

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 37.

Warszawa d. 30 Sierpnia (12 Września) 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O rozczłonkowaniu azotu w moczu w stanach chorobowych. Napisał M. Halpern.—Kilka słów o najwcześniejszych objawach przymiotu dziedzicznego u dzieci (lues hereditaria recens).— STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 103. Dalszy ciąg badań nad paciorkowcami. 104. Pouczające dyagnostycznie spostrzeżenie zapalnego guza ściany brzusznej, wywołanego przez wdrażenie ciała obcego z kiszki do ściany brzusznej. 105. Drożdże w leczeniu gorączek wysypkowych i róży. 106. Jedyne w swoim rodzaju spostrzeżenie wrzekomego obojactwa. — Korespondencya „Medycyny“ z Wrocławia. (Dokończenie). — ODCINEK. Z Medycyny Japońskiej. (Ciąg dalszy) — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) M. Halpern — Sur la division de l'azote dans l'urine dans les états morbides. 2) D-r B. K. Daszkiewicz— Quelques mots sur les symptômes précoces de la syphilis héréditaire chez les enfants.
Redaction Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) M. Halpern — Ueber die Vertheilung des Stickstoffes im Harn in krankhaften Zuständen 2) D-r B. K. Daszkiewicz— Einige Worte über die Frühsymptome der hereditären Syphilis bei Kindern.
Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z III kliniki wewnętrznej w Berlinie (Dyrektor prof. d-r H. Senator).

O rozczłonkowaniu azotu w moczu w stanach chorobowych.

Napisał

MIECZYŚLAW HALPERN.

Niejednokrotnie ostatnimi czasy podnoszona sprawa rozczłonkowania azotu w moczu mogła być dokładniej zbadana dzięki pracom

SCHÖNDORFF'a¹⁾, PFAUNDLER'a²⁾ jako też KRÜGER'a i SCHMIDT'a³⁾, które wykazały, że wszystkie składniki azotowe moczu można bez wielkich trudności określić w części grupami,

¹⁾ SCHÖNDORFF. Eine Methode der Harnstoffbestimmung (w organach i płynach zwierzęcych). Pflüger's Archiv. T. 62. S. 1.

²⁾ PFAUNDLER. Ueber ein Verfahren zur Bestimmung des Amidosäurenstickstoffes im Harn. Zeit. f. phys. Ch. T. XXX. S. 75.

³⁾ KRÜGER u. SCHMIDT. Die Bestimmung des Amidosäurenstickstoffes im Harn. Zeitschs. f. phys. Chemie. T. XXXI. S. 556.

11%, 12%, nawet 16%, często 3%, 4%, 5% i więcej ⁷⁾. Powtórnie, ilość azotu w osadzie od kwasu fosforowolframowego nie powinna była być mniejsza od sumy azotu ciał purynowych i amoniaku, a w moczu, zawierającym białko, i azotu białka, ponieważ oprócz wspomnianych trzech substancji osad ten zawiera jeszcze inne składniki azotowe: kreatyninę, ewentualnie obecne w moczu diaminy, kwas karbaminowy, cystynę i w części barwniki moczu (JAKSCH).

Podług opisanej tu metody przeprowadziłem 37 określeń, dotyczących 13 chorych. Przypadki, jakimi rozporządzałem, dotyczyły następujących postaci chorobowych: przewlekłe zapalenie nerek (2 przypadki), białaczka limfatyczna, małokrwistość złośliwa (*anaemia pernicioza*) i małokrwistkość z powiększoną śledzioną (*anaemia splenica*) (po jednym przypadku) gruźlica płuc (1 przypadek), rak (4 przypadki), wyniszczenie (2 przypadki), kamica żółciowa (1 przypadek).

Zanim przejdę do opisu mych badań, przytoczę tu jeszcze niektóre liczby normalne dla rozmaitych składników azotowych moczu. Tak np. podaje HAMMARSTEN ⁸⁾, iż mocznik stanowi 84 — 91%, amoniak 2% — 5%, kwas moczowy 1 — 3%, ciała wyciągowe 7 — 12% azotu całkowitego. PFAUNDLER (*l. c.*) znalazł przy dyecie mieszanej 78,24% w postaci mocznika, 4,76% w postaci t. zw. amidokwasów. KRÜGER i SCHMIDT (*l. c.*) określili ilość ostatecznie wymienionej frakcji na 2,5% — 6% azotu całkowitego ⁹⁾, wreszcie

⁷⁾ Jeżeli JAKSCH, omawiając swoje badanie 9 (przyp. VI) uważa otrzymany przezeń błąd 5,4251% jako znajdujący się w granicach omyłki na tej zasadzie, iż oddzielne badania w tym przypadku dawały absolutnie zgodne, wyniki, to należy to chyba jedynie w ten sposób tłumaczyć, iż JAKSCH brał do określenia azotu całkowitego tylko 5 ctm. sz. moczu i używał do miareczkowania $\frac{1}{4}$ kwasu siarczanego. Ja używałem, jak już zaznaczono, 10 ctm. sz. moczu i $\frac{1}{10}$ kwasu siarczanego, co też uważam przy podobnych badaniach za konieczne.

⁸⁾ HAMMARSTEN. Lehrbuch der physiologischen Chemie. Wydanie czwarte. 1899. Str. 421.

⁹⁾ W jednym przypadku znajdowali autorowie 12%, czy to jednak dotyczyło człowieka zdrowego, tego nie podają.

przytoczę, iż niedawno CAMERER ¹⁰⁾ znalazł przy dyecie mieszanej 83,2% resp. 86,7% w postaci mocznika, 5,4% resp. 5,6% azotu w postaci amoniaku, przy dyecie zaś przeważnie mięsnej 91,2% resp. 89,5% w postaci mocznika, a 4,4 resp. 5,0% azotu w postaci amoniaku.

Opis własnych swych badań rozpocznę od przypadków zapalenia nerek, gdyż dają mi one możność obszerniejszego porównania do danych literatury. Są to przypadki następujące.

Przypadek I. Bu. lat 31 białoskórnik. W kwietniu roku 1902 zachorował po raz pierwszy, skarżąc się na ogólne osłabienie, brak apetytu i musiał zaprzestać pracy. Wtedy już stwierdzono obecność białka w moczu. Od tego czasu często się leczył z powodu cierpienia nerek. Przy wstąpieniu do szpitala te same skargi. *St. pr.*. Skóra i śluzówki blade. Płuca, serce, brzuch bez zmian patologicznych. W moczu 1 — 2‰ białka. Brak obrzęków. Rozpoznanie: *Nephritis chronica*. Do czasu badania moczu nastąpiła znaczna poprawa, i chory nie leżał już w łóżku.

(C. d. n.)

Z Warszawsk. Domu Wychowawczego ks. Beaudouina.

Kilka słów o najwcześniejszych objawach przymiotu dziedzicznego u dzieci (*lues hereditaria recens*).

Podał

D-r Bohdan Korybut-Daszkiewicz.

Ordynat. Warsz. Domu Wychowawczego ks. Beaudouina.

Na jednym z posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w roku zeszłym miałem sposobność z powodu odczytu kol. BRUDZIŃSKIEGO w dyskusji wypowiedzieć poglądy moje na rozpoznanie wczesnych objawów przymiotu dziedzicznego, oparte na osobistym doświadcze-

¹⁰⁾ CAMERER. Beobachtungen und Versuche über die NH_3 Ausscheidung im menschlichen Urin etc. Zeit. für Biologie. 1902. T. 43. S. 13.

niu, na materyale Warszawskiego Domu Wychowawczego zdobytem.

Treścią niniejszej mej wzmianki będą niewątpliwie raz już wygłoszone poglądy moje na tę sprawę, że jednak ściśle ramy referatu lub też autoreferatu w szpaltach Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego nie pozwalają na szczegółowsze nieco przedstawienie tej sprawy, pozwalam więc sobie zająć uwagę Sz. Czytelników tą, bądź co bądź, ważną kwestyą.

Przy okazji zaznaczyć muszę, że zdaniem mojem, jest rzeczą konieczną, aby specjaliści chorób dzieci z przebiegiem i objawami przymiotu wrodzonego u dzieci, a przede wszystkim u niemowląt, obeznani byli, więc powiem, sądzę, że wiadomości te są niezbędne dla każdego lekarza, zajmującego się praktyką ogólną na prowincyi, gdzie o specjalizowaniu się mowy być nie może, a gdzie lwia część praktyki na pedyatrię przypada.

Pomoc specjalistów syfilidologów w sprawie rozpoznawania i leczenia przymiotu dziedzicznego u dzieci — może się okazać niejednokrotnie konieczną i pożyteczną; podstawowe jednak wiadomości z dziedziny nauki o chorobach skórnych, w szczególności zaś dotyczące przymiotu dziedzicznego i to specjalnie w najwcześniejszych jego okresach, nie mogą być obce lekarzowi, który miewa do czynienia z choremi dziećmi.

Przedewszystkiem jest rzeczą niemożliwą, choćby ze względów praktycznych, szukać rady specjalisty przy lada objawach skórnych u dzieci, tak niezwykle częstych w okresie niemowlęctwa; dalej zaś, należy mi przypomnieć i proces wybierania mamek¹⁾, który prawie wyłącznie przez pediatrów dokonywany bywa; a przecież bodaj najważniejszą podstawą do sądzenia o wartości mamki jest wynik badania jej dziecka.

Przjęcie w charakterze mamki — matki dziecka z przymiotem wrodzonym — może mieć dla zrozumiałych powodów bardzo szkodliwe następstwa.

Sądzę, że koledzy syfilidologowie nie będą uważali tego za zamach na ich atrybucyę, jeśli zupełnie stanowczo pozwolę sobie na zaliczenie przymiotu dziedzicznego do rzędu chorób wieku dziecięcego, które winny być przede wszystkim umiejętnie rozpoznawane przez pediatrów lub też lekarzy prowincjonalnych, jak zwykle, zajmujących się praktyką dzieciną w szerokich rozmiarach; co zatem idzie, powinni by pediatrzy i wogóle lekarze, mający do czynienia z choremi dziećmi, umieć i leczyć przymiot wrodzony.

Naturalnie, że tyczy się to specjalnie okresu niemowlęctwa prawie, a przede wszystkim najwcześniejszych i najpostpolitszych objawów przymiotu.

Sprawą tą, jak zresztą już wyżej zaznaczyłem, od lat kilku zajmowałem się, robiąc przeważnie swe spostrzeżenia na materyale Warszawskiego Domu Wychowawczego.

W notatce mojej niniejszej chcę właśnie zwrócić uwagę na te najwcześniejsze objawy przymiotu dziedzicznego, których znajomość z jednej strony ułatwia tak ważne możliwie najprędzkie rozpoznanie lub bodajby przypuszczenie istnienia cierpienia, z drugiej zaś strony postaram się zaznaczyć pewne różnice w poglądzie na symptomatologię przymiotu dziedzicznego od panujących i utartych przekonań, do czego upoważnia mnie ściśła obserwacya wielu odnośnych przypadków.

W ogólności muszę zaznaczyć, że rozpoznanie wczesnych okresów przymiotu dziedzicznego (*lues hereditaria recens*) nie należy do rzeczy łatwych, tem bardziej, że typowe jego objawy, jak: *roseola, papulae, condylomata, pemphigus syphiliticus, psoriasis palmarum et plantarum etc.* nie występują tak prędko i zwykle bywają poprzedzane przez szereg napozór nie specyficz-

¹⁾ W tym przedmiocie miałem sposobność wygłosić niedawno specjalny odczyt w W. Tow. Lekarskiem.

nych objawów, które jednak, w braku nawet tych typowych oznak, dla wprawnego oka mają tak wielkie znaczenie, że nieraz napewno o rozpoznaniu decydują.

Nawiasem zaznaczyć nawet mi wypada, że na materyale Domu Wychowawczego względnie rzadko udawało mi się spotykać te wyżej wspomniane objawy typowe, a to dla tego, że większość materyału tego rekrutuje się z rzędu niemowląt zaledwie parotygodniowych, a często i kilkodniowych, u których objawy te bardzo rzadko w całej okazałości występują. Dalej, wobec występowania innych, mniej typowych objawów, o których niżej mówić będziemy, dzieci w naszym zakładzie najczęściej poddawane bywają specyficznemu leczeniu, co, naturalnie, wstrzymuje dalszy rozwój cierpienia przynajmniej na czas jakiś.

Najważniejszym jednak powodem, że tych typowych objawów spotykamy mniej, niż w praktyce prywatnej lub ambulatoryjnej jest to, że przy poważnem podejrzeniu na przymiot wrodzony na podstawie najwcześniejszych jego objawów niemowlęta pozbawiane bywają pokarmu naturalnego z piersi, a przechodzą na pokarm sztuczny, co, naturalnie, powoduje niezwykle wielką śmiertelność wśród tych niemowląt; innemi słowy, przy sztucznem żywieniu dzieci te w większości przypadków tak prędko umierają, że niema wprost czasu na ukazanie się nowych objawów przymiotu wrodzonego.

Klasyczne i w zupełnym rozwoju będące oznaki przymiotu dziedzicznego widzimy od czasu do czasu u dzieci, mających kilka conajmniej miesięcy wieku, oddawanych do zakładu przez matki lub podrzucanych, a wreszcie, na szczęście, względnie rzadko u tak zwanych „zwrotków“, t. j. dzieci, już raz wydanych na wieś, które później wskutek choroby bywają zwracane do zakładu. Nawiasem dodać muszę, że zdarzają się i zakażenia tych właśnie kobiet wiejskich, które te dzieci karmiły; są to niezmiernie rzadkie przypadki i coraz radsze w miarę

tego, jak więcej na te pozornie nie znaczące, a jednak nieraz patognomoniczne, najwcześniejsze objawy przymiotu wrodzonego uwagę zwracamy. Kto jest chociaż trochę obeznany z trudnościami przy rozpoznawaniu przymiotu dziedzicznego, a raczej przy przepowiadaniu, że się jego objawy u danego niemowlęcia okazać mogą, zarzutu zapewne nie potrafi uczynić nam z tego powodu, iż się czasami takie infekcje u kobiet wiejskich, biorących na wychowanie dzieci z Domu Wychowawczego, zdarzają.

Do rzędu najwcześniejszych objawów przymiotu wrodzonego u dzieci, jak już wyżej wspomniałem, najczęściej występujących około końca drugiego miesiąca życia, należą: 1) Pewna forma blyszczących piętek lub też strony podeszwowej stopek, zwłaszcza z wyraźnemi nacieczeniami na tych miejscach i małymi guziczkami, zależnymi od nacieczeń (infiltratów) na podeszwowej stronie palców. Blyszczące te piętki lub podeszewki wyglądają, jakby były polakierowane, nieraz mają połysk jedwabiu lub odcień woskowy; najczęściej miejsca nacieczone są mniej lub więcej zaczerwienione, przekrwione, czasami posiadają nawet wyraźne powierzchniowe ranki (erosiones). Jeśli objawy te, mimo kilkakrotnie zastosowanych kąpielii higienicznych, nie ustępują, uważać je należy, jeśli nie za zupełnie patognomoniczny, to przynajmniej za wielce *quo ad litem* podejrzany objaw, który, nawiasem mówiąc, należy do najczęstszych z pomiędzy spostrzeganych w Warszawskim Domu Wychowawczym. 2) drugim, wielce podejrzany w tym kierunku objawem będzie pojawianie się u niemowląt czerwonych, blyszczących nacieczeń na skórze pośladków, w okolicy otworu stolcowego, na skórze moszny u chłopców *etc.*

Jeśli po usunięciu wpływów, drażniących skórę (mocz, kwaśne stołeczki), przez czyste, o ile się to tylko uda, utrzymanie dziecka i zastosowanie np. ciasta cynkowego (starannie przygotowanego, t. j. nie zawierającego nieroztar-

tych twardych grudek) na chorą powierzchnię skóry, objaw ten trwa w dalszym ciągu, nabiera on tem większego znaczenia rozpoznawczego. Dodać winienem, że samo smarowanie ciastem cynkowym najczęściej pozostaje bez wpływu, ponieważ ściera się ono zaraz przy zmianie pieluszek; najlepiej więc rozsmarować grubą warstwą ciasto cynkowe na czystym muślinie (gazie opatrunkowej) lub cienkiem płótnie i cały taki plaster przykładać do miejsc chorych.

3) Względnie rzadziej w rzędzie objawów, w mowie będących, spostrzegalem: *coryzam*, *rha-gades oris*, *pemphigum syphiliticum*, *paronychiam* et *seborrhoeam superciliarum*.

Specyjalną uwagę zwracam na to, że tak zwaną „sapkę“ (*coryza syphilitica*), którą wię-

kszość autorów, jeśli nie wszyscy, uważają za obowiązkowy niemal objaw przymiotu dziedzicznego, na podstawie swoich spostrzeżeń mogą zaliczyć, co najwyżej, do nie rzadkich objawów, w żadnym jednak razie nie do obowiązkowych.

Co się tyczy *seborrhoea superciliarum* i *paronychia*, to same przez się objawy te są niemal bez znaczenia, ponieważ mogą nie posiadać specyficznego charakteru; wtedy tylko zasługują na uwagę, jeśli istnieją współcześnie z innymi objawami przymiotu dziedzicznego.

Przeważnie współcześnie z wyżej wymienionymi objawami spostrzegalem i dużą, wyczuwalną wątrobę, a czasem i śledzionę.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

103. ARONSON. Dalszy ciąg badań nad paciorkowcami.

W niniejszym artykule autor powraca do kwestyi, wielokrotnie omawianej w ostatnich czasach, kwestyi identyczności różnych odmian paciorkowca.

Pobudką do ogłoszenia wyników badań były dla A. prace MOSEK'a i MEYER'a, którzy usiłowali wyodrębnić odmianę paciorkowca płoniczego i gościcowego, opierając się na ich własnościach aglutynacyjnych.

A. przeprowadził swe badania nad 23 szczepami paciorkowców, pochodzących od człowieka. Liczba ta rozkłada się według pochodzenia szczepów, jak następuje. 11 szczepów otrzymał A. ze krwi lub z nalotów gardzieliowych chorych na szkarlatynę, 3 szczepy wyhodowane zostały z nalotów gardzieliowych przy typowym gościec stawowym ostrym, 6 szczepów — ze krwi chorych na sprawy septyczne, 3 szczepy — z ropy.

Autor badał porównawczo poszczególne własności wszystkich tych szczepów i nie znalazł zasadniczej różnicy pomiędzy nimi.

Przedewszystkiem wszystkie szczepy były bardzo mało jadowite dla zwierząt. U koni wszystkie bez wyjątku wywoływały sprawy zapalne w stawach.

Następnie — okazało się, że i własność aglutynowania bynajmniej nie jest zasadniczo różna u różnych odmian. Tyle tylko dało się zauważyć, że paciorkowce, wzięte wprost od człowieka, łatwiej ulegają aglutynacji, niż po przeprowadzeniu przez ustrój zwierzęcy, szczególnie łatwo, jeżeli rosną pod postacią kłębków (*conglomerirt*). Po za tem można na zasadzie badań autora sformułować prawo ogólne, że każdy szczep paciorkowca najlepiej aglutynuje pod wpływem surowicy, otrzymanej ze zwierzęcia, uodparnianego tym samym szczepem; gorzej lub wcale nie aglutynuje wobec innych surowic. Ma-

my tu zatem do czynienia z zupełnie indywidualnym odczynem, czego dotychczas nie spotykano przy innych gatunkach drobnoustrojów.

Wreszcie, obserwując przebieg uodparniania u koni, autor zauważył, że zwierzę, silnie uodpornione na działanie jednego szczepu, staje się w pewnym stopniu odporne względem szczepów, zupełnie innego pochodzenia.

Zjawisko to jednak nie jest stałe: A. obserwowował niejednokrotnie, że konie, silnie uodpornione na działanie bardzo jadowitych paciorkowców, przeprowadzanych przez zwierzęta, reagują pomimo to dość znacznie na wprowadzenie dużych ilości hodowli paciorkowców mało jadowitych, otrzymanych wprost od człowieka. Niewątpliwie muszą w tym wypadku wytwarzać się w ustroju konia jakieś nowe „ciała ochronne“, którym niepodobna odmówić znaczenia w leczeniu pewnych spraw chorobowych u człowieka.

Tak więc trzeba przyznać rację bytu metodzie uodparniania koni za pomocą paciorkowców, otrzymanych od człowieka i przez ustrój zwierzęcy nie przeprowadzonych.

Metoda ta ma jedną wielką niedogodność: określanie siły leczniczej surowicy. Wobec nieznacznej jadowitości paciorkowców ludzkich dla zwierząt doświadczalnych niezmiernie trudno jest ustalić minimalną dawkę śmiertelną zarazka. Przytem dawka ta zawsze jest bardzo znaczna — zatem siły obronne ustroju zwierzęcia mocno zaatakowane, co znakomicie utrudnia działanie surowicy, która dla wywarcia pożądanego wpływu potrzebuje, jak wiadomo, potężnego współdziałania ustroju pod postacią fagocytozy.

Jako prawidło trzeba przyjąć, że, chcąc otrzymać surowicę wysokiej wartości, należy prowadzić uodpornienie długo, doprowadzać je do wysokiego stopnia odporności, uodparniać konie mieszaniną różnych paciorkowców i mieszać surowicę, pochodzącą od różnych koni, bowiem — zależnie od indywidualności — różne konie dają surowicę o bardzo różnej wartości leczniczej.

(*Deut. med. Woch.* 25. 1903).

Bolesław Żebrowski.

104. A. WAGNER. **Pouczające dyagnostycznie spostrzeżenie zapalnego guza ściany brzu-**

szej, wywołanego przez wdrażenie ciała obcego z kieszki do ściany brzusznej.

52-letnia kobieta w grudniu 1900 r. dostała bólów w prawym podbrzuszu z gorączką. Lekarz rozpoznał *typhlitis* i *paratyphlitis*. Po 2 tygodniach chora opuściła łóżko i przez cały rok 1901 czuła się względnie dobrze. W listopadzie 1901 r. jednak wystąpił nawrót cierpienia, bolesne stwardnienie w prawym podbrzuszu powiększało się przez 8 tygodni. W połowie stycznia 1902 r. po podniesieniu ciężaru nagle silne bóle, dreszcze, silna gorączka. 15 stycznia W. znalazł w prawym podbrzuszu guz wielkości pięści dorosłego mężczyzny, ściśle złączony ze ścianą brzuszną. Guz sięgał, jak się zdawało, w głąb' miednicy, lecz *per vaginam* był niedostępny. Macica tyłopochylona, bez jawnego związku z guzem, ponieważ z powodu bólów brzucha badanie dwuręczne było niemożliwe. Rozpoznanie wahało się pomiędzy guzem jajnika o skręconej szypule, dawnym wysiękiem paratyflicytem i mięsakiem ściany brzusznej. Przy cięciu brzuszem okazało się, że guz siedział w ścianie brzusznej. Otrzewna na guzie była przebita na wielkiej przestrzeni tu i owdzie przez masy nowotworowe, wychodzące z guza i połączone ściśle z siecią, *colom ascendens* i *coecum*. Zapalenia otrzewny nie było, sprawa robiła wrażenie rozległego mięsaka ściany brzusznej, który przełamał się przez otrzewną ku jamie brzusznej. Ponieważ nie sposób było usunąć guz w całości, zaszyto ranę brzuszną, następnie dokonano nacięcia ściany brzusznej nad wypukłością guza i wycięto kawałek dla badania drobnowidzowego. (v. BAUMGARTEN). Tkanka nie robiła wrażenia złośliwego zwyrodnienia, prędeż *fibrosarcomatis fascicularis*, a może nowotworu pochodzenia zapalnego (*Actinomycosis*). Po 8 dniach przy opatrunku rana zdradzała stan zapalny. Przy opatrunku znaleziono ropienie, nagle sonda wdrążyła na 10 ctm. głębokości w masie kalotycznej do jakiejś jamy ropiejącej. Powiększono otwór nożem, wyskrobano ogromny ropień i założono kontraperturę. Wylało się około litra ropy, zawierającej sporo żółtych mas koloru siarki, ziarna te budziły podejrzenie aktinomikozy. W przeciągu 10 tygodni jama ropnia zarosła, gorączka znikła, przetoki zamknęły się. Po 3 tygodniach nagle ponowne bóle i gorączka. Dokonano nacięcia małego, przy

wyskrobywaniu ropnia natrafiono na ciało obce kształtu sierpowatego: okazało się, że owo ciało obce było kostką rybią, pochodzącą od sztokfisza. Wywiady udowodniły, że pacjentka dwa miesiące przed pierwszą chorobą przy jedzeniu ryby zadławiła się ością rybią, którą ostatecznie połknęła. Po wyjściu ciała obcego chora szybko wyzdrowiała. Dla praktyka spostrzeżenie to posiada doniosłość wielką.

(*Münch. med. Wochenschr.* 1903). F. Neugebauer.

105. A. PRESTA i J. TARRUELLA. Drożdże w leczeniu gorączek wysypkowych i róży.

Od czasu zaznaczenia dobrych skutków drożdży przy wrzedzionkach (*furunculosis*) rozmaici autorzy próbowali tego środka w rozmaitych cierpieniach. Pierwszymi jednak, co wyprobowali drożdże z dobrym skutkiem w ospie, płonicy, odrze i róży, byli hiszpańscy lekarze PRESTA i TARRUELLA. Leczenie chorych, leczonych w ten sposób przez powyższych autorów, jest już dość znaczna, tak iż można już wysnuwać wnioski co do znaczenia tej metody.

Przypadków ospy leczyli autorowie 43, i we wszystkich leczenie wykazało swoją skuteczność, wyciskając na chorobie nowy, zupełnie charakterystyczny sposób rozwoju, który autorowie opisują tak:

Chorzy ospowi, leczeni w okresie grudek i pęcherzyków, z obrzękiem twarzy, wysoką ciepłotą i t. d., przychodzą szybko i regularnie, wciągu 10 — 15 dni, do zupełnego zdrowia. Ciepłota opada i staje się prawidłową w 3 do 5 dnia, zależnie od natężenia choroby; liczba uderzeń tętna zmniejsza się również. Nie spostrzega się nigdy nieodpowiedniości między ciepłotą a tętnem. Wysypka ulega wkrótce skutkom leczenia: pęcherzyki nie przechodzą w krosty z ropą. W pęcherzykach na twarzy tylko wytwarza się surowiczy wysięk, który po zaschnięciu wytwarza cienkie strupy, niezlewające się.

Na tułowiu pęcherzyki nie przechodzą nigdy w ropnie i nie wytwarzają wysięku: wszystkie zasychają przez wessanie. Czerwoność i obrzęk twarzy znikają zupełnie w 25 — 40 godzin; chorzy nie doświadczają na twarzy ani bólu, ani swędzenia, jak to zwykle bywa.

Zupełny rozwój wysypki następuje 10—12 dnia, małe strupy surowicze nikną, przyczem skóra pozostaje niezabarwioną. W miejscach

bliznowatych owrzodzeń, spotykanych w razach zwykłych i będących niegładnym śladem uszkodzenia skóry przez sprawę ropną, stwierdza się tylko twarde wzniesienia, lekko różowe, nie zawierające płynu, które znikają zupełnie po 20 najwyżej dniach.

Stan ogólny idzie zwykle w parze z tym szybkim rozwojem objawów wysypkowych. Układ nerwowy, narząd krążenia i płuca, czynność nerek i przewód pokarmowy nie dały u żadnego z chorych powikłań, mogących zakłócić dobry przebieg w ten sposób leczonej ospy. Przeciwnie, w rzadkich przypadkach, gdzie istniały objawy zajęcia oskrzeli, nieżyty żołądkowo-kiszkiwego, niedomogi serca i t. d., ustępowały one pod wpływem leczenia drożdżami, bez żadnego prawie leczenia objawowego.

Ropienia wtórne (wrzedzionki, ropnie, zajęcia gruczołów), tak częste podczas zdrowienia po ospie, nie zdarzały się nigdy u chorych, leczonych drożdżami. W przypadkach białkomoczu, istniejącego przed rozpoczęciem leczenia drożdżami, białkomocz ten znikał w miarę powrotu do zdrowia. Gdy zaś białkomoczu nie było w początku, to nie występował on nigdy podczas leczenia drożdżami.

Autorowie leczyli też drożdżami 28 przypadków odry i 17 płonicy. Z wyjątkiem jednego przypadku śmierci skutki szybkiego wysychania odrowej i płoniczej wysypki (od 30 do 45 godzin), były i tutaj wybitne. Można tu było zauważyć, jak i w ospie, szybkie znikanie objawów wysypkowych (ocznych, nosogardzielowo-oskrzelowych, niekiedy płucnych, nerkowych, i t. d.) i znikanie ogólnego obrazu zatrucia i zakażenia ze stanem bezgorączkowym po upływie 30 — 36 godzin.

Większość powyższych spostrzeżeń zebrali autorzy podczas dosyć złośliwej epidemii odry i płonicy, a lecząc niektórych chorych metodami klasycznymi, spostrzegali u nich ciężki przebieg z różnymi groźnymi powikłaniami, przyczem choroba trwała przecięciowo 20 — 30 dni. Przeciwnie, u chorych, leczonych drożdżami, cierpienie trwało najdłużej 6 dni; w większości zaś przypadków trwało ono 3 — 4 dni, licząc od wystąpienia wysypki.

Cechy przebiegu odry i płonicy pod wpływem drożdży były podobne do tych, jakie wy-

stępują w przypadkach lekkich. W płonicy naskórek zaledwie trochę wysychał i łuszczył się, zwłaszcza, gdy drożdże były stosowane w pierwszych 30 godzinach choroby. Naskórek schodził nie dużymi płatami, lecz małymi kawałkami, niekiedy nawet łuszczył się w postaci otrąb, jak w odrze.

W odrze wysypka w wielu przypadkach ginęła bez następczego łuszczenia; rzadziej — zwykle u chorych, leczonych późno — bywało łuszczenie w postaci otrąb, ustające po 24 godzinach. W szkarlatynie zapalenie gardła ustępowało po pierwszych dawkach drożdży bez żadnego miejscowego leczenia. W przypadkach istniejącego już białkomoczu ustępował on również po 4 — 6 dniach leczenia.

W 24, wreszcie, przypadkach róży, leczonych również drożdżami, wyniki były wogóle świetne: przebieg był szybki i tak łagodny, że, gdy drożdże były zastosowane od początku choroby, znikanie gorączki i ogólnego całokształtu objawów na 3 — 4 dzień było prawidłem.

We wszystkich przypadkach rozpoznanie bakteryologiczne było dokonywane za pomocą hodowli paciorkowca i doświadczalnego szczepienia w celu określenia jego jadowości.

Jeżeli róża była leczona w pierwszych 40 godzinach, to rozszerzanie się jej stale się powstrzymywało, obrzęk i czerwonosć powoli ginęły, pęcherze wysychały i wysysały się, ból samostny i wywoływany ustępował. Po 4 dniach najwyżej choroba sprowadzała się do małej plamy nacieczonej skóry, niebolesnej, różowej, która 6 dnia ginęła zupełnie. Całokształt ogólnych objawów łagodniał po 40 godzinach, a po 3 dniach ustępował zupełnie.

Wynik był równie świetny w przypadkach już posuniętych, w 8 lub 12 dniu, przy ciężkich ogólnych objawach zakażenia ogólnego, przy mocno rozwiniętej róży głowy, jak i przy róży pełzającej. Rozwój był jednak dłuższy i powodował konieczność różnych leków zależnie od wskazań wtórnych, niekiedy ważnych. Objawy miejscowe ustępowały stopniowo, bez żadnych środków zewnętrznych. U żadnego z chorych wznowienia choroby nie było, fakt ważny, gdyż niektórzy z nich podlegali oddawna wznowom.

Co do dawek, to we wszystkich powyższych chorobach dawano po 4 — 6 łyżeczek su-

chych drożdży na dobę. Po pierwszych już dawkach chorzy uczuwali polepszenie; najpierw ustępowały objawy podmiotowe, a potem przedmiotowe.

Wobec tych wyników autorzy sądzą, że drożdże wywierają w tych chorobach działanie jakby swoiste, urzeczywistniając prawdziwe leczenie przyczynowo-chorobotwórcze. Przekonali się oni bowiem i przez doświadczenie w pracowni, że drożdże, wstrzyknięte czy to jednocześnie z gronkowcem lub paciorkowcem jadowitym, czy to w 3 dni później, łagodzą lub leczą zakażenie. Działanie to zależy nie od wytworów rozpuszczalnych, wydzielanych przez drożdże, lecz od samej zarodki tych ostatnich.

(*La semaine médicale N. 44. 1902*).

D-r Stanisław Rostan.

106. ENGELHARDT. Jedynie w swoim rodzaju spostrzeżenie wrzekomego obojactwa.

59-letni Karol Meniken, pozłotnik, żonaty od roku 27 do 57, czyli przez lat 30, zmarł w szpitalu „Augusta-Hospital“ w Kolonii wskutek raka macicy. Sekcyja zwłok wykazała, że K. M. był kobietą, mylnie za mężczyznę wychowaną, czyli wrzekomym obojakiem żeńskim, o macicy prawidłowego rozwoju, jajowodach drożnych, jajnikach o zatrzymanym rozwoju, pochwie, otwierającej się do cewki moczowej męskiej, oraz zewnętrznych organach płciowych męskich, krótkim prąciu o 3 ciałach jamistych, cewką moczową przebitą aż na odstęp 2 cm. od wierzchołka żołądka, mosznie próżnej. Prócz tego znaleziono i gruczoł krokowy. Wąsy i broda owłosienie więc twarzy, również jak i głos i rysy twarzy były męskie.

Sutki kobiece, kontury ciała, kończyny górne i dolne kobiece. Ustrój mięśniowy był mało rozwinięty, tkanka tłuszczowa podskórna obfita, jak u kobiet. Śmierć była następstwem raka szyi macicznej z przerzutami na sieci, wątrobie, otrzewnie, opłucnie i t. d. Dalej znaleziono gruźlicze zmiany w płucach. Chory zapisał się do szpitala wskutek dolegliwości ogólnych, apatii, niechęci do jakiegokolwiek zajęcia i zdradzał znaczny stopień melancholii, ciągle sam przesiadywał na uboczu, na nic się nie skarżył, obawiając się zbadania dokładnego i wstydząc się anomalii swoich narządów płciowych. Na zapytanie, dla czego, licząc lat 27, ożenił się z 43-letnią wdową, odpowiedział, że nie czuł się na siłach zadosyć

uczynić kobiecie młodszej, naprężenie pręcia miewał i stosunek z żoną odbywał, lecz rzadko, czy przy stosunku miał miejsce wytrysk jakikolwiek, tego powiedzieć nie był w stanie. Jeszcze za życia Karola M. nieboszczyk LEICHTENSTERN określił płeć jego, jako żeńską, nie dożył jednak nekropsyi tego osobliwego osobnika. Stan choroby Karola M. dla lekarzy pozostawał zagadkowym, ponieważ na nic się nie skarżył. Podług wywiadów nigdy dawniej nie chorował, raz tylko zauważył krwawienie z cewki moczowej. Dopiero wkrótce przed śmiercią zjawily się bóle w brzuchu i lędźwiach, nietrzymanie moczu, białkomocz i obrzęk płuc.

(Spostrzeżenie ENGELHARDT'a należy do bardzo rzadkich. Osobiście zebrałem z piśmiennictwa 53 przypadki małżeństwa, zawartego wskutek mylnego określenia płci pomiędzy dwójgim ludzi płci równej, jest to więc przypadek 54 tej kategorii, mianowicie, piąty przypadek zaślubienia kobiety przez kobietę czyli wrzekomego obojnika żeńskiego. Na kazuistykę ogólną 746 spostrzeżeń wrzekomego obojactwa znalazłem tylko 21 spostrzeżeń koincydencyi wrzekomego obojactwa z nowotworem bądź łagodnej, bądź złośliwej natury, przeważnie narządów płciowych, spostrzeżenie więc ENGELHARDT'a jest 22

tego rodzaju. Nareszcie ciekawa jest koincydencya tuberkulozy płucnej z rakiem macicy, skryty przebieg sprawy chorobowej, tak daleko posuniętej, że nawet nie podejrzewano raka. Ciekawym przyczynkiem do psychopatologii nareszcie jest stan umysłowy tej nieszczęsnej ofiary mylnego określenia płci. Nareszcie spostrzeżenie ENGELHARDT'a dowodzi, jak trudne, a nieraz niemożliwe bywa czasami rozpoznanie płci za życia danego osobnika nawet dorosłego. Jakież, na przykład, były dane, żeby Karola Meniken, mężczyznę, przez 30 lat żonatego, który jakoby spółkował prawidłowo z żoną i w jaknajlepszej zgodzie z nią żył przez 30 lat, podejrzewać o to, że należał do płci żeńskiej? Jak pokazuje kazuistyka, przeze mnie zestawiona, zawierająca aż 21 spostrzeżeń własnych, wrzekome obojactwo oraz mylne określenie płci zdarzają się o wiele częściej, niż dotąd przypuszczano. Aby przynajmniej zapobiedz mylnemu określaniu płci przez lekarzy, wypadłoby zainteresować daną kwestyą szerszy ogół lekarzy, dla tego też zreferowałem cokolwiek obszerniej spostrzeżenie ENGELHARDT'a. Sprawozd.).

(*Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. XII. 1900.*)

Fr. Neugebauer.

Korespondencya „Medycyny“.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 36).

Wrocław d. 20 czerwca 1903.

W poliklinicznej praktyce, szczególnie u dzieci, eter ma stanowczą wyższość nad chloroformem. Nigdy po chloroformie chorzy tak prędko nie wracają do siebie, jak po eterze. W klinice Wrocławskiej usypianie eterem uważane jest za zupełnie bezpieczne, i w ambulatoryjnej praktyce lekarze nawet nie zadają sobie trudu zbadania serca i płuc, nie mówiąc już o nerkach przed eteryzacją. Przyjąć należy też pod uwagę, że tak doświadczony praktyk, jak

prof. MIKULICZ, który jeszcze kilka lat temu przechylał się na stronę chloroformu, obecnie tak w klinice uniwersyteckiej, jak i w lecznicy używa wyłącznie prawie eteru.

U chorych bardzo wyniszczonych, w zapadłości będących, lub gdy eter znajduje wyraźne przeciwwskazanie, stosują roztwór SCHLEICH'a w razie potrzeby wywołania znieczulenia na większej przestrzeni i roztwór kokainy z adrenaliną, gdy chodzi o mniejszy zabieg.

Znieczulenia lędźwiowe w klinice tutejszej zupełnie nie stosują.

Wszystkie manipulacje przy chorych w sali operacyjnej i sąsiednich pokojach lekarze odbywają w jałowych płaszczach płóciennych, pod którymi są wyjałowione fartuchy z batystu BILLROTH'a, trykotowych pończochach, naciąganych na ramię i przedramię, płóciennych czapczkach z klapami z tyłu, maskach na twarzy, zakrywających brodę, wąsy, usta i nos, bawelnianych rękawiczkaah i kaloszach.

Siostry, podające kompresy, serwety muśliny i t. p. długimi wygotowanymi kleszczami, mają na głowie kaptury i, nie wiem już dla czego, zwolnione są od masek. Chyba dlatego, aby ich wyraźnie germańskiego typu, ale, nawiasem mówiąc, świeże i wdzięczne twarzyczki nie kryły się przed oczami widzów.

Lekarze, przystępujący do operacji, myją ręce dokładnie w wodzie wodociągowej z mydłem, następnie przez 5 minut w spirytusie mydlanym, poczem wyjałowionymi patyczkami zeskrobują naskórek z pod paznogi i szcepiają na bulionie. Następnie nakładają płaszcze, trykoty, oplukują ręce w lizolu, nakładają rękawiczki. Wszyscy nakładają na jedną rękę przy pomocy drugiej, jeden tylko prof. MIKULICZ ma ten przywilej, że mu siostra podtrzymuje rękawiczki kleszczami, a on zreżnie bardzo wkłada swe ręce do rękawiczek.

Prof. KAUSCH i inni asystenci z długoletnią nawet praktyką, jak GOTTSTEIN, LENGEMANN, operują śmiało, czysto, starannie, ale nadzwyczaj powoli. Rana od skóry odgradzona jest cienkim gumowanym batystem (MOSETIG-MOORHOFF'a), który ze skórą zczepiają długimi zakrzywionymi kleszczami. Krew tamują starannie, nici wiążą bardzo wolno, zwykle pojedynczym węzłem. Używane są najczęściej katgut (formalinowy, rzadziej jodowy), jedwab', silkworm i do skóry jedynie drut aluminiowo-bronkowy. W czasie operacji bardzo często zmieniają rękawiczki, zarówno operujący, jak pomocnicy. Niedawno, na przykład, przy operacji raka odbytnicy z usunięciem kości ogonowej — operujący zużył 7 par rękawiczek, 3 pomocnicy po 4 pary, podający narzędzia 2 pary.

Oplukiwanie rąk w lizolu bardzo ułatwia nakładanie rękawiczek.

Używanie rękawiczek i masek do tego stopnia stało się zwykłym, że widzieć można, na przykład, usunięcie naczyńki błony śluzowej,

stafilouranoplastykę, a nawet usunięcie żyłaków hemoroidalnych z zastosowaniem pełnego uniformu współczesnej aseptyki.

W sali operacyjnej na drażku wisi tablica z napisem: uwaga dla widzów — *silentium*, co też jest starannie przestrzegane. Lekarze też mówią cicho i jaknajmniej. Żadnych narad, sporów, uwag, śmiechów, żartów i t. p. nie słychać. Nie słychać też żadnych miłych epitetów, skierowanych przez operujących w stronę pomocników, co się, niestety, u nas zbyt często zdarza.

Do osuszania rany używają mniejszych lub większych kawałków muślinu, przy cięciach brzusznych serwet ze sznurkami, zaopatrzonymi na końcu w kolorowe kulki szklane, co zapobiega zostawieniu serwet w jamie brzusznej. Ranę, zaszytą zupełnie, pokrywają cynkową wyjałowioną pastą i poduszeczką z muślinu i waty, którą to poduszczkę przymocowują paskami lepkiego plastra, nawiniętego na szpulki blaszane. Używana jest też gaza jodoformowa, do odkażenia kości, szwów kiszgowych — jodoform w proszku oraz dwutlenek wodoru. Szerokie zastosowanie ma też żegadło: wypalanie kanału w kościach, kikuta podwiązanego wyrostka robaczkowego, odcinanie końców nici silkwormu, użytych do głębokich szwów przy cięciu przepukliny sposobem BASSINI'ego i t. d.. Cechę swoistą kliniki stanowi stosowanie na wielką skalę roztworu fizyologicznego do przemywania ran. W sprawach gruźliczych do polewania używają sublimatu, zaś do odkażenia okolicy szwu kiszgowego roztworu lizolu. Wydobyte jelita okrywane są suchą serwetą i obficie zlewane ciepłym roztworem fizyologicznym.

Z wielu ciekawych operacji, dokonanych przez prof. KAUSCH'a, pozwolę sobie opisać krótko przypadek *sarcomatis ossis brachii*. Chora miała zgrubienie wrzecionowate kości barkowej prawej, które szybko się powiększało. Objawy kliniczne i rentgenogram — pozwalały przypuszczać nowotwór. Podczas operacji dojście do szpiku kostnego przez wywiercenie otworu stwierdziło przypuszczenie, a badanie, mikroskopowo dokonane na prędcie, wykazało istnienie mięsaka o wrzecionowatych komórkach. Prof. KAUSCH przedłużył cięcie do góry, a ponieważ nowotwór sięgał aż do główki, otworzył staw, uwolnił główkę kości barkowej, i, idąc ku dołu-

wi, wypreparował kość z okostną aż do trzeciej dolnej części, gdzie kość przepiłował, szpik wyskrobał i kawał wypalił żegadłem. Po starannem zatamowaniu krwawienia na miejsce usuniętej kości wkręcono w kanał pozostałej dolnej części kości barkowej rurkę trzcinową z wśrubowaną na drugim końcu kulą z niklowanej blachy. Kulę tę wstawiono do jamy stawowej na miejsce główki kości barkowej, torebkę i ranę całą zeszyto.

Jednakże mimo ostrożności, jakie przedsiębrano, nie uniknięto ropienia, które usunęło nadzieję wgojenia tej dowcipnie urządzonej protezy.

Gdy prof. MIKULICZ powrócił z Ameryki, działalność kliniki ożywiła się znacznie.

Małego wzrostu, ale z twarzą, zwracającą uwagę, i postawą człowieka, przyzwyczajonego do rozkazywania, prof. MIKULICZ ma w uśmiechu, spojrzeniu nieraz coś filuternego, ojcowsko dobrodusznego, co każdego od razu dlań zyskuje. Nadzwyczaj uprzejmy, włada kilku językami i chętnie nimi się posługuje. Po polsku jeszcze nie zapomniał i często jest jedynym z lekarzy, który z pacjentem rozmówić się może. Obecnie w klinice jest tylko jeden asystent kol. SAMANEK czech, który, jako były asystent prof. KADERA w Krakowie, jako tako włada polskim językiem. Asystent MERRENS mówi dobrze po rosyjsku.

Prof. MIKULICZ w wykładach swych stara się studentom pokazać jaknajwięcej chorych, ale często wykład jest dość pobieżny. Operuje za to szybko i zgrabnie. Przytem jest niezadowolony, wykonanie dlań 5—6 wielkich operacji w klinice, wykład, a następnie 1—2 operacje w klinice prywatnej — to nie prawie.

Na pierwszym wykładzie przedstawił trzy zapalenia wyrostka robaczkowego i te zaraz po wykładzie zoperował à froid sposobem, którego zastosowanie widział w Ameryce. Sposób ten polega na tem, że na miejscu punktu MAC-BURNEY'a robi się ukośne cięcie długości 2—2,5—3 ctm. warstwowo. Po ujęciu brzegów otrzewny w zwykłe tutaj w tym celu używane zgięte kleszczyki operujący w dwóch pierwszych przypadkach odrazu prawie wyostał anatomiczną pincetą chore wyrostki. W trzecim przypadku odnalezienie kiszki ślepej z wyrostkiem wobec zrostów było tak utrudnione, że trzeba było przedłużyć cięcie do 5 ctm., i wtenczas dopiero

udało się wyrostek z kiszka ślepą wydobyć. Jeden wyrostek był sztywny, zgrubiały, drugi zawierał dwa kałowe kamienie, trzeci był końcem swym przyrośnięty i na drodze do przedziurawienia.

We wszystkich przypadkach po podwiązaniu i odcięciu krezki wyrostek u podstawy zaciskano bardzo mocnymi kleszczami, na miejscu tego zgniecenia podwiązywano katgutem, słuzówkę kikuta wypalano żegadłem, obszywano ciągłym albo kapciuchowym szwem i jelito, obmyte roztworem fizyologicznym, wpuszczano do jamy brzusznej, którą zamykano szwem trzypiętrowym. Na skórę szew endermoidalny z silkwormu bez zawiązywania końców. Operacya w pierwszym przypadku trwała 18, w drugim 22 minuty, w trzecim pół godziny.

Wszystkie przypadki przeszły bezgorączkowo i bez powikłań. Ciekawe są też dwa przypadki międzykiszkowej przetoki (enteroanastomozy), wykonanej sposobem POSTNIKOW'a. Jeden chory miał od dłuższego czasu objawy zwężenia kiszki, prawdopodobnie, zdaniem prof. MIKULICZA, pochodzenia gruźliczego. Rzeczywiście, cięcie brzuszne wykazało istnienie 18 bliźnowatych przewężeń gruźliczego pochodzenia w obwodowej części jelita biodrowego (*ileum*). Powyżej kiszki były nadzwyczajnie rozdęte. Ponieważ ze względu na zły stan ogólny pacjenta profesor nie znajdował wskazań do usunięcia prawie 2 metrów jelit, przeto wykonał przetokę międzykiszkową pomiędzy już zdrowymi częściami, powyżej i poniżej zwężeń leżąciami. Po przyłożeniu dwóch odcinków kiszek do siebie i zszyciu ich (M. szyje, trzymając zgiętą zwykłą chirurgiczną igłę w palcach) za pomocą mocnej dużej zgiętej igły przeprowadzono przez światło jednej a następnie drugiej kiszki mocną podwójną nitką jedwabną. Do końca nici przyczepiono cienki mocny dren gumowy i, ciągnąc mocno, przeciągnięto dren przez jedną, a następnie i drugą kiszkę. Dren mocno naciągnięto i zawiązano, żeby się zaś węzeł nie rozluźnił, przewiązano go cienką mocną jedwabną nitką, podprowadzoną z dołu. Wreszcie dokończono zeszywania kiszek szwem ciągłym, zakrywając w ten sposób zupełnie przeprowadzony dren. Nader mocny ucisk rozciągniętego drenu sprowadzić musi zgorzel ścian jelita i wytworzyć pożądaną przetokę, zaś rozprężność jego pozwala przypuszczać, że

treść nie wydostanie się przedwcześnie z kiszek. Zresztą szew ciągły dokola ma na celu ostateczne odgrodenie jamy brzusznej od mającej się wytworzyć przetoki.

Chory obecnie, prawie w dwa tygodnie od operacji, ma się dobrze.

Drugi chory, w podobny sposób operowany, przedstawiał rzadszy przypadek przetoki kiszkowo-pęcherzowej. Po dłuższej chorobie z objawami ze strony otrzewny spostrzegł, że nagle z moczem zaczęły odchodzić gazy, a następnie kał. Stopniowo chory doszedł do wielkiego wyniszczenia. Je dużo, pomimo tego chudnie, pije dużo i zawsze ma pragnienie. W ciągu dnia oddaje mocz cuchnący, zamętniony kałem 6—8 razy, w nocy 3—4 razy. Brzuch umiarkowanie wzdęty. W moczu (odczyn alkaliczny) ziarnka krochmalu, włókna mięsne, barwniki żółciowe, bakterye. *Lycopodium*, dane wewnątrznie, znaleziono w moczu po 6 godzinach. Cystoskopia wykazała istnienie dużej przetoki w lewej górnej części pęcherza. Na podstawie tych danych prof. M. uznał istnienie przetoki pomiędzy górną częścią jelita cienkiego i pęcherza prawdopodobnie na tle wrzodu gruźliczego. Ponieważ stan chorego (gruźlica płuc) nakazywał wstrzymać się od większego zabiegu, zamierzono wykonać enteroanastomozę na pętłach, przyrośniętych do pęcherza. Znaleziono otrzewną ścienną i jelit pokrytą licznymi gruzelkami. Odszukano przyrośniętą pętlę, a w celu przekonania się, że światło jej rzeczywiście łączy się z pęcherzem, wprowadzono cewnik do pęcherza i wypełniono pęcherz płynem. W miarę rozciągania się pęcherza podejrzane odcinki кишки zaczęły się też napełniać płynem, który znikał z nich po opróżnieniu pęcherza. Wykonano przetokę sposobem Postnikow'a tylko w tym przypadku naostrzony, zwązający się z jednego końca sznur gumowy za pomocą prostej, mocnej, grubej igły przeprowadzono przez światła obu kiszek. Reszta zabiegu, jak w poprzednim przypadku.

Chory zmarł z objawami wzrastającej utraty sił po 65 godzinach. Badanie pośmiertne wykazało w lewej górnej ścianie pęcherza przetokę, szerokości palca. Zeszyte pętłe były zrośnięte; ani śladu zapalenia otrzewny. Na miejscu przeprowadzenia drenu ani śladu otworu; nawet cienkiego zgłębnika nie można było przeprowadzić.

Sposób ten wykonania enteroanastomozy, nader efektowny i szybki, jest jeszcze zbyt mało wypróbowany i, jak w drugim przypadku, zbyt długo wytwarzający przetokę, aby go zalecać można było. W każdym razie tam, gdzie mamy do czynienia z jelitem, prawidłowo się przedstawiającem, nie przekrwionem, nie kruchem, gdzie natychmiastowe działanie przetoki nie jest bezpośrednio wskazane, a stan chorego wymaga szybkiego operowania, tam podobny sposób ma rację bytu.

Dla porównania opiszę tu w krótkości, w jaki sposób prof. KADER w Krakowie wykonał przy mnie przetokę żołądkowo-kiszkową z powodu raka odźwiernika. Po przyszyciu кишки do żołądka (*gastroenterostomia anterior*) zrobiono w żołądku małe cięcie surowicówki i mięśniówki. Wyciągnąwszy śluzówkę, zrobiono w niej małe ułucie, przez które wprowadzono do środka dolne ramię t. zw. w klinice krakowskiej szwedów kleszczy, nie wiem już czyjego pomysłu. Kleszcze te mają płytkie ząbienia i w naciskających ramionach podłużną szparę. Po mocnym zaciśnięciu kleszczy w tej szparze szczególnym w rodzaju siekierki lub toporka nożykiem przepiłowano, że się tak wyrażę, ścianę żołądka. To samo zrobiono z kishką. Powstałe otwory były równej wielkości, równoległe, i brzegi ich nie krwawiły. Brzegi obszyto ciągłym szwem przez wszystkie warstwy, poczem dokończono ciągłego surowicówkowego szwu. Sposób ten wymaga więcej czasu, ale jest pewniejszy nawet pod względem czystości i przetokę stwarza odrazu.

Byłem też w klinice wrocławskiej świadkiem ezofagogoskopii. Pacjent na kilka godzin przedtem połknął małą sztuczną szczękę, która utkwiała w przelyku. Zgłębnikowanie i ezofagogoskopia, wykonana przez asystenta, wykazały obecność sztucznych zębów w odległości 36 cm.

Po znieczuleniu gardzieli i przelyku kokainą prof. MIKULICZ wprowadził ezofagogoskop, co się jednak nie odrazu udało, bo pacjent nie chciał dobrze odchylić głowy. W każdym razie zabieg ten nie jest znów tak bardzo przykry dla pacjenta, jak się to zwykle myśli.

W celu usuwania śluzu, który zaciemnia obraz, na długich drucikach szybko jeden za drugim wprowadza się waciki. W danym przypadku nie udało się jednak wyciągnąć szczęki

przez przelyk, gdyż przy manipulacjach z wacikami i kleszczami do wyciągania została wepchnięta do żołądka i dopiero po kilku dniach przyniesiona przez uradowanego pacjenta na pokazanie.

Poprzestaję na opisanii tych kilku przypadków, które wykazują, że w tutejszej klinice ma się dużo do zobaczenia.

Na zakończenie korespondencyi chciałbym skreślić kilka uwag, dotyczących się licznego odwiedzania kliniki chirurgicznej w Wrocławiu przez naszych rodaków.

Bytność w Wrocławiu wobec wielkiego materiału kliniki (czasami do 200 chorych) bezwarunkowo daje możność zobaczenia w krótkim czasie wielu często nader rzadkich przypadków i operacji, gdyż, jak lekarzy, tak i chorych przyciąga rozgłos, jakim się cieszy prof. MIKULICZ. Przytem bliżutko, bo naprzeciw kliniki jest prywatny dom zdrowia prof. M., w którym każdego dnia prawie dokonywane bywają bardzo poważne operacje, i dokąd prof. M. bardzo chętnie i uprzejmie zaprasza przyjezdnych lekarzy.

W Wrocławiu zapoznajemy się z pewną szkołą chirurgiczną, w której badanie i leczenie odbywa się w zupełnie jednolity sposób, i mamy możność zobaczenia zastosowanie różnych współczesnych nowszych sposobów badania i leczenia chorób chirurgicznych.

Ale warunkiem wyciągnięcia wielkich korzyści z pobytu w klinice tutejszej jest dobra znajomość języka niemieckiego. Prof. M. bardzo jest uprzejmy, ale niema czasu na to, aby móż dłuższą uwagę poświęcić tylu przewijającym się cudzoziemcom (w jednym czasie oprócz mnie było dwóch rosyjan, czterech amerykańców, dwóch japończyków, czterech Niemców i jeden Włoch).

Asystenci są też bardzo uprzejmi i chętnie udzielają objaśnień, ale Niemcy w ogóle nie są wielomówni, nie więc dziwnego, że jeszcze mniej rozmowni będą z tymi cudzoziemcami, z którymi porozumienie się będzie trudniejsze.

Wogóle z pobytu w klinice chirurgicznej tutejszej korzyść odniosą, zdaniem mojem, starsi chirurdzy, nawet słabo władający językiem niemieckim, dla których dość jest patrzeć na operacje, którym idzie o zobaczenie w krótkim czasie wielu poważniejszych zabiegów, rzadszych i nowszych sposobów operowania, o zapoznanie się ze szkołą chirurgiczną wrocławską, stworzoną przez prof. MIKULICZA; dalej ci z młodszych, którzy, dobrze władając językiem niemieckim, przybędą na czas dłuższy, wejdą w ściślejsze stosunki z asystentami i postarają się nawet do pewnego stopnia brać udział w pracy i życiu kliniki.

Ci zaś, co nie władają należycie językiem niemieckim, a chcą nie tylko widzieć operacje, lecz spostrzegać chorych zbliska, jednym słowem czegoś gruntownie się nauczyć, nie mają po co jechać do Wrocławia.

Tym stanowczo radzę udać się do kliniki prof. KADERA w Krakowie, gdzie można znacznie więcej skorzystać. Wykładów prof. KADERA, wypowiedzianych zwięźle, dobitnie, z zacięciem i energią jemu właściwą, słucha się z prawdziwym zadowoleniem. Badanie chorych, wykonywane przez studentów, przyczem profesor uczy badać, czego w Wrocławiu nie robią, nawet starszemu chirurgowi da dużo nowego materiału.

Operacje, wykonywane śmiało, prędko, zamaszyście, z pewną nawet brawurą, niektóre stosowane przez prof. KADERA oryginalne sposoby postępowania, konsekwentna aseptyka i t. d. doskonale wykazać potrafią, że i u nas czegoś się nauczyć można bez jeżdżenia po rozum do obcych.

A przytem rzadka uprzejmość, gościnność, gotowość udzielania wszelkich objaśnień ze strony profesora, koleżeńska serdeczność ze strony asystentów i całe to swojskie, takie bardzo swoje otoczenie sprawiają, że pobyt w klinice chirurgicznej krakowskiej jest nietylko pouczający, lecz i pozostawiający najmiłsze wspomnienia.

Sz. Kossobudzki.

O D C I N E K.

Z MEDYCYN Y JAP O Ń S K I E J.

Lekarze japońscy. Nowoczesne piśmiennictwo Japonii. Z zoologii japońskiej. Shinagama. Imubacco s. Tocconibacco. Kubisagari. Kakke s. Beri-beri.

Podał

D-r med. **HENRYK HIGIER.**

(Ciąg dalszy.— Patrz Nr. 36)

Na kilka stron dodatnich japońskiej publicystyki lekarskiej zwrócić chciałbym jeszcze uwagę.

Przedewszystkiem, trzymając się elementarnych zasad higieny wzroku, drukują lekarze japońscy wszystko na bardzo dobrym, grubym, zlekka żółtawo zabarwionym papierze, dużemi i wyraźnemi literami, dając szerokie interlinie i obszernie marginesy. Rysunki, ilustrujące prace, są tak wyraźne i artystycznie wykonane, że im pozazdrościć mogłyby najlepsze niemieckie archiwy, angielskie kwartalniki i pamiętniki towarzystw naukowych, zwłaszcza celują w tym kierunku wspomniane wyżej uniwersyteckie „MITTEILUNGEN“.

Druga cecha charakterystyczna piśmiennictwa japońskiego, a spotykana jedynie u lekarzy amerykańskich, jest możliwa krótkość artykułów. Zwłaszcza w Centralblatt'cie wszystkie prace oryginalne, tymczasowe doniesienia i autoreferaty z obszerniejszych prac nie drukowanych są bardzo treściwie i zwięźle napisane. Dość powiedzieć, że w jednym z zeszytów I tomu „Neurologiae“ trzy artykuły oryginalne (O objawie paluchowym, O *othaematoma* u umysłowo chorych, O *Imubacco*) zajmują zaledwie 3½ strony, t.j. tyleż, ile przeciętny artykuł w „Neurologisches Centralblatt“, „Erlenmeyer's Centralblatt“, „Revue neurologique“. To samo da się powiedzieć w głównych zarysach o ich referatach z posiedzeń Tow. Lekarskich.

Godny naśladowania jest wreszcie objaw zdolności twórczych: oryginalność i swojskość tematów, nb. o ile wogóle w medycynie może być mowa o tych cechach bez uszczerbku dla treści samej. Ten pracuje nad japońską dyzenteryą i jej drobnoustrojem, ów nad bruchomówstwem, rozwiniętem w Japonii, nad fizyognomiką, cheiromancyą, nad wagą mózgów japońskich, nad porównawczą siłą widzenia ludności miejscowej i t. p. To też prace te zajmują nieraz lwią część w znanych „Mitteilungen der deutschen Gesellschaft für Natur und Völkerkunde Ostasiens“, poświęconych krajowi i ludoznawstwu wschodnio-azyatyckiemu. Swojskość tematów przyczynia się znakomicie do rozszerzenia widnokręgów nauki ojczyznej, nauki japońskiej.

O kilku właśnie chorobach, *par excellence* japońskich i głównie przez japończyków opisanych i opracowanych, chcę niżej pomówić, zaznaczając na wstępie, że wszystkie one należą do najbardziej ciekawego i najmniej zbadanego działu medycyny wewnętrznej: do neuropatologii. Choroby te, częścią infekcyjno-toksycznej, częścią epidemiczno-endemicznej natury, są dla nas o tyle ciekawsze, że nigdy w piśmiennictwie naszym o nich nie wspomniano i że posiadają mniej lub więcej pokrewne analogie w nozografii europejskiej.

Mam na myśli: SHINAGAMA, IMUBACCO S. TOCCONIBACCO, KUBISAGARI, KAKKE S. BERI-BERI. 3 pierwsze choroby, których znajomość zawdzięczamy wyłącznie Japończykom, zostały opisane dopiero w ostatnich kilku latach, ostatnia posiada bardzo bogatą literaturę, nie wyłącznie japońską, i znana jest dobrze lekarzom europejskim kolonii azyatyckich i południowo-amerykańskich, zwłaszcza niemieckim, angielskim i holenderskim.

* * *

I. SHINAGAMA (Wścieklizna japońska, Rattenbisskrankheit).

Jestto swoista, endemiczna, Japonii właściwa choroba zakaźna. Dokładnie znana dawniejszym lekarzom japońskim (KATSURA, IRISHAWA, TORIYANA, ASKANO), ostatnio zbadana została przez MIYAKE w 11 osobistych spostrzeżeniach.

Cierpienie wybucha u osobników, ulegających pokąsaniu przez szczury domowe, które, łatwo przegryzając drewniane ściany domostw wiejskich, dostają się masami do mieszkalnych ubikacji i sypialnych pokojów. Zakażającą działa zarówno szczur domowy, jak błotny i wędrujący, o ile sam zachoruje. Zarazka dotychczas nie znamy bliżej. *Materia peccans* przenosi się czasem od szczura na inne zwierzęta (łasica). Choroba szczura stanowi analogię do wodowstrętu wściekłego psa (*rabies*). Wściekający się szczur napada zazwyczaj człowieka we śnie.

Umiejszczenie rany, pora roku, wiek i płeć pokąsanego nie odgrywają wybitnej roli. Drugorzędne też znaczenie mają wspomniane przez autorów japońskich: przeziębienie, przepracowanie fizyczne i rodzaj pokarmów.

Badanie drobnowidzowe krwi chorych, szczepienia i hodowle dawały wynik ujemny. Jedyna, dotychczas wykonana sekcja (MIURA) prócz miejscowego stanu zapalnego (*lymphadenitis et lymphangitis*) odkryła jedynie *hydrocephalus acutus* i przekrwienie opony miękkiej.

Jad głównie atakuje ośrodki układu nerwowego, mięśnie i nerwy obwodowe, rzadziej układ naczyniowy.

Okres inkubacyjny trwa od 1 do 3 tygodni, rzadko mniej, niż tydzień, lub więcej, niż miesiąc. Miejscowe obrzmienie skóry i gorączka zwiastują wybuch choroby. Przy przepuszczającym podwyższeniu ciepłoty dochodzi do *lymphangitis*, bólów głowy, uczucia niepokoju, bólów mięśniowych, rzadziej do bredzenia, omamów i śpiączki. Wątroba i śledziona nie wyczuwają się. Zabarwienie skóry blado żółte, wygląd kachektyczny, wychudnienie postępujące. Znamionującą jest swoista wysypka na tułowiu i kończynach (*exanthema erythematoso-papulosum*).

Rozróżnia się 3 postacie *shinagama*: 1) gorączkową, z wybitną wysypką, trwającą 3—4 dni i przypominającą ciężkie formy *erythema nodosum*, 2) bezgorączkową (ostrą i podostrą) z prze-

ważającymi objawami nerwowymi i 3) poronną, również z dominującymi zaburzeniami w sferze nerwowej.

Postać ostra, spotykana przy ciężkich ukąszeniach, kończy się czasem w kilka dni śmiercią przy objawach bredzenia, zapaści i rozległych porażań obwodowych, podostra ciągnie się miesiącami, i przy niej temperatura zachowuje się, jak przy zimnicy, mając jednak 2—3 bezgorączkowe przerwy.

Ze strony układu nerwowego zasługują na szczególną wzmiankę: zajęcie *sensorii*, osłabienie pamięci, bóle i zawroty głowy, szum w uszach, bóle gośćcowe w mięśniach. Bóle te zmieniają swoje siedlisko, są dokuczliwsze w okresie gorączkowym, wzmagają się przy ucisku, lokalizują się głównie w dolnych kończynach. *Paraplegia inferior* cechuje się znacznymi zaburzeniami w chodzeniu, odruchach ścięgnistych, odżywianiu mięśni, parestezjami i zniesieniem czucia.

W zwykłych przypadkach choroba trwa około miesiąca, w ciężkich 2—3 miesiące, w ostrych śmiertelnych 2—3 dni. Wyjątkowo ciągnie się rok cały. 10% chorych kończy śmiercią.

Swoiste środki lecznicze nie są znane. Bardzo popularny w Japonii jest problematycznej wartości środek *Hirayama*, zawierający między innymi strychninę i akonit. Wskazane jest w pierwszym okresie wycinanie lub przypalanie rany oraz leczenie objawowe za pomocą środków przeciwgorączkowych, napotnych i pobudzających.

Wielec charakterystyczny jest w terapii szczególnie, spotykany i w nowoczesnej seroterapii, że starożytna medycyna ludowa japończyków zaleca smarowanie świeżej rany, przez szczura zadanej, śliną kocia lub karmienie pokąsanego osobnika mięsem kocim.

* * *

II) IMUBACCO czyli TOCCONIBACCO.

Powszechnie znane są klasyczne prace francuskich i niemieckich autorów z CHARCOT'em, GILLES-de-la-TOURETTE'em, GUINON'em, OPPENHEIM'em i JOLLY'm na czele o t. zw. *mal des tics convulsifs*, którą MARINA w r. 1888 nazwał *myospasie impulsiva*, a której JOLLY bardziej racjonalną nazwę nadał: *maladie des tics impulsifs*.

Już w początkach 80 lat ubiegłego stulecia różni autorzy opisywali pewne swoiste postacie epidemiczne choroby, odznaczające się zbiorem objawów nerwowo-umysłowych, nader przypominającym obraz kliniczny wspomnianej *maladie des tics*. Amerykańscy klinicyści notowali liczne przypadki znanej w Ameryce — *jumping*, lekarze kolonii angielskich — *latal* malajczyków, rosyjscy neuropatolodzy — *myriatsche* czyli *meriatschenie* syberyjskiej ludności.

Ostatnio rysuje pobieżny szkic analogicznej choroby epidemicznej — *Imubacco*, — rozpowszechnionej wśród Ainów, lekarz japoński SAKAKI. Lud Ainó (Ainu), częścią poddanych japońskich, częścią rosyjskich, zamieszkuje dziś wybrzeża wschodnie i zachodnie japońskiej wyspy Jesso, wyspy Kurylskie, część południowej wyspy Sachalin i południowy brzeg Kamczatki. Nazwa w narzeczu Ainów oznacza kobietę (*bacco*) przestraszona (*imu*) lub bojącą się węzów (*toconni*).

SAKAKI obserwował 12 odnośnych przypadków podczas wyprawy naukowej, przedsięwziętej z polecenia wydziału lekarskiego wszechnicy japońskiej latem r. 1901 w okolicy Hakaido.

Ainowie, zamieszkujący kraj bardzo zimny, prawie bez wyjątku nadużywają w mocnym stopniu napojów wysokowych, wypijając dziennie po 2 litry miejscowej wódki ryżowej. Małżeństwa wśród blisko spokrewnionych są na porządku dziennym. Gruźlica i syfilis panują wszechwładnie. Wszystkie te czynniki etiologiczne przemawiają, zdaniem SAKAKI'ego, za ciężkim usposobieniem psycho-neuropatycznym Ainów.

Imubacco, występująca często w postaci epidemii i jako cierpienie dziedziczno-rodzinne, wybucha zazwyczaj w męskim wieku pod wpływem wyczerpania po chorobach zakaźnych, po nagłym przełknięciu lub wskutek obawy pokąsania przez węże. Wyjątkowo dotyka mężczyzn, bardzo rzadko widzi się ją przed 15 i po 60 r. życia.

Na pierwszym planie w obrazie klinicznym stoją: *echolalia*, *echokinesis*, nadmierna bojaźliwość, automatyzm, wzmożona syggestyjność, prowadząca nieraz do czynów nierozsądnych lub występnych. Ciekawy jest brak tików, mimowolnych ruchów mimicznych, koprolalii i

idei natrętnych, tak zwykłych w chorobie GILLES-de-la-TOURETTE'a.

Pomijając niezbyt przekonywujące tłumaczenie objawów psychicznych, podane przez SAKAKI'ego, zaznaczyć wypada, że przebieg choroby jest *par excellence* przewlekły, często całe życie trwający. Z chorób, wyżej wspomnianych, japońska *Imubacco* najbardziej przypomina syberyjskie *myriatsche*, znakomicie opisane przez TOKARSKIEGO z Moskwy, względnie najmniej — europejską *maladie des tics*.

* * *

III. KUBISAGARI.

Jest to cierpienie o typie napadowym, dość rozpowszechnione w Japonii północnej, a nie obce też, o ile się zdaje, i Europie.

Szczegółowy opis choroby podał przed kilku laty MIURA, wysłany przez władzę uniwersytecką w Tokio celem dokładnego zbadania tej zagadkowej choroby endemicznej, zaliczonej przez NAKANO i ONODESE, jedynych lekarzy, którzy o cierpieniu tem pisali, do odrębnej postaci zimnicy ukrytej (*malaria larvata*), zwanej pospolicie od dominującego objawu „*kubisagari*“ (głowa zwieszona). Badań swoich zmuszony był autor dokonywać w warunkach bardzo niepomyślnych (w upalne dni, na otwartym polu, w ciemnych i brudnych chatach włościańskich i oborach). Chodziło bowiem o obserwowanie chorych podczas samych napadów, zjawiających się przeważnie w cieplejszej porze roku, wśród ludności wiejskiej, przy zajęciach polnych, a znikających lub rzadziej występujących podczas spoczynku i przy chłodniejszej pogodzie.

Za najbardziej znamienne objawy kliniczne uważać należy następujące:

a) Zaburzenia ze strony narządu wzrokowego (opadanie powieki górnej, zamglenie oczu, osłabienie mięśni zewnętrznych gałki ocznej, widzenie podwójne, przekrwienie tarczy wzrokowej i tkanki okołotarczowej).

b) Niedowład mięśni karku.

c) Niedowład mięśni języka, warg i gardzieli.

d) Zaburzenia ruchowe w muskulaturze tułowia i kończyn.

e) Apatya ogólna, wzmożenie odruchów ścięgnistych, bieganie gałek ocznych, obfita wydzielina nieżyłowa z oczu, nosa i jamy ustnej.

Najczęściej spotyka się objawy, *sub a) i b)* wzmiankowane, jak tego poucza następująca tabelka, 63 przypadki obejmująca: zamglenie oczu 40, opadnięcie powiek 38, niedowład karku 34, dwojenie 29, pareza kończyn górnych 26, pareza kończyn dolnych 24, pareza tułowia 18 razy.

W okresie wolnym od napadów brak wszelkich objawów patologicznych. Jedyne u osobników, bardzo skłonnych do napadów, stwierdzić można w okresie międzynaпадowym lekką ptozę, niedowład karku oraz wzmoczenie odruchów.

Co się tyczy pojedynczych objawów, to zamglenie oczu MIURA uważa za objaw zmęczenia siatkówki, wszelkie zaburzenia mięśniowe za objaw przemijającego niedowładu lub łatwo następującego wyczerpania narządu mięśniowego, za czym przemawiałyby również notowany kilkakrotnie odczyn zmęczenia przy drażnieniu faradycznym mięśni (t. zw. reakcyja myasteniczna JOLLY'ego).

Omawiając bliżej umiejscowienie geograficzne choroby (o ile z dołączonej karty widać, przejawia się ona endemicznie w pasie północno-wschodnim Japonii, gdzie bardziej rozwinięte są chów bydła i rolnictwo), zwraca autor uwagę na podobieństwo „*kubisagari*“ do t.zw. porażenia opuszkowego bez zmian anatomicznych, czyli myastenii, i do „porażań napadowych“.

Od pierwszego jednak różni się zbyt ostrym początkiem, mniej przewlekłym przebiegiem i pomysłniejszym rokowaniem; od drugich — brakiem porażań zupełnych, zajęciem nerwów czaszkowych, znikaniem niedowładu w spokoju, zachowaniem pobudliwości elektrycznej oraz wzmoczeniem odruchów ścięgniastych.

Zupełnie analogicznym natomiast zdaje się być w mowie będące cierpienie z chorobą, którą GERLIER z Ferney po raz pierwszy przed kilkunastu laty opisał, jako „*vertige paralysant*“, czyli „*vertige ptozique*“, chorobą endemiczną w pewnych okolicach Szwajcaryi (Collex w kontonie Genewskim) i pospolicie znaną wśród ludu pod nazwą „*tourniquet*“. Z przytoczonych przez MIURA'ę

historii chorób przypadków GERLIER'a i późniejszych autorów (DAVID, BOSSY, HALTENHOFF, REVILLOD, EPERON) łatwo się w rzeczywistości przekonać o zupełnej identyczności obu postaci nozologicznych.

Patogeneza choroby jest wobec braku oględzin pośmiertnych wielce ciemna, i wszelkie sądy w tej materii uważać należy za przedwczesne.

Nieco pewniejsze są dane, dotyczące etiologii analogicznej przy „*vertige paralysant*“ i „*kubisagari*“. Cierpienie, grasując zarówno w Szwajcaryi, jak w Japonii, jedynie letnią porą, dotyka głównie ludności wiejskiej, zajętej przez dzień cały ciężką pracą fizyczną w polu. Niemniej cierpią drobni, biedniejsi włościanie okolic, w których chów koni i bydła rogatego kwitnie, oraz domów, w których mieszkania graniczą lub komunikują się ze stajnią i oborą. Choroba więc, będąc endemiczną, jest prawdopodobnie natury infekcyjnej, acz nie zakaźnej.

Czynnikiem, najczęściej wywołującym napad lub też sprzyjającym wybuchowi jego, jest zmęczenie fizyczne, przepracowanie, rzadziej głód lub błędy dyetetyczne, jak przejedzenie się ciężko strawnym chlebem ryżowym (Mochi i Kowameshi). Typowe umiejscowienie porażań tłumaczy się poprzedzającym zmęčeniem przy zajęciach polnych stale tych samych grup mięśniowych (powiek górnych, karku, kończyn).

Zaraźliwą choroba nie jest. Płeć i wiek wybitnej roli nie odgrywają. Podczas ciąży napady zazwyczaj znikają, by po połogu wracać.

Co się tyczy leczenia, to podczas napadu dobrze działają małe dawki kokainy, zupy z ryżu, dobrze przegotowanego, spożywanie surowych jaj. MIURA zachwala podczas napadu wypoczynek i faradyzację ogólną, a w okresie międzynaпадowym arsenik i jodek potasu.

*

*

*

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Znakomity patolog francuski BOUCHARD poświęcił kilka uwag i spostrzeżeń nowym usiłowaniom w lecznictwie. Rozpoczynając wykład swym zdaniem, iż „chory wyleczony częstokroć przypisuje wyzdrowienie swe lekarzowi“, nie przeczy, że działalność lekarza nie pozostaje bez wpływu, gdyż sprawia choremu ulgę i stawia go w warunkach, ułatwiających działanie siły leczniczej przyrody. Dawniej było to zadaniem medycyny wewnętrznej i odpowiadało zupełnie stanowi wiedzy teoretycznej. Empirya mało dbała o filozofię i teorię i odkryła szereg środków rzeczywiście leczniczych, jak: chininę, rtęć, jod, salicyl, arsen. Empirya zdawna wiedziała, że środki te pomagają, zanim teoria zbadała, dla czego pomagają; o wielu środkach i dziś jeszcze tego nie wiemy. Jeden wszelako wyjątek stwierdza prawdziwość: surowice swoiste. Wszelkie środki swoiste, t. j. leczące daną chorobę, działają na chore narządy pośrednio drogą krążenia. Wążący 60 kilo chory na gościec stawowy otrzymuje dziennie 6 grm. salicyanu sodu, z których na chory narząd przypada 5 — 10 miligramów. Otóż B. spróbował stosować dany środek jak najbliżej chorego miejsca, zamiast przepelniać ustrój dużymi dawkami salicylu. I w rzeczy samej, wstrzykiwania 0,1 — 0,2 salicylanu sodu okazały się bardzo skuteczne zarówno w gościecu

stawowym, jakoteż w zapaleniu opłucny lub osierdzia gościecowem. Przy bólach przesywających u wiadowców oraz w przymiocie trzeciorzędnym z pożytkiem stosowano wstrzykiwania z dwujodku rtęci (0,2 milligramów) z jodkiem potasu (0,08) w pobliżu gumatów. BOUCHARD powołuje się wreszcie na okulistów, którzy od dawna z najlepszym skutkiem wprowadzają swe leki w bezpośrednie zetknięcie z miejscem chorem, i wyraża nadzieję, iż udane połączenie metod leczniczych ogólnych i miejscowych będzie obrazem lecznictwa XX stulecia. (Rev. de ther. 1. 1903).

= VEYRASSAT leczył pewnego chorego z 2 owrzodzeniami żyłakowatymi za pomocą wody gorącej 45°. Jeden wrzód był na przedniej powierzchni goleni, drugi mniejszy na tylnej. Ponieważ zwykłe leczenie przeciwgnilne w ciągu dwóch tygodni nie skutkowało, przeto V. spróbował wody gorącej. Po 2 dniach mniejszy wrzód zagoił się i zabił, większy znacznie się zmniejszył. Gwałtowne bóle nocne ustały. Wodę stosuje się w ten sposób, że z irygatora puszcza się 2 litry wody ciepłej pod umiarkowanym ciśnieniem na powierzchnię owrzodzenia, następnie zawija się kończynę w kompres, zmoczony w ciepłej wodzie. (Rev. de Méd. de la Suisse Rom. 2. 1903).

P.

SPROSTOWANIE. W N. 36 „Medycyny“ na stronie 818 w wierszu ostatnim zamiast: „aktu“ powinno być: „faktu“.