

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O rzadszych chorobach ocznych przy chronicznych cierpieniach nerek. Przez D-ra Michała Kępińskiego.—Streszczenia i wyciągi. 91. Przyczynę przewlekłego zatrucia siarką zapomocą pomady do włosów. 92. Postępowanie lecznicze przy gruźlicy stawów. 93. Wpływ płynów na gorączkową ciepłotę.—Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 15 Listopada r. b.—Krytyka i Bibliografia. Najnowsze prace z elektrodiagnostyki i elektroterapii. Skreślił Dr. A. Rosenthal. (Dokończenie). — Z międzynarodowego zjazdu lekarzy w Waszyngtonie. (Dokończenie). — Odcinek. Sprawozdanie D-ra Morella Mackenzie z przebiegu choroby J. C. K. W. K. Następcy Tronu, za czas w którym Jego Wysokość zostawał pod wyłączną opieką D-ra Mackenzie. Z tekstu niemieckiego przełożył Dr. W. Szumlański.—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

O RZADSZYCH CHOROBACH OCZNYCH przy chronicznych cierpieniach nerek. Przez Michała Kępińskiego.

Od czasu ogłoszenia pierwszych prac BRIGHT'A wiadomo powszechnie, że przy rozmaitych chorobach nerek powstają zaburzenia w organie wzroku. Zwykle postaci chorób ocznych przy cierpieniach nerek przedstawiają się jako mniej lub więcej silne zapalenia siatkówki połączone z przekrwieniem tarczy nerwu wzrokowego oraz z mało znaczącymi zmianami naczyń. Ponieważ najwidoczniejsze zmiany chorobowe zachodzą w siatkówce, więc i cierpienia te nazywano zapaleniem siatkówki przy białkomoczach (*Retinitis brightica vel nephritica vel albuminurica*). Wziernik oczny wykazuje nam zaczerwienienie i zmętnienie tarczy nerwu wzrokowego oraz obrzęk siatkówki. Naczynia jej, zwłaszcza żyły, są przepelnione, a część siatkówki około nerwu wzrokowego i plamki żółtej pokryta mniejszymi lub większymi plamami żółtawego koloru oraz drobnymi, zupełnie białymi, lśniącymi, które zwłaszcza ku plamce żółtej promienisto się zbiegając, tworzą powszechnie znany obraz gwiazdy błyszczącej. Dodawszy do tego jeszcze drobne wybroczyny krwi, tak na tarczy nerwu wzrokowego jak i po całym rozsiane dnie oka, otrzymamy obraz zmian, które nam każda *Retinitis nephritica* przedstawia. Tego rodzaju zapalenie siatkówki występuje zawsze na obu oczach równocześnie lub obejmuje w bardzo krótkich odstępach czasu obydwa, a ze zmian czynnościowych oka odpowiada mu tylko osłabienie siły wzroku bez upośledzenia rozpoznawania barw i bez zwężenia pola widzenia obwodowego.

Oprócz tego zwykłego białkomoczowego zapalenia siatkówki są jeszcze inne formy nadzwyczajnie rzadko napotymane, których główną cechą jest to, że przeważnie zmiany chorobowe dotyczą nie siatkówki, lecz naczyń i nerwu wzrokowego. Choroby te odznaczają się i tem wreszcie, że przytrafiają się przeważnie na jednym tylko oku. Jednostronne cierpienie oka przy chorobach ne-

rek zdarza się nader rzadko, tak, że LEBER ¹⁾ twierdzi, iż je tylko raz jeden w życiu widział. Rozumie się samo przez się, że w tych przypadkach, o których mówimy, i siatkówka jest również dotkniętą, bo przecież nie można przypuścić, by w tak bliskim zostając stosunku do nerwu wzrokowego i do naczyniówki ujść mogła cierpienia, gdy tak nerw wzrokowy jak i naczyniówka są chore. Jak na przytoczonych poniżej przykładach zobaczymy cierpienie naczyniówki objawiało się: zmętnieniem ciała szklстого, zmianami barwnika w częściach obwodowych dna oka i wysiękami, w niektórych przypadkach tak obfitemi, iż oddzielenie siatkówki spowodowały. Przy tych wszystkich zmianach w naczyniówce siatkówka była zaledwie tylko lekko zmętnioną. Wziernikiem dostrzegalne zmiany w naczyniówce pozwalają nam rozpoznać, które warstwy jej są chore: jeżeli w częściach obwodowych dna oka jest tylko barwnik zmienionym, to dotkniętą jest sama *Choriocapillaris*, gdy zaś wysięki są tak obfite, iż oddzielenie siatkówki spowodowały, to i naczynia grubsze są processem chorobowym objęte. Co do zmian w nerwie wzrokowym, to te przy mało zmienionej siatkówce przedstawiały znany obraz zapalenia tarczy (*papillitis*), a odpowiednio do tych zmian zauważyliśmy w zaburzeniach czynnościowych oka oprócz upośledzenia siły wzroku jeszcze i zwężenie pola widzenia obwodowego oraz utratę rozpoznawania barw. Że zwężenie pola widzenia występuje w *Retinitis albuminurica* tylko w tych przypadkach, gdzie brodawka głównie jest chora, na to zwracał już uwagę SCHLESINGER w swej pracy ²⁾. LEBER ³⁾ znalazł je także tylko przy *Papillo-retinitis*.

Na jednym tylko oku występujące cierpienia przy chorobach nerek utrudniają nam bardzo wytłumaczenie i tak nie jasnego stosunku, jaki w ogóle między chorobami nerek i oczu zachodzi, czemu trudno się dziwić, jeżeli zważymy, że nauka o samych cierpieniach przewlekłych nerek jest tak niejasną, iż całą prawdę ma za sobą dotychczas jeszcze twierdzenie nauczyciela mojego ś. p. prof. BARTELS'A w Kielu, który w pracy swej o tym przedmiocie mówi ⁴⁾: „nauka o chorobach nerek pod żadnym względem nie da się za skończoną uważać, gdyż różnica zdań co do ich istoty jest za wielką“..

Przedstawmy sobie główne momenta w rozwoju nauki o chorobach nerek a przejdziemy i dzisiaj do tego samego przekonania, które BARTELS przed 10 laty wypowiedział. Richard BRIGHT ⁵⁾ pierwszy zwrócił uwagę na zależność znanych nam objawów chorób nerkowych od zmian w nerkach, opisał z całą właściwą temu badaczowi bystrością wyniki oględzin pośmiertnych, nie dał jednak żadnych wyjaśnień co do tego, które części składowe nerek są pierwszym

¹⁾ Th. Leber. Die Krankheiten der Netzhaut und des Sehnerven. Gr — Saem. Handbuch etc. tom V str. 584.

²⁾ J. Schlesinger. Beiträge zur Lehre von den Beziehungen der Pathologie der Netzhaut zum Morbus Brighti. Inaug. Diss. Berlin 1884.

³⁾ l. c. str. 583.

⁴⁾ C. Bartels. Handbuch der Krankheiten des Harnapparates. Leipzig 1877 str. 167.

⁵⁾ Dr. Richard Bright. Reports of medical cases etc. 1827 i następne do 1831, potem 1836, 1840, 1843 Guy's Hospital Reports.

siedliskiem zmian. JOHNSON ⁶⁾ zwrócił pierwszy uwagę na zmiany w naczyniach nerek – dalsze badania jego są dla nas bez znaczenia, bo autor ten zajmuje stanowisko humoralno-pathologiczne (złe soki krążą w ciele, natura wyrzuca je przez nerki, stąd choroba i t. p.). BEER ⁷⁾ kładzie główny nacisk na zmiany w tkance łącznej, które już FRERICHS ⁸⁾ jako trzeci (ostatni) wprowadził tylko okres choroby Bright'a opisał. Tego samego zdania jest i TRAUBE ⁹⁾, który istotę choroby również w nowowytworzającej się a następnie zanikającej tkance łącznej upatruje. VIRCHOW ¹⁰⁾, GRAINGER-STEWART ¹¹⁾ i LECORCHÉ ¹²⁾ zgadzają się w głównych zarysach na jedno, że przewlekłe choroby nerek zależą w pewnych przypadkach od zmian przybłonka, w innych od naczyń lub wreszcie w trzeciej formie od zmian w tkance łącznej, przyjmują jednak wszyscy, że formy te jedna z drugą się łączą, tak, że czasami w jednym preparacie wszystkie trzy postacie spotykamy. Według KELSCH'A ¹³⁾, który jedne choroby nerek za zapalne, inne za niezapalne uważa, stanowi podstawę dla pierwszych zmiana i pomnożenie, a następnie zanik tkanki łącznej, dla drugich zaś zmiany w nabłonku, jako prosty wynik złego odżywiania. Zupełnie odrębne stanowisko zajmują angielscy badacze WILLIAM W. GULL ¹⁴⁾ i HENRY G. SUTTON, którzy wprowadzili co do jednej tylko postaci chronicznej choroby nerek, tak zwanej „*Cirrhosis renalis*“ utrzymując, iż jest to choroba ogólna tętnic, po całym organizmie rozprowadzona. BAMBERGER ¹⁵⁾ powraca do pojęć BRIGHT'A, uważa wszelkie podziały wedle zajętych części składowych nerek za niewłaściwe, gdyż we wszystkich postaciach znajdujemy mniejsze lub większe zmiany tak w naczyniach jak i w tkance łącznej. ROSENSTEIN ¹⁶⁾ i LEYDEN ¹⁷⁾ twierdzą, że nie da się oznaczyć, które części składowe nerek przy chronicznych cierpieniach są najpierw dotknięte, bo przy sekcji są wszystkie zmienionymi. ROSENSTEIN ¹⁸⁾

⁶⁾ Dr. George Johnson. Die Krankheiten der Nieren. Aus dem Englischen von dr. B. Schütze. Quedlinburg 1854.

⁷⁾ Die Bindesubstanz der menschlichen Niere. Berlin 1859.

⁸⁾ Frerichs. Die Bright'sche Nierenkrankheit u. deren Behandlung. Braunschweig 1851.

⁹⁾ Traube. Zur Pathologie der Nierenkrankheiten. Gesammelte Beiträge etc. 2 tom. 2 oddział str. 966.

¹⁰⁾ Virchow. Die Cellularpathologie. IV Auflage. Berlin 1871 str. 447.

¹¹⁾ Grainger-Stewart. A practical treatise on Bright's diseases of the kidneys. 2^o edit. Edinburgh 1871.

¹²⁾ Lecorché. Traité des maladies des reins. Paris 1875.

¹³⁾ Kelsch. Revue critique et recherches anatomo-pathologiques sur la maladie de Bright. Archives de Physiologie normale et pathologique. Deuxième série. Tome premier. Paris 1874.

¹⁴⁾ On the pathology of the morbid state commonly called chronic Bright's disease with contracted kidney (arterio-capillary fibrosis). Medico-surgical Transactions Sec. Series. Tom 37.

¹⁵⁾ Bamberger. Ueber die Beziehungen des Morbus Brighti zu anderen Krankheiten. Vortrag etc. Wiener mediz. Presse 1879 str. 610.

¹⁶⁾ Aus den Sektionssitzungen des medizinischen Kongresses in London. Referat w Wiener med. Presse. 1881 str. 1154.

¹⁷⁾ Medizinischer Kongress zu Wiesbaden 1882. Wiener med. Presse 1882.

¹⁸⁾ Rosenstein. Die Pathologie u. Therapie der Nierenkrankheiten III Auflage. Berlin 1886 str. 71.

w ostatniem wydaniu swego dzieła potwierdza jeszcze raz to samo, utrzymując, że w rozmaitych postaciach choroby Bright'a zawsze wszystkie części składowe nerek są zmienione, a różnica pojedynczych form choroby polega na tem, że jedne części składowe są mniej inne zaś więcej dotkniętymi. Szanowny nasz kolega warszawski DUNIN ¹⁹⁾ oświadcza wreszcie stanowczo, że w chronicznych ale zapalnych chorobach nerek zmiany w naczyniach są początkiem choroby. Mówiąc o rozmaitych teoriach chorób nerkowych niemożemy pominąć jeszcze i twierdzenia, że choroba Bright'a w wielu przypadkach jest dziedziczną. Lekarz angielski KIDD ²⁰⁾ podaje opisy chorób, gdzie przez trzy generacye, od babki aż do wnuków na chorobę Bright'a umierali.

Nie wdając się zupełnie w rozstrzygnięcie kwestyi, którzy z wyżej wymienionych badaczy mają słuszność za sobą, przyjmujemy tylko fakt, że w chronicznych chorobach nerek zmiany patologiczne dotyczą tak tkanki łącznej jak i naczyń. Ten sam charakter zachowują i cierpienia oczne przy chorobach nerek napotykanne. Jeżeli przeważają zmiany w tkance łącznej, to siedliskiem choroby jest siatkówka lub nerw wzrokowy, przeciwnie zaś przy głównych zmianach w naczyniach choroba jest umiejscowioną w naczyniówce. Zapomocą wziernika ocznego jesteśmy w możności przekonania się nie tylko, czy naczyniówka w ogóle jest chorą, ale jeszcze i to możemy rozpoznać, czy naczynia grubsze, czy też tylko włoskowate są sprawą chorobową dotknięte. Pierwszym objawem cierpienia naczyń włoskowatych w naczyniówce (*chorio-capillaris*) są zmiany jej barwnego nabłonka w częściach obwodowych, jak to już powyżej powiedzieliśmy. W początkach choroby spostrzegamy tu i owdzie w częściach obwodowych nieregularne plamy ciemno-czerwonego koloru nad otaczający je poziom nieco wygórowane i bledszą, różową otoczone obwódką. Z biegiem czasu środek tych plam coraz ciemniejszym się staje, nabiera koloru czarnego, zwyczajnego barwnika, równocześnie zaś giną różowe obwódki, a w ich miejsce tu i owdzie występują białe zanikowe plamy (Przykład IV oko lewe). Jeżeli sprawa chorobowa w naczyniówce dalej postępuje, to jako drugi objaw występuje zmętnienie ciała szklistego (Przykład I). W tym okresie choroba może się zatrzymać lub też gdy przejdzie na grubsze naczynia i zwiększy się ilość wysięków zapalnych, to otrzymamy obraz mniej albo więcej rozszerzonego oddzielenia siatkówki (Przykład IV oko prawe). Zdarza się czasem, że na jednym oku występują zmiany tylko w *choriocapillaris* a na drugim w naczyniach grubszych jak to na przykładzie IV widzieć będziemy, niezależnie od zmian w naczyniach *chorioides* występują także i zmiany w naczyniach (głównie tętnicach) siatkówki, polegają one na zgrubieniu i zmętnieniu ścian (*adventitia*), które wziernikiem jako lśniące paski się przedstawia.

O stosunku w jakim choroby oka do chorób nerek się znajdują, nie wiele możemy powiedzieć. Fakt istnienia jednych obok drugich jest nam znanym, zależność jednak chorób ocznych od nerkowych mało jest prawdopodobną, a to

¹⁹⁾ Dunin. Anatomische Untersuchungen etc. Virchow Archiw. Bd. XCIII. Heft. 2. str. 340.

²⁰⁾ Josef Kidd. The Practitioner. August 1882. Nr. 170.

tem więcej, że dowodów nie ma żadnych. Teorya TRAUBEGO, że cierpienia oczne zależą od przerostu lewej komory sercowej i zwiększonego wskutek tego ciśnienia w tętnicach nie wytrzymuje krytyki w obec faktów, iż oględziny pośmiertne przerostu lewego serca nie wykazały, a *retinitis brightica* była rozpoznana. Teorya GRAEFE'GO o zależności cierpień oka od zatrzymanych we krwi produktów przemiany materii z powodu niedostatecznego wydzielania moczu również nie objaśnia nam dostatecznie stosunku chorób ocznych do nerkowych, jeżeli zważymy, że choroby ocz przytrafiają się najczęściej właśnie przy międzykanalikowem zapaleniu nerek (*nephritis interstitialis*) i to we wczesnym okresie, w czasie, gdy ilość dzienna wydzielanego moczu bywa zwykle zwiększoną. Mocz ten jest wprawdzie lżejszym gatunkowo i procentowo rachując mniej zawiera części stałych, lecz jak twierdzi BARTELS ²¹⁾ ogólna suma dziennego wydzielania części stałych jest taką samą jak u ludzi zdrowych. W tem właśnie cierpieniu (*nephritis interstitialis*) teorya GULL'A i SUTTON'A byłaby nam pomocną do objaśnienia powstawania choroby ocz: jeżeli *nephritis interstitialis* jest ogólną chorobą tętnic w całym organizmie rozszerzoną, to tak samo może wystąpić w nerkach jak i w oku pierwotne cierpienie naczyń a następnie tkanki łącznej. Teorya GRAEFEGO trudną jest do zastosowania i w tych przypadkach, gdzie przy bardzo mało rozwiniętem cierpieniu nerek jak np. w początkach zapalenia nerek po szkarlatynie (przykład I) lub w ciąży (przykład IV) występują choroby oczne. W obec trudności poparcia dowodami poprzedniej teorii możebnem i prawdopodobnem jest jedynie to, że choroby ocz nie są zawisłemi od chorób nerkowych lecz są z niemi współrzednemi: jedna i ta sama przyczyna wywołuje równocześnie zmiany w nerkach i w oczach, którą to myśl już MICHEL wypowiedział ²²⁾. YVERT ²³⁾ przypuszcza, że *n. sympathicus* jest pośrednikiem między chorobami nerek i ocz. Podaje on historię choroby człowieka, który miał tylko lewą nerkę i cierpiał na *nephritis parenchym.* W przebiegu tej choroby dostał *retinitis albuminurica* na lewem tylko oku, prawe zawsze zdrowem pozostało.

Jeżeli trudno nam jest wytłumaczyć stosunek jaki między chorobami nerek i ocz zachodzi w tych przypadkach, gdy oba oczy są chore, to tem trudniej nam to jest wtenczas, gdy cierpienie tylko na jednym występuje oku. Jakkolwiekbyśmy przyjęli, że ta sama przyczyna wywołuje cierpienie ocz co i nerek i że między temi chorobami nie ma żadnego stosunku zależności, to zawsze będzie nam niejasnem, dla czego tylko jedno oko jest chorobą dotknięte, jeżeli oba w obec przyczyny chorobotwórczej w jednakowych się znajdują warunkach. Gdyby, jak na teraz tylko hipoteza YVERT'A, na stole sekcyjnym stwierdzoną być miała, wtenczas wzajemny stosunek chorób tych dwóch podwójnych organów byłby zupełnie wyjaśnionym. (d. c. n.)

²¹⁾ l. str. 406.

²²⁾ Julius Michel. Lehrbuch der Augenheilkunde. Wiesbaden 1884 str. 558.

²³⁾ A. Yvert. Cas rare de rétinite albuminurique unilatérale, observé chez un malade n'ayant qu'un seul rein situé du même côté et atteint de néphrite parenchymateuse. Rec. d'ophtalm. IV. 3. str. 145.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

91. Dr. EICHBAUM. Przypadek przewlekłego otrucia siarką za pomocą pomady do włosów (*Fall von chronischer Schwefelvergiftung vermittelt Haarpomade*). Przypadek, spostrzegany przez autora, dotyczy 37-letniego mężczyzny, który szukał pomocy lekarskiej wskutek często powtarzających się napadów zawrotu głowy, połączonych z wielkiem napięciem mięśni prawej połowy karku i z utratą możliwości zebrania myśli. Dokonane wówczas badanie wykazało co następuje: chory, pochodzący z rodziny zdrowej, budowy silnej, z nadzwyczaj rozwiniętym układem mięśniowym i odpowiednią ilością podściółki tłuszczowej, nie jest w stanie o własnych siłach ani stać, ani chodzić; twarz jest bladą i płową, czoło okryte potem, żrenice rozszerzone i stężale, nie oddziałują ani na światło, ani na podrażnienie; język słabo drży i znacznie obłożony; tętno 124, bardzo małe; głowa pochylona nieco na prawo i ku tyłowi; mięśnie prawej połowy karku, zwłaszcza powierzchowne, swoiście twarde i napięte. Chory skarży się głównie na ból głowy, umiejscowiony w części potylicowej, na skłonność do wymiotów i ściśnienie w piersiach; ucisk na żołądek jest nieco bolesnym. Chory, badany przez autora, w kilka dni później czuł się nieco lepiej.

Z wywiadów pokazało się, że chory od wielu lat już cierpi na zawroty głowy, zjawiające się w nieprawidłowych odstępach i że wyżej opisany napad pod względem natężenia i własności niczem się nie różnił od poprzednich i że chory przymiotu nie przechodził. Wobec takiego stanu rzeczy, jakkolwiek istniało podejrzenie jakiegoś otrucia przewlekłego, rozpoznanie było wątpliwem. Wkrótce jednakże dowiaduje się autor, że chory wskutek nadmiernego łuszczenia się skóry części głowy, pokrytej włosami, używał od 8 lat bez przerwy pomady, którą sobie sam sporządzał, a której skład był następujący: wazeliny 100, wosku 5, siarki 10 i kilka kropli ol. różanego. Według obliczeń chorego zużytem było w ciągu tego czasu około 112 grm siarki. Wówczas to autor upewnił się w swoim mniemaniu co do przewlekłego otrucia siarką, dowiedzionem jest bowiem, że z siarki pod wpływem tłuszczu i ciepła wywiązuje się siarkowodor, który po części przez skórę głowy, po części zaś przez drogi oddechowe dostaje się do ustroju.

Przypadek powyższy ciekawy jest ze względu na rzadkość, z jaką się spotyka przewlekłe otrucie siarką, objawy którego polegają, jak to już kilkakrotnie spostrzegano, na bólach i zawrocie głowy, bladeści twarzy, częstym i słabym tętnie, na skłonności do wymiotów, na bólach brzucha i rozwolnieniach. Wszystkie te objawy, według dotychczasowych spostrzeżeń, zależą od działania siarkowodoru na krew i na ośrodkowy układ nerwowy.

Rozpoznanie w danym razie nie ulegało wątpieniu na tej zasadzie, że po usunięciu pomady i po zastosowaniu odpowiedniego leczenia chory w ciągu miesiąca stopniowo powrócił do zdrowia. (*Perl. Klin. Woch. Nr. 42—1887*). A. F.

92. PILCHER. Postępowanie lecznicze przy grzlicy stawów. Autor zgodnie z wieloma innymi utrzymuje, że odjęcie kończyny zajętej grzlicą kości wywiera wpływ dodatni na jednocześnie istniejącą sprawę grzliczą w płucach. Dochoodzi on przytem do następujących ogólnych wniosków:

1) Dobrowolne wyleczenie przy grzlicy kości i stawów u dzieci prędzej ma miejsce, niż u dorosłych osobników.

2) Grzlica płuc wikłająca grzlicę kości i stawów prędzej się spotyka u dorosłych niż u dzieci.

3) Odpowiednio temu, wszystkie metody operacyjne, które nie usuwają doszczętnie chorobowo-zmienionych części jako to drenowanie, wypłókanie stawu środkami przeciwpasożytniczymi, częściowe wypłówanie, dają gorsze rokowanie u dorosłych niż u dzieci.

4) Wskutek tego u dorosłych już w wczesnych okresach należy wykonywać doszczętną operację.

5) Jednocześnie istniejąca gruźlica płuc dzięki operacji niekiedy bywa zatrzymana w swym postępowym rozwoju, a niekiedy następuje zupełne wyleczenie.

6) Jeżeli w takich warunkach ma miejsce powrót choroby, to jest on zależny nie od gruźlicy płucnej, ale wskutek niedokładnie dokonanej operacji.

7) Jeżeli zachodzi wątpliwość, czy da się wszystko chorobowo zmienione usunąć, to lepiej przy jednoczesnem istnieniu gruźlicy płucnej dokonać odrazu odjęcie kończyny.

8) Rana poamputacyjna goi się tutaj tak samo, jak i u osobników niegruźliczych. Powroty po odjęciu kończyny nie zdarzają się, jeżeli amputacja dokonana została powyżej części zajętych sprawą gruźliczą.

(Centralbl. für Chir. Nr. 28—1887). A. G-z.

93. Prof. GLAX. Wpływ płynów na gorączkową ciepłotę. W artykule tym prof. GLAX zwraca uwagę na fakt, że po wypiciu płynnych substancji następuje zwiększenie się gorączkowej ciepłoty. Zazwyczaj podczas gorączkowania wydzielanie się płynów zostaje wstrzymanem, i tylko wtenczas, gdy ciepłota wróci do stanu prawidłowego, następuje obfite ich wydzielanie się. Podwyższona ciepłota ciała jest prostem następstwem nagromadzenia się płynów w ustroju i prof. GLAX stanowczo jest tego zdania, że jednocześnie z wydzielaniem się płynów następuje znaczne obniżenie się ciepłoty. Tłumacząc objaw ten autor przypuszcza, że rozszerzenie naczyń, wywołane gorączką, pozwala zatrzymywać się wodzie we krwi, i tym sposobem sprzyja wytwarzaniu warunków, pozwalających przez dłuższy przeciąg czasu stykać się czerwonym ciałkom krwi z tkankami, a zatem powiększać utlenianie czyli palenie.

(Bull. Gén. de Thérap. Jan. 30. 1887). J. Drzewiecki.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 15 Listopada r. b.

Kol. ELSENBERG przedstawił obecnym dziecko dotknięte pokrzywką barwnikową *Urticaria pigmentosa*.

Kol. PAWIŃSKI wypowiedział rzecz o rzadko przytrafiającem się cierpieniu t. z. chorobie Addison'a, która cechuje się ciemnem, niekiedy zupełnie brązowem zabarwieniem skóry—ząd też nazwa choroby brązowej (cisawka). Kol. P. spostrzegł w szpitalu Dzieciątka Jezus w oddziale d-ra KRASZEWSKIEGO przypadek w mowie będącej choroby u 32-letniej kobiety. Przybyła ona do szpitala z powodu uporczywych wymiotów, rozwolnienia i ogólnego osłabienia—w stanie bezgorączkowym. Z powodu niezwykle apatycznego stanu chorej, trudno było dowiedzieć się od niej o początku choroby. W ogóle chora rozmawiała niechętnie, zapytania męczyły ją, a dla pozbycia się pytań odpowiadała często w duchu potwierdzającym. Skóra na całym ciele była ciemno zabarwiona z odzieniem kasztanowatym, brązowym. Ciemne zabarwienie występowało najwidoczniej na twarzy i rękach, na brodawkach sutkowych, na brzuchu w okolicy pępka, na wewnętrznej powierzchni ud i pod pachą. Na dloniach i stopach zabarwienie było bardzo słabe. Spojówka oka i podścielisko paznogi odznaczały się swoją białością, co stanowiło kontrast z ciemnem zabarwieniem skóry. Na brzegach języka widać było dwa ciemne pasy, jakby pociągnięte atramentem, które wyraźnie były odgraniczone od sąsiedniej błony śluzowej języka. W płucach, a mianowicie w szczytach znaleziono zgęszczenie miąższu w słabym stopniu. W sercu nie zauważono żadnych zmian chorobowych.

wych, tylko działalność serca była słabą. Tętno 80 na minutę, słabe, miarowe. Śledziona nieco powiększona. Wątroba prawidłowej wielkości. Brzuch nieco wzdęty, bolesny w okolicy kiszki ślepej. Stolce wodniste oddaje chora bezwiednie. W moczu nie nieprawidłowego nie znaleziono.

Wymioty trwały około 5 dni i były nadwyzczaj częste i uporczywe, to samo i rozwolnienie. Wymioty występowały niezależnie od przyjmowania pokarmów. Po ustaniu wymiotów i rozwolnienia w przeciągu kilkunastu dni następnych głównymi objawami były: ciągła apatya, senna, brak wszelkiego łaknienia i znaczne osłabienie czynności mózgowych. Na 4 dni przed śmiercią wystąpiła silna gorączka o typie stałym, zależna od rozwoju ostrego włóknikowego zapalenia osierdzia. Wśród objawów wyczerpania działalności serca chora życie zakończyła.

Rozpoznanie przedstawiało w powyższym przypadku, zwłaszcza w pierwszych dniach pobytu chorej w szpitalu, wielkie trudności. Przedewszystkiem nie łatwo było wytłumaczyć sobie niezwykle wyczerpanie sił i apatyę. Przy badaniu obiektywnem znaleziono tylko nieznaczne stłumienie u wierzchołków płuc, które w obec braku gorączki, kaszlu i ogólnego nie najgorszego wyglądu chorej, nie można było uważać za jedyną przyczynę tak wielkiej adynamii. Po pierwszej dygnozie, postawionej pierwszego dnia przybycia chorej do szpitala: *gastro-enteritis*—w dalszym przebiegu kolega PAWIŃSKI wspólnie z kol. KRASZEWSKIM przypuszczali, że mają do czynienia z rekonwalescencją po tyfusie, albo z charłactwem, wywołanem obecnością jakiego złośliwego nowotworu, np. raka w miejscu niedostępnem do zbadania. Skoro jednak po kilku dniach koloryt skóry stawał się coraz ciemniejszy i zbliżał się do barwy skóry mulatów, a adynamia stawała się większą, władze umysłowe słabły, wtedy kol. P. postawił rozpoznanie choroby Addison'a. Badanie pośmiertne potwierdziło to ostatnie przypuszczenie i oprócz nacieczenia gruczołowego w obu szczytach płuc znaleziono zwyrodnienie serowate obu nadnerczy. Te ostatnie były znacznie powiększone, a zmiany chorobowe w lewym nadnerczu były dalej posunięte, aniżeli w prawem. Na rozkroju prawego nadnercza — nie było już śladu prawidłowej budowy substancji rdzennej, a miejsce jej zajmowała zserowaciła masa, pozostająca w bardzo słabem połączeniu z resztą tkanki nadnercza. Badanie mikroskopowe wykazało w obu gruczołach obecność licznych łaseczników gruczołowych Koch'a.

Co się tyczy zabarwienia skóry, to w skrawkach wziętych z ciemniejszych miejsc, znajdowano najobfitsze nagromadzenie brunatnego barwnika w głębszych warstwach sieci Malpigiego, tuż przy części brodawkowej skóry. W kierunku ku naskórkowi ilość barwnika zmniejszała się znacznie. Ku wewnątrz zaś—w tkance łącznej znajdowano tylko rozrzucone komórki z brunatną drobnoziarnistą zawartością, zwłaszcza w bliskości naczyn.

Sploty i zwoje nerwu sympatycznego (*plexus solaris, ganglia semilunaria*) jamy brzusznej nie przedstawiały żadnych zmian makroskopijnych.

Po śmierci chorej kol. P. dowiedział się od krewnych tejże, iż mniej więcej od roku czuła się mocno osłabioną, męczyła się łatwo nawet przy lekkich domowych zajęciach, w ostatnich zaś miesiącach więcej leżała, niż chodziła. Prócz tego od dawna narzekała na ściskanie w dołku, brak apetytu, a w ostatnich tygodniach dokuczały jej dość często wymioty. Ciemny koloryt skóry zauważyli u chorej od 4—5 miesięcy. O stanie zdrowia rodziców, jak również o wcześniejszym stanie chorej nie można było zasięgnąć nic pewnego.

Choroba Addison'a należy do bardzo rzadkich, w literaturze naszej kol. P. znalazł tylko dwa przypadki. Jeden opisał dr. LE BRUN, naczelny lekarz szpitala Dz. Jezus w 41 tomie „Pamiętnika Tow. Lekarskiego Warszawskiego“; drugi zaś ogłosił dr. MACUDZIŃSKI w r. 1871, w Nr. 42 „Przeglądu Lekarskiego Krakowskiego“.

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

Najnowsze prace z elektrodiagnostyki i elektroterapii.

Skreślił Dr. A. Rosenthal.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 47).

Przechodząc do właściwej elektroterapii zaznaczyć musimy, iż rozwój jej nie jest równomiernym z postępem elektrodiagnostyki. Pochodzi to zapewne stąd, iż niektórzy specjaliści zakreslili sobie zbyt obszerne pole działania elektryczności, gdy inni znów krytycznie odnoszą się do działania tej siły. Jeśli bowiem kojące ból działanie elektryczności przy nerwobólach nie ulega wątpliwości, to już działanie antiparalityczne nie może być bezwzględnie stwierdzonem. Wiemy bowiem, iż przerwa w jakiegokolwiek części obwodowej drogi ruchowej bezwarunkowo wywołuje zwyrodnienie i regenerację włókien nerwu i mięśnia. Czy elektryczność jest w stanie przyspieszyć bieg tych spraw a zwłaszcza regeneracji, jest prawdopodobnem, lecz dotąd nie zostało dowiedzionem. W każdym jednak razie ważnem jest już to, iż badanie elektryczne w przypadku porażenia obwodowego określa stopień tegoż i pozwala przepowiedzieć jego zejście. W ogóle przy leczeniu elektrycznością pomyslny wynik nie gwarantuje w danym przypadku skuteczności leczenia, gdyż podobnie jak przy zastosowaniu innych środków niepodobna orzec, jakim byłby przebieg choroby bez interwencji lekarza. Niepodobna też zapomnieć o niewątpliwym psychicznym wpływie, jaki wywiera leczenie elektryczne na chorego i to nie tylko przy czynnościowych zaburzeniach, lecz niemniej przy głębszych organicznych cierpieniach układu nerwowego. Możliwość tego faktu do pewnego stopnia dyskredytuje prawdziwe lecznicze działanie elektryczności, gdyż objaśnia się nim skuteczność spowodowaną bezpośrednim wpływem strumienia elektrycznego.

Najnowsze uświławania elektroterapii dążą do ścisłego określenia siły prądu, użyć się mającej dla zwalczania danej choroby. Przedstawicielem tego kierunku jest C. W. MÜLLER ¹⁾ który starał się wynaleźć t. zw. normalne natężenie prądu (*Normal-Stromdichten*) dla leczenia pewnych chorób. Wprowadza on przytem metodę leczenia słabemi prądami przy krótkotrwałości i częstem powtarzaniu elektryzacji. Z formuły $D = \frac{J}{Q}$ już powyżej przytoczonej i długoletniego doświadczenia MÜLLER wywnioskował o użyteczności dla większości chorób prądu $D = \frac{1}{18}$ t. j. na 18 kw. ctm. poprzecznicy elektrody należy użyć strumienia którego natężenie = 1 MA. Jeśli elektroda ma więc 36 kw. ctm. formuła jego brzmi $D = \frac{2}{36}$, przy 54 $D = \frac{3}{54}$ i t. p. Z ogólnego tego prawidła dopuszcza jednak M. wyjątki, używając większego natężenia prądu przy uporczywych zapaleniach stawu ($\frac{1}{6}$), przy migrenie ($\frac{1}{7}$), natomiast słabszego strumienia przy elektryzacji głowy w poprzek przez wyrostki sutkowe ($\frac{1}{24}$), przy podłużnej od czoła do karku ($\frac{1}{40}$), niemniej przy świeżem zapaleniu rdzenia, nerwobólach i t. p.

Możnaby sądzić, iż według tych cyfr ułożona tablica mogłaby wykazywać dla danej okolicy ciała i każdej choroby niezbędne natężenie prądu. Jednakże cyfry podane przez MÜLLER'a są wynikiem jego subiektywnego poglądu a nie jeden elektroterapeuta osiągnie lepsze wyniki przy cyfrach odmiennych. Drugą zasadą MÜLLER'a są częste i krótkotrwałe elektryzacje. Im większe natężenie prądu, tem krótszem ma być posiedzenie i odwrotnie. Elektryzacja ma być

¹⁾ Zur Einleitung in die Elektrotherapie 1885.

powtarzaną codziennie przez dłuższy czas (do kilku lat!). Wreszcie zaleca M. elektryzację samego ogniska cierpienia. Metodzie biegunowej M. nie przypisuje żadnego znaczenia, wynik zależnym jest jedynie od gęstości i trwania prądu. Jeśli wywody MÜLLER'A zawierają w sobie część prawdy, to jednak usiłowanie wprowadzenia stałej reguły tam, gdzie takowa nie istnieje, prowadzi do fałszywej pedanterii, która elektroterapii tylko szkodę przynieść może. Wspomniny pod tym względem orzeczenie ERB'A: „Przekonałem się i tutaj (przy nerwobólach), iż postacię chorobowe, które w ogóle elektryzacyi ustępują, mogą być usunięte pod wpływem każdego prądu przy różnem lecz właściwem zastosowaniu jego“. Słabą stroną pracy MÜLLER'A jest i to, że należy on do zbyt szczęśliwych terapeutów, co wyraża się w części klinicznej dzieła. Osiągał on świetne wyniki przy władzie pacierzowuy, stwardnieniu wieloogniskowem, zapaleniu rdzenia i t. p. Nawet zanik postępujący mięśni, i przerost wrzekomy mięśni zdołał on uleczyć, co nikomu dotąd się nie udawało. Propagatorem idei MÜLLER'a jest STEIN²⁾ który podając siłę prądu i wymiar poprzeczny elektryczności radzi daną ilość czyli dawkę elektryczności choremu przepisywać. Chory w tym razie mógłby z przepisu lekarza sam leczyć się elektrycznością, co uważać należy za nierozsądne i szkodliwe.

W dziale nerwicy ogólnych działanie elektryzacyi jest bodaj najbardziej wątpliwem. Gdy bowiem w tych stanach chorobowych wpływy psychiczne wywierają zarówno dobre jak i złe skutki, niepodobna w danym razie orzec: czy polepszenie zawdzięczamy leczeniu elektrycznością czy też wpływom psychicznym. Jeśli tem niemniej niektórzy z dobrym skutkiem używali w tych przypadkach elektryzacyi ogólnej, to nie można jednak uznać tej doskonałości metody jaką wykazuje tenże STEIN w obszernem dziele traktującym o tej postaci elektryzacyi. W dziale tem strona fizykalna a zwłaszcza kąpiel elektryczna i franklinizacya opracowane są zadawalająco, natomiast część kliniczna dużo pozostawia do życzenia. Kąpiel elektryczna była w ostatnich czasach przedmiotem badań w licznych przypadkach. LEHR³⁾ znalazł iż w kąpeli faradycznej pobudzalność nerwów i mięśni wzmagają się, że czułość skóry na prąd przerywany i czucie przestrzenne (*Raumsinn*) po krótkim zwiększeniu się znacznie pada; dalej że w każdej kąpeli elektrycznej tętno staje się rzadszem, tętnica twardszą, oddech głębszym, że w kąpeli jednobiegunowej (nie zaś w dwubiegunowej) ciepłota ciała zniża się a przemiana ciał azotowych ulega zmianom, szczególnie w kąpeli dwubiegunowej. Obok korzystnego wpływu na umysł chorych stwierdzono polepszenie się snu i ogólne odżywienie ustroju. Pożądane wyniki otrzymał LEHR przy leczeniu różnych nerwic; natomiast przy nerwobólach i chorobach mózgo-rdzeniowych kąpiel nie wywiera żadnego wpływu; przeciwwskazaną jest przy wadach serca. Jako najbardziej stosowaną formę kąpeli zalecają dwubiegunową, gdyż przy jednobiegunowej część ciała znajdująca się na zewnątrz kąpeli znajduje się pod wpływem zbyt gęstego prądu. STEIN widział dobre wyniki kąpeli przy neurastenii, nerwobólu kulszowym i w jednym przypadku porażenia połowicznego. EULENBURG⁴⁾ uważając kąpiel elektryczną jako drażniącą skórę, zaleca użycie jej przy drżączce, drżączce porażennej i chorobie Basedow'a. BINSWANGER używał z dobrym skutkiem kąpeli w zastępstwie ogólnej faradyzacyi, otrzymał też poprawę przy melancholii hypochondrycznej.

W leczeniu chorób umysłowych elektryczność także od pewnego czasu zaczęła odgrywać rolę Według ARNDT'A należy ją stosować w przy-

²⁾ Ueber die Bedeutung der allgem. Galvanisation. Verhandl. d. V. Congres f. inn. Medic. 1886.

³⁾ Die hydroelektr. Bäder. 1885.

⁴⁾ Ueber elektr. Bäder. Deut. Med. Ztg. 1885. 44.

padkach lekkich zboczeń umysłowych, w których nie przypuszczamy organicznych zmian w mózgu; przy nadeźności psychicznej strumień nie jest wskazanym. Strumień przerywany w postaci faradyzacji skóry działa jako środek pobudzający w stanach przygnębienia; prąd zaś stały działa uspokajająco, polepsza sen a prawdopodobnie wywiera wpływ katalityczny na odżywianie mózgu. Nie należy zresztą pominąć milczeniem, iż elektryzacja może tu wpływać drogą pośrednią t. j. wywierając pożądany wpływ na ustrój psychiczny chorego. Z tego względu ogólna elektryzacja będzie tu najczęściej wskazaną. Wyniki ARNDT'A potwierdzone zostały przez TIGGER'A, FISCHER'A i innych.

Przechodząc do streszczenia specjalnych metod leczenia elektrycznością wspomnę tu o pracy NERTEL'A z New-Jorku (*Elektrotherap. Beiträge*). Przy leczeniu nerwobólów widział tenże dobre wyniki stosując t. zw. symetryczno-biegunową metodę t. j. stawiając oba bieguny na symetrycznych punktach, jeśli ból z jednej kończyny przechodzi na drugą. Przy nerwobólu kulszowym N. używa też silnych strumieni. W wielu przypadkach (jakich nie określa bliżej) używał on t. zw. galwanizacji n. sympatycznego: anoda na karku, katoda *in fossa maxillari*, 20–30 elementów Siemens'a. Przy zapaleniach nerwu i kurczach profesjonalnych stosował N. z pożytkiem silnej faradyzacji odpowiednich mięśni; uważa on to za pośrednie naciąganie nerwów. Wreszcie opisuje on przypadek postępującego zaniku mięśni u 28-letniej nauczycielki wyleczony elektryzacją. M. MEYER w pracy o leczeniu porażen twarzy reumatycznych⁵⁾ zwraca uwagę na bolesność i obrzmienie okolicy *foram. stylomastoidci*. Należy wtedy zastosować pijawki i kataplazmy, a po kilku dniach anodę strumienia średniej siły w ciągu 5 minut i leczenie to kontynuować. Przy wszystkich porażeniach n. twarzowego radzi M. stosować silny strumień przerywany na powyżej określone miejsce. Przytacza on przypadek w którym porażenie po 21 latach istnienia ustąpiło pod wpływem tego leczenia. GIBNEY w swej pracy o leczeniu nerwobólu kulszowego poleca odnalezienie wyjścia nerwu z miednicy w ten sposób, iż położywszy duży palec na guz kulszowy (*tuber ischi*) a 3 ostatnie palce na krętarz wielki należy wyciągnąć palec wskazujący, który natrafia na nerw kulszowy. Tutaj stawia się anodę, katodę zaś prowadzi się wzdłuż nerwu. Używać należy możliwie silnego strumienia; przy właściwym zastosowaniu chory doznaje swędzenia w nodze dopóki cierpienie trwa. PHILIPS pisząc o leczeniu rdzeniowego porażenia dziecięcego zaleca użycie strumieni słabych, gdyż w przeciwnym razie zostają pobudzone mięśnie przeciwnicze, czem przyspiesza się wytworzenie przykurczu.

Dość liczne prace zajmują się zastosowaniem elektryczności w ginekologii i akuszerii. BAYER⁶⁾ twierdzi iż strumień stały uważanym być może za najpewniejszy środek dla wywołania sztucznego poronienia; że jako powodujący prawdziwe bóle porodowe winien być stosowanym przy zwyczajnem osłabieniu bólów, że wreszcie działa on uspokajająco w stanach kurczowych macicy (kurczowe zwięzienie podczas porodu). Mniej pomyslnie wyniki zaznacza BUMM⁷⁾. Sądzi on iż strumieniem nie działa odpowiednio na macicę ciężarną i rodzącą, lepiej zaś po opróżnieniu jej t. j. przy atonii w okresie poporodowym. Daje on też pierwszeństwo strumieniowi stałemu przed przerywanym.

W leczeniu chorób żołądka i kiszek strumień znalazł także liczne zastosowanie. Przy rozszerzeniu żołądka w skutek atonii BARDET⁸⁾ zaleca uprze-

⁵⁾ Berl. Klin. Woch 1884. 5.

⁶⁾ Ueber die Bedeutung der Elektrizität in der Geburtshilfe, Gynäkologie etc. Zeitsch. f. Geburts 1884 p. 88.

⁷⁾ Untersuch. über d. elekt. Reizbarkeit d. Uterus b. Schwangeren, Wöchnerinnen. Arch. f. Gynäkol. 1884 p. 34.

⁸⁾ Ueber Galvanisation des Magens Bull. d. Therap. 1884 p. 529.

dnie wypłókanie i napełnienie wodą żołądka, poczem za pomocą zgłębnika wprowadza się katodę do jamy, anodę zaś stawia w okolicy nadbrzusznej; przy cierpieniach nerwowych żołądka wprowadza się anodę, katoda zaś pozostaje w ręku. APOSTOLI ⁹⁾ leczy ektrycznością zaburzenia żołądka ciężarnych i suchotników; obie elektrody stawia na nn. błędne i to po każdym jedzeniu.

LABORDE opisuje skuteczność faradyzacji przy zamknięciu kiszek, BRUDET ¹⁰⁾ zaś używał w tych przypadkach strumienia stałego wprowadzonego za pomocą specjalnej elektrody kiskowej: strumień winien być silnym 10—50 M. A. i działać 5—20 minut; na 57 przypadków tylko w 16 nie otrzymał pomyślnego wyniku.

Z międzynarodowego zjazdu lekarzy w Waszyngtonie.

(Ze sprawozdania łaskawie nam nadesłanego przez czasopismo amerykańskie: *Medical Record*).

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 47)

4) Dr. LENNOX BROWNE (Londyn). Najnowsze poglądy na istotę i leczenie gruźlicy krtani. Łaseczniki uważane są obecnie jako przyczyna gruźliczego cierpienia krtani. Przenikają one do ustroju drogami oddechowymi i mają szczególną skłonność do lokowania się w górnych częściach płuc, gdzie czynność oddechowa odbywa się najpowolniej. Cierpienie krtani stanowi zazwyczaj objaw, towarzyszący gruźlicy płuc. Bywają jednak przypadki pierwotne, t. j. takie, w których przy daleko posuniętej sprawie w krtani nie możemy wykazać zmian w płucach. Zadawnione i zaniedbane cierpienie krtani np. przewlekły nieżyt sprzyjają przygotowaniu gruntu odpowiedniego dla zarodników. Podawano przypadki, w których niewątpliwie gruźlicze zmiany w krtani zostały jakoby wyleczone przed wystąpieniem objawów ze strony płuc. Jako środki lecznicze zaleca wdechania terpentyny, *ol. eucalypti* lub mentolu; dalej, stosowanie galwanokaustyki i kwasu mlecznego po uprzednim zakokainowaniu w celu zniszczenia gruzelków i otrzymania zdrowej powierzchni. Roztwory jodoformu i jodolu w eterze uważa za nieodpowiednie ze względu na drażniące działanie eteru. Pomimo iż opisywano przypadki wyleczenia i autor sam niejednokrotnie widywał je, wątpi jednak o ich trwałości. Można poprawić stan krtani, można zmniejszyć bolesność i kaszel, można nawet osiągnąć poprawę stanu ogólnego, lecz trudno uwierzyć w możliwość i trwałość wyleczenia, jak to podają SCHMIDT, BOSMUTH i inni. Wreszcie podaje autor następujące wskazówki: a) Wczesne rozpoznanie i natychmiastowe rozpoczęcie leczenia. b) Nie należy dać się wprowadzić w błąd nowymi środkami. c) Przy sprawie rozpadowej nie należy działać zbyt energicznie. d) Lepiej jest polegać na doświadczeniach większości, niż kierować się nowszymi poglądami mniejszości (? Spr.). Dr. SINCLAIR COGHILL kładzie główny nacisk na zmniejszenie bólów, w którym to celu poleca wdmuchiwanie jodoformu z morfiną. Dr. SOLIS-COHEN (Filadelfja) twierdzi, iż leczenie siarką wzmacnia ustrój i tkanki, a tym sposobem czyni je odpornymi w walce z zarodnikami łaseczników. Dr. JOHN MACKENZIE (Baltimore) niedowierza wynikom leczenia miejscowego, twierdząc iż w tych przypadkach sprawa nie była gruźliczą; kładzie główny nacisk na poprawę stanu ogólnego, miejscowo zaś poleca sublimat w roztworze 1:200.).

VI. Choroby wewnętrzne. 1) Dr. R. SINGLETON SMITH (Londyn). L e c z e.

⁹⁾ Ueber Elektrotherapie d. Magens Verh. d. intern. Congr. z. Kopenhagen p. 154.

¹⁰⁾ Behandlung d. Darmverschlusses mit Elektrizität. Verhand. d. internat. Congr. z. Kopenh. p. 124.

nie suchót płucnych za pomocą wstrzykiwań śródmiąższowych. Autor przedstawia rozmaite sposoby, jakimi od czasu odkrycia lasecznika grzliczego walczone przeciwko niemu, i wyraża przekonanie iż ani razu nie osiągnięto wyników zupełnie zadawalających; podaje następnie spostrzeżenia nad zastrzykiwaniem gazów do prostnicy, twierdzi jednak, iż wobec prawie zupełnego braku wyników pomyślnych, metoda ta przedstawia bardzo małą wartość. Kilka przypadków, w których osiągnięto nieznaczną poprawę, opisał autor w „*British Medical Journal*“ 1886.

Na zasadzie skutecznego działania jodoformu w chorobach piersiowych, co stwierdza stale zwiększający się materiał dowodowy, przyszedł autor do wniosku, iż jest on najlepszym środkiem do zastrzykiwań śródmiąższowych; wiadomo prztem, iż jodoform, stosowany wewnętrznie, poprawia łaknienie, obniża ciepłotę i wpływa na poprawę stanu ogólnego. Z powodu jednak nierozpuszczalności jodoformu uważa za nierozstrzygnięte, jaki środek jest najodpowiedniejszym do wstrzykiwań. Radzi jednak nie używać żadnego roztworu przed wypróbowaniem działania jego przy zastrzykiwaniach podskórnych; środków wywołujących zapalenie tkanki łącznej należy się wystrzegać. Miejscowe następce zapalenie opłucnej nie jest przeciwwskazaniem do wstrzykiwań. Dr. TROUT (New-York) dodaje, iż niema najmniejszego zaufania do jodoformu, ponieważ w roztworze jego hodował laseczniki grzlicze.

2) Dr. PAVY (Londyn). Moczówka cukrowa. Podstawą tego cierpienia jest nieprawidłowy rozdział i przyswajanie pokarmów. Przy moczówce mamy do czynienia z grupą węglowodanów, do której należą: skrobia, cukier gronowy, mleczny i trzcinowy - wszystkie one mogą zarówno powodować moczówkę. W stanie prawidłowym węglowodany za pośrednictwem żyły wrotnej dostają się do wątroby i tam zostają przyswojone. Porażenie nerwów naczyńoruchowych wątroby warunkuje niedokładne utlenianie krwi i zjawianie się cukru w moczu. Jako najlepszą próbę na cukier poleca płyn Fehlinga. Co się tyczy samej choroby, to natężenie jej bywa rozmaite: w dalszym przebiegu choroby cukier tworzy się z samych tkanek ustroju. U ludzi młodych choroba postępuje nader szybko; można osiągnąć poprawę, wyleczyć zaś nie udaje się prawie nigdy. U starszych wyniki leczenia mogą być pomyślniejsze. W końcu poleca autor podawanie, przy odpowiedniej diecie, makowca, morfiny i kodeiny, opierając się na tem, iż moczówka jest pochodzenia nerwowego.

W. Szumlański.

ODCINEK.

Sprawozdanie D-ra Morella Mackenzie z przebiegu choroby Jego Ces. Kr. Wysokości Ks. Następcy Tronu za czas, w którym Jego Wysokość zostawał pod wyłączną opieką D-ra Mackenzie.

Z tekstu niemieckiego przełożył W. Szumlański.

Po usunięciu i następem przypaleniu pierwotnej narosli, takowa nie wystąpiła ponownie; pozostał natomiast w krtani nieznaczny ogólny nawal (*Congestio*); w czasie zaś gdy Jego Wysokość przebywał na wyspie Wight zauważył Dr. NORRIS WOLFERDEN, który codziennie odwiedzał Księcia, na tylnej powierzchni chrząstki nalewkowej tuż przy jej podstawie nieznaczne zgrubienie błony śluzowej. Podczas jednej z wizyt, jakie miały miejsce co tydzień, potwierdziłem dane D-ra WOLFERDEN'A i zauważyłem, iż zgrubienie w postaci małego wzniesienia (*Ridge*) barwy żółtawej, zajmowało przestrzeń zaledwie 1 mm. i szło w kierunku poprzecznym od zewnętrznego brzegu jednej chrząstki do drugiej. Ruchomość lewej struny głosowej, o której już w Berlinie twierdzono, iż jest

niezupełnie prawidłową, nie była zmienioną. Należy dodać, iż znaczne usposobienie krtani i tchawicy do zapaleń nieżytych i do przemijających nawalów zauważono zaraz po przybyciu Następcy Tronu do Anglii. Nawal taki dosyć znaczny wystąpił na wyspie Wight i wywołał ogólne zwątlenie błony śluzowej zarówno gardzieli jak i krtani, które wkrótce minęło pod wpływem klimatu górskiego, w jakim naówczas Księżę przebywał; jednocześnie zaś pojawiło się wyżej wzmiankowane zgrubienie u podstawy chrząstki nalewkowej. Po powrocie Księcia do Londynu stan krtani był w zupełności zadawalający, lewa struna głosowa poruszała się swobodniej, głos był silny, jakkolwiek niezupełnie czysty, wskutek nieco zwiększonego nawalu, jaki wystąpił podczas wyjazdu z Braemar. Ogólny stan zdrowia Księcia był znakomity.

D. 9 Września spostrzeżono umiarkowane zgrubienie w tylnych częściach lewej struny głosowej, które się w ciągu kilku dni zwiększało, potem zaś stopniowo zaczęło znikać, tak iż d. 18 nie było już widocznym. Na kilka dni przed wystąpieniem tego zgrubienia nawal w krtani był nieco większy. D. 13 Września Dr. EVANS z Paryża wyjął Księciu 2-gi lewy ząb trzonowy, który był bardzo spruchniały, w odpowiednim zaś zębodole były objawy zapalenia okostnej. D. 14 Września widział Dr. MARK HOVELL podłużne zgrubienie błony śluzowej, mające około 5 mm. długości i 3 mm. szerokości, które znajdowało się mniej więcej $\frac{1}{2}$ cala poniżej środka lewej struny głosowej, równoległe do jej brzegu wolnego. Dr. HOVELL stwierdził, iż zgrubienie to stopniowo się zwiększa, a gdy ja widziałem je d. 22 Września, było prawie okrągłe i miało nieco więcej niż $\frac{1}{2}$ ctm. średnicy.

W dwa dni później Księżę przeziębził się, wskutek czego nazajutrz skarżył się na ogólne osłabienie, utratę łaknienia i senność podczas dnia. Przy badaniu krtani, zauważono, iż lewa fałda nalewko-nagłośniowa obrzękła; ciepłota wynosiła 101° F. (38°3 C.). Obrzęk zniknął zupełnie w ciągu 24 godzin i ciepłota była znów prawidłową. Jakkolwiek przyczyną tego obrzęku było oczywiście przeziębienie, zwrócono jednak uwagę i na to, czy nie zależał on od ograniczonego zapalenia ochrzęstnej. Ostry ten obrzęk nie miał widocznego wpływu na guzik, znajdujący się poniżej lewej struny, który stopniowo się zmniejszał, lecz nie zniknął w zupełności. Ogólny stan zdrowia po przybyciu Następcy Tronu do Bawenu był ciągle bardzo dobry i gdy opuszczałem Włochy, zdawało się wszystko być pomyślnem, pomimo ogólnego nawalu, który zarówno jak wyzwniankowy guzik stale się utrzymywał.

Wieczorem d. 17 Października spostrzegł Dr. MARK HOVELL wyraźne zwiększenie się nawalu krtani i różowe błyszczące zabarwienie obydwóch strun głosowych. Przez cztery dni następne nawal ten zmniejszał się, lecz 21-go wzmoął się ponownie i stał się bardziej rozlanym. D. 27 skonstatowano zwiększenie się guzika pod lewą struną i jednocześnie nieznaczne ogólne wypuklenie lewej strony krtani. Podczas następnych czterech dni guzik jeszcze się zwiększył, d. 31-go powierzchnia jego była nierówną i w jednym miejscu zjawił się wyraźny występ w postaci ostrogi. Nazajutrz zauważono powierzchowne owróżnienie nowotworu i obrzęk lewej struny głosowej, równoległy do jej wolnego brzegu.

D. 28 Października głos Jego Wysokości był zupełnie czysty i zdaniem Księcia zupełnie naturalny; lecz tegoż samego dnia wystąpiła mocniejsza chrypka. 30 Października zauważono małą różową wyniosłość poniżej prawej struny głosowej, która utrzymywała się w mierze przez dwa do trzech dni, następnie zmniejszała się i nakoniec zniknęła 5 Listopada. D. 1 Listopada wystąpiło nieznaczne powiększenie lewego gruczolu podszczękowego, które stopniowo się zmagało.

D. 3 Listopada nowotwór znów się powiększył, tak iż średnica jego wynosiła wówczas więcej niż 1 ctm., wysokość zaś dochodziła prawie do 4 mm.;

wogóle guz ten, od czasu jak został spostrzeżonym, rósł stale ku górze. Rano d. 4 Listopada lewa chrząstka nalewkowa była u podstawy nieco zbrzęknięta, wieczorem obrzęk ten zeszedł, a nazajutrz rano znów wystąpił. Następnego dnia znalazłem stan krtani takim, jak mi go za przybyciem moim opisał Dr. HOVELL. Po południu 8 Listopada wystąpił znaczny obrzęk błony śluzowej lewej chrząstki nalewkowej, wieczorem zaś zajął on całą fałdę (*the entire fold*), która była czerwoną i wypreżoną.

D. 9 widzieli pacyenta prof. SCHRÖTTER i dr. KRAUSE. Obrzęk nie pozwalał dokładnie widzieć nowotworu, znajdującego się w dolnej części krtani. Gdy jednak nazajutrz oglądali chorego ciż sami panowie i Dr. MORITZ SCHMIDT; obrzęk do tego stopnia się zmniejszył, iż można było najdokładniej widzieć wszystkie części krtani.

Mojem zdaniem, obrzęk polega na ograniczonem zapaleniu ochrzęstnej, które zależy prawdopodobnie od nowotworów, jakie od czasu do czasu zjawiają się w krtani (*which have formed from time to time in the larynx*).

Jakkolwiek charakter ostatniego guzika nie może być ściśle określonym, nastrocza się jednak koniecznie przypuszczenie, iż jest on natury rakowatej.

(Berl. klin. Woch. Nr. 47). Morell Mackenzie.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Komitet higieny publicznej przy Towarzystwie lekarskiem rozpoczął swoje posiedzenia, które się odbywają co drugą Środę. Na rok bieżący wybrano kol. NATANSONA na przewodniczącego, a kol. JAKOWSKIEGO na sekretarza. Posiedzenia są licznie uczęszczane i zajmowano się w ostatnich czasach dezynfekcją.

— Posiedzenie kliniczne dodatkowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 29 Listopada 1887 r. o godz. 6 $\frac{1}{2}$ wieczorem.

I. KOSIŃSKI. Przyczynę do chirurgicznego leczenia ropnego zapalenia otrzewnej i niedrożności jelit (z demonstracją chorej).

II. KRAMSZTYK Jul. Chroniczne zapalenie otrzewnej u dzieci.

III. BUJWID. Spostrzeżenia nad warunkami, przy których zakażenia ropne ogólne lub miejscowe stają się możebnem (z demonstracją zwierząt).

— W r. b. na wydziale lekarskim uniwersytetu tutejszego uzyskali stopień lekarza pp.: Teofil Brzozowski, Ignacy Chraszczewski, Edward Ditel, Jan Guszczo, Jan Kolumno-Gattowski, Jakób Kohn, Stanisław Łukaszewicz, Wincenty Łukaszewicz, Stefan Monastyrski, Roman Morozowicz, Otto Moszczyński, Józef Pluta, Tadeusz Rokicki, Joachim Rozenberg, Maurycy Roterzen, Sergjusz Sacharow, Tomasz Sobański, Stefan Szaniawski, Izydor Szengak, Aleksander Szulc, Izydor Wołkowicz, Bolesław Wolberg, Józef Zubowicz, Jakób Zysman i Maksymilian Żołędziowski, oraz *cum eximia laude* pp. Julian Bilewicz, Jakób Ejger, Julian Kruszewski, Edmund Kurella, Stanisław Markusfeld, Tomasz Reutt, Tadeusz Ruszczyc, Filip Świrski i Kazimierz Wisłocki.

Zagraniczne. Prof. MAJER jednogłośnie wybrany został na Prezesa Akademii Umiejętności Krakowskiej na dalsze lat trzy. Członkiem czynnym tejże Akademii został prof. KOPERNICKI, a członkiem korespondentem prof. CYBULSKI.

— Odra panująca od jakiegoś czasu w Kopenhadze znacznie się rozszerza. W ostatnim tygodniu Października, uległo tej chorobie 1035 osób.

— W miejsce zmarłego LANGENBECKA do Redakcyi czasopisma: *Archiv für klinische Chirurgie* wstąpił prof. BERGMANN.

— W Messynie cholera w tym roku grassowała bardzo silnie. Zachorowało na nią koło 5000 osób a umarło 2400. Na wyspie Malcie śmiertelność jeszcze była większa, gdyż na 586 przypadków choroby, śmierci było 388. Obecnie epidemia i tu i tam ustala.

— Czytamy w Przeglądzie lekarskim:

Jeden ze znakomitszych fizyków pruskich, zamierzając ogłosić zbiór orzeczeń Wydziałów i kolegów lekarskich, udał się do prof. BLUMENSTOKA z prośbą o zezwolenie, aby kilka lub

kilkanaście orzeczeń Wydziału lek. krakowskiego mogło być umieszczonych wśród orzeczeń gromadzonego niemieckich. Temu szacownemu wezwaniu czyniąc zadość, prof. B. zarządził kosztem wydawcy tłumaczenie na język niemiecki niektórych orzeczeń Wydziału lek.

— W miejsce ustępującego z katedry medycyny wewnętrznej w Uniwersytecie Strassburskim KUSSMAULA powołano profesora NAUNYNA z Królewca.

— W Würzburgu ustanowiono katedrę higieny, którą objął długoletni asystent PETTENKOFFERA dr. LEHMANN.

— Dyrektor kliniki położniczej w Göttingie prof. SCHWARZ podał się do emerytury.

— Przeciwnie gąbki przygotowują się w następujący sposób. Zwyczajne gąbki kładzie się na 24 godzin do następującej mieszanki:

Rp. Sublimat. 1,0

Ac. carbolici 5,0

Spir. vini rect. 50,0

Aquae coctae 444,0

MDS.

Po wyjęciu z tego płynu wyżyma się gąbki i suszy na powietrzu, poczem można je napić borrem, jodoformem etc. przez ponowne zanurzenie w jednej z następujących mieszanin:

1) *Ac. borici* 15,8

Aq. coctae 485,0

2) *Ac. tannici* 25,0

Aq. coctae 475,0

3) *Liq. ferri sesquichlor.* 40,0

Aq. coctae 460,0

4) *Jodoform* 6,0

Aeth. spir. 60,0.

— *Magnesia boracica* używana jest obecnie w Anglii jako środek przeciwko błonicy. Roztwór 15⁰/₀ używa się jako wdychanie lub wciera się penszlem. Lek ten otrzymał też popularną nazwę: „*Antifugina*”.

— Jeszcze środek przeciw suchotom. Niema prawie miesiąca, aby nie proponowano jakiegoś radykalnego środka przeciw suchotom. Do liczby takich specyfików należy fluowódor zachwalany przez GARCIN'A. Autor ten przedstawił Akademii Nauk Lekarskich w Paryżu swój sposób leczenia, polegający na wdychaniu gazu fluowodorowego. Chorzy zostawali w ciągu godziny codziennie w gabinecie (mającym sześć metrów objętości), którego powietrze było nasycone gazem fluowodorowym. Z liczby 100 chorych, 35 zostało wyleczonych, 41 wyniosło polepszenie, 14 nie otrzymało żadnego polepszenia, 10 umarło.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 47. OBRZUT. Chroniczne zapalenia śródmiąższowej wątroby. PIENIAŻEK. Przyczynki do kazuistyki ciał obcych w drogach oddechowych. Wydobycie szpilki z oskrzela drugorzędnej strony prawej. ZAGÓRSKI. Przyczynki do chirurgii dróg żółciowych (c. d.).

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 47. ZIEMIŃSKI. Oznaczanie niemiarowości za pomocą retinoskijaskopii. Kilka uwag dotyczących zmętnienia rogówki przy miejscowym zastosowaniu kokainy. ZALESKI. O wpływie pokarmu na skład i pożywność mleka kobiecego (dok.). M. JAKOWSKI i MATLAKOWSKI. O twardzieli nosa (*Rhinoscleroma Hebrae*) (c. d.). MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia (c. d.).

W Kronice lekarskiej. W N-rze 11. PERKOWSKI. Niemoc płciowa (*Impotentia*) i jej leczenie (dok.).

W Zdrowiu. W N-rze 26. Artykuł wstępny.—Słów kilka o brukach miejskich podał Emil Sokal inżynier.—Słowno o notowaniu opadu.—Wystawa higieniczna w Warszawie.—Przyczynki do kwestii wpływu alfabetów na wzrok przez Wł. Witkowskiego.—Badania chemiczno-rozbiórowe wody wiślanej.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. Gustaw Fritsche Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N 80.

Дозволено Цензурою. Варшава 13 Ноября 1887 г.—Друк Михаила Зiemkiewiczа
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).