

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. **Rozprawy.** Dławiec i błonica podług prof. A. Montiego. Podał dr. A. Poznański. (Ciąg dalszy). *Periostitis circumscripta ossium crani rheumatica.* Przez d-ra J. Rogozińskiego. — **Streszczenia i wyciągi.** 82. Zapobieganie rzerzączce. 83. Dwa przypadki groźnej bezkrwistości wyleczone podskórnem wstrzykiwaniem krwi. 84. Cukier w krwi osób ohorych na raka. 85. O odruchu kolanowym. 86. Przyczynę do różniczkowego rozpoznania zapalenia płuc i opłucnej i uwagi o wartości próbnego przekłócia. 87. Fosfor w krzywicy. 88. Wstrzykiwania kalomelu pod skórę, przeciwko przymiotowi. — **Przegląd bibliograficzny.** Nerwice żołądkowe oraz ich lezenie. Sprawozdawca dr. Józef Poznański. (Dokończenie). — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

DŁAWIEC I BŁONICA

(*Croup et Diphtheritis*, PODŁUG PROF. A. MONTIEGO)

Podał Dr. A. Poznański.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 32).

Laryngitis fibrinosa s. crouposa. Krup krtani.

Przez krup krtani rozumiemy zapalenie błony śluzowej z wysiękiem włóknikowym pokrywającym jej powierzchnię. Jest to choroba z objawami tylko miejscowemi nie mająca nic wspólnego z błonicą. Jako przyczyny tej choroby mogą wystąpić wszystkie czynniki podane przy nieżytych krtani działające jednak z większem natężeniem lub przez czas dłuższy. U zwierząt przez drażnienie błony śluzowej można wywołać zapalenie jej począwszy od nieżytego aż do krupowego.

Choroba ta jest czysto zapalną niepotrzebuje specyficznego przyczyny. Środkami mechanicznymi, chemicznymi, termicznymi jak to doświadczenia na zwierzętach robione przez WEIGERTA, HEUBNERA wykazały można ją wywołać. PALLONI przytacza przypadek krupu wywołanego wdychaniem pary chloru.

Krup krtani jest rzadszy niż błonica, jest chorobą dzieci mianowicie najczęściej występuje między 1—7 rokiem życia. Przed odstawieniem jest rzadką, u noworodków prawie nie obserwowaną. Chłopcy częściej zapadają. Niektórzy utrzymują że dzieci silnie skłonniejsi są do niej, inni twierdzą przeciwnie.

Krup występuje sporadycznie i epidemicznie. Bywa uważany przez niektórych za chorobę udzielającą się; jako dowód przytaczają przypadki zachorowania kilku członków rodziny lub przypadki zachorowania a nawet śmierci lekarzy, którzy lecząc takich chorych od nich się zarazili. Nie jest to jednak dowód gdyż ci którzy tak utrzymują nie odróżniali starannie *laryngitis diphtheritica* od *crouposa*. NIEMEYER przyjmuje pewną skłonność. Krup raz jeden tylko się przechodzi, doświadczeni lekarze jak GUER-SANT, VALLEIX potwierdzają to zdanie.

Zmiany anatomo-patologiczne ograniczają się niekiedy do zmian nieżytowych; błona śluzowa obrzmiała czerwona na której spotykamy żółto białe plamki, łatwo ścierające się, a które są tylko zmienionym nabłonkiem. Zmiany takie spotykamy tylko w początkach choroby i anatomopatologicznie definiują je jako nieżyt co nie odpowiada objawom klinicznym. Gdy choroba trwa dłużej spotykamy na błonie śluzowej wysięk włóknikowy w postaci błony. Pod wysiękiem, gołem okiem widzimy błonę śluzową obrzmiałą i zaczerwienioną. Nabłonek może znajdować się lub też go brak. Głębsze warstwy błony śluzowej są nacieczone ciałkami ropnymi lecz bez wylewów krwawych. Błony już to są konsystencyi miękkiej, mazistej, już to twardej, zbitej przedstawiającej się w formie odlewu krtani lub dalszej drogi oddechowej. Badanie mikroskopowe błon wykazuje budowę ich siatkowatą w oczkach której spotykamy białe ciała krwi. Pod błonami nabłonek napęczniały pozbawiony rzęsków lub też brak go zupełny.

W przebiegu krupu możemy odróżnić 3 okresy:

- 1) Okres przepowiedni (*St. prodromorum*).
- 2) Okres wysiękowy (*St. exsudationis s. laryngostenosis*).
- 3) Okres duszenia (*St. asphycticum*).

Okres pierwszy przez wielu zaprzeczany, przy dokładnej obserwacji stanowczo daje się spostrzeżeć. Choroba rozpoczyna się powoli już to nieżytem nosa lub gardzieli już bez nich, temperatura prawie zawsze podnosi się do 39°; nie jest ciągłą, rano zwalnia. Obserwujemy wtedy zaczerwienienie błony śluzowej nosa i gardzieli, starsze dzieci żalą się na ból gardła, trudności połknięcia. W okresie tym występuje już kaszelek, głos lekko ochrypli. W innych razach krup rozwija się na wzór nieżytu, krtani. Badanie krtani według RAUCHFUSSA wykazuje objawy nieżytu a niekiedy już wysięku krupowego. Okres ten trwa od 24—48 godzin niekiedy 5—8 dni. Okres drugi, rozpoczyna się nową gorączką, kaszel suchy, ochrypli, szczekający. Z początku występuje w krótkich paroksyzmach które później łączą się z sobą. W pierwszym dniu napady są rzadkie co 4—6 godzin, tem się właśnie różni od pseudocrupu w którym napady kaszlu właśnie z początku są bardzo częste. Powoli napady stają się częstszymi przez picie zwiększają się. Jako szczególną oznakę podają, że kaszel jest nadzwyczaj męczący, twarz czerwienieje, gałki oczne wysuwają się ku przodowi, żyły nabrzmiewają. Charakter kaszlu nie przedstawia nic szczególnie odróżniającego od kaszlu pseudocrupowego. Nie zawsze kaszel występuje jako pierwszy objaw, niekiedy później ale stale się pojawia, nigdy go niebrak. Jednocześnie z kaszlem głos staje się ochryplym, w krótkim czasie zupełnie niesłyszalnym. Z chwilą tą i oddech staje się zmienionym, coraz więcej utrudnionym, przybierając charakter oddechu laryngostenicznego. Pomimo usilnej pracy wszystkich mięśni pomocniczych z trudnością dziecko otrzymuje powietrze, częstość oddechu trochę zwiększona 20—30. Jeżeli oddech przyspiesza się i osiąga 60—70 to jest oznaką rozwijającego się powikłania. Dziecko staje się niespokojnym, zrywa się, twarz wyraża największy przestach, kaszel staje się gwałtownym, dziecko przy największym

wysiłku wyrzuca już to kawałek błony już też trochę pianistego śluzu. Po wyrzuceniu błony, oddech staje się nieco spokojniejszym ale nie na długo. Objawy stenozы według RAUCHFUSSA zależą tylko od przeszkód mechanicznych, według innych od obrzęku mięśni krtaniowych a według innych od paraliżu nerwów. Krtan zewnętrznie jest trochę bolesną, osłuchiwanie jej daje wynik ujemny.

Gorączka w tym okresie jest według Autora ważnym objawem, każde nowe wytwarzanie się wysięku manifestuje się podniesieniem temperatury. Mierzenie i to częste uważam za bardzo ważne. Puls jest bez wielkiego znaczenia. Badanie laryngoskopijne w tym okresie jest bardzo trudne, rzadko daje się uskutecznić, widzimy wtedy błony usadowione już to na głośni, już to na strunach głosowych lub też na całej powierzchni błony śluzowej krtani. Wyrzucanie błon na zewnątrz należy do rzadkości, gruczoły szyjne nie obrzęknięte. Czas trwania od 12 godzin do 8 dni.

Okres trzeci występuje niekiedy po 24 godzinach trwania choroby najczęściej jednak po kilku dniach. Oddech staje się przyspieszonym nieregularnym niezmiernie trudnym, wszystkie mięśnie pomocnicze pracują, ztąd charakterystyczne doły *in scrobiculo, jugulo et foss. supraclavi*, oddech słyszalny z daleka mianowicie przy wdechu. Brak powietrza zwiększa się z każdą chwilą, dzieci nie mogą znaleźć sobie miejsca, głowę przechylają jak najwięcej ku tyłowi. Twarz dziecka przedstawia największy przestrach, staje się ona siną, pokryta lepkiem potem i następuje śmierć z powodu uduszenia lub też w konwulsjach. Niekiedy napad taki zwalnia, wracając w krótkim czasie z większym impetem. Sinica, która z początku tego okresu jeszcze znika, staje się później stałą, skóra staje się mniej wrażliwą, a nawet zupełnie nieczułą. Niekiedy po takim napadzie duszenia następuje apatya senność i sopor, dzieci budzą się tylko podczas powtórnego napadu by po przebytych wpaść na nowo w senność. Są to objawy zatrucia k. węglanym. Kaszel w tym okresie również suchy, ale rzadko występujący. Puls coraz częstszy, mały, nieregularny przepuszczający, niekiedy nitkowaty. Czas trwania zwykle krótki od kilku godzin do 2 dni.

Wydzielanie uryny we wszystkich trzech okresach przedstawia te zwykle zmiany, jakie spotykamy w stanach zapalnych. Białkomocz rzadko i to w okresie III-cim.

W przebiegu odróżniamy 3 formy.

1. Krup umiejscowiony najrzadszy; na 33, 9 razy obserwowany przez SZTEINERA. Przypadki sporadyczne zaliczają się do tej kategorii. Z początku bywa nierozpoznany uważany za nieżyt krtani. Przebieg bywa szybki, niekiedy w ciągu 18 godzin kończy się śmiertelnie. Zwykle trwa 2—6 dni.

2. Krup zstępujący na 33, 12 razy obserwował SZTEINER. Krup zstępujący jest rzadszy niż błonica zstępująca. Obraz choroby zmieniony z powodu przeniesienia się processu na tchawicę i oskrzela. Pierwszemi objawami są oznaki nieżyty gardzieli, następnie występują objawy

zapalenia krtani z objawami stenozy, które dłużej trwają niż w krupie umiejscowionym. Rozszerzanie się na tchawicę i oskrzela poprzedzane bywa podniesieniem temperatury i zwykle występuje w okresie III-cim. Z chwilą tą występują objawy mniejszej lub większej duszności, objawy stenozy zwykle zmniejszają się, co skłania nawet otaczających do mniemania, że choroba ustępuje. Oddech który przy krupie umiejscowionym nie jest zbyt szybki, staje się w tej formie częstym, powierzchownym i daje wyraźne oznaki niedostatecznego oddychania (*Athmungs Insufficienz*). *St. asphycti*. w tej formie bywa krótkie. Badanie płuc wykazuje świsty lub też czasami oddech w pewnej części staje się niesłyszalnym.

3. Krup wstępujący; w tej formie sprawa rozpoczyna się w oskrzelach przyjmując niekiedy postać *bronchitis catarrhalis*. Często choroba rozpoczyna się dreszczem i ciężkim oddechem. Duszność w samym początku znaczna. Wysłuchiwanie daje, w niektórych miejscach brak zupełny oddechu przy niezmienionym odgłosie opukowym. Niekiedy słyszymy rżężenia. Gdy objawy trwają 1—3 dni występują oznaki krupu krtani, w tej formie objawy stenozy nie są widoczne. Okres II-gi choroby trwa bardzo krótko, występuje szybko zaduszenie (*asphyxia*). Śmiertelność tej formy jest największą.

Zejsście w wyzdrowienie bez operacji rzadkie; nie przenosi 2—5%. Kateteryzowanie krtani nie daje lepszego wyniku. Tracheotomia przy krupie umiejscowionym daje blisko 50% wyzdrowienia, przy zstępującym 25% a przy wstępującym należy do rzadkości. Wyzdrowienie bez operacji może nastąpić w II-gim lub w początkach III-go okresu, chociaż w tym okresie nadzwyczaj rzadko po wyrzuceniu błon. Śmiertelne zejście może nastąpić w II i w III okresie. W drugim rzadko w skutek uduszenia, najczęściej w III skutkiem zatrucia kwasem węglanym, lub powikłań jak *bronchitis, pneumonia, oedema pulmonum*.

Niektórzy utrzymują że krup może przejść w formę przewlekłą. Przypadki takie niesłychanie rzadkie; przez czas 20-letniej praktyki Autor raz jeden taki przypadek spostrzegł, który zakończył się wyzdrowieniem po 3 tygodniach.

Z powikłań mogą wystąpić następujące:

1. Krwawienie w przypadkach wyjątkowych przy silnym kaszlu krwawienie z nosa, które szybko przechodzi, niektórzy spostrzegali krwawienia z dróg oddechowych i płuc.

2. Obrzęk głośni rzadko występuje jako powikłanie krupu.

3. Obrzęk płuc w niektórych przypadkach jako przyczyna śmierci w II okresie.

4. Rozedmę płuc rzadko Autor widział w krupie umiejscowionym, w krupie zstępującym jako powikłanie bardzo często. Objawy są:

a) nagłe zwiększenie się liczby oddechów dochodzące niekiedy do 60;

b) jednocześnie twarz blada, nabrzęknięta,

c) przy wysokim stopniu odgłos opukowy tympaniczny,

d) wysłuchiwanie płuc daje ujemny rezultat lub suche świsty.

5. Nieżyt oskrzeli. Niekiedy poprzedza krup na kilka dni. Oznaki krupu nagle powstają. W tym przypadku okres II-gi trwa nadzwyczaj krótko. W innych razach nieżyt oskrzeli występuje w końcu II-go okresu. Powikłanie to nie przeszkadza operacji.

6. Krup oskrzeli należy do najcięższych powikłań, zwykle występuje w III okresie, oddech wzmaga się dochodzi do 50. Sinica nie ustępuje zupełnie. Występują objawy niedostateczności oddychania. Wysłuchiwanie daje czasami brak oddechu przy niezmiennym odgłosie opukowym. Rozpoznanie tego powikłania w III okresie trudne i jest tylko przypuszczalne, łatwiej rozpoznać gdy wystąpi po tracheotomii.

7. Zapalenie płuc może być lobarne i lobularne, najczęściej łączy się z krupem oskrzeli. Najczęstszą formą jest *pneum. lobularis*. *Pneumonia lobaris* występuje w II okresie, rzadziej w III. Kaszel nie zmienia swego charakteru ale jest bolesny, dzieci zwykle płaczą. Zapalenie to jest zwykle jednostronne. Częstszą formą jest *Pneum. lobularis*. Występuje zwykle ku końcowi krupu. Gorączka się wzmaga jest ciągłą oddech nadzwyczaj częsty powierzchowny, goniący się. Zmiany fizykalne są bardzo wyraźne. Powikłanie to dosyć często występuje po tracheotomii. Zejście prawie zawsze śmiertelne.

Następcze choroby po krupie są rzadkie, czasami pozostaje chrypka.

W rozpoznaniu kierujemy się.

1. Powoli i w pewnym porządku występujące objawy stenozy.
2. Stała, bez żadnych zwolnień rozwijająca się stenoza.
3. Stenoza prowadzi zawsze do asphyxii.
4. Wszystkie objawy stenozy rozwijają się równomiernie.
5. Brak powrotów choroby.
6. Wyrzucanie błon krupowych, badanie laryngoskopem.
7. Gorączka.

Rozbierając każdy powyżej podany moment możemy ustrzedz się od omyłki jaką popełnić można między krupem a pseudocroupem.

Prognozę stawiać należy z wszelką ostrożnością. Starsi lekarze stawali bezwarunkowo złą. W orzeczeniu kierować się należy:

1. Wiek, dzieci przed rokiem zwykle umierają.
2. Budowa dziecka nie ma wpływu.
3. Forma krupu, miejscowy, zstępujący czy wstępujący.
4. Gorączka.
5. Powikłania.
5. Czas trwania choroby, szybki przebieg lepszy (? *Spraw.*).
7. Wyrzucanie błon nie wpływa.
8. Sposób leczenia, zbytne upusty krwi, podawanie środków wymiotnych, merkuryalnych znacznie pogarszają prognozę.

(d. c. n.).

Periostitis circumscripta ossium cranii rheumatica.

Przez d-ra J. Rogozińskiego.

Podane poniżej spostrzeżenie ważnem jest pod względem praktycznym, a to z uwagi na różniczkowe rozpoznanie i na trudny wybór metody leczniczej. Przypadek ten odnosi się do 30-letniego mężczyzny, dotkniętego bólami głowy, dręczącemi chorego szczególnie po nocach. Cierpienie trwało prawie rok, od Listopada 1881 r. do Października 1882 r.

Chory średniego wzrostu, dobrej budowy, z odżywianiem nieco podkopanem wskutek niewyspanych nocy i przygnębienia moralnego. Konstytucya chorego nerwowo-sangwiniczna, odnosząca się według BENEKEGO do działu hyperplastycznych i jako taka skłonna już ze swej natury do cierpień gośćcowych. Przed 5 laty przebył lekkie owrzodzenie na członku, które znikło po zastosowaniu miejscowych środków, bez żadnych objawów wtórnych. Innych chorób chory nie przebywał. Tylko przez kilka lat ostatnich narażony był na częste podróże po Rossyi, złączone z jego powołaniem i wśród różnych zmian ciepłoty.

Cierpienie zaczęło się bólem na osadzie nosa, w którym to miejscu wkrótce wyskoczył guz bolesny, twardawy, zaczerwieniony, wielkości 10 srebrnych groszy; wkrótce potem takież ból pojawił się na czole nad prawym oczodołem, gdzie niezadługo wystąpił podobny guz. Toż samo powtórzyło się na granicy włosów na czole z prawej strony, a w końcu na ciemieniu na włosistej części głowy. Ból w tych miejscach powiększał się przy ucisku palcem. Oprócz tego ból był w tyłogłowi, który przy nacisku na pokrywy czaszki nie powiększał się. Pierwszy rodzaj tych bólów dokuczał choremu szczególnie w nocy, chociaż i w dzień nie był on wolnym od takowych. Z początku przyjmowano te bóle za czysto nerwowego pochodzenia, z tego powodu stosowano użycie wewnątrz *kali bromatum*, a miejscowo elektryczność. Gdy jednak to nie pomagało i ze względu na guzowatość i charakter bólów, dokuczających choremu szczególnie w nocy, przyjęto w danym przypadku możebność ujawnionego, będącego przez pewien czas w utajeniu, przymiotu. Zaczęto wtedy od *Kali jodatium*, które rzeczywiście wybornie poskutkowało i po kilku tygodniach używania leku, bóle zupełnie usunęły się i guzy się zmniejszyły. Po tygodniu jednak nie używania jodku potassu, cierpienie w dawnej sile znowu powróciło i guzowatość powiększały się. Sam chory po kilkakroć uciekał się do użycia jodku potassu, bo widział w nim czasowo przynajmniej zbawienny środek. Gdy zwykle jednak po odstawieniu leku bóle powracały, zdecydowano się przeprowadzić u chorego systematyczne przeciwprzymiotowe leczenie. Po użyciu jednak 20 wcierań maści szarej bóle wcale nie zmniejszyły się, tylko ustępowały pod wpływem jodku potassu, a powracały jak tylko przestano go używać.

Guzowatości również wcale nie zmniejszyły się przy stosowaniu szaruchy. Wtedy chorego miałem sposobność widzieć pierwszy raz, z okazji

leczenia jego żony. Gdy mi opowiedział przebieg swej choroby, a przyczem ponieważ było lato, podejrzewając w każdym razie u chorego cierpienie przymiotowe, chociaż innych objawów choroby trudno było znaleźć, radziłem choremu przeprowadzić leczenie wodami mineralnymi w Busku w połączeniu z leczeniem merkujalnem. Po 5 tygodniowym jednak pobycie i korzystaniu w całej pełni z leczenia stosowanego w Busku, chory doznał b. nieznacznej tylko ulgi. Guzowatości i bóle zaledwie nieco się zmniejszyły, a w 5 dni po przyjeździe bóle powróciły do dawnej siły i guzowatości również się powiększyły. To chorego doprowadziło już do rozpaczy, a we mnie podkopało wiarę w możebność przymiotu i dla objaśnienia tego cierpienia należało szukać innej przyczyny. Chory z porady mojej zasięgnął rady ś. p. KLINKA, który również z tych danych wątpił w możebność przymiotu, ale nie określał dodatnio cierpienia. Wtedy zrodziła się we mnie myśl, czyby te guzowatości, które uważałem jako zapalenie okostnej kości czaszkowych, nie były pochodzenia czysto reumatycznego. Ponieważ zaś sam cierpiałem na reumatyzm pokryw czaszki i wyleczyłem się tylko z niego łaźniami parowymi w połączeniu z zimnemi natryskami, poradziłem choremu spróbować powyższego leczenia. Po kilkunastu takich kąpielach parowych bóle i guzowatości zupełnie znikły, pozostała tylko jedna na nosie, jako kostna niebolesna narośl, powodująca zniekształtnienie nosa. Nadal pozostały tylko bóle w tyle głowy, które przy bliższem zbadaniu okazały się zależnemi od przewlekłej niestrawności żołądka i ustąpiły pod wpływem użycia soli karlsbadzkiej i odpowiednio urządzonej diety; chociaż niekiedy i potem się one pojawiały, powyższą drogą zawsze udawało się je usunąć. Należy dodać, że chory ma przyzwyczajenie prędko jeść, nie żuje dobrze, do czego, mimo wielokrotnego zwracania uwagi, nie może się przyzwyczaić — to właśnie niefortunne przyzwyczajenie usposabia go do powrotów niestrawności.

Trudno było u danego chorego ściśle określić charakter guzów. Pojawienie się ich bez widocznej przyczyny, zwiększająca się ich bolesność w nocy, i przebyte owrzodzenie przed 5 laty na członku, zdawałyby się przemawiać na korzyść przymiotu. Przymiot bowiem może być przez pewien czas w utajeniu, wybuch ogólnych objawów może być wstrzymanym na dłuższy czas przez użycie różnych leków, chociaż w danym przypadku chory nie przeprowadzał żadnego ogólnego leczenia podczas owrzodzenia na członku. Autorowie ten okres utajenia podają na 6—8—9 tygodni (ZEISSL i LANCERAUX w swoich podręcznikach). RICORD oznacza go na 6 tygodni do 8 miesięcy. TARNOWSKI, w przypisku w dziele LANCERAUX, przytacza przypadek, w którym ogólne objawy pojawiły się w 18 tygodniu i w ogóle oznacza ten czas na 4 tygodnie do 5 miesięcy; jeżeli zaś chorzy leczyli się uprzednio Hg lub JK, to ogólne objawy występują w 6—18—24—36 miesięcy.

Czasem jednak ogólne objawy na skórze przechodzą niepostrzeżenie i później przymiot może trwać w formie utajonej; możemy się o tem czasem przekonać u żonatych pozornie zdrowych, których żony mają sy-

stematyczne, następujące raz po razie poronienia, lub przedwczesne zamieranie płodów z przedwczesnymi porodami. W danym więc przypadku można było przypuścić możebność ujawniającego się przymiotu, będącego przez dłuższy czas w utajeniu, tembardziej że takie ograniczone zapalenia okostnej najczęściej są przymiotowego pochodzenia, trudno zatem nie było przeprowadzić leczenia przeciwprzymiotowego z wiarą w uleczenie. Dopelnione zaś przeciwprzymiotowe leczenie wykazało, że choroba nie jest przymiotowego pochodzenia, bo w Busku ani guzowatości, ani bóle zupełnie nie znikły i po 5 dniach po powrocie z Buska objawy te powróciły do dawnego natężenia. Trzeba zatem było szukać innej przyczyny, powodującej podobne cierpienie. KÖNIG w podręczniku swojej Chirurgii mówi, że przewlekłe zapalenia na czaszce prawie wszystkie należą do zakresu przymiotu. Niekiedy powstają ograniczone zapalenia okostnej spowodowane lekkimi obrażeniami, albo bez wiadomej przyczyny (*periostitis rheumatica*), są jednak one w ogóle rzadkie. W Chirurgii BILLROTHA i PITHY podane są jako wywołujące przewlekłe zapalenia okostnej czaszki urazowe przyczyny, noszenie ciskającego ubioru, zaziębienie, ale najczęściej przymiot. Rzadko jednak dochodzi do ropienia, lecz tylko do narastania kości, lub tworzenia ziarniniaków. Ziarniniaki są jednak zagłębione w kość, z utratą substancji samej kości, są one miętko sprężyste, na około rozwija się wałek kostny. Ból bywa tylko przy ucisku przy innych zapaleniach, przy ziarniniakach zaś ból bywa samoistny, szczególnie w nocy; po wessaniu ziarniniaka pozostaje zagłębienie na czaszce.

W danym więc przypadku mogłem przypuścić zapalenie okostnej kości czaszki tylko reumatycznego pochodzenia, chociaż ból był i samoistny i przy nacisku. Kierując się tem, przeznaczyłem choremu łaźnie z natryskami zimnemi, które ostatecznie chorego uleczyły. Jestto przytem niezwykła forma występowania cierpienia reumatycznego, odznaczająca się uporem usunięcia.

Winiemem dodać, że obecnie czasami bóle podobne do dawniejszych powracają, ale zawsze dadzą się usunąć po paru kąpielach parowych.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

82. **Zapobieganie rzcączce.** Dr. D. HAUSSMANN, badając sposób zapobiegania zapaleniu łącznicy u noworodków, wpadł na myśl żeby dla uniknięcia trypra analogicznego użyć sposobu, a mianowicie zaleca po każdym spółkowaniu podejrzanem zastrzyknąć kilka kropel 2% roztworu azotanu srebra do cewki moczowej, co niezawodnie wszystkie gonokoki w samym zarodku zniszczy. Nietylko analogia obu mikrokoków, ale i analogia błon śluzowych nakazują nam przypuszczać że środek jest pewnym. Cała niedogodność polega tylko na tem, że ponieważ czas inkubacji trypra jest względnie krótkim więc zastrzyknięcie takie powinno nastąpić, jeżeli ma być skutecznem, w kwadrans po spółkowaniu podejrzanem. Zastrzyknąć trzeba 10 kropel. Autor doradził ten sposób jednemu ze swoich pacjentów i nie miał on nigdy trypra, chociaż przyjaciel jego po spółkowaniu z tą samą co i on osobą, zaraził się tryprem. Tak samo i kobiecie dora-

dzie można przestrzyknąć pochwy w podobnym wypadku. Roztwór 50/0 kwasu karbolowego albo 0,10/0 sublimatu ten sam skutek mieć będzie.

(*D. med. W. 1885—25*). Fr.

83. Dwa przypadki groźnej bezkrwistości wyleczone podskórnem wstrzykiwaniem krwi. SILBERMANN spostrzegł dwa przypadki bezkrwistości (*anemii*), które pomimo użycia energicznych środków leczniczych nie dały się wyleczyć. Chłopiec 8-letni przebył odrę przed rokiem, poczem nastąpił 3 miesięczny koklusz, ciężka anemia, bicie serca, częste omdlenia, wymioty, ospałość, gorączka (38^o,7). Szmer systoliczny u zastawki dwudzielnej. Przy badaniu krwi znaleziono ją bardzo bladą, a krążki krwi bezbarwne były co do liczby powiększone. D. 1 Marca zastrzyknięto podług metody ZIEMSSENA 40 grm. krwi (po 20 grm. pod skórę każdego uda). Nieprzyjemnych następstw żadnych nie było. Uryna i temperatura ciała były normalne. 9 Marca chory zemdlął. D. 10 Marca znowu zastrzyknięto 4 grm. krwi. Od tej pory wszystkie objawy bezkrwistości, która rok trwała ustąpiły. D. 20 Maja chory wyszedł ze szpitala zupełnie zdrowy. Dziewczynka 11-letnia miała silne krwotoki skutkiem polipa w odbytnicy. W Styczniu 1885 r. miała miejsce operacya, która zatrzymała krwotoki. D. 2 Lutego Autor widział pacjentkę bezkrwistą w wysokim stopniu: bladosc twarzy, omdlenia, wymioty, bóle żołądka. Tętno 120; szmer systoliczny. W krwi znaleziono znaczną liczbę bezbarwnych krążków krwi. Po bezskutecznem leczeniu środkami wewnętrznymi zastrzyknięto po 25 grm. krwi pod skórę każdego uda. Temperatura ciała, uryna etc. pozostały normalne. Stan zdrowia pacjentki szybko się polepszył, a w połowie Marca wyszła ze szpitala zupełnie zdrową. Drugi ten przypadek dowodzi: iż względnie znaczną ilość krwi można zastrzyknąć pod skórę bez obawy złych następstw jak dreszcze, hemoglobinuria etc.

(*D. med. W. 1885—26*). Fr.

84. Cukier w krwi osób chorych na raka. ERNST FREUND podał tymczasową wiadomość, w której twierdzi iż badając krew 70 osób chorych na raka, u wszystkich znalazł cukier. Dla kontroli badał krew 30 osób cierpiących na inne choroby i u żadnej z nich nie stwierdził obecności cukru. MATRAI dla stwierdzenia powyższego faktu, badał krew 11-tu rakowatych i 11 innych chorych. U pierwszych w 8 razach znalazł cukier a w 3-ch nie. U chorych nie na raka w 4-ch znalazł cukier, a w 7 nie. Jeżeli doświadczenia te w zupełności nie potwierdziły poszukiwań FREUNDA to jednak zwraca na siebie uwagę częstość obecności cukru w krwi rakowatych i należy na szerszą skalę poszukiwań takich dokonywać.

(*Rundschau 85—15*). Fr.

85. O odruchu kolanowym. Przez prof. J. SCHREIBER'A w Królewcu (*Deutsch. Archiv f. klin. Med.* 35, T. 4 H.). Znikanie odruchu kolanowego we wczesnych okresach władu rdzeniowego jest uznaną rzeczą oddawna. Dla uniknienia możliwych w dyagnozie pomyłek, niezbędnem wszakże jest zbadać wśród jakich warunków znikanie odruchu kolanowego, ma miejsce u ludzi nie dotkniętych wiałem. Choroby takie jak: stwardnienie korzeni przednich szarych (*poliomyelitis acuta*), porażenia po błonicy, zanik i przerost mięśni postępowy (*atrophia et pseudohypertrophia musculorum*), *paralysis ascendens acuta* (LANDRY), zanik nerwów uogólniony, ale bardzo możliwe są one w innych stanach, gdzie objaw kolanowy czasowo lub na czas dłuższy wykazać się nie daje. Przedewszystkiem znika on w stanach wyniszczenia organizmu, wskutek nadwężenia, złego odżywiania i w podeszłym wieku. D rowi SCHREIBER udało się wywołać odruch kolanowy w tych przypadkach długiem tarcieniem kończyny lub perkusją ścięgną trwającem 1—2 minut. W innym znow przypadek, gdzie objaw ten już

od 2-eh lat nie występował, zjawił się on po zastrzykiwaniach strychniny (0,003—0,005—0,008) i na długo się zachował. Chronicznie otrucie wyskokowe staje się także często przyczyną znikania tego objawu. Niezmiernie ciekawe szczegóły podaje pod tym względem dr. SCHREIBER. Przemijające znikanie odruchu kolanowego miało miejsce u alkoholików, którzy z powodu zaburzeń w trawieniu bezsenności poddali się leczeniu i od kilku dni, tygodni, lub miesięcy wyrzekli się byli wódki. Po kilku dniach spokoju, przy odpowiednim odżywianiu i użyciu chlorału, udało się u nich odruch ten znowu wywołać, a przy należytem zachowaniu się pacjentów, nawet na zawsze utrzymać. Istnieją zatem przemijające (funkcyjne) zbożenia odruchu kolanowego, które w pewnej liczbie przypadków za pomocą wspomnianych środków odróżnić się dają od zbożeń tego objawu, polegających na organicznych zmianach rdzenia kręgowego. W poszukiwaniach swoich uwzględnił dr. SCHREIBER wskazane przez WESTPHAL'A źródło błędów. Nadmienić jeszcze należy że dr. ROSENSTEIN wykrył brak objawu kolanowego przy moczówce cukrowej, i że zapomocą zastrzykiwań strychniny nie dał on się wywołać.

J. W-n.

86. **Przyczynk do różniczkowego rozpoznania zapalenia płuc i opłucnej i uwagi o wartości próbnego przekłócia.** Wnioski autora są następujące: 1) w pewnych okolicznościach różniczkowa dyagnoza między zapaleniem płuc a zapaleniem opłucnej należą do najtrudniejszych zagadnień dyagnostycznych. 2) Najcharakterystyczniejsze fizykalne objawy naciecznienia płucnego mogą się stać niejasnymi lub zupełnie zniknąć i dać powód do rozpoznania wysięku opłucnowego gdy a) do włóknikowego zapalenia płuc przyłącza się wysięk opłucnej, b) następuje zatkanie i ucisk oskrzeli, co ma miejsce przy utrudnionem wykrztuszeniu lub przy bardzo rozległem (massywnem) zapaleniu płuc, c) przy zgrubieniach i wybujalnościach opłucnej. 3) Fizykalne objawy wysięku opłucnej mogą dać powód do rozpoznania zapalenia płuc przy rozległych zrostach tych ostatnich z kręgosłupem. 4) Dla należytej różniczkowej dyagnozy między pneumonią, pleuritis a pleuropneumonią niezbędne są często powtarzane przekłócia próbne. Dodatni rezultat ich ma znaczenie rozstrzygające, podczas gdy ujemny nie pozwala wyprowadzać żadnych pewnych wniosków.

87. **Fosfor w krzywicy.** Przez prof. SOLTMANA (*Wien. med. Blätter*. Nr. XII. 1885). Autor wogóle uznaje możliwość chwalonych przez KASSOWITZ'A skutków leczniczych fosforu w krzywicy. Nie uważa go jednak za lek swoisty, gdyż fosfor leczy i inne konstytucjonalne choroby przy których kość nie bywa tak wyraźnie dotkniętą, ale natomiast skóra i błony śluzowe np. zołzy. Przypomina również że EAMES w przeciągu 6 tygodni wyleczył olejem fosforowym skrofuliczne obrznięcia gruczołów, które lata całe opierały się wszelkim środkom. Należy dalej zauważyć że BROADBENT, WILSON i FOX używali fosforu z doskonałym skutkiem w niektórych przypadkach białaczki śledzionowej (*leukaemia lienalisis*) i że oprócz zbawionego wpływu fosforu na pewne nerwice anemicznego pochodzenia, BROADBENT podaje 2 przypadki niedokrwiistości złośliwej (*anaemia perniciosa*) wyleczone przezeń za pomocą tego środka. Okazuje się zatem, że działanie fosforu w krzywicy nie ogranicza się tylko do zbożeń kostnych, ale w ogóle wpływa dobroczynnie na skład krwi i na ogólne odżywianie tkanek.

J. W-n.

88. **Wstrzykiwania kalomelu pod skórę, przeciwko przymiotowi.** (*Annal. de Dermatol. et Syph.* Vol. V. Nr. 2). Już SCARENZI, a w nowszych czasach SMIRNOW, zalecali podskórne stosowanie kalomelu; obecnie JULLIEU, zachęca do stosowania pomienionej metody, która zmieniona nieco przez SMIRNOWA jest następująca. Do jednej iniekcji, bierze się: *Calomelan.*

sublim. par. 0,1—0,15 (gr. $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$), *Gummi arab. pulv.* 0,05 (gr. 1), *Aq.* 1,0 (gr. 16). Na początku leczenia, uskuteczniają się dwa takie zastrzyknięcia w posładki. Po 3 tygodniach, robi się powtórnie dwa zastrzyknięcia, i na tem kuracya się kończy. Występujący prawie zawsze ślinotok, jest najlepszym dowodem, iż wessanie ma miejsce. W kilka dni po zastrzyknięciu dopiero występuje niezbyt silny ból, niekiedy zaś przychodzi do wytworzenia małych ropni. Dobry skutek leczniczy, ma się ujawniać, nawet w okresie ziarniniaków (gummatycznym).

P. i.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

OSER: *Die Neurosen des Magens und ihre Behandlung.* — *Wiener Klinik* 1885
Nr. V. VI. p. 117—180. (Nerwice żołądkowe oraz ich leczenie).

Sprawozdawca dr. Józef Poznański.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 32).

Leczenie. W obec niepewności rozpoznania, wypadnie nieraz przez ostrożność, jako też w sposobie próby, przedwstępnie skierować działanie lekarskie przeciwko cierpieniom materyalnym żołądka, przeciw nieżyłowi lub wrzodowi peptycznemu. Gdy rozpoznanie jest pewnem, należy zwalczać przyczynę, lub chorobę główną, przy istnieniu ognisk zwrotnych, takowe starać się załagodzić. Zmiany we krwi, zakażenia, otrucia przewlekłe, starać się usunąć. Przeciw zakażeniu bagiennemu np. daje się wielkie dawki chininy, w razie nietolerancji żołądka podskórnie lub w ławatywach; autor zaleca także *chininum hydrobromicum*. W anemii i bladaczce lepsze usługi od żelaza daje arsen. Gdy przyczyny nieznanie, lub niedosiężalne, leczenie musi być objawowe, najczęściej na empirji oparte, a niestety zbyt często niewystarczające. Przy zбочeniach w uczuciu głodu i sytości, które najczęściej bywają częściowym pojawem ogólnej neuropatii, pomaga niekiedy leczenie mechaniczne, które znów w innych przypadkach nie osiąga pożądanego skutku. Toż samo powiedzieć można o bromku sodu lub potasu w wielkich dawkach, o chininie, makowcu i chloralu. Przy zupełnym wstręcie do pokarmów (*anorexie mentale*), potrzebne jest leczenie psychiczne. Francuzi zalecają w takich razach przykusowe karmienie przez zgłębnik (*gavage*). Sensacje ruchu, ciepłoty w żołądku, defaillance i t. p. często znikają, gdy chory napelni żołądek pożywieniem. Nadczołość żołądka objawiająca się uczuciem ściskania po jedzeniu, t. zw. „niestrawność nerwowa” lub „*neurasthenia gastrica*”, nie posiada leku swoistego. Dycetyka psychiczna, zmiana warunków życia, unikanie ciężkiej pracy, kąpiele żelaziste, morskie, hydropatya, klimat górski, stoją na pierwszym planie. Ważną jest dyeta; nie trzeba być co do niej zbyt bojaźliwym. Zmuszając chorych do jedzenia, do przewyciężenia uczucia ściskania, odnosi się nieraz pomyślnie skutki. Zachwała też OSER *Extr. belladonnae*, zaś autorowie angielscy i amerykańscy zalecają fosfor. EWALD daje chloral po 1,0—1,5 kilka razy dziennie. Przeciw nadczołości żołądka zalecano też leczenie mechaniczne, MALBRANC zachwała nastrzykiwania (*Magendouche*) wodą bardzo ciepłą lub gazową, DUJARDIN-BEAUMETZ wypłókiwania żołądka wodą siarko-węglową, BUFFALINI zaś wodą chloroformową. Przy leczeniu mechanicznem autor widział tam tylko dobry skutek, gdzie z przyczyny stagnacji odbywał się rozkład pokarmów i wytwarzanie gazów. W napadach, jako środek palliatywny, okazuje się nieraz korzystnym strumień galwaniczny; anoda umieszcza się w miejscu bólu,

katoda w lewej pasze, lub u kolumny kręgowej. W napadach silnych, morfina podskórnie lub w czopkach, krótkie zwiewania chloroformu (BAMBERGER), eter (po 10—20 kropli), *Aq. chloroformata satur.*, (w równych częściach z wodą, z dodatkiem *aq. naphae* lub *melissae*—3 razy dzień po łyżce), i atropina ($\frac{1}{2}$ miligrama 2—3 razy dziennie).

C. Nerwice wydzielnicze. Nerwy wydzielnicze nie są wprawdzie dla żołądka wykazane, wszelako fakta fizyologiczne i patologiczne czynią istnienie takowych wielce prawdopodobnem. Mechaniczne drażnienie błony śluzowej żołądka wywołuje wydzielanie soku żołądkowego, toż samo ma miejsce, gdy się uprzednio przetnie nerwy błędne i współczulne, co dowodzi istnienia zwojów w samym żołądku, które rządzą wydzielaniem. U zwierząt wydziela się sok żołądkowy za pokazaniem im pożywienia. U pewnego chorego z bezwzględną niedrożnością przelyku, któremu zrobiono przetokę żołądkową, można było przy zuci u cukru, kwasu cytrynowego i t. p. wykazać wydzielanie się soku żołądkowego. Wprawdzie możnaby zarzucić, iż pierwotnie powstają ruchy robaczkowe, a dopiero za tem następuje wydzielanie, niemniej przypuszczenie nerwów wydzielniczych jest niemal konieczne. U ludzi zdrowych działanie wpływów psychicznych i moralnych na trawienie, da się jedynie tłumaczyć zmianą innerwacyą; obrzydzenie, wzruszenie i t. d. powodują często nietylko zaburzenia czuciowe w żołądku, lecz także istotne przedłużenie i zaburzenie w trawieniu. Istnieje szereg zaburzeń w narządzie trawienia, które wyłącznie polegają na zmianie innerwacyi. Zaburzenia te obecnie przywykło się łączyć pod ogólne miano „niestrawności nerwowej”. Nazwa ta daje powód do licznych nieporozumień, a zastąpić ją lepszą, bardziej określoną nazwą na teraz jest trudno. Autor pod wyrazem *dyspepsya* rozumie jedynie zmianę obiektywną w trawieniu, a nie uciążliwość subiektywną, nie dolegliwości trawieniu towarzyszące, lecz zaburzenie tej sprawy. Dolegliwości podmiotowe zostają powodowane albo przez nerwice czuciowe albo przez „niestrawność” albo wreszcie są objawami materyalnych zmian w żołądku. Dla obiektywnych zaburzeń w trawieniu, zależnych od przyczyn po za żołądkiem istniejących, możemy zatrzymać nazwę „*dyspepsya*”. Tak samo jak „rozstrzeń” oznacza zaburzenie w mechanizmie, tak samo niestrawność oznacza zaburzenie chemizmu trawienia. Takie zaburzenia w trawieniu powstają:

1) Przy nieprawidłowościach w krążeniu, lub zmianie składu krwi; np. przy wadach serca nie zrównoważonych, przy niedokrwistości, bladaczce, gorączkach, charłactwie, gruźlicy, zatruciu krwi i t. p. Niedostateczny lub wadliwy materyał dostarczany gruczołom żołądka, powoduje tutaj zбочzenie w wydzielaniu soku, a przez to zaburzenia w trawieniu. Dla tego rodzaju niestrawności autor proponuje nazwę *dispepsia haematogenes*.

2) W innych przypadkach przyczyną niestrawności będzie uposledzenie czynności mięśniowej, z następczem przetrzymaniem zawartości, niedokładnem jej przemieszaniem z sokiem trawiącym; *dispepsia myogenes*. Tutaj należy z nerwowych przyczyn powstała atonia, i rozstrzeń żołądka.

3) Zaburzenia w trawieniu wskutek wadliwej innerwacyi gruczołów żołądka. Autor proponuje tutaj nazwę *dyspepsia neurogenes*, ponieważ pod nazwą *dyspepsia nervosa* zbyt różnorodnie podciągano stany.

Do nerwicy wydzielniczych zaliczyć należy przypadki opisane przez ROSSBACHA pod nazwą *gastrozynsis*. Choroba ta występuje u ludzi przeciążonych pracą umysłową, napadami trwającymi od 1—3 dni, powtarzającymi się co kilka tygodni, lub w przerwach 1—2 miesięcy; wakacje od napadów są wolne. W czasie wolnym od napadów stan zdrowia jest zupełny. Napad objawia się gwałtownym bólem głowy, uczuciem pieczenia

i kwasoty w żołądku, nudnościami; bóle głowy zajmują prawie całą głowę, i są tak gwałtowne, że się chorym zdaje iż czaszka pęknie. Odzwiertnik zostaje odruchowo skurczony, i zawartość żołądka przetrzymana. Nudności dochodzą do gwałtownych wymiotów, z wyrzuceniem nadzwyczaj kwaśnego płynu, zawierającego kwas solny w nadmiarze. Zupełne opróżnienie żołądka z pomienionego płynu kończy napad, który zostaje łagodzonym przez picie ciepłej wody. Woda ciepła może też niekiedy w samym początku napad przytłumić.

ROSSBACH stara się objaśnić powyższą neurozę w następujący sposób: pewne części ośrodków, podrażnione wprost, lub też refleksyjnie za pośrednictwem nerwu błędnego, powodują najpierw wydzielanie w żołądku nadmiernej ilości kwasu, który ze swej strony, drażniąc nerwy czuciowe, wyśwabadza nowe refleksy w bardziej oddalonych obrębach naczyńowych, i to daleko silniejsze, niż przy prawidłowym stanie układu nerwowego.

Za nerwice wydzielnicze należy także uważać przypadki opisane przez M. REICHMANNĄ. W jednym z nich, co wieczór występowały gwałtowne kardialgie, które trwając noc całą, z rana dochodziły do szczytu, przy czem chory uczuwał zgagę, silne pragnienie, oraz nadmierne łaknienie. Nawet przy czczym żołądku, można było zrana wypompować około litra zielonego, kwaśnego płynu; kwasność wynosiła 2—3⁰/₀₀ i zależała od kwasu solnego. Trawienie mięsa odbywało się szybko, mimo to miało miejsce przetrzymywanie zawartości żołądka. W innym przypadku, występowały dolegliwości po jedzeniu, ból głowy, szum w uszach, parcie na mocz, bolesność brzucha, mianowicie w obrębie splotu podbrzusznego górnego, nieprzerwanie trwające wydzielanie soku, nawet w stanie czczym żołądka. Do tegoż działu niestrawności neurogenicznych, należą rozliczne przypadki złego trawienia, występującego w następstwie rozdrażnień psychicznych, cierpienia mózgu, wpływów zwrotnych, lub też jako częściowy objaw hysterii i neurasthenii. Trawienie co najmniej nadmiernie się przedłuża, o czem przekonać się można za pomocą przepłókiwań żołądka. Uderza też przytem dziwna zmienność pojawów; pod wpływem np. miesiączkowania, wrażeń psychicznych, występują polepszenia lub pogorszenia, w pewnych dniach pokarmy ciężko strawne trawią się dobrze, w innych dniach nawet lekkie potrawy wywołują niestrawność połączoną z cięższymi dolegliwościami. Zmiana warunków życia, niewielka podróż, przynoszą nieraz nagłą zmianę. Oczywiście w takich razach nie może być mowy o zmianach materjalnych w żołądku, jestto czyste zaburzenie innerwacyi.

Rozpoznanie przedstawia nieraz wielkie trudności; łatwem jest ono w przypadkach takich jak ROSSBACHA (*gastrozynsis*), lub REICHMANNĄ t. j. nadmiernego wydzielania kwasu solnego. Wydarzają się też często przypadki z miejsczonego wydzielania kwasu solnego, lub pepsyny, w przypadkach takich umożliwiają rozpoznanie częste rozpatrywanie próbek trawienia. W ogólności uwzględnić należy: występowanie napadami, wpływ momentów psychicznych, obecność innych cierpień nerwowych, jak również chorób, które zwykły na drodze refleksu wywoływać różne nerwice, dane anamnestyczne, niestosunkowość i zmienność obrazu choroby, wpływ pomysłny lub szkodliwy pewnych momentów, które jak wiemy z doświadczenia tak samo działają w hysterii, w neurasthenii, np. zmiana warunków życia, podróże i t. p., wreszcie wnioski *ex jurantibus* wyprowadzane, wszystko to daje nam wskazówki do odróżnienia niestrawności neurogenicznej, od zaburzeń w trawieniu które zależą od materjalnych zmian w żołądku.

Przy leczeniu pamiętać należy, że mamy do czynienia z istotnem zaburzeniem w trawieniu; oprócz więc zwykłego uwzględnienia różnych

wskazań, wypadnie np. w razie niedostatecznego wydzielania kwasu solnego lub pepsyny, takowych żołądkowi dostarczać. Przy gastroxynsis, obfite picie ciepłej wody łagodzi napady, a nawet im zapobiega.

D. Nerwice naczynioruchowe. Skaleczenie i przecięcie pewnych okolic mózgu lub rdzenia, może spowodować krwawienie w żołądku, jako zaburzenie naczynioruchowe. CHARCOT i inni przypisują to wprawdzie wpływowi troficznemu. W hysteryi zdarzają się trojaki krwotoki żołądka, albo jako zastępujące miesiączkowanie, albo towarzyszące takowemu, lub też zupełnie od miesiączki niezależnie. Krwotoki wydarzają się także w neurasthenii i w bezwładzie postępowym. Odróżnienie od wrzodu żołądka przedstawia niekiedy trudności, i to tem bardziej, że i przy hysteryi lub neurasthenii może także obecnym być wrzód w żołądku. Czy istnieją jeszcze inne naczynioruchowe zaburzenia w żołądku, to nie jest wiadomem, być może iż niektóre postacie wymiotów z przyczyn psychicznych, a gdzie ilość wymiotowanego płynu jest większa, aniżeli chory przyjął, polegają na zaburzeniu naczynioruchowem.

Opisane powyżej nerwice, przedstawione zostały więcej schematycznie; w życiu nie występują one zwykle tak pojedynczo, lecz łączą się i kombinują wielorako, dając różnorodne obrazy kliniczne, którym oddzielne dawać nazwy jest niepodobienstwem. Dla łatwiejszego oryentowania się łączymy zwykle obrazy do siebie zbliżone w pewne grupy. Jedną z takich wielopostaciowych grup, czyli zbiorów objawów, nie obcą zresztą i dawniejszym autorom, przedstawił niedawno LEUBE dając jej miano „*dyspepsia nervosa*”. Choroba występuje nieznacznie, jednocześnie lub w ciągu innych cierpień (niedokrwistość, zimnica, cierpienia nerek, macicy), niekiedy pozostaje po wyleczeniu namacalnych cierpień żołądka, i charakteryzuje się tem, że sprawie trawienia towarzyszą dolegliwości w ogólnym układzie nerwowym, np. kongestye, bóle głowy, zawroty, tętnienie aorty brzusznej, obawa, lub też odnoszące się bezpośrednio do przewodu pokarmowego, mianowicie odbijanie mass niekwaśnych i gazów bez zapachu, mdłości, wymioty, częstokroć nadzwyczaj uporczywe, a prawie zawsze uczucie pełności gniecenia w dołku, dochodzące nawet do bólu. Wydarza się też t. zw. globus i zgaga. Łaknienie bywa raz zmniejszone, to znów nadmierne, albo spazyczne, lub też zupełna odrza do pokarmów. Ogólny nastrój bywa pognębiony snu mało. W jednym przypadku różnorodne te objawy występują w połączeniu, w innych tylko niektóre symptomata. Znamię choroby jest to, że trawienie odbywa się prawidłowo, czego dowodzą przedsiębrane wyplókiwania żołądka w 7 godzin po jedzeniu. LEUBE objaśnia chorobę tę w sposób następujący: Sprawa trawienia wywołuje także w stanie fizyologicznym pewne pobudzenie układu nerwów, uczucie pełności, zajęcie głowy, zmęczenie, uczucie niedomagania. Spotęgowanie tych objawów, i w ogóle nadmierne, oraz nieprawidłowe oddziaływanie układu nerwowego, daje nam to, co nazywamy „niestrawnością nerwową”. Przeciwno LEUBEMU podniesiono liczne zarzuty. Co do nazwy dyspepsia, zarzucano iż najczęściej trawienie bywa prawidłowe; niektóre objawy (nudności, gniecenie), występują także przy pustym żołądku, a więc po za sprawą trawienia. Co do samego pojęcia tej choroby, EWALD rozszerzył je, włączając w nie także równorzędne cierpienia kiszki; objawy nerwowe mogą występować współrzędnie ze strony żołądka i kiszki, albo też przeważać mogą to jedno, to drugie. Mogą przytem występować wszelkie inne objawy ogólnej neuropatii. Podnoszono też wątpliwości co do twierdzenia L. iż trawienie odbywa się prawidłowo. Co do objaśnienia choroby, występowało także z licznemi zarzutami. EWALD

i inni uznali cierpienie to za wyrażenie ogólnej neurasthenii, a mianowicie może cierpienie żołądka przedstawiać częściowy objaw tej ostatniej, albo też neurasthenia ogranicza się wyłącznie do objawów ze strony żołądka i kiszki. Zapatrywanie autora jest następujące:

„W obrębie nerwu błędnego i współczulnego, o ile one zaopatrują żołądek, oraz w odpowiednich zwojach obwodowych, wydarza się pewien szereg zaburzeń, ujawniających się zboczeniami czynnościowymi, których to zboczeń anatomicznej podstawy nateraz jeszcze nie znamy. Rzeczzone zboczenia, odnoszą się do dziedziny czuciowej, ruchowej, wydzielniczej i naczynioruchowej, do wszystkich razem, lub niektórych. Zaburzenia te są rozmaite co do rodzaju i stopnia, każde zaś może powstać z przyczyny ośrodkowej, obwodowej lub zwrotnie. To co LEUBE nazywa niestrawnością nerwową, autor zowie skombinowaną gastroneurozą, której przeważnym współczynnikiem jest nadeżulość (zobacz nerwice czuciowe). Najstałym objawem jest gniecenie i inne dolegliwości podmiotowe po jedzeniu; do tego przyłączają się zaburzenia ruchowe i wydzielnicze. Nazwę dyspepsia nervosa należy odrzucić, albowiem najczęściej trawienie jest prawidłowe, a i nazwa *neurasthenia gastrica s. dyspeptica* (EWALD, STILLER) jest również niewłaściwą, albowiem pomieniony zbiór objawów widzujemy nie tylko przy neurasthenii, lecz również przy cierpieniach ośrodków, a także jako nerwice pochodzenia obwodowego, i zwrotnego. Nazwa „skombinowana gastroneuroza” jest tu istotnie najodpowiedniejszą i lepiej rzecz małuje aniżeli „niestrawność nerwowa”.

Wiadomości bieżące.

Zagraniczne. Otrzymujemy list następujący.

Szanowny Kolego! Jak już mieliśmy zaszczyt zawiadomić, zapisał ś. p. Bonifacy STILLER funduszowi wdów i sierot po lekarzach galicyjskich folwark Morszyn wraz zródłami mineralnymi, które według rozbioru chemicznego dokonanego przez prof. RADZISZEWSKIEGO zawierając oprócz innych składników znaczną ilość siarkanu manganowego i sodowego dostarczają wodę gorzką składem chem. podobną do wody Victoria i Saldshützkiej, sól gorzką, odpowiadającą składem chem. Karlsbadzkiej i ług bromo-solankowy.

Wydelegowani z ramienia Tow. lek. gal. do zarządu fundacją Morszyńską staraliśmy się przez liczne ulepszenia, jak pogłębienie studziń źródłanych 60 metrów głębokości i ich oczyszczenie zapewnić produkt źródłany o jednorodnej zawartości wzorowej czystości, a zabiegi nasze zostały uwieńczone skutkiem znakomitym przez otwarcie bardzo obfitego źródła o znacznej zawartości, powyżej podanych składników.

Zabezpieczywszy w ten sposób produkt źródłany i urządziwszy warzelnię, poruczyliśmy zarząd zdrojowisk p. J. Piepesowi, Aptekarzowi pod koroną Węgierską we Lwowie który zorganizował już sprzedaż produktów źródeł Morszyńskich w Galicyi.

Przekonani, iż przetwory Morszyńskich źródeł tak są działalnością lezniczą jako też i po wprowadzeniu wzmiarkowanych ulepszeń i stałością swych składników, jeżeli nie przewyższają swą dobrocią, to przynajmniej równają się podobnym przetworom zagranicznym, i że zdolają takowe w zupełności zastąpić, poczyniliśmy wszelkie kroki przygotowawcze, by takowe i po za Galicyą, a w szczególności w Królestwie polskiem (w Warszawie) znalazły odpowiedni odbyć.

Ośmielamy się tedy prosić W. Pana Kolegę byś raczył przetwory te w organie swym propagować, umieszczać od czasu do czasu wzmianki etc.

Jakieśmy na wstępie podali Morszyn jest własnością Tow. lek. gal. a cały dochód

z niego ma dać środki do życia wdowom i sierotom po kolegach, którym los nie pozwolił zabezpieczyć przyszłości swej rodziny.

Towarzystwo nasze podjęło się tego obowiązku, nieszczędziło znacznych kwot do ulepszenia i ustalenia przetworów Morszyńskich a dochody z tychże mają dostarczyć sierotom i wdowom środki do życia i wykształcenia, każdy zaś kolega propagujący w jakikolwiek bądź sposób przetwory, te popiera tem samem i cel przez nas wytknięty.

Spodzielając się że Szanowny Kolega, prośbę naszą uwzględnić raczy, łączymy wyrazy prawdziwego poważania i koleżeńskiego szacunku.

Lwów, w Lipcu 1885 r.

Prof. dr. Adam Czyżewicz. Dr. Biesiadecki.

— W Indyach zakładają nową pracownię farmakologiczną mającą za cel studyowanie działania leczniczego miejscowych roślin.

— Z powodu wystawy międzynarodowej odbywającej się obecnie w Antwerpii, będzie miał miejsce zjazd psychiatrów, na którym rozbierane będą następujące dwie kwestye, mające obecnie pierwszorzędną wagę. 1) Wypracować zasady racjonalnej międzynarodowej statystyki chorych umysłowo i 2) Stosunek pomiędzy przestępstwem a chorobami umysłowemi.

— 58 Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w roku bieżącym w Strassburgu d. 17 Września.

— W Badenweiler niejaki Dr. MANDOWSKI zajmuje się wyrabianiem kefiru.

— W Suttgardzie odbędzie się d. 14 Września r. b. Zjazd lekarzy zajmujących się roztrząsaniem kwestyi powołania lekarskiego (*Aerztetag*) na którym omawiane będą następujące kwestye: 1) stosunek lekarzy do towarzystw wzajemnego zabezpieczania się na wypadek nieszczęścia i 2) stosunek lekarzy do t. zw. kass na wypadek choroby.

Zmarli. 18 Lipca r. b. w Sobolówce na Podolu zakończył życie przez wystrzał z rewolweru dr. Jan GRODZIŃSKI. Nieboszczyk skończył wydział lekarski w uniwersytecie Ś-go Włodzimierza w Kijowie w r. 1876, następnie jako lekarz wojskowy odbył kampanię 1877—78 r. po której wyjechał do Paryża i tam kształcił się w okulistyce pod kierunkiem profesora GAŁĘZOWSKIEGO. Po powrocie z zagranicy przyjął posadę lekarza w dobrach JWPP. Sobańskich w Obodówce, a w roku 1881 przeniósł się do Sobolówki, gdzie został lekarzem przy cukrowni. Ś. p. GRODZIŃSKI przeważnie oddawał się okulistyce, a ponieważ gałęź ta naszej nauki przez naszych kolegów zwłaszcza prowincjonalnych do ostatnich prawie czasów traktowaną była po macoszemu, specjalność Jego była prawdziwym dobrodziejstwem dla okolicy, gdyż lekarze trudniejszych ocznych operacji niechętnie się podejmują i nieraz chorzy, zagrożeni utratą wzroku, muszą odbywać kosztowną podróż do jednego z większych ognisk naukowych. Ś. p. GRODZIŃSKI nie jednemu wzrok uratował. Od pewnego czasu baczniejsze oko mogło w nim zauważyć pewne ekscentryczności, poczem rozwinęła się zaduma (melancholia), a wynikiem jej był tragiczny wypadek, który przerwał pasmo tak użytecznego życia. Nieboszczyk zostawił po sobie braci i ubóstwianą niemal przez niego staruszkę matkę, której oby Bóg dał siły mężnie znieść ten cios. Całą okolicę boleśnie dotknęła ta strata, gdyż w istocie straciła ona pełnego nauki i zdolności lekarza. My zaś straciliśmy kolegę i przyjaciela. *Sit ei terra levis!*

Dr. I. M.

REDAKTOR I WYDAWCA DR. G. Fritsche.