

## SPIS RZECZY.

str.

### Prace oryginalne.

- Dr. Jan Sędziak. Leczenie przerostu migdałków (dokończenie) . . . 335

### \* DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

#### I. Medycyna wewnętrzna.

203. P. Marie. De l'ostéo-arthropathie hypertrophiant pneumique. 348  
203. P. Spillman et Haushalter. Contribution à l'étude de l'ostéo-arthropathie hypertrophiant . . . 348  
204. Prof. Raymond. Recherches expérimentales sur la pathogénie des atrophies musculaires consecutives aux arthrites traumatiques . . . 350  
205. Prof. Seeligmüller. Nowe prace nad Symptomatologiją, Patogenezą i leczeniem choroby Basedowa. . . . . 352  
206. Dr. Gauthier. Du goitre exophthalmique considéré au point de vue de sa nature et de ses causes. . . . . 353  
207. Dr. Kabierske. Nowa metoda opukiwania . . . . . 354  
208. Dr. A. B. Marfan. Badania nad sposobem A. Günzburga oznaczania sprawności soku żołądkowego bez użycia zgłębnika . . . 356  
209. Dr. L. Wolff. Beiträge zur Kenntniss der Einwirkung verschiedener Genuss- und Arzneimittel auf den menschlichen Magensaft . . . . . 357  
210. Prof. E. Stadelmann z Dorpatu. Wpływ alkaliu na przemianę materii w organizmie . . . . . 359  
211. G. Klemperer. Przemiana materii i odżywianie w chorobach 360  
212. Prof. E. H. Kisch. Dyjeta przy odtuszczeniu w Marienbadzie. 361  
213. Dr. J. Mayer. Zur Symptomatologie und Therapie des Diabetes mellitus . . . . . 363  
214. Prof. v. Ziemssen. Leczenie symptomatyczne przewlekłego zapalenia nerek . . . . . 364

#### II. Choroby nerwowe.

215. Prof. Rumpf. Beiträge zur kritischen Symptomatologie der traumatischen Neurose . . . . . 367  
216. P. Cuffier. Étude sur la pathogénie des troubles nerveux d'origine gastrique en général et en particulier sur la paralysie bulbaire consecutive a la névrite ascendante du pneumogastrique . 369

#### III. Farmakologija.

217. Dr. Amat. Kofeina; działanie wzmacniające i pobudzające zastrzykiwań podskórnych. . . . . 371  
218. Dr. Seidler w Greifswaldzie. O działaniu metacetyny . . . . 374  
219. Prof. P. Ehrlich i Dr. A. Leppmann. Ueber schmerzstillende Wirkung des Methylenblau. . . . . 375  
220. Dr. S. Rabow. Exalgin . . . . . 375  
221. Dr. Vriese. Efedryna i pseudo-efedryna, nowe środki rozszerzające źrenicę. . . . . 377

## V. Wiadomości pomniejsze.

222. Leczenie zapaleń gardła i krtani mięsieniem . . . . .	377
223. Broform przy kokluszku . . . . .	377
224. Metoda leczenia suchot gorącym powietrzem. . . . .	378
225. Leczenie potów u suchotników . . . . .	378
226. Leczenie wola . . . . .	378
227. Tic douloureux . . . . .	379
228. Dodatkowe sutki . . . . .	379
229. Zastosowanie ichtyolu w chorobach kobiecych . . . . .	379
230. Leczenie pocenia się nóg . . . . .	379

---

## Kronika miesięczna. Nekrologja.

---

### Ogłoszenia.

---

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## LECZENIE PRZEROSTU MIGDAŁKÓW

(*Hypertrophia tonsillarum*)

napisał

**Dr. Jan Sędziak.**

(*Dokończenie*).

Przystępując obecnie do wycięcia migdałka za pomocą tonsillotomu rodzi się kwestya — czy ogólne, lub miejscowe znieczulenie jest koniecznem, lub bez takowego obejść się można. Otóż powszechnie operuje się bez kokainy i bez chloroformu i jest to najzupełniej słusznem. Z jednej strony zbyt szybko operacyja ta daje się wykonać (10—15 sekund), by narkoza była tu potrzebną, inna jest rzecz, gdy przerost migdałków połączony jest z przerostem migdałka gardzielowego z t. zw. wyrostami adenoidalnymi — wtedy ze względu na to ostatnie cierpienie najlepiej operacyją wykonać pod chloroformem, tak przynajmniej postępuje Schech. Zresztą co się tyczy tego ostatniego punktu, to szczegółowo jest on rozebrany w pracy mojej „w kwestyi leczenia, oraz rozpoznawania t. zw. wyrostów adenoidalnych w jamie nosogardzielowej“ <sup>1)</sup>. Są jednak zwolennicy stosowania narkozy przy tonsillotomii; do nich między innymi należy Cazin <sup>2)</sup>. Z drugiej zaś strony amygdalotomia jest operacyją zbyt mało bolesną, by uprzednie stosowanie kokainy było niezbędnem. Jakkolwiek niektórzy autorowie (Cahn <sup>3)</sup>, Lermoyez <sup>4)</sup>) ją stosują. Nie trzeba jednak zapominać, że kokaina nie jest środkiem niewinnym, który można w prawo i lewo larga manu bezkarnie stosować — nie trzeba zapominać, że przy jej użyciu zdarzać się mogą otrucia. W ostatnich czasach

---

1) Gaz. Lek. 1890.

2) Ref. w Int. Cent. f. Lar. 1888, str. 214.

3) Ref. w Int. Cent. f. Lar. 1886, str. 495.

4) Ref. w Int. Cent. f. Lar. 1886, str. 496.

kilka takich przypadków (jeden z drgawkami, częściową utratą przytomności, bredzeniem etc.) miałem sposobność obserwować. Świeżo przypadek odnośny ogłosił Isoo <sup>1)</sup> W końcu wspomnieć muszę o stosowaniu bromku potasu w dużych dawkach do wewnątrz — na kilka dni przed operacją, a to w celu wywołania ogólnie uspokajającego działania. Jest to jednak, co najmniej zbyt cennym. Co się tyczy techniki operacyjnej, to jest ona niesłychanie prosta i powszechnie znana i dla tego to dłużej nad nią zastanawiać się nie będę; osoba dorosła, najlepiej obeznany z procedurą powyższą felczer, lub młody asystent (w londyńskich szpitalach czynność tą z wielkiem powodzeniem wykonywują posługacze szpitalni) — silnie trzyma dziecko na kolanach — druga zaś głowę dziecka utrzymuje w pozycji nieruchomej. Następnie zaś operator, siedzący *vis à vis* dziecka — przycisnąwszy język zwykłym szpatlem — szybkim ruchem wprowadza tonsillotom i nie zważając na krzyk dziecka skoro tylko dany migdał znalazł się w okienku tonsillotomu — szybkim ruchem wprowadza w ruch nóż — wycinając przerosłą część migdałka, co jest już kwestyą jednej sekundy. W pewnych razach (gdy migdałek jest w części ukryty za łukami — u dorosłych zwłaszcza) pomagamy sobie w ten sposób, że po wprowadzeniu migdałka w okienko tonsillotomu — takowy migdałek wyciągamy nieco ku zewnątrz za pomocą zwykłych kleszczyków. Te ostatnie przy Mackenzie'go tonsillotomie grać będą rolę widelczyka w Mattieu'go przyrządzie. Gdy mamy do czynienia z obustronnym przerosciem migdałków, jak to najczęściej ma miejsce, to nie czekając aż dziecko ochłonie z przerażenia po wycięciu pierwszego wycinać należy zaraz drugi migdałek. W ten sposób zwykle postępują w Anglii. Dopiero wtedy każemy choremu — jeśli potrafi, (u starszych więc dzieci, lub dorosłych) wypłukać usta zimną wodą, dopóki krwawienie, które zazwyczaj przy dokładnie wykonanej operacji jest nieznacznym, zupełnie się wstrzyma. Gdy dziecko jest bardzo małe, należy przesprycować gardło zimną wodą. Następnie choremu w dniu operacji każemy pozostać w domu, płukać zimnymi antyseptycznymi roztworami (kwas borny, kreolina — ta ostatnia 3—5 kropel na szklanek zimnej wody etc) zabraniamy używania gorących napoi (tu się odnosi przypadek opisany przez Hun-

<sup>1)</sup> Ref. w Int. Centr. f. Lar. 1890, Nr. 10.

ter Mackenzie'go z Edinburg'a <sup>1)</sup>, gdzie po wypiciu gorącej herbaty nastąpiło groźne krwawienie) i pokarmów— te ostatnie nie powinny być również twarde, ani drażniące. Przy zachowaniu tych ostrożności rany po operacyjne zwykle bez żadnych powikłań się goją — zupełne zagojenie następuje w 8—10 dzień po operacji. Nie zawsze jednak przebieg pooperacyjny jest tak pomyślny. Zdarzyć się może, choć rzadko i to przeważnie w przypadkach długiego krwawienia, że rana nie goi się, pokrywa się nalotem. Mackenzie w razach tych zaleca lekkie codzienne przyżeganie lapisem w ciągu dni kilku. Również dość opornie goją się rany po tonsillotomii w przypadkach ogólnego cierpienia organizmu, chorzy skarżą się na ból przy łykaniu—w tych razach wskazane są środki ściągające (chlorek cynku, ferrum sesquichloratum. Mackenzie).

Liegeois <sup>2)</sup> opisał przypadek traumatycznego zapalenia gardzieli po tonsillotomii z zejściem śmiertelnem — jest to jednak jedyna dotąd w tym rodzaju publikacja. Obecnie wypada nam szczegółowiej zastanowić się nad powikłaniem operacji wycięcia przerosłych migdałków — bądźto zapomocą noża, bądźto tonsillotomu. Powikłaniem tem, częstokroć bardzo groźnem, bo nawet śmiertelnem — jest krwotok podczas samego aktu operacji wskutek zranienia tętnicy szyjowej wewnętrznej (art. carotis int.), albo mniej, lub więcej obfite krwawienie po operacji. To ostatnie zwykle ustępuje szybko po przepłukaniu gardła zimną wodą — event. lodową. Philipps <sup>3)</sup> zaleca pędzlowanie migdałka przed operacją kokainą — w celu zmniejszenia krwawienia pooperacyjnego. I rzeczywiście po zastosowaniu na jeden z przerosłych migdałków 2% roztwór kokainy, po tonsillotomii było bardzo nieznaczne krwawienie w porównaniu ze stroną przeciwną — gdzie kokaina nie była użyta. Gdy zwykle płukanie zimną wodą nie pomaga — gdy pomimo to krwawienie trwa w dalszym ciągu — stosujemy wtedy środki ściągające (ałun, tannina) w postaci płukań. Mackenzie gorąco zachwala następującą procedurę:

Rp. Acidi tannici 18,0  
Acidi gallici 6,0  
Aquae dest. 30,0

1) Ref. w Int. Cent. f. Lar. 1886, str. 415.

2) Cytowany u Mackenzie'go (loco citato).

3) Ref. w Int. Centr. f. Lar. 1885, str. 233.

Po pół łyżeczki w krótkich odstępach zwolna łykać — przez co mięszanina ta przychodzi w zetknięcie z powierzchnią krwawiącą, tamując zawsze jakoby krwawienie. W jednym przypadku Semon bezskutecznie zastosował ten przepis. Można również poprobować roztworu półtorachlorku żelaza (ferrum sesquichloratum) w postaci pędzlowań, lub plukań. Środek ten jednak nie znajduje zwolenników w Lef-ferts'ie <sup>1)</sup>, Elsberg'u, Wiederhoferze <sup>2)</sup>. Semon widział po jego użyciu pogorszenie. Silne krwawienie ma miejsce po wycięciu migdałka u pełnokrwistych (plethora) — w ogóle zaś u osobników ze zmianami miażdżycowatymi (ateroma-tycznymi) w naczyniach. W tych przypadkach zazwyczaj powyższe środki do celu nie prowadzą — działa tu najlepiej dłuższy ucisk (kompressya) bądźto bezpośrednio palcem na krwawiącą powierzchnią — bądźto za pomocą doskonałego uciskadła Mikulicza, pod jedno ramie (uciskające) przyrzędu podkładamy strzępek gazy przeciwnilnej — najlepiej jodoformowej. Schech radzi na pozostałą część migdałka nałożyć nitkę jedwabną i silnie skrócić takową.

Krwawienie mniej lub więcej obfite zależy również od charakteru samej tkanki migdałka i tak: twarde włókniste migdałki zazwyczaj mocno krwawią, w przerostach bowiem tych przeważa rozwój elementów łącznotkankowych, a więc i naczyń. Niebezpieczne, często śmiertelne krwotoki bywają, jak to już wspominaliśmy, przy zranieniu tętnicy szyjowej wewnętrznej. Przypadki takie należą do niesłychanie rzadkich — przy prawidłowo naturalnie wykonanej operacji. W przypadkach tych należy spróbować przedewszystkiem ucisku art. carotis communis:

Carthy <sup>3)</sup> ze skutkiem podwiązał art. carot. com., co nie zawsze jednak bywa skutecznem, jak o tem świadczy przypadek Tuller'a <sup>4)</sup>. Lefferts autor specjalnego traktatu o krwotokach przy tonsillotomii, zaleca podwiązanie art. car. ext. Metodę tę również, jako ultimum remedium podaje O. Zuckerkandl.

Wspomniałem, że znaczniejsze krwawienie podczas i po tonsillotomii — należą do rzadkości. Rzeczywiście ani mnie się to nigdy nie wydarzyło, ani też podczas mych studyjów

<sup>1)</sup> Cytowany u Bagińskiego (loco citato, str. 27).

<sup>2)</sup> loco citato.

<sup>3)</sup> Cytowany u Mackenziego, tom I, str. 94.

<sup>4)</sup> Ref. w Int. Cent. f. Lar. 1889, str. 466.

zagranicą, nie byłem świadkiem podobnego zdarzenia. Że tak jest, świadczą również dane statystyczne; i tak Guersant <sup>1)</sup> na 1000 tonsillotomij u dzieci, tylko trzy razy miał poważniejsze krwawienie — Behrens <sup>2)</sup> na 127 tonsillotomij — cztery przypadki (w jednym zastosował termokauter). Mackenzie, mający olbrzymie w tym kierunku doświadczenie, wspomina o jednym zaledwie przypadku groźnego krwawienia. Przypadki takie jednak, acz rzadkie, mogą się zdarzać, jak o tem świadczą dane z literatury. I tak Semon <sup>3)</sup> opisał dwa takie przypadki — oba dotyczyły dorosłych (mężczyzna lat 46, kobieta 28). Również w 2 przypadkach Blair'a <sup>4)</sup> chorymi byli dorośli (21 i 27 lat). W przypadku Buttler'a <sup>5)</sup> krwawienie wydarzyło się u 14-letniej dziewczynki. Wyżej cytowany Guersant na 13 przypadków ekstyrpacji migdałków u dorosłych — w 5 miał do czynienia z poważniejszym krwawieniem następczem. Lewis <sup>6)</sup> opisał świeżo jeden taki przypadek. Toż samo Ramon de la Sota y Lastra <sup>7)</sup>. Powyższe dane z literatury przekonywają nas najzupełniej, że jeśli trafiają się przy — lub po tonsillotomii lub użyciu noża mniej lub więcej groźne krwawienia, to dotyczą one przede wszystkim dorosłych (o przyczynie tego t. j. o przeważającym rozroście elementów łącznotkankowych — resp. naczyń — wyżej już wzmiankowałem). I dla tego to, zdaniem mojem, z wycinaniem przerosłych migdałków u dorosłych powinniśmy być niesłychanie ostrożni. Co się mnie np. tyczy, to w wyjątkowych tylko przypadkach stosuję tę metodę, przekładam natomiast w wieku późniejszym inne metody — a więc przypalanie kwasem trójchloroctowym, lub żegadło galwaniczne, o czem zresztą w swoim miejscu obszernie mówiłem. Należy mieć jeszcze na uwadze to, że pooperacyjnemu krwawieniu sprzyjać mogą: nadużycia w mowie i napojach wysokich — zbyt częste i energiczne płukania — wreszcie użycie zbyt gorących napoi i pokarmów.

W paru tylko słowach wspomnę jeszcze o operacji wyluszczenia (enucleatio) całego migdałka palcem. Metoda ta,

1) Cytowany w Real Encyclopédie, tom 13, str. 563.

2) Ref. w Int. Cent. f. Lar. 1890, Nr. 8.

3) loco citato.

4) Ref. w Int. Cent. f. Lar. 1889, str. 165.

5) Ref. w Jour. of Laryng 1890, Nr. 2.

6) Réf. w Int. Cent. f. Lar. 1890, Nr. 10.

7) loco citato.

o której jeszcze Celsus wspomina, znalazła w nowszych czasach zwolenników w Borellim<sup>1)</sup>, oraz Cottenham Former'ze<sup>2)</sup>. Metoda ta jednak nie zasługuje na bliższe rozpatrzenie.

Chciałbym obecnie zwrócić uwagę lekarzy praktyków na parę punktów, zasługujących, zdaniem mojem, na zaznaczenie. Chodzi mianowicie o to, czy ważność leczenia operacyjnego w ogóle, a przerostu migdałków w szczególności jest u nas dostatecznie rozumiana. Powtóre, czy operacja ta wykonywa się u nas we właściwym czasie. Przed kilku laty Semon w obszernym traktacie, zatytułowanym: „Indications for and methods of removal of the tonsils”<sup>3)</sup> zwrócił uwagę na ów dziwny konserwatyzm lekarzy angielskich odnośnie do tej operacji. Sądzę, że i u nas istnieją jeszcze niezupełnie jasne pojęcia w tym względzie. Nie będę zastanawiał się bliżej nad tem paradoksalnem twierdzeniem zwolenników konserwatyizmu, że przerost migdałków stanowi do pewnego stopnia „noli me tangere“, gdyż wycięcie ich prowadzi do zaburzeń w głosie, oraz czynnościach płciowych, jakoteż, że przerost ów jest rodzajem tarczy ochronnej dla chorób zakaźnych. Przeciwnie dziś nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przerost ów przeciwnie usposabia do przyjęcia zarazka swoistego np. dyfterycznego. Dowodzi tego między innymi przypadek Simonen'a<sup>4)</sup>. I dla tego to jednem ze wskazań do wycięcia przerosłych migdałków jest profilaktyka w obec grożącej epidemii np. błonicy. Zaburzenia w głosie po tonsillotomii mogą się zdarzać jedynie w specjalnych warunkach (u śpiewaków etc.), do czego jeszcze raz powrócimy. Zwykle zaś przeciwnie daje się zauważyć poprawa w głosie — wskutek poprawy warunków rezonansu. Co się zaś tyczy upośledzenia funkcij płciowych, jakoby następstwa ekstyrpacji migdałków — to jest to wprost paradoksalnem.

Niektórzy autorowie przypuszczają możliwość odrośnięcia migdałków — jest to jednak niemożliwem, wskazuje to tylko na wadliwie wykonany rękoczyn, jak to słusznie Semon zaznacza. Ważniejszym natomiast twierdzeniem jest to, że z operacyjnem leczeniem przerosłych migdałków nie należy się spieszyć, gdyż w okresie dojrzałości płciowej — takowe ulegają powolnemu zanikowi. Gdyby tak było zaw-

1) i 2) Ref. w Int. Cent. f. Lar. 1885, str. 87.

3) loco citato.

4) Ref. w Int. Cent. f. Lar. 1889, str. 66.



sze, to rzecz prosta — u dorosłych nie powinniśmy spotykać się z przerostem migdałków — temu przeczy jednak najzupełniej statystyka. I tak na 1000 przyp. przerostu migdałków, zebranych w tablicy Mackenziego, takowe według wieku przedstawiają się w następujący sposób:

Od 1—5 roku — 84 przyp.	}	razem
— 5—10 „ — 181 „		
niżej 10 — roku 265 prz.		
od 10—20 „ 382 „		
„ 20—30 „ 219 „		
„ 30—40 „ 103 „		
„ 40—50 „ 27 „		
„ 50—60 „ 3 „		
„ 60—70 „ 1 „		
	1000	

Widzimy więc, że jakkolwiek przerost migdałków częstym jest cierpieniem w wieku dziecięcym — to jednak nie mniej często zdarza się to cierpienie u dorosłych (od 20—40 r. 322 przyp.) — tym sposobem zarzut samoistnego zaniku migdałka w okresie dojrzałości płciowej sam przez się upada — przynajmniej, zdarza się to nader rzadko. Pewna część lekarzy praktyków, jakkolwiek w zasadzie zgadza się na operację wycięcia migdałka, wykonanie jednak takowego odkłada „ad feliciora tempora“, miesiące, lata całe, dopóki dziecko nie będzie dostatecznie silnem do przetrzymania tej operacji. Jest to pogląd absolutnie fałszywy — primo: wycięcie migdałka żadną miarą za ciężką operacją uważanem być nie może. Z drugiej zaś strony owa słabość, wątłość organizmu, rzekomo stanowiąca przeciwwskazanie do wykonania operacji, jest w większości przypadków następstwem nieuniknionem tego cierpienia — i dla tego to wykonanie operacji we właściwym czasie t. j. jaknajrychlej, może tylko dodatnio wpłynąć na stan ogólny chorego, gdy przeciwnie odkładanie takowej na później — powodować będzie zaburzenia w funkcjach całego ustroju. Zobaczmy, jakie to zmiany w organizmie mogą być następstwem przerostu (naturalnie mowa tu o znacznym) migdałków. Są one analogiczne do tych, jakie napotykaemy przy innem cierpieniu. Mam tu na myśli t. zw. adenoidalne wyrośla jamy nosogardzielowej. Cierpienie to, polegające na rozroście migdałka gardzielowego (s. Luschki) od niedawna zaczęło zwracać na się uwagę. Tem więcej zrozumiałą jest tu analogia

w objawach obu tych cierpień, że w większości przypadków (mianowicie u dzieci) oba te cierpienia istnieją jednocześnie, jako wyrażenie zółzowatego (skrofulicznego) skażenia organizmu. Na tą koincydencję przerostu migdałków podniebiennych z wyrosłami adenoidalnymi — zwrócił uwagę Semon. Pogląd ten ja najzupełniej podzielam. W wielu razach bywa zajęтым również migdał językowy (tonsilla lingualis). Postarajmy się nakreślić ogólny typ takiego osobnika, dotkniętego wysokim stopniem przerostu migdałków.

Już pierwszy rzut oka, po większej części, poucza nas z czem mamy do czynienia. Twarz niezwykle wązka, powiększona w wymiarze podłużnym, w stosunku do tego nos jest nieodpowiednio wązki i mały, z otworami przednimi niesłuchanie wązkimi. Usta stale otwarte z powodu, iż dziecko nie mogąc oddychać przez nos (po większej części zatkany od tyłu przez wyrosła adenoidalne), zmuszone jest stale oddechać przez usta dzień i noc. Górne zęby sieczne (incisivi), wskutek zbyt krótkiej wargi górnej, wystają stale z pod takowej. Wszystko to nadaje twarzy wygląd wysoce charakterystyczny dla tego cierpienia wyraz idiotyczny tak, że kto raz widział podobny typowy przypadek, ten nigdy omylić się nie może.

Dodajmy do tego jeszcze cały szereg różnorodnych objawów, cechujących wysoki stopień tego cierpienia, a więc mowa niejasna — nosowa, warunkowana utrudnieniem w ruchach podniebienia resp. niedostatecznem zamknięciem jamy nosogardzielowej, wadliwa artykulacya (Mackenzie), dalej oddech utrudniony (mechanicznie), dochodzący w przypadkach stykania się obu migdałków przerosłych w środkowej linii — aż do formalnych ataków zaduszania, chrapanie w nocy, ustawiczne zasychanie w gardzieli (wskutek oddechania z ustami otwartymi), niedostateczny rozwój klatki piersiowej — wskutek niedostatecznego przenikania powietrza do płuc (t. zw. hühnerbrust niemieckich, lub pigeon breast angielskich autorów). Naturalnie ze zmianami powyższemi idzie w parze upadek ogólnego odżywiania, upadek intelektualnych zdolności, skłonności do częstych procesów zapalnych na migdałkach, wreszcie, w przypadkach wyrosła adenoidalnych — głuchota, dająca się tłumaczyć albo mechanicznem zatkaniem otworu gardzielowego trąbki Eustachiusza, lub rozszerzeniem się na nie procesu nieżyłowego z sąsiednich części. Głuchota ta zwykle leczno-

ną bywa bezskutecznie przez dłuższy czas tam, gdzie operacja w krótkim czasie efekt pożądaný wywołać by mogła.

Oto są mniej więcej następstwa przerostu migdałków podniebiennych i gardzielowego. Widzimy, że są one poważnej bardzo natury. Objawy te potęgują się przy t. zw. wy-czekującej metodzie leczenia. Chorzy tacy często pozostawieni są w tym okresie, aż do dojrzałości płciowej—i wtedy być bardzo może, że migdałki 'przerosłe ulegną częściowemu zanikowi, lecz jakaż ztąd korzyść dla chorego. Następstwa cierpienia, jak to słusznie zauważa Semon, pozostaną w całej grozie: osobnik jest skończonym idiotą, nieużytecznym członkiem społeczeństwa jest on, powiedzmy prawdę, ofiarą nieszczęśliwą źle zrozumianego konserwatyzmu lekarskiego. Tak jest, gdyż nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w czasie właściwym uskuteczni ona operacja, uprzedziłaby lub zniszczyła w zarodku wyżej wymienione objawy. Zdaje się, że mija szczęśliwie ten czas, w którym pojęcie „operacja“ zawierało coś strasznego, coś, co dopiero po wyżyciu całego arsenału leków, po większej części bezużytecznych, zastosowaniem bywa. Dziś już i publika nasza zaczyna rozumieć potrzebę ową operacyjnego leczenia. Wprawdzie daleką jest ona pod tym względem od tej, jaką np. angielska przedstawia. Anglicy przy pierwszej zaraz wizycie najczęściej decydują się na operację, o której im powiedziano, że jest niezbędną. Ztąd taka kolosalna ilość wykonywanych w Anglii operacji, ztąd taka zadziwiająca zręczność angielskich laryngo-chirurgów w operowaniu. Naszą publikę uczyć trzeba jeszcze o ważności w swoim czasie wykonanej operacji, to zaś jest zadaniem ogólnych praktyków, lekarzy domowych. Potrzeba operacyjnej interwencji w naszej specjalności zaczyna znajdować coraz szersze zastosowanie. Dziś zdaje się racjonalny rhinolog nie będzie tracił czasu na pędzlowania roztworami saletrzanu srebra, lub szprycowania środków ściągających w przypadkach kolosalnie powiększonych muszli nosa (np. dolnych), lecz odrazu przystąpi do radykalnego usunięcia przerosłej części (najlepiej gorącą pętlą). Dziś nikt również nie będzie leczył pharyngitidem granulosam, lub lateratem pędzlowaniami jodem etc., lecz, zastosuje żegadło galwaniczne. Wreszcie najlepszym dowodem tego pożądanego zwrotu jest cała kwestyja chirurgicznego leczenia suchot krtańowych. O ile na tem zyskują chorzy, zbytecznym było-

by dodawać. Istnieje wprawdzie uzasadniona poniekąd obawa, byśmy w kierunku tym zbyt daleko się nie posunęli, byśmy z tenepeutycznego konserwatyzmu resp. nihilizmu — nie wpadli w drugą ostateczność t. j. nadużycie operacyjnego leczenia. Obawa ta jest słuszną. Już na nadużycie odnośnie do tonsillotomii zwrócił uwagę Carpenter <sup>1)</sup>. Nadużycia takie, zdaniem mojem, zdarzać się mogą w wyżej wspomnianem chirurgicznym leczeniu suchot krtaniowych, do którego więcej, niż gdziekolwiek bądź należy być należyście przygotowanym oraz odpowiednio wskazać jasno sobie postawić, by zamiast pożytku — chorym szkody nie przynieść.

Pozwoliwszy sobie na ten przydługi może odstęp, wracamy do naszego przedmiotu. Wypada nam obecnie rozebrać krytycznie wskazania, na zasadzie których mamy przystąpić do wycinania przerostych migdałków.

Operacja ta wskazaną jest w następujących przypadkach:

1) Gdy przerost migdałków jest przyczyną zaburzeń w akcie oddechania — mianowicie utrudnionego wdechu ze wszystkimi następstwami, o których wyżej mówiliśmy. Jest to jedno z najważniejszych wskazań.

2) Niemniej ważnym wskazaniem są stale powtarzające się sprawy zapalne na samych przerostych migdałkach (tonsillitis), jako też otaczających tkankach (peritonsillitis), lub częste zajęcie gruczołów limfatycznych szyi (adenitis colli). Naturalnie nie można absolutnie twierdzić, by przez wycięcie przerosłego migdałka sprawy zapalne powyższe zupełnie się nie zdarzały, natomiast nie ulega najmniejszej wątpliwości, że zdarzają się one wtedy rzadziej i są mniejszego natężenia. Sprawa błonicowa (dyfteryt) chętniej rozwija się na tle przerosłego migdałka (przyp. Simonen'a <sup>2)</sup>). I dla tego to wielu autorów (Behrens <sup>3)</sup>) radzi tonsillotomię, jako leczenie zapobiegawcze od tego cierpienia. Z drugiej jednak strony w obec już istniejącej epidemii dyfterytu z wycinaniem przerostych migdałków należy być bardzo ostrożnym, łatwo bowiem na świeżej ranie rozwinąć się może sprawa błonicowa. Zwłaszcza nie należy wykonywać operacji tej

1) Ref. w Int. Cent. f. Lar. 1889, str. 568.

2) Ref. w Int. Cent. f. Lar. 1889, str. 66.

3) loco citato.

tam, gdzie o zakażenie łatwo, a więc w szpitalach, lub domach, w których przypadki dyfterytu się wydarzały.

3) Wreszcie wycięcie migdałków wskazanem jest wszędzie tam, gdzie istnieje mniej lub więcej wyraźny cały komplet objawów, które powyżej, jako charakterystyczne dla tego cierpienia podałem, a więc wyraz twarzy idiotyczny, zaburzenia w mowie, głuchota etc.

4) W rzadkich przypadkach przerost migdałków (czasami nawet nieznaczny) może być powodem przykrych objawów nerwowych np. kaszlu gardlanego, na co zwrócił uwagę Heryng <sup>1)</sup>. W tych razach operacja również jest wskazaną. Prócz tego wskazanem jest wycięcie migdałków przy cierpieniach innej natury (nie zapalnej) — np. nowotworowej — przy uporczywym cierpieniu natury pasożytniczej np. mycosis leptothricia etc., nie wchodzi to jednak w zakres naszej pracy. Bardzo ważną kwestyją jest to, czy u śpiewaków, aktorów, adwokatów, księży, nauczycieli, w ogóle u tych, dla których głos jest niezbędnie potrzebny — należy wycinać przerosłe migdałki. Otóż wielu autorów, jak Saint Germain <sup>2)</sup>, Beschoner <sup>3)</sup> wreszcie Schech <sup>4)</sup>, do których i ja się zaliczam — radzi być bardzo ostrożnym i przystępować do tej operacji jedynie w ostateczności, gdyż zdarzyć się może, że po operacji następuje wcale niepożądana zmiana w głosie, o którą „comme de raison“, lekarza winić będą. Z drugiej jednak strony najzupełniej zgadzam się z Heryngiem <sup>5)</sup>, że przerost migdałka, lub migdałków u takich osób prowadzić może częstokroć do objawów szybkiego męczenia się głosu — bez chrypki — zmęczenia, które po pewnym czasie resp. odpoczynku ustępuje. Choćby tacy czują rodzaj zawady, odpowiadającej przy jednostronnym przeroście stronie dotkniętej.

Chciałbym na jeden jeszcze punkt zwrócić uwagę. Oto jak postępować w przypadkach, gdzie obok przerostu migdałków istnieją jednocześnie t. zw. wyrosła adenoidalne w jamie nosogardzielowej, co jak już miałem sposobność powiedzieć, zdarza się niesłychanie często. Niektórzy lekarze, jak to miałem sposobność widywać na zagranicz-

<sup>1)</sup> loco citato (kwas chromny etc. str. 540).

<sup>2)</sup> cytowany u Schecha.

<sup>3)</sup> i <sup>4)</sup> loco citato.

<sup>5)</sup> loco citato.

nych klinikach, postępują w ten sposób, że na jednym posiedzeniu pozbywają się obu cierpień — a więc po wycięciu jednego, lub najczęściej obu przerosłych migdałków, przystępują zaraz, nie zważając na płacz i opór ze strony dziecka, do usunięcia wyrosła adenoidalnych — najczęściej za pomocą skrobaczki. Taka procedura (Schech postępuje w tenże sposób, tylko pod narkozą) ma swoje strony dodatnie, przede wszystkim szybkość wykonania — wiadomo dobrze, jak trudno jest namówić dziecko do poddania się po raz wtóry operacji, która bądź co bądź do przyjemnych nie należy. Z tem wszystkim metoda ta nie znajduje zbyt licznych zwolenników. Ja również jestem zdania, by operacją tą podzielić na dwie części t. j. oddzielnie dokonać wycięcia przerosłych migdałków — oddzielnie zaś operować wyrosła adenoidalne. Sądzę bowiem, że jakkolwiek przy obu tych operacjach po większej części upływ krwi jest nieznaczny, zawsze jednak z nim liczyć się należy. Podwójna taka przytem operacja, zwłaszcza jeśli ją się chce dokładnie wykonać, to jest wszystkie wyrosła usunąć — jest niesłychanie dla chorych męcząca. Co się mnie tyczy, to w podobnych przypadkach zwykle operuję najprzód przerost migdałków, jeśli takowy jest znaczny, operacją zaś wyrosła adenoidalnych, które po większej części uskuteczniam pod chloroformem, odkładam na czas jakiś, w każdym razie nie zbyt odległy. Semon <sup>1)</sup> w razach tych postępuje w następujący sposób: jeśli istnieje zarówno znaczny przerost migdałków podniebiennych, jakoteż migdałka Luschki — usuwa w pierw pierwsze cierpienie. W przypadkach średniego stopnia przerostu migdałków, przy kolosalnych wyrosłach adenoidalnych, operuje przede wszystkim migdałki, jeśli takowe ulegają częstym sprawom zapalnym, a to z tego względu, że operacja wyrosła adenoidalnych (notabene mowa tu o pierwotnem zapatrywaniu się Semon, t. j. o operacji bez narkozy resp. w kilku posiedzeniach — w roku bowiem zeszyłym autor ten <sup>2)</sup> zmienił swój sposób zapatrywania się odnośnie do sposobu wykonania operacji tej, którą obecnie uskutecznia w pół narkozie na jednym posiedzeniu) mogła by być przerwana owemi sprawami zapalnymi na czas nieokreślony. Wreszcie tam, gdzie istnieją śre-

<sup>1)</sup> Inter. Centr. f. Lar. 1889, Nr. 6, str. 330.

dnio powiększone migdałki bez skłonności do procesów zapalnych — przy znacznym bardzo przeroście migdałka trzeciego (gardzielowego) Semon najpierw usuwa to ostatnie cierpienie na drodze operacyjnej.

Dotychczas mówiliśmy o wskazaniach do wykonania wycięcia przerosłych migdałków — istnieją i przeciwwskazania, do tego rękoczynu przedewszystkiem zaliczyć należy t. zw. haemophiliam — jakoteż w ogóle pewną skłonność do krwawień. Ostrożnym należy być przy przeroście lewego serca (resp. komórki). Dalej w tych, acz rzadkich przypadkach przerostu migdałków, gdzie główną częścią składową jest tkanka erektylna. Przypadek taki ogłasza Schech: u 11-letniej dziewczynki po zapędzłowaniu kokainą kolosalnie powiększonego migdałka — takowy zmniejszył się prawie do normy. W przypadkach tych właściwszem jest użycie ignipunktury lub galwanokaustyki. Wreszcie jako przeciwwskazanie należy uważać wykonywanie operacji wycięcia przerosłych migdałków podczas istniejącej epidemii szkarlatyny, lub dyfterytu — ze względu na możliwość zakażenia, o czem zresztą powyżej wzmiankowałem.

Jeżeli obecnie poglądy nasze, w pracy powyższej wyrażone, zechcemy raz jeszcze przytoczyć, to dadzą się one streścić w następujących punktach:

1) Leczenie konserwatywne przerostu migdałków nie prowadzi zazwyczaj do celu i jako takie może być zupełnie zaniechanem.

2) Środki chemiczne żrące, w średnich postaciach cierpienia, mogą być do pewnego stopnia z korzyścią stosowane zwłaszcza tam, gdzie dla jakichkolwiek powodów krwawego rękoczynu wykonać nie możemy, a galwanokaustyki zaś niemamy pod ręką.

3) W razach tych kwas trójchloroctowy ma wyższość nad innymi środkami, do tej grupy należącymi (kwas chromny etc.).

4) Żegadło galwaniczne w wielu razach, zwłaszcza u dorosłych, jest nieocenionem — najlepiej używać go pod postacią wkłowań ostrego kauteru, lub pętli.

5) Krwawe wycięcie migdałka przerosłego będzie zawsze najracjonalniejszą metodą leczniczą, zwłaszcza u dzieci — w ogóle zaś przy znacznego stopnia przerostach.

6) Tonsillotomia ma niezaprzeczoną wyższość nad ope-

racją wycięcia migdałka nożem. Najlepiej wykonywać ją za pomocą tonsillotomu Physick — Mackenzie'go.

7) Krwawienie groźniejsze podczas i po wykonaniu krwawego rękoczynu nie należą do zbyt częstych przy dokładnie wykonanej operacji. W każdym razie u dorosłych należy być bardzo ostrożnym z tą metodą.

8) Przerost migdałków wywiera mniej, lub więcej ujemny wpływ na stan całego organizmu, stąd niezbędność operacji w tem cierpieniu, stąd potrzeba jaknajrychlejszego wykonania takowej.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

203. P. MARIE. *De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique.* *Revue de médecine, Nr. 1, 1899.*

P. SPILLMAN et HAUSHALTER. *Contribution a l'étude de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante.* *Revue de médecine, Nr. 5, 1890.*

Wkrótce po wprowadzeniu do nauki przez P. Marie nowej formy chorobowej akromegalii \*) — ogłoszone zostały przez Erb'a, Fraentzel'a, Ewald'a, Saundby, odpowiednie przypadki tego cierpienia. Marie zwraca uwagę, że przypadki te nie należą do opisanej przez niego choroby. W myśl tego na zasadzie obserwowanego przez się w ostatnich czasach chorego, zupełnie podobnego do chorych Erb'a, Fraentzel'a i innych — autor usiłuje oddzielić te obserwacje od akromegalii i utworzyć z nich inny rodzaj pod nazwą — „osteo-arthropathie hypertrophiante pneumique“. Według własnej obserwacji autora w zestawieniu z innymi (razem 8 spostrzeżeń) cierpienie charakteryzuje się powiększeniem rąk i stóp, głównie ostatnich członków palców, rozszerzenie i nadmierne skrzywienie paznokci (doigts en bagnettes de tambour, doigts hyppocratiques), powiększenie objętości stawów, deformacja ich i utrudnienie ruchów, przerost niektórych kości, — nareszcie brak powiększenia szczęki dolnej, jej wysunięcia naprzód.

Ręce przedstawiają olbrzymie rozmiary, większe niż przy akromegalii, i przy tem są zdeformowane tak, że nazwać je można „łapami“. Największym zmianom podlegają palce, przytem ich ostatnie członki nabrzmiewają olbrzymio. Tym sposobem palce podobne są zupełnie do paleczek od bębna. Paznokcie są rozszerzone, wydłużone, — a głównie zakrzywione, i przedstawiają prątkowanie podłużne; są one skłonne do pęknięcia wzdłuż, a na brzegach są zabarwione wyraźnie różowo.

\*) Porównaj referat Kron. Lek. Nr. 1 r. 1890.



Co się tycze właściwie samej dłoni, to według autora zmian ona prawie nie przedstawia i wielkością nie różni się od dłoni normalnej. Obserwuje się tylko przerost główek osium metacarpi. Natomiast staw przedramieniowy jest silnie zgrubiały, rozszerzony w kierunku poprzecznym i przednio-tylnym, jest przytem znacznie zniekształcony.

Stopy przedstawiają zupełnie analogiczne zmiany zgrubiające są głównie palce, resp. ich ostatnie członki i staw gołeniowy. W ogóle stopa jest porażoną w mniejszym stopniu niż ręka.

W powiększeniu takim główny udział przyjmują kości; części zaś miękkie — bardzo mały i, według autora, ulegają one raczej rozciągnięciu przez powiększone kości, niż samemu przerostowi.

W niektórych obserwacjach widziano także słaby obrzęk rąk i nóg, w przypadku autora nie było nic podobnego.

Oprócz kości rąk i nóg grubieją także inne kości, głównie przedramienia i goleni. Zgrubienie głównie powstaje na końcach stawowych, w daloko mniejszym stopniu na djafizach. W niektórych przypadkach widziano takie zgrubienie obojczyka i łopatki; rozszerzenie i zgrubienie mostka, i końców stawowych żeber, tak że te ostatnie przedstawiały zupełny obraz różańca rachitycznego.

Rzuca się w oczy obserwowana kilka razy, — także przez autora — kyfoza w części grzbietowej dolnej i lędźwiowej; jednocześnie istnieje pewien stopień skoliozy. W skutek takich zmian klatka piersiowa jest zniekształconą i przedstawia się jak piramida trójkątna. Niekiedy na sternum skonstatować można stępienie.

Kości czaszki nie podlegają żadnym modyfikacyjom, również jak i szczęka dolna. Obserwowano natomiast zniekształcenie szczęki górnej w postaci zgrubienia wyrostka alweolarnego.

Nie tylko stawy gołeniowe i przedramienne ulegają zgrubieniu. To samo ma miejsce w stawach łokciowym i kolanowym, choć w mniejszym stopniu. Prawdopodobnie kyfoza jest także spowodowaną przez zmiany w stawach kręgowych. Wskutek zmian stawowych ruchy czynne i bierne są ograniczone — głównie w stawach gołeniowym i przedramiennym. Proces patologiczny w stawach oznajmia się także bólami dość silnemi.

Co się tycze innych narządów, to obserwowano kilka razy powiększenie nieznaczne nosa z rozszerzeniem i rozwojem na nim naczyń, zgrubienie i wydłużenie powiek i uszów. Na skórze widoczne są otwory gruczołów tłuszczowych, skóra powierzchni tylnej dłoni poci się nadmiernie. Widziano eczemę na nogach, żyłki w różnych miejscach ciała. Chory autora wyróżniał się swym nadmiernym apetytem, Fraentzel — opisał polydipsję. Mocz nie zawiera nic szczególnego. Czucie bez zmian. W przypadku autora istniało zmniejszenie ostrości wzroku. Odruchy kolanowe w dwóch przypadkach nie istniały, prawdopodobnie wskutek zniekształcenia stawu kolanowego.

Różniczkowe punkta cierpienia opisanego od akromegalii, zdaniem autora, są następujące:

Przy akromegalii powiększenie objętości dotyczy całej ręki, palców dłoni, przyczem paznokcie nie przedstawiają zmian charakterystycznych dla osteo-artropatii. Stawy przy akromegalii nie ulegają szczególnemu i wybitnemu zgrubieniu, jeśli są one zwiększone, to wskutek powiększenia objętości całej kończyny. Przy akromegalii przerost rozwija się jednakowo w kościach i tkankach miękkich, kyfoza zawsze w części szyjowej i grzbietowej górnej, obserwuje się zawsze przerost obrzymi szczęki dolnej.

W kilku przypadkach przed rozwojem cierpienia kości i stawów trwały długo różnorodne cierpienia płucne. Autor uważa je za przyczynę choroby i na osteo-artropatię patrzy, jako na cierpienie wtórne. Według Marie wejście do organizmu produktów rozpadu i fermentacji wydzieliny płucnej wywiera wpływ elektryczny na pewne kości i stawy i stąd sprowadza ich przerost.

Spillman i Haushalter, opisując nowy przypadek osteo-artropatii, zgadzają się z Marie na oddzielenie monograficzne tej formy od akromegalii. Co do patogenezy cierpienia, wyprowadzanej przez Marie, autorowie zwracają uwagę, że w ich przypadku cierpienia płucnego zupełnie nie było, tak że pochodzenie płucne osteo-artropatii jest nader wątpliwe. Zanotować należy, że w przypadku Spillman'a i Haushalter'a choroba rozwinięła się bez przyczyny w przeciągu kilku miesięcy. Zwraca uwagę suchość skóry i zmniejszenie objętości mięśniowej w przypadku autorów,

Dziedzicznych wpływów w obserwacjach nie można było zauważyć. Choroba rozwija się zwykle w wieku dojrzałym bez powodów. Patogenia, etiologia pozostają do tego czasu ciemne.

(O ile sądzić można z przedstawionych historyj chorób, wątpliwą jest nader rzeczą, czy osteo-artropatia przerostowa stanowi oddzielną nozograficzną formę. Różniczkowe oznaki, przedstawione przez Marie, są bardzo niewielkiej wagi: okazuje się, że nowo wprowadzane cierpienie posiada te same objawy, co i akromegalia, i różni się od niej tylko ilościowo, a nie jakościowo. Rysunki odpowiednie również różnicy szczególnej nie wykazują. Prawdopodobnie spostrzeżenia Marie i Spillman'a zaliczone do osteo-artropatii w zestawieniu z obserwacjami Erb'a, Fraentzel'a i innych, zaliczonymi przez tychże autorów do akromegalii, przedstawiają tylko modyfikacje jednego typu chorobowego. Przyp. sprawoz.).

*E. Biernacki.*

204. Prof. RAYMOND. **Recherches expérimentales sur la pathogénie des atrophies musculaires consecutives aux arthrites traumatiques.** *Revue de médecine, Nr. 5, 1890.*

Przy cierpieniach stawów dość często rozwija się zanik mięśni przylegających lub nawet mniej lub więcej oddalonych. Przyczyna takich zaników trudną była do objaśnienia: według jednych gra tu rolę długotrwała nieruchomość stawu, według innych znowu zapalenie nerwu, lub mięśni. Charcot, zwracając uwagę, że zanik mięśniowy przy cierpieniach stawów ogranicza się zwykle do rozginaczy, że wielkość tego zaniku nie znaj-

duje się w związku z natężeniem cierpienia stawowego, uważa za przyczynę atrofii mięśniowej odruchowe oddziaływanie na ośrodki troficzne rdzenia, wskutek podrażnienia stawu. Lecz w tym razie mamy tylko zaburzenia czysto dynamiczne w szarej substancji rdzenia.

Autor zamierzył rozwiązać pytanie drogą doświadczalną i wywoływał zapalenie stawu kolanowego u psów przez przyżeganie powierzchni końców stawowych i następnie wstrzykiwanie rozczynu lapisu lub olejku terpentynowego do stawu. Mimo ostrożności antyseptycznych rozwijało się zawsze zapalenie ropne.

Natychmiast po zadanej traumie rozwija się porażenie kończyny, trwające od pół do 5—6 godzin. Porażenie to nie znajduje się w związku z siłą i rozmiarem traumy, nie jest także zależnym, o ile się zdaje, od sprawionego bólu. Dnia drugiego lub trzeciego odruchy ścięgnowe na kończynie chorej nasilają się dosyć znacznie, a dnia 3 lub 7 zwiększają się nader wyraźnie i odruchy skórne. Drażnienie w tym czasie ośrodków psychomotornych dla kończyny uszkodzonej wywołuje w niej ruchy konwulsyjne już przy takiej sile prądu, która nie zdolna jest wywołać ruchu przy podrażnieniu ośrodków ruchowych dla kończyny zdrowej. Rozwija się jednocześnie nadczułość nie tylko w okolicy stawu cierpiącego, ale i w całej kończynie, — nareszcie zwiększenie znaczne pobudliwości mechanicznej i faryadycznej mięśni, ulegających zanikowi. Zanik mięśniowy jest najważniejszym objawem. Zjawia się on mniej więcej już dnia 4-go po traumatyzmie, rozwija się najpierw i w najsilniejszym stopniu w m. quadriceps, następnie w extensores cruris, w mięśniach goleniowych. M. quadriceps po 3 tygodniowym trwaniu zapalenia stawu traci więcej niż 15% na wadze. Badanie mikroskopowe wykazało, że zanik rozwija się głównie w tkance międzyfibrillarnej mięśnia. Makro — i mikroskopowo rdzeń i nerwy kończyny nie przedstawiają zmian żadnych.

Ciekawą jest rzeczą, że jeżeli poprzednio przecięć korzenie tylne 3—5 pary nerwów lędźwiowych i 1—3 krzyżowych i następnie wywołać zapalenie stawu, to zanik nie rozwija się. W przypadku, gdy korzenie przecięto po jednej stronie, a zapalenie stawu wywołano po obu, zanik mięśni zjawiał się tylko na stronie z całymi nerwami.

Po przecięciu połowy rdzenia, resp. pęczków bocznych, zanik mięśniowy przy cierpieniu stawu rozwija się nader szybko i jeśli oba stawy były dotknięte zapaleniem, to po stronie, gdzie zostały pęczki boczne przecięte, zanik rozwija się daleko szybciej i w stopniu wyższym, niż po stronie przeciwnej. Również szybko powstaje zanik u zwierząt nowonarodzonych, gdzie pęczki boczne jeszcze nie istnieją.

Autor wnioskuje, że fakty otrzymane — głównie całość pni nerwowych, jako warunek zaniku — potwierdzają teorię o odruchowym powstawaniu atrofii mięśniowej przy cierpieniu stawów. Że przy wykluczeniu wpływu mózgowego (przecięcie pęczków bocznych lub połowy rdzenia) zanik rozwija się szyb-

ciej, zależy prawdopodobnie od tego, że pewne części ośrodków psychomotornych wywierają wpływ regulujący na działalność ośrodków troficznych, t. j. przednich rogów substancji szarej, w rdzeniu. Zmiany zaś w centrach troficznych są czysto dynamiczne.

*E. Biernacki.*

205. Prof. SEELIGMÜLLER. **Nowe prace nad Symptomatologią, Patogenezą i leczeniem choroby Basedowa** (*Neuere Arbeiten über Symptomatologie und Therapie des Morbus Basedown Deut. Med. Woch. 22*).

Już w roku 1883 Charcot zwrócił uwagę na niektóre nieznane dotąd objawy przy chorobie Basedowa, mianowicie na drżenie i na zmniejszenie w skórze oporów dla strumieni elektrycznych.

Drżenie od tego czasu zaznaczano kilkakrotnie jako objaw występujący dość często, niekiedy jako zjawisko początkowe, Lewin widział je 13 razy na 27 przypadków. U jednego z chorych drżenie i jękanie wystąpiło wskutek przestraszenia w 9 roku życia, powoli zaczął się wyłaniać obraz choroby Basedowa, który w 17 roku stał się już całkowitym.

Co się tyczy drugiego objawu to nie jest on patognomicznym i zależy zapewne od przesylenia skóry wilgocią wskutek wzmożonej perspiratio insensibilis; wzmożone wydzielanie potu przy morbus B. zauważono już dawniej.

Z innych nowych objawów zwracano uwagę na wzniesienia ciepłoty; zdarza się to w przypadkach ciężkich i daje złe rokowanie.

Jako powikłanie zaznaczają Oliver, Eulenburg padaczkę. Dalej zwracają uwagę na pewien stosunek do cukrzycy i wjadu rdzeniowego. Balet podaje występowanie Ophtalmoplegia externa, Moebius—insufficiencia convergentiae, Jendrassik: polyencephalomyelitis.

Zjawianie się objawów hysterycznych przy chorobie Basedowa znanem jest oddawna. Hysterja uważana jest tu za wtórną, wywoływaną przez b. ciężkie i niepokojące dolegliwości, jakie sprawia omawiana choroba. To samo można powiedzieć o wysokich stopniach neurastenji.

Jako „formes frustes“ opisuje Charcot takie przypadki, gdzie choroba Basedowa nie rozwinęła się w całości, gdzie obok tachykardji i drżenia istnieć może albo wole albo tylko zmniejszenie się oporów na prąd elektryczny w skórze

Co się tyczy nowszych poglądów na patogenezę choroby Basedowa, to o dawniej przyjmowanym udziale części szjowej spłotu współczulnego zaledwie że się jeszcze wspomina; autorowie skłaniają się do przyjęcia za punkt wyjścia choroby 1) rdzenia przedłużonego albo 2) gruczołu tarczowego.

Za podstawę hipotezie opuszkowego pochodzenia choroby Basedowa służą zawsze jeszcze tylko dawne doświadczenia Filehne, według których po zniszczeniu corpora restiformia następuje zwiększenie szybkości czynności serca, niekiedy z równoczesnym exophthalmus, a raz nawet z wolem. Durduffi powtórzył to doświadczenie z wynikiem dodatnim a nawet jeszcze

ściślej określił miejsce przecięcia rdzenia (*Tuber acusticum*). Niektóre kliniczne fakty (porażenia nerwów ocznych i innych opuszkowych przy M. B.) i dane autoptyczne (wylewy małe na dnie 4-ej komórki) zdają się przemawiać za tą hipotezą.

Autorem poglądu szukającego przyczyny choroby Basedowa w pierwotnem cierpieniu gruczołu tarczowego jest Moebius; stawia on omawiane cierpienie w jednym szeregu z *Myxödema* i *Cachexia strumipriva* i czyni ją zależną od jakiegoś hipotetycznego jadu wytwarzającego się w chorym gruczole tarczowym. Hipotezę tę zwalcza Eulenburg, który na podstawie doświadczeń Munka odmawia w ogóle gruczolowi tarczowemu znaczenia jakie mu przypisywano.

Za to Gauthier, opierając się na spostrzeżeniach, że objawy choroby często ustają zupełnie po przedsięwzięciu pewnych zabiegów chirurgicznych na gruczole tarczowym, radzi nawet nazywać omawiane cierpienie: *Cachexie thyroïdienne*. Jewsejenka spostrzegł objawy morb. Basedowa u zwierząt: u psa i konia.

W leczeniu omawianej choroby nie zrobiono w ostatnim czasie istotnego postępu. Obok elektroterapii i leczenia wodą zimną zalecano Naheim i leczenie mechaniczne przyrządami Zander'a.

Vigoureux poleca strumień przerywany w sposób następujący: szeroka dodatnia elektroda na kark, mała (1 kw. ctm) z początku na tak zw. punkt n. współczulnego z obu stron przez 1½ minuty, później na *M. orbicularis palpebrarum*, powieki i okolicę oka; następnie nieco większą elektrodę na jugulum, gruczoł tarczowy, okolicę serca. Posiedzenie co drugi dzień; trwanie 10—12 minut; trwanie leczenia przez tygodnie i miesiące. Buequoy zaleca stofantus. Niektórzy widzieli poprawę w klimacie górskim. Cięża wywołuje dodatni wpływ na objawy choroby Basedowa.

O. Hewelke.

206. Dr. GAUTHIER. **Du goître exophtalmique considéré au point de vue de sa nature et de ses causes.** *Revue de Médecine*, 1890, Nr. 5.

Rozbierając krytycznie teorię nerwową o genezie choroby Basedow'a, — autor przychodzi do wniosku, że przyczyną tego cierpienia należy szukać w ośrodkach nerwowych, i umiejscowienie choroby stanowi okolica rdzenia przedłużonego i mostu Varol'a (*région bulbo — protuberantielle*). Stan podrażnienia tych ośrodków sprowadza zaburzenia fizjologiczne drogą nerwu błędnego i nerwów rozszerzających naczynia.

Do sprowadzenia takiego rozdrażnienia koniecznem jest usposobienie neurasteniczne lub reumatyczne. To ostatnie według obserwacji autora ma miejsce w 30% przypadków. Wzruszenia moralne stanowią przyczynę choroby; po nich pierwsze miejsce zajmują zaburzenia czynności płciowych. Umiejscowienie choroby Basedow'a w okolicy rdzenia przedłużonego i mostu pozwala objaśnić wiele objawów wspólnych z cukromoczem pochodzenia nerwowego, mianowicie wspólne przyczyny (zmarwienie, nadmiar pracy umysłowej) usposobienie (artrytyzm),

jednakowe zaburzenia odruchów, bulimie, biegunkę, uczucie gorąca i t. d. Umiejscowienie pozwala także według autora postawić chorobę Basedowa w szereg ogólnych nerwic obok płasawicy.

Autor obserwował bardzo dobre rezultaty po użyciu antypiryny: w dwóch przypadkach, gdzie nic nie pomagało, środek ten okazał się dobroczynnym. Z innych środków G. najczęściej chwali bromek potasu.

E. Biernacki.

207. Dr. KABIERSKE. **Nowa metoda opukiwania.** *Eine neue Percussionsmethode und deren Bedeutung für die Lungenspitzen und Herzpercussion (Therapeutische Monatshefte März 1890).*

Po wstępnej notatce historycznej o lekarzach, którzy posługiwali się opukiwaniem bezpośrednim, jak Auenbrugger (1761), Corvisart (1808) oraz o zwolennikach pośredniej (indirecte) perkussji, jak Piorry, Wintrich, za którymi poszli Skoda, Laennec, Williams, Gerhardt i in., autor przystępuje do opisu wynalezionego przez siebie przyrządu, któremu nadaje nazwę „percussor“ i który według niego, ma znacznie ułatwić opukiwanie bezpośrednie, zdaniem K., niesłusznie zarzucone. Przyrząd ten ma postać kamertonu, trzonek oraz widełki są z cienkiej blachy stalowej niklowanej; trzonek wchodzi w rękojeść walcowatą, składającą się z dwóch szerokich krążków pokrytych gumą. Obie odnogi widełek (Gabelblätter) w przedniej zaokrąglonej części są szersze; każda z nich posiada w tej części haczykowate zakończenie i również obciążenieta jest gumą. Długość przyrządu wynosi 11 cm., długość widełek 7 cm., wysokość ich  $\frac{1}{2}$  cm., w przedniej części 1 cm., odległość między widełkami 5 cm., długość rękojeści 4 cm., średnica krążków  $1\frac{1}{4}$  cm. Opukiwanie odbywa się wyższym brzegiem widełek. Ksiuk i palec wskazujący prawej ręki chwytają wałeczek rękojeści w ten sposób, że pierwszy spoczywa na wałeczku, drugi zaś przed wałeczkiem i u spodu, tak iż przyrząd zostaje w położeniu prostopadłem do wskazującego palca. Przez obracanie rękojeści przyrząd unosi się opuszcza i stosownie do prędkości obrotu z mniejszą lub większą siłą. Można przeto opukiwać, wykonywając ruchy tylko ksiukiem i wskazicielem.

Omawiana metoda nie wymaga jednoczesnego użycia rąk i niewygodnej nieraz pozycji ani dwóch instrumentów, nadto nie naraża lekarza na konieczność dotykania ręką ciała chorego, niepożądaną zwłaszcza w chorobach zakaźnych (według Mattei laseczniki gruźlice, napotykają się w pocie u suchotników). Prócz tego metoda ta ma dawać wyniki dokładniejsze od dotychczasowych, ponieważ za pomocą perkussora mniejsze oddziały mogą być zbadane niż z pomocą zwykłych sposobów. Porównyując wielkość powierzchni wstrząsanej plessymetrem (18,44 mm.) z powierzchnią ciała ulegającą wstrząśnieniu przy uderzaniu haczykowatemi wyrostkami perkussora (3,4 mm.), przekonamy się, że ta ostatnia jest 66 razy mniejszą. Okoliczność ta jest szczególnie ważną przy badaniu wierzchołków płuc, które najczęściej bywają miejscem usadowienia się jadu gruźliczego. Kobiarske dowodzi, że w tych właśnie okresach,

gdzie ani stetoskop nie może wykryć żadnych zmian chorobliwych, ani mikroskop laseczników gruzliczych, istnieją stłumienia w szczytach, niedostrzegalne przy zwyczajnem opukiwaniu, a odpowiadające rozpoczynającym się zmianom w wierzchołkach płuc (peribronchitis, przekrwienie, infiltracya tkanek etc.). Otóż na mocy własnych spostrzeżeń nad obszernym materiałem szpitalnym, przeważnie kobiecym, autor nie waha się twierdzić, że takie stępienia wierzchołków dają się wykryć bez wielkiego trudu za pomocą perkossora, nawołuje przeto do dalszych prób na tem polu.

Z całej litanii zalet przypisywanych przez autora omawianemu przyrządowi zasługuje jeszcze na uwagę szczególnie akcentowana przezeń możność posilkowania się uczuciem dotyku przy opukiwaniu. Drgania przechodzące przez sprężyste części przyrządu mogą być doskonale zauważone, zwłaszcza gdy przyrząd zostanie użyty w odwrotnym kierunku to jest gdy uderzać będziemy powolnie dwoma krążkami rękojeści. Palec wskazujący spoczywa wtedy na miejscu rozchodzenia się widełek. Zastosowanie perkussora do palpoperkussyi uważa autor za nader ważne przy opukiwaniu serca i oznaczaniu rozmiarów takowego w stanie normalnym. W badaniach swoich na 68-u osobach dokonanych otrzymał on całkiem nowe dane co do oznaczania rozmiarów normalnego serca za pomocą perkussyi. Nie będziemy tu wyliczali takowych, tembardziej, iż sam autor przyznaje, że ilość zbadanych osób nie jest dostateczną do rozwiązania tak ważnej kwestyi. Zaznaczymy tylko, że według opisanej przez autora figury, stłumienie serca w kierunku do góry i naprawo zajmuje większą przestrzeń niż dotąd ogólnie mniemano. Pozorną tę sprzeczność tłumaczy on tem, że jesteśmy przyzwyczajeni wyobrażać sobie rozmiary serca podług ścisłych badań anatomicznych i oględzin, zapominamy zaś o tem, że serce jest wydrążonym mięśniem (Hohl-muskel), w którym za życia płynie krew i który znacznie się rozszerza przy każdym rozkurczu (Diastole). Z obliczeń Volk-manna i Vierordta, co do ilości krwi wpędzanej do aorty przy każdym skurczu, można wnosić, że serce przed systole zawiera około 375 g. a więc jest znacznie większe niż powszechnie przypuszczają. Fakt ten stwierdzają badania autora. W końcu zauważymy, że sposób opukiwania serca zalecany przez Kobierskiego jest wręcz przeciwny zwyczajnemu. Zwykle opukuje się lekko w celu oznaczenia absolutnego stępienia serca, natomiast mocno w celu odgraniczenia względnego stłumienia, autor zaś w pierwszym razie perkutuje mocno, w ostatnim lekko, albo lepiej posługując się palpoperkussyją.

Autor wypróbował swą metodę starannie, wyłączając wszelkie źródła pomyłki, opukiwał z zamkniętymi oczami, z zatkanymi uszami; pomimo to wyniki jego poszukiwań co do wielkości serca zostały niezmiennie.

Jeżeli powyższe badania zostaną stwierdzone przez innych autorów, to opisana metoda będzie ważnym krokiem naprzód w dyjagnostyce chorób płuc i serca.

*B. Polikier.*

208. Dr. A. B. MARFAN. **Badania nad sposobem A. Günz-  
burga oznaczania sprawności soku żołądkowego bez użycia zgłę-  
bnika.** (*Arch. Gén. de Méd.* 1890).

Badanie soku żołądkowego w chorobach tego organu sta-  
ło się dziś nieodzowną potrzebą i, trzeba przyznać, ścisłość ba-  
dania w krótkim stosunkowo czasie dosięgła możliwych granic.  
Badanie to pozwala nam dojść do rozpoznania choroby drogą  
badania obiektywnego, nie zwracając często uwagi na subje-  
ktywne, nieraz zwodnicze, opowiadania chorego.

Sposoby badania treści żołądkowej są rozmaite, wszystkie  
jednak wymagają wprowadzania zgłębnika, co połączone jest  
nieraz z wielkimi przykrościami zarówno dla chorego jak i  
dla lekarza; zresztą są, jak wiadomo, przypadki, kiedy wpro-  
wadzanie zgłębnika jest przeciwwskazane, w takich przypadkach  
zrzec się prawie musimy badania treści, boć przecież wydoby-  
wanie płynu żołądkowego przy pomocy polykanych gąbeczek  
ściśłem nazwać się nie może. Dla tego też A. Günzburg zapro-  
ponował w r. z. inny sposób badania sprawności trawienia. Za-  
sadą jego metody jest podanie w rozpuszczalnej w soku żo-  
łądkowym otoczce takiego ciała, które po rozpuszczeniu się o-  
toczki i wessaniu z łatwością mogłoby być odkryte w wydzie-  
linach. Ciałem takim jest według G., jodek potasu.

W tym celu 0,2—0,3 grm. KJ. urabia się z gummą arab-  
ską na pigułkę, pigułkę wkłada się w rurkę kauczukową do-  
brze wulkanizowaną, ale delikatną, brzegi zakręca się i zawią-  
zuje poprzednio przygotowanymi nićmi z włóknika, przechowy-  
wanymi w alkoholu. Tak przyrządzone pakieciki przechowują  
się w glicerynie; co 8 dni należy wyjmować je z płynu obsu-  
szyć i wkładać do świeżej gliceryny. Przed użyciem obsusza  
my je dokładnie i wkładamy do kapsułki żelatynowej. Dla do-  
świadczenia po upływie godziny od chwili podania choremu  
próbnego śniadania (według Ewalda 35 grm. bułki i 300 ctm.  
wody lub nieocukrzoney lekkiej herbaty, według autora 1 jajko,  
100 grm. chleba i szklanke wody) podajemy mu kapsułkę i co  
5 minut szukamy w ślinie jodu. Za pomocą znanej powszechnie  
metody t. j. maczając w ślinie papierki napojone roztworem  
krochmalu i zwilżając je dymiącym kwasem azotowym lub jak  
radzi autor w sposób następujący: przed chorym stawiamy sze-  
reg naczyń, w które ten ostatni spuwa kolejno co 5 minut,  
na każdym naczyniu jest oznaczony czas (np. w pół do ósmej,  
8 min. 35 i t. d.). Dla wykrycia jodu wlewamy do każdego  
naczynia pewną ilość krochmalu z wodą, mieszamy, dodaje-  
my kilka kropel kwasu azotowego dymiącego i otrzymujemy  
zabarwienie od jodu z początku różowawe, następnie niebie-  
skie. Wytłomaczymy zachodzące tu zjawiska. Skoro kapsułka  
żelatynowa dostanie się do żołądka w chwili, kiedy trawienie  
jest u szczytu, rozpuszcza się i odsłania zawartą w niej kapsuł-  
kę gumową, ta ostatnia jest, jak powiedzieliśmy, związaną ni-  
cią włóknika, który wystawiony na działanie soku żołądkowe-  
go powoli ulega strawieniu, szybkość z jaką to następuje za-  
leżną jest, jak to łatwo zrozumieć od siły trawiącej soku, resp.



od zawartości HCl. Zwykle trzeba na to godziny czasu. Skoro nie zostanie strawioną otwierają się końce rurki, zawierającej jodek potasu, który się rozpuszcza i zostaje wchłonięty, czas na to potrzebny w porównaniu z czasem potrzebnym do strawienia włóknika jest nieznaczny. Na tem nie koniec, aby wiedzieć absolutną szybkość trawienia należy zbadać jeszcze szybkość wchłaniania, i czas na to potrzebny odjąć od czasu otrzymanego w poprzednim badaniu; postępujemy tu według znanej metody t. j. podajemy choremu KJ w kapsulce żelatynowej i następnie szukamy jodu w ślinie.

Według doświadczeń autora u ludzi zdrowych stale otrzymujemy już po 1 godzinie i 15 minutach od chwili przyjęcia kapsułki z fibriną wyraźny odczyn na jod w ślinie, ten stale określony czas pojawiania się odczynu u ludzi zdrowych mówi na korzyść ścisłości danej metody. Badając u chorych sok żołądkowy i siłę trawienia przy pomocy metod powszechnie używanych i metody Günzburga autor doszedł do tych samych wniosków. Pomijamy przytoczone cyfry, otrzymane przy badaniu rozmaitych stanów chorobowych, gdyż zgadzają się z podanymi dawniej przez innych autorów, zaznaczyć tu jednak musimy, iż przy zawartości 3<sup>o</sup>/<sub>100</sub> kwasu solnego w soku żołądkowym odczyn w ślinie zjawiał się po upływie  $\frac{3}{4}$  godz., przy zawartości 2,5<sup>o</sup>/<sub>100</sub> — po godzinie, przy — 2<sup>o</sup>/<sub>100</sub> po 1 $\frac{1}{4}$  godz., przy 1,5<sup>o</sup>/<sub>100</sub> po 1 $\frac{3}{4}$  godziny, przy mniej, jaki 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub> po 2-ch i więcej godzinach.

Autor badał za pomocą tej metody 60 chorych.

Widzimy więc, że bez pomocy zgłębnika możemy zbadać siłę trawienia, aby jednak nie popełnić błędu należy pilną zwracać uwagę, czy chory nie używał przedtem jodku potasu jako leku i czy nie podawano mu dwuwęglanu sodu, co, jak się autor przekonał, wpływa znacznie na opóźnienie zjawienia się odczynu. Metodzie Günzburga można by zarzucić: 1) iż wprowadzamy do ustroju ciała obce (rurkę kauczukową) mogące wywołać zaburzenia, autor jednak nigdy nie widział z tego powodu żadnych zaburzeń i 2) iż w niektórych przypadkach kapsułka może przejść przez cały przewód pokarmowy nie zatrzymując się, Günzburg jednak tę ostatnią wątpliwość usunął przez odpowiednie doświadczenia, a zresztą zawsze możemy w razie wątpliwości powtórzyć doświadczenie.

Nakoniec autor radzi nie badać dłużej śliny niż w ciągu 3-ch godz., gdyby się bowiem do tego czasu nie pojawił odczyn, mamy napewno do czynienia z bardzo wydatnie zmniejszoną sprawnością soku żołądkowego.

Widzimy z poprzedzającego, iż nowa ta metoda aczkolwiek bardzo ścisłą być nie może, dla badań klinicznych stanowi cenny nabytek.

*Józef Zawadzki.*

209. Dr. L. WOLFF. Beiträge zur Kenntniss der Einwirkung verschiedener Genuss — und Arzneimittel auf den menschlichen Magensaft. *Zeitschrift für Klin. Med.* 1889. Bd XVI, Heft 3, und. 4.

Celem autora było zbadanie wpływu różnych substancyj

i środków na trawienie w żołądku ludzkim; względnie na wydzielanie kwasu solnego i wytwarzanie peptonu. Przy doświadczeniach autor określał z początku obecność kwasu solnego za pomocą zwykłych odczynników i kwasotę ogólną za pomocą  $\frac{1}{5}$  normalnego roztworu amoniaku w godzinę po daniu zwykle go Ewald'owskiego próbnego śniadania (bulka 35 grm. i  $\frac{1}{3}$  litra wody lub herbaty); zwracano uwagę także na siłę trawienia, obecność białka lub peptonu.

Doświadczenia robione były na osobnikach przeważnie 40—50 letnich, zupełnie zdrowych, nie przedstawiających ani subiektywnych, ani obiektywnych oznak zaburzeń trawienia. Po poznaniu normalnych własności i siły trawienia badał autor sok żołądkowy przy tych samych warunkach po podaniu różnych substancji i środków. Rezultaty pracy po większej części potwierdzają znane przedtem fakta, niekiedy rzucają nowe światło i odkrywają nieznanne własności pewnych środków.

Okazuje się, że wyskok, przyjęty w postaci cognac'u w dawkach nieznacznych (20 ctm<sup>3</sup>) wywiera wpływ pobudzający na kwasotę, resp. wydzielanie kwasu solnego; w większych zaś łatwo zmniejsza kwasotę, a nawet tworzenie się peptonu. Po dłuższym użyciu wyskoku autor obserwował znany już fakt, że zwyczajny pokarm słabo działa na błonę śluzową żołądka. Podobnie zupełnie własności posiada kofeina; autor zwraca uwagę, że 20 ctgrm. kofeiny, wpływając upośledzająco na kwasotę, znajduje się nieraz w kawie, używanej przez wielu ludzi po obiedzie. Nikotyna w dawce 1 mgrm. zwiększała kwasotę soku; lecz gdy ilość była przyjmowaną przez dni kilka, to kwasota spadała bardzo znacznie, — a nawet kwasu solnego nie można było wykryć zupełnie; również małe ilości peptonu można było wykazać.

Z gorzkich środków głównie badany był wpływ strychniny i nastoju kory kondurango. Ta ostatnia u osób z brakiem kwasu solnego w soku żołądkowym nie wywoływała zupełnie wydzielania tego kwasu; można było jednakże skonstatować w kilku przypadkach wydzielanie pepsyny tam, gdzie jej przedtem nie było. Natomiast saletrzan strychniny w przypadkach zmniejszonej sekrecji HCl silnie pobudzał funkcję gruczołów żołądkowych: ogólna kwasota podniosła się znacznie przy bardzo wyraźnym odczynie na kwas solny, a znikaniu kwasu mlecznego.

Dość znaczne ilości soli kuchennej (około 4—5 grm.) wywoływały znaczne zmniejszenie kwasoty soku żołądkowego, — osłabienie peptonizacji i przy braku HCl, — nie ukazywał się on po daniu soli, — a przy istnieniu, — zmniejszała się nawet znacznie jego ilość; zgadza się to z danymi, otrzymanymi przedtem przez Reichmann'a. Kwas solny, podawany w ilości 25 kropli po jedzeniu nie sprowadził w żadnym przypadku pobudzającego wpływu na wydzielanie HCl w żołądku; jednakże u niektórych osobników z upośledzoną peptonizacją niewątpliwie polepszał ją wyraźnie.

W streszczonym artykule znajdujemy sumiennie i dokła-

dnie zebraną literaturę przedmiotu, co stanowi główną wartość pracy autora.

*E. Biernacki.*

210. Prof. E. STADELMANN z Dorpatu. **Wpływ alkaliu na przemianę materii w organizmie.** (*Wiener medicinische Blätter* 1 Maja r. 90. *Medicin. Neuigkeiten* Nr. 20 r. 90).

Na dziewiątym zjeździe lekarzy w Wiedniu prof. St. przedstawił rezultaty wspólnych badań swych uczniów (Burchard, Klemptner, Beckmann, Hagentorn) przedsięwziętych na samych sobie, a dotyczących się wpływu alkaliu, używanych w wielkich dawkach i w ciągu dłuższego czasu na organizm człowieka, doprowadzony przedtem do równowagi w wydzielaniu azotu.

Badania rozpoczęte zostały od nieorganicznych związków sodu, specjalnie węglanu i dwuwęglanu sodu, a następnie eksperymentatorzy przeszli do związków organicznych, zatrzymując się przeważnie nad cytrynianem sodu.

Jak wiadomo, ostatni ten związek, przechodząc przez organizm, wydziela się w moczu pod postacią węglanu sodu; w żołądku się nie zmienia jak ma to miejsce z sodą, która neutralizując wolny kwas solny, upośledza trawienie.

Przy wewnętrznym użyciu alkaliu (specjalnie cytrynianu sodu) wypróżnienia zwykle się pomnażają; ilość kwasu moczowego i amonijaku zmniejsza się w moczu, odpowiednio przyjętej dozie; nigdy jednak, powiększając dawkę środka, nie można usunąć ich z moczu zupełnie. Moczownik różnych osobników różnie się zachowywał; u jednego z eksperymentujących na sobie wachania wynosiły  $+ - 11,0$  gr. na dobę; u drugiego w początku wystąpiło zmniejszenie ilości moczownika, następnie powiększenie, wreszcie zaczął wydzielać się moczownik nieprawidłowo, wachając się  $+ - 13,0$  gr. na dobę. W obu przypadkach średnia ilość moczownika odpowiadała normalnej jego ilości u zdrowego człowieka.

W kale ilość wydzielonego azotu powiększyła się w dwójnasób przy płynnych wypróżnieniach 1,4% ilości kału (normalnie 0,7). Moczopędne działanie alkaliu występowało to w większym, to w mniejszym stopniu. Utlenianie tłuszczu jak z przyjętego z pokarmami tak też i tłuszczu organizmu występowało widocznie. Ilość związków wapnia i magnezyi nie ulegała zmianie w moczu, natomiast kwas fosforowy i siarczany się zmniejszały.

Z doświadczeń tych możemy dojść do przekonania, że wprowadzenie alkaliu do ustroju człowieka nie zmniejsza ilości nieorganicznych kwasów organizmu; przeciwnie rzecz się ma z wprowadzeniem kwasów, które stale zmniejszają alkaliczność krwi.

Węglan sodu dużo gorzej znosi się od cytrynianu sodu i trudniej się przyswaja; do moczu mniej przechodzi sodu przy użyciu węglanu jak cytrynianu; jednakże bezwzględna ilość przyswajanego cytrynianu sodu nie może być określoną, z powodu własności wprowadzenia z sobą NaCl i KCl wydzielanej z moczu sody (u eksperymentujących po dwóch dawkach cytry-

nianu sodu znajdowano więcej sodu w moczu, jak zawierała go sól podana).

Różnice w assimilacji węglanu i cytrynianu sodu wskazują na to, że cytrynian sodu dopiero we krwi w węglan przechodzi, a nie w kiszkiach, jak to Buchheim przyjmuje. Otrzymany we krwi węglan sodu w części łączy się z białkiem organizmu w części wydziela się z moczem; odciągając od tkanek NaCl i KCl, że we krwi czasowo znajduje się nadmiar węglanu sodu wskazuje fakt wydzielenia się w moczu w ciągu dni kilku, po zaprzestaniu użycia cytrynianu sodu do środka, nadmiaru węglanu sodu.

Zaburzenia w trawieniu przy użyciu cytrynianu sodu nie występują nawet po dużych dawkach (w jednym przypadku 43 gm. pro die) używanych w ciągu dłuższego czasu (eksperymentator ten wyżył około 600 gram).

Wskazanie do użycia organicznych związków sodu, względnie cytrynianu sodu — potrzeba powiększenia alkaliczności krwi.

W dalszym ciągu swej pracy prof. St. opierając się na doświadczeniach Nissen'a i Mandelstamm'a wskazuje na związek, istniejący między alkalijskimi i wydzieliną żółci.

Od dawna przyjętą jest opinia alkalijskiej jako środka wzmagającego wydzielenie żółci (cholagoga) i alkaljom np. zawartym w wodzie karlsbadzkiej przypisują wpływ dodatni przy zastojach żółci; inni autorowie główne działanie przypisują ciepłej wodzie. Wyżej przytoczone doświadczenie N. i M. dowiodły, że ani alkohol, ani zawarte w wodzie, ani woda bądź to zimna bądź to gorąca nie powiększają wydzielin żółci. Alkalijskie podane w należytej dozie (próby robione były ze solą karlsbadzką, natrum carbonicum, n. chloratum, n. phosphoricum; kalium tartaricum, citricum, carbonicum itd.) nie wpływają na skład i ilość żółci; znaczne zaś ilości wyżej przytoczonych soli ograniczają ilość wydzielin żółci o niezmiennym składzie.

Tak więc Stadelmann odrzuca bezpośredni wpływ alkalijskiej na ilość i skład żółci, przypisując im tylko pośrednie znaczenie; widoczną korzyść alkalijskiej w chorobach wątroby należy przypisać wpływowi tych środków na kataralne stany kiszki, przewodów i pęcherzyka żółciowego. *Wł. Kopytowski.*

211. G. KLEMPERER. **Przemiana materji i odżywianie w chorobach.** (*Zeitschrift für klin. Med. Bd. XVI pag. 500. Med. Nienigkliten Nr. 23.*)

Autor w pracy swojej rozbiera następujące kwestyje: 1) O ile można ograniczyć przemianę białkowych substancyj zdrowego człowieka. W odpowiedzi na to pytanie K. przytacza cyfry podane przez Voit'a i na zasadzie doświadczeń Munk'a, Hirschfeld'a i swoich znacznie zmniejsza podaną ilość białka przez tego autora. Doświadczenie własne autor przeprowadził na dwóch zdrowych osobnikach, podając im za pokarm dzienny 33 gm. białka, 400 wodorów węgla, 160 gr. tłuszczu i 170 gr. wysokoku z tym pokarmem organizm udało się doprowadzić do równowagi w wydzieleniu azotu, a nawet osiągnąć nieznaczny przyrost białka. W kale znaleziono znaczną ilość nie-

zużytego białka  $19\frac{1}{2}$ , natomiast nieznaczny tłuszczu (od 2,3—4%). Korzystne te rezultaty K. objaśnia dodatnim wpływem alkoholu i przetworom wapna, podawanym jednocześnie przy doświadczeniach. Z tych doświadczeń autor wyciąga następujące wnioski: zdrowy człowiek w pewnych warunkach może zatrzymać nierozkładającym się własne białko przy żywieniu obfitym pokarmem biednym w azot; nie tylko więc białko znajdujące się w krwi obiegu, ale również tłuszcz i wodony węgiel podlegają rozkładowi przez żywe komórki, którym przypisuje zdolność wyboreczą.

2) Czy można ograniczyć chorobliwie powiększony rozpad białka przez stosowną dyjetę? Znane są przeprowadzone w tym celu doświadczenie A. Fraenkla, potwierdzone przez Fleischer'a i Penzoldt'a wreszcie i autora: u zwierząt sztucznie doprowadzonych do dyspnoe podczas głodzenia, ilość azotu w moczu znacznie się wzmacza, natomiast znacznie mniej u zwierząt przy mieszanym pokarmie po doprowadzeniu ich do równowagi w wydzieleniu azotu.

3) Jakie są przyczyny powiększonego rozpadu białka? W tym względzie autor dołącza się do zdania Zunz'a i Geppert'a upatrując przyczynę powiększonego rozpadu białka przy dyspnoe w nagromadzonych we krwi toxinach, substancjach dotychczas jeszcze nie dobrze zbadanych.

4) W ostatnim nakonie rozdziale autor rozbiera przemianę białkowych substancji u zdrowych osób leżących w łóżku, przy różnych warunkach odżywiania. Pierwsze doświadczenie wykonane zostało na zdrowej wychudzonej osobie; okazało się, że osoba ta z pomocą 18 jednostek ciepłikowych (Calorieen) na kilogramem wagi w ciągu 24 godzin mogła być utrzymana w równowadze w wydzieleniu azotu (w normalnych warunkach 42,4 pro kilo na dobę). U drugiej osoby ze zwężeniem przelyku przy 13,5 jednostkach ciepłikowych na 1 kilo w ciągu 24 godzin nastąpiła nie tylko równowaga w wydzieleniu azotu, ale nawet nieznaczny jego przyrost.

Z doświadczeń tych można zawnioskować, że rozkład białka zależy od odżywiania, czem bardziej to jest upośledzonym tem mniejszy rozkład.

Co się tyczy rozpadu białka przy absolutnem głodzeniu, to autor za Scherer'em, Schultzen'em i Seegen'em podaje za normę 3—5 grm. W znanym przypadku głodomora Cetti, u którego na dzień wydzielano się azotu od 9,73—12,9 grm. zawiast 3—5 grm. Klemperer przypisuje początkowi suchot płucnych.

*W. Kopytowski.*

212. Prof. E. H. KISCH. **Dyjeta przy odfuszczeniu w Marienbadzie.** *Therap. Monatsh. Mai 1890.*

Słynny specjalista Marienbadzki podaje nam w krótkim artykule dyjetyczne i higieniczne postępowanie przy leczeniu otyłości wodą Marienbadzką. Ogólnymi zasadami przy takim leczeniu powinny być:

1. Unikanie nadmiaru pokarmów i sprowadzenie ich ilości do mniejszej, niż otyły przedtem używał. Przecięciowo przy

formie pletorycznej otyłości Kisch daje dziennie 160 grm. białka, 10 grm. tłuszczu i 80 grm. węglowodanów, przy anemicznej — 200 grm. białka, 12 grm. tłuszczu i 100 grm. węglowodanów. Pokarm powinien być przyjmowany przez chorego tylko 3—4 razy dziennie w określonych stale godzinach. W przerwach nie jeść zupełnie.

2. Umiarkowana ilość węglowodanów jest dozwoloną, lecz użycie tłuszczu powinno być sprowadzone do minimum.

3. Nie potrzeba ograniczać ilości płynu przyjmowanego, lecz podczas jedzenia nie dozwala się pić zupełnie. Alkoholu używać nie można. Dla zmniejszenia pragnienia i nasilenia sekrecyi moczu Kisch radzi obfite użycie szeczaw, zawierających w obfitości kwas węglany. Przy formie anemicznej należy mniej pić, niż przy pletorycznej. Ilość płynów przyjmowanych powinna być znacznie mniejszą niż normalnie przy niedostateczności serca, objawów wodnistości krwi i przesiekach.

4. Szczególny nacisk autor kładzie na ruch, w postaci spacerów po lesie, po górach i naturalnie chory do tego powinien być przyzwyczajany stopniowo.

5. Zabrania się spać w dzień: sen nocny powinien trwać nie dłużej nad 6—7 godzin.

6. Pobudzenie przemiany materji przez kąpiele letnie, z następczem obcieraniem ciała zimną wodą. To ostatnie tylko przy zdrowym sercu i naczyniach.

Według tych zasad metoda Kisch'a szczegółowiej przedstawia się w następujący sposób.

Rano o g. 5—6: picie 3—4 szklanek wody (po 250 ctm) Kreuzbrunnen lub Ferdinandsbrunnen w przerwach po 15—20 minut i następnie przez godzinę spacer w lesie. Na śniadanie. Filiżanka (150 grm.) herbaty lub kawy z łyżką mleka bez cukru, 50 grm. skórki chleba, 25—50 grm. zimnego chudego mięsa (cieleęciny lub roastbeef) lub szynki bez tłuszczu. Masła nie wolno. Drugiego śniadania niema.

O g. 10—11 kąpiel w Marienbadzkim źródle z dodaniem 2—3 kg. sody, 26°R., przez 15 minut z następczym zimnym prysznicem. Godzina przechadzki po lesie. Przy zdrowem sercu i naczyniach dwa razy tygodniowo parówka z następczem chłodnem obcieraniem.

Obiad o g. 1—2-jej. Filiżanka lekkiego, nie tłustego rosolu bez chleba, sago, i t. d. — lub też nie jeść zupy zupełnie. 200 grm. pieczonego chudego mięsa (cieleęcina, wołowina, ptactwo) bez sosu. Jarzyna: szpinak, kapusta, sałata; nieco skórki chlebowej, na deser 25 grm. świeżych owoców.

Zabrania się zupełnie używania gęsi, kaczek, wieprzowiny, karpia, śledzi, pokarmów mącznych — kartofli, masła, sera, słodkiego komputu, kremu, lodów.

W godzinę po jedzeniu można wypić szklaneczkę lekkiego wina. Nie wolno pić piwa. wina szampańskiego, likierów.

Po obiedzie spacer przez trzy godziny — potem filiżanka herbaty lub kawy bez cukru lub mleka.

O g. 6-ej wieczorem — szklaneczka (250 grm.) Kreuz — lub Ferdinandsbrunnen.

O g. 7—8 wieczorem — 100 do 200 grm. pieczonego mięsa — pieczeni lub chudej szynki, 15—20 grm. skórki od chleba. Po jedzeniu spacer godzinny.

Przed snem zimne obmywanie ciała. *E. Biernacki.*

213. Dr. J. MAYER. **Zur Symptomatologie und Therapie des Diabetes mellitus.** *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 22—23, 1890.

Znaczna ilość przypadków cukromoczu — bo aż 380 —, obserwowanych pomiędzy 1879—1888 r. w Karlsbadzie, pozwala autorowi wypowiedzieć niektóre wnioski w kwestyi patologii i terapii tego cierpienia. I tak, ilość wydzielanego cukru nie może służyć wyłącznie za miernik natężenia i przebiegu choroby: pod tym względem autor obserwował chorą, gdzie z początku choroby wydzielanem było z organizmu 4% cukru i mimo to pacjentka po 22 latach cierpienia wyglądała zupełnie dobrze, a mocz zawierał ledwie ślady cukru i białka. Na 380 przypadków autor widział w 82, t. j. w 21,6% powiększenie serca, zależne albo od przerostu, albo od rozszerzenia. Cierpienia serca znajdują się przeto według M. w ścisłym związku z cukromoczem, i przy leczeniu tej choroby należy na nie zwrócić baczną uwagę. Za przyczynę zmian chorobowych serca przy diabetes uważa autor nagromadzenie w krwi w ilości nadmiernej cukru i mocznika: rzeczywiście O. Israel dowiódł drogą doświadczalną, że wprowadzenie ciał, zbyt licznych dla przemiany materii w organizmie, resp. karmienie wielkimi dawkami mocznika i saletranu sody, wywołuje łatwo przerost serca. U anemicznych diabetyków rozwija się najczęściej rozszerzenie serca, zaś u pełnokrwistych przerost.

Autor woli rozróżniać „ostrą, podostrawą i przewlekłą“ formę cukromoczu; niż „lekką i przewlekłą“. Ostatnie dwie formy są to właściwie „stadja“ cierpienia. Z jednej strony M. widział, że nadzwyczaj często lekka forma diabetes przechodzi w ciężką; z drugiej strony — jeżeli obserwujemy odrazu ciężką formę, to dlatego, że pierwsze — lekkie stadium przebiegało skrycie. Co do uleczalności cukromoczu autor silnie wątpi. Wiele przypadków pod wpływem odpowiedniej diety powierchownie dość szybko się leczy; jednak zwykle to oznacza, że choroba przeszła w skryte stadium i przy sposobności znowu wybucha.

Ścisła dieta mięsna niewątpliwie jest najdzielniejszym środkiem, hamującym wydzielanie cukru z organizmu i jednocześnie i komórki organizmu uwolnione na pewien przeciąg czasu od dowozu wodań węgla mogą szybciej konsumować nagromadzony cukier i przez to chorobę w wysokim stopniu ograniczyć. Czem dłużej stosuje się dietę mięsną, tem dłużej później toleruje organizm dowóz wodań. W większości przypadków można też stosować ścisłą mięsną dietę; przy lekkich formach cukrówki należy czynić to samo, jak tylko przy wolniejszej dyecie pokazuje się cukier w moczu. Mimo to nie-

wątpliwie ścisła mięsna dyjeta ma swe złe strony i według zdania autora na coma diabeticum, jako na skutek takiej dyjety za mało zwracają uwagi. Szczególnie zdarza się to z młodszymi osobnikami, i wszyscy młodzi pacjenci autora, którzy zmarli wskutek coma diabeticum obserwowali długo dyjetę mięsną. Należy z drugiej strony uwzględnić i to, że przy wyłącznym pokarmie mięsnem łatwo występują zaburzenia kanału pokarmowego; nareszcie obserwacje autora przekonywają go niewątpliwie, o zależności białkomoczu przy diabetes od ścisłej dyjety mięsnej. Nie jest autor przeto zwolennikiem wyłącznego dawania mięsa przy cukromoczu. Obok mięsa należy dawać pewną ilość tłuszczu w postaci masła lub smalcu gęsiego, jajka, zawierające tyleż białka co i tłuszczu; powinny być dawane i węglowodany w ilości 80 – 120 grm dziennie.

Co 5 – 6 tygodni przy takim żywieniu można naznaczyć 8-dniową ścisłą dyjetę mięsną. Nie należy zapominać o mleku, szczególnie tam gdzie chory nie znosi dyjety mięsnej. Przy białkomoczu, oksalurii, kamieniach nerkowych w przebiegu diabetes mleko oddaje znakomite usługi. Ze środków farmaceutycznych stosownie do potrzeby żelazo, chinina, arszenik, szczególnie ten ostatni może być nader pożytecznym przy nerwowych zaburzeniach. Zresztą autor nie widział wpływu środków lekarskich na przebieg cierpienia. Ważną nareszcie rzeczą jest spokój duchowny, znane bowiem są autorowi przypadki, gdzie po zniknięciu cukru z moczu znowu zjawił się on w wielkiej ilości po wzruszeniu moralnem.

*E. Biernacki.*

214. Prof. v. ZIÉMSSEN. **Leczenie symptomatyczne przewlekłego zapalenia nerek.** (*Z 9 zjazdu w Wiedniu dla wewnętrznej medycyny. Wiener medic. Blätter 15 Maja r. 90.*)

Nie posiadając środka, mającego bezpośrednie lecznicze działanie przy tem cierpieniu, zmuszeni jesteśmy zadawać się leczeniem objawów choroby; apteka może znaleźć tu małe zastosowanie, daleko jednak obszerniejsze dyjetyka i fizyczne sposoby leczenia.

Leczenie objawów chronicznego mięszonego zapalenia nerek przedewszystkiem skierowane być winno przeciwko białkomoczowi; nie znamy jednak środka, który byłby w stanie ograniczyć wydzielanie białka; używane powszechnie dawniej w tym celu tanię i octan ołowiu z powodu zaburzeń w trawieniu słusznie usunięto. W najnowszych czasach polecano fuchsynę i brom-benzol; środki te dotychczas są mało wyprobowane, i nie pewnego o nich powiedzieć nie można. U chorych, którzy przeszli syfilis znajduje wskazanie jodek potasu. U innych chorych autor zaleca dłuższe stosowanie extr. secalis cornuti.

Przy nasileniach choroby: leżenie w łóżku, dyjeta mleczna.

Dla zwalczania obrzęków jeszcze Bartels i Brighth polecali przebywanie w łóżku, które czasami daje zadziwiające rezultaty. Fizykalne metody leczenia grają tu ważną rolę, jako to: gorące kąpiele powietrzne, gorące kąpiele wodne, kąpiele parowe.



Kąpiele powietrzne odbywają się w specjalnie urządzo-  
nych kamerach, w których powietrze ogrzewa się do żądanej  
ciepłoty za pomocą rur metalowych, ogrzewanych parą. Po-  
wietrze ogrzane jest nadzwyczaj suche, łatwo więc przyjmuje  
znaczny ilość wody z powierzchni skóry i z płuc; w skutek  
silnego parowania (ozębienie ciała) ciepota krwi nie wiele się  
podnosi nad 38°C. Utrata wody jest bardzo znaczną przy tym  
rodzaju leczenia; obrzęki szybko giną; dla zmniejszenia wrażli-  
wości skóry po kąpiele chory przyjmuje chłodny prysznic lub  
kąpiel; dla uniknięcia nagłej zmiany w temperaturze chory  
zmuszony jest pozostać czas dłuższy w miejscu kąpielowem, a-  
by podczas drogi do domu nie uleżał ozębieniu (zazębieniu).

Dla wywołania potów w łóżku chorych polecane są w o-  
statnich czasach nowe urządzenia: 1) Phenix à air chaud von  
Vulpius; 2) urządzenie Neuwenstraten'a i 3) kąpiel Patent-  
Schwitzbad Fuchs'a.

Pierwsze z nich nadzwyczaj praktyczne; drugie z powodu  
lampki, umieszczonej między nogami chorego łatwo wywołuje  
oparzenie; trzecia z powodu wygórowanej ceny mało dostępna.

Częściowa kąpiel parowa, w której cały człowiek z wy-  
jątkiem głowy znajduje pomieszczenie odbywa się w zamknię-  
tej skrzyni, do której doprowadza się z boku parą; kąpiel taka  
jest bardzo korzystna: chory przebywa w niej od 20—30 mi-  
nut, a następnie przechodzi do dobrze wygrzanego łóżka i zo-  
staje okryty kołdrami wełnianymi, w których silnie potnieje.

Wanny używają się ciepłoty 38°C; podczas pobytu chore-  
go w kąpiele dolewa się gorąca woda, aby ciepłotę wanny po-  
dnieść do 40°—41°C; i po tej kąpiele chory kładzie się do wy-  
grzanego łóżka i dobrze okrywa, aby silnie potniał.

Rezultaty tych kąpiele są gorsze jak z przegrzanego po-  
wietrza, są jednak zawsze bardzo korzystne dla chorych.

W biednej praktyce mogą znaleźć zastosowanie zwykła  
procedura Priessnitz'a, chory zawija się w mokre gorące prze-  
ścieradło i okrywa wełnianymi kołdrami, w których potnieje.

Przytoczone wyżej rękoczynty należy niekiedy po kilka  
razy powtarzać, nim wystąpi ich wpływ leczniczy. U chorych  
bezkrwistych, osłabionych, gdzie przeciwwskazane jest przyspie-  
szenie materji w organizmie, wszelkie kąpiele są szkodliwe.

W ogóle o kąpielach można to powiedzieć, że mają tylko  
czasowe znaczenie i wpływ na obrzęki; na ilość wydzielanego  
białka z moczem nie wywierają żadnego działania.

Z leków przeciwobrzękowych (antihydropsica) wywołują-  
cych poty na pierwszym planie stoi pilokarpina, która jednak  
w skutek ubocznego działania na serce, może tylko u bardzo  
silnych chorych znaleźć zastosowanie. Kombinować ją można  
dowolnie z kąpielami.

Ze środków moczopędnych przy osłabionej działalności  
serca na pierwszym planie stoi digitalis i scylla; do leków  
tych z korzyścią można dodawać łatwo wchłaniające się sole  
np. tartarus boraxatus, kali aceticum po 15 grammów na dobę.  
Sole te bardziej nadają się przy ostrych i podostrych okresach

choroby, chociaż sole potasu i przy przewlekłych formach są bardzo pożyteczne.

O kolomelu można powiedzieć, że o ile jest pożytecznym przy obrzękach pochodzących z chorób serca, o tyle zawodzi przy obrzękach spowodowanych chorobą nerek. Coffeina i Theobromina stosowana pod postacią soli podwójnych z kwasem salicylowym i będzwinowym przynosi czasami korzyść; obu tym solom przypisują swoiste działanie na nabłonek nerkowy.

Drastica polecane przez anglików, szerokie dawniej miały zastosowanie; obecnie uciekamy się do nich w gwałtownej potrzebie, ponieważ upośledzają trawienie.

Z mechanicznych środków zalecamy: podniesione położenie kończyn, ucisk bandażem, masaż. Chociaż środki te są wskazane we wszystkich okresach choroby, mogą znaleźć praktyczne zastosowanie tylko w jej początkach.

Przy silnych obrzękach wskazane są skaryfikacje skóry; do wprowadzenia antyseptycznego opatrunku nie rzadko komplikowały się one różą; z wprowadzeniem antyseptycznego opatrunku częstość komplikacji się zmniejszyła, lecz pod opatrunkiem nacięcia się zasklepiają, wyciek więc surowicy jest bardzo ograniczony. Dla zaradzenia temu autor od 81 roku stosuje na swej klinice drenowanie tkanki podskórnej kapilarnymi sączkami Southey'a. Z 28 przypadków u 20 chorych sposób ten okazał się pomyślnym, u czterech dołączyła się róża, natomiast u pozostałych czterech drenowanie prawdopodobnie przyspieszyło zejście śmiertelne. Autor postępuje w następujący sposób: po oczyszczeniu skóry i instrumentów wprowadza przez naciętą skórę w tkankę łączną podskórną małe sączki i opatruje ją watą salicylową. Sączki pozostawia 12 godzin. Skutek bywa czasami zadziwiający. W jednym przypadku wprowadzono ogółem 49 sączków — codziennie po cztery na górnych i dolnych kończynach — wyciekło 27 litrów płynu.

U chorego z zapaleniem wsierdźla (endoc. verrucosa) wprowadzono w podobny sposób 18 litrów surowicy i t. d. Nie zawsze skutek bywa tak pomyślny; a chociaż i ten bywa tylko czasowy, zawsze jednak przedłuża życie chorych o kilka miesięcy.

Przy nephritis interstitialis chronica leczenie przyczynowe ma wielkie znaczenie — podagra, zatrucie wyskokiem, ołowiem, przymiot nieradko są przyczyną choroby. Hygieniczne zachowanie chorych ma tu pierwszorzędne znaczenie: z pokarmów chorych wykluczamy substancje podtrzymujące cierpienie; najłatwiej to uczynić u chorych zatrutych wyskokiem i ołowiem; u podagryków zmieniamy stosownie dietę, aby przyspieszyć przemianę materii. Jodek potasu i tu niekiedy działa zadawalniająco. Ponieważ nie znamy środka, działającego bezpośrednio na chorobę, w skutek występującego często osłabienia działalności serca zmuszeni jesteśmy za nim śledzić ustawicznie, co za pomocą sphygmomanometru Basch'a każdy praktyk łatwo może skutecznie. Przy zmniejszonym ciśnieniu krwi zalecamy digitalis, scillę, strophantus; przy powiększo-

nem, szczególnie przy podrażnieniu środków nerwowych, zalecamy lekkie środki czyszczące (cremor tartar — Christionson), worek z lodem na okolice serca. Zastrzyknięcie morfiny przy podniesionem ciśnieniu krwi i występujących z tego powodu zaburzeniach może wstrzymać napad mocznicy.

Dla zapobieżenia wybuchowi mocznicy, występującemu bardzo często przy marskiej nerce, powinniśmy wracać baczną uwagę na pierwsze jej objawy — ból głowy, zawrót, mdłości i t. d. Przy objawach słabej działalności serca wskazane są środki drażniące skórę i digitalis do środka. Jeżeli chory jest bezprzytomny, oprócz lewatywy z odwaru naparstnicy zastrzykujemy olejek kamforowy, drażniemy skórę i w tym przypadku zastrzyknięcie morfiny może przynieść ulgę. W przypadku zagrażającym śmiercią można się uciec jako do ultimum refugium — do wenesekcyi.

Belnoterapija pod postacią wód mineralnych, mineralnych kąpeli może mieć tylko bardzo ograniczone zastosowanie. Przy zapaleniu przewlekłym nerek picie wód mineralnych nie może znaleźć zastosowania, ponieważ nie powiększać, ale zmniejszać funkcję nerek winniśmy. Co najwyżej zalecić możemy kąpiele w indyferentnych termach.

Przeciwnie rzecz się ma ze zmianą klimatu — wyjazd do stacyi leczniczych w północnych Włoszech, do północnego Egiptu, do Indyi Wschodnich i t. d. zazwyczaj przynosi wielkie korzyści. Czasami już jednorazowy pobyt zimowy np. w Meranie dodatnio wpływa na ogólne odżywianie chorego i zatrzymuje przebieg postępowy choroby; stały zaś pobyt w ciepłym klimacie z oswobodzeniem od zwykłych zajęć daje jeszcze lepsze wyniki.

Wł. Kopytowski.

## II. Choroby nerwowe.

215. Prof. RUMPF. *Beiträge zur kritischen Symptomatologie der traumatischen Neurose (Commotio cerebro spinalis)*. *Deutsche medicin. Wochenschr.* Nr. 9, 1890.

Cierpienie nerwowe rozwijające się po urazach znane pod nazwą „nerwicy traumatycznej“ lub, jak woli autor „wstrząśnienia mózgo-rdzeniowego“ (commotio cerebro-spinalis), przedstawia wyłącznie prawie szereg objawów subiektywnych, które łatwo mogą wprowadzić w błąd lekarza, a z drugiej strony otworzyć szerokie pole dla symulacyi. Badając w ostatnich latach szereg przypadków nerwicy traumatycznej, autor przekonał się, że można w tem cierpieniu odnajdywać objawy obiektywne, pozwalające wykryć symulację, jeżeli ona istnieje. Jednym, z takich ważnych oznak, jest następujący objaw ze strony ruchowej. Jeżeli chory długi czas pochodzi i zmęczy się i przytem wystawi nogi na powietrze, szczególnie zimne, to w m. quadriceps femoris powstają drgania fibrillarne, zjawiające się na przemian w różnych częściach mięśnia podobne do falowania zboża pod działaniem wiatru. Objaw ten można wywo-

łać także za pomocą przykładania lodu do uda, lub też za pomocą prądu faradycznego. A mianowicie — jeżeli przez zdrowy nerw przepuszczamy w przeciągu 1—2 minut dość silny prąd przerywany, to zjawia się w odpowiednich mięśniach skurcz tetaniczny, który natychmiast po odstawieniu prądu znika. Natomiast przy nerwicy traumatycznej — po przerwaniu prądu, zjawia się falowanie w m. quadriceps, drgania fibrillarne, niekiedy nawet skurcz kloniczny w dużym odcinku mięśnia. Objaw ten trwa długo i, co najciekawsza, że zjawia się nie tylko w mięśniu, który się znajdował pod działaniem elektryczności, ale i w symetrycznym, — nie drażnionym przedtem przez prąd. Niekiedy zaś objaw opisywany zjawia się tylko po jednej stronie ciała, po drugiej zaś znajdujemy zupełne normalne stosunki. Podobnego symptomatu, który autor nazywa „reakcją traumatyczną“ mięśnia, nie udawało mu się widzieć w innych przypadkach: przy zaniku mięśniowym bywają wprawdzie skurcze fibrillarne, ale nie są one tak obfite i rozprzestrzenione, jak przy nerwicy traumatycznej. Z drugiej strony przy tej ostatniej brak atrofii. „Reakcję traumatyczną“ autor obserwował w 10 przypadkach, przytem w 6 tylko w m. quadriceps, lub też i w m. peroneus, 4 razy w okolicy kończyny górnej, a w tym razie głównie w M. deltoideus. biceps, triceps, pectoralis major. Reakcję traumatyczną autor objaśnia zwiększoną pobudliwością rdzenia i całego mięśniowego narządu.

Jednocześnie istnieją objawy ze strony oddziaływania elektrycznego. W nn. ulnares i peronei, a najczęściej tylko w ostatnich zjawia się po dłuższym trwaniu cierpienia, niekiedy po roku i więcej, znaczne zmniejszenie pobudliwości galwanicznej, szczególnie przy badaniu KDZ lub KSTe: gdy to ostatnie zjawia się przy normalnych warunkach przy sile prądu = 4,0—10,0 M. A., a dla nn. peronei i ulnares nawet przy 6—8 M. A., to niekiedy przy nerwicy traumatycznej nawet po użyciu siły 20—25 M. A. nie można otrzymać KSTe. Zmiany formuły przytem niema i zawsze KSZ jest większe od An. SZ.

Oprócz tego, co najgłówniejsza, pobudliwość nerwów względem prądu przerywanego nie zmienia się zupełnie, a jeżeli niekiedy się zmniejsza, to nigdy w takim stopniu, jak oddziaływanie na prąd galwaniczny. Takie zachowanie się jest, według autora, charakterystycznym i odróżnia nerwicę traumatyczną od innych cierpień, gdzie występuje zmniejszenie pobudliwości galwanicznej. To ostatnie zjawia się np. przy długim nieużywaniu kończyn, przy zanikach i parezach wskutek cierpień stawowych, lecz w tych przypadkach jednocześnie zmniejsza się oddziaływanie i galwaniczne i faradyczne, a pierwsze nigdy tak silnie, jak przy nerwicy traumatycznej.

Do kontrolowania nerwobólów traumatycznych może służyć fakt, że przy ucisku punktów bolesnych powstaje szybko przyspieszenie pulsu z 84—90 nawet do 120 uderzeń, które również szybko znika po usunięciu naciskania. Jednocześnie puls staje się małym. Przy silniejszym ucisku może po pierwotnym przyspieszeniu zjawić się zwolnianie i arytmia, w tym razie puls

staje się pełnym. Można wywołać niekiedy podobny objaw przy uciskaniu wyrostków bolesnych: kolumny kręgowej. Symptom ten nazywa Rumpf „traumatyczną sercową reakcją“.

Co do zaburzeń uczucia przy nerwicy traumatycznej, to autorowi zdarzało się widzieć je b. rzadko. Wprawdzie mają miejsce niekiedy przejściowe zmiany uczucia, — lecz łatwą tu jest symulacja. Autor wtedy tylko przyjmuje istnienie zaburzeń uczuciowych, jeżeli wielokrotne badanie przekonywa o stałej ograniczonej do pewnego miejsca zmianie.

*E. Biernacki.*

216. P. CUFFER. *Étude sur la pathogénie des troubles nerveux d'origine gastrique en général et en particulier sur la paralysie bulbaire consecutive à la névrite ascendante du pneumogastrique.* (*Révue de Médecine Avril. 1890*).

Autor oddawna już badał wpływ cierpień żołądkowych na zaburzenia nerwowe, początkowo jednak sprowadzał je do zmian, wywołanych drogą odruchu, ale długotrwałość tych zaburzeń, zwiększanie się ciągle i fatalny przebieg, kończący się śmiercią, niezależnie od pierwotnej przyczyny, naprowadzał go na domysł, czy zaburzenia nerwowe uważane zwykle za odruchowe nie mają niekiedy podstawy głębszej — anatomicznej. Już dawniej autor przypuszczał, iż zaburzenia te np. przy raku żołądka są prosto wywołane zapaleniem nerwu błędnego, zapaleniem wstępującem. Przypuszczał on dalej, że zmiany wstępujące dochodzą do opuszki i tym sposobem wywołują te ciężkie opuszkowe zmiany, jakie niejednokrotnie spostrzegał w przebiegu ciężkich chorób żołądka. Biorąc wogóle zaburzenia nerwowe na tle cierpień żołądka dadzą się podzielić one na 2 kategorie: przemijające, niestałe, rozmaitego natężenia, przechodzące bez śladu, i stałe, zawsze ciężkie i sprowadzające śmierć.

Co do pierwszych jest powszechnie wiadomą rzeczą, iż głębokie zmiany w budowie błony śluzowej i wogóle ściankach żołądka sprowadzają zawroty głowy pochodzenia odruchowego. Jedni chorzy czują przy tem krótkotrwałe odurzenie, u innych widzimy chwiejność chodu, a nawet skłonność do upadku, zaburzenia wzroku, słuchu i cały szereg zaburzeń naczynioruchowych. Niejednokrotnie równocześnie z zaburzeniami słuchu występują nudności a nawet wymioty, tak że w tych razach rzeczywiście nieraz zjawia się pytanie co jest tu początkiem, choroba żołądka czy uszu. Na pytanie, jaka część mózgowia jest dotknięta przy zawrotach odpowiadają zwykle wskazując na mózdzek, czy jednak jest to wynikiem jego przekrwienia, czy też niedokrewności o tem sądzić nie możemy.

Autor kładzie nacisk na zawroty głowy, uważając je za objaw wybitny przy chorobach żołądka i często występujący w szeregu innych objawów. Zwracając uwagę na takich chorych, przy niestrawności prócz nudności, chwiania się, zawrotów możemy zauważyć jeszcze zaburzenia w oddechaniu i działalności serca. Oddech staje się szybkim, przerywanym, serce uderza silniej, nieregularnie, niekiedy przy badaniu daje się wykryć przekrwienie płuc, drugi ton tętnicy płucnej jest przytem akcentowany, niekiedy widzimy objawy rozszerzenia pra-

wej komórki. Zaburzenia trwają przez cały czas trwania niestrawności i ustępują szybko po wymiotach, powtarzać się mogą jednak codziennie nawet kilka razy dziennie, niekiedy po każdym jedzeniu. W każdym razie są to jeszcze objawy przejściowe.

Ale, nakoniec, nadechodzi dzień, kiedy stają się stałymi, prawa komórka rozszerzyła się już na stałe, uwagę naszą zwracając objawy niedomykalności (względnej) zastawki trójdzielnej, kończąc się asystolią serca. Objawy te Potain tłumaczy w ten sposób, iż przy niestrawności odruchowo zwężają się naczynia płucne, skąd zwiększenie ciśnienia w małym krwiobiegu i rozszerzenie prawej komórki, naprzód chwilowe potem stałe.

Tym sposobem prosty odruch może wywołać ciężkie zaburzenia, nawet śmierć. Podczas jednak kiedy Potain badał tylko powyższe zaburzenia przy powierzchownych cierpieniach błony śluzowej żołądka, autor poświęcił się badaniu przy zaburzeniach głębokich, przeważnie przy raku. Już prof. Peter zauważył zaburzenia opuszkowe w przebiegu chorób żołądka, przeważnie ból w górnej części kregosłupa, w miejscu odpowiadającym opuszcze, jak również częste i obfite ślinienie, co również nosi charakter zaburzeń opuszkowych. Autor podaje kilka historii chorób, które ze względu na niezwykłość przytaczamy w streszczeniu. Człowiek lat 60, od kilku miesięcy cierpi na raka żołądka ze wszystkimi objawami tego cierpienia, niebawem rozpoczęły się objawy porażenia opuszkowego, tak, że trzeba go było karmić za pomocą zgłębnika, do zaburzeń w mowie i połknięciu przyłączyły się zaburzenia ze strony oddechu i serca i chory umarł przy objawach zapaści po upływie 3-ch tygodni od chwili zaburzeń opuszkowych. U drugiego chorego lat 65, cierpiącego już od lat kilku na zaburzenia w krążeniu, zależne od miażdżycy naczyń ogólnej oraz na objawy niestrawności, rozpoznano raka żołądka, przy wprowadzeniu pokarmów zaczęły występować napady duszniczy (asthma). W płucach rozedma nieznaczna, w sercu przerost, przy badaniu moczu — zapalenie nerek śródmiejscowe. Przypadek nader skomplikowany, przy dalszej obserwacji zauważono oddech Cheyne-Stokesa, saliwację bez widocznej przyczyny, następnie cukier w moczu. Wszystkie te objawy objaśnia autor przez następujące zapalenie opuszkowe. W trzecim przypadku autor również mógł skonstatować porażenie opuszkowe przy raku żołądka. U chorej wreszcie również dotkniętej rakiem żołądka mógł autor niezależnie od tego skonstatować objawy duszniczy bolesnej (angina pectoris), chora nie ma jeszcze porażenia opuszkowych, ale nerw błędny na szyi jest bolesny przy ucisku, a ucisk wywołuje zawsze objawy duszniczy. Autor przypuszcza u niej również zapalenie nerwu błędnego i przypuszcza, że z czasem cierpienie dojdzie do opuszki, wywołując cały obraz cierpienia tej części mózgowia. Wreszcie autor przytacza wynik oględzin pośmiertnych u osobnika, zmarłego wśród podobnych powyższym objawów, gdzie przy pomocy mikroskopu zdolano wykazać zapalenie nerwu błędnego, przyczem natężenie zapalenia słabło ku górze.

Z powyższego autor wyprowadza wniosek, iż obok cierpień nerwowych przemijających przy raku żołądka mogą być zaburzenia stałe, dzięki zapaleniu wstępującemu nerwu błędnego, które dochodząc do opuszki wywołuje i w niej podobną sprawę wraz ze wszystkimi następstwami. Różnica w obu przypadkach jest ważna dla prognozy, zaburzenia przemijające odruchowe rzadko kończą się śmiercią z wyjątkiem chyba przypadków, kiedy wskutek długotrwałości cierpienia występuje wada serca niewyrównana, przypadki stałych zaburzeń natomiast są zawsze śmiertelne, oparte są bowiem na anatomicznych zmianach nerwu i opuszki. Dla tego też skoro przemijające objawy staną się stałymi prognoza jest złą. Prócz tego z pracy autora wysnuć można wniosek ogólniejszy: przy zaburzeniach odruchowych często się powtarzających możemy niekiedy oznaczyć drogę którą przebiegnie w następstwie zapalenie nerwu i miejsca mózgowia, które będzie dotknięte.

*Józef Zawadzki.*

### III. Farmakologija.

217. Dr. AMAT. Kofeina; działanie wzmacniające i pobudzające zastrzykiwań podskórnych. (*Paryż 1889. These*).

Autorzy, którzy aż do ostatnich lat badali własności kofeiny prawie wyłącznie zajmowali się jej czynnością na serce i działaniem moczopędnem.

Z tego powodu stosowanie jej lecznicze było ograniczonym do chorób serca.

W ostatnich jednak latach zwrócono uwagę na nowe własności kofeiny, a mianowicie na jej działanie wzmacniające i pobudzające w stanach adynamicznych.

Poznanie nowych tych własności kofeiny i kliniczne ich spożytkowanie stanowi przedmiot niniejszej pracy autora.

Pracę autora podzielić można na 2 części: w pierwszej autor streszcza znane wiadomości dotychczasowe, dotyczące się działania fizyologicznego, trującego i leczniczego kofeiny; część tę pracy pomijamy. W części drugiej autor zajmuje się wyłącznie działaniem wzmacniającem i pobudzającym zastrzykiwań podskórnych kofeiny.

Część ta pracy autora zawiera 3 rozdziały:

1. Działanie wzmacniające (stimulant) kofeiny na serce i narząd nerwowy.

2. Wpływ serca w chorobach, a szczególnie w chorobach płuc i stanach adynamicznych; leczenie ich za pomocą kofeiny.

3. Zastrzykiwania podskórne kofeiny, ich wykonanie; dawki.

1. Działanie wzmacniające kofeiny na serce zostało poznane w szóstym dziesiątku lat naszego stulecia. Pierwszy Jaccoud w r. 1866 zaczął systematycznie stosować kofeinę przy chorobach serca; od tego czasu weszła ona w powszechne uży-

cie. Na działanie jednak wzmacniające i pobudzające zastrzykiwniań podskórnych kofeiny we wszystkich stanach adynamicznych, a szczególnie towarzyszących chorobom płuc pierwszy Huchard w r. 1885 zwrócił uwagę następnie w Niemczech Dr. Gempt<sup>1)</sup>.

Oprócz działania wzmacniającego na serce, kofeina w dawkach leczniczych pobudza narząd mózgodzeniowy. Podług Semoli opuszka bardzo jest wrażliwą na działanie kofeiny. Autor ten otrzymał szczęśliwe wyniki przy stosowaniu kofeiny w przypadkach nerwowego wyczerpania (neurasthenia).

2. Prof. Potain w pracach swych wykazał zmiany następcze w sercu, a szczególnie prawem przy zbroczeniach w czynności trzewiów w jamie brzusznej zawartych, szczególnie zaś w następstwie chorób ostrych (zapalenia płuc, opłucnej) lub przewlekłych (rozedma, nieżyt oskrzeli) płuc. W skutek zmian tych czynność serca zostaje upośledzoną i niedostateczną dla przezwyciężenia przeszkód w krążeniu, ulega osłabieniu, a osłabienie to grozi choremu większem niebezpieczeństwem, aniżeli sama choroba; trafnie bardzo pod tym względem wyraża się Huchard: „la maladie est au poumon, le danger est au coeur“. Ma to szczególnie miejsce przy chorobach płuc a szczególnie u starców ze stwardnieniem tętnic (arterosclerosis), u pijaków, lecz i u ludzi młodszych tak przy zapaleniu płuc jak i przy durze i t. p. często włókna mięśnia sercowego ulegają zwyrodnieniu skutkiem czego powstaje asystolia serca.

W tego rodzaju przypadkach chory znajduje się w niebezpieczeństwie nie skutkiem pierwotnego cierpienia, lecz skutkiem grożącego porażenia serca, któremu należy zapobiedz. Naparstnica przy takim zwyrodnieniu jest bezskuteczną, a z drugiej strony idzie o szybkie działanie, którego osiągnąć można tylko za pomocą kofeiny. Pod wpływem ostatniego leku autor widział u chorych na zapalenie płuc, (13 przypadków) dur, (1 przypadek) i w jednym przypadku ostrego nieżytu oskrzeli po durze połączonym z adynamią serca, zmniejszenie częstości uderzeń serca, tętno stawało się regularniejszym, pełniejszym, mniej częstem, ilość moczu się zwiększała, gorączka spadała, a stan ogólny chorych szybko się poprawiał.

Wszyscy chorzy na zapalenie płuc, u których autor robił zastrzykiwnia podskórne kofeiny wyzdrowieli z wyjątkiem jednego, który przybył w stanie rozpaczliwym. Wyniki osiągnięte przez autora zmuszają go do twierdzenia; że w cierpieniach w mowie będących kofeina może oddać praktykowi wielkie usługi.

3. Co się tycze sposobu przepisywania kofeiny, pod tym względem autor trzymał się następujących prawideł zgodnych z podaniami przez Hucharda.

a) działanie mniejszych dawek (0,20—0,50) jest prawie żadne; skutecznymi są tylko dawki większe 1, 2 i więcej gramów dziennie.

<sup>1)</sup> Patrz Kronika Lekarska z r. 1888, Nr. 10, str. 663.



b) przepisywane przez wielu sole (cytrynian, walerianian, bromek) są niestale i niepewne w działaniu.

c) należy przeto stosować czystą kofeinę, lecz jest ona trudno rozpuszczalną; dla uczynienia jej rozpuszczalną dodać do niej należy będzwinianu lub salicylanu sodu, z którym tworzy podwójne sole w wodzie łatwo rozpuszczalne.

d) podawanie kofeiny w pigułkach i proszkach jest mniej odpowiedniem ze względu na wysokie dawki, trudne wessanie i drażniące miejscowe działanie na żołądek. Właściwszem jest podawanie w płynie w następującej postaci.

Rp. Aq. destillatae 300,0  
Cofeini  
Natri benzoici ana 5,0  
2 do 6 łyżek dziennie.

Lecz największą dogodnością i skutecznością odznaczają się zastrzykiwania podskórne kofeiny, które przepisać należy w następujący sposób:

Rp. Natri benzoici 3,0  
Coffeini 2,50  
Aq. destillatae 6,0

Każdy centimetr kubiczny tego płynu zawiera 0,25 kofeiny lub też

Rp. Natri salicilici 3,10  
Coffeini 4,0  
Aq. destillatae 6,0

Każdy centimetr tego roztworu zawiera 0,40 centigr. kofeiny.

Zastrzykiwania kofeiny mało bolesne dobrze bywają przez chorych znoszone.

Co się tycze dawki, to najlepiej zaczynać od dawek mniejszych. Wszelako zbyt małe dawki są bezskuteczne. Huchard podaje 1,50 do 2 gramów dziennie w dawkach podzielonych po 0,25 co dwie godziny.

W końcu swej pracy autor podaje 15 szczegółowych historii chorób z których okazuje się, że w przypadkach zapalenia płuc, duru i t. p. połączonych z adynamią z dobrym skutkiem stosować można zastrzykiwania podskórne kofeiny. Na mocy podanych przez się przypadków już to własnych, już to wziętych z pracy Gempta autor wyprowadza następujące wnioski:

1. Kofeina w dawkach leczniczych jest lekiem wzmacniającym dla serca i narządu nerwowego.

2. Adynamia serca powstaje w następstwie wielu chorób ostrych i przewlekłych szczególnie płuc lub ogólnych zakaźnych.

3. Osłabienie serca w mowie będące w połączeniu z wyczerpaniem nerwowem sprowadza niebezpieczny stan grożący życiu chorego.

4. Leczenie za pomocą kofeiny w tego rodzaju przypadkach jest racjonalnem i daje najlepsze wyniki.

5. Kofeina podana do wewnątrz wsysa się powoli, sprawia

często bóle w żołądku. Pierwszeństwo oddać należy metodzie prostej i szybko działającej t. j. zastrzykiwaniom podskórnym.

6. Stosownie do ciężkości przypadków zastrzykiwać należy 4, 8 do 10 szpryczek Prawaza roztworu t. j. 1,50 do 2 a nawet 2,50 gramów w ciągu doby.

*Feliks Arnstein.*

218. Dr. SEIDLER w Greifswaldzie. **O działaniu metacetyny.**  
*Ueber die Wirkung des Methacetin (Berl. Klin. Woehenschr. N. 15, 1890).*

Wkrótce po opublikowaniu pracy Mahnerta <sup>1)</sup>, zalecającej metacetynę jako antipyreticum i autineuralgicum. autor podjął na klinice prof. Moslera szereg odnośnych doświadczeń z omawianym lekiem w rozmaitych przypadkach influenzy, tyfusu brz., zapalenia płuc włóknikowego, gościca stawowego etc. Wyniki lecznicze, otrzymane przy pomocy tego środka w stanach gorączkowych, były bardzo pomyślne, natomiast w neuralgiach wypadły prawie ujemnie. Metacetyna, ze stanowiska chemicznego Paraoxymethylacetanilin, przedstawia się jako proszek bezwonny, barwy bladuróżowej, łatwo rozpuszczalny w wodzie, a zwłaszcza w wysokoku. W gorączkach umiarkowanych (38–39°C) dla obniżenia ciepłoty do normy wystarczają dawki jednorazowe 0,3–0,4, w stanach zaś o ciepłocie wyższej — 0,4–0,6. W większej ilości spostrzeganych przez autora przypadków zwolnienia zazwyczaj wynosiły 2–3°C, w mniejszej 1°C, w dwóch zaś tylko przypadkach przekroczyły 3°C. Dzięki łatwej rozpuszczalności przetworu, działanie szybko po zażyciu występuje: już po upływie 20–30 minut ciepłota stopniowo zaczyna opadać, a w trzy godziny po użyciu obniżka ciepłoty dochodzi do minimum. Przyczyną spadania ciepłoty ciała zdaje się być zarówno powiększenie utrat ciepłoty przez skórę (promieniowanie ciepła, poty), jak i bezpośrednie działanie metacetyny na ośrodki termiczne. Na czynność serca, respirację i tętno wywiera metacetyna wpływ dodatni, jeśli nie przyjmujemy pod uwagę jednego ciężkiego przypadku tyfusu brzuszego, broncho pneumonia skomplikowanego, w którym S. po zastosowaniu 0,5 przetworu skonstatował lekki zapad. Najbardziej skuteczne działanie w mowie będącego środka spotykał S. przy polyarthrit. rheum. acuta i subacuta; już pierwszego dnia po wyżyciu 0,9 metacetyny bóle znacznie się złagodziły, a po upływie 3-ch dni znikły bezpowrotnie łącznie z gorączką i obrzmieniem stawów. Na zasadzie tedy własnych i Mahnerta spostrzeżeń autor skłonny jest przypisać metacetynie swoisty wpływ na gościec wielostawowy. O ile mniemanie to jest blizkie prawdy, dalsze poszukiwania stwierdzą. W porównaniu zaś z antypyryną, antifebriną, chininą etc. metacetyna ma posiadać tę wyższość, że prawie nigdy nie sprowadza żadnych ubocznych przypadłości, a mianowicie: zawrotu głowy, szumu w uszach, nudności, wymiotów i wysypek; natomiast wywołuje obfite wydzieliny potów — fakt, który uważać należy według autora za przeciwwskazanie do stosowania tego leku u suchotników, skłonnych do hydrozy.

*L. Wilk.*

<sup>1)</sup> Wiener Klin. Woehenschr. 1889, Wien. medicin. Blätt Nr 28, 29.

219. Prof. P. EHRlich i Dr. A. LEPPMANN. **Ueber schmerzstillende Wirkung des Methylenblau.** *Deutsche medicin. Wochenschrift* Nr. 23, 1890.

Autorowie, podając chorym do wewnątrz po 0,1—0,5 grm., a dziennie najwyżej około 1 grm., przekonali się, że barwnik metylenblau przy wszelakich processach neurytycznych, reumatycznych porażeniach mięśni, stawów, pochewek ścięgowych działa przeciwbólowo. Działanie to rozpoczyna się zwykle w 2 godziny po przyjęciu środka, wzrasta się stopniowo stosownie do dawki. Ubocznego działania autorowie nie zauważyli: apetyt, puls, siły nie podlegały zmianom, i na 40 przypadków tylko w jednym były wymioty u pewnego chorego sercowego, Już w kwadrans po przyjęciu środka mocz jest zabarwiony na jasno-zielono, w 2 godziny — na niebiesko-zielono, a po 4 godzinach na ciemno-niebiesko. Nie obserwowano nigdy nienormalnych składników w moczu, ani niebieskiego zabarwienia skóry, błon śluzowych lub skłery. Można wstrzykiwać także środek podskórnie w 2% w roztworze w dawkach po 0,01—0,08 grm. Wstrzykiwania pozostają nieboleśne, nie wywołują zapalenia.

Nie widziano wpływu bezpośredniego metylenblau na obrzemie zapalne, wysięki i t. p. Przy dolores osteocopi, bólach przy wrzodzie żołądka metylenblau pozostaje bez działania. Natomiast dwa razy widziano pomyślny skutek przy migrenie angiospastyecznej. Antypiretycznych własności metylenblau nie posiada.

Autorowie obserwowaną przeciwbólową własność metylenblau stawiają w związku z faktem odkrytym przez jednego z nich — Ehrlich'a, że barwnik ten przy wprowadzeniu go do ciała zabarwia specyficznie cylindry osiowe w pniach nerwowych.

Należy używać czystego chemicznie — wolnego od związków cynkowych metylenblau. Autorowie stosowali barwnik pochodzący z fabryki Meister'a, Lucius'a i Brüninga.

*E. Biernacki.*

220. Dr. S. RABOW. **Exalgin.** *Wiener medic. Blätter* 29 maja 90 r. *Med. Neurig. Nr. 26 r. 90)*

Do środków kojących bóle przybywa nowy lek, stojący pod względem swego składu chemicznego i pochodzenia bardzo blisko do antifebriny. Środek ten otrzymanym został z aniliny i według swego składu przedstawia „methylacetanilid, dla którego przezwany został „exalgina“. Jest to proszek krystaliczny pod postacią małych igiełek, koloru białego, trudno rozpuszczalny w wodzie, łatwo w wysokoku, lub w płynach zawierających go znaczną ilość. Odkrył go v. Hofmann w 1874 roku, lecz dopiero niedawno Dujardin-Beaumetz i Bardet bliżej go zbadali i zwrócili uwagę na własność jego uśmierzania bóli, podczas gdy uczucie dotyku pozostaje nienaruszonym. U zdrowych ludzi dawki 0,2—0,4 exalginy (do 0,80 pro die) nie spowodują widocznych zaburzeń; wyższe dawki do 0,80 spowodują niekiedy zawroty głowy i uczucie podchmielenia. Przy

bólach najrozmaitszego pochodzenia uśmierające działanie exalginy występowało po dawkach od 0,25—0,50; nawet u chorych przy porażeniu tylnych pęczków rdzenia strzelające bóle zostawały czasowo usuwane. Wyżej wskazani autorowie znajdowali również korzystnym stosowanie tego środka przy diabetes mellitus — ilość cukru w moczu znacznie się zmniejszała. U chorych gorączkowych środek podawany per se w proszku okazał się niebezpiecznym, wskutek tego lek zapisywany był w miksturach w następującej formie

Rp. Exalgini 2,5  
Spir. menth. pip. 5,0  
Aq. tiliae 120,0  
Syr. flor. aurant. 30,0

DS. Rano i wieczór po 1 łyżce (na dawkę 0,25),  
lub

Rp. Exalgini 2,5  
Tinct. cort. aurant. 5,0  
Aq. dest. 120,0  
Syr. Cort. aur. 30,0

DS. Rano i w wieczór po 1 łyżce.

Próby z exalginą z pomyślnym rezultatem robione były również przez Gaudineau (Paryż) Frazer'a (Edynburg) i Heinz'a w farmakologicznym instytucie prof. Filehne'a. Dr. H. Działanie leku znalazł zbliżonem do antifebriny, antipyriny i phenacetyny; a u dwóch chorych zauważył po leku szum w uszach i uczucie podchmielenia.

Nakoniec w najnowszych czasach Dr. S. Rabow z Lausanne'y stosował ten środek u 30 chorych, tak na swym oddziale szpitalnym jak i w prywatnej praktyce; stosowanym był ten środek 80 razy; dawka wynosiła 0,24—0,50 w opłatku. Dawki te u chorych gorączkujących nie wpływały nic na obniżenie ciepłoty; przy bólach, takowe w większości przypadków zostawały usuwane.

Przy bólach głowy różnorodnego pochodzenia, przy migrenie działanie exalginy już w dawce 0,25 występowało bardzo wyraźnie, i okazało się skuteczniejszem jak 1,0 antipyriny. Przy neuralgiach w zakresie rozgałęzienia nerwu trójdzielnego otrzymywano również dobre wyniki; nawet bóle od spróchniałych zębów zostawały usuwanemi. (Autor przytacza uporeczywy przypadek neuralgii przy której stosował bez skutku phenacetin'ę, a która ustąpiła na czas dłuższy pod działaniem dwóch proszków exalginy po 0,25). Przy wrzodziankach w uszach, przy szumie w uszach lek usuwał również uczucie bólu lub niemiłe wrażenie.

Przy bólach występujących tabetyków R. znajdował także dodatni wpływ exalginy. Natomiast przy ischias, rheumatismus musculornm i bólach i różnorodnych i niemiłych uczuciach u histeryczek lek zawodził. Przy padaczkce wpływ leku jest żaden, toż samo można powiedzieć i przy zaburzeniach w sferze psychicznej.

Rabow również jak i wyżej przytoczeni autorowie zauwa-

zył u swych pacjentów uboczne działanie leku, występujące pod postacią szumu w uszach, uczucia podchmielenia, zawrotów głowy, iskier przed oczami i t. d. Wysypek i sinicy autor nigdy nie widział.

Na podstawie swych obserwacji R. poleca *exalginę* w wyżej przytoczonych dawkach u chorych przeważnie przy bólach głowy, u których inne uśmierzające środki jako to antipyrina, antifebrina, phenacetyna nie wywarły dodatniego wpływu, lub też z powodu idiosynkrasyi leki te nie mogą znaleźć zastosowania.

Zważywszy jednak ujemny wpływ pochodnych aniliny na ciałka krwi *exalgina* może być stosowaną tylko przez czas krótki i w małych dawkach. *Wł. Kopytuwski.*

221. Dr. VRIESE. **Efedryna i pseudo-efedryna, nowe środki rozszerzające źrenicę** (*Annales d'ocul.* 3—4 *tiv.* 1889).

M. E. Merck fabrykant wyrobów chemicznych w Darmstadtzie, otrzymał nowy alkaloid, Efedrynę, z rośliny Ephedra vulgaris, varietas Helvetica. Próby robione z 10% roztworem dowiodły, że Efedryna rozszerza źrenicę powoli, potrzeba na to do 40 minut czasu. Rozszerzenie utrzymuje się 5—20 godzin. Akomodacja przytem nie jest sparaliżowana.

Dalsze próby i poszukiwania wykazały, że rozmaite gatunki Ephedra, zawierają jeszcze drugi alkaloid nazwany Pseudo-Efedryną, której własności są jeszcze dogodniejsze w praktyce. Roztwór 10% rozszerza silnie źrenicę w ciągu 30 minut, a działanie jej przechodzi w 6—9 godzin. Akomodacja i refrakcja nieulegają zmianie, jak to sprawdził na innych i na sobie sam autor.

Środki te niesprawiają żadnego podrażnienia łącznicy i służyć mogą do rozszerzania źrenicy w celu badań oftalmospokijnych, nieparaliżując akomodacji, i rozszerzając źrenicę tylko na czas krótki. Podług autora, na zasadzie doświadczeń przeprowadzonych w klinice ocznej Prof. Magni w Bolonii, działanie Pseudo-efedryny można objaśnić wpływem jej na włókna końcowe nerwu okoruchowego i na mięsień zwieracz źrenicy. *J. Piaszczyński.*

#### IV. Wiadomości pomniejsze.

222. **Zapalenie gardła i krtani kataralne i krupowe** radził Béla Weiss leczyć mięsieniem. W 1882 r. potwierdził jego spostrzeżenia Freund, a następnie Reikmayer. Obecnie dr. Cramer w Deuth. Med. Wochenschr. opisuje 2 przypadki uleczenia powyższych chorób za pomocą mięsienia metodą Höfingera. *J. Zawadzki.*

223. Ze względu na dobre wyniki Stepp'a (Patrz Kron. Lek. r. 1889, str. 601, Nr. 377) osiągnięte za pomocą bromoformu w krztuścu, Dr. H. Löwenthal zachęcony przez prof. Senatora, przedsięwziął próby z tym lekiem celem sprawdzenia leczniczej jego wartości w omawianej chorobie. Bromoform w istocie okazał się potężnym, niemal swoistym środkiem przeciwko kokluszowi tak w okresie nieżytowym, jak i w kurczowym. Twier-

dzenie to popiera autor licznym materiałem, stosował bowiem bromoform u 100 dzieci w wieku od miesiący siedmiu do lat siedmiu zawsze z pomyślnym rezultatem. Wpływ w mowie będącego przetworu na przebieg sprawy chorobowej zdaje się być zależnym od natężenia objawów. W postaciach lekkich działanie na jaw występuje już dnia drugiego po zadaniu środka, w przypadkach zaś o objawach ciężkich — nieco później. Najcięższe napady kaszlu pod wpływem bromoformu po upływie kilku dni stopniowo zaczynają się łagodzić co do częstości i nasilenia; świsły, uciążliwe wymioty oraz nierzadko występujące krwotoki z ust, nosa i uszu po upływie 3—5 dni zupełnie znikają, przyczem ekspektoracja nadzwyczaj się ułatwia. Co się tyczy dawkowania bromoformu, autor zgodnie z przepisem Stepp'a daje odpowiednio do wieku od 2-cho do 5 kropli 3 razy dziennie aż do wyzdarcia 10—15 grm, w przeciwnym bowiem razie spostrzegać się dają recydywy. Wobec braku szkodliwego ubocznego działania bromoformu (raz jedyny skonstatował autor objawy otrucia u dziecka 1 $\frac{1}{4}$  roku), zyskujemy w nim, podług autora, lek stosowniejszy od innych, przeciw krztuścowi współczesnie zaleconych (Berl. Klin. Woch. Nr. 23, 90). *L. Wilk.*

**224. Metodę leczenia suchot gorącym powietrzem** za pomocą przyrządu Weigerta wypróbował dr. Schmidt w Reichenhall. Według S. metoda ta niema racji bytu, gdyż 1) ciepłota w oskrzelach (jak to się autor przekonał mierząc bezpośrednio ciepłotę przez przetokę) nie podnosi się zupełnie oraz 2) jak dowiódł Carnes płwocina nie traci nic ze swej zarazliwości. Według Schmidta niejakie polepszenie, zauważone przy stosowaniu tej metody zależy od gimnastyki płuc, zmuszonych głębiej oddechać, co powoduje lepsze odżywianie płuc przez zwiększenie przemiany gazowej i gimnastyki mięśni oddechowych. *J. Zawadzki.*

**225. Przeciwno potem u suchotników** prof. Schultze z Bonn poleca kwas kamforowy, który według tego autora działa lepiej niż agaricina i atropina. Schultze lek ten sam przepisuje w opłatku na dawkę 1,0 grm; w razie potrzeby można ponowić dawkę do 3,0 grm pro die. Jeżeli zachodzi potrzeba obniżenia ciepłoty chorego S. przepisuje antipyrinę, a dla usunięcia jej ubocznego działania — potów, dodaje kwas kamforowy.

(Correspondenzblatt der aertzlichen Verine in Rheinland und Westphalen r. 90. Medizinische Neuigkeiten Nr. 27).

**226.** Prof. v. Mosevig Moorhof od lat dziesięciu leczy wola miękkie (struma parenchymatosa s. Struma follicularis mollis) śródmiąszszowemi wstrzykiwaniami jodoformu. Wstrzykiwania robi się ambulatoryjnie, ze ścisłą antyseptyką. Na jeden raz wstrzykuje się 1—2, a najwyżej 4 gramy następującego roztworu:

	Rp. Jodoform 1,00
	Aether 5,00
	Ol. Olivar. 9,00
albo	Rp. Jodoform 1,00
	Aether
	Ol. Oliv. aa 7,00

Roztwory należy zawsze świeżo przyrządzać, takowe powinny być jasno żółte i przezroczyste. Stosownie do wielkości wola trzeba 5—10 iniekcji, które robi się co 3 do 8 dni. Odczyn po iniekcjach bywa bardzo nieznaczny. Działanie jodoformu trwa długi czas jeszcze po zaprzestaniu wstrzykiwań. *Wien. Med. Presse I, 1890. C. f. Chirurg 21. 90.*

*Dr. B. Dzierzawski.*

227. **Tic. douloureux** F. C. Wood po 4 letniem opieraniu się wszelkim zabiegom terapeutycznym wyleczył wyrwaniem 17 zębów pod chloroformem na jednym posiedzeniu. Bóle ustały i niepowtarzały się już zupełnie. Co prawda wysoce to heroiczny środek (The Brit. Med. Journ. Wrusz 24).

J. Zawadzki.

228. **Dodatkowe sutki** opisuje Dr. Darey po obu stronach podobojczykiem. Sutki powiększały się w czasie ciąży i wydzielaly dużo mleka, nie posiadały brodawek, a drogi mleczone kończyły się kilkoma otworami (The Times and Register 17 maja).

J. Zawadzki.

229. **Zastosowanie ichtyolu w chorobach kobiecych.** Dr. Freund asystent przy Strazburgskiej ginekologicznej klinice poleca ichtyol przy cierpieniach kobiecych, jako to: parametritis chronica, perimetritis chronica z wysiawkami, zapaleniem chronicznem jajników, macicy i t. d. Środek stosuje się do wewnątrz w pigułkach na dawkę 0,1 grm ichtyolu 3 razy dziennie; jeżeli chora dobrze znosi ten środek dawkę powiększa w dwójnasób. Zewnętrznie zaleca użycie ichtyolu na tamponach według formuły: Ammonium sulphoichthyolicum 5,0 Glycerini 500,0. W podobnie przychylny sposób o ichtyolu w cierpieniach kobiecych wyraża swoje zdanie i dr. N. O. Gadde dyrektor szpitala w Lund.

(Allgemeine Wiener medicinische Zeitung r. 90, 3 Czerwiec; Medicin neugkeiten Nr. 27 r. 90).

Wl. Kopytowski.

230. **Cuchnące pocenie się nóg** radzi usuwać w The Brit. Med. Journ. J. Ormby spirytusem metylowym (drzewnym). Nogi przed snem należy obmyć w wodzie gorącej, włożyć skarpetki i zmaczać je w wysokoku metylowym. W skarpetkach pozostać należy noc całą. Podobno po tygodniu pocenie się ustępuje. Musimy jednak zwrócić uwagę na szkodliwość tego wysokoku, działającego na mózg i nieraz wywołującego silne zapalenie łącznicy oraz pryszczycę. Dla tego też zalecane przez innych posypywanie nóg jodolem uważamy za odpowiedniejszy środek.

J. Zawadzki.

## Kronika miesięczna.

— W 13 Nr. Wiadomości farmaceutycznych nowo zatwierdzony przez wydział prasy redaktor Pan Władysław Wiorogórski wita swych czytelników. W krótkich słowach prosi o pobłażanie i wyrozumiałość dla pierwszych swych kroków na tej znuźdnej drodze i upewnia, że postępując w dalszym ciągu po rozumnie przez światłych swych poprzedników wytkniętej drodze, dołoży wszelkich starań, by zadość uczynić wymaganiom, jakie czytelnicy i społeczeństwo stawiają pismu przez siebie obecnie redagowanemu. Z naszej strony serdecznie życzymy nowemu Redaktorowi, by praca jego setny owoc wydała, a obfite te plony niech Mu będą nagrodą za trud i znuźdę.

Zaznaczyć nam wypada, że z łam pisma obecnie usunięto „Wskazówki Lecznice“, które zupełnie nie właściwie przez czas jakiś tam zamieszczano.

— Kol. Kazimierz Zieliński, dotychczasowy asystent szpitala Ś-go Ducha, został mianowany lekarzem miejscowym szpitala na Pradze. Posada ta, bardzo w tak zaludnionej miejscowości potrzebna, została dopiero utworzoną.

— Kol. W. Szumlański został mianowany prowadzącym ambulatoryjum bezpłatne dla chorych na uszy w szpitalu Ś-go Ducha.

— Rada miejska („duma“) w Petersburgu, jak donosi Wracz, postanowiła wypłacać nowopowstającym kursom lekarskim dla kobiet 15000 rs. rocznej zapomogi przez czas, kiedy pomoc ta okaże się potrzebną, oraz darować dom na pomieszczenie kursów przy szpitalu Obuchowskim. Zarazem „duma“ postanowiła dopuszczać uczennice do wszystkich szpitali w Petersburgu z zastrzeżeniem, iż profesorowie odnośnych przedmiotów będą wybierani z pośród ordynatorów szpitali. Ostatnie to rozporządzenie jak zaznacza Wracz znacznie osłabia doniosłość powyższych uchwał, niekażden bowiem ordynator może być dobrym profesorem, zresztą podobne rozporządzenie znacznie ogranicza swobodę całego gremium profesorów w wyborze wykładających.

— Wracz donosi, iż w Kopale w Oblasti Siemirieczenskiej w szpitalu próbują teraz systematycznie restauracyjny; codziennie układają tam jadłospis z kilkunastu dań, z którego chorzy wybierają sobie potrawy według upodobania. Podobno koszta utrzymania przez to wcale nie są zwiększone. Warto by i w jednym z naszych szpitali spróbować tego ulepszenia.

— W kwestyi masserów, massarzystek Wracz w Nr. 24 podaje kilka faktów świadczących o szkodliwości tych nowych „pomocników lekarskich“. Praktykują oni zupełnie samoistnie na równi z lekarzami nie troszcząc się bynajmniej, iż tylko pod kierunkiem lekarza mogą się zajmować mięsieniem w myśl rozporządzenia władzy. Dowodzi to, jak zbyteczną jest w ogóle i szkodliwą nawet dla społeczeństwa rola wszelkich „pomocników lekarskich“.

— Ważne pytanie podjęte w Towarzystwie lek. w New-Yorku, mianowicie rozbieżności, czy kobieta dotknięta wadą serca może wyjść za mąż. Na tak postawione pytanie dr. Polk odpowiedział twierdząco, zastrzegając jednakże, iż w razie powikłań (zapaleniem płuc, przerostem wątroby, zapaleniem nerek) zamężcie jest przeciwwskazane. Twierdzi on, iż kobiety, dotknięte wadą serca, zwykle nie zachodzą w ciążę, że zwykle następuje poronienie (wczesne) wskutek chronicznego zapalenia błony śluzowej macicy, wreszcie twierdził, iż objawy cierpienia serca dają znać o sobie dopiero pod koniec ciąży i że można wtedy rozwiązanie przyspieszyć. Dr. Parbride dodaje jako przeciwwskazanie do wyjścia za mąż, prócz powyższych, jeszcze zwyrodnienie mięśnia sercowego. W każdym razie nie może być mowy o polepszeniu w cierpieniu przez wyjście za mąż, choć lekkomyślni nieraz zdania tego nie wachali się wypowiadać.

— Prof. Mauthner rozwinął na jednym z posiedzeń „Gesellschaft der Aerzte in Wien“ teorię fizjologicznego snu. Istota jej polega na tem, że sen należy uważać za zjawisko zmęczenia szarej substancji komórek mózgowych. Przez czasowe wykluczenie funkcji ośrodkowej szarej istoty komórek zostaje przerwane zarówno przewodnictwo dośrodkowe jak i odśrodkowe od półkul mózgowych. Ztąd to pobudzenia zmysłowe nie mogą dochodzić do świadomości, chociaż z jednej strony czynność samych narządów zmysłów, ani funkcja komórek kory mózgowej nie zostaje przerwana. Podobnież unerwienie ośrodków ruchowych pozostaje we śnie nie zmienionem, ale z powodu przerwy w przewodnictwie w szarej substancji komórek nie może nastąpić wywiązywanie się ruchu, pomimo prawidłowego przewodnictwa w obwodowych nerwach. Wreszcie nie brak tu i objawu ognisko-



wego — porażenia mięśni ocznych. Zamykanie się (klejenie się) bowiem powiek u osób sennych jest prawdziwą ptóżą, podobnie jak jednoczesne zjawisko podwójnego widzenia (dwojenie się w oczach) wskazuje na znaczne zaburzenia w unerwieniu zewnętrznych mięśni oka.

— Rada lekarska departamentu Sekwany przyjęła referat p. Olivier dotyczący koklusu. W roku 1889 choroba ta zabrała 520 ofiar i mianowicie dzieci od 0—1 miesiąca 13 od 1 mies. do 1 roku, 207 od roku do 2, 142 od 2 do 5 142, od 5 do 10 lat 16. Rada postanowiła co następuje. Należy uważać krztusiec u dzieci mniej niż 2 lata liczących i u dzieci z jakiej bądź przyczyny osłabionych za chorobę ciężką. Choroba jest zaraźliwa. Odosobnienie jest niezbędnem. Powinno ono trwać co najmniej 2 tygodnie po zniknięciu wszelkich objawów choroby. Przedmioty, które były w zetknięciu z chorem dziećmi, powinny być odkażane podobnie jak po szkarlatynie, dyfteryi itp.

— Paryska rada miejska postanowiła urządzić oddział w szpitalu Trousseau dla przypadków chorób zakaźnych, których za takie nie można na razie ściśle określić. Chorzy mają pozostawać w oddziale aż do stanowczego określenia choroby i wtedy dopiero będą przenoszeni do właściwych oddziałów. Ważna ta nowość połączona będzie w każdym razie z wielkimi kosztami (każdy chory musi mieć oddzielny pokój i dozór) i nie małymi trudnościami techniczno-administracyjnej natury.

— Lekarze pomiędzy francuzkami senatorami i deputowanymi w liczbie 80, na wniosek deputowanego Dra Davida utworzyli grupę po za parlamentem, aby wspólnie obradować nad kwestyjami stanu lekarskiego dotyczącymi, o ile takowe będą przedmiotem rozpraw parlamentarnych.

Podobna komisyja istniała już w zgromadzeniu narodowem w roku 1871 i opracowała ważne prawo o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

— Minister sprawiedliwości w Belgii, jak donosi Wien. Klin. Wochenschs., wystąpił przed parlament z projektem zabronienia seansów hypnotycznych w obec publiczności. Winni będą karani więzieniem od 2 tygodni do 1½ roku i karą pieniężną od 20—1000 fr. W klinikach hypnotyzować można tylko w obec specjalistów. Hypnotyzowanie ludzi przed 18 rokiem życia i waryatów nie w celach leczniczych jest również karane. A u nas? — u nas p. Czyński i jemu podobni zbierają laury na publicznych seansach, częstokroć przy pomocy lekarzy!

— Jak twierdzi The Lancet szpitale nie są wynikiem nowoczesnych stosunków, istniały już bowiem w Meksyku przed odkryciem Ameryki; według Bifflera król Asoha na kilka wieków przed Chrystusem budował na Ceylonie szpitale dla ludzi i zwierząt, a greccy i rzymianie mieli również swe *ἰατρῆα* i *valetudinaria*.

— Weir Mitschal w The Boston Medical Journal uskarża się na brak konwencji międzynarodowej co do dzieł naukowych lekarskich, stąd też tłumacze i nakładcy przekładów ciągną zyski, podczas gdy autor nie otrzymuje żadnego za swę pracę wynagrodzenia.

— Panująca obecnie epidemija cholery w Hiszpanii, według mniemania niektórych, nie jest importowaną, lecz powstała na miejscu z powodu przekopywania placu, na którym podczas epidemii w roku 1885 grzebano trupy zmarłych.

— Dobry i prostej konstrukcyi sączek do wody opisuje dr. Guthrie (w Tit-Bits). W zwyczajną doniczkę od kwiatów wstawia się w mały otworek na dnie kawałek dobrze wypalanej cegły tak, aby część jej wystawała

na zewnątrz, resztę doniczki wypełnia się drobno utłuczoną cegłą i wstawią na całą noc do gorącej wody. Podobno sączek taki daje wyborne wyniki.

— Dr. Crandall opisuje przypadek rzerzączki u 6 letniego chłopca i 8 letniej dziewczynki. U obydwójga znaleziono gonokokki. Podobno chłopiec zaraził siostrę przy spółkowaniu.

— Prof. Abbé udało się odkryć tajemnicę przygotowywania szkieł apochromatycznych. Podobno przygotowują się one z fluorytu. Odkrycie to spowodzi znaczne obniżenie cen tych szkieł.

— Monatshefte für Prakt. Med. podaje ciekawy przypadek nagłego osiwienia w ciągu nocy koguta wskutek przestachu, przypadek ten potwierdza spostrzeżenia nad możliwością osiwienia wskutek zmartwień u ludzi.

— W Londynie istnieje 6 szkół dla wykładów higieny dla kobiet. Kiedyż i nasze żony i matki będą miały możność zaznajomienia się z tą gałęzią wiedzy, potrzebniejszą, niż nauka języków i robótek.

— W uniwersytetach węgierskich płaca ma być zmniejszoną do 30 zlr. za semestr.

— Dr. Allen proponuje zamiast nieprawidłowej nazwy „ptomaina“ i „leukomaina“ bardziej odpowiadające dźwiękowi języka „ptomina“ i „leukomina“.

— W uniwersytecie wiedeńskim postawiono pomniki prof. Janowi Oppolzerowi, znakomitemu klinicyście. Obok ojca postawiono również pomnik i synowi Teodorowi Oppolzerowi, znakomitemu astronomowi.

— Mesmerowi w Dreźnie wystawiono pomnik, jako ojcu magnetyzmu.

— Profesor i dyrektor monachijskiej kliniki chirurgicznej N. Nussbaum z powodu słabości i wieku (ma 72 lata) ustępuje z zajmowanych przez się obowiązków.

Dr. Villemin, znany ze swych prac nad gruźlicą, zajmuje się obecnie propagandą buddaizmu w Paryżu.

— W Anglii prosperuje towarzystwo owstrzemięźliwości złożone z samych lekarzy (411) i studentów medycyny (139).

— W Berlinie pod przewodnictwem żony prof. Leyden'a powstał damski komitet, celem którego będzie ułatwić i uprzyjemnić pobyt w Berlinie żonom doktorów, które z swemi mężami przyjadą na X zjazd międzynarodowy lekarski.

— Dr. Himmelfarb z Odessy opisuje w Centr. bl. f. Gyn. ciekawy przypadek rozerwania pochwy u 24 letniej kobiety po pierwszym zaraz spółkowaniu z mężem. Pomimo tego jeszcze w ciągu 6 tygodni spółkowania odbywały się bez przerwy, chociaż chora zauważyła silny krwotok i miała za każdym razem silne bóle. Chora umarła w śród objawów ropnicy, a przy oględzinach znaleziono rozerwanie pochwy. para et perimetritis, ropnie w płucach i t. p. objawy ropnicy.

— Francuzkie Towarzystwo wstrzemięźliwości ogłasza konkurs imienia Lunier'a na 1000 fr. na temat: „o dziedzicznych następstwach alkoholizmu i pijaństwa oraz o sposobach ich uniknięcia lub przynajmniej osłabienia“. Za podstawę ma służyć praca Lunier'a o zatruciu wyskokowem, zresztą autorom pozostawiona jest dowolność w traktowaniu przedmiotu. Prace składać należy do 31 grudnia 1890 r. O nagrodę ubiegać się mogą i dzieła drukowane nie wcześniej jednak jak po 1 stycznia 1888 r.

— Intes Memorial Trust Fund ogłasza konkurs na pracę p. n. „symptomatologija i leczenie chorób nerwowych, powstałych po ostrych chorobach zakaźnych u młodzieży i dzieci“. Nagroda 450 dolarów, prace winny być opatrzone dewizą i kopertą z nazwiskiem i adresem autora; pisane po angielsku i dostarczone przed 1 stycznia 1892 r, na ręce Dra Louis'a Clair, College of Physicians of Philadelphia.

— Towarz. lek. w Berlinie ogłosiło następujące tematy do rozpraw. 1) Epidemija grypy w 1889—1890 r „z uwzględnieniem historii epidemij dawniejszych; etylogii, symptomatologii i leczenia“. 2) „O odpowiedzialności karnej lekarzy przy użyciu chloroformu i innych środków znieczulających“. Najlepsza z prac nadesłanych otrzyma 700 marek nagrody. Prace mogą być pisane po niemiecku, francuzku i angielsku, przysyłać je należy na ręce prof. Liebreicha (Berlin, N. W. Dorotkunstrasse 34a) przed 1 kwietnia 1891 roku.

## NEKROLOGIJA.

Zmarli:

W dniu 4 Lipca zmarł w Warszawie ś. p. Dr. *Dorantowicz Aleksander*, były inspektor Szpitala Dzieciątka Jezus, przeżywszy lat 77.

## Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lekarskich polskich.

CZERWIEC 1890.

*A Krokiewicz.* O liszaju żrącym (*Lupus vulgaris*) (P. L.).

*Prof. Pieniżek.* O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia. (P. L.).

*Gabryszewski.* Nowe wskazania do operacji Władimirowa-Mikulicza i kilka przypadków operowanych tą metodą. (P. L.).

*Z. Krówczyski.* Aristol w leczeniu chorób kilowych i skrónych. (P. L.)

*M. Misiewicz.* Z kazuistyki chorób moczopłciowych. (P. L.).

*W. Byliński.* Gaza jodoformowa zmodyfikowana do celów ginekologicznych. (P. L.).

*G. Sysak.* Przypadek tęcza reumatycznego z wyleczeniem. (P. L.).

*Prof. Adamkiewicz.* O jadowitości nowotworów złośliwych (raków). (P. L.).

*W. T. Ulatowski.* O zatrzymaniu moczu i usunięciu takowego sposobem wessania trójgranicem włoskowatym (N. L.).

*B. Wicherkiewicz.* Przyczynę do zależności chorób ocznych od zmian chorobowych w przewodzie pokarmowym. (N. L.).

*M. Jakowski.* Kilka słów o działaniu antyseptycznem pyoktaniny (donesienie tymczasowe). (G. L.).

*L. Przedborski.* O krwotocznem zapaleniu krtani. (G. L.).

*H. Ruppert.* Przyczynę do patologii powikłań zapalenia płuc włóknikowego. (G. L.).

*W. Świątecki* Rzadki przypadek bardzo rozlanej rozedmy podskórnej powstałej na tle gruźlicy płuc. (G. L.).

*K. Chelchowski.* Dwa przypadki zebrania płynu mlecznego w jamie płucnej. (G. L.).

*J. Pawiński.* Potrójna wada serca (G. L.).

## OGŁOSZENIA.

**Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych. Ulica Wspólna Nr. 26.**

**INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ**

**D-rów MACZEWSKIEGO i K. SIERPIŃSKIEGO**

Marszałkowska Nr. 116

**Posiada zawsze świeżą krowiankę.**

# JAN KRZYKOWSKI

## OPTYK ELEKTROTECHNIK

Marszałkowska Nr. 109

poleca:

Aparaty elektryczne wszelkich systemów własnego wyrobu, jako też uskutecznia pod gwarancją reperacyjje takowych.

**Wyrabia i urządza dzwonki elektryczne.**

**Posiada na składzie:**

Szkła, okulary, nanośniki, termometra lekarskie, inhalatory, respiratory, irygatory, szpryce, paski rupturowe i t. p. przedmioty w wielkim wyborze.

**Specyjalne szpryczki do lewatyw glicerynowych.**

Środki opatrunkowe i bandaże po cenach fabrycznych.

**Uwaga.** Wykonywa wszelkiego rodzaju roboty w zakresie techniki lekarskiej wchodzące ściśle według przedstawionych wzorów i planów rysunkowych.

Znane ze swej dokładności i taniości termometra maksymalne nadeszły w wielkiej ilości.

*Wydawca:*  
**Dr. K. Sierpiński.**

Numer wyszedł d. 22 Lipca.

*Redaktor:*  
**Dr. O. Hewelke.**

OGŁOSZENIA.  
LABORATORYJUM CHEMICZNE  
„ORION”

Warszawa Nowy Świat № 37

Poleca **Kalandir** (ekstrakt wschodni) łatwo i spiesznie niszczy liszaje: mokre, żrące, suche i inne wyrzuty skórne nie ustępujące przed żadnymi innymi środkami. Środek znany pana Śląskiego aptekarza, zalecany przez wielu panów doktorów specjalistów.

8—3



Wino piołunowe gorzkie  
(Vin de Vermouth).

Przygotowane na winie węgierskiem wytrawnem, jak również i na francuskiem desserowem (słodkie).

Cena butelki zawierającej 435,0 rs. 1 kop. 50.

p o l e c a

Apteka H. Biertümpfla

Marszałkowska Nr. 133, róg Ś-to Krzyżkiej w Warszawie.

0—15

# APTEKA

I

## SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

# M. BARCZA

W WARSZAWIE

*94 Marszałkowska 94.*

Jest stale zaopatrywaną we wszelkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

---

## Liquor ferri albuminati Grüning

(Natrium ferri albuminatum liquidum).

Wprowadzony przezemnie do handlu, właściwym sposobem otrzymany roztwór, odznacza się doskonałemi własnościami terapeutycznemi.

Nie psuje się, zawiera 0,5% tlenniku żelaza i wyrównywa zupełnie własnościom roztworu białkanu żelaza Drees'a.

N. B. Z powodu istnienia licznych przetworów białkanu żelaza, należy przepisywać:

## „Liquor ferri albuminati Grüning.”

Skład główny na Królestwo w aptece Wendy i Wiorogórskiego, N. 45  
Krakowskie-Przedmieście w Warszawie.

**W. Grüning,**

Mag. farm. w Połędzie.

# APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

## D<sup>R</sup> T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejący.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne naturalne świętego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

---

## SKŁAD MATERIAŁÓW APTECZNYCH Wiktora Waligórskiego

Nowy Świat Nr. 38 w Warszawie

ma zaszczyt polecić:

Materyały apteczne. — Przetwory chemiczne. — Specyalia zagraniczne. — Specyalia wyrobu aptekarza A. Rakowskiego. — Przedmioty opatrunkowe.

**Wody mineralne naturalne i sztuczne.**

PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCUSKIE.

# APTEKA

# E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

w WARSZAWIE

ma honor podać do wiadomości pp. Doktorów, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy, podawania leków pod postacią win, przygotowała obecnie cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-Chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Chinowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

” ” z żelazem zawiera 1 $\frac{1}{2}$  żelaza, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino Condurango czyste na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 75.

” ” z żelazem zawiera 2 $\frac{1}{2}$  żelaza, butelka rs. 2.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych i na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34 $\frac{1}{2}$  Cofeiny, butelka rs. 2 kop. 25.

Wino Kwassyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kwassyjowe na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2 $\frac{1}{2}$  pepsyny, butelka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2 $\frac{1}{2}$  pepsyny, butelka rs. 2.

Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagrada na Maladze. Jedna do 1 $\frac{1}{2}$  łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino senesowe (*fol. Sen. Alex. sine resinac*) na Xeresie. Jedna do 1 $\frac{1}{2}$  łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 1 kop. 75.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0 (14—15 uncyj).



# DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH

Koncesjonowane przez  
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach  
hygijeniczno-lekarskich



## EKSTRAKT I KARMELKI „LELIWA”

Przygotowane podług wskazań Lekarzy i Chemików, pewniejsze i 50% tańsze od zagranicznych. **Fiaszka ekstraktu miodowo-ziółto-słodowego kop. 75**, tegoż ekstraktu z dodaniem chinu lub żelaza i chinu rs. 1. **Paczka karmelków kop. 15**. Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych. Główny skład w Warszawie w składzie aptecznym Mrozowskiego i Spiessa, w Odessie u Gajewskiego, w Astrachaniu u Kerna, w Kownie u Miron-Klimowicza, w Moskwie u Mattejsena i u Pączkowskiego, w Kijowie u Żeligowskiego i w Południowo-Ruskim Towarzystwie aptecznym, w Wilnie u Segala, w Tyflisie u Wyczalkowskiego i Ajwazowa, w Baku u Czyszkowskiego

**Dr. Stanisław Prager**

jak od lat jedenastu praktykuje  
w **Marienbadzie**. 6-3

**J. RUTKOWSKI**

**A PTEKA i P R A C O W N I A**

**CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNA**

w WARSZAWIE

ulica Długa Nr. 16. — Telefonu Nr. 266.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne. Nowe środki lekarskie. Barwniki d-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie przetwory używane do badań mikroskopowych. Naczynia i przyrządy pomocnicze, jako to: szkiełka przedmiotowe i przykrywkowe, szkiełka zegarkowe, miseczki do preparatów i t. p.

**Wina lecznicze.**

20-3



# SIMON i STECKI

Główny Skład Win i Trunków Zagranicznych

w WARSZAWIE

Krakowskie-Przedmieście 38

oraz

Filije: Nowy Świat 15 i Elektoralna 5

Polecają WW. panom lekarzom dla chorych i rekonwalescentów:

Prawdziwe koniaki kuracyjne sprowadzone z najlepszych domów francuzkich, wina lecznicze, jako to: stare węgierskie wytrawne i masłacze, francuzkie białe i czerwone dobrze odleżałe, starą malagę na różne ceny, Vermuth de Turin, wina St. Raphael i inne, oraz wszelkie likiery zagraniczne, po cenach umiarkowanych. Szczególną uwagę zwracamy na wino kuracyjne Vermouth de Turin zalecane w ostatnim czasie przez zagraniczne powagi lekarskie bardzo skutecznie przeciw **influencyi**.

Za dobroć i prawdziwość wszystkich powyższych win i trunków firma poręcza. 12-3

---

**Najtańsza fabryka trumien metalowych**  
i wyrobów galanteryjno-blacharskich

**STANISŁAWA POZNIAK**

**48 Nowy Świat 48**

Poleca swoje wyroby a mianowicie:

Lodownie pokojowe, wanny, klozety bezwonne, kubły nocne, filtry do wody, bidety oraz wszelkie inne wyroby wchodzące w zakres blacharstwa. Wszelkie zamówienia załatwiają się natychmiast. Firmę moją mam honor polecić JW. Panom i Paniom z nadmienieniem, że wszelkie powierzone mi roboty wykonywam po cenach możliwie przystępnych i za dobroć i akuratne wykończenie poręczam. 4-3

---

NOWO OTWORZONY

**ZAKŁAD GALWANICZNY**

**PIOTRA FILIPSKIEGO**

Przyjmuje złozenie, srebrzenie i niklowanie na wszystkich metalach. Ceny niskie. Róg Placyku i Piekarskiej Nr. 14 wprost Kapitulnej, na 1-em piętrze. 8-3

## ORIGINALNE WINA

### WĘGIERSKIE, FRANCUZKIE I KRYMSKIE

oraz analizowany przez lekarza-chemika szpitali warszawskich d-ra Nenckiego jako prawdziwy wyrób z wina



Lepszy na cele lecznicze niż francuzkie koniaki, z których największa część z powodów wyniszczenia winnic przez filoxerę, tworzy się ze spirytusu kartoflanego.

Tańszy, gdyż nie cięży ona takwym wysokie cło otrzymać można wyłącznie

transport około rs. 2 od butelki w Składzie Win.

## BRACI KEMPNERÓW

Długa Nr. 5.

Cena  $\frac{1}{1}$  but. rs. 1,50,  $\frac{1}{2}$  but. kop. 80,  $\frac{1}{4}$  but. kop. 40.  
Gatunek wyższy 3 gwiazdki  $\frac{1}{1}$  but. rs. 2,50,  $\frac{1}{2}$  but. rs. 1,25.  
Skrzynki po 6 but. wysyłają się do wszystkich st. dr. żel. franco  
w Królestwie i gub. zachodn. po rs. 9—resp. rs. 15. 8—3

# BERENT I PLEWIŃSKI

Krakowskie-Przedmieście № 61

## ZAKŁAD OPTYCZNO-MECHANICZNY

Wyrabia wszelkie aparaty wchodzące w zakres elektroterapii, a mianowicie do prądów stałych, indukcyjnych i kąpieli elektrycznych jako też kauteryzacyi. 8—3

## Dr. Chłapowski

Ordynuje podczas sezonu kąpielowego jak zeszłych lat w **Kissingen** w Bawaryi. 3—3

## Dr. Dymnicki

od 33 lat Lekarz zdrojowy w **Busku** przyjmuje w domu własnym. 5—3

## GAZETA LEKARSKA

Pismo tygodniowe, poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej, wychodzić będzie w roku 1889, a 24-ym od założenia Gazety, według tegoż samego programu jak dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiej zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty: w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Wł. Gajkiewicz (Marszałkowska 115).

Wydawca: Dr. St. Kondratowicz (Marszałkowska 119).

## KSIĘGARNIA GEBETHNERA I WOLFFA

w Warszawie,

poleca następujące nowe dzieła:

Arloing (S).— Cours élémentaire d'anatomie générale et notions de technique histologique. Révisé et publié par X. Lesbre. Avec 388 fig. . . . .	4.—
Bonnet (V).— Précis d'analyse microscopique des denrées alimentaires. Caractères, procédés d'examen. Altérations et falsifications. Avec 20 planches et 163 fig. . . . .	2.40
Buret (le docteur F.).— La Syphilis á travers les áges. La Syphilis aujourd'hui et chez les anciens . . . . .	1.40
Cabadé (le Dr.).— Leçons sur les maladies microbiennes, professées á l'Ecole de médecine de Toulouse. . . . .	4.—
Cornet G. Ueber Tuberculose Die Verbreitung der Tuberkelbacillen ausserhalb des Körpers. Die Sterblichkeitsverhältnisse in den Krankenpflegeorden. . . . .	1.80
Driver's Hygieinischer Rathgeber für Lungenkranke. Unter Mitwirkung des Verfassers, neu herausgegeben von Jacobi. . . . .	—,90
Falret (le docteur Jules).— Les Aliénés et les asiles d'aliénés. Assistance, législation et médecine légale. . . . .	3.20
Féré (Ch.).— Les Epilepsies et les épileptiques. Avec 12 planches et 67 figures. . . . .	8.—
Fleischer R. Lehrbuch der inneren Medizin für Studierende und Aerzte 2-ter Band I Hälfte . . . . .	2.55
Gomperz Th. Die Apologie der Heilkunst eine griechische Sophistenrede des 5-ten vorchristlichen Jahrhunderts bearbeitet von Th. G. . . . .	1.65
Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie herausgeg. von H. Ziemssen Band 10. . . . .	5.40