

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	{	rocznie.....	rs. 6
		półrocznie.....	" 2 " 50			półrocznie.....	rs. 3
		kwartalnie.....	" 1 " 25				

TREŚĆ: O niektórych ważnych powikłaniach suchot płucnych. I. Krwotok i krwioplucie. Podał dr. A. SOKOŁOWSKI, z Goerbersdorfu. (c. d.) — Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z m. Października r. b. O neuralgii rzęskowej i o znaczeniu morfiny w terapii chorób ocznych. O złamaniach postrzałowych kości udowej. — Wykłady kliniczne. O rozpoznawaniu i chirurgicznem leczeniu guzów jamy brzusznej, przez SPENCER'A WELSA. Wolny przekład d-ra S. KONDRATOWICZA. (c. d.) — Przegląd piśmiennictwa endoziemskiego. Metaloterapia (wewnętrzna i zewnętrzna), działanie magnezu. Sprawozdanie d-ra Wł. GAJKIEWICZA. (dok.) — Streszczenia i wyciągi. O zmianie zębów w skutek drgawek. O cierpieniu przymiotowem stawów. Śmierć nagła po przekłóciu torbieli wodunkowej wątroby. Otrucie dziecka nikotyną — Kronika zagraniczna. — Od Administracyi.

O niektórych ważnych powikłaniach suchot płucnych.

I. Krwotok i krwioplucie (*Haemoptoë*) ze stanowiska praktycznego.

Podał dr. Alfred Sokołowski, lekarz przy zakładzie leczniczym dla chorych piersiowych w Goerbersdorfie na Szlązku.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 43).

Krwotok płucny (*Pneumorrhagia*, *Blutsturz*) charakteryzuje się nagłem ukazaniem się znaczniejszej ilości krwi: krew odrazu bucha, daleko rzadziej pokazuje się mniej lub więcej znaczne krwioplucie. Toż samo należy powiedzieć, o tak zwanych zwiastunach krwotoku, przez niektórych autorów podawanych, jako to: uczucie ściskania w piersiach, nawału krwi i t. p.; zwiastuny te występują bardzo rzadko, a przytem wspólne są bardzo różnorodnym cierpieniom wikłającym suchoty płucne, przeto trudno im przypisywać jakąkolwiek ważność dyjagnostyczną dla nastąpić mającego krwotoku płucnego; przeciwnie jakto wyżej wspomniałem, krwotok występuje nagle bez żadnych zwiastunów i o ile moje liczne spostrzeżenia pokazują, najczęściej w nocy: chorzy nagle budzą się nieraz z głębokiego snu wyrzucają wśród powtarzających się nasilen kaszlu większe lub mniejsze ilości krwi. Krwotok taki nieraz dochodzi do ogromnych rozmiarów, a wyrzucona naraz półlitrowa ilość krwi nie należy do rzadkości; zazwyczaj atoli ilość krwi wyrzuconej wynosi 1/2 do jednej szklanki.

Krwotok płucny w większości przypadków występuje w późnych okresach suchot, w okresie kiedy istnieją wyraźne jamy suchotnicze i wówczas następuje głównie z następujących przyczyn: 1) skutkiem pęknięcia najdrobniejszych naczyń tętniczych przebiegających w jamie, lub na jej ścianach; naczynia te mając już chorobowo zmienione ścianki łatwo pod wpływem rozszerzającej się dalej sprawy pękają, dając powód do krwotoku. Krwotoki takie spostrzegamy najczęściej; zazwyczaj powtarzają się one

wielokrotnie, nieraz trwają po kilka tygodni, powtarzając się co dni kilka. Takie krwotoki są wyrażeniem posuwania się naprzód sprawy niszczącej, do nich więc najczęściej przyłącza się jeszcze sprawa zapalna płuc natury charłacznej (*Pneumonia cachecticorum*), a dane osobniki powoli giną z wycieńczenia. Charakterystyczną ich cechą jest obecność gorączki, która najczęściej ma charakter przepuszczający z wieczornymi nasileniami nieraz bardzo znacznymi. 2) skutkiem pękania małych tętniaków (*aneurisma*) wytwarzających się w jamach suchotniczych. Tętniaki owe odkryte jeszcze w r. 1843 poraz pierwszy przez d-ra PEACOCK'A ¹⁾, zbadane zostały ostatnimi czasy szczegółowo przez FRAENTZEL'A ²⁾ znajdują się albo na ściankach jam, lub w naczyńniu przebiegającym wewnątrz jamy; wielkość ich podług FRAENTZEL'A dochodzi od wielkości grochu do orzecha laskowego. Tego rodzaju krwotoki występują gwałtownie, a chorzy tracą niezmiernie wielkie ilości krwi, tak np. FRAENTZEL opisuje przypadek, w którym chorey w ciągu 1/2 roku miał 33 napady krwotoku, z tych 22 razy tracił więcej niż po 300 ctm. szes. czyste krwi, nieraz aż do 800 ctm. szes. Krwotoki takie powstają wskutek coraz bardziej zmniejszającej się grubości ścianki tętniaka, która wreszcie pęka, nie wytrzymując dłużej ciśnienia krwi. Bardzo rzadko zdarza się to wskutek przyczyn zewnętrznych np. podniesienia ciężaru i t. p. Krwotoki takie także nieraz kończą się śmiertelnie wskutek zaduszenia. FRAENTZEL na 34 przypadki 7 razy spostrzegał śmierć raptowną przez uduszenie. Takie obfite krwotoki przebiegają w większej liczbie przypadków bez gorączki i rzecz dziwna jak nieraz szybko tacy chorzy znowu się poprawiają po utracie nieraz olbrzymich ilości krwi. W jednym przypadku przezemnie spostrzeżanym chorey, u którego tego rodzaju krwotoki przypuszczałem, w ciągu 6-ciu miesięcy z rzędu tracił co kilka dni dość znaczne ilości krwi, rzadko przerwa wolna od krwotoku wynosiła tydzień, a pomimo to chorey w kilka miesięcy po ostatnim krwotoku poprawił się znakomicie do tego stopnia, że był w stanie dalej objąć swoje zwykłe zajęcie. Tego rodzaju przypadki opisuje także FRAENTZEL. 3) Stosunkowo bardzo rzadko występuje krwotok płucny u suchotników w skutek przyczyn zewnętrznych, jako to nadmiernego kaszlu, uciążliwej przechadzki i t. p. Zdarza się to u osobników z ogromnymi jamami; krwotok taki zazwyczaj bywa jednorazowym, utrata krwi jest nieznaczna, przebieg bezgorączkowy, a chorzy tacy nieraz w kilka dni już powracają do swego pierwotnego stanu.

Wreszcie również rzadko występują obfite krwotoki płucne w szybko przebiegających suchotach (*phthisis subacuta, gallopirende Schwindsucht*), wówczas występują one w okresie ostatecznym szybkiego rozpadu, powtarzają się kilkakrotnie i przyspieszają zejście śmiertelne.

I przy krwotoku płucnym rokowanie również jak przy krwiopłuciu zależnem jest od sprawy go wywołującej. Najważniejszym jednakże pun-

¹⁾ *Pulmonary Consumption* i t. d. by Williams, 1871 str. 147.

²⁾ FRAENTZEL. *Beobachtungen über das Vorkommen grosser Lungenblutungen, ihre Ursachen und ihren Verlauf. Charité-Annalen II Jahrgang.* Berlin 1877 str. 365.

ktem przy rokowaniu jest obecność gorączki; gorączka bowiem, a zwłaszcza wysokie jej natężenie przemawiać będzie za szerszeniem się sprawy niszczącej, a tem samem rokowanie będzie gorszem. Dla tego też przy krwotokach płucnych badania termometryczne są koniecznie potrzebne, szczególnież tam, gdzie lekarz nie może kilka razy dziennie widzieć chorego. Przy krwotokach, gdzie należy podejrzewać obecność tętniaków, rokowanie naturalnie, jeśli nie nastąpi odrazu śmierć przez zaduszenie, jest względnie lepszem, chociaż i tutaj należy je zawsze czynić oględnie. Najlepszem stosunkowo będzie rokowanie przy krwotoku pochodzącym z przyczyn zewnętrznych.

Leczenie krwiopłucia i krwotoku zawisłem będzie od postaci i przyczyny wywołującej to cierpienie. Krwiopłucie pierwotne, jak to wyżej powiedziałem, samo przez się nie przedstawia groźnego objawu; zwykle bez żadnej interwencji lekarskiej ustępuje ono w dni kilka. Wystarcza w zupełności zalecenie choremu zachowania się spokojnie przez dni kilka, przyczem leżenie w łóżku jest zupełnie zbytecznem. W tych jednakże przypadkach należy dokładnie zbadać klatkę piersiową, a przy obecności najmniejszych objawów w szczytach płucnych, a nawet gdyby takowe nie istniały, lecz wygląd chorego przedstawiał tak zwany *habitus phthisicus*, lub jeśli tem bardziej istnieje usposobienie dziedziczne, należy krwiopłucie uważać za ważny objaw, a choremu zalecić leczenie pod opieką troskliwego lekarza, w zakładzie leczniczym lub zdrojowisku górskim; w tych przypadkach leczenie powietrzne, w połączeniu z racjonalną hydroterapią, jest w stanie na pewno usunąć groźące niebezpieczeństwo. Rzecz prosta że w tych razach lekarz domowy winien zwrócić uwagę rodziców na wybór przyszłego zajęcia danej osobistości i że przez wiele lat zrzędu coroczny wyjazd na świeże powietrze choćby na kilka tygodni jest rzeczą niezbędną. Toż samo stosuje się do krwiopłucia występującego u młodych dziewczyn, współcześnie z miesiączką i w tych razach klatka piersiowa winna być zawsze starannie zbadaną.

W krwiopłuciu występującem w przebiegu już wyraźnie istniejącej sprawy suchotniczej, należy uwzględnić przedewszystkiem moment przyczynowy, najczęściej jak to wyżej wspomniałem występuje ono w pierwszych okresach wskutek wpływów zewnętrznych, silnego zmęczenia, nadmiernego suchego kaszlu i t. d. Dla tego też nienależy nigdy zapominać zakazywania szczególnież w zdrojowiskach górskich, tego rodzaju chorym, męczących spacerów, a szczególnież zbyt męczących przechadzek w góry; bardzo często spostrzegałem jak tacy chorzy, czujący się dobrze, zaraz w pierwszych dniach, chcąc obejrzeć najwyższe góry, doznawali mniej lub więcej obfitego krwiopłuciu. Z tego to względu takim chorym należy ściśle określać czas i miejsce ich spacerów. Samo krwiopłucie przy zaleceniu spokoju zazwyczaj szybko ustępuje. Chorym dotkniętym w pierwszych okresach suchot uporeczywym suchym kaszlem, należy zalecić lekkie przetwory makowca lub morfiny, bardzo często bowiem krwiopłucie zwykle występuje przy

napadach silnego kaszlu, a ustępuje przy umiarkowanym użyciu tychże przetworów. Często w tymże okresie suchot krwiopłucie łączy się z nadmierną czynnością serca, występującą od czasu do czasu u tego rodzaju chorych, w tych razach użycie zimna w postaci worka z lodem, na okolicę serca jest dzielnym środkiem; okłady takie najlepiej zalecać wieczorem przed pójściem spać, na godzinę do półtoręj, a tego rodzaju postępowanie przedłużać możemy nieraz całe tygodnie, bez obawy; przeciwnie w największej liczbie przypadków wzmożona działalność serca ustępuje, a z nią i występujące od czasu do czasu krwiopłucie. Naturalnie, że przy tego rodzaju krwiopłuciach, jako też bardziej jeszcze przy krwiopłuciu zastoinowym, leczenie główne skierowane być winno przeciw cierpieniu zasadniczemu t. j. suchotom płucnym. Krwiopłucie występujące w początkujących się suchotach płucnych daje najlepsze wyniki przy umiejętnem powietrzno-dyjetetycznem postępowaniu, w wielu takich przypadkach hydroterapija oddaje prawdziwe usługi, o czem w innym miejscu obszernie wyłożyłem, wskazawszy dobitnie wpływ tego sposobu na postaci wikłane krwiopłuciem i krwotokami zastoinowemi ¹⁾. Jedynie więc leczenie skierowane przeciw chorobie zasadniczej jest racjonalnie wskazane; krwiopłucie samo ustępuje i nigdy niewymaga renomowanych środków przeciwkrwotocznych (ergotina, kwasy i t. d.); w ogromnej liczbie bowiem przypadków miałem sposobność się przekonać, że zawsze krwiopłucie tego rodzaju ustępuje samodzielnie, przy zupełnie obojętnem leczeniu.

Co się dotyczy wreszcie krwiopłucia, towarzyszącego postępującej naprzód sprawie suchotniczej (ogniska rozpadające) to i tutaj przedewszystkiem uwzględniona być może istota choroby a nie krwiopłucie; zresztą krwiopłucie w tych przypadkach bywa zazwyczaj nieobfite, występuje głównie rano. Leczenie więc winno być skierowane przeciw postępującej sprawie, a w tych przypadkach spokój, leczenie hydropatyczne (okłady lodowe, wyskok) daleko korzystniej na krwiopłucie wpływa, aniżeli środki krew tamujące. (d. c. n.)

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie d. 15 Października 1878 r.

O nerwból rzęskowym i znaczeniu morfiny w terapii chorób ocznych. — O leczeniu postrzałowych złamań kości udowej zapomocą wyciągania.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu ostatniego posiedzenia kol. KRAMSZYK, odczytuje artykuł przez prof. WOLFRINGA Towarzystwu przysłany p. n. O neuralgii rzęskowej i o znaczeniu morfiny w terapii chorób ocznych.²⁾ W piśmie tem WOLFRING różróżnia nerwból rzęskowy pochodzący z miejscowych bezpośrednich źródeł, od nerwból

¹⁾ *Ueber Anwendung der kalten Duschen und Abreibungen bei der Behandlung der chronischen Lungenschwindsucht. Berl. klin. Wochenschrift 1876* oraz *MEDYCINA. Nr. 39 1876.*

²⁾ Ogłoszony w czasopiśmie „*Sowremennaja Medicina*” Nr. 12 z dnia 7 (19) Października r. b. (Red.)

powstającego przy podrażnieniach innych gałęzi nerwu trójdzielnego; nadto dodaje że przy leczeniu pierwszego zastrzykiwania podskórne morfiny, zwykle używane, dają się doskonale zastąpić przez wkraplanie chloru morfiny (1 gr. na 1 drachmę wody) kilkakrotnie powtarzane w ciągu doby. Wkraplania takie są niebojące, powoli łagodzą cierpienia i nie sprowadzają nigdy przekrwienia spojówki. Nawet w tych razach, gdzie wypada przez długi przeciąg czasu wkraplać roztwór atropiny, który jak wiadomo wywołuje przekrwienie, współczesne wkraplania morfiny nie dopuszczają do przekrwienia. Kol. SZOKALSKI nadmienił, iż rzeczywiście byłoby to nader pożądanem ulepszeniem leczniczem, przy używaniu przeciagłych wkraplań atropiny i zasługiwałoby na bliższe zbadanie. Co się zaś tyczy wkraplań morfiny przeciw nerwobólom, to zapewnia, że ich próbował bez skutku, być może nie dosyć energicznie i nie dosyć długo, zawsze jednak kończyło się na wstrzykiwaniach podskórnych. Dalej wzmiankuje, że i wkraplania atropiny koją bóle rzęskowe, a zatem że i do nich uciekać się można zwłaszcza tam, gdzie współcześnie wskazanem jest rozszerzenie źrenicy. Ponieważ zaś morfina źrenicę zwęża, zachodzi więc pytanie, czy można używać współcześnie obu rodzajów wkraplań i czy to nie wystawi tęczęwki na kurczowe ruchy w dwóch przeciwległych kierunkach, mogących ją wielce podrażnić. Kol. KRAMSZTYK odpowiadając na ten ostatni zarzut twierdzi, że stosunkowo zwieracz źrenicy przez morfinę nader słabo jest pobudzany i że zwężenie źrenicy przy znacznych dopiero dawkach morfiny osiągnąć się daje, przy wkraplaniach zaś powyższej mocy działanie na źrenicę tak jest mało znaczące, iż silnego skurczu mięśni promienistych tęczęwki, wywołanych przez atropinę nietylko przemódz ale nawet zrównoważyć nie może.

Z powodu tych rozpraw kol. PERKOWSKI wzmiankuje, iż w celu uśmierzenia bólów używał kilkakrotnie wstrzykiwań podskórnych chloroformu i to w ilości połowy strzykawki PRAVAZ'A i przytacza na dowód obszernie spostrzeżenie ze szpitala wojskowego Krzyż Czerwonego w Warszawie, w którym pewnemu ranionemu Bułgarowi, rozpieszczonemu zbytkiem troskliwości, tym sposobem koił przez długi czas bóle. Przytem nadmienia, że w cierpieniach goścowych wstrzykiwania ciepłej wody podskórnie (wody wodociągowej Warszawskiej) również łagodziło bóle, stające prawie na równi z morfiną. Co do zastrzykiwań chloroformu prof. HOYER wyraża swoje zdziwienie i przytacza szereg doświadczeń, które robił na zwierzętach, a które najsmutniejsze zawsze dawały wyniki. Bezpośrednio po zastrzyknięciu przy zakłóciu igłą leżące grupy mięśniowe wpadały natychmiast w pewien rodzaj jakby stężenia pośmiertnego, następnie przechodziły w zgorzel i niechybną śmierć sprowadzały. Kol. SZOKALSKI nadmienia, iż że względu na mocno drażące działanie chloroformu na skórę, trudno jest rzeczywiście pojąć, ażeby pod nią zastrzyknięty ten lek nie sprawił gwałtownego zadrażnienia. Kol. PERKOWSKI zapewnia iż takowego nigdy nie spostrzegął i że stężenia nigdy ani śladu nie było, że zrobił kilkadziesiąt zastrzyknięć chloroformu u swojego Bułgara i że

sam się dziwił niezwyklej odporności na bezpośrednie działanie leku. Starał się tylko, ażeby igła nie trafiła na żyłę i w tym celu wprowadzał ją samą pod skórę i przekonawszy się, że z drugiego jej końca krew nie występuje, dopiero wtedy wsadzał w nią strzykawkę do połowy napełnioną chloroformem czystym bez żadnej domieszki. Nadto zapewnia, że zastrzykiwania chloroformu nie są wcale nowością, że ich już probowano we Francyi i przytacza na dowód spostrzeżenia BESNIER'A zamieszczone w *Gazette hebdomadaire*. Cokolwiekbyż postępowanie takie zdaje się być niezaprzeczenie zanadto śmiałem i zapewne niejedyn powstrzyma się od jego naśladowania wobec rażącej sprzeczności z wynikami otrzymanymi na zwierzętach, dopóki go obszerniej nie oświecą doświadczenia kliniczne przedsiębrane ze wszelkimi ostrożnościami.

Następnie zabiera głos prof. KORZENIOWSKI i zdaje sprawę ze złamań postrzałowych kości udowej, które spostrzegał na placu boju w Bułgarii, zwracając uwagę na ogromne trudności ich leczenia na polach bitew obecnego stulecia i nader smutne wyniki, jakie w tym względzie osiąga chirurgia polowa. Wobec tych trudności nie dziwota wcale, że chirurgowie francuzcy podczas Krymskiej wojny zrzekli się jednomyslnie prawie zachowywania strzaskanej kończyny i bezwzględnie ją odejmowali. Ponieważ jednak zdania pod tym względem są jeszcze bardzo podzielone, prof. KORZENIOWSKI przeto udając się na plac boju przedsięwziął w rzeczy tej bliżej się rozpatrzeć i w tym celu jaknajdokładniej obznał się uprzednio z tem wszystkim, co w Europie i Ameryce w ostatnich wojnach spostrzeżono. Otóż z góry zaraz okazało się, że wszelkie nieruchome opaski, jak w ogóle, tak i przy złamaniach uda na niewiele się przydadzą, gdyż przy najspokojniejszym nawet leczeniu wśród rodzinnego ogniska i najpomysłniejszych jego warunkach nie obejdzie się nigdy bez skrócenia kończyny, dochodzącego niekiedy nawet do 2 cali. Po złamaniu kości udo skraca się, grubiej i łukowato zgina się ku wewnątrz. Jest to skutek skurezu wszystkich mięśni uda oraz przewagi mięśni ksobnych, które zbliżają kłykiec udowy wewnętrzny do krocza. Wyciągnięcie zatem złamanej kończyny i utrzymanie jej w stanie nastawienia zanim się nie utworzy *callus* jest wskazaniem polegającym na przyrodzie rzeczy, lecz środki do jego wypełnienia należy ściśle do niej zastosować. I tak okazało się najprzód, że ciężary, których się do wyciągania powszechnie używa, są za lekkie, prof. KORZENIOWSKI posunął się aż do 22—24 funtowych; powtóre: należy pętlicę przeznaczoną do przeciwciągnięcia (*contraextensio*) nie nakładać na pachwinę strony chorej, gdyż w takim razie bynajmniej nie znosi się działania mięśni ksobnych (*adductores*); gdy tymczasem przeciągnie się ją przez krocze i pachwinę strony zdrowej, skrzywienie się najzupełniej prostuje, a samego wyciągania, naszego głównego celu, bynajmniej przez to nie osłabia. Za pomocą tych dwóch poprawek prof. KORZENIOWSKI zapewnia, że dochodził do wyników zupełnie zadawalających i w liczbie około 30 przypadków miał tylko 5 śmiertelnych i to w skutek powikłań zupełnie od złamania niezależnych. Skrócenie kończyny po zagojeniu było albo bardzo

nieznaczne, albo go wcale nie było, a nawet w niektórych razach okazało się lekkie przedłużenie złamanego członka; lukowate przekrzywienie nigdy nie pozostało. Po tem przemówieniu kol. ORŁOWSKI dodaje, że wyrok co do opatrunków gipsowych przy złamaniach kości udowej oddawna już zapadł na niekorzyść tego sposobu leczenia i że sam nigdy złamań, o których mowa inaczej nie leczy jak przez wyciąganie. Na to prof. KORZENIOWSKI odpowiada, iż z jego przemówienia nie chodziło bynajmniej o wybór sposobu, lecz o samo uskutecznianie wyciągania, a mianowicie o większe bezporównania, niż to zwykle bywa, ciężary przywieszane do stopy, a powtóre o utwierdzenie pętli przeciwciągnącej od strony zdrowej kończyny. Nadmieniam przytem, że w szpitalach polowych wyciąganie i przeciwciągnięcie daje się bardzo łatwo osiągnąć za pomocą dwóch kółek wbitych w ziemię przy tapczanie chorego od strony nóg i głowy i że współczesne rany uda wcale nie stoją wyciąganiu na przeszkodzie.

*
**

W Y K Ł A D Y K L I N I C Z N E.

O rozpoznawaniu i chirurgicznem leceniu guzów jamy brzusznej.

Sześć lekcij klinicznych T. SPENCER'A WELLS'A. F. R. C. S. profesora na Hunterowskiej katedrze patologii i chirurgii na rok 1878.

Wolny przekład z niemieckiego przez d-ra St. Kondratowicza.

(Ciąg dalszy — Zobacz Nr. 42).

Następnie przekonać się należy, czy guz jest wolny, czy zrosnięty z którymkolwiek narządem brzuszny, jak z wątrobą, śledzioną, nerkami, macicą i t. d. Zwraca się uwagę na powierzchnię guza: czy jest ona gładką, czy też nierówną, guzowatą; na twardość, czy jest twardym i odpornym, czy też miękkim, elastycznym; czy chębotanie zależne od płynu wewnątrz zebranego udziela się całej jego massie, czy też tylko pewnej części; wreszcie czy falowanie płynu jest wyraźne przy samej powierzchni guza, czy też daje się uczuć dopiero w głębi jego, przy silnym ucisku.

Co się tyczy ruchomości guza, to należy dodać w jakim stopniu ona istnieje, czy guz jest poruszalnym ku górze, czy ku dołowi, lub na boki, czy powłoki brzuszne wolno do niego przylegają, czy też są z nim zrosnięte, czy części guza nie dadzą się przesuwać niezależnie od ogólnej masy. Czasami, jeżeli ściany brzuszne są bardzo wiotkie, można z wielkiem prawdopodobieństwem oznaczyć wagę guza.

Po starannem zbadaniu brzucha przechodzimy do badania miednicy w celu oznaczenia, czy guz nie jest zrosnięty z trzewiami miednicowemi. Określić należy położenie i wielkość macicy, związek jej z guzem i t. d. U kobiet niezamężnych, u których błona dziewicza jest nienaruszoną, nie trzeba śledzić palcem przez pochwę, ponieważ zastąpić je można śledzeniem przez odbytnicę; u kobiet zamężnych zwykłe śledzenie przez pochwę mało nas może objaśnić; stwierdzić tylko możemy czy szyjka macicy znajduje się w położeniu prawidłowem, czy jest powiększoną czy nie, czy jest twardą, czy miękką i t. d. Daleko ważniejszem w podobnych razach jest badanie podwójne t. j. jedną ręką od zewnątrz przez ściany brzuszne, drugą zaś od wewnątrz przez pochwę. Przez takie badanie możemy określić:

czy macica jest zrosniętą z guzem czy też nie, czy jest powiększoną, czy się porusza wraz z guzem, czy też zmiany w jej położeniu zależą od przeniesienia ruchu szyjki na samą macicę.

Sledzenie podwójne można jeszcze dokładniejszym uczynić: jeżeli wprowadzimy palec wielki do odbytnicy, a palec wskazujący do pochwy, to będziemy mogli doskonale wyczuć całą zawartość zagłębienia DOUGLAS'A; jeżeli palec wielki jednej ręki wprowadzimy do pochwy, a wskazujący drugiej ręki do odbytnicy, to można nawet zbadać całą tylną powierzchnię macicy aż do dna i oznaczyć czy guz nie jest zrosnięty z tylną lub przednią ścianką albo z dnem macicy.

SIMON kładł wielki nacisk na jednoczesne badanie przez pochwę i przez pęcherz moczowy, po uprzednim rozszerzeniu cewki moczowej; sposób ten jednak jest całkiem niepotrzebny i nie doprowadza do żadnych nowych wyników. Jeżeli istnieje brak macicy wrodzony, to możemy rozpoznać ten stan przy sledzeniu przez odbytnicę i przez powłoki brzuszne. Czasami, jeśli nie mamy dokładnego pojęcia o stosunkach macicy, można w nią wprowadzić gąbkę sciesnioną i w kilka godzin potem wysledzić dokładnie.

HEGAR z Freiburg'a zwrócił uwagę na korzyści, jakie otrzymujemy przy sledzeniu przez ściągnięcie macicy ku dołowi za pomocą haka ostrego. Najlepszym jest hak M. SIMS'A, ponieważ najmniej rani. Przez takie pociąganie macicy ku dołowi można dowodnie przekonać się, czy jest ona zrosniętą z guzem, czy też wolną. Jeżeli obniżymy macicę, a jednocześnie sledzić będziemy jedną ręką od zewnątrz przez powłoki brzuszne, a wskazicielem drugiej przez odbytnicę, to możemy bardzo ściśle zbadać wszystko, co się znajduje poniżej wchodu miednicy. Rozumie się, iż koniecznym warunkiem jest, by powłoki brzuszne nie były zbyt grube, a pochwa zbyt sztywna i niepodatna. Można w ten sposób rozpoznawać przechylenia i zgięcia macicy i odprowadzać je bez pomocy zgłębnika. Jeżeli guz znajduje się w małej miednicy, to czasami przez samo ustawienie chorej w rączka, guz przesuwa się do jamy brzusznej, przezczem chora zawsze doznaje znacznej ulgi. SIMON zauważył, iż można wprowadzić całą rękę do odbytnicy po uprzednim zachloroformowaniu chorej. Ale w tych przypadkach, w których rozpoznanie przedstawia trudności, ten sposób badania nie dostarczy nam więcej danych niż podwójne sledzenie przez powłoki brzuszne i palcem wskazującym przez odbytnicę.

Zebrawszy za pomocą powyższych sposobów odpowiednie dane, przechodzimy do wypytania chorej o stan jej narządów trawienia, układu nerwowego, przyrządu oddechania i krążenia, oraz o objawy podmiotowe; odpowiednie pytania znajdują się w wzmiankowanej książeczce. Należy też zbadać przyrząd moczowy i wykonać rozbiór moczu, oraz zadać odpowiednią liczbę pytań co do stosunków familijnych, mianowicie odnośnie dziecięcnosci, płodności, długości życia i t. d.

Co się tyczy pierwszych objawów danego cierpienia zawsze należy się wypytać, w jaki sposób poprzedni stan zdrowia uległ zmianie: czy pojawiły się bóle w okolicy krzyża, lędźwi lub wzgórka łonowego, czy było uczucie ciężkości w pochwie i obniżania się macicy, czy były bóle i obrzmienie gruczołów piersiowych, ucisk na pęcherz moczowy, osłabienie lub znieczulenie kończyn dolnych, zaparcie stolca lub wymioty przypadkowe, czy objawy te ulegały pogorszeniu w czasie miesiączki, oraz czy chora sama wykryła obecność guza i kiedy? czy też dowiedziała się o istnieniu jego od lekarza. Pytamy się: czy guz rósł prędko, czy też wolno, czy powiększanie się jego było jednostajne, czy też nie i czy powiększanie się nie przypadało współcześnie z miesiączką. Kobiety, u których znajdują się

guzy maciczne, opowiadać będą, iż przed nadejściem miesiączki podbrzusze ich ulega znacznemu powiększeniu, a po jej ustaniu znów wyraźnie się zmniejsza; jestto bardzo ważny objaw przy rozpoznawaniu wyróżniającem guzy jajnika od guzów macicy. Pytamy się też: czy chora nie czuje iż guz się porusza, albo czy nie czuje ruchów wewnątrz samego guza. Co się tyczy pogorszenia objawów pierwotnych, to ważnem jest utrudnienie oddechania, powiększenie się brzucha napady gorączki, zapalenie torbieli, oraz ograniczone zapalenie otrzewni w okolicy guza; trzeba się przytem dowiedzieć: czy zapalenie to nie powtarzało się, czy w jamie brzusznej nie zebrał się płyn i czy płyn ten nie wychodził na zewnątrz przez macicę, pochwę, odbytnicę, pęcherz lub powłoki brzuszne. Należy też sprawdzić czy nie nastąpiło pęknięcie torbieli, dobrowolne lub spowodowane przyczyną urazową, czy nie wypuszczano płynu przez przekłócia, jak dawno miało to miejsce i jakie własności przedstawiał płyn wypuszczony.

Zebrawszy wszystkie powyżej wymienione dane, powinniśmy umieć odrazu rozpoznać z nich to, czy u danej chorej znajduje się guz i jakiego jest on rodzaju; rozpoznanie opisuje się szczegółowo w rzeczonyj książeczce na stronicy na to przeznaczonej. Chcąc w danym przypadku wybrać odpowiedni sposób leczenia, musimy oznaczyć jak długo chora, według wszelkiego prawdopodobieństwa żyć może, w czem kierować się winniśmy nabytem doświadczeniem. Jeżeli mamy wątpliwość czy u danej chorej płyn, znajdujący się w jamie brzusznej, jest swobodnym, czy też zawartym w torbieli, to winniśmy ściśle zebrać wszystkie

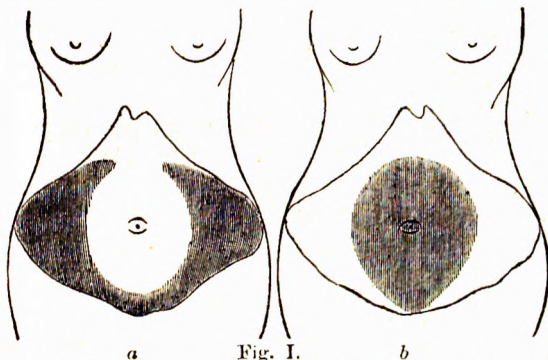


Fig. I.

znaki opukowe. Na Fig. I miejsca zacięniowane przedstawiają nam mniejsze zebrania się płynu, gdzie też otrzymujemy, przy opukiwaniu, ton tępy. Na fig. a mamy, przy ułożeniu chorej na wznak, jasny ton w okolicy pępkowej, na około zaś otrzymujemy stępienie, sięgające aż w okolice łędźwiowe; na fig. b stępie nie jest w pośrodku, na około zaś otrzymujemy ton jasny. To upoważnia nas do wniosku, że w tym ostatnim przypadku mamy płyn otorbiony i że torbiel ta zajmuje środek jamy brzusznej, zaś na fig. a odpowiednie miejsce zajęte jest przez jelita, które spływają na powierzchnię płynu. Prawidło powyższe sprawdza się dziewięć razy na dziesięć, zdarzają się jednak i wyjątki. Może się trafić, iż w jamie brzusznej nagromadza się tak wielka ilość płynu, że przednia ściana brzucha będzie tak rozciągnięta i wypukłona, że trzewia nie mogą osiągnąć najwyższego poziomu płynu, albo też zdarza się, że są przyrośnięte w tylnej części jamy brzusznej, a płyn w skutek tego zajmuje to miejsce od przodu, które zazwyczaj zajmują tylko torbiele. Jeżeli zdarzy się, że płyn w jamie brzusznej jest ograniczony przez zrosty jelit i w ten sposób udaje torbiel, to przypadek taki jest bardzo trudnym do rozpoznania; szczegóły w tym

względnie znaleźć można w dziele SPENCER'A WELLS'A: „o chorobach jajników”¹⁾, dodać tu tylko musimy, że płyn, znajdujący się swobodnie w jamie brzusznej, zmienia swe położenie wraz ze zmianą położenia chorej. Pamiętać jednak należy i o tem, że torbiele, osadzone na długiej szypule, także łatwo mogą zmieniać miejsce, przyczem i granice tonu tępego i jasnego ulegają zmianom. Pod względem rozpoznawczym szybkość, z jaką płyn zmienia położenie przy zmianie położenia chorej, ma też swoje znaczenie. I tak płyn puchlinowy przelewa się bardzo prędko, zaś torbiel powoli zmienia położenie. Przy wodnej puchlinie częściej spotykamy rozszerzenie żył na brzuchu, niż przy torbieli jajnika. Przy wodnej puchlinie brzuch jest symetryczniej powiększony niż przy torbieli; prócz tego dolne części brzucha bywają bardziej wiotkie przy puchlinie, a obwód brzucha, który przy puchlinie bywa największym na wysokości pępka, przy torbielach bywa największym poniżej. Charakter chelbotania także jest odmiennym: przy puchlinie fala płynu wyczuwa się prawie bezpośrednio pod ręką i jest daleko mniej ograniczoną niż przy torbieli.

Ważnym też jest bardzo wpływ ruchów oddechowych na stępienie. Jeżeli u danej chorej przy głębokim wdechu jasny ton obniża się, to należy sprawdzić, czy prztem granica tonu jasnego zgadza się z granicą stępienia, czy też zbacza od tej ostatniej. Jeżeli po obu bokach granicy stępienia znajdujemy wyraźne chelbotanie, w tych miejscach gdzie jasny ton wykazuje nam obecność jelit, to można być prawie pewnym że mamy do czynienia z płynem swobodnie w jamie brzusznej się znajdującym. Przy torbieli zaś, chelbotanie odpowiada ściśle granicy stępienia. Punkt ten jest bardzo ważnym dla rozpoznania różnicowego.

Obecność gazów we wnętrzu torbieli także może znacznie utrudnić rozpoznanie. Gazy wewnątrz torbieli mogą powstawać wskutek rozkładania się jej zawartości, albo też mogą przenikać od zewnątrz, np. jeżeli istnieje połączenie torbieli z pętlą jelit. Powietrze może się też dostać do wnętrza torbieli przy nieostrożnem wykonywaniu przekłócia. Tomasz WATSON widział chorą, u której torbiel była kolejno napełnioną to powietrzem, to płynem. Gdy płyn zebrał się do pewnej wysokości wypływał przez otwór do pętli jelit i zbierało się powietrze. SPENCER WELLS widział przypadek, w którym powietrze dostało się do wnętrza torbieli przez otwór w rozszerzonym jajowodzie.

Ostateczne dane do rozwiązania pytania: czy płyn znajduje się w jamie brzusznej (jako puchlina), czy w torbieli, dostarcza nam badanie chemiczne i drobnowidzowe płynu, otrzymanego po przekłóciu ścian brzusznych.

SCHERER wykazał, że to białko, które przy gotowaniu krzepnie, a następnie w kwasie octo wym znów się rozpuszcza, jest inną postacią białka, niż białko zwyczajne. *Paralbumina* i *metalbumina* krzepną przy wyższej ciepłocie, a przy gotowaniu z kwasem octowym rozpuszczają się na nowo. Płyn, jaki mamy do badania, ogrzewamy w probierce, aż dopóki białko się nie zetnie, następnie dodajemy kilka kropel kwasu octowego i znów gotujemy, wstrząsając przytem ciągle probierką; jeżeli skrzepy nie rozpuszczają się, to mamy białko zwyczajne. Jeżeli zaś w płynie znajduje się *paralbumina* lub *metalbumina* to skrzepy albo rozpuszczają się zupełnie, albo utworzy się płyn biały, przezroczysty, albo też masa galaretowata, opalizująca. To rozmaite zachowanie się białka uważano, przez długi przeciąg czasu, za dostateczne do odróżnienia płynu przesiąkowego od zawartości

¹⁾ *Diseases of the ovaries, their diagnosis and treatment*, by SPENCER WELLS. London

torbieli. Utrzymywano że białko rozpuszczalne po skrzepnięciu w kwasie octowym jest cechującym dla płynów pochodzących z torbieli, zaś białko nierozpuszczalne stanowi właściwość płynu przesiękowego. Czasami bywało, iż część skrzepu rozpuszczała się, druga zaś część pozostawała nierozpuszczoną; objaśniano to, iż mamy mieszaninę płynu przesiękowego i zawartości torbieli.

Dalsze jednak doświadczenia wykazały, że i tu mogą się zdarzyć pomyłki. I tak SCHETELIG z Hamburga badał płyn, pochodzący z pęchliny nerki i znalazł paralbuninę i cholesterynę, a nie znalazł ani śladu mocznika, ponieważ tkanka nerkowa była zupełnie zanikłą. W innym przypadku, w płynie, otrzymanym po pierwszym przekłóciu, znalazł on krzepnik, którego nie było przy następnem przekłóciu, z czego wyprowadził taki wniosek, że w pierwszym razie był płyn przesiękowy, a w drugim razie, zawartość torbieli.

(d. c. n.)

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

Metaloterapia (zewnątrzna i wewnętrzną), działanie magnezu.

Sprawozdanie d-ra Wł. Gajkiewicza.

(Dokończenie.—Zob. Nr 43).

Metaloterapia wewnętrzną. Z doświadczeń dotychczasowych okazuje się iż i drugi punkt zasadniczy nauki BURQ'A jest prawdziwy, a mianowicie, iż metal na który chory lub chora są czuli, wywołuje te same skutki przy zadaniu go do wewnątrz, jak i przy naskórnem jego użyciu. Komissyja Towarzystwa Biologicznego robiła w tym względzie spostrzeżenia w oddziale CHARCOT'A. W sprawozdaniu jej uczynionem przez DUMONTPALLIER'A (*Second rapport fait à la Société de Biologie sur la métalloscopie et la métallothérapie au nom d'une Commission composée de MM. CHARCOT, LUYS et DUMONTPALLIER rapporteur. Gaz. méd. de Paris. 1878. Nr. 35 i 36*) znajduje się opis 5 przypadków. U 2 chorych ze znieczuleniem połowicznem histerycznem, trwającym od lat kilku na bez żadnej zmiany mimo podawania przeróżnych środków, czułych na złoto, przekonano się iż po zadawaniu przez kilka dni roztworu chlorku złota i sodu (zawierającego 1 etgrm. w 25 kroplach) postępując od 1—5 etgr. wróciło czucie ogólne i swoiste, siła mięśniowa zwiększyła się, stan ogólny polepszył się, łaknienie i miesiączka (której nie było od lat 3), powróciły. Dalej, zauważano fakt bardzo uderzający, iż jeśli w takim stanie przyłożymy chorem na skórę blaszki złota (20 frankówki), to znieczulenie przyszło napowrót i zazawszy od miejsca przyłożenia blaszki rozszerzało się na całą połowę ciała, mięśnie traciły siłę i trwało to tak długo dopóki leżały blaszki. Odjąwszy je, czucie znów wracało, siła mięśniowa nanowo się zwiększała. Znieczulenie przychodzące za przyłożeniem blaszek nazwano: znieczulenie powrotnem lub metalicznym (*anesthésie de retour ou métallique, postmétallique*). U innej chorej ze znieczuleniem połowicznem histerycznem, czulej na miedź, podawano po kilka pigułek zawierających po 2 etgrm. białkanu miedzi, a gdy te wywoływały zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zastąpiono je wodą *Saint-Christan* zawierającą miedzy swemi składnikami małe ilości siarczanu miedzi. Dawano jej po 2 szklanki dziennie. Po 10 dniach czucie ogólne i swoiste powróciło, siła mięśniowa i ciepłota zwiększyły się, stan ogólny się polepszył. Za przyłożeniem na skórę blaszek miedzianych wszystkie te objawy zniknęły, a znów wracały gdy zdjęto blaszki. Chora ta przy opisanem leczeniu,

miała zostać zupełnie wyleczoną. U innej znów chorej, dotkniętej histero-padaczką, czulej na złoto, znikły po zadawaniu do wewnątrz chlorku złota i sodu objawy histeryi, a pozostały tylko objawy padaczki. Wreszcie u chorego ze znieczuleniem połowicznym pochodzenia mózgowego, metaloterapia wewnętrzna, wywołała zupełne wyleczenie. Zdaniem komisyi znieczulenie powrotne nie przychodzi u chorych wyleczonych, jest więc wskazówką iż cierpienie nie jest wyleczone i że trzeba metaloterapię dalej prowadzić. „Jeżeli chora, mówi CHARCOT, jest jeszcze pod wpływem diatezy (hysterycznej), to można przez zadawanie jej metalu tego samego, który pierwiej sprawiał znikanie zaburzeń czuciowych, wywołać ich powrót i tym sposobem ujawnić ukrytą diatezę”.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

O zmianie zębów w skutek drgawek (*elcampsia infantilis*). Jedną z częstszych zmian zębów są t. z. nadżarcia (*erosiones*). Nie zależą one, jakby to wskazywała niestosowna nazwa, od działania czynników zewnętrznych, lecz jak zobaczymy niżej, są zaburzeniami przychodzącymi do skutku podczas życia wewnątrz zarodkowego (*intrafollicularis*) zęba pod wpływem zmian w odżywianiu. Nadżarcia te polegają na tem, iż powierzchnia korony zębów zazwyczaj równa i gładka, pokrytą jest zakłębieniami przedstawiającymi się pod jedną z 3 następujących postaci: 1) w postaci wyżłobienia jakby paznokciem zrobionego (*erosion en coup d'angle*) na zębach siecznych, których brzeg zamiast być równym, jest wyciętym półksiężycowato; na kłach zaś brak wierzchołka, co je czyni podobnymi do piramidy ściętej; na zębach trzonowych korona pokrytą jest rowkami pozbawionymi szkliwa, oddzielającymi nierówności tych zębów. Gdy takich linii jest kilka, odmianę taką zowią *erosions en étages v. en escaliers* (TOMES, BROCA). 2) postać jest więcej rozlaną, a mianowicie korona zębów wygląda jakby była wygryzioną na pewnej, mniej lub więcej znacznej przestrzeni przez ciało żrące (*erosion en nappe*) i w skutek braku w tych miejscach szkliwa, jest barwy żółtawej lub brunatnawej 3) zęby przedstawiają liczne zmiany co do ilości i jakości (*dents en gâteau de miel*); korona ich w całej rozciągłości pokrytą jest zagłębieniami różnego kształtu i przedstawia się och brunatno-czarną. Przyczyna opisanych zmian, była dotychczas, mimo wielu prob, niezbadaną. Wyświecił ją dopiero w ostatnich czasach uczony dentysta paryski dr. MAGITOT (*Progrès méd.* 1878. Nr. 31). Badając pod drobnowidzem zęby dotknięte nadżarciami, przekonał się on iż powodem ich anatomicznym jest zaburzenie w budowie obu części składowych korony zęba, a mianowicie: szkliwa i kości zębowej. W miejscu odpowiadającym nadżarcia widać pod drobnowidzem w kości zębowej 3—4 warstw różniących się od zdrowej kości zębowej obecnością, znanych od dawna histologom (RASCHKOW, HUXLEY, OWEN), kulistych wyniosłości i ograniczonych przez nie jamek (*globules de dentine et espaces interglobulaires, Interglobuläräume*). Warstwy te są ułożone równolegle do powierzchni korony i jamki zęba. Na wysokości ich, brak szkliwa a sąsiednie jest tem różne, iż włókna składające szkliwo są ułożone bezładnie i powikłane ze sobą. Na wysokości korzenia zęba, szkliwo zwykle jest prawidłowe, czasem tylko przedstawia ślady przetrzeń międzykulkowych. Brak ten ograniczony części składowych korony zęba, naturalnie mógł być spowodowanym tylko przez chwilowe zawieszenie rośnienia zęba podczas życia jego wewnątrz zarodkowego. Od dawna już przypisywano nadżarcia zębów zaburzeniom, jakie pewne cierpienia wieku dziecięcego wywołują w rozwoju prawidłowym tkanek zębowych. TOMES sądził iż nawet lekkie cierpienie gorączkowe (np. odra) może spowodować wyraźny rowek na zębie, zdanie, które podziela również i BROCA. CASTANIÉ opisujące *erosiones* postawił w zależności z zółzami (*scrophulosis*) i krzywicą (*rachitis*), a HUTCHINSON z przymiotem dziedzicznym (*sypphilis hereditaria*). MAGITOT jest innego zdania. Nie zaprzecza on bynajmniej, owszem potwierdza iż choroby ogólne i diatezy nie będąc bez wpływu na cały ustrój ludzki (układ kostny, skórny i t. d.) działają i na zęby, lecz wedle niego z powodu długotrwałości przyczyny, zaburzenia te nie są ograniczone, tak jak nadżarcia, do pewnych tylko miejsc zęba, lecz muszą być ogólniejsze

i dotyczą w samej rzeczy całej masy zębów, są to zmiany w kształcie i budowie całego zęba. W nadżarciach zaś jak powiedzieliśmy, zmiany są ograniczone do pewnego, czasem nawet bardzo niewielkiego miejsca korony zęba, gdy reszta tejże samej korony jest jak najprawidłowej zbudowana. Przyczyna więc tutaj musi powstać—i ustać nagle. Ze wszystkich cierpień wieku dziecięcego, to jest wieku w którym odbywa się rośnięcie zębów, tylko drgawki (*clampsia*) odznaczają się tym charakterem—naglego powstawania i nagłego zniknięcia. I rzeczywiście w wielkiej liczbie jednostek, mógł się MAGITOT przekonać iż zawsze, osoby które w dzieciństwie cierpiały na drgawki, przedstawiały zęby w jeden z wyżej opisanych sposobów, zmienione. Powodem fizyologicznym nadżarcie wedle M. jest następujące w czasie drgawek zawieszenie czynności prawidłowej komórek zarodka zębowego (*pulpa dentis*) i błony szklkowej (*membrana adamantina*), z których, jak wiadomo, pierwsze—wytwarzają włókna kości zębowej, między którymi jednocześnie wydziela się wapniejąca istota pośrednia, a wapńnienie wydzielin komórek drugich (błony szklkowej) tworzy szkliwo. Po ustaniu drgawek, tworzenie się części składowych korony zęba postępuje dalej prawidłowo, miejsca jednak próżne, zależące oł chwilowego ustania rośnięcia, pozostają na zawsze. Zależnie od tego, czy napad drgawek był jeden, lub powtarzał się (w dłuższych odstępach czasów) i warstw pustych różna jest liczba. Szerokość nadżarcia zawisła od czasu trwania każdego napadu. Wreszcie wystąpienie drgawek w późniejszym lub wcześniejszym wieku, warunkuje mniejsze lub większe oddalenie nadżarcie od brzegu wolnego zęba. Zmiany pod drobnowidzem widziane, są zdaniem MAGITOT'A najwidoczniejsze w warstwach bliżej powierzchni korony zęba leżących, w głębszych zaś są czasami trudne do poznania.

Badacz wspomniany, różnicę tę tłumaczy czynnością komórek zarodka zębowego głębiej leżących, które w części wynagradzają utratę materji, co jest nie możliwem dla warstw najbliżej ich leżących, a więc najgłębszych. Na poparcie tłumaczenia powstawania nadżarcie, MAGITOT przytacza to, iż ilość kości zębowej i szklkiwa, utworzona prawidłowo przez kilka godzin jest dość znaczna, o czem można się przekonać obserwując zęby w czasie ich wyrzynania się. Ząb dotąd zupełnie niewydzielny, po kilku godzinach, po upływie nocy, wystaje na kilka milimetrów. Niech przez podobny czas kilku godzin trwa napad drgawek, to te kilka milimetrów będą powstrzymane w rozwoju, co ujawni się obecnością rowka. Nadżarcia istnieją i u zwierząt, o czem MAGITOT przekonał się w Muzeum szkoły weterynaryjnej w Alfort (pod Paryżem); możnaby więc robić doświadczenia dla sprawdzenia czy tłumaczenie podane przez M. jest prawdziwe.

Z powodu iż przyczyna chorobowa działa podczas życia wewnątrzrodzkowego zęba, w czasie wzrostu jego, nadżarcia spotykamy tylko na zębach trwałych. Nie bywa ich na zębach mlecznych, (co mówi przeciw zdaniu HURCHINSON'A jakoby nadżarcia były skutkiem przymiotu dziedzicznego), bo te są już zupełnie utworzone z chwilą urodzenia się dziecka. Z zębów stałych najczęściej dotknięte są te, które najwcześniej powstają, a więc sieczne górne i dolne, kły i pierwsze trzonowe, co się zgadza z tem, iż drgawki są częstsze w 1 roku życia. Trzonowe drugie i zęby mądrości są bardzo rzadko dotknięte. Z tego cośmy wyżej powiedzieli, łatwo wytłumaczyć dla czego nadżarcia dotyczą wszystkich zębów, dla czego bywają na jednej wysokości i ułożone poziomo, otaczając w kształcie koła koronę zęba. Z nadżarciem zębów można porównać rowki opisane przez BEAU, tworzące się na paznokciach w przebiegu chorób. Porównanie to tem więcej jest usprawiedliwione, gdyż zęby i paznokcie, jak uczy embryjologia, są zależnością jednego i tego samego narządu—skóry. Różnica jest tylko ta, iż rowki na paznokciach są czasowe, a mianowicie giną w miarę jak paznokcie się odnawia, co naturalnie dla zębów jest niemożliwe, a dalej iż rowki paznokci powstają pod wpływem cierpień gorączkowych, byle tylko nagle powstających, gdzie więc odżywianie paznokcia, jak i całego ustroju, nagle i głęboko jest zmienione.

Następstwa patologiczne nadżarcie są: kruchość zębów usposabniająca je do złamań; nierówność powierzchni korony zęba sprzyja pozostawianiu dłuższemu czynników szkodliwych; brak szklkiwa ułatwia próchnienie (*caries*) zęba.

Zbadanie semeologii nadżarcie zębów, oddało już pewne usługi i Antropologii. Wiado-

mo iż niektóre czaszki znalezione przez d-ra PRUNIÉRES (z Marvejols) w grobach z epoki kamienia polerowanego a więc z epoki przedhistorycznej, przedstawiały wyraźne ślady trepanacyi, dokonanej na czaszkach dzieci za życia, za czem mówi zabliźnienie brzegu otworu, które naturalnie mogło nastąpić tylko za życia. Jaki mógł być cel tej operacyi? BROCA opierając się na pojęciach mistycznych i zabobonach i dziś jeszcze w pewnych miejscach między ludem wiejskim panujących, sądzi iż i ludzie przedhistoryczni przypisywali drgawki (*convulsiones*) opętaniu chorego przez złego ducha i robili trepanacyją celem dostarczenia otworu, przez który mógłby się ten duch wydostać na zewnątrz. Niejako próbą sprawdzającą to tłumaczenie BROCA, było zbadanie zębów znajdujących się w czaszkach trepanowanych. Otóż, we wszystkich takich czaszkach, zęby przedstawiały opisane nadzarcia.

W. Gajkiewicz.

0 cierpieniu przymiotowem stawów. Dr. J. VOISIN w pierwszym rozdziale swej pracy omawia przymiotowe cierpienie stawów, które występuje w początkach choroby przymiotowej, przed ukazaniem się objawów na skórze i błonach śluzowych. Zmian przymiotowych jako to: czerwoności, obrzmienia, podniesionej ciepłoty, prawie wcale się nie spostrzega. Ogólne rozłamanie, uczucie bólów wędrujących, które bardzo często się spostrzegają, są podczas nocy i nad rankiem daleko silniejsze niż w ciągu dnia, jeżeli chory przymusza się do ruchu. Przedewszystkiem podpadają cierpieniu stawy: kolanowy, rączny, łokciowy, ramieniowy i stopowy. Chory uskarża się na uczucie, jakoby zajęte stawy były porażone, lub połamane. Przy użyciu ręki już po kilku dniach wzmiankowane objawy ustępują; jeżeli zaś nierozpoznany tego cierpienia jako przymiotowego, to trwać ono może przez wiele tygodni, aż występujące objawy wtórne naprowadzą nas na właściwe rozpoznanie. Przy dłuższem trwaniu sprawy chorobowej, ręka położona na stawie w czasie ruchów uczuwa pewien trzask w bolesnym stawie. Bolesność stawu przy ucisku jest ważną wskazówką rozpoznawczą. W przypadkach, w których istnieje podejrzenie owrzodzenie i jednocześnie występują wieloliczne bóle stawowe, które podczas nocy są silniejsze niż we dnie, a także podczas spokoju mocniejsze niż przy ruchu, to możemy z niejaką pewnością przypuszczać że mamy do czynienia z ogólną chorobą przymiotową. Rokowanie jest pomyślne; leczenie zasadza się na podaniu *protojodur. hydrarg.* albo *Hydr. bichlor. corros.* Jest to p i e r w s z y o k r e s choroby.

Drugi okres choroby, traktowany w roz. 2 dzieli autor na 3 grupy: 1) proste bóle stawowe, 2) ostrawe zapalenie stawu i 3) zapalenie stawu z wysiękiem, (*hydantros*).

Co do 1. Grupa ta odpowiada już powyżej w rozdziale 1 opisanym bólom. Wystąpienie wysypki (*roseola*) zdaje się nie mieć żadnego osłabiającego wpływu na bóle stawowe.

Co do 2. Staw jest obrzmiały, przy ucisku i ruchu lekko bolesny, skóra okazuje podwyższoną ciepłotę i cechujące zaczerwienienie, które pod naciskiem palca znika. Tkanika łączna podskórna w ogóle nie obrzęka, tylko w niektórych przypadkach w dotknięciu jest ciastowatej twardości. Wysięk do jamy stawowej po największej części jest bardzo nieznaczny i zaledwie się daje oznaczyć. Niekiedy powstanie zapalenia stawu u chorych przymiotowych wywołane jest przez zewnętrzne uszkodzenie. Jeżeli zapalenie rozwija się nieco później po zarażeniu, to zwykle tylko jeden staw jest zajęty. Rozprzestrzenienie się choroby na pochwy ścięgnięte wcale do rzadkości nie należy. Jeżeli ulega cierpieniu większa ilość stawów jednocześnie, to nigdy nie spostrzegamy, jak to przy zwykłym goście bywa, zajęcia osierdza. Przy właściwem leczeniu znika opisane zapalenie stawów dosyć szybko bez żadnych śladów. Dla rozpoznania ważną wskazówką jest przebieg gorączki znacznie przepuszczającej. Leczenie zasadza się na podawaniu oprócz *protojodur. hydrar.* także *kali iodatum*.

Co do 3. Wysiękowe zapalenie stawów zdarza się rzadziej niż poprzednia postać. Początek zwykle bywa powolny, po największej części niebolesny. Chory zwykle zwraca uwagę lekarza wówczas dopiero, gdy wypcina takiego dosięgła stopnia, iż utrudnia choremu chodzenie. Skóra pokrywająca ani nie jest zaczerwieniona, ani ciepłota jej podniesiona. Najczęściej podpada temu cierpieniu staw kolanowy. Jeżeli cierpienie nie będzie rozpoznane, to może się rozwinąć przewlekłe zapalenie ze zgrubieniem i t. d.

Rozpoznanie tego cierpienia tylko drogą wyłączenia i ze zwróceniem uwagi na inne

objawy może być dokonane; wreszcie przez użycie swoistego leczenia, które w przeciągu 14 dni zwykle cierpienie usuwa. Prócz ogólnego leczenia autor stosuje ucisk wata i opaską.

Trzeci okręś choroby jest opracowany w 3 rozdziale. Cierpienie to autor określa jako guz biały (*tumor albus*) stawów. Przymiot musi tu być przyjęty za główną przyczynę, a nie jako przyczyna usposabiająca. Choroba albo zajmuje pierwotnie błonę maziową, albo też końce stawowe i z tych zapalenie rozprzestrzenia się na staw. Wedle tego autor przyjmuje *synovitis* i *osteitis syphilit* końców stawowych. W pojedynczych przypadkach autor spostrzegał oprócz zmian na błonie maziowej i tkanki łącznej podmaziowej, nabrzmienie końców stawowych. Również rzepkę, znajdował autor we wszystkich przypadkach cierpienia stawu kolanowego na 1 blisko ctm. obrzmiał. Najczęściej ulega zapaleniu tylko jeden staw.

Autor znalazł w 2 przypadkach zajęcie stawu łokciowego, w 1 przypadku stawu szczyki dolnej. Inni autorowie spostrzegali zajęcie stawów ręki, nogi, stawu mostko-obończykowego, palców. Choroba występuje zwykle dosyć późno, bo w 10—15 lat po zarażeniu się i przebiega nadzwyczajnie powoli. Wypociny do stawów niekiedy przychodzą w sposób przepuszczający. Jednocześnie z wysiękiem do stawu, pokazuje się zgrubienie tkanek staw otaczających, jako też i obrzmienie końców stawowych. Skóra i tkanka łączna podskórna nieulegają w tych przypadkach żadnym zmianom, chyba że zajęte są stawy palców spostrzegamy nieznaczny obrzęk. Ogólnych objawów brak prawie zupełnie. Początek choroby najczęściej jest powolny, tylko zapalenie kości występuje niekiedy z silnym bólem. Przebieg zależnym jest od temperamentu i budowy chorego, wzmiarkowane zapalenie stawu nie ma skłonności do przejścia w ropienie; rzadkiem jest zejście zakończone zesztwieniem.

Rokowanie zależy po części od rozpoznania choroby i od okresu tejże. Autor podaje wskazówki rozpoznawcze dla odróżnienia od zwykłej przewlekłej puchliny (*hydrrthrosis*), ciał obcych w stawie, *arthritis deformans*, przewlekłego gościa, podagry, raka stawów, gościa rzeźączkowego, zwykłego guza białego.

Leczenie zasadza się na zadawaniu znacznych dawek jodku potasu (2—4 grm. dziennie, jako też na użyciu rtęci. (Ref. w *Schmidl's Jahrbuch*. 1878. Nr. 7) E. Klink.

Śmierć nagła po przekłóciu torbieli wodunkowej wątroby. BRYANT opisał (w *The Lancet* z 8 Czerwca r. b.) następujący przypadek. Mężczyzna 40-letni miał od lat 3 ch guz w prawym podżebrzu, który szybko wzrastał i żadnych innych tylko od jego wielkości zależących przypadłości choremu nie sprawiał. Guz ten zajmował prawe podżebrze, górną połowę brzucha i okolicę lędźwiową prawą i na dwa cale przechodził na lewo po za linię pośrodkową brzucha. Zapuszczono cieńki trójgraniec w guz rzeźony i wypuszczono 9 uncyj płynu jasnej barwy; nakłóćcie to dokonane poniżej łuku żebrowego prawego nie przyczyniło choremu żadnego bólu. W minutę potem twarz chorego mocno zaczerwieniła się, a następnie nagle zbladła, wreszcie wystąpiły wymioty, oddech chrapliwy i śmierć w przeciągu 5-ciu minut. Przy rozbiornie zwłok znaleziono: torbiel w wątrobie, wielkości głowy dorosłego człowieka, wypełnioną płynem lekko krwisto zabarwionym; żyła wrotna (*v. portarum*) znajdowała się przed torbielą i trójgraniec przebił jedną z jej większych gałęzi; mózg, płuca i wątroba były zdrowe; żyła główna dolna (*v. cava inferior*) była przez torbiel mocno ucisniętą i ściana jej z nią zrosniętą, jednak pozostawał jeszcze dostateczny przestwór dla przepływu krwi w żyłę. A zatem nie wykryto żadnej dostatecznej przyczyny tak nagłej śmierci; możebność wdrażenia powietrza przez cewkę trójgranańca stanowczo nie istniała.

Otrucie dziecka nikotyną opisał PAGET (w *British. med. Journ.* z 15 Września r. z.) 3-letni chłopczyk puszczał bańki mydlane zapomocą cybucha od fajki od roku nieuzywane-go i poprzędnio wymytego. W ciągu jednej godziny dziecko to czuło się już niedobrze, wymiotowało obficie, a następnie stało się bardzo sennem i bladym. Następnego dnia stan ten znacznie się pogorszył; nastąpił bezwład zupełny i pomimo pomocy lekarskiej dziecko to na czwarty dzień zmarło. (Ref. w *Wiener med. Wchfl.* Nr. 38—1878). J. R.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Kraków. Komisya terminologiczna w Towarzystwie lekarskim krakowskim, złożona z d-rów Al. KREMERA, OETINGERA i JANIKOWSKIEGO, jak wiadomo, od dwóch lat blisko zajmuje się przygotowaniem do druku nowego wydania „Słownika łacińsko-polskiego wyrazów lekarskich”. W skład tego słownika wejść mają także ważniejsze wyrazy lekarskie niemieckie i francuzkie. Według zawiadomienia rzeczonyj komisji praca jej już tak daleko postąpiła, że najprawdopodobniej z początkiem roku przyszłego druk dzieła tego rozpoczętym zostanie. Z tego zatem powodu Towarzystwo lekarskie krakowskie ponownie uprasza wszystkich kolegów w kraju i zagranicą zamieszkałych, ażeby zechcieli poprzeć go swemi uwagami, a w szczególności aby raczyli jak najrychlej nadsyłać pod adresem prof. JANIKOWSKIEGO (w Krakowie przy ulicy Górnych Młynów N. 122) swoje wzmianki o wyrazach obcych lekarskich, nieobjętych „Słownikiem łacińsko-polskim” d-rów SKOBLA i KREMERA (z r. 1868) i „Uzupełnieniem” tegoż (z r. 1876) jako też uwagi co do wyrazów w tych dawniejszych słownikach niedokładnie lub niestosownie przetłumaczonych.

Hiszpanija. W wielu miejscowościach prowincyi Alicante trąd (*lepra*) w tak licznych występuje przypadkach, często śmiercią się kończących, że myślą o zakładaniu oddzielnych szpitali dla trędowatych chorych. Choroba ta, jak wiadomo, częściej spotykana w Azji i Afryce, zaczyna obecnie groźnie występować i w Europie, albowiem już w roku ubiegłym w Walencyi sprawdzono 116 przypadków trądu, z których 71 zakończyło się śmiercią; na 45 chorych przy życiu pozostałych było 17 kobiet. W jednych miejscowościach mieszkańcy nazywają trąd „chorobą maurytańską” w innych „chorobą Ś-go Łazarza”. Niedaleko Walencyi istnieje już od dawna szpital dla trędowatych.

Paryż. Prefektura policyi urządziła u siebie pracownię chemiczną w której mają być dokonywane rozbiory wina, wódek, piwa i innych trunków, a to celem wykrywania i zapobiegania niesłychanym zafalszowaniom jakie mają miejsce w Paryżu z t. z. napojami wyskokowemi.

Liczba doktorów medycyny praktykujących w całej Francyi wynosiła w r. 1866 — 11254, a t. z. *Officiers de santé* 5568. W r. 1877 było w całej Francyi praktykujących doktorów tylko 10743 i 3363 *Officiers*; zatem liczba lekarzy praktykujących zmniejszyła się od r. 1866 o 2446.

Administracyja Medycyny uprasza pp. abonentów miejscowych którzy dotąd nie otrzymali ostatniego N-ru, aby raczyli zawiadomić Administracyję, z powodu bowiem nagłej choroby poprzedniego roznosiciela, nie mogliśmy na razie znaleźć nowego, któryby zdołał w czasie właściwym wszystkich abonentów obsłużyć. Przepraszając za zaszłe opóźnienie, zapewniamy że wkrótce dojdziemy do poprzedniego ładu i niedoszły Nr. dostarczymy, gdy otrzymamy wiadomość od tych którzy go nie odebrali.

W-mu d-rowsi G. L. w Zawierciu. Z powodu chwilowej niemożności skompletowania II-go półroczu, żądane N-ra dopiero w ubiegły poniedziałek wysłanemi zostały.

OGŁOSZENIA.

O sztucznej żywieniu noworodków i niemowląt,

napisał dr. J. Sznabl.

Osobne odbicie z „MEDYCYNY”. Warszawa 1878 str. 54 z tablicą litografowaną.

Sprzedaje się w naszej redakcyi po kop. 40.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Biurow Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.