

GAZETA LEKARSKA.

I. LEUKOCYTOZA W CHOLERZE AZYATYCKIEJ.

[Według odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem dnia 16. X. 1894 r.]

Podał

Edmund Biernacki.



Pełniąc obowiązki ordynatora oddziału cholerycznego w szpitalu Dzieciątka Jezus w czasie ubiegłego lata, miałem możność przeprowadzenia szeregu spostrzeżeń nad zachowaniem się krwi w różnych okresach cholery. Właściwie nie miałem na celu szczegółowego zbadania cech morfologicznych i chemicznych krwi w tej chorobie: pracując przedtem od kilku tygodni nad pewnymi własnościami leukocytów w stanach chorobowych, wciągnąłem i cholereę w zakres moich poszukiwań, przyczem określałem w każdym przypadku liczbę czerwonych i białych krążków krwi. Przeglądając ten materiał, a także dane z literatury, dotyczące składu chemicznego krwi w cholery, zauważyłem kilka ciekawych szczegółów, na które chcę zwrócić uwagę w niniejszym artykule.

Określanie liczby ciałek czerwonych i białych u cholerycznych napotykało dużo trudności. Przedewszystkiem otrzymanie choćby małej kropli krwi nieraz nie bywa łatwem; wiadomo bowiem, że w okresie zamartwiczym nawet po otworzeniu grubego pnia żylnego krew w wielu przypadkach nie płynie zupełnie. Wyjątkowo też krew wytryska samodzielnie po głębokim ukłuciu palca; jeśli jednak palec naciskać, to prawie zawsze można otrzymać większą kroplę ciemnej ciągliwej krwi. W zasadzie jest to niedozwolony sposób otrzymywania krwi do badań liczbowych, a to ze względu na obawę, że do krwi wskutek naciskania może się domieszać płyn tkankowy. Wątpię jednak bardzo, czy domieszka taka może być znaczną, czy może wywierać wpływ poważniejszy na stosunki liczebne ciałek we krwi cholerycznych, których tkanki wyróżniają się suchością. Zresztą, w niektórych lżejszych przypadkach cholery mogłem otrzymać kroplę krwi po ukłuciu głębszem palca bez naciskania i w tych razach wyniki otrzymywałem takie same, specyjalnie względem liczby białych krążków, jak w pierwszym szeregu przypadków.

Ważniejszą była druga okoliczność, że u większości chorych, szczególnie cięższych, mogłem badać krew nie zaraz po przybyciu, ale dopiero później już po rozpoczęciu leczenia, a mianowicie po wprowadzeniu podskórnem większej dawki kamfory. Kamfora zaś niewątpliwie podnosi liczbę białych ciałek krwi

w 1 młm. sześć., co wykazały spostrzeżenia BINZ'a i MEYER'a ¹⁾ na zwierzętach. Ten wpływ mogłem stwierdzić i u cholerycznych w 1—2 godziny po wstrzyknięciu 3—5 grn. kamfory w eterze, lub w postaci oleju kamforowego.

	Przed kamforą.	W 1½—2 godz. po kamforze.
Nr 13. <i>St. algid.</i> . . .	38125	40625
Nr 14. <i>St. react.</i> . . .	20312	26562
We 20 godzin później . . .	"	10937

Wzmożenie liczby leukocytów pod wpływem, kamfory trwa, według BINZ'a i MEYER'a, 40 — 60 minut. U chorych cholerycznych działanie to z powodu upośledzonych warunków wydzielania trwa prawdopodobnie znacznie dłużej, czego jednak bliżej określić nie można z powodu wahanja liczby białych przez sam przebieg choroby. Zwykle badałem krew w 8 — 10, znacznie rzadziej w 1½ — 2 godziny po wprowadzeniu kamfory; i nie mogę powiedzieć, by w przypadkach tych uderzała nadzwyczajna wysokość liczby białych ciałek w porównaniu z kilkunastu innymi przypadkami, w których liczenie ciałek krwi uskutecznionem zostało przed zastosowaniem kamfory lub jakichkolwiek innych środków [kalomelu, waleryany]. Tu nadmienić muszę, że prawie wszyscy badani chorzy na samym wstępie do oddziału otrzymywali ciepłą lub gorącą kąpiel.

Dla ścisłości białe ciałka rachowane były zwykle dwa razy: raz obok ciałek czerwonych przy rozcieńczeniu 1:100 za pomocą 3% roztworu soli kuchennej, drugi—przy rozcieńczeniu 1:40 ½% kwasem octowym, w którym czerwone ciałka rozpadają się, a białe, przeciwnie, robią się wskutek napęczenia jąder bardzo wyraźne. Wyniki obu tych określeń były zazwyczaj prawie identyczne, a przynajmniej różniły się w granicach zwykłej pomyłki [2000—3000].

Jednakże niekiedy, wprawdzie dość rzadko, przy liczeniu w kwasie octowym znajdowałem znacznie mniej ciałek, niż przy liczeniu w 3% roztworze soli kuchennej. Umyślnie w tych razach powtarzałem liczenie i otrzymywałem taki sam wynik. Podejrzewam przeto mocno, że w niektórych przypadkach pewna część ciałek białych rozpada się w kwasie octowym, co naturalnie prowadzi przy liczeniu do mylnych wyników.

Materyał zebrany zestawiam w poniższej tablicy. Rzut oka na nią przekonuje, że wybitne wzmożenie liczby białych krążków jest stałym zjawiskiem w cholerze. Leukocytozę tę stwierdzaliśmy już w bardzo wczesnych okresach choroby, bo w wielu przypadkach w 12 godzin po zapadnięciu; w *stadium algidum* widzimy ją zawsze, w *stadium reactionis* zwykle; nawet nieraz dnia 3-go, 4-go i 6-go choroby. Jest to wogóle leukocytoza bardzo wysokiego stopnia: cyfry 25000 — 35000 białych ciałek w 1 młm. sześć. krwi zamiast prawidłowych 6000—9000 nie stanowią rzadkości. Wybitnem jest to zjawisko nie tylko w ciężkich, ale i w lżejszych przypadkach cholery. Szczególnie pouczającym w tym względzie był przypadek 37: chora Kat., lat 25 licząca, cierpiała od 24 godzin na silną biegunkę bez wymiotów, kurczów, sinicy, bez

¹⁾ BINZ i MAYER. Cytow. według RIEDER'a. Beiträge zur Kenntniss der Leukocytose und verwandter Zustände des Blutes. Leipzig. 1892. Str. 167.

zatrzymania moczu, oziębienia kończyn i t. d.. Że biegunka ta była pochodzenia cholerycznego, za tem przemawiało przybycie chorej z ogniska epidemicznego, podług — wygląd ryżowy stolców przez pewną chwilę w przebiegu choroby. Otóż u tej chorej jeszcze przed zastosowaniem leczenia stwierdziłem silną leukocytozę, bo aż 21250 ciałek białych w 1 młm. sześć.. Drugi analogiczny przypadek, jeszcze lżejszego natężenia [№ 38 w tablicy], przedstawiał wyjątek z ogólnego prawidła: tutaj nie było leukocytozy, nawet przeciwnie, liczba białych ciałek wykazywała spadek do 4375 w 1 młm. sześciennym [lekopenia].

Występowanie leukocytozy w choleryce było łatwo przewidzieć: zresztą moje spostrzeżenia zgadzają się z analogicznymi wskazówkami z literatury. Widział ją np. HAYEM ¹⁾. OKŁADNYCH ²⁾ stwierdził leukocytozę we wszystkich 24 badanych przez siebie przypadkach cholery obok wzmoczenia liczby czerwonych ciałek w 1 młm. sześć., ciężaru właściwego, zabarwienia krwi i t. d.. A przedewszystkiem wzmoczenie liczby leukocytów już w najwcześniejszych okresach cholery zauważył VIRCHOW ³⁾ jeszcze w 1857 roku: autor ten sprowadzał to zjawisko na zmiany w gruczołach solitarnych i w blaszkach PEYER'a. W każdym razie pytanie o leukocytozę w choleryce jest najmniej obrobionem w nauce o zachowaniu się liczby białych ciałek krwi w różnych stanach chorobowych.

Zaznaczyć należy, że wzniesienie liczby białych krążków we krwi cholerycznej jest bezwzględne, tak, że stosunek białych do czerwonych, mimo podniesienia liczby tych ostatnich, zwykle zwiększa się bardzo wyraźnie.

Barwienie krwi na suchych preparatach, z jednej strony eozyną i błękitem metylenowym, a z drugiej — mieszaniną BIONDI-EHRICH'a, uskutecznione w 10 przypadkach, wykazało, że leukocytoza w choleryce jest neutrofilową. Natomiast komórek eozynofilowych nie spotykałem prawie wcale. Liczebnie odsetka różnych gatunków leukocytów przedstawiała się w następujący sposób:

Przypadek №					Limfocyty	Limfocyty	Wielojądrowe i przejściowe.
					małe.	duże.	
Przypadek № 12	.	.	.	.	7,6%	2,3%	89,5%.
„ № 18	.	.	.	.	9,6%	7,8%	82,5%.
„ № 24	.	.	.	.	3,0%	7,8%	89,0%.
„ № 25	.	.	.	.	3,0%	1,5%	95,4%.

Tym sposobem leukocytoza w choleryce azyatyckiej posiada ten sam charakter, jak i w innych stanach ostrego wzmoczenia liczby białych krążków krwi, a specjalnie jak w zapaleniu płuc. Natomiast prognostycznie zachowuje się ona, rzecz można, zupełnie odwrotnie, niż w tej ostatniej chorobie

¹⁾ HAYEM cyt. według LUKJANOWA. Grundzüge einer allgemeinen Pathologie des Gefäßsystems. Leipzig. 1894. Str. 220.

²⁾ OKŁADNYCH. K woprosu ob izmieniennjach krwi pry cholere. Predwar. soobszczenie. Wracz. 1892. Nr. 44. Str. 1107.

³⁾ VIRCHOW. Cytow. według RIEDER'a, str. 140.

Oznaczeni * przed badaniem nie używali zupełnie kamfory.

Nr	Przypadek.	Pozątek choroby przed:	Okres.	Zejsście.	Trwanie choroby.	Liczba krążków w 1 mm. sześcienn.	Liczba ciątek [3% NaCl].	Liczba ciątek w 1/3% ac. ac.	Przeciętnie.	Stosunek ciątek do czerwonych wouych.	U w a g i.
1	+Zien., lat 25 leczący mąż.	18 g.	Stad. algid.	† po 10 godz.	28 g.	7356250	40625	—	40625	1:181	Przed wstrzyknięciem kamfory. W 8 godzin po gorącej kąpeli. Dwie godziny po wstrzyknięciu. Przed kamforą i przed kąpielą. Przed kamforą w 2 g. po kąpeli. Przed kamforą
2	+Puter., l. 44 leczący mąż.	24 "	"	† po 4 "	"	7518750	51562	—	51562	1:145	"
3	+Szcz., l. 36 lecząca kob.	10 "	"	† " 10 "	"	6750000	40925	—	40925	1:166	"
4	+Tusz., l. 22 lecząca kob.	12 "	"	† " 4 "	"	6000000	45312	50000	47056	1:125	Przed kamforą i przed kąpielą.
5	+Wisn., l. 18 leczący mąż.	12 "	"	† " 30 "	"	7375000	42187	43125	42656	1:172	Przed kamforą
6	+Kraś., l. 16 leczący mąż.	12 "	"	† " 2 "	"	7050000	65625	65625	65625	1:107	W 1 godz. po wstrzyk. kamfory.
7	+Park., l. 53 lecząca kob.	36 "	"	† " 20 "	"	6350000	56250	57812	57031	1:111	Przed kamforą.
8	+Kul., lat 38 "	20 "	"	† " 24 "	"	7618750	40625	—	40625	1:187	"
9	+Wald., l. 26 leczący mąż.	16 "	"	† " 12 "	"	6875000	32656	28125	30390	1:226	"
10	+Zbyk., l. 27 lecząca kob.	24 "	"	† " —	"	6387500	25000	26250	25625	1:249	W 6 godzin po kamforze. Kamfora do wewnątrz.
11	+Ciesz., l. 26 lecząca kob.	16 g.	react. algid.	† " —	4 dn.	6087500	25562	27500	27031	1:225	W 8 godz. po wstrzyk. kamfory. Cięplota w 34,20 r. 35,00 C.
12	" " " "	2 1/2 d.	react.	† " 48 "	4 1/2 "	6937500	44093	29375 [?]	44093	1:157	Anuria. Ciępl. w 35,50 r. 35,60. Kamfora do wewnątrz i pod skórę.
13	+Mach., l. 22 leczący mąż.	48 g.	algid.	—	—	6525000	21750	29375	25562	1:267	W 12 godz. po wstrzyk. kamfory.
14	" " " "	4 dni	react.	—	—	4625000	23437	—	23437	1:197	W przebiegu choroby wstrzykiwania kamfory.
15	" " " "	6 "	"	† " 24 dn.	18 "	4868750	20312	18125	19223	1:253	Śmierć w okresie zdrowienia z zapalenia płuc.
16	+Staw., l. 43, lecząca kob.	12 g.	algid.	—	—	6450000	28125	26875	27500	1:234	Przed wstrzyknięciem kamfory; w 1 1/2 godz. po kąpeli.
17	" " " "	3 1/2 d.	react.	Wyzdrow.	—	4950000	15625	12500	14062	1:352	Od 24 godz. oddawanie moczu. Jeszcze biegunka. Ciępl. w 36,0, rano 30,4°.
18	+Pietr., l. 30 lecząca kob.	24 g.	algid.	Wyzdrow.	—	7659500	25000	28125	25562	1:288	Przed kamforą.
19	+Borow., l. 13 leczący mąż.	16 "	"	—	—	5406250	35937	26875 [?]	35937	1:150	W 8 godz. po wstrzyk. kamfory.
20	" " " "	4 1/2 dni	react.	Wyzdrow.	—	6231250	10937	10625	10781	1:577	W 24 godz. moczu. W 3 dni później erythema.
21	+Sokol., l. 36 leczący mąż.	26 g.	algid.	—	—	6843750	31250	31875	31562	1:216	W 6 godz. po wstrzyk. kamfory Stan dobry.
22	+Ziar., l. 36 "	36 g.	algid.	—	—	5768750	7812	7500	7656	1:753	"
23	" " " "	3 1/2 dni	react.	Wyzdrow.	—	5987500	28125	26375	27500	1:214	Przed wstrzyknięciem kamfory.
24	+Kurc., l. 56, lecząca kob.	22 g.	react.	† " 2 dn.	2 1/4 "	5318750	14375	36250	14375	1:370	Stan dobry.
25	+Rzezn., l. 42 "	4 dni	react.	† " 12 g.	4 1/2 "	6456250	34390	35625	33320	1:182	W 8 godz. po wstrzyk. Anuria. Cięplota 36,2°.
26	" " " "	"	"	† " —	—	4881250	35937	35625	35781	1:136	W 48 g. po wstrz. kamfory. Anuria. Wymioty.

20	Tur., l. 54	licząca kob.	4 dni	Stad. react.	† po 24 godz.	5 dni	8200000	25000	25000	25000	25000	25000	1:328	W 48 g. po wstrz. kamfory. Kamfora per os. Anuria. Ciępl. w. 35,30.
21	+Waks., l. 25	liczący mąż.	6	"	—	—	5606250	29687	—	29687	29687	29687	1:188	Erythema. Biegunka. Bez kamfory.
	"	"	9	"	† po 2 dn.	11 dni	5493750	50000	—	50000	50000	50000	1:109	Kamfora do wewnątrz. Silne osłabienie.
22	Biń., l. 34	"	30 g.	"	—	—	5998750	18750	18750	18750	18750	18437	1:323	W 20 g. po wstrzykn. kamfory. Oddawanie moczu. Ciępl. w. 36,0. rano 36,00
	"	"	3 1/2 d.	"	Wyzdrow.	—	4593750	7812	5625	7812	5625	6718	1:683	Bradycardia [48]. Ciępl. w. 36,80. rano 36,60
23	Tur., l. 54	"	48 g.	"	"	—	5718750	20312	25625	20312	25625	22968	1:249	Kamfora do wewnątrz.
24	Sętk., l. 22	licząca kob.	2 1/2 d.	"	"	—	5250000	25000	27500	25000	27500	26250	1:200	W 48 g. po wstrzykn. kamfory. W 24 g. mocz. Stan dobry.
25	Ziół., l. 13	"	2 1/2 "	"	"	—	5818750	25000	28750	25000	28750	26875	1:216	W 24 g. po wstrz. kamfory. Anuria. Ciępl. w. 36,0. r. 35,60.
	"	"	6 1/2 "	Rekonw.	"	—	5681250	14062	12500	14062	12500	13281	1:427	Od 3 dni mocz. Stan dobry.
	"	"	9 1/2 "	Zdrowa.	—	—	5150000	7812	—	7812	—	7812	1:659	—
26	Dobrow., l. 37	"	3 "	Stad. react.	Wyzdrow.	—	5762000	20312	22500	20312	22500	21405	1:268	W 48 g. po wstrz. kamfory. Tegóż dnia pierwsze oddanie moczu.
27	Kar., lat 9	liczący mąż.	2 "	"	Wyzdrow.	—	6612500	31250	22500	31250	22500	31250	1:211	Bezmoz. Pierwsze oddanie moczu.
28	Wal., l. 34	"	4 "	"	Wyzdrow.	—	6875000	20312	18750	20312	18750	19531	1:352	W 48 g. po wstrzyk. Tegóż dnia pierwsze oddanie moczu. Stan dobry.
29	Cyg., l. 49	"	4 "	"	—	—	3195750	21878	21250	21878	21250	21564	1:148	W 60 g. po wstrzyk. W dniu badania pierwsze oddanie moczu.
30	Lem., l. 34	"	6 "	Rekonw.	Wyzdrow.	—	2975000	9375	11250	9375	11250	10312	1:288	Stan dobry.
31	Sol., l. 41	"	6 "	Stad. react.	Wyzdrow.	—	5962503	—	8750	—	8750	8750	1:681	W 3 dni po wstrzykn. Singultus.
	"	"	6 "	Rekonw.	Wyzdrow.	—	6537500	9375	—	9375	—	9375	1:698	W 5 dni po wstrzykn. Singultus.
32	+Grab., l. 46	licząca kob.	24 g.	Stad. react.	—	—	6068750	20312	20625	20312	20625	20468	1:296	St. melior dopiero po 3 dniach. Cięplota 36,5. Oddawanie moczu.
33	"	"	3 dni	"	Wyzdrow.	—	5100000	20562	23125	20562	23125	24843	1:205	Bez kamfory.
	+Abram., l. 54	liczący mąż	42 "	"	—	—	6975000	12500	12500	12500	12500	12500	1:478	Stan dobry.
34	"	"	5 "	Rekonw.	Wyzdrow.	—	4793750	9375	10000	9375	10000	9687	1:494	36,9. Oddawanie moczu.
	+Kesten., l. 10	"	3 "	Stad. react.	—	—	6462400	18750	20000	18750	20000	19375	1:333	Cięplota 37,0.
	"	"	4 "	"	—	—	5731250	20312	18750	20312	18750	19531	1:289	Bez kamfory.
	"	"	5 "	Rekonw.	Wyzdrow.	—	4343750	10937	8750	10937	8750	9843	1:461	Bez kamfory. Mocz oddaje.
35	+Bucz., l. 70	"	4 "	Stad. react.	—	—	6137500	21875	16250	21875	16250	21875	1:280	W 24 godz. po próbie wstrzykn. knięciu kamfory.
	"	"	5 "	"	—	—	6481250	15625	8750	15625	8750	15625	1:414	Bezmoz. Pulsus plenus. W 3 g. po kąpiel. Przed kamforą.
	"	"	6 "	"	—	—	5912500	15625	13750	15625	13750	14687	1:402	Kamfora do wewn. mocz oddaje.
	"	"	9 "	Rekonw.	Wyzdrow.	—	6418750	9375	6250	9375	6250	7814	1:591	—
36	+Turk., l. 29	"	3 "	"	"	—	5987500	17187	18750	17187	18750	17968	1:333	Stan dobry.
37	+Kurow., l. 25	licząca kob.	24 g.	"	"	—	666250	—	21250	—	21250	21250	1:313	Bez kamfory.
38	+Pacz., lat 30	"	12 "	—	"	—	4750000	6250	2500	—	2500	4375	1:1085	Choleryna. Bez kamfory.

Podczas bowiem gdy w zapaleniu płuc obecność leukocytozy wskazuje pomyślnie zakończenie choroby, to przeciwnie wszystkie przypadki cholery, w których w okresie zamartwiczym stwierdziłem najwyższy stopień leukocytozy [40000—60000 białych ciałek w 1 młm sześć. krwi] szybko zakończyły się śmiercią. Takich przypadków miałem 8: choroba trwała 14—28, najdłużej 42 godziny; śmierć po stwierdzeniu wysokiej leukocytozy następowała w 4—10—12, raz tylko dopiero po 30 godzinach. Ale odwrotne zjawisko nie miało miejsca, t. j. nie wszystkie przypadki cholery z zejściem śmiertelnym wykazywały w okresie zamartwiczym bardzo silną leukocytozę. Tak np. w przypadkach 10 i 11, nie zakończonych śmiercią, liczba leukocytów pomimo wstrzykiwań kamfory wcale nie była wyższą, niż w przypadkach 14, 15 i 16 zakończonych wyzdrowieniem. Ale chorzy ci nie zmarli tak szybko, jak chorzy pierwszej kategorii, a dopiero w okresie odczynowym po 4—6 dniach. Z drugiej strony przypadek 9 dowodzi, że może być krótkie trwanie i szybkie zejście śmiertelne mimo leukocytozy niezbyt wysokiej w *stadium algidum*. Chodzi więc tylko o potwierdzenie pytania, sformułowanego w następujący sposób: czy zawsze znalezienie bardzo wielkiej liczby białych ciałek w krwi podczas okresu zamartwiczego cholery—mniej więcej około 50000 w 1 mm. sześć.—jest niezawodną oznaką szybko mającej nastąpić śmierci?

Zresztą i w okresie odczynowym leukocytoza zwykle towarzyszyła cięższemu przebiegowi i dłuższemu trwaniu choroby; tylko, że zjawisko to nie było dostatecznie prawidłowem, by stanowiło objaw prognostyczny. A więc w przypadkach, w których po napadzie cholerycznym chory prędko oddał moczu i nie przedstawiał wybitnych objawów mocznicy, względnie tyfoidu, [np. przypadki 22, 23], liczba leukocytów była mniejszą i więcej zbliżoną do normy, niż w przypadkach z silnymi objawami odczynowymi. W dwóch przypadkach [№ 11 i 21], zakończonych śmiercią w okresie odczynowym, widzieliśmy na 1—2 dni przed zejściem podniesienie liczby leukocytów do cyfr najwyższych 44093 i 50000.

Co się tyczy czerwonych ciałek, to liczba ich podnosi się w niektórych przypadkach do $7\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$ milionów w jednym mm. sześć. zamiast prawidłowych 5000000. Zwykle jednak podniesienie to nie jest tak wybitnem i sięga tylko $6\frac{1}{2}$ milionów. Zjawisko to możnaby łatwo uważać za wyraz zachodzącego w cholerze zgęszczenia krwi; lecz sądzić o stopniu zgęszczenia krwi ze stopnia podniesienia liczby ciałek czerwonych stanowczo w żadnym razie nie można. Chyba tylko bardzo silne różnice pomiędzy liczbą czerwonych krążków w oddzielnych przypadkach cholery moglibyśmy uważać za wyraz mniej lub więcej silnego zgęszczenia krwi. Zestawiając w tym celu otrzymane cyfry, przekonałem się, że stopień wzmożenia liczby krążków czerwonych wcale nie szedł w parze z natężeniem i przebiegiem przypadku. A więc otrzymałem wskazówkę, że i stopień zgęszczenia krwi wcale nie odpowiada natężeniu przypadku. Wskazówka ta okazała się tem cenniejszą, że przeglądanie rozbiórów chemicznych krwi w cholerze dało mi zupełnie niedwuznaczną odpowiedź w tym względzie.

Dokładne rozbiory całkowite krwi cholerycznej należą do C. A. SCHMIDT'a ¹⁾, który podczas epidemii 1848 roku w Dorpacie w 7 ciężkich przypadkach cholery [z tych 5 zakończonych śmiercią] określał zawartość wody, chloru, metali alkalicznych i t. d., we krwi otrzymywanej przez wenesekcję. Z tablic tego autora wyjmuję i zestawiam dane, dotyczące zawartości wody, K_2O , Na_2O , P_2O_5 i chloru.

			Pocz. chor.	Cz. stałe	Cięż. wł.	K_2O	Na_2O	P_2O_5	Fosforany		Cl.
									Ca	Mg	
† 1. Męż., l. 23,	3 g.	25,26%	10728	0,193	0,258	0,0314	0,0317	0,0964	0,228		
2. „ l. 45,	7 „	23,91%	1067	—	—	—	—	—	—	—	—
† 3. „ l. 55,	12 „	24,29%	—	0,224	0,140	0,0887	—	0,0736	0,258		
4. Kob., l. 20,	18 „	21,94%	10609	0,166	0,172	0,0612	—	—	0,221		
† 5. „ l. 26,	36 „	23,90%	10656	0,184	0,111	0,0809	—	0,0858	0,195		
† 6. „ l. 35,	48 „	21,38%	10602	—	—	—	—	—	—		
† 7. Męż., l. 72,	9 „	25,47%	10712	0,203	0,149	0,0746	0,0459	0,0468	0,222		
Prawidłowo:											
Męż. [C. A. SCHMIDT]		21,029%	10599	0,173	0,190	0,0766	0,392	0,0278	0,262		
Męż. i kob. [BIERNACKI]		22,7%	—	0,164	0,208	0,0729	—	—	0,276		
„ [JAKSCH]		20,0—24,0%	—	—	—	—	—	—	—		
Mężcz. [STINTZING]		19,6—23,1%	—	—	—	—	—	—	—		
Kobieta [STINTZING]		18,4—21,5%	—	—	—	—	—	—	—		

Prawidłowo we krwi znajduje się około 21—22% substancji suchej; cyfry te mogą być nawet jeszcze wyższe—bo 24% dla mężczyzny. Krew kobieca, według zdania wielu autorów, zawiera nieco więcej wody, niż krew mężczyzn, a przynajmniej wahania w tym względzie u kobiet są większe, niż u mężczyzn. W każdym razie nawet 21,5—22,5% substancji suchej we krwi spotykamy bardzo często u kobiet. Otóż pośród zbadanych przez C. A. SCHMIDT'a przypadków tylko w dwóch odsetka wody we krwi była wyraźnie wyższą [№ 1 i 7], niż we krwi prawidłowej; natomiast w dwóch innych przypadkach zawartość substancji suchej była zupełnie prawidłową; w dwóch innych bardzo niewiele wyższą od normy. Również i cyfry ciężaru właściwego krwi, który zwykle idzie dość równolegle z zawartością substancji suchej, w większości odpowiadają zupełnie granicom prawidłowym. Najnowsze bowiem poszukiwania wykazują następujące dane: dla mężczyzn — 1056—1063 [HAMMERSCHLAG], 1058—1062 [SCHMIDT], 1047[?]-10665 [PEIPER], 1058—1066 [MENICANTI]. Dla kobiet zaś: 1054—1057 [SCHMALTZ], 1054—1058 [HAMMERSCHLAG]; 1045[?]-1059 [PEIPER], 1054—1060 [MENICANTI].

Okazuje się z tego, że zubożenie krwi w wodę wcale nie jest stałym zjawiskiem w cholerycznej, że, przeciwnie, krew choleryczna mimo śmiertelnego zejścia przypadku może zawierać zupełnie prawidłową ilość wody, jak krew zdrowego człowieka. Fakt ten może się wydawać mało prawdopodobnym ze względu na przyzwyczajenie, z jakim ciągle mówimy o zgęszczeniu

¹⁾ C. A. SCHMIDT. Charakteristik der epidemischen Cholera gegenüber verwandten Transsudationsanomalien. Leipzig u. Mitau. 1850.

krwi przy cholery; ale istnieje on niezawodnie, jako wynik ścisłych spostrzeżeń. Tu zaznaczyć muszę, że C. A. SCHMIDT do takiego wniosku, jaki obecnie wygłaszam, nie doszedł, a przeciwnie na podstawie swoich rozbiórów rozwijał naukę o zgęszczeniu krwi w cholery. Stało to się tylko dlatego, że autor ten zbyt mało miał danych co do składu krwi prawidłowej, i że, co najważniejsza, ustanawiał zbyt dużą zawartość wody dla krwi prawidłowej kobiecej.

O ostatniem mówiłem zresztą już w innym miejscu.

Na fakt, że zgęszczenie krwi nie jest nieodzownym warunkiem cholery, należy położyć tem większy nacisk, że jeszcze obecnie, kiedy w patogenezie cholery, mówimy o toksynach, zbyt jeszcze często i zbyt wiele zjawisk w tej chorobie chcemy sprowadzać na zgęszczenie, to jest, na zubożenie krwi w wodę. Przypomnę choćby spór w kwestyi nerki cholerycznej. Jednakże z drugiej strony nie wolno przypuszczać lub twierdzić, by wykazany fakt rozstrzygał pytanie o zachowaniu się całego ustroju co do zawartości wody podczas napadu cholerycznego. Krew bowiem, choć ją nazywają „przedstawicielką wszystkich narządów“, wcale nie jest prawdziwym miernikiem w tym względzie. Przeciwnie, wiele faktów przemawia za tem, że krew w stanach chorobowych inaczej się zachowuje, niż pozostałe tkanki ustroju, a to z powodu swej dążności zachowywania *status quo*, swego prototypu fizyologicznego. Tak przy *nephritis* bardzo często mimo olbrzymich obrzęków i oliguryi krew wykazuje bardzo nieznaczny stopień rozwodnienia [BIERNACKI, v. JAKSCH], a to według wszelkich danych dlatego, że nadmiar zatrzymanej wody znajduje miejsce w tkankach, a nie w naczyniach. Stąd wodniste stają się przede wszystkim i przeważnie tkanki, a nie krew. Mniemam, że w wielu przypadkach cholery zachodzi odwrotne zjawisko, i że z powodu silnych utrat płynu drogą przewodu pokarmowego ubożeją w wodę więcej tkanki, niż krew, albo, że ubożeją w nią tylko tkanki, a nie krew, która wyrównywa swe utraty wody kosztem właśnie tkanek. Trudno bowiem inaczej sobie objaśnić fakt, że krew choleryczna mimo olbrzymich ilości utraconej wody często zawiera wcale nie mniej wody, niż krew normalna.

Zubożenie ustroju w wodę musi mieć swoje znaczenie w rozwoju napadu cholerycznego i oddzielnych objawów, ale, w każdym razie, nie wołać nam mówić ciągle o zubożeniu krwi w wodę i nie można wysuwać tego czynnika na pierwszy plan. Zdaje się, że i zubożenie ogólne ustroju, względnie tkanek, w wodę w niektórych przypadkach cholery także nie gra pierwszorzędnej roli. Każdy, kto spostrzegał cholere, zna przypadki z bardzo ciężkim przebiegiem i śmiertelnem zejściem, w których utrata wody przez przewód pokarmowy jest stosunkowo bardzo niewielką, lub w których *stadium algidum* następuje niezmiernie szybko już po kilku nieobfitych wypróżnieniach i wymiotach. W tych przypadkach *a priori* silniejsze zubożenie ustroju w wodę jest mało prawdopodobnem i logiczniej rzecz całą jest sprowadzić na zatrucie ustroju toksynami cholerycznemi. A najmniej prawdopodobnem wydaje mi się objaśnianie zaburzeń krążenia w cholery zgęszczeniem krwi. Chorzy C. A. SCHMIDT'a, których krew zawierała prawidłową ilość wody, tak samo nie mieli tętna i kończyny ich były sine, jak i u innych chorych. Zaburzenia krążenia w cho-

lerze muszą przeważnie zależeć od przyczyn ośrodkowych; co do udziału samej krwi, to większe znaczenie, niż zgęszczenie, musi mieć zmiana konsystencji krwi cholerycznej, jej ciągliwość, która, jak wspominał przed dwoma laty PRZEWOSKI ¹⁾, zależy od obecności metalbuminy.

Daleko większe zmiany, niż we wzglądzie zawartości wody, przedstawia krew choleryczna co do zawartości części nieorganicznych. Przedewszystkiem bardzo silnem zaburzeniem jest znaczne zmniejszenie ilości chloru, które istniało nawet w przypadkach z niezmienną ilością wody we krwi. Nazywam to zjawisko zaburzeniem bardzo silnem, bo wogóle zawartość chloru krwi w stanach chorobowych zmienia się niezmiernie mało w porównaniu z normą, i wogóle jest bardzo słabą. Zawartość potasu jest zwykle wzmożoną, co jest jasnem wobec wzniesienia elementu czerwonego we krwi cholerycznej. Natomiast krew taka jest bardzo ubogą w sód i niekiedy zawiera dwa razy mniej tego związku, niż krew prawidłowa. Dzieje się to wskutek znacznej utraty soli sodowych przez przesięk kiszkowy. To zubożenie krwi w sód jest tem ciekawszem, że z drugiej strony [HAYEM, QUINCKE] znaleziono znaczne obniżenie alkaliczności krwi w cholerze. Sprowadzono to na nagromadzenie się kwasów we krwi cholerycznej. Tymczasem ilość zasadniczego kwasu krwi, kwasu fosfornego, okazuje się mało zmienioną, tak, że zmniejszenie alkaliczności krwi w cholerze daje się wprost objaśnić zubożeniem jej w sód, który mianowicie warunkuje zasadowość krwi.

Te wszystkie zaburzenia zawartości części nieorganicznych muszą mieć ważne znaczenie dla spraw przeróbki materji i spraw wydzielania u cholerycznych. Stąd uczestniczą one w rozwoju obrazu cholerycznego niezawodnie nie mniej, niż rzekome zubożenie w wodę, a, być może, w tym samym stopniu, co i toksyny.

II. PRZYZYNEK DO LECZENIA WODOGŁOWIA PRZEWLEKŁEGO

(*hydrocephalus chronicus*)

ZA POMOCĄ PRZEKŁUCIA.

Podał

Karol Zaleski [Leonów].



W szeregu cierpień, właściwych wiekowi dziecinnemu, wodogłowie przewlekłe należy, jeżeli nie do zbyt częstych, to w każdym razie do cierpień tego rodzaju, które nawet w razie pomyślnego zejścia pozostawiają po sobie trwałe ślady, zgubnie odbijające się na intelektualnym rozwoju dotkniętego niem osobnika. Tymczasem środki, używane przy leczeniu omawianej sprawy chorobowej, rzadko prowadzą do pomyślnego wyniku.

Niedawno D-r I. RACZYŃSKI ogłosił w „Przeglądzie Lekarskim“ kilka spostrzeżeń, w których w celu leczenia wodogłowie przewlekłego uciekano się

¹⁾ Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1893. Z. II, str. 467.

do przekłucia, ewentualnie do wypuszczenia płynu, zebranego w jamie czaszkowej. To dało mi pochoch do podzielenia się z Szanownymi Czytelnikami dwoma spostrzeżeniami, dotyczącymi tegoż cierpienia i leczonemi również za pomocą przekłucia.

Dnia 8. III. r. b. zgłosiła się do mnie włościanka R. M. z 10-cio miesięczną córeczką, prosząc o pomoc, ponieważ dziecko już dwa razy w przeciągu trzech dni miało konwulsje. Przy badaniu znalazłem stan następujący: dziecko z dużą na swój wiek głową, o słabo rozwiniętym układzie mięśniowym, blade; objawy znacznego wyniszczenia; zez zbieżny. Obwód czaszki 56 ctm.; ciemię wielkie około 5 ctm. długie, a około 4 ctm. szerokie o brzegach nierównych; szwy pomiędzy kośćmi ciemieniowymi i czołowymi nie zrosnięte. Na żebrach w okolicach początków chrząstek żebrowych wyraźne paciorkowate zgrubienia. W płucach objawy nieżytu oskrzeli; brzuch wzdęty, wypróżnienia koloru ciemnego, częste [5—6 na dobę], wodniste i nadzwyczaj cuchnące. Tętno 130, niemiarowe; ciepłota ciała 37,8° C..

Wobec wyraźnych objawów wodogłowia postanowiłem zrobić przekłucie. W tym celu po należytem oczyszczeniu ciemienia wielkiego wbiłem igłę o światło około 2 mm. nieco ukośnie po lewej stronie domniemanego szwu strzałkowego i za pomocą urządzenia syfonowego wydobyłem 70 grm. jasno-żółtego przezroczystego płynu, poczem na powstałą po przekłuciu ranę nałożyłem opatrunek antyseptyczny. Wydobyty płyn zawierał sporą ilość białka.

W ciągu następnych dwóch tygodni dziecko miało się stosunkowo lepiej. Zez prawie znikł, a wypóżnienia, przy jednoczesnem stosowaniu naftolu, przybrały kolor żółtawy i konsystencję prawie papkowatą. W płucach objawy *bronchiolitidis*. Tętno 110—120, równiejsze; ciepłota ciała 37,8° C.. Lecz 23. III. drgawki zjawily się znowu, a obwód główki wynosił około 55 ctm.; Wykonałem powtórnie przekłucie, tym razem z prawej strony, i wydobyłem 65 grm. płynu, dziecko jednak zmarło dziesiątego dnia po tym rękoczynie wśród objawów nieżytu płuc i kiszek.

Drugi przypadek wodogłowia przewlekłego, obserwowany przezemnie od 20. V. do 6. X. r. b. przedstawia się, jak następuje:

Stan. P., 13 miesięcy liczący. Ogólne odżywianie dość dobre; układ kostny i mięśniowy prawidłowo, acz słabo rozwinięty; powłoki ciała blade z żółtawym odcieniem, widoczne błony śluzowe blado różowe. Obwód czaszki 50 ctm., ciemię wielkie około 4 ctm. długie i tyleż szerokie. Szwy czołowo-ciemieniowe i strzałkowe prawie zarośnięte. Odczyn źrenic na światło bardzo słaby; w płucach objawy lekkiego nieżytu oskrzeli, brzuch należycie sklepiony, miękki; wypróżnienia żółtawe, rzadkie, 3—4 razy na dobę. Tętno 130, drobne; ciepłota ciała 37,6° C.. Dziecko apatyczne i z trudnością utrzymuje główkę w pionowym położeniu.

Rozpoznanie nie przedstawiało trudności, wobec czego wykonałem przekłucie z prawej strony i wydobyłem 54 grm. jasno-żółtego płynu, zawierającego białko i ślady cukru; ranę opatrzyłem antyseptycznie, a na główkę nałożyłem opatrunek uciskający.

Dalej przebieg choroby był następujący.

Ciepłota nie podniosła się po nad $37,7^{\circ}\text{C}$; źrenice oddziaływały lepiej na światło; obwód główki jednakże stopniowo się powiększał, bo kiedy czwartego dnia po przekłuciu wynosił 46 ctm., to już po trzech tygodniach dosięgnął 48 ctm.. Dnia 15. VI. powtórnie wykonałem przekłucie z lewej strony i otrzymałem około 50 grm. płynu, który niczem nie różnił się od otrzymanego przy pierwszym przekłuciu. Ogólny stan chorego nieco lepszy. Objawy ze strony oskrzeli znikły; wypróżnienia 2—3 na dobę, żółto zabarwione, papkowate. Na główkę nałożono opatrunek uciskający z poleceniem pozostawienia go na stałe.

Od tego czasu nie widziałem pacyenta, a kiedy d. 9. VII. zgłoszono się do mnie, dowiedziałem się, że opatrunek uciskający po tygodniu usunięto. Obecnie obwód główki wynosił 47 ctm., ciemiej znacznie wypukłone. Stan ogólny, jak poprzednio. Zrobiłem więc przekłucie po raz trzeci i wydobyłem 35 grm. płynu o cechach takich samych, jak wyżej. Na główkę nałożono znowu opatrunek uciskający, który pozostawał dwa tygodnie.

Po ostatnim zabiegu widywałem mego pacyenta co tydzień aż do d. 6. X., t. j. do czasu, kiedy rodzice wyprowadzili się z nim z tutejszej miejscowości. Obwód główki wynosił w pierwszym tygodniu 46 ctm., a chociaż stopniowo powiększał się i ostatecznie wynosił 47 ctm., pomimo to jednak ogólny stan dziecka jest zadowalający: główkę trzymało prosto, dawała się tylko zauważyć pewna ospałość w ruchach.

O ile stosowany przeze mnie zabieg okaże się racjonalnym w leczeniu omawianego cierpienia, przesądzać nie mogę. Nie mam zresztą zamiaru zalecać jakiejś nowej metody leczenia; chciałem tylko podać do wiadomości Szanownych Kolegów moje spostrzeżenia, które, ze względu na dosyć ciekawy przebieg cierpienia w drugim przypadku, może kogo zainteresują.

Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH D-RA W. GAJKIEWICZA W SZPITALU STAROZAKONNYCH.

III. HISTERYA, JAKO SYMULACYA I KOMBINACYA WIADU RDZENIA,

oraz przyczynek do różniczkowego rozpoznania objawów podrażnienia ruchowego przy władzie, histeryi i t. zw. nerwicach ruchowych.

Napisał

Dr med. Henryk Higier

[były asystent oddziału].

— 3 —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 48].

W celu łatwiejszego określenia opisanej nerwicy, uzupełnijmy obraz kliniczny a namnezą i zajrzyjmy cokolwiek w przeszłość pacyenta, którą tenże z pewnych przyczyn przez dwa blisko lata ukrywał. Wywiady, podane przez samego chorego i dopełnione przez jego żonę, odkryły nam pewne dość ciekawe fakty, które, zdaniem pacyenta, mogły skompromitować go przed lekarzem.

Pochodząc z rodziny zdrowej, cieszył się zawsze najlepszym zdrowiem, tak pod względem cielesnym, jak duchowym. Zarażenie się syfilisem przed 15 laty mocno nadwyrężyło jego stan psychiczny. Chory wpadł wtedy w stan silnego pobudzenia, stał się bardzo skłonnym do płaczu, spędzał noce bezsen- nie, lękał się bez powodu pewnych rzeczy, zwykle dlań obojęt- nych: zaczął się np. bać jazdy wodą, doznawał przykrego uczucia i zawro- tu głowy przy przechodzeniu przez zwykły rynsztok, oddzielający bruk od chodnika, bicia serca i niezwalczanego niepokoju, gdy ktoś zbyt blisko prze- chodził obok jego lewego boku. Uspokobieniu hypochondrycznemu towarzy- szyła uporczywa bezsenność, kilka miesięcy trwająca i nadzwyczajny po pęd do ruchu, tak, że chory nie był w stanie godzinę w domu się zatrzymać.

Wkrótce potem chory zaczął kuleć bez żadnej widocznej przyczyny i kulał przez 9 tygodni. Kulenie zjawilo się bez bólów i gorączki i w takż sam sposób znikło. Koło tegoż czasu usiłował on kilkakrotnie pozbawić się życia: chciał się utopić, usiłował zeskoczyć z 2-go piętra. Po jednym takim *tentamen suicidii*, które wykonał u siebie w domu—wieszał się—został z trudno- ścią przyprowadzony do zmysłów. Chory nie jest w stanie dokładnie powie- dzieć, jaką była pozyczyna tej nieprzeparłej chęci pozbawienia się życia. Zresztą cały stan umysłowy nie przedstawiał wtedy żadnych zboczeń i chory nie uważał się za człowieka straconego, za grzesznika, niegodnego życia ziem- skiego, nie wypowiadał żadnych idei obłądowych, nie zdradzał się jakimś złudzeniem zmysłowem.

Wszystkie wymienione objawy chorobliwe znikły bez śladu po odbytej wkrótce potem podróży handlowej do Rossyi i już więcej się nie powtórzyły.

O początku wiądu chory nie stanowczego opowiedzieć nie może. Przed 7 laty cierpiał czas pewien na bóle żołądkowe i ciężkie wymioty (*crises gastri- ques*), przed 5 laty miewał parę razy na miesiąc napady nieprzytomności, które poprzedzał nieraz kaszel, odbijanie i ból gardła (*crises laryngées*). Ataktyczny chód zjawił się znacznie później. Przed 2 laty chory miał przez kilka dni pa- raplegię dolną.

Przytoczywszy najważniejsze dane z wywiadów i przebiegu choroby, mo- żemy powtórzyć pozostawione wyżej bez odpowiedzi pytanie: jaką nerwicą do- tknięty został w sposób ostry nasz pacjent, cierpiący już od lat wielu na nie- wątpliwy wiąd rdzenia, prawdopodobnie na tle syfilisu powstały? Już wyżej zostawiliśmy cztery cierpienia funkcyjne, mogące tu być w rachubę wzięte, a mianowicie: *chorea*, *paramyoclonus multiplex*, *maladie des tics* i histeryę, i wska- zaliśmy w ogólnych zarysach na niemałe trudności, nasuwające się przy roz- poznaniu różniczkowem tych cierpień, a zależne od wadliwej klasyfikacji roz- maitych tych postaci.

Przeciw płaśa wicy, rozumie się, przewlekłe postępującej (*chorea HUNTING- THONI*)—o niej tylko bowiem mowa tu być może—świadczy w spostrzeżeniu na- szem przede wszystkim brak dziedziczności i charakter ruchów mimowolnych, a następnie ostry początek i brak osłabienia umysłowego.

Paramyoclonus multiplex w chwili obecnej trudno chyba daje się oddzielić od innych nerwic ruchowych: w tej zaś formie, w jakiej go FRIEDREICH opisał

występuje on bardzo rzadko. Z określeniem obrazu chorobowego, wiążącego się ściśle z imieniem osoby, która go pierwszy raz opisała — powiada EWALD przy omawianiu przypadku choroby FRIEDREICH'a („*hereditäre ataxie*)¹⁾, rzecz się ma zawsze jednakowo. Ten, który pierwszy opisał pewną liczbę przypadków jakiegoś nowego cierpienia i dał dlań pewne cechy charakterystyczne, nie ma, rozumie się, nigdy tak obfitego materiału, jaki z biegiem czasu się nagromadza przez stopniowe dorzucanie pojedynczych cegiełek do ogólnego obrazu przez każdego z następnych badaczy. W ten sposób z pierwotnego szematu pewne kawałki, krusząc się, odpadają, inne natomiast przyczepione doń zostają. Taki stan rzeczy uchodzi bezkarnie tak długo, dopóki właściwa istota, właściwe jądro obrazu nie zostaje dotknięte lub naruszone, a rozmaite zboczenia odnoszą się do przypadków, nie dających się gdzieindziej podporządkować, a mieszczących się bez trudności w raz podanych ścisłych ramach.

Nazwy, jak np. choroba BASEDOW'a, WEIL'a, FRIEDREICH'a, BRIGHT'a i t. p., służą li tylko do ułatwienia ogólnego poglądu na całokształt choroby, ale nie są w stanie wtłoczyć naturę raz na zawsze w sztywny, skostniały pancerz. Jeżeli mimo to zechcemy ściśle i nieodstępnie się trzymać utartej nazwy, to zawsze będziemy musieli wykluczyć pewien szereg przypadków, które inaczej należałoby do danej grupy zaliczyć. Wogóle wielkiego pożytku w tem niema, dopóki nie mamy do czynienia z zawsze jednakowym i ściśle ograniczonym podkładem anatomo-patologicznym. „Trwałą zasługą pierwotnych autorów, konkluduje słusznie EWALD, polega na tem, że poznali wybitne strony obrazu chorobowego, zbudowali w pewnym stopniu szkielet choroby; swoją jednak drogą z biegiem czasu mogą i muszą powstać rozmaite zmiany — rozszerzenia i ograniczenia: jest to rzecz prawie nieunikniona“.

Tak się rzecz ma z chorobą FRIEDREICH'a, czyli „beżładem dziedzicznym“. Gorzej jeszcze stoi sprawa z nerwicą ruchową FRIEDREICH'a, którą autor mianem „*paramyoclonus*“ ochrzcił. Tu mowy nawet niema ani o wyraźnie odgraniczonym podkładzie anatomo-patologicznym, ani o stałym, zawsze jednakowym, a trwale zbudowanym szkielecie klinicznym. Dokładne poznanie historii i choroby t. zw. *tic* słusznie podkopały rację bytu postaci FRIEDREICH'a. Pewne cechy charakterystyczne, które uważano za swoiste dla obrazu chorobowego, a mianowicie: brak drgawek w mięśniach mimicznych i wewnętrznych, objawy ze strony oddzielnych niesynergicznie działających mięśni lub grup mięśniowych, błyskawiczność i nieprawidłowości skurczów mięśniowych, brak efektu lokomocyjnego, symetria drgawek, wpływ siły woli i ruchów czynnych na osłabienie skurczów, wzmożenie odruchów ścięgnistych—okazały się, niestety, pod względem rozpoznawczym bardzo często zwodniczymi. Również i główny moment etyologiczny FRIEDREICH'a—strach—okazał się niepewnym dla tej „*Schreckneurose*“, występując częściej może przy płasawicy i histeryi. Studyując prace o myklonii, dochodzi się do wniosku, że większość autorów rozpoznaje chorobę tę wtedy, gdy ruchy mimowolne mają mniej więcej charakter

¹⁾ EWALD. Berliner klin. Woch. Nr. 32. 1894.

pląsawicznych, gdy brak znamion histerycznych i objawów w sferze psychicznej. W naszym przypadku trudno rozpoznać myoklonię, nawet gdybyśmy się chcieli opierać na typowym obrazie klinicznym, na pierwowzorze FRIEDEMICH'a.

Spostrzeżenie nasze może służyć za jaskrawy dowód, jak często popełniamy błędy rozpoznawcze, zwracając uwagę przeważnie na charakter skurczów mięśniowych, a nie na cały obraz kliniczny i na tło jego ¹⁾. A całość obrazu: etyologia, początek, cechy kliniczne, przebieg — robią w naszym przypadku jedynie wrażenie histeryi, która rozwinęła się w następstwie wzruszenia pacjenta, mocno do metody „zawieszania“ uprzedzonego.

W przypadkach histeryi, po urazie psychicznym powstających, upływa zwykle 6—7 dni, nim objawy jej w zupełności się rozwiną. Mniej lub więcej silne wstrząśnienie nerwowe wprowadza neuropatycznie uapospobionego osobnika w stan wzmożonej podatności sugestyjnej, podczas której myśl o następnej chorobie ostatecznie się rozwija, dojrzewa. Ten okres wylegania, a właściwie okres medytacji [CHARCOT] istniał i w naszym przypadku, w którym objawy histeryi wybuchły po 5—tem—6—tem zawieszaniu. Jednocześnie z ruchami kurczowymi, branyymi z początku za rzadki objaw władu, wystąpiła całkowita analgezya skóry i wszystkich błon śluzowych, zwięźenie pola widzenia, *clavus*, *globus*²⁾ wstręt do jadła, słowem: objawy, które niewątpliwie powinny były przemawiać za histeryą. Zauważone u naszego chorego ruchy koordynowane i celowe kończyn [klaskanie], zaburzenia w mimice, fonacyi, artykulacyi, oddechu [gwizdanie, szczekanie, czkawka, jękanie], mimowolne wypowiadanie wyrazów artykułowanych i zdań — również należą do kurczów histerycznych, stanowiąc ponieważ przejście do czynów przymusowych. Znane wszak są skurcze rytmiczne

¹⁾ Jak szkodliwie podobna jednostronność przy rozpoznawaniu klinicznym wpływa na postępy racjonalnej klasyfikacyi, najlepiej dowodzi choćby statystyka myoklonii samej, przy której zbyt mało starano się o przeprowadzenie granicy ścisłej między zasadniczo ważnymi objawami, a towarzyszącymi im objawami podrzędnymi. Po niejednokrotnem ugrupowaniu zebranego materiału przez niektórych neuropatologów ruskich i amerykańskich, poddał UNVERRICHT w obszernej monografii swojej z r. 1891 na nowo wszystkie spostrzeżenia—39—ścisłej krytyce, w której zupełnie odmawia większości przypadków związku z typem FRIEDEMICH'a. Prawdziwych przypadków myoklonii znalazł on tylko 8, do których dołączył 5 własnych „typowych“. Reszta zaś okazała się: 11 jako nerwice do myoklonii podobne, 10 jako *chorea minor*, 8 jako histerya, 1 jako melancholia i 1 jako nerwica zawodowa. O jakie półtora roku później przadsiewził WEISS ponowną próbę oczyszczenia statystyki z chwastów, rozszerzając przytem nieco określenie myoklonii. WEISS z 58 przezeń w piśmiennictwie zebranych przypadków tylko 13 uważa za typowe, nb. nie te 13, które UNVERRICHT do czystych przypadków zalicza. Pozostałe spostrzeżenia, między którymi, rzecz dziwna, znajdują się wszystkie przypadki własne UNVERRICHT'a i kilka obserwacyi późniejszych autorów, którzy się na wyczerpującej pracy UNVERRICHT'a wzorowali, rozdziela WEISS w następujący sposób: 16 histeryi, 3 *chorea minor*, 1 *maladie des tics*, 1 nerwica zawodowa, 1 zapalenie nerwów, 5 padaczek i 8 niedokładnie opisanych przypadków. Inni znów autorowie usiłowali odróżniać obok „samodzielnej“, samoistnej myoklonii w sensie FRIEDEMICH'a, postać „objawową“ [ZIEHM]: ta ostatnia ma niekiedy towarzyszyć neurastenii, histeryi, padaczce, chorobie BASEDOW'a, niektórym psychozom i t. p. Pogląd ten, zdaje się, podzielał kol. BREGMAN w artykule swoim [Gaz. Lek. 32—33. 1894]: „Przypadek *myocloni multiplex*“, podczas gdy większa część kolegów, biorących udział w ciekawej dyskusyi nad tą kwestyą w Warsz. Tow. Lek. [Posiedzenie z d. 19. VI. 1894], zdaje się hołdować zbyt szematycznej klasyfikacyi CHARCOT'a.

mięśni tułowia i kończyn u histeryczek (*spasmus saltatorius*, *saluatorius*, *malleatorius*, *oscillatorius* i t. d.), skurcze mięśni oddechowych w postaci rytmicznego kaszlu, parskania (*sp. expiratorius*), łkania, sapania (*sp. inspiratorius*), ziewania, kichania, śmiechu (*sp. respiratorius mixtus*), szczekania, miauczenia, wycia, piania i t. d. (*sp. respiratorius complicatus*). Do tej ostatniej grupy należą również przypadki mimowolnego wygłaszania dobrze artykułowanych wyrazów. W większości podobnych przypadków rozwija się histerya, zdaniem PITRES'a i LOEWENFELD'a, po pewnem wzruszeniu moralnem, a kurcze oddechowe znikają jednocześnie z innymi objawami histeryi. A fakt ten niewątpliwie przemawiać musi za naturą histeryczną tych kurczów oddechowych i artykulacyi mimowolnych.

Jak zapatrywać się na objawy psychiczne u naszego histero-tabetyka? Jest to pytanie, na które rozmaicie można odpowiedzieć. Można je wraz z MAGNAN'em i CHARCOT'em uważać za znamiona ciężkiego zwyrodnienia dziedzicznego i obok histeryi rozpoznać „obłęd zwyrodniały” (*folie des dégénérés — degeneratives Irresein*) — rozpoznanie, z którym się spotykamy rzeczywiście w niektórych spostrzeżeniach histeryi u MAGNAN'a ¹⁾. Niewytłómaczonem jednak pozostałoby w takim razie z jednej strony wystąpienie objawów psychicznych bezpośrednio po zjawieniu się ostrej histeryi, z drugiej zaś strony zupełny brak momentów dziedzicznych w anamnezie. Objawy histeryczne rozwinęły się tak w chwili obecnej, t. j. w przebiegu władu, jak i przed 15 laty podczas zarażenia się syfilisem, jedynie i wyłącznie na gruncie wzruszenia moralnego, a nie warunków dziedzicznych.

W przypadku naszym możnaby wreszcie, idąc za przykładem GUINNO'a i GILLES DE LA TOURETTE'a, rozpoznać obok niewątpliwiej histeryi t. zw. *maladie des tics*, przyczem zaburzenia ruchowe i zjawiska psychiczne należałoby położyć na karb tików. Nie zgadzałyby się wprawdzie z przypuszczeniem ten fakt wystąpienia choroby tików w tak późnym wieku, gdyż występować ona zwykła w bardzo młodych już latach.

Ostatnia wreszcie możliwość, która wydaje nam się najprawdopodobniejszą, jest obecność histeryi z tikiem somatyczno-psychicznym tegoż pochodzenia u osoby usposobionej, a dotkniętej uprzednio ciężkiem cierpieniem organicznem. Przymusowo-natrętne myśli, wyobrażenia i czynności, rozmaite rodzaje nieuzasadnionych i niewytłómaczonych obaw tak często rozwijają się na gruncie neurastenii i histeryi, że tam, gdzie one rozwijają się i istnieją obok tych ostatnich cierpień, nie należy im nadawać znaczenia samoistnego cierpienia. Tyczy się to tembardziej tych przypadków, w których wzmiankowane objawy powstają: 1) na gruncie dziedzicznie nie obarczonym, 2) u osobników starszych i 3) w sposób ostry. W wywiadach naszego chorego, dziedzicznie nie usposobionego, znajdujemy rozmaite stany obawy i rozmaite czynności przymusowe, które bezpośrednio po zarażeniu syfilisem wystąpić miały: obawa przejścia z chodnika na środek ulicy, obawa dotknięcia z lewej strony, obawa przejścia przez wodę bieżącą (*potamophobia*), straszliwa

¹⁾ MAGNAN. Psychiatrische Vorlesungen, Zeszyt IV, str. 23. Tłóm. z franc. 1894.

i bezzasadnie podjęta myśl powieszenia się, zrzucenia się z drugiego piętra i t. p.. Wszystkie te objawy natury przymusowo-natrętnej jednak znikły po pewnym czasie bez śladu i chory o nich przez lata całe nie pamiętał, dopóki ciężkie wzruszenie moralne nie powołało ich znowu do życia w towarzystwie ciężkiego fizycznego tiku.

Uczucia niewytłómaczonej obawy nie spotykamy u chorego podczas recydywy tej, tem rozmaitsze i wielokształtniejsze natomiast stały się czynności przymusowe; chory pomimowoli wylicza imiona osób i nazwy miast (*arythmomania*, *onomatomania*), wykrzykuje wyrazy i zdania dlań niemiłe, klaszcze, gwizdże, uderza kulakiem i t. p.. Pacjent tak za pierwszym razem, jak i podczas nawrotu nerwicy, przeciwstawia tym czynnościom przymusowym swoje „ja“ duchowe, widzi w nich coś obcego, natarczywego i pojmuje, że ma do czynienia z objawem chorobowym, którego zwalczyć nie może. Chory żałuje niejednokrotnie i oplakuje swoje czynności niedorzeczne, pozostaje jednak niewolnikiem swych wybryków; chory krytykuje z zupełną świadomością stanu rzeczy nienormalne zjawiska, poddaje się mimo to zawstydzającej go i drażniącej tyranii wyobrażeń natrętnych.

Słusznie też niektórzy klinicyści utożsamiają ruchy przymusowe z wyobrażeniami natrętnymi. „*Tous les deux — są słowa GUINON'a — tics et idées fixes sont donc identiques dans leur essence, et proviennent d'un trouble cérébral du même ordre, portant pour les uns sur la portion motrice de l'écorce, pour les autres sur la portion idéatise*“. Wyobrażenia natrętne występują, że się tak wyrażę, konwulsyjnie, zupełnie tak samo jak automatyczne ruchy przymusowe. BUCCOLA mówi dość realistycznie o „*mouvements spasmodiques des muscles*“ i o „*convulsions de l'idée*“, GRASSET rozróżnia „*tics physiques*“ i „*tics psychiques*“, JOLLY znów pragnąłby zupełnie słusznie wyraz „*convulsion*“ wykreślić z terminologii ruchów przymusowych i zastąpić go wyrazem „*impulsion*“ (*maladie des tics impulsifs*).

Zestawiając szczegółowy rozbiór powikłanego przypadku, przychodzimy więc do wniosku, że najprawdopodobniejszym jest rozpoznanie kombinacji organicznego wiądu rdzenia z rzadką postacią histeryi, która bardzo dobrze naśladuje *maladie des tics*, resp. jeśli kto chce, bardzo jej pokrewną jest. Pomyślnie zejście nerwicy, jak to miało miejsce u chorego przy pierwszym wystąpieniu czynności przymusowych przed kilkunastu laty — potwierdzałoby poniekąd słuszność naszego rozpoznania.

O niektórych objawach, napotkanych u chorego naszego, trudno z pewnością powiedzieć, czy one zależą od sprawy wiądowej, czy też od funkcjonalnego cierpienia. Tyczy się to, z dawniejszych objawów, uporczywych wymiotów, z świeższych objawów—porażenia obu kończyn dolnych, które zjawilo się u chorego przed kilku laty i dość krótko trwało. Wiadomo wszak, iż paraplegie przy wiądzie [GOLDSCHIEDER] tak samo jak i przy histeryi mogą się nagle zjawić i po krótkim czasie bez śladu zniknąć. Dokładniejsze dane anamnestyczne mogłyby rozstrzygnąć tę kwestyę na korzyść jednego lub drugiego cierpienia.

Takież pytanie nasuwa się mimowoli przy rozbiórze bezwzględnej niemożności chodzenia i stania. Objaw ten u naszego chorego, bezładem dotknięte-

go, rozwinał się dość szybko. Ataktycy zwracają czysto zbytnią uwagę na swój dziwny chód bezładny, przejmują się myślą szybko nastąpić mogącego porażenia i jeżeli przytem z natury swojej słabą wolą i wzmożoną podatnością suggestyjną są obdarzeni, rzeczywiście zaczynają coraz gorzej chodzić lub zupełnie chodzić przestają. Racyjalnie i z świadomością rzeczy przeprowadzona kontrasugestia słowna lub terapeutyczna dokonywa w takich razach cudów.

Podobnego, wielce ciekawego tabetyka, który wcześniej stał się zupełnie niezdarnym i nie ruszał się z łóżka, widziałem przed kilku laty. U 30 lat wieku liczącego pacyenta, na tle silnych nadużyć *in Venere et Baccho* jednocześnie z wiałdem rozwinęła się neurastenia. Młodzieniec ten nie był w stanie ani na krok się ruszyć bez pomocy czyjejs. Po przebyciu kuracyi КНЕИРР'a abazyja ta, właściwie zaś bazofobia, znikła zupełnie; bezład jednak, nieruchomość źrenicy i objaw WESTPHAL'a pozostały bez zmiany. Chory, który stał się fanatycznym zwolennikiem i propagatorem КНЕИРР'a i metody jego, jest głęboko przekonany, że „schnięcie mleczja“ po tem leczeniu usunięte zostało na zawsze.

Podobne błędy rozpoznawcze, fatalne niekiedy w skutkach swoich, pełnią często i lekarze, tak ci, którzy niedostatecznie pamiętają, iż możliwą jest kombinacyja dwóch chorób, albo też naśladowanie jednej choroby przez drugą, jak i ci, którzy w patogenezie i terapii cierpienia niedoceniają lub zupełnie pomijają wpływ momentów psychicznych.

D-rowi GAJKIEWICZOWI składam tu serdeczne podziękowanie za łaskawie udzielony mi materyał i pomoc przy opracowaniu zajmującego nas przedmiotu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

102. A. Hammerschlag. Nowa metoda do ilościowego określania pepsyny.

Podana przez HAMMERSHLAG'a metoda do ilościowego oznaczania pepsyny w zawartości żółdkowej określa właściwie nie ilość pepsyny, lecz siłę trawiającą białko (*Peptonisationskraft*). Metoda ta polega na oznaczaniu ilości niestrawionego białka za pomocą białkomierza ESSBACH'a we wiadomym roztworze białka kurzego po dodaniu doń odmierzzonej ilości ctm. cześć. przesączu żółdkowego i wstawieniu mieszaniny na godzinę do termostatu. Badanie za pomocą tej metody wykonywamy w sposób następujący: bierzemy 3 próby roztworu białka po 10 ctm. sześć.. Do pierwszej dodajemy 5 ctm. sześć. przesączu żółdkowego, do drugiej 5 ctm. sześć. wody, zaś do 3-iej 5 ctm. sześć. przesączu $\frac{1}{0,5}$ pepsyny. Następnie z każdej próby wlewamy do przyrządu ESSBACH'a aż do kreski u i wstawiamy na godzinę do termostatu. Po wyjęciu z termostatu dodajemy do każdej porcyi odczynnika ESSBACH'a, jak przy ilościowym określaniu białka w moczu, i po 24 godzinach odczytujemy odsetkę białka w wszystkich 3 białkomierzach. Różnica w ilości białka pomiędzy 1-ą a 2-ą porcyą oznacza ilość strawionego białka.

Roztwór białka przygotowuje się w ten sposób, iż 3 grm. znajdującego się w sprzedaży białka kurzego rozpuszczamy w 150—180 ctm. sześć. 4‰ kwasu solnego. Po przefiltrowaniu roztwór zawiera około 1‰ białka, gdyż część tego ostatniego pozostaje nierozpuszczoną. Do przygotowania mieszaniny bierzemy dość stężony roztwór kwasu solnego [4‰], aby w ten sposób wykluczyć wpływ mniejszej lub większej ilości HCl w badanym soku żołądkowym na trawienie białka; wiadomo bowiem, że siła trawiąca białko zależy również od ilości kwasu solnego i że wogóle ilość strawionego białka będzie tem większa, im więcej jest kwasu solnego, różnice te jednak w miarę powiększania ilości kwasu solnego stają się coraz mniejsze i zupełnie znikają w granicach od 2 do 4‰, jak się o tem autor mógł przekonać z własnych doświadczeń.

Przy rozcieńczaniu soku żołądkowego zmniejsza się siła trawiąca białko, granica jednak rozcieńczenia nie zawsze jednak jest jednakową. Nieraz granica wynosi już 1‰, natomiast zdarza się, że sok żołądkowy nawet po 50 krotnem rozcieńczeniu jest jeszcze w stanie trawić białko.

Autor zauważył również, że wydzielanie kwasu solnego w żołądku nie zawsze jest równoległe wydzielaniu pepsyny. Przy braku kwasu solnego siła peptonizacyjna soku może być zupełnie prawidłową, z drugiej zaś strony przy prawidłowej ilości kwasu solnego siła ta może być zmniejszoną.

Co się tyczy zachowywania się siły peptonizacyjnej przy rozmaitych cierpieniach żołądka, to z doświadczeń autora następujące wyprowadzić można wnioski.

1) Przy nieżycie żołądka [niekwaśnym] ilość pepsyny w soku żołądkowym bywa zmniejszoną. Rokowanie tem jest gorsze, im mniejszą jest siła trawiąca [identyczne ze spostrzeżeniem Boas'a odnośnie do zaczynu sernikowego]. Zupełny brak pepsyny [właściwie siły peptonizacyjnej] zauważył autor tylko w jednym bardzo ciężkim przypadku nieżyty.

2) Przy niestrawności u suchotników siła peptonizacyjna może być zupełnie prawidłową.

3) Badanie siły trawiącej daje nam pewne wskazówki do leczenia nieżyty. Jeśli siła trawiąca okazuje się prawidłową lub cokolwiek zmniejszoną, to obok odpowiedniej diety wystarczy stosowanie do wewnątrz kwasu solnego, natomiast przy znacznem zmniejszeniu siły trawiącej należy dawać choremu pepsynę lub wody mineralne, zawierające chlorek sodu. W niektórych przypadkach kwas solny sam przez się pobudzał wydzielanie się pepsyny.

4) Przy niestrawności nerwowej znajdujemy po większej części upośledzenie siły trawiącej.

5) Przy niedowładzie, zarówno jak przy opadnięciu żołądka, siła trawiąca bywa nieznacznie zmniejszoną. jeżeli badanie podejmujemy, jak zwykle, w godzinę po śniadaniu próbnem, natomiast badanie, wykonane w późniejszym okresie [2—3 godziny], wykazuje wzmoczenie siły trawiącej.

6) Przy sokotoku zawartość żołądka zarówno na czczo, jak po śniadaniu próbnem, wykazuje prawidłową lub wzmoczoną siłę peptonizacyjną.

7) Przy raku żołądka spostrzegamy zupełny brak siły trawiącej. Badanie wykonać należy po śniadaniu próbnem, po poprzednim przemyciu żołądka; albowiem pokarm, zalegający przez dłuższy czas w żołądku, może wywołać w nieznacznym stopniu wydzielanie się pepsyny.

(*Internationale klinische Rundschau*. 1894. Nr. 39)

S. Mintz.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 27 XI 1894.

ZIELIŃSKI KAZIMIERZ przedstawił chłopca 7-letniego z olbrzymiem wrodzonym wodogłowiem. Obwód czaszki=65 ctm. Ciemiączko duże niezarośnięte, jednak twarde; kości czaszki twarde; szwy wszędzie wyraźne; szew rozdzielający kość czołową wyraźny. Objawy: prawie zupełny brak intelligencji, brak ruchów dowolnych, drgawki kloniczne ogólne 1—2 dziennie, *nystagnus*, *strabismus divergens*, przykurczenie kończyn prawych. Chory wypróżnia się pod siebie; łąknienie prawidłowe.

Następnie Z. przedstawił chłopca 3-letniego ze zwężeniem prawego oskrzela, spowodowanem prawdopodobnie przez rozrost gruczołów oskrzelowych (*adenopathie trachéo-bronchique*). Klatka piersiowa nieco wypukła. Na końcach żeber zgrubienia paciorkowate; zgrubienia końców stawowych kości. Wargi dość duże; gruczoły szyjowe nieznacznie powiększone; migdałki dość duże; wyrosłe adenoidalne w jamie noso-gardzielowej.

BORYSSOWICZ streścił odczyt swój p. t. „O postępowaniu zapobiegawczem powrotowi raka macicy, po wycięciu przez pochwę“, wygłoszony na posiedzeniu z d. 6 XI r. b. [p. Gaz. Lek. N. 48].

KONDRATOWICZ zaznacza, że tak jak po pierwszym odczycie, tak i dziś po streszczeniu jego, ze słów B. wnosić by można, jakoby sposoby, podawane przez niego, a mające służyć do zabezpieczenia od powrotów raka, były po raz pierwszy przez niego zaproponowane; tymczasem prawie wszystkie były one już poprzednio proponowane przez innych i wprowadzone w użycie. Głównem źródłem z którego B. czerpał, jest praca WINTER'a, ogłoszona w r. z *Zeitschr. f. Geburtshilfe*. oraz odczyt, jaki tenże W. miał przed dwoma laty w berlińskim Tow. Ginekologicznem. WINTER pierwszy tak ogromne znaczenie nadaje powrotowi raka, przez zaszczepienie cząstek tegoż w ranie pooperacyjnej (*Impfrecidive*), co i B. w swoim odczycie wypowiada, a na co ani B., ani W. dostatecznych dowodów nie przedstawiają. Rzecz ta wymaga jeszcze znacznie głębszych studyów i może w przyszłości będzie wyjaśnioną, przykłady jednak podawane przez WINTER'a wcale nie są przekonywające; zaledwie jeden przypadek opisany przez SCHOPF'a mógłby mieć pewne znaczenie. B. również żadnych dowodów na korzyść swego twierdzenia nie przytacza. Co się tyczy sposobów technicznych, t. j. przygotowywania macicy do operacji, przez usunięcie cząstek nowotworu za pomocą skrobania, wycinania, wypalania, następnie traktowania rany mocnymi roztworami antyseptycznymi [WINTER sublimatem, BOR. chlorkiem cynku], dalej zmiany narzędzi na zupełnie nowe w chwili otwierania jamy otrzewnej i t. d., to wszystkie te sposoby były już zastosowane przez WINTER'a. Zakładanie kle-

szczyków RICHELLOT'a na więzy szerokie na zewnątrz od podwiązek i pozostawienie ich na 24 godziny chyba nie zyska aprobaty chirurgów, ze względu na możliwość powstawania zakażenia po tak krótkiem ugnieceniu tkanek. Nowość stanowi powrót do chemicznego traktowania odradzającego się w bliźnie nowotworu za pomocą ciasta CANQUOIN'a, zdaje się jednak, że sposób ten, już dawniej wypróbowany, także nie będzie zastosowanym na szerszą skalę, z powodu niepewnego swego działania. Czy zaś sposoby, podawane przez prelegenta i innych autorów, wpłyną wyraźnie na ograniczenie liczby powrotów raka po wycięciu macicy, to można się będzie przekonać dopiero po dłuższym przeciągu czasu, na podstawie licznej i dobrze obserwowanej statystyki; obecnie wyciąganie pewniejszych wniosków byłoby przedwczesnem.

STANKIEWICZ powątpiewa o możliwości zakażenia nowotworem powierzchni krwawiących w czasie operacji. Gdyby tak było w istocie, musielibyśmy widzieć bardzo często takie następstwa; tymczasem przytaczane obserwacje pojawiania się ognisk nowotworu rakowatego w bliznach pozbawione są zupełnie przekonujących argumentów i mogą być tłumaczone nierównie prościej i zrozumialej. Na dowód tego S. przytacza bardzo rychłą recydywę raka w bliźnie po wyciętej sutce, gdzie rak pierwotny zajmował tylko okolicę brodawki, był twardy, nie w stanie rozpadu, a gruczoły nie zajęte. W drugim znów przypadku po wycięciu sutki u osoby 70-letniej dopiero teraz po 8-miu latach guziki rakowate występują w bliźnie. Prawdopodobnem więc jest, że pierwiastki rakowe znajdowały się już w naczyniach limfatycznych przeciętych przy operacji, a gromadząc się w końcach naczyń ściśniętych blizną, tam rozrastają się, tworząc guziki w samej bliźnie.

Nierównie więcej lękać się należy zakażenia posokowatego, skutkiem dostania się rozpadu rakowego naświeżo przecięte tkanki zdrowe; tutaj bardzo prędko może nastąpić wchłonięcie pierwiastków septycznych, które wywołać mogą ogniska ropne w mniej lub więcej oddalonych miejscach. Stąd to obowiązkiem jest operatora starać się o dezynfekcyę ogniska septycznego, zanim przystąpi do przecięcia otaczających macicę tkanek zdrowych.

Tak samo konieczną jest rzeczą przy wycinaniu macicy rakowatej prowadzić cięcia jak najdalej od miejsca rakiem zajętego. Położenie jednak macicy wśród bardzo zbliżonych zewsząd do niej ważnych narządów zmusza operatora do działania w bardzo ciasnych granicach i właśnie choćby tylko z tego względu trudno ludzić się nadzieją radykalnego wyleczenia raka macicy. Liczne badania mikroskopowe, dokonane na żołądkach, zajętych rakiem odźwiernika, wykazały, że po wykonanej resekcji na parę centymetrów od granicy raka i w ścianie na pozór zupełnie zdrowej, ogniska rakowate znajdowały się w naczyniach limfatycznych w odległości 5 ctm. od linii cięcia. Kierowanie się przeto dotykiem co do granic nacieczenia rakowatego nie wielką oddać może usługę, gdyż najczęściej tkanki już są zajęte mikroskopijnie po za możebną granicą operacji.

(Autoreferat).

JAWDYŃSKI zaznacza, że jeżeli rokowanie stanowi wogóle jedną z najtrudniejszych części medycyny stosowanej, to jeszcze daleko trudniejszym jest ono odnośnie do losów chorego po operacji raka. Częstokroć się zdarza, że mamy do

czynienia z przypadkiem zrozpaczonym i pomimo to po operacyi następuje stałe wyleczenie, w innych znów razach w przypadkach świeżych i pozornie łagodnych szybko po usunięciu choroby następuje jej powrót. Jedno z najgorszych rokowań co do powrotu dają raki języka, macicy i kiszki odcierowej. I udoskonalenie nawet samych metod operacyjnych mało wpływa na poprawę statystyki. Jeżeli jeszcze gdzieś indziej warunki anatomiczne pozwalają na rozległe usunięcie tkanek, to przy raku macicy nawet pod tym względem, blizkiem sąsiedztwem ważnych narządów, a przedewszystkiem moczowodów, jesteśmy bardzo skrupowani. BORYSSOWICZ, w celu możliwie pewnego usunięcia części chorych po nałożeniu przewiązek i wycięciu macicy, nakłada na pozostałą część tkanki przymacicznej i więzadeł szerokich po za ligatury kleszcze RICHELLOT'a. Metoda ta, według zdania JAW., niepotrzebnie komplikuje operację. Nałożyć kleszcze RICHELLOT'a możebnie daleko od macicy możemy i bez uprzedniego przewiązywania, jak to rozpowszechnionem jest między francuskimi operatorami, powtóre jeszcze i po za kleszczami możemy pozostawić zarodki rakotwórcze, a potrzebie przy nakładaniu kleszczy po przewiązaniu i ściągnięciu do linii środkowej kikutów możemy niemi pochwycić którykolwiek z moczowodów. Dlatego też w celu możliwie rozległego usuwania tkanek daleko bardziej uzasadnioną wydaje się metoda MACKENRODT'a, jako właśnie bardzo licząca się z położeniem i stosunkiem moczowodów do macicy.

Szczególony nacisk kładzie prelegent na zabezpieczenie się od t. zw. impfrecydywy, t. j. od zarażenia tkanek zdrowych rakiem podczas operacyi.

Wprawdzie istniały w literaturze pojedyncze spostrzeżenia, mające dowodzić możliwości takiego zakażenia, dopiero jednak prace WINTER'a narobiły dużo hałasu szczególnie między ginekologami. Do sprawy tej należy się odnosić bardzo krytycznie. Jeżeli na tak ogromną liczbę raków wargi dolnej BERGMANN opisuje jeden tylko przypadek powstania raka wargi górnej na miejscu odpowiadającym wardze dolnej, z której przedtem raka usunięto, to JAWOYŃSKI skłonniejszym byłby do przyjęcia raczej przypadkowości pojawiania się raków na obu wargach aniżeli zakażenia. Jeżeli gdzie, to właśnie przy raku wargi dolnej istnieją wszelkie warunki do zakażenia wargi górnej, a jednak przypadków takich nie spostrzegamy. Praca WINTER'a odznacza się brakiem krytycyzmu, a natomiast cechuje się wielką naiwnością. Weźmiemy dla przykładu takie spostrzeżenie: U chorej po wycięciu rakowatej macicy w kilka miesięcy po operacyi pojawia się w bliźnie guzik wielkości orzeszka. Powtórna operacja; zagojenie. Po kilku znów miesiącach recydywa, ale wielkości jaja. Ponieważ wielkość guza powrotnego tak była różną, WINTER wnioskuje, że druga recydywa powstała skutkiem zakażenia tkanek na dużej przestrzeni podczas drugiej operacyi. Wszystkie cechy charakterystyczne, mające wyróżniać recydywę w ranie od impfrecydywy, nie odznaczają się ścisłością wniosków naukowych. Toż samo powiedzieć można o spostrzeżeniach innych autorów, np. SIPPEL'a.

Prelegent, w celu uchronienia się od impfrecydywy, rozkłada operację wycięcia pochwowego macicy na trzy części. Czy jednak może on tem osiągnąć zamierzonego celu? Faktycznie ochrania on od zetknięcia się z częściami rakowatemi tylko otrzewną, na której wyjątkowo tylko i nadzwyczaj rzadko pojawia

się recydywa. Co się tyczy pochwy i tkanek sąsiadujących z macicą, to może w nie zaszczerpić raka, bo do usunięcia części chorych używa ostrych narzędzi, mogących skaleczyć tkanki zdrowe. Wymycie pola operacyjnego 5% roztworem chlorku cynku nie tu nie pomoże. Jeżeli czy to komórki, czy bakterie, czy inne twory, zakażenie powodujące, wniknęły, czy wszczepione zostały do tkanek zdrowych, to ani stężony roztwór sublimatu WINTER'a, ani chlorek cynku BORYSSOWICZA działalności ich nie cofną. Co się zaś tyczy oczyszczenia pola operacyjnego na tyle, aby nie powstało zakażenie posocznicowe, to i pod tym względem skomplikowane manipulacje BORYSSOWICZA są, co najmniej, zbyt skuteczne.

(Autoreferat)

PRZEWOSKI przytacza następujące dowody zakażenia nowotworowego: a) opisane przez KLEBS'a trzy przypadki raka płaskokomórkowego żołądka przy takim samym raku języka, b) wtórne guziki rakowate w płucu przy raku przełyku, na wysokości podziału tchawicy i po jej przedziurawieniu, c) przenoszenie raka z jednego zwierzęcia na drugie tego samego rodzaju. Według zdania PRZEWOSKIEGO, BORYSSOWICZ ma słuszość, usiłując uniknąć zakażenia przez zaszczerpienie, ale robi to nie tak, jakby należało, bo, usuwając części makroskopowo zwyrodnione, będące w stanie rozpadu i potem po przepłukaniu pochwy operując w częściach na oko zdrowych, często zawierających młode pierwiastki rakowe, wtedy właśnie wszczepić może cząstki nowotworu.

KIJEWSKI zaznacza, że w myśl tego, co powiedział PRZEWOSKI, metoda stosowana przez BORYSSOWICZA bynajmniej nie zabezpiecza od zaszczerpienia raka podczas samej operacji. Rozpadające się tkanki mogą być przyczyną zakażenia septycznego; dla tego też usuwanie ich chroni nas od tej komplikacji i pole operacji mamy wtedy czyste; podczas zaś usuwania tkanki nowotworowej, nie uległej rozpadowi, właśnie wtedy można w zdrowe tkanki zaszczerpić nowotwór.

Przemywanie całej powierzchni rany 5% roztworem chlorku cynku nie niszczy już zaszczerpionych pierwiastków raka; chlorek cynku nie ma swojego działania w tym kierunku, przynajmniej dotąd żadne doświadczenia nie potwierdziły tego przypuszczenia; zatem należy przyjąć, że przemywa się tylko ranę w celu usunięcia resztek, przylegających do powierzchni rany. Wyjałowiona woda lub fizyologiczny roztwór soli z równym pożytkiem tę rolę odegrać może. Przy wykonaniu samej operacji niezrozumiałem jest, dlaczego prelegent nakłada najpierw przewiązki, a następnie szeroko zakłada pincety RICHELLOT'a. Jest to utrudnienie i próżna strata czasu. Jeżeli jesteśmy pewni, że moczowodu końcem pincety nie schwycimy, toć bez porównania prościej od razu zastosować pincet RICHELLOT'a, który z całym bezpieczeństwem przy zachowaniu wszelkich warunków czystości można w ranie pozostawić w ciągu kilku dni.

Również w razie nawrotu cierpienia stosowanie *pastae Concoini* nie jest wymotywowane. Jeżeli prelegent boi się w tych razach używać noża, aby nie otworzyć kiszek lub pęcherza moczowego, to *pasta Concoini* nie uchroni go od tego, gdyż niszczy tkankę na znacznej przestrzeni.

(Autoreferat)

SAWICKI nadmienia, że możliwości przeszczerpienia raka obok spostrzeżeń klinicznych dowodzą prace doświadczalne WEHRA. Szczepienia takie udają się wprawdzie nie zawsze, lecz to zależy od jakichś warunków, których jeszcze do-

kładnie nie znamy. Co się tyczy raka macicy, to tu spostrzegano niejednokrotnie przeszczepienie nowotworu z szyi macicznej na błonę śluzową pochwy [spostrzeżenia FISCHER'a, WEHRA i innych]. Pod względem leczenia raków musimy się trzymać metody operacyjnej w braku innych lepszych. Usuwając raka, chirurg dzisiejszy stara się operować w tkankach zdrowych i zajmować najwięcej tkanki w tym kierunku, w którym nowotwór przy danych warunkach zwykły się szerzy najbardziej. Ponieważ badania wykazały, że rak macicy najszybciej się szerzy w kierunku więzów krzyżowo-maciczych i więzów szerokich, a zatem przy wycinaniu macicy w tych razach należy jednocześnie, o ile można, najwięcej tkanki przyległej usuwać we wspomnianym kierunku. Wychodząc z tejsze zasady, MACKENRODT podał niedawno swój sposób wycinania macicy razem z częścią więzów szerokich. Dla umożliwienia tego M. oddziela uprzednio macicę z częścią więzów szerokich od pęcherza, przyczem moczowody pozostają przy pęcherzu na przestrzeni 5 ctm., t. j. aż do miejsca, w którym przebijają więzy szerokie w poprzek. Po takim odluszczeniu można nakładać nawiązki na więzy szerokie w odległości 4 ctm. od macicy, bez obawy podwiązania moczowodu.

Sprawdzając powyższe dane kilkakrotnie na trupach, S. sam miał możność przekonać się, że dane te są zupełnie słuszne i sama operacja do wykonania możliwa. Sposób operowania BORYSSOWICZA stanowi modyfikację sposobu MACKENRODT'a; nie zdaje się jednak, aby modyfikacja ta była lepsza od pierwotnego. Prelegent, o ile można wnosić z odczytu, odluszcza pęcherz tylko od macicy, jak to dotąd czyniono, nakłada nawiązki tuż przy macicy i następnie w odległości mniej więcej 2--3 ctm. od tejsze chwyta w szczypce więzy szerokie. W tych warunkach moczowód, przylegający do dolnej przedniej powierzchni więzu, uchwycić w szczypce bardzo łatwo. Jeżeli BORYSSOWICZ tego nie uczynił, to widoczne, że nakładał szczypce nie na całą grubość więzów, lecz tylko na tylną część tychże. Oprócz łatwości uchwycenia w szczypce moczowodu i oprócz możności usuwania mniejszej ilości tkanek, niż to czyni MACKENRODT, sposób BORYSSOWICZA ma jeszcze jedną niedogodność. Odgniatanie szczypcami powoduje zgorzel tkanek, które dopiero w kilka dni po operacji oddzielają się. W tych warunkach o zakażenie łatwiej, niż tam, gdzie po nałożeniu podwiązek na więzy od razu nożem wszystko mające być usuniętem wycinamy. Wprawdzie BORYSSOWICZ zamyka część rany otrzewnej związaniem ligatur i zabezpiecza się od zakażenia założeniem tamponu, jednakże w razie jakiejś niedokładności zakażenie łatwiej tu może nastąpić, niż przy sposobie MACKENRODT'a.

(Autoreferat)

[D. n.]

K O R E S P O N D E N C Y A.

O surowicy antydyfterytycznej.

Krytyczna ocena seroterapii, uczyniona przez D-ra HANSEMANN'a, nie zadowolila ogółu tutejszych lekarzy. Uważano ją powszechnie za zbyt osobistą; wiadziano, że rękawica, rzucona przezeń całej szkole KOCH'a i BEHNIG'a, zostanie

podniesioną. Tak się też i stało, lecz w sposób najmniej oczekiwany. Na ostatnim posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego [dnia 5 grudnia] przystąpili do dyskusji profesorowie BERGMANN i VIRCHOW. Prof. BERGMANN wystąpił przeciwko zdaniu HANSEMANN'a, jakoby lasecznik LOEFFLER'a nie miał być swoistym dla dyfterytu. Sam LOEFFLER nie wypowiedział wprawdzie przed 10-ciu laty stanowczego zdania, później jednak, już po upływie trzech lat, odrzucił wszelki sceptycyzm i uznał lasecznik za swoisty dla tej choroby. Początkowe powątpiewanie objaśnić się daje trudnością sprawdzenia swoistości mikroorganizmów i właściwą dyagnozą choroby. Każdy bakteriolog wie o tem dobrze, z jakimi trudnościami jest połączone sprawdzenie za pomocą eksperymentu swoistości danego mikrobu, każdy zaś klinicysta spotykał się z przypadkami, gdzie trudno było stanowczo powiedzieć, czy należą one do dyfterytu swoistego, czy też do t. zw. *angina necrotica*. Teorya LOEFFLER'a zwróciła uwagę PASTEUR'a, specjalnie D-rów ROUX i YERSIN'a, którzy we wszystkich przypadkach świeżego dyfterytu znaleźli laseczniki swoiste. Dodatnie rezultaty otrzymano również w Instytucie Anatomicznym we Wiedniu, Monachjum (EMMERICH), Berlinie (BAGIŃSKY) i w innych miastach. Ogółem z 470 przypadków w 450 odnaleziono lasecznika LOEFFLER'a. W klinice własnej znalazł prof. B. we wszystkich ostatnio badanych przypadkach [46] laseczniki dyfterytyczne. Prof. B. dochodzi do wniosku, że w świeżych przypadkach dyfterytu z a w s z e odnaleźć można laseczniki dyfterytyczne.

Lasecznik LOEFFLER'a należy do rzędu mikroorganizmów chorobotwórczych. D-r HANSEMANN, który jest również tego zdania, powątpiewa jednak o swoistości tego lasecznika, ponieważ znaleźć go można u ludzi zdrowych. Prof. B. ubolewa nad tem, że D-r H. zdanie to wypowiedział.

Wiadomą jest rzeczą, że u ludzi zdrowych napotkać można najróżnorodniejsze mikroorganizmy, które im szkody żadnej nie robią. Szkodliwość tych mikrobów jest w bardzo silnym stopniu zależną od ich żywotności i oprócz tego od innych czynników bliżej nam nieznanych; przy nieobecności tych czynników mikroorganizmy nie są w stanie rozwinąć swego działania. Odnosi się to nie tylko do lasecznika LOEFFLER'a, lecz również do innych mikroorganizmów [np. *l. anthracis* FILEHNE]. Co się tyczy zdania D-ra HANSEMANN'a, że wstrzykiwania toksyn dyfterytycznych nie wywołują charakterystycznych dla dyfterytu porażeń, to zdanie to jest mylne. ROUX i YERSIN dowiedli, że porażenia te mogą się zdarzać i w niczem się nie różnią od t. zw. porażeń dyfterytycznych. Co się tyczy praktycznych rezultatów seroterapii, to prof. B. nie jest w stanie wypowiedzieć ostatecznego zdania, gdyż ilość badanych przezeń chorych [46] nie uprawnia go do tego. Przed 3-ma laty zjawił się w jego klinice prof. BEHRING i zaproponował leczenie chorych na dyfteryt za pomocą surowicy. Smutne wspomnienia tuberkuliny uczyniły prof. B. ostrożnym. Zażądał więc od prof. BEHRING'a doświadczeń nad zwierzętami. Doświadczenia te wypadły niepomyślnie. Ulegając prośbom prof. BEHRING'a, zezwolił na wstrzykiwania chorym dzieciom, lecz i tutaj rezultaty go zawiodły: dzieci nie wyzdrowiały po wstrzyknięciach surowicy. Na podstawie danych, które teraz są wiadome, można powiedzieć, że surowica antydyfterytyczna czyni świnki morskie odpornymi na chorobę i leczy samą chorobę, która powstaje po zaszczepieniu laseczników LOEFFLER'a. Jeżeli hipoteza, uzna-

jąca tę chorobę za identyczną z rzeczywistym dyfterytem swoistym, okaże się słuszną [co prof. BERGMANN uznaje za możebne], to wtedy seroterapia będzie miała podstawy daleko trwalsze, aniżeli to sądzi D-r HANSEMANN.

Gdy nie bacząc na spóźnioną porę, publiczność zażądała dalszych obrad, powstał prof. VIRCHOW. Z właściwą mu naukową obiektywnością, wolną od wszelkich względów osobistych, zwrócił przedewszystkiem uwagę na fakty. Otóż, statystyka szpitala cesarza Fryderyka [*Kaiser-Friedrich Hospital*] dowodzi jak najpewniej skuteczności surowicy antydyfterytycznej. W szpitalu tym stosowano wstrzykiwania, zaczynając od marca tego roku aż do czasu obecnego. Statystyczne zestawienia czynione były w odstępach tygodniowych. Cały przebieg czasu od marca do grudnia podzielić można na kilka części, lub — według VIRCHOW'a — na kilka epok; mianowicie na epoki, w których stosowano wstrzykiwania i na te, w których [wskutek braku surowicy] metody tej nie stosowano. W „epokach z surowicą“ [czerwiec] umierało na dyfteryt [w odstępach tygodniowych] na mniej więcej 13 wypisywanych ze szpitala chorych 2—1—0 chorych. W „epokach bez surowicy“ śmiertelność była o wiele większą, jak wskazują cyfry następujące:

W odstępach tygodniowych na

wypisanych ze szpitala	zmarło
5 — — — —	7
6 — — — —	8
6 — — — —	6
8 — — — —	11
8 — — — —	5
8 — — — —	12
13 — — — —	6

Umierało więc 5—12, podczas gdy w „epokach z surowicą“ śmiertelność wynosiła 0—2.

W październiku [epoka z surowicą] cyfry były następujące:

3 — — — —	2
4 — — — —	1
18 — — — —	2
17 — — — —	4

Wogóle na 533 przypadków, w 303, przy których stosowano wstrzykiwania, śmiertelność wynosiła 13,2%; w 230, przy których nie stosowano surowicy, śmiertelność wynosiła 47,82%. Jeszcze wymowniejsze cyfry otrzymano we wrześniu: z 153 przypadków tylko w 19 nie stosowano wstrzykiwań; otóż śmiertelność wśród tych chorych wynosiła 58%, podczas gdy u reszty chorych [z wstrzyknięciem surowicy] śmiertelność wynosiła tylko 12,6%. Cyfry te mówią same za siebie. Wszelkie teoretyczne roztrząsania o tem, że rezultatów otrzymanych za pomocą eksperymentu ze zwierzętami nie można przenosić na ludzi, ustępują przed namacalną i jasną oczywistością powyższych cyfr („*Alle Betrachtungen müssen*

zurücktreten bei diesen, so zu sagen, brutalen Zahlen“). VIRCHOW uważa za swój obowiązek wskazać na te pomyślne rezultaty i radzi lekarzowi stosować ten środek, którego szkodliwość jest nieznaczna, a skuteczność jest rzeczą wypływającą z faktów. Uważa jednak całą tę kwestyę naukową za rzecz jeszcze niedostatecznie wyświetloną, a wiele jeszcze pracy kosztować będzie i wiele jeszcze czasu upłynie, zanim będziemy w stanie wypowiedzieć o seroterapii zdanie zupełnie jasne i niezбите. Przedewszystkiem jednak powinny być lepiej określone dawki i czas trwania immunizacji. Zgadzając się jednak z BEHRING’iem w kwestyi skuteczności wstrzykiwań surowicy, prof. VIRCHOW występuje energicznie przeciwko niewłaściwemu pojmowaniu dyfterytu, które daje się zauważyć u bakteriologów. Uznają oni za dyfteryt li tylko te choroby, przy których znaleźć można laseczniki swoiste LOEFFLER’a. Mniemanie to jest błędne. Główną podstawę tej choroby czyni nie lasecznik dyfterytyczny, lecz zmiany anatomo-patologiczne, właściwe dyfterytowi. Pierwszy, który dokładnie chorobę tę zbadał, był BRETONNEAU; on również dyagnozę kliniczną oparł na zmianach anatomicznych. Do dyfterytu zaliczyć winniśmy nie tylko dyfteryt gardła, lecz również dyfteryt wielkiej ilości błon śluzowych [dyfteryt jelit, organów moczowych i t. d.]. Co się tyczy lasecznika LOEFFLER’a, to nie we wszystkich przypadkach dyfterytu [w znaczeniu anatomicznem] znaleźć go można. Do rzędu mikroorganizmów, stale odnajdywanych przy dyfterycie, należy *streptococcus*. Dyfteryt należy więc do rzędu form mieszanych chorób zakaźnych, przy których lasecznik LOEFFLER’a odgrywa pewną, lecz nie górującą rolę. Dogmat bakteriologów głoszący, że niema dyfterytu bez jego lasecznika, jest błędny i nie oparty na faktach naukowych. Dalszą dyskusyę odroczone do następnego zebrania. Publiczność lekarska z przejęciem słuchała wywodów VIRCHOW’a, który nie dał się unieść prądowi osobistej niechęci lub zemsty i pozostał wiernym nauce i prawdzie.

Berlin, dnia 5 Grudnia. 1894.

Edward Flatau.

Wiadomości bieżące.

— D-r F. DE FILIPPI z Bolonii w ciągu 16 tygodni prowadził badania na 1 parą psów, z których pierwszemu przed ośmiu miesiącami wycięto w celach doświadczalnych cały prawie żołądek, drugiemu zaś wyrezekowano równocześnie niemal $\frac{1}{8}$ jelita cienkiego. Następce odżywianie obu tych zwierząt miało przebieg całkiem prawidłowy. Psu bez żołądka dawano zwykle mięso, podrobione na papkę; przy karmieniu bowiem kawałkami większymi zauważono niezupełne przyswajanie tłuszczów. Zboczeń w oddawaniu kału [który prócz braku kwasu żółciowego nie przedstawiał żadnych innych zmian składowych], powstawania w kiszki wydatniejszych spraw gnilnych, pomimo braku soku żołądkowego, nie stwierdzono wcale; moczwierzęcia był zwykle zabarwiony na ciemno i zawierał nieco urobiliny; w osadzie moczowym nie znaleziono nigdy nic nieprawidłowego. Dane te zgadzają się zupełnie z wynikami spostrzeżeń v. NOORDEN’a, które dotyczyły ludzi, cierpiących na nieprawidłowe wydzielanie się soku żołądkowego: u żadnego z tych osobników poważniejszych zaburzeń w przemianie pierwiastków stwierdzić nie było można. Doświadczenie drugie dotyczyło ciężarnej suki, która bez względu na stratę tak wielkiej części

jelita urodziła czesne szczenięta i karmiła je w ciągu trzech tygodni. Zwierzę jadło chętnie i w przeciwieństwie do swego poprzednika wodany węgiel znosiło dobrze. Wyrezekowanie zatem większej części jelita cienkiego nie jest, podług autora, zabiegiem dla życia nader niebezpiecznym; widocznie bowiem jelito grube czynności cienkiego zastępczo wykonywać jest w stanie, co poniekąd, wobec korzystnego działania ławatyw odżywczych, zauważono już dawniej. (*Deutsche medicin. Wochenschrift.* 1894). K. N.

— FISCHER opisuje przypadek rozmiękczenia kości, leczony z dobrym wynikiem za pomocą fosforu i słonych kąpieeli. Kobieta, która zupełnie prawidłowo odbyła dwie ciąży, podczas trzeciej ciąży na 2 tygodnie przed porodem poczuła gwałtowne bóle w udach i w okolicy miednicy. Bóle te w jakiś czas po porodzie znikły, wracały jednakże w coraz silniejszym stopniu przy każdej następnej ciąży. W 2 lata po ostatniej ciąży bóle wystąpiły znowu po uprzednim obfitym krwotoku macicznym. Przy badaniu znaleziono lekkie zgięcie i nierówności na powierzchni leżących kościach oraz wyraźną nadczułość przy uciskaniu całego układu kostnego; miednica przedstawiała zmiany charakterystyczne dla osteomalacji. Wejście miednicy o kształcie serca kierowego; spojenie łonowe wystające na kształt dzioba; znaczne zwężenie wyjścia miednicy zwłaszcza w wymiarze poprzecznym, wreszcie połączenie zstępujących gałęzi kości łonowej pod kątem ostrym. Chorej zalecono tran z fosforem [0,03:100] oraz kąpiele słone. Po upływie dwóch miesięcy takiego leczenia bóle znacznie się zmniejszyły, wreszcie ustąpiły zupełnie. Pomimo nowej ciąży cierpienie nie powróciło. Wobec powyższego wyniku FISCHER radzi przy osteomalacji przed wykonaniem kastracyi lub całkowitego wycięcia macicy próbować terapeutycznego leczenia. (*Prag. med. Wochenschr.* 1894).

— Kol. POLAK otrzymał na wystawie higienicznej w Petersburgu złoty medal za wydawnictwo czasopisma „Zdrowie“.

— W Wiedniu zawiązało się Towarzystwo laryngologiczne „*Wiener laryngologische Gesellschaft*“; na prezesa wybrano prof. STOECK'a, a klinikę tegoż za miejsce odbywania się posiedzeń.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1895 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1895 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi **rs. trzy**. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie prospekt ua „Przegląd Tygodniowy“ w r. 1895 — dla prenumeratorów na prowincyi.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Ценаурою, Варшава 2 Декабря 1894 г.

Друк К. Ковалевскаго, Мазовицка 8.

CARNE-PURA.

PROSZKI MIĘSNE

wyrabiane z najlepszego wołowego mięsa, zawierające
podług analizy:

Wodanów węgla	0.33
Wody	6.25
Popiołu	4.22
Tłuszczu	9.47
Białkanów	79.31

Jeden funt proszku odpowiada 6 funtom mięsa surowego (bez kości, żył, tłuszczu). Sztuczne trawienie, przeprowadzone z pepsyną i 0.2 kwasem solnym, wykazało bardzo **wielką strawność** (podpisano) **D-r L. Nencki.**

Proszki mięsne wyrobu mego zawierają największy procent białkanów i najmniejszy tłuszczu, skuteczne działanie ich zostało wypróbowane i stwierdzone w Szpitalach Warszawskich.

Proszki mięsne przygotowuję stale i takowe posiadam na składzie.

E Jarnuszkiewicz,

52—38

Właściciel Apteki Nowy-Świat N° 35.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

WYSZŁA Z DRUKU:

DYAGNOSTYKA CHIRURGICZNA.

NAPISAŁ

ROMAN JASIŃSKI

chirurg szpitala dla dzieci w Warszawie.

Cena **rs. 3**, z przesyłką **rs. 3 k. 50.**

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej [Marżałkowska 119] oraz we wszystkich księgarniach w Warszawie.

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich, **Dr. L. Nencki** dokonywa wszelkich rozbiorów wchodzących w zakres dyagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi, mleka kobiecego i t. p. materiałów spożywczych i przedmiotów codziennego użytku, oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle.

W CHEMICZNO-MIKROSKOPOWEJ PRACOWNI
dla celów dyagnostyki lekarskiej

D-ra E. PRZEWOSKIEGO

Prosektora Anatomii patologicznej w Cesarskim Warszawskim Uniwersytecie.

Dokonywa się wszelkich rozbiorów mikroskopowych i chemicznych, moczu, krwi, śluzu, nasienia, kału i t. d. (Chmielna 32).