

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O niezwyklej postaci peryjodycznego, rodzinnego porażenia, powstałego prawdopodobnie na tle samozatrucia.

przez S. Goldflama.

(Dalszy ciąg.)

Przebieg. — 22/IV 1890. Mocz c. gat. 1028. Białka ani cukru nie zawiera — ilość fosforanów $0,32\%$.

Napad II. 26/IV 90. Stan zdrowia Rydla był do wczoraj zupełnie zadawalniający, gdy wieczorem w piątek, po zjedzeniu kolacji, składającej się z mięsa, ryby i slipek z octem wyszedł na przechadzkę. Po kwadransie poczuł, że mu nogi, a także w mniejszym stopniu ręce, słabną, chociaż mniej silnie, aniżeli zwykle. Wrócił do domu, położył się do łóżka, przewidując, że nazajutrz będzie miał napad, może, nie, jak zwykle w wysokim stopniu. Spał dobrze, umiarkowanie się pocił, a rano obudził się ze słabymi kończynami, zwłaszcza dolne były słabe. Mógł jednakże wstać, ubrać się, chodzić po pokoju, ale nie mógł podnieść się na palcach.

Nie odważył się też przyjść do kliniki, jak to było umówione, odmówił przyjmowania pokarmów i wziął olejek rycynowy. Po przeczyszczeniu zrobiło mu się, jak powiada, znacznie lepiej, tak, że kiedy go odwiedziłem koło 1-ej w poł., już stan jego był zadawalniający, mógł się na palcach podnosić, ścisnął mię dość mocno za rękę, odruchy kolanowe, ścięgna Achilles'a były dobrze wyrażone — ale oddziaływanie mięśni dolnych kończyn na strumień faradyczny i galwaniczny było stanowczo zmniejszone — potrzeba było silniejszych strumieni dla wywołania skurczu. Ten ostatni jest zwłaszcza przy drażnieniu galwanicznym dość słaby, — a w czworogłowym uda, tak przy katodzie, jak i anodzie, powstaje falisty skurcz. Nerwy dolnych kończyn lepiej oddziaływają na strumień elektryczny aniżeli mięśnie — a oddziaływanie nerwów i mięśni górnych kończyn jest prawidłowe, z wyjątkiem mięśni Thezaris, dla których potrzeba bardzo silnych strumieni, a i wtedy skurcz jest bardzo słaby i niekiedy AnSZ jest w $>$ od KaSZ. Chory utrzymuje, że takie niezupełnie wykształcone napady dostaje rzadko, o wiele rzadziej, aniżeli napady wielkie, wykształcone, mianowicie mniej więcej raz na pół roku. Przypuszcza on że ten poroniony napad wystąpił po zjedzeniu slipek z octem i utrzymuje, że ostre pokarmy jak ocet, także mączne pokarmy i ryba (zwłaszcza zepsuta) szkodzą mu i napad powodują: 27/IV 90. Rydel zdrów zupełnie.

N. accessorius sin. przy $12\frac{1}{2}$ ctm. 10El(1MA)KaSZ

M. Cucullaris sin. $12\frac{1}{2}$; 10El(1MA)KaSZ

- M. deltoideus sin. 12; 15El($1\frac{1}{2}$ MA)KaSZ; przy silniejszych strumieniach KaSZ > AnSZ
- M. biceps sin. 12,5; 13El($1\frac{1}{2}$ MA)KaSZ
- N. medianus sin 10; 15El($1\frac{1}{2}$ MA)KaSZ
- N. radialis sin. 11; 12El($1\frac{1}{2}$ MA)KaSZ
- M. extensor dig. com. sin. 10; 17El(3MA)KaSZ; 20El($3\frac{1}{2}$ MA)KaSZ > AnSZ
- M. flexor dig. com. sin. 11; 5El($\frac{3}{4}$ MA) KaSZ; 10El($1\frac{1}{2}$ MA)KaSZ > AnSZ
- Mm. hypothenaris sin. 10; 45El($1\frac{1}{2}$ MA)KaSZ; 60El(4MA)KaSZ > AnSZ
- Mm. thenaris sin. $9\frac{1}{2}$; 45El($1\frac{1}{2}$ MA)KaSZ > AnSZ, oba słabe
- N. cruralis sin. 10,5; 15El($1\frac{1}{2}$ MA) KaSZ
- M. quadriceps sin. 9; 20El(3MA)KaSZ
- N. Peroneus sin. 10,5; 25El(3MA)KaSZ
- M. tibialis ant. sin. $9\frac{1}{4}$; 20El(4MA)KaSZ
- M. peroneus longus sin. $9\frac{3}{4}$; 20El($3\frac{1}{2}$ MA)KaSZ
- M. gastrocnemius sin. 9,5; 20El($3\frac{1}{2}$ MA)KaSZ
- Mm. thenaris dex. 10,5; 35El(1MA)KaSZ = AnSZ, oba słabe; 40El($1\frac{1}{2}$ MA)KaSZ > AnSZ, oba słabe; 60El($2\frac{1}{2}$ MA)KaSZ = AnSZ
- Mm. thenaris sin. 10; 45El($1\frac{1}{2}$ MA)KaSZ > AnSZ
- M. interosseus IV sin. 9,5; 30El(2,5MA)KaSZ = AnSZ, także przy silniejszych strumieniach
- M. interosseus III sin. 10; 25El($1\frac{1}{2}$ MA)KaSZ, przy mocniejszych strumieniach KaSZ $\frac{1}{2}$ > AnSZ
- M. interosseus II sin. 9,5; 15El(1MA)KaSZ = AnSZ, przy mocniejszych strumieniach KaSZ > AnSZ
- " I sin. 10,3; 30El($1\frac{1}{2}$ MA)KaSZ
- " I dex. 9,5; 35El($2\frac{1}{2}$ MA)AnSZ; 45El(6MA)KaSZ > AnSZ
- " II " 9,3; 30El(2MA)KaSZ = AnSZ
- " III " 9,3; 40El(3MA)KaSZ niewiele > AnSZ
- " IV " 10,3; 40El(2MA); 50El(3MA)KaSZ > AnSZ
- 30/IV. 90. M. abductor poll. br. dex. przy 10 cm.; 50El($1\frac{1}{2}$ MA)KaSZ = AnSZ, słabe; 60El($2\frac{1}{2}$ MA)KaSZ = AnSZ
- M. Opponens poll. br. dex. 10; 50El($1\frac{3}{4}$ MA)KaSZ = AnSZ, może nawet AnSZ > KaSZ, słabe; 60El($2\frac{1}{2}$ MA)KaSZ = AnSZ energiczne chwilowe.
- M. interosseus I dex. 10,3; 40El($2\frac{1}{2}$ MA)AnSZ > KaSZ; 45El(4MA)AnSZ znacznie > KaSZ
- M. interosseus II dex. 10; 35El(2MA)KaSZ nieco > AnSZ
- M. interosseus III dex. 10; 30El(2MA)KaSZ > AnSZ
- M. interosseus IV dex. 10,5; 30El($1\frac{1}{2}$ MA)KaSZ
- M. abductor poll. br. sin. 9,2; 50El(2MA)KaSZ > AnSZ
- M. Opponens sin. 10; 40El($1\frac{3}{4}$ MA)KaSZ > AnSZ
- M. interosseus IV sin. 10,5; 30El(2,5MA)KaSZ > AnSZ
- M. interosseus III sin. 9,5; 35El(2,5MA)KaSZ > AnSZ
- M. interosseus II sin. 10,5; 30El(2MA)KaSZ, przy mocniejszych strumieniach KaSZ > AnSZ
- M. interosseus sin. I 9; 35El(2MA)KaSZ = AnSZ; 40El(2,5MA)AnSZ może nawet > KaSZ

N a p a d III. 3/V 90. Wczoraj (Piątek) wieczorem o godzinie dziewiątej zjadł kolację składającą się z kawałka ryby nadziewanej, mięsa wołowego, rosolu i drobnej kaszki. Czuł się zupełnie dobrze, wyszedł na spacer i nic nie zapowiadało napadu. Położył się do łóżka o wpół do jedenastej, spał zupełnie dobrze, pocił się umiarkowanie, a przebudziwszy się o siódmej rano ręce i nogi, zwłaszcza ostatnie, były tak słabe, że ledwie mógł się podnieść i ubrać. Chciał się przemódz, chodził po pokoju, wyobrażając sobie, że w ten sposób przerwie napad. Próbował nawet zejść ze schodów, ale upadł i ledwie na czworakach mógł się dowlec do pokoju. Gdym przyszedł o kwadrans na pierwszą w południe, zastałem go stojącego przy stole, nogi rozstawione, kolana hyper extendowane, z trudem może się po pokoju przejść, nie jest w stanie podnieść się na palcach, ani choć trochę przykucnąć. Siła ruchów jest bardzo słaba, a kurczący się mięsień pozostaje wiotkim.—Wyprostowanie w kolanach, obdukeyja lewej stopy są zupełnie niemożliwe. Tonus przy ruchach biernych prawie zupełnie zniesiony, odruchów kolanowych niema, Achilles'a dość żywe, podeszwowe słabe. Czuć we wszelkich gatunkach i zmysł mięśniowy najdokładniej zachowane. I siła ruchów górnych kończyn jest bardzo słaba, tylko mięśnie oddechowe działają zupełnie dobrze. Osłabienie mięśni w oczach moich się zwiększało, chory musiał się do łóżka położyć, sam się już rozebrać nie mógł, gdy śniad, padał na posładki całym swym ciężarem, wstać sam z krzesła nie mógł, a w łóżku z wielkim wysiłkiem i przy pomocy rąk ledwie mógł usiąść, pomimo, że *recti abdominis* dość dobrze się kurczyły. Był bledszy, aniżeli zwykle, posmutniał, nawet płakał, tak mu się choroba daje we znaki, tętno 60 b. małe. T. 37,3⁰. Język czysty, brzuch niebolesny i nie wzdęty, śledziona nie powiększona, skóra sucha, wczoraj wieczorem jak zwykle miał stolec, do tej chwili dwa razy oddawał urynę.

O oddziaływaniu elektrycznem, a miałem do dyspozycyi tylko przenośne maszyny Hirschmann'a, można wogóle powiedzieć, że nerwy lepiej oddziaływały, aniżeli mięśnie, te ostatnie gorzej w stosunku do zachowanych jeszcze czynnych ruchów, że osłabienie na strumień faradyczny szło równomiernie z osłabieniem na galwaniczny, że można było stwierdzić osłabienie oddziaływania elektrycznego, aż do zupełnego zniknięcia ostatniego, ale nie odwrócenie formuły. Przy drażnieniu nerwów udowych silniejszymi strumieniami faradycznymi, otrzymywaliśmy tylko skurcz mięśni krawieckich, nawet przy najsilniejszych strumieniach faradycznych czworogłowe uda się nie kurczyły,— a nie można też było otrzymać ich skurczu przy bezpośrednim drażnieniu. Toż samo przy drażnieniu nerwów udowych b. silnymi strumieniami galwanicznymi otrzymywaliśmy tylko skurcz mięśni krawieckich. Przy bezpośrednim drażnieniu, czworogłowe wcale się nie kurczyły, albo niezmiernie słabo. *Adductores femoris* b. słabo, *flexores* wcale nie odpowiadają na strumień faradyczny, na galwaniczny zaś bardzo słabo. *N. peroneus et tibialis posticus sinister* dają słaby skurcz przy średnich faradycznych. *Musculi tibialis anticus, extensor digit. communis i gastrocn. sinister* odpowiadają dopiero przy b. silnych strumieniach faradycznych, na które *mm. peronei* wcale nie oddziaływają. Te ostatnie nie oddziaływają także na b. silne strumienie galwaniczne, b. słabo oddziaływa *ext. digitorum communis sinister*, nieco więcej *gastrocnemus sinister*. Po stronie prawej stosunki prawie też same, tylko, że przy najsilniejszych strumieniach faradycznych niema oddziaływania w *m. tibialis anticus, exten. digit. communis, peronei*,

słabe zaś w gastr. oceniam tu odpowiednich nerwów oddziaływanie wprawdzie zmniejszone—jeszcze istnieje. Z mięśni tułowia oddziaływają słabo na oba strumienie — pectorales, infraspinatus, teretes, quadratus lumborum. W górnych kończynach nerwy i mięśnie oddziaływają dobrze z wyjątkiem biceps, deltoideus, interosseus primus, zwłaszcza ostatni oddziaływa b. słabo przy silnych strumieniach. Ugniatanie mięśni i nerwów jest zupełnie niebolesne, żadnego też bólu, ani sensacyj chorey nie doznaje, ruchy głową są swobodne, ze strony twarzy, gałek ocznych, zmysłów, mowy, stanu psychicznego żadnych zbroczeń niema.

Godz. 9 wieczorem. T. 36.8. P. 64. Oddech równy, spokojny. Cały dzień spał, tylko raz jeden przebudzono go dla podania mu mleka, oprócz którego wypił w ciągu dnia dzisiejszego 6 szklanek herbaty. Był spocony, oddał 750 ctm. moczu, c. g. 1007, nie zawierającego ani cukru, ani białka, i znów zasnął. Jest mu teraz lepiej, trochę mocniej ścisła rękę, ruchy dolnych kończyn są jeszcze b. słabe, nie może ich unieść, odruchy kolanowe b. trudno otrzymać i są nadzwyczaj słabe, Achillesa są dobrze wyrażone, podeszwowe i brzuszne żywsze, aniżeli rano, stolca nie było.

4/V. 90. Godz. 1-a. W nocy spał dobrze, poccił się dość obficie,—rano z wielkim trudem podniósł się z łóżka, ale po paru krokach upadł i musiano go do łóżka położyć. Porażenie kończyn jest prawie takie same, jak wczoraj, tylko, że lewą dolną kończynę może unieść nieco nad pośladnie. Odruchów kolanowych niema, Achilles'a, podeszwowe, mosznowe i brzuszne dobrze wyrażone. Oddziaływanie elektryczne nerwów i mięśni takie same, jak wczoraj. Kończyny górne są jak i wczoraj, o wiele lepsze, niż dolne, może nimi poruszać, ale z małą siłą. Oddziaływanie w nich także same. Usiąść, jak i wczoraj, może z trudem przy pomocy rąk, przyczem recti abdominis mocno się kurozą. Stolca dotąd nie było, brzuch jest mały, miękki, język czysty, apetyt jest, ale pije tylko mleko. Dziś rano oddał 370 ctm. moczu, c. g. 1006, niezawierającego ani białka, ani cukru. Stan bezgorączkowy, puls 60.

Godz. 9 w. T. 36,8. P. 60. Po olejku rycynowym, wziętym w południe miał stolec zapieczony koło 6 wiecz., poczem zasnął, a gdy się o wpół do ósmej obudził był cały obfitym potem zlanym. Jest mu teraz znakomicie lepiej, podnosi dolne kończyny, a i wszystkie inne ruchy są dość energiczne. Pomimo tego, jeszcze chodzić by nie mógł. Ucisk ręki także silniejszy, aniżeli rano. Odruchy kolanowe powróciły. W oddziaływaniu faradycznym i galwanicznym także znaczna zaszła poprawa. Z łatwością można otrzymać skurcze, tak pośrednio od nerwów, jak i bezpośrednio od tych mięśni, które jeszcze rano nie oddziaływały, np. quadricipites, przyczem KaSZ większe, aniżeli AnSZ. Odważył się dziś pić rosół, mleko i zjadł gotowaną kurę.

5/V. 90. Przyszedł sam do kliniki, chodzi zupełnie dobrze, siła prawej ręki 40, lewej 34 kilogr., siła gruba dolnych kończyn b. znaczna, ale odruchy kolanowe są jeszcze słabe i występują tylko po niektórych uderzeniach, nawet przy pomocy Jendrassika. Już w nocy o godzinie 1-iej, kiedy wstał dla oddania stolca mógł swobodnie chodzić. Moczu od 6-jej popołudniu do dziś rano oddał 1000 ctm., o ciężarze gatunkowym 1008, bez białka i cukru. Ostatniej nocy poccił się umiarkowanie. Napad trwał 36 do 40 godzin. Badanie elektrycznością wykazało między innymi dla międzykostnego pierwszego prawego 9,5 ctm.; $40\text{El}(4\text{MA})\text{AnSZ} > \text{KaSZ}$.

6/V. 90. Zdrow zupełnie, tętno 80. Odruchy kolanowe słabe i nie za każdym uderzeniem występujące.

8. V. 90. M. abductor poll. br. dex. 10,3 ctm; $40El(1\frac{1}{4}MA)AnSZ = KaSZ$; $40El(1\frac{1}{2}MA)AnSZ = KaSZ$; $50El(2MA)AnSZ > KaSZ$,
 słabe.

M. opponens poll. br. dex. 10,3 ctm.; $40El(1\frac{1}{4}MA)KaSZ > AnSZ$

M. interosseus I dex. 10,3; $35El(2\frac{3}{4}MA)KaSZ = AnSZ$, słabe

M. interosseus sin. 10,3; $30El(1\frac{3}{4}MA)KaSZ$

M. abductor poll. br. sin. 10,3; $30El(\frac{3}{4}MA)KaSZ$; przy mocniejszych strumieniach $KaSZ > AnSZ$

M. opponens poll. br. sin. 10,3; $40El(1\frac{1}{3}MA)KaSZ > AnSZ$

N a p a d IV. 14/V. 90. Środa. Wczoraj w południe, będąc zupełnie zdrowym przyszedł do mnie do szpitala. Powróciwszy do domu położył się z powodu gorąca spać, a obudzwszy się o wpół do szóstej popołudniu czuł osłabienie w nogach. Zjadł objad, składający się z wołowego mięsa z kaszką. Osłabienie nóg coraz się zwiększało, [wieczorem wypił tylko herbatę (zwykle wieczorami nie jada), miał wypróżnienie, ale niedostateczne i o wpół po jedenastej położył się do łóżka. Spał dobrze i nie pocił się. Dziś rano już nie mógł wstać. O godzinie 1-ej w południe temperatura bezgorączkowa, tętno 85, małe, słabe, miękkie do tego stopnia, że trudno zdjąć rysunek sfigmograficzny. Resp. 20—22. Porażenie i dziś jest większe w dolnych kończynach, aniżeli w górnych, dotyka także tułowia, ale nie głowy, którą swobodnie poruszać może. Porażenie dolnych kończyn jest prawie zupełne, możliwe są tylko b. słabe ruchy palcami i nadzwyczaj nieznaczne zgięcie w biodrze. Odruchy kolanowe, ścięgna Achillesa i podszewkowe są zniesione, mosznowe i brzuszne dość słabe. Usiąść absolutnie nie może, a przy usiłowaniu mięśnie brzucha napinają się dość słabo. Inne ruchy tułowia są także zniesione, ale oddychanie odbywa się prawidłowo,—wszakże wykształcenie jest trudne. W górnych kończynach zniesione są przedewszystkiem ruchy w barku, z wyjątkiem podnoszenia, zależnego od dość silnego skurczu kapturowego. Mm. pectorales wprawdzie się naprężają, ale b. słabo i bez efektu fizjologicznego. W stawie łokciowym ruchy są także zniesione, w stawie nadgarstkowym wyprostowanie jest prawie zupełnie zniesione, zginanie jest słabe. W palcach możliwe jest tylko b. słabe zginanie, wyprostowanie ich zniesione. Oddziaływanie faradyczne i galwaniczne nerwów i mięśni jest takie same, jak w poprzednim napadzie. Przy drażnieniu nerwu udowego prawego utrzymuje się skurcz tylko mięśnia krawieckiego, lewego zaś — także słaby czworogłowy. Same mięśnie czworogłowe wcale na strumienie elektryczne nie oddziałują. Przy drażnieniu n. peroneorum otrzymuje się tylko b. słaby ruch palców, inniemięśnie tego obrębu nerwowego wcale nie oddziałują. Przy drażnieniu obu n. tibialis postici otrzymuje się słaby skurcz gastrocnemii które bezpośrednio drażnione bardzo słabo oddziałują, słabo też recti abdominis. Musculi cucullares oddziałują energicznie, o wiele słabiej deltoidei. Bicipites, tricipites i pectorales dają niesłychanie słaby, ledwie widzialny skurcz. Nadzwyczaj słabo oddziałują wyprostne przedramienia, dość słabo zginacze przedramienia, słabo też małe mięśnie rąk. Od n. medianus, ulnaris otrzymuje się dość mocne skurcze, daleko słabsze od n. radialis. Mowa tu wszędzie o b. silnych strumieniach. Pobudliwość mechaniczna mięśni zupełnie zniesiona, tylko w dwugłowych ramienia, i może piersiowych, powstaje nie za każdym uderzeniem małe i słabe wzniesienie poprzeczne (Qwerwulst).

Godz. 8 wieczór. T. 36,6, tętno słabe, stan bez zmiany, tylko nieco mocniej ściska rękami. Pił mleko i sok od pomarańczy. Stolca dziś nie było.

15/V. 90. Godzina 12 w południe. Tętno 80 słabe, oddech 20. Może głęboko oddychać, ale wykształcanie trudne. Mało spał ostatniej nocy, ponieważ nie mógł się sam przewracać i musiał leżeć długo na jednym miejscu. Był też za ciepło przykryty, ale nie mógł sam koldrę zesunąć. Trochę się pocił. W tej chwili porusza lepiej górnymi kończynami, ale ruchy są jeszcze słabe i o tyle słabsze, im bliżej barków, tak, że najslabsze ruchy są w barku, słabe jeszcze w łokciu, mocniejsze nieco w nadpięstkach, a rękami dosyć mocno ściska, choć nie tak, jak normalnie. Pobudliwość mechaniczna w pectorales, deltoidei i bicipites lepsza. Usiąść jeszcze nie może, nawet przy pomocy rąk. Kończynami dolnymi żadnego ruchu wykonać nie może, jeno słabe poruszanie palcami. Odruchów kolanowych niema. Pomimo dwóch łyżek olejku rycynowego dotąd skutku nie było. Je tylko mleko z kaszką.

16/V. 90. God. 11 i pół przed południem. Wczoraj po mojem odejściu, ręce, które już w części odzyskały były władzę, znowu ją straciły, tak że niemi prawie wcale poruszać nie mógł. O godzinie 4-ej miał wolny i obfity stolec. O godzinie 10-ej wieczór poprawa w rękach była dość znaczna, o północy mógł już sam usiąść, a dziś rano o szóstej z łóżka wstać. Wyjątkowo tym razem się nie pocił. W tej chwili chodzi zupełnie dobrze, przyszedł nawet do szpitala, chociaż utrzymuje, że nogi są jeszcze nieco osłabione. Siła gruba jest znaczna, odruchy kolanowe trudno wywołać, występują słabo tylko po niektórych uderzeniach. Natomiast odruch ścięgna Achillesa b. łatwo wywołać. Podeszwowe istnieją. Spał w nocy dobrze, jak i przez cały wczorajszy dzień. Wrócił do zwykłej diety. Tętno 72. Tak we wczorajszej, jak i dzisiejszej urynie reakcja na indykan niewyraźna. Trwanie tego napadu wynosiło koło 36-ciu godzin.

18/V. 90. M. abductor poll. br. dex. 10,5; 40El(2MA)AnSZ > KASZ
słabe; 45El(3MA)AnSZ > KaSZ

M. opponens poll. br. dex. 10; 40El(1 $\frac{1}{4}$ MA)KaSZ niewiele > AnSZ,
słabe 45El(1 $\frac{1}{2}$ MA)KaSZ > AnSZ

M. interosseus I dex. 10; 30El(1 $\frac{1}{2}$ MA)AnSZ > KaSZ, dość leniwe;
35El(2 $\frac{1}{4}$ MA)AnSZ > KaSZ

M. abductor poll. br. sin. 11; 50El(2MA)AnSZ > KaSZ, słabe

M. opponens poll. br. sin. 11; 30El(1 $\frac{1}{2}$ MA)KaSZ; 40El(1 $\frac{1}{4}$ MA)
KaSZ > AnSZ

M. interosseus I sin. 10,5; 30El(1MA)KaSZ

19/5. 90. Zdrow zupełnie, odruchy kolanowe jednak trudno wywołać, nie występują za każdym uderzeniem. Toż samo odruchy tricipitis brachii. Pobudliwość mechaniczna mięśni takich, jak biceps, triceps, deltoideus, pectoralis extensores antibrachii jest w czasie zdrowia b. wyraźna.

21/5. 90. Godzina wpół do szóstej popołudniu. Wczoraj wieczorem miał stolec nieobfity i czuł osłabienie tym razem w rękach większe, aniżeli w nogach. Dziś rano po dobrze przespanej nocy z trudnością mógł się ubrać. Przemógł się wszakże, chodził po pokoju i w ciągu dnia robiło mu się coraz lepiej. Wprawdzie sam przyszedł do mnie, to jednak osłabienie w kończynach jeszcze jest znaczne. Nie może przykucnąć, z siedzącego położenia bez pomocy rąk się podnieść. Siła gruba we wszystkich stawach nóg i rąk znacznie osłabiona, zwłaszcza wyprostowanie w kolanie, odruchy kolanowe b. trudno wywołać. Oddziaływanie faradyczne i galwaniczne nerwów i mięśni jest zmniejszone, zwłaszcza w quadriceps cruris, ale zmian jakościowych niema. Tętno 78.

22/5. 90. Ma się znacznie lepiej, aniżeli wczoraj, siła gruba znacznie większa, ale jeszcze na kamieniach czasem potknie się stopa.

26/5. 90. godz. 5 popoł. T. 37,3. Zdrów zupełnie, ale odruchy kolanowe nader trudno wywołać, nawet z pomocą Jendrassika. Pobudliwość idjomuskularna w zupełności zachowana. Ponieważ chory mi opowiadał, że dłuższe siedzenie powoduje osłabienie w nogach, które czasem w formalny napad przechodzi, to poleciłem musieć przez godzinę. Rzeczywiście, wystąpiło zmniejszenie siły grubej we wszystkich stawach kończyn dolnych, z trudnością chodził, przy przykucnięciu padał, z siedzącego położenia trudno było mu się podnieść, a pobudliwość mechaniczna czworogłowych, która przed eksperymentem była wyraźna, spadła prawie do zera. Pobudliwość elektryczna zachowana. Odruchy kolanowe, jak wyżej, a Achilles'a, które zwykle łatwo wywołać, prawie nie można było otrzymać. I górne kończyny, choć w mniejszym stopniu, zostały zaatakowane. Ucisk ręki był słabszy, ale pobudliwość mechaniczna była zachowana. Kazałem mu pospacerować przez godzinę, a gdy wrócił, objawy osłabienia jeszcze istniały i mówił mi, że po kamieniach z trudnością chodził. Nazajutrz był zdrów. Opowiada on, że się zdarzało czasem po dłuższym siedzeniu przy robocie, że osłabienie było tak znaczne, że się musiał położyć, i że ono przeszło w zupełny napad, trwający do dwóch dób.

28/V. 90. Powtórzyłem dzisiaj eksperyment, posadziwszy chorego na półtrzeciej godziny. Wystąpiło znaczne osłabienie, głównie kończyn dolnych, we wszystkich stawach. Nie mógł zająć do domu i musiał pojechać dorożką. Górne kończyny znacznie mniej były dotknięte. Pobudliwość mechaniczna nie została zniesiona, można było wywołać odruchy kolanowe i Achilles'a. Wieczorem był już zdrów.

N a p a d V. 30/V. 90. Godz. 11^{3/4} r. Wczoraj wieczorem kończyny były słabe, stolec był niedostateczny, spał dobrze. Dziś rano ledwie mógł się ubrać i z biedą chodzić po pokoju, a najwięcej stoi. Najsłabsze są quadricipites cruris, tak, że nawet nie próbuje przysiąść, bo by zaraz upadł. Gdy siada, pada całym ciężarem, a podnieść się absolutnie nie może, nawet z pomocą rąk. Leżąc, kończyny dolnej podnieść nie może. Wszystkie zresztą ruchy we wszystkich stawach kończyn dolnych są znacznie osłabione. Odruchy kolanowe i Achilles'a czasem wywołać się udaje. W górnych kończynach najslabsze i najbardziej ograniczone ruchy są w stawie barkowym. Nie może ręki na głowę, na drugi bark położyć i t. d. Pobudliwość mechaniczna znacznie zmniejszona.

Godz. 9^{3/4} wiecz. T. 37,2. P. 50. słaby miękki, oddechów 28. Stolca dotąd nie było. Język czysty, Cały dzień stał, lub po pokoju chodził, bał się bowiem usiąść. Czuje się wprawdzie lepiej, ale siła kończyn nader mała. Oddziaływanie faradyczne nerwów jest lepsze, aniżeli mięśni. Odruchy ścięgniste, jak rano.

31/V. 90. Wczoraj o jedenastej w nocy z wielkim trudem zszedł z pierwszego piętra (schodził mu ciężiej, aniżeli wchodzić), żeby oddać stolec. Funkcję tę odbył z wielką trudnością, kał był zapieczony. Spał dobrze, ale obudziwszy się nie mógł wstać. O godzinie 11-tej rano, temper. 36,2⁰. P. 50. Resp. 26. Dolnymi kończynami nie może wykonać żadnego ruchu, z wyjątkiem słabego poruszania palcami. Przy gniecieniu mięśni i nerwów bólu niema. — Czuć i zmysł mięśniowy najzupełniej prawidłowe. Lewy odruch podeszwowy większy od prawego, który jest słaby. Skrotalne wyraźne. Pobudliwość mechaniczna zniesiona. Prawego odruchu ko-

lanowego wywołać nie można, lewy i Achillesowe są słabe. Przy drażnieniu strumieniem faradycznym n. udowych otrzymuje się skurcz czworogłowych, które przy bezpośrednim drażnieniu kurczą się nader słabo. Przy faradycznym drażnieniu nn. peroneorum występuje skurcz tylko w mięśniach łydkowych. Te ostatnie i bezpośrednio są dość dobrze pobudliwe mm. tibialis antic. i exten. digitor. commun. nadzwyczajnie słabo, słabo też musc. gastrocnemii. O tem, żeby chory mógł sam usiąść, mowy niema. Recti abdominis słabo się napinają i dość słabo się kurczą pod wpływem strumienia faradycznego. Tułowiem żadnego ruchu wykonać nie może, a gdy się go posadzi, to najmniejsze pchnięcie wystarczy, by padł na poduszki, jak kłoda. W kończynach górnych prawie zniesione są ruchy w barku, nadzwyczaj słabe w łokciu, lepiej, ale dość także słabo porusza palcami. Pectorales, tricipites brachii prawie wcale nie oddziałują na najsilniejsze strumienie faradyczne, ani bodźce mechaniczne, bicipites i deltoidei zaś b. słabo na jedno i drugie bodźce. Słabo też oddziałują na strum. farad. supinatore, exten. digitorum communis, lepiej flexores i małe mięśnie rąk. Równoległe z osłabieniem oddziaływaniem na faradyczny strumień idzie i osłabienie na galwaniczny. Przy zastosowaniu b. silnego strum. galwan. i alternatywno—reakcyi mystonicznej niema.

Głową wszystkie ruchy swobodnie wykonywa.

G. 8 wieczór. T. 36,8. P. 52.

Już koło 4-ej popołudniu, w godzinę po oddaniu stolca, zaczęło mu się robić lepiej, nogi miał trochę spoczone, a o godzinie siódmej wstał z łóżka. Jeszcze obecnie osłabienie jest dość znaczne, nie może przykucnąć, z trudnością wstaje, a siadając raczej pada. Odruchy kolanowe nie za każdym występują uderzeniem, Achillesowe są wyraźne. Górnemi kończynami może wszystkie ruchy wykonać, ale z nieznaczną siłą.

Napad trwał około 2 dób.

1/VI. 90. Ma się zupełnie dobrze—wszystkie ruchy swobodne i silne, pobudliwość mechaniczna wróciła. O godzinie szóstej wieczór puls 80—t. 37,4.

2/VI. 90. Godz. 12 w połud.—T. 36,9. P. 76. Godzina 6¹/₂. T. 37,1⁰. P. 70.

3/VI. 90. Godz. 12¹/₂ w poł. T. 37,3. P. 74.

4/VI. 90. Godz. 5³/₄ popoł. T. 37,2. P. 60. Zdrów

5/VI. 90. Wczoraj wieczorem było nieobfite wypróżnienie, a gdy dziś rano wstał, czuł trochę osłabienia w nogach, które niebawem przeszło. G. 10¹/₄, T. 37,4. Chory siedział do godziny 2-ej (3³/₄ godzin). T. 37,0 P. 60. Wystąpiło znaczne osłabienie, nie tylko w nogach, ale i w rękach. Osłabienie to tyczy się wszystkich mięśni, które słabo się napinają i na krótką chwilę. Chodzi z trudnością, siadając pada na krzesło całym ciężarem. Odruchy kolanowe i Achilles'a wywołać można. Pobudliwość mechaniczna jest zmniejszona. Wraz ze znacznym osłabieniem siły mięśniowej kończyn wystąpiło także znaczne zmniejszenie pobudliwości faradycznej głównie w biceps brachii, supinator, deltoideus, pectoralis, quadriceps, extens. digit. com. pedis, peronei—wprawdzie nie tak ogromne, jak to przy zupełnie rozwiniętym napadzie bywa. Musiał do domu pojechać, bo zająć nie mógł. Godz. 7-a wieczór. T. 36,9. P. 68. Jest mu lepiej, przyszedł do mnie na piechotę, ale osłabienie siły mięśniowej jeszcze jest znaczne, a oddziaływanie ich faradyczne i pobudliwość mechaniczna zmniejszona. Przy przykucaniu—zapada się, siadając—pada ciężarem całym, podnosząc się z siedzenia—pomaga sobie rękami i t. d.

N a p a d VI. 6/VL. 90. Godzina 12-a w południe. T. 36,8. P. 76. Wczoraj wieczorem mógł sam wrócić do domu, miał niezbyt obfity stolec i względnie zdrow położył się spać. Sen był dobry, nie pocił się podczas snu, poruszał kończynami, ale obudziwszy się rano o siódmej, nie mógł już wstać. Obecnie prawie żadnego ruchu kończynami dolnymi wykonać nie może. Odruchów kolanowych i lewego Achilles'a wywołać nie można; prawego sięgną Achillesa—słaby. Usiąść nie może, a posadzony pada na poduszki za najmniejszym pohnięciem. Siła ruchów górnych kończyn b. mała, ruchy są głównie ograniczone w barku i łokciu. Pobudliwość mechaniczna osłabiona.

Godzina 3¹/₄. T. 37. P. 78. Porażenie trwa z poprzedniem natężeniem. Wieczorem T. 36¹/₂.

7/VL. 90. G. 12 w południe. T. 36,7. P. 80. Porażenie trwało przez całą noc, pocił się, głównie nogi, nie tak, jak zwykle obficie, a koło 8-jej rano, zaczęły się poprawiać ręce, później nogi, a wstał przed godziną. W tej chwili chodzi najzupełniej dobrze; siła gruba znaczna,¹ ale jeszcze nie zupełnie normalna. Pobudliwość mechaniczna wróciła, odruchy kolanowe wywołać trudno, o wiele łatwiej Achilles'owe. Stolca od wieczora 5/VL. 90 nie było.

Napad trwał 3 doby i był jakby wywołany przez siedzenie.

O godz. 6¹/₂ w. T. 37,0. P. 76. Zdrow zupełnie.

8/VL. 90. Godz. 12 w poł. T. 37,0. Zdrow.

9/VL. Godz. 10 r. T. 37. P. 98.

10/VL. 90. T. 36,2. (G. 10 rano). P. 86.

Wczoraj wieczorem miał swędzenie, co jest oznaką, że nazajutrz będzie zdrow. Posadziłem go na 3 godziny i kwadrans, to jest od 9³/₄ do 2 popoł., miał wtedy T. 36,5, P. 66. Siła gruba w kończynach była dość znacznie osłabiona, mógł wszakże chodzić, ale przykucnąwszy, padał. Odruchy kolanowe b. trudno wywołać, Achilles'a są. Górne kończyny wykazały o wiele mniejszą utratę grubej siły. Już w godzinę później był zdrow zupełnie.

11/VL. 90. Godz. 9¹/₂ r. T. 36,6⁰. P. 90.

Posadziłem go na 4 god. (od 10 do 2-jej), T. 36,8. P. 54, poczem osłabienie wszystkich kończyn jeszcze większe, jak wczoraj, nie może stać na jednej nodze, siadając pada, przykucnąć nie może, podnosząc się opiera rękami o uda. Pobudliwość faradyczna ext. digit. comm. pedis. tibial. ant., peron. jest dość znacznie zmniejszona, mniej w quadriceps, biceps, deltoideus, pectoralis. Pobudliwość mechaniczna zachowana. Odruchy kolanowe b. trudno wywołać, Achillesowe są. Z powodu silnego osłabienia kończyn dolnych chory musiał do domu pojechać.

Godz. 7-a wieczór. T. 37,1⁰. P. 76.

Jest prawie zupełnie zdrow. Tylko quadricipites są nieco osłabione, co widoczne jest przy przykucnięciu i podnoszeniu się. Oddziaływanie faradyczne dobre, odruchy kolanowe wywołać nader trudno.

12/VL. 90. Godz. 6³/₄ wieczór. T. 37 r. P. 62. Zdrow. Odruchy kolanowe b. trudno wywołać, Achilles'a łatwo. Wczoraj wieczorem miał swędzenie, jak zwykle, kiedy ma być zdrow, od 8¹/₂ wiecz. do 10-jej godziny.

14/VL. 90. G. 9¹/₂ rano. T. 36,7. P. 70.

Wczoraj wieczorem miał krótkotrwałe i słabe swędzenie, stolec obfity. Gdy wstał dziś rano o siódmej, nogi były słabe, trochę także ręce. Wszakże osłabienie coraz się zmniejszało i do mego mieszkania na pie-

choć przyszedł. Skonstatowałem zmniejszenie siły grubej dolnych kończyn. Doznaje w tej chwili swędzenia w goleni. Wyzdrowiał koło 4-ej popoł.— Wieczorem od 10^{1/2}—11, miał silne swędzenie.

N a p a d VII. 19/VI. 90. Wczoraj wieczorem miał nieobfity stolec, swędziało go, tylko może nie tak mocno, jak zwykle i nic nie zapowiadało napadu, gdy dziś rano o 8-ej wstał ze słabemi nogami, a także rękami. W nocy jeszcze się mógł przewracać z boku na bok. Chory jednak wstał, sam się ubrał, chodził, ale osłabienie w ciągu dnia ciągle się zwiększało. O 6^{1/2} wieczorem mógł jeszcze, z trudem po kamieniach stąpając, do mnie przyjść i stwierdziłem znaczne osłabienie siły mięśniowej wszystkich kończyn. Na palcach podnieść choremu się trudno, gdy przysiadła upada, z trudnością się mógł ubrać i t. d. Odruchów kolanowych niema, jak i dni poprzednich, Achilles'a i podeszwowe są. Oddziaływania elektryczne i mechaniczne znacznie zmniejszone. T. 36,7—P. 64. W ciągu dnia dzisiejszego swędzenia nie miał.

20/VI. 90. G. 11 rano. T. 36,1. P. 62—64.

Wczoraj wieczorem miał dobre wypróżnienie, w nocy siałł jeszcze na łóżko, ale od dziś rana jest prawie zupełnie sparaliżowany. Obraz kliniczny zwykły, porażenie motorne prawie zupełnie całego ciała z wyjątkiem głowy, a dolne kończyny może jeszcze w wyższym stopniu dotknięte, aniżeli górne, w których jeszcze jakiś ślad ruchów pozostał ze zniesieniem prawie zupełnem pobudliwości mechanicznej i elektrycznej.

21/VI. 90. Ostatniej nocy porażenie doszło swojego maximum, najmniejszego ruchu nawet palcami rąk wykonać nie mógł i nie spał, ponieważ nie było nikogo, ktoby go przewracał z boku, na bok umiarkowanie się pościł i umiarkowane miał pragnienie. Stolca nie było. W tej chwili—g. 11 rano, może tylko wykonać b. słabe ruchy palcami rąk i stopami, głowa swobodnie wszystkie ruchy wykonywa. T. 36,6. P. 66.

G. 8^{1/2} w. T. 36,6. P. 66. R. 28.

Gdy w przedpołudniowych godzinach była niejaka tendencja do poprawy, to popołudniu zrobiło mu się gorzej i ledwie teraz może słabo poruszać palcami rąk. Chory jęczy, muszę go ciągle przewracać z boku na bok. Pił tylko mleko.

22/VI. Wczoraj wiecz. koło 9 zaczęła się poprawa,—poprzedzona swędzeniem na wewnętrznych powierzchniach stawów łokciowych — w palcach rąk i w całej górnej kończynie, którą o jedenastej wieczór już dość swobodnie mógł poruszać; wtedy zaczęło się swędzenie nóg, trwające półtorej godziny, o północy mógł trochę poruszać nogami, następnie przewracać się z boku na bok, o g. 3-ej rano uklęknąć, o szóstej wstać, chociaż jeszcze i obecnie g. 10 rano, pomimo że sam przyszedł do mnie i uważa się prawie za zupełnego zdrowego, jeszcze w kolanach czuje on nieraz osłabienie. Rzeczywiście, siła gruba jeszcze nie jest normalną, odruchów kolanowych niema. Pocił się bardzo mało, mianowicie podczas swędzenia nóg, te ostatnie były nieco spocone. Brak obfitych potów chory tłumaczy tem, że w Warszawie jest bardzo lekko przykryty i sypia blisko okna. T. 36,8. P. 76.

G. 6^{1/2} w. T. 36,8. P. 68.

Jest zdrow, tylko osłabiony wskutek postu. Pierwszy raz miał dziś stolce od trzech dni. Napad ten trwał 60 godzin i charakteryzował się długiem trwaniem początkowego osłabienia.

Zapewne wystarczy to do wytworzenia dokładnego pojęcia o klinicznym obrazie napadów, zwłaszcza, że napady

owe powtarzały się z dokładnością nieomal stereotypową. Jest rzeczą wielkiej wagi, że w rodzinie chorego ten sam rodzaj choroby spotyka się wielokrotnie. Na załączonej tablicy genealogicznej zaznaczono dwanaście osób, cierpiących na objawy paralityczne, występujące peryjodycznie. Słowem, mamy tu do czynienia z chorobą w prawdziwym znaczeniu rodzinną, opartą na gruncie homologicznej dziedziczności. Ta patologiczna filijacja dotyczy jedynie członków rodziny ze strony matki, rodzina ojca jest wolna od wszelkiej dziedzicznej choroby. Innych chorób nerwowych, lub dziedzicznych, nie było również i w rodzinie matki, ile, że dwa przypadki gruźlicy wśród tak licznej rodziny nie zdają się opierać na podstawie dziedziczności, a mają raczej charakter cierpień przypadkowych i nabytych.

Jak widać z tablicy, nie wszyscy członkowie rodziny odziedziczają chorobę, a tylko część ich mniejsza. W jednym przypadku wszystkie dzieci, w liczbie trojga, cierpiały na porażenia, ojciec zaś był zdrow. Odziedziczenie nie jest ciąglem i bezpośredniem, bo choroba przeskakuje nieraz jedno, lub nawet dwa pokolenia, aby się wynurzyć w trzecim. Płeć męzka i żeńska dziedziczy chorobę zarówno. Prawie u wszystkich członków rodziny, dotkniętych chorobą, pojawia się ona w młodości, między 15 a 20 rokiem. Częstość napadów jest indywidualnie różna: u niektórych osobników napady występują bardzo często np. co tydzień, u innych znowu z wielkimi przerwami, rozciągającymi się niekiedy na lata. Matka naszego chorego miała tylko jeden atak w 36 roku życia.

W ogóle, częstość napadów jest większą w młodości, niż w wieku późniejszym. Zdaje się, jakoby skłonność do napadów zmniejszała się z wiekiem, aczkolwiek nigdy zupełnie nie znika. U tych członków rodziny, którzy dosięgli dość późnego wieku, napady zjawiały się do samej śmierci, choć z większymi przerwami. Nie zdają się one wywierać poważniejszego wpływu na długość życia, dotkniętych niemi osobników. W jednym przypadku podczas napadu, bez żadnej słusznej przyczyny, dokonano wenesekcji, co wywołało śmierć chorego w 17 roku życia. Ten smutny fakt, będący, o ile się zdaje, jedynie następstwem upustu krwi, napędził wiele strachu przed chorobą naszemu pacjentowi i wszystkim dotkniętym porażeniami członkom rodziny. Jeden z krewnych chorego, ulegający napadom, zachorował w 60 roku życia, po

zimnej kąpeli rzecznej: wystąpiło rozwolnienie, paraliż i śmierć po trzech dniach.

Inni, dotknięci chorobą, pomarli z przyczyn ubocznych, jak udar mózgowy, połów. Inni krewni żyją dotychczas, cieszą się, po za napadami porażen, dobrem zdrowiem i znajdują się po części w wieku dość późnym. Dwa przypadki gruźlicy, o których wspomniano wyżej, dotyczyły członków rodziny wolnych od porażen.

Kliniczny obraz napadów powtarza się u wszystkich, dotkniętych chorobą krewnych, prawie stereotypowo, jako porażenie wszystkich kończyn, w jednym tylko przypadku paraliż ograniczał się do nóg. Napad trwa najczęściej około 2 dni, często krócej, a nawet tylko 6 godzin. Natężenie i trwanie napadów nie stoi w związku z bezpośrednią filiacją. Choroba występuje czasem u potomstwa w wysokim stopniu natężenia, choć rodzice byli od niej wolni, lub chociaż przodkowie byli nią dotknięci w stopniu bardzo lekkim.

Inne szczegóły, otrzymane zarówno od chorego, jak przede wszystkim od rodziców i wuja, są umieszczone w tablicy genealogicznej.

L i t e r a t u r a .

Wielkie podobieństwo, nawet identyczność wielu objawów przypadku dopiero co opisanego z tym, który Westphal obserwował, nie ulega najmniejszej wątpliwości. W literaturze znajduje się kilka przypadków, które niezawodnie obok Westphal'owskiego i opisanego przez nas postawić można. Hartwig w 1874 pod tytułem: „Ueber einen Fall von intermittirender. Paralysis spinalis, opisuje 23-letniego, pochodzącego ze zdrowej rodziny, robotnika, który na pięć lat przed w mowie będącą chorobą, cierpiał na napady zimnicze trzeciaczkowe. W listopadzie 1873 roku skarżył się na uczucie znużenia w członkach, a trzeciego dnia musiał się do łóżka położyć. Już następnej nocy nie mógł poruszać ani kończynami, ani tułowiem i głową. Mięśnie twarzy, zmysły, czucie, stan psychiczny i t. d. normalne. Trochę mocniej się pocił. Po 24 godzinach poprawa z początku w szyi, palcach rąk, górnych kończynach, tułowiu, a w ostatku w nogach, w ciągu jednej godziny przy zwiększonych potach. Podczas 24 godzinnej przerwy pozostało tylko uczucie znużenia i ociążałości,—poczem nowy napad z takimi samymi objawami i z początkiem porażenia od stóp. Nastąpiły znowu przerwy i napady, — każde o trwaniu 24-godzinnem. Od 5-go października w ciągu 4 tygodni porażenie trwało do 40 godzin, a wolne przestanki tylko 6—8 godzin; później zaś i przestanki trwały około 40 godzin. Po 3 gramach chininy napadu nie było przez cztery dni, pozostała wszakże pareza, którą spostrzegano zwykle w dnie wolne od napadu. Wszelako bezpośrednio po tem dawny stan powrócił, tylko że zamiast typu codziennego, który się w ostatnich czasach dał zauważyć, napady wróciły do typu trzeciaczkowego. 27 marca napad do opisanych podobny, a z pomiędzy obserwowanych objawów należy wzmiankować, że klatka piersiowa przy oddechu tylko mało się rozszerzała,

z powodu porażenia mięśni oddechowych, z których tylko przepona działała, że chory kasłać i kichać nie może, odruchów brakowało, że pobudliwość elektryczna prawie zupełnie była zniesiona i że w porażonych kończynach doznawał uczucia drętwienia, mrowienia i skurczu. Następowaly znowu napady z intermisjami, po części z typem trzeciackowym,—po części nieregularnym bez typu, i nawet w dnie wolne występować zaczęła z początku słabsza, później coraz większa pareza członków, a także sztywność i nawet kontraktura przeważających grup mięśniowych. 14-go kwietnia podano chininę, po której nie było napadu do dziewiętnastego,—ale dwudziestego, pomimo dalszego podawania chininy, zaszło pogorszenie i pareza przeszła w zupełną paraplegię. Dalsze podawanie chininy pozostało bez rzeczywistego skutku. Raz jeden w maju, po ustąpieniu porażenia, ciepłota podskoczyła do 40 po silnym wstrząsającym dreszczu, gdy dotąd różnic temperatury podczas napadu i w intermisjach nie było. Należy jeszcze podnieść okoliczność, że porażenie rozwijało się także z istniejącej w dnie wolne parezy—dalej, że dłużej trwające spokojne położenie zwiększało paręzę, co po ruchu znowu ustępowało. Tak w nocy z 7-o na 8-o maja pareza po jednogodzinnem siedzeniu tak była znaczną, że chory tylko podtrzymywany i z trudnością mógł chodzić i często w kolanach się uginał. Po dziesięciu minutowych próbach chodzenia, chód stał się swobodniejszym, a po ponownym odpoczynku pareza się zwiększała. Podobieństwo tego wypadku z Westphal'owskim i z moim nie ulega wątpliwości. Jest to jedno i to samo cierpienie pomimo istnienia pewnych objawów, o których w ostatnich dwóch przypadkach się nie wspomina—mianowicie w przypadku Hartwig'a jest wzmianka, że mowa i polykanie i oddychanie są nieco utrudnione,—następnie, że w czasie wolnym od napadów istniała pareza, nawet sztywność i kontraktury przeważających grup mięśniowych. W naszym przypadku wprawdzie tego nie było, ale chory już po ukończeniu napadu jeszcze się skarżył na pewne osłabienie nóg, które wprawdzie niebawem przechodziło. Można było wtedy obserwować przy chodzeniu opadanie przedniej części stopy i że siła mięśniowa, zwłaszcza wyprostowanie w kolanach nie wróciła do normy. Niebawem wszakże, w ciągu kilku godzin, lub kilkunastu funkcja mięśni stawała się zupełnie normalną.

Cousot ¹⁾ opisuje rodzinę, w której u matki, już wtedy zmarłej, miały występować raz, lub dwa razy na tydzień porażenie całego ciała takie same, jak i u dzieci. Z 8-go ostatnich czworo, dotkniętych tem samem cierpieniem, mianowicie odznaczało się mniejszym wzrostem, aniżeli czworo zdrowych dzieci, dwóch synów i dwie córki. U 34 letniego Henryka, zupełnie zresztą zdrowego, napady się zaczęły w 14 roku życia i występują prawie codziennie, bądź w ciągu nocy bądź dnia. Zaczyna się, jak u wszystkich, od uczucia osłabienia w członkach, drętwienia, potów i pragnienia, a także silnego pociągu do chodzenia. Czasem objawy porażenia są mniej wydatne i trwają tylko kilka godzin—albo też porażenie kończyn i tułowia, zaczynające się od ramion jest zupełne i trwa 8 — 13-tu godzin. Mięśnie twarzy i zwazce pozostają nietknięte, język i mięśnie gardzieli (polykanie) biorą w słabym stopniu udział. Czucie, zmysły i stro na psychiczna normalne. Podczas napadu poci się. Na wysokości napadu brak odruchów kolanowych i podeszwowych, a pobudliwość faradyczna i galwaniczna zupełnie wygasa. Wraz z końcem napadu wraca pobudliwość galwaniczna nerwów.

U 36-go letniego Franciszka napady zupełnie podobne zaczęły się w

¹⁾ Revue de médecine 1887, str. 190.

9 r. życia, 32-letnia siostra dostaje je od 10-go roku życia, mniej więcej co 14 dni lekki napad 3—4 godzinny. Jej troje dzieci są zdrowe. 21 letnia siostra cierpi na napady od 11-go roku.

Obserwacja ta jest nader ważną ze względu na fakt pojawienia się cierpienia w czterech członkach rodziny, odziedziczonego po matce. Szkoda tylko, że nie mamy żadnych danych o pozostałych członkach rodziny matki.

Znalazłem jeszcze obserwację Fischla¹⁾, dotyczącą się ośmioletniej dziewczyny, która przed pół-rokiem przebyła szkarlatynę z następczem zapaleniem nerek. Po 4-o tygodniowym trwaniu choroby dziecko wyzdrowiało zupełnie i pozostawało zdrowe aż do wystąpienia objawów porażenia. Te ostatnie wystąpiły w dalszym ciągu przez kilka dni zauważonego mocnego znużenia i dziwnej senności nagle w dolnych kończynach ze spadkiem temperatury, zmniejszeniem czucia, prawie zupełnem zniknięciem pobudliwości elektrycznej, jak również brakami odruchów w zupełnie porażonych kończynach. Objawy te trwały około 3 godzin, znikły zupełnie i powróciły po czterech dniach nagle w tenże sam sposób. W ciągu dwóch miesięcy powtarzały się napady często, a następnie ustaly. Z początku napady przedstawiały się, jak dwa pierwsze, a raz jeden były i górne kończyny dotknięte. Podczas następnych napadów porażenie nie było zupełne, — czasem istniało tylko mocne znużenie i dziecko wpadało wtedy w głęboki sen.

Greidenberg²⁾ opisuje 22-letniego żołnierza, skarżącego się na peryjodycznie występujące porażenie całego ciała, trwające 1—2 dni. Choroba datuje od 10 lat, a pierwszy napad wystąpił po silnym przestrawieniu. Dzieńdzicznego momentu niema. Napady występowały 2 — 3 razy na tydzień i przedstawiały się w następujący sposób. W wieczór, poprzedzający napad, czuł się pacjent zupełnie zdrowym. Po północy budzi się z uczuciem związania, nie może się przewracać, ani siadać, ani wogóle poruszać członkami. tylko mięśnie twarzy i języka pozostały nieporażone. Niektóre grupy mięśniowe, głównie dolnych kończyn, były mocno napięte i twarde na dotyk. Odruchów skórnych i ścięguistych brakowało. Pobudliwość elektryczna nerwów i mięśni zupełnie zniesione. Temp. wogóle normalna, puls nieco przyspieszony, przytomność zupełna. Porażenie zaczynało się od dolnych kończyn i rozprzestrzeniało w ciągu kilku godzin na tułów i górne kończyny. Kilka razy ograniczało się ono do samych dolnych kończyn. Trwanie porażenia od kilku godzin do 24 g. Powrót ruchów następował w kierunku odwrotnym w ciągu kilku godzin, chory mógł naprzód poruszać palcami rąk, następnie górnymi kończynami, mógł sięść, a w ostatku ustępowało porażenie nóg. W ostatnich jeszcze przez pewien czas po napadzie uczucie ciężkości i niedomagania, zwłaszcza przy chodzeniu. Jednocześnie i w tym samym porządku wracała pobudliwość elektryczna. Odruchy ścięguiste wracały dopiero znacznie później.

Oprócz tego istnieje obserwacja Samuelson'a³⁾, 38-letniego zupełnie zresztą zdrowego mężczyzny, cierpiącego już od 20 lat na napady z początku 2 razy do roku, następnie coraz częściej, nawet kilka razy na tydzień. Dolne kończyny i tułów są zupełnie porażone podczas napadu, górne są tylko paretyczne. Czucie zachowane. Po dziesięciu godzinach ustąpienie wszystkich objawów. Po 5-ciu dniach nowy napad, leczenie bez skutku.

Szachnowicz jeszcze w roku 1882 (Wracz str. 507) opisuje 44 lat-

¹⁾ Prager med. Woch. 1885, N. 42.

²⁾ Wracz 1887, N. 48.

³⁾ Berl. Klin. Woch. 1877, str. 607.

niego bezdzielnego mężczyznę, atletycznej budowy, cierpiącego od 25 lat na peryjodycznie powtarzające się napady paraliżu w całym ciele, z wyjątkiem głowy i szyi, rozwijające się podczas snu bez bólu, lub parestezyj. Po obudzeniu się nie może absolutnie poruszać, żadną kończyną, ani tułowiem i trapi go tylko jedna myśl, co będzie w razie pożaru. Mięśnie tułowia i kończyn są naprężone, twarde, odruchy skórne i mięśniowe zniesione. Po 3 do 12 godzinach zasypia znowu, a — obudziwszy się jest zdrowym, doznając tylko uczucia odrętwienia w kończynach, trwającego pół godziny, jeżeli wykonywa energiczne ruchy i masaż, a dwie godziny, jeżeli tych manipulacyj nie robi. Czasem napad zaczyna się podczas snu poobiedniego, — niekiedy i w ciągu dnia czuje rozpoczynający się napad, mianowicie kończyny drętwieją, ruchy stają się trudniejszymi, po ciele mrowienie, ale po wykonaniu energicznych ruchów w ciągu dwudziestu minut wszystko to przechodzi. Przerwy pomiędzy napadami są kilkogodzinne do dwóch miesięcy. Z zastosowanych środków jedna tylko atropina 2 razy dziennie po $\frac{1}{60}$ gr. sprawdziła przerwę, trwającą 2 miesiące, czego przedtem nie było, — ale wystąpiły objawy otrucia, które zmusiły do zaniechania środka. Interesującą jest okoliczność, że ojciec chorego cierpiał na takie same napady, w nieprawidłowych odstępach czasu, powstającego paraliżu, na które zachorował w młodości. Zmarł w 54 roku życia wyłącznie z powodu powtarzających się napadów. Drugi syn jest epileptykiem.

To są pewne przypadki tego cierpienia w literaturze znane. Czy do tej kategorii należą także przypadki Romberg'a i Cavare Macario jest wielce wątpliwem. W przypadku Romberg'a¹⁾ np., porażenie wystąpiło nagle u 64-letniej kobiety tylko w kończynach dolnych z mimowolnem oddawaniem uryny i kału w trzechkrotnie powtarzających się napadach z typem trzeciadczkowym, które ustąpiły po podaniu chininy.

W przypadku Cavare Macario²⁾ u 24-letniej, nerwowej kobiety, we dwa dni po rozwiązaniu drugim dzieckiem, wystąpiło mrowienie, a następnie porażenie w stopach, udach, tułowiu i górnych kończynach, ze zniesieniem czucia i porażeniem także języka. Objawy te trwały pięć do ośmiu godzin i powtórzyły się trzy razy dzień po dniu. Wyzdrowienie po chininie.

Wątpliwem jest także, czy tutaj należą 2 przypadki Gibney'a³⁾, z których w jednym u 7-0-letniego chłopca, w parę dni po napadzie zimniczym, wystąpił napad porażenia trwający tydzień. Po miesiącu drugi napad trwał 3 miesiące, trzeci napad 3 tygodnie, 4-ty napad po $4\frac{1}{2}$ miesiącach i wyzdrowiał po 6-ciu miesiącach. Towarzyszyły napadom znakomite zaburzenia czucia, które zmusiły do użycia morfiny i pozostało zaburzenie funkcji mięśni międzykostnych. 5-ty napad po 6-ciu miesiącach trwał 2 miesiące, a jeszcze zupełne wyzdrowienie nie nastąpiło. Napady poprzedzała gorączka, spółistniały silne bóle mięśniowe, a w 1-ym napadzie nadszulość skóry. Wzmiankuje się także o przemijającym zaniku thenaris i hypothenaris. Mięśnie tylko po części nie reagowały na strumienie faradyczne i galwaniczne, najwięcej upośledzonym był obręb nn. peroneorum, zwłaszcza m. tibialis anticus.

1) Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1851 str. 752.

2) Gaz. des Hopitaux 1853 numer 89 i Gaz. medic. de Paris 1857 numer 6-ty.

3) Amer. Journal of Neurol. and Psychiatrie vol. I, 1882-go roku, stronica 1.

Przegląd dotychczas ogłoszonych przypadków:

		NIEKTÓRE WŁAŚCIWOŚCI.				
A U T O R i data publikacji	Płeć chor.	Wiek	Początek na- padów	Częstość napadów	Trwanie na- padów	
1. Hartwig 1874. . .	M	23	23	co dzień, kilkodniowe, do 5 dni, przerwy.	24—40 godz.	Przed 5 laty zimnica, genu et pes waligus, prawostronne mięśnie piersiowe słabiej rozwinięte, aniżeli lewostronne. Udział w porażeniu mięśni wde i wydechowych, lekkie zaburzenie połykania, mowy, uczucie mrowienia, drętwienia i kurczu w porażonych częściach ciała. W wolnych od napadów przerwach paręza. Wzmoczenie o-tatniej przy spokoju, zmniejszenie na skutek ruchu. Raz jeden dreszcze i 40° po napadzie.
2. Samuelsohn 1877.	M	38	18	mniej więcej tygodniowo, nawet parę razy na tydzień.	10 godz.	—
3. Szachnowicz 1882.	M	44	20	co kilka godzin do 2 miesięcy.	3—12 godz.	Po napadzie w ciągu pół godziny napięcie mięśni, drętwienie w kończynach. Napady poronne, cechujące się uczuciem mrowienia, drętwienia i osłabieniem kończyn, a które mogą być przerwane przez energiczne ruchy. Słabe skurcze włóknienkowe po napadzie. Pomyślny leczniczy wpływ atropiny.
"	M	54†	w młodości	w nieprawidłowych odstępach czasu.	—	Jest to ojciec poprzedniego choroego, zm. na skutek napadów jeden po drugim się powtarzających. Drugi syn cierpi na padaczkę.
4. Westphal 1885. . .	M	12	8	z początku co 4—6 tygodni, później nawet parę razy tygodniowo.	parę godzin do 2 dni	Na początku napadu uczucie kłócia igłami w nogach, silne pragnienie z napięciem na mocz. Kaszel i kichanie utrudnione. Udział w porażeniu mięśni poruszających głowę. Podczas napadu obfite poty z uczuciem gorąca. Niezupełne poronne napady. Gdy siedzi, nie może dobrze podnieść ud, co po pięciu minutach chodzenia przechodzi. Raz jeden po napadzie 39° Przed 4—5 laty szkarlatyna z następczym zapaleniem nerek (?).
5. Fischl 1885. . . .	K	8	7½	co parę dni.	3 godziny	Na pół roku przed pierwszym napadem szkarlatyna z zapaleniem nerek. Napady są poprzedzane uczuciem zmęczenia i sennością, czasem ograniczają się na tych objawach. Porażenie najczęściej dotyczy tylko kończyn dolnych, Przytępienie czucia skórnego i spadek ciepłoty ciała.
6. Cousot 1887 . . .	K (matka następn.)	niewia- domy	niewia- domy	1—2 razy tygodn.	niewiadomo	Napady trwały do śmierci chorej.
"	M	34	14	co dzień.	3—18 godz.	Początek napadu od uczucia słabości kończyn i potrzeby ruchu. Najczęściej wprzód zostają porażone kończyny dolne, niekiedy górne. Mowa, połykanie utrudnione. Niezupełne napady. Czynnosc mięśni danej kończyny może ją od porażenia uchronić.

6. C. Cousot 1887. . . .	M	36	9	co dzień.	—	Napady przedstawiają się jak u poprzedniego brata, tylko są silniejsze i trwają dłużej.
"	K	32	10	co 2 tygodnie.	3—4 godz.	Po urodzeniu pierwszego dziecka przed 9 laty, napady więcej nie przyszły. Troje dzieci zdrowych dotąd.
"	K	21	między 10 i 11	co 8 dni.	2—3 godz.	Postać napadów jak u poprzednich, tylko mowa i polykanie zostają nie naruszone.
7. Greidenberg 1887.	M	22	12	co tydzień i częścię.	kilka godzin do 2 dni	Nieznaczna asymetryja twarzy i ucha. Pierwszy napad po prze- strachu. Niektóre mięśnie są napięte, nawet przykurczone. Nie- kiedy ogranicza się porażenie do kończyn dolnych. Kilka razy skonstruowano subnormalną ciepłotę ciała. Po napadzie uczu- cie ciężenia i niewłaściwości w kończynach dolnych. Odruchy ścięgniste wracają później, aniżeli pobudliwość elektryczna.
8. Goldflam 1890 .	M	17	14	1—2 razy tygodnio- wo, raz na kilka miesiący.	2 dni	Szczegółowy opis w tekście. Równoległe ze znikaniem pobudli- wości elektrycznej, znikła pobudliwość mechaniczną mięśni Subnormalna ciepłota ciała i zwolnienie tętna. Sztuczne wy- woływanie napadów. Słabe odruchy kolanowe, nawet ich brak, ilościowe i jakościowe zmiany pobudliwości elektrycznej nie- których mięśni w przerwach między napadami.
	M	60†	w mło- dości	często w młodości, w późniejszym wieku co parę lat.	parę dni	O ile się zdaje, zmarł w napadzie.
	K	54†	18	często w młodości, w późniejszym wieku co parę lat.	48 godzin	Napady trwały do śmierci, która nastąpiła przy objawach apo- pleksji mózgowej.
	M	50	w mło- dości	często w młodości, teraz co parę lat	2 dni	—
	K	50	36	tylko jeden napad miała.	24 godzin	—
	M	59	20	co parę miesięcy do 5 lat.	jedna noc	—
	K	40	w później- szych latach.	co parę lat	6 godzin	Porażenie tylko kończyn dolnych.
	K	35†	—	—	—	Zmarła w połogu.
	M	25	18	często.	—	—
	K	19	18	tylko jeden napad	2 dni	—
	K	18	18	tylko jeden napad	parę dni	—
	M	17†	15	często.	2 dni	Zmarł na skutek upustu krwi w napadzie.
9. Putawski 1890 . . .	M	21	—	dotąd 3 napady	kwadrans do 2 dni	Udział mięśni wde i wydechowych (łżejszego stopnia). Przerwa- nie napadu na skutek przymuszania się do ruchu. Wydzielie- nie moczu mętnego, zasadowego, zawierającego moczan amonu.

Niedługo po wygłoszeniu komunikatu mego na zjeździe międzynarodowym wyszła praca kol. Puławskiego¹⁾ pod tytułem: zupełne porażenie wszystkich kończyn, trwające dwie doby. Przypadek tyczył się 21 letniego, wybornie odżywianego i zbudowanego służącego, zresztą zupełnie zdrowego, który po raz trzeci w życiu, dostał nagle w nocy porażenia wszystkich kończyn, mięśni tułowia i szyi; głębiej chory westchnąć nie mógł, ani kaszlnąć, odruchy kolanowe zniesione. Gdy pierwsze napady były krótkie, trwały koło kwadransa, chory mógł nawet przemódz się (zmusić się do ruchu), to ten, który kol. Puławski obserwował, trwał 2 doby, skończył się bardzo obfitemi potami, również w nocy. Odruchy kolanowe wróciły, mocz za świeża był zasadowy, mętny, osad moczanu amonu. Kol. Puławski bystro spostrzegł z jak niezwykłym przypadkiem ma do czynienia, wyklucza niektóre stany chorobowe, któreby w danym przypadku podejrywać można, z rezerwą zachowuje się względem przypuszczenia ziemicy i zalicza swój przypadek do kategorii omawianej tu choroby, do której w istocie należy.

Przytoczone dane kazuistyczne z literatury są tak dokładne, obraz choroby tak wyraźny, we wszystkich spostrzeżeniach główne cechy cierpienia powtarzają się z taką stałością, że, zdaniem mojem, to wszystko wystarcza dla wprowadzenia nowej postaci klinicznej do nozografii. Jeżeli weźmiemy pod uwagę oba przypadki Szachnowicza, 5 przypadków Cousota i wszystkie 12 przypadków z tablicy genealogicznej naszego chorego, otrzymamy razem 24 przypadki, na podstawie których można skreślić obraz choroby. Widzieliśmy już, że choroba jest dziedziczną w ścisłym znaczeniu tego wyrazu. Dziedziczność występuje nie tylko w moim przypadku, gdzie jej rola jest bardzo wydatną, ale między 8 autorami, których zestawilem — element dziedziczności jest zaznaczony jeszcze u dwóch (Cousot i Szachnowicz). Odziedziczenie jest homologiczne, to znaczy, że potomstwo dziedziczy tęż samą chorobę; w żadnym przypadku nie zaznaczono innej jakiej dziedzicznej, lub nerwowej choroby, z wyjątkiem jednego chorego, którego brat cierpiał na epilepsyję (obserwacja Szachnowicza). Aby uniknąć powtarzań, odsełam czytelnika do zamieszczonego powyżej dokładniejszego opisu cech odziedziczenia, dostrzeżonych w rodzinie mego chorego.

Chorobie podlega zarówno płeć męska, jak żeńska. Z 24 zestawionych przypadków, 14 dotyczy mężczyzn, 10 — kobiet. Cierpienie występuje w wieku młodzieńczym, między 15 a 20 rokiem; zanotowane są jednak przypadki wcześniejszego pojawiania się, w roku 8, 9, 10, a w jednym przypadku dopiero w 36 roku życia, co miało miejsce u matki mego chorego,

¹⁾ Gazeta lekarska 1890, numer 40 i Gazette hebdomadaire, Novembre 1890.

w ogóle mało skłonnej do napadów, którym raz tylko uległa. Są to więc przeważnie młodzieńcze osobniki, zdrowe zupełnie w przerwach między napadami, a w niektórych przypadkach zaznaczona jest nawet z naciskiem atletyczna budowa chorych. Trzej autorowie wspominają o małych zboczeniach w budowie: Hartwirg znalazł u swego chorego genu valgum, pes valgus i słabszy rozwój muskulatury po prawej stronie szyi i klatki piersiowej; Greidenberg asymetryję twarzy i ucha; wśród ośmiorga rodzeństwa w obserwacji Cousota, czworo dotkniętych cierpieniem, odznaczało się mniejszym stosunkowo wzrostem. Pomimo jednak tych zboczeń, w interwałach mogli oni być uważani za zupełnie zdrowych i zupełnie prawidłowo rozwiniętych, tak somatycznie jako i psychicznie.

Pierwszy napad występuje wśród zupełnego zdrowia, bez żadnej widocznej przyczyny. Wprawdzie chory Greidenberga przypuszcza, że pierwszy jego napad był następstwem silnego przestrawienia, ale inni chorzy o niczem podobnem nie wspominają i jest prawdopodobnem, że taki czynnik, jak strach, był tylko momentem wywołującym (agent provocateur) przy istniejącem już usposobieniu. Cousot piszerównież, że u jednego z jego chorych strach i wzruszenia moralne przyspieszały napad. Wszyscy jednak autorowie zaznaczają z naciskiem, że napady powstają bez wyraźnie skonstatowanej przyczyny.

Zwykle nic nie zapowiada zbliżania się ataku, zwłaszcza, że tenże występuje najczęściej nocą, podczas snu, w niektórych jednak przypadkach osłabienie, uczucie zmęczenia i senność odgrywają rolę objawów zwiastunowych. U mego chorego, oprócz osłabienia, znakiem zbliżającego się napadu był brak swędzenia. Najczęściej nie ma wyraźnych czuciowych objawów i parestezyi; chorzy nie czują żadnych bólów, ani nieprawidłowych sensacyj. Mimo to, chory Westphala miał niekiedy w początku napadu sensacyję kłócia szpilkami w nogach, pragnienie i wzmożone parcie na mocz, a Cousot opisuje niezwykłą ruchliwość chorego w okresie zwiastunowym, co jednak znaczy tylko tyle, że chory chciał w ten sposób przerwać napad. Chory Szachnowicza, nie mający przed napadem żadnych sensacyj, ani bólów, doznawał niekiedy odrętwienia w członkach, osłabienia przy ruchach i mrowienia w całym ciele, które to objawy był w stanie usunąć w ciągu 20 minut przez forsowne ruchy; są to jednak formy poronne, o których niżej.

Główną cechą napadu jest paraliż. Chory, uległy napadowi w nocy, po przebudzeniu się z wielką trudnością porusza kończynami i obraca się na pościeli, albo też zupełnie już nie jest w stanie tego wykonać. Nad ranem paraliż zwykle już jest zupełny. Jeżeli napad występuje w ciągu dnia, wtedy łatwiej można obserwować następczość w rozwijaniu się porażenia. Porażenie zwykle zaczyna się w kończynach dolnych, następnie wznosi się ku górze i wreszcie przechodzi na kończyny górne; nie rozwija się nagle, w każdym jednak razie dość szybko, bo w ciągu kilku godzin jest ono zupełne. Mój chory uczuwał początkowe osłabienie niekiedy przez 12 godzin, zwykle jednak zaczynał je czuć wieczorem, a zrana był już zupełnie sparaliżowany. Ponieważ porażenie jest silniej wyrażone w nogach, niż w rękach, można by więc przypuszczać, że się zaczyna w kończynach dolnych. Chory jednak twierdzi stanowczo, że jeśli wieczorem czuł osłabienie w nogach, to czuł je jednocześnie w rękach. Greidenberg utrzymuje, że w jego przypadku porażenie zajmowało najprzód kończyny dolne, następnie tułów, a wreszcie kończyny górne. Czasami, i to właśnie u tych chorych, u których paraliż zwykle zaczyna się od nóg, występuje on najprzód w rękach, a potem przechodzi na nogi, jak to miało miejsce u chorego Cousota. Porażenie może się nawet ograniczyć na samych tylko kończynach dolnych, co jest zaznaczone w obserwacji Fiszla (chora ulegała czasami i paraliżowi rąk), co również było u ciotki mego chorego i czasem u tych chorych (Greidenberg), u których paraliż zajmował zwykle wszystkie mięśnie dowolnych ruchów, z wyjątkiem inerwowanych przez nerwy czaszkowe. Ogólną jednak cechą choroby jest porażenie wszystkich 4 kończyn i tułowia. Dość często zajęte są mięśnie szyi, skąd pewna trudność w poruszaniu głową, niekiedy mięśnie wdechowe i wydechowe, skąd zmniejszenie wdechowych ekskursyj klatki piersiowej (Hartwig) utrudnione kichanie i kaszel (Westphal i Goldtiam), w żadnym przecież przypadku nie rozwinęła się duszność. W kilku przypadkach zajęte były mięśnie gardzieli, przełyku i języka, wskutek czego powstały zaburzenia w połykaniu i w mowie (Hartwig, Westphal, Cousot). Zazwyczaj jednak nerwy czaszkowe od wszelakich zmian były wolne, i to właśnie stanowi znamiennej cechę cierpienia, że, gdy cała dowolna muskulatura jest porażona, ruchy mimiczne, gałek ocznych, mięśni żwaczy i głos są zu-

pełnie prawidłowe. Mięśnie gładkie zdają się być również wolne od zmian wszelakich, a zanotowane w moich spostrzeżeniach zaparcie stolca, jest raczej następstwem porażenia tłoczni brzusznej, niż parezy muskulatury kiszek. Czynność pęcherza jest zupełnie prawidłowa.

Nie mogę rozstrzygnąć, czy w moim przypadku jakość pulsu (puls mały, słaby i miękki) i obniżenie anakroty, widoczne na rysunku sfigmograficznym, zależały od osłabienia mięśnia sercowego.

Organy zmysłów i świadomość zmian żądnych nie przedstawiają. W kilku przypadkach (Goldflam, Fischl) uważano niezwykłą senność. W spostrzeżeniach Cousota, Hartwiga i Westphala istniało wzmożone pocenie się, w ostatniem połączone z uczuciem gorąca, jednakże bez śladu podwyższenia temperatury ciała. Napady przebiegają bez gorączki, a nawet czasem przy temperaturach subnormalnych, jak w przypadku Fischla, Greidenberga i moim. Podniesienie się temperatury w przypadku Hartwiga przy wzrastających dreszczach do 40° i w przypadku Westphala do 39° nastąpiło już po przejściu ataku i zdaje się nie być w żadnym związku z chorobą. W moim przypadku w większości napadów częstość pulsu spadała do 50 uderzeń, oddechów zaś było 22 — 28 na minutę. Mocz w żadnym przypadku nie zawierał nienormalnych składników.

Paraliż jest zupełny, na wysokości napadu chorzy nie są w stanie wykonać żadnego ruchu porażonemi mięśniami. Jednak, jak wspomniano wyżej, porażenie kończyn dolnych jest zupełniejsze niż w górnych, w których ruchy, acz niezmiernie słabe, istnieją, dopiero przy wielkiem natężeniu napadu i one zupełnie są zniesione. W moim przypadku można było ustalić jako regułę, że paraliż był tem zupełniejszy, im bliżej tułowia był położony porażony staw, -- respective w stawach większych, jak biodrowym, kolanowym, barkowym, łokciowym porażenie było najsilniejsze. Chory mógł jeszcze wykonywać słabe ruchy stopą, lub palcami rąk, gdy inne stawy były zupełnie bezwładne. Porażenie jest wiotkie, tonus przy ruchach biernych nie istnieje wcale (jak przy tabes), choć w kilku obserwacjach wspomniano o napięciu niektórych mięśni, lub grup mięśniowych (Greidenberg, Szachnowicz). We wszystkich, badanych pod tym względem przypadkach, odruchy ścięgniste były bardzo osłabione, aż do zupełnego zniknięcia; znika nie tylko główny reprezentant odruchów ścię-

gnistych, mianowicie kolanowy, ale także i odruch ścięgna Achillesa. Znikają również niektóre odruchy skórne, mianowicie odruch podeszwy, spostrzegalem także osłabienie odruchu mięśnia dźwigającego jądro i odruchu brzuszego.

Co jednakże jest najbardziej uderzającym i co wywołało niezmiernie zdziwienie Westphala, to ogromne obniżenie, nieomal zupełne zniknięcie w nerwach i mięśniach pobudliwości faradycznej i galwanicznej. We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem przypadku Samuelsona, w którym, jak się zdaje, rzecz ta nie była wcale badana, zanotowano ten frapujący objaw. Powyżej, przy opisie mego przypadku, starałem się określić naturę zachowania się nerwo-mięśniowego aparatu pod tym względem,— zaznaczywszy, że równomiernie ze wzrastającym bezwładem mięśni, pobudliwość faradyczna słabnie równomiernie z galwaniczną; że zmiany pobudliwości są jedynie ilościowe i dochodzą aż do zupełnego wygaśnięcia tejże pobudliwości bez żadnych jednak zmian jakościowych; że w danym momencie trwania napadu, pobudliwość nerwów jest mniej osłabiona, niż pobudliwość mięśni; że mięśnie wykazują znacznie większe obniżenie pobudliwości, aniżeli by sądzić można było po zachowanej jeszcze zdolności ruchowej; że na wysokości napadu nerwy i mięśnie nie reagują zupełnie na strumienie elektryczne. Rzecz oczywista, że może się wydarzyć w danym momencie trwania napadu, iż w niektórych nerwach, lub mięśniach pobudliwość jest mniej, lub więcej osłabiona, w innych zaś już zupełnie wygasa.

W moim przypadku stwierdziłem prócz tego, że idiomuskularna pobudliwość, podobnie jak i elektryczna, słabnie odpowiednio do stopnia porażenia i wreszcie zupełnie znika. Objaw ten szczególnie jest widoczny w mięśniach, w których objaw idiomuskularnej pobudliwości łatwo można wywołać uderzeniem młotka, a więc w pectorales, deltoidei, biceps, triceps, w m. wyprostnych przedramienia i. t. p.

Przy zmianach ruchowych, tak wysokiego stopnia i w takim rozmiarze, zadziwiającem jest zupełne zachowanie czucia (tylko w przypadku Fischla jest mowa o obniżeniu tegoż). Chory czuje najłżejsze dotknięcie i dokładnie je umiejscawia, a ta prawidłowość odczuwania rozciąga się na wszystkie rodzaje czuciowej sfery. Trzeba jeszcze zaznaczyć, że tak zwane czucie mięśniowe jest zupełnie niezmienné i że ucisk na nerwy i mięśnie nie wywołuje żadnego

bólu, ani nieprzyjemnego uczucia. Wspomniałem już, że w początku napadu bóle nie istnieją, parestezyje są nieznaczne, a w ciągu trwania jego zwykle ich także niema; chory Hartwiga podczas jednego tylko ataku skarżył się na mrowienie i uczucie odrętwienia porażonych części.

Acme porażenia trwa od kilku godzin, do dni kilku. Następnie zaczyna się poprawa, zwiastowana niekiedy przez dość szczególne objawy, jak np. obfity pot i powrót swędzenia u mego chorego. Poprawa może się zacząć w ciągu dnia, zwykle jednak rozpoczyna się nocą, zwłaszcza jeżeli, co się najczęściej zdarza, samo porażenie w nocy wystąpiło. W ten sposób, u chorego Szachnowicza paraliż rozpoczynał się i znikał podczas snu. Poprawa idzie zwykle w kierunku odwrotnym, niż paraliż, t. j. w kierunku zstępnym. Zaczyna się najczęściej w palcach rąk, przechodzi następnie na stawy łokciowe i barkowe, potem zajmuje tułów, wreszcie nogi, poczynając się w nich, jak się zdaje, od stóp. W przypadku Hartwiga, w którym porażone były także mięśnie szyjowe, poprawa zaczęła się od szyi, przeszła następnie na palce rąk, ramiona, i. t. d. Jako paraliż rozwija się nie nagle, choć dość szybko, tak również i normalna działalność mięśni nie powraca momentalnie; potrzeba na to kilku godzin czasu, żeby poprawa dosięgła stopnia pozwalającego na dowolne ruchy. Chociaż chory ma się już o tyle dobrze, że może wstać o własnej sile i napad uważać można za skończony, to jednak przez czas kilku jeszcze następnych godzin istnieje nieznaczne osłabienie, mianowicie w nogach, jak to ma miejsce u mego chorego. W przypadku Greidenberga przez krótki czas po napadzie trwało uczucie ociężałości i niezręczności w nogach podczas chodzenia. Chory Szachnowicza czuł po napadzie mrowienie w kończynach, trwające tylko pół godziny, jeśli się energicznie poruszał, lub stosował mięsienie. W każdym razie funkcja aparatu ruchowego powraca do zupełnej normy i mięśnie odzyskują w zupełności swą siłę i zdolność do działania; tylko w przypadku Hartwiga pozostawała pareza w przerwach między napadami.

Ręka w rękę z powrotem funkcji ruchowej pojawia się napowrót pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów. Mięśnie odzyskują swą pobudliwość w tem samym kolejnym następstwie, w którym odzyskiwały swą zdolność ruchową, najpród mięśnie rąk, później nóg, i w miarę jak siła mięśni wzrasta, wzmaga się również ich pobudliwość, aż wreszcie

staje się prawidłową. Cousot mniema, że najprzód powraca galwaniczna pobudliwość nerwów, gdy objawy porażenia ustępują.

Chociaż zupełny powrót pobudliwości elektrycznej w mięśniach i nerwach może być uważany za regułę, to jednak w moim przypadku w przerwach między napadami dawało się wielokrotnie stwierdzić zmniejszenie tejże pobudliwości w niektórych drobnych mięśniach ręki prawej (thenar, interossei), a nawet jakościowe zmiany galwanicznego oddziaływania ze zmianą formuły i dość leniwym skurczem, co można uważać za pewną odmianę średniej formy reakcyi zwyrodnienia, przy czem funkcya mięśni pozostała prawidłową.

Idio-muskularna pobudliwość powracała jednocześnie i równoległe z powrotem elektrycznej pobudliwości, i według tych samych reguł. Przy uderzaniu młotkiem w mięsień tworzył się najprzód poprzeczny wał, a następnie skurcz włókien równoległe do ich przebiegu.

Odruchy ścięgniste i skórne wracają również, choć, jak się zdaje, później, niż pobudliwość elektryczna. Tak np. w przypadku Greidenberga odruchy pojawiły się dopiero wtedy, kiedy pobudliwość elektryczna już była normalna, a chory dobrze chodził. Zdaje się również, że częste występowanie napadów wywołuje osłabienie odruchów ścięgnistych, mianowicie kolanowego, w przerwach między napadami i sprawia, że wtedy trudno jest odruch wywołać, miało to miejsce w moim przypadku. Cousot wspomina pod tym względem, że u jednego z jego chorych w interwallach odruch kolanowy był słaby z lewej strony i trudny do wywołania z prawej, u innego zaś chrego odruchu z prawej strony wcale nie było.

Takim jest zwykły przebieg napadów. Zdarza się jednak czasami, że poprawa, która normalnie wzmagą się stopniowo do zupełnej restytucyi zniesionych funkcji, niespodzianie powstrzymuje się. Bywało tak dość często u mego chorego, że poprawa już ujawniona w kończynach górnych nie rozwijała się dalej, a nawet ręce znowu traciły zupełnie swą zdolność ruchową. Taki powrót napadu, że się tak wyrażę, trwał kilka do 12 godzin. Chory przypisywał to zwykle jakiemuś przypuszczalnemu wykroczeniu przeciwko dyecie, widziałem jednak u niego takie powroty napadu wtenczas, gdy nie przyjmował żadnego w ogóle pokarmu.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawozdanie za rok 1890 z ambulatoryjum dla chorych z cierpieniami nosa, gardła i krtani w szpitalu Ewangelickim w Warszawie,*)

prowadzonego przez
D-ra Władysława Wróblewskiego.

Przyjęcie chorych przychodnich rozpocząłem w dniu 14 kwietnia 1890 r. Przyjmo wałem codziennie od godziny 12 do 1 w południe z wyjątkiem niedziel i świąt.

W czasie objętym przez niniejsze sprawozdanie t. j. od dnia 14 kwietnia do 31 grudnia 1890 r. było w ambulatoryjum 650 osób, którym udzielono 1808 porad.

W tej liczbie było 14 chorych, którzy leżeli na salach szpitalnych.

Podług miesięcy ruch chorych był następujący:

Kwiecień	89 osób	41 mężczyzn	48 kobiet
Maj	69 „	24 „	45 „
Czerwiec	70 „	39 „	31 „
Lipiec	87 „	43 „	44 „
Sierpień	87 „	41 „	46 „
Wrzesień	72 „	31 „	41 „
Październik	59 „	29 „	30 „
Listopad	52 „	28 „	24 „
Grudzień	65 „	24 „	41 „
Razem	650 osób	300 mężczyzn	350 kobiet.

Ogólna liczba porad udzielonych w czasie sprawozdawczym wynosiła 1808. Podług miesięcy:

Kwiecień	128
Maj	139
Czerwiec	282
Lipiec	271
Sierpień	209
Wrzesień	198
Październik	161
Listopad	228
Grudzień	192
Razem	1808

Cierpienia, z którymi chorzy przychodzili o poradę, rozdzielić można na następujące główne działy:

*) Zawdzięczając staraniom Szanownego doktora medycyny Mikołaja Brunnera, naczelnego lekarza szpitala Ewangelickiego w Warszawie i na przedstawienie prof. Czausowa inspektora szpitali cywilnych, zamianowany zostałem przez radę miejską, lekarzem ambulatoryjum dla chorób gardła, krtani i nosa przy szpitalu Ewangelickim w kwietniu 1890 roku.

Uważam więc sobie za najmilszy obowiązek złożyć obu tym panom publiczne podziękowanie.

Choroby nosa	116	przypadków
Choroby jamy nosogardzielowej	45	„
Choroby gardzieli	214	„
Choroby krtani	184	„
Choroby uszu	120	„
Choroby szyi	14	„
Inne cierpienia	7	„
Razem	650	przypadków.

Choroby nosa.

	Mężczyzn	Kobiet
Abscessus septi narium	1	
Corpora aliena nasi	2	
Dyphtheritis nasi et pharyngis	1	
Degeneratio polypoidea concharum	1	1
Eczema narium		6
Epistaxis	6	4
Empyema antri Highmori		1
Furunculosis nasi	1	1
Lues nasi		1
Ozaena	2	4
Polypi nasi	9	6
Perforatio septi non luetica		1
Rhinopharyngitis chronica	4	11
Rhinitis chronica simplex	7	12
Rhinitis hypertrophica	22	9
Rhinitis purulenta		1
Rhinitis traumatica purulenta	1	
Ulcus septi narium non lueticum	1	
	58	58

Z pomiędzy wyżej wyliczonych przypadków wiele było zasługujących na uwagę i dlatego też możliwie krótko uczynię wzmiankę o niektórych, uwzględniając jednakże tylko te, które mogą zainteresować szersze koło lekarzy praktyków.

Corpus alienum nasi.

Ciała obce w nosie, a zwłaszcza u dzieci spotykamy często. Opisany poniżej przypadek zasługuje na uwagę ze względu na długi przeciąg czasu, podczas którego ciało obce pozostawało w nosie.

Chłopczyk. 6 lat wieku mający, skarży się na zupełne zatkanie i wypływ ropny z nozdrzy lewej. Stan ten trwa 8 miesięcy. Przy badaniu znalazłem ciało obce głęboko wsadzone w nos; był to zwitek bibuły 4 ctm. długości i około 1 ctm. grubości, który łatwo dał się kleszczykami usunąć. Przestrzykiwanie nosa kwasem bornym 2%. Wyzdrowienie.

Epistaxis.

Najczęstszą przyczyną krwotoków nosa są wynaczynienia na przegrodzie; wtedy wskazane są przypalania tych miejsc

lapisem, kwasem chromnym, galwanokauterem i. t. p. i krwotoki zwykle ustępują. Wspomnę tu o dwóch przypadkach krwotoków nosa ze względu na niezwykłą ich przyczynę.

1) Kobieta lat 29 w 9 miesiącu ciąży. Od 1½ roku bardzo częste i obfite krwotoki z nozdrzy prawej. Przy badaniu okazał się nowotwór wielkości grochu, schowany w końcu nosa, przyrośnięty do najprzedniejszej części przegrody. Był to mały silnie unaczyniony włókniak. Po usunięciu go pętlą zimną i przypaleniu miejsca przyczepu arg. nitrico in substantia krwotoki ustały.

2) Dziewczyna czternastoletnia, dobrze zbudowana i odżywiana cierpi na obfite krwotoki nosa od lat 4 i to zawsze z prawej nozdrzy. W nosie widać tylko niezbyt przewlekły, lecz przyczyny krwotoków nie znajduję. Cała tylna ściana jamy nosogardzielowej wysłana grubą warstwą wyrosli adenoidalnych, tak że wały tubae Eustachii leżą, jakby w poduszki wcisnięte. Migdały oba znacznie powiększone.

Po usunięciu migdałów i wyrosli krwawienia z nosa ustały. Tak więc epistaxis może być jednym z objawów wyrosli adenoidalnych, co zresztą w praktyce prywatnej parokrotnie stwierdziłem.

Przy tamowaniu obfitych krwotoków nosa, zdarzających się często podczas upałów, gdzie nie może być wykrytą właściwą przyczyną, uciekałem się (po wyczerpaniu innych środków) do przestrzykiwań sokiem z cytryn, idąc za radą francuzkich autorów. Po dokładnem przemyciu nosa wodą chłodną zastrzykuję małą sprycą 1 do 3 uncyj soku wyciśniętego i precedzonego z dwóch lub trzech cytryn. W wielu przypadkach środek ten okazał się skutecznym i dlatego polecić go mogę do dalszych prób.

Choroby jamy nosogardzielowej.

Lues retronasi	1 mężczyzna	2 kobiety
Sarcoma retronasi	1 „	„
Vegetationes adenoideae	32 „	9 „
	34 mężczyzn	11 kobiet.

Lues retronasi.

Przysłano mi do zbadania mamkę, która karmi dziecko od 8 miesięcy. Jest to kobieta lat 26 dobrze odżywiana; skarży się ona na ból gardła niezbyt silny, lecz trwający od 2 miesięcy. Przy badaniu znajduję na sklepieniu jamy nosogardzielowej wrzód głęboki o wyniosłych brzegach przechodzący i na tylną ścianę. Powstał on z rozpadu gummatu, jest formy okrągłej, wielkości 15 kop. srebrnych, pokryty szaro białą wydzieliną. W krtani, gardzieli i nosie żadnych zmian. Wywiad i leczenie potwierdziło rozpoznanie syfilisu.

Sarcoma retronasi.

Chłopiec 18 letni cierpi od roku przeszło na gardło. Nosem nie oddycha zupełnie, mówi bardzo niewyraźnie, ma lekki ból przy łykaniu. W nosie niezbyt przewlekły. Migdał prawy

i łuki mocno naciezione, czerwone; języczek rozdwojony. Po lekkim uniesieniu języczka ku górze widać, że cała jama nosogardzielowa wypełniona masą nowotworową, czerwoną, bezkształtną, łatwo krwawiącą. Palec wprowadzony przechodzi, nie bez trudności, pomiędzy podniebieniem, a nowotworem aż do nozdrzy tylnych. Całe sklepienie i tylna ściana zajęte nowotworem. Przed kilkoma miesiącami wyjęto mu już część nowotworu, obecnie żąda on radykalnej operacji. W celu zmniejszenia guza zrobiliśmy wraz z kol. Kijewskim kilka głębokich przypałań Paquelem i galwanokauterem, poczem chory zapisał się do szpitala Św. Ducha gdzie mu kol. Kijewski wyjął prawie całkowicie nowotwór *le tylko* za pomocą pętli zimnej zakładanej na coraz inną część guza i ściskanej ecraseur'em Maisonneuv'ea. Resztki zostały wyjęte kleszczami Lôwenberg'a i wyskrobane łyżeczką Volkmann'a. Codziennie sprycowano nos i jamę nosogardzielową i tamponowano gazą jodoformową dla zapobieżenia krwotokom, które przy nowotworach bywają bardzo duże.

Przy wypisywaniu chorego ze szpitala znaleźliśmy oddech przez nos zupełnie swobodny i ranę pooperacyjną zabliznioną. Dalsze losy chorego nie są mi wiadome.

Przytoczyłem ten przypadek na dowód, że operacje w jamie nosogardzielowej można robić nawet i przy nowotworach złośliwych bez uprzedniej rezekeyi nosa, górnej szczęki lub podniebienia. Rezekeye owe mają niby na celu rozszerzania pola operacyjnego, lecz każda z tych przygotowawczych operacji jest równie trudną i niebezpieczną dla chorego, jak i operacja, którą głównie na celu mamy, pola zaś operacyjnego bardzo tylko mało przez to zyskujemy. Sądzę więc, że wszystkie te przygotowawcze operacje należałoby w zupełności zaniechać, gdyż przez nie ani radykalniej nowotworu złośliwego nie usuniemy, ani recydywom zapobieżemy. Co się tyczy t. z. polipów nosogardzielowych te również należy zawsze operować drogami naturalnymi, o czem zresztą w innej pracy pomówię.

Vegetationes adenoideae.

Na 650 chorych szpitalnych znalazłem wyrosłe adenoidalne u 45 t. j. prawie 7%. Z tych operowałem 9 przypadków pod chloroformem, jeden tylko pod kokainą. Sposób operowania pod chloroformem opisuję niżej.

W jednym tylko przypadku miałem bardzo poważne powikłania po operacji, przytoczę go więc tutaj jako niezwykle pouczający.

Gitla K. wieku lat 10, blada, szczupła. Usta wciąż otwarte, chrapie przez sen, kataru nosa ciągle. W nosie niezbyt przerostowy. Migdał lewy nieco powiększony. Jama nosogardzielowa całkowicie wypełniona wyrosłami.

30/X. 90 r. przy pomocy kol. Horodyńskiego i Stan. Wróblewskiego usunąłem doszczętnie wyrosłe w połuśpieniu chloroformem. Po skończonej operacji nos dokładnie przestrzyknałem kwasem bornym 3%. Widziałem chorą 3 i 6 li-

stopada; stan jej znalazłem zupełnie zadawalniającym, gorączki nie było, apetyt dobry, śpi spokojnie (bez chrapania).

8/XI. w południe bez widocznej przyczyny obfity krwotok z nosa, który zatrzymano za pomocą tylnej tamponady nosa.

10/XI. wyjąłem tampon.

13 i 15 Listopada znowu bardzo obfite krwotoki nosem i gardłem (wymioty przelkniętą podczas snu krwią), które mogłem zatrzymać tylko tamponadą tylną nosa (gazą jodoformową). Wtedy poleciłem przewieźć dziecko do miasta (mieszkali kilka wiorst pod Warszawą) aby mózż go już dokładnie obserwowac. Po wyjęciu tamponów, wymyciu dokładnem nosa i jamy nosogardzielowej znaleźliśmy wraz z kol. Kijewskim w nosie i na nozdrzach tylnych białoszare, grube, błony dyfterytyczne. Stan ogólny zły: chora wycieńczona, blada anemiczna, apatyczna, gorączkująca 36,6°--39,6°. Tętno drobne, słabe 140 na minutę. Leczenie nasze polegało na dokładnem wymywaniu jamy nosogardzielowej, poczem pędzlowaliśmy mocną nalewką jodową natrzepując silnie miejsca błonicą zajęte, następnie zakładaliśmy rurką Beloc'a tampony z gazy jodoformowej. Leczenie takie trwało około dwóch tygodni. W ciągu tego czasu użyto jodiny 5 razy i zmieniano tampony 7 razy. Przy leczeniu tem krwotoki już się nie powtarzały i w tydzień po rozpoczęciu przestała chora gorączkować.

22/XI. t. j. w 3 tygodnie po operacyi przyłączyło się obustronne ropne zapalenie średniego ucha, które się jednak w kilka tygodni potem szczęśliwie ukończyło. Słuch zupełnie powrócił.

Od połowy grudnia chora mogła być już uważana za zupełnie zdrową. Etyologia tych krwotoków była dla mnie początkowo zupełnie ciemną, później dopiero przyznano mi się, że pomimo zakazu przestrzykiwano chorej nos w domu i to sprycą używaną poprzednio u dziecka chorego na dyfteryt. Tak więc mieliśmy tu do czynienia z dyfterytem przyrannym. Jest to, o ile mi wiadomo, jedyny opisany przypadek tego rodzaju powikłania po tej operacyi.

Krwotoki wtórne po operacyj wycięcia przerosłego migdalka gardzielowego zdarzają się niezbyt rzadko; bywają one jednak w ciągu pierwszych 24 do 48 godzin. We własnej praktyce nie spostrzegalem nigdy tego powikłania, jak również żadnego innego z opisywanych. Na 80 przypadków operowanych przezemnie, opisany wyżej jest jedynym, gdzie przebieg pooperacyjny był nieprawidłowym.

Dalej zasługują na uwagę 3 przypadki, gdzie wskazaniem do wycięcia wyrosli adenoidalnych było otitis media purulenta chronica.

1) Chłopiec trzyletni. Nieżyt nosa. Migdały znacznie powiększone. Wpływ ropny z uszu od roku. Wyrosle soplaste wypełniają jamę nosogardzielową. Tonsillotomia obustronna i wycięcie wyrosli na jednym posiedzeniu pod chloroformem. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. W kilka tygodni później, przy odpowiedniem traktowaniu miejscowem uszu, ropienie całkowicie ustało.

2) Chłopiec 3½ lat wieku. Wypływ ropny z uszu od 8 miesięcy. Katary nosa ciągle. Chrapie we śnie i często zrywa się w nocy. Migdały powiększone. Duży przerost gruczołu Luschka'i.

Leczenie jak wyżej. Wyzdrowienie.

3) Dziewczynka 11 letnia. Wypływ ropny z uszu od kilku lat. Migdały duże. Wyrosłe adenoidalne. Wyzdrowienie przy leczeniu operacyjnym.

Wszyscy ci chorzy przyszli o poradę z powodu ropnego wypływu z uszu. W ogóle otitis media purulenta jest bardzo częstym powikłaniem przerostu migdałka gardzielowego. Na 39 przypadków przewlekłego ropienia uszu, jakie spostrzegałem w szpitalu w ciągu r. z., 10 razy znalazłem wyrosłe adenoidalne.

Sądze, że lekarze chorób usznych muszą niezwykle często spostrzegać ten fakt.

Choroby gardzieli i jamy ustnej.

	Mężczyzn kobiet.	
Angina dyptheritica	3	1
Aphtae	1	1
Abscessus peritonsillaris	11	10
Gingivitis acuta		2
Herpes palati		2
Herpes labialis		1
Hypertrophia glandularum baseos linguae		1
Lues pharyngis	7	4
Morbilli pharyngis	2	
Pharyngitis acuta	14	10
„ subacuta	1	3
„ granulosa	5	2
„ lateralis	3	1
„ chronica	7	8
„ tuberculosa	4	
„ phlegmonosa non abscedens	7	4
„ maligna	1	
„ sicca	2	9
Pharyngolaryngitis chronica	14	8
Parulis		1
Stomatitis et intoxic. saturnina.	1	
Soor	1	
Tonsillitis acuta simplex	4	6
Tonsillitis follicularis	13	10
Tonsillitis hypertrophica	8	15
Ulcus traumaticum palati duri		1
Ulcus tonsillae origine incerta		2
Ulcerata tuberculosa linguae	1	
Ulcus pharyngis	1	
Uvulitis acuta	1	

112 m. 102 k.

(Dokończenie nastąpi).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

48. **Środek przeciw gruźlicy Liebreicha.** Berl. Klin. Woch. N. 9. 1881 Therap. Monatsh. N. III, 1891.

25 z. m. Liebreich przedstawił Berlińskiemu Tow. Lek. sposób leczenia gruźlicy, polegający na stosowaniu kantarydyny w postaci połączenia sodowego lub potasowego. Nie zgadzając się z objaśnieniem Cornila co do trujących własności kantarydyny i przyczyny śmierci przy dawkach toksycznych (zaburzenia w nerkach), Liebreich twierdzi, że zejścia śmiertelne zależne bywają przeważnie od zmian zachodzących w płucach. Przy wstrzykiwaniu podskórnem minimalnej ilości kantarydyny, jednak dostatecznej do zabicia królika, nerki znajdował w stanie normalnem, natomiast śmierć następowała przy zaburzeniach oddechowych, zaś przy badaniu pośmiertnem stwierdził zwiększoną konsystencyję płuc, która według badań Hansemana nie zależała od obrzęku, lecz od wydzielania nie zbyt wielkiego wysięku surowiczego.

Przechodzenie surowicy przez naczynia włoskowate nie zależy w danych przypadkach ani od powiększenia ciśnienia tętniczego, ani od zmian w czynności serca, z drugiej zaś strony wobec braku lub bardzo nieznacznego przekrwienia i wybroczyn krwawych przypuścić należy, że kantarydyna wpływa na przesiąkanie surowicy krwi przez naczynia włoskowate, które bywa tem większem im więcej są zmienione te ostatnie wskutek jakiegokolwiek bodźca miejscowego (resp. pochodzenia parazytarnego). Wydzielająca się surowica ma własność odżywiania komórek, doprowadzania ich do stanu normalnego, wpływa również i na bakteryje osłabiając je, nawet niszcząc ich żywotność. Kantarydynijan potasu stosuje L. podskórnie w ilości od 0,1—0,2 mgr.; najwyższa dawka 0,6 mgr. Za bezwzględne przeciwwskazanie do użycia tego środka należy uważać najmniejsze zaburzenia w nerkach, a iniekcyje mają być stosowane w odstępach przynajmniej 24 godzinowych.

W celu przygotowania roztworu kantarydynijanu potasu rozpuszcza się na gorąco przy ciągłym mieszaniu 0,3 kantarydyny i 0,4 czystego wysuszonego potasu gryzącego, a następnie powoli roztwor ten rozcieńcza się wodą do 1 litra (1c.sz.=0,002 kantarydyny).

Pierwsze doświadczenia nad stosowaniem kantarydyny przy gruźlicy krtaniowej i płucnej dokonane okazały się bardzo pomyslnemi. Poprawa głosu, usunięcie dysphagii, zmniejszenie infiltracyi, zabliznianie owrzodzeń, zmniejszenie obrzęków chrząstek nalewkowych, powrót ruchomości strun głosowych — oto są pierwsze rezultaty nowej metody.

W stanie ogólnem zaznacza Heyman znaczną poprawę w postaci znikania potów nocnych, gorączki, zmniejszenia ilości płwocin etc. Ilość laseczników według Fraenkla, ma się

również zmniejszać, a prócz tego mają one ulegać pewnym zmianom w strukturze, wskutek czego trudno się barwią. — Z ubocznych objawów wyjątkowo zdarzających się należy zaznaczyć: ból na miejscu iniekcji, bóle i zawroty głowy, parcie na mocz, czasam rozwolnienie; a w jednym przypadku po 0,0004 wystąpiła krótko trwała hematurja.

Dodatnią stroną nowej metody jest jawność środka, który przedstawia substancję chemicznie czystą, krystaliczną, dającą się łatwo odważyć i w ścisłych dawkach zastosować. Działanie fizjologiczne kantarydiny było przeprowadzone; a w obec tego że srodek ten w dawkach 0,1—0,2 mgr. nie wywołuje ciężkich objawów ogólnych można go stosować z mniejszą obawą, aniżeli tuberkulinę Kocha.

J. Pruszyński.

49. **O odporności.** Przekład z referatów Schmidt's Jahrbücher. Band 229).

1) Zur Kenntniss der bakterientödtenden Eigenschaft des Blutes von F. Niessen.

2) Sull'azione microbicide del sangue in diversi condizioni del organismo. Dr. A. Rovighi.

3) Ueber d. Wirkung des menschlichen Blutes u. anderer Körperflüssigkeiten auf pathogene Mikroorganismen, Dr. R. Stern.

4) Ueber d. bakterienvernichtenden Eigenschaften d. Blutes u. ihre Beziehungen zur Immunität Dr. O. Lubarsch.

5) Ueber die milzbrandfeindlichen Wirkungen von Säuren u. Alkalien im Blutserum, dr. Lingelsheim.

6) Ueber Hemmung d. Milzbrandinfektion u. über das aseptische Fieber. H. Buchner.

7) Der Verlauf der Phagocytencotroverse J. Petruschky.

8) Bemerkungen zu Petruschky's Mitheilung über d. Verlauf d. Phagocyten cotroverse. Fer. Hueppe.

9) Der jetzige Standtpunkt d. Lehre von d. Immunität. Prof. Ribbert.

10) Ueber das Zustandekommen der Diphtherie-Immunität u. Tetanus-Immunität bei Thieren. Behring u. Kitassato.

11) Immunisirungiversuche bei Diphtherie. Carl Fränkel.

12) Sur l'emmination de certains poisons morbides par les réines. Prof. Bouchard.

Od kilku lat żaden rozdział patologii nie interesuje tak badaczy jak *kwestyja metody leczenia chorób zaraźliwych—i warunków odporności.*

Jeżeli Koch bezpośrednio przez środek przeciw gruźliczy kwestji nie wyświecił, to uczynili to dwaj uczniowie jego Behring i Kitasato, odnośnie do dyfterytu i tężca. Obie zasadnicze kwestyje w ich podstawach są dla dwu wymienionych chorób rozwiązane.

Nim jednak przejdziemy do wymienionej pracy—przeźrzeć należy kilka innych poważne rezultaty również przynoszących.

Petruschky dla wyjaśnienia bakterjobjęczych własności niektórych soków organizmu względem bacillus anthracis wystawił teorię „assymilacyjną”, podług której soki ciała ludz-

kiego wraz z pierwiastkami pożywnymi znajdują się w stanie, który im nie pozwala stać się pożywieniem mikroorganizmów. Nissen (1) przeciwnie wykazuje, że różne gatunki bakteryj, jak np. *Coccus aquatilis*, *Bacillus typhi*, *Cholera-bacillus*, *bac. anthracis*—umierają w świeżej krwi, pomimo dodania do tej takiej płynów odżywczych jak bulion, roztwór soli kuchennej; a więc nie brak pożywienia jest przyczyną umierania niektórych bakteryj we krwi. Okazało się, że różne bakteryje są przez świeżą krew z różną enargiją niszczone. Mianowicie, *B. cholerae*, *b. anthracis*, *typhi*, *pneumoniae*, *Bacillus acidi lactici*, *subtilis*, *megatherium* — prędko są zabijane; inne zupełnie lub tylko w niewielkiej ilości są niszczone, a po wielogodzinnem działaniu nawet licznie wzrastają.

Czas, w którym świeża krew zabija, wynosi dla *Coccus aquatilis* 5—10 minut, dla cholery 20—40 minut. Dana ilość krwi jest w stanie zniszczyć pewną ograniczoną ilość bakteryj. Jeżeli do obiegającej krwi wprowadzić pewną ilość bakteryj i taką kwią próbować zabijać bakteryje—wtedy okaże się, że jest ona w tej swej zdolności wyczerpaną. Ciekawym jest fakt, że krew taka daleko wolniej krzepnie. Jeżeli przez dodanie $MgSO_4$ (w rozworze) do krwi wyciekającej lub przez zastrzyknięcie peptonu do krwi obiegającej odejmiemy jej zdolność krzepnięcia i po tem wypróbujemy jej zdolności bakteryjobójcze, to okaże się, że *peptonizowana krew* zabija pewnie *bb. cholery* i tyfusu, mniej pewnie *pneumonii*. Przeciwnie *dodanie $MgSO_4$* zmniejszyło zabójczy wpływ krwi.

Jak wytłomaczyć różnicę między wpływem obu dodanych do krwi substancyj, odejmujących jej zdolność krzepnięcia? (pepton przez zmienienie leukocytów, $MgSO_4$ zaś przez zniszczenie zdolności plasmy do rozkładania leukocytów). Analogija istnieje w tem, że peptonizowana krew niszczy bakteryje; plazma z solą nie niszczy leukocytów, plazma z solą nie niszczy bakteryj.

A więc: plazma krwi jedną i tą samą swoją własność zwraca przeciw leukocytom i bakteryjom.

Rovighi (2) krew z vena brachialis defibrynował w naczyniu sterylizowanem, podzielił na kilka porcyj w próbówki i szczepił w nie różne drobnoustroje.

Z tych przerosił po kilka kropli na płytki żelatynowe. Próbówki utrzymywał przy 36° , a przenoszenie na płytki czynił po jednej, 2,4,7 godzinach. Nazajutrz można było porównać rezultaty wpływu krwi na rozwój bakteryj. Rezultaty te wykazały, że:

a) Krew człowieka zdrowego niszczy *b. typhi* zupełnie; mniej doskonale — *staphyloc.* i *pneumobacill. Fridländeri*.

b) Podczas trwania choroby gorączkowej siła bakterjobójcza krwi upada nie tylko względem *staphyloc.* i *pneumobacil.*, lecz i względem łatwo pokonowywanego *b. typhi*.

c) Krew silniej działa na mikroorganizmy przy niskiej aniżeli przy wysokiej temperaturze. Przy 42° bacylle rozwijają się znakomicie.

Stern (3) tak streszcza rezultaty swej pracy: Ludzka krew defibrinowana może zabijać pewne bakteryje. Najsilniej działa na *b. cholerae as.*, mniej trochę na *b. typhi abdom.* Przesięki i wysięki takąż siłę w tym samym kierunku okazują. Siła bakterjobójcza soków ciała ludzkiego waha się u różnych organizmów, a nawet u jednego i tegoż samego.

Krew przy chorobach ostrych infekcyjnych nie zmienia szczególnie swych zdolności bakterjobójczych.

Bac. anthracis, *diphtheriae*, *Staphyl. pyog. albus* i *aureus*, *Strept. pyog.*—silnie się we krwi rozmnażają — w stopniu zależnym od rozmaitych indywidualnych własności krwi.

Lubarsch (4) znalazł, że krew wypływająca ma mniej siły niż extravaskularna. Stoi to w związku z poglądem Buchnera, który przyjmuje dwojaki wpływ krwi na drobnoustroje: niszczący i żywiący. O ile zniszczone zostają czerwone ciała krwi, o tyle wzrasta zdolność żywiąca; w śledzionie, wątrobie, szpiku kostnym zostają ciągle czerwone ciała niszczone; dla tego w krwi obiegającej przeważa żywiąca zdolność krwi.

L. dowodzi, że dla odporności względem *b. anthracis* nie potrzeba, by bacylle zabite zostały; wystarcza by zginęły śmiercią naturalną, nie rozmnażając się.

Co się tyczy teorii Miecznikowa—jeżeli nie odrzucić, to przynajmniej drugorzędną rolę wyznaczyć należy fagocytozie.

Głównie działają momenty wstrzymujące rozwój bakteryj, a leżące po za obrębem komórki.

Lingelsheim (5) próbował 12 kwasów. Wszystkie działały jednakowo. Dodanie mniej więcej 30 cm. kwasu do litra osocza krwi wstrzymywało rozwój *b. anthracis*.

Zasady działały różnie t. j. różne ich ilości potrzebne były, by wywołać zatrzymanie rozwoju bakteryj w osoczu krwi. Np. dwuwęglanu sodu należało wziąć 1:500, dwuwęglanu potasu 1:400, zaś węglanu talu wystarczało 1:7500 by wstrzymać rozwój *bac. anthracis*.

Wielu autorów starało się zwierzęta chore na karbunkul leczyć przez zaszcepienie innego mikroorganizmu.

Buchner (6) zauważył, że tutaj własności lecznicze zależą nie od działalności wstrzykniętych mikroorganizmów, lecz od pewnych chemicznych materyj wraz z nimi do ciała wprowadzonych. Dla tego też zaczął wstrzykiwać kultury sterylizowane, które tak, a nawet silniej, działały, jak nie sterylizowane.

Ten wpływ hamujący kultur sterylizowanych ma być pośredni.

Ropienie jakie B. wywoływał na miejscu wstrzyknięcia kultury sterylizowanej, t. j. na przestrzeni przez anthrax zajętej, uważa za ową drogę leczniczą, hamującą rozwój karbunkulu. Wpływ tu wywierają albo rozpuszczone bakterjobójcze materyje, albo komórki nagromadzonych leukocytów.

Anthrax szczepiony królikom wyróżnia się przez brak miejscowych znaków zapalenia, t. j. przez brak wyrazu samo-leczniczych sił natury. To zapalenie wywołanem być może

przez zastrzyknięcie sterylizowanej kultury innego mikroorganizmu.

Ciekawem jest wstrzykiwanie rozcieńczonej kultury sterylizowanej w innym zdrowym miejscu. I wtedy rozwija się hamujący wpływ iniekcji, oparty na wpływie ogólnym.

Przy zastrzyknięciu samemu sobie podobnej kultury — zapadł B. na gorączkę, połączoną z dreszczami, którą nazywa „febrą aseptyczną” i uważa za skutek działania chemicznych instancji, wytworzonych przez bakterje po za obrębem organizmu.

W kwestji fagocytozy — mamy dwa krótkie referaty.

Hüppe zestawił nowe prace z dziedziny zagadnienia o naturalnej odporności, przychodząc do wniosku, że po za „extracelulären (biochemischen)” wpływami istnieją i „komórkowe, specyficzne” wpływy. W rzędzie ostatnich główne miejsce zajmuje teoria Miecznikowa.

Przeciwnko temu ostatniemu zdaniu występuje Petruschky (7). Opierając się na nowych pracach, przez Hüppe'go cytowanych, dochodzi do wniosku, że żadna z nich nie na poparcie teorii Miecznikowa nie daje, fagocytoza jest skutkiem odporności, zaś fagocyty za jedyne zadanie mają uprzątnięcie cząsteczek martwych lub do życia niezdolnych.

Hüppe (8) contra Petruschky nie zgadza się by wszystko polegało na biochemicznych stosunkach. Że niezawierające komórek, osocze krwi działa zabójczo na mikroorganizmy — nie świadczyło o tem, by i w organizmie krążąca krew li tylko przez swe osocze działać miała.

Ribbert (9) mówi:

Należy dokładnie odróżniać odporność *bezwzględną* od *względnej*. Przy pierwszej nie bywa żadnych oznak chorobowych, zaś przy drugiej objawy są słabe i prędko przemijające.

Odporność bezwzględna polega na tem, że bakterje nie są w stanie rozkładać części organizmu i tym sposobem pożywienie sobie zyskiwać; giną z braku tegoż. Nie tylko komórki, lecz i rozpuszczone obiegające białko sprzeciwia się samo przez się, lub dzięki poprzedniej infekcji, wpływowi bakteryj.

Rozumie się, że jeden gatunek drobnoustrojów nie wyrobi odporności dla innych. Organizm musi się przyzwyczaić do każdego z osobna. Nabyta odporność trwa i we krwi z organizmu wypuszczonej.

Naturalnie, że komórki oddają w dziedzictwie zdolność opierania się bakterjom i zdolność tę na ciało obiegające przenoszą. Tym sposobem komórki są przyczyną odporności.

Odporność względna pozwala na pewne zdobycze w pożywieniu bakterjom. Rozwój mikrobów może wywołuje produkcję substancji trującej, prawdopodobniej jednak tylko wzrost procesów spalania i przez to gorączkę. Przez to płyny ciała stają się bogatsze w produkty przemiany materji, które są dla bakteryj szkodliwe.

Zwiększona przemiana materji zależy od komórek. W nich więc ma się nagromadzić maximum bakterjobójczych substancyj.

Przy chorobach w pewnym miejscu skupionych wpływ leukocytów wyrażać się może przez mechaniczne zatkanie dróg limfatycznych i przez powiększenie ilości (w danym miejscu) produktów przemiany materii, zachodzącej w komórkach.

Kitassato i Behring (10) przeciwstawiają powyższym pracom swoją tezę, która brzmi.

„Odporność królików i myszy, które sztucznie takową względem tężca nabyły, zasadza się na zdolności płynnej, pozabawionej komórek, krwi neutralizowania złośliwych własności produktów przez bacyllę tężcową wyrabianych“.

Fagocytoza ustępuje z pola. Nie ma mowy ani o bakterjobójczych własnościach krwi, ani o przyzwyczajeniu się organizmu do trucizny. Krew zwierząt odpornych stanowić ma odtrutkę przeciw trującym właściwościom produktów bakteryjnych. Sposobu uczynienia zwierzęcia odpornem autorzy nie podają. Komunikują tylko że zwierzę takie nie boi się ani mikroorganizmów ani też chemicznych produktów danej bakterii (np. tężca).

Jeżeli osocze krwi zwierzęcia odpornego zastrzyknąć nieodpornemu a potem zaszczyć ostatniemu tężec, natenczas zwierzę pozostaje zdrowem.

Jeżeli naodwrot po zastrzyknięciu kolonij tężcowych zastrzyknąć osocze — wywoła ono skutek leczniczy. Mięszanina takiego osocza z hodowlami tężca jest nieszkodliwą.

Odporność wywołana przez zastrzyknięcie tego osocza jest trwałą.

Jednocześnie z pracą B. i K. zjawiała się praca Karola Fränkl'a (11). Próbując uczynić świnki morskie odpornymi na dyfteryt, osiągnął to przez zastrzykiwanie zwierzętom ogrzanego podłoża bakterij dyfterytu pod skórę. Ogrzewanie trwać powinno 1 godz. przy 65 — 70°; zastrzykuje się 10 — 20 cm.³ trzygodniowej kultury buljonowej pod skórę brzucha. Po tem zwierzę bezkarnie znosi szczepienia laseczników dyfteryticznych.

Odporność występuje w 14 dni po szczepieniu ochronnem.

Prócz tego godnym uwagi jest fakt, że zwierzęta znoszące szczepienia podskórne, zapadają na dyfteryt szczepiony na błonach śluzowych.

Fr. działanie szczepienia ochronnego tłumaczy przez istnienie dwu płynów w kulturach bakteryjnych: toksycznego i ochronnego; pierwszy zostaje przez ogrzanie zniszczony.

W każdym razie płyn ów wywołujący odporność jest bezsilny terapeutycznie.

Bouchard (12) po zarażeniu królika za pomocą „bacille pyocyaniqne”, filtrowaną uryną tegoż szczepił zdrowe króliki i te czynił odpornymi.

Podobnież białe myszy stały się odpornymi na b. typhi Eberthi po zastrzyknięciu im filtrowanej, nie zawierającej bakterji uryny myszy chorej na tyfus.

Nie udawało się to z uryną karbunkułu, wodowstrętu, cholery kur i „rauschbrand'u“. Już po pracach Fr. i Bouch. wy-

szła druga praca Behringa „Ueber das Zustandekommen d. Diphterie—Immunität bei Thieren“.

Są tu szczegóły czynienia zwierzęta odpornymi (immun).
Istnieje na to pięć sposobów:

1) Ogrzewanie kultur.

2) Szczepienie kultur poddanych działaniu trójchlorku jodu.

3) Szczepienie wysięku pleurytycznego znajduwanego u świnek morskich szczepianych b. diphteriti.

4) Zaraża się zwierzęta — a potem przez zabiegi lecznicze doprowadza do zdrowia. Po zarażeniu zwierzęcia przez zastrzyknięcie podskórne kultur dyfterytycznych — zwierzę przy życiu zostawało dzięki użyciu złotego chlorku sodu, naftylijaku, trójchlorku kwasu octowego, kwasu karbolowego, przede wszystkim zaś trójchlorku jodu.

5) Przed zarażeniem traktuje się przez czas pewien zwierzę nadtlenkiem wodoru (H_2O_2).

Sterling.

50. Prof. Dr. H. v. ZIEMSEN. **Aetiologie der Pleuritis.**
(*Klinische Vorträge N. 15. 1889.*)

W porównaniu z postępem, jaki zrobiło rozpoznawanie i leczenie wysięków opłucnej etiologia tego cierpienia aż do 70 roku nie postąpiła ani kroku naprzód. Uraz, przeziębienie, zawały krwawe, nowotwory, różne sprawy zakaźne, zapalenie płuc, gruźlica, gościec stawowy i t. d.—oto wszystko, czem się zadawalniano przy objaśnieniu przyczyn pleurytu, nie wnikając bliżej w rzeczywistą istotę rzeczy. Dopiero w ostatnich latach kiedy bakteriologia nowe szlaki medycynie wskazała, zaczęto starannie badać wysięki, szukać istotnej przyczyny tej sprawy zapalnej tak, że już teraz na zasadzie obecności rozmaitych grzybków rozszczepujących możemy rozpoznawać różne formy kliniczne. Dla najważniejszych odmian zapalenia opłucnej są nam dobrze już znane swoiste czynniki, jak kokki otorbione (kapselkokken) przy wysiękach, towarzyszących zapaleniu płuc włóknikowemu, laseczniki gruźlicze przy wysiękach pochodzenia gruźliczego, streptokokki i stafilocokki przy wysiękach posocznicych i t. d. Trudność wykrycia drobnoustrojów chorobotwórczych w większości przypadków surowiczo-włóknikowych wysięków opłucnej tłomaczy się bądź nieznaczną ilością mikrobów, bądź gnieźdzeniem się ich w zagłębieniach opłucnej, bądź też tem, że występują jedynie jako zarodniki. Mamy tu głównie na myśli wysięki gruźliczej istoty, gdzie obecność laseczników wykryć się nie daje. Inne znowu formy wysięków opłucnej powstają pod wpływem ciał chemicznych, wywołujących sprawy zapalne, prawdopodobnie wytworów życiowych grzybków rozszczepujących; do takich należą wysięki towarzyszące ostremu goścowi. Ilość wysięku, brak grzybków chorobotwórczych, oraz swoisty przebieg przemawia, że są to oddzielne, lżejsze nieco formy teźże choroby. Autor próbował otrzymać hodowle z wysięków opłucnej surowiczo włóknikowych, oraz z wysięków stawów, wynik był jednak ujemny, natomiast zastrzyknięcie tego płynu pod skórę i w jamy surowicze wywołało pewne zaburzenia, jednakże bez ścisłego umiejscowienia takowych.

Szczególną uwagę zwraca Ziemssen na wysięki opłucnej przy zapaleniu płuc włóknikowem. Ilość wysięku bywa tu rozmaita. W ostatnim dziesięcioleciu spostrzegal on przeważnie przypadki z nieznaczną ilością płynu. Przy zapaleniu górnego płatu płuc prawie za regułę przyjąć można nieznaczny wysięk opłucnej; powstaje on zwykle z opłucnej górnego płatu, poczem opuszcza się na dół, odgraniczając się zwykle od stłumienia chorego płuca pasem zdrowej, zawierającej powietrze, tkanki płucnej. Wysięki te podtrzymują zazwyczaj przez czas pewien po ukończeniu sprawy płucnej podwyższoną ciepłotę, za regułę tego jednak przyjąć nie można.

Na zasadzie tak łagodnego przebiegu i pomyślnego zejścia mniemał poprzednio autor, że ma tu do czynienia ze zwykłym surowiczo-włóknikowym wysiękiem; w ostatnich jednak latach przekonał się, że wszystkie spostrzegane przez niego zapaleniowe wysięki opłucnej (18) były surowiczo-ropne, pomimo łagodnego przebiegu, pomimo braku nieraz odczynu gorączkowego. Niektóre z tych przypadków były prawie zupełnie ropne, leczono je jednak za pomocą zwykłej aspiracji z dobrym skutkiem. Autor mniema, że rychło będzie rozwiązana kwestya, czy pozapaleniowe empyemy, zawierające jedynie Fränklowskie pneumokokki nie należy drogą chirurgiczną leczyć inaczej, niż inne formy ropnych wysięków opłucnej.

Badania bakteriologiczne wykryły przy empyematach pneumonicznych oprócz pneumokokków Fränkla jeszcze pneumobacyle Friedländer'a i streptokokki pneumoniae (Wechselbaum). Prócz tego Hajek znalazł w wysięku opłucnej u chorego mającego różę streptokokka róży, Wechselbaum zaś ropotwórcze ustroje w wysiękach czysto surowicznych, wreszcie różni autorowie znajdowali w krwotocznych i ropnych wysiękach lasecznik gruzliczy.

Wszyscy badacze jednogłośnie uznają, że w wysiękach opłucnej surowiczo-włóknikowych, nawet gruzliczego pochodzenia, nadzwyczaj jest trudno wykryć drobnoustroje, oraz że obecność streptokokków w tych przypadkach wskazuje na rychłe lub też rozpoczynające się już przeistoczenie wysięku surowiczego w ropny. Podług A. Fränkel'a nieobecność drobnoustrojów w wysięku ropnym z największą pewnością wskazuje nam na gruzliczą istotę sprawy, gdyż jad gruzliczy występuje w ropie pod postacią zarodników, ilość zaś laseczników jest bardzo nieznaczna, w obec więc tego badanie jest bardzo utrudnione i wymaga wiele wprawy.

Co się zaś tycze drogi, jaką sobie chorobotwórcze czynniki z płuc do opłucnej obierają, to zauważono, że pneumokokki rozsiadają się naprzód w tkance podopłucnej i w płucnym listku opłucnej, poczem przechodzą na powierzchnię tej ostatniej, z kąd mechanicznie już na boczne (parietalne) części opłucnej bądź tą samą drogą przez płuca, bądź też inną przez zewnętrzną ścianę klatki piersiowej, przez gardziel, przelyk, przez przeponę brzuszną za pośrednictwem naczyn chłonnych; wreszcie idą bezpośrednio z prądem krwi do błon surowicznych.

Oprócz tych wysięków opłucnej, gdzie czynniki chorobotwórcze w postaci drobnoustrojów są nam już znane, pozostają jeszcze te formy niepasorzytniczej natury, lub też wyrażając się ściślej, gdzie takowa dotychczas nie została wykryta. Do tej kategorii zaliczamy wysięki opłucnej przy gościecu, o których już wyżej wspominaliśmy, oraz pozostałe wskutek wpływów atmosferycznych i technicznych. Eichhorst zauważył, że ilość wysięków opłucnej w Zurichu od czasu do czasu to znacznie wzrasta, to znowu zmniejsza się. Gdyby to zjawisko i w innych miejscowościach było sprawdzone, możnaby przypuszczać, że choroba ta stoi w pewnym związku ze zjawiskami atmosferycznymi i glebą. Ziemssen, zestawiając statystyczne dane dla Monachjum z ostatnich 24 lat, nie zauważył tak znacznych wahań, przekonał się jednak, że największa ilość przypadków przypada na Styczeń, najmniejsza zaś na Październik; co do pory roku to najpomyślniejszą jest zima i wiosna, potem idzie lato, nakoniec jesień, gdzie najmniej przypadków widzimy.

H. Kucharzewski.

51. Przf. P. K. PEL. **Bemerkungen über die Behandlung der Pleura Empyemen.** (*Zeitschrift für klin. Med. Bd. 17. H. 3—3. 1890.*)

52. Prof. IMMERMANN. **Behandlung der Empyeme.** (*Therapeut. Monatshefte. Juni 1890.*)

Na podstawie obserwowanych przez siebie w ostatnich latach około 80 przypadków empyematu, Pel zwraca najsam-pierw uwagę, że patologiczne znaczenie tego cierpienia jest różnym w różnych przypadkach. Gra rolę bowiem po pierwsze przyczyna choroby, dalej wielkość wysięku, rodzaj ropy (płynna, gęsta, bez zapachu, śmierdząca), wiek i ciałokształt chorego. Ogólne objawy—gorączka, puls, trawienie i t. p.—również mają swój udział w przepowiedni i leczeniu. W ogóle najodpowiedniejszą metodą leczenia empyematu jest radykalna incyzyja przestrzeni międzyżebrowej. Nacięcie winno być dość szerokie, by dwa dreny swobodnie przeprowadzić można. Przy wązkich przestrzeniach międzyżebrowych zaleca się robić jednocześnie rezekcyję jednego żebra.

Nie zgadza się autor z König'iem i Küster'em, by robić z a w s z e rezekcyję żeber. Oprócz wspomnianej okoliczności, należy także robić rezekcyję w przypadkach nieco zadawnionych z retrakcyją ścianki piersiowej; co się tycze wszystkich innych przypadków, najczęściej obywa się bez tej operacji. W przypadkach czystego ropnego empyematu autor wstrzymuje się od przemywania opłucnej płynami antyseptycznymi, gdyż w świeżych przypadkach zabieg taki bywa niekiedy dość niebezpieczny dla ogólnego stanu chorego. Natomiast w przypadkach nieco zadawnionych, lub gdy incyzyja zrobiona została dość dawno, a przytem ropa zatrzymuje się w opłucnej, pożytecznym bywa przemywanie pod niskim ciśnieniem.

Zwykle przekłucie klatki piersiowej z następczą aspiracją okazuje się pożytecznym tylko wyjątkowo, w przypadkach empyematu u dzieci. Wskazaną jest metoda ta tylko przy małych,

ograniczonych resp. metapneumonicznych empyematach, gdy przytem nie ma objawów wskazujących na natychmiastową konieczność opróżnienia jamy opłucnowej od ropy, a z drugiej strony stan ogólny chorego nie pozwala na leczenie wyczekujące. Przy dużych wysiękach ropnych uciekać się można do przekłucia z aspiracją tylko w razach szczególnych. Można stosować także tę metodę w przypadkach, gdzie nam idzie tylko o pomoc paliatywną, np. przy empyematach u gruźliczych ze sprawą znacznie rozwiniętą w płucach. Punkcyja z następczem przemywaniem jamy opłucnej nie jest godną zastosowania.

Stała aspiracja (metoda Bülow) nadaje się do przypadków świeżych, z rzadkim resp. surowiczno-ropnym wysiękiem, przy szerokich przestrzeniach międzyżebrowych, gdzie nie ma jeszcze mocnych zrostów płuca z opłucną. Postępowanie bierne wyczekujące wskazanem jest tylko w tych razach, gdzie istnieje empyemat mały, otorbiony, przebiegający bez gorączki, ogólnego osłabienia, częstego tętna, zaburzeń trawienia, to jest bez objawów wymagających natychmiastowego wydalenia ropy, w przypadkach, na co zwrócić baczną uwagę należy, gdzie przedtem było zapalenie płuc. Jeśli zaś empyemat taki przy tych okolicznościach nie znika przez wessanie lub wydalenie ropy przez oskrzela, to należy zastosować najpierw zwykłą punkcyję z aspiracją i przejść do incyzji, gdy punkcyja pozostaje bez skutku. Samoistne uleczenie empyematu nawet metapneumonicznego należy zresztą według Pel'a wbrew zdaniu Leyden'a do wielkich rzadkości.

Co się tycze poszczególnych przypadków, autor odróżnia przy gruźlicy płucnej empyemat tuberkuliczny i empyemat zwykły. Ten ostatni może być uleczonym, gdy gruźlica rozwiniętą jest w słabym jeszcze stopniu: i w tych razach przy małych ograniczonych wysiękach stosujemy najpierw punkcyję z aspiracją, przy znacznych—odrazn incyzję.

Wysięki gruźlicze (empyema putridum) wymagają zawsze przecięcia ścianki piersiowej z rezekcją żebra, a następnie przemycia jamy opłucnej nieszkodliwymi środkami antyseptycznymi. Przepowiednia w ostatniego rodzaju przypadkach jest zawsze wątpliwszą, niż przy zwykłym empyemacie.

Zwracając uwagę, że przy leczeniu empyematu należy zadość czynić trzem wskazaniom (usunąć nagromadzoną ropę, przeszkadzać powtórnemu nagromadzeniu się wysięku i o ile możebnem jest wrócić aparatowi oddechowemu jego normalną funkcję). Immermann uważa za konieczne postępowanie operacyjne, czyli radykalną metodę leczenia empyematu.

Operacja Küster'a (podwójne przecięcie z rezekcją żeber) daje znakomite rezultaty, mimo to nie prowadzi ona do wrócenia płucom ich normalnych własności anatomo-fizjologicznych: płuco zrasta się silnie z opłucną, klatka piersiowa podlega znacznej deformacji. Wysoko autor podnosi natomiast metodę stałej aspiracji—metodę Bülow. Pod przewodnictwem kaniuli od grubego troakatu, którym przekłuwamy klatkę piersiową z boku w dolnej części, wprowadzamy do jamy opłucnej

dren. Kaniulę wyciągamy, a dren pozostawiony na miejscu, łączymy z długą rurką kauczukową. Rurkę tę pogrąża się do naczynia stojącego na podłodze i wypełnionego płynem antyseptycznym. Tak urządzony syfon wyciąga najpierw nagromadzoną ropę w opłucnej, a później stale zjawiający się wysięk. Przy zupełnie świeżym empyemacie opisany aparat działa sam; w innych przypadkach, szczególnie przy gęstej ropie, można wzmacniać jego działanie przez połączenie go od czasu do czasu z przyrządem aspiracyjnym. Skrzepy, które mogą zatykać rurkę, można wyprowadzić na zewnątrz również za pomocą aspiracji. Przy takiej metodzie postępowania ilość ropy szybko się zmniejsza, wysięk staje się surowiczym, ponieważ usuwa się ciągle czynniki ropnego zapalenia. Gdy wypływ zupełnie znika, stopniowo wyciągamy rurkę. Metoda Bülau daje doskonałe rezultaty w tych przypadkach, gdzie płuco dobrze się rozciąga i przez to syfon może dobrze działać: obszerne świeże empyematy, sprowadzone przez staphylococcus lub streptococcus, nie z gęstą ropą, a szczególnie empyematy obustronne nadają się doskonale do tej metody. Przy pyopneumothorax i rozwiniętej gruźlicy, starych empyematach, — w ogóle, w przypadkach, gdzie płuco nie rozciąga się dobrze, syfon nie wyciąga wszystkiej ropy i metoda Bülau nie jest wskazana, chociaż można spróbować jej zastosowania w tych razach. Metapneumoniczne empyematy przez gęstość ropy, zrosty opłucnej z płucem przeszkadzają niekiedy również zupełnemu wydaleniu ropy przy stałej aspiracji Bülau. Odpowiadając tym sposobem wszystkim trzem wskazaniom przy leczeniu empyematu, metoda Bülau daje według statystyki zebranej przez autora może nawet lepsze rezultaty niż operacja Kuster'a: na 57 przypadków 49 wyzdrowiało bez pośrednio zupełnie (86⁰/₀), w 5 (9³/₀) potrzebne były pomocnicze operacje, 3 zakończyły się śmiercią (5⁰/₀).

Co się tycze innych metod leczenia empyematu Immermann wypowiedział mniej więcej to samo co i Pel. Zwraca jednakże uwagę, że zmywanie opłucnej płynami antyseptycznymi przy empyemacie dawała dobre rezultaty: przy tym zabiegu przepłukiwanie odbywa się przez jedną rurkę wstawioną z przodu z dołu i drugą — z góry z tyłu t. j. w kierunku przekątnej raz na dzień.

U w a g a. Streszczony odczyt Immermana wypowiedziany był na ostatnim zjeździe internistów w Wiedniu. W dyskusji nad tym odczytem wielu klinicystów — Fraentzel, Hofwohl, Starch, a głównie Leyden — oddawało również gorące pochwały metodzie aspiracyjnej Bülau. Podobnie mówił i Schede, który miał odczyt o leczeniu empyematu ze stanowiska chirurgicznego. Zwracano mimo to uwagę na niektóre strony ujemne tej metody, głównie możebność zatkania drenu skrzepami, trudne zastosowanie jej u ludzi niespokojnych i dzieci. Szczegóły: „Bericht über die Verhandlungen des IX Congresses für innere Medicin“. Beilage zum Centralbl. f. klin. Medic. 1890. N. 27.

E. Biernacki.

53. LIEBERMEISTER. **Rozedma płuc.** (*Deutsche Medic. Woch. N. 1 i 2. X. 1891*).

O rozedmie płuc trudno powiedzieć coś istotnie nowego, jednakże poglądy autora na powstawanie i przyczyny tej tak często spotykanej choroby, jak również niektóre jego uwagi co do jej leczenia zasługują na wzmiankę. Powstawanie rozedmy objaśniają, jak wiadomo, trzy główne teoryje:

I. Inspiracyjna—(Lænnec) widzi przyczynę choroby w za-nadto głębokiem wdechu, który rozciąga pęcherzyki płucne po za granice ich sprężystości.

II. Ekspiracyjna—(Mendelsshon) kładzie nacisk na wzmożone wydechanie przy istnieniu w tchawicy lub wyżej przeszkody dla wyjścia powietrza (naprz. zamknięcie głośni—przy kaszlu). Mięśnie wydechowe (działające tylko przy forsownej ekspiracji), wydają powietrze z dolnych odcinków płuc; powietrze, nie mogąc się wydostać na zewnątrz, rozdyma górne odcinki.

III. Teoryja (Rokitanski), jako na przyczynę rozedmy, wskazuje na zmiany histologiczne w tkance płucnej, mianowicie na atropiję jej z utratą elastyczności, zagładę licznych naczyń włosowatych.

Powyższą zmianę w budowie płuc wywołują różne zaburzenia w ich odżywianiu, najczęściej zaś to, które ma miejsce przy nieżytych drobnych oskrzeli (catarrhus siccus).

Każdą z tych teoryi w oddzielności L. uważa za jednostronną; mechaniczne czynniki (I i II teoryja) same przez się nie są w stanie wywołać zmian histologicznych w tkance płucnej. Niekiedy można widzieć u gimnastyków, góralskich i śpiewaków, w ogóle u ludzi, którzy często nadmiernie rozszerzają swoje płuca, ten narząd znacznie powiększonym, ale, pomimo to zdrowym. Przy zmianach znów w budowie muszą istnieć współczynniki mechaniczne, aby wywołać rozszerzenie pęcherzyków płucnych; więc dla wywołania rozedmy potrzebne są zaburzenia i mechaniczne i odżywcze, jak to razem ma miejsce przy suchym nieżytych oskrzeli. W zgodności z tem widzimy, że na rozedmę głównie zapadają ludzie, którzy są wystawieni na wszelkie szkodliwości powietrza i zaziębnienia (tacy pomimo częstych nieżytych oskrzeli rzadko chorują na gruźlicę płuc), dalej rozedma jest częstszą chorobą w krajach wilgotnych i zimnych. Wszelkie okoliczności, sprzeczające forsowną respirację przy zatrudnionem wydalaniu powietrza z dróg oddechowych, sprzyjają rozwojowi choroby.

W części terapeutycznej autor, omawiając mechaniczne leczenie rozedmy, które niby ma zadość uczynić *indications morbi* (ucisk klatki piersiowej podczas wydechania przy pomocy rąk lub w krześle Rossbacha, także wydechanie w rozrzedzone powietrze) i wskazuje, że nie jest ono w stanie bezpośrednio wpływać na zmiany histologiczne w płucach i nie daje wielkich rezultatów.

Daleko ważniejszą rolę odgrywa leczenie nieżyty; ostatni pogarsza się od zaziębnienia; przy unikaniu zaś jego przez czas

dłuższy następuje poprawa. Zasluguje na uwagę, że dla chorych na rozedmę, w przeciwieństwie do suchotników, pobyt na wolnym powietrzu nie jest koniecznym, ciepły klimat na zimę może pierwszym zastąpić równomierna temperatura pokoju. Na suchy nieżyt korzystnie wpływa ucywanie wód alkalicznych i alkaliczno słonych, latem u źródeł, zimą w domu. Podobne działanie ma i *Mixtura solvens stibiata*.

Poprawę niezytu i ogólnego stanu można niekiedy osiągnąć przez leczenie napotne (kąpiele 37—40° C. i następne zawijania). Autorowi udawało się takim sposobem usunąć czasem poczynające się nawet obrzęki.

O regularne i obfite wypróżnienia trzeba dbać i poprawie, która po nich następuje, zawdzięcza pulv. liquor. compos. swoją nazwę pulv. pectoralis.

Przy zjawieniu się zaburzeń w kompensacyi i obrzęków, jest koniecznie wskazaniem leżenie w łóżku; przy tem można stosować octan potasu lub inne obojętne środki moczopędne; jeśli poprawa nie następuje, trzeba przejść do naparstnicy (najlepiej w naparze, ale *ceteris paribus* w trzy razy większej dawce, niż w pigułkach lub proszku).

Dają się naparstnicę dopóty dopóki ilość moczu nie podniesie się do 2 litrów na dobę lub nie wystąpi ujemne działanie lekarstwa.

Jak tylko nastąpiła poprawa, trzeba go odstawić i nie używać nanowo bez koniecznego wskazania, przynajmniej przez 4 tygodnie.

W przerwach, aby je przedłużyć, można próbować T-ra *Strophanti*, przetworów kofeiny, kalomelu.

Chory, rozumie się, musi się zaoszczędzać jak najwięcej.
M. Roteroven.

54. Prof. F. PENZOLDT. O znaczeniu leczenia przeciwgorączkowego przy zapaleniu płuc. (*Münch. Men. Woch. Nr. 36. 1890*).

Opierając się na spostrzeganych i leczonych przez siebie 2200 przypadkach zapalenia płuc, autor dochodzi do wniosku, że leczenie przeciwgorączkowe przy zapaleniu płuc powinno mieć miejsce i że wpływ jego zawsze jest dodatni.

Obserwacje autora robione są od roku 1866 do 1889-go. W ciągu czasu od roku 1866 do 1876 włącznie nie mógł autor stosować u swoich chorych, przeważnie biednych, leczenia przeciwgorączkowego, gdyż dzieci kąpać w zimnej wodzie nie można było, a osobom dorosłym nie można było wtedy jeszcze zalecić innych środków, jak chinina lub kwas salicylowy i to nie zawsze, gdyż chinina była wtedy bardzo droga, tak że stosowanie jej w większych dawkach pośród biednej ludności było zupełnie niemożliwym. To też procent śmiertelności wynosił w tym okresie 18,85.

W okresie drugim—od roku 1877 do 1883 dzieci zaczęto na miejscu kąpać w zimnej wodzie pod baczny dozorem doświadczonych sióstr, a chorym dorosłym zalecano prawie to samo, co w okresie pierwszym. Śmiertelność spadła na 12,68%.

Dopiero w okresie trzecim—od 1884 do 1889-go zaczęto stosować leczenie przeciwgorączkowe u dzieci i u dorosłych, gdyż wtedy dopiero ukazały się antipiryna, antifebryna i inne temu podobne środki. Dorosłych leczono wyłącznie temi środkami, dzieci zaś zimnemi kąpielami i wspomnianemi środkami jednocześnie. Śmiertelność spadła do 11,28%.

Największe wahania śmiertelności pod wpływem tej kuracji przedstawiają chorzy mający mniej niż dziesięć lat: w okresie pierwszym śmiertelność pomiędzy nimi wynosiła 17,23%; w drugim — 11,01%, w trzecim zaś 10,98%. Z pomiędzy zaś tych chorych najlepiej poddawali się kuracji przeciwgorączkowej dzieci od lat 6 do 10, podczas gdy u dzieci w pierwszym roku życia wahania te kolejno w trzech okresach przedstawiały się: 28,41%, 21,23% i 22,32%, w drugim—20,79%, 9,83% i 6,5, między trzecim a piątym—9,61%, 3,33% i 2,28%, między rokiem szóstym a dziewiątym śmiertelność z 4,81% w pierwszym okresie, w drugim i trzecim spadła do zera.

Przeciwnie u dorosłych wpływ leczenia przeciwgorączkowego, zastosowanego właściwie dopiero w trzecim okresie, przedstawia się napozór mniej korzystnie; spadł on wszelako w ogólnej sumie z 20% na 10%. Zależy to jednak przeważnie od tego, że u starców między rokiem 70-ym a 80-ym, dzięki ogólnemu uwiądowi ustroju i częstym bardzo powikłaniom, leczenie przeciwgorączkowe nie odnosi skutku i psuje przez to ogólną statystykę. Tymczasem u osób w wieku lat 21 do 30 przy leczeniu przeciwgorączkowym śmiertelność spadła z 13,33% na 4%, u chorych zaś między 30 a 50-ym rokiem z 10% na 0%, i nawet u chorych od lat 50 do 60 i 60 do 70-ciu mających zmniejszyła się prawie o połowę — z 21,81% na 11,76% i z 52 na 27%.

Tak więc, według autora, dopinamy leczeniem przeciwgorączkowym nie tylko obniżenia się ciepłoty ciała przy zapaleniu płuc ale osiągamy nierównie pomyślniejszego przebiegu całej choroby. Dlatego też uważa on ten sposób leczenia, obok naturalnie pokrzepiającego, za bardzo naturalny.

W. Janowski.

55. Prof. RUMPF. O inspiracyjnej zmianie wysokości odgłosu opukowego przy kawernach. (*Berl. klin. Woch. N. 44. 1890.*)

Zmiany odgłosu opukowego Gerhardt'a i Wintrich'a nie zawsze dają się stwierdzić przy niewątpliwie istniejącej kawernie w płucach. Autorowi zdarzało się nieraz słyszeć wyraźną zmianę odgłosu opukowego przy zmianie położenia lub otwarciu ust jednego dnia, podczas gdy następnego stwierdzenie tego w celu demonstracji na lekcyi było niemożliwym. Żadne zmiany położenia, żadne odkasływanie nie pomagały. Postawiwszy sobie następnie za правило wysłuchiwanie zmiany odgłosu opukowego w jednej i tej samej fazie oddechowej, mianowicie podczas pauzy oddechowej, autor przekonał się, że i to nie zawsze prowadzi do celu, gdyż podczas pauzy, jak sobie to autor tłumaczy, nie zawsze może istnieć komunikacja kawerny z oskrzelami: wciągnięty w nie pod koniec wydechu korek śluzowy

może zupełnie zatkać ich światło i w ten sposób zmiana odgłosu przy opukiwaniu staje się niemożliwą. Tak samo będzie to niemożliwym przy objętości kawerny, która przy wydechu spadnie. Z tego właśnie powodu autor wysłuchuje zmianę odgłosu opukowego Wintrich'a zawsze przy wdechu, t. j. raz opukuje to samo miejsce przy maximum wdechu i zatkanym nosie i ustach, drugi raz – przy maximum wdechu i otwartych ustach, wysuniętym języku i nie zatkanym nosie i przekonał się w tych razach, kiedy „zwykła“ Wintrich'owska zmiana odgłosu opukowego staje się niewyraźną lub nie daje się wcale wykazać, przy tem postępowaniu jest ona zawsze bardzo wyraźną. Przytoczone są cztery podobne przypadki, stwierdzone sekcjami. Pięć innych ma autor jeszcze w obserwacyi i doszedł na nich do tego samego wniosku. Zdaniem jego, w przypadkach, w których nie ma zmiany odgłosu Wintricha, to „inspiracyjne podniesienie się odgłosu opukowego“ może i powinno być jednym z ważnych symptomatów obecności kawerny.

W. Janowski.

II. Chirurgija.

56. Dr. W. ROSE. **Wycięcie zwoju Gasser'a.** (*Br. Med. Journ. 1557*)

Dr. William Rose dokonał tej niezmiernie trudnej operacyi u 60-letniej kobiety, od wielu lat cierpiącej na uporczywy nerwoból piątej pary. Szereg operacyi rozpoczął się od naciągania, a wreszcie i wycięcia kawałka nerwu szczękowego dolnego przez wywiercenie otworu w prawej żuchwie. Kiedy bóle wróciły i połowa języka prawa okazała się w sprawę wciągnięta, przez cięcie równoległe od łuku licowego, pomimo głębokości rany i obfitego krwotoku, udało się przeciąć gałązki nerwu językowego i żuchwowego. Rezultatem tego było zniknięcie bólów ale odrętwienie połowy języka i miękkich części na właściwej stronie żuchwy pozostało. Wkrótce bóle wróciły z większą jeszcze gwałtownością i rozeszły się na górną szczękę prawą, dochodząc do czoła. Wówczas wobec usilnych błagań chorej zdecydowano się po naradzie z d-rem Ferrier, usunąć radykalnie domniemywane źródło cierpienia. Wyłuszczywszy górną prawą szczękę, na foramen ovale ustawiono mały trepan, za pomocą którego wypilowano krążek kości i przez utworzony otwór można było widzieć leżący na skale zwój Gassera, który za pomocą aneuryzmatycznej igły został w całości wydobyty na zewnątrz bez uszkodzenia opony twardej.

Chora, ogłuszona na razie straszonym tym zabiegiem, nazajutrz przyszła do siebie, jakkolwiek zaczęła się uskarżać na uczucie gorąca i ból w prawym oku. Wkrótce rozwinęło się prawe panophthalmitis, które pociągnęło za sobą wycięcie gałki ocznej. Chora po przejściu tylu operacyj w zupełności pozbyła się dawnych bólów i jest zdrową. Kwestya pozostaje otwartą co do związku zachodzącego między panophthalmitis a wycięciem zwoju Gasser'a.

W. St.

57. Prof. SCHAUTA (Praga). **Przyczyna rozmiękczenia kości (Osteomalacia).** (*Allgem. Wiener medicin. Zeitung*, 29 Czerwca 1890).

Dawnemi czasy za przyczynę rozmiękczenia kości u chorych uważano złe higieniczne warunki, w których się znajdowali jako to: skąpe pożywienie i wilgotne mieszkanie, chociaż i w prawidłowych warunkach bytu niekiedy spotykano to cierpienie; prawdziwą jednak przyczyną choroby pozostała nieznana. Rozwój bakteryjologii nie w tym kierunku dotychczas nie przyniósł. Podobnie jak przyczyna choroby i leczenie pozostawiało wiele do życzenia; nie więc dziwnego, że ogólne zdziwienie wywołał jawny wpływ operacji Porro'a na osteomalacją. Jeżeli porównamy wpływ tej operacji na dalszy przebieg choroby z wpływem, jaki wywiera sectio cesarea na toż cierpienie, to otrzymamy następujące dane: w dwunastu przypadkach, w których stosowano sectio cesarea u chorych na rozmiękczenie kości poprawę pierwotnego cierpienia zauważono tylko u dwóch chorych. W 24 przypadkach operacji Porro'a w tychże warunkach zupełne wyzdrowienie nastąpiło u 20 chorych, a pozostałych 4 znaczną poprawę.

Pomyślnie wyniki operacji Porro'a przy rozmiękczeniu kości, podczas ciąży, nasunęły myśl Fehling'owi do stosowania tejże operacji i pomimo ciąży. Pierwszy raz Fehling wykonał kastracyję w 1887 roku na chorej cierpiącej na rozmiękczenie kości, a nie będącej w ciąży; w 6 tygodni po operacji chora mogła po trochu chodzić.

Następnie Winckel i Piotr Müller stosowali w tychże warunkach operacyję Porro'a z pomyślnym wynikiem. Dotychczas znane są wyniki ośmiu kastracyi, dokonanych na chorych z rozmiękczeniem kości, nie będących w ciąży, a zakończonych wyzdrowieniem, do których Schauta dodaje przypadek dziewiąty. Należy tu jednak dodać, że zmiany w budowie kości, spowodowane cierpieniem pozostają na zawsze; chód chorych zostaje ociężałym, rozlazłym, postawa niezgrabną.

Nowy przypadek opisany przez Schautę dotyczy 32-letniej kobiety, pochodzącej ze zdrowej rodziny i dobrego bytu. Choroba rozpoczęła się po trzecim porodzie przed pięcioma laty bólami dolnych kończyn, bioder i łuków żebrowych; stan taki przetrwał aż do czwartej ciąży, podczas której nastąpiło znaczne pogorszenie; chora od drugiej połowy ciąży musiała pozostawać wciąż w łóżku. Cięża zakończyła się szczęśliwie, lecz główne cierpienie nie się nie poprawiło, tak że chora zmuszona była wstąpić do pragskiej kliniki, gdzie 6 czerwca 1889 roku dokonano na niej kastracyi, a już 15 Sierpnia mogła chora opuścić łóżko. W następstwie Schauta dowiedział się od miejscowego lekarza, gdzie chora stale zamieszkiwała, że zupełnie przyszła do zdrowia.

Fakty te wskazują dowodnie, że kastracyja leczy rozmiękczenie kości; lecz jak wpływ jej objaśnić w tym kierunku? Zweifel i Fehling podają dwa odmienne objaśnienia. Pierwszy wpływ kastracyi objaśnia niemożnością następczego zapłodnie-

nia i ciąży, zaś Fehling przypisuje wpływowi pozostałych jajników na ogólny ustrój kobiety.

Pierwsza teoria nie wytrzymuje krytyki, już choćby z tego punktu zapatrywania, że zapłodnieniu i innymi sposobami możemy zapobiedz np. za pomocą podwiązania jajników; dalej znane są przypadki, że i po rozwiązaniu ciężarnej kobiety osteomalacja dalej się rozwijała. Tutaj odnoszą się dwa przypadki Fehlinga: w pierwszym w cztery lata po ostatnim porodzie choroba znacznie postąpiła; w drugim nastąpiło czasowe polepszenie po porodzie, a następnie znaczne pogorszenie, tak że chora zniewolona była poddeć się kastracyi. Podobny przypadek widział i Schauta. Tak więc nie możemy utrzymywać, że nie nastąpienie ciąży wyklucza dalszy rozwój choroby.

Za przyjęciem teorii Fehlinga przemawia przypadek Spaeth'a, operowany w 77-mym roku: chora cierpiała na rozmięczenie kości od lat pięciu; przez ostatnią ciążę zmuszona była przeleżeć w łóżku. Po operacji Porro'a stan jej się o tyle polepszył, że wkrótce wstała. Przypadek ten wycięcia macicy z pozostawieniem jajników miał szczególnie pomyślny przebieg.

W dalszym ciągu odczytu Schauty prof. Jaksch przedstawił analizę moczu ostatniej chorej Schaut'y. Przed operacją ilość wydzielonego kwasu moczowego, fosfornego, magnezyi, azotu i wapnia była zmniejszoną; po operacji zauważono większą ilość tychże składników w moczu. Albuminoza nigdy nie występowała w znacznej ilości. Kwasy tłuszczowe znacznie się powiększyły (mrówczan i octan sodu do 0,5 pro die). Cyfry te wskazują na powiększony rozpad białka; nie ulega wątpliwości, że mamy tu do czynienia ze zmniejszoną alkalicznością krwi; istnieje więc pewien związek między alkalicznością krwi i rozmięczeniem kości, podobnie jak to ma miejsce w krzywicy, gdzie mamy zmniejszoną jej alkaliczność, nie dochodzi jednak do wytwarzania kwasów tłuszczowych, jak to ma miejsce w rozmięczeniu kości.

Wl. Kopytowski.

58. Dr. O. KAPPELER. *Ueber die Methoden der Chloroformirung insbesondere über d. Chlorof. mit menbarem Chloroformlufmischungen.* (*Arch. f. klin. Chir.* XL. 4 str. 844).

K. jest zwolennikiem chloroformu, który jest prędkim i przyjemnym anaestheticum. „Jeżeli dziś uważają niekiedy, że narkozę prędzej otrzymujemy przez użycie eteru, to stać się to może tylko przez to, że chorego mniej lub więcej do stanu asfiksyi doprowadzają, bądź przez niedopuszczanie powietrza atmosferycznego, bądź przez pozwalanie na wciąganie wraz z eterem wydechanego kwasu węglowego. Ale przez to zwiększa się niebezpieczeństwo narkozy, ponieważ serce zatrute kwasem węglowym najmniejsze ilości eteru źle znosi. Eter ma przytem daleko więcej bezpośrednich przeciwwskazań niż chloroform.“ Porzucenie chloroformu uważa K. za wielki błąd. Reformę w użyciu chloroformu uważa za konieczną — i to w kierunku większej ostrożności.

Fizjologodzy położyli w czasach ostatnich nacisk na zna-

czenie mieszanin różnych stopni chloroformu i powietrza. Mieszanie takie czynią chloformowanie bezpieczniejszem.

W tym kierunku oświadczyli się P. Bert, Kronecker i in. Aubert wykazał, że mieszanina z 8 grm. chloroformu i 100 litrów powietrza przy operacji wywołuje dostateczną narkozę. Aparaty w tym celu używane są kłopotliwe i trudno przenośne.

K. zbudował aparat przenośny, w którym oznaczyć można stosunek mieszaniny powietrza i chloroformu. Dozowanie odbywać się może zgodnie z wiekiem, konstytucją chorego i okresem narkozy.

Ster.

59. H. THOMPSON. **Klasyfikacja guzów pęcherza moczowego.** (*Wiener med. Presse N. 39*).

Na zasadzie badań drobnowidzowych, dokonanych na operowanych przez autora nowotworach pęcherza moczowego (41), oraz licznych preparatów w londyńskim muzeum, przyznaje Thompson następujące odmiany nowotworów pęcherza moczowego:

1) Polipy, odróżniające się od spotykanych w nosie więcej zbitą budową. Bywają tylko u dzieci.

2) Papillomata. Budowa ich taka sama, jak w innych miejscach, wiadoma. Rozwijają się powoli, wywołują powtórne krwawienia, czasami śmiertelne. Rozpoznaje się je po zbadaniu drobnowidzowem części wyrwanych litotriptorem, albo osadu w przepłuczynach z pęcherza moczowego lub też po charakterystycznym przy nich krwawieniu, występującym zwykle w końcu aktu urynowania. To ostatnie bywa rzadsze, niż zwykle i zwykle bolesne. Według Thompsona nie ma środka, który mógłby zatrzymać krwawienie, powstałe przy omawianym nowotworze w pęcherzu moczowym. Nowotwory te mogą być zupełnie usunięte, jeżeli są na nóżce.

3) Zwyczajne mięśniaki; zdarzają się nie często, rosną powoli; nie dają żadnych objawów właściwych nowotworom złośliwym.

4) Włókniki z mniej lub więcej znaczną ilością okrągłych komórek, pokazujących, że nowotwór ma skłonność do powrotu po wycięciu. Wrastają głęboko w ściankę pęcherza i nie mogą być w zupełności oddalone.

5) Raki nabłonkowe mogą być przez kilka lat niewyczuwalnymi, jeżeli rosną powoli.

6) „Scirrhus“ nie spotyka się przed wiekiem dojrzałości. Są to guzy bardzo twarde, o nieprawidłowej formie.

7) Mięśniaki—zdarzają się u dzieci, ale czasami i u dorosłych osób. Autor widział ich sam w swojej praktyce trzy. Jeden z nich jest dotychczas unikatem: ma on budowę mięsaka i obok tego zupełnie rozwiniętej chrząstki.

Do rozpoznania różniczkowego ważnem jest pamiętać, że ze wszystkich nowotworów złośliwych tylko papillomata prawie nigdy nie dają się wyczuć przez odbytnicę, są bolesne dopiero pod koniec i wywołują największe krwawienie.

Z przytoczonej przez autora statystyki jego przypadków

wyprowadza on wniosek, że pomoc chirurgiczna przy nowotworach pęcherza moczowego bywa prawie zawsze skuteczną, powodując bądź zupełne wyleczenie, bądź znaczne przedłużenie życia chorego. Wyjątek stanowią raki i mięsaki, przy których Thompson uważał rękoczynny chirurgiczne za szkodliwe, gdyż powiększają one cierpienia chorego i przybliżają śmierć jego. Autor przypomina, że przy usuwaniu papillomatów trzeba się zawsze przekonać, czy nie siedzą one jako nowotwory wtórne, na innych, stanowiących ich podstawę. W tym celu autor zaleca zrobienie krótkiego cięcia w kroczu i wprowadzenie przez nie palca do pęcherza, zapewniając, że operacja ta nie ma żadnego wpływu ujemnego na przebieg sprawy gojenia się rany pęcherza w przypadku, gdyby się okazało potem potrzebnem otworzenie jego nad spojeniem łonowem dla zupełnego usunięcia znalezionej guza u podstawy. Jeżeli zaś takowego nie ma, wtedy wrywa on przez ten sam otwór papillomat haczykiem. Badanie cystoskopem przedstawia, według Thompsona, wiele ujemnych stron i nie daje nadto żadnych wskazówek więcej, co do istoty nowotworu w pęcherzu, niż możemy innemi drogami zebrać.

W. Janowski.

60. Dr. Ludwik FREY. **Przyczynę do leczenia miękkiego wola za pomocą iniekcji mięsżowych jodoformu.** Beitrag zur Behandlung des weichen Kropfes mittelst parenchymatöser Jodoforminjection. (*Wiener Med. Presse N. 41. 1890.*)

Zastosowanie jodoformu do leczenia wola wydaje się autorowi już a priori zrozumiałem wobec powszechnie znanego działania jodu, którego środek ten do 94% zawiera, przy chronicznych zapaleniach, przerostach i hyperplazjach. Nadto jest ono odpowiedniem z powodu zupełnego braku własności drażniących, również i własności jego antyseptycznych, któremi nie można gardzić przy iniekcjach parenchymatycznych, na niewiadomą głębokość wykonywanych—hemostatycznych i znieczulających: ani podczas samej iniekcji, ani po niej chorzy nigdy nie skarżą się na ból.

Wynalazca tej metody leczenia, Mosetig, zaleca ją specjalnie przy miękkim wolu, jednakże autor przekonał się, że jest ona bardzo pomocną i w niektórych przypadkach wola włókniatego i torbielowatego. Próbować w tych przypadkach zawsze można, gdyż zaszkodzić nigdy choremu niepodobna. Chorzy traktowani są ambulatoryjnie i zawsze doznają polepszenia, które można stwierdzić i o którym sami mówią.

Tak dobre skutki iniekcji jodoformowej autor widział 65 razy. W niektórych rozpaczliwych razach bardzo dużego wola, stanowczo do operacji się kwalifikujących, z powodu wywołanych przez nie ciężkich objawów duszności, skutek tych iniekcji był ponad wszelkie oczekiwania dobry. Dwa podobne przykłady autor podaje w swojej pracy. Z nich w jednym wole znikło zupełnie, w drugim znakomicie się zmniejszyło.

W końcu autor zaznacza, że ani w jednym ze znanych mu dotychczas przypadków, w ciągu lat trzech obserwowanych, nie nastąpiła recydywa.

W. Janowski.

61. Prof. L. HEIDENHEIM. **Wieder den Pessimus gegenüber der operativen Therapie der Carcinome.** (*Deutsch. med. Woch. N. 51. 1890.*)

Wiadomo, iż dr. Zielewicz z Poznania wystąpił z pracą, w której twierdzi, że nie sprawdziły się nadzieje chirurgów i oczekiwania postępu w leczeniu operacyjnym. Nawet po wprowadzeniu antyseptyki nie wiele okazuje ono istotnych korzyści. Zaprzecza on postępowi w rezultatach leczenia raka piersi, macicy, dolnej wargi; rezekeyi odzwiernika odmawia racyi bytu chcąc zastąpić ją gastroenterostomią.

Autor, opierając się na literaturze i statystyce, zbija wywody Zielewicza.

Ażeby mieć podstawę do sądzenia, po jakim przeciągu czasu operowany uważanym być może za wolnego od powrotu raka, Heidenheim zwraca się do sumiennej pracy S. W. Grossa, który zebrał 1842 przypadki operowanego raka, obserwowane w ciągu lat kilku. Ze statystyki tej wypływa, że 44% powrotów raka przypada na 3 pierwsze miesiące; w ciągu lat trzech występuje 97,7% powrotów, chory zatem po upływie tego czasu może być uważanym z wielkiem prawdopodobieństwem za wyleczonego.

Opierając się na tej podstawie H. wskazuje na znakomity postęp w wynikach operacyjnego leczenia raka sutki; starsze bowiem statystyki v. Wienwartera i Fiszera (we Wrocławiu) wykazują 5,5 — 8% wyleczeń, nowsze Hildebrandta (König) i Rottera (Bergman) 23—32%.

Przyczynę tego faktu widzi autor w udoskonaleniu techniki operacyjnej, a mianowicie w zupełnem odejmowaniu gruczołu sutkowego wraz z powięzią piersiową i całkowitem opróżnieniu jamy pachowej z tkanki tłuszczowej i gruczołów chłonnych. H. radzi nawet przy zupełnie ruchomych rakach sutki usuwać powierzchowne warstwy mięśnia piersiowego wielkiego, a w razie zrośnięcia się nowotworu z powięzią, wyluszczać ten mięsień in toto i ma nadzieję, że postępując w ten sposób jeszcze znacznie zmniejszyć można odsetkę powrotów choroby. Na zasadzie prac M'Arella'a i Hacker'a (z klin. Billroth'a) przychodzi on do przekonania, że tylko zupełnie wolne od zrostów z sąsiednimi narządami raki żołądka nadają się do rezekeyi odzwiernika, takie bowiem przypadki dawały pomyślne wyniki. Nawet w przypadkach, kiedy zrosty były słabe i nieliczne, a zatem technika operacyjna nie przedstawiała wiele trudności, rzadko który z chorych uniknął śmierci wskutek zapalenia otrzewnej lub posocznicy. Operowanie przy istnieniu silnych zrostów kończy się niechybnie śmiercią chorego w ciągu 24 — 48 godzin wskutek ostatecznego wycięczenia sił przez chorobę i tak długo trwał w podobnych warunkach operację. O istnieniu zrostów przekonać się można za pomocą próbnego otwarcia otrzewnej, co w dzisiejszych warunkach można uważać za operację niewinną. Skoro znajdziemy zrosty, nie próbując odłuszczenia, co zawsze silnie pogarsza rokowanie, odrazu należy przystąpić do gastroenterostomii, mającej także

paliatywne znaczenie, jak tracheotomija lub colotomija przy nienadających się do operowania rakach krtani lub kiszki prostej.

Na ostateczną ocenę operacji tej, zdaniem autora, jest za wcześnie, z powodu małej liczby obserwacji, w każdym razie kilku operowanych nie miało powrotów po latach paru, a we wszystkich przypadkach poprawa była znaczna. Pomimo, iż choroba ta często późno bywa przez klinicystów rozpoznawana, mówi autor, wyniki tej operacji powinny być niezłe, jeżeli zważymy, że Streit na 54 oględzin chorych z rakiem odzwiernika w 14 nie znalazł żadnych zrostów z sąsiednimi narządami.

Daleko więcej szans wyleczenia daje amputacja macicy przez pochwę przy raku tego narządu.

Jeszcze w czasach, kiedy operacja ta była nową, a technika nie ustaloną, wiedziano o tem, że w razie zrostów z moczowodami i pęcherzem, wykonanie jej jest trudne, niebezpieczne i często pogarsza stan chorych. Sumienne jednak badanie pod narkozą, jeżeli zachodzi tego potrzeba, zawsze może wykryć, czy macica ściąga się ku dołowi, czy też zrosty rakowate są temu na przeszkodzie (zrosty otrzewnej nie tamują ruchów macicy). Smutna konieczność każe w pewnych razach powstrzymać się od wykonywania radykalnej operacji; wszyscy gynecolodzy jednak i chirurdzy zgadzają się na to, że wszystkie raki macicy, nadające się jeszcze do operacji, operowane być powinny, i poszukują danych, pozwalających wcześniej rozpoznawać tak groźne cierpienie. Usiłowania te tembardziej są usprawiedliwione, że statystyka przemawia przeciw pesymistycznym poglądom Zielewicza.

Martin na 35 operowanych po latach trzech widział 16 (około 46%) kobiet cieszących się zupełnem zdrowiem.

Przechodząc do uwag ogólnych, autor zwraca uwagę na fakt, że leczenie operacyjne powrotów raka, zajmujących gruczoły chłonne, w pewnych razach daje jeszcze stałe wyleczenie. Bardzo pouczający przykład cytuje autor z praktyki Kuestera. Choremu po operowaniu raka języka w ciągu 6 miesięcy wypadło 5 razy wyluszczać zajęte nowotworem gruczoły chłonne szyi, a jednak po ostatniej operacji chory żyje z górą lat 3 bez wystąpienia powrotu.

Zauważywszy, że chorzy nieoperowani żyją znacznie krócej od operowanych, że operacja uwalnia od cierpień fizycznych, podtrzymuje nadzieję wyzdrowienia i pokrzepia moralnie chorych, autor zgadza się z Küster'em, że rak powinien być operowany, póki operacja w zdrowych tkankach jest technicznie możliwą.

Najważniejszym zadaniem lekarza jest w danym razie wczesne rozpoznanie. Niczego zatem nie powinno się zaniedbywać, co tylko może wyświecić rozpoznanie, jeżeli lekarz powźmie najsłabsze nawet podejrzenie co do nowotworowej natury cierpienia.

Kończąc swój artykuł, Heidenheim kreśli następujące wnioski:

1. Wyniki operacyjnego leczenia raka są obecnie znacznie lepsze, jak przed wprowadzeniem antyseptyki.

2. Wyniki te będą jeszcze lepsze w miarę prędkiego rozpoznawania raków.

3. Rak i powroty jego póty operowane być powinny, póki operacja w zdrowych tkankach jest technicznie możliwa.

4. Nawet w razie powrotów raka w sąsiednich gruczołach chłonnych—można otrzymać stałe wyleczenie. *A. Grużewski.*

62. Prof. von MOSETIG. **Nowa metoda leczenia złośliwych nowotworów.** (*Allgemeine Wiener medicinische Zeitung, d. 3 Lutego 1891*).

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Wiedniu prof. v. Mosetig wygłosił odczyt, który można streścić w następujący sposób:

Od wielu lat próbował autor środki polecane z różnych stron w celu leczenia złośliwych guzów; wyniki jednak były mało pomyślne. Wychodząc z założenia, że komórki nowotworów obdarzone są mniejszą odpornością życiową jak tkanki normalne, sądzi, że atakując jądra pierwszych barwników anilinowych, jak to ma miejsce przy barwieniu preparatów drobnowidzowych, możemy wstrzymać rozwój a nawet przyspieszyć rozpad komórek nowotworów.

Doświadczenie pierwsze przedsięwziął na 50-letnim człowieku, mającym mięsak wielkości pomarańczy w pachwinie, z silnym obrzękiem odpowiedniej kończyny. Chory ten uznany został przez wielu chirurgów za nienadającego się do operacji. W początkach bardzo ostrożnie, następnie coraz śmielej zastrzykiwany był choremu w guz roztwór bezarszenikowej farby anilinowej, tak że nawet w skutek iniekcji wystąpiły objawy zatrucia; chory jednak wyzdrowiał, guz zmniejszył się i obrzęk kończyny ustąpił, tak że chory mógł powrócić do swych zajęć zwykłych. W rok chory ten zmarł na zapalenie płuc; guz się nie wznowił.

Brak odpowiedniego materiału nie dozwolił na dalsze próby. Wprowadzenie pyoktaniny, nieszkodliwego barwnika anilinowego do terapii, dało nową pobudkę do dalszych badań w tym kierunku. Drugie doświadczenie dokonane zostało na kobiecie, u której nowotwór wychodzący z dolnej szczęki rozrósł się w jamie ustnej i tak uciskał w górę język, że chora w ostatnich dniach absolutnie nie mogła przyjmować pokarmów. W tym przypadku stosowany był wodny roztwór pyocetaniny coerulei w początkach w stężeniu 1:500, następnie 1:300 w ilości od 3—6 grm. na raz w odstępach dwu lub trzy dniowych. Pod działaniem zastrzykiwań nowotwór zmniejszył się bez rozpadu i wtedy rozpoznać można było punkt wyjścia — szczękę; co się stanie z resztą guza obecnie wiedzieć jeszcze niepodobna.

Nakoniec trzeci przypadek odnosi się do człowieka z mię-

sakiem na karku, u którego po wielu zastrzykiwaniach guz się znacznie zmniejszył.

Metodę swoją v. M. oznacza mianem „Tinctions-Behandlung“—metodę barwiącą nowotwory; nie uważa on jej bynajmniej za skończoną, a jeżeli ją ogłosił, to jedynie w tym celu, aby dać lekarzom możność stosowania jej w odpowiednich przypadkach.

Prof. Billroth również czas dłuższy wstrzykiwał w nowotwory różne substancyje i nie wątpi, że z czasem tą drogą uda się dojść do wyleczenia złośliwych nowotworów i wskutek tego metodę podaną przez v. Mosetig'a uważa za bardzo pouczającą.

Wł. Kopytowski.

III. Wiadomości pomniejsze.

63. Ponieważ niejednokrotnie przy chorobie Addissona sekcya wykazała miejscową sprawę gruźliczą nadnerczy, na tej więc podstawie przy tem cierpieniu Dr. Lenchartz stosował wstrzykiwania kochiny u jednego 23-letniego pacjenta. Pierwiastkowo wstrzyknął 1,5 milligr., reakcja wystąpiła w znacznym natężeniu, stopniowo doszedł do 3,5 milligr., przyczem siła reakcyi odpowiednio się zwiększała. Po 7-iej iniekcji i po trzech następnych reakcyi już nie było, chociaż jednorazowa ilość wstrzykniętej limfy wynosiła 11,5 milligr. Wynik kuracyi pod względem subiektywnym był nader zadawalniający, przyczem chory zaczął się ogólnie poprawiać. (Therap. Mon. 91).

64. Powszechnie używane krople w praktyce ocznej częstokroć zawierają drobnoustroje lubo nie chorobotwórcze, mimo to jednak szkodliwe ze względu na objawy podrażnienia łącznicy, jakiego są przyczyną. By krople te uczynić aseptycznymi Dr. Franke zaleca, jak sam to czyni w swojej praktyce od dwóch lat, do najwięcej używanych kropeł (roztworu atropiny, ezeryny, kokainy) dodawać na każde 10 grm. 2 krople 1^o/₁₀ roztworu sublimatu. (M. m. W. 91. N. 3).

65. Podczas panujących chorób epidemicznych woda może być krzewicielem zarazy, by więc nieszkodliwą ją uczynić D. Altheher zaleca dodawać do wody do picia wodę utlenioną w stosunku 1:1000. Smak wody zupełnie nie ulega zmianie. (D. m. Z. 91. N. 1).

66. Przy kolce wątrobowej Dr. Tourasse zaleca chloroform do wewnątrz w następującej postaci:

Rp. Chloroformi gr. XV, T rae myrrhae gr. XXIV, Aq. Destillatae ℥ijj

Gummii arabici ℥ijj MDS. przyjmować po łyżce stołowej co 15 minut aż do ustąpienia bólu, (Rev. gen. de cl. et Ther).

67. Kums zaleca podskórne zastrzykiwania eteru przy kolce żółciowej; dosyć 2 szpryczek dzienn'e w okolicy wątroby, ulga prędko następuje.

68. „W Rev. gen. de clin. et de Therap.“ (N. 1. 91) podano następujący sposób dozowania sololu, stosując go w praktyce dziecinnej, 1^o dzieciom od 1/2 do 2 lat mającym podaje się na dobę trzy grany co 3 - 4 godzin, 2^o dzieciom od lat 2—5 w ten sam sposób na dobę gran 8 i 3^o dzieciom od lat 5, 15 gran. na dobę, jak poprzednio.

69. Przy próchnieniu zębów zaleca się następujące płukanie zawierające związki jodu i środki ściągające: Rp. T-rae jodi ℥ijj, kali jodati gr. 15,

Tannini EIV , Trae myrrhae Ejj , Aq. rosarum EVI . MDS. łyżeczkę do szklanki wody ciepłej. Płukać usta co dzień rano. (D. M. W. N. 2. 91).

70. **Obmycie rąk** wodą z mąką z siemienia lnianego znosi natychmiast niemiły **zapach jodoformu**. (La méd. mod. 6).

71. Jako wyborny środek przeciw — **opierchłości, szorstkości skóry i odmrożeniom**, podaje Corr. Bl. d. Schweizer Aerzte następującą maść:

Tincturae Benzoës	
Glycerini	aa 5,0
Lanolini	30,0.

Należy ręce pogrążyć na chwilę w letnią wodę i otrząchnawszy je wycierać rano i wieczorem podaną maścią. Na noc rękawiczki. (W. Presse 7).

72. Dr. COOKE HIRST. (Univer. med. Magazine), podaje następujący opis **przedwczesnego ojcostwa**. Dziewczynka 14-to letnia, przy rozwiązaniu której autor był obecny, została zapłodniona przez chłopca młodszego od niej o 10 miesięcy. Chłopiec był dobrze rozwinięty, a dojrzałość płciowa została zapewne przyspieszoną przez onanizm. Stosunki płciowe były dość częste, rozpoczęły się na 4 miesiące przed poczęciem i trwały jeszcze kilka miesięcy później. W obec młodocianego wieku obojga rodziców autor oczekiwał anomalji tak przy akcji porodowym, jak i ze strony samego płodu. Pierwszy jednak odbył się łatwo, bez powikłań, a dziecko ważyło $7\frac{1}{2}$ f. i miało główkę o wymiarach zupełnie prawidłowych. Podobnież i wydzielanie mleka młodej matki było zupełnie wystarczające.

(Rev. intern. de Bibliogr. méd, 1).

73. Dr. GÜNTZ. Nowy środek przeciwko błonicy.

Autor oprócz leczenia miejscowego błonicy poleca użycie do środka wody chromowej nasyconej kwasem węglanym, składu: kali bichromiei 0,03 na 600,0. U chorych dorosłych poleca użycie butelki w 6-ciu dawkach, u dzieci dziesiątą część przepisanej ilości. Wodę należy używać po jedzeniu, w przeciwnym bowiem razie wywołuje wymioty. Działanie lecznicze autor objaśnia wessaniem chromu z przewodu pokarmowego do krwi obiegu, i następnem działaniem zabójczem tego środka na zarodki błonicy.

(Medicin Neuigkeiten Nr. 6. 91).

74. Maść przy **chloasmata gravidarum**.

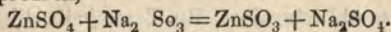
Zinci oxydati 5,0, hydrargyri praecip albi 0,1, ol. ricini, butyri cacao aa 10,0 ol. rosarum guttam. Wcierać 2 razy dziennie.

(D. M. W. N. 2).

75. **Zincum sulfurosum**.

Zasadą nowoczesnej chirurgii, jest utrzymanie pola operacji w stanie aseptyki. Udaje się to dzięki istniejącym już metodom. Inna rzecz aseptyczne utrzymanie rany w czasie całego okresu jej gojenia. Pod tym względem zalecane dotąd metody i środki wiele pozostawiają do życzenia. Z ogromu środków służących w tym celu jedne są zbyt słabe, inne, zdolne odpowiedzieć naszym wymaganiom są silnemi truciznami dla ustroju ludzkiego. Nie ustają przeto w poszukiwaniach nowych środków. Niedawno Heuston i Fichborn (Brit. med. Journ. Październik 1890 r) wystąpili z nowym środkiem, który ma odpowiedzieć zadaniu. Środkiem tym jest siarkan cynku Zincum sulfurosum.

Otrzymujemy ten środek przez zmieszanie roztworu 6 części siarczanku cynku z roztworem $5\frac{1}{2}$ części siarkanu sodu przy czem otrzymujemy krystaliczny biały proszek,



Zincum sulfurosum rozpuszcza się trudno w wodzie (16⁰/₀) zawiera przy 100⁰ 2 części wody krystalizacyjnej i w tym stanie jest ciałem trwałem, w roztworze natomiast z łatwością przechodzi w zincum sulfuricum, utleniając się na powietrzu. Dzięki tej własności, łatwego pochłaniania tlenu, działa zabójczo na bakteryje.

Do opatrunków używa się w postaci gazy, przygotowywanej w sposób następujący. Zanurzamy gazę sterylizowaną w gorącym roztworze siarczanu cynku i siarczanu sodu i zostawiamy ją w tej mieszaninie w ciągu 12 godzin. W ciągu tego czasu tworzący się osad siarkanu cynku zdąży wejść w ściśle zetknięcie z tkanką gazy i osadzić się na niej w postaci proszku. Przemynamy następnie tak przygotowaną gazę wodą dla usunięcia resztek siarczanu sodu i w celu odróżnienia od innych środków opatrunkowych, jak również w celu przekonania się jak długo gaza jest dobrym środkiem opatrunkowym, zafarbowujemy ją jakimś barwnikiem organicznym i suszymy. Dopóki siarkan cynku nie utleni się, gaza zachowuje pierwotną barwę, z chwilą kiedy zaczyna się tworzyć z niej siarczan cynku przez utlenie się, barwa zmienia się widocznie.

Do opatrunków używa się gaza sucha, bądź zmoczona w słabym roztworze karbolu. (Ther. Monatsh).

List otwarty do Redaktora Kroniki-Lekarskiej.

Szanowny Kolego Redaktorze!

W imię bezstronności, jaką się pismo Wasze zawsze odznaczało, proszę o łaskawe umieszczenie następujących kilku słów.

„W ostatnim numerze Kroniki Lekarskiej kol. Władysław Bruner pomieścił ocenę mego odczytu „o habitualnem zaparciu stolca“, z której wynika, że cała ta moja praca nic nie jest warta; nie wzruszyło to nawet Szanownego krytyka, że znalazł w mym odczycie nową myśl, którą sobie przyswoił, a mianowicie: że hypochondryja nie może być następstwem zaparcia stolca; bynajmniej, nie znajduje on dla mego odczytu ani słowa pochwały, a same tylko łagany. Istotnie należało by mi po tem chyba złamać pióro i zamilknąć na zawsze; ale za nim na ten stanowczy krok się zdecyduję, pozwól czytelniku (wszak do Twej bezstronności i mój krytyk się odwoływał), abym rozpatrzył jakie to błędy popełniłem.

Najpierw więc szanowny mój krytyk nie pojmuje, dla czego by przy habitualnem zaparciu stolca nie miało powstawać samozatrucie kiszkowe, przyczem objaśnia mi, że w tych właśnie wypadkach znajdował znaczniejsze ilości indykanu w moczu. Gdyby kol. B. staranniej przeczytał moją pracę, to znalazłby w niej ustęp (str. 5), w którym mówię, że samozatrucie kiszkowe powstaje zawsze u każdego człowieka, że jest to niejako fizjologiczna sprawa, ale twierdziłem i twierdę, że zaparcie nie sprzyja żywszej sprawie rozkładu i nie powiększa normalnego samozatrucia; jako jeden z dowodów przytoczyłem fakt, że przy zaparciu ilość indykanu w moczu nie ulega zwiększeniu. Szanowny mój krytyk twierdzi przeciwnie, że znajdował ilość indykanu zwiększoną. Zaiście wielka szkoda, że tych swoich spostrzeżeń nie ogłosił, obalili by one bowiem to, co dziś jako elementarne fakty uważać przywykliśmy. Posłuchajmy co o tem mówi Munk w Real encyclopedie Eulenburga, II wyd. z r. 1887 (zdaje się że nie jest to przestarzała broszura?) na str. 333 i następane: „Sitzt dagegen das Hinderniss im Bereiche

des Dickdarms, oder unterbindet man experimentell den Dickdarm, so findet man keine, oder nur geringe Vermehrung des Harnindicans, offenbar weil im Dickdarm zu meist an dem faulnissfähigen Eiweissmaterial fehlt“ (str. 333). A dalej znów str. 336: Dagegen hatte Unwegsamkeit des Dickdarms gar keine oder nur geringfügige Steigerung der Indigoausscheidung zur Folge“. Te dane zdobyte zostały jednozgodnemi poszukiwaniami Jaffé'go, Munka, Senatora i wielu innych, i uważane są za tak pewne, że już oddawna brak znaczniejszych ilości indykanu w moczu, uważany jest jako ważny moment dyagnostyczny przy odróżnianiu zamknięcia światła kiszek cieńkich, od prostego zalegania kału w kiszkach grubych (Koprostasis). Czyż mogę więc w obec tych danych nadawać większe znaczenie spostrzeżeniom kol. Brunera, tembardziej, że nie zostały one ogłoszone drukiem i wyszły na jaw dopiero wtedy, kiedy były potrzebne do krytyki mego odczytu?

Dalej powiada szanowny krytyk: nie zwrócili uwagi kol. Dunina dość często spotykane na seceyi skutki zaparcia stolca, polegające na rozszerzeniu i wydłużeniu kiszek grubych, zwłaszcza flexura sigmoidea i t. d.“

Gdyby kol. B. uważniej przeczytał mą pracę, znalazłby w niej kilka miejsc (str. 12, 13), w których mówię o częstoci zmian w położeniu kiszek i o wydłużeniu kresiek. Ale ja poszedłem dalej i zastanowiłem się nad tem, czy między temi zmianami a zaparciem istnieje jaki przyczynowy związek i właśnie związku tego dopatrzeć się nie mogłem, a przynajmniej za dowiedziony uważać go nie mogę.

Dalej powiada kol. B. „Zaprzeczeniu możności zakrzepu żył kończyn dolnych, jako skutku zaparcia, przeczą najzupełniej protokoły sekcyjne takiego jak Edinger badacza, który znajdował przy seceyi zamknięcie lewej venae iliacaе wywołwane przez zaparcie“. Odnosny ustęp pracy Edingera (Real encyclopedie T. XV wyd I str. 285) brzmi jak następuje: „In einem Falle habe ich Thrombose der linken Vena iliaca durch den Druck von Kothmassen entstehen sehen“. Trzeba przyznać, że szanowny mój krytyk mało jest wymagającym, jeżeli mu to wystarcza; gdzie tu przytem są „protokoły sekcyjne“?

Dalej powiada kol. B.: „Z porażeniami kończyn dolnych, z katarem pęcherza jako następstwami zaparcia, nie spotkałem się w żadnym podręczku, pocóż więc wyciągać baśnie rozpowiadane przez zastarzałe lub niekrytyczne broszury“. Co do tego, to najpierw u „takiego jak Edinger badacza“ znajdujemy (str. 285) następujące ustępy: „Dann können eintreten zunächst Störungen der Sensibilität ... seltener Störungen der Motilität“, a dalej „Schwäche eines Beines wird wohl gelegentlich beobachtet, eigentliche Lähmung aber, nur durch Druck gewöhnlicher Kothmassen bedingt, dürfte selten oder wohl nie vorkommen“. A więc i poważni autorowie przypuszczają, choć rzadko, możność porażen lub przynajmniej osłabień kończyn, wskutek zaparcia. Następnie w rozdziale o przyczynach kataru pęcherza mówi Eichhorst, Handb. der spec. Path. und Ther. T. II. wyd. 4. z r. 1890 (a może i to zastarzała broszura?) na str. 661 co następuje: „Meine eigene Erfahrungen sprechen dafür, dass auch hartnäckige Obstipation als Ursache von traumatischer Cystitis aufgeführt zu werden verdient“. Takie same zdanie wygłasza i Englisch (Realencycl T. III. str. 26, 2 wyd. 1885 r. art. Blase). A więc— mówiąc językiem mego krytyka—pocóż na każdym kroku imponować podręcznikami, kiedy ich się dokładnie nie przeczytało?

Dalej przeczy kol. B., aby zaparcie stolca mogło być objawem neuras-

tenii; „wmoiwid choremu... przeróżne objawy nerwowe jest rzeczą bardzo łatwą“ powiada on dalej. Na to mogę tylko odpowiedzieć, że można patrzeć na chorego i wielu rzeczy nie widzieć; inne jakieś oświetlenie przedmiotu pozwala nam dojrzeć rzeczy, jakich nie domyślaliśmy się nawet, ale trzeba patrzeć bezstronnie. Całe lata patrzyli lekarze na astmę oskrzelową i nie widzieli jej związku z cierpieniami nosa. Voltolini, Hack i inni uwydatnili ten związek, i dziś wszyscy go widzimy. Gdyby więc i kol. B. zamiast pisać natychmiast krytykę mej pracy, był popatrzył czas jakiś na habitualne zaparcie z tego stanowiska, jakie ja wskazuję, to byłby może doszedł do innych wniosków. Czy byłby poglądy moje potwierdził, zmodyfikował, odrzucił, ale zawsze krytyka jego wtedy przyczyniła by się do wyświelenia prawdy, dziś tego powiedzieć nie można.

Dalej podaje kol. B. w kilku wierszach swój pogląd na przyczyny habitualnego zaparcia (enteroptoza, zwiotczenie brzucha, brak ruchu, zanik błony mięsnej zmiany czynnościowe w zwojach kiszkiowych). Nie będę rozbiierał tych rzeczy, bo musiałbym tu powtórzyć całą moją broszurę, zwrócę jednak uwagę kol. B. na pewną niekonsekwencyję: uważa on raz enteroptozę jako przyczynę, (str. 105 wiersz 15 od dołu), drugi raz jako skutek zaparcia (taż strona wiersz 1 i 2 od góry), kiedyż więc enteroptoza jest przyczyną, a kiedy skutkiem? W tym ustępie jest jedna tylko oryginalna myśl kol. B., a mianowicie zużytkowanie badań Iurgensa do objaśnienia powstawania zaparcia stolca. Iurgens opisał parę przypadków (ostatni w r. z. w Nr. 35 Berl. kl. Woch. str. 804) t. z. „progressive Darmatrophie“, w których po śmierci znajdował kiszki ciemno-brunatno zabarwione, zanik błony mięsnej, głównie w kiszkiach cienkich, w których powstawały nawet wypuklenia (diverticula), wreszcie zmiany w zwojach kiszkiowych i włókniste zwyrodnienie nerwów. Za życia chorzy przedstawiali oznaki ciężkiej bezkrwistości, osłabienie kończyn dolnych, niską temperaturę (35—36°), wymioty. Podobny przypadek opisał i Blaschkó; co jednak te wyjątkowe przypadki jakiejś zgola jeszcze nieznaney choroby mają wspólnego z habitualnem zaparciem stolca—tego w istocie pojąć nawet nie mogę.

Dalej twierdzi kol. B., że leczenie przezemnie podane „nie przekracza ram leczenia podanych w każdym podręczniku, tylko objaśnienie działania podciągnięte jest pod teorię autora“. Jeżeli szanowny mój krytyk spodziewał się znaleźć w mej pracy nowe środki, to zapewne, że srodze zawiedzionym został, jeżeli jednak chodzi o wskazania, to nie mogę powiedzieć, aby w podręcznikach były one wyłożone w ten sposób co w mym odczycie. Zasada mojego leczenia jest: leczenie ogólne przed miejscowem, kiedy przeciwnie we wszystkich dziełach leczenie miejscowe na pierwszym stoi planie. I tak u Edinger'a, który może jeszcze najlepiej opracował tę rzecz, znajdujemy następujące zdanie: (str. 287). „Wo keine Contraindication besteht und wo diethetische Verfahren nicht ausreichen, beginnt man am zweckmässigsten die Behandlung mit der Hervorrufung von einer oder mehreren kräftigen Entleerungen. Hierzu eignet sich gut das Infusum Sennae Compos“. Czy tak ja radzę postępować? Eichhorst nie mówi o zaparciu stolca w osobnym rozdziale i wspomina o niem tylko przy opisie chronicznego kataru kiszki (jak najniewłaściwiej). W ustępie „Therapie“ mówi zaraz na samym wstępie (T. II. str. 222): Besteht wie in der Mehrzahl der Fälle von chronischen Darmkatarrh, Verstopfung, so verordne man leichte Abführmittel“. Tu idzie aloes, rheum, jalapa i t. d. Dalej jest mowa o wodach czyszczących, o masażu, faradyzacyi; o leczeniu ogólnem ani sło-

wa. Czy i to jest leczenie, jakie ja zalecam? Jaccoud (przekład polski) również mówi o zaparciu tylko przy opisie kataru kiszki. Powiada on (T. II. st. 884): „Z powodu, iż zaparcie stolca powstaje skutkiem tworzenia się pokładu śluzu na ścianach kiszki, należy przeto śluz ten usunąć i dalszemu jego tworzeniu się zapobiedz za pomocą środków przeczyszczających“. W przepisach dyjetetycznych powiada „potrawy mączne powinny być stanowczo zabronione“. O leczeniu ogólnem nie ma tu ani słowa. Jeżeli zwrócimy się do prac specjalnych, to i tu zobaczymy to samo. Nothnagel (Wiener med. Presse Nr. 10, 11 i 12 r. 1890) na pierwszym miejscu stawia masaż, dalej elektryzację i środki czyszczące; o leczeniu ogólnem i psychicznem ani słowa. Glenard, obok swej opaski, zaleca jako rzecz konieczną, przeczyszczenie za pomocą soli średnich. Może więc leczenie moje było błędnem, bez sensownem—o czem nie mogę wyrokować, ani ja ani kol. B. lecz ktoś bezstronny, kto moje twierdzenie zechce sprawdzić—ale jeżeli kol. B. twierdzi, że nie wychodzi ono po za to, co się znajduje w każdym podręczniku, to daje tym dowód, że nie przeczytał dokładnie ani mej pracy, ani podręczników.

Nie podoba się też kol. B. polemiczny ton w niektórych ustępach mej pracy, a zarazem twierdzi, że prowadzę walkę z wiatrakami. Co do tego ostatniego to powyżej przytoczone cytaty dowodzą, że walka z wiatrakami czyszcząciami nie jest walką z wiatrakami; codzienne doświadczenie też za tem przemawia. Co do tonu polemicznego, to, przykro mi, lecz i nadal do gustów mego krytyka stosować się nie będę. W mych wycieczkach polemicznych nikogo nie wymieniam i nikogo nie obrażam, uważam zaś, że chcąc się przyczynić do postępu terapii, nie dość jest dawać nowe wskazówki, ale trzeba i walczyć przeciw starym błędom. Czyż chirurg, który gromi i wysmiewa nieczyste opatrywanie ran, robi coś zdrowego? Tej metody trzymał się jeden z najlepszych klinicystów, F. Niemeyer, a ja i nadal naśladować go myślę.

Powłada dalej kol. B: „zarzuty czynione powszechnie czczonemu lekarzowi“; żadnych zarzutów nie robiłem, wspominałem tylko, że jednej z mej chorych „sławny, dziś już nieżyjący lekarz“ zalecił środki czyszczące. Niepotrzebnie więc kol. B. przybiera na się szaty rycerskie, bo najpierw nikogo tu nie obrażałem, a po drugie powszechnie czczony lekarz obrony nie potrzebuje.

Twierdzi też kol. B., że zaparcie stolca nie zdarza się, tak jak tego chcę, wyłącznie w klasie inteligentnej, lecz również dobrze u robotników i w praktyce szpitalnej. Co do pierwszego, to chętnie przyznaję, że tu i owdzie w niższych klasach można się spotkać z tą chorobą, o tyle o ile tam zdarza się i neurastenia; ma też to szczególnie miejsce w biednej klasie żydowskiej wśród której, jak wiadomo, tak często zdarza się neurastenia i histeryja; zawsze jednak zaparcie jest chorobą głównie wyższych klas. Co zaś do szpitali, to stanowczo przeczę, aby zaparcie tam często się zdarzało; mówię to zaś zarówno na zasadzie własnego doświadczenia, jak i zdań obcych autorów. Nothnagel w wykładzie klinicznym (Wien med. Presse N 10 1890) powiada: *keiner von diesen 3 Fällen stellt einem typischen Fall von hab. Obst. dar, und wäre ich auch nicht in der Lage einen solchen zu zeigen, weil der artige Patienten selten das Spital aufsuchen, und nur ambulatorisch sich behandeln lassen*“.

Na zakończenie wreszcie uczy mię kol. B., że kiszka ślepa nie posiada kreski długiej, lecz niekompletną, krótką. Odnośny ustęp mej pracy

brzmi jak następuje: „zmianom ulega często położenie kiszki ślepej, która posiadając długą kiszkę, może daleko na wewnątrz się znajdować“. Przy odrobinie dobrej woli, można się domyśleć, że zboczenie odnosi się właśnie do długości kreski, bo nie właściwe położenie jest tylko skutkiem długości kreski. Gdybym sądził, że kiszka ślepa ma zawsze długą kreskę, to i położenie daleko na wewnątrz nie uważałbym na zboczenie. Ponieważ jednak myśl swą sformułowałem nie dość jasno, więc błąd ten biorę na swą odpowiedzialność.

Nareszcie jestem u końca tej niewesołej pracy. Czytelnik sam przekonana się, czy taka krytyka może czegoś nauczyć, czy jest to owa szlachetna w dobrym tonie krytyka, której chodzi tylko i wyłącznie o wyświetlenie prawdy, która z równą, jeżeli nie większą, skwapliwością podnosi zalety co i wady, a i te ostatnie umie wytknąć w sposób nie ubliżający autorowi?

Na tem kończę moją odpowiedź i wszelką polemikę w tej kwestyi.

Teodor Dunin.

(Odpowiedź krytyka).

W odpowiedzi na replikę kolegi Dunina, uważam sobie za obowiązek odeprzeć czynione mi zarzuty spokojnie bez rozdrażnienia, jakie niestety przebijają z każdego omal zdania szanownego autora odczytu klinicznego „o habitualnem zaparciu stolca“.

Kolega D. poczytuje sobie za wielką zasługę, że w swym odczycie rzucił „nową myśl“, mianowicie, że hypochondryja nie może być następstwem zaparcia stolca i jest tak o swoją zdobycz naukową zazdrosny, że mnie nawet pomawia o przyswojenie sobie tej myśli. Ale, żeby odnaleźć tych, którzy zaparcie stolca tak wyłącznie uważają za przyczynę hypochondryi, trzeba by się chyba wrócić do Schrödera van der Kolka. Czasy te już dawno minęły. Obecnie wielki się na to nacisk kładzie, że psychozy i neurozy, zwłaszcza takie jak hypochondryja, mając głębokie korzenie w samym ustroju, oparte są na dziedziczności. Przyczyny takie jak katar chroniczny żołądka, zaparcia, rzerzączka i t. p. uważane są za niesłychanie blahe, wszystko tu stanowi usposobienie oddziedziczone, neuropatyczne obciążenie. Są to rzeczy tak powszechnie znane nawet między wykształceńszą publicznością, że cytat chyba niepotrzeba. Ponieważ jednak kol. D. tak lubi cytaty, a więc cytuję: Rudolf Arndt (Reale Encykl. 2-ie wydanie t. 10) w obszernym artykule o hypochondryi pisze: Die Hypochondrie entwickelt sich in der Regel, vielleicht nur auf Grund angeborener Verhältnisse. Es sind vornehmlich die zarten Kinder kranken oder alter Eltern, die selbst an Hipochondrie gelitten haben etc.; es sind also vorzugsweise die von Hause aus unglücklichen Individuen; welche unter dem Drucke einer erblichen Belastung stehen etc. Die Hypochondrie ist bei ihnen nur der Ausdruck einer von den Eltern überkommenen Constitutionsanomalie, der sogenannten neuropatischen, oder psychopathischen Diathese etc.

Niemeyer (polskie tłumaczenie t. 2) mówi: hypochondryja należy właściwie do chorób umysłowych i zostaje wywołaną wobec *istniejącego usposobienia* do niej, raz przez przyczyny psychiczne, drugi raz przez cielskie wpływy, i uważa cierpienia narządów brzusznych, zaparcie i t. p. za przyczyny okolicznościowe.

Jürgensen (Lehrbuch der speciellen Pathol. 1886) uważa hypochondryję za neurozę, stojącą na granicy z psychozą, i wraz z Jollym wlicza między

przyczynami wiek, płeć, dziedziczność, uważając jednocześnie wzruszenia moralne, zaburzenia w trawieniu, czytanie popularnych książek lekarskich i t. p. za przyczyny, wywołujące wybuch (Ausbruch) istniejącej w ustroju choroby.

Tak więc nauka o hypochondryi nie czekała na przyjście kolegi D., żeby wyjaśnić, że nie jest ona następstwem zaparcia stolca, a jeżeli sobie przyswoilem myśl, że hypochondryja tkwi we wrodzonej skłonności ustroju, to nie od kol. D. ale mam wspólnych, wielkich poprzedników, jak Griesingera, Nasse, Niemeyera, i innych. Całe więc wywody kol. D. na stron. 24 i 25 ogłaszające ową „myśl nową” nazwać można odkryciem Ameryki w 19 wieku, a jednak ja kol. D. nie robiłem zarzutu przyswojenia sobie cudzej myśli, a że niemogę tem odkryciem być „wzruszony”, to rzecz prosta, mam za to prawo dziwić się co najmniej śmialemu zdaniu, „że wszyscy autorowie bez żadnego wyjątku hypochondryją uważają jako następstwo zaparcia stolca.“

Co się tyczy samozatrucia jako następstwa zaparcia, to ja właśnie bardzo dobrze rozumiem, że powstawać ono może przy tem cierpieniu i tak twierdziłem, przyczem nadaremnie kol. D. przytacza cytaty z Munka i ironicznie dodaje, iż wielka szkoda, że spostrzeżeń co do zwiększonej ilości indykanu w moczu w niektórych wypadkach zaparcia nie ogłosiłem, „obaliby one bowiem to, co dziś, jako elementarne fakty uważać przywykliśmy.“ Nie obaliby zaprawdę, bo są z niemi zgodne. Według Jaffego, Munka, Senatora, cytowanych przez kol. D., rozkład i wessanie gnilnych produktów w większej ilości ma miejsce przy zatrzymaniu zawartości w kiszkiach cienkich i wówczas indykan w moczu w większej ilości wykrytym być może. Zupełnie to samo ja pisałem, mianowicie „wszak przy tem cierpieniu osłabienie ruchów robaczkowych i w kiszkiach cienkich ma miejsce, zawartość dłużej w nich przebywa etc., pozostają przetwory rozkładu, które w znacznej części w kiszkiach cienkich etc. ulegają wessaniu i w tych to przypadkach znajdowalem zwiększone ilości indykanu w moczu.“ Gdzież tu jest sprzeczność z spostrzeżeniami wspomnianych autorów, z owemi elementarnymi faktami? A jak nazwać podejrzenie kol. D. w końcu tego ustępu, że spostrzeżenia co do ilości indykanu wyszły na jaw, kiedy mi były potrzebne do krytyki, zostawiam uznaniu czytelnika, nie poddając jednocześnie w wątpliwość, czy kolega D. przerobił u swoich ambulatoryjnych chorych odczyn Rosenbacha, o którym pisze, że nie bywa go nigdy w najupartszych postaciach zaparcia. O rozszerzeniu kiszki i zwyrodnieniu ścięgnięciem mesocoli z rozszerzeniem żył nie ma wzmianki u kol. D., uszło więc to jego uwagi, jakiego zaś dowodu więcej żąda nad ten, że właśnie u tych, którzy za życia cierpieli na uporczywe zaparcie, znajdujemy przy sekcji zmiany w położeniu i wyżej wspomniane następstwa, ażeby dowieść, że sprawy te są w przyczynowym związku — nie wiem.

Dalej dziwi się kol. D., że wystarcza mi spostrzeżenie Edingera o zakrzepie lewej venae iliacaе, wywołanym przez zaparcie, lecz dziwić się temu, to znaczy zaprzeczać faktom, zwłaszcza, że Edinger dodaje, co zresztą dyskretnie przez kolegę D. zostało pominiętem, „und ähnliche Beobachtungen sind mehrfach bekannt geworden (Real. Encyk. II wydanie t. 21 st. 117). My mamy wierzyć głośnolownym zapewnieniom kol. D., ale kol. D. faktom spostrzeganym przez innych nie wierzy i nawet się dziwi. Porażeń, jako następstw zaparcia, żaden z poważnych badaczy nie widział i nikt w to i przed ogłoszeniem drukiem odczytu kol. D. nie wierzył. Edinger (Real. Encyk. t. 21 wyd. II) tak niefortunnie w tem miejscu przez kol. D. cyto-

wany, wyraźnie mówi: Lähmung, aber nur durch Druck gewöhnlicher Kothmassen bedingt, dürfte selten oder wohl *nie* workommen. Gdzież tu jest spostrzeżenie, wszak to raczej obalenie możności przypuszczenia czegoś podobnego.

O katarze pęcherza wskutek zaparcia nie ma mowy ani u Strümpel'a, ani u Jaccoud'a, ani u Niemeyera. Do wzmianki Eichorsta, który jest dużym skrótem z patologji i terapii szczegółowej, podanym bez należytego krytycyzmu, nie można przywiązywać wagi. Cytowany zaś także przez kol. D. Englisch (Real. Encyk. 2 wyd. t. 3) twierdzi tylko, że zaparcie wpływać może na alkaliczność moczu.

Dalej kol. D. utrzymuje, że ja przeczę, ażeby zaparcie mogło być objawem neurastenii. Nigdy nie utrzymywałem, ażeby zaparcie nie mogło się zdarzyć u neurasteników, twierdziłem tylko i twierdzę, że nie zdarza się u nich znów tak zbyt często i że zaparcie nie jest zarazem jedynie i zawsze li tylko objawem neurastenii. Z tego, że zaparcie zdarza się w hysterji, hypochondryi, melancholii, paraliżu postępującym, chorobach serca i t. p. nikt wniosku nie wyciągnie, że jest ono objawem tylko hysterji, tylko hypochondryi i t. d. Kol. D. na zasadzie prawdopodobnie obserwacyi neurasteników, cierpiących na zaparcie, dochodzi do uogólnienia, że jest ono zawsze objawem tej ostatniej nerwicy. Jest to mojem zdaniem błędne uogólnienie, gdyż codziennie spotykamy wielu nie neurasteników cierpiących na zaparcie. Tu kol. D. poucza mnie: gdyby i kol. B. zamiast pisać natychmiast krytykę, był popatrzył czas jakiś na zaparcie z tego stanowiska, jakie ja wskazuję, (zaparcie—objaw neurastenji) to byłby może doszedł do innych wniosków." Znow się kol. D. daje, że otworzył nam oczy na coś nieznanego, że odsłonił nowe widnokreśli przed nami. Byłoby to pięknem, żeby było prawdziwem. Według kol. D. jeden tylko Struempell nadaje więcej znaczenia neurastenji, jako przyczynie zaparcia, u innych figuruje ona jako podrzędna przyczyna. Otóż tak nie jest. Już w 1827 roku Barras (traité sur les gastralgies et les entéralgies ou maladies nerveuses de l'estomac et de l'intestin) wyraźnie o tem mówi. Wczytując się w jego obserwacyje widzimy, że mamy do czynienia z neurastenikami, tylko nazwy tej jeszcze nie używa, bo jej używać nie mógł. Hünenfauth (über die habituelle Obstipation und ihre Behandlung) wyraża się: einen anderen Zustand muss ich hier noch erwähnen, der gleichfalls gar oft mit Obstipation einhergeht, ich meine die allgemeine Nervosität, die Neurasthenie."

U Edingera (Real. Encyk. t. 21 2-e wydanie) czytamy: wir kennen nun eine ganze Reihe von nervösen Leiden, bei denen Verstopfung ein ziemlich regelmässiges Symptom ist" i między temi przyczynami wylicza neurastenję.

M Leven (estomac et cerveau 1884) też wyraźnie o tem wspomina. Znanem zatem było to odkrycie kol. D. o związku neurastenji z zaparciem już znacznie wcześniej i mogłem już długo z tego stanowiska się zapatrywać, jeżeli zaś wraz ze wszystkimi nie uogólniałem tego związku na wszystkie wypadki, to już wina liczenia się z rzeczywistością i braku doktrynerstwa.

Dalej zkaąd kol. Dunin wywnioskował, że wspominając Jurgensa miałem na myśli pracę jego o progressive Dermatrophie, która z danym przedmiotem wcale się nie wiąże, to pozostaje dla mnie już zagadką, ja miałem na myśli badania tego autora o zmianach w zwojach nerwowych żołądka, rozszerzone później i na kiszki (III kongres dla wewnętrznej med. i Deut. M d. Woch. rok 1888).

Co się tyczy leczenia, to mogę zapewnić kol. D., że nowych środ.

ków u Niego nie szukałem, a nowych wskazań nie znalazłem, że ogólne leczenie gra u Niego główną rolę, temu nie można się dziwić w obec uznania zaparcia jedynie za objaw neurastenji, ale o ogólnem leczeniu mówi też Strümpell: „Daneben ist eine richtige allgemein Behandlung nicht ausser acht zu lassen: kalte Abreibungen, Bäder etc. Cóż więc jest tak nowego u kol. D.? Ci zaś, którzy chorych ściśle indywidualizują, ryczałtowo cierpiących na zaparcie za neurasteników nie uważają i do właściwych przyczyn dotrzeć pragną, ci różnem bardzo leczeniem posługiwać się muszą i miejscowem i ogólnem i dyetą i masażem i elektrycznością, a nawet środkami czyszczącymi, i szablonu trzymać się nie będą. Sz. autor odczytu klinicznego dla naznaczenia oryginalności swojego leczenia a mojej niezajomości literatury przytacza zdania Jaccoud'a i Eichorsta, którzy zalecają środki czyszczące i mówi: „czy to jest leczenie, jakie ja zalecam?” Ależ wszak obaj niefortunnie cytowani autorzy mówią o zaparciu przy katarze (patrz cytowane przez kolegę D. ustępy z Eichorsta i Jaccoud'a), a tego kol. D. wszak nie miał na myśli, o habitualnem zaparciu nie ma u nich mowy; pytam się zatem, czy może mnie osiągnąć zarzut uczyniony mi przez kol. D. niedokładnego przeczytania? Kol. Dunin za to jest w przeciwieństwie sam z sobą, gdyż w pracy swej katar kiszki (str. 10) jako przyczynę habitualnego zaparcia zwalcza, a przy leczeniu wyciąga cytaty z autorów w ten sposób właśnie się zapatrujących.

Cytata z Edingera grzeszy co najmniej niezupełnością, gdyż ten sam autor mówi: „wo möglichen kein Abfürmittel” i zaleca stosowną dyetę, masaż, gimnastykę i t. p. i dodaje: „erst wenn diese Verfahren sich als unzureichend erwiesen haben, kommt die Anwendung der eigentlichen Abfürmittel in Frage.”

Przeciwko nadużywaniu środków czyszczących przy zaparciu, występowano na długo przed kol. D. w naszej literaturze (Reichman, Medycyna 1883, i notatka w Gaz. Lek. o ezerynie) dbano więc o postępy terapii, której nowe drogi wyznaczać można i bez polemicznego ferworu.

Dziwnem się w obec tego wydaje, że kol. Dunin na usprawiedliwienie swego polemicznego zacięcia przeciwko już tak dawno potępionemu nadużyciu środków czyszczących, wytacza działa tak olbrzymiego kalibru, jak antyseptyka Listera. Jest to co najmniej nierównomierność celów.

Prawdą jest, że powszechnie uczony lekarz obrony mej nie potrzebuje, ale też wycieczek polemicznych kol. D. pamięć jego się nie obawia.

Z gołosłownemi zapewnieniami autora, że zaparcie stolca zdarza się w niższych klasach o tyle, o ile się zdarza histerya i neurastenia, polemizować nie będę, gdyż musiałbym się powtarzać.

W końcu dodam, że kol. D. robi mi zarzut, że w jego pracy nie znalazłem stron dodatnich, ale same usterki. Mógłbym dodać, że nie wszystkie wytknąłem.

W rezultacie postawionych przez siebie 2 tez autor nie dowiódł, nowe cegiełki do nauki o habitualnem zaparciu stolca nie przyłożył.

Władysław Bruner.

Kronika miesięczna.

— Parę tygodni temu Kurjer Poranny wystąpił z szeregiem insynuacji i zarzutów, których ani bezimiennemu ich autorowi, ani umieszczającemu je pismu żaden człowiek uczciwy wybaczyć nie może. Poruszono

no kwestyję antyseptyki w położnictwie, dotknięto kwestyi akuszerok, a następnie autor przeszedł i do lekarzy starszych, którzy jakoby nie mogą nauczyć się i przyswoić sobie zasad nowoczesnej wiedzy, a swem nieuctwem przyczyniają się do smutnej statystyki śmiertelności naszego miasta. Nie zwracalibyśmy na to uwagi, bynajmniej nie mamy potrzeby bronić starszych kolegów od tego zarzutu. Ustalona wśród nas lekarzy i szerokich kół publiczności ich zasługa wyręcza nas aż nadto; nie burzylibyśmy kopij w walce z autorem o ten ustęp, gdyby bezpośrednio po nim nie następował projekt, co z takimi lekarzami czynić należy; otóż po prostu ma on nadzieję, że usuną się i życzy im jaknajszybszej śmierci; nim jednak to nastąpi sądzi, że „śmierć znanych osób“ przyczyni się do uwolnienia społeczeństwa od ich usług najskuteczniej. Pomijając już okazyje, czerpaną z kroniki ostatnich dni w Warszawie, pomijając, że pozbawiony taktu i miary autor artykułu temsamem daje pole do krzywdzących domysłów szerokiej publiczności, która doszukuje się zawsze aluzyj—cynizm, z jakim ów autor wypowiada swe projekty przechodzi granicę dozwoloną. Społeczeństwo, owo nieszczęśliwe społeczeństwo, tak wyszukiwane przez lekarzy i dzięki ich usiłowaniom pozbawione wielu osób znanych, posiada na to i bez p. autora artykułu w prawie obowiązującym dostateczne środki. Tam jest pole do rozpraw wobec kompetentnych ekspertów do oceny działalności, a nie na szpaltach kurjera przez niepowołanych autorów, przynoszących swym wyuzdanym cynizmem hańbę piśmiennictwu. Oburzenie jakie wśród inteligencji wywołał ten artykuł niewątpliwie jest na rękę kurjerowi, gdyż jego życzeniem: per fas et nefas zawsze dążyć do skandalu.

— W N. 9 Gazety Lekarskiej w wiadomościach bieżących. Redakcja tejże gazety polemizując z Redakcją Przeglądu Lekarskiego w kwestyi obojętności lekarzy z Galicyi i W. K. Poznańskiego względem wydawnictwa „odczyty kliniczne“, w końcu swej polemiki pisze: „A przytem obojętność lekarzy Galicyjskich jest ogólniejsza: Gazeta lekarska ma w całej Galicyi sześciu prenumeratorów płatnych, a Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego nie ma ani jednego, i t. d“. By obojętność tę więcej wydatnić my ze swej strony dodamy:

Onego czasu był zwyczaj, że Kronikę Lekarską „powagom naukowym“ darmo posyłano; wówczas mieliśmy kilkudziesięciu prenumeratorów w Galicyi i W. K. Poznańskiem. Zchwilą ustania tych dobrodziejstw literackich liczba ta zmalała do kilku zaledwie i tych jednak z końcem roku musiano wykreślić z liczby płatnych prenumeratorów, tak że już od lat paru w całej Galicyi i W. K. Poznańskim nie mamy ani jednego płatnego prenumeratora!

— Cyrkularzem Ministeryjum Spraw Wewnętrznych obniżono cenę 74 środków lekarskich z pośród będących w częstem użyciu. Dla przykładu podajemy niektóre z tych środków w porównaniu z dawną ich ceną apteczną i tak:

Acidum benzoicum sublimat:	zamiast 30 kop.	za gran.	9 kop.
„ boricum	„ 12 „	za uncyję	9 „
„ citricum	„ 40 „	„	27 „
Ammonium bromatum	„ 8 „	za dr.	3 ¹ / ₂ „
„ jodatium	„ 36 „	„	18 „
Argentum nitricum fusum	„ 42 „	za un.	35 ¹ / ₂ „
Balsamum peruvianum	„ 70 „	„	44 ¹ / ₂ „
Castoreuni Russicum s Sibiricum	„ 8 „	za gr.	2 „

Castoreum pulveratum	zamiast	16	kop.	za gr.	2 1/2	kop.
Chininum hydrochloratum	„	150	„	za dr.	27 1/2	„
„	„	4	„	za gr.	1	„
„ Sulfuricum	„	135	„	za dr.	23 1/2	„
„	„	3 1/2	„	za gr.	1	„
Extractum filicis mar. aeth.	„	75	„	za dr.	62	„
„ opii	„	60	„	„	35 1/2	„
„ rhei	„	36	„	„	25 1/2	„
„ rhei comp.	„	43	„	„	23 1/2	„
Jodoformum	„	240	„	za un.	89	„
„	„	40	„	za dr.	15	„
Kalium chloricum	„	18	„	za un.	11	„
„ bromatum	„	30	„	„	19	„
„ jodatam	„	108	„	„	74 1/2	„
Natrium bromatum	„	44	„	„	20	„
Oleum crotonis	„	15	„	za dr.	6	„
„ ricini	„	10	„	za un.	8 1/2	„
Pepsinum sachar. sicc.	„	50	„	za dr.	30 1/2	„
Pulvis Doveri	„	10	„	„	6	„
Radix rhei	„	96	„	za un.	51	„
Tanninum	„	30	„	„	23 1/2	„

Na pozór zdawać by się mogło, że taksa ta, zmniejszająca o połowę, a nawet i o trzy czwarte cenę niektórych środków, da możliwość korzystania z aptek szerszemu ogółowi i uchroni go od zaopatrywania się z konieczności w środki lecznicze w składach aptecznych, ewentualnie od częstych omyłek, będących nieraz powodem smutnych następstw. W rzeczywistości jednak tak nie jest, bowiem taksa za pracę, ekspedycję i t. d. pozostała zupełnie nie zmienioną. Lekarstwo, przepisane czy to w formie proszków, pigułek, odwaru, naparu, lub też w maści, złożone ze środków objętych chociażby niską taksą będzie również drogie, bo kilka kopiejek mniej wziętych za pewną ilość podstawowego środka w ogólnej summie, należnej za całe lekarstwo, nie wielką różnicę stanowió będzie.

Powtóre z chwilą uprawnienia nowej taksy i składy apteczne w celach konkurencyjnych obniżą stosunkowo cenę środków i publika po dawnemu tam je kupować będzie, tembardziej że jak dotąd ze strony władzy żadnych ograniczeń nie poczyniono w tym względzie.

— Oderwany pojedynczy fakt czyjejs omyłki, a choćby nieuctwa lub nieświadomości, o tyle tylko zasługuje na ujawnienie go w poważnym naukowym piśmie, o ile był powodem następstw interesujących szerszy ogół, lub też o ile na przyszłość dadzą się z niego osiągnąć pouczające wnioski. Z jakich więc względów, pytamy, w Nr. 5-tym r. b. Wiadomości Farmaceutycznych w wiadomościach bieżących Redakcja pomieściła receptę nieodpowiednio napisaną przez jednego z lekarzy prowincjonalnych? Jeżeli Organ Towarzystwa Farmaceutycznego Warszawskiego miał na celu ośmieszenie w obec swych członków i czytelników nie umiejętnie piszącego recepty lekarza, to i nam „komentarzów dodawać nie wypada“.

— Kol. Szymon Klarnier pracą swą: Kilka słów o śmiertelności i rozdzianiu się ludności gminy Belżyce—drukowanej w Zdrowiu, dał dowód, że człowiek czynny i szerzej myślący wszędzie znajdzie dla siebie pole do użytecznej pracy, a lekarz—niekoniecznie tylko w szpitalu i klinice. Kol. K. opracował niektóre dane sanitarno-statystyczne za lat 9 gminy Belżyce (gub. Lubelskiej), której jest lekarzem. Praca ta jest jednym z pierwszych kro-

ków na zupełnie prawie nieuprawianej niwie poznawania warunków życia naszego ludu i bodajby była jaskółką, zwiastującą budzące się w tym kierunku zainteresowanie istała się przykładem dla innych kolegów. Prace podobne są nader uciążliwe i napotykają różnego rodzaju trudności. Tem większa zasługa autorów. Sąsiedzi nasi daleko nas pod tym względem wyprzedzili.

— „Gazeta Lekarska“ wydała świeżo dzieło D-r. Wł. Biegańskiego pod tytułem: *Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych*. Tak obszerna praca oryginalna (blisko 600 str. druku) stanowi w naszym piśmiennictwie zjawisko b. rzadkie, to też budzi ona nie mało zainteresowania się w sferach lekarskich. Dziś możemy tylko powiedzieć, że strona zewnętrzna wydawnictwa przedstawia się okazale. Odpowiednia ocena bowiem tak obszernej książki może nastąpić dopiero po gruntownem jej poznaniu. Z przyjemnością zauważyliśmy, że autor spożytkował i uwzględził w szerokim zakresie prace autorów polskich.

— VI Zjazd polskich lekarzy i przyrodników w Krakowie w r. 1891.

Wydział gospodarczy VI Zjazdu polskich lekarzy i przyrodników uchwalił na posiedzeniu w dniu 21 Lutego następujący program Zjazdu:

W dniu 16 Lipca wieczorem: zebranie i powitanie członków.

W d. 17 Lipca o god. 9-ej rano nabożeństwo na Wawelu, o god. 11-ej otwarcie zjazdu i posiedzenie ogólne; po południu (o god. 3 lub 4) posiedzenia sekcyjne; wieczorem przyjęcie przez wydział gospodarczy.

W d. 18 Lipca o god. 8-ej rano zwiedzenie zakładów naukowych; god. 9-ej posiedzenia sekcyjne; po południu (o god. 3 lub 4) posiedzenia sekcyjne; wieczorem przedstawienie w teatrze.

W d. 19 Lipca przed południem zwiedzanie zakładów sanitarnych miejskich i osoblności Krakowa; po południu wycieczka urządzona przez wydział gospodarczy.

W d. 20 Lipca przed południem posiedzenia sekcyjne; po południu o god. 4-ej drugie posiedzenie ogólne i zamknięcie Zjazdu.

W d. 21 Lipca ewentualne wycieczki większe do Wieliczki lub innych miejsc przez wydział gospodarczy wybranych oraz wyjazd wycieczki do miejsc kąpielowych.

Nadto uchwalił Wydział gospodarczy powierzyć utworzenie sekcji psychologicznej prof. D-rowi Cybulskiemu

Sekretarz generalny:

Szajnocha.

Przewodniczący:

Rostański.

Rydygier.

— W dniu 2, b. m. obchodzono uroczyste w Krakowie 60 letni jubileusz zawodu lekarskiego prezesa Akademii Umiejętności, Józefa Majera. Prawie wszystkie Towarzystwa naukowe polskie, jak również i wiele redakcyi pism lekarskich, przyrodniczych i pedagogicznych, przyjęło udział bądź osobiście, bądź za pośrednictwem telegramów w uczczeniu zasług czcigodnego jubilata.

= 10-ty Kongres internistów w Wiesbaden odbędzie się 6—9 Kwietnia r. b. Przewodniczącym jest prof. Leyden; główne temata są następujące: 6 Kwietnia—kamienie żółciowe, referenci, Naunyn (Strasburg), Fürbringer (Berlin).

7-go Kwietnia Metoda Kocha.

8-go Kwietnia Angina pectoris. referenci A. Fränkel (Berlin), O. Vierordt (Heidelberg).

Oprócz tego zapisali się: Kahler—albuminuria intermittens. Schott:

Rozpoznawanie różniczkowe wysięków do osierdzia i rozszerzenia serca. Rozenstein. Rozpoznawanie marskości wątroby i inne.

— P. J. Rouvier, prof. położnictwa w szkole medycyny francuskiej w Beyrucie (Faculté française de médecine de Beyrouth) w Syrii wydaje pismo pod tytułem: *Revue internationale de bibliographie médicale, pharmaceutique et vétérinaire*. Pismo to w roku zeszłym było kwartalnikiem, pomieszczającym tytuły prac pomieszczanych w prasie lekarskiej etc. całego świata. W roku bieżącym zamienione zostało na miesięcznik zawierający krótkie sprawozdania o ważniejszych pracach.

Prof. R. zwrócił się do nas o sprawozdania z prasy lekarskiej polskiej; przyjęliśmy na siebie tylko dział medycyny wewnętrznej. Byłoby przeto do życzenia, gdyby który z kolegów, podjął się tegoż trudu dla innych działów (nadmieniamy, że współpracownicy oprócz N-ru *Revue* nie otrzymują innego wynagrodzenia).

Aby ułatwić sobie podjęte zadanie ośmielamy się prosić autorów artykułów z zakresu medycyny wewnętrznej o nadsyłanie nam (pod adresem redaktora Kr. Lek). jaknajkrótszych wyciągów w języku polskim ze swych prac.

— Prof. Lippmann członek instytutu paryzkiego, wynalazł sposób fotografowania barw. Odkrycie to, nad którym pracowało tylu uczonych (Herschell, Deprez, Niepce i inni), będzie miało ogromną doniosłość dla nauki. Korzyści, jakie zeń będzie mogła osiągnąć medycyna, już dziś licznie się zarysowują.

Podobno sposób uczonego francuskiego polega na użyciu środków dotychczas stosowanych przy wypełnianiu dwóch następnych warunków: 1) ciało wrażliwe powinno być rozdzielone w warstwie przezroczystej (żelatyny, kollojdum i t. d.) w stopniu idealnie doskonałej jednolitości i 2) płyta wrażliwa powinna opierać się na powierzchni odbijającej promienie światła. (*Progres Méd.*)

NEKROLOGIJA.

Zmarli:

— W dniu 21 b. m. D-r. Med. *Wilhelm Lubelski* ordynator oddziału psychiatrycznego dla kobiet, przy szpitalu Dzieciątka Jezus, członek Warszawskiego-Towarzystwa lekarskiego i wielu innych towarzystw zagranicznych. Zmarły urodził się w Płocku w r. 1832 i był synem znanego lekarza Filipa Lubelskiego. Powszechnie znany i ceniony jako lekarz i obywatel kraju, dla którego dużo czasu i pracy poświęcał, będąc długoletnim lekarzem instytucji filantropijnych, wysoce i wszechstronnie wykształcony, łatwy w obejściu, o pogodnym humorze, był znanym całej Warszawie. Zmarły był od dawna lekarzem konsulatu francuskiego za co też w ostatnich dniach życia nagrodzonym został krzyżem oficera legii honorowej. Umarł wskutek zapalenia płuc. Pokój niech będzie człowiekowi, który za życia poświęcał wiele, a dbał tak mało o materyjalne dobro, że Rodzinie pozostawił po sobie tylko szlachetne Imię, hołd i uwielbienie.

— *Paweł Świącki* w Ciechanowie—z tyfusu brzuszego.

— *Jan Dziobkowski*, lekarz powiatu Sokołowskiego, w wieku lat 46, również z tyfusu brzuszego.

— *Jan Ottowicz*, praktykował w Jadowie, zaledwie przed paru laty skończył wydział lekarski—zmarł z suchot.

Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lekarskich polskich.

LUTY 1891.

W. Janowski. O zmianach anatomicznych w pęcherzyku żółciowym pod wpływem kamieni. (G. L.).

Dr. Med. Elsenberg. Leczenie wilka metodą Kocha. (G. L.)

W. Zawadzki. Przyczynek do patologji wylewu mlecza do jam surowicznych. (G. L.)

R. Jasiński. Pierwsze wyniki leczenia gruźlicy kostnej metodą Kocha (G. L.).

K. Chelchowski. Przypadek otrucia benzyną. (G. L.).

R. Barącz. Tracheocele mediana. (G. L.).

E. Kohn. Przyczynek do nauki o umiejscowieniach zbroceń mowy. (G. L.).

A. Wizel. Z dziedziny Histeryi. (G. L.).

Strojnowski. Jeszcze w sprawie leczenia zapaleń opłucnej za pomocą przetworów salicylowych (N. L.).

Prof. Adamkiewicz. O ulecznej formie „tabes“. (P. L.).

Prof. Feigel. Nieopisane dotychczas zmiany w prątkach gruźliczych po wstrzykiwaniach limfy Kocha. (P. L.).

I. Sędziak. O zbroczeniach przegrody nosa (P. L.).

Dr. med. Rumszewicz. O nieprawidłowych szparach tęczówki. (P. L.).

Prof. Adamkiewicz. Postrzelenie mózgu. (P. L.).

T. Stępniewski. Tani termostat ogrzewany naftą lub benzyną z regulatorem eterowym, wodnym lub powietrznym. (M.).

G. Goldflam. Przypadek polioencephalitis superior, inferior i poliomyelitis ant. po influenzy etc. (M.).

A. S. Górecki. Opis łazienek dla robotników i oficjalistów przy kopalni węgla „Kazimierz“ (Zdr.)

H. Michalski. O pralniach mechanicznych. (Zdr.)

OMYŁKI.

W Nr. 2. Kroniki, zauważone zostały następane omyłki drukarskie. str. 126 wiersz. 16 od dołu, zamiast wewnętrzne ma być zewnętrzne, str. 127 wiersz 26 od góry mieć ma być mieć, str. 81 w. 10 od góry rękojmłą ma być rękojmnią, str. 77 w. 18 ma być przed punktem: w dalszym ciągu przez dni 18, str. 80 wiersz 16 od dołu zamiast charaktdrystyczue ma być charakterystyczne, str. 82 wiersz 9 od góry zamiast wnioskowania ma być wnioskowanie.

Nadesłano do Redakcyi.

D. Klarner. Kilka słów o śmiertelności i rozradzaniu się ludności gminy Bełżyce. Odb. ze „Zdrowia“ 1890 r.

M. Jakowski. Ein ungewöhlicher Fall von chronischen Rotz beim Menschen. Odb. z Zeit. f. kl. Med. XVIII.

Wł. Biegański. Dyjagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. Wyd. Gazety Lekarskiej: Warsz. 1891 r.

Wydawca:
Dr. K. Sierpiński.

Numer wyszedł d. 24 Marca.

Redaktor:
Dr. O. Hewelke.

OGŁOSZENIA.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych. Ulica Wspólna Nr. 42.

Doktor A. Podolski

DENTYSTA

Marszałkowska Nr. 136.

Przyjmuje od 10 rano do 5 po południu. 24—2

Dr. LEONARD LESZCZYŃSKI

ordynator klin. chirurg. Czysta N. 6, przyjmuje z chorobami szczęk i zębów od 11 do 5. Gabinet dentystyczny, plombowanie, zęby sztuczne, obturatory i replantacja. 12—2

DENTYSTA

J. BAUMGART

Marszałkowska Nr. 148, Zielony Plac Nr. 13. 3—2

Dentysta L. Szwaremacher

przyjmuje od 10 do 6. Choroby zębów, plombowanie. zęby sztuczne. Żabia Nr. 9 róg Bankowego Placu. 6—1

Zakopane Jaszczurówka

W dniu 1 Czerwca zostanie otwartym zakład wodo-leczniczy z uwzględnieniem gimnastyki, massażu i elektroterapii.

Kierownik Zakładu

Dr. Chwistek

2—1

Lekarz stacji klimatycznej.

ZAKŁAD LECZNICZY

GYNEKOLOGICZNY

**Drów Boryssowicza, Fickiego, Gromadzkiego,
Kaplińskiego, Kuniewicza, Rogowicza,
Thiemego, Tyrehowskiego i Winawera,**

Przyjmuje na stałe pomieszczenie i leczenie osoby dotknięte cierpieniami właściwymi kobietom, za opłatą dzienną w oddziale I: dla niezamożnych chorych od 50 kop., w oddziale II: dla chorych zamożniejszych od 3 rs. Nadto właściciele zakładu udzielają codziennie od godziny 1—3 po południu poradę lekarską dla przychodzących niezamożnych chorych po 30 kop.

DOM ZDROWIA

D-ra K. Dobrskiego

10. Aleja Róż 10.

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem obłąkanych), mieści się w osobnym odpowiednio do celu urządzonym domu.

Każdy chory zajmuje pokój oddzielny. Chorym towarzyszyć mogą osoby zdrowe. W razie potrzeby, zupełna tajemnica zapewnioną być może.

Za ryczałtową, dzienną opłatą, chory otrzymuje: mieszkanie, jedzenie, światło, opał, usługę oraz pomoc felczerską, lekarstwa, opatrunki, kąpiele. Wysokość opłaty, zależną jest w każdym przypadku od rodzaju cierpienia i obszerności zajmowanego pokoju.

O warunkach przyjęcia i pobytu w zakładzie wiadomość u D-ra K. Dobrskiego, Królewska 10, od 8 do 9 rano i od 4 do 6 po południu.

W ZAKŁADZIE LECZNICZYM

DLA CHORYCH CHIRURGICZNYCH

D-rów A. GRÜNBAUMA i S. CENTNERSZWERA

Nowolipki 25

przyjmuje się pacjentów, kwalifikujących się do operacji, na stałe pomieszczenie. Dla internów izraelitów pokarmy przygotowywują się ściśle podług przepisów rytualnych. O warunkach przyjęcia można się dowiedzieć w kancelaryi zakładu od 9—11 rano. 6—2

LABORATORYJUM PROWIZORA FARMACJI

W. H E B D Y.

Aleja Jerozolimska Nr. 80.

Poleca **odżywcze środki** dla rekonwalescentów dzieci i osób wycieńczonych, mianowicie **sok mięsny świeży** niezawodny środek wzmacniający i lekko strawny, **proszek mięsny Racohout des Arabes** nadzwyczaj smaczny i posilny napój, **kawę leczniczą**, **kakao słodowe**, **kaszkę posilną** i **Lipaninę**, czyli tran, bez wstrętnego smaku tranu. 2—2

J. RUTKOWSKI
APTEKA i PRACOWNIA
CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNA

w WARSZAWIE

ulica Długa Nr. 16. — Telefonu Nr. 155.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne. Nowe środki le-
karskie. Barwniki d-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie
przetwory używane do badań mikroskopowych. Naczynia i przy-
rządy pomocnicze, jako to: szkiełka przedmiotowe i przykryw-
kowe, szkiełka zegarkowe, miseczki do preparatów i t. p.

Wina lecznicze.

20—11

SZCZAWNICA MIEDZIUS

Zakład Hydropatyczny (trzy lata istniejący).

Otwarty 20 Maja do 30 Września 1891 r.

został ponownie rozszerzony i ulepszony, podług systemu prof.
Winternitza. Kierować zakładem będzie Dr. I. Kołaczkowski,
który uzupełnił swoje wiadomości w dziedzinie hydroterapii
nowożytnej w Wiedniu i Berlinie.

Prospekta na żądanie wysyła zarząd.

I. Żochowski.

Dr. I. Kołaczkowski.

Zarządca Zakładu.

Właściciel i kierownik zakładu.

(2393)—9—1

ROK XXVI.

GAZETA LEKARSKA

Pismo tygodniowe, poświęcone wszystkim gałęziom medy-
cyny naukowej i praktycznej, wychodzić będzie w roku 1891,
a 26-ym od założenia Gazety, według tegoż samego programu
jak dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiej zawiera przeszło 1200 stron
druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty: w Warszawie rocznie rs. 5, pół-
rocznie rs. 2 kop. 50; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą
rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. **Wł. Gajkiewicz** (Marszał-
kowska 115).

Wydawca: Dr. **St. Kondratowicz** (Marszałkowska 119).

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:

Materialy 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

Koncesyjonowane przez
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach
hygijeniczno-lekarskich



EKSTRAKT I KARMELKI „LELIWA”

Przygotowane podług wskazań Lekarzy i Chemików, pewniej-
sze i 50% tańsze od zagranicznych. **Fiaszka ekstraktu miodowo-
ziołowo-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.

TERMOMETRY maksymalne sprawdzone przez W. prof.
Boguskiego poleca optyk i mechanik

J. MILLER

Nowy Świat 7.

6-3



SIMON i STECKI

Główny Skład Win i Trunków Zagranicznych

w WARSZAWIE

Krakowskie-Przedmieście 38

oraz

Filije: Nowy Świat 15 i Elektoralna 5

Polecają WW. panom lekarzom dla chorych i rekonwalescentów:

Prawdziwe koniaki kuracyjne sprowadzone z najlepszych
domów francuzkich, wina lecznicze, jako to: stare węgierskie wy-
trawne i maślacze, francuzkie białe i czerwone dobrze odleżałe,
starą malagę na różne ceny, Vermuth de Turin, wina St. Raphael
i inne, oraz wszelkie likiery zagraniczne, po cenach umiarkowa-
nych. Szczególną uwagę zwracamy na wino kuracyjne Vermouth
de Turin zalecane w ostatnim czasie przez zagraniczne powagi le-
karskie bardzo skutecznie przeciw **influenzy**.

Za dobroć i prawdziwość wszystkich powyższych win i trun-
ków firma poręcza.

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 lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

ZDROWIE

Pismo miesięczne (specjalne) poświęcone higienie
pod redakcją J. POLAKA.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	Na prowincyi i w Cesarstwie:
rocznie. rs. 4	rocznie. rs. 5
półrocznie „ 2	półrocznie „ 2 kop. 50

Adres redakcyi: 25 Ś-to Krzyska, w Warszawie.

W Austrii prenumerować można w Administracyi „Przeglądu lekarskiego”
w Krakowie, lub u Protomedyka, d-ra Merunowicza (12, Piekarska) we Lwowie.

ZASADY HYGIENY

przez prof. FLÜGGE'GO.

Przełożone na język polski i wydane staraniem redakcyi „Zdrowia” (przeład zbiorowy). Dzieło to przeznaczone specjalnie dla lekarzy i studentów medycyny, stanowi pierwsze vade mecum nowoczesnej higieny w naszym języku, zawiera blisko czterdzieści arkuszy druku, kosztuje zaś tylko 3 rs. 50 kop. w Warszawie, 4 ruble na prowincyi (z przesyłką), zaś dla prenumeratorów „Zdrowia” 2 ruble w redakcyi i 2 rs. 50 kop. z przesyłką.

M. LIPIEC

SKŁAD MATERJAŁÓW APTECZNYCH I FARB

ulica Nałewki Nr. 24, w Warszawie. 12—2

AGENCYJA HANDLOWA
W. TRYNISZEWSKI i S-ka

Warszawa, Senatorska 8, kantor wprost bramy

polecają nowo-wprowadzoną **HERBATĘ CHIŃSKĄ** w cenie po 2 rs. za funt.

Mając bezpośredni stosunek z plantatorami w Chinach, a przytem zadawalniając się skromnym zyskiem, Agencja położyła główny nacisk na dobroć i taniść towaru, tak że stosunkowo do wysokiego gatunku, herbata naszej firmy jest bezzaprzeczenia najtańszą. Wsparci gruntowną znajomością rzeczy i pojmując zadanie kupca, jako obowiązek obywatelski, mamy nadzieję zjednać sobie zaufanie i poparcie naszych uczciwych dążności. Sprzedaż odbywa się **w Kantorze**. Zamówienia z prowincyi uskutecznią się bezzwłocznie, a biorącym od 5 funtów, opakowanie i porto **gratis**.

12—2



„**SALVATOR**”

W celu uprzystępnienia kupującym znanego ze swej skuteczności plastru na odciski Salvator, począwszy od Lutego cenę jego zniżamy z 40 kop. na 35. Biorącym tuzinami odstępuje się 33%. Główny skład i wyrób przy aptece W. Borowskiego. Przejazd w Warszawie.

6—2

SKŁAD APTECZNY
A. REZYŃSKIEGO

ulica Dzika Nr. 30, w Warszawie

poleca: materiały apteczne, środki opatrunkowe, oliwy i trany.

12—2

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 $1\frac{1}{2}$ żelaza, butelka rs. 1 kop. 75.

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

„ „ z żelazem zawiera $2\frac{1}{2}$ 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 Kwassyljowe na winie węgierskiem wytrawnem, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kwassyljowe 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 chiny królewskiej na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino senesowe (*fol. Sen. Alex. sine resinac*) 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).

SKŁAD ZEGARKÓW PIOTRA SMAŁĘC

w Warszawie, Mazowiecka Nr. 2.



Otrzymał wielki wybór zegarków najnowszych konstrukcyi jak: sekundowe i sekundowe z kontrolą, repetiery, chronografy i bijące minuty. Remontoiry tygodniowe, budziki, kieszonkowe (pamiętniki) i t. p.

Reparacyje najzawilszych konstrukcyi zegarków jak i zegarów starannie, tanio, z gwarancyją dwuletnią.

CHLOROFORMIUM PURISSIMUM

DO OPERACYI

oczyszczony według sposobu prof. N. Menthiena

w laboratoryjum apteki

H. BIERTÜMPFLA

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

Funt rs. dwa — pół funta rs. jeden.

KSIEGARNIA GEBETHNERA I WOLFFA

w Warszawie,

poleca następujące nowe dzieła:

Ackeren F. v. Klinisches Receptaschenbuch	1.15
Adamkiewicz Ueber den pachimeningitischen Process des Rückenmarkes	—,45
Ball (B.).—Leçons sur les maladies mentales. 2 édition	8.—
Barthès (le docteur Emile). Manuel d'hygiène scolaire, à l'usage des instituteurs, des lycées, collèges, etc. 2 édition.	1.—
Bäumler Chr. Ueber die Influenza v. 1889 und 1890	—,45
Bayer Jos. Bilder Darstellung des gesunden und kranken Auges unserer Hausthiere I-te Abtheilung. Ophthalmoskopische Bilder 12 Taf. mit Erklärungen.	5.40
Beck's G. Therapeutischer Almanach Jahrgang 1891. I Sem.	—,45
Bérenger-Féraud (L. J. B.). Traité théorique et classique de la fièvre jaune.	5.60
Bernatzik u. Vogl. Lehrbuch der Arzneimittellehre. 2 Aufl. 2 Hälfte	4.05
Bernheim (le Dr. H.). Hypnotisme, suggestion, psychothérapie	3.60
Bernheim (H.) et P. Simon. Recueil des faits cliniques	1.60
Birnbaum H. Die Heilbarkeit der Tuberkulose des Prof. Koch	—,90
Boehm, Rud. Lehrbuch der allgemeinen und speciellen Arzneiverordnungslehre. 2 Aufl. 1 Hälfte	4.05
Brosset (le Dr Joseph). Contribution à l'étude des connexions du cer-velet.	1.—
Damian (le Dr Charles). Etudes sur l'action physiologique de l'électri-cité statique	—,60
Demuth. Ueber Nährwerth der Nahrungsmittel	—,90