

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Samoistne przykurczenie palców (*retractio aponeuroseos palmaris Dupuytren'a*) jako sprawa troficzna pochodzenia rdzeniowego, podał Władysław Biegański. O chorobie Parkinson'a, podał Z. Bychowski. (Dalszy ciąg). — **Wykłady kliniczne.** O nerwicach serca i naczyń. (Dokończenie). — **Streszczenia i Wyciągi.** 89. Chemiczne promienie światła i ospa. 90. Nowsze postępy w dziedzinie odporności. 91. Przyczynę do patologii choroby Basedow'a. — Ze zjazdu laryngologów w Heidelbergu. (Dokończenie). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

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

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Biegański — Rétraction de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren) comme une lésion trophique d'origine médullaire. 2) D-r Z. Bychowski — De la maladie de Parkinson.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Biegański — Retraction der Palmar-Aponeurose (Dupuytren'sche Contractur) als eine trophische Läsion. 2) D-r Z. Bychowski — Ueber Parkinson'sche Krankheit.

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

Samoistne przykurczenie palców

(*retractio aponeuroseos palmaris Dupuytren'a*)

jako sprawa troficzna pochodzenia rdzeniowego.

Podał Władysław Biegański lek. szpit. N. M. P. w Częstochowie.

U ludzi wiekowych spotykamy niekiedy dość dziwne kalectwo, wyrażające się przykurczeniem jednego lub kilku palców u jednej lub obu rąk. Kalectwo to rozwija się powoli w ciągu kilku miesięcy lub nawet lat i zasadza się na tem, że cały palec przykurcza się mocno do dłoni. Przyglądając się szczegółowo takiemu przykurczeniu, widzimy, że ostatni członek palca przyjmuje najmniejszy udział w tem niepodobnieniu; jest on dość ruchomy i dość łatwo daje się zginać i wyprostowywać. Za to pierwszy i drugi członek jest mocno przyciągnięty do dłoni i żadną miarą, nawet przy użyciu znacznej siły, nie daje się wyprostować. Przy próbach wyprostowania na wewnętrznej powierzchni pierwszego i drugiego członka przykurzonego palca staje się widoczny sznurek podskórny, jakby ściętno, które z jednej strony ginie na dłoni, a z drugiej strony kończy się pod skórą na dłoniowej powierzchni drugiego członka. Sznurek ten przebiega albo na linii pośrodkowej palca, albo nieco z boku tejże i znajduje się widocznie w ścisłym związku ze skórą — skóra bowiem jest jakby do niego przyrośnięta i nie daje się ująć po nad nim w fałdę. Kalectwo to występuje najwcześniej i najczęściej na 4-ym t. z. pierścionkowym palcu, następnie dopiero w sprawę wciągnięte zostają i inne palce rąk. Zawsze jednak przy najwyżej rozwiniętej sprawie jeden lub kilka palców pozostaje nieprzykurczonych. Sprawa występuje początkowo na jednej ręce, przy dłuższem jednak trwaniu może przejść i na drugą rękę.

Powyższy obraz chorobowy był spostrzegany dość dawno przez chirurgów ¹⁾, do których zwykle chorzy tacy udają się o poradę; pierwszy jednak dopiero DUPUYTREN ²⁾ zwrócił nań szczegółową uwagę, opisał go dokładnie i podał teoretyczne objaśnienie patogenezы i etyologii tej sprawy. Z powodu jednego spostrzeżenia, sprawdzonego szczegółowem badaniem pośmiertnem, DUPUYTREN przekonał się, że w powyżej opisanem przykurczeniu ani ścięгна mięśni zginaczy, ani stawy palców nie odgrywają żadnej roli. Ścięгна i ich torebki okazały się zupełnie niezmienione, to samo i stawy; w tych ostatnich nie było żadnych zmian ani na powierzchniach stawowych, ani na więzach. Również i skóra w przypadku DUPUYTREN'a okazała się nie zajęta. Autor ten mógł odpreparować na sekcyi całą skórę dłoniowej powierzchni palców i dłoni bez jakiegokolwiek zmiany w przykurczeniu. Nie znajdując więc zmian ani w ścięgnach, ani w stawach, ani w skórze, DUPUYTREN zwrócił szczególną uwagę na punkt wyjścia sznurka łącznotkankowego podskórnego, obecność którego widocznie powodowała przykurczenie. Przy badaniu pośmiertnem okazało się, że sznurek ten znajduje się w związku z rozścięgnem dłoniowem (*aponeurosis palmaris*), że jest jakby jego przedłużeniem; samo zaś rozścięгно okazało się ścięgnzone i przykurczone. Na zasadzie więc powyższego badania DUPUYTREN doszedł do przekonania, że cała ta sprawa jest następstwem przykurczenia rozścięгна dłoniowego wskutek sprawy zapalnej, powoli w niem rozwijającej się. Rozścięгно dłoniowe w warunkach fizyologicznych posyła wyrostki w kierunku palców, gubiące się tam w tkance łącznej podskórnej pierwszego i drugiego członka. Stałe napięcie tego rozścięгна powoduje stałe prawidłowe zgięcie palców, jakie one zawsze przyjmują w czasie zupełnej bezczynności mięśni zginaczy i rozginaczy palców. Jeżeli teraz rozścięгно to wskutek przewlekłego zapalenia ulegnie skróceniu, przykurczeniu, to równocześnie muszą ulegać wyraźnemu przykurczeniu i same palce.

Etyologia tej sprawy podług poglądu DUPUYTREN'a polega na tych właśnie bodźcach, które są w stanie wywołać zapalenie rozścięгна dłoniowego. A zatem na pierwszym miejscu należy tu postawić uraz. I rzeczywiście, mówi DUPUYTREN, stałe takie przykurczenie palców najczęściej spotykamy u robotników, u ludzi ciężko pracujących, których dłoń często ulega urazowi, uciskowi. Jako dowód autor cytuje fakt wytworzenia się powyższego kalectwa u osobnika, zajętego pieczętowaniem papierów. Ucisk pieczętarki, trzymanej w dłoni, miał w tym przypadku sprowadzić zapalenie rozścięгна i przykurczenie palców. Jako dalszy dowód, świadczący za takim a nie innem pojmowaniem patogenezы i etyologii tej sprawy, DUPUYTREN uważa i pomyślnе wyniki zastosowanego przez siebie leczenia. Leczenie polegało na przecięciu rozścięгна w kierunku poprzecznym, na rozprostowaniu palców i nałożeniu stałego opatrunku.

Kalectwo to może nietylko zajmować ręce; zjawia się ono również, jakkolwiek rzadziej, i na stopach. I tu, zdaniem DUPUYTREN'a, uraz, działający na podeszwę, może spowodować przewlekłe zapalenie rozścięгна podeszwowego i przykurczenie palców u nóg. Tenże autor nakoniec opisuje jeszcze podobne kalectwo, występujące na stopach, jako wadę wrodzoną u trzech osobników jednej rodziny. Tutaj prawdopodobnie wrodzone przykurczenie rozścięгна stopowego powodowało przykurczenie palców.

¹⁾ Astley Cooper, cytowany przez Dupuytren'a.

²⁾ Dupuytren, *Leçons orales de clinique médicale*, 1839. T. IV, str. 473.

Taki był pogląd DUPUYTREN'a na opisywane obecnie przez nas przykurczenie palców. Pogląd ten, o ile wiem, przetrwał do obecnego czasu, jakkolwiek z luźnych notatek, jakie znaleźć mogłem o tym przedmiocie w dostępnej mi literaturze, zauważyć mogłem, że pogląd ten przyjmowany jest z pewnem zastrzeżeniem. GURLT³⁾ nawet stanowczo pogląd ten odrzuca. „Przykurczenie palców -- mówi ten autor -- powstające dzięki podskórnym pasmom łącznotkankowym na dłoni i po stronie zgięcia palców (*Beugeseite*), przypisywał DUPUYTREN niewłaściwie retrakcyi powięzi dłoniowej i objaśniał uciskiem na dłoń, sprawianym przez narzędzia, których używają chorzy przez lata całe. Jednakże nie występuje ono wyłącznie u osobników z klas pracujących, lecz także u mężczyzn i kobiet starszych nad lat 50, którzy nigdy ciężkiej pracy się nie oddawali; zjawia się to dość często symetrycznie na obu rękach, a zatem i na tej, która nie posilkuje się zazwyczaj danem narzędziem“.

W powyższej cytacie z GURLT'a mamy zebrane wszystkie główne zarzuty przeciw teorii DUPUYTREN'a, jakie i inni autorowie obecnie w tej kwestyi wypowiadają. Mianowicie twierdzą, że choroba ta nie zawsze występuje u osobników tylko z klasy pracującej, ale nieraz i u ludzi, którzy nigdy ciężko nie pracowali, których stan nie podlegał nigdy urazom i uciskowi. Powtórne przykurczenie występuje często jedynie na lewej ręce, która zwykle mniej podlega urazowi, aniżeli ręka prawa. Nakoniec potrzebie spotykamy nieraz przypadki, gdzie przykurczenie występuje symetrycznie na obu rękach, co nie odpowiada w zupełności urazowej teorii DUPUYTREN'a.

Wobec tych zarzutów rzeczywiście musimy przyznać, że pogląd DUPUYTREN'a niezupełnie odpowiada spostrzeganym faktom. Dotychczas jednak, o ile wiem, nie wynaleziono innego objaśnienia dla tej sprawy i teoria znakomitego francuskiego chirurga pomimo swych braków wciąż przytaczana jest w podręcznikach, jako jedyne wyjaśnienie tej ciemnej, chociaż skądinąd bardzo ciekawej sprawy.

W roku bieżącym miałem sposobność dokonania sekcji w typowym przypadku takiego przykurczenia palców u obu rąk. Otóż badanie pośmiertne w tym przypadku rzuca inne zupełnie światło na patogenezę tej sprawy. Dlatego też pozwolę sobie tutaj przytoczyć szczegółowy opis tego przypadku wraz z wynikiem badania pośmiertnego.

Walenty Kamiński l. 70, kucharz; leżał w naszym szpitalu z dwoma powrotami, pierwszy raz w 1893 roku w miesiącach marcu i kwietniu, drugi raz w bieżącym roku w miesiącach lutym i marcu. Był to mężczyzna zgrzybiały, średniego wzrostu, małej względnie inteligencji, wskutek czego wywiady nie mogły być pewne. Wiadomo tylko, że pochodził z rodziny zdrowej, ojciec i matka jego pomarli w dość późnym wieku, bliższych jednak szczegółów o czasie i przyczynie ich śmierci choroby podać nie potrafił. Co do poprzednio przebytych chorób, wspomina tylko o zapaleniu płuc przed kilkunastu laty, zarażenia przymiotem stanowczo zaprzecza. Z zawęcia kucharz, miał być w dawnych czasach stosunkowo dość dobry, stale jednak od młodych lat nadużywał napojów wysokich. W ostatnim czasie, z powodu kalectwa i niemożności pracy, żył właściwie z łaski biednej rodziny i w wielkim niedostatku. Do szpitala zapisał się z powodu duszności i kaszlu, które to objawy choroby datuje od czasu przebytego zapalenia płuc.

Przy badaniu znaleźliśmy znaczną rozedmnę płuc z przewlekłym nieżytem oskrzeli i rozwinięte w wysokim stopniu ogólne stwardnienie tętnic. Przypadkowo przy badaniu chorego zwróciliśmy uwagę na przykurczenia palców u obu rąk. Kalectwo to chory datuje od 10-u lat: wtedy pomału wystąpiło przykurczenie pierścinkowego palca lewej ręki; następnie palec wskazujący zaczął się kurczyć, a w dwa lata potem sprawa przeszła na prawą rękę i tutaj zaczęła się od dużego

³⁾ GURLT. Artykuł „Finger“ w Encyklopedyi EULENBURG'a. Wydanie II. T. 7.

palca. Bólu podczas tworzenia się przykurczenia chory nie uczuwał żadnego; przed przykurczeniem, jak powiada, występowały przemijające kurcze w palcu, nie były one jednak zbyt bolesne. Przyczyny tego kalectwa sam wskazać nie umie. Jako kucharz przeciął raz nożem przedramię na wewnętrznej powierzchni, rana jednak szybko się zagoiła, pozostawiając bliznę w tem miejscu. Badając obecnie tę bliznę, możemy się przekonać, że jest ona dość powierzchowna, nie przyrośnięta ani do mięśni, ani do kości.

Badając szczegółowo ręce chorego, zauważyliśmy na lewej ręce przykurczenie zupełne palca 4-go, dalej zupełne także przykurczenie palca wskazującego i niezupełne małego. Palce średni i duży były zupełnie ruchome i swobodne. Na ręce prawej znaleźliśmy przykurczenie zupełne 4-go, 3-go i 1-go palca oraz niezupełne 5-go, ruchomy i swobodny pozostał tylko palec drugi wskazujący. Przykurczenie miało wszystkie, na wstępie opisane cechy, mianowicie polegało na mocnem zgięciu pierwszego i drugiego członka, ostatnie paznogiowe członki były względnie ruchome. Przy rozginaniu siłą palców widoczne były sznurki podskórne na wewnętrznej powierzchni palców; sznurki te gubiły się na dłoni w rozmaitej odległości, niektóre można było wyczuć do samego środka dłoni. Na każdym przykurczonym palcu był wyczuwalny jeden tylko sznurek, przebiegający bądź po linii pośrodkowej, bądź nieco z boku tejże; tylko od dużego palca prawej ręki odchodziły dwa sznurki, gubiące się u podstawy dłoni.

Badając dalej ręce, zauważyć mogliśmy wyraźny zanik mięśni dłoniowych dużego i małego kłębu i to na obu rękach jednakowo. Mięśnie międzykostne nie przyjmowały udziału w tym zaniku, nie widać było na grzbietowej powierzchni ręki właściwych dla tej sprawy zapadniętych dołów międzykostnych. Skóra i tkanka podskórna dłoni widocznie również uległy znacznemu zanikowi. Skóra była cienka jak papier i nie tylko sznurki podskórne, ale nawet kości właściwej ręki przez dłoń wyczuć było można. Ani w stawach palców, ani w kościach dłoniowych żadnych wyraźnych zmian nie zauważono; paznogie tylko były nieco zgrubiałe i popękane; staw napiętkowy znaleziono obustronnie w stanie prawidłowym. Mięśnie przedramienia z obu stron nieco zanikłe, zanik jednak ten nie dosięgał wysokiego stopnia i dostatecznie się tłomaczył późnym wiekiem chorego oraz kilkoletnią wskutek kalectwa bezczynnością rąk. W mięśniach barku i tułowia żadnych wyraźnych zmian nie zauważono. Mięśnie dolnych kończyn nie zanikłe, przykurczeń palców u nóg nie widać.

Czucie dotykowe na górnych kończynach zachowane w zupełności: to w jednakowym stopniu na ramieniu, przedramieniu, dłoni i palcach. Chory we wszystkich tych miejscach dość dobrze umiejscawia nawet lekkie dotknięcie palcem. Odróżnia również dobrze dotknięcie tępym i ostrym końcem szpilki. Czucie bólu jest także zachowane, chory oddziaływa wyraźnie na szczypanie głębokie, uklucie szpilką. Czucie temperatury zdaje się być również w tych samych miejscach niezmienione, chory odczuwa kilkunastostopniowe różnice temperatury.

Powyższe badanie czucia przeprowadziliśmy umyślnie szczegółowo, gdyż już przy pierwszym badaniu chorego, przy pierwszym rzucie oka na zajęte górne kończyny przyszło nam na myśl, że cała ta sprawa zależy może od pewnych zmian w rdzeniu kręgowym i występuje tutaj jako zaburzenie troficzne. Na okoliczność tę zwróciłem uwagę kolegów, którzy razem zemną badali chorego, i wtedy właśnie, mając na względzie pewną analogię tej sprawy zanikowej z chorobą MORVAN'a i syringomyelią, przypuściłem obecność jamy w rdzeniu kręgowym. W celu sprawdzenia tego przypuszczalnego rozpoznania przedsięwzięłem kilkakrotne szczegółowe badanie czucia, lecz badanie to, jak już nadmieniliśmy, nie okazało żadnych prawie zmian w tym zakresie. Pomimo to, symetryczność przykurczeń na obu rękach, rozległe zanikowe zmiany w mięśniach kłębów i skórze dłoni zdawały się koniecznie przemawiać za pewnemi zmianami w rdzeniu, prawdopodobnie w przednich rogach, jakości których na pewno jednak określić nie można było.

Chory, jak już wspomnieliśmy, pozostawał w szpitalu przez kilka tygodni. W ciągu tego czasu wystąpiło znaczne osłabienie czynności serca, obrzęki ściana i wśród tych objawów niedomogi serca chory zmarł w dniu 19 marca r. b.

Na drugi dzień dokonano sekcji. Największą uwagę zwróciłem na szczegółowe zbadanie przykurczeń rąk. Otóż i tu podobnie, jak w przypadku DUPUY-TRENA, można się było naocznie przekonać, że przykurczenia nie zależą wcale ani

od skrócenia ścięgien, ani od zrostów stawowych. Wyczuwane sznurki podskórne okazały się złożone z pasemek włóknistych tkanki łącznej, przebiegających prawie we właściwej skórze. Nie udało mi się odpreparować skóry od sznurków łącznotkankowych; skóra widocznie była przyrośnięta do tych pasemek, stanowiła z nimi jakby jedną całość. Tkanka łączna podskórna zanikła, rozścięgną widocznie ścięgnię. Na przedramionach, ani w mięśniach, ani w ścięgnach różnych zmian nie zauważono.

Rdzeń kręgowy wyjęto w całości i po odpowiednim pokrajaniu pomieszczono w płynie ERLICKIEGO. Makroskopowo w rdzeniu na przekroju zmian prawie nie widać, w części tylko szyjowej i górnej grzbietowej około prawego rogu istoty szarej jakby mała jama, obecność jednak której mogła przy badaniu gołym okiem ulegnąć zakwestyonowaniu, do takiego stopnia była nieznaczna. Dla szczegółowego mikroskopowego badania przesłałem rdzeń w całości kol. RYCHLIŃSKIEMU, ordynatorowi kliniki psychiatrycznej. Kol. RYCHLIŃSKI był tyle łaskaw, że zrobił kilkanaście preparatów mikroskopowych z różnych odcinków rdzenia przysłanego. Preparaty te, barwione przeważnie metodą WEIGERT'a, sam szczegółowo przejrzałem i mogłem się przekonać, że w rdzeniu zachodziły poważne i głębokie zmiany.

Przedewszystkiem opona miękka rdzenia na całej prawie przestrzeni tegoż i głównie na przedniej powierzchni była wyraźnie zgrubiała. Kanał ośrodkowy rdzenia na całej przestrzeni zarośnięty, na miejscu kanału ośrodkowego zauważyć można mocny rozrost neuroglii z licznymi okrągłymi komórkami. W dolnej części szyjowej i w górnej grzbietowej rdzenia z prawej strony od kanału ośrodkowego mała jama, otoczona zbitą tkanką łączną. Jama zajmuje całą prawie szerokość spoidła szarego oraz małą część przednich białych słupów i oddziela wyraźnie prawą stronę istoty szarej od lewej. W przednich rogach znaleziono znaczny zanik komórek nerwowych. W przeważnej liczbie tych komórek nie można wcale odnaleźć jądra, ale zato znajdujemy obfite złoże barwnika. W przednich rogach znajdujemy także dużo kulek myeliny. Rogi boczne zawierają komórki z obfitymi złożami barwnika. Tylne rogi nie przedstawiają wyraźnych mikroskopowych zmian. W słupach białych bocznych i przednich spotykamy gdzieś kuli myeliny i liczne rozrzucone pasemka zbitej tkanki łącznej. Wyraźne także zmiany przedstawiają naczynia rdzenia. Ściany naczyń zgrubiałe, przedstawiają wyraźne nawarstwienie (*endarteritis syphilitica* HEUBNER'a). Światło niektórych drobnych naczyń prawie zupełnie zamknięte.

Jednem słowem rezultat mikroskopowego badania da się oznaczyć następującym sposobem: *Leptomeningitis chronica, gliomatosis in regione canalis centralis, syringomyelia parva, poliomyelitis anterior*. Wszystkie zaś te sprawy, zdaniem kol. RYCHLIŃSKIEGO, są pochodzenia przymiotowego, a to głównie przez wzgląd na właściwe zmiany, zachodzące w tętnicach rdzenia.

Czy mamy prawo powiązać przykurczenia palców rąk, spostrzegane u naszego chorego ze zmianami, znalezionymi w rdzeniu? i jeżeli tak, to jaki właśnie szczegółowy rodzaj zmian w rdzeniu powoduje troficzne przykurczenia palców? Na pierwsze pytanie odpowiedzieć możemy twierdząco. Już przy klinicznym badaniu przez wzgląd na symetryczność sprawy, na sprawę zanikową, zachodzącą w skórze i w mięśniach, mimowoli przychodziła nam myśl obecności pewnych zmian w przednich rogach rdzenia. Takie bowiem zmiany w rękach, jakie znaleźliśmy u naszego chorego, nie mogły być żadną miarą następstwem miejscowej sprawy zapalnej. Przytem przebieg choroby powolny, lata całe trwający, nie przyczyniający żadnych dolegliwości choremu, a głównie postępowy, zdawał się w zupełności przemawiać za sprawą troficzną pochodzenia rdzeniowego. Sekcja przypuszczenia nasze potwierdziła.

Co do drugiego pytania: która ze znalezionych licznych zmian w rdzeniu powodowała w danym przypadku właściwe przykurczenia palców, to tutaj ani zapalenia opony miękkiej, ani gliomatozy, ani tembardziej znalezionej jamy nie możemy uważać za przyczynę tej sprawy. Gliomatoza bowiem była ograniczona do okolicy kanału ośrodkowego; również i jama leżała po za

obróbem ośrodków troficznych rdzenia. Jedynie właściwe zmiany w komórkach przednich rogów rdzenia należy uważać za źródło tych zmian troficznych. Wiadomo, że u starców komórki nerwowe podlegają często zwyrodnieniu barwnikowemu. Jest to prawie regułą fizyologiczną dla komórek kory mózgowej. Tam u każdej prawie wiekowej osoby możemy znaleźć w komórkach mniej lub więcej rozległe złogi barwnika. W komórkach rdzenia zmiany te są rzadsze i nie tak rozległe. Możliwe więc jest, że rozległe zwyrodnienie barwnikowe komórek przednich rogów rdzenia może powodować różne troficzne zmiany, a między innymi i przykurczenia palców, które dotychczas były uważane jako wynik miejscowej sprawy zapalnej w rozścięgnię dłoniowym.

Bez kwestyi jeden przypadek, choćby najszczegółowiej zbadany, nie daje jeszcze możliwości ustanowienia naukowego faktu. Daje on tylko podstawę do pewnego przypuszczenia, hipotezy, którą dalsze badania sprawdzić lub odrzucić mogą. Toteż wypowiadając zdanie, że przykurczenia samoistne palców, występujące w wieku podeszłym, są sprawą troficzną pochodzenia rdzeniowego, stawiam tylko przypuszczenie, którą powinno zachęcić innych badaczy do przeprowadzenia ścisłego badania rdzenia w każdym podobnym przypadku.

W końcu uważam sobie za obowiązek szczerze podziękować kol. RYCHLIŃSKIEMU za łaskawe zajęcie się dokładnem mikroskopowem zbadaniem przesłanego mu anatomicznego preparatu.

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O chorobie Parkinson'a

podał Z. Bychowski.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 28).

Istnienie antepulsyi tłómaczy zjawisko, spostrzegane u niektórych chorych i będące na pierwszy rzut oka w sprzeczności z tem, cośmy wyżej o powolnym chodzie mówili. Chory, który z wysiłkiem podniósł się ze swego miejsca i powoli kroczy naprzód, odrazu zaczyna szybko biegać, przyspieszając wciąż tempo biegu. Znam jednego chorego z typowem cierpieniem PARKINSON'a, który podobno za miastem, gdzie oczywiście nic mu nie przeszkadza, przebiega całe wiorsty „tak prędko, że służący za nim podążyć nie może“.

Jak objaśnić te dziwne objawy? Dopóki była znana tylko antepulsya, wystarczyło dowcipne tłómaczenie TROUSSEAU'a, że u chorego, wskutek jego schylonej postawy, środek ciężkości jest przesunięty naprzód i że, chcąc instynktownie zachować równowagę, chory goni swój środek ciężkości. Oczywiście, że wobec istnienia retro- i lateropulsyi teoria mechaniczna TROUSSEAU'a upada.

Trzeba przypuścić, że mamy tu do czynienia z jakimiś zaburzeniami, dotyczącymi ośrodków koordynacji i chodzenia. Że wielce skomplikowany akt chodzenia znajduje się pod kontrolą ośrodków specjalnych i że te ostatnie podlegają pewnym zaburzeniom, świadczy na przykład tak zwana asta z ya-

a b a z y a ⁴⁹⁾), którą się czasami spotyka u osobników neuropatycznych. Chory, a częściej chora, nie ma żadnych porażień, może wykonywać ruchy bardzo złożone (skacze, tańczy), a jednakże chodzić nie może. Jeżeli przypuścimy, że każdy rodzaj chodzenia (naprzód, wstecz) ma swoje ośrodki, to zrozumiemy, że przy podrażnieniu tych lub owych ośrodków może wystąpić ante- lub retropulsya ⁵⁰⁾.

Wreszcie zjawiska te nie są wyłączną właściwością choroby PARKINSON'a. Już CHARCOT ⁵¹⁾) zwraca uwagę na to, że można je spostrzegać w niektórych chorobach mózgu. W histeryi widzieliśmy raz bardzo wyraźną retropulsję.

Ante- i retropulsye nie należą do bardzo częstych objawów choroby PARKINSON'a. Na 33 przypadki EULENBURG naprzykład tylko 2 razy widział antepulsję, raz zaś jednocześnie z retropulsją, a 2 razy znowu retropulsję i lateropulsję. Myśmy się spotykali nieco częściej z tymi objawami, mianowicie w 3-ch przypadkach mieliśmy antepulsję; antepulsję wraz z retropulsją w 5-u przypadkach; retropulsję samą 2 razy, a jeden raz tylko lateropulsję. Wydatne były te objawy u chorych G. (III) i K. (IV). W niżej przytoczonym przypadku antepulsya była tak wybitna, że chory sam na nią zwrócił uwagę.

X. P. M. 62-letni. Od 6-u miesięcy chory czuje osłabienie w rękach i nogach, tak, że nie może ani pracować, ani dużo chodzić. Choroba zaczęła się stopniowo bez widocznego powodu. Doznaje także uczucia sztywności w karku i nogach. Nie może obecnie prędko mówić i chodzić. „Czasami zaś leci nagle mimowoli“. Sypia dobrze, lecz zanim zaśnie, przewraca się długo z boku na bok, nie mogąc znaleźć sobie wygodnego położenia. Przemyotu nie przechodził.

Średniego wzrostu, nieźle odżywiany, prawidłowo zbudowany; schylony nieco naprzód. Twarz, jak maska, brak prawie zupełnie wszelkiej gry mięśni mimicznych. Mówi i chodzi bardzo powoli. Wogóle wszelkie ruchy kończynami górnymi i dolnymi wykonywa nadzwyczaj powoli. Wyraźna antepulsya, retropulsya słabsza. Palcami rąk, zwłaszcza lewej, wykonywa wciąż ruchy rytmiczne, jakby coś kręcił między paluchem, a 2-im i 3-im palcem. Przy ruchach dowolnych „kręcenie“ palcami znakomicie się zmniejsza albo zupełnie znika. Z powodu znacznego napięcia m. dwugłowego w górnych kończynach (z lewej strony napięcie to jest większe, niż z prawej), zaś mięśni ksołbnych i zginaczy w dolnych, kończyn nie można wyprostować zupełnie. Odruchy kolanowe wzmożone; czucie zachowane. Ruchy głowy samotne; kark sztywny. Sfera psychiczna niedotknięta.

Po miesiącu zanotowaliśmy: Chory się skarży na kłucie w krzyżu, które mu przeszkadza leżeć i siedzieć. Chory zwraca dalej uwagę na to, że „głos jego stał się piskliwy“. Rzeczywiście głos jest bardzo cienki. Antepulsya bardzo wybitna.

Zesztynwienie i napięcie, które spotykamy w mięśniach tułowia i kończyn, nie oszczędza także i mięśni twarzy. Staje się ona podobna do maski bez życia i bez wyrazu. Nie jest ona więcej zwierciadłem duszy, w którym wszelkie wzruszenia i wrażenia duchowe tak dokładnie się odbijają. Ma ona po większej części stały wygląd bądź jakiegoś niezadowolenia, bądź niewytłomaczonego zdziwienia.

Bardzo trudno pobudzić dotkniętego chorobą PARKINSON'a do śmiechu, bo chory zwykle wie z doświadczenia, że jego twarz wyrazić śmiechu nie może, a jeżeli się nareszcie zaśmieje, to śmiech ten wywiera przykre, wprost przy-

⁴⁹⁾ P. Blocq. Arch. de Neurologie 1888. Porównaj także piękny wykład CHARCOT'a w 2-im tomie jego wykładów poliklinicznych o „astazyi i abazyi“.

⁵⁰⁾ Porównaj artykuł GAD'a o „koordynacyi“ w encyklopedyi EULENBURG'a.

⁵¹⁾ Leçons sur les maladies etc. t. I, p. 176.

gnębiające wrażenie⁵²⁾ „Maska PARKINSON’a“ jest jednym z najstarszych objawów zajmującego nas cierpienia i już przez to zasługuje na szczególną uwagę; należy tylko żałować, że dotychczas objaw ten nie został jeszcze należycie oceniony.

Musimy jednakże tu dodać, że opisane są przypadki, gdzie przy zmianach we wzgórku wzrokowym (*thalamus opticus*) przeciwległa połowa twarzy miała wyraz tępy, nieruchomy (NOTHNAGEL, EISENLOHR)⁵³⁾. Wskutek tego przypuszczają, że we wzgórku wzrokowym istnieje ośrodek mimiki twarzy. Oczywiście, że dzięki temu może powstać czasami pewna trudność różniczkowo-rozpoznawcza między ogniskiem we wzgórku wzrokowym i maską PARKINSON’a. Daje się jednakże ta trudność usunąć, jeżeli zwrócimy uwagę, że ognisko bywa częściej z jednej tylko strony, a więc tylko jedna połowa twarzy jest nieruchoma; że przy ognisku, oprócz zniesienia mimiki twarzy, bywają zwykle nadto inne objawy ogniskowe.

Maskę PARKINSON’a mieliśmy prawie we wszystkich naszych przypadkach. Bardzo ciekawy z tego względu jest następujący przypadek.

XI. S. Sz. mężczyzna 43-letni. 4 lata temu wystąpiło osłabienie w prawej kończynie górnej, po 2-ach latach w lewej dolnej. Jednocześnie zauważył chory, że wykonywa wszystkie ruchy niezmiernie powoli, a wkrótce potem zjawilo się drżenie w wymienionych kończynach. Chory skarży się na drętwienie; niekiedy doznaje uczucia gorąca w całym ciele; sypia dobrze. Jazda nie sprowadza ulgi. Od 8-iu lat miewa drgania w prawej połowie twarzy, które powstały po częstych zapaleniach dziąseł (?).

Nizkiego wzrostu, słabo odżywiany. Porusza się niezmiernie powoli. Wyraz twarzy nieruchomy. Lekkie drżenie o drobnych wahanach w prawej górnej i lewej dolnej kończynie, udzielające się całemu tułowi i głowie. Ruchy dowolne zdają się potęgować drżenie. Palce lewej ręki, mniej zaś prawej, są ułożone charakterystycznie (zgięcie w stawie napiętkowo-palcowym, wyprostowanie w stawach palcowych, paluch lekko przeciwstawiony). Mięśnie karku napięte. Lekka ante- i retropulsja. Bez wielkiego wysiłku można chorego z miejsca poruszyć. Prawa kończyna górna wyraźnie paretyczna; lewą kończyną dolną przy chodzeniu nie powłóczy. W dolnej części grzbietowej kręgosłupa *scoliosis sinistra*, która istnieje podobno od dzieciństwa. W obrębie prawego nerwu twarzowego (gałęzie górne i dolne) często występują skurcze drgawkowe, przeważnie w mięśniu okrężnym powiek; toniczne przeważnie w mięśniu okrężnym ust, licowym i brew marszczącym. Porażenia nerwu twarzowego niema. Język wysuwa dobrze; zęby spróchniałe.

Mamy więc tu rzadką kombinację choroby PARKINSON’a z *tic convulsif*. Po prawej połowie twarzy, w wysokim stopniu nieruchomej, od czasu do czasu jakby przebiegała błyskawica, co nadawało jej wygląd szczególny, rażący. I tutaj powolność ruchów wystąpiła przed drżeniem i była główną skargą chorego.

(D. c. n.)

⁵²⁾ HIRT w swoim podręczniku (*Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten*, rozdział o *Paralysis agitans*) mówi, że na twarzy w chorobie PARKINSON’a maluje się jakiś spokój majestatyczny, jakaś wyższość. Jest to stanowczo mylna charakterystyka.

⁵³⁾ Beiträge zur Hirnlocalisation. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1891 zeszyt 5—6.

O NERWICACH SERCA I NACZYŃ

(Dokończenie.—Zob. Nr. 28).

Aby zrozumieć powstawanie i istotę nerwic sercowo-naczyniowych, należy uprzytomnić sobie, że i u zdrowego zupełnie osobnika działalność serca i naczyń ulega ciągłym wahaniom wskutek działania różnych bodźców. Wzruszenia i wyobrażenia, podrażnienie nerwów czuciowych skóry, nerwów czuciowo-zmysłowych, praca fizyczna, wreszcie różne fizjologiczne sprawy ustroju sprawiają, że serce bije szybciej lub wolniej, że naczynia są więcej lub mniej wypełnione krwią. Zawsze jednak mechanizmy hamujące występują do działania w należytej chwili i zmuszają serce do normalnej pracy, jak tylko ustaje działanie danego bodźca. U osobników chorych sprawność mechanizmów hamujących jest nadwyrężona, niema tu porządku i należytego ustosunkowania między bodźcem a odczynem ustroju. Anatomia patologiczna wykazuje zmiany, prowadzące nieprawidłową działalność serca przy wadach zastawek, cierpieniach mięśnia sercowego lub przerście serca przy zastoju w naczyniach.

Nerwice sercowo-naczyniowe dotychczas jeszcze anatomii patologicznej nie posiadają; należą one do tak zwanych cierpień czynnościowych. Przypuścić należy, że zmiany przy neurastenii i nerwicach sercowo-naczyniowych należą do tych subtelnych zбоceń odżywiania, które niedostępne są jeszcze naszemu spostrzeganiu. Polegają one zapewne na wadliwej przemianie materji w nerwach, na zbyt powolnej zamianie wytworów zmęczenia (*Ermüdungsstoffe*) przez świeży materiał odżywczy. Możliwe jest, że przyczyną ostateczną jest wadliwy chemiczny skład krwi; wiadomo wszak, że przy blednicy i wszystkich postaciach niedokrwistości zбоceń w działalności serca występują na pierwszy plan. Dokładne chemiczne i mikroskopowe badanie krwi wykaze czasem, czy i jakie zmiany w jej składzie chemicznym, powodując niedostateczne odżywianie nerwów *resp.* zmianę ich złożonej budowy chemicznej, wywołują obraz neurastenii.

Niezmiernie ważną i dotychczas niezupełnie rozstrzygniętą jest kwestja siedliska nerwicy sercowej. Badacze, zaliczający neurastenię do chorób umysłowych, uznają dla nerwic sercowych przyczyny jedynie psychicznej natury. Autor uważa ten pogląd za zbyt jednostronny i usiłuje drogą ścisłego rozumowania, opartego na danych fizjologicznych, odszukać istotne siedlisko choroby.

Działalność serca zależna jest od wielu bardzo ośrodków i nerwów; przyspieszenie jej odbywa się za sprawą gałęzi nerwu współczulnego (*nerv. accelerans*); zwolnienie za sprawą nerwu błędnego. Doświadczenia na zwierzętach uczą, że drażnienie *nerv. acceler.* sprowadza przyspieszenie czynności sercowej; przecięcie tego nerwu nie powoduje jednak znacznego jej zwolnienia. Drażnienie nerwu błędnego wywołuje zwolnienie czynności serca, uderzenia stają się silniejsze; przy długotrwałem drażnieniu energja nerwu wyczerpuje się i czynność serca zostaje przyspieszona; przecięcie nerwu błędnego wywołuje znaczne bardzo przyspieszenie czynności serca i zmniejszenie energii skurczów sercowych. W nerwie błędnym przebiegają prawdopodobnie i włókna czuciowe.

Serce posiada prócz tego własny układ nerwowy, o którym przypuszczano, że rządzi automatycznymi skurczami mięśnia sercowego. Badania His'a i ROMBERG'a zaprzeczyły temu pogładowi. Dalej uwzględnić należy drogi naczynioruchowe, wreszcie najważniejszy dla każdego ruchu serca i naczyń ośrodek, skąd wszystkie wymienione nerwy otrzymują impulsy i który jednocześnie reguluje ich czynność—rdzeń przedłużony.

Ponieważ przy neurastenii cały układ nerwowy znajduje się w stanie pobudliwego osłabienia, przeto przyjąć należy, że przy *neurast. vasomot.* głównie dotknięte tem osłabieniem są wszystkie nerwy sercowe. Ślusne jest poniekąd mniemanie LEHR'a, że przedewszystkiem cierpi rdzeń przedłużony, jako ośrodek odruchowy wszystkich ruchów serca, że w nim przeto szukać należy siedliska choroby. Zdanie to nie wyczer-

puje jednak całkowicie kwestyi; ponieważ objawy nerwicy sercowo-naczyniowej są bardzo różnorodne, widoczne więc jest, że pobudliwe osłabienie rdzenia przedłużonego nie odbija się jednakowo na wszystkich nerwach sercowych, lecz warunkuje chorobliwą działalność pewnego tylko nerwu sercowego.

W przypadkach bez zmian obiektywnych, w których chorzy skarżą się na bicie serca, ściskanie i bóle w piersiach, przyjąć należy nadezłość nerwów czuciowych, idących do serca. W cięższych przypadkach nerwicy sercowej, w pierwszym jej okresie uderza przede wszystkim nadmierna pobudliwość: działalność serca przyspieszona, dobra, prawidłowa. Przyczyną jej jest najprawdopodobniej podrażnienie *nerv. acceler.*; przemawia za tem spostrzeżenie SEELIGMUELLER'a, który podczas napadu tachykardyi widział wyraźne rozszerzenie lewej żrenicy, które przeszło wnet po napadzie.

Jeżeli podczas napadu czynność serca jest nieprawidłowa, przerywana i zwolniona, to przyjąć należy podrażnienie nerwu błędnego t. j. jego włókien hamujących i czuciowych, albowiem napadom tym towarzyszą zawsze silne bóle i ściskanie w okolicy serca. W okresie porażenia, gdzie napady trwają długo lub gdzie czynność serca jest stale przyspieszona i osłabiona, trudno przyjmować tylko porażenie *nerv. acceler.*, gdyż, jak wiadomo, nie wywołuje ono zwiększenia liczby uderzeń. Najprawdopodobniejsze jest tu porażenie nerwu błędnego.

Badania anatomiczne wykazały, że mięsień sercowy nie jest przyczyną, która wywołuje nerwicę, nigdy w nim bowiem zmian nie znaleziono; można jednak przypuścić, że w ciężkich przypadkach osłabienia czynności sercowej oprócz przyczyn nerwowych istnieje też rzeczywiste osłabienie samego mięśnia, wyczerpanego poprzednią gwałtowną, przyspieszoną działalnością.

Siedliska nerwów naczyniowych szukać należy: 1) w nerwach naczyniowych, 2) w ośrodku naczynioruchowym rdzenia przedłużonego, wreszcie 3) w tej części kory mózgowej, która według LANDOIS i EULENBURG'a stanowi korowy ośrodek naczyniowy. Najprawdopodobniej głównem siedliskiem jest i tu rdzeń przedłużony, w którym mieści się najwyższy ośrodek odruchowy dla wszelkiego ruchu naczyń. Ośrodek korowy ma dla całego układu naczyniowego o wiele podrzędniejsze znaczenie, trudno zatem przypisywać mu poważny udział w powstawaniu nerwic naczyniowych. Może być, że od niego zależy nadmierny i wzmożony wpływ bodźców psychicznych na wypełnienie naczyń. Nerwy naczynioruchowe tworzą cały układ ośrodków nerwowych, wpływających automatycznie na ruchy naczyń. Trudno jednak przypuścić, aby układ ten miał być siedliskiem wszystkich spostrzeganych zбоceń; tłumaczy je jedynie zбоczenie w głównym ośrodku, kierującym ruchami naczyń.

Rozpoznanie nerwowych cierpień serca i naczyń nie jest wogóle trudne; przy dokładnem badaniu łatwo zawsze wykluczyć wadę zastawek sercowych, o wiele trudniej usunąć wszelką wątpliwość co do zwyrodnienia mięśnia sercowego. Nerwicom towarzyszy często rozszerzenie tępości serca, szmery, czasowe zwolnienie tętna, napady osłabienia serca i t. d., z drugiej znów strony przy zwyrodnieniu mięśnia sercowego brak często przez długi czas objawów przedmiotowych. Wywiady, powstanie cierpienia, nerwowa konstytucja, obecność innych objawów nerwowych, wiek chorych, brak jakichkolwiek zmian w tętnicach obwodowych, przemawiają przeciw istnieniu zwyrodnienia mięśnia sercowego; można je stanowczo wykluczyć, jeśli niema osłabienia i zwolnienia czynności serca, jeśli ruch i praca fizyczna nie wywołują pogorszenia, sinicy i duszności. W nerwowych cierpieniach serca oddychanie jest zwykle spokojne, nieutrudnione, chorzy skarżą się tylko na ściskanie w piersiach. Nerwobóle w okolicy serca przemawiają przeciw cierpieniom ustrojowym, prawdziwa jednak dusznica bolesna wskazuje cięższe cierpienie.

Pytanie jest niezmiernie ważne, czy czynnościowe cierpienia serca mogą z czasem przejść w ustrojowe, np. w zwyrodnienie mięśnia sercowego. Ze stanowiska teoretycznego wydaje się to możliwem i łatwem do wytłomaczenia; autor jednak nie wierzy, aby na gruncie nerwicy sercowej mogło się rozwinąć istotne zwyrodnienie mięśnia sercowego. Jeżeli w przebiegu nerwicy wystąpią objawy, stanowczo za niem przemawiające, to przyjąć raczej należy, że rozpoznanie było błędne; najsumienniejsze nawet badanie nie chroni od tego!

Rokowanie jest zawsze pomyślne, chociaż powrót cierpienia możliwy, szczególnie przy naurastenii.

Leczenie trwa 4—6 tygodni i ma za zadanie usuwanie przyczyn, sprowadzających rozdrażnienie nerwowe, oraz zmniejszenie pobudliwości układu nerwowego. Je-

zeli nerwica rozwinęła się na tle błednicy. niezytu żołądka i kiszek lub cierpienia narządu płciowego, to należy przedewszystkiem starać się o usunięcie tych cierpień. Chorego należy zupełnie oderwać na czas pewien od zwykłych jego zajęć, zakazać mu palenia tytoniu, picia alkoholu, mocnej kawy i herbaty i zalecić mu możliwie prawidłowy i spokojny tryb życia, dobre odżywianie, umiarkowany ruch oraz spokojno, nie denerwujące rozrywki. Pobyt w górach działa przy norwicach sercowo-naczyniowych zbawiennie, jak to stwierdził autor wielokrotnie podczas pobytu swego w St. Blasien — górskiej miejscowości leczniczej. Ze środków farmaceutycznych stosował autor z dobrym skutkiem żelazo, arsenik, brom i waleryanę. Znakomite usługi oddaje wodolecznictwo, stosowane nie szablonowo, lecz z uwzględnieniem każdego przypadku. Gimnastyka, faradyzacja, franklinizacja oraz masaż serca stanowią niekiedy znakomite dopełnienie leczenia.

(*Samml. Klin. Vortr. N. 96 i 97*).

S. P.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

89. Niels R. FINSSEN. **Chemiczne promienie światła i ospa.** W lipcu 1893 roku autor ogłosił nowy sposób leczenia ospy, polegający na usunięciu chorych od wpływu chemicznej części widma słonecznego przez oszklenie okien czerwonymi szybami lub zawieszenie ich czerwonymi tkaninami. Wynikiem tej metody jest uniknięcie ropienia w pęcherzykach ospowych i następstw jego: gorączki i blizn. Widmo słoneczne zawiera, jak wiadomo, dwa rodzaje promieni: ciepłikowe—czerwone i pozaczerwone, i chemiczne — niebieskie, fioletowe i pozafioletowe. Te ostatnie wywierają na żywe ustroje wpływ o wiele silniejszy od pierwszych, przy wielkiem ich natężeniu wprost szkodliwy. Szkodliwe ich działanie na drobnoustroje zostało stwierdzone przez ARLOING'a co do lasecznika karbunkułu, przez GEISLER'a co do lasecznika tyfusowego, przez ARSONVAL'a i CHARRIN'a co do lasecznika błękitnej ropy. Według GRABER'a glisty, nawet pozbawione głowy, unikają światła, a szczególnie chemicznych promieni. Dla *proteus'a* najprzyjemniejsza jest ciemność i światło czerwone (DUBOIS). Kameleon broni się ciemnieniem (przez przesunięcie bliżej powierzchni skóry komórek barwnikowych t. zw. *chromatophor* BRUECKE'go) przed światłem białem i chemicznymi jego promieniami, przed czerwonym nie. U koni i bydła rogatego zdarza się *erythema solare* tylko na częściach skóry niezabarwionych. W spostrzeżeniu WEDDING'a bydło i owce podlegały często wysypkom skórnym pęcherzykowatym; unikały tej wysypki tylko sztuki o ciemnej sierści lub trzymane w ciemności. Na skórze ludzi światło wywołuje dwie sprawy: rumień słoneczny (*erythema s. eczema solare*) i pigmentację (opalenie się). Pierwszy uważano dawniej za skutek działania ciepłikowych promieni światła słonecznego, co się odbiło na nazwie: *erythema caloricum*; dopiero CHARCOT przypuszczał, a UNNA, WIDMARK i HAMMER dowiedli, że jest ona wynikiem działania promieni chemicznych (spostrzeżenia rumienia u podróżników pod biegunem lub w lodowcach). Też same promienie w czasie dłuższym wywołują zabarwienie, które ze swej strony służy już jako ochrona skóry przed dalszym działaniem szkodliwym światła; dowiedli tego UNNA i autor. Autor, pokrywszy pasek skóry na własnem przedramieniu tuszem, wystawiał je na silne działanie słońca: pasek poprzednio zakryty, po zdjęciu tuszu okazał się niezmieniony, na reszcie skóry rozwinął się mocny rumień, a następnie pigmentacja; po wystawieniu powtórnie tegoż przedramienia na działanie słońca rumień się rozwinął na miejscu poprzednio zakrytem, miejsca zaś pigmentowane pozostały bez zmiany. Że zabarwienie chroni skórę od rumienia, dowodzi występowanie tegoż na przedramionach przewoźników wiosną obok pozostawiania nietkniętymi opalonych ich pięści. Autor usiłuje w taki sam sposób objaśnić powstawanie kolorów skóry różnych ras ludzkich, przytaczając, iż barwa skóry staje się tem ciemniejsza, im bliżej równika i odwrotnie, i że cera negrów w Europie jaśnieje, a Europejczyków pod zwrotnikami ciemnieje. W królestwie zwierząt najbardziej ciemną barwą wyróżniają się części najbardziej wystawione na światło, a więc grzbiet. Takież ochronne zabarwienie spotykamy u roślin (JOHANSEN; HOPPE-SEYLER).

Sprawa, wywołana przez działanie światła na skórę, może mieć różne natężenie: od lekkiego przekrwienia do prawdziwego zapalenia skóry ze złuszczeniem; zależy to od siły światła i ilości zawartych w niem promieni chemicznych (w świetle lamp mniej, w elektrycznym więcej niż w słonecznym), długości działania, ochrony skóry przez zabarwienie (blondyni i albinosi cierpią najwięcej) lub gruby naskórek (dłonie i podeszwy rumieniowi nie podlegają—u negrów nie są zabarwione). Różni się ona od innych zapaleń skóry wogóle, od właściwej *erythema caloricum* w szczególności tem, iż powstaje dopiero w 12—24 godzin po podziałaniu światła na skórę. Spostrzeżenie MAKŁAKOWA (*dermatitis* u niego samego i robotników przy lutowaniu metalów zapomocą łuku VOLTY) dowodzi, do jakiego stopnia może dojść ta sprawa. WIDMARK, oddzielając ciepłikowe promienie światła od chemicznych, dowiódł, że szkodliwie działają na skórę tylko te ostatnie. Dla dokładnego zbadania histologicznego sprawy, zachodzącej w skórze, autor posługiwał się kijanką, pomieszczoną pod wodą na szkiełku przedmiotowym i wystawioną na energiczne działanie słońca. Przekonał się przytem, że chodzi tu o zwykłą sprawę zapalną — zwolnienie krążenia, nacieczenie białemi ciałkami; widział, zdaje się, prócz tego kurczenie się czerwonych ciałek krwi. Kurczenie się żywych komórek pod wpływem światła było spostrzegane już nieraz (AUERBACH — jaja żaby, ENGELMAN — ameby i słupki siatkówki). Bezpośredniego wpływu światła na naczynia włosowate skóry i na krew autor stara się dowieść, posilkując się następującem rozumowaniem: barwnik zbiera się w ciele w największej ilości tam, gdzie jest potrzebny do ochrony od światła części, leżących pod nim — otóż barwnik w skórze ludzkiej leży w dolnych warstwach naskórka, zatem zaraz nad naczyniami skóry, w skórze zaś niektórych zwierząt tworzy prawdziwe pochewki około tychże naczyń; z drugiej strony fizyka twierdzi, iż tylko światło pochłonięte wywiera działanie na ciała, i tem silniejsze, im ciało pochłania go więcej — otóż krew ze wszystkich tkanek żywych pochłania najwięcej światła i promieni pozafoletowych.

Światło słoneczne, tak silnie działając na zdrową skórę, musi działać tem silniej na skórę chorą. Są nawet w literaturze fakta, świadczące o działaniu światła sprzyjającym powstawaniu i rozwojowi chorób skórnych (UNNA—*melanosis lenticularis progressiva*; *pellagra*, *prurigo aestiva* HUTCHINSON). Najsilniejszy wpływ jednak (szkodliwy) wywiera światło na ospę. O wpływie tym pisali już w r. 1832 PICTON, w r. 67 i 71 BLANCK, BARLOW i WATERS. Autor, oceniwszy ich spostrzeżenia jako bardzo prawdopodobne i zważywszy, że najgłębsze blizny ospowe spotykają się na miejscach skóry najbardziej narażonych na wpływ światła (ręce i twarz), wpadł na myśl leczenia chorych ospowych przez usunięcie ich od wpływu promieni światła chemicznych i nową metodę polecił do wyprobowania. Pierwsza próba dokonana była przez LINDHOLM'a i SWENDEN'a na 8-iu chorych z ciężką ospą (4-ch nieszczepionych); jako wynik okazał się zupełny brak okresu ropienia i jego niebezpieczeństw, a także blizn. Dalej JUHEL-RÉNOY przeprowadził próbę na 12 chorych, ale wynik otrzymał nieświeży, zdaje się skutkiem niezupełnie ścisłego uniknięcia promieni chemicznych. FEILBERG, poddając tej metodzie 11 chorych (8 bardzo ciężkich, 3 nieszczepionych), gorączkowego okresu ropienia nie otrzymał wcale; na 9 — 11-ty dzień następowało zasychanie pęcherzyków bez ropienia i początek zdrowienia; chorzy opuścili szpital z przekrwionemi i zabarwionemi płamami, ale bez blizn. Takie same wyniki otrzymał STRANDGAARD u 4-ch chorych. BENCKERT eksperymentował na 16-u chorych, z których 3 zmarło: jeden w okresie ropienia, drugi na ospę krwotoczną przed okresem ropienia, trzecia chora na zakażenie połogowe, przeżywszy ospę bez okresu ropienia. Okres ten i u innych chorych zwykle się nie zjawiał, trwanie choroby było krótsze niż zwykle, blizn nie było wcale, lub też nieznaczne tylko. Skuteczności metody *resp.* szkodliwego wpływu światła na wysypkę ospową dowodzą jeszcze następujące fakty, wyjęte z powyższych spostrzeżeń: SWENDEN pozwolił wyjść na światło dwóm swoim chorym z zaschniętymi już pęcherzykami na twarzy i niezaschniętymi jeszcze na rękach,—tylko te ostatnie przeszły w ropienie i pozostawiły blizny; chory FEILBERG'a miał przed początkiem kuracyi już ropiejącą wysypkę na twarzy i pęcherzykową tylko na rękach,—pierwsza pozostawiła blizny, druga zaschła bez ropienia.

Ciekawe jest, iż wszystkie dawne skuteczne metody leczenia wysypki ospowej opierają się na usunięciu jej od wpływu światła wogóle (kompresy, różne okłady) lub jego promieni chemicznych (jodynowanie, lapisowanie). W wiekach średnich

używano okryć czerwonych dla ospowych, tak samo i teraz w Rumunii; w Tonkinie chorych trzymają w ciemności.

W końcu autor wyprowadza następujące wnioski: 1) Wyłączenie promieni chemicznych powinno być zupełne zapomocą ciemno-czerwonych szyb w oknach lub zawieszania ich 4—5-ma warstwami czerwonego płótna lub papieru, albo 2—3 warstwami flaneli. Klosze lamp winny być z ciemno-czerwonego szkła. 2) Leczenie nie powinno być przerwane ani na chwilę, aż do zupełnego zasznięcia wysypki. 3) Kurację należy zaczynać jaknajwcześniej. 4) Metoda ta nie wyłącza żadnych innych metod leczniczych. 5) Zejścia śmiertelne i przy tej metodzie być mogą, szczególnie przed okresem ropienia. 6) Przy zachowaniu powyższych przepisów okresu ropienia zwykle nie bywa; chory wychodzi zupełnie, lub prawie zupełnie bez blizn, tylko z czerwonymi zabarwionymi plamami, które giną po 6—8 tygodniach.

(*Semaine méd.* Nr. 38—30 juin 1894).

Fr. Bellon.

90. BUCHNER. **Nowsze postępy w dziedzinie odporności.** Znajomość istot, wywołujących choroby zakaźne, wywołała poszukiwania środków, przy pomocy których możnaby wywołać odporność sztuczną, a to znów wywołało badania nad przyczynami większej lub mniejszej niewrażliwości wrodzonej. Zawdzięczamy temu badania nad krwią, jej surowicą i bakteryobójczymi własnościami soków ustrojowych, zarówno jak teorię fagocytozy, spostrzeżenia nad chemotaktyczną własnością ciałek białych, dzięki której poznano mechanikę licznych zjawisk w ustroju i ustalono przyczynowy związek jej z odkryciem dyapedezy zapalnej COHNHEIM'a. Pewne ciała chemiczne, zawarte w bakterjach — bakteryoproteiny — stanowią tu przyczynę tego zjawiska, a zarazem zapalenia i gorączki.

Rok ostatni nie przyniósł nowych prac epokowych; jedynie wiadomości nasze stały się dokładniejsze. A zatem coraz dokładniej wyróżniamy istotną różnicę między odpornością wrodzoną, a wywołaną sztucznie lub nabytą, choć oba te stany polegają na pewnych własnościach krwi. Z surowicą krwi zwierzęcia uodpornionego przenosimy odporność na inne zwierzę lub człowieka nawet po wybuchu choroby, wobec czego surowicę taką nazywamy nawet leczniczą; z drugiej strony odporność wrodzona polega na istnieniu we krwi aleksyn. Nasuwa się oczywiście myśl, czy aleksyny i antytoksyny nie są ciałami jeśli nie identycznymi, to przynajmniej analogicznymi. Tak jednak nie jest. Aleksyny niszczą bakterie i ciała czerwone, a także ciała białe zwierząt innych gatunków, zresztą są to jedne z najnietrwalszych związków w ustroju; czulsze od enzymów, giną one przy 50—55°, także na świetle, lub zewnątrz ustroju, wreszcie pod wpływem aleksyn innych zwierząt, a względem bakterii i ciałek krwi zachowują się rozmaicie, w zależności od zwierzęcia, od którego pochodzą. Antytoksyny nie posiadają ani bakteryobójczej ani rozkładowej własności; są to ciała nadzwyczaj wytrzymałe i własności ich nie zależą od krwi i gatunku zwierzęcia, a od gatunku bakterii, przeciw którym wywołano odporność.

Antytoksyny i aleksyny zatem są to ciała zupełnie różne; nie należy przeto sądzić, że we krwi zwierzęcia uodpornionego aleksyny zastąpione zostały przez antytoksyny; przeciwnie w surowicy świeżej zawarte są i jedne i drugie. Dlatego surowica świeża ma własność bakteryobójczą niszczenia ciałek krwi i antytoksyyczną; dość ją ogrzać do 55°, a pozostanie tylko własność ostatnia.

Zaletą jest niewątpliwą, że istota odporności sztucznej zależy od obecności pewnego związku, dającego się wydzielić i przenosić na inne ustroje. Trudniej byłoby sobie poradzić, gdybyśmy mieli do czynienia z pewną zmianą funkcji składników stałych ustroju i komórek. Istnieje bowiem cały szereg zjawisk biologiczno-chemicznych, polegających jedynie na działalności żywej protoplazmy i nie związanych z obecnością jakiegoś ciała dającego się wydzielić. Dość przytoczyć fermentację. Co prawda, udaje się coraz częściej sprowadzić pewne zjawiska w komórkach i narządach do obecności w nich pewnych związków; szczególnie ma to miejsce u bakterii, gdzie działalność trawiąca polega na obecności fermentów peptycznych i dyastatycznych, trująca na obecności toksalbumin, a zapaleniotwórcza na obecności bakteryoprotein. Wszystkie te bowiem związki wyosobnione wywierają takie same działanie. Coś podobnego widzimy i w ustroju zwierzęcym; zasługują pod tym względem na szczególną uwagę zadziwiające wyniki lecznicze obrzęku śluzowego pooperacyjnego zapomocą wyciągu z gruczołu tarczowego.

Co do natury antytoksyn, należy zarzucić przypuszczenie BEHRING'a, że są to produkty odczynu samego ustroju; prawdopodobniejsze jest, że antytoksyny to nic innego, jak zmienione, pozbawione trujących własności produkty bakteryi. Przemawiają za tem przytoczone powyżej różnice między aleksynami, które właśnie stanowią produkt ustroju, i antytoksynami, i ta ważna okoliczność, że antytoksyny nie zależą od gatunku zwierzęcia, a od gatunku bakteryi,—są one swoiste. Inaczej trudno wytłomaczyć sobie zjawisko, że antytoksyna tężcowa działa tylko przeciw tężcowi, błonicowa tylko przeciw błonicy i t. d.

Zjawisko to jednak wywołało błędne przypuszczenie, że antytoksyna swoista niszczy bakterye i działa jakby zobojętniająco—niby kwas na zasadę. Doświadczenie wykazało błąd; zresztą antytoksyna zwalcza jad jedynie w ustroju, co dowodzi, że jak jedna tak i drugi działają na ustrój każde z osobna t. j. narządy napojone antytoksyną stają się niewrażliwe na jad. Twierdzenie to popierają i wyniki lecznicze: im wcześniej zaczęto leczenie, tem pewniejszy jest wynik pomyślny. Jad słabszy, zmieniony i przystosowany do ustroju, zabezpiecza go od tegoż samego, lecz silniejszego jadu.

Mając to na względzie, twierdzi autor, że odporność wrodzona i nabyta w nim od siebie nie zależą i stanowią dwa zjawiska różne. Odporność wrodzona jest stanem przeniesić się nie dającym z powodu, że aleksyny, wywołujące ją, giną w obcym ustroju. Odporność nabytą można przenosić, ponieważ polega ona na pojawieniu się w surowicy pewnego związku ściśle swoistego i trwałego. Ze względów praktycznych proponuje autor zmianę terminologii: odpornością (*Immunität*) należy zwać stan swoisty, nabyty lub sztucznie wywołany; niewrażliwością (*Widerstandsfähigkeit, Resistenz*)—stan wrodzony, którego istnieje kilka stopniowań, wywoływanych przez środki naturalne i sztuczne, po części znane, po części ulegające badaniom przyszłym,—stan, który polega na nieobecności w ustroju swoistych obcych związków. Terminologia ta winna usunąć bałamutną terminologię BRIEGER'a, EHRLICH'a i FRAENKEL'a; winna ona usunąć wiele bałamutnych pojęć naszych o odporności, a szczególnie o wrażliwości wrodzonej, które utrzymują się dzięki nieracyonalnej terminologii.

W owym czasie, pod wpływem głównie KOCH'a, wszystko, co wywoływały bakterye, zwano swoistem. Tuberkulina również wywoływała skutek swoisty, pomimo tego, że na rok przed jej zjawieniem się wykazał autor zapaleniotwórczy wpływ bakterjoprotein. ROEMER i inni wykazali później, że tu niema nic swoistego, a tuberkulina wywołuje jedynie miejscowe podwyższenie wrodzonej niewrażliwości. HUEPPE, również zwolennik wszystkiego co swoiste, zgodził się wreszcie na dowody przeciwników, a co więcej, jest zdania, podobnie jak KLEIN, FRAENKEL i SOBERNHEIM, że rzekoma swoista odporność świnek morskich przeciw cholery nie istnieje w rzeczywistości, lecz że chodzi tu jedynie o powiększenie niewrażliwości wrodzonej, które można wywołać, wprowadzając do otrzewny zupełnie inne bakterye. To samo można powiedzieć o leczeniu tyfusu brzuszego przez FRAENKEL'a i RUMPF'a zastrzykiwaniami podskórnymi hodowli na bulionie z grascy, tembardziej, że RUMPF nie zastrzykiwał, jak FRAENKEL, hodowli lasecznika tyfusowego, lecz hodowlę lasecznika niebieskiej ropy. Działają tu nie swoiste produkty, lecz bakterjoproteiny, posiadające wspólny analogiczny wpływ na ustrój, choć w drobiazgach różny dla różnych gatunków. Podobny chemotaktyczny i zapaleniotwórczy wpływ, jak bakterjoproteiny, posiadają i ciała białkowe pochodzenia niebakteryjnego, np. alkalialbuminat z mięśni, hemialbumoza a nawet kazeiny roślinne, jak gluten-kazeina i legumina.

Na dowód przytacza autor doświadczenie następujące. Wyjałowiony klajster pszenny wprowadzono do opłucny królika w ilości 10 ctm. sz. Po dwóch dniach wypuszczono wszystką krew dla otrzymania surowicy i zebrano wysięk z opłucny w ilości 12 ctm. sz.; był on jałowy, mętny i nadzwyczaj bogaty w białe ciała. Chodziło teraz o to, czy wysięk ten (niezapalny w pospolitem znaczeniu słowa) ma własności bakterjobójcze i czy są one mniejsze lub większe od podobnych własności krwi. Zasiano w tym celu lasecznika kałowego; okazało się, że własności bakterjobójcze wysięku były bez porównania większe, niż krwi. Stąd wynika, że ustrój wydziela po wprowadzeniu ciał chemotaktycznych znaczną ilość produktów bakterjobójczych. Nie zależy zjawisko to od fagocytozy, ponieważ wysięk zamrożony i znów ogrzany działa również bakterjobójczo, choć żywych fagocytów nie

zawiera. Zjawisko to zależy właśnie od aleksyn lub ciał do nich podobnych, ponieważ wysięk, ogrzany do 60°, tracił zupełnie swe własności bakteryobójcze.

Rola jednak leukocytów w sprawie powyższej nie jest bynajmniej rozstrzygnięta. Nie występują tu one jako fagocyty, ale podług wszelkiego prawdopodobieństwa one właśnie wydzielają aleksyny. Zresztą jest to rzecz badań przyszłych.

Doświadczenie powyższe i jemu podobne nasuwają myśl, że w celu podwyższenia niewrażliwości wrodzonej należy poruszyć w ustroju wszelkie w tym celu istniejące środki, tembardziej, że zyskujemy coraz więcej dowodów ich istnienia. Nie potrzeba tu nawet stosować sposobów nadzwyczajnych. Metoda BIER'a leczenia gruźlicy miejscowej kości i stawów przy pomocy miejscowego przekrwienia zastoinowego jest właśnie dowodem, że wystarcza sprowadzenie dużej ilości krwi do miejsca zajętego, aby cierpienie usunąć. Zdaniem autora przekrwienie również gra jedyną rolę w leczeniu gruźlicy otrzewny zapomocą laparotomii, a jeszcze od czasów ROKITANSKY'ego wiadomo, że sprawy zastoinowe w płucach wyłączają pospolicie pojawianie się gruźlicy, gdy przeciwnie bezkrwistość ich sprzyja rozwojowi tej sprawy. Wszystko to dowodzi, że krew jest znakomitym środkiem dezynfekcyjnym w ustroju. Toteż autor zaleca gorąco badanie krwi, ale przede wszystkim pod względem jej własności bakteryobójczych i zdolności niszczenia ciałek czerwonych i białych.

(*Munch. Med. Woch.* 1894. N. 24 i 25).

A. Żurawski.

91. D-r REINHOLD. **Przyczynek do patologii choroby Basedow'a**¹⁾. O istocie choroby BASEDOW'a panują rozmaite teorie. Trzy kardynalne objawy tej choroby: wole (*struma*), wysadzenie gałek ocznych (*exophthalmus*) i częste bicie serca (*tachycardia*) stawiano w zależności od szyjowej części nerwu współczulnego. Tu wszakże zauważono, iż niektóre objawy, jak wysadzenie gałek ocznych i przyspieszenie tętna, zależą od podrażnienia, inne zaś, jak wole i rozszerzenie naczyń—od porażenia włókien nerwu współczulnego. Kiedy zwrócono uwagę na liczne zaburzenia nerwowe, zaczęto szukać przyczyny choroby BASEDOW'a w ośrodkowym układzie nerwowym, przede wszystkim zaś w rdzeniu przedłużonym, gdyż FILEHNE przez zniszczenie ciał sznurkowatych (*corpora restiformia*) zdołał wywołać objawy tej choroby. Dotąd jednak nie znaleziono żadnych stałych i charakterystycznych zmian anatomicznych w ośrodkowym układzie nerwowym, któreby nam w dostateczny sposób wytłomaczyły objawy choroby BASEDOW'a, i z tego powodu zaliczono ją do grupy ogólnych nerwic czynnościowych (CHARCOT). Dopiero w ostatnich czasach zwrócono uwagę na stosunek gruczołu tarczowego do układu nerwowego, a zarazem na związek jego z chorobą BASEDOW'a, uważając wole za objaw cierpienia. W Niemczech pierwszy MOEBIUS sądził, że choroba BASEDOW'a zależy od zaburzeń w czynności gruczołu tarczowego.

MOEBIUS kładzie nacisk na ten fakt, że przy wolach rozmaitego rodzaju występują objawy choroby BASEDOW'a już to pojedynczo, już to w większej ilości; dodaje przytem, że choroba BASEDOW'a przedstawia pewnego rodzaju przeciwieństwo z obrzękiem śluzowym, gdyż spostrzegamy tu ośpienie umysłu, zwolnienie tętna, skórę zimną i suchą, tam zaś podrażnienie psychiczne, przyspieszenie tętna, skórę wilgotną i przekrwioną; tu zanik, tam zaś powiększenie gruczołu tarczowego; przy obu chorobach występuje wreszcie ciężkie charłactwo, jak przy otruciach przewlekłych; w obu razach mamy do czynienia z działaniem jadu. Daleko częściej zapadają na chorobę BASEDOW'a kobiety, szczególnie podczas ciąży; wpływy dziedziczności również odgrywają tu pewną rolę.

Autor odczytu zgadza się z teorią MOEBIUS'a i twierdzi, że pogląd jego na istotę choroby BASEDOW'a, jako oparty na faktach, zasługuje więcej niż na miano hipotezy umiejętnej.

Na poparcie teorii MOEBIUS'a, uważając chorobę BASEDOW'a za otrucie przewlekłe, wywołane przez zmiany chorobowe w gruczole tarczowym, przedstawia autor następujący przypadek, w którym pierwsze objawy choroby wystąpiły wkrótce po ustąpieniu ostrego zapalenia gruczołu tarczowego, powstałego podczas grypy.

Chora 35-letnia, niezamężna, kucharka, przedstawiała wszystkie objawy choroby BASEDOW'a: przekrwienie twarzy, miękkie, tętniące wole, przyczem powiększe-

¹⁾ Podług odczytu, wypowiedzianego 29 IV 1894 r. w Towarzystwie Lekarskim we Freiburgu.

nie dotyczyło przeważnie prawego i środkowego zrazu; przyspieszoną czynność serca (P. 98 — 120), *exophthalmus* i objaw GRAEFE'go przeważnie w prawym oku. Prócz tego zauważyć u niej można było nerwowość w znacznym stopniu, skłonność do pocenia się, drżączkę i inne objawy nerwowe. Autor spostrzegał chorą od września roku 1893, w którym to czasie wstąpiła do kliniki z powodu krwotoku żołądkowego; żadnych objawów choroby BASEDOW'a wówczas nie spostrzegano. Podczas zdrowienia zapadła ona na influenzę, której rozpoznanie było stwierdzone przez odkrycie w płwocinie łaseczników PREIFFER'a. Na trzeci dzień przy znacznym podniesieniu się ciepłoty przyłączyło się obrzmienie prawego i środkowego zrazu gruczołu tarczowego; zapalenie to (*strumitis*) jednak do ropienia nie doprowadziło; przeciwnie, po upływie dni 5-u ciepłota spadła, obrzmienie gruczołu szybko się zmniejszyło, a wreszcie ustąpiło, nie pozostawiając żadnych dolegliwości. W początku roku 1894 powróciła ona do zdrowia i do zwykłych swych zajęć; 3 kwietnia przybyła znowu do ambulatoryum autora z zupełnie innemi dolegliwościami i wtedy to zwróciły jego uwagę wysadzone oczy, przekrwienie twarzy, znaczne powiększenie gruczołu tarczowego, drżączka, przyspieszona czynność serca, rozdrażnienie nerwowe w wysokim stopniu, co wszystko czyniło rozpoznanie choroby BASEDOW'a niewątpliwem.

Spostrzeżenie to nasuwa myśl, iż istniał w danym przypadku związek pomiędzy chorobą BASEDOW'a, a poprzedzającym ją ostrem zapaleniem gruczołu tarczowego (*strumitis acuta*): zapalenie to było bodźcem do rozwinięcia zmian anatomicznych i zaburzeń w czynnościach fizjologicznych gruczołu, wskutek czego później rozwinęła się choroba BASEDOW'a. I obecnie prawy i średni zraz gruczołu, które właśnie były dotknięte poprzednio ostrem zapaleniem, są powiększone.

Zapalenie gruczołu tarczowego podczas grypy nie jest wyjątkowe; opisywano nieraz przypadki choroby BASEDOW'a po grypie; w żadnym jednak z opisanych dotąd przypadków związek pomiędzy gripą, ostrem zapaleniem gruczołu tarczowego, a chorobą BASEDOW'a nie jest tak jasny, jak w przypadku podanym.

(*Münch. Med. Woch. 1894. N-r 23*).

J. Rosenberg.

Ze zjazdu laryngologów

w Heidelbergu.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 27).

II.

Prof. JURASZ przedstawił przypadek *xerostomiae* i zdał sprawę z drugiego podobnego przypadku leczonego w ambulatoryum. Zaznacza przytem, że w obu przypadkach istniało zajęcie obu ślinianek przyusznych, które były twarde, jakby w stanie przewlekłego zapalenia (*cirrrosis*).

Prof. SCHMIDT okazał przyrządy do usuwania skrzywień przegrody nosowej. Dla lekarzy-praktyków uważa S. operację tych zboczeń zapomocą elektrolizy za najodpowiedniejszą; każdy prawie lekarz posiada baterję o strumieniu stałym, a dodatki nie wiele już kosztują. Specjaliści często zmuszeni są leczyć skrzywienie przegrody i dla nich wysoka cena aparatów nie powinna wchodzić w rachubę. Przedstawione przez SCHMIDT'a aparaty wraz z elektromotorem kosztują około 120 marek. Najważniejszą rzeczą w tych razach jest ta okoliczność, że motor wykonywa bardzo częste obroty. Z początku stosował S. motor o 1200 obrotach, obecnie zaś o 3600 obrotach, i zdaje się, że odtąd chorzy znacznie mniej się skarżą na bóle. Aparat składa się z trepanów, podobnych do używanych na czaszce, naturalnie mniejszych, i z nasadek, których ruchy udzielają się przez przenoszenie obrotów na odśrodkową tarczę, następnie z pilek i zgłębników do masażu. Operacji dokonywa się pod kokainą. Kawałek waty, zmoczony w 20% roztworze, przykładają się do miejsca przegrody, które chcemy trepanować, i stronę przeciwną smaruje się również kokainą, gdyż może nastąpić przy silniejszym skrzywieniu przedziurawienie na wylot, które zdaniem S. nie przynosi szkody choremu. S. na posiedzeniu wykonał operację zapomocą powyżej opisanego aparatu na chorej, sprowadzoną przez Prof. JURASZA. Po operacji S. podtrzymuje przez

powien czas krwawienie, następnie dezynfekuje zapomocą sublimatu i zasypuje dermatolem lub jodoformem.

BRESGEN nie przeczy, że zapomocą tej metody można usuwać skrzywienia, podnosi jednak zalety swego dłutka, zapomocą którego można jednym cięciem usuwać nawet dość duże wyrostki. Uważa robienie dziury w przegrodzie za rzecz niezupełnie obojętną dla chorego. Usuwając części chrzęstne zapomocą żegadła, zaś kostne zapomocą dłutka, unika się przedziurawienia przegrody. Naturalnie że przy cienkiej chrząstce żegadło działać powinno powoli i nie należy przypalać na jednym posiedzeniu. Należy w każdym razie dbać o zachowanie przegrody nosowej. FISCHENICH rzadziej w ostatnich czasach stosuje metodę krwawą, gdyż przy dłutowaniu szczególnie występowały tak silne krwotoki, że metoda ta traci przez to na wartości. Dlatego też stosuje obecnie wyłącznie zalecaną przez SCHMIDT'a elektrolizę.

D-r ROSENFELD mówił następnie o operacjach w nosie u hemofilików. R. pomiędzy przeciwwskazaniami do operacji w nosie i krtani nie spotyka operacji u hemofilików. Wprawdzie z chorymi podobnymi spotykamy się na szczęście rzadko, spotkanie takie jest jednak możliwe. R. przed rokiem miał nieszczęście widzieć podobny przypadek i zachował żywe o nim wspomnienie. R. opisuje historię choroby tego przypadku i przytacza używaną terapię w celu zatamowania krwotoków, powstałych po-usunięciu dwóch niewielkich polipów z jamy nosowej. Bezskuteczne okazało się zwykle tamponowanie zapomocą gazy jodoformowej i waty, również nie doprowadziło do celu tamponowanie w postaci parasola metodą PHILIPPI'ego (sposób podobny do tamponady pochwy), zapomocą rurki BELOCQ'a, wreszcie *liquor ferri*, azotan srebra *in substantia* i kwas tróchlorowowy. Zatrzymać krwawienie udało się tylko zapomocą galwanokauteru rozpalonego do czerwoności. Trzeba przytem dość długo go przyciskać i odcinować podczas rozpalania, gdyż w przeciwnym razie odrywa się strup wytworzony przez przypalenie. R. tłumaczy sobie bezskuteczność przypalania galwanokauterem przy pierwszym stosowaniu dość silną jeszcze działalnością serca i wzmogoną prócz tego obawą podczas krwawienia. Później, wskutek osłabienia działalności serca, daleko już łatwiej mogły się utworzyć zakrzepy w miejscach krwawiących. Odtąd przed przystąpieniem do operacji w nosie R. wypytuje się zawsze o hemofilię w rodzinie i nie przypala wtedy żegadłem galwanokaustycznym, lecz kwasem tróchlorowowym.

EULENSTEIN wspomina o obfitych krwotokach z nosa przy operacjach nowotworów. Przytacza przypadek fibroangiomatu, w którym dotknięcie zgłębnikiem i pętlą wywołało obfity krwotok. Próba usunięcia guza zapomocą pętli nie udała się, odcięto tylko połowę. Szalony krwotok, który udało się zatrzymać zaledwie po kilkakrotnej tamponadzie w położeniu poziomem, z podniesionymi kończynami dółnemi, i przy silnej anemii chorego. E. radzi operację dokonywać po uprzednim przepołowieniu nosa, gdyż tylko wtedy można dojść do przyczepu nowotworu.

KOLLMAN u hemofilika wstrzymał krwotok z nosa zapomocą zewnętrznego ucisku palcem. K. w tym celu nawet wymyślił klamrę, opatrzoną śrubą z boku i od góry działającą, zapomocą której można dowolnie regulować ucisk. Nasadza się klamrę na nos. Naturalnie aparat może mieć zastosowanie tylko przy krwotokach z przegrody nosowej chrzęstnej i przednich części dolnej lub średniej muszli.

FISCHENICH zwraca uwagę na ogromne krwotoki u chorych, cierpiących na marskość wątroby, i wspomina o przypadku fibrosarkomatu, którego punktem wyjścia była przegroda nosowa.

WEIL widział również silne krwotoki nosowe przy marskości wątroby. W. cytuje przypadek hemofilii, dotyczący chłopca, który po nieznacznym rękoczynie w nosie zmarł od krwotoku.

ROSENFELD ściśle rozróżnia przypadki krwotoków u hemofilików od przypadków zależnych od zastoju krwi. Krwotoki z nosa spotykamy tylko przy marskości wątroby. W ostatnim czasie R. zmuszony był dokonać tamponady zapomocą rurki BELOCQ'a w trzech przypadkach przy zwężeniu otworu żylnego lewego. Przypadki te różnią się jednak wielce od przypadków hemofilii.

SIEBENMAN demonstruje preparaty gardzieli, nosa i krtani, wykonane zapomocą metody SEMPER-RIEHN'a po uprzednim stwardnieniu w płynie MUELLER'a i przeprowadzeniu przez alkohol i terpentynę, a w końcu zasuszeniu. Prócz tego SIEBENMAN demonstruje 2 odlewy metalowe jamy nosowej wraz z jamami bocznymi. Metal używany do odlewów jest t. z. WOOD'a płynny aliaz z ołowiu, cyny, kadmu i bizmutu.

HELBING zaleca powtórnie (zjazd przyrodników w Heidelbergu 1889) stosowanie olejku krotonowego przy *pharyngitis phlegmonosa*. Niektórzy lekarze nie otrzymywali dodatnich wyników, co zależało od nieodpowiedniego stosowania. Środek ten skutecznie działa tylko przy nawrotach zapalenia, należy zatem choremu zapowiedzieć, aby przy wystąpieniu bólu natychmiast sobie wtarł olejek. Po upływie dwóch dni nie można się już spodziewać działania. Olejek powinien być zupełnie świeży, jasno-żółty i nie powinien wytwarzać zbyt silnej wysypki pryszczycowej. SACKI widział dobre działanie olejku krotonowego. FABER widział również dobre wyniki po energicznych pędzlowaniach nalewką jodową lub roztworem jodu 2,0 : 9,0 spirytusu.

SEIFERT nie widział żadnego wpływu olejku krotonowego na sprawę chorobową. BAUER jest zdania, że bardzo skutecznie można przeciwdziałać występowaniu nawrotów *anginae phlegmonosae* przez usuwanie wrot, ułatwiających wnikanie zarazków do krypt migdałków, bądź przez rozrywanie krypt zapomocą haczyka, bądź zapomocą galwanokaustyki, kwasu tróchloroctowego etc. KAHSNITZ przypuszcza, że przy *tonsillitis phlegmonosa* mamy do czynienia z zakażeniem miejscowem i dla tego powinniśmy je leczyć podług ogólnych zasad chirurgicznych miejscowo-przeciwgnilnie. K. w tym celu używa zagiętej strzykawki platynowej i stosuje solweol dla oczyszczenia retro- i peritonsylarnych zagłębień i przewodów; nie widział nigdy, aby świeżo zapalenie migdałka, leczone w ten sposób, szerzyło się dalej. BRESGEN zwraca uwagę, że przy nawrotach takich zapaleń należy zwrócić uwagę na istniejące ropienie w jamie nosowej i nosogardzielowej. Takie ropienie należy przede wszystkim usunąć. SCHMIDT stosował często olejek krotonowy; występowała zawsze silna wysypka pryszczycowa, która zwiększała cierpienia chorych i nie wpływała bynajmniej na sprawę chorobową w gardzieli. Może olejek był niedobry.

BAUER opisał przypadek gruźlicy przełyku i okazał odpowiedni preparat. Gruźlica przełyku jest chorobą bardzo rzadką. W literaturze znajdujemy bardzo mało opisów. Przypadki te znajdowano przypadkiem przy seceji. W przypadku autora znajdowało się zwężenie przełyku na wysokości chrząstki obrączkowej. B. sądzi, że powstawanie gruźlicy przełyku zależne było w danym przypadku od połykania płwociny bogatej w laseczniki KOCH'a.

PROEBSTING okazał preparat mięsaka krtani, wychodzącego z lewej zatoki MORGAGNI'ego i operowanego zapomocą częściowej ekstirpacji krtani. P. podnosi rzadkość pierwotnych mięsaków krtani. W przypadku autora nie było owej twardości nowotworu, o której wspomina SCHROETTER, jak również podawanego przez innych autorów bogatego unaczynienia. Guz był przeciwnie mało unaczyniony.

Na demonstracji narzędzi, przedstawionych przez KAHSNITZ'a, zjazd ukończył swe prace. Postanowiono zebrać się na rok przyszły we wtorek po Zielonych świątkach, aby umożliwić korzystanie ze zjazdu laryngologów otologom. Miejsce przyszłego zjazdu Heidelberg.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Przypadek śmierci po zastosowaniu bromku etylu miał D-r SUAREZ de Mendoza (Angers). Przypadek dotyczył kobiety 31-letniej dobrze zbudowanej, dotkniętej zapaleniem błony śluzowej macicy, które wymagało wyskrobienia. Chorą położono na stole i D-r S. przystąpił do znieczulenia bromkiem etylu, nalaawszy na chustkę złożoną w ośmioro około 8 gramów bromku; przyłożył chustkę do twarzy, zalecając chorej oddychać głęboko. Zaledwie zdołała kobieta trzy razy odetchnąć, krzyknęła: dusicie mnie, lecz bez niepokoju i nie usiłując odsunąć chustki; poczem po jednym czy dwóch oddechach chrapiących nastąpiło drgniecie ciała, oddech zatrzymał się raptownie, chora u-

marła; wszystko to trwało 10 sekund. W chwili owej twarz była zsiniała, żyły nałane, oczy szeroko otwarte i zwrócone ku górze, źrenice rozszerzone. Nic jej ożywić nie mogło. Bromek etylu był zupełnie czysty; nie mogło być w tym przypadku mowy o zemdleńiu skutkiem wzruszenia moralnego; chora nie miała widocznego zboczenia w sercu ani w płucach, należy więc przyjąć porażenie serca (*syncope cardiaque*) na początku znieczulenia, jak to spostrzegano przy chloroformie. Jest to drugi przypadek dotąd znany, pierwszy się zdarzył dawniej w klinice BILLROTH'a. Wskazuje on, że, pomimo swej zwykłej nieszkodliwości, bromek etylu może zabić człowieka w ten sposób jak i chloroform,

a więc stosowanie jego wymagać winno tych samych ostrożności. (Z posiedzenia akad. lek. w Paryżu d. 19 czerwca). S.

— GRAWITZ i STEFFEN zastosowali według metody SCHMIDT'a płwocinę śluzową i rdzawą do hodowania pneumokoków FRAENKEL'a i przekonali się, że szczepione na płwocinę rdzawą wyrastają z otoczkami, choćby były zaszczipione bez otoczek, np. z agaru, i zyskują przytem stopień najwyższej jadowitości, taki, jaki posiadają pneumokoki, otrzymane świeżo od

chorego i to wtedy, gdyby jej poprzednio nawet nie posiadały. Na płwocinie śluzowej wyrastają one w otoczkach wtedy, gdy posiadały je jeszcze przy szczepieniu, i tracą zupełnie po 6—7 dniach swą jadowitość. Na obu tych pożywkach utrzymują się bez porównania dłużej, niż na jakichkolwiek innych. Jest to bodaj pierwszy przykład, że bakterye odzyskują swą jadowitość na martwym gruncie, dotąd bowiem używano w tym celu jedynie szczepień na zwierzętach. (Berl. kl. Woch, 1894. N-r 18).

Wiadomości bieżące.

— Początek bieżącego miesiąca zapowiadał się dość pomyślnie pod względem epidemicznym. Przypadków cholery azjatyckiej notowano znacznie mniej, a śmiertelność z niej była o wiele mniejsza. Od 12-go jednak b. m. stan rzeczy nagle znacznie się pogorszył, w ciągu bowiem następnych kilku dni (do 16 b. m.) ilość zapadłych chorych była dwa razy większa, aniżeli przez pierwsze 11 dni tegoż miesiąca. Nagły ten wzrost cholery zniewolił też Radę Miejską Dobroczyńności Publicznej w dniu 13 b. m. do otworzenia nowego oddziału cholerycznego w szpitalu na Pradze, gdzie właśnie wzrost epidemii głównie ma miejsce. I tak w dniu otworzenia przybyło chorych 2, następnego dnia 5, a między 15 i 16—już 13. Jednocześnie do szpitala Dz. Jezus przybyło w dniu 12-ym 9-u chorych, w 13—11, w 14—12, w 15—2, a w 16—5. Ogółem od 1—16 lipca przybyło chorych do szpitala Dz. Jezus 65, z których, razem z pozostałymi z zeszłego miesiąca 27-iu, zmarło 24, wyzdrowiało 26, pozostaje zaś na dalszej kuracji 40. Do szpitala zaś praskiego od 14 — 16 b. m. przybyło chorych 20, z których zmarło 3, wyzdrowiało 1, pozostało — 16. Razem więc do obu szpitali do 16 b. m. przybyło chorych 85, z których zmarło 27, wyzdrowiało 27, pozostaje w dalszej kuracji 56. Trzeba przytem dodać, że prócz tych znanych chorych, zdarzają się przypadki, które kończą się fatalnie, nim zdążą dojść do wiadomości władzy lekarskiej. Trzeba również zaznaczyć, że i śmiertelność na cholere w ostatnich dniach także się wzmożła. W pierwszych bowiem (6) dniach b. m. nie było ani jednego przypadku śmiertelnego w szpitalu Dz. Jezus. Dowiadujemy się również, że prócz oddziału na Pradze powzięto zamiar otworzyć niebawem oddziały dla cholerycznych w szpitalu starozakonnym i zapasowym.

Co się tyczy pochodzenia chorych, to oprócz Woli i Pragi, z której w ostatnich dniach przeważnie liczba zapadłych pochodzi, znajdujemy

między chorymi przypadki z 20 przeszło ulic i punktów samej Warszawy, a mianowicie: Wronia 43, Śt. Krzyska 35, Krochmalna 6, Żelazna 72, Zakątna 1 (dwa przypadki), Stawki 57, Marszałkowska 79, 59 i 65 (gimnazjum V), Rybaki 2, Czerniakowska 54 (3 przypadki), Maryensztat 11, Kozia 10, Wista (flisak), Nowomiła 9, Hotel Dziekanka (przyjezdna z Płocka), Ostrowska 4, Wołyńska 11, Areszt policyjny, Solec 43, Podwal 15 (Cyrkuł I), Muranów 15. Prócz tego następujące ulice z Pragi i Woli: Białostocka 47 i 1, Wołomińska 14, 8 (5 przypadków z domu izolacyjnego), Łomżyńska 27, Szeroka 5 i 13, Stara 2, Petersburska 9 i 3, Zborny punkt, Targowa 9, 3, 22, 1, 44 i 33, Brukowa 11 (2 przypadki), 29 i 30, Żąbkowska 6, 11 (2 przypadki), 12, 206 i 211, Brzeska 14, Grodzieńska 33, Olszowa 16, Moskiewska 20, 25 (2 przypadki), Sprzecznia 4, Skaryszewska 1, oraz Górczewska 25 (2 przypadki), droga Górczewska (2 przypadki), Wolska 54 (5 przypadków), Piaskowa 8, Pelcowizna i Ochota. J. Sz.

— VII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23 do 26 lipca r. b. W sekcji medycyny teoretycznej: Zapewnione są następujące referaty: 1) O lokalizacji w mózgu. Referent Doc. D-r BECK (z Krakowa). 2) O nowszych badaniach nad białkami. Referent D-r Michał SEŃKOWSKI (z Krakowa). 3) Nowsze badania o przemianie soli żelazowych w organizmie i działaniu ich na ustrój. Referent D-r Wacław SOBIEŃSKI (z Marburga). 4) Dzisiejszy stan nauki o zapaleniu otrzewnej. Referent D-r K. KLECKI (z Krakowa). W dalszym ciągu zapowiedziano następujące wykłady: 13) Lekarz wet. KOŚMIŃSKI (ze Lwowa). Temat zastrzeżony. 14) D-r Gustaw PIOTROWSKI (ze Lwowa): O wpływie konstytucji chemicznej ciał na ich działanie fizyologiczne. 15) D-r J. PRUS (ze Lwowa): O ciałkach RUSSELL'a. 16) Tenże: O przyczynach leukocytozy. 17) Tenże: O powstawaniu włókniaka. 18) D-r Tadeusz BRO-

wicz (z Krakowa): O anomaliach nitek ścięgni-
stych serca. 19) D-r J. NOWAK (z Krakowa).
Wynik badań własnych co do obecności prą-
ków dyfteryicznych LOEFFLER'a we krwi. 20)
D-r Edw. PIOTROWSKI (z Krakowa): Przyczy-
nek do histologii przyjądrza. 21) D-r Wanda
SZCZAWIŃSKA (z Paryża): Metoda GOLGE'go
i wyniki stosowania jej w badaniach nad ukła-
dem nerwowym. 22) D-r M. SEŃKOWSKI (z
Krakowa): O glikogenie. 23) D-r Józef WER-
NICKI (ze Lwowa): O potrzebie ustalenia pojęć
anatomo-fizjologicznych w nauce o klinicz-
nem badaniu krwi. 24) Tenże: Powstawanie ciałek
czerwonych. Powstawanie ciałek białych. 25)
Tenże: Występowanie leukocytozy w ogólności,
tudzież o występowaniu poszczególnych jej form
a mianowicie: a) limfocytozy, b) neutrofilii, c)
eozynofilii. Ich znaczenie patologiczne i wpływ
na rozpoznawanie chorób i rokowanie. (Z demon-
str. preparatów mikroskopowych i rysun-
ków). 26) D-r J. CZAJKOWSKI (ze Sosnowca):
Temat zastrzeżony. 27) D-rzy W. A. GLUZIŃ-
SKI i A. BECK (z Krakowa): O zboczeniu czyn-
ności nerek po podwiązaniu moczowodu. Przy-
czynę do nauki o wydzielaniu moczu. 28) D-r
A. BECK (z Krakowa): O powstawaniu urobili-
ny. 29) D-r K. KŁECKI (z Krakowa): Przy-
czynę do nauki o *peritonitis e perforatione*.
30) Tenże: W sprawie wydzielania w jelicie.
31) D-r BIKELES (ze Lwowa): O wstrząśnieniu
mózgu i rdzenia pacierzowego. 32) D-r SOBIE-
RAŃSKI (z Marburga): O funkcji nerki. 33)
Tenże: O działaniu środków moczopędnych.
W sekcji medycyny wewnętrznej: D-r
Juljan KRAMSZTYK (z Warszawy): O zapaleniu
płuc u dzieci. D-r F. ARNSTEIN: O drgawkach
skutkiem ząbkowania i o roli ząbkowania w e-
tyologii chorób wieku dziecięcego. D-r FLOR-
KIEWICZ: O klimacie górskim Podhala tatrzań-
skiego jako środka leczniczym. D-r PRUS: O sto-
unku syringomyelii do akromegalii (z demon-
stracją chorej). Prof. D-r GLUZIŃSKI: Wpływ
podwiązania tętnie wieńcowych serca (*art. co-
ronariae cordis*) i stosunek do dusznicy boles-
nej (*angina pectoris*). Tenże: Przyczynę do
symptomatologii przedziurawienia jelit. W sek-
cji okulistycznej: D-r Zygmunt KRAM-
SZTYK (z Warszawy): O przyzwyczajeniu w
czynnościach oka. W sekcji higieny i me-
dycyny sądowej: D-r Seweryn STERLING:
Plan badań stanu zdrowotności robotników fa-
brycznych w Królestwie Polskim.

— Na zasadzie zezwolenia Ministerium
Spraw Wewnętrznych otwarty zostaje w War-
szawie przy Alei Szucha Nr. 9 „Prywatny szpi-
tal chirurgiczny i ginekologiczny D-ra SOLMA-
NA“. Do szpitala przyjmowane będą osoby, po-

trzebujące leczenia, wchodzącego w zakres chi-
rurgii i ginekologii. Chorzy z cierpieniami za-
rażliwymi i umysłowymi w szpitalu umieszczani
nie będą. Szpital, nowowypbudowany podług
współczesnych wymagań higieny, chirurgii i
aseptyki, składa się: z pokoiów przeznaczonych
dla chorych, oczekujących na operacye, z od-
działu chirurgicznego męskiego, z oddziału chi-
rurgicznego kobiecego oraz ginekologicznego,
z oddziału dla chorych po operacyach w jamie
brzuszej dokonywanych, wreszcie z pokoiów
izolacyjnych. Każdy z oddziałów składa się
z sali ogólnej na cztery osoby, oraz z pokoiów
dla każdego chorego oddzielnych; ogółem obe-
cnie na salach ogólnych pomieszczenie znaleźć
może 12 chorych, zaś w oddzielnych pokojach
25 chorych. Dwie sale operacyjne, pokoje opa-
trunkowe, sale dla chorych ambulatoryjnych,
sala zebrań dla chorych, umywalnie, łazienki,
klozety, kuchnie, pralnie wraz z kamerą stery-
lizacyjną, suszarnią i prasownią, winda dla
chorych, urządzenie wodociągowe i kanalizacyj-
ne i t. d. dopełniają składu gmachu szpitalne-
go. Opieka nad chorymi powierzona jest Sio-
strom Miłosierdzia, Szarytkom. Szpital zaopa-
trzony jest w narzędzia i przyrządy potrzebne
do leczenia chirurgicznego oraz badań nauko-
wych; urządzenia wewnętrzne zabezpieczają cho-
rym czystość i wygodę. Stałym konsultantem
chirurgicznym szpitala jest profesor Julian KO-
SIŃSKI. Inni znani w Warszawie lekarze spe-
cjaliści wzywani będą bądź przez D-ra SOLMA-
NA, bądź też za jego wiedzą przez samych cho-
rych; wynagrodzenie za powyższe porady lekar-
skie wypłacają chorzy oddzielnie od kosztów
należnych za pobyt i leczenie w szpitalu wogó-
le. Koszta utrzymania chorego w szpitalu wy-
noszą na dobę: na salach ogólnych rs. 1 kop. 50,
w oddzielnych pokojach od rs. 3 do rs. 5 odpo-
wiednio do zajętego pokoju i wymagań chorego.
Za operacye i opatrunki chory wnosi opłatę do-
datkową, stosownie do uprzedniej osobistej
umowy. Dla niezamożnych znaczne uwzględ-
nienia w powyższych opłatach dodatkowych.
Przy szpitalu istnieje ambulatoryum *resp.* poli-
klinika dla chorych, potrzebujących porady chi-
rurgicznej lub ginekologicznej. Opłata za pora-
dę 30 kop., biedni ponoszą tylko koszt zużytych
materiałów opatrunkowych. Chorym przycho-
dzącym udzielane będą porady codziennie od
godziny 11-ej do 12-ej. O ile nie zajdą nie-
przewidziane przeszkody, szpital D-ra SOLMA-
NA zostanie oddany do użytku chorych w osta-
tnich dniach sierpnia r. b.

— Współpracownik „Medycyny“ kol. Broni-
sław JAKIMIAK mianowany został lekarzem
miejscowym w szpitalu na Pradze.