

GAZETA LEKARSKA.

ZE SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

I. DWA PRZYPADKI LICZNYCH ZATORÓW

(*emboli*)

W PRZEBIEGU CHORÓB SERCA.

KILKA SŁÓW O T. ZW. PRAWDZIWYCH POLIPACH SERCA.

Podał

A. Puławski.

—i=i—

Zapalenie wsierdzia, jak również wady zastawkowe dość często¹⁾ bywają punktem wyjścia dla spraw zatorowych w narządach wewnętrznych: produkty zapalne, drobnoustroje, zakrzepy, a nawet cząsteczki chorobowo zmienionych zastawek, uniesione prądem krwi, mogą zamykać sobą światło naczyń krwionośnych, powodując cały szereg zaburzeń, których następstwa dla zdrowia i życia bardzo są różne, zależne od natury zatyczki (*embolus*) i ważności zatkanego naczynia.

Przed trzema laty spostrzegałem prawie jednocześnie dwa przypadki niezwykle rozległej sprawy zatorowej w przebiegu chorób serca. Zarówno przebieg kliniczny, jak i przypuszczalna etiologia tej sprawy [duże zakrzepy w sercu] wydały mi się dość interesującymi i zasługującymi na ogłoszenie. Nie uczyniłem tego wcześniej, sądząc, że kazuistyka moja przez ten czas się wzbogaci. Dotąd jednak więcej podobnych przypadków [stwierdzonych sekcyjnie] ani we własnej praktyce szpitalnej, ani w literaturze nie spotkałem.

Spostrzeżenie I. W początkach marca r. 1893 zgłosił się do mnie p. E. G., oficyalista prywatny, lat 40 wieku liczący. Chory uskarżał się na ogólne osłabienie, zmęczenie pracą, brak snu i łaknienia. Taki stan trwa już od roku; w ostatnich czasach przyłączyło się do tego osłabienie w nogach, niekiedy

¹⁾ SPERLING w rozprawie „Ueber Embolien bei Endocarditis. Berlin. 1872.“ podaje, iż na 300 przypadków *endocarditis* znalazł 84 razy zatory (28%), z których 76 zawdzięczało swe pochodzenie lewemu sercu, 8—prawemu. Zastawka dwudzielna dała 2 razy więcej zatorów, niż aorta. Podobne wyniki dała statystyka BERTIN'a [patrz QUINCKE „Krankheiten der Blutgefä-ße w Ziemss. Handb. der spec. Path.].

dreszczyki, zaparcie stolca. Przed 20 laty chory przechodził tyfus brzuszny [1873], przed 7 laty [1886] chory leżał w szpitalu przez 2 tygodnie na oddziale D-ra DUNINA i był i przezemnie badany, lubo o tem nie pamiętałem. Jak się przekonałem z karty szpitalnej [którą mi się dopiero udało wynaleźć po śmierci chorego], przechodził on wówczas zapalenie płuc włóknikowe prawostronne, zakończone wyzdrowieniem. O sercu znajdujemy wzmiankę, iż tony są czyste, ale drugi ton jest rozdwojony, co szczególnie jest widoczne u podstawy serca; od czasu do czasu daje się tu słyszeć pomruk koci (*frémissement cataire*); ictus w VI międzyżebżu, wymiary tępości prawego serca nie są powiększone; tętno było małe i częste. W owym już czasie kol. DUNIN rozpoznawał zwięzenie ujścia żylnego lewego. Tegoż samego roku lub około tego czasu [chory podaje, że przed 8 laty, na karcie szpitalnej niema o tem żadnej wzmianki] chory przechodził syfilis; leczenie swoiste przechodził kilkakrotnie pod kierunkiem kol. WATRASZEWSKIEGO. Chory jest prawidłowej, lecz wątłej budowy: chudy, blady, obrzęków nigdzie niema. Badanie narządów wewnętrznych wykazało przedewszystkiem nieprawidłową i słabą działalność serca, którego tony były w najwyższym stopniu arytmiczne bez żadnego określonego typu. Szmerów żadnych wysłuchać nie mogłem. Wymiary tępości serca znalazłem nieznacznie powiększone w kierunku poprzecznym. Tętno częste, miękkie, arytmiczne. Chory dość inteligentny i zwracający na siebie uwagę oświadczył mi, że wszyscy badający go lekarze już oddawna mówili, że ma „arytmię serca“, jemu jednak serce nigdy „nie dokuczało“, nie miewał nigdy żadnych bólów, bicia serca, puchliny, ani duszności.

Wątroba, ani śledziona nie były powiększone. Z objawów nerwowych oprócz podmiotowych [apatya, bezsenność, osłabienie mięśniowe] znalazłem tylko lekkie drżenie rąk. Po pierwszym badaniu [ambulatoryjnym] przypadek cały przedstawiał mi się dość niejasno, robił mi wrażenie niedomogi serca w przebiegu przewlekłego *myocarditis*. Zaleciłem choremu usunięcie się od zajęć, położenie do łóżka i *digitalis*. Po kilku dniach chory wezwał mnie do siebie, gdyż lubo czuł się lepiej wogóle, jednak zaczął doznawać bardzo przykre go drętwienia to w jednej, to w drugiej nodze; chwilami zjawiały się w obu kończynach bardzo silne bóle, ale te prędko znikwały. Dreszczy i gorączki nie było. Przy badaniu znalazłem te same objawy ze strony serca. Co się tyczy kończyn dolnych, nie znalazłem ani punktów bolesnych, ani jakiegoś ograniczenia ruchów, ani zmian w czuciu. Opierając się na tem, że bóle zjawiają się najczęściej w nocy, że chory przechodził syfilis, przypisywałem temu ostatniemu zjawienie się tych niezrozumiałych dla mnie objawów. Wezwałem na naradę kol. WATRASZEWSKIEGO, u którego chory stale się leczył. Zanim jednak narada się odbyła, chory dostał tak gwałtownych bólów w lewej kończynie dolnej, że wezwany doń w nocy wstrzyknąłem mu morfinę pod skórę na lewej łydce. Bóle jednak nie ustawały. Kończyna stała się zimną, bladą i bardzo bolesną na dotyk. Jednocześnie prawie z bólami zjawił się dreszcz i podniesienie ciepłoty ciała do 40°. Kiedyśmy w ciągu dnia widzieli chorego razem z kol. WATRASZEWSKIM, nie można już było wyczuć tętna w tętnicy stopowej i podkolanowej. Kończyna była zimną, około miejsca wstrzyknięcia zjawiało się sine

zabarwienie skóry i rozedma podskórna ¹⁾. Bóle dochodziły do *maximum*. Nie ulegało wątpliwości, że kończyna lewa uległa zgorzeli, że cały stan poprzedni był tylko zwiastunem tej sprawy. Na razie trudno było sobie zdać sprawę z przyczyny zgorzeli — względna nagłość jej powstania przemawiała za zator-rem (*embolia*), przeszłość zaś chorego [syfilis] kazała myśleć o miejscowym zakrzepie (*thrombosis*). W każdym razie wskazanie lecznicze wobec wyraźnych objawów zgorzeli było jasnym — odjęcie kończyny, jak to właśnie zdecydował wezwany na naradę kol. KRAJEWSKI. Chorego przewieziono do szpitala Dz. Jezus na oddział kol. K., gdzie się znajdował do śmierci i gdzie go, dzięki uprzejmości kol. K., mogłem w dalszym ciągu obserwować.

Dnia 11 marca kol. KRAJEWSKI wykonał odjęcie uda w $\frac{1}{3}$ górnej części. Znaczna część mięśni goleni i uda w odjętej kończynie znalezioną była w stanie zgorzeli, wydając wstrętny zapach zgnilizny, w tętnicy udowej znaleziono skrzep, łatwo oddzielający się od ścian tejże, przyczem wewnętrzna ściana tętnicy okazała się gładką, niezmienną.

Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, rana zagoiła się w ciągu 2 tygodni. W ciągu kilku pierwszych dni ciepłota była nieco podniesioną [do 38,2°], potem stan bezgorączkowy, osłabienie, w sercu arytmia, brak szmerów; tętno drobne, częste.

Począwszy od 24 marca, a więc we dwa tygodnie po operacji, zaczęły się pojawiać u chorego w prawej kończynie dolnej objawy zupełnie podobne do tych, jakie widzieliśmy na kończynie lewej, a mianowicie: drętwienie, uczucie zimna, bóle; 26 marca na zewnętrznej powierzchni goleni zjawilo się zielonawe zabarwienie skóry, wielkości dłoni, palce były zupełnie zimne i znieczulone, w tętnicy udowej tętna nie można było wyczuć; choremu dokuczają bardzo silne bóle. Jednym słowem, mieliśmy znowu zgorzel prawie całej kończyny. Na życzenie chorego d. 4 kwietnia wykonano znowu odjęcie prawej kończyny dolnej w $\frac{1}{3}$ górnej części uda. Odjęta kończyna przedstawiała się zupełnie tak samo, jak odjęta przed 3 tygodniami kończyna lewa.

Rana zagoiła się w ciągu 3 tygodni.

Stan ogólny chorego przez ten czas pogorszył się o tyle, że osłabienie zwiększyło się znacznie, działalność serca upadała coraz więcej, pomimo podawania środków pobudzających [waleryana, kofeina, strofant]. D. 1 maja chory dostał bardzo gwałtownych bólów brzucha, które nie przechodziły pomimo stosowania morfiny. Brzuch był przytem bardzo bolesny na dotyk. Wśród szalonych boleści i upadku działalności serca chory zmarł d. 4 maja.

¹⁾ Często się zdarza, że jakby odruchowo, a po części dla suggestyjonowania chorego wstrzykujemy morfinę w okolicę, dotkniętą bólem. Wogóle jest to akt bezcelowy, gdyż morfina działa drogą ośrodkową. W danym przypadku wstrzyknięcie podziało, jak wszelka trauma, na już dotkniętą zgorzelą [z czego na razie nie zdawałem sobie sprawy] część ciała. Rzecz naturalna, że nie może tu być mowy o sprowadzeniu zakażenia. Pomijając już tę okoliczność, że szprycka była czystą, nie można przypuścić, aby tego rodzaju obraz kliniczny rozwinął się w kilka godzin po wstrzyknięciu. Taki sam zresztą przebieg na drugiej kończynie [zjawienie się zielonej plamy na goleni] dowodzi, że wstrzyknięcie nie grało żadnej roli w pojawieniu się, a nawet przyspieszeniu zgorzeli. W każdym razie powyższy przypadek uczy, że dla uniknięcia choćby chwilowych przykrych następstw, należy być ostrożnym ze stosowaniem wszelkich wstrzyknięć *loco doloris*.

Z badania pośmiertnego, łaskawie wykonanego przez prof. PRZEWOSKIEGO, podajemy najważniejsze dane.

Opona twarda grubości prawidłowej, gładka, błyszcząca. Opona miękka blada, dość silnie obrzękła, galaretowata. Naczynia na podstawie mózgu nie przedstawiają nic szczególnego. Substancja mózgowa wogóle blada, a na powierzchni przekroju pokryta bladym płynem, Substancja korowa słabo się odgranicza od substancji białej. Z prawej strony dolna $\frac{1}{4}$ część *gyri centr. ant.* i tylna *gyri front. inf.*, jakoteż zewnętrzna część *insulae Reilii* zniszczone. Na ich miejscu zjawiała się miękka tkanka łączna na kształt sieci, przesiąknięta płynem surowicznym i miejscami brunatno-żółta—ślady wylewów krwi. Płuca—rozedmowe, lewe w tylnej części obrzękłe.

Serce—nieco powiększone [wymiar poprzeczny = 11 ctm., podłużny = 12 ctm., grubość = $5\frac{1}{2}$ ctm.]. Tętnice wieńcowe gładkie na powierzchni przekroju, niezwięzione. Lewy otwór żylny na miejscu *con. aterosi Halleri* $9\frac{1}{2}$ ctm., na wysokości brzegów zastawek $4\frac{1}{2}$ ctm.. Brzegi zastawki dwudzielnej zgrubiałe w postaci sznurka i z każdej strony na przestrzeni około $1\frac{1}{2}$ ctm. mocno zrośnięte. Cała prawie tylna ściana lewej komórki scieżczona do 3—4 mm., w miejscach tych *endocardium* zgrubiałe, a *myocardium* albo zamienione na bliznę, albo od strony *pericardium* zamienione na miękką tkankę łączną, wśród której dają się zauważyć ślady mięśni. *Chordae* zgrubiałe, skrócone. Mięśnie brodawkowe włóknisto-zwyrodniałe przy wierzchołkach. Grubość ścian lewej komory wynosi 12 mm. Lewe uszko wypełnione przyżyciowym skrzepem krwi, który w kształcie cylindra wystaje do jamy przedsionka, a stąd kieruje się ku otworowi zastawki dwudzielnej.

Objętość prawej komórki zwiększona o połowę, grubość ściany wynosi 4—5 mm., kolor blady, konsystencja dość krucha; obwód otworu żylnego 12 ctm., kształt zastawki prawidłowy. Tętnica główna i płucna nic szczególnego nie przedstawiają. W jamie brzusznej znaleziono $\frac{1}{2}$ litra mętnego płynu, w którym pływają kłaczki włóknika; otrzewna zgrubiała, mętna, pokryta włóknikiem.

Embolia arteriae mesentericae super. *Embolia art. iliaca comm.* Wątroba prawidłowa. Śledziona nieco zmniejszona, w niej mnóstwo starych i świeżych infarktów. Takież same infarkty znaleziono w obu nerkach.

Zestawienie faktów, wykrytych przez badanie pośmiertne, z objawami, spostrzeganymi za życia, pozwala nam wytworzyć sobie pojęcie o przebiegu całej tej fatalnej sprawy.

Chory oddawna miał zwężenie ujścia żylnego lewego; przebycie syfilisu, jak również kilku innych chorób zakaźnych [tyfus, zapalenie płuc włóknikowe] wpłynęły zapewne na wytworzenie się przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego (*myocarditis*). Wszystkie zaś te czynniki razem wzięte wraz z upadkiem odżywiania i nadmierną pracą fizyczną mogły sprzyjać wytworzeniu się zakrzepu w uszku lewego serca. Wielkie jest prawdopodobieństwo, że zdarzające się co jakiś czas odrywanie cząstek tego zakrzepu powodowało zatory w tętnicy udowej lewej, następnie prawej, w tętnicach prawej półkuli mózgowej, w tętnicach jamy brzusznej, śledziony i nerek.

Początkowe objawy w kończynie lewej dolnej można było wziąć za miejscowy zakrzep (*thrombus*), wytworzony wskutek zmian w tętnicy natury syfilitycznej. Badań drobnowidzowych tej tętnicy nie robiłem, makroskopowych jednak zmian w tętnicy nie było — była gładka, a skrzep krwi z łatwością dał się z niej wyluszczyć. Zmian natury syfilitycznej badanie pośmiertne nie wykazało nawet w tych naczyniach, które są najczęstszym tych zmian siedliskiem [naczynia mózgowe].

Zresztą przebieg kliniczny całego tego przypadku dowodził, że mamy do czynienia z zatorami, zależnymi od wspólnej jakiejś przyczyny, t. j. od zakrzepu w sercu.

Spostrzeżenie II. Prawie jednocześnie z poprzednio opisanym miałem sposobność spostrzeżenia drugiego analogicznego przypadku, dzięki uprzejmości kol. KRAJEWSKIEGO, na którego oddziale chory leżał od końca kwietnia do połowy maja 1893. Chory ten W. W., lat 58 wieku liczący, pochodził z rodziny zdrowej, w 18 r. życia przechodził syfilis, od lat 3 doświadczał duszności, w ostatnich czasach zjawiał się obrzęk nóg. Na tydzień przed przybyciem do szpitala uczył ból i drętwienie w obu stopach. W lewej nodze ból i drętwienie przeszły, w prawej objawy te postępowały, kończyna stała się chłodną, na końcach stóp i na goleni zjawily się pęcherze. Po przybyciu do szpitala znaleziono zgorzel stopy i połowy goleni: palce czarne, kończyna chłodna, skóra pokryta pęcherzami, wypełnionymi surowiczym płynem. Chory doznaje bardzo silnych bólów w całej kończynie. Co się tyczy stanu ogólnego, znajdujemy znaczny obrzęk całego ciała, a w szczególności kończyn, na twarzy sinicę. W płucach obfite rżenia wilgotne i świsty. Tępość serca znacznie powiększona w obu wymiarach. Zamiast tonów, na całej przestrzeni słychać dwa szmery. Wątroba powiększona i bolesna. *Ascites*. Tętno niemiarowe. 39. IV. wykonano odjęcie lewego uda w 1/2 górnej części. Tętnica i żyła udowa zawierały stary skrzep. Krwotok żylny obfity, tętniczego prawie nie było. Po operacji stan się stopniowo pogarszał, duszność i obrzęki zwiększyły się. Rana się rozeszła. Chory zmarł 10 maja.

Badanie pośmiertne, łaskawie wykonane przez prof. PRZEWOSKIEGO, wykazało: w prawej jamie opłucnej litr płynu przezroczyściego surowiczego, w lewym płucu w tylnej części zrazu dolnego—zawał (*infarctus*) z rozmięczonym środkiem. Oba płuca powiększone. Serce znacznie powiększone [wymiar poprzeczny 15 ctm., podłużny 14 ctm.]. Ujście żyłne lewe zwężone. W lewym uszku znajduje się cylindryczny skrzep przyżyciowy średniej wielkości.

Na *intima aortae* — stare guziczki miażdżycowe. Brzegi zastawek półksiężycowych zgrubiałe, wewnętrzna i tylna zastawka zrośnięte aż do guziczków AURANCYUSZA.

Wątroba duża, twarda, z wyraźną budową zrazikową. W śledzionie zawał. Takież zawały w obu nerkach.

Tętnica udowa lewa zatkana starym zatorowym skrzepem krwi na 8 ctm. pod więzłem POUPARR'a, a 15 ctm. powyżej miejsca amputacji. Ściany tętnicy nie są zgrubiałe; zgrubienie znajdujemy tylko w miejscu, zajętem przez zator.

W tym przypadku mieliśmy zatem: niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie ujścia żylnego lewego, niedomykalność zastawki aorty i zwężenie ujścia tętniczego lewego, *endocarditis nodosa*, znaczną rozedmę płuc i przewlekłe zapalenie nerek. W tych warunkach łatwo mógł się wytworzyć znaczny zakrzep w uszku lewego serca; był on nie tak wielki, jak w przypadku pierwszym, jednak przez odrywanie się swoich cząstek był punktem wyjścia dla zatoru w tętnicy udowej prawej, zawałów w płucu lewym, śledzionie i nerkach. [D. n.]

I. O PORAZENIU ASTENICZNYM.

[Podług odczytu, wygłoszonego w sekcji lwowskiej Towarz. Lek. Galic.]

Przez

D-ra J. Fajersztajna,

sekundaryusza szpitala powszechnego we Lwowie.

— 3 —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 13].

Przeszedłszy po kolei objawy zaburzeń ruchowych w rozmaitych grupach mięśni, mieliśmy dostateczną sposobność poznać najcharakterystyczniejszy rys kliniczny: szybkie nużenie się mięśni, prowadzące do bezwładu wskutek wyczerpania całego zapasu siły. Zmniejszona wytrzymałość substancji kurczliwej góruje nad całym obrazem choroby i nadaje mu szczególne, swoiste niemal piętno asteniczne. Obok takiej, rzechy można, nieprodukcyjności, udzielającej się całemu niemal układowi mięśni prążkowanych, można stwierdzić w wielu grupach mięśniowych pierwotny ubytek siły motorycznej, odznaczający się wielkiem bogactwem stopniowań: od prostego osłabienia, aż do stałych niedowładów i bezwładów. *Ptosis, strabismus, glossoplegia*, nieruchomość języzka, opadanie dolnej szczęki: oto najważniejsze przykłady skutków, wywołanych przez takie stałe porażenia. Po odciążeniu tych nielicznych spostrzeżeń, w których zmniejszona wytrzymałość mięśniowa schodziła, częściowo przynajmniej, na drugi plan wobec stałych porażen [OPPENHEIM, HOPPE], w przeważającej liczbie przypadków stosunek ten zachowuje się wprost odwrotnie. Zdaje się że pomiędzy pierwotnym a wtórnym, od wyczerpania zależnym, ubytkiem siły zachodzą tylko ilościowe różnice: łatwe wyczerpywanie się całego rozporządzalnego zapasu sił jest niższym, stały niedowład wyższym stopniem jednej i tej samej sprawy chorobowej. Ze zmniejszoną wytrzymałością mięśni zdają się pozostawać w ścisłym związkuienne wahania w natężeniu objawów porażennych. W rannych godzinach, po nocnym wypoczynku, chorzy czują się daleko silniejszymi; po południu, szczególnie zaś ku schyłkowi dnia występuje zawsze tak podmiotowe, jak i przedmiotowe pogorszenie. U naszego chorego można było stwierdzić bardzo wyraźnie takie stopniowe, z każdą godziną wzmagające się wyczerpywanie się sił. Powtarzało się to stereotypowo co dzień.

Uzupełniając w dalszym ciągu charakterystykę zaburzeń astenicznych, należy zaznaczyć, że stany porażenia obejmują symetryczne grupy mięśni prawie zawsze w jednakowym stopniu. Przypadki SENATOR'a i PINELES'a [III], odznaczające się znacznieszą pod tym względem niesymetrią, wypadają zaliczyć do wyjątków.

Mięśnie nawet najbardziej dotknięte nie okazują przy badaniu fizykalnym żadnych namacalnych zmian. Nie znajdujemy tu nigdy ani zaników [o wyjątkach będzie mowa niżej], ani przerostów, ani też nadczułości przy uciskaniu. Drżenia włókienkowego niema. Jest to ogólne prawidło; wyjątek stanowią przypadki, w których, jak w naszym, spostrzegano przemijające lekkie drżenie włókienkowe w pojedynczych mięśniach [PINELES, przyp. I]. U naszego chorego drżenie to [w mięśniu podbródka] ustąpiło bez śladu w dwa dni po wstąpieniu na oddział. Nerwy obwodowe zachowują się pod każdym względem prawidłowo. Co się tyczy elektrycznej pobudliwości nerwów i mięśni, wszystkie dotychczasowe spostrzeżenia stwierdzają jednogłośnie prawidłowość oddziaływania na prąd stały i przerywany; mamy tu na myśli tylko czyste, niewątpliwe przypadki astenicznego porażenia. Dopiero niedawno zwrócono uwagę na szczególne zachowywanie się mięśni wobec tetanizujących prądów przerywanych. JOLLY wykrył w 2 przypadkach astenicznego porażenia zjawisko, polegające na tem, że przy drażnieniu mięśni [pośrednio i bezpośrednio] przez czas dłuższy [do kilku sekund] prądem faradycznym, występuje nader szybko znużenie substancji kurczliwej i opisał je pod nazwą „odeczynu myastenicznego“. Wyczerpywanie się mięśnia uwydatnia się na krzywej myograficznej w ten sposób, że fala tęzca staje się przy każdym następnym drażnieniu coraz niższą i że grzbiet jej przebiega coraz bardziej pochyło, aż wreszcie z pierwotnej krzywej pozostaje tylko początkowe wzniesienie, powstające w chwili zamknięcia obwodu i opadające stromo ku podstawie. Podczas gdy w prawidłowych myogramach fala tęzca zachowuje pierwotną swą postać przepołowionego wzdłuż równoległoboku po bardzo długim nawet szeregu podrażnień, zmianę kształtu krzywej myastenicznej można dostrzedz już przy 2, 3, lub 4 tęzcach. Chwila wypoczynku [$\frac{1}{2}$ do 1'] wystarcza do osiągnięcia na nowo prawidłowej fali, której kształt ulega ponownie stopniowym zmianom w miarę dalszego drażnienia. Szybko następujące po sobie pojedyncze wyładowania cewki indukcyjnej nie wywołują odeczynu myastenicznego; nie można go również sprowadzić przez szybkie przerywanie prądów stałych.

Do sprawdzenia objawu JOLLY'ego mogłem przystąpić dopiero po upływie pewnego czasu od chwili wstąpienia chorego na oddział; zabrałem się do tego w 4-tym tygodniu choroby, t. j. wtedy, gdy objawy jej wyraźnie słabnąć począły. Tej to okoliczności zapewne należy przypisać, że udawało mi się otrzymywać odeczyn myasteniczny tylko w ciągu pierwszego tygodnia od chwili rozpoczęcia zdjęć myograficznych. Kurczliwość powróciła później całkowicie do prawidłowego stanu; tu i owdzie tylko można było stwierdzić nieznaczne zmiany krzywej tęzca, pomimo że wszystkie inne objawy, acz w słabszym stopniu, dalej istniały. Wogóle więc mogę uważać objaw JOLLY'ego za stwierdzony, wobec czego szybki zwrot ku prawidłowej kurczliwości na tem bacz-

niejszą zasługuje uwagę. Fakt ten zdaje mi się pozostawać w najzupełniejszej harmonii ze zmiennością i niestałością wszystkich innych objawów astenicznych. Kilka razy występowały z dnia na dzień wahania odczynu mięśniowego; dostrzegłem mianowicie, że prawidłowy, lub też do prawidłowego bardzo zbliżony odczyn ustępował po jednym lub dwóch dniach miejsca myastenicznemu, który znów z kolei tak samo niespodziewanie zniknął, jak był powstał [rys. 4 i 5]. Zauważyć tu należy, że krzywe były zdejmowane zawsze z wypoczętych mięśni, lecz w rozmaitych porach dnia. O ile ostatnia ta okoliczność na różnicę wyników wpłynąć mogła, trudno na razie osądzić.

Następujące krzywe wyjaśniają przebieg doświadczeń nad odczynem myastenicznym.



Rys. I. Prawidłowy *biceps*. Drażnienie i przerwa około 3 sekund.



Rys. II. Bazylewicz. D. 26. IV. 1895. *Biceps dexter*. Opadanie krzywej tężca rozpoczyna się przy 3-m podrażnieniu. W czterech ostatnich krzywych pozostały tylko początkowe wzniesienia.



Rys. III. Bazylewicz. D. 26. IV. 1895. *M. vastus int. d.* W ostatnich sześciu krzywych zaznacza się wyraźnie opadanie fali, szczególnie jednak coraz wybitniejsze występowanie początkowego wzniesienia.

W ciągu następnych 3 dni otrzymywano z rozmaitych mięśni kilkakrotnie krzywe bardzo zbliżone do I. Po upływie dalszych 7 dni zdjęto:



Rys. IV. Bazylewicz. D. 3. V. 1895. *M. flexor carpi rad. d.* Przy otrzymywaniu drugiego szeregu wzmocniono cokolwiek prąd. W obu szeregach widać wyraźnie stopniowe obniżanie się krzywej i przewagę początkowego wzniesienia. W ostatnich krzywych obu szeregów plateau znika prawie zupełnie.

Krzywa oddana na rys. V. została zdjętą o 2 dni wcześniej, mianowicie 1. 5. 1895.



Rys. V. Bazylewicz. *M. flexor carpi rad. 1. 5. 1895.* Już pierwsza krzywa okazuje skłonność do obniżania się w ciągu trwania tężca; przy każdym następnym drażnieniu skłonność ta wy-

stępuje coraz wyraźniej, jednocześnie występuje coraz wybitniej początkowe wzniesienie. Wogóle jednak krzywa VII zbliża się daleko bardziej do prawidłowego myogramu, aniżeli krzywa VI, zjęta po upływie 2 dni.

D. 8. 5. 1895 otrzymano z mięśnia dwugłowego zupełnie prawidłowy myogram.



Rys. VI. Bazylewicz. *Biceps*. D. 8. V. 1895. Prawidłowy przebieg tęcza.

Wliczając nasz przypadek, rozporządzamy obecnie 3-ma spostrzeżeniami, w których stwierdzono myasteniczne oddziaływanie. Najzupełniej uzasadnioną jednak jest nadzieja, że objaw ten znajdzie się we wszystkich dalszych spostrzeżeniach; mamy bowiem w odczynie JOLLY'ego najprawdopodobniej zjawisko, odpowiadające dokładnie nadmiernemu wyczerpywaniu się pracujących mięśni. Niezupełnie pozbawionem znaczenia jest pytanie, czy dalsze badania stwierdzą krótko-okresowe wahania odczynu myastenicznego, o których była wyżej mowa; następnie zaś, czy systematyczne poszukiwania myograficzne będą w stanie wykazać przyczyny ustępowania chorobliwego odczynu już we wczesnym okresie wyzdrowienia, jak to miało miejsce w naszym przypadku. Zaznaczymy tu raz jeszcze, że mięśnie naszego chorego przestały znaczyć chorobliwie zmienione myogramy w chwili, w której o zupełnym wyzdrowieniu nie mogło jeszcze być mowy. Fakt ten świadczy już dzisiaj, zanim dalsze poszukiwania na tem polu rozszerzą zakres naszych wiadomości, że czynniki, warunkujące odczyn myasteniczny, podlegają zmienności, mało albo też wcale niezależnej od ogólnego stanu wydolności mięśniowej.

Podobnemu prawu zmienności zdają się podlegać w niektórych przypadkach także odruchy kolanowe. GOLDFLAM poczynił pod tym względem bardzo ważne spostrzeżenia. W dwóch jego przypadkach odruchy kolanowe były wzmoczone, w ciągu choroby jednak zmieniały się, już to słabnąc tak, że trudno je było wywołać bez uciekania się do sposobu JENDRASSIK'a, już to powracając znowu do pierwotnego stanu; kilkakrotnie stwierdzono nierówność odruchów. Wahania te występowały bez żadnej widocznej zależności od ogólnego stanu. W jednym przypadku można było obniżyć odruch, uderzając raz po raz po ścięgnię mięśnia czworogłowego. Pomimo kilkakrotnych prób nie byłem w stanie odnaleźć tego objawu u Baz.; nie udawało się to również JOLLY'emu. Mierne i lekko wzmoczone odruchy kolanowe wydarzają się w przebiegu astenicznego porażenia z równą częstością. Zniesienie odruchu na stałe nie spostrzegano na pewno ani razu. Kilku autorów wspomina o znacznie wzmoczonych odruchach, jakoteż o kloniczeem drżeniu stopy. Głębokie odruchy górnych kończyn były wzmoczone w jednym ze spostrzeżeń GOLDFLAMA; u naszego chorego były one słabe.

Przebiegłszy symptomatologię porażenia astenicznego, poświęćmy chwilę uwagi przebiegowi choroby. Początek jej bywa ostry lub ostrawy. Zdobywa ona szybko coraz to nowe obszary ruchowe i dosięga już zwykle w ciągu kilku tygodni najwyższego stopnia swego rozwoju. Okres ten składa się z pojedynczych nagłych nasileń, przeplatanych nieoczekiwanymi polepszeniami i pogorszeniami. Chorzy wspominają o lepszych i gorszych dniach. To samo zjawisko powtarza się na szczycie choroby; złudne polepszenia ustępują łatwo pogorszeniom i odwrotnie. Dodajmy do tego jeszcze dzienne wahania, a nabierzemy właściwego pojęcia o nieustannej fluktuacji i zmienności natężenia przypadków. Zmienna ta gra trwa zwykle kilka miesięcy. Jeżeli chory nie ulegnie w tym czasie katastrofie, można liczyć na znaczną poprawę, a niekiedy nawet na zupełne ustąpienie objawów choroby. Okres zdrowienia składa się z całego szeregu wahań w jedną i w drugą stronę. Z czasem remisye stają się coraz to dłuższe, objawy porażenia słabną coraz bardziej i wreszcie całkowicie znikają. Pomimo to w rokowaniu należy zawsze zachować jak największą ostrożność. Wyzdrowienia okazały się w kilku przypadkach bardzo nietrwałemi; z drugiej strony nawroty wydarzają się dosyć często nawet po długich przerwach. Jeden z wyzdrowiałych pacjentów GOLDFLAMA [przyp. II.] był zmuszony już po upływie 6 miesięcy szukać na nowo porady lekarskiej i przybył w tym celu do Wiednia, gdzie był przedmiotem demonstracji SOELDER'S'a na posiedzeniu Tow. Lekar. Wied. Przykład nawrotu po długotrwałej przerwie opisuje BERNHARDT w osobie chorego, który zapadł ponownie po 4 latach pełnego zdrowia. PINÈLES opisuje bardzo ciekawy przypadek, w którym łagodne objawy asteniczne ustąpiły już w 6 tygodni, powróciły następnie dopiero po upływie 3 lat i trwały tym razem 4 tygodnie; po roku spostrzeżono nowy wybuch choroby, która ciągnęła się teraz już 3 miesiące; po dalszej rocznej przerwie cierpienie rozpoczęło się na nowo i zakończyło się po upływie kilku miesięcy znaczną poprawą.

Wobec podobnego przebiegu trudno sądzić, czy mamy wogóle prawo spodziewać się rzeczywistych, zupełnie wolnych od niebezpieczeństwa nawrotu, wyzdowień; dane, zawarte w kazuistyce, obejmują po części zbyt krótki okres obserwacyjny, stąd też możnaby powziąć pewne wątpliwości co do trwałości opisanych dotychczas wyzdowień. Lecz i te wątpliwe przypadki stanowią znaczną mniejszość ogólnej liczby. Ze wszystkich spostrzeżeń, zakończyło się 11 zejściem śmiertelnem. Cyfra ta wzrosłaby zapewne jeszcze, gdyby można było zebrać wiadomości o dalszych losach chorych, którzy się usuwali z pod obserwacji. Obawiam się, czy Baz. nie powiększył długiej listy ofiar astenicznego porażenia. Straciłem go z oczu, pomimo że miał się zgłaszać do mnie co miesiąc po niewielką zapomogę pieniężną, jaką mu dla zachęty przeznaczyłem.

O bezpośrednich przyczynach śmiertelnego zejścia była już mowa; wiemy również, że okres poprawy nie jest bynajmniej wolny od napadowej duszności i że niebezpieczeństwo, choć maleje, nie znika tu całkowicie.

Bogate żniwo śmierci dostarczyło dosyć wielkiego materiału do badań anatomo-patologicznych. Wiemy już ze wstępnej uwagi, że nie wykazały one

żadnych zmian chorobowych. Poszukiwania drobnowidzowe rozciągnięto oczywiście przede wszystkim na rdzeń przedłużony i pacierzowy, nie zaniedbano jednak przytem mózgu, nerwów obwodowych i mięśni. W jednym tylko przypadku EISENLOHR'a znaleziono wybroczyny w szarej substancji rdzenia przedłużonego. Były to jednak, jak twierdził autor przedśmiertne wynacznienia, nie posiadające żadnego patogenetycznego znaczenia. W spostrzeżeniu MAYER'a, znanem tylko z krótkiego referatu, jest mowa o zwyrodnieniu korzonków ruchowych (rdzeniowych i korz. n. *hypoglossi*) przy braku wszelkich zmian w odpowiednich komórkach jąder i w nerwach obwodowych. MAYER posługiwał się bardzo czułą metodą MARCHI'ego, której nie stosował żaden z jego poprzedników. Delikatne zmiany, jakie jest w stanie wykazać rzeczona metoda, mogłyby być bezsprzecznie ujęte uwagi nawet bardzo kompetentnych badaczy; z drugiej jednak strony powstają pewne wątpliwości, na razie nie dające się rozstrzygnąć dla braku bliższych szczegółów klinicznych, czy spostrzeżenie M. odpowiada wogóle w całej pełni obrazowi czystego porażenia astenicznego i w jakim pozostaje stosunku do rozległych porażen jądrowych, objętych wspólną nazwą *Polioencephalomyelitis* (właściwie *Poliomesometencephalomyelitis subacuta et chronica*). Pod tem mianem należy pojmować, jak wiadomo, przypadki, okazujące kombinację porażen mięśni zewnątrz-gałkowych z porażeniami w zakresie nerwów opuszkowych i rdzeniowych. KALISCHER opisał ostatnimi czasy jeden taki przypadek i zebrawszy starannie kazuistykę, zwrócił uwagę na znaczne podobieństwo *Pitidis* do porażenia astenicznego. Ze względu na ważność spostrzeżenia K. przytaczamy je w krótkim streszczeniu:

U 64 letniego mężczyzny rozwinęły się w ciągu kilku tygodni następujące objawy: *Ophthalmoplegia fere totalis*, niedowład w obrębie dolnych gałązek nerwu twarzowego, symetryczny, wiotki niedowład wszystkich kończyn, brak odruchów kolanowych; pobudliwość faradyczna mięśni i nerwów po części zmniejszona, po części zniesiona [oddziaływania na prąd stały nie badano]; zaników niema po 4½ miesięcznem trwaniu choroby; zwieracze prawidłowe, zaburzeń czuciowo-zmysłowych niema; zwolnienia w przebiegu choroby, dzienne wahania i bardzo wybitne nużenie się mięśni z następczemi porażeniami z wyczerpania; nagła śmierć, najprawdopodobniej skutek porażenia oddechania. Sekcja wykazała zmiany zapalno-degeneracyjne w szarej substancji śródmózdzia i rdzenia pacierzowego; rdzeń przedłużony był najmniej dotknięty; nerwy obwodowe (pomiędzy innymi *abducens*, *oculomotorius*, *trochlearis*) prawidłowe, podczas gdy zewnątrz i wewnątrz-rdzeniowe włókna korzonkowe okazywały wybitne cechy zwyrodnienia. W mięśniach stwierdzono tylko miejscami zwężenie [zanik prosty?] włókienek.

Interesujące to i jedyne w swoim rodzaju spostrzeżenie przypomina w wysokim stopniu znane nam już objawy. Rzec by można: mamy tu nie zupełnie typowe [brak objawów opuszkowych!] porażenie asteniczne, powikłane zmianami pobudliwości faradomięśniowej, wskazującemi na zajęcie ruchowych obszarów szarej substancji. W kilku podobnych—zwłaszcza ze względu na zwalnający przebieg przypadkach *P-itidis* [częściowo tylko stwierdzonem badaniem

anatomicznem]—jądrowy charakter sprawy zaznaczał się daleko wyraźniej, mianowicie zanikami, którym towarzyszyło osłabienie, względnie zniesieniem faradycznej pobudliwości mięśni, a nawet pełnym odczynem zwyrodnienia.

Literatura, zebrana przez K., dowodzi, że wahania w natężeniu porażień i fluktuacya objawów w ciągu doby stanowią niezaprzeczoną właściwość wielu przypadków *P-tididis*. Bardzo pouczające spostrzeżenia nad zmiennością objawów porażennych w przebiegu tej choroby zawdzięczamy GOLDFLAMOWI. Inaczej stoi jednak sprawa z objawami wyczerpania. Być może, że w dotychczasowych opisach choroby mało zwracano na ten szczegół uwagi; faktem jest jednak, że tylko sam KALISCHER i HIGIER [w przyp. nie stwierdzonym anatomicznie] podkreślają wyraźnie objawy wyczerpania. Inni autorowie wypowiadają się pod tym względem niezupełnie jasno. Pomimo to byłoby niepodobieństwem chcieć dopatrywać się w chorobliwym wyczerpywaniu się mięśni objawu patognomicznego dla astenicznego porażenia. Bardzo starannie i wyczerpująco opracowany przypadek K. uprawnia do stanowczego twierdzenia, że objawy wyczerpania nie stanowią wyłącznej cechy rzezonego cierpienia. Wynika stąd, że same przypadki asteniczne nie wystarczają do rozpoznania astenicznego porażenia. Rozpoznanie to będzie dopiero wtedy należyte uzasadnionem, jeżeli wynik badania pozwoli stenowczo wykluczyć materialną podstawę choroby. [D. n.]

III. O NAJGŁÓWNIJSZYCH ZADANIACH TERAPII I JEJ SPRAWNOŚCI.

Napisał

H. Nusbaum.

— † — † —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 12].

Arsenał terapii w sprawie walki z cierpieniem, jakkolwiek daleki od zadawalającej pełności, jest dosyć bogaty. Należą tu przede wszystkim wszelkie środki i metody, służące do usuwania szybkiego, tam, gdzie to jest możliwem, samego procesu chorobowego, którego jednym z objawów jest cierpienie. Do środków specjalnie usuwających sam objaw cierpienia należą: właściwe ułożenie ciała lub jego części, zabieg operacyjny, miejscowo stosowane ciepło lub zimno, przyszczydła, miejscowa deplecya, elektryczność; środki uspakajające: brom, hyoscyna, środki znieczulające: z jednej strony: makowiec, morfina, kodeina, kokaina, z drugiej strony: fenacetyna, przetwory kwasu salicylowego, antypiryna, kolchicyna, środki nasenne: chloral, makowiec i jego alkaloidy, sulfonal, tryonal, chloroform, środki przeciwkureczowe: atropina, nitrogliceryna, amylnitryt, waleryana i t. d. i wreszcie potężnie działająca suggestya. Nie może być naszym zadaniem wdawać się tu w szczegółowy rozbiór działania wyżej wymienionych środków, jak również wskazań do ich stosowania, ograniczymy się też tylko do najogólniejszych uwag.

1) Każdemu lekarzowi, a zwłaszcza każdemu chirurgowi wiadomo, jak ważnym jest starodawny przepis: *positio accomodata*, nie tylko dla usunięcia bólu, ale i dla sprawy wyleczenia [np. w złamaniach]. Ważną bardzo w tym razie właśnie jest umiejętność subiektywnego odczuwania niewygody i bolesności danego ułożenia chorego, ważnym zrozumienie obiektywne danych stosunków anatomicznych i mechanicznych i branie pod uwagę, w jakim położeniu osiąga się najmniejszy ucisk z zewnątrz, największe zwolnienie mięśni, uniknięcie napięcia pni nerwowych, więzów, największe oddalenie powierzchni stawowych i t. p.. Ułożenie rozumiemy tu w najobszerniejszym znaczeniu, obejmując niem całą sprawę opatrunkową w mechanicznym jej znaczeniu. Nie można w tym względzie dość pilnej zwracać uwagi na sprawę przenoszenia chorych, dotkniętych ciężkimi urazami. Jest to jedno z najkapitałniejszych zadań terapii w zwykłych warunkach ale zwłaszcza w czasie wojny, gdy chodzi o przewożenie nieszczęśliwych rannych do bliższych lub dalszych lazaretów. Trzeba sobie wyobrazić, co znaczy szematyczne układanie chorych z ranami ciętymi lub kłutymi, z najróżnorodniejszymi strzaszkami części kostnych, nawet we względnie wygodnie urządzonych furgonach lub wagonach, jakiej tu trzeba pilnej indywidualizacji i jakich szczególnych sposobów wymagać może dany przypadek w celu usunięcia niewypowiedzianych tortur. Dążenie tu do największej doskonałości środków i sposobów jest wielkim zadaniem terapii.

2) Zabieg operacyjny jest często najdzielniejszym i najtrwalszym w skutkach sposobem usunięcia szalonych cierpień, czy to się odnosić będzie do przecięcia napiętego ropnia, a jeszcze bardziej do otwarcia ropnia środkowego, czy do usunięcia kamienia z pęcherza moczowego, a jeszcze bardziej: szalone bóle powodujących dużych, zadzierzwytych złogów w nerce. Wymienimy tu: wycięcie bolesnych neuromatów, blizn z wrosłymi gałązkami nerwowymi, przecięcie wreszcie pnia nerwowego w uporczywej i dotkliwej neuralgii, lub odpowiednich tylnych korzonków w jamie kanału rdzeniowego, wprowadzenie kateteru do pęcherza przy zatrzymaniu się moczu, usunięcie wszelkiego ciała obcego, tkwiącego boleśnie w ciele, pomijając wreszcie wiele innych mniej lub więcej doniosłych zabiegów operacyjnych, mających na celu w pierwszej linii usunięcie wielkich cierpień, wspomnimy jeszcze tylko o błogosławionych skutkach irydektomii w jaskrze wczesnej, lub enukleacji w późniejszych okresach i wreszcie o olbrzymiej doniosłości zabiegów akuszerijnych w sprawie umniejszanie, skracania lub usuwania bólów.

3) Doniosłego znaczenia są niektóre metody leczenia miejscowego dotkliwych bólów, które, bez względu na większą lub mniejszą trafność i oczywistość teorii ich działania, dyktuje przedewszystkiem potężna, na ścisłej wszelkiego uprzedzenia pozbawionej obserwacji oparta niebezpieczna empirya.

a. Faktem fizjologicznie stwierdzonym jest: że zarówno przewodnictwo nerwu, jak i wogóle wszelka energia czynności fizjologicznej zmniejsza się przy niskich ciepłotach. Ból przeto wszelki pochodzenia obwodowego, bez względu na przyczynę powodującą go, jak: zapalenie, ucisk, drażnienie chemiczne [w artrytyzmie np.], zależy od zwiększonej czynności samych końcowych przyrządów czuciowych, lub chorobliwie zwiększonej czynności odpowiednich neuronów po-

średnich. Zastosowanie zimna [okładów lodowych, zmienianych okładów zimnych, przyrządów LÉITER'owskich i t. p.], miejscowe, tam, gdzie dane neurony są dość bliskie, by ulegały wpływowi obniżonej ciepłoty, musi wywołać zmniejszenie się bólu, co teoria tedy jasno dyktuje, a praktyka wymownie stwierdza. Pomijamy tu inne strony działania zimna, mianowicie jako podniety czynnej, która, oddziaływając przez zmysł temperatury na ośrodki czuciowe, działa jako derywacya fizyologiczna, wprowadzając w grę nowe wrażenia, zmniejsza energię dotąd czynnych—działanie takie powtarza się przy bardzo wielu zabiegach miejscowych w okolicach ból wytwarzających. Pomijamy też pośrednie działanie przeciwbólowe zimna, które czy to przez wpływ na ukrwienie miejscowe, czy to przez działanie odruchowe na nerwy naczynioruchowe, troficzne, ruchowe lub wydzielnicze może wywoływać w samym procesie chorobowym zmiany, powodujące dążność do wyrównania, więc pośrednio i do usunięcia objawu bólu.

b. Nie chcemy się wdawać w hypotetyczne teorye działania przeciwbólowego wysokich temperatur—mowa tu naturalnie o temperaturach nie sprawiających same przez się cierpienia. Można tu myśleć i o odruchowym działaniu derywacyjnym na odpowiedni ośrodek czuciowy [w znaczeniu HEAD'a], o podniesieniu energii miejscowej cyrkulacyi i łatwiejszem odpływaniu bolesnie drażniących produktów przemiany materyi i t. d. Faktem jest niewątpliwym, iż ciepło pod formą najprostszyc okładów gorących jest w wielu bardzo przypadkach prawdziwie kojącym środkiem.

4) Bardzo doniosłe znaczenie w metodach usuwania bólu zajmują energiczne pryszczydła; najważniejszą zasadą ich działania jest bezwątpienia drogą wpływu centrypetalnego wprawianie w ruch molekularny ośrodków czuciowych jednych, przez co inne tracą na energii i wrażliwość ich się zmniejsza poniżej linii granicznej, dzielącej czucie normalne od bolesnego. W działaniu pryszczydła wchodzi bezwarunkowo w grę i działanie ich miejscowe na stosunki cyrkulacyjne i przemiany materyi, którego następstwem być może wpływ wyrównujący na samą sprawę chorobową wywołującą cierpienie.

Sądzę, iż uderzający skutek leczniczy przy stosowaniu plastra kantarydowego przy niektórych neurytydach np., polega między innymi i na wessaniu drażniących cząstek olejku kantarydowego, które, podniecając wegetacyjną energię elementów anatomicznych, podnoszą czasową ich odporność, wskutek której wyzwalają się one z pod wpływu szkodliwych czynników chorobowych.

Daleko natomiast skuteczniejszym okazuje się energiczne pryszczydło pod postacią przypalania rozpalonem żelazem w przypadkach bólów pochodzenia czynnościowego w tak zw. czystych nerwobólach; tu bowiem energiczne wstrząśnienie molekularne ośrodków czuciowych, zdaje się, działa wprost odmieniająco na chorobliwą nadczynność i wytrącać niejako przez gwałtowne poruszenie molekuly ze stanu nierównowagi, przywracając je tym sposobem do stanu normalnej równowagi. Zarówno w pryszczydłach drażniących (*vesicantia et rubefacientia*), jak i wstrząsających grają rolę i momenty pobudzenia dośrodkowego czucia i wpływy miejscowych zmian cyrkulacyjnych, w jednych wszakże jeden z tych dwu czynników ma znaczenie przeważne, w innych drugi.

5) Znana jest zasada, objęta ogólnem prawem przyczynowości, że nie jedno, pojedyncze zjawisko, ale suma zjawisk stanowi warunki powstawania pewnych następstw wskutek pewnych przyczyn. Usunięcie choćby jednego ogniwa z sumy danych warunków unicestwia powstanie lub trwanie danego wyniku. Wiadomem jest, że jednym z momentów wytwarzających to, co nazywamy zapaleniem, którego znowu jednym z objawów jest ból, jest moment przekrwienia. Usunięcie tedy jednego tego momentu zmienia, co najmniej, charakter całego objawu, jeżeli go nie usuwa zupełnie, a jednym z najwybitniejszych cech tej zmiany jest zmniejszenie znaczne lub usunięcie trwale lub czasowe zjawiska bólu. Deplecyja miejscowa jest jedną z najwdzięczniejszych metod przeciw bólowych, może nadto przez terapię współczesną zaniedbywanych. Zastępującymi poniekąd tę metodę w ścisłym znaczeniu są sposoby mechaniczne, wpływające na zmniejszenie dopływu krwi do danej okolicy, w pierwszym miejscu trzeba tu przytoczyć odpowiednie ułożenie, posiłkujące się po prostu siłą przyciągania ziemi. Trzymanie kończyn na odpowiednim podwyższeniu lub wprost w zawieszeniu jest wyborem środkiem zmniejszania bólów przy cierpieniach obwodowych kończyny. Widziałem cierpienia dokuźliwe w okolicy grzbietu lub łędźwi, które ustępowały, gdy chorzy przestrzegali leżenia przednią powierzchnią ciała zwróconą do pościeli. Powtóre wymienić tu należy metody, odwracające za pomocą czynników termicznych lub przez aspirację napływ krwi od pewnych okolic. W pewnych uporczywych bólach głowy zależnych od przekrwienia opon—obserwować może praktyk niewątpliwe pomysłyne rezultaty przez stosowanie gorących kąpiei nożnych.

Są, jak wiadomo, bóle zależne od braku krwi, tu w części ułożenie, np. sypianie głową bardzo nisko ułożoną; w części okłady gorące wpłynąć mogą na zmniejszenie bezkrwistości—wspomnieć już tu możemy o działaniu środków chemicznych, jak: amylnitrit lub *antispasmodica* [przy bezkrwistości zależnej od skurczu naczyń krwionośnych]; w przypadkach wreszcie gwałtownych bólów zależnych od ostrej bezkrwistości, np. przy embolii tętnicy, uciekać się należy do innej kategorii środków znieczulających, jak np. morfina, o których poniżej będzie mowa.

6) Do ważnych środków miejscowo działających przeciwbólowo należy elektryczność. Absolutnie uważać muszę za błędny pogląd niektórych autorów, sądzących jakoby działanie lecznicze elektryczności polegało wyłącznie na sugestyi. Zarzut ten odnosi się zresztą nie tylko do objaśniania wpływu elektryczności, podprowadzanie zbyt pohopne wielu czynników terapeutycznych pod kategorią sugestyi, jest bardzo wygodnem jako teoria, ale bardzo zgubnem dla postępu terapii dla ściślejszego wyprowadzania wskazań i wyboru metod.

W działaniu przebiwbólówem elektryczności rozróżnić możemy trzy główne sposoby jej stosowania i działania.

a. Drażnienie skóry pędzlem elektrycznym, jest [to metoda najmniej mająca wartości, działanie jej odnieść należy do kategorii pryszczydeł, działających i odruchowo w znaczeniu HEAD'a [p. w.] i wywołujących zmiany w miejscowej cyrkulacyi (*rubejacientia*). Pędzel elektryczny jest pryszczydłem za słabo i za przelotnie działającym, a z drugiej strony nadto bolesnem wzglę-

dnie do małego zwykle osiągalnego nim efektu. Natomiast, o ile znieczulenie, odrętwienie jest uczuciem przykrem, stosowanie tej metody wydaje często rezultaty istotnie pomyślne i w tych przypadkach bywa ono istotnie metodą usuwającą, jeśli nie cierpienie, to, bądź co bądź, wielce przykre sensacje.

b. Ważniejszą metodą przeciwbólową jest faradyzacja wilgotnemi elektrodami o powierzchni niemetalicznej. Wchodzą tu w grę następujące czynniki: 1) wibracja, która, jak nas uczy doświadczenie fizyologiczne, jest bodźcem, wywołującym ruch molekularny, czyli raczej falę fizyologiczną, biegnącą w nerwie czuciowym dośrodkowo i wywołującą pobudzenie w odpowiednim ośrodku. Wibracja ta przy odpowiednim natężeniu prądu jest stałą, równą i już w chwili stosowania subiektywnie przyjemną, wibracja ta równomierna zdaje się sama przez się dodatnio wpływać na ruch molekularny danego, nadczułego nerwu, a jest również prawdopodobnem, że, propagując wpływ swój na ośrodek odpowiedni, i tam nadczynność jego może pomiarkować.

Z drugiej strony wszakże wibracja faradyczna propaguje się jako pobudzenie odśrodkowe w nerwach ruchowych i wywołuje przez ich pośrednictwo, jak również i drogą bezpośrednią: 2) skurcze mięśni — jest to w wielu razach kapitalne działanie przeciwbólowe drogą wpływu na miejscowe stosunki przemiany materii, krążenia soków, oraz momentów mechanicznych. Każdy praktyk miał nieraz sposobność spostrzegać, jak skutecznie i szybko w t. zw. np. heksenszuszach, w ostrych zapaleniach lub podrażnieniach reumartrytycznych mięśni lub powięzi, faradyzacja usuwa bardzo dokuczliwą bolesność.

c. Wszakże pierwsze miejsce w działaniu przeciwbólowem należy się bezsprzecznie prądom stałym. Pomijając już fakt fizyologiczny, że, poddając dany nerw działaniu prądu stałego, wytwarzamy na przebiegu tegoż nerwu dziedzinę stanowczo zmniejszonej pobudliwości i zmniejszonego przewodnictwa, mianowicie w pobliżu bieguna dodatniego, która to dziedzina w miarę trwania prądu bierze znakomicie górę nad dziedziną zwiększonej pobudliwości przy biegunie ujemnym (*Anielektrotonus* i *Katelektrotonus*), pomijając również fakt, iż prąd stały działaniem swem katalitycznem przyczyniać się może do wessania chorobliwych nasięzków, np. przy zapaleniu opony nerwowej, sama obserwacja kliniczna stwierdza aż nadto dowodnie doniosłe znaczenie prądów stałych, jako czynnika przeciwbólowego. Mógłbym wiele przytoczyć przypadków upartego nerwobólu twarzowego i kulszowego, które, nie ustępując innym środkom stosowanym, dawały się usuwać przy pomocy prądów stałych. Nie ulega też wątpliwości, że nadrażliwość rdzenia pacierzowego czuciowa, jak również okresy wzmożonych bólów w przebiegu wiądu rdzenia, ulegają wielkiej poprawie pod wpływem prądów stałych. Dodać tu tylko należy, że nie tyle działanie biegunowe anody, ile sam fakt przebiegania prądu przez pień nerwowy, *resp.* przez rdzeń pacierzowy, jest czynnikiem przeciwbólowym. Natężenie tylko prądu i czas jego przebiegu nie powinny być zbyt małemi. Lekkie, ale wyraźne uczucie pieczenia pod elektrodami winno być miarą dostateczności siły prądu, a posiedzenie trwać winno 10—15 minut. W bliższe wskazówki o trwaniu i o natężeniu prądu w miliamperach w rozmaitych przypadkach wdać się tu nie możemy.

Jeszcze wspomnieć tu wypada o miejscowem działaniu przeciwbólowem iskiei elektryczności statycznej, której działanie porównać do pewnego stopnia można do działania prądów indukcyjnych. Jak wibracya faradyczna działa miejscowo w ten sposób, że w cierpieniach funkcyjnalnych zmniejsza nadczułość danego nerwu, tak ta sama wibracya, stosowana jako faradyzacya ogólna metodą BEARD'a i ROCKWELL'a, zmniejsza ogólną nadczułość i usuwa kakoforyę właściwą neurastenikom. Do tej kategorii zwalczania cierpień rozmaitych i rozproszonych zaliczyć trzeba działanie ogólnej franklinizacyi i kąpeli elektrycznych.

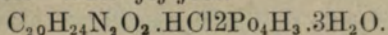
Pożyteczny wpływ wibracyi przy bólach rozmaitego rodzaju daje się też zastosować sposobem mechanicznym bez użycia prądu elektrycznego za pośrednictwem znanych przyrządów rotacyjnych

[D. c. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

4, *Chininum muriatico-phosphoricum.*

Jeśli w słabo ogrzanej mieszaninie, złożonej z dwóch uncyi kwasu fosforowego stężonego ciężaru właściwego 1,154 (*3jj acidi phosphorici con. chem. puri*) z dwiema drachmami kwasu solnego rozcieńczonego (*3jj acidi muriatici diluti*), rozpuścimy uncję *chinini muriatici* [Jobst], to otrzymamy płyn przezroczysty gęstości syropu ze słabo zielonkawym odcieniem. W płynie tym, pozostawionym w spokoju, już po upływie kilku godzin zaczynają się osadzać wyraźne kryształy, a po upływie doby krystalizacya jest zupełnie skończoną. Kryształy, oddzielone od pozostałego płynu i wysuszone, przedstawiają się w postaci dokładnie sformowanych, przezroczystych, dość dużych graniastosłupów, z nich niektóre egzemplarze dochodzić mogą do 5 i 6 granów wagi; rozpuszczają się one w mniej niż 2 częściach wagowych wody zimnej i smak posiadają gorzko-kwaśny, nadzwyczaj przenikliwy. Sól ta, zbadana w Instytucie Medycyny doświadczalnej przez D-ra DZIERZGOWSKIEGO, przedstawia własności następujące. Oddziaływa kwaśno, wody krystalicznej zawiera 8,79%, kwasu solnego 6,01%, kwasu fosforowego 32,04%, reszta więc, to jest przeszło 50%, przypada na alkoloid. Wzór jej jest:



Waga cząsteczkowa 610,5.

Zbudowana ona jest według typu soli chinowych kwasu jodowego [$\text{Ch} \cdot \text{HJO}_4 \cdot 9\text{H}_2\text{O}$], gdzie 3 części wody zastąpione są 2-ma częściami kwasu fosforowego.

Ponieważ o soli tej nigdzie wzmianki nie znalazłem, mam przeto zasadę uważać ją za produkt nowy, który według składu chemicznego wypadnie nazywać chloro-fosforanem chininy (*chininum muriatico-phosphoricum*).

Nasuwa się pytanie, o ile związek ten może się okazać użytecznym w praktyce. Już *a priori* wnosić należy, że sól tak łatwo rozpuszczalna musi i nad-

zwyczaj łatwo ulegać wessaniu i z tego względu podobną ona jest do związków takich, jak: *chininum bimuriaticum*, *bisulphuricum*, różni się jednak od nich dużą względnie zawartością kwasu fosforowego, który w chorobach gorączkowych może nie być bez znaczenia.

Nie mając w swoim rozporządzeniu materiału klinicznego, nie mogłem nad środkiem tym przeprowadzić systematycznych obserwacji; z dotychczasowych jednak dorywczych spostrzeżeń wnosić mogę, że działa nadzwyczaj skutecznie.

Stosowałem ją mianowicie w 3 przypadkach zimnicy, którą chorzy przywieźli z Batumu.

Przypadki, pochodzące z tamtych okolic, odznaczają się wielką uporzecznością i dotychczas używane sole chinowe często przy nich zawodzą. W przypadkach tych po użyciu kilku dawek 10-cio granowych cierpienie najzupełniej ustąpiło.

Podobny wynik miał miejsce w 2 przypadkach bólu głowy nerwowego po chudzenia, po dawkach 5-cio granowych.

Dalsze systematyczne obserwacje winny wykazać, o ile środek ten może sobie zyskać prawo obywatelstwa.

F. Jodkiewicz [Rostów n. D.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

27. R. Pfeiffer i B. Proskauer. Przyczynek do poznania związków, działających swoiście w surowicy krwi zwierząt odpornych na cholereę.

W roku 1890 opisał R. PFEIFFER sposób mianowania siły uodporniającej danej surowicy przeciwko działaniu przecinkowców Koch'a. Polega on na tem, że do określonej ilości hodowli przecinków cholery dodaje się różne ilości surowicy zwierząt zdrowych lub szczepionych cholereą i bada się przez szczepienie takiej mieszaniny świnkom morskim do otrzewnej, jaka ilość surowicy znosi działanie chorobotwórcze owej stałej ilości hodowli pasożytów cholery. Jeżeli naprzykład 1 ctm. sześć. surowicy, dodany do 1 uszka platynowego hodowli cholery, znosi zupełnie działanie tej ilości pasożytów, zaszczipionych do jamy otrzewnej świnek i to przyjmiemy za normę, to dalsze określenie siły uodporniającej surowicy innych zwierząt można już zastosować do tej, że tak powiemy, nomenklatury. Istotnie, powyższa ilość surowicy zdrowego człowieka jest mniej więcej stałą, jaka jest potrzebna dla zniesienia skuteczności dokonanego na śwince szczepienia wewnątrz-otrzewnowego 1-go uszka platynowego przecinków Koch'a. Jeżeli to przyjmiemy za normę, a z dalszych badań przekonamy się, że inne zwierzę lub człowiek, po przebyciu cholery, posiada taką surowicę, której ilość 10, 20, 100, 200 razy mniejsza znosi działanie wymienionej stałej dawki przecinkowców Koch'a to określimy siłę surowicy krwi odnośnych osobników,

jako równą 10-u, 20-u, 100-u, 200-u i t. d. Z tej zasady wychodząc, wykazał KOLLE, jak to już wiemy z № 10 „Gazety“ z r. b., iż surowica ludzi, którzy przebyli szczepienie sztuczne cholery, jest o wiele szkodliwszą dla przecinkowców cholery, niż surowica ludzi normalnych. Z tej samej też zasady mianowania wychodząc, postanowili autorowie zbadać, jaka mianowicie z części składawych krwi zwierząt szczepionych cholera nadaje jej owe własności uodporniające, dzięki którym dalsze rozwijanie się w niej pasożytów cholery jest już niemożliwe z powodu, że następuje ich rozpuszczenie [PFEIFFER].

Aby dojść do tego, autorowie postanowili wykluczać oddzielne części składowe krwi stopniowo. Zaczęto od różnych ciał białkowych. Osadzenie globulin nadmiarem siarczanu magnezu wykazało, że ulega przy tem zniszczeniu około 80% znajdującej się we krwi odtrutki. Gdy dodano ich do surowicy tyle tylko, by globuliny osadzić, ta ostatnia posiadała przy mianowaniu kontrolującym wysokie własności uodporniające, ale też i pozostała część surowicy [łącznie z serumalbuminą] posiadała również wysokie własności uodporniające. Oczywiście rzecz, iż globuliny, osiadając, zabierają z sobą jedną część owej odtrutki, podczas gdy druga pozostaje w reszcie surowicy. Następnie autorowie osadzali globulinę za pomocą dyalizy. Ponieważ przechodzą przytem do wody wszystkie sole, potrzebne do utrzymania globuliny w roztworze, więc ta ostatnia osiada. Otóż i taka globulina posiadała znaczną część, ale nie całą siłę uodporniającą surowicy, z której pochodziła. Nawiasem mówiąc, okazało się przytem, iż sole i ciała azotowe wyciągowe roli w utrzymaniu w surowicy odtrutki nie grają. Dalsze manipulacje, polegające na suszeniu globuliny przy wysokiej temperaturze oraz na trawieniu białka surowicy wogóle, czy to pepsynowem, czy trypsynowem, wykazały, że odtrutka, znajdująca się w surowicy, przytem się rozkłada, że więc jest ciałem niestałym. Starając się oddzielić od globuliny zabierane z nią przy osadzaniu się ciała uodporniające, autorowie postąpili w ten sposób, że osad ten ługowali w przekroplonej wodzie przez dobę, centryfugowali go i znowu osad ługowali przez 24 godziny. Okazało się wtedy, że jakkolwiek, pomimo takiego długiego ługowania, globulina zatrzymała jeszcze znaczną część odtrutki, to jednakże i woda ługująca zawierała jej już bardzo wiele, jakto badania za pomocą wyżej opisanego mianowania wykazały. Otóż ten wodny rozczyń odtrutki cholerycznej dawał charakterystyczną dla enzym reakcję, polegającą na niebieskiem zabarwieniu, otrzymanem po dodaniu do niego nadtlenu wodoru i nalewki gwajakowej.

Wobec tego autorowie są zdania, że ciałem, wytwarzającym się w organizmie pod wpływem czy to naturalnego, czy sztucznego zakażenia cholera, jest jakaś enzyma. Za enzymową naturę tego związku przemawia, zdaniem autorów, oprócz powyższych danych, kilka punktów, czyniących działanie jego analogicznym do działania innych enzym: 1) podobnie, jak toksyna i trypsyna, działają tylko przy zachowaniu pewnych warunków, mianowicie odczynu kwaśnego, *resp.* alkalicznego, tak i ciało owe działa tylko w warunkach określonych, dostarczonych mu przez żywy organizm; 2) pepsyna i trypsyna działanie swe na białka przejawiają, rozpuszczając je, a to samo czyni z przecinkami cholery już po kilku lub kilkunastu minutach i odtrutka cholery, zawarta we krwi uodpor-

nionych na nią zwierząt¹⁾; 3) podobnie, jak pewne rodzaje drożdży, zawierają zawsze pewien tylko rodzaj enzymy, rozkładający jeden tylko rodzaj cukru, tak i ten związek rozkładu rozpuszcza tylko przecinkowce cholery, a więc działa swoiście.

(*Centr. f. Bact. Bd. 19. N. 6—7*).

Wł. Janowski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE,

—x—x—

Posiedzenie z dnia 18. II. 1396.

1) SZTEYNER przedstawia chorego po wycięciu kiszki ślepej i 15 ctm. kiszki biodrowej, z powodu zwężenia w otworze biodrowo-kątniczym.

2) P. WIKTOR BIERNACKI demonstrował szereg fotografii, otrzymanych za pomocą promieni ROENTGEN'a, oraz urządzenie, służące do otrzymania tych ostatnich.

3) STANKIEWICZ przedstawia kamień, wydobyty z przetoki, pozostałej po usunięciu torbieli przedniej ściany brzucha u chorej, o której przemawiał w Towarzystwie już kilkakrotnie. Chota ta, osoba 30-letnia, po przebytem przed 3-ma laty jakoby zapaleniu kiszki ślepej, połączonej z wielkimi bólami, zgłosiła się w maju r. z. do S. z guzem ścian brzucha, a może i jego jamy, między pachwiną prawą i pępkiem, wielkości pomarańczy, chełboczącym, niebolesnym, pokrytym niezmienioną i niezrośniętą z nim skórą. Przy przekłuciu próbnem otrzymano płyn przezroczysty, lekko kleisty. S. demonstrował wtedy chorą na posiedzeniu Towarzystwa, a w parę dni potem przystąpił do usunięcia torbieli, za jaką należało guz uważać. Ta ostatnia mieściła się całkowicie w ścianie brzucha, a komunikacyi z jamą otrzewnej pomimo starannego badania nie można było wykryć. W grudniu r. z. chora, która wkrótce po operacyi opuściła szpital z blizną zagojoną, wróciła znowu, uskarżając się na wypływanie jakiejś cieczy z otworka w bliźnie. Był to płyn zupełnie podobny do zawartości operowanej torbieli. Po otworzeniu blizny i dotarciu do otrzewnej nie można było i teraz wykryć komunikacyi przetoki z jamą otrzewnej. Przypuszczając jednak możliwość przetoki trzustkowej, S. poddał płyn, który nie przestawał się wydzielać, próbom na trawienie białka i mączki, lecz bezskutecznie. Przed kilku dniami, badając ranę zgłębnikiem, napotkał w głębi przetoki kamień, który dziś, po krwawem rozszerzeniu, wydobyl. Jest to kamień, złożony z czystej prawie cholestearyny; po usunięciu jego z przetoki wylało się nieco żółci. Obe-

¹⁾ W ostatnim [11-ym] numerze *Centr. f. Bacteriologie* PFEIFFER i VAGEDES podają nawet znaczenie rozpoznawcze tego wpływu ciał przeciwocholerycznych, zawartych w surowicy zwierząt odpornych na cholere. Okazało się mianowicie, że jeżeli wziąć surowicę, której siła równa się $\frac{1}{15}$ mlgr., rozcieńczyć ją 50 razy i dodać kilka kropel tego roztworu do wiszącej kropll hodowli przecinków cholery, to pasożyty te tracą po 20 minutach swoje ruchy i zbierają się w kupki, ale się nie rozpuszczają. Po dobie jednak własności ich wracają do normy. Na hodowle innych pasażytów taki roztwór surowicy przeciwocholerycznej wpływu nie wywiera, co autorowie sprawdzili dotąd z zawsze jednakowym rezultatem już na 70-iu różnych hodowlach cholery i na 20-u hodowlach innych podobnych do niej przecinkowców.

nością kamienia żółciowego w przetoce da się objaśnić, według S., pochodzenie torbieli ścian brzucha: kamień zamknął przewód pęcherzykowy, wskutek czego nastąpiło zapalenie pęcherzyka i zrost jego ze ścianą brzucha, poczem zawartość, przebiwszy ścianę pęcherzyka, wylała się między rozsunięte warstwy ściany brzusznej i tu, otorbiona, wytworzyła torbiel.

Prof. BRODOWSKI objaśnia przypadek STANKIEWICZA inaczej: guz, operowany w maju r. z., był, jak to prof. B. przypuszczał jeszcze przed operacją, mięsakiem, który uległ zmiękczeniu (*sarcoma cystoides*). Rzeczywiście, badanie drobnowidzowe wykazało w ścianie torbieli komórki mięsakowe. Przetoka pęcherzykowa wytworzyła się później, niezależnie od torbieli, wskutek owrzodzenia pęcherzyka żółciowego, w którym obecność kamienia podtrzymywała zapalenie kataralne.

4) BREGMAN i GRUŻEWSKI przedstawiają chorobę, która przed tygodniem wraz z dwiema innymi osobami uległa zacczadzeniu. Rękę chorej wydobyto z pod trupa śpiącej z nią w jednym łóżku towarzyszki. Obecnie kończyna ta aż do karku obrzękła; na przedramieniu w dwóch miejscach zgorzel. W okolicy, otrzymującej gałęzie od nerwu łokciowego i pośrodkowego, zniesienie czucia. Na tylnej powierzchni uda w obrębie rozgałęzień nerwu skórniego uda tylnego również znieczulenie. Zaburzenia powyższe B. uważa za wywołane przez ucisk na nerwy, które wskutek zatrucia ustroju tlenkiem węgla utraciły swoją odporność.

5) ORZEŁ zdaje sprawę z doświadczeń, dokonanych wspólnie z prof. MAKSIMOWEM w celu wypróbowania guzika MURPHY'ego, mającego zastąpić szew kiszkowy. Z 10 psów, na których dokonano za pomocą guzika rozmaitych operacji kiszkowych, zdechło 3. Wogóle psy znosiły operację dobrze, na 3 dzień otrzymywały zwykły pokarm, kał oddawały bez przeszkody, a guziki wychodziły 3—12 dnia po operacji. Sekcye wykazały w przypadkach udatnych trwały zrost w postaci wązkiej blizny. Równolegle wykonywano na innych psach identyczne operacje z użyciem szwu kiszkowego, lecz z gorszymi wynikami. Wobec tego oraz krótkości czasu, jakiego wymaga operacja z guzikiem MURPHY'ego, O. zachęca do stosowania tej metody na ludziach, szczególnie w tych razach, kiedy zależy na szybkości operowania.

W dyskusyi JASIŃSKI za ujemną stronę metody MURPHY'ego uważa zależność wyniku operacji od dokładnego odrobienia guzika. Źle zrobiony guzik miał być przyczyną śmierci chorego, operowanego przez ZIELEWICZA. Niekiedy guzik zbyt mocno uciska naczynia żyłne kiszki, powodując zgorzel tej ostatniej [przypadek ODERFELDA], a nie wydany zbyt długo [przypadek SZUMANA], uciskając na ścianę jelita, może wywołać jego zgorzel i przedziurawienie. Szybkość operowania, przemawiająca jakoby na korzyść metody MURPHY'ego, nie jest zbyt ważną: przy wprawie i szew kiszkowy nakładać można szybko.

Według WOLKOWICZA, guziki z fabryk amerykańskich mają brzegi więcej zaokrąglone od niemieckich, to też dają bliznę szerszą, trwalszą.

ORZEŁ zwraca uwagę na statystykę amerykańską, wykazującą zaledwie 2½% śmiertelności.

KIJEWSKI zaznacza różnicę warunków operacji na zwierzętach zdrowych i ludziach, z kiszkaami chorobowo zmienionemi. Niełatwo byłoby np. połączyć za pomocą guzika odcinek кишки zgrubiałej i rozszerzonej z odcinkiem o szczupłym świetle i cienkiej ścianie.

Prof. Kosiński nie jest za używaniem guzika MURPHY'ego. Świetne wyniki chirurgów amerykańskich zależą od wyboru przypadków.

Prof. Brodowski porównywa zgorzel, wywołaną przez guzik, z tem, co bywa przy wpochwieniu jelit. Niepomysłne zejście tego ostatniego, przedziurawienie, już po wydzieleniu się *per rectum* wpochwionego odcinka, zależy najczęściej od zniszczenia świeżej, wątlej jeszcze blizny przez zapalenie ropne, tak łatwo przy obecności w kiszkaach *bac. coli commun.* powstać mogące. Przy użyciu szwu, który nie powoduje zgorzeli, trudniej o takie zapalenie.

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZEŃ

Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego w r. 1895.

— 1 = 1 —

W ubiegłym roku Łódzkie Tow. Lekarskie [liczące 42 czł. rzecz. i 4 czł. koresp.] odbyło 20 posiedzeń, z tych 19 zwyczajnych i 1 nadzwyczajne, poświęcone sprawie dyżurów nocnych.

Na posiedzeniach tych, oprócz wyborów, na początku roku odbytych [prezes—LOHRER, wice-prezes—JONSCHER, sekretarz—RUNDO, bibliotekarz—PIŃKUS, kasyer—LIKIERNIK], miały miejsce następujące odczyty i demonstracje chorych.

BIRENCEWIG. *Choc en retour*, t. j. zarażenie się matki syfilisem przez płód, który dziedziczy syfilis od ojca, w razie gdy matka uniknęła zarażenia wprost od męża. Przytoczywszy zdanie rozmaitych autorów [FOURNIER, HUTCHINSON i in.] i odnoszące się do tej kwestyi obserwacje i doświadczenia, B. przychodzi do wniosku, że *choc en retour* jest faktem nie ulegającym żadnej wątpliwości. W końcu, jako dowód, przemawiający za *choc en retour*, przytacza prawo COLLE'S'a: matka, pomimo że nie przedstawiała nigdy i nie przedstawia żadnych objawów syfilisu, może karmić swoje syfilityczne [od ojca] dziecko, bez obawy zarażenia się; z czego możnaby wyprowadzić wniosek, że matka, jako odporna względem syfilisu, jest także zarażoną syfilisem.

PAŃSKI. Kilka słów w obronie elektroterapii. Pierwszą częścią odczytu było streszczenie artykułu SCHREIBER'a (*Berl. klin. Woch.* Nr. 19, 21 i 22 z 1894 r.): „*Ueber das Verhältniss der Elektrotherapie zur Suggestionstherapie*“, z przytoczeniem niektórych jego przypadków. Dalej następują przypadki, spostrzegane przez P.

1) Czteroletni chłopiec, po przebyciu *poliomyelitis acuta anter. inf.*, miał prawą kończynę dolną obezwładnioną prawie zupełnie. Cierpieniem tem był dotknięty w 1 roku życia i dlatego nigdy nie chodził. Po kilkunastu galwanizacyach kręgosłupa i faradyzowaniu mięśni—znaczną poprawę; po kilkudziesię-

sięciu posiedzeniach malec chodził, pozostała tylko końska stopa. Wtedy chory przerwał kurację.

2) 15-letnia uczennica gimnazjum z *paresis musculi recti ext. o. s.* Uprzedzono chorą, że cierpienie to bywa uporczywym i może wymagać kilkumiesięcznego leczenia. Po 8 galwanizacjach [3 Millamp.] *sanatio completa*, sugestya w danym przypadku wywarłaby działanie wprost przeciwne osiągniętemu. Histerya wykluczona.

3) Pacjent lat 35. *Paresis musculi rect. ext. o. d.* Przed 5 laty *lues*. Swoiste leczenie bez skutku na omawianą paręzę. Galwanizacją osiągnięto znaczną poprawę.

4) *Paresis musculi orbic. palp.* powstała po *paral. facialis. Lagophthalmus* zawsze się poprawia po galwanizacji powieki górnej, gdy zaś przestać elektryzować, niedomykalność oka staje się bardzo widoczną. Pareza ta, trwająca od 10 miesięcy, już kilkakrotnie była usuwana.

PERLIS. O leczeniu gruźlicy otrzewnej za pomocą laparotomii. Z dwóch przypadków, spostrzeganych w szpitalu Poznańskich w 1894 r., pierwszy tyczy się 16-letniej dziewczyny chorej od pół roku, z normalnym stanem płuc, ze znacznym swobodnym wysiękiem w jamie otrzewnej. Przy laparotomii znaleziono otrzewną usianą gruzelkami. Przebieg pooperacyjny zakłócony włóknikowem zapaleniem płuc z pomyslnem zejściem. Obecnie około 4 miesięcy po operacji stan zdrowia operowanej dobry, żadnych bólów, ani śladu płynu.

Drugie spostrzeżenie odnosi się do 26-letniej kobiety z początkowemi zmianami w wierzchołkach płucnych, z objawami przewlekłego nieżytu pęcherza i wolnym obfitym wysiękiem w jamie otrzewnej. Laparotomia wykazała wielką ilość gruzelków na otrzewnej ściennej, zarówno jak i kiszek, po większej części w okresie rozpadu będących. Przebieg pooperacyjny przez dwa tygodnie bez wszelkich powikłań, poczem wystąpiły objawy ostrej gruźlicy prosówkowej i śmierć przy objawach duszności po 10 dniach.

SILBESTROM zwraca uwagę, że praca o *peritonitis tuberculosa* z kliniki LOEHLEIN'a, ogłoszona w r. b. w *Deutsche med. Woch.*, wykazuje, że gruzelki otrzewnej czasem zawierają laseczniki Koch'a, czasem zaś nie i że przypadki wyzdrowienia należały właśnie do tych ostatnich. Ze względu na to, że mogą być gruzelki bez laseczników, wprowadzono termin *peritonitis nodosa*.

PAŃSKI. Przypadek *diplegiae facialis rheumaticae*. Przypadków takich, jak widać z artykułu HUEBSCHMAN'a (*Neurolog. Centralb.* 1894 N. 23): *Ueber Recidive und Diplegie bei der sogen. rheumat. Facialislaehmung*, opisano w literaturze 18.

T. M., lat 46, tkacz, przybył z obustronnem porażeniem twarzowem wszystkich gałązek nerwu *facialis*, trwającym od 8 dni. Zachorował w nocy bez poprzedniego przeziębienia się lub innej przyczyny. Czuł wtedy odrętwienie prawej połowy twarzy i lekarz, który go widział nazajutrz, stwierdził prawostronny paraliż twarzowy. Pacjent pochodzi ze zdrowej rodziny. Przed 6 laty przechodził tyfus brzuszny. Syfilisu nie przechodził. Pijakiem nie jest. Twarz chorego ma wyraz maski bez fałd i brózd. Obrzmienia twarzy niema. Chory nie jest w stanie zmarszczyć czoła, zamknąć oczu, śmiać się,

gwizdać, nadać policzków, pokazać zęby, marszczyć nos. Język nie zbacza, smak zachowany; języczek zbacza w stronę lewą, chory słyszy gorzej lewem uchem. Przyjmować może tylko płyny. Mowa nieco niewyraźna, zwłaszcza wymawianie głosek wargowych. Prąd stały dopiero przy 4 Miliamp. wywołuje skurcz mięśni przy galwanizacji nerwu twarzowego prawej strony; przy działaniu zaś na mięśnie prawej strony skurcz otrzymuje się przy słabszym strumieniu [2½ Miliamp.] AnSZ=KSZ. Faradyzując nerw lub mięśnie, trzeba bardzo silnego prądu dla wywołania skurczu. Lewa połowa twarzy wykazuje jeszcze w silniejszym stopniu częściowy odczyn zwyrodnienia. Co się tyczy rozpoznania, nie ulegało wątpliwości, iż mamy do czynienia z obustronnem obwodowem porażeniem twarzowem i że nerw jest dotknięty poniżej *chorda tympani*; co zaś do rokowania—częściowy odczyn zwyrodnienia pozwolił zaliczyć tę formę do „średnich“.

Leczenie polegało na stosowaniu stałego prądu: jednakowe elektrody w *fossa auriculo-mastoidea*. Po 4-tygodniowem trwaniu choroby: mięśnie prawej strony wszystkie wypełniają normalną funkcję; po lewej *lagophthalmos* mniejszy, część zębów chory może uczynić widoczną, marszczy cokolwiek czoło. Polepszenie wystąpiło najprzód po stronie pierw dotkniętej; zwykle konstatowano je najprzód w później dotkniętej.

Rundo. O dziedziczności syfilisu wogóle i o *choc en retour* w szczególności. Odpowiedź na wywody BIRENCEWIGA [patrz wyżej]. Wywody te wywołane zostały różnicą zdań między B. i R.: ostatni mianowicie w przypadku kilkakrotnie powtarzających się poronień wskutek syfilisu męża, wobec zupełnego braku objawów u żony, zalecił specyficzną kurację tylko mężowi, gdy B. utrzymywał, że żona, pomimo że wówczas w ciąży nie była, powinna również leczyć się od syfilisu, na zasadzie wyżej przytoczonych poglądów.

Co się tyczy dziedziczenia syfilisu wogóle, to wiadomo, że dziecko może dziedziczyć takowy od ojca, jako też od matki, od ostatniej—gdy ta przed lub podczas ciąży nabyła syfilis; w żadnym jednak razie dziedziczenie syfilisu nie jest prawidłem bez wyjątku.

Według FOURNIER'a [„Syfilis i małżeństwo“, przekład ELSENBERGA] i innych autorów, matka, która nosi w swem łonie dziecko syfilityczne od ojca i która sama była poprzednio zupełnie zdrową, może jakoby bez pierwotnych objawów, zatem jakoby bez zarażenia od męża, po pewnym czasie, podczas ciąży, okazywać ogólne objawy syfilisu, który należy wtedy objaśnić zarażeniem od płodu *choc en retour*; z drugiej zaś strony przyznają także ciż sami autorowie, że często matka zupełnie pozostaje zdrową, zatem *choc en retour* nie jest prawidłem bez wyjątku. Za to inni znowu autorowie, jak to widać z pracy K. SZADKA [„Czy płód przymiotowy może zarazić matkę“. Medycyna 1894. 42 i 43], uważają wszystkie przytoczone przez przeciwników przypadki zarażenia się matki od płodu [HUTCHINSON'a, FOURNIER'a, DIDAY'a, ZEISSL'a] za nieprzekonywujące, ponieważ niedokładnie zbadane zostały, zatem za niedające możności wykluczenia zarażenia od męża. Przyjmują oni we wszystkich odnośnych przypadkach zarażenie od męża, przyczem pierwotne objawy zostały przeoczone, co u kobiet łatwo nastąpić może a *choc en retour* odrzucają w zupełności.

Natomiast wszyscy zgadzają się na to, że matka, która pozostała zdrową, jest odporną względem syfilisu [tak samo, jak dziecko które narodziło się zdrowe od matki syfilityczki], nie zaraża się, karmiąc swoje chore dziecko [prawo COLLES'a], co dawniej uważano za dowód, że matka, jakkolwiek żadnych objawów nie przedstawiała i nie przedstawia, musi być także uważaną za syfilityczkę, znano bowiem tylko *immunitas* jako następstwo zarażenia się syfilisem. Jednak już HUTCHINSON uważa to za stan podobny do odporności względem ospy, nabytej przez wakcynację, nie zaś za zwykłe zarażenie syfilisem. FINGER (*Die Syphilis als Infektionskrankheit etc. Arch. f. Derm. u. S.* 1890) wprost utożsamia ten stan z odpornością zwierząt względem rozmaitych chorób, wywołaną przez bakterjologów za pomocą produktów [toksyn] bakterji, wywołujących odnośne choroby.

Według nowszych zatem pojęć, możemy objaśnić prawo COLLES'a przez odporność nabytą przez matkę wskutek noszenia w swem łonie syfilitycznego płodu, odporność bez zarażenia się syfilisem.

Stosownie też do tego wykazuje praktyka [FOURNIER], że w podobnych przypadkach dostatecznym jest leczenie ojca, aby następne ciężce dały rezultat pomyślny.

DWORZAŃCZYK przedstawił chorą z obszernym zanikiem barwnikowym skóry—*vitiligo*, s. *leucoderma syphiliticum*. Chora wstąpiła do szpitala Ś-go Aleksandra z trzeciorzędnymi objawami syfilisu w postaci wrzodów syfilitycznych skóry. Pojawienie się plam białych zauważyła po porodzie lat temu 20 i przypisuje powstanie ich „rzuceniu się pokarmu“, gdyż urodzone dziecko było nieżywym. U chorej miejsca prawidłowo zabarwionej skóry pozostały w postaci niewielkich wysypek na szyi i kończynach górnych. Przedstawiając drugą chorą z *vitiligo syphilitica* w okresie *syphilis cut. lenticularis*, zwrócił uwagę na dość częste pojawienie się plam *leucodermae* w okresie wtórnym syfilisu, szczególnie u kobiet, na znaczenie rozpoznawcze tego objawu i na zmiany poglądów zaszczyt od czasu HARDY'ego i jego szkoły, przyjmujących *vitiligo* za *syphilis cut. pigmentosa*, przyczem skóra normalnie zabarwiona braną była za patologiczną, a bezbarwnikowe plamy za skórę normalną, co wyświełili badania ZEISSLA, HEBRY i KAPOSI'ego. Wspomniawszy o rozpoznaniu i o ciemnej etyologii cierpienia, zwrócił uwagę na badania LELOR'a, który w badanych przez siebie przypadkach *vitiligo* znalazł zmiany zwyrodnienia w nerwach obwodowych i zalicza cierpienie to na tej zasadzie do trofoneuroz skóry.

BIRENCWEIG. O gonokokach w stanie utajenia. Praktyka wykazuje, że gonokoki, nie znajdując dla siebie stosownego podłoża, mogą miesiące i lata pozostawać w narządach płciowych, nie wywołując objawów swej żywotności [ropienia], ale zachowując własności chorobotwórcze, t. j. że mogą przy lepszych warunkach (*menstruatio, puerperium, excessus in Baccho et Venere* i t. d.) wywołać zwykłe objawy w pierwotnym miejscu, albo też po przeniesieniu na drugą zdrową błonę śluzową. Tym sposobem wynik ujemny co do obecności gonokoków w wydzielinie narządów płciowych nie upoważnia do kategorycznego wniosku o ich nieobecności. Nie wszystkie błony śluzowe są jednako wrażliwe na gonokoki; pochwa należy do mało wrażliwych, *colpitis gonor-*

rhoica primitiva jest rzadką, znajduwane zwykle zmiany w pochwie są następne, wskutek *metritis*, *urethritis gonorrhoeica*. Stąd wynika, że pochwa, jak i inne błony śluzowe, może służyć za czasowe siedlisko gonokoków i za źródło zarażenia męczyzny, przyczem sama nie ulega zarażeniu. Najbardziej wrażliwą jest cewka, macica, łącznica; daleko mniej jama ustna, odbytnica. W każdym razie gonokoki, wywoławszy przy sprzyjających warunkach odpowiednią reakcję, sprowadzają jednocześnie, prawdopodobnie przez wyprodukowane przez siebie toksyny, zmiany, które uniemożliwiają im dalszą vegetację, prze co albo giną zupełnie, albo przechodzą w okres utajenia. To przypuszczenie opiera się na następujących faktach: tryper cewki męskiej nieleczonej ma przebieg cykliczny i kończy się często wyzdrowieniem zupełnym; w ogólnych chorobach zakaźnych wyzdrowienie następuje, jeżeli ustrój chorobotwórczy ginie wskutek zmiany podłoża; toż samo widzimy w sztucznych hodowlach drobnoustrojów; wreszcie wynik leczenia ostrego trypra bywa tem pomyślniejszym, im bliżej okresu wyczerpania się gonokoków leczenie zastosujemy, t. j. na schyłku zapalenia.

LOHRER podaje wynik sekcji sądowo-lekarskiej, dokonanej na zwłokach 8-letniego chłopca, który został przyciśnięty wozem do muru tak, że nacisk działał z jednej strony na lewą połowę klatki piersiowej, z drugiej — na brzuch. Malec pobiegł sam do mieszkania, odległego o 50 kroków, gdzie padł na ziemię i umarł po 12 godzinach.

Sekeya wykazała: pęknięcie wątroby, śledziony, przepony i żołądka. Szczelina w wątrobie znajduje się na wypukłości jej u góry, ma około 4 cm. długości i prowadzi do jamy wielkości kurzego jaja, wypełnionej krwią; tkanka, otaczająca jamę, jest ciemną, reszta wątroby biała. W przeponie znajdujemy dwie szczeliny: jedną, odpowiadającą szczelinie wątroby, i drugą, więcej na lewo, ledwie przepuszczającą koniec palca, w której sterczy, wchodząc do prawej jamy opłucnej, skrzep krwi grubości palca, długości 6 cm.. Szczelina w śledzionie 4 cm. długa, 1 cm. głęboka. Otwór w żołądku wielkości kopiejki, wylewa się z niego płynna zawartość. W jamie klatki piersiowej znajduje się około litra czerwonego płynu z każdej strony, w jamie brzusznej około 2 litrów takiegoż płynu i obfite ciemne skrzepy krwi.

BIRENWEIG. Tryper w stosunku do małżeństwa. Zaznacza trudność w zdecydowaniu kwestyi: kiedy dany osobnik, po przebyciu trypra, może być uważanym za zdrowego, *resp.* kiedy może się żenić. Wobec możliwości istnienia trypra w stanie utajonym, rozstrzygnięcie tej kwestyi jest nieraz bardzo trudnem, czasem niemożliwem. Jeżeli, po sztucznie wywołanem drażnieniu cewki przez wstrzyknięcie sublimatu lub azotanu srebra, wydzieliła nie zawiera gonokoków, a także żadnych innych drobnoustrojów, t. j. jest aseptyczną, a oprócz tego cewka okaże się niewrażliwą na inne drobnoustroje [która to wrażliwość okazuje się przez zakażenie przy spółkowaniu z kobietą po menstruacyi, lub z *fluor albus*], wtedy należy danego osobnika uważać za zdrowego. Tak zwane nitki tryprowe w moczu, jeżeli nie zawierają gonokoków lub innych drobnoustrojów [aseptyczne], nie mają znaczenia.

Tryper może mieć ważne następstwa:

a) dla danego osobnika — przez ciężkie nieraz i niebezpieczne dla

życia komplikacje *epididymitis, orchitis, cystitis, prostatitis, pyelitis arthritis, endocarditis etc.*;

b) dla rodziny — przez wywołanie u żony *pelvipertonitis* z jej następstwami dla narządów płciowych wewnętrznych, często nieuleczalnemi, przez *blenorrhoea neonatorum*;

c) dla społeczeństwa — przez spowodowanie bezpłodności tak u mężczyzny, jako też i u kobiety.

RUNDO odczytuje referat z pracy W. THORN'a: *Ueber Beckenhaematome. (Saml. klin. Vortr. 1895 Nr. 119. 120).*

JASIŃSKI. Przypadek zupełnego pęknięcia macicy podczas porodu; cakowite wyluszczenie macicy [drukowane w *Medycynie*].

COHN M. demonstruje guz złośliwy lewego jądra (*adeno-sarcoma testiculi*), usunięty za pomocą kastracyi u 34 letniego pacjenta. Przed 4 miesiącami chory zaczął doznawać bólów w lewym jądrze, które szybko zaczęło się powiększać i przedstawiało w końcu guz elastyczny o powierzchni gładkiej, równej, wielkości główki 1½ rocznego dziecka, wypełniający całą lewą połowę worka mosznowego; sznurek nasienny zgrubiały, twardy, gruczoły pachwinowe z lewej strony powiększone, twarde, niebolesne.

Dokonano typowej kastracyi; przebieg pooperacyjny niczem niezakłócony. Guz ważył 4 funty.

PAŃSKI przedstawia 2-ch chorych:

1). Przypadek „*Morbus Raynaud'i*“. M. A., 39 lat, żonaty, dietny, utrzymuje, iż przedtem zawsze był zdrowy; do syfilisu się nie przyznaje [innym zaś kolegom przyznał się, że przechodził syfilis przed 8 laty]. Cierpienie obecne rozpoczęło się przed 2-ma laty bólami rwącymi w prawej dolnej kończynie, począwszy od palców aż do kolana. W wielkim i 2 palcu prawej nogi miewał uczucie mrowienia i odrętwienia, przyczem kończyna ta zaczęła chudnąć. Wkrótce potem wystąpiło fioletowe, potem czarne zabarwienie skóry palucha, zaczerwienie zaś 2, 3 i 4 palca, rozpoczęła się zgorzel, która zajęła głębiej leżące części palców. Ponieważ tętnienia w tętnicach nie wyczuwano już w jamie podkolanowej, zdecydowano się na amputację poniżej kolana, którą wykonał 26. IV. 1894 r. kol. COHN M.. Na stopie lewej tętno w tętnicach było ledwie wyczuwalne; noga lewa zaczęła chudnąć. Podczas pobytu w szpitalu chory przyjmował ciągle jodek potasu i dostawał wstrzykiwania sublimatowe; jodek potasu przyjmował chory i po wyjściu ze szpitala przez cały rok. W tych dniach zgłosił się z przyczyny silnych bólów w paluchu i 2 palca lewej nogi. Bóle występują napadami i bywają tak silne, iż pozbawiają chorego snu i apetytu i doprowadzają go do rozpacz. Podczas takiego napadu palce mają być białe, jak kreda. Ruchy palcami z powodu bólu są do pewnego stopnia ograniczone. Uczucie bólu i zimna zmniejszone. Tętna ani w naczyniach stopy, ani pod kolanem wyczuć nie można. Ze strony serca, jak i innych narządów wewnętrznych zmian niema.

2). Przypadek *Akroparaesthesiae* [SCHULTZE]. R., 35 lat, żonaty, cieśla, pracujący przeważnie na dworze. 4 lata żonaty, ma 2 dzieci, żona nie ronika. Pijał piwo, lecz nie upijał się. Chory od 8 tygodni. Po przeziębieniu się prze-

leżał kilka dni w łóżku, mając dreszcze i łamanie w kościach. Gdy wstał, miał uczucie, jakby między stopami jego a podłogą było coś miękkiego; biorąc coś w rękę, miał uczucie, jakby się dotykał tego przez rękawiczkę. Bywały też bóle. Teraz miewa uczucie mrówienia, odrętwienia i usnięcia, to jednej to drugiej kończyny, przeważnie w palcach stóp i rąk, aczkolwiek uczucie to posuwa się i dalej. Przeważnie dokucza to uczucie choremu rano, dópóki się, jak chory mówi, „nie rozejdzie i nie rozetrze“. Uczucie dotyku, bólu i ciepłoty w zupełności zachowane [czasami ma się wrażenie, jakby uczucie dotyku na końcach palców było zmniejszone]. Palce nigdy nie bledną. Wspomniane wyżej uczucie jest ciągle bez przerwy. Odruchy: kolanowe, jądrowe, brzuszne w porządku. Źrenice oddziałują na światło i akomodację. Brak objawu ROMBERG'a, brak jakichkolwiek zaburzeń *potentiae*, jak i ze strony pęcherza lub kiszki. Brak podejrzenia na syfilis. Żadnych stygmatów historycznych.

[D. c. n.].

Wiadomości drobne.

— NEGRETTO, opierając się na dobrych wynikach przyżegania od strony cewki gruczołu krokowego przy przerostach tegoż, postanowił spróbować przypalań od strony kiszki prostej. Przedewszystkiem, zastosowawszy ten sposób u psów, zauważył znaczne zmniejszenie się gruczołu krokowego; w ciągu pierwszych paru dni po operacji psy oddawały moczkę krwawą, poczem wracały zupełnie do zdrowia. Dodaniem wyniki, otrzymane na psach, zachęciły N. do zastosowania przyżegań gruczołu krokowego od strony prostnicy u 66 letniego mężczyzny, dotkniętego znacznym przerostem tegoż gruczołu oraz zupełnem zatrzymaniem moczu. Po uprzednim oczyszczeniu kiszki za pomocą środka wypróżniającego i ławatywy, chorego zachloroformowano, poczem do prostnicy wprowadzono wziernik, a następnie tampon z gazy jodoformowej, który wepchnięto ponad miejsce, odpowiadające gruczołowi. Obmacawszy teraz palcem zrazy powiększonego gruczołu, N. w odpowiadających im miejscach wykonał przyżeganie termo-kauterem. Tampon pozostawiono w kiszce, do pęcherza zaś wprowadzono na stałe cewnik. W ciągu pierwszej doby chory się uskarżał na kurcze pęcherza; mocz w ciągu trzech dni był krwawy. Cewnik, którego chory przedtem nie znosił, pozostawał w pęcherzu 7 dni bez zaburzeń. Siódmego dnia cewnik zmieniono, a dziewiątego zupełnie usunięto. W ciągu kilku dni mocz był mętny, poczem stał się przezrocystym. Dwudziestego dnia pacjent opuścił szpital wyleczonym. Po upływie trzech miesięcy sprawdzono stan zupełnie dobry: chory nie doświadczał żadnych zaburzeń moczowych i pracował dzień cały. Prawy i środkowy zraz gruczołu krokowego zmniejszyły się znacznie; natomiast lewy zraz, przypalony powierzchownie, zmniejszył się tylko do połowy swej wielkości poprzedniej.

(*Sem. méd.* 29. Janv.)

B. S.

— G. SURDI otrzymał wyleczenie i zabliznienie zupełne wilka po stosowaniu wstrzykiwań zaskórnych od 5%—1%-ych roztworów sublimatu. Jednorazowo wstrzykuje się kilka kropel takiego roztworu w 2 miejsca guza. Następuje żywa reakcja miejscowa, po której ustąpieniu wstrzyknięcie się powtarzało i t. d.

(*Sem. méd.* 1896. № 13).

W. J.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Opis Szczańnicy“.