

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Dwa przypadki t. zw. *Myoclonus multiplex*

(*PARAMYOCLONUS MULTIPLEX*, FRIEDREICH)

przez **S. Goldflama.**

W 1881 Friedreich ¹⁾ wyodrębnił z wielkiego obszaru nerwic ruchowych oddzielną formę, którą nazwał *Paramyoclonus multiplex*, na zasadzie spostrzeżenia, tyżącego się 50-letniego mężczyzny, dotkniętego od 5 lat drgawkami: „były to kurcze kloniczne w pewnej ilości symetrycznych mięśni kończyn górnych i dolnych, powstałe po silnym przestraszeniu, które we śnie i podczas ruchów dowolnych ustawały, nie upośledzały siły, ani zborności ruchów. Odżywianie, mechaniczna i elektryczna pobudliwość dotkniętych mięśni pozostała prawidłową, obok zaś nietykalności sfery czuciowej istniała wzmóżona jej pobudliwość na bodźce skórne, jako też znakomite zwiększenie odruchów kolonowych. Drgawki po kilku latach trwania niezwykle szybko zniknęły pod wpływem leczenia“. Friedreich objaśniał obraz chorobowy wzmóżoną pobudliwością komórek zwojowych rogów przednich rdzenia. Wzmiankowanego chorego miał po śmierci Friedreicha Schultze ²⁾ w swej obserwacji. Drgawki bowiem powróciły i trwały do zgonu chorego, który nastąpił wskutek gruźlicy. Tak kompetentny badacz, jak Schultze, nie znalazł przy mikroskopowym badaniu całego systemu nerwowego żadnych zmian, co zarazem było potwierdzeniem teorii Friedreicha o czysto czynnościowej naturze cierpienia.

Dotąd pod etykietą tej nowej formy chorobowej ogłoszono 37 przypadków, ukazały się nawet monograficzne opracowania przedmiotu przez Seppilli, Lemoine et Lemaire ³⁾,

¹⁾ Virch. Archiv. LXXXVI, str. 421.

²⁾ Neurol. Centralb., 1886, nr. 16.

³⁾ Revue de médecine, 1889 i 1890.

a ostatnio Unverrichta ¹⁾. Od chorea minor ma się ona różnić błyskawicznym powstawaniem skurczów w synergicznie nieczynnych mięśniach, zupełną nieprawidłowością ruchów, które w płasawicy są bądź co bądź podobne do dowolnych; te ostatnie w Paramyoclonus zakłóceniu nie ulegają, drgawki nawet wtedy ustają, gdy w płasawicy ruchy mimowolne zawadzają dowolnym (superpozycja i interferencyja ruchów mimowolnych). Od drzączki porażennej (paralysis agitans) różni się Paramyoclonus nierytmicznością, nieprawidłowością skurczów, brakiem charakterystycznego ułożenia tułowia, sztywności, parez i t. d. Nierytmiczność drgawek i ich nieprawidłowość jest także cechą odróżniającą od rozmaitych innych postaci drzączek (tremor), ograniczenie do mięśni kończyn—od tic convulsif. Nie ma też Paramyoclonus nic wspólnego z maladie des tics Guinona i Charcota, w której kurcze są skoordynowane, istnieją zaburzenia psychiczne, copro, echolalia, echokinesis.

Większość autorów zabierających głos w tym przedmiocie, przyznaje tej formie skurczów prawo obywatelstwa. Remak ²⁾ zaliczył do niej jeszcze niektóre przypadki opisywane od czasów Henniga i Henocha ³⁾ pod nazwą chorea electrica (której nie należy brać za jedno z chorobą pod temże mianem przez Dubiniego w 1846 r. opisaną, prawdopodobnie zakaźną, w północnych Włoszech występującą, z wysoką temperaturą, ciężkimi objawami ogólnymi, porażeniami, drgawkami i doprowadzającą do zejścia śmiertelnego), cechującą się wystąpieniem błyskawicznych drgawek, głównie w mięśniach karku i barku, ale i w innych okolicach ciała, podobnych do skurczów spowodowanych działaniem strumienia przerywanego. Pozostałe przypadki pod mianem chorea electrica ogłoszone są prawdopodobnie objawem hysteryi. Do ostatniej także należy t. zw. chorea rhythmica (malleatoria, natatoria, nutans etc.), w której ruchy kurczowe są skoordynowane i rytmiczne.

Löwenfeld ⁴⁾ na zasadzie umiejscowienia drgawek w jego przypadku tylko w kończynach i żeby zaznaczyć pocho-

¹⁾ Die Myoclonie, 1891.

²⁾ Arch. f. Psych., XV, str. 853.

³⁾ Beitrage zur Kinderheilkunde, neue Folge, str. 113 i Vorlesungen der Kinderkrankheiten, 1883.

⁴⁾ Bayer. aerztl. Intelligenzblatt, 1884, nr. 15. Ref. w Neurol. Centralbl., 1884, str. 895.

dzenie ich rdzeniowe, zmienia nazwę na *Myoclonus spinalis multiplex*. Późniejsze atoli spostrzeżenia pokazały, że skurcze mogą wystąpić i w twarzy (Bechterew ¹⁾, Starr ²⁾, Francotte ³⁾), w języku (Giampetro ⁴⁾), Lemoine i Lemaire, druga obserwacja Homena) ⁵⁾), w mięśniach gardzieli (Giampetro), oddechowych (Seeligmüller ⁶⁾), oba przypadki Homena). Jeszcze niewłaściwszą okazała się nazwa Seeligmüllera, *Myoclonia congenita*, gdyż nawet u jego chorego drgawki wystąpiły dopiero w 5 roku życia, w innych spostrzeżeniach o wiele później. Mnie nazwa nadana przez Schultzego, *Myoclonus multiplex*, jako najmniej przesadzająca, wydała się najodpowiedniejszą.

Nietylko pod względem rozprzestrzenienia się skurczów okazały się w późniejszych spostrzeżeniach różnice od pierwotnego obrazu, nakreślonego przez Friedreicha. Gdy ostatni przyjmował dla swej nowej postaci chorobowej tylko drgawki nierytmiczne, to niektórzy najwyraźniej o rytmicznych wspominają (drugie spostrzeżenie Homena). Ziehen ⁷⁾ słusznie powiada, że jeżeli w większości ogłoszonych przypadków możliwem było, nawet w Friedreichowskim, zliczyć ilość skurczów na minutę, to już ten sam fakt dowodzi, że ich nierytmiczność nie była bezwzględna. Wprawdzie drgawki najczęściej występują w symetrycznych mięśniach, ale niekoniecznie z jednakową siłą i w jednym czasie; Chauffard ⁸⁾ nawet opisał przypadek z jednostronnem ich umiejscowieniem. Skurcze pospolicie są kloniczne, ale nawet w przypadku Friedreicha dochodziły czasem do stopnia tężca, toż samo w spostrzeżeniu Homena. Gdy w przypadku Friedreicha drgawki były tak słabe, że nie powodowały zmiany położenia kończyny, że widoczne były dopiero po zdjęciu ubrania, gdy w przypadku P. Marie ⁹⁾ zostały one tylko wypadkiem przez Charcota spostrzeżone, to w innych obserwacjach drgawki były silne z przemieszczeniem koń-

¹⁾ Arch. f. Psych., XIX, H. 1.

²⁾ Jour. of nerv. and ment. disenes, 1887; str. 416. Ref. w Neurol. Centralbl., 1887, str. 571.

³⁾ Neurol. Centralb., 1887, str. 571.

⁴⁾ Médecine moderne, 1890, str. 576.

⁵⁾ Neurol. Centralb., 1891, nr. 13.

⁶⁾ Deut. med. Woch., 1886, nr. 24.

⁷⁾ Arch. f. Psych., XIX, H. 2.

⁸⁾ Semaine médicale, 1890, nr. 12.

⁹⁾ Progrès médical, 1886, nr. 8 i 12.

czyn, tułowia (Giampetro, Homen, Unverricht). Wzruszenia stale wpływają na zwiększenie napięcia skurczów, ruchy dowolne często je miarkują, nawet powstrzymują, ale czasem potęgują (drugie spostrzeżenie Homena, Ziehena, Se-pilliego ¹⁾). Jednym z najstalszych objawów jest ustawianie drgawek we śnie, ale w niektórych przypadkach trwały i w tym stanie (Remak, Chauffard). Według Friedreicha odruchy ścięgniste są wzmożone, w istocie tak było w wielu przypadkach, w innych zaś okazały się nawet zmniejszonymi lub normalnymi (Homen, Lemoine et Lemaire, Faldella ²⁾, Chauffard). Idiomięśniowa pobudliwość i elektryczna nerwów i mięśni miała być prawidłową, tymczasem pierwsza była wzmożoną w przypadkach Pierre Marie i Chauffarda, druga w spostrzeżeniu Kny ³⁾, stwierdzono nawet głębsze zmiany oddziaływania elektrycznego (Faldella).

Widzimy więc, że przypadki Paramyoclonus różnią się mniej lub więcej znacznie od pierwotnego obrazu Friedreicha. Zrozumiemy to łatwo, jeżeli uwzględnimy, że znakomity ten klinicysta opierał swój opis na jednym przypadku, że jest zupełnie nieuzasadnionem żądanie jednostajności formy klinicznej, która oprócz typu mieści i zboczenia od niego, postaci nierozwinięte, t. zw. nieprawidłowe (formes frustes francuzów). Nie wydaje mi się dla tego usprawiedliwioną krytyka tych autorów, którzy jak Strümpell ⁴⁾, odmawiają na tej zasadzie prawa bytu Paramyoclonus, jako samodzielnej choroby. Jeżeli niektóre pod tem mianem ogłoszone przypadki (np. Marina ⁵⁾, Fry) ⁶⁾ istotnie raczej do hysteryi należą, to śmiałem i wcale niedowiedzionem jest twierdzenie, że wszystkie do obszaru tej nerwicy zaliczyć należy, jak tego chce Moebius ⁷⁾, po części Strümpell. Jeżeli ten ostatni autor część przypadków Paramyoclonus uważa za nerwicę z przestachu (Schreckneurose), to tem nic więcej nie określił, jak pewien czynnik etyologiczny, który spotykamy w wielu innych chorobach, np. pa-

¹⁾ Ref. w Neurol. Centralb., 1888, str. 387.

²⁾ Ref. w Neurol. Centralb., 1889, str. 238.

³⁾ Arch. f. Psych., XIX, H. 3.

⁴⁾ Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk. Bd I.

⁵⁾ Arch. f. Psych., XIX, H. 3.

⁶⁾ Jour. of nerv. and mental dis., 1888, str. 397. Ref. w Neur. Cent. 1888, str. 662.

⁷⁾ Schmidt. Jahrb., 1888.

ralysis agitans, epilepsia, neurasthenia, hysteria, psychozach i t. d.

Inaczej się rzecz ma z zapatrywaniem Schultzego na cierpienie w mowie będące, mianowicie, że się zasadniczo nie różni od tic convulsif, że jest ono jednym słowem tic convulsif kończyn. Według niego, ani umiejscowienie, ani symetryja kurczów nie są dostatecznymi cechami dla odróżnienia jednej postaci od drugiej; wbrew twierdzeniu P. Marie utrzymuje, że zmniejszenie się drgawek pod wpływem ruchów dowolnych w Paramyoclonus, zwiększenie w tic convulsif jest różnicą zbyt małą, że wreszcie co do uleczalności, widział tic convulsif uleczony, a Paramyoclonus nie jest wcale chorobą tak łatwo ustępującą, jak tego dowodzi nawet przypadek Friedreicha. Późniejsze spostrzeżenia pokazały istotnie, że tak jest, a uwaga Ziehena jest może słuszną, że spotęgowanie drgawek w tic convulsif jest raczej następstwem wzruszenia, afektu, aniżeli ruchu dowolnego; co zaś do rozprzestrzenienia, to ja sam widziałem obustronny tic convulsif. Nie można wszakże nie przyznać, że ten ostatni jest najczęściej jednostronny, że rzadko tylko i to na wysokości napadu przechodzi na mięśnie drugiej połowy twarzy, niekiedy karku, barku, nawet ramion, że jest cierpieniem występującem u osób nerwowo obarczonych, że wyleczenie należy do najrzadszych zejść tego cierpienia,— to, złożwszy hołd bystrości poglądu Schultzego, należy uznać, że pomiędzy temi dwiema postaciami chorobowemi są różnice, choć są blisko spokrewnione.

Po tym krótkim wstępie, który pokazał, jak chwiejne jeszcze jest stanowisko nozologiczne tej nowej formy chorobowej (nie zdziwi to nas wcale wobec tego, że dziedzina kurczów czynnościowych należy do najciemniejszych w patologii nerwowej), przystępuję do opisu z przypadków, które miałem sposobność obserwować, w których objawy kurczowe odznaczały się nadzwyczajną gwałtownością i obraz całkowity w wielu punktach różnił się od Friedreich'owskiego pierwowzoru.

Spostrzeżenie I. P...ski Józef, gospodarz wiejski, lat 26, skarży się na trzęsienie całego ciała, głównie rąk i głowy, na ból w karku i krzyżu. Do 24 roku życia był zupełnie zdrow, nigdy nie robił nadużyć wysokowych, ani piciowych, przymiotu nie przechodził, z ołowiem, rtęcią styczności nie miał. Ożenił się w 20-ym roku, ma 2 zdrowych dzieci, z których jedno zrodzone już podczas istnienia obecnej choroby. Zimą 1883 zachorował na dur (gorączka, ból głowy, brak apetytu, pragnienie), który trwał 8

tygodni do zupełnego wyzdrowienia. Bezpośrednio po tem zaczęła się trzęść prawa górna kończyna w stawie łokciowym. We 2 tygodnie później, koło Trzech Króli 1884, dostał po zaziębieniu odry, według rozpoznania znawców wiejskich: gorączka, ból głowy, wieczorami brak przytomności, przez drugi tydzień choroby majaczenie, zaczerwienienie skóry, palenie w oczach i t. d.; raz. m trwała choroba 3 tygodnie. Trzęsienie prawej ręki potem znacznie się zwiększyło, i wkrótce przeszło na lewą górną kończynę. Przeszkadzało mu to coraz bardziej w pracy, prawej górnej kończyny przestał zupełnie używać do roboty na jesień 1884, a lewej w rok później. Pod koniec 1885 zachorował znowu na dreszcze, gorączkę, ból głowy, wymioty, po czem głowa i całe ciało uległy trzęsieniu, coraz się wzmagającemu. Taki stan trwa do chwili badania w Styczniu 1886, tylko od Czerwca do Października 1885 chory zauważył poprawę po ciętych bańkach na kolumnę kręgową. Wspomina on jeszcze o uczuciu biegania mrówek po plecach, o drętwieniu palców rąk, które to objawy były przemijające.

Jest to mężczyzna doskonale zbudowany i odżywiany, w którego wewnętrznych organach żadnych zmian nie wykryto, tętno 72, moczu białka i cukru nie zawiera. Już na pierwszy rzut oka uderza gwałtowne trzęsienie całego ciała, głównie górnych kończyn i głowy, którego cechy są następujące. Tylko w położeniu poziomem w łóżku zdarza się niekiedy, że drżenie całkowicie ustępuje, najczęściej istnieje ono i wtedy w mniejszym lub większym stopniu, a najbliższa okoliczność, jak zwrócenie uwagi na chorego, wzbudza je w lewej górnej kończynie, gdzie się przedstawia jako podnoszenie naprzemian z opadaniem w stawie barkowym i zgięcie z wyprostowaniem w stawie napięstkowym; wkrótce i głowa przyjmuje w drżeniu udział. Zwiększa się on znakomicie z chwilą, gdy głowa zostaje swobodnie uniesioną, wtedy drżenie, najczęściej boczne, ale także przednio tylne. staje się bardzo silne i prędkie i powstrzymać się nie da. Ruchy dowolne, jak zwrócenie głowy w bok i t. d. nie przyczyniają się już wtedy do wzmocnienia drżenia, a nawet, rzecz można, łagodzą je na chwilę; ruchy zaś bierne nie wykazują żadnej w karku sztywności. Twarz jest stale mocno zarumieniona, asymetrii nie przedstawia, wykonywa obustronnie wszystkie ruchy prawidłowo i bez drżenia. Język nie zbacza, nie drży, podniebienie kurczy się z obu stron jednakowo. Ruchy gałek ocznych prawidłowe i bez drżenia, źrenice umiarkowanie szerokie oddziaływają na światło, siła widzenia dobra. Inne zmysły również zboczeń nie przedstawiają. Czaszka przy opukiwaniu niebolesna, nie ma bólu głowy ani zawrotu, mowa, pamięć, inteligencja zupełnie prawidłowe. Sen dobry, i podczas niego trzęsienie całkowicie ustaje.

W prawej górnej kończynie drżenie znakomicie się zwiększa przy ruchach czynnych; odbywa się ono jednocześnie we wszystkich stawach, jest prędkie, silne, wzmagające się gwałtownie w miarę trwania ruchu czynnego, a szczególnie palców, do stopnia prawdziwego trzęsienia (Schütteltremor), wskutek czego wszystkie czynności, jedzenie, ubieranie się i t. d. są zupełnie niemożliwe. Prawa górna kończyna, która nie drgała w położeniu poziomem, ulega przy ruchu dowolnym kurczom klonicznym jeszcze gwałtowniejszym, aniżeli lewa, z takimież samemi cechami. W pierwszej chwili silnego skurczu mięśniowego trzęsienie jest małe, niebawem zwiększa się co raz bardziej. Szybkim ruchom dowolnym towarzyszy drżenie słabsze, aniżeli powolnym. Drżeniu górnych kończyn towarzyszą ruchy mimowolne

tułowia i głowy. Ruchy bierne są swobodne i nie mają na drżenie wpływu. Odruchy ścięгна trójgłowego ramienia umiarkowane, innych ścięgnię górných kończyn wywołać nie można. Pobudliwość mechaniczna mięśni podwyższona, siła rąk dość dobra i wynosi w prawej 34 kilg., w lewej 27.

Kończyny dolne nie drżą wcale w poziomem położeniu, oporu przy ruchach biernych nie przedstawiają, czynne są wszystkie możliwe ze znaczną siłą i bez drżenia. Przy jednym tylko podnoszeniu kończyny występuje niewielkie drżenie stopy w stawie skokowym. Odruchy kolanowe żywe, ale nie wzmożone, ścięгна Achillea istnieją, clonus stopy nie ma. Odruchy skórne prawidłowe. Czucie, zmysł mięśniowy wszędzie prawidłowe. Podczas stania i chodzenia drżenie tułowia, górných kończyn i tułowia jest gwałtowne. Czynności pęcherza, kiszki prostej, płciowca niezmiennione. Kręgosłup bez zmian, drżenie tułowia wyraża się jego boczniemi ruchami, przy czem widać kloniczne skurcze mięśni bocznych tułowia.

Zastosowane wewnętrzne środki, jako też kąpiele, elektryczność były bezskuteczne. Róża twarzy, którą chory w ciągu 2 tygodni przebył, pozostała bez wpływu na kurcze.

Choroba powstała więc u silnego, 26-letniego gospodarza wiejskiego przed 3 latai bezpośrednio po zakaźnej chorobie (prawdopodobnie tyfus) ruchami mimowolnemi w prawym stawie łokciowym. Po recydywie tej zakaźnej choroby zaczęła się trzęść także lewa górna kończyna. Skurcze stają się z biegiem czasu coraz silniejsze, po 2 latach nie może chory na skutek nich swoich górných kończyn do pracy używać. Wreszcie, po krótkiej gorączkowej chorobie, głowa i tułów wzięły udział w drgawkach. Są one kloniczne, mocne, prędkie, we wszystkich prawie mięśniach górných kończyn, szyi, tylnej i bocznej powierzchni tułowia się ukazujące, powodują zmianę położenia dotkniętego odcinka ciała. Istniały one prawie bez przerwy podczas czuwania, najslabiej w położeniu poziomem, w którym czasem na krótko ustawały. Jeżeli jednak chory wiedział, że jest obserwowanym, występowały także w tem położeniu z coraz większą gwałtownością. Ruchy dowolne wzmagają znacznie kurcze nie tylko w poruszonej kończynie, gdyż niebawem przechodzą na wszystkie dotknięte części ciała. Tylko w pierwszej chwili silnego, czynnego ruchu są one słabe, żeby zaraz dosięgnąć znacznego stopnia natężenia. Drgawki nie występują jednocześnie w symetrycznych mięśniach, tak np. zaczynają się w lewej górnej kończynie, później przechodzą na prawą. Natężenie skurczów było o tyle większe, o ile powolniejszy był dowolny ruch. Podczas stania i chodzenia drgały wszystkie dotknięte odcinki do stopnia silnego trzęsienia. Kończyny dolne najmniejszy brały udział w kurczach, gdyż tylko przy ich podnoszeniu stopa drgała w sta-

wie skokowym. We śnie ustawały wszystkie mimowolne ruchy.

Spostrzeżenie II. Ch... K., 24 lat, rolnik, wstąpił do kliniki prof. Lambła 25. III. 90. Przed 7 laty, pracując przy robotach ziemnych, został zasypany aż po pachy. Niezwykle się przeraził i z wielką trudnością zdołał się wydostać z ciężkiego położenia. Przez 2 tygodnie po tym wypadku pozostawał w łóżku, czuł bóle we wszystkich członkach, wystąpiła silna typowa przepuszczająca gorączka (codzien lub 2 razy dziennie), która trwała 6 do 7 tygodni. Zaraz potem zauważył lekkie drżenie rąk, zwłaszcza w przytomności obcych osób. Nie było ono dla niego samego zbyt dotkliwym, lecz o tyle uderzyło otaczających, że go przewano „wstydlivym“. Drżenie to trwało wciąż bez zmiany, gdy przed 2 laty na Wielkanoc chory, trapiiony bezsennością z powodu bólu w lewej stopie, w której się utworzył ropień, miał przywidzenie. Mając otwarte oczy, ujrzał bardzo jasne światło w pokoju. Prerażenie jego było wielkie, uczył szum w uszach i w głowie. Po kilku minutach jasność znikła, i resztę nocy chory spędził na modlitwie. Na Zielone Świątki zaczęła mu drgać lewa górna kończyna, a po upływie 6 miesięcy prawa. Kurcze rozpoczęły się od palców i rozprzestrzeniając się ku górze, obejmowały całą kończynę. Następnie i palce u nóg zaczęły wykonywać mimowolne ruchy, którym wkrótce uległy nogi i tułów. Podczas gdy w początku choroby kurczowe ruchy występowały przeważnie w czasie siedzenia, zaś prawie zupełnie zniknęły podczas stania, leżenia i chodzenia, to od roku zjawiają się przy wszelkiem położeniu ciała; jedynie bardzo silne dowolne ruchy zmniejszają je, sen zaś znosi całkowicie. Kurcze wzmagają się stale w swem natężeniu, lecz jeszcze do Wielkiejnocy 1889 r. chory mógł jako tako załatwiać swe zajęcia, ubierać się, jeść bez pomocy i t. d., od tego zaś czasu stało się to niemożliwym. Od miesiąca drgają też wargi, wskutek czego mowa została nieco utrudnioną.

Chory ożenił się przed 3 laty; ma zdrową córeczkę. Rodzice, cała rodzina jest zdrowa. Ani we wsi, ani w całej okolicy podobnej choroby nie widziano. Przymiot, otrucie wyskokowe i wszelkie inne może być stanowczo wykluczone. Pacjent przebył w dziecństwie odrę, zresztą zawsze był zdrow. Od czasu trwania choroby miewa przemijające bóle głowy, nie przywiązując jednak do tego wiele wagi.

Chory jest bardzo krzepkim mężczyzną, z silnie rozwiniętym układem mięśniowym, o mocno zarumienionej (nie cyjanotycznej) twarzy, bez zmian w organach wewnętrznych, puls 72, temperatura normalna (jednego wieczoru 37,8). Jedynym i bardzo uderzającym objawem jest drżenie, a raczej wstrząsanie wszystkich członków i całego ciała. Nie wszystkie te części drgają jednocześnie z równem natężeniem, najmniej poruszają się głowa, czasami trzęsą się więcej górne kończyny, lub jedna z nich, czasami dolne, lub też tułów. Kurcze obejmują prawie cały zewnętrzny układ mięśniowy, są bardzo gwałtowne, tak, że wprawiają w ruch całe kończyny. Przy silniejszych kurczach górne kończyny odbywają gwałtowne ksobne i odsiebne ruchy w stawie ramieniowym, przy słabszych ruchy odbywają się w stawie napiętkowym (zginanie i wyprostowywanie) i w palcach; w tych ostatnich często naśladują kręcenie pigutek. W dolnych kończynach są to najczęściej ruchy obrotowe w stawie biodrowym, zginanie i wyprostowywanie w stawie skokowym, zaś przy silniejszych drgawkach występują i inne ruchy, jak ksobne i odsiebne w stawie biodrowym i t. d. Tułów odbywa prze-

ważnie ruchy boczne; głowa drga samodzielnie we wszystkich kierunkach. Również i wargi odbywają szybkie ruchy, zamykając się i otwierając miarowo; reszta mięśni twarzowych i język są wolne od drgawek. Te ostatnie powstają przez silne konwulsyjne skurcze całych mięśni, lub też grup mięśniowych; przy silnem drganiu skurcz jest toniczny. Włókienkowych drgań nie ma.

Natężenie kurczów nie jest jednakowe w ciągu dnia i przy różnych okolicznościach: czasem jest ono słabsze, czasem nader silne, tak, że się nawet łóżko porusza. Te, że się tak wyrażę, napady skurczów o najsilniejszym natężeniu trwają kilka minut, stopniowo słabnąc; znikają zaś tylko bardzo rzadko i to na krótką chwilę, przynajmniej podczas badania. Jakikolwiek zewnętrzny powód lub wzruszenie moralne, które zresztą często występuje bez dostrzegalnej przyczyny, wywołuje gwałtowne drganie. Czyni to wrażenie, jak gdyby miało miejsce wyładowanie nerwowego napięcia w postaci ruchów kurczowych, poczem następuje wyczerpanie; skurcze jednak prawie nigdy całkowicie nie ustępują, a o ile to ma miejsce, to tylko na krótką chwilę, aby następnie z nową gwałtownością wybuchnąć. Na kurcze wielki wpływ wywiera okoliczność, czy chory jest świadomy tego, że jest obserwowanym, gdyż często się zdarzało, że z odległości widziałem go spokojnie leżącym, drganie zaś natychmiast występowało i potęgowało się, skoro tylko mnie dostrzegł. Inne, obojętne dla chorego osoby, mogły zbliżyć się do niego, nie wywołując skurczów. Względnie najsłabszem bywa drganie podczas leżenia i chodzenia, najgwałtowniejszem w pozycji siedzącej i stojącej. Wszelka zmiana położenia, każdy ruch dowolny spowoduje bardzo wybitne wzmocnienie się skurczów nie tylko w części poruszonej, lecz i w całym ciele. Czynności umysłowe, myślenie, przypominanie sobie czegoś i t. d. pozostają bez wpływu na drgawki, które jedynie podczas snu ustają całkowicie.

Przy ruchach dowolnych kurcze stają się tak gwałtownymi, że czynią niemożliwym zajęcie się chorego jakąkolwiek pracą. Pacjent musi być karmiony, przyczem jeden silny mężczyzna stara się unieruchomić ramiona i tułów, drugi zaś podaje mu pokarm. Chory z wielką trudnością może zmienić położenie poziome na siedzące, drgania bowiem stają się wtedy niezmiernie gwałtownymi, tak, że musi się silnie przytrzymywać rękami. Kurcze są względnie słabsze podczas chodzenia, przyczem chory, aby je złagodzić, kładzie jedną rękę na tył głowy, a drugą na boczną stronę tułowia, gdyż górne kończyny, swobodnie pozostawione, wpadają w prawdziwy szal mięśniowy. Dłużej trwające stanie jest także bardzo utrudnione, ponieważ drganie staje się coraz silniejsze. Ruchy bierne wzmagają skurcze, gdy te były słabe, zmniejszają je, skoro były gwałtowne; w tym ostatnim jednak razie ruchy bierne muszą być bardzo silne. Na opór napotykają one o tyle, o ile odpowiedni odcinek uległ silnym kurczom. Podczas tych ostatnich mięśnie kśobne uda zwłaszcza ulegają ciężowemu skurczowi, zaś na tułowiu przeważnie mm. pectorales, cucullaris, supra—et infraspinati, rhomboidei, serrati, latissimi dorsi i sterno-cleido-mastoidei naprzemiany kurczą się ciężowo i rozkurczają. W małych mięśniach rąk widać raczej silne falowanie.

Usiłowanie unieruchomienia kończyny przemocą zmniejsza tylko pozornie drgawki. Ucisk na nerwy i mięśnie pozostaje bez wpływu, również jak i bodźce skórne. Mechaniczna pobudzalność większości mięśni, jako to: piersiowych, mięśni grzbietu, ramion, przedramienia, mostko-obojczyko-

sutkowych, mniej zaś mięśni dolnych kończyn i małych mięśni rąk, jest znakomicie wzmożona. Lekkie uderzenie palcem wystarcza do wywołania miejscowego skurczu, przyczem włókna kurczą się równolegle do ich przebiegu (zagłębienie, Delle) i tworzy się poprzeczna wyniosłość, znikająca po kilku sekundach (to samo zjawisko mogłem wywołać w tym samym czasie, jakkolwiek mniej wyraźnie, u dwóch chorych z guzem mózgowia, lecz w tych przypadkach poprzeczna nabrzmiałość była mniej wyniosła i pręcej znikła).

Sila mięśniowa jest zachowana: chory potrafi łatwiej podnieść ciężki przedmiot, np. kubek wody, niż mniejszą ręczną pracę wykonać. Przy chodzeniu drgają silnie górne kończyny i tułów, mniej zaś kończyny dolne. Drgania głowy są wprawdzie samoistne, po części jednak udzielone. Ruchy warg są rozmaitego natężenia, niekiedy bardzo silne, czasami zaś zupełnie nawet ustają.

Odruchy skórne i ścięgniaste wszędzie umiarkowane. Czucie nigdzie nie naruszone; czynność pęcherza i odbytnicy nietknięta. Półkanie odbywa się prawidłowo. Drżenie gałek ocznych (nystagmus) brak. Wszystkie zmysły normalne; zwężenie pola widzenia, ani achromatopsya wykazać się nie dają; źrenice tylko są niezupełnie równe i oddziałują na światło dość leniwie. Mowa zrozumiała nawet przy silnych drganiach warg. Sfera psychiczna nie dotknięta.

Pośrodku lewej podeszwy widać wąską bliznę, nie przyrośniętą, nie bolesną, bez wpływu na drgawki. Mocz ciężaru gatunkowego 1,030, białka, cukru nie zawiera. Elektryczna mięsno-nerwowa pobudzalność wykazała (działająca elektroda o 5 kw. ctm.):

N. facialis dexter przy	9 ³ / ₄ ctm.;	18El(3 MA)KaSZ
" sin "	9 ³ / ₄ "	20El(3 MA)KaSZ
M. orbicularis oris dext.	10 ¹ / ₂ "	12El(2 ¹ / ₂ MA)KaSZ
" sin.	10 ¹ / ₂ "	13El(3 MA)KaSZ
Mm. mentales dext.	11	10El(1 ³ / ₄ MA)KaSZ > AnSZ
" sin.	11	10El(1 ³ / ₄ MA)KaSZ > AnSZ
N. accessorius dext.	12	10El(1 ¹ / ₃ MA)KaSZ
" sin.	13	8El(1/4 MA)KaSZ
N. ulnaris dext.	12	10El(1/3 MA)KaSZ
M. deltoideus dext. pars ant.	12 ¹ / ₂ "	10El(1/2 MA)KaSZ; 15El(1 MA) [KaSZ > AnSZ
" " " post.	11 ¹ / ₃ "	10El(1 MA)AnSZ; 15El(2 ¹ / ₂ MA) [AnSZ=lub mało < KaSZ ¹)
M. biceps	13	6El (ułamek jednego MA)KaSZ; 9El(1/2MA)KaSZ > AnSZ; 29El(7NA)KaSD, AnSZ > AnOZ, nawet w słabym stopniu KaOZ
M. extensor dig. com. dext.	11 ctm.;	10El(1MA)KaSZ > AnSZ.

1. IV. 90. Miałem sposobność obserwować chorego dziś rano podczas obudzenia się; najprzód wargi zaczęły się mimowoli i rytmicznie otwierać i zamykać, następnie górne kończyny uległy skurczom i tułów zaczął drgać.

¹) Nie chcę przypisywać wagi do wyniku badania tej części mięśnia, tembardziej, że charakter skurczu był prawidłowy. Według Erba właśnie w mięśni naramiennym często występuje KaSZ=AnSZ (Deutsche Zeitsch. f. Nervenh. Bd. I, str. 253).

Wogóle jednak kurcze stały się słabsze, bądź pod wpływem bromu, bądź też samoistnie: mianowicie podczas leżenia ustępują one niekiedy na krótki czas zupełnie, tak, że można wygodnie badać odruchy kolanowe, co dotychczas udawało się nie bez trudności. Są one, jak i reszta odruchów, umiarkowane.

10. IV. 90. Gdy chory leży na boku i nie domyśla się, że jest obserwowany, wtedy mimowolnych ruchów nie widać, lub też, co się częściej zdarza, całe ciało wykonywa nieznaczne dość miarowe obrotowe ruchy. Gdy tylko chory dostrzeże, że wszedłem na salę, wnet ruchy te stają się znacznie gwałtowniejsze, kończyny przyjmują udział w kurczach, wargi drgają. Źrenice są naprzemian równej i różnej wielkości, oddziaływają na światło dość leniwie.

Choremu stosowano duże dawki bromu, Zincum oxydatum, valerianicum, arsenik, wstrzykiwania ezeryny, systematyczną centralną galwanizację, kąpiele i t. d.,—wszystko bez trwałego wyniku. Natężenie kurczów zmieniało się: były one łagodniejsze, mianowicie po zmianie lekarstwa na nowe, wkrótce jednak skuteczność takowego ustawała i drgania wybuchały znowu z ogromną gwałtownością. Chory opuścił klinikę po 2½ miesięcznej obserwacji bez polepszenia.

Tak więc u 24-letniego rolnika wystąpiło przed 7 laty po wielkim przestraszu (wobec niebezpieczeństwa utraty życia przy osunięciu się ziemi) drżenie rąk. Przed 2 laty po powtórnym gwałtownym przerażeniu (wskutek halucynacji) chory dostał drgania najspierw w lewej górnej kończynie, w pół roku potem w prawej górnej, w obydwóch dolnych i tułowiu. Mimowolne ruchy zaczynały się zawsze od części ciała obwodowych i rozszerzały w kierunku ku tułowiu. Drgawki stale się wzmagaly, po roku istnienia ich chory staje się niezdolnym do żadnej pracy. Wreszcie i wargi zaczynają drgać.

Drgawki obejmują całe ciało, głowa i wargi przyjmują w nich udział. Powstają one wskutek konwulsyjnych skurczów i rozkurczów całych mięśni i grup mięśniowych; gdy napady są silne, skurcze stają się tężcowemi. Drganie bowiem nie jest wciąż jednakowego natężenia: chwilami jest ono nieznaczne (mianowicie w spokojnem leżącym położeniu), niekiedy zaś, i często bez wszelkiego dostrzegalnego powodu, wzmagają się do stopnia, że się tak wyrażę, napadów, po których następuje wyczerpanie, ale prawie nigdy zupełny spokój mięśni; ten zjawia się jedynie podczas snu. Wzruszenia umysłowe, ruchy dowolne, zmiana położenia niezmiernie potęgują kurcze, bodźce zaś skórne nie wywierają na nie żadnego wpływu. Im większe bywa natężenie kurczów, tem są one rozleglejsze, szybsze i wtedy obejmują prawie cały zewnętrzny układ mięśniowy. Wprawdzie

zwykle drgawki dotykały symetryczne grupy mięśniowe, jednak natężenie kurczów w częściach symetrycznych nie zawsze było jednakie: niekiedy jedna górna kończyna drgała silniej niż druga, innym razem dolne kończyny bardziej niż górne, albo odwrotnie, czasami zaś kurcze tułowia przeważały nad kurczami kończyn. W pewnych częściach, jako to w palcach i w wargach skurcze były wyraźnie miarowe. Mechaniczna pobudzalność mięśni była wybitnie wzmożona, przeciwnie odruchy skórne i ścięgniste umiarkowane. Również i elektryczna (galwaniczna) pobudzalność mięśni i nerwów (zbadana niestety nie całkowicie), okazała się zwiększoną w niektórych obrębach (N. accessorius, ulnaris, M. deltoideus, biceps brachii). Wreszcie co się tyczy źrenic, to były one najczęściej nierówne i leniwie oddziaływały na światło. Twarz, jak w przypadku poprzednim, była stale kongestjonowaną.

Podobieństwa pomiędzy obydwoma powyższymi przypadkami są uderzające: obaj byli rolnikami, obaj w dojrzałym wieku 26 resp. 24 lat; charakter skurczów, rozprzestrzenienie ich, potęgujący wpływ wzruszeń moralnych, ruchów dowolnych i t. d. był w obydwóch przypadkach prawie ten sam. Otóż wyznać muszę, że pewien czas wahałem się co do dyagnozy, że jeszcze i teraz nie wydaje mi się ona zupełnie pewną, i że jeżeli się zdecydowałem na korzyść *Myoclonus multiplex*, uczyniłem to raczej na drodze wykluczenia reszty pokrewnych patologicznych stanów. Przedewszystkiem należy uznać, że mieliśmy do czynienia z nerwicą ruchową. Co się tyczy spostrzeżenia 2, to przedewszystkiem na względzie mieliśmy drżączkę porażenną, zwłaszcza zważywszy na miarowość ruchów, która w palcach występowała zupełnie podobnie, jak przy tem ostatniem cierpieniu; brakło jednak charakterystycznego ułożenia członków, stężenia mięśni, powolnych ruchów, niedowładu, skłonności do biegania naprzód lub cofania się (pro et retropulsio) i t. d.; wiek chorego również nie odpowiadał drżączce porażennej. Jeszcze mniej racyjonalem wydało mi się przypuszczenie płasawicy (*chorea adultorum*), gdyż charakter mimowolnych poruszeń, brak dziedzicznego usposobienia, nieobecność zaburzeń w sferze psychicznej przemawiały przeciwko tej chorobie. Jeszcze mniej mogło być mowy o „maladre des tics“, przy której obok ruchów przymusowych i skoordynowanych na pierwszy plan występują za-

burzenia umysłowe, copro, echolalia, echokinesis. Co się zaś tyczy płasawicy elektrycznej (chorea electrica), to część pod tem mianem opublikowanych przypadków należy, jak to wykazał Remak, do Paramyoclonus, część zaś odnosi się do hysterii (Unverricht i inni). Do tej zaś ostatniej bez pogwałcenia faktów naszych przypadków w żaden sposób zaliczyć nie mogliśmy, gdyż brakło po temu jakiegokolwiek punktu oparcia. Również nieprawdopodobnem było przypuszczenie, że mamy do czynienia z nerwicą urazową, nawet uważaną jako choroba samodzielna w pojęciu Oppenheima; z wyjątkiem bowiem kurczów brakło wszelkich innych zaburzeń, tak w sferze czuciowej, jak psychicznej, ze strony zmysłów, niedowładu, lub jakichkolwiek innych narzekań ze strony chorego.

Nie chcemy jednak pominąć wykazania tych punktów, w których nasze przypadki odbiegają od ogólnie przyjętego obrazu, nakreślonego dla Paramyoclonus przez Friedreich'a i jego następców.

Co się tyczy rozprzestrzenienia kurczów, to w naszych przypadkach, a szczególnie w 2, drgawki obejmowały prawie cały zewnętrzny układ mięśniowy, kończyny, tułów i twarz. Udział tej ostatniej w drgawkach został już zaznaczony w przypadkach Bechterewa, Starr'a, Francotte'a; jak już wiemy i inne terytoryja mogą być dotknięte drgawkami, jako to: język w przypadkach Giampetro, Lemoine'a i Lemaire'a, w 2 przypadku Homen'a; mięśnie oddechowe— w obu przypadkach Homen'a, w przypadku Suligmüller'a; mięśnie gardzieli u Giampetro. Jeżeli w spostrzeżeniu Friedreich'a skurcze były tak nieznaczne, że ich tylko wtedy spostrzedz można było, gdy chory był rozebrany, jeżeli np. u P. Marie'go drgawki tylko wypadkowo przez Charcot'a dostrzeżone zostały, chory zaś sam wcale ich nie zauważył, jeżeli w innych przypadkach przemieszczenia dotkniętego odcinka nie wywoływały, to z drugiej strony natężenie ich było bardzo silne u Giampetro, Homen'a, Unverricht'a; widzieliśmy zaś, jak nadzwyczajnie gwałtownymi były one w naszych przypadkach, w których dochodziły do silnego tępcowego skurczu, zauważonego w słabym stopniu przez Friedreicha, jak również przez Bechterewa i Homen'a. W 2 naszym przypadku niektóre skurcze były rytmiczne, mianowicie w palcach, w wargach, gdy tymczasem w większości innych spostrzeżeń były one zupełnie nieprawidłowe. Je-

dynie w 2 przypadku Homen'a jest wzmianka o rytmie skurczów. Ziehen zresztą czyni, jak wiemy, słuszną uwagę, że o ile w spostrzeżeniach podawaną bywa ilość skurczów na minutę, to się okazuje, że nie są to ruchy zupełnie nie miarowe. Następnie szczególną różnicę pomiędzy naszymi przypadkami i znaczną większością dotychczas opublikowanych stanowi wzmaganie się kurczów przy ruchach dowolnych. Ale i w tym względzie znajdują się przykłady: tak np. w 1 przypadku Homen'a skurcze potęgowały się przy ruchach dowolnych. Unverricht pisze o swoich chorych, że niezręcznie ujmowali w rękę ołówek, przyczem występowały bardzo silne skurcze w prawej kończynie; że ramię i tułów ulegały bardzo żywym skurczom, skoro tylko zażą-dano od chorej, aby ręką nacisnęła na dynamometr i t. d. Tłomaczy on to zjawisko tem, że wzruszenie umysłowe często zagłusza łagodzący wpływ woli. To objaśnienie nie wydaje mi się jednak słusznem, i po starannem przestudyjowaniu tych bardzo dokładnych spostrzeżeń doznałem wrażenia, jakoby i w tych przypadkach wpływ woli na kurcze działał potęgująco.

Następnie zaznaczyć muszę, niezgodnie ze spostrzeżeniem w tym względzie większości autorów, że w naszych przypadkach mieliśmy do czynienia ze wzmoczeniem idyjomuskularnej i elektrycznej pobudzalności w obrębie pojedynczych mięśni i nerwów. Jedynie u P. Marie'go i Chauffard'a pierwsza z nich, u Kny'ego zaś druga były wzmoczone, a w jednym przypadku zanotowano nawet głębsze zmiany elektrycznej pobudzalności (Faldella). Przeciwnie zaś, w naszych przypadkach odruchy skórne, jak również i ścięgniaste zachowywały się normalnie, gdy tymczasem w większości innych spostrzeżeń były one notowane, jako zwiększone, niekiedy jednak jako normalne, a nawet zmniejszone (Homen, Lemoine et Lemaire, Faldella, Chauffard). Wreszcie w 2 przypadku znaleźliśmy, że źrenice były najczęściej nierównej wielkości i leniwie reagowały na światło, przy nieobecności jakichkolwiek innych zmian w narządzie wzrokowym, co, o ile się zdaje, dotychczas nie było spostrzeżanem.

Zaznaczywszy różnice między naszymi przypadkami i innymi ogłoszonymi pod mianem Paramyoclonus, chcielibyśmy wyrazić przekonanie, że jeżeli wogóle w czemkolwiek, to szczególnie w chaosie nerwic ruchowych dążność do klasy-

fikowania spostrzeżeń jest uzasadnioną. Przeto zaliczamy nasze przypadki, może i nieodpowiednio, do rzędu Paramyoclonus, do którego jednak najbardziej są zbliżone. Jeżeli nawet przeciwnicy autonomji Paramyoclonus mają słusność o tyle, że pod tem mianem ogłoszone zostały spostrzeżenia, należące do dawno już znanych nozograficznych kategorii, to należy jednak przyznać,—skoro nie chcemy wszystkiego co jest zagadkowe kłaść na karb hysteryi,—że zdarzają się przypadki nerwic ruchowych, które nic wspólnego ani z hysteryją, ani z resztą znanych nam nerwic nie mają. Przykładem są nasze spostrzeżenia. Oznaczenie takich form mianem nerwic wskutek przestraczu (Schreckneurose) mogłoby jedynie przyczynić się do powiększenia zamętu, gdyż jak wiadomo, pod wpływem przestraczu mogą się rozwinąć, prócz myklonicznej nerwicy i padaczka, drżaczka porażenna, płasawica, hysteryja, neurastenija i t. d.

Już powyżej przytoczyliśmy pogląd Fr. Schultze'go, że Paramyoclonus jest to Tic convulsif kończyn. Należy przyznać jego argumentom jeszcze i obecnie uzasadnienie. Uznajemy słusność twierdzenia, że są to stany pokrewne, istnieją jednak między nimi pewne, znane już nam różnice, jako to: ograniczone rozprzestrzenienie kurczów, które przy Tic convulsif tylko rzadko i na szczycie napadu przeskakują na drugą połowę twarzy, a jeszcze rzadziej na mięśnie karku, barku i ramienia, kurcze w tem cierpieniu zwykle występują u osób z dziedziczną skłonnością itd.,—cechy, które usprawiedliwiają, być może tylko tymczasowe, aż do chwili lepszego poznania istoty obydwóch tych cierpień, ich rozróżnianie.

WYMIOTY NERWOWE

I

Przyczynek do ich leczenia.

NAPISANÉ

Dr. Józef Zawadzki.

Ordynator kliniki Uniw. Warsz.

Odczyt, wygłoszony w sekcji medycyny wewnętrznej VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, d. 17 Lipca 1891 r.

(Dokończenie).

Przechodząc do leczenia wymiotów nerwowych nadmienić musimy, że i tu, jak przy każdej zresztą chorobie,

leczenie zasadniczej choroby histeryi i neurostenii jest pierwszym i najważniejszym zadaniem. Wymioty są wyrazem ogólnej nerwicy ją też usunąć należy. W przebiegu histeryi mamy cały szereg objawów w sferze ruchowej, czuciowej naczynioruchowej, wydzielniczej i t. p., które bądź istnieją współcześnie, bądź występują naprzemian. Zmienność objawów, cechująca tę chorobę, jest nader urozmaicona i nigdy nie daje się przewidzieć. Wymioty są wogóle jedną z częstszych objawów tej choroby, szczególnie u izraelitów 10—25 lat. Zwalczyć histeryję, znaczyłoby uwolnić chorego w zupełności od wymiotów i t. p. objawów. Nie stety, jeżeli gdzie to przy histeryi nie możemy zadosyćczynić temu wskazaniu, możemy usunąć poszczególne objawy, na czas dłuższy, uśmierzyć cierpienia, nigdy jednak nie możemy być pewni, że za lada sposobnością objawy w tej lub innej postaci nie powrócą z dawną siłą. Za daleko zaprowadziłoby mnie rozpatrywanie przyczyn tego faktu, nie jest to celem pracy niniejszej, samo się jednak przez się rozumie, iż ogólne leczenie, skierowane ku usunięciu, a przynajmniej zwalczeniu ogólnej nerwicy, pierwsze zająć powinno miejsce. Więc leczenie psychiczne: wychowanie, umiejętnie stosowany hypnotyzm, wpływ i zmiana otoczenia, warunków życia, odpowiednie zajęcie, więc ogólna tonizacja ustroju przez wodoleczenie, pobyt na powietrzu, środki farmaceutyczne, jak żelazo, arsenik, cały szereg środków antihisterycznych wreszcie — powinny być stosowane. Tam, gdzie podstawą cierpienia jest blednica, odpowiednie leczenie, przy neurostenii również do specyficznego uciec się należy leczenia.

Po za ogólnem jednak leczeniem baczną należy zwrócić uwagę na leczenie samego objawu, szczególnie takiego jak wymioty, które stoją na przeszkodzie wypełnienia najpoważniejszego wskazania — polepszenia odżywiania. Niekiedy wymioty ustępują jednak same, w chwili kiedy ustrój dochodzi do silnego wycieńczenia, kiedy chorym zda się grozi już śmierć głodowa, niekiedy jakby pod wpływem różczki czarodziejskiej wymioty ustają i chorzy mogą zacząć odżywiać się prawidłowo. Podobny przypadek obserwowałem niedawno w klinice i przekonał mnie on w zupełności co działać może w takich razach cierpliwość, sztuczne karmienie przez odbyt i obojętna zupełnie terapija, Jeszcze bardziej przekonywającym jest przypadek *Oser'a*, w którym

po jednorazowym wprowadzeniu peptonu ustąpiły wymioty; podobne „cudowne“ uleczenia występują często przy nader nikłych rękoczynach, jak jednorazowe wprowadzenie zgłębnika, sztuczne karmienie przez zgłębnik, przypalania i t. p. i dowodzą tylko, jak ostrożnym trzeba być z dedukcją. Ani na chwilę jednak nie chcę twierdzić, aby wskutek tego należało zaniechać leczenia wymiotów, jest to, jak wzmiankowałem, objaw zbyt poważny, aby lekarz miał być tylko niemy obserwator, wyniki leczenia należy jednak zawsze przyjmować z wielką ostrożnością.

Przypadek o którym wspomniałem dotyczy młodej dziewczyny, żydówki, 20 lat, córki rabina z Litwy. Chora jest silnie obciążona dziedzicznie, pochodzi z rodziny, gdzie babka z linii męskiej i ojciec kilkakrotnie dotknięci byli zadumą, matka i rodzina matki zdrowa. Chora od lat już kilku współcześnie cierpi na czkawkę i uporczywe wymioty. Apatyczna, obojętna na wszystko, błada z silnie wybujałą inteligencją oddawna już zwracała uwagę otaczających swym zbyt poważnym na wiek swój nastrojem, być może wpłynęło na to jednostajne i bardziej duchowe życie rodziców, mianowicie ojca, który jako rabin odznaczać się ma wysoką inteligencją. Przez dwa ostatnie lata wymioty coraz się wzmagają, ustępują na czas krótki, bo kilkotygodniowy pod wpływem hydroterapii, aby powrócić znowu z taką siłą, iż zaniepokojeni rodzice udają się z nią do Warszawy. Chora zapisała się na klin. terap., gdzie pod moją pozostawała opieką w ciągu 3¹/₂ miesięcy. Nie będę przytaczał tu szczegółowych danych, znalezionych przy badaniu nadmienię, iż znalazłem silne osłabienie ogólne, silnie rozwiniętą niedokrewkość, wstrzymanie miesiączkowania obok niewielkiego wypływu z pochwy, ogólną anestezją i analgezyją z wyjątkiem kilku ograniczonych części skóry na tułowi i twarzy, czkawkę, trwającą bezustannie nader silną. Napad składa się zawsze z 2 ruchów czkawkowych, przyczem w prawej połowie ciała również występują drgawki. Zalecano jej kąpiele, bromki, kokainę po gr. $\frac{1}{8}$ (3 proszki), galvanisatio n. phrenici, chinin, hydrobrom, oraz z powodu silnego wycieńczenia lawatywy pokarmowe. Przy tego rodzaju leczeniu w ciągu 3-ch tygodni nie było żadnego polepszenia, wymioty i czkawka były nieustanne. Wobec ciągle trwającego osłabienia, mimo oporu chorej zacząłem karmić ją za pomocą zgłębnika 2 razy dziennie. Otrzyma-

wała za każdym razem małe ilości mleka, soku mięsnego, buljonu, żółtka i koniaku. Po pierwszym założeniu zgłębnika wymiotów nie było, potem stawały się coraz rzadsze, trwało to jednak kilka dni zaledwie, potem mimo karmienia sztucznego, wymioty występowały po $\frac{1}{2}$ godzinie. Nie ustawałem mimo to w tej terapii, chora po karmieniu utrzymywała zgłębnik po 10—15 minut. Obok tego zalecono Zinc. valer. i żelazo. Po upływie 2 tygodni wymioty zwiększyły się, chora nic prawie nie zatrzymywała w żołądku, ale za to czkawka stawała się coraz rzadszą i w ciągu następnego tygodnia znikła. Chora zaczęła odczuwać taki wstręt do zgłębnika, że sztucznego karmienia przez żołądek musiałem zaprzestać, za to ciągle 2 razy dziennie otrzymywała lawa tywy pokarmowe, do wewnątrz nalewkę kozłkową i pod skórę po 0,1 ferri pyrophosph. c. am. citrico, jednocześnie jednak zaleciłem chorej próbować przyjmować trochę mleka z koniakiem, wina, buljonu. Przy tem postępowaniu w ciągu 2 tygodni wymioty stały się coraz rzadszemi i 13 maja znikły zupełnie. Chora otrzymała 30 inj. żelaza. Odtąd chora poprawiała się coraz bardziej. Pod obserwacją była do 28 Czerwca, t. j. przeszło $1\frac{1}{2}$ miesiąca wymioty ani czkawka nie powtarzały się zupełnie i chora wyjechała do morza, gdzie w ciągu 2 miesięcy zaleciłem jej pobyt. Nadmienić muszę, iż kilkakrotne badanie sprawności żołądka nie wykazało nic nieprawidłowego. Płyny wymiotowane nie były nigdy strawione.

Ze środków farmaceutycznych przy wymiotach stosowano tyle środków, iż wyliczenie ich zajęłoby czas przeznaczony na cały odczyt, wspomnę tylko w rodzaju przykładu o niektórych: argentum nitr, kreozot, chloroform, chloral, benzyna, jodyna, ol. petrae (Lebert), wdechania tlenu (Möller), nitrogliceryna (Talma) belladonna, opiaty, pilokarpina (Rosenthal), kwas karbolowy sam lub z tak zwanymi kroplami angielskimi (Pecholier), pęzłowanie 10⁰/₁₀ rozt. kokainy przelyku, kokaina do wewnątrz, (Kahler). Wprowadzanie zgłębnika, karmienie przez zgłębnik, przepłukiwanie żołądka wodą ciepłą, zimną z dodaniem rozmaitych środków. Oto szereg sposobów leczenia, dodajmy do tego hydroterapię, galwanizację żołądka według Ziemsen, galwanizację n. współczulnego i błędnego, eteryzację kręgosłupa i okolicy żołądka (co niekiedy na krótszy czas usuwa wymioty), a będziemy mieli pojęcie o tej ilości metod, jaką

używano dla zwalczania wymiotów nerwowych, a jednocześnie przekonamy się, iż właśnie dla tego, być może, wymioty tak trudno są uleczalne.

Ważne znaczenie ma dyjeta. W większości wymiotów pokarmy stałe są trudniej wymiotowane, płyny łatwiej, tych ostatnich więc o ile możności unikać należy, podając do picia napoje gazowe i wysokokowe, łatwiej zawsze znoszone. Zresztą chorzy sami wskazują na pokarmy, które znoszą i które wymiotują. Z tych pierwszych więc jadłospis układać dla nich należy, unikając jednostajności, która doprowadzić może jak niejednokrotnie widziałem do bardzo złych następstw—pogorszenia wymiotów, gdyż chorzy zaczynają w końcu wymiotować i te pokarmy, które poprzednio znosili. W razie bardzo uporczywszych wymiotów należy wprost zakazać jedzenia i chorych karmić przez odbył, niekiedy odnosi to skutek pożądaný, jednocześnie jednak z wstrzymaniem pokarmów stosować należy spray z wody sodowej na żołądek, aby niedopuszczyć do skurczu żołądka, o czem jeszcze później pomówimy. Unikać za to należy przypraw ostrych w większości przypadków, choć i tu ogólnego prawidła nie można przeprowadzić.

Prowadząc ambulatoryjum kliniczne w szpitalu św. Ducha miałem sposobność obserwować znaczną ilość przypadków wymiotów nerwowych, przeważnie u młodych niezamężnych izraelitek w wieku 18—23. Zwykle zwracały się do mnie po długim trwaniu cierpienia, niekiedy przybywały z nimi wystraszone matki, podejrzewając ciężę u córek, a same chore niekiedy szukały pomocy więcej dla tego, że cierpienie ich rzucało tego rodzaju podejrzenie, niż dla dolegliwości, jakie im wymioty sprawiały. Bądź co bądź w ubiegłym roku rozporządzałem znaczną liczbą przypadków, które łącznie z przypadkami z praktyki prywatnej dosięgły liczby dwudziestu kilku przypadków. Na tym materiale klinicznym byłem w możności nietylko wypróbować skuteczność zalecanych metod, ale nadto wypróbować wartość proponowanej przezemnie.

We wszystkich tych przypadkach starałem się zawsze przeprowadzić ściśle rozpoznanie różniczkowe i nie tylko odróżnić wymioty tego rodzaju od wymiotów wskutek zmian anatomicznych i odruchowych, ale starałem się zawsze określić bezpośrednią przyczynę wymiotów, raczej umiejscowienie cierpienia w żołądku. Łatwo bowiem zrozumieć, że dla

racyjonalnego leczenia nie jest to rzecz obojętna, inaczej wypadnie leczyć wymioty wskutek przeczulicy żołądka, inaczej wskutek skurczu wpustu i t. p. Zwykle miałem do czynienia z mieszanymi przypadkami, gdzie np. skurcz spatyczny żołądka łączył się z przeczulicą żołądka, ze skurczem oddziwnika i t. p. Ponieważ środki apteczne, używane przez chorych, mimo długotrwałości leczenia nie przynosiły często poprawy, po wypróbowaniu zalecanych innych metod leczenia, które wylczyłem powyżej, zwróciłem się do innego postępowania. Na myśl stosowania spray'u z wody sodowej przez zgłębnik na żołądek wpadłem przypadkowo. Zwróciło moją uwagę, że niektórzy chorzy nawet przy znacznem polepszeniu mogą przyjmować pokarmy w nader małej ilości, że pojemność żołądka jest u nich zmniejszoną, łatwo zrozumieć ten fakt częsty; przy długotrwałych wymiotach żołądek wskutek dłuższego nieużywania tego narządu zmniejszał się znacznie, kurczył, dla tego też widziałem wskazanie do metodycznego rozszerzania żołądka ciałami obojętnymi, które jednocześnie działałyby na żołądek swą objętością i nie tak łatwo mogły być wydalone, zwróciłem się w tym celu do wprowadzania do żołądka gazów. Z początku stosowałem w tym celu sodę i kwas cytrynowy, zbyt jednak krótkotrwałe było działanie, a nadto trudne do umiarkowania, zwróciłem się więc do napełniania żołądka powietrzem przez zgłębnik, co dawało już lepsze wyniki. Ten ostatni jednak sposób szczególnie w szpitalu uważałem za względnie niebezpieczny, tą drogą bowiem mogłem wprowadzać do żołądka wraz z powietrzem drobnoustroje chorobotwórcze, zwróciłem się więc znów do kwasu węglowego, używając w tym celu syfonu z wodą sodową. Już w czasie stosowania zauważyłem, iż wprowadzanie czystego gazu, który otrzymujemy przez odwrócenie syfonu do góry dnem jest mniej odpowiedniem, zbyt bowiem wiele na raz wchodziło go do żołądka, zacząłem więc stosować wprost spray z wody sodowej przez zgłębnik. Już poprzednio mogłem się przekonać, że picie wody sodowej nieznaczny i chwilowy tylko wpływ wywierać może, gdyż ilość gazu jest w wodzie po wlaniu jej do szklanki a następnie przy połykaniu względnie nie wielka, a z drugiej strony nie ma wątpliwości, że ciśnienie, pod którym wprowadzamy wodę, odgrywa tu rolę nie małą. Kilka przypadków pomyślnych zachęciło mnie do systematyczniejszego stosowania tego środka i to w rozmaitych ro-

dzajach wymiotów nerwowych. Wyniki otrzymałem o tyle zadawalniające, iż od roku przy wymiotach nerwowych nie stosuję innych środków.

Opis niektórych przypadków, leczonych tą metodą, podaję na końcu, nadmienię tu tylko, iż systematycznie i wyłączenie leczonych przypadków tą metodą było razem 20; z tych w 15 otrzymałem wyleczenie, w 3 znaczne polepszenie i w 2 żadnego pozytywnego nie osiągnąłem wyniku. Za wyleczone przypadki uważam takie, gdzie wymioty nie powtarzały się od kilku miesięcy, polepszenie w 3 przypadkach było znaczne, chorzy wymiotowali tylko 1 raz dziennie, podczas gdy poprzednio po każdym jedzeniu. Przypadki stosowania spray'u bez żadnego wyniku były wogóle bardzo ciężkie, jeden dotyczył chorej z histeria magna, leczonej bezskutecznie przez wielu lekarzy w Warszawie, Królewcu i Berlinie, drugi również chorej z histeria magna, która jakoby wystąpiła po zgwałceniu chorej, chora dotkniętą nadto była nieżytem macicy o ile wnosić można pochodzenia zakaźnego. W tym przypadku mieliśmy do czynienia prawdopodobnie z nerwicą zwrotną.

Wszystkie powyższe przypadki były ciężkie, zastarzałe, powstałe na tle blednicy lub histeryi, jeden z nich trwał z lata i był nawet rodzinnym, gdyż obie siostry chorej dotknięte były również tem cierpieniem (najstarsza, mimo że wyszła za mąż i kilkakrotnie rodziła). Przez badanie zarówno żołądka jak i całego ustroju wykluczałem wszelkie inne choroby, które mogłyby być przyczyną wymiotów. Chore powyższe z małemi wyjątkami przed stosowaniem spray'u próbowałem początkowo leczyć innemi sposobami w ciągu kilku tygodni, oziębienie kręgosłupa i okolicy żołądka eterem, pęzelek faradyczny, środki apteczne w tych przypadkach żadnego nie dawały polepszenia, toż samo rzecz mogę, przepłókiwanie żołądka zimną wodą i sondowanie, chociaż w kilku innych przypadkach ten ostatni sposób dał mi wyborne wyniki. Dopiero po wyczerpaniu tych środków uciekałem się do spray'u z wody sodowej resp. kwasu węglowego na żołądek.

Spray taki wykonywałem w ogólności w sposób następujący. Po wprowadzeniu miękiego zgłębnika na dowolną wysokość powyżej wpustu przy wymiotach przełykowych, do żołądka przy wymiotach żołądkowych łączyłem wolny jego koniec z szyjką zwykłego syfonu z wodą sodo-

wą i zależnie od tego, czy chciałem wprowadzić gaz tylko, czy gaz z wodą, odwracałem syfon do góry dnem lub nie, syfon był zawsze oziębiony. Naciskając zwolna na kurek wprowadzałem dowolną ilość wody i gazu z dowolną szybkością, zawsze kierując się zarówno obiektywnym stanem, jak i subiektywnymi uczuciami chorej. Z początku zwykle wprowadzałem małe ilości wody sodowej od 60 ctm.³ bardzo wolno, w końcu dochodziłem do 150, 200 i więcej. W pierwszych dniach, mimo powolnego wprowadzania gazu, nadmiar gazu wypuszczałem przez zgłębnik, gdyż niezachowując tej ostrożności niejednokrotnie miałem przypadki omdlenia, skoro jednak gaz swobodnie mógł uchodzić nawet u bardzo wrażliwych chorych, nie widziałem podobnych powikłań, nadto zawsze przestrzegam chorych, aby rozluźniali suknie, a kobiety, iżby zdejmowały gorsety. Ilość wprowadzanej wody zależała od wrażliwości chorej, zarówno jak i uczucie rozdymania po wprowadzeniu gazu.

W przypadkach wymiotów przełykowych kuracja trwała zwykle 1—3 tygodni, dłużej jeżeli spray można było stosować rzadziej, krócej, gdy kilkakrotnie w ciągu dnia można go było powtarzać; przy wymiotach żołądkowych widzimy toż samo, kuracja jednak trwa dłużej do 6 nieraz tygodni. Inteligentnym chorym powierzałem stosowanie spray'u w domu po kilkakrotnem wprowadzeniu zgłębnika pod moim kierunkiem, innym chorym sam spray stosować musiałem. Po ustaniu wymiotów czas jakiś należy stosować jeszcze strumień, zmniejszając stopniowo częstość, siłę i ilość strumienia.

W jaki sposób działać może strumień kwasu węglowego resp. wody sodowej, wprowadzony do żołądka? Skoro wprowadzimy gaz do żołądka, wywołuje on przyjemne uczucie ciepła, rozprzestrzeniające się po całym brzuchu i wywołujące ogólną euforyję. Nadmiar gazu uchodzi przez odbijanie, część wchłania się i przechodzi do krwiobiegu. *Quinke* u psa widział w tych warunkach silne przekrwienie błony śluzowej, toż samo możemy obserwować na gardzieli, dowiódł on nadto, iż kwas węglowy przyśpiesza wchłanianie, *Jaworski* drogą bardzo ścisłych doświadczeń przychodzi do wniosku, iż CO₂ wzmacnia sprawność żołądka, podnosi kwasotę żołądka, działa przeciwgnilnie, rozcieńcza sok, podnosi łaknienie i wywołuje ogólną euforyję. Co się tyczy wpływu na tętno i oddechanie przypuszcza się, iż oddech

staje się głębszym i rzadszym, a tętno wolniejszym. Doświadczenia własne w tym kierunku na innym przedstawię miejscu.

Z prac Demarquay'a, Dujardin Beaumetz'a i in. wiadomo nadto, iż CO_2 działa znieczulająco, ten ostatni nawet radził używać go do operacyi w krtani.

Widzimy zatem, iż CO_2 1) działa na błonę śluzową znieczulająco (osobliwie odnosi się to do spray'u, gdzie działa również i zimno), 2) mechanicznie przez rozszerzanie żołądka i wpustu, 3) przyśpiesza wydalanie treści przez odźwiernik.

Pomijając użycie tego środka przy chorobach innych narządów, w chorobach żołądka, według wskazań *Jaworskiego*, używa się przy atonii błony mięśniowej żołądka dla podniesienia jej kurczliwości, przy braku soku kwaśnego, przy dyspepsia putrida, przy braku łaknienia, dla uśmierzenia bólów, tak kardyjalgicznych, jak i w przypadkach raka żołądka. W tym celu *Jaworski* używa kąpieli z kwasu węglowego, wprowadzonego przez zgłębnik à double courant, ja zaś zwykłego zgłębnika, który łączę w opisany sposób z szyjką syfonu z wodą sodową, czynię zaś to z tego powodu, iż jak nadmienilem rozszerzanie żołądka ma przy wymiotach niektórych ważne znaczenie. Wydzielający się z wody gaz rozszerza się wskutek ciepła i wywiera ciśnienie na ścianki żołądka wzmagając jednocześnie jego kurczliwość, przez co zakończenia nerwów już wskutek samego ucisku ulegają znieczuleniu, nadto rozszerzanie stopniowe za pomocą gazu, gimnastyka żołądka ma ważne znaczenie dla przystosowania żołądka do przyjęcia normalnej ilości pokarmów. Rozszerzenie żołądka tą drogą, jak się przekonałem na trupach i u żywych jest znaczne. Żołądek przytem przyjmuje położenie poziome, co w przypadkach pionowego położenia żołądka, t. j. położenia, zbliżonego do postaci płodowej, może również oddać przy metodycznem postępowaniu pewne usługi. Widzimy z powyższego, iż przy wymiotach wskutek przeculicy błony śluzowej i spazmu żołądka spray ma swe uzasadnienie, co jak widzieliśmy sprawdza się i w praktyce. Toż samo w wymiotach przełykowych. Wprowadzanie zgłębnika niekiedy już samo znosi tego rodzaju wymioty, nie zawsze jednak; wtedy użycie spray'u z wody sodowej oddać może ważną usługę. W czysto przełykowych wymiotach wprowadzam zgłębnik powy-

żej miejsca spastycznego skurczu; początkowo puszcza niewielki strumień, stopniowo jednak zwiększam siłę strumienia. Chorzy czują, jak przeszkoda przy nieznacznym bólu znika i prąd wody wchodzi do żołądka. Przy skurczu wpustu mamy toż samo, zgłębnik wprowadzamy na kilka ctm. powyżej wpustu. W tych przypadkach prąd wody działa mechanicznie, wywołując szybkie, równomierne i silne rozszerzenie wpustu lub zwężonego spastycznie przelyku. Nie pozostaje bez wpływu również i znieczulające działanie CO₂; po za tem spray wchodząc do żołądka i działając w sposób opisany powyżej, zwiększa jego pojemność, co ma wielkie znaczenie przy dłuższem trwaniu choroby.

Przy wymiotach wskutek tonicznego skurczu oddźwiernika spray również działa skutecznie, pobudza bowiem kurczliwość żołądka. Wobec świeżych nadto doświadczeń *Rossbacha* nad ruchami żołądka, widzimy, iż wprowadzona woda szybko opuszcza żołądek, do czego koniecznym warunkiem jest otwarcie oddźwiernika, jednoczesne więc zwiększenie kurczliwości błony mięśniowej żołądka i szybkie otwieranie wpustu powtarzane metodycznie, zdolne jest stan ten chorobowy w końcu przezwyciężyć; tak samo mechanicznie działa spray przy atonii czasowej na tle skurczu oddźwiernika.

T. zw. wymioty par inhibition vitale, połączone zwykle z nudnościami, naturalnie, nie nadają się do leczenia tą metodą, można ją wszakże stosować i w tych przypadkach, jako gimnastykę żołądka, a nadto jako dzielny środek przeciwko nudnościom—o czem niejednokrotnie miałem sposobność się przekonać, co więcej niekiedy widziałem i polepszenie łaknienia. W wymiotach wreszcie psychicznych wpływ tej metody może być o tyle korzystnym, o ile swą niezwykłością wpływa na nastrój chorego. Być może zresztą, że w przypadkach nieprawidłowego położenia żołądka metodyczne stosowanie tej metody może nam dać pewne wyniki.

Oto wskazania do użycia metody, przeciwwskazania są również widoczne. W tych przypadkach, gdzie w przelyku lub żołądku gnieźdzą się sprawy chorobowe, przy których rozszerzenie szybkie żołądka mogłoby spowodować pęknięcie tych narządów, są przeciwwskazaniem do stosowania tej metody, szczególnie ma to znaczenie przy wrzodzie żołądka, to też nie odważyłbym się stosować tej metody u żadnego z chorych, gdzie stanowczo nie mógłbym wykluczyć tego cierpie-

nia. Po za tem za przeciwskazanie uważam wady zastawkowe serca, aneuryzmaty, cierpienia naczyń wieńcowych i mięśnia sercowego, zwapnienie naczyń, a nawet czystą nerwową nadmierną pobudliwość serca, wreszcie choroby płuc z dążnością do krwotoków; ciąża, o ile wnosić można, nie stanowi przeciwskazania.

Z powyższego widzimy, iż zarówno teoretyczne rozumowania, jak i wyniki stosowania u chorych przemawiają za tą metodą i upoważniają mnie do zalecania jej we wskazanych przypadkach. Zastrzegam się jednak, iż *nie uważam jej za panaceum w wymiotach nerwowych, za nieomyślny przeciw nim środek, na pierwszym planie zawsze stać winno ogólne leczenie, spray jest środkiem tylko pomocniczym*, może lepszym od innych, bo opartym na racjonalnych podstawach, ale zawsze środkiem tylko pomocniczym.

Wywoływanie chwilowej rostrzeni, wzmaganie kurczliwości żołądka, jednym słowem gimnastyka żołądka, której spray swe główne działanie zawdzięcza, dziś mało jest stosowana w chorobach żołądka, być może, że w przyszłości uda się jej zająć wydatniejsze stanowisko. W chwili obecnej zajmuję się tem pytaniem. Brak czasu nie pozwolił mi na doświadczenia ze zwierzętami, po których dla wyjaśnienia kwestyi wiele spodziewać się można. Mechaniczne leczenie chorób żołądka oddało już wielkie usługi i ma wielką jeszcze przyszłość przed sobą.

Poniżej podaję przypadki leczone daną metodą, nie wszystkie jednak opisuję, gdyż zajęłoby to zbyt wiele miejsca, wybieram tylko godniejsze uwagi.

d. 25/X 1890 r.

OBSERWACYJA I.

Hyperaesthesia ventr., spasmus ventriculi. Vomitus.

A. Wor. Szwaczka, lat 17, 2 lata temu bez żadnej przyczyny wystąpiły wymioty, które coraz się zwiększając doszły do tego, iż od roku już występują po każdym jedzeniu, wzmagając się podczas trwania peryjodu do tyła, iż chora literalnie nic przyjmować nie może. Wymioty te występują natychmiast po jedzeniu, poprzedza je zwykle silny ból w dolku; z chwilą zwymiotowania pokarmów chora czuje się lepiej. Uczucie głodu zachowane. Regularność rozpoczęła się w 14 roku życia, trwa dotąd bez powikłań i wielkiego bólu, niekiedy przed peryjodem nieznaczny wpływ z pochwy, oraz bóle w krzyżu. Zwykle zdrowa. Rodzicę, wedle zapewnienia zdrowi, za to siostra starsza w 18 roku życia również zaczęła wymiotować, dziś ma lat 21, jest od 3-ch lat zamężną i 2 razy rodziła, wymioty trwają bezustannie po każdym jedzeniu. Chora leczyła się już od roku bez żadnego skutku. Przy badaniu: średniego wzrostu, nieco blada, tkanka tłuszczowa dość rozwinięta. W płucach, sercu i innych narzą-

dach zmian żadnych. Czucie wszędzie prawidłowe. Odruchy nieco wzmożone, *virgo intacta*, wypływu z pochwy niema. Przy badaniu przez odbytnicę macica mała w lekkim przodozgięciu. Naczczo w żołądku trochę śluzu, woda wlna posiada odczyn obojętny. Po śniadaniu Ewalda, w godzinę kwasność 40, 20/0, kwas solny wolny w ilości znacznej. Kwas mleczny obecny, białka i peptony, maltoza w niewielkiej ilości. Obiad próbny Leubego w 4 godziny opuszcza żołądek¹⁾. Wchłanianie naczczo po 12'; po wlniu 29 cm. sz. wody sodowej wprost z syfona uczucie silnego napięcia.

U chorej tej rozpoznałem *Hyperaesthesia ventriculi*, zmniejszenie pojemności żołądka (ludziom zdrowym i tej samej chorej później mogłem wprowadzać po 1/3 syfona, t. j. 120 cm.³ bez wywołania bólu).

Początkowo leczyłem chorą przetworami bromowemi, jak bromek sodu i bromek chininy, stosując jednocześnie lekkie obcieranie krzyża wodą słoną i kąpiele słone, poprawy mimo 2-u tygodniowego stosowania nie było, zaleciłem więc do wewnątrz kokainę, oraz galwanizację nn. vagi na szyi, gdy i ta terapia nie doprowadziła do celu, próbowałem pędzelka-faradycznego. Przekonałem się wkrótce, iż środki te, nużąc chorą do żadnych nie doprowadzają wyników; idąc za wskazówkami autorów innych, zaczęłem stosować przemywania żołądka, jednocześnie próbując sugestyi, 10 przemywań nie przyniosło żadnej ulgi, a chora tak czuła się dotkniętą tą bezskutecznością leczenia, iż chciała zupełnie zaniechać leczenia, sądząc, iż to „kalectwo”, jak się wyrażała, zostanie jej na całe życie. Wtedy to wpadłem na pomysł stosowania wody sodowej przez zgłębnik do żołądka. Z początku wlałem tylko 40 ccm., gdyż chora uskarżała się na ból, 1/2 tej ilości chora zaraz zwymiotowała, ale dnia tego, jak sama mówiła, czuła się znacznie lepiej i wymioty z mniejszym były połączone bólem. Zachęcony tem zacząłem stopniowo zwiększać ilość wprowadzanej wody sodowej, dochodząc do 1/3 syfona na posiedzenie. Chora w ciągu 3 tygodni zaczęła się poprawiać znakomicie, apetyt wzrastał, wymioty stawały się coraz mniejsze i głównie wymiotowała płyny. Po 25 dniach zaczęła wymiotować tylko 2 razy dziennie, stan taki trwał tydzień, poczem stopniowo chora zupełnie przestała wymiotować. Jednocześnie przytem była unormowana stosownie dyjeta, chora wystrzegła się płynów, oraz ostrych przypraw.

W chwili, kiedy to piszę, od 6 miesięcy chora już nie wymiotuje i czuje się zupełnie dobrze.

15/XI 1890 r.

OBSERWACYJA II.

Hyperaesthesia ventriculi. Spasmus ventriculi.

Anna B., lat 17. Chora od 4-ch miesięcy, 4 miesiące temu po przestrachu zauważyła, iż przy jedzeniu zjawia się ból w dołku, a niekiedy potem występują wymioty, które codzień zaczęły się powiększać; występowały tylko po jedzeniu, poprzedzał je ból silny nieraz tak dokuczliwy, jak gdyby ktoś piekł rozpalonem żelazem. Przed wymiotami zwykle występowało silne wzdęcie. Po tygodniu wymioty zaczęły występować nieco później w kilka minut po jedzeniu, zawsze jednak były poprzedzane silnemi bólami w okolicy żołądka. Mimo, że chora leczyła się (podawano jej bromki, robiono przypalania i t. p.), wymioty nie ustawały, doszło do tego, iż wymiotowała po każdym jedzeniu, choćby po kęsie chleba, szczególnie zaś po

¹⁾ Zwracam uwagę, iż badanie było utrudnione, gdyż znaczną ilość pokarmów chora natychmiast po jedzeniu zwracała.

plynach. W tym czasie silnie wychudła. Pochodzi z rodziny względnie zdrowej, ojciec cierpiał na długotrwałą podagrę. Sama, prócz chorób wysypkowych w dzieciństwie nie przechodziła żadnych innych chorób. Peryjody prawidłowe, upławów nie miewa. Średniego wzrostu, odżywianie mierne, lekka blednica. Bolesność na wysokości 6 wyrostka ciernistego pierśsiowego, nieznaczna bolesność na ucisk w okolicy żołądka. Ovarialgia dextra. W innych narządach zmian żadnych. Naczczo nie udało się wydestać płynu z żołądka, po śniadaniu Ewalda: kwaśność 38,2⁰/₀. Kwas solny, nieco mlecznego, znaczna ilość peptonów, cukru ilość nieznaczna. Nie zwymiotowane resztki obiadu Leube'go zostają wydalone po 5 godzinach. W godzinę po jedzeniu nieznaczne pluskanie w żołądku. Próba z KJ po 5 min. naczczo. Dolna granica żołądka (po wypełnieniu kwasem węglowym) na 2 palce powyżej pępka. Początkowo stosowałem metodę Leubego, sądząc z objawów, iż mam do czynienia z wrzodem żołądka. Po tygodniu jednak żadnej zmiany nie zaszło w stanie chorej. Ponieważ w danym razie była nadczułość błony śluzowej, oraz stan spastyczny żołądka, musiałem zwrócić się do środków kojących i znieczulających, podawałem chorej kakainę wraz z belladonną, stosowałem prąd stały na żołądek według Ziemsena, próbowałem również przemywania wodą chlorkoformową, oraz solą karlsbadzką — bezskutecznie, wtedy zwróciłem się do kąpieli z kwasu węglowego. Poprawa długo dawała czekać na siebie, po upływie jednak 6 tygodni wymioty ustąpiły. Chora wstrzymywała się od pracy i napojów.

Prócz tej chorej z podobną postacią wymiotów leczone były tą metodą 4 osoby, z tych jeden mężczyzna z silnym rostrojem nerwowym.

1/XII 1890 r.

OBSERWACYJA VII.

Oesophagismus. Hysteresis.

Ros. lat 22, sklepowa, chora od 6 miesięcy, kiedy zaczęły się wymioty z początku 1 raz dziennie po obiedzie, później po każdym jedzeniu. Przedtem zdrowa. Pochodzi z rodziny zdrowej. Menstruatio od 16 roku życia prawidłowa, virgo intacta. Badanie przez pochwę i odbytnicę nie wykazało żadnych zmian w narządach płciowych. Dobrze odżywiana, nieco nawet otyła. Przechulica prawej połowy ciała. O varialgia dextra. Auto-graphia. W płucach i sercu i innych narządach zmian żadnych. Granica żołądka na 3 palce powyżej pępka. Naczczo zawartość w ilości 15 ccm. sz., obojętna z nielicznymi strzępkami śluzu, po śniadaniu Ewalda w godzinę kwaśność 33,5⁰/₀, kwas solny obecny, ślady mlecznego. Po obiedzie Leubego, resztką niezwymiotowana opuszcza żołądek po 5 godzinach. Wchłanianie KJ po 15 m. naczczo. Wymioty występowały natychmiast po jedzeniu z uczuciem ściskania w okolicy między łopatkowej. Rozpoznałem wymioty przelykowe. Podobnie jak w poprzednim przypadku, chora była leczona dotąd zalecanymi środkami bez żadnego skutku w ciągu 3-tych tygodni. Po tym czasie zacząłem stosować spray z wody sodowej przez zgłębnik do żołądka ¹⁾. Z początku po każdym zastosowaniu środka natychmiastowe wymioty, wkrótce, bo po 5 dniach poprawa, która stopniowo

¹⁾ W tym wypadku zgłębnik dochodził tylko do wpustu a nawet nieco powyżej, dopiero po wlaniu pewnej ilości wody przesuwałem go niżej — opór wtedy nie było, podczas, gdy z początku opór był dość znaczny, choć dający się przewyciężyć.

w ciągu 4 tygodni przeszła w zupełne wyleczenie. Chorą widziałem w 3 miesiące, zdrowa, wymiotów nie miała.

21/V 1891 r.

OBSERWACYJA VIII.

Oesophasismus. Vomitus.

X. X., lat 19, mężatka. Po pierwszym stosunku z mężem, nazajutrz wystąpiły wymioty, które nie ustawały w ciągu 2 tygodni. Przedtem chora była wogóle „silnie nerwową” (nauczycielka muzyki). Przez dwa lata chorowała na blednicę. Matka miewała według słów chorej „ataki nerwowe”, trwające po kilka godzin. Wymioty występowały natychmiast po jedzeniu, chora czuje, jak kęs połknięty zatrzymuje się w środku kości piersiowej, występuje wtedy duszność, chora wśród tych objawów wyrzuca kęs z powrotem. Suche pokarmy znosi, natomiast płyny wyrzucane są natychmiast. Miesiączkowanie prawidłowe, ostatnie 5 dni temu; macica mała, ruchoma, niebolesna, na szyjce zmian żadnych. Ovarialgia dextra, przy ucisku chora zgina się w łuk i dostaje napadu duszności; przy słabym ucisku na dołek silna bolesność, która znika przy silnym. Granice żołądka prawidłowe. Treści naczcho wydobyć się nie udawało, wymiociny: zupełnie niezmienny pokarm. Przy sondowaniu zgłębnikiem Trousseau słaby opór na wysokości 25 cm., zgłębnika miękiego przez to miejsce przeprowadzić nie można. Zgłębnik miękki wprowadziłem na 20 cm. i z tej wysokości puściłem prąd wody z syfona, poczem stopniowo coraz niżej przeprowadzałem zgłębnik, po 16 dniach objawy ustąpiły.

Chorą widziałem przed kilkoma dniami z powodu silnego bronchitu. Od tego czasu nie miała wymiotów, zaszła w ciążę, która przebiega prawidłowo.

Obserwacje IX, X i XI dotyczące 3-ch chorych, 16 i 18 lat, szwaczek, były zupełnie identyczne z poprzednią, z tą tylko różnicą, iż wymioty wystąpiły tu po przestraszeniu wskutek brutalnego napadu. Po 3-ch tygodniach u jednej, a po 23 dniach u drugiej wymioty ustąpiły.

OBSERWACYJA XII.

Pylorismus, dilat ventriculi. Hysteriasis.

Pani Y, lat 25, żona urzędnika, chora od miesiąca. Przed 2 laty drgawki toniczne z niezupełną utratą przytomności. Rodziła raz jeden przed rokiem. Karmiła sama. Dysmenorrhoea. Od miesiąca wymioty nieustanne po każdym jedzeniu. Wymiociny prócz niezmiennych pokarmów zawierają nieco śluzu, Z początku wymioty występowały tylko po płynach, chora czuła, jakby przyjęty pokarm uwiązł jej w piersiach. Uczucie to jednak wkrótce przeszło i chora zaczęła wymiotować w godzinę lub dłużej po przyjęciu pokarmów, pokarmy zwrócone posiadały smak słonawo-kwaśny. Badanie żołądka wykazało, obniżenie dolnej granicy żołądka. Pluskanie w żołądku po jedzeniu (naczcho pluskania nie było). Naczcho zawartości wydobyć nie można. Badanie wymiocin w godzinę; obecność kwasu solnego kwasność 40,0⁰/₀, nieznaczna ilość kwasu mlecznego. Hyperaesthesia cutis partialis dextra. Ovarialgia dextra; zwężenie pola widzenia. W narządach innych zmian żadnych. Rozpoznanie Dilatatis ventr. Hysteriasis. Pylorismus. Po dwutygodniowym stosowaniu kąpeli z Co₂ chora wyzdrowiała.

Zupełnie identyczne były przypadki XIII i XIV, dotyczące, jeden wdowcy 32 letniej, która wymiotowała od roku, drugi panny 53-letniej, u której

wymioty powtarzają się od 20 lat co czas jakiś. W tym ostatnim przypadku obok ovariagia dextra była autographia. U obu chorych zupełne wyzdrowienie po stosowaniu metody 2 razy dziennie w ciągu 2 $\frac{1}{2}$ tygodni u pierwszej, w ciągu 5 tygodni u drugiej. Nadmienić muszę, iż u drugiej z tych chorych poprzednie wymioty trwały po $\frac{1}{2}$ roku.

Przypadek XV. Z. Panna, lat 19. Wymioty odruchowe. Po gwałtownym coitus od lat 2 wymioty ciągłe. Leczyła się w Królewcu i w Warszawie. Nieźle odżywiana. Hyperaesthesiones cutis. Zwężenie pola widzenia, bóle między łopatkami. Ovariagia obustronna. Endometritis gonorrhoeica (?). U chorej tej stosowanie metody pozostało bez żadnego skutku. Wymioty były tu odruchowe wskutek endometritiss.

Przypadek XVI. C. szwaczka, lat 17. Wymioty od 4 miesięcy po każdym jedzeniu natychmiast, znosi tylko mleko, inne płyny wymiotuje natychmiast w stanie niezmienionym z uczuciem ucisku w okolicy między łopatkami. Zresztą zmian żadnych. Odżywiana nieźle. Stosowanie metody nie dało żadnych wyników. W trakcie tego, chora zaczęła uskarżać się na swędzenie w kiszce stolcowej, a pewnego razu przyniosła mi pierścienie taeniae solium. Po zadaniu Extr. filicis mar. aet. i usunięciu solitera wymioty ustąpiły. Wymioty w danym razie, jak łatwo zrozumieć miały za przyczynę taenia solium.

W jednym z przypadków u 8-letniej dziewczynki wymioty były wywołane przez oxyuris remicularis. Przypadek ten rozpoznany zaraz nie był leczony wprowadzaniem wody sodowej.

LITERATURA.

- Openchowski.* Ueber die gesamte Innervation des Magens. D. Med. W. XV, 1889, 35.
- Schiff.* Moleschott's Unters. VIII, Leçons Sur la digestion II.
- Baum.* Ueber die Lage des Magens. Deut. Ztf. The med. XV, 401.
- Goubarow.* Ueber Verschluss der menschl. Magens Arch. f. Anat. u. Phys., 1886.
- Beaumont.* Experiments and. observ. on the gastr. juice. Boston, 1834.
- Magendie.* Mém. sur les vomissements, 1813. Precis elem. de Physiologie.
- Tantini.* Gerson. Magasin der ausländ. Liter. XIII.
- Patry.* Bull. de l'acad. de med. XXVIII.
- Grimm.* Pflüg. Arch. 1871.
- Gréve.* Studie über Brechcentr. B. klin. Woch., 1874.
- Thouas.* O rwotnom centrie. Ezen. klin. gaz., 1887.
- Deniau.* De l'isterie gastrique. Thèse de Paris, 1883.
- Stiller.* Die nervösen Magenkrankheiten, 1884.
- Leube.* Magenkreikeiten w Pat. i ter. szczeg. Ziemsena.
- Oser.* Nie neurosen des Magens und ihre Behandlung. Wien. klin., 1885.
- Rosenthal.* Magenenneurosen und Magenencatarrh, 1887.
- Pacanowski.* Nerwice żołądka. Warszawa, 1888.
- Jaworski.* Zarys pat. i ter. chorób żołądka. Warszawa, 1889.
- Reichman.* Nauka o chorobach narządów trawienia. Warszawa, 1890.
- Brestove.* The pract. 1883, nr. 47.
- Brown-Séguard.* Compt. rendues de l'Acad, 1885.

Pécholier. Traitement de certains vomissements. Bul. gen. de Ther., 1887.

Harvé et Lavaur. De la dispepsie nerveuse. Paris, 1885.

Landois. Fyziologija, 1889, tom. ross.

Herman's. Physiolog. T. V, cz. II, 2.

Prof. *Mayer.* Phys. der Darmbeweg. etc, str. 210—212 (tom. ross).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby nerwowe.

36. Doc. Dr. H. OPPENHEIM. O toksycznych cierpieniach układu nerwowego z ogólnego i specjalnego punktu widzenia. (Allgemeines und Specielles über die toxischen Erkrankungen des Nervensystems). (*Berl. klin. Wochenschr.*, Nr. 49, 1891).

Zaraza i zatrucie grają wielką rolę w powstawaniu chorób układu nerwowego; pod wpływem jadu mogą się rozwinąć typowe formy, ograniczone do pewnej grupy komórek lub włókien, lub też rozsiane po całym układzie nerwowym. Do typowych porażień w tym kierunku należy porażenie ołowiane, alkoholowe, arsenikowe i dyfterytyczne. Autor podnosi kwestyję, mało uwzględnionego do tego czasu, kombinacyjnego działania kilku trucizn na układ nerwowy; widział on, np. że u ludzi pracujących z metalami—ołowiem, cynkiem, miedzią i t. d. bardzo nieznaczne nadużywanie wysoko sprowadza objawy rozsianego zapalenia nerwów lub typowego porażenia wyskokowego. Niekiedy mogą powstać objawy podwójnego przewlekłego zatrucia—ołowianego i wyskokowego; tak w kilku przypadkach Oppenheim widział cierpienie kończyn dolnych i górnych z zaburzeniami czucia i ruchu, gdzie po pewnym czasie objawy (alkoholowe) ze strony nóg zupełnie ustąpiły, a pozostało charakterystyczne porażenie ołowiane kończyn górnych (symmetryczny paraliż nn. radialis). Szczególne, nietypowe przypadki rozsianego zapalenia nerwów widział Oppenheim przy kombinowanem działaniu syfilisu, zatrucia ołowiem i alkoholizmu.

Produkty toksyczne mogą także pośrednio wywierać wpływ szkodliwy na układ nerwowy—mianowicie drogą naczyniową przez arteriosclerosis i endephebitis; autor obserwował pewną formę zapalenia nerwów, o przebiegu przewlekłym, u starców, u których nie można było znaleźć innej przyczyny choroby, jak miażdżycę naczyń.

Autor zwraca dalej uwagę na rzecz nieznaną do tego czasu, że zatrucia jadami metalicznymi są ważnym momentem etyologicznym w powstawaniu rozsianych stwardnień mózgorzdeniowych (sclerosis disseminata); chorobę tę obserwował Oppenheim u wielu malarzy, zecerów, grawerów, kotlarzy, pracujących w fabrykach cynku i ołowiu. Niewątpliwie i hysterya, neurastenija, padaczka i różne objawy nerwowe ogólne

nieokreślonego typu rozwijają się pod wpływem alkoholizmu, jadów metalicznych, zatrucia siarkiem węgla, tlenkiem węgla i t. d. Nareszcie upośledzenie układu nerwowego może być spowodowane przez produkta toksyczne taką drogą, że ostatnie wywołują ogólne wyniszczenie i bezkrwistość ze skutkami dla narządów nerwowych. Rozwija się stan chorobowy, noszący dużo cech charakterystycznych, a który autor obserwował u ludzi pracujących z ołowiem, miedzią, rtęcią i t. d.

Przedewszystkiem chorzy tacy przedstawiają objawy neurastenii—ciśnienie w głowie, osłabienie pamięci, drażliwość, drżenie, bicie serca i wogóle nadmierną pobudliwość tego organu. Do tego dołącza się ogólny uwiąd i niezwykle zwiększenie pobudliwości mechanicznej mięśniowej, jakościowe zmiany oddziaływania elektrycznego, wrażliwość mięśni, a rzadziej pni nerwowych na ucisk i niekiedy neuritis optica. Leczenie nie wiele pomaga, i dwóch takich pacjentów autora umarło, już po wyjściu z kliniki, w obrzękach, ale bez cierpienia nerek lub serca.

Niezmiernie ważną jest rzeczą, że często jady nie wywołują same przez się cierpienia układu nerwowego, ale robią go niezmiernie wrażliwym na inne wpływy szkodliwe—i przede wszystkim na uraz. Trauma wywołuje szczególnie łatwo porażenia nerwów peryferycznych u rekonwalescentów po infekcyjnych chorobach, alkoholików i mających do czynienia z ołowiem: jeden pacjent Oppenheim'a, malarz,—otrzymał paraliż n. radialis li tylko wskutek szybkiego wyprostowania kończyny górnej. Po drugie—alkoholizm i zatrucie ołowiem rozwijają usposobienie do tak zwanych zaników i porażen profesjonalnych. Po trzecie—uderzyła autora okoliczność, że niezmiernie dużo chorych na tabes, kombinowane zwyrodnienia, polio-myelitis zdarza się pomiędzy robotnikami w fabrykach metalów.

Ważne znaczenie etjologiczne posiada fakt, zauważony już przez Berger'a, za zatrucie chroniczne ołowiem wytwarzają u potomków pacjenta usposobienie neuropatyczne; rzeczywiście Oppenheim obserwował u dzieci i wnuków robotników tych, oprócz padaczki, ciężkie formy migreny, hysteryi, nerwobólów, płasawicy, tic convulsif. i t. d. Istnieje więc i dziedziczność toksykopatyczna.

Na zakończenie autor zwraca uwagę, że i zajęcie z farbami anilinowymi, nawet wolnemi od arszeniku, grozi niebezpieczeństwem dla układu nerwowego.

Biernacki.

37. Dr. HERMAN SCHLESINGER. **O kilku objawach tetanii.** (Z klin. prof. Nothnagla w Wiedniu. *Zeitschrift f. klin. Med.*, 1891, XIX w., str. 468—488).

Autor badał 533 osób dorosłych, oraz przeszło 400 dzieci (do lat 15) zdrowych i chorych, chcą sprawdzić, czy niektóre z objawów uznawanych za charakterystyczne dla tetanii mogą występować również i w innych chorobach lub w stanie fizjologicznym.

I. Objaw twarzowy. Autor opukiwał młotkiem perkusyjnym policzek przed wstępującą gałęzią żuchwy od łuku

licowego do gałęzi poziomej zuchwy, unikając dotknięcia wzmiankowanych kości, bo przytem u każdego człowieka w skutku wstrząśnienia ścięgien mięśni drga kąt ust. Przy opukiwaniu zwracał pilną uwagę na średnią część wargi górnej (nn. orbicul. oris) i spostrzegał: 1) Objaw zaledwie dostrzegalny, t. j. skurecz mięśnia widoczny tylko na wargach bez drgania kąta ust. 2) Objaw wyraźny, gdy i kąt ust zbacza. 3) Objaw w wysokim stopniu, gdy kąt ust i skrzydło nosa ulega szybkim drganiom.

U 53 osobników zdrowych znalazł objaw twarzowy tylko 2 razy u osób młodych, jest on zatem w stanie fizyologicznym rzadki.

U 480 chorych (276 męż. i 257 kob.) znalazł objaw twarzowy 161 razy (1:3), przyczem okazało się:

a) że jest on silniejszym i częstszym u kobiet do 50 roku życia (36,9%) niż u mężczyzn (24,6%).

b) u młodych osobników częściej; między 15 a 19 rokiem życia, t. j. w wieku, w którym podług Jakscha najczęściej przytrafia się tetanija, nie bywa częstszym. U mężczyzn po 40 roku, u kobiet po 50 roku (co zależy od częstej hysterii w elimacterium) trafia się rzadziej. Po 60 roku tak rzadki u chorych jak i u zdrowych. Na 100 chorych w 5—6% objaw twarzowy był tylko jednostronny; mogą też być tylko pojedyncze gałązki jednego n. twarzowego nadpobudliwe.

c) Co do rodzaju chorób, objaw twarzowy prócz właściwej tetanii występował jeszcze w hysterii, neurastenii, gruźlicy i chorobach płucnych, blednicy i chorobach przewodu pokarmowego, mianowicie:

w 54 przyp. hysterii i neurastenii	34 razy = 62,9%
„ 133 „ gruźlicy	64 „ = 48,1%
„ 11 „ blednicy w wieku powyżej 15 lat	— 5 „ = 45,5%
„ 55 „ innych chorób nerwowych	13 „ = 23,6%
„ 47 „ innych cierpień płucnych	11 „ = 23,6%
„ 86 „ chorób żołądka i kiszek	18 „ = 20,9%

Między 15 a 40 rokiem życia objaw twarzowy we wszystkich wymienionych chorobach występuje w równych w przybliżeniu odsetkach, w 5 dziesiątku znajdujemy go jeszcze w gruźlicy, hysterii i neurastenii. Objaw twarzowy wyraźny lub ledwie dostrzegalny występował przy poczynającym się dopiero zajęciu gruźliczem szczytów płuc, co zgodnem jest ze spostrzeżeń Frankl-Hochwarta.

Przyczyna objawu twarzowego jest dwojaka: 1) albo jest to częściowy objaw ogólnej nadpobudliwości nerwowej ustroju, albo 2) skutek miejscowego cierpienia nerwu twarzowego.

Co do 1). Tu należą 2 grupy: a) Tetanija, oraz zbliżone do niej choroby w skutku otrucia lub zmian organicznych (pseudotetanija, czyli symptomatyczna tetanija). W tej grupie objaw twarzowy trwa niekiedy przez miesiące i lata, bywa bardzo wyraźny i ustępuje zwolna w miarę ustępowania choroby. Danych co do początku zjawiania się objawu autor nie posiada. b). Do drugiej grupy chorób należą: hysterija, neuraste-

nija, oraz te choroby, które drogą zwrotną mogą powodować podrażnienie nerwu twarzowego jak nieżyty kiszek, krwotoki i t. p. Objaw twarzowy w tej grupie chorób ma przebieg właściwy. Najczęściej towarzyszy on hysterii we wszystkich jej stadyjach, u neurasteników niekiedy tak silnie rozwinięty, jak przy tetanii. Lecz ulega on nagłym i częstym zmianom, u hysteryczek np. podczas peryjodu, u neurasteników wzmagał się po obiedzie, wypiciu kawy, wina, niekiedy po zimnej kąpieli.

Objaw twarzowy towarzyszy też blednicy bez wyraźnej hysterii, lecz z współtowarzyszeniem nadeżności w okolicy żołądka i ustępuje zwykle współcześnie ze wzmiankowanym objawem. W 6 przypadkach choroby Basedowa znalazł autor objaw twarzowy dwa razy. Wole nie wywołuje samo przez się objawu twarzowego. Zależy on od współtowarzyszącej hysterii lub neurastenii.

Co do 2). Jako skutek miejscowego cierpienia n. twarzowego. W zastarzałych obwodowych porażeniach nerwu twarzowego z odczynem zwyrodnienia na 4 przypadki znalazł go autor tylko 1 raz. W początkach gruźlicy czystej nie powikłanej hysteryją, ani neurasteniją, przy kwitającym jeszcze stanie ogólnego odżywiania i bez gorączki tłumaczy autor wystąpienie objawu twarzowego tylko przypuszczalnymi zmianami anatomicznymi w samym nerwie lub w jego otoczeniu natury gruźliczej.

Poszukiwania odnośnie do objawu twarzowego na 400 dzieciach dały autorowi następujące wyniki. U dzieci w wieku lat 12—15 objaw twarzowy występuje podług tych praw co u dorosłych; częściej u dziewczynek i przy chorobach: tetanii, hysterii, żołączach, gruźlicy i blednicy. U dzieci od 8—12 lat bywa daleko rzadszy. U 50 chorych dzieci tego wieku znalazł go autor 5 razy. U dzieci do lat 8 zdarza się wyjątkowo. U 200 chorych dzieci tego wieku znalazł go autor 4 razy; (nigdy go nie widział u zdrowych dzieci). W ogóle można powiedzieć, że w tetanii u dzieci brak objawu twarzowego, wówczas, gdy przy tetanii u dorosłych brak tego objawu należy do wyjątków.

Przedstawiając częstość objawu twarzowego podług wieku w linii krzywej wypadnie minimum na wiek do lat 8, maximum między 30 a 40 rokiem ku starości otrzymamy gwałtowny spadek krzywej.

II. Mechaniczna nadpobudliwość innych nerwów ruchowych. W 13 przypadkach tetanii nie znalazł autor tego objawu tylko 3 razy. Przy badaniu zaś 250 innych przypadków na ten objaw znalazł go autor przy innych chorobach tylko kilka razy w hysterii, neurastenii, urazowej nerwicy, porażeniu opuszkowem, blednicy z nadeżnością żołądka, rhachitis z drgawkami i kurczem głośni i w tych przypadkach tylko niektóre nerwy ruchowe, najczęściej n. promieniowy były nadpobudliwe, co jak wykrył Fr. Schultze i w stanie fizjologicznym może mieć miejsce.

III. Nadpobudliwość nerwów czuciowych (Hoffmann). Badanie w tym kierunku robił autor na 150 osobach. Za nerwy próbne wybrał n. trójdzielny i n. łokciowy. Opierał się na uczuciu jakiego doświadczał chory przy lekkiej perkusji wspomnianych nerwów i na okolicy rozprzestrzeniania się tego uczucia. Wybierał do badań najchętniej osoby nerwowe (hysteryja, neurastenija, epilepsija) i te, które przedstawiały różne objawy tetanii bez tetanii. Nadpobudliwość n. trójdzielnego z wyjątkiem nerwobólu tegoż nerwu znalazł tylko u 2-ch hysteryczek. Częściej znajdował nadpobudliwość n. łokciowego w hysteryi, jedno lub obustronną przy neurastenii, gruźlicy. Rzadziej znowu były nadpobudliwe i inne nerwy skórne, bo tylko 3 razy przy: hysteryi, neurastenii i 1 raz przy nerwicy urazowej tylko z lewej strony. Wniosek ztąd ogólny, że ten objaw lubo rzadko występuje i przy innych chorobach. Nie znajduje się zaś w żadnym stosunku do objawu twarzowego.

IV. Objaw Trousseau. Autor badał na ten objaw wszystkich, którzy w mniejszym lub większym stopniu przedstawiali objaw twarzowy. W ten sposób wielokrotnie wykrywał tetanię w przypadkach, w których jej nie podejrzewał. Przeciwnie, nigdy przy innych chorobach nie mógł za pomocą ucisku na pęczek nerwo-naczyniowy wywołać owych charakterystycznych z bólem połączonych przykurcze mięśni. Tylko w 2-ch przypadkach hysteryi otrzymywał podczas trwania ucisku i bez bólu w jednym wyprostną kontrakturę, w drugim atetotyczne ruchy w palcach. Ponieważ też same objawy można było w obu przypadkach wywołać także przez ucisk jajnika, przeto zdaniem autora tym sposobem natura ich hysteryczna została stwierdzona.

Z powyższego okazuje się, że prócz objawu Trousseau, żaden inny objaw nie jest dla tetanii patognomonicznym.

Autor widział wielu chorych, przedstawiających równocześnie kilka pojedynczych objawów tetanii bez właściwej tetanii. Frankl-Hochwart nazwał takie stany „tetanoide“. Autor wszystkie takie stany, które różnią się i etjologicznie od nagminnie następującej tetanii, radzi nazywać symptomatyczną tetanią, ponieważ w nich objawy tetanii są właściwie objawem innych chorób.

Rozpoznawać tetanią napewno można tylko na podstawie typowych skurczów i objawu Trousseau. Jednak i wtedy, gdy obu tych objawów braknie prawdopodobne rozpoznanie jest jeszcze możliwe na podstawie współczesności kilku objawów, np. objawu twarzowego z ogólną nadpobudliwością mechaniczną innych nerwów ruchowych (ten objaw bez objawu twarzowego istnieć może i w nerwicach urazowych), tembardziej zaś, gdy do tego przyłączy się jeszcze ogólna nadpobudliwość nerwów czuciowych i kurcze w łydkach. W każdym razie podejrzawać można tetanią u chorego, który przy braku innych chorób nerwowych przedstawia wiele objawów tetanii, gdy istnieje nadpobudliwość nerwów czuciowych a szczególnie nerwu

trójdzielnego, która bywa rzadkością w stanach tetanoidnych i gdy z wywiadów wiadomo, że istniały skurcze w rękach.

Stany tetanoidne stwierdzić się dają nie tylko u dorosłych, lecz i u dzieci, pomimo, że u tych ostatnich odpada badanie czucia. Czy stanowią one tylko wstęp do tetanii i mogą przeobrażać się w tę ostatnią pod wpływem przypadkowych przyczyn, autor nie może rozstrzygnąć ze względu, że u hysteryczek z klas wyższych bardzo rzadko spotyka się tetanię. Lecz istnieje inna grupa stanów tetanoidnych, które niewątpliwie stanowią dalsze okresy ustępującej tetanii. Te stany mają to ważne znaczenie, że pod wpływem bodźca chorobliwego innej natury, dotykającego taki ustrój, znowu tetanią może się rozwinąć. Te stany stanowią przejście do skrytej tetanii. Nie ulega żadnej wątpliwości na podstawie spostrzeżeń powtarzanych corocznie w Wiedniu i gdzie indziej (Jaksch, Frankl-Hochwart), że istnieje choroba nagminna pod postacią tetanii prawie wyłącznie napastującą klasy robocze niższe. Nie wymaga ona żadnego szczególnego usposobienia i dotyka, osoby zdrowe i chore, mężczyźni i kobiety klas roboczych niższych i chociaż najwięcej chorych bywa w wieku 17—20 lat, to jednak granice wieku dla nich są szersze od 10 do 40 roku życia. Badając w tym czasie każdego chorego na objawy tetanii łatwo odnaleźć będzie można daleko większą od przypuszczalnej liczbę przypadków tej choroby. Istnieje znaczna liczba skrytych postaci tetanii, które posiadając wszystkie jej objawy, latami ciągnąć się mogą nie dochodząc nigdy do dobrowolnego wywiązania skurczów; a także lekkie postaci tetanii, w przebiegu których były 1—2 napadów przechodnich skurczów, po przejściu których istnienie choroby przez dłuższy czas jeszcze stwierdzić można.

U 533 badanych osób mógł autor 13 razy epidemiczną i symptomatyczną tetanię wykazać. Dwóch tylko chorych skarżyło się na skurcze, u innych były one wiadome z wywiadów, nigdy jednak nie przyczyniły znaczniejszych dolegliwości, w niektórych zaś przypadkach brakło ich zupełnie. Przyczyna dla czego dotąd tak często przeoczano tetanię polega na tem, że nie badano na tetanię przy bólach błędnych, przy parastezjach, odnosząc je do reumatyzmu lub hysterii, przede wszystkim zaś, że nie uwzględniano skrytej tetanii, oraz lekkich postaci tej choroby. Badania autora przypadają w porze letniej, gdy nie było epidemii, a jednak 11 przyp. na 500 to dosyć. Czas trwania skrytych postaci tetanii również jest zmienny jak i zwykłej. Ciągną się one dni, tygodnie, czasem trwają lata całe nie dochodząc nigdy do skurczów dobrowolnie, lub tylko pod wpływem przypadkowej przyczyny. Z zestawionych i opisanych przez autora 14 przypadków okazuje się największy procent chorych kobiet z klas pracujących i mieszkających w mieszkaniach wilgotnych.

Ze spostrzeżeń dokonanych nad tetanią u dzieci w Wiedeńskim Kinderkrankeninstitut okazuje się: Objaw twarzowy u młodych dzieci jest rzadki (sprzecznie z in. autorami: Aber-

comby, Baginsky, Escherisch). Odruchy u dzieci są zwykle wzmoczone, u dorosłych zaś normalne, zmniejszone lub ich brak. Wzmoczenie odruchów jest rzadkie (v. Jaksch, Hoffmann etc). Mechaniczna pobudliwość nerwów a nawet mięśni znacznie wzmoczona (zgodnie z Baginsky'm). Objaw Trousseau, oraz skurcze odstępują od praw u dorosłych. Skurcze częściej rozprzestrzeniają się na mięśnie całego ciała lub występują atetotyczne ruchy palców. Objaw Trousseau u dzieci daje się wykryć w większości przypadków. Skurcze są intensywniejsze i trwają dłużej niż u dorosłych, tygodniami i miesiącami nawet latami (3 lata). Zawsze jest skłonność do powrotów pod wpływem przypadkowych bodźców. Symptomatyczna tetanija częstszą jest u dzieci pod wpływem anginy, choroby infekcyjnej i t. p. Często występuje przy rhachitis. Autor niema doświadczenia odnośnie do idyopatycznej tetanii u dzieci. Objaw twarzowy ma większe znaczenie u dzieci niż u dorosłych. Na podstawie tego objawu do połączenia z objawem Trousseau możemy nawet w razie nieobecności dobrowolnych skurczów na pewno postawić rozpoznanie. Wnioski:

1) Objaw twarzowy bywa u zdrowych rzadziej niż u chorych. W wieku dziecięcym i w starości rzadko.

2) Mechaniczna nadpobudliwość nerwów ruchowych bywa prócz tetanii i w innych chorobach. Rzadziej już przy innych chorobach spotykamy nadpobudliwość nerwów czuciowych.

3) Objaw Trousseau bywa tylko w tetanii, U dzieci towarzyszą mu niekiedy atetotyczne ruchy palców.

4) Są lekkie, przewlekłe postacie tetanii, rzadko dobrowolnie do skurczów dochodzące. Są skryte postacie tetanii bez dobrowolnych skurczów, lecz w czasie ich trwania objaw Trousseau wykazać można.

5) Są stany tetanoidne (Frankl-Hochwart), t. j. kombinacja różnych objawów tetanii z wyjątkiem objawu Trousseau; z niektórych z nich może się rozwinąć tetanija.

L. Rzecznowski.

II. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

38. R. PFEIFFER. **Wiadomość tymczasowa o zarazku influenzy** (z instytutu chorób zakaźnych w Berlinie). (*Deut. Med. Woch.*, 1892, N. 2).

Niżej podane wyniki opierają się na dokładnem zbadaniu 31 przypadków influenzy, z których 6 stwierdzono przez badanie pośmiertne.

1. We wszystkich przypadkach influenzy w charakterystycznej wydzielinie oskrzeli znajduje się pewien szczególnie rodzaj laseczek. Laseczki te w czystych przypadkach influenzy znajdują się w nadzwyczajnych ilościach w postaci czystych hodowli. Bardzo często znajdują się one w protoplazmie ciałek ropnych. Jeżeli u osób dotkniętych influenzą, oskrzela były przed tem zajęte jaką sprawą chorobową, np. u suchotni-

ków z jamami, znajdujemy w wydzielinie oskrzeli obok laseczek influenzowych inne drobnoustroje. Z oskrzeli laseczki przenikają niekiedy do tkanki okołoskrzelowej, dosięgając aż do powierzchni opłucnej, gdzie były znalezione w dwóch przypadkach wśród ropnego nalotu w postaci czystej prawie hodowli.

2. Laseczki powyższe były znajduwane wyłącznie tylko w przypadkach influenzy. Liczne badania prowadzone dla kontroli wykazały ich nieobecność w zwyczajnych nieżytych oskrzeli, w zapaleniu i w gruźlicy płuc.

3. Znajdywanie laseczek idzie równoległe z przebiegiem choroby. Wraz z ustaniem wydzielin oskrzeli, znikają laseczki.

4. Podobne laseczki znalazł Pfeifer przed dwoma laty w pierwszych przypadkach influenzy w preparatach z płwociny w takiej samej nadzwyczajnej ilości. Preparaty te były fotografowane.

5. Laseczki influenzy przedstawiają się jako niezmiernie drobnutkie pałeczki, grubości laseczników posocznicy myszy, ale zaledwie dochodzące do połowy ich długości. Często znajdujemy po trzy lub cztery laseczki ułożone łańcuszkowato. Barwniki anilinowe zasadowe barwią je dość trudno. Lepsze preparaty otrzymujemy przez zabarwienie rozcieńczonym roztworem Ziella lub ogrzanym płynem Löfflera. Oba końce laseczek (Endpole) barwią się wyraźniej, przez co otrzymujemy obrazy, które łatwo wziąć za diplo lub streptokokki. To zapewne, według Pfeiffra, było przyczyną, że poprzedni badacze, którzy też same laseczki przed nim jeszcze widzieli, złudzeni tem szczególnem zachowaniem się laseczek względem barwników, opisywali je jako diplo lub streptokokki. Barwienie sposobem Gram'a nie jest odpowiednie. Badane w kropli wiszącej laseczki ruchu nie zdradzają.

6. Można otrzymać czystą hodowlę laseczek. Na agarze, zawierającym $1\frac{1}{2}\%$ cukru, kolonie przedstawiają się pod postacią drobnutkich, często zaledwie przez lupę widzialnych, kropelek przezroczystych jak woda. Dalsza hodowla na tym gruncie przedstawia trudności. Pfeiffrowi nie udało się tym sposobem przejść po za drugie pokolenie.

7. Tylko u małą i królików szczepienia dały wyniki dodatnie. Inne gatunki zwierząt, jak świnki morskie, szczury, myszy i gołębie okazały się na zarazek niewrażliwe (refractär).

8. Na tej zasadzie Pfeiffer uważa wyżej opisane laseczki za przyczynę influenzy.

9. Zakażenie udziela się bardzo prawdopodobnie przez przeniesienie zarazka za pomocą płwociny, dla tego też w celach profilaktycznych należy usilnie zalecić dezynfekcją (Unschädlichmachung) płwociny chorych na influencję. R.

39. S. KITASATO. O laseczce influenzy i jej hodowli (z instytutu chorób zakaźnych w Berlinie; odczyt miany w Towarzystwie lekarskiem w Charité, d. 7 stycznia r. b.) (*Deut. Med. Woch.*, 1892, N. 2).

Tak spóźnione odkrycie zarazka influenzy, autor przypisuje trudności otrzymania czystej hodowli, bez czego trudno jest obecnie mówić o swoistości danego drobnoustroju. Wiadomo mianowicie, z jakimi trudnościami połączonem jest otrzymanie hodowli swoistego pasorzyta, o ile tenże znajduje się w płwocinie, zwłaszcza, jeżeli wyhodowanie wymaga dłuższego czasu, jak to mamy przykład na laseczniku gruźlicy. Prof. R. Koch oddawna używa sposobu (dotąd nieogłoszonego) otrzymywania czystych hodowli lasecznika gruźliczego wprost z płwociny. Tego właśnie sposobu użył autor dla otrzymania hodowli pasorzyta influenzy. Opis tej metody będzie treścią następnych komunikatów. Obecnie K. podaje charakterystykę hodowli nowego pasorzyta. Na agarze glicerynowym po 24 godzinach hodowla przedstawia się w postaci drobniutkich punkcików podobnych do kropelek wody. Pojedyncze kolonije tak są małe, zaledwie dostępne dla oka uzbrojonego w lupę, że mogły być przez innych badaczy z łatwością przeoczone.

Za najcharakterystyczniejszą cechę tych kolonii Kitasato uważa tę ich własność, że w dalszym swym rozwoju pozostają one od siebie oddzielone, nie zlewając się w jedną masę, jak to ma miejsce za wszelkiego rodzaju innymi pasorzycami. Tem się właśnie różnią hodowle laseczki influenzy od innych bakteryj.

Przeszczepianie hodowli udaje się najzupełniej na agarze glicerynowym. Kitasato przedstawiał już dziesiąte pokolenie czystej hodowli.

Na żelatynie hodowle się nie udają, gdyż rozmnażanie się pasorzytu ustaje przy 28° C. Na buljonie rosną skąpo. Po 24 godzinach zjawiają się pływające białe punkciki, które opadają powoli na dno w postaci białej masy, przyczem przezroczystość buljonu pozostaje nienaruszoną. Jestto dowodem, że mamy do czynienia z nieruchliwym pasorzycem.

W końcu autor dodaje, iż oddawna badając płwocinę gruźliczą na wszelkie zdarzające się obok lasecznika gruźliczego drobnoustroje, nigdy nie znalazł, z wyjątkiem chorych na influenzę, wyżej opisanego pasorzytu, którego hodowla jest tak wielce charakterystyczną. R.

40. P. CANON. O drobnoustroju znajdowanym we krwi chorych na influenzę (z oddziału P. Guttmanna w szpitalu miejskim Morbit). (*Deut. Med. Woch.*, 1892, N. 2).

Autor w 20 przypadkach badał krew chorych na influenzę, znajdując zawsze jednego i tego samego pasorzyta.

Badanie to wykonywał w sposób następujący: kropelkę krwi brano między 2 szkiełka pokrywkowe, które następnie lekko zsuwano. Po wysuszeniu na powietrzu umieszczano szkiełka na 5 minut w absolutnym wysoku i przenoszono do następującego roztworu barwnika: steżonego wodnego roztworu błękitu metylowego 40 grm, 1/2% roztworu eozyny (w 70% alkoholu)—20 grm., wody przekroplonej 40 grm. W tym roztworze trzymano preparaty przez 3—6 godzin przy ciepocie 37° C. a więc w termostacie. Następnie wyjmowano prepara-

ty, opłukiwano, a po wysuszeniu rozpatrywano w balsamie kanadyjskim. Na tak przygotowanych preparatach ciałka czerwone barwią się na czerwono, białe na niebiesko. Pasorzyty barwią się również na niebiesko. Najczęściej znajdowano ich wielką ilość, czasem zaś tylko po długich poszukiwaniach i w niewielkich ilościach (4--20 w całym preparacie). Przedstawiały się one to w postaci diplokokków, to krótkich łaseczek. W sześciu przypadkach znajdowano je w postaci to większych, to mniejszych kupek (Haufen) po 5—50 sztuk. W tych sześciu przypadkach brano krew podczas spadku ciepłoty. W kilku przypadkach autorowi udało się przez badanie krwi rozpoznać influencję tam, gdzie kliniczne rozpoznanie było niepewne. I w tych przypadkach znajdował autor pasorzyty we krwi, gdzie nie było żadnych miejscowych objawów, mianowicie też kaszlu i płwociny.

Szczepienia autorowi nie dawały dodatnich wyników (zastrzykiwał bulijon zakaźny myszom).

Autor uważa znajduwany przez siebie pasorzyt za mający bezpośredni związek z influencją.

Prof. R. Koch oglądał preparaty i uważa znajduwane we krwi przez Canona pasorzyty za identyczne ze znalezionymi przez Pfeiffra.

41. Dr. CHAUFFARD. **O tyfusowym zapaleniu mięśnia sercowego.** (De la myocardite typhique). (*La Semaine médico.*, N. 48, 1891).

W przebiegu duru brzuszego nierzadko mamy do czynienia z powikłaniem ciężkim, zależnym od niedomagań mięśnia sercowego, będącem wyrazem zapalenia tegoż. Klinicznie sprawa przedstawia się tak. W początku tony serca słabną i stają się mniej wyraźne, co szczególnie przejawia się na pierwszym tonie nad komórkami. Do tego dołącza się arytmia, narazie występująca okresowo, stanowiąc od czasu do czasu tylko przerwy w prawidłowej czynności narządu, później zaś trwa już bez przerwy i wtedy każe rokować jak najgorzej. Tętno już z samego początku jest przyspieszonym niestosownie do stanu gorączki, dochodzi do 120 a nawet i 160 uderzeń na minutę. Osluchując serce w czasie tym, słyszymy rozmaite szmery w postaci podmuchów znikających, to znów występujących, które nie odpowiadają żadnej wadzie zastawek i najczęściej są międzyskurczowe (mesosystoliques). Jedni uważają je za wyraz niedowładu mięśni napinających zastawki, inni zaś mają je za szmery zewnątrzsercowe.

Wśród tego stanu naraz występuje sinica, zapad i śmierć. Jest i druga postać mniej wprawdzie wyraźna, ale nie mniej niebezpieczna od tamtej. Nawet pilnie obserwując serce, zaledwie od czasu do czasu usłyszymy słaby podmuch obok pewnej nieregularności akcji serca. Tymczasem pod koniec gorączki chory nagle umiera. Zdarza się to najczęściej zrana, kiedy chory usiłuje się podnieść, naraz sinieje, upada i po paru minutach kończy życie wśród porażenia serca.

Badanie pośmiertne nietylko w pierwszej, ale i w drugiej

postaci wykazuje bardzo wyraźne zmiany mięśnia sercowego. Stosownie do czasu, kiedy śmierć zaskoczyła chorego, zmiany te występują mniej lub więcej wyraźnie. Bądź co bądź napotykałyśmy je w całym układzie mięsnym serca. Obok arteriitis i periarteriitis, około naczyń krwionośnych i między włóknami mięsnymi znajdują się białe ciała krwi; we włóknach mięsnych u biegunów jądra widnieje ziarnistość w postaci ziarenek tłuszczu, ziarnistość ta wreszcie zajmuje większe przestrzenie, znika prążkowatość, czasem nawet i jądro, wreszcie cała komórka mięsna rozpada się na kawałki.

Zastanawiając się nad przyczyną powikłania tego, autor nieznaczną rolę przypisuje wysokiej ciepłocie gorączkowej, natomiast główne działanie przypisuje toksynom wydzielanym przez lasecznika tyfusowego, które wytworzone głównie w kiszczach, po wessaniu wywołują zaburzenia w rozmaitych organach, a między niemi i w sercu. Takie przypuszczenie potwierdza między innymi doświadczenie na zwierzętach. Zmiany, identyczne z takimiż u tyfusowych, występują w układzie nerwowym, mięśniach i w sercu tych zwierząt, jeśli zastrzyknąć im wytwór hodowli lasecznika Ebarta-Gaffky'ego nie zawierający żywych drobnoustrojów.

Jak zapobiedz, a względnie leczyć omawiane powikłanie?

Środki antyseptyczne podawane do wewnątrz, jak jodoform, naftol i inne, mające jakoby ograniczać produkcję toksynów durowych, nie dały pomyślnych wyników. W ogóle specyfiku przeciw durowi jeszcze nie posiadamy. Nie mogą więc niszczyć lasecznika i zobojętniać jego jadu, należy postarać się o usunięcie toksynów z ustroju. Do tego celu najlepiej zdaniem autora służy metoda Brand'a.

Wobec już rozwiniętego myocarditis nie należy koniecznie nalegać na stosowanie zimnych kąpiel, gdyż te mogą wywołać porażenie serca. Stosowniejszą okazała się w takich razach kofein'a do wewnątrz, albo podskórnie podana. Zdrowiejącemu z duru brzuszego, jeśli tętno jego uderza około 120 razy na minutę, powinno się zakazać wszelkich wzruszeń moralnych i wysiłków fizycznych, mogą one bowiem spowodować śmierć natychmiastową.

Nawet z kompletnem wyzdrowieniem z duru niebezpieczeństwo nie minęło. Jeśli naczynia serca były bardzo zajęte, to sprawa w nich toczy się powoli dalej. Landouzy i Siderey dowiedli, iż wielka ilość przewlekłych chorób serca ma swoje źródło w przebytych durze brzusznych. *Władysław Świątecki.*

42. G. ROQUE i E. WEILL. **O wydzielaniu się toksynów przy tyfusie pod wpływem różnych sposobów leczenia.** (*Revue de Médecine, Nr. 9, 1891 r.*).

W Lyonie dwie metody leczenia tyfusu walczą obecnie o pierwszeństwo: 1) leczenie zimnemi kąpielami (Brand, Glenard) i 2) leczenie antipyriną (Clement).

Autorowie, pragnąc zbadać, jak każda z tych metod leczniczych wpływa na istotę choroby, przedsięwzięli ilościowe

określenie wydzielających się z moczu toksynów. Dla ścisłości badań określano najpierw toksyczność moczu przy tyfusie, pozostawionym bez leczenia, przyczem zauważono, że współczynnik toksyczny: 1) (w dwójnasób) przewyższał normalny, 2) zwiększał się w miarę postępowania choroby i 3) nie opadał do normy przez czas pewien już po skończonej chorobie. Wszystkie te objawy zupełnie nie zależały od temperatury ciała, ilości moczu i białkomoczu.

Badając toksyczność moczu przy tyfusie, leczonym za pomocą zimnych kąpeli, autorowie zauważyli, iż współczynnik toksyczny jest 5 do 6 razy większym od normalnego, przyczem ten nadmiar toksyczności moczu zmniejsza się w miarę słabnięcia głównych objawów choroby i spadania temperatury ciała.

Pod wpływem antypiryny toksyczność moczu spada niżej normy. W okresie powrotu do zdrowia, gdy antypiryna przestała być stosowaną, współczynnik toksyczny szybko wzrasta i trzyma się bardzo wysoko przez kilka dni po wyzdrowieniu. Antypiryna zatem nie przeszkadza powstawaniu toksynów w organizmie, lecz tworzy z nimi ścisłe połączenie i tem samem powstrzymuje wydzielanie się takowych z moczem.

Według zapatrywań prof. Teinier, naftol, stosowany przy tyfusie, mógłby przeszkodzić gromadzeniu się toksynów, zarówno podczas choroby, jak i podczas rekonwalescencji.

Dla określenia współczynnika toksycznego, stosowali autorowie znaną metodę prof. Bouchard'a. *M. Waskiewicz.*

43. Dr. BEHRING. O dezynfekcyi w żyjącym organizmie. (*Deut. Med. Woch.. N. 52, 1891*).

Autor wychodzi z tego założenia, że niesłusznie rozumie my dotąd pod środkami odkażającymi tylko takie, które zabijają same pasorzyty chorobotwórcze. Z tego bowiem punktu widzenia, np. surowica krwi zwierząt chorych ua węglik nie byłaby środkiem odkażającym, bo nie zabija hodowli wszystkich pasorzytów. A jednak zabija ona zarodniki węglika i odbiera jego lasiecznikom ich własności zabójcze. Z tego względu należy, według autora, nazywać dezynfekującymi takie środki, które: 1) albo zabijają same pasorzyty chorobotwórcze, 2) albo zmniejszają ich zdolność rozwijania się, 3) albo odbierają im własność tworzenia produktów wywołujących obraz choroby, 4) albo wreszcie niszczą zabójcze własności jego, skoro rzecz już do wytworzenia się jego doszła. Tylko przyjęcie tych punktów daje autorowi możność wytłómaczenia niżej przytoczonych danych. W zwykłych warunkach $\frac{1}{50}$ część kawałka śledziony wielkości ziarnka prosa ze zwierzęcia zmarłego na węglik zabija mysz po 24 godzinach. Tymczasem, jeżeli zastrzyknąć zwierzęciu bezpośrednio po zaszczepieniu zarazka 0,4 cm. mieszaniny sublimatu z chloroboranem sodu (natrium chloroboricum: 1 część $4^0/00$ roztworu sublimatu, 3 części $10^0/0$ roztworu chloroboranu sodu), zwierzę żyje do 8 dni. Na miejscu zastrzyknięcia powstaje obrzęk. Przy seceyi znaleźć można

we krwi dużo pasorzytów, na miejscu zaś obrzęku tylko nieznaczna ich ilość. Powtarzając powyższe zastrzykiwania przed przejściem 8 dni i następnie, można duże myszy bezwarunkowo wyleczyć, z mniejszych zaś uratować 50%. Przytem obrzęk pierwotnie miejsce ulega w ciągu 25—30 dni zmartwieniu. Zaczynając stosowanie tego samego leczenia później niż w 2 godziny po zaszczepleniu pasorzytów, nie można mieć nadziei na wyleczenie.

Całego ciekawego faktu tego nie można tłómaczyć śmiercią pasorzytów, gdyż znajdują się one zarówno na miejscu iniekcji, jak i we krwi. Autor tłómaczy to w ten sposób, że używany przez niego środek przy kilkakrotnem użyciu przeszkadza pasorzytom rozwijać się. Do tego składu swego środka leczniczego autor doszedł po 4-letnich badaniach w tym kierunku i twierdzi, że nic innego (około 100 środków sprawdzono) tak pomyslnego wyniku nie daje. Żaden z obydwu środków, wchodzących w skład leku autora, oddzielnie wzięty, tak silnie nie działa. W tej bowiem mieszaninie działanie ich nie tylko sumuje się, ale zostaje kilkakrotnie pomnożone, nie stając się jednak więcej trującym dla samego zwierzęcia.

Następnie autor powiada, że kilka środków, jako to: trójchlorek jodu, chlorek podwójnej soli sodu i złota (aurum natro chloratum) i połączenia cynku mają własność leczenia w sposób analogiczny zwierząt cierpiących na błonicę. Zwierzęta, w ten sposób wyleczone, stają się na tę chorobę odpornymi, a nadto surowica krwi ich ma własność robienia odpornymi na zarazek błonicy i leczenia z niej innych zwierząt. Przekonał się autor o tem kilkakrotnie i sądzi, że w surowicy krwi zwierząt immunizowanych powstaje ciało, które ma własność niszczenia trującego wytworu pasorzytów błonicy. Autor ma nadzieję, że uda mu się owe ciało odosobnić. Wtedy też bliższe określenie dawkowania stanie się prawdopodobnie możliwe. Dotychczas zaś nie jest to ściśle możliwe. Stopień nabytej przez zwierzę, dzięki omawianej procedurze, odporności autor oznacza względniemi cyframi, przyjmując za jedność taki stan zwierzęcia, przy którym pewna ilość hodowli laseczników błonicy, czy też ich wytworu, wywołuje śmierć zwierzęcia. Autorowi udawało się otrzymywać odporność 40.

Cała rzecz ta ma doniosłe znaczenie wobec tego, że budzi nadzieję, prawie wygasłą po ostatnich niepowodzeniach, że jednak prace laboratoryjne mogą z czasem dać jakieś wskazówki dla postępowania w praktyce, a nadto z teoretycznego punktu jest jeszcze bardziej zastanawiająca, jako przenosząca znowu w pewnym stopniu środek ciężkości z komórek, których własności starano się dotąd przy leczeniu chorób zakaźnych napróżno zamienić na korzystniejsze dla całego ustroju, na płynną jego część składową, a więc na „humory“¹⁾.

W. Janowski.

¹⁾ Zupełnie prawie dane otrzymali Klenperer'owie. (Berl. kl. Woch., n-ra 34 i 35, 1891) dla pneumonii krupowej. *Sprawozd.*

44. M. MACAIGNE i A. CHIPAULT. **O zapaleniu stawów, wywołanem pneumokokkami.** (*Revue de Médecine*, N. 9, 1891 r.).

Zapalenia stawowe, komplikujące zapalenie płuc włóknikowe, znane były jeszcze za czasów Chomel'a (*Essai sur le rhumatisme*, 1813, p. 50). Bourey pierwszy znalazł diplokokki w zawartości zajętego stawu. Gabbi wstrzykiwaniem kultur pneumokokków wywoływał zapalenie ropne odpowiedniego stawu. Tenże badał sprawę pod względem histologicznym. Pneumokokki mogą wywoływać zapalenie ropne najrozmaitszych stawów. Proces najczęściej rozwija się na 4—9—11 dzień trwania zapalenia płuc (Boulloche komunikuje jeden przypadek, w którym sprawa stawowa na trzy dni poprzedziła objawy ze strony płuc). Jakkolwiek komunikaty o obserwowanych przypadkach szwankują pod względem klinicznym, bądź co bądź te ostatnie posiadają pewne odrębne cechy, któremi różnią się od pospolitego zapalenia stawów ropnego. Cechy te są: 1) Nieznaczne podniesienie temperatury ciała miejscowej i ogólnej. 2) Małe zaczerwienienie skóry w okolicy zajętego stawu. 3) Bładość skóry, pokrywającej staw, z uwydatnioną barwą żył. 4) Obrzęk i ciastowatość nieraz bardzo znaczna i 3) Bardzo nieznaczna bolesność stawu w spoczynku, jak i podczas ruchu. Wszystkie te objawy bynajmniej nie świadczą, aby choroba, o której mowa, była mniej groźną. Niejednokrotnie sprawa komplikuje się zapaleniem opon mózgowych (Chantemesse), albo też proces obejmuje kilka stawów jednocześnie. W przypadkach zaniedbanych może dojść do tego, że nawet wielokrotne cięcia stawu i przemywanie antyseptyczne nie mogą już poprawić stanu ogólnego.

W podobnych przypadkach, przy ogólnem wyniszczeniu, kości a czasami i chrząstki pozostają nienaruszone, co dowodzi, że zapalenie stawów, wywołane pneumokokkami, nie jest osteo-arthritis, lecz arthro-synovitis.

Jako jedyny środek leczniczy pozostaje arthrotomia.

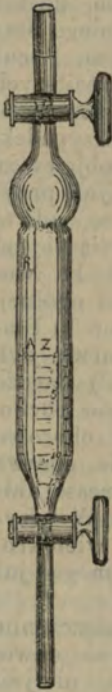
M. Waskiewicz.

45. Dr. OSKAR ZOTH. **Urometr.** (*Deut. Med. Woch.*, nr. 1, 1892).

Pod tą nazwą autor opisuje przyrząd, służący do określania ilości białka, mocznika i cukru w moczu.

Sklada się on z części środkowej 15 cm. długiej i 19 mm. szerokiej, nieco przewężonej w końcu górnym, a następnie rozszerzonej w kształcie kuli o średnicy około 25 mm. Kula ta, jak również i dolny koniec wspomnianej rurki, zwięzają się w kształcie gruszki i przechodzą w rurki, z których górna ma długości 3,5 cm., a w średnicy 7 mm., dolna zaś—długości 5 cm., a w średnicy 5 mm. Przy przejściu części środkowej w te rurki znajduje się zarówno u góry, jak i u dołu kran. Na dolnej połowie górnej rurki znajduje się znak w kształcie kółka, górny jej koniec jest odszlifowany. Dolna rurka nie przedstawia nic osobliwego. Na pewnej, jednakowej wysokości dolnej połowy części środkowej znajdują się litery A (białko), H (mocznik), Z (cukier). W pionowym kierunku od każdej

z tych liter idą trzy odpowiednie skale. Nadto w pewnej wysokości nad literą A znajduje się jeszcze litera R. Do przyrządu dołączone są dwie cienkie rurki szklane i rurka gumowa, albo też balon gumowy.



Użycie przyrządu jest następujące. Chcąc określić w danym moczu ilość białka, pogrążamy w niego dolną część przyrządu, otwieramy obydwie kranie i wciągamy przy pomocy rurki gumowej, albo balonu mocz aż do litery A. Następnie znany odczynnik Essbacha (1% roztwór kwasu pikrynowego z dodatkiem 2 grm. kw. cytrynowego) wciągamy aż do litery R i zamykamy obydwie kranie. Po 24 godzinach odczytujemy, jak w zwykłym Essbachu, na skali ilość zawartego w moczu białka. Przy określaniu ilości mocznika i cukru postępowanie jest jednakowe.

Mianowicie, wciągamy za pomocą rurki lub balonu odczynnik (w pierwszym razie NaBrO^1), w drugim zaś—wodną bełtankę drożdży) aż do litery H, resp. Z (co na jedno wynosi), zamykamy dolny kran, przez dalsze wciąganie powietrza przez rurkę gumową rozrzedzamy nieco powietrze w przyrządzie i zamykamy kran górny. Dalsze postępowanie jest przy określeniu mocznika następujące. Za pomocą cienkiej rurki nalewamy moczu aż do kreski w górnej rurce i otwieramy potem woli kran górny. Mocz spłynie do części kulistej przyrządu odrazu, z odczynnikiem zaś zmiesza się dopiero przy następczem przechyleniu całego przyrządu po zamknięciu kranu. Zmieszawszy w ten sposób dokładnie mocz z odczynnikiem, ustawiamy przyrząd pionowo nad jakimś naczyniem i otwieramy kran dolny. Wskutek nadmiernego ciśnienia w części środkowej, zależnego od zebrania się w niej azotu, plyn będzie z niej wychodził aż do chwili zrównoważenia w niej ciśnienia z atmosferycznym. Zauważywszy, jakiej cyfrze odpowiada górna warstwa pozostałego w przyrządzie płynu, będziemy wiedzieć odrazu, ile jest w danym moczu mocznika. Podziałek jest w tem celu aż 10: od 1⁰/₀ aż do 10⁰/₀ (normalnie około 25⁰/₀).

Gdy idzie o cukier, zmieniamy postępowanie w ten sposób, że moczu nalewamy aż do samego górnego brzegu górnej rurki dodatkowej, po wymieszaniu zaś płynu, zostawiamy przyrząd na 24 godziny. Dalsze postępowanie jest znowu takie same, tylko, że odczytujemy cyfrę na skali odpowiadającej literze Z. Cyfr tych jest aż 12, co wystarcza dla każdego moczu.

¹⁾ 10,0 wodoru sodu rozpuszcza się w 25,0 wody i dodaje się do tego 8,0 bromu (ze specjalnej zalutowanej rurki, zawierającej go akurat tyle) i jeszcze 28,0 wody.

Naturalnie, w tym razie podniesione ciśnienie w przyrządzie zależy od zebranego w nim CO_2 . Podziałki zrobione są empirycznie. Dokładność przyrządu autor sprawdził na odpowiednich mianowanych roztworach i zaręcza, że jest ona dla celów klinicznych zupełnie dostateczna. *W. Janowski.*

46. E. BIERNACKI. O znaczeniu trawienia ustnego i śliny dla sprawności zdrowego i chorego żołądka. (*Przeł. lek. Nr. 49—51, 1891 r.*)

Zależność sprawności żołądka od wydzielania śliny zaznaczył po raz pierwszy Sticker w 1877 r. Na mocy doświadczeń doszedł autor ten do wniosku, iż trawienie bez śliny odbywa się znacznie powolniej. Biernacki zajął się tą kwestyją idąc za radą prof. Riegla. Na zasadzie bezpośrednich doświadczeń u chorych i zdrowych B. doszedł do wniosku, że sprawność rzekoma i wydzielnicza żołądka jest dzielniejszą po przyjmowaniu i przeżuciu pokarmów w ustach i połykanie ich ze śliną, niż w razie wprowadzenia pokarmów do żołądka przez zgłębnik i wykluczenia domieszki śliny.

Fakt ten, jak widzimy, jest stwierdzeniem obserwacyi Stickera, ale nie jego wniosków, gdyż obok śliny przy połykaniu mamy do czynienia z najrozmaitszemi innemi czynnikami, które należy przez odpowiednie doświadczenia wykluczyć, czyni to autor wlewając wprost ślinę do żołądka i na zasadzie tych doświadczeń dochodzi do wniosku, że ślina bezpośrednio może wywierać wpływ pewien na trawienie żołądkowe, niekiedy nawet podnieść jego sprawność. Ten fakt znany już dawniej (Wright doświadczenia na psach, Frenks, Neuman i inni) wobec doświadczeń autora nabiera tem większego prawdopodobieństwa. Co działać może ślinie w ten sposób? Udział ptyaliny autor wykluczył, toż samo i chlorku potasu, pozostawało przypuścić czy odczyn śliny nie odgrywa tu roli. Rzeczywiście pod tym względem autor doszedł do ciekawych wniosków.

Przedewszystkiem zauważył, iż po przeżuciu mieszaniny białkowo-mączkowej, odczyn jej poprzednio zasadowy stawał się kwaśnym, kwasność ta jednak jest niewielka. Dalej autor zauważył, iż najbardziej sprzyja trawieniu obojętny odczyn pokarmów lub słabo kwaśny, źle wpływa zasadowy i wybitnie kwaśny. Czułość żołądka pod tym względem jest zadziwiająca. Na zasadzie tych faktów autor przypuszcza, iż dobroczynne znaczenie śliny przy trawieniu zależy od zakwaszenia pokarmów w jamie ustnej od trawienia ustnego. Na czem polega to trawienie, autor nie wyjaśnia dostatecznie, tembardziej, iż niekiedy dodanie śliny nie wywoływało zakwaszenia; tu autor przypisuje rolę dobroczynną śliny zawartemu w niej kwasowi węglowemu wolnemu i jego solom. I ten punkt w pracy kol. B. niedostatecznie został umotywowany. W każdym razie praca kol. Biernackiego rzuca wiele światła na wpływ śliny na trawienie, oraz pozwala objaśnić niektóre stany patologiczne trawienia, zależne od spraw w samej jamie ustnej. Na fakt ten mało dotąd zwracano uwagi, a jednak być może, iż samo już kataralne zapalenie jamy ustnej może wywołać pewne

zbożenia w trawieniu, co zresztą nieraz przy łóżku chorego obserwować można. Tylko, że w tych przypadkach trudno zwykle wykluczyć współcześnie istniejące inne objawy, które pierwotną a być może ważną przyczynę odsuwają na plan dalszy. Od doświadczeń w kierunku przez kol. B. wskazanym podjętych, należy oczekiwać rozwikłania wielu wątpliwości.

Józef Zawadzki.

III. Chirurgija.

47. Prof. TH. GLUCK. O zszywaniu i zastępowaniu wyższych tkanek organicznych, jako też o zastosowaniu zdolnych do wchłaniania i żywych tamponów w chirurgii. (Über die durch das moderne chirurgische Experiment gewonnenen positiven Resultate, betreffend die Naht und den Ersatz von Defecten höherer Gewebe, so wie über die Verwerthung resorbierbarer und lebendiger Tampons in der Chirurgie). (*Arch. f. klin. Chir. Bd. 41, Hft. 1*).

W przytoczonej pracy autor podaje wyniki przeważnie własnych doświadczeń na zwierzętach i ludziach, dotyczących się zszywania i wyrównywania defektów w t. zw. tkankach wyższego rzędu, mianowicie — plastyki nerwów, mięśni, ścięgien, kości, a po części i naczyń krwionośnych; doświadczenia te stoją w ścisłym związku z podanym przez autora sposobem trwałego zamieszczania defektów w tkankach materiałami zdolnymi do wchłaniania i organizacyi, czyli sposobem t. zw. plastycznej tamponady.

Mówiąc o plastyce nerwów, G. przypomina, że przecięte nerwy przy sprzyjających po temu warunkach, resp. po dokładnem przystosowaniu i zeszcyciu ich końców i aseptycznym przebiegu rany, odzyskują swe przewodnictwo dla czuciowych i ruchowych impulsów. Wznowienie przewodnictwa w nerwie może już nastąpić po upływie 70-ciu godzin od jego zeszcycia: drażniąc prądem elektrycznym zeszczyty nerw, można wywołać skurcze odpowiednich mięśni; klinicznie można już zauważyć powrót uczucia w unerwianej przezeń okolicy. Mikroskop poucza, że na miejscu szwu pojawiają się specyficzne komórki granulacyjne, neuroblasty, które, według Gluck'a zdolne są do przewodnictwa impulsów nerwowych. Pod wpływem impulsów z centralnego odcinka obwodowe włókna nie zanikają, i następuje *prima reunio nervorum*, którą jednak nie należy utożsamiać z zupełnym powrotem funkcji ad normam: *restitutio ad integrum* następuje dopiero później, po starannem i odpowiedniem gimnastykowaniu nerwu (elektrycznością). Nadmienić przytem wypada, że *prima reunio* może nastąpić nie tylko w przypadkach świeżej traumy, co byłoby mniej dziwnem, ale nawet po upływie kilku i kilkunastu tygodni od chwili przecięcia nerwu, kiedy już, jak pouczają elementarne fizyologiczne doświadczenia, obwodowy odcinek powinien był uleść zwyrodnieniu. Faktem jest jednak, że odcinek ów bardzo często

zachowuje, czy też odzyskuje swoje fizjologiczne własności, co objaśnić można anastomozami, istniejącymi między nim i sąsiedniami nerwami, przez które otrzymuje on pobudzenia troficzne (Brown-Séguard). Ale i wtedy, gdy odcinek obwodowy jest całkowicie zwyrodniałym, możebnym jest zupełny powrót ad integrum na drodze zupełnego odrodzenia nerwu: mianowicie cylindry osiowe z centralnego odcinka wrastają w odcinek obwodowy, aż do jego ostatecznych zakończeń na peryferii tak, że w tym razie służy on tylko linią wytyczną, łożyskiem dla nowo powstających włókien nerwowych. Sposób ten odradzania nerwów nosi u francuzów nazwę par drageonnement central; przez przeciwstawienie do pierwszego sposobu można tu mówić o restitutio per secundam intentionem. Gluck zwraca uwagę na to, że zeszyście i naciągnięcie odcinków nerwowych, wywołuje w nich pewne podrażnienie o charakterze stałym, sprzyjające zachowaniu żywotności w zeszywanych kawałkach i, co za tem idzie, wystąpieniu zjawisk proliferacji i regeneracji.

Gluck otrzymywał primam reunionem po przecięciu pnia nerwowego w dwóch miejscach a nawet i wtedy, gdy wycięty kawałek nerwu wszywał w odwróconym kierunku (co nie powinno wydać się dziwnem, gdy się przypomni doświadczenia Philippeaux i Vulpian'a z nn. lingualis i hypoglossus, które dowiodły, że jedne i te same włókna nerwowe mogą przeprowadzać pobudzenia w obu kierunkach). Doświadczenia te zachęciły Glucka do transplantacji fragmentów nerwowych nasamprzód u zwierząt tegoż samego, a później odmiennych gatunków; próby te uwieńczone zostały pomyślnym skutkiem i upoważniły chirurgów klinicystów (Albert, Nicoladoni, Kaufmann) do używania zwierzęcych nerwów w celu zapelniania nimi braków w ludzkich nerwach. Dopiero jednak pierwszemu Landererowi udało się z pomyślnym skutkiem dokonać tej transplantacji. Przy sekwestrotomii na kości ramieniowej został uszkodzony n. radialis na przestrzeni $3\frac{1}{2}$ ctm., co uniemożliwiło bezpośrednie zeszyście jego końców. Wtedy Lauderer implantował kawałek króliczego ischiadici i otrzymał zagojenie nerwu per primam intentionem z zupełnym powrotem przewodnictwa i funkcji.

Wychodząc z założenia, że przy t. zw. régénération nerveuse par drageonnement central, zwyrodniałe obwodowe sznurki ma tylko znaczenie linii wytycznej dla rosnących włókien nerwowych, Gluck wszywał między oba końce rzeźwanego in continuitate pnia nerwowego wycinki zupełnie martwych nerwów, Vanlair zaś i Assaky, idąc w myśl Glucka—rozmaite organiczne, zdolne do rezorbeyi substancyje, jak np. kawałki catgut (suture des nerfs à distance), rurki z odwapnionej kości (suture tubulaire) i t. p. Ostatnie sposoby plastyki nerwów, jak również i ich transplantacja, powinny według Glucka zupełnie zastąpić dawniejsze, jak np. greffe nerveuse, autoplastie nerveuse à lambeaux (Létievant-Tillmans) i forsowne naciąganie nerwów przy pomocy szwów naprężających

(Schüller), które mają te złe strony, że narażają, jeżeli nie na zgorzel operowanego nerwu, to w każdym razie zmniejszają jego żywotność i fizjologiczną sprawność. Sposobem transplantacyi Gluck u zwierząt wypełniał defekty wielkości 8 ctm., Vanlair zaś, przy pomocy swojej suture subulaire—do 12 ctm.

Lecz nie tylko nerwy mają własność przyjmowania się na obcym gruncie, oraz zamieszczania catgutów i innych zdolnych do organizacyi materyjałów—własności te posiadają i inne tkanki organizmu. Tak np. nie mówiąc już o płatach Reverdin'a i Thiersch'a, autor przypomina doświadczenia Zahn'a, który zaszywał embryjonalną kość udową królika do jamy otrzewnej dorosłemu zwierzęciu—kość wyrosła i przy nasadach (epiphysis) pokryła się enchondromatami. Przyjmowanie się błonek kurzego jaja, szczepionych w celu myringoplastyki (Haug) i wiele innych faktów—dowodzą tegoż samego, t. j., że tkanki organizmu, mimo oderwania od gruntu macierzystego, zachowują pewną sumę energii życiowej, wystarczającą na to, aby przy sprzyjających po temu warunkach, mogły przyjąć się i istnieć na innym podścielisku.

Mając to wszystko na uwadze, Gluck wyrobił zasady plastyki mięśni, ścięgien i kości. Podobnie, jak i przy plastyce nerwów, nie mówiąc już o bezpośrednim zszywaniu tkanek, posługiwać się tu można, albo transplantacyją żywych tkanek, albo wypełnianiem defektu materyjami zdolnymi do rezorbcyi i organizacyi. Oprócz tego dla plastyki ścięgien a w szczególności kości, jak to zobaczymy niżej, Gluck projektuje jeszcze jeden sposób—mianowicie bezpośrednio ich zamieszczanie takimi materyjami, któreby już same przez się, bez wszelkich przemian następujących, mogły zastąpić w organizmie brakujące części szkieletu. Tak np. wazywając między końce rozciętych ścięgien, już to kawałki innych ścięgien, już to catgutowo-jedwabne sznurki, Gluck otrzymywał pomyslnie wyniki przy defektach, co prawda, nieznacznych, bo nie przenoszących 1 ctm.; Manot i Peyrot zamieścili jednak w ten sposób defekt, wielkości 33 milim. Pomyślnie wyniki otrzymywał także i Wölfler przy pomocy swego pośredniego szwu ścięgien (quere indirecte Sehnennaht). Jeżeli brakuje obwodowego odcinka ścięgna, Gluck radzi połączyć centralny koniec przy pomocy szwów ze świeżym kawałkiem tkanki ścięgnistej, lub też z jedwabio-catgutowym sznurkiem i przytwierdzić koniec nowoutworzonego ścięgna do falangi przy pomocy goździka ze słoniowej kości.

Opierając się na doświadczeniach Glucka z transplantacyją mięśni u zwierząt, Helferich dokonał jej z pomyslnym skutkiem u człowieka. Po wycięciu nowotworu z m. biceps, wypełnił on powstały ztąd defekt przez świeżo wycięty z psa kawałek mięśnia, długości 12, szerokości 11 ctm. i ważący 70 grm.

Przechodząc z kolei do sposobów zamieszczania defektów kostnych, w krótkich słowach wspomina autor o pomyslnych wynikach ciekawszych zabiegów operacyjnych, dokonanych w tym celu różnemi czasami przez rozmaitych klinicystów.

Tak np. Abulcasis, Hunter i Dieffenbach, Mitscherlich i Suërsen—reimplantowali wyrwane zęby, a także implantowali sztuczne. Jul. Wolff a także Nussbaum przy fałszywych stawach zastosowali z pomyslnym skutkiem t. zw. *authoplastie osseuse à lambeaux*. Tenże Wolff reimplantował kawałki czaszki po trepanacji i dowiódł wstrzykiwaniami marzanny, że kawałki owe odżywiają się w sposób prawidłowy. Hahn i Bergmann przy złamaniach i pseudoartrozach zaostrozali centralny odłamek kości i wsadzali w kostny kanał obwodowego odcinka. Langenbeck dla spojenia przepiłowanej szczęki wsadził w kanał kostny obu fragmentów małe wrzecionowate sztyfty ze słoniowej kości. Senn i Middeldorpf wypełniali dziury kostne tamponami z kości odwapnionej (plastyczna tamponada). Wagner reimplantował odłamek tibiae po uprzednim obmyciu go w sublimacie. Mac-Ewen, Poncet, a także Ollier wszczepiali okostną lub nawet całe kawałki kości nie tylko od innych osobników, lecz nawet od zwierząt. Transplantacji kości zwierzęcych dokonywano podobno jeszcze w przedantyseptycznych czasach, t. np. Larase przy skomplikowanym złamaniu przedramienia miał implantować z powodzeniem świeżą kość cielęcą.

Langenbeck, Krönlein, Hahn, Bergmann z powodzeniem zagajali niklowane szruby i goździki, aby otrzymać trwałe ankylozy lub utrzymać w acetabulum główkę kości udowej. Rose wypełnił defekt kostny sztabą z kości słoniowej—rana zagoiła się wprawdzie, lecz spojenia między odłamekami kości i ciałem obcym nie nastąpiło.

Gluck swoje zasady plastyki kości opiera głównie na całym szeregu spostrzeżeń, dowodzących, że ciała obce zdolne są, przy pewnych warunkach resp. przy ściślejszej aseptyce, zagajać się i pozostawać w tkankach bez wszelkiej reakcji ogólnej.

Szczególną tolerancją pod tym względem odznacza się kanał kostny, i właściwości tej, jak utrzymuje Gluck, nie umiano dotąd wyzyskać jak należy. Wprawdzie Langenbeck w przytoczonym wyżej przypadku inwaginował w kanał kostny spajające kliny z kości słoniowej—znaczenie takich klinów wyraźne jest samo przez się: unieruchamiają one odłamki, a następnie dzięki swej obecności (*action de présence*) wywołują osteitidem ossificantem i powoli zamieszczają się żywą tkanką kostną. Gluck idzie dalej i stwarza z tego całą metodę: takie same kliny radzi używać nie tylko dla unieruchomienia odłamków, lecz wprost dla trwałego i ostatecznego zastąpienia niemi części szkieletu. W tym celu np. po rezekecyjach kości in *continuitate* wbija w kanał obu kości trzon z kości słoniowej w kształcie rury z bocznymi otworami; rura taka w danym razie zupełnie przypomina catgutowo jedwabny sznurek przy plastyce ścięgien: przedewszystkiem wypełnia ona istniejący defekt, a następnie wywołuje nowotworzenie kości w wytkniętym przez się kierunku.

Gluck miał sposobność wykonać plastykę tego rodzaju u człowieka. Z przyczyny mięsaka w dolnej nasadzie kości

ramieniowej, zrobiono rezekcją dolnej jej połowy i w kanał kostny pozostałego odcinka inwaginował trzon z kości słońskiej, dług. 15 cm, dolny zaś koniec tego ostatniego połączył przy pomocy jedwabnego szwu z olecranon. Rana miękkich części zagoiła się per primam.

W 12 tygodni po operacji inwaginowany trzon można było wyciągnąć od strony łokcia z obejmującej go kości,—co Gluck przypisuje temu, że w tym pierwszym klinicznym przypadku kaliber trzonu był źle dobrany i połączenie jego z kością niedostatecznie zabezpieczonem, wskutek czego wyrastająca z kanału kostnego ziarnina wypchnęła go nazewnątrz. W każdym jednak razie ów zabieg chirurgiczny nie pozostał bez dodatniego wpływu na przyszłą funkcję kończyny. Dzięki t. zw. *action de présence* inwaginowanego trzonu wywołanym został proces osteoplastyczny w pożądanym kierunku: naokoło wsadzonego cylindra powstała otoczka kostna, która do pewnego stopnia zastąpiła wyciętą część kości. Inwaginowany cylinder był miejscami stoczonym przez granulacje kostne, światło jego wypełniło się całkowicie szpikiem, co upoważnia do przypuszczenia, że gdyby pozostał był dłużej, mógłby być z czasem zupełnie wessanym i zastąpionym przez żywą tkankę kostną. Według Glucka jednak to ostatnie zejście, chociaż bezwątpienia byłoby rzeczą bardzo przyjemną, lecz nie konieczną: inwaginowany trzon mógłby pozostać jako taki bez żadnej szkody dla organizmu. Gluck nawet myśli, że w wielu podobnych przypadkach kość słońska mogłaby być zastąpiona przez inny materiał, np. metal (glin).

Jeżeli tylko co opisana metoda plastyki kostnej usprawiedliwi pokładane w niej nadzieje, co według Glucka jest prawie że dowiedzionem, to nie stanie na przeszkodzie, aby w ten sam sposób wstawiać nowe stawy. Dla zastąpienia np. stawu kolanowego projektuje autor dwa trzony z kości słońskiej połączyć z sobą zawiasowato przy pomocy charnieru; wolny koniec każdego z nich inwaginuje się w kanały kostne goleni i uda. Nowoutworzony staw sztuczny (o charakterze ginglymu) obleka się jeszcze rodzajem worka z nieulegającej wessaniu materji, aby przeszkodzić ewentualnemu wrastaniu i wnikaniu tkanek ciała między powierzchnie stawowe. Jest to więc rodzaj bursy stawowej.

W końcu poświęca autor kilka słów plastyce krwionośnych naczyń. Doświadczenia Braune'go i Schede'go, potwierdzone później przez Horocha wykazały, że szew ścienny na wielkich żyłach zazwyczaj nie wywołuje w nich zakrzepu, a i przerywania krążenia, kiedy tymczasem takż szew na pniach tętniczych nieuchronnie prowadzi do zupełnego zamknięcia ich światła, przez powstający, chociaż powoli, skrzep. To ostatnie jednak okazało się nieprawdziwem: Jasinowskiemu w Dorpacie udawało się u zwierząt zeszywać szwem ściennym rany cięte wielkich tętnic bez wszelkiego wpływu na odbywające się w nich krążenie. Gluck dawniej jeszcze projektował dla ułatwienia szwów naczyńowych cienkie paski z aluminium lub

też z kości słoniowej, między które wciska się brzegi rany i utrzymuje szwami w tem położeniu.

O ile omówione tylko co sposoby plastyki tkanek znalazły zaledwie sporadyczne zastosowanie w niektórych tylko bardzo nielicznych przypadkach, i to nie wszystkie; a nawet większa ich część nie wyszła jeszcze ze sfery marzeń i całkowicie należy do chirurgii przyszłości—o tyle obmyślana i podana przez Glucka plastyczna tamponada, t. j. wykładanie defektów tkankowych materyałami zdolnymi do rezorbey i organizacyi, zyskała już ogólne uznanie i zastosowanie w zagranicznych klinikach. Tamponada owa łączy w sobie zalety zwykłej tamponady, oraz podanego przez Schede'go gojenia ran pod t. zw. wilgotnym strupem.

Tamuje ona krwotoki mięszone, przeszkadza pojawieniu się wtórnych, ogranicza do minimum wydzielinę przyranną; wsysający się tampon jest doskonałym łącznikiem między niedającymi się zbliżyć brzegami rany i dla tego też jest zawsze wskazany, gdy się chce uniknąć zbytniego naprężenia szwów lub zmiany we wzajemnem położeniu sąsiednich części. Dalej, jako ciało obce, tampon taki wywołuje reakcję wytwórczą w ranie, skutkiem czego następuje szybkie tworzenie się ziarniny i zamieszczanie przez nią wsysającego się tamponu. Rana goi się nadzwyczaj szybko i bez ropienia. Niezbędny warunek przy stosowaniu tej metody — jest bezwzględna aseptyka ze strony rany i użytych dla tamponowania materyałów. Takimi zaś być mogą świeże skrzepy krwi, albo lepiej sterylizowany włóknik (Kraske), catgut, odwapniona kość i t. p.

Jan Świętecki.

48. KRAUSE. O iniekcjach jodoformowych przy gruźlicy kości, stawów i miękkich części. (Ueber die Behandlung tuberculöser Gelenkerkrankungen mittelst Jodoform ein spritzungen). (*Arch. f. klinische Chirurgie Bd. XLI, Hft. 1*).

AREUS. (Ueber Injektionen von Jodoformöl bei Tuberculose der Gelenke, Knochen und Weichtheile). (*Beitr. zur klinisch. Chirurgie Bd. VIII, Hft. 2*).

Jakkolwiek wstrzykiwania mięszone przy cierpieniach chirurgicznych datują już od r. 1864, kiedy Labbé pierwszy zaczął stosować iniekcje jodu przy zapaleniu stawu biodrowego, prawo wszakże obywatelstwa otrzymała metoda ta dopiero w r. 1874, dzięki Hueterowi, który iniekcje karbolowe oparł na podstawach racjonalnych. Według Huetera działanie kwasu karbolowego miało być podwójne: 1) antyseptyczne, niszczące mikroby chorobotwórcze i 2) antyflogistyczne, powstrzymujące bujanie tkanek wskutek zastoju w naczyniach włosowatych, spowodowanego zniekształceniem czerwonych ciałek krwi. Jak wiadomo, Hueter ogłosił świetne wyniki tą metodą osiągnięte, lecz spostrzeżenia innych klinicystów zredukowały śmiało jego nadzieje prawie do zera, dla tej poprostu przyczyny, że kwas karbolowy bardzo prędko zostaje wessany i zbyt krótko działa na locus morbi, ażeby mógł sprowadzić trwały rezultat.

Idea więc Huetera jakkolwiek racjonalna, okazała się niestety tylko teoretyczną. Zdołała ona jednak wyrzucić pewien dodatni wpływ w tym kierunku, skoro od owego czasu kwestyja iniekcji mięszszowych nie schodziła z porządku dziennego: Lücke wstrzykiwał tinct. jodi, Landerer Sol. acidi arsenicosi aqu. (1:1000), Kolischer kwaśny fosforan wapna w nadziei wywoływania zwapnienia ogniska gruźliczego analogicznie z dobrowolnem zwapnieniem gruzelków płucnych. Te i tym podobne próby (adstringentia, ac. sulfuricum, ac. hydrochloricum) nie doprowadziły jednak do żadnego rezultatu.

Gdy w r. 1878 Binz ogłosił badanie swoje nad działaniem jodoformu, wystąpił Moleschott z rezultatami otrzymanymi ze stosowania tego środka w chorobach chirurgicznych. Między innymi udało się Moleschottowi otrzymać zupełne wyleczenie chronicznego zapalenia kolana, oraz gruźlicy stawu golenia stopowego. Moleschott stosował jodoform w postaci maści lub colloidium, a świetne wyniki objaśnia tem, że jod in statu nascendi, wywiązujący się przy rozkładzie jodoformu, działa szybciej, aniżeli inne preparaty jodowe.

Obszerniejsze zastosowanie w chirurgii otrzymał jodoform w r. 1879 dzięki Mosestig von Moorhofowi, który przypisywał temu środkowi specyficzne działanie na ziarninę gruźliczą. Uczony ten stosował również pierwszy iniekcye jodoformowe w postaci emulsyi glicerynowej (Jodoform pur. 50,00, tere c. Glycer. 40,00, Aq. destill. 10,00, Gummi tragacanth. 0,30). Mikulicz, Bidder, Gussenbaur, Fraenkel i in. wychwalają znakomite działanie tego środka i ogłaszają liczne przypadki wyleczenia gruźlicy za pomocą jodoformu.

Początkowo stosowano jodoform głównie przy ropniach zimnych, a mianowicie w ten sposób, że po wypuszczeniu ropy za pomocą punkcyi wstrzykiwano w jamę co kilka lub kilkanaście dni mieszaninę jodoformową. Leczenie trwało 2—4 miesiące, zależnie od natężenia sprawy chorobowej. Powoli zaczęto również wstrzykiwać jodoform przy gruźlicy stawów i kości z dobrym rezultatem.

Badania anatomo-patologiczne dokonane przez Bruns a i Nauwereka wykazały, że pod wpływem iniekcji jodoformowych laseczniki gruźlicze znikają już w ciągu kilku tygodni, że bujanie komórek wchodzących w skład gruzelka stopniowo słabnie i że w końcu gruzelki zupełnie się rozpadają. Jednocześnie rozwija się bogato unaczyniona tkanka granulacyjna, która wrasta w warstwę gruźliczą i całkowicie ją zastępuje, poczem granulacje znikają lub przechodzą w tkankę łączną. W ten sposób następuje zabliznienie procesu gruźliczego.

Każda klinika posiada swój własny ulubiony sposób stosowania jodoformu. Mikulicz używa roztworu jodoformu w eterze, Billroth mieszaniny jodoformu z gliceryną (10⁰/₀), Bruns mieszaniny (10⁰/₀) jodoformu z gliceryną i alkoholem lub oliwą, Krause zaleca jako bardzo trwałą następujący preparat: Rp. Jodoform. substilliss. pulv. 50,00, Mucil. gummi arab. 23,00,

Glycerini 83,00, Aq. destill. 500,00, nareszcie w klinice Trendelenburga wstrzykują 20% mieszaninę sterylizowanej oliwy z jodoformem, którą w ostatnich czasach—jak to osobno zaznacza Trendelenburg w przypisku do pracy Areusa—ogrzewają do 100°, przy tej bowiem temperaturze jodoform dobrze się rozpuszcza i lepiej rozdziela między tkankami. Manipulację tę chorzy znoszą podobno—jak zapewnia Trendelenburg—zupełnie tak samo, jak wstrzykiwanie przy temperaturze zwykłej.

Co się tyczy ilości wstrzykiwanej jednorazowo, to jedni wstrzykują duże dozy w odstępach dość długich, inni znowu zalecają mniejsze dozy częściej. Tak np. Krause wstrzykuje co 4 tygodnie 20—40 grm., Trendelenburg zaś co 8 dni po 4—15 grm. Naturalnie miejsce wstrzykiwania, jako też strzykawkę należy uprzednio dokładnie zdezynfekować, po iniekcji zaś nakłada się na kilka dni opatrunek antyseptyczny. Niektórzy (Krause) zaraz po iniekcji stosują energiczny masaż w celu dokładniejszego rozdziału jodoformu w tkankach, Areus nie zaleca podobnego postępowania w obawie, ażeby masy gruzlicze nie zostały rozarte i nie uległy wessaniu w krew.

Według Krausego najwygodniej jest posiłkować się przy iniekcjach trójgranicem brzuszny, którym też można ewentualnie wypuścić ropę zebraną w stawie. Odnośnie do oddzielnych stawów podaje Krause następujące miejsca, gdzie na zasadzie licznych doświadczeń wstrzykiwanie daje się najlepiej skuteczniej: z obu stron stawu napięstkowego tuż pod proc. styl. radii et ulnae, do stawu łokciowego najłatwiej się dostać można tuż nad capitulum radii, do stawu barkowego—na zewnątrz od proc. coracoideus lub na zewnątrz od spinae scapulae przy samem przejściu w acromion, do stawu biodrowego—nad wierzchołkiem trochant. maj. prostopadle do osi uda przy addukcyi i lekkiej rotacyi na wewnątrz, do stawu kolanowego pod rzepką, nareszcie do stawu golenio-stopowego pod malleol. extern. i internus.

Najlepiej poddaje się leczeniu gruźlica stawów i kości bez ropni i fistuł, najgorsze wyniki dają przypadki powikłane fistułami, ponieważ masa iniekowana zwykle przez fistułę wypływa, chociaż i tu można osiągnąć znaczne polepszenie, a nawet wyzdrowienie. Dla przyspieszenia gojenia radzi Areus przed wstrzykiwaniem fistułę wyskrobywać. W ogóle przy niepowikłanych sprawach gruźliczych następuje dążność do wyleczenia już po kilku iniekcjach, zupełne zaś wyleczenie wymaga 20—25 iniekcji co kilka dni, przy powikłaniu fistułami sprawa gojenia trwa dłużej. Najlepszą prognozę daje staw łokciowy i napięstkowy, najwięcej uporczywemi są cierpienia stawu biodrowego. Ostateczny rezultat stosowania iniekcji jodoformowych polega na tem, że obrzęk znika, objętość stawu wraca do normy, fistuły się zamykają, ruchy zupełnie swobodne lub nieco ograniczone. Aby zapobiedz recydywie radzi Areus od czasu do czasu powtarzać iniekcje, w przeciwnym bowiem razie może nastąpić powrót choroby po upływie 6—9 miesięcy.

Zarówno Krause jak i Areus opisują liczne przypadki zupełnego wyzdrowienia lub znacznego polepszenia nawet przy silnem natężeniu procesu gruźliczego. Tak Krause na 36 przypadków gruźlicy kolana miał 15 zupełnych wyleczeń, na 13 coxitów—4, na 6 przypadków gruźlicy stawu golenia stopowego—1 wyleczenie, na 5 przyp. gruźlicy stawu napiętkowego—3 wyleczenia. Reszta chorych znajduje się jeszcze w kuracji. Bardzo rzadko leczenie nie daje dodatniego wyniku i wtedy należy się uciec do leczenia operacyjnego. W statystyce Krausego znajdują się i takie przypadki, gdzie od czasu wyleczenia upłynął już rok, a nawet 1½ roku bez recydywy, jako też i takie przypadki, gdzie Volkmann usilnie doradzał amputacji kończyny i gdzie iniekcye jodoformowe przedsięwzięto rodzajem próby, która się szczęśliwie powiodła.

Nie gorsze wyniki przytacza Areus z kliniki Trendelenburga. Na 60 przyp. gruźlicy stawów, kości i miękkich części konstatuje Areus blisko 40% wyleczenia, w innych przypadkach nastąpiło po większej części znaczne polepszenie, polegające na ustąpieniu bólu i zwiększeniu sprawności dotkniętych części.

S. Groszlik.

49. Dr. M. KOHLHAAS. Nowe wskazanie do osteoplastycznej rezekcyi stopy sposobem Władimirowa-Mikulicza (*Beiträge zur Klin. Chir., Bd. 8*).

Autor zebrał 73 przypadki, operowane metodą Władimirow-Mikulicza. Wskazaniem do operacyi w większości z nich służyły cierpienia, które Mikulicz przytoczył w pierwszej swej pracy, jako indykacyje do obmyślanej i stosowanej przez siebie osteoplastycznej rezekcyi stopy. Wskazania te były następujące:

- 1) Caries stopy, gdy proces ten ogranicza się cierpieniem talii, calcanei lub stawu skokowego.
- 2) Znaczna utrata miękkich części w okolicy pięty.
- 3) Uszkodzenia, zwłaszcza postrzałowe, ze zniszczeniem pięty.

Z biegiem czasu liczba wskazań do omawianej tu operacyi znacznie się zwiększyła. Mianowicie: nowotwory w okolicy pięty złamania skomplikowane kostek, kości skokowej lub piętowej, połączone z ropieniem w stawie,—ankiloza stawu skokowego Chopart'a z fistułami miękkich części niejednokrotnie były już wskazaniem do wykonania osteoplastycznej rezekcyi stopy z dodatnim rezultatem.

Ostatniemi czasy znalazła ona zastosowanie w ortopedii. Casselli był pierwszym, który zastosował ją na tem polu. W jego przypadku chodziło o wydłużenie kończyny dolnej, która skróconą była na 7½ cm. wskutek zastarzałego zwicznienia w stawie golenia stopowym. Rezultat otrzymano dodatni. Drugim z kolei był Rydygier, który również dążył do wydłużenia kończyny dolnej. Skrócenie powstało po rezekcyi ankilozowanego stawu kolanowego. Rezultat operacyi również był dodatni. Nakoniec Bruns dwukrotnie wykonał rezekcyę Władimirowa-Mikulicza przy pes-equino-varus paraliticus.

Obydwa te przypadki są szczegółowo opisane w referowanej tu pracy. Ponieważ ostatniego rodzaju cierpienia leczone były do ostatnich czasów na drodze ortopedycznej, autor przytacza motyw, które skłoniły Bruns'a do wprowadzenia innowacji na tem polu. Leczenie ortopedyczne pedis equinovari bywa zazwyczaj bardzo długie, wymaga częstej zmiany aparatów i stałego ich noszenia. Z tego więc powodu pacjenci mniej lub więcej pozostają w ciągłej zależności od lekarzy. Podobna kuracyja prawie niedostępna jest dla chorych, którzy nie są w stanie zadość uczynić powyższymi wymaganiami.

Z konieczności więc starano się zastąpić leczenie tego rodzaju cierpień metodami prostszymi od tych, którymi rozporządza ortopedyja. Albert mianowicie rekomendował wykonaną przez niego arthrodes'E stawu skokowego; oprócz niej wykonywano w przypadkach pedis equinovari rezekecyję stawu skokowego i rezekecyję kości skokowej. Za pomocą powyższych metod można znieść, co prawda, ustawienie w położeniu equinus, lecz pozostaje obawa o skrócenie kończyny, co zupełnie jest niepożądanem w przypadkach pedis equinovari, w których wzrost odpowiedniej kończyny pozostał wstrzymany. Uwzględniając wszystkie te ujemne strony dotychczasowego leczenia pedis equinovari Bruns zastosował w dwóch przypadkach tego cierpienia operacyję Wład. Mikulicza z zupełnym powodzeniem, gdyż udało mu się otrzymać w ten sposób sztuczną pes equinus, lecz funkcyjonalnie zupełnie użyteczną i wymagającą najprostszego obuwia.

Okoliczność, że bądź co bądź operacyja Wład. Mikulicza jest zabiegiem dosyć poważnym, który ewentualnie może narazić chorego na utratę kończyny a nawet i życia lub, dać rezultat zupełnie ujemny, gdy kostne powierzchnie nie zrosną się należycie, lub zrost nastąpi w niepożądanym kierunku, zmusiła autora do szczegółowego rozejrzenia się w statystyce rezekecyi Wład. Mikulicza. Otóż okazało się, iż na 73 przypadki raz jeden nastąpiła śmierć wskutek operacyi (ropnica), raz miała miejsce gangrena stopy i raz jeden nie nastąpił zrost kostnych powierzchni. A w ogóle z 73 w 56 przypadkach otrzymano rezultat bardzo dobry. Rezultaty te, podług autora, są bardzo dobre i w zupełności upoważniają nas do wykonywania osteo plastycznej rezekecyi stopy w tych przypadkach, w których za pomocą niej możemy uwolnić chorego od dokuczliwych cierpień, bądź funkcyjonalnej, bądź chorobowej natury.

M. Korzeniowski.

50. JULIUS SCHULTZ-ROSTOCK. **Przyczynk do kazuistyki zgnięcia szyjki kości udowej.** (*Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie*, Bd. I, Hft. 1, 1891 r.).

Przypadek, który dał powód do napisania powyższego artykułu obserwowany był w klinice prof. Hoffy i dotyczył 14-letniej dziewczynki kulejącej od trzeciego roku życia. Objawy były następujące: skrócenie kończyny dolnej prawej o 7 centymetrów, ruchy w stawie bi drowym swobodne niebolesne; osłabienie kończyny, objawiające się prędko następującem zmęcze-

niem. Prócz tego zauważono na przedniej powierzchni uda bliźnię powstałą z zagojenia jakiegoś ropnego procesu. Hoffa postawił rozpoznanie: przebyte w dzieciństwie osteomyelitis, powstałe ztąd oddzielenie dyaphysis od epiphysis; zrosnięcie odłamków z przemieszczeniem dyaphysis ku górze. Dla poprawienia funkcji kończyny postanowił Hoffa zrobić rezekeję główki udowej. Operacja się udała, zagojenie nastąpiło do-razne. Rezultat ortopedyczny leczenia był zupełnie zadawalniający: kończyna została wydłużona o 3 centymetry, ruchy w stawie zupełnie swobodne.

Przy operacji jednak żadnych śladów przebytego zapalenia nie znaleziono: zarówno panewka, jak i główka kości udowej były zupełnie zdrowe, tylko zamiast, jak zwykle stanowił $\frac{2}{3}$ kuli, stanowiła tylko $\frac{1}{3}$ takowej. Główna zmiana dotyczyła szyjki, która była zgięta ku dołowi i w tył i stanowiła z trzodem kości kąt ostry 60° , zamiast, jak zazwyczaj stanowił kąt rozwarty 125° — 129° .

Badanie przepiłków wyrezekowanej kości wykazało zmianę w rozłożeniu substancji kostnej zbitej i porowatej (spongiosa). Kiedy w normalnej kości substancja zbita zajmuje $\frac{2}{3}$ górnej części główki i tylko dolną część szyjki, to w tym przypadku zajmowała ona tylko $\frac{1}{3}$ górną główki i stanowiła składową część prawie całej szyjki.

Wzmianki o zgięciu szyjki udowej znajdujemy w Württemberg. Coresp. z 1843 r. przez Rosera pod nazwą „morbus coxarius“ i przez d-ra Edwarda Zeisa w jego pracy: „Beiträge zur pathologischen anatomie und Pathologie des Hüftgelenkes“. Opracował jednak i opisał to cierpienie dokładnie Ernest Müller na zasadzie obserwowanych przez siebie czterech przypadków zgięcia szyjki udowej, z których w jednym rozpoznanie postawiono dopiero przy operacji, w pozostałych rozpoznano zawczasu i leczono na drodze ortopedycznej. Opisali to cierpienie jeszcze Laucustein i Rotter.

Według tych autorów, przyczyną zgięcia szyjki udowej bywa prawie zawsze krzywica tak zwana spóźniona—miejsce-owa, a rozpoznanie cierpienia tego może być postawione na zasadzie charakterystycznych objawów. Spotyka się ono zawsze u osobników młodych (pomiędzy 14 i 18 rokiem życia) zupełnie zdrowych zkadınad. Przyczyny cierpienia albo zupełnie znaleźć nie można, albo rozpoczyna się ona po bardzo niezna-czącym urazie niewielkim bólem w stawie biodrowym, coraz wzrastającym napadaniem na nogę i prędkim męczeniem się przy chodzeniu. Przebieg choroby zawsze bywa przewlekły, nigdy nie zauważono obrzęku stawu i nigdy chorzy nie byli zmuszeni pozostawać w łóżku. Obiektywnie daje się zauważyć przy zgięciu szyjki udowej skrócenie chorej kończyny od 2 do 5 cent., spowodowane przesunięciem krętarza wielkiego ku górze, przy zupełnie równej absolutnej długości obu kończyn. Mięśnie pośladowe i mięśnie uda nieco zwątlale. Położenie kończyny prawidłowe i tylko czasami można zauważyć nie-wielkie zgięcie w stawie biodrowym. Ruchy w stawie swobo-

dne, niebolesne, ograniczone tylko nieco odprowadzanie i zwrot uda na zewnątrz. Cierpienie trwa dwa do czterech lat, wtenczas proces zginania ustaje, a pozostałe skrócenie kończyny chorej wyrównać się stara przez krzywe ustawienie miednicy.

Leczenie może przynieść pożądany skutek tylko w początkach choroby, póki jeszcze trwa proces zginania szyjki. Polega ono na wyciąganiu kończyny w nocy i noszeniu odpowiedniego przyrządu podczas chodzenia.

Podkładanie korka lub wyższego obcasa pod chorą kończynę stanowczo jest przeciwwskazane, gdyż powiększa i tak już pozostające przy chodzeniu podnoszenie krętarza ku górze.

Kiedy już nastąpiła konsolidacja kości i proces zginania się skończył, wtenczas ustaje leczenie ortopedycznego. W przypadkach tego rodzaju nie wielkie skrócenia kończyny nie przenoszące dwóch centymetrów wyrównać należy przez noszenie wyższego korka u chorej nogi, przy wielkich różnicach długości kończyn pozostaje jedna tylko droga—operacja, mianowicie wypłowanie podkrętarzowe główki udowej, które, jak widzimy z przypadku opisanego przez autora, może dać dobre wyniki.

Garbowski.

IV. Wiadomości pomniejsze.

51. Rzadki przypadek wrodzonej gruźlicy u człowieka, podaje Laboniaud w n-rze 44 (1891) Médecine moderne. Dziecko urodzone z suchotnicy, napozór zdrowe (łożysko na oko zmian nie przedstawiało), zmarło 11-go dnia wśród sinicy i duszności. Przy sekcji (tylko narządów jamy brzusznej) znaleziono bardzo liczne i duże gruźliki w wątrobie i śledzionie. U matki dziecka, zmarłej niedługo później, znaleziono gruźlicę płuc. Rozwój znaczny gruźleczek przeczy możliwości zakażenia z zewnątrz za życia. Za zakażeniem, podczas życia płodowego przemawia i zajęcie wątroby, z powodu jej roli w krążeniu u płodu. (W. P. 1).

52. Dr. Leydy z Filadelfii, podaje prosty sposób uśmierzenia bólów strzelających u tabetyków. Jeżeli chodzi o kończyny dolne, należy je obandażować pasami flanelowemi od kostki do pachwiny; przy bólach opasujących bandażuje się mocno klatkę piersiową. Po zdjęciu opasek bóle występują na nowo. Widocznie ucisk, ciepło i unieruchomienie członka odgrywają tu dobroczynną rolę. Prof. R. Tripier, radził w tym celu pograżać nogi w b. gorącą (45°) wodę. (Lyon M. 2).

53. Prof. Benedikt poleca w miejsce zawieszania przy wiąznięciu rdzeniowym—wyciąganie sposobem Benuzzi. Chory kładzie się na sofkę z karkiem i głową opartą o poręcz, następnie unosi w górę nogi, które chwytając stoją w głowach lekarz i przyciąga je silnie ku sobie tak, aby kolana chorego dosięgły jego głowy. Stosować tą metodę należy z wielką ostrożnością; zaburzenie oddechu jest znaczniejsze niż przy zawieszaniu—ale może być odrazu zniesione. Łatwo występują też bóle w krzyżu (raz nawet omdlenie w kilka godzin później). Chód poprawiał się znacznie, szczególnie zaś dobry wpływ widziano na przypadłości niewralgiczne (podobne wyciąganie kończyn już dawniej radzono przy rwie kulszowej).

(W. Presse 1).

H.

54. Ciekawy przypadek **inkarceracyi prącia w młotku**, opisuje M. Chapnis, z kliniki prof. Pouceta w Lyonie. Uwięzienie nastąpiło w skutek onanizmu w dziurę od rękojeści w dużym młocie od tłuczenia kamieni, gdy chory, człowiek już niemłody, przybył do kliniki, część prącia przed młotem była silnie obrzmiała i blizka gangreny. O zdjeciu tak obsadzonego młota zdawało się na razie, że i mowy niema. Zawołano ślusarza, gdy ten jednak oświadczył, że bez umocowania w śrubsztaku przepiłować młota nie może, chorego uspioło eterem, aby amputować penis, jeżeli za pomocą łagodniejszych zabiegów uwolnić się go nie uda. Jednakże po skutecznieniu kilku głębokich, sięgających do ciał jamistych nacięć, po wytrwałym masowaniu i obfitem wysmarowaniu waseliną, udało się zdjąć z członka ten tak oryginalny pierścień.

Przy tej okazji wspomina Chapnis o kilku innych przypadkach podobnych inkarceracyi. Oto Dupuytren opisał uwięzienie prącia w żelaznej profitece od lichtarza, Leyros w szyjce od butelki, Guillot zaś przypadek, gdzie młoda mężatka mężowi obrączkę ślubną na penis włożyła. Peniluvium w rłęci ocaliło nieszczęśliwego małżonka od gangreny. (Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurg. N. 6, 1892). *Dz.*

55. Dr. DESNOS. **O przypadku defekacyi przez usta.** Société Médicale des Hôpitaux (Seance de 27 Novembre). (*Médecine Médicale*, Nr. 48, 1891).

Spostrzeżenie dotyczy mężczyzny histeryka, który od lat 2 nie oddawał wcale stolca per vias naturales, a skuteczniał to przez usta. Potrzebę mógł chory przewidzieć naprzód, miał czas zażądać odpowiedniego naczynia; massy, jakie chory oddawał per os, nie były podobne do wymiocin kałowych, jakie dają się spostrzeżać przy niedrożności jelit; był to kał stały, sformowany, co się nazywa, normalnej woni i barwy. Co do przyczyn zjawiska, to trwało ono już lat dwa, a wystąpiło po stłuczeniu brzucha. Desnos przepuszcza, że może wtedy powstało jakieś nieprawidłowe połączenie poprzeczniczy z żołądkiem; miał nawet zamiar przeprowadzić w tym kierunku badania za pomocą zabarwionych lewatyw, nie zdążył jednak tego uskutecznić, gdyż chorego, złodzieja recydywistę, policja ze szpitala zabrała.

Jakkolwiek przypadek opisany przez Desnos'a jest nader rzadki, jednakże i o tem powiedzieć możemy, że nic nowego pod słońcem.

Oto Th. Bartholinus (*Historiarum Anatomicarum Rariorum Centuria I*, Nr. 66. *Vir sine pene et podice.* Amstelodami, anno 1654) opowiada, że bawiąc we Włoszech widział 40-letniego mężczyznę, który urodził się bez prącia i odbytu. W dzieciństwie trudno było tego człowieka do mężkiej albo żeńskiej płci zaliczyć, kłopot był nie mały przy wyborze imienia; ohrzczonego go wreszcie na Annę, ponieważ brak prącia zdawał się stawiać go bliżej kobiet. W 24 roku życia obfite wąsy i broda zaprzeczyły tej kwalifikacyi. Stolce oddawał ten jegomość „*fnita ventriculi concoctione*”, przez usta, mocz zaś przez rodzaj grzybowatej narośli, znajdującej się na miejscu pępka. Pod każdym innym względem był ten człowiek zdrow i kobietami się nie brzydził.

Podobnie i H. NYSTEN w „*Recherches de Physiologie et Chimie Pathologiques*” (*Paris 1811, pag. 275—276*), opowiada o 14-letniej dziewczynce, która urodziła się sine vulva et ano, ani śladu tych narządów we właściwym miejscu widać nie było, skóra z brzucha bez najmniejszej faldki na kroczu i pośladki przechodziła. „Pomimo tak szczególnej budowy, powiada Nysten, dziewczynka ta cieszyła się najlepszym zdrowiem; co 2 lub

3 dni stolec oddawała przez usta; z sutek zaś kilka razy dziennie wylewał się płyn przezroczysty; w taki sposób sutki spełniały zastępczo czynności nerek i przewodów moczowych”.

Tu dodamy, że Nysten, o tym przypadku mówi zupełnie na seryjo, a znamy go zkądinąd jako bardzo ścisłego i sumiennego badacza. Zwolennicy wyczekującego postępowania przy leczeniu niedrożności jelit mają w powyższych przypadkach nowy punkt oparcia: po co śpieszyć z operacją, kiedy do oddawania kału przez usta ustrój może się przystosować na stałe. (! *Red.*) *Dzierżawski.*

56. **Przeciw zaparciu stolca** zaleca się przez 10 dni brać po 1 pigułka, zawierającej 0,1 tyjolu. (D. M. W. N. 46). Z.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Dr. F. SANDER. **Zarys nauki o publicznej ochronie zdrowia.**

Przekład S. Markiewicza, str. 638, XII. Cena rs. 1 kop. 50.

Nakładem kasy imienia Mianowskiego wyszło dzieło, zapelniające bardzo poważny brak w naszej literaturze higienicznej. Niedawno wydany przez redakcję „Zdrowia“ podręcznik Flüggego, stanowi wykład higieny, jako takiej; znajdujemy w nim skrót wyników badań na polu higieny dokonanych, znajdujemy krótkie wskazania do badań sanitarnych. Zupełnie inny, szerszy powiem, charakter nosi książka Sandera. Lekarz-hygienista pisze tu o praktyce higienicznej, o wykonawstwie w rozmiarach państwowych, gminnych, miejskich, postulatów higieny. Doskonale znawca urządzeń sanitarnych Niemiec i Anglii rysuje w szerokich rzutach stan higieny publicznej i jej zadania, a pisząc nadzwyczaj zajmująco przykuwa uwagę czytelnika i przekonywa go nagromadzonym i barwnie zestawionym materiałem faktycznym. Już sama część ogólna (zasadnicza) stanowi piękną całość, wykazując treść pojęcia o publicznej ochronie zdrowia i jej dzieje.

W części szczegółowej kolejno roztrząsa autor, stojąc zawsze na gruncie praktyki higieny publicznej, „środki i urządzenia, mające na celu zachowanie ogólnych warunków zdrowia“ (powietrze, woda, grunt, pożywienie, odzież) i „środki dotyczące pewnych poszczególnych urządzeń życia społecznego“ (ulica i mieszkanie, szpitale, szkoła, przemysł, więzienia, cementarze). Zakończają dzieło rozdziały o dezynfekcyi, kwarantannach i szczepieniu krowianki.

Jeżeli z podręcznika higieny dowie się czytelnik, dajmy na to, o składzie pojedynczych pokarmów, o fizjologicznych potrzebach organizmu i t. p. to w dziele Sandera znajdzie szerokie dane o dozorze nad sprzedażą pokarmów, włączając prawodawstwo sanitarne. Tak samo i w innych działach. Jednem słowem, dla kogo higijena nie ma zostać martwym postulatem, ten niech się do Sandera zwróci, a znajdzie ogólny rys postępowania państwowo-sanitarnego, zgodnego z obecnymi warunkami życia społecznego.

Przekład książki bardzo poprawny podnosi jej wartość, a cena bardzo umiarkowana czyni ją dostępną dla ogółu. *Ster.*

ST. BRAUN. **O operacjach położniczych.** Wydawnictwo Dziel Lekarskich polskich w Krakowie, 1891.

W książce tej, zaawansowany specjalista nic oryginalnego za wyjątkiem układu nie znajdzie, gdyż jest to treściwy zbiór zasad położnictwa, rozproszonych po różnych podręcznikach. O więcej zdaje mi się też, że autor nie pretenduje, gdyż, jak to mówi w przedmowie, poświęca pracę swą uczącej się młodzieży i tym z lekarzy, którzy, nie mogąc oddać się wyłącznym studjom położnictwa, pragną jednak w krótkim czasie poznać się z jego głównymi zasadami. Z zadania autor wywiązał się szczęśliwie, choć w przyszłym wydaniu dziełka radbym widzieć niektóre ustępy wypuszczone, inne zaś, na koszt poprzednich obszerniej opracowane. Autor np. opisuje dokładnie użycie aërotraktora Simpsona, który dziś ma tylko historyczne znaczenie, a w dziale o kleszczach bardzo skąpo mówi o kleszczach Tarnier'a, Breuss'a. Mojem zdaniem należałoby dość obszernie ten dział obrobić, wykazując różnicę w budowie wyżej wzmiankowanych kleszczy, a także sposób ich użycia, gdyż wypowiedzenie, że kleszcze Breuss'a nadają się tylko do ściągania głowy z wchodu do próżni miednicy stanowczo, nawet w najskromniejszym podręczniku, uważam za niedostateczne. Jeżeli trepanom, repositorem autor poświęcił kilkadziesiąt wierszy, to i kleszczom osiowym należało się coś więcej, jak krótka wzmianka.

Opisując przygotowanie kleszczy do operacji autor nie wspomina, że łyżki powinny być tylko z zewnętrznej strony posmarowane tłuszczem. Jest to tylko drobiazg, ale w podręczniku powinienby być zaakcentowany. Kleszcze mają być posmarowane tłuszczem „nie zjeżdżalym” — czy nie lepiej było powiedzieć inaczej, zwłaszcza, że torbę praktyka autor nakazuje zaopatrzyć w 10⁰/₀ karbolizowaną wazelinę. W miejscu, gdzie autor w kilku wierszach mówi o traktowaniu dzieci niedonoszonych, choć to do operacji położniczych nie należy, lepiej by było wspomnieć o wylęgacze (couveuse), niż pisać coś o kąpielach z mleka-buljonu. Ustęp o uczeniu noworodków wdmuchiowaniem powietrza własnymi ustami, jakkolwiek zaopatrzone w należytą krytykę, mógłby też być pominięty, a natomiast opisany np. przyrządek Ribemont-Dessaigu'a. Wspomina też autor o użyciu serfinów Vidala, czy nie lepiej byłoby to pominąć, a jeżeli już chciał autor użycie serfinów zatrzymać, to należało wskazać serfiny Créquy. Obszerniejsza wzmianka o szcziu pęknięć krocza w podręczniku równie nie byłaby zbyt dużą. W dziale o poronieniu autor wyraża się, że wylęczkowanie *najbezpieczniej* stosować w parę tygodni po poronieniu. Naszem zdaniem rada ta jest zbyt ogólnikowa i często łyżeczowanie może i powinno być stosowanem wcześniej, bez niebezpieczeństwa, dla chorej. Dajmy, że płód odszedł, szyjka ledwo palec przepuszcza, twarda, zjawia się żywe krwawienie, a po założeniu tamponu na dobę i następczem wyjęciu takowego, zastajemy położenie bez zmiany; czyż wtedy usunięcie łyżeczką pozostałości jaja płodowego będzie niebezpiecznem. Czy nie lepiej wskazać, że trzeba wtedy jamę macicy opróżnić łyżeczką, aniżeli kusić się jeszcze o dobyte ręczne pozostałości, co dla roniącej jest daleko boleśnieszje i pozostawia ją dłużej w niezdecydowanym położeniu. Tych kilka drobnych zarzutów w niczem nie zmniejsza wartości dziełka napisanego zwięźle i jasno; załączone zaś w końcu książki dobrze odrobione rysunki bardzo dopomagają uczącemu się do prędszego zrozumienia rzeczy. Dla tego też, zapytany

o zdanie, co do wartości wydanej książki, chcącym czytać w polskim języku o operacjach położniczych, dziełko d-ra Brauna śmiało polecić mogę.

B. Ordynator Kliniki Położniczo-Ginekologicznej C. W. Uniwersytetu
J. Kuniewicz.

Kronika miesięczna.

— W szpitalach tutejszych wprowadzono nowe karty szpitalne t. zw. „pałatnyje listy”, które mają na celu statystykę szpitalną. Obok wielu stron dodatnich, jakie te nowowprowadzone karty posiadają, jak np. wprowadzenie rubryki: wyniki oględzin pośmiertnych, oraz rozszerzenia działu informacyjnego o chorym, posiadają one niezaprzeczone wady. Jedną z nich jest zbyt duża ilość miejsca jakie te karty zajmują, po jednej ich stronie zostały wydrukowane pytania wyrażone w sensie twierdzenia i przeczenia, po drugiej jest miejsce wolne do zapełniania. Otóż te miejsca wolne są zupełnie zbyt duże, gdyż przy układaniu danych statystycznych daleko odpowiedniej byłoby wprost podkreślać pytania. Tą drogą oszczędziłoby się wiele papieru, gdyż możnaby kartę taką umieścić na wąskich paskach papieru, czasu ordynatorom do wypełniania karty, oraz układającym statystykę trudu przy grupowaniu. W tym ostatnim celu lepiejby nawet było drukować podobne karty tylko na jednej stronie, co przez użycie drobniejszego druku nawet na takiej samej wielkości karcie dałoby się wykonać. Również dla statystyki warto byłoby określić, co karta rozumie pod wykształceniem niższym, średnim i wysokim, niejednokrotnie bowiem zapisywano w drugiej rubryce ludzi, którzy kończyli elementarne szkoły, co dla źródłowej statystyki objętą rzeczą być nie może.

— W Styczniu, departament lekarski w Petersburgu wydał okólnik zmieniający dotychczasową takse aptekarską, mianowicie t. zw. taxa laborum. Zasada zmiany polega na znacznym, do 26⁰/₀, obniżeniu opłaty za przygotowanie lekarstwa. Między innymi zniżono opłatę za opakowanie, ilość przygotowywanych leków płynnych nie wpływa na cenę; zamiast liczyć za ilość substancji użytych do proszków i pigulek, liczy tylko za ilość samych proszków i t. p. Nowa taksa wprowadzona została w Petersburgu i Moskwie z chwilą wydania prawa, w Warszawie obowiązywać będzie od 13 Lipca, w innych miastach dopiero od 13 Stycznia r. p. Wstrzymując się od uwag w tej kwestyi nadmienić musimy, iż według informacji pism ruskich jest to początek dopiero, gdyż departament pracuje w tej chwili nad jeszcze znaczniejszem obniżeniem ceny lekarstw. Dotychczas obowiązująca taxa laborum została zatwierdzoną w r. 1881 i pierwotnie miała być obowiązującą w ciągu lat 3.

— Na jednym z ostatnich posiedzeń tutejszego fakultetu lekarskiego rozbiegano projekt podwyższenia etatów klinik i pracowni lekarskich. Dla wielu z tych ostatnich uchwalono znaczne subsydyja, które wejdą w życie po zatwierdzeniu przez władzę wyższą.

— W „Medycynie“ (nr. 4), kol. J. Sznabl umieścił artykuł p. t.: „Uwagi nad zdrowotnością rasy semickiej w Warszawie“, rzecz tę przedrukowało kilka pism tutejszych podnosząc wnioski autora. Jaką może być wartość tej pracy dość będzie nadmienić, iż opartą została na cyfrach z *jednego roku*.

Kol. J. Sznabl przychodzi do wniosku, iż stan zdrowotny ludności żydowskiej jest o wiele lepszy od stanu tej samej klasy ludności chrześcijańskiej, a jako powody podaje: 1) mniej gęste zaludnienie, 2) nieznaną ilość mieszkań na poddaszu, 3) od odpowiedniego usuwania nieczystości (?), 4) braku blisko położonych cmentarzy, 5) od karmienia niemowląt przez matki, 6) od dbałości o zdrowie, 7) od wstrzemięźliwości w jedzeniu i piciu, 8) rozpowszechnionej pracowitości, przeczności i oszczędności posuniętej do zaspakajania byle czem swych potrzeb, 9) od zmniejszonej walki o byt, 10) od małej ilości nieprawych dzieci, 11) zachowania się kobiet ciężarnych, 12) od ścisłego odosobnienia żydów, co wytworzyło solidarność, przebiegłość, zapobiegliwość etc., 13) nakoniec od przystosowania wiekowego tej rasy do niehygienicznych warunków. Oto przyczyny lepszego stanu sanitarnego żydów. Nie wchodząc w ocenę wszystkich tych punktów, radziabymy spytać się autora, czy rzeczywiście jest zdania, iż zdrowie może być utrzymanem przy zaspakajaniu byle czem potrzeb, jaką rolę odgrywa przebiegłość przy zachowaniu zdrowia i czy rzeczywiście jest tak pewnym tego, iż cmentarze źle wpływają na zdrowotność—pod tym ostatnim względem zdaje się nauka zupełnie inne wyrzekła zdanie, a co do dwóch pierwszych punktów chyba 2-ch zdań być nie może.

Pytamy co za cel drukowania takich wywodów, opartych na małym materyjale i co za cel wprowadzania nimi w błąd publiczności. Toć chyba o stanie fizycznym żydów mógłby autor wręcz przeciwnych informacji zasęgnąć w pierwszym lepszym urzędzie rekruckim. Pytania tego znaczenie, co podjęte przez autora, nie rozcinają się kilkakrotnem poruszeniem pióra, wymagają długoletnich i starannych badań.

— Razury mają podlegać ścisłemu nadzorowi służby sanitarnej pod względem czystości bielizny i używanych narzędzi: brzytw, pędzelków, nożyczek i t. p. Przedmioty te mają być dezynfekowane po każdym użyciu. Nadzór obejmie i zakłady fryzjerskie.

— Kol. A. Kwiatkowski otworzył (Nowogrodzka 16) zakład Ortopedyczno-Gimnastyczny, w którym prowadzi gimnastykę higieniczną zbiorową dla dzieci i dorosłych płci obojga, oraz gimnastykę leczniczą i mięsienie według wskazań lekarza nadsyłającego chorego. Nowy zakład jest u nas pierwszym, kierowanym przez lekarza specjalistę; sądzimy też, że gwarancja ta powinna mu zapewnić szerokie powodzenie, oraz poparcie ze strony lekarzy, którym brak podobnego zakładu nie rzadko dawał się uczuwać.

— Nowe wybudowany szpital w Tworkach wraz ze swoją administracją i personelem lekarskim, pomimo dogodnej komunikacji przez Pruszków, jest niejako izolowany od Warszawy, a tem samem od reszty kraju. O ile taka izolacja samego zakładu i jego pensjonarzy jest potrzebną, a nawet konieczną, to jednak zastosowana do zarządu i administracji zakładu nie jest ani słuszną, ani dogodną dla interesantów. Obecnie z wszelkimi zapytaniami, co do wolnych miejsc w szpitalu, warunków przyjęcia etc., osoby interesowane—w celu osiągnięcia wiadomości—udawać się muszą na miejsce, nb. częstokroć na próżno, a pociąga to za sobą stratę czasu i kosztu. W celu zaradzenia tej niedogodności bardzoby było pożądanem urządzenie filijalnego biura zakładu w Warszawie dla udzielania odnośnych informacji zgłaszającym się interesantom, sądzimy nawet, iż przedłużenie drutów telefonicznych od Pruszkowa do Tworek, wobec zastosowania w zakładzie najnowszych wynalazków techniki, byłoby

tylko naturalnem uzupełnieniem tych udogodnień, jakich interes publiczności, a nawet personelu lekarskiego i miejscowej administracji zakładu wymagać ma słuszne prawo. Koszt takiego filijalnego biura w Warszawie, resp. utworzenie posady jednego urzędnika (np. w którym ze szpitali), a nadto przeprowadzenie sieci telefonicznej, w stosunku do udogodnienia, jakie urządzenie podobne zapewniałoby osobom informującym się np. z zakątków prowincyi przez pośrednictwo znajomych swych zamieszkałych w Warszawie, koszt ten, kilkuset rubli rocznie—powiadamy—nie powinien w tym wypadku być przeszkodą i szkopulem, o który ów projekt miał by się rozbić. Nie widzimy też słusznego powodu dla czego szpital w Tworakach ma się wylamywać z przyjętego w innych szpitalach zwyczaju—ogłoszaniu co pewien czas o wakujących miejscach.

— **W kwestyi t. zw. metody Kneippa.** Ze względu na pytania czynione przez publiczność wielu lekarzom, a dotyczące t. zw. metody leczniczej Ks. Kneippa, poczuwamy się do obowiązku dotknąć w kilku słowach tego przedmiotu. Wprawdzie w Wörishofen nie byliśmy, zdanie swe jednak opieramy częścią na przyswojonej językowi naszemu książeczce Ks. Kneippa p. t. moje leczenie wodą, częścią zaś na materyjale kazuistycznym jaki przedstawiają chorzy, którzy uleczenia swego szukali w Wörishofen. Książeczka Ks. Kneippa, jako pisana z całą naiwnością dorosłego laika medycyny, uchyla się od krytyki naukowej. Jestto rodzaj poradnika z działu medycyny ludowej.

Dowiadujemy się z niego przedewszystkiem, że Ks. Kneipp w młodości swojej, dzięki instynktownemu stosowaniu na sobie pewnych zabiegów wodo-leczniczych odzyskał zdrowie, a może też wyzdrowiał dzięki swej młodości. Tem zachęcony próbował podobnych zabiegów na swych znajomych chorych wieśniakach, że zaś widocznie miał zamiłowanie do leczenia, szperał też w farmakopei ludowej i sporą ilość niewinnych zresztą i bardzo pospolitych ziółek zużytkował, bądź to w wywarach i naparach, jako dodatek do ciepłej wody w zabiegach zewnętrznych, bądź zalecając jako niesłychanie skuteczne do użytku wewnętrznego. Wszystko to zaś wsparte 40 letniem doświadczeniem złożyło się na rzeczoną metodę. Ponieważ przekonani jesteśmy, że owe ziółka w losach chorego i jego choroby nie zawazą, dotknijmy więc tylko właściwych wodoleczniczych zabiegów Ks. Kneippa, co do których publiczność zdaje się żywić przekonanie, jakoby były jakąś nową medycynie dotąd obcą metodą leczniczą.

Przedewszystkiem dzieje Ks. Kneippa przywodzą na pamięć przedstuletnią blisko historję Priessnitza. Tylko, gdy wówczas stosowanie zewnętrznej wody do celów leczniczych było istotnie czemś nowem dla medycyny, dziś wszystkim zapewne wiadomo, że t. zw. wodolecznictwo stało się przedmiotem badań naukowej medycyny, która zarówno czynniki fizyczne w niem działające określiła jako termiczny i mechaniczny bodziec, jak również podstawy oddziaływania tych bodźców na żywy ustrój pod względem fizjologicznym, fizycznym, mechanicznym, nawet psychicznym w sposób ściśle naukowy wyjaśniła. Ktoby więc myślał, że zabiegi Ks. Kneippa jak okłady, kąpiele, pary, polewania, omywania, opaski, stanowią coś nowego, ten jest w błędzie. Są to pod inną nazwą i w dostępniejszej formie znane i stosowane po zakładach wodoleczniczych już oddawna zabiegi i wprawne oko między okładami Ks. Kneippa a t. zw. kocami, między jego polewaniami a natryskami i t. p. łatwo analogiję odkryje. Wszystkie te zabiegi mogą i muszą zawsze skutek swój objawić w 2-ch kierunkach, jak wszelkie

w ogóle zabiegi wodolecznicze, t. j. pobudzające albo deprymujące. Skutek ten bezpośredni wywarły na układ nerwowy za jego pośrednictwem odbija się na całej przemianie materji i wszystkich czynnościach z nią związanych. Wobec tego zewnętrzna postać zabiegów niema żadnego specyficznego znaczenia a nawet talent wodolekarza polega na tem, aby za pomocą najprostszego zabiegu wszystkie lub prawie wszystkie możliwe fizjologiczne skutki mógł otrzymać. Czyż możemy powątpiewać, że lekarz w ogóle a przytem fachowy hydroterapeuta do potrzeb chorego ustroju zabiegi wodolecznicze lepiej nagnie niż Ks. Kneipp, choćby na podstawie swego 40-letniego doświadczenia. Wszakże doświadczenie medycyny naukowej na tem polu sięga jeszcze odleglejszej epoki. Prawda, Ks. Kneipp jest oryginalnym, a oryginalność ta polega na usunięciu prawie zupełnem bodźca mechanicznego i jego zabiegów wodolecznicznych. W tem znaczeniu Ks. Kneipp nie każe się np. ocierać po użyciu wodoleczniczego zabiegu, a to na zasadzie, że wieśniacy nie ocierają się po użyciu kąpieli. Tarcie i osuszanie w wodolecznictwie jest środkiem pomocniczym do wywołania oddziaływania, czyli t. zw. reakcyi, na której właśnie leczenie się opiera. Nie przeczymy, że reakcyja owa wystąpić może u niektórych, najczęściej zdrowych ludzi, li tylko pod wpływem termicznego bodźca, i że nadmierne tarcie niekiedy samo przez się wywiera skutek pobudzający. Przyjęcie jednakże za ogólną zasadę, bez względu na indywidualizm, wykluczenia bodźca mechanicznego jest błędem, który na zdrowiu wielu osób w ten sposób traktowanych niekorzystnie odezwąć się może.

Jeszcze jedna uwaga. Ks. Kneipp często w książeczce swojej powtarza im łagodniejszy środek tem lepszy, nie należy nie gwałtownie wymierzać na ustroju, nie trzeba zbyt często używać zabiegów, jest więc pozornie zwolennikiem t. zw. łagodnej hydroterapii. W gruncie rzeczy jednakże tak nie jest: Ks. Kneipp używa tylko ciepłej, albo bardzo zimnej, bo 8^o wody. Temperatury pośrednie, które przynajmniej w naukowej hydroterapii najczęściej mają zastosowania wyklucza zupełnie, a jego polewania, zwłaszcza gdy są aplikowane na głowę, z powodu niezajomości warunków chorobą dotkniętego ustroju mogą także niekorzystnie oddziaływać, jak tego mamy przykłady na chorych, którzy leczeniu w Wörishofen się poddawali.

Streszczając wszystko powyższe sądzimy, że mając dziesiątki i setki porządnie naukowo prowadzonych zakładów wodolecznicznych, chorzy zrobią najlepiej, jeśli metodę Ks. Kneippa pozostawią do użytku jego parafijanom, zwłaszcza, gdy ci gdzieindziej nie są w stanie szukać pomocy.

— Prof. W. Brodowski oznaczony został orderem św. Anny I-iej klasy.

— D. 26 z. m. habilitował się tu jako docent na klinice ginekologicznej dr. med. Fiodorow. Dr. F. jest wychowawcem Warszawskiego uniwersytetu, który ukończył w 1883 roku, stopień d-ra medycyny otrzymał w roku zeszłym.

— Dr. Openchowski naznaczony został nadzwyczajnym profesorem na klinice terapeutycznej szpitalnej w Charkowie, na miejsce ustępującego prof. Kuzniecowa.

— Pasteur został wybrany na pierwszego członka honorowego Cezarskiego Instytutu Medycyny doświadczalnej w Petersburgu.

Prof. dr. Klebs opuszcza katedrę w Zurichu, na jego miejsce powołany został prof. H. Ribbert z Bonn.

— Prof. F. Koranyi został mianowany dożywotnim członkiem węgierskiej izby magnatów.

— W świeżo otworzonej w Petersburgu miejskiej stacji dla badania produktów spożywczych i innych przedmiotów domowego użytku (tkaniny, zabawki, obicia etc), następne rozbiory robią się bezpłatnie: jakościowe: wody, mleka, masła, mąki, pieczywa, mięsa, wina, piwa i herbaty. Za ilościowe rozbiory wymienionych ciał, jako też innych produktów (jaja, cukierki, syropy, konserwy etc), cena wynosi od 1 do 7 rs. Pracownią zarządza prof. S. A. Przybytek.

— Towarzystwo ochrony narod. zdrowia w Petersburgu założyło szkołę sztuki kuchennej, która rozwija się bardzo dobrze. Odyto w niej już 21 kursów; w ostatnim świadectwa ukończenia szkoły otrzymało 38 osób.

— Według sprawozdania prof. Jansona o filantropji Petersburga w 1889 roku okazuje się, że około 255,000 osób, czyli 27% całej ludności korzystało w ten lub inny sposób z dobroczynności publicznej (przytulki, szpitale, noclegi, domy zarobkowe, ludowe restauracje i t. d.). Zapomóg i wsparcie wydano w 1889 r. około 334 tysięcy rubli z funduszków stowarzyszeń prywatnych i 95 tysięcy z gminnych. Utrzymanie zakładów dobroczynnych kosztowało prawie 8 milionów, co na osobę wypada 27 rs. 17 kop. (Ż. O. Z.).

— W Saratowie i Astrachaniu zawiązały się filije Petersburskiego Stowarzyszenia lekarzy ku wzajemnej pomocy.

— W Wiedniu otwartą została klinika laryngologiczna pod kierunkiem prof. Störka. 11 z. m. odbyła się pierwsza prelekcja.

— Najwyższa rada zdrowia w Wiedniu opracowuje projekt instytutu higienicznego.

— Etat pruskiego ministerjum oświaty i wyznań wynosi dla działu medycyny 1828410,97 marek, z tego 235,405 marek na instytut dla chorób zakaźnych w Berlinie.

— Senat akademicki Uniwersytetu Strasburskiego ogłosił temat na premijum im. Lamey (2,400 m): zbadać, co do jakich zmian w śmiertelności, przeważnie w większych miastach niemieckich, da się wykazać zależność od higienicznych urządzeń.

Termin podawania prac: 1 Stycznia 1895 r.; języki: niemiecki, francuzki, łaciński. Ubiegać się może każdy, bez różnicy narodowości.

— Izba Belgijska zawotowała następne prawo, odnośnie praktyk hypnotycznych:

1) za przedstawianie na publicznych widowiskach osób zahypnotyzowanych kara 15 dni do 6 miesięcy więzienia i 26 do 1,000 fr. odszkodowania.

2) każdy kto, nie będąc doktorem medycyny zahypnotyzuje osobę, która nie doszła jeszcze lat 21, albo też nie jest zdrową na umyśle, karany będzie więzieniem przez 15 dni do roku i z odszkodowaniem 26 do 1,000 fr., chociażby osoby tej nie przedstawiał na widok publiczny.

3) będzie karany, kto podstępnie, albo z intencją szkodenia zmusi osobę zahypnotyzowaną do podpisania jakiegokolwiek zobowiązania.

(Pr. Med. 1).

— Aby zmniejszyć ogromną liczbę (211 na tysiąc) chorób wenearycznych w armji kolonialnej niderlandzkiej zarządzono następujące środki: Każdy żołnierz ma w kazarmach kobietę rasy miejscowej. Kobiety

te podlegają dyscyplinie wojskowej, bywają leczone w szpitalach wojskowych i podczas mobilizacji dzielą się na oddziały. W roku 1880 kobiecea ta armija wynosiła 10,130 kobiet na 30,173 żołnierzy. Od wprowadzenia w życie tego środka liczba chorób wenerycznych spadła do 75 na 1,000. (L. 1).

— Liczba syfilityków w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej wynosi 2 miliony na 63 miliony całej ludności.

— W Filadelfii zakłada dr. Edward codzienne pismo lekarskie; dotąd tylko jedna „Riforma medica” w Neapolu wychodzi codziennie.

— Kreozot, stosowany obecnie najczęściej w suchotach płucnych, pierwszy u nas, i jak się zdaje w ogóle, zalecał podawać Wieniawski przed laty przeszło 40 (Tygodnik lekarski, 1850 roku, nr. 14). Zastosowawszy tej środek „dla usunięcia woni niezdrowej“ u 21-letniej kobiety z jamą w lewym płucu, widział on po 3 miesiącach znaczną poprawę ogólną i miejscową. Działanie kreozotu tak on objaśnia: „pierwiastek ten, natury lotnej, wprowadzony do organizmu, przez płuca ulatniać się musi, działa więc bezpośrednio na samo owrzodzenie i na resztę błon śluzowych, modyfikując korzystnie tak organ wydzielający, jako i sam produkt. S.

NEKROLOGIJA.

— W Bordeaux, zmarł lekarz *Zalewski*, w wieku lat 111. Zmarły był świadkiem wielkiej rewolucyi i przyjmował udział w kampanii 1812 roku.

— W Królewcu, zmarł dr. *Michelson*, docent chorób gardlanych, który wespół z prof. Mikuliczem wydał „Atlas der Krankheiten der Mund und Rachenhöhle”.

— W Charkowie prof. anatomii *S. K. Wagner*.

— W Londynie sławny laryngolog Sir M. Mackenzie.

Przegląd prac oryginalnych pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu STYCZNIU 1891 r.

1) *T. Heryng*. Elektroliza w zastosowaniu do cierpień nosa, gardzieli i krtani. (P. L. 1, 2) nieskończone.

2) *Prof. Obaliński*. O wynikach osiągniętych za pomocą własnej metody resekcyjnej na stopie. (P. L. 1).

3) *Prof. N. Cybulski*. Kilka słów o dzisiejszym stanie nauki o lokalizacji. (P. L. 1, 2).

4) *Dr. H. Mendelsburg*. O nowych metodach leczniczych w chorobach skóry z szczególnem uwzględnieniem mydeł Eichoffa. (Przegląd Lek. nr. 2, 3, 4.).

5) *H. Schramm*. Przyczynek do chirurgii żołądka. (P. L. 3).

6) *J. Wiczkowski*. Przyczynek do nauki o bielicy. (P. L. 3).

7) *G. Sysak*. Przypadek urwania się cewnika elastycznego w cewce. (P. L. 4).

- 8) *J. Wojtaszek*. O działaniu zabójczem przetworów żelaza na ustrój zwierzęcy. (P. L. 5) niesk.
- 9) *St. Ciaglewicz*. W sprawie wątpliwości w orzeczeniach sądowno lekarskich. (P. L. 5).
- 10) *Dr. med. J. Pawiński*. O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek. (G. L. 1, 2) niesk.
- 11) *Wł. Matlakowski*. Dwa dalsze przypadki ciąży zamaciczej. (G. L. 1, 2).
- 12) *T. Trzcziński*. Kilka słów o leczeniu rzerzączki. (G. L. 1, 2).
- 13) *J. Grundzach*. O popiołach normalnego kału. (G. L. 3).
- 14) *B. Sawicki*. Przypadek owrzodzeń prostaty. (G. L. 3).
- 15) *A. Puławski*. Blednica i przebieg gorączkowy. (G. L. 4).
- 16) *Dr. Sokołowski*. O stosunku wyrosli adenoidalnych jamy nosogardzieliowej do t. zw. „enuresis nocturna”. (G. L. 4).
- 17) *F. Jawdyński*. Przypadek znacznej wielkości włókniaka tłuszczakowego. (Med. 1).
- 18) *St. Rybicki*. Czy usiłowanie spędzenia płodu miało miejsce? (Med. 2).
- 19) *F. Arnstein*. O upuście krwi ogólnym w praktyce włościańskiej u nas. (Med. 3).
- 20) *St. Bądryński*. O metodzie Sjöquista. (G. L. 5).
- 21) *J. Polak*. Określenie higieny i jej stanowisko w klasyfikacji nauk. (Zdrowie, nr. 1).
- 22) *Dr. T. Dunin*. Przyczynek do leczenia blednicy. (N. L. 1).
- 23) *B. Wojciechowski*. O kilku wypadkach „choroby zakaźnej Weila”, spostrzeżonych w więzieniu kaliskim. (N. L. 1) niesk.
- 24) *Dr. Chłapowski*. O zielonym i modrym moczu. (N. L. 1).
- 25) *Dr. Koehler*. Narzędzie do przebijania czyraków w zewnętrznym przewodzie słuchowym. (N. L. 1).
- 26) *Dr. med. A. Elsenberg*. Choroba Raynaud'a pochodzenia syfilitycznego. (G. L. 5).
- 27) *J. Halpern*. Rzadki przypadek zgorzeli powstałej z Eczema intertrigo. (G. L. 5).
- 28) *Prof. Korczyński i prof. Gluziński*. Przyczynek do mieszanego zakażenia w durze brzuszny. (N. L. 1) niesk.
- 29) *A. Grünbaum*. Dwa przypadki ran wielkich naczyń. (Medycyna 9—17).

2) Metoda podana przez autora na II zjeździe Chirurgów polskich polega na podłużnym rozcięciu stopy pomiędzy drugą i trzecią kością śródstopową. Zaletami jej są: nieznaczne uszkodzenie naczyń i mięśni, pozostawienie w całości nerwów i ścięgien, przy możności dokładnego zbadania stanu kości śródstopia i stępu.

W niniejszej pracy, na zasadzie przytoczonych dziewięciu przypadków operowanych własną metodą, autor podaje następujące wyniki: 1) pierwotnie zaproponowane cięcie, dochodzące do stawu Lisfranc'a, w wielu razach jest niedostateczne z powodu częstego zajęcia sprawą gruźliczą kości i stawu skokowego, 2) w takim razie wystarcza przedłużyć na podszwie cięcie przez piętę aż powyżej przyczepu ścięgna Achillesa i przepiłować podłużnie kość piętową, 3) kształt stopy nawet po większem cięciu jest lepszy, niż po operacji met. Huetera; przystęp zaś do chorych części jest

w obydwóch równie łatwy, 4) dobrą stroną tej metody jest brak następnych nerwobólów, jakie zdarzają się u operowanych metodą Huetera, Mielicza-Włodzirowa etc.

G.

3) Przedstawiwszy główne fazy rozwoju nauki o lokalizacji (prace Hitziga i Fritscha, Goltza, Fr. Franck'a), autor wykazał, że do obecnej doby nauka przyjmować mogła korę mózgową tylko za siedlisko funkcji psychicznych świadomych w ogóle, że jednak kwestya ścisłej lokalizacji stanów psychicznych w określonych miejscach kory pozostawała nierozstrzygniętą. W tym celu należało dotychczasowe odnośne dowody *pośrednie* zastąpić metodą *bezpośredniej obserwacji* stanów czynnych w korze. Trzebaby wykazać, że w chwili drażnienia pewnej cząstki powierzchni ciała, t. j. w chwili, kiedy dane są warunki do powstawania pewnych czuć, odbywa się za każdym razem w odpowiednim miejscu kory powna zmiana, dowodząca jego stanu czynnego, warunkującego dany stan psychiczny. Zmiany czynnościowe w tkankach cechują się pewnymi zmianami elektrycznymi: wahaniami wstecznym prądu elektrycznego (w czynnych nerwach, mięśniach), oraz zjawiskiem, że każda cząstka tkanki w czynnym stanie staje się ujemną w stosunku do pozostającej w spokoju. Otóż istnienie takich zmian w mózgu udało się właśnie wykryć autorowi wspólnie ze swym uczniem dr. Beck'em.

Przy zastosowaniu następnie metody swej do kwestyi ścisłej lokalizacji w korze, autorowi udało się otrzymać wyniki, świadczące za bardzo ścisłym umiejscowieniem pewnych okolic czuciowych. Tak np. dla przedniej łapki małpy w dole po za sulcus sigmoideus, dla tylnej z tyłu s. sigmoideus; u psa, dla przedniej łapy z tyłu sulcus cruciatus i t. d.

Te zjawiska z jednej strony, a z drugiej rozejrzenie się w mechanizmie innych części układu nerwowego zmuszają do logicznie koniecznego przypuszczenia istnienia stałych stosunków pomiędzy nerwami dośrodkowymi i odśrodkowymi a mechanizmami środkowymi mózgu. Wreszcie ostateczne rozwiązanie kwestyi uważa autor za możebne tylko przy wspólnej pracy fizjologii doświadczalnej z neuropatologią i psychiatryją. H

4) W skutek niektórych ujemnych własności maści: ich jęłczenie, walenie bielizny, zniesienie perspiracji wydzieliny skóry, w skutek zatkania tłuszczem przewodów gruczołów skórnych, starano się wynaleźć środki mogące je z korzyścią zastąpić. Jako surrogaty tłuszczów weszły do terapii: waselina, lanolina, mollina; środki te, jako nie jęłoczące, mają pierwszeństwo przed tłuszczami, nie są jednak wolne od wjz wymienionych braków. Unnie z Hamburga należy zasługa, że wprowadził do użycia klej żelatynowy, mule (muśliny) maściowe i gutaperkowe mule plastrowe; pierwsze dwa leki działają osuszająco, trzeci macerująco. Przedstawicielem pierwszej grupy służy klej cynkowy, przygotowywany według przepisu: Zinci oxydati 19,0, Gelatinae albae, Glycerini, Aq. distill. aa. 30,0. D. S. klej cynkowy. Do tej mieszaniny, będącej w zwykłej ciepłocie ciałem stałym, w miarę potrzeby możemy dodawać inne środki lecznicze, jako to: kwas salicylowy, rezorcyne, ichthyol i t. d. Przed użyciem lek należy roztopić, wkładając naczynie z żelatyną w gorącą wodę, a następnie po rozpuszczeniu, chore miejsca skóry naciera się pędzlem i okłada suchą watą; przy zmianie opatrunku stary należy ciepłą wodą odmoczyć. Mule maściowe pochłaniają w siebie również wodę, lecz słabiej jak kleje. W handlu znane są mule Reierstorfa z Hamburga (w Warszawie wyrabia je Trzcziński i Urbanowicz; Jarnuszkiewicz i inni. Przyp. spraw.). Wreszcie plastery

gutaperkowe wyrabiają się z mulu napojonego gutaperką, na który nałożona bywa, to grubiej, to cieniej masę odpowiednią.

Do ostatniej nowości w lecznictwie chorób skórnych należą mydła lecznicze, wyrabiane przez Eichoffa w Hamburgu. Mydła te są stałe i zazwyczaj, oprócz stosownego leku zawierają nadmiar tłuszczu; autor wymienia ich 20 gatunków. Działanie mydła warunkuje się długo lub krótkotrwałem namydleniem, pozostawieniem piany aż do wyschnięcia na skórze, następnem pokryciem skóry papierem gumowym.

Autor stosował te mydła jednocześnie z maściami na chorych, robiąc porównanie w ich działaniu i doszedł do przekonania, jakoby wyniki lecznicze przy użyciu mydeł leczniczych były lepsze, w skutek czego gorąco je poleca.

Wl. K.

5) S. opisuje tu jeden przypadek wycięcia odźwiernika i 2 przypadki gastroenterostomii z powodu raka. Wszystkie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem (względem). Przy rezeceyi trzyma się S. w ogóle postępowania Billrotha, przy gastroenterostomii zaś Wöflera. Ostatnią radzi wykonywać we wszystkich przypadkach, gdzie po otwarciu jamy brzusznej wycięcie odźwiernika okaże się z powodu zrostów niemożliwym. Następnie podaje S. jeden przypadek gastrostomii z powodu rakowatego zwężenia połyku i 2 przypadki przesywających ran brzucha. W obu ostatnich przypadkach nastąpiło wyzdrowienie przy postępowaniu wyczekującym, choć w jednym (rana postrzałowa) żołądek niewątpliwie był zraniony, na co wskazywały krwawe wymioty, a później naciek zapalny w okolicy żołądka. Co do laparotomii przy ranach brzucha, to autor uważa ją za absolutnie wskazaną tylko przy oznakach groźnego krwotoku wewnętrznego lub też przy objawach przedostania się kału i gazów do jamy brzusznej, gdzie na razie wspomnianych objawów nie ma, można dla pewności zrobić laparotomię tylko wtedy, gdy mamy do usług cały komfort antyseptyczny; przy skromniejszych zaś warunkach lepiej ograniczyć się do postępowania wyczekującego.

Dz.

6) Autor opisuje przypadek bielicy (leukaemia), zakończony śmiercią, który zdaniem jego potwierdza myśl Neunana, że choroba ta występuje zwykle w formie mieszanej. Była to mianowicie bielica śledzionowo szpikowa; przemawiała za tem znakomicie powiększona śledziona, oraz wyniki badania krwi. Ilość białych ciałek zależała od stopnia ciepłoty; mianowicie podczas gorączki zmniejszała się, a wzmagala się w stanie bezgorączkowym.

Znaczna ilość ciałek eozynowych we krwi uważaną była dotychczas za jedną z cech charakterystycznych bielicy; autor dowodzi jednakże, że nie ilość, a jakoś powinna rozstrzygać rozpoznanie.

Kryształy Charcot-Neumanowskie znajdował autor za życia we krwi wydobytej ze śledziony; przy badaniu pośmiertnem w szpiku kostnym i w skrzepach włóknikowych krwi.

W moczu znaleziono nadmiar kwasu moczowego, ilość zaś mocznika zmniejszoną. Objasnia to autor ubytkiem w bielicy czerwonych ciałek krwi i wynikającym ztąd ograniczeniem spraw utleniania. Choćby może, iż kw. moczowy, ksantyna etc. są wprost produktami rozpadu białych ciałek; przemawia za tem znaczna ilość ksantyny i hypoksantyny, znaleziona w śledzionie, oraz włóknikowych skrzepach krwi.

Za przyczynę bielicy w danym przypadku uważa autor krwotoki kisz-

kowe; wywołały one niedokrwistość, z której następnie rozwinęła się bielica chroniczna (choroba trwała 10 miesięcy). *H. K.*

7) Przypadek zdarzył się 2 razy u jednego i tego samego chorego. Po pierwszym razie udało się wyciągnąć oberwany kawałek szczypczykami do wyjmowania ciał obcych z krtani, za drugim razem wyjęto kawałek dopiero po kilku miesiącach litotryptorem. *D.*

11) Autor opisuje dwa interesujące przypadki ciąży zamacicznej. Pierwszy, zakończony śmiercią (degeneratio amyloidea renum et hepatis wskutek długotrwałego ropienia), operowany był przez autora dopiero 15 miesięcy po rozpoczęciu się ciąży, czemu autor przypisuje śmiertelne zejście. Płód i worek płodowy znajdowały się w stanie daleko posuniętego gnicia.

Drugi przypadek, z zejściem pomyślnem, dotyczył ciąży 7-tygodniowej. Po obumarciu płodu krew powoli wypełniała i rozsadzała jajowód. Pęknięcie tego ostatniego nastąpiło na szczęście chorej tak, że krew przedostawała się pomiędzy jajowód i przyrośniętą do niego sieć. Pomimo niezalezienia resztek płodu lub worka, autor przypisuje ciążę zamaciczną. Oba przypadki poddaje autor ścisłemu rozbirowi z punktu widzenia klinicznego. *A. N.*

12) Autor zaznacza, że jeżeli w leczeniu ostrego trypra istnieje prawie jedność między rozmaitemi autorami, to przy chronicznym jedność ta ginie; odrzuca dotychczasowe leczenie chronicznego trypra za pomocą zwykłych metod, t. j. Guyon'owskich iniekcji, przemywań, zond i endoskopu, a poleca natomiast, gdy wyciek przedstawia się pod postacią szarawej kropli, którą uważa za pochodzącą z tylnej części cewki, t. j. zawsze uważa chronicznego trypra za trypra tylnej części, irygacje słabego roztworu lapisu od 1:10000 do 1:6000, którym przemywa całą cewkę od tyłu ku przodowi, za pomocą bougie à boulle N. 6—8 Charrière'a, po oddaniu przez chorego moczu. Przemywania te robi w początkach codzienne, następnie co 2—3 dni. Przy zapaleniu przyjadrza używa zaraz w początku choroby maści lapisowej 1:8. *W. Kop.*

13) Przeciętna ilość popiołów kału normalnego wynosi 3⁰/₀. Szczegółowe badanie wykryło w nich tlenków: sodu 3 do 21⁰/₀, potasu 12,0⁰/₀, wapnia 29,25⁰/₀, magnezu 7,57⁰/₀, żelaza 2,445⁰/₀. Z pomiędzy tych związków zasadowych tylko 22,13⁰/₀ znajdują się w połączeniu z kwasami mineralnymi, pozostałe 77,87⁰/₀ związane są z kwasami organicznymi CO₂. Dowodzi to, z jednej strony, jak wielką jest ilość produktów fermentacji (kw. organiczne, CO₂) w kiszkiach grubych, z drugiej zaś, że przeznaczeniem soku kiszkiowego jest zobojętnianie odczynu tych produktów. Warunki te obok podniesionej ciepłoty, znacznej ilości białka w zawartości kiszki grubych, oraz powolności ich ruchów sprzyjają znakomicie rozwojowi w nich pasorzytów, które z kolei przyczyniają się ze swej strony do szybszego postępowania spraw rozkładowych. SO₃ i P₂O₅ określał autor nie w popiołach bezpośrednio, lecz w wysuszonym proszku z kału. Otrzymane cyfry obliczane były w stosunku do popiołu. Okazało się, że ten ostatni zawiera związków chloru 0,544⁰/₀, kwasu siarczanego 0,653⁰/₀, fosforowego 13,760⁰/₀, krzemowego 0,052. Nadto popiół kału zawierał 2⁰/₀ do 4,46⁰/₀ piasku. *W. J.*

14) U 30-letniej kobiety, oddawna cierpiącej na zaparcie stolca i bóle w brzuchu, na cztery dni przed wstąpieniem do szpitala wystąpiły objawy niedrożności jelit. Przez pochwę wyczuwa się twardą bolesną ścia-

nę prostnicy, która przy śledzeniu okazuje się zwężoną pierścieniowato w 3-ch miejscach ku górze i owrodziła. Domyślając się przyczyny niedrożności w wyższych częściach kiszki, przystąpiono do laparotomji. Po otwarciu brzucha znaleziono dwukrotne skręcenie krezki i kilka grubych pasem rzekomych zapalnego pochodzenia, przeciągniętych od wolnej powierzchni pęteli cienkich kiszki do dołu Douglas'a. Pod te pasma podchodziły kiszki i ulegały uciskowi. We dwa dni chora z wycieńczenia umarła.

Sekcja wykazała: W S. Rom. błona śluzowa pokryta bliznami i owrodzeniami sięgającymi do błony podśluzowej. Prostnica pozbawiona błony śluzowej, zwężona, błona mięsna zgrubiała. Z kiszki prowadzi kilka przetok do tkanki otaczającej – i między listki krezki S. R., co dało początek posokowatemu zapaleniu tych tkanek; oprócz tego jedna przetoka wprost prowadzi do dołu Douglas'a. Dziwnem jest, że takie kolosalne zmiany nie wywołały groźniejszych objawów ze strony otrzewnej. *W. S.*

15) 17-letnia panna, dziedzicznie do gruźlicy usposobiona, nagle zapadła na silne bóle głowy, omdlenia i wymioty, którym towarzyszyła stała gorączka atypowa. Gdy stan chorej nie zmieniał się, a odpowiednie badania usunęły możliwość zapalenia opon mózgowych, niedokrwistości złośliwej i wreszcie histeryi, autor przypuścił istnienie błędnicy, opierając się na tej zasadzie, że przypadki błędnicy z przebiegiem gorączkowym znane są w literaturze. Jakoż skuteczność kuracyi żelazem i arsenikiem i trwale po niej wyleczenie potwierdzać się zdają to przypuszczenie. *W. J.*

16) Niektórzy autorowie, jak Major, Bloch etc. w myśl teorii Hacka utrzymują, że t. zw. enuresis nocturna zależy od obecności wyrośli w jamie nosogardzielowej. Autor na podstawie przypadku przez siebie obserwowanego uważa związek obu tych cierpień za bardzo problematyczny. 10-letni uczeń gimnazyjum, cierpiący oddawna na zatkanie nosa, od lat najmłodszych podlega t. zw. „enuresis nocturna“. Po usunięciu operacyjnym wyrośli adenoidalnych drożność nosa została przywróconą. Jednocześnie ustała i enuresis, która jednak po 2 tygodniach w całej mocy powróciła. Powtórne wyskrobanie resztek wyrośli nie miało najmniejszego wpływu na nocne mokrzeńcie.

Autor przypuszcza, że chwilowe wstrzymanie enuresis powstało w danym przypadku „na drodze wstrząśnienia nerwowego, wywołanego przestrachem, a częściowo i bólem, wywołanym przez operację“. *J. S.*

17) Guz, wagi przeszło 2 funty, wisiał na przedniej powierzchni szyi w fałdzie skóry, wychodzącej mniej więcej na wysokości dolnego brzo-gu gruczołu tarczowego. Na uwagę zasługuje, zdaniem autora, znaczne rozciągnięcie przez guz skóry, która, rozpostarta na płaszczyźnie, zajęłaby co najmniej $\frac{3}{4}$ łokcia kwadratowego. *Dz.*

18) Przypadek dotyczy kobiety zamężnej, u której wystąpiły objawy ciężkiego zapalenia otrzewnej. Śledztwo sądowe rozpoczęto z powodu poszlak co do usiłowań spędzenia płodu przez akuszerkę, jakkolwiek danych pewnych co do ciąży nie było. Autor, wezwany przez sędziego śledczego do wydania opinii, orzekł po zbadaniu chorej, iż zapalenie otrzewnej zależy prawdopodobnie od uwięźniętej prawostronnej przepukliny; danych zaś przemawiających za ciążą lub usiłowaniem spędzenia płodu nie znalazł. Przypadek zakończył się śmiercią; sekcyja sądowo-lekarska wykazała: uwięźniętą przepuklinę, zgorzel, kiszki z przedziurawieniem etc. Macica była ciężarna w 4-ym miesiącu; danych jednak co do usiłowań sztucznego poro-

nienia nie znaleziono. Na tej zasadzie dalsze dochodzenie sądowe zostało zaniechane.

W. Sz.

19) Zważywszy głęboko zakorzenioną u ludu naszego wiarę w skuteczność upustów krwi, radzi A. robić w odpowiednich przypadkach wesecekyję, jeżeli nie prawdziwą, to przynajmniej pozorną, aby wyzyskać sugestywne jej działanie. Cytuje 2 odpowiednie przypadki.

Dz.

20) Autor dowodzi, że zmniejszona ilość HCl_1 , otrzymywana niekiedy przy postępowaniu według metody Sjöquist'a, zależy od tego, że używana do analizy baryta wchodzi w połączenie z kwasem fosforowym i siarką białka, znajdującego się w badanej zawartości żołądka. Błąd, otrzymywany z tego powodu, może być przy wielkiej ilości białka bardzo znaczny. Dla uniknięcia jego autor zaleca używanie octanu baryty. Przy żarzeniu ma się on rozkładać i zatrzymywać S i P, a przez to usuwać źródło błędu. Nadto autor radzi żarzyć zawartość żołądka przez 5—8 minut, wychodząc, naturalnie, z powyższego założenia, że nie same żarzenie powstającego przy tej manipulacji $BaCl_2$ wywołuje rozkład tego ostatniego ciała (jak dowodzi Dmochowski), lecz działanie na niego ciał białkowych. Rozkładanie się bowiem czystego $BaCl_2$ przy żarzeniu, jak tego dowodzi autor, postępuje bardzo powoli.

W. J.

21) Autor zestawia definicje higieny, podawane przez dawnych i nowszych autorów-hygienistów, oraz podaje treściwy przegląd klasyfikacji nauk przez różnych filozofów podany (Bacon, Wundt, Comte, Spencer i inni). Autor podaje własny projekt klasyfikacji wiedzy, przyjmując za podstawę naturalne dążenia człowieka, jakimi są: zdrowie, dobrobyt i potrzeby idealne. Odpowiednio do tych dążeń zajmują miejsce kolejno: higijena, ekonomija społeczna, nauki czyste i sztuki piękne. Higijena prywatna i sztuka lekarska stanowią części składowe higieny społecznej.

22) Autor uznaje żelazo jako specyfik dla blednicy, jeżeli zaś nie zawsze otrzymują się przy niem wyniki pomyślne, to zależy to od różnych przyczyn. Przedewszystkiem często za blednicę przyjmowane bywają przypadki rzekomej blednicy, dalej nie uwzględniane bywają dostatecznie warunki higieniczne chorych i przeciążenie umysłowe przeważnej części takich chorych (pensjonarki). Z drugiej strony zalecanie ruchu (spacery, gimnastyki, tańce etc.), po większej części w nieodpowiedniej mierze, duzo szkodzi takim chorym i paraliżuje nieraz dobroczynny wpływ żelaza. Autor przypomina zdanie Niemeyera, zwalniającego chlorotyezki od ruchu; sam w cięższych przypadkach zabrania ruchu, a w najcięższych przypadkach radzi kuracyję Weir-Mitschell'a (obok żelaza).

H.

24) Pod tą nazwą autor opisuje zielonawy lub niebieskawy mocz, jaki zauważył u jednego chorego (i u siebie samego) po wprowadzeniu do żołądka słabych rozтворów błękitu metylenowego. Autor proponuje użycie tego środka (w pigułkach) w celu badania wysalności żołądka (w miejscu jodku potasu).

H.

25) Autor podaje opis przyrządu, nagrodzonego wielkim medalem brązowym na ostatnim zjeździe w Krakowie, a przedstawiającego widoczne korzyści nad używanymi dotąd nożykami. Jest to igła osadzana na rączce pod kątem rozwartym i zakończoną maleńkiem ostrzem w postaci grotu, przyczepionem z boku i tak, że zatapia się w czyrak z góry na dół.

H.

26) Chora, lat 22, wątłej budowy, źle odżywiana, z silną biegunką. W wywiadach lues. Na ciele wysypka pod postacią czerwonych plamek;

na wskazicielu prawej ręki, również, jak i na obu goleniach pojedyncze bуре plamy od obumarłych miejsc skóry, sącające płyn surowiczny, cuchnący. Miękkie części palców prawej nogi w części i lewej całkowiec uległy zgorzeli. Chora po miesięcznej bytności w szpitalu umarła—na sekcyi znaleziono kilaki w wątrobie i zmiany ateromatyczne prawej tętnicy grzbietowej stopy. Przy badaniu drobnowidzowem skóry, wyciętej z krawędzi owrzodzeń zgorzelinowych, autor znalazł drobnokomórkowe nacieki w okolicach naczyń i gruczołów potowych; zgrubienie ścian naczyń, zwężenie ich światła, miejscami zupełne zarośnięcie; miejscami bujanie endotelium, a niekiedy rozwój maleńkich kilaków między endotelium i warstwą średnią naczyń.

Autor w końcu swej pracy dochodzi do wniosku, że choroba Raynaud'a może pochodzić z różnorodnych przyczyn (w danym przypadku przypadku przymiot), a nie, jak to uczył Raynaud, wyłącznie wskutek odruchowego skurczu naczyń. *W. Kop.*

27) Eczema intertrigo, według Kaposi'ego, może być powodem zgorzeli na wzajemnie przylegających częściach skóry z przyczyny maceracyi skóry przez zbierającą się pot, ciśnienie, zanieczyszczenie (np. moczem) i t. d., zwykle bywa to w fałdach pachwinowych i na szyi. Autor opisuje przypadek takiego pochodzenia gangreny skóry na przylegających do siebie powierzchniach moszny i członka u 2¹/₂ letniego chłopca. Leczenie polegało na rozdzieleniu przylegających powierzchni za pomocą kawałka waty Brunsa, zwilżonego w roztworze Kali caustici (0,02:55,000); wyciśniętego następnie i zawiniętego w kawałek 10⁰/₀ empl. saponato-Salicylic. i pokrytego cienką warstwą waty Br. Opatrunek ten zmieniano trzy razy dziennie. Zagojenie po 11 dniach. *H.*

29) Przypadek pierwszy dotyczy ranionego szczyrzykiem w szyję dorosłego mężczyzny. Na razie zatamowano krwotok tamponadą. Do zbadania rany przystąpiono dopiero w kilka godzin przy ponownem pojawieniu się krwotoku. Przecięta była w poprzek art. thyreoidea sup., którą na miejscu podwiązano, żyła zaś szyjowa wewnętrzna była raniona podłużnie; nałożył na nią G. ligaturę ścienną. Pomimo wielkiej utraty krwi chory przyszedł do zdrowia.

Drugi przypadek—fractura comminutiva femoris. Przy wyjmowaniu odłamków krwotok z tętnicy udowej. Podwiązano takową powyżej i poniżej rany. Wyzdrowienie. *Dz.*

Nadesłano do Redakcyi.

E. Orłowski. Ein experimenteller Beitrag zur Kenntniss der Einwirkung des Atropins auf die Respiration. Dysser. na stop. dr. med., Dorpat, 1891.

M. Flaum. Wpływ niskich temperatur na czynność żołądka. Odb. z Gaz. Lek.

S. Mintz. Ueber d. Winter-Hayem'sche Methode. Odb. z Deut. Med. Woch.

H. Nussbaum. O „natężeniu“ w zjawiskach patologicznych. Odczyty klin., wyd. przez Red. Gaz. Lek. S. III. N. 12.

Leon Nencki i J. Zawadzki. Przyrząd do domowego wyjalawiania mleka. Odb. z G. L., 1891.

E. Biernacki. Ueber die Eigenschaft der Antiseptica die Alcoholgehrung zu beschleunigen etc. Odb. z Arch. f. d. ges. Physiol. 49.

E. Biernacki. Ueber d. Einfluss d. subcutan eingeführten grossen Mengen von 0,7 proc. Kochsalzlösung auf das Blut u. d. Harnmenge. Odb. z Zeit. f. kl. Med. 19.

E. Biernacki. Ueber die Darmfaulniss bei Nierenentzündungen und Icterus. Odb. z Deut. Arch. f. kl. Med.

OGŁOSZENIA.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteriologicznych. Ulica Wspólna Nr. 42.

Laboratoryjum środków odżywczych

W. H E B D Y.

WARSZAWA

Aleja Jerozolimska Nr. 80.

Poleca **odżywcze środki** dla rekonwalescentów dzieci i osób wycieńczonych, mianowicie **sok mięsny świeży** niezawodny środek wzmacniający i lekko strawny, **wyciąg trzustkowy** przepisu d-ra M. Rajchmana, **proszek mięsny Racoout des Arabes** nadzwyczaj smaczny i posilny napój, **kawę leczniczą**, **kakao słodowe**, **kaszkę posilną** i **Lipanine**, czyli tran, bez wstrętnego smaku tranu.

PAMIĘTNIK

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

WARSZAWSKIEGO

Wydawany nakładem tegoż Towarzystwa pod redakcją Fr. Jawdyńskiego, wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych, obejmujących mniej więcej po 10 arkuszy druku, w miarę potrzeby z drzeworytami i tablicami. Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów tak w Warszawie jak i na prowincyi z odnośzeniem i przesyłką, wynosi rocznie rs. 3. Prenumerować można w redakcyi Pamiętnika (Chłodna 8), we wszystkich redakcyjach pism lekarskich warszawskich, oraz we wszystkich księgarniach i agenturach Spółki kolportacyjnej; w Austrii przedpłata wynosi 4 zr.

Wydawca:
Dr. K. Sierplński.

Numer wyszedł d. 16 Lutego.

Redaktor:
Dr. med. O. Hewelke.