

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Idee niedorzeczne chorych umysłowych. Podał D-r Erlicki. O uleczałnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn, podał S. Goldfiam. Dalszy ciąg. — **Wykłady kliniczne.** Obrzęk śluzowy (Myxoedema). — List otwarty do Redakcyi Medycyny. — **Streszczenia i wyciągi.** 73. a) Etiologia wiału. b) Powstawanie wiału i stosunek jego do przymiotu 74. a) Przyczynę do biologii przecinkowca cholery. b) Przyczynę do wykazania w wodzie obecności przecinkowców cholery. 75. Wyprysk (herpes) u ciężarnych. 76. Myoseismia. 77. Trójęchlorek jodu (ICl_2) w chirurgii. 78. Zakrzepy obwodowe w rozmaitych chorobach. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.** — **Zmarli.**

Idee niedorzeczne chorych umysłowych.

Podał D-r Erlicki docent psychiatrii w Petersburgu.

Objawy chorób umysłowych są bardzo liczne. Niektóre z pomiędzy tych objawów nietylko że są ogólnie znane wśród publiczności, ale nawet mniej więcej słusznie są oceniane co do swego znaczenia.

Wiadomo powszechnie, że wyrazem choroby umysłowej może być stan pobudzenia, jak również, że chory, w takim stanie będący, zdolny jest do czynów gwałtownych a nawet niszczycielskich. Powszechnie również jest znanym wprost odwrotny stan umysłu, a mianowicie usposobienie melancholijne: silne przygnębienie, smutek, ponury wyraz twarzy, zupełna nieruchomość i t. d., stanowią jego wybitne cechy. I to jest ogólnie wiadomem, że chorzy tej kategorii odznaczają się skłonnością do samoudręczania się, a nawet do samobójstwa.

Zarówno wobec przypadków pobudzenia jako i zadumy, ogół ludzi wie, co trzymać o takich objawach, zwłaszcza jeżeli są wyraźnie, widoczne i dość długo trwają. Nikt wtedy nie wątpi o umysłowym rozstroju chorego; wszyscy gotowi są co prędzej współdziałać celem zapewnienia mu należytej opieki i leczniczej pomocy.

Podając szczegółowej analizie wyżej zaznaczone zaburzenia psychiczne, widzimy, że w stanie podniecenia i zadumy cierpi przede wszystkim sfera uczucia i woli, a więc te strony umysłowej działalności, które są w bliskim stosunku ze światem zewnętrznym, wprost i bezpośrednio w nim się uzewnętrzniają i wskutek tego dają się obserwować zupełnie przedmiotowo. Któż z nas nie wie z własnego życiowego doświadczenia, jak trudno jest ukryć silne, choć zupełnie normalne wzruszenie, wywołane przez smutek lub radość, miłość albo nienawiść, szacunek lub wzdargę; jakiego to wtedy trzeba wysiłku, jakiej panowania nad sobą sztuki, jakiego wreszcie przyzwyczajenia w tym kierunku, aby w chwili takiego afektu ani słowem ani gestem ani wyrazem twarzy rzeczywistego swego usposobienia nie zdradzić; rzadko można widzieć człowieka, coby umiał zachować pozornie zupełny spokój, gdy duszą jego burzliwe miotają wstrząśnienia.

Wobec tego, rzeczą jest naturalną, że w tych stanach chorobowych, w których zakres uczuciowych wahań jest wielokrotnie większy, niż normalnie bywa, i w których jednocześnie o tyleż słabnie siła panowania nad sobą, człowiek musowo demaskuje się, t. j., wyraźnie manifestuje zapomocą zewnętrznych przejawów zarówno rodzaj jako i natężenie swoich uczuciowych zaburzeń.

Naturalnie, że jeszcze bardziej naocznie wobec przedmiotowej obserwacji są wszelkie chorobowe zmiany w dziedzinie aktów woli, ponieważ działalność woli ludzkiej wyraża się zapomocą organów ruchu.

Istnieje jednak dziedzina w duszy ludzkiej, bardzo dla nieobezanego z rzeczą spostrzegacza niedostępna; jest to sfera naszego intelektu. Myślowa działalność w tej dziedzinie jest dotyla złożoną i tak głęboko ukrytą, że bliższe zapoznanie się z nią może być dla osoby postronnej rzeczą nad wyraz trudną. Trudność ta istnieje nie tylko w stosunku do poszczególnych naszych myśli, idei i pojęć; gdyż nie łatwiejszego nad ukrycie przed obcą ciekawością wszystkich naszych poglądów, wierzeń, przekonań, słowem całego naszego światopoglądu; co więcej, w razie potrzeby, bardzo łatwo umiemy wygłaszać poglądy, które się nam w danej chwili wydają bardziej oportunistycznymi, zamiast tych, co stanowią rodzimy owoc naszego „ja“, i ta właśnie skrytość a obłuda daje się widzieć na każdym kroku w stosunkach międzyludzkich.

Zdawać by się więc mogło, że treść naszego intelektu stanowi nieodłączną i rdzenną własność naszą, którą umiemy i, co więcej, możemy zawsze ustrzedz od obcego najścia. Czyż tak jest rzeczywiście? Bezwątpienia nie, a to dla następujących powodów. Nie jesteśmy w stanie wyobrazić sobie działalności serca, po wyjęciu tegoż z klatki piersiowej; również nie możemy pojąć działalności innych narządów, np. wątroby, żołądka, płuc i t. d., na zewnątrz utroju. Narządy te żyją i działają jedynie w ścisłym związku między sobą, jako części tej całości, którą tworzy żyjący ustroj, i jeżeli udziałem ich jest pewna, a nawet dość znaczna samodzielność w sferze ich specjalnych funkcji, to dzieje się to jedynie pod niezbędnym warunkiem wzajemnego oddziaływania jednego narządu na drugi.

Mówimy co prawda, nieraz o chorobach serca, nerek, kiszek i t. d., ale czyż mimo to nie wiadomo nam, o ile jakakolwiek, a szczególnie nieco poważniejsza choroba jakiegokolwiek narządu lub tkanki, wpływa na stan wszystkich innych organów i wreszcie całego ustroju?

Toż samo ma miejsce w życiu duchowym człowieka. Wszystkie składniki tego życia są w ścisłym związku między sobą i wszystkie wzajemnie na się oddziałują, a dowieść tego bardzo łatwo. Powszechnie wiadomo, jaki wpływ wywiera na stan duszy ludzkiej niespodziewana a ważna wiadomość, mniejsza o to, czy smutna czy radosna.

Owa, wyłącznie intelektualna procedura przyjęcia przez świadomość danego pojęcia oddziałuje przecież na sferę uczucia, a ta sfera znowu manifestuje swój nastrój przyjemny lub smutny. Również wobec ciężkiego cierpienia lub wielkiej radości drogiej nam osoby, a zatem pod wpływem wrażenia wyłącznie uczuciowego, proces myślenia nie zachowuje się zupełnie obojętnie; występuje wtedy na czas pewien co najmniej pewne zahamowanie zwykłego toku i kojarzenia pojęć, a niekiedy nawet zmiany bardziej istotne.

Rozbierając szczegółowo inne przejawy duchowego życia, co jednak w danej chwili zbyt by nas daleko zaprowadziło, moglibyśmy jeszcze dowodniej przekonać się o wzajemnem oddziaływaniu i zależności wszystkich funkcji naszej duszy.

Dzięki temu, pomimo całej swej niedostępności w poszczególnych chwilach,— bo człowiek może i chce ukrywać swe myśli,— intelektualna sfera człowieka nie może przez czas dłuższy pozostać tajemniczą, ale musi się wreszcie ujawnić przez uczucia, dążności i działania. W tym celu jednak trzeba nieraz dłuższego czasu i bardzo dokładnej obserwacji.

Pomijając idiotów z zupełnym niedorozwojem władz umysłowych, lub chorych o nabytem a głębszem tychże władz osłabieniu (bo nienormalny stan umysłu w obu tych przypadkach jest dla każdego wyraźny i oczywisty), jeśli weźmiemy pod uwagę osobnika z mniej wyraźnemi zaburzeniami w sferze myślenia), to łatwo pojmujemy, po tem co się rzekło powyżej, że zaburzenia takie mogą być przez czas pewien zupełnie niedostrzegalne, a gdy się wreszcie ujawnią, ich chorobliwy początek często jest kwestyonowany.

Wśród tych zaburzeń pierwsze miejsce zajmują t. zw. idee niedorzeczne (*Wahnideen, Conceptions delirantes*).

Idea niedorzeczna jest to fałszywe lub niezgodne z prawdą pojęcie o czemkolwiek bądź, ale pojęcie, które jednocześnie różni się bardzo charakterystycznie i rdzennie od zwykłych fałszywych wyobrażeń, spotykanych bardzo często u ludzi psychicznie zdrowych. Zazwyczaj pojęcia fałszywe lub niezgodne z prawdą u ludzi normalnych są następstwem braku wiadomości w pewnym kierunku lub też wynikają z ich spaczenia. Skoro jednak wypełnią się luki w wiadomościach lub wiadomości niedokładne sprostują, wtedy zamiast idei fałszywej, występuje normalny i prawidłowy sąd o rzeczy.

Cały systemat ludzkiego wykształcenia, umysłowego rozwoju i wszystkiego postępu ludzkości gruntuje się na tej właśnie bardzo prostej zasadzie. Człowiek prosty, bez żadnego wykształcenia, wygłasza np. najdziwsze poglądy na zjawiska przyrody; niechno się jednak rozwinię, zapozna nieco z przyrodoznawstwem, a zupełnie inaczej pocnie wszystko pojmować, a nawet dziwić się będzie swej dawniejszej niewiadomości.

Weźmy inne przykłady. Każdy z pośród nas, na zasadzie jakichkolwiek-bądź danych, może podejrzewać pewną nieżyczliwość ku sobie w bliskich swych krewnych, zwierchnikach, społeczeństwie i t. d. Przypuszczenie takie, czyli innemi słowy zwykłe fałszywe pojęcie, znika wkrótce, skoro, skupiwszy uwagę na czas pewien w tym właśnie kierunku, przekonamy się dowodnie, jako rzecz ma się wprost odwrotnie, t. j. że osoby, któreśmy pomawiali o wrogię dla nas usposobienie, starają się nam pomagać.

Każdy człowiek, upojony chwilowo niezwykle powodzeniem lub, co więcej, całym tych powodzeń szeregiem, może przeceniać swój rozum, talent, władzę i t. p., ale przecenianie to, czyli zwykła fałszywa idea, nie trwa długo; wkrótce rzeczywistość bierze górę, fakty i zdarzenia przekonują nas, żeśmy wcale nie tak wielcy, jak się nam zdawało i wreszcie, pogodzeni z wyrokami losu, niżamy poziom opinii o sobie do granic racjonalnych.

Każdemu z nas wreszcie zdarza się popełnić omyłkę lub błąd, postąpić nietaktownie lub mimowoli niewłaściwie. Pomimo wyrzutów czynionych wtedy przez każdego samemu sobie sumienie nasze wkrótce się uspokaja, i zwykła fałszywa idea ustępuje miejsca prawidłowemu wyobrażeniu, gdy po należytem zbadaniu sprawy okaże się, że sam fakt pomyłki lub uchybienia był mało znaczącym, a pobudki czynu nie były karygodne.

We wszystkich przypadkach, podobnych do wyżej opisanych, rezultat będzie zgoła inny, jeśli mamy do czynienia z rzeczywistemi niedorzecznemi ideami. Idea niedorzeczna jedynie co do formy swojej jest fałszywym czyli

niezgodnem z prawdą wyobrażeniem, w istocie zaś jest to najzupełniej patologiczny, chorobowy wytwór. Największe niebezpieczeństwo ze strony idei niedorzecznej polega na tem, że idea takowa, raz się zjawiwszy, niezmiernie szybko kojarzy się ze wszystkimi innemi pojęciami, tworzącemi materiał umysłowy danego osobnika, wchodzi z niemi jakby w pokrewieństwo rodzinne, zachowując jednak wpływ przeważny i dominujący. Bezpośredni następstwem takiego charakteru idei niedorzecznej jest ten fenomen, że nawet wtedy, gdy środki umysłu do walki z taką ideą są zupełnie wystarczające, co, zdawałoby się, ma miejsce u ludzi wykształconych, też środki okazują się zupełnie bezsilnemi.

Wobec powstałych w umyśle człowieka pojęć niedorzecznych, nietylko wszystkie inne prawidłowe pojęcia i wyobrażenia tracą swe rzeczywiste znaczenie i moc przekonywania, ale nawet i świadomość sama ulega temu losowi; krytyczne albowiem władze samowiedzy, nie przestając w pewnych przypadkach mniej więcej prawidłowo współdziałać ogólnej psychicznej robocie, w stosunku do idei niedorzecznych tracą wszelką władzę.

Gdy idee niedorzeczne powstały w umyśle danego osobnika, nie ulegają one wpływowi innych prawidłowych pojęć, później przez owego osobnika wytwarzanych, ani też pojęć już wytworzonych, otrzymywanych z zewnątrz od osób postronnych. Wskutek tego chory, cierpiący na idee niedorzeczne, przez cały czas trwania zaburzeń psychicznych, będących przyczyną tego objawu, nie tylko, że samodzielnie nie może uznać nieprawidłowości tych idei, ale również zapomocą żadnych dowodzeń i przekonywań z zewnątrz na prawą drogę zawrócić nie jest mocen; wszystkie próby w tym kierunku są zawsze bezskuteczne.

(D. c. n.)

O uleczalnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn

podał S. Goldflam.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 17).

W powyżej skreślonym, przeszło 5 miesięcy obejmującym okresie choroby wypada zaznaczyć, że u 22 letniej panny cierpienie rozpoczęło się przy nieokreślonych objawach bólu głowy, migotania przed oczami, światłowstrętu (podobno przez krótki czas istniało i podwójnowidzenie), uczucia duszności. W przeciągu 2—3 tygodni rozwinęły się szybko objawy niedowładu opuszkowego, najpierw opadnięcie prawej górnej powieki, następnie zaburzenia w żuciu i połykaniu, głos nosowy, jakoteż osłabienie ruchów głowy i ramion. Przy badaniu, oprócz tego, dostrzedz się daje pareza dolnych gałęzi nerwów twarzowych, znaczne obniżenie pobudliwości odruchowej podniebienia i tylnej ściany gardzieli; dotkniętymi okazują się też i pewne mięśnie tułowia, ruchy w stawach barkowych upośledzone; najmniej ucierpiały dolne kończyny. Niedowład tem się cechuje, że wykonywanie czynności wkrótce sprowadza zmęczenie i zupełne porażenie w odpowiednich mięśniach. Objawy te w godzinach porannych występują najslabiej, potęgują się w ciągu dnia, zaś wieczorami bywa stan najgorszy.

Choroba jednak jeszcze swego szczytu nie dosięgła. Jakkolwiek istnieją dni polepszenia, to jednak cierpienie wciąż jeszcze się wzmacnia, tak co do na-

tężenia jak i rozprzestrzenienia objawów. Najważniejszym jest znaczne upośledzenie połykania: pokarmy bądź to wracają nosem wskutek porażenia podniebienia, którego pobudliwość odruchowa jak również i tylnej ściany gardzieli jest zniesiona, bądź też, przedostają się do krtani, wywołując napady zaduszania. Ekskursye oddechowe klatki piersiowej są nieznaczne, a mięśnie pomocnicze przyjmują udział przy spokojnem nawet oddechaniu; tętno przyspieszone, ciepłota nieco niżej normy; uczucie duszności łatwo występuje podczas chodzenia, przyjmowania pokarmów i t. p. Język zostaje dotknięty: szybko się męczy, niektóre ruchy jego są niewykonalne. Również i gałęź oczna nerwu twarzowego ulega w pewnym stopniu niedowładowi. Osłabienie mięśni wciąż się wzmacnia i rozszerza, nogi stają się bezsilne, chora wreszcie zmuszona jest położyć się do łóżka. Wyczerpanie dotyczy nie tylko wykonywanej czynności, lecz funkcjonowanie pewnej grupy mięśni upośledza czynność innych, tak np. po zmęczeniu mięśni kończyn mowa staje się mniej zrozumiałą. Brak przytem wszelkich zaników, niema drżenia włókienkowego, zmian pobudliwości elektrycznej, lub jakichkolwiek zaburzeń czuciowych. Co się tyczy odruchów ścięgnistych, to były one bardzo żywe, odruch od kości promieniowej i od żuchwy łatwo się otrzymać dawał, odruchy wewnętrzne prawidłowe.

Do zupełnego swego rozwoju choroba potrzebowała około 2-ch miesięcy. Na szczycie cierpienia zdarzają się dni polepszenia i zupełnego pogorszenia. Te ostatnie są powodem stawiania wątpliwego rokowania, które też znajduje swe usprawiedliwienie w pojawianiu się samoistnych, wprost groźnych napadów duszności. Choroba na szczęście nie pozostawała długo na swym szczycie; wkrótce wystąpiła poprawa, pierwotnie w akcie połykania, co było pierwszorzędnej wagi dla upośledzonego odżywiania pacjentki, potem oddechanie staje się swobodniejszym i głębszym, napady duszności przytrafiają się coraz rzadziej. Podobnie jak postępowy rozwój choroby przerywany był wahaniami, tak samo i okres zdrowia powstrzymywały krótkotrwałe nasilenia. Stopniowo polepsza się czynność mięśni żwaczy, ramion, ptoza wyrównywa się także. Nawet przypadkowa choroba (*angina tonsillaris*, z wytworzeniem się ropnia), która powstała w czasie już względnie dobrego stanu ogólnego, nie mogła powstrzymać na dłużej wstecznego biegu cierpienia. Ogółem trwał okres zdrowienia dłużej, niż stadyum rozwoju choroby, mianowicie blisko 3 miesiące. Niektóre zaburzenia czynności trwały najdłużej, jako to: porażenie podniebienia, niedowład języka i nerwu twarzowego. Ograniczenie ruchów podniebienia pozostało nawet, jako dowód, że choroba nie przeminęła jeszcze całkowicie.

Porażenie nosiło w danym przypadku te same cechy, które poznaliśmy w poprzednich dwóch, a polegały one na tem, że zmęczenie występowało w odpowiednich mięśniach nader szybko i dochodziło do stopnia zupełnej niemożności wykonania odpowiedniego ruchu. I tutaj przeważnie dotkniętymi były mięśnie kończyn bliżej tułowia położone, jakkolwiek ten objaw mniej jaskrawo tu występował, niż w poprzednich przypadkach.

Ze strony więc górnych kończyn szczególnie upośledzonymi były ruchy ramion: wysokość podniesienia ramienia spadała stopniowo po 15—20 razach do zera. Z mięśni tułowia odznaczały się swą bezwładnością mięśnie karku i szyi, a i mięśnie brzucha były dotknięte. Dotkliwszym dla chorej był udział mięśni oddechowych; oddech był powierzchowny, częsty, z nieznacznem kurczeniem się przepony, kaszel słaby, do wykrztuszania niedostateczny, stąd

dusznosc przy kazdem poruszeniu, nawet przy jedzeniu; dla samoistnych napadow dusznosci nie dala sie zadna przyczyna wysledzic. Najmniej dotknieta zostaly dolne konczyny, a w nich przewaznie zginacze stawu biodrowego. Godne sa jeszcze zaznaczenia kloniczne skurcze niektorych miesni w okresie szczytu choroby; znikly one w okresie polepszenia.

Dalszy jednak przebieg przekonaf, ze wlasciwie nie nastapilo jeszcze calkowite wyzdrowienie, lecz ze mieliśmy do czynienia ze znaczną remisją. Chora 17. X. znowu zglosila sie o porade. Opowiada, ze nie mogla w zupelnosci swym zajeciom podolac, poniewaz mowa od czasu do czasu staje sie utrudniona, glos zwlaszcza wieczorami brzmi nosowo, ze siedziec bez oparcia nie moze i ze przy chodzeniu latwo sie meczy. Od 4-ch dni zwlaszcza, wystapilo znaczniejsze pogorszenie. Chora jest bledsza, mowa wybitnie nosowa, miakkie podniebienie porusza sie nieco, ale tylko w pierwszej chwili fonacyi, pozniej zaś, tak samo jak przy mechanicznem drażnieniu, pozostaje nieruchomem. Ruchy mimiczne slabe, powieki nie moga byc zacisniete, podnoszenie ramion przychodzi do skutku z wysilkiem i powoli. Dynamom. obustronnie 22 kil. Odruch m. trójgłowego i od zuchwy wyraźny, kolanowe żywe. Chora skarży się potrosze na ból pod lewą łopatką i na uczucie ucisku w ramionach. Niechcę nużyć czytelnika szczegółową historią choroby, która się znowu pół roku przeciąga, zaznaczę tylko, że objawy zyskując na nateżeniu i rozprzestrzenieniu, dosięgły swego *maximum* w styczniu i lutym 1893 r., wszakże nie dościgły uprzedniej swej siły. Nie było mianowicie tych zatrważających napadów dusznosci, a zaburzenia w polykaniu nie były tak znaczne. Lecz i tym razem występowała niewielka dusznosc przy chodzeniu, jedzeniu, dluzszej rozmowie; pokarmy wracaly nosem i przedostawaly sie do krtani, žucie, odgryzanie kęsa stalo sie utrudnionem, zuchwa opadala, ruchy języka ulegly oslabieniu, odruch gardzieli znikl, prawa szpara powiekowa stala sie węższą od lewej, od czasu do czasu występowała niedomykalność powiek po stronie lewej (*lagophthalmus*). I tym razem nie braklo nasileni i zwolnien, które trwaly dni, a nawet tygodnie cale, jak rowniez i wahan w nateżeniu objawow w przeciągu jednego dnia. Wielokrotnie stwierdzonem zostalo zmniejszenie pobudliwosci faradycznej miakkiego podniebienia i jezyczka, w porownaniu np. z miesniem okrężnym ust (dla pierwszych odleglosc cewek = 9 - 8 cm., dla drugiego 12 cm.), pobudliwosc galwaniczna byla jednakowa i rowna 1 MA; *N. facialis dext.* drażnil sie przy 10½ cm. i 3 MA. Od czasu do czasu zjawiala sie biegunka z bólami brzucha i glowy. Pacjentka stracila nieco na wadze. Badanie krwi stwierdzilo umiarkowanie wyrazone zmiany, wlasciwe blednicy (D-r KLEIN). W poczatkach marca 93 r. wystapily kardyalgie, ktorych charakter przypuszczac poniekad kazal istnienie wrzodu żołądka a które po wodzie karlsbadzkiej staly sie slabsze. Chorą systematycznie galwanizowano wpoprzek obu wyrostkow sutkowych, miakkie podniebienie drażniono prądem faradycznym, wewnetrznie podawano zelazo, chinine, sporysz i t. p.. Obecnie (kwiecień) stan sie poprawil.

Podobieństwo powyższych 3-ch przypadków nie podlega żadnej wątpliwości; posiadają one jedno i to samo piętno. Wszyscy trzej chorzy byli w jednakowym wieku (25, 27, 22 lat), u wszystkich choroba rozwijala sie szybko w przeciągu paru tygodni do 2-ch miesięcy. Bezwład ruchowy panuje nad całym obrazem chorobowym, który się odznacza wczesnem wystąpieniem objawow opuszkowych. W rzędzie tych ostatnich jest uposledzenie aktu žucia wspólne wszystkim trzem przypadkom; stanowi ono jeden z najwazniejszych

szych i najbardziej wybitnych objawów. W przypadku I i III są również dotknięte i mięśnie zniżające żuchwę. Prócz tego w przypadku I i III istnieje wybitne porażenie podniebienia i gardzieli, w przypadku II jest ono bardzo słabo wyrażone. Niedowład nerwu twarzowego istniał we wszystkich przypadkach; w przypadku I była przeważnie dotkniętą gałąź oczna, w przypadku II dolne gałęzie, w III zaś obie gałęzie, z których dolna porażoną została silniej i wcześniej. Również w przypadku III istniała ptoza, a i język nie został pominięty przez sprawę chorobową.

We wszystkich przypadkach były dotknięte mięśnie kończyn i tułowia, z pomiędzy tych ostatnich zwłaszcza mięśnie karku, oddechowe, lecz także i mięśnie szyi oraz brzucha. Ze strony kończyn były głównie porażone duże mięśnie, znajdujące się u podstawy kończyn, jakoto: naramienny, zginacze i rozginacze stawu biodrowego. Charakter niedowładu we wszystkich przypadkach był ten sam: szybkie wyczerpywanie się mięśni, nagły spadek czynności do zera.

Szczególny wspólny rys stanowiły nasilenia i zwolnienia, które trwały jeden do kilku dni; nawet w ciągu jednego dnia dawały się spostrzegać wahania w natężeniu objawów. W przypadku III najlepszy stan bywał w godzinach porannych, w ciągu dnia pogarszał się stopniowo, wieczorami było najgorzej. W przypadkach II i III już po znakomitej poprawie, która się niemal wyzdrowieniu równała, wybuchło takie nasilenie, że je za recydywę prawie poczytać można było.

Do cech wspólnych wszystkim przypadkom należy szybki rozwój i wzmacnianie się objawów w ciągu pierwszych kilku tygodni, następnie trwanie na pewnej wysokości, oraz stopniowe zmniejszanie się i znikanie objawów. Przebieg choroby, nie licząc powrotów, jest również mniej więcej jednakowy, mianowicie 6-10 miesięczny.

Objawy czuciowe ustępują we wszystkich przypadkach niewątpliwie na drugi plan, podmiotowe skargi są nieznaczne, czucie całkowicie zachowane (w przypadku I zanotowano przemijające stępienie czucia na miękkim podniebieniu, w gardzieli i w krtani). Zmysły, sfera psychiczna absolutnie nie dotknięte. Wspólnym wszystkim przypadkom jest również brak zaników (z wyjątkiem nieznacznego zcieńczenia języka w przypadku III), brak zmian pobudliwości elektrycznej (jedynie zmniejszenie pobudliwości faradycznej podniebienia było w przypadku III stwierdzone), brak drgania włókienkowego (pojedyncze kloniczne skurcze w zakresie pewnych mięśni w przypadku III są innej natury), oraz zachowanie czynności pęcherza i odbytu.

Co się tyczy odruchów ścięgnistych, to były one na wysokości choroby żywe; na górnych kończynach wywołać łatwo było odruch od kości promieniowej; w przypadku II istniał krótkotrwały odruch stopowy. W miarę ustępowania objawów słabły odruchy ścięgniste w przypadku I i III, odruchy kolanowe zachowywały się niejednostajnie, to dawały się otrzymywać łatwo, to z trudnością, były po obu stronach niejednakowe, zdawały się nawet słabnąć podobnie jak czynność dowolna mięśni, w miarę jak uderzano w ścięgno. Odruchy skórne nie okazywały żadnych zboczeń. W przypadkach I i III były zniesione odruchy podniebienia i gardzieli, w przypadku I prócz tego i odruch krtani oraz powiek.

Jeżeli istnieją pomiędzy omawianymi przypadkami różnice, to są one jedynie ilościowe; jakoż natężenie zjawisk w przypadku III było największe. Były chwile, kiedy życie pacjentki bezpośrednio było zagrożone, mianowicie

wskutek napadów duszności, które powstawały bądź pozornie samoistnie, bądź też pod wpływem zewnętrznych czynników, jak np. badania krtani. W ogólnie lżejszym przypadku II zanotowano także podobny groźny napad. Napadów tych nie należy brać za jedno z napadami zaduszania, wskutek przedostania się pokarmów do krtani. Mięśnie oddechowe we wszystkich przypadkach przyjmują udział w sprawie chorobowej: duszność występuje łatwo przy wszelkim ruchu, nawet przy jedzeniu, rozmawianiu. Przypadek III wyróżniał się górowaniem objawów opuszkowych, przypadek I zajmuje w tym względzie miejsce pośrednie między III i II, w którym to ostatnim zajęcie kończyn najmocniej było wyrażonem.

Na pytanie, do jakiej nozograficznej formy dane przypadki należą, można jedynie odrzec, że nie podchodzą one pod żadną ze znanych kategorii chorobowych. Przedewszystkiem na to zgodzić się należy, że się tu zgłębia nie miało do czynienia ze zwykłym porażeniem opuszkowym DUCHENNE'a. Przeciwnie temu przemawia młody wiek chorych, szybki rozwój choroby, zajęcie dużych mięśni tułowia i kończyn, szczególny charakter niedowładu, znaczne wahania w przebiegu, brak zaniku, drgania włókienkowego, zmian pobudliwości elektrycznej i *least not least* pomysne zejście. Już w samym doborze objawów niedowładu opuszkowego istniały takie różnice względem porażenia DUCHENNE'a, że łączyć te dwie postaci w jedno byłoby błędem; ruchowa gałąź nerwu trójdzielnego, która zwykle bywa w porażeniu opuszkowym oszczędzana, była we wszystkich przypadkach mocno dotknięta; to samo tyczy się i gałęzi ocznej nerwu twarzowego, która w przypadku I znacznie, w przypadku III słabo była dotknięta, oraz opadnięcia górnej powieki w przypadku III, gdy w porażeniu DUCHENNE'a mięsień unoszący powiekę zazwyczaj pozostaje nietknięty. Przeciwnie język, zajęcie którego stanowi w porażeniu opuszkowym prawidło, był tylko w przypadku III lekko porażony.

Tem mniej danych było do przypuszczenia innych spraw opuszkowych, jak rozmięczenie, krwotok, lub nowotwór. W naszych przypadkach nie było ani śladu apoplektycznego napadu, objawów połowicznych, zaburzeń czucia lub uporczywych bólów głowy, zawrotów, wymiotów i t. p.. Remisyse są w pewnym stopniu wspólne naszym przypadkom i wrzekomemu porażeniu opuszkowemu (*Pseudoparalysis bulbaris*), lecz ani wiek, ani brak objawów apoplektycznych, połowicznych i psychicznych, ani pomysne zejście nie pozwalają na podobne przypuszczenie; wreszcie przy porażeniu języko-wargogardzielowem pochodzenia mózgowego zaburzenia w cyrkulacji i oddechaniu, tu tak wybitnie wyrażone, zazwyczaj nie występują.

Przy wieloogniskowem zapaleniu nerwów (*neuritis multiplex*) przyjmują w rzadkich przypadkach udział i nerwy czaszkowe (zwłaszcza wzrokowy i błędny). KAST ogłosił spostrzeżenie, w którym zjawiska opuszkowe (porażenie podniebienia, zaburzenia w inervacji krtani, upośledzenie połykania i t. d.), stanowiły istotną treść obrazu zapalenia rozsianego nerwów. EISENLOHR widział przypadek białaczki, w którym na podstawie zmian w odpowiednich nerwach (krwotoki i limfoidalna infiltracja otoczki nerwowych) wystąpiło ostre porażenie opuszkowe. Przeciwnie przypuszczeniu rozsianego zapalenia nerwów w naszych przypadkach przemawia stanowczo brak bolesności mięśni, przeważny udział w niedowładzie tych odcinków kończyn, które się bliżej tułowia znajdują, nie zaś obwodowych, nieobecność zmian czucia, zaburzeń troficznych i naczynioruchowych, lub zbroceń w pobudliwości elektrycznej, następnie zachowanie się odruchów ścięgniastych, które były nawet żywe, jakkol-

wiek w ciągu dalszego przebiegu przedstawiały pewne wahania, wreszcie zwalnijący przebieg cierpienia i osobliwość niedowładu.

Od pewnego czasu dyagnoza histeryi stała się modną w przypadkach trudnych do rozpoznania. Zbyt łatwo się przytem zapomina, że dla uzasadnienia tej dyagnozy osobnik powinien być przede wszystkim histerycznym. W naszych przypadkach nie było mowy o tej nerwicy. Ani objawy nie były pochodzenia psychicznego, ani czynniki psychiczne żadnego na nie wpływu nie wywierały, nie było też ani śladu histerycznych stygmatów. Boć przecie istnienie takich objawów, jak występujące niekiedy łkanie, ściskanie w dołku, burczenie w brzuchu, szum w uszach w przypadku III nie może być samo przez się dostatecznym powodem do samowolnego nadania obrazowi chorobowemu miana histeryi.

(D. c. n.)

WYKŁADY KLINICZNE.

Obrzęk śluzowy (Myxoedema)

i najnowsze postępy w leczeniu tego cierpienia.

Przez Hektora Mackenzie (Lancet 1893 Nr. III, str. 123).

Cenna i wyczerpująca praca o obrzęku śluzowym — raport Komitetu Towarzystwa Klinicznego Londyńskiego pod prezydencją ORDA z roku 1888 — nie tylko obdażyła cierpienie powyższe ogólnie dziś przyjętą nazwą, lecz zarazem dała dokładny opis choroby i wykazała jej identyczność ze sporadycznym kretynizmem i ze stanem zwanym przez KOCHER'a — *cachexia strumipriva*.

Był czas, gdy przypuszczano, że cierpieniu podlegają wyłącznie kobiety; obecnie wiemy, że zapadają nań i mężczyźni, choć nierównie rzadziej. Cierpienie pojawia się niekiedy u kilku członków jednej rodziny, towarzyszy mu zawsze jako objaw konieczny zanik gruczołu tarczowego z przyczyny niewiadomej. Na obraz rozwiniętej sprawy chorobowej składają się następująco objawy: powiększenie objętości i wagi ciała, apatyczny, łagodny wyraz twarzy (brwi podniesione, powieki obrzmiałe, nozdrza rozszerzone, dolna warga gruba, wywrócona i sina), skóra sucha, blada, łuszczy się, wiele włosów na głowie, brwiach i pod pachami wypada, pozostałe są suche i skręcone. Powiększenie objętości tkanki podskórnej, głównie na kończynach, sprawia wrażenie obrzęku, ucisk jednak palcem nie pozostawia wgłębienia. Działka, język, podniebienie, języczek blade i obrzmiałe, próchnienie zębów. Chory doznaje ziębienia. Objawy przytępienia umysłowego: powolność powstawania i kojarzenia pojęć, osłabienie pamięci, wraz ze świadomością swego stanu, czucie zmysłowe silnie upośledzone lub też czasami spazmowane. W ruchach powolność i niezgrabność. Bóle głowy w okolicy czołowej i potylicowej, drętwienie i mrowienie w kończynach. Tętno słabe, miękie, nie częste. Skłonność do krwotoków z gardła, dziąseł, nosa, macicy. Mocz o małym ciężarze właściwym, w późniejszych okresach zawiera białko. Nie wszystkie powyższe objawy znajdujemy w każdym poszczególnym przypadku, w większości jednak rozpoznanie nie jest zbyt trudnem. Stan chorych ulega pogorszeniu w miesiącach zimowych. Cierpienie stale postępuje naprzód, czasami z okresami remisji. Znane są dwa przypadki wyleczenia i poprawy w czasie dwóch kolejnych ciąży. Raz wyzdrowienie nastąpiło w 3-im roku. Są to przypadki wyjątkowe, za zasadę uważać należy stały rozwój cierpienia aż do śmierci. Wielu pacjentów kończy życie w zakładach dla obłąkanych. Zmian pośmiertnych charakterystycznych znajdujemy niewiele. Tkanka tłuszczowa, głównie podskórna, zawsze w nadmiarze. Często zastoinowe wysięki w ja-

mach surowicznych, nieznaczne obrzęki skóry. Gruczoł tarczowy zawsze w zaniku. Zmiany w nerkach, płucach, sercu, tętnicach nie mają nic dla cierpienia właściwego. Wyraźne zmiany histologiczne dotyczą skóry i gruczołu tarczowego. W skórze powiększenie komórek w przewodach gruczołów potowych i łojowych, wraz z rozrostem otaczającej tkanki łącznej obfitującej w komórki. W gruczole tarczowym, we wczesnych okresach drobnokomórkowe nacieczenie w ścianach pęcherzyków wraz z bujaniem nabłonka, w okresach późnych gruczoł całkowicie zmieniony w delikatnie włónistą tkankę, pozostałości pęcherzyków. Nazwa, dana przez ORD'a cierpieniu, opiera się na stwierdzonym wielokrotnie nadmiarze mucyny w tkance łącznej. Nadmiar ten jest bezwątpienia właściwym pewnemu okresowi cierpienia; dotyczy on zarówno tkanki podskórnej i śródmięśniowej, jak organów takich i jak: płuca, śledziona, ślinianki. Badania po śmierci w późnych okresach dowodzą, że nadmiar mucyny znika stopniowo.

Co się tyczy zabiegów leczniczych, to stosowane dawniej *tonica*, jaborandi i nitrogliceryna, wpływając na apetyt i działając na skórę, przynosiły, zdaniem wielu, pewną ulgę w cierpieniu. Spędzanie zimy w łagodnym klimacie zalecanem było również usilnie. Dzięki pracom ORD'a, HORSLEY'a, SEMON'a, terapia wkroczyła za dni naszych na drogę bardziej racjonalną. Coraz bardziej ustala się obecnie przekonanie, że spaczona lub zniesiona czynność gruczołu tarczowego jest istotną przyczyną obrzęku śluzowego. SCHIFF dowiódł, że transplantacja gruczołu u zwierząt po tyreoidiektomii łagodzi objawy cierpienia. Przy obrzęku śluzowym poprawa, chociaż chwilowa (gruczoł ulega rezorbeyi), była jednak na tyle wybitną i następowała tak prędko po operacyi, że mimowoli zrodziło się przekonanie o wessaniu jakiejś zbawiennej substancyi, obecnej w przeniesionym gruczole. Fakt poprawy podczas ciąży wytłomaczyć można; zdaniem autora, przez chwilowe dostarczenie powyższej substancyi ze strony rozwijającego się gruczołu tarczowego u płodu; poród przerywa poprawę. Krokiem naprzód w leczeniu obrzęku śluzowego było zastosowanie podskórnych wstrzykiwań wyciągu glicerynowego z gruczołów tarczowych. Pożyteczność takich wstrzykiwań u zwierząt po ekstyrpacyi, zauważona przez VASSALE'a i GLEY'a, naprowadziła BROWN-SÉQUARD'a i d'ARSONVAL'a na myśl zastosowania ich przy obrzęku śluzowym. Myśl tę zupełnie niezależnie powziął również i G. MURRAY, i pierwszy ją w czyn zamienił. Metoda owa, pomimo stwierdzonych przez wielu świetnych rezultatów, ma swoje złe strony. Pominiawszy bolesność, wstrzykiwania podskórne wywoływały często tworzenie się ropni i nacieczeń — trudno bowiem było otrzymać płyn skuteczny a zarazem aseptyczny. Zdarzały się również po iniekcjach omdlenia, sinica, chwilowe porażenia w kończynach, ogólne kurecze mięśniowe.

Jednocześnie i niezależnie od autora, zauważył FOX skuteczność gruczołu tarczowego *in natura*, oraz jego preparatów, podawanych chorym na obrzęk śluzowy wewnętrznie. Pierwsze zawiadomienie o próbach tego rodzaju podali obaj autorowie w *British Medical Journal* 29 Października 1892 roku. Chora, którą autor demonstrował w toku wykładu, leczona od Lutego 1892 roku do Lipca roku zeszłego różnemi środkami aptecznemi, przedstawiała w chwili zastosowania metody FOX'a i MACKENZIE'go wysoki stopień rozwoju cierpienia. Oto jej obraz w owym czasie. Uderzająca masywność i niezwrótność całego ciała, szczególnie zaś kończyn, rysy twarzy obrzmiałe i bez wyrazu, skóra koloru wosku i sucha, głowa wyłysiała, obrzęk nóg, powolność ruchów i rozwlekłość mowy, osłabienie władz umysłowych, temperatura subnormalna. Teraz, po upływie sześciu miesięcy kuracyi, obrzmienie znikło, pacjentka zeszczuplała, wyraz twarzy, mowa, zdolności umysłowe, cera — wszystko wróciło do normy, bujny i gęsty porost włosów pojawił się na głowie. Autor rozpoczął od podania dwóch zupełnie świeżych drobno posiekanych baranich gruczołów tarczowych na raz. Wpływ środka na temperaturę chorej i na stan jej subiektywny był prawie natychmiastowym.

Temperatura podniosła się do normy, nawet ją nieco przewyższyła, ziębienie ustąpiło miejsca ciepłu, rozechodzącemu się po całym ciele. Przez pierwsze dwa tygodnie chora przyjęła 8 gruczołów i 2 drachmy wyciągu glicerynowego. Już po upływie tego czasu wygląd jej poprawił się znacznie. Tętno z 56 podniosło się do 116; wtedy zrobiono przerwę na czas jakiś i tętno spadło do 80. Od czasu do czasu chora miewała wymioty, z początku przypuszczał autor, że zależały one od obrzydzenia, jakie budziły w niej surowo gruczoły; doświadczenie zdobyte w innych przypadkach nauczyło jednak, że wymioty i częstość tętna są dowodem, iż dawka jest za duża i wskazaniem do chwilowej przerwy. Jeżeli środek podawać dalej, wymioty mogą stać się poważnem powikłaniem. Szybkość poprawy była w danym przypadku zdumiewającą. Ręce i nogi po upływie sześciu tygodni, drogą silnego łuszczenia, pozbyły się naskórka grubego i twardego i pokryły się cienką, delikatną skórą. Objętość i waga ciała spadały stale i gwałtownie. Po upływie dwóch miesięcy obfity porost włosów pojawił się na głowie, a z porównania ilości starych i nowych włosów, daje się ocenić obfitość ostatnich. Przez pierwsze dwa miesiące chora zażywała drobno posiekany gruczoł z dodatkiem wódki lub wyciągu mięsnego, obecnie dostaje ona raz na tydzień płyn otrzymany z nalania w ciągu pół godziny gruczołu wodą i następnego wyżęcia go przez muslin. Późniejsze doświadczenie nauczyło, że zbyt wiele środka tego podawano chorej pierwotnie. Zaczynać należy od pół do jednego gruczołu, dwa razy tygodniowo; gdy poprawa już się wybitnie zaznaczyła, wystarcza też sama ilość raz na tydzień.

Wskutek tak dobrych wyników metody, stosowanej przy obrzęku śluzowym, należało spróbować jej i w innych chorobach, tak ściśle z gruczołem tarczowym związanych. Przedewszystkiem, nasunęła się myśl o chorobie BASEDOWA. Długo było kwestyą sporną, ażali powiększenie gruczołu tarczowego jest w tem cierpieniu jednym tylko z jego objawów wtórnych, lub też, czy raczej nie jest ono warunkiem zбочenia w funkcji gruczołu, które ze swej strony jest istotną przyczyną pozostałych objawów, podobnie jak zanik gruczołu jest przyczyną objawów obrzęku śluzowego. W odczytach swych o chorobie GRAVES'a (BASEDOW'a) (Lancet 13—20 Września 1890 roku), autor oświadczył się już poprzednio za pierwszem przypuszczeniem, uważając samo cierpienie za zależne od zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. Gdyby cierpienie było zależnem od przerostu gruczołu, chodziłoby w danym razie nie o brak, lecz raczej o nadmiar wydzieliny, bądź prawidłowej, bądź jakościowo zmienionej. Sądząc więc *a priori*, podawanie gruczołu tarczowego w chorobie GRAVES'a mogłoby być pożytecznem, lecz mogłoby również wręcz szkodę przynieść. Tymczasem w dwóch przypadkach spostrzeganych przez autora w ostatnich czasach, okazało się, że jest ono zupełnie obojętnem, potwierdzając w ten sposób poprzednio przytoczony pogląd autora na chorobę GRAVES'a.

K. R.

List otwarty do Redakcyi Medycyny.

Od kolegi LUDWIKA CZARKOWSKIEGO z Siemiatycz otrzymujemy pismo następujące:

Szanowny Redaktorze! Upraszam o umieszczenie poniższych kilku uwag z powodu artykułu D-ra OŁTUSZEWSKIEGO w N-rze 10-ym „Medycyny“ z r. b. p. t. Fizyologia dźwięków alfabetu polskiego.

1) Kolega OŁTUSZEWSKI twierdzi iż ó (o ścieśnione) „w wymawianiu nie różni się od u“. Twierdzenie to uważam za błędne. Istnieją całe prowincye, w których nie tylko lud, ale i większość inteligencji wyraźnie wymawia ó, nie zaś u lub o. Tak jest na całym Podlasiu.

2) Według kolegi O.: „wyrazów rodzimych rozpoczynających się od h krtaniowego nie mamy, a wszystkie istniejące w języku naszym są obcego pochodzenia“. Jąbym tak absolutnie nie śmiał się wyrazić. Oto zbiorek wyrazów, bezwątpienia niezaprzeczalny, których obce pochodzenie może być wielce zakwestyonowanem: *hałas, hardy, harmider, harować, hasać, hań, hen,*

het, hetka, heć, hodować, hojny, hojdać, hola, hołota, hołysz, hoży, huk (i pochodne), *hulać, hultaj, hurkot, hurma, huścić, hu-ha, hydzić* (i pochodne). Wiem, że ludność stolicy brzmienia *h* prawie nie zna, zastępując je przez *ch*; być może, że jeszcze takich miejscowości znajduje się parę na Mazowszu, ale kraj cały wyraźnie odróżnia *h* od *ch* i niewątpliwie dźwięk *h* w naszym języku istnieje ¹⁾.

3) Kolega O. utrzymuje, że gdy wymawiamy *ł* „koniec języka przytyka do górnych zębów“, podczas gdy przy wymawianiu *l* „koniec języka przytyka więcej ku tyłowi“. Otóż, według mojego doświadczenia i spostrzeżeń na paru innych osobach, rzecz się ma wręcz przeciwnie: przy wymawianiu *ł* język nie tylko posuwa się więcej naprzód niż przy wymawianiu *l*, ale owszem wciska się między zęby, a nawet wystaje nieco przed zębami ku wargom. I tu jednak zależy dużo od miejscowości. Wymawianie Warszawiaków i pod tym względem nie może być brane za normę. W Warszawie pospolicie nie mówią *ł*, lecz *eu*, nie *ładny*, lecz *uadny*, nie *łono*, lecz *uono*, i taki sposób wymawiania tej głoski jest pospolitszy i na prowincyi, niż zamiana *h* przez *ch* ²⁾. Otóż, gdy zamiast wyraźnego *ł* powiemy *eu*, lub coś pośredniego między *eu* i *ł*, wtedy język istotnie cofa się po za łuki zębowe i ku podniebieniu, ale nie będzle to nasze narodowe polskie *ł*. Z tego względu bardzo byłoby pożądanem, gdyby kol. OŁTUSZEWSKI zechciał sprawdzić to na większej ilości osób pochodzących z różnych okolic kraju, o co w Warszawie chyba nie trudno.

4) Co się tyczy jednobrzmienia *rz* i *ż*, i pod tym względem nie mógłbym się zgodzić z kol. O., który mówi: „Co się zaś tyczy *rj*, to dźwięk ten obecnie znikł i zmienił się w *rz*, w niczem nie różniący się w wymawianiu od *ż*“, i w odpowiedzi Sz. prof. BRODOWSKIEMU: zgodnie z powolną przemianą, jakiej uległo *r* przechodząc ostatecznie w dźwięk *rz*, niczem nie różniący się obecnie od *ż*“. Różnica ta jednak w brzmieniu istnieje, i to nie tylko w mowie ludu, który bardzo ściśle wszędzie zachowuje *rz*, gdy tymczasem *ż* zamienia na *z*. (Mówię tu naturalnie tylko o tych okolicach, w których lud „mazurzy“). Sądzę, że i ucho każdego z nas dość łatwo uchwyci różnicę między np. *żuć* a *rzuć*, *warzyć* a *ważyć*, *źnie* a *źnie* i t. p..

W końcu muszę prosić Sz. kol. OŁTUSZEWSKIEGO o przebaczenie, że wbrew zasadzie: *Ne sutor ultra crepidam*, pozwoliłem sobie na tych kilka uwag. Kwestye językowe i ludownicze polskie obchodzą mnie bardzo i zajmuję się niemi, po dyktandku wprowadzie, od lat 20, bo od roku 1873. Niech to posłużą na moje usprawiedliwienie. A zresztą: *Polonus sum nihil polonium a me alienum esse puto.*

Ludwik Czarkowski.

Na powyższy list kol. O. odpowiada w następujący sposób:

Kwestye podniesione przez kol. CZARKOWSKIEGO, każdy zwykle mile wita, dla kogo nieobojętne są sprawy, mające jakikolwiek związek z językiem naszym. Pomimo to, oprócz punktu trzeciego, nie mają one żadnego związku z pracą moją pomieszczoną w *Medycynie: Fiziologia alfabetu polskiego*, wkraczając na pole wymowy w tej lub owej części kraju, jak również języka ludowego. To też ograniczając się na pobieżnej wzmiance, uwzględnię szczegółowo jedynie punkt trzeci. 1) Wcale nie przeczę, że na Podlasiu większość inteligencji wyróżnia w mowie *ó* od *u*, chociaż trudno sobie wyobrazić, w jaki to sposób fonetycznie, a więc w mowie, ucho może wyróżniać *ó* od *u*. 2) Że kol. Cz. absolutnie nie śmie twierdzić, jakoby w naszych rodzimych wyrazach dźwięk *h* nie istniał, to bardzo słusznie i rozsądnie, gdyż zgodnie ze zdaniem najpoważniejszych naszych lingwistów powtarzam, co już w fizyologii powiedziałem, że wyrazów rodzimych, rozpoczynających się od *h* krtaniowego nie mamy, a te które posiadamy są obce. W podanym przez kol. CZAR. zbiorze wyrazów, do którego możnaby jeszcze dodać wiele innych, największą część jest małopolskiego pochodzenia, jak: *hałas* (głos), *hardy* (gordy), *harować* (gorować), *hodować* (godować), *hojdać* (gojdati), *hołota* (gołota), *hurkotać* (gurkotati) i t. d., inne przeszły z czeskiego języka, jak: *łyży* (hošek), *hojny* (hojny), *hasać* (hasati), a są nawet staro-niemieckie jak: *harmider* i tureckie jak: *hetka*. Rozumie się, że wyłączam wykrzykniki, jak: *hola! ha! i t. d.*, z powodów dla każdego aż nadto zrozumiałych. Wcale to jednak nie przeszkadza nam wyma-

¹⁾ Nie przeszkadza to jednak, że niektóre osoby utraciły zupełnie poczucie różnicy między brzmieniem *h* i *ch*. Przypominam sobie kol. Ch. rodem z Płockiego, wychowanego i praktykującego w Warszawie, który w żaden sposób ze słuchu nie mógł odróżnić wyrazu *hart* od *chart*, pomimo, że mu je wymawiał jak należy.

²⁾ W Sandomierskiem, na Kujawach (Kolberg), w wielu wsiach Małopolski (Ciszewski w „Wiśle i w Głosie“ przed paru laty). Lud nawet dla wymawiających *ł* jako *u*, ma osobną nazwę. Zawsze to są tylko wyjątki, ogół mówi wyraźnie *ł*.

wiać owo *h* w wyrazach obcych, jak o tem wspomina kol. Cz., a co nam wszystkim oddawna doskonale wiadomo. Że na Mazowszu nie wyróżniają *h* od *ch*, co kol. Cz. zda się tak dotkliwie odczuwa, nie poczytuję tego za żaden błąd, gdyż tylne *ch* w naszym języku zbliża się bardzo do energicznie wymawianego krtaniowego *h* i dlatego fonetycznie z nim się utożsamia. Najgorliwszy nawet miłośnik naszego języka nie poczyta nikomu za błąd, jeżeli w mowie nie będzie wyróżniał krtaniowego *h* od gardzielowego *ch*. 3) Co do fizjologii wytwarzania spółgłoski *ł*, to, choć nie zaprzeczam, że dźwięk ten można wydobyć, wciskając nawet język między zęby, jak tego żąda kol. Cz., gdyż zasadniczą rolę dla fizjologicznego wytwarzania tej głoski odgrywa jedynie podstawa języka, podnosząca się do góry do podniebienia twardego, i wciąganie tylnych części brzegów języka, wytwarzające obszerniejsze otwory boczne aniżeli przy *ł*, umieszczanie zaś końca języka bliżej albo dalej od zębów przednich, niema dużego znaczenia; każdy jednakowoż przyzna, że, stosownie do podanego przez nas objaśnienia wytwarzania się tej spółgłoski, można ją prawidłowo wymówić, nie narażając się wcale na śmieszność układania języka między zębami. O prawdziwości słów moich chyba najlepiej przekona kol. Cz. sposób, jakiego używają w instytucie głuchoniemych w Warszawie, przy nauce tego dźwięku. Każą mianowicie układać malcom język jak przy *ł*, a podnosząc jego podstawę do góry, otrzymują *ł*. Że w wielu miejscach kraju (chyba w Warszawie nie najczęściej) zamiast *ł* wymawiają *eu*, a więc zamiast ładny wymawiają uadny, na to zgoda i błąd ten na tej zasadzie, że mowa prawidłowa i język literacki posiadają jak najwyraźniejszy dźwięk *ł*, należy odnieść do częściowego bełkotania (*pselismus partialis*), zresztą łatwo dającego się usunąć. Nakoniec cofanie się języka, a raczej ułożenie go po za zębami dolnymi przy wymawianiu samogłoski *u*, nie jest żadną nowością, a elementarnym i nieodzownym warunkiem fizjologii wytwarzania się tej samogłoski. Wobec tego co powiedziałem, rada kol. Cz., abym dźwięk *ł* sprawdził u osób z różnych okolic kraju, jest poniewczasie, gdyż nie tylko wszystko to sprawdzałem, ale najskrupulatniej przestudowałem wytwarzanie się tego dźwięku, z patologią zaś jego spotykam się na każdym kroku. 4) W prawidłowej mowie obecnej dźwięk *rz* nie różni się fonetycznie od *ż*. Ucho nasze obecnie już nie odczuwa różnicy przy wymawianiu słów: ważyć i warzyć, co też odpowiada jednemu i temu samemu miejscu artykulacji dla obu tych dźwięków. Że w mowie ludu słychać wyraźnie oba te dźwięki, na to się zgadzam, ale to niema żadnego związku z tem, co nam o nich podaje fizjologia.

Kończąc tych parę słów odpowiedzi, pragnąłbym, aby na wzór kolegi Cz., jak najwięcej ludzi światłych i dobrej woli, a mających styczność z ludźmi różnych okolic kraju, zajmowało się różnicą, jaką mowa nasza w tej lub owej okolicy kraju przedstawia, bądź pomiędzy inteligencją, bądź pośród ludu. Zbieranie tego rodzaju faktów, choć niema bezpośredniego związku z fizjologią mowy, mogłoby się przyczynić do wyjaśnienia wielu pytań odnośnie do formowania się języka, i stanowić nieraz cenny materiał dla odpowiedniego spożytkowania przez naszych lingwistów.

Władysław Oltuszewski.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

73. a) ERB. **Etylogia wiału.**

b) LANCEREAUX. **Powstawanie wiału i stosunek jego do przymiotu.**

a) ERB, jak wiadomo, należy do zwolenników teorii przymiotowej. W pracy niniejszej opiera się on na znacznym materiale statystycznym, którego cyfra dochodzi do 600 przypadków. 89% tabetyków miało przymiot; z nich u 63% były oznaki przymiotu wtórnego, zaś u 26% tylko szankier bez objawów następnych. Podobny stosunek procentowy znalazł E. także u 32 kobiet, cierpiących na wiał. Autor, mimo tak wielkiej odsetki, przypuszcza jednak, iż cyfry powyższe są jeszcze zbyt niskie. Dla kontroli, zbadał on jeszcze 6000 innego rodzaju chorych, co do istnienia u nich w wywiadach przymiotu, i znalazł pomiędzy nimi 22,5% syfilityków. Wogóle E. dochodzi do wniosku, że wszyscy prawie tabetycy chorowali dawniej na przymiot, czyli innemi słowy, nie ma widoków zachorowania ten, kto nie był dotknięty przymiotem.

Autor badał statystycznie i inne przyczyny, grające rolę w powstawaniu wiału. Dziedziczność nie ma znaczenia. Uspokojenie neuropatyczne znalazł u 28%; rozstrój nerwowy ogólny u 42%; zaziębienie u 34,5%; ciężką pracę fizyczną u 27%.

Onanizm, któremu oddają się ludzie najczęściej w wieku młodzieńczym, posiada pewne znaczenie w etyologii władu, gdy mu się oddają osobniki starsze. Niewątpliwie szkodliwy wpływ mają nadużycia płciowe, czego dowodem zjawianie się niekiedy władu u małżonków wkrótce po ożenieniu, zwłaszcza u mężczyzn w wieku późniejszym. Po influency zauważył E. pogarszanie się choroby.

Wszystkie jednak wymienione momenty działają zazwyczaj szkodliwie wtedy tylko, gdy występują u syfilityków, u których więc drobna napozór przyczyna wywołać może wład.

Wład uważa E. za późną formę przymiotową. Na poparcie swego zdania przytacza on szereg faktów klinicznych i anatomicznych; jednakże ostatnie zbyt są jeszcze nieliczne, ażeby mogły kwestyę rozstrzygnąć napewno. Zdaje się, że i typowe zwyrodnienie szare w władzie zależy od przymiotu.

(*Volk. klin. Vortr. N. F. Nr. 53*).

b) W kwestyi etyologii władu L. jest zdania, że głównymi przyczynami są: obarczenie neuropatyczne, przeciążenie pracą układu nerwowego, zaziębienia, uraz. Statystyczne dowody jednoczesnego występowania władu i przymiotu, głównie przez ERB'a i FROURNIER'a przytaczane, pozbawione są wszelkiej wartości naukowej. Zdaniem autora 1) wład, wedle obecnych pojęć, jest chorobą umiejscowioną w włóknach czuciowych i szerzącą się z korzeni nerwowych stopniowo na pęczki czuciowe rdzenia i mózgu. Jest to więc cierpienie nie tylko występujące systematycznie, lecz i systemowe, w tem znaczeniu, iż dotyczy systemu włókien, które wytwarzają się w okresie embryonalnym jednocześnie (FLECHSIG). Inaczej natomiast bywa z przymiotem. Tu włókna czuciowe nigdy nie ulegają chorobie pierwotnie, lecz jad przymiotowy przedewszystkiem działa na narządy chłonne. Okres pierwszy cechuje się zmianami w naczyniach i gruczołach chłonnych; drugi wybuchem wysypki na skórze, migdałkach i t. d.; trzeci zmianami gumatycznymi, zwłaszcza w naczyniach krwionośnych. Nawet w razie zajęcia układu nerwowego przez przymiot, stwierdzić można, iż gumaty występują w mięszu tętniczek, pozostawiając nienaruszonymi włókna nerwowe i komórki, które dopiero wtórnie ulegają sprawie chorobowej. Siedlisko histologiczne zmian wladowych i przymiotowych jest zupełnie inne. 2) Również i siedlisko anatomiczne jest odmiennem: w władzie sprawa występuje symetrycznie i zajmuje stopniowo pęczki tylne rdzenia, w przymiocie jest ona niesymetryczną i rozsianą. 3) Przebieg władu różni się wyraźnie od przebiegu przymiotu. Wład rozwija się ciągle postępując; szerzy się w kierunku włókien czuciowych i okazuje mało skłonności do ograniczenia się lub ustania. 4) Wład i zapalenie rdzenia natury przymiotowej różnią się pod względem cech histologicznych. 5) Też różnicy anatomicznej odpowiadają także zjawiska kliniczne w obu cierpieniach. Wład cechuje się zbroceniami czuciowymi, gwałtownymi i nagłymi bólami, bezładem; zapalenie rdzenia przymiotowe cechuje się porażeniem, często bez zaburzeń czuciowych. 6) Wyniki lecznicze, skuteczne w przymiocie, okazują się bez wpływu w władzie, np. jodek potasu. Pod wpływem rtęci następuje niekiedy w władzie polepszenie, lecz niebawem objawy powracają; przeciwnie, na rtęć przymiot wywiera wpływ swoisty i trwały. (*Mercr. med.* 45—92).

74. a) TRENMANN. Przyczynek do biologii przecinkowca cholery.

b) LOEFFLER. Przyczynek do wykazania w wodzie obecności przecinkowców cholery.

a) Warunki biologiczne przecinkowca cholery zostały przez R. KOCH'a tak wyraźnie określone (reakcja alkaliczna odżywek sztucznych i naturalnych, *aerobioza*, *minimum et optimum* ciepłoty dla rozmnażania się), że późniejsze badania nic istotnego nie dodały. Warunki zaś, przy jakich przecinkowiec cholery może wytrwać i nawet rozmnażać się w wodzie rzek, jezior i studzien, dotychczas nie były zbadane. Wiadomo, że w wodzie wyjałowionej przecinkowiec cholery zachowuje przez dłuższy czas swe zdolności życiowe, a nawet może się rozmnażać, gdy przeciwnie w wodzie niewyjałowionej rzecznej lub studziennej po 3—4 dniach nie może być wykazany (WOLFHUEGEL i RIEDEL). T. zajął się zbadaniem, jak wpływają na własności życiowe przecinkowca niektóre substancje, znajdujące się w naturalnej wodzie rzecznej i studziennej, czy obecność ich sprzyja rozwojowi przecinkowca, czy też rozwojowi innych gatunków wodnych bakterii. T. przeprowadził badania nad wodą studzienną (dosyć twardą, 100 ccm, której, redukowały 3,1 ccm. $\frac{1}{100}$ norm. nadmang. potasu, z zawartością na 1 litr 35 mgr. chloru) raz nad wyjałowioną, potem nad nie-

wyjałowioną, dodając do 10 ccm. tej wody po 1—3 kropli 10% roztworu NaCl, $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$, Na_2SO_4 , Na_2PO_4 , a także soli potasu. Z tych badań okazało się, że w wodzie wyjałowionej zawartość liczebna przecinkowców zwiększała się stosownie do zawartości tych soli, najwięcej zaś rozmnażały się przecinkowce po 24 godz., jeżeli do 10 ccm. wody wyjałowiowej dodane były 2 krople 10% roztworu NaCl + 1 kropla Na_2CO_3 . Po tych badaniach przeszedł T. do właściwego zadania, mianowicie do wykazania warunków, przy jakich przecinkowiec cholery może wytrwać, a nawet rozmnażać się wśród bakterii wodnych, t. j. w wodzie niewyjałowionej, naturalnej. Te badania T. przeprowadzał w podobny, wyżej wspomniany sposób, analizując wodę, zawierającą pośród innych bakterii i przecinkowce cholery, po 24 g., 2, 3, 4 aż do 7 dni. Rezultat tych badań był następujący:

- 1) po 24 godz. przecinkowce cholery w wodzie niewyjałowionej znacznie zmniejszają się w ilości, gdy przeciwnie saprofity prędko się rozmnażają;
- 2) po dodaniu NaCl (ilość jak wyżej) przecinkowce cholery albo wcale się nie rozmnażają, albo bardzo nieznacznie, kiedy saprofity jeszcze się rozmnażają prędko;
- 3) po dodaniu pewnej ilości siarku sodu (Na_2S) przecinkowce bardzo prędko zmniejszają się ilościowo, a saprofity mało się rozmnażają;
- 4) po dodaniu NaCl i Na_2S ilość przecinkowców nadzwyczaj się zwiększa, gdy przeciwnie rozmnażanie się saprofitów jest bardzo nieznaczne.

T. przeprowadzał swe badania przy ciepłocie 1) 21—24° C., 2) 10—11,5° C., 3) 11,5—16° C.. Okazuje się, że najdłużej (jeszcze po 9 dniach) przecinkowce cholery znajdowały się w wodzie niewyjałowionej przy ciepłocie 11,5—16° C., zawierającej pewne ilości NaCl + Na_2PO_3 + Na_2S . Zawartość Na_2S była bardzo mała: na 100,000 cz. wody przypadało 6 cz. H_2S (siarkowodoru). I z innych podobnych doświadczeń okazuje się, że przy zawartości w wodzie (niewyjał.) NaCl + Na_2S większa część saprofitów ginie, kiedy przecinkowce cholery silnie się rozmnażają. NaCl znajduje się w naturalnej wodzie wskutek zanieczyszczenia przez moc, pompy kuchenne, albo wskutek dopływu z gruntu sól zawierającego. H_2S lub K_2S częściej się znajdują w odpływach fabrycznych. Również bywają wytwarzane te związki z białka przez bakt. gnilne, często także otrzymują się przez redukcję Na_2SO_4 (siarczanu sodu). PERRI i MASSEN wykazali, że wiele bakterii (także i przecinkowce cholery) może w mniejszym lub większym stopniu wytwarzać H_2S . Otóż w takiej wodzie, jak to T. dowiódł doświadczalnie, przecinkowiec cholery może dłuższy czas pozostawać, a nawet rozmnażać się.

(*Centr. f. Bakteriolog. u. Parasitenkunde. Nr. 10.—93*) L. Pękosławski.

b) Przyczynowy związek między szerzeniem się cholery a używaniem do picia wody podejrzananej czystości, jest ogólnie zaznaczany, chociaż dotąd tylko KOCH, FRAENKEL i LUBARSCHEZ znajdowali w wodzie przecinkowca cholery. Przyczynę tego L. widzi w braniu do analizy małej ilości wody (do żelatyny dodaje się co najwyżej kilka kropli wody i taką mieszaninę wylewa się na płytkę). Naturalnie może się zdarzyć, że w tych kilku kroplach wody, wśród masy różnych bakterii nie będzie ani jednego przecinkowca cholery. Otóż L. zaleca brać do badania, o ile można, większe ilości wody, hodując tak zwane „przedwstępne kultury“ (*Vorkultur*). Do 200 ctm. badanej wody dodajemy 10 ctm. alkalicznego roztworu peptonu i stawiamy tę mieszaninę na 24 godz. do termostatu przy 37° C.. Przez ten czas wszystkie przecinkowate formy zdążą się dobrze rozwinąć¹⁾. Wtedy z tej „przedwstępnej kultury“ dopiero bierzemy niewielką ilość do badania na płytce, mając już daleko większe szanse znalezienia przecinkowca cholery. L. analizując w ten sposób bakterie wody, znalazł dwa gatunki przecinkowców, zupełnie prawie podobnych do p. cholery, szczególnie w pierwszych dniach rozwijania się na płytce. W celu przeto praktycznym radzi L. hodować przy analizie równocześnie kontrolowe kultury przecinkowca cholery. Takim sposobem prowadzone badania nad możliwie największą ilością wody i kontrolowane, dadzą w przyszłości, jak się L. spodziewa, dodatnie rezultaty, jakich dotychczas dać nie mogły zwykłe sposoby analityczne.

(*Centralbl. f. Bakteriologie u. Parasitenkunde Nr. 11. 12. 1893*).

L. Pękosławski.

¹⁾ Metoda ta przed kilkoma miesiącami za stosowaną została u nas przez BUJWIDĄ z podobnym wynikiem. Nowiny Lekarskie Nr. 12. 1892 r. *Centralblatt f. Bakter.* Nr. 4.

75. FOURNIER. Wyprysk (*herpes*) u ciężarnych. Choroba ta występuje zwykle podczas ciąży lub natychmiast po porodzie; najczęściej w 3—5 miesiącu ciąży, rzadko już w 3—4 tygodniu. W ostatnim razie ma wartość rozpoznawczą dla stwierdzenia ciąży. W okresie połogowym zdarza się bardzo rzadko i przebiega z gorączką, potami i swędzeniem. Jeśli choroba w końcu ciąży ulegnie zmniejszeniu, to po porodzie wywołuje recydywę, która może być daleko gwałtowniejszą, niż okres poprzedni. Po ukończeniu połogu wyprysk zazwyczaj znika, lecz zjawia się znów w ciąży następnej.

Autor porównywa chorobę tę z *dermatitis herpetiformis* DUHRING'a, która okazuje cechy następujące: 1) Wysypka bywa różnolita, z przewagą pęcherzyków; obok tego grudki (*papulae*), plamki, erozye i strupy. 2) Z objawów podmiotowych: swędzenie, uczucie gorąca, palenia, mrowienia. 3) Stan ogólny dobry. 4) Choroba występuje w postaci wybuchów peryodycznych. 5) Trwać może bardzo długo (do 20 lat).

Otóż wyprysk ma cechy zupełnie podobne, tylko że występuje w czasie ciąży. Z początku przeważają objawy podmiotowe; później dreszcze, poty, gorączka. Wysypka zjawia się na kończynach (częściej górnych), rzadziej na twarzy, piersiach, brzuchu; wyjątkowo na błonach śluzowych (ust, sromu). Na pierwszy rzut oka jest ona podobną do pęcherzycy.

Odróżnić można 4 odmiany: 1) Typ erytematyczny, podobny do pokrzywki lub rumienia, o brzegach nierównych, okrągłych lub półksiężycowych, na których siedzą pojedyncze pęcherzyki. 2) Typ pęcherzykowy. Na tle czerwonym istnieje wysypka wypryskowa, okrągła. 3) Typ pęcherzowy, który powstaje przez zlewanie się sąsiednich pęcherzyków lub też samoistnie. 4) Typ syfiloidowy, przypominający różyczkę przymiotową. Są wreszcie formy grudkowo-pęcherzykowe.

Stan zwykle bezgorączkowy, łaknienie dobre. Jednakże w postaciach cięższych bywa bezsenność, utrata łaknienia. W ciągu 20—30 dni sprawa się ogranicza; pęcherzyki pękają lub zasychają, strupy odpadają i pozostają lekko zabarwione plamy. Bardzo rzadko obraz cały powtarza się w ponownej ciąży, lecz wtedy już o wiele silniej.

O etyologii cierpienia nic niewiadomo. Chinina i arsenik zdają się skracać nieco trwanie choroby. Miejscowo stosuje się tłuszcz jakiegokolwiek i opatrunek watowy. Później pacjentki znoszą lepiej opatrunek suchy (krochmal, bizmut, talk). Przeciw swędzeniu, obmywania kwasem karbolowym, sublimatem, chlorałem, kąpiele z otrąb, żelatyny. Rokowanie jest pomyślne. (*Bull. med.* 69—92).

76. KLIPPEL i DURANTE. Myoseismia. Pod tym tytułem autorowie opisują nową postać nerwową, należącą do grupy chorób rodzinno-dziedzicznych. Spostrzegane trzy przypadki dotyczą 3-ech członków jednej rodziny (dwaj bracia i siostra), których matka i ciotka również na to chorowały.

Choroba rozpoczynała się w wieku dojrzałym, około 35-go roku życia, gwałtownymi bólami, podobnymi do *crises tabétiques*, a niekiedy do nerwobólu kulszowego. Później występowały objawy w porządku następującym: chód chwiejny, niepewny, jak u pijanego, o wiele gorszy w ciemności, przy oczach zamkniętych; zboczenia mowy (bełkotanie lub pomruk), wzroku, zawroty głowy i znieczulenia kończyn dolnych. W najwyższym rozwoju choroby, najwybitniejszym objawem były zaburzenia ruchowe: skurcze mięśniowe nie miały cechy prawidłowej, jednolitej, lecz składały się z szeregu skurczów oddzielnych, aczkolwiek nie bezładnych. Skutkiem tego chorzy chodzili z nogami rozstawionymi, ażeby wzmocnić punkt oparcia. Kończyny górne, jeśli ulegały cierpieniu, to w stopniu mniejszym i daleko później; z objawów innych zauważono tylko zmianę pisma.

Takie same zaburzenia skurczów mięśniowych występowały niekiedy w oczach i języku (*nystagmus*, zmiany mowy). Odruchy ścięgniste, oddziaływanie mięśni na prądy elektryczne, zdolności umysłowe były prawidłowe. Zaburzenia czuciowe, prócz bólu, wyrażały się znieczuleniem kończyn dolnych, zwłaszcza poniżej kolan, rzadziej górnych (dłonie i przedramiona). W ostatnim okresie choroby: wzmożenie wszystkich objawów, utrata czucia mięśniowego, ślepotą, osłabienie ogólne. Lecz to wszystko następowało dopiero po wielu latach. Ogół powyższych objawów nie odpowiada żadnej ze znanych postaci chorobowych; czy tu mamy chorobę odrębną, czy połączenie kilku znanych, pokażą badania dalsze (*Rev. de med.* 92).

77. BELFIELD. **Trójdłochlorek jodu (ICl_3) w chirurgii.** Ciało to powstaje po przeprowadzeniu chloru gazowego przez jod. Są to kryształki czerwone, rozpuszczające się w wodzie i wyskoku. Roztwory mieszają się dobrze z gliceryną. Po dodaniu kilku kropel trójdłochorku jodu do moczu prawidłowego, następuje rozkład w ten sposób, iż jod barwi mocz na kolor brunatny, chlor zaś wydobywa się w formie pęcherzyków gazowych. Rozkład taki odbywa się prawdopodobnie dzięki obecności śluzu. Również i inne ciała organiczne, jak ropa, krew, ślina, posiadają zdolność rozkładania ICl_3 . Skutkiem tego należy do roztworów brać wodę przekroploną.

Ze względu na to, iż obadwa składniki działają *in statu nascenti*, ICl_3 posiada własności przeciwnie. 10%-owy roztwór wodny sterylizuje szybko hodowle zwykłych koków ropnych. B. zastosował środek ten w chorobach następujących: 1) W grzylcy chirurgicznej (*cystitis, epididymitis, abscessus prostatae, absc. cervicis, gonitis, empyema*). 2) W ropieniach. 3) W nieżytych pęcherza, powstałych skutkiem przerostu gruczołu krokowego i stąd zatrzymania moczu. 4) W niektórych chorobach wenerycznych.

Wyniki były wogóle dobre; ani jodoform, ani inne środki nie sprowadzały wyleczenia w czasie równie szybkim. ICl_3 działa silniej, niż jodoform. Najlepiej stosować go podskórnie, używając roztworów najsłabszych aż do najsilniejszych. Może on pozostawać czas dłuższy w zetknięciu z tkankami. Ujemną stronę stanowią wybitne własności kaustyczne w roztworach silniejszych, psucie narzędzi i ubrania.

Podskórnie stosował autor roztwór 1/2%-owy wodny lub mieszany (1 gliceryny na 4 części wody). Roztwór 2%-owy wywoływał u zwierząt ropnie. Na rany ropiejące wolno użyć 5%-wych irygacji; w wrzodach złośliwych 5--20%-owych roztworów ICl_3 w wodzie, glicerynie i wyskoku w równych częściach. Roztwory silniejsze po nad 50%, wywołują w miejscach chorych bóle kłujące. Czyste kryształki działają kaustycznie na miejsca obnażone. Gaza, napojona ICl_3 , zachowuje działanie dezynfekcyjne stale. (*Med. Rec. 42—92*).

78. LAACHE. **Zakrzepy obwodowe w rozmaitych chorobach.** Autor spostrzegł 14 przypadków, nie pozostających w związku zespawami połogowemi. Choroby jamy brzusznej stanowią bardzo często punkt wyjścia zakrzepów w kończynach dolnych, jak np. w jednym przypadku zapalenia okołokątniczego. Rzadziej choroby w klatce piersiowej są punktem wyjścia zakrzepów w kończynach górnych; w literaturze istnieje przypadek zakrzepu w ramieniu skutkiem otoku ropnego. Influenca i tyfus bywają przyczyną zakrzepów, jakkolwiek, wobec częstości tych chorób, ostatnie występują bardzo rzadko. Podczas pandemii influeney zanotowano w Niemczech 25 tego rodzaju przypadków. Z cierpień przewlekłych, napotykanym zakrzepu w raku, grzylcy i przymiocie. Zapalenie żył artrytyczne zdarza się dość często w Anglii i Francji. Otyłość, zaziębienia, zmęczenie, podają niektórzy jako momenty etyologiczne. Wyrażenie *phlegmasia alba dolens* maluje bardzo trafnie symptomatologię zakrzepów. Zauważyć można pewne stopniowanie w natężeniu sprawy chorobowej.

We wszystkich spostrzeżeniach autora zakrzep mieścił się w żyłach kończyn dolnych (jednej lub obu); najczęściej w żyłę udowej większej, rzadziej w mniejszej. Zaczernienie skóry występowało o wiele rzadziej, niż przy zapaleniu naczyń chłonnych. Obrzmienia gruczołów chłonnych nie było prawie nigdy. Ból trwał krótko i ustępował zazwyczaj miejsca uczuciu ociężenia w kończynie.

Celem dokładnego rozpoznania choroby należy starannie badać żyły, w tych zwłaszcza przypadkach, gdzie chorzy skarżą się rzekomo na bóle reumatyczne lub nerwowe, np. w influeney. Wyczuwa się nader łatwo sznurek nierówny, jeśli poprowadzić palcem, umoczonym w oliwie, wzdłuż skóry. Zatory L. spostrzegł rzadko (raz na 14 przypadków).

Sprawa staje się czasem niebezpieczną ze względu na skłonność jej do szerzenia się. Kilka żył może jednocześnie uleść zakrzepowi: obojczykowa, szyjowa, zatoki mózgowe; lecz i w tych nawet razach wyzdrowienie bywa możliwem. Występują również powroty.

Leczenie opierać się winno głównie na zachowaniu spokoju bezwzględne. Często zalecany masaż wywołać może szkodliwe następstwa. (*M. Runds. 3—93*).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Komórki eozynofilowe we krwi ludzkiej. ZAPPERT, w obliczeniach swych. dokonywanych nad świeżą krwią zapomocą zmodyfikowanej nieco mieszaniny kwasu osmowego i eozyny (podanej przez MAYET'a), otrzymał wyniki następujące: U ludzi z drowych ilość komórek eozynofilowych waha się między 60 a 250 w milim. sz., jakkolwiek znaleźć można niekiedy i 700 takich komórek bez widocznej ku temu przyczyny. U dzieci cyfry te są daleko wyższe (200—1000 w mil. sz.). W miesiączce, ciąży, jakoteż pod wpływem leukocytozy trawiennej nie zauważono żadnego zboczenia w ilości komórek eozynofilowych. W białaczce ilość ta jest stale i bezwzględnie zwiększoną. W blednicy odróżnić można, zgodnie z danymi NEUSSER'a, przypadki ze zwiększoną i ze zmniejszoną ilością kom. eozynofilowych, bez jakiegokolwiek różnicy pod względem rokowania w obu razach. W ciężkich anemiach nie mógł autor potwierdzić zdania Neusser'a, jakoby zmniejszenie ilości kom. eozynof. dawało rokowanie gorsze. W niektórych przypadkach zapalenia nerek, żółtaczki nieżytowej i nerwie czynnościowych znalazł Z. wzmożenie ilości tych komórek. To samo w chorobach skórnych: pęcherzycy, twardzieli skóry i wilku. Ciężkie choroby gorączkowe przebiegały prawie stale wraz ze zmniejszeniem komórek eozynofilowych, lub nawet z zupełnem ich zniknięciem. Natomiast po ustaniu gorączki ilość tych komórek niekiedy wzmagala się w wysokim stopniu (zwłaszcza w gorączce po iniekcjach tuberkuliny). W wysypkach ostrych znajdowano często większą ilość kom. eozynof już podczas trwania gorączki. Autor kończy uwagę, iż wedle jego poszukiwań, nie można nadawać komórkom eozynofilowym owego ważnego znaczenia rozpoznawczego i prognostycznego, jak chce Neusser; w każdym atoli razie zasługują one niewątpliwie na uwagę pod względem klinicznym. (D. m. Z. 16—93).

— EICHHORST opisuje przypadek wrodzonego braku wszystkich paznogi. 26 letni pacjent nie doznawał z tego powodu nigdy przeszkód w swych zajęciach jako murarz, oddawał się przytem grze na cytrze. W rodzinie jego podobnego zboczenia nie ma. Łożyska paznogi są prawidłowo rozwinięte, powierzchnia ich jest gładką, połyskującą i mocno czerwoną; skóra w tych miejscach jest bardzo delikatną, miękką, a dotknięcie lub lekkie ułknięcie bywa odczuwanem tak samo wyraźnie jak na skórze otaczającej. Zazwyczaj spostrzegano przy tej wadzie rozwojowej brak lub mały porost wło-

sów oraz opóźnienie zębowania; u opisywanego zaś osobnika przeciwnie, uwłosienie i zęby były rozwinięte prawidłowo. (C. f. kl. M. 14—93).

— LÉPINE znalazł w literaturze 16 przypadków otrucia sulfonalem z zejściem śmiertelnem; z tych 3 razy było otrucie ostre, 13 razy przewlekłe. W ostatniem dawka dzienna wynosiła 1—3,0, w ciągu 2½ miesięcy aż do 2-ch lat. Objawy zatrucia były zawsze jednakowe: przeważały wymioty i zaparcie, niekiedy zaburzenia ruchowe i osłabienie odruchów; rzadko ukazywała się wysypka na skórze. Mocz wydzielal się w ilości zmniejszonej, był mocno czerwonym i zawierał barwniki żółciowe, mucynę, białko, wałeczki nabłonkowe i wielką ilość czerwonych krążków krwi. W 2 przypadkach znaleziono hematoporfirynę w moczu. Obok tego występowały zazwyczaj objawy podobne, jak przy zatruciu morfiną. Śmierć następowała w stanie omdlenia. Badania KASR'a u zwierząt, otrutych sulfonalem, wykryły wylewy krwawe w kłębkach nerkowych i złogi wapienne w komórkach nabłonkowych. (Sem. med. 93).

— Z 400 przypadków raka odbytnicy, spostrzeganych przez HARRISON-CRIPPS'a, 114 było operowanych, mianowicie w 38 dokonano wycięcia, w 76 kolotomii. Z owych 38 zmarło 3 chorych, wyzdrowiało 35. Co do ostatnich, to u 10 rak odnowił się w ciągu roku, u 5 w ciągu 1—3 lat; 10 pozostało zdrowymi w ciągu 1—12 lat po operacji. (Ann. of Surgery 93).

— RICHARDIÈRE i THERÈSE zwrócili uwagę na wzmożenie ciepłoty w mocznicy. Zwykle bywa w mocznicy ciepłota prawidłowa lub nawet obniżona. Podniesienie się jej zdarza się rzadko, zarówno w zapaleniu nerek ostrym, jak i przewlekłym. Zauważono wyższą ciepłotę nie tylko w mocznicy zwykłej (drgawkowej), lecz także w powikłanej zapaścią i obłędem. Tu gorączka mocznicowa występuje zwykle jednocześnie z drugim objawem, hemiplegią. Ciepłota podnosi się najczęściej w okresie objawów zwinstunowych, dosięga najwyższego natężenia podczas napadu mocznicowego i opada po ustąpieniu objawów. W razie, gdy mocznica kończy się śmiertelnie, ciepłota podnosi się jeszcze po śmierci, dochodząc do 43°. Zwykle bywa rano 39°, wieczorem 39,5° do 40°—43°; jednocześnie tętno i oddech przyspieszone (niekiedy CHEYNE-STOKES'a). Gorączka nie posiada znaczenia prognostycznego, ponieważ zjawia się zarówno w przypadkach uleczenia, jak i śmiertelnych. Przyczyną jej jest może obrzęk mózgu; MUNK, zapomocą wstrzykiwania psom wody do tętnicy szyjowej, wywoływał obrzęk mózgu i podnoszenie się ciepłoty. Jednakże spostrzegano

gorączkę u chorych na mocznicę i wtedy, gdy sekcyja żadnych zmian w mózgu nie wykrywała. LÉPINE stwierdził w nerce zdrowej istnienie jakiejś substancji, podnoszącej ciepłotę. BINET znalazł w moczu ciało, które, wstrzyknięte świ-niom pod skórę, podnosiło ciepłotę o 1—2°. (Rev. de Med. 11—91).

== Histeryczne cierpienia stawów, podług GILLES de la TOURETTE'a, cechują się przede wszystkim nadczułą obwódką, otaczającą staw; jestto objaw stały dla każdego pojedynczego cierpienia (*coxalgia, gonitis*). Nadczułość pozostaje jeszcze przez czas pewien po nastąpieniu wyrównaniu czynności stawu. Często taka obwódka nadczuła staje się źródłem powstawania napadów histerycznych (np. drgawek). Zachowywanie się chorej kończyny może łudząco naśladować organiczną chorobę stawu, lecz zauważyć trzeba, że ustawienie kończyny histeryczne posiada często cechę sztuczną, przesadną i wykracza zwykle po za właściwe granice cierpienia. W histerycznym cierpieniu stawów nie spostrzega się żadnych zmian anatomicznych, organicznych. Jednakże należy mieć na uwadze, że do rzeczywistej (np. gruźliczej) choroby stawu przyłączyć się może artralgia histeryczna i że przez długotrwałe nieużywanie stawu mogą nastąpić: zanik mięśni i chrząstki stawowej oraz przykurczenia. Niekiedy napotyka się obrzmienie okolicy stawowej, które autor przypisuje uwarunkowanym przez histeryę zaburzeniom odżywczym. W każdym razie przytoczone zmiany są mniej wydatne i radsze, niż w artropatiach rzeczywistych. Histeryczne zaburzenia w stawach zasługują na największą uwagę ze strony lekarza. Autor słusznie przypuszcza, iż opowiadania o cudownych uleczeniach długoletnich paralityków dotyczą tego właśnie cierpienia. (Bull. med. 88—91).

== BERGIOTTI i BORDONI opisują pewną grupę chorobową, która nie znalazła dotąd miejsca w podręcznikach, jakkolwiek daje się napotykać dość często. Obejmuje ona przypadki, których symptomatologia dotyczy pewnych zaburzeń nerwowych w układzie naczyniowym żołądka (szczególnie tętnicznym) i jamy brzusznej, i z tego powodu może być uważaną za rzeczywistą nerwicę histeryczną nerwu współczulnego. Chorzy ci miewają gastralgiczne napady bólów, połączone z bolesnością wzdłuż przebiegu wielkich tętnic brzusznych. Palpacja wykrywa wzmoczoną wrażliwość w okolicy żołądka oraz bolesność w okolicy aorty brzusznej i wzdłuż tętnic biodrowych. Tętno aorty bywa wzmocnionem i odczuwanem przez chorych jako bolesne uderzenie. Auskultacja wykazuje silny rozkurczowy ton aorty. Uderzenie wierzchołkowe serca bywa często mocnem i odczuwanem przez chorego. Jedno-

ześnie rozwija się wzmoczenie perystaltyki żołądkowej. Objawiające się częstemi przelewaniem (*borborygmi*) w okolicy odźwiernika, dającemi się słyszeć zdaleka. Niekiedy bywa kurcz odźwiernika, ruchy wymiotne, bardzo uciążliwe dla chorych, gdy żołądek znajduje się w stanie czczym. Zwykle spostrzegać się daje nadmierne wydzielanie kwasu solnego. Kiszki bywają wzdęte, atoniczne, co prowadzi do uporczywego zaparcia stolca. Czasami rozwija się nagle gwałtowna biegunka, ustająca również nagle i następująca miejsca zaparcia. Ból w ogólności wzmagą się po wprowadzeniu do żołądka pokarmów (zapewne wskutek nadczułości błony śluzowej). Najcharakterystyczniejszymi objawami są: ból wywołany palpacją dołka i okolicy wielkich tętnic brzusznych, a z drugiej strony, samoistne bóle napadowe, niezależne od przyjmowania pokarmów, połączone z uczuciem ściągania w dołku, z kulą histeryczną, niekiedy z bólem ciśnącym w skroniach, w czole, z zaczerwienieniem twarzy, rzadko z nadczułością skóry pokrywającej dołek. Choroba napotyka się częściej u kobiet (3:1). (Gaz. d. Osp. 92).

== Celem wyjaśnienia, dla czego moczu w chorobach zakaźnych bywa zwykle wolnym od bakterii, RICHTER przedsięwziął odnośne poszukiwania, zapomocą których chciał stwierdzić, czy fakt ten zależy od czynności filtrującej nerek, czy też od bakterjobójczych własności samego moczu. W tej myśli R. dawał do moczu laseczники karbunkulu, cholery i tyfusu i następnie określał po upływie jednej do 24-ch godzin ilość zawartych w moczu bakterii. Okazało się, że moczu świeży niszczy dość energicznie laseczники karbunkulowe i choleryczne, mniej zaś działa na tyfusowe. Wpływ ten przypisać należy przede wszystkim kwaśnemu fosforanowi potasowemu, który i w roztworach wodnych o odpowiednim zgęszczeniu działa również bakterjobójczo. Wpływ moczu ustaje w razie ostrożnego zobojętniania go alkalicznie, a zmniejsza się znacznie, gdy przez jednogodzinne gotowanie przeprowadzić fosforany kwaśne w obojętne. Że jednak i inne składniki moczu, oprócz fosforanów, posiadają własności bakterjobójcze, dowodzi fakt, iż nawet moczu, uwolniony od fosforanów i wyparowany do połowy swej objętości, działa także zabójczo na bakterie. (Arch. f. Hyg. T. 12).

== CADIOT uważa gruźlicę u psów za zjawisko o wiele częstsze, niż to powszechnie przyjmują. Widział on w krótkim czasie 27 psów gruźliczych (u 22 była gruźlica płuc). Niektóre z tych psów należały do właścicieli suchotników, 10 należało do szynkarzy i połykało zapewne plwocinę wyrzucaną na podłogę przez gruźliczych gości. (Münch. m. W. 15—93).

Wiadomości bieżące.

— Kol. O BURWID współwłaściciel naszego pisma, mianowany został profesorem Higieny w uniwersytecie krakowskim.

— Po kilku tygodniach przerwy zjawiała się cholera ponownie w kilku wsiach nad Zbruczem w powiecie borszczowskim w Galicyi, gdzie dotąd zmarło na nią osób kilkanaście. (Prz. Lek. 15—93).

— Dla tratw, spławianych rzekami w obrębie Królestwa Polskiego, wydano przepisy sanitarne. Zalecono: higieniczne żywienie flisaków, zaopatrzenie tratw w naczynia do gotowania, utrzymywanie kadzi z przegotowaną wodą, a nadto, w razie choroby na tratwie, wywieszanie w dzień flagi żółtej, w nocy zaś latarni zielonej i czerwonej.

Zmarli: D-r ALFRED ROSÉ w Zamościu, założyciel stacyi klimatycznej w Krasnobrodzie pod Zamościem, która posiadając wszelkie warunki lecznicze, nie mogła się jednak rozwinąć dla utrudnionej komunikacyi. Dążenia swe w tym kierunku miał D-r R. urzeczywistnić przez rozwi-

nięcie Otwocka jako stacyi leczniczej, i urządzenie w nim stałego internatu. Śmierć zaskoczyła go w chwili, gdy pełen zapału i naukowego uzdolnienia poczynił już wszelkie ku temu przygotowania. Ze sprawozdań ogłaszanych z działalności stacyi klimatycznej Krasnobrodzkiej, widać w nim pilnego obserwatora i wielce pożytecznego lekarza w zakresie klimatologii. Przeżył lat 38, okrywszy żałobą okolicę, w której jako sumien-ny i biegły praktyk zjednał sobie powszechną miłość i szacunek.

D-r JAN KANTY WOJTASZEK, asystent katedry farmacyi i farmakognozyi w Uniwersytecie Jagiellońskim, przeżywszy lat 29. Był współpracownikiem „Przeglądu Lek.“.

D-r Z. RIEGER we Lwowie, lekarz około spraw publicznych w kraju zasłużony.

D-r M. ZALESKI, lekarz ziemiański w gub. Ekaterynosławskiej.

D-r W. BOCZKOWSKI, lekarz wojskowy w Kazaniu.

Odpowiedzi od Redakcyi.

Kol. S. M. Autorem umieszczonego w N-rze 17-ym „Medycyny“ artykułu: O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc marzec r. b. i o śmiertelności z tyfusów w Warszawie, jest, jak łatwo z inicjałów J. S. domyślić się, kolega JAKÓB SZWAJ-CER, p. o. naczelnego lekarza w szpitalu zapasowym.

Kol. Iz. M. w T. W sprawie pisowni panuje jeszcze dotąd kompletna dowolność, o usunięciu której wszyscy starać się powinniśmy. Jedyną do tego drogą jest przyjęcie przez ogół piszący jednej i tej samej ortografii. Nie do nas należy rozstrzygnięcie pytania, który z będących w użyciu sposobów pisania jest najsluszniejszy, ale do każdego szanującego język rodzinny autora, należy nie podtrzymywać dalej rozdwojenia w tym kierunku. Kto ma rację, a kto się myli, badania językowe wykażą. Poprawki łatwo w przyszłości będzie można wprowadzić, jeśli wszyscy dziś jednako pisać będziemy. Wszelka dowolność, oparta na swoim widzimisię, podtrzymuje tylko bezład, braku jedności dowodzący. Za przykładem więc wielu poważnych naszych publikacyi i dzienników przyjęliśmy „prawidła pisowni przyjęte przez akademię umiejętności w Krakowie“, jako mającą, bądź co bądź, największą naukową powagę.

Redakcja Medycyny uwiadamia Sz. Kolegów, iż z wszelkimi interesami dotyczącymi administracyi pisma, jako to: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem brakujących numerów i wydawnictw Medycyny, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d., zwracać się należy *nie do Redakcyi*, lecz do *Administracyi* pisma pod adresem: **Dr. L. Guranowski, Marszałkowska 129.**

REDAKTOR I WYDAWCA Dr. Henryk Dobrzycki. Adres Redakcyi: Oboźna Nr. 5.

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

Дозволено Цензурою. Варшава 22 Апрель 1893 г.

Друк К. Ковалевського. Królewska 29.