

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z kliniki terapeutycznej szpitalnej w Warszawie.

## PLĄSAWICA DZIEDZICZNA PRZEWLEKŁA \*)

(*Chorea Huntingtonii, Chorea hereditaria adultorum, Chorea hereditaria chronica, Chorea chronica progressiva, Chorea chronica*).

Podał

**Edmund Biernacki**

ordynator kliniki.

Na niwę naukową występuje w ostatnich czasach nowa forma chorobowa, a właściwie nowy gatunek cierpienia dobrze zbadanego i trafiającego się dość często, a mianowicie tak zwana pląsawica dziedziczna dorosłych, — *chorea Huntington'i*. Nauka o niej nie posiada jeszcze zbyt znacznej literatury. Lekarz amerykański Huntington<sup>1)</sup> w 1871 roku w piśmie, uważanem teraz za rzadkość bibliograficzną, zwrócił uwagę na szczególną formę pląsawicy, która różni się od podobnego cierpienia wieku dzieciennego tem, że zjawia się w wieku dojrzałym lub nawet nieco później i połączoną jest z rozstrojem umysłowym. Choroba ta jest dziedziczną i istnieją całe rodziny chorych na nią, jak się okazało ze spostrzeżeń samego Huntington'a, jego ojca i dziada, także lekarzy: jeżeli zaś w takiej rodzinie jedno pokolenie jest wolnem od pląsawicy, to nie przechodzi ona na następne. Choroba zaczyna się, jak zwykły taniec Ś-go Wita, stopniowo się nasila, prowadzi najczęściej do zaburzeń umysłowych, nie rzadko do samobójstwa i kończy się śmiercią. Nie widziano wyzdrowienia od tej pląsa-

<sup>1)</sup> On chorea. *Medic. and Surg. Reporter*. Philadelphia, 13 avril, 1871. Referat Nothnagel'a i Kussmaul'a w *Virchow Hirsch's Jahresberichte* za 1872 r.

\*) Z powodów od Redakcyi niezależnych dalszy ciąg artykułu D-ra W. H. Krajewskiego nastąpi dopiero w przyszłym numerze.

wicy. Choroba trafia się zwykle pomiędzy 30—40 rokiem życia i ogarnia jednakowo mężczyzn i kobiety.

Spostrzeżenia Huntington'a, znane w Europie ze sprawozdania Notlnagel'a i Kussmaul'a, nie zwróciły z początku na siebie uwagi i ledwie w 1884 r. Ewald <sup>2)</sup> doniósł światu naukowemu o dwóch przypadkach płasawicy dziedzicznej. Po nim zjawiły się artykuły Clarence King'a <sup>3)</sup>, Peretti <sup>4)</sup>, Zacher'a <sup>5)</sup>, i sumienne prace Huber'a <sup>6)</sup>, z kliniki Zürichskiej Eichhorst'a, Hoffmann'a <sup>7)</sup> od prof. Erba. Do roku 1888 temat znajdował się przeważnie w rękach Niemców i wyczerpany został przez nich w głównych zarysach: szczególnie praca Hoffmanna określiła objawy charakterystyczne płasawicy dziedzicznej. Po tym autorze pytanie przeszło do Francji i innych krajów. 17 lipca 1888 r. Charcot <sup>8)</sup> przedstawił na poliklinice pierwszy przykład nowej formy chorobowej we Francji; prawie jednocześnie zjawia się staranny artykuł Lannois <sup>9)</sup> z Lyonu. Spostrzeżenia Lannois z dodaniem nowej obserwacji z rodziny płasawiczej, którą obserwował ten autor, posłużyły za materiał do rozprawy Lenoir'a <sup>10)</sup>. W kilka miesięcy potem Klippel i Ducellier <sup>11)</sup> publikują nowy przypadek płasawicy dziedzicznej, a w New-York'u Wharton Sinkler <sup>12)</sup> robi sprawozdanie z tego przedmiotu. Herringham <sup>13)</sup> w Anglii i Seppili <sup>14)</sup> we Włoszech poddają w tym czasie rozbirowi krytycznemu nagroma-

<sup>2)</sup> Zwei Fälle von choreatischer Zwangsbewegungen mit ausgesprochener Heredität. Zeitschrift für klinische Medicin. 1884. Supplement, str. 51.

<sup>3)</sup> Hereditary Chorea. New-York medic. Jour. 1885, str. 468.

<sup>4)</sup> Ueber hereditäre choreatische Bewegungsstörungen. Berlin. klin. Wschenschr. 1885, N.Nr. 50 i 51.

<sup>5)</sup> Ueber ein Fall von hereditärer Chorea der Eawachsenen. Neurol. Central. bl. 1888.

<sup>6)</sup> Chorea hereditaria der Erwachsenen. Virchow's Archiv Bd. 108. 1887, str. 267.

<sup>7)</sup> Ueber Chorea chronica progressiva. Virch. Arch. Bd. III. 1888, str. 513.

<sup>8)</sup> Leçons du Mardi, 1887—1888. Tłum. rossyjskie, str. 459.

<sup>9)</sup> Chorée héréditaire. Révue de Médecine, 1888, str. 645.

<sup>10)</sup> Etude sur la chorée héréditaire. Thèse de Lyon, 1888.

<sup>11)</sup> Un cas de chorée héréditaire des adultes. E'Encephale, 1888, str. 716.

<sup>12)</sup> Medic. Rec., Septem. 1888.

<sup>13)</sup> Chorée chronique héréditaire. Revue critique, Brain, 1888.

<sup>14)</sup> Corea ereditaria. Rivista sperim. di Freniatria XIII. 1888.

dzony przez naukę materyjał. Zjawia się spostrzeżenie Kor-  
niłow'a <sup>15)</sup> i w Rossyi. Najnowszą i ostatnią pracą, którą  
znamy, jest rozprawa Huet'a <sup>16)</sup>, napisana z inicjatywy  
Charcot.

W obszernej monografii tego autora zebrane są sta-  
rannie nowe obserwacje, a także i dawniejsze, które można  
odnieść do obrobionego pytania, dodano kilka własnych,  
i na zasadzie przejrzanego i zestawionego materyjału na-  
kreślono obraz nozograficzny płasawicy chronicznej. U Hue-  
t'a nie znajdujemy nowych faktów co do symptomatologii  
tej choroby, ani też nowych poglądów: obrazy chorobowe  
przedstawili już dokładnie Hoffmann i Lannois, a poglądy,  
o których będzie mowa niżej, są poglądami Charcot'a wy-  
powiedzianymi w wykładach poliklinicznych.

Obznajmiając się ze spostrzeżeniami różnych autorów,  
przekonywamy się, że niezgodności co się tycze symptomato-  
logii, przebiegu formy chorobowej Huntington'a nie ma  
zupełnie i wszyscy chorzy są podobni jeden do drugiego,  
choć choroba może ich ogarniać w różnym stopniu. Zesta-  
wiając te spostrzeżenia, przedstawimy w krótkich słowach,  
to, co nauka zdobyła dotychczas w przedmiocie omawia-  
nym. Schemat Huntington'a, jak to zobaczymy, z jednej  
strony został uzupełniony, z drugiej nieco zmieniony i roz-  
szerzony. Płasawica dziedziczna jest chorobą przeważnie  
wieku dojrzałego: według statystyki, ułożonej przez Huet'a,  
większość przypadków pada na 30—35, następnie 35—45  
rok życia. Są wypadki, wprawdzie rzadkie, gdzie choroba  
zaczęła się w wieku wcześniejszym—pomiędzy 10—25, lub  
późniejszym pomiędzy 50—55 rokiem życia. Kobiety rza-  
dziej podlegają chorobie, niż mężczyźni: na 80 przypadków  
znanych do tego czasu, 44 należało do płci męskiej, a 36 do  
żeńskej. Choroba rozwija się stopniowo i powoli i rozpo-  
czyyna się zwykle z mięśni twarzy. Powoli mimowolne, nie-  
koordynowane ruchy rozszerzają się na kończyny górne,  
tułów; kończyny dolne bywają zajęte w stopniu najmniej-  
szym. Wszystkie mięśnie dowolne organizmu mogą być o-  
garnięte przez ruchy choreatyczne; odporność istnieje we-  
dług Lannois tylko w mięśniach ruchowych oka: ale przy-

<sup>15)</sup> Wiestnik klinicznej i sądowej psychiatrii, prof. Mierzejew-  
skiego, 1889, str. 38, 56. Chorea chron. heredit.

<sup>16)</sup> De la chorée chronique. Paris 1889. Do tego dzieła odsyłamy  
czytelników, którzy zechcą poznać literaturę dawniejszą przedmiotu.

tem ilość mięśni zajętych może być różną: u jednych osobników ruchy będą istnieć tylko na twarzy, u innych—na kończynach górnych, tułowiu, kończynach dolnych i t. d. W ogóle, im dłużej trwa choroba, tem więcej mięśni podlega cierpieniu. Mięśnie języka, gardzieli, krtani bywają porażone bardzo często. Niekiedy jedna połowa ciała, jak to widział Hoffmann, może być więcej zajęta, niż druga: to samo ma miejsce z oddzielnymi gruppami mięśniowemi, Ruchy i skurcze mimowolne zupełnie są podobne do ruchów przy zwykłej płasawicy Sydenham'a, tak że łatwo jest określić charakter tych zaburzeń i nazwać je odpowiednio z zewnętrznego wyglądu chorego. Są one, jak to zauważył Charcot, nieco wolniejsze, niż przy tańcu Ś-go Wita. Przy wzruszeniach moralnych ruchy zwiększają się, podczas snu ustają prawie zawsze. Wyjątki nieliczne z ostatniego prawidła widzieli Lannois, Huber, Huet: wtedy nawet podczas snu ruchy nie znikają, lecz istniały w stopniu słabym. Istnieje oryginalna właściwość ruchów przy płasawicy przewlekłej, co zauważył już Ewald: przy ruchach dowolnych—ruchy choreatyczne zmniejszają się, niekiedy nawet znikają zupełnie. Zjawisko to potwierdzają wszyscy autorowie i szczególnie Lannois wystawia je, jako cechę patognomiczną, różniczkową dla płasawicy dziedzicznej w porównaniu z płasawicą zwykłą. Wprawdzie Charcot, Huet zauważają, że przy płasawicy zwykłej wola niekiedy, mianowicie na początku lub w końcu choroby, wywiera wpływ podobny: dla tych autorów oznaka opisana nie ma takiego znaczenia, jak dla innych.

Mimowolne ruchy płasawicze odbijają się na mowie i chodzie chorych. Bardzo często obserwuje się utrudnienie w mowie (Huber, Hoffmann i inni): mowa staje się niewyraźną, tak że chorych trudno zrozumieć (Huber), niekiedy jest urywaną, akcentowaną (Peretti). Zresztą zaburzenia mowy nie są konieczne i obie chore Ewald'a ich nie posiadały. Chód chorych jest albo nie zmienionym, albo przedstawia mniejsze lub większe uchylenia od normy. Oto jak Cl. King stara się go przedstawić: „chory robi szybko 3—4 kroki, poczem nagle staje. Kolana wtedy zwrócone są ku tyłowi, tułów zlekka nachylony ku przodowi, chory stoi, a mięśnie twarzy, członków, tułowia ruszają się ciągle. Wtedy rzuca się ciałem naprzód, jakby padając twarzą na podłogę: ale równowagą wraca prędko i chory przebiega pewną

przestrzeń mniej więcej normalnie. Później znowu kilka nagłych kroków i cykl przedstawiony powtarza się. U wielu chorych, jak to zauważył Lannois, chód mocno przypomina chód pijanego (*la démarche ébrieuse*), co służy za przedmiot drwin z chorego dla otaczających.

Innych zaburzeń ze strony ruchowej, oprócz przedstawionych ruchów choreatycznych nie widziano. Porażeń nie obserwowano; siła mięśniowa bywa zmniejszoną tylko w razie długiego trwania cierpienia. Różne rodzaje czucia—dotykowe, bólowe są normalne: niekiedy widziano zmniejszenie czucia bólu (Peretti). Narządy zmysłów nie przedstawiają jakichkolwiek zaburzeń: źrenice normalnej szerokości i reagują dobrze na światło i przy akkomodacji. Czynność odbytnicy i pęcherza nie naruszona. Elektryczna (na prąd stały i przerywany) pobudliwość mięśniowo-ruchowa także normalna: to samo, według Huet, można powiedzieć o pobudliwości mechanicznej, Odruchy skórne—jak zwykle; co do ścięgowych, to Lannois pierwszy zwrócił uwagę na to, że są one zwiększone mniej lub więcej prawie u wszystkich chorych. Niekiedy nawet można było wywołać klonus na stopie (Peretti). Ze strony innych narządów da się powiedzieć niewiele. Wskutek ruchów mimowolnych języka, mięśni gardzieli, krtani zjawiają się dość często zaburzenia przy połykaniu. Oddech bywa niekiedy nierównomierny wskutek ruchów mimowolnych przepony. Działalność serca normalna. Ilość uryny zwykła, moc nie zawiera cukru, ani białka (Hoffmann); zawartość ilościowa różnych części składowych według rozbiórów Huber'a jest niezmienną.

Strona umysłowa chorych przedstawia objawy ciekawe. Nie we wszystkich przypadkach rozstrój umysłowy jest prawidłem. Obie np. chore Ewald'a były zupełnie wolne od zaburzeń umysłowych mimo wielu lat cierpienia (jedna po 15-u, druga po 17-u latach): to samo miało miejsce z niektórymi pacjentami Huber'a, Hoffmann'a, Lannois. Zresztą co do braku porażenia psychicznego Hoffmann wyraża się oględnie, zwracając uwagę na to, że ani jeden chory nie był jeszcze obserwowany przez lat wiele, aż do śmierci. W większości zaś wypadków rozstrój umysłowy zjawia się albo jednocześnie z ruchami choreatycznymi, albo wcześniej, czy później w przebiegu choroby. Z początku powstaje nastrój maniakałny, nierzadko skłonność do samobój-

stwa (jak w przypadku Cl. King'a) po pewnym przeciągu czasu chorzy stają się dziecinnymi, zupełnie obłąkanymi. Zmiany psychiczne mogą także wyrażać się głównie osłabieniem pamięci (Lannois). W okresie osłabienia umysłowego chorzy niekiedy przykuci są do łóża, prowadzą życie czysto wegetacyjne, są brudni, zostawiają mocz i kał pod siebie, mało odczuwają głód i pragnienie, tak że powinni być karmieni przez innych. Siła mięśniowa jest zmniejszoną, czucie osłabione, ale wprost wskutek słabej apercpcyi, jak objaśnia Huet. Zauważyć należy, że niema równoległości pomiędzy rozwojem objawów ruchowych i umysłowych, tak że chorzy ze znacznie wyrażoną płasawicą mogą być więcej zdrowi umysłowo, niż ci, u których ruchy mimowolne istnieją w stopniu słabym.

Choroba, gdy się raz rozpocznie, idzie ciągle i stale naprzód, trwa lat wiele: według wszystkich autorów jest ona nieuleczalną.

Jeśli objawy płasawicy przewlekłej przedstawiają mało różnicy ze zwykłą płasawicą Sydenham'a, to z drugiej strony pierwsze cierpienie posiada cechę, która odróżnia je od drugiego i przedstawia dla wszystkich autorów fakt nader ciekawy, — mianowicie — *dziedziczność nerwową homologiczną*. Obecność jej skłania wielu autorów do nazywania choroby to płasawicą dziedziczną dorosłych (Huber, Eichhorst <sup>17</sup>). to wprost płasawicą dziedziczną (Lannois), to płasawicą dziedziczną przewlekłą (Herringham). Autorowie potwierdzają zdanie Huntington'a co do dziedziczności homologicznej w całej jego rozciągłości. Huber, Hoffmann, Lannois ułożyli na podstawie osobistej znajomości z chorym i jego rodziną, następnie na zasadzie dokumentów pisanych, bardzo cenne tablice genealogiczne, dokładnie przedstawiające charakter dziedziczności, ilość osób ogarniętych płasawicą, stan zdrowia innych i t. d. Przytoczymy, jako przykład, genealogiczną tablicę Lannois, największą i posiadającą bardzo dużą ilość płasawicznych w porównaniu z innymi choreatycznymi rodzinami. Sprawa dotyczy rodziny Vey..., w której można było odnaleźć 19 osób z późną przewlekłą płasawicą. Lannois obserwował osobiście 6 osób.

<sup>17</sup>) Handbuch der speciell. Pathol. und Therapie.

## Rodzina Vey...)

Vey... pradziad: płasawica z rozstrojem umysłowym; dwanaścioro dzieci:

I. Jan Vey...

1. Jan Józef. 2. Córka  
61 lat

Bezdzietni

II. *Marja Vey...* obłąk.

I. *Józef Vey...*  
um. w 57 r. życia,  
zdrowy umysłowo

z. *Marja Vey...*  
żona Man... obłąkana

\*) I. *Józef Sebastian Vey...* 2. *Marja* um. w 26 r., zdr.  
38 lat, alkoh., obłąkana

3. *Adela Vey...* 4. *Paweł Vey...*  
żona Dés., 35 lat, umarł przypadkowo  
chora od 21 roku

8 dzieci: najstarszy  
teraz ma 38 lat; on  
i dzieci jego zdrowi.

troje dzieci umarło  
w dzieciństwie.

Umarła 2-e małych  
9-0 letnia córka zdr.

\*) Osoby nazwiska których wydrukowane są kursywą cierpiały na płasawicę przewlekłą; oznaczoną przez \* widział osobiście Lannois.

## III. Vey... żona H...., zła.

1. Felicya H....  
um. w młodości,  
bezdzietna.\*) 2. Rozalja H....  
żona Mar...., 60 l.  
obłąk., alkohol.3. Maria H....  
um. w 65 roku życia  
bezdzietna.1. Syn, idiota, umarł  
w 30 r. życia, nie-  
choreatyk.\*) 2. Ludwik Michał Bar...  
50 l., zdrow umysłowo.4-ro dzieci umarło, 5. Mar... 38 lat, zdrowa.  
Jedno dziecko 5, drugie 11 letnie.2-e dzieci umarło. Córka  
8-0 letnia zdrowa.

## IV. Fr. Vey..., żona Bar... umarła w 60 roku.

## V. Katarzyna Vey..., żona Del., um. w 76 r. życia

1. Eugenia Del...  
żona T.... um. w 55 r.  
alkohol., ekscentrycz.2. Laura Del...  
żona Fla., 54 l.  
zdrowa.\*) 3. Józefa Del...  
52 lat.\*) 4. Filibert Del...  
50 lat.5. Ludwik Del...  
40 lat.

Syn 21-0 letni zdrow.

Um. kilk. dzieci  
córka 8-0 l. zdrowa, córka 12-0 l. zdrowa.4-0 zdrowych  
dzieci.12-0 letnia córka  
zdrowa.VI. X. Vey...  
um. w młodości.VII. Józef Vey...  
um. w 80 r., bez płasawicy.VIII. Franciszek Vey...  
um. w 56 r. bez płasawicy.

IX-X niewiadome

13-0 dzieci; najstarszy 50 lat, zdrow.



Oprócz licznych przypadków płasawicy przewlekłej innych chorób nerwowych w obszernej rodzinie Vey... nie było. Niektórzy byli pijakami, ale fakt ten objaśnia Lannois niską pozycją społeczną rodziny i jednoczesnem istnieniem zaburzenia umysłowego płasawiczego. Autor widział wiele dzieci i znalazł wszystkie dobrze rozwiniętemi fizycznie i umysłowo: na dużą ich ilość tylko jedno z nich było idyjotą, ale nie cierpiało na płasawicę. Zaburzeń umysłowych bez płasawicy lub alkoholizmu nie było również. Zgodnie z prawem Huntington'a płasawica w rodzinie Vey... nie oszczędziła ani jednego pokolenia: lecz przytem, dzieci choreatyka mogą wszystkie być zdrowymi i wolnymi od cierpienia, lub też chorują tylko niektóre. Jeżeli jaki potomek pozostaje zdrowym, to dzieci jego również są zdrowe: płasawica nie omija pokolenia.

Przytoczone drzewo genealogiczne Lannois oddaje wierne i powtarza to, co znaleźli inni autorowie. Zasobne w obserwacje są również tablice Huber'a i Hoffmann'a, których nie przytaczamy przez oszczędność miejsca. Wspomnę tylko, że w przypadku Huber'a rzecz się miała z rodziną Rinderknecht, z której autor widział Jakóba Rinderknecht i siostrę jego Elżbietę Wegmann: w rodzinie tej można było dowieść istnienia 11 wypadków płasawicy przewlekłej.

Hoffmann widział czterech choreatyków z rodziny Wal-di, a wszystkich można było narachować dziesięciu. Obserwacje innych autorów przedstawiają mniejszą, (3—8) ilość chorych w rodzinie: wszystkie jednakże dowodzą istnienia homologicznej dziedziczności nerwowej. Niekiedy w rodzinach takich zdarzały się inne choroby nerwowe—alkoholizm, drżenie starcze (Hoffmann), padaczka (Huet). Ciekawą jest rzeczą, że płasawica wieku dzieciennego zdarza się w takich rodzinach rzadziej, niż inne choroby nerwowe: z cierpiących na płasawicę przewlekłą tylko jeden osobnik u Cl. King'a przenosił w wieku dzieciennym, płasawicę Sydenham'a, z której szybko wyzdrowiał. Tym sposobem obok dziedziczności homologicznej przytrafiała się i zwykła,—inaczej transformacyjna dziedziczność nerwowa.

Niewątpliwie dziedziczność homologiczna stanowi fakt bardzo ciekawy i wyróżniający: przeto większość autorów Huber, Lannois, Lenoir, Zacher, Herringham, Eichhorst, Déjérine <sup>18)</sup> przyjmuje płasawicę przewlekłą dorosłych jako

<sup>18)</sup> L'Héredité dans les maladies du système nerveux. Thèse d'agrégation, Paris 1886, pg. 130—140.

oddzielną chorobę, której należy się osobne miejsce nozograficzne, Autorzy ci nadają więc formie Huntington'a nazwy odpowiednie do swych poglądów. Ale są głosy, przeczące samodzielności patologicznej płasawicy przewlekłej. Rzecz ma się tak. Jeszcze wcześniej i niezależnie od Huntington'a zauważali formy płasawicy przewlekłej, która rozwija się u osób dorosłych. Tak Sée<sup>19)</sup> opisał podobne przypadki w 1850 roku, a Sanders<sup>20)</sup> przedstawiał je dość ściśle, twierdząc, że przypadki te postępują ciągle, są nieuleczalne, kończą się śmiercią, —nawet są połączone z rozstrojeniem umysłowym. Sée i Sanders odróżniają nawet takie przypadki pod nazwą „płasawicy przewlekłej—chorée chronique“, w przeciwstawieniu do zwykłej płasawicy Sydenham'a—„chorée ordinaire“. Po nich opisywali przypadki płasawicy przewlekłej to francuzcy, między innymi Landouzy<sup>21)</sup>, to angielscy autorowie. W roku 1878 Charcot<sup>22)</sup> pisał, że płasawica może rozwinąć się u starców, zwykle wskutek wstrząsnień umysłowych, jest wtedy prawie bez wyjątku formą przewlekłą progressywną, której nie można uleczyć i która łączy się z zaburzeniami umysłowymi, a w końcu z osłabieniem psychicznym. Jest to tak zwana „płasawicza starcza—chorée des vieillards“. Spostrzeżenia Charcot'a były potwierdzone przez innych autorów. W niektórych z tych dawniejszych obserwacyj wspominają i o dziedzičnosti homologicznej (Sée, Landouzy), na co zresztą nie zwracano szczególnej uwagi: co do innych nic nie wiemy. Zresztą wątpliwą jest rzeczą, jak to sprawiedliwie zauważył Lannois, czy wszystkie, opisywane przez Sée i Sanders'a przypadki były płasawicą, ponieważ wiele z nich z opisów podobne są do tic convulsif. Ale oto Hoffmann, obok drzewa genealogicznego Waldi, przedstawia historję drugiego osobnika, który cierpiał już od lat 10-u na ruchy choreatyczne i znajdował się w klinice Erb'a. Chory ten z zewnętrznego wyglądu objawów nie odróżniał się zupełnie od chorych z rodziny płasawiczej: siły jego umysłowe pozostawały przytem nienaruszone. Jednocześnie z płasawicą cierpiał on od lat kilku na padaczkę, która się rozwinęła w wieku

19) Memoires de l'Academie de medecine, 1850, str. 373.

20) Archiv für Psychiatrie, II, pg. 226.

21) Mouvements choréiques des membres inférieurs. Société de biologie, 1873.

22) De la chorée vulgaire chez les vieillards. Progrès medical. 1878.

późnym. Płásawicy, o ile było wiadomo, w rodzinie tego pacjenta nie było, czyli nie było dziedziczności homologicznej. Była natomiast dziedziczność transformacyjna: dwie siostry chorego i matka cierpiały na padaczkę, która rozwinęła się w wieku późniejszym. Doliczając przypadek ten do spostrzeżeń z rodziny Waldi, Hoffmann mniema, że pojęcie: „dziedziczność“ przy płásawicy przewlekłej nie należy pojmować zbyt płytko, to jest w znaczeniu dziedziczności homologicznej: należy wyraz ten rozumieć tak, jak go rozumiemy przy innych cierpieniach nerwowych, czyli w znaczeniu w ogóle dziedziczności nerwowej. Przypadki płásawicy dziedzicznej mają przeto według zdania Hoffmann'a tylko dwie cechy: przebieg przewlekły i stopniowe pogorszenie: należy ich więc nazywać „płásawicą przewlekłą progressywną — chorea chronica progressiva“.

Za zdaniem Hoffmann'a oświadcza się w zupełności Charcot, także przeciwnik płásawicy dziedzicznej, jako oddzielnego gatunku patologicznego. „Jest ona nie więcej jak incydem, epizodem w ogólnej historii płásawicy“ mówi znakomity klinicysta w swych wykładach poliklinicznych (1888). Demonstrując jeden przypadek płásawicy przewlekłej z dziedzicznością homologiczną, przedstawia także trzy inne — jeden bez dziedziczności z chorobą wskutek wypadku nieszczęśliwego i dwa inne bez jasnych danych anamnestycznych — dla dowiedzenia, że z ruchów, ich cech, przebiegu choroby chorea bez dziedziczności jest zupełnie podobną do formy dziedzicznej. A nawet dziedziczność homologiczna, fakt ciekawy i rzadki, nie należy według zdania Charcot tylko do późnej płásawicy: właściwość taką widzieli i przy padaczce, która może przechodzić dziedzicznie z pokolenia do pokolenia w wieku późniejszym (A. Delanet. Essai sur l'étiologie de l'épilepsie tardive. Thèse de Paris 1883). Poglądy Charcot powtarza i dowodzi jego uczeń Huet w swej rozprawie, którą nawet zatytułował: „de la chorée chronique“. Uważając płásawicę przewlekłą za jedną ogólną chorobę, autor nie patrzy na dziedziczność homologiczną jak na coś osobliwego. a stawia się w szeregu przyczynowym na jednym stopniu w ogóle z dziedzicznością nerwową. „...Les conditions étiologiques, qui peuvent déterminer la chorée chronique sont principalement l'hérédité nerveuse soit de transformation, soit surtout similaire“. Huet, tym sposobem, przypadkom; w których obok płása-

wicy trafiają się niekiedy inne zaburzenia nerwowe, — dość rzadko, — nadaje znaczenie duże. Ale zauważmy z jednej strony, że w osobistych obserwacjach Huet'a nad płasawicą dziedziczną (8 osób z różnych rodzin) inne cierpienia nerwowe są tak samo rzadkie i drzewa genealogiczne również ścisłe, jak u innych autorów. Z drugiej strony przypadków płasawicy przewlekłej bez dziedziczności homologicznej Huet posiada bardzo mało: przytem najczęściej sprawa tak się przedstawia: jedni chorzy nie posiadają zupełnie dziedziczności, a choroba rozwinęła się wskutek przestrawienia (sposprzeżenia IV, XI, XIV, XXIV), o innych nic niewiadomo (XXV, XVI). W ogóle przypadków bez dziedziczności znają znacznie mniej, niż z dziedzicznością, jak to zauważa sam Huet. Przytem ciekawą jest rzeczą, że podczas, gdy według wszystkich autorów w przypadkach dziedzicznych płasawica rozwija się w pewnym wieku bez wszelkiej przyczyny, chorea bez dziedziczności rozwija się najczęściej wskutek pewnej przyczyny — mianowicie strachu. Na taki moment, względnie na wzruszenie moralne, skok nerwowy, jako na czynnik, wywołujący płasawicę przewlekłą wskazuje sam Huet: jeżeli zaś kto z czytelników zechce choć pobieżnie rzucić okiem na starannie zestawione własne i cudze sposprzeżenia, to przekona się, choć autor nie wskazuje na to, że ten moment etiologiczny stosuje się do wypadków płasawicy bez dziedziczności, zupełnie jak u Charcot względem płasawicy starczej. W wypadkach zaś Huet'a z dziedzicznością choroba rozwinęła się sama przez się bez wszelkiego wyraźnego momentu, jak to wogóle bywa.

Uwagami temi nie chcemy twierdzić, by płasawica przewlekła bez dziedziczności homologicznej była wątpliwą. Niewątpliwie istnieją przypadki przewlekłe bez dziedziczności; chcieliśmy zaś wskazać tylko na wnioski, jakie można wyprowadzić z istniejącego materiału. Widzimy, że gdy niema dziedziczności homologicznej, to istnieje natomiast jakiś inny czynnik etiologiczny — wstrząśnienie moralne, skok, który, jak wiemy, może wywoływać takie i inne nerwowe choroby — płasawicę Sydenham'a, paralysis agitans i t. p. Znaczy się, przyczyna może być prawie zawsze znalezioną. Jeżeli zaś zjawia się płasawica przewlekła bez dziedziczności lub innego czynnika, to zauważmy, że nieraz może być ona po prostu płasawicą objawową, warunkowaną różnemi zmianami anatomicznemi, nie wspólnemi dla wszystkich

przypadków, — w mózgowiu. Znaną jest już chorea posthemiplegica, która może trwać przewlekłe, — również ruchy choreatyczne w różnych częściach ciała przy nowotworach mózgu (Eichhorst). W niektórych zaś przypadkach ogólnej płasawicy przewlekłej, przypadkach obserwowanych niezależnie od Huntington'a i autorów następnych, widziano różne zmiany anatomiczne: to pachymeningitis cum hematoma (Macleed <sup>23</sup>), to zgrubienie błon mózgowych z zanikiem zawojów mózgowych (Maclaren) <sup>24</sup>) W tych przypadkach prawdopodobnie płasawica przewlekła była cierpieniem objawnym, powstawała do pewnego stopnia wskutek tych namacalnych zmian anatomicznych.

Jeżeli z jednej strony mamy przypadki płasawicy przewlekłej z dziedzicznością homologiczną, jeżeli z drugiej strony są przypadki wskutek innych przyczyn, jednakże zupełnie podobne z objawów do pierwszych, to, mimo to, wątpliwą jest tymczasem możebność uogólniania materjału i wnioskowania na podstawie wszystkich przypadków z dziedzicznością i bez niej, — bez zwracania uwagi na ten ciekawy moment etiologiczny. W ogóle materjał jest jeszcze niewielki: do tego przypadków z dziedzicznością homologiczną po Huntington'ie jest już znanych znacznie więcej, niż bez niej. Możliwym jest, że płasawica w późnym wieku jest zazwyczaj dziedziczną: zwróćmy uwagę na to, że w rodzinach jakiegoś pierwszego, najstarszego choreatyka odnajdują, a skąd on się zjawił — niewiadomo. Jakiś pierwszy chory na płasawicę przewlekłą musiał powstać wskutek pewnych warunków i przyczyn: od niego pochodzą potomkowie. Co się zaś stanie z temi płasawicami, których obserwują tylko w naszych czasach i którzy nie mają poprzedników, — nie wiemy: być może, że są oni właśnie prooocami rodziny płasawiczej. Przyszłość oddalona może tylko rozwiązać to pytanie; tymczasem nauka o przyczynach i prawach dziedziczności jest nierozwiniętą i teraz nic nam odpowiedzieć nie może. O dziedziczności homologicznej, o jej przyczynach my nic pewnego nie wiemy, ponieważ jest ona zjawiskiem rzadkiem w patologii układu nerwowego. Z tej jednej strony przypadki płasawicy dziedzicznej powinny interesować: niechaj nie utworzą oddzielnej formy nozogra-

<sup>23</sup>) Journal of Ment. sciences, 1881.

<sup>24</sup>) Ibidem — 1874.

ficznej, jednak zawsze będą stanowił cenny materiał do nauki o dziedziczności. Ale z drugiej strony, chociaż płasawica dziedziczna jest nie więcej jak: „incydentem, epizodem w ogólnej historii płasawicy“ wedle słów Charcot'a, mimo to wyraża się ona w szeregu tym właśnie swą charakterystyczną dziedzicznością. Zwykła płasawica wieku dziecinnego jest niewątpliwie chorobą należącą do grupy neuropatologicznej, jak hysteryja, neurastenja, padaczka, ale właściwą jej jest dziedziczność transformacyjna. Wspominają wprawdzie niekiedy o bezpośrednim dziedziczeniu formy Sydenham'a, ale wiadomości te są niejasne, niewyraźne, niesystematyczne.

Tak według Ziemssen'a <sup>25)</sup> „erbliche Uebertragung der Chorea kommt vor, ist aber offenbar selten“. Według Enlenburg'a <sup>26)</sup> można było w wiadomych mu przypadkach dowieść dziedziczności bezpośrednio ze strony matki. Ale dotychczas dziedziczność homologiczna przy płasawicy Sydenham'a nie jest zjawiskiem ogólnem, dowiedzionem, i płasawica przewlekła dorosłych różni się od niej wyraźnie swym czynnikiem etiologicznym.

Nie rozwiązując więc pytania, czy płasawica dziedziczna przewlekła jest oddzielnym gatunkiem klinicznym, czy też stanowi ogólną całość z cierpieniem bez dziedziczności, mniemamy, że przypadki pierwszej kategorii powinny być starannie zbierane i grupowane oddzielnie od innych form płasawicy przewlekłej. Jedna i druga mogą być teraz tylko porównywane, ale trudno wyprowadzać ogólne wnioski o etiologii, przebiegu, istocie choroby na podstawie połączonego materiału, jak to czynią Huet, Hoffmann. Zauważymy mimochodem, że chociaż Huet w swej dyssertacji nie wyróżnia przypadków płasawicy z dziedzicznością homologiczną, mimo to we wnioskach (str. 235) nazywa je „une variété de la chorée chronique“. Niezrozumiałem w rzeczy samej byłoby, dlaczego płasawica dziedziczna nie ma prawa na nazwę choć „podgatunku“, jeżeli odróżniamy już dziedziczne formy ataksji, zaniku mięśniowego i t. d.

Na podstawie wyprowadzonych uwag uważamy za pożyteczne przedstawić przypadek płasawicy dziedzicznej

<sup>25)</sup> Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Bd. XII. 2. Krankheiten des Nervensystems, str. 441.

<sup>26)</sup> Lehrbuch der Nervenkrankheiten, II, Theil, str. 667.

z dziedzicznością homologiczną, przypadek obserwowany przezemnie w klinice terapeutycznej szpitalnej Uniwersytetu Warszawskiego. Doniesienie nasze nie będzie zbyt cennym, jak się zdaje i dlatego, że u nas o płasawicy dziedzicznej nie pisano i mało wiedzą: tymczasem prawdopodobnie cierpienie to nie jest zbyt rzadkiem, o ile można sądzić z dość szybkiego opisywania nowych przypadków. Nareszcie przypadek nasz, przedstawiając wiernie symptomatologię płasawicy dziedzicznej, może mieć pewne znaczenie co do nauki o prognozie i przebiegu tej choroby, ponieważ obserwowaliśmy w tym kierunku strony przedmiotu nowe.

Sobań... Feliks, szewc, lat 48, z Warszawy, przybył do kliniki 16 Grudnia 1889 r.

Chory wzrostu średniego, budowy ciała prawidłowej, chudy i dość słaby. Układ kostny i mięśniowy rozwinięte prawidłowo. Na obu stopach blizny po operacjach: — na prawej — Chopara, na lewej — Pirogowa.

Chory leży przeważnie na grzbiecie z rękami podłożonemi pod głowę. Pierwsze zjawisko, zwracające uwagę otaczających — są ciągle, nie przerywane się na pewien przeciąg czasu ruchy niekoordynowane, którym podlega głowa, twarz, kończyny i tułów chorego. Ruchy te jeszcze wyraźniej da się zauważyć, jeśli chory sięgnie na łóżku, lub stanie na podłodze.

Głowa Sob... robi ruchy na prawo, tu na lewo, tu nieco naprzód lub w tył. Na twarzy można widzieć grymasy; chociaż ruchy te nie są tak wyraźne, rzucające się w oczy, jak na głowie. Widać jednakże marszczenie czoła, zbyt częste mruganie powiek. Usta bywają odciągane to na jedną, to na drugą stronę, wargi przyciskane kurczowo od czasu do czasu do siebie, to znowu usta wysuwają się naprzód. Oczy nie ruszają się mimowoli i chory może utkwąć wzrok w przedmiot i prowadzić oczy we wskazanych kierunkach i w różne strony. Przy otwartych ustach widać ruchy języka, najczęściej robaczkowate; skurcze mięśniowe przebiegają wzdłuż języka po oddzielnych jego odcinkach. Język rusza się także i w boczne strony. Podniebienie miękkie nie rusza się i nie przedstawia nic nienormalnego. Pacjent może otwierać usta i wyciągnąć język, ale zbyt długo trzymać usta otwartymi nie może, ponieważ ruchy mimowolne jakby same łączą wargi i wciągają język do jamy ustnej. Gwizdać Sob... nie może. Ruchy dowolne językiem i mięśniami twarzy są wszystkie możliwe, ale jednocześnie nieco niezręczne, niecisłe wskutek ciągłego uczestnictwa ruchów mimowolnych. Dopelniając opis stanu głowy i twarzy, musimy zauważyć, że żadnych zboceżeń w rozwoju, oznak zwyrodnienia na nosie, uszach, podniebieniu, wargach niema.

Na szyi widzimy to wyraźne, to znikające kontury mięśni szyjowych — głównie m. sternocleidomastoidei, skurcze którego uczestniczą w ruchach głowy. Mimowolnych ruchów krtani nie widać. Gland. thyreoidea nie jest powiększoną. Kończyny górne znajdują się tak samo w ciągłym ruchu, jak głowa. Ruchy te bardzo wyraźnie rzucają się w oczy. Ramiona to zbliżają się lub oddalają od klatki piersiowej, — niekiedy wysuwają się naprzód lub w tył. Przedramiona zbliżają się do ramion, bardzo dokładnie widać nieraz ruchy pronacyjne i supinacyjne. Dłonie zginają się i rozginają, od-

chylając się to w jedną, to w drugą stronę. Palce w ciągłym ruchu: szczególnie pierwszy, drugi, ostatni, paluch najczęściej bywa przyprowadzany i odprowadzony względem innych, inne zginają się i prostują.

Tułów waha się przeważnie w kierunkach bocznych — na prawo i na lewo, także na prawo i w tył lub naprzód i przeciwnie. Zdarzają się i wahanie prosto naprzód i w tył. Na mięśniach brzucha ruchy mimowolne trudno zauważyć, zresztą przy leżącej pozycji chorego zdarza się od czasu do czasu nieoczekiwane wciąganie brzucha. Kończyny dolne porażone są najmniej, tutaj ruchy głównie istnieją w udach i polegają na przyprowadzeniu lub odprowadzeniu z jednoczesnem zwracaniem, lub bez tego, do wewnątrz lub do wewnątrz. Jeszcze trudniej zauważyć ruchy na gołeniach i w stawach kolanowych. Kikuty stóp — spokojne.

Liczba ruchów mimowolnych wynosi na minutę 25—30, przyczem głowa, a szczególnie kończyny górne robią porównawczo więcej wahań mimowolnych, niż tułów i kończyny dolne poruszają się najrzadziej.

Ruchy są arytmiczne, nierównomierne, nie wykonują się według określonego kierunku. Można by powiedzieć, że jeden ruch nie jest podobny do drugiego, ponieważ wytwarzają się one różnorodnie. Amplituda ruchów nie jest znaczną, np. nie widać by przedramię zbliżyło się znacznie do ramienia — na kąt prosty. W ogóle ruchy podobne są do jakiegoś manekinowego wahanía, a nie do określonych skurczów mięśniowych.

Blizsze obznajmienie się z zaburzeniami ruchowemi u Sob... wykazało, że ruchy mimowolne zwiększają się przy wzruszeniach umysłowych. Mogłem zauważyć ten fakt, widząc pacyenta rozgniewanym na posługacza szpitalnego. Przy ruchach dowolnych, z celem skurcze mimowolne wyraźnie zmniejszają się i słabną. Nigdy nie widziałem zupełnego znikania ich przy tych warunkach. Ale Sob... może donieść szklankę pełną wody do ust, nic prawie nie rozlewając, dokładnie i dość szybko zapnie i odepnie guziki u surduta, je obiad nie rozrzucając i rozlewając pokarmu. Podczas snu, co także widziałem, ruchy znikają.

Wszystkie ruchy czynne Sob... może wykonywać dokładnie, chociaż dosyć niezręcznie. Ograniczenia ruchów niema w żadnym stawie, stawy są zupełnie ruchome i swobodne. Ruchy bierne są również wszystkie możliwe i nieograniczone, naprężenia, stałej kontraktury nigdzie nie widać.

Nie mogłem dokładnie zbadać chodu chorego, ponieważ był on sam przez się nienormalnym wskutek braku stóp. O ile można było zauważyć chód Sob... podobnym był do chodu pijanego wskutek wahanía to na jedną, to na drugą stronę głowy, tułowia i kończyn.

Mowa — utrudniona. Jest ona monotonna, dość wolną, przypominała mi nieraz mowę jakałów. Zresztą Sob... mówi wyraźnie, tak że można go dokładnie i dobrze rozumieć. Skandowania, przepuszczenia oddzielnych słów, zlewania ich pomiędzy sobą lub nieprawidłowego wymawiania nie zauważyłem.

Co się tycze wogóle innych zaburzeń strony ruchowej to dodać należy, że żadnych porażień (nerwu twarzowego, ocznych, i t. d.) niema. Siła mięśniowa zachowana dobrze i jest znaczną, jak dla naszego chorego, człowieka chudego i matego.

Na dynametrze prawa dłoń doprowadza wskaziciel do cyfry 75, lewa — do 70. Mięśnie nie okazują ani zaniku, ani przerostu, thenar, hy. pothenar, deltoideus i t. d. dobrze rozwinięte i normalne.



Badanie pobudliwości nerwowo-mięśniowej prądem elektrycznym wykazało zupełnie normalne stosunki. Reakcyi zwyrodnienia częściowej lub zupełnej niema, mięśnie oddziałują prawidłowo na prąd przerywany i stały. Pobudliwość mechaniczna mięśni jest wyraźnie nasiloną, przy uderzaniu mięśni piersiowych, ramiennych zjawiają się silne skurcze, które mogą ruszać członkami. Np. przy uderzaniu m. pectoralis nawet dość słabem, ramię zbliża się do tułowia wskutek skurcu mięśnia.

Czucie nigdzie nie przedstawia uchyień od normy. Czucie dotykowe, bólowe, czucie lokalizacyi, ciepłoty, mięśniowe, głębokie mięśniowe (określanie pozycyi kończyn przy zamkniętych oczach) są zupełnie normalne. Punktów bolesnych na przebiegu nerwów, lub punktów, przy ucisku których zwiększały by się ruchy mimowolne, niema.

Czucie bólowe względem prądu galwanicznego zdawało się być nieco zwiększonem, nawet słabe prądy galwaniczne (2—4 elementy Stöhrer'a) skarży chorego wywoływały.

Odruchy ścięgnowe (kolanowy, m. bicipitis, tricipitis) są znacznie wzmożone. Odruch na stopie nie mógł być badany z powodu wskazanego kalectwa. Organy zmysłów zupełnie normalne. Wzrok dobry, źrenice na obu stronach jednakowej szerokości i oddziałują dobrze na światło i przy akkomodacyi. Zwężenia pola wzrokowego, o ile można było wnioskować z badania powierzchownego (bez perymetru) niema, chory prawidłowo rozpoznaje kolory. Słuch, węch na obu stronach jednakowe. Badanie narządów jamy piersiowej i brzusznej nie wykazało nic szczególnego. Co do płuc — należy zanotować tylko obniżenie granic wypukowych i nieliczne rżenia w pierwszych dniach pobytu chorego. Oddech prawidłowy i równomierny. Serce nieco przykryte płucami, tony — czyste i jasne. Wątroba i śledziona normalnej wielkości.

Skarży subiektywne Sob... są wogóle nieznaczne. W dzień przybycia do kliniki i przez kilka następnych skarżył się na kaszel, który wkrótce znikł. Zauważyć należy, że Sob... przybył do kliniki wskutek grypy (panującej wtedy w Warszawie), w klinice już nie gorączkował, i z choroby pozostał jeszcze kaszel. Ruchy mimowolne nie dokuczają mu zbytnio: rad wyleczyć się z nich głównie z tego powodu, że otaczający go i spotykający na ulicy ludzie śmieją się z niego, uważając go za pijanego. Bólu głowy, zawrotów, szumu w uszach — niema; niema bólów w kolumnie kręgosłupowej, — ani samoistnych, ani wywołanych przez ucisk. Duszności, bicia serca, jak i wogóle jakichkolwiek óli, brak zupełny. Trawienie prawidłowe i apetyt dobry. Wydalanie uryny normalne. Płciowe zdolności istnieją: nasieniotoku, zbyt czystych pollucyj lub erekcyj nie bywa.

Rużwiady. Ruchy mimowolne istnieją od lat pięciu. Choroba rozpoczęła się bez wszelkiego moralnego lub fizycznego powodu. Ruchy rozpoczęły się bez wszelkiego moralnego lub fizycznego powodu. Ruchy rozpoczęły się z twarzy, głównie z warg, stopniowo przeszły na kończyny górne, tułów. Mowa stała się utrudnioną prawie z samego początku choroby. Ruchy i zaburzenia mowy zwiększają się stopniowo. W przeciągu lat pięciu choroby nie leczył się zupełnie: ruchy mimowolne nie przeszkadzają pracować. Innych zaburzeń, o które rozpytywaliśmy się co do stanu obecnego chorego, również przedtem nie było. Zawsze był zdrów — nie chorował i w dzieciństwie nie cierpiał na podobne ruchy. Syfilisu, samogwałtu nie było: nie nadużywał wyskoku. Pochodzi ze wsi z Łomżyńskiej gubernii, z dość zamożnej rodziny: biedy nigdy nie cierpiał.

W 1865 r. wszedł do służby wojskowej, po powrocie około 1873 r. ożenił się i mieszkał w Warszawie, zajmując się szewctwem, którego nauczył się w wojsku. Miał dwoje dzieci, które wcześniej poumieraty.

Podczas wojny wschodniej został powtórnie wezwany do pełnienia powinności wojskowej i w czasie kampanii odmroził palce u nóg, skutkiem czego była operacyja i utrata części stóp. Po powrocie mieszka w Warszawie, otrzymując pensję.

Co do rodziny dowiedzieliśmy się, co następuje:

Ojciec umarł przed dwoma laty od obrzęków. Matka — w tym czasie, gdy Sob... był na wojnie. Matka cierpiała na takie same mimowolne ruchy; ruchy te rozwinęły się bez przyczyny po 40 roku życia i nasz pacjent widział matkę chorą lat wiele. U matki zaburzenia mowy były jeszcze znaczniejsze niż u niego, tak że niemożna było jej rozumieć. Rozstrój umysłowy, według słów Sob..., nie istniał. Innej choroby nerwowej nie miała. Ojciec matki, to jest dziad rodzony cierpiał na mimowolne ruchy w wieku 50 lat; z czego i kiedy umarł, — Sob... niewie: o dziadzie pacjent nasz wie głównie od swego ojca, który widząc ruchy matki, często powtarzał i przypominał, że jej ojciec (dziad) chorował na taką samą „ruchawkę“. Sob... ma 4 siostry, zamężne, i 3-ch braci — żonaty: mieszkają głównie na prowincyi. Wszystkich ich chory zna i twierdzi, że oni nie cierpią na podobne ruchy. Innych chorób nerwowych w rodzinie niema: niema w niej obłąkanych, idyotów lub pijaków. Tylko trzy osoby, t. j. sam Sob... jego matka i dziad znani są w rodzinie i zwracają na siebie uwagę przez swoje ruchy mimowolne.

Wiadomości dostarczane przez chorego co do swego stanu terażniejszego i przeszłego, opowiedziane były dość dokładnie i jasno. Szczególnych zmian umysłowych dopatrzyć nie mogłem, tylko pamięć była nieco osłabioną. Tak Sob. nie pamięta dobrze, w którym roku i wiele lat temu się ożenił, wiele lat był w kompanii tureckiej i t. p.

Zestawiając objawy widziane u Sob. z danymi anamnestycznymi, przekonywamy się, że nasz chory cierpi na ruchy choreatyczne, które się zjawily w wieku dojrzałym nawet nieco późniejszym (około 43 roku życia) i trwają już od lat pięciu: w rodzinie w dwóch pokoleniach poprzednich były wypadki takiej samej choroby. Czy ich było więcej, tego nie wiemy: zresztą mniejsza lub większa ilość chorych w rodzinie Sob. w zasadzie jest dla nas niewielkiej wagi; już kilka wiadomych przypadków dowodzi, że w rodzinie Sob. istnieje homologiczna dziedziczność nerwowa. Główne objawy cierpienia Sob. zupełnie odpowiadają typowi płasawicy dziedzicznej: inne mniej ważne również to samo przedstawiają. Ruchy mimowolne zaczęły się u Sob. z twarzy i przeszły stopniowo na kończyny i tułów, jak to zwykle bywa: cierpienie zajęło dużą ilość mięśni, oszczędzając, zresztą, gardziel, krtań, przeponę, które mogą być także zajęte.

Mięśnie oka, wedle uwagi Lannois, nie uczestniczą. W ogóle rozprzestrzenie ruchów choreatycznych u nasze go osobnika jest znacznem, tak że przypadek ten należy do liczby typowych wyraźnych, opisanych np. przez Huber'a, Hoffmann'a. Ruchy mimowolne u Sob. posiadają wszystkie cechy, ustanowione dla nich do tego czasu: zwiększają się przy wzruszeniu moralnem i zmniejszają znacznie przy aktach własnowolnych, znikają we śnie, co ostatnie bywa w większości przypadków. Skurcze mimowolne odbiły się u Sob, na mowie i chodzie: mowa została utrudnioną, a chód, o ile można było skonstatować, wyglądał jak—„une démarche ébrieuse“, chód pijanego. Umysłowość naszego chorego przedstawiała również pewne uczestnictwo w chorobie, wyrażając się osłabieniem pamięci; większych zmian, które były obserwowane przez innych autorów w naszym przypadku nie znajdujemy.

Z objawów drugorzędnych musimy zwrócić uwagę na znaczne wzmoczenie odruchów ścięgowych: objaw ten uderza przy pierwszym obznajmieniu się z chorym. Na symptom ten zwrócił pierwszy uwagę Lannois: zdaje się że on powinien być zaliczony do stałych oznak płasawicy dziedzicznej. Jednocześnie u Sob. istniało zwiększenie mechanicznej pobudliwości mięśniowej: wyraźnie uderzało w oczy zjawisko gdy przy perkussji klatki piersiowej ramię zbliżało się do niej. O fakcie takim nie wspominają autorowie, tak że Huet uważa mechaniczną pobudliwość mięśni za niezmienną. Nareszcie w swym przypadku powinienem wskazać na niektóre właściwości ze strony uryny. Ilość jej była słabą i normalną—1100—1300 ctm<sup>3</sup>) na dobę: lecz przytem ciężar gatunkowy jej był małym 1008 - 1009 i kwasota bardzo słabą. Codziennie tworzył się osad soli fosforowych. Nienormalnych części składowych nie było; chory otrzymywał, zwykle całą porcyję szpitalną. Trudno, naturalnie, na podstawie jednego przypadku dowieść związku obserwowanych cech moczu z cierpieniem nerwowém; ale zauważmy, że taki związek jest możebnym, ponieważ przy niektórych nerwicach obserwuje się wydzielanie moczu z niskim ciężarem gatunkowym i kwasotą (mocz spastica). Oprócz oznaczonych objawów w naszym przypadku, jak i u innych autorów, nic więcej nie było i inne narządy i części organizmu nie przedstawiały żadnych zmian specyficznych. Choroba rozpoczęła się w 43 roku życia,—nieco później, niż według

Huet rozwija się najczęściej płasawica dziedziczna; większość przypadków zdarza się pomiędzy 30—35 r., a wiek 40—45 lat zajmuje trzecie miejsce z kolei. Cierpienie rozwinęło się u Huet bez wszelkiego powodu, jak to zwykle bywa w podobnego rodzaju przypadkach.

Zgadamy się z innymi obserwatorami, że rozpoznanie i określenie ruchów mimowolnych, jako choreatyczne nie przedstawia trudności. Ruchy te mają ten sam wygląd, jak zwykła płasawica dziecinna Sydenham'a. Zresztą nieodróżnianie ruchów choreatycznych od innych wahań i ruchów nerwowych jest możebnem i, jak się okazuje miało miejsce w dawniejszych obserwacjach (np. u Sée). Naturalnie brali za jedno z płasawicą cierpienia, o których wtedy niewiele bardzo wiedziano, a głównie tic (*maladie des tics*). Dlatego terażniejsi autorowie przeprowadzają mniej lub więcej obszernie rozpoznanie różniczkowe płasawicy dziedzicznej przewlekłej od innych nerwic. Tak Ewald odróżnia ją od paramyoclonus multiplex, Cl. King, nawet od ataksyi (!), Lannois od paramyoclonus, *maladie des tics convulsifs*, płasawicy starczej. Najobszerniejszą różniczkową dyagnostykę przeprowadza Huet: on oprócz wymienionych chorób u Lannois za wyjątkiem płasawicy starczej, którą zalicza do ogólnej grupy, przyjmuje pod uwagę i drżączkę porażenną, i rozsiane stwardzenia mózgo-rdzeniowe, płasawicę rytmiczną, symptomatyczną, dziecinną, nareszcie atetozę podwójną (*athétose double*). Zostawiając na uboczu, z jednej strony, takie formy jak *paralysis agitans* i *sclerosis disseminata*, gdzie nieodróżnianie od płasawicy jest niemożebnem nawet dla średnio-wykształconych lekarzy, usuwając z drugiej strony, więcej ściśle odgraniczanie dziedzicznej płasawicy od innych płasawic przewlekłych, co przynajmniej teraz jest zbytecznem i niepożytecznem, według naszego zdania należałoby najprędzej przy różniczkowem rozpoznawaniu zatrzymać się na paramyoclonus multiplex, *maladie des tics*, płasawicy rytmicznej i—*l'athétose double*. Należy zauważyć, że przy płasawicy chronicznej ruchy są niekoordynowane, nielogiczne, bez rytmu i systematyczności, istnieją ciągle, wykonywają się z pewną miękkością, bez szybkości, nie nagle: niema skurczów, ani naprężenia w porażonych członkach. Tymczasem przy paramyoclonus ruchy mimowolne zjawiają się napadami, składają się z szybkich kurczów klonicznych, jak od prądu elektrycznego, mogą być wywołane przez podrażnienie skóry lub

mięśni: przy ticz convulsif—ruchy, zjawiając się szybko i napadami w twarzy lub kończynach—noszą cechy aktów celowych, są usystematyzowane: przypominają to pocieranie czoła, to chęć pluć, to składanie i wyciąganie rąk, jak do obrony i t. d. Jednocześnie istnieją zaburzenia psychiczne w postaci koprofalii, echolalii, zjawiających się pomimo woli chorego. Płasawica rytmiczna, pojawiając się peryjodycznie u hysteryczek, często zamiast napadów hysteroepileptycznych, posiada ruchy rytmiczne, systematyczne (chorée saltatoire, malléatoire, natatoire): cierpienie to może zniknąć nagle na pewien przeciąg czasu i znowu się zjawiać, jak inne objawy hysteryczne. Nareszcie przy athétose double, chorobie istniejącej od dzieciństwa, ruchy są wolne, umiejscawiają się przeważnie na palcach rąk i nóg, warunkują skurcze (kontrakury), zmniejszające się podczas spokoju i zjawiające się przy badaniu chorego<sup>27)</sup>.

Nasz chory, przedstawiając dokładny obraz ruchów choreatycznych, nic niema wspólnego z wymienionymi cierpieniami, co mogłoby wzbudzić podejrzenie względem prawdziwości rozpoznania. Jego płasawica jest niewątpliwą.

Po tych krótkich uwagach o właściwościach naszego przypadku i rozpoznaniu różniczkowem, przechodzimy do dalszej historii i obserwacji Sob.

Gdy zniknął kaszel u naszego chorego i on poprawił się po gryppie, co nastąpiło w 3—5 dni, zaordynowano bromek potasu w roztworze 8,0 na 180,0 wody co dwie godziny łyżkę. Brom przyjmował Sob. w przeciągu 8 dni; ale nie widać było najmniejszej poprawy i zmniejszenia ruchów mimowolnych. Przeciwnie, pacjent zaczął uskarżać się na ból głowy, sprawiany mu przez lekarstwo. Brom odstawiłem. Wiedząc o znakomitem działaniu arszeniku przy płasawicy Sydenham'a, postanowiliśmy wypróbować ten środek u naszego chorego. Naznaczono solut. Fowleri. 4,0 na 15,0 tinct. chinæ compositae, po 10 kropli 3 razy dziennie, czyli mniej więcej 6 kropli dziennie samego roztworu (od 28 grudnia). Co 2—3 dni dawka była powiększana o 1 kroplę: najwięcej przyjmował chory 16 kropli 3 razy dziennie, czyli samego sol. arsenic. Fowleri około 10 kropli dziennie. Dawki używane, jak widzimy nie prznosiły dawek średnich. Dnia czwartego po przyjęciu arszeniku Sob. zauważył, że czuje się znacznie lepiej i ruchy jego stały się słabsze. Uważaliśmy te słowa chorego za czysto subiektywną, nie prawdziwą wskazówkę: tem więcej, że ruchy obiektywnie prawie nie podległy żadnej modyfikacji. Ale po dwóch dniach ruchy niewątpliwe stały się słabszemi i mniej

<sup>27)</sup> Dokładny obraz podwójnej atetozy znajdujemy w cytowanym dziele Huet'a i autor przytacza także kilka własnych obserwacji tego cierpienia.

wyraźnemi. Polepszenie od tego czasu robiło szybkie kroki: dnia 11—12 nasz pacjent nawet innym chorym wydał się zupełnie zdrowym i wolnym od ruchów. Badanie obiektywne wykazało, że ruchów mimowolnych głowy, górnych kończyn, tułowia, kończyn dolnych nie było zupełnie: przynajmniej stan Sob. w porównaniu z poprzednim wykazywał znaczną różnicę. Ledwie od czasu do czasu można było zauważyć ruch głowy, słaby i zjawiający się rzadko; ruchy warg znikły i tylko od czasu do czasu można było dojrzeć pociąganie górnej albo dolnej wargi. Język leżał spokojnie w jamie ustnej i nie wykonywał ruchów robaczkowatych. Chory mógł trzymać usta otwartemi dosyć długo. Jednakże resztki płasawicy można było konstatować. Najwyraźniejszemi pozostały jeszcze ruchy palców: w porównaniu z innymi częściami ciała polepszenie okazało się w nich najmniejszym. Ruchy mimowolne w palcach, chociaż zjawiały się rzadziej (5—6 razy na minutę) w porównaniu z poprzedniemi, jednakże częściej niż w innych organach, np. w głowie. Mowa stała się wyraźniejszą, ale utrudnienie pozostawało do pewnego stopnia, Sob. prztem nie mógł trzymać usta otwartemi przez czas nieograniczony i po pewnym przeciągu czasu zamykał je wskutek ruchu mimowolnego. Zaburzenia psychiczne—nb. pamięci pozostały te same: to, o czem Sob. nie pamiętał lub nie wiedział podczas istnienia płasawicy, nie mógł objaśnić i podczas polepszenia. Ale oprócz ruchów choreatycznych polepszenie zjawiało się i co do innych objawów drugorzędnych. Tak np. odruchy ścięgnowe, zwiększone znacznie przy postąpieniu Sob. pod obserwacją zmniejszyły się, odruch z mięśnia bicipitis, poprzednio wyraźny, stał się teraz nieznacznym, takim samym jak u zdrowych ludzi, zmniejszyła się także i pobudliwość mechaniczna mięśniowa, o istnieniu której u Sob. już wspominaliśmy: teraz nie można było wywołać ruchów ramienia przy uderzeniu mięśnia piersiowego.

Polepszenie, które się zjawiało w krótkim czasie po leczeniu arsenikowem, pozostawało dalej statu quo i skoków wyraźnych naprzód nie czyniło. Dawaliśmy dalej arsenik w ilości 48—50 kropli dziennie wspomnianej mieszaniny jeszcze w przeciągu dni kilku, następnie zaczęliśmy zmniejszać dawkę. Chory wyszedł z kliniki z własnej woli po 20 dniach, od początku leczenia arsenikiem, twierdząc, że czuje się zdrowym.

Przy wyjściu jego, oprócz polepszenia ogólnego, któreśmy tylko co przedstawili, można było zanotować polepszenie co do ruchów mimowolnych palców, które wogóle najmniej ustępowały wskutek leczenia. Sob. został więc wypisany z zaleceniem używać jeszcze arsenik przez pewien przeciąg czasu. W klinice wyżył wogóle około 6,0 czystego solut. Fowleri.

Ciekawą jest rzeczą że podczas polepszenia i przy wyjściu Sob. z kliniki skargi subiektywne tyczyły się jednej tylko głowy. Twierdząc, że mu jest znacznie lepiej pacjent nasz mimo to skarżył się, że głowa jeszcze się rusza. Tymczasem obiektywnie wahania głowy prawie nie były widoczne, rzucaty się w oczy tylko ruchy palców, na co Sob. nie zwracał zupełnie uwagi.

Ze znanych do tego czasu przypadków płasawicy dziedzicznej w żadnym nie widziano polepszenia, ani wyzdrowienia i wszyscy autorowie bez wyjątku zgadzają się na smutną przepowiednię nie tyle quoad vitam, ile quoad valetudinem przy płasawicy przewlekłej. Przypadek nasz płasawicy dobrze rozwiniętej i istniejącej

już od lat pięciu jest, tym sposobem, pierwszym, gdzie miało miejsce niewątpliwe polepszenie choroby nawet po niedługim leczeniu arsenikiem. Arsenik okazał się w danym razie tak samo pożytecznym, jak to bywa przy płasawicy Sydenham'a, w której działa, rzecz można, specyficznie.

Wyraźnym okazał się wpływ tego środka w porównaniu z bromkiem potasu, który pozostał bez działania, tem wyraźniejszym, że używane dawki arseniku nie były wyższe od średnich i polepszenie zjawiało się bardzo szybko, bo w 5—6 dni po zaczęciu leczenia.

Czy rzeczywiście tylko arsenik może być użytecznym przy płasawicy dziedzicznej i czy polepszenia lub nawet wyzdrowienia od tej choroby będzie można obserwować często, okażą przyszłe spostrzeżenia. Do tego czasu, autorowie, idąc za przykładem, o ile się zdaje, jeden za drugim odzywają się pesymistycznie o przepowiedni przy płasawicy dziedzicznej i przeto mało już zwracają uwagi na jej leczenie, będąc z góry uprzedzonymi o nieuleczalności tego cierpienia. W pracach i artykułach, wydanych do tego czasu, o leczeniu wspomina ledwie 2—3 autorów i to nadzwyczaj pobieżnie. Jeden tylko Huet pisze w tym kierunku nieco więcej. Huet używał do leczenia głównie bromek potasu i chlorał, a także arsenikowe preparaty, antypirynę, elektryczność statyczną, hydroterapię, przypalania wzdłuż kolumny kręgosłupowej. Ze środków tych widział rezultaty od pierwszych dwóch, ale tylko w tem znaczeniu, że chorzy stawali się spokojniejszymi i mieli sen lepszy. Zresztą i ten autor wątpi o możebności skutku: „il est à craindre, d'après les faits, que nous connaissons qu'on ne réussisse pas à arrêter la chorée chronique dans son développement“.

Istnieją naturalnie czysto logiczne podstawy do terazniejszego poglądu na smutną prognozę przy płasawicy dziedzicznej przewlekłej. Najgłówniejszą z nich, może być jedyną, jest obecność dziedziczności. Dziedziczność, jak wiadomo z doświadczenia, wpływa fatalistycznie na przebieg choroby i czyni formy nerwowe bez wątpienia cięższymi, niebezpieczniejszemi, niż one są bez udziału dziedziczności. A przy płasawicy dziedzicznej ten moment, wyrażając się homologicznie, okazuje jeszcze większą siłę: jest przeciw jedyną przyczyną i powodem choroby. Taka okoliczność budzi zwątpienie i zdradza sceptycyzm w umysłach lekarzy. Ale przy tem nie

należało by opuszczać rąk i uważać wszystko za stracone, polepszenie za niemożliwe przy istnieniu płasawicy dziedzicznej. Można przytoczyć i niektóre fakty przeciw takiemu zdaniu. W przypadkach płasawicy starczej, z których niektóre, może być i wiele, były obdarzone dziedzicznością homologiczną, na co w owym czasie nie zwracano uwagi, obserwowano niekiedy nie tylko polepszenie, ale i szybkie wyzdrowienie w przeciągu kilku miesięcy, nawet tygodni. Huet mógł zebrać około 10 przykładów przeważnie z angielskiej literatury, chociaż o płasawicy starczej pisano nawet mniej, niż teraz o dziedzicznej.

Prawdopodobnie bardzo niekorzystnie na wyniki leczenia wpływa teraz fakt, że chorzy na płasawicę dziedziczną spotykają się z lekarzem bardzo późno, nieraz w 10 — 14 roku cierpienia. Rodziny w których istnieje płasawica, przyzwyczajają się do swej choroby, uważają ją za coś koniecznego, nieuniknionego. Choroba nie wywołuje szczególnie nieprzyjemnych lub bolesnych wrażeń, nie przeszkadza wiele pracować. Dla tego choreatycy, ludzie, przeważnie pochodzący z klas niewykształconych, a do tego z pewnymi zaburzeniami umysłowości, z osłabieniem samowiedzy nie uciekają się do pomocy lekarzy, a trafiają do ich rąk przeważnie przypadkowo. Takim to sposobem i trafił do nas Sob., który przybył do kliniki właściwie z powodu gryppy, a nie płasawicy. Choroba tymczasem rozwija się swobodnie lat wiele bez przeszkód, bez interwencji leczniczej: rozumie się czem dłużej istnieje, tem trudniej pomódz lub ją uleczyć, jak wogóle inne nerwowe cierpienia przy tych warunkach. Możliwym jest, że czem wcześniej zacznie się leczyć choreatyka, tem więcej będzie nadziei na wyzdrowienie. Pacjent nasz spotkał się z lekarzem stosunkowo wcześniej, bo w 5-ym roku cierpienia, niż chorzy innych obserwatorów (np. u Ewald'a w roku 7-ym i 15-ym, u Huber w 8 ym): fakt ten prawdopodobnie miał wpływ na szybkie polepszenie procesu chorobowego.

Nasza obserwacja, idzie do pewnego stopnia wbrew pojęciom o przepowiedni, znaczeniu płasawicy dziedzicznej, dowodzi bowiem możebności nawet znacznego polepszenia cierpienia. Czy Sob. wyzdrowieje zupełnie, nie można tego przepowiedzieć i pytanie to rozwiąże dłuższa obserwacja chorego. Możebyć, że choroba po czasowem zatrzymaniu się, rozwijać się będzie



dalej: ale i otrzymana remissja ma znaczenie dobroczynne dla chorego. A czy takie remisje, lub też zupełne wyleczenie, jest i będzie wyjątkiem, czy też prawidłem dla płąsawicy dziedzicznej, okaże przyszłość.

Zauważmy, że na możebność wyleczalności płąsawicy dziedzicznej mogła by dać pewne wskazówki jej anatomja patologiczna. Tymczasem nic prawie nie wiemy w tym kierunku. Autopsja, wykonana w trzech dotychczas przypadkach płąsawicy dziedzicznej (1 Huber'a i 2 Macleod'a loc. cit.), wykryła dane niestałe, głównie pachymeningitis cum hematoma lub nowotwór durae matris. O istocie, lokalizacji, i podstawie anatomicznej omawianego cierpienia według zdania wszystkich autorów nic nie wiemy i należy oczekiwać w tym kierunku wiadomości pewniejszych.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

88. DOUGLAS CUNNINGHAM. Czy epidemiczne upowszechnienie się cholery wywołuje koma-bacillus cholery, jeżeli jest on nawet przyczyną najbliższą symptomatów cholerycznych (*Archiv f. Hygiene Bd. IX*).

Autor przeprowadził szereg doświadczeń w celu wyjaśnienia stosunku laseczników cholery do ziemi i wody.

#### A) Doświadczenia z wodą.

Nr doświadczenia	Jakość wody	Po ilu dniach laseczniki znikły
I	Dosyć czysta: niegotowana	4
II	„ „ „	5
III	Zanieczyszczona „	4
IV	„ przegotowana	25
V	„ niegotowana	9

#### B) Doświadczenia z ziemią

Nr doświadczenia	Jakość ziemi	Po ilu dniach laseczniki znikły
I	Ziemia ogrodowa	26
II	„ „	14
III	„ „	10
IV	„ „ z ekskrementami	6
V	„ „ „ niegotow.	9
IV	„ „ „ przegotow.	nie znikły po dniach 47

Czyste kultury laseczników cholery chowają się w próbkach w Kalkucie dłużej aniżeli dni 60. Z wyników badań autora widać, że mikroby te giną w wodzie i ziemi daleko pręd-

dziej. Nawet w wodzie przegotowanej żyły tylko przez dni 25, w ziemi przegotowanej prawie tyle ile w próbkach. Dłuższe trwanie w przegotowanej wodzie i ziemi daje się wytłómaczyć tem, że przygotowaniu zabite zostają saprofity, które łatwo w walce pokonywują przecinki choleryczne; dowiódł tego, odnośnie do wody, Koch, bawiąc w Ost-Indji.

Przy sądzeniu pytania o stosunku lasecznika przecinkowego do cholery, wszystkie usiłowania autorów mają na celu wykazać, że przypadki cholery są wywoływane przez wprowadzenie tych mikroobów lub przez nie wytworzonych ptomain. Tymczasem ważniejszym, lub jak autor sądzi najważniejszym, jest pytanie: czy przecinki choleryczne stanowią same przez się czynnik wywołujący upowszechnianie się cholery? Rozstrzygnięcie pytania pierwszego o łączności między przecinkami i cholera—ma ważne znaczenie naukowe. W kierunku praktycznym koniecznym jest przeświadczenie, że wypadki chorobowe, podobne do wywoływanych w laboratorjach, mogą się zdarzać nie sporadycznie, lecz w postaci epidemij.

Przypuściwszy, że słusznie twierdzą ci (Koch i Hueppe), którzy uznają fakt wywoływania cholerycznych symptomatów przez przecinki-bacylle, autor przechodzi do rozpatrzenia ich teoryi epidemicznego upowszechniania się cholery.

Podług Kocha niemożna zarazić zwierzęcia zdrowego, przez wprowadzenie kultur bacyllów cholerycznych do jego przewodu pokarmowego, ponieważ giną one w żołądku (od kwaśnego soku ż.) i nie dochodzą do miejsca swego normalnego rozwoju do kiszki. Aby zatruć zwierzę należy się uciec do środków pomocniczych, do zneutralizowania kwaśności soku żołądkowego i wstrzykiwania makowca i spirytusu do jamy brzusznej. Ludzie podlegli cholercie mają przygotowany żołądek przez dyspeptyczny stan jego. Czyli dla epidemij cholery trzeba prócz upowszechnienia laseczników jeszcze jednoczesnego upowszechnienia warunków dyspeptycznych. Warunek ostatni jest ważniejszym, albowiem bez niego mikroorganizmy nie nie zrobią. Jest to potwierdzeniem zdania Pettenkofer'a, że wybuch epidemii nie idzie równolegle z przenoszeniem przedmiotów z miejscowości uprzednio zarażonych. Z teoryi Koch'a wynika potrzeba warunków miejscowych, które wywołują przygotowawczy stan narządów trawienia, i by uprzędzić epidemję należy się strzedz nie tylko od bacyllów, lecz i od panowania wyżej przytoczonych warunków. Ale w takim razie według tej teoryi choroba przestaje być kontagijną, staje się raczej lokalistyczną.

Hueppe twierdzi, że przy pewnych warunkach (pokarmie niedostatecznym, pewnej ciepłocie itd.) laseczniki choleryczne tworzą t. z. artrospory, cechujące się większą trwałością, niż przecinki. Artrospory znoszą wysychanie przez tygodni kilka, nie giną w soku żołądkowym i mogą wywołać cholercę w przewodzie pokarmowym zwierzęcia zdrowego. Jeśli zgodzić się na zdanie Hueppego, należy jednak dowieść, że wszystko co Hueppe znalazł w czystych kulturach, t. j. w warun-

kach sztucznych, dziać się może w zwykłych warunkach. Tymczasem wykazano, że bakterye cholery giną szybko w walce z innymi drobnoustrojami niezjałowionej wody lub ziemi, nie tworząc artrospor. Te więc ostatnie tworzą się przy zmienionych warunkach miejscowych, którym właśnie przypisać należy rolę główną przy epidemii cholery.

A więc: teoria Kocha i teoria Hueppego nakazuje przyjąć istnienie zmienionych warunków miejscowych jako przyczynę główną epidemicznego upowszechniania się choroby. Zmiana warunków polegać może na zwiększeniu materiału odżywczego w wodzie i ziemi, lub też w uczynieniu walki o byt (z saprofitami) łatwiejszą. By usunąć materiał odżywczy, zaleca się czystość wody i ziemi.

Wzajemny stosunek drobnoustrojów chorobotwórczych ziemi lub wody w ogóle, a do laseczników cholery w szczególności, bywa rozmaity. Jedne są im wrogię osobiście; inne za pomocą produktów swej przemiany; inne, nakoniec, ujmują im tylko pokarmu. W ogóle, warunki rozwoju i istnienia przecinków są dziś prawie niepochwytne, a od warunków tych zależy możliwość przejawu ich chorobotwórczego wpływu. Np. być może, że dyspepsya, której Koch wymaga, zależy od panowania w danej miejscowości jakichś mikrobów odpowiednich, a chorobotwórczych.

Żadna więc teoria przyjmująca w choleryze „Contagium“ nie jest w stanie wykazać najbliższej przyczyny epidemicznego jej upowszechniania się. Pettenkofer ma słuszość, przypisując wiele warunkom miejscowym. Teoria jego nie dla tego jest ważna, że przyjmuje pod uwagę, czy warunki te sprzyjają lub przeszkadzają rozwojowi zarodnika, rozmnażaniu się form dojrziałych, obecności specjalnych elementów stałych lub wrażliwości mieszkańców. Teoria Pettenkofera ważną jest dla tego, że wskazuje nam teren działalności naukowej i praktycznej, wskazuje, gdzie się to złe ukrywa, z którem należy zacząć wojnę. Strzedz się należy przeniesienia zarodka chorobotwórczego, lecz bardziej jeszcze, baczyć należy na zniszczenie miejscowych ujemnych warunków sanitarnych. S. Ster.

89. Prof. KÜHN. **O chorobach uszów przy cukrzycy.** (*Archiv für Ohrenheilkunde. T. 29. Z. 1 i 2. 1889.*)

Od niedawnego dopiero czasu otjatrzy zaczęli zwracać uwagę na komplikacje uszne przy cukrzycy. W nowych podręcznikach figuruje już cukrzyca na równi z innymi chorobami ogólnymi pomiędzy momentami etjologicznymi wywierającymi wpływ na powstawanie czyraków, ostrych zapaleń ucha średniego i głębokich cierpień nerwu słuchowego. Oskar Wolf na kongresie w Wiesbaden w 1887 roku wygłosił bardzo słuszne zdanie a mianowicie: że jeżeli u osób w średnim i późniejszym wieku cierpienia uszów przebiegają jako często powtarzające się czyraki, lub jako ostre zapalenia jamy bębnekowej, poczynające się jako otitis media acuta purulenta, która w następstwie prowadzi do wytworzenia się większych lub mniejszych martwiaków, powinniśmy podejrzewać cukrzycę. Tę for-

mę ostrych zapaleń ropnych jamy bębnekowej, która kończy się nekrozą Wolf nazywa: otitis media necroticans seu diabetica. Z ogólnej literatury autor przytacza przypadki głuchoty przy cukrzycy opisane przez Griesingera, Jordań i Külza.

Przypadek próchnienia wyrostka sutkowego przy cukrzycy opisał W. Roser. W klasycznym dziele o cukrzycy Frerichsa znajdujemy tylko jeden opis przypadku sekcyj, przy której znaleziono otitidem internam z próchnieniem wyrostka sutkowego i z zakrzepem w sinus transversus. W specjalnej literaturze otjatrycznej również rzadkie są opisy komplikacyj chorób ucha z cukrzycą. Toynbee opisał przypadek ostrego prawostronnego ropnego zapalenia ucha średniego u 29 letniego diabetyka, który zakończył się śmiercią, a sekcyjja wykazała przedziurawienie błony bębnekowej, rozległe zniszczenie wyrostka sutkowego (caries), i komunikacje z sinus lateralis. Toynbee sądzi, że gdyby na drodze operacyjnej ropę wydalono, chory mógłby wyzdrowieć. Przypadek otit. diabeticae opisał również Raynaud. Choroba ucha rozpoczęła się silnymi bólami i mocnym krwotokiem, poczem pojawił się wyciek surowiczy bardzo obfity i długo trwający. Chory zmarł po upływie 23 dni w skutek silnego osłabienia i upadku sił. Sekcyjja wykazała duże przedziurawienie błony bębnekowej ucha prawego i dużą ilość krwawej ropy w wyrostku sutkowym, w głębi zaś caries. Kirchner na międzynarodowym kongresie otjatrów w Bazylei (1884) obszernie mówił o chorobach ucha przy cukrzycy. Opisał on wtedy historję choroby diabetyka, u którego wskutek daleko posuniętego cierpienia kostnego (osteitis) wykonał trepanacyję lewego kostnego wyrostka sutkowego. Chory poprzednio cierpiał przez kilka tygodni na obustronne ropne zapalenie ucha średniego; obrzmienie i silną bolesność lewego wyrostka sutkowego wystąpiły nagle, a ropa podminowała mięśnie szyjowe. W 5 dni po operacyi chory zmarł, a przy sekcyi znaleziono duże zniszczenie obu wyrostków sutkowych, obu jam bębnekowych i komunikacyję z sinus sigmoideus. Kirchner w końcu zapytuje: „czy u diabetyków u których, jak to w jego przypadku miało miejsce, widoczne jest znaczne upośledzenie odżywiania należy wogóle wykonywać operacyje?“

Schwabach opisał ciężki przypadek choroby ucha średniego u mężczyzny 43 letniego, cierpiącego od 6 lat na cukrzycę. I w tym przypadku chore było ucho prawe. (Strona prawa zajęta była prawie wyłącznie we wszystkich dotąd opisanych przypadkach).

W przypadku Schwabacha wystąpiły z początku silne bóle wyrostka sutkowego, silny szum i znaczne przyciępienie słuchu, a następnie wszystkie objawy ropnego zapalenia ucha średniego. Powoli objawy te ustąpiły, i przez kilka tygodni chory czuł się dobrze. Nagle bóle wyrostka sutkowego się ponowiły, skóra na wyrostku sutkowym i przed uchem obrzmiała, wystąpił bezwład nerwu twarzowego po stronie chorej, temperatura ciągle utrzymywała się wysoką i w końcu autor wykonał trepanacyję. Wyrostek sutkowy zniszczony był na du-

żej przestrzeni, a z komórek wydzielala się cuchnąca ropa. Process w uchu i bezwład po kilku miesiącach ustąpiły zupełnie.

Wkrótce jednak chory dostał panophtalmii a po 2 latach gangreny lewej nogi, a wkrótce potem zmarł w skutek apoplexii mózgowej. Podczas choroby ucha moc z zawierał 4% cukru, procent ten trzymał się przez kilka lat prawie na jednakowym poziomie (2—5%), a przed samą śmiercią spadł do zera.

Moos opisuje przypadek 55 letniego mężczyzny, który od 3 lat cierpi na cukrzycę (5%), i u którego w ropie ucha średniego, i w ropie wydobytej z wyrostka sutkowego znalazł mikroorganizmy.

W przypadku Moosa chory cierpiał na ropne zapalenie ucha średniego (prawego) przez 5 miesięcy, wielokrotnie u niego występowały silne bóle i obrzmienie wyrostka sutkowego. Kiedy zaś na górnej i tylnej ścianie przewodu słuchowego wytworzyło się ciastowate obrzmienie Moos zrobił w tem miejscu głębokie cięcie, jako akt poprzedzający trepanację wyrostka sutkowego. Po tem cięciu pojawił się jednak tak obfity i trzy kwadransy trwający krwotok, że autor dokonania dalszej operacji zaniechał.

W 7 dni potem wytworzył się ropień w okolicy ciemieniowej i następnie po upływie 3 tygodni drugi, oba ropnie przecięto i prze dłuższy czas przemywano sublimatem, tak że w końcu proces w uchu po upływie kilku tygodni zupełnie się zagoił. Badanie bakteryjologiczne dokonane w tym przypadku wykazało streptococcus pyogenes i diplococcus Fraenkla.

Przebieg kliniczny choroby usznej w przypadkach Toynbee'go, Reynanda, Kirchnera, Schwabacha i Moosa wykazuje szereg objawów, które przy znanych postaciach ostrego zapalenia ucha średniego zwykle jednocześnie i tak stale nie występują. Nadzwyczaj gwałtowny przebieg i to z samego początku choroby, obfite ropienie, silne krwawienia, a szczególnie wczesne umiejscowienie w wyrostku sutkowym.

Jeżeli przytem zwrócimy uwagę na wyniki sekcij w przypadkach Frerichsa, Toynbeego, Raynanda i Kirchnera, a mianowicie na duże zniszczenie kostnych części ucha średniego, przy krótkim stosunkowo trwaniu choroby, to musimy dojść do wniosku, że mamy w tych przypadkach do czynienia z prawdziwą osteitis kości skalistej.

U diabetyków zapalne processy w kościach nie są rzadkie, a otitis diabetica może u tych chorych bardzo łatwo się rozwinąć. Wskutek bowiem cukrzycy tkanki i naczynia błoniastych i kostnych organów ucha ulegają zmianom i cukrzyca może na nie z łatwością szkodliwy wpływ swój wywierać wskutek bardzo małego oporu jakie tkanki te stawiają. Komplikacja choroby uszów z cukrzycą, nie może być uważana, za rzecz przypadkową, jakby się na pozór zdawać mogło, lecz choroba ucha w tych razach jest w ścisłym etyologicznym związku z chorobą podstawową.

Autor dawniej był zdania, że u chorych na cukrzycę nie powinno się wykonywać cięższych operacyj, sądząc jednak z wyników otrzymanych w ostatnich czasach skłania się coraz bardziej do zdania tych autorów, którzy radzą robić operacje u chorych na cukrzycę, a przynajmniej próbować w przypadkach tych drogą operacyjną uzyskać wyleczenie, w których bez interwencji chirurgicznej bezwarunkowo śmierć nastąpić musi. W dalszym ciągu swej pracy autor przytacza 2 obserwacje zapalenia ucha średniego przy cukrzycy, z ciężkim przebiegiem. Jeden przypadek miał zejście śmiertelne, a drugi po długim leczeniu zakończył się wyzdrowieniem.

W przypadku zakończonym śmiercią, kość skalista była daleko bardziej zniszczoną, a niżeli zwykle widzimy przy najcięższych postaciach dyfterytycznych zapaleń ucha. Zniszczenie to powstało w bardzo krótkim stosunkowo czasie, gdyż w przeciągu 3 tygodni. Daje się to wytłomaczyć tylko tem, że pomimo łatwego i obfitego odpływu ropy z ucha średniego, tkanki cukrzycowo zmienione sprzyjały rozwojowi kokków ropnych. Na świeżych preparatach widać, że i pozostałe części piramidy znajdowały się w stanie świeżego zapalenia i rozmiękczenia i prawdopodobnie uległyby takiemu samemu zniszczeniu i to w bardzo krótkim czasie, gdyby chory nie zmarł wskutek rozszerzenia się processu usznego na opony mózgowę.

Pasorzyty znalezione w drugim przypadku nie różniły się od takichże spotykanych przy innych ropieniach (staphylokokki i streptokokki). Pasorzyty te znajdują w tkankach i sokach diabetyków nadzwyczaj odpowiedni grunt odżywczy dla swego rozwoju i tem po części można sobie wytłomaczyć szybko występujące i rozległe zniszczenia.

Następnie autor zastanawia się nad kwestyją wykonywania trepanacyi wyrostka sutkowego w przypadkach ropnego zapalenia ucha średniego u diabetyków, a szczególnie w przypadkach w których pomimo obfitego ropienia, część ropy zostaje w uchu średnim i tam się rozkłada, a równocześnie nagromadzona ropa w wyrostku sutkowym wytwarza ciągły zbiornik i jest źródłem zakażenia. Trepanacja wyrostka sutkowego, jeżeli wykonywana jest podług ścisłych wskazań i wskazówek Schworzego i przy zachowaniu ostrożności przeciwnych nie może już dziś być uważaną za operację niebezpieczną. U chorych więc takich, których bez operacyi uważać trzeba za straconych, operacyją wykonać koniecznie należy. Autor na dowód słuszności swego poglądu przytacza 2 przypadki Zellerera; w przypadkach tych dokonano u diabetyków wyluszczenia resp. amputacyi biodra z pomyślnem zejściem i oprócz tego 2 przypadki Königa (amputatio cruris) również z pomyślnem zejściem.

Mała ilość kazuistycznego materiału wynika z veto wypowiedzianego wszelkim zabiegom chirurgicznym u diabetyków, przez autorów francuzkich. Autor w zupełności zgadza się ze zdaniem wygłoszonym przez Königa a mianowicie „że jeżeli przy gangrenie cukrzycowej kuracja antidiabetyczna i miej-

scowe środki przeciwnilne nie wstrzymają rozwoju miejscowej flegmony i nie będą w stanie wyrzucić wpływu na stan ogólny chorego, a dalsze wyczekiwanie naraża go na niebezpieczeństwa, obowiązkiem naszym będzie przy zachowaniu jaknajściślejszej antiseptyki wykonać operację radykalną.“

Jeżeli pogląd ten zastosujemy do przypadków ropnego zapalenia ucha średniego przy cukrzycy, to ze względu na szybko powstające zniszczenia kości jamy bębnekowej i wyrostka sutkowego a jednocześnie przy możliwości rozszerzenia się processu ropnego na opony mózgowie autor radzi zgodnie ze Schwabachem wykonywać operację radykalną t. j. trepanować wyrostek sutkowy. Obok miejscowego leczenia musi naturalnie i leczenie antidiabetyczne być uwzględniane. Co do środków antyseptycznych to autor przekłada sublimat i gazę sublimatową nad jodoform, po którym w jednym przypadku widział objawy zatrucia.

W tym samym tomie archiwu Dr. Körner podaje opis przypadku pierwotnego zapalenia kości (osteitis) wyrostka sutkowego u diabetyka i kilka uwag o wpływie większych operacji na przebieg cukrzycy. U chorego swego autor wykonał trepanację wyrostka sutkowego z pomyslnem zejściem nie tylko co do miejscowego cierpienia w uchu, lecz i co do samej cukrzycy. W uwagach co do powstawania samego cierpienia w wyrostku sutkowym, autor sądzi zgodnie z Küsterem, że proces w wyrostku sutkowym u diabetyków powstaje pierwotnie, wbrew przeważnie przez otjatrów przyjętemu pogładowi, jakoby ropienia w wyrostku sutkowym występowały następnie po ropnych zapaleniach jamy bębnekowej. Według autora mamy więc wprzód zapalenie kości wyrostka sutkowego (ostitis processus mastoidei) a następnie dopiero ropienie w jamie bębnekowej).

Przypadek autora, jak również przypadki Wolfa, Walba, Raynaud pogląd taki usprawiedliwiają. Raynaud zgodnie z Ladréit de Lachariere przypadki swoje uważają za pierwotnie w kości powstałe. Nagłe wystąpienie choroby i szybki jej rozwój w przypadkach Kirdmera, Toynbee'go i Kuhna potwierdzają wywody autora. Wiadomo, że diabetycy operacje źle znoszą. Już po małych operacjach np. po operacji phimosis spostrzegano nekrozę tkanek, a po większych operacjach szybko występował upadek sił i śmierć wskutek coma.

Dotąd kwestyi operacji u diabetyków chirurgowie ostatecznie nie rozstrzygnęli. Dziwnem jest fakt, że nigdzie w literaturze nie ma wzmianki o stadium cukrzycy, w jakim się ci chorzy znajdowali, którzy po operacji zmarli. Najczęściej zadawalniano się bowiem jakościowem oznaczeniem cukru w moczu. W tych razach wypada zawsze zwracać uwagę na to czy operujemy chorego cierpiącego na lekką formę cukrzycy u którego naprzykład przy odpowiedniej dyjecie ilość cukru znacznie się zmniejsza lub też zupełnie znika, czy też chorego, u którego już wystąpiły objawy zatrucia i u którego np. zwy-

kłe zmęczenie lub też wpływy psychiczne są wstanie coma wywołać.

Kwestyja operowania diabetyków dopiero zdaniem autora wtedy da się naukowo rozstrzygnąć, jeżeli w dużej ilości przypadków cukrzycy przeróbka materji przed i po operacyi dokładnie będzie zbadaną. Próbę w tym kierunku autor zrobił u swego chorego i przytacza w krótkości wyniki. Badania te wykazały, że chory cierpiący na lekką formę cukrzycy zniósł doskonale dość długotrwałą i poważną operacyję i że operacyja ta nie wywarła szkodliwego wpływu na dalszy przebieg cukrzycy.

L. Guranowski.

90. B. NAUNYN. **Dyetyczne leczenie cukrzycy (diabetes mellitus).** *Volkmanns Sammlung N. 349, 350.*

Cukrzyca (diabetes mellitus) jest cierpieniem przewlekłym, którego przyczyna podług najnowszych poszukiwań v. Meringa i Minkowskiego zależy często od choroby trzustki. Inne przyczyny cukrzycy dotychczas nie są znane, ponieważ cierpienia mózgu (Claude Bernard), kurare, florydzyne (v. Mering) i inne wywołują tylko przejściowy cukromocz (glycosuria) a nie cukrzycę (diabetes) — chorobę przewlekłą, której główną cechą jest niezdolność organizmu do przerabiania (konsumowania) cukru gronowego.

Jeżeli cukier wydziela się w moczu tylko po użyciu pokarmów, zawierających węglowodany, to przypadki takie cukrzycy należą do lżejszych, przypadki zaś wydzielania cukru nawet przy dyecie, unikającej węglowodorów są cięższe. Podług Traubego ciężka postać cukrzycy rozwija się zwykle z lekkiej; Külz zaś i inni sadzą, że każda postać rozwija się samodzielnie. Nie ulega wątpliwości, że zdarzają się przypadki, występujące odrazu jako ciężkie, inne zaś pozostają zawsze lekkimi. Autor spostrzegł niekiedy i przejścia lekkiej postaci w ciężką, co zależy prawdopodobnie od zewnętrznych warunków, zachowania się chorego. Cięższa cukrzyca spotyka się najczęściej w biednych warstwach ludności, podczas gdy u ludzi zamożnych ciężkie przypadki należą do wyjątków. Autor objaśnia to tem, że u biednych pierwszy okres choroby bywa przeoczanym, a wskutek zaniedbania choroby wytwarza się ciężka forma. Następuje to zaś dość prędko dla tego, że pokarm ich składa się przeważnie z węglowodanów, zwiększających już istniejące upośledzenie zdolności organizmu do zużycia cukru.

Lżejsza lub cięższa postać cukrzycy zależy podług Meringa i Minkowskiego od rodzaju choroby trzustki. Niestety, o chorobach tego gruczołu dotychczas mało mamy wiadomości.

Nadmienierne wydzielanie cukru z organizmu prowadzi do ciężkich objawów, jak: osłabienie, niemoc płciową, silny głód i pragnienie, znaczne zwiększenie wydzielania moczu, a nareszcie wycieńczenie. Ciągłe zaś przeładowanie organizmu cukrem gronowym wywołuje cierpienia rozmaitych organów i zboczenia odżywiania, jakoto: gruźlicę, zapalenia zgorzelinowe, cierpienia oczu, dychawicę, nerwobóle, swędzenie i t. d. Tutaj należy



i śpiączka dyabetyczna, zależna od zatrucia organizmu kwasem oksymasłowym (Stadelmann, Minkowski), zjawiającym się w cukrzycy wskutek zboczenia przemiany materii. Nareszcie choroby trzustki mogą wywoływać i inne cierpienia, komplikujące cukrzycę, a mianowicie zboczenie w trawieniu tłuszczów, cierpienia mózgu i t. p.

Z powyższych przypadłości tylko te podlegają leczeniu, które zależą od przeładowania organizmu cukrem. Należy więc uwolnić organizm od nadmiaru cukru, zmniejszyć wydzielanie się tegoż, przez co wpłynąć można na przebieg samej choroby. W spełnieniu tego zadania najważniejszą rolę gra leczenie. W wielu przypadkach cukrzycy cechujące ją zboczenie czynnościowe posiada charakter postępowy t. j. zwiększa się w miarę wprowadzenia do organizmu produktów, wytwarzających cukier. Natomiast przez oszczędzanie osłabionej czynności (t. j. przez usunięcie pokarmów cukrotwórczych) nie tylko powstrzymuje się dalszy upadek pomniejszonej czynności, lecz następuje poprawa, wzmocnienie zdolności organizmu do przeróbki cukru. Poprawa ta jest niekiedy trwałą, czasami zaś przejściową.

Dytetyczne leczenie cukrzycy powinno mieć na celu jak największe oszczędzanie chorobliwie osłabionej czynności. Dyabetyk powinien przerabiać jak najmniejszą ilość cukru, nie przewyższającą rzeczywistej możliwości organizmu. Należy więc wciąż kontrolować wydzielanie cukru w moczu i dążyć do tego, by mocz go wcale nie zawierał lub też zawierał go tylko chwilowo. Cel ten może być osiągnięty przez bardzo zdrową dietę, która dla chorego jest często bardzo uciążliwa, często nawet niemożliwą do przeprowadzenia z powodu grożącego niebezpieczeństwa w postaci śpiączki. W lekkich przypadkach bardzo łatwo usunąć cukier z moczu i doprowadzić chorego do względnego wyleczenia.

W leczeniu cukrzycy należy przedewszystkiem ściśle określić ilościowo i jakościowo dietę chorego, trzeba oznaczyć zarówno ilość mięsa, jak chleba, jarzyn i napojów. Ilościowe oznaczenie mięsa koniecznym jest z 2 względów: 1) ponieważ w organizmie cukier tworzy się i z mięsa t. j. z białka (v. Mering, Minkowski); 2) ponieważ przy użyciu większych ilości mięsa wystąpić mogą zaburzenia w trawieniu, przeszkadzające konsekwentnemu przeprowadzeniu leczenia, a nadto osłabiające chorego i pogorszające stan ogólny.

W leczeniu cukrzycy stosuje się ściśle mięsna dieta, mniej ścisła i wolna. Ściśle mięsna dieta ułożona przez Cantoniego składa się z 500 grm. mięsa wszelkiego gatunku (oprócz wątroby), nie bardzo solonego; mięso może być przyrządzone na oliwie lub wysmażonem maśle z dodatkiem kwasu cytrynowego i octowego. Ilość płynów nie powinna przewyższać  $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$  litrów na dzień; za napój używać można wodę, buljon, wodę selcerską z dodatkiem spirytusu winnego, koniaku lub kwasu mlecznego (2,5—4,0 pro die). W razie potrzeby można cho-

remu dodać nieco chleba migdałowego. Zaleca się chorego pozostawić pod ścisłym nadzorem.

Ciężkie formy cukrzycy cechują się dłuższem trwaniem choroby, wydzieleniem dziennie od 5—12 litrów moczu, zawierającej od 4—12% cukru. Chorzy uskarżają się na uczucie ciągłego głodu i pragnienia, są bardzo osłabieni i tracą na wadze. Często przytem zdarzają się rozmaite komplikacje, jak: choroby płuc, katarakta, swędzenie, zapalenie dziąseł i t. d. W tej postaci cukrzycy mocz nie zawiera cukru, tylko podczas zupełnego głodzenia lub przy dyecie blizkiej głodowemu leczeniu. Pomimo 10—14 dniowego stosowania ściśle mięsnej diety, cukier nie znika z moczu zupełnie, a ilość jego zmniejsza się tylko do 2% 1%. Po 24 godzinnem głodzeniu, a niekiedy dopiero po 48 godzinnem, cukier znika z moczu, ale tylko chwilowo. W pojedynczych przypadkach jednak przy ściślejszej dyecie zdolność organizmu przerabiania cukru wzrasta, przyczem cukier znika z moczu nawet przy większych dawkach mięsa (1000—1500 grammów.) z dodatkiem mleka. Najczęściej zaś chorzy nie znoszą ściśle mięsnej diety występują u nich objawy niestrawności, tracą na wadze, słabną, a nadto nagle zjawia się śpiączka dyabetyczna, wśród której chorzy umierają. Komplikacje cukrzycy również utrudniają leczenie; pod wpływem jednak dobrego wyniku leczenia poprawiają się.

W każdym razie autor poleca także, w najcięższych przypadkach rozpoczynać leczenie od ściśle mięsnej diety, ponieważ często prędkie znikanie cukru z moczu wykazuje, że przypadek ten nie należy do ciężkich.

W razie nie znoszenia ściślejszej diety należy dodawać mleka od  $\frac{1}{4}$ —1 litra dziennie, nieco chleba (20—30—100 grm.), niektóre jarzyny w małej ilości (groszek zielony, *Helianthus tuberosus*, *Stachys-affinis*), a z napojów  $\frac{1}{2}$ —1 butelki wina lub  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  litra lekkiego piwa. Ilość mięsa nie powinna przewyższać 500 grammów. Przytem często trzeba kontrolować ilość cukru w moczu, by nie przechodziła 4—5%; w razie przeciwnym zaleca autor znowu stosowanie przez kilka dni ściśle mięsnej diety. Przy takim leczeniu chorzy mogli długo utrzymać się w dość dobrym stanie.

Tak zwana pośrednia forma cukrzycy nie różni się od ciężkiej objawami, lecz wynikiem leczenia. Przy ściśle mięsnej dyecie po 3—4 dniach ilość cukru zmniejsza się do 2—1%. Ilość moczu staje się normalną, a ciężar gatunkowy pozostaje 1025—1030. Po 14 dniach cukier zupełnie znika z moczu, waga ciała wrasta, objawy pochodzące od przeładowania organizmu cukrem ustępują, a także zdolność organizmu przerabiania cukru wzrasta, że nawet przy mniej ściślejszej dyecie mocz nie zawiera cukru. Niekiedy w pierwszych dniach leczenia pomimo zmniejszania się cukru w moczu, chorzy słabną, cierpią na niestrawność i tracą na wadze; objawy te ustępują bardzo prędko, w razie zaś dłuższego ich trwania należy dyetę zmienić, a postępować, jak w ciężkich przypadkach nie znoszących ściślejszej diety. W ogóle w przypadkach pośredniej cukrzycy zaleca autor

następujące leczenie: ścisła dyeta mięsna przez 3—4 tygodnie. Przy zmniejszaniu się wagi ciała, w drugim tygodniu należy mięsa powiększyć do 600 grm. dziennie. Po 4—5 tygodniach można dodać nieco mleka, jajka lub chleba w niewielkiej ilości. Jeżeli wówczas zjawi się w moczu cukier (niżej 1%) trzeba wyczekać przy ciągłej kontroli moczu następnego zmniejszenia się lub zwiększania tej ilości. Po paru dniach cukier albo znika lub ilość jego staje się większą, wówczas należy wrócić do ścisłej diety. W razie nie znoszenia radykalnej kuracji lub też po kilkakrotnych próbach z dodatkami najlepiej zastosować dietę swobodniejszą, jak przy ciężkiej postaci, i starać się przynajmniej utrzymać ilość cukru w moczu niżej 3‰.

W lekkiej postaci cukrzycy chorzy rzadko są wychudzeni, a częściej uskarżają się na nerwobóle, astmę, swędzenie ciała, niemoc płciową i inne cierpienia, z powodu których wykrywa się cukier moczu. Leczenie tych przypadków jest bardzo wdzięcznem dla lekarza, ponieważ przy umiarkowanie surowej dyecie cukier prędko znika z moczu, przyczem i objawy powyższe ustępują. Niekiedy i w lekkiej postaci cukier nie znika z moczu, są to właściwie ciężkie przypadki, przebiegające w lekkiej formie przez pewien czas. Nie należy zadowolniać się chwilowem ustąpieniem cukru z moczu, a wzmocnić czynność organizmu, przerabiającą cukier, by pomimo swobodnej diety cukier się nie wydzieliał. Osiągnąć można tego przez dłuższy czas kontrolując mocz i normując dietę podług składu moczu. Chorzy muszą zupełnie usunąć z diety swej kartofle, buraki, cukier, leguminy i ograniczyć ilość chleba i piwa. Ważnym warunkiem wyleczenia jest ilościowe ograniczenie pokarmów, ponieważ przy nadmiernie swobodnej i obfitej dyecie po dłuższym czasie może się znowu zjawić cukier w moczu.

Oprócz diety w leczeniu cukrzycy ważną rolę gra leczenie wodami Karlsbadzkimi. Nie ulega wątpliwości, że w Karlsbadzie dyabetycy prędeej tracą cukier, niżeli w domu, pomimo stosowania dyabetycznego leczenia. Oprócz wody ma także pewne znaczenie swobodne życie, umiarkowanaz ruch fizyczny i t. p.

Z innych środków lekarskich autor uznaje tylko pożytek makowca, jako środka zmniejszającego głód i pragnienie, a tem samem pomagającego łatwiejszemu przeprowadzeniu dyetecznego leczenia.

*M. Hopfenblum.*

91. K. SCHUCHARDT. **Istota ozeny oraz kilka uwag o przemianie nabłonka.** (*Volkmann's Sammlung. Klinisch. Vorträge. N. 340. 1889*).

Mianem „ozaena“ oznaczano dotychczas wszystkie cierpienia nosa połączone z przykrym odorem, a zatem zarówno zwykły chroniczny katar nosa, jak i cierpienia nosa natury gruźliczej, przymiotowej, nosaciznowej i t. p. Obecnie rozróżniamy ozenę zwykłą (ozaena vera, simplex) oraz ozenę przymiotową, gruźliczą, wilkową i t. d.

Ozaena simplex rozwija się zwykle w następstwie przewlekłego nieżytu nosa (Stockschnupfen). Podlegają jej naj-

częściej młode osobniki plei żeńskiej, cierpiące zdawna na katar nosa. Przy badaniu rzuca się w oczy swoisty zanik błony śluzowej nosa, która przedstawia się bladą, błyszczącą, cienką, ścięgnistą; przylega do niej ściśle mnóstwo zielonawo-brudnych strupów śmierdzących. Wskutek zaniku błony śluzowej, przechodzącego na okostną i kość, przeważnie muszel nosowych dolnych, staje się jama nosowa daleko obszerniejszą, niż przy zwykłym świeżym katarze, a nieraz nawet tak obszerną, że z łatwością można przez nią przeprowadzić mały palec.

Przyczynę nieprzyjemnego zapachu, dobywającego się u takich chorych z nosa, rozmaicie sobie podawano. Zaufał np. twierdzi, że obszerność jamy nosowej wskutek nie nabytego, lecz wrodzonego braku lub przemieszczenia muszel sprzyja nagromadzeniu się wydzieliny i gnilnemu rozkładowi takowej. Inni znów przypuszczają, że wskutek swoistego zwyrodnienia błony śluzowej nosa wydzielina ulega zmianom chemicznym, będącym przyczyną cuchnienia. Są tacy, co całą winę kładą na karb zaniku gruczołów Bowmann'a, inni znów szukają jej w zwyrodnieniu tłuszczowem gruczołów błony śluzowej nosa; są wreszcie i tacy, którzy twierdzą, że znaleźli swoiste pasorzyty ozeny i t. d. Wszystko to są niczem nie poparte przypuszczenia, a nawet łatwo faktami dające się obalić teoryje.

Przykry ten objaw, od którego choroba miano swoje otrzymała, autor uważa za zupełnie analogiczny z zapachem, wydobywającym się u niektórych osób z pod napletka, z zagłębienia pępkowego, z pod pachy, z pomiędzy palców nóg, a powstającym wskutek rozkładu złuszczonej i rozmiękczonej komórek rogowych skóry. Co prawda, w nosie w zwykłych warunkach takiego nabłonka niema, autor jednak na zasadzie 2 swoich przypadków oraz wielu innych, opisanych w literaturze, wykazuje, że cylindryczny nabłonek nosowy wskutek długotrwałego nieżyty ulega przemianie na płaski rogowy, zupełnie podobny do nabłonka skóry. Komórki nowego nabłonka, ulegając złuszczeniu, rozmiękczeniu, a następnie rozkładowi, stają się przyczyną owej wstrętnej woni.

Przemianę nabłonka cylindrycznego na płaski, rogowy znajdujemy nietylko w nosie. Zeller zupełnie analogiczną metamorfozę widział w macicy przy przewlekłym nieżycie tego narządu. Nagromadzony w jamie macicy nabłonek, który z trudnością z niej wydala się, ulega rozkładowi, powodując nadzwyczaj cuchnący wypływ, cechujący tę postać zapalenia macicy.

Z nosa sprawa przechodzi niekiedy na jamy sąsiednie; z tych najbardziej godną uwagi jest jama Highmor'a. Jeżeli sprawa z nosa na nią przechodzi, wtedy wydzielina nagromadza się w niej i ulega rozkładowi, czemu sprzyja jeszcze mały bardzo otwór łączący ją z średnim przewodem nosowym. Zdarzyć się nawet może, że pierwotna sprawa w nosie wyrównała się zupełnie, a pozostały tylko ślady jej istnienia w jamie Highmor'a; możliwość ta przy sekcyi przeoczoną być może i dać powód do twierdzenia, że zapach z nosa istnieć może i bez zmian w nosie.

A i inne błony śluzowe pokryte nabłonkiem cylindrycznym nie wolne są od tej sprawy chorobowej. Już oddawna wiadomo, że w przypadkach zastarzałego wypadnięcia odbytnicy lub macicy błona śluzowa wypadniętych części zmienia swój nabłonek z cylindrycznego na płaski, który rogowacieje. To samo dzieje się z polipami, znajdującymi się wskutek jakichkolwiek przyczyn w podobnych warunkach. W ogóle, każda błona śluzowa wystawiona na działanie powietrza przyjmuje własności skóry. We wszystkich tych przypadkach nabłonek przyjmuje udział tylko bierny. Istnieje jednak cały szereg podobnego rodzaju spraw, w których komórki nabłonkowe przyjmują czynny udział przy zmianie swych własności. Komórki nabłonkowe mogą się rozmnażać, powodując przez to nagromadzenie się zbyt dużego balastu komórkowego, który, rozkładając się, staje się dla ustroju uciążliwym, ba nawet groźnym.

Na pierwszym miejscu należy tu postawić błonę śluzową cewki moczowej mężczyz; na niej w następstwie przewlekłej rzeżączki tworzy się niekiedy modzelowata tkanka bliznowa (*stricture callosa*). Tu nabłonek cylindryczny zamienia się na płaski uwarstwiony, ilość warstw zrogowaciałego nabłonka dochodzi niekiedy do 10, a nawet i więcej. Nabłonek ten może się niekiedy złuszczać w postaci łusek lub blaszek. Sprawa powyższa jest w zupełności podobna do t. zw. *cholesteatoma ucha średniego*. Coś podobnego widział także Beselin w miedniczkach nerkowych; nagromadzony tu nabłonek wraz z częściami tkanki i ropą wychodził od czasu do czasu z moczem przy objawach gwałtownej kolki nerkowej.

W drogach oddechowych pod wpływem przewlekłego zapalenia również powstaje na miejscu cylindrycznego nabłonka płaski, rogowy. Nabłonek ten wytwarza się na miejscu powierzchniowych owrzodzeń, albo też pokrywa rozwijające się pod nabłonkiem nacieczenia gruzlicze. Jeżeli jednak we wszystkich tych przypadkach o powstawaniu jakiegoś swoistego zapachu nie było mowy, to zato następne przypadki pod tym względem wcale już się nie różnią od ozeny. Tycze się to ucha średniego oraz macicy. Przy t. zw. zapaleniu złuszcządzającym ucha średniego tworzy się niezmiernie dużo nabłonka płaskiego, błona śluzowa traci wtedy zupełnie swe własności, staje się podobną do skóry, z ucha wydziela się nadzwyczaj cuchnący wypływ, którego przyczyna jest dla nas jasną.

O podobnej przemianie błony śluzowej macicy mówiliśmy już wyżej; dodać tu tylko jeszcze należy, że Zeller wykazał, że przy każdym przewlekłym zapaleniu błony śluzowej macicy nabłonek cylindryczny tego narządu staje się miejscem powstawania uwarstwionego nabłonka. W tych przypadkach, gdzie od czasu do czasu z jamy macicy wychodzą błony złożone z zropowaciałych komórek, ułożonych niekiedy warstwami w postaci kul, podobnych do ciał rogowych przy raku (*globes epidermiques*), tam istnieje zawsze obfity i nadzwyczaj cuchnący wypływ z macicy.

Autor zastanawia się w końcu swej nadzwyczaj ciekawej

pracy nad kwestyją, czy na nabłonku cylindrycznym w powyższy sposób zmienionym może się rozwinąć rak rogowy, mniej więcej w ten sam sposób, jak to się zdarza na błonach śluzowych pokrytych nabłonkiem płaskim w miejscu, gdzie ten uległ przerostowi i zrogowaceniu (np. przy psoriasis lingualis et buccalis). Rzeczywiście, nierzadką jest wcale rzeczą napotkać raka rogowego na nabłonku cylindrycznym, a jeżeli przypomniemy sobie przytem, że raka rogowego ucha średniego często poprzedza długotrwały wypływ cuchnący z ucha, to przypuszczenie autora stanie bardzo prawdopodobnem. To samo tycze się macicy, na której rak najczęściej się rozwija. W podobny także sposób objaśnić można opisany przez Friedländer'a dziwny przypadek rakowca, powstałego w jamie płucnej suchotnika. Widocznie tu na owrzodzeniu gruźliczem oskrzela, otwierającego się do jamy, nastąpiła metaplastyka cylindrycznego nabłonka na wielowarstwowy, rogowy, z oskrzela sprawa przeszła na ziarninę jamy płucnej i tu stała się punktem wyjścia raka rogowego. Znany i niewytłomaczony do ostatniej chwili przypadek Thierscha, który opisał raka rogowego części błoniastej i krokowej cewki moczowej u chorego dotkniętego zwężeniem cewki staje się w ten sposób zupełnie zrozumiałym.

S. Klejn.

92 S. J. MELTZER (New-York). **Intubacja przy obcych ciałach w drogach oddechowych; uwagi o karmieniu dziecka po intubacji** (*The Medical Record* 21 września 1889).

Autor opisuje przypadek, dotyczący 3 letniego chłopca, u którego zastosował z pomyślnym skutkiem intubacją z powodu groźnych objawów, wywołanych obecnością ciała obcego w krtani. Z anamnezy dowiadujemy się, że dziecko, krzycząc w czasie jedzenia, dostało nagle silnego napadu duszenia, który przeminał, po wypróbowaniu przez matkę różnych manipulacji oraz środka wymiotnego. Nazajurz groźne objawy powróciły z większą siłą. Autor znalazł objawy zatkania dróg oddechowych, zbliżone do dławcowych: śpiączka, sinica tętno nader słabe, i przemijające, silne wciągnięcie dołów nadobojczykowych i wcięcie nadmostkowego (jugulum). Ponieważ okoliczności nie pozwoliły przystąpić natychmiast do tracheotomii, autor w asystencji zawiadanego kolegi wprowadził do krtani rurkę O'Dwyera, poczem zauważył natychmiastową poprawę w oddechu, tętnie i t. d. Nawet sen był spokojny z przerwami tylko w czasie kaszlu. Nad ranem podczas kaszlu dziecko pociągnęło za nitkę i wyrzuciło rurkę. Ta ostatnia okazała się wypełnioną lepkiem płynem, w którym znajdował się prócz drobnych cząsteczek dość znaczny kawałek lupiny od orzecha. Po ustąpieniu objawów zwężenia krtani pojawiło się włóknikowe zapalenie płuc. Choroba zakończyła się per lysin po 3-eh tygodniach.

Z powodu tego przypadku autor radzi przy obcych ciałach w drogach oddechowych przystępować bezwzględnie do intubacji, gdy zwężenie jest groźne, a tracheotomia z jakiegokolwiek przyczyny nie może być zaraz wykonaną. Wszelako w niezbyt nagłym przypadku, uważa tracheotomję za racjonalniejszą. W pew-

nych jednak razach intubacja, zdaniem Miltzera, jest bezwzględnie wskazana, mianowicie, gdy ma się do czynienia z płynem, przedostającym się do płuc, jakoto: z wodą u topielców, ropą z ropnia pozagardzielowego, z krwią podczas operacji w ustach i zwłaszcza z krwią przy krwotokach płucnych. W tych razach śmierć nie bywa następstwem utraty krwi, ale raczej uduszenia, gdyż krew, nie mogąc dość szybko wypłynąć, zalewa całą powierzchnię oddechową. Istnieją wzmianki w literaturze, że w takich razach tracheotomia może niekiedy uratować życie pacjenta. Otóż w tych przypadkach intubacja może zastąpić tracheotomiję.

W końcu autor mówi słów kilka o karmieniu dziecka po intubacji (por.: O leczeniu błonicy za pomocą intubacji“ *Kronika Lek.* 1888 Nr. 5), zalecając w tym celu wprowadzenie miękkiego cewnika przez nos do żołądka i częste wlewianie za pomocą lejka niewielkich ilości odpowiednich pokarmów mleka, buljonu, wina rozcieńczonego).

*B. Polikier.*

93. A. GAMPERT. **Nowe wskazanie dla intubacji krtani.** *Une nouvelle indication du tubage du larynx.* (*Revue mensuelle des Maladies de l'Enfance.* Janvier 1890.

Wyjęcie ostateczne kaniulki (rurki trachealnej), pozostawionej po tracheotomii bywa niekiedy niezmiernie trudne jużto z powodu przeszkód zależnych od zwężenia krtani lub tchawicy, polipów, przeciągającej się błonicy, już to z powodu skurczu krtaniowego. W tym ostatnim razie trudność bywa czasem tak znaczna, że może zająć konieczność pozostawienia rurki w ranie przez całe miesiące, lata, a nawet całe życie.

Autor opisuje 2 przypadki, w których udało mu się pokonać tę właśnie przeszkodę zapomocą intubacji krtani (w L'hôpital Trousseau).

W pierwszym przypadku u dziecka (lat 3 $\frac{1}{2}$ ) operowanego z powodu błoniczego zapalenia gardzieli i dławca, wszelkie usiłowania w celu usunięcia rurki po tracheotomii, robione codziennie w ciągu 40 dni okazały się daremnymi, ponieważ każdemu wyjęciu kaniulki towarzyszyły groźne objawy duszenia, powodowane prawdopodobnie skurczem krtaniowym. W celu zwalczenia tego ostatniego, autor zastosował intubację, posługując się amerykańskim kompletem odnośnych narzędzi (O'Dwyera). Po uspieniu dziecka wskazicielem lewej ręki starał się wymacać nagłośnię, prawą zaś ręką wprowadził rurkę intubacyjną po przewodniku (mandrin), który oddał po ustaleniu rurki w krtani, poczem zapomocą niewielkiej ilości collodium przyczepił do policzka wolny koniec nitki, przymocowanej do górnego końca rurki. Wynik tego postępowania okazał się pomyślnym. Dziecko swobodnie oddycha (przez krtani), je i pije. Rana trachealna po 2-ch dniach całkiem się zablżyła. Po 6-ciu dniach dziecko kompletnie zdrowe wypisuje się z szpitala.

Drugi przypadek dotyczył 5letniego chłopca, operowanego przed 7-iu miesiącami. Od tej pory nie udało się wyjąć kaniulki ani w domu ani w szpitalu (od 3-ch dni). Intubacja została wykonana jak w poprzednim przypadku, ale z większą

zręcznością dzięki nabytemu doświadczeniu. Po 4 dniach pacjent w dobrym stanie opuścił szpital; pozostała wszelako mała przetoka, która zagoiła się po 7-iu miesiącach. Obecnie dziecko cieszy się pożądanym zdrowiem, pomimo że przebyło powtórnie blonicowe zapalenie gardzieli.

Zachęcony wynikami obu powyższych przypadków, autor usiłował zastosować intubacją jeszcze u jednego dziecka, które nie mogło obejść się bez kaniulki dłużej niż 2 doby, musiał jednakże zaniechać dalszych prób, gdyż po każdym wyjęciu kaniulki występowała sinica i dziecko wykrztuszało rurkę, G. mniema, że skurcz krtani nie był tu chyba jedyną przyczyną, intubację przeto uważa za wskazaną tylko tam, gdzie usunięcie kaniulki nie udaje się jedynie z powodu skurczu krtaniowego. Tu dodać należy, iż myśl zastosowania intubacji do wyjmowania rurki po tracheotomii nie jest bynajmniej nową, gdyż w r. 1888 dr. Graser (München. Med. Woch.) opisał 7 intubacji, z których 2 były wykonane w celu łatwiejszego wyjścia kaniuli.

B. Polikier.

94. Dr. E. ZIFFER. **Białkomocz przy rozedmie płuc.** (*Intern. Klin. Rund. Nr. 46. 47. 1889*).

W ciężkich przypadkach rozedmy płuc, przebiegających z ciężkimi astmatycznymi napadami w moczu oprócz powiększonej ilości kwasu moczowego i jego soli zjawia się znaczna ilość białka. Autor utrzymuje, że w tych przypadkach białkomocz jest następstwem przeladowania krwi kwasem węglanym, który wpływa na rozluźnienie się związków białkowych we krwi i łatwiejsze wydzielanie się białka w moczu. Wskutek chwilowego zmniejszenia się ilości białka we krwi wytwarza się skłonność do napadów astmatycznych, powstających pod wpływem jakiejś zewnętrznej przyczyny, jakoto: zmiany pogody, błędu dyetetycznego i t. d. Zresztą autor nie rozstrzyga kwestyi, czy białkomocz jest następstwem lub też przyczyną napadu astmatycznego i twierdzi tylko, że w wielu leczonych przez niego przypadkach spostrzegał ulgę w napadach astmatycznych po usunięciu białkomoczu. Radzi więc w każdym przypadku rozedmy płuc z napadami astmatycznymi usunąć przedewszystkiem istniejący białkomocz za pomocą systematycznie przeprowadzonej diety mlecznej.

M. H.

## II. Farmakologija.

95. Prof. F. PENZOLIT. **Salzsaures Orexin, ein echtes Stomachicum.** (*Therap. Monatshefte, 1890, Nr. 2*).

Chlorek oreksyny, chemicznie chlorek fenylidihydrochinazoliny, otrzymany przez C. Paal'a i M. Buscha, przedstawia się jako krystaliczny (igły) bezbarwny, lub słabo zabarwiony proszek, zawierający 2 cząsteczki wody. Sama oreksyna jest prawie nierozpuszczalną w wodzie, gdy tymczasem chlorek rozpuszcza się bardzo łatwo. Drażni silnie błonę śluzową nosa,



posiada smak gorzki, poczem pozostaje na języku uczucie pieczenia.

Doświadczenia na zwierzętach nie wyjaśniają terapeutycznego znaczenia chlorku oreksyny. Dawki 0,005—0,02 zabijają żabę przy objawach porażenia, postępującego z peryferji; ilość 0,25 zastosowana podskórnie wywołuje u królików drżenie, drgawki toniczne i kloniczne, duszność ze zwolnionem oddychaniem i przyspieszoną działalnością serca, objawy te znikają po kilku godzinach. Dawka 0,33, zastosowana u królika do wewnątrz, wywołała przejściowe lekkie zjawiska paraliżu. Dodanie oreksyny do świeżej krwi powoduje brudne ciemno-czerwone zabarwienie, rozpad ciałek krwi; 0,2% tego środka wstrzymuje gnicie krwi, jednak nie może przeszkodzić rozwojowi *staphylococcus pyogenes*.

Obserwacje na ludziach wykazują natomiast prawdziwe znaczenie oreksyny. Kand. medycyny Hoffmann, któremu Penzoldt podał oreksynę do naukowego obrobienia, już po przyjęciu 0,5 grm.—1 grm. i nieco więcej, oprócz uczucia zawrotu, ciepła w głowie i zaczerwienienia twarzy przy większych dawkach, doznał nadzwyczaj wczesnego i silnego uczucia głodu, tak że musiał jeść dwa razy więcej, niż zwykle: stąd i związek chemiczny nazwano oreksyną od greckiego ὄρεξις = apetyt, —chęć do jadła. Następne badanie trawienia żołądkowego u kand. med. Munter'a dowiodło że już 0,25 grm. chlorku oreksyny przyspiesza trawienie bułki o pół godziny (z 3 godzin na 2½), a 0,5 grm. o tyleż czasu trawienie mięsa (z 4½ godzin na 4). Przytem wolny kwas solny pod wpływem oreksyny ukazał się o godzinę wcześniej, niż bez niej w obserwacji kontrolującej. U Hofmanna pobyt bułki w żołądku przy 0,25 grm. oreksyny trwał o pół godziny, przy 0,5 grm. o ¾ godziny krócej niż normalnie: trawienie befsztyku przy 0,25 grm., skończyło się o 38 minut, przy 0,5 grm. o całą godzinę wcześniej, niż bez oreksyny. Wolny HCL przy 0,5 grm. środka zjawiał się o ½ godziny wcześniej i w większej ilości, niż w doświadczeniu kontrolującym. Otrzymałszy subiektywne i obiektywne dowody działania oreksyny, Penzoldt przeszedł do terapeutycznego stosowania oreksyny przy braku apetytu w różnych rodzajach przypadków. Przy właściwych chorobach żołądka autor nie używał jeszcze środka tego, mając na względzie własności oreksyny drażniące błony śluzowe; lecz najwięcej przydatne do obserwacji uważał przypadki z brakiem łaknienia, gdzie jest ważną rzeczą podtrzymać odżywianego chorego, przypadki gruźlicy, blednicy, chorób serca, rozedmy płucnej. Chorym, naturalnie, nie mówiono naprzód o działaniu środka. Z obserwacji 36 przypadków autor przekonał się, że chlorek oreksyny w wielu przypadkach przywraca łaknienie i podnosi odżywianie. Ledwie u 5 osobników nie można było zauważyć działania środka w reszcie skutek był widocznym, nawet zadziwiającym. Działanie środka najczęściej występowało po kilku dniach użycia, rzadziej w kilka godzin lub jeszcze wcześniej po pierwszej dawce, jak to miało miejsce u zdrowych ludzi. Przypadki pierwszego rodzaju można

by uważać za mniej dowodzące, lecz zauważyć należy, że odnoszą się one do ludzi z brakiem apetytu od kilku tygodni lub miesięcy. Obiektywnie mógł autor skonstatować zwiększenie wagi ciała u gruźliczych w przeciągu kilku tygodni. Nieprzyjemne działanie uboczne widziano bardzo rzadko: mianowicie niekiedy pozostawało uczucie palenia w przelyku wskutek bezpośredniego działania oreksyny na błony śluzowej, jeśli np. pekl opłatek w którym ją podawano, i wymioty (w 5 przypadkach).

Co do dawkowania to, autor nie używał więcej nad 0,5 grm. na raz i 1,5 pro die; zwykle, jak się okazało najpożyteczniejszem, należy podać raz, nawyżej dwa razy dziennie 0,3—0,5 grm. Przepisywać należy:

Rp *Orexini hydrochlorici* 2,0

Extr. *Gentianae*

Pulv. rd. *Altheae* q. s.

ut f. pil. Nr. XX; obduce gelatina; D. S. 1—2 razy dziennie 3—5 pigulek.

Zapijać po przyjęciu dużą ilością płynu. Najlepiej przyjmować około 3 pigulek o 10 rano; jeżeli nie ma skutku, to przyjmując jeszcze 1—2, lub powtórzyć dawkę.

Autor mniema, że należy oczekiwać dobrych rezultatów od oreksyny w przypadkach po ciężkich operacjach, przy leczeniu początków gruźlicy i stanów anemicznych. *E. Biernacki.*

96. Prof. B. STILLRE. **O użyciu salicylanu sodu.** (*W. Med. Presse* 1. 2. 1890).

Oprócz powszechnie wiadomych przypadków stosowania salicylanu sodu, (jako antirheumaticum, antipyreticum i antisepticum), autor używał środek ten ze znakomitym skutkiem przy kamieniach żółciowych. Angielscy badacze pierwsi stosowali salicylan sodu w chorobach wątroby, utrzymując, że kwas salicylowy i jego sole należą do najmocniejszych środków żółciowych. W większej ilości wydzielająca się żółć jest najstosowniejszym środkiem, uruchamiającym kamienie żółciowe, poczęści przez powolne rozszerzanie przewodu żółciowego, poczęści wskutek zwiększonego ciśnienia, a także przez rozmiękczenie nagromadzonych mass żółciowych, które również wywołać mogą zatkanie przewodów i kolkę. Podobnie działają sody alkaliczne, krople Duranda i niedawno wprowadzony środek,—oliwa w wielkiej ilości. Salicylan sodu działać może w przypadkach kolki żółciowej i przez wpływ swój antineuralgiczny. Środek ten zawodzi jednak w tych razach, gdy względnie duży konkrement, zatrzymał się swym ostrym brzegiem w ścianie (przewodu) żółciowego lub gdy kamień znajduje się w przewodzie pęcherzowym. Wskutek zwiększonego wydzielania żółci uruchomiamą się kamienie nie tylko w przewodach, lecz i powstające w pęcherzu żółciowym, przez co często występować mogą znowu kolki. W przypadkach kamieni żółciowych autor podaje 4 razy dziennie po 0,50 natr. salicylici w 1/2 szklanki wody sodowej lub innego napoju alkalicznego i do tego dodaje 0,01 extr. belladonae, jako anodynum. Po ustąpieniu bólów zaleca picie wód Karlsbadzkich lub Vichy.

Skutecznie stosowano niegdyś salicylanu sodu i w wysiękowym zapaleniu opłucnej. W krótkim przeciągu czasu występuje wessanie znacznych wysięków. Przytem salicylan sodu posiada znaczenie rozpoznawcze, ponieważ wysięk surowicy zawsze ulega wessaniu, wysięk zaś ropny wcale się nie zmniejsza. Dawka natri salicyl przy zapaleniu opłucnej wynosi 3,0—4,0 pro die w rozczyniu, co godzinę łyżkę stołową. Działa on pierwotnie na nerki, zwiększając wydzielenie moczu, a przeto wywołuje wchłanianie.

Autor spotykał również skuteczne działanie salicylanu sodu przy ischias rheumatica i w świeżym peryferycznym porażeniu n. twarzowego (4—5 grm. pro die). M. H.

97. Dr. Christian GRAM (Kopenhaga). **Kliniczne badania nad moczopędnym działaniem teobrominy.** *Klinische Versuche über d. diuretische Wirkung des Theobromins.* (*Therapeut. Monatshefte. Januar 1890.*)

W. v. Schröder dowiódł, że nawet stosunkowo małe dawki kofeiny i teobrominy zwiększają potężnie wydzielinę nerek u zdrowych zwierząt. Działanie to nie jest identyczne z działaniem pilokarpiny na gruczoły potowe i ślinowe, gdyż ta ostatnia działa na nerwy wydzielnicze tych gruczołów, w nerkach zaś, pozbawionych nerwów, zwiększona diureza zależy od bezpośredniego działania na nabłonek nerkowy.

Koffeina okazuje dwojaki wpływ na sekrecję moczu: 1) drażniąc centralny układ nerwowy i ośrodki naczynioruchowe, wywołuje zwężenie tętnic nerkowych i zmniejszone wydzielanie się moczu, 2) drażniąc nabłonek nerkowy, zwiększa wydzielinę. Podając przeto kofeinę jako środek moczopędny, potrzeba usunąć drażniące jej działanie na ośrodkowy system nerwowy, co daje się skutecznie zapomocą znacznych dawek chloralu albo jeszcze lepiej paraldehydu.

Autor robił odnośne doświadczenia na ludziach i przekonał się, że kofeina+narcoticum (paraldehyd) działa jako silne diureticum, wszelako nie może służyć za środek leczniczy z powodu przykrych skutków spowodowanych użyciem paraldehydu. Pod tym względem teobromina posiada wyższość nad kofeiną, gdyż w porównaniu z tą ostatnią nie posiada prawie żadnych własności trujących i nie działa na ośrodki nerwowe, natomiast działa podobnie, jeśli nie silniej na nabłonek nerkowy. Ta okoliczność zachęciła autora do wykonania na ludziach szeregu doświadczeń z tym środkiem. Szczegóły tych doświadczeń zajmują większą część streszczanej przez nas pracy i zawarte są w starannie zestawionych notatkach klinicznych dotyczących 8 pacjentów (z cierpieniami serca i nerek), z których każdy badany był codziennie w ciągu kilku tygodni (od 2 do 7) ze względu na stan ogólny, ilość i skład moczu i t. d.

Wyniki tych badań autor zestawia w sposób następujący:

1. Czysta teobromina <sup>1)</sup> z trudnością ulega wchłonięciu.

<sup>1)</sup> Autor w swych doświadczeniach posługiwał się teobrominą Knoll'a, która jest 10 razy tańsza niż t. Mercka i, zdaniem Grama, nie ustępuje jej pod względem dobroci i skuteczności.

Po wessaniu okazuje silne działanie moczopędne, nie działając na serce. Zwiększenie się ilości moczu zależy więc od bezpośredniego działania na nerki.

2. Theobrominum natrio-salicylicum zostaje łatwo rezorbowane i działa jako silne diureticum; nie posiada własności trujących (u jednego tylko pacjenta wyniszczonego autor zauważył lekki zawrót głowy). Zwyczajna dawka dzienna wynosi około 6 g, pojedyncze po 1 g. Salicylan sodu (wyprobowany poprzednio w wielu przypadkach) nie miał żadnego wpływu na zwiększanie się diurezy.

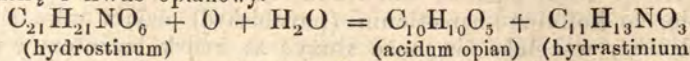
W końcu autor zastanawia się nad wartością swoich poszukiwań pod względem leczniczym. We wszystkich doświadczeniach G. z teobrominą, substancja ta okazała się środkiem moczopędnym, z wyjątkiem tych przypadków, w których albo teobromina nie została wchłoniętą albo nablonek nerkowy uległ zupełnemu zwyrodnieniu. W 4 przypadkach zauważono względne wyzdrowienie, a przynajmniej znaczną poprawę, co można uważać za rezultat pomysłny, tembardziej, że do doświadczeń wybrane zostały takie przypadki, w obec których bez teobrominy wszelka terapia była bezsilną.

B. Polikier.

98. Dr. Edmund FRANK (Berlin). Hydrastynina i jej zastosowanie przy krwotokach macicznych. (*Ueber Hydrastinum u. dessen Anwendung bei Uterusblutungen. Therap. Monatsch. Januar. 1890.*)

Nowego współzawodnika zyskuje obecnie sporysz przeciw krwotokom macicznym. Jest nim hydrastynina (hydrastininum), której własności i działanie zostały zbadane przez autora pod względem farmakologicznym i klinicznym i opisane w zatytułowanej powyżej pracy.

Hydrastynina powstaje z hydrastyny (hydrastinum) drogą utleniania, przyczem ta ostatnia rozpada się na zasadę hydrastyninę i kwas opianowy:



Czysta hydrastynina jest koloru białego, łatwo rozpuszcza się w wysokoku, eterze i chloroformie, trudniej w ciepłej wodzie; z wieloma kwasami tworzy sole łatwo rozpuszczalne w wodzie. Doświadczenia wykonane przez autora na żabach i królikach w instytucie farmakologicznym (za wskazówkami Liebreicha i Langaarda) dowiodły, że substancja ta działa paraliżującą na ośrodki nerwowe, pobudzającą na serce, które pod jej wpływem okazuje skłonność do pozostawania w stanie skurczu (systole), ale nie prowadzi do zupełnego ustania ruchów serca, jak to czyni hydrastyna, nie jest przeto trucizną sercową jak ta ostatnia. Porównyując działanie obu tych substancyj F. zaznacza przy stosowaniu hydrastyniny w przeciwstawieniu do hydrastynyny (będącej jednym z alkaloidów, którym hydrastis canadensis ma zawdzięczać swoje działania przy krwotokach macicznych) brak objawów podrażnienia ze strony rdzenia kręgowego, dodatni wpływ na czynność serca i zwłaszcza silniejszą oraz dłużej trwającą kurczliwość naczyń.

Doświadczenia robione przez autora na sobie samym przekonaly go, że zastrzyknięcie pod skórę przedramienia 1 g. 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-owego roztworu hydrastyniny nie wywołało żadnych objawów podrażnienia, nie było bolesniejsze od iniekcji kokainy i prócz uczucia zimna i odrętwienia naokoło miejsca zastrzyknięcia nie powodowało żadnych objawów przedmiotowych ani podmiotowych. Dalsze spostrzeżenia nad omawianym środkiem, autor czynił w prywatnej klinice d-ra Landaua na 26 pacjentkach, którym zrobił około 400 iniekcji 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> resp. 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-owego roztworu hydrastynini muriat. i nie spostrzegł żadnych objawów podrażnienia, ropni, ale niekiedy nacieczenia w podskórnej tkance łącznej, bolesne tylko przy naciskaniu i znikające po kilku dniach. Iniekcye te znoszone są lepiej niż wstrzykiwania ergoty. Stosował je F. w przypadkach menorrhagiae, metrorrhagiae oraz przy krwotokach, których przyczyną były: metritis, endometritis, pyosalpinx i niektóre mięśniaki. Nie wyliczamy tu rezultatów, otrzymanych przez Falka przy każdej z powyższych chorób, tembardziej, że szczegółowy ich opis autor помещa w Archiv. f. Gynaek., zadowolniony się tutaj zaznaczeniem, iż z ogólnej liczby 26 chorych, leczonych hydrastyniną tylko w 4-ch nie nastąpiło wyzdrowienie ani polepszenie, co wynosi 84<sup>0</sup>/<sub>0</sub> korzystnych przypadków. Jest to rezultat nader pomyślny, tembardziej, że: 1-o) odsetka powyższa byłaby znacznie większą, gdyby autor ograniczył się tylko do krwotoków przy endometritis, myoma i menorrhagia congest., które, zdaniem jego, mają najwięcej widoków na wyleczenie hydrastyniną i po 2-go) że znaczna część chorych leczona była poprzednio ergotyną lub operacyjnie bez żadnego skutku.

O działaniu hydrastyniny w położnictwie autor nie posiada danych.

Co się tyczy metody stosowania hydrastyniny, to autor wstrzykiwał codziennie pół strzykawki 10-procentowego roztworu t. j. 0,05 (<sup>5</sup>/<sub>0</sub> gr.) hydrastinin. mur. w ciągu 6 — 8 dni przed miesiączkowaniem, podczas krwotoku zaś codziennie po jednej szpryce t. j. 0,1 (1 i pół gr.) aż do ustania krwotoku.

Zapisywać radzi w następującej postaci:

Rp. Hydrastynin. hydrochlor. 1,0

Aq. destill. 10,0

DS. Do podskórnych wstrzykiwań.

Hydrostynina obecnie jest jeszcze droga, ale za to wystarcza w niewielkiej ilości (nie przenoszącej 1 g. miesięcznie na osobę).

B. Polikier.

99. Andrew H. SMITH. **Sacharyna jako środek nadający kwaśny odczyn moczowi niekwaśnemu.** Saccharin as a means of acidifying the urine <sup>1</sup>). (*The Medical Record* 16 XI, 1889).

Autor opisuje trzy przypadki, w których obserwował zaznaczone w nagłówku działanie sacharyny na moczkę alkaliczną. Pierwszy dotyczył młodego chłopca, który wstąpił do szpitala Presbyteryańskiego w New-Yorku z powodu myelitis trans-

<sup>1</sup>) Rzecz czytana w Praetitioners Society w New-Yorku.

versa i którego moc, wypuszczony za pomocą cewnika, był amonijakalny i wydawał niemiły zapach. Po zastosowaniu sacharyny (3 razy dz. po kilka gran) moc wkrótce przyjął odczyn kwaśny i utracił przykrą woń. Jednocześnie zmniejszyły się objawy chorobliwe ze strony pęcherza. W drugim przypadku u 20 miesięcznego dziecka, dotkniętego meningitide subacuta, sacharyna usunęła prawie natychmiastowo niezmiernie przykry zapach moczu, który pomimo najskrupulatniejszego przestrzegania czystości około dziecka był istną męczarnią dla otaczających.

Trzeci przypadek dotyczył 18 letniej pacjentki, która przed trzema tygodniami leczyła się w szpitalu na ostry niezbyt pęcherza. Moc jej był alkaliczny i zawierał znaczną ilość lepkiego śluzu i ropy. Po użyciu sacharyny (po 5 gr. 2 razy dziennie) moc nazajutrz był neutralny, a po 4-ch dniach kwaśny i nie zawierał śluzu, ale nieco ropy. Po 10 dniach zupełne wyzdrowienie.

Omawiane działanie sacharyny na odczyn moczu można przypisać kwaśnemu jej odczynowi oraz własności przechodzenia przez organizm w postaci niezmienionej, w której to postaci zostaje wydalona przez nerki. Skuteczność jej w opisanych powyżej cierpieniach, zdaniem S.; należy prawdopodobnie w pewnej części nietylko od własności jako kwasu, ale i od jej własności przeciwniejących.

B. Polikier.

100. DREYFUSS. **Antyseptyka dróg moczowych za pomocą wewnętrznego użycia salolu.** (*Wiener medicinische Blätter 19 Grudzień 1889 r. Medic. Neuigkeiten N. 3. 1890*).

Prace Nencki'ego, Sahli'ego, Lépine'a wyjaśniły, że salol zadany do wewnątrz pod działaniem soku trzustki rozkłada się na kwas salicylowy i karbolowy; w moczu występuje kwas karbolowy niezmieniony, zaś kwas salicylowy pod postacią salicylanu sodu; w skutek tych własności salol był polecony, podobnie jak naphthalina dla wewnętrznej dezynfekcji przy cholerze, tyfusie. W ostatnich czasach dr. Dreyfuss robił próby z działaniem salolu użytym wewnątrz przy tryprze, o czem zdał sprawozdanie w towarzystwie medycznem szpitali w Paryżu. Przechodząc do moczu pod postacią swych składowych części otrzymujemy za pomocą salolu z moczu płyn aseptyczny, działający podobnie antyseptycznym szprycowaniom; jeżeli weźmiemy oprócz tego pod uwagę ogólne własności salolu jako to słabe działanie na organizm, trudną rozpuszczalność i t. d. znajdziemy w salolu wszystkie własności, które Bouchard wymagał od środków używanych dla dezynfekcji dróg moczowych.

Rezultaty otrzymywane na chorych za pomocą salolu były według opisów chorób Dr. bardzo pomyslnie. Stosowane były przy tryprze dawki od 5—8 grm. dziennie to same, to w połączeniu z kopaiwą. Przy ostrych tryprach autor już po kilku dniach zauważył zmniejszenie wydzieliny a nawet zupełne ukończenie choroby. Przy operacjach dróg moczowych autor radzi również w ciągu dni kilku przedtem stosować salol do środka.

(Sprawozdawca stosował salol przy ostrym tryprze w daw-

ce 3j na dobę w trzech przypadkach bez widocznych rezultatów).

Wł. Kopytowski.

### III. Chirurgija.

101. Prof. MIKULICZ. **Dalsze poszukiwania nad operacyjnym leczeniem zapalenia otrzewnej, będącego następstwem przedziurawienia kiszek.** (*Weitere Erfahrungen über die operative Behandlung der Perforationsperitonitis* — Arch. v. Langenb. 39, str. 756)

W wykładzie, wypowiedzianym na ostatnim kongresie chirurgicznym w Berlinie, autor zaznacza przedewszystkiem, iż dotychczas nie można się pochwalić dobrymi wynikami po operacyjnej interwencji w przypadkach zapalenia otrzewnej, wynikłych po przedziurawieniu różnych odcinków kanału pokarmowego. Pochodzi to stąd, zdaniem prof. Mikulicza, iż brak nam dotychczas racjonalnych zasad, któremi by się kierować można przy stawianiu wskazań i dokonywaniu samej operacji.

Prof. M. zaznacza, iż zawczasie jest jeszcze na zestawienie opisanych dotychczas przypadków i postaranie się o wypracowanie tej drogi dla przyszłego postępowania zasad ogólnych. Zdania operatorów zbyt się jeszcze między sobą różnią, sposoby postępowania zbyt mało do siebie są zbliżone, aby można było wyciągnąć jakie bądź ogólne wnioski. Dla tego też lepiej jest ograniczyć się do opisu własnych spostrzeżeń i wyciągniętych stąd wniosków osobistych dla dalszego postępowania. Do chwili obecnej autor interweniował czynnie w 14 przypadkach zapalenia otrzewnej, będącego następstwem przedziurawienia różnych odcinków kanału pokarmowego, a mianowicie:

6 razy operował przy peritonitis, występującem po przedziurawieniu w okolicy kiszki ślepej resp. wyrostka robaczkowego (2 wyzdrowienia, 4 śmierci).

2 razy operował przy peritonitis po przedziurawieniu wrzodu tyfusowego w kiszkiach (2 śmierci).

1 raz operował przy peritonitis, po przedziurawieniu wrzodu kiszki cienkich nieokreślonej natury (1 wyzdrow.).

2 razy operował przy peritonitis, powstałem po pęknięciu zmartwiałej przepukliny (2 śmierci).

1 raz operował przy peritonitis po pęknięciu traumatycznym kiszki (1 śmierć).

1 raz operował przy peritonitis, po pęknięciu traumatycznym żołądka (1 śmierć).

1 raz operował przy peritonitis, wynikiem z przedziurawienia wrzodu okrągłego żołądka (1 śmierć).

Tak więc na 14 operowanych wyzdrowiało 3 chorych, rezultat, podług autora, przywykłego do całego szeregu szczęśliwych zejść po najryzykowniejszych rękoczynach, bardzo smutny, a objaśniający się brakiem doświadczenia jaki towarzyszył pierwszym operacyom. Prof. M. twierdzi, iż nie jeden z chorych, zmarłych po operacji, mógł być uratowany, gdyby był

operowany przy dziś już nagromadzonem przez autora doświadczenia.

Dokładna obserwacja wyżej podanych przypadków doprowadziła autora do następujących wniosków praktycznych:

Przedewszystkiem zaznacza, iż nasze dotychczasowe wiadomości o etiologii i patologii zakaźnego zapalenia otrzewnej są niedostateczne. Anatomopatologowie na stole sekcyjnym widzą już tylko późne okresy choroby, w których różne formy peritonitis zlewają się w jeden i ten sam dość niewyraźny obraz. Dokładna obserwacja wcześniej operowanych przypadków dozwoli dopełnić dane przez anatomów zdobyte i rozróżnić różne typy zapalenia otrzewnej. Dotychczasowe badania skłaniają autora do przyjęcia 2 głównych typów zapalenia otrzewnej<sup>1)</sup>.

1-o. *Peritonitis septica diffusa peracuta* następuje po zakażeniu na całej lub przynajmniej na znacznej przestrzeni worka otrzewnej, dawniej występowała często po operacjach brzusznych, obecnie jest następstwem przedziurawienia żołądka lub kiszki i wylania się znacznej ilości ich zawartości do jamy otrzewnej, lub pęknięcia do takowej ropni znacznej wielkości. Obraz kliniczny powszechnie znany z charakterystycznymi objawami intoksykacyi (nikowaty nader szybki puls, zimny pot, także kończyny, lekka sinica, przytomność zachowana, bolesność brzucha stosunkowo nieznaczna i t. d.). Przy sekcyi znajdujemy otrzewną zaledwie trochę mocniej nastrzykniętą, czasami zmętniałą, niekiedy pokrytą bardzo cienką warstwą wysięku włóknikowego; charakterystycznym dla tego rodzaju zapalenia otrzewnej jest brak zupełny trwałszych zrostów otrzewnowych, czasami tylko pojedyncze pętlice kiszki są pomiędzy sobą zlepione, bardzo zresztą luźno, wysiękiem włóknikowym. Ilość i rodzaj wysięku zależą od wywołującej zapalenie przyczyny. Wyсіęk porusza się swobodnie w całej jamie brzusznej.

Dotychczasowe rezultaty leczenia tego rodzaju zapalenia otrzewnej są bardzo złe. Obecny sposób operowania, polegający na szerokiem otworzeniu jamy brzusznej, przepłukiwaniu obfitą ilością płynów antyseptycznych i drenowaniu, w wyjątkowych tylko razach został uwieńczony powodzeniem. Ponieważ jednak te wyjątkowe wyzdrowienia zdarzają się, więc też autor radzi nie ustawać w dalszem operowaniu zupełnie świeżych przypadków tego rodzaju, w których stan sił chorego dozwala na przypuszczenie, iż zabieg nasz wytrzyma; prof. M. odmawia za to racyi interwencyi w przypadkach zdesperowanych, takich naprzykład jak operowane przez niego przedziurawienia wrzodów tyfusowych. Nowych sposobów postępowania autor żadnych nie podaje, zaznacza tylko, iż do przepłukiwania jamy otrzewnej, zamiast polecanego dotychczas roztworu kwasu salicylowego, używa roztworu kwasu borowego (3 — 4%) lub soli kuchennej,

<sup>1)</sup> Już przed autorem König i Witzel odróżniali 2 rodzaje peritonitis: Sepsis peritonealis i peritonitis diffusa purulenta, typy jednak autora są cokolwiek odmienne.



a to od czasu jak mu się wydarzyły 2 przypadki silnej zapasici po przepłukiwaniach kwasem salicylowym.

2-o. *Peritonitis fibrinoso-purulenta progrediens*. O ile w dopiero co opisaniej formie zapalenia otrzewna odgrywa więcej bierną rolę i występuje na pierwszy plan jej zdolność wchłaniania, rezultatem której jest sepsis, o tyle w omawianej obecnie formie otrzewna przyjmuje czynny udział w procesie zapalnym. Przebieg jest tu powolniejszy, zapalenie rozprzestrzenia się powoli na coraz to nowe odcinki otrzewnej. Charakterystycznym dla tej formy jest wytwarzanie się ze zrostów wału ochronnego, oddzielającego chore części worka otrzewnego od zdrowych. Powoli tylko rozszerza się zapalenie przy czem w jamie otrzewnej wytwarzają się coraz to nowe ogniska ropne, pooddzielane zrostami od zdrowych części worka otrzewnej. Naturalnie w ten sposób mogłoby dojść powoli do zajęcia całego worka otrzewnej, zwykle jednak tacy chorzy umierają przedtem i wtedy przy sekcji znajdujemy kilka ognisk ropnych, oddzielonych od zdrowych odcinków jamy otrzewnej za pomocą zrostów. Klinicznie forma ta różni się od poprzedzającej: wolniejszym przebiegiem, brakiem podanych wyżej objawów ciężkiego zakażenia ogólnego, ból jest zazwyczaj ograniczony do pewnych miejsc tylko, i pewne tylko części brzucha są wrażliwe na dotyk. Nakoniec w niektórych zwykle typowych miejscach zjawia się większa odporność i przytępienie odgłosu opukowego.

Już to samo, iż forma opisana przebiega powolniej, że spotykamy się z dobrowolnem wyleczeniem, czy to przez zęstnienie i wessanie wysięku, czy przez otworzenie się ropnia na zewnątrz lub do jednego z organów wewnętrznych, dozwala przypuszczać, że właśnie przy leczeniu tej formy zapalenia otrzewnej nowoczesna chirurgija największe swe tryumfy święcić będzie. Wyniki, jakie tu osiągnąć możemy, będą tem lepsze, im wcześniej nauczymy się rozpoznawać obecność ograniczonych ognisk ropnych w jamie otrzewnej, im dokładniej będziemy poinformowani o drogach, po których zapalenie się rozprzestrzenia, im dokładniej wyrobimy technikę otwierania tych zbiorników ropy. To też autor gorąco zachęca do poszukiwań w tych trzech kierunkach, a na początek podaje te uwagi, które mu się nastreczyły z powodu operowanych przypadków. Co do rozpoznania prof. M. kładzie nacisk na to, iż w przypadkach, przebiegających z burzliwymi objawami, badanie powinno się odbywać nadzwyczaj często (co 2 lub 3 godziny); należy zwracać szczególną uwagę na odporność i bolesność różnych odcinków brzucha, jak również na pojawiające się stępienie. Częste badanie daje możność wykazania, iż stępienie się powiększa lub zmniejsza, należy tylko przy każdym badaniu granice naznaczyć na brzuchu. W żadnym przypadku nie należy pominąć badania per rectum. Temperatura daje też ważne wskazówki, każde podniesienie się po chwilowej remisji musi zrodzić podejrzenie, iż się nowy ropień rozwija. Zdaniem autora próbnie przekłucie jest doskonałym, a niewinnym, środkiem pomocni-

czym w rozpoznawaniu głębokich ropni jamy brzusznej. Nie winnym gdyż nawet przekłucie kiszki nie przeciąga za sobą złych następstw przy zupełnie zdrowej otrzewnej, coż dopiero wtedy, gdy się w jamie brzusznej septyczny odbywa proces. Doskonałym gdyż ilekroć przy niejasnych objawach przekłucie wyciągnię kilka kropli ropy roztrzygnie stanowczo na korzyść operacyi. Autor radzi robić próbne przekłucia nawet per rectum w wątpliwych przypadkach.

Co się tycze rozprzestrzeniania się zapalenia to prof. M. zaznacza, iż nie odbywa się ono tak nieprawidłowo, jakby się tego a priori można było spodziewać. Przeszkodę w rozprzestrzenianiu się zapalenia stanowią organy ułożone poprzecznie w jamie brzusznej. Pod tym względem autor dzieli jamę otrzewną na 2 wielkie części: Spatium supra et infraomentale; zapalenie z trudnością tylko przechodzi z jednego odcinka do drugiego, dzięki obecności poprzecznicy i sieci. W spatium supraomentale wątroba i żołądek mogą pomódz do oddzielenia zapaleń podprzeponowych od reszty jamy brzusznej; w spatium infraomentale takąż rolę odegrać może krezka kiszek cienkich. Oprócz tych stosunków anatomicznych, na rozprzestrzenianie się zapalenia wpływają czynniki czysto mechaniczne a więc: wytrząśnienia zewnętrzne, ruchy perystaltyczne kiszek, nakoniec prawo ciężkości, którego następstwem jest dawno już zauważony przez prof. M. fakt, iż im wyżej leży przedziurawienie, tem więcej jest danych dla rozlanego zapalenia otrzewnej. Co się tycze zapalenia otrzewnej, będącego następstwem przedziurawień w okolicy kiszki ślepej, to dotychczasowe obserwacye autora dowodzą, iż ograniczyć się ono może do obu dołów biodrowych i jamy małej miednicy; niekiedy ropień przedź się wytwarza w lewym dole biodrowym, a dopiero później w prawym.

Co do techniki operacyjnej, to naturalnie stanowczo należy potępić typowe wykonanie laparatomii przy tej formie zapalenia otrzewnej; bezpośredni następstwem takiego rękoczynu byłoby uogólnienie zapalenia i śmierć. Przeciwnie tutaj każde ognisko ropne musi być otworzone, zaraz po odnalezieniu go, za pomocą szerokiego cięcia, którego kierunek zależeć będzie od położenia ropnia. Naturalnie, istniejące zrosty muszą być zachowane z największą starannością; z tego to powodu prof. M. nie radzi przemywać jam takich ropni, szczególnie pod silnem ciśnieniem, wystarcza bardzo lekka irrygacya kwasem bornym. Ran wcale zaszywać nie należy. Jamy wypełniać luźno gazą jodoformową; aby kiszki nie wypadły prof. M. po wytamponowaniu gazą nakłada na brzegi rany 2 lub trzy szwy, zbliżające cokolwiek brzegi rany i utrzymujące gazę w miejscu. Po oczyszczeniu się jamy można przyspieszyć gojenie, nakładając wtórny szew. Miejsce przedziurawienia należy wyszukiwać tylko wtedy, jeśli to można zrobić bez narażenia na szwank istniejących zrostów, w przeciwnym razie zupełnie tego zaniechać należy, gdyż zazwyczaj przedziurawienie komunikuje z jednym z ognisk ropnych, a jak tylko to ostatnie zostało szeroko otworzone, to przedziurawienie przestało być szkodliwym. Lecze-

nie następce powinno polegać na odpowiedniej dyecie, spokoju, wielkich dawkach opium i środkach pobudzających.

Nakoniec autor omawia jeszcze kwestyę zamknięcia światła kiszek, które przy obfitych zrostach, powstających w takich przypadkach, nie będzie pewno rzadkością. Prof. M. zaleca w takich razach zrobienie sztucznego odbytu, który następnie, po ustąpieniu zapalenia otrzewnej, za pomocą nowej operacji wyleczyć można.

Pomiędzy opisanymi wyżej dwoma typowemi formami zapalenia otrzewnej, istnieje cały szereg form przejściowych. Rozlane zapalenie może się ograniczyć i powytwarzać oddzielne ogniska ropne, a z drugiej strony peritonitis progrediens może się stać rozlane, Prof. M. wspomina w końcu o 3-iej formie zapalenia otrzewnej, która jest właściwie tylko odmianą drugą, a odznaczającą się tem, iż odrazu jest ściśle ograniczoną do jednego tylko odcinka otrzewny; zrosty, powstałe w okół ogniska ropnego, są tu dość silne na to, aby nie dozwolnić na dalsze rozprzestrzenianie się zapalenia. Tu należą perityphlitis, perimetritis etc. Leczenie, w tych przypadkach jest zupełnie jasne i polegać winno na otworzeniu ropnia.

Po szczegóły o operowanych przez prof. M. przypadkach muszę odesłać czytelnika do oryginału, aby mu dać jednak choć nie jakie pojęcie o doniosłości dokonywanych operacji przytoczę na przykład, iż u jednego i tego samego chorego prof. M. dokonał aż 6-ciu zabiegów operacyjnych, za pomocą których opróżnił 6 ropni, powstałych po przedziurawieniu wyrostka robaczkowego i rozsianych w obu dołach biodrowych i małej miednicy—chory wyzdrowiał. Jeszcze ciekawszą jest historia chorego, u którego, po otworzeniu 2 ropni przez ścianę brzuszna, a trzeciego przez odbytnicę, wystąpiły objawy zaciśnięcia kiszek, prof. M. zrobił mu sztuczny odbyt, który następnie został zamknięty przez dokonanie ileocolostomia; chory wyszedł zdrów zupełnie.

W. H. Krajewski.

102. Prof. MAX SCHÜLLER. **Rozlane zapalenie otrzewnej w skutek przedziurawienia wyrostka robaczkowego—Laparatomja. Wycięcie wyrostka robaczkowego** (*Arch. v. Lang., tom 29, zesz. 4*).

Autor podaje opis przypadku, w którym przy objawach rozlanego zapalenia otrzewnej dokonał pośrodkowej laparatomii, odnalazł przedziurawiony przez kamienie kałowe wyrostek robaczkowy i wyciął go tuż przy kiszce ślepej; pomimo bardzo ciężkiego stanu chorego przed operacją, i burzliwego przebiegu przez pierwsze dwa dni po operacji, połączonego z bardzo silną gorączką, chory zupełnie wyzdrowiał. Prof. Sch. do tego opisu dołącza następujące uwagi:

Przedziurawienie wyrostka robaczkowego przez ciała obce lub kamienie kałowe wywołuje zawsze zapalenie otrzewnej, najczęściej jednak ogranicza się ono do najbliższego otoczenia i wtedy nazywamy je perityphlitis. To ostatnie miewa dwojakie zejście, albo się rozchodzi bez wywołania ropienia, na to aby wkrótce znów się powtórzyć, lub też dochodzi do ropienia

po uprzednim wytworzeniu silnych zrostów między otaczającymi kiszki i powstaje Abscessus perityphliticus, który, jeśli nie został w porę otworzony, może pęknąć do jamy brzusznej i wywołać następnie rozlane zapalenie otrzewnej. Niekiedy jednak przedziurawienie wyrostka następuje tak szybko, iż zrosty nie mogą się wytworzyć, wtedy występuje jako następstwo ostre rozlane zapalenie otrzewnej (tak jak to miało miejsce w przypadku autora).

Rozpoznanie, zwłaszcza jeśli się wyczuwa w prawym dole biodrowym guz, może się chwiać między przedziurawieniem wyrostka robaczkowego i wgłobieniem kiszki cienkiej do ślepej. Różnice są następujące: przy wgłobieniu bóle są daleko mniejsze i w dodatku przez pewien przeciąg czasu przynajmniej ograniczone do miejsca wgłobienia. Gorączka przy wgłobieniu występuje później. Wymioty przy wgłobieniu trwają dłużej i wkrótce stają się kałowymi. U dzieci wgłobienie rozpoczyna się zazwyczaj oddaniem krwawych stolców. Guz, wyczuwany w dole biodrowym, jest przy wgłobieniu daleko większy niż wyrostek robaczkowy wypełniony kamieniami kałowymi.

Ostre rozlane zapalenie otrzewnej wskutek przedziurawienia proc. vermiformis prowadzi w ciągu kilku dni do śmierci, niekiedy zaś ogranicza się i wywołuje ropienie albo tylko około przedziurawionego wyrostka, lub też w różnych okolicach brzucha wytwarzają się, odgraniczone sklecinami od reszty jamy otrzewnej, ropnie. To drugie zejście, które możemy nazywać szczęśliwem o tyle tylko o ile przyszło do wytworzenia jednego, nie zaś wielolicznych, ropni, jest daleko rzadsze od pierwszego i dla tego ilekroć znajdziemy się w obec objawów ostrego zapalenia otrzewnej w skutek przedziurawienia proc. verm., należy natychmiast przystąpić do laparotomii. Liczne niepowodzenia, jakie po tej operacji dotychczas wykazano, zależą od zbyt późnego operowania. Zdaniem autora obojętną jest rzeczą czy wybierzemy cięcie pośrodkowe, czy też równoległe do wiązu Pouparta; pierwsze ma nawet te prerogatywy, iż ściana brzuszna w tem miejscu nie jest tak gruba i że dozwala łatwiej dostać się do małej miednicy, do której głównie sływa wydzielina po przedziurawieniu wyrostka. Jeśli kiszka ślepa jest ruchoma, to bardzo łatwo przyciągnąć wyrostek do linii środkowej, jeśli zaś jest unieruchomiona to można zaraz dodać drugie cięcie skośne, wzdłuż wiązu Pouparta. Aby nie być zmuszonym do wykonywania dwóch cięć (pośrodkowego i skośnego) autor proponuje cięcie, poczynające się na jeden palec ku wewnątrz od środka, linii łączącej spina ilei anterior superior ze środkiem symphysis pubis, i idące wprost ku górze równoległe do linii środkowej ciała. Cięcie to może być nawet dość małe (wystarczy 10 ctm.) i zadawalnia oba wymagania t. j. prowadzi wprost do wyrostka robaczkowego i dozwala na dokładne oczyszczenie małej miednicy z wydzieliny. W każdym przypadku należy usunąć wyrostek, najlepiej podwiązać go tuż przy coecum poniżej podwiązki obciąć i kikut obszyć tak aby otrzewną zewsząd był pokryty. W przypad-

kach, w których, obok ogólnego zapalenia otrzewnej, istnieje ograniczony ropień w okolicy coeci, prof. Sch. radzi przedewszystkiem otworzyć ropień, wyciąć wyrostek, a zdezynfekowawszy jamę ropnia wypełnić ją gazą jodoformową, i wtedy dopiero zrobić cięcie pośrodkowe (niewielkie), przemyć jamę otrzewnej słabym roztworem sublimatu z solą i albo natychmiast tę pośrodkową ranę zaszyć (jeśli wysięk jeszcze nie był ropny) lub też wprowadzić do małej miednicy, dołu biodrowego prawego i innych podejrzanych zagłębień jamy otrzewnej pasy gazy jodoformowej, które wyprowadza w dolnym kącie rany na zewnątrz (jeśli w jamie otrzewnej znaleziono gęsty ropny wysięk).

Ze względu na błędne pojęcia o topografii kiszki ślepej, jakie dotąd rozpowszechniano, autor opierając się na poszukiwaniach Treeves'a i własnych, podaje kilka szczegółów topograficznych ważnych z praktycznych względów i przedewszystkiem mylnem jest jakoby coecum było nieruchomo przytwierdzone do dołu biodrowego, przeciwnie to co właściwie kiszka ślepą nazywamy jest ze wszęch stron otoczona otrzewną, a więc zupełnie swobodne. Pomiedzy ruchomą kiszka ślepą a ścianami miednicy leży zawsze ścienny listek otrzewnej. To też twierdzenie jakoby abscessus parityphliticus rozwijał się na zewnątrz jamy otrzewnej jest niesłuszne, przeciwnie rozwija się zawsze pomiedzy ściennym listkiem otrzewnej pokrywającym dół biodrowy, a sklejonemi kiszkami.

Zazwyczaj kiszka ślepą jest oddzielona od przedniej ściany brzusznej przez pętlice kiszek cienkich, to też ropnie około niej się rozwijające są pierwotkowo pokryte zupełnie kiszkami i dopiero w następstwie, powiększając się rozsuwają pokrywające kiszki i zbliżają się do ściany brzusznej.

Nakoniec mylnem jest przypuszczenie jakoby kiszka ślepą leżała na musculus iliacus, leży ona na m. psoas, dno jej nie jest zwrócone w stronę ściany brzusznej lecz w stronę małej miednicy, a bardzo często przechodzi po za lin. innominata. Processus vermiformis leży po większej części ku tyłowi od końca cienkiej kiszki i jej krezki, zazwyczaj sięga do jamy małej miednicy, rzadziej z tyłu coeci uniesiony jest ku górze.

Na tych to danych opiera się autor, proponując przy przedziurawieniu wyrostka robaczkowego cięcia wyżej opisane.

W. H. Krajewski.

#### IV. Wiadomości pomniejsze.

103. **Przy błonicy.** Dr. Schendel zaleca do wewnątrz Tra-Rusci composita (= ol. Rusci, ol. fagi, spiritus i siarka) po pół łyżeczki w winie w dzień co godzinę a w nocy co 2 godziny. Dzieciom do lat 2 podaje się w ilościach cokolwiek mniejszych. Prócz tego żadnych lekarstw, a nawet i płukania gardła są zbędne. Dyjeta pożywna, wino pod dostatkiem. Autor przy tej kuracji otrzymywał wyniki nader pomyślne. W 25 lżejszych przypadkach zupełne wyzdrowienie po 3—4 dniach w 18 cięższych

— wyzdrowień 15, tracheotomija 1 i dwa zejścia śmiertelne. Przykrych ubo-  
cznych następstw nie bywa. (Berl. Klin. Woch. Nr. 6. r. 90).

104. Dr. Lyndley przy tem cierpieniu zaleca wdmuchiwanie jodoformu. W dmuchiwać należy przez nos i usta i w ten sposób, by cała powierzchnia cierpieniu uległa należycie pokrytą była jodoformem. Z 9 chorych w ten sposób leczonych 8 zupełnie powróciło do zdrowia, 9-ty chory umarł siedemnastego dnia choroby w skutek zapalenia płuc. (Lond. Méd. Rec. T. 18. Now. Ter. Nr. 6. 90.)

105. Przy krztuszeniu Dr. Hardwicke zaleca następujący sposób postępowania. 1) na pół godziny przed każdym jedzeniem i przed spaniem rozpylać roztwór następujący: Olei eucalipt. terebeni aa 8,00, spiritus vini 45,00. 2) Do wewnątrz dzieciom 2—3 letniem podaje się co 3 godziny 1 kroplę terebeni z 0,12 magnesia usta i 0,01 Trae camphorae. (L'union Méd. Nr. 24. 90).

106. Dr. Analdo Viti opisuje przypadek śmierci w skutek krwotoku spowodowanego pęknięciem owrzodzenia żylakowatego przelyku umiejscowionego tuż nad wustem. Tego rodzaju przypadki znane są w literaturze od r. 1840, w którym to czasie Rokitsansky podobny przypadek opisał; następnie zaś Fauvel, Ebstein, Hanot, Dusaussay, Charcot, Audibert i inni. (La Refor. Nr. 17 i 18. L'union med. Nr. 25—90).

107. Prof. Senator (Berl. kl. Woch.) podaje następujący opis cierpienia *pseudo pasorzytowego*: 28-o letni chory cierpiał na częste omdlenia, przypisując to tasiemcowi zażył odpowiedni środek. W wypróżnieniach zjawilo się jakoby mnóstwo małych żywych robaków. Omdlenia nie przesyły; robaki w stolcu nie pokazywały się więcej, za to chory wypluwał je wielokrotnie wprost ze śliną. Pewnego dnia wypluł ich 12 sztuk, i pokazał autorowi; przy badaniu okazało się że były to gąsienice zwyczajnej muchy.

Przy tej sposobności S przytacza przypadek—gdzie u małej dziewczynki pokazywały się liczne egzemplarze oxyuris vermicularis na języku.

(H)

108. Nowe oszukiwania doświadczalne i kliniczne nad działaniem jodku potasu i sodu wykonane przez prof. G. Séé i d-ra Lapieque wykazały, że środek ten jest par excellence lekiem sercowym. Działa on wzmacniająco na osłabiony mięsień sercowy i, rozszerzając drobne naczynia, ułatwia działanie serca, przez co wpływa na zwiększenie ciśnienia tętniczego. Z wielką też korzyścią użytym być może przy wadach zastawkowych, przy cierpieniach mięśnia sercowego i tam gdzie w skutek zmian w tętnicach wieńcowych odżywanie serca a ewentualnie i działanie jego jest upośledzonym. (Rev. s. med-15. I. Lyon méd. Nr. 5. 90).

109. Na posiedzeniu paryskiej Akademii medycznej (11 L. b. r.) Dr. Regnaud odczytał pracę Dra Derun z Beyrutu o działaniu leczniczem siarczanu cynchonidyny. Odpowiednie poszukiwania upewniły D., że środek ten działa na równi z siarczanem chininy w dawkach równomiernych przy zakażeniach błotnych i przy nerwobólach o typie przemijającym. Na kolonjach środek ten oddawna bywa używanym, tembardziej że cena jego jest do 7-miu razy niższą od siarczanu chininy. (La méd. Mod. Nr. 8. 90).

110. Czy makowiec i jego alkaloidy przechodzą do mleka kobiet karmiących przedsięwziął dowieść na podstawie odpowiednich badań T. Pinzani. W tym celu dwunastu kobietom karmiącym podawał nalewkę makowca i morfinę i następnie poszukiwał morfiny w ich mleku według sposobu Pel-

lagri, wyniki otrzymywał zawsze ujemne. (Wręcz przeciwnie jak to otrzymywali przy swych doświadczeniach drowie: Tubini i Cantri. Kr. Lekar. Nr. 12. r. 89 str. 776). (Gaz. degli ospit. 89, Nr. 100 i 102, L'union med. Nr. 25, 90).

111. Dr. Heller upewnia, że kwaszona kapusta skutecznie działa przy chronicznej niestrawności jako środek symptomatyczny. Zwiększa łaknienie, znosi zgagę, odbijania, wzdęcie brzucha i wszelkie inne przypadłości tego cierpienia. Do wniosków tych doprowadzili autora spostrzeżenia nadśmiernym sobą i nad znaczną liczbą chorych. (Wien. med. Presse Nr. 4. 90).

112. Jak znaczne ilości kreozotu przez czas dłuższy znoszą się bezwzględnie przykrych ubocznych następstw, dowodem tego posłużyć może zapewnienie dra Bogdanowicza (z Jałty), który 5 suchotnikom podawał dziennie od 25—60 kapsulek (0,05) kreozotowych w przeciągu 3—7 miesięcy. (Now. Ter. N. 5 r. 90).

113. W monografii poświęconej metodzie leczniczej zawieszania dr. P. Chéron na podstawie odpowiednich wniosków mniema że działa tu głównie suggestyja a nie mechaniczny wynik zawieszania t. j. wyciąganie się mlecza pacierzowego. Według bowiem poszukiwania Cagnay'a przez zawieszanie otrzymuje się nie wydłużanie, lecz przeciwnie skracanie się kolumny pacierzowej ewentualnie mlecza. Zawieszanie wpływa tylko na rozciągnięcie się nerwów trzewiowych. (L'union med. Nr. 20. 90).

114. **Przy bieguncie** u ssawców zależnej od rozkładania się pokarmów i nieprawidłowej fermentacji dr Luff zaleca hydrargyrum bijodatum w ilości 0,01 w roztworze kali jodat, z dodatkiem 0,06 hydratis chlorali. (Lem. méd. Lyon méd. Nr. 5. 90.)

115. W dwóch przypadkach pochwicy (vaginismus) Dr. Lomer zastosował z pomyślnym skutkiem prąd stały. Kat. płaski na brzuchu, An. walcowaty przy wejściu do pochwy, czas trwania 4—5 minut; początkowo co dwa, a następnie co 3 dni. Oba rzeczozne przypadki były w związku z bolesnem miesięczkowaniem, które w następstwie zmniejszyło się znacznie. (Centr. f. Gyn. Nr. 5.89. Zur. Ark. Nr. 2. 90).

116. De Sinety przy tem cierpieniu zaleca następujące świecek:

Rp. Kali bromati 0,50

Extr. belladon. 0,30.

Acidi thymici 0,05.

Butyri cacao 4,00.

M. f. supposit.

117. Dr. Fernier przy pochwicy obsypuje srom proszkiem jodoformu Fraenkel zaleca pędzlowanie sromu roztworem 2% kokainy, a Bouchuei w przypadkach nadżarcia zaleca świecek z 3 gram rathaniae i 5 gm. butyri cacao (L'union med. Nr. 27. 90).

118. Dr. Culter opisuje przypadek rzeżączki jamy ustnej spowodowanej coitu ab ore. W wydzielinie znaleziono specyficzne gonokoki. (Lyon méd. Nr. 5. 90).

119. Przy leczeniu wiewióra dr. Finger zaleca bismuthum subbenzoicum. Miejsca cierpieniu uległe dwa lub trzy razy dziennie przysypuje się tym środkiem, pokrywa się watą i owija bandażem. Po 5—6 dniach wiewiór przyjmuje cechę rany zwykłej i wtedy opatrywać należy 2% wazeliną karbolowej.

Bismuthum subbenzoicum otrzymuje się ogrzewając bismuthum sub ni-

tricum, w obecności acid. nitrici. i natrium benzoicum. Jest to proszek biały smaku i zapachu ostrego.

(Int. Klin. Rund. I. 90. Lyon méd. 9. 90).

**120. Przy chronicznych katarach** pęcherza wszelkiej natury dr. Mosetig zaleca następującą zawiesinę jodoformową:

Rp. Jodoform. subtilis. pulv.	50,00.
Gliceryni	40,00.
Aq. destillatae	10,00.
Gumi tragacanth.	0,25.

M. f. emuls.

Po uprzednim przemyciu pęcherza przegotowaną wodą letnią, łyżkę rzeczonyj zawiesiny rozpuszcza się w  $\frac{1}{2}$  litra wody przygotowanej letniej i takową zastrzykuje się do pęcherza zalecając choremu utrzymać roztwór jaknajdłużej. Zastrzykiwanie to powtarza się co 3 dzień. Po trzech lub czterech dniach poprawa znaczna i wtedy wystarcza robić zastrzykiwanie raz na tydzień. (Bulle. Méd. Le Prat. Nr. 2, 90).

**121.** Wiadomem jest, że kauczukowe sączki wywołują drażniący wpływ na rany z powodu zanieczyszczenia kauczuku siarką, która w następstwie utleniając się wytwarza na powierzchni sączka produkty drażniące. W celu oczyszczenia sączków należy je gotować około 20 minut w następującym roztworze: natri sulphurati funt 1, natr. caustici  $\frac{1}{4}$ , funta wody 8 f. Najlepiej oczyszczają się czarne rurki, czerwone wydzielają siarkę z trudnością. (The Amer. Drog. Nr. T. N. 6).

**122.** Magisterium bismuth. Najłatwiej otrzymać w wodnej zawieszynie, dadając według dr. Lawrence'a na 1 część bizmutu 4 części gliceryny. (Lyon med. Nr. 6).

**123. Przy kraywicy** dr. Berg zaleca fosfor nie w zawieszynie lecz w roztworze alkoholo-glicerynowym. Przepisuje się 1 gran fosforu na 350 kropel bezwodnego alkoholu, 2 uncyje czystej gliceryny i 10 kropel Spiritus Ment. pip. Roztwór ten podaje się od 6 kropel dziennie zwiększając dawkę o jedną kropkę do 10 na dzień. (St. Luis M. a S. Jour. 90. II. 3 N. T. Nr. 8. 90).

K. W. Sierpiński.

## PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Prof. G. BUNGE, Wykład chemii fizyologicznej i patologicznej w 20 odczytach dla lekarzy i uczących się z oryginału niemieckiego przełożyli Dr Waclaw Mayzel i Maksymilijan Flaum, kandydat chemii. Wydanie z zapomogi kassy imienia dra J. Mianowskiego. Warszawa 1889 r.

Hasłem medycyny stało się unikanie staranne wszelkich uogólniań; notujemy fakty, zbieramy materyjał, który przysłym pokoleniom służyć będzie do wytwarzania pewnych uogólnień i wyprowadzenia teoryi. Wobec tej mnogości zebranych spostrzeżeń i faktów już dziś czuć się daje brak umysłu o szerokim polocie, któryby zebrał je w jedną całość i przedstawił nam istotny stan wiedzy. Teoryja nieśmiertelnego Darwina otworzyła wrota do uogólnień w naukach przyrodniczych. Wielki ten obserwator umiał objąć fakty i na zasadzie ich wysnuć wnioski, które dały pochoop do nowych badań, do nowych dociekań, i które stanowią epokę w naukach przyrodniczych.

Jeżeli jednak inne nauki przyrodnicze zdobyły się już na geniusza,



który naukę na nowe pchnął tory, medycyna, w szerokim słowa tego znaczeniu nie zdobyła się jeszcze na to. Ogranicza się dziś na dokładnej obserwacji, doprowadza metody badań do granic nader ścisłych i notuje je skwapliwie. Każdy dzień nieomal przynosi nam zdobycze czy to na polu fizjologii czy patologii, czy terapii wreszcie. Aby mieć pojęcie o tej skwapliwości, o tej ścisłości badań i o ilości tych mrówczą pracą, zaiste zajętych pracowników, dość rzucić okiem na piśmiennictwo lekarskie, żadna inna nauka nie może się pochwalić takim rozwojem i taką ilością i jakością pracowników. Nie jest to bynajmniej powiedziane *pro domo sua*, bynajmniej, każdy z łatwością przekonać się może o prawdzie tych słów, przeglądając choćby katalogi współczesne.

A chociaż nieomal wszyscy zajęci są jedynie badaniem poszczególnych pytań, nasuwających się ciągle i bezustannie, zjawiają się od czasu do czasu ludzie, których umysł szersze obejmuje horyzonty, którzy rozumieją, iż w chaosie tych spostrzeżeń nie lada umysł może się zoryjentować, chcą więc ogólnie zdobyte już fakty i we właściwym podać je oświetleniu.

Do takich należy i Bunge, którego książkę w polskim przekładzie mamy właśnie przed sobą.

Przyznać należy, że jest to odwaga nie mała występować z uogólnianiem w chwili obecnej, kiedy dzień jutrzejszy może nam przynieść fakty, niweczące obecnie panujące teoryje. To też autor pomija skwapliwie wątpliwe fakty i stara się wszystko to, co w obecnej chwili jest już dojrzałe dla opisu, w nieprzerwalnym związku podać i w odpowiedni sposób oświetlić.

Książka jego nie wyczerpuje tak olbrzymiej nauki, jaką się w ostatnich czasach stała chemija fizjologiczna, jest tylko *podręcznikiem*, mającym na celu początkującego, gdy w nim obudzi się zaciekawienie jakim pytaniem z chemii fizjologicznej, pobudzić do odszukania w pracy oryginalnej wszystkiego, co posiada największą wartość; zbytnia to jednak skromność autora, jego śmiałe rzuty myśli nie tylko początkującego, ale już osiwiłego w badaniach myśliciela zdolne są zastanowić i to nie chwilowo.

Weźmy n. p. taki odczyt pierwszy p. n. „witalizm i mechanizm”, gdzie autor śmiało i z pewnym sceptycyzmem krytykuje surowo usiłowania tłumaczenia wszystkich przejawów życia zapomocą praw mechanicznych. To zjednało mu wielu przeciwników, nazywano go neowitalistą, wprowadzającym znów do nauki jakąś siłę życiową a jednak nie można odmówić pewnej słuszności jego krytyce tłumaczenia wszystkich objawów życia jedynie za pomocą ruchu. A chociaż nie na wszystkie, płynące ztąd konsekwencyje zgodzić się można, nie mniej jednak podziwiać należy tę ścisłość rozumowania, jaką autor wykazał.

A weźmy drugi odczyt p. n. „krążenie pierwiastków”. Tu w sposób prosty i dostępny grupuje autor wiadomości zarówno z państwa mineralnego jak roślinnego i zwierzęcego. Wszystko tu łączy się w jedną harmonijną całość, zda się wygładzono sprzeczności i podano jeden nieprzerwalny łańcuch, łączący trzy te odrębne na pozór światy.

Toż samo można powiedzieć o odczycie p. n. „zachowanie energii”.

Nie będę wyliczał więcej odczytów, następujące bowiem mają mniej ogólne znaczenie, podaje w nich autor już poszczególne objawy życia.

I tu na każdej nieomal stronicy widnieje myśl zdrowa i jędrna, naprowadzająca czytelnika na szereg nowych myśli, zmuszająca go do stawiania sobie pytań.

I właśnie to jest największą zaletą książki Bungego. Można przeczytać stopy podręczników, stopy dzieł oryginalnych i nie znaleźć w nich żadnej myśli, która by umysłowi naszemu szersze otwierała horyzonty. Tu spotykamy się z takimi myślami niemal na każdej stronicy. Podręcznik Bungego nie nauczy chemii fizyologicznej, nie podaje szczegółowo sposobu badania tego lub owego związku, nie wylicza odczynników, ale za to nauczy myśleć w pewnym kierunku, wskaże czytelnikowi, że prócz odczynów chemicznych, chemija fizyologiczna ma inne zagadnienia i cele. A takiego przypomnienia właśnie dziś i to wielu badaczom było potrzeba.

Za wielką też zasługę poczytuję tłumaczom wybór tego podręcznika do tłumaczenia. Nasza literatura lekarska nie posiadała dotąd żadnego dzieła z chemii fizyologicznej, należy się więc im szczerzy poklask, iż wybierając ze stosów innych dzieł, zwrócili uwagę na Bungego. Podawanie metod badania, które lwią część zawsze w tego rodzaju dziełach stanowią, jest mniej ważną jak podanie sposobu, *jak myśleć należy o chemicznych przejawach życia*, a to jest właśnie cechą. książki Bungego.

Czysty wytworny język, obok ścisłości wyrażen, jest okrasą tłumaczenia.

Cena rs. 2 za dzieło, obejmujące 359 stron, jest nader niską, to też książka ta powinna się znaleźć w księgozbiórce każdego lekarza, nie jest to bowiem dzieło, którego jednorazowe przeczytanie wystarcza, przeciwnie za każdym razem znajdziemy w niem coś nowego, a zmuszającego do *myślenia*.

Józef Zawadzki.

## Kronika miesięczna.

— Myśl przeniesienia Szpitala Dz. Jezus, podnoszona już przed kilkunastu laty—zdaje się zbliżać obecnie do urzeczywistnienia.

Wyznaczona przez Radę Miejską Dobroczyńności Publicznej Komisja pod przewodnictwem kuratora szpitala Dz. Jezus t. rady Wilużewa w celu opracowania tego ważnego projektu już od kilku tygodni pracuje b. gorliwie. Do składu komisji wchodzi inspektor szpitali cywilnych, prof. Czausow i budowniczy p. Dziekoński.

Oprócz tego komisja korzystając z udzielonego jej prawa powołuje osoby postronne mogące udzielić jej pewnych w danej sprawie wskazówek.

Do stałego udziału zaproszeni zostali: hygieniści prof. Kowalkowski i kol. J. Polak—W obradach nad częścią lekarską przyjmują udział: Dr. Dunin, Hewelke, prof. Jefremowski, Karwowski, Krajewski, Matlakowski, Obrębski, Pawiński, prof. Popow, prof. Stolnikow i dr. Ziemieński. Jak wiadomo szpital ma być przeniesiony na Folwark Ś-to Krzyski. Przestrzeń przeznaczona pod szpital wynosi 17,000 sążni kwadratowych, (ograniczają ją ulice: Nowogrodzka, Przedokopowa i Teodory), co prawie trzy razy przewyższa obecnie zajmowaną przez szpital posesyję.

Zabudowania główne składać się będą z 11 jednopiętrowych pawilonów, z których trzy wschodnie—nieco opodal od reszty, wyznaczone są na kliniki, jakie dotychczas mieszczą się w szpitalu (chirurgiczna i terapeutyczna kurs V—i dyjagnostyczna kurs III). Oddziały te obejmą 70 łózek dla chirurgicznych (męzkich i żeńskich) i 60 + 50 dla wewnętrznych chorych. Pawilony te połączone będą częścią pośrednią w której pomieszczone będą audytorjum, sale operacyjne, gabinety profesorów i asystentów, ambulatoryjum etc.

Z pozostałych 8 pawilonów, rozmieszczonych równolegle dwoma rzędami po 4—dwa najbliższe środka placu leżące przeznaczone są na urządzenia administracyjne — 4 na oddziały (8=240 łózek) wewnętrzne i 2 na chirurgiczne (średnie po 60 łózek). Oś wszystkich pawilonów zwrócona jest w kierunku od wschodu ku zachodowi. Piętro każdego pawilonu wewnętrznego mieścić ma 30 łózek, z których 24 w sali ogólnej a 6 w oddzielnych pokojach, oprócz tego przy każdym oddziale będzie pomieszczenie oddzielne na wanny, wychodek, kuchenkę, pomieszczenie dla siostry miłosierdzia, służby i gabinety (z dwóch pokoików) dla lekarza ordynującego.

W końcu każdej sali znajduje się obszerna wolna przestrzeń rekreacyjna, wzgl. stołowa, z której wychodzi się na oszklony balkon letni. Oddziały chirurgiczne, w ogólnym zarysie urządzone podobnie, będą posiadały każdy po dwie sale operacyjne, pokoje do przyrządzania opatrunków, opatrywania chorych, do sterylizacji i przechowywania narzędzi i będą miały windy dla dźwigania ciężko chorych na piętro.

Trzy baraki dla chorych zakaźnych w najbardziej na zachód położonej części placu będą się składały każdy z dwóch pokoi (odpowiednio do płci chorych) po 15 łózek—razem 90 łózek; w pawilonie administracyjnym pomieszczone będą ambulatoryjum, kancelaryja lekarska, gabinet i czytelnia dla ordynatorów.

W oddzielnym zaś zapewne budynku pomieszczone będą pracownie: ogólna chemiczna i bakteryjologiczna. Zresztą ostatnie punkta jeszcze nie były omówione szczegółowo i w swoim czasie o nich doniesiemy.

— Dnia 9 Lutego bronił w auli tutejszego uniwersytetu rozprawy na stopień Doktora Medycyny kol. Skabiczewski asystent przy katedrze fizjologii. Tytuł rozprawy: K woprosu o innerwacji moczowego puzyria. Oponentami z urzędu byli: prof. Czausow, Hoyer i Nawrocki. Doktorantowi stopień przyznano jednomyślnie.

— Podana przez pisma publiczne wiadomość o wysłaniu zagranicę przez komitet budowy szpitala Dz. Jezus jednego z członków w celu poznania budownictwa szpitalnego za granicą, nie była opartą na żadnych pewnych danych, gdyż kwestyja ta nie była poruszana na posiedzeniach dotychczasowych komitetu.

— Kol. H. Kucharzewski mianowany został przez radę miejską asystentem przy naczelnym lekarzu szpit. Ewangelickiego kol. Brunnerze.

— Na posadzcie ordynatora etatowego kliniki terapeutycznej wydziałowej zatwierdzony został kol. A. Feilchenfeld.

— Dnia 13 marca lekarze krakowscy obchodzili uroczyste 25-cio letni jubileusz profesora Dra Macieja Leona Jakubowskiego, organizatora nauczania pedjatrycznego w Uniwersytecie Jagiellońskim, założyciela i Dyrektora kliniki pedjatrycznej i szpitala Św. Ludwika dla dzieci, głośnego lekarza i męża zasłużonego wielce na polu pedagogiczno-naukowym i filantropijno-społecznym.

— Do komitetu, jaki się tworzy w Rossyi w celu obmyślenia uczestnictwa rosyjskich lekarzy na zjeździe międzynarodowym lekarzy i przyrodników w Berlinie wejść mają, jak donosi „Wracz“ oprócz pr. Paszutina, pp. Bechterew, Hoyer, Dobrowolski, Kowalewski, Łukjanow, Reju, Sklifasowski, Szczelkow.

— Dziedziczny honorowy obywatel N. I. Bojew, zapisał Moskiewskiej radzie miejskiej 750,000 rs. na urządzenie domu schronienia dla biednych oby-

wateli Moskwy oraz mieszkańców innych stanów, wyznania prawosławnego, którzy mieszkali nie mniej jak dwa lata.

— Komitet organizacyjny X-go zjazdu międzynarodowego w Berlinie (przewodniczący prof. R. Virchow, vice-prezysi: v. Bergman, E. Leyden, W. Waldeyer) rozsyła zawiadomienie, że podczas zjazdu urządzoną będzie wystawa międzynarodowa lekarska, na którą dopuszczone będą następującego rodzaju przedmioty.

1) Narzędzia nowe i udoskonalone, przyrządy dotyczące biologii i medycyny specjalnie, włączając w to przyrządy fotograficzne, spektroskopijne i t. d. O ile mogą oddawać usługi medycynie.

2) Nowe ciała i przetwory chemiczne mające wejść w skład farmakologii.

3) Najnowsze leki i preparaty farmaceutyczne.

4) Nowe preparaty spożywcze.

5) Nowe i udoskonalone narzędzia operacyjne w medycynie wewnętrznej i chirurgii.

6) Nowe plany i modele szpitali, schronisk dla rekonwalescentów, urządzeń kąpielowych i dezynfekcyi.

7) Nowe przyrządy dla chorych, inwalidów i t. p., włączając w to sposoby transportu, wanny dla chorych.

8) Nowe przyrządy w zakresie higieny.

Specjalny komitet wystawowy składają pp. P. Dörrfel, H. Haensch, Dr I. F. Holtz, D. L. Loewenberg, Dr L. Petri, H. Windler i dr. Lasser, sekretarz generalny komitetu organizacyjnego, pod którego adresem zwracać się mają interesanci (Berlin N. W. Carlstrasse 19) z uwagą na kopercie „Affaires d'exposition“ i załączeniem biletu wizytowego albo prospektu.

(Nb. Zaproszenia drukowane są w języku francuzkim).

— We Francyi cyrkularzem ministra wojny zabroniono hypnotyzmu w armii, nawet jako środka leczniczego.

— Że położenie rodzącej nie wpływa na sam akt rodzenia posłużyć może opis różnych pozycji kobiet rodzących. I tak: amerykanki (przeważnie i u nas) rodzą w pozycji leżącej na wznak, angielfki leżąc na boku, mekaykanki i hiszpanki przy położeniu w raczka, egipcjanki stojący, kafryjskie kobiety siedząc w kuczki, a indyjanki leżąc na brzuchu.

— Towarzystwo lekarzy szkolnych w Londynie uznało jednogłośnie za konieczne, by raz na miesiąc oglądano zęby u wszystkich uczących się.

— W Edynburgu dla studentów odbywają się wykłady o przygotowywaniu pokarmów dla chorych. Wykładowi towarzyszy nauka praktyczna, wszystkie bowiem potrawy przygotowują się w oczach studentów na lekcyi.

— Statystyczne dane wykazały, że Norwegija jest najzdrowszym krajem od r. 1876—1880 średnia długość życia wynosiła tam bowiem dla mężczyzn 48,33, dla kobiet 51,30 lat, w Anglii zaś 41,35 i 44,62. Z 1,000 urodzonych dzieci dożyło 5 roku życia w Norwegii 815 chłopców i 833 dziewcząt; W Anglii 734 i 762.

— Rozporządzenie ministerjum belgijskiego z d. 30 St. 1890 odnośnie praw kobiet, dotyczących wykształcenia akademickiego brzmi: osoby płci żeńskiej mogą uczestniczyć we wszelkich prelekcjach i kursach w Uniwersytetach i mogą ubiegać się o wszelkie godności akademickie. Wykonywanie praktyki lekarskiej i farmaceutycznej pozwala się im bez ograniczeń; za to karyjera prawnicza, a zwłaszcza obrończa pozostaje dla

nich zamkniętą. Postanowienie to rozszerza w wysokim stopniu zakres działalności kobiet w Belgii.

— W półroczu zimowym 1889/90 frekwencja w uniwersytetach austriackich była następująca: 13,278, o 523 mniej niż roku poprzedniego. Liczba studentów medycyny wynosiła 5,703 42.9<sup>0</sup>/<sub>100</sub> ogólnej cyfry która rozpada się tak: w Wiedniu 4,996 (5,218 roku przeszłego) Graz 1,327, (1,296) Praga, czeski—2,110 (2361), Praga, niemiecki 1,441 (1,470), Innsbruck 669 (869), Lwów 1,089 (1,129), Kraków 1,225 (1,206) Czerniewice 271 (259).

— P. M. Baudouin (*Progres Méd.* 8) podnosi konieczność *ogłaszania przypadków śmierci przy użyciu chloroformu*. Obecnie przypadki takie pozostają zwykle w ukryciu z rozmaitych względów ubocznych. Według obliczeń dra Duret od roku 1847 ogłoszono w literaturze całego świata zaledwie 241 przypadków, kiedy cyfra ich jest niewątpliwie znacznie większą. Prasa lekarska angielska i amerykańska nie robi sobie skrępułu z interesów indywidualnych i ogłasza każdy przypadek, jaki dojdzie do jej wiadomości. P. Duret jeszcze w 1880 r. nawoływał do naśladownictwa *British Med. Journal*. Ale bez skutku. Tym zaś tylko sposobem można by otrzymać dostateczne przeciwwskazania dla stosowania chloroformu i uniknąć nieszczęśliwych przypadków. B. ze swej strony ponawia to wezwanie. Ostatecznie można pisać anonime. Należało by przytaczać wszelkie możliwe szczegóły dotyczące przypadku: wiek, płeć, zajęcie chorego, usposobienia (alkoholizm), przebyte choroby (nerek, serca), obecne cierpienie. Dalej chwilę śmierci, ilość zużytego chloroformu i sposób podawania (dozy małe, duże, podawanie z przerwami, maska etc.) rodzaj chloroformu, objawy wśród których nastąpiła tu śmierć.

## Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lekarskich polskich.

LUTY 1890.

A. *Sokołowski*. Uwagi nad charakterem panującej w końcu roku zeszłego w Warszawie epidemii influenzy ze szczególnem uwzględnieniem objawów i powikłań ze strony dróg oddechowych. (G. L.)

Z. *Kramsztyk*. O usunięciu pędzelków z praktyki okulistycznej. (G. L.)

W. *Mollakowski*. O bąblowcu sieci z punktu chirurgicznego z opisaniem własnego przypadku bąblowca pojedynczego sieci i kiszki. (G. L.)

Dr *Med. M. Brunner*. Przyczynek do kazuistyki zwyrodnienia pęczków piramidalnych mózgowia. (G. L.)

Dr *Med. J. Pawiński*. Influenza czy dengue. (G. L.)

W. *Stankiewicz*. O leczeniu złamań rzepki za pomocą szwu kostnego. (P. L.)

H. *Hiener*. Improvizowana pompa żołądkowa zastosowana przy otruciu chlorkanem potasowym. (P. L.)

B. *Wichierkiewicz*. O wpływie grypy epidemicznej na oko. (P. L.)

W. *Ilurojewicz*. Sprawozdanie za rok 1887 z oddziału położniczo-ginekologicznego pr. Dr. Madurowicza w szpitalu Ś-go Łazarza w Krakowie. (G. L.)

*R. Jasiński.* Skolijozy powstające wskutek niektórych cierpień układu nerwowego i mięśniowego. (P. L.)

*Prof. Blumenstok.* Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Jagiellońskiego: Śmierć naturalna czy z uduszenia.

*F. Sroczyński.* Przyczynę do znajomości i leczenia mięsaków przyrogówkowych oka. (P. L.)

*Fr. Chłapowski.* Rozszerzanie się gruźlicy przez mięso a rzeźactwo żydowskie. (N. L.)

*Rościszewski.* Wynik leczenia 19 przypadków wola za pomocą podwiązania tętnic tarczycowych.

*Tymowski.* O leczeniu przyczynowem (patogenicznem). (M.)

*T. Boryssowicz.* Zmiany w budowie niektórych narządów gyniatrycznych. (M.)

*J. Szwajcer.* Kilka uwag i spostrzeżeń nad przebiegiem epidemii Influenzy w Warszawie. (M.)

*H. Dobrzycki.* Rzut oka na naukowo-społeczną działalność profesora Tytusa Chałubińskiego. (M.)

*J. Zawadzki.* Ze zdrojowisk krajowych. (Z.)

*O. Bujwid.* Sprawozdanie z ochronnego leczenia wścieklizny w r. 1889 w Warszawie. (Z.)

*A. Sokołowski.* Skryte postacię suchot płucnych. Odczyty klin. (wyd. p. G. L.)

---

## Nadesłano do Redakcyi.

---

*Boł. Wicherkiewicz.* O wartości leczenia samoistnie odczepionej siatkówki sposobem Schredera —Odb. z Nowin Lek.

— O wpływie grypy epidemicznej na oko—Odb. z Przeg. Lek.

*F. L. Neugebauer.* (Sohn.) Audiatur et altera pars worte der Nothwehr etc.—Leipzig.

— toż samo w języku ruskim.

*J. Szwajcer.* Kilka uwag nad przebiegiem epidemii Influenzy w Warszawie odb. z Medycyny.

*M. Dührssen'a.* O leczeniu krwotoków poporodowych. Nr. 14. Odczyt Klin. wyd. przez Gaz. Lek.

*W. Skabiczewskiego.* K woprosu ob innerwacyi moczewego puzyria Dyssert. na st. Dr. Med., Warsz. 1890.

*Dr. J. Bogdanik.* O resekcji odbytnicy w razie wypadnięcia tejże.

— Dwa rzadkie przypadki obrażenia klatki piersiowej względnie kręgosłupa.

— Dermoplastyczna amputacyja stopy. Osobne odbicia z Przegl. Lek.

# OGŁOSZENIA.

Nakładem Administracji „Wiadomości farmaceutycznych“ wyszła  
praca p. t.

## ZARYS MIKROCHEMII

mineralnej i organicznej

opracowana przez

M. HEILPERNA.

Cena kop. 60, z przesyłką rekomendowaną kop. 80.

**КОПАХОН**  
APTEKARZ  
**K. LEROWSKI**  
133 Marszałkowska 133  
Z pozwolenia Departamentu Medycznego  
WYRABIA  
**КОПАХОН**  
niezawodny przeciw rzerzączce  
Cena fla: rs. 1.

<b>TRAN Z ŻELAZEM</b> zawierający żelaza.....	0,3
łyżka stołowa odpowiada....	0,045
<b>TRAN Z JODEM</b> zawierający jodu.....	0.1
łyżka stołowa odpowiada....	0,015
<b>TRAN Z JODKIEM ŻELAZA</b> zawierający jodku żelaza....	0,3
łyżka stołowa odpowiada....	0,045
<b>TRAN Z FOSFOREM</b> zawierający fosforu.....	0,01
łyżka stołowa odpowiada....	0,0015
<b>TRAN Z JODKIEM POTASSU</b> zawiera potassu.....	1,25
łyżka stołowa odpowiada....	0,18

na świeżym tegorocznym tranie z ściśle oznaczoną  
procentowością posiada

**Apteka H. Biertümpfla**

MARSZAŁKOWSKA RÓG ŚTO-KRZYSKIEJ. 3—3

# APTEKA

I

## SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

# M. BARCZA

W WARSZAWIE

*94 Marszałkowska 94.*

Jest stale zaopatrywaną we wszelkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki learskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

---

## Liquor ferri albuminati Grüning

(Natrium ferri albuminatum liquidum).

Wprowadzony przezemnie do handlu, właściwym sposobem otrzymany roztwór, odznacza się doskonałemi własnościami terapeutycznemi.

Nie psuje się, zawiera 0,5% tlenniku żelaza i wyrównywa zupełnie własnościom roztworu białkanu żelaza Drees'a.

N. B. Z powodu istnienia licznych przetworów białkanu żelaza, należy przepisywać:

## „Liquor ferri albuminati Grüning.”

Skład główny na Królestwo w aptece **Wendy i Wiorogórskiego**, N. 45  
Krakowskie Przedmieście w Warszawie.

**W. Grüning,**

Mag. farm. w Połędzie.



# APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

## D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejący.

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

---

## SKŁAD

## MATERIAŁÓW APTECZNYCH

# Wiktora Waligórskiego

Nowy Świat Nr. 38 w Warszawie

ma zaszczyt polecić:

Materyały apteczne.—Przetwory chemiczne.—Specyalia zagraniczne.—Specyalia wyrobu aptekarza A. Rakowskiego.—Przedmioty opatrunkowe.

## Wody mineralne naturalne i sztuczne.

PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCUSKIE.

## DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH

Koncesyjowane przez  
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach  
hygieniczno-lekarskich



## EKSTRAKT I KARMELKI „LELIWA”

Przygotowane podług wskazań Lekarzy i Chemików, pewniejsze i 50% tańsze od zagranicznych. **Flaszka ekstraktu miodowo-ziółtowo-słodowego kop. 75**, tegoż ekstraktu z dodaniem chinu lub żelaza i chinu rs. 1. **Paczka karmelków kop. 15**. Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych. **Główny skład** w **Warszawie** w składzie aptecznym Mrozowskiego i Spiessa, w **Odessie** u Gajewskiego, w **Astrachaniu** u Kerna, w **Koźnie** u Miron-Klimowicza, w **Moskwie** u Mattejsena i u Pączkowskiego, w **Kijowie** u Żeligowskiego i w **Południowo Ruskiem** Towarzystwie aptecznem, w **Wilnie** u Segala, w **Tyflisie** u Wyczalkowskiego i Ajwazowa, w **Baku** u Czyszkowskiego.

## Wino piołunowe gorzkie (Vin de Vermouth).

Przygotowane na winie węgierskiem wytrawnem, jak również i na francuskiem desserowem (słodkie).

Cena butelki zawierającej 435,0 rs. 1 kop. 50.

poleca

**Apteka H. Biertümpfla**

Marszałkowska Nr. 133, róg Ś-to Krzyżkiej w **Warszawie**.

# APTEKA

# E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

w WARSZAWIE

ma honor podać do wiadomości pp. Doktorów, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy, podawania leków pod postacią win, przygotowała obecnie cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-Chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Chinowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

„ „ z żelazem zawiera 1 $\frac{1}{2}$  ę żelaza, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino Condurango czyste na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 75.

„ „ z żelazem zawiera 2 $\frac{1}{2}$  ę żelaza, butelka rs. 2.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych i na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34 $\frac{1}{2}$  Cofeiny, butelka rs. 2 kop. 25.

Wino Kwassyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kwassyjowe na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2 $\frac{1}{2}$  pepsyny, butelka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2 $\frac{1}{2}$  pepsyny, butelka rs. 2.

Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagrada na Maladze. Jedna do 1 $\frac{1}{2}$  łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino senesowe (*fol. Sen. Alex. sine resinae*) na Xeresie. Jedna do 1 $\frac{1}{2}$  łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 1 kop. 75.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0 (14—15 uncyj).

# JAN KRZYKOWSKI

## OPTYK ELEKTROTECHNIK

Marszałkowska Nr. 109

poleca:

Aparaty elektryczne wszelkich systemów własnego wyrobu, jako też skutecznie pod gwarancją reperacyje takowych.

**Wyrabia i urządza dzwonki elektryczne.**

**Posiada na składzie:**

Szklą, okulary, nanośniki, termometra lekarskie, inhalatory, respiratory, irygatory, szpryce, paski rupturowe i t. p. przedmioty w wielkim wyborze.

**Specyalne szpryczki do lewatyw glicerynowych.**

Środki opatrunkowe i bandaże po cenach fabrycznych.

**Uwaga.** Wykonywa wszelkiego rodzaju roboty w zakres techniki lekarskiej wchodzące ściśle według przedstawionych wzorów i planów rysunkowych.

Znane ze swej dokładności i tanioci termometra maksymalne nadeszły w wielkiej ilości.

---

Rok XVII—1889.

# MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

dla lekarzy — praktyków

redagowane i wydawane przez

**D-ra Gustawa Fritsche.**

Wychodzi w każdą sobotę i zawiera następujące działy:

1) Spostrzeżenia z klinik, szpitali, zakładów leczniczych i praktyki prywatnej. 2) Kazuistykę lekarską i sądowo-lekarską. 3) Medycynę społeczną. 4) Wykłady kliniczne. 5) Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. 6) Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. 7) Korespondencyje z kraju i zagranicy. 8) Streszczenia i wyciągi z pism lekarskich cudzoziemskich. 9) Wiadomości z Medycyny publicznej i Statystyki lekarskiej. 10) Kronikę zagraniczną, krajową i miejscową. 11) Przegląd bibliograficzny. Wspomnienia pośmiertne i t. p.

Przedpłata wynosi: W Warszawie z odnośnieniem do mieszkania rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50. — Na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą z przesyłką pocztową rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, aleje Jerozolimskie Nr. 80.