

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha, opracował D-r Teodor Heiman. (Dalszy ciąg). O chorobie Parkinson'a, podał Z. Bychowski (Dalszy ciąg). O klimacie górskim Podhala tatrzańskiego i stacyi klimatycznej w Zakopanem, przez D-ra Władysława Florkiewicza. (Dalszy ciąg). — Streszczenia i Wyciągi. 132. O leczeniu błonicy surowicą krwi. 133. O wczesnych zabiegach chirurgicznych w przypadkach przedziurawienia wrzodu okrągłego żołądka. 134. Bredzenie z omamami. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 6 listopada r. b. — Bibliografia i krytyka. Patologia i terapia neurastenii i histeryi (Dalszy ciąg). — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Heiman — Complications léthales des maladies de l'oreille. 2) D-r Z. Bychowski — De la maladie de Parkinson. 3) D-r W. Florkiewicz — Du climat dans les montagnes Tatra et de la station climatique à Zakopane.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Heiman — Ueber tödtliche Complicationen der Ohrenkrankheiten. 2) D-r Z. Bychowski — Ueber Parkinson'sche Krankheit. 3) D-r W. Florkiewicz — Zakopane als klimatische Höhenstation inmitten der Tatragebirge.

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

O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha

napisał D-r Teodor Heiman.

(Dalszy ciąg. — Zob. Nr. 45).

Przyczyny powikłań śmiertelnych chorób ucha są ogólne czyli usposabiające i przypadkowe.

Pierwsze zależą głównie od gruntu, na którym rozwija się powikłanie. Podstawa, od której zależy przewlekła sprawa ropna i zniszczenie kości, stanowi ważny moment rozwoju spraw wewnątrzczaszkowych i zakażenia krwi. Lubo nie można zaprzeczyć, że zejście śmiertelne spotyka się także u osobników zupełnie zdrowych, często jednakże te przyczyny szkodliwe, które u nich wywołują postać ostrą, ze skłonnością do mniej lub więcej prędkiego ustąpienia, u osobników wycieńczonych, marantycznych, przymiotowych, tuberkulicznych lub zatrutych alkoholem sprowadzą sprawę przewlekłą, ze skłonnością do owrzodzeń błony śluzowej, do zniszczenia kości i do rozszerzenia się sprawy chorobowej na jamę czaszkową. Jeżeli sprawa chorobowa u osobnika zdrowego przyjmie charakter przewlekły, to rzadko drążyć będzie wgłąb, a jeszcze rzadziej rozprzestrzeni się na opony mózgowe; lecz i w takim jeszcze razie sprawa będzie miała więcej charakter ochraniający, aniżeli niszczący. W bardzo rzadkich przypadkach przewlekłe wycieki ropne z uszów mogą sprowadzić u ludzi zupełnie zdrowych ogólne zakażenie gruzelkowe (TRÖLTSCHE, BUHL, HEIMAN).

Śmiertelne powikłania chorób usznych są w wieku dziecięcym rzadsze, aniżeli w późniejszym, jakkolwiek sprawy ropne w uszach są u nich bardzo częste (A. ROBIN, KÖRNER). Największa ilość powikłań śmiertelnych przypada

między 11-tym i 40-tym rokiem życia; z nich zapalenia opon mózgowych i ropień mózgu przytrafiają się najczęściej między 11—30-tym rokiem życia, zaś zakażenie ogólne i ropnie mózdzku między 21—30 rokiem życia.

Powikłania ze strony mózgu, bądźto pojedyncze, lub też z jedną lub kilkoma razem innymi chorobami jamy czaszkowej, napotykają się w równym stosunku u dorosłych i dzieci. Powikłania śmiertelne u mężczyzn są częstsze, aniżeli u kobiet. Powikłania ze strony jamy czaszkowej są częstsze od zakażenia ogólnego.

Czas od pojawienia się wycieku ropnego do wystąpienia objawów mózgowych bywa rozmaity. Mogą one wystąpić już po kilku godzinach i dniach, lub też po tygodniach, miesiącach i latach. Zwykle występują one między 2-im a 15-tym rokiem. Wyjątkowo widziano je po 40-tu latach ⁵⁾.

TOYNBEE, SUTTON i GULL, R. MEYER, HUGUENIN i SCHWARTZE twierdzą, że ropnie mózgowie pochodzenia usznego, a podług KÖRNER'a i inne powikłania, a mianowicie: zapalenia opon i zapalenia zatok mózgowych, są częstsze po stronie prawej, aniżeli po lewej ⁶⁾. KÖRNER, opierając się na badaniach anatomicznych BEZOLD'a, RÜDINGER'a i własnych, przyczynę częstszego występo-

⁵⁾ A. Wiek chorych wogóle.

KOERNER—246 przypadków.				A. ROBIN—165 przypadków.			
Od 0—10 lat	44	powikłania mózgowie	17,88%	Od 0—2 lat	5	przypadków	
" 11—20 "	73	" "	29,66%	" 3—5 "	4	" "	
" 21—30 "	70	" "	28,45%	" 6—10 "	8	" "	
" 31—40 "	30	" "	12,19%	" 11—20 "	40	" "	
po 40	29	" "	11,81%	" 21—30 "	64	" "	
	246		100,00	" 31—40 "	23	" "	
				" 41—50 "	9	" "	
				" 51—60 "	3	" "	
				" 61—70 "	9	" "	
					165		

B. Wiek chorych pod względem rodzaju powikłania śmiertelnego.

	HESSLER.			ROBIN.				GINTRAC i BROUARDEL.	
	Mening.	Phlebitis.	Absc. cerebri.	Meningit.	Plebitis.	Absc. cerebel.	Absc. cerebri.	Phlebitis.	
Od 0—10 lat	15	11	7	11	9	2	5	5	
" 11—20 "	25	15	34	48	15	7	27	8	
" 21—30 "	33	24	33	36	27	11	22	14	
" 31—40 "	14	8	12	18	11	5	7	7	
" 41—50 "	8	5	5	6	3	2	3	3	
" 51—60 "	5	2	5	2	—	1	4	—	
po 60 "	2	1	4	4	—	—	4	—	
	102	66	100	125	65	28	72	37	

KOERNER zebrał przypadki niepowikłane i otrzymał.

	Meningitis.	Phlebitis.	Abscessus cerebri.	Abscessus cerebelli.
Od 1—10 lat	1	8	18	4
" 11—20 "	9	16	17	14
" 21—30 "	13	12	23	12
" 31—40 "	4	5	21	10
po 40 "	9	2	—	—
	36	43	79	40

⁶⁾ Arch. f. Ohrenhk. T. 27. Str. 126.

wania zaburzeń wewnątrzczaszkowych prawostronnych upatruje w tem, że zatoka poprzeczna prawa przeciętnie (70%) jest obszerniejsza i głębiej zachodzi w wyrostek sutkowy i podstawę piramidy kości skalistej, aniżeli ze strony lewej.

Taki stosunek anatomiczny zależy ma od tego, że droga dla krwi, odpływającej z podstawy czaszki przez zatoki do serca, z prawej strony jest krótsza i ma kierunek więcej prosty, aniżeli ze strony lewej. Według RÜDINGER'a zaś, znaczniejszy odpływ krwi z prawej zatoki pochodzi stąd, że krew z zatoki podłużnej opróżnia się przez zatokę poprzeczną prawą, zaś *v. magna Galeni*, zawierająca mniej krwi—przez zatokę lewą. Z tego wynika, że ściana kostna, oddzielająca ognisko ropne, próchniejące, cholesteatomat lub martwak od

C. Powikłania z jedną chorobą lub z kilkoma.

	Ilość przyp. 200. ROBIN.	Ilość przyp. 272. HESSLER.
Meningitis, abscessus cerebri	55	33
„ phlebitis	28	12
„ phlebitis, abscessus cerebri.	29	—
„ „ „ cerebelli	14	6
Abscessus cerebri, phlebitis	3	25
Meningitis, abscessus cerebri, cerebelli, phlebitis.	1	—
Phlebitis	24	73
Abscessus cerebri	22	67
Meningitis et meningo-encephalitis	20	—
Abscessus cerebelli	4	43
„ „ „ cerebri	—	6
„ „ „ pontis Varolii	—	2
Meningitis, abscessus cerebri et cerebelli	—	1
Meningitis, thrombosis sinuum	—	4

D. Płeć chorych.

	HESSLER.	ROBIN.	KOERNER.	FORSELLES.
Mężczyzn	229	134	61	98
Kobiet	114	66	30	40

E. Czas wystąpienia powikłań po ukazaniu się ropienia w uszach.

	ROBIN 149 przyp.	GUERDER 70 przyp.	FORSELLES 113 przyp.
Mniej niż tydzień	14	—	—
Od 1 do 4 tygodni	14	—	—
„ miesiąca do 1 roku	27	10	10
„ 1 roku do 2 lat	12	5	4
„ 2 lat do 3	8	3	9
„ 3 „ „ 5	8	6	9
„ 5 „ „ 10	14	9	21
„ 11 „ „ 20	11	14	10
„ 21 „ „ 30	7	15	3
„ 31 „ „ 40	5	5	—
Więcej niż 40	3	3	—
Czas długi lecz nieokreślony	26	—	31 długo. 16 od dzieciństwa.

F. Stosunek wzajemny rozmaitych powikłań.

	ROBIN.	HESSLER.	KOERNER.	PITT.	Własne.
Meningitis	125	102	31	15	17
Phlebitis	65	66	43	22	11
Abscessus cerebri	100	145	41	18	6

opon mózgowych, substancji mózgowej i zatoki poprzecznej ze strony prawej, będzie cieńsza w 70%, aniżeli ze strony lewej; ropa po stronie prawej łatwiej przeto przebijie kość i przedostanie się do jamy czaszkowej, lub też, przy nienaruszonej kości, pierwiastki chorobotwórcze ze strony prawej łatwiej osiągną przedłużenia opony twardej z ich naczyniami chłonnymi i krwionośnymi, aniżeli ze strony lewej. A ponieważ opisana różnica w budowie obydwóch kości skroniowych znajduje się w stronie zwróconej do mózdzku, przeto sprawy chorobowe *resp.* ropnie mózdzkowe najczęściej po stronie prawej mieścić się będą. Z tych samych powodów opuszka żyły szyjowej ze strony prawej wnika głębiej w kość, aniżeli z lewej. KÖRNER nadto wykazał, że u osobników krótkogłowych, dół zagięty (*fossa sigmoidea*) po obydwóch stronach leży w kości głębiej ku przodowi i nazewnątrz, aniżeli u długogłowych; a stąd u pierwszych, mających sklepienie jamy bębenkowej cieńsze i często z brakami wrodzonymi, niebezpieczeństwo przejścia sprawy ropnej z kości skroniowej do jamy czaszkowej jest większe, aniżeli u ostatnich. FORSELLES i ROBIN nadto przekonali się, że prawostronne zakrzepy zatok mózgowych są częstsze u mężczyzn, niż u kobiet. Nawet ROBIN twierdzi, że lewostronny zakrzep częstszy jest u kobiet.

Z pomiędzy przyczyn przypadkowych, najważniejszą stanowi utrudniony odpływ ropy; taki stan bowiem sprowadza powiększenie ciśnienia w jamie bębenkowej, to zaś ułatwia przedostanie się ropy do jamy czaszkowej. Zatrzymanie ropy może mieć miejsce przy nienaruszonej błonie bębenkowej, zarówno jak i przy przedziurawionej. Przyczyniają się do tego obrzmienia ścian przewodu słuchowego zewnętrznego: polipy, ziarnina, cholesteatomat, ciała obce, nowotwory złośliwe, woszczek uszny, proszki lecznicze, narośle kostne, jeżeli jednocześnie i trąbka EUSTACHIUSZA jest nieprzenikliwa. Te same skutki, co utrudniony odpływ ropy, sprowadza zastój jej, zserowacenie lub rozkład w komórkach kości skroniowej. Zapalenie wyrostka sutkowego sklerotyczne, towarzyszące bardzo często przewlekłym ropieniom w *antrum* i w jamie bębenkowej, nieraz stanowi ważną przeszkodę do wydostania się na zewnątrz ropy z kości. Ważnym momentem, sprzyjającym zatrzymaniu ropy, jest brak leczenia, a raczej leczenie niewłaściwe. W ropie, nie mającej odpływu, bardzo łatwo rozwijają się paciorkowce, gronkowce, diplokokki i całe masy laseczników pasorzytniczych i saprofitów; czasem nawet laseczniki gruzlicze. Paciorkowce i gronkowce grają najważniejszą rolę przy rozprzestrzenianiu się sprawy chorobowej na jamę czaszkową lub też przy powstawaniu zakażenia ogólnego. W ropie takiej, prócz działania swoistego mikrokoków, ważną rolę odgrywa działanie trucizn chemicznych, powstałych z rozkładu drobnoustrojów, t. j. ptomainy.

Jako przyczyny przypadkowe, uważać należy uderzenia i wstrząśnienia głowy, zbyt silne przestrzyknięcie ucha lub wyrostka sutkowego, przy obnażonej oponie twardej lub chorobliwie otwartym błędniku, rozmiękczenie starej, zserowaciałej ropy rozmaitemi kroplami, nieostrożne sondowanie jamy bębenkowej, wpędzanie powietrza do jamy bębenkowej, otworenie sklerotycznego wyrostka sutkowego, nadmierny wysiłek umysłowy, pewne choroby zakaźne, t. j. szkarlatyna, ospa, odra, róża, błonica, zapalenie płuc krupowe, ciąża, okres płodowy, nieżyty nosa i jamy gardzieliowej, wreszcie zaziębienie jamy bębenkowej. Sposób działania rozmaitych tych czynników na rozwój powikłań śmiertelnych musimy sobie objaśnić w ten sposób, że one wywołują przekrwienie i wysięk w jamie bębenkowej; to stanowi doskonałą glebę od-

żywcza dla różnych koków, a ponieważ już one przedtem miały grunt przygotowany w kości i w jamie czaszkowej, przeto działanie przyczyny przypadkowej rozwija w nich nowe życie i ułatwia szybkie przechodzenie ich do jamy czaszkowej, lub też bezpośrednio do krwiobiegu.

Z tego wszystkiego, cośmy powiedzieli o przyczynach, możemy wyprowadzić wniosek, że stan ogólny ustroju stanowi przyczynę najważniejszą, podtrzymującą sprawy ropne w uchu i sprzyjającą rozwojowi powikłań śmiertelnych. Ażeby jednak ten wpływ stanu ogólnego stał się czynnym, na to potrzebne jest zwykle działanie przyczyny przypadkowej.

Pojawienie się raz jednego, innym razem drugiego powikłania w jamie czaszkowej *resp.* w rozmaitych miejscach narządów wewnątrzczaszkowych, zależy w wielkiej liczbie przypadków od stosunków anatomicznych ogniska chorobowego do części sąsiednich. Już TOYNBEE w r. 1851 stwierdził, że choroby przewodu słuchowego zewnętrznego i wyrostka sutkowego prowadzą do zajęcia zatoki poprzecznej i mózdzku; choroby jamy bębnekowej — do zajęcia wielkich półkół mózgu, zaś sprawy ropne przedśionka i ślimaka — do zajęcia rdzenia przedłużonego. Zdanie to po dziś dzień nie straciło znaczenia swojego. Fakt ten łatwo sobie wytłumaczyć w sposób następujący: ponieważ przy powikłaniach mózgowych chorób usznych kość często jest chorobliwie zmieniona aż do samej opony twardej⁷⁾, ropa przeto w tych miejscach łatwiej przedostaje się do jamy czaszkowej; przy kości nienaruszonej ropa wybierze drogę najdogodniejszą i najbliższą z pomiędzy wyżej opisanych. W każdym razie uważać należy za prawidło dla większości przypadków, że choroby mózgu, opon mózgowych i zatok ich biorą początek z miejsca, skąd ropienie przyczynowe w kości skroniowej przedostało się do wnętrza czaszki.

Stosunek powikłań śmiertelnych do zapaleń ropnych narządu słuchowego oraz do cierpień tego narządu wogóle, dotąd nie daje się ściśle określić. Ten i ów z autorów starał się osiągnąć pewne pod tym względem wyniki, wszelako spostrzeżenia jednej osoby, choćby ta miała do swojego rozporządzenia materiały najobfitszy, będą niedostateczne, dlatego głównie, że sprawy ropne w uchu i wynikające z nich powikłania najczęściej trwają długo i rzadko udaje się jednemu lekarzowi obserwować chorego od początku do końca jego choroby. Lekarze uszni spotykają się najczęściej z przypadkami trudnymi i niewyleczalnymi; jeśli kto z podobnych przypadków i zejścia ich zechce wyprowadzić wnioski, łatwo może dojść do wyników fałszywych i poglądów bardzo pesymistycznych⁸⁾. Wogóle jednak większość lekarzy przyj-

⁷⁾ KOERNER podaje 109 przypadków różnych powikłań śmiertelnych ucha: w tych 86 razy kość była chora aż do opony twardej, w 8 cierpienie kości nie sięgało tak głęboko, zaś w 15 kość była zupełnie zdrowa.

⁸⁾ BUEBKNER zebrał statystykę różnych autorów i znalazł na 33,107 chorych usznych 104 przypadki śmiertelne czyli 0,3%. RANDALL miał na 5000 chorych 15 zejść śmiertelnych. BEZOLD liczy na 325 przewlekłych ropień z ucha 7 śmierci, z tych jednakże 3-ch chorych zmarło skutkiem gruźlicy płucnej. CHAUVEL miał na 1137 ropień z ucha średniego 10 zejść śmiertelnych. SCHWARTZ podaje na 8425 przypadków chorobowych ucha średniego i wewnętrznego w armii pruskiej 30 przypadków śmiertelnych czyli 0,35%. BARKER słusznie zwraca uwagę, że liczby te są za niskie; wiele bowiem ciężkich przypadków chorobowych dostaje się wprost do szpitali. Autor ten, zebrawszy materiały z University College Hospital i z istniejącej przy nim polikliniki, otrzymał 2½% śmierci na 820 ropień ostrych i przewlekłych w latach 1877—1888. Moja własna statystyka od r. 1888—1894, t. j. oparta wyłącznie na materiale szpitalnym, wykazuje 34 przypadki śmiertelne na 2516 czyli 1,31%. Cyfrę tę uważam za najbardziej zbliżoną do prawdziwej cyfry śmiertelności przy chorobach ucha, ponieważ ona

muje za niską cyfrę śmiertelności; pochodzi to stąd, że przy badaniu chorego ustroju ucho pozostawia się zwykle na uboczu i sędzę, że niejeden niewyjaśniony przypadek śmierci przestałby być zagadkowy, gdyby zwracano uwagę na ucho. Nawet przy sekcyach ucho dość rzadko uwzględniane bywa. Nie ulega wszelako najmniejszej wątpliwości, że wiele przypadków chorobowych, figurujących w sprawozdaniach jako: ropień mózgu, zapalenie opon mózgowych, ropnica, stanowczo powinny być zamieszczone w dziale *otitis* i uważane za powikłanie ostatniego. Nie dosyć na tem; wiele przypadków chorobowych, oznaczanych jako apopleksya, *eclampsia infantum*, gruźelki ostre, tyfus, złośliwa gorączka przepuszczająca, gościec stawowy, zapalenie płuc i opłucnej, uwiąd, przy bliższem rozpatrzeniu się w nich należy do rzędu powikłań spraw ropnych narządu słuchowego, a mianowicie do całej grupy spraw ropnico-posocznicowych. Ażeby określić i odpowiedzieć na pytanie nader ważne w znaczeniu praktycznem i prognostycznym, ilu ludzi umiera skutkiem spraw ropnych w uchu, do tego potrzebny jest materiał wieloletni wielu klinik, gdzieby sekcyja w każdym przypadku wykazała niezbicie zależność śmierci od cierpienia ucha.

Powikłania wewnątrzczaszkowe mogą umiejscowić się we wszystkich częściach składowych zawartości jamy czaszkowej. Mózg i jego części dodatkowe, mózdzek, opony mózgowe, tętnice i zatoki żyłne, ulegają w rozmaitym stopniu sprawom chorobowym. Ostatnie zwykle nie występują pojedynczo, jako czyste postacie kliniczne i anatomiczne, lecz zwykle ich bywa jednocześnie po kilka z przewagą jednej z nich. (D. c. n.).

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O chorobie Parkinson'a

podał Z. Bychowski.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 33).

II.

Opisy badań pośmiertnych, dotyczących choroby PARKINSON'a, nie należą do rzadkości w piśmiennictwie lekarskiem. Trzeba jednakże zachowywać się wobec nich z wielką ostrożnością, szczególnie wobec dawniejszych. Wiemy przecie, że wieloogniskowe stwardnienie mózgu i rdzenia często przyjmowano mylnie za chorobę PARKINSON'a. KETSCHER⁸⁹⁾, który niedawno zajął się szczegółowym rozbiorem krytycznym danych anatomo-patologicznych, cały szereg przypadków zupełnie wyklucza, jako niemający nic wspólnego z chorobą PARKINSON'a. W niektórych bowiem razach drżenie było tylko „obja-

zawiera chorych, którzy przez czas długi byli spostrzegani w szpitalu. Ogólna liczba chorych usznych szpitalnych za ten okres sześciolletni wynosiła 7539 (chorych stałych 2516, ambulatoryjnych 1927 i przysyłanych na obserwację 3096), stosunek śmiertelności do tej cyfry wynosi 0,45%; ostatnie dwie kategorie wyłączyłem wszelako, gdyż niewiadomo, co się z chorymi stało t. j. ilu z nich umarło.

⁸⁹⁾ Zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans. Zeitschrift für Heilkunde. XIII Bd.

wowe, wywołane cierpieniem mózgu“, a w innych zależało od stwardnienia mózgu i rdzenia; w każdym razie miało się do czynienia nie z chorobą PARKINSON’a, lecz z jednym z jej klinicznych objawów. Oczywiście, że i twierdzenie KETSCHER’a nie jest zupełnie bez zarzutu. Wobec niezawsze dokładnych, wszystkie objawy uwzględniających historii chorób, trudno wreszcie stanowczo powiedzieć, że drżenie było tylko objawem, wywołanym cierpieniem mózgu. Może rzeczywiście odpowiedni autorowie mieli do czynienia z prawdziwą chorobą PARKINSON’a, która była spowodowana albo właściwymi zmianami w mózgu, albo przypadkową ich kombinacją.

O zmianach anatomicznych wspomina już sam PARKINSON. W jednym przypadku znalazł on stwardnienie mostu, rdzenia przedłużonego i szyjowej części rdzenia kręgowego. MARSCHALL-HALL widział stwardnienie mostu i wzgórków czworaczych. W przypadku SKODY⁹⁰⁾ ściany komór mózgowych, sklepienie, most, rdzeń przedłużony, rdzeń, były twarde (*auffallend derb*), nerwy wzrokowe spłaszczone i stwardniałe. Pochwa nerwów (*neurilemma*) górnych kończyn była zgrubiała, a mięśnie tłuszczowo zwyrodnione. MESCHÉDE⁹¹⁾ znalazł w tylnym prawym zrazie szare masy, które po części zlewały się z korą zawojów, po części zaś były oddzielnie rozrzucone. Istota korowa zrazów czołowych i potylicowych była wybitnie stwardniała. Tak samo wzgórki wzrokowe i ciała prążkowane (*corpora striata*) były w niektórych miejscach stwardniałe. LEBERT⁹²⁾ znalazł w górnej części rdzenia stwardniałe ognisko. SCHULZE⁹³⁾ spostrzegał w rdzeniu szare ogniska, które pod drobnowidzem przedstawiały obraz zwyrodnienia „sklerotycznego“. Mózg w tym przypadku nie był zbadany. HERTERICH⁹⁴⁾ skonstatował następujące zmiany makroskopowe: W górnej części zgrubienia szyjowego na przekroju poprzecznym nieprawidłowe ogniska szarej substancji w postaci długich wyrostków; tylne rogi nie dają się odróżnić od przenikających z obwodu wyrostków; przedni lewy pęczek i otoczenie lewego rogu przedniego zmienione; o dwa cm. niżej pęczek boczny lewy zwyrodniony, a na obwodzie kilka szarych ognisk. Mózg miał twardą (*derb*) konsystencję. Pióro pisarskie bliznowato zgrubiałe, *ependyma* skurczona, Na przekroju poprzecznym całkowite zwyrodnienie zatoki skośno-czworobocznej (*fossa rhomboidalis*). Między mostem a czwartą komorą ognisko rozmiękczenia, które przechodzi i na lewą odnogę mózgową. STOFFELLA⁹⁵⁾ widział u 79-letniego starca z kliniki OPPOLZER’a zanik mózgu z wtórnym obrzękiem opon mózgowych i komór, małą jak groch torbiel apoplektyczną w prawym wzgórku wzrokowym. Most i rdzeń przedłużony były stwardniałe, naczynia na podstawie mózgu zwapniałe. W pęczkach bocznych rdzenia, zwłaszcza w części lędźwiowej, szaro-ciemne smugi. CHWOSTEK⁹⁶⁾ widział stwardnienie kory prawego zrazu skroniowego i prawego rogu AMMON’a (chory zmarł w 43-im roku życia, od 27-go roku dotknięty był drżeniem lewej połowy ciała). Badanie drobnowidzowe wykazało zupełny zanik dużych piramidalnych t. zw. ruchowych komórek w rogu AMMON’a. COHN⁹⁷⁾ w jednym przypadku stwierdził wybitny zanik mózgu, a w drugim

⁹⁰⁾ Według artykułu Eulenburg’a w dużym podręczniku Ziomssen’a.

⁹¹⁾ Virchow’s Archiv. Bd. L.

⁹²⁾ Handbuch der praktischen Medicin. Bd. II. S. 633 według Eulenburg’a.

⁹³⁾ Virchow’s Archiv. Bd. 68.

⁹⁴⁾ Zur Lehre der Paralysis agitans. Würzburg. 1878.

⁹⁵⁾ Według Eulenburg’a.

⁹⁶⁾ Wiener med. Wochenschrift. 1871.

⁹⁷⁾ Wiener med. Wochenschrift. 1860.

zanik rdzenia na wysokości drugiego kręgu szyjowego. LEYDEN ⁹⁸⁾ znalazł u chorego, dotkniętego „prawostronną *paralysis agitans*“, mięsaka wielkości jabłka w lewym wzgórku wzrokowym. U innego chorego, dotkniętego także prawostronną *paralysis agitans*, VIRCHOW ⁹⁹⁾ znalazł kostniaka w lewym wzgórku wzrokowym. BERGER ¹⁰⁰⁾ przy prawostronnej *paralysis agitans* znalazł mięsaka w lewej wyspie (*insula Reilli*). BAUER ¹⁰¹⁾ opisuje zgrubienie opony pajęczej. Rdzeń przedłużony i górna część mleczka znacznie zmniejszone, tak samo most, zwłaszcza z lewej strony. Prawa odnoga mózgu i wzgórek wzrokowy mniejsze, niż lewe. W drugim przypadku BAUER'a opona naczyniowa była tylko zmętniała, mózg i rdzeń nieco zanikłe. ROSENTHAL ¹⁰²⁾ skonstatował rozmiękczenie mostu, po części i rdzenia przedłużonego i brak spoidła wielkiego (*corpus callosum*). JOFFROY ¹⁰³⁾ znalazł u 3-ch chorych z kliniki CHARCOT'a obliterację kanału środkowego mleczka, wskutek rozrostu nabłonka ependymy, pigmentację komórek, szczególnie w słupach CLARK'a ¹⁰⁴⁾. Oprócz tego, w jednym przypadku było ognisko sklerotyczne w okolicy mostu, a w drugim pozostałości dawnego zapalenia opon w okolicy pióra pisarskiego. Analogiczne zmiany znalazł także DEMANGE, a mianowicie zanik kanału środkowego, dzięki rozmnożeniu komórek w ependymie, i zwyrodnienie, względnie zupełny zanik komórek w słupach CLARK'a. W przypadku DEMANGE'a było także stwardnienie pęczków GOLL'a i rozrost tkanki łącznej z zewnętrznej strony tylnych korzeni wzdłuż całego prawie rdzenia. DOWSE ¹⁰⁵⁾ opisuje 1) pigmentację komórek nerwowych na wysokości krzyżowania się piramid, w oliwce i w jądrze 9-ej pary nerwów; 2) stwardnienie prawego bocznego pęczka z drobnymi ogniskami zwyrodnienia klejowatego; 3) analogiczne zmiany w ciałku prążkowanym i istocie białej półkul mózgowych. DUBIEF ¹⁰⁶⁾ w dwóch przypadkach znalazł następujące zmiany: 1) Duże komórki przednich rogów po większej części mocno zabarwione, wskutek czego jądro tu i owdzie jest niewidzialne. 2) W wielu komórkach karmin barwi tylko jądro i otaczającą je protoplazmę, reszta zaś protoplazmy nie barwi się zupełnie. 3) Analogiczne zmiany wykazują komórki w słupach CLARK'a i tylnych rogach. 4) Obliteracja kanału środkowego wskutek rozrostu komórek *ependymae*, które miejscami zawierają dużo barwnika. 5) Zgrubiałe smugi tkanki łącznej na obwodzie rdzenia. 6) Włókna nerwowe nieprawidłowych kształtów, po części napęczniałe, po części bardzo cienkie lub zupełnie zanikłe. 7) *Corpora amylacea*, most i rdzeń przedłużony wykazują analogiczne zmiany, lecz w mniejszym stopniu. TEISSIER ¹⁰⁷⁾ w swoich dwóch przypadkach widział rozlane stwardnienie bocznych pęczków, zwężenie włókien nerwowych, lecz z zachowaniem cylindrów osiowych.

⁹⁸⁾ Virchow's Archiv. Bd. 29.

⁹⁹⁾ Die krankhaften Geschwülste, według Ketscher'a.

¹⁰⁰⁾ Według Ketscher'a.

¹⁰¹⁾ Annalen der städt. allgem. Krankenhäuser in München. Bd. I. Gruppe 5. Według Koller'a. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans.

¹⁰²⁾ Diagnose und Therapie der Nervenkrankheiten.

¹⁰³⁾ Gazette des hôpitaux. 1871. Archives de physiologie normale et pathologique. 1871—2, według Koller'a.

¹⁰⁴⁾ Revue méd. de l'est. Nancy. 1879, według Koller'a.

¹⁰⁵⁾ Według Koller'a.

¹⁰⁶⁾ Essai sur la nature des lésions dans la maladie de Parkinson. Thèse. Paris. 1887.

¹⁰⁷⁾ Lyon méd. T. 58. 1888.

Wszystkie wyżej przytoczone dane odznaczają się brakiem dokładności, tak ze strony klinicznej, jak i anatomicznej. Szczególnie pod tym ostatnim względem widzimy, że zmiany były znajdowane w różnych częściach układu nerwowego, zaczynając od opon rdzenia i kończąc na istocie szarej dużych półkul. Już ta różnorodność zmian anatomicznych każe powątpiewać o genetycznej ich łączności z klinicznymi objawami choroby PARKINSON'a. Sądząc z opisu anatomicznego, zdaje się niekiedy, że ten lub ów autor miał do czynienia z wieloogniskowym stwardnieniem rdzenia, mózgu, *chorea posthemiplegica* i t. p.

(D. c. n.).

O klimacie górskim

Podhala tatrzańskiego i stacyi klimatycznej w Zakopanem,

przez D-ra Władysława Florkiewicza.

Rzecz osnuta na uwagach przeznaczonych dla Zjazdu lekarzy i przyrodn. polskich we Lwowie w r. 1894.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 45).

Na podstawie tych wskazówek, jakich dostarcza obecny stan klimatologii, nie można liczebnie określić, jakie wyniesienie nad powierzchnię morza jest najpożądane dla leczniczej stacyi klimatycznej. Jak przy gruźlicy płuc otrzymywać można pomyślne wyniki leczenia w miejscowościach, różnie wyniesionych ponad powierzchnię morza, w klimatach: stepowym, leśnym i nadmorskim, na co D-r A. SOKOŁOWSKI tak słusznie zwraca uwagę w pracy powyżej wymienionej; tak i przy innych chorobach, wymagających leczenia klimatycznego, wskazane być mogą przeróżne miejscowości klimatyczne, odpowiednio do objawów patologicznych, które w danych poszczególnych przypadkach uwydatnić powinno ściśle rozpoznanie. Niemniej jednak, gdy ocena zjawisk fizycznych, zachodzących w atmosferze ziemskiej, wykazuje, że w strefie umiarkowanej kontynentu europejskiego, na wysokości około 1000 metrów nad powierzchnią morza, występują czynniki atmosferyczne, które same przez się są doniosłemi, a dodatniami podniećcami, a pomiędzy nimi aseptyczność powietrza pierwsze zajmują miejsce; choć więc wyniesienie odnośne nie tworzy wyłącznej racyi bytu stacyi klimatycznej, jest jednak niezbędne dla stacyi leczniczej *κλῆσις* górskiej, t. j. takiej, która w otaczającej ją atmosferze posiada warunki fizyczne, na których wpływ liczyć można, po uznaniu, iż przeważnie wskazano jest oddziaływanie na ustrój schorzały lub wątły przez pośrednictwo wiadomych czynników klimatu górskiego. O pomienionych czynnikach i leczniczem ich działaniu, stwierdzonem przezemnie w stacyi klimatycznej Zakopańskiej, pozwolę sobie nadmienić pokrótce.

1) Zgodnie ze stwierdzonem w klimatologii prawem, iż w miarę wznoszenia się terenu nad powierzchnię morza, ilość wszelakich drobnoustrojów zmniejsza się w atmosferze, czystość powietrza w Zakopanem nie pozostawia nic do życzenia więcej, nad to, aby takiem, jak obecnie, pozostało ono na przyszłość. Gdy na wniosek D-ra St. PONIŹY, Wydział Towarz. Tatrzańskiego zarządził zbadanie bakteriologiczne tego powietrza, sprawozdanie z wyników poszukiwań, dokonanych w r. 1891 przez D-ra KRYŃSKIEGO, pomieszczone w Pamiętniku tegoż Towarzystwa za rok następny, wykazało, że w czterech, dosyć odlegle od siebie położonych miejscowościach znaleziono w powietrzu minimalne tylko ilości drobnoustrojów, wyłącznie niechorobotwórczych, i że względnie większą nieco ilość ich oraz rzekomo pojedyncze okazy gronkowca ropotwórczego znaleziono przy dworcu tatrzańskim. Komisyja stacyi klimatycznej w uznaniu potrzeby ponowienia badania odnośnego i to podczas różnych pór roku, zaprosiła w roku bieżącym prof. BUJWIDĄ, aby je ponownie wykonał. Wyniki badania tego okazały się jeszcze pomyślniejsze. W dniu 25. VI. b. r. prof. BUJWID osobiście, a w obecności przewodniczącego Komisyi, wziął w miejscach, dosyć od siebie odległych, dwie próby do badania na ilość bezwodnika węglowego, a 5 prób do badań bakteriologicz-

nych. Badanie wykonane zostało w pracowni higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego. W dwóch pierwszych próbach znaleziono w 1 litrze powietrza 0,5 CO₂. W pięciu następnych próbach znaleziono w 10 litrach powietrza (liczono przeciętną ilość bakteryi spadłych na płytkę PETRI'ego o 10 cm. średnicy w ciągu 10 minut)

w 1-ej	12 bakteryi (w tem 2 pleśni)
" 2-ej	24 " (" 4 ")
" 3-ej	35 " (" 10 ")
" 4-ej	25 " (" 9 ")
" 5-ej	21 " (" 6 ")

Nigdzie nie znaleziono bakteryi chorobotwórczych. Orzeczenie prof. BUJWIDA brzmi: powietrze z powodu własności chemicznych i małej ilości bakteryi uważać należy za bardzo czyste.

2) Rozrzedzenie powietrza, którego zmniejszone ciśnienie barometryczne, jak to wykazują tablice powyższe, wynosiło w Zakopanem średnio w roku 1892/3 682,8 mm., a w roku 1893/4 683,5 mm., sprawia, jak wiadomo, że oddechy stają się głębsze, a niekiedy częstsze i że następnie zwiększa się energia ruchów serca i krążenia krwi. Przejawy te, sprzyjające przedewszystkiem przedostawianiu się do płuc pożądanej ilości czystego górskiego powietrza, działają dodatnio nie tylko na sprawę oddechową, lecz i na inne sprawy życiowe ustroju. Jakoż przytaczany powszechnie objaw zwiększonego łaknienia i sprawności narządu trawienia pod wpływem klimatu górskiego, stwierdzałem prawie stale, zarówno u niedokrwistych i osłabionych, jak i dotkniętych zawiązkiem choroby przewlekłej, grożącym cięższą jej postacią. Objaw ten, będący zwiastunem prawie niezawodnym rychłej poprawy stanu ogólnego, można przypisywać zarówno pobudzeniu zakończeń nerwów obwodowych, oddziaływającemu na prawach odruchów, jak i bezpośredniemu wpływowi zwiększonej energii oddechu i krążenia. Inne objaśnienia można pominąć wobec faktu, że zwiększoną sprawność narządu trawienia pod wpływem powietrza górskiego stwierdziłem u osób pozbawionych wszelkiego ruchu, którym zalecone było ciągle leżenie na otwartem powietrzu, przez kilka tygodni trwające.

3) Na tem wyniesieniu nad powierzchnię morza, na jakim położone jest Podhale tatrzańskie, promienie ciepła słonecznego grzeją mocno, bo padają mniej ukośnie, niż w nizinach, i przechoǳąc przez powietrze rozrzedzone i suchsze, mniej podlegają t. zw. utajeniu. Bywa to mianowicie podczas zimy. Gdy zaś zmiany atmosfery w tejsze porze roku bywają stosunkowo małoznaczne i nieczęste, przeto też w ciągu obydwóch zim ostatnich, jak wykazują powyższe tablice, więcej, aniżeli w połowie dni każdego miesiąca, przy zupełnie pogodnem sklepieniu nieba i zupełnie nieruchomem powietrzu, temperatura w słońcu dochodziła do 20°C., a często przewyższała tę cyfrę. Pozwalało to osobom słabym przebywać po kilka godzin codziennie na wolnem powietrzu albo na worendach oszklonych, silniejszym zaś, do których zaliczam pewną liczbę obserwowanych tu dzieci wątłych, odbywać dłuższe spacery w stosunkowo lekkim ubraniu.

4) Odpowiednio ogólnemu prawu — stopniowego obniżania się temperatury w coraz wyższych warstwach atmosfery ziemskiej, zima na Podhalu tatrzańskim bywa stała i gruby pokład śniegu trwale przez jej przeciąg pokrywa tam ziemię. Najważniejszą z wielu korzyści, jakie to daje, stanowi brak owych nagłych zmian powietrza, szkodliwych dla zdrowia, a tak częstych na nizinach w naszym podniebiu. W ciągu dwóch lat ostatnich zrobiłem pod tym względem zajmujące spostrzeżenia. Zima z r. 1892 na r. 1893 była na nizinach bardzo ostra, a surowość jej wzmagaly niepomierne silno wiatry przy mrozach. W Zakopańskiej dolinie nie była ona wcale surowa, bo, jak powyższe tablice wykazują, w ciągu 5-iu miesięcy zimowych (listopad do marca 1892—3) średnia temperatury wynosiła —7,3°C., przez 75 dni przy najpiękniejszej pogodzie nie było żadnego wiatru, i było tylko 6 dni takich, w których temperatura obniżała się rano i wieczór do —25°C. Zima ostatnia, w pojęciu meteorologicznem, odpowiedniem naszymu podniebiu, na nizinach nie istniała prawie. W dolinie Zakopańskiej była łagodna, ale trwała od początku grudnia do początku marca, a stosunek dni pogodnych i bez wiatru, jak to wykazują powyższe tablice, był liczebnie nie mniej korzystny, jak w roku poprzednim. Z powodu średniego stopnia wyniesienia tej doliny i że ku niej zwrócony jest północny stok Tatr, przejście od zimy do wiosny bywa stopniowe i niema okresu doraźnego topnienia śniegów w górach ze wszystkimi jego następstwami, będącemi postrachem dla wyniosłych stacyi klimatycznych

alpejskich. Kto spędził tam zimę, a nie potrzebuje lub nie może pozostać nadal, może dowolnie oznaczyć sobie chwilę wyjazdu, przyspieszyć ją lub odroczyć. Wiatry górskie, zwane tam wiatrami halnymi, dlatego, że wieją od wspomnianych powyżej hal, są gwałtownymi poruszeniami powietrza względnie cieplejszego, działającymi szczególnie przygnębiająco na układ nerwowy u ludzi chorych i wrażliwych. Powtarzają się one w ciągu całego roku w różnych odstępach czasu, trwają od 1 do 3 dni, a przez dwa lata ostatnio zdarzyło się raz jeden, że w lutym 1893 r. wiatr halny wiał przez 7 dni z rzędu.

5) Ze względu na rozmiary, kształty i układ geologiczny doliny Zakopańskiej, warunki stacyi klimatycznej, wśród niej pomieszczonej, przedstawiają się bardzo korzystnie. Gubałówka zasłania ją od wiatrów północnych, rzadko tam odczuwanych, a częściej rozpoznac się dających z kierunku ruchu obłoków w wyższych sferach atmosfery. Szerokość doliny sprzyja wymianie powietrza zużytego w miejscach gęsto zabudowanych, oraz przejętego kurzem, przez świeżo i czyste, a niemniej sprzyja ona wszechstronnemu promieniowaniu ciepła słonecznego, powodującemu względne podwyższenie temperatury w powietrzu tej stacyi. Gdy za wyjątkiem pewnych miejscowości torfiastych, w całej dolinie Zakopańskiej pod cionką warstwą gleby urodzajnej leży kilka metrów wgłąb sięgający pokład grubego żwiru i okrągławych kamieni, naniesiony w ciągu wieków przez wody, z gór spływające, przeto też grunt ten przedstawia rodzaj sita z dużymi przestworami. Ten układ geologiczny sprawia, że z wyjątkiem pomienionych torfowisk o nieznacznych rozmiarach, reszta gruntu w dolinie obсыcha niezwykle prędko, a błoto istnieje tylko podczas padania deszczów; że opady atmosferyczne przez swe parowanie przyczyniają się bardzo mało do wilgotności powietrza; a nareszcie, że zanieczyszczenie gruntu może nastąpić o wiele powolniej, niż w innych warunkach.

6) Znaczenie ozonu nie zostało jeszcze dostatecznie wysświetlone, tak pod względem jego fizycznych własności, jak i chemicznego działania oraz roli, jaką odgrywa w fizjologii ustrojów roślinnych i zwierzęcych. Niemniej jednak, to, co obecnie wiemy o stosunkach ilościowych tego zagadkowego jeszcze czynnika w powietrzu, nie pozwala pomijać go przy ocenie zdrowotnych, klimatycznych własności atmosfery odnośnych miejscowości. Studya ozonometryczne wykazały bowiem, że w powietrzu czystym i świeżem nie brakuje nigdy ozonu, że zaś znika lub schodzi do *minimum* tam, gdzie powietrze zostało nasycone przetworami gnicia i rozkładu ciał organicznych; natomiast ilość ozonu zwiększa się zdala od ognisk gromadnego pożycia ludzi, w powietrzu wiejskiem i lesistem, ponad morzami, a szczególnie w powietrzu górskim. Jak cały zakres meteorologii, tak i ozonometria pozostała dotąd zaniedbana w Zakopanem. W stacyi meteorologicznej, urządzonej w roku przeszłym, jak to powyżej nadmieniałem, przy muzeum tatrzańskim, zaprowadzona została ozonometria dopiero od dnia 1 października b. r. i będzie prowadzona na przyszłość bardzo starannie. Ze jednak w powietrzu doliny Zakopańskiej znajdują się znaczne ilości ozonu, świadczą o tem: 1) ustęp z rozprawy D-ra D. WIERZBICKIEGO, pomieszczonej w „Krynicy“ № 13 z r. b.: „O wielkim wpływie miejsc górzystych i lesistych na ilość ozonu“; świadczą kilkomiesięczno tylko wprawdzie t. j. od sierpnia 1880 r. do lutego 1881 robione spostrzeżenia w Zakopanem; ale, co ważne, to, że bez uprzedzenia do rzeczy, bo przez prostego, a niewiedzącego, o co chodzi, człowieka dokonane i tylko z obserwacyami temi dokładnie obznajmionego. Z tych jego obserwacyi wychodząc, od sierpnia otrzymaliśmy średnie miesięczne:

7,8 8,4 8,9 8,7 9,6 9,5 8,8

gdy ze współczesnych krakowskich mamy także średnie:

3,6 2,8 3,1 2,4 2,7 3,2 3,1

czyli dla Zakopanego średnią miesięczną otrzymaliśmy 8,8, zaś dla Krakowa tylko 3,0; 2) to spostrzeżenie, iż w przeciągu pierwszych 20 dni października b. r. na stacyi przy muzeum tatrzańskim najniższą cyfrę na skali ozonometru stanowiło 8, a najwyższą 13, do której inne zbliżały się przeważnie.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

132. D-r KOSSEL, asystent Instytutu chorób zakaźnych w Berlinie. **O leczeniu błonicy surowicą krwi.** Wykład dla lekarzy wojskowych.

Leczenie surowicą BEHRING'a oparte jest na fakcie, że krew zwierzęcia uodpornionego na daną chorobę, może uodpornić drugie zwierzę tegoż gatunku, lub każdego innego, względem tejże choroby.

Dla otrzymania jadu błonicy według ROUX i YERSIN'a, zaszczepiają lasecznikiem KLEBS-LOEFFLER'a odżywczy bulion w dużych kolbach; po 4-ch tygodniach dodaje się 0,5% kwasu karbolowego lub 0,3% trójkresolu dla zabicia laseczników. Ciała tych ostatnich opadają po pewnym czasie na dno, płyn zaś przezroczysty, nad nimi będący, zawiera jad.

Zaszczepiając zwierzęciu coraz wyższe dawki tego jadu, uczynimy je odpornem. Po każdym zastrzyknięciu występuje u zwierząt gorączka, obrzmienie na miejscu przekłucia, a co najważniejsza, wyrabia się we krwi zwierząt antytoksyna w coraz to większej ilości. Zastrzyknięcia tak długo trzeba powtarzać, dopóki się we krwi nie wytworzy dostateczna ilość ciał ochronnych.

Kontrolowanie ilości we krwi wytworzonej antytoksyny opiera się na spostrzeżeniu BEHRING'a i KITASATO, według którego jad i antytoksyna, zmieszane w epruwetce, wzajem się zobojetniają. Na tem opiera się próba EHRLICH'a, do której używa się świnek morskich. Bierze się jad, którego działanie na świnki morskie dokładnie jest znane, w ilości 10 razy większej od najmniejszej dawki śmiertelnej. Przypuśćmy, że ta ilość równa się 0,1. Krew badaną bierze się w 5-u oddzielnych ilościach, np. 0,3—0,25—0,2—0,15—0,1; każdą z nich miesza się z 0,1 danego jadu i każdą z tych mieszanin zastrzykuje się 5-u oddzielnym świnkom morskim. Dajmy na to, że pierwsza świnka, której zastrzyknięto mieszaninę 0,1 jadu + 0,3 krwi, nie da żadnych objawów chorobowych; druga (0,1 jadu + 0,25 krwi) przedstawia nacieczenie w miejscu ułknięcia wielkości zaledwie ziarnka grochu; u trzeciej (0,1 jadu + 0,2 krwi) nacieczenie miejscowe jest większe; u czwartej świnki (0,1 jadu + 0,15 krwi) występuje miejscowa nekroza i świnka po 14-tu dniach padnie; piąta wreszcie (0,1 jadu + 0,1 krwi) po 2-ch dniach ostrego przebiegu zatrucia błonicowego padnie. Stąd wniosek, że 0,3 krwi badaney potrzebne jest do zupełnego zobojetnienia 10-krotnej dawki śmiertelnej jadu.

Dla ułatwienia porozumienia się co do leczniczej wartości surowicy przyjęto uważać jako normalną taką, której 0,1 ctm. sz. wystarcza do zobojetnienia 10-krotnej dawki zabójczej, przyczem 1 ctm. sz. zawiera jedną uodparniającą jednostkę. Tym sposobem surowica, której 0,01 zobojetnia dawkę zabójczą jadu, jest 10 razy silniejsza od normalnej, i w jednym ctm. sz. zawiera 10 jednostek uodpornionych.

Dowiadczena EHRLICH'a i KOSSEL'a wykazują, że wyleczenie błonicy u dzieci wymaga najmniej 500 jednostek uodparniających, to znaczy, że należy zastrzyknąć dziecku 10 ctm. sz. surowicy, 50 razy silniejszej od normalnej, lub 5 ctm. sz. surowicy 100 razy silniejszej od normalnej. Jeżeli próby wykazały, że krew zwierzęcia uodpornionego posiada taką siłę, wówczas zbiera się ją do naczyń wyjałowionych i wstawia się do lodowni. Oddzieloną jasną surowicę miesza się z 5% roztworem kwasu karbolowego dla zabezpieczenia od zepsucia,—i środek przeciwbłonicowy jest gotów do użycia.

Do uodparniania używa się koni, którym znaczne ilości krwi odciągnąć można.

Leczenie błonicy. Dyagnoza ustanawia się przez wykazanie laseczników błonicowych, już to zapomocą drobnowidza, gdy idzie o pośpiech, lub hodowli (kawałki błony rozcierają się na powierzchni stężałego agaru na płycie PETRI'ego).

Kiedy leczenie może być skuteczne? Jeżeli sprawa posunęła się na oskrzela i płuca, gdy tracheotomia już nie czyni ulgi, zapóźno jest myśleć o skuteczności surowicy. Jeżeli prócz laseczników błonicowych, istnieją inne, zwłaszcza paciorkowce, które wywołały obrzmienie gruczołów i dostały się do krwiobiegu, może surowica być korzystną, ale o pewności wyleczenia niema mowy. Jeżeli organizm dłuższy już czas pozostawał pod wpływem jadu, może surowica sprawić

natychmiastowe polepszenie, rokowanie jednak jest wątpliwe, ponieważ nie możemy ocenić zmian, które zająć już mogły w nerkach, mięśniu sercowym i nerwach. W takich, późno zgłaszających się przypadkach śmierć może nastąpić wskutek porażenia serca, pomimo zastosowania surowicy. Pomimo tego, nawet w najbardziej zropaczonych przypadkach należy stosować surowicę, która zaszkodzić nie może, a tylko korzyść przynosi.

Śmiertelność ogólna wszystkich przypadków błonicy, dostawionych do Instytutu, zmniejszyła się do 16%. Z dzieci, dostawionych w 1-szym lub 2-gim dniu choroby, żadne nie zmarło. KOSSEL jest przekonany, że każdy świeży przypadek błonicy prawdziwej daje się wyleczyć odpowiednią ilością antytoksyny.

Surowica nie wywiera żadnego szkodliwego działania, nie sprawia gorączki, nie wpływa niepomyślnie na nerki lub serce, nigdy po niej nie spostrzegano białkomoczu; niekiedy w miejscu zastrzyknięcia występuje bolesność po kilku godzinach, która nazajutrz sama znika; w niektórych przypadkach w kilka dni pokazuje się niewinna, pokrzywkowa wysypka.

Miejscowy wpływ środka objawia się przyspieszonym odejściem błon. Wyraźniejszy jest jeszcze wpływ antytoksyny na stan ogólny. W kilka godzin po zastrzyknięciu ciepłota zaczyna opadać, częstość tętna się zmniejsza. W przypadkach świeżych po 24 godzinach ciepłota i tętno stają się prawidłowe. Dziecko wesoło siedzi na łóżeczku, choć miejscowe zmiany są jeszcze obszerne. Jeżeli ciepłota znów wraca do dawnej wysokości (40°), dowodzi to powikłania, jak: *otitis media*, rozpoczynające się ropienie gruczołów, ostre wysypki lub zapalenie płuc.

Przy sprawach, podobnych do błonicy, anginach, szkarlatynie (gdzie niema laseczników LOEFFLER'a), ani ciepłota, ani tętno nie ulegają zmianie; przy prawdziwej błonicy brak obniżenia ciepłoty i tętna zależy od powikłań. W przypadkach zapóźnionych może przyjść do następnych bezwładów, w świeżych nie potrzebujemy się ich obawiać; sprawa nie przechodzi na krtań zdrową.

Zastrzyknięcia robią się w dolnych bocznych częściach klatki piersiowej, poniżej pachy, zapomocą strzykawki KOCH'a 10 centymetrowej.

Fabryka w Höchst sprzedaje surowicę w trzech różnych flaszkach, których zawartość musi być od razu zastrzyknięta. № I zawiera 600 jednostek uodparniających i może służyć w przypadkach świeżych 1-go i 2-go dnia. № II zawiera 1000 jednostek odtrutkowych, używa się w przypadkach zapóźnionych (więcej niż dwudniowych), ciężkich lub z zajęciem krtani. № III 1500 do 1600 jednostek odtrutkowych, używa się u dorosłych lub w spóźnionych przypadkach.

Jeżeli uważa się następnego dnia, że pierwsze zastrzyknięcie było niedostateczne, należy natychmiast zrobić drugie. Lepiej wszakże jest całą potrzebną ilość od razu zastrzyknąć. Z innych środków nie używa się nic, prócz utrzymania czystości jamy ust przez płukanie.

Do zapobiegawczych zastrzyknięć $\frac{1}{4}$ flaszki № I co 14 do 21 dni powtarzać; w razie, gdy wystąpi błonica po zastrzyknięciu—od razu całą flaszkę № I.

(*Deutsche med. Wochenschrift* N. 43).

W.

133. MICHAUX. O wczesnych zabiegach chirurgicznych w przypadkach przedziurawienia wrzodu okrągłego żołądka. Na ostatnim zjeździe chirurgów francuskich w Lyonie przedstawił M. szczegóły swego spostrzeżenia, dotyczące chorego, którego operował w 7 do 8 godzin po przedziurawieniu. Zeszycie przedziurawienia było trudne, wrzód znajdował się wysoko i głęboko w bliskości wpustu żołądka, brzości kruche rozdzierały się przy pociąganiu. M. był zmuszony sfałdować ściany żołądka i do pewnego stopnia wpochwić je, by zamknąć otwór. Pomimo trwania przetoki, nie łączącej się jednak z żołądkiem, wyzdrowienie zupełne i ostateczne otrzymano w 5 miesięcy po operacji.

Według danych, zebranych przez MICHAUX, przedziurawienie jest powikłaniem częstym wrzodu żołądka, 13 : 100 (BRINTON), spostrzega się częściej u mężczyzn po roku trzydziestym, u kobiet zaś wcześniej, a mianowicie pomiędzy piętnastym a dwudziestym piątym rokiem życia. Przyczyny urazowe, wysiłki często notowano. Faktem ciekawym jest, że chociaż wrzód częściej się zdarza na ścianie tylnej i w bliskości odźwiernika, przedziurawienia spostrzega się szczególnie na ścianie przedniej i w bliskości wpustu. Okoliczność mniej pomyślną stanowi to, że wrzód często bywa nie jeden tylko: BRINTON zebrał 97 takich przypadków na 463 spostrzeżeń. Gdy nastąpi przedziurawienie, powstaje wówczas zapalenie otrzewnej ogólne lub ograniczone albo przetoka śluzowa.

Jak rozpoznaje się klinicznie przedziurawienie? W przebiegu wrzodu z wyraźnymi objawami lub też nagle, w razie wrzodu ukrytego, rozwija się obraz cierpienia prawie zawsze taki sam, a mianowicie: bóle szalone w dołku, uczucie palenia i szarpania wewnątrz, wznagające się po przyjęciu jakiegoś pokarmu, skurcz mięśni brzusznych, brak tępości wątroby, wymioty rzadkie albo żadne, na koniec oznaki zapalenia otrzewnej z podniesieniem ciepłoty lub też upadek sił, ciepłoty i wzdęcie brzucha.

Z tych oznak wypływa bezwątpienia konieczność zabiegu chirurgicznego, podobnie jak to się widzi przy przedziurawieniu wyrostka robaczkowego i przy ranach kiszek po uderzeniu w brzuch. Wczesną operację, mającą na celu zapobiegnięcie lub zwalczenie zapalenia ogólnego otrzewny, po raz pierwszy zalecił i wykonał MIKULICZ w roku 1884, później inni poszli za jego przykładem.

Operacja składa się z następujących aktów: 1) cięcie brzucha pośrodkowe, badawcze, szerokie po nad pępkiem, by dobrze obejrzeć, odkazić, oczyścić gąbką i wodą gotowaną; 2) poszukiwanie przedziurawienia jednego lub paru z przodu i z tyłu; 3) jeżeli przedziurawienie jest łatwo dostępne, wycięcie i odświeżenie brzegów, jeżeli głęboko położone, sfałdowanie żołądka i zamknięcie w pewnej odległości przy pomocy szwów LEMBERT'a w dwa lub trzy rzędy.

Operację rzezoną wykonano 25 razy: pierwsze dziesięć przypadków zakończyły się śmiercią, z następnych piętnastu w pięciu nastąpiło wyzdrowienie, w 10 śmierć. Pierwszy pomysły wynik miał KRIEGE w Berlinie, następnie MORSE w Norwiche, MACLAREN w Carlisle, ROUX w Lozannie i ostatni MICHAUX. Z przeglądu opisanych spostrzeżeń widać, że większość niepowodzeń zależała od zbyt późnej interwencji lub też od przeoczonego przedziurawienia. Operacja jaknajwcześniej, w pierwszych pięciu godzinach, operacja rozległa, oto najważniejsze warunki, przy których pomyślne wyniki zdarzać się będą częściej a tym tylko sposobem uda się ochronić chorego od niechybnej śmierci.

(*Gazette des hopitaux* N. 122. 1894).

W. S.

134. MENDEL. **Bredzenie z omamami.** Jest to psychoza czynnościowa. Początek jej i cały przebieg cechują złudzenia zmysłowe, połączone z bezładnem bredzeniem (*incohärentes Irrereden*), błędnem postępowaniem (*Irrehandeln*) i znacznem ograniczeniem świadomości. Odróżniamy dwie postacie choroby: czynną i bierną. Podczas pierwszej — usposobienie chorego jest bardzo zmienne. Stan podniecony i przygnębiony ustępują sobie wzajemnie miejsca w przerwach godzinnych lub kilkunastu dniach. Powrót do zdrowia następuje po kilku tygodniach. Po wyzdrowieniu chory nie pamięta dokładnie swego stanu poprzedniego, ma jakieś pojęcie o jego początku i niektórych epizodach podczas przebiegu. Tętno, ciepłota prawidłowe. Sen i apetyt słabe.

Spokojna, bierna postać jest o wiele rzadsza. Chory robi niekiedy wrażenie człowieka, mającego widzenia senne.

W obu postaciach bywają okresy zupełnego przygnębienia (*stupor*) pod wpływem licznych strasznych omamów. Może dojść do zupełnego braku pobudliwości, stanu katalptycznego mięśni, zupełnego powstrzymania się od jedzenia, do mimowolnego oddawania moczu i kału.

Po krótkiej charakterystyce cierpienia autor nieco obszerniej opisuje niektóre cechujące właściwości choroby: omamy, bredzenie, stan świadomości, nastrój, zaburzenia mowy, rodzaj amencji i niektóre objawy fizyczne. Gdy bredzenie z omamami powstaje po cierpieniu gorączkowem, halucynacje wytwarzają się z odnośnych bredzeń. Najczęściej mamy omamy wzrokowe i słuchowe. Często zachodzą omamy ruchowe (podnoszenie się do nieba, zapadanie się pod ziemię). Główną cechą ich są szybkie zmiany treści. Bredzenie bezładne i nader zmienne. Stan świadomości zamuzyony. Zupełny brak zdolności oryentowania się co do osób, przestrzeni i czasu. Stan ten przerywają krótkotrwałe chwile jasne. Usposobienie chorego bardzo zmienne. Smutek i strach szybko ustępują miejsca zubożeniu. Brak pamięci niezupełny. Spotykamy zaburzenia mowy, polegające na wytwarzaniu nowych wyrazów dla nieznanego choremu zjawisk, zwłaszcza dla omamów słuchu, zmianę wymowy (*paraphrasia vesana* KUSSMAUL'a). Chory często przerywa zaczęte zdanie, powtarza wyrazy, które doszły doń drogą omamów (echo halucynacyjne) i kończy w sposób nierozumny zdanie, rozsądnie zaczęte. Z objawów fizycznych spostrzegamy: sen niespokojny lub bezsenność, ciepłotę normalną lub obniżoną,

tętno prawidłowe, łaknienie zmniejszone, niekiedy wprost wstręt do jedzenia pod wpływem omamów smaku i węchu, rzadko łaknienie bywa wzmożone, zaparcie stolca, moczu obfitujący w fosforany, niekiedy ze śladami białka, pocenie się, szybko mijające obrzęki górnych i dolnych kończyn, ich osłabienie w postaci drżenia i niepewnego chodu, w rzadkich przypadkach znieczulenie skóry, utratę węchu i smaku, wzmożone odruchy ścięgniste, zwłaszcza kolanowe.

Chorzy odnośni stanowią 3,7% ogółu chorych w zakładach dla obłąkanych. Mężczyźni zapadają częściej, niż kobiety. Najpodatniejsze są osoby w wieku lat 30—50, jakkolwiek pojedyncze przypadki notowano wśród dzieci i starców. Cierpienie omawiane ma związek z dziedziczną skłonnością do chorób nerwowych, często występuje po chorobach zakaźnych, zwłaszcza po zapaleniu płuc, zapaleniu opłucnej, dysenterji, róży, ostrym gościecu, tyfusie, grypie, wieloogniskowym zapaleniu nerwów, niekiedy po lekkich cierpieniach gorączkowych, jak po zapaleniu migdałków; należy wspomnieć i o okresie połogowym, nawet bez gorączki przebiegającym, okresach pooperacyjnych, również niegorączkowych, urazowych uszkodzeniach czaszki niezależnie od zmian traumatycznych w układzie nerwowym. U starców spotykamy je niekiedy po atakach apoplektycznych lub w związku ze zgorzelą starczą.

Cierpienie to należy odróżniać od bredzeń gorączkowych, intoksykacyjnych, od po-gorączkowych i po-epileptycznych. Niektóre z jego objawów spotykamy w paraliżu postępującym, melancholii, manii, *paranoia*, *dementia acuta*.

Choroba poprzedzona zostaje po większej części krótkim okresem przedwstępnym, niekiedy występuje nagle, zwłaszcza po urazach. Zupełnie, jak mania, melancholia i paranoia, może ono przebiegać peryodycznie. W 0,5 — 2 lat po zniknięciu może powrócić bez widocznego powodu. Ze wszystkich cierpień peryodycznych jest ono najrzadsze. Trwa 5—6 miesięcy, jakkolwiek autor spostrzegł przypadek z przebiegiem 15-to miesięcznym. Kończy się sprawa zazwyczaj pomyślnie. Ze wszystkich cierpień umysłowych daje ono najlepsze rokowanie. Statystyka zakładowa (70% wyzdrowień podług KRAFFT-EBING'a, 44,5% podług MEYNERT'a) nie może dostarczyć wiarogodnych danych. Jedynie bredzenie z omamami u starców kończy się w większości przypadków śmiercią. W rzadkich przypadkach, które nie zakończyły się wyzdrowieniem, po zniknięciu omamów wystąpiło osłabienie umysłowe, w jednym przypadku przeszło w *paranoia hallucinatoria*. Śmierć może nastąpić wskutek choroby, jaka poprzedziła obłąd, lub urazów, jakim uległ chory podczas cierpienia. Danych anatomopatologicznych, właściwych sprawie, nie wykryto.

Leczenie w zakładach specjalnych o tyle tylko jest konieczne, o ile w domu niema dogodnych warunków. Lekarstw należy unikać, zwłaszcza środków nasennych; nawet w największych ilościach mogą one nie działać. Do uspokojenia chorego podnieconego najwłaściwsza okazała się duboisina w ilości 0,0005—0,001, podskórnie podana; sulfonal, opium, morfina, chloral są bezskuteczne. Chory musi być odosobniony, leżeć w łóżku, okładany wilgotnymi prześcieradłami (ciepłota wody 24°) w przeciągu całych godzin, brać letnią kąpiel, godzinę trwającą, i dobrze się odżywiać z dodatkiem niewielkiej ilości wina i piwa. Piwo niekiedy w odnośnych przypadkach ma działanie nasenne.

(*Berliner klin. Wochenschrift*. 1894. N-r 29).

M. Biro.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 6 Listopada r. b.

TREŚĆ: 1) SOKOŁOWSKI—przedstawienie okazu płuca z otorbioną w niem kulą. 2) BORYSSOWICZ—odczyt: Sposoby zapobiegające powrotowi raka macicy po jej wycięciu przez pochwę. 3) KRAKÓW—przedstawienie przyrządów chirurgicznych.

1) Kol. SOKOŁOWSKI przedstawił mały odcinek płuca z otorbioną w niem kulą. Płuco pochodzi od chorego, zmarłego na gruźlicę. Chory przed 10 laty został wypadkowo postrzelony kulą rewolwerową pod lewą łopatkę; po wypadku chory miał krwiopłucie, które trwało kilka tygodni, poczem czuł się zupełnie dobrze. Od czasu do cza-

su jednak zaczęły występować mocno bóle, ograniczone do przestrzeni pomiędzy 8 a 9 zębem, rozpoczynające się od kąta łopatki. Przed rokiem wystąpiły objawy przewlekłej gruźlicy płuc, która stała się przyczyną śmierci chorego. Badanie pośmiertne wykazało, obok rozległej sprawy gruźliczej, w tylnej okolicy płuca lewego, w miejscu, odpowiadającym dolnemu kątowi łopatki, tuż pod opłucną — kulę rewolwerową w otoczce łączno - tkankowej. Kol. S. zaznacza, że bóle w okolicy międzyżebrowej zależały od obecności kuli. Następnie kol. S. wspominał wogóle o ciałach obcych, znajdujących w płucach, nadmienając, że większość z nich dostaje się tam drogą oskrzela z następczem zajęciem płuc pod postacią sprawy ropnej, ropno-zgorzelinowej lub sprawy rozrostowej z rozwojem tkanki łącznej. W niektórych przypadkach, przez kol. S. spostrzeganych, do sprawy przewlekło-zapalnej, wywołanej obecnością ciała obcego w oskrzeliu, a następnie w płucu, może przylączyć się sprawa gruźlicza. W rzadkich przypadkach ciało obce dostaje się wprost do płuc po postrzale lub przekłuciu klatki piersiowej. Sprawy te, wogóle ciężkie, wywołują wylewy krwawe do opłucnej, zapalenia, a nieraz i zgorzel; w wyjątkowych razach kula może się w zupełności otorbić.

W dyskusji prof. BRODOWSKI zaznacza, że ciała obce do płuca dostają się najczęściej nie przez krtań i oskrzele, ale, jako najczęściej ciała ostre, przebijają przełyk i tą drogą dostają się do płuc. Niekiedy ciało obce, po wywołaniu sprawy ropnej w płucu, może przebić ścianę oskrzela i w niem utkwieć. Prof. B. podobne przypadki spostrzegał.

W odpowiedzi kol. SOKOŁOWSKI, przyznając i taki sposób dostawiania się ciał obcych do płuc, zaznacza fakt niewątpliwy, że znane są przypadki, gdzie nawet znacznej wielkości ciała obce, przeslizgując się przez głosnię, mogą się dostać do oskrzela.

Kol. STANKIEWICZ komunikuje, że na 8 przypadków ran postrzałowych, jakie widział, w 6 było przestrzeleno na wylot, w 2 kula pozostała w płucu. Zarówno z pierwszej kategorii, jak i z drugiej zmarło tylko po jednym chorym. Reszta chorych wyzdrowiała.

Prof. BARANOWSKI zaznacza, że w przypadku kol. SOKOŁOWSKIEGO kula utknęła na powierzchni płuca, co świadczy, że pociśk był bardzo słaby. Tu efekt, jaki sprawiła kula, równa się wielu innym szkodliwościom, jakim podlegają płuca. Po urazach w płucu rozwinać się może zapalenie płuc krupowe, kataralne i t. p., zależnie od zarazka. Wobec tego, że w danym przypadku działanie szkodliwe kuli musiało być bardzo małe, nie można stawiać w zależności późniejszej sprawy gruźliczej u tego osobnika od urazu z przed 10 laty.

Kol. SOKOŁOWSKI w odpowiedzi zaznacza, że bynajmniej nie robił zależnem pojawienia się u chorego sprawy gruźliczej od urazu po ranie postrzałowej. Tylko bóle w międzyżebżu uważa za zależne od obecności kuli w płucu.

2) Kol. BORYSSOWICZ w odczycie swoim p.t. Sposoby, zapobiegające powrotowi raka macicy po jej wycięciu przez pochwę, zaznacza, iż nieulega najmniejszej wątpliwości, że wczesne rozpoznanie i operacja, dokonana w początkowym okresie rozwoju raka macicy, jest najpotężniejszym środkiem przeciw powrotowi cierpienia. Wobec jednak faktów, iż często w praktyce spostrzegać się dają raki macicy zaniedbane, należy używać środków, zapobiegających powrotowi cierpienia i w tych razach. Do środków takich kol. B. zalicza: 1) operowanie w zdrowych tkankach i jak najdalej od miejsc, zajętych przez sprawę nowotworową; 2) unikanie możliwości zaszczepienia cząstek nowotworu w ranę; 3) usunięcie blizny podejrzaną w 7 lub 8 tygodni po operacji. (Praca ta będzie drukowana w „Medycynie“).

3) Kol. KRAKÓW przedstawił przyrządy chirurgiczno swojego pomysłu, mianowicie przyrząd do wiązania grubych ligatur, zwłaszcza na więzy macicy oraz tkankę przymaczną przy wyjmowaniu macicy przez pochwę. Przyrząd ten czyli wiązadło (*constrictor*), jak go kol. K. nazwał, składa się z dwóch ramion równoległych, złączonych ze sobą w ten sposób, że zbliżając końce ramion, które stanowią rękojeść przyrządu i są nieco od siebie oddalone, rozwieramy przeciwnie końce przyrządu, które są zupełnie do siebie równoległe. Końce te mają kształt brzuśców palców u rąk z wyźłobieniami. Pośrodku przyrządu, mianowicie w tem miejscu, gdzie ramiona są ze sobą związane, znajduje się przyrząd do umocowywania końców ligatury zapomocą śruby. Wiązadło używa się w ten sposób, że przewiązawszy uprzednio więz lub tkankę ligaturą i to zapomocą węzła t.zw. chirurgicznego, zaciskamy go trochę, następnie asystent wprowadza wiązadło w ten sposób, aby końce przyrządu z wyźłobieniami przylegały do węzła ligatury; operujący zaś wkłada końce ligatury w wyźłobienia i następnie

umocowuje je zapomocą śruby, która się pośrodku przyrządu znajduje, tak, żeby końce ligatury były naprężone. Następnie miarowem ściskaniem rękojeści przyrządu rozwieramy przeciwnie końce, które w ten sposób, naprężając końce ligatury, zaciskają węzeł.

Przyrząd ten ma te dobre strony, że bardzo dobrze wiąże, bez użycia dużej siły ze strony wiążącego, następnie, używając wiązadła, operator unika poprzecinania palców ligaturami, nakoniec zawiązawszy ligaturę zapomocą wiązadła, operator może być pewny, że ligatura jest zawiązana mocno i nie zeslizgnie się, tem bardziej, że ścisnąwszy węzeł raz, można następnie powtórnie naprężyć końce ligatury i dociągnąć węzeł po raz wtóry. Rozumie się, że, jak do każdego, tak i do tego przyrządu jest konieczna wprawa, a zwłaszcza wyrobienie sobie czucia w ręku, o ile mocno węzeł zawiązany, gdyż przy nadmiernem zaciśnięciu można łatwo przeciąć tkankę lub więz, który przewiązujemy.

Oprócz wiązadła kol. KRAKÓW przedstawił jeszcze nożyczki i szczypce także swego pomysłu, ułatwiające operację EMMET'a, umożliwiając wykonanie jej przy bardzo nielicznej asystencji. Nożyczki przypominają nożyczki SIEBOLD'a, z tą różnicą, że ostrza ich są zgięte na płaszczyźnie pod kątem 145°, szczypce zaś są dość dużych rozmiarów, z ostrymi hakami na końcu i z zatrzaskiem. Skutkiem tego bardzo mocno chwytają, i schwytawszy mięsień szyi macicznej, trzymają go mocno. Operacja EMMET'a, jak wiadomo, polega na okrwawieniu brzegów pękniętej szyi macicznej i jej zaszyciu. Za pomocą nożyczek kol. K. można jednym cięciem okrwawić brzeg pękniętej szyi macicznej i w ten sposób bardzo szybko wykonać całą operację.

Oprócz tych przyrządów kol. K. pokazał jeszcze elewator maciczny, składający się z koła metalowego, umocowanego na ręczce tak, że przyrząd, wprowadzony do pochwy, kółkiem obchwytuje szyję maciczną i tym sposobem, opierając się o sklepienia, umożliwia podniesienie całej macicy do góry. Przyrząd ten może znaleźć zastosowanie przy wyjęciu macicy przez ranę brzuszną. Pierwszy raz zaprojektował ten przyrząd GUTBERLET w roku 1813.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

D-r L. LÖWENFELD.

Patologia i terapia neurastenii i histeryi.

(Wiesbaden, nakł. J. F. Bergmanna. 1894).

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 45).

Zaburzeniom układu krwionośnego poświęcony został obszerniejszy rozdział. Autor mówi tu o tachykardji neurastenicznej, niejednostajności akcji serca, wrażliwości neurasteników, odczuwających zachodzące w układzie krwionośnym perturbacje, czyli o hyperestezji serca i naczyń. Z pomiędzy rozmaitych objawów zaburzeń naczynioruchowych, autor wspomina o zaobserwowanym przez siebie wężykowatym przebiegu tętnic skroniowych u neurasteników w wieku lat dwudziestu do trzydziestu kilku, kiedy jeszcze ani śladu stwardnienia tętnic skonstatować nie było można. Autor nie tłumaczy tego zjawiska, dodaje tylko, że spostrzegał je u osobników, wystawionych na zmartwienia, wzruszenia i nadmierną pracę umysłową. Autor wspomina o przemijających obrzękach, przeważnie u neurasteniczek spostrzeganych.

Kilka słów poświęconych zostało i zaburzeniom układu oddechowego (kaszel, dusznica).

W obszernym rozdziale rozpatruje autor zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Niestrawność nerwową dzieli na postać słabą, nieuporządkowaną ogólnego odżywiania, i silną, która doprowadzić może do zatrważającego wycieńczenia; zaznacza niezgodność autorów w kwestji chemizmu i sprawności ruchowej żołądka przy ner-

wowej niestrawności. Zaparcie stolca jest według autora najczęściej pierwszym ogniwem długiego łańcucha zaburzeń żołądko-kiszkowych u neurasteników.

Następuje rozdział o zaburzeniach płciowych, który względnie do doniosłości omawianych zaburzeń jest w stosunku do innych rozdziałów mniej wyczerpująco traktowany.

O zmianach moczu mówi autor obszernie; fosfaturę i oksalurę uważa za rezultat zaburzeń ogólnej przemiany materii, zależnych od wpływów nerwowych; tak zwaną idyopatyczną oksalurę skłonny jest również odnieść do zaburzeń nerwowego pochodzenia.

W krótkości omówione zostały idyosynkrazje u neurasteników — autor ostrzega w tym względzie przed imaginacją chorych — oraz wrażliwość na wpływy barometryczne, które uznaje.

Klasyfikacja postaci neurastenii, oparta na zasadzie objawów i przyczyn, żadnej krytyce poddana nie została; autor wylicza ogólnie przyjęte postacie i częściej spotykanym poświęca oddzielną charakterystykę.

Co do neurastenii płciowej, autor jest zdania, że nie powstaje ona wyłącznie wskutek nadużyć płciowych, zarówno jak te ostatnie nie sprowadzają wyłącznie seksualnej postaci neurastenii. Wogóle dość obszerny rozdział o płciowej neurastenii uzupełnia braki rozdziału, traktującego objawy płciowe neurastenii.

Rozdział o neurastenii dziedzicznej ilustruje kilka odpowiednich obserwacji. Jako cechy tej postaci autor podaje: wybitnie wyrażone stany przymusowe (fobie), silnie przygnębiony nastrój, znaczny brak woli, oraz peryodyczne zmiany w przebiegu choroby.

Mówiąc o traumatycznej neurastenii, autor zaznacza, że charakteryzuje ją głównie etylogia. Najczęściej bywa to cerebrenia. W patogenezie tej postaci nie zawsze dominującą rolę gra uraz psychiczny, ustępuje on często wpływowi mechanicznego wstrząśnienia. Prognozę w tej postaci autor stawia ciężką *quoad valetudinem*, choć nie bezwzględnie.

W rokowaniu neurastenii większe znaczenie posiada długotrwałość choroby, niż natężenie. Łatwiej bywa usunąć ciężkie neurasteniczne objawy, które nie zdążyły się jeszcze zakorzenić, niż drobne, a zastarzałe. Mówiąc o przebiegu neurastenii, autor twierdzi, że mylny jest pogląd, jakoby neurastenii przechodziła w porażenie postępujące; zazwyczaj wstępny okres tego ostatniego fałszywie brany bywa za neurastenię. Również błędne jest zdanie o przejściu jej w wiar rdzeniowy. Psychozą, w którą neurastenii dość często przechodzi, jest melancholia.

W rozdziale „o teorii powstawania choroby“ autor dotyka dość pobieżnie poglądów rozmaitych autorów, sam najbardziej się skłania ku teoriom autointoksykacji komórek mózgowych i nieprawidłowego chemizmu ich spraw życiowych.

Ostatni rozdział traktuje o rozpoznawaniu neurastenii; stosunkowo szczupły, zawiera on sporo cennych wskazówek w trudnej często sprawie rozpoznania neurastenii i odróżnienia jej od pewnych organicznych chorób, jak *paralysis progressiva*, *tumores cerebri*, *lues cerebri* i t. d. Nieco tylko za pobieżnie traktowane jest wielkiej praktycznej doniosłości rozpoznawanie symulacji neurastenii (traumatycznej).

Rzecz o hysterii rozpoczyna autor po krótkim wstępie o podziale objawów na stałe (stygmaty) i niestałe, o wpływie rasy, kultury na ukształtowanie się tej lub owej postaci hysterii, — od obszernego rozdziału o zaburzeniach czuciowych i zmysłowych. Rozległa dziedzina tych zjawisk historycznych z bogatą różnorodnością swoich przejawów została przez autora wyczerpująco przedstawiona. Przytem autor, nie będąc rozwlekłym, ani niekrytycznym, zdołał dotknąć wszystkiego, co wiarogodni badacze na tem polu stwierdzili. Oczywiście, stoi autor na stanowisku nowoczesnych poglądów, czynnikowi psychicznemu przyznając pierwszorzędne znaczenie. Omawiając tak zwane *zones hysterogènes*, autor jakkolwiek nie uznaje krańcowych sądów np. BERNHEIM'a, według których są te zjawiska jedynie rezultatem sugestji, jednakże jest tego zdania, że częstość znajdowania tych pasów, ich niekiedy magiczny wpływ na powstawanie i stłumienie innych objawów hysterii, w tym przynajmniej stopniu, w jakim to przedstawia szkoła CHARCOT-PITRES'a, są stanowczo przesadzone, wskutek niedostatecznego uwzględnienia czynników suggestyjnych.

W sprawie porażen historycznych autor, oddając należne uznanie teorii psychicznego ich pochodzenia, twierdzi jednak, że dla wielu postaci jest ona niewystarczająca. Uznaje też on możliwość wyczerpania ośrodków (mózgowych lub rdzeniowych)

przez nadmierną ich czynność (np. w napadzie kurczowym), oraz wpływ zaburzeń odżywiania odpowiednich centrów z powodu zaburzeń krążenia naczyń ruchowego pochodzenia.

W rozdziale o kureczach klonicznych dotyka autor niektórych na czasie będących spornych kwestyi. Tak zwana *chorea electrica* w większości opisanych przypadków nie do histeryi zaliczona być winna, lecz do myoklonii; oponuje też autor przeciwko wcieleniu tej ostatniej w obręb histeryi, jakkolwiek przyznaje, że wiele, pod mianem *myoclonus* opisanych przypadków, do histeryi należy. Natomiast rozmaite postacie t. zw. *chorea rhythmica*, *spasmus saltatorius* w większości przypadków są objawami histeryi. Co się tyczy właściwej płasawicy (*chorea minor*), to autor uznaje ją za samodzielną jednostkę chorobową (infekcyjnego pochodzenia) i twierdzi, że objawy jej występują, i to dość często, jako przejawy histeryi.

W kwestyi porażen mięśni oka autor jest zdania, że jakkolwiek najczęściej w tych razach ma się do czynienia z kureczem mięśni, jednakże niewątpliwe są przypadki istotnego porażenia mięśni ocznych natury histerycznej. Nie neguje też autor istnienia zaburzeń ze strony źrenic, pochodzenia histerycznego.

W rozdziale o objawach ze strony narządu oddechowego omówiono zostały skurcze głośni, histeryczne ziewanie, czkawka, kaszel, bozgiłos i t. p.

Rozpatrując zaburzenia ze strony systemu cyrkulacyjnego, autor opisuje histeryczną *angina pectoris*, jej cechy rozpoznawcze; nie neguje rozmaitych postaci krwawienia histerycznego (z narządów wewnętrznych, nawet i skóry!), nie uznaje bezwzględniego sceptycyzmu w sprawie tak zwanej stygmatyzacyi t. j. występowania podbiegnięć, nawet krwawień w miejscach, odpowiadających ranom Chrystusowym; tłumaczy ten fakt sugestją, której wpływowi, jak stwierdzono, podlegają nawet troficzne i naczynioruchowe ośrodki.

W rozdziale o zaburzeniach ze strony przewodu pokarmowego rozpatruje autor zaburzenia ruchowe języka, mięśni gardzieli, przełyku (*globus*), wymioty histeryczne. Co się tyczy wstrętu do jadła (*anorexia hysterica*), autor zwraca uwagę na to, że brak apetytu nie jest tu zasadniczym zjawiskiem, przynajmniej nie pierwotnem; rolę zaś takiego odgrywają pewno wpływy natury psychicznej. Tak np. niechęć do jadła powstaje wskutek obawy utycia, z chęci zwrócenia na siebie uwagi, z uporu i t. p.

Omawiając zaburzenia troficzne, autor zwalcza sceptycyzm względem degeneracyjnego zaniku mięśni (z reakcją zwyrodnienia i drganiem włókienkowem) pochodzenia histerycznego.

Co się tyczy przemiany materii, to nie różni się ona od normalnej w przypadkach t. zw. normalnej histeryi t. j. objawiającej się jedynie istnieniem stałych stygmatów. Pewne jednak różnice w składzie moczu kontrolować można w przypadkach kurczowych (t. zw. patologiczna histerya).

W oddzielnych rozdziałach omówiono zostały: gorączka histeryczna i zaburzenia ze strony mowy (niemota, jąkanie i t. d.). (D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== KOERTE podaje następujące wyniki leczenia błonicy surowicą BEHRING'a, otrzymane przez niego w szpitalu am Urban. Od 20 stycznia do 27 września r. b. leczono 132 dzieci, z których u 121 leczenie zostało już ukończone. Z tej liczby 81 przypadków t. j. 66,9% wyzdrowiało, 40 zaś t. j. 33,1% zmarło. Wykaz przeciętny przez czas od czerwca 1890 do 31 grudnia 1893 r. wynosi 54,9% wyzdrowień i 45,1% śmierci—a zatem drogą surowicy leczniczej śmiertelność na błonicę zmniejszyła się o 12%. W powyższym okresie czasu leczono jeszcze 106 dzieci zwykłemi metodami (z powodu braku surowicy) z wynikiem: 46, 2% wyzdrowień i 53,8% śmierci. A zatem w tej samej epidemii śmiertelność w przypadkach, nie leczonych

surowicą, była o 20,7% wyższa, aniżeli w przypadkach, leczonych nią. Z powyższej liczby przypadków (121) 42 poddano tracheotomii ze śmiertelnością 52,4%, gdy w latach poprzednich ośsetka ta wynosiła 77,5. 8 dzieci niżej lat 8 poddano tracheotomii i leczono surowicą: z nich zmarło 5, wyzdrowiało 3 (dawniej ze 108 takich chorych wyzdrowiało 10, zmarło 98). Im wcześniej stosowano surowicę, tem wyniki były lepsze. Im większe były dawki początkowe (z początku 200 jednostek leczniczych—później 600), tem lepsze były wyniki. Wpływu na ciepłotę i na zmianę miejscową K. nie zauważył. Natomiast w przypadkach ciężkich spostrzegał często bardzo pomyślny wpływ na stan ogólny. (Deutsche med. Woch. 45. 94).

— MARTIN podaje wyniki, otrzymane w paryskim szpitalu dla dzieci przy stosowaniu surowicy przeciwbłonicowej ROUX'a. Na 3000 wstrzyknięć podskórnych 3 razy zauważono ropnie. W celu uodpornienia zdrowych członków rodziny, radzi autor dzieciom niżej lat 10-ciu wstrzykiwać 5 ccm., starszym—10 ccm. M. zwraca uwagę na przypadki nieżyków nosa, które u dzieci pozornie zdrowych w czasie panowania epidemii błonicy występują i mogą być takiegoż pochodzenia. Radzi przeto dzieciom, które w owym czasie skarżą się na obfity wyciek z nosa, wstrzykiwać 20 ccm. surowicy. Wpływu szkodliwego na nerki nie zauważył. Miejscowe leczenie polegało jedynie na płukaniu kwasem bornym. Wpływ wstrzykiwań surowicy na sprawę miejscową wyrażał się zbieżeniem i demarkacją błon i odpadnięciem ich drugiego lub trzeciego dnia choroby. Taki pomyślny wpływ dawał się spostrzegać jednak tylko w przypadkach czystych bez udziału gronkowców i paciorkowców. W przypadkach czystych radzi M. wstrzykiwać 50 ctm. sześć, w dwóch lub trzech iniekcjach, w przypadkach mieszanych 75 ctm. sześć. Przy tym sposobie leczenia zmarło ze 120 dzieci z błonicą czystą 9, a z pomiędzy nich 7 w przeciągu 24 godzin po przyjęciu do szpitala, 8-my przypadek dotyczył dziecka, dotkniętego ciężką gruźlicą, 9-ty jednocześnie chorował na odrę. (Progrès med. 42, 94).

— LUBLIŃSKI podaje przypadek błonicy gardzieli i nosa, leczony surowicą BEHRING'a, w którym w okresie zdrowienia wystąpił bardzo bolesny obrzęk stawów wraz z wysypką. L. uważa powikłanie to za *erythema exsudativum multiforme* i uważa je za działanie uboczne leku, podobne bowiem powikłanie spostrzegane było po szczepieniu limfy ospowej. (Deutsche med. Woch. 45. 94).

Z. S.

— James R. FRASER. Dwuchromian potasu jako lek w chorobach żołądka. Przypadki, w których podawano dwuchromian potasu, autor dzieli na dwie grupy. Do pierwszej grupy należy 18 przypadków, w których istniały wyraźne objawy różnych postaci niestrawności bez istnienia objawów owrzodzenia żołądka; w 10-u przypadkach, należących do drugiej grupy, istniały objawy owrzodzenia żołądka. Dwuchromian potasu podawany był w dawkach od $\frac{1}{12}$ do $\frac{1}{6}$ grana 3 razy dziennie naczczo lub przy pustym żołądku, w pigułkach lub w roztworze z dodatkiem syropu tolułanaskiego lub pomarańczowego. Dwuchromian potasu może usunąć cały zbiór objawów niestrawności z wyjątkiem zaparcia stolca i niedokrewności; w krótkim bardzo czasie znikają:

ból, mdłości, wymioty i wrażliwość na ucisk okolicy żołądkowej. W kilku przypadkach, połączonych z wymiotami krwawymi, w których autor podawał dwuchromian potasu, nie otrzymano pomyślnego wyniku t. j. nie udało się powstrzymać krwawienia. I w rzeczy samej, doświadczalnie przekonał się autor, że ściągające działanie dwuchromianu potasu jest bardzo słabe; pod tym względem działanie 0,01% roztworu azotanu srebra jest silniejsze, aniżeli 4% roztworu dwuchromianu potasu. Współcześnie dwuchromian potasu posiada siłę przeciwnie, objawiającą się po dodaniu 0,01% roztworu do moczu, zawierającego białko, cukier i fosforany. (Internationale klin. Rundschau, № 22 i 25, 1894).

A.

— D-r CASSEL. Ospa wietrzna. Aż do ostatniego dziesiętka lat ospa wietrzna uważana była za najłagodniejszą ze wszystkich ostrych wysypek. Pogląd ten uległ zmianie od czasu, gdy HENOCH w r. 1884 opisał 4 przypadki zapalenia nerek po ospie wietrznej, z których jeden zakończył się śmiertelnie. Od tego czasu przez 14 autorów podanych zostało 25 przypadków zapalenia nerek po ospie wietrznej; jeden przypadek ostrego krwotocznego zapalenia nerek po ospie wietrznej sam autor opisał w roku zeszłym. Epidemia ospy wietrznej, panująca w marcu r. b. w południowej części Berlina, przekonała autora, że ilość przypadków ospy wietrznej, powikłanych cierpieniami poważnej natury, może być dosyć znaczna. Z 12 przypadków, spostrzeganych w tym czasie przez autora, w 6 wietrzna ospa powikłana była zapaleniem nerek, z których 3 zakończyły się śmiercią, w jednym przypadku śmierć nastąpiła skutkiem zgangrenowania skóry wokoło krost ospowych. Autor w końcu twierdzi, że badanie moczu w przebiegu ospy wietrznej częściej powinno być dokonywane, aniżeli to dotąd ma miejsce. I rokowanie nie powinno być odtąd uważane za tak stanowczo dobre, jakkolwiek niebezpieczne powikłania przy ospie wietrznej nie należą do bardzo częstych. (Arch. f. Kinderh. XVII, zes. V. VI—1894).

F. A.

— ISAACS spostrzegł rzeżączkę ostrą u 103 lat wieku mającego starca, datującą od dni kilku. Człowiek ten ożenił się w 50 roku życia i wtedy dopiero poraz pierwszy spółkował z kobietą i spłodził kilkoro dzieci z dwiema żonami; od lat 12 jest wdowcem; przed trzema laty zaraził się wrzodem pierwotnym. Autor zwraca uwagę na to, czy nie istnieje związek między wielce opóźnionem rozbudzeniem się pędu płciowego u tego starca, a zdolnością do spółkowania w tak późnym wieku. (Med. Record. 1894, str. 462).