

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha, opracował D-r Teodor Heiman. (Dokończenie). — Przyczynek do nauki o psychozach peryodycznych i o pojnowaniu zbroczeń zmysłowych, podał K. Ryehliński. (Dokończenie). — **Streszczenia i Wyciągi.** 146. Obecny stan nauki o pasoryznych chorobach skóry. 147. Przyczynek do fizjologii ruchów kiszkowych. 148. O znaczeniu klinicznym chemizmu żółdkowego. 149. O objawach zatrucia przy leczeniu boraksem. 150. Bezład dziedziczny (choroba Friedreich'a). 151. O enteralgii. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 11 grudnia r. b. — **Korespondencya „Medycyny“.** W sprawie leczenia błonicy surowicą krwi. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Zmarli.** — **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 K. Ryehliński — Considerations sur les psychoses périodiques.

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 K. Ryehliński — Zur Lehre von den periodischen Psychosen. Was verstehen wir unter Sinnestäuschungen?

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

O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha

napisał D-r Teodor Heiman.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 51).

Gdy się nie jest pewnym co do umiejscowienia ropnia, należy otwór zrobić taki, ażeby zagięcie zatoki poprzecznej było w środku przedniego brzegu otworu kostnego; w takim razie część pozioma zatoki przejdzie przez środek obnażonej opony twardej. Nad zatoką dochodzimy do zrazu skroniowego, zaś pod nią do mózdzku. Namiot (*tentorium*) może powstrzymać ucisk ropnia na części otaczające. Dotykem udaje się wyczuć miejsce większego napięcia opony twardej.

Czaszkę najczęściej otwiera się trepanem; dłuto i młotek, przez niektórych używane, wywołują zawiłkie wstrząśnienie mózgu. W dwóch przypadkach (TRUCKENBROD, MARTIN) zastosowano czasową resekcję kości podług WAGNER'a, zostawiając ją przy płacie skórnym. Otwór w kości powinien mieć przynajmniej 3² centymetry. Zbyt duży otwór jest niebezpieczny, gdyż skutkiem zastój żylnej łatwo powstać może obrzęk mózgu.

Obnażona opona twarda może mieć wygląd prawidłowy, być przekrwiona, zmieniona w kolorze lub pokryta ropą. Przy istnieniu ropnia opona twarda nie tętni; pod tym względem istnieją wszelako liczne wyjątki i dla tego tętnienie opony twardej nie powinno powstrzymać od operacji.

Po należytem przecięciu opony twardej i zatrzymaniu przypadkowego krwawienia, należy natychmiast wdążyć nożem do mózgu, lecz nigdy nie głębiej nad 4 centymetry. Najczęściej potrzeba nożem wejść w kilku kierunkach, zanim się odnajdzie ropę. Zastosowanie ukłucia próbnego i w razie znalezienia ropy następcze wejście nożem, używane jeszcze w czasach, gdy

nieznana była antyseptyka, i obecnie jeszcze przez niektórych stosowane, powinno być zarzucone. Ukłuciem bowiem łatwiej daleko można chybić ognisko ropne, a nadto sprowadzić niebezpieczny krwotok wewnętrzny, jak wykazały oględziny pośmiertne. Krwawienie z naczyń opony naczyniowej najlepiej zatrzymać żegadłem PACQUELIN'a lub tamponacją. Gdy zraniona zostaje przypadkowo tętnica oponowa średnia, wystarcza najczęściej ucisk zapomocą tamponacyi, a gdy to nie pomaga, należy kość więcej oddłutować i tętnicę podwiązać (HÜTER). Rozszerza się ranę w mózgu zapomocą kleszczyków i to nam ułatwia obejrzenie jej. Palec do rany nie powinien być wkładany; czyniąc zaś to, należy postępować nadzwyczaj ostrożnie. Jamę ropnia można ostrożnie i pod niewielkiem ciśnieniem przestrzyknąć; wielu operatorów wstrzymuje się jednakże od tego rękoczynu. W ranę wsuwa się sącdek i lekko wypełnia się ją gazą jodoformową. Użycia sączka nie uważam za właściwe, gdyż tenże często zapycha się ropą i kawałkami tkanki zgorzelinowej, co zmusza do częstego wyjmowania go; uciska on też ściany rany, a nawet zauważono przedziurawienie ściany przeciwległej (SCHWARTZE). Opatrunek, który szybko przesiąka, powinien być często zmieniany. Pomimo największej ostrożności, nierzadko występują objawy zatrzymania ropy, jakoto: ból głowy, gorączka i inne objawy mózgowe.

Zagojenie się rany następuje w $2\frac{1}{2}$ —6 tygodni. W czasach przedantyseptycznych trwało ono 5—7 miesięcy. Gdy ropień nie zostaje całkiem opróżniony lub gdy istnieje drugi ropień, to skutkiem ucisku wewnątrzczaszkowego następuje wypadnięcie mózgu, powiększające się przy rozpoczynającym się zapaleniu jego, które zwykle powstaje w takich razach bardzo szybko.

Gdy rana ulega zakażeniu, następuje bardzo szybko śmierć z przyczyny zapalenia opon mózgowych lub mózgu, zakrzepu i ropnicy. Śmierć może też nastąpić z przyczyny, że operację zrobiono zapóźno, t. j. już po wylaniu się ropnia do bocznych komórek lub na powierzchnię mózgu.

Po opróżnieniu ropnia znika natychmiast zwolnienie tętna i przytomność umysłu wraca. Po zagojeniu się ropnia często rozwijają się bardzo niemiłe następstwa, jak: ból głowy, zaburzenia mowy lub następstwa padaczka.

Bezsilność lekarzy wobec zakrzepów zatok mózgowych i następczego zakażenia ogólnego i rozpaczliwe w tych razach rokowanie natchnęło ZAUFAL'a w roku 1880 myślą, ażeby zakrzepy te usuwać na drodze operacyjnej. Radził on podwiązać żyłę szyjową wewnętrzną, ażeby przeszkodzić zawleczeniu cząstek zakaźnych do krwiobiegu; jednocześnie usunąć chore części wyrostka sutkowego; obnażyć zatokę poprzeczną i otworzyć ją. W cztery lata później podał przypadek chorobowy, gdzie po otwarciu wyrostka sutkowego otworzył zatokę poprzeczną, przepłukał ją i założył w nią sącdek; chory jednakże zmarł skutkiem przerzutów w płucach. HORSLEY radził (1886) tak samo postąpić, operację zaś wykonał pierwszy ARBUTHNOT LANE. Od tego czasu operacja ta wykonana została 31 razy²⁸⁾; 17 razy nastąpiło zej-

²⁸⁾ Przypadki operowane i autorowie ich (krzyżyki oznaczają przypadki śmiertelne). ZAUFAL (1) †, HOFFMAN (1), LANE (1), SALZER (1) i (1) †, BALLANCE (2) i (2) †, SCHWARTZE (2) i (2) †, WEIGEL (2) †, POULSEN (1) †, MAKINS (2), HANSBERG (1) †, PARKER (1) i (1) †, PARKIN (2), JANSEN (1), SCOTT i LANE (1), CEATLE i PRITCHARD (1), BIRCHER (1), CLUTTON (1), SONNENBURG (1), SCHULTEN (3) †, BRIEGER (1) †. JANSSEN miał nadto trzy przypadki wyleczenia, dotąd nie opublikowane. W ostatnich tygodniach operowałem w jednym takim przypadku,—zejście było śmiertelne. Przypa-

ście pomyślne, zaś 14 razy śmiertelne; 15 razy podwiązana została żyła szyjowa wewnętrzna; z tych 5 chorych zmarło, zaś 10 wyzdrowiało; na 16 przypadków, gdzie żyła nie została podwiązana, zmarło chorych 10, a tylko 6 wyzdrowiało.

Widzimy stąd, jak ważne jest podwiązanie żyły, i pod tym względem nie można zgodzić się z SCHWARTZE'm, ROHDEN'em i KRETSCHMANN'em, że przedwstępna ta operacja jest mniej potrzebna. Wartość operacji tej uwydatni się jeszcze bardziej, gdy uwzględnimy, że sztuczne zamknięcie żyły przed wykonaniem rękoczynu w rozłożonych zakrzepach, lepsze daje wyniki, aniżeli, gdy podwiązać żyłę dopiero po oczyszczeniu zatoki. Ponieważ zakrzep w żyłę szyjowej uleść może zropieniu, przeto i tę ostatnią należy otworzyć i oczyścić. FORSELLES radzi, ażeby to czynić w każdym przypadku, gdyż rozpoznanie zropiałego zakrzepu w żyłę dotąd jest prawie niemożliwe. Nie zaprzecza on, że wiele przypadków zagoiło się bez tego rękoczynu.

Otworzenie zatoki i podwiązanie żyły nie przedstawia niebezpieczeństwa. Dostanie się powietrza do otwartej zatoki dotychczas nie zdarzyło się. Krwawienie daje się usunąć przez tamponację. Podwiązanie żyły ma miejsce w naczyniu już zatkanem, nie może zatem przynieść szkody.

W bardzo rzadkich przypadkach, gdy zapalenie rozszerza się na drugą zatokę poprzeczną przez stek zatokowy lub przez zatokę kolistą RIDLEY'a, masy zakażone mogą dostać się do ustroju przez drugą żyłę szyjową.

Odgrodzenie ogniska zakażającego usuwa objawy ropnicowe, gdy niema jeszcze przerzutów. Gdy istnieją przerzuty w płucach, rokowanie jest niepomyślne; przerzuty obwodowe dostępne są interwencji chirurgicznej; ostatnie do nowych ognisk zakaźnych, jak się zdaje, nie prowadzą.

Skoro choroba została rozpoznana, operacja powinna być bezwzględnie wykonana. Rozpoczynamy ją, jak przy ropniach, od usunięcia ogniska chorobowego w kości skalistej; ostatnie zwykle dochodzi do zatoki poprzecznej. Lecz nawet, gdy sprawa chorobowa nie dochodzi do kości, zatokę łatwo osiągnąć, rozszerzając ranę kostną w wyrostku sutkowym ku tyłowi²⁹⁾. Wszyscy operatorzy, z wyjątkiem BALLANCE'a, rozpoczynają operację od otworzenia wyrostka sutkowego. Osobnej metody operacyjnej do otworzenia zatoki

dek ten będzie ogłoszony drukiem. Przypadki BIRCHER'a i BURGER'a należy wyłączyć, gdyż w nich istnienie zakrzepu i zapalenia zatoki napewno stwierdzone nie zostało. Śmiertelny przypadek PARKER'a także nie jest czysty, gdyż przy nakłuciu zatoki pokazała się czysta krew, zakrzep znaleziono przy sokeyi.

²⁹⁾ Według POIRIER'a zatoka poprzeczna znajduje się w średniej trzeciej części wyrostka sutkowego. BALLANCE określa położenie zatoki w następujący sposób: prowadzi on linię od dolnego brzegu oczodołu przez środek kostnego przewodu słuchowego zewnętrznego ku tyłowi. Na tej linii oznacza się punkt odległy na 2,5 ctm. od środka kostnego przewodu słuchowego ku tyłowi. Zatoka znajduje się na 0,6 ctm. powyżej tego punktu. Nie powiada jednak BALLANCE, jakim sposobem można u żywego człowieka określić środek przewodu kostnego. FORSELLES utrzymuje, że linia, idąca od górnego brzegu oczodołu do wyniosłości zewnętrznej (*protuberantia*) kości potylicowej, przechodzi przez zatokę. Na 9 ctm. od wyniosłości potylicowej zewnętrznej ku przodowi znajdują się zagłębienie zatoki.— W czasie druku tej pracy wyszedł referat z obszernej pracy MACEWEN'a, mającej za przedmiot śmiertelne powikłania chorób ucha (A. f. O. T. 37, str. 279); w niej autor podaje 18 wyleczeń ropni mózgowych na 19 operowanych; 13 wyleczonych przypadków zakrzepów zatok poprzecznych na 17 operowanych i 6 wyleczeń po operacji 6 przypadków przy rozlanem zapaleniu opon mózgowych.

niema; każdy operator stosuje się do warunków danego przypadku. *BALLANCE* rozpoczyna operację od nałożenia trepanu na 2,5 ctm. poza i 0,6 ctm. nad środkiem przewodu słuchowego kostnego. Jeżeli zakrzep nie jest rozmiękczo-ny, zatoka zachować może swój normalny wygląd. W takich razach rozpoznaje się zakrzep przez obmacywanie, a głównie przez ukłucie próbne igłą *PRAVAZ'a*. Brak poruszeń oddechowych ³⁰⁾ i tętnowych na zatoce nie dowodzi bynajmniej, że jest ona zatkana. Rozpadły zakrzep zdradza się najczęściej przez obumarcie lub odbarwienie ścian zatoki. Wszelako znajdują się czasem złogi włóknikowo-ropne i ziarnina na zatoce wolnej od zakrzepu. Operację wykonywa się dłutem, trepanem i kleszczami kostnymi. Skoro zatoka zawiera płyn posocznicowy, ropę lub rozpadły zakrzep, należy przedewszystkiem podwiązać żyłę szyjową wewnętrzną poniżej zakrzepu. Nigdy nie jest się pewnym, czy zatoka ku środkowi zupełnie zatkana jest przez zakrzep i czy przy nacina-niu, wyłyżeczkowaniu i przestrzyknięciu jej nie odrywamy kawałków zakrzepu i przez to sprowadzamy przerzuty.

Podwiązanie żyły szyjowej wewnętrznej jest rękoczynem trudnym i skut-kiem nasięku, obrzęku, obrzmienia otaczających gruczołów chłonnych, może jeszcze bardziej być utrudnione. Czasem żyła ulega zropieniu lub ściany jej są zapadłe, co jeszcze bardziej utrudnia podwiązanie. Podwiązano też cienki koniec zakrzepu (*CLUTTON*).

Żyła powinna być zawsze przecięta między dwiema przewiązkami, ażeby się przekonać, czy została podwiązana poniżej zakrzepu, i ażeby przeszkodzić rozwinięciu się zapalenia żyły ku dołowi. W niektórych przypadkach wyci-nano znaczne kawały chorej żyły szyjowej, a raz nawet usunięto wpadającą w nią żyłę twarzową wspólną.

Przestrzyknięcie żyły i zatoki powinno być wykonane z największą ostrożnością, gdyż ściana zatoki pod wpływem ciśnienia wody może łatwo pęknąć i stąd łatwo powstać może rozlane zapalenie opon mózgowych. Przy wyłyżeczkowaniu zakrzepu mogą niekiedy zdarzyć się krwotoki, a mianowicie, gdy dojdziemy do końca zakrzepu, zwróconego do steku zatokowego, lub też gdy podwiązanie żyły miało miejsce poniżej ujścia żyły twarzowej wspólnej i językowej; krew z tych naczyń może wrócić do zatoki i ukazać się w ranie. Tamponowanie wystarcza do zatrzymania krwotoku. Podwiązania zatoki (*HORSLEY*) unikać należy, gdyż bez otworzenia opony pajęcznej jest to niemo-żliwe. Podwiązanie żyły wywołuje przemijającą sinicę.

Leczenie pooperacyjne polega na częstej zmianie opatrunku i częstem przemywaniu zatoki. Po ustąpieniu objawów ropnicowych można zaszyć ranę na szyi; niektórzy czynią to zaraz przy operacji i otrzymują rychłozrost bez szkodliwych następstw. Ropnie w stawach i mięśniach powinny być otwierane i leczone na ogólnych zasadach chirurgicznych. Leczenie ogólne jest wzmacniające. Jak przy ropniach mózgowych, tak też i tutaj nadzwyczaj ważne jest leczenie zapobiegawcze, zasadzające się na wczesnem i racyo-nalnem leczeniu zasadniczej choroby usznej.

Taki jest stan obecny wiedzy naszej o powikłaniach śmiertelnych chorób ucha. Z podanego przezemnie opisu przekonał się, jak różnorodne są te powikłania i jak, dzięki zabiegom chirurgicznym, wiele z nich daje się w wielu razach usunąć. Oparcie się terapii otyatrycznej na zasadach chirurgii w naj-

³⁰⁾ Przy głębokim wdechu widział *JANSEN* zapadanie się zatoki.

obszerniejszem tego słowa znaczeniu stanowi dziś prawie jedyną drogę, po której młoda ta nauka krocząc, dojdzie do wyników leczniczych coraz bardziej zadawalniających. Lekarz uszny odpowie dopiero wtedy swemu zadaniu, gdy stanie się chirurgiem i nie ograniczy swojej działalności, jak dawniej, do rękoczynów, z którymi każdy lekarz wogóle winien być obeznany.

Z KLINIKI CHORÓB NERWOWYCH I UMYSŁOWYCH UNIwersYTETU
WARSZAWSKIEGO.

Przyczynek do nauki o psychozach peryodycznych i o pojmowaniu zboczeń zmysłowych

podał K. Rychliński, ordynator kliniki.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 51).

II. W pierwszej połowie stycznia zeszłego roku przybył do kliniki naszej p. X. słuchacz medycyny, l. 22. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że pochodzi z biednej, lecz zdrowej rodziny (siostra tylko, czy też brat jeden jest głuchoniemy). Chory nasz zawsze odznaczał się wybitnymi zdolnościami; gimnazyum skończył z odznaczeniem i na kursach uniwersyteckich wyróżniał się łatwem obejmowaniem wykładanych przedmiotów. Jak zgodnie zaznaczyli koledzy chorego, niedostatek materialny w znacznej mierze przyczynił się do wybuchu ostrego cierpienia umysłowego. Chory od rana do nocy był zajęty pracą w laboratoriach i korepetycjami, które jednakże nie zabezpieczały jego bytu, gdyż nieraz przymierał z głodu i chłodu. Pierwsze oznaki choroby zjawyły się w drugiej połowie grudnia; chory był wtedy rozdrażniony, miał nieprzyjemności z kilkoma kolegami, następnie jednak wyjechał na święta. Pierwsze dni pobytu u ojca uspokoiły chorego, lecz już od 6 stycznia przestał spać i w stanie wielce podrażnionym wrócił do Warszawy; wkrótce umieszczony został w klinice. Rozpoznaliśmy u chorego ostry bezład myślowy—*Amentia*. Po wyzdrowieniu zupełnem sam chory w tych słowach opisuje to, co przeżył w czasie choroby:

„Wyjechałem ostatecznie z domu w nocy dnia 11 stycznia b. r. o godzinie 1-ej m. 45, nie śpiąc przedtem ani godzinki; zaledwie wszedłem do wagonu, już imaginacja moja poczęła pracować; zdawało mi się, że władza uniwersytecka za-interpelowała miejscowe władze, czy też rzeczywiście przez święta Bożego Narodzenia bawiłem w Noworadonisku; poczęła mną młotać obawa, czy nie będę narażony wobec władzy na jakiekolwiek nieprzyjemności z powodu wyjazdu bez urlopu; za punkt wyjścia do tych obaw posłużyło mi jakieś ustawiczne, jak mi się zdawało, śledzenie mej osoby przez policję; zaczęło mnie to wszystko nie tyle intrygować, ile niepokoić. Jednem słowem zdawało mi się, że za niespełnienie formalności meldunkowych podczas ostatniego pobytu w Warszawie spotka mnie jakaś kara. Kiedy pociąg stanął na st. Piotrków, wyskoczyłem na platformę, aby zabrać dla kolegi paczkę, pozostawioną w bufecie; po chwili do tego wagonu, w którym jechałem, wszedł na rewizję biletów zawiadowca; po opuszczeniu przez niego wagonu dowiedziałem się od konduktora, że rewizya ta wywołała była depeszą służbową, otrzymaną z Warszawy. Fakt ten zaniepokoił mnie tak dalece, że w wyobraźni poczęły mi się przedstawiać jaknajgroźniejsze obrazy odpowiedzialności, nie mogłem tylko zdać sobie sprawy, za co mianowicie mam być karany; od tej pory straciłem zupełnie równowagę moralną. Czułem, że mam gorączkę i żeby nieco złagodzić szalony ból głowy, trzymałem ją wciąż opartą o okna wagonu, pokryte dosyć grubą warstwą szronu. Nie bacząc na wszystkie me wysiłki, żadną miarą nie mogłem zasnąć, chociaż starałem się przyjść do przytomności. Gdym stanął na dworcu kolei w Warszawie, zdawało mi się, że policya kolejowa na mnie tylko zwraca uwagę; kazałem się wieźć dorożkarzowi na ulicę Chmielną,

gdzie zamierzałem zamieszkać razem z dwoma młodszymi braćmi. W chwili, kiedy stanąłem w bramie tego domu, zauważyłem, że osoba stróża jest dosyć podejrzana; był to widocznie człowiek, który się przypadkowo tylko znalazł w mieszkaniu stróża. Natarczywość jego w wymaganiu dowodów legitymacyjnych ode mnie nasunęła mi przypuszczenie, że będę miał o coś przeprawę z policją; jednakże byłem tak znużony, że postanowiłem odpocząć, dopóki nie oprzytomnieję, nie mogłem jednak żadną miarą, pomimo niewywczaśu, zasnąć i już o godz. 7½ udałem się do kol. M., któremu się wypowiadałem ze wszystkich obaw.

Dalej następuje szczegółowy opis wszystkich okoliczności, towarzyszących wyrabianiu potrzebnych świadectw do pomieszczenia w szpitalu Ś-go Jana Bożego. Czas zaś przebyty w murach szpitala chory opisuje tak:

„Na razie sądziłem, że zostałem odwieziony do aresztu policyjnego przy cyrku Muranowskim; w obecnych na salach jadalnej i bilardowej chorych poznałem swych znajomych. Na noc odprowadzono mnie do oddziału ogólnego czyli t. zw. komórek. Pierwszą noc przepędziłem wśród strasznych halucynacji: przez dziurkę we drzwiach mego pokoiku oczom moim przedstawiały się najrozmaitsze kolory: biały, czerwony, żółty i t. d.; ukazywały mi się najprzeróżniejsze cienie, figury, widziadła, słyszałem jakby chrzęst i brzęk broni; widok krat żelaznych przerażał mnie, nasuwając domysły, że osadzony zostałem w więzieniu. Słowem, przechodziłem najokrutniejsze męczarnie, będąc przytem w ohydny sposób zmaltretowany przez posługaczy, a nawet przez niedbalstwo dozorczy narażony na znieważenie czynne przez tłuszcę furyatów. Tego rodzaju warunki leczenia spotęgowały moją chorobę, tak, że nie poznawałem nikogo i odwiedzających mnie lekarzy wystawiałem sobie jako urzędników i agentów policji śledczej. Kiedy spojrzałem przez okienko i ujrzałem na jednej z wież kościelnych krzyż złożony, zdawało mi się, że jestem w Moskwie lub Petersburgu; po kilku dniach zacząłem przypuszczać, że jestem w Wilnie, to znowu, że w Modlinie. W osobie d-ra R. przypuszczałem d-ra L. W. Kiedy wieczorem przyszedł d-r Ros., powiedziano mi, że to jest p. Richter, co ja zrozumiałem w literalnym przekładzie z niemieckiego i uważałem tego pana za sędziego śledczego. W doktorze naczelnym przypuszczałem osobę archiereja chełmsko-warszawskiego J. E. Leoncyusza; w chorym aptekarzu p. E. widziałem ducha metropolity wileńskiego Józefa Siemaszko. Jakies tajemnicze głosy szeptały mi końcówki z „Pana Tadeusza“, „Ewgenia Oniegina“, „Maryi“ Malczewskiego i t. d.; to znowu zdawało mi się, że jestem na Starem Mieście w chwili wykonywania egzekucji nad przywódcami buntów kozackich Nalewajki, Żeleźniaka i Gonty. Innym razem zdawało mi się, że jestem w Kadyksie, na wyspie Malcie, w fortecy gibraltarskiej lub na afrykańskim brzegu w Ceucie. Wieczorem znowu, innego dnia, miałem iluzję, że jestem w Kairze, to znowu, że widzę z wyżyn wieży Eiffel'a cały Paryż *à vol d'oiseau*; to znowu wyznawałem przed chorym p. K., że zdaje mi się, że mnie przeniesiono nagle do Kremla w Moskwie na wieżę Jana Wielkiego i t. d. i t. d. Ponieważ służba tamtejszego oddziału pozwalała sobie popychać mnie, wymyślać mi najwyszukańszymi kwiatami grzeczności, przeto ustawicznie zdawało mi się, że jestem w jakimś wagonie aresztanckim, który mnie wiezie na zesłanie; dopiero umysł mój otrzeźwiał z chwilą przeniesienia mnie do oddziału pensyonarskiego. Odzyskałem samowiedzę i przytomność, gorączka mnie opuściła, a nader dobroczynnie wpłynęły na mnie odwiedziny, złożone profesorowi i ordynatorom kliniki w gabinecie i laboratorium psychiatrycznym.

Temi słowy kończę opis przebiegu mej choroby, nadmieniając, że wszystko, com opisał tutaj, jest zupełnie zgodne z tem, co mi myśli moje do świadomości doniosły, chociaż wiele szczegółów *volens nolens* opuścić musiałem. (W dniu 2 lutego 1893 roku).

Przytoczone powyżej dwa przypadki ostrego cierpienia umysłowego, podobnie jak każdy napad u Chr..., dostarczają tyle materiału do krytycznego rozpatrzenia, że nie sposób go w krótkim artykule wyczerpać; ograniczyć się przeto muszę na zwróceniu uwagi 1) na to, że w każdym z tych przypadków mamy okres zwiastunny, który trwa to dłużej, to krócej; 2) na to, że po okresie pierwszym następuje okres zboczeń zmysłowych, wśród których przeważają wrzeczne omamy, pod wielu względami przypominające senne obra-

zy; i 3) wreszcie na to, że podobne cierpienia trwają zazwyczaj niedługo, przebiegają w ostrej postaci i zazwyczaj kończą się zupełnem wyzdrowieniem.

Jeżeli zaś zwrócimy uwagę na momenty, poprzedzające wybuch samej choroby, to zdaje się nam, że przypuszczenie nasze o wytwarzaniu się w organizmach podlegających temu cierpieniu osobników jakiegoś trującego połączenia, które działa na wycieńczony mózg zabójczo, przynajmniej hipotetycznie nie tylko jest możliwe, lecz wielce prawdopodobne.

L I T E R A T U R A.

- 1) HAGEN. Zur Theorie der Hallucinationen. Allg. Zeitschrift für Psych. XXV.
- 2) W. SANDER. Ein Fall von Delirium potatorum. Psych. Centralbl. 1877. 3) HAGEN. Die Sinnestäuschungen in Bezug auf Psychol. Heilk. und Rechtspflege. Leipzig. 1837. 4) WUNDT. Grundzüge der physiol. Psychologie. 2 Aufl. Leipzig. 1880. 5) MARCÉ. Traité pratique des maladies mentales. Paris. 1862. 6) BALL. Leçons. 1881.
- 7) L. MEYER. Ueber den Charakter der Hallucinationen in Geisteskrankheiten. Centr. f. med. Wissensch. 1865. 8) BAILLARGER. Des hallucinations etc., mémoire couronné par l'academie en 1844. Mémoire de l'academie royale de médecine. F. XII.
- 9) A. MAURY. Le sommeil et les rêves. Etudes psychol. 4 edit. Paris 1878. 10) KANDINSKI. O pseudogallucinacjach. Petersburg. 1890 r. 11) KAUSCH. Ein Beitrag zur Kenntniss der periodischen Paranoia. Archiv f. Psych. und Nervenheil. 1893. 12) MENDEL. Arch. f. Psycholog. und Nervenh. 1888. 13) KOSTER. Ueber die Gesetze des periodischen Irrenseins und verwandter Nervenzustände. Bonn. 1892. 14) DAGOULT. Annales médico psychologiques. 1887. p. 276.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

146. Prof. F. J. PICK (Praga). **Obecny stan nauki o pasorzytniczych chorobach skóry.** Wykład wypowiedziany na zjeździe członków Niemieckiego Towarzystwa Dermatologów w Wroclawiu, dnia 14 maja 1894 r.—Przedmiotem niniejszym rozstrząsań będą te tylko choroby skórne, których pasorzytnicze pochodzenie bezspornie zostało dowiedzione, a więc: parchy (*favus*), wyprysk postrzygający (*herpes tonsurans*) i łupież pstry (*pityriasis versicolor*). Wykluczona zostaje z rozbioru łuszczycy (*psoriasis*), której pasorzyt nie został dotąd wykazany, i łysina plackowata (*alopecia areata v. area Celsi*), którą autor, o ile jej rozpoznanie jest prawdziwe, zalicza do zbroczeń nerwowych — *alopecia areata neurotica v. tropho-neurotica*.

Co się tyczy łupieżu różowego (*pityriasis rosea*) i spornego dotąd jego stosunku do wyprysku postrzygającego plamistego (*herpes tonsurans maculatus*), to autor przyznaje obu tym postaciom chorobowym odrębne nozologiczne istnienie, wyróżniając je etyologicznie w ten sposób: że przy wyprysku plamistym zawsze i obficie znaleźć można grzybki wyprysku postrzygającego (*trichophyton tonsurans*), a przy łupieżu różowym nigdy ani autor, ani jego asystenci — pomimo bardzo licznych spostrzeżeń tej choroby i tysiąckrotnych poszukiwań bakteriologicznych — grzybków nie znajdowali.

Następnie autor przytacza i poddaje wyczerpującej krytyce liczne badania parcha i jego grzybka — *achorion Schoenleini*, z lat ostatnich, Badania te — z powodu posługiwania się niedokładnymi i niejednostajnymi metodami przy oddzielaniu pasorzyta, doprowadziły do pewnego zamętu na tem polu, a mianowicie: przez wszystkich prawie badaczy wyosobnione zostały liczne rodzaje grzybka. I tak, QUINCKE wyróżnił 3 rodzaje — α , β , γ , ELSENBERG dwa, FRANK trzy i t. d. Pomimo to, dla wszystkich prawie tych rodzajów grzybka wykazana została, przez doświadczalne szczepienia, możność wywoływania wykwitów parcha.

Obecnie, po zaprowadzeniu dokładniejszych metod hodowania i izolowania w mowie będącego grzybka i ujednostajnieniu metod badania (JADASSOHN, KRAL), znikła owa nadmiernie bogata flora grzybka SCHOENLEIN'a. Ponieważ jednocześnie

z powyższymi botanicznymi badaniami grzybka, przeprowadzone zostały przez autora liczne spostrzeżenia i doświadczenia kliniczne, które dowiodły nozologicznej tożsamości wszystkich odmian w wykwitach parchu, przeto obecnie na pewno można twierdzić, że jednostka chorobowa, przedstawiająca u człowieka tak zw. parch (*favus*), zostaje wywołana przez jeden, jedyny rodzaj grzybka, którym jest *achorion Schoenleini*.

Nie tak jasno i prosto przedstawia się stosunek grzybka wyprysku postrzygającego (*trichophyton tonsurans*) do wywołanej przez niego całej grupy, klinicznie różnych, obrazów chorobowych, które ogólną nazwą grzybicy postrzygającej (*trichophytiae*) nazwać wypada.

Zaliczają się tu następujące postacie chorobowe: 1) wyprysk postrzygający plamisty (*herpes tonsurans maculatus*), 2) wyprysk postrzygający pryszczykowaty i łuszczykowaty (*herpes tonsurans vesiculatus et squamosus*), 3) wyprysk postrzygający głowy (*herp. tonsur. capillitii*), 4) figówka brody pasorzytnicza (*sycosis barbae parasitaria*), 5) pryszczycza obrzeżna (*eczema marginatum*).

Dotychczasowe poszukiwania bakteryologiczne nad grzybkim wyprysku postrzygającego nie doprowadziły dotąd do jednostajnych i zupełnie pewnych wyników. I tu liczni badacze wyosobniali różne rodzaje grzybka i to nie tylko przy grzybiczy człowieka, ale i u zwierząt domowych (koni, bydła), od których choroba bywa przenoszona na człowieka.

Z pośród wielu przytoczonych i rozebranych krytycznie badań, autor skłania się do przyjęcia opinii MARIANELLI'ego, który, na zasadzie klinicznych spostrzeżeń nad chorymi na grzybicę postrzygającą i bakteryologicznych badań grzybka, doszedł do przeświadczenia: że raczej należy przyjąć jednopostaciowość (*unicitas*), niż wielopostaciowość (*multiplicitas*) grzybka wyprysku postrzygającego.

Skoro jednak przyjmujemy pod uwagę różnorodność objawów klinicznych pojedynczych postaci chorobowych, składających wielką grupę grzybicy postrzygającej; skoro porównamy zmiany anatomiczne, jakie np. sprawia na skórze wyprysk postrzygający plamisty, ze zmianami, spostrzeganymi przy *Kerion Celsi* lub *eczema marginatum*, to niepodobnem się okaże sprowadzić te tak odmienne postacie chorobowe do jednej modły klinicznej, i dlatego klinika zawsze je będzie uważać za odrębne — acz pod względem pochodzenia sobie pokrewne — postacie chorobowe.

Jako przyczyny, objaśniające powyższą różnorodność pojedynczych postaci klinicznych grzybicy postrzygającej, możnaby słusznie przytoczyć: warunki osobnicze samych chorych, wpływy ustrojowe i inne postronne, jak również różnice anatomiczno-fizjologiczne, zależne od umiejscowienia choroby i t. p. Pomimo to nie ulega wątpliwości, że cała sprawa tych różnic klinicznych nierównie lepiej dałaby się objaśnić przyjęciem kilku rodzajów grzybka wyprysku postrzygającego, i dlatego jego wielopostaciowość na teraz stanowczo nie da się wykluczyć; a to tembardziej, że i badania samego autora nad guzowatą grzybicą brody (*Kerion Celsi*) i pryszczyczą obrzeżną (*eczema marginatum*) przemawiają poniekąd za przyjęciem, przynajmniej dla tych ostatnich postaci chorobowych, odrębnych postaci grzybka. Słowem, stanowcze rozstrzygnięcie tych wątpliwości pozostawia autor przyszłym badaniom, które, pozyskawszy ulepszone metody hodowania grzybka wyprysku postrzygającego, zadaniu temu podołają.

Co do grzybka łupieżu pstrego (*microsporon furfur*), wywołującego łupież pstry (*pitiriasis versicolor*) i erytrazmę (*erythrasma*), autor nie może nic nowego przytoczyć, gdyż nie pojawiły się dotąd dokładniejsze badania kliniczne, któreby możność przenoszenia tej choroby czyli jej zaraźliwość niewątpliwie wykazały; zaś prace bakteryologiczne, z powodu niedostateczności użytych metod, nie przyniosły dotąd wyników zadawalniających.

W dyskusji nad powyższym, przez PICK'a podjętym tematem, prof. KAPOSI (Wiedeń) zastrzega przede wszystkim niezbędność dokładnego badania klinicznego omawianych pasorzytnicznych chorób skóry. KAPOSI wogóle podziela poglądy PICK'a. Jako dowód identity pochodzenia figówki brody (*sycosis parasitaria*) i wyprysku postrzygającego, przytacza KAPOSI fakt, w którym, obok objawów figówki, spostrzegał typowe, koliste wykwity wyprysku postrzygającego.

LESSER (z Bernu) spostrzegał bardzo często wyprysk postrzygający, przeniesiony z bydła na ludzi i odznaczający się głęboko sięgającymi objawami zapalnymi

Postać ta, znana pod miejscową nazwą „*Zitterrose*“, jest najpospolitszą postacią grzybicy, spotykaną w Szwajcaryi — prawdopodobnie z powodu wysoko rozwiniętego temże gospodarstwa mlecznego. LESSER spostrzegał także trychofytę, pod postacią strupnia zaraźliwego (*impetigo contagios.*). Obie te postaci grzybicy postrzygającej leczą się bardzo prędko przy użyciu obojętnych maści, co przypisać należy szybkiemu oddzielaniu się produktów zapalnych.

Prof. NEISSER (Wrocław) podziela opinię PICK'a co do jednopostaciowości grzybki SCHOENLEIN'a, co też zgodne jest z jednolitością objawów klinicznych parchu. Lecz różnorodność objawów klinicznych, spostrzegana przy różnych postaciach grzybicy postrzygającej, musi odpowiadać różnym rodzajom grzybków, — a to tembardziej, że nie może tu być mowy o zakażeniach mieszanych kokami ropnymi, gdyż udowodniona została możność powstawania bardzo obszernych ropień przez wyłączne działanie grzybni (*Mycelipilze*). Prócz tego za wielopostaciowością grzybki postrzygającego przemawia i geograficzne rozprzestrzenienie pojedynczych postaci grzybicy postrzygającej. Tak np. we Wrocławiu wcale nie spotykamy wyprysku postrzygającego głowy, a zato często się zdarzają guzowate nacieki brody. W końcu dodaje NEISSER, że, przy zdarzającym się nietypowem zabarwieniu parchów na głowie, zmywanie tejże wysokiemi powoduje szybkie występowanie żółto-siarkowego zabarwienia tarczki (*scutula*) parchowych.

EHLERS (Kopenhaga), LASSAR (Berlin) i inni spostrzegali w praktyce endemie plackowatego łysienia (*alopecia areata*), co przemawiałoby za zaraźliwością tej choroby.

(*Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1894. XXIX B., 1 II., p. 93 u. 119). J. Majkowski.

147. GRUETZNER. **Przyczynki do fizjologii ruchów kiszkowych.** Powszechnie utrzymywano, że płyny, wprowadzane do odbytnicy, w niej ulegają wchłanianiu, gdyż zastawka BAUHIN'a stanowi tamę do dalszego posuwania się wprowadzonego płynu. Zdaniem G. nie zawsze tak się dzieje, gdyż jeżeli głodzonemu zwierzęciu wprowadzał niewielkie ilości zabarwionego płynu przy małym ciśnieniu, znajdował po pewnym czasie płyn ten w żołądku. Można by pomyśleć że płyn ulega wchłanianiu w kiszce, a barwnik wydziela się przez błonę śluzową kiszek cienkich i żołądka; ale G. odpięra ten zarzut, gdyż szereg doświadczeń na zwierzętach przekonał go, iż cząstki drobne rozmaitych ciał, wprowadzane wraz z płynem do odbytnicy, po kilku godzinach znajdowano w kiszkiach cienkich i żołądku.

W tem miejscu zwraca G. uwagę, że w ten sposób zrozumiemy lepiej, dlaczego pewne ciała, wprowadzone do odbytnicy, ulegają wchłanianiu dokładniej, niż inne. Cechy chemiczne sprawiają, że wchłanianie tych ciał odbywać się może nietylko w odbytnicy, ale na całej powierzchni kiszek grubych, cienkich, a nawet i żołądka. Własności chemiczne, o których niżej, sprawiają, że pewne ciała wędrują w górę, inne pozostają na miejscu, z czego należy korzystać przy stosowaniu ławatyw odżywczych.

Jeżeli drobną ilość (zależną od wagi zwierzęcia) sproszkowanego węgla zwierzęcego zmieszamy pół na pół z 0,6% roztworem soli kuchennej i wprowadzimy do odbytnicy głodzonego zwierzęcia (24 godz.), wówczas po zabiciu zwierzęcia w 6 godzin nie znajdziemy w odbytnicy ani śladu, natomiast w kiszkiach cienkich miejscami znajdziemy wysepki czarne, a przeważna ilość cząstek węgla znajdzie się wówczas w żołądku. Fakt ten u kotów, myszy, świnek morskich i królików, posiadających długi przewód kiszkowy, stale występował, a na posiedzeniu zjazdu przyrodników w Wiedniu fakt ten był demonstrowany.

Jeżeli zwierzęcia nie głodzono lub jeżeli, pomimo głodzenia, dużo jeszcze w kiszkiach cząstek pokarmowych, względnie kału pozostawało, było wówczas o wiele trudniej odnaleźć cząstki węgla i wogóle nie tak wysoko one dochodziły. G. objaśnia sobie ten fakt, używając porównania do człowieka, idącego przeciw ciżbie; — wędrowka musi być wolniejsza.

U ludzi spostrzegał G. to samo. Osoba, służąca do doświadczeń, od obiadu do następnego rana nie przyjmowała stałych pokarmów, a następnie wprowadzała sobie do odbytnicy mieszaninę rzadkiego klajstru z fizjologicznym roztworem soli kuchennej (*ana*). W południe wydobywano zawartość żołądka (przepłukiwano go), a w każdym preparacie były cząstki krochmalowe. Można w tym celu dobierać sobie pewne ciała krochmalowe, dające się łatwo stwierdzać pod drobnowidzem. Nie ulega dla G. najmniejszej wątpliwości, że drobne cząstki w pewnych wa-

runkach wędrują w górę aż do żołądka. Proszek węglowy, ciała krochmalowe, cząstki mąki (!), drobne (1,5 mm.) cząstki końskiego włosa, a nawet ziarna prosa (!)—wszystko to wędruje; te ostatnie po drodze ulegają w znacznej części strawieniu, pozostawiając jedynie ślady otoczki.

Nasuwa się pytanie, czy w warunkach zwykłych drobne cząstki pokarmowe, już uległe działaniu śliny, soku żołądkowego, względnie kiszkiowych, nie wędrują, zamiast w dół—w górę? Czy w jednym odcinku kiszkiowym nie mamy czasem dwóch kierunków ruchu? Na pytania te odpowiada G., że istotnie tak się zdarzyć może; dowodem jest następujące doświadczenie. Głodzonemu (24 godz.) szczurowi wprowadzono czarne krótkie włoski do odbytnicy, do żołądka zaś białe. Po 5 godzinach zwierzę zabito i znaleziono, że kontredans białych i czarnych włosków był ożywiony, czarne bowiem znaleziono na całej rozciągłości kiszki cienkich (niektóre już były w żołądku), białe zaś, zmieszane z czarnymi, w kiszkiach cienkich (niektóre przy zastawce BAUHIN'a). Dla czego więc jedne wędrują w górę, drugie w dół? Nie o barwę tu chodzi, bo odwrotnie to samo występuje, zapewne więc o chemiczne własności płynów, z jakimi te cząstki wprowadzano, lub ciał, które owe cząstki pokrywają. Włosy, które czas dłuższy leżały w soku żołądkowym lub 10‰ kwasie solnym, nie wędrowały prawie wcale w górę, gdy je do odbytnicy wprowadzano; cała ich masa leżała w odbytnicy wzdętej przez gazy, czasem wydalone one bywały wskutek rozwolnienia, jakie ich obecność sprawiała. To samo odnosi się do 0,6% chlorku potasu. Włosy, oczyszczane wodą i wyskokiem (jak zwykle robiono), kładzione do wody przekroplonej, drobnym piaskiem, oczyszczony kwasem solnym i obmyty wodą, pozostawały w odbytnicy lub były wyrzucane przez odbyt.

Tą drogą doszedł G. do przekonania, że w sprawie tej chemiczny ośrodek odgrywa rolę najważniejszą. Ciała te drobne wówczas wędrują w górę przewodu pokarmowego, jeżeli są przepojone lub pływają w roztworze soli kuchennej, w przeciwnym razie pozostają na miejscu lub bywają wyrzucane nazewnątrz. Wynik to przypadkowy, gdyż G. używał roztworu soli kuchennej, aby nie drażnić kiszki.

Dziwna analogia zachodzi tutaj z doświadczeniami klasycznymi NOTHNAGEL'a, według których kryształki soli kuchennej, położony na błonie surowiczej kiszki cienkiej zwierzęcia, wywołuje skurcz kiszki w tem miejscu, a następnie ruch przeciwny robaczkowy na przestrzeni kilku ctm. G. sądzi, że to, co z kryształkiem soli kuchennej, dzieje się z roztworem soli na wewnętrznej powierzchni kiszki; że i tutaj sól wywołuje ruchy przeciwraczkowe, przeważnie dotyczące błony mięsnej śluzowej (*musc. mucosae*), gdyż tylko drobne cząstki, będące w zetknięciu z błoną śluzową, ulegają tej wędrówce w górę przewodu kiszkiowego. Co dziwniejszą, cząstki te wędrują w górę pomimo to, że na drodze spotykają uformowane masy kałowe. Tak więc w kiszce jednocześnie może się odbywać ruch zawartości w dwóch kierunkach: zwykły robaczkowy ruch kiszki, posuwający ku dołowi duże masy kałowe, a jednocześnie, choć nie w tych samych miejscach, słaby prąd przysięcienny, idący w odwrotnym kierunku i posuwający drobne cząstki i pewne płyny—ruch przeciwraczkowy.

Tą drogą objaśnić sobie można pewne znane fakty. VORR, BAUER i EICHHORST pierwsi przekonali się, że białko z jaja kurzego, wprowadzone do odbytnicy głodzonego zwierzęcia, nie zostaje wchłonięte. Dodatek soli kuchennej sprawia, że białko to całkowicie się wchłania. Nic dziwnego, gdyż zdaniem G. posuwa się ono coraz wyżej i zostaje wchłaniane na całej wewnętrznej powierzchni kiszki, a nawet i żołądka, który trawić może owo białko w sposób prawidłowy. Ruch ten przysięcienny przeciwraczkowy ma swoje znaczenie, pozwala bowiem, by cząstki pokarmowe, niedość przetrawione w żołądku i dwunastnicy lub posiadające jeszcze za dużo NaCl, a więc niedość wylugowane, powracały raz jeszcze nieco wyżej, a może nawet do żołądka, aby uleść gruntowniejszej przeróbce i przetrawieniu w celach ekonomii ustroju. Doświadczenia, robione na zwierzętach i ludziach, posiadających przetokę żołądkową, nie są w sprzeczności z tem objaśnieniem, jakie podaje G.; przeciwnie, potwierdzają je raczej. Interesujące swoje badania prowadzi G. w dalszym ciągu i wkrótce wyczerpująco je opisie.

(*Deutsche med. Woch.* 48.).

J. Grundzsch.

148. HAYEM. O znaczeniu klinicznym chemizmu żołądkowego. Nauka o badaniu zawartości żołądkowej, która się datuje dopiero od chwili zastosowania do badań klinicznych zgłębnika żołądkowego, w ostatnich latach zrobiła znaczne postępy

i jest jednym z najważniejszych nabytków naszych czasów. Dzięki tej nauce otrzymujemy wiele cennych wskazówek przy rozpoznawaniu cierpień żołądka. Sposoby jednak badania chemicznego, używane dotąd i polegające na określaniu stopnia kwaśności, względnie wolnego kwasu solnego, zawartego w soku żołądkowym, były niedokładne i pozostawiały wiele do życzenia. Aby więc badanie zawartości żołądkowej uczynić dokładniejszym, autor wspólnie z WINTER'em dążył do wykrycia lepszych sposobów analizy soku żołądkowego, czemu stało się zadość przez zastosowanie nowej metody analitycznej, opartej na określaniu chloru, w znacznie większych ilościach płynu wydobytego z żołądka, znanej pod mianem sposobu chlorometrycznego. Poszukiwania autora i WINTER'a, robione z początku w celu udoskonalenia analizy chemicznej soku żołądkowego sposobem chlorometrycznym, uczyły wątpliwymi niektóre dotychczasowe pojęcia o czynności chemicznej żołądka i wykryły takie zmiany w chemizmie żołądka, które dotychczas wymykały się z pod obserwacji, mianowicie stany, charakteryzujące się mniej lub więcej znacznym zwiększeniem produktów chloroorganicznych w zawartości żołądkowej. Autor przekonał się, że kiedy w stanie prawidłowym trawienie próbnego śniadania, zawsze jednego i tego samego, dochodzi do swego szczytu w końcu pierwszej godziny, w stanach patologicznych, u chorych, sprawa trawienia znajduje się wówczas albo w pierwszym swoim okresie, t. j. w okresie wzrostu, albo w ostatnim okresie, t. j. u schyłku. Co do trwania trawienia, autor dzieli chorych żołądkowych na dwie kategorie: 1) na takich, u których opróżnienie żołądka jest mniej lub więcej opóźnione i 2) na takich, u których przeciwnie opróżnienie żołądka jest przyspieszone. Taki podział przedstawia wartość praktyczną wielkiej wagi, albowiem wskazuje zaburzenia czynności chemicznej, zachodzącej w żołądku, które spowodowane bywają zazwyczaj przez zmiany anatomiczne. Dawniejsi klinicyści, ograniczając swe badanie soku żołądkowego tylko do poszukiwania wolnego kwasu solnego, znajdowali u osobników, cierpiących na zaburzenia żołądkowe, sok napózor prawidłowy, w innych razach nieco zmieniony i przypisywali tę niestałość w składzie soku żołądkowego zaburzeniom w innerwacji żołądka (*dyspepsia nervosa*). Opóźnione lub przyspieszone opróżnianie żołądka, rozmaite zaburzenia wydzielnicze i chemiczne, mianowicie zwiększenie wydzielania soku żołądkowego, nadkwaśność jego, będąca wynikiem wydzielania znacznej ilości wolnego HCl, lub zupełny brak kwasu solnego, uważali jako zaburzenia czynnościowe, pierwotne, które dopiero przy dłuższym trwaniu mogą wytworzyć zmiany wtórne w narządzie gruczołowym. Obecnie, po zastosowaniu dokładniejszych sposobów badania zawartości żołądkowej przy jednoczesnych studyach anatomo-patologicznych okazuje się, że u chorych, u których dawniej rozpoznawano niestrawność nerwową, znajdują się w istocie znaczne zmiany w budowie ścian żołądka. Autor badał żołądki przestępców, skazanych na śmierć, i żołądki osób młodych, zmarłych nagle wskutek chorób ostrych z krótkim przebiegiem, i znajdował w nich zawsze prawie zmiany nie świeże, powierzchowne, lecz stare, głębokie, rozległe, które powstały bardzo dawno przed zgonem. Wobec tego autor utrzymuje, że ludzi, cierpiących na niestrawność, jest znaczna ilość; ci zaś stanowią tylko część tych, którzy są dotknięci zmianami narządu gruczołowego żołądka, przebiegającymi często skrycie.

Z pomiędzy tych skrycie przebiegających niestrawności autor wyodrębnia jedną postać, którą nazywa zapaleniem miąższowem. Pód tą nazwą należy rozumieć sprawę zapalną w gruczołach trawiennych, charakteryzującą się nowotworzeniem się komórek tak okładowych, jak i głównych, z następstwem ich zwyrodnieniem, a często nawet nacieczeniem tkanki międzykomórkowej. Przy tem zapaleniu zachodzi zamiana gruczołów odźwiernikowych (*gl. pyloriques*) w gruczoły trawienne (*gl. peptiques*). Wbrew jednak zapatrywaniom KORCZYŃSKIEGO i JAWORSKIEGO, autor uznaje, że w wytwarzaniu kwasu solnego przyjmują udział zarówno komórki główne, jak i okładowe i opiera to zdanie na spostrzeżeniach z jednej strony u noworodków, u których trawienie odbywa się bez HCl przy znacznej ilości komórek okładowych, z drugiej zaś strony na danych anatomo-patologicznych, wskazujących znaczną nadkwaśność bez widocznego zwiększenia ilości tych komórek.

Nadkwaśność soku żołądkowego zależy więc od wzmożonej działalności gruczołów trawiennych *in toto* i od zamiany względnie zaniku gruczołów odźwiernikowych, wytwarzających sok zasadowy. Poszczególnym stałym typom chemicznym soku żołądkowego odpowiada również swoista zmiana anatomiczna w budo-

wie błony śluzowej żołądka; ze słowem „niestrawność“ należy łączyć pojęcie o cierpieniu anatomicznie wyodrębnionem, którego stopień mierzyć powinniśmy zapomocą danych, zdobywanych drogą badania chemicznego zawartości żołądkowej podczas przebiegu trawienia.

Wobec tego i inne kwestye, np. kwestya, będąca przedmiotem tylu sporów o istnieniu lub braku wolnego HCl przy wrzodzie żołądka lub jego raku, tracą swoje znaczenie; wszystko tu zależy bowiem od stanu, w jakim się znajduje narząd gruczołowy,—innemi słowy, od tego, czy danej sprawie chorobowej towarzyszy miażdżowe zapalenie żołądka ze wzmożonem wydzielaniem gruczołów trawienicowych, czy też zanikowe zapalenie z upośledzonym wytwarzaniem kwasu solnego. To samo można powiedzieć i o innych sprawach chorobowych, zachodzących w żołądku.

(*Sem. médicale N. 60. 1894 r.*).

F. Kołakowski.

149. Ch. FÉRÉ. O objawach zatrucia przy leczeniu boraksem. Stosowany ostatnimi laty przy padaczce boraks nie zasługuje zdaniem autora na miano środka, któryby mógł bez szkody dla ustroju zastąpić częstokroć nader szkodliwy bromek potasu. Autor stosował środek ten od sześciu lat; zazwyczaj rozpoczynał leczenie od małych dawek 1—3 grm. dziennie; zwiększając stopniowo dawki, dochodził do 20 grm., i na zasadzie całego szeregu przypadków przychodzi do wniosku, że boraks wywołuje bardzo często objawy zatrucia nie tylko ciężkie, ale nawet śmiertelne.

Zaburzenia przy zatruciu boraksem, występują najczęściej i najsilniej w narządach trawienia; zjawiają się nudności, utrata łaknienia, palenie z uczuciem ciężkości w żołądku, bóle, wymioty. W rzadkich przypadkach udaje się powstrzymać lub zmniejszyć objawy zatrucia przez podawanie boraksu w mieszaninie z gliceryną zamiast z wodą, lub przez stosowanie jednoczesne antyseptyki kiszek.

Drugim ciężkim objawem zatrucia boraksem jest wysychanie skóry i błon śluzowych; wargi i język robią się czerwone, jakby pozbawione nabłonka, błona śluzowa warg pęka, oczy nalewają się krwią. Tłuszcz podskórny zanika; gdy zaś działanie boraksu ustępuje, tłuszcz zjawia się znowu stopniowo najprzód na twarzy, później na tułowie, brzuchu i t. d. Na pozbawionej wody i tłuszczu skórze występują obficie wysypki zarówno w miejscach niepokrytych, jak i pokrytych włosami; włosy obficie wypadają na głowie, twarzy i innych miejscach i odrastają na nowo po ustąpieniu zatrucia, stając się często grubszy i nabierając barwy ciemniejszej. Z wysypek przy zatruciu boraksem najczęściej zauważyć się daje ten rodzaj liszaju, który odpowiada pryszczycy łojotokowej (*eczema seborrhoicum*); przyjmować ona może najrozmaitsze postacie pryszczyków albo też małych krązków o brzegach czerwonych i łuszczących się, często symetrycznie ułożonych. Wysypka ta nie ustępuje przy leczeniu miejscowem, dopóki leczenie boraksem nie zostanie zaniechane. Czasem wysypka objawia się w postaci plam różowych lub czerwonych, mniej lub więcej rozlanych, często pokrytych łuską i przypominających pokrzywkę lub szkarlatynę, w innych wreszcie przypadkach występuje pryszczycza ogólna z mocnym swędzeniem. Tym zaburzeniom skóry towarzyszy często charłactwo w mniejszym lub większym stopniu, z obrzękami kończyn, nabrzmieniem twarzy, woskowym kolorem skóry i blademi błonami śluzowemi; u osobników przeżytych boraksem spostrzega się niekiedy wysypkę w postaci czyraków, jakie występują zazwyczaj przy charłactwie i różnych chorobach skóry. Autor u dwóch chorych leczonych boraksem zauważył w okolicy mięśnia mostko-sutko-obojęzycznego wytworzenie się symetrycznych dużych guzów, bolesnych przy dotykaniu i ruchach; guzy te po przerwaniu leczenia boraksem zginęły same przez się.

Z chwilą wystąpienia charłactwa badanie moczu wykazuje często zawartość białka, u trzech chorych autora wystąpiły nawet objawy mocznicowe ze śmiertelnem zejściem w jednym przypadku.

Na podstawie swych badań autor przychodzi do wniosku, że objawy zatrucia boraksem są zarówno niebezpieczne, jak bromem, może nawet niebezpieczniejsze ze względu na możliwość zajęcia nerek. Boraks w moczu wykrywa się już we 25—30 minut po przyjęciu 4 gramów (mocz wyparowuje się a pozostałość rozpuszcza się w alkoholu, który w obecności boraksu pali się zielonym płomieniem); pomimo to jednak całkowite wydalenie boraksu z ustroju trwa zazwyczaj bardzo długo; autor w jednym przypadku, gdzie chory otrzymywał po 10,0 boraksu, znajdował go w moczu przez 41 dni, w drugim przez 52 dni; w obu tych przypadkach mocz zawierał białko. (*La Semaine médicale. 3 Novembre 1894*). F. Sylwestrowicz.

150. SENATOR. **Bezład dziedziczny (choroba Friedreich'a).** Autor podaje przypadek choroby FRIEDREICH'a i polemizuje z SCHULTZE'm tak co do obrazu klinicznego, jak i anatomopatologicznego bezładu dziedzicznego. Jak wiadomo, jest to cierpienie, występujące u kilku członków jednej i tej samej rodziny, powstające w okresie pokwitania, mające przebieg postępujący i nadwyzwyczaj powolny (dziesiątki lat), cechujące się przedewszystkiem bezładem, wahaniami chorego przy stanie i chodzeniu, brakiem odruchów kolanowych, zaburzeniami mowy w późniejszych okresach, drżaniem gałek ocznych, skrzywieniem kręgosłupa (*scoliosis*), w końcu zupełnem porażeniem nóg. Czynności pęcherza i odbytnicy zostają długo zachowane. SENATOR przed 1½ r. spostrzegał chorego, u którego rozpoznał chorobę FRIEDREICH'a, pomimo niezupełnie jeszcze rozwiniętego obrazu chorobowego. Chory od 14 r. zaczął źle chodzić, zdradzał bezład statyczny, miał utrudnioną wymowę, drżenie gałek ocznych; siostra miała być dotknięta takim samym cierpieniem. W 1½ roku potem chód pogorszył się, bezład wystąpił i w kończynach górnych, mięśnie częściowo uległy zanikowi, wystąpił brak prawego odruchu kolanowego i osłabienie lewego, brak odruchu ACHILLES'a i m. *cremasteris*, lekkie zaburzenia czucia, odruchy powłok brzusznych stały się żywsze, wymowa nieco utrudniona.

Przyczyną bezładu wrodzonego ma być zanik wrodzony całego mózdzku lub części jego, mających ważne znaczenie fizjologiczne; jednocześnie może występować zanik rdzenia (*resp.* rdzenia przedłużonego). Według SCHULTZE'go bezład wrodzony jest skombinowanym cierpieniem pęczków rdzenia (*Strangaffection*). SENATOR jest zdania, że jego obraz anatomopatologiczny objaśnia kliniczne objawy. Bezład statyczny przy zachowaniu czynności czucia i braku porażień, drżenie gałek ocznych, zakłócenia mowy, brak zaburzeń ze strony pęcherza i kiszek, może nawet wzmożone odruchy—wszystko to daje się wytłomaczyć zanikiem mózdzku; bezład mięsczozienności (*ataxia locomotrix*), zjawiający się dopiero w późniejszych okresach cierpienia, jakoteż brak odruchów kolanowych, mogą zależeć od zmian w tylnych pęczkach rdzenia. Wogóle objawy, którymi bezład dziedziczny różni się od wiądu rdzenia, objaśnia autor zajęciem mózdzku.

W większości przypadków nie zwracano uwagi na mózdzek, w 3-ch znaleziono znaczny jego zanik. Częściej wykrywano zmiany w rdzeniu (włączając rdzeń przedłużony), dotyczące bądź znacznych obszarów, bądź też pojedynczych i do tego niesymetrycznie ułożonych części. W przyszłych poszukiwaniach należy zwrócić uwagę na stosunek zaniku rdzenia do zmian w mózdzku, na obszar, jaki cierpienie zajmuje w rdzeniu i nerwach obwodowych, i na kolejne następstwo wskazanych zjawisk.

(*Berliner klinische Wochenschrift*, 1894. N-r 28).

M. Biro.

151. POTAIN. **O enteralgii.** Enteralgie cechują napady bólu, powtarzające się w przestankach czasu od paru godzin do kilku miesięcy. Napad zaczyna się nagle bez określonej przyczyny (błędu dyetycznego). Ból umiejscawia się w okolicy pępka i nadbrzusza i rozpromieniać się może do prawego podżebrza, łędźwi i moczowodów, niekiedy nawet do ud, symulując przez to kolkę wątrobową lub nerkową. Natężenie bólu bywa wogóle mniejsze, niż przy wymienionych kolkach, dochodzić może jednak niekiedy do takiego stopnia, że chorzy tracą przytomność lub omdlewiają. Brzuch bywa wzdęty, umiejscowienie i natężenie wzdęcia ulegają szybkim zmianom. Chorzy doświadczają parcia i potrzeby częstego wypróżniania się. Charakterystyczne są cechy wypróżnień: już na parę dni przed napadem stolce stają się twardymi, wypróżnienia opieszalemi, w miarę rozwoju napadu stolce przybierają wygląd stolca owczego (okrągłe zbite kawałki) albo nawet postać wstęg lub sznurków nie większej grubości niekiedy od ołówka. Ze zbliżeniem się końca napadu objętość oddawanych kawałków kału znowu się powiększa. U niektórych nawet chorych napad kończy się nagle wraz z oddaniem obfitego stolca. Napad trwa parę godzin do kilku dni, składając się z wielu małych nasileń. W przeciągających się napadach bywają nudności i wymioty (w jednym przypadku spostrzegano nawet kałowe wymioty). Nigdy przytem nie bywa gorączki, łaknienie bywa zachowane: chorzy nie jedzą tylko z obawy powiększenia swoich cierpień. Chorzy są osłabieni, przygnębieni.

Przy rozpoznawaniu mieć na uwadze należy kolki wątrobową i nerkową i gastralgię. Pierwszą wykluczamy na zasadzie braku żółtaczk i innych właściwych jej objawów, kolkę nerkową na zasadzie braku zmian w moczu i właściwego rozpromieniania się bólów, gastralgię na zasadzie braku związku z okresem trawienia.

W powstawaniu enteralgii gra pewną rolę dziedziczność. u rodziców chorych często znajdujemy enteralgję lub inne cierpienia kiszek. Często spotykamy enteralgję u neurasteników, szczególnie u neurasteników-artrytyków, dla tego też najczęściej u ludzi ciężko pracujących umysłowo. Sam napad często wywoływany bywa przez nadmierną pracę umysłową lub też wzruszenia nieprzyjemnej natury. Enteralgia zatem jest cierpieniem nerwowem, objawy którego stanowią: ból, zaburzenia w czynności kiszek, usposobienie neuropatyczne. Autor zastanawia się nad wzajemną zależnością tych objawów. Przypuścićby można, że ból sam przez się powoduje zaburzenia kiskowe (trudność w oddawaniu stolca); SZERSZEWSKI jednak zauważył, że zaburzenia te zaczynają się jeszcze przed wystąpieniem bólu; wielkie zresztą natężenie bólu nie odpowiada nieznacznym zaburzeniom w czynnościach kiszek, a wypróżnienia stają się normalne bezpośrednio po ustaniu bólu. Należy sądzić zatem, że te zaburzenia kiskowe właśnie stanowią przyczynę bólu. Jakież są te zaburzenia? Sprawę zapalną wykluczyć możemy na zasadzie napadowego charakteru cierpienia, nagłego początku i końca napadów. W wielu przypadkach istnieją objawy *colitidis muco-membranosae*, w wielu ich jednak niema. Nieżyty zatem nie można uważać za podstawę enteralgii, lecz za cierpienie współistniejące (jak wiadomo, bardzo częste u artrytyko-neurasteników). Wzdęcie brzucha i utrudnione wypróżnienia mogą nam nasunąć myśl o niedowładzie kiskowym. Przy badaniu jednak znajdujemy w dole biodrowym lewym twardy, bolesny sznur, stanowiący kiskę esowatą, co jest pewną oznaką nadmiernego skurczu tejże kiski (skurcz ten może być umiejscowiony i w innym odcinku kiski i może być wtedy niedostępny dla badania). Nagłe występowanie i nagłe znikanie wzdęcia brzucha pozwala nam twierdzić, że nie jest ono wywołane przez gazy powstałe skutkiem fermentacji kiskowych. Cierpienie to więc polega na bolesnym skurczu kiski, analogicznie do wszystkich innych kolek; występowaniu tego skurczu sprzyja neuropatyczne usposobienie chorych, odziedziczone albo nabyte. Słuszność tego poglądu potwierdzają wyniki terapii: środki czyszczące są prawie zupełnie bezskuteczne w enteralgii, nie wywołują nawet wypróżnień; natomiast narkotyki: beladona, makowiec — wywołują obfite stolce i przerywają napad. W przerwach pomiędzy napadami najlepsze wyniki dają: eter, kozłek, kozłczan ammonu; wobec nawykowego zaparcia stolca zadawałniam się musimy lekkimi środkami czyszczącymi: siarką, olejem rącznikowym, rabarbarem, unikać natomiast środków drastycznych. Należy prócz tego koniecznie zwrócić uwagę na higienę fizyczną i psychiczną. Chwałą prócz tego hydroterapię (łagodną) i leczenie elektrycznością.

(*Semaine méd. N-r 67. 1894.*) Fr. Bellon.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 11 Grudnia r. b.

TREŚĆ: JANOWSKI — O leczeniu błonicy surowicą.

Kol. JANOWSKI w dłuższem przemówieniu zdał sprawę ze swojej podróży, odbytej w celu zapoznania się z metodą leczenia błonicy zapomocą surowicy krwi. Mówca opisał dokładnie sposoby przygotowania surowicy, używane obecnie przez szkołę BEHRING'a, przez ARONSON'a oraz ROUX. Co do siły surowicy ARONSON'a, to jest ona równoznaczna sile surowicy BEHRING'a, a mianowicie N. II z fabryki w Höchst. Co do surowicy francuskiej, to kol. J. bezpośredniej jeszcze odpowiedzi co do jej siły, w porównaniu z surowicą niemiecką, dać nie może; wskazuje jednak, jak tę kwestję rozwiązać należy, i zapowiada ogłoszenie przez siebie odnośnych wyników. Następnie kol. J. zaznacza, że w lutym r. p. będzie można dostać surowicy stosunkowo łatwo, gdyż od tego czasu wszystkie 3 fabryki będą posiadały znaczne ilości tego środka. Dalej kol. J. opisuje wyniki 93 swoich spostrzeżeń w Berlinie i 97 w Paryżu. Na zasadzie spostrzeżeń berlińskich, dochodzi do wniosku, że lekkie i średnie postaci leczone zapomocą surowicy dobrze; również leczą się dobrze i postaci ciężkie, jeżeli do stosowania surowicy przystępowano wcześniej; że wreszcie nawet w przypadkach błonicy pochodzenia mieszanego surowica, wcześniej i w dużych dawkach zastosowana, okazuje się pomocną. Zaznacza dalej, że od czasu stosowania surowicy w Berlinie,

ogólna odsetka śmiertelności od błonicy zmniejszyła się prawie w trójnasób. Spostrzeżenia autora w Paryżu przekonały go, że i krup leczyć się może dobrze bez operacji, przy stosowaniu znaczniejszych dawek surowicy. Przeciętną dawką surowicy w średnio ciężkich przypadkach błonicy, zdaniem kol. J., jest słoik Nr. II z Höchst lub słoik surowicy ARONSON'a na początku kuracji, połowa zaś tej ilości nazajutrz. W ciężkich przypadkach dawka musi być nieraz podwojona. To samo i w przypadkach mieszanych. Przeciętna dawka surowicy francuskiej jest przy błonicy 40—50 ctm. sz. (20+20+10), a dla krupu około 70 ctm. sz. Szybki spadek ciepłoty kol. J. spostrzegł w Berlinie tylko w 8 lekkich przypadkach, w 7 z pomiędzy 22 średnich i w 3 z pomiędzy 35 ciężkich. W innych przypadkach prawidłowości w tym kierunku kol. J. nie zauważył, a nawet w przypadkach mieszanych mówca często widywał podnoszenie się ciepłoty w czasie leczenia surowicą. Tętno już po upływie doby poprawiało się w przypadkach średnich, a nawet ciężkich, leczonych odpowiednio wielką dawką surowicy. Naloty w gardzieli schodziły w różnych przypadkach różnie. Nieraz trzymały się 4 do 5 dni, lecz gdy się zaczęły już odluszczać, schodziły bardzo szybko. Gruzoły na szyi zmniejszały się w przypadkach septycznych, spostrzeganych w Berlinie, w ciągu 2—5 dni i były bolesne nie dłużej nad 2 dni. Co do krupów, to te dawały w Paryżu ogółem (przypadki nicoperowane) około 13% śmiertelności, operowane zaś — około 25%. Z wysypek, wywoływanych przez surowicę, kol. J. widział pokrzywkę i wysypkę podobną do płonicowej. Wysypki te znikają po upływie 1 do 3 dni. Na miejscu wstrzykiwania surowicy widywał w $\frac{1}{4}$ części przypadków guzy, które trwały od 2 do 3 dni i potem znikają. Na zasadzie ogólnego wrażenia, jakie kol. J. otrzymał w swoich spostrzeżeniach zagranicą, radzi on stosować surowicę we wszystkich przypadkach błonicy, z wyjątkiem błonicy przy szkarlatynie. Autor jednak jest zdania, że wyniki leczenia antytoksynami wtedy dopiero będą zupełnie zadawalniające, skoro poszukiwania co do istoty związku działającego w surowicy uwieńczone zostaną pomyslnym skutkiem. Fabrykacja bowiem antytoksyn wtedy odbywać się będzie na drodze chemicznej. Wtedy tylko będziemy mogli być powni co do czystości środka i będziemy w stanie uniknąć zakażeń, spowodowanych zastrzykiwaniem zanieczyszczonej surowicy, czego dziś w stosowaniu surowicy *per se* nie zawsze uniknąć możemy. Co do myśli założenia u nas wielkiej fabryki surowicy przeciwbłonicowej, to wobec znacznych kapitałów, jakichby urządzenie takiej fabryki wymagało, autor do niej nie zachęca, uważając chwilę obecną stosowania surowicy jako okres przejściowy, mając niepłonną nadzieję, iż nauka da nam w niedalekiej przyszłości sposób otrzymywania antytoksyn na drodze chemicznej. Obecnie zaś nieza długo można będzie po niezbyt znacznej cenie otrzymywać surowicę przedewszystkiem z Francji. Zakładanie drobnych fabryk prywatnych na własne ryzyko właścicieli uważa za możliwe.

W dyskusji zabrał głos kol. BĄCZKIEWICZ, zaznaczając, że ponieważ w podróży swoich, w celu zbadania sprawy leczenia błonicy omawianą metodą, mijał się z kol. JANOWSKIM, a zatem niezależnie jeden od drugiego obserwowali w różnych okresach czasu różny materiał kliniczny. Z tego to powodu kol. B. chciałby zaznaczyć swoje wrażenie, jakie wyniósł, widząc stosowanie nowej metody na chorych w Paryżu i Berlinie.

Na podstawie faktu, że toksyna błonicowa, zmieszana w pewnym stosunku z surowicą przeciwbłonicową *resp.* z antytoksyną i wstrzyknięta śwince morskiej, nie wywołuje żadnych objawów, ani miejscowych ani ogólnych, — BEHRING przypuszcza, że surowica posiada wpływ niszczący na toksynę, lecz dopóty, dopóki ta toksyna u danego chorego krąży we krwi; jeżeli jednak jad błonicowy już wnika w komórki ustroju, to działanie surowicy nie występuje. Roux jednak przekonał się, że jeżeli powyższą mieszaninę zastrzyknąć nie śwince morskiej, a królikowi, to występuje w miejscu zastrzyknięcia obrzmienie; nadto, jeżeli powyższą mieszaninę zastrzyknąć królikowi nie pod skórę, a wprost do żyły, to zwierzę pada, a zatem działanie niszczące surowicy na jad błonicowy jest poza ustrojem pozorne lub przynajmniej niezupełne. Dla tego też Roux wypowiada przekonanie, że surowica czyni tylko komórki ustroju niewrażliwymi na jad błonicowy.

Dalej, przechodząc do sprawy klinicznej, kol. B. zastrzega, że żadnych wywodów statystycznych ze spostrzeganego przez się materiału przytaczać nie będzie; obok bowiem chorych nowoprzybywających przy kol. B. na jedną z sal, mniej więcej będącą w warunkach, spotykanych w naszych szpitalach, notował jeszcze to przypadki, które więcej go interesowały, a więc przypadki krupu i inne. Gdyby więc wypowia-

dał dano statystyczne z tak wybranego materiału, mogłoby to wypaść na niekorzyść niesłuszną danej metody. Stosowanie nowej metody w szpitalach francuskich, a także w niektórych niemieckich jest prowadzone obok użycia innych środków farmaceutycznych, jak płukanie kwasem bornym, podzłowanie kwasem salicylowym, wstrzykiwania do rurek tracheotomijnych oliwy mentolowej lub stosowania do płukania przetworów jodowych. Warunki takie nie sprzyjają czystej obserwacji. Jeżeli Roux się przekonał, że sublimat i karbol szkodliwie działają przy stosowaniu surowicy, to słusznie zapytuje się kol. B.: czemu stosowano są inne środki, co do których zjawia się wątpliwość, czy również szkodliwie nie działają, lub też, jeżeli działają dodatnio, to mogą podnosić wartość rzeczywistą nowej metody leczenia surowicą.

Chociaż kol. B. więcej posiada szczegółowych spostrzeżeń, z górą 40, to jednak wrażenie swoje co do wpływu leczniczego surowicy opiera na ważniejszym materiale, bo w samym Paryżu w szpitalach znajduje się blisko 100 łóżek w oddziałach, gdzie stosowana jest nowa metoda.

Wpływ miejscowy surowicy na ograniczanie sprawy i oddzielanie się błon najwidoczniejszy jest w zapaleniach gardzieli; przy zapaleniu czystem nie jest on jednak tak wybitny, szczególnie w postaciach zakażenia mieszanego. Kosseł nazywa surowicę „*Antipyreticum ersten Grades*“. O ile na podstawie swoich spostrzeżeń kol. B. sądzić może, to bynajmniej tak nie jest. Jeżeli rzeczywiście w przypadkach zakażenia czystego łascznikiem już po pierwszym lub drugim zastrzyknięciu następuje wyraźny spadek ciepłoty wraz z jednoczesnym spadkiem częstości tętna, to jednak nie jest to prawidłem, a szczególnie w przypadkach zakażenia mieszanego. W notatkach własnych kol. B. posiada przypadki, gdzie nie tylko ciepłota po zastrzyknięciu surowicy nie spadała, lecz się nawet podnosiła. Bardzo często po dokonanej intubacji lub tracheotomii następowało podniesienie ciepłoty. Kol. B. nie chce tego uważać w zupełności za ujemny wpływ surowicy, bo i bez jej stosowania spostrzegał to bardzo często u swoich chorych. Na gorączkę, zależną od komplikacji, jak *bronchopneumonia*, *otorrhea*, *ropień gruczołów*, surowica również żadnego wpływu zdaje się nie wywierać.

Natomiast kol. B. wspomina o dwóch dodatnich wpływach surowicy, jakie zauważył. Przede wszystkim uderzył go, przy tak wielkim materiale klinicznym, brak groźniejszych objawów ze strony gruczołów chłonnych szyszowych; obrzmienie to wprawdzie w pojedynczych przypadkach istniało, nie było ono jednak ani tak częste, ani tak wybitne, jak to bardzo często bywa. Jako drugi dodatni wpływ uważa dobry ogólny wygląd dzieci; spodziewał się bowiem przy tak wielkim materiale znaleźć więcej przypadków, już na pierwszy rzut oka świadczących o ciężkości danej sprawy. Białkomocz nie należy do rzadkości w przypadkach leczonych surowicą; w większości spostrzeganych przypadków miał on miejsce w większym lub mniejszym stopniu. W Berlinie pokazywano kol. B. przypadki białkomoczu pierwotnego.

Kol. B. mówi dalej i o ujemnych ubocznych działaniach surowicy. Najczęstszą jest wysypka, występująca niekiedy wcześniej, niekiedy dopiero około 8—J dnia i później po rozpoczęciu leczenia surowicą. Ma ona charakter różny; raz się przedstawia jako pokrzywka, to znów jako odra lub płonica, to znów jako *erythème polymorphe*. Po wszeczenie wysypki te uważane są za łagodne powikłania; kol. B. nie sądzi jednak, aby je zawsze uważać można było za objaw obojętny, skoro często przebiegają z gorączką. Przypuszczają, że w surowicy końskiej znajdują się ciała, które później wchłaniają się, niż antytoksyny, i powodują wysypki. Są konie, których surowica szczególniejsze posiada własności tego rodzaju.

Drugą, poważniejszą może ujemną stroną działania surowicy jest występowanie niekiedy, już w okresie zdrowienia, ostrych zapaleń stawów z wysoką ciepłotą. Jeden tego rodzaju przypadek spostrzegał kol. B., w którym 8-go dnia wystąpiło obrzmienie w stawie golonistopowym prawym; przebieg tej sprawy był umiarkowanego natężenia; chorej podawano salicylan sodu. Zdarzają się po zastrzyknięciu zapalenia tkanki łącznej podskórnej, wprawdzie nie często; kol. B. jeden taki przypadek miał sposobność spostrzegać.

W końcu kol. B. zastanawia się jeszcze nad statystyką. W pierwszej seryi chorych, leczonych surowicą, otrzymał Roux śmiertelność 26,5%; obecnie w oddziałach z chorymi, dotkniętymi błonią gardzieli, wykazują śmiertelność 14%; kol. B. nie sądzi, ażeby wynik ten wyłącznie przypisać można było działaniu surowicy; kol. B. przypuszcza, że tu i inne czynniki miały wpływ na obniżenie odsetki śmiertelności. Skoro Roux się przekonał w pierwszej seryi swych prób klinicznych, że najcięższy przebieg

mają przypadki o zakażeniu mieszanem, w urządzeniu oddziałów do dalszej soryi spostrzeżeń na chorych postarano się uczynić wszystko, ażeby unikać tego zakażenia mieszanego. Zastosowano więc z całą ścisłością wszelkie środki dezynfekcyjne, a przedewszystkiem zwrócono baczną uwagę na oddzielanie chorych. Ponieważ o wszystkich tych urządzeniach kol. B. już pisał w swych korespondencyach, nie chce więc w tej chwili wszystkiego powtarzać. Sądzi jednak, że podobne warunki musiały same przez się wpłynąć na obniżenie śmiertelności. Dalej, skoro sława nowej metody leczniczej została rozpowszechniona, nie dziwnego, że ani lekarz, ani rodzice nie chcieli, przy najmniejszych objawach ze strony gardła, ryzykować zdrowia dziecka i oddawali je chętnie do szpitala, bo tam tylko wyłącznie nowy środek był stosowany. Wskutek tego przybywało do szpitali dużo przypadków lżejszych, którychby może w okolicznościach zwykłych nie oddawano do szpitali. Lżejsze to przypadki nie tylko dostały się do szpitali, ale i do statystyki, co znów nie może być bez wpływu na obniżenie odsetki śmiertelności. Nakoniec przy ogólnem zainteresowaniu się nową metodą, naturalną rzeczą się wydaje, że i opieka nad chorymi, tak ze strony lekarzy, jak i dozoru, stała się lepszą. Wszystkie powyższe czynniki, jak sądzi kol. B., nie mogły nie mieć pewnego wpływu na procent śmiertelności. Według słów kol. B. lasecznik błonicowy nie rozstrzyga kwestyi etyologii błonicy klinicznej. Wszak wiadomo, że istnieje szereg postaci klinicznych błonicy, wywołanych przez inne drobnoustroje, jak np. paciorkowce. Departament sanitarny New-Yorku, na 6000 z górą chorych z objawami błonicy, badanych bakteriologicznie, wykazał lasecznik błonicowy tylko w 58,5% wszystkich przypadków. Pomimo jednak tego, że obecna metoda leczenia surowicą nie może rozstrzygać kwestyi leczenia błonicy klinicznej, bo oparta jest na biologii tylko lasecznika błonicowego LOEFFLER'a, kol. B. jest zdania, że sprawą tą należy się najgoręcej zająć, ze względu na te widoki naukowe i praktyczne, jakie rozwinięcie tej metody mieć może w przyszłości.

Kol. KRAMSZTYK twierdzi, że zapatrywania kol. JANOWSKIEGO na nową metodę leczniczą zapomocą surowicy są zbyt optymistyczne. Wspomina o dwóch swoich spostrzeżeniach, gdzie stosowana była surowica. Z dwojga dzieci, leczonych surowicą, jedno zmarło. Błony rzeczywiście już na drugi dzień po zastrzyknięciu zaczęły się oddzielać. W końcu zwraca uwagę, że statystyki innych autorów są mniej zachęcające. Dla przykładu przytacza statystykę KOERTEGO, i odczyt HANSEMANNA.

W odpowiedzi kol. BĄCZKIEWICZOWI kol. JANOWSKI zaznacza, że 1) nie mówił bynajmniej o prawidłowym spadku ciepłoty we wszystkich przypadkach błonicy, leczonych zapomocą surowicy; 2) nie mówił, że widział zapalenia tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone*) po zastrzykiwaniach surowicy, a mówił tylko o guzach samoistnie po 2—3 dniach znikających, co zwie się zapaleniem surowiczo-waskularnem; 3) nie mówił, że wogóle w przypadkach błonicy, leczonych zapomocą surowicy, widział długotrwałe obrzmienie gruczołów. Mówił o tem tylko przy septycznych przypadkach, spostrzeganych przez siebie w Berlinie; 4) niesłusznie kol. BĄCZKIEWICZ sądzi, że dopiero teraz zwrócono w szpitalach należyta uwagę na odpowiednie środki zapobiegawcze przy błonicy i że przez to otrzymują teraz owe stosunkowo dobre wyniki ogólne przy leczeniu surowicą. Kol. JANOWSKI wie napewno, że np. w oddziale BAGIŃSKIEGO w Berlinie miało to zawsze miejsce i dawniej. Któż zaręczyć może, że w Paryżu miejsca to dawniej nie miało?

W odpowiedzi kol. KRAMSZTYKOWI kol. J. zaznacza, że statystyka, na którą się powołuje, jest dawna, z czasów niewyrobienia jeszcze techniki dawkowania surowicy; że w przypadkach kol. K. stosowana dawka surowicy była za mała; że tem dziwniejszy wydaje mu się wyprowadzony wniosek kol. K., na zasadzie dwóch spostrzeżeń, o wpływie surowicy na szybkie odluszczenie się błon, i że HANSEMANN nie ogłosił kilku przypadków sekcji, lecz tylko jeden.

KORRESPONDENCYA „MEDYCYNY“.

W sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą.

Paryż.

W ciągu dwutygodniowego pobytu w Paryżu uczęszczałem codziennie po dwa razy do oddziału dzieci błonicowych w „Hôpital des Enfants malades“ przy ulicy de Sévre, czuję się więc w obowiązku zakomunikować parę uwag nad stosowaniem surowicy przeciwbłonicowej D-ra Roux'a. Obserwowałem dość dokładnie czterdzieści przypadków, a chociaż nie jest to dostateczny materiał do wyprowadzania wniosków ogólnych, pozwala jednak wyrobić sobie choć przybliżone pojęcie o klinicznej wartości tej nowej metody leczenia błonicy.

W tych czterdziestu przypadkach widziałem dwadzieścia przypadków z błonicą krtani, z których 15 przybyło już do szpitala z objawami sinicy i bardzo utrudnionego oddechu i nadawało się do tracheotomii; dalej ośm ciężkich przypadków błonicy, które my zwykle zaliczamy do postaci septycznych; wreszcie dwanaście przypadków błonicy gardzieli słabszego natężenia. Błonicy nosa widziałem bardzo mało. W Paryżu obecnie stosują bardzo często intubację, ale tylko w tych przypadkach, w których musiano by robić tracheotomię; jeśli zaś przeszkody w krtani są niżej od rurki intubacyjnej, lub jeśli błony fałszywe nie mogą przejść przez rurkę i być wyrzucone, to wtedy jedynie przystępują tu do tracheotomii. W dwudziestu przypadkach błonicy krtani, które spostrzegalem, tracheotomia była robiona sześć razy: troje operowanych zmarło. Badanie bakteryologiczne tych sześciu przypadków wykazało lasocznik LOEFFLER'a w połączeniu z paciorkowcem cztery razy, w piątym przypadku była czysta hodowla lasecznika LOEFFLER'a, a w szóstym zupełnie nie było bakterii błonicy, tylko paciorkowce.

Tracheotomię robiono na poczekaniu, szybko, nie preparując krtani, a wprost przez przekłucie. Intubowanych było 9 chorych, z których ośmiu wyzdrowiało, jeden tylko zmarł. Badanie bakteryologiczne wykazało: w tym jednym przypadku śmierci bakterie LOEFFLER'a z paciorkowcami, w czterech przypadkach otrzymano czystą hodowlę błonicy, w jednym były laseczники LOEFFLER'a z towarzyszeniem gronkowców, a w trzech—lasecznikom błonicy towarzyszyły koki BRISOU. Co się tyczy pozostałych pięciu przypadków błonicy krtani, to dzieci wyzdrowiały bez żadnej interwencji, litylko pod wpływem zastrzykiwań surowicy. Pod względem bakteryologicznym, trzy z nich były to przypadki czyste, a w dwóch błonicy towarzyszyły paciorkowce. Dzieci z błonicą gardzieli, o których wspominałem, wszystkie wyzdrowiały; w ich liczbie było ośm ciężkich przypadków, a 12 słabszych. Bakteryologicznie w dwóch przypadkach nie wykazano bakterii błonicy, w ośmiu otrzymano czystą hodowlę bakterii błonicy, w pięciu — towarzyszyły tej ostatniej koki BRISOU, w dwóch paciorkowce, a w jednym gronkowce.

Intubację robiono, jak mówiłem, tylko w ostatecznym razie, jako równoznacznik tracheotomii, i wyczekiwano, stosując surowicę. Rurkę wyjmowano najczęściej po 48 godzinach, zresztą wskaźnikiem był ogólny stan chorego i jego gardzieli: jeśli temperatura opadła, gardziel oczyściła się, to wyjmowano rurkę, przypuszczając, że i krtan się oczyściła.

Surowicę leczniczą stosowano w następujący sposób. Każde przybywające dziecko dostawało 20 ctm. sz. surowicy pod skórę w okolicy brzucha; młodsze niż dwa lata dostawały tylko 10 ctm. sz. W przygotowanych próbkach, zawierających surowicę LOEFFLER'a, zasiewano błony fałszywe lub śluz i z rozwijających się w termostatach hodowli przygotowywano preparaty mikroskopowe. Jeśli u chorego nie znaleziono bakterii błonicy, to więcej zastrzykiwań nie robiono; wogóle zaś dozuje się tu surowicę, zależnie od ogólnego stanu chorego i przebiegu jego choroby. Jeśli temperatura trzyma się w granicach wysokich, gruczoły są powiększone, błony fałszywe obszerne, to zastrzykiwania są powtarzane, a w ciężkich przypadkach błonicy gardzieli lub krtani dochodzą tu często do 40 ctm. sz. w ciągu dwunastu godzin. W przypadkach, które się później wikłają zapaleniem płuc zrazikowem, nie stosuje się już zastrzykiwań surowicy, ponieważ błonica już przeszła.

Mieszanina z kokami BRISOU'a uważana jest za dość niewinną. Szkarlatyny w połączeniu z błonicą nie widziałem w Paryżu, ale spostrzegałem jeden przypadek błonicy z odrą i dwa z krztuścem. W tych przypadkach surowica była stosowana tak, jak w postaciach czystej błonicy; nie spostrzegałem żadnego szczególnego wpływu surowicy na przebieg tych chorób.

Odczyn ustroju na surowicę objawiał się w sposób następujący: Czasami temperatura opadała już po 12 godzinach, ale to się zdarzało rzadko—i to w przypadkach czystej błonicy,—a zawsze było to dobrym znakiem. Najczęściej temperatura opadała po 48 godzinach i to stopniowo; błony fałszywe także oddzielały się trzeciego lub czwartego dnia, zostawiając po sobie powierzchnię pokrytą ziarniną. Gruczoły chłonne szyjowe zmniejszały się także stopniowo, dopiero po paru dniach; apetyt poprawiał się i twarz nabierała zdrowego, wesołego wyglądu, co szczególnie uderzało w przypadkach ciężkiej błonicy. Ponieważ białkomocz jest objawem niestałym przy błonicy, trudno więc coś stanowczego powiedzieć o wpływie nań surowicy; mogę tylko zaznaczyć, że widziałem kilka przypadków, gdzie ilość zastrzykniętej surowicy dochodziła do 80 ctm. sz. i więcej, i ani razu w moczu nie było białka, chociaż próby robiono codziennie. Można więc przypuszczać, że surowica w dawkach leczniczych białkomoczu nie wywołuje; czy zaś jest w stanie usunąć istniejący już białkomocz, o tem nie powiedzieć nie mogę.

Jednym z objawów, najczęściej towarzyszących leczeniu błonicy surowicą, były wysypki podobne do pokrzywki, które w czasie mego pobytu były wyjątkowo obfite. Podobno jeden z koni, którego surowicą posilkowano się wtedy, wyjątkowo dostarczał takiej surowicy. Zwykle wysypki bywały dość słabe, a czasami zupełnie się nie pokazywały. Najczęściej występowała taka wysypka 7-go lub 8-go dnia, z małym podniesieniem się temperatury, o kilka dziesiętnych stopnia, lub zupełnie bez podniesienia. Pokazywała się ona naprzód na twarzy i brzuchu i po kilku dniach znikła, wywołując lekkie swędzenie i łuszczenie się. Innych następstw leczenia surowicą nie widziałem.

Zastrzykiwania robione były dużą 20 - gramową strzykawką, którą łączono z igłą zapomocą miękkiej kauczukowej rurki. Iglę przed każdym użyciem starannie wyjaławiano. Oprócz surowicy używano płukań gardła kwasem bornym lub 2%-ym roztworem *calcii hypochlorosi* (Eau de Labarraque).

Co się tyczy danych statystycznych w tym oddziale, to przedstawiają się one następująco. We wrześniu, październiku i pierwszej połowie listopada było ogółem leczonych 180 osób, z tych zmarło 23, co stanowi 12 $\frac{1}{2}$ %. Takie zmniejszenie się śmiertelności od czasu odczytu Roux'a w Budapeszcie, tłumaczy się między innemi daleko wcześniejszem oddawaniem dzieci do szpitala.

Niech mi będzie wolno dodać tu jeszcze parę słów osobistego poglądu na stosowanie surowicy przeciwbłonicowej. Nie mogłem nie widzieć dobrych wyników przy leczeniu błonicy gardzieli surowicą, nawet w ciężkich przypadkach; ale że takie przypadki i u nas kończą się pomyślnie, przy naszym zwyczajnem leczeniu, nie mam więc dostatecznej wskazówki do osądzenia surowicy, jako środka leczniczego w przypadkach powyższych. Uderzyły mnie jednak zbawienne jej skutki przy błonicy krtani, która u nas tak fatalnie przebiega. Szczególnie w przypadkach, gdzie założenie rurki intubacyjnej drożność krtani przywracało surowica, stosowana energicznie, świetno wyniki dawała. Przypadki, poddano tracheotomii, przebiegały gorzej, albowiem zawsze łatwiej następowało zakażenie. Mojem więc zdaniem, surowica może oddać poważne usługi w błonicy krtani, przy pomocy intubacji, która może przy leczeniu surowicą bardzo często tracheotomię zastąpić. Jeszcze lepiej, ma się rozumieć, jeśli można się obejść bez intubacji, albowiem nie jest to zupełnie niewinna manipulacja i często, jeśli niema natychmiastowego niebezpieczeństwa zaduszenia, duże dawki surowicy są w stanie potrzebę zabiegu operacyjnego usunąć, jak to sam kilka razy widziałem. Bardzo więc prawdopodobnie leczenie surowicą wprowadzi w ruch intubację, którą od jakiegoś czasu zarzucono. Teraz właśnie w oddziałach paryskich robią się spostrzeżenia w tym kierunku, aby dokładnie określić wskazania do intubacji i tracheotomii przy stosowaniu surowicy przeciwbłonicowej.

Władysław Sawicki.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Na posiedzeniu Berlińskiego dermatologicznego stowarzyszenia, d. 8 maja r. b., zostały opisane przez GRIMM'a, ROSENTHAL'a, SCHUERTE'go i LASSAR'a dwa przypadki pierwotnego przymiotowego stwardnienia (*sclerosis initialis*) na dziąsłach i 3 na migdałach, powstałe wskutek przeniesienia zarazy, przy użyciu nieodkażonych narzędzi dentystycznych i laryngologicznych. W niektórych z tych przypadków—z powodu ukrytego objawu pierwotnego i braku wszelkiego podejrzenia o chorobę przymiotową — popełniono błędy rozpoznawcze, które może dałyby się uniknąć, gdyby zwrócono baczniejszą uwagę na twarde obrzmienie sąsiednich gruczołów chłonnych. W jednym przypadku twardego szankra migdała, na zasadzie fałszywego rozpoznania mięsaka (*sarcoma*), postanowiono wykonać, a w drugim nawet wykonano wycięcie migdała, z zejściem śmiertelnym (przypadek opisany przez LASSAR'a). Jeżeli do tego dodamy spostrzeżenia złośliwego dalszego przebiegu przymiotu, którym podobne pierwotne umiejscowienia choroby mają się odznaczać, to wyprowadzony stąd wniosek o niezbędności starannego oczyszczania i odkażania narzędzi dentystycznych i laryngologicznych nie może być dość silnie zaznaczony. (Archiv f. Dermat. u. Syph. 1894. XXIX B. 2 Heft. s. 288). *J. M.*

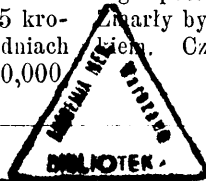
— D-r TAYLOR stosował przy białaczce śledzionowej z dobrym skutkiem arsenik w dużych dawkach jednocześnie z wdechaniem tlenu. Przypadek ten dotyczył 27-letniego mężczyzny z bardzo dużą śledzioną, z 1,000,000 leukocytów i 1,880,090 erytrocytów w jednym milimetrze sz. krwi. Chory wdechał codziennie 30 litrów tlenu i przyjmował *Sol. Fowleri* w stopniowo zwiększanej dawce od 5—15 kropeł trzy razy dziennie. Po dwóch tygodniach ilość czerwonych ciałek wynosiła 3,080,000

a ilość leukocytów zmniejszyła się do 470,000. Po 6-u miesiącach czerwonych ciałek było 3,630,000, białych 20,000. Jednocześnie śledziona zmniejszyła się w wymiarze podłużnym o 12 ctm. W tym stanie chory szpital opuścił. T. nie uważa przypadku tego za zupełnie uleczony, nie spostrzegał jednak nigdy jeszcze takiej poprawy. W dyskusji nad tym przypadkiem d-rzy HERRINGHAM i WHITE zauważyli, że są przypadki białaczki z samoistną poprawą i że sami spostrzegali przypadki z taką poprawą, trwającą już lat ośm. (Sem. méd. № 68).

— D-r METTLER przekonał się, że strychnina w dawce od $\frac{1}{2}$ — 1 mg. trzy razy dziennie, jest doskonałym środkiem przy wadach serca w okresie zrównowżenia. Nawet z chwilą wystąpienia obrzęków lub innych zaburzeń w krążeniu strychnina wzmocnia działanie naporstnicy, którą w tych razach można stosować z doskonałym skutkiem w małych dawkach. (Sem. méd. № 68).

— Zamiast jodoformu PICK poleca następującą mieszaninę: Rp. Hydrargyri bichlorati 0,012 — 0,02, Acidi borici 30,0, Acid. tannici 0,6 Sacch. lactis q. s. ad 60,0. M. f. pulv. Sublimat należy najpierw dobrze rozmieszać z cukrem mlecznym, a następnie dopiero dodawać pozostałe składniki. (New-York Med. Jour. 7. IV. 94).

Zmarli: Ś. p. d-r Jan DUDREWICZ, jubilat, zmarł w naszym mieście bieżącego miesiąca, dożywszy sędziwego wieku. Urodzony w r. 1804, kończył studia w Krakowie, pełniąc wr. 1830—1831 obowiązki lekarza b. wojsk polskich. Przed laty pracował naukowo, ogłosiwszy szereg spostrzeżeń w Pism. Warszaw. Tow. Lek. Zmarły był dobrym lekarzem i zacnym człowiekiem. Cześć jego pamięci!



OD ADMINISTRACYI.

Uprasza się Szanownych abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1895, oraz o wniesienie zaległej.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

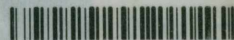
REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 16 Декабря 1894 г.

Друк K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.

Biblioteka Główna WUM

B.085



400000009791