

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Kilka słów i doświadczeń w sprawie jednoczesnego stosowania szaruchy i kąpeli siarczanych, podał J. D. Grabowski. Formaldehyd w chorobach oczu, napisał B. R. Gepner (syn). — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 15 maja r. b. — Bibliografia i krytyka. Choroby kiszek, omówił Henryk Pacanowski. — Wykłady kliniczne. Histerja i suggestja. — Streszczenia i Wyciągi. 63. Megalogastrya a rozstrzeń żołądka. 64. Czy leczenie rtęciowe może wywołać białkomocz i waleczki w moczu. 65. Napady epileptyczne wywołane zmianami w jamach nosowych. 66. Przyczynę do nauki o przeżuwaniu. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) D-r J. D. Grabowski — Étude expérimentale sur l'emploi simultané des frictions mercurielles et des bains sulfureux. 2) D-r B. R. Gepner (fils) — Aldehyde formique dans les maladies des yeux.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. D. Grabowski — Einige Experimente über die gleichzeitige Anwendung von Unguentum cinereum und Schwefelbädern. 2) D-r B. R. Gepner (jr.) — Formaldehyd in Augenkrankheiten.

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

Kilka słów i doświadczeń w sprawie jednoczesnego stosowania szaruchy i kąpeli siarczanych

podał J. D. Grabowski

b. asystent kliniki dyagnostycznej Uniwersytetu Warszaw., lekarz zdrojowy w Busku.

Wartość kąpeli siarczanych w leczeniu przymiotu podnoszona była przez dawnych praktyków do wysokości środka swoistego, a nawet ujawniającego przymiot ukryty. O swoistości tego rodzaju leczenia doświadczenie stosunkowo dawno już kazało zapomnieć; przypadki występowania w kąpielach siarczanych objawów przymiotu ukrytego nie wytrzymałyby nieraz krytyki doświadczonego syfilidologa, a przytem zdarzają się tak rzadko, że je tylko za przypadek, koincydencję uważać należy. Dzięki ściślejszym spostrzeżeniom dawna wartość kąpeli siarczanych w leczeniu przymiotu została sprowadzona do roli dzielnego środka pomocniczego, zapomocą którego — a szczególnie w połączeniu z wcieraniami szaruchy — dają się osiągnąć lepsze wyniki lecznicze, niż pod wpływem leczenia po za zdrojowiskami siarczanami. Tej roli, jakkolwiek farmakologicznie nie dość wytłomaczonej, większość lekarzów, rozporządzających olbrzymim materyałem obserwacyjnym, nietylko nie zaprzecza, ale przeciwnie, na korzyść tak skombinowanego leczenia przemawia, chętnie podając swych chorych leczeniu kąpielami siarczanami, obok leczenia swoistego szaruchą lub rzadziej bez rtęci, jako leczeniu dopełniającemu.

W roku 1891 i 1892 w „Gazecie lekarskiej“ i „Medycynie“, z powodu między innymi nieprzychylniej opinii d-ra ELSENBERGA w jego odczycie klinicznym „Leczenie syfilisu“, o wartości kąpeli siarczanych ogłoszono kilka

artykułów polemicznych, w których przeciwko poglądom d-ra E., a w obro- nie praktykowanego u wód siarczanych leczenia szaruchą, wystąpili na pod- stawie odpowiednich dowodzeń, cytat i długoletniego własnego doświadczenia moi koledzy z Buska: d-r MAJKOWSKI i d-r DYMICKI.

Zdanie E. w omawianej sprawie da się streścić tak:

Wśród jednoczesnego stosowania wcierań i kąpeli siarczanych, pod wpły- wem zawartego w wodzie siarkowodoru, tworzy się w powierzchownych warstwach naskórka i w przewodach gruczołów nierozpuszczalny i niedziałają- cy siarek rtęci, czyli, że rtęć zostaje zobojętniona, nie ulega wessaniu zupeł- nie lub co najwyżej w minimalnej ilości, wskutek czego na sprawę przymio- tową nie wpływa zupełnie, albo tak mało, że takie skombinowane leczenie pożytku choremu nie przyniesie napewno, a krzywdę nieraz wyrządzić mu może.

Choć dla obu stron polemizujących nie ulega wątpliwości fakt tworzenia się na skórze siarku rtęci, jednak wnioski ich odnośnie do wartości tego połą- czonego leczenia są zupełnie odmienne, wprost przeciwne.

Po której stronie słuszność, gdzie terapeutyczna prawda, która w danym razie nie może znaleźć się pośrodku? — oto pytania, których poniżej dotknąć zamierzam.

Jak się zachowuje siarkowodór wody siarczanej kąpielowej wobec użytej do wcierania szaruchy? Najprostsze pojęcia chemiczne i nieuzbrojone oko każ- żą nam widzieć na skórze zamianę rtęci metalicznej na siarek rtęci.

Niewiadomo, czy wszystka rtęć, znajdująca się na powierzchni skóry, podlega tej zamianie? Być może, że tłuszcz dla pewnej jej części tworzy do- stateczną osłonę i przeszkadza połączeniu się rtęci z siarkowodorem.

Czy zamiana na siarek rtęci odbywa się tylko na powierzchni skóry? Prawdopodobnie tak. Przylegający do skóry siarek rtęci *eo ipso* znajduje się i w otworach przewodów gruczołowych; w samych przewodach i głębiej mi- kroskop go nie wykazał, a doświadczenie — o czem niżej — przemawiałoby raczej przeciwko tej zamianie, a przynajmniej przeciw zamianie na obszerniejszą skalę.

Czy wpływ siarkowodoru unicestwia działanie wcieranej szaruchy?

Zanim przystąpię do rozwiązania tego pytania, przytoczę pewne wyliczenie. Ponieważ na strącenie 200 gramów rtęci potrzeba 34 gramy siarkowodoru (podaję najbliższe cyfry całkowite), więc dla strącenia rtęci w 5 gramach zwy- kłej szaruchy ($\frac{5}{3}$ grm. rtęci) wystarcza 0,27 H_2S , t. j. ilość, którą posiada napewno każda kąpiel uchodząca za siarczaną. Kąpiel, zawierająca około dwuchset litrów wody buskiej¹⁾, mieści w sobie przeszło 6 grm. siarkowodoru (kąpiel z wody akwizgrańskiej przeszło 1 grm.), zatem ilość ta siarkowodoru wystarczyłaby najzupełniej na strącenie terapeutycznych dawek rtęci, używa- nych do wcierań. Idąc dalej tą drogą rozumowania i wyliczeń, doszlibyśmy do wniosku, że 200-litrowa kąpiel buska jest w stanie strącić 35,29 grm. rtęci, czyli, że może wytworzyć ów „nierozpuszczalny i niedziałający“ siarek rtęci ze 105,87 grm. szaruchy. Choć jestem mocno przekonany, że zawarty w każ- dej kąpeli buskiej siarkowodór — jako znany, czuły odczynnik na rtęć, nad- zwyczaj chciwie łączący się z nią — mógłby przy sprzyjających warunkach szybko zamienić na siarek całą ilość rtęci, znajdującą się w 106 grm. szaruchy, jednak nie ryzykowałbym nikogo ani na jedno doświadczenie, wynikające z ta-

¹⁾ Litr wody buskiej — ze źródła Rotundy — zawiera 0,0306, Kaiserquello w Akwizgranie 0,0056 H_2S .

kiego pojmowania rzeczy, a tembardziej na leczenie próbne cyklem takich wcierań, wrzeczomo zapewniające brak ogólnego działania rtęci. Tej więc drogi do szukania prawdy nie obiorę.

Natomiast inne zadają sobie pytanie: Przypuśćmy, że pod wpływem kąpeli siarczanej całkowita ilość rtęci, zarówno na powierzchni skóry, jak w jej gruczołach, zostaje zamieniona na siarek rtęci; przypuśćmy dalej, że po prostu zamiast szaruchy użyliśmy do wcierania maści z odpowiedniej ilości siarku rtęci: — czy ten nowy przetwór rtęci będzie okazywał jakieś działanie, czy też pozostanie obojętny dla ustroju, nie ulegnie wchłonięciu, nie wywoła zmian swoistych i leczniczych?

Pytania tego *a priori* rozstrzygnąć nie można. Z nierozpuszczalności siarku rtęci o braku jego działania sądzić stanowczo nie należy. Właśnie w leczeniu przyniotu bywa pomyślnie używany szereg przetworów nierozpuszczalnych; sama wreszcie rtęć w szarusze również nie jest rozpuszczalna w znaczeniu chemicznym. A wiemy za to, że żyjąca komórka zdoła wykonać takie syntezy i rozkłady, iż dla naśladowania tych spraw po za ustrojem musimy w pracowniach używać stężonych przetworów chemicznych, zaprzęgać olbrzymie wahania siły ciśnienia, ciepłoty lub prądu elektrycznego.

Pozostaje nam droga bezpośredniego doświadczenia — t. j. wprowadzenie do organizmu siarku rtęci.

Nie mając pod ręką chemicznie czystego czarnego siarku rtęci, stosowałem początkowo wcierania ze znajdującego się w buskiej aptece *hydrargyrum sulfuratum nigrum*, przygotowanego według formakopei na sucho przez utarcie rtęci metalicznej z czystą siarką, której tak otrzymany preparat zawiera 45% (tę znaczną domieszkę siarki pod mikroskopem widać bardzo wyraźnie). Używając do doświadczalnych wcierań maści z równych ilości tego preparatu i sadła, posiłkowałem się mieszaniną o znacznie mniejszej zawartości rtęci, niż szarucha; bo w używanych czterogramowych dawkach tej mieszaniny miałem siarku rtęci 1,1, kiedy tymczasem taka sama ilość szaruchy zawiera czystej rtęci 1,3 do 2,0. Następnie posiłkowałem się maścią (1:1 sadła) z chemicznie czystego siarku rtęci, przysłanego mi z apteki p. Mutniańskiego z Warszawy. Preparat ten otrzymany był na moje życzenie z wodnego roztworu sublimatu, przez który przepuszczono obficie siarkowodor; osad, przemyty dokładnie wodą przekroploną, wysuszony i starty na proszek, służył do przygotowania czterogramowych wcierań, które już stosowałem drugiemu z obserwowanych chorych (M. ze szpitala Ś-go Mikołaja), po sześciu wcieraniach z poprzedniej mieszaniny.

Tych doświadczalnych wcierań po raz pierwszy próbowałem w lipcu r. z. na chorym I. D., lat 35, poleconym mi z Warszawy przez kol. BORSUKA. Objaw pierwotny w listopadzie 1891 r.; po kilku tygodniach *syph. cut. maculosa, angina papulosa* — 7 zastrzyknięć rtęciowych i 18 wcierań zaraz wśród pierwszych objawów ogólnych; od tego czasu — zatem przez półtora roku — chory rtęci nie używał. Przyjechał do Buska właściwie bez wskazań do stosowania rtęci: *scleradenitis colli et reg. subaxillaris* — zresztą żadnych objawów przyniotu. Pięć dni leczony był tylko kąpielami mineralnemi ($\frac{1}{2}$ godziny 29° R). Przed rozpoczęciem wcierań z siarku rtęci nie wykryłem w moczu rtęci zapomocą sposobu, podanego przez WIRTZ'a. Zauważywszy po 5-em wcieraniu zaczerwienienie dziąseł, poraz drugi badałem mocz na rtęć — wówczas ją wykazałem, a po 8-iu frykcyach spostrzegałem wyraźne jej ilości. Po 15-tu wcieraniach i 20-tu kąpielach mineralnych przedstawiłem chorego na posie-

dzeniu lekarskiem; wówczas stwierdziłem znacznie mniejsze, niż na początku leczenia, obrzmienie gruczołów chłonnych, a wszyscyśmy widzieli wyraźne *stomatitis et gingivitis mercurialis* wraz z towarzyszącym dość obfitym ślinotokiem. W moczu z dnia poprzedniego wraz z kol. SULIMIERSKIM wykazaliśmy bardzo wyraźną ilość rtęci; próbkę z otrzymaną obrączką jodku rtęci również na posiedzeniu pokazywałem zebranym kolegom (d-rzy: CZERNIEJEWSKI, DOBRZAŃSKI, DYMNIKI, MAJKOWSKI, OPMAN, RADZISZEWSKI, SULIMIERSKI i WRZEŚNIEWSKI).

Zaznaczyć tu muszę, że maść z czarnego siarku rtęci wciera się znacznie trudniej i gorzej niż szarucha: lśniąco czarna początkowo, jakby lakierem czarnym pociągnięta powierzchnia skóry, po godzinie bardzo umiejętnego wcierania staje się matowo-czarną, a następnie przez dwie godziny trwające wcierania prawie nic nie zmieniają tego obrazu; szarucha, rozmazana po skórze i moczona w siarczanej kąpeli, ani w porównanie iść nie może: tu skóra jakby sadzami wysmarowana. To też względ piękna i czystości zniechęcał chorych niemało i przeszkadzał doświadczeniom na szerszą skalę.

Po tych zachęcających wynikach poddałem i drugiego chorego szeregowi takich samych wcierań w oddziale kol. MAJKOWSKIEGO w szpitalu buskim.

A. M., urzędnik drogi żelaznej, lat 51. Odżywianie ogólne liche, skóra dość blada, sucha; mięśnie wiotkie; gruczoły chłonne nieco powiększone, twarde, płaskie. *Syph. cutan. papulosa tertiaria* na powierzchni zewnętrznej i wewnętrznej przedramienia lewego, na grzbiecie lewej ręki, również na plecach i prawem udzie. Niektóre z wykwitów były już na drodze do wessania. Obecna wysypka trwa od roku; bywała podobna i dawniej, ale pomału bez leczenia znikwała. Chory do przebytego przymiotu się nie przyznaje; podaje, że przyczyna choroby nie jest mu wiadoma, że rtęcią w jakiegokolwiek postaci nie był nigdy leczony. W moczu po trzech kąpielach mineralnych rtęci ani śladu. Przystąpiłem wówczas do codziennych wcierań czarnego siarku rtęci. Już po czterech dniach wystąpiło u chorego zwiększenie nieżytego zajęcia jamy ustnej i dziąseł, co przed rozpoczęciem leczenia zależało od zaniedbania jamy ustnej i bardzo wielu zepsutych zębów. Po 10-u wcieraniach (w tem 4 ostatnie z chemicznie czystego *hydrarg. sulfuratum nigr.*) obrzmienie dziąseł wystąpiło jeszcze wyraźniej i spostrzeżono nieznaczny ślinotok. Na tem leczenie swoiste zakończono. Po czterech wcieraniach — w moczu mogłem wykazać rtęć, później też dwukrotnie ją wykryłem. Oprócz tych wcierań chory był leczony dwudziestoma kilkoma kąpielami mineralnymi i używał wewnątrz naczczo, co $\frac{1}{2}$ godziny, dwa razy po $\frac{1}{2}$ szklanki wody mineralnej z Rotundy. Wykwity ulegały stopniowemu wessaniu, tak, że na karcie szpitalnej kol. MAJKOWSKI odnotował, że „po 24 dniach leczenia pozostały tylko zabarwienia i powierzchowne blizny skóry“.

Trzeci szereg wcierań siarku rtęci zastosowałem żołnierzowi S. P. z oddziału kol. OPMANA w baraku wojskowym w Busku. Lat 25, dobrze zbudowany i odżywiany; na tułowi, rękach i udach bardzo obfita i świeża *syph. cut. maculoso—papulosa, angina papulosa*, znaczne obrzmienie gruczołów chłonnych szyjowych, inne dostępne wszystkie wyraźnie powiększone — *scleradenitis universalis*. Chory dotychczas nie leczony rtęcią. Pomieszczony w zupełnie oddzielnym pokoju. Mało miejsca do wcierania z powodu obfitej wysypki. Po 6 frykcyach ślady rtęci w moczu, po 9 wyraźne jej ilości i zajęcie dziąseł, zwiększające się stopniowo choć pomału, tak, że po 15 wcieraniach — więcej nie stosowałem — doszło do wyraźnego swoistego zajęcia dziąseł. Objawy

skórne zwolna się zmniejszały. W czasie mojej obserwacji chory korzystał z 15 kąpeli mineralnych.

Wreszcie *experimenti gratia* na własnej skórze przekonałem się: 1) o całej nieestetycznej i niewygodnej stronie tych wcierań (użyłem ich 8), 2) po 5-em posiedzeniu wykryłem po raz pierwszy rtęć w moczu, 3) po 8-em wcieraniu spostrzegłem zajęcie dziąseł. Kąpeli mineralnych nie używałem.

Z powyższych czterech doświadczeń wynika, że rtęć, stosowana jako wcieranie siarku, może dostać się do krwiobiegu, o czym świadczy wykazanie jej w moczu i występowanie objawów rtęcy; możliwość własności leczniczych z tych paru doświadczeń bezpośrednio nie wynika, ale rozumie się sama przez się. (D. n.)

Formaldehyd w chorobach oczu

napisał B. R. Gepner (syn).

Formaldehyd wprowadzony został do okulistyki przez VALUDE'a¹⁾, który przyznając, że posiada on w jednakowem stężeniu mniejszą siłę odkażającą, niż sublimat, podnosi jego działanie „immunizujące“, a także znakomity wpływ na zmniejszenie wydzieliny ropnej przy sprawach łącznicowych. Mając od pół roku przeszło środek ten w ciągłym użyciu, pozwalam sobie w krótkości streścić wnioski na tem doświadczeniu oparte.

Formaldehyd stosowałem głównie: 1) w ostrych zapaleniach łącznicy różnego pochodzenia; 2) do przestrzykiwania kanału łzowego i przy jego chorobach; 3) przy operacyach na powiekach i przy wyluszczeniu gałki ocznej, do przemywania pola operacyjnego przed i po operacji, i wreszcie 4) do oczyszczania worka łącznicowego oczu mających podlegać operacji na gałce.

Najzupełniej zgadzam się z VALUDE'em co do wpływu formaldehydu na zmniejszenie wydzieliny łącznicy. Działanie to występuje w większości przypadków bardzo wybitnie i szybko, a czasem bywa wprost zadziwiające.

A. N., zamieszkały na prowincyi, przybył do mnie z tryptowem zapaleniem łącznicy oka lewego, powikłanem głębokiem owrzodzeniem rogówki (7 dzień choroby). Powieki mocno obrzmiałe i zaczerwienione; obrzęk łącznicy gałkowcy bardzo znaczny; wydzielina gęsta, zielonawa, bardzo obfita. Ponieważ chory nie mógł na razie pozostać w Warszawie dla leczenia się, przemyłem worek łącznicowy bardzo obficie roztworem formaldehydu 1‰ i założyłem opaskę, a w domu poleciłem przemywanie co 2 godziny. Chory powrócił do Warszawy w 36 godzin, nie zdjawszy przez ten czas ani razu opaski, gdyż, jak twierdził, nic mu w oku nie dolegało. Po zdjęciu opaski, ze zdumieniem spostrzegłem, że wydzieliny zebrała się na opatrunku bardzo nieznaczna ilość, stan ogólny powiek był dużo lepszy, owrzodzenie rogówki nie rozszerzyło się. Odtąd co 3 godziny stosowane było przemywanie roztworem formaldehydu 1:1000, po dwóch dniach 1:2000, przyczem trzeciego i czwartego dnia zastosowałem przyżeganie łącznicy 1% roztworem saletrzanu srebra; odtąd ropienie ustało w zupełności.

Nie we wszystkich jednak przypadkach działanie formaldehydu jest tak szybkie; w paru przypadkach środek ten prawie żadnej nie przyniósł korzyści.

¹⁾ Porównaj streszczenia prac o formaldehydzie w N-rach 35 i 37 „Medycyny“ z r. 1893.

W początkach ostrych kataralnych zapaleń łącznicy stosowałem formaldehyd często z bardzo dobrym skutkiem. Przy zapaleniu łącznicy noworodków wpływ na zmniejszenie się wydzieliny występował też dosyć wyraźnie. W wielu przypadkach, w których leczenie wcześniej zostało rozpoczęte, stosowałem do jednego oka sublimat, a do drugiego sublimat i formaldehyd; w tem drugim oku we wszystkich przypadkach przebieg był łagodniejszy.

W przypadkach przewlekłego kataru dróg łzowych wydzielanie się śluzoropy zmniejszało się, a nieraz ustawało i w tych nawet razach, w których dłuższe przestrzykiwanie innymi środkami nie dawało poprawy.

Doskonale nadaje się formaldehyd do przemywania pola operacyjnego. Gdy sublimat nawet w bardzo słabem natężeniu wywołuje często znaczne podrażnienie łącznicy i wydzielinę śluzową, po przemyciu formaldehydem i następczem zawiązaniu oka opatrunek jest nazajutrz zupełnie suchy i czysty. To też stale opatruję w ten sposób dziś na jutro oczy, mające podlegać operacji zaćmy lub irydektomii, a także przemywam pole operacyjne po operacjach na powiekach i po wyluszczeniu gałki. Po tej ostatniej operacji przemywam oczodół dość znaczną ilością roztworu (75 do 100 gr.) za pomocą undyny i następnie zakładam opatrunek przepojony również formaldehydem. Zdejmując opatrunek najwcześniej po trzech dobach, znajduję stale łącznicę i jamę oczodołową tak czystą, jaką nie bywa prawie nigdy po użyciu innych środków odkażających. Zauważyłem przytem, że formaldehyd wpływa na powstrzymanie krwotoku.

Ponieważ przemywanie formaldehydem jest dość bolesne, trudno stosować roztwór mocniejszy od 0,05%. Tylko w przypadkach bardzo ciężkich używałem roztworu 1‰. VALUDE pisze, że udawało mu się powstrzymać rozwój zakażenia rany po operacji zaćmy, stosując 1%-owy formaldehyd w kroplach. Widziałem stosowanie formaldehydu w podobnym przypadku, które pozostało bez skutku. Sam zaś uciekłem się do tego środka w 1% stężeniu w przypadku zakażenia, spowodowanego przebicciem oka odłamkiem żelaza. Bardzo bolesne stosowanie 1% formaldehydu w tym przypadku odrazu usunęło wydzielinę z worka łącznicowego, ale zakażenia wnętrza gałki nie powstrzymało.

Pomimo, że mamy już sporo środków odkażających do rozporządzenia, uważam formaldehyd za bardzo pożądany nabytek. Biorąc pod uwagę stwierdzoną doświadczalnie niezbyt silną jego zdolność odkażającą, można stosować w przypadkach odpowiednich przemywanie sublimatem, a zaraz potem formaldehydem. Wyzyskamy wówczas tę własność formaldehydu, dzięki której w jego obecności nie rozwijają się nowe kolonie drobnoustrojów, choć nawet poprzednio istniejące nie giną.

Przy przepisywaniu tego środka pamiętać należy, że znajdująca się u nas w handlu formalina jest to 40% roztwór formaldehydu.

Ciekawe byłyby próby nad działaniem formaldehydu na sprawy ropne na innych błonach śluzowych.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 15 maja r. b.

TREŚĆ: 1) SAWICKI Bronisław—a) przedstawienie chorego po operacji plastycznej MAAS'a na goleni; b) dziecka, któremu dokonał zeszyicia kroczu metodą LAWSON TAIT'a. 2) Prof. KOSIŃSKI—przedstawienie okazu tłuszczaka drzewiastego kolana. 3) BRUNNER Mikołaj — przedstawienie chorej z rytmiczną płasawicą. 4) WOŁKOWICZ—przedstawienie 15-letniej chorej ze znacznym skróceniem lewego ramienia.

1) Kol. SAWICKI Bronisław przedstawił chorego, któremu przed 5-u laty wykonał plastyczną operację MAAS'a na lewej goleni. Z powodu *osteomyelitis tibiae sin.* utworzyło się znacznie owrzodzenie na przedniej powierzchni goleni; dwukrotnie była robiona operacja THIERSCH'a, lecz za każdym razem po zagojeniu owrzodzenie odnawiało się. Dopiero operacja MAAS'a, wykonana zapomocą płatu, wziętego z prawego uda, dała wynik pomyślny i stan dobry utrzymuje się do tej pory. Następnie kol. SAWICKI przedstawił dziecko, któremu akuszerka przy porodzie pośladowym rozdarła palcem krocz, powodując skutkiem tego *incontinentiam alvi et urinae*. W miesiąc po urodzeniu kol. S. wykonał zeszyicie kroczu metodą LAWSON TAIT'a, a jakkolwiek część szwów od góry rozeszła się, znaczna część utrzymała się i dziś dziecko może zatrzymać i kał i mocę.

2) Prof. KOSIŃSKI przedstawił rzadki okaz znacznych rozmiarów tłuszczaka drzewiastego, usuniętego drogą operacji ze stawu kolanowego 19-letniej dziewczyny przez całkowite wycięcie błony maziowej bez wypilowania kości.

3) Kol. BRUNNER Mikołaj przedstawił chorą 49-letnią z rytmiczną płasawicą, pochodzącą z rodziny zdrowej. W 33 roku życia podczas 7-cj ciąży dostała skutkiem przestraszenia mdłości, wymiotów i zawrotu głowy. Wkrótce potem zjawily się kurecze mięśni twarzy i przepony, które trwają dotychczas. Badanie narządów wewnętrznych zmian żadnych nie wykazuje. Kurecze występują pod wpływem jakiegokolwiek wrażenia w postaci symetrycznego kurezu mięśni twarzy, języka, czasem powiek górnych; prawie jednocześnie zjawia się i kurecz przepony. Gdy chora zaśnie, kurecze ustają. Przy badaniu nie znaleziono żadnych objawów historycznych. Na wysokości 2-go kręgu szyjowego kol. B. wynalazł punkt, przy ucisku którego następuje pełny obraz kureczów. Chora przez cały ten czas leczona była niejednokrotnie; przypuszczano zależność skureczów od glistnicy lub od solitera, leczenie jednak w tym kierunku było bezskuteczne. Również bez wpływu wszelkie *nervina*. Chora miała to przekonanie, że po santoninie kurecze się zmniejszają, i tak było w istocie, ale zmniejszały się również po cukrze, który podawano jako santoninę. Kol. B. przypuszcza, że jest to forma rytmicznej płasawicy.

W dyskusyi kol. BIERNACKI zaznacza, że przypadek wyżej opisany jest najklasyczniejszym z grupy *tic'ów*. Do rozpoznania tego skłania go przede wszystkim okoliczność, iż, jak twierdzi kol. BRUNNER, chora niema objawów historycznych. Zapewne, *chorea rytmica* może się przejawiać w postaci takich celowych koordynowanych ruchów, jakie chora przedstawiała, ale *chorea rytmica* zjawia się jako ekwiwalent jednego z objawów historycznych, nagle się zjawia i prawie nagle może zniknąć; właśnie ta zmienność przebiegu zasadniczo ją różni od *tic'ów*, które są nader uporczywe, trwają całymi latami bez przerw, bardzo często kończą się zaburzeniami psychicznymi.

Kol. BRUNNER odpowiada, że prawidłowość, jak również fakt, że ruchy te ustają w śnie, wskazuje, iż jest to płasawica, nie *tic*; prócz tego przy *tic'u* po 16 latach byliby już inne objawy.

4) Kol. WOŁKOWICZ przedstawił 15-letnią chorą ze znacznym skróceniem lewego ramienia. Skrócenie wynosi 9 ctm. Po stronie prawej odległość pomiędzy dolnym brzegiem wyrostka barkowego i górnym brzegiem główki kości promieniowej wynosi 30 ctm., po lewej zaś 21. Lewe ramię jest więc prawie o trzecią część krótsze od prawego. Skrócenie to chora zauważyła po raz pierwszy przed 9 miesiącami; przypominając wtedy stanik, spostrzegła, że lewy rękaw jest o parę cali dłuższy, niż prawy, i że łokcie tego rękawa przypada niżej właściwego miejsca. Badając przyczynę tego faktu, chora została mocno zdziwiona, gdy spostrzegła, że ma lewe ramię krótsze od prawego. Skrócenie ma być obecnie znaczniejsze, niż w owym czasie, kiedy je chora po raz pierwszy spostrzegła. Jednocześnie mniej więcej miały wystąpić bóle

w okolicy łopatki, stawu barkowego, ramienia po stronie łokciowej, przedramienia i w 4-ym i 5-ym palcu lewej ręki. Po każdym wysiłku (chodzeniu lub pracy ręcznej) ból miał się zwiększać. Charakter bólu był łamiący, a niekiedy pulsujący. Zdarzały się niekiedy jakby drgawki we wskazicielu, a raz nawet jeden w całej lewej kończynie—trwały one wtedy około 15 minut; więcej się jednak nie powtórzyły. Jednocześnie—mniej więcej z wystąpieniem bólu spostrzegła chora, że kończyną lewą nie może tyle poruszać co prawą, że następnie ruchy były coraz bardziej utrudnione, tak, że cięższego przedmiotu tą ręką dźwignąć nie mogła, że obecnie jednak ruchy ma lepsze i że przedmioty cięższe łatwiej tą ręką podnosić może.

Chora pochodzi z rodziny zdrowej i żadnych poważniejszych chorób, prócz odry w dzieciństwie, nie przechodziła. Chora dobrze i prawidłowo zbudowana, badanie narządów wewnętrznych żadnych zmian nie wykazuje. Stan bezgorączkowy. Przy badaniu chorej rzuca się w oczy owo skrócenie lewego ramienia; obojczyki i łopatki stoją na jednym poziomie, łokieć zaś lewy stoi o wiele wyżej niż prawy. Długość przedramienia i dłoni zupełnie jednakowa. Okolica barkowa lewa w porównaniu z prawą bardziej spłaszczona w kierunku strzałkowym (przednio-tylnym). Wyrostek kruczcy po stronie prawej o wiele wyraźniej się zarysowuje i wyczuwa, niż po stronie lewej.

Przy usiłowaniach ruchów czynnych w stawie barkowym lewym jednocześnie z ramieniem porusza się łopatka. Ruchy bierne w tymże stawie możebne, chociaż ograniczone; przy tych ruchach czuć i słyhać w stawie trzeszczenie; jednocześnie okazują się, że główka kości ramieniowej jest mocno zmioniona, albo też może jej wcale niema. Badając kość ramieniową, znajdujemy, że cała jej górna część jest zmieniona: jest ona jakby spłaszczona i wygięta w górnej części łukowato nazwewnątrz, przedstawia na powierzchni swojej nierówności i pomiędzy temi na wysokości przedniej fałdy pachowej dość duży, dający się w palce ująć, występ kostny.

Przyczynę tak znacznego skrócenia kości ramieniowej upatrywać należy w zniszczeniu lub wczesnym skostnieniu chrząstki nasadowej. Jaka jednak sprawa wywołała w danym przypadku owo zniszczenie lub skostnienie—jasnem nie jest. Na uraz żadnych danych w wywiadach niema; przypuszczać jaką sprawę nowotworową lub torbiol, lub też bąblowca, rozwijającego się w okolicy chrząstki nasadowej—niepodobna, mielibyśmy bowiem wtedy nadmiar tkanki w okolicy barku, a nie brak jej, jak to u naszej chorej widzimy.

W dyskusyi prof. Kosiński sądzi, że chora musiała nie zwracać uwagi na swój stan i że cierpienie, po którym skrócenie pozostało, należy odnieść do wczesnego dzieciństwa. Zmiany, jakie tu widać, wskazują, że była to sprawa zapalna, mianowicie: *osteo-myelitis* i *chondritis epiphysaria*.

Sekretarz stały zapytuje, czy chora miewała dawniej bóle w tej kończynie i czy gorączkowała?

Kol. Wołkowicz odpowiada, że chora bóle w rękę miewała i obecnie miewa, chociaż nie bardzo silno; co się zaś tyczy gorączki, to trudno w tym względzie coś stanowczo powiedzieć; chora przypomina sobie, że miewała dreszcze niekiedy w dzień, wieczorem lub w nocy, że po dreszczach doznawała uczucia gorąca, pragnienie jednak zwiększone nie było, chęć do jedzenia zawsze była i od pracy chora się nie odrywała; zresztą kol. W. zgadza się ze zdaniem prof. Kosińskiego.

Sekretarz stały zwraca dalej uwagę na guzik twardy jak kość, znajdujący się w miejscu, odpowiadającym chrząstce między trzonem i główką kości. Jest to prawdopodobnie skostniała narośl chrząstna, na wspomnianej chrząstce niekiedy powstająca. Takie narośle chrząstne podczas wzrostu kości stopniowo posuwają się ku dołowi i tym sposobem z czasem taka narośl może się znaleźć na kości i skostniawszy tutaj dać początek narośli kostnej, powstałej nie z okostnej, a z chrząstki. Jeżeli pomimo 15-tu lat ten guzik znajduje się jeszcze na miejscu, odpowiadającym chrząstce, między trzonem i główką położonej, a skostnienie jego może powstać tylko wskutek kostnienia samej chrząstki, to świadczyłoby to o dawnym, a więc bardzo przedwczesnym skostnieniu tej chrząstki, tym sposobem o uniemożliwieniu rośnięcia kości z górnego końca. A więc skrócenie kończyny żadną miarą nie mogłoby powstać w ostatnich miesiącach, jak to się chorej zdaje.

Kol. Jawdyński utrzymuje, że pomimo wyraźnego zaznaczenia przez chorą, że skrócenie trwa od 9 miesięcy, wagi wielkiej do takiego zeznania przywiązywać nie można i należy raczej przypuścić, że skrócenie to, jeżeli nie jest wrodzone, to trwa od

bardzo dawna. Przyczyna skrócenia mieści się bezwątpienia w górnej chrząstce nasadowej. Ciekawem byłoby dowiedzieć się, czy poród tej chorej odbywał się prawidłowo, czy też z pomocą, i czy nie było złamania przy pociąganiu za rączkę, które spowodowało zmiany, jakie w następstwie doprowadziły do zniszczenia chrząstki nasadowej. Bóle mogła chora spostrzedz jednocześnie ze zwróceniem uwagi na skrócenie.

Kol. KRYSIŃSKI uważa pogląd kol. JAWDYŃSKIEGO za słuszny i dodaje, że KUESTNER zwraca uwagę na możliwość powstrzymania wzrostu kończyny przy oderwaniu podczas porodu nasady kości od jej trzonu.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

TH. ROSENHEIM.

Choroby kiszek

(*Krankheiten des Darms. Wien und Leipzig 1893*). Str. 604.

Omówił Henryk Pacanowski.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 21).

Pogląd R. na *wskazania lecznicze* w niedrożności ostrej jest następujący. Zaznaczając, iż każdy nicomal przypadek bywa dla lekarza etyologicznie ciemnym, R. przyznaje, że i postawienie właściwych wskazań tem samem staje się nieczmiernie trudnem. Wprawdzie niektórzy chirurdzy ułatwiają sobie zadanie w ten sposób, że w każdym przypadku uważają zabieg operacyjny za wskazany. R. wszelako stanowczo przeciwko takiemu pogładowi protestuje. Pomijając już fakt, uznany również przez SENATOR'a, FUERBRINGER'a i innych, że trzecia część przypadków niedrożności (około 35%) daje się środkami wewnętrznymi uleczyć, R. nie zgadza się na to, ażeby laparotomia była istotnie mniej niebezpieczną, niż sama choroba. Wszak operacja, kilka godzin nioraz trwająca, podejmowana bywa w warunkach zwykle złych, wobec i tak już zmniejszonej odporności ustroju, a przytem rękoczyn w jamie otrzewnowej oddziałują silnie na cały układ nerwowy, w szczególności zaś na czynność serca.

Leczenie wewnętrzne okazuje się najbardziej skutecznem w pierwszym zwłaszcza okresie choroby. Oprócz niedrożności kałowej, najłatwiej dają się uleczyć: wglóbień, przegięcie, ucisk i niedrożność kiszek skutkiem ciała obcych; rzadziej — uwięźnięcie przepukliny wewnętrzne. Należy zatem zastosować przedewszystkiem wszelkie środki, umożliwiające wyleczenie bez operacji, i to bez względu na to, czy dany przypadek jest etyologicznie jasny, czy ciemny. Twierdzenie to wszelako nie wyłącza drugiego, że tam, gdzie dokładne rozpoznanie odrazu stało się możliwem (niestety rzadko to bywa), np. przy wPOCHWIONIU, skręceniu (*volvulus*) *S Romani*, uwięźnięciu przepukliny i t. p., że w takich razach nie wolno zbyt długo ociągać się za przystąpieniem do operacji, wobec szybko rozwijającego się upadku sił.

Na pierwszym miejscu stoi, jak to zresztą powszechnie wiadomo, makowiec, w dawkach wysokich (0,5—1,0 dziennie). Obok swych zalet posiada jednakże środek ten i tę ujemną stronę, że zaciemnia obraz chorobowy: chory bowiem czuje się podmiotowo lepiej, gdy tymczasem sama niedrożność mogła się przedmiotowo pogorszyć; tym sposobem pogląd na rokowanie staje się mylnym i możemy stracić z oczu właściwą do operacji chwilę.

Pod jednym względem niepodobna zgodzić się z zapatrywaniem ROSENHEIM'a. Utrzymuje on, że „gdzie rozpoznanie na pewno brzmi: *coprostasis*, można przepisać środek przeczyszczający (*Senna, Natr. sulphur., ol. ricini*)⁴. Otóż zachodzi pytanie, czy rzeczywiście z całą pewnością niedrożność kałowa da się rozpoznać? Sądzę, że tak nie jest. Również dziwnem mi się zdaje zalecanie przy takiej niedrożności użycia rtęci metalicznej łyżkami (!), po 200—800—1000 grm.

Obok makowca najważniejsze w leczeniu niedrożności są zabiegi mechaniczne. Do nich należą: 1) Przepłukiwania żołądka, zalecone przez KUSSEMAUL'a i CAHN'a. Mają one na celu wydobyć z żołądka nie tylko zalegających tam mas pokarmowych, ale i zawartości kiszkowej oraz gazów, które się do żołądka przez

otwarty odzwierciadnik dostają. Zmniejszenie napięcia żołądka i górnego odcinka kiszek wpływa nieraz pomyślnie na usunięcie miejscowej przeszkody; uciśnięta lub skręcona pętlica kiszkiowa może się wyrównać i powrócić do swego położenia naturalnego. Choćby doznała po przepłukaniu żołądka częstokroć znacznej ulgi; gwałtowne ruchy robaczkowe kiszek ustają, jak również wymioty, uczucie opresji i bóle; wzdęcie się zmniejsza; brzuch mięknie. Mimo tak wyraźnej poprawy jednak, przywrócenie drożności w rzadkich jedynie razach się udaje; najczęściej przepłukanie żołądka jest tylko środkiem paliatywnym; już po pewnym czasie groźne objawy mogą wystąpić na nowo, co wymaga powtórzenia rękoczynu nawet po kilka razy w ciągu jednego dnia.

Najlepiej działają przepłukiwania żołądka w tych przypadkach, gdzie niedrożność znajduje się wysoko, w kiszkiach cienkich. Należy przystąpić do nich jaknajwcześniej, gdy nie ma jeszcze wymiotów kałowych. Wykonać je można na łożku, w napół siedzącej pozycji chorego. Do wody dodawać można środki odkażające.

2) Obfite wlewania do odbytnicy są wskazane tylko w niedrożności kiszek grubych. Tu jednakże przenikanie wody napotyka zazwyczaj trudności; trzeba więc wlewać ją pod większym ciśnieniem (2 motry). Zapomocą miękkiego cewnika żołądkowego wprowadza się bądź wodę lodową (silnie pobudzającą perystaltykę), bądź o cieplecie pokojowej, samą lub z dodatkiem olejku terpentynowego, soli kuchennej, mydła i t. p. Jeszcze lepsze są wlewania czystej oliwy w ilości 500—1000 c. sz.

Oprócz opisanych tu dwóch głównych środków mechanicznych, R. poleca jeszcze: 3) Wdmuchiwanie powietrza przez odbytnicę (CURSCHMANN), które ma podobno być głównie wskazane przy zgięciach kiszek grubych i ostrych wgłębieniach. Używa się do tego sprężyn. 4) CURSCHMANN zaleca także przekłucie wzdętych pętlic kiszkiowych trójgrańcem. 4) Mięsień i faryngocystę brzucha stosuje się przy niedrożności kałowej.

Wszystkie powyższe środki mechanicznie winny być stosowane szybko i często powtarzane; nie należy poprzestawać wyłącznie na jednym z nich. Jeśli one jednak w krótkim czasie nie dadzą polepszenia, natenczas uciec się trzeba do zabiegu operacyjnego.

Tu powstaje pytanie: *Kiedy nadeszła chwila stosowna do operacji?*

Gdzie przyczyna niedrożności jest jasna, tam operacja wskazana bywa o ile można najwcześniej, ponieważ zadanie upraszcza bardzo możliwość natychmiastowego dotarcia do miejsca przeszkody. Pierwsze więc oznaki osłabienia, przyspieszenie tętna i t. d. będą dostatecznymi danymi. Niestety przypadki podobne zdarzają się bardzo rzadko. Po największej zaś części siedlisko choroby pozostaje nieznane. Tym sposobem leczenie wewnętrzne stosowane tu być musi dopóty, dopóki nie będziemy przeświadczeni o jego bezskuteczności, t. j. skoro wzdęcie się wzmaga, tętno staje się drobniejszem, ciepłota spada.

Pierwszym naówczas zabiegiem właściwszym powinno być utworzenie odbytu sztucznego. Prowizoryczna ta operacja jest nieszkodliwa, gdyż nie wymaga dużego cięcia brzuszego, ani dłuższego szukania przeszkody, które mogłoby drogą nerwowego wstrząsu źle wpłynąć na siły chorego. Wprawdzie odbytu sztuczny czyli t. zw. enterotomia nie usuwa jeszcze właściwej choroby; ale z przywróceniem drożności jelit wolno wtedy poczekać do chwili pomyślniejszej, gdy burzliwe objawy ustaną a siły chorego się wzmocnią.

Zdaniem R., rzadko kiedy przed 4-ym dniem choroby interwencja chirurgiczna bywa wogóle wskazana, wyjąwszy owe nader gwałtownie przebiegające przypadki (osobliwie uwięźnięcia wewnętrzne), które opierają się wszelkiej terapii wewnętrznej i bardzo szybko do zapaści prowadzą.

Taki jest pogląd ROSENHEIM'a na sprawę leczenia niedrożności jelit. Nie rzuca on nowego na nią światła. Kwestya zawsze jeszcze pozostaje dotąd otwarta, a liczne dyskusye, w towarzystwach i na zjazdach lekarskich odbywane, nie doprowadziły wcale do ustalenia się poglądów. W każdym razie cyfra 35% wyzdrowień bez pomocy operacyjnej jest zbyt wymowna, aby, w samym początku choroby przynajmniej, nie uciekać się do środków mniej ryzykownych.

Rozdział dziewiąty obejmuje choroby zakaźne kiszek, mianowicie: błonicę, dysenterję przewlekłą, gruźlicę i przymiot kiszek; dalej karbunkul, promienicę i niektóre inne cierpienia pasorzytnicze; wreszcie rozpoznanie różniczkowe owrzodzeń kiszkiowych.

Z pośród przyczyn, wywołujących *blonicę kiszkową*, największe znaczenie praktyczne ma *zatrucie rtęciowe*. Związek dwóch tych spraw żadnej obecnie nie ulega wątpliwości. Nie tylko przy wewnętrznym, ale nawet przy nas্কórnym i podskórnym stosowaniu rtęci, środek ten wydziela się przez przewod jolitowy. SALKOWSKI wykrył rtęć w miejscach kiszek, dotkniętych sprawą blonicową, i to w większej nawet ilości, niż w nerkach. Głównie zostają dotknięte kiszki grube, o wiele mniej—cienkie. Już po 24 godzinach od chwili zastosowania rtęci wystąpić może wydymanie, ból brzucha i obfity krwotok kiszkowy (po przepłukaniu pochwy roztworem sublimatu, nawet po wtarcu maści szarej i t. p.). Przy leczeniu przymiotu wstrzykiwaniami podskórnymi rtęci, napotyka się powikłanie ze strony kiszek niezbyt rzadko. Przetwory nierozpuszczalne bywają, zdaje się, gorzej znoszone, niż rozpuszczalne. Wobec istniejącego już poprzednio niezłytu kiszek grubych niebezpieczeństwo staje się jeszcze większem.

Do bardzo rzadkich chorób zakaźnych należy *karbunkul kiszek*, który powstawać tu może wtórnie lub pierwotnie. Wtórny powstaje embolicznie lub co najmniej drogą krwi. W kiszkach cienkich oraz górnej części grubych tworzy się obrzmienie zapalno-krwotoczne, a następnie coraz głębszy wrzód skutkiem postępującej zgorzeli. Lasieczniki znaleźć można w ilości ogromnej. Przy karbunkule pierwotnym lasieczniki swoiste przenikają od swobodnej powierzchni błony śluzowej w głąb tkanki, szczególnie w kiszkach cienkich. Choroba pierwotna powstaje po spożyciu mięsa karbunkulowego, rzadziej zaś mleka zwierząt chorych. Obok objawów zwykłych (biegunka, wymioty) występują objawy ze strony otrzewnej, szybka zapasé i śmierć. Rozpoznanie bywa łatwe, gdy jest równocześnie karbunkul na skórze lub dostępnych błonach śluzowych. Innym razem dostarczają wywiady pewnych wskazówek, mianowicie zajęcie chorego (czyszczenie wełny, skór, szczeciny).

Promienica kiszek (Actinomyces) pierwotna objawia się w postaci białawego, okrągłego lub podłużnego nawarstwienia, pod którym błona śluzowa ulega zgorzeli. Sprawa dojść może i do zropienia tkanki podśluzowej. Choroba ta zyskała ważne znaczenie kliniczne od czasu, gdy stwierdzono, że może występować pod postacią ropnego zapalenia okołokatniczego (*Perityphlitis*). Przebieg bywa zazwyczaj przewlekły; powstaje rozlany, twardy naciek, później liczno przetoki. Objawów ze strony kiszek brak prawie zupełnie. Jedyne w swoim rodzaju jest przypadek HELLER'a, dowodzący, że promienica przebiegać może pod postacią ostrej choroby zakaźnej (tyfusu).

Do nadzwyczajnych rzadkości należą: *Favus kiszek* (KUNDRAT) i *mucor corymbifer* (PALTAUF).

Rozdział dziesiąty zawiera opis: wrzodu peptycznego dwunastnicy, zatworów i zakrzepów w kiszkach, oraz dokładny opis i różniczkowe rozpoznawanie krwotoków kiszkowych.

Że wrzód dwunastnicy spostrzegano przy oparzeniach skóry, jest to fakt oddawna znany. Lecz w literaturze opisano dotąd również dwa przypadki wrzodu przy zmarznięciu. Czy gra tu rolę jedna i ta sama przyczyna—niewiadomo. HUNTER objaśnił powstawanie wrzodu po oparzeniu skóry wessaniem ze skóry jakiegoś ciała, które będąc wydzielone z żołądka, działa żrąco na błonę śluzową dwunastnicy. Spostrzegano też wrzód peptyczny przy posocznicy (BILLROTH) oraz przy różu twarzy (LARCHER i MALHERBE).

Co do powstawania wrzodu, to wiadomo, że grają tu główną rolę zaburzenia w krążeniu. Jest jednak inna jeszcze przyczyna. Wrzody peptyczne powstają tam tylko, gdzie dochodzić może kwaśny sok żołądkowy, t. j. w dwunastnicy i w dolnej części przełyku.

Tu pozwolę sobie zrobić jedną uwagę. Sądzę, że obok przyczyn powyższych, kto wie, czy nie należałoby mieć na względzie i wpływu czynników nerwowych? Naprzód, wiadomo, że pod wpływem nerwów występować mogą zaburzenia cyrkulacyjne. Powtórę, wrzodom peptycznym żołądka stałe prawie towarzyszy nadmierne wydzielanie mocno kwaśnego soku żołądkowego, które z drugiej znów strony występować może również jako nerwica (sokotok) sama przez się, bez wrzodu. U chorych na wrzód napotykamy często cały zbiór różnych przypadłości nerwowych, a nawet obarczenie nerwowo dziedziczne. Nie zawsze objawy te występują dopiero następnie, pod wpływem wyniszczenia, lecz istnieją one nieraz współzależnie z wrzodem peptycznym; nie zawsze również mamy przytem błednicę czy niedokrewność, od którychby owe

objawy nerwowo można było czynić zależnemi. Uwagi powyższe pozwoliłem sobie uczynić mimochodem, z wszelkimi zastrzeżeniami; są one li-tylko osobiste i właściwie do traktowanego tu przedmiotu nie należą.

Istnieje jeszcze pewien rodzaj wrzodów dwunastnicy pochodzenia zatorowego. Zaznaczyć należy, że pierwszy zwrócił na nie uwagę PAREŃSKI, który opisał 5 tego rodzaju przypadków.

W rozdziale jedenastym opisany jest rak kiszki oraz skreślone rozpoznanie różniczkowe między nim, a niektórymi innymi guzami jamy brzusznej; dalej R. mówi o mięsakach i polipach, wreszcie o niektórych zatruciach (ołowiowe, arszenikowe, fosforowe).

W kwestyi, czy dany guz (rak) wogóle pozostaje w związku ze ścianą kiszkową, R. rozpatruje różniczkowo i inne guzy, jako to: raka odźwiernika, nerkę ruchomą, guzy nerki, wątroby, krezki, jajników, trzustki, pęcherzyka żółciowego, przestrzeni pozaozłonowej, tętniak aorty, wysięki ozłonowe i t. d. W bliższe szczegóły, podane w oryginale wyczerpująco, wchodzić tu nie możemy.

W szeregu zatrueń, które dają poważne objawy ze strony kiszki, na pierwszym miejscu postawić trzeba zatrucie ołowiove. Jest to bezwątpienia nerwica splotu krezkowego i trzewowego (*plexus mesaraici et coeliaci*), sprowadzająca napadowo kurcz toniczny całej muskulatury kiszkowej. KUSSMAUL i MAIER znaleźli w jednym przypadku rozrost i stwardnienie tkanki łącznej w zwoju trzewowym (*ganglion coeliacum*) i zanik błony śluzowej kiszki wraz z tłuszczowem zwyrodnieniem warstwy mięśniowej.

Z liczby zatrueń pokarmami zepsutymi, w których pod wpływem gnicia powstają ptomainy i toksyny, na szczególnie wyróżnienie, ze względu na swą złośliwość, zasługują: zatrucie kiełbasowe (*Botulismus*), spostrzegano pośród ludu wiejskiego w Szwabii; zatrucie rybne (w porzeczcu Wołgi); wreszcie zatrucie sorowe, względnie najłagodniejsze. Dziś, wobec kontroli sanitarnej produktów żywnościowych, zatrucia te należą do wyjątków. Obok przypadłości żołądkowo-kiszkowych, występują i zaburzenia nerwowe, dowodzące zatrucia ogólnego (widzenie żółte i czerwone, porażenie mięśni ocznych, zaburzenia mowy i połykania, duszność i t. d.).

Z zatrueń, mających swe źródło w samym przewodzie jelitowym, R. zaznacza: zatrucie siarkowodorem przy błędach dietetycznych (BETZ, SENATOR, DE STEFANO); ciało to znaleziono w powietrzu wydechanem i w moczu. U chorych na raka kiszki powstaje niekiedy zbiór objawów następujący (KUSSMAUL): duszność, przyspieszenie czynności serca, podniecenie ogólne lub śpiączka; półtorachlorek żelaza wykrywa naówczas w moczu obecność kwasu octowego (czorwono zabarwienie). (D. c. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

L. LÖWENFELD.

HISTERYA i SUGGESTYA.

Kiedy w początkach ósmego dziesiątka naszego stulecia uwaga świata lekarskiego zwrócona została na hypnotyzm, nie przypuszczano wcale, aby badanie tego zakresu zjawisk przynieść miało medycynie jakiekolwiek korzyści praktyczne. Okazało się jednak, że badania nad hypnotyzmem i suggestyą wywarły wpływ nie tylko na terapię; wyniki ich są bardzo cenne i dla patologii, ponieważ pogłębiły znacznie pogląd nasz na istotę wielu chorób, przedewszystkiem zaś na histeryę. Ażeby zrozumieć, o ile badanie nad hypnotyzmem i suggestyą wyjaśniło istotę histeryi, należy koniecznie uprzytomnić sobie, jak zapatrywano się dotąd na tę chorobę.

Do roku 1860-go uważano histeryę za nerwicę odruchową, wywołaną przez cierpienia narządu płciowego. Zapatrywanie to i dziś jeszcze ma wielu zwolenników, czego dowodzi znaczna stosunkowo ilość kastracyi, wykonanych w ciągu lat ostatnich w celu wyleczenia histeryi. Jednostronny ten pogląd wyrugowany został przez inny, który mianował histeryę nerwicą ogólną, t. j. czynnościowem cierpieniem całego ukła-

du nerwowego, do którego prócz dziedziczności usposabiają: wadliwie odżywianie, cierpienia miejscowe i różno czynniki psychiczne. Od lat dziesięciu z poglądem tym walczy inny—najnowszy, który zalicza historię do chorób umysłowych, dowodząc, że przy niej zmianom chorobowym ulega nie cały układ nerwowy, lecz tylko kora mózgowa.

Pogląd ten rozwinął się na podstawie licznych doświadczeń CHARCOT'a, które dowiodły, że u historyczek przez sugestję, t. j. przez poddawanie pojęć pewnych objawów chorobowych można objawy te wywołać. Pomimo swych doświadczeń, CHARCOT wcale nie utrzymywał, że wszystkie objawy historyczne są zależno od pewnych pojęć i wyobrażeń; dowodził on tylko, że historia jest w znacznej części chorobą umysłową.

Większość badaczy obstaje przy poglądzie, że historia jest ogólną nerwicą, że ma siedlisko nie w korze mózgowej wyłącznie, lecz w całym układzie nerwowym, i że znamionnym jej rysem jest nader zmienny udział pojedynczych części układu nerwowego.

Autor jest także zwolennikiem tego zapatrywania na istotę historii i rozróżnia ściśle: 1) tak zwaną konstytucję historyczną i 2) rozwijające się na jej tle nader różnorodne objawy.

Dziedziczność jest najważniejszym czynnikiem w etyologii historii. Nietylko jednak historia ale i neurastenii przodków stanowi przyczynę potomstwa. W przypadkach, gdzie wpływ dziedziczności stanowczo jest wykluczony, przyjąć należy istnienie pewnej skłonności systemu nerwowego do historii—skłonności, wywołanej przez chorobę i inne czynniki. Czynnikiem niezbędnym, warunkującym rozwój historii na tle odziedziczonej lub nabytej nerwowości, jest odpowiedni ustrój psychiczny. Wiadomo ogólnie, że kobiety o wiele bardziej są skłonne do historii, niż mężczyźni. Starano się wprawdzie w ostatnich czasach we Francji dowieść, że najcięższe postacie historii zdarzają się wśród mężczyzn, należących do najbiedniejszych warstw ludności, mimo to jednak większość badaczy uważa historię za chorobę wyłącznie prawie kobiecą. Ta skłonność kobiet do historii nie stoi w żadnym związku z posiadaniem macicy, lecz zależy jedynie od właściwości psychicznego ustroju kobiety, polegających na przewadze uczucia nad rozsądkiem i na mniejszej sile woli. Konstytucja historyczna nie prowadzi niezbędnie do rozwoju objawów historycznych; do wywołania ich potrzeba koniecznie, przy nieznacznym stopniu nerwowości, silnych bodźców, wzruszeń, wstrząśnięć moralnych etc.; przy silnie rozwiniętej nerwowości wystarczają blaho zupełnie powody do wywołania napadów historycznych; niekiedy—coprawda rzadko niezmiernie—napady występują same przez się, boz żadnej widocznej przyczyny.

Obecny stan nauki nie pozwala wątpić, że pierwsze objawy historii są ściśle związane z pewnemi przyczynami zewnętrznymi, że każdy nawet objaw tego cierpienia ma swą określoną, wywołującą go przyczynę, że od jakości tych przyczyn zależy i rodzaj samych objawów.

Dla badaczy, którzy sprowadzają konstytucję historyczną jedynie do pewnej skłonności psychicznej, przyczyny objawów historycznych są jedynie natury psychicznej: wyobrażenia (sugestye), bodźce uczuciowe etc.;—inni badacze uznają prócz psychicznych, także i przyczyny czysto somatyczne.

Że nie wszystkie objawy historyczne są pochodzenia psychicznego, dowieść można według LOEWENFELD'a przez a) bliższe badanie ich rodzaju i powstawania i przez b) wykazanie związku między zaburzeniami w ustroju, a objawami historycznymi.

a) Pośród licznych historycznych hyperestezji występuje niekiedy uczucie opasywania (*Reifgefühl*) w połączeniu z porażeniem poprzecznym lub bezwładem—objaw, towarzyszący także wielu cierpieniom rdzenia i neurastenii a zależny od podrażnienia włókien nerwowych tylnych korzeni. Spostrzeżenia wielu badaczy stanowczo przemawiają za tem, że właśnie u historyczek mamy do czynienia z podrażnieniem wspomnianych włókien, że więc historyczno uczucie opasywania nie jest zależno od innych przyczyn.

Porażenia historyczne stawiane bywają często za przykład typowych zaburzeń czynnościowych, wywołanych przez odpowiednie wyobrażenia; powstają one jednak często w okolicznościach, stanowczo temu poglądowi przeczących. Jak wiadomo, występują porażenia historyczne często po napadzie drgawek, stanowią niejako analogię porażen występujących po napadzie płasawicy samoistnej lub JACKSON'a i są widocznie wywołane przez to same przyczyny.

Niektóre drgawki historyczne powstają stanowczo na drodze odruchu. Autor wywołał u chorej z porażeniem poprzecznym kurecz głośni przy ucisku na wyrostek ciernisty jednego z górnych kręgów piersiowych: BRIQUET wywoływał ten sam objaw przez ucisk na kręgi szyjowe.

Przypuszczano dotąd, że historycznym porażeniom nie towarzyszy nigdy zanik mięśni, lub że ogranicza się on do zaniku z braku czynności, przy którym pobudliwość elektryczna pozostaje niezmieniona. Jest to w większości przypadków słusznie, przy wielu jednak porażeniach i przykurczeniach historycznych spostrzegać można prawdziwy zanik mięśni z odczynem zwyrodnienia. Ponieważ zanik mięśni jest zawsze wynikiem zmian zaszłych w ośrodkach troficznych przednich rogów rdzenia, przeto przyjąć należy, że i przy historii jest on tegoż pochodzenia.

b) Aby wykazać związek przyczynowy pomiędzy objawami historycznymi, a innymi zaburzeniami w ustroju, zwrócić się należy przedewszystkiem do zaburzeń miejscowych. Wiadomo, że cierpienia oczu, zębów, gardła i t. p. mogą wywołać na drodze somatyczno-odruchowej liczne objawy historyczne. Znaczne nagromadzenie gazów w żołądku spowodować może uporczywo odbijanie. Blizny, pozostałe po wrzodach żołądka, zaparcie stolca, tasiemiec, norka wędrująca, wywołują często napady historyczne.

Szczególnie ważne jest wyjaśnienie rzeczywistego związku między historią, a cierpieniami narządu płciowego kobiet. Ponieważ po usunięciu cierpienia narządu płciowego znikają w niektórych razach i pewne objawy historyczne, przeto zdaniem ginekologów pierwsze było przyczyną ostatnich. Autor sądzi, że ustąpienie objawów historycznych daje się tu tłumaczyć przez sugestję. O istotnym zaś związku przyczynowym mówić można w tych tylko przypadkach, gdzie objawy historii znikły wraz z usunięciem cierpienia narządu płciowego i wróciły przy ponownym tegoż wybuchu. Przypadki tego rodzaju opisał HEGAR; prócz nich przytacza autor i własne spostrzeżenia.

Nietylko cierpienia miejscowe, ale i zaburzenia ogólne spowodowane przez zakażenie lub zatrucie, wywołać mogą napady historyczne. Autor spostrzegał je wielokrotnie po nadużyciu napojów wysokokowych i dwa razy podczas długotrwałej narcozy chloroformowej. Nagromadzenie kwasu moczowego w krwi może zdaniem HAIG'a wywołać napad historyczny; ten sam skutek wywiera niekiedy porażenie słoneczne. Wogóle powiedzieć można, że ogólnie zaburzenia ustroju, wywołane przez zatrucie lub zakażenie, wywołują zwykle pewną tylko postać objawów historycznych: napady. Okoliczność ta nasuwa myśl, czy przyczynom, wywołującym najczęściej napady historyczne (silne wzruszenia, przerażenie, obawa etc.), nie towarzyszy wytwarzanie w układzie nerwowym pewnych substancji trujących. Niektóre dane przemawiają za słusznością takiego przypuszczenia. Wiadomo na przykład, że silno wzruszenie karmiącej działa nietylko szkodliwie, lecz niekiedy wprost zabójczo na karmione przez nią dziecko. Jeżeli zatem silne wzruszenie wywołuje tworzenie się w mózgu trujących substancji, które wessane do mleka mogą skrócić życie dziecka, to przypuścić można, że te same substancje, wytworzone w bardzo pobudliwym mózgu, wywołać mogą zmiany czynnościowe w postaci napadu historycznego.

Jaką rolę odgrywają nerwy naczynioruchowe przy objawach historycznych, trudno jeszcze dzisiaj orzec. Niektóre z nich, jak błądność, historycznie krwotoki, bezmocz, przemawiają za zmienioną czynnością nerwów naczynioruchowych, wywołaną przez bodźce psychiczne, lub powstałą na drodze odruchu. W ostatnich czasach starano się zupełnie niesłusznie tłumaczyć wiele objawów historycznych przez udział nerwów naczynioruchowych. Niektórzy badacze, na przykład KRIES, nie chcą wprost widzieć innych przyczyn historii prócz zmienionej czynności nerwów naczynioruchowych.

Na zakończenie streszcza autor swój pogląd na historię w trzech następujących zdaniach: 1) Nie wszystkie objawy historyczne zależne są od pewnych wyobrażeń i mają pochodzenie psychiczne, sugestyjne. 2) Przy loczeniu historii należy przedewszystkiem szukać somatycznych jej przyczyn i te w miarę możliwości usuwać. 3) Nie należy nigdy zapominać, że usunięcie chwilowych objawów historii nie jest wcale równoznaczne z jej wyleczeniem; starać się nadewszystko trzeba o wzmocnienie całego układu nerwowego, o usunięcie historycznej konstytucji przez odpowiednie leczenie.

(Münch. Med. Wchschrift. N-r 1 i 2. 1894).

S. P.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

63. Prof. RIEGEL. **Megalogastrya a rozstrzeń żołądka.** Powód do niniejszego artykułu podał autorowi chory, 39-letni, dobrze zbudowany mężczyzna, cierpiący na częste bicie serca i duszność przy łada większym wysiłku fizycznym. Prócz niedomykalności zastawek aorty i jej zwężenia lekkiego stopnia, znalazł autor żołądek wielkich rozmiarów, pomimo że chory nie skarżył się do ostatnich chwil na jakiekolwiek zaburzenia trawienia. Przy rozcięciu żołądka mieszaniną burzącą okazało się, że dolna jego granica znacznie przekracza linię pępkową i znajduje się o 3 poprzeczne palce niżej pępka, gdy górna pozostała na miejscu właściwym; jeszcze wyraźniej objętość i forma powiększonego żołądka wystąpiły po rozcięciu go powietrzem. Badania czynności ruchowej i chemizmu trawienia nie wykazały nic nieprawidłowego. RIEGEL uważa, że w danym przypadku nie było ani t. zw. gastroptozy, przy której cały żołądek może być umiejscowiony niżej, niż zwykle, ani przemieszczenia żołądka w kierunku pionowym, lecz był to przypadek żołądka o niezwyklej wielkości, czyli, jak się R. wyraża, megalogastrya. Jest to więc raczej przypadek anomalii w znaczeniu anatomicznym, a nie zmiana patologiczna.

Omawiając z tego powodu stosunek megalogastryi do rozstrzeni żołądka ze względu na rozpoznanie różniczkowe, autor zwraca przede wszystkim uwagę na to, że pod nazwą rozstrzeni żołądka należy pojmować nie tylko nieprawidłową jego wielkość, lecz i zaburzenia w ruchowej jego czynności, co też i klinicznie przejawia się w postaci mniejszej lub większej dyspepsy. O nieprawidłowo wielkim żołądku możemy tylko wtedy mówić, gdy dolna jego granica przekracza linię pępkową; badanie zaś fizyczne zapomocą zgłębnika, którego koniec w żołądku staramy się wyczuć przez powłoki brzuszne, jak również napełnienie żołądka płynem z następczem określeniem tępości, autor uważa za niewystarczające, gdyż w tych razach określamy tylko dolną granicę żołądka, a nie nabieramy pojęcia o położeniu reszty granic, przez co łatwo możemy skonstatować rozstrzeń tam, gdzie jest zwykła gastroptozą lub też pionowe położenie żołądka. Już najpewniej prowadzi do celu rozcięcie żołądka CO₂ lub powietrzem, poczem cała postać i wielkość narządu występują bardzo wyraźnie.

Tak więc rozpoznanie kliniczne rozstrzeni żołądka winno być jeszcze uzupełnione zbadaniem jego czynności ruchowej, gdyż zdarzają się przypadki rozstrzeni o prawidłowej funkcji ruchowej i naodwrot normalnie duży żołądek z niedomogą ruchową. Należy więc ściśle odróżniać dwie te postacie kliniczne, czego dowodem omawiany chory, którego ogromny żołądek nie przedstawiał jednak najmniejszych zboczeń czynnościowych. Jeżeli więc będziemy uwzględniali przy badaniu stosunek objętości żołądka do jego czynności ruchowej, napotkamy według R. jedną z następujących 3-ch postaci patologicznych: 1) albo przy normalnej wielkości żołądka pokarm zbyt długo w nim pozostaje, co wskazuje upośledzenie siły ruchowej żołądka, czyli t. zw. atonię, która nie doprowadziła jeszcze do rozstrzeni, lecz w końcu, jak się przekonał ROSENBACH, może ją wywołać; 2) albo przy opóźnionem przesuwaniu się pokarmu z żołądka znajdujemy znaczne jego rozszerzenie; są to przypadki najczęstsze t. zw. typowej atonicznej rozstrzeni; 3) wreszcie znajdujemy objętość żołądka znacznie zwiększoną bez jakichkolwiek zaburzeń czynnościowych, czyli t. zw. duży żołądek—megalogastryę. W tych razach należy obawiać się, by z czasem nie wystąpiła niedomoga ruchowa i megalogastrya nie przeszła w rozstrzeń atoniczną. Ze wszystkich dopiero co wyliczonych postaci, najlepiej jest znana 2-ga, najmniej 1-sza i 3-cia: w tej ostatniej objawy dyspeptyczne wcale nie występują, w lekkich zaś postaciach niedomogi bez rozstrzeni objawy te są nieznaczne. Na ostatnie to cierpienie autor radzi zwracać baczną uwagę, gdyż w cierpieniach żołądka groźniejsze dla nas być winny zmiany czynnościowe, niż anatomiczne, które zresztą w końcu wnikają się wzajemnie.

Takie przypadki rozstrzeni żołądka należy ściśle odróżniać od rozstrzeni powstałych przy zwężeniu odźwiernika, które w całości należą do chirurgii, gdy pierwsze mogą być racjonalnie leczone tylko przez terapeutę. Kończy swój artykuł R. zwróceniem uwagi na to, że zarówno, jak w cierpieniach nerek interesuje nas

nie tylko ilość białka w moczu, lecz i ciężar właściwy, barwa, morfologiczne elementy i t. p.,—tak i w cierpieniach żołądka nietylko ilość HCl, za którą w ostatnich czasach tak się uganiają, lecz wszechstronne zbadanie czynności żołądka może nam dać punkt oparcia do rozpoznania i *eo ipso* do następnego leczenia chorych.

(*Deutsche Med. Woch. 1894. N. 15*).

L. Knaster

64. WELANDER w Stockholmie. **Czy leczenie rtęciowe może wywołać białkomocz i wałeczki w moczu?** Pomimo, że liczne badania wykazały, iż rtęć, wprowadzona do ustroju, stosunkowo w wielkiej ilości przez nerki wydzielona zostaje, mało zwracano dotąd uwagi na okoliczności, jaki wpływ środek ten na nerki wywiera.

Białko i wałeczki, wykrywać się dające w moczu syfilityków, przypisują niektórzy autorzy wpływowi choroby syfilitycznej — chcą uważać je wprost za jeden z objawów tegoż cierpienia. Autor, w rezultacie licznych prac w tym kierunku dokonanych, jeszcze w 1891-ym roku w broszurze p. t. „Ueber Albuminurie und Cylinderurie durch Syphilis und Quecksilber“, wygłosił zdanie, iż białko i wałeczki w moczu syfilityków spotkać czasem można, zwłaszcza w późniejszych okresach tej choroby, natomiast energiczne leczenie rtęciowe bardzo często wywołuje występowanie białkomoczu i wałeczków w większym lub mniejszym stopniu, zależnie od indywidualności.

Jeżeli wałeczki w moczu zależne są od choroby syfilitycznej, to spotykać je winniśmy przed lub w początkach leczenia, poczem w miarę ustępowania innych objawów przymiotowych—ginać powinny, gdy zaś jest ono wynikiem kuracji rtęciowej, czyli od wydzielania się rtęci przez nerki zależy —w chwili rozpoczęcia leczenia stwierdzić należy brak ich zupełny; przeciwnie pod koniec większa lub mniejsza ich ilość występować powinna. Autor, badając mocz 39-iu chorych w różnych okresach przymiotu przed rozpoczęciem leczenia—w 33-ch przypadkach nie wykrył wałeczków wcale, w 5-iu zaledwie kilka cylindrów szklistych, t. j. nie więcej, jak się to w zupełnie normalnym moczu wydaryć może. Druga o wiele większa seria spostrzeżeń doprowadziła do podobnego rezultatu, co stanowczo przemawia za tem, że przymiot sam przez się nie jest przyczyną zjawiania się wałeczków w moczu. Autor przytacza tablice, naszkicowane na podstawie licznych badań, przez niego dokonanych, wykazujące, jak dalece ilość wałeczków w moczu wzrasta w miarę posuwania się leczenia rtęciowego. Spostrzegać się daje nie tylko zwiększanie się ilości wałeczków, lecz i charakter ich podlega zmianie: w początku kuracji spotykamy wałeczki szkliste, nieco później ziarniste, wreszcie nabłonkowe. Wszystko to dowodzi, że rtęć, wydzielając się przez nerki, w większym lub mniejszym stopniu drażniąc na nie oddziaływa. Po skończonem leczeniu rtęcią ilość wałeczków zmniejsza się, lecz gina one dopiero po pewnym czasie, zależnie od ich poprzedniej ilości, jak również od energii zabiegów leczniczych. W każdym razie wałeczki znikają w moczu o wiele wcześniej, niż wydzielanie się rtęci ustaje, przecięciowo w 4 tygodnie po ukończonej kuracji. Stwierdzono, że ilość wałeczków w moczu jest w prostym stosunku do ilości wydzielonej rtęci, zaś w odwrotnym do objawów przymiotowych, czyli że przy końcu leczenia, gdy objawy przymiotowe znikają, a wydzielanie się rtęci jest obfite, ilość wałeczków w moczu jest największa, gdy zaś rtęć wydzielila się zupełnie i nawrót choroby występuje, wałeczków w moczu nie wykrywa się wcale, lub minimalną ich ilość. Większy lub mniejszy % wałeczków w moczu jest zresztą w zależności od konstytucyi chorego, wieku, od ciężkości przypadku, a co za tem idzie, od mniej lub więcej energicznego leczenia, od indywidualnej wrażliwości, wreszcie od metody leczniczej. Przy wewnętrznem użyciu środków merkuryalnych niewiele wałeczków w moczu spotkać można, gdyż siła i szybkość wchłaniania się rtęci są w tych razach względnie niewielkie, zależą od siły trawiennej żołądka, od stopnia rozpuszczalności leku i t. p. Przy nalepieniu np. plastra merkuryalnego na daną część skóry, wchłanianie się rtęci jest większe, niż przy stosowaniu wcierań szaruchy w tę samą powierzchnię. Przy użyciu wcierań, potem nalepieniu plastra na toż miejsce, wchłanianie potęguje się jeszcze. Gdy raz leczenie rtęciowe wywołało wałeczki, występują one tem liczniej przy kuracji powtórnej. Autor nie jest dość pewny, czy wałeczki w moczu występują także przy leczeniu rtęcią niesyfilityków, o ile jednak z nielicznych zresztą spostrzeżeń wnosić można, odpowiedź zdaje się być twierdzącą.

Białkomocz przy leczeniu ręciovem występuje przecięciowo między 18—30 dniem. W początkach kuracji ślady tylko białka i to przy użyciu bardzo czułych odczynników wykryć można; w miarę posuwania się leczenia i czas pewien po jego ukończeniu, już zapomocą kwasu azotnego obecność białka w moczu stwierdzić się daje. Gdy wydzielanie się ręciov ustaje, białkomocz ustępuje i ginie zupełnie, gdy ręciov rozbiórnie nie wykrywa więcej. Spostrzeżenia autora nie pozwalają przypuszczać, by przymiot mógł białkomocz wywołać, w jednym tylko z licznie obserwowanych przypadków białkomocz przy leczeniu ręciovem ustąpił; zważywszy jednak, iż zdarza się, że i u niesyfilityków przechodnio, z przyczyn zresztą niewiadomych, białko w moczu wykryć się czasem udaje — może mieć miejsce przypadek podobny u syfilityka, lecz trudno go uważać za zależny od przymiotu, a rzeczą jest łatwą do sprawdzenia, że i niesyfilitycy, poddani leczeniu ręciovemu, białkomoczowi podlegają. Wydzielająca się przez nerki ręciov mniej lub więcej drażniąco na nie oddziaływa. W większości jednak przypadków podrażnienie to jest przechodnie i trwalszych zmian w nerkach nie powoduje.

Mając powyższe spostrzeżenia na uwadze, słusznie wymaga autor, by przy stosowaniu zwłaszcza energicznych metod leczenia ręciov—mocz chorego poddawano częstym rozbiorom, na równi jak skóra, dziąsła, kanał pokarmowy podlegają kontroli lekarza. Występowanie białkomoczu i walczków, zwłaszcza nabłonkowych, winno być wskazówką, że ostrożność w dalszej kuracji ręciovowej zachować należy. I chore nerki mogą łatwo wydzielać duże nawet ilości ręciov, jak to jednak dalece szkodliwie na nie oddziaływa, dziś jeszcze stanowczo autor odpowiedzieć nie może. Spostrzeżenia jednak wykazują, że przy chronicznem zapaleniu nerek białkomocz i walczki przy leczeniu ręciovem daleko szybciej i w większych rozmiarach występują. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis. 3 Heft. 1894 r.*). K. Mazaraki.

65. D-r F. KIELMAN. (Ze Zjazdu w Rzymie). **Napady epileptyczne, wywołane zmianami w jamach nosowych.** Przypadek pierwszy: 12-letni chłopak miał w roku 1886 i 1887 kilkakrotnie z rana podczas leżenia w łóżku napady drgawek z chwilową utratą przytomności. Ataki te powtarzały się dość często, zdarzały się i we dnie, zwykle połączone były z uczuciem duszenia się. Chorego tego K. widział po raz pierwszy pod koniec roku 1888; nie znalazł wtedy żadnych innych zmian prócz przerostu błony śluzowej dolnych muszel nosowych. Ponieważ poprzednio najrozmaitszego rodzaju leczenie pozostało bez skutku, przypalił autor miejsca chorobowo zmienione. Napad powtórzył się dopiero w sierpniu 1889 podczas silnego kataru, i wtedy stwierdził autor powiększenie dolnych muszel. Od tej też pory pacjent jest zdrow zupełnie.

W literaturze opisanych jest 15 przypadków, w których napady epileptyczne ustąpiły po wyrównaniu zmian w jamie nosowej; tyczy się to polipów, ciał obcych oraz obrzniecia muszel, szczególnie dolnych.

Przyczynę tych ataków widzi autor w podrażnieniu zakończeń n. trójdzielnego, przynoszącym się na ośrodki ruchowe kory mózgowej.

Przypadek drugi: 6-letni chłopczyk w ciągu ostatnich 2½ lat miewa z rana ataki drgawek, uskarża się wtedy „że nie może oddychać, że się dusi“. Napady podczas kataru są silniejsze. Badanie wykazuje umiarkowane, rozlane obrzniecie dolnej prawej muszli. Matka opowiada, że dziecko ma zwyczaj od trzech lat już podczas snu wsuwać lewy duży palec do ust, zatykając pozostałymi palcami lewy otwór nosowy. Autor przypalił dolną prawą muszlę, polecając oprócz tego odzwyczajać dziecko od jego szkodliwego przyzwyczajenia. W ciągu następnych 4 miesięcy ataki powtórzyły się dwa razy—silniejszy w czasie choroby matki, gdy dziecko nie było dobrze strzeżone. Wtedy autor zalecił wkładać chłopcu na ręce pończochy podczas snu; napady nie zjawiały się więcej.

Autor nie tłumaczy napadów tych jako odruch podrażnionych gałązek n. trójdzielnego, gdyż trwały one nadal pomimo przypalania; powstały zaś skutek utrudnionego oddechania nosem.

Normalnie oddychamy nosem; jest to akt bierny, współdziałanie świadome z naszej strony jest zbyteczne, oddychać zaś ustami musimy się dopiero uczyć. Przy nieznacznem zwięzieniu dróg nosowych oddychanie we dnie odbywa się prawidłowo, gdyż przyjmuje udział w tym akcie świadome oddychanie ustami, w położeniu zaś poziomem podczas snu przeszkody stają się większe, tak, że może wystąpić napad duszniczy. Należy jeszcze mieć na uwadze, że oddychanie ustami może odby-

wać się prawidłowo, ale suche, zimne powietrze, drażniąc nieprzyzwyczajoną do tego bodźca błonę śluzową gardzieli, może wywołać kurcz tych miejsc, kurcz głosi.

Przypadek ten nasuwa autorowi następujące wnioski: 1) Napady epileptyczne pochodzenia nosowego nie zawsze są spowodowane podrażnieniem gałązek nosowych n. trójdzielnego. 2) Pewne formy t. zw. epilepsji nosowej mogą być poprzedzone przez napad duszniczy i polegają przede wszystkim na przeszkodzie w oddechaniu nosem. (Berl. Kl. Woch. N. 13. 1894). St. Gutenlag.

66. LEMOINE i LINOSSIER. **Przyczynek do nauki o przeżuwaniu.** Autorowie spostrzegali w ciągu trzech miesięcy w oddziale szpitalnym chorego, dotkniętego przeżuwaniem. Wnioski, do jakich dochodzą, są następujące: I) Należy rozróżnić przeżuwanie: a) zwykłe (? Ref.), b) chorobowe. To ostatnie objawia się w trzech formach: 1) przeżuwanie pochodzenia nerwowego z niestrawnością lub bez niej, 2) przeżuwanie pochodzenia dyspeptycznego, będące w ścisłym związku z niestrawnością, 3) przeżuwanie pochodzenia dyspeptycznego, nie znikające po usunięciu niestrawności. II) Przeżuwanie winno być uważane za nerwicę żołądkową. III) Zwracanie jest czynnością zwrotną, której punktem wyjścia jest nadczułość błony śluzowej żołądka wrodzona lub nabyta. IV) Czynność zwracania zbliżona jest do czynności opisanej przez CHAUVEAU i TOUSSAINT'a, jaka cechuje przeżuwających. Polega ona głównie na kurczu przepony i mięśni wdechowych, które zmniejszają ciśnienie wewnątrzpiersiowe, rozciągają i rozszerzają przełyk, podczas gdy mięśnie brzucha uciskają żołądek. (Prawdopodobny jest także w tej sprawie udział błony mięśniowej żołądka, uciskającej zawartość i zamykającej odźwiernik, w szczególności zaś udział mięśnia zależnego pod względem innerwacji od *n. dilatator cardiae* OPENCHOWSKIEGO. Ref. w roku 1890 w Gazecie Lekarskiej mechanizm ten w pracy swojej opisał).

(Revue de Médecine, N. 3. 1894).

Grundzach.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= COHN stosował w przeszło 100 przypadkach gruźlicy u osób z klasy biednej sulfo-ichtolowy związek amonu i przy regularnej diecie i sposobie życia nigdy nie spostrzegali złych wyników, przeciwnie, chorzy, leczeni ichtyolem dłużej niż rok, poprawiali się do tego stopnia, że nie można było wykryć u nich żadnych śladów gruźlicy. C. nie przypisuje tego bynajmniej samemu ichtolowi, lecz okoliczności, że pod jego wpływem podnosi się nadzwyczaj odżywianie. Przepisuje 20,0 ichtyolu na 20,0 wody i podaje 3 razy dziennie po 4 krople, zwiększając stopniowo do 40. Dla dzieci od lat 5 — 12 dawka jest dwa razy mniejsza. Najlepiej przyjmować przed jedzeniem w wielkiej ilości wody i zapijać kawą. Powiększać można dawkę o jedną kroplę codziennie. Niektórzy chorzy skarżą się z początku na nieprzyjemne odbijanie. (Deut. Med. Woch. N-r 14 1894).

= WARFVINGE leczył niedokrewność złośliwą, białaczkę prawdziwą i rzekomą arszenikiem. Z początku podawał żelazo, później arszenik (3 razy po 4 krople Liq. Fowleri). We wszystkich 21 przypadkach niedokrewności złośliwej widział znaczne polepszenie. 10 chorych wyleczyło się zupełnie; u 11 były powroty: u 5 po razie, u 4 po 2 razy i u 2 po 6 razy. 4

z nich wyzdrowiało, 7 zmarło. Przeciw białaczce prawdziwej i wrzeczkiej arsenik okazał się również dobry, jednak nie tak jak przy niedokrewności złośliwej. W. sądzi zatem, że to ostatnie cierpienie nie jest nieuleczalne, a arsenik jest przeciw niemu środkiem swoistym. Dodać należy, że w żadnym z powyższych przypadków nie znaleziono glist (Z Kongresu w Rzymie).

= LEWASZEW, wychodząc z zasady, że fuksyna zabija natychmiast znalezione przez niego bakterie tyfusu plamistego, zaczął podawać fuksynę w dawkach dochodzących do 1 grm. na dobę. Wyniki są bardzo pomyślne. Na drugi lub na trzeci dzień, rzadko później temperatura spada, ilość moczu powiększa się, stan ogólny poprawia. W kilka dni chorzy przechodzą do zdrowia. Fuksyna zatem, podawana w ilości 1 grm. na dobę, skraca lub przerywa przebieg tyfusu. L. spodziewa się, że fuksyna przyniesie korzyść w chorobach z charakterem posocznicy, gdzie bakterie znajdują się we krwi. (Z Kongresu w Rzymie).

= VIAN zaleca przy *gingivitis aphthosa*: Rp. Saloli 0,25 Cocaini mur. 0,5 Glycerini 15,0 MDS. do pendzlowania, lub Rp. Boracis 5,0 Ac. tann. 2,0 Glycerini 60,0 MDS. do smarowania;

przy *stomatitis* zaś Rp. Saloli 2,0 Kali chlorici 5,0 Chlorali hydrati 1,0 Aq. dest. 250,0 MDS. do płukania. (Jour. de med. et de chirurg. prat. 1893).

== SCHIMMELBUSCH badał szybkość, z jaką dostają się zarazki ze świeżych ran do wielkich narządów wewnętrznych, jak serce, płuca, wątroba, nerki i śledziona. Szczepiono myszom karbunkul do świeżych ran, zabijano je po pewnym czasie i roztarte narządy siano na płytki agarowe. Już po upływie pół godziny wszystkie narządy były zakażone bez względu na to, czy zarażano myszy bakteriami zawierającymi zarodniki, lub nie zawierającymi ich. Inne doświadczenia robiono z królikami, które zarażano saprofitami, np. drożdżami czerwonymi, *b. mycoides*, *pyocyaneis* i zarodnikami pleśni. Już w 5 minut po zarażeniu *b. pyocyaneis* narządy wewnętrzne zawierały tego pasorzyta. Rany 24–48 godzinne zwykle już nie dają się zakażać, trudniej również zakażać rany z oparzenia lub wywołane przez związki gryzące, dużo wreszcie zależy od miejsca, które się zakaża: np. przez powięzie jąd nie bywa wessany.

== PEPPER zaleca przy ospie kokainę *per os* lub w czopkach. Choroba znacznie się osłabia: gorączka jest lżejsza i trwa krócej, gorączki wtórnej często niema; krosty nie dochodzą do pełni rozwoju albo też bardzo szybko się goją, zapalenia narządów wewnętrznych są rzadsze i słabsze. Kokaina zasługuje na miano środka zapobiegawczego; powinny używać jej osoby narażające się na zakażenie. Wewnątrz należy podawać 4% roztwór kroplami; dzieciom od lat 10 cztery razy po 10 kropli; z każdym rokiem o jedną kroplę należy dawkę powiększać. Czopki należy zakładać co 6 lub 8 godzin; dawka kokainy nie powinna być w nich większa, niż podawana *per os*. Przy zastrzykiwaniach podskórnych należy dawkę zmniejszyć. (Deut. med. Woch. 1893. 48).

== PETRESCO stosował w 647 przypadkach tyfusu brzuszego β -naftol czysty lub z chininą w ilości 3–5 grm.: 1–2 grm. na dzień; za napój podawał wodę lub limonadę z dodatkiem 50/00 będzwinianu sodu lub 1–2 0/00 kwasu będzwinowego; w ciężkich adynamicznych przypadkach stosował też leczenie wodą. Postępu-

jąc tak, otrzymał wyniki następujące: 1) tyfus, leczony β -naftolem od samego początku, zostaje osłabiony lub nawet przerwany; 2) podawanie β -naftolu usuwa szybko objawy samozatrucia lub zakażenia wtórnego; choroba przybiera przebieg okresowy i unika się powikłania; 3) nie należy podawać alkoholu ani napojów alkoholowych; 4) dawkę β -naftolu 3–4 grm. *pro die* należy podzielić na 12 części i podawać co godzinę. (Z Kongresu w Rzymie).

== SCHWARZ podaje łatwy i szybki sposób wyjaławiania jedwabiu; motek jedwabiu przemycia się dla odłuszczenia w wodzie z mydłem i 2% roztworem sody, nawija na szpulki szklane lub cynkowe i gotuje w glicerynie; temperatura dochodzi po 6–7 minutach gotowania do 140°, wtedy szpulki wyjmują się płatynowym drutem, przemycia je 5% karbolem i przechowuje również w karbolu. (La Rif. med. 1894 N-r 7).

== PETRESCO stosował przy dwóch epidemiach tyfusu wysypkowego zimną wodę i doszedł do wyników następujących: 1) leczenie wodą jest najlepszym środkiem przy tyfusie wysypkowym; 2) jedynie ono zmniejsza śmiertelność do minimum; 3) szczególnie w ciężkich, adynamicznych postaciach daje ono wyniki zadziwiające; 4) gdy rozmaite inne środki zaledwie osłabiają przebieg tyfusu, leczenie wodą przerywa go zupełnie a prawie wszyscy chorzy przychodzą do zdrowia niemal bez okresu rekonwalescencji; 5) żadne powikłanie nie jest przeciwwskazaniem, zarówno jak umiejscowienie również nie gra żadnej roli; 6) najlepsze jest zawiązanie w mokre prześcieradła. (Z Kongresu w Rzymie). Ż.

== FELICI zaleca przy *ozaena* przemycanie dwa razy dziennie wodnym roztworem sacharyny 1,0–1,5:500. Nieprzyjemny zapach znika zupełnie. (Ann. des maladies de l'or. 1893 N-r 11).

== RABOW spostrzegł wielokrotnie natychmiastowe polepszenie przy zwyczajnym katarze po wciągnięciu do nosa drobnych ilości sacharyny. (Ther. Mon. 1894 N-r 4).

== Przy neurastenii jako *sedativum*: Rp. Gallobromoli 10,0 Aq. dest. 120,0 Syr. Ribium 30,0 MDS. 2–3 łyżek dziennie.

Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu klinicznym z dnia 15 go b. m. w naszym towarzystwie lekarskiem odbyła się uroczystość odsłonięcia portretu zasłużonego dziekana i obecnego Sekretarza Stałego Tow. Lek. prof. Włodzimierza BRODOWSKIEGO. Prof. BARANOWSKI obecny Prezes w stosownym przemówieniu podniósł zasługi prof. BRODOW-

SKIEGO jako wielokrotnie Przewodniczącego Towarzystwu, oraz jako profesora i uczonego, znającego zarówno w naszej jak i obcej literaturze naukowej. Śród grona okłasków nastąpiło odsłonięcie portretu. Wzruszony prof. BRODOWSKI w gorących słowach dziękował Towarzystwu za to odznaczenie. Autor portretu, znany tutejszy

artysta p. Badowski, świetnie wywiązał się z zadania; niewątpliwie bowiem portret, o którym mowa, jest jednym z najlepszych dzieł wspomnianego artysty. Z tego względu należy się p. Badowskiemu od naszych lekarzy słowo uznania.

— Stan Sanitarny Warszawy w przeciągu ubiegłych miesięcy kwietnia i maja uległ znacznemu pogorszeniu po wyjątkowo pomyślnej zdrowotności, o której wzmiankowaliśmy w miesiącu marcu. Śmiertelność ($17,52\%$ w marcu) podniosła się nagle w kwietniu do 22% , a w ostatnich tygodniach maja przechodzi nawet cyfrę 23% , jest zatem wyższa od śmiertelności w odpowiednich tygodniach roku ubiegłego. Tak znaczne pogorszenie stanu sanitarnego w części tylko zależy od chorób zakaźnych wieku dziecięcego, z których ospa trwa z jednakową siłą, błonica i szkarlatyna wzmogły się, a odra znaczne rozmiary przybrała. Największą jednak rubrykę śmiertelności stanowiło w tym czasie zapalenie płuc włóknikowe i inne choroby organów oddechowych, a także cholera azjatycka, która już nietylko na krańcach miasta, w Ochocie i Woli, ale i w śródmieściu się pojawia. W ostatnich dniach coraz częściej widzimy również ostre katary żołądka i kiszek u dzieci i krwawą biegunkę, dotąd o łagodnym przebiegu. Epidemia tyfusu wysypkowego zmniejszyła się znacznie. J. K.

— W dniu 23 maja r. b. rozpoczęto budowę nowego szpitala starozakonných na Woli.

— Uzupełniając wykaz lekarzy polaków lub lekarzy mówiących po polsku, w różnych miejscowościach leczniczych podczas lata praktykujących (patrz N-r 19 „Medycyny“), dodajemy, iż w Birsztanach praktykuje latem d-r Jan MUSZAŁSKI z Kowna; w Nauheim d-r JANKOWSKI; w Badenie pod Wiedniem w ciągu lata d-r Henryk KUEMMERLING, a do 18-go maja w Abbazji; praktykujący podczas zimy w Meranie d-r Stanisław PRAGER, praktykuje latem w Marienbadzie. Przy tej sposobności jeszcze raz odwołujemy się do kolegów, w różnych miejscowościach leczniczych praktykujących, aby nas zechcieli uwiadamiać, gdzie w ciągu lata lub zimowego sezonu mają zamiar się osiedlić, gdyż tym tylko sposobem dany wykaz może być kompletny i pod względem nazwisk wierny.

— Na kongresie wszechnarodowym higieniczno-demograficznym, odbyć się mającym w Budapeszcie w pierwszych dniach września, o którym wspominaliśmy w N-rze 20, jedną z najważniejszych i najbardziej wyczerpujących traktowanych kwestyj będą rozprawy nad błonicą. Kwestya ta przeznaczona została do szczegółowego rozbioru jeszcze na poprzednim

kongresie londyńskim i przez komitet wykonawczy przygotowana do najobszerniejszego rozbioru na gruncie wszechnarodowym w ten sposób, że w każdym kraju oddzielny komitet wydelegowany został, który przedstawi wyniki badań swoich na połączonych sekcjach bakteriologii, profilaktyki chorób nagminnych i higieny dziecięcej. Wystawa, jaka odbędzie się jednocześnie podczas kongresu, będzie się tem różnić od zwykłych podobnych wystaw, że nie będzie ona wystawą przemysłową, ale zawierać będzie te jedynie przedmioty, które służyć będą do badania i wyjaśnienia pytań, włączonych do programu naukowego i rozbieganych na kongresie.

— Na ostatnim międzynarodowym kongresie w Rzymie wznowiona została myśl przyjęcia uniwersalnego języka lekarskiego, któryby obowiązywał wszystkich lekarzy. Lekarze wschodni proponowali przyjęcie języka łacińskiego jako uniwersalnego. Wiadomo, iż przedtem jeden z lekarzy amerykańskich, mianowicie d-r Achilles ROSE, przemawiał w akademii lekarskiej w New-Yorku za przyjęciem języka greckiego. Opierając się na statystyce, zdaje się, iż język angielski miałby w tym względzie pewną przyszłość, t. j. prawdopodobnie stałby się dla lekarzy językiem międzynarodowym, gdyby w ogóle zasada przyjęcia języka powszechnego była przez ogół jako konieczna uznana. Statystyka bowiem wykazuje, że gdy w r. 1801 językiem francuskim mówiło 19% osób na 100 ogólnego zaludnienia, to w r. 1890 cyfra ta z 19-tu spadła na 12,7%; zatem liczba mówiących po francusku zmniejszyła się. Język niemiecki, lubo nie zrobił żadnego w tym względzie postępu, jednak liczebnie nie uległ ograniczeniu, tak, iż dziś, tak samo jak w r. 1801, odsetka mówiących po niemiecku wynosi 18,7%; przeciwnie, język angielski rozpowszechnił się znacznie; w r. 1801-ym odsetka mówiących nim wynosiła 12,7%—dziś mówi nim przeszło dwa razy tyle ludzi—bo 27,7%. Zatem, gdy francuski stracił na swem rozprzestrzenianiu się, niemiecki stoi w jednej mierze, angielski zaś niewątpliwemu uległ rozprzestrzenieniu się, i to w znacznym bardzo stosunku. Cyfry te jednak nie wiele objaśniają; mianowicie, nie wykazują nam, ilu lekarzy w tych trzech narodowościach danym językiem włada. Powiększenie bowiem liczby mówiących po angielsku niekoniecznie dowodzi, że ono na karb lekarzy przypada; gdyż prawdopodobnem jest, że dotyczy ono przeważnie świata handlowego.

Zmarli. D-r Ludwik BIBERSTEIN zmarł w Warszawie 23 b. m.