

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. J. P a w i ń s k i. O tak zwanym połowicznym skurczu serca. *Hemisystolia cordis* (Leyden). (Dalszy ciąg). — II. A. E r l i e k i. Kilka rysów z symptomatologii obłąkania epileptycznego. (Dokończenie). — III. Fr. K o b y l i ń s k i. Szkodliwy wpływ zgrzytania i szczekocisku na zęby. Zarządzenie złemu na drodze mechanicznej. — *Dział sprawozdawczy*: 26. A l b e r t o n i (z Genui). Badania nad działaniem niektórych środków lekarskich na pobudliwość mózgu oraz przyczynę do leczenia padaczki. — Wiadomości bieżące. — Dodatek. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

## I. O TAK ZWANYM POŁOWICZNYM SKURCZU SERCA.

*Hemisystolia cordis* (Leyden).

Opracował D-r **J. Pawiński**.

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznym Warsz. Towarzystwa Lekarskiego d. 4 Kwietnia r. b.)

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 14).

Przedstawiając mniej więcej całą literaturę tak zwanego połowicznego skurczu serca (*hemisystolia cordis*), przechodzimy do własnych spostrzeżeń i wniosków.

**S p o s t r z e ż e n i e I.** Kotusińska Maryjanna, lat 43 licząca. żona wyrobnika, przybyła do szpitala Ś-go Ducha na klinikę chorób wewnętrznych prof. L a m b l a, dnia 13 Czerwca 1881 r., skarżąc się na duszność i ogólne osłabienie. Duszność trwa już od kilku tygodni, jak również nieznaczny obrzęk kończyn dolnych. Reumatyzmu, jak utrzymuje, ani stawowego, ani mięśniowego nie przebywała.

**St a n o b e c n y** (*Status praesens*). Budowa chorej dobra, wzrost średni, mięśnie dobrze rozwinięte. Ilość tkanki tłuszczowej umiarkowana. Znaczna sinica na wargach. Stan gorączkowy umiarkowany. Ciepłota ciała około 38° C., tętno 84—88 na minutę, w prawej i lewej tętnicy promieniowej dobrze wyczuć się dające, ścianki tętnic powierzchownych nieco zgrubiałe, fala krwi mała, tętno nierytmiczne, po jednym silniejszym uderzeniu tętna następuje cały szereg słabszych, stopniowo malejących, tak, że końcowe tętna znikają zupełnie pod palcem, pomimo że uderzenie wierzchołkowe wskazuje na nieustanną czynność serca.

Klatka piersiowa beczkowatej formy. Granice płuc, zwłaszcza z tyłu, obniżone, *emphysema pulmonum*, *bronchitis chronica*. Dolna część prawego płuca w stanie zastój (stasis sanguinis). Kaszel umiarkowany, plwocina spieniona, z nieznaczną domieszką krwi.

Przednia część klatki piersiowej, w okolicy położeniu serca odpowiadającej, przedstawia się nieco wzniesioną w porównaniu ze stroną prawą, a przy każdym skurczu serca unosi się ku górze, zwłaszcza w okolicy 4 i 5 żebra w miejscu sutki. Uderzenie wierzchołkowe (*ictus cordis*) dość rozlane, silne, unoszące palec, dostępne nie tylko dla dotyku, ale i dla wzroku, w 4 i 5 międzyżebżu w bliskości linii sutkowej. Co się tyczy rytmu uderzeń wierzchołka serca, to podobnie jak i w tętnie, po 1 lub 2 silniejszych uderzeniach następuje dłuższy lub krótszy szereg słabszych uderzeń, poczem albo to samo się powtarza, albo też zjawia się kilka lub nawet kilkanaście uderzeń, mniej więcej prawidłowych, tak pod względem rytmu, jak i siły. Niekiedy jednak zauważyć można było, że skurcze serca odbywały się według innego, swoistego, i bardzo charakterystycznego rytmu, a mianowicie po dwóch, niekiedy, choć rzadziej, po trzech szybko po sobie idących uderzeniach wierzchołkowych serca, następowała dłuższa pauza, aniżeli ta, która oddzielała pierwsze uderzenie wierzchołkowe od drugiego, poczem serce uderzało znowu według tego samego rytmu, t. j. po dwóch szybko po sobie następujących uderzeniach, zjawiała się pauza i t. d. Przyłożywszy rękę do okolicy serca można się było przekonać, że pierwsze uderzenie było silniejsze aniżeli drugie. Jednocześnie badanie uderzenia wierzchołkowego i tętna w okresie owego swoistego rytmu wykazało nam na tę ciekawą okoliczność, że ilość uderzeń tętna w tętnicy promieniowej nie odpowiada ilości skurczów serca, a mianowicie, że na dwa skurcze serca, przypada jedno tętno w tętnicy promieniowej. Do tego samego wniosku doszliśmy, porównywując uderzenia wierzchołkowe z tętnem tętnicy szyjowej; i tutaj, podobnie jak w tętnicy promieniowej tętno odpowiadało tylko pierwszemu uderzeniu serca, przy drugim zaś uderzeniu fala w tętnicy była tak słaba, iż sprawiała za ledwie ten efekt, jaki się otrzymuje od zwrotnej fali krwi w normalnym tętnie (*Rückstosselevation*).

Z żyłami szyjowymi rzecz się miała odwrotnie, aniżeli z tętnicami, a mianowicie: tak przy pierwszym jak i drugim uderzeniu wierzchołkowym miało miejsce tętnienie, możnaby nawet powiedzieć, że przy 2-gim uderzeniu tętnienie żył szyjowych było silniejsze, widoczniejsze, aniżeli przy pierwszym.

**Granice serca.** Górna granica bezwzględnej tępości serca na brzegu dolnym 3 żebra, dochodzi do linii sutkowej lewej = 13 ctm.; ztąd zagina się nieco ku dołowi i na zewnątrz linii sutkowej, dochodząc do linii pachowej średniej (*linea axillaris media*). Linija ta, stanowiąca pierwszą część granicy lewej serca = 7 ctm.; druga, zmierzająca ku dołowi i nieco na wewnątrz = 5 ctm., dochodzi do 5 żebra. Dolna granica serca bieży wzdłuż 8 żebra, a w swej części przedniej w bliskości mostka zlewa się z tępością wątroby i równa się około 10—12 ctm.. Prawa granica serca na  $\frac{1}{2}$  ctm. nazewnątrz od prawego brzegu mostka. Największy wymiar poprzeczny tępości serca = 18 ctm.. W ogóle mieliśmy przed sobą ogromny przerost całego serca (*hypertrophia cordis*) z przeważającym powiększeniem poprzecznego wymiaru serca; powiększenie jednak zależało nie tyle od przesunięcia tępości serca poza mostek, ile w kierunku na lewo, do linii pachowej przedniej.

**Wysłuchiwanie.** W czasie osłuchiwania serca przekonać się można z następstwa tonów i szmerów, w jakim one po sobie zjawiają się, o nierytmicz-



ności skurczów serca. W okolicy wierzchołka serca, a szczególnie w 5 międzyżebżu w linii pachowej przedniej, słyhać najlepiej szmer rozkurczowy, ton zaś skurczowy słaby; głuchy szmer rozkurczowy najwyraźniej do ucha naszego dochodzi przy silniejszych skurczach serca, zatem na początku danego szeregu uderzeń nierytmicznych; przy słabszych zaś, szybko po sobie następujących uderzeniach, szmeru prawie zupełnie nie słyhać. W okolicy 4—5 żebra na linii sutkowej wspomniany szmer jeszcze istnieje, ale jest znacznie słabszy.

Na wysokości 4 żebra na mostku, lub tuż przy nim, po lewej stronie, słyhać słabszy szmer skurczowy i drugi ton rozkurczowy. W tętnicy płucnej drugi ton rozdwojony, akcentowany. W miejscu zaś wysłuchiwania zastawek półksiężycowych aorty, t. j. w 2-giem międzyżebżu prawem, jeden nieczysty ton i słaby ton drugi, t. j. rozkurczowy.

W czasie wspomnianego powyżej rytmu skurczów serca, przyczem po dwóch szybko po sobie następujących uderzeniach wierzchołkowych zjawiała się pauza, słyhać było w okolicy wierzchołka serca, podczas pierwszego silniejszego uderzenia, któremu odpowiadało tętno w tętnicy szyjowej i tętnicy promieniowej, głuchy, niezupełnie czysty ton skurczowy i szmer, już to rozkurczowy, już też niekiedy przedskurczowy. Podczas drugiego uderzenia wierzchołkowego słyhać słaby ton skurczowy, szmer zaś rozkurczowy lub przedskurczowy jest tak słaby, iż często do ucha naszego zupełnie nie dochodzi.

W mowie będące zjawisko, w którym na 2 uderzenia serca przypadało 1-<sup>no</sup> tętno arteryjalne i 2-gie tętno żyłne, zjawiało się w czasie przebiegu choroby kilka razy, trwało jednak zwykle niedługo, poczem występowała zupełna arytmija serca. Przy użyciu naparstnicy w kształcie naparu (gr. xv na  $\bar{\text{v}}$ j uncyj), przy środkach czyszczących, stan chorej polepszył się, tętno stało się pełniejszym, mniej częstym, a pojedyncze tętna nie przedstawiały tej rażącej sprzeczności pod względem rytmu, jak poprzednio.

W tym stanie chora wypisała się ze szpitala. W kilka jednak tygodni później spotykamy ją znowu w szpitalu Dzieciątka Jezus, w oddziale chorób wewnętrznych D-ra K r a s z e w s k i e g o, w znacznie gorszym stanie. Do poprzednio już istniejącej wady serca, przyłączył się połowiczny lewostronny bezwład (*hemiplegia sinistra*) ciała, powstały nagle na kilka dni przed przybyciem chorej do szpitala. Jednocześnie z bezwładem wystąpiły zaburzenia w mowie, pochodzenia ośrodkowego, do których przyłączyła się wkrótce znaczna duszność, obrzęk kończyn górnych i dolnych. Tępość serca uległa znacznemu powiększeniu w wymiarze poprzecznym; co się zaś tyczy objawów wysłuchowych, to oprócz szmeru rozkurczowego słyhać było i szmer skurczowy, z powodu jednak nieregularnej czynności serca oba te szmery zlewały się niekiedy tak, że niepodobna było jednego od drugiego ściśle odróżnić. Tętno nadzwyczaj słabe, niemiarowe, podobnież i uderzenie wierzchołkowe. Chora wśród objawów sinicy, znacznego obrzęku kończyn i obrzęku płuc zakończyła życie po upływie kilku dni.

Za życia rozpoznanie nasze brzmiało: *Stenosis ostii venosi sinistri cum insufficientia valvulae bicuspidalis. Dilatatatio ventriculi dextri; insufficientia relativa valvulae tricuspidalis. Hemiplegia sinistra.*

Rezultat sekcji był następujący: trup kobiety wzrostu dobrego, wychudzony; kończyny prawe górna i dolna obrzękle. Mięśnie słabo rozwinięte, blade. W lewej jamie opłucnej dość znaczna ilość surowiczego przezroczystego płynu. Dolna połowa lewego płuca w stanie ucisku, górna połowa zawiera nieco powietrza. Błona śluzowa oskrzeli mocno zaczerwieniona. Prawe płuco przyrośnięte w dolnej części; konsystencja tegoż w górnej części puszysta, w dolnej—ciastowata w skutek obrzęku. Błona śluzowa oskrzeli zaczerwieniona, pokryta śluzem, przedstawia wyraźną podłużną prążkowatość. W jamie osierdzia znajduje się około 1 funta przezroczystego, surowiczego płynu. Wymiar poprzeczny serca = 15 ctm., podłużny 11 ctm.. Przez lewe ujście żyłne (*ostium venosum sinistrum*) przechodzi jeden palec. Lewy przedsionek 3 razy większy, aniżeli zwykle. Ścianki znacznie zgrubiałe. Brzeg zastawki dwudzielnej również znacznie zgrubiał, powrózkowaty, nierówny, w niektórych miejscach pokryty zażyciowemi skrzepami. Jama lewej komórki prawidłowej wielkości, również i ścianki tejże posiadają prawidłową grubość. Ujście żyłne prawe przepuszcza 4 palce. Jama komórki prawej 4 razy, a przedsionka 5 razy większa, aniżeli w sercu zdrowem. Tętnica płucna w miejscu rozdziału przedstawia kilka wysepek ateromatycznych; w aorcie śladów zwyrodnienia błony wewnętrznej nie widać. Śledziona normalnej wielkości; na powierzchni jej, a szczególnie na rozkroju zauważyć się dają wgłębienia, pozostałe po starych zawałach (*infarctus*); miąższ dość twardy, koloru ciemno-czerwonego. Wątroba nieco powiększona, twarda, na brzegach lekko ziarnista, na powierzchni rozkroju przedstawia wyraźną budowę zrazikową. Część środkowa każdego zrazika koloru ciemno-żółtawego. Lewa nerka powiększona, bardzo twarda, otoczka jej trudno się zdejmuje powierzchnia słabo ziarnista, z czerwonymi zagłębieniami, a w niektórych miejscach małe zawały. Substancja korowa normalnej grubości, czerwona, podobnie jak piramidy. Prawa nerka przedstawia takie same zmiany, jak lewa. Błona śluzowa kiszek cienkich zgrubiała, zaczerwieniona, pokryta śluzem.

Opona twarda nie szczególnego nie przedstawia; *arteria fossae Sylvii*, z prawej strony zatkana zatyczką (*embolus*). Substancja mózgu w ogóle blada. *Nucleus caudatus*, *capsula interna*, *nucleus lenticularis*, *capsula interna et claustrum* rozmiękczone, przedstawiają się w kształcie tkanki siatkowatej, której oczka wypełnione są zniszczoną tkanką mózgu. Piąta część dolnej powierzchni lewej półkuli mózdzku, poczynając od substancji szarej, przemieniona w rodzaj siatkowatej tkanki, nasiąkłej płynem surowicznym.

Ponieważ w danym przypadku nie mogło być wątpliwości, iż mieliśmy do czynienia z obrazem klinicznym, który *Leiden* wyprowadzał od niejednoczesnego skurczu obu komórek serca, postanowiliśmy więc za życia chorej skorzystać ze sposobności poddać chorą szczegółowemu kardyjo- i sfigmograficznemu badaniu. Wobec różnorodności poglądów na tak zwaną hemisystoliję, w nauce istniejących, postawiliśmy sobie do rozwiązania trzy pytania następujące:

1) Czy w obrazie klinicznym, noszącym nazwę „połowicznego skurczu serca“, w którym na 2 uderzenia serca przypada jedno tętno arteryjalne, a dwa tętna żyłne, brak rzeczywiście jednego tętna, jak to z obmacywania tętna wnosimy, czy też — być może—tętno to istnieje, lecz fala krwi jest tak słaba, iż niepo-



dobna jej wyczuć? Odpowiedź na podobne pytanie rozstrzygnie nam więc zasadniczą kwestyję, a mianowicie czy tak zwana *hemisystolia* istnieje lub nie.

2) Czy tak zwana *hemisystolia cordis* zdarza się tylko przy wadach zastawek serca, a głównie zastawki dwudzielnej, na co dotychczasowe spostrzeżenia wskazują, czy też może występować przy innych chorobach.

3) Jaka jest istota *hemisystoliae*.

Co do I-go. Dla rozwiązania pierwszego najważniejszego pytania, rozstrzygającego zarazem o istnieniu tak zwanego połowicznego skurczu serca, należało przede wszystkim nakreślić obok siebie i jednocześnie ruchy tętna i uderzenia wierzchołkowego w okresie owego, wspomnianego powyżej, swoistego rytmu serca. W tym względzie posługiwałem się głównie ulepszonym poligrafem *Grumma ch'a*<sup>1)</sup>, za pomocą którego otrzymuje się jednocześnie na jednym i tymże samym zwoju papieru trzy obrazy, ułożone jeden nad drugim, z których pierwszy przedstawia ruchy tętna, drugi ruchy serca, trzeci zaś, najniżej znajdujący się, oznacza czas obrotu walca.

Tutaj winienem dodać, że chociaż dotychczasowi spostrzegacze opierali swoje poglądy na badaniu rysunków kardyjograficznych i sfigmograficznych, jednakże rysunki te nie były zbierane jednocześnie i na jednym i tymże samym papierze, lecz oddzielnie. Wprawdzie nawet z porównania takich oddzielnie otrzymanych obrazów serca i tętna, można wyprowadzić niejakić mniej więcej prawdopodobne wnioski, w każdym jednak razie tam, gdzie rzecz idzie o spólcześnieść ruchów serca i tętna, stanowczo decydować mogą tylko obrazy nakreślone jednocześnie, jeden nad drugim, na jednym i tymże samym papierze. W takim tylko razie będziemy w stanie odnaleźć w samym sercu przyczynę takiej lub innej nieprawidłowości tętna.

Poligraf *Grumma ch'a*<sup>2)</sup>, który z powodu wyżej przytoczonych względów okazał mi się najodpowiedniejszym do przeprowadzenia badań nad tak zwaną hemisystoliją serca, składa się głównie z następujących części: 1) walca, obracającego się za pomocą przyrządu zegarowego naokoło osi poziomej; 2) kardyjo—; 3) sfigmo—; 4) chronografu.

1). Walec, na którym nalepia się papier okopcony i na którym poruszają się odpowiednie strzałki, posiada 12 ctm. wysokości, 15 ctm. średnicy a w obwodzie 46 ctm.. Wystająca z obu stron oś wspomnianego walca umieszczona jest w wyłobieniu dwóch metalowych słupków, w których walec obracać się może na podobieństwo różna. Na jednym końcu osi walca, mianowicie tej części, która znajduje się na zewnątrz słupków podtrzymujących walec, umieszczona jest tarcza mosiężna, mająca 12 ctm. średnicy, grubości 4 mm.. Tarcza

---

1) Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin. 1880. Nr. 18.

2) Poligraf *Grumma ch'a*, którym się głównie posługiwałem w badaniach moich nad arytmiją serca, sprowadzony został w roku przeszłym przez prof. *Lambli'a* do kliniki terapeutycznej (w szpitalu Ś-go Duchy). Za grzeczność, jaką mi Szan. prof. *Lambli* wyświadczył, przez pozwolenie korzystania z poligrafu i licznego materiału klinicznego, składam uprzejme podziękowanie, jak również i Sz. Koledze *Goldflamowi*, asystentowi wspomnianej kliniki, za okazaną mi pomoc w kardyjograficznych studyjach moich.

ta spotyka się z drugą mniejszą tarczą, o średnicy 4 ctm, grubości 3 mm., która zostaje wprowadzoną w ruch za pomocą przyrządu zegarowego. Ponieważ zaś dopiero co wspomniana mniejsza tarcza dotyka w kierunku prostopadłym większej tarczy, zatem w czasie biegu przyrządu zegarowego poruszenia mniejszej tarczy udzielają się większej, a tem samem i walcowi. Przyrząd zegarowy umieszczony jest na szynach, po których dowolnie za pomocą odpowiednich śrubek może być więcej lub mniej przysunięty do większej tarczy mosiężnej, znajdującej się na jednym końcu walca. Tym sposobem mniejsza tarcza, należąca do przyrządu zegarowego, może stosownie do woli naszej dotykać większej tarczy albo bliżej obwodu, albo bliżej środka tej ostatniej, wskutek czego walec obracać się będzie z prędkością większą lub mniejszą, od 2—6 ctm. na sekundę.

Ponad mosiężnym walcem, równolegle do niego, unosi się poprzeczny pręt metalowy, wsparty na dwóch innych prętach. Poprzeczny pręt metalowy służy do umieszczenia strzałek, przeznaczonych do kreślenia ruchów serca, tętna i czasu na walcu.

Do przenoszenia ruchów serca i tętna na walec służy kardyjograf i sfigmograf. Każdy z nich składa się: a) z małej peloty, połączonej z rodzajem bębena, napelnionego powietrzem. Bębenek ten składa się z wklęsłej okrągłej blaszki metalowej, ponad którą rozciągnięta jest cienka błonka gutaperkowa. Na powierzchni bębena, przeciwległej tej, z którą pelota pozostaje w związku, przymocowaną jest mała rurka, komunikująca z jamą bębena. Rurka ta łączy się b) z dłuższą rurką gutaperkową, której grubość ścianek wynosi 5 mm., światło — 2,5 mm., długość zaś około 50 ctm.; pelota przykłada się na miejsce uderzenia wierzchołkowego lub na tętno, wspomniana zaś dopiero co rurka gutaperkowa służy do przenoszenia ruchów tętna lub serca za pomocą powietrza do bębena c) podobnego do powyżej opisanego. Do powierzchni bębena, przeciwległej tej, która się łączy z rurką gutaperkową, przymocowana jest delikatna cienka strzałka, mająca 14 ctm. długości, przeznaczona do kreślenia ruchów serca lub tętna na obracającym się walcu. Co się tyczy chronografu, to ten służy do ścisłego oznaczenia czasu, w jakim walec obrót swój wykonywa. Składa się zaś a) z piszczalki z języczkiem (*Zungenpfeife*); b) z rezonatora; c) z przyrządu, rozrzedzającego powietrze.

Piszczalka grubości pióra gęsiego, długości 12 ctm., posiada języczek, do którego przytwierdzone jest cienkie piórko, przeznaczone do kreślenia wahań języczka na obracającym się walcu. Rezonator składa się z metalowej próżnej kuli, opatrzonej dwiema metalowymi rurkami, z których jedna łączy się z piszczalką, druga zaś z przyrządem rozrzedzającym (wsysającym) powietrze; w rurce kauczukowej, łączącej rezonator z przyrządem aspiracyjnym, mieści się kurek, służący albo do połączenia, albo do rozdzielenia powietrza, znajdującego się w rezonatorze i w przyrządzie aspiracyjnym. Skoro w tym ostatnim, podobnym zupełnie do aparatu *Waldenburg'a*, rozrzedzać będziemy powietrze, a jednocześnie otworzymy kurek, to wskutek prądu powietrza zewnętrznego, wpadającego do przyrządu aspiracyjnego, zostanie wprowadzoną w drganie piszczalka, a więc i piórko, które na walcu kreślić będzie swoje drganie w postaci delikatnych króseczek. Piszczalka nastrojona jest na ton  $\Lambda$ , który jak



wiadomo wykonywa 110 drgań na sekundę, tym sposobem każda podwójna kreska odpowiadać będzie czasowi 0,009 sekund.

Przed zastosowaniem poligrafu należy przedewszystkiem przekonać się, czy strzałki przeznaczone do kreślenia ruchów serca i tętna są jednakowej długości i czy końce, ich dotykające się okopconego papieru, naklejonego na walcu, znajdują się jeden nad drugim na jednej linii równoległej do osi walca; na tejże samej linii powinien się znajdować koniec piórka, znaczący czas. Następnie przykładamy jedną pelotę, mianowicie większą, na międzyżebrze, w którym uderzenie wierzchołkowe jest najsilniejsze, drugą zaś mniejszą na tętnicę promieniową, lub zresztą inną, np. szyjową, lub nawet na żyłę, stosownie do potrzeby. Peloty wspomniane przytwierdza się za pomocą tasiemek, niekiedy jednak pelota większa, przeznaczona do przenoszenia ruchów uderzenia wierzchołkowego na przyrząd piszący, obsuwa się przy poruszaniu się chorego, wtedy niezbędnem jest utrzymywanie tejże w jednakowem położeniu za pomocą ręki. Ucisk jednak, wykonywany ręką, powinien być nieznaczny i jednostajny, gdyż inaczej otrzymać łatwo fałszywe obrazy ruchów serca. Po utwierdzeniu w odpowiednich miejscach pelot wraz z należącymi do nich bębnekami, łączymy te ostatnie z dwoma bębnekami, przeznaczonemi do przenoszenia ruchów serca i tętna na strzałki.

Tym sposobem skoro walec zostanie w ruch puszczony za pomocą przyrządu zegarowego, to ruchy tętna i serca nakreślone zostaną na okopconym papierze w postaci dwóch krzywizn, znajdujących się jedna pod drugą. Trzeci zaś wążki pasek, złożony z drobnych kręseczek i położony poniżej dwóch poprzednich obrazów, oznacza czas.

Co się tyczy szybkości obrotu walca, którą w badaniach swoich używałem, to wynosiła ona 2 ctm. na sekundę. Wprawdzie przyrząd zegarowy może być tak ustawiony, iż szybkość obrotu walca dojść może do 6 ctm. na sekundę, ja jednak kreśliłem zwykle obrazy kardyjograficzne przy niezbyt szybkim obrocie walca, a to z powodu, aby na jednym i tymże samym papierze otrzymać jak największą liczbę uderzeń serca. Ta ostatnia okoliczność jest rzeczą bardzo ważną w razach, kiedy mamy do czynienia z zaburzeniem rytmu ruchów serca i kiedy idzie nam o wyszukanie pewnej peryjodyczności, której za pomocą krótkich obrazów ruchów serca wykryć nie podobna. (D. c. n.)

---

## II. KILKA RYSÓW Z SYMPTOMATOLOGII OBŁĄKANIA EPILEPTYCZNEGO.

Napisał D-r med. **A. Erlicki**,  
docent prywatny akademii lekarskiej w Petersburgu.

---

(Dokończenie. — Patrz Nr. 15).

Objawy psychicznego rozstroju, które następują wkrótce po napadzie epilepsji, bywają, jak to już wyżej wspomniano, dłuższe i daleko cięższe aniżeli te, które przychodzą przed napadem.

Po krytycznym śnie, który zwykle zamyka napad epilepsyi, chory znajduje się pewien czas w stanie odrętwienia, w którym wszystkie sprawy ruchowe są jakby zatrzymane w swoim biegu (*stupor*, Kraft-Ebing). Chory w takim stanie mało się porusza, albo pozostaje zupełnie nieruchomym, ani słowa nie mówi, oczy ma przymrużone, lub nieruchomo utkwione w jedno miejsce. Biernie się zachowuje względem całego swojego otoczenia, a niekiedy nawet wpada w rodzaj kateleptycznego stanu, zachowując nader długo nadane jego członkom położenie.

Po paru godzinach takiego stanu, niekiedy nieco później, chory raptem i najniespodziewaniej zrywa się i zaczyna bić, łamać, palić i niszczyć wszystko co się w okóło niego znajduje. W takiej chwili chory rani lub zabija pierwszym lepszym narzędziem, które mu wpadło w ręce, każdego, kto się bliżej znajduje. Często rzecz na tem się nie kończy; chory biegnie naoslep przed siebie i dalej niszczy wszystko i rani wszystkich, których na drodze spotkał, wykazując przytem nadzwyczajną dzikość i okrucieństwo, dochodzące niemal do krwiożerczości. Taki chory zwykle pastwi się nad ofiarą, zadając jej wielokrotne rany; zabitych rozcina na kawalki i t. p..

Takiemu stanowi epileptyków towarzyszą nadzwyczaj żywe i przerażające urojenia. Bredzenie wytwarza się przytem rzadko, z powodu krótkotrwałości całego napadu zaburzenia psychicznego. Jeśli zaś przychodzi do powstania bredzenia, to ono bywa tylko przejściem i ma zawsze charakter prześladowania. Nakoniec nieodłączną od takiego stanu jest zupełna utrata samowiedzy.

Straszne urojenia epileptyków w czasie podobnego napadu najczęściej występują w zakresie wzroku i słuchu, bywają wszakże i w zakresie innych zmysłów. Tego rodzaju chorzy widzą przed sobą rozbójników, dybiących na ich życie, widzą przygotowania i ceremonije dla wykonania nad nimi kary śmierci, najrozmaitsze okrutne sceny tortur inkwizycyi, widzą krew i ogień, piekło i wszystkie jego męki, jednym słowem cały szereg wstrząsających duszę człowieka obrazów. Czasami słyszą jednocześnie straszne wyroki przekleństwa i przepowiednie śmierci i wiecznych męczarni; czują przytem szczególniejszy zapach dymu, smoly, krwi i t. p., a nawet czują na skórze gorąco jak od ognia.

Gwałtowny ten okres nigdy nie trwa długo; po kilku godzinach, rzadziej po kilku dniach, chory uspakaja się i to zwykle dosyć prędko, a nawet raptem, tak jakby się ze snu przebudził. Wtedy chory najzupełniej nic nie pamięta o tem wszystkim, co się z nim działo i co on sam przez ten czas zrobił.

W tem ponapadowem obłąkaniu epileptycznem, zupełnie tak samo jak i w poprzednim przednapadowem, najczęściej się zdarza spotykać niezupełny zbiór wszystkich wyliczonych objawów, a tylko niektóre z nich. Wszystko się ogranicza np. do samych tylko urojeń, albo do przejściowego bredzenia prześladowczego bez urojeń, albo nakoniec do jakiegoś jedyne go czynu, który najczęściej jednak bywa mniej lub więcej występny.

Objawy te wszakże, chociaż występują oddzielnie, nigdy nie tracą pewnej swojej osobnej właściwości, a mianowicie urojenia i bredzenia; prześladowania zawsze bywają niezwykle straszne i mają groźny charakter; postęпки zaś odznaczają się cechą bezwiednej popędliwości i dzikiem okrucieństwem. Przytem



zawsze i w każdym przypadku samowiedza pozostaje najzupełniej beczynną, co w następstwie charakteryzuje się zupełnym brakiem pamięci o wszystkim, co zaszło.

Podobny stan zaburzenia psychicznego po napadzie epileptycznym często występuje w lżejszej formie i wtedy odpowiada tak zwanemu przez Kraft-Ebing'a zamroczeniu (*Dämmerzustand*).

Stan zamroczenia zatem niezem innym się nie różni od poprzedniego, tylko stopniem nateżenia objawów. Urojenia i bredzenia prześladowcze bywają nieco łagodniejszego charakteru. Postępki chorego, chociaż zachowują cechę pośpiechliwości, odznaczają się mniejszem okrucieństwem. Nakoniec w takich razach nie ma zupełnej beczynności samowiedzy; jest tylko znaczne jej przyćmienie i dla tego podobni chorzy zachowują nadzwyczajnie słabe i zaledwie częściowe wspomnienie o tem, co się stało w czasie trwania napadu obłąkania.

Zamroczenie najczęściej kojarzy się z niezupełnemi napadami epilepsyi i samo przez się uwydatnia często pojedyncze tylko objawy rozstroju psychicznego.

Wyliczone dotąd odmiany pierwszej formy obłąkania epileptycznego, rozwijającego się bezpośrednio przed lub po napadzie epilepsyi, bywają najczęściej przedmiotem dochodzenia sądowo-psychiatrycznego, ponieważ tacy chorzy popełniają wiele rozmaitych ciężkich przestępstw. Podobne przestępstwa tem łatwiej podlegają śledztwu sądowemu, że obłąkanie epileptyczne bardzo często zjawia się gwałtownie i niespodziewanie, trwa taką chwilę, jaka wystarcza do popełnienia zbrodni i natychmiast przechodzi, nie pozostawiając po sobie chwilowo żadnych śladów w duchowej sferze chorego.

Zdarza się, że podobni chorzy ranią lub zabijają osoby, do których uprzednio już czuli nienawiść lub wstręt; w takich razach wszakże należy to przyjąć wyłącznie na karb zbiegu okoliczności i niedopatrywać w tem zbrodniczego rozmysłu, mając zawsze na uwadze, że wszystkie działania epileptyków w chwili napadu obłąkania są zawsze wynikiem bezwiednego popędu, lub nieświadomej i nieprzewyciężonej skłonności.

Podług nowszych autorów do tych form zaburzenia duchowego należy zaliczyć wiele przypadków, które wprzód uważano jako *mania transitoria*, *raptus melancholicus*, pewne odmiany *maniae periodicae* i t. d.

Drugą kliniczną formą obłąkania epileptycznego jest ta, która się rozwija w czasie dłuższych przerw między dwoma napadami epileptycznemi i którą Falret nazywa „*folie épileptique*“.

Ta forma odróżnia się od poprzednich przedewszystkiem swoim znacznie dłuższem trwaniem.

W ogólnym nastroju ducha chorych przy tej formie obłąkania epileptycznego spotyka się najczęściej pewien stopień przygnębienia; bywają jednak przypadki najzupełniej manijakalnego podniecenia.

Urojenia po większej części bywają także charakteru przestraszającego, chociaż cokolwiek słabsze, niż w poprzedniej formie. Bredzenie chorych odpowiada nastrojowi ducha i dla tego najczęściej przyjmuje przykry charakter prześladowania. Dostyc często zdarza się spotykać w podobnych przypadkach bredzenie religijne, przy którem chorzy ciągle przytaczają wyjątki z pisma świę-

tego, wspominają nazwiska świętych i t. d. S a m t nazwał takie słownictwo nomenklaturą bożą (*Gottnomenclatur*).

Tego rodzaju choroby nie wykazują ani takiej dzikości i okrucieństwa w swoich postępках, ani też tego szczególniejszego popędu do niszczenia wszystkiego, co na drodze, o którym była mowa wyżej; często wszakże dochodzą do stanu afektu z charakterem zapalczowości i w działaniach swoich podlegają popędowi bezwiednym. Wspomnienia, jakie choroby zachowują o czynach spełnionych w chwili afektów, są tylko nader ogólne, przyémione i niedokładne.

Przewlekłe obłąkanie epileptyczne w ogólnej postaci bywa na pierwszy rzut oka podobnem do melancholii lub do manii; wyjątkowo zaś przyłącza się do tego niekiedy odcień swawolności (*moriantig*).

F a l r e t przyjmuje dwie odmiany tej formy klinicznej; jedną z nich nazywa „*grand mal intellectuel*“; jest to ta sama postać, którą Kraft-Ebing uważa za *stupor*; drugą nazywa „*petit mal intellectuel*“ i ta mniej więcej odpowiada formie, oznaczonej przez Kraft-Ebing'a, jako *Dämmerzustand*. Czas trwania tej formy obłąkania epileptycznego może się przeciągnąć do paru miesięcy, a nawet nieco dłużej, stosownie do prędzej lub później następującego napadu epilepsyi.

Niezależnie od opisanych klinicznych form obłąkania, epileptycy po większej części, prędzej czy później, przechodzą w stan osłabienia zdolności umysłowych, który kończy się zupełnem niedoleżtstwem umysłowem.

Taki los spotyka zwykle tych, u których napady epilepsyi powtarzały się w ciągu długiego szeregu lat, następowały częściej i były silniejsze. Stan osłabienia zdolności umysłowych epileptyków niczem się nie różni od takiegoż stanu, stan który czasami następuje po pewnych pierwotnych formach chorób umysłowych. Ten zatem tutaj, jak i wszędzie, charakteryzuje się zupełną niezgodnością pomiędzynuczuciami, wyobrażeniami i postępkami chorego, ograniczonym zakresem myślenia, brakiem wszelkiej twórczości, przewrotnością logiki, osłabieniem pamięci i t. d.

Pochodzenie i natura osłabienia zdolności umysłowych u epileptyków po największej części daje się rozpoznać po samych napadach epileptycznych, czy takowe trwają jeszcze w danej chwili, czy też istniały wprzód. Za niejaka pomocniczą wskazówką w tym względzie mogą służyć antropologiczne oznaki zwyrodnienia (*asymetria* i t. p.), gdzie takowe istnieją.

Niektórzy autorowie nie uważają upadku zdolności umysłowych ani za konieczne następstwo, ani za nieuniknionego towarzysza epilepsyi i na dowód swego twierdzenia przytaczają jako znanych epileptyków takich ludzi, jak Cezar, Petrarka, Mahomet i Napoleon I.

F a l r e t <sup>1)</sup> jednakże wypowiada w 1-szym swoim wniosku najzupełniej słusznie, że chociaż zdarzają się wyjątkowo przypadki, w których często napady epilepsyi nie wywołują w ciągu nader długiego czasu osłabienia zdolności umysłowych, jednakże znaczna większość epileptyków kończy swoją karyjerę zupełną niemocą umysłową.



Zaznajomiwszy się chociaż w najogólniejszych zarysach z charakterem epileptyków i ze wszystkimi odmianami ich obłąkania, pozostaje nam jeszcze kilka słów powiedzieć o związku, jaki istnieje między tem obłąkaniem i napadami samej epilepsyi.

Niektórzy, szczególnie dawniejsi autorowie, przyjmowali każde psychiczne zaburzenie epileptyków za bezpośrednie następstwo samej neurozy. Potem wszakże zwrócono uwagę na tę okoliczność, że czasami napady epilepsyi znikają i dopiero po roku, albo nawet jeszcze później rozwija się obłąkanie pod jakąkolwiek bądź z wyżej wspomnianych postaci. Takie przypadki objaśniano tem, że neuroza przeistacza się (*transformatio*) w psychozę.

Drudzy znów, i wśród nich F a l r e t, twierdzą słusznie, przynajmniej co do przypadków wrodzonej epilepsyi, że tak neuroza jak i psychoza epileptyków stanowią dwa zupełnie samodzielne, a tylko wzajemnie dopełniające się objawy jednej i tej samej choroby, zależącej od anormalnej organizacyi mózgu, objawy, które niekiedy mogą występować z osobna, jeden bez drugiego. To twierdzenie najzupełniej stwierdza sama obserwacyja, a z drugiej strony pozwala ono objaśnić wszystkie zawikłane przypadki obłąkania epileptycznego, które tak często napotyka się w praktyce.

I tak, oprócz tych przypadków obłąkania, którym towarzyszą całkowite napady epileptyczne, dosyć często zdarza się spotykać i takie, w których 1-o do napadu wcale nie dochodzi i wszystko ogranicza się do niewyraźnych zwiastunów (*aura*), jak np. nieznaczny zawrót głowy, uczucie zimna lub mrowienia w różnych okolicach skóry i t. p.; 2-o napad nie sprowadza ogólnych drgawek, a tylko jednostronne, na jednej połowie ciała, lub nawet w jednej tylko jakiegokolwiek okolicy, jak np. twarzy, kończynie górnej i t. p.; czasami zaś objawia się w postaci skurczów kilku, lub nawet jednego mięśnia twarzy. Odpowiednio do takich słabo wyrażonych k o n w u l s y j inne fizyczne objawy także bywają lżejsze. Chory np. nie tylko nie pada przy takim ataku, lecz pozostaje w stojącym, zupełnie prawidłowym położeniu i po kilku zaledwie sekundach nieprzytomności natychmiast przychodzi do siebie. Czasami nawet nie bywa przytem zupełnej nieprzytomności i chory zachowuje niejakię wspomnienie o tem, co z nim zaszło.

Podobnym niezupełnym napadom epilepsyi mogą jednakże towarzyszyć nader silne zaburzenia psychiczne; powstają one natychmiast po napadzie zupełnie tak samo jak i wtedy, kiedy napad bywa zupełny; przy rozpoznaniu istoty psychozy w takich razach nie może być żadnych trudności, albowiem najslabszy, nawet cząstkowy atak epilepsyi może być zawsze z zupełną pewnością stwierdzony przez otaczających, nie mówiąc już o samych chorych, którzy często mogą nam dać niejakię objaśnienia

W daleko trudniejszym położeniu znajdujemy się w takich razach, kiedy spostrzegamy pewne objawy zaburzenia duchowego, dające niejakię prawo uważania go za obłąkanie epileptyczne, tymczasem najakuratniejsze badanie nie odkrywa ani śladu napadu epileptycznego. Prawie wszyscy autorowie zgadzają się na to, że w podobnych razach bywają napady epilepsyi podczas nocy i dlatego łatwo mogą ujsć uwagi pilnujących. I chociaż przeciwko temu twierdzeniu możnaby przytoczyć fakt, że nocne napady epileptyczne często pozostawiają

po sobie takie same ślady jak i dzienne, jak np. przygryzanie języka, pianę na ustach, czerwone plamy na czole lub szyi, mimowolne wydzielenie moczu lub kału i t. d., to jednakże fakt ten traci na wartości o tyle, o ile podobne następstwa sprowadza zwykle zupełny i silny atak epilepsyi z ogólnymi drgawkami, a nie ataki słabe i cząstkowe.

Zupełnie tak samo jak nocne częściowe napady epilepsyi mogą ująć uwagi śledzącego i takie ataki, które wyłącznie ograniczają się do obitego wydzielenia potu (Emmighaus. *Arch. f. Psych. Bd. IV. Heft 3*), które wyrażają się peryodami szczególniejszej senności (Westphal. *Arch. für Psych. Bd. VII. Heft 3*, i Fischer *Arch. f. Psych. Bd. VIII. II. I*) i omdleniami z utratą samowiedzy (przytomności) na jedno oka-mgnienie (Kraft-Ebing) i t. d.

W takich to właśnie przypadkach dla rozstrzygnięcia kwestyi o epileptycznej naturze podejrzanego psychicznego zaburzenia, lub jakiegokolwiek nieprawego postępku, powinniśmy się posługiwać znajomością charakteru epileptyków w ogóle i danego osobnika w szczególności i znajomością wszystkich cech, właściwych obłąkaniu epileptycznemu, które powyżej były wspomniane. Tą drogą idąc, najczęściej jesteśmy w stanie wyjść zwycięzko z danej wątpliwości.

Pozostaje mi jeszcze tylko ostatniem słowem zwrócić uwagę na tę ważną okoliczność, że jeśli w jakimkolwiek przypadku, mającym cokolwiek wspólnego z obłąkaniem, lub charakterem epileptyków, nie podobna odkryć epileptycznych napadów konwulsyjnych, to zupełnie jeszcze nie dowodzi, że takowe nie istnieją; daleko sprawiedliwiej będzie przypuścić, że one z powodu niedokładności naszej obserwacyi mogą być skrytymi.

---

### III. SZKODLIWY WPŁYW ZGRZYTANIA I SZCZĘKOŚCISKU NA ZĘBY.

ZARADZENIE ZŁEMU NA DRODZE MECHANICZNEJ.

Podał D-r **Fr. Kobylński.**

---

Patogeneza przypadłości zgrzytania zębami jest dla nas równie zagadkową, jak i inne objawy występujące na tle podrażnienia ośrodków nerwowych. Raz zgrzytanie zębami, albo też silne skurczowe zaciskanie szczęk może być uważane jako wynik podrażnienia obwodowych zakończeń nerwów czuciowych, drugi raz szukać należy przyczyny w zmianach patologicznych samych ośrodków nerwowych, z których pobudzenie przenosi się na nerwy ruchu. W pierwszym przypadku bodźcami drażniącymi nerwy czucia mogą być różne wpływy zewnętrzne, jak niska ciepłota, a właściwie mówiąc nagła zmiana tejże; dalej drażnienie podczas snu powłoki skórnej szorstkimi nakryciami, co głównie spotyka się przy łuszczycy i pryszczycy (*psoriasis, eczema*). Nieraz przekonujemy się, że ząb próchniejący jest bodźcem drażniącym, po usunięciu bowiem takiego ustępuje zgrzytanie. Znane są przypadki, że usunięcie ciała obcego z organizmu np. kuli, odłamanej igły i t. p., lub też wycięcie tkanki bliznowatej na zagojonej ranie, albo usunięcie nowotworu oswobadza chorego od



zgrzytania zębami, szczękoscisku, lub nawet napadów padaczkowatych. Zgodzić się również musimy w wielu przypadkach z określeniem już dawnych praktyków, że u dzieci, cierpiących na zgrzytanie zębami, należy podejrzewać obecność pasożytów w przewodzie pokarmowym; objaw ten da się objaśnić na drodze odruchowej.

Zgrzytanie zębami podczas snu u ludzi, cierpiących na gościec przewlekły (*rheumatismus chronicus*) stawów lub błon surowiczych, osobliwie opłucnej, osierdzia lub twardej opony mózgowej, objaśnić sobie możemy przez ucisk wysięku zapalnego na zakończenia nerwowe w torebce maziowej lub błonie surowiczej, które znów odruch wywołuje.

Zgrzytanie zębami lub szczękoscisk, jaki się spotyka u ludzi niedokrwistych, z wadami serca, przy tańcu św. Wita (*chorea*) i padaczce (*epilepsia*) należy uważać, jako objaw zmian patologicznych w samych ośrodkach nerwowych, o czym nas przekonywają doświadczenia Brown - Sé q u a r d'a nad obrażeniem mleczapacierzowego, Tenner'a i K u s s m a u'la nad wycięciem półkuli mózgowej. Szczękoscisk, jako też zgrzytanie zębami z jakichkolwiek bądź przyczyn pochodzą, wpływają szkodliwie na zęby. Czasami następstwa te są łatwo dostrzegalne, w innych razach mogą być dostrzeżone tylko przy skrupulatnem badaniu za pomocą szkieł powiększających.

W znacznej liczbie przypadków wypaczenia szeregów zębowych w szczęce, tylko zgrzytanie zębami możemy przyjąć za przyczynę tego zniepokobienia. I nic dziwnego, jeżeli zgrzytanie powtarza się często, osobliwie u osób młodych, gdzie zęby nie są zbyt silnie obsadzone w zębodołach i gdzie same zębodoły są jeszcze łatwo podatne, to zęby mogą się odchyłać od prawidłowego kierunku nabok, obracać się naokoło swej osi podłużnej, zachodzić jedne za drugie, skutkiem nadmiernego nacisku zębów przeciwległej szczęki.

Pod wpływem tego samego czynnika ulegają zęby częstokroć uszkodzeniom. Uszkodzenia te przedstawiają się nieraz w postaci nieznacznych pęknięć szkliwa (emalii), dostrzegalnych tylko za pomocą szkieł powiększających; w innych przypadkach złamanie przechodzi i na głębsze warstwy zęba, czasami nawet pęknięcie może dochodzić aż poza szyjkę zębową na sam korzeń. W innych razach korony zębów przedstawiają się startemi, jakby zeszlifowanemi, lub też z nierównymi odłamami, co spotykamy osobliwie na zębach siecznych.

Największy i najszkodliwszy wpływ na wykształcenie się łuków zębowych wywiera zgrzytanie zębami podczas wyrzynania się zębów stałych (*dentes permanentes*), ząb bowiem zaledwie się zaczyna pokazywać z dziąseł już ulega nadmiernemu uciskowi od zębów przeciwległych, skutkiem czego to wyrzynanie się bywa powstrzymywane. Jeden ząb pochylony i skręcony około swej osi pionowej powstrzymuje wyrżnięcie się sąsiedniego zęba, który zmuszonym jest szukać sobie innej drogi, a tym sposobem przyczynia się jeszcze bardziej do nienormalnego ustawienia się szeregu zębowego. Nieraz ząb przy wyrzynaniu natrafia na wywrócony przez zgrzytanie ząb sąsiedni, zaczepia się koroną o takowy i może pozostać bardzo długo ukrytym pod dziąsłem.

Nieprawidłowe ustawienie kilku zębów, powstałe wskutek zgrzytania, może przeszkadzać często nietylko wykształceniu się foremnego szeregu zębów

lecz nawet wzrostowi samych szczęk. Zęby sąsiednie, zachodząc jeden na drugi, zajmują mniejszą przestrzeń w szczęce, niż gdyby zajmowały przy ustawieniu normalnem. Dlatego też i wyrostek zębodołowy szczęki staje się krótszym, a szczeka odstępuje od formy, jaką by przyjęła, gdyby szereg zębów był należycie ustawionym.

Obrażenia szkliwa zębowego, a tembardziej uszkodzenia głębszych warstw zęba stają się zwykle dla zęba szkodliwemi, chociaż by dla tego, że w takich miejscach szybko rozwija się próchnienie. Jeżeli pęknięcie było głębsze, to próchnienie szerzy się po całej rozpęklinie, a dostawszy się do substancji zębowej (*dentina*), niweczy ją na znacznej przestrzeni pod pokrywą twardszego od niej szkliwa. Podobne psucie się zęba bywa zwykle bardzo późno dostrzeżone przez chorego i nic dziwnego, gdyż ząb napozór przedstawia się prawie zupełnie zdrowym, zaledwie na szkliwie posiada czarną rysę. Nierówne odłamki korony, jeżeli zawczasu nie zostaną obrównane i wygładzone, stają się również miejscem sprzyjającym rozwojowi próchnienia.

Zgrzytanie zębami lub też szczękoscisk i na ozębną wywiera wpływ szkodliwy. Zęby, obruszane w swej osadzie i nagniatane wciąż przez zęby przeciwległej szczęki, powodują przekrwienie ozębnej, wyrażające się bólem, najbardziej przy nagryzaniu odczuwanym. Przy leczeniu *periodontitidis* (zapalenie ozębnej) należy mieć zawsze na uwadze ten wzgląd etyjologiczny, jeżeli bowiem zapalenie ozębnej wywołane jest przez zgrzytanie zębów, to z pewnością żadne środki odciążające, stosowane na okolicę zębodołową, nie przyniosą ulgi. Patognomicznym objawem zapalenia ozębnej, przez zgrzytanie wywołanego, jest jednoczesne zapalenie dziąseł i rozprzestrzenienie się zapalenia ozębnej na większą liczbę zębów.

Nie przeczę temu, aby podobne objawy nie mogły zdarzyć się i przy zapaleniu ozębnej, powstałym z innych powodów, jednakże w żadnym przypadku natężenie, tak pod względem zewnętrznego wyglądu przekrwionych dziąseł, jak i uczucia bólu, nie występuje z tak jednakową siłą na wszystkich zębach.

I sama miazdra zębowa nie może być obojętną na zgrzytanie. Miazdra w podobnych przypadkach ulega przekrwieniu, a bóle, wskutek tego powstałe, bywają albo przelotne, albo bardzo długo przesładują chorego, w postaci rwy zębowej.

Wspomnieć nakoniec wypada o zniszczeniach, jakim uleść mogą plomby w zębach przy zgrzytaniu, a zarazem i o aparatach sztucznych zębów, wstawionych w szczękę, doznające zbytniego wzajemnego się tarcia i nacisku

Plomby, osobliwie zastępujące część gryzącą zęba, lub też boczne, tak zwane konturowe, t. j. zastępujące boczną część korony, ulegają wskutek zgrzytania bardzo szybkim i znacznym uszkodzeniom, niezależnie od materiału użytego na plombę. W innych razach, mimo że plomba nie jest dotykana bezpośrednio przez przeciwległe zęby, to jednak uszkodzenie plomby może także mieć miejsce i raz jest ono znaczniejsze, drugi raz mniejsze, co zależy: 1-o od częstości i siły z jaką się zęby zaciskają, 2-o od wieku chorego, 3-o od twardości samego zęba, 4-o od wielkości otworu, który przez plombę został zapełniony, 5-o od materiału, jaki na plombę został użyty. Jeżeli zgrzytanie zębami lub



szczękoscisk odbywa się bez znaczniejszego nateżenia, a tem bardziej, jeśli się rzadko powtarza, to wpływ na plomby, niedotykające swych antagonistów, jest prawie żaden; przeciwnie, jeśli te występują ze znacznem nateżeniem, wstrząsającym zęby w osadach, co osobliwie daje się spostrzegać przy napadach padaczki, to plomby, zwłaszcza kruche, mogą podlegać znacznemu uszkodzeniu. U osób młodziutkich lub osób, posiadających zbyt kruche zęby (matowe, lub z niebieskim odcieniem), przez silne, spazmatyczne zaciskanie zębów, nietylko plomby lecz i całe zęby mogą ulegać zupełnemu zniszczeniu. Jeżeli otwór w zębie jest nieznaczny, ze wszech stron otoczony zdrową substancją zębową, to plomby w takich otworach ulegają małemu uszkodzeniu, jeśli tylko zdrowa część zęba nie zostanie przez zgrzytanie połamaną. Co się tyczy materjałów na plombę użytych, to złoto bezwarunkowo jest w takich razach najodpowiedniejszym, jako najpodatliwsze, tem więcej, jeśli na miękko (bez ognia) było użyte. Wszelkie rodzaje amalgamatów, pomimo znacznej twardości, łatwo ulegają uszkodzeniu. Już sama własność kurczenia się plomb amalgamowych w zwykłych warunkach nie pozwala im szczelnie przylegać do ścian otworu, przy wstrząśnieniu więc zębów plomby takie jeszcze bardziej się obruszają w swych osadach, przez co ślina łatwiej ma dostęp do ścian otworu w zębie. Plomby cementowe (emalijowe, porcelanowe) przynajmniej o tyle mają wyższość nad plombami amalgamowymi, że choć część zewnętrzna takiej plomby skutkiem swej kruchości ulegnie uszkodzeniu, to jednak, przylegając szczelnie pozostałymi częściami do ścianek otworu w zębie, chroni go od dalszego psucia się.

Przyrządy zębów sztucznych przy zgrzytaniu zębami ulegają także uszkodzeniu, lub też obecnością swą w ustach szkodzą zębom naturalnym i wywołują stan zapalny części miękkich szczęki w tych miejscach, z którymi się stykają. Jeżeli zęby sztuczne są usadzone na ćwieczkach drewnianych lub metalowych, to przy zgrzytaniu w krótkim czasie tak się obluźniają, że z łatwością z ust wypadają, lub nawet mogą być połknięte. Z drugiej strony ćwieczki, zwłaszcza metalowe, mogą tak silnie wywierać ciśnienie na korzeń zębowy, na który są założone, że korzeń zęba pęka, albo też powstaje ostre zapalenie ozębnej, zmuszające do usunięcia korzenia z zębodołu.

Zęby, osadzone na blaszce, podczas silnego zgrzytania, wypadają z osady kanczukowej, a przy aparatach metalowych wyskakują z ćwieczków. W rzadkich przypadkach, zwłaszcza przy napadach padaczki, nawet i same blaszki mogą być zdruzgotane.

Przyrządy zębów sztucznych przy silnem, bezwiednem zaciskaniu zębów, szkodzą obecnym jeszcze w ustach zębom naturalnym; wywierając na nie silny nacisk, wywołują przekrwienie, a nawet obrażenie części miękkich, oraz odwarstwiają dziąsła z szyjek zębowych.

Co się tyczy wywiadów (*anamnesis*) u ludzi, których podejrzujemy o zgrzytanie zębami, to nieraz jest nam bardzo rzeczą trudną, a nawet niemożliwą, dojść do jakichkolwiek danych. Chorzy, podlegający zgrzytaniu zębami, rzadko wiedzą o tem, gdyż zdarza się ono albo podczas snu, albo podczas zupełnej nieprzytomności. Jeżeli więc takich chorych nie objaśnią o napadach otaczający, to nieraz nie chcą nawet przypuszczać, aby kiedykolwiek zgrzytali zębami i żeby

właśnie zgrzytanie to mogło pociągnąć za sobą tak złe następstwa dla zębów. Jednym słowem, nieraz jesteśmy zmuszeni nie zwracać uwagi na stanowcze przeczenie chorych, a li tylko zdawać sobie sprawę na zasadzie zmian, jakie znajdujemy na zębach, dziąsłach lub sztucznych aparatach.

Aby uchronić zęby od zniszczenia, zwłaszcza u osób, podlegających częstemu zgrzytaniu podczas snu, najlepiej jest zalecić im nakładanie na zęby nakładek kauczukowych, wyrobionych podług odcisków, zdjętych z ich zębów. Nakładki takie szczelnie pokrywają zęby, tak z przedniej jak i tylnej strony, a od strony gryzącej posiadają powierzchnię płaską, po której swobodnie może się posuwać szereg przeciwległych zębów, lub też w szczególnych przypadkach druga nakładka, założona na te ostatnie. W tych przypadkach, gdzie zgrzytanie odbywa się z wielką siłą, wkładam warstwę gutaperki we wnętrze nakładki, aby tym sposobem między ścianką nakładki a zębami istniała warstwa sprężysta, chroniąca od ucisku.

Podobne nakładki możemy zalecać i epileptykom, w razie jeśli ci mogą przewidywać zbliżający się u nich atak padaczki. Praktyka przekonywa nas jak nieocenione skutki otrzymać jesteśmy w stanie, stosując tego rodzaju ochraniacze zębów, osobliwie u osób młodszych. Nietylko bowiem tym sposobem zęby zostają zabezpieczone od zbytniego tarcia i ucisku, lecz (jak to się zdarza u dzieci) nakładka obecnością swą w ustach sprawiać może, że po pierwszym zgrzytnięciu śpiący bezwiednie rozwiera szczęki i więcej już ich nie ściska.

Nieuzasadnioną jest obawa, wyrażana przez niektórych chorych lub ich rodziców, jakoby nakładka, przygotowywana z twardego kauczuku, ścierała szkliwo z zębów; nakładka bowiem szczelnie obejmuje zęby, a zatem jest nieruchomą, przez nakładanie zaś i zdejmowanie codziennie nie może kauczuk zniszczyć o wiele od siebie twardszego szkliwa i przynieść więcej szkody zębom, aniżeli by one ucierpiały od bezpośredniego tarcia o siebie podczas zgrzytania.

Przy plombowaniu zębów u ludzi, podlegających zgrzytaniu, winniśmy jeszcze więcej niż w zwykłych warunkach baczyć na to, aby plomby na powierzchniach, ulegających zetknięciu z przeciwległymi zębami, nie były za wysoko zbudowane, gdyż przy pierwszym zgrzytnięciu uległyby zepsuciu. Lepiej jest w takich razach, nie zważając na estetyczne względy przyrządzać plombę niską, tak, aby przy zwartych prawidłowo szczękach plomba nawet nie dotykała przeciwległego zęba.

W ostatnich czasach wstawiałem u ludzi, podlegających zgrzytaniu zębami, plomby z celluloidu, osobliwie w zęby trzonowe, w powierzchnie gryzące. Czyniłem to głównie przy podrażnieniach ozębnej, wynikłych skutkiem zgrzytania, i mogę twierdzić, że w takich razach plomba taka jest najwłaściwszą przez swą elastyczność, a bardziej jeszcze przez największe bezpieczeństwo w porównaniu z innymi plombami w obec przewlekłych spraw zapalnych ozębnej. (O plombach z celluloidu przy *periodontitis chronica* czytałem na ostatnim zjeździe lekarzy polskich w Krakowie, a w krótkim czasie zamierzam opisać obszerniej dalsze swoje w tym względzie spostrzeżenia).



Zębów sztucznych na sztyftach bezwarunkowo nie należy wstawiać, chociażby korzeń zęba naturalnego najbardziej ku temu się nadawał i żądanie chorego było kategoryczne. Zęby bowiem takie mogą narażać chorego na ostre zapalenie ozębnej, albo — co gorzej — podczas snu wpaść nietylko do kanału pokarmowego, lecz nawet w drogi oddechowe i stać się przyczyną groźnych następstw.

Przy ustawianiu zaś zębów sztucznych na blaszce, oprócz trwałego obsadzenia zębów w aparacie, należy się starać tak je ustawić i przyszlifować, aby one, jeśli mają zastąpić brak zębów trzonowych, mogły się swobodnie poruszać na prawo i na lewo po przeciwległych zębach, zęby zaś sztuczne przednie, o ile to jest możebnem, znów tak ustawiać, aby one zbyt szczelnie nie zachodziły na lub poza zęby przeciwległe. Przygotowując zęby dla epileptyka, najlepiej jest dla trwałości osadzić je w kauczuk, drut albo siatkę platynową i takową połączyć ze sztyftami (krampon'ami) zębów sztucznych za pomocą blaszek lub drutów metalowych i przestrzegać tych samych zasad, co i w poprzednim przypadku.

Przytem należy przestrzedz chorych, ulegających nocnemu zgrzytaniu zębami i tych epileptyków, którzy mogą przeczuwać zbliżający się napad, aby pierwsi na noc zdejmowali aparat, epileptycy zaś — przed wystąpieniem napadu. Oprócz tego, należy starać się, aby aparat mógł być utwierdzonym w ustach, o ile można najtrwalej, dlatego też blaszki dla szczęki górnej należy wyrabiać obszerne, w celu wytworzenia największego pola dla przystosowania, lub też przy wązkich blaszkach nakładać silne i obszerne klamry na zęby naturalne, pozostałe w ustach. Ostrożność ta ma na celu, aby przyrząd podczas napadu nie był zepchniętym łatwo ze swego właściwego miejsca i nie wpadł do gardzieli.

Dla jaśniejszego przedstawienia przedmiotu, o którym tu mowa, podaję kazuistykę podobnych przypadków, zebraną za ostatnie 3 lata.

Na 57 przypadków, w których na mocy zmian na koronach zębowych, dziąsłach, lub porażeniu ozębnej, mogłem napewno rozpoznać, jako przyczynę tych zmian, zgrzytanie lub szczękoscisk, tylko w dwóch przypadkach sami chorzy cierpienie zębów na zgrzytanie złożyli, bez uprzedniego z mej strony w tym kierunku pytania. W 16 przypadkach na pytanie zadawane chorym, czy zgrzytają zębami, dostałem odpowiedź twierdzącą. Reszta o zgrzytaniu nie wiedziała, a z tych 11-tu nie było w stanie zasięgnąć wiadomości ze strony otaczających osób, czy rzeczywiście doznają zgrzytania. Co do wieku, to największa liczba przypada od 12-go do 27 roku życia i równa się 41 z ogólnej cyfry 57. Co do płci 17 było mężczyzn, kobiet 40.

Co do następstw ze zgrzytania lub szczękoscisku wynikłych, to liczebnie mam zanotowane, że skrzywienie łuków zębowych przytrafiło się w 39 przypadkach, połamanie lub znaczniejsze powyszczerbianie koron u 16 chorych, nadpęknięcie szkliwa to w mniejszym, to w większym stopniu stwierdziłem we wszystkich przypadkach. Również we wszystkich przypadkach, niedługo po zgrzytaniu spostrzeganych, widziałem zapalenie dziąseł z drażliwością zębów na opukiwanie; samo się przez się rozumie, że objawy te wyrażone były w różnym stopniu, zależnie od siły zgrzytania, wieku i ogólnego stanu zdrowia. W 7-u przypadkach plomby były uszkodzone, w 3-ch zaś aparaty sztucznych zębów mniej lub więcej nadwerężone.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**26. Albertoni (z Genui).** Badania nad działaniem niektórych środków lekarskich na pobudliwość mózgu, oraz przyczynek do leczenia padaczki. (*Untersuchungen über die Wirkung einiger Arzneimittel auf die Erregbarkeit des Grosshirns nebst Beiträgen zur Therapie der Epilepsie*).

A. badał wpływ bromku potasu (*kalium bromatum*), atropiny i cynchonidyny na pobudliwość mózgu, dla mierzenia której posiłkował się faktem, iż drażnienie strumieniem elektrycznym pewnych okolic substancji korowej półkul mózgowych wywołuje ruchy miarowe lub padaczkę. W tym celu u psa lub u małpy (*cercopithecus*), po odsłonięciu *zonae psychomotoriae*, oznaczał minimum siły strumienia elektrycznego, potrzebnego do wywołania ruchów w odpowiednich mięśniach i do wywołania padaczki. Następnie podawano przez pewien czas środek lekarski i oznaczano powtórnie wzmiankowane minimum. W miarę tego jak do powstania tychże ruchów mięśniowych i epilepsji potrzeba było użyć strumienia słabszego, równego lub silniejszego, wnoszono iż pobudliwość mózgu była zmniejszoną, taką samą lub zwiększoną.

Bromek potasu. Podawanie przez 2—3 tygodnie (najlepiej w jedzeniu) 1—4 gramów tego środka obniżało bardzo znacznie elektryczną pobudliwość mózgu, i to tem widoczniej, im w większych stosowano go dawkach, a nadto znosiło możność wywołania napadu epilepsji przez drażnienie kory elektrycznością. Jako przykład niech posłużymy np. doświadczenie I: u psa, wstanie zwyczajnym dopiero przy zbliżeniu cewek (bobin) przyrządu indukcyjnego na 130 mm., następuje podrażnienie ośrodka korowego dla mięśni twarzy i kończyny przedniej, a w skutek tego kurczenie się tych mięśni; przy oddaleniu ich na 110 mm. powstaje epilepsja tychże mięśni, a przy 100 mm. napad drgawek ogólnych. Po 3 tygodniowym podawaniu bromku potasu w dawce 3—5 grm. dziennie, stosunki zmieniły się do tego stopnia, iż przy 130 mm. nie ma żadnej zmiany, dopiero przy 100 mm. następuje kurczenie się mięśni twarzy, przy 90 mm. mięśni kończyny przedniej, przy 80 mm. drgawki w mięśniach twarzy i kończyny przedniej; napadu drgawek ogólnych wywołać nie można.

Po odstawieniu bromku potasu, pobudliwość mózgu na nowo powraca, tem jednak wolniej, im środek dłużej dawano. Jednorazowa jego dawka zmniejsza już pobudliwość. Przy doświadczeniach swych autor w wielu przypadkach obserwowował zwięźnienie naczyń krwionośnych mózgu.

Atropina. Że ona działa na mózg, dowodzą objawy mózgowo, występujące przy podawaniu belladony lub jej alkaloidu—atropiny (bredzenie, urojenia, złudzenia, gwałtowne ruchy i t. d.). Usprawiedliwiają one pospolitą niemiecką nazwę belladony: *Tollkirsche*. Objawy te znajdują bardzo łatwe wytłumaczenie w doświadczeniach Albertoniego, które okazały, iż atropina podnieca wszystkie czynności mózgu i zwiększa pobudliwość kory mózgowej. U psów, którym zadawano atropinę (w stosunku 1 ctgrm. na 1 kgrm. wagi ciała), już po 15—20 minutach bardzo słabe strumienie elektryczne wywoływały napad epileptyczny.

Zależność działania atropiny od podniecenia substancji korowej mózgowej z jednej strony, a z drugiej strony fakt, iż nie u wszystkich zwierząt substancja ta jest pobudliwą, a u tych, u których jest pobudliwą, pobudliwość ta nie istnieje w bardzo młodym wieku, a dopiero wzrasta z wiekiem, tłumaczy nam dlaczego np. u ptaków, atropina nawet w dużych dawkach nie wywołuje zбоceń czynności mózgu, dlaczego działa daleko słabiej u szczeniąt i u dzieci. Klinicyści od dawna już zauważyli, iż dzieci do lat 5, dobrze znoszą *tincturam belladonnae*, gdy u starszych też sama ilość wywołuje już objawy zatrucia.

Małe ilości atropiny przyspieszają czynność serca, czynią więc krążenie krwi w mózgu szybszem. Średnie ilości wywołują zwięźnienie naczyń mózgowych, a rozszerzenie naczyń obwodowych ciała.



Cynchonidyna zwiększa pobudliwość kory mózgowej, czyni u ludzi napady epileptyczne częstszymi. Zdaniem więc Albertoni'ego cynchonidyna, jak w ogóle china i jej przetwory są przeciwwskazane w epilepsji. Podawanie bromku potasu znosi możność wywoływania epilepsji przez używanie cynchonidyny.

Wpływ bromku potasu i atropiny na pobudliwość substancji szarej korowej pozwala wyprowadzić wskazania do podawania ich w epilepsji. Gdy ona zależy od stanu napięcia ośrodków nerwowych, podawać należy bromek potasu, a przeciwnie atropina jest szkodliwą. Tę ostatnią radzi Albertoni podawać w epilepsji, powstałej w skutek silnych wrażeń, np. przestrawu, przy padaczkę zależnej od zastojów w naczyniach krwionośnych w mózgu, gdyż jak widzieliśmy atropina pobudza kurczliwość mięśni naczyniowych mózgu, wreszcie w epilepsji pochodzenia obwodowego, gdyż atropina zmniejsza pobudliwość zakończeń nerwów obwodowych tak czuciowych jak i ruchowych.

(*Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Bd. XV. Hft. 3 u. 4.*)

W. Gajkiewicz.

## Wiadomości bieżące.

**Warszawa.** Rodzina zmarłego nieodżałowanego kol. Placzkowski'ego, ofiarowała pozostałą po nim bibliotekę, złożoną przeważnie z dzieł treści chirurgicznej i anatomicznej, tutejszemu Towarzystwu Lekarskiemu.

**Kraków.** Magister farmacyi i doktor medycyny Józef Łazarski, asystent przy zakładzie farmaceutycznym w Wiedniu, mianowany został nadzwyczajnym profesorem farmakologii i farmakognozyi tutejszej wszechniecy.

† Dnia 5 b. m. zmarł w Krakowie D-r Ignacy Rafał Czerwiakowski, wysłużony profesor botaniki i były rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego. Urodzony w Krakowie 1808 r., ukończył szkoły średnie, wydział filozoficzny i lekarski w Krakowie; w r. 1831 był czynnym w Warszawie w szpitalu w koszarach gwardyjskich, w r. 1833 uzyskał w Krakowie stopień Doktora medycyny, w r. 1834 mianowany został adiunktem profesora historii naturalnej, w r. 1838 profesorem tychże nauk w zakładzie technicznym, a w r. 1843 profesorem botaniki w Uniwersytecie Jagiellońskim. D-r Czerwiakowski był po czterykroć Dziekanem wydziału filozoficznego, a w r. 1863 Rektorem Uniw. Jagiel., w r. 1868 powołany został na prezesa komisji egzaminacyjnej dla kandydatów na nauczycieli gimnazjalnych; był członkiem Akademii Umiejętności i Dyrektorem wydziału matematyczno-przyrodniczego, oraz dyrektorem ogrodu botanicznego i kawalerem orderu korony żelaznej 3-ciej klasy. Od r. 1878 przeszedł w stan spoczynku. Napisał botanikę szczegółową w 6-ciu tomach. Czesć Jego pamięci.

(*Przegląd Lekarski*).

**Bonn.** Na pomnik dla niedawno zmarłego profesora Busch'a, nadesłał cesarz Wilhelm 3000 marek, a cesarzowa Augusta 2000 marek.

**Getynga.** Obchodzone tu 4 Kwietnia r. b. jubileusz 50 letniego doktoratu prof. Henle'go. Jubilat urodził się 9 Lipca 1809 r. w Fürth; medycynę studyjował w Bonn i Heidelbergu. W 1834 roku został prosektorem przy J. Müllerze, w 1837 habilitował się jako docent prywatny w Berlinie. W r. 1840 powołany został na profesora do Zurychu, gdzie z Pfeufer'em założył „Zeitschrift für rationelle Medicin“. 1844—1852 r. był profesorem w Heidelbergu, z kąd przeniósł się do Getyngi, gdzie dotychczas przebywa. Henle jest autorem słynnych dzieł „Allgemeine Anatomie“, „Handbuch der rationellen Pathologie“, „Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen“.

**London.** Założono tu pod nazwą „Association for the Advancement of Medicine by Research“ towarzystwo mające za zadanie postęp medycyny przez posługiwanie się ścisłymi metodami badania. Jednym z zadań tego towarzystwa będzie przeciwdziałanie napuściom na wiwisekeyje.

**Petersburg.** Habilitowali się tu jako prywatni docenci psychiatrii i chorób nerwowych D-rowie Czeczot i Sikorski.

— Obchodzić tu będą uroczyscie w d. 27 Kwietnia r. b. jubileusz 25-letniego zawodu profesorskiego Botkina.

Do dzisiejszego N-u „Gazety Lekarskiej“ dołącza się dla wszystkich prenumeratorów broszurkę o Cieplicach Trenczyńskich napisaną przez D-ra Filipkiewicza.

**Sprostowanie.** W N-rze 14 „Gazety Lekarskiej“, na str. 282 drzeworyt został przez pomyłkę odwrócony. Bok rysunku zwrócony ku górze powinien stanowić lewy bok rysunku.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою. Варшава 8 Апрелья 1882 г. Друк К. Ковалевскаго, Крólewska Nr. 23.

# Zakład Przyrodoleczniczy

## Wodolecznica w Nowem Mieście nad Pilicą

(gub. Piotrkowska pow. Rawski).

Od 9-ciu lat istniejący obszerny Zakład najzupełniej zorganizowany pod względem przyrządów kąpielowych, wprawnej usługi, mieszkania, dyjetetycznego stołowania i w ogóle wszelkich urządzeń zmierzających do ułatwienia i zapewnienia racjonalnego leczenia hydroterapeutycznego pod ścisłym dozorem i doświadczonego kierunkiem podpisanych dwóch stałych lekarzy.

Zakład cały rok otwarty, przyjmuje chorych jak w porze letniej, tak i zimowej. Mieszkania ogrzane i zaopatrzone w wodę, tak, że chorzy biorą kąpiele w swoich pokojach. Oszklona galerija do przechadzek. Gmnastyka i wszelkie wody mineralne. Bill-ard, fortepian i czytelnia. Pošta codziennie.

Wielec skuteczne leczenie wodą w chorobach nerwowych, w katarach wogóle, a szczególnie żołądka, kiszki, pęcherza i macicy, w przekrwieniach wątroby i śledziony, reumatyzmach, niedokrwistości, zakażeniu rzeziowem, zimnicznem, w niepłodności, otyłości, niemocy męskiej i w ogólnych osłabieniach.

Bliższe szczegóły w Warszawie w Apteczce H. Kucharzewskiego, Senatorska Nr. 48. lub w Nowem-Mieście w Zarządzie Zakładu.

J. Bieliński,

L. Rzeczniewski.

10—9

## VICTORIA woda gorzka NATURALNA

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkimi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyady Janos, a o 260 gr. więcej jak Pülna i Friedrichshall.

Polecana przez najznakomitsze powagi lekarskie i znanych lekarzy tutejszych, pomiędzy innymi przez Prof. rad. dworu *Ducheka*, rad. dworu *Bambergera*, *Auspitza*, *Lorinsera*, w Wiedniu, rzecz rad. stanu Prof. *D-ra D. Lamba*, prym *D-ra Kobylańskiego*, *D-ra Kryżego* *D-ra Zaleskiego* w Warszawie.

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

20—8

## PILULES DE BLANCARD

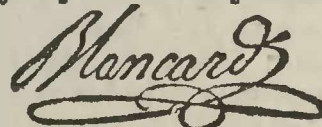
z niezmiennym jodkiem żelaza.

ZATWIERDZONE PRZEZ AKADEMJE MEDYCZYNY W PARYŻU etc.

przeciw : *Skrofułom*, *bladaczce*, *małokrwistości* i *braku menstruacji*, etc. etc.

*NB.* — Nieczysty lub podlegający zmianie jodek żelaza jest zdradliwym i rozdrażającym lekarstwem. W dowód rzetelnej czystości i wyrobu prawdziwych Piłulek Blancard'a, wymagać należy u spodu zielonej etykielki, srebrzystą pieczętkę i nasz podpis jak obok zamieszczony.

Znajdują się we wszystkich aptekach.



Blancard, aptekarz, rue Bonaparte, 40, Paris.

Wystrzegać należy się podrabian.

## SOLEC

### Najsilniejsze wody siarczano-słone

Sezon otwarty od 20 Maja.

6—2



# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. J. P a w i ń s k i. O tak zwanym połowicznym skurczu serca. *Hemisystolia cordis* (Leyden). (Dalszy ciąg). — II. A. E r l i e k i. Kilka rysów z symptomatologii obłąkania epileptycznego. (Dokończenie). — III. Fr. K o b y l i ń s k i. Szkodliwy wpływ zgrzytania i szczekocisku na zęby. Zarządzenie złemu na drodze mechanicznej. — *Dział sprawozdawczy*: 26. A l b e r t o n i (z Genui). Badania nad działaniem niektórych środków lekarskich na pobudliwość mózgu oraz przyczynek do leczenia padaczki. — Wiadomości bieżące. — Dodatek. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

## I. O TAK ZWANYM POŁOWICZNYM SKURCZU SERCA.

*Hemisystolia cordis* (Leyden).

Opracował D-r **J. Pawiński.**

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu klinicznym Warsz. Towarzystwa Lekarskiego d. 4 Kwietnia r. b.)

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 14).

Przedstawiwszy mniej więcej całą literaturę tak zwanego połowicznego skurczu serca (*hemisystolia cordis*), przechodzimy do własnych spostrzeżeń i wniosków.

**S p o s t r z e ż e n i e I.** Kotusińska Maryjanna, lat 43 licząca. żona wyrobnika, przybyła do szpitala Ś-go Ducha na klinikę chorób wewnętrznych prof. L a m b l a, dnia 13 Czerwca 1881 r., skarżąc się na duszność i ogólne osłabienie. Duszność trwa już od kilku tygodni, jak również nieznaczny obrzęk kończyn dolnych. Reumatyzmu, jak utrzymuje, ani stawowego, ani mięśniowego nie przebywała.

**St a n o b e c n y** (*Status praesens*). Budowa chorej dobra, wzrost średni, mięśnie dobrze rozwinięte. Ilość tkanki tłuszczowej umiarkowana. Znaczna sinica na wargach. Stan gorączkowy umiarkowany. Ciepłota ciała około 38° C., tętno 84—88 na minutę, w prawej i lewej tętnicy promieniowej dobrze wyczuć się dające, ścianki tętnic powierzchownych nieco zgrubiałe, fala krwi mała, tętno nierytmiczne, po jednym silniejszym uderzeniu tętna następuje cały szereg słabszych, stopniowo malejących, tak, że końcowe tętna znikają zupełnie pod palcem, pomimo że uderzenie wierzchołkowe wskazuje na nieustanną czynność serca.

Klatka piersiowa beczkowatej formy. Granice płuc, zwłaszcza z tyłu, obniżone, *emphysema pulmonum*, *bronchitis chronica*. Dolna część prawego płuca w stanie zastój (stasis sanguinis). Kaszel umiarkowany, plwocina spieniona, z nieznaczną domieszką krwi.

Przednia część klatki piersiowej, w okolicy położeniu serca odpowiadającej, przedstawia się nieco wzniesioną w porównaniu ze stroną prawą, a przy każdym skurczu serca unosi się ku górze, zwłaszcza w okolicy 4 i 5 żebra w miejscu sutki. Uderzenie wierzchołkowe (*ictus cordis*) dość rozlane, silne, unoszące palec, dostępne nie tylko dla dotyku, ale i dla wzroku, w 4 i 5 międzyżebżu w bliskości linii sutkowej. Co się tyczy rytmu uderzeń wierzchołka serca, to podobnie jak i w tętnie, po 1 lub 2 silniejszych uderzeniach następuje dłuższy lub krótszy szereg słabszych uderzeń, poczem albo to samo się powtarza, albo też zjawia się kilka lub nawet kilkanaście uderzeń, mniej więcej prawidłowych, tak pod względem rytmu, jak i siły. Niekiedy jednak zauważyć można było, że skurcze serca odbywały się według innego, swoistego, i bardzo charakterystycznego rytmu, a mianowicie po dwóch, niekiedy, choć rzadziej, po trzech szybko po sobie idących uderzeniach wierzchołkowych serca, następowała dłuższa pauza, aniżeli ta, która oddzielała pierwsze uderzenie wierzchołkowe od drugiego, poczem serce uderzało znowu według tego samego rytmu, t. j. po dwóch szybko po sobie następujących uderzeniach, zjawiała się pauza i t. d. Przyłożywszy rękę do okolicy serca można się było przekonać, że pierwsze uderzenie było silniejsze aniżeli drugie. Jednocześnie badanie uderzenia wierzchołkowego i tętna w okresie owego swoistego rytmu wykazało nam na tę ciekawą okoliczność, że ilość uderzeń tętna w tętnicy promieniowej nie odpowiada ilości skurczów serca, a mianowicie, że na dwa skurcze serca, przypada jedno tętno w tętnicy promieniowej. Do tego samego wniosku doszliśmy, porównywując uderzenia wierzchołkowe z tętnem tętnicy szyjowej; i tutaj, podobnie jak w tętnicy promieniowej tętno odpowiadało tylko pierwszemu uderzeniu serca, przy drugim zaś uderzeniu fala w tętnicy była tak słaba, iż sprawiała za ledwie ten efekt, jaki się otrzymuje od zwrotnej fali krwi w normalnym tętnie (*Rückstosselevation*).

Z żyłami szyjowymi rzecz się miała odwrotnie, aniżeli z tętnicami, a mianowicie: tak przy pierwszym jak i drugim uderzeniu wierzchołkowym miało miejsce tętnienie, możnaby nawet powiedzieć, że przy 2-gim uderzeniu tętnienie żył szyjowych było silniejsze, widoczniejsze, aniżeli przy pierwszym.

**G r a n i c e s e r c a.** Górna granica bezwzględnej tępości serca na brzegu dolnym 3 żebra, dochodzi do linii sutkowej lewej = 13 ctm.; ztąd zagina się nieco ku dołowi i na zewnątrz linii sutkowej, dochodząc do linii pachowej średniej (*linea axillaris media*). Linija ta, stanowiąca pierwszą część granicy lewej serca = 7 ctm.; druga, zmierzająca ku dołowi i nieco na wewnątrz = 5 ctm., dochodzi do 5 żebra. Dolna granica serca bieży wzdłuż 8 żebra, a w swej części przedniej w bliskości mostka zlewa się z tępością wątroby i równa się około 10—12 ctm.. Prawa granica serca na  $\frac{1}{2}$  ctm. nazewnątrz od prawego brzegu mostka. Największy wymiar poprzeczny tępości serca = 18 ctm.. W ogóle mieliśmy przed sobą ogromny przerost całego serca (*hypertrophia cordis*) z przeważającym powiększeniem poprzecznego wymiaru serca; powiększenie jednak zależało nie tyle od przesunięcia tępości serca poza mostek, ile w kierunku na lewo, do linii pachowej przedniej.

**W y s ł u c h i w a n i e.** W czasie osłuchiwania serca przekonać się można z następstwa tonów i szmerów, w jakim one po sobie zjawiają się, o nierytmicz-



ności skurczów serca. W okolicy wierzchołka serca, a szczególnie w 5 międzyżebżu w linii pachowej przedniej, słycać najlepiej szmer rozkurczowy, ton zaś skurczowy słaby; głuchy szmer rozkurczowy najwyraźniej do ucha naszego dochodzi przy silniejszych skurczach serca, zatem na początku danego szeregu uderzeń nierytmicznych; przy słabszych zaś, szybko po sobie następujących uderzeniach, szmeru prawie zupełnie nie słycać. W okolicy 4—5 żebra na linii sutkowej wspomniany szmer jeszcze istnieje, ale jest znacznie słabszy.

Na wysokości 4 żebra na mostku, lub tuż przy nim, po lewej stronie, słycać słabszy szmer skurczowy i drugi ton rozkurczowy. W tętnicy płucnej drugi ton rozdwojony, akcentowany. W miejscu zaś wysłuchiwania zastawek półksiężycowych aorty, t. j. w 2-giem międzyżebżu prawem, jeden nieczysty ton i słaby ton drugi, t. j. rozkurczowy.

W czasie wspomnianego powyżej rytmu skurczów serca, przyczem po dwóch szybko po sobie następujących uderzeniach wierzchołkowych zjawiała się pauza, słycać było w okolicy wierzchołka serca, podczas pierwszego silniejszego uderzenia, któremu odpowiadało tętno w tętnicy szyjowej i tętnicy promieniowej, głuchy, niezupełnie czysty ton skurczowy i szmer, już to rozkurczowy, już też niekiedy przedskurczowy. Podczas drugiego uderzenia wierzchołkowego słycać słaby ton skurczowy, szmer zaś rozkurczowy lub przedskurczowy jest tak słaby, iż często do ucha naszego zupełnie nie dochodzi.

W mowie będące zjawisko, w którym na 2 uderzenia serca przypadało 1-<sup>no</sup> tętno arteryjalne i 2-gie tętno żyłne, zjawiało się w czasie przebiegu choroby kilka razy, trwało jednak zwykle niedługo, poczem występowała zupełna arytmija serca. Przy użyciu naparstnicy w kształcie naparu (gr. xv na  $\bar{\text{v}}$ j uncyj), przy środkach czyszczących, stan chorej polepszył się, tętno stało się pełniejszym, mniej częstym, a pojedyncze tętna nie przedstawiały tej rażącej sprzeczności pod względem rytmu, jak poprzednio.

W tym stanie chora wypisała się ze szpitala. W kilka jednak tygodni później spotykamy ją znowu w szpitalu Dzieciątka Jezus, w oddziale chorób wewnętrznych D-ra K r a s z e w s k i e g o, w znacznie gorszym stanie. Do poprzednio już istniejącej wady serca, przyłączył się połowiczny lewostronny bezwład (*hemiplegia sinistra*) ciała, powstały nagle na kilka dni przed przybyciem chorej do szpitala. Jednocześnie z bezwładem wystąpiły zaburzenia w mowie, pochodzenia ośrodkowego, do których przyłączyła się wkrótce znaczna duszność, obrzęk kończyn górnych i dolnych. Tępość serca uległa znacznemu powiększeniu w wymiarze poprzecznym; co się zaś tyczy objawów wysłuchowych, to oprócz szmeru rozkurczowego słycać było i szmer skurczowy, z powodu jednak nieregularnej czynności serca oba te szmery zlewały się niekiedy tak, że niepodobna było jednego od drugiego ściśle odróżnić. Tętno nadzwyczaj słabe, niemiarowe, podobnież i uderzenie wierzchołkowe. Chora wśród objawów sinicy, znacznego obrzęku kończyn i obrzęku płuc zakończyła życie po upływie kilku dni.

Za życia rozpoznanie nasze brzmiało: *Stenosis ostii venosi sinistri cum insufficientia valvulae bicuspidalis. Dilatatatio ventriculi dextri; insufficientia relativa valvulae tricuspidalis. Hemiplegia sinistra.*

Rezultat sekcji był następujący: trup kobiety wzrostu dobrego, wychudzony; kończyny prawe górna i dolna obrzękle. Mięśnie słabo rozwinięte, blade. W lewej jamie opłucnej dość znaczna ilość surowiczego przezroczystego płynu. Dolna połowa lewego płuca w stanie ucisku, górna połowa zawiera nieco powietrza. Błona śluzowa oskrzeli mocno zaczerwieniona. Prawe płuco przyrośnięte w dolnej części; konsystencja tegoż w górnej części puszysta, w dolnej—ciastowata w skutek obrzęku. Błona śluzowa oskrzeli zaczerwieniona, pokryta śluzem, przedstawia wyraźną podłużną prążkowatość. W jamie osierdza znajduje się około 1 funta przezroczystego, surowiczego płynu. Wymiar poprzeczny serca = 15 ctm., podłużny 11 ctm.. Przez lewe ujście żyłne (*ostium venosum sinistrum*) przechodzi jeden palec. Lewy przedsionek 3 razy większy, aniżeli zwykle. Ścianki znacznie zgrubiałe. Brzeg zastawki dwudzielnej również znacznie zgrubiał, powrózkowaty, nierówny, w niektórych miejscach pokryty zażyciowemi skrzepami. Jama lewej komórki prawidłowej wielkości, również i ścianki tejże posiadają prawidłową grubość. Ujście żyłne prawe przepuszcza 4 palce. Jama komórki prawej 4 razy, a przedsionka 5 razy większa, aniżeli w sercu zdrowem. Tętnica płucna w miejscu rozdziału przedstawia kilka wysepek ateromatycznych; w aorcie śladów zwyrodnienia błony wewnętrznej nie widać. Śledziona normalnej wielkości; na powierzchni jej, a szczególnie na rozkroju zauważyć się dają wgłębienia, pozostałe po starych zawałach (*infarctus*); miąższ dość twardy, koloru ciemno-czerwonego. Wątroba nieco powiększona, twarda, na brzegach lekko ziarnista, na powierzchni rozkroju przedstawia wyraźną budowę zrazikową. Część środkowa każdego zrazika koloru ciemno-żółtawego. Lewa nerka powiększona, bardzo twarda, otoczka jej trudno się zdejmuje powierzchnia słabo ziarnista, z czerwonymi zagłębieniami, a w niektórych miejscach małe zawały. Substancja korowa normalnej grubości, czerwona, podobnie jak piramidy. Prawa nerka przedstawia takie same zmiany, jak lewa. Błona śluzowa kiszek cienkich zgrubiała, zaczerwieniona, pokryta śluzem.

Opona twarda nie szczególnego nie przedstawia; *arteria fossae Sylvii*, z prawej strony zatkana zatyczką (*embolus*). Substancja mózgu w ogóle blada. *Nucleus caudatus*, *capsula interna*, *nucleus lenticularis*, *capsula interna et claustrum* rozmiękczone, przedstawiają się w kształcie tkanki siatkowatej, której oczka wypełnione są zniszczoną tkanką mózgu. Piąta część dolnej powierzchni lewej półkuli mózdzku, poczynając od substancji szarej, przemieniona w rodzaj siatkowatej tkanki, nasiąkłej płynem surowicznym.

Ponieważ w danym przypadku nie mogło być wątpliwości, iż mieliśmy do czynienia z obrazem klinicznym, który *Leiden* wyprowadzał od niejednoczesnego skurczu obu komórek serca, postanowiliśmy więc za życia chorej skorzystać ze sposobności poddać chorą szczegółowemu kardyjo- i sfigmograficznemu badaniu. Wobec różnorodności poglądów na tak zwaną hemisystoliję, w nauce istniejących, postawiliśmy sobie do rozwiązania trzy pytania następujące:

1) Czy w obrazie klinicznym, noszącym nazwę „połowicznego skurczu serca“, w którym na 2 uderzenia serca przypada jedno tętno arteryjalne, a dwa tętna żyłne, brak rzeczywiście jednego tętna, jak to z obmacywania tętna wnosimy, czy też — być może—tętno to istnieje, lecz fala krwi jest tak słaba, iż niepo-



dobna jej wyczuć? Odpowiedź na podobne pytanie rozstrzygnie nam więc zasadniczą kwestyję, a mianowicie czy tak zwana *hemisystolia* istnieje lub nie.

2) Czy tak zwana *hemisystolia cordis* zdarza się tylko przy wadach zastawek serca, a głównie zastawki dwudzielnej, na co dotychczasowe spostrzeżenia wskazują, czy też może występować przy innych chorobach.

3) Jaka jest istota *hemisystoliae*.

Co do I-go. Dla rozwiązania pierwszego najważniejszego pytania, rozstrzygającego zarazem o istnieniu tak zwanego połowicznego skurczu serca, należało przede wszystkim nakreślić obok siebie i jednocześnie ruchy tętna i uderzenia wierzchołkowego w okresie owego, wspomnianego powyżej, swoistego rytmu serca. W tym względzie posługiwałem się głównie ulepszonym poligrafem *Grumma* <sup>1)</sup>, za pomocą którego otrzymuje się jednocześnie na jednym i tymże samym zwoju papieru trzy obrazy, ułożone jeden nad drugim, z których pierwszy przedstawia ruchy tętna, drugi ruchy serca, trzeci zaś, najniżej znajdujący się, oznacza czas obrotu walca.

Tutaj winienem dodać, że chociaż dotychczasowi spostrzegacze opierali swoje poglądy na badaniu rysunków kardyjograficznych i sfigmograficznych, jednakże rysunki te nie były zbierane jednocześnie i na jednym i tymże samym papierze, lecz oddzielnie. Wprawdzie nawet z porównania takich oddzielnie otrzymanych obrazów serca i tętna, można wyprowadzić niejakić mniej więcej prawdopodobne wnioski, w każdym jednak razie tam, gdzie rzecz idzie o spólcześnieść ruchów serca i tętna, stanowczo decydować mogą tylko obrazy nakreślone jednocześnie, jeden nad drugim, na jednym i tymże samym papierze. W takim tylko razie będziemy w stanie odnaleźć w samym sercu przyczynę takiej lub innej nieprawidłowości tętna.

Poligraf *Grumma* <sup>2)</sup>, który z powodu wyżej przytoczonych względów okazał mi się najodpowiedniejszym do przeprowadzenia badań nad tak zwaną hemisystoliją serca, składa się głównie z następujących części: 1) walca, obracającego się za pomocą przyrządu zegarowego naokoło osi poziomej; 2) kardyjo—; 3) sfigmo—; 4) chronografu.

1). Walec, na którym nalepia się papier okopcony i na którym poruszają się odpowiednie strzałki, posiada 12 ctm. wysokości, 15 ctm. średnicy a w obwodzie 46 ctm.. Wystająca z obu stron oś wspomnianego walca umieszczona jest w wyżłobieniu dwóch metalowych słupków, w których walec obracać się może na podobieństwo różna. Na jednym końcu osi walca, mianowicie tej części, która znajduje się na zewnątrz słupków podtrzymujących walec, umieszczona jest tarcza mosiężna, mająca 12 ctm. średnicy, grubości 4 mm.. Tarcza

---

1) Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin. 1880. Nr. 18.

2) Poligraf *Grumma*, którym się głównie posługiwałem w badaniach moich nad arytmią serca, sprowadzony został w roku przeszłym przez prof. *Lambli* do kliniki terapeutycznej (w szpitalu Ś-go Ducha). Za grzeczność, jaką mi Szan. prof. *Lambli* wyświadczył, przez pozwolenie korzystania z poligrafu i licznego materiału klinicznego, składam uprzejme podziękowanie, jak również i Sz. Koledze *Goldflamowi*, asystentowi wspomnianej kliniki, za okazaną mi pomoc w kardyjograficznych studyjach moich.

ta spotyka się z drugą mniejszą tarczą, o średnicy 4 ctm, grubości 3 mm., która zostaje wprowadzoną w ruch za pomocą przyrządu zegarowego. Ponieważ zaś dopiero co wspomniana mniejsza tarcza dotyka w kierunku prostopadłym większej tarczy, zatem w czasie biegu przyrządu zegarowego poruszenia mniejszej tarczy udzielają się większej, a tem samem i walcowi. Przyrząd zegarowy umieszczony jest na szynach, po których dowolnie za pomocą odpowiednich śrubek może być więcej lub mniej przysunięty do większej tarczy mosiężnej, znajdującej się na jednym końcu walca. Tym sposobem mniejsza tarcza, należąca do przyrządu zegarowego, może stosownie do woli naszej dotykać większej tarczy albo bliżej obwodu, albo bliżej środka tej ostatniej, wskutek czego walec obracać się będzie z prędkością większą lub mniejszą, od 2—6 ctm. na sekundę.

Ponad mosiężnym walcem, równolegle do niego, unosi się poprzeczny pręt metalowy, wsparty na dwóch innych prętach. Poprzeczny pręt metalowy służy do umieszczenia strzałek, przeznaczonych do kreślenia ruchów serca, tętna i czasu na walcu.

Do przenoszenia ruchów serca i tętna na walec służy kardyjograf i sfigmograf. Każdy z nich składa się: a) z małej peloty, połączonej z rodzajem bębena, napelnionego powietrzem. Bębenek ten składa się z wklęsłej okrągłej blaszki metalowej, ponad którą rozciągnięta jest cienka błonka gutaperkowa. Na powierzchni bębena, przeciwległej tej, z którą pelota pozostaje w związku, przymocowaną jest mała rurka, komunikująca z jamą bębena. Rurka ta łączy się b) z dłuższą rurką gutaperkową, której grubość ścianek wynosi 5 mm., światło — 2,5 mm., długość zaś około 50 ctm.; pelota przykłada się na miejsce uderzenia wierzchołkowego lub na tętno, wspomniana zaś dopiero co rurka gutaperkowa służy do przenoszenia ruchów tętna lub serca za pomocą powietrza do bębena c) podobnego do powyżej opisanego. Do powierzchni bębena, przeciwległej tej, która się łączy z rurką gutaperkową, przymocowana jest delikatna cienka strzałka, mająca 14 ctm. długości, przeznaczona do kreślenia ruchów serca lub tętna na obracającym się walcu. Co się tyczy chronografu, to ten służy do ścisłego oznaczenia czasu, w jakim walec obrót swój wykonywa. Składa się zaś a) z piszczalki z języczkiem (*Zungenpfeife*); b) z rezonatora; c) z przyrządu, rozrzedzającego powietrze.

Piszczałka grubości pióra gęsiego, długości 12 ctm., posiada języczek, do którego przytwierdzone jest cienkie piórko, przeznaczone do kreślenia wahań języczka na obracającym się walcu. Rezonator składa się z metalowej próżnej kuli, opatrzonej dwiema metalowymi rurkami, z których jedna łączy się z piszczalką, druga zaś z przyrządem rozrzedzającym (wsysającym) powietrze; w rurce kauczukowej, łączącej rezonator z przyrządem aspiracyjnym, mieści się kurek, służący albo do połączenia, albo do rozdzielenia powietrza, znajdującego się w rezonatorze i w przyrządzie aspiracyjnym. Skoro w tym ostatnim, podobnym zupełnie do aparatu *Waldenburg'a*, rozrzedzać będziemy powietrze, a jednocześnie otworzymy kurek, to wskutek prądu powietrza zewnętrznego, wpadającego do przyrządu aspiracyjnego, zostanie wprowadzoną w drganie piszczałka, a więc i piórko, które na walcu kreślić będzie swoje drganie w postaci delikatnych króseczek. Piszczałka nastrojona jest na ton  $\Lambda$ , który jak



wiadomo wykonywa 110 drgań na sekundę, tym sposobem każda podwójna kreska odpowiadać będzie czasowi 0,009 sekund.

Przed zastosowaniem poligrafu należy przedewszystkiem przekonać się, czy strzałki przeznaczone do kreślenia ruchów serca i tętna są jednakowej długości i czy końce, ich dotykające się okopconego papieru, naklejonego na walcu, znajdują się jeden nad drugim na jednej linii równoległej do osi walca; na tejże samej linii powinien się znajdować koniec piórka, znaczący czas. Następnie przykładamy jedną pelotę, mianowicie większą, na międzyżebrze, w którym uderzenie wierzchołkowe jest najsilniejsze, drugą zaś mniejszą na tętnicę promieniową, lub zresztą inną, np. szyjową, lub nawet na żyłę, stosownie do potrzeby. Peloty wspomniane przytwierdza się za pomocą tasiemek, niekiedy jednak pelota większa, przeznaczona do przenoszenia ruchów uderzenia wierzchołkowego na przyrząd piszący, obsuwa się przy poruszaniu się chorego, wtedy niezbędnem jest utrzymywanie tejże w jednakowem położeniu za pomocą ręki. Ucisk jednak, wykonywany ręką, powinien być nieznaczny i jednostajny, gdyż inaczej otrzymać łatwo fałszywe obrazy ruchów serca. Po utwierdzeniu w odpowiednich miejscach pelot wraz z należącymi do nich bębnekami, łączymy te ostatnie z dwoma bębnekami, przeznaczonemi do przenoszenia ruchów serca i tętna na strzałki.

Tym sposobem skoro walec zostanie w ruch puszczony za pomocą przyrządu zegarowego, to ruchy tętna i serca nakreślone zostaną na okopconym papierze w postaci dwóch krzywizn, znajdujących się jedna pod drugą. Trzeci zaś wązki pasek, złożony z drobnych kręseczek i położony poniżej dwóch poprzednich obrazów, oznacza czas.

Co się tyczy szybkości obrotu walca, którą w badaniach swoich używałem, to wynosiła ona 2 ctm. na sekundę. Wprawdzie przyrząd zegarowy może być tak ustawiony, iż szybkość obrotu walca dojść może do 6 ctm. na sekundę, ja jednak kreśliłem zwykle obrazy kardyjograficzne przy niezbyt szybkim obrocie walca, a to z powodu, aby na jednym i tymże samym papierze otrzymać jak największą liczbę uderzeń serca. Ta ostatnia okoliczność jest rzeczą bardzo ważną w razach, kiedy mamy do czynienia z zaburzeniem rytmu ruchów serca i kiedy idzie nam o wyszukanie pewnej peryjodyczności, której za pomocą krótkich obrazów ruchów serca wykryć nie podobna. (D. c. n.)

---

## II. KILKA RYSÓW Z SYMPTOMATOLOGII OBŁĄKANIA EPILEPTYCZNEGO.

Napisał D-r med. **A. Erlicki**,  
docent prywatny akademii lekarskiej w Petersburgu.

---

(Dokończenie. — Patrz Nr. 15).

Objawy psychicznego rozstroju, które następują wkrótce po napadzie epilepsji, bywają, jak to już wyżej wspomniano, dłuższe i daleko cięższe aniżeli te, które przychodzą przed napadem.

Po krytycznym śnie, który zwykle zamyka napad epilepsyi, chory znajduje się pewien czas w stanie odrętwienia, w którym wszystkie sprawy ruchowe są jakby zatrzymane w swoim biegu (*stupor*, Kraft-Ebing). Chory w takim stanie mało się porusza, albo pozostaje zupełnie nieruchomym, ani słowa nie mówi, oczy ma przymrużone, lub nieruchomo utkwione w jedno miejsce. Biernie się zachowuje względem całego swojego otoczenia, a niekiedy nawet wpada w rodzaj kateleptycznego stanu, zachowując nader długo nadane jego członkom położenie.

Po paru godzinach takiego stanu, niekiedy nieco później, chory raptem i najniespodziewaniej zrywa się i zaczyna bić, łamać, palić i niszczyć wszystko co się w okóło niego znajduje. W takiej chwili chory rani lub zabija pierwszym lepszym narzędziem, które mu wpadło w ręce, każdego, kto się bliżej znajduje. Często rzecz na tem się nie kończy; chory biegnie naoslep przed siebie i dalej niszczy wszystko i rani wszystkich, których na drodze spotkał, wykazując przytem nadzwyczajną dzikość i okrucieństwo, dochodzące niemal do krwiożerczości. Taki chory zwykle pastwi się nad ofiarą, zadając jej wielokrotne rany; zabitych rozcina na kawalki i t. p..

Takiemu stanowi epileptyków towarzyszą nadzwyczaj żywe i przerażające urojenia. Bredzenie wytwarza się przytem rzadko, z powodu krótkotrwałości całego napadu zaburzenia psychicznego. Jeśli zaś przychodzi do powstania bredzenia, to ono bywa tylko przejściem i ma zawsze charakter prześladowania. Nakoniec nieodłączną od takiego stanu jest zupełna utrata samowiedzy.

Straszne urojenia epileptyków w czasie podobnego napadu najczęściej występują w zakresie wzroku i słuchu, bywają wszakże i w zakresie innych zmysłów. Tego rodzaju chorzy widzą przed sobą rozbójników, dybiących na ich życie, widzą przygotowania i ceremonije dla wykonania nad nimi kary śmierci, najrozmaitsze okrutne sceny tortur inkwizycyi, widzą krew i ogień, piekło i wszystkie jego męki, jednym słowem cały szereg wstrząsających duszę człowieka obrazów. Czasami słyszą jednocześnie straszne wyroki przekleństwa i przepowiednie śmierci i wiecznych męczarni; czują przytem szczególniejszy zapach dymu, smoly, krwi i t. p., a nawet czują na skórze gorąco jak od ognia.

Gwałtowny ten okres nigdy nie trwa długo; po kilku godzinach, rzadziej po kilku dniach, chory uspakaja się i to zwykle dosyć prędko, a nawet raptem, tak jakby się ze snu przebudził. Wtedy chory najzupełniej nic nie pamięta o tem wszystkim, co się z nim działo i co on sam przez ten czas zrobił.

W tem ponapadowem obłąkaniu epileptycznem, zupełnie tak samo jak i w poprzednim przednapadowem, najczęściej się zdarza spotykać niezupełny zbiór wszystkich wyliczonych objawów, a tylko niektóre z nich. Wszystko się ogranicza np. do samych tylko urojeń, albo do przejściowego bredzenia prześladowczego bez urojeń, albo nakoniec do jakiegoś jedyne go czynu, który najczęściej jednak bywa mniej lub więcej występny.

Objawy te wszakże, chociaż występują oddzielnie, nigdy nie tracą pewnej swojej osobnej właściwości, a mianowicie urojenia i bredzenia; prześladowania zawsze bywają niezwykle straszne i mają groźny charakter; postęпки zaś odznaczają się cechą bezwiednej popędliwości i dzikiem okrucieństwem. Przytem



zawsze i w każdym przypadku samowiedza pozostaje najzupełniej beczynną, co w następstwie charakteryzuje się zupełnym brakiem pamięci o wszystkim, co zaszło.

Podobny stan zaburzenia psychicznego po napadzie epileptycznym często występuje w lżejszej formie i wtedy odpowiada tak zwanemu przez Kraft-Ebing'a zamroczeniu (*Dämmerzustand*).

Stan zamroczenia zatem niezem innym się nie różni od poprzedniego, tylko stopniem nateżenia objawów. Urojenia i bredzenia prześladowcze bywają nieco łagodniejszego charakteru. Postępki chorego, chociaż zachowują cechę pośledliwości, odznaczają się mniejszem okrucieństwem. Nakoniec w takich razach nie ma zupełnej beczynności samowiedzy; jest tylko znaczne jej przyćmienie i dla tego podobni chorzy zachowują nadzwyczajnie słabe i zaledwie częściowe wspomnienie o tem, co się stało w czasie trwania napadu obłąkania.

Zamroczenie najczęściej kojarzy się z niezupełnemi napadami epilepsyi i samo przez się uwydatnia często pojedyncze tylko objawy rozstroju psychicznego.

Wyliczone dotąd odmiany pierwszej formy obłąkania epileptycznego, rozwijającego się bezpośrednio przed lub po napadzie epilepsyi, bywają najczęściej przedmiotem dochodzenia sądowo-psychiatrycznego, ponieważ tacy chorzy popełniają wiele rozmaitych ciężkich przestępstw. Podobne przestępstwa tem łatwiej podlegają śledztwu sądowemu, że obłąkanie epileptyczne bardzo często zjawia się gwałtownie i niespodziewanie, trwa taką chwilę, jaka wystarcza do popełnienia zbrodni i natychmiast przechodzi, nie pozostawiając po sobie chwilowo żadnych śladów w duchowej sferze chorego.

Zdarza się, że podobni chorzy ranią lub zabijają osoby, do których uprzednio już czuli nienawiść lub wstręt; w takich razach wszakże należy to przyjąć wyłącznie na karb zbiegu okoliczności i niedopatrywać w tem zbrodniczego rozmysłu, mając zawsze na uwadze, że wszystkie działania epileptyków w chwili napadu obłąkania są zawsze wynikiem bezwiednego popędu, lub nieświadomej i nieprzewyciężonej skłonności.

Podług nowszych autorów do tych form zaburzenia duchowego należy zaliczyć wiele przypadków, które wprzód uważano jako *mania transitoria*, *raptus melancholicus*, pewne odmiany *maniae periodicae* i t. d.

Drugą kliniczną formą obłąkania epileptycznego jest ta, która się rozwija w czasie dłuższych przerw między dwoma napadami epileptycznemi i którą Falret nazywa „*folie épileptique*“.

Ta forma odróżnia się od poprzednich przedewszystkiem swoim znacznie dłuższem trwaniem.

W ogólnym nastroju ducha chorych przy tej formie obłąkania epileptycznego spotyka się najczęściej pewien stopień przygnębienia; bywają jednak przypadki najzupełniej manijakalnego podniecenia.

Urojenia po większej części bywają także charakteru przestraszającego, chociaż cokolwiek słabsze, niż w poprzedniej formie. Bredzenie chorych odpowiada nastrojowi ducha i dla tego najczęściej przyjmuje przykry charakter prześladowania. Dostyc często zdarza się spotykać w podobnych przypadkach bredzenie religijne, przy którem chorzy ciągle przytaczają wyjątki z pisma świę-

tego, wspominają nazwiska świętych i t. d. S a m t nazwał takie słownictwo nomenklaturą bożą (*Gottnomenclatur*).

Tego rodzaju choroby nie wykazują ani takiej dzikości i okrucieństwa w swoich postępках, ani też tego szczególniejszego popędu do niszczenia wszystkiego, co na drodze, o którym była mowa wyżej; często wszakże dochodzą do stanu afektu z charakterem zapalczowości i w działaniach swoich podlegają popędowi bezwiednym. Wspomnienia, jakie choroby zachowują o czynach spełnionych w chwili afektów, są tylko nader ogólne, przyémione i niedokładne.

Przewlekłe obłąkanie epileptyczne w ogólnej postaci bywa na pierwszy rzut oka podobnem do melancholii lub do manii; wyjątkowo zaś przyłącza się do tego niekiedy odcień swawolności (*moriantig*).

F a l r e t przyjmuje dwie odmiany tej formy klinicznej; jedną z nich nazywa „*grand mal intellectuel*“; jest to ta sama postać, którą Kraft-Ebing uważa za *stupor*; drugą nazywa „*petit mal intellectuel*“ i ta mniej więcej odpowiada formie, oznaczonej przez Kraft-Ebing'a, jako *Dämmerzustand*. Czas trwania tej formy obłąkania epileptycznego może się przeciągnąć do paru miesięcy, a nawet nieco dłużej, stosownie do prędzej lub później następującego napadu epilepsyi.

Niezależnie od opisanych klinicznych form obłąkania, epileptycy po większej części, prędzej czy później, przechodzą w stan osłabienia zdolności umysłowych, który kończy się zupełnem niedoleżtstwem umysłowem.

Taki los spotyka zwykle tych, u których napady epilepsyi powtarzały się w ciągu długiego szeregu lat, następowały częściej i były silniejsze. Stan osłabienia zdolności umysłowych epileptyków niczem się nie różni od takiegoż stanu, stan który czasami następuje po pewnych pierwotnych formach chorób umysłowych. Ten zatem tutaj, jak i wszędzie, charakteryzuje się zupełną niezgodnością pomiędyzycuciami, wyobrażeniami i postępkami chorego, ograniczonym zakresem myślenia, brakiem wszelkiej twórczości, przewrotnością logiki, osłabieniem pamięci i t. d.

Pochodzenie i natura osłabienia zdolności umysłowych u epileptyków po największej części daje się rozpoznać po samych napadach epileptycznych, czy takowe trwają jeszcze w danej chwili, czy też istniały wprzód. Za niejaką pomocniczą wskazówką w tym względzie mogą służyć antropologiczne oznaki zwyrodnienia (*asymetria* i t. p.), gdzie takowe istnieją.

Niektórzy autorowie nie uważają upadku zdolności umysłowych ani za konieczne następstwo, ani za nieuniknionego towarzysza epilepsyi i na dowód swego twierdzenia przytaczają jako znanych epileptyków takich ludzi, jak Cezar, Petrarka, Mahomet i Napoleon I.

F a l r e t <sup>1)</sup> jednakże wypowiada w 1-szym swoim wniosku najzupełniej słusznie, że chociaż zdarzają się wyjątkowo przypadki, w których często napady epilepsyi nie wywołują w ciągu nader długiego czasu osłabienia zdolności umysłowych, jednakże znaczna większość epileptyków kończy swoją karyjerę zupełną niemocą umysłową.



Zaznajomiwszy się chociaż w najogólniejszych zarysach z charakterem epileptyków i ze wszystkimi odmianami ich obłąkania, pozostaje nam jeszcze kilka słów powiedzieć o związku, jaki istnieje między tem obłąkaniem i napadami samej epilepsji.

Niektórzy, szczególnie dawniejsi autorowie, przyjmowali każde psychiczne zaburzenie epileptyków za bezpośrednie następstwo samej neurozy. Potem wszakże zwrócono uwagę na tę okoliczność, że czasami napady epilepsji znikają i dopiero po roku, albo nawet jeszcze później rozwija się obłąkanie pod jakąkolwiek bądź z wyżej wspomnianych postaci. Takie przypadki objaśniano tem, że neuroza przeistacza się (*transformatio*) w psychozę.

Drudzy znów, i wśród nich F a l r e t, twierdzą słusznie, przynajmniej co do przypadków wrodzonej epilepsji, że tak neuroza jak i psychoza epileptyków stanowią dwa zupełnie samodzielne, a tylko wzajemnie dopełniające się objawy jednej i tej samej choroby, zależącej od anormalnej organizacyi mózgu, objawy, które niekiedy mogą występować z osobna, jeden bez drugiego. To twierdzenie najzupełniej stwierdza sama obserwacyja, a z drugiej strony pozwala ono objaśnić wszystkie zawikłane przypadki obłąkania epileptycznego, które tak często napotyka się w praktyce.

I tak, oprócz tych przypadków obłąkania, którym towarzyszą całkowite napady epileptyczne, dosyć często zdarza się spotykać i takie, w których 1-o do napadu wcale nie dochodzi i wszystko ogranicza się do niewyraźnych zwiastunów (*aura*), jak np. nieznaczny zawrót głowy, uczucie zimna lub mrowienia w różnych okolicach skóry i t. p.; 2-o napad nie sprowadza ogólnych drgawek, a tylko jednostronne, na jednej połowie ciała, lub nawet w jednej tylko jakiegokolwiek okolicy, jak np. twarzy, kończynie górnej i t. p.; czasami zaś objawia się w postaci skurczów kilku, lub nawet jednego mięśnia twarzy. Odpowiednio do takich słabo wyrażonych k o n w u l s y j inne fizyczne objawy także bywają lżejsze. Chory np. nie tylko nie pada przy takim ataku, lecz pozostaje w stojącym, zupełnie prawidłowym położeniu i po kilku zaledwie sekundach nieprzytomności natychmiast przychodzi do siebie. Czasami nawet nie bywa przytem zupełnej nieprzytomności i chory zachowuje niejakię wspomnienie o tem, co z nim zaszło.

Podobnym niezupełnym napadom epilepsji mogą jednakże towarzyszyć nader silne zaburzenia psychiczne; powstają one natychmiast po napadzie zupełnie tak samo jak i wtedy, kiedy napad bywa zupełny; przy rozpoznaniu istoty psychozy w takich razach nie może być żadnych trudności, albowiem najslabszy, nawet cząstkowy atak epilepsji może być zawsze z zupełną pewnością stwierdzony przez otaczających, nie mówiąc już o samych chorych, którzy często mogą nam dać niejakię objaśnienia

W daleko trudniejszym położeniu znajdujemy się w takich razach, kiedy spostrzegamy pewne objawy zaburzenia duchowego, dające niejakię prawo uważania go za obłąkanie epileptyczne, tymczasem najakuratniejsze badanie nie odkrywa ani śladu napadu epileptycznego. Prawie wszyscy autorowie zgadzają się na to, że w podobnych razach bywają napady epilepsji podczas nocy i dlatego łatwo mogą ujsć uwagi pilnujących. I chociaż przeciwko temu twierdzeniu możnaby przytoczyć fakt, że nocne napady epileptyczne często pozostawiają

po sobie takie same ślady jak i dzienne, jak np. przygryzanie języka, pianę na ustach, czerwone plamy na czole lub szyi, mimowolne wydzielenie moczu lub kału i t. d., to jednakże fakt ten traci na wartości o tyle, o ile podobne następstwa sprowadza zwykle zupełny i silny atak epilepsyi z ogólnemi drgawkami, a nie ataki słabe i cząstkowe.

Zupełnie tak samo jak nocne częściowe napady epilepsyi mogą ująć uwagi śledzącego i takie ataki, które wyłącznie ograniczają się do obitego wydzielenia potu (Emmighaus. *Arch. f. Psych. Bd. IV. Heft 3*), które wyrażają się peryodami szczególniejszej senności (Westphal. *Arch. für Psych. Bd. VII. Heft 3*, i Fischer *Arch. f. Psych. Bd. VIII. II. I*) i omdleniami z utratą samowiedzy (przytomności) na jedno oka-mgnienie (Kraft-Ebing) i t. d.

W takich to właśnie przypadkach dla rozstrzygnięcia kwestyi o epileptycznej naturze podejrzanego psychicznego zaburzenia, lub jakiegokolwiek nieprawego postępku, powinniśmy się posługiwać znajomością charakteru epileptyków w ogóle i danego osobnika w szczególności i znajomością wszystkich cech, właściwych obłąkaniu epileptycznemu, które powyżej były wspomniane. Tą drogą idąc, najczęściej jesteśmy w stanie wyjść zwycięzko z danej wątpliwości.

Pozostaje mi jeszcze tylko ostatniem słowem zwrócić uwagę na tę ważną okoliczność, że jeśli w jakimkolwiek przypadku, mającym cokolwiek wspólnego z obłąkaniem, lub charakterem epileptyków, nie podobna odkryć epileptycznych napadów konwulsyjnych, to zupełnie jeszcze nie dowodzi, że takowe nie istnieją; daleko sprawiedliwiej będzie przypuścić, że one z powodu niedokładności naszej obserwacyi mogą być skrytemi.

---

### III. SZKODLIWY WPŁYW ZGRZYTANIA I SZCZĘKOŚCISKU NA ZĘBY.

ZARADZENIE ZŁEMU NA DRODZE MECHANICZNEJ.

Podał D-r **Fr. Kobylński.**

---

Patogeneza przypadłości zgrzytania zębami jest dla nas równie zagadkową, jak i inne objawy występujące na tle podrażnienia ośrodków nerwowych. Raz zgrzytanie zębami, albo też silne skurczowe zaciskanie szczęk może być uważane jako wynik podrażnienia obwodowych zakończeń nerwów czuciowych, drugi raz szukać należy przyczyny w zmianach patologicznych samych ośrodków nerwowych, z których pobudzenie przenosi się na nerwy ruchu. W pierwszym przypadku bodźcami drażniącymi nerwy czucia mogą być różne wpływy zewnętrzne, jak niska ciepłota, a właściwie mówiąc nagła zmiana tejże; dalej drażnienie podczas snu powłoki skórnej szorstkimi nakryciami, co głównie spotyka się przy łuszczycy i pryszczycy (*psoriasis, eczema*). Nieraz przekonujemy się, że ząb próchniejący jest bodźcem drażniącym, po usunięciu bowiem takiego ustępuje zgrzytanie. Znane są przypadki, że usunięcie ciała obcego z organizmu np. kuli, odłamanej igły i t. p., lub też wycięcie tkanki bliznowatej na zagojonej ranie, albo usunięcie nowotworu oswobadza chorego od



zgrzytania zębami, szczękoscisku, lub nawet napadów padaczkowatych. Zgodzić się również musimy w wielu przypadkach z określeniem już dawnych praktyków, że u dzieci, cierpiących na zgrzytanie zębami, należy podejrzewać obecność pasożytów w przewodzie pokarmowym; objaw ten da się objaśnić na drodze odruchowej.

Zgrzytanie zębami podczas snu u ludzi, cierpiących na gościec przewlekły (*rheumatismus chronicus*) stawów lub błon surowiczych, osobliwie opłucnej, osierdza lub twardej opony mózgowej, objaśnić sobie możemy przez ucisk wysięku zapalnego na zakończenia nerwowe w torebce maziowej lub błonie surowiczej, które znów odruch wywołuje.

Zgrzytanie zębami lub szczękoscisk, jaki się spotyka u ludzi niedokrwistych, z wadami serca, przy tańcu św. Wita (*chorea*) i padaczce (*epilepsia*) należy uważać, jako objaw zmian patologicznych w samych ośrodkach nerwowych, o czym nas przekonywają doświadczenia Brown - Sé q u a r d'a nad obrażeniem mleczapacierzowego, Tenner'a i K u s s m a u'la nad wycięciem półkuli mózgowej. Szczękoscisk, jako też zgrzytanie zębami z jakichkolwiek bądź przyczyn pochodzą, wpływają szkodliwie na zęby. Czasami następstwa te są łatwo dostrzegalne, w innych razach mogą być dostrzeżone tylko przy skrupulatnem badaniu za pomocą szkieł powiększających.

W znacznej liczbie przypadków wypaczenia szeregów zębowych w szczęce, tylko zgrzytanie zębami możemy przyjąć za przyczynę tego zniepokobienia. I nic dziwnego, jeżeli zgrzytanie powtarza się często, osobliwie u osób młodych, gdzie zęby nie są zbyt silnie obsadzone w zębodołach i gdzie same zębodoły są jeszcze łatwo podatne, to zęby mogą się odchyłać od prawidłowego kierunku nabok, obracać się naokoło swej osi podłużnej, zachodzić jedne za drugie, skutkiem nadmiernego nacisku zębów przeciwległej szczęki.

Pod wpływem tego samego czynnika ulegają zęby częstokroć uszkodzeniom. Uszkodzenia te przedstawiają się nieraz w postaci nieznacznych pęknięć szkliwa (emalii), dostrzegalnych tylko za pomocą szkieł powiększających; w innych przypadkach złamanie przechodzi i na głębsze warstwy zęba, czasami nawet pęknięcie może dochodzić aż poza szyjkę zębową na sam korzeń. W innych razach korony zębów przedstawiają się startemi, jakby zeszlifowanemi, lub też z nierównymi odłamami, co spotykamy osobliwie na zębach siecznych.

Największy i najszkodliwszy wpływ na wykształcenie się łuków zębowych wywiera zgrzytanie zębami podczas wyrzynania się zębów stałych (*dentes permanentes*), ząb bowiem zaledwie się zaczyna pokazywać z dziąseł już ulega nadmiernemu uciskowi od zębów przeciwległych, skutkiem czego to wyrzynanie się bywa powstrzymywane. Jeden ząb pochylony i skręcony około swej osi pionowej powstrzymuje wyrżnięcie się sąsiedniego zęba, który zmuszonym jest szukać sobie innej drogi, a tym sposobem przyczynia się jeszcze bardziej do nienormalnego ustawienia się szeregu zębowego. Nieraz ząb przy wyrzynaniu natrafia na wywrócony przez zgrzytanie ząb sąsiedni, zaczepia się koroną o takowy i może pozostać bardzo długo ukrytym pod dziąsłem.

Nieprawidłowe ustawienie kilku zębów, powstałe wskutek zgrzytania, może przeszkadzać często nietylko wykształceniu się foremnego szeregu zębów

lecz nawet wzrostowi samych szczęk. Zęby sąsiednie, zachodząc jeden na drugi, zajmują mniejszą przestrzeń w szczęce, niż gdyby zajmowały przy ustawieniu normalnem. Dlatego też i wyrostek zębodołowy szczęki staje się krótszym, a szczeka odstępuje od formy, jaką by przyjęła, gdyby szereg zębów był należycie ustawionym.

Obrażenia szkliwa zębowego, a tembardziej uszkodzenia głębszych warstw zęba stają się zwykle dla zęba szkodliwemi, chociaż by dla tego, że w takich miejscach szybko rozwija się próchnienie. Jeżeli pęknięcie było głębsze, to próchnienie szerzy się po całej rozpęklinie, a dostawszy się do substancji zębowej (*dentina*), niweczy ją na znacznej przestrzeni pod pokrywą twardszego od niej szkliwa. Podobne psucie się zęba bywa zwykle bardzo późno dostrzeżone przez chorego i nic dziwnego, gdyż ząb napozór przedstawia się prawie zupełnie zdrowym, zaledwie na szkliwie posiada czarną rysę. Nierówne odłamki korony, jeżeli zawczasu nie zostaną obrównane i wygładzone, stają się również miejscem sprzyjającym rozwojowi próchnienia.

Zgrzytanie zębami lub też szczękoscisk i na ozębną wywiera wpływ szkodliwy. Zęby, obruszane w swej osadzie i nagniatane wciąż przez zęby przeciwległej szczęki, powodują przekrwienie ozębnej, wyrażające się bólem, najbardziej przy nagryzaniu odczuwanym. Przy leczeniu *periodontitidis* (zapalenie ozębnej) należy mieć zawsze na uwadze ten wzgląd etyjologiczny, jeżeli bowiem zapalenie ozębnej wywołane jest przez zgrzytanie zębów, to z pewnością żadne środki odciągające, stosowane na okolicę zębodołową, nie przyniosą ulgi. Patognomicznym objawem zapalenia ozębnej, przez zgrzytanie wywołanego, jest jednoczesne zapalenie dziąseł i rozprzestrzenienie się zapalenia ozębnej na większą liczbę zębów.

Nie przeczę temu, aby podobne objawy nie mogły zdarzyć się i przy zapaleniu ozębnej, powstałym z innych powodów, jednakże w żadnym przypadku natężenie, tak pod względem zewnętrznego wyglądu przekrwionych dziąseł, jak i uczucia bólu, nie występuje z tak jednakową siłą na wszystkich zębach.

I sama miazdra zębowa nie może być obojętną na zgrzytanie. Miazdra w podobnych przypadkach ulega przekrwieniu, a bóle, wskutek tego powstałe, bywają albo przelotne, albo bardzo długo przesładują chorego, w postaci rwy zębowej.

Wspomnieć nakoniec wypada o zniszczeniach, jakim uleść mogą plomby w zębach przy zgrzytaniu, a zarazem i o aparatach sztucznych zębów, wstawionych w szczęki, doznające zbytniego wzajemnego się tarcia i nacisku

Plomby, osobliwie zastępujące część gryzącą zęba, lub też boczne, tak zwane konturowe, t. j. zastępujące boczną część korony, ulegają wskutek zgrzytania bardzo szybkim i znacznym uszkodzeniom, niezależnie od materiału użytego na plombę. W innych razach, mimo że plomba nie jest dotykana bezpośrednio przez przeciwległe zęby, to jednak uszkodzenie plomby może także mieć miejsce i raz jest ono znaczniejsze, drugi raz mniejsze, co zależy: 1-o od częstości i siły z jaką się zęby zaciskają, 2-o od wieku chorego, 3-o od twardości samego zęba, 4-o od wielkości otworu, który przez plombę został zapełniony, 5-o od materiału, jaki na plombę został użyty. Jeżeli zgrzytanie zębami lub



szczękoscisk odbywa się bez znaczniejszego nateżenia, a tem bardziej, jeśli się rzadko powtarza, to wpływ na plomby, niedotykające swych antagonistów, jest prawie żaden; przeciwnie, jeśli te występują ze znacznem nateżeniem, wstrząsającym zęby w osadach, co osobliwie daje się spostrzegać przy napadach padaczki, to plomby, zwłaszcza kruche, mogą podlegać znacznemu uszkodzeniu. U osób młodziutkich lub osób, posiadających zbyt kruche zęby (matowe, lub z niebieskim odcieniem), przez silne, spazmatyczne zaciskanie zębów, nie tylko plomby lecz i całe zęby mogą ulegać zupełnemu zniszczeniu. Jeżeli otwór w zębie jest nieznaczny, ze wszech stron otoczony zdrową substancją zębową, to plomby w takich otworach ulegają małemu uszkodzeniu, jeśli tylko zdrowa część zęba nie zostanie przez zgrzytanie połamaną. Co się tyczy materjałów na plombę użytych, to złoto bezwarunkowo jest w takich razach najodpowiedniejszym, jako najpodatliwsze, tem więcej, jeśli na miękko (bez ognia) było użyte. Wszelkie rodzaje amalgamatów, pomimo znacznej twardości, łatwo ulegają uszkodzeniu. Już sama własność kurczenia się plomb amalgamowych w zwykłych warunkach nie pozwala im szczelnie przylegać do ścian otworu, przy wstrząśnieniu więc zębów plomby takie jeszcze bardziej się obruszają w swych osadach, przez co ślina łatwiej ma dostęp do ścian otworu w zębie. Plomby cementowe (emalijowe, porcelanowe) przynajmniej o tyle mają wyższość nad plombami amalgamowymi, że choć część zewnętrzna takiej plomby skutkiem swej kruchości ulegnie uszkodzeniu, to jednak, przylegając szczelnie pozostałymi częściami do ścianek otworu w zębie, chroni go od dalszego psucia się.

Przyrządy zębów sztucznych przy zgrzytaniu zębami ulegają także uszkodzeniu, lub też obecnością swą w ustach szkodzą zębom naturalnym i wywołują stan zapalny części miękkich szczęki w tych miejscach, z którymi się stykają. Jeżeli zęby sztuczne są usadzone na ćwieczkach drewnianych lub metalowych, to przy zgrzytaniu w krótkim czasie tak się obluźniają, że z łatwością z ust wypadają, lub nawet mogą być połknięte. Z drugiej strony ćwieczki, zwłaszcza metalowe, mogą tak silnie wywierać ciśnienie na korzeń zębowy, na który są założone, że korzeń zęba pęka, albo też powstaje ostre zapalenie ozębnej, zmuszające do usunięcia korzenia z zębodołu.

Zęby, osadzone na blaszce, podczas silnego zgrzytania, wypadają z osady kanczukowej, a przy aparatach metalowych wyskakują z ćwieczków. W rzadkich przypadkach, zwłaszcza przy napadach padaczki, nawet i same blaszki mogą być zdruzgotane.

Przyrządy zębów sztucznych przy silnem, bezwiednem zaciskaniu zębów, szkodzą obecnym jeszcze w ustach zębom naturalnym; wywierając na nie silny nacisk, wywołują przekrwienie, a nawet obrażenie części miękkich, oraz odwarstwiają dziąsła z szyjek zębowych.

Co się tyczy wywiadów (*anamnesis*) u ludzi, których podejrzujemy o zgrzytanie zębami, to nieraz jest nam bardzo rzeczą trudną, a nawet niemożliwą, dojść do jakichkolwiek danych. Chorzy, podlegający zgrzytaniu zębami, rzadko wiedzą o tem, gdyż zdarza się ono albo podczas snu, albo podczas zupełnej nieprzytomności. Jeżeli więc takich chorych nie objaśnią o napadach otaczający, to nieraz nie chcą nawet przypuszczać, aby kiedykolwiek zgrzytali zębami i żeby

właśnie zgrzytanie to mogło pociągnąć za sobą tak złe następstwa dla zębów. Jednym słowem, nieraz jesteśmy zmuszeni nie zwracać uwagi na stanowcze przeczenie chorych, a li tylko zdawać sobie sprawę na zasadzie zmian, jakie znajdujemy na zębach, dziąsłach lub sztucznych aparatach.

Aby uchronić zęby od zniszczenia, zwłaszcza u osób, podlegających częstemu zgrzytaniu podczas snu, najlepiej jest zalecić im nakładanie na zęby nakładek kauczukowych, wyrobionych podług odcisków, zdjętych z ich zębów. Nakładki takie szczelnie pokrywają zęby, tak z przedniej jak i tylnej strony, a od strony gryzącej posiadają powierzchnię płaską, po której swobodnie może się posuwać szereg przeciwległych zębów, lub też w szczególnych przypadkach druga nakładka, założona na te ostatnie. W tych przypadkach, gdzie zgrzytanie odbywa się z wielką siłą, wkładam warstwę gutaperki we wnętrze nakładki, aby tym sposobem między ścianką nakładki a zębami istniała warstwa sprężysta, chroniąca od ucisku.

Podobne nakładki możemy zalecać i epileptykom, w razie jeśli ci mogą przewidywać zbliżający się u nich atak padaczki. Praktyka przekonywa nas jak nieocenione skutki otrzymać jesteśmy w stanie, stosując tego rodzaju ochraniacze zębów, osobliwie u osób młodszych. Nietylko bowiem tym sposobem zęby zostają zabezpieczone od zbytniego tarcia i ucisku, lecz (jak to się zdarza u dzieci) nakładka obecnością swą w ustach sprawiać może, że po pierwszym zgrzytnięciu śpiący bezwiednie rozwiera szczęki i więcej już ich nie ściska.

Nieuzasadnioną jest obawa, wyrażana przez niektórych chorych lub ich rodziców, jakoby nakładka, przygotowywana z twardego kauczuku, ścierała szkliwo z zębów; nakładka bowiem szczelnie obejmuje zęby, a zatem jest nieruchomą, przez nakładanie zaś i zdejmowanie codziennie nie może kauczuk zniszczyć o wiele od siebie twardszego szkliwa i przynieść więcej szkody zębom, aniżeli by one ucierpiały od bezpośredniego tarcia o siebie podczas zgrzytania.

Przy plombowaniu zębów u ludzi, podlegających zgrzytaniu, winniśmy jeszcze więcej niż w zwykłych warunkach baczyć na to, aby plomby na powierzchniach, ulegających zetknięciu z przeciwległymi zębami, nie były za wysoko zbudowane, gdyż przy pierwszym zgrzytnięciu uległyby zepsuciu. Lepiej jest w takich razach, nie zważając na estetyczne względy przyrządzać plombę niską, tak, aby przy zwartych prawidłowo szczękach plomba nawet nie dotykała przeciwległego zęba.

W ostatnich czasach wstawiałem u ludzi, podlegających zgrzytaniu zębami, plomby z celluloidu, osobliwie w zęby trzonowe, w powierzchnie gryzące. Czyniłem to głównie przy podrażnieniach ozębnej, wynikłych skutkiem zgrzytania, i mogę twierdzić, że w takich razach plomba taka jest najwłaściwszą przez swą elastyczność, a bardziej jeszcze przez największe bezpieczeństwo w porównaniu z innymi plombami w obec przewlekłych spraw zapalnych ozębnej. (O plombach z celluloidu przy *periodontitis chronica* czytałem na ostatnim zjeździe lekarzy polskich w Krakowie, a w krótkim czasie zamierzam opisać obszerniej dalsze swoje w tym względzie spostrzeżenia).



Zębów sztucznych na sztyftach bezwarunkowo nie należy wstawiać, chociażby korzeń zęba naturalnego najbardziej ku temu się nadawał i żądanie chorego było kategoryczne. Zęby bowiem takie mogą narażać chorego na ostre zapalenie ozębnej, albo — co gorzej — podczas snu wpaść nietylko do kanału pokarmowego, lecz nawet w drogi oddechowe i stać się przyczyną groźnych następstw.

Przy ustawianiu zaś zębów sztucznych na blaszce, oprócz trwałego obsadzenia zębów w aparacie, należy się starać tak je ustawić i przyszlifować, aby one, jeśli mają zastąpić brak zębów trzonowych, mogły się swobodnie poruszać na prawo i na lewo po przeciwległych zębach, zęby zaś sztuczne przednie, o ile to jest możebnem, znów tak ustawiać, aby one zbyt szczelnie nie zachodziły na lub poza zęby przeciwległe. Przygotowując zęby dla epileptyka, najlepiej jest dla trwałości osadzić je w kauczuk, drut albo siatkę platynową i takową połączyć ze sztyftami (krampon'ami) zębów sztucznych za pomocą blaszek lub drutów metalowych i przestrzegać tych samych zasad, co i w poprzednim przypadku.

Przytem należy przestrzedz chorych, ulegających nocnemu zgrzytaniu zębami i tych epileptyków, którzy mogą przeczuwać zbliżający się napad, aby pierwsi na noc zdejmowali aparat, epileptycy zaś — przed wystąpieniem napadu. Oprócz tego, należy starać się, aby aparat mógł być utwierdzonym w ustach, o ile można najtrwalej, dlatego też blaszki dla szczęki górnej należy wyrabiać obszerne, w celu wytworzenia największego pola dla przystosowania, lub też przy wązkich blaszkach nakładać silne i obszerne klamry na zęby naturalne, pozostałe w ustach. Ostrożność ta ma na celu, aby przyrząd podczas napadu nie był zepchniętym łatwo ze swego właściwego miejsca i nie wpadł do gardzieli.

Dla jaśniejszego przedstawienia przedmiotu, o którym tu mowa, podaję kazuistykę podobnych przypadków, zebraną za ostatnie 3 lata.

Na 57 przypadków, w których na mocy zmian na koronach zębowych, dziąsłach, lub porażeniu ozębnej, mogłem napewno rozpoznać, jako przyczynę tych zmian, zgrzytanie lub szczękoscisk, tylko w dwóch przypadkach sami chorzy cierpienie zębów na zgrzytanie złożyli, bez uprzedniego z mej strony w tym kierunku pytania. W 16 przypadkach na pytanie zadawane chorym, czy zgrzytają zębami, dostałem odpowiedź twierdzącą. Reszta o zgrzytaniu nie wiedziała, a z tych 11-tu nie było w stanie zasięgnąć wiadomości ze strony otaczających osób, czy rzeczywiście doznają zgrzytania. Co do wieku, to największa liczba przypada od 12-go do 27 roku życia i równa się 41 z ogólnej cyfry 57. Co do płci 17 było mężczyzn, kobiet 40.

Co do następstw ze zgrzytania lub szczękoscisku wynikłych, to liczebnie mam zanotowane, że skrzywienie łuków zębowych przytrafiło się w 39 przypadkach, połamanie lub znaczniejsze powyszczerbianie koron u 16 chorych, nadpęknięcie szkliwa to w mniejszym, to w większym stopniu stwierdziłem we wszystkich przypadkach. Również we wszystkich przypadkach, niedługo po zgrzytaniu spostrzeganych, widziałem zapalenie dziąseł z drażliwością zębów na opukiwanie; samo się przez się rozumie, że objawy te wyrażone były w różnym stopniu, zależnie od siły zgrzytania, wieku i ogólnego stanu zdrowia. W 7-u przypadkach plomby były uszkodzone, w 3-ch zaś aparaty sztucznych zębów mniej lub więcej nadwerężone.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**26. Albertoni (z Genui).** Badania nad działaniem niektórych środków lekarskich na pobudliwość mózgu, oraz przyczynek do leczenia padaczki. (*Untersuchungen über die Wirkung einiger Arzneimittel auf die Erregbarkeit des Grosshirns nebst Beiträgen zur Therapie der Epilepsie*).

A. badał wpływ bromku potasu (*kalium bromatum*), atropiny i cynchonidyny na pobudliwość mózgu, dla mierzenia której posiłkował się faktem, iż drażnienie strumieniem elektrycznym pewnych okolic substancji korowej półkul mózgowych wywołuje ruchy miarowe lub padaczkę. W tym celu u psa lub u małpy (*cercopithecus*), po odsłonięciu *zonae psychomotoriae*, oznaczał minimum siły strumienia elektrycznego, potrzebnego do wywołania ruchów w odpowiednich mięśniach i do wywołania padaczki. Następnie podawano przez pewien czas środek lekarski i oznaczano powtórnie wzmiankowane minimum. W miarę tego jak do powstania tychże ruchów mięśniowych i epilepsji potrzeba było użyć strumienia słabszego, równego lub silniejszego, wnoszono iż pobudliwość mózgu była zmniejszoną, taką samą lub zwiększoną.

Bromek potasu. Podawanie przez 2—3 tygodnie (najlepiej w jedzeniu) 1—4 gramów tego środka obniżało bardzo znacznie elektryczną pobudliwość mózgu, i to tem widoczniej, im w większych stosowano go dawkach, a nadto znosiło możność wywołania napadu epilepsji przez drażnienie kory elektrycznością. Jako przykład niech posłużymy np. doświadczenie I: u psa, wstanie zwyczajnym dopiero przy zbliżeniu cewek (bobin) przyrządu indukcyjnego na 130 mm., następuje podrażnienie ośrodka korowego dla mięśni twarzy i kończyny przedniej, a w skutek tego kurczenie się tych mięśni; przy oddaleniu ich na 110 mm. powstaje epilepsja tychże mięśni, a przy 100 mm. napad drgawek ogólnych. Po 3 tygodniowym podawaniu bromku potasu w dawce 3—5 grm. dziennie, stosunki zmieniły się do tego stopnia, iż przy 130 mm. nie ma żadnej zmiany, dopiero przy 100 mm. następuje kurczenie się mięśni twarzy, przy 90 mm. mięśni kończyny przedniej, przy 80 mm. drgawki w mięśniach twarzy i kończyny przedniej; napadu drgawek ogólnych wywołać nie można.

Po odstawieniu bromku potasu, pobudliwość mózgu na nowo powraca, tem jednak wolniej, im środek dłużej dawano. Jednorazowa jego dawka zmniejsza już pobudliwość. Przy doświadczeniach swych autor w wielu przypadkach obserwowował zwięźnienie naczyń krwionośnych mózgu.

Atropina. Że ona działa na mózg, dowodzą objawy mózgowy, występujące przy podawaniu belladony lub jej alkaloidu—atropiny (bredzenie, urojenia, złudzenia, gwałtowne ruchy i t. d.). Usprawiedliwiają one pospolitą niemiecką nazwę belladony: *Tollkirsche*. Objawy te znajdują bardzo łatwe wytłumaczenie w doświadczeniach Albertoniego, które okazały, iż atropina podnieca wszystkie czynności mózgu i zwiększa pobudliwość kory mózgowej. U psów, którym zadawano atropinę (w stosunku 1 ctgrm. na 1 kgrm. wagi ciała), już po 15—20 minutach bardzo słabe strumienie elektryczne wywoływały napad epileptyczny.

Zależność działania atropiny od podniecenia substancji korowej mózgowej z jednej strony, a z drugiej strony fakt, iż nie u wszystkich zwierząt substancja ta jest pobudliwą, a u tych, u których jest pobudliwą, pobudliwość ta nie istnieje w bardzo młodym wieku, a dopiero wzrasta z wiekiem, tłumaczy nam dlaczego np. u ptaków, atropina nawet w dużych dawkach nie wywołuje zбочeń czynności mózgu, dlaczego działa daleko słabiej u szczeniąt i u dzieci. Klinicyści od dawna już zauważyli, iż dzieci do lat 5, dobrze znoszą *tincturam belladonnae*, gdy u starszych też sama ilość wywołuje już objawy zatrucia.

Małe ilości atropiny przyspieszają czynność serca, czynią więc krążenie krwi w mózgu szybszem. Średnie ilości wywołują zwięźnienie naczyń mózgowych, a rozszerzenie naczyń obwodowych ciała.



Cynchonidyna zwiększa pobudliwość kory mózgowej, czyni u ludzi napady epileptyczne częstszymi. Zdaniem więc Albertoni'ego cynchonidyna, jak w ogóle china i jej przetwory są przeciwwskazane w epilepsji. Podawanie bromku potasu znosi możność wywoływania epilepsji przez używanie cynchonidyny.

Wpływ bromku potasu i atropiny na pobudliwość substancji szarej kory mózgu pozwala wyprowadzić wskazania do podawania ich w epilepsji. Gdy ona zależy od stanu napięcia ośrodków nerwowych, podawać należy bromek potasu, a przeciwnie atropina jest szkodliwą. Tę ostatnią radzi Albertoni podawać w epilepsji, powstałej w skutek silnych wrażeń, np. przestrawu, przy padaczkach zależnej od zastojów w naczyniach krwionośnych w mózgu, gdyż jak widzieliśmy atropina pobudza kurczliwość mięśni naczyniowych mózgu, wreszcie w epilepsji pochodzenia obwodowego, gdyż atropina zmniejsza pobudliwość zakończeń nerwów obwodowych tak czuciowych jak i ruchowych.

(*Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Bd. XV. Hft. 3 u. 4.*)

W. Gajkiewicz.

## Wiadomości bieżące.

**Warszawa.** Rodzina zmarłego nieodżałowanego kol. Placzkowski'ego, ofiarowała pozostałą po nim bibliotekę, złożoną przeważnie z dzieł treści chirurgicznej i anatomicznej, tutejszemu Towarzystwu Lekarskiemu.

**Kraków.** Magister farmacyi i doktor medycyny Józef Łazarski, asystent przy zakładzie farmaceutycznym w Wiedniu, mianowany został nadzwyczajnym profesorem farmakologii i farmakognozyi tutejszej wszechszkoły.

† Dnia 5 b. m. zmarł w Krakowie D-r Ignacy Rafał Czerwiakowski, wysłużony profesor botaniki i były rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego. Urodzony w Krakowie 1808 r., ukończył szkoły średnie, wydział filozoficzny i lekarski w Krakowie; w r. 1831 był czynnym w Warszawie w szpitalu w koszarach gwardyjskich, w r. 1833 uzyskał w Krakowie stopień Doktora medycyny, w r. 1834 mianowany został adiunktem profesora historii naturalnej, w r. 1838 profesorem tychże nauk w zakładzie technicznym, a w r. 1843 profesorem botaniki w Uniwersytecie Jagiellońskim. D-r Czerwiakowski był po czterykroć Dziekanem wydziału filozoficznego, a w r. 1863 Rektorem Uniw. Jagiel., w r. 1868 powołany został na prezesa komisji egzaminacyjnej dla kandydatów na nauczycieli gimnazjalnych; był członkiem Akademii Umiejętności i Dyrektorem wydziału matematyczno-przyrodniczego, oraz dyrektorem ogrodu botanicznego i kawalerem orderu korony żelaznej 3-ciej klasy. Od r. 1878 przeszedł w stan spoczynku. Napisał botanikę szczegółową w 6-ciu tomach. Cześć Jego pamięci.

(*Przegląd Lekarski*).

**Bonn.** Na pomnik dla niedawno zmarłego profesora Busch'a, nadesłał cesarz Wilhelm 3000 marek, a cesarzowa Augusta 2000 marek.

**Getynga.** Obchodzono tu 4 Kwietnia r. b. jubileusz 50 letniego doktoratu prof. Henle'go. Jubilat urodził się 9 Lipca 1809 r. w Fürth; medycynę studyjował w Bonn i Heidelbergu. W 1834 roku został prosektorem przy J. Müllerze, w 1837 habilitował się jako docent prywatny w Berlinie. W r. 1840 powołany został na profesora do Zurychu, gdzie z Pfeufer'em założył „Zeitschrift für rationelle Medicin“. 1844—1852 r. był profesorem w Heidelbergu, ządł przeniósł się do Getyngi, gdzie dotychczas przebywa. Henle jest autorem słynnych dzieł „Allgemeine Anatomie“, „Handbuch der rationellen Pathologie“, „Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen“.

**London.** Założono tu pod nazwą „Association for the Advancement of Medicine by Research“ towarzystwo mające za zadanie postęp medycyny przez posługiwanie się ścisłymi metodami badania. Jednym z zadań tego towarzystwa będzie przeciwdziałanie napuściom na wiwisekeyje.

**Petersburg.** Habilitowali się tu jako prywatni docenci psychiatryi i chorób nerwowych D-rowie Czeczot i Sikorski.

— Obchodzić tu będą uroczyscie w d. 27 Kwietnia r. b. jubileusz 25-letniego zawodu profesorskiego Botkina.

Do dzisiejszego N-u „Gazety Lekarskiej“ dołącza się dla wszystkich prenumeratorów broszurkę o Cieplicach Trenczyńskich napisaną przez D-ra Filipkiewicza.

**Sprostowanie.** W N-rze 14 „Gazety Lekarskiej“, na str. 282 drzeworyt został przez pomyłkę odwrócony. Bok rysunku zwrócony ku górze powinien stanowić lewy bok rysunku.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою. Варшава 8 Апрелья 1882 г. Друк К. Ковалевскаго, Крólewska Nr. 23.

# Zakład Przyrodoleczniczy

## Wodolecznica w Nowem Mieście nad Pilicą

(gub. Piotrkowska pow. Rawski).

Od 9-ciu lat istniejący obszerny Zakład najzupełniej zorganizowany pod względem przyrządów kąpielowych, wprawnej usługi, mieszkania, dyjetetycznego stołowania i w ogóle wszelkich urządzeń zmierzających do ułatwienia i zapewnienia racjonalnego leczenia hydroterapeutycznego pod ścisłym dozorem i doświadczonego kierunkiem podpisanych dwóch stałych lekarzy.

Zakład cały rok otwarty, przyjmuje chorych jak w porze letniej, tak i zimowej. Mieszkania ogrzane i zaopatrzone w wodę, tak, że chorzy biorą kąpiele w swoich pokojach. Oszklona galerija do przechadzek. Gmnastyka i wszelkie wody mineralne. Bill-ard, fortepian i czytelnia. Pošta codziennie.

Wielec skuteczne leczenie wodą w chorobach nerwowych, w katarach wogóle, a szczególnie żołądka, kiszki, pęcherza i macicy, w przekrwieniach wątroby i śledziony, reumatyzmach, niedokrwistości, zakażeniu rrtciowem, zimnicznem, w niepłodności, otyłości, niemocy męzkiej i w ogólnych osłabieniach.

Bliższe szczegóły w Warszawie w Aptece H. Kucharzewskiego, Senatorska Nr. 48. lub w Nowem-Mieście w Zarządzie Zakładu.

J. Bieliński,

L. Rzeczniewski.

10—9

## VICTORIA woda gorzka NATURALNA

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkimi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej jak Hunyady Janos, a o 260 gr. więcej jak Pülna i Friedrichshall.

Polecana przez najznakomitsze powagi lekarskie i znanych lekarzy tutejszych, pomiędzy innymi przez Prof. rad. dworu *Ducheka*, rad. dworu *Bambergera*, *Auspitza*, *Lorinsera*, w Wiedniu, rzecz rad. stanu Prof. *D-ra D. Lamba*, prym *D-ra Kobylańskiego*, *D-ra Kryżego* *D-ra Zaleskiego* w Warszawie.

Na składzie we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

20—8

## PILULES DE BLANCARD

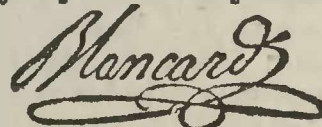
z niezmiennym jodkiem żelaza.

ZATWIERDZONE PRZEZ AKADEMJE MEDYCZYNY W PARYŻU etc.

przeciw : *Skrofułom*, *bladaczce*, *małokrwistości* i *braku menstruacji*, etc. etc.

*NB.* — Nieczysty lub podlegający zmianie jodek żelaza jest zdradliwym i rozdrażającym lekarstwem. W dowód rzetelnej czystości i wyrobu prawdziwych Pigulek Blancard'a, wymagać należy u spodu zielonej etykielki, srebrzystą pieczętkę i nasz podpis jak obok zamieszczony.

Znajdują się we wszystkich aptekach.



Blancard, aptekarz, rue Bonaparte, 40, Paris.

Wystrzegać należy się podrabian.

## SOLEC

### Najsilniejsze wody siarczano-słone

Sezon otwarty od 20 Maja.

6—2