

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O chromaniu przestankowem (Claudication intermittente Charcot'a), przez S. Goldflama. — Kilka słów i doświadczeń w sprawie jednoczesnego stosowania szarnehų i kapieli siarczanych, podał J. D. Grabowski. (Dokończenie). — **Streszczenia i Wyciągi.** 70. a) O wynikach leczenia błonicy surowicą krwi podług metody Behring'a-Ehrlich'a. b) O wynikach leczenia błonicy surowicą krwi. 71. O znajdowaniu żywych pasorzytów we krwi i komórkach nowotworowych u rakowatych. 72. Wpływ światła na mikroby ropotwórcze. 73. Poszukiwania nad gorączką zakaźną. Antytoksyna gorączki bakteryjnej. 74. O próbach leczenia niemoty ruchowej i czuciowej. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 29 maja r. b. — **Bibliografia i krytyka.** Choroby kiszek, omówił Henryk Pacanowski. (Dokończenie). — List otwarty do Redakcyi Medycyny — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) D-r S. Goldflam — De la claudication intermittente. 2) D-r J. D. Grabowski — Etude expérimentale sur l'emploi simultané des frictions mercurielles et des bains sulfureux.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Goldflam — Ueber intermittirendes Hinken. 2) D-r J. D. Grabowski — Einige Experimente über die gleichzeitige Anwendung von Unguentum cinereum und Schwefelbädern.

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

O chromaniu przestankowem

(Claudication intermittente CHARCOT'a)

przez S. Goldflama.

Szczupła ilość spostrzeżeń w tym przedmiocie skłania mnie do ogłoszenia mojego, różniącego się pod niektórymi względami, doświadczenia.

Wzmiankowany zbiór objawów wcale do rzadkości nie należy; w ciągu ostatnich kilku lat sam miałem sposobność spotykania kilku odnośnych przypadków. Słusznie uskarża się CHARCOT, że tak mało zdobył zainteresowanie zbiór objawów, na który już w r. 1856 zwrócił był uwagę. W istocie, mamy tu do czynienia z bardzo charakterystycznym i wykończonym obrazem chorobowym, który na specjalną nazwę i uwzględnienie już dla tego zasługuje, że zdradza głębokie zmiany w ustroju i nierzadko bywa zwiastunem ciężkiego cierpienia.

Historja jego w krótkości jest następująca. Jakem to wspomniał, w r. 1856 CHARCOT, jako intern RAYER'a, ogłosił spostrzeżenie o chorym w wieku lat 56, który dłużej nad kwadrans nie był w stanie chodzić, z powodu występującego bolesnego kurczu w nogach. Gdy chory czas jakiś wypoczął, mógł chodzić dalej, lecz wnet ponownie zjawiało się bolesne uczucie w nogach. Przy sekcji znaleziono kulę w bliskości tętnicy biodrowej z wytworzeniem się tętniaka i obliteracją dolnej części naczynia. Krążenie krwi po części przywrócone zostało wskutek rozszerzenia się normalnie drobnych arteryi. Wystarczyło ono, objaśnia CHARCOT, do odżywiania kończyn w stanie spokoju, lecz podczas chodzenia strumień krwi okazywał się niedostatecznym i wtedy po-

wstawiała względna niedokrwistość, wywołująca kurcz bolesny i niemożność dalszego chodzenia.

CHARCOT raz jeszcze powraca do tego przedmiotu w jednej ze swych „*Leçons du Mardi*“ z 1887 r. Kładzie nacisk na etyologiczny związek między *Claudication intermittente*, a moczówką cukrową i twierdzi, że chromanie—jako poprzednik zgorzeli wystąpić może. Nazwa *Claudication intermittente* pochodzi od analogicznej u koni, wskutek zakrzepu tętnic biodrowych wywołanej, i przez BONLEY'a i GANBEAUX'a spostrzeganej choroby.

Niezależnie od CHARCOT'a opisał BIEGAŃSKI w swej Dyagnostyce różniczkowej chorób wewnętrznych zбочenie chorobowe, które dość często u swych, w podeszłym wieku znajdujących się, pacjentów spostrzegał. Chorzy, leżąc, wykonywają dokładnie wszelkie ruchy, lecz pozycja stojąca łatwo grozi im upadkiem, chód jest utrudniony, kroki małe, przytem powłóczą oni nogami i poruszają się jedynie z czyjąś pomocą, a w końcu, w ciężkich przypadkach, chodzenie staje się w ogóle niemożliwe. Autor przypisuje zaburzenie powyższe złym warunkom odżywiania kończyn wskutek arteriosklerozy.

Przy omówieniu wspomnianego dzieła zwróciłem uwagę na podobieństwo tego zbioru objawów z *Claudication intermittente* CHARCOT'a. Na to podobieństwo powołuje się BIEGAŃSKI w drugim swem doniesieniu p. t. „Niedomoga mięśni wskutek stwardnienia tętnic“¹⁾. Sam jednak zwraca uwagę na pewną różnicę pomiędzy spostrzeżeniami swemi i CHARCOT'a, mianowicie na stałość i raptowniejsze występowanie zmęczenia i sztywności; opisuje szczegółowo zaburzenia w chodzeniu i utrzymuje, że skreślony przezeń obraz chorobowy stanowi spotęgowanie *Claudication intermittente* CHARCOT'a, która ma być spotykana daleko rzadziej, niż naszkicowane przezeń zбочenie chorobowe. W dalszym ciągu BIEGAŃSKI zaznacza, że jakkolwiek zazwyczaj podlegają tym zmianom kończyny dolne, to jednak może zjawisko niedostateczności czynnościowej objąć i inne obręby mięśniowe, np. kończyny górne, i jednocześnie podaje odpowiedni przypadek. Opis ELZHOLZ'a²⁾ odpowiada w pierwszym przypadku obrazowi nakreślonemu przez BIEGAŃSKIEGO, w drugim zaś *Claudication intermittente* CHARCOT'a. W ostatnim spostrzeżeniu stwierdził autor zmniejszenie pobudliwości elektrycznej ze strony jednostajnie zanikłych mięśni.

Wspomnę o jednej jeszcze pracy VIZIOLI'ego, cytowanej w „*Revue des sciences médicales*“ 15 stycznia 1892 r: „*La claudication intermittente comme moyen de diagnostic dans les cas de diabète au début*“ („*Rivista clinica terap.*“ N-r 6), która niestety była mi niedostępna.

Doświadczenie, zdobyte w 6-iu przypadkach z praktyki prywatnej i z polikliniki, stanowczo przemawia za większą częstością nakreślonego przez CHARCOT'a obrazu; przypisać to może należy, jak objaśnia BIEGAŃSKI, różności odnośnego materiału. Moi chorzy, leżąc, wykonywali wszelkie ruchy i długo stać mogli, jedynie przy chodzeniu zjawiały się zaburzenia. W pierwszej chwili ruchu nie dawało się zauważyć nic nienormalnego; dopiero po kwadransie, nieraz już po 10-iu, nawet po 5-iu minutach zjawiało się zmęczenie, *resp.* uczucie odrętwienia, rzadziej już ból w kończynach, który przeszkadzał chorym w chodzeniu. Najczęściej chorzy umiejscawiali swe subiektywne dolegliwości w udach, albo łydkach. Po krótkim czasie,—jednej lub kilku minutach—, odpoczynku powracała władza w kończynach, chorzy mogli odbywać dalszą drogę; na tem

¹⁾ „*Medycyna*“ 1893. N-r 13.

²⁾ *Wiener Medic. Woch.* 1892. N-r 49 i 50.

właśnie zasadza się różnica między moimi spostrzeżeniami i opisem CHARCOT'a, że u wielu z moich chorych przebyta przy powtórnych próbach przestrzeń stawała się coraz krótszą, natomiast czas wypoczynku coraz to dłuższy, aż w końcu nadchodziła chwila, gdy chory absolutnie dłużej chodzić nie był w stanie. U innych chorych, mianowicie u mniejszości tychże, występowało to przykre uczucie jedynie przy szybszem chodzeniu, gdy zaś postępowali wolnym krokiem, mogli godzinę chodzić bez bólu, lub też z bólem niewielkim. Byli to po większej części ludzie starsi, którzy już skończyli lat 50, jeden tylko pacjent nie dosięgnął jeszcze tego wieku, a inny liczył zaledwie 35-ty rok życia. Gdy we wszystkich dotychczasowych spostrzeżeniach obie dolne kończyny jednocześnie zaatakowane były, spostrzegałem przeważnie to zjawisko ograniczone do jednej tylko. Na pierwszy rzut oka nie przedstawiała chora kończyna nic nienormalnego; gruba siła w pozycji leżącej zdawała się nie zmniejszoną. Przy bliższem jednak badaniu można było wykryć niejeden objaw patologiczny, a więc: w trzech przypadkach nie pulsowała tętnica grzbietowa stopy, ani piszczelowa tylna poza wewnętrzną kostką chorej strony, podczas gdy tętno istniało na zdrowej kończynie. W jednym nawet przypadku w ciągu kilkoletniej obserwacji, nie dało się odnaleźć tętno w tętn. udowej po stronie chorej. W przypadkach, w których zjawisko występowało symetrycznie, brakło całkowicie tętnienia obydwu tętnic grzbietowych stopy, lub też tętno wyczuwało się bardzo słabo. Przy jednostronnem porażeniu udawało mi się stwierdzić zanik zwyczajny mięśni z zachowaniem pobudliwości elektrycznej; w porównaniu ze stroną zdrową różnica sięgała do 4 ctm. w obwodzie łydki i uda. W kilku przypadkach zabarwienie skóry i temperatura zajętych kończyn bywały normalne, w innych uderzały one już podczas leżenia bladością i niską ciepłotą, lub też czerwona zabarwieniem, albo sinicą przy zwieszaniu kończyny. W tym ostatnim przypadku z wystąpieniem zjawisk *Claudication intermittente* kończyny stawały się blade, fakt, który wskazywałby, że oprócz zaburzeń krążenia, spowodowanych przez stwardnienie ścian naczyń, jeszcze w grę tu wchodzi wpływ naczyń ruchowe. Czuć, odruchy okazały się we wszystkich przypadkach normalne. Subiektywne uczucia występowały, jakem to już wspomniał, jedynie w czasie chodzenia; nieraz było to tylko uczucie zmęczenia w kończynach, innym razem odrętwienie lub cierpienie, wreszcie ból w łydce lub w palcach. Przejawy silnego bólu zdarzały się tylko w przypadkach zakończonych zgorzelą. Albowiem w niemałym procencie przypadków — ja dwa takie spostrzegłem — i tu muszę zgodzić się z CHARCOT'em wbrew zdaniu BIEGAŃSKIEGO — następowała zgorzel nawet po długoletniem trwaniu choroby. Z drugiej strony już od lat 8 iu obserwuję starszego mężczyznę, żyjącego w dobrych warunkach, u którego tętno t. grzbietowej stopy, piszczelowej tylnej, ani nawet tętnicy udowej, wyczuć się nie daje, a jednak żaden nowy objaw, oprócz *Claudication intermittente*, w chorej kończynie nie występuje. Jakkolwiek bowiem, zgodnie z nieuleczalnością podstawowej choroby — stwardnienia tętnic — *Claudication intermittente* nie daje się usunąć — w jednym tylko przypadku osiągnąłem polepszenie — to jednakże wydaje się, iż oszczędzając kończyny, można postępować chorobą i zejście jej w zgorzel na dłuższy czas odwlec. Czy dają się usunąć, *resp.* powstrzymać zjawiska chorobowe w rzadkich przypadkach chromania przestankowego, opartych na przymiotowej zmianie naczyniowej, nie mogę orzec w tej chwili, wobec tego, iż posiadam jedno tylko odnośne spostrzeżenie, w którym nadomiar długo nie rozpoznano istoty choroby i specyficznie

jej nie leczono. Spostrzeżenie to podaję poniżej. Etiologicznego związku z moczówką cukrową, na który CHARCOT nacisk kładzie, w żadnym przypadku stwierdzić, zgodnie z BIEGAŃSKIM, mi się nie udało. Moczówka prawdopodobnie o tyle tylko w grę tu wchodzi, o ile usposabia do arteriosklerozy. Albowiem istota rzeczonych zjawisk polega na chorobliwych zmianach w ścianach naczyń, tak więc etiologia chromania przestankowego schodzi się z etiologią stwardnienia tętnic.

W samej rzeczy, udawało mi się we wszystkich przypadkach stwierdzić zmiany właściwe *arteriitis*, czy to jako częściowe zjawisko arteriosklerozy ogólnej, czy to ograniczone jedynie do chorej kończyny. Zagadkowe jest, dlaczego pewne w krwi krążące jady szkodliwy wpływ swój jedynie miejscowo wywierają. Spostrzegałem to mianowicie w przypadkach z tłem przymiotowem. Jako czynnik usposabiający uważana tu być może okoliczność, że niektórzy z moich chorych z powodu swych zajęć całe życie wiele chodzić byli zmuszeni. W czasie chodzenia rozszerzają się rozgałęzienia tętnic mięśniowych, krążenie krwi staje się szybsze, ciśnienie boczne podnosi się; wszystko to są okoliczności sprzyjające przy długim trwaniu powstawaniu arteriosklerozy. Dodać winienem, że wszystkie moje przypadki dotyczyły wyłącznie mężczyzn. Zgodnie więc z CHARCOT'em i BIEGAŃSKIM, mechanizmu zjawisk chromania przestankowego szukać wypada w niedostatecznym zapasie krwi w mięśniach. Poprzez zwężone światło naczyń, których ściany straciły nadto na sprężystości, płynie krew ze zmniejszoną *vis a tergo*, w mniejszej ilości i pod słabszym bocznym ciśnieniem. Te stosunki patologiczne krążenia wystarczają dla mięśni jedynie, gdy są w stanie spoczynku; z chwilą jednak, gdy większe względem nich stawiane są żądania, jak to ma miejsce podczas chodzenia, ilość przepływającej krwi okazuje się niedostateczną, występuje niedokrwistość, na którą reagują mięśnie parestezjami, bólami i czasowym bezwładem.

Zazwyczaj normalne zabarwienie i temperatura kończyn zdają się przemawiać za tem, iż brak czynnościowego przekrwienia w mięśniach podczas chodzenia nie jest wynikiem zwężenia światła głównej tętnicy, lecz, że raczej sprawa arteriosklerotyczna objęła gałązki mięśniowe. Wskutek szerzenia się sprawy na inne terytorya naczyń może nastąpić zgorzel. Wówczas występują także same silne bóle, nawet podczas spoczynku, jak przy zgorzeli na tle arteriosklerozy bez pośredniego ognia *Claudication intermittente*. Bóle te nasilają się zazwyczaj podczas ruchu, nieraz jednak zmniejszają się przy chodzeniu. Pochodzenie ich nie jest zupełnie jasne i zdaje się nie wyłącznie zależne od niedostatecznego krwiobiegu, albowiem wspomniane już przypadki chromania przestankowego, w których nie było tętna zarówno w t. grzbietowej stopy i piszczelowej tylnej, jak nawet w udowej, nie przedstawiały bynajmniej tych gwałtownych, cechujących gangrenę, bólów; skądinąd zaś nie są nam obce przypadki zgorzeli z szalonymi bólami przy zachowaniu tętna w rzeczonych arteriach. W ostatnich przypadkach sztuczne powstrzymanie krążenia przez ucisk tych tętnic pozostawało bez wpływu na wywołanie lub potęgowanie bólów. Wiadomo, że godziny trwający ucisk przewiązki ESMARCH'a nie wywołuje zwykle bólu w odnośnym członku, z drugiej zaś strony bóle występują w czasie, gdy jeszcze ani śladu martwicy dostrzedz nie można. Jeżeli więc nie dają się one objaśnić przerwaniem krążenia jedynie, tedy muszą i inne czynniki tu w grę wchodzić. Niektóre zjawiska wskazują, że są to wpływy nerwowe, gdyż bóle miewają często typowo napadowy charakter; dotknięte części, np. noga, palce wyglądają często jak przy chorobie

RAYNAUD'a, to są blade, to znowu sine, to marmurkowe, to nadczule; nieraz zimne okłady przynoszą ulgę i t. d. Nadomiar podobieństwa z chorobą RAYNAUD'a, nie brak często i symetryczności.

Możliwe jest, że w tych przypadkach, w przeciwieństwie do czystej *Claudication intermittente*, zajęte są przez stwardnienie tętniczki nerwowe i skórne, i że zakończenia nerwów uległy pewnym zmianom, na skutek których występują bóle podobne do neuralgicznych. Należy jeszcze pamiętać i o tem, na co NOTHNAGEL zwrócił w ostatnich czasach uwagę, iż bóle mogą być pochodzenia naczyniowego. Autor ten uważa zwiastunowe bóle głowy przy apopleksyi, a mianowicie przy zakrzepie naczyń mózgowych, bóle w początkowym okresie tworzenia się tętniaków, bóle prekordyalne przy stwardnieniu tętnic wieńcowych — za bóle naczyniowe. Również bólom podczas spastycznej migreny przypisuje, zgodnie z DU BOI RAYMOND'em, pochodzenie tętnicze. Można by dodać, że bóle przy *arteriitis syphilitica*, gdziekolwiek bądź się zdarzają, są również naczyniowe. Nauka ta w ostatnich czasach znalazła już potwierdzenie ze strony LAACHE'go³⁾. Ma ona teoretyczną podstawę w stwierdzonych przez THOMĘ ciążkach VATER-PACCINI'ego wpośród błony zewnętrznej tętnic. THOMA wskazuje i na to, iż możnaby, wobec istnienia tych licznych zakończeń nerwowych, odnieść bóle reumatyczne (które często u silnych mężczyzn, w 35 — 40 roku życia będących, występują w plecach, krzyżu, bokach i przy żywych ruchach ciała, oraz po irytacji się wzmagają) do początkowych okresów arteriosklerozy (początkowe rozszerzenie się ścian tętniczych). Zgodnie z tym poglądem, przyjąć można, że bóle podczas gangreny na tle arteriosklerozy są w pewnej mierze również pochodzenia naczyniowego.

Z wikłających chromanie przestankowe chorób, widziałem kilka razy napady *anginae pectoris*, która, jak wiadomo, w swej czystej formie również na sklerozie tętnic wieńcowych polega. Inny chory przedstawiał oznaki usposobienia dnawego (*tophi arthritici*, ręka DUPUYTREN'a), inni dotknięci byli wadą serca, przeważnie niedostatecznością aorty.

Zbiór objawów chromania przestankowego jest bardzo charakterystyczny i tylko w razie powierzchownego badania za inną sprawę przyjęty być może. Wspomnę tylko, że ból przy *ischias* w niektórych razach tylko podczas ruchu występuje i bywa ograniczenie umiejscowiony, np. do łydki. Istnienie punktów bolesnych, odpowiednie zaburzenia ruchu, niezmienione warunki krążenia krwi i t. d. łatwo chronią przed omyłką. Ból przy reumatyzmie mięśniowym występuje i w czasie spoczynku, najczęściej obejmuje kilka grup mięśniowych i chore mięśnie na ucisk są wrażliwe.

(D. n)

³⁾ Deut. Med. Woch. 1894. N-r 14.

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.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 23).

D-rowi ELSENBERGOWI należy się uznanie za poruszenie sprawy jednoczesnego stosowania szaruchy i kąpeli siarczanych, a bardziej za zebranie i ogłoszenie poszczególnych o tej kwestyi zdań zagranicznych luminarzów syfilidologii²⁾. Z powstałych drogą kwestyonaryusza i ogłoszonych piętnastu listów można zawsze mieć pojęcie zarówno o głębokości traktowania poruszonych pytań, jak i o pojedynczych opiniach w całej sprawie lub jej szczegółach. Dowiadujemy się z tych listów, że NEUMANN i DUNCAN-BULKLEY otwarcie się przyznają, że nie mają pod tym względem doświadczenia; ELLIOT nie miał nigdy wiary w działanie kąpeli w przymiocie — więc ich zapewne też nie zalecał, — ale pożytek kąpeli siarczanych upatruje w starannie przeprowadzonym leczeniu swoistem, w zmianie otoczenia, warunkach życia i t. p.

NEISSER, nie robiąc żadnej wzmianki o swoim doświadczeniu klinicznym, *a priori* potępia kąpiele siarczane, przestraszony widmem siarku rtęci.

LELOIR zaleca je często między cyklami wcierań — więc ma przeświadczenie o pomyślnem ich działaniu —, tylko znów przecenia doniosłość „krzywdy“, wyrządzanej przez tworzący się siarek rtęci.

FINGER z własnego doświadczenia uważa za pożyteczne leczenie kąpielami siarczanymi, jeżeli chory otrzymuje jednocześnie rtęć wewnątrznie lub podskórną, gdyż tym sposobem kąpiele „podsycają eliminację merkuryusza, wzmagając ją, przeszkadzają pozostawieniu utajonej rtęci w organizmie, podtrzymują więc działanie leczenia rtęciowego“. Zalecanie wcierań i kąpeli siarczanych uważa za nieracjonalne ze względu na obmywanie w kąpeli i niewchłaniający się siarek rtęci.

JANOVSKY nie widział wprawdzie dobrych skutków jednoczesnego leczenia szaruchą i kąpielami siarczanymi, ale nie zdaje mu się, aby taka kombinacja miała być nieodpowiednią, tylko należy zalecać duże wcierania, by uniknąć osłabienia działania rtęci przez siarkowodór.

ROSNER i ZAREWICZ, zaznaczając różnicę między teoretycznymi refleksjami a praktyką, z własnego doświadczenia nie uważają leczenia szaruchą w kąpielach siarczanych za gorsze od leczenia samemi wcieraniami; ZAREWICZ nawet zwraca uwagę na łatwe znoszenie rtęci, co sam spostrzegał w Trenzynie.

TAYLOR tworzenie się na skórze siarku rtęci uważa w leczeniu za przeszkodę tylko teoretyczną, natomiast wyraźnie zaznacza, że w miejscowościach kąpielowych takie leczenie wywiera wpływ dodatni. Może wreszcie — pisze — siarek rtęci ulatnia się ze skóry i przez płuca działa leczniczo.

²⁾ D-r Mod. Antoni ELSBERG. W kwestyi współczesnego leczenia przymiotu wcieraniami szaruchy i kąpielami siarczanymi. „Gazeta lekarska“ 1893, N-ra: 17, 18, 19 i 20.

SCHWIMMER często zaleca to skombinowane leczenie i nie znajduje, by siarkowodor miał osłabiać działanie rtęci; kąpiele siarczane w Ofen (Budapeszt) jako leczenie pomocnicze dobre oddawały mu usługi.

FONTAN (Bagnères de Luchon) uważa kąpiele siarczane za wyśmienity środek pomocniczy obok leczenia swoistego; stosuje jednocześnie z nimi rtęć wewnętrznie (względny wygody, czystości i tajemnicy) i w postaci wcierań; w tym drugim razie wcieranie wieczorem, a kąpiel rano, gdyż taką przerwę uważa za dostateczną do zupełnego wchłonięcia wtartej rtęci.

DOYON (Uriage) oświadcza, że połączone leczenie daje mu bardzo dobre wyniki. Nie zauważył, aby u chorych po tem leczeniu rozwijały się cięższe postaci trzeciorzędnego przymiotu. Przytem dodaje, że w Bagnères de Luchon i w Aix-les-Bains lekarze doszli do takich samych wniosków.

FOURNIER pisze, że dość często stosował wcierania rtęciowe wraz z kąpielami siarczanymi z wielkim pożytkiem; chorzy, dotknięci ciężkimi objawami przymiotu, prawie zawsze wychodzili na tem dobrze.

KAPOSI w omawianym sposobie leczenia nie upatruje neutralizacji rtęci, lecz tylko zamianę nierozpuszczalnej rtęci metalicznej na nierozpuszczalny a działający siarek rtęci; zapewnia, że maść z siarku rtęci możnaby z pożytkiem stosować w celach leczniczych. Zaznacza dalej, że kąpiele w ogóle wzmagają chłonięcie i wydzielanie rtęci, a kąpiele siarczane może posiadają w jeszcze wyższym stopniu tę własność pobudzania rtęciowej przemiany materii; że wartość leczniczą kąpeli siarczanych w leczeniu przymiotu wtenczas będzie można uważać napewno za dodatnią, jeżeli na drodze doświadczalnej przekonamy się, że szybkie wydalenie rtęci z ustroju jest bardziej pożądane, niż długie jej w nim krążenie lub pozostawianie. Porównawcze określenie ilości rtęci w moczu u tych, którzy po wcieraniu używali kąpeli siarczanych, i u tych, którzy w tych samych warunkach i po wtarcu takiej samej ilości szaruchy pozostawieni byli bez kąpeli, KAPOSI uważa za niewłaściwą, nieścisłą drogę badania w poruszonej sprawie, gdyż osiągnięcie tych jednakowych warunków w praktyce jest rzeczą wątpliwą; sam sposób wcierania może wpływać na różnicę w chłonięciu; że wreszcie „z określenia ilości rtęci w moczu wcale nie można wnioskować o bezwzględnej ilości rtęci wydzielanej, albowiem z kałem zmienne ilości mogą być wydalone, a z żółcią także znaczne jej ilości się wydzielają“.

Wielka więc rozmaitość zdań: prawie *quot capita, tot sensus*; jednak można je bez naciągania za przychylne dla kąpeli siarczanych i dla skombinowanego leczenia przymiotu uważać. Pominąwszy tych badaczy, którzy sami się przyznają, że bez własnego doświadczenia, apriorystyczne zdanie swoje załączyli (DUNCAN-BULKLEY, NEUMANN, NEISSER), prawie wszyscy są za stosowaniem kąpeli siarczanych w przymiocie (DOYON, FINGER, FONTAN, FOURNIER, KAPOSI, LOLOIR, SCHWIMMER, TAYLOR, ZAREWICZ).

ELLIOT i ROSNER utrzymują, że kąpiel siarczana nie zmienia terapeutycznego efektu rtęci: skutek taki sam, jak bez kąpeli. Pozostali — z wyjątkiem LOLOIR'a, FINGER'a i JANOVSKY'ego — nie zrażają się powstającym siarkiem rtęci i przemawiają na korzyść jednoczesnego stosowania wcierań i kąpeli siarczanych, a więc: DOYON, FONTAN, FOURNIER, KAPOSI, SCHWIMMER, TAYLOR, ZAREWICZ.

Zależne od działania kąpeli siarczanej zwiększone wydzielanie rtęci spotyka rozmaitą ocenę. JANOVSKY uważa to za niekorzystny skutek kąpeli w leczeniu przymiotu; KAPOSI pozostawia to pytanie nierozstrzygniętem aż do czasu,

kiedy droga doświadczalna wykaże w leczeniu przymiotu racjonalność dążenia do szybkiego wydalenia rtęci z ustroju; FINGER zaś nadaje temu działaniu znaczenie dodatnie, uważa je za podtrzymanie działania leczenia rtęciowego, za skuteczne zapobieganie pozostawianiu utajonej rtęci w ustroju. Czemu to ostatnie zdanie nie jest ogólnem? Dlaczego mówi się tylko o zwiększeniu rtęciowej przemiany materii (*Quecksilberstoffwechsel*), o energiczniejszym wydalaniu wprowadzonej rtęci, a nie o żywszem wydalaniu połączonego z nią chemicznie i krążącego jadu przymiotowego, zależnem od ogólnego wzmożenia przemiany materii?

Pytanie, jakim czynnikiem należy przypisać pomyślny wpływ leczenia przymiotu u zdrojowisk siarczanych — zaledwie połowa zapytanych w swoich odpowiedziach porusza. Jedni go upatrują w ogólnem działaniu kąpeli (SCHWIMMER, TAYLOR), drudzy (KAPOSI, FONTAN) uwzględniają jeszcze i chemiczne własności rozpuszczonych soli i gazów; FONTAN wspomina nadto o mało uchwytniej „sile dynamicznej” cieplic siarczanych; inni zaznaczają wartość czasowego oderwania się od zwykłych zajęć, zmiany otoczenia, lepszych pod względem higienicznym warunków życia, kojącego wpływu kąpeli siarczanych na układ nerwowy (TAYLOR), co razem wielce wpływa na poprawę ogólnego odżywiania chorego, a poważną też rolę odgrywa staranniejsze przeprowadzenie leczenia swoistego (ELLIOT).

Ten wzgląd ostatni — dobre wtarcie — jest rzeczywiście bardzo ważny; nie potrzeba nawet używać większych, niż dwu trzechgramowych wcierań.

Przekonany jestem, że w sprawie leczenia przymiotu kąpielami siarczanymi, wszystkie niezgodne zdania dałoby się sprowadzić do wspólnego mianownika — jeżeli nie zupełnie pogodzić — 1-o gdyby procedura wcierań była wszędzie jednakowa (choremu zapomocą peloty zostaje wtłoczona w skórę całkowita porcja szaruchy z pedantyczną dokładnością; zalegająca na skórze reszta dotąd jest zbierana i powtórnie wcierana, dopóki na miejscu wcierania grzbietem noża lub biletym wizytowym nic zeskrobać się nie da — tyle tylko, że się nóż lub bilet pobrudzi); i 2-o gdyby przerwa pomiędzy wcieraniem a kąpielą była znaczna i mniej więcej stała (15—20 godzin; czem dłuższa, tem lepiej).

Wówczas tworzenie się siarku rtęci przestałoby być tym upiorem, który w najtrzeźwiejszych umysłach wytwarza niedowierzanie lub zupełny brak zaufania do niewątpliwie dobrej metody leczniczej. Brak doraźnego działania rtęci w kąpielach siarczanych po dużych dawkach szaruchy (co wcale nie przeczy powolniejszemu przenikaniu i działaniu małych ilości rtęci, zupełnie wystarczających dla chorego) jest faktem niewątpliwym, a obawy zobojętnienia rtęci przez siarkowodór są poniekąd słuszne. Ale jedno i drugie, jeżeli nie w nadmiernie wysokiej ciepłocie kąpeli, ma napewno swój powód tylko w złem, niedbałem, powierzchownem wcieraniu. Jeżeli dobrze wtarta rtęć zjawia się w moczu nazajutrz (po kąpeli siarczanej tak samo), a po godzinnem wcieraniu maści z siarku rtęci występuje po 5-iu dniach, — to jakże powolne musi być działanie rozsmazanej po skórze szaruchy, gdzie rtęć prawie całkowicie jest dostępna działaniu siarkowodoru i niewątpliwie spora jej ilość podlega zamianie na zalegający skórę, słabiej działający siarek rtęci.

Czy inne kąpiele, w tych samych lub innych warunkach co do czasu i ciepłoty stosowane, odgrywałyby w rtęciowem leczeniu przymiotu rolę taką samą jak siarczane, — nie przesądzam. Leczeniem przymiotu zajmowałem się tylko w kąpielach siarczanych w Busku, gdzie obok siarkowodoru mamy do

czynienia ze znaczną mineralizacją źródeł (1% soli kuchennej, siarczany ziem i alkali). Wnioski co do ich działania opieram na tem, co sam widziałem, i na notatkach kolegów, którzy mi chorych swoich polecali.

Sprawę chłonięcia rtęci po kąpielach siarczanych i sporną kwestyę siarku rtęci poruszyłem powyżej z możliwych stron. Leczenie rtęciowe, przeprowadzone w kąpielach siarczanych, uważam za lepsze, niż prowadzone bez kąpeli, ze względu na możność dokładniejszego wykonania wcierań — co zależy od dobrze wyćwiczonego personelu kąpielowego —, żywsze chłonięcie rtęci i wzmogoną ogólną przemianę materyi wraz z rtęciową, jak również i te warunki, jakie daje pobyt w każdej miejscowości kąpielowej lub na wsi, zapewniającej spędzenie zdrowo i wygodnie kilku tygodni czasu. Uważam jeszcze za niewątpliwie, że w przypadkach, gdzie przymiot przebiega na tle zbroczeń w ogólnej przemianie materyi — np. żołądki, gościec, dna — leczenie w kąpielach siarczanych daje lepsze wyniki, niż prowadzone bez nich; że recydywy przymiotu nie widziałem ani razu (wprawdzie najdawniejsi moi chorzy są mi znani po lat cztery; ale znów z drugiej strony trudno, aby chorzy bez objawów zgłaszali się do Buska stale); od kolegów nie miałem też o nawrotach wiadomości. Zajęcie rtęciowe dziąseł i jamy ust, jakkolwiek występuje bardzo często, ale do wielkich i bardzo ciężkich objawów rtęciocy dochodzi wyjątkowo, — o ile mi wiadomo, rzadziej niż po za zdrojowiskami.

Czy w leczeniu przymiotu odgrywa pewną rolę siarkowodor i jaką — obecnie nie wiemy; ale czyż mało mamy takich iksów w terapii, nawet w leczeniu przymiotu, gdzie zdaje nam się, że walczymy tylko środkami swoistymi? A czemu przypisać zadziwiające nieraz w przymiocie działanie odwaru ZITTMANN'a?

W n i o s k i .

1) Tworzący się po wcieraniach pod wpływem siarkowodoru kąpeli siarczanych siarek rtęci ulega chłonięciu, a zastosowany jako wcieranie lub wstrzyknięty w mięsień, okazuje działanie przetworom rtęci właściwe, lecz wyraźnie słabsze, niż wcierana szarucha lub zastrzyknięty w mięsień kalomel albo żółty tlenek rtęci.

2) W kąpielach siarczanych chłonięcie wtartej rtęci występuje nie później, niż bez nich; objawy rtęciocy są bardzo liczne — około 90%; większość poważnych klinicystów uważa za pożyteczne leczenie przymiotu kąpielami siarczanymi łącznie z wcieraniami szaruchy; nie może więc być mowy o zniszczeniu lub zubożeniu działania rtęci *in toto* przez kąpiel siarczaną w znaczeniu terapeutycznym, choć zamiana na przetwórcę słabiej działający odbywa się rzeczywiście z częstką szaruchy, pozostawioną na skórze.

3) Połączone z kąpielami siarczanymi leczenie swoiste przymiotu posiada usprawiedliwioną przewagę nad leczeniem bez kąpeli ze względu na możność przeprowadzenia przez ustrój większych ilości rtęci, ubezwładnienie i wyprowadzenie wraz z rtęcią prawdopodobnie większych ilości jadu przymiotowego, podniesienie ogólnej przemiany materyi, usuwanie zbroczeń konstytucjonalnych, polegających na zwolnionej przeróbce materyi, które na przebieg choroby i leczenie wpływałyby niekorzystnie.

4) Niezbędnym warunkiem pomyślnego leczenia rtęcią w kąpielach siarczanych jest dokładne, idealne wtarcie przeznaczonej — nie większej niż zwykle — ilości szaruchy.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

70. a) SCHUBERT. O wynikach leczenia błonicy surowicą krwi podług metody Behring'a-Ehrlich'a. b) VOSWINKEL. O wynikach leczenia błonicy surowicą krwi.

a) S. stosował leczenie powyższe w 34-ch przypadkach błonicy u dzieci w Szpitalu Św. Elżbiety w Berlinie. W 20-tu z tych przypadków wykonana była jednocześnie i tracheotomia; natężenie sprawy chorobowej było bardzo różnorodne. Wyniki autor otrzymał następujące: wyzdrowiało 28 dzieci, zmarło 6 (wszystkie tracheotomowane). Przyczyną śmierci w dwóch przypadkach było zapalenie płuc gnilne, w dwóch zatkanie drobnych oskrzeli błonami, w jednym zapalenie mięśnia sercowego i nerek. Wyniki powyższe pozwalają autorowi przypuszczać, że wstrzykiwanie surowicy krwi przy błonicy jest środkiem skutecznym. Miejscowe objawy w ustach, krtani i nosie szybko ustępowały, naloty odgraniczały się od tkanek zdrowych i rozpuszczały się prędzej, aniżeli przy jakimkolwiek innym sposobie leczenia; zaburzenia ogólne i osłabienie czynności serca ustępowały szybko. Działanie surowicy najwyraźniej uwydatnia się w przypadkach świeżych, w których wystarcza jednorazowe wstrzyknięcie; w cięższych i przy ogólnym zakażeniu należy je po pewnym czasie powtarzać. Właściwe dawkowanie, zależne od budowy i wieku dziecka, wyrobić można sobie tylko przez dłuższe doświadczenie, w każdym razie dawkę stosować należy daleko większą, niżby z doświadczeń na zwierzętach spodziewać się można. Pobocznych objawów, prócz krótkotrwałego bólu przy wstrzykiwaniach głębokich, S. nie spostrzegał; wstrzykiwania podskórne żadnych miejscowych podrażnień nie wywoływały. W sześciu przypadkach wystąpiła po zastrzyknięciu wysypka z nieznacznym podniesieniem ciepłoty, w pięciu z nich miała ona charakter szkarłatynowej, w jednym zaś wystąpiła pokrzywka na miejscu ukłucia. Czy wysypki te były wynikiem wstrzykiwań, autor nie jest pewny ze względu, że jednocześnie u innych chorych w oddziale podobne objawy spostrzegano. Z chorób następnych po błonicy dwa razy wystąpiło krwotoczne zapalenie nerek z zejściem pomyślnem, raz jeden tylko porażenie podniebienia miękkiego. Ostatecznego zdania o skuteczności tego środka autor nie wypowiada ze względu na zbyt małą ilość dotychczas spostrzeganych przez siebie przypadków.

b) Autor podaje 60 przypadków, w których stosując wstrzykiwanie surowicy krwi jednocześnie z płukaniem ust tymolem, sublimatem, z rozpylaniem kwasu mlecznego i t. p., otrzymał 70% wyleczenia. Zestawiając liczbę tę z odsetkami wyleczeń w latach poprzednich, widać, że cyfra ta jest o 14—18% większa. W przypadkach tych dwadzieścia razy wykonana była tracheotomia, przyczem dziewięć razy z pomyślnem zejściem, co w porównaniu z latami poprzednimi, kiedy była robiona tracheotomia bez wstrzykiwań surowicy, daje wyniki o 20—25% lepsze. Najlepsze wyniki otrzymał autor, stosując surowicę w pierwszych trzech dniach choroby. Czas trwania choroby, licząc od pierwszego zastrzyknięcia aż do wypisania chorego, wynosił w ciężkich przypadkach około 21 dni, w lżejszych około 15-tu. W początku nawet w ciężkich przypadkach stosowano jedno tylko wstrzyknięcie czterech centym. sześć. surowicy, następnie nawet w umiarkowane ciężkich przypadkach w ciągu kilku dni zastrzykiwano do czterech razy, tak, że zużywano wogóle 8—12 ctm. sz. a śmiało zwiększanie dawki dawało najlepsze wyniki. Po wstrzykiwaniu ciepłota w bardzo niewielu i to w lekkich przypadkach spadała, niekiedy podnosiła się. We wszystkich prawie przypadkach V. zauważył, że mniej więcej po 24-ch godzinach tętno poprawiało się znacznie, śpiączka i osłabienie ustępowały. Prędszego rozpuszczania błon autor nie spostrzegał, przeciwnie, wielokrotnie zauważył, że po oddzieleniu się dawnych, nowe błony się tworzyły. Szkodliwego działania surowicy nawet przy większych dawkach nie zauważono, w kilku tylko przypadkach wystąpiła szybko znikająca pokrzywka, w jednym utworzył się nieznaczny naciek na miejscu ukłucia, który po kilku dniach sam ustąpił. Białko w moczu szybko ginęło, porażenia podniebienia często spostrzegać się dawały, przebieg ich jednak był łagodny; zapalenia ucha występowały równie często jak i w poprzednich latach, a zadziwiająco często ropne zapalenie sromu. Przyczyną śmierci siedem razy było porażenie serca, dwa razy zapalenie płuc, sześć posocznica, dwa zapalenie nerek, raz gruźlica prosówkowa.

(*Deut. Med. Woch. N-r 22. 1894.*)

F. Sylwestrowicz.

71. KAHANE. **O znajdowaniu żywych pasorzytów we krwi i komórkach nowotworowych u rakowatych.** Pierwszym, a zarazem najważniejszym warunkiem uznania pewnej choroby za zakaźną jest znalezienie żywych pasorzytów. W tym celu należy badać świeże płyny i kawałki tkanek natychmiast po otrzymaniu ich z ustroju. Ponieważ nie posiadamy do badania sporozooów metody hodowli, więc za oznakę ich życia należy uważać samodzielny i swoisty ruch ich protoplazmy. W tym celu umieszczał autor świeże kawałki tkanek natychmiast w wyjałowionym fizyologicznym roztworze soli kuchennej i również natychmiast badał je pod mikroskopem bez barwienia. Sposób ten, dając możliwość wykrycia żywych pasorzytów, nie zawiódł autora ani razu. A więc wykazał K., że we krwi z takich kawałków tkanek znajdują się ciała małe, obdarzone żywym ruchem własnym, którego postać można sobie objaśnić jedynie istnieniem własnych narządów ruchu w rodzaju rzęsek lub biczyków. Ruchy tych błyszczących, o nieregularnych konturach ameboidalnych ciałek, łamiących silnie światło, polegały na szybkiej rotacji, lub na zmianie miejsca w prostym kierunku. Ruch ten można wykazać, co ważniejsza, wtedy, gdy składniki krwi znajdują się w zupełnym spokoju. Ciekawe jest, że pod mikroskopem widać, jak małeńkie mikroby wdzierają się do wnętrza czerwonych ciałek i zachowują jeszcze czas pewien swe ruchy. Po śmierci twory te przybierają postać okrągłą i tak są podobne do płytek krwi, że odróżnić ich prawie nie można. Tem należy sobie tłumaczyć przeoczenia dawniejszych badaczy. Antyseptyki, szczególnie jodoform, ubezwładniają całkowicie te twory. Tu K. robi przypuszczenie, które jednak wymaga sumiennych badań, że czerwone ciała, napadnięte w sposób opisany powyżej przez pasorzyty, są to właśnie te, które wykazują szczególną postać ziarnistej nekrobiozy, spostrzeganej wielokrotnie przy raku, tembardziej, że jak martwego pasorzyta nie można odróżnić od płytki krwi, tak pasorzyta, zawartego w czerwonym ciałku i pozbawionego ruchu, nie można odróżnić od ziarenek, powstających na drodze nekrobiozy. Ma on wtedy również podobieństwo do zarodników pasorzyta ziemnicy, co daje autorowi pohop do przeprowadzenia między nimi pewnej analogii.

W komórkach nowotworowych, badanych za świeża spostrzegał K. podobne ciała małe, silnie łamiące światło, częścią kuliste, częścią nieregularne, obdarzone własnym ruchem; autor, zdaje się, uznaje identyczność tych tworów z opisanymi powyżej.

Kawałki badanych tkanek i krew pochodziły z powierzchownych nabłoniaków (twarz, napletek, szyja macicy); dlatego też mogłaby tu być mowa o czysto przypadkowym wyniku, jeśli wziąć pod uwagę, że miejsca te są siedliskiem licznych pasorzytów; zarzut taki jednak upada wobec tego, że w przypadku raka szyi macicy znaleziono charakterystyczne twory we krwi wydobytej z palca, a także we krwi w przypadku raka pęcherzyka żółciowego.

(*Centr. f. Bakt. u. Paras. B. XV. N-r 12*).

A. Ż.

72. CHMIELEWSKI. **Wpływ światła na mikroby ropotwórcze.** Posługując się światłem słonecznym wiosennem koło godz. 9 - 9½ i elektrycznym o sile 1200 świec, doszedł autor do następujących wyników: Światło elektryczne i słoneczne wpływa bezwątpienia na rozwój mikrobów ropotwórczych; przytem światło elektryczne powstrzymuje wzrost bakterii, a słoneczne zabija je w przeciągu 6-iu godzin. Powstrzymując na rozwój rozpatrywanych mikrobów działają nie tylko tak zw. promienie świetlne chemiczne, lecz i cieplotne. Wszystkie promienie widma słonecznego i elektrycznego, z wyjątkiem czerwonych i infra-czerwonych, powstrzymują wzrost najwyraźniej gronkowca białego ropotwórczego i lasecznika ropy niebieskiej, dalej paciorkowca róży i paciorkowca ropotwórczego. Gronkowiec ropotwórczy złocisty wykazał pod tym względem największą odporność bez względu na rozmaite części widma. Światło wpływa bardzo wyraźnie na zwolnienie ruchów lasecznika ropy niebieskiej; 6-ciogodzinne działanie światła słonecznego powstrzymuje zupełnie te ruchy. Pod wpływem światła lasecznik ropy niebieskiej wytwarza znacznie mniej barwnika; gronkowiec złocisty zmniejsza wytwarzanie barwnika niewiele. Różnicy we właściwości barwienia się barwnikami anilinowymi pod wpływem światła nie zauważono, z wyjątkiem gronkowca białego, którego zabarwienie było większe, kiedy nie był wystawiony na działanie światła. Światło wpływa też i na stałe podłoża (agar-agar, żelatyna), czyniąc je mniej sprzyjającymi

rozwijaniu się na nich mikrobów. Bulion pod wpływem światła nie zmienia się. Szkodliwość mikrobów pod wpływem światła cokolwiek słabnie.

(*Dysert. Petersburg. 1893*).

J.

73. CENTANNI i BRUSCHETTINI. **Poszukiwania nad gorączką zakaźną. Antytoksyna gorączki bakteryjnej.** Uodparniając zwierzęta przeciw lasecznikowi influenzy, zauważyli C. i B., że bardzo szybko przestają one reagować na duże dawki szczepionki i że surowica ich może nie tylko uchylać zakażenie, lecz wywoływać szybkie opadanie temperatury. Ponieważ z poprzednich badań okazało się, że jad gorączkowy jest jednakowy u wszystkich bakterii, sprobowano więc przekonać się, czy surowica tych zwierząt będzie posiadała uodparniającą własność względem gorączki, wywoływanej przez inne bakterie. Dokonano zatem szeregu doświadczeń na zwierzętach nad leczniczym i ochronnym wpływem tej surowicy na gorączkę wywołaną przez pyrotoksynę, na bakterie działające miejscowo, wreszcie wywołujące zakażenie ogólne. Wyniki są następujące:

1) Surowica zwierzęcia uodpornionego przeciw gorączce, wywoływanej przez pewien gatunek bakterii, wywiera wpływ antytoksyczny na gorączkę, wywołowaną przez inne bakterie i na ich pyrotoksynę.

2) Działanie to jest stałe, silne i trwałe i rozciąga się zarówno na samo podwyższenie temperatury, jak i na wszelkie wtórne objawy zatrucia. Surowica działa jako środek ochronny i leczniczy; w pierwszym przypadku powstrzymuje rozwój gorączki, w drugim — sprowadza zupełny spokój.

3) Działanie tej surowicy nie jest chwilowe, lecz rozciąga się na pewien przeciąg czasu, ponieważ zwierzęta, którym ją zastrzyknięto, stają się przez czas dłuższy niewrażliwe względem bakterii i pyrotoksyny.

4) Doświadczenia powyższe potwierdzają jeszcze bardziej zdanie, wygłoszone przez C., że pyrotoksyna jest jadem odrębnym, a wspólnym wszystkim bakteriom, ponieważ jedna surowica zobojętnia gorączki, wywołane przez rozmaite bakterie.

(*Deut. med. Woch. 1893. Nr. 12*).

A. Ż.

74. GUTZMANN. **O próbach leczenia niemoty ruchowej i czuciowej.** Leczeniem tych zbroczeń zajął się D-r GUTZMANN i na zebraniu lekarzy medycyny wewnętrznej w Berlinie, w styczniu bieżącego roku, przedstawił otrzymane dotychczas wyniki. Niemota ruchowa dotyczyła 50-letniej kobiety i 40-letniego mężczyzny, czuciowa zaś 40-letniego mężczyzny. We wszystkich tych trzech przypadkach niemota trwała bardzo długo bez zmiany, mianowicie w drugim przypadku od lat 6, w ostatnim zaś więcej niż od roku. Leczenie ruchowej niemoty polegało na systematycznych ćwiczeniach mowy, włącznie z odpowiednimi ćwiczeniami pisma lewą ręką. Leczenie pierwszego przypadku trwało 5 tygodni i, pomimo niedokończonych kuracji, świetny zapowiadało wynik, drugiego zaś 3 miesiące. Przy leczeniu niemoty czuciowej, z powodu zniesionej percepcji słów, GUTZMANN stosował metodę odczytywania z ust. Leczenie trwało 2 miesiące i pacjent, dotąd nie rozumiejący mowy, patrząc jedynie na rozmawiających, mógł ich doskonale rozumieć.

W dyskusyi, jaka się wywiązała z powodu tego przemówienia, profesor dr. JOLLY przyznaje możliwość leczenia ruchowych niemot w tych przypadkach, gdzie sprawa niszcząca w lewej półkuli znajduje się nie na wielkiej przestrzeni; wątpi jednakowoż, czy ćwiczenia piśmienne lewej ręki mogą mieć wpływ na wyrobienie ośrodków w prawej półkuli, a skłania się raczej do przypuszczenia, że powrót do zdrowia następuje wskutek lepszego funkcjonowania lewego ośrodków. W zastosowaniu metody odczytywania z ust przy leczeniu niemoty czuciowej przyznaje GUTZMANN'owi wielką zasługę GOLDSCHIEDER, upatrujący, jak wiadomo, w akcie mowy głównie psychologiczną funkcję z mniejszem uwzględnieniem anatomicznej lokalizacji. G. podziela zdanie prof. JOLLY i również sądzi, że przy występującej poprawie wcale nie potrzeba przypuszczać wytworzenia się nowego ośrodków w prawej półkuli, gdyż odpowiednie ćwiczenia mowy mogą pobudzić do funkcji korę półkuli lewej.

(Sprawozdawca poruszył i u nas ważną kwestję leczenia niemot i na posiedzeniach Tow. Lek. 2. XI. 92 r. i 6. II. 94 r. przedstawił dwa przypadki wyleczonej niemoty, mianowicie: ruchowej transkrowej u dorosłego i funkcjonalnej u 7-letniego chłopca).

(*Deutsche Medic. Zeit. Luty. 1894*).

Władysław Oltuszewski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 29 maja r. b.

TREŚĆ: 1) KIJEWSKI — przedstawienie płodu w jajowodzie przy ciąży zewnątrzmacicznej. 2) SAWICKI — przedstawienie chorej po reseceji stawu biodrowego. 3) NEUGEBAUER — o hemostatycznym działaniu pary. 4) KIJEWSKI — odczyt: O laryngofisurze.

1) Kol. KIJEWSKI przedstawił okaz płodu w jajowodzie, usunięty przez laparotomię u chorej, od której *decidua uterinam* przedstawił na ostatniem posiedzeniu kol. NEUGEBAUER.

2) Kol. SAWICKI przedstawił chorą, której przed 5 laty wykonał resekcję stawu biodrowego. Wynik pooperacyjny bardzo pomyślny, chora pomimo skrócenia kończyny o 6 cm., chodzi prawie nie kulając.

3) Kol. NEUGEBAUER zwraca uwagę i w krótkości streszcza pracę SNIEGIRJOWA „O hemostatycznym działaniu pary“.

4) Kol. KIJEWSKI wygłosił odczyt p. t. O rozszczepieniu krtani (laryngofisura).

Mówca, przytoczywszy bardzo szczegółowo literaturę naszą w zakresie tej kwestyi, na zasadzie 20 przypadków rozszczepień krtani, dokonanych w klinice prof. KOSIŃSKIEGO, z których sam K. 9 wykonał, a przy pozostałych pomagał, wypowiada uwagi co do samej techniki operacyjnej, wskazań i zejścia.

Operacja składa się z 3 części: tracheotomii, otworzenia krtani i usunięcia części zmienionych chorobą, a czasami i ciała obcego. Operację K. zawsze wykonywa pod narkozą chloroformową. Bezpośrednio przed laryngofisurą lub w razie potrzeby znacznie wcześniej robi tracheotomię, odsuwając zawsze gruczoł tarczowy ku dołowi. W celu zabezpieczenia chorego od zaciekania krwi do płuc zakłada aparat TRENDLENBURG'a. Krtan otwiera zapomocą ciecica szerokiego w linii środkowej. Wewnątrz krtani manipuluje nożem, nożyczkami lub łyżeczką; pozostałych resztek i strzępów nie radzi przypalać zegadłem PAQUELIN'a. Znaczniejszego krwawienia przy operacjach nigdy nie miał. Krtan następnie kol. K. tamponuje gazą jodoformową i zeszywa, a tampon wyprowadza nazewnątrz obok rurki tracheotomijnej. Tampon usuwa z krtani dosyć szybko, a rurkę pozostawia dotąd, aż ustąpi obrzęk, co sprawdza przy pomocy laryngoskopu. Jako następstwo operacji w swoich przypadkach K. widział niekiedy zapalenie oskrzeli z wydzieliną czasami cuchnącą.

Autor uważa laryngotomię za operację nie przedstawiającą niebezpieczeństwa dla życia chorego, nie cięższą od tracheotomii; zabieg ten, jeżeli wykonany jest według ścisłych prawideł, nie naraża głosu chorego, a przynajmniej nie czyni go gorszym, aniżeli był przed operacją.

Na 20 przypadków rozszerzenia krtani jako wskazania służyły: 1 raz złamanie krtani, 7 razy nowotwory, 2 razy zwężenia syfilityczne, 1 raz gruźlica krtani, 9 razy sprawy podgłośniaowe.

Autor w dalszym ciągu zastanawia się obszerniej nad oddzielnymi wskazaniami.

Za ogólne prawo przyjmuje, że: jeżeli skutkiem wyżej wskazanych przyczyn zachodzi potrzeba tracheotomii w celu zachowania życia chorego, w następstwie można decydować się na rozszczepienie krtani, gdyż przez to bynajmniej nie wyrządzi się choremu szkody; również jeżeli chory oddycha dobrze, a przy stosowaniu metod endolaryngealnych nie można działać śmiało skutkiem obawy uduszenia chorego, należy wykonać rozszczepienie krtani. Od tej ogólnej zasady odstępkuje w pewnych razach, np. przy gruźlicy.

Rozszczepienie krtani przy nowotworach łagodnych dało wynik dodatni; przy brodawczakach, w celu uchronienia się od szybkiej recydywy, radzi usuwać dosyć obszernie, nawet wycinać części strun zwyrodniałych.

Kol. K. uważa za stanowczo wskazano otwieranie krtani przy nowotworach złośliwych. Wynik operacji przy raku i mięsaku był pomyślny; jeden chory po upływie roku nie miał recydywy, a w dwóch przypadkach oddech był wyborowy i głos znośny.

Laryngofisura przy złamaniu krtani nie dała dodatniego wyniku, służyła tylko do wyjaśnienia sprawy. Leczenie zwężeń syfilitycznych tą drogą również nie było pomyślnie. W tych razach niezbędne jest następnie leczenie zapomocą rozszerzeń metodycznych.

Gruźlica krtani, leczona zapomocą laryngofisury, dała wynik bardzo dobry pomimo zmian w płucach. Jako wskazane do laryngotomii przy gruźlicy krtani można uważać te przypadki, w których stan ogólny chorego dobry, a zmiany w płucach nie mają charakteru rozpadowego, w krtani zaś znajdują się rozrosty twarde oraz znaczne nacieczenia. Przy sprawach podgłośniowych na 9 przypadków we wszystkich było zejście pomyślne. W pierwszych 3 przypadkach po wycięciu niewielkich kawałków części zmienionych stosowano następnie rozszerzenia SCHROETTER'a; leczenie trwało około 2 miesięcy. W następnych 6 przypadkach K. wycinał znacznie więcej i zupełnie nie posiłkował się żadnymi rozszerzeniami; czas trwania leczenia był znacznie krótszy, od 3—4 tygodni. Przy przerostach podgłośniowych K. uważa laryngofisurę za wskazaną nawet w tych razach, kiedy te ostatnie nie powodują jeszcze zbyt znacznej duszności.

Po ukończeniu odczytu kol. K. zabrał głos kol. JAWDYŃSKI, zaznaczając, że prócz opisanych i wzmiankowanych przez kol. KIJEWSKIEGO dwóch przypadków, przedstawiał przed paru laty w Towarzystwie chorego z gruźlicą krtani, który miał znaczną duszność i ból; zapomocą laryngofisury kol. J. usunął wszystkie nacieki i osiągnął wynik idealny; chory, któremu groziła śmierć głodowa, następnie w stanie względnie dobrym żył $1\frac{1}{2}$ roku, zmarł zaś skutkiem gruźlicy kiszek. Co się tyczy samej operacyi, to tamponowanie zapomocą przyrządu TRENDLENBURG'a kol. J. uważa za możliwe w bogatych oddziałach chirurgicznych, gdzie zniszczenie aparatu nie ma wielkiego znaczenia, w mniejszych zaś oddziałach i w praktyce uboższej trudno jest przyrząd ten stosować.

Kol. J. we wszystkich swoich przypadkach, z wyjątkiem jednego, tamponował krtani wacikami na przewiazkach; ujemnych stron z tego powodu nie widział, a właśnie w tym jednym przypadku — pierwszym jaki operował — chory zmarł z powodu braku odpowiednio wywieszanego dozoru i to właśnie, być może, zniechęciło kol. J. do używania tego przyrządu. Zresztą zaciekanie krwi nie spowodowało tak złych następstw, jak dawniej przypuszczano, i dawniejsze zapalenia płuc zachłystowe zależały prawdopodobnie więcej od wadliwego pooperacyjnego traktowania rany. Kol. KIJEWSKI, cytując przypadki kol. J., wyraża się o jednym, że wynik pooperacyjny nie był zadawalniający; tymczasem był on nawet świetny, gdyż u chorego, u którego po 7 latach noszenia rurki tracheotomijnej nastąpiło całkowite zarośnięcie krtani, wytworzona została droga do przechodzenia powietrza, chory mógł ustami oddychać i mógł mówić; niepomyślny był wynik o tyle tylko, że nie można było zagoić rany w tchawicy; kol. J. miał zamiar wykonać później operację plastyczną, którą, o ile mu wiadomo, robił kol. SAWICKI, lecz również bez dodatnich wyników. Przy sposobności zwraca kol. J. uwagę, aby, robiąc tracheotomię, nie odsuwać gruczołu tarczowego, lecz przeciąć go śmiało, przecięte części ująć w pincety i robić dalej operację; należy jedynie się strzedz, aby, przecinając gruczoł, nie przeciąć jednocześnie tchawicy, w tym razie bowiem napływ krwi do tchawicy mógłby stać się niebezpiecznym.

Kol. KIJEWSKI odpowiada, że przyrząd TRENDLENBURG'a można nawet w małych oddziałach naprawiać samemu kosztem bardzo małym, a operacja z nim jest daleko dogodniejsza i daleko szybsza. Wynik pooperacyjny w przypadku, o którym kol. J. wspomina, nazwał dlatego ujemnym, że chory pozostał z raną w tchawicy.

Kol. WRÓBLEWSKI zaznacza, że wyniki po laryngofisurze nie zawsze są tak świetne, jak je przedstawia kol. KIJEWSKI; na dowód tego przytacza 6 przypadków spostrzeganych przez siebie, z których w 5 wynik był ujemny. Przypadki te są następujące: 1) Nowotwór łagodny podgłośniowy, śmierć po operacyi skutkiem zaduszenia z powodu zatkania rurki. 2) Granulacye w krtani u dziecka, wynik dobry. 3) *Laryngitis hypertrophica subglottica*, bez rezultatu. 4) Rak krtani, wynik pooperacyjny dobry, po 3-ich miesiącach recydywa. 5) Zwężenie krtani gruźlicze z utrudnionem łykaniem, śmierć 4-go dnia po operacyi z powodu zachłystowego zapalenia płuc. 6) Przepona podgłośniowa tuż pod strunami, dwukrotna laryngofisura, po której rurki nie można było usunąć.

Kol. KIJEWSKI zwraca uwagę, że w przypadkach tych wynik laryngofisury bynajmniej nie jest zły. Niepomyślne wyniki zależały w części od istoty samego cierpienia, w części od powikłań a nie od laryngofisury.

Kol. SAWICKI co do techniki operacyi nadmienia, że niemcy radzą dla ułatwienia dodawać do podłużnego cięcia poprzeczne. Jest to wystarczająco w przypadkach łatwych, przy krtani szerokiej; przy wąskiej jednak nie daje i to dostatecznego dostę-

pu do pola operacyjnego i należy cięcie przedłużać a często nawet przecinać chrząstkę obrączkową. Przy wycinaniu tkanki bliznowej na niewielkiej przestrzeni gojenie trwa niedługo i wtórne blizny nie są duże, ale przy znacznych częściach wyciętych może nastąpić zwężenie i, aby go uniknąć, SCHIMMELBUSCH radzi robić plastykę THIERSCH'a. Co się tyczy chorego, o którym wspominał kol. JAWDYŃSKI, to w celu zamknięcia rany w tchawicy kol. S. robił początkowo tylko plastykę górną zapomocą zdwojonego płatu który chociaż przyrosł, lecz zapada się i chory oddycha z trudnością; z tego powodu nie próbował już nawet zakrywać dolnej części.

Kol. SOKOŁOWSKI zwraca uwagę, że po usunięciu zapomocą laryngofisury nowotworów łagodnych, powtarzających się, możliwe jest następnie błoniaste zrośnięcie strun; spostrzegł to przed tygodniem w jednym z przypadków, oporowanych przez kol. KIJEWSKIEGO. Kol. S. błonę rozciął i zapomocą rozszerzadła przywrócił drożność. Słusznie bardzo zwraca kol. K. uwagę na doniosłość przypadku gruczlicy, w którym robił laryngofisurę, poczem chory przez 3 miesiące czuł się dobrze, a zmarł skutkiem gruczlicy ogólnej. Leczenie gruczlicy drogą laryngofisury ma przyszłość bezwarunkowo większą, niż wewnątrzkraniowe leczenie chirurgiczne.

Kol. WRÓBLEWSKI na dowód, jak obosieczną broń stanowią przy gruczlicy zabiegi chirurgiczne, przytacza dwa przypadki; w jednym z nich, przy bardzo małych zmianach w płucach i względnie dobrym stanie ogólnym tracheotomia spowodowała gwałtowne pogorszenie a wkrótce i śmierć chorego; w drugim, przy rozpaczliwym stanie ogólnym i znacznym rozpadzie w płucach nastąpiła po tejże operacji poprawa i chora żyła jeszcze dwa lata.

Kol. JAWDYŃSKI zaznacza, że nie może zrozumieć, dla czego w opisanym przez kol. W. przypadku tracheotomia miałyby wpłynąć na tak znacznie i tak raptownie pogorszenie sprawy; kol. J. sądzi, że jest to tylko wypadkowy zbieg okoliczności i że to, co kol. W. uważa za *propter hoc*, było jedynie *post hoc*.

Kol. SOKOŁOWSKI spostrzegł razem z kol. JAWDYŃSKIM dwa przypadki, w których wyniki po tracheotomii przy gruczlicy krtani były bardzo dobre. Bez kwestyi wyniki ujemne tracheotomii mają także znaczenie, ale rodzi się pytanie, jak wobec nich unormować wskazania do tej operacji, jak wogóle do interwencji chirurgicznej w suchotach gardlanych? Należy przypuszczać, że nie rozległość sprawy i nie czas jej trwania odgrywa tu rolę, ale wogóle normą prognostyczną jest sam przebieg sprawy zasadniczej t. j. gruczlicy płuc i jej dążności do zejścia pomyślnego.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

TH. ROSENHEIM.

Choroby kiszek

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

Omówił Henryk Pacanowski.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 23).

II. Nerwico czuciowe.

Kolka kiszkowa (Enteralgia, Neuralgia mesenterica). O ile w stanie prawidłowym ustrój nie odczuwa wcale istnienia nerwów czuciowych w przewodzie jelitowym, i to nawet podczas aktu trawienia, — o tyle w stanach chorobowych mogą kiszkki być siedliskiem nadzwyczaj gwałtownych bólów. Często spostrzegamy przytem współcześnie i kurecz spastyczny ścian kiszkowych, tak, iż trudno odgraniczyć ściśle ból (*colica*) od kureczu. Taka kombinacya nerwicy czuciowej z ruchową, do której przyłączyć się może i nerwica wydzielnicza, zdarza się w przypadkach cięższych. Łatwo to zrozumieć, zważywszy, że zaburzenia w jednej sferze nerwów pociągają za sobą cierpienie innych sfer. Co tu wszelako jest pierwotne, a co następnie — określić niepodobna. Klinicznie przywykliśmy oznaczać chorobę na zasadzie najwybitniejszego tegoż objawu, a tym jest ból.

Po wyłączeniu w danym przypadku podkładu anatomicznego, przypuszczamy, iż ból powstaje bądź wskutek chorobliwie wzmożonego podrażnienia kiszek, bądź skutkiem takiegoż podrażnienia ich nerwów, bądź wreszcie przy współudziale ubudwu tych czynników razem. Bodźce działają mają termicznie, mechanicznie i chemicznie: glisty, ciała obce, kamienie żółciowe i kalowe, gazy, pokarmy trudnostrawne (roślinne), zepsute, zbyt zimne lub fermentujące (młode piwo); dalej podagra i zatrucia (ołowiem, rzadziej miedzią). Innym razem ból kiszkowy występuje bez wyraźnej przyczyny zewnętrznej: w histeryi, chorobach rdzenia, macicy, pęcherza, wątroby, nerek, jajników i t. d. U niektórych ludzi istnieje idiosynkrazia w stosunku do pewnych potraw: ryb, mięczaków, owoców, lub do pewnych loków, np. oleju rycynowego.

Na szczególnie wyróżnione zasługują t. zw. kolka śluzowa (*colica mucosa*). DA COSTA, NOTTINGER, LEYDEN i in. opisują ją w sposób następujący: U osób przeważnie nerwowych, cierpiących na zaparcie nawykowe, powstają napady bólów, szczególnie w kierunku anatomicznego położenia okrężnicy; czasami ograniczają się one wyłącznie do dolnego lewego odcinka кишки grubej. Jednocześnie wychodzą masy błoniste (analogiczne z opisanymi w rozdz. III), poczem wraca stan normalny przez tygodnie, a nawet miesiące. Niekiedy bywa jeden tylko napad w życiu. W wypróżnieniach jedne kawałki są małe, inne mocno zabarwione żółcią, co przypisać należy czasowej przerwie w wydalaniu, względnie w wytwarzaniu się żółci podczas napadu. Zwykle nerwica ta dotyka histeryczek. Zdaniem ROSENHEIM'a, jest to połączona nerwica czuciowo-wydzielnicza. W leczeniu jej FLEINER zachwala stosowanie wlewań oliwy.

Przy rozpoznawaniu różniczkowem kolki kiszkowej należy mieć na uwadze choroby następujące: gościec mięśni brzusznych, nerwoból lędźwiowo-brzuszny (*neuralgia lumbosacralis*), nadczułość powłok brzusznych, zapalenie otrzewnej, kamień żółciową i nerkową, wiał, glisty. U histeryczek napotyka się połączenie kolki z nadczułością skóry brzucha.

Istnieje jeszcze cały szereg innych wrażeń czuciowych, oprócz dotąd przytoczonych, u historyków i neurasteników: uczucie ucisku, pełności, napięcia, rwania, klucia, gorąca lub zimna w brzuchu; występują one w krótszym lub dłuższym czasie po przyjęciu pokarmu, bez względu na skład tegoż. Niekiedy zjawiają się owe parestezie po podnietzeniu płciowem, wysiłkach cielesnych lub umysłowych. Osobliwie odbytnica bywa siedliskiem różnorodnych dolegliwości nerwowych: parcie na stolec, uczucie ciała obcego (przy zupełnym braku kału w odbytnicy), zmęczenia, tętnienia, łechtania, palenia. Najważniejsze są owe przypadłości podczas i po akcie wypróżnienia, któremu może towarzyszyć także uczucie lubieżne albo bolesne, a nawet odpływ nasienia.

Znieczulenie odbytnicy zdarza się przy zaparciu stolca nawykowem; u ludzi starych może nastąpić zupełna utrata świadomości parcia na stolec. Nawet samo wychodzenie kału może nie być odczuwane w niektórych chorobach rdzenia, u idyotów i starców.

III. Nerwice wydzielnicze.

Ze katarom kiszek towarzyszy wzmożone wydzielanie soku, stwierdzono na pewno co do okrężnicy i odbytnicy (*enteritis membranacea, proctitis*). Nerwice wydzielniczą samoistną stanowi kolka śluzowa (*colica mucosa*). W odbytnicy napotyka się wydzielanie stałe, przejawiające się ciągłą wilgotnością odbytu (bez istnienia guzów krwawnicowych lub nieżyty), szczególnie u neurasteników i onanistów. Wydzielina jest wodnista, śluzowa, wycieka kroplami, pozostawia sztywne plamy na koszuli i wywołuje zaczerwienienie lub zapalenie skóry z uczuciem swędzenia i palenia.

Nerwice wydzielnicze grają niewątpliwie bardzo ważną rolę w powstawaniu niektórych obrazów chorobowych, jakkolwiek o tem nie pewnego nie wiemy jeszcze. Tak np. przy biegunce wodnistej u histeryczek wzmożone wydzielanie soku kiszkowego (*supersecretio*) stanowi zapewne moment ważniejszy, niż wzmożona perystaltyka. Czy odwrotnie, przy zaparciu nawykowem nie bywa zmniejszenie wydzielania soku kiszkowego, ważniejsze może od niedowładu? Pytanie to nasuwa się samo przez się.

Neurastenia kiszkowa.

Powyżej przedstawione nerwice opisane zostały więcej szematycznie. W praktyce natomiast spotykamy zwykle nie jedną z nich, lecz kombinację rozmaitych nerwic. To współczesne istnienie kilku (*Neurastenia intestinalis*) stanowi częstokroć dopełnienie obrazu niestrawności nerwowej (*Neurasthenia gastrica s. Dyspepsia nervosa*) w je-

dną całość. Z drugiej strony zdarza się, że objawy żołądkowe nie występują na plan pierwszy; łaknienie może być dobrem, posilanie się obfitem. Tu więc zaburzenia związane są jedynie z czynnością trawienia *kiszkowego*; jest to niestrawność *kiszkowa*, analogiczna z niestrawnością *nerwową* żołądka (opisaną po raz pierwszy przez LEUBE'go).

Przypadłości rozpoczynają się nie bezpośrednio po jedzeniu, lecz dopiero w 1—3 godzin później. Następuje wzdęcie brzucha, twarz czerwienieje, oddech i tętno stają się szybszymi; chorzy doznają uczucia gorąca lub dreszczyków, są niespokojni, nie mogą uleżeć, ani usiedzieć w miejscu. Przez rozcieranie brzucha starają się wywołać odejście gazów, poczem następuje ulga. Prawie zawsze bywa tu zaparcie stolca. Rodzaj pożywienia wpływa czasami na powstawanie tych objawów, które w kilka godzin po jedzeniu przechodzą.

U innej grupy chorych dopiero w 3—4 godziny po jedzeniu zjawiają się przypadłości ze sfery czuciowej, jak: klucie, palenie w brzuchu, którym towarzyszą głośno przelewania; takie napady, szczególniej nocną porą, kończą się obfitym, rozwolnionym stolicem.

Nieraz chorzy tacy, mimo obfitego żywienia się, pozostają chudymi i słabymi; z drugiej strony i ci neurastenicy, którzy cierpią na zaparcie nawykowe, również mogą źle wyglądać. Zaparcie i biegunka mogą występować na przemian, bez wyraźnej jakiejś przyczyny i niezależnie od rodzaju spożytych pokarmów. U większości tych chorych bywa nawet pewna, jeśli się tak wyrazić wolno, „kapryśność” *kiszek*: czasem najcięższe potrawy bywają znoszone dobrze, innym znów razem występują gwałtowno przypadłości po potrawach najłżejszych. Tego przy nieżyście *kiszek* nie spostrzeżemy nigdy.

Skoro rozpoznanie neurastenii *kiszkowej* zostało ustalone i zdolano wyłączyć w danym przypadku cierpienie *kiszek* anatomicznie, natenczas leczenie winno być skierowane ku wzmocnieniu ogólnego stanu ustroju. Z drugiej atoli strony względnie należałoby sam narząd dotknięty chorobą. W razie zaparcia nawykowego, trzeba odróżnić, czy zależy ono od niedowładu, czy przeciwnie od kurezu *kiszek*. W przepisach dyetetyczno-higienicznych muszą być koniecznie brane pod uwagę indywidualne przyzwyczajenia i upodobania chorych. Nie wolno lekceważyć zupełnie wskazówek, udzielanych nam przez samych chorych, którzy się dokładnie zwykli obserwowali, choć z drugiej strony należy dane te przyjmować z należytem krytycyzmem. Jednym trzeba zabronić użycia wysokoju; inni doznają poprawy po zaleceniu diety przeważnie roślinnej, lub też przeciwnie — mięsnej. Jednym pomaga umiarkowany ruch po obiedzie, odwracający ich uwagę od doznawanych dolegliwości; innym znów leżenie. Sen po obiedzie neurastenicy źle wogóle znoszą.

Najtrudniejszy do rozpoznania i leczenia szkopuł stanowią przypadki skombinowane: *nerwicy* i *nieżyty* *kiszek*. W tych razach cierpliwość lekarza bywa często na wielką wystawiana próbę.

Opadnięcie *kiszek* (*Enteroptosis*).

Stan ten dotyczy głównie okrężnicy poprzecznej. Wprawdzie i *kiszki* cienkie wskutek rozciągnięcia krezki uleść mogą przemieszczeniu i zsunąć się aż do miednicy małej; ale fakt ten nie ma znaczenia praktycznego. Opadanie okrężnicy idzie w kierunku ku dołowi; opadają mianowicie te jej części, które są mniej silnie unieruchomione t. j. część poprzeczna oraz obadwa zgięcia: wątrobowe i śledzionowe. Okrężnica wstępująca i zstępująca opadają dopiero następnie, o wiele później, a to pod wpływem pociągania. Zgięcie esowate już i w stanie normalnym sięga niokiedy aż do miednicy małej.

Takie niezwykle wygięcie okrężnicy poprzecznej (w kształcie litery M) może mieć swe źródło już w życiu płodowym lub wkrótce po urodzeniu, a to dzięki wytworzonym wówczas szczególnym warunkom rozrastania się i położenia *kiszek*. Warunkami tymi są podług LICHTENSTERN'a: niezupełne zastąpienie kątnicy do dołu biodrowego prawego, niedorozwój więzów okrężnicy, nadmierne w stosunku do pojemności jamy brzusznej wydłużanie się *kiszki* grubej oraz niezwyklej długość krezek.

W największej jednak liczbie przypadków opadnięcie okrężnicy u ludzi dorosłych jest stanem nabytym. Przyczynia się doń wszystko to, co przez ucisk zzewnątrz lub przez obciążanie mechaniczne zwnątrz zdoła wywołać obniżenie okrężnicy. Odpowiednio do tego najważniejszymi momentami są: sznurowanie się u kobiet oraz nawykowe zaparcie stolca; sprzyjające zaś warunki stanowią: znacznie wychlu-

dnienie, wysiłki cielesne, osłabienie starcze, a zwłaszcza zwióteczono powłok brzusznych po porodach. To też zboczenie występuje daleko częściej u kobiet.

Obok przemieszczenia okrężnicy poprzecznej znajdujemy często i przemieszczenie żołądka, jak również obecność nerki ruchomej (zwykle prawej).

Co do znaczenia klinicznego omawianej choroby, która po dokonaniu rozděcia kieszki grubej od strony odbytnicy (wodą lub powietrzem) napewno skonstatować się dają, to zostało ono w znacznym stopniu przecenione. Niema zgola zasady do tworzenia nowej, odrębnej postaci chorobowej, jak chciał GLÉNARD. Zboczenie to u kobiet starych z klasy wyrobniczej jest zjawiskiem bardzo częstem, nie dajacem żadnych przypadłości. Z drugiej strony u osób nerwowych opadnięcie okrężnicy może istotnie usposabiać do pownych zaburzeń w czynności narządu trawienia. Badanie wykrywa tu wiotkie i cienkie ściany brzuszne, brzuch obwisły (*Hängebauch*) i rozejście się (*diastasis*) mięśni prostych. Ręka wyczuwa tętniącą w głębi aortę, nieco bolesną przy ucisku; ale nie jest to bynajmniej stan chorobliwy, ani dowód tętniaka; liczne sploty współczulne dokoła aorty dawać mogą wrażenie bólu za naciskiem. Dość często znajdujemy powiększone gruczoły chłonne, obok aorty położone, które, zarówno jak i trzustka, dają się u osobników chudych wymacać. Po rozděciu powietrzem żołądka, widzimy ustawienie jego pionowe.

U niektórych ludzi występują objawy, które rzeczywiście polozyć trzeba na karb opisanego przemieszczenia trzew: bóle krzyża, głuchy ucisk i ciężkość w brzuchu, uczucie w nim ciała obcego, zwłaszcza podczas stania i chodzenia. Wszystkie to dolegliwości ustępują natychmiast przy spokojnem ułożeniu się chorego nawznak, lub noszeniu odpowiedniego pasa brzuszno.

Ostatnio dwa rozdziały poświęcone są wyczerpującemu opisowi pasorzytów kieszek (prócz bakterji). Nowego dział ten nie w sobie nie zawiera, ani odnośnie do rodzaju znanych już dawniej wnętrzaków, ani pod względem leczenia.

Postarałem się zapoznać czytelników w jaknajogólniejszych zarysach z nadwyzczaj bogatą treścią książki ROSENHEIM'a. Mnóstwo interesujących szczegółów zmuszony byłem pominąć, aby nie powiększać i tak już nad początkowo zakrośłone rozmiały rozszerzone sprawozdanie. Liczno, a staranne rysunki, oraz wyczerpujący spis literatury dopełniają całości.

List otwarty do Redakcji Medycyny.

Szanowny Redaktorze! Nader pomyślne wyniki ze stosowania ichtyolu, podane przez kol. SONNENBERGA (w ostatnim numerze Medycyny), mogą niejednego z kolegów zachęcić do stosowania tego środka i zalecania płukań gardła roztworem, który ma tę niezmiernie ważną ujemną stronę, że jest po prostu wstrętny w smaku. Czyżby żaden z licznych chorych kol. S. nie skarżył się na to, czy też kol. S. wobec świetnego działania leku uważał za zbyteczne wspominać o tem, czego, zwłaszcza u ludzi o smaku wybredniejszym, lekceważyć nie należy?

Przed rokiem jeszcze, gdy fabrykant ichtyolu rozsyłał między innymi i odbitkę z artykułu HERZ'a o działaniu tego środka przy „anginie“, zachęcony jego wynikami, aczkolwiek niezbyt im dowierając, rozpocząłem próby. W ciągu paru tygodni zaleciłem płukanie 2% roztworem *Ammonii sulfoichtyolici* trzem chorym z praktyki ambulatoryjnej, domowej, cierpiącym na nieżytowe zapalenie gardzieli. Dwaj pierwsi więcej się nie pokazali, pozabawiając się tem samem możliwością wydania sądu o wartości leku. Trzeci przyszedł nazajutrz z ulgą co prawda, ale i z wymówkami, jak mogłem mu podobnie szkaradne lekarstwo zalecić. Chcąc się o prawdziwie jego słów przekonać, przyrządziłem roztwór i sam spróbowałem przepłukać gardło; próba dowiodła, że chory miał rację: płyn przy płukaniu pieni się w ustach w tym rodzaju jak mydło, przybywa go w miarę tego, im dłużej go trzymać i pozostawia na długo uczucie nadwyzczaj przykrego smaku. Po tem doświadczeniu dalszego stosowania leku zaniechałem.

Dopiero po przeczytaniu notatki kol. S., mając akurat w leczeniu p. W., urzędnika kolei Terespolskiej, cierpiącego na *Angina catarrhalis acuta*, *Tonsillitis acuta* (objawy zbliżone do opisanych przez kol. S. w 3-im przypadku), zdecydowałem się na ponowną próbę i zaleciłem płukanie 2,5%-owym roztworem ichtyolu w odstępach 15-minutowych. Nazajutrz chory czuł pewną ulgę, której jednak przedmiotowo stwierdzić nie mogłem, wyrzekał na smak płukania, które za każdym razem wywoływało wymioty (poprzednie płukanie kwasem bornym z tanniną do wymio-

tów nie pobudzało). Nie zrażając się tem jeszcze, zaleciłem w dalszym ciągu to samo płukanie, lecz mimo to zmuszony byłem dzisiaj uciec się do noża, poczem chory natychmiastowo znacznej doznał ulgi. Ta próba ostatnia, na jaką się zdecydowałem, nie zmieniła mego zdania o wartości ichtyolu. Kol. SONNENBERG miał może pacjentów wytrwalszych i mniej wrażliwych, i dla tego wyniki jego są lepsze i zdanie o skuteczności leku odmienne. W każdym razie sędzę, że wobec całego szeregu leków, działających w cierpieniu tak niewinnem, jak nieżytowe zapalenie gardzieli, równie skutecznie, jak ichtyol, a stokroć niż on przyjemniejszych w użyciu, możemy go śmiało zostawić do użytku ginekologów i dermatologów, a nie narażać chorych na pozbywanie się cierpienia w sposób wielce dla nich przykry.

11. VI. 94.

W. Szumlański.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Od lat 3-ch zajmowano się w Wiedniu rozwiązaniem zagadnienia, dotyczącego urządzenia moczowników (*pissoir*) publicznych bez potrzeby nieustannego splukiwania ich wodą, jak to dotąd miało miejsce, i nareszcie otrzymano wynik pożądaný. Moczowniki można pozbawić wstrętnej ich woni użyciem mieszaniny olejowej, wlewanej do syfonów odpowiednio urządzonych i umieszczonych wzdłuż rury odpływowej na wysokości poziomu gruntu. Syfon taki naprzód napełnia się niewielką ilością wody, a następnie nalewa się oleju tyle, aby tworzył warstwę najmniej 1 ctm. grubą. Woda, parta przez mocz, odpływa, tymczasem olej, jako lżejszy od płynów wodnistych, pływa po wierzchu i tworzy warstwę, powstrzymującą dostęp powietrza i wydobywanie się wstrętnej woni. Ściany, ulegające zwilgoceniu moczem, codziennie bywają obmywane pendzlem zmaczanym w oleju. Tym sposobem powierzchnie pomazane olejem nie ulegają zanieczyszczeniu moczem, gdyż natychmiast mocz po nich spływa i nie ulega rozkładowi amoniakalnemu. Olej działa nadto jako środek przeciwróżładowy. Koszt pierwotnego zaprowadzenia i utrzymywania takich syfonów w należytem działaniu jest mniejszy, niż wydatek na wodę o ciągłym strumieniu splukującym. Z tego powodu tego rodzaju urządzenie zaleca się nie tylko do moczowników ulicznych, lecz i w zakładach publicznych, jak szkoły, szpitale i t. p. Nadto zyskuje się zaoszczędzenie wody wodociągowej, tak pożądaney do innego użytku w wielkich miastach. Przyrządy wzmiankowane odznaczają się wreszcie bardzo prostą budową i praktycznością. (*Annal. d'Hygiene publ. Mars. 1894.*)

J. R.

= Le GENDRE. Przypadłości wywołane przez nadużywanie ćwiczeń sportowych w wieku rośnięcia. O ile ćwiczenia fizyczne są niezbędne dla dzieci, o tyle nadużywanie ich zgubne sprowadza skutki. Autor spostrzegał pojawianie się zapalenia kątницы (*typhlitis*) skutkiem nadmiernej jazdy na bcyklu, objawy zmęczenia i bicia serca,

z początku słabsze, potem silniejsze i powtarzające się przy najmniejszym ruchu, szczególnie u dzieci neuropatycznych i cierpiących na częste niestrawności. Jako typową przypadłość, wywołaną nadmiernem zmęczeniem jazdą na bcyklach u dzieci od 14 — 16 lat, autor spostrzegał rozszerzenie ostre komory prawej serca, wywołujące przechodni niedokurcz (*asystolia*). W jednym przypadku, u dziecka z żylakami na nodze, widział obrzęk kończyn dolnych. Krwawienia z nosą bywają nader gwałtowne u jeżdżących na bcyklu. U osobnika otyłego spostrzegał czerniaczkę (*melaena*), skutkiem pęknięcia naczycy włosowatych w kiszka i guz krwisty podskórny (*haematoma*) w okolicy dołu biodrowego lewego. Wreszcie, nadmierne używanie napojów podczas gwałtownych kursów sportowych może sprowadzić dyspepsyę. Z pomiędzy zaburzeń nerwowych opisuje ból głowy i bezsenność. Nakoniec musimy zanotować skłonność do tylnego skrzywienia kręgosłupa (*kyphosis*) w okolicy szyjowo-grzbietowej, skutkiem pochylania się ku przodowi podczas jazdy na bcyklach. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Mai. 1894.*)

W. K.

= ZINNO przekonał się, że jeżeli do hodowli *b. coli communis* w 2% peptonie dodać kilka kropel roztworu węglanu sodu, a potem parę kropel świeżego roztworu nitroprusydku sodu, to otrzymujemy nasyczone czerwone zabarwienie, przechodzące przy staniu powoli w żółte; po dodaniu kwasu octowego występuje szmaragdowo-zielone zabarwienie, zamieniające się z wolna w niebieskie; po dodaniu amoniaku odczyn znika. Jest to odczyn SALKOWSKIEGO na kreatyninę. Odczyn ten dają wszelkie hodowle *b. coli* rozmaitego pochodzenia, gdy lasecznik tyfusowy nie daje go. Odczyn ten daje również wibryon cholery i MIECZNIKOWA, nie daje go zaś wibryon DENEKE'go i FINKLER-PRIOR'a. (*La Rif. med. 1893 str. 218.*)

= W przypadkach braku miesiączki (*amenorrhoea*) zaleca PANECKI stosowanie elektry-

czności. P. wprowadza do macicy dwubiegunowy zgłębnik i przepuszcza dosyć silny prąd faradyczny. U 18-tu w ten sposób leczonych chorych, prawie bez wyjątku zjawiała się miesiącza, a zaburzenia, towarzyszące zwykle brakowi jej, ustąpiły. Liczba posiedzeń wahała się pomiędzy 5 a 30, czas trwania posiedzeń wynosił 5 do 15 minut. (Therap. Monatsh. N-r 3. 1894).

== UFFELMANN robił doświadczenia nad wytrzymałością laseczniaka tyfusowego w rozmaitych warunkach. Wyniki są następujące: pomimo wysuszenia utrzymywał się laseczniak tyfusowy przy życiu w ziemi ogrodowej 21 dni, w białym piasku 82 dni, w kurzu ulicznym przeszło 30 dni, na płótnie 60—72 dni, na materii wełnianej 80—85 dni, na drzewie 32 dni. Zastrzedz się należy, że doświadczenia odbywały się z cienkimi, suchymi warstwami, że zatem w warstwach grubszych i w wilgotnem powietrzu laseczniaki mogą napewno znacznie dłużej utrzymać się przy życiu. Oprócz tego wynika stąd, że żywe laseczniaki mogą się podnosić w powietrzu z pyłem gruntowym, kurzem ulicznym i pokojowym, lub przy trzepaniu ubrania i zakażać powietrze i materiały spożywcze jak np. mleko. W tej mierze robił U. doświadczenia ze zwierzętami, uwieńczone pomyślnym wynikiem. (Centr. f. Bakt. XV. 5 Juni)

A. Ż.

== OEFELE twierdzi, że główną własnością kwasu gimnemowego (otrzymanego przez HOFFER'a z liści *gymnema silvestris*) jest niszczenie zmysłu smaku; kilka miligramów, położonych na język, znosi zdolność odróżniania smaku słodkiego i gorzkiego; działanie zjawia się w kilka minut, wzrasta w ciągu 3—4 godzin i znika po upływie doby. O. stosował go przy *parageusia* z korzyścią w sposób następujący: Ac. gymnemici 0,1 Spir. vini q. s. ad solutionem; w tym roztworze macza się listki herbaty,

suszy przy niezbyt wysokiej temperaturze i w miarę potrzeby chory kładzie do ust po 1—2 listki. (Ther. Blätter N-r 13).

== Przeciwno długo trwającym napadom drgawek u dzieci stosowana bywa następująca mieszanina: Rp: Aq. 150,0. Mosch. 0,2. Camphor. 1,0. Chloral. hydrat. 0,3—1,0. Vitell. ovi I. Jeżeli napad po tem nie ustępuje, wskazane jest ostrożne stosowanie chloroformu. W czasie wolnym od drgawek: Rp. Zinci oxydat. 3,4. Calomel vap. parat. Valerian. aa 1,8. D. in part. XXX. 2 proszki dziennie przed jedzeniem. (Bull. Méd. N-r 24). Z. S.

== SCHREIER, badając pod względem bakteriologicznym 20 przypadków *periostitis dentalis* i *pulpitis*, znalazł diplokoka FRAENKEL'a 8 razy w czystej hodowli, a 7 razy z gronkowcem białym, 3 razy gronkowca białego samego, a po raz z gronkowcem żółtym i paciorkowcem. Stąd wnosić należy, że najczęstszą przyczyną cierpień powyższych jest diplokok FRAENKEL'a; zaziębnienie stanowi tu prawdopodobnie chwilę usposabiającą.

== KERSCH spostrzegł pomyślnie wyniki przy stosowaniu ciągłych wzięwań olejków eterycznych w gruźlicy. W tym celu polecał chorym nosić na piersiach szerokie woreczki z otworem u góry, do których kładło się watę napojoną *ol. pini*, *ol. juniperi*, *ol. eucalypti*, lub tymolem z dodatkiem poprzednich. Wyniki przy systematycznym stosowaniu były bardzo pomyślne, nawet u chorych gorączkujących i pocących się; płwocina stawała się białawą i pienistą, kaszel łagodniał; u ośmiu chorych znikły zupełnie nawet laseczniaki swoiste. Żadnego polepszenia nie doznawali ci chorzy, którzy oprócz gruźlicy płuc mieli gruźlicę kiszek.

== GOLINER chwali analgen przeciw influenzy w dawkach 0,5—1,0 trzy razy na dzień. (D. Aerzt. Prak. 1894. N. 13).

Wiadomości bieżące.

— Nadzwyczajny profesor chorób syfilitycznych i skórnych D-r Antoni ROSNER mianowany został profesorem zwyczajnym uniwersytetu Jagiellońskiego.

— Rząd duński wysłał ekspedycję naukową w celu zbadania łądru w Islandyi. Przyjmuje w ekspedycyi udział Prof. NEISSER z Wrocławia.

— Prof. CZERNY z Heidelberga nie przyjął proponowanej mu katedry chirurgii po BILLROT'cie.

— W czerwcu roku zeszłego odra została po raz pierwszy zawleczona na wyspy Samoa. Do końca grudnia zmarło skutkiem niej $\frac{1}{34}$ część wszystkich mieszkańców. Połowa zmarłych należała do wieku dojrzałego. Przyczyną śmierci były powikłania. (The British Medical Journal, 19 maja).

— W Austro-Węgrzech organizuje się zmoza mamek, chcących osiągnąć podwyżkę płacy. (The Lancet. 19 maja).