zmarszczkami, wewnątrz brudno-żółte, i tak poprzeplatane włóknami drzewnymi, że w poprzecznym przecięciu korzeń okazuje kilka współśrodkowych pierścieni, przeciętych włóknami promienistymi biegnącymi od środka ku obwodowi. Korzeń jest bez zapachu, gorzkiego, zarazem nieco słodkawego smaku przypominającego lukrecję. Według Hanbury opis powyższy jest zupełnie trafny, zdołał on nadto udowodnić że istotną rośliną wydającą prawdziwy korzeń Pareiry jest *Chododendron*

Tomentosum; jest to ta sama roślina, którą Decandolle nazywa *Cocculus Chododendron*; St. Hilaire zaś i Eichler *Cocculus platyphylla*, a Miers *Botryopsis Abutua*, rośnie ona w kilku prowincjach Brazylii.

Ranunculaceae.

Aconitum napellus. Wiadomą jest rzeczą, że korzeń tojadu, będąc daleko skuteczniejszym od liści, wyrugował po części te ostatnie z lekarskiego użycia. Jednakże już Schroff okazał, że to się odnosi tylko do korzenia z rośliny dziko rosnącej, korzenie bowiem z roślin uprawianych są zupełnie bezskuteczne. Obecnie Squibb (*Proceeding of the Amer. Pharm. Association pr. 1872 p. 229*) zwraca uwagę, że z Anglii i Niemiec przychodzą całe transporta korzenia tojadu, który chociaż na oko zdaje się być zupełnie dobry, to jednak zaledwie połowa może być uważaną za skutkującą. Z tego powodu Squibb radzi nie ograniczać się na badaniu cech zewnętrznych (tem bardziej nie kupować korzeni sproszkowanych), ale poddać je następującej próbie, która atoli naszym zdaniem nie łatwo da się w praktyce zastosować: ze środka każdej główki bierze się kawałek wielkości połowy łąpka od szpilki, rozgryza przednimi zębami i rozprowadza w ustach; korzenie nieskuteczne okażą się zupełnie, lub prawie bez smaku, korzenie dobre są gorzkie, a stopień goryczy jest w prostym stosunku ze skutecznością; po wypłókanui ust gorycz szybko znika, lecz natomiast wkrótce objawiają się charakterystyczne zjawiska zatrucia, trwające niekiedy trzy godziny, a mianowicie następuje zupełne sparaliżowanie władzy czucia, szum w uszach, przechodzący szybko w kłócie i odurzenie.

Anglia zużywa takie ogromne ilości korzenia do przerobienia na akonitynę, że produkcya europejska nie może jęj nastarczyć; z tego powodu Anglicy sprowadzają korzenie z innych miejsc, a mianowicie z gór Himalajskich. Korzenie te noszą w tamtejszym handlu nazwę Bikh; Hanbury wyprowadza je od czterech gatunków *Aconitum*, a mianowicie:

1° *Aconitum luridum* rośnie we wschodniej części Himalajów na wysokości 1400 stóp.

2° *Aconitum palmatum* w umiarkowanej strefie Himalajów na wysokości 8—10000 stóp.

3° *Aconitum ferox*, tamże na wysokości 10—14000 stóp.

4° *Aconitum napellus* począwszy od wysokości 10,000 stóp aż do ostatecznej granicy roślinności w prowincjach północno-wschodnich.

Odnosnie do alkaloidów tojadowych, to pomimo licznych i gruntownych opracowań, wiadomości nasze są jak dotąd bardzo jeszcze chaotyczne i niepewne. P a t r o u i l l a r d (*Des aconits et de l'aconitine Paris 1872*) ze swoich badań wyprowadza wniosek, że tak zwana niemiecka c. prawdziwa aconitina, jest wprawdzie różną od akonityny angielskiej s. pseudoaconitiny (napelliny), lecz obadwa te ciała nie są jeszcze czystą, właściwą akonityną.

G r o v e s (*Pharm. Journ. and Transact. 3 Ser. IV. 293*) ogłosił nowe swe studia porównawcze nad akonityną krystaliczną, akonityną bezkształtną, krystaliczną pseudoakonityną, bezkształtną pseudoakonityną, akonityny Morsona i napelliny Hübschmana. Obrabiając 50 funtów korzeni z N e p a u l otrzymał 1½ uncji krystalicznej pseudoakonityny (napelliny), jedną uncję bezkształtnego alkaloidu, który nazwał pseudoakonityną bezkształtną, a z ługów macicznych wydzielił jeszcze trzy drachmy alkaloidu kruchoego, żywicznego, który uważa za napellinę Hübschmana. Doświadczenia wykonane ze wszystkimi temi ciałami streścić się dadzą, w następujących punktach: a) topliwość: czysta krystaliczna akonityna zanurzona w szklanej rurce do wody wrzącej nie topi się; jeżeli azotan akonityny rozpuścimy w wodzie, osadzimy za pomocą amoniaku a następnie zanurzymy do wrzącej wody, akonityna również się nie rozpuści, lecz staje się kruchoą. Akonityna bezkształtna zachowuje się tak samo, natomiast akonityna Morsona topi się i przylega do ścian rurki. Pseudoakonityna krystaliczna nie topi się, po rozpuszczeniu w kwasie azotnym, i strąceniu amoniakiem również się nie rozpuszcza lecz staje się gietką i dozwala się ugniatać; pseudoakonityna bezkształtna topi się i przylega do ścianek rurki, również łatwo topi się napellina. Wszystkie alkaloidy wywiązują za ogrzaniem kwaśne pary zapachu octu drzewnego, kiedy tymczasem wszystkie inne zasady organiczne wywiązują pary alkaliczne; ogrzewane z ługiem sodowym wywiązują wolny amoniak. b) rozpuszczalność w mocnym i słabym amoniaku, okazuje się z tabliczki:

	<i>mocnyam.</i>	<i>słaby.</i>
1 cz. krystaliczną azotanu akonityny	520	589
„ bezkształtnej akonityny	1005	860
„ krystalicznej pseudoakonityny	2674	2500
„ bezkształtnej pseudoakonityny	1489	1372
„ akonityny Morsona	881	684

Charakterystycznych odczynów barwnych alkaloidy tojodu nie okazują żadnych.

Papaveraceae.

Papaver somniferum. Na ostatniej wystawie wiedeńskiej opium było nader świetnie reprezentowane; tak np. F a y k B e y (*Della Suda*) przysłał 100 gatunków opiumu tureckiego. W gatunkach tych procentowość morfiny była bardzo różną bo począwszy od 0,51% dochodziła aż do 13,36%, z czego się okazuje, że jeżeli z jednej strony w wielu miejscowościach Azji mniejszej wyrabiają opium bardzo dobry zawierający nawet większą ilość morfiny aniżeli wymagają farmakopee (8%), to z drugiej strony wyrabiają także gatunki bardzo lichy, a niektóre gatunki np. z Bagdadu i Aleppo pojawiają się mocno zafałszowane.

Opium aegyptiacum. W Egipcie staraniem G a s t i n e l l a przemysł opiowy znów się podnosić zaczyna, na wystawie ukazały się próby zawierające 3%, 8,2% i 8,1% morfiny.

Opium persicum. Takowego było kilka gatunków po większej części w formie lasek, zawierających podług H i l d w e i n a do 10% morfiny.

Opium russicum pochodzące z Rosyi azyatyckiej przedstawiono dwa gatunki, jeden gatunek z Derbentu miał barwę szaro czarną, był żywiczny podobny do perskiego; drugi gatunek z Kaukazu posiadał zapach szafranu i zdawał się być mieszaniną szafranu, miodu i opium.

Opium Indicum. Gatunek ten wysyłany w ogromnych ilościach przeważnie do Chin pojawił się w postaci wielkich kul, oraz tak zwany Patna opium w bryłach kwadratowych zużywany po większej części w kraju, a nadto dwa gatunki tak zwanego Punjaub s. Bombay-Opium.

Opium Chinense. Chińczycy zaczęli w ostatnich czasach produkować u siebie opium, ponimo to jednak wywóz tego środka do

Chin z Persyi, Indyi i Turcyi wcale się nie zmniejsza; tak np. w r. 1872 przywieziono tam 1280000 funtów.

Opium algericum. Zdaje się że algierski przemysł opiowy zupełnie upadnie. Na wystawie przedstawiono tylko dwa gatunki pochodzące z ogrodu aklimatyzacyjnego, lecz zarazem zawiadomiono, że produkcya nie pokrywa wyłożonych kosztów.

Opium americanum. Lillard (*Proceeding of the americ assot. pro 1872 p. 241*) donosi, że Dr. Pitts z Nashville (prow. Texas) otrzymuje opium zawierające tylko 11% części nierozpuszczalnych, a 10% morfiny.

Opium australianum. Przed parą zaledwie laty rozpoczęty przemysł opiowy w osadzie Wiktorya, obiecuje pomyślny rozwój; na wystawie pojawiły się próbki w postaci nieforemnych brył, obwiniete w liście.

Opium suecicum. Almqvist próbował uprawę maku w celu produkowania opium; próba wypadła dosyć pomyślnie; w ogrodzie botanicznym w Upsali otrzymano wprawdzie zaledwie kilka gramm. opium, lecz w bardzo dobrym gatunku, zawierający 8% morfiny.

Myrtaceae.

Caryophyllus aromaticus. Wiemy że z gorącego wysokowego wyciągu gwoździków za oziębieniem wydziela się po pewnym czasie Caryophyllina w postaci promienisto ułożonego zbioru kryształów. Z ciała tego otrzymał Mylius (*Archiv der Pharm. CCIII. 392*), produkt utlenienia, który nazwał kwasem karyophyllinowym. Sposób otrzymania jest następujący: do kwasu azotnego dymiącego sypie się małemi ilościami karyophyllinę, przyczem kwas należy oziębiać, z początku mieszanina mocno się rozgrzewa i wywiązuje gaz, a przy pewnym stopniu zgęszczenia roztworu, wydziela się nagle kwas karyophyllinowy w postaci kryształów. Po ostygnięciu mieszanina krzepnie na białą masę złożoną z mikroskopijnych kryształków, którą się umieszcza na lejku, po odciśnięciu ługu oplókuje najpierw kwasem azotnym, następnie wodą, rozpuszcza w amoniaku, przesącza, dodaje kwasu solnego, rozpuszcza osadzony kwas karyophyllinowy w alkoholu, osadza powtórnie przez dodanie wody i tym sposobem otrzymuje kwas zupełnie czysty. Jest on bezbarwny, rozpuszcza się w alkoholu, eterze i kwasie octowym; we wszystkich tych rozczynnikach wydziela się przy odparowaniu w stanie bezkształtnym; jest bez smaku, lecz w miarę tego jak się rozpu-

szcza w alkalicznej ślinie nabiera smaku gorzkiego. Z sodą daje połączenie w postaci bezkształtnej, żółtej masy łamliwej, gorzkiego smaku; podobne połączenia tworzy również z barytą i tlenkiem srebra.

Cameliaceae.

Thea chinensis. Konsumpcya herbaty powiększa się z każdym rokiem; obecnie wywożą jęj rocznie około 218 — 220 milionów funtów, z których na same Chiny wypada około 190 milionów.

W ü r t h n e r (*Pharm. Zeitschr. für Russland XI, 712*), sprawdzał z polecenia profesora D r a g e n d o r f a sposób ilościowego oznaczenia theiny w herbacie, podany przed parą laty przez L i e v e n t h a l a; uważa on sposób tego ostatniego za nie dosyć ścisły, a natomiast przyznaje wyższość dawniejszemu metodzie M u l d e r a, która się wykonywa w następujący sposób: herbatę wytrawić przez trzykrotną digestyę z wodą przez godzinę w wodnej kąpieli, wyciągi zmieszać, przesączyć, dodać odpowiednią ilość magnezji palonej, odparować do sucha i wytrawić eterem; wyciąg eteryczny odparować, przy czem pozostaje czysta, krystaliczna theina. W tenże sam sposób można wydzielić kofeinę z kawy, herbaty paragwajskiej etc.

R. W e y r i c h (*Pharm. Zeitschr. für Russland XII 322—336; 353—364*) poddał analizie 28 gatunki herbaty, a to dla sprawdzenia faktów podanych przez Z ö l l e r a że: 1) im liście są młodsze i mniej rozwinięte, tem są bogatsze w theinę 2) że dobroć herbaty ocenić można z analizy popiołu, który tem więcej zawiera potażu i kwasu fosforowego, im liście są młodsze, a natomiast liście starsze zawierają więcej wapna. W e y r i c h starał się nadto rozwiązać następujące pytania: czy wartość herbaty jako środka spożywczego jest w prostym stosunku z ilością zawartą w niej theiny; jaka herbata jest lepsza: czy wydająca mało, czy też wiele popiołu; czy lepsza jest herbata, której popiół zawiera więcej czy też mniej części rozpuszczalnych; czy ilość potażu i kwasu fosforowego może stanowić kryterium do oceniania dobroci herbaty; czy wodny ekstrakt dobrego gatunku herbaty zawiera więcej kwasu fosforowego aniżeli z gatunku lichego; czy dobre gatunki zawierają więcej części w wodzie rozpuszczalnych aniżeli poszczególne gatunki; czy wreszcie dobre gatunki zawierają więcej azotu od gatunków gorszych. Dobroć herbaty oznaczał W e y r i c h podług cen handlowych; jako najlepszy sposób otrzymywania theiny uważa metodę M u l d e r a,

tylko że zamiast eteru używa Weyrich chloroformu. Badane gatunki herbaty miały cenę od 1 rs. 20 kop. do ośmiu rubli za funt; ilość theiny wynosiła 1,36—3,09%; w żółtych i zielonych gatunkach ilość theiny jest w odwrotnym stosunku z ceną herbaty, przeciwnie w gatunkach czarnych ilość theiny jest w prostym stosunku z ceną, w samych kwiatach nie można dopatrzeć stosunku pomiędzy ceną a ilością theiny. Liście zawierały 5,8—7,4% wody, 49,3—63,1 części w wodzie nierozpuszczalnych, 30,4—44,6% części rozpuszczalnych; popiołu 5,1—6,9%, w którym części nierozpuszczalne stanowią 2,1—2,4%. Manipulacya przy fabrykacyi rozmaitych gatunków herbaty, wywiera bez wątpienia znaczny wpływ na zawartość theiny; tak np. podaje Popow, że czarne gatunki herbaty poddają tak silnemu prassowaniu, że wyciska się nawet część soku, co naturalnie nie może się obejść bez utraty theiny; jeszcze większy wpływ wywiera pora zbioru liści, zbiór odbywa się trzy razy do roku w kwietniu, czerwcu i sierpniu. Ilość potażu w całych liściach wynosi 1,97—2,53%, w popiele zaś 33,40—42,82; kwas fosforowy w całych liściach wynosi 0,72—1,56% w popiele wolnym od piasku 11,74—25—77%, w ogóle ilość kwasu fosforowego wzrasta w miarę dobroci herbaty; ilość azotu=4,15—6,72%. W ogólności okazuje się z powyższych faktów, że z rozbioru chemicznego nie można wyciągnąć wniosków odnośnie do dobroci herbaty.

Hippocastaneae.

Aesculus Pavia. W listkach zarodkowych tego drzewa rosnącego w południowej i zachodniej Wirginii, znalazł Batchelor (*Americ Journ. of Pharmacy 4 Ser III. 145*) właściwy gorzki trujący pierwiastek, któremu nie dał jeszcze nazwiska. — Pierwiastek powyższy jest glikozydem, który pod działaniem kwasu solnego rozpada się na cukier i białawo żółte ciało krystaliczne. Sam glikozyd przedstawia jasno-żółto-brunatne krystaliczne łuski bardzo gorzkiego ostrego smaku, w gardle sprawia uczucie suchości, rozpuszcza się w wodzie, wyskoku i ługu gryzącym, nierozpuszcza się zaś w chloroformie i eterze; z kwasem siarczanym stężonym daje ciemny roztwór, który za dodaniem wody barwi się purpurowo, a za ogrzaniem osadza kłaczkę takiejże barwy, przyczem wywiązuje się woń kwasu kofalowego.

Rhamneae.

Rhamnus Cathartica. Podług Pelta (*Journ. de Pharm. d'Anvers XXIX, I*) podaje następujące odczyny do odróżnienia soku z jagód szakłaku od soku kruszyny:

Pierwszy jest barwy purpurowej, drugi jaśniejszy;

Z chlornikiem żelaza pierwszy barwi się ciemnozielono drugi czerwono-brunatno.

Z octem ołowianym pierwszy daje osad żółto-zielony drugi niebiesko-zielony.

Z ałunem potażowym pierwszy barwi się zielono, drugi purpurowo.

Z siarczanem żelaza pierwszy barwi się brunatno, drugi fioletowo.

Z emetykiem pierwszy barwi się zielono, drugi purpurowo.

Z dwuwęglanem sody pierwszy barwi się ciemno-zielono drugi zielonawo-niebiesko.

Z wodą wapienną pierwszy daje barwę zielonawo-żółtą, drugi niebiesko-zieloną.

Z solą gorzką pierwszy barwi się czerwono-brunatno, drugi różowo.

Z ałunem z dodatkiem potażu pierwszy barwi się żółto-zielono, drugi daje osad zielonawo-niebieski.

Z siarczanem miedzi za dodaniem ammoniaku pierwszy barwi się zielono, drugi niebiesko.

Euphorbiaceae.

Mallotus philipensis. Właściwe ciało krystaliczne znalezione przez Andersona w Kamali a nazwane przez niego Rotleryną której istnienie przez Laubego zaprzeczone zostało, obecnie zostało stanowczo potwierdzone przez Groves'a (*Pharm. Journ. and Trans.* 3 Ser III. 228).

Ze stężonego eterycznego wyciągu kamali wydziela się krystaliczna masa złożona z drobnych pierzastych kryształków pomarańczowo-czerwonych, pomieszanych z białymi krystalicznymi ziarnkami, cała ta masa rozcieńczona wyskokiem i przesączona bez przystępu powietrza, pozostawia na sączku krystaliczną rotlerynę i nieco materii woskowej, mieszanina ta traktowana wrzącym alkoholem osadza po oziębieniu wosk, z nad którego zlany roztwór paruje się do sucha, pozostałość wytrawia się eterem, z którego osiada rotleryna.

Cesalpinea e.

Copaifera. Podług Marscha (*N. Jahrb. de Pharmacie XXXIX.* 223) w pewnej fabryce w Stanie Indiana, w Ameryce północnej, pro-

dukują sztuczny balsam Kopahu z oleju rycynowego, sosnowej żywicy z dodatkiem olejku lotnego z prawdziwego balsamu. Produkt ten już się podobno pojawił w New-Yorku.

Papilionaceae.

Glycyrrhiza glabra. Według doniesień Stokla (*Buchners N. Repertorium XXII. 375*) lukrecja rośnie obficie w całej Anatolii i wywozi się ze Smyrny w znacznych partyach. Korzenie wykopują w późnej jesieni i zimie, na wiosnę suszą i stosownie do długości rozdzielają na dwa gatunki; ułożone w wiązki przewiązują w obu końcach grubem płótnem i wysełają przeważnie do Anglii i Niemiec.

Jak już dawniej Gorup-Besanez tak obecnie Griesmayer, zwraca uwagę, że *Glycyrrhizyna* jest glikozydem, który przez gotowanie z kwasem solnym daje ciało żywiczne, oraz cukier zdolny do fermentacji i redukujący tlenek miedzi.

Mimosaeae.

Acacia Verck. Hager (*Pharm. Centrathalle XIV. 201*), znalazł gumę arabską zafałszowaną przez dekstrynę w kawałkach; guma ta na oko nie okazywała żadnej różnicy od prawdziwej, czystej gumy, jak również i jej roztwór, przy ogrzewaniu jednak tego ostatniego z alkalicznym roztworem miedzi wydzielał się zredukowany tlenek miedzi.

Gumma *Mezquite s. Masquite* pochodząca z *Algarobia s. Prosopis glandulosa* rosnącej w Ameryce według *Pharm. Journ and Transact 3 Ser IV. 286*, ma być tak dalece identyczną z gumą arabską, że używają jej nie tylko w technice, ale i w medycynie np. na mucilago. Wymienione drzewo dochodzi 20—40 stóp, a grubości 18 cali, rośnie najobficiej w prowincyi Bexar (*Texas*), gdzie w roku 1872 wyprodukowano 12,000 funtów.

Acacia Catechu. Według Löwego (*Zeitschrift für anal. Chemie XII. 127*) katechu zawiera *Kwercetynę* chociaż często w nader szczupłej ilości; otrzymać ją można, kłócąc przesączony wodny wyciąg z eterem, pozostałość po odparowaniu eterycznego wyciągu opłókuje się gorącą wodą, wytrawia 90% alkoholem, rozcińcza wodą, a wtedy po oziębieniu wydzieli się kwercetyna w postaci jasnożółtych igieł.

b) Farmakognozya ciał zwierzęcych.

P i s c e s.

Malacopterigii subbranchii.

Accipenser Sturio. Carrol Mayer (*American Journ. of Pharmacy 4 Ser. III 258*) badał części rozpuszczalne i nierozpuszczalne czterech gatunków kleju rybiego, a mianowicie amerykański w zwitkach i w listkach russki, pruski, a wreszcie pęcherz z *Gadus merlucius*; rezultat okazał się następujący: pierwszy zawierał 70 cz. rozp. 30 cz. nierozp.; drugi 80 cz. rozp. 18 cz. nierozp.; rzeci gatunek 88 cz. rozp. 12 cz. nierozp. czwarty gatunek 80 cz. rozp. 20 cz. nierozpuszczalnych, nareszcie pęcherz z *Gadus merlucius* 63,33 cz. rozpuszcz. 36,37 nierozp.

Insecta. Coleoptera.

Mylabris Cichorei. Maisch (*Pharm. Journ. and Trans. 3 Ser. III 726*) znalazł w amerykańskiej kantarydzie daleko większą ilość cantharydyny aniżeli w naszej *Lytta vesicatoria*; pierwsza zawiera jej 1,016% w drugiej znalazł F u m o u z e nie więcej jak 0,170—0,500 a średnio 0,300—0,400.

P o k i n g t o n (*Pharm. Journ. and Transact. 3 Ser III, 681*) uważa barwnik zawarty w pokrywach skrzydełek kantarydy za chlorofil.

W *Meloe Majalis* znalazł F u m o u z e 1,2% kantarydyny, skąd wypada, że owad ten najbardziej w nią obfituje.

II. Farmacya.

Aqua Ozonata. Spór dotyczący wody ozonowej nie został jeszcze rozstrzygnięty. Berlińska fabryka Krebs Kroll et comp. utrzymuje, że jej preparat zawiera istotnie w rozpuszczeniu ozon i powołuje się w tym względzie na świadectwa profesorów L u d w i g a i C a r i u s a. Tymczasem B e h r e n s w Kiel (*wittstein Vierteljahr eschrift XXII 250*), Dr. J a s o b s e n asystent chemicznego labor atoryum w Kiel, G o d e f f r o y (*Zeitschrift des Allgem. Apothekerver. in Oesterreich XI, 117*) wreszcie R a m m e l s

berg (*Berichte der deutsch. chem. Gesellsch. zu Berlin V, 605*), utrzymują, że powyższa woda ozonu wcale nie zawiera i zawierać nie może, ponieważ gaz ten jest zupełnie w wodzie nierozpuszczalny, że natomiast jest ona tylko bardzo rozcieńczonym roztworem kwasu podchloraowego, pochodzącego ztąd, że wodę przyrządzają zapewne z nieczystego nadmanganianu potażu zawierającego nadchloranpotażu.

Acidum Sulfurosum. Według Zinno (*Chemisches Centralblatt 3 F. II 579*) kwas siarkawy łączy się z jodem na właściwy kwas tak zwany jodosiarkawy SJO^2 , który uważać można za kwas siarczany, w którym jeden atom tlenu zastąpiony został przez jeden atom jodu. Kwas ten powstaje w pewnych warunkach przez bezpośrednie połączenie, mianowicie przy odbarwieniu mączki jodowej za pomocą kwasu siarkawego, działaniem siarkonu alkalicznego na jod, albo wreszcie przez stopniowe rozpuszczanie jodu w wodnym roztworze kwasu siarkawego. Sól sodowa tego kwasu powstaje przez rozpuszczenie jodu w roztworze podsiarkonu sody, przy czem wydziela się siarka.

Jodosiarkon sody = $\text{NaO} + \text{SJO}^2 + 10 \text{HO}$, krystalizuje w bezbarwne przyzmy, posiada smak gorzki, rozpuszcza się w 3,63 cz. wody, ogrzewany zamienia się na siarek sodu i siarczan sody z wywiązaniem jodu; w przystępie światła i ciepła wietrzeje; roztwór soli daje osady: z azotanem srebra brudnobiałe, z octem ołowianym białe, z azotanem ołowiu żółte, z sublimatem białe, z wodą barytową białe nierozpuszczalne w kwasie chlorowodorowym.

Jodosiarkon potażu $\text{KO} + \text{SJO}^2$, krystalizuje tak jak siarczan potażu rozpuszcza się w 7,44 cz. wody.

Jodosiarkon amoniaku $\text{NH}^4\text{O} + \text{SJO}^2$ krystalizuje w sześcioboczne przyzmy, w wodzie łatwo rozpuszczalny na powietrzu rozkłada się.

Acidum nitricum. Weber (*Journ. für prakt. chem N. F. VI, 342—358*) podaje łatwiejszy sposób do otrzymania bezwodnego kwasu azotnego, aniżeli za pomocą azotanu srebra i gazu chlorowego:

Czysty jednowodan kwasu azotnego NO^5HO c.wł. = 1,514 umieszcza się w bardzo oziębionej zlewce i dodaje stopniowo przy ciągłym chłodzeniu małemi ilościami bezwodnego kwasu fosfornego tak długo, aż nowa dodana ilość przestanie zrzędzać znaczne podwyższenie temperatury, kwas fosforowy powinien być wolny od kwasu fosforawego, ponieważ takowy działa redukująco na kwas azotny. Zawartość zlewki umieszcza się w suchej retorcie tubulatywnej, łącząc z kolbą o wązkiej szyi i poddaje przekropleniu. Przy $+ 39^\circ$ ucho-

dzą pomarańczowe pary, a w szyi retorty pojawiają się oleiste krople spływające do kolby; przekroplenie przedłuża się dopóki tylko się powyższe krople okazują.

Otrzymany destyllat tworzy dwie warstwy: górna ciemnopomarańczowa zawiera kwas bezwodny z pewną ilością jednowodanu, warstwa ta się zlewa oziębia w lodzie, przez co wydziela się część bezbarwnego płynu, resztę przelewa się do flaszki cylindrycznej o cienkich ścianach i oziębia za pomocą lodu i mieszaniny oziębiającej. W krótkce na ścianach naczynia pojawiają się twarde skorupy kryształiczne a następnie foremne kryształki przezroczyste, żółtawe długie na 5—6 milimetrów, będące właśnie bezwodnym kwasem azotowym. Pozostały ług maciczny jest ciemnopomarańczowy, bardzo lotny, i zawiera kwas podazotny i nieco bezwodnego kwasu azotowego. Kryształy bezwodnego kwasu przy niższej temperaturze są suche, twarde, łamliwe, słabo tylko przylegające do ścian naczynia; ogrzane do + 15 stają się żółte, w mieszaninie oziębiającej odbarwiają się zupełnie.

Acidum nitricum purum. Nowa niemiecka farmakopea żąda, ażeby czysty kwas azotny rozcieńczony pięćkrotną ilością wody nie dawał mętu ani z azotanem baryty, ani azotanem srebra a wreszcie nie barwił się różowo z rodankiem potasu; otóż M e r c k i M a r q u a r t zwracają uwagę, że ostatni odczynnik nie powinien być używany, ponieważ daje powyższe zabarwienie nawet z kwasem zupełnie wolnym od żelaza.

Acidum phosphoricum glaciale. Kwas ten bywa niekiedy przepisywany do pigułek, lecz ponieważ ucieranie jego jest dosyć mozolne, Wittstein przeto radzi brać w takich razach pięciokrotną ilość zwyczajnego kwasu fosforowego i odparować do pozostałości $\frac{1}{3}$ cz., sposób ten przyjęty został przez nową niemiecką farmakopeę; W i g g e r s atoli robi słuszną uwagę, że obadwa kwasy nie są wcale identyczne: kwas zeszkłony jest kwasem: $\text{bP O}^5 + 2 \text{HO}$, zwyczajny zaś jest $\text{c PO}^5 + 3 \text{HO}$ i ścina białko.

Acidum phosphoricum cristallisatum. Dawno już jest rzeczą wiadomą, że zwyczajny kwas fosforowy odparowany do gęstości syropu daje czysty, krystaliczny wodan kwasu fosforowego. Otóż obecnie fabryka Scheringa w Berlinie wyrabia ten preparat na wielką skalę; stanowi on przezroczyste cztero i sześcioboczne słupy, twarde, łamliwe, do 149° mogą być ogrzane bez zmiany dopiero przy + 160° tracą wodę; roztwór posiada wszystkie własności kwasu fosforowego zwyczajnego.

Acidum Arsenicosum. Według Buchnera (*N. Repert.* XXII, 265) 1 część kwasu arsenawego szklistego potrzebuje do rozpuszczenia 108 cz. wody zimnej, jedna część kwasu porcelanowego wymaga 355 cz. Przez gotowanie roztwór pierwszego kwasu zawiera po oziębieniu 1/46 cz. drugiego 1/30.

Kwas jodoarsenawy podobnie jak kwas siarkawy, tworzy kwas arsenowy z jodem właściwy kwas, lecz takowy ma wzór AsJ^2O^3 . (Zinno, *N. Repert.* XXII, 385) uważać go więc można za kwas arsenowy, w którym 2 atomy tlenu zastąpione zostały przez 2 at. jodu. Otrzymuje się najlepiej dodając do wrzącego roztworu kwasu arsenawego małemi ilościami jod, dopóki się tylko rozpuszcza; po oziębieniu wydziela się kwas, posiadający następujące własności: stanowi on białe, drobne błyszczące pryzmy, rozpusza się w 30,9 cz. wody, 19,14 cz. 85° alkoholu, w eterze i benzynie jest prawie nierozpuszczalny; pod wpływem ciepła i światła rozkłada się i żółknie, ogrzany rozkłada się na jod i kwas arsenawy, gotowany z wodą rozpada się na jod i kwas jodowodorny i kwas arsenowy. Z odczynnikami zachowuje się jak jodek rozpuszczalny, rozpuszcza się w alkaliach, a przy stężeniu wydzielają się utworzone jodoarseniony.

Dochodzenie arsenu. Gatehouse (*Zeitschrift für Chemie* XII, 311) podaje następujący sposób: badany płyn wlać do wysokiéj próbkówki, wrzucić kawałek sody gryzącéj wielkości grochu, następnie zanurzyć w płynie blaszkę *aluminium* długą na cal, szeroką na 1/2 cala i nakryć próbkówkę paskiem bibuły filtrowéj zwilżonym w roztworze azotanu srebra. W razie obecności arsenu bibuła zwolna brunatnieje lub czernieje, dla przyspieszenia reakcyi można próbkówkę rozgrzać; antymon nie wy daje podobnego odczynu.

Chlor. Wolters (*Journal für pract. Chem.* NF VII 468) podaje rtęć metaliczną jako pewny odczynnik do rozpoznania, oddzielenia i ilościowego oznaczenia chloru, kwasu podchlorawego, chlorawego i chlornego; zastosowanie rtęci polega na tém, że rtęć kłócona z wolnym chlorem daje tylko chlorek rtęci, a z wolnym kwasem podchlorawym tworzy żółty i brunatny tlenochlorek rtęci.

Acidum muriaticum. Do oczyszczenia kwasu chlorowodornego od arsenu używa Engel (*Compt. rendu* LXXVI, 1139) podfosforanu potażu: kwas mięsza się z 1/2% powyższéj soli, a po odstaniu i zredukowaniu arsenu zlewa czysto i odkrapla.

Bromum. W handlowym bromie znalazł Phipson (*The chemical News* XXVIII, 52) znaczne ilości cyanu, a to w postaci rozpuszczalnego bromku cyanu; rozpoznaje się w ten sposób: 15 grm opi-

łek żelaznych oblać 60 grm wody, dodać 15 grm badanego bromu, odsączyć i pozostawić w spoczynku; w razie obecności cyanu opadnie po kilku godzinach błękit pruski, z wagi którego obliczyć można ilość cyanu.

Kalium bromatum. Handlowy brom rzadko bardzo wolny jest od jodu, ztąd też i bromek potasu zawiera zwykle jodek potasu. Dla wykrycia tego ostatniego nowa niemiecka farmakopea każe do badanego roztworu dodać kilka kropel kwasu azotnego dymiącego i skłócić z chloroformem, który zabierze jod; ponieważ powyższa próba przy zamałej lub zawielkiej ilości kwasu azotnego, może stać się niepewną, Lehmann przeto (*Archiv der Pharmacie CCII, 26*) zaleca inny sposób, a mianowicie używa on w tym celu roztworu siarczynu miedzi, który nie rozkłada bromku potasu, natomiast rozkłada jodek na siarczan potażu, jodek miedzi i wolny jod. Hesse znowu używa do wykrycia jodku potassu chlorku żelaza lub nadmanganianu potażu, w obu wypadkach wydziela się wolny jod, który wykryć można chloroformem lub klejem z mączki.

Natrum sulfovnicum. Powyższą sól otrzymuje Dubois (*Journ. de Pharm. et de Chim 4 Ser. XVI, 445*) w następujący sposób: kwas etylosiarczany otrzymany przez zmieszanie kwasu siarczanego z wyskokiem rozcieńczyć większą ilością alkoholu i dodać w nadmiarze proszkowanego węglanu sody i po pewnym czasie odsączyć; na sączku pozostanie siarczan sody i nadmiar węglanu sody, filtrat zaś po odparowaniu wyskoku pozostawi czysty etylowinian sody.

Calcaria sulfurica. Erlennayer (*Buchners N. Repert XXII, 482*) zauważył, że gips rozpuszcza się w wodzie daleko obficie, jeżeli będzie ogrzewany do 120 — 130 aż przestanie tracić na wadze, przyczem zatrzymuje zawsze pewną ilość wody zamienia się na dwuwodan.

Calcaria phosphorica. Zachowanie się roztworu fosforanu sody względem bardzo rozcieńczonego roztworu chlorku wapienia, zostało przez Reichardt'a (*Archiv der Pharmacie CCII, 236*) bliżej, zbadane. Jeżeli do roztworu chlorku wapienia dodawać będziemy zwolna roztworu fosforanu sody, powstaje pulchny osad, który z początku się rozpuszcza, lecz po pewnym czasie już nie znika; lecz jeżeli będziemy natychmiast przepuszczali kwas węglany, osad się rozpuści, a za dodaniem nowój ilości fosforanu sody znowu się pojawi; owo znikanie i pojawianie się osadu może się jeszcze kilkakrotnie powtórzyć, aż nareszcie massa zamieni się w zbiór świetnych kryształów, kryształy mają wzór $\text{CaO}_2\text{PO}^5\text{HO}+4\text{HO}$.

Calcaria chlorata. Aż do ostatnich czasów uważano powyższy preparat za mieszaninę chlorku wapna, podchlorku wapna i nadmiaru wodanu wapna. Najnowsze jednak doświadczenia nie zgadzają się z powyższem zdaniem, i tak G ö p n e r (*Polyt. Journ. CCIX, 204*) uważa go poprostu za połączenie chloru z tlenkiem wapnu i nadaje mu formułę CaOCl albo $2\text{CaO} + 2\text{Cl}$, Kolb zaś, za połączenie chloru z wodanem wapna, którego wzór zatem będzie $\text{CaOHO} + \text{Cl}$, nadto podług Kolb'a preparat przy rozpuszczeniu w wodzie rozkłada się na chlorek wapnu i podchlorku wapna, czemu znowu zaprzecza G o e p n e r, twierdząc, że związek nie ulega zmianie nawet przy rozpuszczeniu w wodzie, ponieważ kwas węglany tak z suchego preparatu, jako téż z roztworu nie wywiązuje kwasu podchlorkowego, lecz tylko chlor. Że produkt fabryczny zawiera chlorek wapnu i nadmiar wapna, temu wprawdzie G o e p n e r nie zaprzecza lecz obecność jego pochodzić ma tylko z niedokładnego nasycenia chlorem; pierwszy zaś (chlorek wapnu) nie tworzy się w skutek rozkładu tlenku wapnu, i nie jest w żadnej zależności z mającym się tworzyć kwasem podchlorkowym, lecz powstaje z kwasu solnego towarzyszącego stale gazowi chlorowemu, z kwasu węglanego węglanu wapna od którego wapno gryzące nigdy nie jest wolne, oraz węglanów znajdujących się w braunsztejnie.

Magnesia sulfurica. Nowa farmakopea niemiecka żąda, ażeby siarczan magnezyi był zupełnie wolny od siarczanów alkalicznych; tymczasem M e r c k i Marquart utrzymują, że tak czystego preparatu dotąd wcale w handlu nie było nigdy, a nadto obecność podobnego siarczanu nie uważają wcale za szkodliwą.

Magnesia metatartarica. L e g e r (*N. Jahrb. der Pharm. XL. 159*) zaleca powyższy preparat zamiast cytrynianu magnezyi, od którego jest tańszy, a zresztą posiada wszystkie odpowiednie własności: jest łatwo rozpuszczalny, bez smaku, a w skutkach jest nawet pewniejszy i silniejszy.

Kwas metawinny otrzymuje się w ten sposób: ogrzać zwyczajny kwas winny w naczyniu porcelanowem lub srebrnem do stopienia, następnie dodawać świeże ilości kwasu, a kiedy naczynie będzie wypełnione do $\frac{3}{4}$ objętości stopionym kwasem, odstawia się ażeby masa ostygła o tyle, ażeby nie przylegała do palców; masa ubita na ciasto umieszcza się w szczelnie zatkanem naczyniu, ponieważ na powietrzu jest rozplywalną. Chcąc z powyższego kwasu otrzymać metawinian magnezyi, miesza się dwie jego części z jedną częścią węglanu magnezyi i polewa $\frac{3}{4}$ cz. zimnej wody która ma być

użyta do rozpuszczenia; rozpuszczenie odbywa się bez podniesienia temperatury, co jest rzeczą ważną, inaczéj bowiem kwas metawinny zamienia się z winny zwyczajny; z tego też powodu nie należy brać wody gorącej. — Metawinian magnezji działa prawie tak silnie jak sól gorzka.

Album Zincicum. Cynkweis. Handlowy tlenek cynku, objęty przez nową niemiecką farmakopeę pod nazwą „*Zincum oxydatum venale*” posiada podług Speidla (*Polytechn. Centralblatt N. F. XXVII. 1306*) tę nieprzyjemną własność, że przy dłuższym przechowaniu staje się ziarnisty i do użycia nieprzydatny, można go atoli poprawić przez mocne wyprażenie w tyglu.

Zincum hypermanganicum = $ZnO + Mn^2O^7$. Do otrzymania nadmanganianu cynku podaje Martenson (*Pharm. Zeitschrift für Russland XII. 66*), następujący przepis: Rozgrzać 158 cz. nadmanganianu potażu w szklanej kolbie z 500 cz. wody do zupełnego rozpuszczenia, dodać roztworu 170 cz. azotanu srebra w 200 cz. wody, ogrzewać mieszaninę czas niejaki, poczem pozostawić do ostygnięcia. Wkrótce wydzieli się nadmanganian srebra w postaci proszku krystalicznego; z ługu macicznego przez odparowanie otrzymać można jeszcze cokolwiek nadmanganianu lecz pomieszanego z saletrą, którą atoli można zimną wodą wylugować. Ażeby nadmanganian srebra przerobić na nadmanganian cynku, potrzeba użyć roztworu chlorku cynku, zawierającego oznaczoną ilość cynku, co się ze zwyczajnym chlorkiem cynku nie da ściśle wykonać; dla tego téż najlepiej postąpić w ten sposób: rozpuścić 143,5 cz. siarczanu cynku w wodzie, zmieszać z roztworem 122 cz. chlorku baryty, odsączyć a sączek drobze wylókać. Filtrat zawierający 68 cz. obojętnego chlorku cynku zmieszać z roztworem 227,8 cz. nadmanganianu srebra w 25 lub 30 krotnéj ilości wody wrzącej, ogrzewać czas niejaki, odsączyć przez azbest od wydzielonego chlorku srebra, a ciemno purpurowy filtrat odparować w parownicy porcelanowej w wodnej kąpieli, aż płyn okaże się gęstawy, oleisty, po oziębieniu krzepnący krystalicznie; zebrane kryształy suszą się pod dzwonem szklannym nad kwasem siarczanym i zachowują w szczelnie zamkniętem naczyniu. Nadmanganian cynku tworzy ciemnobrunatną masę krystaliczną, jest rozplywalny, łatwo rozpuszcza się w wodzie, a roztwór okazuje wszystkie znane odczyny nadmanganianów. Ogrzewany w rurze w szklanej wywiązuje purpurowe pary, pozostawiając gębczastą resztę stalowego blasku.

Plumbum Carbonicum. W handlu natrafia się niekiedy na blejwas z czerwonawym odcieniem, a barwę takową przypisywano obcym domieszkom metalicznym; jednakże Bannow i Kraemer a wre-

szcie L o r s c h i e d (*Berichte der deutsch-chem. Gesellsch. zu Berlin VI. 21*) wykazali, że ciemna barwa pochodzi wyłącznie od związków tlenu z ołowiem, a przyczyną tego jest niestaranność przy fabrykacyi, mianowicie niedostateczne przepuszczanie kwasu węglanego.

Aethylo-Hydrargyrum chloratum. W zeszłorocznem sprawozdaniu (str. 195) podaliśmy krótką wzmiankę, o tym nowym preparacie wprowadzonym w użycie lekarskie; obecnie wyrabiają go fabrycznie w fabryce S c h e r i n g a w Berlinie. S c h e r i n g tak go opisuje: Białe łuski, mocnego blasku metalicznego, zapachu zrazu przyjemnie eterycznego, później obrzydliwego, w wodzie mało się rozpuszcza, trudno w zimnym alkoholu i eterze, we wrzącym alkoholu rozpuszcza się obficie; już w zwyczajnej temperaturze ułania się z łatwością, a za ogrzaniem bardzo szybko bez uprzedniego stopienia. Ogrzewany szybko na blaszce platynowej płonie bladym płomieniem, wywiązując pary przykrzej woni; jest bardzo trujący i dla tego zwłaszcza przy wielkiej lotności wymaga bardzo ostrożnego obchodzenia. Charakterystyczną cechą tego związku jest, że nie ścina białka ani kurzego, ani też białka krwi w moczu etc. Używa się zamiast sublimatu i w takich samych dozach. Cechy czystości preparatu są: zupełna lotność, rozpuszczalność we wrzącym alkoholu, nadto roztwór dawać powinien tylko słaby odczyn chlorowy, a z ługiem potażowym nie osadzać tlenika rtęci.

Jodetum hydrargyricum s. Hydrargyrum Jodatum rubrum. W i l l i a m s (*The Chicago Pharmacist 1873, 140*) otrzymuje jodnik rtęci w ten sposób, że do sublimatu dodaje połowę salmiaku i dopiero strąca jodkiem potasu; tym sposobem nie potrzebuje tak wielkich ilości wody, otrzymuje bowiem tak zwaną sól Alembrotha, która jest łatwo rozpuszczalna.

Jodetum hydrargyrosusum. Do otrzymania tego preparatu w kryształach podaje Y v o n (*Journal de Pharm. et de Chimie 4 Ser. XVIII. 167*) następujący przepis: 61,64 cz. rtęci i 38,84 cz. jodu ogrzewać w zamkniętej kolbie w kąpielu piaskowej, bacząc ażeby temperatura nie przewyższyła $+250^{\circ}$. Po wyjęciu kolby z piasku znajdziemy utworzony jodek w górnej części w postaci pięknych, czerwonych kryształów, które za oziębieniem zółkną, zatrzymując niekiedy odcień pomarańczowy; długość kryształów dochodzi niekiedy do 18 milimetrów. Ogrzane ostrożnie do $+70^{\circ}$ czerwienieją, następnie ciemnieją, a przy $+220$ nabierają wspaniałej barwy granatowej, lecz po ostygnięciu barwa pierwotna powraca.

Przez osadzenie można powyższy związek otrzymać sposobem podanym przez L e f o r t a (*Journ. de Pharmacie et de Chim. 4 Ser. XVIII. 267*) rozpuścić 60 cz. pyrofosforanu sody w 300 cz. ciepłej wody, po ostygnięciu dodać 30 cz. octanu tlenu rtęci i odstawić na kilka godzin często mieszając, roztwór się przesącza, rozcieńcza wodą i dodaje zwolna roztworu 30 cz. jodku potasu w 1000 cz. wody. Z początku opadający jodek rtęci jest brunatnozielony, wkrótce jednak staje się zielony z odcieniem żółtawym; po wysuszeniu należy go opłókać wrzącym alkoholem.

Farmacya związków organicznych.

a) K w a s y .

Tworzenie się pleśni w roztworach kwasów organicznych i na ich powierzchni. Werner (*Archiv der Pharm. CCII. 522*) oraz B l a s s (*Archiv CCIII. 306*), podają, że w obecności kwasu benzoowego, oraz pyrogallasowego pleśń zupełnie się nie tworzy; w obec kwasu winnego, szczawiowego i garbnikowego wytwarza się słabo, najobficiej natomiast w obecności kwasu cytrynowego i bursztynowego. Obadwaj autorowie podają zgodnie, że tworzenie się pleśni jest tem powolniejsze, im roztwory bardziej są stężone i odwrotnie; nadto zauważył B l a s s, że i w bardzo rozcieńczonych roztworach pleśń się nie pojawia, jeżeli roztwór po zagotowaniu umieścimy w pełnych szczelnie zatkanych fiaskach.

Acidum trichloroaceticum. S c h e r i n g (*Buchners N. Repert. XXII. 311*) podaje następujące własności, oraz sposób dochodzenia tego kwasu: Tworzy romboedryczne kryształy, rozplývające się na powietrzu, rozpuszczają się w wodzie i alkoholu, posiadają słaby, właściwy zapach, ostry smak, w stężonym roztworze niszcza naskórek i naciągają pecherze; topią się przy $+195-198^{\circ}$; rozpuszcza metale z wywiązaniem wodoru, przy czem traci chlor i zamienia się na kwas dwu i jedno chlorooctowy. Sole kwasu trychlorooctowego są w wodzie łatwo rozpuszczalne, sole alkaliów już za lekkim ogrzaniem rozpadają na chloroform i odpowiedni węglan.

Kwas trychlorooctowy za ogrzaniem powinien się zupełnie ulatniać, rozpuszczać się czysto w wodzie i alkoholu we wszystkich stonkach, roztwór wodny ogrzany z małą ilością alkali powinien wy-

dać zapach chloroformu, a zakwaszony kwasem azotnym za dodaniem azotanu srebra słaby tylko męt biały.

Acidum tartaricum. Blanquinque (*Journ. de Pharm. d'Anvers XXIX. 20*) znalazł kwas winny zafałszowany $\frac{1}{3}$ cz. ałunu zafałszowanie to można już na oko rozpoznać, a dla większej pewności dosyć będzie rozpuścić podejrzany kwas w alkoholu, w którym ałun jest nierozpuszczalny.

b) Zasady Organiczne.

Już przed kilku laty zauważył Scheibler, że kwas meta-wolframowy jest wyborynym środkiem do osadzania alkaloidów z roztworu, mianowicie jako sól sodowa tego kwasu:—*natrum metawolframicum*; w dalszym ciągu swych badań przekonał się Scheibler, że przy działaniu kwasu fosforowego na sole kwasu wolframowego, powstają dwa nowe podwójne kwasy, które się jeszcze lepiej nadają do powyżej podanego celu. Kwasom tym nadaje ogólną nazwę kwasów fosforowolframowych. Jeden z nich otrzymuje się przez rozpuszczenie dwuwolframianu sody z połową kwasu fosforowego we wrzącej wodzie, przy stężeniu roztworu wydzielają się kryształy fosforowolframianu sody, roztwór kryształów rozkłada się za pomocą chlorku barytu, osad rozpuszcza w kwasie solnym, strąca ostrożnie barytę za pomocą kwasu siarczanego, przesącza i paruje a wtedy wydzieli się czysty kwas fosforowolframowy w postaci świetnych, błyszczących kryształów, których wzór będzie: $PW^{11}O^4_3H^{15}+18H_2O$.

Drugi otrzymuje się w podobny sposób z wolframianu sody; kwas ten= $PW^{10}O^3H^{11}+8H_2O$ krystalizuje w kostki. — Obadwa te kwasy, a zwłaszcza też kwas w kostkach stanowią odczynnik na zasady organiczne, które strąca bez wyjątku nawet z bardzo rozcieńczonych roztworów, tak np. za pomocą tego odczynnika wykryć można jedną cz. chininy w 10000 cz. płynu, strychniny jedną cz. w 200000 cz.; powstałe osady są kłaczkowate, pulchne, z czasem stają się zbitse i mogą być z łatwością odsączone i wymyte.

Conina. Już przed kilku laty udało się Schiffo wi otrzymać coninę drogą sztuczną przez suche przekroplenie Dibutyraldiny, przy czem tworzyły się jeszcze niektóre produkta poboczne; nie był jednak pewny czy otrzymany alkaloid był identyczny z coniną naturalną. Po dłuższych badaniach przekonał się (*Annal der Chem.*

und Pharm (LX VI, 88), że sztuczny produkt ma ten sam skład jaconiina naturalna t. j. $\text{C}^{16} \text{H}^{30} \text{N}$, że ma z nią wiele własności wspólnych, jednakże w wielu innych zbacza, tak, że uważa ją tylko za ciało izomernie i nazwał je Paraconiina; różnice pomiędzy obydwoma ciałami są następujące: sztuczna ma c.wł. = 0,913, naturalna 0,886; sztuczna rozszerza się za ogrzaniem z 1 do 1,084, naturalna do 1,091, zapach też jest nieco odmienny, na światło spolaryzowane sztuczna coniina nie działa, naturalna skręca płaszczyznę polaryzacyjną 0,15,6° na prawo; ogrzany do + 60° nasycony roztwór sztucznej coniiny zaledwie mętnieje, naturalnej staje się mleczny; punkt wrzenia i smak są jednakowe, w działaniu fizyologiczném nie okazują wybitnej różnicy,

Morphinum. Nadler (*Schweitzer Wochenschrift der Pharmacie* XI, 5) podał nowy odczynnik na morfinę, przy czem zarazem odkrył nowy produkt rozkładu tego alkaloidu. Odczynnikiem tym jest amoniakalny roztwór tlenku miedzi, którego niebieska barwa przechodzi w zieloną.

Odczynnik przyrządza się w ten sposób, że 7—8 cz. świeżo osadzonego na zimno wodanu tlenku miedzi rozpuszcza się w 95 cz. amoniaku, tak przyrządzony roztwór nie osadza tlenku miedzi ani za ogrzaniem do wrzenia, ani przy mocném rozcieńczeniu; samo wykonanie odczynu jest następujące: wlać do probówki płyn, w którym poszukujemy morfiny, dodać amoniaku w nadmiarze, następnie wkraść tyle amoniakalnego roztworu tlenku miedzi, ażeby mieszanina zabarwiła się wyraźnie fioletowo i raz zagotować; jeżeli roztwór zawierał morfinę płyn przybierze barwę zieloną, czego nie czyni z żadnym innym alkaloidem.

Nadler starał się owo zielone ciało wydzielić i uważa je za połączenie tlenku miedzi, z pewnym produktem rozkładu morfiny, który jest ciałem posiadającym własności alkaliczne, tak np. z kwasem solnym daje białą, krystaliczną sól, nierozpuszczalną w alkoholu i eterze, rozpuszczalną we wrzącej wodzie. Nowemu temu ciału Nadler dotąd nie dał nazwy; otrzymać go można, dodając do większej ilości roztworu siarczanu morfiny amoniaku w nadmiarze, następnie amoniakalnego roztworu tlenku miedzi; mieszaninę gotuje się tak długo, aż przybierze barwę zieloną a cała ilość morfiny zostanie rozłożoną. Zielony płyn paruje się do sucha, wypłukuje wodą dla oddalenia siarczanu amonii i siarczanu miedzi; wylugowany osad jest mieszaniną czarnego tlenku miedzi i zielonego połączenia tlenku miedzi z nową zasadą; tę ostatnią wytrawia się za pomocą amoniaku,

przesącza i poddaje dobrowolnemu parowaniu, zieloną pozostałość rozpuszcza się w kwasie solnym, strąca miedź za pomocą siarkowodoru, płyn odsączyć i wyparować. Tak otrzymana reszta jest połączeniem nowego ciała z kwasem solnym; które może być oczyszczone przez powtórny krystalizację.

Chininum. Oprócz zwyczajnej chininy o 6 atomach wody, odkrył obecnie Oudemans nowy wodan zawierający 18 at. czyli 33,3% wody.

Wiadomą jest rzeczą, że z roztworu alkoholowego lub eterycznego chinina nie krystalizuje wcale, albo z wielką trudnością; otóż Bocke (*Berichte der deutsch. chem. Gesellschaft zu Berlin*) zauważył, że chcąc otrzymać chininę w pięknych kryształach, najlepiej rozpuszczać ją w chloroformie.

C) Ciała organiczne szczególnego składu.

Santonina. Berthelot w swoim *Traité elementaire de chimie organique* zalicza santoninę do grupy phenolów, a świeże doświadczenia Martina (*Compt rendu LXXV 1190*) zdają się potwierdzać słuszność tego zdania. W tym celu Martin starał się przez kolejne rugowanie 2 atomów tlenu otrzymać kolejno fenol dwuatomowy $= C^{30}H^{36}O^4$, jednoatomowy $= C^{30}H^{36}O^2$ i wodorek karbidu $= C^{30}H^{36}$; jakoż pierwszy z nich udało mu się otrzymać nawet w dwóch postaciach izomerycznych, w stanie krystalicznym i płynnym; nazywa on go *Santonol*. Opierając się jednakże na tym fakcie, że santonina tworzy z sodą krystaliczną łatwo rozpuszczalną sól, niektórzy uważają santoninę za słaby kwas.

I tak Hesse (*Leipziger Apotheker Zeitung VIII, 196*) uważa zupełnie obojętną santoninę za bezwodnik kwasowy, który łącząc się z 2 at. wody, tworzy kwas $C^{30}H^{40}O^8$, kwas ten utracając z łatwością owe 2 at. wody, zamienia się znów w santoninę. Kwas santoninowy otrzymuje się przesycając roztwór santonianu sody kwasem solnym, a następnie kłócąc mleczny płyn z eterem; po odparowaniu eteru wydziolają się kryształy kwasu santoninowego, które się oczyszczają przez powtórne przekrystalizowanie z alkoholu. Kwas santoninowy tworzy romboedryczne kryształy trudno rozpuszczalne w zimnej, łatwiej we wrzącej wodzie, w gorącym alkoholu rozpuszcza się łatwo i obficie, roztwór alkoholowy za dodaniem wody mlecznieje, z potażem gryzącym nie barwi się, w eterze rozpuszcza się z trudno-

ścią, natomiast daleko łatwiej w chloroformie, chociaż nie tak łatwo jak sama santonina; odczyn wodnego roztworu jest kwaśny. Kwas santoninowy można znów zamienić w santoninę, albo przez ogrzanie do $+ 120^{\circ}$, albo przez dodanie nieco kwasu siarczanego do roztworu i pozostawienie jakiś czas w spoczynku, albo przez działanie kwasu solnego na roztwór santonianu sody.

D) Alkohole.

α) Trzytymowe.

Gossypium fulminans. Blakrode (*Buchners N. Repertorium XXII, 183*) zauważył, że jeżeli bawełnę strzelniczą polejemy dwusiarkiem węgla, eterem, benzyną lub bezwodnym alkoholem i powyższe płyny zapalimy, bawełna ani się nie spala, ani wybuchła, lecz pozostaje w zmniejszonej objętości w postaci topniejącej śnieżnej masy. Powyższe zjawisko Blakrode stara się wytłumaczyć w ten sposób, że przy paleniu siarku węgla etc. tworzy się woda, która zagęszczając się w bawełnie wspólnie z wytworzonymi gazami chroni ją od spalania.

Podług Böttigera (*Chem. Centralblatt N. F. XXVII, 863*), bawełna strzelnicza gotowana ze stężonym roztworem tlenu cyny rozpuszcza się w zupełności, kiedy tymczasem czysta bawełna pozostaje nierozpuszczoną.

Dextrinum. Kwestya sporna, czy dekstryna wolna od cukru gronowego w obecności drożdży może podlegać fermentacji wyskokowej, rozstrzygniętą została przez Barfoeda (*Journ. für prakt. Chem N. F. 24, 334*). Utrzymuje on, że fermentacja jest możebną, lecz odbywa się bardzo powolnie, przyczem oprócz kwasu węglanego i wyskoku nie tworzą się żadne produkty poboczne, ani też cukier gronowy jako produkt pośredni. Obecność cukru gronowego w dekstrynie rozpoznaje Barfoed za pomocą roztworu octanu miedzi zakwaszonego kwasem octowym: roztwór taki gotowany z dekstryną zawierającą cukier, osadza czerwony tlenek miedzi.

Cukier gronowy. Wiadomą jest rzeczą, że działając na cukier trzcinowy rozcieńczonymi kwasami, powstaje najpierw tak zwany cukier inwertowy skręcający płaszczyznę polaryzacji na lewo, który dopiero pod wpływem światła zamienia się w prawdziwy cukier gronowy. W ostatnim zaś czasie zauważył Schwarz (*Polytechn.*

Centralblatt N. F. XXVII, 275) że jeżeli alkohol zakwaszony 3% kwasu solnego nasycimy cukrem trzcinowym i roztwór pozostawimy w spoczynku, osiadzie biała, krystaliczna masa, będąca chemicznie czystym cukrem gronowym.

Gliceryna. Powszochnie wiadomo, że gliceryna otrzymuje się jako produkt uboczny przy fabrykacji świec stearynowych, jako proces zmydlenia tłuszczów; otóż jeżeli zmydlenie odbywa się za pomocą pary o wysokim ciśnieniu bez żadnych dodatków kwasu, otrzymuje się glicerynę bardzo czystą.

Najczystsza glicerynę wyrabia fabryka S a r g s'a pod Wiedniem, używając nowej metody wynalezioną przez K r a u t a, polegającej na tej własności, że w niskiej temperaturze krystalizuje czysta gliceryna, kiedy tymczasem wszelkie bez wyjątku nieczystości pozostają w łągu macieznym. Krystalizacja odbywa się w zimie, otrzymane kryształy osuszają się na maszynie centryfugalnej, a po stopieniu przedstawiają glicerynę chemicznie czystą. Kryształy gliceryny należą do systematu monoklinometrycznego, są zupełnie bezbarwne, czystego smaku, łamią silnie światło i topią się przy + 20°

W handlu pojawiają się zwykle dwa gatunki gliceryny, tak zwane *glycerinum purum et purissimum*, a farmakopec nie zawsze z dostateczną ścisłością własności jej podają; H a g e r przeto podaje następujące próby czystości: Jeżeli gliceryna rozcieńczona podwójną ilością wody z roztworem azotanu srebra tylko lekko opalizuje lecz nie staje się mleczną, ani nie daje kłaczkowatego osadu, w takim razie może być uważaną za czystą; nie zasługuje również na nagane, jeżeli gotowana z równą objętością łągu potażowego, wywiązuje za ledwie ślady amoniaku od którego najczystsza nawet gliceryna nigdy nie jest zupełnie wolną; od kwasu szczawowego powinna być zupełnie wolną; nie powinna zatem po upływie pięciu minut dawać mętu z wodą wapienną lub mieszaniną chlorku wapni i octanu sody 5 grm. gliceryny po wyparowaniu w parownicze platynowej i następnym spalaniu, nie powinny zostawiać więcej jak 0,01 Grm. popiołu, odparowana z rozcieńczonym kwasem siarczanym w kąpeli wodnej nie powinna czernieć, w przeciwnym razie zawiera gumę lub też cukier; drażniąca własność jaką niekiedy gliceryna na skórę wywiera pochodzi od akroleiny, którą atoli rozpoznać można po zapachu.

P i n g u e d i n e s.

Oleum Lini. Morell podaje, że w handlu pojawia się olej lniany fałszowany tanim gatunkiem tranu rybiego zwanym Codöl; za fałszowania takiego nie można odróżnić ani po kolorze, ani po zapachu, lecz wykrywa się łatwo jeżeli zmieszamy w próbówce 10 części podejrzanego oleju z trzema częściami kwasu azotowego, a po silnem skłóceniu pozostawimy w spoczynku: jeżeli olej był czysty, zabarwi się zielono, następnie brudno-żółto; olej zafałszowany zabarwi się ciemno-brunatno prawie czarno.

Oleum jecoris ferratum. Do otrzymania tego preparatu radzi Müller (*Archiv. der Pharm.* CCIII 534) używać benzoanu żelaza, lecz z warunkiem, ażeby kwas benzoosowy był własnej roboty, handlowy bowiem często posiada przykrą woń moczu. Jedna część benzoanu tleniku żelaza uciera się ze 100 cz. białego tranu, i odstawia na kilka dni często mieszając, poczem się odsacza. Filtrat jest zupełnie przezroczysty żółto-brunatny, znośnego smaku.

β) Alkohole Jednoatomowe.

Alkohol etylowy. Bouvier podaje, że obecność alkoholu amyłowego (olejku fuzłowego) w zwyczajnym alkoholu wykryć można za pomocą kawałka jodku potasu wrzuconego do badanego płynu, w razie bowiem zanieczyszczenia barwi się płyn żółto; Hager zaś i Böttger uważa powyższą próbę za niepewną, a zabarwienie pochodzić ma od obecności jakiego kwasu np. octowego lub masłowego.

Aether Sulfuricus. Według Schützenbergera (*Annal der Chemie und Pharm.* CLXVII, 86) eter łączy się z bromem bezpośrednio bez podstawienia wodoru, tworząc ciekawy związek wzoru $C^4H^{10}O + 3Br$, który nazwał Eterbromidem; otrzymuje się przez ostrożne zmieszanie 1 cz. bezwodnego eteru dobrze oziębionego z 2 cz. czystego bromu; tworzy się natychmiast przezroczysty czerwony płyn, z którego po kilku minutach wydziela się obficie oleiste ciało granatowo-czerwone nad którym zbiera się warstwa prawie bezbarwnego eteru. Oleiste te ciało jest eterbromidem zawierającym nieco eteru, oziębione w mieszaninie oziębiającej do 0° osiada w pięknych błęskawatych kryształach koloru kwasu chromnego, kryształy suszą przez wyciskanie pomiędzy bibułą.

Eterbromid topi się przy $+ 22^{\circ}$, za ostygnięciem znów krzepnie, najmniejsza obecność eteru zniża punkt topliwości o tyle że pozostaje płynnym w zwyczajnej temperaturze, w wilgotnem powietrzu rozpływa się, zapach posiada silny, duszący lecz w mniejszym stopniu jak brom; woda rozkłada go na eter i brom, potaż zamienia go na bromek potasu i bromian potażu z wydzieleniem eteru. Przy dłuższem przechowaniu rozkłada się, wywiązuje bromowodor i staje się płynnym, przy $+ 70$ do 80° wywiązuje obficie bromowodor.

Chloralhydrat. Fabrykacja wodoru chloralu odbywa się obecnie na ogromną skalę; tak np. fabryka Scheringa w Berlinie oraz inne produkują do 500 $\%$ dziennie. Podejrzenie więc jakoby środka tego używają jako dodatku do napojów alkoholowych nie zdaje się być zupełnie bezzasadnem. Fabrykacja rozpada się na dwie główne operacje: na uchlorynienie alkoholu i na przerobienie uchloryzonego produktu na chloral. Alkohol powinien mieć przynajmniej 96° , chlor wywiązuje się z mieszaniny braunsztejnu i kwasu solnego i opłókuje najpierw wodą; przepuszczanie chloru odbywa się bez przerwy dzień i noc przez dni 12—14; uchloryzony produkt posiada c. wł. = 1,397. Druga operacja odbywa się w miedzianych alembikach wysłanych ołowiem, objętości 300—400 funtów; w tych alembikach umieszcza się odpowiednią ilość uchloryzonego produktu, dodaje równą ilość angielskiego kwasu siarczanego i ogrzewa do zawrzenia; alembik opatrzony jest rurą chłodnikową, skierowaną do góry przez którą uchodzi gazowy chlorowodor, porwany zaś chloral na nowo się zagęszcza. Jak wiadomo uchloryzony produkt jest chloral-alkoholatem $= C^4H^3Cl^3O^2 + C^4H^{12}O^2$; kwas siarczany wydziela z niego chloral a zatrzymuje alkohol. Ogrzewanie z kwasem siarczanym prowadzi się tak długo dopóki się wywiązuje kwas solny, co przy 150 $\%$ chloralu trwa 7—8 godzin; następnie z tego samego alembika poddaje się chloral przekropleniu, płyn przy $95—96^{\circ}$ zaczyna wrzeć, a przy $+ 100^{\circ}$ cała ilość chloralu jest odkroploną. Otrzymany destylat miesza się z kredą dla oczyszczenia od kwasu solnego, poddaje rektyfikacyi i dodaje na każde 4 funty destylatu $5\frac{1}{2}$ łuta wody, miesza i odstawia w płaskich naczyniach do krystalizacyi.

Podczas uchlorynienia alkoholu tworzą się rozmaite uboczne produkty jako to: chlorek etylidenu, chlorek etylu, chlorek etylenu i chlorek acetyleny.

Właściwości chloralu. Zmieszany w odpowiednim stosunku z kwasem siarczanym tworzy właściwie krystaliczne połączenie, z olejkiem miętowym barwi się różowo a nawet czerwono a wtedy

łatwiej rozpuszcza się w eterze, wyskoku i chloroformie, żaden inny ojejek lotny nie okazuje podobnej reakcji. Farmakopee żądają, ażeby wodan chloralu był zupełnie obojętny; często jednakże barwi różowo papierek lakmusowy, co pochodzi od śladów kwasu solnego lub mrówkowego. Busson (*Compt. rendu LXXV. 1628*) zauważył, że przy destylacji chloralu z gliceryną tworzy się chloroform i kwas mrówkowy, lecz obok tego występuje wolny kwas solny i niektóre inne poboczne produkta. Schaeer (*Schweitzer. Wochenblatt für Pharmacie XI. 177*) podaje, że pewnego razu zamiast wodanu chloralu otrzymał alkohol chloralu w pięknych pryzmatycznych kryształach, takowy jest w wodzie mniej rozpuszczalny a przynajmniej potrzebują dłuższego czasu.

Chloroform. Mniemanie, jakoby chloroform mógł się tworzyć nie tylko z alkoholu etylowego ale i z metylowego, podług Belohoubeka (*Annal. der Chem. und Pharmac. CLXV: 349*) jest zupełnie błędnym, tworzenie się to jest tylko wtedy możebnem, jeżeli (co się często zdarza) alkohol metylowy zawiera mniejsze lub większe ilości alkoholu etylowego.

Camphora monobromata. Schering (*Buchners Repert XXII. 313*) podaje następujący krótki opis tego preparatu, wyrabianego obecnie na większą skalę w jego fabryce w Berlinie: Kamfora bromowa posiada zapach bardzo zbliżony do zwyczajnej kamfory, rozpuszcza się w chloroformie, topi się przy 60—64° C. wrze przy +74 R. tworzy bardzo długie, kruche, bezbarwne, przeświecające, pryzmatyczne kryształy.

Acidum Carbolicum. Lex (*Berichte der deutschen chem. Gesellschaft zu Berlin III, 458*) podaje, że przy działaniu kwasu azotowego na kwas karbolowy zamienionym zostaje na kwas azotopikrynowy tylko w takim razie, jeżeli kwas azotowy zawiera niższe stopnie utlenienia azotu. W dalszym ciągu swych w tym kierunku doświadczeń, odkrył nowy piękny odczyn kwasu karbolowego. I tak: jeżeli roztwór wodny kwasu karbolowego zmieszamy na zimno z roztworem jakiego azotynu alkalicznego, zakwasimy kwasem siarczanym i przesyćmy sodą, otrzymamy ciemno-brunatny płyn, który za ogrzaniem z ciałami redukującymi (cukier, aluminium, cynk) barwi się nasyconym kolorem niebieskim, szczególnie jeżeli operacja odbywa się w płaskim naczyniu.

Niebieska ta barwa jest nadzwyczaj ozułą na działanie kwasów, nawet od kwasu węglanego barwi się różowo; za pomocą tego odczynu wykryć można $\frac{1}{4000}$ kwasu karbolowego w rozczynach. Nie-

bieski ten produkt jest zapewne tym samym ciałem, które Phipson (*Journ. de Pharm. et de Chim. 4 Ser. XVIII. 176*) nazywa Phenolcyaniin; a które otrzymał przez zmieszanie alkoholowego roztworu kwasu karbolowego z amoniakiem; po upływie kilku tygodni zmieszał brunatny płyn z podwójną objętością wody i $\frac{1}{4}$ amoniaku i odstawił znów na sześć tygodni, po upływie tego czasu osadziła się większa część Phenylcyaniny, resztę zaś stracił za pomocą soli kuchennój. Phenylcyanina stanowi żywiczną masę pięknej niebieskiej barwy i metalicznego blasku podobnego do indygo, łatwo się topi i ulatnia, rozpuszcza się w alkoholu barwą niebieską, w benzynie zaś purpurową, w wodzie się nie rozpuszcza.

e) Olea Aetherea.

Oleum absinthii. Beilstein i Kupffer (*Berichte der deutschen chem. Gesellsch. zu Berlin VI, I 183*) poddając olejek z piołunu przerywanemu przekroplaniu otrzymali:

1° Węglowodór wrzący przy $+160^{\circ}$.

2° Absinthol wrzący przy $+195^{\circ}$ wzoru $C^{20}H^{32}O^2$, jest więc izomerny lub polimerny z kamforą.

3° Olej ciemnoniebieski wrzący pomiędzy 270 i 300° analogiczny z olejkiem krwawnikowym i rumiankowym.

Oleum Aurantiorum (Portugal) był analizowany przez Wrighta (*Pharm. Journ. and Transact. 3 Ser. IV, 311*). Poddany rektyfikacyi przy $+180^{\circ}$ daje 97% węglowodoru $C^{20}H^{32}$; przy $180-220^{\circ}$ małą ilość olejku zawierającego tlen = $C^{20}H^{32}O^2$, a w retorcie pozostaje cokolwiek miękkiej żywicy. Olejek wolny od tlenu nazywa Wright Hesperiden, kwas chromny zawiera go na olejek składu $C^{20}H^{32}O^2$; kwas azotny utlenia go na kwas hesperycynowy $C^{40}H^{52}O^{34} + 4HO$.

Oleum nucum moschatarum. Olejek ten jest identyczny z olejkiem kwiatu muszkatolowego. Wright (*Pharm. Journ. and Transact. 3 Ser. IV, 311*) poddawał go przerywanemu przekroplaniu i otrzymał: w retorcie jako pozostałość 2% miękkiej żywicy $C^{60}H^{112}O^{10}$, w destyllacie zaś przy $+136^{\circ}$ znalazł gatunek terebenu i czysty Cymol = $C^{20}H^{28}$, następnie Myristicol = $C^{20}H^{28}O^2$, który się znajduje również w olejku pomarańczowym, w końcu przy podwyższonej temperaturze przechodzą jeszcze dwa olejki tlenowe.

Oleum Calami. Kurbatow (*Berichte der deutschen chem. Gesellschaft zu Berlin VI, 1210*) rozdzielił lotny olejek korzenia tatarakowego na dwa węglowodory wzoru $C^{20}H^{32}$ będące albo izomerami albo polimernymi. Jeden z nich wrze przy $+ 158 - 159^{\circ}$ jest bezbarwny, zapachu terpentyny, rozpuszcza się w eterze i wyskoku, ma c. wł. 0,8793 z suchym gazem chlorowodornym łączy się na ciało krystaliczne topniejące przy $+ 65^{\circ}$. Drugi olejek wrze przy $240 - 270^{\circ}$ jest niebiesko zabarwiony, barwa ta po zagotowaniu z sodem znika, rozpuszcza się z trudnością w alkoholu i eterze.

Oleum Rosarum. W *Schweizerische Wochenschrift für Pharm.* XI, 14 nieznanemu autorowi podaje następujące różnice w zachowaniu się olejku różanego i olejku pelargonii względem kwasu azotnego i siarczanego: Jeżeli rozpuścimy w dwóch probówkach po kilka kropli wspomnianych olejków w 94° alkoholu i dodamy $\frac{1}{5}$ objętości stężonego kwasu siarczanego, w probówce z olejkiem różanym ukaza się trzy warstwy: górna jest cokolwiek mętna, środkowa ciemnopomarańczowa pokryta białą błonką, dolna jest kwasem siarczanym; w drugiej probówce tworzą się również trzy warstwy, lecz błonka pomiędzy dwiema górnymi warstwami jest grubsza i bardziej nieprzezroczysta, po skłóceniu olejek różany barwi się czerwono-brunatno, olejek pelargonowy czarniawo. Z kwasem azotnym powstaje silne wzburzenie, a po skończonej reakcji olejek różany okaże barwę jasnoczerwono i woń eteru saletrzanego, olejek zaś pelargonowy takąż woń, lecz czernieje.

Oleum synapis aethereum. Czysty olejek gorczyczny zmieszany z bezbarwnym kwasem siarczanym nie barwi się i nie mętnieje, mętnieje zaś w razie zanieczyszczenia siarkiem węgla, chloroformem, olejem skalnym, benzyną lub cyankiem allylu; ściślej przekonać się można o obecności siarku węgla za pomocą przerywanego przekropleniam, siarek węgla bowiem wrze przy $+ 48$, olejek gorczyczny przy $+ 151^{\circ}$, inne wymienione wyżej ciała mają również odmienny punkt wrzenia; jeżeli zaś do destyllatu dodamy roztworu potażowego, a następnie siarczanu miedzi, to w razie obecności siarku węgla powstanie żółty osad.

Oleum Unonae odoratissimae. Olejek ten zwany *Ylang-ylang* albo *Alan-Gilanoel* został bliżej zbadany przez G a l a (*Compt. rendu 16, 1873*). Posiada on c. wł. $\equiv 0,980$ skręca na lewo płaszczyznę polaryzacji, nierozpuszczalny w wodzie, rozpuszcza się w zupełności w eterze, częściowo w wyskoku, część wyskoku nierozpuszczalna rozpuszcza się w eterze, a po jego odparowaniu pozostaje w stanie pół-

płynnym. Kwas azotny wywiera nań silno działanie zamieniając w materję żywiczną; mocny ług potażu gryzącego zmydla go na gorąco, a z roztworu tego kwas solny wydziela krystaliczne ciało, posiadające wszelkie własności kwasu benzooesowego, część olejku nierozpuszczająca się w potażu, poddana z wodą przokropleniu, daje olejek wrzący przy $+ 175^{\circ}$.

Olea empyreumatica.

Kreosot. Zanieczyszczenie kreozotu kwasem karbolowym rozpoznac można podług Flückigera w następujący sposób: kreozot zmieszać z równą objętością ammoniaku i 1000 objętości wody i zagotować, po ostudzeniu przepuścić cokolwiek pary bromowej i wstrząsać, nie powinno powstać niebieskie zabarwienie ani natychmiast, ani po upływie kilku godzin.

Extracta.

Dochodzenie miedzi w ekstraktach za pomocą polerowanego żelaza, uważa Hager za nieściśle i niepewne, obecność bowiem niektórych ciał organicznych, np. garbnika może zamaskować odczyn; zamiast więc żelaza radzi Hager używać cynku w pałeczkach lub cienkich blaszkach. Badany ekstrakt rozpuszcza się w pięciu lub więcej częściach wody, zakwasza kwasem solnym i pogrąża pałeczkę lub blaszkę cynkową, po upływie pół godziny cynk się wyjmuje; w razie obecności samej miedzi, lub miedzi i cyny, cynk pokryje się nalotem brunatnym, przy obecności samej cyny nalotem szarobiałym; ogrzany nad lampą wysokową nalot miedzi przybiera właściwą barwę i metaliczny blask miedzi, nalot cyny pozostaje biały i matowy; jeżeli zaś nalot składa się z obu metalów, odkrobuje go się, rozpuszcza w kwasie azotnym i dochodzi zwyczajnymi odczynnikami.

Extractum Carnis. Ebert (*Proceedings of the Americ. Pharm. Association*) rozbierał 9 rozmaitych gatunków ekstraktu mięsnego, z następującemi wypadkami:

	Wody.	Cz. rozp. w alk.	Nierozp.	Popiołu
1) Ekstr. z Fray Bentos. .	19,343	57,047	0,829	22,781.
2) od A. Benitos w Fr. Bont	20,000	58,321	0,836	20,843.
3) od Tooth z Australii? .	18,563	56,688	0,624	24,125.
4) z Texas (San Antonio) .	18,979	58,989	1,045	20,987.

	Wody.	Cz. rozp. w alk.	Nierozp.	Popiołu.
5) Harros et comp. (Texas)	20,550	56,605	1,200	21,645.
6) z Chicago (Essen. mięsna)	28,500	30,063	7,312	27,312.
7) z Chicago	22,594	46,375	23,250	7,781.
8) Ekstrakt z Chicago . . .	19,188	7,187	57,000	1,625.
9) Borden et comp. z Illinois	20,250	17,406	54,500	7,844.

Ztąd wypada, że cztery gatunki z Chicago i z Illinois chociaż tańsze powinny być używane zamiast pozostałych; najlepszym jest N. 3.

Solutio Carnis. Nowy środek pożywny wprowadzony przez Prof. Leube w Jena (*Berliner Klinische Wochenschrift 1873 N. 17*); otrzymanie tego preparatu polega na tej własności ciał proteinowych, a szczególnie fibryny, że poddane działaniu słabego kwasu solnego w temp. + 100° w hermetycznie zamkniętym naczyniu, zamieniają się na rodzaj emulsyi, w której rozpuszczone są wszystkie substancje azotowe. Otrzymuje się w następujący sposób: Pokrajać jak najdrobniej 1000 grm. mięsa oswobodzonego od kości i tłuszczu, połać w garnku glinianym lub porcelanowym 1000 cc. wody i 20 grm. kwasu solnego, garnek wstawić do kociołka Papi na i gotuje przez 10—15 godzin; po upływie tego czasu masa wyjmuje się z garnka, uciera w miedzierzku na emulsyę, wlewa napowrót do garnka i powtórnie gotuje przez 10 lub 15 godzin, z obojętnia węglanem potażu, paruje do gęstości papki rozdziela na cztery części i umieszcza w puszkach porcelanowych; każda puszka kosztuje 10—12 srebrników (40—50 kop.).

I n f u s a .

Infusum chinæ frigide paratum. Ażeby tę nalewkę uczynić zawsze jednostajną, podaje prof. Trapp w Petersburgu (*Pharm. Zeitschr. für Russland XII, 229*) następującą receptę:

Rp. *Cort. chinæ rubrae cont.* ʒvj.
Aquæ destillatæ . . . ʒvj.
Acidi phosphorici . . . ʒj.

Korę chinową umieszcza się na lejku z kranem, polewa powyższą mieszaniną wody i kwasu fosforowego, po 3—4 godzinach otwiera się kran, a po odcieknięciu przepuszcza jeszcze tyle mieszaniny wody i kwasu, ażeby filtrat wynosił sześć uncyj.

P i l u l a e .

Schulz (*Arch. der Pharm. CCII, 27*) uważa olejek z kakao jako doskonałe *involvens* dla fosforu przepisywanego niekiedy do pi-

gułek. Jeżeli rozpuścimy fosfor w stopionym oleju, a po ostygnięciu wygnieciemy mieszaninę w rękach, otrzymamy wyborną masę pigułkową.

Syrupi.

Zabarwienie syropów fuchsyną, wykryć można w następujący sposób: w podejrzanym syropie zanurza się nitka wełniana, poczem wymywa wodą, która rozpuści naturalny barwnik owocowy, nie rozpuszczając aniliny (*Pharm. Centralhalle XIV, 237*).

MEDYCYNA SĄDOWA.

Sprawozdawca Prof. Dr Wisłocki.

A. Badanie na żywych.

1) Wątpliwe stosunki płciowe.

Nowe podstawy sądownictwa, wprowadzone w Europie w powszechne użycie w ostatnich kilkudziesięciu latach, wpływają nie- skończenie na ściślejsze określenie wielu pojęć sądowo-lekarskich, na uproszczenie, ściślejsze odgraniczenie i rozumniejsze uzasadnienie wielu ich zadań i czynności, chociaż nie podobna tego zamilczeć, iż pod wpływem nowego kierunku wkłada się do pojęć i określeń pewne zamieszanie, zależące od zwiechnięcia właściwych podstaw. Najwidoczniejszy tego dowód dostarcza pomiędzy innymi sprzeczność, jaka zachodzi pomiędzy poglądem niektórych lekarzy na zgwałcenie dziewczyny z upośledzonymi władzami umysłowymi, a poglądem prawników na ten przedmiot. I tak, Krafft Ebing (*Ueber Missbrauch willensloser, bewusstloser oder geisteskranker Frauenspersonen zur Wollust. Friedr. Blät 2*) stara się rozprze- strzenić pojęcie choroby umysłowej, tak, aby w nióm pomieścić się mógł i stan podobnej kobiety z upośledzonymi zdolnościami umysłowymi i przypadek zgwałcenia jej mógł być podsunięty pod § 176 pr. kar. pruskiego, karzącego surowo—podobne przestępstwo. Umysłowo chorą, w myśl tego paragrafu prawa karnego nazywa on każdą ko-

bietę, która z przyczyn psychicznych (do których i umysłowe należą), postawiona jest w niemożności ocenić znaczenie jakiegokolwiek z nią spełnionej czynności (a zatem i spółkowania) oraz skutków tejże i z tego powodu cokolwiek względem jęj dopuszczenia lub wzbronienia postanowić. Tam, gdzie niema świadomości znaczenia płciowego spółkowania co do jego możliwych materyalnych, społecznych i fizyologicznych następstw i opartęj na tém zdolności do zarządzenia sobą (*Selbstbestimmung*), tam, mniema on, dopełnione są warunki § 176 pr. karn., a zatem w tym względzie uczyniono zadość i pojęciu choroby umysłowej. Doświadczenie z życia uczy, że należące tutaj wypadki odnoszą się wyłącznie prawie do osób umysłowo słabych i niedołącznych. *Limana* określił w tenże sam sposób wyraz „bez woli“ (*willenlos*), który dawniej w tymże samym paragrafie pr. karn. był użyty, a obecnie więcej do zewnętrznego przymusu da się zastosować, lecz też odniesiony być może również i do braku zdolności zarządzania samym sobą, z powodu umysłowego niedołączstwa, jeżeli pojęcie choroby umysłowej jest za ciasne.

Sędziowie i przysięgli nie zgadzają się często na to pojęcie lekarzy i nie dają się łatwo nakłonić do uważania osoby za będącą bez woli czyli umysłowo chorą, która się z mniejszém lub większém udziałem spółkowaniu poddawała. To samo nastąpiło i w owym, przez *Krafft-Ebinga* przytoczonym przypadku, a wyższa lekarska instancja przyłączyła się do tego zapatrywania sądu, wystąpiła zatem przeciwko pogładowi orzekającego lekarza, pochwalonego przez *Limana*.

W tém orzeczeniu przedstawiona jest owa osoba jako mała, wątła, o czaszce czworograniastęj, z niskiém czołem, rękoma wykrzywionemi i zbyt krótkimi, wykrzywionemi nogami i bezkształtnemi uszama, która przez 7 lat do szkoły chodziła a nawet czytać, pisać i rachować się nie nauczyła, tak że zaledwie cokolwiek zgłoskować umiała, — która do robót kobiecych i domowych nie jest zdolną, przytém zachowania się pierzchliwego, dziecinnego, lękliwego, przed lekarzem rządowym zawsze się kryjąca, stojąca przeto na stopniu rozwoju dziecka, a zatem słabego umysłu i bez własnej woli.

Wyższa lekarska instancja stwierdza zaś w swém orzeczeniu, opierając się na zeznaniu świadków i własném badaniu tęg dziewczyny, że co do budowy ciała i stanu umysłowego zbliża się do kretnów, że jednak jęj zachowanie się przed i po dopełnieniu spółkowania dowodzi, iż ów stopień umysłowego niedołączstwa nie może być wysoki. Jęj zachowanie się dowodzi przezorności i chytrości, odpowiedzi do

protokołu zupełnego zrozumienia rzeczy, o którą chodzi, oraz dążenia do pokrycia swęj hańby przez staranie się wykazać, iż została uwiedziona i zgwałcona.

Z tego powodu przyjmuje ona niższy stopień niedołęztwa umysłowego u nięj, który wprawdzie niewątpliwie osłabienie woli, mianowicie w obec tak gwałtownego popędu, jak popęd płciowy, warunkuje, lecz nie zupełną niemoc woli (*Willenslosigkeit*).

Liman, zbijając to orzeczenie wyższej instancji, mówi, iż prawodawca chciał przez to, że osoby z „niemocą woli“ stawia na równi z dziećmi, nie mającemi lat 14, pokazać, iż nie miał wcale na oku w tęg mierze takiej zupełnej niemocy, jaką wyższa instancja stawia, zwłaszcza, iż żadną miarą dowieść się nie da, aby owa dziewczyna była bardziej umysłowo rozwinięta od 14 letniej dziewczyny, i że przezorność, chytrość i staranie postawienia się jako uwiedziona, przeciwnko temu wcale nie mówi.

Co do nas, to jesteśmy tego zdania, że ta sprzeczność poglądów ma dwie przyczyny; z jednej strony leżące w duchu czasu osłabienie poczucia zbrodniczości czynu, mającego na celu uczynienie zadość popędom płciowym, choćby w sposób nieprawowity, z drugiej zaś brak należytego naukowego uzasadnienia i określenia stopni siły woli, jęj psychologicznych podstaw i warunków. Dopokąd ta luka nie zostanie zapełniona, owa sprzeczność zawsze będzie istnieć musiała i nie usunie jęj dążenie do rozprzestrzenia pojęcia choroby umysłowej.

Jak te warunki rzeczywiście mało nam są jeszcze dotąd znane, mianowicie jak dalece różnica płci wpływa na stopion i kierunek woli, dowodzą tego pamiętniki owego nieszczęśliwego człowieka, który pod nazwą Aleksina jako kobieta żył, i w końcu sam sobie życie odebrał, — ogłoszone przez Tardieu'go (*Question médico-légale de l'identité dans ses rapports avec les vices de conformation des organes sexuels, contenant les souvenirs et impressions d'un individu, d'ont le sexe avait été reconnu. Paris 1872*). Badanie zwłok pokazało, że Aleksina posiadał pochwę, wielkie wargi sromne, osobną kobiecą cewkę moczową i jądra. Pamiętniki owe są nadzwyczaj ciekawe w psychologicznym względie i wykazują, jaki wpływ wywiera przekształcenie wadliwe części płciowych na psychiczne czynności.

Taki sam ciekawy przyczynek do tego przedmiotu ogłasza Scholz (*Bekanntnisse eines an perverser Geschlechtsrichtung Leidenden. Viertelj. f. ger. Med. Oct. 1873*). I tutaj mamy do czynienia z zeznaniem, dotyczącym niewyjaśnionych dotąd przyczyn zбочenia w kierunku płciowych popędów. Niedoszłe do skutku usiłowanie sa-

mobójstwa z tego powodu stało się powodem do tych zeznań, spisanych co do formy jak i treści z pewną przesadną namiętnością, lecz z zamiarem ogłoszenia ich drukiem. Autor sam nie nazywa się „zniewieściatym” lecz „kobiecy” (*weiblich*), chociaż dawniej do swojej małej, niebiesko okiej, figlarnej, dziecięco-niewinnej D. K. czuł miłość rzetelną, taką, jaka między mężczyzną a kobietą być powinna. Ta miłość została jednak w nim stłumiona przez wychowanie kobiece a przy jego rzeczywistém usposobieniu zmieniła się w coś zupełnie przeciwnego. Wreszcie cały jego kierunek jest czysto idealnym, a używanie zmysłowe i nieprzewyciężony popęd płciowy nie należą do pobudek jego nieprawidłowego i przewrotnego uczuciowego życia.

Takie same dążenie do rozszerzenia pojęcia, jak przy określeniu choroby umysłowej ze względu na zgwałcenie, objawia się przy określeniu prawnego pojęcia spędzenia płodu. Francuzkie prawo karne mówi bowiem tylko o spędzeniu płodu, nie zaś o jego zabiciu w łonie matki. Mogłoby się więc zdarzyć, żeby ktoś, co w łonie matki zabił płód, nie mógł być wcale za to karany, gdyby poronienie nastąpiło w pewien czas później, jak to się często zdarza. *Gari mond (Etudes médico-légales sur l'avortement. Montpollier médical Janvier 1873)* stara się więc zwyczajne określenie spędzenia płodu jako przedwczesnego lub gwałtownego wydalenia płodu z macicy niezawisłe od wszelkich jego wiek lub żywotność dotyczących okoliczności, rozszerzyć i określa zbrodnicze spędzenie płodu jako: przedwczesne i umyślne zniszczenie ciąży lub też umyślne jej przerwanie z natychmiastowém wydaleniem płodu lub bez niego, i stara się uzasadnić wyższość tego określenia. *Liman* robi tę uwagę, że dla prawodawstwa niemieckiego to dążenie nie ma znaczenia, gdyż owe prawodawstwo uwzględnia osobno i zabicie płodu w łonie matki i spędzenie jego. Nam się jednak zdaje, że jakkolwiek dla lekarza, którego zadaniem nie jest osądzenie przestępności pewnej czynności, owe określenia mogą być obojętne, jednak powyżej przytoczone określenie spędzenia płodu nie zawiera w sobie dostatecznej podstawy do odróżnienia spędzenia płodu od prostego poronienia, które przecież nastąpić może i od okoliczności, zawisłych od matki, a z wiekiem i żywotnością płodu żadnego związku nie mających. Wreszcie czym prawne określenie dokładniejsze tym lepiej i dla sędziów.

Co do użycia rozmaitych sposobów spędzenia płodu, to literatura przedstawia nam w tej mierze kilka przypadków ciekawych: I tak donosi *Gilb (Quicksilver, given to procure abortion, followed by mercurial tremors. Lancet. str. 339)*, że w jednym przypadku zażyto $2\frac{1}{2}$

łyżeczek od kawy żywego srebra czystego bez skutku. Nastąpiło tylko ręcione drżenie członków.

Larendelle (*Observation médico-légale. Tentative d'avortement, suivie de mort. Journ. de méd. Bruxelles. Octobre*) przytacza następujące spostrzeżenie: Mężczyzna, zapłodniwszy młodą dziewczynę, chciał przez gburowate wprowadzenie ręki do jej pochwy wydrzeć z jej łona płód 3—4 miesięczny. Następstwem było ciężkie ugniecenie pochwy, rozdarcie międzykroczka aż do otworu stolcowego, zapalenie pęcherza moczowego, wzięte za zapalenie otrzewnej, z porażeniem jego i zatrzymaniem moczu, nadzwyczajne rozdęcie pęcherza moczowego i objawy zatrzymania w moczowodach i nerkach. Cięża nie została przerwana; w niuszkodzonej macicy znaleziono płód. Chora zmarła z zakażenia moczem.

Pénard (*De l'accouchement spontané après la mort. Annales d'hygiène. Janvier 1873*) zaprzecza w sprawozdaniu do *Société de médecine légale*, z powodu pewnego przypadku dobrowolnego porodu z wynicowaniem macicy po śmierci, tej możliwości, aby macica była w stanie pozbyć się płodu w 36 godzin po śmierci, jeżeli poród jeszcze się nie rozpoczął przed śmiercią. Wszystkie tego rodzaju przypadki można odnieść do skutków zgnilizny.

Ullersperger (*Der künstliche Abortus als Ursache der Entvölkerung. Friedr. Blat 4 i 5*) podaje wiadomość, iż w ciągu 10 miesięcy wykazano w Konstantynopolu 3000 przypadków zbrodniczego spędzenia płodu.

2. Sporne następstwa obrażeń bez śmiertelnego zejścia.

Prawodawstwa karne, ustanawiające pewne kategorie obrażeń i określające je, zmuszające przez to lekarzy sądowych do stosowania się do tych określeń, stawiają lekarzy najczęściej w nadzwyczajny przykrem położeniu i niweczą same zbawienne skutki sprawiedliwości, gdyż doświadczenie przekonywa ciągle, że częste są w życiu przypadki obrażeń, które się żadną miarą pod takie z góry postawione kategorie podciągnąć nie dają. Takie dowody dostarcza Mayer (*Beitraege zur gerichtsarztlichen Casuistik. Friedreichs Blätter 4. 5*) będący współpracownikiem kr. bawarskiego statystycznego bióra, który ogłosił pogląd na ważniejsze i rzadsze przypadki z sądowo-lekarskiej praktyki w Bawaryi. Między nimi znajdują się przypadki bardzo cięż-

kich uszkodzeń, zakończonych wyzdrowieniem, według prawa karnego nie należących zatem do śmiertelnych, a także i doświadczenie Bettinger'a z Frankenthal'u, mające pod względem próby płuc pewne znaczenie. Pozostawił on zwłoki dziecięcia, które po urodzeniu nie oddechało, przez ośm tygodni na powietrzu i pomimo wysoko posuniętej zgnilizny, przekonał się po otworzeniu klatki piersiowej, że płuca były małe, ściągnięte, wiśniowej barwy, bez śladu powietrza wewnątrz lub na powierzchni i tonące w wodzie. Okoliczność ta miałaby, według naszego zdania, wtedy tylko stanowcze i wielkie znaczenie, gdyby doświadczeniem było niezbicie, że płuca, które nie oddechały, ulegają za wszystkie zgniliznie bardzo późno, co jednak dotąd jeszcze nie jest ustanowionem.

W związku z powyższym przedmiotem stoi następujący przypadek: Młody człowiek z Finlandyi, Nummerg wstąpił do jednego szpitala w Finlandyi zgniecioną raną na goleni, sięgającą aż do kości, która została odkrytą. Assystent ordynującego lekarza wydał mu świadectwo, w którym określił ranę jako niebezpieczną dla życia. Gdy jednak zraniony tak prędko się wyleczył, że już w 3 tygodniu po otrzymaniu rany mógł stanąć przed sądem, zażądał tenże od lekarskiego kolegium zdania: „jak dalece ta rana mogła spowodować chorobę niebezpieczną dla życia, lub też czy istniała tylko obawa takiej choroby?“ Większość kolegium oświadczyła, że ta nie była ani sama przez się niebezpieczną dla życia, ani też takiej niebezpiecznej choroby nie byłaby spowodowała. Stosownie do tego orzeczenia sąd wydał wyrok. Przypadek ten jednak dał powód do bardzo żywego naukowego sporu, którego główny zarys tutaj podajemy dla ważności przedmiotu.

Aby jednak czytelnikowi dać podstawę do zorientowania się należytego co do tego sporu, to zwrócimy uwagę jego na to, iż cała trudność leży w tém, jakim sposobem nagiąć wyniki lekarskiej nauki i doświadczenia do wymagań prawa i sądu, opierających się na innych zupełnie podstawach i będących wynikiem pojęć innego zupełnie rzędu, aniżeli podstawy i pojęcia naukowo lekarskie, nie stojące z nimi w żadnym wewnętrznym związku. Otóż ta trudność nie została dotąd zwalczona.

Estländer (*J. A. En kroppskadas lisfarlighet i rätts medicinsk afseenda, Nordiskt. medic. Arkiv. T. V. str. II*) stara się w swój rozprawie najprzód określić, co w sądowo-lekarskim znaczeniu pod niebezpiecznym dla życia obrażeniem cielesnym rozumieć należy. W tym celu należałoby najprzód postawić sądowo-lekarski system

w którymby oba te pojęcia należycie określone zostały. Według prawa szwedzkiego obrażenia cielesne dzielą się na ciężkie, znaczne i lekkie, a dla scharakteryzowania ich bierze ono za podstawę to następstwa obrażenia, to wynikające ztąd niebezpieczeństwo życia. Niemieckie prawo karne uwzględnia tylko następstwa, a francuzkie wprowadziło jeszcze trzeci pierwiastek, t. j. czas, przez który pokrzywdzony pozostaje chory i niezdolny do pracy. Autor wykazuje więc, że podział obrażeń ciała na stopnie te wszystkie trzy pierwiastki razem uwzględnić powinien, albowiem postępowanie jednostronne, wykluczające choćby jeden z nich, nie zdoła objąć wszystkich przypadków w sposób słuszny i sprawiedliwy. Szwedzkie prawo karne np. uwzględniające -edynie niebezpieczeństwo i następstwa, zamieszcza np. w jednej kategorii i lekkie zdrapanie skóry i złamanie kości, gdy tymczasem w takich razach czas wyzdrowienia, według autora, najlepszą cechą stanowi do osądzenia poniesionej szkodliwości. W innych przypadkach nie da się według słuszności przyjąć czasu za podstawę do sądu, tylko trzeba w téj mierze poniesione niebezpieczeństwo wziąć w rachubę. Za przykład tego rodzaju obrażeń mogą posłużyć na wskroś drżące rany piersi i brzucha, które niekiedy bardzo szybko się goją, innym zaś razem szybką śmierć prowadzą. Jest to jednak nadzwyczaj trudną rzeczą podzielić obrażenia na podstawie doznanego niebezpieczeństwa, albowiem ono nie da się zawsze należycie oznaczyć, i różni się nieraz wielce stosownie do leczenia. Również należy uwzględnić i niebezpieczeństwo, którem obrażenie sąsiadnemu organowi zagraża, i ważność tegoż ostatniego dla życia wziąć przy podziale w rachubę.

Jeżeli następstwa obrażenia mają stanowić o jego stopniu, to trzeba postawić jakąś granicę pomiędzy znaczeniem właściwego obrażenia a mogącemi się ztąd wywiązać następstwami. Granicę tę może stanowić odzyskana napowrót przez organizm równowaga. Tam gdzie choroba umysłowa wywiązała się np. jako następstwo zrzędzonego przestachu, należy i ono uwzględnić, albowiem zmiana tkaniny mózgowej i jój następstwa nie dają się naszymi zmysłami wprost wyśledzić. Dalej zwraca autor uwagę na znaczenie operacyj chirurgicznych, wywołanych nieodbitie obrażeniem. Taka operacja podjęmuje się dla usunięcia niebezpieczeństwa albo dla uszkodzonej części ciała, lub też staje się konieczną w dalszym ciągu leczenia dla usunięcia szkodliwych następstw obrażenia, a w takim razie narażać może uszkodzonego na większe jeszcze niebezpieczeństwo, aniżeli obrażenie samo przez się. W takim razie obwiniony może być karany tylko za

zrządzone uszkodzenie np. złamanie kości, ale nie za śmierć wynika z wyluszczenia np. końców kości, które się w ciągu leczenia koniecznym okazać mogło, (ale któreby potrzebnym nie było bez pierwotnego uszkodzenia. (P. r.)

Ponieważ zatem i uszkodzenie samo i wywołane niem chorobne sprawy bezpośrednio, nim organizm swoją względną równowagę odzyska, do pojęcia obrażenia zaliczone być muszą, więc w znaczeniu sądowo-lekarskiem niebezpieczeństwo dla życia należy do obrażenia samego, a nie do jego następstw; z tego powodu nowe prawo karne niemieckie, przyjmujące za podstawę tylko następstwa, jest zupełnie z sobą w zgodzie, jeżeli niebezpieczeństwo dla życia nie uwzględnia jako cechy, chociaż w takim razie pozbawia się ważnego pierwiastku do osądzenia stopnia obrażenia. Sędzia i lekarz sądowy różnią się od siebie wielce co do pojęcia obrażenia, co się wtedy najbardziej uwypatnia, jeżeli się równocześnie i pojęcie niebezpieczeństwa życia weźmie pod rozwagę. To ostatnie pojęcie, zawisłe od wielu przypadkowych okoliczności, nie da się nigdy stanowczo obliczyć, a lekarz nie będzie mógł nigdy inaczej tylko z przybliżeniem odpowiedzieć na to pytanie, jak dalece dane obrażenie niebezpieczeństwo życia spowodowało? Odpowiedź taką może on dać jedynie na podstawie statystycznych wyników, wyprowadzonych przez zestawienie wielu podobnych przypadków. Natomiast sędzia, dla którego obrażenie jest tylko jednym szczegółem w całości całej sprawy sądowej, skłania się do szczegółowego rozbioru pojedynczego przypadku i jego przebiegu. W tym kierunku zaś stopień niebezpieczeństwa życia nie da się żadną miarą z góry oznaczyć, gdy tymczasem oznaczenie jego jest możliwem, mając ogląd na cały szereg podobnych przypadków.

Odsetek śmiertelności całego szeregu obrażeń może być obliczony czy to na podstawie rodzaju samego uszkodzenia, czy też na podstawie spraw chorobnych, występujących aż do zupełnego jego zgojenia. Przy ranie na głowie, drążącej do kości, można odsetek śmiertelności obliczyć na podstawie statystyki tego rodzaju obrażeń; jeżeli rana ta spowodzi zamór (necrosis) kości, to można statystykę tego stanu wziąć za podstawę do obliczenia niebezpieczeństwa życia. Autor nazywa pierwszy odsetek, pierwotnym odsetkiem śmiertelności, drugi drugorzędnym i mnicma, że sądowy lekarz powinien przy osądzeniu danego przypadku wziąć za podstawę odsetek pierwotny.

F l o r i (w artykule, pomieszczonym również w powyższej przytoczonym fińladzkim czasopiśmie) stara się głównie dowieść; że żaden z systemów, użytych dotąd do podziału obrażeń ciała na stopnie, nie

posiada żadnej ani teoretycznej ani praktycznej wartości. Chcąc dany przypadek zaliczyć do jednej z postawionych kategorii, wypadnie konieczne niektóre z jego właściwych cech pominąć, a czym obszerniejsze będą owe kategorie, tym większą będzie dowolność w tej mierze. Ponieważ statystyka nie może uwzględnić wiele ważnych bardzo czynników, jak np. różnice stosunków szpitalnych, sposób leczenia, indywidualność obrażonego i t. d. a więc nie da się zastosować do rozstrzygnięcia sądowych zagadnień. W wielu razach nie da się z początku oznaczyć, czy obrażenie spowodowało niebezpieczeństwo śmierci lub nie, albowiem to się może okazać dopiero w dalszym ciągu wynikłej ztąd choroby. Przy złożeniu orzeczenia trzeba mieć na oku cały przebieg choroby od powstania obrażenia począwszy aż do zakończenia choroby. Wyrażenie prawne i niebezpieczeństwo życia nie można przeto brać w znaczeniu niebezpieczeństwa, spowodowanego bezpośrednio przez obrażenie, lecz trzeba cały przebieg choroby roztrząsnąć, aby poznać, czy ono kiedykolwiek życiu zagrażało. Nakoniec wymaga autor, aby wtenczas, gdy chodzi o wymiar kary, każdy przypadek sam dla siebie według swego przebiegu i swego zejścia był roztrząśniony a nie z uwzględnieniem innych podobnych przypadków.

Bonsdorf zaś twierdzi, że lekarz musi konieczne podział obrażeń na ciężkie, znaczne i lekkie porzucić, chcąc jako biegły wyświecić należycie stosunek pomiędzy obrażeniem i następstwami, wynikłymi ztąd dla poszkodowanego. Jako niebezpieczne dla życia choroby uważa autor wszystkie trwałe, znaczne uszkodzenia zdrowia, spowodowane obrażeniem bez współdziałania przypadkowych okoliczności.

Ehrström, Profesor prawa w Helsingforsie, utrzymuje, że prawne rozróżnienie chorób niebezpiecznych dla życia od nie niebezpiecznych, powinno być stawiane na podstawie znaczenia tego wyrazu w potocznej mowie a nie jakiegokolwiek lekarskiej teorii. Pod tym wyrażeniem prawa: „niebezpieczna dla życia choroba“ nie rozumie się wcale samego obrażenia, lecz wywołaną przez niego chorobę; statystyka zaś nie może stanowić miary tego niebezpieczeństwa. Autor stara się w dalszym ciągu dowieść, że prawo szwedzkie i fińskie pod tym wyrazem: choroba niebezpieczna dla życia, ostro przebiegający stan choroby rozumie, który śmiercią grozi, lecz wyzdrowieniem się kończy.

Podobne wątpliwości nastroczają się i w wielu innych jeszcze razach przy tłumaczeniu rozmaitych paragrafów prawa, do których medycyna sądowa podstaw dostarcza

I tak np. przytacza Mair (*Schwere Körperverletzung durch einen Schrotschuss in das Knie. Friedr. Blät. N. 1*), przypadek obrażenia kolana strzałem szrutowym, które spowodowało niezupełne zwichnięcie stawu, a zatem kalectwo, mogące być podciągnięte pod utratę ważnego członka. Autor określa również porażenie w myśl naukowej deputacji jako „niemożność używania.“

W jednym przypadku postawił Ranke (*Ist ein durch fremde Gewaltthat entstandener Leistenbruch als eine unter § 224 des Strafgesetzbuches für das deutsche Reich fallende Verletzung anzusehen. Friedr. Blätt. N. 1*) to pytanie: czy przez zadanie gwałtu wytworzona kiła pachwinowa jako pod § 224 kod. karn. podchodząca ma być uważana. Rada lekarska w Monachium odpowiedziała na to przecząco, gdyż nie można do tego przypadku zastosować ani oszpeceń ani charłactwa, jako cech w tym paragrafie zawartych. Charłactwo oznacza stan, który z powodu ciągłego cierpienia nacechowany jest wydatną i niezmienną nieprawidłowością, a oszpeconym również taki człowiek nie jest, gdyż wielu ludzi ma przepuklinę, a nawet najbliżsi krewni o tém nie wiedzą. Prócz tego przepuklina, utrzymana odpowiednim paskiem, nie znosi zdolności do pracy, z wyjątkiem nadzwyczajnych wysiłków. W armii znajduje się mnóstwo oficerów, którzy obowiązki swe spełniają, chociaż dotknięci są przepukliną, a towarzystwa ubezpieczeń na życie przyjmują i cierpiących na przepuklinę pod zwyczajnymi warunkami, byle odpowiednie paski nosili.

Wątpliwość sądowo-lekarska, którą Towarzystwo sądowych lekarzy rozstrzygało, a o której Ladreit de la Charrier (*Rapport sur une des conséquences d'une blessure de la région plantaire, faite par un coup de fusil, chargé de plomb de chasse, Annales d'hyg. Juillet*), donosi, odnosiło się do wrzekomój boleści podeszwy nogi wskutek postrzału szrutem. Wykazanie iż ani nerw podeszwy zewnętrzny ani wewnętrzny nie mógł być przez postrzał uszkodzony, sprzeczność w zeznaniach uszkodzonego, utrzymującego, że ból tylko nocą się pojawia, okoliczność, że przy nacisku się nie powiększa a uszkodzony swą służbę jako stajenny pełni, nie kuleje, posyłkami się zajmuje, buty czyści, posadzki wyciera i woskuje, skłoniły owe towarzystwo do tego orzeczenia, że jeżeli ból rzeczywiście istnieje, to z owym postrzałem żadnego nie ma związku.

Ciekawy wypadek opisuje Pancein (*Un cas d'emphysème au point de vue de la médecine légale. Gaz. d. hop. N. 112*). Badał on chorego, u którego miało nagle powstać emphysema skóry i to na górnéj

części ud, mosznie, biodrach i dolnej części brzucha aż do pępka. Po długich namowach dowiedział się w końcu od chorego, że trzech jego towarzyszy, nie mogących go cierpieć z powodu nieznośnej dla nich wysypki na jego twarzy, i chcących pozbawić go miejsca, napadło go w mieszkaniu, przewróciło na łóżko i jeden z nich lancetem mu małe nacięcie na napletku zrobił, potem rurkę w to miejsce wsadził, przez którą wdał powietrze, jak to rzeźnicy z wołami i baranami czynią, aby łatwiej z nich skórę ściągnąć. Znaleziono też na napletku ranę, na 3 ctm. długą, o brzegach cokolwiek wywróconych. Przeciwno udawaniu i samoskaleczeniu mówiło wielkie i rzeczywiste wzburzenie chorego, jako też i obszerność puchliny, któraby się u człowieka, mającego na celu jedynie przyjęcie do szpitala, tylko na mosznie była z pewnością ograniczyła.

3. Sporna choroba umysłowa.

Jest to jeden z trudniejszych przedmiotów w całej dziedzinie Sądowej Medycyny, i tym trudniejszy, że tu nietylko o ustalenie naukowych podstaw do załatwienia wszelkich kwestyj spornych chodzi, ale i o rozstrzygnięcie walki między lekarzami i prawnikami co do tego, kto w tej sprawie ostatecznie wyrokować powinien. Pomimo bogatej literatury, nagromadzonej w ubiegłym roku co do tego przedmiotu, nie możemy jednak przytoczyć żadnych prac, stawiających nowe poglądy, nowe podstawy do nauki o chorobach umysłowych i ocienienia ich w sądowo-lekarskich przypadkach. Wszystkie prawie odnoszą się do pojedynczych szczegółów, obrabiając je z no wszego stanowiska, albo też dostarczając pojedyncze, ściślejsze spostrzeżenia jako materiały do dalszych ogólniejszych prac w tym względzie.

Z ogólniejszych prac przytaczamy dzieło Tardieu'go (*Étude médico légale sur la folie avec facsimile d'aliénés. Paris 1872*), które się bogatym doświadczeniem odznacza, chociaż nie uwzględnia należyte nowszych zdobyczy na polu psychologiczném. Ma ono głównie praktyczny cel na oku, mianowicie rozpoznanie chorób umysłowych, oraz poczytalność i własnowolność umysłowych chorych. Wprowadza też nowy żywioł do dignostyki, t. j. podobizny pisma i próbki stylowe obłąkanych jako środek do rozpoznania.

Krafft-Ebinga: wątpliwy stan umysłowy w obec sędziego trybunału, stanowi jedynie uzupełnienie dawniej już wydanego dzieła pod tytułem: „Zasady psychologii kryminalnej. Rozbie-

ra on w téj nowéj pracy kwestyje, odnoszące się do własnowolności, zniesienia opieki przy wyzdrowieniu, zdolności do zawarcia związków małżeńskich, rozwodu, zdolności do stawiania za świadka, obowiązku do wynadgródenia szkód, przez obłąkanych zrzędzonych, zdadności do stanowienia ostatniej woli i t. d.

Ktoby zaś pragnął obeznać się szczegółowiej z prawodawstwem, dotyczącém się obłąkanych, w Zjednoczonych Stanach Ameryki, temu można polecić sumienną pracę pana Fovile, pod tytułem: *Les aliénés aux Etats-unis, législation et assistance. Annales d'hygiène et de médecine légale. Paris. Janvier-Avril.*

Rozprawę, na nowych zasadach osnutą, dotyczącą nauki o poczytalności, dostarczył Dr. Frese, dyrektor zakładu obłąkanych, profesor Psychiatrii w Kazaniu (*Zur Lehre von der Zurechnungs fähigkeit. Friedr. Blät. 2 i 3*). Poczytalność—mówi on—jest to akt czysto prawny, kończący się po rozważeniu wszystkich tutaj odnoszących się okoliczności zasądzeniem prawem naznaczonej kary lub też orzeczeniem bezkarności. Lecz sąd, że do sądu należy czyn poczytać, niewynika wcale, iż do niego należy stanowiąc i o poczytalności podsądneho. Ustanowienie poczytalności sprawcy a poczytanie czynu nie są to rzeczy jednoznaczne już dla tego samego, że pierwsze jest przymiotem podmiotu, drugie zaś czynnością umysłową osób, sąd stanowiących. Poczytalność jest przymiotem, który w pierw ustanowionym być musi, nim czyn poczytania nastąpić może. Niepoczytalność zawarunkowana jest całym szeregiem stanów, mających tę wspólną cechę, że zawierają w sobie chorobliwy kierunek umysłowej czynności. Mówić o niepoczytalności zdrowych jest to niedokładność, wynikająca z pomieszania pojęć poczytania i poczytalności. Zbrodnia, spełniona przy obronie, bywa niepoczytana nie dla tego, że stan umysłowy był tak dalece zmienionym, iżby musiał za niepoczytalny być uważanym, tylko dla tego, że prawo zachowanie przy życiu człowieka stawia wyżej nad zasadę moralną, nakazującą unikać spełnienia zbrodni nawet z poświęceniem własnego życia. Nie zdaje się przeto zbyt wygórowaném to żądanie, aby lekarz stanowiąc, kto za zdrowego umysłowo ma być uważany. Byłoby to rzeczą najwłaściwszą i zgodną z celem sprawiedliwości przekonać się jeszcze przed rozpoczęciem sądu o stanie umysłowym obwinionego za pomocą zbadania tego stanu przez lekarza.

Przy ustanowieniu poczytalności, albo niepoczytalności ma się z czynnikami fizyologicznymi i patologicznymi wyłącznie do czynienia. Poglądy, z których dotąd przy osądzeniu niepoczytalności zwykle wy-

chodzone, nie były wszędzie jednakowe. Rozróżnić można w tej mierze trzy rodzaje poglądu: spekulatywno psychologiczny, filozoficzny i moralny czyli etyczny.

Stanowisko spekulatywno-psychologiczne uwydatnia się w tych kodeksach, w których niepoczytalność wiąże się z nieobecnością pewnych form działalności psychicznej, np. z utratą rozumu, rozsądku i t. d.; pogląd, opierający się na teorii t. z. władz zmysłowych, a zarazem i na tém przypuszczeniu, że zaprzeczenie istnienia pewnego objawu określa rzeczywiście dokładnie ten stan, który się przez to zaprzeczenie oznaczyć zamierza.

W teorii władz umysłowych działalność psychiczna przedstawia się w postaci szafy z rozmaitemi szufladami do osobnego użytku, jak np. rozum, przytomność, pamięć i t. p. Jakim zaś sposobem to się dzieje, że jedna lub druga staje się czynną, pozostaje zagadką. Najważniejszym praktycznym błędem, do którego owa beztreściowa samodzielnosc władz umysłowych prowadzi, jest to przypuszczenie, że jedna z tych władz może być porażona lub wcale nie istnieć, nie wierając przez to wpływu na wszystkie inne. To przypuszczenie stanowi więc podstawę do ustanowienia poczytalności ze stanowiska spekulatywno-psychologicznego, na mocy którego u niepoczytalnych może istnieć brak tej lub owej władzy np. rozumu, rozsądku, pamięci i t. d. Czyż można jednak przypuścić istnienie człowieka rozumnego bez rozumu? albo też mającego rozum, rozsądek, lecz nie mającego pamięci? i t. d.

W wielu bardzo stanach umysłu, którym prawo niepoczytalność przysądza, nie ma się wcale do czynienia z brakiem jakiegokolwiek umysłowej władzy. Bywają obłąkani, posiadający dobry rozum, tak, że chorobliwość ich nie leży w jego braku, tylko w kierunku i sposobie jego użycia. Byłby już czas do wyrzucenia z sądowej mowy wyrazów i poglądów, nie odpowiadających wcale istocie rzeczy.

Pogląd filozoficzny na niepoczytalność opiera się na nauce o wolnej woli człowieka. Zachodzi pytanie, czy wolna wola człowieka może w istocie uchodzić za rzeczywistość? Pod wyrazem: wolna wola możemy jedynie rozumieć możność spełnienia w danym razie pewnej czynności z taką samą łatwością jak i niespełnienia jej. Kto przy wyborze pomiędzy złem i dobrem wybiera dobre, nie czyni tego z wolnej woli, lecz wiedziony tém przekonaniem, że dobre z jakiegokolwiek bądź powodów ma pierwszeństwo przed złem i na odwrót, kto wybiera złe, przypisuje dobremu tak małe znaczenie, że nie warto stawiać go w miejsce złego. Oba działali by tylko wtedy z wolną

wolą, gdyby byli zdolni w tym samym przypadku wybrać dobre zamiast złego lub zamiast pierwszego ostatnie. Lecz my powątpiewamy o takiej możliwości, mówi Dr. Frese (?!). Nie wierzymy w to, aby ktoś na mocy swój wolnej woli mógł każdej chwili popełnić zbrodnię, i żeby tylko od własnej woli zbrodniarza zawisło powrócić każdej chwili do cnoty i obowiązku. I cnotliwy i występny stoją pod władzą swych skłonności i nie zdołają w danym razie inaczej działać, t. j. w przeciwieństwie z nimi. Postanowienie woli nie jest wcale czynnością prostą, wynikającą sama z siebie, lecz wynikiem ostatecznym powikłanej psychologicznej sprawy, której przebieg zależy od działalności i celów, a te nie są bezpośrednio człowiekowi dane, lecz wynikają z doświadczenia każdej jednostki. Jakakołwiek jest ich forma lub moralna wartość, osiągają one jednak z biegiem czasu władzę nieprzewycięzoną nad człowiekiem i kierują samowładnie jego czynnościami. Wszystkie czynności człowieka noszą na sobie raczej piętno zwyczaju w ogóle, jak rzeczywistego wyboru. Jeżeli przyjmujemy pewną kierującą władzę pewnych pobudek i celów nad człowiekiem na korzyść czynności moralnych, to nie ma powodu zaprzeczać téjże saméj władzy na szkodę czynów nagannych.

Jest rzeczywiście jeden rodzaj wolności, t. j. wolność rozwoju, przypuściwszy, że jój już od urodzenia nie stają nieprzewyciężone zawady na przeszkodzie np. organiczne wady mózgu.

Przyjmując wolną wolę niezbędném się staje do ustanowienia poczytalności wykazanie możliwości, że oskarżony mógł inaczej działać, a nie tak jak działał; a to jest rzeczą daremną, tym bardziej, że wola nie może być wolną, dopokąd jest przykuta do organizmu, i uzewnętrznienie się jój możliwém jedynie za pomocą mięśni i nerwów. Nakoniec postanowienia woli okazują się tak samo niewolnemi u umyślowo chorych, jak i u umyślowo zdrowych, a chociaż w niektórych razach się u pierwszych jeszcze w wyższym stopniu ujarzmione okazują, przyczyną tego są pewne organiczne warunki, nadające obłąkaniu w ogóle taką rozmaitość postaci.

Stanowisko moralne czyni poczytalność zawisłą od władzy rozpoznania złego i dobrego, słuszności i niesłuszności. Autor, rozebrawszy tedy możliwość wrodzonych moralnych zasad i oświadczywszy się za tém, że one są wytworem ludzkiego rozwoju i wychowania, sądzi, że rozwój moralnych zasad stanowi psychologiczną sprawę zanadto zawikłaną i misterną, aby ją można postawić za ogólną podstawę poczytalności. Prócz tego nieobecność moralnej świadomości nie jest wcale niezmiennym lub istotnym objawem obłąkania.

Naprzeciwko tych trzech poglądów, jako podstawy poczytalności, stawia autor czwarty, fizyologiczny, wynikający bezpośrednio z organicznych stosunków w człowieku. Najogólniejszą cechą psychicznej czynności w człowieku jest świadomość. Lecz psychiczna działalność człowieka jest, pomimo rozmaitych form, pod którymi wiadomość się jawi, sprawą jego życiową nieprzerwaną, rozmaicie powiązaną i właściwą. Umysłowo chorym nazywamy człowieka wtedy, gdy organiczne warunki jego psychicznej działalności tak dalece się zmieniają, że objaw téj działalności zostaje w jakikolwiek bądź sposób przeszkodzony, zniszczony, ograniczony, lub całkiem uniemożliwiony. Niepoczytalnym będzie zatem ten, u którego czyn spełniony przyszedł do skutku pod wpływem chorobliwie zmienionych organicznych warunków. Czyn przestępny, spełniony pod wpływem takich warunków nie jest przeto więcej zwyczajnym, psychologicznym czynem, podlegającym osądzeniu na ogólnych podstawach, lecz czynem patologicznym, mogącym być zrozumianym tylko wtedy, gdy się w istotę całej chorobnej sprawy wniknie.

Czyn przeto sam przez się, jako prosty objaw, zasługuje na głębsze roztrząśnienie, aniżeli to zwykle się dzieje.

Czyn albo czynność wszelka jest przedewszystkiem mniej lub więcej powikłanym ruchem mięśni, aktem fizyologicznym, do którego skutecznienia potrzebne są przynajmniej dwa organiczne przyrządy: nerw i mięsień. Udział tych dwóch pierwiastków w czynności stawia ją w rzędzie organicznych spraw, których prawidłowość lub nieprawidłowość musi pierwój być ustanowiona, nim nastąpić może w ogóle ocenienie samego czynu.

Chociaż każdy czyn jest ruchem mięśni, to jednak nie każdy ruch mięśni stanowi czyn. Wiele bardzo powikłanych ruchów mięśni nie jest czynem, a z drugiej strony ruchy mięśni bardzo proste mogą stać się czynem (groźba, słowo).

Według fizyologicznego i psychologicznego znaczenia ruchów mięśniowych dądzą się one rozróżnić na:

1) Ruchy mimowolne, automatyczne, t. j. ruchy, których bezpośrednią pobudką jest przez same sprawy życiowe organiczne wywołane bezpośrednio podrażnienie ruchowych pierwiastków nerwowych.

2) Ruchy odruchowe, występujące w skutek pobudzenia ruchowych pierwiastków przez przeniesienie na nich uprzedniego pobudzenia pierwiastków nerwu czuciowego. W szerszym znaczeniu

można odruchem nazwać wszelkie przeniesienie pobudzenia pierwiastków nerwowych w ogóle na inne i innorodne.

3) Ruchy poczućowe, instynktywne. Mniej lub więcej powikłane ruchy mięśniowe, wywoływane zwykle pewnymi organicznymi uczuciami (głód, pragnienie, popędy płciowe), którym niejasne poczucie zadowolenia przy zadosyć uczynieniu im, lub ocenienie pobudzonego uczucia zwykle towarzyszy.

4) Ruchy dobrowolne, t. j. takie, które oderwane przedstawienie sobie celu ich w umyśle wywołuje.

W przeciwieństwie z trzema pierwszymi rodzajami ruchów, wrodzonymi człowiekowi, ostatnie muszą być nabyte. Uczymy się ich nie bez trudu, a jedyną drogą do rozwinięcia ich z pewną dzielnością i biegłością jest ćwiczenie i przyzwyczajanie.

Ruch dobrowolny albo szereg takich ruchów, sprowadzających zmianę w stanie działającego lub też jego otoczenia, zwykle obojga, nazywa się czynnością lub czynem. Najważniejszym, najistotniejszym pierwiastkiem rozróżnienia pomiędzy ruchem wrodzonym a nabytym jest przedstawienie sobie celu; t. j. to przedstawienie, że ruch zamierzony powinien i może sprowadzić pewien stan czy to działającego, czy też otaczającego onegoż zewnętrznego świata.

Ta celowość nie jest jednak najbliższą przyczyną, właściwym punktem wyjścia do czynu.

Potrzeba wewnętrzna zmiany danego, niemiłe uczucie może wywołującego, stanu, dająca początek czynności, nazywa się pobudką. Pobudką czynności jest zatem na każdy sposób proste, organiczne uczucie lub uczucie. Pierwsze powstaje, jeżeli ma się do czynienia ze stanem cielesnym, drugie z umysłowym, lub moralnym. Fizjologiczny punkt wyjścia do czynu tworzy zatem pobudzenie ośrodkowych nerwowych dziedzin, w wywołujących organiczne uczucie. Przedstawienia celu czynności zostają wywołane pobudką. Otóż do organicznego uczucia przyłącza się cały szereg owych przedstawień, czyli inaczej, pobudzenie uczuciowych pierwiastków nerwowych przenosi się na owe dziedziny ośrodków nerwowych, które stanowią fizjologiczny grunt przedstawienia (odruch w szerszym znaczeniu tego słowa). Przedstawienia są to zaś nader ruchliwe, lotne objawy, zmieniające się nieustannie według praw łączenia się myśli między sobą, (*Ideenassociation*). Z przedstawieniem sobie celu łączą się natychmiast dłuższe lub krótsze szeregi przedstawień, odnoszących się do możliwości osiągnięcia zamierzonego celu. Skoro tylko przedstawienie celu połączy się z odpowiednimi przedstawieniami ruchu, główne warunki czynu już

są dane. Ich obecność wyraża się przez postanowienie. Postanowienie jest zatem uznaniem zupełnej zgodności pomiędzy pobudką, celem i przedstawieniem sobie ruchu.

Rozwaga jest to wszechstronna krytyka postanowienia i wciska się niejako pomiędzy postanowienie czynu i jego wykonanie. Bieg przedstawień podczas téj sprawy, wytwarzający uczucia a przez to nawzajem skierowany na nowe tory, lub też w nowe łączący je grupy, przybiera nieraz postać wewnętrznej walki, mianowicie gdy czyn jest ważny. Ostatni popęd do czynu, stawiający się w naszej świadomości jako przymus, jako stanowcze wymaganie rozumu (*kategorische Imperativ der Vernunft*) lub też uczucie słuszności, albo nakoniec zmysłowości, to wola. Dopokąd czyn niespełniony i woli nie było.

Sprawa fizyologiczna, jakiemukolwiek bądź sądowi podlegnie czynność sama (rozumna, moralna, stosowna, lekko i szybko wykonana i t. d. lub też przeciwnie) pozostanie zawsze ta sama, bez uwagi na to, czy pojedyncze jej okresy będą krótsze lub dłuższe, a dzielność jej większa lub mniejsza. Według tego, jaką cechą w danym razie przybiera, odbija się ona rozmaicie w dziedzinie roślinnego życia naszego organizmu, co stanowi dowód organicznego przymiotu całego aktu woli (zmiana w krwiobieg, wydzielinach i t. d.). Nie ma pobudki, nie ma przedstawienia celu, któreby były wrodzone; wszystkie bywają pobudzone przez doświadczenie, wyuczone, ćwiczeniem przyswojone. Wychowanie uczy, jakim pobudkom się oprzeć, i którym dać pierwszeństwo; ono pobudza i podnieca dążenie do celów rozumnych i moralnych. Z tego powodu odnoszą słusznie czynności człowieka do jego charakteru. Ruchy przyswojone, nabyte, (działanie woli) mogą być przez ćwiczenie i powtarzanie do takiej zręczności doprowadzone, że po większej części dokonywają się w końcu prawie mechanicznie. Możemy jednak z taką samą łatwością nabyć przyzwyczajenia dobre i złe. Pozbycie się złych przyzwyczajzeń jest czasami trudniejsze od nauczania się dobrych. Że pewne przedstawienia celowe (umysłowe lub moralne, obyczajowe) mogą takim samym sposobem przejść w przyzwyczajenie, nie podobna wątpić, albowiem nie jeden nie doznaje tam najmniejszej nawet pokusy, gdzie inny się potyka i pada.

Jeżeli czyn jest sprawą fizyologiczną, to główna rzecz w tém ustanowić jej prawidłowość lub nieprawidłowość, i wykazać przez to samo, że i jakie chorobne organiczne warunki w danym razie istniały. Zbrodnia, spełniona przez obłąkanego, różni się od zbrodni, popełnionej przez umysłowo zdrowego, jedynie tém, że cała sprawa, lub po-

jedyncze ustępy téj sprawy, którą czynem lub czynnością zwiemy, noszą na sobie piętno nieprawidłowości, są patologiczne. Zbrodnia w bezprzytomnym stanie spełniona, musi być odrzucona, albowiem stan bezprzytomności zezwala wprawdzie na spełnienie ruchów, ale te mogą być tylko automatycznymi, czyli odruchowymi, gdyż dobrowolnymi być nie mogą; znamieniem tychże jest bowiem przedstawienie celu. Sama obecność przytomności nie stanowi jeszcze dowodu, że ona jest zdrową, odpowiadającą zewnętrznym warunkom. Z drugiej zaś strony zaburzenie, zmącenie, zbląkanie świadomości nie może być przyjęte za jój zaprzeczenie, zniesienie. W tém leży właśnie główny klin co do obłąkania w ogóle, że świadomość obłąkanego i świadomość umysłowo zdrowego nie zlewają się wcale, lecz stają do siebie w sprzeczności, uniemożliwiającej nieraz zupełnie wzajemne porozumienie się. Wniknąć tedy w tę sprzeczność ze strony jój biograficznej, t. j. wyjaśniającej powstanie i przebieg, i z tego stanowiska czyn cały wyświecić, — oto zadanie sądowo-psychologicznej ekspertyzy.

Pobudkę do czynu, a zatem pierwszy czynnik jego, dostarcza w stanie prawidłowym rzeczywisty stosunek podmiotu do świata zewnętrznego. Pobudką chorobną jest zawsze czucie organiczne, nie biorące swego początku w stosunkach zewnętrznych przedmiotowych, ale wywołane pobudzeniem patologiczném pewnych dziedzin systematu nerwowego. (Trwoga, przestrasz, obawa, rozpacz, wywołana przywidzeniami i obłądem).

Z pobudki wypływa bezpośrednio celowość czynu. Ona może być chorobliwą, wytworzoną przywidzeniami, złudzeniami, obłądnymi myślami. (Przywidzenia słuchowe nakazują poświęcić na ofiarę dziecko i t. d. Obłąd w smętności). W innych razach przedstawienie celu jest czystém zaprzeczeniem i odnosi się jedynie do usunięcia pewnego stanu (pobudka). To ma miejsce np. w stanie wewnętrznej trwogi. Okropny przestrasz i trwoga, dręczące chorego, wzbudzają w nim to przedstawienie obłądne, że tylko jakiś nadzwyczajny lub krwawy czyn zdoła go uwolnić od jego mąk, chociaż sobie nie jest w stanie zdać z tego rachunku, że i jakim sposobem podobny czyn będzie mógł ten wpływ wyrzucić na niego. Nie ma więc zgodności pomiędzy pobudką, celem i przedstawieniem ruchu. Pomimo to przychodzi do postanowienia, a za niem bezpośrednio następuje czyn, przyjmujący widocznie postać chorobliwego odruchowego ruchu.

Pomiędzy postanowieniem a wykonaniem czynu wciska się sprawa rozważki, roztrząsania; sprawa, polegająca na nieustanném kra-

zeniu to w tę to w ową stronę pewnych przedstawień, wynurzeniu się pewnych wzruszeń i działająca pod wielu względami przyśpieszająco lub hamująco na sam czyn. Pierwszym warunkiem tego jest przebieg swobodny, niczem nie przeszkodzony, przedstawień, bez względu nawet na ich treść — i sposób stosowny przeniesienia tego ruchu na dziedzinę czucia, a zatem sprawa prawidłowa pobudzenia dwóch odrębnych ośrodków nerwowych. Otóż nie ma najmniejszej wątpliwości, że zmiana w sposobie pobudzenia nerwów jest ważnym źródłem chorobliwej umysłowej czynności. To pobudzenie powstaje albo za nadto powoli i nie prowadzi wtedy do żadnych odruchów, jak to ma miejsce w wielu stanach zadumy (melancholia attonita), albo też odbywa się nagle z pośpiechem, bez ładu, jak to się zdarza w szale przy wyraźnym spotęgowaniu wszystkich odruchów. W pierwszym razie łączność myśli bywa w rozmaity sposób ograniczoną i wstrzymaną, w drugim zaś przyśpieszoną aż do bezładu, a w obu razach staje się sprawa pośrednia rozważni niemożliwą z przyczyn czysto organicznych.

Nakoniec wykonanie czynu może nastąpić tylko przez rzeczywiste pobudzenie ruchowej dziedziny nerwów. To pobudzenie bywa niekiedy nieprawidłowo spotęgowane tak dalece, że nie tylko już sam słaby popęd woli wystarcza do pobudzenia ruchu, ale i ten ruch odbywa się burzliwie, z bezmierną gwałtownością i pośpiechem. W pierwszym razie zbrodnia zostaje dokonana, nim jeszcze rzeczywistość była postanowiona, w drugim zaś dokonywa się więcej aniżeli zamierzono i chciano.

Udział patologiczny, który owe czyn składające momenta w jego wykonaniu biorą, nie we wszystkich przypadkach jest jednakowy. Chorobliwe piętno sprawy wyraża się przeważnie to w jednym, to w drugim, to we wszystkich jej okresach. I to jest przyczyną, dla czego w niektórych przypadkach zbrodnia obłąkanego zgadza się we wszystkim ze zbrodnią umysłowo zdrowego, gdy tymczasem w innych zupełnie od niej różną się być zdaje. Z tego samego powodu spotykamy nieraz w wykonaniu zbrodni przez obłąkanego wielką rozważność, przezorność w wyborze środków, pewną przebiegłość, z drugiej zaś strony po dokonaniu czynu tak samo szczery żal, jak i uporczywe zapieranie się, wykręt i t. d.

Ten krótki zarys przekonywa, że autor stoi zupełnie na stanowisku najnowszego filozoficzno-przyrodniczego poglądu niemieckiego na sprawy umysłowe; pokazuje zarazem jednak i to, że podstawy jego nie są jeszcze wszędzie tak silne, aby na nich dał się zbudować

loiczny i trwały gmach teorii. Już co do samego punktu wyjścia autora do stawienia tego poglądu nie moglibyśmy się z autorem zgodzić. Jakkolwiek jest niezaprzeczonem, że poczytalność jest przymiotem subyektu (podmiotu) to ztąd nie wynika jeszcze, aby ustanowienie i określenie jęj należało do dziedziny medycyny. Przymiot ten nie jest koniecznym, przyrodzonym wynikiem umysłowych własności człowieka, chociaż na nich się oprzeć stara, tak jak i np. wieloletności, chociaż i ta oparta jest na wrodzonych przymiotach człowieka. Poczytalność jest pojęciem prawnym, człowiekowi narzuconem; medycyna może ustanowić istnienie podstaw jęj w danym razie, gdy te wrodzone podstawy jęj są wskazane, ale nie do nięj należy ustanawiać w ogóle te podstawy i określać pojęcie poczytalności. Zdaje się, że zachowując to stanowisko, jako najwłaściwsze, w życiu praktycznem, sądowy lekarz najłatwiej uniknie wszelkich szkopułów a sąd sam trudności, innym sposobem zwalczyć się nie dających; pole zaś działania obu, t. j. sądownika i sądowego lekarza, odzyska swoje właściwe naturalne granice. Nie bylibyśmy też tego przedmiotu tak obszernie podawali, gdyby sam przez się, jako pogląd na podstawy naturalne zjawisk umysłowych, nie był nader ciekawym.

Nie mniej ciekawym przedmiotem pod względem sądowo-lekarskiej praktyki, dotyczącej obłąkanych, są częste przypadki, w których obłąkani z wszelkimi pozorami umysłowego zdrowia występują z fałszywemi oskarżeniami przeciwko samym sobie, lub co gorsza, przeciwko drugim. Takie przypadki są mianowicie we Francyi częste i podały powód p. Krafft Ebing (*Ueber faelschliche Beschuldigung Geisteskranker vor Gericht gegen die eigene Person und gegen Andere. Viertelj. f. ger. Med. October.*) do przedstawienia swego poglądu na tę rzecz. Pomyłki sądowej mniej się można obawiać tam, gdzie oskarżenie zwrócone jest przeciwko samemu sobie. Lecz wielkie niebezpieczeństwo w tęg mierze zachodzi wtedy, gdy ono jest zwrócone przeciwko innym osobom. Jest to więc niejako zasługą zwrócić uwagę na owe formy chorób umysłowych, będące głównie powodem, że pozornie umysłowo zdrowi, w rzeczywistości zaś umysłowo chorzy, na podstawie przywidzeń i obłądnych wyobrażeń albo jakiegokolwiek choroby umysłowej fałszywie drugich obwiniają. W tym względie dają najwięcej powodu do śledztwa osoby, cierpiące na obłąd prześladowczy. Autor robi tutaj tę słuszną uwagę, że odrzucić prosto zaskarżenie takiego oskarżyciela nie prowadzi do niczego; potrzeba go koniecznie oddać pod nadzór policyjny, jako człowieka szkodliwego społeczeństwu, gdyż on się znajduje ze swego

stanowiska w stanie ciągłej obrony przeciwko niebezpieczeństwu (*Nothwehr.*) i zrządza nieszczęścia. Podobnie dają przywidzenia słuchowe powód do skarg o obrazę honoru, do obłądu prześladowczego płciowego, do skarg o rozwód i t. d. Tutaj należą i owi obłąkani pieniacle, zarzucający sądy skargami na niesprawiedliwość i pokrzywdzenie ich praw przez sędziów. Zwykle przychodzi w takich razach myśl o obłąkaniu tych nieszczęsnych dopiero wtedy, gdy przez długie lata byli już karami okładani. Występują też zwykle z fałszywymi skargami hysteryczki obłąkane, mianowicie na popełnione na nich zbrodnie, dotyczące ich części, powodowane złudnemi płciowemi uczuciami i chorobliwem płciowem pobudzeniem. Uwagi godną jest i ta okoliczność, że proste hysteryczki, nie obłąkane, bywają często przez zachloroformanie tak dalece płciowo rozbudzone, że już nieraz przeciwko chloroformującym je lekarzom występowały z fałszywemi doniesieniami o płciowe na nie zamachy. Inne hysteryczki wnoszą znowu skargi z upodobania w łzy i oszustwie, albo dla tego aby nabrać rozgłosu i oczy świata ściągnąć na siebie; albo też za nadto bujna wyobraźnia i złudzenia zmysłowe dają powód do fałszywej skargi, lub też udawania pogwałcenia przez trzecie osoby dla tego jedynie, by te nienawistne osoby w nieszczęście wtrącić. Do skarg najbardziej upodobanych,— a w których rzetelność nie lekarze zwykle najświęciej wierzą— należy bezprawne więzienie wrzekomo umysłowo zdrowych w zakładach obłąkanych, a które autor w należyty sposób zbija i karci. Są to przypadki, w których istotne obłąkanie: *moral insanity*, *folie raisonnante*, lub hysteryczne zaburzenie ma miejsce i które się głównie chorobliwem czuciem i obłądnemi czynnościami odznaczają, z zachowaniem jakiejś takiej prawidłowości wyższych władz umysłowych i przy braku obłądnych wyobrażeń lub zmysłowych złudzeń.

Jako ilustrację możemy przytoczyć następne ciekawe przypadki, ogłoszone przez rozmaitych autorów. I tak podaje Cavalier (*Denonciation calomnieuse. Montpellier médical. Lip. do Grud.*) bardzo obszernie nadzwyczaj ciekawy przypadek, dotyczący 15-letniej dziewczyny, Merla c, która podała skargę najprzód na jednego a potem na drugiego księdza o zgwałcenie wśród szczególnych i bardzo obciążających okoliczności. Jój podanie jest jednakże tak pełne rozmaitych sprzeczności, niepodobieństw i przygód romantycznych, że już przez to samo staje się bardzo podejrzanem. Dajemy tylko krótki wyciąg tego przypadku.

Będąc z odwiedzinami u swojej ukochanej i wielce szanowanej krewnej, 18-letniej Nancy Bouis, dnia 12 Maja 1868 r. poszła z nią do klasztoru St. Graziouse, gdzie spotkała księdza Henry, którego jałmużnikiem klasztoru mianowano. Ten pozwolił sobie pewnych nieprzyzwoitości względem jednej z sióstr klasztoru i panny Bouis. Przyszedszy na drugi dzień znowu do klasztoru, zaprowadzono ją do pokoju, do którego wszedł Henry. Panna Bouis znikła natychmiast; Henry oświadcza jój się z miłością, ona go odpycha z przerażeniem, a ksiądz wyskakuje przez okno. Na drugi dzień zaprowadzona do klasztoru o 10 godzinie rano i pozostawiona sama, zostaje przez furtyjankę do obocznego domu poprowadzona, do pokoju księdza Henry. Ten oświadcza się jój na nowo z swą namiętnością, bierze za pistolet, przykłada sobie go do czoła, następują dwa wystrzały, lecz bez skutku. Wkrótce przybywa furtyjanka i wyprowadza ją ztamtąd. Nazajutrz prowadzą ją znowu do klasztoru, gdzie to samo z nią się dzieje co przez te parę dni. W dwa dni później prowadzą ją tam znowu, lecz tym razem zostaje zamkniętą na 48 godzin, w ciągu którego to czasu ksiądz ją kilka razy gwałci. I to się powtarza przez czas niejakiś. Kilka sióstr z klasztoru pomagają w tém księdzu dręcząc nieszczęśliwą ofiarę. W kilka dni później prowadzi ją kuzynka do księdza Sigè, przed którym się już spowiadała i zostawia ją znowu tutaj samą. Ten ma do niej przemowę długą, którą dosłownie przytacza, i każe jój w nią złożyć straszną przysięgę, że nic nie zdradzi, karci ją potem za jój przestępstwo i przypomina jój z żarliwością Boga, który ją opuści dla tego, że jest w ciąży, nie chce jój jednak wszelkiej nadzici odebrać i napomina ją, aby wstąpiła do klasztoru, gdzie przy boku księdza Henry może być królową, gdzie można wszystkich rozkoszy używać tak jak na świecie, a nawet takich, jakie nie są powszechnie znane, gdzie może znaleźć nieograniczone zaspokojenie swych zmysłów, bawić się ile chce, kochanków zmieniać, płód łatwo spędzać i t. p. Po pół roku, gdy swą kuzynkę powtórnie odwiedziła, nowy zamach ze strony księdza Henry. Później jednak występuje z bardziej szczegółowym jeszcze opisem, w którym zeznaje, że na rok przed księdzem Henry, pewien ksiądz Videl ją zgwałcił, a co szczególna, słowa, któremi się ci dwaj księża jój oświadczaeli, są w obu razach te same.

Nie chcemy się dalej zapuszczać w zgłębienie podań panny Merlae; są one wszystkie fantastyczne, romantyczne, niepodobne w najwyższym stopniu, często dziecinne i niedorzeczne.

Panna Merlac była wychowaną samotnie przez ojca, rodzina jęj nie miała żadnych innych stosunków prócz z rodziną Bouis, nie mieszkającą wcale w tém samym miejscu, tak że to słuszenie zadziwić musi, zkąd ta dziewczyna nabrała tych wszystkich wiadomości o stosunkach płciowych, gdyż włosy na głowie prawie ze zgrozy powstają, z jaką lubością ona się zatrzymuje przy kreśleniu tych brudnych, lubieżnych, potwornych obrazów! Lecz te opisy właśnie wykazują wprawdzie jęj oczytanie może, ale i wszelki brak życiowego doświadczenia!

Wyjaśniwszy swęj matce w półtora roku później co się z nią stało, ojciec jęj wniósł skargę. Rozpoczęto śledztwo, lecz skargę odrzucono, gdyż się okazała wymyślona. W kilka dni potem otrul się jęj ojciec, a niedługo później wytoczono przeciwko nięj skargę o fałszywe oskarzenie, z świadomością uczynione. I to było przyczyną lekarskiego badania, które, jak się łatwo domyśleć, można, i do ustanowienia jęj poczytalności się odnosiło.

Niepodobna nam tutaj wchodzić we wszystkie szczegóły tego nadzwyczaj obszernego i wyczerpującego sprawozdania, zawierającego wiele bardzo bystrych uwag; nadmienimy tylko, jako rzecz ważną, że panna Merlac posiada dziedziczne usposobienie do zbroczeń umysłowych, gdyż w rodzinie ojca znajdowali się niedołęzni umysłowo, cierpiący na padaczkę i on sam odznaczał się dziwactwem, — i że w okresie dojrzewania płciowego była stanowczo i cielesnie i umysłowo chora, a nie będąc w stanie przewidzieć tego złęgo, które zrządzić może, w przesadnym usposobieniu dziecięcęj wyobraźni chciała się zrobić interessującą i zwrócić oczy świata na siebie. Pomimo to w owęm sprawozdaniu nie uważa się to umysłowe zbroczenie za tak wielkie, aby mogło zniszczyć poczytalność. Z postawionych wniosków najlepšíj będzie można osądzić zdanie autora. Są one następane:

1. Z lekarskiego badania i dochodzenia panny Merlac można z pewnością prawie postawić ten wniosek, że ona nie doznała nigdy wprowadzenia męzkiego członka w swe części płciowe.

2. Znajomość dokładna jęj przeszłości przyczynia się nie mało do wyjaśnienia stanu rzeczy.

3. Zgłębiecie co do jęj dzieciennego wieku i przeszłości pokazuje, że ona cielesnie i umysłowo posiada odrębne właściwości, będące wynikiem wpływów dziedzicznych.

4. Okoliczności, wśród których wyrosła i wychowaną została, wpłynęły stanowczo na jęj usposobienie, utrwalając i wzmacniając pierwotne wady i złę skłonności.

5. Cieleśnie i umysłowo spostrzega się u niej dziwne przeciwieństwa. Mianowicie pod względem psychicznym znajdują się u niej równocześnie „czystość“, obojętność, otrętwiałość, niewiadomoś, zachowanie się dziecięce, siła woli i wytrwałość, bystrość, popędy liczne i silne.

6. Stan jęj umysłowy obecny nie pozwala uważać ją za umysłowo chorą.

7. Pomimo to istnieje u niej pewna przerwa w skutek niejednostajnego rozwoju i ćwiczienia własności umysłowych i sercowych, oraz stopienia moralnego poczucia głównie przez popędy erotyczne.

8. Te wady i niedostatki nie stanowią jednak choroby umysłowej.

9. Panna Merlac posiada dostateczną zdolność woli do rządzenia sobą, aby być odpowiedzialną za swe czynności.

10. W owym czasie, na który padają owe mniemane zamachy na nią, oraz jęj wyjawienia, doznała ona ważnych zaburzeń psychicznych i mianowicie cielesnych.

11. Pomimo to nie przedstawiała ona i w owym czasie żadnych ogólnych objawów umysłowej choroby lub tęż jakięj szczególnęj formy tężże. Prócz owych szczególnych i rzeczywiście nader dziwnych zwierzeń obwinionęj nie wskazuje nic na istnienie umysłowej choroby u niej.

12. Stan jęj był w wówczas w wielu względach nieprawidłowy, a nawet chorobliwy; lecz ze względu psychicznego nie może być za chorobę uważany.

13. Senne marzenia podczas niespokojnego snu mogły znaczny wpływ wyrzeć na wymyślenie owych zamachów, lecz ten wpływ, jeżeli istniał, nie był chorobliwy.

14. Zbiór rozmaitych pobudek przyczynił się do wymyślenia owych zamachów i późniejszego wystąpienia obwinionęj.

15. Rozwój w okresie dojrzałości płciowej odbywał się u niej z trudnością, był bolesny i niedokładny, a ta chwila przesilenia wprawiła w ruch wiele nieprawidłowych popędów, mianowicie erotyzm.

16. Chociaż te popędy mają początek cielesny i ulegają mocno ciału, nie są one jednak czysto-cielesnemi.

17. Podczas wymyślenia owych zamachów, ich wyjawienia i wytoczenia o nie sprawy, panna Merlac nie straciła wcale swęj wiadomości dobrego i złęgo. Jest zatęm odpowiedzialną za zarzuconą jęj obecnie czynność. Pomimo to wypada uwzględnić owe z cielesnych przyczyn powstałe ślepe i mimowolne popędy, które chwila-

mi mniej lub więcej silnie nad nią panować musiały. Uważamy przeto za rzecz stosowną co do wniesienia przez nią fałszywej skargi przyjąć zmniejszenie odpowiedzialności.

18. Co zaś do trwania jęj upornego w postawionem raz obwinięniu to uznajemy zupełną jęj poczytalność w tęj mierze.

Według naszego zdania, z całego tego sprawozdania widać, że p. Cavalier właściwie nie wiedział dobrze, co z tym fantem zrobić, i o rzecz samęj nie miał jasnego pojęcia.

Daleko ważniejszym i bardziej jeszcze ciekawym jest następny przypadek, który za panowania Napoleona III tyle miał rozgłosu i w ręku zręcznych ludzi był nie mało potężnem narzędziem do politycznej agitacyi. Jest to tak zwana sprawa Sandon, którą Brierre de Boismont (*Examen médico-légal de l'affaire Sandon pour servir à l'histoire de la folie raisonnée au dix neuvième siècle. Ann. méd. psych. Juillet.*), znakomity francuzki psychiatra, w osobnem sprawozdaniu jako ważną osobliwość ogłasza i która najlepiej o zwykłym uprzedzeniu i zaślepieniu nielekarzy w podobnych sprawach świadczy.—Dla wszystkich rzeczy świadomych, było to już oddawna jasnym, iż tylko złość i nikczemność prowadziła w tęj sprawie piórem przeciwko powszechnie poważanym psychiatrom i sądowym lekarzom i że nie było podłości, przekupstwa, i zbrodni, takięj jak pozbawienie swobody i morderstwo, któręj by im nie przypisywano. Nie można tego p. Brierre de Boismont wziąć za złe, jeżeli w końcu znużony i przygnębiony zawołał: „Niczemu się nie można więcej dziwić w takięj chwili, w któręj bóg, ojczyzna, rodzina i własność zostały w wątpliwość podane, a zfanatyzowani, zaciekli i niedołączni szaleńcy i obłąkańcy Paryż napełnili zgroszą, a nawet nim rządzić zdołali. Żyjemy wśród wewnętrznych barbarzyńców, takich, jacy w 4-ym wieku w Francyi rej wodzili. Bóg wie, czy ich zdołamy okiełznać. Naszym obowiązkiem nie ulegać rozpaczy, lecz pracować dalej aż do końca, a naszą pociechą będzie to, że się wcześniej czy później użyteczni staniemy.

Sprawa Sandon jest najlepszym dowodem uporczywego zaślepienia prassy i stronnictw, gdy bronią zdania, które za korzystne dla swych zamiarów uważają.

Adwokat Sandon, którego prassa paryzka wysławiała jako człowieka „zacnego“, ofiarę ohydneho prawa o obłąkanych z r. 1838, pojawił się po raz pierwszy w r. 1847, mając lat 24. Miał on się dopuścić pewnej indysekrecyi, ukaranęj przez sąd, który jednak przy-

znał, że ją popełnił pod wpływem umyślowego zboczenia, spowodowanego wykreśleniem z listy adwokatów przez sąd honorowy tychże. Błędu tego nie stara on się naprawić pracą stałą, zapewniającą mu byt. Po trzech latach dowiaduje się, że adwokat Billault w Paryżu, któremu oddano dalsze prowadzenie odebranjej mu słusznie sprawy, został sownie wynagrodzony i na jedno z najwyższych stanowisk w państwie powołany (na prezosa ciała prawodawczego). Pisze więc do niego listy z groźbami, w których zapowiada mu ogłoszenie kompromitujących go silnie listów, jeżeli ten nie dla niego nie uczyni. Postępek zatém, który każdy za czezą groźbę, jeżeli nie za czyn szaleńca by poczytał.

Wzwany przez ministra sprawiedliwości przyznaje się, iż listy podrobił, niszczy je i oddala się pozornie pełen skruchy.

Ośm lat mija bez słuchu o nim, chociaż i w tym przeciągu czasu nie zdołał sobie wyrobić stałego utrzymania. Na wiadomość, że Billault został prezesem ministrów, wpada na nowo w swój obłąd. Ponawia swe żądania, staje się przez odmowne odpowiedzi jeszcze bardziej rozdrażnionym, obnosi listy ministra wszędzie, twierdząc, że pierwsze były tylko kopie, wraz z listem hr. Montalembert'a, w którym mu tenże 125,000 fr. za wydanie ich obiecuje.

I powtórnie zmuszony jest zeznać, iż to wszystko jest fałszerstwem.

Wypuszczony na wolność na życzenie p. Billault rozpoczyna na nowo swe oskarżenia. Gdy go uwięziono jako człowieka szkodliwego społeczeństwu i wzięto pod śledztwo, przypomniano sobie wyrok dawniejszy sądu w Limoges, uznający go za obłąkanego, wskutek czego żądano zdania DDr. Blanche, Lasègue, Foville, Tardieu, Perchappe, Béhier i Voisin, którzy go wszyscy jednogłośnie za umyślowo chorego uznają. W dalsze szczegóły nie chcemy się wdawać.

Po śmierci ministra Billault zostaje z *Charenton* uwolniony, i wtedy zaczął on rozgłaszać, że mu Dr Calmeil miał powiedzieć, iż się niesłusznie na niego żali, gdyż jeżeliby się na to był zgodził, toby on sam już od wielu miesięcy nie był przy życiu. To samo opowiadał o p. Tardieu, że ten był do niego wysłany, aby za sumę znaczną okupić jego milczenie, w czém mu jednak odmówił, co go w niemało wprawilo zdziwienie. Miał on ministra Billault najhaniebniejszymi zelżyć wyrazami przed sądem, i za to zostać uwolnionym, gdyż to wywołało tylko uśmiech na ustach sędziów. Kto zna powściągliwość

p. Calmeil i roztropność p. Tardieu, kto ma wyobrażenie o powołaniu sądu, ten wie, co ma trzymać o tych zeznaniach.

Wydaje się to rzeczą nie do uwierzenia, że rząd mógł się okazać tak słabym w obec bezcelności takiego człowieka, i zamiast zatrzymać w zamknięciu takiego niebezpiecznego pieniacza, kazał go po śmierci p. Billault z domu obłąkanych uwolnić. A ten wtedy dobił się nie tylko do opieki prassy, ale osiągnął za jej pomocą jeszcze więcej.

Obłąkany tego rodzaju nie spoczywa nigdy. Ponieważ p. Billault już nie było, wziął się do p. Rouher. Pomimo orzeczenia takich osób jak Béhier, Blanche i Voisin, nie był on chorym, lecz ofiarą, męczennikiem. Otrzymał więc pensją z tajnych summ ministra spraw wewn., 10,000 fr. od księcia Napoleona, mówiono nawet o urzędzie w domu cesarskim.

Orzeczenie nieuleczalności przez lekarzy nie okazało się niuzasadnionóm, a pod względem znaczenia tej sprawy dla umiejętności mają następne zdarzenia nieocenioną wartość.

Dnia 24 sierpn. 1870 zostaje Sandon pomieszczony w szpitalu miejskim.

Lekarz tamtejszy, rozpoznając stan obceny, zapisuje pokrótce w szomacie: uderzenie krwi do głowy, ogólnie porażenie obłąkanych, niemoc umysłowa, brak związku w myślach, nieschludność, chce się w ubraniu położyć do łóżka, podaje że w pierwszym roku swjej praktyki w Limoges zarobił 25,000 frank., żąda, aby mu sprowadzono *sa petite mailresse*, nie jest w stanie podać swego wieku i t. d. Gdy się stan ten polepszył, wypisano go ze szpitala, jako nie nadającego się do niego.

Dnia 26 paź. 1872 pada na ulicy, dotknięty udarem, zostaje przeniesiony do *Hotel-Dieu* i umiera tamże.

Przy badaniu zwłok znaleziono: przerost lewej komórki serca zo zgrubieniem ateromatycznym zastawek. Przekrwienie płuc; marskość wątroby; tętnice mózgu ateromatyczne i rozszerzone; opony zgrubiałe i zmętniałe; siedm dawnych, po części zablizanych, po części przetoczoną krwią napełnionych, okrowo-żółtych, apoplektycznych ognisk z różnych czasów i rozmaitej wielkości, cztery z lewej, a trzy z prawej strony, nakoniec nowy i obszerny wylew krwi we wnętrzu mózgu, sięgający aż do odnóg, krwisty nasięk opon i wylew krwi w komórkach.

Po skutocznieniu badania nadeszła — szczęściem za późno, — bezimienna telegraficzna depesza, zakazująca odbycia badania zwłok.

Oto krótki rys życia obłąkanego pniacza, który, jak widać, nie mało się przyczynił do podkopania ufności w niezachwianą uczciwość lekarzy obłąkanych, napiętnowania domów obłąkanych jako miejscowości dogodnych do pozbycia się przez „pierwszego lepszego“ na podstawie świadectwa pierwszego lepszego lekarza, każdej niewygodnej osoby; — pniacza, który władców Francji strachem przejmował i do nagannój powolności ich zmusił.

Więcej szczegółów można znaleźć w orzeczeniu p. Tardieu.

Do tej samej kategorii należy i następny przypadek, który również Brierre de Boismont (*Rapport sur l'affaire du comte Agnoletti à Milan. Annales méd. psychol. Janv. 1873*) przytacza i odnosi się do hr. Agnoletti, mordercy swego trzyletniego dziecka, które utopił, szukając pozornie sam takięj samęj śmierci. W liście do swęj żony, z którą miał nieszczęśliwe pożycie, pisze on, że „wychodząc ze słusznej filozoficznęj zasady“ powinien i syn jego los podzielić. Dla czego mają kiedyś wpływ mieć na niego czucia, przeciwne jego uczuciom. Człowiek bez serca jest człowiekiem zgubionym!“ Po spełnieniu tego czynu, wałęsa się przez 10 dni, jakby go ta zbrodnia nie obchodziła, przechadza się po Medyolanie, miejscu swego czynu, prowadząc damy pod pachę, noce spędzając po kawiarniach; to tu, to w Genui tracąc pieniądze. W dniu sądowęj rozprawy oświadcza przed kratkami, że ów list nie jest pismem idioty lecz człowieka z charakterem, a na uwagę prezesa sądu, że ów list pisał na kilka minut przed spełnieniem swego czynu z uśmiechem na ustach, odpowiada, że „tak było w istocie“. Agnoletti podlega wpływowi dziedziczności przez wiele pokoleń; pięciu jego blizkich krewnych przytoczono jako umysłowo chorych, i nie tylko że wszyscy członkowie tęj rodziny uchodzą w ojczyntém mieście Ferrarze z ojca na syna za obłąkanych, ale on sam jako waryat i mający bzika. Orzeczenie nie jest oparte na własném spostrzeżeniu, pomimo to, że względu na przytoczone okoliczności, zdanie p. Brierre de Boismont zdaje się zupełnie prawdziwém, iż ten przypadek należy do rzędu tych, co i przypadek Jobarda, Choryńskiego i i. Uważa go za nowy dowód t. z. *Folie raisonnante*, lub *Délire des actes*, które to formy chorobne nie są wcale nowe, lecz były już oddawna znane, tylko pod innemi nazwiskami, np. u Pinela jako *Mania sine delirio*, u Esquirol'a, jako *monomanie raisonnante*, u Pricharda jako *moral insanity*, u Brierre

de Boismont jako *Folie d'action*, u Trélat'a jako *Folie lucide*, u niemieckich psychiatrów zaś nie jako osobny rodzaj, tylko jako stan, zdarzający się głównie w okresie początkowym umysłowej choroby, mianowicie porażenia (zob. *Griesinger str. 122*).

I Devergie (*Rapport medico-légale sur une forme d'hystérie latente ou larvée, consécutive à une blessure accidentelle, par MM. Bergeron, Landreit de la Charrière et Devergie rapporteur, communiqué à la société de médecine légale*) przytacza należący do tego samego rzędu nadzwyczaj ciekawy przypadek: Pewna bardzo utalentowana artystka, której obrazy miały wziętość powszechną, zostaje w r. 1868 ugodzoną w głowę przez spadającą z dachu rurę kominową, która spadła na jej szynion i grzbiet, wywracając ją tak, że padła na twarz. Przez dwie godziny była bez przytomności, a potem musiała przez kilka tygodni pozostać w domu, po większej części w łóżku. W ósm miesięcy później sąd jej zasądził 8000 f. wynagrodzenia. W r. 1872 podała nanowo skargę o 40,000 fr. wynagrodzenia. Dr Baudouin składał trzy razy sprawozdanie ze swego badania jej stanu, pierwsze w kilka dni po owym wypadku, w którym oświadczył, że nie ma u niej żadnego niebezpiecznego objawu, i że ona sama wkrótce i zupełnie wyleczoną się być spodziewa; później jednak zaznaczył, że w skutek silnego wetząśnienia nerwów wpadła w stan odurzenia i pewnego nadwątlenia, a trzeci raz po roku, że stan chorój się na nowo pogorszył, że mocno wychudła i wpadła w stan wycieńczenia i puchlinę. Dr Labé, którego zdania również poprzednio żądano, orzekł, iż ona jest hysteryczka, przesadza, a może nawet i udaje. Twierdzi, że ma ból, przebiegający od barku do 2 lub 3-go kręgu piersiowego, to znowu inną razą ból piersi z przodu, nie zawsze, lecz gdy się zjawi, tak silny, że jej oddech zapiera i zmusza ją do zachowania zupełnego spokoju. Inną razą znowu dostaje bólu głowy takiego, że wpada w mdłości. Miejscowo nie można nic wyśledzić. Skarży się również na wielkie ubezwładnienie lewego ramienia i lewej nogi, podaje nawet, iż czucie w tych częściach do pewnego stopnia straciła. Podnosi się wtedy z trudnością, wysuwa nogę na stopę prawie przed siebie w powietrzu, wyciąga przytém ramiona na wzór linoskoków dla utrzymania równowagi i woła śmiejąc się: kiedyindziej to lepiej chodzi. Pisze niezgrabnie, chociaż na kilka dni przedtém liścik do sprawozdawcy bardzo pięknie napisała i twierdzi, że straciła zdolność „naśladownictwa“, że łatwiej tworzyć jest w stanie jak odtwarzać; że nigdzie prawie nie wychodzi, chociaż raz w Wersalu a nawet w No-

gent być miała; że na wsi ma się zwykle lepiej, chodzi lepiej, oddecha swobodniej i t. d. Jeden bardzo ważny znak został jednak stwierdzony, t. j. beczulność języka i paszczy, tak że można się dotknąć łuków podniebienia miękkiego, języczka, nagłośni, a nawet otworu grdyki bez wywołania ruchów lykania lub popędu wymiotów. Według zeznania świadków, — niezaprzyświadczonych, — miała w Wersalu, Nogent i t. d. dobrze chodzić. Sprawozdawca stara się tedy wykazać w orzeczeniu, że wprawdzie pierwotnie, w skutek owego przypadku, cierpiała na wstrząśnienie mózgu i mlecza paciorkowego, że zaś obecnie cierpi na chorobę nerwową, mającą podstawę hysteryczną, nie w téj formie wprawdzie, która drgawkami się kończy, lecz w tak zwanej utajonej, czyli zamaskowanej formie, objawiającej się najrozmaitszemi nerwowemi przypadkościami bez dotykalgno umiejscowienia. W téj formie cierpi głównie władza przedstawienia, albowiem umysł nie zdoła opanować najrozmaitszych uczuć i wrażeń, które odbiera, lecz bywa przez nie opanowany i wciągniony w wir przesadnych przedstawień tych uczuć, które chory odbiera. Mózg traci przy tém swą władzę nad organami ruchu, a przez to i moc nad swemi czynnościami. Ztąd wynika pewne niekorzystne oddziaływanie na moralną siłę chorój, składając ją do przesadnego uczucia swój niemocy nad sobą samym. W téj chorobie występują często powoli objawy porażenia, utrata czułości skóry i zmysłów. Zmiany uczucia, bóle najrozmaitsze, rozmaite drgawki i kurcze wytwarzają wtedy ów stan organizmu, w którym się żadnych zmian organicznych miejscowych nie znajduje i który się stał powodem, że się wtedy o chorobie nerwowej mówi. Cierpienie to nosi na sobie piętno utajonej hysteryi, a w obecnym przypadku istnieje objaw, dopiero przed kilku laty należycie rozpoznany, który u wielkiej ilości podobnych osób zwykle znajdujemy, jako uprzedzający napady drgawek i pozwalający je przepowiedzieć, t. j. beczulność gardła i paszczy. Chociaż chora — mówi się w owém orzeczeniu dalej, — obecnie dobrze wygląda, to jednak przyczyną całego jój chorobnego stanu jest ów na początku przytoczony wypadek. Udawania orzeczenia nie przypuszcza, wyraża tylko nadzieję, że ten stan po wielu latach się polepszy.

Sąd skazuje na mocy obszernie wymotywanego wyroku oskarżonego na płacenie chorój przez pięć lat po 2400 fr. rocznie, wypowiadając wyraźnie, że skarżąca nie ma najmniejszego powodu do udawania, gdyż trudno przypuścić aby smutne i bolesne próżnowanie miała przenieść nad ulubione dotąd zajęcie.

Przy rozprawach w towarzystwie lekarskiem nad tym wypadkiem większość oświadczyła się za udawaniem. Devergie nie mógł z tego powodu ukryć swego zdziwienia, zwłaszcza iż niema wątpliwości, że skarżąca była przez dwie godzin po owym wypadku bez przytomności i owa dotąd zdrowa, czynna i pełna życia osoba w sześć miesięcy później wpadła w coraz bardziej pogorszający się stan wycieńczenia i nadzwyczajnego wychudnięcia.

Być może iż później będzie jeszcze raz wzmianka o tym wypadku, gdyż w kwietniu 1874 r. otrzymała skarżąca ostatnią ratę swój pensyi, ciekawa więc rzecz co dalej uczyni.

Sander (*Ueber die forensische Bedeutung der Epilepsie. Berl. klin. Wochens. N. 42*) miał w towarzystwie lek. psychol. w Berlinie mowę o sądowym znaczeniu padaczki. Mówił on najprzód o tych formach napadu padaczkowego, które łatwiej uwagi uchodzą lub za padaczkę nie bywają miane; a potem, w jaki sposób istnienie tych napadów da się ustanowić. Rozwija w końcu, jak dalece stan umysłowy i wtedy jest nieprawidłowy, gdy żadnego umysłowego zboczenia w cieńszym znaczeniu tego słowa wykazać nie można i sądownie powinien być uwzględniony. Nadzwyczajną ważność tego przedmiotu dowodzą następne przypadki.

Echeverria (*Criminal responsibility of epileptics as illustrated by the case of David Montgomery. Amer. journal of insanity*) opisuje zabójstwo żony przez epileptyka z usposobieniem dziedzicznem, który równocześnie, jak to komisya biegłych wykazała, był umysłowo niedołężnym a zatem znajdował się pod wpływem stałym warunków padaczkowych, chociaż mniejszość komisyi twierdziła, że nie podlega stałej umysłowej chorobie.

W wywodzie szerokim i szczegółowym stara się przytém komisya zbić twierdzenie pewnego dra Hammond'a, który badanego uznał za poczytalnego na podstawie następujących zasad, z doświadczenia poczerpiętych: Epileptycy, działający w napadzie epileptycznego szału, nie kierują się żadnemi pobudkami, chyba fałszywemi. Nie zdarza się nigdy aby mówili przytém, nie odpowiadają nigdy i wpadają potem napowrót w stan dawniejszy. Rozwagi nie wyklucza czynność chorobliwa. Przy szale przemijającym nie ma żadnej wewnętrznej walki; chory działa wskutek wewnętrzznego popędu. Zboczenie umysłowe trwa jeszcze kilka dni po napadzie.

W owój rozprawie komisya zbija te zasady. Wreszcie powyżej postawione zasady nie dadzą się nawet w zupełności do tego chorego

zastosować, a na mocy istniejących w Europie poglądów sądowo-lekarskich nikt by się nie wahał uznać go za obłąkanego w ogóle a tym bardziej w dniu spełnienia swego czynu, a zatem pozbawionego władzy nad sobą. Dość przytoczyć, że od dzieciństwa był epileptycznym, a w życiu jego można znaleźć wiele śladów umysłowego zбочenia.

Rada lekarska w Schleswigu (*Medicinal-Collegium der Provinz Schleswig. Viertelj. f. ger. Med. Styczeń*) ogłasza dwa orzeczenia lekarsko-sądowe, jedno, dotyczące 24 letniej dziewczyny, cierpiącej już od dzieciństwa na stan apoplektyczny, u której jednak władze umysłowo dobrze się zachowały, — drugie, dotyczące epileptyka 31 letniego ze zniedołężeniem umysłowem. Oba nie przedstawiają jednak żadnych ważniejszych poglądów.

Ważniejszym jest już doniesienie Rigal'a (*Rapport medico-legal sur un cas de choréa à l'occasion duquel il a été intenté une action de responsabilité civile*) opisując przypadek płasawicy, która dała powód do śledztwa pod względem własnowolności i odpowiedzialności przed sądem. Sąd postawił pewne pytania, które z następnej odpowiedzi łatwo wywnioskować. Odpowiedź była następująca:

- 1) Chłopiec R. cierpiał w r. 1870 na płasawicę.
- 2) Natężenie objawów i trwanie choroby nie pozwalają zaliczyć ją do chorób przewlekłych.
- 3) Przyczyna choroby winna być przypisana budowie ciała R., a nie przetrachowi.
- 4) Zachowanie się D. względem R. nie wywołało jego choroby i byłoby tylko wtedy wpłynęło na jej pogorszenie, gdyby R. ją był miał już przed przelęknieniem, co jednak przypuścić się nie da.

Z innych przypadków tutaj należących możemy jeszcze przytoczyć następne, jako bardziej ciekawe, a mianowicie orzeczenie, podane przez Dra Friedel (*Gutachten. Deut. militaer aertz. Zeit. 10*) i dotyczące żołnierza, który peryodycznie z szeregów uciekał. Treść jego jest ta, że W. cierpi już od dawnego czasu na peryodycznie powracającą umysłową niemoc, i że się tak dawniej jak i ostatnią razą d. 22 Kwietnia, uciekając z miejsca, gdzie stał załogą, w stanie zбочenia swych władz umysłowych znajdował, przez co swoboda jego woli i moc nad sobą była zniesiona.

Drugie orzeczenie instancyi najwyższej lekarskiej w Bremie odnosi się do zabójstwa przez pchnięcie nożem w piersi, popełnione w stanie upicia. We właściwem orzeczeniu wykluczono w tym razie istnie-

nie swobodnej władzy rozporządzenia sobą u zabójcy. Przedwstępne orzeczenie przypuszczało tylko ograniczenie tej swobody. Sędzia śledczy nie zdołał pogodzić tego ograniczenia loicznie z zupełnym wykluczeniem, ponieważ ograniczenie dopuszcza jeszcze pewien stopień władzy nad sobą i zażądał przeto zdania najwyższej naukowej instancyi.

13. Dochodzenie na przedmiotach nieżywych.

Hoffmann (*Einiges über forensische Untersuchungen von Blutspuren. Viertelj. f. ger. Med. Juli*) przedstawił znamienitą, na własnym doświadczeniu i własnych poszukiwaniach opartą pracę, dotyczącą dochodzenia śladów krwi, bardzo nauczającą dla każdego, co się podobnemi dochodzeniami zajmuje. Przechodzi on najprzód metody badania, dotąd używane, t. j. 1) wyszukiwanie pierwiastków zorganizowanych krwi; 2) wykazanie hemoglobiny za pomocą widma, oraz metody Sonnenschein'a; 3) wytworzenie kryształów heminy i 4) działanie ozoniryzujące barwnika krwi. Przedewszystkiem co do badania ciałek krwi rozprawa ta jest bardzo nauczającą. Prócz środka Roussin'a do roztworzenia plam zaschłych poleca on mieszaninę z 300 cz. wody, 100 gliceryny, 2 cz. soli kuchennej i 1 cz. sublimata dla wykazania ciałek krwi. Ten środek dostarcza według niego i tej korzyści, że uzyskane tym sposobem preparata dadzą się przez dłuższy czas zachować, gdy tymczasem w płynie Roussin'a ciałka krwi wkrótce znikną. Co do wymierzenia ciałek krwi w celu ich odróżnienia od zwierzęcych, to autor sądzi, że nadzwyczaj troskliwie nawet i z zachowaniem wszelkich środków ostrożności przeprowadzone wymiary bardzo wątpliwe dają wyniki i nie zabezpieczają od pomyłek, a przez to w sądowych przypadkach nie łatwoby się zastosować dały. Przy dochodzeniu w widmie zaleca krew rozpuścić w wodzie amoniakalnej, dla tego, że ta nie tylko zaschłą krew lepiej roztwarza, ale i barwę krwi w roztworze wydatniejszą czyni, a smugi absorpcyjne w widmie wyraźniejsze. Nie zgadza się zaś na to, aby ze stopnia rozpuszczalności i jej trwania można było wiek krwi oznaczyć. Dochodzenie Sonnenschein'a za pomocą wolframanu sodu poleca również z własnego doświadczenia. Co do wytworzenia kryształów heminy podaje praktyczne prawidła i rozbiera warunki jego nieudania się. Lecz i na ten przypadek podaje rozmaite sposoby, które często są skuteczne, mianowicie roztarcie suchej substancyi wraz z węglanem potasu, wytrawienie absolutnym wyskokiem, strącenie przez ostrożne do-

danie kwasu octowego i użycie wtedy tego osadu na wytworzenie kryształów heminowych. Co do dochodzenia na ozon, to autor przytacza, że ono się nie udaje, gdy krew jest bardzo stara i nierozpuszczalna w wodzie, lecz natychmiast występuje, gdy się zeszkrobane kruszyny krwi w stężonym kwasie octowym rozpuści i potem roztworu brunatnego gwajakowego doda. Jeżeli plama krwi jeszcze się w wodzie da rozpuścić, to najlepiej to dochodzenie uskutecznić za pomocą wodnistego roztworu.

C. Dochodzenie na zwłokach.

Liersch (*Ueber die Zeichen des Todes am menschlichen Auge. Viertelj. f. g. Med. KWIEC.*) zestawia znaki śmierci na oku człowieka 1) Wygaśnięcie wzroku, spowodowane nieruchomością mięśni powiek, i włókienek mięsnych w tęczęwce; 2) wystąpienie rozkładu na błonach oka zewnętrznych; 3) zupełna maceracya pojedynczych części oka. Autor dodaje tutaj jeszcze jeden znak, który niektórzy za bardzo ładny i praktyczny uważają, mogący być użytym do rozpoznania pozorniej śmierci, t. j. zwięźnienie źrenicy po wypuszczeniu ocznego płynu, będące objawem organicznym. Nakłócie przedniej komórki w oku żywym, a zatem przy pozorniej śmierci, nie jest wcale operacyą niebezpieczną.

Kto się pragnie bliżej obeznać z dochodzeniem, jakim sposobem i przez co zwiększa się oporność organów po śmierci, temu polecamy bardzo troskliwie i na własnych doświadczeniach opracowaną rozprawę Dra Falk'a (*Zur Frage der Widerstandsfähigkeit d. Gewebe im Leben u. nach dem Tode. Viertelj. f. ger. Med. STYCZEŃ*).

Pierwszeństwo śmierci. Tardieu (*Question de survie, affaire Levanville. Consultation médico-légale. Annales d'hygiène, Paźd.*) podaje rozstrzygnięcie nadzwyczaj ciekawej sprawy, która z dwóch razem zmarłemi znalezionych osób pierwój zmarła. Pewien sąd we Francyi odrzucił wszelkie dalsze dochodzenie i rozstrzygnął na podstawie prawa, że, gdy w tym razie przypuścić trzeba, iż śmierć równocześnie nastąpiła, zastosowane być powinny art. 720 i 721 kod. Napol., ustanawiające, że starsza (matka) młodszą (córkę) przeżyła. Tardieu, którego pomocy wezwano, doprowadził do tego, że przedsięwzięto odpowiednie dochodzenia i przesłuchania świadków co do bliższych szczegółów tego nadzwyczaj osobliwego przypadku i znalezienia trupów, a to go doprowadziło do pewnego i zupełnie przeciwnego wniosku, na mocy którego i drugi sąd swój wydał wyrok. Przy-

padek ten był wkrótce następny: Dwie gromadki osób siedziało sobie na wystającej skale nad morzem. W pierwszej siedziała matka, w drugiej zaś, o 5 metrów dalej ku tyłowi siedzącej, znajdowała się córka. Okropna fala pada na skałę, wywraca matkę w tył i splukuje ją w przepaść, rozprzestrzenia się dalej na skałę i porywa z sobą w przepaść i drugą gromadkę. Osoby, należące do pierwszej gromadki, mają na ciele rozmaite sińca, córka zaś nie przedstawia żadnego obrażenia. Badania zwłok nie uskutecziono. Otóż Tardieu wykazuje słusznie, że osoby, należące do pierwszej gromadki, zostały już na skałę przez obalenie i siłę prądu wody pozabijane i jako trupy już splukane, gdy tymczasem córka dopiero w kilkanaście sekund później została pochwycona i utonęła, a zatem matkę przeżyła. Ten szczególny, zajmujący i po mistrzowsku co do treści i stylu obrobiony przypadek zasługuje na to, aby w całości został czytany.

Śmierć gwałtowna. Rzadki i ciekawy wielce przypadek ogłasza Pincus (*Med. Colleg. f. d. Prov. Preussen. Ein Fall tödtlicher Zwerchfellshernie, sechs Monate nach einer Stichverletzung in d. linke Brustseite. Ref. Med. Rath Dr. Pincus. Viertel. f. ger. Med. Kwiec.*) odnoszący się do przepukliny w przeponie z śmiertelnym zejściem w 6 miesięcy po obrażeniu narzędziem kłującym w lewą stronę klatki piersiowej. Pincus zbija z wielką znajomością rzeczy zdanie pierwszych biegłych i wykazuje w sprzeczności z nimi związek śmierci z obrażeniem, przed sześciu miesiącami zrządzonem, dowodząc niezbicie, że to stanowi jedyną możność pogodzenia wyników badania zwłok z całym przebiegiem choroby.

J. Cloetta (*Hirnhautblutung mit tödtlichen Ausgang. Correspondenzbl. f. Schw. Aertz. Nr. 12*) ogłasza nie mniej ciekawy przypadek. Odnosi on się do krwotoku w jamie czaszki, który uprzedziło zanurzenie w wodzie, policzekowanie, i nakoniec po pewnym czasie, rzucenie pijanego człowieka o ziemię na gościńcu, tak że aż pluśło. W swém orzeczeniu w ostatniej instancyi rada lekarska w Zürich oświadczyła się za krwotokiem z ostatniej przyczyny, gdyż policzki nie zdawały się być dostateczną przyczyną, a po zanurzeniu w wodzie nieboszyk nie stracił swój przytomności, gdy tymczasem po upadku na gościńcu utracił przytomność na zawsze. Wylew krwi znaleziono.—bez pęknięcia kości,—pomiędzy błoną twardą i miękkimi, pokrywający w ilości 2 $\frac{1}{2}$ —3 uncyj półkule prawą mózgu.

Nie mniej ciekawym jest przypadek, który Lindwurm (*Stich in den Rücken. Tod am 6 Tage nach der Verwundung. Friedr. Blatt.*

Nr. 2) ogłasza. Dotycze on rany kłótéj w grzbiet, nie drażącój do jamy piersiowéj. W sześć dni chory umarł z wycieńczenia sił. Przy badaniu zwłok okazał się tyfus (wędrowny) w okresie zgojenia (4—5 tygod.). Rada lekarska złożyła zdanie, że nieboszczyk zmarł z rany kłótéj w grzbiecie, lecz dla tego, że jego organizm był osłabiony przez równocześnie istniejącą chorobę durzycową i uzasadnia to tém, iż rana nie była niebezpieczną. Lecz tak samo, jak wyzdrowiający z tyfusu często szybko giną, gdy się w tym czasie jaka inna choroba przyplącze, tak i w tym razie nieboszczyk zmarł z wycieńczenia sił spowodowanego przez utratę krwi. Ten krwotok był dostateczny do spowodowania śmierci z wycieńczenia sił u osoby przez tyfus osłabionéj. On byłby nie zmarł z téj rany, gdyby nie był przebył tyfusu, a nie byłby zmarł z tyfusu, gdyby téj rany nie był otrzymał. Sąd przysięgłych uwolnił sprawcę od kary, a nawet od zapłacenia kosztów.

W przypadku, który Horteloupe (*Rapport sur un cas de meurtre par fracture du crâne et strangulation. Annales d'hygiène. Kwiecień*) przytacza, chodziło o to, czy obrażenia czaszki i złamanie trzona kręgu zostały zrządzone przez samo uderzenie kulą (do chodzenia), lub też przez równoczesne spadnięcie z wysokości, czy po spadnięciu żył jeszcze, i czy go ci, co go nieśli, mogli — wziąć za zmarłego. Odpowiedź była następująca: 1) że uderzenie kulą nie mogło zrządzić obu złamań; 2) że złamanie kości czaszki nie mogło spowodować widocznie tak silnego wstrząśnięcia mózgu, aby go za zmarłego wziąć można było; 3) że ze względu na siność twarzy, odkaszenie języka, otarcia skóry na twarzy i szyi przyjąc wypada, iż prócz uderzenia kulą jeszcze duszenie miało miejsce; 4) że, gdyby objawy pośmiertne, nie zbadane na grdyce, w tchawicy i płucach to przypuszczenie potwierdziły, przyjąc należy, iż nieboszczyk, odurzony uderzeniem i duszeniem, żadnego znaku życia więcéj nie dawał, gdy go w to miejsce niesiono, w którém go późniéj znaleziono.

Nadzwyczaj ciekawym i ważnym jest przypadek zabójstwa, który Hoffmann (*Mord durch Erwürgen. Untersuchung von Blutspuren, wichtiger Befund in denselben. Viertelj. Lipiec*) ogłasza, mianowicie z powodu dochodzenia krwi, wykazującego w niej objaw ważny. Uduşony miał bowiem na szyi około 20 przez paznokcie zrzadzonych krwawiących otarć skóry. Na ręczniku, użytym widocznie do obtarcia rąk po dokonaniu czynu, znaleziono na górnej trzeciej części jego dwie, wyraźny odcisk zakrwawionego palca przedstawiające plamy, a w nich, tuż pod łukowatym górnym ich brzegiem, po dwie czarniawe grudki wielkości ziarnka konopi do ziarnka prosa, uznane

pod drobnowidzem za małe, krwią, przesiąknięte, cząstki naskórka, w których kilka w przecięciu 3 linii długości mających zupełnie całych włosów to luźnie, to mocno tkwiło. Włoski te miały wszystkie znamiona ludzkiego włosu i takie same zupełnie własności, jakie posiadają owe mniej lub więcej krótkie i delikatne włoski, które całe prawie ciało, a mianowicie szyję pokrywają. Udało się też przy próbach z uduszeniem, uskuteczniionych dla porównania na trupach, paznokciami zerzeć małe szczątki naskórka, które tak co do kształtu jak i innych własności tych włosków tak samo pod drobnowidzem się zachowywały, jak i owe na plamach krwistych znalezione grudki. Owe grudki były to zatem szczątki ludzkiego naskórka, które za paznokciami krwawych palców zabójcy tkwić musiały i przy otarciu rąk w owych plamach na ręczniku pozostały. Ustanowiono dalej, że owe włoski były co do swęj długości, grubości, wyglądu korzenia, końca i szypułki zupełnie podobne do włosków puchowych na szyi i twarzy, że i barwa ich zgadzała się z barwą reszty włosów na ciele zabitego, tak że ta okoliczność popierała silnie podejrzenie przeciwko oskarżonemu, u którego paznokcie były tak wielkie, iż podobne otarcia łatwo zrządzić mogły.

Ciekawe są również dwa przypadki śmierci gwałtownej, które prof. Janikowski (*Rana serca, zabójstwo lub samobójstwo i uduszenie lub ujście krwi, zabójstwo lub samobójstwo. Przegląd lekarski Krakowski*) podaje. W pierwszym klócił się mąż z swą żoną, a gdy się sąsiedzi na jego wełanie o pomoc zbiegli, znaleźli go już trupem. Przy badaniu zwłok znaleziono ranę, drażącą do piersi pomiędzy 6 a 7 zębem, przyczém chrząstka 6 była całkiem a 7 tylko w części przecięta i prawa komórka serca przeszzyta. Odzież nie była uszkodzoną, wreszcie ani na zwłokach ani też na ciele żony nieboszczyka żadnych śladów walki lub obrony. Wydział lekarski krakowski nie wykluczył możności samobójstwa, lecz oświadczył się za większém prawdopodobieństwem śmierci z obecj ręki.

W drugim przypadku znaleziono kobietę w jej własnej chacie bez życia, z raną na szyi krajaną, na 7 c. długą i 2¼ c. głęboką, przebiegająca pomiędzy kością gnykową i grdyką. Sądowi lekarze oświadczyli się pomimo wysokiego stopnia zgnilizny za śmiercią z uduszenia, dodając, że rana na szyi została zrządzoną dopiero po śmierci. Wydział lekarski krakowski oświadczył się zaś za śmiercią z krwotoku i wykluczył samobójstwo.

Ktoby pragnął zaznajomić się dokładniej z ranami na szyi w sądowno lekarskim względzie, temu polecamy pracę, napisaną przez

Dra Gütterbock (*Die Verletzungen des Halses. Viertel. f. ger. Med. Lip.*) bardzo dokładną, na własnem doświadczeniu chirurgicznym opartą, troskliwie obrobioną i rzecz wyczerpującą. Nie podobna dać z niej wyciągu, właśnie dla bogactwa spostrzeżeń, uwag i ogólnych poglądów, które w sobie zawiera.

Otrucia. Narada pp. Boys de Loury, Chevallier et Personne (*Homicide par suspension et empoisonnement. consultation. Annales d'hyg. Lip.*) zawiera sprostowanie rzeczywiście nader zadziwiającego orzeczenia D-rów T. i P. Utrzymywali oni że, pomimo znalezienia objawów pośmiertnych śmierci z uduszenia wewnętrznych, śmierć z powieszenia nastąpić nie mogła, gdyż oblicze nie było obrzmiałe, język wciśnięty między zębami, wargi sine, pręga na szyi podbiegnięta tylko pargaminowa a w cewce moczowej nie było żyłatek nasiennych, ciało zaś znaleziono w postawie siedzącej, z węzłem narzędzia duszącego od przodu pod brodą. W orzeczeniu swoim utrzymują zaś powyżej przytoczeni panowie skuszenie, zbijając wszystkie powyżej przytoczone zarzuty, że śmierć nastąpiła z zaduszenia przez powieszenie lub zadławienie. (L i m a n, zdając sprawę z tego przypadku, dodaje, że byłby się dalej posunął i starał się wykazać, iż nie ma okoliczności żadnej, któraby się temu sprzeciwiała że w tym przypadku śmierć nastąpiła w skutek s a m o b ó j s t w a przez powieszenie. Na ciele nie dostrzeżono bowiem żadnego śladu obrażenia (!).

Sądowi lekarze, składający pierwotne orzeczenie, przypuścili w tym przypadku śmierć z otrucia. Chemiczne dochodzenie zawartości zwłok nie wykazało prócz kryształów fosforanu amoniaku i magnezyi oraz kwasu fosforowego żadnej innej trucizny. Ztąd wyprowadzili ten wniosek, że tą trucizną był fosfor, a że w żołądku znaleziono jeszcze miazgę pokarmową, więc fosfor musiał być zadany przed ostatniem jedzeniem! Lecz i w tej mierze owi panowie zbijają to zdanie, zwracając uwagę na tę okoliczność, iż znalezienie podobnych kryształów jako też i kwasu fosforowego w żołądku zwłok odkopanych w trzy miesiące po śmierci nie ma w sobie nic dziwnego, przy czém wyjaśniają zmiany kwasu fosforowego w kwas fosforawy i znane objawy następcze otrucia fosforem na zwłokach, których tutaj nie znaleziono. Słowem otrucia tutaj wcale nie było, ani fosforem, ani żadną inną trucizną. Pomimo to, — a przez poszanowanie dla sprawiedliwości we Francyi chcemy wierzyć, że pierwój, nim to orzeczenie do rąk sądu się dostało, — brat zmarłego został skazany za bratobójstwo, na 20 lat więzienia na galarach!!

Szczególny przypadek otrucia ałunem podaje Hiquet (*Relation medico légale d'un cas d'empoisonnement par l'alun. Annal. d'hyg.* Styczeń). Mężczyzna 57 letni zażył zamiast soli gorzkiej 30 grammów ałunu w szklance zimnej wody. Śmierć w ciągu 8 godzin. Wkrótce po zażyciu wystąpiły: pieczenie w ustach, gardle i w żołądku, nudności, jednokrotne wymioty massami krwią zabarwionemi, rozwolnienia żadnego. Nadzwyczajne osłabienie; duszność, tętno małe, szybkie, oddech przyśpieszony, kilkakrotne omdlenie, przytomność zupełna, upadek sił.

Przy badaniu zwłok znaleziono: zgniliznę mało rozwiniętą, brak stężenia pośmiertnego, bezkrwistość w jamie czaszki, zbitość znaczną mózgu, błonę śluzową ust paszczy, gardła i przełyku pokrytą szarżółtą powłoką, a nabłonek na nich łatwo się odłuszczejący; obrzmienie języka i języczka; krew skrzepłą w górnej części przełyku; zapalenie całej otrzewnej, a w jamie tejże znaczną ilość brunatnego płynu; sieć nastrzykniętą; pnie żyłne przepiętne krwią czarna, skrzepłą; dwunastnicę ściągniętą, szarą, o ścianach zgrubiałych; na błonie śluzowej proszek szary; krew czarna, zgęszczona rozdyma nacynia żyłne krezek; pod otrzewną kiszek cienkich wylewy krwi nie-liczne, błona śluzowa ich nastrzykniętą; w górnej ich części dwie plamy owalne, zgorzelowe, jedna mająca 10, a druga 15 ctm. średnicy, wreszcie żadnych ważniejszych zmian. W okrężnicy zstępującej brunatno-zielonawej, miękki kał. Żołądek zewnętrznie szary, mocno nastrzyknięty, ściągnięty, błona jego śluzowa szara, około odźwiernika słoninowata, ściągnięta; żyły w nim napełnione czarną krwią, twarde, krucho, na przełomie ziemiste, jak gdyby mocny kwas był na krew podział; wreszcie zawierający się w nim płyn brunatnawy, nadzyczajny powierzchnią noża, jakby własności miał kwasu; na powierzchni tego płynu powyżej przytoczony szarawy proszek. Inne organa brzucha i piersi nie przedstawiały nic osobliwego. Dochodzenie chemiczne wykazało obecność ałunu.

Nie mniej i otrucia kwasem karbolowym zanotowano kilka wypadków. O jednym z nich donosi Schwartz (*Vergiftung durch Carbonsäure und in Folge hiervon Bestrafung eines Apothekers wegen fahrlässiger Tödtung. Vierteljahress. f. ger. Med. Oct.*) Pewna kobieta zażyła przez pomyłkę 150 gram. tego kwasu. Najważniejszemi objawami pośmiertnemi było, nadżarcie, zestrupieszenie, kruchość ściągniętego żołądka wraz z wydatnym zapachem tak żołądka jak i jego zawartości kwasem karbolowym. W 4 komórce mózgu

znalezione ognisko zapalne nie zdaje się mieć związku z tą sprawą, chociaż autor przypisuje go działaniu tej trucizny.

Przypadek podobnego otrucia opisuje Seddow (*W. Case of poisoning from carbolic acid. Glasg. med. Journ. Febr.*). Służącą 22 letnią, która około 6 uncyi kupnego kwasu karbolowego wypija, znaleziono martwą, a przy badaniu zwłok znaleziono następujące objawy: Mocne przekrwienie organów czaszki i piersiowej jamy, oraz błony śluzowej tchawicy; błona śluzowa języka jakby zgotowana; przy otworzeniu jamy brzucha wydatny zapach kwasu karbolowego; w żołądku miazga brunatna, grudkowata; błona jego śluzowa, osobliwie w okolicy odźwiernika mocno zapalona i długie smugi nadżarte przedstawiająca. Wątroba silnie przekrwiona. Macica nieciężarna i w ogóle prawidłowa.

Trost (*Vergiftung durch Arsenwasserstoff bei der technischen Gewinnung des Silbers aus Blei. Vierteljahress. f. ger. Med. Kwiet.*) przytacza trzy wypadki rzadkiego otrucia arsenowodorem, wytwarzającym się przy pewnym postępowaniu technicznem. Chemiczne dochodzenie wykazało arsenik w zawartości zwłok. Objawy otrucia pośmiertne nie były bardzo wydatne, gdyż badanie zwłok uskuteczniiono, z wyjątkiem jednego przypadku, zbyt późno. Przy najwcześniejszém, w 28 godzinach po śmierci, znaleziono zielone zabarwienie skóry, zielono-żółtawe (a zatém gnilne) zabarwienie błony śluzowej tchawicy i przekrwienie nerek.

Ebertz (*Vergiftung durch Morphinum hydrochloratum. Viertel. f. g. Med. Kwiet.*) ogłasza zaś przypadek bardzo pouczający otrucia morfiną, i to niewątpliwego, albowiem choroba została przez zadanie solanu morfiny zamiast solanu chininy przez pomyłkę w aptecce natychmiast przecięta, gdyż nastąpiło porażenie i śmierć. Dawka śmiertelna wynosiła tutaj 0,25 gramma. Śmierć nastąpiła w ciągu 50—60 minut. Z pomiędzy objawów chorobnych na szczególniejszą uwagę zasługuje zwężenie źrenicy. Autor stawia to twierdzenie, że w razach, w których istota czynu otrucia jest jasna, dochodzenie chemiczne nie jest potrzebnem, a nawet szkodliwem, gdyż nieznanie trucizny, nieraz się zdarzające, przyczynia się jedynie do zagmatwania całej sprawy. Limań objawia jednak przeciwnie zdanie, mając wzgląd na korzyść, jaka ztąd dla nauki wynika.

Andant (*De l'empoisonnement par le phosphore et de son traitement par l'essence de thérébantine. Anna. d'hyg. Paźdz.*) podaje jako najniezawodniejszą odtrutkę na fosfor, skuteczną jeszcze w 15

godzin po otruciu, olejek terpentynowy w ilości 4 grammów, w postaci mlecza według następnjej formułki: Rp. Solut. Gummos. 100,0 Syrupi flor. aurant. 20,0; Olei terebent. 4 0, Gummi Tragac. 0,21. Co kwadrans po łyżce stołowej. Można pójść aż do 30 grammów.

Jeszcze jedna wiadomość, ciekawa dla lekarzy. W Anglii sąd w Wicklow skazał lekarzy Barton i Bennay na 1000 funtów szterlingów wynagrodzenia dla wdowy Lamb, której mąż zmarł podczas operacyi wskutek zachloroformowania. Baczność tedy!!

Dzieciobójstwo. Bardzo cenna, jasno napisana rozprawę, dotyczącą przedwczesnych ruchów oddechowych płodu w łonie matki, ogłosił Hoffmann (*Ueber vorzeitige Athembewegungen in forensischer Beziehung. Vierteljahress. f. ger. Med. Paüdr.*). W niej wyjaśnia on fizjologią, warunki i znaki ich na zwłokach i uzasadnia je; mianowicie przytoczonem przez Wendt'a zachowaniem się jamy bębenkowej ucha u takich noworodków zajmuje się obszernie i rozbiera je głęboko. U płodów, które po oddechaniu wodą płodową przed lub podczas aktu urodzenia zmarły, znajdował on rzeczywiście części składowe wody płodowej w środkowem uchu w znacznej ilości. Prostuje zaś zdanie Wendt'a co do powstania tego objawu w ten sposób, że ruchowi silnemu wydechowemu, następującemu po pierwszych ruchach wdechowych, ważne znaczenie w tej mierze przypisuje. Przeciwno pogładowi Schwartz'a na sposób wypróżnienia smolki stawia on inny, oparty na własnem spostrzeżeniu, przypisując ono czynnemu skurczowi kiszki, jak to się i przy śmierci z uduszenia daje widzieć. Przytoczywszy cały szereg przypadków, rozbiera pytanie, o ile wykazanie przytoczonych objawów upoważnia do wniosku, iż ten rodzaj śmierci miał miejsce, albowiem pomimo wdechanych płynów płodowych dziecko może się urodzić żywe.

Griffith (*Infanticide. Lancet. str. 519*) zwraca uwagę na nowy sposób dzieciobójstwa, który nie tak łatwo może być odkrytym. Polega on na przebicciu górnej ściany oczodołu igłą, wprowadzoną pod powieką. Zranienie mózgu sprowadza śmierć. Autor nie przytacza jednak, czy podobne przypadki miały już kiedykolwiek miejsce.

Wreszcie literatura, odnosząca się do dzieciobójstwa, jest w tym roku dość jałowa.

CHOROBY NARZĄDU ODDECHANIA.

Sprawozdawca Dr. Wiktor Grosstern, Ordynator Kliniki terapeutycznej szpitalnej Uniwersytetu Warszawskiego.

Ozęść ogólna.

Jednym z najczęstszych i z najważniejszych objawów cierpień narządu oddechania jest kaszel, dla tego też niezmiernej wagi są wszelkie poszukiwania i obserwacje, mogące się przyczynić do bliższego wyjaśnienia tego przejawu chorobnego. Dr. O. Kohts robił właśnie w tym względzie liczne doświadczenia na zwierzętach i na ludziach. (*Experimentelle Untersuchungen über den Husten*, von Dr. O. Kohts — *Virch. Archiv*, 60. T. 2 Z.). Podajemy tu wyniki, do jakich doszedł.

Brzegi wolne strun głosowych okazują się zupełnie nieczułem na wszelkie bodźce; w wysokim zaś stopniu drażliwe są: *fossa interarytaenoidea*, *plica glosso-epiglottica*, *plica ary-epiglott.* i brzeg samej nagłośni.

Czułe na rozmaite bodźce są także oskrzela i tchawica, ta szczególnie w miejscu rozdwojenia.

Ze drażnienie opłucnej może wywoływać kaszel, o tém Kohts przekonał się z doświadczeń na zwierzętach czynionych, a oprócz tego i u dwóch chorych, którym z powodu empyemy przekłóto klatkę piersiową (*thoracocentesis*) i odkryto tém samym jamę opłucni. We wszystkich jednak wypadkach czułą okazała się tylko opłucnia żebrowa (*pleura costalis*).

Co się tyczy samego mięszu płucnego, jako też i osierdzia, to nic pewnego autor w tym względzie nie może wyrzec.

Drażnienie nerwu gardzielowego (*nerv. pharyng.*) zawsze kaszel wywoływało, sama zaś błona śluzowa gardzieli tak u zwierząt jak i u ludzi rozmaicie się zachowywała.

Szarpanie, uciskanie przełyka jak również i bodziec elektryczny — przyczyniały większy lub mniejszy kaszel, podrażnienie zaś samej błony śluzowej przełyka zawsze obojętném pozostawało. Bezczułym również okazał się i żołądek, jakkolwiek faktem jest i sam

autor nawet przytacza wypadki kliniczne, w których istniejący kaszel nie od płuc lecz od innych organów *respective* brzusznych mógł być zależnym.

Pod wpływem drażnienia nerwu błędnego (*nervus vagus*) tak jego części obwodowej jako też ośrodkowej, nerwu krtaniowego górnego (*ner. laryng. superior*), nerwu gardzielowego (*ner. pharyngeus*) kaszel powstawał, lecz nerw zwrotny (*n. recurrens*) okazał się w tym względzie nieczułym na bodźce.

Jeżeli przecięto nerw błędny po jednej stronie, to podczas drażnienia oskrzela tejże samej strony kaszel powstawał wprawdzie, lecz był daleko słabszym.

Po odsłonięciu rdzenia przedłużonego (*medulla oblongata*) zauważano, że ucisk lekki, wywarty na wydrażenie skośno-czworoboczne, słaby strumień elektryczny, przepuszczany obok szwu (*raphe*) nad piórem pisarskim (*calamus script.*), kaszel wywoływały. Oprócz tego Dr. Kohts starał się oznaczyć miejsce ośrodka dla kaszlu, za pomocą cięć, wykonywanych na rozmaitych wysokościach rdzenia przedłużonego.

Na zasadzie swych doświadczeń utrzymuje, że ośrodek rzeczony znajduje się w „*Ala cinerea*“ w wydrażeniu skośno-czworobocznym, — skąd właśnie podług Stillinga, powstają włókna nerwu błędnego.

Breuer (*Medicinish-chirurgische Rundschau. 1874 Juli*) odnośnie tej pracy zwraca uwagę na to, że Dr. Kohts nie odróżnia wcale kaszlu wydechowego od wdechowego, a przecież te odcienia są niezmiernej wagi. I tak. Podrażnienie błony śluzowej oskrzelowej wywołuje przed napadem kaszlu wdech głęboki, czego nie ma przy podrażnieniu krtani. Znaczenie teleologiczne tego zachowania się samo przez się jest bardzo jasnym; zresztą sam ten objaw służyć może do rozpoznania siedliska podrażnienia.

Riegel opisuje nowy stetograf własnego pomysłu i podaje liczne obserwacje jako też tablice graficzne, które za pomocą tego przyrządu otrzymał, stosując go u osób w stanie zdrowia i w stanie chorobnym będących. (*Ueber graphische Darstellung der Athembewegungen-Deutsches Archiv. f. Klinische medicin XI vol. 1873*). Rozróżnia on trzy formy duszności, stosownie do tego czy akt wdecha, czy akt wydechu zaburzeniu ulega, lub nareszcie czy oba razem.

Przy cierpieniach krtani ma miejsce typ duszności wdechowej. Doskonale linie graficzne otrzymał Riegel u pewnego indiwiduum, dotkniętego paralizem mięśni głośnie rozszerzających (*musc. cricoaryt. posticus*). Ogólną własnością wszystkich chorób, cechujących

się zwięzieniem górnej części przewodów powietrznych, jest niestosunkowa długość wdechu, odnośnie do wydechu, co doskonale uwydatniają linije, za pomocą stetografu otrzymywane.

Duszność wydechowa (*dyspnoea expiratoria*) ma miejsce w cierpieniach drobnych oskrzeli i zrazików płucnych; choroby rzeczone bowiem zmniejszają sprężystość tkanki płucnej, a więc i siłę wydechu. Najpiękniejszy przykład w tym względzie przedstawia rozedma płuc (*emphysema pulmon.*), w której wydech odbywa się daleko trudniej, aniżeli w normalnych warunkach, a przez to i znacznie dłuższym być musi, co najzupełniej linije graficzne stwierdzają. Mało tego—za pomocą tych linij graficznych daleko łatwiej, aniżeli za pomocą zwykle dotąd używanych metod, oznaczyć można stopień rozwiniętej rozedmy.

Rozbiera dalej autor wiele innych cierpień płuc i podaje przy tém swe spostrzeżenia za pomocą stetografu czynione, które dla braku miejsca opuszczamy.

Wspomnieć tu mi tylko koniecznie wypada, że Riegel stara się przekonać za pomocą graficznego przedstawienia, jaki stosunek zachodzi w ruchach rozmaitych części klatki piersiowej wówczas mianowicie, kiedy mamy do czynienia z uniejscowionemi cierpieniami płuc; zdejmuje on wtedy jednocześnie linije graficzne z dwóch miejsc odpowiednich, a mianowicie z jednego miejsca, gdzie siedlisko choroby, i z drugiego zupełnie zdrowego, a wykonywa to za pomocą nowego przyrządu, który nazywa podwójnym stetografem (*double stethographe*).

Galvagni (*Ueber das scapularkrachen. Oest. medic. Jahrb.*) zauważył w trzech wypadkach przy podnoszeniu i opuszczaniu łopatki pewne trzeszczenie dla słuchu dostępne, które przyłożona ręka jako drżenie (*fremitus*) wyczuwała. W dwóch wypadkach miało miejsce zapalenie opłucnej z zmianą formy klatki piersiowej i z zanikiem mięśni łopatkowych, a oprócz tego w jednym z tych wypadków oględziny pośmiertne wykazały duży worek śluzowy, który znajdował się pomiędzy mięśniem podgrzebicniowym (*musc. infraspinatus*), a zębatym większym (*m. serratus major*), jakoteż uzurę dwóch żeber. Trzeci wypadek zaś tyczy się dziewczyny kureczowi pisarskiemu podobnej, u której mięśnie łopatkowe jednej strony były w zaniku.

Zastosowanie ścieśnionogo powietrza o wiele posunęło naprzód leczenie chorób płucnych; metoda jednak zastosowania tego leczenia

rozliczne przechodziła koleje nim doszła do téj doskonałości, jaką obecnie posiada.

Chorzy zamknięci w pokojach pneumatycznych nie tylko wdechają ściśnione powietrze ale i wydechają w takowe, a wpływowi powiększonego ciśnienia ulegają nie tylko płuca, lecz i cała powierzchnia ciała.

Hauke w r. 1870 wymyślił przyrząd, za pomocą którego działać można miejscowo t. j. na same płuca. I tak za pomocą jego przyrządu można np. wdechać ściśnione powietrze, a wydechać w powietrze atmosferyczne, lub wdechać atmosferyczne powietrze, a wydechać do rozrzedzonego powietrza i t. d. Był to postęp w terapii płuc niesłychanie wielki; pneumatometrya bowiem jasno wykazała, że duszność, a w ogóle zaburzenia w oddechaniu nie zawisły zawsze od jednéj przyczyny: w jednych razach podstawą rzeczonych zaburzeń bywa niedostateczność wdechania, w drugich — niedostatek wydechania, a w innych nareszcie i jedno i drugie ma miejsce.

Przyrząd Hauke'go jednak przedstawiał pewne niedostatki, a mianowicie, zbyt małą miał siłę (*maximum* $\frac{1}{40}$ atmosfery), a działanie jego było niestałe.

W celu usunięcia wyżéj rzeczonych wad Waldenburg wybudował ulepszony przyrząd pneumatyczny (L. Waldenburg — *Ein transportabler pneumatischer Apparat zur mechanischen Behandlung der Respirations-krankheiten*, Berlin. *Klin. Wochenschr.*).

Przyrząd ten jest to właściwie spirometr Hutschinson'a nieco zmieniony. Na górném dnie wewnętrznego cylindra znajduje się urządzenie, za pomocą którego cylinder ten dowolnie można obniżyć lub podnosić; w pierwszym razie powietrze w cylindrze zawarte rozrzedza się stosownie do ciężaru zawieszzonego, w drugim zaś razie zgęszcza się. Z górnego dna czyli z wewnętrznego cylindra wychodzi rurka zakończona maską — służy ona do wydechania i wdechania.

Działanie powietrza ściśnionego na narząd oddechowy. Osoby zdrowe lub chore, wdychające ściśnione powietrze doznają w pierwszej chwili pewnego rodzaju uczucie ściśnienia w piersiach, które wkrótce ustępuje, dzięki powiększającej się czynności mięśni wdechowych, tak, że niedługo potem doznają wrażenia wprost przeciwnego i bardzo przyjemnego.

Wydechanie do rozrzedzonego powietrza powoduje uczucie ściśnienia w piersiach, w części dolnéj klatki piersiowéj. Chorzym zdaje się, jakoby uciskano ich brzuch w kierunku z dołu do góry, jakoby im wtłaczano ich przeponę.

Wdechania ścieśnionego powietrza i wydechanie do rozrzedzonego powietrza zwiększają stale z jednej strony pojemność życiową płuc, z drugiej strony zaś siłę wdechową i wydechową, o czém łatwo przekonać się można za pomocą pneumatometru.

W rozedmie płuc (*emphysema pulmonum*) wydechanie do powietrza rozrzedzonego jest jedynym i najskuteczniejszym sposobem leczenia, i ono jedno odpowiada racjonalnemu wskazaniu.

Działanie na narząd krążenia. Wdechania ścieśnionego powietrza powoduje:

1. Zwiększone ciśnienie w układzie aortycznym; tętno zatem staje się dłuższém, twardszém.
2. Większy przypływ krwi do układu aortycznego, ztąd tętno pełniejsze.
3. Zwiększa masę krwi w wielkim obiegu krążenia i zmniejsza takową w mniejszym obiegu.

4. Tętno staje się często wolniejszém.

Wydechanie do ścieśnionego powietrza powoduje też same skutki, lecz jeszcze bardziej wyraźnie.

Wydechanie rozrzedzonego powietrza sprowadza skutki wprost przeciwne tym, jakie wyżej wyliczyliśmy, a mianowicie:

1. Ciśnienie w układzie aortycznym się zmniejsza, tętno staje się krótszém, miękkim i łatwo daje się uciskać.
2. Mniej krwi napływa do wielkiego obiegu, a więc tętno mniej pełne, fala jego mała.
3. Większy przypływ krwi do komórki prawej, większa masa krwi w obiegu małego krążenia.
4. Tętno staje się nieco przyspieszoném.

Wydechanie do rozrzedzonego powietrza powoduje po części też same skutki lecz daleko mniej wyraźnie.

Wskazania do użycia ścieśnionego powietrza. Waldenburg stosuje ścieśnione powietrze przeważnie dla wdechania, rzadziej daleko radzi wydechać do ścieśnionego powietrza. Użycie jego wskazaném jest we wszystkich wypadkach, gdzie małe krążenie jest przepełnione krwią, a więc przy wadach serca, jak: niedostateczność zastawki dwudzielnej (*insuf. mitralis*), zwężenie otworu żylnego lewego (*stenosis ostii venosi sinistri*) niedostateczność zastawek aorty

(*insuf. vulvularum aortae*); dalej—przy krwiopłuciu (*haemoptysis*), od jakiegokolwiek przyczyny zależném.

Wskazaném nadto jest użycie zgęszczonego powietrza przy szybko przebiegających sprawach zapalnych w płucach, jak w suchotach galopujących (*phthisis florida*)—i przy nieżytych przewłocznych oskrzeli u emfyzematyków. W dwóch tych wypadkach stosuje Waldenburg oprócz wdechania zgęszczonego powietrza i wydechanie do rozrzedzonego.

Przeciwwskazanie do użycia zgęszczonego powietrza stanowią wszystkie wypadki, w których ma miejsce większe, niż zwykle, napięcie w układzie aortycznym, napływy krwi do mózgu (*congestio cerebr.*) oraz przerodzenie ateromatyczne i tłuszczowe naczyń krwionośnych.

Rozrzedzone powietrze wskazaném jest w wypadkach, gdzie ma miejsce przepełnienie wielkiego krwi obiegu, a więc przy wadach zastawek serca prawego. Waldenburg przyznaje, że nie ma dotychczas jeszcze w tym punkcie żadnego spostrzeżenia.

Wielu lekarzy, a między niemi i autor niniejszej pracy, utrzymują, że w suchotach płucnych skłonność (*dispositio*) do zserowacenia zależną jest od ubóstwa, niedostatku krwi w płucach. Z drugiej zaś strony wiemy, że wdechanie rozrzedzonego powietrza sprawia większy przyływ krwi do płuc. Na mocy tych danych uważa Waldenburg wdechanie rozrzedzonego powietrza jako „*prophylactium*“ przy istniejącem usposobieniu do suchot płucnych i porównywa je ze skutecznością, wysoko położonych miejscowości. Aby zaś jednocześnie wzmocnić mięśnie oddechowe, a klatkę piersiową rozszerzyć, zaleca on podobnym chorym wdechać naprzemian to rozrzedzone, to zgęszczone powietrze.

Przeciwwskazanie do użycia rozrzedzonego powietrza. Należą tu wypadki, w których istnieją krwotoki płucne, lub gdzie tych obawiać się należy, jak również w zapaleniach bardzo szybko przebiegających (*phthisis florida*).

Skuteczność metody leczenia ścieśnioném i rozrzedzoném powietrzem wypróbował Waldenburg przeważnie u chorych, cierpiących na rozedmę płuc i u suchotników.

Cierpiący na rozedmę wydechają do rozrzedzonego powietrza, a przy istniejącej duszności znacznej wdechają zarazem i powietrze zgęszczone. Chorzy w ten sposób leczenia doznali znakomitej poprawy; pojemność życiowa płuc o wiele się powiększyła, a siła wdechu i wydechu znakomicie wzrosła. Rozumie się, że w ten sposób odde-

chanie stało się o wiele łatwiejszem. Mało tego—w wielu wypadkach Waldenburg otrzymał za pomocą tego sposobu zupełne wyleczenie; zauważył bowiem, że płuca u wielu emfyzematyków pod wpływem tego leczenia do normalnych swych granic wróciły.

Suchotnikom zaleca przeważnie wdechanie ścięsnionego powietrza. I tacy chorzy doznawali znacznej ulgi. Waldenburg sądzi, że sposób ten postępowania wielkie może oddać usługi u osób z klatką piersiową tak zwaną paralityczną, u mających usposobienie do suchot płucnych, tak że uważa tę metodę za sposób zapobiegawczy (*prophylacticum*) przeciw suchotom.

Poleca nareszcie Waldenburg użycie tego sposobu leczenia w niektórych formach zapadu i ucisku płuc, szczególnież występujących po zapaleniu opłucnej.

Dodać tu wypada, że Dr Cube ulepszył jeszcze przyrząd Waldenberga, a mianowicie jego tak zwany podwójny przyrząd pneumatyczny (*Doppel-Apparat*) pozwala jednocześnie wdechać zgęszczone powietrze, a wydechać do rozrzedzonego. (*Ein pneumatischer Doppel-Apparat zur mechanischen Behandlung der Respirationskrankheiten—Dr. v. Cube in Menton*).

Na znacznej liczbie zdrowych i chorych osób wykonał Eichhorst (*Ueber die Pneumatometrie und ihre Anwendung für die Diagnostik der Lungenkrankheiten. Deutsches Archiv. f. Klinische Medic. T. XI. Z. 3*) wymiary manometryczne ciśnienia wdechowego i wydechowego i potwierdził w swjej pracy wyniki, jakie Waldenburg podał.

Przekonał się, że u zdrowych ciśnienie przy wdechu jest o $\frac{2}{3}$ mniejsze, jak przy wydechu; u kobiet liczby te są o połowę mniejsze, jak u mężczyzn. Mężczyźni średnio przedstawiają:

ciśnienia wydechowego 60 mm. — a wdechowego 44 mm.

Kobiety zaś:

ciśnienia wydechowego 36 mm. — a wdechowego 26 mm. Liczby te wyrażające ciśnienie, nie zależą ani od wieku ani od konstytucji.

W rozedmie płuc, w niezycie oskrzeli przewłocznym i w kurczu oskrzeli (*asthma bronchiale*) stale znajdował niedostateczne wydechanie (Waldenburg) tak, że w tych wypadkach ciśnienie wydechowe bywało niższem od wdechowego.

Na początku suchot płucnych bywa niedostatek siły wdechowej, w następstwie przyłącza się do tego i niedostatek wydechu.

W kilku wypadkach zapalenia płuc krupowego i zapalenia opłucnej obie siły okazały się mniejszemi, szczególnież zaś wdechowa.

W jednym wypadku empyemy można było zauważyć, że po wykonanej operacji (*thoracocentesis*) siła wdechowa i wydechowa wzrastały, ostatecznie zaś siła wydechowa przewyższyła siłę wdechową. U brzemiennych i u chorych z odmą brzuszną (*meteorismus*) lub z nowotworami w jamie brzusznej (*tumores abdominis*) znajdował niedostatek siły wydechowej.

Przejrzymy teraz prace, zajmujące się kwestyą leczenia chorób narządu oddechowego w ogóle.

M a s s e i (*Sulla importanza delle inalazioni nelle malattie e delle vie respiratorie. Lo Sperimentale. Settembr. e Ottobr.*) zaleca przy ostrym nieżycie oskrzeli wdechania (*inhalatio*) salmiak (*ammon. muriat.* 5,0; wody i gliceryny po 20,0); w przewłocznym zaś stosownie do własności wydzieliny nieżytyowej — wziewania ze soli kuchennej, węglańki sody, ze ściągających lub z balsamicznych środków; przy rozedmie płuc i astmie — wdechania par wodnych z dodatkiem środków kojących (*narcotica*).

Przy błonicy i dławcu w celu rozpuszczania błony dyfterytycznej lub krupowej zaleca wdechania z kwasu mlecznego lub wody wapiennej. Przy suchotach płucnych — środki ściągające lub balsamiczne.

Chwali nadzwyczaj skuteczność wziewań par naturalnych, wydobywających się ze starego krateru *Solfarato di Puzzuoli*. Pary rzeczzone składają się, podług rozbiórów chemicznych *de Luca*, z kwasu węglanego, siarkowodoru, kwasu siarkawego, i z pary wodnej.

Br ü g e l m a n n (*Die Inhalationstherapie bei Krankheiten der Lunge, der Luftröhre und der Bronchien. Cöln. u. Leipzig*) również utrzymuje, że wziewania stanowią najznakomitszy sposób leczenia chorób narządu oddechowego.

W suchotach płuc przewłocznym używa on najprzód wziewań ze soli kuchennej (2,5 na 100), a następnie skoro wydzielina już dostatecznie się rozpuściła stosuje wziewania ze środków ściągających: a ł u n (2—3 na 200); *liquor ferri sesquichloreti* (2—4 na 200). Przy istniejącym krwiopłuciu (*haemoptoe*) uważa wdechowanie „*cum liquore ferri sesquichloreti*” za najlepszy sposób postępowania.

W obec gruźlicy płuc prawdziwej wdechania są najzupełniej bezsilne. Przy rozedmie płuc otrzymywał dobre skutki, używając do wziewań — roztworu wodnego *extracti cannabis indicae*.

Przy ostrym niezycie krtani i oskrzeli zaleca inhalacye ze soli kuchennéj (10—20 na 200), w uporzeczywych zaś wypadkach *ammonium hydrochloratum* (10—15 na 200), dla złagodzenia zaś kaszlu znacznego dodaje do tego morfiny 0,1—0,2.

W niezycie przewłocznym oskrzeli stosuje wziewania z salmiaku (10—15 na 200). Przy kokluszu radzi wziewać albo ałun (3—4 na 200) z dodatkiem morfiny, albo chloran potażu (*Kali chloricum* 100 na 200); podaje oprócz tego do wewnątrz chininę jako *antisepticum*. Przy tym sposobie postępowania wyzdrowienie w kokluszu następuje w 14—21 dni. Przy błonicy używa do inhalacyj wody wapiennéj; oprócz tego tuszuje miejsca zajęte — tąż wodą wapienną.

Przy rozszerzeniach oskrzeli (Bronchectasis) chwali bardzo wziewania wody smołowéj *Aqua picis* (2—200) i ze soli kuchennéj. Przy „*asthma nervosa*“ — ałun z dodatkiem morfiny.

Libermann (*Des Inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque dans les affections chroniques des voies respiratoires. L' Union méd. N. 102. — Bull. génér. d' thérap. 30 oct — Rec. de mém. de médic. milit. Juill. Août.*) zaleca salmiakowe wziewania przy „*angina granulosa*“ i „*laryngitis*“ (na wypadków 102 — 18 uleczonych — 72 poprawa); przy niezycie oskrzeli przewłocznym, wyjąwszy formę gruźliczą; przy „*asthma nervosa*“ (na 6 wypadków — 2 uleczone — w 4 poprawa) i przy kokluszu (na 12 wypadków 7 szybko uleczone — 5 bez skutku).

Mówiąc o wziewaniach wypada mi tu wspomnieć, że ostatniemi czasy Lesi (*Nuova maniera di inalare l'aria medicata. Il Raccogl. méd. N. 26*) radzi wziewania przez nos stosować i podaje na to niektóre sposoby.

Wiadomo, że w chorobach płuc szczególnież zaś przy suchotach obawiają się używać kąpieli. Otóż Dr. Souplet (*De l'emploi des bains tièdes dans les maladies de poitrine et en particulier dans la phthisie pulmonaire — Archiv. gén. de méd. nov. 1873*) zebrał mnóstwo spostrzeżeń, które go przekonały, że kąpiele ciepłe w rzeczonych chorobach nie tylko szkody nie przynoszą, ale nadto wielce pożytecznemi się okazują.

Stosował przeważnie kąpiele ze zwyczajnéj wody; czasami dodawał małą ilość siarczanu potażu lub węglanów alkalicznych.

Według niego baczyć powinniśmy przy użyciu kąpieli w chorobach piersiowych, by ciepłota wody była o 3 stopnie niższą od cie-

płoty ciała chorego. Chory w kąpieli pozostawać powinien 20—45 minut.

Ponieważ rzeczony kąpiele powiększają łaknienie, dla tego należy je stosować przed śniadaniem lub przed obiadem. Można kąpać chorego raz na dwa dni lub codziennie przez tak długi czas, aż poty znacznie się zmniejszą; kąpiele ciepłe bowiem znakomity wpływ wywierają na poty, trapiące zwykle suchotników.

W pierwszych dwóch lub trzech kąpielach chory uczuwać zwykł bardzo lekkie ściśnienie w piersiach, przy czém oddech przyspiesza się nieco; objawy te zależą raczej od zmiany ośrodka, w którym chory się znajduje, aniżeli od ciśnienia, jakie woda na klatkę piersiową wykonywa. Kaszel staje się daleko łagodniejszym, podczas gdy chory się znajduje w kąpieli, wykrztuszanie (*expectoratio*) o wiele łatwiej przychodzi, tętno staje się mniej częstém, a ciepłota ciała opada.

Po kąpieli chory czuje się znacznie lepiej, oddecha daleko łatwiej, łaknienie jego się wzmaga, tętno ma mniej przyspieszone, a ciepłota ciała obniża się.

Pod wpływem więc ciepłych kąpiei gorączka u suchotników zmniejsza się, dreszczyki daleko rzadziej się pojawiają, a co najważniejsza, poty nocne już po pierwszej kąpieli znacznie są mniejsze, po następnych zaś zupełnie znikają. Rozumie się, że tak zbawienny wpływ wywierają kąpiele tylko w początku suchot płucnych.

M. C r e a (*On limiting the motion of the chest in certain lung affections. The Dublin Journ. of med. Sc. Nov. 1*) poleca dla leczenia ograniczonych affekcyj płucnych nałożenie plastrów na odpowiednie miejsce klatki piersiowej, a to w celu, by chorą część utrzymywać w spokoju. Nakłada on podczas wydechu 2 paski *emplasti robor.*: jeden pionowo, drugi poziomo. To postępowanie ma łagodzić subiektywne cierpienie chorych i przyspieszać przemiany wsteczne w zajętej części płuca, jeżeli, rozumie się, zmiany patologiczne nie dosięgły jeszcze zbyt wysokiego stopnia (małe stopienie rżenia trzeszczące). Na dowód skuteczności rzeczonyj metody leczenia przytacza C r e a kilka przykładów ze swéj obserwacyi.

Choroby gruczołów oskrzelowych i oskrzeli.

Gueneau de Mussy (*Nouvelles recherches sur l'adénopathie bronchique. Gaz. hebdom. de méd et de chir. N. 21 i 22 — Remarks*

on enlargement of the bronchial glands. Brit. med. Journ. N. 8) przytacza cały szereg wypadków, w których rozpoznać był w stanie powiększenie gruczołów oskrzelowych. We wszystkich, przez niego przytoczonych wypadkach, główne objawy chorobne były następujące: stopień od tyłu obok kolumny kręgowéj, lub od przodu pod rękojeścią mostka (*manubrium sterni*) i pod obojczykiem; oddech świszczający; przy wysłuchiowaniu świsty w okolicy korzenia płuc; czasami zmniejszone ruchy oddechowe z jednej strony klatki piersiowej. (Oprócz tego zauważyć zawsze mógł objawy zależne od ucisku na nerw zwrotny (*recurrens*), a mianowicie porażenie strun głosowych, na nerw błędny (*vagus*), jak: wymioty i t. d. lub na współczulny (*sympaticus*) — zwięźlenie źrenicy.

H a m b u r g e r (*Diagnose eines fremden Körpers im rechten Bronchus; klinische Betrachtung dieses Falles. Berlin. Klin. Wochenschr. N. 28 i 29*) przytacza ciekawy wypadek, w którym rozpoznać było można zatkanie prawego oskrzela przez ciało obce. Starzec 70 letni, który przedtem nigdy nie chorował, od ośmiu dni czuje się osłabionym, przy czém zauważył, że pamięć jego wyraźnie stępieła. Dla rozrywki udaje się w podróż; przy wyjściu z powozu traci nagle przytomność i wpada w omdlenie, z którego po krótkim czasie ocucił się. Wezwany na poradę H a m b u r g e r znalazł u chorego silną gorączkę, afekcyę mózgową, sinicę na ustach, utrudniony oddech i oznaki duszności. Lewa połowa klatki piersiowej oddechała, prawa zaś nie wykonywała żadnych ruchów oddechowych. Przy opukiwaniu odgłos z prawej strony normalny płucny lecz przy auskultacyi, żadnego szmeru oddechowego nie słychać. W lewym płucu znalazł oznaki rozedmy bez żadnego śladu nieżyty.

Na mocy rzeczonych objawów przychodzi H a m b u r g e r do tego przekonania, że ma do czynienia z mechaniczném zatkaniem prawego oskrzela; gdyż tylko w ten sposób można było sobie wytłomaczyć cały obraz chorobny.

Stan chorego coraz bardziej się pogarszał i sinica wznagała się, tętno małe uderzało 120 razy na minutę, oddech stał się jeszcze bardziej utrudnionym. Z tego powodu przepisał H a m b u r g e r środek wymiotny. Po kwadransie wystąpiły nudności, a jednocześnie przy bardzo silnym kaszlu chory wyrzucił groch zielony bardzo znacznie napeczniały i otoczony gęstym śluzem. W tejże samej chwili stan chorego naglej uległ zmianie: oddech stał się zupełnie swobodnym,

sinica ustąpiła, a przytomność umysłu i pamięć wróciły. Chory przypomniał sobie, że przed osmiu dniami spożył potrawę z groszku zielonego, przyczem jedno ziarnko wpadło mu do krtani. Wprawdzie starał się on wówczas za pomocą odchrząkiwania oswobodzić się od obcego ciała, jakie w gardle uczuwał, to jednak mu się nie udało. Niecznośne uczucie obcego ciała w gardle stopniowo ustępowało, tak że w ostatnich dniach zupełnie o niem zapomniał, ale za to wyżej rzeczony objawy wystąpiły.

H a m b u r g e r utrzymuje, że w wypadkach chorobnych, od zatkania oskrzeli przez obce ciała wywołanych, rozróżniamy dwie grupy objawów: 1) Objawy miejscowe, zależne od czułej bardzo błony śluzowej tchawicy; a więc ból, uczucie obcego ciała, silny kaszel konwulsyjny, objawy duszności, mogące nawet życiu grozić z powodu skurczu głośni. 2) Objawy mózgowe, wskazujące na ucisk mózgu, jak: śpiączka (*coma*, *sopor*), majaczenie (*delirium*). Cierpienie rzeczone zwykle w ten sposób przebiega, że najpierw występują objawy miejscowe a później dopiero mózgowe. W danym zaś wypadku miejscowe objawy były bardzo nieznaczne, a mózgowe zaś bardzo wczesnie się pojawiły. Fakt zaś, na pozór dziwny, że od połknięcia grochu do wystąpienia objawów duszności aż 8 dni upłynęło, można sobie wytłumaczyć tem, że połknięty groch przylgnął silnie do ściany większego oskrzela i dopiero, gdy znacznie napęczniał, zatkał światło jego.

M e y e r (*Berliner Klinische Wochenschrift* 1873. N. 16) podał do wiadomości wypadek zaduszenia z powodu zatkania obu oskrzeli. Mężczyzna 26 lat mający cierpiał od 1½ roku na melancholię (*melancholia passiva*) i znajdował się w okresie przejściowym do ogłupienia (*dementia*). Sam żywności nie przyjmował, tak że trzeba było go karmić. Ponieważ podane pokarmy dobrze łykał, a nawet, jak się zdawało, i żuł dostatecznie, przeto posługacz zadawał mu się zwykłym rozdrabnianiem części stałych.

Nagle wśród jedzenia chory staje się sinym i pada, jakby piorunem rażony. Wezwani w tej chwili lekarze zastali go zupełnie nieprzytomnym z językiem tkwiącym między zębami, z oczyma nu wierzch wysadzonymi. Rogówka okazała się zupełnie bezczułą na dotykanie, tonów serca już nie słychać było. Podane środki pozostały zupełnie bez skutku. Oględziny pośmiertne okazały co następuje: płuca w stanie rozedmy, serce nie krwi nie zawierało, w każdym zaś oskrzelu tkwiło obce ciało, skrzepem krwi otoczone. Rzeczony ciała obce zatykały zupełnie światło odpowiednich oskrzeli i dość trudno

usuwać się dały. Bliższe badanie okazało, że ciałem rzezonem było mięso, które chory przed śmiercią spożywał.

Wspomnieć muszę o jeszcze jednym ciekawym bardzo wypadku, zatkania przewodów powietrznych przez ciało obce, który P a r r o t (*Cas de mort par l'introduction de chyme dans les voies aériennes. — Gaz. méd. de Paris N. 14*) podaje. Dziewczynka 11-to miesięczna zwymiotowała, o 10 wieczorem mleko skrzeple, o pierwszej w nocy pojawia się znaczna duszność i dziecko umiera. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono rozedmę płucną (*emphysema pulmon. interstitiale et subpleurale*), miąższ płucny miękki i zapach kwasu masłowego przypominający, w tchawicy i oskrzelach masę śmietankową, która pod drobnowidzem badana, części składowe mleka okazała. Rozszerzenie się rzezonej masy śmietankowej aż do najdrobniejszych oskrzelików wyklucza, podług P a r r o t'a, możliwość, by massa ta dopiero *post mortem* do płuc się dostała.

Piśmiennictwo lekarskie wzbogaciło się w tym roku trzema wypadkami samostnego krupowego zapalenia oskrzeli (*Bronchitis crouposa*). I tak: Ch v o s t e k (*Ein Fall eines selbständigen chronischen Bronchialcroup. Wiener medic. Presse N. 32*) przytacza następuny wypadek. Wyrobnik 48 letni cierpi już od lat 5 na niezbyt przewłoczny oskrzeli. Badanie obiektywne wykazuje oprócz tego zgęszczenie w obu wierzchołkach płuc. Otóż tenże chory przez kilka miesięcy wyrzucał przy kaszlu włóknikowe odlewy oskrzeli. Odlew każdy wynosił 2—3 cali długości. Najczęściej tylko jeden taki odlew dziennie wyrzucał.

K r e t s c h y (*Zur Bronchitis crouposa acuta. — Wien. med. Wochenschr. N. 14, 15, 16*) opisuje niezmiernie ciekawy wypadek krupowego zapalenia oskrzeli. Dla braku miejsca podamy go tutaj w znacznym skróceniu tylko, ciekawszych zaś odsyłamy do wyżej przytoczonego czasopisma. Mężczyzna, 23 lat wieku mający, dostaje nagle wśród przechadzki silnych wstrzasających dreszczy, poczem występuje znaczna gorączka, silny męczący kaszel i duszność. Noc spędza bezsenną. W 12 godzin po opisanym napadzie, czyli nazajutrz o godzinie 6-tój rano chorego nagle napada nieslychanie wielka duszność, poczem zaraz wyrzuca z kaszlem szmat czerwono zabarwiony, do mięsa podobny. Wnet potem duszność ustępuje, kaszel staje się lżejszym. Przez cały dzień chory czuje się osłabionym, doznaje bólu głowy i kaszle. Następnego dnia chory udaje się do kliniki prof. Duchek'a, gdzie, między innymi, znaleziono od tyłu i od dołu w prawém płucu nieliczne suche rżenia, stępienia zaś nigdzie nie było.

Tegoż samego jeszcze dnia w pół godziny po przyjęciu pojawiają się u niego: duszność, silne napady kaszlu, sinica i poty. Przy kaszlu chory wyrzucił zabarwiony szmat i nagle doznaje znakomitej ulgi. Rzeczony szmat włożony do wody pokazuje, że jest odlewem oskrzelowym. Ciepłota ciała przytém miernie podniesiona, a mianowicie rano 38, wieczorem 38,6°C.

W 27 godzin po tym napadzie ma miejsce znowu wyrzucenie odlewu włóknikowego przy takich samych objawach, jak w dniu poprzednim.

Następnego dnia chory znowu wyrzuca podobny skrzep, a za-tém już czwarty z rzędu. W przeciągu tego dnia chory kaszle i od czasu do czasu wykrztusza małe skrzepki.

Następnego dnia—duszność, kaszel, plwocina krwawa (*sputa cruenta*)—większego odlewu włóknikowego chory nie wykasłuje. Występują objawy zgęszczenia w prawem płucu. Odtąd gorączka staje się znaczną i ciągłą (*febris continua remittens*). Chory w dalszym przebiegu swego cierpienia wypluł jeszcze kilka większych odlewów włóknikowych tak, że zdołano zebrać siedm takowych.

Dziesiątego dnia choroby następuje śmierć przy objawach śpiączki (*coma*) i obrzęku płuc (*oedema pulm.*). Oględziny pośmiertne pokazały, między innymi, co następuje: płuco prawe przyrosłe za pomocą błon fałszywych, w samych błonach fałszywych bardzo wyraźne gruzelki, zgorzel trzeciego i czwartego prawego żebra; błona śluzowa oskrzeli mocno zaczerwieniona i nastrzyknięta; w oskrzeliu prawem zatyczka żółtawa rozgałęziająca się, mająca 11" długości, a pień 1½" w średnicy. Rzeczona zatyczka rozciągała się w kierunku do średniego i dolnego zrazu płucnego.

Wyrzucone za życia odlewy włóknikowe były najzupełniej równe temu, który przy oględzinach znaleziono (11 cm. długie—pień w średnicy wynosił 1½—2"); ztąd dowód, że wszystkie one pochodziły musiały z jednego miejsca. Nabłonka w oskrzeliu prawem, sprawą krupową zajętem, nie było. Zatyczki składały się z czterech warstw. Budowa zatyczek i szybkie ich powstawanie (*reproductio*) dowodzą, podług Kretschy'ego, że sprawa krupowa jest charakteru wysiękowego, a nie, jak Wagner chce, przemianą nabłonka.

Wypadek rzeczony ma być 11-tym z kolei w literaturze lekarskiej.

Bettelheim (*Casuistische Mittheilungen über Bronchitis crouposa*. *Wien. med. Presse* N. 49) podaje, że u chłopczyka 18-to

miesięcznego często powtarzały się napady duszności i utrudnionego oddechu, przy czem nie było ani gorączki, ani rzeżeń, ani błon żadnych w płucinie. Tuszowanie krtani solą kuchonną lub roztworem kamienia piekielnego przerywało rzeczone napady. Co się tyczy rozpoznania, to wahano się między „*Asthma nerv.*“ i „*Trachitis et Bronchitis crouposa.*“ Śmierć dziecka, która nastąpiła przy niesłychanie ciężkim napadzie rozstrzygnęła daną wątpliwość; znaleziono bowiem przy oględzinach pośmiertnych krupowy odlew oskrzeli.

Na jednym z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego (*Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego, wydawany pod redakcją prof. Dra Feliksa Nawrockiego — zeszyt 1-szy 1873 str. 16*) przedstawił prof. dziekan, prezes Brodowski niesłychanie rzadki okaz nowotworów syfilitycznych w przewodach oddechowych. Kobieta 35 lat mająca pozostawała w jednym z oddziałów Szpitala Dzieciątka Jezus z powodu przewleczonego cierpienia narządu oddechowego. Od czasu do czasu rzeczona chora miowała napady silnej dychawicy, które trwały po kilkanaście godzin, przy czem pojawiała się znaczna sinica i zupełna utrata przytomności. Podczas jednego bardzo silnego napadu wykonano tracheotomię. Operacja jednak nie przyniosła w zupełności oczekiwanego skutku; napad bowiem trwał dalej. Ale po kilku godzinach duszność zaczęła słabnąć stopniowo, aż nareszcie zupełnie znikła. Odtąd stan chorób uległ poprawie. Po dwóch tygodniach usunięto rurkę z tchawicy, a po pewnym czasie rana zupełnie zabiłżniła się. Wkrótce potem u rzeczonych chorób pojawił się nowy i niezmiernie silny napad, przy którym chora umarła.

Dziekan Brodowski przedstawił na posiedzeniu wytnik oględzin pośmiertnych, które dla rzadkości wypadku i dla jasności jego opisu, podajemy tu dosłownie.

„Na skórze w okolicy lewego gruczołu sutkowego znajdował się wrzód wielkości złotówki, z brzegami wyniesionemi, z dnem słoninowatym, opierającym się o zgrubiałą tkankę łączną podskórną. Na podstawie języka, po lewej stronie, spostrzeżono dwa wrzody, jeden wielkości soczewicy, drugi o połowę mniejszy, nieregularnej formy, o brzegach poszarpanych, dnie nierównem, słoninowatym, przenikającym do tkanki podśluzowej. Obok wrzodów były blizny gwiazdźiste, mocno ściągnięte; nadto gruczoły follikularne były olbrzymie powiększone. Znalaziono lekkie obrzmienie głośni, niżej ranę (po tracheotomii) zabiłżnioną. Ku dołowi w tchawicy, na kilka centymetrów przed jęj podziałem, na lewo, spostrzeżono dwa wrzody; je-

den większy przeszło 3 cent. długi i 1,5 cent. szeroki, drugi znacznie mniejszy, zupełnie takiego samego wyglądu, jak znalezione na podstawie języka. Pod wymienionemi wrzodami ściana tchawicy była przeszło w dwójnasób zgrubiała w skutek rozrostu tkanki łącznój. Poniżej już prawie przy podziale tchawicy, na zgrubiałej do koła błonie śluzowej dają się postrzegać liczne krokiewkowate wyniosłości ścięgniaste, a między nimi drobne wrzodziki. Lewe oskrzele od samego początku, aż do najbliższych oskrzeli było tak dalece zwężone, że zaledwie zwyczajny zgłębnik żłobkowany pomieścić mogło. Oskrzela 2-go podziału przy samym początku były również zwężone i zgrubiałe, w dalszym zaś przebiegu jednostajnie rozszerzone, o ścianach ścięnczałych, wypełnione gęstym śluzem. Prawe oskrzele mniej zwężone, ściany jego mniej zgrubiałe, również mniej oskrzeli drugiego podziału było dotkniętych tak silnem zwężeniem, jak z lewej strony, wiele zaś oskrzeli z téj strony było rozszerzonych, o ścianach ścięnczałych i zawierały znaczną ilość gęstego śluzu. Miąższ płuc w wielu miejscach znajdował się w stanie opadnięcia (collapsus) i przekrwicenia; większych zgęszczeń miąższu nigdzie nie dostrzeżono.

„Na powierzchni wątroby w kilku miejscach widzieć można było dosyć znaczne zagłębienia, którym na rozkroju odpowiadały grube smugi ścięgniaste (*hepatitis interstitialis circumscripta*).“

„W ostatku zupełne zarośnięcie pochwy (*atresia vaginae*) w pobliżu sklepienia świadczyło o poprzednim głębokiem owrządzeniu tego organu.“

„Gruzoły szyjowe, a mianowicie podszczękowe były powiększone, miejscami zserowaciałe.“

„Wszystkie powyższe zmiany chorobne: na skórze, podstawie języka, w tchawicy, oskrzelach, wątrobie, pochwie i gruczołach limfatycznych, dozwolają wnioskować, że mamy do czynienia z późniejszymi formami syfilitycznymi.“

„W danym wypadku zmiany anatomicznie upoważniają do przypuszczenia, że tchawica i oskrzela w pierw były zajęte, niż jama ust. W obec takiego przypuszczenia nasuwa się myśl, czy z wydzieliną wrzodów tchawicy i oskrzeli nie przeniósł się jad syfilityczny, na błonę śluzową jamy ust.“

Choroby opłucni.

Zapalenie opłucni (*Pleuritis*).

Rok 1873 przysporzył literaturze lekarskiej ogromne mnóstwo prac, dotyczących się chorób opłucni, a w szczególności jej zapalenia. Przytoczymy tu ważniejsze spostrzeżenia kliniczne, sposoby leczenia, a w szczególności tak zwane nakłócie klatki piersiowej (*thoracocentesis*) i kwestyą o płwocinie białkowatej.

Villemin (*L'inflammation de la plèvre peut-elle se communiquer à travers le diaphragme?* *L'Union méd.* N. 44) przekonał się, że zapalenie opłucni może rozszerzyć się na otrzewnię i spowodować zapalenie takowej (*peritonitis*).

Na dowód swego twierdzenia przytacza wypadek, w którym było zapalenie opłucni z lewej strony (*pleuritis exsudativa sinistra*). U rzeczzonego chorego wykonał przekłócie klatki piersiowej (*thoracocentesis*) lecz chory zaraz potem zmarł. Oględziny pośmiertne pokazały, że oprócz za życia rozpoznanego cierpienia, istniało nadto i zapalenie otrzewni z lewej strony.

Baader (*Empyem; Perforation in die Bronchien; Heilung. Correspond. Blatt f. Schweizer Aerzte* N. 22) przytacza wypadek, w którym wysiękowe zapalenie opłucni trwało sześć tygodni. U chorego pojawia się w tym czasie nadzwyczaj obfita ropna płwocina, a wysięk znika zupełnie, przyczem płuco bardzo szybko wróciło do swjej pierwotnej objętości.

Podobną chorą miał Peacock (*Case of empyema opening through the lungs. Lancet. Febr. 22*), u której w przeciągu trzech miesięcy cała ilość wysięku ropnego wydalona została z jamy opłucnej (*empyema*) za pomocą obfitej ropiastej płwociny. W rzeczonym wypadku miało miejsce zupełne wyleczenie. Peacock utrzymuje, że w tymże roku aż cztery podobne wypadki obserwował.

Hoege (*Empyem heilbreitet ved. Gennebrud he Bronkierne. Norsk. Magar. j. Lägevidersk R. III. Tom 2*) miał chorego mężczyznę 24 letniego, z zapaleniem ropnem jamy opłucnej (*empyema*). W trzy miesiące, od początku choroby licząc, powstaje u rzeczzonego chorego nagle nadzwyczaj silny kaszel z bardzo obfita (3 kilogram.) cuchnącą, ropiastą płwociną. Kaszel ten trwa dni ośm, w przeciągu którego to czasu ilość płwociny coraz bardziej się zmniejsza. Wysięk w jamie opłucnej ulega również znacznemu zmniejsze-

niu, następuje stopniowo zupełne wyzdrowienie, a uciśnięte poprzednio płuco wraca do pierwotnej objętości.

I w polskiej literaturze lekarskiej (Dr. T e t z, *Odma piersiowa. Gazeta Lekarska*, Tom XIV. N. 15, 16, 17 i 23), znajdujemy również wypadek uleczenia zapalenia ropnego opłucni, za pomocą samowolnego przedziurawienia opłucni trzewiowej i wykrztuszania wysięku. Opis nieco bardziej szczegółowy rzeczzonego wypadku znajdzie czytelnik niżej, gdzie mowa o odmie piersiowej (*pneumothorax*).

F r a n c k (*Epanchement enkysté de la plèvre simulant dans sa marche et les symptômes une caverne de poumon. Le Bord. méd. N. 1*) przytacza wypadek, w którym obserwował za życia bardzo wyraźne objawy, przemawiające za istnieniem jamy w płucu (*caverne*), a mianowicie ze strony lewej od tyłu przy kącie łopatki. Oględziny pośmiertne zaś przekonały, że w rzeczonym miejscu znajduje się torbiel surowicza między listkami opłucni, które na całej pozostałej przestrzeni były zrosnięte ze sobą. Przyczyną objawów, przy życiu za jamą w płucu przemawiających, był ucisk wysięku na oskrzela.

L a b o u l b é n e (*Nouvelles observations pour établir la cause de l'élévation de la température centrale chez les malades atteints de pleurésie aiguë et auxquels ont vient de pratiquer la thoracocentèse. Gaz. hebdom. VII. N. 12*) przekonał się, że po nakłóciu klatki piersiowej w celu wypuszczenia wysięku z jamy opłucnej, podnosi się ciepłota o 0,3—0,5°C; ma to miejsce zaraz po wykonaniu operacji lub najpóźniej w 1/2 godziny. Przyczyna leży w tém, że uciśnięte poprzednio płuco staje się znowu zdolne do wymiany gazów, przez co więcej ciepła wytwarza się w organizmie. Oprócz tego podaje on skład wysięku, a mianowicie oznacza ilość jego stałych części i włókniaka.

1	wyp.	1000	gram.	plynu	zawierał	62,6	stałych	części	i	0,24	włókn.
2-gi	„	1000	„	„	„	65,6	„	„	„	0,797	„

L a b o u l b é n e utrzymuje, że duża zawartość części stałych w wysięku stanowi pomyślny moment prognostyczny odnośnie do jego wstecznej przemiany.

F o o t (*Empyema of the left chest, passing downwards behind the left internal arched ligament into the left Psoas muscle etc. Dublin Journ. of méd. sc. January p. 42*) obserwował 10 letniego chłopca, u którego za życia były oznaki lewostronnego zapalenia opłucni, „paraplegia“ kończyn dolnych i porażenie zwieraczy. Oględziny pośmiertne wykazały, między innymi, wysięk ropiasty na powierzchni tylnej opon rdzeniowych, który był w związku z ropniem znalezionym w lewym mięśniu „*psoas*.“ Ten ostatni zaś łączył się z wysiękiem

ropnym lewej jamy opłucnej za pomocą przedziurawienia przepony w jej części tylniej.

Vergely (*Pleurésie diaphragmatique sans fièvre, sans dyspnée, morte subite par apoplexie pulmonaire. Le Bord. méd. N. 31*) przytacza następujący wypadek. Malarz, lat 23 mający, chory jest od siedmiu dni i skarży się jedynie na nieustającą, uporeczywą czkawkę (*singultus*). Zresztą nie ma ani gorączki, ani żadnego bólu, ani duszności. Stępień żadnego nie znaleziono. Po trzech dniach chory nagle umiera. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono: powierzchownie dolne obu płuc zrosnięte z przeponą; pomiędzy zrostami małą ilość czerwonej surowicy; w miąższu obu płuc ogniska apoplektyczne.

Zadziwiającym jest w tym wypadku ograniczonego zapalenia opłucni (*pleuritis circumscripta*) prawie zupełny brak objawów, wyjąwszy czkawkę. Śmierć nastąpiła łomaczy sobie Vergely porażeniem funkcji przepony.

Dujardin-Baumez (*Note sur un cas de morte dans le cours d'une pleurésie aiguë. Gaz. méd. de Paris N. 14*), opisuje wypadek nagłej śmierci, który miał miejsce podczas przebiegu zapalenia opłucni strony lewej u 48-mio letniego mężczyzny. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono w lewej jamie opłucnej 3 litry surowiczego płynu. Serce było odepchnięte aż do linii środkowej (*lin. mediana*), w obu komórkach znajdowały się odbarwione zakrzepy (*thrombus*), z których jeden rozciągał się od komórki prawej i tętnicę płucną zajmował.

Przejrzymy teraz prace, zajmujące się kwestją leczenia zapaleń opłucni. Prawie wszystkie rozbiegają pytanie o nakłóciu klatki piersiowej (*thoracocentesis*). Dwie tylko traktują o innych sposobach leczenia: jedna z nich o mlecznej, a druga o wysuszającej kuracyi (*Durstkur*).

Mleczną kurację usilnie zaleca.

Forti (*Cura degli spandimenti pleuritici con il latte. H. Raccoltore med. 30 Gennajo*), a mianowicie przy starych pleurytycznych wysiękach i przekłada ją nawet nad przekłócie klatki piersiowej (*thoracocentesis*). Na dowód swego twierdzenia przytacza dwa wypadki. W wypadku pierwszym miał do czynienia z zapaleniem opłucni przewłocznem, siedm miesięcy już trwającym; cztery tygodnie kuracyi mlecznej wystarczyły dla zupełnego wyleczenia. Wypadek drugi tyczy się chorego z zapaleniem opłucni, cztery miesiące trwającym; 12 dni kuracyi mlecznej uleczyły zupełnie rzezoną osobę.

Podawał swym chorym 1--2 litrów mleka dziennie i pozwalał im oprócz tego inne pokarmy w umiarkowanej ilości spożywać.

Sonderregger (*Pleuritische Notizen. Corr.-Blattf. Schweizer Aerzte N. 4*) miał trzech chorych z zastarzałym surowiczem zapaleniem opłucni (*pleuritis serosa*); metoda napotna i moczopędna okazała się u nich zupełnie bezskuteczną. Z tego powodu zastosował u nich metodę wysuszającą (Durstkur), ograniczając przyjęcie napoju do „minimum“, mianowicie przez siedm dni po 150—300 gram. dziennie. Przy takim postępowaniu wysięki niezmiernie szybko się zmniejszały. Podczas téj kuracyi ilość oddawanego moczu bywała znacznie większą, aniżeli ilość przyjętego napoju, a mianowicie nadmiar (*plus*) w pierwszym razie wynosił 4150 gramm, w drugim — 2580 gramm, a w trzecim — 1830 gramm.

Wszystkie pozostałe prace zajmują się, jak to już nieco wyżej nadmieniliśmy, sposobem leczenia za pomocą nakłócia klatki piersiowej—*theracocentesis*.

Johnson (*Clinical lecture on a case of pleuresy. — Brit. med. journ 25 Oct—Leçon clinique sur un cas de pleurésie Revue des sciences médicales*) w jednej ze swych lekcyj klinicznych zastanawia się nad pytaniem, co może stać na przeszkodzie wessaniu wysięków pleurytycznych. Według niego, mogą tu dwie zachodzić okoliczności: albo płyn wysiękowy ilość będzie bardzo znaczna, albo pokład włóknika niezorganizowanego, pokrywającego błonę surowicza, będzie bardzo grubym. Bardzo znaczna ilość wysięku pleurytycznego uciska żyły płucne opłucni, następczo więc naczynia włosowate żyłne nadmiernie się wypełniają; ztąd jasną rzeczą jest, że w takich warunkach zachodzić musi wielka trudność w wessaniu wysięków.

Toż samo, tylko daleko wyraźniej, widzimy w wypadkach, gdzie mamy do czynienia z bardzo znacznym obrzękiem kończyn. Wiadomo wszystkim, że w takich razach ułatwiamy rezorbcję przez zrobienie ukłócia w kilku miejscach lub za pomocą kilku nacięć; wprowadzamy bowiem przez to pewną ilość płynów i ułatwiamy wessanie pozostałej części przesięku surowiczego. Ten zaś ostatni, pochłonięty przez organa obsorbcyjne działa następnie na nerki i sprowadza obfitą diurezę. Otóż nakłócie klatki piersiowej, niezupełne nawet, tenże sam rezultat sprowadzić może. W tym zaś razie, kiedy grubość warstwa włóknika niezorganizowanego utrudnia wessanie wysięku, należy wykonać przekłócie klatki piersiowej (*thoracocentesis*); unikamy przez to zbyt długiego ucisku płuc, i przyspieszamy wyleczenie.

Lebert (*Ueber die operative Behandlung der Brustfellentzündung. Berlin. Klinisch-Wochenschr. N. 46, 47, 48, 50, 51*) podając ogólne wskazania do nakłócia klatki piersiowej, zwraca uwagę, że bezwarunkowo należy do téj operacyi przystąpić w tych wypadkach, w których grozi śmierć od zaduszenia, t. j. przy bardzo znacznych wysiękach. Oprócz tego uważa tę operacyę za wskazaną tam, gdzie wysięk już długi czas trwa (2 miesiące); za pomocą bowiem przekłócia w tych razach uniknąć można zropienia wysięku. Spostrzeżenia i uwagi swoje podaje z 24 operowanych przez siebie wypadków. Następne rozróżnia metody operacyjne: 1) Ukłócie próbne (*punctio probatoria*), rzadko kiedy, podług niego, konieczne, 2) Zwyczajne przekłócie klatki piersiowej, ku czemu najbardziej zaleca trójgraniec Schuh'a lub Reybard'a, 3) Chełboczący ropień opłucni (*Empyema necess*) najczęściej operował za pomocą cięcia; kilka jednak razy wykonywał w tych wypadkach nakłócie (*punctio*). 4) Cięcie i pozostawienie obszernéj przetoki (*fistula thoracis*). Metoda rzeczona wskazaną jest nie tylko przy wysięku ropnym, ale i przy tych wysiękach surowicznych, które po każdym przekłóciu i wypuszczeniu na nowo się wytwarzają. Niebezpieczeństwa przy przekłóciu klatki piersiowej, podług Leberta, nie ma wielkiego.

Bowditch (*Paracentesis thoracis.—Practitioner April.*) podaje następne uwagi, tyjące się przekłócia (*thoracocentesis*) klatki piersiowej. Przedewszystkiem należy wykonać przekłócie próbne (*punctio probatoria v. explorativa*) za pomocą cienkiego, probierczego trójgrańca, a mianowicie w międzyżebrzu ósmem lub dziewiątem. Przeciwwskazania do rzeczonéj operacyi nie stanowią ani powikłania zapalenia opłucni inną jakąbądź chorobą, ani wiek, ani płeć, ani nawet obecność ciąży. Bowditch operuje nawet przy istniejącej znacznej duszności i przy wszelakiego gatunku wysięku.

Carlet i Straus (*Sur le fonctionnement de l'appareil respiratoire après l'ouverture de la paroi thoracique.—Compt. rend. 76*), mieli chorego z przetoką opłucną, po przekłóciu klatki piersiowej (*thoracocentesis*) powstałą. U tego chorego zdejmowali linije pneumograficzne poruszeń klatki piersiowej i powierzchni płuca, po stronie téj, gdzie się znajdowała przetoka. Ostatnią liniję otrzymywali, wprowadzając rurkę kauczukową przez przetokę i tak, aby koniec jéj, w jamie opłucnej się znajdujący, powierzchni płuca się dotykał. Ze swych spostrzeżeń przekonali się, że płuco strony choréj zachowuje

się po większej części tak samo, jak płuco zdrowej strony, a mianowicie: przy wdechu rozszerza się, a opada przy wydechu. Jeżeli przetoka była zamknięta, to przy wdechaniu powietrze, znajdujące się w jamie opłucnej rozrzedzało się (*dilatatio pulmon*); przy wydechu ulegało zgęszczeniu (*compressio pulmon*). Ztąd wyprowadzają wniosek, że otwór w klatce piersiowej, po wykonanej „*thoracocentesis*“ szczelnie zamykać należy.

Podług Moutard - Martin'a (*Note sur l'operation de l'empyeme. — Gaz. méd de Paris N. 42*) zapalenie ropne opłucni (*empyema*) leczy się albo samowolnie, co zdarza się wprawdzie dość rzadko, albo za pomocą przekłócia (*punctio*) z następnem zastrzykiwaniem roztworu jodowego, albo nakoniec za pomocą nacięcia (*incisio*). Dla tego przy rzeczonem cierpieniu robi przedewszystkiem przekłócie, następnie dopiero przystępuje do zastrzykiwań jodu, a w wypadkach, gdzie pomimo tego postępowania wysięk nie przestaje na nowo się wytwarzać, wykonywa nacięcie (*incisio*) i przepłukuje codziennie roztworem jodowym.

Bo uchut (*Nouvelles observations de pleurésie purulente guérie sans fistule par la ponction avec l'aspirateur Dieulafoy Gaz. des hôp. N. 23*) zaś utrzymuje, że zapalenie wysiękowe, ropne opłucni leczy się doskonale bez przetoki, lecz za pomocą przekłócia z następną aspiracją. Na dowód swego twierdzenia, które już dawniej wygłosił przytacza spostrzegane na nowo dwa wypadki. Trzyletnia dziewczeczka wyzdrowiała bardzo szybko po jednorazowym wypuszczeniu 300 gramm płynu ropnego. U dziesięcioletniej dziewczynki nastąpiło wyzdrowienie w 3½ miesiąca po 11-to razowym przekłóciu.

Walton zaleca bardzo usilnie zastosowanie trójgrańca próbnego (*Pleurésie avec épanchement, thoracocentèse capillaire, évacuation de 1780 gram de liquide; guérison. Annal de la Soc. de Méd. de Gand Juin.*). Albowiem miał wypadek lewostronnego zapalenia opłucni, w którym za pomocą trójgrańca próbnego aż 1750 gram wysięku wypuścił w przeciągu dwóch godzin, poczem nastąpiło wyleczenie. Podług niego metoda, dopiero co wspomniana, ma wiele wyższości nad innymi: wysięk wypływa bardzo wolno, żadnego przeto nie ma niebezpieczeństwa; otwór jaki próbny trójgraniec przedstawia jest nadzwyczaj mały, więc powietrze do jamy opłucnej dostać się nie może. Przyznaje wszelako, że przy wysięku ropnym metoda ta korzyści nie przedstawia. Inni znowu zalecają użycie nakłócia z następną aspiracją, do tych należą:

Tutschek (*Vorläufige Mittheilung über eine Anzahl Fälle von Thoracocentese, ausgeführt nach einer bis jetzt in Deutschland wenig geübten neuen Methode.* — *Bair. ärztl. Intelligenzblatt N. 14* — Tenze: *Die Thoracocentese mittelst Hohlnadelstiches und Aussaugung zur curativen Behandlung seröser pleuritischer Exsudate.* München), Rupprecht (*Beitrag zur Anwendung der Thoracocentese mit Rücksicht auf die Tutschek'sche Methode.* — *Wiener. med. Wochenschr. N. 41*), Heuss (*Ein Troicart zur Thoracocentese Berl. klin. Wochenschr. N. 33*), Galard (*Présentations d'appareils. Gaz. des hôp. N. 55*), Béhier (*Pléuresies à épanchements modérés; thoracocentèse avec troicarts capillaires et aspiration. Appareils divers. Gaz. des hôp. N. 2, 5, 6.*) i t. p.

Nadmienić tu nam jeszcze wypada o kilku sprawozdaniach, tycających się skuteczności leczenia zapaleń wysiękowych opłucni za pomocą przekłócia klatki piersiowej oraz o kilku ciekawszych klinicznych spostrzeżeniach. Bouilly (*Considerations sur la pleurésie. Le nouv. méd. N. 8*) miał 21 wypadków surowiczego zapalenia opłucni, które leczył za pomocą przekłócia z następną aspiracją. U dwunastu osób po jednorazowym przekłóciu nastąpiło zupełne wyleczenie, u sześciu zaś pozostałych, powrót rzezonego cierpienia (2 razy *recidiva* była powodowana powikłaniem innej choroby.)

Peacock (*Five cases of paracentesis thoracis occurring in private praxis med.* — *Times and Gaz. March. 1*) opisuje pięć wypadków przekłócia klatki piersiowej w zapaleniu ropnym opłucni (*empyema*), z których trzy zasługują na uwagę ze względu na młody wiek chorych (3½ miesięcy — 3½ lat — 5 lat). U dziecka 3½ miesięcznego prawostronne, znaczne ropne zapalenie opłucni uleczone zupełnie zostało po dwóch przekłóciach klatki piersiowej.

Wypadek nagłej śmierci, nastąpniej po przekłóciu klatki piersiowej (*thoracocentesis*), opisują Behier i Lionville (*Mort rapide par asphyxie après la thoracocentèse.* — *Gaz. med. de Paris N. 25*). U chorego z lewostronnym wysiękiem opłucnym wykonano przekłócie i wypuszczono 2½ litra czystej surowicy. W trzy godziny po operacji nastąpiła śmierć przy objawach bardzo silnej duszności. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono nacieczenie serowate (*infiltratio tuberculosa*) w obu płucach i bardzo znaczny obrzęk (*oedema pulm.*) w dolnym lewym zrazie płucnym. Śmierć zatem w danym wypadku powstała skutkiem bardzo silnego obrzęku części płuca, od ucisku oswobodzonego. Na mocy tego wypadku Behier i Lion-

ville wyprowadzają wniosek, że przy „*thoracocentesis*“ należy płyn wypuszczać wolnym strumieniem, szczególnież zaś wówczas, kiedy część miąższu płucnego jest serowato nacieczoną.

Podobny wypadek obserwował *Dumontpallier* (*Bronchite généralisée avec pneumonie du sommet du poumon gauche; pleurésie secondaire du côté droit, thoracocentèse, oedème aiguë des poumons; mort.*—*Gaz. med. de Paris N. 25*). U chorego, z niezłym oskrzelowym i ze zgęszczeniem miąższu płucnego w lewym wierzchołku, rozwija się zapalenie wysiękowe opłucni z prawej strony. Po wykonanej punkcji i wypuszczeniu 2500 gram. płynu chory umiera. Ogle dziny pośmiertne wykazały, między innymi, obrzęk w obu płucach.

Bądź co bądź widzimy, że „*thoracocentesis*“, jako metoda leczenia zapaleń opłucni, liczy mnóstwo zwolenników. Znaleźli się jednak i przeciwnicy rzeczonj operacji w osobach *Besnier'a* i *Drysdale'a*

Besnier (*Rapport présenté au nom de la Commission des maladies régnantes à la Soc. méd. des hôp. Bull. gén. de thérap. 30 Journ.*) podaje, że śmiertelność przy „*pleuritis*“ w paryskich Szpitalach wzrosła ostatniemi laty bardzo znacznie, równocześnie z rozpowszechnieniem „*thoracocentesis*“; w ostatnich mianowicie sześciu latach śmiertelność przy rzeczonj chorobie jest w dwójnasób większą, aniżeli lat poprzednich.

W roku 1867	=	7,89	p Ct.
— 1868	=	11,51	„
— 1869	=	11,14	„
— 1870	=	12,02	„
— 1872	=	13,20	„
— 1873	=	15,69	„

O ile fakt, dopiero co wzmiankowany, zależnym jest od operacyjnego sposobu leczenia zapaleń opłucni, *Besnier* przesądzać nie chce.

Drysdale (*Note on diseases of the chest pleurisy and its treatment — The med. press. and Circ. Nov. 19*) na mocy swych własnych obserwacyj dochodzi do tego samego wniosku, co *Peter* (*Journ. de méd. et de chir. prat. Oct.*), a mianowicie, że w ostrém zapaleniu opłucni przekłócie klatki piersiowej jest niebezpiecznym i niepewnym postępowaniem. W miejsce zaś rzeczonj operacji zaleca miejscowe krwi upusty.

Przejrzymy teraz kwestyę o plwocinie białkowatej „*Expectoration albumineuse consécutive à la thoracocentèse*“, podjętej głównie przez Francuzów i omawianj na posiedzeniach Towarzystwa lekar-

skiego (*Société méd. des hôpitaux*). Francuzi zwrócili uwagę, że po nakłóciu klatki piersiowej, występuje czasowy obrzęk płuc, przyczem chory całemi dniami wyrzuca plwocinę jasną, żółtawą lub czerwonawą. Niektórzy lekarze, jak Terillon, Féréoli i Woillez uważają za przyczynę plwociny białkowej nie tylko obrzęk płuc, lecz głównie przedziurawienie i przedostanie się wysięku z jamy opłucni do płuc. Większość zaś odrzuca rzeczoną hipotezę i przyjmuje, że jedyną przyczyną plwociny białkowej jest tak zwana „*Congestion séreuse du poumon*“, która powstaje z powodu oswobodzenia cyrkulacji w uciśniętym dotąd płucu i z powodu podrażnienia tej części płuca, gdzie na nowo wchodzi powietrze.

Przejrzymy po krótko prace tak trzymających się pierwszej teorii, jak i zwolenników drugiej teorii.

Féréoli (*Des perforations pleuro-bronchique sans pneumothorax, à propos de l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracocentèse. L'Union méd. N. 65—66. Gaz. des hôpitaux N. 60. Tenże: De l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracocentèse. L'Union méd. N. 92, 93, 99, 100. Gaz. hebdomad. N. 37*) utrzymuje, że w pewnej części wypadków ma miejsce samowolne przedziurawienie opłucni trzewiowej (*perforatio spontanea pleurae pulmonalis*). Podług niego opłucna trzewiowa przygotowana już jest niejako do podobnego przedziurawienia z powodu, że w przebiegu „*pleuritis*“ tkanka płucna, przylegająca do zajętej opłucni, ulega także sprawie zapalnej. Po wykonaniu zaś przekłóciu klatki, przedziurawienie opłucni przyspieszonym i ułatwionem zostaje napadami kaszlu. Brak odmy piersiowej (*pneumothorax*) nie wyklucza, podług niego, przedziurawienia; często bowiem, np. u dzieci przy „*pleuritis*“ może mieć miejsce przedziurawienie opłucni trzewiowej bez wystąpienia odmy piersiowej. Za najlepszy dowód służyć mają te przypadki, w których wykrztuszony płyn już makroskopijnie najzupełniej podobnym jest do płynu, wypuszczonego za pomocą „*thoracocentesis*“. I tak podaje on obserwacje dwóch wypadków, z plwociną białkową po przekłóciu. Jeden z wymienionych chorych wykrztuszał po „*thoracocentesis*“ plwocinę czekoladową, zupełnie podobną do tego płynu, jaki wypuszczono z jamy opłucnej. (*L'Union méd. N. 86*).

Woillez (*De l'expectoration séreuse, dite albumineuse, observée à la suite de la thoracocentèse.—L'Union méd. N. 77—78*) mniema, że przyczyną plwociny białkowej, po przekłóciu klatki piersiowej występującej, jest prócz napływu do płuc (*congestio pulmonis*) sztuczne przedziurawienie opłucnej za pomocą trójgrańca, do operacyi użytego.

Że płyn z jamy opłucnej przechodzi bezpośrednio do płuc i pojawia się w wykrztuszonej płwocinie, zatem przemawia, podług niego, bardzo znaczna ilość białka, znajdującego się w podobnej płwocinie. W czterech wypadkach zwyczajnego obrzęku płucnego (u dwóch emfyzematyków; 1 *aneurysma aortae*; 1 *pleuritis*) tylko małe ilości białka w płwocinie znajdował. Dodać tu jednak wypada, że w rzeczonych wypadkach W o i l l e z ilość białka tylko na oko oznaczał, dokładnych zaś ilościowych rozbiórów nie wykonywał.

Ojwiele ważniejsze i bardziej ściśle są prace i spostrzeżenia przeciwników dopiero co wymienionej teorii powstawania płwociny białkowej po przekłóciu klatki piersiowej.

J o h n s o n (*Clinical lecture on a case of pleurisy, The Brit. med. Journ. Oct. 25*) tłumaczy w ten sposób powstawanie płwociny białkowej po „*thoracocentesis*“. Z powodu ucisku, jaki wysięk, w jamie opłucnej zawarty, na płuca wykonywa, tworzą się w drobnych żyłach płuonych małe skrzepy. W chwili zaś kiedy wysięk usuwamy, a powietrze wchodzi na nowo do oskrzeli, oskrzelików i t. d., naczynia włosowate leżące za żyłami, skrzepami zatkanemi, muszą nadmiernie się przepełnić (*hyperaemia capillaris*), stąd koniecznie powstać musi przesiek surowiczy do oskrzeli, a więc i płwocina białkowa. J o h n s o n porównywa fakt ten z bardzo dobrze znanym faktem pojawienia się białka w moczu.

Zresztą jeszcze dokładniej zbija rzeczoną teorię Dujardin-Beaumetz (*Note sur un cas d'hydropneumothorax avec expectoration albumineuse à propos des perforations pleuro-bronchiques sans pneumothorax L'Union méd. N. 73—34. Gaz. hebdom. N. 27*). W wypadku zapalenia opłucni po zrobieniu „*thoracocentesis*“ robił dokładne rozbiory ilościowe tak płynu wypuszczonego, jak i płwociny i znalazł bardzo znaczne między nimi różnice.

1 litr płwociny = 1,0 grm. białka, 2,36 grm. mocznika.

1 litr płynu wypuszczonego = 66,88 gr. białka, 0,5 gr. moczn.

Do drugiego obozu należą również: M o u t a r d - M a r t i n (*Discussion sur les perforations pleuro-bronchiques sans pneumothorax dans l'expectoration albumineuse après la thorococentèse.—L'Union méd. N. 74.—Gaz. hebdom. N. 27*), B e s n i e r (*Contribution à l'étude de l'expectoration albumineuse, survenante à la suite de la thoracocentèse.—L'Union méd. N. 81*) i H é r a r d (*Discussion sur l'expectoration albumineuse après la thoracocentèse. L'Union méd. N. 86. Gaz. des hôp. N. 83*).

Ferrand (*La pleurésie et l'expectoration séro-albumineuse. L'Union méd. N. 97. Gaz. heb. N. 37*) podaje własną historią choroby, która może służyć za dowód nieprawdziwości poglądu Féréol'a. Cierpiał on na słabe zapalenie opłucni bez objawów znaczniejszego wysięku, a pomimo tego wypluwał przez dwa dni wyżej opisana jasna, białkowata, płwocinę.

Desnos (*Contribution à l'étude de l'expectoration albumineuse, consécutive à la thorac.*) zresztą bardzo słusznie twierdzi, że, gdyby rzeczywiście miało miejsce traumatyczne przedziurawienie opłucni, toby krwiooplucie (*hæmoptoë*) musiało zawsze mu towarzyszyć.

Béhier (*Cas de mort très-rapide après la thoracocentèse; recherches de la cause; enseignement scientifiques et pratiques qui en découlent. — L'Union méd. N. 74—75*) nakoniec, opierając się na obserwacji wypadków nagłej śmierci, nastąpniej po przekłóciu klatki piersiowej i na wykonanych oględzinach pośmiertnych, utrzymuje, że przyczyną białkowatej płwociny jest obrzęk płucny, po „*thoracocentesis*” występujący. Dochodzi w swych wnioskach jeszcze dalej i powiada, że w tych wypadkach, w których po „*thoracocentesis*” brak rzeczonoj płwociny, obrzęk płuc stać się może niebezpiecznym.

Nadmienić tu wypada i to, iż Révillout (*Revue clinique hebdomadaire. Gaz. de hôp.*) zebrał cały szereg wypadków, w których pomimo tego, że ani śladu zapalenia opłucni nie było, a chorzy jednak wykrztusiali płwocinę nadzwyczaj w białko bogatą. Miało to miejsce u trzech astmatyków, u jednego chorego z wadą serca i u jednego cierpiącego na zwykły niezbyt oskrzelowy.

Na zakończenie naszego sprawozdania o płwocinie białkowatej, po „*thoracocentesis*” występującej, wymienimy bardzo ważną pracę Dra. Julesa Drivon'a (*Expectoration albumineuse consécutive à la thoracocentèse; analyse chimique. Lyon méd. 536*), która, zdaje się, jasno i dokładnie daną kwestyę rozstrzyga. Płyn surowiczy, w jamie opłucnej znajdujący się, tak w stanie normalnym, jako też patologicznym, zawiera ciało białkowatej natury — hydro-pizynę (*hydro-pisine*). Ciało rzeczono różni się jednak od białka tem, że przez filtry, siarozanem magnezyi obłożone, nie przechodzi; białko zaś nie zostaje zatrzymanem przez rzeczonoj sól. Otóż Drivon wykonał o ile można dokładne rozbiory chemiczne jakościowe i ilościowe płwociny i płynu wypuszczonego po przekłóciu klatki piersiowej i nie znalazł nigdy w płwocinie hydro-pizyny, którą znajdywnł w wysięku opłucni.

Rozbiór ten chemiczny wykazuje więc bardzo znaczną różnicę między płynem opłucni, a płwociną.

O d m a p i e r s i o

Pneumothorax.

Heitler (*Rechtseitiger Pneumothorax und allgemeines Hautemphysem in Folge von Lungentuberculose. Wien. med. Presse. N. 42*) opisuje następujący wypadek. Mężczyzna 24 letni przybył do szpitala z rozedmą podskórną (*emphysema*) twarzy, szyi i tułowia. Rozedma rzeczona była bardziej rozwiniętą ze strony prawej, aniżeli z lewej. Już od 5 tygodni kaszlał. Przy powstawaniu rozedmy nie było wielkiej duszności. Przy badaniu znaleziono, pomiędzy innemi, nad prawą połową klatki piersiowej objawy fizyczne metaliczne i amforyczne. Chory po kilku dniach pobytu w szpitalu zmarł. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono odmę piersiową (*pneumothorax*) z prawej strony wraz z niewielką ilością płynu ropnego. Prawe płuco usiane było gruzełkami, a w zrazie średnim znajdowała się kawerna, otwarta do jamy opłucnej. Nie można jednak było znaleźć żadnej komunikacji z powszechnymi pokrywami ciała. Rodzi się zatem pytanie, na jakiej drodze mogła powstać rozedma podskórna? Heitler przyjmuje, że w tym czasie, kiedy patologicznie zmienione płuco rozpadało się w danym miejscu i dało początek jamie (*caverna*), wtedy powietrze dostało się do tkanki międzyzrazikowej i torowało sobie drogę na zewnątrz pod pokrywy powszechne. Ma to być, według Heitlera, jedyny w swoim rodzaju wypadek.

Bärensprung (*Zur operativen Behandlung des Pneumothorax. Diss. Berlin*) opierając się na całym szeregu wypadków, obserwowanych przez niego w szpitalu Charité w Berlinie, przyszedł do tego przekonania, że przekłócie klatki piersiowej (*punctio*) daleko częściej wskazanem jest w odmie piersiowej, aniżeli dotychczas sądzono, przyjmując dla jego wykonania tylko wskazanie życiowe (*indicatio vitalis*).

Z wielką skutecznością zastosować się daje rzeczona operacja w tych wypadkach, w których ciśnienie w jamie opłucnej znaczniejszem jest od atmosferycznego ciśnienia. Przyznaje jednak Bärensprung, że bardzo często trudno o tym dokładnie sądzić. Przy dość dawno istniejącej odmie piersiowej, pomimo znacznego wypuklenia, odstępów

międzyżebrowych, jednak powietrze i gazy po przekłóciu klatki piersiowej czasami na zewnątrz nie wychodzą. Przekłócie wykonać można albo bardzo wczesnie, albo dopiero wówczas, kiedy spodziewać się należy, że przedziurawiona opłucnia zamknięta już jest, co się zwykle zdarza po 3—4 dniach od powstania odmy. Rzezoną operacya najlepiej wykonać się daje za pomocą trójgrańca probierczego, w 4-ym lub 5-ym odstępzie międzyżebrowym, na zewnątrz linii sutkowej (*linea mamill.*). Gaz wypuszczać należy pod wodą. W odmie piersiowej powstałej z powodu zgorzeli płuc lub z przyczyn traumatycznych postępowanie wyczekujące jest najodpowiedniejszą metodą leczenia.

S a n n é (*Contribution à l'étude du traitement de l'hydropneumothorax par la ponction de la poitrine et les lavages de la plèvre. Gaz. hebdomad. de méd. et de chirur. N. 33*) opisuje wypadek ropo-odmy piersiowej (*pyo-pneumothorax*), powstałej najprawdopodobniej skutkiem przedziurawienia płuca emfyzematycznego. Wyleczył on swego chorego, zrobiwszy dwa przekłócia (*punctio*) z następnem rozszerzeniem otworu za pomocą „*laminarii*“ i wypłukując jamę opłucną roztworem kwasu karbolowego, do czego używał cewnika o podwójnym strumieniu (*à double courant*). Zaleca z tego powodu bardzo usilnie wykonanie przekłócia klatki piersiowej (*thoracocentesis*) tak przy ropo-odmie piersiowej, jako też i przy wodo-odmie piersiowej (*hydro-pneumothorax*).

Podobnie i Noble (*Soma particulars of treatment in a case of pneumothorax. — The Brit. med. Journ. Oct. 11*) przytacza wypadek odmy piersiowej, powstałej z zapalenia opłucni, który uleczony został za pomocą dwukrotnego przekłócia z następną aspiracją.

T e t z (*Odma piersiowa — Gazeta Lekarska T. XVI, N. 15, 16, 17 i 23*) podaje ze swęj obserwacyi trzy wypadki odmy piersiowej. Pierwszy — dotyczy 19 letniego mężczyzny z nader wyraźną odmą po stronie lewej, zawdzięczającą początek swój zserowaceniowi i rozpadowi tkanki płucnej, czyli zejściu przewlekłej sprawy zapalnej w lewém płucu. Dr. T e t z zwraca przytęm uwagę na jeden bardzo ciekawy objaw, jaki miał miejsce u rzezonego chorego. Lewy odstęp międzyżebrowy w pobliżu mostka podczas wdechu się spłaszcział, czyli zostawał na wewnątrz wciągany; przy wydechu zaś miejsce to występowało na zewnątrz w kształcie wyraźnej wypukłości, przyczém palec naciskający w chwili wydechu odbierał wrażenie, jak gdyby dotykał próżnego, a miękkiego worka. Dr T e t z tłumaczy to zjawisko w sposób następný: przepona, która zachowała swą kurczliwość, opuszczona była ku jamie brzusznej, z powodu istniejącej

odmy piersiowej; podczas wdechu zaś zstępowała jeszcze niżej, skutkiem czego, przy szczelnie zalepionym otworze w płucu, powietrze w jamie opłucnej zawarte, do pewnego stopnia rozrzedzało się, ciśnienie więc powietrza zewnętrznego musiało tём samém wypędzać na wewnątrz podatne odstępy międzyżebrowe. Podczas wydechu, rozumie się, stosunek musiał być odwrotny.

Drugi wypadek odmy, powstałej w skutek ciężkiego obrażenia (klatka piersiowa została silnie przygniecioną do ściany zsuwającą się z wozu ciężką skrzynią), odnosi się do silnego 53 letniego furmana. Na mocy danego wypadku Dr Tetz utrzymuje, że objawy odmy, zwłaszcza przedmiotowe, przy różnych przyczynach chorobe wywołujących, nie w jednakowy sposób występują. W rzeczy samej rozpoznanie odmy w tym wypadku uczyniono bardziej na zasadzie rozedmy podskórnej (*Emphysema subcutaneum*), która istniała obok złamania żeber; innych bowiem objawów odmie właściwych tu po większej części wcale nie było.

Trzeci z kolei wypadek stanowi główny przedmiot opisu Dra Tetz a. Dotyczy on dziewczynki 14 letniej przybyłej do szpitala z powodu zimnicy, połączonej z wymiotami krwawymi (*febris intermittens comitata*). Po kilku dniach pod wpływem użytej chininy w ławatywach napady zimnicy ustąpiły. Lecz za to u tejże dziewczynki wycieńczonej gorączka i utrata krwi rozwija się krupowe zapalenie płuca prawego. W kilka dni zaś, po przesileniu zapalenia płuc krupowego, powstaje przedziurawienie płuca i odma piersiowa (*pneumothorax*), a nieco później, w 4 dni, ropo-odma (*pyo-pneumothorax*). Przebieg bardzo ciężki; płynu w prawej jamie opłucnej coraz więcej. Po pewnym dość długim czasie chora zaczyna wyrzucać w znacznej ilości płynne plwociny, koloru białawego. Plwociny chora wyrzucała ciągle, ale szczególnie przy ruchach ciała. Rzeczono plwociny stają się później cuchnącemi i mają barwę zielonawo szarą. Jasną więc rzeczą jest, że nastąpiło przedziurawienie powtórne płuca, a wysięk z jamy opłucnej wydostał się w ten sposób na zewnątrz. Wkrótce potem nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Choroby płuc.

Rozedma płucna (*Emphysema pulmonum*).

Immermann (*Zur physikalischen Diagnose des chronischen Lungenemphysems. Corresp. Blatt f. Schweiz. Aerzte N. 1*) zwraca uwa-

gę na to, że objawy charakterystycznie dla rozedmy, jak obniżenie granic płucnych i zmniejszenie ruchów oddechowych płuc, mogą przytrafić się i w niektórych innych stanach chorobnych, a mianowicie:

1) przy „*asthma nervos*“, zawisłej albo od skurczu mięśni oskrzelowych, albo, co rzadziej się zdarza, od skurczu przepony.

2) przy zapaleniu najdrobniejszych oskrzelików (*Bronchitis capillaris*):

Oba jednak wymienione tu stany chorobne tém się różnią od rozedmy płucnej, że nie są stałemi lecz przechodniemi.

3) przy niezwyklej wielkości płuc (*excessus naturae*). Sprężystość tkanki płucnej w tym razie jest najzupełniej zachowaną, a więc i ruchy oddechowe płuc nie są utrudnione.

Gerhardt (*Die Behandlung des Lungenemphysems durch mechanische Beförderung der Expiration. Berl. Klin. Wochenschr. N. 3*) w celu ułatwienia aktu wydechania u emfyzematyków radzi, zamiast wydechać do powietrza rozrzedzonego, wzmacniać wydech przez uciskanie klatki piersiowej i brzucha za pomocą rąk. Dwóch cierpiących na rozedmę płucną leczył w ten sposób (2—3 razy dziennie po 20—30 oddechów). U jednego i drugiego nastąpiła znaczna poprawa, a nawet i powiększenie objętości życiowej płuc. U obu chorych pojawiły się wkrótce, na pewien czas, krwotoki oskrzelowe, a u drugiego chorego, oprócz tego zawroty głowy i drgawki w mięśniach twarzy.

Mówiąc o rozedmie płuc, wypada mi tu wspomnieć, że ostatniemi czasy, począwszy od Haukego, zaczęto rzeczono cierpienie leczyć miejscowo za pomocą odpowiednich pneumatycznych przyrządów, o czem obszerniej wyżej w części ogólnej była mowa.

Rozdarcie tkanki płucnej.

Nelson (*Case of rupture of the lung with haemothorax*) opisuje wypadek, w którym za życia rozpoznąćby można rozdarcie tkanki płucnej i powstało stąd wylanie krwi do jamy opłucnej (*haemothorax*), pomimo tego, że nie było żadnego zewnętrznego obrażenia. Czterdziestoletni artylerzysta wpadł do dołu i ziemią zasypany został. Po pół godziny odkopano go. Pierwszego zaraz dnia pojawiła się u niego duszność nie zbyt wysokiego stopnia i objawy nieżyty oskrzelowego. W 48 godzin po opisanym wypadku duszność znacznie się wzmożyła, przy czem nastąpił upadek sił. Przy obiektywném badaniu znalazio-

no stopieniu po całej prawej stronie klatki piersiowej, a przy tem szmeru oddechowego nie było słychać. Nieco później plwocina stała się krwawa. W 10 dni po wypadku chory umarł. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono 75 uncyj płynnej, czarnej krwi w prawej jamie opłucnej, a na opłucnej trzewiowej (*pleura pulmonalis*), pokrywającej średni zraz prawego płuca widzieć można było rozdarcie, 1½ cala mające.

Z a p a l e n i e p ł u c

Pneumonia.

Friedländer (*Untersuchungen über Lungenentzündung nebst Bemerkungen über das normale Lungenepithel. Berlin*) korzystając z odkrycia Traubego, że zapalenie płuc nieżytowe powstać może po przecięciu nerwu błędnego, poczynił liczne doświadczenia w tym kierunku. Przecinał on u królików nerw błędny i badał następnie płuca w różnych okresach dla wyjaśnienia histogenezy zapalenia płuc.

W okresie pierwszym takowego zapalenia płuc (*vagus-pneumonia*), t. j. u zwierząt zabitych w 6 godzin po przecięciu nerwu błędnego, znalazł Friedländer w płucach miejsca ciemne, bozpowietrzne. Makroskopijnie zdawało się, że miejsca te wypełnione są płynem czerwonawym; pod drobnowidzem zaś przekonał się, że to jest zbiór okrągłych ziarnistych komórek (0,009—0,021 mm. średnicy), które miejscami wypełniają zraziki płucne zamiast nabłonka. Jest to tak zwany napeczniały nabłonek, jaki Colberg opisał przy zapaleniu płuc nieżytowém. Też same komórki znalazł Friedländer w obrzuku płuc sztucznie sprowadzonym za pomocą ucisku aorty zstępującej; w płucach zdrowych tylko wówczas, gdy one leżały we wodzie, lub jeżeli wstrzyknięto do nich płyn wodnisty. Nigdy zaś nie znajdował rzeczonych komórek w płucach normalnych, jeżeli one przed badaniem w wysoku leżały. Stąd wyprowadza wniosek, że napeczniały nabłonek zrazików płucnych tam powstaje, gdzie zraziki wodą zamiast powietrzem się wypełniają. A więc zmiany właściwe pierwszemu okresowi przy „*vagus pneumonia*” przypisać należy wyłącznie sprawie przesiękowej (*transsudatio*), a nie zapalnej.

Zupełnie inny obraz przedstawia się w późniejszych okresach rzeczonej „*vagus-pneumonia*”. W dziewięć godzin po przecięciu nerwu błędnego znajdował nagromadzenie białych ciałek krwi w małych naczynkach miększu płucnego, w tkance łącznej międzyzrazikowej i w samych zrazikach. Kulisty napeczniały nabłonek widział je-

dnocześnie w rozpadzie, często jednak i normalny płaski nabłonek wypełniał zraziki. Sam więc nabłonek nie przyjmuje udziału w rzeczonyj sprawie patologicznej; komórki tylko limfoidalne główną tu i jedyną rolę odgrywają. Analogię tego u człowieka znajdujemy w zapaleniu płuc nieżytowém u dzieci.

Oprócz tego występuje *Friedländer* przeciwko niektórym twierdzeniom *Buhla*. I tak: nie, podług niego, nie przemawia za tём, by nabłonek płucny identycznym, był z „*endothelium*“ naczyń limfatycznych; przy zapaleniu płuc nieżytowém ciała limfatyczne nie pochodzą z drobnych oskrzeli, jak chce *Buhl*, ale z naczyń samego miąższu płucnego.

Sturges (*The pathology of the pneumonic lung. Brit. and. for. med. chirurg. Rec. April*) zwraca uwagę na fakt (dość znany), że bardzo często kliniczne objawy zapalenia płuc nie odpowiadają zmianom anatomo-patologicznym. Wiele bowiem bywa wypadków pierwotnych i wtórnych form zapalenia płuc, przy których objawy gorączki, plwociny rdzawej i t. d. nie występują wcale.

Cornil (*Allérations des fibres élastiques du poumon. Gaz. méd. de Paris N. 14*) znalazł w płucu sprawą nieżytową zajętom (*infiltratio*) oprócz mnóstwa komórek ropnych, nabłonkowych i kulek tłuszczowych w zrazikach, jeszcze włókna sprężyste w tkance łącznej międzyzrazikowej, odznaczające się szczególniejszemi własnościami. Włókna rzeczone były niezmiernie szerokie, szkliste, bardzo przeświecające, miały nierregularne poprzeczne szczeliny i dały się bardzo łatwo łamać na drobne cząsteczki. Pierwszy raz dopiero widzi *Cornil* podobne zmiany w płucach i porównywa je do ateromatycznego przedrodzenia tkanki sprężystej w naczyniach.

Moxon (*Acute interstitial pneumonia or purulent inflammation of the lymphatics of the lung.—Transact. of the Path. Soc. XXIV*) znalazł przy oględzinach pośmiertnych u kobiety, zmarłej podług rozpoznania za życia stawianego na „*Bronchitis*“, następne ciekawe zmiany w płucach: Zrazy górno obu płuc zajęte były zmianami właściwemi dla wczesnego okresu zapalenia płuc. Pod opłucnią, szczególniej ze strony lewój, zauważyć można było siatkę złożoną ze żółtych linii. Na przekroju płuc widzieć można było, że mnóstwo zrazików jest odgraniczonych za pomocą takichże żółtych paseczków. Gruczoły przy korzoniu płuc mocno były stwardniałe. Drobnowidzowe badanie przekonało, że naczynia limfatyczne międzyzrazikowe przepelnione są ropą. Sprawa więc patologiczna, o której mowa, jest „*Lymphagitis interstitialis*“, powstała z podrażnienia pleurytycznego. *Moxon* przy

puszcza nawet, że niniejsza sprawa chorobna stoi w związku z dawniejszem cierpieniem gruźliow.

P u r s e r (*Pneumonia of lower lobe of left lung; meningitis. Dubl. Journ. of med. Sc. Decemb.*) przytacza wypadek nagłej śmierci, która miała miejsce u 52 letniego mężczyzny, na zapalenie płuc cierpiącego. Siódmego dnia choroby, pod wieczór, nagle wpadł w śpiączkę, a nazajutrz rano umarł. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono oprócz zapalenia płuc świeże zapalenie opon mózgowych ropne (*Meningitis suppur.*), szczególnie na wypukłości przodnych. Jest to powikłanie bardzo rzadko przytrafiające się przy zapaleniu płuc, a zresztą godnym uwagi jest niesłychanie szybki rozwój rzeczonego zapalenia opon.

Co się tyczy kwestyi leczenia zapaleń płuc, to kilka mamy prac z tego roku, starających się ogólne podać zasady i wskazania. Podług J ü r g e n s e n a (*Grundsätze für die Behandlung der croupösen Pneumonie.—Sammlung Klin. Vortr. N. 45*) największa liczba chorych na zapalenie płuc umiera tylko z powodu porażenia serca. Twierdzenie powyższe autor popiera następującemi dowodami:

1) Wysięk krupowy wywołuje zwiększenie oporu w małym krążeniu, skutkiem czego praca prawej komórki sercowej zwiększyć się musi.

2) Zmiany wywołane zapaleniem w płucach i dokoła nich zmniejszają sumę sił, ułatwiających krążenie w warunkach normalnych. Część płuca zajęta wysiękiem nie może zwiększać i zmniejszać swój objętości, a mimo to działa na nią pewna część siły mięśni oddechowych; tym sposobem ginie ta część siły, która mogłaby być użytą do poparcia krążenia. Ból kłójący przy zapaleniu opłucnej zmusza chorego do powierzchownego oddechania, stan zaś ogólny wymaga szybkiego i głębokiego oddechu. Te i tym podobne warunki zwiększają pracę mięśni oddechowych, co w następstwie wymaga energiczniejszego działania serca.

3) Z powodu obecności wysięku, powierzchnia, na której krew i powietrze stykają się, znacznie jest zmniejszoną, a więc siła, która pędzi krew przez naczynia musi się powiększyć, jeżeli wymiana gazów ma być dostateczną.

4) Zresztą gorączka wywołuje zwiększoną pracę serca, uszkadzając go jednocześnie.

Widzimy zatem, że wszystkie szkodliwości odnoszą się ostatecznie do porażenia serca.

Głównym więc zadaniem lekarza przy zapaleniu płuc krupowóm powinno być: postawienie serca w możności zado-

syęuczynienia wymagalnemu zwiększeniu jego czynności, co da się wypełnić leczeniem zapobiegawczym (*prophylaxis*) i zwalczaniem już istniejącej osłabionej czynności serca.

Zapobiegamy porażeniu serca, zwalczając gorączkę. Natężenie gorączki w zapaleniu krupowém płuc oceniać należy bardziej podług tętna, aniżeli ciepłoty. Zwalczyć zaś możemy najlepiej gorączkę u osób, zapaleniu płuc podległych, za pomocą zimnych kąpieli. Dla uniknięcia jednak zapaści (*collapsus*) należy jednocześnie podawać środki pobudzające. Obok kąpieli używa nadto Jürgensen i chininę w dużych dawkach, jak 2,0 gram wieczorem. Dla zwalczenia osłabienia serca i jego następstw (*collapsus — oedema pulmon.*) stosować należy środki pobudzające, jak mocne wino, emulsję kamforową, piżmo, wino szampańskie i t. d. Okres wyzdrowiania stara się skrócić, podając chorym wino i żelazo. Jeżeli wessanie wysięku opóźnia się, to podaje *Ol. Therebinthinæ*, a mianowicie sześć razy dziennie po 12 kropel. O ile ten sposób postępowania jest skutecznym i zbawiennym stara się Jürgensen wykazać za pomocą danych statystycznych.

Fisner (*Die Resultate der Kaltwasserbehandlung bei der acuten croupösen Pneumonie in Baseler Spitale von Mitte 1867 bis Mitte 1871. Deutsches Arch. f. Klin. Medic. XI, Z. 4, 5*) w dość obszerniej pracy liczbami przekonywa, że leczenie zapalenia płuc za pomocą zimnych kąpieli jest wielkiej wagi, śmiertelność bowiem chorych od czasu wprowadzenia téj metody znacznie bardzo się zmniejszyła.

Waters (*Abstract of a clinical lecture on pneumonia. The Brit. med. Journ. June 21*) miał 77 chorych z zapaleniem krupowem płuc, których leczył tylko posiłną dyetą i wczesnem podawaniem wyskoku. Tylko dwa wypadki z tych śmiertelnie się zakończyły. Przecięciowo choroba trwała $11\frac{1}{3}$ dni.

Sée (*Des différentes modes de traitement de la pneumonie. L'Union méd. Avril-Août*) rozróżnia cztery metody leczenia zapalenia krupowego płuc: 1) metodę wyczekującą (*methodus expectativa*), 2) za pomocą krwi upustu (*venaesectio*), 3) za pomocą środków na serce działających (*Digitalis, Tartar. stibiat* i *Veratrum*) i 4) za pomocą wyskoku. Śmiertelność przy użyciu metody wyczekującej stosownie do wielu chorych rozmaicie się zachowuje; najmniejszą bowiem jest u dzieci, u starców zaś do 50 p. Ct. dochodzi.

Naparstnica (*Digitalis*) obniża ciepłotę ciała (z 40°C. na 39 lub 38,5°C.), nie skraca jednak przebiegu choroby. Poleca ją przeważnie w zapaleniu płuc u pijaków przy jednoczesnem użyciu wina i t. d.

Tartarus stibiatus odrzuca najzupełniej, gdyż, podług niego, środek ten żadnych korzyści nie przynosi, a łatwo bardzo zapaść (*collapsus*) spowodować może. Za najlepszy antypyretyczny środek uważa weryatrynę, która bardzo szybko zmniejsza gorączkę i częstość tętna. Wyskok obniża także ciepłotę ciała i ma jeszcze tę ważną własność, że zwalnia utlenianie (*oxydatio*) w organizmie, a więc dłużej chorego przy siłach utrzymuje. Wskazany jest wyskok: 1) w zapaleniu płuc, któremu obłęd opilecy (*Alkohol—Delirium*) towarzyszy i 2) przy zapaleniu płuc z charakterem adynamicznym, tyfusowym, szczególnie wówczas, kiedy ciepłota ciała przy tém bardzo wysoka jest.

Macnaughton Jones (*Remarks on nitrate of potash in acute pneumonia. Dubl. Journ. of méd. Sc. July*) przytacza cztery wypadki zapalenia płuc, gdzie azotan potażu (*Kali nitricum* 10—15 gr. co 3 godziny) znakomicie wpłynął na uśmierzenie gorączki. Wypadki rzeczony miały przebieg bardzo szybki i pomyślnie się zakończyły.

Hummel (*Zur Behandlung der Pneumonie. Wien, med. Presse N. 7 i 8*) zarzuca metodzie podanej przez Jürgensena wielką niedogodność i niemożebność w wykonaniu, szczególnie to się odnosi do lekarzy praktykujących na prowincyi. Zresztą rzeczony sposób leczenia jest bardzo kosztownym. Poleca zaś jako najlepsze „*antipyreticum*“ przy zapaleniu płuc chloran potażu (*Kali chloricum*) w połączeniu ze środkiem kojącym (*narcoticum*) np. *aqua amygd. amar.*

Przeciwno Jürgenseniowi również powstaje i Hermann (*Zur Behandlung der Pneumie. Allg. med. Zeit. N. 46—52*), który utrzymuje, że statystyka przez Jürgensena podana, niczego nie dowodzi; ta bowiem zależy jest od rozlicznych momentów. Zresztą twierdzenia swe opiera na obliczeniach statystycznych, które zebrał z lat kilku, a mianowicie od 1866 do 1872 r. W tymże samym roku ukazały się jeszcze dwie prace, zajmujące się rozlicznymi momentami statystycznymi odnośnie do zapalenia płuc krupowego: autorem jednej jest Schramm (*Ueber Lungenentzündung.—Bairl. ärztl. Intell.-Bl. 40 i 41*), drugiej—Schlesinger (*Zur Statistik der genuiner fibrösen Pneumonie. Diss. Berlin*).

Szczepański (*Pneumonia biliosa Przegląd lekarski N. 20*) opisuje siedm wypadków *pneumoniae biliosae* i utrzymuje, że żółtačka przy zapaleniu płuc jest tylko następstwem niezytu żóładko dwunastnicowego (*Gastroduodenitis catarr.*).

Bruzelius (*Om pneumonia migrans. Hygiea*) obserwował kilka wypadków zapalenia płuc przy ostrym gościec stawowym i przekonał się, że takowe miały wiele podobieństwa do reumatyzmu.

Z g o r z e l p ł u c.

Lancereaux (*Sur un cas de gangrène pulmonaire suivie de mort par septicémie*) przytacza niezmiernie ciekawy wypadek zgorzeli płucnej, który rzuca pod pewnym względem światło na istotę rzeczowego cierpienia. Mężczyzna, 21 lat mający, skarży się na kolki w prawym boku, na kaszel i zwraca uwagę na to, że płwocina jego niezmiernie cuchnie. Badanie obiektywne wykazało zgęszczenie (*condensatio*) w dolnym płacie prawego płuca i tworzące się tamże jamy (*cavernae*). Często odtąd powtarzały się krwotoki płucne, poczem gorączka się wzmogła i wystąpiły objawy „*septicaemiae*“, a wkrótce śmierć. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono zgorzel, zajmującą większą część dolnego zraza prawego płuca, pozostała część tego płata zajęta była zapaleniem płuc międzyzrazikowym (*pneumonia interstitialis*). Lancereaux utrzymuje, że z powodu krwioplucia, czyli rozdarcia naczyń krwionośnych, substancja zakaźna, zgorzelinowa dostała się wprost do krwi i wywołała septycemię i śmierć.

Pod drobnowidzem znaleziono w płynie zgorzelinowym poruszające się kuleczki i bakterye; we krwi—poruszające się i nieporuszające się kuleczki. Jedna kropla takowej krwi, zastrzyknięta podskórnice, zabiła królika w 24 godzin. We krwi zaś tego królika zauważyć było można pod drobnowidzem ogromne mnóstwo owych ruchliwych i nieruchliwych kuleczek, oraz kilka bakteryj. Krew królika tego zastrzyknięto wielu jeszcze zwierzętom; w najmniejszych ilościach ($\frac{1}{1000}$ — $\frac{1}{1,000,000}$ część kropli) okazała się niezmiernie trującą.

S u c h o t y p ł u c n e i g r u ż l i c a.

Aufrecht (*Die chronische Bronchopneumonie (Lungenschwindsucht) und die Granulie (Tuberculose). Magdeburg*) utrzymuje, że w największej liczbie wypadków przewlecznych suchot (*phthisis*) płuca są wolne zupełnie od gruzelków, a tylko wierzchołki ich mają „bronchopneumoniczne“ ogniska. Wypadki takie mogą wikłać się z gruźlicą. Aufrecht przeczy twierdzeniu Niemeyer'a, i utrzymuje, że krwioplucie nie jest momentem przyczynowym suchot płu-

nych; uważa bowiem krwioplucie jako następstwo sprawy patologicznej w płucach (*bronchopneumonia*). Zgadza się jednak, że bywają czasem wypadki, w których wylana krew do płuc (*haemoptoë*) może być powodem do bronchopneumonii; ma to miejsce wówczas, kiedy krew długo pozostaje szczególnie w dolnych płatach płucnych i kiedy jednocześnie ruchy płuc są utrudnione z powodu zrostów opłucnej z klatką piersiową.

Zejsście przy „*bronchopneumoni*” bywa albo pomyślne, co zdarza się w mniejszej liczbie wypadków, albo niepomyślne, a to z następujących powodów: 1) przez przyłączenie się gruźlicy prosówkowej (*granulie*), 2) przez powstanie suchot galopujących (trwa 1—3 miesiące) i 3) najczęściej przez ciągle szerzenie się sprawy patologicznej—ten przebieg trwać może 40—50 lat.

Odnosnie do leczenia zaleca A u f r e c h t w pierwszych okresach „*bronchopneumoni*” żelazo podawać, szczególnie dziewczynkom. Radzi nadto, by zajęto się poprawą wychowania i przebywania młodzieży w szkołach.

Wilson Fox (*Discussion on the anatomical relation of pulmonary phthisis to tubercle of the lung. Transact. of the path. Soc. XXIV*) w dłuższej rozprawie mianej na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego londyńskiego dowodzi, że wszystkie formy suchot płucnych mają za punkt wyjścia jedną i tę samą sprawę patologiczną, a mianowicie tę sprawę, którą my gruźką zowiemy.

W tymże roku ukazała się u nas obszerna praca Dra T. Heringa (*O stosunku gruźlicy do zapalenia*). Rozprawa konkursowa uwięziona nagrodą imienia Dra Helbicha. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego. 1873), mająca za przedmiot wyjaśnienie stosunku gruźlicy do zapalenia. Poszukiwania Dr Heringa są po części doświadczenia, po części zaś badania drobnowidzowe. Ośmdziesięciu dwóm zwierzętom zaszczerpił gruźkę i serowate materye, tak w stanie świeżym będące, jakoteż z wysokoku wyjęte. Do zaszczerpienia używał także i substancyj obojętnych, jak: papier, wata, kauczuk i t. d. Ze swych licznych doświadczeń przyszedł, między innymi, do tego wyniku, że gruźlicę prosówkową wywołać można nie tylko przez szczepienie gruźeków, ale i za pomocą innych niegruźliczych substancyj. Nie należy zatem poczytywać gruźlicy za chorobę swoistozakaźną, czyli innymi słowy, specyficzność gruźlicy w znaczeniu Villemin'a nie istnieje.

Wprowadzenie gruźeków do żołądka zwierząt (sześć doświadczeń) wydało rezultat przeczący (negatywny).

W badaniach swych drobnowidzowych zwrócił szczególną uwagę na t. z. olbrzymie komórki (*Riesenzellen*). Zauważył takowe nie tylko w gruzelkach prosówkowych u człowieka, ale i w gruzelkach, powstałych po zaszczerpieniu u zwierząt. Jednakże ani u człowieka, ani u zwierząt nie znajdował ich zawsze stale. Już ta jedna okoliczność przemawia za tém, że komórki olbrzymie nie są żadnymi tworamiami swoistymi dla gruzelków tylko. Że tak jest, mógł się autor najdowodniej przekonać; znajdował bowiem także same olbrzymie komórki i w innych tkankach, nie mających nie wspólnego z gruzelkami. Na mocy swych poszukiwań wnioskuje Dr Hering, że tak zwane komórki olbrzymie są najprawdopodobniej przecięciami naczyń limfatycznych.

Co się tyczy gruzelków prosówkowych, to odróżnia Dr Hering dwie formy: gruzelkę nabłonkową i siatkową. Obie formy są następstwem bujania pierwiastków morfologicznych, przeważnie endoteloidalnych i cechują się głównie postacią swą ograniczoną i jednoczesnem licznem pojawieniem się. Obie formy, podług niego, powstają na drodze zapalnej; są to więc drobne ogniska zapalenia twórczego.

Gruzelkę nabłonkową stosunkowo w krótkim bardzo czasie dochodzi do zupełnego rozwoju; umiejscawia się zwykle na powierzchni błon surowicznych mało zmienionych; poprzedzany i wywołany zwykle bywa sprawami zapalnymi. Tę formę nazywa Hering zapaleniem gruźliczem. Pojawia się ona miejscowo bez żadnej generalizacji, np. na opłucni jednej połowy klatki piersiowej (*pleuritis tuberculosa*), bez śladu obecności ogniska serowatego, bez żadnych znaków zakażenia.

Forma druga gruzelka—siatkowa— umiejscawia się w narządach mięszszowych, silnie zmienionych długotrwałem, poprzednio istniejącem zapaleniem. W większości przypadków wywołaną bywa skutkiem zakażenia wytworami serowatemi, w któremkolwiek bądź miejscu złożonemi. Tę postać nazywa autor zapaleniem gruźliczem natury zakaźnej. Materiałem zakażającym najczęściej bywają massy serowate, jakkolwiek i wytwory rozpadowe wrzodów długotrwałych zdają się posiadać zakaźne własności. Dowodzi tego np. występowanie gruźlicy płuc po zagojeniu przetok odbytnicowych.

Sommerbrodt (*Ueber die Abhängigkeit phthisischer Lungenkrankungen von primären Kehlkopfaffectioren*, Arch. f. exper. path. u. Pharm. I Z. 3) przekonał się za pomocą doświadczeń na

zwierzętach, że suchoty płucne mogą zależeć od pierwotnego cierpienia krtani.

Królikom przeciągał cienkie druciki żelazne przez górną część tchawicy lub przez krtani dla wywołania przewlekłego owrzodzenia tych narządów. Zwierzęta żyły po 4—10 tygodni po takiej operacji, przyczem chudły znacznie i zostawały zabite. Prócz owrzodzeń w tchawicy i krtani, sięgających aż do warstwy chrząstkowej, znajdował stale bardzo charakterystyczne zmiany w mięszu płuc, a mianowicie: zropienie tkanki łącznej otaczającej oskrzela (*peribronchitis suppurativa*), nacieńczenie ropne w przegrodach międzypęcherzykowych, zluszczenie i nagromadzenie się komórek nabłonkowych w odpowiednich pęcherzykach płucnych. Zmiany te miały miejsce na większej lub mniejszej przestrzeni i powodowały albo zrazowe, albo zrazikowe tylko zgęszczenie mięszu płuc. Na mocy więc tych danych dochodzi Sommerbrodt do wniosku, że suchoty płucne mogą powstać skutkiem cierpienia krtani.

Teissier (*Des hémorrhagies bronchiques envisagées dans leurs rapports avec la phthisie pulmonaire. Observation d'hémoptysie par cause traumatique ayant occasionné la phthisie. Lyon méd. N. 1*) utrzymuje, że krwotoki płucne mogą spowodować suchoty płucne. Przyznaje wszelako, że to zdarza się bardzo rzadko, i że w takim razie, być może, obecną jest odpowiednia diateza. Na dowód swego twierdzenia przytacza trzy wypadki, w których u zdrowych poprzednio osób rozwinęły się suchoty płucne po krwotoku. Krwotok zaś płucny powodowany był w jednym wypadku hemofilią, w drugim—silnym i długim marszem, w trzecim—traumą. Tego samego zupełnie zdania trzyma się i podobne przykłady przytacza Magee Finny (*Pulmonary hemorrhage a cause of consumption. Dubl. Journ. of med. Sc. May*).

Odnośnie do pojęcia samej istoty suchot płucnych mamy w tym roku dwie prace, a przytém dwie dziwne hipotezy.

Springmühl (*Die Ursache der chronischen Lungenschwindsucht. Diss. Berlin*) przypuszcza, że istota suchot polega na obecności niestosunkowego nadmiaru tlenu nad materiałem palnym w organizmie. Każdy zatém moment, ułatwiający przyjęcie tlenu, a utrudniający jednocześnie przyjęcie pożywienia przyspiesza suchoty. Przeciwnie zupełnie zachowuje się klimat wysoki, a mianowicie z powodu tego, że mniej dostarcza tlenu, a powiększa jednocześnie łaknienie.

Jeszcze bardziej dziwną wypowiedzią hypotezę Do bell (*Das eigentliche erste Stadium der Lungenschwindsucht*. tłum. na niemiecki v. Baudlin. Bazylea). Podług niego podstawą suchot ma być niedostateczne funkcyonowanie gruczołu trzustkowego (*pancreas*) (?). Tem tłumaczy utratę tłuszczu u suchotników, stąd upadek sił i t. d. Głównym zadaniem więc lekarza powinno być przywrócenie do normy funkcyi gruczołu trzustkowego, ku czemu ma służyć ruch na zimnym powietrzu (?) i t. d. Podawać radzi jednocześnie tłuszcze strawne, jak tran. Chininę poleca z tego względu, że dobrze wpływa na sprawę trawienia. Żelazo, podług niego, jest przeciwwskazaniem.

Przejrzymy pokrótce prace, zajmujące się kwestyą leczenia suchot płucnych.

Souplet, jak już wyżej wzmiankowaliśmy zachwala bardzo, szczególnie w początkowych okresach suchot płucnych, użycie kąpieli ciepłych (patrz część ogólna).

Mosler (*Ueber locale Behandlung von Lungencavernen. Berl. Klinisch. Wochensh. N. 43*), wychodząc z téj zasady, że zawartość serowata w jamach suchotniczych, płucnych działa zakaźająco na organizm, radzi usuwać ją za pomocą operacyi chirurgicznój. Jamy, blisko powierzchni klatki piersiowój leżące, przekłówa, a kaniulkę pozostawia w ranie, by ropa ciągle mogła swobodnie odpływać. W razie potrzeby wstrzykuje przez tę samą kaniulkę do jam środki przeciwnilne. Mosler przytacza kilka wypadków podobnego postępowania ze skutkiem pomyślnym.

Berkart („*Rest“ in the treatment of consumption.—Lancet.*) po długich wywodach teoretycznych, przychodzi do wniosku, że w suchotach starać się należy o ile możności, by płuca w spokoju pozostawały. Poleca z tego powodu chorym swoim unikanie rozmowy, a na klatkę piersiową nakłada plastry. Tegoż samego zdania jest Crea (patrz wyżej w części ogólnój) i Do bell (*On the importance and dangers of rest in pulmonary consumption. Brit. med. Journ. Nov. 22*). Ten ostatni podaje przytem różne uwagi i zaleca wielką ostrożność przy rzeczonym sposobie leczenia.

Petit (*Du chlorhydro-phosphate de chaux. Gaz. des hôp. N. 110*) na mocy obserwacyi zebranych w 15 wypadkach suchot płucnych, nie zbyt daleko posuniętych, zachwala bardzo użycie fosforanu wapna rozpuszczonego w kwasie solnym (*Solution Coirre*). Środek rzeczony ma znakomicie poprawiać łaknienie, a kaszel, gorączkę i poty wyraźnie zmniejszać. Kwas solny polepsza w tym razie trawienie, a fos-

foran wapna służy do odżywienia ciała, a być może przyczynia się do skredowacenia gruźleńców.

Za użyciem fosforanu wapna obojętnego (5—10 grm dziennie) przemawia Mouchut (*Tuberculose chez une jeune fille: emploi du phosphate de chaux; guérison. L'Union méd. N. 149.*)

Przeciwno uporczywym wymiotom, zdarzającym się bardzo często u suchotników szczególniej po jedzeniu, a zależnym od zbytnej pobudliwości błony śluzowej gardzieli, radzi Woillez (*Moyen simple d'arrêter les vomissement Bull. génér. de thérap. 15 Nov.*) tuzzować gardziel stężonym roztworem bromku potasu (1 część *Kali bromati* na 2 części wody).

Fräntzel (*Ueber den inneren Gebrauch von Atropinum sulphuricum bei profusen Schweissen Virch. Archiv. T. 58*) chwali bardzo małe dawki atropiny przeciw potom obfitym, szczególniej u suchotników. Dawka każda wynosi 0,0006—0,0012. Przepisywać można podług następnjej formuły: Rp. *Atrop. sulphur. 0,006, Extr. Gentian. q. s. ut. f. pil. N. 10*, jedną lub dwie pigułki zażyć na noc.

Brunn (*Ueber die Neigung des Phtisikers zu Erkältung.—Memorabil N. 4*) utrzymuje, że skłonność suchotników do zaziębnienia zawisła jest od następnjej okoliczności: podczas gorączki hektycznej naczynia skórne ulegają rozszerzeniu i pozostają w tym stanie nawet po obniżeniu ciepłoty ciała, stąd powstaje oziębienie krwi, co pociąga za sobą nieżyty w narządach wewnętrznych. Z tego wyprowadza wniosek, mający wielką wagę przy leczeniu suchotników, że u osób, rzeczonemu cierpieniu podległych, należy starać się, między innemi, o poprawę i wyrównanie funkcyi skórnej, a to za pomocą zimnych wycierań skóry, zimnych kąpeli i natrysków (*douche*).

W części ogólnej mówiliśmy już o miejscowem leczeniu chorób piersiowych, a więc i suchot płucnych, za pomocą odpowiednich tak zwanych pneumatycznych przyrządów; tam również przytoczyliśmy prace, zajmujące się rozbiorem działania i skuteczności tych przyrządów. W tym miejscu wspomnieć nam tylko wypada o pracy Globig'a (*Ueber den Einfluss der Luftdichtigkeit auf Lungenschwindsucht.—Diss. Berlin*). Podług niego, wpływ rozrzedzonego powietrza (miejscowości wysoko położone) polega na tém, że powoduje większe napełnienie krwią naczyń płucnych, co chroni od zaziębnień; zgęszczone zaś powietrze zbawiennie wpływa na choroby płucne, przez to, że zmniejsza przekrwienie i nieżyty.

N e r w i c e .

Neuroses.

K u r c z o s k r z e l i

(Asthma bronchiale).

Berkart (*On the nature of the so-called bronchial asthma. Brit. med. Journ. Nov. 8*) powstaje stanowczo przeciw nerwowej naturze kurczu oskrzeli. Polega on, podług autora, zawsze na utracie sprężystości płuc, powodowanej rozedmą. Przyczynami kurczu bywają tedy nieżyty, wpływ drażniących substancyj i t. d.

Williams (*Clinical lectures on spasmodic asthma. Lancet. Sept. 6 and Oct. 11. Tenże Three cases of spasmodic asthma treated by chloral. Lancet. Oct. 25*) porządkuje w następujący sposób przyczyny kurczu oskrzeli: 1) Miejscowe: pył, drażniące substancje roślinne, gazy, odór pewnych zwierząt, wpływy klimatyczne, a najczęściej nieżyt oskrzeli. 2) Przyczyny ogólne: a) ze strony systemu nerwowego: wpływy psychiczne, odruchy z kiszek (zaparcie stolca) lub z narządu płciowego (miesiączka); b) ze strony krwi: podagra, syphilis, choroby skórne (*Urticaria, Ekczema*); c) dziedziczność. Za istotę choroby uważa on kurcz oskrzelowych mięśni, powodowany bądź bezpośrednim bodźcem, bądź drogą odruchu; część jednak wypadków jest rzeczywiście pochodzenia nerwowego. We względie leczenia zgadza się Williams z innemi, że powietrze ludnych miast lepsze jest dla astmatyków od morskiego i wiejskiego. Ze środków lekarskich przeciwko czysto nerwowym wypadkom zaleca pobudzające: jak eter, kawę, wyskok, osobliwie azotan amylu (*Amylnitrit*), i przeciwkurczowe: *Stramonium, Lobelia, Chloroform*, szczególnież zaś chloral.

Haring (*Ueber Bronchialasthma. Diss. Halle*) przychodzi do wniosku, że kurcz oskrzeli lub przepony nie wystarcza do wyjaśnienia wszystkich objawów astmy, i że do tego najlepiej udaje się przyjęcie nieżyty ostrego (*catarrh. acutissimus*) oskrzelików, warunkowanego, być może, porażeniem wazomotoryjnych nerwów małych naczyń tkanki płucnej.

Therowgood (*On bronchial asthma; its nature, forms and treatment 2 ed.*) oprócz astmy, powodowanej zmianami tkanki płucnej (*Emphysema*), przyjmuje formę zależną od porażenia mięśni oskrzelowych.

Kitchen (*Nitrite of amyl in the treatment of spasmodic asthma and acute bronchitis. Americ. Journ. of insanity. Oct. 6*) zaleca wdychanie azotanu amylu (*Amylnitrit. 5—10—14 kropli*) przeciw napadom astmatycznym, oraz przeciw „*bronchitis*“ z silnemi napadami kaszlu.

Pierantoni (*Preparati di ferro nell' asthma. Il Raccoglit. med. N. 23*) opierając się na wypadku, w którym kobieta anemiczna nagle napadów astmatycznych dostawała, za istotę choroby uważa bezkrwistość, w następstwie której nagromadzony kwas węglany we krwi drażni zakończenia nerwu błędnego, i tym sposobem powodowała kurcz mięśni oskrzelowych. Poleca przeto w podobnych wypadkach żelazo, oprócz wdychań amoniaku, stosowanych w razie napadu

K o k l u s z.

Letzerich (*Ueber die Lungennymyose beim Keuchhusten. Virch. Archiv. Tom 57*), jak wiadomo, już w r. 1869 ogłosił pracę, w której wykazuje, że przyczyną kokluszki jest grzybek. Twierdzenie swoje poparł doświadczeniami na zwierzętach. I dla dyfterytu przyjmuje Letzerich jako patogenetyczny moment pewien gatunek grzybka. Otóż obecnie autor stara się wykazać, jakie między temi dwoma grzybkami zachodzą różnice. Oba łatwo są przenośne na ludzi zdrowych, i to nawet za pomocą wysuszonego śluzu, zawierającego te pasożyty.

Grzybek kokluszowy nie niszczy tkanek; rozszerza się tylko po powierzchni błony śluzowej nagłośni, krtani i tchawicy najczęściej do miejsca jej rozdwojenia. Grzybek dyfterytyczny zaś niszczy tkanki. Grzybek w kokluszce przez swą obecność i rozwój drażni nerwy i gruczoły błony śluzowej i powoduje tém samém wydzielinę lepkiego i ciągliwego śluzu. Grzybek i śluz wydzielony są przyczyną napadów kaszlu. Przy każdym napadzie silnego kaszlu pewna część grzybków zostaje wyrzuconą na zewnątrz, bodziec zatem drażniący zmniejsza się i chory używa spokoju, aż do czasu, dopóki nowo powstałe i nagromadzone grzybki nie dadzą powodu do następnych napadów i t. d. Po dłuższem trwaniu choroby śluz staje się bardziej płynnym i uboższym w grzybki, stąd napady rzadsze. Grzybki nareszcie znikają zupełnie, a z niemi i cierpienie ustępuje. Jeżeli zaś grzybki przekraczają po za rozdwojenie tchawicy, to rozwijają się, szczególnie u dzieci małych i osłabionych, niebezpieczne zapalne sprawy w płucach.

Opierając się na rzeczonój patogenezie koklusz, stawia Letzerich bardzo proste wskazanie dla leczenia. Należy wstrzymać rozwój grzybków i usunąć je o ile można wcześniej z przewodów oddechowych. W tym względzie chinina oddawała autorowi znakomite usługi. Stosował chininę nawet miejscowo za pomocą wdmuchiwań proszku następnego składu: Rp. *Chinin. hydrochlor. 0,01—0,015; Natri bicarbonici 0,015; Gummi arab. 0,25 M. f. pulv. D. t. dos. N. X.*

Pogląd Letzericha potwierdza praca Henke'go (*Ueber mikroskopische Organismen in den Sputis keuchhustenkranken Kinder und über die Wirkung der Chinininhalationen in dieser Krankheit. — Deutsch. Archiv f. Klinisch. med. XII tom*). Autor znajdował stale w płwocinie u dzieci, na koklusz cierpiących, pewne elementy, których nigdy się nie napotyka w zwyczajném nieżytowém zapaleniu oskrzeli. Są to komórki okrągłe (0,01—0,02 milim.), jedno lub więcej jąder zawierające. Jądra leżą zawsze przy samój powierzchni komórki i zdają się, jakoby w ścianie jęj znajdowały się. Komórki oprócz tego zawierają wielką ilość drobnych ciałek, odznaczających się nadzwyczaj żywymi ruchami. Ruchy rzeczzone ustępują wnet po traktowaniu preparatu roztworem chininy. Na mocy swych badań Henke uważa te komórki za istotę choroby w koklusz, i leczy swych chorych za pomocą wzięwań z chininy, przyczém bardzo pomyślne otrzymuje wyniki.

Zupełnie tegoż samego zdania jest Dawson (*Behandlung des Keuchhustens mit Chinin. — Practitioner. XI*). Dodaje tylko tyle, że gorycz i mechaniczne drażnienie samój chininy pobudza większą wydzielinę, którą pasożyty zostają wydalone na zewnątrz. Przy podawaniu chininy radzi trzymać się następných zasad: 1) Podawać należy *chininum sulphur.* lub *muriaticum* w roztworze słabo kwaśnym, bez żadnych innych dodatków, dzieciom 0,3—0,45, a dorosłym 0,6—0,7 na 30 gram wody. 2) Co godzina, a najwyżej co dwie godziny chorzy powinni przyjmować łyżeczkę rzeczzonego lekarstwa. 3) Nie trzeba podawać żadnego środka, któryby miał na celu poprawę smaku przykrego, powodowanego przyjęciem roztworu chininy. 4) Lekarstwo brać należy dalej nawet wówczas, kiedy pierwsze jego dawki wymioty sprowadziły.

Zinnych metod leczenia koklusz wymienimy pokrótce niektóre.

Bery (*Medical Times and Gaz. February*) zaleca przeciw kokluszowi *k w a s a z o t n y*. Środek rzeczony podaje w rozcienczeniu ze syropem.

Kelly (*Practitioner X*) na mocy swych obserwacyj, dowodzi, iż *belladonna* dla tego okazała się bezskuteczną, że podawaną była w małych dawkach; większe bowiem nieco dawki oddawały mu bardzo dobre usługi i dla tego na nowo poleca ten środek. Dzieci, których leczył, doskonale znosiły 44 gramm *Trae belladonnae* w 4 dniach. Objawy intoksykacji występowały dopiero po wyżyciu 60 gram w przeciągu takiegoż czasu.

Lesser (*Zur Behandlung des Keuchhustens mit Petroleum. Allg. med. Centr.-Ztg. 49*) leczył w kilku epidemiach świeże wypadki koklusu za pomocą inhalacyj z nafty. Sposób postępowania jego bardzo prosty: ustawiał w pokojach, gdzie chore dzieci przebywały, płaskie naczynia z naftą, a oprócz tego nacierał nią piersi i grzbiet. Ten sposób leczenia okazał się dość skutecznym. Przyznaje jednak, że najzupełniej bez wpływu pozostawał w obec wypadków bardziej ciężkich.

Skuteczność nafty w koklusu zauważył także Weiss (*Petroleum ein Mittel gegen Keuchhusten. Berlin. Klin. Woch. N. 20*).

Wiadomo, że chwalono i chwałą nawet obecnie jeszcze niektórzy z lekarzy (Burin de Buisson) przebywanie w fabrykach gazu do oświetlenia dla wyleczenia z koklusu. Otóż Monti (*Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Inhalationen von Gascel. — Jahrb. f. Kinderheil. 1 zeszyt*) za pomocą doświadczeń na 14 chorych dzieciach przekonał się, że ten sposób leczenia żadnej nie przedstawia wartości.

C H I R U R G I A.

Sprawozdawca Dr Gruel.

X. Chirurgiczne choroby brzucha.

1. Ściany i jama brzuszna (łącznie z miedniczą).

- 1) Kosiński, Operacya olbrzymiego włókniaka miękkiego. Pamięt. tow. lek. warsz. IV. 434—443.—2) Lcudet, Des avantages de la ponction capillaire de l'ascite, dans les cas de dilatation de la cicatrice ombilicale. Bull. gén. de méd. 15 Dechr. — 3) Gegenbauer, Fibrom der Bauchwand etc. Wien. med. Wo-

chonschr. N. 8. — 4) Boye, Om de praepertonāale Svulsters operative Beha.
dliug. Hosp. Tid. 16 Aarg. s. 177.

Ponieważ przy raptownem opróżnieniu jamy brzusznej z przesięku, za pomocą grubego trójgrzańca, przychodzi niekiedy nagły i groźny upadek sił; często zaś powtarzanie tej operacyi, przez powtarzające się drażnienie, sprowadza niekiedy ostre lub przewlekłe zapalenie otrzewnej, przeto Leudet (2) radzi zastąpić używany dotychczas do tej operacyi gruby trójgrzaniec, cienkim trójgrzańcem próbnym. Przez cienki bowiem trójgrzaniec płyn odcieka powolniej i bez obezsilniania chorego, a nadto otrzewna mniej zostaje podrażnioną i nie tak łatwo ulega zapaleniu. Jeszcze bardziej zmniejsza się niebezpieczeństwo operacyi, jeżeli przekłócić można dokonać przez wypuklony pępek, gdyż wtedy nie worek otrzewnej, a tylko małe jego wypuklenie ulega obrażeniu. Autor przytacza dwa wypadki, w których operowano w podany tu sposób, bez wywołania choćby najmniejszej reakcyi. Jeden z pacjentów cierpiący na marskość wątroby, był nawet w stanie wychodzić z domu w dniu operacyi (razem zrobiono mu 17 przekłuć); drugi, z niedomykalnością zastawki dwudzielnej, również dobrze je znosił.

Z nowotworów w obrębie ścian brzusznych ciekawemi są wypadki operowane przez prof. Kosińskiego, Billroth'a i Boye.

Kosiński (1) operował olbrzymią narośl rozwiniętą w okolicy krzyżowej u 27 letniej kobiety. Zaraz po urodzeniu zauważono u niej ciemne zabarwienie na krzyżu, które od 5-go roku życia zaczęło górować i utworzyło narośl zwieszającą się aż do przegubów kolanowych. Podstawa guza rozciągała się od ostatniego kręgu grzbietowego na obie strony ku grzebniom kości biodrowych, a na dół ku kości ogonowej. Obwód podstawy wynosił 76 ctm., długość całej narośli 106 ctm., obwód przy wierzchołku 90 ctm. Skóra na guzie zgrubiła, zwłaszcza na wierzchołku, gdzie była mniej przesuwalna. Przez skórę przeświecały rozszerzone żyły i paciorkowato rozdęte naczynia limfatyczne. Narośl wyłuszczone za pomocą noża, przyczem podwiązano 15 większych tętnic, a ranę skórną zeszyto szwami na długości 32 ctm. Wyłuszczony guz ważył 33 funty i okazał się być włókniakiem miękkim (*Fibroma molluscum*). Chora wyzdrowiała.

Gegenbauer (3) daje opis włókniaka powłok brzusznych, operowanego przez Billroth'a. Narośl kulista, wielkości głowy dziecięcej, umieszczoną była poniżej pępka, nieco na prawo względem

linii białej, i zdawała się siedzieć na pochwie mięśnia prostego brzucha. Pacjent dostrzegł ją pierwszy raz przed dwoma laty. Przy operacji pokazało się, że guz zrosnięty był z pochwą tego mięśnia prawie na przestrzeni dłoni. Pomimo to, podwiązawszy 4 tętnice, udało się oddzielić jego podstawę aż do tego miejsca, gdzie się zlewał z linią białą. W tém miejscu był on za pomocą szypuły około 1 cala dłużej, w tak ścisłym związku z otrzewną, że przy oddzielaniu otwarto w jedném miejscu jamę brzuszną na długości $\frac{3}{4}$ cala. Po wyłuszczeniu założono trzy szwy przejmujące otrzewną i miękkie części ponad nią położone, resztę zaś rany zostawiono bez zeszywania. Ze strony otrzewnej nie było żadnych objawów, i operowany przyszedł do zdrowia.

Podobne temu dwa wypadki opisuje F. Boyo (4). 1) Chora, 29 lat licząca, na 14 dni przed operacją zauważyła guz mający 5—6 cali średnicy między brzegiem żebrowym a kolcem kości biodrowej. Guz ten wyłuszczone, a wraz z nim i otrzewną na dość znacznej przestrzeni wycięto. W 7 tygodni potem rana była zagojona i operowana mogła szpital opuścić. 2) Kobieta 33 letnia miała po lewój stronie pępka guz 5 cali długi, a połowę tego szeroki. Podczas wyłuszczenia nacięto otrzewną. W 44 godzin po operacji chora umarła z zapalenia otrzewnej.

Autor sądzi, iż punktem wyjścia obu tych nowotworów była tkanka mięśniowa; wszakże drobnowidzowego poszukiwania nie robiono.

2. Przyrządy jamy brzusznej.

a) Wątroba.

1) Balzer, Du traitement des Kystes hydatique du foie par la metode de Récamier. Gaz. des hôp. N. 78, p. 79. — 2) Hertz, Ein Fall von Gallenistel in den Bauchdecken, bedingt durch Durchbruch von Gallensteinen. Berl. Klin. Wochenschr. N. 14.—3) Monette, Large Hepatic abscess; Puncture; Death. Amer. Journ. of med. Sc. 1873. Jan.

Balzer (1) opisuje wypadek bąblowca wątroby, operowany przez Demarquay'a sposobem Récamier'a. Najprzód zapomocą wyżerania ciastem z chlorku cynku (które w ciągu 9 tygodni przykładano 8 razy) przezarto powłoki brzuszne i odsłonięto torbiel. Przy ostatniém stosowaniu ciasta żrącego wystąpiły wybitne objawy miejscowego zapalenia otrzewnej: żywe bóle, brak apetytu,

nudności, wymioty etc. Gdy już chełboczący worek bąblowcowy został obnażony, wypuszczono zeń płyn zapomocą trójgrańca, poczem otwór rozszerzono bisturem, jamę przepłukano nadmanganianem potażu, i bezzwłocznie wstrzyknięto w nią bardzo rozcieńczony roztwór jodu. Następnie przepłukiwano tę jamę 3—4 razy dziennie *Tinct. Eucalypti*, i wstrzykiwano jod. Sprawa gojenia szybki robiła postępy. Demarquay przekłada metodę Récamier'a, nad proponowane przez Dieulafoy (*Du diagnostic et du traitement des Kystes hydatiques et des abcès du foie par aspiration, 1872*) przekłucie z aspiracją, gdyż często już po drugim przekłuciu torbiel nagle ulega ropieniu, co zmusza do szybkiego wykonania przecięcia, chociaż niekiedy mogły się jeszcze nie wytworzyć mocniejsze zrosty. Do tego, w jednym wypadku sam Dieulafoy potrzebował aż 300 razy wykonać przekłucie.

Hertz (2) obserwował z wielu względów interesujący wypadek przeto ki żółciowej.

Chory, 28 lat liczący, przed 6-ma miesiącami zauważył poraz pierwszy po prawej stronie ponad pępkiem, wewnątrz jamy brzusznej, guzik wielkości małego jaja. Guzik ten kilkakrotnie znikał i znowu się pojawiał. Wreszcie wystąpiły w tém miejscu mocne bóle i odtąd guz stałe pozostał. Hertz znalazł tuż pod łukiem żebrowym gładki guz sięgający prawie do pępka, leżący pośrodku między linią mostkową a pachową. Skóra nad nim przesuwiała się prawidłowo. Guz ten miał brzegi ostro ograniczone, z boków i od dołu dozwalał się ręką ujmować, miał 7 ctm. szerokości, ku górze zwężał się nieco i ginął pod łukiem żebrowym. Na ból pacjent już nie narzekał. H. sądząc, że ma do czynienia z nasiękiem zapalnym, polecił środek rozpędzający. W 5 tygodni potem guz otworzył się na zewnątrz w dwóch miejscach, przyczem wypłynęła zeń ciecz surowiczo śluzowa. Otwór rozszerzono cięciem 4 ctm. długiem, rozdzielającym ścianę brzuszną, i odkryto jamę wielkości orzecha włoskiego, o gładkich ścianach. Komunikacyi ku górze nie można było odszukać. Z jamy wydzielał się białawy mętnawy śluz. W 11 dni po otworzeniu się, zaczęły niespodzianie z rany odchodzić kamyczki żółciowe, których w ciągu 9 dni odeszło 14. Były one już to większe już mniejsze, czworokanciaste lub wielościennie. W 4 dni po odejściu ostatniego kamienia wytrysnęła nagle znaczna ilość żółci. Równocześnie z tém zaczęły odchodzić stolce odbarwione, jasno-szare, a odpływ żółci przez ranę trwał ciągle, tak, że na dobę odpływało około 532 cent. sześciennych.

Hertz objaśnia sobie powyższy wypadek w sposób następujący: W szyi pęcherzyka żółciowego kamienie żółciowe się zaklinowały, i zamknęły ten pęcherzyk, poczem zawartość tegoż została pochłonięta. Po otworzeniu się pęcherzyka na zewnątrz, gdy ustało ciśnienie, które podpierało kamienie od spodu, kamienie te z szyi pęcherzyka opuściły się do wnętrza tegoż. Tym sposobem przewód pęcherzowy został oswobodzony i wszystka żółć wyrobiona w wątrobie wylowała się przez rozszerzony przewód pęcherzowy na zewnątrz a nie wlewała się przez wązki przewód kiszkowy (*ductus choledochus*) do kiszek. Że w otworzonym już pęcherzyku żółciowym nie wymacano kamieni, objaśniaćby można tém, że od pęcherzyka odgradzone były rodzajem klapy.

W celu wyleczenia chorego, ranę w ścianie brzusznej zamknięto szwami. W 6 dni potem chory oddał po raz pierwszy stolec zabarwiony żółcią. Rana zagoiła się o tyle, że pozostała tylko maleńka przetoczka, z której tylko przy wstawaniu wyciekało nieco żółci. Hertz sądzi, iż się ona zamknie sama przez się.

Monette (3) opisuje wypadek ropnia wątroby. U 34 letniego marynarza w ciągu 8 miesięcy wątroba doszła rozmiarów olbrzymich miała bowiem: 3 stopy i 3 cale w wymiarze poziomym, a 2 stopy 6 cali w wymiarze pionowym (?). Zapomocą przekłucia wypuszczono kwartę obrzydliwie śmierdzącej ropy. W 8 dni potem chory umarł. Sekcyi nie robiono.

b) Żołądek i kiszkę.

(Z wyjątkiem przepuklin).

1) Dehio, Zur Casuistik der Atresien des Darmcanals. Dorpat. med. Ztschr. III, 72. — 2) Gallez, Décollement et expulsion d'une portion considérable de la muqueuse de l'intestin grêle, par suite d'un coup de tampon de waggon de chemin de fer, reçu sur la paroi abdominale. La presse méd. belge, 16 Févr. — 3) Mason, Six cases of lumbar colotomy with remarks upon this operation. Amer. Journ. of med. Sc. Octbr. — 4) Heath C., Cases of colotomy. The Brit. med. Journ. 15 Novbr. — 5) Duncan J., Concerning the closure of abnormal anus. The Lancet. 5 July.

Dehio (1) opisuje 4 wypadki zarośnięć przewodu kiszkowego, z których jeden szczególnie z tego względu jest ważnym, że przewód kiszkowy w dwóch miejscach był zarośnięty. Miało to miejsce u nowonarodzonego, dobrze zbudowanego, silnego chłopca, którego autor widział w 24 godzin po urodzeniu. Części płciowe by-

ły normalnie rozwinięte—odbytu zaś brakowało. Zamiast niego widzieć się dawała przed kością ogonową owalna, czerwonawa plama, a bardziej ku przodowi, tuż po za workiem mosznowym podługowaty dołek $\frac{1}{3}$ cala długi. Ponieważ dołek ten zdawał się odpowiadać otworowi stolcowemu, autor przekłół to miejsce i trafił w głębokości pół cala na ślepy koniec kiszki prostej. Zamiast jednak spodziewanej smołki, wypłynęło tylko nieco białawego śluzu kiszkowego. Otworem tym można też było wprowadzić dość daleko w głąb gruby zgłębnik, na którym także po wyjęciu nie było widać smołki. Woda wstrzyknięta po części zostawała w kiszce, po części zaś odpływała niezafarbowana, tylko pomieszana z kosmkami śluzu. Widocznym więc było, że musi istnieć powyżej drugie zarośnięcie, prawdopodobnie w kiszkach cienkich. Choć w podobnych okolicznościach tylko enterotomia była w stanie dziecko uratować, jednak Dehi o ociągał się z jej wykonaniem, ponieważ dziecko od urodzenia i moczu także nie oddawało, co kazało podejrzewać istnienie jakowejś nieprawidłowości w nerkach lub moczowodach, która i tak dziecko o śmierćby przypawiła. Gdy jednak na drugi dzień rodzice zauważyli na bieleńcu dziecka ślady moczu, przystąpiono do otworzenia kiszki, w okolicy kątniczkiej. Po otworzeniu jamy brzusznej ukazał się wysięk surowiczoro-pny. Kiszki cienkie były wypełnione smołką. W pierwszych godzinach po operacyi zdawało się że dziecku jest lepiej, wkrótce jednak spadło z sił i umarło. Sekcyja potwierdziła rozpoznanie. Kiszki cienkie, mocno rozdęte, kończyły się ślepo w okolicy biodrowo-kątniczkiej i tylko za pomocą kretek były w łączności z kiszkami grubymi. Kiszki grube były mocno skurezone, grubości palca, wypełnione śluzem.

W wypadku spostrzeganym przez Gallez'a (2) w 3 tygodnie po silnym stłuczeniu brzucha przez wagon kolei żelaznej, w pośród objawów ograniczonego zapalenia otrzewnej, krwawego moczenia i biegunki, przez kiszkę stolcową wyszło 105 ctm. błony śluzowej z kiszki cienkich. Bezpośrednio potem chory znacznej doznał ulgi. W 4 dni potem odeszło jeszcze raz kilka sporych płatów błony śluzowej. 5-go dnia Gallez widział pacjenta po raz ostatni. Prof. van Kempen w Louvain, któremu preparat został przesłany do bliższego zaopiniowania coby to było, potwierdził rozpoznanie Gallez'a. Sądzi on, że w skutek silnego uderzenia w brzuch, błona śluzowa kiszki cienkich została rozdarta na całej długości (?), że następnie wywiązało się ropiaste zapalenie tkanki podśluzowej, które spowodowało zgorzel błony śluzowej, i że w końcu obumarła tkanka za pośrednictwem ruchów

robaczkowatych została wydalona na zewnątrz. K. obawiał się, i słusznie, aby po zabliźnieniu się braku, nie nastąpiło groźne dla życia zwięźnienie przewodu kiszkiowego.

Masson (3) opisując 6 wypadków operacji otworzenia okrężnicy (*colotomia*) z własnej praktyki, poprzedza takowe krótkim przeglądem tej operacji, sposobów jej wykonania, wskazań do niej i statystyki. Co się tycze sposobu wykonywania operacji i wskazań do niej, autor podziela pod tym względem zupełnie poglądy chirurgów angielskich; i jest również, jak oni przekonany o stosunkowo małym niebezpieczeństwie tej operacji. W celu łatwiejszego odnalezienia okrężnicy, zachwala postępowanie Allinghams'a, polegające na wypełnieniu kiszki prostej powietrzem, przed operacją. Jeżeliby pomimo to po przecięciu powięzi lędźwiowej zachodziła jeszcze jaka wątpliwość czy przedstawiająca się kiszka jest cienką czy grubą, to radzi zwracać uwagę na zachowanie się tej kiszki przy ruchach oddechowych. Kiszka cienka wraz z ruchami oddechowymi podnosi się i opada, gdy tymczasem kiszka gruba pozostaje nieruchomą (Amussat). Statystyka autora obejmuje 44 wypadki w swoim czasie przez Hawkins'a zebrane (*Med. and Chir. Transaction. vol. XXXV*), i 80 wypadków zebranych w późniejszym czasie z literatury angielskiej i amerykańskiej. Z tych 80 wypadków zestawionych przez autora, 54 zakończyło się wyzdrowieniem a 26 śmiercią. Z 6 własnych pacjentów autora, 3 cierpiało na raka kiszki odchodowej, 1 na zwięźnienie odbytnicy natury syfilitycznej, 1 na bliznowate zwięźnienia i owrzodzenia wskutek dyssenterji, i 1 na owrzodzenia wraz z przetoką odbytniczo-pęcherzową. Z tych 6-ciu, jeden tylko chory wyzdrowiał (zwięźnienie skutkiem dyssenterji), 5 zaś umarło (3-ch w ciągu pierwszych 5 dni po operacji, jeden w 22 dni, a 1 po trzech miesiącach).

Oprócz tego w literaturze angielskiej 1873 r. znajduje się opis 16 wypadków otworzenia okrężnicy (Heath 11, Ma under 3, Jessop 1 i Dowse 1), z których 11 zakończyło się śmiercią. Najlepsze rezultaty dała operacja wskazana zwięźnieniem odbytnicy natury syfilitycznej; 4 bowiem operowani z tego powodu wszyscy wyzdrowieli.

Duncan John (5) proponuje nową metodę operowania odbytnicy naturalnej. U jednego chorego, któremu skutkiem zgorzeli przepukliny udowej utworzył się przed rokiem odbytnicy naturalny tak wielki, że można było przezeń wprowadzać dwa palce do światła kiszki, autor oddzielił błonę śluzową na przestrzeni około pół cala dokoła otworu, i brzegi tak oddzielonej błony złączył 6 szwami katgutowymi, w taki sposób, że powierzchnie pokryte błoną śluzową

dostały się do wnętrza kiszki, zaś powierzchnie obrabione ze sobą się stykały. Następnie okrwawił i skórę na brzegach otworu i takową zeszył dwoma srebrnymi drutami. „Ostroga“ (*Aperon*) została jeszcze przed operacją zniszczona przez przewiązanie dwoma srebrnymi drutami. Rezultatem téj operacyi było pozostanie małego tylko otworu przetokowego, który po pewnym czasie sam przez się zagoił się.

c) O d b y t n i c a.

1) *Storer H.*, On an improved method of examining and surgically treating the female rectum. *The Lancet.* 31 May. — 2) *Verneuil*, Résection du coccyx pour faciliter la formation d'un anus périnéal dans les imperforations du rectum. *Gaz. des hôp.* N. 47, p. 50. — 3) *Voillemer*, Traitement des hémorrhoides par la cautérisation linéaire de l'anús. *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.* N. 34. — 4) *Smith Henry*, Treatment of haemorrhoids and prolapsus of the rectum by the clamp and cautery with the results furnished by 300 cases and upwards. *The med. press and circular.* 26 Febr. — 5) *Vogt*, Bandage sur Retention und Heilung des Prolapsus ani, *Berl. Klin. Wochenschr.* N. 50. — 6) *Muron*, De la nature des rétrécissement fibreux du rectum. *Gaz. med. de Paris.* N. 11. — 7) *Amneus*, Om Kramp. i ändtarmens slutmuskel. *Upsala läkareförening. Forh.* Bd. 7, s. 722.

Storer (1) podaje nowy sposób obejrzenia dolnej części odbytnicy u kobiet, bez użycia narzędzi. W tym celu wprowadza się jeden palec do pochwy, i naciskając nim ku tyłowi i ku dołowi na zwieracz odbytu, wycisowuje się nim odbytnicę na zewnątrz. Zazwyczaj zwieracz ustępuje już pod umiarkowanym naciskiem, i wypuszcza na zewnątrz spory kawałek odbytnicy wycisowanej jak rękawiczka. Jeżeliby jednak zwieracz był tak niepodatny iżby stawiał zbyt silny opór, to można go osłabić przez silne rozciągnięcie, jak przy leczeniu szczelin odbytowych. Postępowanie to okazuje się wystarczającym przy rozpoznawaniu i leczeniu wielu chorób, jak krwawnic, owrzodzeń, szczelin, przetok i t. p. i zupełnie usuwa potrzebę innych bolesnych sposobów postępowania.

W celu ułatwienia operacyi zarośniętego odbytu, (*Anus imperforatus et Atresia recti*) *Verneuil* (2) jeszcze w 1857 r. proponował wypłowywać kość ogonową. Propozycya ta podówczas mało znalazła zwolenników, a nawet *Depaul* na posiedzeniu towarzystwa chirurgów, przeciw niej się oświadczył. Pomimo to *Verneuil* tak stanowczo przekonał się na zwłokach dziecięcych o korzyściach téj operacyi, jakie wypływają z powiększenia pola operacyjnego, że od 1864 r. używał jój z pomyślnym skutkiem w 5 wypadkach. Operacya poczyna się cięciem pośrodkowym, idącym od

odbytu a resp. od miejsca w którym takowy znajdować się powinien, aż do końca kości ogonowej. Jeżeli ślepy koniec kiszki znajduje się tak wysoko, że go z tego punktu osiągnąć nie można, to cięcie przedłuża się natychmiast wzdłuż kości ogonowej, części miękkie oddzielają się od chrząstki, i odcina się około 1 ctm. tej ostatniej. Przez to zyskuje się tak wiele miejsca, że można wniknąć o kilka centymetrów dalej ku górze, aniżeli bez wypiłowania. Jeśli się udało osiągnąć kiszki, to przyszywa się ją kilkoma szwami do brzożu skór nego, a następnie otwiera. Ważną jest rzeczą przyszyć kiszkę pierwój zanim się ją otworzy, bo inaczej opróżniona kiszka cofa się w górę i potem trudno jej błonę śluzową w głębi rany osiągnąć. Podana tu modyfikacya przedstawia dwie główne korzyści: najpierw, że ślepy worek kiszkowy da się tym sposobem osiągnąć w takich nawet razach, w których inaczej wskazanemby było utworzenie okrecznicy (*colotomia*), a powtóre, że można z łatwością przyszyć błonę śluzową do górnego kąta rany skórnej, a przy zarośnięciu odbytnicy, do obranionych brzegów zagłębienia w miejscu odbytu. Do drugiego tego punktu tém większą przywiązywać należy wagę, że doświadczenie uczy, iż wiele dzieci umiera po kilku miesiącach z powodu zaniechanego zwięzienia odbytnicy, jeżeli nie podobna było wszyć błony śluzowej w ranę. Niebezpieczeństwo zaś operacyi nie powiększa się bynajmniej przez usunięcie małego kawałka chrząstki.

Z pięciorga dzieci operowanych przez Verneuil'a umarło jedno w 48 godzin po operacyi z wycieńczenia (już przed operacyą bardzo słabe), drugie na 9-ty dzień na sclerodermia, trzecie 35-go dnia skutkiem róży, dwoje zaś wyzdrowiało. W 1870 r. wykonał autor tę operacyę 6-ty raz u dorosłego z powodu raka odbytnicy. Chory ten umarł.

Operacyę proponowaną przez Verneuil'a, wykonali także Tarnier (*Bull. gén. de thérap.* 30 Dec.) i Guyon (*Gaz. des hôp.* N. 50). Dziecko operowane przez Tarnier'a, pomimo że operacya bardzo dobrze się udała, umarło tego samego dnia, a przy sekcyi przekonano się, że pomiędzy przełykiem a tchawicą istniała szpara $2\frac{1}{2}$ ctm. długa, co czyniło dzieciec niezdołnóm do życia. Guyon zaś, pomimo wycięcia kości ogonowej nie mógł odszukać ślepego zakończenia odbytnicy i zmuszony był wykonać eutorotomię; przyznaje wszakże, że postępowanie Verneuil'a bardzo rozszerza pole operacyjne.

Voillemer (3) zaleca w celu leczenia wypadających guzów krwawnicowych (*haemorrhoides*) linię przy-

żeganie wewnętrzznego brzegu odbytu (*anus*) żelazem rozpaloném. Na same guzy żadnej się przytém nie zwraca uwagi; chodzi bowiem tylko o zwięzienie brzegów odbytu o tyle, ażeby guzom na zewnątrz występować nie dozwalały. Postępowanie autora opiera się na tém spostrzeżeniu, że krwawnice wewnętrzne, jeżeli tylko nie występują na zewnątrz, nie sprawiają albo żadnych, albo małe tylko dolegliwości. Operacya sama wykonywa się w sposób następujący: Po zachlorowaniu chorego, pędzluje się najpierw okolica odbytu kleiną (*colloidium*) aby zabezpieczyć skórę od wpływu promieniejącego gorąca. Gdy już eter odparuje, wprowadza się rozpalone do białości żelazo, kształtu noża, na 1 ctm. w głąb odbytu, przyciskając je do wewnętrznego brzegu tegoż, i to więcj do skóry niż do błony śluzowej. Jeżeli wypadnięte guzy nie dają się odprowadzić, to należy usunąć żelazo między guz a brzeg odbytu. Podczas gojenia guz sam wsuwa się do wnętrza. W najprzykrzejszych nawet wypadkach wystarcza przypalenie odbytu w cztery strony. W żadnym z wypadków przez autora operowanych w podany sposób, nie było ani następczych krwotoków ani zapaleń, jakie się zdarzają przy rozległych przyżeganiach będących dotychczas w użyciu. Nie było też i ponowienia choroby.

Smith (4) na 300 operowanych swoją metodą (wypalenie żelazem rozpaloném na zaciskaczu) osób dotkniętych w y p a d n i e c i e m o d b y t u lub k r w a w n i c a m i, stracił tylko 3. Raz jeden tylko potrzeba było tamować krwotok nastrzykiwaniem wody lodowej. Większa część chorych już po tygodniu mogła powrócić do swoich zajęć. W rozprawach, jakie objawienie tej okoliczności, wywołało w łonie towarzystwa lekarskiego w Londynie, Allingham oświadczył, iż po podwiązaniu wyniki są nierównie lepsze, gdyż na 3000 chorych, leczonych tym sposobem w szpitalu Śgo Marka żaden nie umarł na ropnicę a jeden tylko w skutek tężca. On sam na 500 wypadków nie miał ani jednego wypadku śmierci. Do tego przyżeganie jest boleśnieszem i łatwo po niem pozostają uporczywe owrzodzenia. Takiego samego przeświadczenia nabył i Alfred Cooper. Adams w podobnych razach posługuje się odgniataczem (*ecraseur*). Bryant ostatnimi laty zarzucił zupełnie przewiązkę i używa tylko żelaza rozpalonego.

W celu utrzymania na miejscu i leczenia w y p a d a j a c e g o o d b y t u, Vogt (5) wymyślił b a n d a ż, podobny do unośnika macicznego L a v e d a n'a, a mający tę dobrą stronę, że podczas aktu oddawania stolca, a tém samém podczas najsilniejszego napierania, podtrzymuje najpewniej, gdy właśnie wszystkie inne przyrządy w tym

celu wymyślone, tu zwykle zawodzą. Środkowa część przyrządu składa się z grubej rury kauczukowej, rozdzielonej na dwa ramiona okrężające części płciowej przytwierdzające się na kształt opaski T do pasa na około miednicy oprowadzonego. W miejscu gdzie rurka przechodzi ponad otworem stolcowym znajduje się w niej cylinder ze stwardniałego kauczuku 1 ctm. wysoki, którego światło ma również 1 ctm. średnicy. Skoro pacjent usiadzie w celu oddania stolca, rurka sprężysta mocniej się napręży i tym silniej przyciska cylinder do odbytu. Przy pomocy tego przyrządu, pacjent autora pozbył się w ciągu 6 tygodni opadnięcia odbytu trwającego już od 7 lat.

XI. Przepukliny (*Herniae*).

1. Część ogólna.

a) Przepukliny wolne: Anatomia. Paski przepuklinowe. Zapalenia.

1) *Ravoth Fr.*, *Herniologische und Klinisch-chirurgische Erfahrungen und Beobachtungen*. Erlangen. — 2) *Cheever*, *Clinical lecture on hernia*. Boston med. and. surg. Journ. Febr. 20. — 3) *Holthouse*, *Suggestion for a more scientific method of treating reducible hernia*. The Lancet. March. 15, 22. May 3 and 10, July 19, August 2. — 4) *Richelot*, *De la péritonite herniaire et de ses rapports avec l'étranglement*. Paris. — 5) *Englisch*, *Chirurgische Mittheilungen*. Oesterr. Zeitschrift für prakt. Heilkunde. N. 32, 34, 37.

Ravoth (1) w wyżej cytowanej pracy zestawil wszystkie swoje artykuły z dziedziny herniologii ogłoszone poprzednimi laty w rozmaitych dziennikach.

Holthouse (3) powstaje przeciwkoj dzisiejszemu nienaukowemu traktowaniu przepuklin odprowadzalnych, ze względu na zaniedbanie dobierania odpowiednich pasków przepuklinowych. Dotąd bowiem fabrykanci tych pasków nie posiadają żadnych ustalonych prawideł co do wielkości kształtu peloty, siły sprężyny etc., aby je mogli wyrabiać odpowiednio do danego wypadku, według wskazówek lekarzy. Pod tym względem autor chciałby zaprowadzić reformę i dla tego proponuje następujące zasady: Peloty powinny być ponumerowane, jak świeczki (*bougies*); najmniejsza powinna być oznaczoną Nr. 1, największa — Nr. 4. Pierwsza ma być 1 cal długa, ostatnia 4 cale. Pomiedzy temi dwoma mieścić się powinno 5 pelot różnej

długości; jedna od drugiej o pół cala różnicy (1, 1½, 2, 2½, 3, 3½, 4). Największa szerokość owalnej plety powinna wynosić ⅔ jej długości; największa grubość—⅓ długości. Ten sam stosunek zachowany być winien przy wyrabianiu pelot jajowatego kształtu (z przednim końcem tępych i grubym a tylnym wązkim i cienkim). Przy pelotach okrągłych grubość ich powinna być oznaczona w każdym oddzielnym wypadku. Wyrzeczenie opinii czy tylna powierzchnia peloty powinna być z zasady płaska czy wypukła, autor zastrzega sobie na później; dotąd nie jest on przeciwnikiem peloty wypukłej, nie może bowiem stanowczo powiedzieć, czy słusznym jest zarzut, jakoby pelota taka stopniowo rozszerzała wrota przepuklinowe. To tylko stwierdza, że pelota wypukła wymaga mniej silnie naciskającej sprężyny, a i ten nacisk może być jeszcze zmniejszony, jeżeli pelota ruchomo będzie osadzona na sprężynie. Zresztą i ten i ów kształt peloty, może znaleźć zastosowanie; zawsze jednak dolny brzeg, odpowiadający składowi pachniczowej powinien być nieco przyplaszczony. Sprężyn do pasków przepuklinowych rozróżnia autor 4 rodzaje: niemieckie, angielskie, francuzkie i kleszczowe. Sprężyny niemieckie są bardzo silne, mało sprężyste i posiadają wygięcie odpowiednie zarysom miednicy; francuzkie są cienkie i lekkie, bardzo sprężyste i bardzo mocno wygięte; angielskie zajmują środek między temi dwiema. Sprężyny kleszczowe są silne, prawie tak sprężyste jak francuzkie, i tak wygięte, że peloty na obu ich końcach osadzone dotykają się do samej sprężyny. Autor sądzi, iż możnaby w razie życzenia każdą z tych sprężyn skombinować z pelotą według życzenia, i dla tego proponuje, aby fabrykanci wyrabiali oddzielne sprężyny i peloty z wspólnem urządzeniem do przyśrubowywania jednych i drugich. Każdy z fabrykantów miałby w zapasie rozmaite sprężyny i wszystkie numera pelot, a lekarz mógłby przy pomocy wymyślonego przez autora i odrysowanego w jego pracy przyrzędu, oznaczać kąt, jaki pelota powinna tworzyć zarówno z osią sprężyny, jako też z płaszczyzną poziomą i ukośną, i jak części te wzajem mają być złączone. Nadto lekarz powinien ściśle określić wymaganą siłę sprężyny.

Richelot (4) w swój pracy o zapaleniach przepuklin i o ich stosunku do uwięzień (*incarceratio*) oświadcza się przeciw nauce Malgaigno'a, według której, jeżeli wielkie, nie dokładnie podtrzymywane i często wysuwające się przepukliny, wśród umiarkowanych zaburzeń czynnościowych staną się nieodprowadzalnymi, to stanu tego nie należy uważać za „uwięzienie“ lecz za „zapalenie“. Pojęcie zaś uwięzienia Malgaigne chciałby widzieć ograniczonym tylko do

małych przepuklin, zwykle dobrze podtrzymywanych, z wązkim otworem (wrotami), które nagle stały się nieodprowadzalnymi, wśród gwałtownych objawów oddziaływania ze strony ustroju chorego. Autor uważa najpierw, za potrzebne usunąć wszelką wątpliwość co do istnienia zapaleń przepuklin, a następnie ustanowić różnicę między zapaleniem przepukliny sieciowej (*Epiplotele*) a zapaleniem przepukliny kiszkowej (*Enterotele*), z których pierwsze nigdy nie wymaga pomocy chirurgicznej. Według autora, zapalenie przepukliny sieciowej r a z bywa następstwem uwięźnięcia, drugi r a z rozwija się niezależnie od tego. W ostatnim razie powstaje jużto skutkiem traumatyzmu, już z niewiadomego powodu. Że w skutek prostego zapalenia, przepuklina stać się może nieodprowadzalną, dla autora jestto rzeczą dowiedzioną. Nadto, zapomocą znacznej liczby dawniejszych i nowszych spostrzeżeń, pomiędzy któremi siedm własnych, usiłuje udowodnić: 1) że przepuklina nie przyrośnięta, może się stać w jakimkolwiek stopniu nieodprowadzalną tylko takim sposobem, że ulega zasznurowaniu w pierścieniu włóknistym przez który wystąpiła; — 2) że właściwe objawy uwięźnięcia, jakimi są: bezwzględne zatrzymanie stolca, wymioty i wzdęcie nie mogą być wzięte za zapalenie i 3) że w niektórych razach uwięźnięcie może być objawem następczym zapalenia, zwykle jednak bywa ono pierwotnem.

Z wypadków niewątpliwego uwięźnięcia wielkich przepuklin które autor sam miał sposobność spostrzegać, doszedł do przekonania, że wielkość przepukliny, długie jej trwanie, niedostateczne podtrzymywanie i odprowadzalność poprzednio istniejąca nie przeszkadzają aby ona uwięźnąć nie mogła. Zresztą uwięźnienie wielkich przepuklin umożliwiać mogą pewne wyjątkowe okoliczności, jak np. wewnętrzne więzy, powrózkowate skręcenia sieci, niezwykły kształt worka przepuklinowego i t. p. Ostatecznie autor w następujących czterech punktach streszcza swe przekonanie o stosunku zapaleń przepukliny do ich uwięźnięcia:

- 1) Zdarzają się uwięźnięcia przepuklin z następczem ich zapaleniem.
- 2) Zdarzają się zapalenia z następczem uwięźnięciem.
- 3) Mogą być zapalenia przepuklin bez ich uwięźnięcia.
- 4) Nie bywa nigdy fałszywego uwięźnięcia (*pseudo-incarceratio*) t. j. objawów uwięźnięcia tam, gdzieby takowe w rzeczywistości nie istniało. Przepukliny znacznej objętości rozróżnia autor na

bardzo wielkie i miernej wielkości (objętości pięści). W razie uwięźnięcia pierwszych, ociąganie się z operacją może być wskazane,— przeciwnie rzecz się ma w razie uwięźnięcia tych ostatnich.

b) Uwięźnienia. Rozpoznawanie. Odprowadzanie. Przekłucie z aspiracją. Herniotomia. Kazaistyka. Odbyt nienaturalny.

1) Schweninger, Experimentelle Studien über Darm-Einklemmung. Archiv der Heilkunde. Hft. 3—4.—2) Mé m p l a i t Nouveau fait d'étranglement herniaire guéri par le café. Bulletin général de thérapie. 15 Juni.—3) v. Szatzyory, Morphin-Injectionen bei Hernia incarcerata. Allg. Wiener med. Zeitung N. 17.—4) Duncan J., Reduction of large herniae by means of indiarubber bands. Edinb. med. Journ. Nov.—5) Bousset, Hernie inguinale étranglée volumineuse, ponction avec un petit trocart de trousse, réduction spontanée, guérison. L'Union médicale N. 26.—6) Canvy, Lettre adressée a M. Foussagrives, prof. d'Hygiène à la faculté de médecine à Montpellier. Montpellier médical. Juin.—7) Marcano, Aspiration des liquides et des gaz intestinaux appliquée au traitement de la hernie crurale étranglée et de l'étranglement. Gaz. des hôp. N. 30.—8) Fochier, Hernie crurale étranglée, entéroécèle non sonore; taxis infructueux; ponction, aspiration du liquide intestinale; reduction. Lyon médical N. 7.—9) Terrier, Hernie crurale volumineuse et étranglée. Aspiration avec l'appareil Dieulafoy sans succès. Operation et guérison. Gaz. des hôp. N. 23.—10) Desprès, Hernies étranglées. Parallèle entre les résultats de l'opération sans taxis et ceux de l'opération après le taxis. Gaz. des hôp. 18 Nov. N. 133.—11) Wolski Bronisław, Kilka objawów towarzyszących uwięźnieniu przepuklinie pachwinowej. Gazeta Lekarska. XV. N. 21.—12) Bonora Coatributo linico alle storie delle ernie. Lo Sperimentale. Giugno.—13) Savage, Four cases of strangulated hernia. Medical Times and Gaz. March. 22.—14) Societé de chirurgie: Hernie inguinale étranglée, kelotomie sans ouverture de sac, persistance de l'étranglement, mort. Gaz. des hôp. N. 148.—15) Marcano, De l'étranglement herniaire par les anneaux de l'épiploë. Le Mouvement med. N. 89.—16) Wolfensteiu, Hernia incarcerata inguinalis sinistra (Omentalis et Littriana). Gangraena. Anus praesternalis. Heilung. Allgem. Wiener med. Zeitung. N. 68.—17) Albert, Aus der Klinik des Hrn. Prof. v. Dumreicher in Wien. Herniologische Betrachtungen. Wiener med. Presse N. 1 i 2.—18) Nichols, Philad. med. and surg. reporter. Jan. 4.—19) Annandale, Edinb. med. Journ. Sept.

Schweninger (1) przeprowadzał doświadczenia na zwierzętach w celu wyświe tlenia niektórych kwestyj dotyczących zaciśnięcia kiszek, a głównie dwóch następujących: Jak się zachowuje kiszka w obec różnych stopni zaciśnięcia? i jakie następują zmiany patologiczne w kiszce, stosownie do różnego

czasu trwania zaciśnięcia? Doświadczenia przeprowadzano w taki sposób, że psom przez małą ranę w ścianach brzusznych wyciągano pętlę kiszek, na pętlę tę nakładano obrączki sprężnikowe rozmaitej grubości i szerokości (trzech różnych średnic), odprowadzano ją napowrót do jamy brzusznej, i ranę zeszywano. Po pewnym czasie albo ranę otwierano i odszukiwano zaciśniętą część kiszek, albo też zwierzę zabijano. Z 18 w ten sposób przeprowadzonych doświadczeń autor przekonał się, że następstwa zaciśnięcia bywają różne, stosownie do wielkości pętli kiszekowej i szerokości zaciskającego pierścienia. W razie jednakowej szerokości tego ostatniego w większej pętli pierwiej następuje zastój i krwotoki aniżeli w mniejszej. Co się tycze zaburzeń w krążeniu, rozróżnia autor dwie grupy wypadków: 1) takie w których dopływ krwi tętnicznej jest jeszcze możebny, i 2) takie w których krążenie jest zupełnie wstrzymane. W pierwszej grupie skutkiem powstrzymanego odpływu krwi żyłnej powstaje przekrwienie zastojowe, wylewy krwawe, pęknięcia tkanek i zgorzel; w drugiej — po usunięciu zaciśnięcia występuje reakcja zapalna. W tych razach daje się spostrzegać przeistoczenie tkanek z następczem zapaleniem przewlekłym, albo też ostre zapalenie z ropieniem i przedziurawieniem. Najdłuższy czas trwania zaciśnięcia, przy którym w doświadczeniach autora następowało jeszcze wyzdrowienie, wynosił sześć godzin. Pod względem leczniczym, z doświadczeń swoich autor ten wyprowadza wniosek, że w bardzo ciężkich wypadkach zaciśnięć kiszek, usunięcie zaciśnięcia, resp. herniotomia, nastąpić powinno najpóźniej w 3—6 godzin, jeżeli życie nie ma być narażone na niebezpieczeństwo.

O środkach lekarskich pomagających do dobrowolnego ustąpienia uwięźnięcia kiszek lub ułatwiających wykonanie odprowadzenia, posiadamy następnne dwa doniesienia:

Méplait (2) na zasadzie dawniejszych spostrzeżeń z r. 1868 i jednego nowego, zaleca zadawanie kawy wewnątrznie i w lawatywach. U chorego, leczonego przez autora, wielka uwięźnięta przepuklina mosznowa, której odprowadzenie *lege artis* się nie udawało, weszła sama przez się po wypiciu przez chorego pięciu filiżanek czarnej kawy i zadaniu dwóch lawatyw z tego napoju.

Szatory (3) widział pomyślne działanie morfiny przy przepuklinach zaciśniętych. Cztery do pięciu kropel z roztworu 1:30 mają „usuwać kurcz włókien mięsnych obrączki pachwinowej, zaciskających pętlicę kiszekową.” Miało to miejsce w trzech wypadkach uwięźniętych przepuklin spostrzoganych przez autora, tak że

przedsięwzięte po zadaniu tych kropeł próby odprowadzenia łątwo się udawały.

Nichols (4) opisuje nową, ulepszoną metodę odprowadzania uwięzłych przepuklin, według niego bardzo pewną. Chory leży na grzbiecie;—operator obejmuje lewą ręką przepuklinę (dajmy na to pachwinową) w pobliżu miejsca zaciśnięcia, poczem prawą ręką, trzymaną poprzednio przez kilka minut w zimnej wodzie, przyciska raptownie ścianę brzucha powyżej pępka, popychając ją równocześnie w górę. Po tej manipulacji przepuklina, nawet w bardzo uporeczywych wypadkach, ma natychmiast wsuwać się do jamy brzusznej wśród wykrzyku: „oh!”

W literaturze 1873 roku mniej już mamy doniesień o stosowaniu bądź prostego przekłucia, bądź przekłucia z aspiracją, do usunięcia zaciśnięć przepuklin.

Proste przekłucie skutecznie Bousset i Cauby. Chory Bousset'a (5) mężczyzna 52-letni miał lewostronną przepukliną udową, nigdy paskiem nie podtrzymywaną, która podczas dzwignienia ciężaru wystąpiła tak znacznie, że doszła objętości pięści i już odprowadzić się nie dała. Nawet w uśpieniu chloroformowem, pomimo całogodzinnego manewrowania niepodobna było dopełnić odprowadzenia. Bębniasty odgłos guza, skłonił autora do przedsięwzięcia przekłucia zwyczajnym probierczym trójgranicem, co gdy skuteczniał, odeszło bardzo wiele gazów i pół szklanki cuchnącego kałowego płynu. Skutkiem tego przepuklina zmniejszyła się o $\frac{2}{3}$ pierwotnej objętości, a w pół godziny potem, sama przez się wsunęła się do jamy brzusznej. W dwa dni potem chory dźwigał ciężary podawnemu.

Drugie spostrzeżenie podaje Cauby (6). Przy przepuklinie pachwinowej od ośmiu dni będącej w stanie zapalnym, która spowodowała ogromne wzdęcie brzucha, autor robił kilkakrotnie przekłucia kiszki przez przednią ścianę brzucha w pobliżu pępka, małym trójgranicem od strzykawki Pravaz'a. Za każdym przekłuciem wychodziła znaczna ilość guzów, a objętość brzucha zmniejszała się. Na 11 dzień od wystąpienia objawów zapalnych przekłuto także i guz przepuklinowy, z którego obok wielkiej ilości gazów, wyszło i parę kropeł kałowej cieczy. Odprowadzenie wszakże udało się dopiero 14 dnia, po zrobieniu jeszcze dwóch przekłuć brzucha. Chory ten wyzdrowiał.

Przekłócie z aspiracją zapomocą przyrządu Dieulafoy, skutecznie Marciano (7), Fochier (8) i Terrier (9), wszyscy przy uwięzieniu przepuklin udowych. W dwóch pierwszych wypadkach po wyssaniu gazów i części płynu z zaciśniętej pęli kiszkiowej odpro-

wadzenie łatwo się udało; w ostatnim trzeba było wykonać hermiotomię, po której chory wyzdrowiał.

Annandale (19) proponuje nową operację do usuwania zaciśnięcia przepukliny w niektórych wypadkach. Polega ona na tem, że nie worek przepuklinowy, lecz jama brzuszna ponad miejscem zaciśnięcia otwiera się cięciem 1—2 cali długiem. Przez ten otwór wyciągają się uwięzłe części z worka przepuklinowego (jeżeli potrzeba, po poprzednim nacięciu miejsca zaciśnięcia) i jeżeli są zdrowe, odkładają się do jamy brzusznej. Postępowanie to ma być szczególnie właściwem przy wielkich przepuklinach pepkowych u dorosłych, jeżeli powłoki ich są zbyt cienkie lub owrzodziałe; dalej przy wielkich, do tego czasu odprowadzalnych przepuklinach udowych, wreszcie w innych razach, gdzie zwyczajna operacja jest przeciw wskazaną. Autor operował w ten sposób dwie osoby dorosłe z zaciśniętymi przepuklinami pepkowemi, ale niestety w obu razach ze śmiertelnem zejściem, które chce przypisać wielkiemu upadkowi się operowanych.

Desprès (10) daje porównawcze zestawienie statystyczne chorych poddawanych operacji herniotomii i nie-poddawanych takowej, którzy w latach 1872 i 1873 przyjęci byli do szpitala Codin z uwięzłemi przepuklinami. Z siedmiu operowanych wyzdrowiało trzy, zaś z sześciu nie operowanych wyzdrowiał tylko jeden. Z tego autor wyciąga wniosek, że odprowadzenie i wyszukiwanie małe dają nadzieje pomyślnego skutku i tam tylko powinnyby być brane pod uwagę, gdzie przepukliny były poprzednio odprowadzalne i zaledwie przed kilkoma godzinami uległy zaciśnięciu w skutek wysiłku fizycznego. Przy przepuklinach znacznej objętości należy przystępować do herniotomii wcześniej, a przy małych przepuklinach udowych natychmiast.

Z licznej kazuistyki herniotomii, opublikowanej w r. 1873, przytoczymy tylko kilka wypadków, przedstawiających pewne osobliwości.

Cruveilhier, na posiedzeniu towarzystwa chirurgów w Paryżu (*Gaz. de hôp. N. 48*) opowiedział o następującym wypadku zaciśnięcia przepukliny gdzie przy herniotomii wzięto torbiel surowiczokrwistą za worek przepuklinowy. Mężczyzna 35-letni, mający lewostronną przepuklinę pachwino-moszną, uległ zaciśnięciu tejże. W 24 godzin od chwili wystąpienia objawów uwięznięcia, przystąpiono do herniotomii i postępując warstwami, rozcięto torbiel z której wylał się płyn surowiczokrwisty. Torbiel tę uważano za worek przepuklinowy, a nie znalazłszy w nim swobodnej kiszki, przypuszczano, że zaciśnięta ki-

szka zrośnięta jest z tylną ścianą worka. W przypuszczeniu tém, utwierdziła operatora tem bardziej ta okoliczność, że gdy dla przekonania się zrobił próbne nakłucie tylnej ściany otworzonej jamy, przez rurkę wydobywać się zaczęły pęcherzyki gazu. Wrota przepuklinowe, jako przypuszczalne miejsce zaciśnięcia, zostały nadcięte i kiszka pozostawiona na zewnątrz. Pomimo to objawy uwięzienia nie ustały i w dwa dni potem chory umarł. Przy sekcji przekonano się, że worek przepuklinowy wcale nie został otwarty. Znajdowała się w nim przedziurawiona pętla kiszki biodrowej, wcale nie zrośnięta z workiem. Zaciśnięcie miało miejsce w szyi worka przepuklinowego. Cr. przyznaje, że jedynym sposobem uniknięcia błędu było spróbowanie, czy uwięzła pętla kiszki pozwoli się wyciągnąć, lecz tego zaniedbał.

Marciano (15) opisuje niezwykle wypadek uwięzienia pętli kiszki w nienormalnym otworze sieci, znajdującej się wraz z kiszką w worku przepuklinowym i przyrośniętej do dna tegoż worka. Chory, 54 lat liczący, miał od dawna po obu stronach przepuklinę pachwinową, którą pozostawiał własnemu losowi. Pewnego dnia, przepuklina z prawej strony wystąpiła na zewnątrz w postaci guza wielkości pięści i już się odprowadzić nie dała. Na trzeci dzień przystąpiono do herniotomii. Po otworzeniu worka przepuklinowego zaczęły występować z wnętrza brzucha na zewnątrz dalsze części kiszki, które z łatwością napowrót odepchnięto. Przy bliższym rozpatrzeniu się, znaleziono w worku przepuklinowym kawał sieci, przyrośniętej szeroką podstawą do dna worka, a w niej otwór trójkątny, przez który przesunęła się mała pętlica kiszki i w takowym uwięzła. Pętlicę tę oswobodzono, i całą część kiszki wypadniętą odprowadzono do jamy brzusznej. Sieć pozostawiono na zewnątrz. Po zagojeniu wypełniała ona cały worek przepuklinowy. Mechanizm powstawania otworu w sieci pozostał niewyjaśnionym.

Z 5 wypadków zaciśniętych przepuklin, opisanych przez Bonora (12), ciekawym jest szczególnie wypadek przepukliny udowej u 65-letniej kobiety z tego powodu, że przy herniotomii znaleziono worek przepuklinowy kształtu klepsydry, t. j. pośrodku przewężony. Po nacięciu przegrody zwązającej, łatwo udało się odprowadzić ciemną i podbiegniętą krwawą już pokrytą małą pętlicę kiszki z dolnego przedziału worka, wraz z niezmięconej barwy pętlcami z górnego przedziału. Zejście było pomysłem.

Z pomiędzy dwóch wypadków uwięzłych przepuklin, spostrzeganych w klinice prof. Dumreicher'a a opisanych przez Al-

berta (17), jeden zaciekania z tego powodu, iż po trzechdniowym trwaniu zaciśnięcia, gdy próbowano gwałtownie odprowadzenia, odprowadzono w massie zawartość przepukliny razem z workiem. Ponieważ objawy zaciśnięcia nie ustępowały a przed zewnętrznym pierścieniem pachwinowym znajdował się guzik wielkości orzecha, przystąpiono do herniotomii. Guzik ten po przecięciu okazał się być nagromadzeniem surowicy (*Hydrocele*). Po rozcięciu kanału pachwinowego w jamie brzusznej napotkano guz wielkości pięści, dający się ze wszystkich stron otoczyć palcem. Po nacięciu wypłynęło zeń nieco mętnego płynu, a wewnątrz znajdowała się pętla кишки cienkiej, 8 cali długa, krwią podbiegnięta, w jedném miejscu już przedziurawiona. Wrota worka przepuklinowego które się dały wyczuwać u góry w okolicy linii białej, zostały nacięte herniotomem; następnie otwór w kiszce zeszyto szwem kiszkowym i kiszkę umocowano w pobliżu rany za pomocą pętli kreszkowej. W 2 dni po tej operacyi nastąpiła śmierć. Stolec przedtém wcale nie było. Przy sekcyi przekonano się, że zgrubiały worek przepuklinowy dokoła oddzielony był od otaczającej go tkanki komórkowatej.

2. Szczegółowe rodzaje przepuklin.

a) Przepukliny pachwinowe.

1) Gazette des hôpitaux. N. 147. Soc. de chirurg. Communication de M Guéniot sur une hernie congénitale étranglée chez un enfant de trois mois. Opération.—2) The Lancet. Sept. 6.—King's College Hospital. Strangulated congenital inguinal hernia; operation with radical cure (under the care of M. J. Wood).—3) Kleeberg. Hernia interstitialis inguinalis dextra cum descensu testiculi. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. III. N. 5 i 6.—4) Heath Chr. On cases of large labial hernia and their treatment. The Lancet. Nov. 29.

Guéniot (1) Komunikuje członkom towarzystwa chirurgicznego o wykonanej przez siebie herniotomii, z powodu zaciśnięcia wrodzonej przepukliny pachwinowej u 3-miesięcznego dziecka. Dziecko to, bardzo wątłej zresztą konstytucyi, umarło w 10 godzin po operacyi.

Kleeberg (3) opisuje wypadek śródmięszkowej przepukliny pachwinowej. Mężczyzna 23-letni, od urodzenia mający tylko jedno jądro, zauważył przed 14 dniami w prawej pachwinie mały guzik, który następnie podczas gwałtownego nateżenia fizycznego powiększył się znacznie, a równocześnie z tem wystąpiły

objawy uwięzienia. Guz przepuklinowy miał kształt gruszkowaty. Zwężoną część stanowiło jądro, ponad którym i na zewnątrz znajdowała się część szersza — przepuklina, pokryta powięzią mięśnia skośnego zewnętrznego. Przy herniotomii, przednia, powięziasta ściana kanału pachwinowego musiała być ostrożnie naciętą od zewnątrz ku wewnątrz, wraz z przednią ścianą worka przepuklinowego; dopiero po skutecznieniu tego, udało się z trudem naciąć wewnętrzną obrączkę kanału pachwinowego i odłożyć do jamy brzusznej ciemno-granatową pętlę kiszki. Chory w krótkim czasie odzyskał zdrowie. Po zagojeniu jądro pozostało zewnątrz jamy brzusznej.

Heath (4) spostrzegał u 40-letniej praczki wielką odprowadzalną przepuklinę pachwinowo-wargową, istniejącą od lat 6-ciu. Obwód jej w miejscu najobszerniejszym wynosił 15 cali, a długość 18½ cala. Na całej przestrzeni dawała odgłos bębniasty. Odprowadzenie było łatwym, gdyż otwór zewnętrzny kanału pachwinowego bardzo był obszerny. Ponieważ utrzymanie kiszki wewnątrz jamy brzusznej, zapomocą paska przepuklinowego było niepodobnym, przeto urządzono suspensorium, utrzymujące się zapomocą szelek odpowiednich, i tak dobrze podtrzymujące, że przy żadnym z ruchów jakie chora przyjmowała, nie popuszczały.

b) Przepuklina udowa.

1) Gay J. Case of enteric obstruction, with a rare form of femoral hernia; operation; death. Transactions of the pathological society. XXIV.

Następujący wypadek spostrzegany przez Gay'a (1) przekonywa, iż w pewnych, chociaż rzadko się przytrafiających wypadkach możliwe jest wzięcie za przepuklinę innych tworów guzowatych, jak w danym razie za zaciśniętą przepuklinę udową, wzięto kawałek tłuszczu wystający z pierścienia udowego. U 65-letniej kobiety od 5 dni istniało uporczywe zaparcie stolca i wymioty. W trójkacie udowym autor znalazł guzik wielkości orzecha, który wzięwszy za zaciśniętą przepuklinę udową, przystąpił do operacji. Po nacięciu przekonano się że worka przepuklinowego wcale nie było, a guzik był gruzłem tłuszczu, który po rozszerzeniu pierścienia udowego mógł być odepchnięty do wewnątrz. Wymioty, wzdęcie brzucha i uczucie targania w okolicy pępka trwało dalej bez przerwy i chora umarła w 3 dni później, wśród wielkiego upadku sił. Przy sekcji pokazało się, że cała powierzchnia zewnętrzna otrzewnej była usadzona gru-

złami tłuszczu, z których jeden znajdował się na zewnątrz pierścienia udowego i dał powód do błędnego rozpoznania. Tuż przy nim znajdowało się próżne, kieszonkowane wypuklenie otrzewnej. Kiszki cienkie były mocno rozdęte; dolny odcinek кишки biodrowej był zaciśnięty przez krótki, gruby powrózek sieci (który uciskał także określnicę zstępującą). W tém miejscu kiszki znajdowało się kilka przedziurawień z owrzodzenia powstałych, przez które zawartość kiszek wylewała się do jamy brzusznej.

c) Przepukliny pępkowe.

1) Wood J. Clinical lecture on umbilical hernia. Med. Times and Gaz. N. 29.—2) Gorham J. Umbilical hernia in infants. Letter to the Editor. Med. Times and Gaz. Dec. 6.—3) O x l e y. Case of strangulated umbilical hernia; operation; recovery. The Brit. med. Journ. N. 15.—4) S c h u s t e r, Ein Fall von operirter eingeklemmter Nabelhernia. Deutsche Zeitschr. f. Chir. p. 477.—5) Medical Times and Gaz. July 19.—Guy's Hospital. Strangulated umbilical hernia, herniotomy, intestines not exposed; recovery. (Under the care of the Bryant).

Wood (1) w swym wykładzie klinicznym o przepuklinach pępkowych u dzieci i u osób dorosłych daje dokładny opis anatomicznego rozwoju i przekształcenia się u płodu tworów okolicy pępkowej, łącząc do tego uwagi o powstawaniu wrodzonych przepuklin pępkowych. Autor jest przekonany, że zbyt odległe od ścian brzusznej podwiązywanie sznurka pępkowego u noworodków usposabia do przepukliny pępkowej. Przepukliny pępkowe u dorosłych, są zdaniem autora zawsze przepuklinami obok-pępkowemi. Powstają one w ten sposób, że podotrzewne guzeczki tłuszczowe wypuklają się przez otwory w linii białej, za któremi wypukła się kieszonkowato i otrzewna. Do powstrzymywania przepuklin pępkowych zarówno u dzieci jak u dorosłych W. zaleca peloty kauczukowe wydęte powietrzem, składające się z zewnętrznego pierścienia, w którym znajduje się wypukły guzik również wydęty powietrzem. Wnętrze guzika komunikuje z wnętrzem pierścienia. Cały ten przybór osadzony jest na sprężynowym pasie. W razie silniejszych wysilenń ciała, kaszlu i t. p. powietrze z peloty guzikowatej wchodzi do otaczającego go pierścienia, nadyma go mocniej, przez co ten ostatni większy stawia opór napierającym trzewiom. Przy prostych tłuszczakach okolicy pępkowej, autor radzi nosić na nich tabliczkę ze słoniowej kości, a przy przepuklinach pępkowych nieodprowadzalnych,

odpowiedniej wielkości wkłesłą pelotę, przytwierdzaną sprężynkową opaską.

Gorham (2) przy przepuklinach pępkowych u dzieci, zamiast będącego w użyciu naciskania obrączki pępkowej za pomocą monety, zachwala następujący sposób postępowania: Po obu stronach pępka unosi się skórę w dwie pionowe fałdy; zakłada się te fałdy jedna na drugą, tak, aby na siebie zachodziły i pokrywały zupełnie pępek, a następnie w tém położeniu umocowuje się je za pomocą pasków plastra lepkiego, poprzyklepianych prostopadle i ukośnie do osi tych fałd. Co 3 lub 4 dni plastry się odmieniają. Autor, podczas 40 letniej swęj praktyki lekarskiej, uleczył za pomocą téj metody wszystkie przepukliny pępkowe u dzieci, jakie mu się leczyć przytrafiło.

Oxley (3), Schuster (4) i Bryant (5) opisują wypadki zaciśniętych przepuklin pępkowych, wszystkie trzy poddawane operacyi herniotomii, i wszystkie z pomyślném zejściem. Wszystkie miały miejsce u kobiet, w wieku 73, 66 i 47 lat.

Wypadek Oxley'a przedstawiał pewne szczególności a przytém operowany był takim sposobem, jaki zaleca Annandale (p. wyżej) i dla tego zasługuje na wzmiankę. Kobieta 73 letnia, od 3 dni doznawała objawów uwięźnięcia przepukliny. Przy badaniu przedstawiała dwa małe guzy tuż obok pępka, o sposobie powstania których nic pewnego podać nie mogła. Gdy usiłowanie odprowadzenia ich w uspieniu chloroformowém nie odniosło skutku, autor przystąpił do operacyi. Najpierw zrobił nacięcie wzdłuż szyi górnego guza, i znaleziony tu zwitek sieci, po nacięciu zaciskającego go włóknistego pierścienia odepchnął do wewnątrz. Następnie otworzył jamę brzuszną w pobliżu drugiego guza, i wprowadziwszy do niej palec, wyciągnął paznokciem od wewnątrz małą pętlę kiszki z drugiego worka przepuklinowego. To uczyniwszy zeszył ranę brzuszną 6 szwami z drutu i wzmoocnił plastrami lepkiemi. W 8 dni po operacyi szwy oddalono a w 2 tygodnie rana była zagojoną. Po operacyi przepuklina stała się większą niż była przedtém; lecz z łatwością dawała się odprowadzać.

d) . P r z e p u k l i n a b r z u s z n a .

Woakes Ed. Case of double ventral hernia; one strangulated on admission; the second becoming so five days after operation on first; second operation; recovery. The British medical Journal Sept. 20.

Chory Woakes'a, 60 letni mężczyzna, miał na 2 cale powyżej pępka po obu stronach linii białej dwie przepukliny, które kolejno w ciągu 5 dni uległy zaciśnięciu, tak że chory w tak krótkim czasie dwukrotnie poddawany był herniotomii. Obie operacje przetrwał szczęśliwie.

e) Przepuklina dziury owalnej.

Mayo Ch. Case of strangulated obturator hernia. The British medical Journ. June 28.

Rozpoznanie zrobione na zwłokach.

f) Przepuklina kulszowa.

Reports of the Dublin Pathological Society. Crosslé E. C. Case of Ischiatic Hernia. Dublin Journ. of Med. Sciences. Septbr.; oraz The Med. Press and Circ. April 2.

Crosslé opisuje jeden wypadek tego rzadkiego rodzaju przepukliny, którą postrzegął u 40 letniej zdrowej i silnej kobiety. Od dwóch lat miała ona w prawej okolicy pośladkowej wyniosłość, której początek przypisuje dźwignięciu ciężkiego pługa. Gdy go dźwignęła, uczuła jakby się coś rozstało, a w 3 miesiące później wyczuła w tém samym właśnie miejscu wyniosłość wielkości gołębiego jaja. Gdy autor ją widział, guz miał objętość głowy noworodka, był miękki i podatny, a przy opukiwaniu dawał prawie wszędzie odgłos tępy, tylko w niewielu miejscach bębniasty. Guz ten był umieszczony przy dolnym brzegu fałdy pośladkowej, i gdy chora stała, sięgał wolnym swym brzegiem aż po pod lewą fałdę pośladkową. Przy kaszaniu, prawie o połowę zwiększał swą objętość. Pomimo wytrwałych usiłowań odprowadzenia, udało się tylko większą część zawartości przepukliny wprowadzić do jamy miednicznej, przyczem palec trafiał na szeroką szparę o twardych brzegach tuż ponad dziurą zasłonową wielką. Reszta zawartości przepukliny, jak się zdawało, musiała być zrośnięta z workiem. Skoro się zwolniło nacisk, guz natychmiast występował napowrót. Był on dla chorój o tyle tylko uciążliwym, że nie dozwalał jej prosto siedzieć, i od czasu do czasu sprowadzał utrudnienia przy oddawaniu stolca. Stokes polecił urządzić chorój odpowiedni pasek przepuklinowy, którego autor bliżej nie opisuje, a tylko

nadmienia, że dobrze zapobiegał powiększaniu się przepukliny. W końcu autor wspomina o podobnym wypadku spostrzeganym przez Marzolo w Padwie (*Brit. med. Journ. Octobr. 5. 1872*).

g) Przepukliny przeponowe.

1) Randolph H. Diaphragmatic hernia. *The Brit. med. Journ. Nov. 1.* — 2) Burkart, *Berl. Klin. Wochenschr. N. 14.* — 3) Vallin E. De la hernie diaphragmatique étranglée. *Gaz. hebdom. de méd. et chir. 5 Déc.* — 4) Wojda Ch. *Przeгляд lekarski 1873. N. 28—32.*

Blizszy opis tych wypadków, jako nie przedstawiających szczególnego chirurgicznego interesu, chociaż wielce ciekawych pod względem klinicznym i anatomo-patologicznym, pomijamy.

XII. Odjęcia członków; wyłuszczenia ze stawów; wypilowania kości.

1. Odjęcia i wyłuszczenia w ogólności.

(Technika. Metody. Leczenie pooperacyjne. Statystyka. Kazyistyka zbiorowa).

1) Esmarch, Ueber Künstliche Blutleere bei Operationen. *Volkman's Sammlung Klinischer Vorträge. N. 58.* — 2) Billroth, Erfahrungen über Esmarch's Methode der Blutersparung bei Operationen an den Extremitäten. *Wiener med. Wochenschr. N. 29. S. 685.* — Verneuil, De la suppression de la compression préliminaire dans l'amputation des membres. *Nouveaux procédés d'amputation. Gaz. med. de Paris. p. 166.* — 4) Wahl, Bemerkungen zur Amputationsfrage. *Archiv f. Klin. Chirurgie. Bd. XV. s. 652.* — 5) v. Mosengail, Ueber ein mit nachfolgender subperiostealer Resection des Knochenstumpfes combinirtes Operationsverfahren. *Tamže. s. 716.* — 6) Gütterbock, Klinische und anatomische Untersuchungen über einige Formen des conischen Amputationsstumpfes. *Tamže. S. 283.* — 7) Verneuil, De quelques réformes à introduire, dans la statistique chirurgicale à propos d'une série de dix-neuf amputations du bras dans l'article. *Arch. génér. de Méd. Juillet. p. 1, Sept. p. 275.*

Metoda Esmarch'a (1) zaoszczędzania krwi podczas wykonywania operacji na kończynach, o której już mówiliśmy powyżej, w sprawozdaniu z chirurgii ogólnej, co do zasady swój, obecnie tak powszechnie jest znana, że bliższy jej opis w tym miejscu byłby zbędny. Ograniczymy się więc tylko na wzmiance, iż w ciągu

pierwszych 3 kwartałów od wprowadzenia swój metody (sztucznego wywołania bezkrwistości) autor stosował ją 87 razy (na 329 operacyj w ogóle); w tej liczbie przy 21 odjęciach członków i ich wyluszczeniach ze stawów, a w szczególności przy 6 odjęciach uda, 8 odjęciach goleni, 1 wyluszczeniu kończyny górnej ze stawu ramieniowego, 8 wypiłowaniach, 13 wydobywaniach martwaków, 5 wyluszczeniach nowotworów i t. p. Z 87 operowanych, umarło tylko 4. Większa część pieńków amputacyjnych goiła się przez bezpośrednie sklejenie i prawie bez gorączki przyrannój.

Postępowanie Esmarc'h'a znalazło już licznych naśladowców, których artykuły tego przedmiotu dotyczące, spotykamy w literaturze r. 1873 w obfitości.

Verneuil (3) chcąc uniknąć trudności, niegodności, a niekiedy i złych skutków (zakrzepu w żyłach), wynikających z uciskania palcami głównych pni tętniczych przed dokonaniem odjęcia członków, od kilku lat postępowanie to zupełnie zarzucił. Zamiast tego, postępuje tak jak przy wyluszczeniu nowotworów, t. j. podwiązuje natychmiast każde tryskające naczynie, główny zaś pień tętniczy, odsłania, przecinając miękkie części warstwami, odosabnia go, przewiązuje w dwóch miejscach, przecina między dwiema przewiązkami, poczem dopiero kończy operacyę. Można przytém przewiązać i większe pnie żyłne, jeżeli się to uzna za potrzebne. Inny sposób postępowania polega na tém, że najpierw wycina się warstwami jeden płat i odsłania się kość, którą się² przepiłowuje na podsunietym pod nią zgłębuiku żłobkowatym lub zakrzywionych nożyczkach; a potem dopiero wycina się również warstwami drugi płat, przyczem przecina się wielkie pnie naczyniowe i takowe przewiązuje. W taki sposób wykonał już Verneuil 21 odjęć większych członków, a w szczególności: 8 wyluszczeń w stawie ramieniowym, 3 odjęcia uda, 2 odjęcia ramienia, 6 odjęć goleni i 2 wyluszczenia ze stawu udowego. Szczegółowy opis tego postępowania skreślił Pillet w swój rozprawie inauguralnej (*De la suppression de la compression digitale préliminaire dans l'amputation des membres. These de Paris. 1873*).

Wahl (4) zastanawia się w obszernym artykule nad kwestyami dotyczącymi odejmowania członków.

Według niego, dotychczas nie zdołano rozstrzygnąć zadawalniająco dwóch kardynalnych punktów w kwestyi odejmowania członków, a mianowicie: nie wyświetlono, jak należy kierować sprawą gojenia się rany pooperacyjnej, aby uniknąć częstokroć tak groźnych dla

życia operowanego powikłań i zejść; a powtórnie, nie ustalono zasad postępowania, aby uczynić pieniek poamputacyjny po zagojeniu, odpowiednim do zastąpienia straconego członka za pomocą sztucznej podpory.—Często bowiem pieniek taki okazuje się bardzo niedogodnym i na zawsze dla operowanego uciążliwym. — W kolei czasu, dążność do dopięcia już to jednego, już drugiego, z wyżej wytkniętych celów, objawiła się wynalezieniem różnorodnych metod amputacyjnych, które już to temu już owemu celowi czynić miały zadosyć. Jeżeli się jednak zapytamy, do jakiego dążności te doprowadziły rezultatu, nie podobna nam będzie dać inną odpowiedź jak tę, że nasi operowani umierają i teraz tak samo jak dawniej, a co się tycze usiłowań powiększenia użyteczności pieńków poamputacyjnych, to i teraz jeszcze bardzo często rezultatem ich bywa pieniek stożkowatego kształtu (podobny dokapelusza od głowy cukru).—Aby osiągnąć pierwszy z wyżej wskazanych celów, wynajdywano metody mające uproszczyć sprawę gojenia się ran; starano się dopiąć tego za pomocą różnorodnych modyfikacyj w opatrywaniu, przyczem niekiedy popadano w ostateczności. Za takie np. uważać trzeba z jednej strony opatrunki szczelnie ranę zamykające, z drugiej—zalecane przez Bartschera, Tealego i Burowa pozostawianie ran odkrytymi, bez wszelkiego opatrunku.—Opierając się na tém, że zakażenie ropiaste (i śmiertelne zejście będące jego następstwem) łatwiej się przyłącza do ran ciętych aniżeli do ran powstałych z wyżarcia, odgniecenia lub złamania, pomijając już to, że przy tych ostatnich ranach unika się nadto krwotoku, Middeldorpf zalecał do odejmowania członków galwanokaustykę (1854), Manoury i Salmon środki żrące, a Maisonneuve wynalazł „metodę diaklastyczną“ odejmowania członków, przez łamanie kości i odgniatanie części miękkich zapomocą przewiazki.—Żadna z tych metod nie przyjęła się w praktyce, i jedna tylko galwanokaustyka znalazła ostatnimi czasy partyzanta w Brunśie.—Ażeby zyskać użyteczny pieniek poamputacyjny, starano się pokrywać kikut kostny grubym pokładem mięśniowym, podając różne metody prowadzić mające do tego celu, a mianowicie: przecinanie części miękkich koliste w jednym lub kilku tempach, cięcia lejkowate, metodę płatową i owalną (C. J. M. Langenbeck), wreszcie cięcie ukośne (Blasius).—Wkrótce jednak się pokazało, że pokrywanie kości grubym pokładem mięśniowym ma przemijającą wartość. Zaczęto następnie robić cięcia koliste z mankietem skórny; wycinano płaskie płyty różnej wielkości—a pomimo to nie udało się uniknąć stopniowego ścięczenia skóry kość pokry.

wającój. Dalój, w miejscach przedstawiających odpowiednie warunki anatomiczne, zaczęto stosować metodę osteoplastyczną. Szymonowski zastosował osteoplastykę przy odjęciach w stawie łokciowym, Gritti—w stawie kolanowym, a Pirogow—w stawie stopowym.—Tylko ta ostatnia operacja dała zadawalniające wyniki. Metodą odpowiadającą zarówno obu warunkom tj. ułatwiająca sprawę gojenia się rany i ulepszająca pieńek poamputacyjny jest metoda podokostna, która zużytkowuje własności plastyczne okostnej.—Dla tego téż metodę tę w przeciwstawieniu względem osteoplastycznej możnaby nazwać periosteoplastyczną. Opierając się na znaczeniu okostnej przy odtwarzaniu się kości, zaczęto najpierw, za przykładem Walther'a przeszczepiać okostną na powierzchnię przepiłowania kości. Łatwość z jaką okostna przyrasta do szpiku kostnego, ma zabezpieczać od groźnego zapalenia tegoż szpiku, z następczą ropnicą; nadto, Langenbeck przekonał się, że okostna przeszczepiona bez naruszenia jej związku z częściami miękkimi najlepiej przeszkadza stopniowemu zmniejszaniu się powierzchni kostnej i cieżnieniu skóry. Przy zastosowaniu téj metody, nie widywano nigdy tak zgubnego dla używalności pieńka zropienia przedniego płatu wskutek dziurawienia go przez martwaki kostne, powstające na powierzchni przepiłowania. Do tego Lehmann wykazał, iż jeżeli się przy odejmowaniu członka pozostawi na końcu kości płaty z okostnej to z płatów tych wytwarza się massa kostna, która zaokrągla koniec pieńka kostnego, nadając mu kształt półkuli. Tym sposobem jesteśmy w możności utworzenia pieńka poamputacyjnego zdolnego do podpierania ciała i chodzenia, gdyż unikamy dolegliwych objawów ucisku, jaki ma tam miejsce, gdzie tylko miękkie części odpilowaną kość pokrywają. Wreszcie przy téj metodzie, rana pooperacyjna prędzej ma się goić.

Przy wykonywaniu operacyi metodą podokostną, o której mówimy, oddzielano okostną od kości jużto cięciem kolistem, już płatowem w podobny sposób, jak się tworzą płaty mięsne i skórne.—Przy stosowaniu metody kolistej, która jest najwłaściwszą przy odejmowaniach w ciągu uda lub ramienia, cięciem rozdzielającym mięśnie, przecina się zarazem i okostną dokoła kości, poczem zapomocą skrobaczki odsuwa się ją w górę, wślad za kurczącemi się mięśniami.—Bardziej skomplikowane są metody Neudörfer'a i Lehmann'a, którzy zalecają oddzielać okostną w dwa płaty, będące w związku z częściami miękkimi, sposobem podobnym jak przy podokostnem wypiłowywaniu kości. B. Langenbeck zaleca metodę jednopłatową

z płatem przednim, w który zarazem wchodzi okostna, i daje opis operowania przy odejmowania uda — prototypie wszystkich amputacyj. Na goleni, technika tego sposobu o tyle tylko ulega modyfikacyi, że płat okostnej bierze się tylko z przedniej powierzchni kości piszczałkowej. Ze strzałki okostna zsuwa się po prostu ku górze, po oddzieleniu jej cięciem kolistém. Langenbeck przytacza 8 tego rodzaju operacyj, z których tylko 2 zakończyło się niepomyślnie.

Co się tyczy szczegółowych korzyści tej metody, to autor jest tego zdania, że zwieszenie płata okostnej przed otwartą jamą szpiku kostnego nie zabezpiecza bezwzględnie od zapalenia tego szpiku, ale jeżeli rzeczony płat okostnej zrośnie się bezpośrednio ze szpikiem, to w takim razie chroni prawie na pewno od zapalenia szpiku; można więc śmiało powiedzieć, że metoda ta do pewnego stopnia zmniejsza niebezpieczeństwo rozwinięcia się zapalenia szpiku kostnego. Za to przy operowaniu metodą podokostną nigdy nie spostrzegano martwienia (*necrosis*) pieńka kostnego, zwłaszcza też martwienia okrężnego, będącego następstwem spraw zapalnych w okostnej, bo drobne kawałki kości ze strony przeciwległej względem podstawy płata mogą się oddzielać. Okrężne zaś obumieranie końca pieńka kostnego pociąga za sobą ściągnięcie się w górę części miękkich w tém miejscu się przyczepiających; a że metoda podokostna zapobiega temu, więc wpływa na zmniejszenie się liczby stożkowatych pieńków poamputacyjnych. Dalej, Lehmann utrzymuje, że gdy pozostawiony zostaje płat okostnej przy końcu pieńka kostnego, to z płatu tego wytwarza się półkula kostna, zaokrąglająca pieńek dający dobry punkt oparcia dla sztucznej podpory. Wreszcie metoda podokostna pozwala operować w każdym miejscu kończyny (chybaby skóra była dotknięta zgorzelą), a więc dalej od tułowia, co przy innych metodach nie zawsze jest możliwém. Tym sposobem nie tylko zyskuje się dłuższy kikut, ale i rokowanie dla operowanego staje się lepszém. Niektórzy z autorów utrzymują, że i czas gojenia rany pooperacyjnej przy tej metodzie jest krótszym, lecz kwestya ta nie jest jeszcze rozstrzygnięta i domaga się liczniejszych spostrzeżeń. W ogóle ten sposób postępowania przy odejmowaniu członków, nie wielu liczy dotąd zwolenników, a we Francyi zdaje się, że nawet zupełnie nie był jeszcze znany podczas ostatniej wojny.

Pod względem sposobu wykonywania, podobną do periosteoplastycznej, jest zmodyfikowana niedawno przez Heine'go metoda odejmowania uda na wysokości kłykców (*transcondyläre Amputation*). Polega ona na przepiłowaniu kości udowej w miejscu jej kłykców i pokryciu jej dwoma płatami, z których większy, przedni, skórny,

zajmuje zarazem i okostną przednią powierzchnię rzepki, i spaja się na tylną powierzchnię kikuta, z tylnym płatem, mniejszym. Przepiękowanie kości udowej w jej epifizie, zmniejsza niebezpieczeństwo zapalenia szpiku kostnego, ponieważ unika się przytęm otworzenia jamy szpikowej, co ma miejsce w razie odejmowania uda w dolnej części tegoż. Płat przedni z łatwością przyrasta do gładkiej i jednostajnej powierzchni kostnej, z której już po kilku godzinach zaczynają wyrastać ziarnistości,—i która przedstawia przychylniejsze warunki aniżeli powierzchnia stawowa po wyłuszczeniu goleni ze stawu kolanowego. Prócz tego, usunięcie blizny ku tyłowi bardzo ułatwia dalsze używanie kikuta, przy zastowaniu sztucznej podpory. Lücke wykonał operację powyższą 3 razy—zawsze z pomysłem zejściem; przecięciowy czas gojenia rany pooperacyjnej wynosił dni $8\frac{2}{3}$. Sociu wspomina również o 3 wypadkach ze szpitali w Carlsruhe, z których 2 zakończyły się śmiercią. Autor wykonał odjęcie uda tą metodą 4 razy:—2 razy powodu ran postrzałowych w czasie ostatniej wojny, i dwa razy w praktyce prywatnej (1 raz próchnienie końca stawowego piszczi z guzem białym i 1 raz wielki chrząstniak kolana). Z tych 4 wypadków, 2 zakończyły się śmiercią (rana postrzałowa, guz biały). Wreszcie jeden jeszcze wypadek w szpitalu wojennym w Strassburgu zakończył się pomyslnie.

Autor zwraca następnie uwagę na pewne zmiany w technice wyżej wspomnianej operacji. Operować można albo z utrzymaniem okostnej rzepki, albo bez jej utrzymania. Pierwszy sposób postępowania stosował i zalecał Heine. Ale oddzielenie okostnej od rzepki, z powodu trudności unieruchomienia tej ostatniej, bywa nawet dla wprawnych operatorów bardzo znużającym i dużo zabiera czasu. To też utrzymanie okostnej rzepki nie zawsze bywa możliwem, zwłaszcza w praktyce wojennej, kiedy rzepka bywa najczęściej zgruchotana, a jej okostna porwana w szmaty. Zresztą, utrzymanie okostnej, bardzo pożyteczne w zasadzie, przy tej operacji nie jest tyle ważnem jak przy przepiękiwaniu kości w jej trzonie, gdyż się tu nie odsłania jamy szpikowej; a i korzystne tam półkuliste zaokrąglenie końca pieńka kostnego nie przedstawia tu takiej ważności, gdyż pieńek jest i tak na końcu kolbowato rozszerzony. Bądź co bądź, gdzie się da, nie należy lekceważyć zachowania okostnej, gdyż skutkiem zrosnięcia jej z powierzchnią kości, płat lepiej się trzyma, a z czasem i powierzchnia kostna nie ulega zmniejszeniu a skóra ścięczeniu. Oddzielenie okostnej łatwiej daje się wykonać, jeżeli się jej nie oddziela zaraz przy unoszeniu w górę wyciętego płata skórniego, jak Heine radzi, lecz jeżeli

się otworzy staw pod rzepką i dopiero po dokonaniu wyłuszczenia w kolanie, przystąpi do wyłuszczenia rzepki. Można teraz łatwiej unieruchomić rzepkę zapomocą kleszczy kostnych, i okroiwszy dokoła oddzielić ją od kości przy pomocy skrobaczki. W dotychczas opisanych wypadkach zawsze rzepkę usuwano, co też według W. jest koniecznym. Przy wyłuszczeniach zaś goleni ze stawu kolanego niekiedy jeszcze rzepkę pozostawiają, spodziewając się tym sposobem zachować więcej ruchów pieńkowi poamputacyjnemu, ponieważ wraz z rzepką pozostają nienaruszonymi przyczepy mięśni wyprostnych. Często wszakże przyrastanie rzepki z boku, do jednego z kłykci, jak się to też nie rzadko przytrafia przy odjęciach metodą Gritti'ego, niweczy te zamiary. Jeszcze jedną dobrą stroną odjęcia uda w kłykciach, jest to, iż metoda ta jest najmniej krwawą. Zaraz bowiem po wycięciu dolnego płata tryskająca tętnica zostaje uciśniętą przez asystenta, i natychmiast po dokonaniu wyłuszczenia przystępuje się do podwiązania naczyń. Krwawienie jeszcze bardziej zmniejszyć można przez zastosowanie postępowania Es march'a.

Co się wreszcie tycze statystyki operacji o której mowa, to ilość wypadków jest jeszcze tak mała, że o procencie śmiertelności po niej nie można wyrobić sobie bardziej dokładnego pojęcia. Jaka była śmiertelność w wypadkach każdego z operatorów, nadmieniliśmy powyżej.

Verneuil (7) wykazuje wadliwość dotychczasowej statystyki operacji i proponuje ulepszenie pod tym względem, objaśniając je na przykładzie 19 wykonanych przez siebie wyłuszczeń kończyny górnej ze stawu ramienionowego. Autor krytykuje najpierw bardzo niewłaściwe określenie zejść operacji wyrazami: śmierć lub wyzdrowienie (resp. skutek pomyślny). Bardzo niedostatecznym też jest podział odejmowań na wywołane przyczyną patologiczną lub traumatyczną — krócej, na patologiczne i traumatyczne; panuje także wielki zamęt co do pojmovania określeń: bezpośrednie, pośrednie, pierwotne, wtórne, następcze, późne i t. p. odjęcie. Wprawdzie ostatniemi czasy zaczęto już przy ogłaszaniu wykazów statystycznych podawać klimat, porę roku, miejscowość, miejsce gdzie operowano (w praktyce prywatnej—czy w szpitalu, w mieście czy też na wsi), pomieszczenie operowanych (oddzielnie czy gromadnie) i t. p., ale jestto dopiero początek. Dotychczas nikt nie rozróżniał stanu zdrowia anatomicznego i fizyologicznego w jakim się chory znajdował w chwili gdy był operowanym; a jednak bardzo ważną

jest rzeczą wiedzieć czy operowany nie był dotknięty jaką chorobą, dżieżą, cierpieniem konstytucjonalnym, wrodzonym lub nabytem osłabieniem ogólnym i t. p. Przyszła statystyka, jeżeli ma odpowiadać swemu celowi, powinna być taką, aby na niej można było opierać rokowanie, oraz aby usprawiedliwiała wskazania i przeciwskazania do operacyi. Jako przykład niegruntowności dotychczasowej klasyfikacyi, autor przytacza 4 następane spostrzeżenia:

1) Dziewczyna 14-letnia, dotknięta mięsakiem kostnym główki kości ramieniowej. Wyłuszczenie ze stawu. Po 45 dniach rana była już na dogojeniu, lecz w tym czasie nowotwór zaczął odrastać i w 3 miesiące po operacyi chora umarła.

2) Silny mężczyzna przejechany został wozem ciężko naładowanym. Zmiażdżenie ramienia z uszkodzeniem klatki piersiowej i połamaniem żeber. Wyłuszczone kończynę ze stawu dla zmniejszenia cierpienia chorego. Po 3 dniach umarł z następstw obrażenia klatki piersiowej.

3) U dorosłego zmiażdżenie ramienia, proste złamanie uda i stłuczenie goleni po stronie przeciwnej. Wyłuszczenie ramienia ze stawu. Następnego dnia zgorzel goleni i 3-go dnia śmierć, chociaż rana pooperacyjna dobrze wyglądała.

4) Zmiażdżenie ramienia wagonem kolei żelaznej u robotnika. Obrażenie szyi i powłok klatki piersiowej. Wyłuszczenie ramienia. Na trzeci dzień zapalenie zgorzelinowe na szyi, klatce piersiowej i ramieniu i wkrótce śmierć.

We wszystkich tych wypadkach chorzy pomierali, chociaż niepodobna obwiniać o to operacyi. Następane 3 wypadki także trudne są do rozklasyfikowania.

5) Mężczyzna raniony kulą w ramię (w wojnie 1870 r.) był przez 4 dni ukryty, bez pomocy. Zgorzel kończyny prawie do ramienia, upadek sił. Wykonano wyłuszczenie a w kilka dni operowany umarł z posocznicy.

6) Żołnierz Komuny raniony kulą w staw ramieniowy. Pierwotne wypięrowanie główki kości ramieniowej. Zrazu stan zadawalniający, lecz po kilku dniach rozwinęło się zapalenie rozlane tkanki łącznej ramienia. Dwa razy krwotok następczy z rany. Przy trzecim krwotoku wyłuszczone ramię ze stawu. Krwotok ustał. Następnego dnia śmierć. Przy sekoyi przekonano się, że jeszcze przed odjęciem kończyny istniały ropnie przerzutowe, dowodzące, iż chory jeszcze przed operacją uległ ropnicy.

7) Młody żołnierz, któremu z powodu rany postrzałowej wyłuszczone ramię, umarł również na ropnicę, endemicznie panującą w szpitalu.

A jak się zapatrywać na takie wypadki gdzie operowani umierają z chorób nie mających żadnego związku z operacją, których dostali podczas leczenia rany pooperacyjnej, np. z ospy, cholery i t. p., lub na takie, gdzie przyczyną śmierci był cukromocz, alkoholizm, choroby wątroby, nerek i t. p. Należy więc porzucić dawną drogę a szukać nowych zasad. Autor czyni to w zarysach, objaśniając, jak należy się zapatrywać na ten przedmiot. Nie będziemy tu przytaczali jego wywodów, nie nadających się do streszczenia; ograniczymy się tylko na krótkim opisie reszty operacyj aby potem przytoczyć ostateczne zestawienie statystyczne, na tych spostrzeżeniach oparte.

8) Silny mężczyzna, ale pijak, skutkiem działania bezpośredniego gwałtu, uległ złamaniu kości ramieniowej, powikłanemu z małą raną zewnętrzną. W ciągu pierwszych 8 dni przebieg pomyślny, — następnie zapalenie zajmujące całe ramię, które zmusiło do wyłuszczenia takowego. Po 28 dniach były już widoki wyzdrowienia, gdy wtem przyszedł krwotok z tętnicy pachowej, który w kilka minut sprowadził śmierć. Przy sekcji znaleziono tylko małe zawały krwotoczne w wątrobie.

9) Dziewczyna 30-letnia, dobrze zbudowana, lecz blada, dotknięta była ostrem zapaleniem dolnego końca prawej kości ramieniowej skutkiem miejscowego odziębienia. Ropień otworzono, poczem polepszenie. W cztery dni potem chora w nocy spadła z łóżka i złamała kość ramieniową, w miejscu gdzie był ropień. Pogorszenie znaczne, grożące śmiercią. Wyłuszczone ramię ze stawu. Chora wyzdrowiała.

10) Kobieta 40-letnia, bardzo tęga, chorowita, zakłuła się w palec. Zastrzał, a następnie rozlane zapalenie całej kończyny, którą wyłuszczone dla ocalenia życia. Następnego dnia chora umarła.

11) U mężczyzny 50-letniego zastrzał samoistnie rozwinięty, następnie zapalenie naczyń chłonnych, zapalenie tkanki łącznej ręki i przedramienia. Po nacięciach polepszenie. Dalej chory przebył 2 razy różę, poczem znowu zapalenie tkanki łącznej, otworenie stawu łokciowego, zatoki ropne wzdłuż raniienia. Wyłuszczone kończyny ze stawu. Na trzeci dzień śmierć.

12) Młody mężczyzna raniiony został postrzałem zblizka w górny koniec kości ramieniowej. Na 3 dzień wyłuszczenie. Chory wyzdrowiał.

13) 26-letni robotnik przy kolei żelaznej uległ zmiżdżeniu ramienia kołem wagonu. Silny krwotok. W 6 godzin potem wyłuszcze-

nie ze stawu. Pomimo zaciekania ropy pod mięsień piersiowy wielki, operowany prędko wyzdrowiał.

14 i 15. Dwa zupełnie podobne wypadki u dorosłych. Zmiażdżenie ramienia w bliskości przyczepów mięśnia naramiennego, u jednego wagonem kolei żelaznej, u drugiego kołem zwyczajnego wozu. Operacya w pierwszym dniu po skaleczeniu. Oba chorzy wyzdrowieli.

16. Kowal 21 letni skaleczony został w przegub łokciowy, poczem mocno zaciśnięto ramię turnikiem, a następnego dnia z trudnością podwiązano zranioną tętnicę. Bezkrwistość i osłabienie w wysokim stopniu. Na trzeci dzień zgorzel kończyny, wielki upadek sił, grozi utrata życia. Wyłuszczenie kończyny w 48 godzin po zranieniu. Przez 10 dni stan bardzo groźny; ostatecznie wyzdrowienie.

17. 60 letni woźnica uległ zmiażdżeniu ramienia skutkiem przejechania. Znaczny krwotok. W 14 dni potem wyłuszczenie ramienia. Wyzdrowienie, chociaż powolne.

18. Mężczyzna 32 letni miał mięsaka w okolicy naramiennej. Przed rokiem pierwsza operacya. Ponowienie się nowotworu. Wyłuszczone z ramienia. Zagojenie nastąpiło zupełne. Co się później stało z operowanym, niewiadomo.

19. Mężczyzna 45 letni bardzo silny, raniony był postrzałem w ramię. Rozlane zapalenie tkanki łącznej. Pomimo złych warunków, dokonano wyłuszczenia ze stawu ramieniowego. W kilka dni potem chory umarł.

Tak więc, według zwyczajnej klasyfikacji rezultatów operacyi, na powyższe 19 wypadków byłoby 8 wyzdrowień a 11 śmierci, czyli śmiertelność 57%. Jeżeli jednak rozdzielimy powyższy materiał podług nowych poglądów, wyróżniając rezultat leczniczy od rezultatu operacyjnego, znajdziemy, że wyłuszczenie ramienia było w 8 wypadkach skutecznym środkiem leczniczym, a w 11 nieskutecznym. Dalej, jeżeli będziemy się zapatrywać na wspomniane wyłuszczenie, jako na wpływ traumatyczny, to nie znajdziemy ani jednego wypadku, w którymby takowy sam przez się mógł być za przyczynę śmierci poczytany. Według dawnej metody, należałoby dalej odróżnić: 15 wyłuszczeń traumatycznych z 8 zejściami śmiertelnymi=53%, i 4 patologiczne z 2 śmiertelnymi=50% śmiertelności. Wreszcie byłoby 8 operacyi pierwotnych z 3 zejściami śmiertelnymi=37% i 7 wtornych z 6 śmiertelnymi=85%. Według zaś nowych poglądów autor grupuje swoje operacye w taki sposób:

1 Kategoria: 7 wypadków cierpień niepowikłanych, mianowicie 5 traumatycznych i 2 organiczne czysto miejscowe. Najważniej-

sze czynności ustroju nie zakłócone; ustrój prawie zupełnie niedotknięty (Spostrzeżenia: 1, 12, 13, 14, 15, 17, 18). Z 7 operacyj w tych okolicznościach, 6 odniosło skutek zupełny, 1 połowiczny (Zabliźnienie rany, później śmierć. Spostrz. 1). Ze stanowiska leczniczego skutek pomyślny = 85%; ze stanowiska operacyjnego skutek pomyślny = 100%.

2 Kategoria: 3 wypadki w których traumatyczne obrażenia ramienia powikłano były z innymi obrażeniami równocześnie odniesionymi (Spostrz. 2, 3, 4). Wszystkie wypadki zakończone śmiercią = 100%. Rezultat operacji niewiadomy; rezultat leczniczy bardzo zły.

3 Kategoria obejmuje 9 osób z ciężkimi obrażeniami miejscowymi, które uległy potem ostrym chorobom gorączkowym (Spostrz. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 19). Dwa razy operacja osiągnęła skutek pomyślny, 7 razy zakończyła się śmiercią. Rezultat leczniczy niepomyślny 77%.

2. Odjęcia i wyłuszczenia w szczególności.

- 1) Le Fort Léon, Amputation ostéoplastique tibio-calcanéenne; modification du procédé ostéoplastique de Pirogoff. Gaz. hebdom. de Méd. N. 45, p. 714.—
- 2) Dupont, Désarticulation anté-scapuloïdienne. Resultat douze ans après. Archives médicales Belges. Octobre p. 217.

Le Fort (1) opisuje nowy, zastosowany przez niego sposób odejmowania goleni w okolicy kostek, przy pomocy osteoplastyki, będącej zmodyfikowanym postępowaniem Pirogowa. Opis ten poprzedza krytycznym przeglądem wszelkich możliwych sposobów odejmowania powyżej i poniżej stawu goleni stopowego. Wszystkie te sposoby, jak statystyka wykazuje, prawie wcale się nie różnią pod względem procentu śmiertelności. Wypadek, w którym autor zastosował nową modyfikację operacji Pirogowa był następujący: Chłopiec 18 letni miał obie stopy wykoszlawione ku wewnątrz (*pedes vari*) z głębokimi owrzodzeniami na zewnętrznych brzegach stóp, które bezwzględnie chodzić mu nie pozwalały. Na jednej z nóg autor wykonał 21 Marca 1873 r. następującą operację: Cięcie miękkich części jak przy operacji J. Roux, poczyna się na 2 ctm. poniżej kostki zewnętrznej, idzie ku przodowi aż do przedniej trzeciej części kości piętowej tworząc dalej wypukłość odpowiadającą stawowi skoko-łódkowemu i kończąc się na 3 ctm. przed kostką wewnętrzną. Po uniesieniu stopy, wycina się następnie płat podeszwy cięciem idącym ukośnie przez podeszwę, nieco więcej ku przodowi aniżeli cięcie

Roux'a. Teraz oddziela się płat grzbietowy w celu odsłonięcia stawu stopowego, troskliwie chroniąc tętnicę piszczelową tylną; przecina się więzy między kością łydkową a skokową, wdraża się końcem noża między kość skokową a piętową jak przy wyluszczeniu nadpiętowém, wreszcie wykonywa się wyluszczenie i oddalenie stopy, jak przy operacyi Chopart'a, unikając zranienia tętnicy podeszwowej. W celu wydobycia kości skokowej ujmuje się ją mocnymi kleszczami i odcina części, które ją przytrzymują. Po skutecznieniu tego pozostaje tylko spiłować całą górną powierzchnię stawową kości piętowej od tyłu ku przodowi, oraz oddzieliwszy części miękkie, odpiłować końce stawowe obu kości goleni. Kość piętowa zbliża się teraz bez trudności do kości goleniowych, boz żadnego jój skręcania około osi. Tak zbliżone do siebie odpiłowane powierzchnie kostne utrzymują się w zetknięciu za pomocą paska plastra lepkiego nałożonego przez podeszwę jak strzemień i przymocowanego kilkoma poprzecznymi paskami takiegoż plastra. Kończyna utrzymuje się zgiętą pod kątem prostym w stawie kolanowym. W wypadku autora przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny, tak że rana na 5-ty tydzień była już zagojona. Po 4 tygodniach kości zdawały się już być złączone, a po 72 dniach nie można już było wykonać najmniejszego boczego ruchu. Na 14 dni przedtém operowany zaczął już chodzić na kulach. Pacjentowi dane odpowiedni trzewik na nogę operowaną, a szcudło na nogę nieoperowaną, na którą z trudnością następował. Tym sposobem postawiono go w możności odbywania po 8—10 kilometrów drogi, kiedy poprzednio zaledwie kilka kroków zdolny był zrobić na kulach. Na piętku amputacyjnym pięta zajmuje zwyczajne miejsce i kształt ma też normalny, a przytém nigdy go nie bolała. Pacjent może na tym piętku skakać, a jako szewc, jest w stanie klepać młotkiem skórę na operowanej kończynie, czego przed operacją wykonywać nie był w możności.

Opisany przez Dupont'a (2) wypadek wyluszczenia stopy w stopie (operacya Chopart'a lecz z utrzymaniem kości łódkowej) spostrzegany był r. 1861 w szpitalu wojskowym w Namur u 22 letniego żołnierza, który sobie odmroził obie stopy. Na prawej stopie zgorzel z odmrożenia zajmowała 2 ostatnie członki 4 ostatnich palców i cały palec wielki. Po oddzieleniu się części zmartwiałych nastąpiło zabliznienie. Na lewej stopie zgorzel sięgała wyżej, skutkiem czego wykonano wyż wspomnianą operacyę w miesiąc po odmrożeniu. W 6 tygodni potem chory mógł już chodzić bez kija.

W chwili wypuszczania chorego ze szpitala, pienek lewej nogi był mocny, z bliźną od przodu. Chory mógł chodzić bez sztucznej podpory, i zapewniał, że nie uczuwa bynajmniej, aby mięśnie łydkowe miały dążność do pociągania piety w górę. Autor badał chorego w 12 lat potem, w Sierpniu 1873 r. i znalazł stan operowanej kończyny taki sam, jak w chwili wypuszczania go niegdyś ze szpitala. Pięta nie była pociągana ku górze. Chód chorego nie pozostawiał nic do życzenia.

3. Wypięlowania w ogólności.

1) Volkman n R., Die Resectionen der Gelenke. Volkman n's Sammlung Klinischer Vorträge N. 51. — 2) Mayer, Zur Frage der partiellen Resectionen der Gelenke. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 3, s. 444. — 3) Bryk, Beiträge zu den Resectionen. Archiv f. Klin. Chir. Bd. XV, s. 199, 487. — 4) Merkel J., Ueber Knochenoperationen in der Privatpraxis. Bayer. Aerztl. Intelligenzbl. N. 49, 50.

Volkman n (1) w swym wykładzie klinicznym o wypięlowaniach stawów, traktuje dopiero połowę obranego przedmiotu, mianowicie wypięlowania na kończynach dolnych. W pracy tej znajdują się wiadomości pożyteczne i w praktyce wypróbowane, szczególnie cenne dla lekarza praktycznego, który nie miał sposobności zajmowania się bliżej tym przedmiotem.

Mayer (2) zadał sobie bardzo mozolną pracę, wykazania statystycznie dodatnich i ujemnych stron częściowych wypięlowań stawów. Niestety, rezultat nie mógł odpowiedzieć nałożonej pracy, już to z tego powodu, że dane kazuistyczne nie były dokładnie podawane (odnośnie do pozyskanej przez wypięlowanie czynności członka) już, że były liczebnie za małe do wyciągnięcia bardziej stanowczych wniosków. Liczba zebranych przez autora wypadków częściowych wypięlowań wynosi 290 (113 stawu łokciowego, 51 stawu rącznego i 109 stawu stopowego). Pominięto zatem zupełnie te wypięlowania, które się zazwyczaj częściowo tylko wykonywają, t. j. w stawie ramieniowym i biodrowym.

Podajemy tu tablicę procentowych obliczeń rezultatów wypięlowań częściowych i całkowitych w stawach łokciowym i stopowym.

	Staw lokciowy.		Staw stopowy.	
	Wypit. częściowe %.	Wypit. całkowite %.	Wypit. częściowe %.	Wypit. całkowite %.
1° Zwichnienia.				
Ruchy dokładne	70,6	—	22,0	}83,3
„ umiarkowane	11,7	—	55,0	
Brak skostnienia (<i>Schlottergelenk</i>)	—	—	—	—
Zesztywnienie (<i>Ankylosis</i>)	17,7	—	3,4	16,7
Odjęcie następcze	—	—	6,8	—
Śmierć	—	—	10,2	18,0
2° Złamania.				
Ruchy dokładne	20,0	—	—	—
„ umiarkowane	60,0	—	75,0	—
Brak skostnienia	—	—	—	—
Zesztywnienie	—	—	—	—
Odjęcie następcze	—	—	12,5	—
Śmierć	20,0	—	—	—
3° Rany postrzałowe.				
Ruchy dokładne	32,3	19,4	—	—
„ umiarkowane	12,3	23,8	11,1	33,3
Brak skostnienia	18,4	29,8	5,5	—
Zesztywnienie	12,3	10,4	33,3	66,6
Odjęcie następcze	—	—	5,5	—
Śmierć	23,0	16,5	16,5	23,0
4° Ropienie. Pruchnienie.				
Ruchy dokładne	68,0	—	8,7	}63,0
„ umiarkowane	13,6	—	52,1	
Brak skostnienia	—	—	—	—
Zesztywnienie	—	—	—	37,0
Odjęcie następcze	9,1	—	13,1	—
Śmierć	9,1	—	13,1	26,0
5° Cierpienia całych stawów.				
Ruchy dokładne	46,0	59,0	14,7	}63,6
„ umiarkowane	13,0	16,0	47,7	
Brak skostnienia	9,7	2,0	1,8	—
Zesztywnienie	10,6	5,0	8,3	36,4
Odjęcie następcze	3,5	6,0	11,0	—
Śmierć	15,0	14,0	12,8	18,4
Kończyna użyteczna	91,0	80,0	70,6	99,0

Br y k (3) prof. wszechnicy Krakowskiéj, zestawil w obszernej pracy 70 wypadków wypilowań, z których siedm wykonanych z powodu obrażeń, 40 z powodu zapalnych chorób stawowych, i 23 z powodu nowotworów. Zestawienie to poprzedza ogólnemi uwagami co do gojenia się ran po wypilowaniach, co do powikłań i zejść po téj operacyi. Do badań nad zachowywaniem się gorączki przyrannéj, służyły 63 wypadki wypilowań, w których przez cały czas leczenia pooperacyjnego wymierzano temperaturę. Najpierw tedy przekonano się, że ani wiek, ani płeć chorego ani długość trwania choroby przed operacyą, żadnego nie miały wpływu na natężenie i długość trwania gorączki przyrannéj.—Gorączka ta przemijała w przeważnej liczbie wypadków (39 razy) w ciągu pierwszych siedmiu dni (od 2 do 7), zaś w mniejszej liczbie wypadków po dłuższem dopiero trwaniu (od 8 do 16 dni). Przeciąganie się gorączki zawisło było najpierw od ważności stawu lub kości operowanej, i zdarzało się najczęściej po wypilowaniach spruchniałych lub uległych zapaleniu ziarninowemu stawów-biodrowego i kolanowego, po wyłuszczeniach pojedynczych kości napięstka, stępu i śródstopia; rzadziej po wypilowaniach stawu łokciowego i żuchwy. Z w y c z a j n a gorączka przyranna, pod formą ofemerycznej widziana była tylko trzy razy po niewielkich operacyach; (w $\frac{3}{5}$ wypadków) miała ona typ przyciągły (*f. discontinua*); w pozostałych $\frac{2}{5}$ wszystkich wypadków gorączka miała typ mieszany—jużto ciągły już zwalnający. Gorączka następcza, która na 63 wspomniane wypadki zdarzyła się 28 razy, wywiera nierównie zgubniejszy wpływ na przebieg i zejście sprawy gojenia się rany pooperacyjnej, aniżeli przyranna: zwłaszcza też czas jej wystąpienia, względnie do poprzedzającej ją gorączki przyrannéj, jest ważnego znaczenia przy rokowaniu. Pojedyncza gorączka następcza z wyjątkiem jednego tylko wypadku, towarzyszyła ropniom rozwijającym się w bliskości rany po wypilowaniu, których źródłem były martwaki, oddzielające się od kości. Inna odmiana gorączki następczej—powrotowa, zdarzyła się ośm razy, sześć razy towarzysząc róży z zapaleniem tkanki łącznej a dwa razy martwieniu kości. Z tych ośmiu chorych jeden umarł z posocznicy; inni wyzdrowieli. Inne jeszcze odmiany gorączki następczej odpowiadały gorączce przyrannéj mieszanej, a mianowicie gorączka zwalnająca przytrafiła się w sześciu wypadkach, towarzysząc w czterech obumarciu przepilowanych końców kości, a w dwóch róży. Jeden z tych wypadków zakończył się śmiercią. Nareszcie ostatnia grupa gorączki na-

stępczej, stanowiąca najcięższe powikłanie, była ta, gdzie gorączka owa następowała bezpośrednio po przyrannój bez wyraźnej apyrekty. Taka zdarzyła się w ośmiu wypadkach, z których w czterech pod formą gorączki ciągłej—jednonapadowej a w drugich czterech pod formą gorączki ciągłej o kilku napadach.

Co się tycze częstości występowania gorączki stępczej po rozmaitych wypiłowaniach, to najczęściej wydarza się ona po wypiłowaniu stawu biodrowego (100%) i kolanowego (81,9%), mniej często po wypiłowaniu stawu stopowego i stawów stępowych (50%), po wypiłowaniach w ciągu kości (33%), wypiłowaniach zuchwy (30%), i szczęki górnej (14%). Doświadczenie uczy, że do powstania gorączki stępczej przyczynia się utrudniony odpływ wydzielin z rany: a stwierdza to ta okoliczność, iż rany które z natury swój najbardziej są usposobione do zastojów ropy, najbardziej też sprzyjają rozwinięciu się gorączki stępczej. Pewną rolę odgrywa tu również pozostawienie resztek niezdrowych tkanek (wybujałości grzybowatych) i niedokładne unieruchomienie członka po wypiłowaniu.

Co się tyczy rezultatów 70 wypiłowań przez autora przedstawionych, to z powyższej liczby operowanych umarło 18, pozostali zaś, a w tej liczbie i dwaj następczo amputowani, wyzdrowieli. Z przyczyn śmierci, zależących wprost od operacji, zaznaczyć wypada: dwa razy *Bronchopneumonia gangraenosa*, jeden raz ropiaste zapalenie opon mózgowych ze zgorzelinowem zapaleniem płuc, dwa razy zapalenie opon mózgowych z ropnicą, której raz towarzyszyła róża wędrująca, dwa razy sama ropnica, pięć razy róża z posocznicą, raz powikłana z ropniem mózgowym. Przyczynami niezależnymi od operacji były: siedm razy ponowienie się raka, jeden raz suchoty płucne, i jeden raz choroba Bright'a. Śmiertelność zatem wynosiła 27%; ale jeżeli z ogólnej liczby zmarłych wyłączymy wypadki śmierci z przyczyn niezależnych od operacji, pozostanie 13 zmarłych, czyli śmiertelność 18,5%.

Brak miejsca nie pozwala zastanowić się bliżej nad szczegółową kazuistyką opisanych operacji, poprzestać więc tylko musimy na ich wyliczeniu. Wykonano tedy: wypiłowań szczęki górnej sześć, szczęki dolnej 22, stawu łokciowego cztery, stawu ręczno-napięstkowego jeden, stawu palucha jeden, stawu biodrowego trzy, stawu kolanowego 11, stawu golenio-stopowego trzy, stawów śródstopowych trzy, stawów palcowych u nóg dwa. Nadto wykonano dwa wypילו-

wania w ciągu ramienia, trzy w ciągu uda, siedm w ciągu goleni i dwie trepanacy czaszki.

4. Wypilowania kości twarzy.

1) Verneuil, Modifications aux procédés de résection des mâchoires supérieures et inférieures. Gaz. des hôp. N. 105. p. 837.

Verneuil pragnąc zabezpieczyć chorych od dostawania się krwi do dróg oddychowych podczas operacji wypilowania szczęk — górnej i dolnej, a tem samem nie pozbawiać ich możności poddania się chloroformowaniu, zmodyfikował w ten sposób technikę operacyjną, iż jeżeli ma do czynienia z nowotworem szczęki, to oddziela go najpierw ze wszystkich stron, zanim otworzy jamę policzka, którego błonę śluzową na ostatku dopiero przecina. Przy wypilowywaniu szczęki dolnej, postępuje on w sposób następujący: 1) Prowadzi cięcie łukowate wypukłością skierowane ku dołowi; oddziela na całej przestrzeni płat w ten sposób utworzony, nie kalecząc jednak błony śluzowej w miejscach gdzie takowa zawraca się z wargi na dziąsła, ani też nie przecinając wargi; podwiązuje naczynia natychmiast po ich przecięciu; oddziela palcem lub tępemi narzędziami wewnętrzną powierzchnię nowotworu aż do błony śluzowej dna jamy ustnej. 2) Przepilowuje kość w jednym (jeżeli ma nastąpić wyłuszczenie ze stawu) lub w dwóch miejscach za pomocą piłki łańcuskowej. 3) Na końcu dopiero rozcina błonę śluzową nożem lub nożyczkami, i wydobywa odpilowany kawałek szczęki wraz z nowotworem. Jeżeli ma nastąpić wyłuszczenie ze stawu, to po przepilowaniu kości w przedniej części, obniża się mocno ku dołowi część mającą być wyłuszczone, przecina się naprężone ścięgno mięśnia skroniowego, albo wyrostek dziobiasty nożycami Listou'a, następnie rozcina się błonę śluzową i kończy operację przez wydobycie górnej części żuchwy. Przy wypilowywaniu szczęki górnej, postępowanie bywa różnem, stosownie do tego czy wypilowanie ma być całkowite czy częściowe. Jeżeli sklępienie podniebienne ma być pozostawione, to wystarczy jednostronne tamponowanie jamy nosowej, a cięcia tak się prowadzą, aby nie drażyły do jamy ustnej. Jeżeli zaś zamierzone jest wypilowanie częściowe, to wykonywa się ono w dwóch porach (tempach). W pierwszej usuwa się wszystko co nie jest ściśle złane z podniebieniem, a dopiero po zatrzymaniu krwawienia — w drugiej

kończy się szybko oddalenie sklepienia podniebiennego przy pomocy nożyc kostnych Liston'a.

5. Wyluszczenia łopatki. Wypłowania stawu ramieniowego.

1) Spence J. Successful ase of excision of the scapula. Dublin Journ. of med. sc. June. p. 508.—2) Malagodi I. Storia di una resezione di scapula. Il Raccoglitore medico. 30 Maggio. p. 433.—3) Rivington, Excision of shoulder-joint; recovery, with a useful arm. British Medical Journal. Vol. I. p. 255.—4) Erichsen, Clinical remarks on excision of the shoulder-joint and of the wrist-joint. Lancet. Vol. I. 48.—5) MacLaren R. On a case of subperiosteal excision of the head and part of the shaft of the humerus. Lancet. Vol. I. p. 800.

Spence (1) wykonał wyluszczenie całej łopatki u 68-letniego mężczyzny skutkiem nowotworu wychodzącego z łopatki, który istnieje od lat 23, od sześciu miesięcy szybko powiększać się zaczął i doszedł wielkości melona. W trzy miesiące po operacji rana była zagojona i chory mógł być wypuszczony. W kilka jednak miesięcy potem umarł on z zapalenia drobnych oskrzeli obu płuc.

Malagodi (2) podając historję wyluszczenia łopatki we Włoszech, wykazuje, iż operacya ta wykonana była w tym kraju trzy razy: pierwszy raz, przez Regnoli'ego z powodu wielkiego nowotworu kostnego łopatki, Drugi raz (niepublikowana) przez Burci, który usunął raka rdzeniowego wielkości główki dziecięcej, wraz z dolną połową łopatki poniżej grzebienia tejże u 42 letniej kobiety, która już po zagojeniu rany umarła potem z odnowienia się raka. Trzecia wreszcie operacya, którą autor szczegółowo opisuje, wykonana została u 23 letniej dziewczyny z St. Marino, która na lewej łopatce miała guz rakowaty, owrzodziały, mający 47 ctm. obwodu. Wraz z guzem oddalono prawie $\frac{3}{4}$ całej łopatki, przeciąwszy ją wzdłuż przez doły nadgrzebieniowy i podgrzebieniowy nożycami kostnymi. W 50 dni po operacyi rana była zagojona z zachowaniem dość sporęj ruchomości kończyny. W dziewięć miesięcy potem w górnej części blizny nowotwór się odnowił, lecz i teraz go usunięto, z wypłowaniem trójkątnego kawałka z grzebienia łopatki i jej części nadgrzebieniowej. Po tej drugiej operacyi chora wyzdrowiała, oddawała się zajęciom gospodarskim na wsi i w ciągu ośm lat następnych wciąż jeszcze była zdrową.

Z dwóch opublikowanych wypadków wypięlowania stawu ramieniowego, przez Rivington'a i Maclaren'a, pierwszy dotyczył 20 letniego mężczyzny, dotkniętego ropnym zapaleniem stawu po zgorzeli trzonu kości, któremu po operacyi używalność kończyny została zachowaną. W drugim wypadku, sześć latniemu chłopcu wypięlowano sposobem podokostnym $3\frac{1}{2}$ cala, t. j. prawie połowę kości ramieniowej, pływającej w ropie. Po odrodzeniu się kości, używalność kończyny była bardzo dobrą.

6. Wypięlowania stawu łokciowego.

1) H u g e l s h o f e r A. Ueber die Endresultate der Ellenbogengelenksection. Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 3. p. 2.—2) P o n c e t Nouvelles observations de résections sousperiostées du coude, démontrant la régénération des extrémités osseuses, la reconstitution d'une articulation solide etc. Gaz. des Hôp. 6, 22, 23 Nov.—3) R i c h a r d s o n, Excision of the elbow-joint. Chicago Medical Times. Novbr. p. 338.—4) W a t s o n, On excision of the extremity of the humerus as a remedial measure in case of ankylosis of the elbow-joint, resulting from injury. Edinb. Med. Journal. May. p. 875.

H u g e l s h o f e r (1), traktujący o ostatecznych rezultatach wypięlowań stawu łokciowego, znajduje, że dotychczas nie posiadamy dostatecznych danych statystycznych, abyśmy mogli porównywać śmiertelność po odjęciach ramienia z śmiertelnością, po wypięlowaniach stawu łokciowego, sądzi jednak, iż z wielkiem prawdopodobieństwem stwierdzić można, że śmiertelność po tej drugiej operacyi jest mniejszą, aniżeli po pierwszej. Jeszcze z mniejszą stanowczością moglibyśmy porównywać między sobą śmiertelność po obu tych operacyach z uwzględnieniem przyczyn które je wskazały, a mianowicie obrażeń stawu z jednej strony, a chronicznych spraw niszczących z drugiej. Nie da się także przeprowadzić ze ścisłością porównanie śmiertelności przy leczeniu zachowawczo-wyczekującym i po wypięlowaniach; zdaje się jednak autorowi, iż takowe wypadają na korzyść operowania. Opierając się na tom właśnie prawdopodobieństwie, iż wypięlowanie stawu łokciowego lepiej pozwala rokować co do utrzymania życia aniżeli odjęcie ramienia lub leczenie wyczekujące, autor sądzi, iż bez względu na to, jakieby były rezultaty wypięlowania stawu łokciowego pod względem zachowania czynności kończyny, —dobre czy złe,—już dla tego samego, że zapomocą tej operacyi można uratować od śmierci pewną liczbę ludzi, którzyby musieli umrzeć przy leczeniu wyczekującym, lub po odjęciu ramienia,

operację tę postawić należy na pierwszym planie przy leczeniu obrażeń stawu łokciowego.

Daliej co się tycze rezultatów funkcyjnalnych po operacji o której mowa, autor uważa, iż i tu do stanowczego orzeczenia dotychczasowe dane statystyczne są niewystarczające, lecz wytłumaczonem jest mniemanie, że wypielowanie po ranach postrzałowych nie daje tak dobrych rezultatów jak przedsiębrane w skutek spraw mszczących; w pierwszym bowiem razie, oprócz stawu, wypada zwykle oddzielić większy lub mniejszy kawałek trzonu téj lub owéj kości, a przytem i okostna, tyle ważna przy odtwarzaniu się kości, bywa zwykle poszarpana lub zropiała.

Wreszcie autor przytacza szczegółowy opis 11 wypadków wypielowań stawu łokciowego, wykonanych przez Socin'a w szpitalu w Bazylei od r. 1865 do 1872, z uwzględnieniem ostatecznych wyników operacji. Z tych 11 operowanych, 2 umarło w szpitalu (1 na pruchnienie wielu kości i 1 z ropnicy) a 2 pozostawało jeszcze w kuracji. Z 7 wyzdrowiałych lub wypuszczonych na wyzdrowieniu, jeszcze 2 umarło z innych chorób, prawdopodobnie z suchot płucnych. Powodem do operacji było 2 razy obrażenie, 8 razy ziarninowe zapalenie stawu i 1 raz *arthritis deformans* z zesztynieniem stawu pod kątem rozwartym. We wszystkich wypadkach operowano metodą Langenbeck'a podokostną, z zachowaniem połączeń ścięgna mięśnia trójgłowego z okostną kości łokciowej i powięzią przedramienia, i to takim sposobem, że po uskutecznieniu podłużnego przecięcia części miękkich, oddzielenia końców stawowych dopełniano wyłącznie tępami i ostrymi skrobaczkami. W 4 wypadkach, dobra czynność członka w ciągu długiego czasu po operacji, sprawdzoną została.

7. Wypielowania stawu biodrowego.

- 1) Wolff J. Ueber Hüftgelenkresection. Berliner Klin. Woch. Nr. 36.
- 2) Wahl. Ueber eine zweckmässige Lagerung nach der Hüftgelenkresection. Deutsche Zeitschr. für Chir., 2 Jahrg. str. 543.—3) Croft. Subperiosteal excision of hip-joint. British Medical Journal. Vol. I. June. 7. — 4) Bellamy. Subperiosteal excision of the hip; recovery. Lancet. Vol. II. p. 772. — 5) Belcher P. Excision of head of the femur. Lancet Vol. II. p. 453. — 6) Maarevell T. Excision of the hip-joint successfully performed. Philadelphia Med. Times. June 7. p. 563.—Maury. Four cases of excision of the hip-joint. Ibid. Sept. 13. — 8) Hofmolk. Ein Fall von Caries des linken Hüftgelenkes mit nachfolgender Resection desselben etc. Wiener med. Presse. s. 992.

8. Wypiłowania stawu kolanowego.

1) v. Nussbaum. Ueber die Resection des Kniegelenkos. Ein klinischer Vortrag. Bayer. ärztliches Intelligenz-Blatt Nr. 9.—2) Ried. Resection des Kniegelenks mit späterem Bruch an der Resectionsstelle. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Jahrg. 2. s. 489.—3) Rochet. Résections du genou. Gaz. des Hôpitaux p. 122.—4) Gant. A case of excision of the Knee-joint for disease in a woman fifty-three years of age, with successful result. Med.-chir. Transact. Vol. 56. p. 213.

Nussbaum (1) w swym wykładzie klinicznym o wypiłowaniu stawu łokciowego żywo zaleca wykonywanie téj operacji zarówno w praktyce cywilnej, jak i w wojennej, przy ranach postrzałowych, przekładając ją stanowczo nad odejmowanie uda. W ciągu swéj 16-letniej praktyki, i podczas wojen w tym czasie przebytych, autor wykonał 64 razy odjęcie uda, z którój to liczby 57 operowanych umarło, i 41 razy wypiłowanie stawu kolanowego, z których 22 wypadki zakończyły się śmiercią. Śmiertelność zatem w wypadkach autora wynosiła po odjęciu uda 89%, a po wypiłowaniu stawu kolanowego tylko 53%. Tak wysoka śmiertelność po odjęciach uda nie sam tylko autor wykazuje. Słyszał on bowiem od prof. Hübnera z Rosyi, iż ten podczas kampanii krymskiej stracił 92% po odjęciu uda. W 1859 r. w Weronie nie wyzdrowiał ani jeden z tych, którym wykonano odjęcie uda. Autor nie przyznaje także, aby operacja wypiłowania stawu kolanowego podczas wojny dawała gorsze rezultaty, aniżeli wykonywana w praktyce cywilnej.

Poglądy swoje streszcza autor ostatecznie w następujących twierdzeniach:

1) Wyczekujące leczenie obrażeń stawu kolanowego dotychczas przynosiło więcej szkody niż pożytku, i może być prowadzone tylko przez bardzo biegłych chirurgów. Po leczeniu takiem więcej możnaby się spodziewać w przyszłości, aniżeli się osiągnęło w przeszłości.

2) Wypiłowanie stawu kolanowego, zarówno w praktyce pokojowej jak i wojennej, jest operacją mniej niebezpieczną, aniżeli odjęcie uda, ponieważ przy niej oszczędzonymi zostają najszlachetniejsze części kończyny—tętnice, żyły i nerwy; ponieważ wpływ jój na stan ogólny ustroju jest nierównie mniej gwałtowny; wreszcie, ponieważ tak wykazuje statystyka.

3) Ostateczny rezultat wypiłowania stawu kolanowego nie może być wcale porównywanym z rezultatem odjęcia kończyny. Pierwsi operowani posiadają nogę,—drudzy jój nie mają. Żaden z pier-

wszych, chociażby operowany z najgorszym czynnościowym rezultatem, nie miałyby się na rezultat drugiego.

4) Byłoby rzeczą niewłaściwą i nieludzką odejmować zupełnie zdrową goleń i stopę, jeżeli jest możliwość ich zachowania, czemu nikt zaprzeczyć nie może. Postępowanie takie dowodziłoby wstecznego zwrotu chirurgii.

5) Przy wykonywaniu wypiłowania stawu ramieniowego, najważniejsza zasada jest ta, aby ranie pooperacyjnej odjąć o ile można cechy rany stawowej. (Usunąć ze szczętem worki śluzowe, chrząstkę, torebkę stawową etc.).

Ried jun. (2) ogłasza, iż ojciec jego od 1846 do 1867 roku w klinice Jenajskiej wykonał 8 razy wypiłowanie stawu kolanowego, a mianowicie 4 razy w skutek zeszywnienia kolana pod kątem ostrym lub prostym (1 zejście śmiertelne) i 4 razy w skutek próchnienia końców stawowych (1 zejście śmiertelne, 1 odjęcie następce). Jeden z tych wypadków był z tego względu interesujący, że chory w kilka miesięcy po zupełnym utworzeniu się kostnego połączenia między odpiłowanymi końcami stawowymi kolana, a w 14 miesięcy po operacji, spadłszy z 14 schodów uległ złamaniu kości w miejscu nowowytworzonej kości. Po przywiezieniu do szpitala i zastosowaniu lodu a potem opatrunku gipsowego nastąpiło w ciągu 3-ch miesięcy nowe zrośnięcie. Prócz przytoczonego wypadku autor cytuje jeszcze 3 podobne z literatury: Jäger'a, Gurdon Buck'a i Fergusson'a.

9. Wypiłowania stawów stopy.

1) Bellamy E. Parts after excision of the astragalus. Transaction of the Patholog. Soc. Hb. 24. p. 172.

W wypadku widzianym przez Bellamy, przed 6 laty, z powodu powikłanego zwichnięcia w stawie stopowym, wyłuszczoną została kość skokowa (*talus*). Kość piszczelowa i strzałkowa weszły w kostne połączenie z kością piętową, zaś kość łódkowa utworzyła staw z przednimi brzegami końców powyższych kości. Pomimo sztywności w stawie chory chodził bardzo dobrze.

SPIS RZECZY

zawartych w Przeglądzie Postępu Nauk Lekarskich za r. 1873.

	<i>Strona.</i>
Farmakologia i Toksykologia (Dr Wyrzykowski)	
A) Farmakologia i Toksykologia ogólna	1
B) Farmakologia szczegółowa	6
I. Leki proteinowe i tłuszcze.	
Mleko, pepsyna, tran	—
II. Leki ściągające przeciwzimmnicze.	
1. Chinina	8
2. Liście rozdrębu kulistego	11
III. Leki garbnikowe podniecające.	
1. Kawa	15
2. Guarana	16
IV. Leki ściągające metaliczne.	
1. Ołów	—
2. Cynk	20
3. Srebro	21
4. Arsen	23
V. Leki ściągające kwaśne.	
1. Kwas fluorowodorny	25
2. Kwas węglany	26
VI. Leki podniecające lotne olejne.	
Wanilla	—
VII. Leki przeciwczerwiowe.	
Ziarnka dyni	27
VIII. Leki podniecające z grupy olejkow przypalonych.	
1. Kwas karbolowy	28
2. Anilina	30
3. Trymetylamina	31
IX. Leki wysokowe, eterowe i znieczulające.	
1. Wyskok	36
2. Eter	42
3. Eter metylowy	46
4. Chloroform	47
5. Wodan chloralu	49
6. Eter azotawo-amylowy	53
7. Tlenek azotu	56
X. Leki podniecające, fosfor i tlen.	

1. Fosfor	57
2. Tlen	60
XI. Leki wymiotne i przeczyszczające.	
1. Korzeń wymiotnicy	61
2. Apomorfina	62
3. Podophyllina	63
XII. Leki nanerwne.	
1. Kwas cyanowodorny	—
2. Makowiec	65
3. Konopie indyjskie	69
4. Wilecza jagoda	70
5. Lulek	71
6. Pietrasznik plamisty	73
7. Bromek potasu	—
8. Kulczyba	81
9. Sporysz	82
10. Naparstnica	85
11. Ciemierzycza	88
12. Tojad	90
13. Sumak jadowity	91
14. Nasienie wyroczyńny	92
XIII. Leki roztwarzające.	
1. Potas i sod	103
2. Lityn	105
3. Wapień	106
4. Rtęć	107
5. Jod	115
6. Siarka	—
XIV. Apharmaka.	
Zimno	116
C) Toksykologia szczegółowa.	
1. Tlenek węgla	117
2. Nitrobenzyna	118
3. Grzyby jadowite	119
4. Szczodrzemka	—
Oftalmologia (Dr Kościński).	
Łącznica, błona rogowa i białkowa oka	120
Błona tęczowa, naczyniowa i ciało szkliste	126
Soczewka	132
Błona siatkowa i nerw wzrokowy	136
Powieki, mięśnie gałki, przyrząd łzowy	149
Refrakcja i akomodacja oka	152
Patologia i terapia szczegółowa (Dr Fabian).	
Choroby zakaźne ostre.	
I. Zimnice	156
II. Choroby tyfusowe	162
III. Cholera	175
IV. Gorączka żółta	182

III

	<i>Strona.</i>
V. Zapalenie osłon mózgodzeniowych epidemiczne	185
VI. Nieżyt letni, gorączka sianokosowa	186
VII. Dengue	187
VIII. Influenza	189
IX. Zakażenia jadem zwierzęcym	—
Psychiatria (Dr Taczanowski).	191
Pojedyncze formy obłąkania	195
Bezład postępowy	200
Etiologia. Statystyka. Sprawozdanie z zakładów dla obłąkanych	201
Anatomia patologiczna	203
Terapia	205
Pojedyncze formy obłąkania	208
Bezład postępowy obłąkanych	214
Stosunek obłąkania do innych chorób	—
Etiologia	216
Anatomia patologiczna	—
Terapia	220
Choroby ogólne ostre i przewłoczne (Dr Fabian).	
I. Białaczka prawdziwa i rzekoma	222
II. Moczówka cukrowa i bezcukrowa	225
III. Przerost i zanik mięśni	233
IV. Gościec. Dna ostra i przewłoczna	236
V. Gnilec. Krwawica. Choroba plamista Werlhoffa	240
VI. Choroba Addisona	242
VII. Krzywica	244
VIII. Blednica	245
IX. Choroba Basedowa	—
Terapia ogólna (Dr Wiślocki).	
Leczenie dietetyczne	246
Metoda przeciwigorączkowa	—
Upust krwi	249
Naparstnica	250
Kąpiele lekarskie	—
Wstrzykiwanie podskórne ⁷⁾	252
Wdechania	254
Aspirator	257
Przelewanie	258
Wstrzykiwanie w przewód kiszkowy nasilne	263
Odjęcie ciepłoty. Leczenie wodą	265
Leczenie klimatyczne	268
Ugniatanie	273
Patologia ogólna (Dr Wiślocki).	
Gorączka i zбочenia temperatury ciała	275
Zakażenie. Ropnica. Posocznica. Pasożyty. Gruźelki	280

Doświadczenia z hodowaniem sztucznym pasożytów mikroskopijnych	311
Doświadczenia z przeszczepieniem tych tworów	313
Zapalenie, ropienie, odrodzenie	326
Zwyrodnienia	331
Ogólne sprawy chorobne systematu nerwowego.	332
Ogólne sprawy chorobne narządu oddechania i krążenia	335
Ogólna patologia krwi i wydzielin	340
Metody badania, ogólna semiotyka, diagnostyka i prognostyka	346
Choroby kobiet (Dr Pogorzelski).	
A. Prace treści ogólnej	351
B. Regularności.	359
C. Choroby jajników	361
D. Choroby macicy.	—
I. Cierpienia zapalne	367
II. Zboczenia w położeniu macicy	369
III. Nowotwory.	375
E. Choroby jajowodów i więzów	391
F. Choroby pochwy i części płciowych zewnętrznych	393
Chirurgia (Dr Gruell).	
I. Chirurgia ogólna.	
A. Podręczniki i dzieła	396
B. Rany i ich leczenie w ogólności. Choroby przy- ranne. Metoda przeciwnilna	397
C. Ropnie. Wrzedzionki. Karbunkuł, Zgorzel	401
D. Oparzenia i odziębienia	403
E. Tężec.	—
F. Nowotwory.	
a. W ogólności	405
b. Raki i mięsaki	406
c. Innego rodzaju nowotwory	407
H. Nauka o operacjach	411
I. Nauka o opatrunkach	417
Choroby skóry (Dr Wyrzykowski).	
1. Różycza	418
2. Ekczema.	419
3. Trądzik	421
4. Wyprysk	423
5. Łuszczyca	424
6. Bąblica	425
7. Wrzedzionkowatość	426
8. Zboczenia w wydzielaniu potu	429
9. Wilk	430
10. Słoniowacizna i trąd	—
11. Włóknik miękki	432
12. Znamiona macierzyste	434

	<i>Stron.</i>
13. Choroby paznokci	435
14. Choroby pasożytnicze	437
Przymiot i choroby weneryczne (Dr. Wyrzykowski).	
1. Wiewiór i dymienice	438
2. Przymiot	441
3. Zboczenia przymiotowe w trzewiach i nerwach	447
4. Terapia przymiotu	454
5. Rzerzączka	455
6. Przymiot dziedziczny	456
Choroby wysypkowe ostre (Dr Fabian).	
I. Wysypki ostre w ogólności	461
II. Płonica i Roźówka	464
III. Ospa	465
A. Stosunki epidemiologiczne	—
B. Patologia ospy—choroby następce—kazuistyka— ospa krwawa	475
C. Terapia ospy	477
IV. Ospa wietrzna	—
V. Krowianka	479
VI. Róża	483
Patologia i terapia chorób krtani i tchawicy (Dr Taczanowski).	
Choroby nosa	484
Choroby krtani i tchawicy	485
Zapalenie przerostowe strón głosowych dolnych	486
Puchlina głośni	—
Dławiec i błonica	487
Zapalenie ochrzęstnej	494
Ropień w krtani	495
Nowotwory	497
Gruźlica krtani	501
Choroby nerwów	502
Ciała obce	508
Chirurgia (Dr Gruell).	
II. Choroby tętnic.	
1. Krwotoki i ich tamowanie	509
2. Tętniaki	510
3. Choroby żył i naczyń chłonnych	514
4. Choroby nerwów	515
5. Choroby kości	516
a. Złamania	—
b. Zapalenia	523
c. Nowotwory	528
6. Choroby stawów	530
a. Zwichnienia	—
b. Zapalenia. Rany	589
7. Choroby mięśni, ścięgien i torebek śluzowych	548

Anatomia patologiczna (Dr. Wiślocki).

A. O zmianach chorobnych tkani	549
Naczynia chłonne i mięśnie	—
System nerwowy i narządy zmysłów	550
Narząd krwionośny	557
Narząd oddechania	558
Narząd organów trawienia	560
Narząd moczowy	—
Narząd płciowy	562
Narząd kości i stawów	564
B. Choroby płodu, zboczenia w budowie i potworności	567
C. Nowotwory i guzy	573
D. Pasożyty skórne i wewnętrzniaki	587
Pasożyty skórne	—
Wewnętrzniaki	588

Położnictwo (Dr. Pogorzelski).

A. Wiadomości ogólne	594
B. Statystyka	595
C. Ciąża	597
I. Anatomia, fizjologia i rozpoznanie	—
II. Patologia	598
a. Powikłania	—
b. Poronienia. Zaśniady	602
c. Ciąża zewnątrz maciczna	604
c. Ciąża zewnątrz maciczna	606
D. Poród	—
I. Porody bliźniętami	607
II. Patologia	—
a. Miednica	609
b. Części miękkie matczyne	610
c. Pęknięcia i wyciwania	612
d. Krwotoki	613
e. Płód	615
f. Części dodatkowe płodu	—
g. Drgawki	617
E. Operacje	—
a. W ogólności	618
b. Poród przedwczesny sztuką wywołany	—
c. Kleszcze	619
d. Obrót i wyciąganie	—
e. Operacje mające na celu zmniejszenie płodu	620
f. Cięcia cesarskie	621
F. Połóg	—
I. Fizjologia. Choroby bezgorączkowe. Zapalenia sutek. Choroby noworodków	622
II. Gorączka. Zapalenia	—
Choroby dzieci (Dr. Pogorzelski).	624
I. Część ogólna	626
II. Część szczegółowa	—

VII

	<i>Strona.</i>
1. Choroby układu nerwowego	—
2. Choroby narządu oddechowego	627
3. Choroby narządu trawienia	630
4. Choroby przyrządu moczopłciowego	632
5. Choroby skóry	633
6. Choroby konstytucyjne	634
Chirurgia (Dr Gruell).	
VII. Chirurgiczne choroby głowy	637
1. Czaszka i mózg	—
2. Nos	643
3. Policzki i wargi	644
4. Ślinianki	645
5. Szczęki	647
6. Język	650
7. Podniebienie	652
8. Gardziel	654
VIII. Choroby szyi	—
1. Rany i nowotwory	—
2. Krtań i tchawica	655
3. Gruzoł tarczowy	659
4. Przelyk	660
IX. Choroby chirurgiczne klatki piersiowej	662
Farmakognozja i Farmacya (A. Fabian).	
I. Farmakognozja.	
a) Farmakognozja ciał roślinnych	664
Mycetes	—
Lichenes	—
Gramineae	666
Smilacae	668
Cupressinae	—
Cannabinae	—
Salycinae	669
Synanthereae	—
Ericinae	670
Scrophularinae	—
Strychnae	671
Cinchoneae	—
Oleinae	674
Umbeliferae	—
Menispermeae	675
Ranunculaceae	676
Papaveraceae	678
Myrtaceae	679
Cameliaceae	680
Hippocastaneae	681
Rhamnaceae	—
Euphorbiaceae	682

VIII

	<i>Strona.</i>
Cesalpinaeae	682
Papilionaceae	683
Mimoseae	—
b) Farmakognozya ciał zwierzęcych.	
Malacopterigii subbranchii	684
Insecta. Coleoptera	—
II. Farmacya	684
Farmacya związków organicznych.	
a. Kwasy	692
b. Zasady organiczne	693
c. Ciała organiczne szczególnego składu	695
d. Alkohole	696
e. Olea aetherea	701
Olea empyreumatica	703
Extracta	—
Infusa	704
Pilulae	—
Syrupi	705
Medycyna sądowa (Dr Wisłocki).	
A. Badanie na żywych.	
1. Wątpliwe stosunki płciowe	705
2. Sporne następstwa obrażeń bez śmiertelnego zejścia	709
3. Sporna choroba umysłowa	715
B. Dochodzenie na przedmiotach nieżywych	737
C. Dochodzenie na zwłokach	738
Choroby narządu oddechania (Dr Grosstern).	
Cześć ogólna	746
Choroby gruczołów oskrzelowych i oskrzeli	755
Choroby opłucni	762
Odma piersiowa	773
Choroby płuc.	
Rozedma płucna	775
Rozdarcie tkanki płucnej	776
Zapalenie płuc	777
Zgorzel płuc	782
Suchoty płucne i gruźlica	—
Nerwice.	
Kurcz oskrzeli	788
Koklusz	789
Chirurgia (Dr Gruell).	
X. Chirurgiczne choroby brzucha	791
1. Ściany i jama brzuszna	—
2. Przyrzędy jamy brzusznej	793
a) Wątroba	—
b) Żołądek i kiszki	795
c) Odbytnica	798

	Strona
XI. Przepukliny	801
1. Część ogólna	809
2. Szczegółowe rodzaje przepuklin	—
a) Przepukliny pachwinowe	810
b) Przepuklina udowa	811
c) Przepukliny pępkowe	812
d) Przepuklina brzuszna	813
e) Przepuklina dziury owalnej	—
f) Przepuklina kulszowa	814
g) Przepukliny przeponowe	—
XII. Odjęcia członków: wyluszczenia ze stawów; wypilowa- nia kości	—
1. Odjęcia i wyluszczenia w ogólności	824
2. Odjęcia i wyluszczenia w szczególności	826
3. Wypilowania w ogólności	830
4. Wypilowania kości twarzy	—
5. Wyluszczenia łopatki. Wypilowania stawu ramie- niowego	831
6. Wypilowania stawu łokciowego	832
7. Wypilowania stawu biodrowego	833
8. Wypilowania stawu kolanowego	834
9. Wypilowania stawów stopy	835



BIBLIOTEKA
AKADEMII MEDYCZNEJ
W LUBLINIE

90582
1873