

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Uwagi nad dusznicą bolesną (stenocardia, angina pectoris). Napisał Władysław Biegański. (Dalszy ciąg).—Przyczynki do fizjologii zrazów czołowych. Przez D-ra A. Groszlika. (Dalszy ciąg).—Odcinek. O cholerze azyatyckiej zdań kilka. Streścił D-r A. Fruchtmann.—Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 6 marca r. b. — Streszczenia i Wyciągi. 43. Przyczynek do nauki o wysypkach lekowych.—Drobniejsze wiadomości różnej treści.—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) D-r L. Biegański—Quelques considérations sur l'angine de poitrine. 2) D-r A. Groszlik—Contributions à la physiologie des lobes frontaux.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Biegański—Ueber das Wesen der Angina pectoris. 2) D-r A. Groszlik—Beiträge zur Physiologie der Frontal Lappen.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str., 5.

UWAGI NAD DUSZNICĄ BOLESNĄ (stenocardia, angina pectoris).

Napisał Władysław Biegański,

lekarz Szpitala N. M. P. w Częstochowie.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 13).

I. P. W. lat 53, wyższy oficer, odznaczał się do ostatniego czasu wybornem zdrowiem. Systematycznego nadużycia w trunkach nie było; zdarzało się jednak, że w towarzystwie wypijał więcej, ale w każdym razie trafiało się to dość rzadko, w ostatnim czasie coraz rzadziej. Od lat 30 przeszło pali namiętnie mocny tytoń (do 25 papierosów dziennie).

W marcu 1893 r., po powrocie ze Pskowa, dokąd na krótki czas wyjeżdżał w interesie familijnym, nagle podczas obiadu przy stole dostał gwałtownego napadu bólu w lewej stronie klatki piersiowej, rozpromieniającego się na lewą rękę. W godzinę potem widziałem chorego poraż pierwszy. Napad duszniczy bolesnej był wtedy w całej pełni. Chory błady, z przestraszonym wyrazem twarzy, rzucał się na łóżko, krzyczał nieludzkim głosem, prawą ręką chwycił się to za lewą stronę klatki piersiowej, to za lewą rękę,—jednym słowem z całego zachowania się chorego widoczne było, że cierpienia jego musiały być wielkie. Badanie serca wskazywało granice najzupełniej prawidłowe, tony serca wszędzie czyste; tętno było miarowe, około 80 uderzeń na minutę, oddech widocznie nie przyspieszony, chociaż trudny do zliczenia wobec niespokojnego zachowania się chorego. Razem z kolegami, lekarzami wojskowymi, którzy byli przy chorym obecni, zastosowaliśmy raz po raz rozmaite środki, ale bez widocznego skutku. Ani podskórne zastrzykiwania morfiny, ani wzięwanie azotonu amylenu, ani gorące okłady na okolicę serca nie uśmierzały w niczem cierpienie chorego. Dopiero po 6 godzinach takiej bezskutecznej prawie walki z chorobą, napad widocznie zaczął słabnąć, chory

był nieco spokojniejszy, nie jęczał już tak strasznie i w końcu zasnął spokojnie. Napad ten trwał więc około 7 i pół godzin bez przerwy.

Kiedy na drugi dzień zaszedłem do chorego, zastałem go siedzącego przy biurku, bladego, widocznie zmęczonego, ale nie uczuwającego żadnego bólu. Chory z przerażeniem wspomina o wczorajszym dniu i o napadzie bólu. Przy szczegółowym obiektywnym badaniu znalazłem co następuje: U mężczyzny średniego wzrostu, dobrze zbudowanego i odżywionego, granice płuc były wszędzie prawidłowe, szmer oddechowy pęcherzykowy bez rzężeń. Granice stłumienia serca znalazłem prawidłowe, tony czyste; przy wysłuchiowaniu jednak tonów aorty w drugim prawym międzyżebrowym przy mostku i na samym mostku, na ograniczonej do kilkunastu centymetrów kwadratowych przestrzeni wyraźny szmer tarcia osierdziowego, jednoczesny z uderzeniami serca. Zatrzymanie oddechu nie wywierało na szmer ten żadnego wpływu. Tętno 72 uderzenia na minutę, miarowe i średnio napięte. Ciężota ciała nie dochodzi do 37°. W narządach jamy brzusznej zmian żadnych nie znaleziono. Mocz białka nie zawierał. Zaleciłem choremu weżykatoryę na okolicę aorty, gdzie występował wyraźny szmer tarcia, i przepisałem jodek potasu.

Przez dwa dni chory nie uczuwał żadnego bólu; dopiero na 3-ci dzień o godz. 5-ej wieczorem wystąpił drugi bardzo gwałtowny napad bez żadnego widocznego powodu, chory bowiem cały ten czas nie wychodził z domu i niczem się nie zajmował. Drugi ten napad, prawie takiego samego natężenia jak i pierwszy, trwał 6 godzin. Od tego czasu napady już nie powtarzały się; szmer tarcia znikł na drugi dzień po zastosowaniu pryszczycy i chory po kilku tygodniach pozostawania w domu wrócił do zwykłego zajęcia. Miał przepisane systematyczne leczenie jodowe, zalecono mu wstrzymanie się od palenia tytoniu, unikanie wszelkich wysiłków i wrażeń nadzwyczajnych. Chory jednak nie spełnił przepisanego leczenia i po wyżyciu jednej butelki jodku potasu zarzucił dalsze tegoż użycie i napowrót zaczął palić papierosy.

W ciągu lata 1893 r. widywałem go często w przejściu na ulicy. Na zapytanie o stan zdrowia, odpowiadał, że czuje się dobrze, że ani bólu, ani duszności żadnej nie doznaje. Dopiero od października t. r. zjawily się objawy poronnej dusznicy bolesnej. Chory, idąc przez ulicę, uczuwał nagle gwałtowne ściśnięcie w okolicy serca, wskutek czego instynktownie stawał; ból po kilku sekundach, po minucie najdalej, przemijał. Takie napady powtarzały się niekiedy w czasie drogi kilkakrotnie. Chory zwracał uwagę, że napady te były częstsze, jeżeli pogoda była gorsza i jeżeli wypadało mu iść pod wiatr. W domu napady dusznicy bolesnej nigdy nie występowały. Napady powyższe jednak nie dokuczały widocznie bardzo choremu, jeżeli, pomimo napomnień z mojej strony, nie zwracał na nie żadnej uwagi. W listopadzie do tych poronnych objawów stenokardyi przyłączyła się duszność przy wchodzeniu na schody; chory zmuszony był teraz na każdym piętrze odpoczywać i wchodził do kancelaryi, znajdującej się na 2-em piętrze, zawsze mocno zdyszany.

W pierwszych dniach grudnia nastąpił znowu po wzruszeniu moralnem (W. otrzymał przykry dla niego papier urzędowy) napad dusznicy bolesnej niezmiernie gwałtowny, trwający do 12 godzin. Po tym napadzie poprawa była niezupełna, chory skarżył się przez jakiś czas na duszność, wystąpiły nieznaczne obrzęki na kończynach dolnych; tętno było słabsze i przyspieszone, granice serca rozszerzone. Pod wpływem młecznej diety i strofantu stan serca poprawił się, chory chodził już po pokoju, zajmował się swoimi interesami, kiedy nagle dostał napadu apoplektycznego z prawostronnem porażeniem, z niemotą i po 3 dniach stanu prawie nieprzytomnego, zmarł w ostatnich dniach grudnia 1893 roku.

W przypadku powyższym zasługiwały na uwagę długotrwałe i bardzo silne napady dusznicy bolesnej. Takich napadów, trwających bez przerwy kilka lub kilkanaście godzin, jak w powyższym przypadku, nie widywałem u żadnego chorego. Nieraz już spostrzegałem napady bardzo mocne i uporczywe, zawsze jednak w napadach tych były pewne przestanki, pewne zwolnienia, podczas których chorzy widocznie uspokajali się. Przestanki te i zwolnienia były nieraz bardzo krótkie, 5—15 minut trwające, nigdy jednak nie

spostrzegałem takiego napadu, gdzieby ból tak, jak w powyższym przypadku, całemi godzinami trwał bez przerwy, gdzieby ani na jedną minutę nie opuszczał chorego.

Co się tyczy etyologii, to przypadek powyższy tłumaczę sobie w następujący sposób. Chory już oddawna prawdopodobnie miał rozległe stwardnienie tętnic, które jednak w niczem nie ujawniało swojej obecności; nie było ani wyraźnego przerostu serca, ani jakichkolwiek zaburzeń krwioobiegu. Nagle po zmęczeniu, a może przeziębieniu (podróż), wystąpiło obostrzenie sprawy zapalnej w aorcie w postaci t. z. *aortite aigue* francuskich autorów. Tym tylko sposobem można sobie tłumaczyć to ograniczone do okolicy aorty zapalenie osierdza, zapalenie, ujawniające się tylko szmerem tarcia. Jak wiadomo, osierdzie zagina się na aortę wstępującą i pokrywa pewną część jej przedniej i tylnej ściany. Sprawa zapalna z błony wewnętrznej przeszła na całą ścianę aorty i zajęła pośrednio pokrywającą ścianę osierdziej. Równocześnie i spłoty nerwowe, leżące na ścianie aorty tuż pod osierdziem, zostały wciągnięte w sprawę zapalną i powstał w ten sposób niezmiernie silny napad nerwobólu. Powiększona przez nowe nasilenie sprawa ateromatyczna wywołała pomalą osłabienie czynności mięśnia sercowego. Zaburzenie to byłoby się w zupełności na dłuższy czas wyrównało, gdyby nie pęknięcie zwyrodniałego naczynia w mózgu, następstwem czego była śmierć chorego.

II. Panią M., mającą dziś lat 75, poraz pierwszy widziałem przed 9 laty. Małego wzrostu, szczupła, spokojnego temperamentu i żyjąca względnie dostatnio staruszka, uskarżała się wtedy na trapiące ją od kilku lat „kurcze żołądka”. Ze szczegółowej anamnezy dowiedziałem się, że odbyła 12 porodów, chorowała kilka razy na rozmaite ostre choroby: zapalenie płuc, tyfus, różę; żadnych nadużyć nie popełniała. Byt zawsze miała dobry, trosk i kłopotów niewiele. Owe „kurcze żołądka” powstały przed 3-ma mniej więcej laty, występowały napadowo, niekiedy kilka razy na dzień, niekiedy kilka miesięcy ich nie było. Kurcze te przedstawiały się w postaci mocnego bólu w okolicy mniej więcej żołądka, głównie zaś w lewym podżebrzu. Promieniowania bólu wyraźnego nie było, ale za to chora czuwała podczas tych napadów jakiś nieokreślony strach. Napady tego bólu były zwykle krótkotrwałe, około pół godziny, rzadko dłużej, co było powodem, że nigdy prawie nie byłem obecny podczas takiego napadu; nim bowiem zdążyłem przyjść, napad ustawał. Wymiotów ani podczas, ani po napadzie nie było; nie było również jakiegokolwiek zależności napadu od wykroczeń w diecie. Tak mniej więcej przedstawiały się te „kurcze”, opisywane przez chorą i otoczenie. Jakkolwiek nie były one dla mnie zupełnie jasną sprawą, przyjmowałem je jednak za gastralgię i przepisywałem odpowiednie środki.

Te powyżej opisane napady bólu trwały jeszcze ze 2 lata, aż ostatecznie przed 7-iu laty ustały bezpowrotnie. Przez kilka lat nie widziałem wcale chorej, dopiero przed 4-ma laty zostałem znowu wezwany do niej z powodu mocnych napadów kolki wątrobowej z gorączką, żółtaczką, co trwało blisko dwa miesiące. Po tej chorobie stan chorej znów się poprawił, i nie było żadnych zaburzeń przez rok blisko.

Dopiero przed 3-ma laty poraz pierwszy, bez żadnego wyraźnego powodu, wystąpiły napady prawdziwej dusznicy bolesnej. Napady te trwały 5 miesięcy blisko. Przez ten czas występowały one prawie codziennie, najczęściej w godzinach rannych. Każdy napad trwał od pół do 1 i pół godziny. Niekiedy było 3—5 napadów dziennie; zdarzały się też napady i w nocy. Napady stenokardyczne były bardzo silne; ból umiejscawiał się w lewej stronie klatki piersiowej, przechodził stąd w lewą rękę i w lewą stronę szyi i szczęki dolnej. Obok bólu było uczucie strachu, obawa natychmiastowej śmierci. Byłem świadkiem kilku takich napadów i znalazłem, że tętno podczas bólu sercowego było miarowe, nie przyspieszone (72—76). Stłumienie serca prawidłowe i tony czyste. Duszności nie było wcale, żadnych rzeżeń w płucach podczas napadu również nie znajdowaliśmy. Stałe znajdowano tylko zaostrenie i pewną dźwięczność drugiego tonu nad aortą.

Przeciwko tym napadom rozwinąłem cały arsenał znanych mi środków. Uporczywość choroby pozwoliła mi wszystkie dostatecznie wypróbować; przyznam się otwarcie, że po żadnym nie widziałem wybitnego skutku. Ostatecznie przepisałem azoton sodu (*natrium nitrosum*) w dawkach 0,5 na dobę. Chora przez pomyłkę przez 2 dni wyżyła 2,0 tego środka, i od tego czasu napady zupełnie ustały. Nie było napadów przez cały rok; przez cały ten czas chora wychodziła, odbywała nawet dość odległe na jej wiek i siły spacery; pomimo to ból w niczem się jej nie przypominał. Po roku napady duszniczy bolesnej znów się powtórzyły, trwały jednak krótko, kilka dni zaledwie i po zastosowaniu azotonu sodu znowu przeszły. Niedawno widziałem i badałem chorą z powodu lekkiej niestrawności; znalazłem ją zdrową pozornie, żadnego bólu nie uczuwa i żadnych zaburzeń krwioobiegu nie widać, zaostrozony jednak i dzwięczny drugi ton nad aortą świadczy, że stara sprawa stwardnienia tętnic nie ustąpiła i prędzej czy później przypomni się tym lub innym sposobem.

Obecnie nie ulega dla mnie żadnej prawie wątpliwości, że owe „kurcze żołądka“, na które chora zapadła przed 12-tu laty, nie były niczem innym, jak nieprawidłową postacią duszniczy bolesnej. Za tem przemawia niezwykle umiejscowienie bólu w lewym podżebrzu, względna krótkotrwałość napadów, brak jakichkolwiek zaburzeń czynnościowych ze strony żołądka i właściwe duszniczy bolesnej uczucie strachu. Że dusznica bolesna może występować w takiej postaci, jest to fakt ogólnie znany; HUCHARD poświęcił nawet tej postaci osobny rozdział w swem dziele. Co do etyologii w powyższym przypadku, to sądzę, że przyczyną stenokardyi było stwardnienie tętnic wieńcowych serca. Jest to, co prawda, przypuszczenie tylko, ale przypuszczenie wielce prawdopodobne. Widzimy bowiem w danym przypadku ogólne stwardnienie tętnic, brak zaś wyraźnych zmian w aorcie nasuwa nam na myśl umiejscowienie sprawy ateromatycznej w tętnicach wieńcowych, skąd pośrednio podrażnione zostają nerwy spłotu sercowego.

III. Pani S., lat 44, obywatelka ziemska, pochodzi z rodziny zdrowej. Ojciec jej umarł przed kilku laty na zapalenie płuc, matka żyje dotychczas i jest zdrowa. Co do poprzedniego stanu zdrowia chorej, to wiadomo nam, że nigdy dotychczas ciężiej nie chorowała, odbywała 9 połogów, wszystkie dość szczęśliwie. Przed 7-iu laty przeszła ciężkie wstrząśnienie moralne wskutek nagłej śmierci męża (choroba serca); od ostatniego zaś porodu cierpi na przewlekłe granulacyjne zapalenie błony śluzowej macicy i częste wskutek tego krwawienia. Pani S. życie prowadziła zawsze regularne, nadużyć żadnych nie było, zato w ostatnim czasie podlegała często wielu troskom i wstrząśnieniom moralnym, od śmierci bowiem męża sama prowadzi interesy rozległego majątku.

Pierwsze objawy duszniczy bolesnej u tej chorej wystąpiły przed 3-ma laty. Chora zauważyła, że przy szybszem chodzeniu dostaje nagle uczucia bólu pod mostkiem, w górnej jego części. Równocześnie występowało drętwienie lewej ręki na przebiegu nerwu łokciowego, mianowicie drętwienie zaczynało się około wewnętrznego kłykcia kości ramieniowej i przechodziło do dwóch ostatnich palców. Ból w klatce piersiowej i drętwienie ręki nigdy w początkach długo nie trwały i zawsze tylko występowały podczas mocniejszych ruchów. Przy badaniu obiektywnem ze strony serca wyraźnych zmian nie znaleziono: stłumienie serca było prawidłowe, tony czyste, jedynie tylko tętno przedstawiało wyraźne przestanki co 15—20 uderzeń miarowych.

Wobec takiego stanu zaleciliśmy chorej systematyczne leczenie jodowe i przepisaliśmy ogólne dyetetyczne zachowanie się. Tymczasem chora nie mogła nosić jodku potasu, gdyż po pierwszych zaraz dawkach wystąpił mocny niezbyt długi oddechowych i biegunka. Leczenie więc trzeba było często przerywać. W kilka miesięcy po tych początkowych objawach duszniczy bolesnej, nagle również wystąpił ból w prawej ręce. Był on bardzo mocny, nierówny co do natężenia, z nasileniami, ze zwolnieniami lub krótkimi zupełnymi przestankami, zaczynał się od prawego barku około kręgosłupa i prawej okolicy nadobojczykowej i stąd przechodził na całą rękę, zajmując głównie wewnętrzną powierzchnię ramienia i prze-

dnia przedramienia, oraz wszystkie palce. Równocześnie z bólem było wyraźne drętwienie wszystkich a głównie dwóch ostatnich palców prawej ręki. Ból ten był bardzo uporczywy; pomimo rozmaitych środków, jako to: zastrzykiwań morfiny, elektryzacji i środków antyneuralgicznych, przeminął dopiero po 5 tygodniach. Dodać winniśmy, że podczas tego nerwobólu dawne objawy stenokardyczne w zupełności zginęły. Tętno cały czas pozostawiania chorej w łóżku było prawie zawsze miarowe.

Wkrótce po ustaniu nerwobólu prawego splotu ramieniowego dawne napady typowej stenokardii wróciły. Nie były one wprawdzie bardzo mocne, dość szybko przemijały, lecz zato często się powtarzały. Mając na uwadze chorobę macicy, dość znaczną niedokrwistość wskutek częstych i obfitych krwotoków, oraz konieczność usunięcia chorej od kłopotliwych zajęć majątkowymi interesami, poradziłem wyjazd do Franzensbadu. W pierwszych tygodniach pobytu chorej we Franzensbadzie napady dusznicy bolesnej były częstsze i mocniejsze, aniżeli w domu; następnie jednak uspokoiły się i chora wróciła po 5 tygodniach w stanie znakomitej poprawy, tak co do ogólnego wyglądu, jako też co do napadów stenokardii. Następne kilka miesięcy przeszły bardzo dobrze, napadów stenokardycznych prawie nie było, tylko wyjątkowo po jakimś wzruszeniu przypominał się lekki ból, bardzo prędko zresztą przemijający. Taka jednak poprawa nie była długotrwała; jak już powiedzieliśmy, trwała tylko kilka miesięcy; znowu po wzruszeniu moralnem, spowodowanem chorobą matki, dawne napady dusznicy bolesnej wróciły. Napady tej seryi nie miały już własności początkowych napadów poronnych, t. j. nie były one wcale zależne od wysiłków; występowały niekiedy nawet przy zupełnym spokojnem zachowaniu się chorej, na przykład podczas leżenia w łóżku. Napady te powtarzały się często, do 5—6 razy dziennie, nie trwały jednak długo, 10—15 minut, rzadko pół godziny. Tętno podczas napadów było najczęściej przestankowe; zresztą dodać musimy, że i w czasie swobodnym od napadów rzadko tętno było miarowe. W takim stanie znajdowała się chora przez rok blisko. Zdarzały się niekiedy tygodnie lepsze, były wyjątkowo dnie, że napadu wcale nie było, lecz jakiegoś dłuższego, kilka tygodni trwającego przestanku w tej seryi napadów nie zauważyliśmy.

Ostatni rok dla chorej był względnie dobry, napady dusznicy bolesnej zmniejszały się co do natężenia swojego i co do częstości. Przestanki zupełnie wolne od bólu zdarzały się dość często i trwały po kilka tygodni, chociaż chora nie zmieniła trybu swego życia, często wyjeżdża za interesami i podlega nieodłącznym od tychże kłopotom. Rzecz godna uwagi, że i tętno w ostatnim roku poprawiło się: stało się miarowem i tylko wyjątkowo przy większem wzruszeniu pokazują się w niem przestanki. Zato ze strony serca słyszymy nad aortą drugi ton jakby wzmocniony, zaostrozony, jako sygnał, że sprawa stwardnienia w układzie tętnicznym pomału, lecz stale się rozwija.

(D. c. n.).

Przyczynki do fizjologii zrazów czołowych

przez D-ra A. Groszlika, lekarza cukrowni w Tomaszpolu.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 13).

II.

Doświadczenia robiłem na psach. Każde zwierzę przez pewien czas przed operacją zostawało pod obserwacją moją w pracowni, w celu bliższego poznania jego charakteru i właściwości. W przeddzień operacji podawano mu pokarm prawie wyłącznie stały, bez płynów. Po zważeniu i zmierzeniu ciepłoty *in recto*, zwierzę przymocowywano na stole operacyjnym poziomo, brzuchem na dół; następnie starannie ogoloną głowę myto i dezynfekowano. Zbyteczna dodawać, że narzędzi używano starannie wyjałowionych we wrzącym

3%-ym roztworze karbolu lub 1%-ym roztworze sody; pod każdym względem przestrzegano możliwie prawideł antyseptyki. Do narkozy długi czas używałem chloroformu samego lub z uprzednim wstrzykiwaniem morfiny pod skórę; atoli niezmiernie długo trwający i opóźniający nastąpienie snu okres pobudzenia, znaczne krwotoki z *diploë* i z twardej opony mózgowej, stan zwierząt niezwykle przygnębiony po operacji, wreszcie kilka wypadków śmiertelnych, które nastąpiły po chwilowem niemal wdechaniu chloroformu, bez przyczyny widocznej: wszystkie powyższe okoliczności skłoniły mnie do zaniechania tego środka i zastąpienia go morfiną. Ze wszech miar zasługuje ona na pierwszeństwo: okres pobudzenia trwa nader krótko, sen zupełny następuje szybciej, krwawienie znacznie jest mniejsze niż pod chloroformem, a czasami nader małe, wreszcie stan pooperacyjny nie tyle przygnębiony. Wstrzykiwałem zwykle pod skórę od 3 do 5 strzykawkę PRAVAZ'a 5% roztworu *morphii hydrochlor.*, stosownie do wielkości i wagi zwierzęcia. Gdy się przekonałem, że sen jest dostatecznie głęboki, przystępowałem do cięcia, które prowadziłem od samej nasady nosa wtył wzdłuż linii środkowej głowy, skrobaczką szybko oddzielałem powięź wraz z mięśniem skroniowym i okostną i przystępowałem do trepanacji. Niezmierna różnorodność psich czaszek, w danym przypadku niejednokowy rozwój guzów i zatok czołowych (*tubera frontalia, sinus frontales*), a więc niejednokowe położenie zrazów czołowych, daje powód do przykrych czasami niespodzianek, których unikania uczy tylko wprawa. Najstosowniej do trepanacji miejsce znajduje się w odległości około 2 mm. od linii środkowej głowy tuż za guzem czołowym; po wycięciu *laminae vitreae* zapomocą odpowiednio przystosowanych kleszczy przedstawi się *ad oculos* zraz czołowy z pod twardej opony. Ujmowałem ją pincetą haczykową i wycinałem część pokrywającą zraz czołowy: spostrzega się wówczas dokładnie jego granicę i tępą igłą można obejść go dokoła, prawie podnosząc. W *sulcus praesylvius* (*Hauptstirnfurche* H. MUNK'a) znajduje się naczynie mocno krwawiące w razie zranienia; stąd lepiej jest wyluszczać nie w samej brózdzie, lecz tuż przed nią, skoro mamy ją uważać za tylną granicę zrazu czołowego. Z początku posługiwałem się do wycinania nożem cienkim i wąskim, pozwalającym, co prawda, dokładnie wycinać masę mózgową, lecz wywołującym krwawienie, lubo nie niebezpieczne, zawsze jednak przykre i wymagające długiej tamponady. Łyzeczką odpowiednio wklęsłą osiąga się ten sam cel, niemal bez utraty kropli krwi; usuwa ona nadto cały zraz odrazu. Po wyluszczeniu wprowadzałem w miejsce opróżnione tampon z waty sublimatowej; po ustaniu zaś krwawienia znowu przemywałem ranę 1%-ym roztworem sublimatu i zaszywałem. Nie od rzeczy będzie nadmienić, że do wycięcia zrazu czołowego starczy zupełnie jeden otwór trepanu, jeśli średnica korony jego wynosi 1,75 ctm.; wogóle im brak kości jest mniejszy, tem szybciej goi się rana; nawet wycinanie *laminae vitreae* nie zawsze tu jest niezbędne, jeśli się szczęśliwie natrafiło na miernie rozwiniętą zatokę czołową. Rzecz prosta, powodzenie i tu zależy od wprawy osobistej; gdy się nabyło wprawy dostatecznej, cała operacja odbywa się zaiste *cito, tuto et jucunde*.

Jak należy traktować ranę? Z początku tamponowałem pozostałą po wycięciu zrazie próżnię gazą jodoformową, zakładając ją również w ranę skórną. Widziałem z takiego postępowania tylko złe skutki: wyciąganie gazy, nawet najostrożniejsze, drażni ranę; odnośnie zaś do mózgu, gaza nie tylko go uciska, lecz nadto powoduje przy wyciąganiu krwotoki i przyczynia się do utworzenia przepukliny mózgowej. Kierując się wskazówkami chirurga, przez

pewien czas, prócz opatrunku z gazy jodoformowej, bandażowałem *lege artis* głowę, wszakże z jaknajgorszym skutkiem. Zaniechałem więc i tego sposobu po kilkakrotnem niepowodzeniu, zadawałnając się jedynie dokładną dezynfekcją i zaszyciem rany. Nie miałem od tego czasu więcej przypadków śmiertelnych, ani nawet powikłań cięższych w przebiegu pooperacyjnym. Po operacji układano zwierzę w klatce przestronnej i codzień głowę dezynfekowano 3% karbolem lub sublimatem 1‰. W przypadkach pomyślnych rana goiła się zawsze *per primam*, najwyżej widziałem lekkie ropienie skóry.

Wycinałem zrazy czołowe *in toto*; na jednym posiedzeniu jeden zraz, po paru zaś miesiącach—drugi. Psy rozmaicie długo żyły po operacji: dwa, trzy i 4 tygodnie, ginąc w takich przypadkach od następczego krwotoku lub zapalenia mózgu i opon. Inne żyły znacznie dłużej, mianowicie: jeden po pierwszej operacji żył 4 miesiące i 5 dni; drugi po jednostronnem wyluszczeniu 5 miesięcy; trzeci był operowany trzykrotnie: 27 kwietnia 1892 r. wyciąłem mu kawałek kory długości 1,5 ctm. i szerokości 0,75 ctm. tuż za *sulcus cruciatus* lewej półkuli; 6 lipca tegoż roku prawy, 21 września—lewy zraz czołowy; zabiłem go 29 stycznia 1893 r. w pełni zdrowia. Głównych danych do pracy niniejszej dostarczyły mi oczywiście trzy ostatnio wymienione psy, jako będące pod dłuższą obserwacją; nie mogę jednak pominąć milczeniem zwierząt, które żyły po operacji czas stosunkowo krótki, podzielam bowiem najzupełniej zdanie HIRTZIG'a¹³⁾, że „należy—lubo nie bez szczególnej krytyki—uwzględnić objawy, spostrzegane w pierwszych dniach po operacji, jako rzucające dużo światła na ogólny mechanizm mózgowy“.

Następstwa usunięcia jednego zrazu czołowego.

W kilka godzin po operacji psy leżą w swej klatce po większej części zgięte w pałąk, przyczem głowa zwrócona jest w stronę operowaną, zaś wypukłość zgiętego kręgosłupa--w stronę przeciwną. Jedne pogrążone są w półśnie i nie zwracają na mnie uwagi, gdy inne podnoszą się, jak tylko wejdę do pokoju, śledząc każdy mój ruch. Zapalam zapalstkę o płomieniu wielobarwnym i wówczas zwierzę zrywa się z miejsca i ucieka w kąt klatki, w widocznym strachu, bez względu na to, z której strony światło trzymam: przed prawem okiem, czy przed lewym. Raz tylko zdarzyło mi się, że pies głowy nie odchyłał, pomimo zbliżenia światła do samych oczu; zresztą nie spostrzegałem żadnych zbroczeń wzrokowych; te bowiem psy, które po otworzeniu klatki wybiegały na pokój, przechadzały się lub biegały wcale zręcznie, omijając wszelkie przeszkody; zaś bardziej apatyczne i pozostające na miejscu z taką uwagą śledziły wszystkie moje ruchy, że częstokroć musiałem się wyzrekać sposobów badania, w których zwierzę nie powinno widzieć tego, co robi obserwator. To samo dotyczy słuchu: nawet pogrążony we śnie pies zawsze podnosił głowę, gdy go wabiłem. Badanie dotyku i czucia bólowego daje rozmaite wyniki: czasem są one nieco zmniejszone po stronie przeciwległej zrazowi wyciętemu, czasem nie spostrzega się pod tym względem różnicy żadnej między jedną a drugą stroną ciała. Wybiegłszy z klatki, pies chodził lub biegał po pokoju, omijając—jak się rzekło—wszelkie przeszkody; daje się jednak spostrzegać w tych ruchach pewna niezręczność, zwłaszcza, gdy są wolne. Do osoby wabiącej go pies odwracał głowę najczęściej w stronę

¹³⁾ HIRTZIG, Zur Physiologie des Grosshirns, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. XV, 1884, p. 270—275.

operowaną, czasami w przeciwną, zwłaszcza leżąc; w ostatnim przypadku był w stanie niekiedy odwrócić głowę do samej nasady ogona. Po za tem zwierzęta zachowywały się wogóle spokojnie, obojętnie, niechętnie spożywały pokarmy stałe, piły tylko łapczywie. W takich warunkach trudno o jakichkolwiek zboczeniach inteligencji orzec coś stanowczego.

Po upływie paru dni stan zwierzęcia poprawiał się o tyle, że mogliśmy się zająć badaniem szczegółowem. Naprzykład, usunięto lewy zraz.

Czucie dotykowe zachowane jest z obu stron, ale z prawej widocznie słabsze. Lekko dotykam cienkim drutem jakiegokolwiek miejsca na lewych kończynach lub lewej stronie tułowia, albo głaszczę delikatnie pendzelkiem lub wreszcie przez rurczkę cienką rozdmuchuję włosy: pies natychmiast to spostrzega i albo podnosi odpowiednią kończynę albo głowę odwraca, bądź drapie się w miejsce podrażnione, bądź wreszcie cofa się odemnie; ten sam bodziec, stosowany z prawej strony, nie wywołuje natychmiastowego oddziaływania, zwłaszcza ze strony kończyn, lecz dopiero po upływie jakiegoś czasu. Czucie bólu również jest osłabione w prawej połowie ciała: słabe uklucie prawej kończyny lub prawej połowy tułowia nie zawsze się odczuwa, po ukluciu mocnem następuje krzyk nie bardzo gwałtowny i nie natychmiast. Ze wszystkich miejsc, prawa kończyna przednia zdaje się zdradzać największy stopień upośledzenia zarówno pod względem dotyku jak i bólu. Zdolność umiejscawiania wrażeń skórnych też się zachowała, albowiem pies we wszystkich próbach wymienionych drapie miejsce podrażnione, nie zaś jakiegokolwiek inne. Tak zwane czucie mięśniowe jest upośledzone z prawej strony. Korzystam z tego, że zwierzę jest zajęte spożywaniem pokarmu, i odsuwam prawą kończynę, nadając jej położenia jaknajrozmaitsze, lub ją podnoszę, zostawiając w powietrzu: zwierzę się poprawia, ale nie natychmiast, lecz po upływie pewnego czasu, gdy tymczasem z lewymi kończynami podobne próby prawie się dokonać nie dają, pies bowiem w okamgnieniu spostrzega pozycję niezwykłą. Nie brak też i innych objawów, świadczących o upośledzonym czuciu mięśniowym, jako to: niesymetrycznego trzymania prawych kończyn, stąpania nieprawidłowego, szczególnie prawej przedniej, ześlizgiwania pod stół i t. d. Z drugiej strony, pies, pozbawiony jednego zrazu czołowego, może zachować wszędzie czucie skórne i mięśniowe w jednakowym stopniu. Stara suka, która kilka lat była przy pracowni, po wycięciu lewego zrazu czołowego, przez cały czas obserwacji ściśle jednakowo, lubo w ogólności leniwie, odpowiadała na bodźce dotykowe i bólowe, gdziekolwiek stosowane; najmniejsze uklucie z prawej strony wprawiało ją w gwałtowną niemal furję, była zaś jednocześnie do tego stopnia wolna od wszelkich zaburzeń w sferze czucia mięśniowego, że literalnie niepodobna było nadawać kończynom bodaj na chwilę położenia anormalnego.

Ze wszystkich zboczeń ruchowe należą do najwydatniejszych, zwłaszcza w kończynach. Pies chodzi i biega wogóle dobrze, ale prawe kończyny ślizgają się, szczególnie przednia; staje na tylnych kończynach, ale chwieje się i szybko męczy; z klatki wyskakuje dość niezręcznie; prawe kończyny często kroć nie zdążają za lewymi, wisząc niejako w powietrzu, stąd prawa połowa ciała jeszcze pozostaje w klatce, gdy lewa już się znajduje nazewnątrz; to samo spostrzega się w odwrotnym porządku podczas wskakiwania do klatki. Rzadko kiedy taki pies wskakuje wprost na okno lub stół; potrzeba zawsze wpływu jakiegoś bodźca silnego, np. nęcić go smacznym kęsem lub grozić mu kijem; przeważnie odbywa się skok z przystankami, np. naprzód na obok stojące krzesło, a stąd dopiero na stół lub na okno. Mając skoczyć z wysokości,

czyni to również po pewnem wahaniu, mierząc wprzód odległość; podczas tego wahania widać, jak prawe kończyny, zwłaszcza przednia, zeslizgują się z parapetu lub zsuwają za krawędź stołu; gdy zaś pies zeskoczył na podłogę, zeslizgują się wbok. Niezręczność występuje też, gdy pies bieży po schodach: prawe kończyny nie podnoszą się do tej wysokości, co lewe, wskutek czego zwierzę często spada ze schodów. Godzi się zaznaczyć pewną, dość charakterystyczną przewagę lewych kończyn nad prawymi, przejawiającą się we wszelkich ruchach zwierzęcia. Chcąc dosięgnąć kawałka mięsa lub chleba, znajdującego się na krześle, opiera się na niem przedewszystkiem lewą przednią łapą, prawa zaś biernie się podnosi i wisi w powietrzu; w pierwszych dniach po operacyi nawet nie próbuje podnosić przy rzeczonyj czynności prawej kończyny, później zaś podnosi ją do należytej wysokości coraz szybciej, zawsze jednak po kilku lub kilkunastu próbach bezowocnych, a i wówczas woli snąć posługiwać się lewą kończyną. Usiłując wydostać się z klatki, uchyla drzwiczki lewą przednią łapą, prawa zaś, jeśli się wogóle nią posługuje, odgrywa przytem rolę drugorzędną. Albo, gdy go niepokoją pchły (bodziec niewątpliwie silny!): jeżeli go gryzą z lewej strony, wnet podnosi lewą kończynę i drapie się mocno, jeżeli z prawej—tedy kilkakrotnie podnosi tę lub ową nogę, nim zrobi ruch należyty i trafi w odpowiednie miejsce. Nawet ruchy obronne wykonywa przeważnie lewemi kończynami (*resp.* lewą przednią), prawemi nieznacznie poruszając, np. gdy mu grozić kijem lub ręką. Oto jeszcze dwie próby dosadne. Przed psem, uwiązany na długim łańcuchu, stawiam naczynie z mlekiem lub wodą w niewielkiej odległości, tak jednak, że wygodniej jest przysunąć je prawą łapą; mogę naprzód powiedzieć, że je przysunie lewą, nie prawą. Jeśli mu rzucę kość, wnet ją chwytą przedniemi łapami, przyciska atoli kość lewą przednią łapą do prawej, nie zaś odwrotnie.

H. MUNK pierwszy zwrócił uwagę na zaburzenia w ruchach kręgosłupa, zaburzenia, jak wiadomo, całkiem zaprzeczane przez GOLTZ'a i innych fizjologów, a przez HIRTZIG'a ¹⁴⁾ jedynie za możliwe uważane, a w każdym razie za trudniejsze do wytworzenia, niż sądzą. Należy przyznać, że nie występują one istotnie, przynajmniej czasami, w sposób tak jaskrawy, jak np. w kończynach; niewątpliwie atoli istnieją, tylko że, wobec tylu innych zaburzeń, mogą w pierwszych dniach po operacyi ująć naszej baczości; za to później, gdy zaburzenia ruchowe w kończynach do pewnego stopnia się wyrównały, tem dosadniej występują.

Stojąc przed psem, prowadzę w jedną i drugą stronę kij, na którego końcu znajduje się kawałek chleba lub mięsa. Gdy kierować kęs na lewo i ku tyłowi, pies zrazu śledzi go wzrokiem, następnie odwraca w tę stronę głowę, wreszcie wykonywa, zostając przez cały czas na jednym miejscu, ruch „hakovaty“ na lewo i sięga samego ogona; teraz kieruję kęs na prawo i ku tyłowi: pies przez niejaki czas śledzi go również wzrokiem, nagle jednak—jak gdyby stracił przedmiot z pola widzenia—głowy na prawo nie odwraca. Tak bywa w pierwszych dniach po operacyi. Później zwierzę odzyskuje zdolność odwracania głowy coraz bardziej na prawo, mniejwięcej do środka tułowia, ale nie dalej; gdy zaś koniecznie chce chwycić kęs, tedy robi nagle obrót zupełny całego ciała na lewo, w ten sposób dochodząc do celu. Osobliwego ruchu „strzałkowego“ w stronę przeciwną (w obecnym wypadku na prawo), o którym mówi H. MUNK, nie spostrzegalem. Wpływa z powyższego, że

¹⁴⁾ HIRTZIG, praca ostatnio cytowana.

u psa, pozbawionego jednego zrazu czołowego, są ograniczone owe boczne ruchy dowolne szyi i tułowia, w których wypukła powierzchnia zgiętego kręgosłupa zwraca się w stronę operowaną,— co jest wręcz sprzeczne ze spostrzeżeniami GOLTZ'a i KUSICK'a, którzy, jak widzieliśmy powyżej, zgola odrzucają wszelki wpływ zrazów czołowych na mięśnie tułowia.

Innego jeszcze spostrzeżenia, podanego przez H. MUNK'a, stwierdzić nie byłem w stanie, mianowicie: że pies z wyciętym jednym zrazem czołowym, np., lewym, dopóty się kręci dowolnie w jednym i drugim kierunku, dopóki opisuje koło duże, na małej zaś przestrzeni kręci się wyłącznie na lewo. Przeciwnie, skłonność—zresztą nie absolutna—do obracania się w stronę obrażenia występuje bez względu na obszar, w którym zwierzę się porusza. Pod tym względem nie stanowią wyjątku te nawet zwierzęta, które pod każdym innym uchylają się od reguły ogólnej, jak dowodzi następujący wyciąg z historii choroby wzmiankowanej już suki laboratoryjnej: „17-go dnia po operacy (usunięto lewy zraz) suka jest w stanie odwracać głowę jaknajdalej w obie strony; jednak rzuca się w oczy pewna stała skłonność do zwracania głowy jak również do kręcenia się na lewo; stojąc, leżąc, prawie zawsze trzyma głowę skierowaną w tę stronę. Spędzając muchy z ciała, woli zawsze zwracać głowę na lewo i po przez kręgosłup je łapać, pomimo, że ją niepokoją z prawej strony ciała i byłoby wygodniej z tej strony czynność odbywać. Za umocowanym na końcu kija kawałkiem mięsa kręci się wokoło bez różnicy prawie w obie strony; gdy zaś zmęczona stanie na miejscu, a ja wciąż się dotykam mięsem bądź prawej, bądź lewej strony krzyża, wtedy nowy obrót odbywa się najczęściej na lewo, nawet jeśli kęs leży na prawej połowie krzyża; wybiera zatem drogę trudniejszą.

Jak należy rozumieć powyższą skłonność? Moznaby ją tłumaczyć upośledzonym czuciem skórny i mięśniowy: przedmiot dotyka się prawej połowy ciała, wskutek atoli stępionego czucia, a być może i zakłóconego przewodnictwa, zwierzę umiejscawia wrażenie dotykowe z lewej strony, w którą też się zwraca. Widzieliśmy jednak, że pomimo stępienia czucia skórny i mięśniowy, zwierzęta dokładnie lokalizują wrażenia skórne; powtóre, u znanej nam już suki laboratoryjnej właśnie nie zdołaliśmy wykryć żadnych zaburzeń w sferze czuciowej. Wobec tego należy sądzić, że mamy przed sobą objaw natury czysto ruchowej, następstwo osłabionej inerwacji mięśniowej. Że skurczenia odruchowe mięśni tułowia prawej strony zachowały się całkowicie, samo się przez się rozumie: pod wpływem mocnego uklucia stos kręgowy energicznie zgina się, tworząc wypukłość na lewo. Wszakże i dowolne ruchy niezupełnie znikły; częstokroć zwierzęta, operowane z lewej strony, zwracają szyję i tułów dość znacznie na prawo; potrzeba jeno do tego bodźca dość energicznego. Z tego powodu nie godzi się mówić o bezwładzie zupełnym, a tem mniej o utracie woli odnośnie do muskulatury prawej strony tułowia. Cała rzecz zdaje się polegać na tem, że w warunkach zwykłych, *resp.* wobec bodźców o średnim natężeniu, mają przewagę mięśnie lewej strony z powodu osłabionej inerwacji po stronie przeciwległej; według trafnego orzeczenia GOLTZ'a, zwierzę z trudnością odnajduje należyłą inerwację, gdy mu wypada w ruch wprowadzić mięśnie przeciwnej strony.

Zarówno zaburzenia czuciowe jako też ruchowe po pewnym czasie znikają całkowicie: pierwsze wcześniej, drugie — później. W jakie 6 tygodni po operacy z trudnością się odróżnia zwierzę operowane od zdrowego. Naj

trwalsze są zaburzenia ruchowe ze strony kręgosłupa: po upływie nawet trzech miesięcy daje się jeszcze spostrzegać u niektórych zwierząt pewna przewaga lewej połowy nad prawą. Znikają wprawdzie zaburzenia grubszej natury, obserwacya jednak staranna i baczna dowodzi, że zwierzę, skądinąd zdolne już do ruchów wszechstronnych i napozór nie różniące się od zdrowego, przekłada częstokroć obrót w stronę zrazu wyciętego, pomimo, że sytuacya wymaga raczej ruchu w stronę przeciwną. Atoli z czasem i ten ślad znika.

Pozostają jeszcze do rozpatrzenia zaburzenia w sferze wyższych zmysłów. O smaku i powonieniu nic stanowczego orzec nie mogę, gdyż ich badanie, zwłaszcza u zwierząt, połączone jest z wielkimi trudnościami. Słuch zachowany od pierwszych chwil, również wzrok. Pies widzi wybornie na oba oczy, cofa głowę od światła, trzymanego przed prawem lub lewym okiem, ucieka przed biczem lub kijem, omijając doskonale wszelkie przeszkody, oraz spostrzega kawałki chleba i mięsa, gdziekolwiek je trzymam lub rzucam. Przeczy to oczywiście zdaniu, wypowiedzianemu nasamprzód przez HIRTZIG'a i następnie potwierdzonemu przez GOLTZ'a, jakoby pies z jednostronnem okaleczeniem zrazu czołowego zdradzał zaburzenia wzrokowe w oku przeciwległem. Przyznać zresztą należy, iż zdanie to nie jest pewnej racyi pozbawione, aczkolwiek pozornej. Istotnie, obserwujcie psa, któremu wycięto lewy zraz czołowy, gdy wolno przestępuje przez próg pokoju: jeśli się trzyma bliżej prawej ściany, ociera się o nią, niemal uderza prawą połową ciała. Albo to spostrzeżenie, że zwierzę, badane w wiadomy nam sposób pod względem ruchów kręgosłupa, nagle przestaje śledzić kęs, kierujący się na prawo i ku tyłowi, jak gdyby zniknął z pola widzenia. Myśl o ślepotie prawego oka niewątpliwie się tu nasuwa; sądzę jednak, że przytoczone spostrzeżenia dają się w inny sposób wytłómaczyć, z prawdą zgodniejszy. Zwierzę uderza prawą połową ciała o ścianę nie dla ślepoty prawego oka, lecz dla tego, że skutkiem niedowładu kończyn i tułowia prawej strony, ta nie dotrzymuje placu w ruchach odpowiednim członkom lewej strony: pies niejako utyka, tracąc do pewnego stopnia równowagę. Dalej, jeśli przestaje śledzić prawem okiem kęs mięsa, dzieje się to znowu nie skutkiem ślepoty, lecz z powodu osłabionej inervacyi mięśni karkowych prawej strony, która uniemożliwia lub przynajmniej znacznie utrudnia obrót głowy w tę stronę. Tym sposobem pozorna ślepotą prawego oka sprowadza się w gruncie rzeczy do zaburzenia czysto ruchowego, *resp.* do niedowładu mięśni prawej strony ciała. Następujące okoliczności przemawiają za tym wnioskiem: po-pierwsze wydaje mi się niepojętem zaburzenie wzrokowe zarazem ciężkie i krótkotrwałe, a tak właśnie zapewnia HIRTZIG; powtóre, z wyjątkiem dwóch spostrzeżeń wyżej przytoczonych, nie masz w całym zachowaniu zwierząt nic takiego, coby nasunąć mogło myśl o zboczeniach wzrokowych w prawem oku (dotyczy to również wypadków z obrażeniem obu-stronnem); wreszcie rzeczony zboczenie nie występuje u wszystkich zwierząt, mianowicie u tych, u których zaburzenia inervacyjne ze strony karku i tułowia są stosunkowo nieznaczne.

Zaburzenia inteligencyi będą omawiane wraz z następstwami obrażeń obustronnych.

(D. c. n.)

ODCINEK.

O cholery azyatyckiej zdań kilka.

Przez D-ra C. H. Brunner'a.

Streścił D-r A. Fruchtman.

Liczo doświadczenia własne, zdobyte w ciągu 5—6 epidemii cholery, wobec różnorodzących dziś jeszcze poglądów na istotę, przyczynę, profilaktykę oraz terapię cholery azyatyckiej, przekonały i utwierdziły autora w prawdziwości poniżej wygłoszonych zapatrywań.

I. Etyologia.

1) Jedyłą przyczyną cholery jest lasecznik przecinkowy KOCH'a. Niezbitym dowodem tego może służyć t. zw. „śniadanie choleryczne“ PETTENKOFER'a-EMMERICH'a, a to dla tego, że laseczники choleryczne znajdowano w ich wypróżnieniach, że tym sposobem odnawiały się one w ustroju, a to właśnie stanowi cechę charakterystyczną chorób zakaźnych oraz ich etiologii, w przeciwnym bowiem razie ulegałyby laseczники strawieniu. W obydwóch atoli przypadkach wywoływały one, jeżeli nie wyraźne przypadłości choleryczne, to jednak objawy, które uważać można i trzeba za cierpienie poronne. Tego rodzaju postaci poronne zdarzają się bezwątpienia bardzo często i należy przyjąć, że większość przytrafiających się w czasie cholery biegunk zależy od zakażenia niezupełnego. Wychodząc z tego założenia, badanie bakteriologiczne ogromną posiada doniosłość dla wczesnego rozpoznania i profilaktyki. Natomiast w zupełnie wyrażonych postaciach cholery uważa autor badanie bakteriologiczne za zbyteczne, obraz bowiem chorobowy jest tyle charakterystyczny, że daje dostateczną rękojmię do rozpoznania cholery. Wypróżnienia ryżowe, kurczo lydek, sino-czerwona, sucha, zimna i łatwo układająca się w fałdy skóra, ochrypnięty głos, brak tętna i t. d., wszystko to współcześnie nigdy się nie spotyka w przebiegu innego jakiegos cierpienia. Powyższego obrazu chorobowego w czasie wolnym od cholery nie spotykał autor nigdy.

2) Nie można przyjąć istnienia ani usposobienia osobniczego, ani też odporności, znane są bowiem dostatecznie przypadki, gdzie całe rodziny, a nawet całe domy wymierały na cholere. Taka rozmaita śmiertelność może być tłumaczona tylko jakością i niejednakowym stopniem jadowitości wnikaających do ustroju laseczników oraz niejednakową ogólną odpornością dotkniętego chorobą ustroju.

3) Własności gruntu nie mają wielkiego wpływu na rozwój epidemii, która zdarza się zarówno wśród wojsk, odbywających marsze, jak i wśród karawany i na okrętach. Według jednozgodnych spostrzeżeń angielskich lekarzy wojskowych, wojska podczas marszów częściej nawet ulegają cholery, niż na stałych kwaterach. Gdyby grunt sam przez się posiadał tak wielkie znaczenie, to wątpić należy, czyby udało się oddzielne ognisko zarazy zasenizować, jak to miało jednak miejsce, np. w Gdańsku.

4) Lasecznik daje się przenieść bezpośrednio z człowieka na człowieka. Jest to najważniejsza, a nawet jedyna przyczyna pandemicznego i w większości też endemiczno-epidemicznego szerzenia się cholery, na dowód czego autor przytacza kilka przypadków własnej obserwacji.

5) Zakażenie rzadko następuje zapomocą powietrza, suche bowiem laseczники szybko zamierają. Osoby dozorujące chorych, bezpośrednio stykające się z ich wypróżnieniami, zapadają dla tego też dosyć często, lekarze natomiast stosunkowo rzadko. W roku 1853 autor, będąc dyżurnym lekarzem w lazarecie wojskowym, został pewnej nocy obudzony dla przyjęcia chorego, dotkniętego wszystkimi objawami cholery. Natychmiast ułożył B. chorego do swego łóżka, sam zaś legł na sofie i tak przebył z chorym w jednym pokoju w ciągu 10 dni, aż do chwili śmierci chorego. Przez cały ten przeciąg czasu autor czuł się zupełnie dobrze.

6) Przenośnikami zarazy są wyłącznie wypróżnienia choleryczne, które *per os* musiałby się dostać do ustroju, by wywołać cholere; inne wrota wnikania są wyłączone.

7) Wnikanie to *per os* odbywa się albo bezpośrednio wskutek nieczystego obchodzenia się z wypróżnieniami chorych, albo też, i to zdarza się najczęściej, zapomocą wody, pochodzącej ze źródeł, wodociągów, zakażonych wypróżnieniami.

Tem też tłumaczy się, dla czego praczki tak często zapadają na cholere. Przez zakażenie wody wodociągowej nastąpiło też gwałtowne szerzenie się zarazy w Hamburgu i Niotleben. W roku 1873 pierwsze zaślabnięcia w Szczecinie wydarzyły się wyłącznie w domkach i wioskach położonych nad samą Odrą. W Gdańsku podczas wszystkich pamiętnych epidemii pierwszymi chorymi byli zawsze flisacy, przybywający z Królestwa. W Berlinie również pierwsze przypadki zaślabnięć, a nawet większość chorych zdarzała się pomiędzy przebywającymi na berlinkach i zamieszkałymi nad brzegiem rzeki. Ze laseczники mogą się rozwijać też w wilgotnym gruncie i tym sposobem zapomocą wody studziennej dostawać się do ustroju ludzkiego, jest to rzeczą wielce możliwą, a nawet prawdopodobną, dotychczas jednak nie dowiedzioną.

II. Profilaktyka.

1) Przeciw zawleczeniu choroby przez stykanie się ludzi, można zaprowadzić izolowanie chorych z następczą obserwacją i dezynfekowaniem; ma to jednak rację bytu tylko na okrętach morskich i rzecznych oraz na tratwach. Nadto należy mieć na uwadze, że okres wylegania bywa zazwyczaj krótki i rzadko kiedy przekracza 3—4 dni. Dezynfekowanie podróżnych nie daje żadnych wyników, gdyż nigdy skutecznie przeprowadzonem być nie może.

2) Izolowanie dotkniętych cholera oraz dezynfekacja wszystkich rzeczy, będących w zetknięciu z chorym, zwłaszcza pościeli, bielizny i odzieży, również ustępów, stanowią jedyny skuteczny środek ochronny przeciw szerzeniu zarazy przez stykanie się ludzi.

3) Ponieważ lasecznik potrzebuje dla swego życia wilgoci, a towary wilgotne w wyjątkowych tylko razach podlegają wysuszeniu, przedsięwzięcie zatem środków ochronnych przy przesyłaniu towarów jest zupełnie zbytecznem.

4) Główną uwagę należy zwracać na zarażenie wody studziennej, wodociągowej i wód stojących. Jeżeliby którakolwiek z nich okazała się podejrzaną, naówczas najlepiej używać jej po uprzednim przegotowaniu. Ponieważ jednak gotowanie tak wielkich ilości wody jest niepraktyczne, zaleca autor przeto używanie wody deszczowej, której wszak podejrzewać nie można o obecność w nich laseczników. Do zbierania i przechowywania wody deszczowej najlepiej nadają się zwykle używane na okrętach żelazne naczynia, zawierające wodę do picia. Za nieszkodliwością wody deszczowej przemawia odporność Holgolandu, gdzie ludność skazana jest na używanie wyłącznie wody ze zbiorników.

5) Samoobrona polega na zachowaniu czystości oraz na płókanii ust roztworami dezynfekującymi. W miejscu pobytu chorych nie wolno jeść, ani pić. Przez błędy w diecie, zaziębienie, przestrah etc. nie dostaje się ani cholery, ani też żadnej innej choroby zakaźnej. Aczkolwiek powszechnie przyjęte jest mniemanie, że tym sposobem usposobienie do choroby jakoby wzmacnia się, to jednak jest to pogląd niedowiedziony i dla tego nienaukowy. Zakaz spożywania masła, mleka, owoców uważa autor wprost za niewłaściwy przynajmniej do czasu, dopóki nie zostanie dowiedziona możność przeniesienia zarazy zapomocą powyższych pokarmów, pomimo, że teoria uczy, iż laseczники choleryczne na tego rodzaju pożywkach łatwiej się rozwijają.

6) Tego rodzaju zakazów nie powinny przeto zawierać urzędowe ogłoszenia, które aczkolwiek są niezbędne, nie powinny jednak głosić nic takiego, co jest niedowiedzione lub niewykonalne. Powinny one być krótkie, zwięzłe i praktyczne.

III. Leczenie.

Podczas panującej cholery zadawał sobie autor często pytanie, coby sam ze sobą czynił, gdyby zapadł na cholere. Otóż zawsze do tego dochodził przekonania, że wogóle unikałby wszelkich leków, lecz szedłby za „głosem natury“ i tylko męczące pragnienie gasiłby lodem, winem szampańskim lub czerwonym. Hołdując zasadzie „nie czyni drugiemu, co tobie niemiło“, stosował autor leczenie wyczekujące i takiego nadal trzymać się postanowił. Tylokrotnie dawniej zalecane sztuczne wywoływanie potów przez odpowiednie środki lekarskie lub zawijania w prześcieradła wilgotne, zdaniem autora, opartem na licznych doświadczeniach, tylko większą i szybszą sprowadza-

ło za sobą zapaść. Próby łagodzenia lub wstrzymywania wypróżnień zapomocą makowca stanowią bezwątpienia miecz obosieczny, można bowiem przyjąć, że groźba choroby zależy nie od częstości wypróżnień i wywołanej tem utraty wody, lecz od stopnia zakażenia. Autor obserwował chorych, którzy po 2—3 wypróżnieniach umierali, tak, iż podczas ostatniej epidemii autor radował się nawet, gdy chory, widziany przez autora dnia poprzedniego, następnego dnia jeszcze dobrze wymiotował i miewał wypróżnienia. Był to zazwyczaj objaw pomyślny. Dla tych też powodów nie pokłada autor zbyt wielkich nadziei w zalecanych przez CANTANI'ego podskórnych zastrzykaniach wody, wlewaniach do kiszki lub żył, opartych jedynie na zasadach ściśle fizjologicznych. To też wyniki, otrzymywane stąd, zdają się być bardzo wątpliwe.

Żałować należy, że terapia, a więcej jeszcze statystyka terapeutyczna zawsze jeszcze traktowane są po macoszemu. O wiele praktyczniejszymi okazali się pod tym względem anglicy. Najlepsze wyniki otrzymywano tam podczas dawniejszych epidemii, zgodnie ze sprawozdaniami ówczesnego komitetu terapeutycznego rady lekarskiej, przy leczeniu dużemi dawkami kalomelu *per se* lub w połączeniu z makowcem lub wapnem. Atoli śmiertelność i w tych przypadkach z silnie wyrażoną zapaścią wynosiła 59—63%. U autora wynosiła ona 65% przy leczeniu zupełnie obojętnem. Zresztą, przebieg choroby bywa zazwyczaj tak gwałtowny, iż trudno nawet w przyszłości spodziewać się jakiegoś skutecznego leku. Punkt ciężkości przy zwalczaniu zarazy zawsze przeto znajdować się będzie w profilaktyce, której rozwoju, sądząc z wyników lat ostatnich oraz dzięki wspianiałym odkryciom KOCH'a, z całą pewnością oczekiwać możemy.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 6 marca r. b.

TREŚĆ: 1) GURANOWSKI—przedstawienie dziecka z wadą rozwojową muszli usznej. 2) JAWDYŃSKI—przedstawienie chorego z nowotworem złośliwym na skórze klatki piersiowej. 3) PRZEWOSKI—przedstawienie: a) preparatu przedziurawionej aorty; b) preparatu „czarnego serca”. 4) NEUGERAUER i SOLMAN—przedstawienie karlicy po cięciu cesarskim. 5) ZAGÓRSKI—wykład: Przyczynek do sprawy chirurgicznego leczenia nowotworowych zwężeń odźwiernika.

1) Kol. GURANOWSKI przedstawił 3-miesięczne dziecko z wadą rozwojową muszli usznej, przewodu słuchowego i ucha średniego. Płatek dobrze rozwinięty, *helix* częściowo w postaci stożka spłaszczonego. Przy odchyleniu nazewnątrz płatek widać powyżej otworek ślepo zakończony (wejście do przewodu słuchowego), zaś przy odchyleniu zaczątkowego *helix* drugi otworek, również ślepo zakończony. Wobec nierozwiniętego przewodu słuchowego, a prawdopodobnie i ucha średniego, G. nie widzi wskazania do sztucznego wytworzenia na drodze operacyjnej przewodu słuchowego. Mowa tu być może tylko o operacji plastycznej na muszli ze względów kosmetycznych.

2) Kol. JAWDYŃSKI przedstawił chorego 30-letniego, który na jesieni roku zeszłego począł uczuwać ból z przodu klatki piersiowej; ból był nieznaczny, tak, że nie przeszkadzał choremu pracować i wykonywać wogóle ruchów kończynami górnymi. Stopniowo jednakże ból się wzmagał, przyłączył się ból w krzyżu, szczególnie dokuczliwy przy leżeniu. W grudniu r. z. okolice sutek prawie nagle obrzękły, zaczerwieniły się i nieco stwardniały; przyłączyły się do tego kolki dokuczliwe w bokach; chory zapisał się do szpitala, gdzie go leczono maciami i weżykatoryami, po których obrzęk to zniknął czasowo, to się znów powiększał. W początku stycznia r. b. zaczęły się pojawiać na klatce piersiowej guziki bolesne i początkowo jakby ruchome; ilość guzików szybko się mnożyła, niemal z każdym dniem. Przyłączyły się bóle w okolicy karkowej, ból w okolicy mostka wzmógł się; zjawiała się bolesność w obu stawach barkowych przy wykonywaniu ruchów, głównie zaś przy noszeniu ciężarów; przyłączyło się uczucie duszności w piersiach, bolesność przy połykaniu, ogólne osłabienie i znaczne wychudnięcie. Obecnie przednia powierzchnia klatki piersiowej pokryta jakby pancerzem; skóra przy obmacywaniu nacieczona, nieruchoma; w różnych miejscach widać guziki wielkości 10-kopiejkowej srebrnej monety, barwy ciemno fioletowej. Ze strony płuc, serca jak również przewodu pokarmowego nie szczególnego nie znaleziono. Ogólne odżywianie słabe.

W dyskusji kol. PRZEWOSKI twierdzi, że badanie preparatów drobnowidzowych wykazało, iż w danym razie mamy do czynienia z mięsakiem, nie zaś z rakiem.

Prof. BRODOWSKI zaznacza, że VELPEAU w dziele swem: „Choroby sutka” opisuje „*Squirre en cuirasse*”, jako nowotwór, nie zawsze biorący początek z samego gruczołu sutkowego, lecz niekiedy i z samej skóry, pokrywającej ten gruczoł, lub też zjawia się w postaci rozsianych twardych wyniosłości nie tylko na skórze, pokrywającej gruczoł sutkowy, ale wogóle na skórze przedniej powierzchni klatki piersiowej i następnie przechodzący na tkankę łączną podskórną wogóle i na gruczoł sutkowy w postaci rozlanego nowotworu, pociągającego za sobą znaczne powiększenie objętości klatki i czyniącego wrażenie jakby pancerza. W paru nowotworach, które mówca spostrzegał, byłoby rzeczywiście raki, biorące początek z gruczołu sutkowego, docierające do skóry, pokrywającej ten gruczoł, i rozlewające się po skórze, w tkance łącznej podskórnej klatki piersiowej, a w jednym przypadku nawet i po mięśniach nie tylko tejże klatki, ale i odnośnej kończyny. Pod wpływem wyżej wymienionego dzieła VELPEAU, utworzył się ten pogląd, że to choroba właściwa przeważnie płci żeńskiej, i że jeżeli coś podobnego powstaje u mężczyzny, to zawsze powinno mieć związek z tym szczytkowym gruczołem sutkowym u mężczyzny, który, jak wiadomo, daje niekiedy początek rakowi. A więc i w danym przypadku mogła się utworzyć *idea praeconcepta*, czy nie jest i to „*squirre en cuirasse*”. Trzeba jednak mieć na względzie, że VELPEAU rozpoznawał tego rodzaju sprawy patologiczne, nie posilkując się badaniami mikroskopowymi, że więc spostrzegane przez niego t. zw. „*squirre en cuirasse*” prawdopodobnie nie wszystkie były rakami, a przeważystkiem nie te, które brały początek w skórze; być może, że niektóre z nich były podobnie, jak w danym przypadku, rozlanymi mięsakami, z początku skóry, a następnie i tkanki łącznej podskórnej. Dany przypadek różni się jednak od opisywanych przez VELPEAU i innych tem, że jakkolwiek części miękkie, pokrywające klatkę piersiową, przedstawiają się niezmiernie stwardniałemi, to obok tego jednak nie widać powiększenia objętości odnośnej części tułowia; przeciwnie daje się spostrzegać jak gdyby niewielkie splaszczanie, tak, że rodzi się przypuszczenie pewnej analogii z temi zmianami, jakie na skórze i błonie śluzowej nosa i t. d. wywołuje twardziel nosowa (*Rhinoscleroma*); tembardziej, że i obrazy mikroskopowe nie sprzeciwiają się temu przypuszczeniu, gdyż na okazie, przedstawionym w Towarzystwie, widzimy nowotwór, składający się przeważnie z komórek okrągłych niewielkich, z niewielką ilością włóknistej substancji międzykomórkowej. Jakkolwiek więc nikt nie opisał podobnych skleromatów na skórze klatki piersiowej, BRODOWSKI sądzi, że należałoby i w tym kierunku zbadać tę sprawę chorobową.

3) Kol. PRZEWOSKI przedstawił preparat anatomiczny przedziurawionej aorty. Preparat ten dotyczy zmarłego nagle d. 28 lutego r. b. chorego M. F., lat 34, wyrobnika. Chory zmarł skutkiem obfitego krwotoku przez usta. Zachorował on na cztery dni przed śmiercią, jakoby po zjedzeniu ryby. Pierwsze objawy choroby stanowił gwałtowny ból w grzbiecie i całej klatce piersiowej, poczem wystąpiły dreszcze i silna gorączka, duszność i kaszel. Krwotok z ust pojawił się w nocy przed samą śmiercią. Obiektywne badanie chorego nie dało żadnych wyraźnych rezultatów. Po śmierci znaleziono na przedniej ścianie przełyku, bezpośrednio nad miejscem rozdziału tchawicy na oskrzela, owrzodzenie okrągławo-owalnej formy, którego wymiar pionowy jest długi na 1,3 ctm., a poprzeczny na 1 ctm. Brzoگی owrzodzenia nierówno i pokryte szarym strupem zgorzeliowym. Dno przedziurawione prowadzi do tkanki łącznej, leżącej przed przełykiem. Dokoła owrzodzenia na znacznej przestrzeni ściana przełyku spulchniona, mocno zaczerwieniona i mocno wypukłona do światła przełyku. Trochę na prawo od opisanego owrzodzenia w ścianie przełyku i prawie na tej samej wysokości widać jeszcze na błonie śluzowej małe *diverticulum* z miejscem na 3 do 4 mm. szerokiemi i głębokiemi około 5 mm. Dziurawiąc owrzodzenie w ścianie przełyku prowadzi do jamy wielkości kurzego jaja, wypełnionej przez świeże skrzepy krwi. Te skrzepy miejscami wyraźnie zmieszane są z płynem posokowatym, cuchnącym. Ściany jamy są nierówno, kłaczkowato-strzępiasto, tworzy je głównie rozpulchniona i przepojona płynem ropiasto-posokowatym tkanka łączna. Jama mieści się przed przednią ścianą przełyku, a za tylną ścianą tchawicy, za taką częścią lewego oskrzela i za górnym odcinkiem tylnej części osierdza. Bezpośrednio nad jamą z lewej strony ciągnie się wklęsła strona łuku aorty. Od dołu jama dosięga prawie do przepony. Z boków jamy przeciągają bardzo blisko od ścian jamy obydwie listki ściennej opłucnej, które obejmują śródpierście tylne. Nakoniec w ścianach jamy pośród bardzo zmienionej tkanki łącznej śródpierścia tylnego przebiegają główne pnie nerwowe.

Bezpośrednie przyleganie tkanki łącznej w stanie ropiasto-posokowatego zapalenia do tylnego-górnego odcinka osierdzia stało się powodem zapalenia tego organu. Mianowicie w jamie osierdzia znajduje się około 150 sz. ctm. płynu żółtawego, mętnego, sama zaś błona jest rozpułchniona, zaczerwieniona i pokryta dosyć grubą warstwą świeżego włókniaka. Szerzenie się ropiasto-posokowatego zapalenia po tkance łącznej na wklęsłą stronę łuku aorty wywołało zgubne następstwa dla tej ostatniej. Mianowicie na pół centymetra na lewo od ujścia *arteriae subclaviae sinistrae* i prawie naprzeciwko niego, czyli jeszcze na wklęsłej stronie łuku znajduje się przenikający otwór nieprawidłowo okrągławej postaci. Wymiar najdłuższy tego otworu = 1,8 ctm., najkrótszy 1,6 ctm. Brzegi otworu strzępiaste, a te strzępki tworzy głównie błona wewnętrzna aorty. Błona średnia i zewnętrzna w brzegach otworu są zniszczone na większej przestrzeni, niż błona wewnętrzna. Otwór w ścianie aorty prowadzi wprost do opisanej jamy w tkance łącznej przed przełykiem. P. przypuszcza, że punktem wyjścia dziurawiącego wrzodu przełyku było takie *diverticulum a tractione*. Być może, że oś od ryby, zapadłszy do takiego *diverticulum*, właśnie spowodowała owrządzenie, a następnie przedziurawienie; być może jednak, że ona sama weszła w ścianę przełyku i, dziurawiąc ją, wywołała wszelkie dalsze następstwa. Tej jednak ości nigdzie w ścianie przełyku ani nazewnątrz jego w jamie w tkance łącznej mówca znaleźć nie mógł. Dla tego też pierwsze przypuszczenie wydaje mu się więcej prawdopodobnem. Przedziurawienie ściany przełyku, połączone z wypadnięciem jego zawartości, wywołało w otaczającej tkance łącznej *phlegmone ichorosa* (*mediastinitis ichorosa*), a to ostatnie, szorząc się szybko, wywołało *pericarditis*, zapalenie błony zewnętrznej aorty i jej przedziurawienie. Krew, wylewając się z przedziurawionej aorty do rozpułchnionej przez zapalenie tkanki łącznej, wyłobiliła w niej dużą jamę i stąd przez otwór w ścianie przełyku wylewała się dalej.

Następnie kol. PRZEWOSKI przedstawił serce trzydziestokilkoletniego suchotnika. Przy badaniu zwróciło uwagę P. szyfrowate i miejscami prawie czarne zabarwienie osierdzia. Zabarwienie to było najsilniejsze przy podstawie serca i około wielkich pni naczyńowych. Tu miejscami było ono zupełnie czarne w postaci plam okrągławych, owalnych i t. p. Nad komorami serca zabarwienie przedstawiało się w postaci plam szyfrowatych. Nad wierzchołkiem serca plamy znowu stawały się ciemniejsze, do zupełnie prawie czarnych. Na *pericardium parietale* ciemne zabarwienie było także bardzo wyraźne w postaci plam szyfrowatych, ale mniej mocne, niż na listku trzewowym. W wielu miejscach i zwłaszcza przy wierzchołku serca pośród plam czarnych lub szyfrowatych widać było bledsze guziczki, wielkości ziarnka piasku do wielkości główki od szpilki. Przy badaniu bliższem okazało się, że to są gruzelki lub konglomeraty gruzelków, a więc że cała sprawa w osierdziu jest *pericarditis tuberculosa* o przebiegu powolnym. Zrostów nigdzie nie znaleziono. Wobec powyższego objaśnić sobie zabarwienie osierdzia w danym przypadku można tylko w ten sposób, że punktem wyjścia jego były wylewy krwi do jamy osierdzia, co przy *pericarditis tuberculosa* wcale nie należy do rzeczy rzadkich.

4) Koledzy NEUGEBAUER i SOLMAN przedstawili karlicę po operacji cięcia cesarskiego (patrz. Sprawozd. z posiedzenia Tow. Lek. z dnia 6 lutego r. b. w numerze 8 „Medycyny“ z r. b.) oraz wygłosili kilka uwag z powodu tego przypadku, które czytelnicy poznają w osobnym artykule, mającym się pojawić w jednym z następnych numerów „Medycyny“.

5) Kol. ZAGÓRSKI (z Lublina) miał wykład p. t. „Przyczynek do sprawy chirurgicznego leczenia nowotworowych zwężeń odźwiernika“. Praca ta drukowana była w całości w Nr. 11 i 12 „Medycyny“ z r. b.

Po ukończonym odczycie kol. Z., w dyskusyi zabrał głos kol. REJCHMAN, zwracając uwagę, aby przy żywieniu chorych przez przetokę wprowadzać do kiszki cienkiej pokarmy przetrawione sztucznie przez sok żołądkowy. Co się zaś tyczy wskazań do operacyi MAYDL'a, to uważa, że należy ją robić przy raku żołądka tam, gdzie innej operacyi wykonać nie można, jak również przy zwężeniach odźwiernika; przy wrzodzie żołądka natomiast nie sądzi, aby takie leczenie było racjonalne, wobec tego, że chorych takich można żywić przez odbytnicę zapomocą enem odżywczych, a jeżeli chorzy ci leżą, to mogą się przez 3—4 dni zupełnie bez pokarmu obywać. Istnieje jednak jeszcze jedno wskazanie, przez nikogo dotychczas nie uwzględnione, t. j. ciężkie postacie histeryi, mianowicie t. zw. *dyspepsia hysterica*, przy której chorzy czują wstręt do pokarmów i zupełnie przyjmować ich nie chcą.

Kol. JAWDYŃSKI nie sądzi, aby operacja MAYDL'a była tak bardzo łatwa; przeciwnie, często przy nowotworowym zwyrodnieniu części otaczających żołądek odszukanie dwunastnicy może być bardzo trudne, a tem samem operacja o wiele więcej skomplikowana, niż gastroenterostomia. J. mniema również, że odsetka wyzdrowień nie będzie większa, niż przy innych operacjach. Przy wrzodzie żołądka zarówno jak i przy histeryi nie radziłby operacji, lecz żywienie chorych *per rectum*.

W odpowiedzi kol. ŻAGÓRSKI zapytuje, czy przez kilka dni głodzenia zabliznia się owrzodzenie w żołądku? Jeżeli nie, to uważa za racjonalniejsze od lewatyw karmienie przez przetokę w *jejunum*, przyczem żywienie będzie i bardziej prawidłowe i korzystniejsze. Z drugiej strony, jeżeli enemata odżywcze są skuteczne przy wrzodzie żołądka, to dla czego w ten sam sposób nie odżywiać histeryczek? Co do trudności technicznych samej operacji to MAYDL, twierdzi, że wymaga ona znacznie krótszego czasu, niż gastroenterostomia i mniejszej pomocy; jedyną trudność stanowi odnalezienie dwunastnicy.

Kol. REICHMAN odpowiada, że owrzodzenie żołądka przy bezwzględny spokoju może zagoić się bardzo szybko; często po 1 lub 2 dniach powstają warunki o tyle pomyślne, że chorzy znoszą dyetę mleczną. Co do histeryi, to enemami nie można jej leczyć dla tego, że tu leczenie trwać musi nieraz całe miesiące, a jeżeli przy tak długim stosowaniu wystąpi podrażnienie odbytnicy, chora na dalsze enemata nie pozwoli. Wiadomo zaś, że podniesienie odżywiania w histeryi jest niezmiernie ważne i dla tego żywienie chorych bez ich udziału niezależnie od ich woli mogłoby być bardzo skuteczne.

Prof. BARANOWSKI jest zdania, że wobec tego, iż przy wrzodzie żołądka często bardzo następuje wyleczenie, należy naprzód wypróbować stopień niebezpieczeństwa operacji, a potem dopiero decydować się na nią. Lewatywy odżywcze przy dobrej woli chorego można stosować całymi tygodniami; histeryczki jednak często oponują przeciwko enemom, i dla tego tu po wyczerpaniu wszystkich innych środków operacja może się okazać konieczną.

Kol. GRUNDZACH uważa, że odżywianie za pomocą enemata jest do pewnego stopnia głodzeniem, przez przetokę zaś kiszczową można nawet forsownie chorych odżywiać, i dla tego sądzi, że operacja MAYDL'a może być u histeryczek wskazana.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

43. CASPARY. Przyczynek do nauki o wysypkach lekowych. Na wysypki lekowe, będące następstwem osobniczej szczegółotliwości (idyosynkrazji), zwrócono baczniejszą uwagę od roku 1877, gdy KOEBNER opisał obserwowany przez się przypadek wysypki płonicowatej, występującej u pewnego osobnika po każdym użyciu chininy. Znajomość tych wysypek jest bardzo pożądana, ile że bywają one czasami uciążliwe lub wprost niebezpieczne i są nieraz przyczyną błędów rozpoznawczych. C. przytacza ciekawą kazuistykę z własnej praktyki.

Atletycznej budowy 28-letni mężczyzna cierpi od 9 miesięcy na recydującą wysypkę skórą, której nawroty zaczynają się od rąk i przedramion, zajmując wreszcie całą prawie skórę. Podczas napadu dreszcze, nudności, gorączka kilkodniowa, swędzenie, później palenie i uczucie przykrego napięcia w skórze. W kilka dni po ostatnim nawrocie, podczas pierwszego badania znaleziono liczne i duże pęcherze, plamy jasno i ciemno-czerwone, lub szare i brunatne. Liczba tych wykwitów dochodziła do kilkuset, najęśniej zaś były usadowione na twarzy. Pacjent, żyjący umiarkowanie, czasami na zebraniach koleżeńskich przebiera miarę, a wtedy nazajutrz jest nieswój i cierpi na ból głowy. Rozpoznano *pemphigus chronicus vulgaris benignus*; zalecono umiarkowanie, dyetę, sól karlsbadzką. Poprawa bardzo szybka, nawet stare pigmentacje poczęły znikać. Po kilku miesiącach niezmiernie silna recydywa, pod postacią rozsianej po całej skórze plamistej wysypki. Oddzielne wykwity—wielkości przekroju ziarna grochu—są mocno czerwone, lub też już blednące, lub wreszcie pokryte pęcherzami z zawartością przezroczystą lub mętną. Jednoczesne pojawienie się niezliczonej ilości plam, szybka tych plam inwolucja, dobry stan ogólny, świadczyły przeciw rozpoznaniu bąblicy. Okazało się, że chory na 6 godzin przed ostatnim napadem zażył 2 gramy antypiryny, z powodu bólu głowy

po przepiciu, jak również, że wszystkie poprzedzające napady występowały w tych samych okolicznościach. Jest to więc rzadki i oryginalny przypadek wysypki płamisto-pęcherzowej, zostawiającej po sobie długotrwałe zabarwienia, a wywołanej przez użycie antypiryny.

Obserwacja druga jest bardzo ciekawa, choć niezbyt dokładna. Dotyczy ona mężczyzny 27-letniego, lubiącego od czasu do czasu wypić ponad miarę. Po każdym nadużyciu występuje u chorego po upływie mniej więcej dwóch dni ostry ograniczony obrzęk jakiejś okolicy na skórze, trwa przez dobę i znika zupełnie po następnych 2 dniach. Obrzęk zajmuje skórę twarzy, innym razem skórę nogi, podbrzusza lub inną okolicę. Mocz, badany podczas jednego z napadów, jedyne, który widział C., nie zawierał nieprawidłowych składników. Związek przyczynowy między nadużyciem alkoholu i przejściowym obrzękiem jest bardzo prawdopodobny. O podobnym przypadku komunikował MAX JOSEPH na kongresie dermatologów w Pradze 1889 r. na zasadzie długiej obserwacji chorego. U mężczyzny również 37-letniego, po każdym nadużyciu alkoholu pojawiały się ograniczone obrzęki skóry, dosięgające wielkości pięści, przeważnie na twarzy, i znikały po upływie kilku godzin lub doby. Razu jednego wystąpił nawet obrzęk połowy języka, który trwał przez kilka godzin i wywoływał objawy silnej duszności. Po zaniechaniu picia obrzęki owe przestały się wytwarzać.

Wysypki skórne po antypirynie należą do najpospolitszych. C. obserwował trzy bardzo szczególne przypadki, z których opisuje jeden, jako że pozostałe dwa są najzupełniej identyczne. Mężczyzna 30-letni, zresztą zdrowy, od kilku miesięcy cierpi, mniej więcej co 3 tygodnie, na wysypkę pęcherzykową, która pojawia się na języku, na mosznie i około rzyci, przy lekkiej gorączce i objawach niestrawności; goi się bez blizn. Zapytany, czy nie używał przed wysypką jakiego leku, zeznaje, że za każdym razem pęcherze pojawiają się w 2 dni po zażyciu antypiryny, którą bierze z powodu połowicznego bólu głowy. Wystąpienie wysypki w 2 dni po użyciu leku jest rzeczą dość rzadką, ale nie wyjątkową, bo obrzęki po alkoholu, wysypki jodowe lub rtęciowe powstają nieraz w kilka dni po użyciu danego środka. Ciekawszą jest okoliczność, że dawniej chory zażywał antypiryny bezkarnie i że dopiero od 3 miesięcy po każdorazowym użyciu występuje wysypka. Jest to nagłe pojawienie się idyosynkrazji, której nie objaśniają zmiany w wydzielniczej działalności nerek, bo ich nie znaleziono. Jak owa idyosynkrazia nagle się w danym przypadku pojawiła, tak w innych znika. Młoda pacjentka C., dotknięta przymiotem, po pierwszym zastrzyknięciu salicylanu rtęci została rażona rumieniem na całym ciele, który po następnej iniekcji był znacznie słabszy, a po trzeciej wcale się nie pojawił. U tejże chorej po 2 latach, po użyciu 0,2 *Hg. tannici*, występuje natychmiast ogólna wysypka płoniciowata, a po 10 dniach, pomimo codziennych i większych dawek leku, żadnych następstw niema. Znane jest również przyzwyczajanie się ustroju do jodu.

W powyżej opisanych wysypkach po antypirynie, szczególniejszą uwagę zwraca na siebie lokalizacja wykwitów—jedynie na błonie śluzowej jamy ustnej i na skórze części płciowych. W 2 znanych przypadkach (DOUTRELEPONT, VEIEL), oprócz owych miejsc, były zajęte i inne okolice skóry; później jednak ogłoszono kilka obserwacji, w których wykwity sadowiły się bądź tylko w jamie ustnej, bądź tylko na genitaliach, bądź wreszcie i tu i tam.

Podobną wysypkę pęcherzykową i w podobny sposób umiejscowioną obserwował C. u pewnej 35-letniej kobiety po każdym użyciu chininy, jakkolwiek wysypki pochinowe wyglądają zgoła inaczej. AUSPITZ jeszcze w 1881 r. opisał 4 rodzaje wysypek, występujących po chininie: rumień płoniciowaty, rumień grudkowy, jak w odrze, wybroczyny krwawe, wreszcie nacieki pokrzywkowate i obrzęki. Oczywiście, że owa wielopostaciowość nieraz utrudnia rozpoznanie.

Nawet jod, wywołujący zwykle powszechnie znany trądzik, w jednym przypadku, obserwowanym przez C., był przyczyną dość uporczywej moknącej pryszczicy na skórze twarzy i przedramion. Pryszczycy ta pojawiała się po każdym rozpoczęciu leczenia jodem i ustępowała dopiero po zaniechaniu środka.

W 1888 roku opisał HALLOPEAU niezmiernie ciekawy przypadek wysypki jodowej. Chory, dotknięty przymiotem, pił jodek potasu. Po każdym użyciu środka pojawiały się liczne pęcherze na skórze, języku, spojówce i rogówce; pęcherze te pękały, na dnie owrzodzeń rozpoczynało się bujanie tkanki, jak przy *pemphigus*

vegetans, i cała sprawa kończyła się zniepodobniającymi bliznami. Jedna z blizn wytworzyła nawet *leucoma corneae*. Chory przez długie miesiące był bez przerwy leczony jodkiem potasu, ponieważ wysypka była przez wielu doświadczonych lekarzy uważana za przymiotową, aż wreszcie HALLOPEAU, który sam uległ tej pomyłce z początku, odgadł fatalny przyczynowy związek między lekiem i wysypką. (Archiv f. Dermat. u. Syph. XXVI B. 1 Heft). T. Trzciński.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Szereg nowych środków ukazał się na widowni lekarskiej:

1) Tymacetyna (*Thymacatinum*) — pochodna tymolu, znajdująca się w takim do niego stosunku, jak fenacetyna do fenolu. Jest to biały, krystaliczny, trudno w wodzie rozpuszczający się proszek. JOLLY stosował ją u chorych umysłowych jako *hypnoticum* i *analgeticum*. Działanie nasenne występuje przy użyciu 0,5 gr. W dawkach od 0,25 do 1,0 grm. tymacetyna okazała się skuteczną w migrenie. Działanie uboczne polega na wywoływaniu przepływu krwi do głowy i szmeru w uszach. (Deutsch. med. Zeit. 91—93).

2) Antyspasmina (*Antispasminum*) jest to *narceinnatrium* — *natriumsalicylat* i tworzy biały, łatwo w wodzie rozpuszczalny proszek, który powinien być ochraniający od przystępu powietrza i wilgoci. Przy bólach ma być dobrym środkiem nasennym i kojącym, pozbawionym wszelkiego niebezpieczeństwa i dlatego powinien, zdaniem DEMME'go, znaleźć zastosowanie w praktyce dziecięcej. W dawkach od 0,1—0,2 grm. szczególnie w krztuścu stosowana była pod postacią następujących kropeł: Rp. Antispasmin. 1,0; Aq. amygd. am. 10,0. MDS. 1—2 razy dziennie 15 kropeł w wodzie cukrzanej. (Ther. Blätt. 11. 93).

3) Engenolacetamid. Przez działanie *engenol-natr.* na kwas monochloroctowy powstaje kwas engenolactowy, który przez działanie alkoholem i kwasem solnym przechodzi w eter etylowy kwasu engenolactowego, a ten ostatni przez dodanie amoniaku alkoholowego w engenolacetamid. Przedstawia się on pod postacią błyszczących płaskich kryształów, rozpuszczających się w wodzie i eterze. Użyty w proszku wywołuje na języku, podobnie kokainie, znieczulenie miejscowe, równej co i ona siły. Prócz tego engenolacetamid ma działanie przeciwnieślnicze i powinien znaleźć zastosowanie w chirurgii. (Ther. Blätt. 11. 93).

4) Karpaina (*Carpainum*) — alkaloid grupy sparteinowej, otrzymywany z liści *Carica Papaya*. W terapii używane *Carpainum hydrochloricum* stanowi drobny, lekki, krystaliczny proszek, łatwo w wodzie rozpuszczalny. Używa się podskórnie w początkowych dawkach po 0,006 szczególnie w cierpieniach zastawek serca, połączonych z obrzękami, i w *angina*

pectoris. Działanie jej odpowiada działaniu podwójnych soli kofeiny. (Ther. Blätt. 11. 93).

5) *Cocainum phenylicum* — jest to połączenie jednakowych równoważników kokainy i krystalicznego fenolu. Działa porażająco na nerwy rozszerzające naczynia. Im dłużej pozostaje nierozpuszczony na miejscu zastosowania, tem dłużej działa nawet w małych dawkach. Skutecznym okazał się ten środek jako pendzlowanie w błonicy. W niezbytach krtani i głębszych dróg oddechowych z korzyścią używany był do wziewania. Najlepsze jednak wyniki daje w ostrych i przewlekłych niezbytach żołądka i innych cierpieniach tego narządu w dawce 0,01 grm. jako proszek w połączeniu z antyfebriną. (Ther. Blätt. 11. 93).

6) *Papaverinum hydrochloricum* (MERCK) tworzy białe romboidalne igły, rozpuszczające się łatwo w gorącej, trudniej w zimnej wodzie (1 grm. *pap. mur.* w 100 grm. zimnej wody daje przezroczysty roztwór). Środek ten wywiera uspokajający wpływ na ruchy kiszek i znajduje zastosowanie przeciw rozwojnieniom, szczególnie u dzieci. Dawka wynosi 0,005 — 0,05 grm. Zwykle wystarczą 3—4 dawek dziennie, czasem 6—8. Daje się pod postacią proszku z cukrem mlecznym, lub w następującej mieszance: Rp. *Papaver. mur.* 0,2; *Syr. Rhoeados (capit. papav.)* 20,0. MDS. 3 razy dziennie po łyżeczce od kawy. (Prag. med. Woch. 40. 93).

7) *Jodocoffeinum*, *Jodotheinum*, *Jodoteobrominum* — są to połączenia kofeiny, teiny i teobrominy z jodkiem sodu. Działają na serce. Jodoteobromina powiększa bardziej energię systoliczną, ciśnienie tętnic i dyurezę, niż jodokofeina. Nie wywierają wpływu ani na oddechanie, ani na ciepłotę i dobrze są znoszone. Szybko wydzielają się z moczem. Dawka dla dorosłych 0,5—3,0 grm. dziennie w opłatkach. (Sem. méd. Paźdz. 1893).

8) *Crystallinum*. Mianem tem oznaczają się rodzaj *collodium*, w którym miejsce alkoholu i eteru zajmuje alkohol metylowy w celu rozpuszczenia bawełny strzelniczej. Krystalina tworzy na skórze trwałą, przezroczystą skórkę zamiast mętnej i łamliwej, jaką daje *collodium*. Zapach krystaliny jest mniej przyjemny niż *collodium*. Krystalina rozpuszcza

łatwo kwas pyrogallowy, salicylowy, chryzaro-bing, sublimat i t. d. i użyta była przez PHILIPPS'a z dobrym skutkiem jako *reliculum* w leczeniu różnych chorób skórnych. Przez dodanie oleju rycynowego, analogicznie jak z *collodium*, można otrzymać krystalinę elastyczną. (Sem. méd. Paźdz. 93).

9) Pod nazwą migreniny podaje OVERLACH połączenie antypiryny KNORR'a z kwasem

cytrynowym i kofeiną w pewnym dokładnie określonym stosunku procentowym. Migrenina ma być wypróbowanym środkiem w najcięższych przypadkach połowicznego bólu głowy. Używać jej należy przy zbliżającym się napadzie migreny w ilości 1,10 w proszku, rozpuszczonym w $\frac{1}{4}$ części szklanki wody; w razie potrzeby po upływie 2 godzin drugi proszek. (D. med. Woch. 47. 93) Z. S.

Wiadomości bieżące.

— Stan sanitarny Warszawy w ciągu ubiegłych dwóch miesięcy, podobnie jak to już i w styczniu zaznaczyliśmy, przedstawiał się bardzo pomyślnie. Śmiertelność, wynosząca w ciągu miesiąca lutego 20,79‰, w ostatnich tygodniach marca spadła na 18‰, t. j. do cyfry, jakiej od lat kilku już nie spotykaliśmy. W odpowiednich miesiącach roku zeszłego śmiertelność stale przechodziła 25,5‰. Tak pomyślny stan sanitarny przypisać należy głównie małej ilości chorób zakaźnych, zwłaszcza wysypkowych, u dzieci. Największą rubrykę śmiertelności wciąż jeszcze przedstawia ospa. Błonica często dosyć się spotyka, szkarlatyna bardzo rzadko. Natomiast części tej widujemy znowu w ostatnich tygodniach tyfus wysypkowy o łagodnym jednakże przebiegu. Spotykają się również: koklusz, zapalenia gruczołów przyusznych, odra, różyczka (*rubeola*), a także nieco częściej krwawa biegunka. Zapalenie płuc włóknikowe, zwykle w tej porze roku, rzadziej, aniżeli w roku zeszłym, się wydarza. J. K.

— Od 14 do 16 maja r. b. odbywać się będzie w Wrocławiu 4-te zebranie niemieckiego dermatologicznego stowarzyszenia. Jako temata główne zostały do obecnej chwili zapowiedziane: 1) Najnowsze próby usystematyzowania chorób skórnych — referent KAPOSI z Wiednia; w odnośnej dyskusji przyjmie udział SCHWIMMER z Pesztu. 2) Obecny stan nauki o pasorzytach skórnych — referent PICK z Pragi czeskiej. Hodowle przedstawiać będą: WINTERNITZ i KROESING. Dalej zostały zapowiedziane wykłady i demonstracje, odnoszące się do rzeźączki, endoskopii i t. d., przez GRUENFELD'a, JACOBÍ'ego, JADASSOHN'a, KOCH'a, KOLLMANN'a, LOEWENHARDT'a, LOHNSTEIN'a, A. NEISSER'a, PUTZLER'a, SCHAEFFER'a, STEINSCHNEIDER'a etc. Wykłady dermatologiczne: CASPARY (erythema exsudativum), DOUTRELEPONT (o gruźlicy skóry), FRIEDHEIM (o działaniu kwasów na skórę), van HOORN (temat zastrzeżony), JOSEPH (niezwykłe formy rybiej łuski — ichthyosis), LASCH (o sztucznie wywołanej pokrzywce — urticaria factitia), LEDERMANN (o resorbin), LESSER (herpes zoster), MRACEK (etyo-

logia rumienia z zatrucia), NEUBERGER (lichen ruber), RIEHL (gruźlica skóry), ROSENTHAL (bąblcowe formy chorobowe błony śluzowej jamy ustnej), SAALFELD (faneroskopia i druk na szkło), SCHWIMMER (o zgorzeli skóry histerycznego pochodzenia), von SEHLEN (o pryszczycy skóry i błon śluzowych), STAUB (erytromelalgia; leczenie aktynomykozy skórnej), WINTERNITZ (ogólne działanie środków drażniących skórę). Wykłady i demonstracje z dziedziny syfilidologii: BLOCK (o leczeniu dymienic), przymiot i gruźlica (HOCHSINGER, JADASSOHN, A. NEISSER), o przymiocie późnym — MARSCHALKO, o przymiocie gruczołów ślinowych — NEUMANN. Wykłady dermatologiczne z demonstracjami: ARNING (trąd trzewowy), DREYSEL i OPPLER (eleidin), EHRMANN (o naczyniach chłonnych części płciowych u mężczyzny), FABRY (urticaria pigmentosa), GALEWSKI (nerwica troficzna trądu), HALLE (model skóry), KROESING (przyczynę do leczenia wilka), MIKULICZ (leczenie naczyniaków), MUENHEIMER (herpes zoster), A. NEISSER (molluscum contagiosum), RUFFER (psorospermie raka), TOUTON (molluscum contagiosum). Demonstracja chorych przez CHOTZEN'a, JADASSOHN'a, A. NEISSER'a. Nadmieniam, że w posiedzeniach zjazdu brać mogą czynny udział i lekarze, nie będący członkami towarzystwa dermatologicznego. J. Majkowski.

— W pracy pod tytułem „O zabiegach chirurgicznych w chorobach żołądka“ kol. MINTZ treściwie i dokładnie zaznajamia czytelnika ze wskazaniami i przeciwwskazaniami do operacyjnego leczenia chorób żołądka, ocenia też rozmaite metody operacyjne. Odnośna literatura zebrana została z niezmierną dokładnością i wątplię, czy jakkolwiek nawet mniej ważna praca została przez autora nieuwzględniona. Ugrupowanie materiału na: 1) zwężenia odźwiernika niezłotliwe; 2) wrzody przewlekłe żołądka; 3) rozszerzenia żołądka pierwotne; 4) nowotwory złośliwe żołądka, — bardzo jest trafne, a sposób przedstawienia przedmiotu jasny i treściwy. Z pracy kol. M. każdy lekarz dużą korzyść odnieść może. W. B.