

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z KLINIKI CHOROÓB NERWOWYCH UNIW. WARSZ. PROF. SZCZERBAKA.

Przyczynek kliniczny

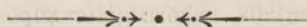
DO POSTĘPUJĄCEGO

ZANIKU MIĘŚNI.

PODAŁ

Dr. med. Ludwik E. Bregman.

Ordynator kliniki.



(Ciąg dalszy).

Przypadek II (fig. 3 i 4).

T. S., 23 lat, włościanin, zapisał się na klinikę chorób nerwowych d. 19 paźdz. 1896 r. Chory w czerwcu r. b. zaczął tracić władzę najpierw w prawem, potem w lewem ramieniu, następnie w przedramionach i rękach. Części te równocześnie uległy zanikowi.

W miesiąc później dotknięte zostały mięśnie tułowia i kończyn dolnych: tu również odcinki bardziej dośrodkowe ucierpiały wcześniej i w silniejszym stopniu. Rozwój cierpienia był nadzwyczaj szybki, zdolność chorego do jakiegokolwiek czynności zmniejszała się z każdym dniem. W czerwcu chory uczestniczył jeszcze w robotach polnych, później prowadził bydło na paszę, wkrótce jednak wszelka, najlżejsza nawet praca, była dla niego za ciężką.

Bólów chory nie doznawał wcale, w początku dokuczało mu uczucie zimna, najprzód w bokach, później w łokciach.

Przyczyna choroby nie jest mu wiadomą. Poprzednio był zdrow, chorób zakaźnych nie przechodził. Napojów wysokowych nie nadużywał, pali dużo. W stosunkach płciowych był umiarkowany, przysmotem się nie zaraził. Przed 4-ma laty przeląkł się mocno, żadnych jednak następstw wtedy nie było.

Ojciec chorego zmarł kilka miesięcy temu wskutek choroby wewnętrznej, miał lat 67. Matka zmarła w wieku lat 45, cierpiała na ból głowy i mdłości. Brat i siostra zmarli w wieku dziecięcym; drugi brat ma lat 14, jest zdrow. O ile mu wiadomo, nikt z jego rodziny nie był dotknięty podobną chorobą, wszelako ojciec jego od dzieciństwa nie był w stanie ani zębów wyszczerzyć, ani oczów zamknąć i odznaczał się niezwykłym sposobem śmiechu: też same objawy zauważono u naszego chorego już w bardzo wczesnym wieku.

Status praesens. Twarz chorego gładka, pozbawiona wszelkiej zmarszczek. Wyraz twarzy tępy. Wargi wystają, dolna zgrubiała, na zewnątrz wywrócona (ektropion), usta nieco otwarte. Prawa połowa szczeliny ust wydaje się nieco szerszą od lewej. Oczy szeroko otwarte, powieki dolne tworzą łuk o mniejszym promieniu, wskutek czego dolna połowa gałek ocznych jest bardziej widoczną.

Wyszczerzyć zębów chory nie jest w stanie. Gwizdać umie dobrze. Kiedy się śmieje, usta rozszerzają mu się bardzo, lecz kąty ust nie unoszą się wcale. Oczów chory nie zamyka: pozostaje szczelina szerokości 1 — 2 mm.; w czasie snu oczy również pozostają otwarte. Mm. frontalis i corrugator supercilii prawie zupełnie bezwładne.

Mięśnie oczne zewnętrzne i wewnętrzne czynne prawidłowo. Żucie oraz wszelkie ruchy szczęk również prawidłowe. Język chory wyciąga prosto, porusza nim dobrze. Połykanie, ruchy podniebienia nienaruszone, mowa z lekkim odcieniem nosowym.

Kończyny górne. Ręce są stale w pronacji, bardziej ku stronie łokciowej. Palce zgięte, zwłaszcza pierwsze członki, drugie i trzecie najbardziej w dwóch ostatnich palcach. Thenar i hypothenar płaskie.

Ramiona i przedramiona cienkie, kąty barkowe ostre, części kostne pasa barkowego występują bardzo wyraźnie. Oglądając chorego z przodu, widzi się podniesione kąty wewnętrzne łopatki, prawy wyżej od lewego. M. cucullaris w stanie zaniku, okolice podobojczykowe zapadnięte, mm. pectoralis et latissimi dorsi (przy palpacji) bardzo cienkie.

Łopatki odstają od klatki piersiowej, ich brzeg wewnętrzny idzie ukośnie na dół i ku środkowi. Fossae supra — et infraspinatae

dobrze wypełnione, odnośne mięśnie jednak wiotkie, ciastowate. M. podłopatkowe dobrze rozwinięte.

Wymiary zrobione na kończynach górnych dały następujące cyfry:

	prawa	lewa
8 cm. powyżej proc. styl. obwód przedramienia	14.5 cm.	14.7 cm.
10 „ poniżej olecranon „ „	16.0 „	16.0 „
14 „ powyżej „ „ ramienia	15.3 „	14.8 „
22 „ „ „ „ „	16.7 „	16.0 „
odległość górnego środ. kąta łopatki od kręgosłupa	10.0 „	8.2 „
„ dolnego „ „ „ „ „	7.0 „	6.5 „
„ brzegu łopatki od klatki piersiowej	5.0 „	5.0 „

Ruchy dowolne. Zginanie palców słabe, wyprostowanie niemożliwe, również złożenie ręki w pięść. Ruchy paluchów zniesione, prócz nieznacznego odprowadzania. Zgięcie i wyprostowanie w napiętku niewykonalne. Pronacja ręki d. prawidłowa, supinacja ograniczona. Zginanie łokci wykonywa się tylko w pronacji, nie zaś w supinacji, wyprostowanie ich d. dobre. Ręce nie podnoszą się wyżej ponad linię poziomą barkową, najlepiej w kierunku bocznym: równocześnie łopatki zbliżają się jedna do drugiej na odległość na 5 (zamiast 15).

Łopatki luźne, pozbawione wszelkiego oparcia; biorąc chorego pod pachy, nie możemy go podnieść, a podnosimy tylko łopatki (lose Schultern). Rotacja ramienia d. dobra, zwłaszcza ku zewnątrz. Posenięcie ramion (barków) ku przodowi bardzo słabe. Przełożenie ręki na ramię strony przeciwnej wykonywa się bardziej rzutem: lewa ręka zdolna się utrzymać w tem położeniu, prawa zaś opada. Podnoszenie ramion do góry możliwe, również poruszanie nimi w tył, przyczem łopatki jeszcze bardziej się oddalają od klatki piersiowej.

Kończyny dolne. Uda bardzo wychudłe, łydki w mniejszym stopniu. Pośladki słabo rozwinięte, wiotkie.

	prawa	lewa
Obwód uda 10 m. powyżej rzepki	25.8 cm.	25.8 cm.
„ łydki 18 „ poniżej „	29.0 „	29.0 „

Pes equinovarus po obu stronach. W stawach goleniostopowych ruchy bierne ograniczone. Ruchy czynne palcami w kierunku stopowym dość dobre, w grzbietowym zaś bardzo słabe. Abdukcja i pronacja stóp prawie zupełnie niemożliwa, addukcja i supinacja ograniczona.

Zginanie kolan zachowane, wyprostowanie zaś zniesione. W stawach biodrowych również zginanie dość dobre, wyprostowanie słabe.

Abdukcya bioder wykonywa się z pewną siłą, przekładanie nogi przez nogę z łatwością.

Z rozstawionemi nogami chory stać może; staje również na końcach palców, na piętach zaś traci równowagę. Chodzi dobrze na równej drodze, na schody, najniższe nawet, wejść nie potrafi. Chód sztywny, z tułowiem w tył przechylonym i nadmiernymi ruchami miednicy.

Złożenie rąk w tyle ułatwia znacznie chodzenie i stanie.

Mięśnie wyprostne tułowia słabo rozwinięte. Wskutek lordozy części lędźwiowej kręgosłupa pośladki bardziej wypukłe, lecz wiotkie (przerostu wrzekomego niema). Z położenia poziomego—na wznak—chory podnieść się może w ten tylko sposób, iż najprzód kładzie się na boku — prawym lub lewym, a potem, opierając się na łokciu, tułów podnosi. Chcąc przejść z postawy siedzącej do stojącej, chory zmuszony jest szukać oparcia w otoczeniu, drugą rękę zaś opiera o własne udo.

Ruchy głową ku przodowi i tyłowi prawidłowe. Jabłko Adama mocno wystaje. Oddech prawidłowy, żebro-brzuszny. Przy głębokiem wdechaniu mięśnie pomocnicze kurezą się dobrze. Kaszel głośny. Mięśnie brzucha czynne prawidłowo.

Odruchów kolanowych brak. Odruch ścięgna Achillesa po stronie lewej średni, po prawej słaby. Odruchy M. bi- i tricipitis zmniejszone. Odruchy skórne, zwłaszcza stopowe, bardzo silne.

Pobudliwość mechaniczna mięśni pasa barkowego zwiększona, jednakże brak skurezu idio-muskularnego, brak również drgań włókienkowych.

Czucie wszelkiego rodzaju nienaruszone. Ręce i nogi mają słabe zabarwienie sinicowe i pocą się nadmiernie.

Narządy wewnętrzne nietknięte. Tętno stale około 100.

Narządy zmysłów prawidłowe.

Chory bardzo rozdrażniony, zmiennego usposobienia. Względnie do swego stanu, jest on dosyć inteligentny. Pomimo tak posuniętego zaniku mięśni, radzi sobie w życiu powszedniem dość dobrze, tak np. je bez obcej pomocy, pochylając głowę i tułów ku przodowi, pisze zupełnie dobrze, podejmował się nawet pisania długich listów dla swych towarzyszy szpitalnych; wreszcie, obdarzony pewnym talentem do rysunku, wykonywał wcale niezłe, choć wprawdzie nieco pierwotne, szkice ołówkowe, których kilka nam w darze ofiarował.

Badanie elektrycznością nerwów i mięśni nie wykazuje żadnych zmian jakościowych: skurez wszędzie szybki, formułka skurezowa ($Ka Z > An Z$) zachowana.

Pod względem ilościowym pobudliwość jest w wielu mięśniach stosownie do stopnia ich zaniku zmniejszona.

Dla przykładu przytoczyć możemy następujące cyfry:

	faradyczny		galwaniczny	
	prawy	lewy	prawy	lewy
	ctm. odl. cewek	ctm. odl. cewek		
M. flexor. digit. comm.	7.5	8.5	5.5 MA.	4.0 MA.
M. flexor. carpi uln.	6.0	6.5	niema skurczu	9.0 „
M. sup. longus.	8.5	8.0	2.0 MA.	2.5 „
M. biceps	6.5	6.0	8.0 „	8.0 „
M. pectoralis	5.5	6.5	9.0 „	4.5 „
M. deltoides	4.5	5.0	7.0 „	8.0 „
N. ulnaris	8.0	8.5	1.5 „	2.0 „
N. medianus	niema skurczu		9.0 l. słaby	niema
			skurcz w M. flex.	skurczu
			dig. i fl. pollicis.	
N. radialis	—	—	3.75 „	2.5 „
M. tibiali ant.	3.0	3.5	przy 10 MA.	niema skurczu
N. peroneus	4.5	4.0	4.0 „	8.0 MA.
N. cruralis	—	—	przy 10 MA.	niema skurczu
N. popliteus	—	—	2.5 „	3.0 MA.
M. gastrocnemius	—	—	4.5 „	2.5 „

Chory przebywał w szpitalu do 3/IV 97 r. Leczenie polegało głównie na elektryzacji w różnych postaciach (franklinizacja, farydyzacja), słonych kąpielach i masażu. Do wewnątrz podawaliśmy Sol. Fowleri, nux vomica, Det. chinae.

Samoczucie chorego było dość zmienne, wogóle jednak utrzymywał, że sił mu przybyło. Przedmiotowo wyraźnych zmian w jego stanie nie zauważyliśmy.

W przypadku tym rozpoznać możemy z pewnością zanik pierwotny mięśni, czyli t. zw. dystrophiam muscul. progr., a w szczególności tę postać, która nosi nazwę „type facio-scapulo-humeral“. Zanik mięśni twarzowych powstał we wczesnym wieku, prawdopodobnie w dzieciństwie, zanik innych mięśni znacznie później, w 23-im roku życia, możemy zatem powiedzieć, iż w danym razie postać dziecięca zaniku, odznaczająca się pierwotnym zajęciem mięśni twarzowych, powikłała się postacią młodzieńczą. Jak zwykle w tej ostatniej, mięśnie pasa barkowego i ramion najwypierw uległy zanikowi, później pas miednicowy i uda, ale obwodowe od-

ciniki kończyn również nie uszły cało, a nawet drobne mięśnie rąk we względnie krótkim czasie dotknięte zostały. Prawa połowa ciała w początku bardziej ucierpiała, później cierpienie rozprzestrzeniło się dość symetrycznie na obu stronach. Drgań włókienkowych, ani reakcyi zwyrodnienia nie było. Przerost wrzekomy m. supra — et infrapinati.

Pod temi wszystkimi względami przypadek nasz nazwacby nieomal można typowym, niezupełnie zwyczajne natomiast są zanotowane powyżej dane, dotyczące się dziedziczności cierpienia. Ojciec chorego od dzieciństwa dotknięty był objawami zaniku mięśni twarzowych, nie mógł on, również jak nasz chory, ani oczów zamknąć, ani zębów pokazać i odznaczał się niezwykłym śmiechem. U niego jednak inne mięśnie ciała pozostały zdrowe, śmierć nastąpiła w 67-ym roku życia wskutek choroby wewnętrznej.

Landouzy i Déjerine, którym zawdzięczamy opis dokładny t. z. facies myopathique, zauważyli już, że zanik mięśni twarzowych spotkać można u ludzi nie o cierpieniu swoim nie wiedzących. W jednym przypadku autorzy ci stwierdzili obecność zaniku twarzowego, bez żadnych innych powikłań, u babki, matki i brata chorego, chory sam zaś dotknięty był prócz tego zanikiem kończyn górnych. W innym znów przypadku znaleziono zanik mięśni twarzy (wraz z rozpoczynającym się zanikiem pasa barkowego) u panienki, która przybyła do szpitala w towarzystwie swej chorej matki.

Autorzy wyżej wymienieni wypowiadają wskutek tego przypuszczenie, że „facies myopathique“, skoro tylko lekarze się z nią zapoznają, częściej będzie spostrzegana.

Sądząc jednak z późniejszej literatury, przypuszczenie to się nie sprawdziło ¹⁾, zajęcie samych tylko mięśni twarzowych, trwające tak długo, jak u naszego chorego, bez naruszenia innych mięśni ciała, być musi zatem bardzo rzadkie.

Drugą, bardziej jeszcze godną uwagi właściwością danego przypadku jest niezwykle szybki rozwój cierpienia. Według słów chorego, najzupełniej wiarogodnych, zanik mięśni z dnia na dzień postępował: w czerwcu jeszcze uważał on siebie za zdrowego i pracował przy roli, w 1 — 2 miesięcy później zaś nie był już zdolny do najlżejszej choćby pracy. Tak szybki przebieg jest w dystrofii zwłaszcza, odznaczającej się rozwojem bardzo powolnym, czemś nader rzadkiem. Pod tym względem zbliżonym do naszego jest tylko przy-

¹⁾ Jedyne taki przypadek znaleźliśmy u Westphala (26).

padek Schülego, w którym umiejscowienie zaniku jest również do naszego podobne: tu jednak upłynęło 9 miesięcy od zajęcia górnych do zajęcia dolnych kończyn, a w 2 lata po wystąpieniu choroby, otrzymywano jeszcze na jednej stronie odruch kolanowy. Sacara-Tulbure również wspomina o ostrych nasileniach w przebiegu dystrofii i przytacza dla przykładu przypadek dziecka z wrzekomym przerostem: 15-dniowa gorączka poprzedzała tu pogorszenie cierpienia. U naszego chorego ani gorączki, ani innej jakiegokolwiek przyczyny dla szybkiego rozwoju zaniku mięśni wykryć nie byliśmy w stanie. Zaznaczyć należy, iż pomimo tak szybkiego postępu sprawy chorobowej, przypadek ten zaliczyć musimy do postaci pierwotnej (myopatycznej) zaniku mięśniowego, ponieważ pod wszystkimi innymi względami odpowiada jej w zupełności, przyznać jednak musimy, że z punktu widzenia anatomicznego prędki rozwój zaniku jest dla nas w tym razie mniej zrozumiały, aniżeli wtedy, gdy przyczyną zaniku jest zwyrodnienie komórek zwojowych w rdzeniu.

Przypadek III. Małka Szen., 17 lat, d. 11/VI 1898 r. zgłosiła się do oddziału chirurgicznego szpitala dla dzieci, a stąd, dzięki uprzejmości kol. Orła, któremu i w tem miejscu podziękować jest dla mnie miłym obowiązkiem, zaadresowaną została do mnie.

Chora demonstrowaną była przezemnie na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Rodzice pacjentki zdrowi. Matka rodziła 8-ro dzieci. Pierwsze było poronione, drugie umarło wnet po urodzeniu się, 6-ro żyje. Najstarsza siostra jest zamężną, chora — jest drugą z rzędu. Ze wszystkich dzieci chora jest najbardziej podobną do matki; 11-letni braciszek jest również do niej podobny, ale dotąd zdrow; pozostałe dzieci mają więcej podobieństwa do ojca. Matka miała 7-ro rodzeństwa, żyje jednak tylko jeden brat, pozostali zmarli we wczesnym wieku (w 4, 10, 13 roku). Żaden z nich, ani wogóle ktokolwiek z rodziny nie był dotknięty zanikiem mięśni.

Chora w dzieciństwie była zupełnie zdrową i, jak utrzymują wszyscy, bynajmniej nie tak brzydką, jak obecnie. Mając lat 12, zaczęła się już zajmować gorliwie gospodarstwem, młodszymi dziećmi, robótkami. Jest usposobienia spokojnego, bawić się nie lubi. Około 1¹/₂ roku temu matka przypadkowo spostrzegła, iż prawa łopatka chorej odstaje od klatki piersiowej. W tym samym czasie, mniej więcej, chora zauważyła osłabienie prawej kończyny górnej. Pomimo leczenia, niedowład postępuje wciąż i kończyna ta coraz bardziej chudnie. W drugiej kończynie górnej, a również w dolnych, siła jest

zachowaną, chora chodzi dużo i biega nawet, nie czując wcale zmęczenia.

Status praesens. Twarz chorej ma wszelkie cechy t. zw. facies myopathica: wargi zgrubiałe, wywrócone na zewnątrz (ektropion), usta szerokie, górna szczeka wystająca; grzbiet nosa nieco wklęsły; oczy szeroko rozwarte, lewa szczelina trochę węższa od prawej. Twarz gładka, pozbawiona prawie zwykłych zmarszczek. Wyszczерza zęby z wysiłkiem, usta ścisła z siłą bardzo nieznaczna. Przy śmiechu usta rozszerzają się bardziej, kąty szczeliny ustnej podnoszą się bardzo mało, szczególnie prawy; przytem na lewej połowie twarzy fałdki są bardziej wyrażone, niż na prawej. Oczy zamyka niezupełnie, po stronie prawej pozostaje niewielka szczelina, przy „ścisaniu powiek“ oczy zamykają się dobrze, ale prawe z mniejszą siłą. Brwi podnosi słabo, prawą gorzej, niż lewą. Na czole — przy spoglądaniu w górę tworzą się nieliczne fałdki, również słabiej wyrażone po stronie prawej.

Układ kostny pasa barkowego występuje po stronie prawej niezwykłe wyraźnie. Prawa łopatka niższa od lewej, jej brzeg środkowy odstaje od klatki piersiowej na 3 — 4 ctm., idzie ukośnie ku dołowi i środkowi. Odległość łopatki od kręgosłupa z obu stron jednakowa. Górnego zarysu mięśnia kapturowego brak, w miejscu tem wypuklają się wyraźnie górne żebra i widzieć można (z tyłu) część akromialną obojczyka. Obojczyk wydaje się wydłużonym, koniec boczny jego, położony niżej od końca środkowego. Dolna część m. cucullaris oraz m. latissimus dorsi w stanie zaniku.

Prawe ramię znacznie niższe od lewego, kąć barkowy dosyć zaokrąglony; ramię i przedramię wychudłe, w drobnych mięśniach dłoni zaniku nie widać.

	pr.	lew.
Obwód ramienia 15 ctm. powyżej wyrostka łokciow.	24.0 ctm.	22.3 ctm.
„ przedramienia 10 ctm. poniżej „ „	20.5 „	21.3 „

Ruchy czynne. Pacjentka podnosi rękę w bok i ku przodowi z pewnym wysiłkiem i niedosięgając linii poziomej; przy podnoszeniu w bok tułów przechyla się na stronę lewą. Łopatka podnosi się wyżej niż lewa i oddala się bardziej od klatki piersiowej (zwłaszcza jej kąt dolny), do tego stopnia, że powierzchnia tylna jej zwraca się na zewnątrz, przednia zaś ku środkowi. Chcąc dosięgnąć ręką do głowy (przy czesaniu się), musi oprzeć łokieć na czemś wysokiem. Doprrowadzanie ramienia (m. pectoralis) słabe.

Mięśnie ramienia (dwugłowy, trzygłowy i t. d.) czynne, lecz słabe, również długi wywrotny (supinator long.). Wyprostowanie

w napiętku ograniczone, nie dosięga poziomu przedramienia, zginanie dobre. Wyprostowanie i rozszerzanie palców bardzo utrudnione, najlepiej prostuje paluszek, najgorzej 2-gi i 3-ci palec. Zgina palce, porusza paluchem dobrze.

Lewa kończyna górna i lewa połowa pasa barkowego prawidłowe, również kończyny dolne, długie wyprostne tułowia oraz mięśnie poruszające głowę.

Badanie elektrycznością wykazuje nieznaczne zmniejszenie pobudliwości faradycznej i galwanicznej w niektórych mięśniach najbardziej dotkniętych (wyprostny palców, kapturowy i t. d.). Reakcyi zwyródnienia niema. Odruchy ze ścięgien w kończynach górnych zniesione, kolanowe zaś umiarkowane. Innych zaburzeń, prócz marmoryzacyi skóry na przedramionach, szczególnie na prawem oraz małego naczyniaka na lewej dłoni nie znaleźliśmy.

W przypadku tym rozpoznać możemy z łatwością zanik postępujący mięśni pochodzenia myopatycznego. Postać zaniku jest pod tym względem podobna do naszego 2-go przypadku, że tu również zanik mięśni twarzowych powstał we wczesnem dzieciństwie, pozostałe zaś mięśnie zaatakowane zostały dopiero w wieku młodzieńczym. Umiejscowienie zaniku w pasie barkowym (typus scapulo-humeralis) jest również w obu przypadkach charakterystyczne. Pod względem szybkości postępu sprawy natomiast różnią one bardzo: tam w przeciągu krótkiego czasu (zaledwie kilku tygodni) cały niemal układ mięśniowy został w wysokim stopniu dotknięty, tu zaś po upływie 1¹/₂ roku widzimy względnie mało jeszcze posunięty zanik jednej kończyny górnej i odnośnej połowy pasa barkowego. Zaznaczyć się godzi wreszcie, że zanik mięśni twarzowych w przypadku tym nie jest symetryczny i że strona bardziej dotknięta odpowiada kończynie, która uległa zanikowi. Jakichkolwiek wskazówek na dziedziczne lub rodzinne powstanie cierpienia w przypadku tym nie znaleźliśmy.

Przypadek IV (fig. 7). Aleksander M., 19 lat włościanin, zapisał się do kliniki 12/XI 1896 r. Rodzice chorego są zdrowi, ojciec nie nadużywa napojów wysokowych; matka nie ronila. Pokrewieństwa między rodzicami niema. Z 7-ga rodzeństwa najstarszy syn ma lat 21, jest zdrow. Drugi — to nasz chory. Trzecia — 17-letnia dziewczyna, jest zdrowa, następna 15-letnia dotknięta tem samym cierpieniem, co nasz pacjent. Dalsze rodzeństwo — 11-letni braciшек i 8-letnia siostrzyczka pozostały zdrowe, najmłodsze natomiast — 5-letnia — również zachorowała.

Ojciec chorego ma 2-eh braci; obaj są zdrowi i mają po dwoje zdrowych dzieci; inne (7 resp. 5) dzieci zmarły w najmłodszym wieku wskutek różnych chorób, żadne nie miało zaniku mięśni. O babce matki chorego mówiono, że źle chodziła, ale bliższych szczegółów o jej cierpieniu nikt nie wie, zresztą dożyła do lat 90-ciu.

Chory przyszedł na świat w warunkach prawidłowych i rozwijał się początkowo bardzo dobrze: w 1-ym roku już zaczął chodzić i chodził zupełnie tak samo, jak inne zdrowe dzieci. Kiedy się chód jego pogorszył, dokładnie nie pamięta, mając lat 5 — 6 nie mógł już inaczej chodzić, jak na końcach palców. Cierpienie jego postępowało bardzo zwoina, w 10-ym roku chory doskonale jeszcze jeździł konno. W późniejszych, a zwłaszcza w ostatnich latach osłabienie nóg coraz bardziej się zwiększało. Kończyny górne długi czas pozostawały nie-
tknięte: przed 4 laty jeszcze chory podnosił dość znaczne ciężary i w stanie był mocno ścisnąć swych towarzyszy. Od tego czasu jednak one również uległy cierpieniu. Równocześnie z osłabieniem zauważono zarówno w górnych, jak i w dolnych kończynach postępujący zanik mięśni. Parestezyi w częściach dotkniętych nie było. W ramiionach występowały napadowo dość znaczne bóle.

Chory dwa razy przechodził choroby gorączkowe, ostatni raz przed 4-ma laty: obie trwały krótko i były dość lekkie. Do 10 roku życia enuresis nocturna.

Napojów wyskokowych nie nadużywał. Stosunków płciowych nie miał, polucyi nie miewa.

Status praesens. Chory średniego wzrostu, delikatnej budowy ciała, stan odżywiania mierny. Na twarzy świeże rumieńce. Ręce i nogi również jak kolana sine. Mięśnie kończyn w stanie zaniku; w odcinkach bliższych tułowia zanik jest bardziej posunięty, aniżeli w częściach obwodowych.

Dokładne wymiary, robione na kończynach, dają następujące cyfry:

			prawa	lewa
Obwód przedramienia	10 ctm.	poniżej olecranon	19.1 ctm.	18.4 ctm.
„ ramienia	8 „	powyżej „	17.7 „	19.0 „
„ „	16 „	„ „	18.8 „	18.9 „
„ „	24 „	„ „	19.0 „	19.0 „
„ uda	10 „	„ „	29.5 „	29.0 „
„ „	20 „	„ „	32.8 „	33.3 „
„ goleni	największy	„ „	32.8 „	31.0 „

Ręce, a zwłaszcza nogi, są bardzo duże i nie odpowiadają wcale delikatnej, kobiecej niemal budowie reszty szkieletu.

W drobnych mięśniach rąk i nóg zaniku niema.

Kąty barkowe ostre. Fossae supra — et infraspinata nieco zapadnięte. Prawa łopatką trochę niższa od lewej. Dolny kąt łopatek, zwłaszcza lewej, odstaje od klatki piersiowej: przy podnoszeniu rąk ku przodowi objaw ten staje się bardziej widocznym.

Ruchy dowolne. W *kończynach górnych* palce zgina i prostuje dobrze, ale z małą siłą. Paluch przy wyprostowaniu nie dosięga poziomu innych palców. Ścisiska dłoń słabo, dynamometr wskazuje dla prawej ręki 40.3, dla lewej 40.7. W napiętku zginanie prawidłowe, wyprostowanie ograniczone i bardzo słabe. Pronacya i supinacya rąk zadawalniająca. Mięśnie dwugłowe czynne, ale słabe, m. trzygłowe jeszcze słabsze, zwłaszcza prawy. Chory podnosi ręce do góry, wykręca ramię ku zewnątrz i ku wewnątrz, porusza do góry, naprzód i w tył, ale nie może we wszystkich tych ruchach pokonać najmniejszego oporu.

Kończyny dolne. Palcami porusza prawidłowo. Zgina stopę w kierunku stopowym lepiej aniżeli w grzbietowym; pronacya stopy słaba, supinacya lepsza. M. quadriceps słabe, zginacze kolana mocniejsze. Przy zgiętem kolanie zgina biodra ad maximum, t. j. do zetknięcia się uda z brzuchem, przy wyprostowanym zaś kolanie nie może wcale nogi podnieść. M. abductores femoris bardzo słabe, przełożyć kolana przez kolano nie jest w stanie.

Wyprostowanie i odprowadzanie bioder bardzo słabe. Stojąc, ma nogi rozstawione i tułów naprzód pochylony: kolana są lekko zgięte, a pięty podniesione nie opierają się wcale na ziemi.

Z roztawionymi nogami stać może również, ale ciało jeszcze bardziej się pochyla ku przodowi. Stanać prosto chory nie jest w stanie, gdyż natychmiast pada w tył.

Stoi dobrze na jednej nodze, nachyla się naprzód, podnosi przedmioty z podłogi, prostuje się nawet pomimo oporu, w tył zaś przechylić się nie może. Chodzi na końcach palców, nie dotykając prawie ziemi piętami, przytem ciało jeszcze bardziej wprzód nagina. To samo w większym stopniu ma miejsce, gdy choremu nakazujemy wtył się posuwać. Wejść na schody, nie opierając się, nie jest w stanie. Biedz nie może wcale.

Chcąc w łóżku usiąść, musi się naprzód na boku położyć. Z położenia leżącego do stojącego przechodzi w ten sposób, iż najpierw ręce, potem palce nóg o ziemię opiera, a następnie posuwając z wolna nogi ku przodowi, równocześnie je podnosi. Stojąc na klęczkach, nie w stanie jest podnieść się bez pomocy.

Klatka piersiowa szeroka, przestrzenie międzybrowe wpadnięte. Oddech prawidłowy, mięśnie oddechowe sprawne. Krzyżeć może głośno. Czucie niezmienione.

Odruchów kolanowych i w ścięgna Achillesa brak. Odruch m. dwugłowego słaby, m. trzygłowego zaś zniesiony. Odruch stopowy słaby, brzuszny i przyżołądkowy dość silny.

Nerwy i mięśnie na ucisk niebolesne. Pobudliwość mechaniczna wzmożona, skurczu idiomuskularnego jednakże się nie otrzymuje. Przy obnażeniu ciała drgania włókienkowe i pęczkowe (fascicularis) w różnych miejscach, najwięcej w m. deltoides, pectorales, cucullaris, rhomboides, glutaei. Drgania te wzmagają się przy pracy mięśniowej.

Mięśnie twarzy nienaruszone. Przy zamykaniu oczów drżenie włókienkowe powiek. Język drży również. Innych zaburzeń w dziedzinie nerwów mózgowych niema.

Badanie elektrycznością nie wykazało zmian jakościowych, ilościowo pobudliwość w niektórych mięśniach okazała się zmniejszoną.

	odpowiada	faradyczny		galwaniczny	
		ctm.	odl. cew.	praw. MA.	lew. MA.
		przy	ctm. odl. cew.		
N. ulnaris		10.0	9.5	0.75	0.75
N. medianus	" "	9.1	9.0	0.75	0.75
N. radialis	" "	6.5	6.0	0.75	0.5
N. peroneus	" "	8.5	8.5	2.0	1.25
N. popliteus	" "	8.0	9.0	2.5	1.25
N. cruralis	" "	8.0	8.5	1.0	1.0
M. extensor digit. com.	" "	8.0	8.0	1.25	1.1
M. opponens polł.	" "	8.5	8.5	—	—
M. extens. carpi. uln.	" "	8.5	8.0	—	—
M. biceps	" "	9.0	8.0	1.6	1.5
M. triceps	" "	9.5	8.5	0.6	0.6
M. extens. digit. ped.	" "	7.0	7.0	8.0	8.5
M. tibialis ant.	" "	7.5	7.0	8.0	6.0
M. quadriceps	" "	7.5	6.0	5.0	3.0
M. gastrocnemias	" "	—	—	4.0	3.5
M. glutaeus magn.	" "	—	—	2.5	2.0

Kręgosłup przy naciskaniu niebolesny; w dolnej części grzbietowej skolioza w stronę prawą, powyżej kompensacyjna w stronę lewą. Wyrostki cierniste ostatnich dwóch kręgów grzbietowych wyraźnie rozszczepione.

Czaszka prawidłowa. Prognathismus. Zęby prawidłowe. W narządach wewnętrznych żadnych zaburzeń.

Siostry chorego, 5-letnia Julia i 15-letnia Stanisława, badane przez nas w ambulatoryum, przedstawiały tę samą postać zaniku mięśniowego, choć odpowiednio do wcześniejszego okresu słabiej wyrażoną. Obie chodzą na końcach palców, całe ku przodowi pochylone. Julia biedz nie jest w stanie, Stanisława biegnie, ale nieręcznie. Julia nie może przełożyć jednego kolana przez drugie; odruchów kolanowych u niej brak. Stanisława zachowywała się niespokojnie podczas badania, tak że nie otrzymaliśmy wyników pewnych. Kończyny górne u obydwóch były nienaruszone. Według słów ojca (dość inteligentnego gospodarza wiejskiego), cierpienie rozwijało się u dziewcząt tak samo, jak u syna: w 1 — 2-go roku życia nie było jeszcze żadnej różnicy między nimi a dziećmi zdrowymi, później pojawiało się osłabienie nóg, które stale i zwolna postępuje.

W przypadku tym zanik mięśni jest niewątpliwie pierwotny (myopatyczny). Pod względem umiejscowienia jest on najbardziej zbliżony do postaci zwanej „dziedzicznej“ (Leyden-Möbius). W tej ostatniej zanik występuje zwykle w 5 — 10-go roku życia: u naszego chorego i jego rodzeństwa pojawił on się wcześniej jeszcze, 5-cio letnia siostrzyczka bowiem miała już wszystkie objawy cierpienia. Dziedziczność cierpienia — w ścisłym znaczeniu tego słowa — jest w przypadku tym bardzo wątpliwą: wiadomości nasze o prababce chorego, która źle chodziła, a dożyła do lat 90-ciu, są zbyt skąpe i niepewne. Słusznie natomiast nazwać możemy cierpienie „rodzinnem“ ponieważ dotknęło ono troje z 7-ga rodzeństwa i u wszystkich występuje w tej samej postaci. W końcu pragnelibyśmy zwrócić uwagę czytelników na nogi i ręce naszego chorego, które raziły swoją niezwykle wielkością, zwłaszcza w stosunku do delikatnej budowy całego układu kostnego. Eulenburg spostrzegał niedawno ten sam objaw, silniej jeszcze wyrażony, i nadaje mu znaczenie zaburzeń troficznego układu kostnego, które postawić należy na równi ze zmianami w mięśniach. Być może, iż podobne anomalie, skoro tylko uwaga badaczy zwróci się na ten punkt, częściej widywane będą, a wtedy ich patologiczne znaczenie lepiej się wyjaśni. W naszym przypadku zanotowaliśmy jeszcze jeden, drobny wprawdzie szczegół, mianowicie rozszepienie wyrostków ciernistych ostatnich dwóch kręgow grzbietowych.

Przypadek V. Chaim L., 11-letni chłopiec, zapisany został do kliniki d. 8 listopada 1897-r. Ojciec jego, 42 lat, fryzyer, według

słów matki, nadzwyczaj chudy, ale zdrowy, napojów wysokowych nie nadużywa. Matka ma lat 39, zdrowa. Rodzice nie są ze sobą spokrewnieni. Dzieci było 6-ro, sami synowie. Dwoje pierwszych dzieci zmarło mając lat 1½, resp. 2 wskutek chorób wieku dziecięcego. Trzeci w 8-ym roku życia dotknięty został, również jak nasz chory, postępującym zanikiem mięśni: nogi zaczęły mu słabnąć, padając nie mógł się sam o własnej sile podnieść; po upływie lat 3-ch przestał zupełnie chodzić, a w kończynach dolnych rozwinęły się kontraktury. Później nieco straciły władzę kończyny górne, a na początku 1897 r. wystąpiły zaburzenia oddechowe (według słów matki napady astmatyczne), które w ciągu 3-ch tygodni doprowadziły do exitus letalis. Cała choroba trwała lat 5. Czwarty syn — to nasz chory. Następni mają lat 8 i 3 i są dotychczas zdrowi. Ani w rodzinie ojca, ani matki nie spostrzegano podobnej choroby.

U naszego chorego zaczęła się ona rozwijać również w 8-ym roku życia, do tego czasu był on zupełnie zdrowy i rozwijał się pod każdym względem prawidłowo. Trzy lata temu kończyny dolne zaczęły słabnąć, a od roku już chory stale przebywa w łóżku, około tego samego czasu powstały kontraktury tych kończyn. Niedowład kończyn górnych pojawił się nieco później.

Status praesens. Chory, jak na swój wiek, niewielkiego wzrostu, stan odżywiania zły, skóra i błony śluzowe blade.

Czaszka prawidłowa, narządy wewnętrzne zdrowe.

Mięśnie twarzowe dobrze rozwinięte, górna warga jednakże wydaje się zbyt cienką. Ruchy mimiczne dość żywe. W dziedzinie innych nerwów mózgowych zaburzeń niema.

Kończyny górne. Ramiona wychudłe, przedramiona zaś mają wygląd niemal prawidłowy; thenar i hypothenar zachowane, przestrzemieszczenie międzykostne wypełnione. Zniekształceń, ani kontraktur niema. Mięśnie ramienia (przy palpacji) wiotkie, m. przedramienia mają napięcie (tonus) o wiele lepsze. Ruchy bierne wolne. M. deltoides zarysowują się bardzo wyraźnie, napięcie ich większe, aniżeli m. ramienia.

Wymiary zrobione na kończynach górnych dały wynik następujący:

		praw.	lew.
obwód ramienia	8 ctm. powyżej olecranon	14.5 ctm.	15.0 ctm.
„ przedramienia	10 ctm. poniżej „	15.0 „	15.3 „

Ruchy czynne. Chory podnosi ręce naprzód i na bok do kąta 70 — 80°; wyżej jeszcze sięga, przechylając tułów w stronę przeciwną; w tył nie podnosi rąk prawie wcale. Siła m. deltoides (przy

oporze) okazuje się bardzo małą. Zgina łokieć zarówno w pro-, jak w supinacyi, lecz oporu pokonać nie jest w stanie, prostuje zaś łokieć z dość znaczną siłą. Ruchy w napięstku zachowane, ale słabe. Pronacę ręki (przy zgiętym lub wyprostowanym łokciu) wykonywa łatwiej i lepiej, niż supinacę. Palcami rusza prawidłowo.

Kończyny dolne. Na obu stronach pes equinovarus. Kolana zgięte pod kątem około 90° , w stanie kontraktury. Biodra zgięte i odwiedzione. Zarówno w udach, jak w podudziach nietylko niema widocznego zaniku, ale nawet części te wydają się bardzo dobrze rozwiniętymi. Pośladki bardzo wydatne.

	praw.	lew.
Obwód uda 15 ctm. powyżej rzepki	31.0 ctm.	31.0 ctm.
„ podudzia (największy)	24.5 „	25.0 „

Mięśnie uda i podudzia przy palpacji wydają się twardszemi, niż zwykle. *Ruchy bierne.* w stawach goleniostopowych prostowanie i pronacę ograniczona, w kolanowych zginanie prawidłowe, prostowanie możliwe tylko $120 - 130^{\circ}$, w biodrowych prostowanie również ograniczone do $140 - 150^{\circ}$, inne ruchy prawidłowe.

Ruchy czynne. Palcami rusza dobrze. Stopę zgina dobrze, prostuje (zgina w kierunku grzbietowym) niezupełnie, przywodzi lepiej niż odwodzi. Kolana prostuje nieco w położeniu poziomem, mając zaś nogi opuszczone, ruchu tego wykonać nie jest w stanie. Zgina kolana dobrze i nawet pomimo operu. Stać, ani chodzić nie może. Siedzi dobrze, przysiąść w łóżku (bez pomocy) może, ale z pewnym wysiłkiem.

Kręgosłup żadnego zбочenia nie przedstawia. Łopatki oddalone od kręgosłupa, zwłaszcza lewa; ich brzeg środkowy idzie ukośnie w dół i ku zewnątrz, dolny kąt odstaje od klatki piersiowej. Fossae supra — et infraspinata dobrze wypełnione, górny brzeg mięśnia kapturowego występuje wyraźnie. Ruchy tułowiem i głową dobrze zachowane, łopatki niezwykle ruchome (lose Schultern).

Czucie prawidłowe.

Odruchów ścięgowych brak zarówno w kończynach górnych, jak w dolnych, skórne zaś z wyjątkiem stopowych, których również brak, wzmożone. Odruchy błon śluzowych — łącznicy gardzieli — wzmożone.

Nerwy i mięśnie przy naciskaniu niebolesne, pobudliwość mechaniczna mięśni zniesiona.

Reakeyi zwyrodnienia niema. Pobudliwość elektryczna w niektórych mięśniach stosownie do niedowładu zmniejszona.

	prąd faradyczny (kaolinrheostat i o odległości cewek)	prąd galwaniczny (MA)			
		praw.	lew.		
N. radialis	odpowiadał przy	50	48	4.0	5.0
N. ulnaris	„ „	56	55	2.0	2.0
N. medianus	„ „	54	56	3.0	3.0
M. opponens poll.	„ „	50	57	2.0	3.0
M. interosseus (3)	„ „	52	57	—	—
M. biceps	„ „	50	52	10.0	6.0
M. triceps	„ „	47	48	5.0	5.0
M. deltoideus	„ „	30	32	10.0	7.0
M. cucullaris	„ „	29	29	15.0	10.0
M. pectoralis	„ „	—	—	4.0	7.0
M. serratus ant.	„ „	—	—	11.0	6.0
N. eruralis	„ „	29	29	6.0	7.0
N. tibialis post.	„ „	46	35	6.0	5.0
N. peroneus	„ „	56	46	4.0	4.0
M. gluteus max.	„ „	25	11	nie kurczy się przy maksymal. prądzie	
M. vastus ext.	„ „	30	32	6.0	6.5
M. vastus int.	„ „	30	32	—	—
M. gastrocnemius	„ „	36	37	8.5	6.5
M. tibialis ant.	„ „	35	32	9.0	8.0

Przypadek ten należy niewątpliwie do grupy zaników mięśniowych pochodzenia pierwotnego (myopatycznego), zatem przemawia początek cierpienia w wieku dziecięcym, wczesnie zajęcie dośrodkowych odcinków kończyn, oraz pasów miednicowego i barkowego, brak reakcji zwyrodnienia i drgań włókienkowych, wreszcie charakter cierpienia. Trudniej jest orzec, do której ze znanych postaci dystrofii zaliczony być winien. Pod względem umiejscowienia zbliża on się najbardziej do postaci „dziedzicznej“ (Leydena i Möbiusa). Wiek, w którym zanik się pojawił, odpowiada w zupełności podanemu przez autorów (w poprzednim przypadku, do tej samej postaci podobnym, był on za wczesny). Wbrew jednak nazwie wyżej wymienionej postaci nie występuje on w danym przypadku, również jak i w poprzednim, jako cierpienie dziedziczne, lecz jako rodzinne. Przyczyna pojawienia się choroby w rodzinie w żadnym z nich nie została wyjaśniona.

Przebieg sprawy jest nierównie szybszy, aniżeli w przypadku 4-ym. Tam po piętnastu latach zanik mięśni jest względnie mało posunięty i przejawia się tylko w dość znacznym wprawdzie osłabie-

niu kończyn, tu zaś chory już po 3-ich latach nie jest w stanie opuścić łóżka, a starszy brat dotknięty cierpieniem w tejże samej postaci, zginął po upływie 5-ciu lat wskutek zajęcia mięśni oddechowych.

Wybitną wreszcie właściwość danego przypadku stanowi przerost wrzekomy niektórych mięśni, jaki w postaci Leydena i Möbiusa nie bywał zwykle spostrzegamy. W kończynach dolnych przerost jest wyraźny, w górnych największy stopień okazują mm. deltoides. Przy palpacyi mięśnie te wyczuwają się twardszemi, niż zwykle, tak że należy przypuszczać przerost tkanki łącznej: w przyszłości jednak według przypuszczenia Charcota, potwierdzonego przez późniejsze badania Bergera, tworzyć się tu będzie, prawdopodobnie, więcej tkanki tłuszczowej, a tym sposobem zwyrodnienie łączno-tkankowe przemienia się w tłuszczowe.

(Dok. nast.).

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Patologia i medycyna wewnętrzna.

397. Dr. A s k a n a z y. Przyczynek anatomiczno-patologiczny do znajomości choroby Basedowa, z uwzględnieniem występującego przy niej cierpienia mięśni. (D. Arch. f. Klin. Med. Bd. 61, H. 1 i 2, 1898).

Autor w 4 przypadkach sekeyjnych choroby Basedowa, które w krótkim przeciągu czasu obserwował, spostrzegał swoiste cierpienie poprzecznie prążkowanej muskulatury, z wyjątkiem mięśnia sercowego. Maskroskopowo rzecz się przedstawia w sposób następujący: nagromadzenie tkanki tłuszczowej, zmniejszenie się objętości mięśnia, blade jego zabarwienie i lekkie zmętnienie jego substancji; zwolna ilość tłuszczu się wzmaga, tkanka mięsna zanika, błednieje coraz bardziej, tak, iż trudno miejscami rozróżnić, czy mamy do czynienia z pasemkiem tłuszczu czy mięsa. Drobnowidzowo przedewszystkiem spostrzegamy komórki tłuszczowe pomiędzy pęczkami, a nawet pojedynczymi włóknami mięsnymi, jądra włókien mięsnych rozszczepiają się i rozpadają, pozostała część substancji traci podłużną i poprzeczną prążkowatość w miarę tego, jak nagromadzają się w niej kulki tłuszczowe, w końcu cała zawartość włókna przemienia się na drobnoziarnistą lub jednolitą masę, zawierającą wakuole i nieco żółtego barwnika, a gdy sarcolema podlegnie zwyrodnieniu, masa ta rozpa-

da się: mamy, jednym słowem, sprawę znaną pod mianem: *atrophia musculorum lipomatosa*, gdzie procesem pierwotnym jest zanik włókien mięsnych, a — wtórnym — rozrost tkanki tłuszczowej. Sprawa ta zupełnie nie zależy od układu nerwowego, który, począwszy od najbardziej obwodowych części aż do komórek rogów przednich, w tych przypadkach okazuje się normalnym, a więc jest prawdopodobnie natury toksycznej: gruczoł tarczowy, prawdopodobnie, wytwarza jakąś substancję, jadowitą dla tkanki mięsnej. Opisaniami zmianami w muskulaturze dają się objaśnić niektóre objawy choroby Basedowa, np. ogólne osłabienie mięśniowe, drżenie, do pewnego stopnia exophthalmus, niedostateczność konwergencji, zmiana głosu i zakrzuszenie się (przy objawach opuszkowych), objaw Bryson'a (mała różnica w objętości klatki piersiowej w czasie najgłębszego wdechu i zupełnego wydechu) i t. d.

Autor następnie podkreśla tę okoliczność, iż w budowie gruczołu tarczowego z a w s z e znajdują się zmiany anatomiczne wbrew pogładowi niektórych autorów, którzy mniemają, że gruczoł może zachować normalną strukturę. Zasadzają się one przedewszystkiem na znacznem bujaniu nabłonka, co nie prowadzi jednak do wytwarzania nowych, koloidalną substancją wypełnionych foliкулów, ale występuje pod postacią niezróżnicowanych skupień o kształtach rozmaitych (jako kupki, słupy, kanaliki i t. d.); niektóre części nabłonka noszą wyraźne cechy zwyrodnienia; ilość substancji koloidalnej znacznej ulega redukcji, czasem zupełnemu zanikowi albo traci ona swe cechy swoiste; naczynia krwionośne i mlecze, a przedewszystkiem żyły są znacznie rozszerzone; z biegiem czasu występuje rozrost tkanki łącznej na plan pierwszy, co prowadzi w końcu do rzeczywistej marskości.

Autor rozbiera na końcu pracy różne teorie choroby Basedow'a i zdaje się, że najbardziej przechyla się na stronę Möbiusa, który w tem cierpieniu widzi skutek zatrucia ustroju, dzięki chorobliwej niewłaściwej i nadmiernej czynności gruczołu tarczowego.

A. Lande.

398. Robin i Binet. **Studia kliniczne nad chemizmem oddechania. III. Wymiary gazowe w dyabecie.** (Arch. gen. de Med., № 9, 1898 r.).

Mniemanie, że przemiana materji u dyabektyków jest zwolnioną, coraz bardziej ustępuje miejsca pogładowi, że odwrotnie, jest ona u nich przyspieszoną. Autorowie, przeprowadziwszy szereg badań nad chemizmem oddychania u 14 osób, dotkniętych chorobą cukrową dla poparcia tego ostatniego zapatrywania, w ten sposób reasumują wynik swoich spostrzeżeń:

1) Wymiana gazowa przy oddechaniu jest większa przy chorobie cukrowej, niż w stanie zdrowia, zwłaszcza spotęgowane jest po-

chłanianie tlenu, i ogólna przemiana materji we wszystkich kierunkach jest przyspieszona.

2) Istnieje bezpośredni i stały prawie stosunek między ilością wydzielanego cukru i natężeniem chemizmu oddechania.

3) Dyeta właściwa i leczenie farmakologiczne (środki upośledzające przemianę: antypyryna, chinina, arsenik, węglan litynowy, kodeina i t. p.) zmniejszają jednocześnie i chemizm oddechania, i ilość wydzielanego cukru; środki nie działające na jedno, nie działają i na drugie.

4) Pacjent, mogący być podejrzanym o dyabet, nie posiadający jednak cukru w moczu, ale za to wykazujący spotęgowaną wymianę gazową, ciągle jest zagrożony przez cukromocz.

5) W ten sam sposób dyabetyk, z którego cukier znikł z mocza, ale którego chemizm oddechania ciągle jest wzmożony, nie może być pożytywany za zupełnie wyleczonego.

6) Wszelkie leczenie, nie upośledzające ogólnej przemiany materji, powinno być uważane za niedostateczne i nieskuteczne.

7) Jeżeli wymiany oddechowe spadają szybko u dyabetyka nie pod wpływem leczenia, a zwłaszcza jeżeli temu spadkowi nie towarzyszy zmniejszenie się cukromoczu, to można się obawiać wystąpienia zapaści dyabetycznej, należy więc coprędzej przedsięwziąć środki, mające na celu podnieść słabnącą przemianę materji.

A. Lande.

399. Géza Dieballa i Ladislaus v. Kétly. **O stosunku wzajemnym białkomoczu, hydremii i obrzęku u osób, dotkniętych cierpieniem Bright'a.** (D. Arch. f. Klin. Med. Bd. 61, H. 1 i 2, 1898).

Autorowie w 55 przypadkach badali jednocześnie mocz i krew dla ustalenia wzajemnego stosunku między wodnistością krwi (hydraemia), obrzękami i białkomoczem. W tym celu określali zawartość hemoglobiny, ciężar właściwy, stopień wodnistości i ilości ciałek czerwonych we krwi, następnie ilość dobową moczu i wydzielanego w nim białka, nareszcie wielkość obrzęków. Z badań tych wynika, co następuje: krew kobiet, cierpiących na nerki, jest caeteris paribus bardziej wodnistą niż mężczyzn. Im białkomocz jest obfitszy, tem wodnistość krwi jest większa. U nefrytyków niema stałego stosunku między zawartością hemoglobiny i hydremicznością krwi, natomiast związek taki istnieje między ciężarem krwi a jej wodnistością, a wyraża się przez stosunek odwrotnie proporcjonalny. Wielkość obrzęków stoi w stosunku odwrotnym do zawartości hemoglobiny, do ciężaru właściwego krwi, do ilości ciałek czerwonych i dobowej ilości moczu, zaś w stosunku prostym — do procentowej oraz względnej zawartości białka w moczu; to ostatnie jest niezależne od ciężaru właściwego moczu. Istnieje związek między obrzękiem i hydremią, ale niema stałego stosunku między stopniem natężenia jednego i drugiego zjawiska.

W chronologicznym porządku występuje najprzód wodnistość krwi, a dopiero później przesiłek do pozostałych tkanek ustroju.

Z pomiędzy dwu głównych teorii powstawania obrzęków, z których jedną nazwać można mechaniczną (głosi ona, że wskutek niedostatecznego wydzielania się wody występuje t. zw. wodnista pełno-krwistość — *plethora hydraemica* — a dzięki temu część płynu zaczyna przesiąkać do tkanek sąsiednich), a drugą — anatomiczną (ta przypuszcza, iż wskutek znacznej utraty białka z moczem wydzielanego krew mniej go zawiera, co prowadzi do niedostatecznego odżywiania ścian naczyń, które tracą normalną swą spistość tak, że surowica krwi może po przez nie przesiąkać), autorowie raczej przechylają się ku pierwszej, jakkolwiek uwzględniają i drugą, gdyż, zdaje się, że istnieje niezawodny związek między hydremią i białkomoczem. Zajmują oni więc stanowisko pośrednie, zgodne z wynikami badań poprzednika swego Askanazy'ego.

A. Lande.

400. Straus. **Wzdęcie brzucha pochodzenia histerycznego u mężczyzny.** (Berl. klin. Wch., № 42, 1898).

Młody, 29-letni chory po upadku z konia zaczął uskarżać się na uporeczywe zaparcia stolca, wystąpiły współcześnie wzdęcie brzucha oraz wymioty kałowe; przy badaniu stwierdzono nadto złamanie żeber po stronie lewej. Dwukrotna laparotomia nie wykazała żadnych zmian organicznych, wpływała wszakże na dłuższe ustępowanie objawów; chory w ciągu lat ośmiu leczył się stale, w ostatnich czasach wstąpił do szpitala Charité, gdzie w ciągu 4-ch miesięcy był leczony przemywaniami żołądka, wysokimi lawatywami, środkami czyszczącymi bez wybitnego wyniku. Pewnego dnia wystąpił typowy napad histeryczny, w czasie którego wzdęcie i zaparcie stolca ustąpiło. Przyczyną więc długotrwałej tej sprawy była histerya urazowa. Na istnienie tej przyczyny obok napadu typowego wskazuje: brak po jednej stronie odruchu polykowego, zjawiająca się od czasu do czasu astasia-abbasia, znieczulenie lewej kończyny dolnej, czkawka, polyuria, zjawiająca się od czasu do czasu, punkty bolesne.

Co się tyczy przyczyny bezpośredniej wzdęcia, Straus przypuszcza, iż był nią skurcz z następczem porażeniem kiszek, porażeniem mięśni brzusznych, obniżeniem przepony, wreszcie jako przyczynę podaje niedowład odzwiernika i polykanie powietrza.

Istnienie niedowładu odzwiernika stwierdził autor za pomocą metod znanych ¹⁾.

J Z.

¹⁾ Porażenie odzwiernika zazwyczaj wywołuje rozwolnienie skutkiem przechodzenia do kiszki dużej ilości mikrobów, to więc objaśnienie zdaje mi się mniej prawdopodobnem.

(Przyp. spraw.).

401. Stendel. Operacya na żołądku w klinice Czerny'ego. — Krönlein. Wyniki operacyi doszczętnych w raku żołądka. (Arch. t. klin. Chir., VII).

Z ogłoszonych pod tym nagłówkiem prac wyjmuję kilka cyfr ciekawszych, rzucających pewne światło na poruszoną w artykułach kwestyę. Stendel zestawia następującą tablicę, którą podaję w całości. Cyfry w nawiasach oznaczają liczbę wypadków śmiertelnych.

Rok	Wycięcie odzwiernika	Enteroa stomosis	Plastyka odzwiernika	Probną łapą rotomia	Inne operacye	Razem	% śmierci
1881 — 1889	13 (5)	14 (9)	—	11 (2)	4 (2)	42 (19)	45
1890 — 1893	7 (3)	17 (2)	3	5 (1)	2	34 (6)	18
1894 — 1895	2	23 (8)	7 (1)	8 (2)	4 (1)	44 (12)	27
1896	4 (2)	28 (10)	1	2	—	35 (12)	34
1897	3 (1)	28 (4)	—	4 (1)	2	37 (6)	16
1881 — 1897	29(11)	110(33)	11(1)	30 (6)	12(3)	192 (55)	29 ⁰ / ₀
Śmiertelność	38 ⁰ / ₀	30 ⁰ / ₀	9 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀	25 ⁰ / ₀	29 ⁰ / ₀	

Z 24 chorych Krönleina zmarło w ciągu dwóch pierwszych tygodni 5, przypadki jednak z zejściem śmiertelnem są liczniejsze w pierwszych, niż dalszych latach, od 1881—1888 r. zmarło 3, od 1888—1898 r. dwóch. Tym sposobem w okresie 1-szym śmiertelność wynosiła 20⁰/₀, w drugim 10⁰/₀.

Z 19 chorych, którzy przeżyli następstwa bezpośrednie operacyi, 2 zmarło skutkiem niedomogi serca i zapalenia płuc po 1 — 4 miesiącach po operacyi bez nawrotu raka, 8 zmarło od nawrotu, mianowicie 2 w 3-im, 4 w 2-im i 2 w 1-ym roku po operacyi. Średnia długość życia po operacyi wynosiła 1 rok 5 mies., 8 chorych żyje i recydywa nie nastąpiła, mimo że 2 z nich już przekroczyło 4 rok po operacyi, a 6 — 1 rok.

W 1 przypadku Schlattera usunięcia doszczętnego żołądka chora żyje w ciągu 10 miesięcy, czując się zupełnie zdrową.

(W przypadku moim, operowanym w r. 1892-im przez kol. Solmana, po usunięciu rakowato zwyrodniałego odzwiernika chory żył bez nawrotu 1 rok 6 mies., z nawrotem 6 miesięcy, czyli 2 lata po operacyi).

J. Z.

402. Dieulafoy. De la toxicité de l'appendicite. (Sem méd., № 56).

Dieulafoy zwraca uwagę, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest nie tylko chorobą zakaźną, lecz głównie chorobą z zatrucia.

Zatrucie to w przypadkach lżejszych objawia się przez nieznaną żółtaczkę.

W przypadkach cięższych, kończących się często śmiercią, występuje cały szereg objawów nerwowych.

Objawy te nie zależą bynajmniej od zakażenia. W żółtaczkach pochodzenia toksycznego, zabarwienie skóry jest lekkie, badanie moczu wykazuje obecność urobiliny i barwnika brunatnego, brak zaś barwników żółciowych. Występuje objaw ten w pierwszych zaraz dniach choroby, bez bólów i gorączki.

Przeciwnie, żółtaczka pochodzenia zakaźnego jest wywołana przez lasecznik coli com., posiada typowe objawy, zjawia się późno i występuje z dreszczami, bólami w podżebrzu, zwiększeniem wątroby i t. p.

Takież same rozróżnienie można wyprowadzić i co do przypadłości nerwowych w zapaleniu wyrostka, jedne z nich występują skutkiem zatrucia, inne skutkiem zakażenia. Wogóle zależne od zakażenia objawy występują późno i zazwyczaj towarzyszą ciężkim objawom ogólnym.

Słusznie zwraca uwagę D., iż zapalenie wyrostka robaczkowego jest groźne nie tylko z powodu zakażenia miejscowego i w narządach odległych, ale i skutkiem wywoływania zatrucia ogólnego; niekiedy zatrucie przeważa, w innych przypadkach natomiast na plan pierwszy występuje zakażenie.

Jedynym środkiem jest umiejscowienie sprawy w jej początkach, natychmiast po postawieniu rozpoznania (przez operację? — *przyp. sprawoz.*).
J. Z.

403. M. L. Kojin. **Przypadek białaczki pochodzenia urazowego.**
(Med. Obozr., 1898).

Przypadek autora jest jednym z ulicznych, dowodzących istnienia postaci urazowej białaczki.

Chłop 42-letni, silny, syfilisu nie przechodził, zawsze był zdrowy, w czasie paniki w tłumie został pobity przez sąsiada, uderzenie skierowane było w stronę lewą brzucha i klatki piersiowej. Kilka godzin leżał nieprzytomny, poczem doszedł do domu i w ciągu dni 15 pozostawał w łóżku. W tym czasie zauważył znaczne powiększenie gruczołów szyjowych. Po 15 dniach wrócił do zajęcia, lecz wkrótce zaniemógł i udał się do szpitala.

W czasie badania (2 lata po wypadku) chory jest blady, wychudły, skarży się na bóle w okolicy śledziony. Śledziona czuła na ucisk, powiększona (od 7 żebra do pępka). Duszność stała, zwiększa się w czasie ruchów, serce rozszerzone. Gruczoły podszczękowe, szyjowe, pachowe i pachwinowe powiększone do wielkości jaja kurzego.

Krew zawiera 1·800000 cz. c. krwi i 600000 białych w 1 ctm. sz., ilość hemoglobiny 45%.

Po kuracji żelazem, wstrzykiwaniach podskórnych arseniku, w ciągu 40 dni znaczne polepszenie.

Autor jako przyczynę podaje uraz narządów wewnętrznych.

J. Z.

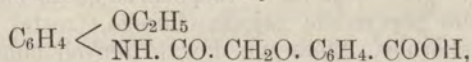
404. Leube. **O spastycznej niedrożności kiszek.** (LXX zjazd lek. niem. w Dtlsseldorfie).

Odróżniamy dwa rodzaje niedrożności kiszek: mechaniczną i dynamiczną. Pierwszy zależy od zamknięcia światła przez guzy lub z innych przyczyn, drugi — powstaje bez widocznych za życia, a nawet po śmierci przyczyn, np. w przebiegu z ostrego zapalenia otrzewny, po urazach jąder, po laparotomiach, wreszcie w histeryi. Przypuszczamy wtedy zwykle całkowite lub częściowe porażenie układu nerwowego kiszek, co jednak sprawy bynajmniej nie wyjaśnia. Daleko prostszem wydaje się Leubemu przypuszczenie, iż w danym razie przeważną rolę odgrywa skurez kiszek. Stwierdzający to przypuszczenie przypadek, autor podaje: u 19-letniej służący z wymiotami nerwowymi, prawidłową czynnością żołądka nagle wystąpiły wymioty kałowe. Stwierdzono u niej wzdłuż całych kiszek aż do kiszki ślepej silne zwężenie, które znikło po 24 godzinach, aby po 10 dniach wystąpić ponownie. Wzdęcia nie było. Chora wyzdrowiała zupełnie.

J. Z.

405. Burghart (Berlin). **O Pyrosolu i Phenosolu.** (Deut. med. Woch., № 41, 1898).

Pyrosol ($C_9H_8O_5C_{11}H_{12}N_2O$) jest to kwaśny salicylo-octan antipiryny, phenosol zaś ma formułę:



jest to salicylo-octan p. Phenetidid.

Oba te nowe związki przedstawiają się pod postacią białego proszku krystalicznego. Pyrosol rozpuszcza się trudno w wodzie, wysoko i eterze, topi się przy 150°, kwasy i zasady rozkładają go na składowe części. Phenosol topi się przy 182 stopniach, rozpuszcza się z trudnością w wodzie, eterze i zimnym wysoko, w gorącym wysoko rozpuszcza się łatwiej, przy ogrzewaniu z zasadami rozkłada się na swe części składowe. Sól sodowa phenosolu rozpuszcza się w wodzie.

Oba te preparaty mają smak gorzko-kwaśny, w przewodzie pokarmowym rozpadają się na składowe części, wchłonięciu ulegają łatwo, o czem świadczy szvbk występujący odczyn kwasu salicylowego w moczu. Chorzy znoszą te preparaty bardzo dobrze. Jako je-

dyne działanie uboczne zanotowano obfite poty, nigdy nie spostrzeżano: szumu w uszach, zawrotów głowy, wymiotów, bicia serca, wysypki lub też innych objawów zatrucia.

Jak już *à priori* ze względu na części składowe tych preparatów sądzić można było, okazały się one w praktyce bardzo skutecznymi. Dawka jednorazowa dla obydwóch środków wynosiła 0,5, dzienna do 3,0.

Pyrosol zawiera 50% antipiryny i 36% kwasu salicylowego; phenosol zaś 57% fenacetyny i 43% kwasu salicylowego.

Nowe te preparaty stosują się w tych wszystkich przypadkach, gdzie wskazanem jest użycie salicylu, antipiryny lub fenacetyny.

H. Kucharzewski.

406. Doc. dr. Aloizy Piek (Wiedeń). **Sprawozdanie z przypadków dżumy, zaszłych w Wiedniu.** (La Sem. Med., № 54, 1898).

W roku zeszłym akademii nauk w Wiedniu poruczyła d-rom Albrecht'owi i Ghon'owi, asystentom instytutu anatomo-patologicznego, d-rom H. F. Müllerowi, prywat-docentowi i asystentowi kliniki wewnętrznej prof. Nothnagla, oraz d-rom R. Pösch z kliniki prof. Neusser'a, misję naukową, która miała za zadanie studyowanie zarazy dymenicowej w Indyach angielskich. Członkowie tej misji dla prowadzenia dalszych studyów po powrocie z Bombaju przywieźli ze sobą hodowlę lasecznika dżumy i rozpoczęli dalsze badania w specjalnie urządzonej pracowni w instytucie anatomo-patologicznym uniwersyteckim. Pracownię tę prowadził dr. Ghon.

Badania były ukończone od sześciu tygodni. W pracowni tej znajdowało się tylko kilka szczurów, uodpornionych przeciwko dżumie, na których robiono doświadczenia kontrolujące. 15 października r. b. posługacz pracowni Franciszek Barisch, który karmił zwierzęta i porządkował pracownię, zachorował i został przeniesiony do kliniki wewnętrznej przy objawach rozpoczynającego się zapalenia płuc. Ze względu na poprzednie zajęcie chorego, został on odosobniony od początku choroby, która nie dawała innych objawów prócz zapalenia płuc, przyczem płwocinę chorego poddano drobnowidzowemu i bakteriologicznemu badaniu. W płwocinie chorego znaleziono drobnoustroje podobne do laseczników dżumy, rzuciło to pewne światło na samą istotę choroby. Zauważyć jednak trzeba, że badanie drobnowidzowe, wykonane w pierwszych dniach choroby, wykryło jedynie nietypowe formy laseczników, podobne do dżumy, przytem szczepienie zwierząt dało wynik ujemny. Chory zmarł 18 października wieczorem, badania pośmiertnego zwłok nie było. Niewiadomo dotąd, w jaki sposób zmarły uległ zarazie; prawdopodobnie sam się zaraził przez własną nieostrożność.

19-go października jedna z dwóch dozoreczni, które pielęgnowały Barischa, dostała gorączki i została przeniesioną przez ostrożność do szpitala cesarza Franciszka Józefa. Druga dozoreczni czuła się

również niedobrze, odosobniono ją w szpitalu ogólnym; po południu jednakże przeniesiono ją również do tegoż szpitala, co i pierwszą. Obie kobiety umieszczono w lokalu odosobnionym, należącym do oddziału chorób zakaźnych, każdą w oddzielnym pokoju.

Dr. Müller, który leczył Barischa w klinice prof. Nothnagel'a, podjął się kuracji dwóch wspomnianych chorych, mając do pomocy dwie siostry miłosiedzia. U jednej z chorych objawy chorobowe, które były tylko słabo wyrażone, znikły zupełnie, gdy tymczasem u drugiej, Albertyny Pecha, ciepłota znacznie się wzmogła i w noey dosięgła 41.2° .

We czwartek 21 października w południe zawiadomiono radę lekarską miejską, że M. Müller nie czuje się dobrze i jest zmuszony położyć się do łóżka. Stan jego pogorszył się do wieczora; pomimo jednakże wysokiej gorączki i częstego krwiopłucia, chory zachował zupełną przytomność władz umysłowych. O godzinie jedenastej wieczorem ciepłomierz wykazywał 40.6° . Nazajutrz w południe ciepłota obniżyła się do 39.5° , chory jednakże powoli zaczął już przytomność tracić; o godzinie pierwszej 38.4° , tętno 117; chory był bardzo osłabiony, odpływanie było bardzo obfite. Poczem nastąpiło nieznaczne polepszenie, ciepłota spadła do 38° , świadomość powróciła do normalnego stanu. Niestety, była to poprawa tylko chwilowa, wnet ciepłota podniosła się do 39.8° , tętno do 129, oddech 59 na minutę. Niedługo potem ciepłota obniżyła się o jeden stopień, wystąpiła sinica, bredzenie i o drugiej nad ranem nieszczęśliwy lekarz życie zakończył.

Dr. Müller, który był zawsze bardzo sumiennym i drobiazgowym, nietylko że nie odstępował pierwszego chorego, lecz nawet sam dokonał dezynfekcyi pokoju, w którym zmarł Barisch, skrobał nawet ściany, aby tylko zaraza nowych ofiar nie pochłoneła.

U dozorczyńni Albertyny Pecha ciepłota dosięgła nad ranem 21 października 41° ; w ciągu dnia wystąpiło kilkakrotnie obfite krwiopłucie i bredzenie, oraz sinica. W sobotę wieczorem ciepłota wynosiła 41° ; nazajutrz rano ta sama ciepłota; w południe ciepłomierz wykazywał 38.6° , tętno 104, oddech 32 na minutę; chora była zupełnie przytomną i skarżyła się tylko na ból w prawym boku; nie miała wymiotów, ani bólu głowy, płwocina niezbyt obfita, koloru białego. O godz. 6 m. 30 wieczorem ciepłota wykazywała 38.9° , tętno 104, oddech 28; wymiotów nie było; płwocina nie obfita, świadomość zachowana, chora na nic się nie uskarżała.

W poniedziałek w południe ciepłomierz wskazywał 38.6° , świadomość zupełna, nie było wymiotów, ani kaszlu. O godz. 6 m. 40 wieczorem ciepłota podniosła się do 39.9° , częstość tętna wynosiła 100 uderzeń na minutę; o północy podniosła się ciepłota o jeden stopień.

25-go października zrana ciepłota 40.1° ; świadomość zupełna; w noey wstrzyknięto 60 c. e. surowicy przeciwdżumowej. O godz. 12 w południe t. 40° , płwocina krwawa.

W płwocinie tej chorej, jak również w płwocinie d-ra Müllera, wykazano niezbitie obecność laseczników dżumy¹⁾.

U drugiej dozoreczyni, Joanny Hochegger, ciepłota wynosiła 22 października o godzinie piątej po południu 38,5⁰; o godz. 6 m. 25 wieczorem 38,7⁰; o godzinie 9 wiecz. doszła do 39⁰. Kobieta ta miała już przedtem zajęty jeden ze szczytów płucnych, wskutek czego podwyższenie ciepłoty mogło zależeć i od sprawy w płucach. Chora kasłała, wydzieliny były skąpe, w płwocinie nie znaleziono nigdy nic podejrzanego. W niedzielę rano stan jej był zadawalniający; nie spostrzeżono przytem u niej ani jednego objawu dżumy. Nazajutrz ciepłota opadła, wydzielin zupełnie nie ma; kobieta ta czuje się kompletnie dobrze.

W nocy z niedzieli na poniedziałek jedna z siostr miłosierdzia Stielfrieda dostała bicia serca, połączonego z pewnym niepokojem; ciepłota wynosiła 37,4⁰. W poniedziałek w południe ciepłomierz wskazywał 37,3⁰; w nocy zastrzyknięto jej 20 c. cm surowicy przeciw-dżumowej. Ciepłota normalna, chora czuje się nieco zmęczoną; w południe czuła się dobrze, ciepłomierz wskazywał 37,3⁰.

W poniedziałek wieczorem jedna z dozoreczyń Maria Gösehl była dla obserwacyi przeniesioną do szpitala Franciszka Józefa, wypuszczono ją jednakże niedługo, jako zdrową.

H. Kucharzewski.

II. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

407. **Marchaud** zaleca w chorobie **Bassedowa** resekcyę nerwu **spółczulnego**. Dotąd operowano 37 chorych. Z 7 chorych autora 2 wyzdrowiało, 2 doznało polepszenia.

(Societ. de chir., № 26, 1898 r.)

J. Z.

408. **Jonesko** w **zimnicy uporczywej** próbował **wycięcia śledzłony**. W ciągu 2 lat wykonał 23 operacye. Jeden chory zmarł zaraz. 7 z powodu charakteru u pozostałych 14 znikły objawy zimnicy.

(Acad. de méd., 25, IX, 98).

J. Z.

409. **Migrenator**. Jest to przyrząd do mechanicznego leczenia bólów głowy. Wychodząc z doświadczenia codziennego, że osoby, cierpiące na bóle głowy, chcąc sobie ulżyć, instynktownie zastosowują ucisk na pewne części głowy, najczęściej na obie skronie, dr. L. Sarason z Hannoveru wymyślił odpowiedni przyrząd. Instrument ten składa się z dwóch pelotów, połączonych ze sobą za pomocą sprężyny, Peloty te mają przeznaczenie uciskać skronie. Przyrząd ten jest do nabycia w Monachium w firmie Schönlin et Comp.

(Blät. f. klin. Hydrot.)

H. K.

¹⁾ Chora ta, jak wiadomo, umarła. (Przypisek sprawozdawcy).

410. Prof. C. Noorden zachęca do podawania **atropiny w dychawicy** (asthma bronchiale). Środek ten, używany przed 50 laty przez Trousseau w połączeniu z arsenem i terpentyną, został zupełnie zarzucony. Noorden zastosował atropinę w przypadku pokrzywki u 18-letniej chorej, miewającej częste napady dychawicy od 6-go roku życia; potem napady zginęły zupełnie. W kilkunastu podobnych przypadkach wynik leczenia był bardzo pomyślny. Atropina nie była skuteczną tylko w przypadkach bardzo zastarzałych i u ludzi w wieku podeszłym. Dawkowanie środka jest następujące: zaczyna się od 0.0005 atropiny dziennie i powiększa się o 0.0005 co 2 — 3 dni, dopóki nie dojdzie się do 0.004 dziennie; potem zniża się znowu dawkę powoli. Leczenie winno trwać 4 — 6 tygodni; pożytecznym jest powtarzanie leczenia co pół roku.

(Wiener Presse, № 42, 1898).

W. M.

411. J. Weiss zachwala **heroinę w ostrych i przewlekłych zapaleniach oskrzeli**, oraz u suchotników, u których prócz uspokojenia kaszlu ma występować i zmniejszenie gorączki (?). Główna wyższość heroiny nad morfiną ma polegać na braku ubocznego działania i na znacznie mniejszej dawce lekarskiej (0.005, trzy razy dziennie).

(Wiener Med. Presse, № 44).

W. M.

III. SPRAWOZDANIE

z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4 października r. 1898-go.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Groszlik* przedstawił chorego, u którego dokonał operacji z powodu urazowego pęknięcia cewki moczowej, wskutek upadku z windy ze znacznej wysokości kroczem na sztabę żelazną. Po przyjęciu do szpitala znaleziono: moszna wielkości głowy dziecka, sina, na kroczu guz wielkości pięści, zatrzymanie moczu (pęcherz do pępka). Przecięto skórę od nasady prącia do odbytu, wypuszczono płyn cuchnący ze skrzepami krwi z jamy w głębi i znaleziono pęknięcie poprzeczne cewki na przestrzeni 3 cm. Jamę wytamponowano gazą. Przez dwa tygodnie chory wydzielał moczu przez ranę; gdy ta podgoiła się wprowadzono cewnik do pęcherza na stałe. Po 1½ miesiąca rana zagoiła się i cewka przepuszczała zglębnik № 22. *G.* zaleca w podobnych razach szerokie cięcia, nie zaszywanie cewki i nie zakładanie cewnika, póki rana zewnętrzna nie pokryje się obfitą ziarniną.

2) *Bregman* i *Guirard* przedstawili chorą z połowicznym poceniem się (hyperidrosis unilaterialis), które występuje przy każdym wysiłku i wzruszeniu od 6-ciu tygodni i wzmacnia się w miarę siły tych bodźców. Przy badaniu znaleziono u chorej szereg objawów

histeryi i zapalenie jajnika i tkanki okołomaciczej po stronie pojącej się, oraz stwierdzono histeryę u matki chorej.

3) *Krauze* przedstawił postańca, któremu dokonał doszczętej operacji przepukliny pachwinowej podług sposobu Kocher'a.

4) *Biernacki* podał do wiadomości, że widział u ludzi, chorych na cukrzycę ruszanie się zębów, wypadanie ich i zapalenie zębodołów (blennorrhoea alveolaris) niezależnie od natężenia samej choroby. Dentyści leczą bezskutecznie tę postać, która poprawia się przy odpowiednich zabiegach dyetetycznych.

Br. Sawicki zaznacza, że blennorrhoea alveolaris polega na zaniku processus alveolaris. Francuzi uważają to cierpienie za będące w związku z artrytyzmem. *S.* nie znajdował w swoich przypadkach ani cukru, ani powiększenie ilości kwasu moczowego.

Janowski widział dwa przypadki cukrzycy z ruszaniem się i wypadaniem zębów.

Trzeciński powiada, że ruszanie się zębów może być wynikiem rozmaitych cierpień i otruc, np. zatrucia rtęcią, fosforem i t. p.

Na porządku dziennym *Pech.ranz* mówił o przypadku mięsaka przysadki mózgowej. Nowotwory przysadki mózgowej należą do rzadkości. Chory opisany był w obserwacji przez 2¹/₂ roku. Za umiejscowieniem nowotworu w środkowej jamie czaszki przemawiały następujące objawy: obustronne zajęcie nerwów wzrokowych (zupełna ślepotą jednego oka obok połowicznej drugiego), zanik brodawki nerwów wzrokowych, zajęcie nerwu okoruchowego (brak oddziaływania źrenic na światło i akomodację, zupełne porażenie mięśni zewnątrzocnych), brak zmian ze strony innych zmysłów, oraz umiejscowionych porażań i drgawek. W przebiegu cierpienia bywały częste wahania w stanie świadomości; często występowały ruchy automatyczne i rytmiczne głowy i kończyn górnych, szczególnie z prawej strony; drgawki wystąpiły w ostatnim okresie. — Zauważono też bardzo silny rozwój tkanki tłuszczowej szczególnie na kończynach i twarzy; zmian akromegalicznych w kościach nie było. Dalej chory przedstawiał objawy intantylizmu i feminizmu, prawdopodobnie, zależne od zaburzeń rozwojowych przysadki, w której rozwinął się potem nowotwór, który dosięgnął znacznych rozmiarów — mięsak obficie unaczyniony.

W dyskusyi prof. *Brodowski* zaznacza, że nowotwory przysadki trafiają się rzadko, zwykle są małe gruczolaki, rzadziej raki, najrzadziej mięsaki; przypadek *P.* jest sarcoma telangiectodes, nie zaś angio-sarcoma. Przysadka składa się z przedniego większego płata, którego budowa podobną jest do gruczołu tarczowego i z tylnego mniejszego; pomiędzy nimi część średnia zawiera twory z nabłonka rzęskowego. Przedni płat jest zwykle punktem wyjścia nowotworów.

Steinhaus powiada, że sarcoma telangiectodes i angiosarcoma jest tożsamo. Nowotwory sarkomatyczne, pochodzące ze śródbłonka, nazywają obecnie sarcoma endoteliale.

Rychliński zaznacza, że nowotwór przysadki nie dawał żadnych swoistych objawów, dopóki nie rozrósł się do tego stopnia, że ucisnął

nerwy wzrokowe, 3-cią komorę i t. d. Ruchy swoiste, zależne od podrażnienia istoty szarej na dnie 3-ej komory, mogą pozostać i przy ucisku plexus choroideus lateralis, który łączy się z medius, skutkiem czego powstaje obrzęk 3-ej komory.

Janowski zwraca uwagę, że *P.* nie uwzględnił w różniczkowaniu umiejscowienia guza ważnego objawu: braku odruchu źrenic. Przy zupełnej ślepotcie może być odruch ten zachowany, jeżeli sprawa chorobowa umiejscawia się po za corp. geniculat. ext. Ruchy nieprawidłowe zależały od zmian na podstawie 3-ej komory wskutek ucisku przez nowotwór, który *J.* uważa zgodnie z prof. *Brodowskim* za sarcoma telangiectodes, ponieważ nie widać na preparatach bujania śródbłonka.

Bregman podkreśla znaczenie patologiczne niedorozwoju narządów płciowych. Zdarza się to często w akromegalii, będącej w związku z przysadką. W danym przypadku wobec braku objawów akromagolii, objaw ten wskazuje na pierwotne powstanie sprawy w przysadce.

Biro miał w obserwacji przypadek, podany przez *P.* przez 2 lata; w tym i drugim podobnym zwrócił jego uwagę niedorozwój narządów płciowych.

Dnia 18-go października 1898 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Stankiewicz* przedstawił: a) preparat bursae praepatellaris o ścianach 2 cm. grubości, wyluszczonej z powodu ropienia; b) cystae dermoideae, wyluszczonej z pod języka; c) preparat wyrostka otrzewny, napędlający się płynem i tworzący często guz ponad jądrem prawem u 8-letniego dziecka.

2) *Sawicki Bronisław* przedstawił przypadek przykurczeń *Du-puytren'a*. Chory 57-letni, kasyer w banku, w czasie pobytu na Syberji przed 30-tu laty, uszkodził sobie skórę na prawej dłoni, poczem pozostało stwardnienie w okolicy 4-ej kości śródreza. Wkrótce 4-ty palec uległ przykurczeniu, a po paru latach temuż losowi uległ piąty. Przed kilkoma laty wystąpiło ograniczenie ruchów w paluchu, a potem w palcach lewej ręki. Przed 8-iu laty zauważono u chorego cukromocz (5 — 6% cukru), który trwa dotąd. Obecnie prawie wszystkie palce są przykurzone, a skóra na dłoniach zgubiła, zrosnięta z powięzią. Przed kilku laty miało wystąpić zgrubienie pod skórą prącia, tak że przy erekcji prącie uchylało się w lewą stronę. Jako przyczyna cierpienia występowały dwa czynniki: uraz i cukromocz. Z nich drugi miał prawdopodobnie większe znaczenie w przebiegu, bo, jak to twierdzą Francuzi, prowadzić on może do zapalenia powięzi dłoniowej.

Na porządku dziennym: *Kijewski* mówił o rezekeyi płuc. Zrobił on 117 doświadczeń na zwierzętach (50 psach, 58 królikach, 5 kochach i 4 gołębiach) i wyciął prawe płuco 10 razy, lewe 34 razy, a w pozostałych przypadkach pojedyncze płaty. Największy procent śmiertelności był skutkiem posocznicy u psów, ponieważ doświadczenia były robione w pracowni anatomo-patologicznej. Przy wycinaniu

całego płuca, *K.* nakładał przewiązkę jedwabną na wnękę płuca; przy wycięciu jednego płata — szew jedwabny lub katgutowy lub żegadło Paquelin'a. Po operacji klatka piersiowa traci swoją wypukłość, przepona podnosi się ku górze, serce podnosi się i przykleja do ściany operowanej i całe płaty płuca przemieszczają się na stronę przeciwną. U zwierząt, które żyły 8 — 10 miesięcy, poprzeczny wymiar serca równał się lub przewyższał podłużny. Przy badaniu drobnowidzowem kawałków płuc na miejscu wycięcia znajdowano stale komórki olbrzymie, grupujące się koło strupów i ligatur. By objaśnić powstawanie tych tworów, *K.* wycinał kawałki płuc po 2 do 30 dniach u zwierząt operowanych i badał stopniowe zmiany w płucu po rękożynie.

Po dwóch dniach znajdował znaczny wysięk w pęcherzykach płucnych, liczne komórki złuszczone i karyomitozę w nabłonkach i tkance łącznej. Po 6-ciu dniach koło strupa przypalonego pasma komórek łącznotkankowych, które po 8-miu dniach otaczają strup dookoła i ściśle przylegają do siebie. Po 10 — 15 dniach *K.* spotykał zupełnie uformowane komórki olbrzymie, otaczające strup, rozbity na kawałki. Na niektórych preparatach w tych komórkach olbrzymich widać linię zębatą, którą *K.* uważa za granicę zlewających się komórek. Po 4 tygodniach komórki olbrzymie rozpadały się. *K.* przypuszcza, że podane komórki olbrzymie powstały ze zlania się młodych komórek tkanki łącznej i służą do zniszczenia części zmartwiałej. Dzielenia jąder w tworach olbrzymich *K.* nie widział. W bliżnie spotykał *K.* tendencję do tworzenia pęcherzyków płucnych, jednak w bardzo ograniczonym stopniu.

W dyskusyi prof. *Brodowski* zaznacza, że komórki olbrzymie, uważane dawniej za swoiste dla gruźlicy, znajdowano później w nowotworzeniach trądowych, przymiotowych, na około ciał obcych i t. d. Co do powstawania ich, to jedni uważali je za wytwory białych ciałek, inni dowodzili, że powstają one ze zlania się komórek nabłonkowych, inni — z komórek tkanki łącznej. *B.* dowiódł, że nie wszystkie twory olbrzymie z wieloma jądrami są komórkami olbrzymiemi. Prawdziwym komórkom olbrzymim dają początek angioblasty (związek naczyń krwionośnych). *Brosech* rozszerza pogląd *Brodowskiego* i powiada, że nie tylko angioblasty, lecz i twory śródbłonkowe naczyń mogą dawać początek komórkom olbrzymim. W preparatach *Kijewskiego B.* widział prócz komórek ze zlania się i prawdziwe olbrzymie.

Janowski zaznacza ważność znalezionych przez *K.* nowopowstających pęcherzyków płucnych, co wskazuje na zdolność płuc do regeneracji, chociaż w bardzo nieznacznym stopniu. Podobna zdolność była stwierdzona i w innych narządach np. w wątrobie. Co do komórek olbrzymich, to znane jest powstawanie ich w rozmaity sposób. *K.* stwierdził na płucu to, co było znane na innych tkankach, że olbrzymie komórki powstają w koło ciał obcych i niszczą te ciała. *J.* znajduje, że szkoda, iż *K.* nie liczył ilości oddechów za pomocą jakiego przyrządu dla uniknięcia zarzutu co do możliwych błędów.

Steinhaus porusza przewędrowywanie części jednego płuca po wyjęciu drugiego, przyczem objętość nieoperowanej strony klatki piersiowej zmniejsza się. To wydaje się niesłusznem; po wessaniu powietrza po stronie operowanej płuco pozostałe ulega rozedmie i wypełnia sobą brak. Należało określić, czy jest to poprostu rozedma, czy też i przerost kompensacyjny. Jako dowód, że komórki olbrzymie powstały ze zlania się komórek tkanki łącznej, *S.* przytacza: brak obrazów karyokinetycznych i linie międzykomórkowe. Brak figur karyokinetycznych nie dowodzi niczego, ponieważ podział jąder odbywa się często napadami, zresztą jądra mogą dzielić się drogą bezpośredniej segmentacji lub *Arnoldowskiej* fragmentacji, którą *K.* znajdował w swych preparatach. Linie w komórkach olbrzymich nie dowodzą zlania się takiej komórki z komórek łącznotkankowych, lecz raczej tego, że jest to konglomerat takich komórek.

Dnia 25-go października 1898 r.

Na porządku dziennym: dalszy ciąg dyskusji o odczycie *Kijewskiego* o rezeceji płuc. *Przewoski* zaznacza, że *K.* ulepszył metodę torakotomii, wykazał, że zwierzętom można usunąć nawet połowę płuc bez niebezpieczeństwa dla życia, i znalazł szereg ciekawych objawów przy gojeniu się płuca, przedewszystkiem: zdolność płuca do odradzania się, choć w zaczątkowym zakresie, oraz wielce prawdopodobne wytwarzanie się komórek olbrzymich ze zlania łącznotkankowych (nekrofagi).

Sawicki Bron. przypomina, że komórki olbrzymie znajdowano około ciał obcych, w ścianach kaszaków, w polipach usznych i t. d.; *Marchand* i *Manasse* uważali je, podobnie jak *K.*, że nekrofagi. Nowsze badania przeczą po części temu przypuszczeniu, ponieważ nie wszystkie zwierzęta mają zdolność wytwarzania komórek olbrzymich i ilość komórek tych zwiększa się w miarę znaczniejszej porowatości ciała obcego oraz rozwoju tkanki łącznej.

Kijewski odpowiada *Steinhausowi*, że przesunięcie się płatu płucnego możebnem jest tylko u zwierząt z tak cienkiem mediastinum, jak to ma miejsce u psów i królików. Rozedmy całkowitej płuc *K.* nie spotykał, tylko *emphys. marginale*, podniesienie przepony i przymocowanie jej do klatki piersiowej, oraz zmniejszenie jamy klatki. Wymierzanie klatki piersiowej byłoby zawodnem, bo zwierzęta rosły i należałoby je pozbawić szerści dla ścisłości badania. Co do komórek olbrzymich, to ma prawo przypuszczać, że powstały one ze zlania się łącznotkankowych; obecność granicy w ciałach olbrzymich pomiędzy ich częściami ma swoje znaczenie; zjawienie się ciał olbrzymich na miejscu komórek łącznotkankowych, oraz brak w nich dowodu podziału jąder przemawiają bardzo za słusnością przypuszczenia. *Janowskiemu K.* odpowiada, że nie liczył tętna i oddechu przy pomocy specjalnych narzędzi, bo przy tak poważnej operacji, jak rezeceja płuc, było to niemożliwe; nie robił też szeregu innych badań fizjologicznych, bo one nie miały bezpośredniego związku z jego pracą. *Prof. Brodowskiemu K.* odpowiada, że nie nadaje

tworom olbrzymim tego znaczenia, jakie mają np. komórki olbrzymie w gruczolach.

Steinhaus odpowiada, że u ludzi zdarza się takie przewędrówanie płuca w przypadkach niedorozwoju wrodzonego jednego płuca; drugie płuco jest wtedy w stanie hipertrofii kompensacyjnej i rozedmy, dzięki czemu zajmuje obiedwie połowy klatki piersiowej. *K.* nie określił, czy w jego przypadkach była tylko rozedma, czy też i przerost. Co do komórek olbrzymich, to powstanie ich ze zlewania się komórek łącznotkankowych możnaby przyjąć jako hipotezę, popieraną przez szkołę *Marehand'a*, gdyby przy braku mitez w jądrach nie znajdowano w nich fragmentacyi.

Prof. *Baranowski* zaznacza, że badania *K.* zostały podjęte prawdopodobnie w zamiarze rozszerzenia zabiegów chirurgicznych na płuca. Otóż tu musimy liczyć się z tym względem, że choćby nieznaczne zmniejszenie powierzchni krążenia w płucach po usunięciu części ich, musi odbić się zgubnie na prawej komorze serca, która jest słabsza, jak to ma miejsce w takich przewlekłych cierpieniach, jak rozedma płuc lub ich marskość. Jeszcze wymowniej występuje to w infarktach płuc, nawet bardzo nieznacznych, które dają jednak objawy bardzo ciężkie, grożące życiu chorego. Prócz tego zniesienie ciśnienia ujemnego w klatce piersiowej, zwłaszcza przy chloroformowaniu, może spowodować wielkie zaburzenia w oddychaniu i krążeniu. Otóż te pytania, bardzo ważne dla chirurga *K.* pominał zupełnie.

Kijewski odpowiada, że zmniejszenie małego krwioobiegu do połowy spowodowało zaburzenia, które wyrównywały się jednak nader szybko; sinica na błonach śluzowych znikła już drugiego dnia. Rozszerzenie i przerost serca, przeważnie poprzeczny, spotykał *K.* u zwierząt, które żyły 8—10 miesięcy po operacyi. Jako wskazanie do rezekeji płuc, prócz wypadnięcia kawałka ich przez ranę klatki piersiowej, *K.* uważa: *a)* gruźlicę płuc w wyjątkowych przypadkach, *b)* guzy, przechodzące z klatki piersiowej na płuco, *c)* promienię i *d)* zgorzel. Płuca można traktować, jak każdą inną tkankę.

Prof. *Baranowski* nie spodziewa się wielkiej przyszłości dla rezekeji płuc w gruźlicy. Łagodne postaci tego cierpienia leczymy na drodze dyetetyczno-hygienicznej z powodzeniem; w ciężkich zaś chirurgia niema nic do zrobienia.

Krajewski znajduje, że tylko guzy opłucny mogą stanowić dostateczne wskazanie do rezekeji płuca; wszystkie inne zabiegi nie mają przed sobą przyszłości.

Bączkiewicz zwraca uwagę, że prawe serce jest rozwinięte u dzieci lepiej, niż lewe. Jeżeli to ma miejsce również i u zwierząt, to nie dziwnego, że zaburzenia krążenia i oddechu wyrównywały się u nich dobrze i szybko, ponieważ *K.* operował tylko młode zwierzęta.

Kijewski odpowiada *Krajewskiemu*, że nie ma osobistego doświadczenia co do rezekeji płuc u ludzi; na zasadzie dwóch takich przypadków z piśmiennictwa, uważa on jednak ten zabieg za możli-

wy w przypadkach umiejscowienia cierpienia. Co do promienicy, to rozpoznanie jej nie napotyka zbyt wielkich trudności, jak przypuszcza Krajewski, a leczenie jodkiem potasu zawodzi; przytem sposób szerzenia się sprawy, oraz rozwój silny tkanki łącznej naokoło guzów promienicy, skłaniają K. do mniemania, że leczenie chirurgiczne będzie tu możliwe i pożyteczne. Co do zgorzeli płuc, to uważa on za dogodniejsze obciążenie zmartwiałej tkanki Paquelinem, niż skroba jej łyżeczką.

W. Miklaszewski.

IV. BIBLIOGRAFIA.

- I. *Jaworski W. prof. Podręcznik chorób żołądka.* Kraków, 1898.
- II. *Nothnagel. Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneum.* Wien, 1898.
- III. *Boas. Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten.* I Theil.

Po epoce twórczości następuje zazwyczaj dłuższa przerwa rejestrowania faktów zdobytych, oświetlania ich z różnego punktu widzenia. Fakty naromadzane szeregowuje się, wyprowadza wnioski, które znów dla następców są drogowskazami przy nowych poszukiwaniach. Tak się ma obecnie z chorobami narządów trawienia.

Twórczość na tem polu od lat kilku jest nader mała, fakty nowe coraz rzadsze, po pełnem ciągłych na tem polu badań dwudziestolecia nastąpił zastój prawie zupełny. To, co znaleźć można w ostatnich kilku latach w piśmiennictwie, jest raczej uzupełnianiem dawnych spostrzeżeń, nowych faktów brak. Za to w ciągu ostatnich lat corocznie mamy do zanotowania całe szeregi podręczników, rozchodzących się w nowych coraz wydaniach, uzupełnianych ciągle. Zapotrzebowanie w tym kierunku wzrasta.

Corocznie na tem miejscu zdaje sprawę z ważniejszych z nich, godnych uwagi czytelnika, i w roku bieżącym za przykładem lat lat dawnych uczynić to muszę.

Rozpoczynam od drugiego wydania podręcznika prof. W. Jaworskiego: „Podręcznik chorób żołądka i dyetyki szczegółowej“.

Szanowny autor uzupełnił przedewszystkiem w nowem wydaniu swej pracy dział dyagnostyki ogólnej i rozszerzył znacznie w porównaniu z wydaniem z r. 1894.

Rozszerzona znacznie część I-sza badania, zawiera dokładny obraz dyagnostyki ogólnej chorób żołądka z uwzględnieniem metod najnowszych, ze szczególnem zaś uwzględnieniem prac polskich, co zresztą w całym podręczniku przebiega.

Część II-gą podręcznika stanowi patologia i terapia szczegółowa chorób żołądka, które autor dzieli na: 1) choroby na tle anatomicz-

nem: a) choroby ostre, b) przewlekłe, te ostatnie dzielią się znów na przebiegające: a) ze wzmocnionem wydzielaniem soku żołądkowego, b) z obniżeniem siły wydzielniczej, c) z przewlekłym upośledzeniem sprawności mechanicznej, d) zbożenia topograficzne żołądka; 2) nerwice żołądka dzieli Jaworski na czuciowe, ruchowe, wydzielnicze, rozsiane i objawowe.

Część III-cią stanowi żywienie w chorobach żołądka.

Po za znacznem rozszerzeniem wszystkich działów, na szczególną uwagę zasługuje poraz pierwszy opracowana w podręczniku kwestya zbożeń topograficznych żołądka.

Kiedym w r. 1895-ym poświęcił kwestyi tej pracę, w piśmiennictwie naszym prawie nie było jeszcze mowy o chorobie Glénarda, większość naszych badaczy, zostających pod wpływem szkół niemieckich, uważała prace francuskie nad tym przedmiotem za niegodne uwagi. Po ogłoszeniu mej rozprawy i badań Zielińskiego i w naszym piśmiennictwie baczniejszą zwrócono uwagę na zniżenie trzewiów brzusznych, tembardziej, że i w Niemczech kwestyi tej zaczęto poświęcać więcej uwagi za sprawą Meinerta.

Obecnie sprawa ta figuruje w każdym podręczniku niemieckim, a za przykładem poszedł i prof. Jaworski, streszczając dotychczasowe nad tą kwestyą badania.

Również znacznie rozszerzono ustęp o pomocy chirurgicznej w chorobach żołądka, pióra doc. Trzebickiego; stanowi on oddzielną rozprawę, nader umiejętnie grupującą wyniki, otrzymane na polu chirurgii w chorobach żołądka.

Nowość zupełną stanowi dyetetyka w chorobach żołądka, ułożona według kuchni dyetetycznej E. Jaworskiej, podano tu wykaz szczegółowy potraw, jakich używać można w każdej chorobie żołądka. Dział ten dla lekarza-praktyka stanowi bardzo pożądaną nowość.

Całość podręcznika uzupełnia spis prac Polaków z czasów ostatnich o chorobach narządów trawienia, — dodajmy niezbyt pełny, co jest rzeczą dziwną wobec wydania „Spisu“, oraz corocznie wydawanego przy Pamiętniku „Przeglądu“.

O samym układzie dzieła mówiłem już przy ocenie I-go wydania, tam więc odsyłam czytelników.

* * *

Prof. Nothnagel ukończył w r. b. swoje „Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneum“, opuściła bowiem prasę część trzecia i ostatnia jego dzieła.

Jest to podręcznik, zasługujący ze wszechmiar na najszerszą uwagę; szczególnie choroby otrzewny opracowane zostały szczegółowo. Autor na zasadzie osobistych spostrzeżeń podaje tu wiele faktów nowych, które pozwalają na orientowanie się w ciemnych zazwyczaj przypadkach. Przytaczając tu i owdzie opis przypadków, rozbiera je krytycznie i nadaje niektórym rozdziałom cechy żywej

lekyi klinicznej, która w pamięci czytelnika utrwała się łatwiej, niż opis suchy.

Wykaz piśmiennictwa, głównie niemieckiego, ułatwia czytelnikowi dalsze badania.

* * *

Współcześnie prawie z ukończeniem dzieła Nothnagla znany specjalista berliński i redaktor „Arch. für Verdauungskrank.“, Boas, rozpoczął wydawanie podręcznika chorób kiszek.

Podręcznik dla chorób żołądka wyszedł przed kilku laty, zdawałem z niego sprawę na tem miejscu w swoim czasie, w r. b. Boas wydał 2-gie wydanie tegoż podręcznika, obecnie podjęte wydawnictwo jest niejako dalszym ciągiem.

Zaznaczałem już wtedy, że autor odznacza się jasnością wykładu, oraz ścisłością w cytowaniu prac. Toż samo wrażenie wyniosłem i po przeczytaniu „chorób kiszek“.

Tom, który opuścił już prasę, zawiera anatomię i fizyologię kiszek, gdzie autor uwzględnił najnowsze badania morfologiczne i fizyologiczne, ilustrując dział ten licznymi rysunkami.

W dyagnostyce ogólnej chorób kiszek znajdujemy opis główniejszych metod badania; peczynając od wywiadów, na które Boas wielką zwraca uwagę, mamy tu opis dotąd znanych, a niekiedy bardzo niedokładnych metod badania kiszek, uzupełniony oddzielnym rozdziałem, poświęconym roentgenografii kiszek.

Znaczną część swej pracy poświęcił autor badaniu kału zarówno pod względem chemicznym, jak i mikroskopowym, liczne rysunki odbite czarno i kolorowo ilustrują ten dział, dając pojęcie dokładne o tej niedość wyzyskanej metodzie badania chorób kiszek.

Oddzielnie rozpatruje Boas znaczenie badania zawartości żołądka w chorobach kiszek oraz zwraca uwagę na badanie moczu.

Dyetetyka ogólna w chorobach kiszek, balneoterapia, metody leczenia fizyczne i chemiczne uzupełniają część 1-szą „chorób kiszek“. Ograniczając się obecnie do nakreślenia treści, po ukończeniu całości nie omieszkam zapoznać czytelników obszerniej z tą pracą.

Józef Zawadzki.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go grudnia 1898 r.

—z.— Towarzystwo higieniczne w Warszawie rozpoczęło już działalność organizacyjną.

Opracowany przez kol. Polaka, przy udziale redaktorów Nowodworskiego i Libickiego, oraz kol. L. Nenckiego i Szumlańskiego re-

gulamin, wydrukowany w „Zdrowiu“ i w „Kuryerze Warszawskim“, miał być odczytany na specjalnej naradzie, zwołanej przez zarząd, jednocześnie miał się odbyć podział na wydziały specjalne.

Z toku dyskusji na naradzie wypadło, iż wielu z obecnych nie zgadza się z poglądami rady co do kwestji zasadniczych, mianowicie co do prawa rady zatwierdzenia ostatecznego regulaminu, oraz co do pojedynczych ograniczeń praw członków. Rada chętnie wysłuchała tych głosów i zadecydowała podać cały regulamin pod zatwierdzenie najbliższego zebrania ogólnego.

Chociaż w podziale na sekcye widać pewne braki, obecni zapisałi się do wydziałów pojedynczych, chcąc działalność Towarzystwa co najrychlej rozpocząć.

Zebrano się około 100 członków, t. j. prawie połowa; dowodzi to zainteresowania wielkiego Towarzystwem i jest nader pociesającym objawem

Wobec tego zainteresowania należałoby co rychlej zwołać zebranie ogólne i prace rozpocząć.

—z.— Wydział balneologiczny tow. higienicznego zainaugurował w d. 25 z. m. posiedzenia wyborem przewodniczącego kol. H. Dobrzyckiego i sekretarza kol. A. Puławskiego.

Rozpatrywano zakres działalności wydziału z powodu zaprojektowanego przez J. Zawadzkiego zajęcia się mieszkaniem letniami, oraz z powodu poruszonej przez A. Sokołowskiego kwestji urządzeń zdrowotnych w miejscowościach klimatycznych.

Obaj projektodawcy obiecali złożyć na posiedzeniu 16 b. m. odpowiednie referaty.

Wogóle wydział dążyć powinien do praktycznego rozwiązywania następujących się kwestji, rozprawy zaś naukowe mogą mieć znaczenie tylko drugorzędne w Towarzystwie, które nie jest instytucją ściśle naukową.

W ten sposób wcieliła się myśl, podniesiona przez pismo nasze, utworzenia tow. balneologicznego. Oddzielne towarzystwo wobec związania się sekcji jest zbyteczne.

Konieczną natomiast rzeczą jest, aby do wydziału prócz lekarzy zdrojowych, których jest to obowiązkiem, zapisało się liczne grono budowniczych, inżynierów i właścicieli mieszkań letnich i miejscowości leczniczych. Wtedy prace wydziału nabiorą praktycznego znaczenia i będą mogły wydać owoce.

W każdym razie obrady wydziału żadną miarą nie będą platońskie. Szeroka publiczność obznajamiana z warunkami, będzie domagać się od miejscowości letniego pobytu i miejscowości leczniczych ulepszeń i tym sposobem powoli wprowadzać będzie w życie uchwały Towarzystwa.

Z czasem, gdy będą zbadane bliżej pojedyncze miejscowości, co leży w planie działań wydziału, wykaz z miejscowościami odpowiadającymi wymogom higieny, oraz wykaz takich, które nie nadają się na mieszkania letnie, pozwoli publiczności przy wyborze kierować się opinią Towarzystwa.

Niewątpliwie, czasu na to potrzeba, ale praca taka nie może być ukończona w ciągu roku. Zainteresowanie się zdrojowiskami daje jednak nadzieję, że sprawa ta weszła już na porządek dzienny i nie zejdzie z niego, póki nie będzie wszechstronnie zbadana.

Wydział ma dużo do poprawienia w warunkach obecnych, a szczerze zajęcie się i szeroka dyskusja na 1-em posiedzeniu dowodzi, że pojmuje swe zadanie dobrze.

—z.— W d. 18 z. m. odbył się w szpitalu żydowskim konkurs na posadę nadetatowego ordynatora oddziału laryngologicznego.

Do konkursu odbytego pod przewodnictwem inspektora szpitali warszawskich i przy udziale kol. Z. Kramsztyka, Watraszewskiego, Sokołowskiego, Karwowskiego, Dunina i Sommera stanęło 4 kandydatów: Lubliner, Łogucki, Oppenheim i Srebrny.

Po zbadaniu 2-eh chorych z gruźlicą krtani i nerwicą tego narządu, kandydaci uzasadniali rozpoznanie i w dłuższych przemowach rozbiegali gruźlicę krtaniową.

Wynik głosowania sędziów wypadł: ex equo kol. Lubliner i Łogucki, dalej idą Srebrny i Oppenheim. Wszyscy kandydaci utrzymali się na konkursie, t. j. otrzymali dostateczną liczbę głosów.

Wobec równości otrzymanych przez kol. Lublinera i Łoguckiego stopni, kol. Łogucki zrzekł się pierwszeństwa na rzecz kol. Lublinera, który na mocy tego posadę obejmie.

Nadmieniamy, że obowiązkiem nowego ordynatora będzie prowadzenie ambulatoryum, oddziału bowiem laryngologicznego na razie nie ma w Warszawie. Jedyne oddział w szpitalu Ś-go Rocha po podaniu się do dymisji kol. Herynga został zamieniony na chirurgiczny.

—h.— Lekarzem miejscowym w szpitalu Ś-go Rocha mianowany został kol. W. Witwiński.

—h.— Dr. M. Bruner zrzekł się z zajmowanej dotąd posady kierownika pracowni Roentgena w szpitalu Ś-go Duchy. Na posadę tę zamianowany został Cz. Barszczewski, były asystent tej pracowni

—h.— Kol. M. Dehnel, mianowany został lekarzem miejscowym szpitalu na Pradze, a kol. Sinołęcki w szpitalu Ś-go Duchy.

—h.— „Kalendarz lekarski“ na rok 1899, wydawany przez kol. J. Polaka, już opuścił prasę. Kalendarz ma 172 stronice druku w szesnastce i notatnik, z 2 ruchomych książeczek, każda na jedno półroczcie, co jest wygodną nowością, zmniejsza bowiem ciężar tego „vade mecum“.

Treść jest bardzo urozmaicona i obfita i, jak zwykle, dzieli się na część informacyjną (adresy lekarzy, skład urzędu lekarskiego, szpitalów etc.), oraz dział rozmaitych wiadomości i danych cyfrowych łatwo uchodzących pamięci, jak to największe dawki środków, przy różnych sposobach podawania (do wewnątrz, płókonia, do jamy usznej, do cewki etc.), rozpuszczalność środków, otrucia i przypadki nagłe, skład chemiczny ważniejszych przetworów odżywczych, tablica cięży i przegląd leków ważniejszych i t. d. i t. d. znanych

z dawnych roczników i nowo wprowadzonych. Oprócz tego „Kalendarz“ zawiera „podręcznik terapeutyczny z 1199 recept gotowych“.

Staremu znajomemu życzymy powodzenia, na jakie zarówno starannością układu, dokładnością informacyi, jak i wyglądem zewnętrznyim zasługuje w zupełności.

—h.— Przy kancelaryi rady miejskiej warszawskiej dobroczynności publicznej utworzono osobne biuro, za którego pośrednictwem o każdej porze dnia i nocy powziąć można wiadomość, w którym ze szpitalów znajduje się w danej chwili miejsce wolne dla przyjęcia chorego.

Po wiadomości te zwracać się można do biura bądź osobiście, bądź przez telefon.

Inowacya ta, której potrzebę odczuwano oddawna, odda niewątpliwy pożytek, usuwając potrzebę wędrowki z chorym od szpitala do szpitala.

—h.— Pomoc lekarska w gub. płockiej zostanie już wkrótce zorganizowana sposobem próby na lat trzy.

Lekarzami mianowani zostali: Berek Sachorow, Adam Olszewski z Sulejowa, Stanisław Kozłowski z Bielska, Marjan Schwartz z gub. smoleńskiej i Antoni Butkiewicz z gub. archangielskiej.

Miejsc, w których lekarze ci mają ordynować, jeszcze nie oznaczono, jak również nie mianowano jeszcze lekarzy dla pozostałych trzech okręgów.

Felczerkami-akuszerkami — jak piszą „Echa Płockie i Łomżyńskie — mianowane zostały: Anastazyja Jurgew, Natalia Plucińska, Maryja Lwow, Julia Gordon i Marja Dmitrjew.

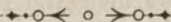
—h.— W miasteczku Kodymie na Podolu, leżącym przy kolei odeskiej, mającym pocztę, telegraf, aptekę i kilka tysięcy mieszkańców potrzebny jest lekarz. Warunki praktyki dobre. Szczegółów udziela p. Oskulski Roman, właściciel apteki w Kodymie.

—h.— Z raportu komisji, mającej na celu przedsięwzięcie środków dla zapobiegania i walki z dżumą („Nowosti“, 31 paźdz.), dowiadujemy się, że czynności na miejscu prowadzone są z całą energią i wróżą pomyślny skutek, t. j. umiejscowienie zarazy. Do 3-go października (st. st) zmarło w Anzobie z 357 mieszkańców 219, od 4 do 21-go zachorowało 19 i zmarło 14, pozostało chorych 14; 22 i 23-go nowych zachorowań nie było.

—k.— Na katedrę położnictwa i chorób kobiecych w Petersburskiej Akademii wojskowo-lekarskiej mianowany został p. A. Lebedew w miejsce zmarłego profesora Sławiańskiego.

—h.— Wynalazca szkieł do poprawy wzroku był niejaki Savino degli Armati, florentyńczyk, który, jak wykazuje napis na nagrobku jego, w r. 1285 zaczął przygotowywać takie szkła. Dotąd zaszczyt tego wynalazku przypisywano Rogerowi Bacon'owi.

(Brits. med. J. Wracz. 45).



NEKROLOGIA.



Ś. p. dr. med. Witold Narkiewicz-Jodko.

W dniu 12-ym listopada zmarł lekarz, który, dzięki głębokiej wiedzy klinicznej i zamiłowaniu obranego zawodu, niezaprzeczenie i słusznie przez długi szereg lat zajmował pierwsze stanowisko wśród okulistów warszawskich. Był nim ś. p. Witold Narkiewicz-Jodko, urodzony dnia 23-go grudnia 1834 roku we wsi Pochowice, w powiecie Ihumeńskim, gub. Mińskiej. Po ukończeniu Instytutu szlacheckiego w Mińsku, zapisał się w roku 1853 na wydział lekarski uniwersytetu Jurjewskiego (Dorpackiego). Ukończywszy studia, wyjechał do Berlina, gdzie przy boku słynnego profesora okulistyki Albrechta v. Graefe zajął się specjalnie wszechstronnem badaniem chorób oczu. W roku 1860-ym osiadł na stały pobyt w Warszawie, gdzie po obronie rozprawy: „O sympatycznem cierpieniu oka“ otrzymał od b. Rady Lekarskiej Królestwa Polskiego stopień doktora medycyny. W tymże roku został ordynatorem oddziału ocznego w szpitalu starozakonnych i pozostawał na tem stanowisku do roku 1871, w którym przeszedł na posadę ordynatora do Instytutu Oftalmicznego im. ks. Edwarda Lubomirskiego. W roku 1862-im, po obronie rozprawy: „O przestrzeni akomodacyjnej i sposobach jej wymierzania, tudzież o akomodacji prawidłowej“, został docentem oftalmologii w b. Akademii Medyko-Chirurgicznej, a następnie pozostał na tem samem stanowisku w b. Szkole Głównej. W tym charakterze pracował w ciągu lat 6-ciu, prowadząc wykłady badania oczu wziernikiem i zaznajamiając słuchaczy z operacjami ocznymi. W roku 1866 rozstał się z katedrą profesorską i oddał się wyłącznie praktyce lekarskiej, zdobywając szybko uznanie i rozgłos. Za wielką zasługę nieboszczykowi poczytać należy, że obareczony licznymi obowiązkami lekarza-praktyka, nie zaniedbywał strony naukowej okulistyki i przez cały czas swego pobytu w Warszawie zasilał swemi pracami, w znacznej części wygłaszanemi w Warsz. Tow. Lekarskiem, miejscowe czasopisma lekarskie, przytem sumiennym był sprawozdawcą ruchu okulistycznego w kraju do „Berlińskiego Centralblatt für Augenheilkunde“. Wielką też stratę poniosła okulistyka warszawska, gdy ś. p. dr. Witold Narkiewicz-Jodko zmuszony był dla braku zdrowia w roku 1883-im przerwać pracowitą praktykę i przenieść się na stały pobyt do rodzinnego majątku Bobowni w gub. Mińskiej, gdzie

dokonał pracowitego życia, budząc szczerzy żal wśród dawnych swych pacjentów i kolegów. Cześć jego pamięci.

Długi wykaz prac zmarłego podaje „Słownik lekarzy polskich“.
Bronisław Wagner.

Nadesłano do Redakcyi.

Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie:

Dr. W. Jaworski. Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczerzowej. Wydanie drugie, przerobione i znacznie powiększone. Kraków, 1899.

Dr. Wilhelm Pisek. Terapia chorób serca i naczyń krwionosnych. Część 1-sza. Kraków, 1899.

M. Misiewicz. Niemoc i rzeżączka, studjum anatomiczno-kliniczne. Warszawa, 1899.

J. Grundzach. O pewnej postaci zaburzeń ruchowych żołądka i kiszek, zwanej gastroplegią i enteroplegią.

Odbitka z „Medycyny“.

Dr. H. Higier. Jak się zachowują zmysły właściwe przy niezeleniu twarzy. Odb. z „Gaz. Lek.“

Od Redakcyi.

Coraz szerszem korytem płynące życie wysuwa coraz to nowe zagadnienia na plan pierwszy. Dzieje się to zarówno w ogólnem życiu społecznem, jak i w stanie lekarskim.

To też, wierni naszemu programowi, w roku bieżącym poświęciliśmy wiele miejsca zagadnieniom społeczno-lekarskim, drukując i omawiając różne projekty reformy lekarskiej w gminach i ściśle badając różne przejawy życia lekarzy.

Kwestye te nie są wyczerpane, w roku więc przyszłym czytelnicy „Kroniki“ dział ten pierwszorzędnej wagi znajdą również obfity.

Odezwa nasza do towarzystw prowincjonalnych odniosła skutek, byliśmy bowiem w możności drukowania protokołów