

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O porażeniach rodzinnych napadowych, przez D-ra S. Goldflama. Przyczynek do kazuistyki uchyłków przełyku (diverticulum oesophagi), napisał Z. Bychowski. — Streśczenia i wyciągi. 28. Patogeneza moczówki cukrowej. 29. O obrzękach w chorobach nerek. 30. Badania nad wścieklizną. 31. Kilka spostrzeżeń nad działaniem nasennym trionalu, chloralozy i somnalu. 32. Stosowanie masła w kamicy żółciowej. 33. Leczenie ran przenikających klatki piersiowej, zadanych białą bronią. — Bibliografia i krytyka. Migrena. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc luty r. b. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Goldflam — Sur la paralysie paroxysmale et familiale. 2) D-r Z. Bychowski — Contribution à l'étude des diverticules de l'oesophage.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Goldflam — Ueber paroxysmale, familiäre Lähmung. 2) D-r Z. Bychowski — Ein Beitrag zur Casuistik der Oesophagusdivertikel.

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

0 porażeniach rodzinnych napadowych,

przez S. Goldflama

W roku 1890 ogłosiłem¹⁾ historię jednej rodziny, w której u 11-tu członków występowały od czasu do czasu napady zupełnego porażenia wszystkich kończyn i tułowia. Opierając się mianowicie na dłuższej i dokładnej obserwacji jednego takiego przypadku, oraz na rozrzuconych i zebranych w literaturze wzmiankach²⁾, starałem się szczegółowo przedstawić obraz choroby, malując się tak jasno i dosadnie. Cechuje ją, mówiąc krótko i ogólnie, występujące pośród zupełnego zdrowia, najczęściej w nocy, i szybko do stopnia zupełnego porażenia rozwijające się osłabienie wszystkich kończyn i tułowia, ze zmniejszeniem, *resp.* zniesieniem odruchów ścięgnistych i niektórych skórnych, z osłabieniem *resp.* utratą pobudliwości elektrycznej pośredniej, zarówno jak bezpośredniej (*Cadaverreaction*), ze zniesieniem pobudliwości mechanicznej, przy zachowaniu czucia, czynności pęcherza i odbytnicy, prawidłowej czynności zmysłów, zupełnej świadomości, oraz nietkniętej czynności wszystkich mięśni w obrębie nerwów czaszkowych. Po 24 — 48-godzinnem trwaniu zupełnego bezwładu, ustępuje on całkowicie równie szybko, w ciągu kilku godzin; pobudliwość elektryczna wraca wraz z odruchami, chory odzyskuje w zupełności swe zdrowie, do czasu, gdy nowy napad nie pozbawi go władzy w członkach.

Tego rodzaju napady zjawiają się w rozmaitej długości odstępach czasu, od kilku dni do paru lat nawet, u członków tej samej rodziny; każdemu z nich

¹⁾ „Kronika lekarska“, 1890 r.

²⁾ W monografii ERB'a o chorobie THOMSEN'a znajduje się jeden przypadek ROTH'ego (Statistischer Sanitätsbericht über die Kgl. Preuss. Armée i t. d. za 1879—1881. Berlin, 1882, str. 51), któremu ERB słusznie odmawia tytułu do choroby THOMSEN'a, a który, wedle mego zdania, należy do porażenia przestankowego.

wszakże właściwy jest pewien typ powrotów. Albowiem cierpienie to jest rodzinne, o dziedziczności homologicznej w ścisłym tego słowa znaczeniu. Co się tyczy bliższych szczegółów symptomatologii napadów, lekkich i poronnych ich postaci, sztucznie wywołanych i t. d., odsyłam czytelnika do wyżej wymienionej pracy mojej.

W sprawie patologii cierpienia wyraziłem przypuszczenie, że czynnik chorobotwórczy poraża mięśnie, a być może, właściwie ich zakończenia nerwowe. Całokształt obrazu klinicznego, zwłaszcza zaś napadowe występowanie bezwładu, wyłączne porażenie ruchu i t. d. zdawały się usprawiedliwiać przypuszczenie jakiegoś momentu toksycznego, pewnego jadu, który, wytwarzając się w ustroju, nagromadza się od czasu do czasu i działa porażająco na mięśnie *resp.* ich zakończenia nerwowe (nie wiedziałem wówczas, że taką hipotezę samozatrucia wypowiedział już BERNHARDT w swem sprawozdaniu o przypadku WESTPHAL'a). Doświadczenia, czynione z moczem chorego według metody BOUCHARD'a, które wówczas przeprowadziłem, zdawały się w pewnym stopniu potwierdzać to przypuszczenie; albowiem wypadło, że mocz, wydzielany podczas napadu, posiadał znacznie silniejsze własności toksyczne, wyższy *coefficient urotoxique*, niż mocz przestanków wolnych; że u królików porażenie i znikanie odruchów występowało wcześniej przy doświadczeniach z moczem dni napadowych, niż z moczem okresu wolnego od napadów. Pomimo to uważałem za słuszną powściągliwość w wyprowadzaniu wniosków, ze względu na wartość tej metody.

W roku bieżącym miałem znowu sposobność dłuższego spostrzegania tegoż chorego i jego starszego brata. Poczyniłem szereg doświadczeń, w celu bliższego poznania patologii cierpienia, które doprowadziły do nieoczekiwanego wyniku. Podaję je tu wszystkie, nawet te, które nie okazały wyniku dodatniego, by innych badaczy od błędnej drogi uchronić.

Dla dopełnienia obrazu klinicznego, skreślonego w r. 1890, chcę przede wszystkim podać niektóre szczegóły. Od owego czasu powtarzały się u Moszka Rydla napady coraz to częściej, letnią porą 1 — 2 razy tygodniowo, podczas zimy mniej więcej raz na 2 tygodnie; trwają one około 48 godzin, gdy rzadziej występują; około 24, gdy są częstsze. Chory wciąż jest tego przekonania, że pożywienie wpływa na napady i że jest ono szkodliwe podczas napadu; że to mniemanie jest błędne, poniżej dowiodę.

W czasie obserwacji tegorocznej napady zachowywały ten sam charakter. Mało jest chorób z objawami tak wybitnymi, tak prawie stereotypowo powtarzającymi się. Niektóre wszakże drobne szczegóły uległy pewnej zmianie. Gdy przed 4 laty zbliżanie się napadu zapowiadało się ustąpieniem swędzenia, istniejącego podczas przestanków, to tym razem swędzenie wogóle stanowiło mało wydatny objaw. Natomiast krótko przed napadem zwiastowało go uczucie zimna, zachowując ten sam porządek rozprzestrzeniania się, co i porażenie, a więc dotyczące zazwyczaj najpierw kończyn dolnych, a następnie górnych; niekiedy doznawał chory przed napadem uczucia pragnienia. Jednakże obydwa te objawy nie były wybitne i najczęściej napadu nic nie zwiastowało. Chory kładł się do snu zupełnie zdrowym, a w drugiej połowie nocy budził się z zupełną bezwładnością swych członków. Napady bowiem najczęściej występują w nocy, a także we dnie, gdy chory przypadkowo się zdrzemnął, rzadko tylko podczas czuwania; również w nocy rozpoczyna się zazwyczaj i poprawa. Podczas uprzedniej obserwacji kończył się napad zazwyczaj obfitymi potami i powrotem swędzenia; tym razem objawy te były znacznie słabiej wyrażone. Tegoroczne spostrzeżenia stwierdziły też wiele niezupełnych

napadów, to jest takich, w których osłabienie nie dochodziło do stopnia zupełnego porażenia, odruchy poczęści znikły, po części zaś tylko słaby, zarówno jak i oddziaływanie elektryczne, bądź też dolne kończyny mocniej bywały dotknięte, niż górne lub też odwrotnie. Zdarzało się także, że pewne odcinki kończyn bywały bardziej porażone, niż inne; np. w stawach stopowych i palcowych więcej, niż w kolanowych i biodrowych. Raz jeden zaznaczył się napad jedynie osłabieniem palców. Zrozumiałem więc jest, że zachowywanie się odruchów ścięgniastych było różne, względnie do stopnia i rozprzestrzenienia bezwładu: gdy wszystkie one zniknęły całkowicie w napadzie rozwiniętym, to brakło np. jedynie prawego odruchu ACHILLES'a i podeszwowego przy znaczniejszem osłabieniu samej tylko stopy. Ku końcowi napadu zdarzała się i nierówność odruchów ścięgniastych: gdy np. stopy wcześniej odzyskiwały władzę, niż inne odcinki kończyn dolnych, wtedy wrócił był już odruch ACHILLES'a, gdy odruchu kolanowego nie było jeszcze ani śladu. Dość często jeszcze po skończeniu napadu odruchy ścięgniaste pozostawały słabe i jedynie sposobem JENDRASSIK'a wywołać się dawały. Podobne było zachowywanie się odruchów skórnych, które w napadzie rozwiniętym zniknęły w niezupełnym były zmniejszone lub z obu stron niejednakowe. Napady poronne trwały też zazwyczaj krócej, niekiedy przechodziły w porażenie zupełne.

Rzadko kiedy udawało się choremu zapobiedz rozwinięciu się napadu przez to, że, poczuwszy osłabienie, natychmiast zaczął, jakkolwiek z wysiłkiem, chodzić w ciągu całych godzin; najczęściej napad pomimo to rozwijał się w całej swej pełni. Tego rodzaju forsowny ruch częściej już lepszym uwieczniony bywał skutkiem, gdy osłabienie zjawiało się w następstwie drzemki poobiedniej.

Klasyczny napad składa się z 3-ch okresów: wzmaganie się natężenia i obszaru bezwładu, trwania tegoż na pewnej wysokości, wreszcie ustępowania i znikania objawów. W napadach nieprawidłowych przytrafiają się powroty w okresie polepszenia, chory powtórnie ulega niemocy, gdy już w pewnym stopniu odzyskał władzę w swych członkach.

Już w r. 1890 wzmiankowałem o niektórych zboczeniach krwiobiegu podczas napadu, mianowicie o bradykardyi i osłabieniu skurczów sercowych. W roku bieżącym kilkakrotnie stwierdziłem niemiarkowość tętna, lekki szmer skurczowy u podstawy serca ze wzmożeniem drugiego tonu, rzadziej zaś nieczysty, przeciągły pierwszy ton u wierzchołka, lecz bez powiększenia granic serca, bez objawów zakłóconego krążenia, bez przyspieszenia tętna, przeciwnie — z bradykardją. Wreszcie objawy rzeczzone (z wyjątkiem arytmii) dawały się spostrzegać niekiedy i po za napadami; bywały wtedy zmienne: to zniknęły, to znowu wracały, to występowały jedynie w położeniu poziomem, a nie w pionowym i t. p. Bądźco bądź świadczyły one o udziale serca w objawach, jakkolwiek miało to miejsce w daleko słabszym stopniu, niż w spostrzeżeniach WESTPHAL'a i HIRSCH'a³⁾, w których podczas napadów występowała nagle niedostateczność zastawki dwudzielnej, niczem nie uwydatniająca się w przerwach między napadami; lecz i w tych przypadkach brakło jakichkolwiek zaburzeń w krążeniu, brakło znaczniejszego przyspieszenia tętna, a w przypadku WESTPHAL'a, podobnie jak w moim, objawy ze strony serca nie występowały w każdym napadzie.

Bezpodstawność twierdzenia chorego, jakoby zaburzenia żołądkowo-kiszkowe miały napady wywoływać lub też je podtrzymywać, została stwier-

³⁾ „Deutsch. med. Woch.“, 1894, № 32.

dzona przez fakt, że zapalenie wyrostka robaczkowego, któremu chory przypadkowo uległ wskutek błędu w dyecie podczas tegorocznej obserwacji, nie pociągnęło za sobą napadu. Chory, prócz tego, kilkakrotnie badany był z pomocą zgłębnika żołądkowego zarówno naczczo, jak i po próbnym przyjęciu pokarmów. Ścisłe w tym kierunku badania wykryły jedynie nieznaczną nadkwaśność, częste zjawisko u osób nerwowych. Wnętrzków w kale nie znaleziono; badanie bakteryologiczne wykryło czyste hodowle *bacterii coli*.

Zboczenia w oddziaływaniu elektrycznym zostaną poniżej wspólnie rozpatrzone, albowiem są one u obu braci jednakowe.

Starszy brat, Szolka Rydel, obecnie lat 28, miał pierwszy napad w 18-ym roku swego życia, a do 20-go ogółem 3 napady. Podczas służby wojskowej występowały one nader często, prawie co tydzień, później zaś raz albo 2 razy na miesiąc. Z powodu posądzenia o udawanie grożono mu sądem wojennym. Od 3-ich lat porzucił już służbę i w ciągu tego czasu miał tylko 3 wielkie napady, lecz wiele małych, które także zjawiały się podczas snu i objawiały się osłabieniem całego układu mięśniowego, trwającym kilka godzin.

Wielkie napady cechują się u niego niezwykle natężeniem, porażenie jest jeszcze zupełniejsze i rozleglejsze, niż u M. Rydla; najślabszy ruch kończynami, tułowiem, głową jest niemożliwy; kaszel, wykrztuszanie w wysokim stopniu utrudnione; w jednym napadzie doszło do groźnego stanu duszności, jakoby po spożyciu kartofli. Od tej pory chory hołduje teorii młodszego brata, jakoby przyjęcie pokarmów podczas napadów było szkodliwe, zachowuje też bezwzględna wstrzemięźliwość przez cały czas trwania napadu, to jest zazwyczaj 3 dni. I u niego pozostają wolnymi mięśnie twarzy, języka, gardzieli i krtani, zarówno jak nietknięta bywa sfera psychiczna i zmysły; i tu także napady rozpoczynają się w nocy, a chory po przebudzeniu znajduje siebie już zupełnie obezwładnionym. Koniec napadu zapowiada się choremu uczuciem swędzenia w głowie; pierwsze też wracają ruchy głowy; ustępowanie objawów trwa zwykle tylko kilka godzin; niekiedy budzi się chory ze snu całkowicie uzdrowiony.

Przy badaniu chorego, który na oko jest zdrowym, dobrze zbudowanym mężczyzną, zwraca odrazu uwagę dobrze rozwinięty układ mięśniowy: brzusce mięśni występują w zarysach bardzo wydatnych pod skórą. Fakt to tembardziej uderzający, że chory należy do tej klasy ludności, która się bardzo niedostatecznie odżywia. Siła gruba tych atletycznych mięśni jest względnie nieznaczna, w prawej ręce równa się ona 50 kil., w lewej 40 kil. (u młodszego brata 29 i 30 kil.). Jakież było zdumienie moje, gdy przy badaniu z pomocą elektryczności układu nerwowo - mięśniowego okazały się bardzo wybitne zmiany. Już w r. 1890 uderzyło pewne zboczenie w oddziaływaniu elektrycznym w obrębie drobnych mięśni dłoni u młodszego brata w przestankach między napadami, mianowicie obniżenie pobudliwości oraz powolny skurcz, wraz z odwróceniem formuły przy drażnieniu galwanicznym, pewien rodzaj średniej postaci odczynu zwyrodnienia, jak się wówczas wyrażono. W niektórych innych mięśniach również zaznaczony został słaby, nawet powolny skurcz, jakoto: w *tibialis antic.*, *peroneus*, *gastrocnemius*, a w *flexor dig. com.*, *antibrachii* wczesne występowanie KaZD. Niespodziewany wynik, otrzymany u starszego brata, cieszącego się zupełnem zdrowiem, pobudził mnie do ponownego, szczegółowego zbadania pobudliwości elektrycznej podczas przestanków i u Moszka. Jednakowe u obydwóch braci wyniki w tym względzie przedstawiają się, jak następuje. (D. c. n.).

PRZYZYNEK DO KAZUISTYKI UCHYLKÓW PRZĘŁYKU

(*diverticulum oesophagi*)

napisał Z. Bychowski.

Szczupłą kazuistykę uchyłków przełyku pozwalam sobie powiększyć niżej opisanym przypadkiem, pod niektórymi względami dosyć ciekawym.

Uchyłki przełyku dzielą od czasów klasycznej pracy ZENKER'a i ZIEMSEN'a¹⁾ na pociągowe (*Tractionsdivertikel*) i wypuklinowe (*Pulsionsdivertikel*). Trafna ta terminologia odrazu wskazuje cały, że tak powiem, mechanizm powstawania tego lub owego uchyłka. W pierwszej grupie przypadków uchyłek powstaje wskutek tego, że jakiś narząd, znajdujący się zewnątrz przełyku (gruczoł oskrzelowy), pociąga w jednym miejscu ścianę jego i doprowadza do tworzenia się worka. Druga zaś grupa zawdzięcza powstawanie swe bodźcowi, działającemu wewnątrz światła przełyku, który pewne miejsce jego ściany wypycha, wypukla, dzięki czemu tak samo tworzy się worek.

Dwie te, różniące się swoją patogenezą, postacie uchyłków różnią się tak samo swą postacią, częstością, umiejscowieniem i symptomatologią.

Uchyłki przez pociąganie (*Tractionsdivertikel*) znajdują się zawsze na przedniej ścianie przełyku na wysokości rozdwojenia tchawicy. Mają zwykłe postać lejka, od 2-ch do 8-iu milimetrów głębokiego. Za życia nie dają one objawów, jeżeli nie były powodem cierpień narządów sąsiednich (zgorzel płuc i t. p.) i tylko podczas sekcji przypadkowo bywają znajduwane.

Daleko rzadsze są uchyłki wypuklinowe. Zaczynają się one na granicy gardzieli i przełyku na ścianie tylnej, są z wyglądu swego mniej więcej podobne do gruszki i mogą mieć długość 13-tu i więcej centymetrów. Uchyłki te już za życia powodują ciężkie zaburzenia mechanizmu trawienia. Na szyi w okolicy przełyku, oprócz tego, występuje mniej lub więcej ograniczony lub rozlany guz, który dowolnie można zmniejszyć, wypychając ręką znajdujące się w nim pokarmy napowrót do jamy ustnej.

Taki podział i opis uchyłków przełyku ZENKER'a i ZIEMSEN'a dotychczas bez najmniejszej zmiany, prawie dosłownie, powtarza się we wszystkich podręcznikach medycyny wewnętrznej i anatomii patologicznej, o czym można się przekonać, przeglądając odpowiednie rozdziały w ostatnim wydaniu encyklopedyi EULENBURG'a, w podręcznikach ROSENHEIM'a, EICHHORST'a, LEUBE'go, ZIEGLER'a, ORTH'a i wielu innych. ORTH²⁾ tylko, co do umiejscowienia uchyłków wypuklinowych, odstępkuje nieco od nauki ZENKER'a i ZIEMSEN'a, powiada bowiem, że nie należą one wcale do przełyku, lecz zawsze się znajdują w dolnej części gardzieli, wskutek czego zasługują więcej na nazwę *pharyngocele*. Zachodzi obecnie sprzeczność między autorami także co do etyologii uchyłków wypuklinowych. Wbrew zdaniu ZENKER'a i ZIEMSEN'a, według których uchyłki te powstają wskutek urazu w ścianie gardzieli (ucisk ciała obcego, albo twardego kęsa, który rozsuwa włókna mięśniowe lub je

¹⁾ Krankheiten des Oesophagus. Ziemmssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Bd. VII. Ersto Hälfte.

²⁾ Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. Bd. I. p. 695.

rozdziela i t. p.), KLEBS, KÖNIG³⁾), a w ostatnich czasach BERGMANN⁴⁾), na zasadzie badań embryologicznych KOSTANECKIEGO i MIELECKIEGO⁵⁾) utrzymują, że dotknięci uchyłkami wypuklinowymi mają, wskutek zbroczeń rozwojowych, wrodzone usposobienie do tego cierpienia.

Przytoczę teraz opis przypadku uchyłka, spostrzeganego przezemnie, który nie odpowiada żadnej z dwóch kategorii ZENKER'a i ZIEMSEN'a.

P. W., czeladnik krawiecki, lat 21 liczący, skarży się, że od lat 9-iu miewa wymioty po każdym jedzeniu. Wymioty występują natychmiast po zjedzeniu albo nawet podczas jedzenia większej ilości pokarmów (np. podczas obiadu), i składają się z zupełnie niezmiennych pokarmów. Bólów, oprócz nieznacznego ściskania po jedzeniu w okolicy mostka, chory nie doznaje. Odbijania i palenia niema. Łaknienie dobre. Stolec prawidłowy, co drugi dzień. Wogóle chory nie czuje się osłabionym, pracuje 10—12 godzin dziennie w swoim rzemiośle, a oprócz tego jeszcze poświęca kilka godzin dziennie na przedmioty szkolne. Nigdy poważnie nie chorował. Od samego dzieciństwa miał zepsute zęby, które w roku zeszłym za radą lekarzy dał sobie usunąć i zastąpił sztucznymi. Od owego czasu czuje się gorzej i schudł trochę.

Rodzice żyją i tylko matka cierpi na gościec stawowy. Chorób piersiowych w rodzinie nie było. Nadużycia *in Baccho et in Venere* nie miały miejsca.

Średniego wzrostu i prawidłowej budowy. Odżywianie średnie. Cera ma odcień brudno-żółtawy. Waga 130 funtów. Nieznacznym *exophthalmus*. W obu szczękach niema ani jednego zęba. Obraz laryngoskopowy prawidłowy. Szyja zupełnie prawidłowej postaci, bez blizn. Badanie płuc i serca nie wykryło nic nieprawidłowego. Żadnej nieprawidłowej tępości ani z przodu, ani z tyłu klatki piersiowej niema. Brzuch nie wzdęty, na ucisk niebolesny; pluskania niema; dolna granica żołądka przy opukiwaniu znajduje się na dwa palce wyżej pępka. Mocz nie zawiera białka, cukru ani indykanu. Inteligencya zadawałająca. Czucie wszędzie dokładnie zachowane; pole widzenia nie zwężone; odruchy ścięgniste wydadne, ale nie nadmiernie; odruchy skórne prawidłowe. Żadnych objawów wrodzonego albo nabytego przymiotu niema.

Następnego dnia badałem chorego naczczo. Przy pomocy zwykłej cewy żołądkowej, która po drodze żadnych przeszkód nie doznała, wydobyłem około 100 ctm. zśc. brudno-żółtawego, gęstego, nieprzezroczystego i ciągnącego się płynu, o zapachu słabym i odczynie obojętnym. (Przy następnych badaniach w płynie kilka razy wykrywałem ślady kwasu mlecznego). Drobnowidz wykazuje resztki pokarmowe (włókna mięsne, krochmal i t. d.) i duże, całe prawie pole drobnowidza zajmujące płaty nabłonka płaskiego. (*Sarcinae* pomimo poszukiwań nie znalazłem).

Zastanawiając się bliżej nad wywiadami i wynikiem badania, nie mogłem przypadku tego podprowadzić pod żadną ze znanych postaci cierpień żołądkowych. Przeciwnie rozszerzeniu żołądka przemawiał brak danych fizycznych (powiększenie granic i pluskanie), wywiady i brak czworniaka. Natychmiastowe wymioty po jedzeniu i podczas jedzenia również nie bywają przy rozszerzeniu żołądka. Zastanawiały mnie także owe duże płaty nabłonka, które na każdym prawie polu drobnowidzowym spotykałem. W zawartości żołądka często, co prawda, znajdują się pojedyncze (albo kilka razem) komórki płaskiego nabłonka z jamy ustnej, ale nie całe płaty. Przytem charakter tych płatów był zupełnie inny. Nie były one jedno-, lecz wielowarstwowe. Głębsze warstwy składały się z komórek więcej cylindrycznych albo piramidalnych,

³⁾ Die Krankheiten des unteren Theiles des Pharynx und Oesophagus. Deutsche Chirurgie Lieferung 35. p. 90.

⁴⁾ Ueber den Oesophagusdivertikel und seine Behandlung. Archiv für klin. Chirurgie. Bd. 43.

⁵⁾ Virchow's Archiv. Bd. 121.

nad niemi były komórki okrągłe lub kubiczne, a dopiero na samej powierzchni były duże komórki płaskie, podobne do tych, jakimi pokryta jest jama ustna, jednym słowem, płaty te żywo przypominały mi nabłonek przełyku⁶⁾. Wobec braku wszelkich objawów „nerwowych“ i braku kwasu solnego, musiałem także odrzucić przypuszczenie o jakiejś nerwicy ogólnej (*hysteria*) albo nerwicy żołądka (sokotok, *gastroxynsis nervosa* ROSSBACH'a).

I rzeczywiście, następne badania wykazały, że mieliśmy do czynienia z uchyłkiem przełyku — ogromnych, można powiedzieć, rozmiarów.

W przeciągu 4-ch tygodni badałem chorego prawie codziennie, używając różnych metod i sposobów. Przytaczam wynik ostateczny.

Zgłębnik miękki, wprowadzony do przełyku, zatrzymuje się na wysokości 40 ctm. od zębów siecznych, dalej go wprowadzić nie można; przy usilnem zaś popychaniu go dalej, zagina się i wreszcie skrecony wraca napowrót. Zgłębnik twardy doznaje oporu już na wysokości 36 — 37 ctm. od zębów siecznych. Przez zgłębnik daje się wprowadzić około 250 — 300 c. sz. płynu, który można potem wydostać zwykłym rękoczynem, używanym przy przemianowaniu żołądka. Jeżeli zaś wprowadzić więcej, niż 300 c. sz., to płyn po większej części wraca napowrót przez usta. Po całym szeregu doświadczeń okazało się, że chory może powoli przyjąć około 250 — 275 c. sz. ciepłego płynu (herbaty), nie oddając go. Lecz, gdy wprowadzimy bezpośrednio potem zgłębnik żołądkowy, wówczas płyn zaczyna się spokojnie (bez ruchów wymiotnych) wylewać przez zgłębnik, gdy tenże znajduje się na wysokości 22 — 25 ctm. od zębów siecznych, przyczem można w taki sposób wydobyć napowrót cały prawie płyn, przyjęty poprzednio. Aby uniknąć zarzutów, muszę dodać, że przed każdym takim doświadczeniem wydobywałem poprzednio zapomocą aspiracji całą zawartość uchyłka, tak, że innego płynu, oprócz wprowadzonego podczas doświadczenia, prawdopodobnie nie zawierał. Zwykle wprowadzałem płyny, zabarwione czerwonym winem albo herbatą, i część płynu zostawiałem do kontroli. Płyn wydobywany miewał zwykle tę samą barwę, co przed wprowadzeniem, tylko mniej lub więcej mętną.

Przy wprowadzeniu zgłębnika przeświecającego HERYNGA (który tak samo tylko sięga powyższych granic) żadnych miejsc prześwieconych nie widać.

Już z danych tych wnioskować można, że chory dotknięty jest uchyłkiem przełyku. Uchyłek ten zaczyna się prawdopodobnie na wysokości 20 — 22 ctm. od zębów siecznych, przy napełnionym bowiem uchyłku płyn zaczyna się lać ze zgłębnika, gdy tenże jest 22 — 25 ctm. oddalony od zębów siecznych. Ponieważ zaś dno worka znajduje się na wysokości 36 — 37 ctm. od tychże zębów, więc długość worka wynosi mniejwięcej 15 — 17 ctm. Objętość zaś równa się 250 — 300 c. sz.

Dla uzasadnienia przypuszczenia mego o wymiarach uchyłka, przypominam, że na szyi nie widać było żadnych guzów albo wypukłości i że nawet przy sztucznem napełnieniu worka płynem albo powietrzem, forma szyi się nie zmieniała. Oczywiście, gdyby worek zaczynał się między gardzielą a przełykiem, jak to bywa w typowych uchyłkach wypuklinowych ZENKER'a i ZIEMSEN'a, występowałby na szyi, przy napełnianiu uchyłka, guz, jak to opisują

⁶⁾ Muszę tu zwrócić uwagę, że płaty te widziałem już przy pierwszym badaniu i że chory od roku nie był badany zgłębnikiem. Dodaję to dla uniknięcia zarzutu, że z powodu częstego wprowadzania zgłębnika mogło nastąpić podrażnienie błony śluzowej przełyku i częściowo odwarstwienie nabłonka.

sam ZENKER i ZIEMSSSEN, KÖNIG ⁷⁾, BERGMANN ⁸⁾ i wielu innych, — okoliczność, która, mówiąc nawiasem, ma także ważne znaczenie lecznicze, jak to dalej zobaczymy.

Przypominam wreszcie, że gardziel (t. j. przestrzeń od zębów siecznych do końca gardzieli) jest 14 ctm długa ⁹⁾. Długość szyi od miejsca, odpowiadającego dolnemu końcowi gardzieli, równa się 8 — 9 ctm. Na zasadzie tych cyfr można przypuścić, że uchyłek w naszym przypadku zaczyna się w dolnej granicy szyi.

Przytoczone wyżej dane zupełnie, zdaje się, usprawiedliwiają rozpoznanie uchyłka przełyku, tembardziej, że raz udało mi się wejść zgłębnikiem do żołądka. Wydobywszy pewnego razu, jak zwykle, zgłębnikiem z uchyłka zawartość jego, udało mi się, nie wyjmując go, lecz kierując go w różne strony, dostać się głębiej i dalej, niż zwykle. Wydobyty zapomocą aspiratora płyn (w 1½ — 2 godzin po jedzeniu) zebrałem w oddzielnym naczyniu. Płyn ten zabarwił papierek kongo mocno fioletowo, dał odczyn GÜNZBURG'a, jednym słowem, zawierał kwas solny, którego nie było w wydobytym przed chwilą płynie z uchyłka. Pod drobnowidzem nie znajdowałem także w drugim płynie tych płatów nabłonka, które wyżej opisałem. Nie ulegało więc wątpliwości, że wprowadziłem dosyć gruby zgłębnik do żołądka, nie czując po drodze żadnej przeszkody mechanicznej. Okoliczność ta, oczywiście, wyklucza wszelkie zwężenie przełyku albo ponad wpustem, które mogłoby być przyczyną powstania uchyłka ¹⁰⁾. (D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

28. M. KAUFMANN. **Patogeneza moczówki cukrowej.** Zawartość cukru we krwi w stanie fizyologicznym jest w granicach nieznacznych wahań wielkością stałą, z czego wnosić musimy, że dana ilość cukru, zużytego w ustroju w danym przeciągu czasu, zostaje natychmiast zastąpiona przez taką samą ilość cukru wytworzonego. Że zaś, z drugiej strony, zużycie cukru przez tkanki zależy od natężenia czynności fizyologicznych tychże, sądzić należy, iż to samo natężenie czynności tkanek, przez pośrednictwo dróg nerwowych lub składu krwi, reguluje tworzenie się cukru. Zużywanie cukru nie jest właściwie czynnością tkanek, jest ono

⁷⁾ Die Exstirpation des Oesophagusdivertikel. Berl. klin. Wochensh. 1894. 42.

⁸⁾ l. c.

⁹⁾ Vierordt's Daten und Tabollen. p. 74.

¹⁰⁾ Z punktu widzenia rozpoznania różniczkowego, trzeba także wykluczyć w naszym przypadku rozszerzenie przełyku (*ectasia oesophagi*). W większej części przypadków rozszerzenia takie powstają ponad jakimś zwężeniem w przełyku albo w wpuscie (t. z. przez ZENKER'a i ZIEMSSSEN'a *Stauungs-Ektasien*, rozszerzenia zastoinowe). Wobec tego, że zwykły zgłębnik przeszedł przez wpust do żołądka bez wszelkiego wysiłku, takiego wtórnego zastoinowego rozszerzenia oczywiście nie można przypuścić. Swoiste rozszerzenie bez zwężenia taksamo jest tu wyłączone z następujących powodów. Przy ogólnym rozszerzeniu przełyku, zgłębnik, jak to szczególnie akcentują LEBUE (*Specielle Diagnose der inneren Krankheiten* t. I, wydanie 1889 r.) i EICHHORST (*Specielle Pathologie und Therapie*, t. II), a także ZENKER i ZIEMSSSEN (l. c. p. 83), zawsze przechodzi przez wpust do żołądka (*constantos Durchgehen der Sonde* u ZENKER'a i ZIEMSSSEN'a). Zwracają ci sami autorowie także uwagę na to, że przy rozszerzeniu przełyku można dolny koniec zgłębnika przesuwać w części rozszerzonej w różnych kierunkach z niezwykłą lekkością (*abnorme Leichtigkeit*), czego myśmy u naszego chorego nie spostrzegali. Przy swoim rozszerzeniu nie można będzie wydobyć napowrót zgłębnikiem całego prawie, poprzednio przyjętego płynu, jakeśmy to często u naszego chorego stwierdzali.

warunkiem do ich czynności, tak, jak zużywanie tlenu. Zaopatrywanie zaś ustroju w cukier, równie jak zaopatrywanie go w tlen, jest już właściwą czynnością swoich narządów: wątroby (cukier) i płuc (tlen). Jeżeli zatem za przyczynę zaburzeń w zawartości tlenu we krwi uważamy płuca, winniśmy tak samo za przyczynę zaburzeń w zawartości cukru we krwi uważać wątrobę, t. j. uważać za przyczynę hyperglykemii zwiększenie wyrabiania cukru — hypoglykemii zmniejszenie wyrabiania cukru w wątrobie, nie zaś, jak to czynią inni, zmniejszenie *resp.* zwiększenie zużycia cukru przez tkanki. Pogląd ten stwierdza badanie faktów fizjologicznych, patologicznych i doświadczalnych.

We krwi zwierząt, pogrążonych w śnie zimowym, zawartość cukru jest bardzo mała, po przebudzeniu się ich zaś szybko wzrasta. Ponieważ przemiana materii w śnie zimowym jest sprowadzona do *minimum*, po przebudzeniu się zaś ożywia się, według teorii zużycia, spodziewałby się można nagromadzenia cukru podczas snu i szybkiego zużycia go po przebudzeniu. Rzeczywistości zatem bardziej odpowiada teoria produkcji: wątroba podczas snu otrzymuje bardzo słabe bodźce od tkanek prawie nieczynnych i wyrabia cukru mało; po przebudzeniu tkanki czynne posyłają mocniejsze pobudki do wątroby, stąd zwiększona produkcja cukru. Tylko w ten sam sposób da się wytłumaczyć fakt, zauważony przez CHAUVEAU i autora, że zawartość cukru we krwi konia wzrasta się podczas pracy mięśniowej. Nadmiaru cukru we krwi, powstającego fizjologicznie podczas trawienia wodorów węgla, również nie objaśnia teoria zużycia, tłumaczy ją za to teoria autora. CLAUDE BERNARD dowiódł, że wątroba oprócz własności wytwarzania cukru posiada jeszcze zdolność przechowywania go w zapasie pod postacią glikogenu. Ta ostatnia czynność ma jednak swoje granice: jeżeli zastrzykniemy do żyły wrotnej umiarkowaną ilość cukru, powiększy się w wątrobie zapas glikogenu, ale glikosuryi nie będzie (po zastrzyknięciu takiej samej ilości cukru do jakiegokolwiek innej żyły powstaje glikosurya); zastrzykawszy jednak do żyły wrotnej wielką ilość cukru, powiększymy zapas glikogenu w wątrobie i wywołamy glikosurję. Otóż przy trawieniu węglowodanów dopływa do wątroby tak wielka ilość glikozy, że wątroba całej tej ilości zatrzymać nie może i część jej przez żyłę wątrobową dostaje się do krwiobiegu ogólnego. Teoria ta czyni zrozumiałem tak częste występowanie cukromoczu pokarmowego przy chorobach wątroby (zmniejszona zdolność zatrzymywania cukru przez zmieniony narząd) i trzustki. Ta ostatnia, jak tego dowiódł poprzednio autor, wydziela do krwi substancję, hamującą czynność wątroby cukro-wytwórczą i pobudzającą jej własność przechowywania cukru. Brak tego działania w chorobach trzustki warunkuje cukromocz pokarmowy nawet przy niewielkim dowozie wodorów węgla.

Fakty patologiczne prowadzą nas do tych samych wniosków, co przytoczone fakty fizjologiczne. Toksycznego cukromoczu (przy działaniu narkotyków) nie można objaśniać tylko zmniejszeniem zużycia cukru przez tkanki, ponieważ niema ścisłego stosunku pomiędzy stopniem zatrucia i stopniem hyperglykemii: ta ostatnia bywa znaczną niekiedy już w okresie pobudzenia (a więc i ożywionej przemiany materii), a nieznaczną w głębokim uśpieniu. Po ukłuciu podstawy 4-ej komory mózgowej, zużycie cukru przez tkanki pozostaje bez zmiany (CHAUVEAU), spostrzegana więc po niem hyperglykemia całkowicie zależy od wzmoczonego wydzielania cukru przez wątrobę. Przecięcie rdzenia kręgowego nad pierwszym kręgiem grzbietowym wywołuje zwolnienie przemiany materii, a więc i zużycia cukru, jednocześnie zaś i hypoglykemię, oczywiście skutkiem znacznego zmniejszenia wydzielania cukru przez wątrobę. Zwolennicy teorii zużycia objaśniali moczo-wkę cukrową zmniejszonym zużyciem cukru przez tkanki diabetyków. Jako dowody przytaczano spostrzeżenia PETTENKOFER'a i VOIT'a, że wymiana gazów u chorych na cukromocz jest mniejsza, niż u ludzi zdrowych, i LÉPINE'a, że zdolność glikolityczna (rozkładania cukru) krwi u chorych na cukromocz jest zmniejszona. Późniejsze jednak spostrzeżenia VOIT'a i LEO dowiodły, że chory na cukromocz zużywa taką samą ilość tlenu i wydziela taką samą ilość kwasu węglanego, jak człowiek zdrowy, bezwzględnie zatem zwolnienia przemiany gazowej w ustroju chorych na cukromocz niema. Zmniejszenie zdolności glikolitycznej krwi również nie może być przyczyną moczo-wki, ponieważ jest zjawiskiem niestałym. Że zużycie cukru we krwi chorych na cukromocz odbywa się z taką samą energią, jak zwykle, autor dowiódł następującem doświadczeniem: wyłączał z krwiobiegu wątro-

bę przez podwiązanie wszystkich jej naczyń u psów zdrowych i chorych na cukromocz (skutkiem wyłuszczenia trzustki) i tym sposobem przerywał dopływ cukru z wątroby do krwi. W godzinę po operacji krew jednych i drugich utraciła taki sam procent zawartości cukru. Osłabienia więc zdolności glykolitycznej krwi u chorych na cukromocz niema. Na zakończenie autor włączał nanowo wątrobę do krwioobiegu i zawartość cukru we krwi podnosiła się do dawnego poziomu.

Wszystkie te fakty prowadzą do wniosku, wypowiedzianego przez CHAUVEAU i autora: że dyabetyczna hyperglykemia, czy to zależna od zniszczenia trzustki, czy od zmian w rdzeniu przedłużonym lub kręgowym, czy też jakichkolwiek innych przyczyn, spowodowana jest zawsze przez zbytne wydzielanie cukru przez wątrobę, a nie zależy od zmniejszenia jego zużycia w naczyniach włosowatych ustroju. To samo powiedzieć można o wszelkich zaburzeniach w zawartości cukru we krwi wogóle. (*Semaine Méd.* 1895. 4.). *Fr. Bellon.*

29. SENATOR. **O obrzękach w chorobach nerek.** Pierwszy ALISON, a później, lecz niezależnie od niego RICHARD BRIGHT zwrócili uwagę na związek obrzęków z cierpieniami nerek. Jakkolwiek dość często, przeważnie w późniejszych okresach tych cierpień, spotykamy również obrzęki pochodzenia zastoinowego i charłaczego, jednakże swoiste obrzęki „nerkowe“ mają takie cechy charakterystyczne, jak powstawanie w bardzo wczesnym okresie cierpienia, umiejscowienie ich (powieki), szybkie zajęcie nie tylko całej skóry, lecz także jam surowiczych i błon śluzowych, że na zasadzie już tylko tego jednego objawu rozpoznać możemy nieraz istotę cierpienia.

Omawiając przyczyny powstawania obrzęków w cierpieniach nerek, SENATOR zarzuca hydremiczną teorię BRIGHT'a, jak również przypuszczenie BARTELS'a o zwiększonej ilości wody we krwi, zależnej od zmniejszonego wydzielania moczu. Pierwsza nie wytrzymuje krytyki już z tego powodu, że niektóre cierpienia, jak np. rakowate, w których utrata białka jest o wiele większa, niż w zapaleniach nerek, występują bardzo wcześnie, nieraz jeszcze przed pojawieniem się białka w moczu. Przypuszczeniu BARTELS'a przeczą doświadczenia COHNHEIM'a i LICHTHEIM'a; wstrzykując bowiem do krwi psom duże bardzo ilości fizyologicznego roztworu soli kuchennej, nie udało im się nigdy wywołać puchliny podskórnej (*anasarca*); ostatnia występowała tylko w miejscach, poprzednio uległych pewnym podrażnieniom, *resp.* znajdujących się w warunkach stanu zapalnego. Opierając się na swych doświadczeniach, COHNHEIM przypuszcza, że przy cierpieniach nerek, skóra, czyli raczej naczynia tkanki podskórnej znajdują się w stanie zapalnym, skutkiem czego stają się one przepuszczalniejszymi; z takim przypuszczeniem zgadza się powstawanie puchliny podskórnej przy ostrych zapaleniach nerek po szkarlatynie, gdzie w istocie naczynia skóry znajdują się w stanie przekrwienia.

Uogólniając pogląd COHNHEIM'a, SENATOR odróżnia 2 rodzaje zapalenia nerek: takie, którym zawsze towarzyszy puchlina podskórna; mianowicie: zapalenie nerek płonicowe, z zaziębień (*a frigore*), w zimnicy i w ciąży; w innych postaciach zapalenia nerek, towarzyszących bardzo często chorobom zakaźnym, jakoteż występujących przy zatruciach — obrzęku tkanki podskórnej prawie nigdy niema. Otóż w pierwszej postaci spotykamy najczęściej zmiany w kłębkach, przeciwnie w drugiej postaci cierpienia nerek na pierwszy plan występują zmiany mięszone, t. j. uszkodzenie nabłonka kanalików moczowych.

Zdaniem SENATOR'a czynniki, wywołujące pierwszą postać zapalenia nerek, działają szkodliwie przeważnie na ścianę naczyniową w kłębkach, a następnie i na naczynia krwionośne i chłonne skóry i tkanki podskórnej, robią je przepuszczalniejszymi, w następstwie czego występuje puchlina. Przy zapaleniu nerek śródmiąższowem, przy którym zwykle puchlina nie występuje, SENATOR przypuszcza powolne działanie przyczyny, skutkiem czego uszkodzeniu ulegają tylko niektóre naczynia kłębkowe. Ostatecznie SENATOR dochodzi do wniosków następujących: puchlina nerkowa jest następstwem zaburzeń w naczyniach krwionośnych i chłonnych, przeważnie skóry i tkanki podskórnej; występuje ona jednocześnie lub w następstwie uszkodzenia kłębków. Przy każdej puchlinie nerkowej mamy napewno *glomerulonephritis*, niezawsze jednak przy istnieniu tej sprawy musi występować puchlina. (*Berl. klin. Wochenschr.* N. 8). *M. Fraenkel.*

30. BABES i TALASESCU. **Badania nad wścieklizną.** Wychodząc z założenia, że jad wścieklizny jest bardzo wrażliwy na działanie podwyższonej ciepłoty, B. i T.

przedsięwzięli szereg doświadczeń w celu wykazania, o ile przypalanie ran, spowodowanych przez ukąszenia zwierząt wściekłych, zabezpiecza ustrój od zakażenia.

W tym celu psom do ran głębokich, umyślnie zadanych, wpuszczano zawieszinę ze świeżego rdzenia królika, padłego na wściekłą stałą. Badania te wykazały, że jakkolwiek nawet po 5-ciu minutach przypalenie głębokiej rany nie zabezpiecza napewno ustroju, jednakże może ono opóźnić wybuch choroby, w przypadkach zaś cięższych przypalenie po 30-tu minutach chroni prawie połowę zwierząt od wścieklicy; w wyjątkowych nawet razach może ono być skuteczne po upływie 24 godzin od chwili zakażenia.

W dalszych swych badaniach autorom tym udało się uodpornić psa przeciwko zakażeniu uliczną wścieklicą pod opone twardą, karmiąc go przed i po zakażeniu świeżymi mózgami królików, padłych na wściekłą stałą; pies, użyty do kontroli, padł po dwóch tygodniach. Następnie, opierając się na wynikach swych badań z roku 1890 i świeżo dokonanych doświadczeń z surowicą krwi zwierząt, uodpornionych przeciwko wścieklicie, B. i T. starali się wykazać, który ze składników krwi posiada własności ochronne i lecznicze. W tym celu zastrzyknięto jednemu psu krew zwierzęcia uodpornionego, drugiemu surowicę, trzeciemu skrzep krwi, czwartemu zaś krew odwołknioną. Z doświadczeń tych okazało się, że jedynie surowica krwi posiada własności lecznicze i uodparniające, inne jej składniki nie mogą zabezpieczyć ustroju przeciwko zakażeniu. Dalsze próby leczenia surowicą prowadzone były na królikach, które, jak wiadomo, są bardzo wrażliwe na działanie jadu wścieklicy, wskutek czego otrzymywano wyniki mniej zadawalające. Wykazały one jednakże: 1) że kilkakrotne zastrzykiwanie surowicy w tkankę podskórną opóźnia wybuch choroby; 2) że u tych zwierząt zastrzykiwanie surowicy do żył i do otrzewnej, stosowane nawet po wystąpieniu pierwszych objawów bezwładu, powodują chwilowe polepszenie. Polepszenie to występuje jedynie po zakażeniu wścieklicą osłabioną (uliczną), u królików zaś, szczepionych pod opone jadem stałym i leczonych w ten sam sposób, podobnego zjawiska nie zauważono.

W drugim szeregu doświadczeń autorowie posiłkowali się surowicą, otrzymywaną z baranów i psów, uodpornionych w przeciągu roku, według metody PASTEUR'a i GOLTIER'a, jadem stałym, wprowadzanym w dużych ilościach w tkankę podskórną i pod opone twardą. Zwierzętom tym w pewnych odstępach czasu upuszczano krew, surowicę strącano zapomocą alkoholu, suszono ją w próżni i przechowywano pod postacią proszku. Wysuszona surowica, zastrzykiwana przed i po zakażeniu, chroni króliki od wybuchu wścieklicy, szkoda tylko, że króliki te padają po upływie 1—2-ch miesięcy przy objawach charłactwa. Mózg padłych królików, szczepiony innym zwierzętom, nie wywoływał wścieklicy.

Na zasadzie tych doświadczeń autorowie przysli do wniosku, że krew jednego gatunku zwierząt działa trująco na drugi; prócz tego zauważyli oni, że surowicą psów łatwiej uodpornić psy, niż zwierzęta innego gatunku.

Próby leczenia surowicą płynną, stosowaną po zakażeniu wścieklicą uliczną, dają te same wyniki, przy zakażeniu zaś jadem stałym występuje jedynie tylko opóźnienie.

Przy użyciu surowicy królików, uodpornionych przeciwko jadowi stałemu, do leczenia królików, zarażonych przez trepanację jadem stałym, z trzech — dwa zostały przy życiu.

Odporność dziedziczna przy wścieklicie, według autorów, nie może być uważana za stałą.

(*Annales de l'Institut Pasteur. N. 6. 1894.*)

Wł. P.

31. CHMIELEWSKI. Kilka spostrzeżeń nad działaniem nasennem trionalu, chlorałozy i somnalu. CHMIELEWSKI stosował trional u 33 kobiet w różnych postaciach chorób umysłowych oraz u neurasteników, cierpiących na bezsenność. Nie dawał trionalu dłużej, niż dwa dni z rzędu, robiąc jedno- lub dwudniowe przerwy. Na serce, oddechanie lub trawienie trional złego wpływu nie okazywał. U osób psychicznie zdrowych, po przyjęciu 1,5—2 grm. w pół godziny występował sen, podobny do snu, wywołanego przez sulfonal, takąż ciężkość głowy, uczucie upicia się bez podniecenia, niepewność chodu i sen bez marzeń sennych, takąż senność, apatia, niechęć do pracy umysłowej po przebudzeniu. Znacznie silniej działa trional na kobiety słabej budowy. Dawki 1 gramowe nie pozostawiają żadnych przykrych

następstw. Co się tyczy umysłowo chorych, to trional najlepiej działał w przypadkach bezsenności przy porażeniu postępującem, wogóle w psychozach przewlekłych. Po dawce 1,5–2,0 występuje sen, 6–9 godzin trwający i mało różniący się od naturalnego. W zwykłej lub peryodycznej manii sen występuje później—w 2 lub 3 godz. po zażyciu. Niekiedy chorzy zasypiali dopiero nad ranem. Podniecenie prawie zawsze słabnie, chorzy są cichsi, spokojniejsi, jakby słabsi i ogłuszeni. U melancholików stan przygnębienia przy użyciu trionalu wzrastał. Małe dawki nie działały, większe, sprowadzając sen, wywoływały ogłuszenie, słabość mięśni, zwiększały stan skupienia i bierności. W neurastenii mózgowej, połączonej z nerwobólami, bólami głowy, niechęcią do pracy i przygnębieniem, trional jest wprost nieodpowiedni, ponieważ powiększa tylko przygnębienie i apatyę. Jako środek objawowy jest on zupełnie bezpieczny, nie okazuje działania ubocznego na narządy krwioobiegu, oddechania i trawienia. Trzeba tylko unikać nagromadzania się jego, robiąc przerwy między 2 dawkami. Jednorazowe dawki, nawet bardzo duże, są mniej niebezpieczne i bywają lepiej znoszone aniżeli małe, podawane bez przerwy przez czas dłuższy.

Działanie chloralozy obserwował CH. na 32 umysłowo chorych kobietach i 8 zdrowych osobach, które poprzednio przyjmowały trional. Zaczynano od 0,3 — 0,4, dochodząco najwyżej do 0,9.

U 10 chorych spostrzegano objawy otrucia w postaci drgawek oddzielnych mięśni lub całych grup mięśniowych. Chorzy tacy widokiem drgawek sprawiają bardzo przykre wrażenie na otaczających. Możliwy byłby potem ból głowy, mięśni i znieczucia, tymczasem w pół godziny po przebudzeniu się czują się oni zupełnie dobrze. Widocznie chloraloza bywa szybko z ustroju wydalana. W żadnym wypadku chloraloza nie sprowadzała zaburzeń w trawieniu, nie psuła łaknienia. Prawie w połowie przypadków spostrzegać się dawało wzmocnienie wydzielania się potu. Uspokajającego działania chloraloza nie okazuje. Sen jest świeży, przyjemny, podmiotowo i fizjologicznie zbliżony bardziej do snu naturalnego, aniżeli sen od sulfonalu lub trionalu.

Wnioski: 1) Dokładną dawkę nasenną ustanowić trudno. 2) W większości przypadków zwykłej bezsenności oraz w bezsenności umysłowo chorych 0,5 wystarczy do wywołania spokojnego snu, a gdzie niema silnego podniecenia oraz przy fizycznym osłabieniu wystarczy 0,4. 3) Na serce, naczynia, narządy oddechania i trawienia chloraloza złego wpływu nie okazuje. 4) Drgawki wskutek zatrucia szybko przechodzą, nie mają w sobie nic groźnego dla życia, nie pozostawiają śladów w układzie nerwowym i nieprzyjemnych wspomnień. 5) Zatrucie występuje przy dawkach, przewyższających 0,1, prawie w połowie przypadków. U jednej i tej samej osoby, przy tej samej dawce mogą się zjawiać lub nie, zależnie od okoliczności, np. zmęczenia, gorączki i t. p. W histeryi, alkoholizmie, organicznych porażeniach mózgu lub silnem wycieńczeniu zjawisko to występować może po dawkach mniejszych.

Trional działa powolniej, chloraloza szybko; przy silnem podnieceniu sen od trionalu występuje później, lecz po przebudzeniu długo jeszcze pozostaje skłonność do snu, po chloralozie sen przychodzi szybko, lecz po 2, 3 godzinach chory się budzi i znowu wpada w stan podniecenia; trional przed snem nigdy nie sprowadza podniecenia, chloraloza zaś wywołuje niekiedy podniecenie przyjemne; trional sprowadza często bardzo przykre uczucia po przebudzeniu, po chloralozie chorzy wstają ze świeżą głową; trional rzadziej wywołuje zatrucie; dopiero po dłuższem używaniu mogą wystąpić groźne dla życia objawy; zatrucie chloralozą zjawia się nadzwyczaj często, przewidzieć je trudno, lecz przechodzi szybko, nie pozostawiając śladów.

Chloralozę CH. zaleca tam, gdzie trionalu i sulfonalu unikać należy, a więc w melancholii i innych psychozach depresyjnych. W niestrawności, zaburzeniach działalności serca i naczyń, chloraloza jest prawie jedynym środkiem nasennym, który można stosować przez czas dłuższy.

Somnal zastosował CH. najprzód u tych 8 zdrowych psychicznie osób, które brały pierwiej trional i chloralozę. W słabych stopniach bezsenności, nie uwarunkowanej bólami, wystarczyło 2,5–3 grm. do wywołania snu. Przed snem niekiedy występował stan lekkiego upojenia, po $\frac{1}{2}$ –2 godzinach zjawiał się lekki sen. Po dawkach 3–4,5 grm. sen przychodził szybko, chorzy spali mocnym naturalnym

snem, nie przedstawiając w tętnie ani w oddechu żadnych zmian. Po przebudzeniu chorzy czuli się dobrze, nie mieli ani sennosci, ani bólu głowy. Nie było także niezwykłego jakiego podniecenia. Na trawienie somnal złego wpływu nie wywierał.

CH. podawał somnal także 8 chorym z ostro zarysowanym przygnębieniem, w dawkach po 2,5 do 5 grm. na noc. We wszystkich przypadkach działał somnal bardzo dobrze, dając spokojny sen, bez erotycznych marzeń, bez podrażnienia ośrodków płciowych, jak to niektórzy utrzymują. U trzech chorych, którzy przez dłuższy czas przyjmowali somnal, można było zauważyć znaczne poprawienie się stanu ogólnego, chorzy zaczęli przyjmować pokarm, lekarstwa, zaczęli odpowiadać na pytania, waga ich ciała wzrosła, bezsenność ustąpiła.

U chorej, na którą inne środki nasenne nie działały i tylko chloraloza wywoływała sen z drgawkami, somnal w dawkach stopniowo zwiększanych od 3 do 5 grm. sprowadzał szybko sen, bez przykrych wspomnień. Chora była spokojniejszą, sama prosiła o lekarstwo, gdy innych przyjmować nie chciała.

W charakterze środka objawowego w melancholii i zwykłej bezsenności, działa somnal widocznie daleko lepiej od innych środków nasennych, sprowadzając sen napewno i nie okazując przytem pobocznego działania na układ krwionośny i oddechowy. Somnal nie pozostawia po sobie nieprzyjemnych wspomnień, nie działa przygnębiająco na stan duszy, jak trional i sulfonal, oraz nie sprowadza nieprzyjemnych zaburzeń w sferze ruchowej, czego trudno uniknąć przy chloralozie. W jednym tylko ustępuje on chloralozie; podług spostrzeżeń MARANDE de MONTYEL'a należy go unikać przy istnieniu zaburzeń w przewodzie żołądkowo-kiszkowym.

(*Medic. Oboz. N. 1. 95 r.*).

Sz. Kossobudzki.

32. F. OEFELE. **Stosowanie masła w kamicy żółciowej.** Wychodząc z zasady fizyologicznej, że do należytego strawienia tłuszczów potrzebna jest w dostatecznej ilości normalna żółć, wyłączano w chorobach wątroby z diety wszystko, co tłuste. Tymczasem lud z dawien dawna używa tłuszczów, jako leku przy żółtaczce, zwłaszcza, gdy tej ostatniej towarzyszy dotkliwa kolka. Kums przytacza, że w Brazylii bardzo rozpowszechnionym środkiem przeciw żółtaczce, objawiającej się napadami kolki wątrobowej, jest oliwa, stosowana wewnętrznie w ilości 200 — 300 grm. W r. 1879 KENNEDY, a w r. 1886 LEYDEN — zaczęli zalecać używanie oliwy w kamicy żółciowej z żółtaczką. Radzili oni brać co 3—4 godziny łyżkę stołową aż do wyżycia 180 grm. oliwy.

Korzystny wpływ oliwy w leczeniu kamicy żółciowej objaśnia się tem, że tłuszcze powodują wzmożone wytwarzanie żółci, inaczej mówiąc — tłuszcze działają jako środki żółciopędne. A ponieważ prawidłowa, zdrowa żółć — według autora — posiada własność rozpuszczania (?) składowych części kamieni żółciowych, więc energiczniejszy napływ tej ostatniej działa w dwóch kierunkach: 1) rozpuszcza, być może, znajdujące się w pęcherzyku żółciowym kamienie w całości lub częściowo, działając na ich powierzchnie i brzegi; kamyczki więc się zaokrąglają, zmniejszają i, co za tem idzie, łatwiej się przez przewód żółciowy przeciskają; 2) pod wpływem ciśnienia obficie napływającej żółci, działającego jako *vis a tergo*, kamienie zostają wypychane do dwunastnicy; obfity napływ żółci przeszkadza zatrzymywaniu się tej ostatniej w pęcherzyku i usuwa w ten sposób warunki powstawania nowych kamieni.

Oliwę wewnętrznie w kamicy żółciowej stosował OEFELE, w Neuenahr, będąc w posiadaniu znacznego materiału doświadczalnego, gdyż ⅔ chorych na wątrobę wśród kuracuszów w Neuenahr dosyć jest znaczny.

Oliwa w kamicy żółciowej działa według OEFELE'a skutecznie, ale posiada tę ujemną stronę, że odbiera chorym apetyt i staje się dla nich przy dłuższym nieco użyciu wstrętą. Ta ostatnia okoliczność skłoniła O. do szukania innych tłuszczów, któreby mogły w zupełności oliwę zastąpić. Ponieważ wszystkie tłuszcze roślinne, zwłaszcza w stanie płynnym będące, posiadają wspomnianą ujemną własność oliwy, zaczął więc O. stosować tłuszcze zwierzęce i zatrzymał się na masle, jako bogatym w oleinę, lekko strawnym i prócz tego, jako powszechnie używanym środkiem spożywczym, a więc chętnie przez chorych przyjmowanym. W celu umożliwienia chorym używania masła przez czas dłuższy, pozwalał O. wyznaczoną dawkę (15 — 20 grm.) niesolonego masła spożywać wraz z chlebem.

Wprawdzie łączył O. leczenie masłem z pićciem wód mineralnych ze źródeł alkalicznych (w Neuenahr), ale znakomitą ulgę, jaką spostrzegał u chorych (znika-

nie zaparcia, kolki, swędzenia skóry, zmiana barwy stolca), przypisuje po części leczeniu masłem, wnosząc to z różnicy, jaką spostrzegał u tych kuracuszów, którzy pozostawali na leczeniu mieszanem (wody mineralne, masło), i u tych, których leczył wyłącznie wodami neuenarskimi. Prócz tego chorzy, którym O. zalecał przedłużenie tego leczenia po powrocie do domu, donosili mu stale o polepszeniu w stanie zdrowia. Dalej autor zaznacza, że stosował w kamicy żółciowej masło tylko w charakterze leku, z diety zaś chorego usuwał wszelkie inne tłuszcze, jako stanowczo w chorobach wątroby źle wchłaniane.

W maśle widzi więc O. bardzo cenny pomocniczy środek obok jednoczesnego podstawowego leczenia żółtaczki, połączonej z napadami kolki. Już choćby dlatego oddaje mu pierwszeństwo przed oliwą, że masło może być przez czas dłuższy przyjmowane bez wstrętu.

(*Therapeut. Wochenschr. N. 2. December. 1894.*)

E. Sonnenberg.

33. HUGUET i PÉRAIRE. **Leczenie ran przenikających klatki piersiowej, zadanych białą bronią.** Na zasadzie własnych spostrzeżeń podają autorowie następujące wskazówki. Rannych takich należy leczyć o ile możliwości na miejscu wypadku (np. w sali szermierskiej); wstrząśnienia przy przenoszeniu, a szczególnie przy przewożeniu pociągają za sobą poważne następstwa, krwiopłucie powstaje na nowo lub się wzmacnia i grozi wielkimi niebezpieczeństwem. Stan omdlenia, sprzyjający zatrzymaniu krwotoku, powinien być do pewnego stopnia szanowany. Wstrzykiwanie eteru należy stosować oszczędnie, chyba, że upadek sił jest zbyt znaczny; w tych razach lepiej stosować kofeinę lub wodę słoną podskórną.

Leczenie ran przenikających klatki piersiowej, zwykle zalecane (zimno, ergotyna, opatrunki przeciwnie uciskające, podwiązanie naczyń i zeszywanie rany) nie skutkuje w całej pełni, jeżeli ranny od pierwszych chwil nie zachowuje możliwie bezwzględnej spokoju. Dzięki takiemu spoczynkowi i unieruchomieniu narządów oddechowych, otrzymujemy warunki, które zapewniają przebieg pomyślny. Słusznie też zalecają unieruchomienie klatki piersiowej TILLAUX i DELORME. Rozumie się, że postępowanie to nie wyklucza innych zabiegów i zeszywanie rany, podwiązanie naczyń, opatrunków uciskających powinny być nałożone w ten sposób, aby jak najmniej chorego poruszać. W razie krwistoku opłucnej, zależnego od zranienia większego naczynia, nie trzeba wogółności zbyt szybko się śpieszyć, przekłucie wykonywać wtedy, gdy wylew jest duży i duszność niebezpieczna. LUCAS-CHAMPIONNIERE przedstawił przypadek, w którym bez przekłucia nastąpiło wyzdrowienie. Chorych takich należy jaknajostrożniej rozbiierać, obmywać, ubierać i ograniczyć się tylko w tem do rzeczy niezbędnych.

(*Revue de Chirurgie. 1895. N. 1.*)

W. S.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

MIGRENA.

(*Die Migräne. Von D-r P. I. Möbius. Wien. 1894.*)

Znakomity neurolog lipski P. I. MOEBIUS opracował dla dużego podręcznika patologii i terapii szczegółowej NOTHNAGEL'a rozdział o migrenie. Jest to praca pod każdym względem ciekawa i zasługująca na wielkie uwzględnienie. Jak i inne prace MOEBIUS'a, odznacza się ona szerokim polem filozoficznym, nie tylko poucza obfitym, krytycznie przejrzanym materiałem, lecz pobudza i zachęca do dalszej samodzielnej pracy w tym samym kierunku.

Co to jest migrena?

„Migrena, powiada M., jest zwykle pewną postacią zwyrodnienia odziedziczego. W większości przypadków powstaje ona dzięki dziedziczności bezpośredniej i polega na zmianie chorobowej mózgu (*hemisferyczna zmiana*), wskutek której chory od czasu do czasu, bądź bez widocznego powodu, bądź dzięki tym lub owym okolicznościom, dostaje napadu migreny. Postać napadów migreny bywa rozmaita. Wspólną ich cechą jest tylko to, że polegają na parestezyach, wyłącznie lub prawie wyłącznie jednostronnych. Całkowity napad składa się z objawów zwiastunnych,

aury, bólu głowy i wymiotów. Częściej zaś zdarzają się napady niezupełne, w których tylko ból głowy, ból głowy z wymiotami lub nudnościami, wreszcie sama tylko aura bywają wyrażone. Napady mogą stać się bardzo częste; mamy wtedy *status hemi-cranicus*. Napady migreny mogą przez się stanowić odrębną postać chorobową, albo wraz z innymi przypadłościami występować jako objaw innych chorób mózgowych.“

Przytoczone określenie migreny znacznie się różni od zwykłych. Z przykroć lecz nieszkodliwej nerwicy czyni M. migrenę chorobą mózgową dziedziczną. Cały następny wykład jest, właściwie mówiąc, tylko ilustracją przytoczonego określenia.

Przechodzimy do etyologii migreny. Sądząc ze statystyk różnych autorów, przewaga cierpiących na migrenę jest zawsze po stronie kobiet. U MOEBIUS'a stosunek mężczyzn do kobiet przedstawia się jak 1 : 1,5, u LIEVING'a jak 4 : 5. Wśród 130 chorych MOEBIUS'a, tylko piąta część należała do klasy zamożniejszej, reszta zaś składała się z rzemieślników, wyrobników, a nawet żołnierzy. Napotykanę więc często zdanie, że migrena przeważnie napastuje ludzi pracujących umysłowo, nie jest zupełnie słuszne. Jest wszakże faktem niezaprzeczonym, że wielu znakomitych ludzi, szczególnie lekarzy, cierpiało na migrenę (CHARCOT, DUBOIS-RAYMOND, HERSCHEL, FOERSTER, LEBERT, SINNÉ, MIRABEAU, pani POMPADOUR, RILLIET, MOEBIUS i wielu innych).

Migrena jest chorobą wieku młodego. Spostrzegano były przypadki jej u małych dzieci, a także u osób starszych, ale zwykle rozpoczyna się w 10—20 roku. Pierwsze miesiączkowanie, zdaje się, ma tu pewne znaczenie. Najważniejszym czynnikiem etyologicznym jest według MOEBIUS'a dziedziczność, przytem dziedziczność bezpośrednia. W żadnym innym cierpieniu (z wyjątkiem choroby THOMSEN'a) dziedziczność nie występuje tak jaskrawo i bezlitośnie. Chorzy, jak zwykle, niechętnie do tego się przystają, ale przy pewnej cierpliwości i dokładnych wywiadach, dziedziczność zawsze prawie daje się wykazać. Ze 127 chorych, badanych w tym kierunku, 30 nie mogło dać dokładnej odpowiedzi, 10 wyraźnie zaznaczyło, że rodzeństwo nie cierpiało na ból głowy, z pozostałych zaś 87-iu przypadków—w 61 matka cierpiała na migrenę, w 17 ojciec, a w 9 brat albo siostra. Są całe rodziny, dotknięte migreną. Córka lekarza przynależała, że ojciec jej i 5-oro rodzeństwa cierpią na migrenę. 32-letnia żona wyrobnika opowiadała, że jej matka, babka i 6-oro rodzeństwa cierpią na migrenę.

Alc nie tylko migrena, lecz i inne cierpienia nerwowe dają się wykazać w rodzinach osobników, cierpiących na migrenę. Jest to szczegół godny uwagi i mający ogromne znaczenie dla całej nauki o migrenie, że padaczka bardzo często bywa napotykana u krewnych chorych na migrenę. Wśród rodziców 350 epileptyków BOURNEVILLE'a 24,5% cierpiało na migrenę. Statystyka FERÉ wykazuje, że z blizkich krewnych 308 epileptyków, 88 razy ojciec cierpiało na migrenę, 115 razy matka, 160 razy blizkie rodzeństwo męskie, 132 razy blizkie rodzeństwo żeńskie, a 40 razy dzieci.

Migrena w takim razie zajmuje wybitne stanowisko w „*famille neuropathique*“. Oczywiście, że dotknięci migreną nie są wolni od innych dolegliwości „nerwowych“. Owszem, przy dokładnem badaniu można zawsze wykryć u chorego cały szereg innych objawów wrodzonego usposobienia „nerwowego“. Są jednakże, co prawda, nieliczne, przypadki migreny, gdzie dziedziczność nie daje się wykazać, trzeba więc przypuszczać, że oprócz dziedziczności są inne jeszcze czynniki, mogące wywołać migrenę; do nich należą: uraz i choroby zakaźne—odra, szkarlatyna, zimnica. I w takich przypadkach jednak wpływu dziedziczności zupełnie wyłączyć nie można. Być może, że choroba zakaźna była tylko bodźcem, dzięki któremu wyłoniło się drzemiące gdzieś w głębi ustroju „usposobienie migrenowe“.

Przechodzimy wraz z MOEBIUS'em do właściwych napadów migreny. I tutaj zapatrywania MOEBIUS'a znacznie się różnią od zwykłe podawanych. Widać tu wpływ szkoły francuskiej z jej nauką o „*formes frustes*“ różnych chorób nerwowych.

Zupełny, prawidłowy, typowy napad migreny przedstawia się w sposób następujący: po jakichkolwiek bądź objawach zwiastunnych następuje trwająca około 15 minut aura wzrokowa, po której znowu zjawiają się parestezye połowiczne, którym mogą towarzyszyć, zwłaszcza jeżeli są prawostronne, afazya i inne zaburzenia psychiczne. Trwa to także około 15 minut. Dopiero teraz występuje ból głowy, trwający przeciętnie 10—12 godzin i kończący się nudnościami lub wymiotami. Jest to, jak powiedzieliśmy, idealny napad migreny. W rzeczywistości ton lub ów akt dramatu tego najwięcej bywa akcentowany i jako taki zwraca na siebie wyłączną prawie uwagę chorego, a nierzadko nawet i lekarza.

Objawy zwiastunne niezawsze wyraźnie występują. Niektórzy chorzy o dzień wcześniej przeżywają napad: są zmęczeni, osłabieni lub rozdrażnieni. W nocy mają przykre sny lub śpią jak umarli. Twarz ma wyraz zmęczenia, jedna górna powieka jest jakby trochę obwisła. Czasami jako zwiastun występuje przykry, papkowaty zapach z ust. Zwykle objawów zwiastunnych brak w tych przypadkach, gdzie istnieje wyraźna aura. Aurą w migrenie, tak samo jak w padaczce, nazywamy cały szereg zjawisk, bezpośrednio poprzedzających napad. W migrenie polegają one po większej części na złudzeniach wzrokowych, daleko rzadziej na innych parasteczyach. W polu widzenia pojawia się mniej lub więcej przezroczysta plama, stopniowo rozrastająca się i zajmująca całe pole widzenia (rzadko), jego część ośrodkową albo tylko połowę. Plama ta jest otoczona błyszczącą obwódką ognistą, mającą postać łuku, zygzaka albo linii muru średniowiecznej twierdzy. Jest to t. z. skotomat, który może być być całkowity, ośrodkowy, połowiczny i wielogniskowy. W tym ostatnim przypadku chorzy widzą kilka plam i dużo poruszających się iskieł. MOEBIUS nie przyjmuje opisanej przez autorów francuskich całkowitej hemianopsji przy migrenie. Połowa pola widzenia jest tylko mniej lub więcej przyćmiona, ale niezupełnie ciemna. Wskutok iskrzącej się, wywierającej silne wrażenie obwódki, choremu rzeczywiście się zdaje, że część pola widzenia jest zniesiona (jedna chora MOEBIUS'a przed napadem nie widywała głowy u otaczających ją), ale nigdy zupełnie. Skotomat po większej części bywa obustronny, chociaż chorzy bardzo często skarżą się tylko na jedno oko. Ale jeżeli kazać choremu zamknąć to oko, przekonywa się wtedy, że i drugim nie widzi dobrze.

Jak mówiliśmy już wyżej, aura trwa zwykle 10—20 minut. W wyjątkowych przypadkach skotomat trwa daleko dłużej (w przypadku GAŁĘZOWSKIEGO kilka miesięcy). Dno oka, wbrew twierdzeniom GAŁĘZOWSKIEGO, nie przedstawia według MOEBIUS'a żadnych zmian. Aurze wzrokowej bardzo często towarzyszą inne jeszcze parasteczy (aura czuciowa), które wreszcie zdarzają się i bez aury wzrokowej. W ręku, rzadziej w nodze pojawia się przykre uczucie drętwienia, palenia, ściskania i t. p. Z nielicznymi, niezupełnie jasnymi wyjątkami, porażen nie ma. Ale podczas aury bywają czasami zaburzenia mowy, dochodzące do zupełnej afazji. Jeden chory, na przykład, podczas aury mógł wymawiać tylko „Bradamanto“. Pewien muzyk przed napadem zapominał wszystkich muzycznych swoich wiadomości. U jednego chorego występowała nawet głuchoniemota, u innego znowu agrafia. Opisane są także przypadki strachu, zawrotu głowy i utraty przytomności. Z innych zaburzeń zmysłowych podczas aury, należy jeszcze wspomnieć o smakowych i słuchowych (gwizdanie, dzwonienie i t. p.).

Po aurze następuje sam napad. Główną i najprzykrzejszą cechą napadu jest ból głowy; zwykle jest on jednostronny, chociaż niektórzy chorzy skarżą się na ból z obydwóch stron. Przy jednostronnym bólu głównym i najczęstszym jego siedliskiem jest okolica oka. Stąd rozprzestrzenia się na skroń, szczególnie górną, czoło, a nawet na potylicę i grzbiet. W rzadkich przypadkach punktem wyjścia bólu może być potylica, czoło, a nawet ramię. Ból głowy przy migrenie różni się wybitnie od innych bólów głowy. Ma on kierunek zzewnątrz nawewnątrz, przenika wgląd kości czaszki, jest charakteru świdrującego. Jeżeli jest umiejscowiony w oku, przypomina wtedy bóle przy napadach jaskry. Od nerwobólów (*neuralgiae*) ból migrenowy różni się tem, że nie składa się z całego szeregu częstych, małych napadów, z mniejszymi lub większymi przerwami, lecz jest zawsze stały, nie przerywany; ośrodek jego, t. j. miejsce największego jego napięcia tak samo zostaje stałe. Ból migrenowy czasami dochodzi do takiego stopnia, że nasuwa myśli o samobójstwie, ale godno uwagi jest to, że chorzy podczas silnych nawet napadów są mocno przygnębieni, nieruchomi i nigdy nie zachowują się tak niespokojnie, jak przy bólach zębów, wędrujących bólach w kończynach i t. p. Zachowanie się chorego podczas napadu przypomina więcej chorych na zapalenie opon mózgowych i nowotwory mózgowe. Podobieństwo to powiększają jeszcze wymioty, towarzyszące prawie zawsze napadom migreny, ale nigdy nawet najsilniejszym nerwobólom.

Oprócz bólu głowy daje się spostrzegać pewna wrażliwość ze strony wzroku, słuchu i smaku. Chorzy unikają światła (*photophobie periodique* GAŁĘZOWSKIEGO), czują się lepiej w ciemni. Razi ich wszelki krzyk, uderzenie drzwiami, gra na fortepianie i t. p. Niektóre zapachy działają uspokajająco (mentol). Zdarza się często wrażliwość, względnie nadczułość skóry podczas napadu, zwłaszcza w kierunku niektórych nerwów (*supra-, infraorbitalis, mentalis, occipitalis*). Chociaż przytomność bywa zwykle

zachowywana, opisano są jednakże przypadki wyjątkowe, gdzie przytomność podczas napadu była bardzo przyćmiona. Występuje senność, nawet odrętwienie.

Z wielką stanowczością występuje MOEBIUS przeciwko opisom zmian naczynioruchowych podczas napadu. Pierwszy, który te zmiany opisał, był DUBOIS-RAYMOND. Spostrzegł on mianowicie u siebie podczas napadu migreny, że po stronie chorej tętnica skroniowa (*art. temporalis*) staje się twardą, twarz blednie, oko z tejże strony zmniejsza się i czerwienieje, a zrenica się rozszerza; w końcu zaś napadu ucho z tejże chorej strony staje się czerwone i ciepłe. Na zasadzie tej autoobserwacji DUBOIS-RAYMOND przypuszczał, że podczas napadu u niego szyjowa część nerwu współczulnego znajduje się w stanie pobudzenia, wskutek czego następuje kurcz i zwężenie naczyń. „Jak grzyby po deszczu, powiada MOEBIUS, zaczęły się wtedy zjawiać spostrzeżenia *hemieraniae sympathico-tonicae*“, w których wszystko było tak, jak u DUBOIS-RAYMOND'a.

Siedm lat potem, w r. 1867, MOELLENDORF opisał znowu migrnę z twarzą czerwoną, gdzie ma miejsce porażenie nerwu współczulnego, i dzięki temu powstała t. zw. *hemierania angiotoparalytica*. I rzeczywiście, w wielu podręcznikach dotychczas jeszcze znajduje się podział migrny na spastyczną i paralityczną. MOEBIUS, jak już wzmiankowaliśmy, stanowczo protestuje przeciwko tej naczynioruchowej teorii migrny. W większości przypadków nie widział on żadnych zaburzeń naczynioruchowych. W tych zaś wyjątkowych przypadkach, gdzie występuje błądź lub czerwoność twarzy, jest ona obustronna. U niektórych chorych ukazują się na twarzy czerwone plamy i cała głowa jest jakby cieplejsza. Z wyjątkiem nieznacznego zwężenia szpary ocznej, M. żadnych zmian ze strony oka nie widział.

Zaburzenia żołądkowe podczas napadu są dosyć częste. Chorzy skarżą się na nudności, które bardzo często kończą się wymiotami. Chorzy czują potem ulgę i napad przechodzi. U innych chorych wymioty podczas napadu powtarzają się kilkakrotnie. Doznaje się wtedy takiego samego przykrego wrażenia, jak podczas choroby morskiej; takich samych nudności i zawrotów głowy. Chorzy, chcąc skrócić sobie męki napadu, starają się sztucznie wywołać wymioty, lecz to niewiele pomaga. Wymiotowane masy często mają odczyn kwaśny. Wymioty jednakże niekoniecznie muszą towarzyszyć napadowi. Z 85-iu chorych, 17 wcale nie miało wymiotów. Opisane są także przypadki, gdzie napad kończył się potami, poliurią, rozwolnieniem i t. p.

Napady zwykle zaczynają się w nocy i chory, budząc się, przeczuwa, co go czeka. Średnio napad trwa około 12 godzin, są jednakże wyjątki w jednym i drugim kierunku. Tak zwane napady niezupełne (*petit mal*) trwają tylko przez kilka minut. Napady, trwające 1 — 2 — 3 doby, tak samo przytrafiają się, przyczem noc jednakże są zwykle znośniejsze. Przy t. zw. *status hemieranicus* jeden napad bezpośrednio następuje po drugim, stan chorego się coraz więcej pogarsza, zjawiają się nowe dolegliwości i ogólny obraz choroby różni się wtedy od pojedynczego napadu swoim natężeniem.

Jak w wielu innych chorobach, tak i w migrenie zdarzają się postacie niezupełne (*formes frustes*), gdzie na obraz chorobowy nie składają się wszystkie objawy, a głównie występuje jeden lub dwa. Można nawet powiedzieć, że większa część napadów należy do niezupełnych. Szczególnie często brak aury; mamy wtedy t. zw. „zwykłą migrnę“ z bólem głowy i wymiotami. W niektórych przypadkach te ostatnie są objawem dominującym, a zamiast bólu głowy chorzy doznają tylko jakiegoś przykrego uczucia tęsknoty i ściskania w gardle. Z drugiej strony są i takie przypadki, gdzie aura wzrokowa występuje na plan pierwszy, głównie zatrwaja chorego i przykuwa jego uwagę, sam zaś napad trwa krótko i słabo, albo nawet zupełnie się nie zjawia. Jest to t. zw. migrena oczna, *migraine ophthalmique* autorów francuskich. Ci ostatni (zwłaszcza szkoła CHARCOT'a i GAŁĘZOWSKIEGO) uważają *migraine ophthalmique* za odrębną postać nozograficzną (*une affection veritablement autonome*), którą przeciwstawiają „zwyklej migrenie“. MOEBIUS gorąco protestuje przeciwko takiemu zapatrywaniu. Prawie wszyscy chorzy, cierpiący na migrnę oczną, mają według spostrzeżeń M. także zwykłą migrnę, a z biegiem czasu pierwsza może nawet zupełnie zniknąć i zostaje tylko ostatnia. Oprócz tego, t. zw. migrena symptomatyczna (p. d.), która bywa przy niektórych cierpieniach mózgowych, bardzo często jest podobna do migrny ocznej, i wiele przypadków, opisanych przez FÉRÉ i GAŁĘZOWSKIEGO jako *migraine ophthalmique*, według M. wcale do migrny jako takiej nie należą. Takiego samego zdania, co M., jest także GOWERS i SIEVING.

Drugim ciekawym punktem, na który M. zwraca uwagę, są równoważniki migrenowe (*hemieranische Aequivalente*). Pojęcia o równoważnikach napadów znane są

już dość dawno w nauce o padacze. M. zaś (dla którego migrena i padaczka są pokrewnymi sobie chorobami) pierwszy, zdaje się, wprowadza to pojęcie i dla migreny. Do równoważników napadu migrenowego zalicza on spostrzegane czasami u ludzi, pochodzących z rodzin „migrenowych,” bóle żołądkowe, nie mające żadnego związku z dyetą, powstające nagle bez powodu i nagle znikające. U jednego takiego chorego po wielu latach wystąpiła zwykła migrena, a napady żołądkowe znikły. Są to przypadki, co prawda, bardzo rzadkie, na które dotychczas nie zwracano uwagi; w każdym razie wprowadzenie pojęcia o równoważnikach napadu migrenowego zasługuje na uwzględnienie, może bowiem kiedyś dać bardzo poważno wyniki.

(D. n.).

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. luty r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 29 (m. 16, k. 13); przybyło w lutym 65 (m. 42, k. 23); wypisało się 55 (m. 32, k. 23); zmarło 5 (m. 4, k. 1); pozostało na następny miesiąc chorych 34 (m. 22, k. 12).

Ogół ilość chorych była znacznie większa, aniżeli w poprzednim miesiącu, a to z powodu pojawienia się epidemii grypy. Największą też rubrykę w miesiącu sprawozdawczym stanowią chorzy, dotknięci grypą, której, prócz miejscowych, mieliśmy przypadków 23 (m. 18, k. 5). Trzy z nich powikłane były zapaleniem płuc grypowym, z tych zaś jeden zakończył się śmiercią. Chorzy pochodzili z najrozmaitszych punktów miasta.

Ospa w dalszym ciągu stanowi rzadkość: mieliśmy jej tylko jeden przypadek w ciągu miesiąca (w roku zeszłym 20) u chorego nieszczepionego, z ulicy Piekarskiej № 6, zakończony pomyślnie.

W jednej mierze trzymała się odra, której mieliśmy 6 przypadków u dorosłych, z ulic: Żytia 38, Żelazna 78 i 85, Leszno 6 i 69, oraz Ogrodowa 30. Wszystkie zakończyły się pomyślnie.

Znacznie mniej, niż w ubiegłym miesiącu, mieliśmy róży, gdyż tylko 5 przypadków, również pomyślnie zakończonych, z ulic: Piekarska 5, Senatorska 14, Grzybowska 57, Chłodna 36 i Mokotowska 51.

Co się tyczy tyfusów, to wysypkowego w początkach miesiąca mieliśmy 3 przypadki z przebiegiem bardzo łagodnym, z ulic: Grzybowska 70, Browarna 8 i Wspólna 36. Tyfusu brzuszego zaś tylko jeden przypadek zamiejscowy z gminy Czyste.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: po jednym przypadku płonicy, ospy wietrznej i błonicy gardła; 2 przypadki biegunki krwawej (Chłodna 51, Bugaj 25), oraz 5—*anginae follicularis* i 3 — gruźlicy płuc.

Epidemia grypy, rozszerzając się z niezmierną szybkością po mieście, dotarła i do podwoi szpitalnych, a przybyli dotknięci nią chorzy spowodowali dość liczne zasląbnienia lub powikłania u chorych w szpitalu. Na uwagę zasługuje fakt, iż od pojawienia się grypy prawie wszystkie inne choroby zakaźne zupełnie przycichły. Nie mówiąc już o ospie, którą od czasu wygaśnięcia cholery rzadko kiedy widzujemy, inne choroby zaraźliwe ostre (tyfus wysypkowy, odra, róża, płonica) obecnie prawie zupełnie wygasły.

Z głównych cech obecnej epidemii, oprócz przewagi po stronie mężczyzn, jak to najczęściej przy grypie bywa, tymczasem zanotować można, iż wogóle jest ona mniej złośliwa, aniżeli epidemia w roku 1890; objawy nieżytowe ze strony narządów oddechowych, jak również i cięższe powikłania ze strony płuc występują mniej groźnie i nie tak często; zaburzenia natomiast ze strony układu nerwowego są częstsze i liczniejsze, niż to miało miejsce dawniej. Do szczególnych objawów w teraźniejszej epidemii zaliczyłbym i dość wybitną skłonność chorych do snu i po części typ przepuszczający gorączki i innych objawów choroby. Objawy ze strony skóry (poenie się, wysypki, wypryski i t. p.) występują nielicznie.

W ciągu miesiąca szpital wydał 43 bilety odmowne chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, którzy miejsca w innych znaleźć nie mogli. Przemawia to bardzo wyraźnie za przełudnieniem szpitali w mieście.

J. Szwajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— BALZER i LACOUR mieli dobre wyniki po zastosowaniu wcierań gwajakolu przy zapaleniu jąder w rzeżączce. W okolicę pachwinową można wcierać czysty gwajakol, na skórę zaś moszny masę z 2 do 5 grm. gwajakolu na 30 grm. waseliny. Zazwyczaj pierwszego dnia choroby trzeba robić przynajmniej wcierania 2 razy, poczem bóle ustępują najczęściej zupełnie. Po ustąpieniu bólów użycie gwajakolu przerwać należy, gdyż, zdaje się, nie posiada on wcale działania przeciwpalnego, a tylko usuwa ból, tak dotkliwy nieraz przy zapaleniu jąder. (Lyon méd. 3. 1895).

— Jako bezpośrednią przyczynę głodu alkoholowego u pijaków znajduje prof. ZDEKAUER podrażnienie zwoju nerwowego żołądka. Z. radzi kolegom, na zasadzie odpowiedniego doświadczenia, stosować u takich chorych *aqua chlori* (35 kropel 3—4 razy dziennie w jakimkolwiek kleistym odwarze). Przy tego rodzaju leczeniu objawy nieżyty żołądka znikają, łaknienie powracało, poczem i usposobienie hypochondryczne znikło i chorzy tacy, pomimo długoletniego pijaństwa, zaprzestawali używać

alkoholu zupełnie. (Corr.-Blatt f. S. A. № 4. 1895).

— SCHMITZ podaje statystykę moczołki cukrowej. Na 600 przypadków było 407 mężczyzn i 193 kobiety. Wiek pomiędzy 4 i 78 laty. W 248 przypadkach była stwierdzona dziedziczność. Jako przyczynę w 138 przypadkach stwierdzono zmartwienia i troski; 153 razy nadużycia w pokarmach bogatych w cukier; w 45 — przyczyną była podagra. (Lyon méd. 3. 1895).

— Wobec bardzo często występującego przy silnych napadach kaszlu w krztuścu rozszerzenia prawej komory serca, co znacznie utrudnia wcześniejsze zakończenie się choroby, KOPLIK radzi przy najmnijszych objawach, znamionujących te powikłania przy krztuścu, podawać dzieciom 2 do 3 razy dziennie dawkę 0,03 nalewki naparstnicy, tyle razy większą, ile dziecko ma lat. Przy stosowaniu tego środka poprawiają się zaburzenia w krwiobiegu, a napady kaszlu stają się rzadsze i w końcu ustają zupełnie. (Corr.-Blatt. f. S. A. 4. 1895).

M. S.

Wiadomości bieżące.

— Grono uczestników wydawnictwa „Medycyny“ powiększyli następujący koledzy: KOZERSKI, KRAUZE, REMBIELŃSKI, SIERZPOWSKI, WESOŁOWSKI i WINAWER Adolf.

— Stan sanitarny Warszawy uległ w ciągu dwóch ubiegłych miesięcy znacznemu pogorszeniu tak w porównaniu z miesiącami poprzedzającymi, jakoteż z odpowiednimi miesiącami roku zeszłego. Śmiertelność dosięgła prawie 24 ‰, gdy w roku zeszłym wynosiła w lutym 20,79 ‰, w marcu 17,52 ‰. Tak znaczne pogorszenie warunków zdrowotnych miasta przypisać należy przede wszystkim epidemii grypy, jakoteż chorobom narządów oddechowych, w związku z epidemią się rozwijających. Epidemia ta, wygasająca zresztą w obecnej chwili, była drugą wielką, istotną pandemią w drugiej połowie XIX wieku, tak u nas, jak w całej Europie panującą. W porównaniu z epidemią z r. 1889 — 1890 była ona mniej nieco rozległa, wogólności łagodniejsza i rzadziej powikłania ze strony narządów oddechowych powodowała. Spostrzegając te dwie wielkie epidemie, można było zauważyć różnicę, jaka

zachodzi między zwykłą grypą, rokrocznie u nas się zjawiającą, a epidemiczną jej postacią. Posiadają one liczne podobieństwa, ale za identyczne uważane być nie mogą. Obie postacie są zaraźliwe, w obu istnieje skłonność do chorób następnych, ale kiedy w grypie miejscowej na pierwszy plan występuje nieżyt dróg oddechowych, w postaci pandemicznej przeważają objawy ogólne, gorączkowe i nerwowe, a zajęcie błony śluzowej dróg oddechowych ustępuje na drugi plan, albo wcale nie ma miejsca. Pierwsza postać zdarza się przeważnie u dzieci, druga jednakowo, a nawet przeważnie bywa u dorosłych, nakoniec jednorazowe przebycie grypy epidemicznej wywołuje pewną odporność przeciw nowemu zakażeniu, wskutek czego po krótkim trwaniu epidemia wygasa, gdy grypa miejscowa naodwrot pewną skłonność do nawrotów choroby wywołuje. Z tego powodu przyznać należy słuszność autorom, którzy radzą obu tym postaciom oddzielną nadać nazwę, albo, jak proponuje KASSOWITZ, na podobieństwo cholery, nazwać je *influenza nostras* i *influenza asiatica*. Z innych chorób

zakaźnych tyfus wysypkowy, szkarlatyna i odra rzadko się pojawiają, epidemia błonicy również wydatnie się zmniejszyła, natomiast krwawa biegunka częściej się spotyka.

Jul. Kramsztyk.

— Do ambulatorium szpitala dla dzieci wyznania myjśeszowego, fundacyi małżonków Bersohn i Baumann, w roku 1894 zgłosiło się 17,630 chorych, którym udzielono 32,898 porad, mianowicie: w chorobach wewnętrznych (d-rzy: PORTNER, J. KRAMSZTYK, KORAL, WOLFSON) 11,531 chorych — 15,066 porad; w chorobach chirurgicznych (d-rzy: A. POZNAŃSKI i J. SPIELREIN) 2,758 chorych — 5,102 porad; w chorobach ocznych (d-r WINAVER) 1,909 chorych — 11,076 porad; w chorobach skórnych (d-r FUNK) 1,432 chorych — 1,654 porad.

— Instytut medycyny doświadczalnej zawiadania („Now. wrem.“), iż praca nad przygotowaniem surowicy przeciwbłoniczej obecnie ukończona została; lekarze zatem, aptekarze i instytucje rządowe lub prywatne, potrzebujące tego środka lekarskiego, mogą się zwracać wprost pod adresem instytutu (Aptekarski Ost-

rów, ul. Łopuchńska, № 12). Każdy flakon surowicy zawiera 1,000 jednostek prawidłowych antytoksyny i odpowiada surowicy BEHRING'a № II. Surowica, preparowana przez instytut, bywa dwóch gatunków: zawierająca kwas karbolowy i nie zawierająca go wcale. Cena flakonu surowicy pierwszego gatunku, wraz z opakowaniem, kosztuje rs. 2, drugiego zaś rs. 3.

— Fabryka w Höchst ogłasza, że cena surowicy BEHRING'a dla szpitali i instytutów leczniczych niemieckich została znacznie niższa, a mianowicie: flakon № 0 (200 jednostek uodparniających) kosztuje 0,75 marki, № I (600 jedn. uodp.) 2 mrk., № II (1,000 jedn. uodp.) 3,50 mrk., № III (1,500 jedn. uodp.) 5,25 mrk.

— Wdowa po d-rze Leonie FAUCHER, z domu Aleksandra Wołowska, zapisała wydziałowi lekarskiemu w Uniwersytecie paryskim kapitał, dający 1,200 franków na rok procentów, z tym warunkiem, aby pieniądze te były użyte na opłacanie wpisów, należności za egzaminy, dyplomy, oraz na druk rozpraw doktorskich dla 2-ch studentów polaków i 2-ch francuzów.

Zmarli: BUĆKIEWICZ Adam w d. 30 stycznia r. b. w Płocku, w 85 roku życia. Ś. p. BUĆKIEWICZ był jednym z pierwszych wychowaućów b. Akademii medyczno-chirurgicznej wileńskiej, którą ukończył w 1835 r., a w 1885 r. obchodzono uroczyste w Płocku Jego 50-letni jubileusz. Z tego powodu „Medycyna“ w № 51 z t. r. uczciła Jubilata zaszczytną wzmianką o Jego zasługach jako lekarza, rolnika oraz literata. Dziś, nad świeżą mogiłą tego zacnego człowieka i dobrze zasłużonego lekarza, powtarzamy wyrażenie uznania i czci dla Jego zasług i pamięci.

Ś. p. d-r Feliks KRAJEWSKI zmarł w naszym mieście w dniu 18 b. m. po ciężkich cierpieniach, przeżywszy lat 66. Całe życie spędził na prowincyi w Hrubieszowskiem. Lubo zmarły kilka sprawował urzędów, praktyka stanowiła główny cel jego życia. Oddając się cały ciężkim obowiązkom lekarza prowincjonalnego, zyskał sobie zasłużony i bardzo wielki rozgłos, jako sumienny i wielce wykształcony lekarz; rozgłos ten jednak okupił wczesnem starganiem sił, gdyż już na lat wiele przed śmiercią czuł się wyczerpanym. Zmarły pracował nie mało nad nauką, dążąc wciąż za postępem, a liczne jego prace, pomieszczane niemal we wszystkich polskich czasopismach lekarskich, których wykaz słownik KOŚMIŃSKIEGO podaje, świadczą o jego uzdolnieniu i niezaniebawianiu nauki. Wśród naszych lekarzy prowincjonalnych był to wzór do naśladowania pod względem sumiennosci w spełnianiu obowiązków. Cześć ś. p. d-ra Feliksa KRAJEWSKIEGO!

Uzupełnienie. W artykule d-ra W. FRANKOWSKIEGO z Charkowa, pomieszczonym w № 8-ym „Medycyny“ z r. b., na stronie 151-ej, po okresie, rozpoczynającym się 12-ym wierszem od góry, a który to okres brzmi: „Materiału obserwacyjnego dostarczyła mi moja praktyka prywatna, w której spostrzegałem przeszło trzy tysiące przypadków ostrego epidemicznego zapalenia gardła;“ — powinny być bezpośrednio w nawiasie podane wyrazy: „włączając tu i nawroty, bardzo nierzadkie w tej chorobie.“

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 9 Марта 1895 г.

Druck K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.