

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O sklerodermii (5 przypadków). Podał Maksymilian Biro. — Przypadek choroby Friedreich'a. Leczenie zapomocą mięsienia. Przez prof. d-ra J. Zabłudowskiego w Berlinie. — **Streszczenia i wyciągi.** 117. O leczeniu błonicy bez surowicy. 118. a) Sposób chłonięcia żelaza i losy niektórych połączeń jego w przewodzie pokarmowym. b) Wykazanie wchłoniętego żelaza w limfie przewodu pierśowego. 119. Teorye o powstawaniu skurczu głosił w świetle wyników leczniczych. 120. Uszkodzenia narządu wzroku dziecka podczas porodu. 121. Przypadek osłabienia wzroku pod wpływem światła księżycy. 122. Dwa przypadki pozapiczowego wrzodu pierwotnego. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posłedzenie z dnia 29 września r. b. — Korespondencya „Medycyny”. (Dokończenie). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r M. Biro — Sur la sclérodermie. 2) D-r J. Zabłudowski — Un cas de maladie de Friedreich. Traitement par le massage.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r M. Biro — Ueber Sclerodermie. 2) D-r J. Zabłudowski — Ein Fall der Friedreich'schen Krankheit. Behandlung mit Massage.

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

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O SKLERODERMII

(5 przypadków).

Podał MAKSYMILIAN BIRO.

Przed 3 laty ogłosiłem pracę o sklerodermii. Przypuszczałem, że warto przedstawić istniejące dane o cierpieniu, mało jeszcze znanem. Sądziłem, że tą drogą pobudzę do bacniejszego notowania sprawy, zasługującej na rzetelną uwagę. Każdy przypadek tak ciemnego zjawiska nie powinien przejść niepostrzeżenie. Może on się przyczynić do rzucenia światła w krainę, pełną jeszcze mroków. Z prawdziwym żalem muszę wyznać, że moje nawoływania były chyba za słabe, skoro pozostały bez echa. Czem się to dzieje, że my sklerodermii nie notujemy?

W krajach, w których wiedza lekarska stoi najwyżej, w Niemczech i we Francyi, notowano dotychczas po 150 prawie przypadków, w Anglii około 60, w innych okolicach globu ziemskiego liczy się je na palcach, a my nie notowaliśmy dotychczas więcej, niż lekarze w Grecyi, Chili, Indyach, Chinach, Japonii i na Samatrze, czyli, i przypadek.

Wydaje mi się tem mniej prawdopodobnem, by na naszej skórze rzadziej się odbijała ta plaga, niż na skórze naszych sąsiadów, że mnie samemu udało się w ciągu owego czasu spostrzegać 4 przypadki w poliklinice d-ra GOLDFLAMA, które wraz z przypadkiem, jakiego mi d-r GOLDFLAM raczył łaskawie użyzyć ze swej praktyki szpitalnej, pragnąłbym w tem miejscu przedstawić i w przeglądzie wszystkich zdobyczy na tem polu spróbować, czy dane moje nie rzucą nieco światła na tę ciemną sprawę. Nim to uczynię, uważam za miły swój obowiązek, wyrazić głęboką wdzięczność d-rowi GOLDFLAMOWI za łaskawe udzielenie mi materiału.

Materyał kliniczny.

Przyp. I. R. Fajga, lat 7 mająca, przyprowadzona została do polikliniki 3. X. 96.

Przed kilkoma miesiącami matka spostrzegła, że dziecko nieco utyka na prawą kończynę dolną. Nigdy urazom nie podlegała. Żadnych dolegliwości poprzednio nie doznawała. Przechodziła raz w życiu cierpienie ostre, odrę, przed 5 laty. Otoczenie nie wie, czy dotknięta nóżka była uprzednio obrzęknięta. Rodzeństwo zdrowe.

Miernie zbudowana, blada, o umiarkowanie rozwiniętej tkance tłuszczowej podskórnej i miernych mięśniach. Podłużnogłowa blondynka (typ aryjski) o twarzy pociągłej, z wyrazem wielkiego spokoju. Cierpienie umiejscawia się wyłącznie w kończynie prawej dolnej, na którą dziecko nieco utyka. Kończyna ta jest zlekka zgięta w kolanie: kąt, utworzony z tyłu pomiędzy udem a golenią, wynosi około 170° . Goleń prawa cokolwiek cieńsza, niż lewa. Obwód prawej na odległości 10 ctm. poniżej dolnego brzegu rzepki wynosi 18 ctm., gdy lewa na tej samej wysokości ma obwód 20,5 ctm. Stopa lewa nieco węższa, niż prawa.

Ekstenzya w kolanie prawem nie może być doprowadzona *ad maximum*. Fleksya plantarna kończyny dolnej prawej mniejsza, niż lewej. Staw biodrowy, kolanowy, goleniostopowy i międzyczłonkowe palców niezajęte. Mięśnie w pobliżu stawów niezmienione. Skóra kończyny dolnej prawej pod względem zabarwienia, uwłosienia i czynności gruczołów nie wydaje się dotkniętą. Uwłosienie jej względnie obfite, lecz nie zdaje się, by się różniło od uwłosienia skóry na kończynie dolnej lewej. Drogą palpacyi wyczuwa się odmienną konsystencyę skóry, a może i głębiej leżących części miękkich wzdłuż prawej *fibulae*. Doznaje się wrażenia, jakby się czuło w okolicy tej, zaczynając od główki *fibulae* aż do dolnej $\frac{1}{2}$ tej kości, pasmo twarde, w skład którego wchodzi odnośna część skóry i głębiej leżących tkanek miękkich. Po przez owe pasmo niepodobna wyczuć zewnętrznej powierzchni główki *fibulae*, ani też dalszego przebiegu kości. Zgrubiała ta część nie jest z kością zrosnięta i daje się po niej przesuwać. Przesuwając po paśmie tem palce, można wyczuć, że ma ono szerokość około 4 ctm. i że prawie pośrodku jego wymiaru podłużnego znajduje się lekkie zwężenie, które je dzieli na dwie części: górną i dolną. Na grzbietowej powierzchni stopy u podstawy 2 i 3-go palca wyczuwa się podobne do powyższego ograniczone zgrubienie, również nie oddzielające się od skóry, a przesuwające się po nad kością, o postaci nieprawidłowego czworoboku długości 2 ctm., szerokości 1,5 ctm. Skóra w okolicach zgrubień nie daje się ująć w fałdę, po za tem nie ma odmiennej ciepłoty, odmiennego zabarwienia, uwłosienia, odmiennych własności wydzielniczych, ani odmiennego połysku, ani też zmian czucia, oddziaływania elektrycznego, nie przedstawia

też ona różnicy pod względem oporu elektrycznego. Opór zgrubiałej części pośrodku powierzchni zewnętrznej *fibulae* prawej, zarówno jak i lewej, przy odchyleniu 3 MA wynosi 5270 Ohmów.

Przy nacieraniu jednakową siłą okolicy zgrubiałej i innych na dotkniętej kończynie, jakoteż na drugiej, skóra w danej okolicy bardziej się czerwieni i dłużej zaczerwienioną pozostaje, niż skóra części niedotkniętych. Innych objawów naczynioruchowych nie widać. Tętno w *art. tibialis post.* i *art. pedica* kończyny prawej wyczuwalne i pod żadnym względem nie różni się od tętna tych samych naczyń kończyny lewej. Odruchy kolanowe i Achilleusa na obu kończynach niezmiennione. W płucach, sercu, narządach brzucha, wyłączając narządy moczowe, nic nie wykryto. Mocz zawiera ślady białka.

Badanie krwi, dokonane łaskawie przez kol. KLEJNA, wykryło: hemoglobiny 90%, ilość krążków czerwonych w 1 mil. sz. krwi 5,916,000, indeks barwnikowy 0,76, ilość leukocytów w 1 mil. sz. krwi 13,160, stosunek leukocytów do czerwonych krążków 1 : 450; w 4 preparatach krwi zasuszonej i zabarwionej metodą EHRlich'a policzono leukocytów 2,000, a z tego przypadało na limfocyty małe 288 (14,4%), leukocyty duże 20 (1%), przejściowe 72 (3,6%), neutrofilowe 1,428 (71,4%) i eozynofilowe 192 (9,6%).

Obraz drobnowidzowy wykazywał, co następuje. Krążki czerwone blade, układające się w ruloniki dość krótkie, o postaci prawidłowej, lekka mikrocytoza, pewna ilość (niewielka) krążków prawie wcale się niebarwiących zapomocą użytych barwników. Krążków z jądrami nie znaleziono. Leukocytów znacznie więcej, niż zwykle, a to przeważnie neutrofilowych i eozynofilowych (9,6%). Limfocytów małych i leukocytów dużych oraz przejściowych ilość była znacznie zmniejszona. *Blutplättchen* w ilości umiarkowanej. Plasmodyi nie znaleziono.

Wynik badania krwi: *oligochromaemia, leucocytosis, neutro—et eosinofilia.*

Przyp. II. L. Szejwa, 8 lat mająca, przybyła do polikliniki 6. V. 1895 r. (Patrz rys. I, str. 1073).

Pochodzi z rodzeństwa zdrowego. Dotychczas nie pracowała. W dzieciństwie chorób nie przechodziła. Od roku bóle charakteru tępego, prawie ciągłe, obu kończyn dolnych. Przed kilkoma miesiącami nogi zaczęły grubieć, stały się sinemi i chłodnymi na dotyk. Pocenie się skóry podobno nie ulegało zmianie.

Z budowy czaszki zaliczona do krótkogłowców, o włosach gładkich (typ armeński). Średniego wzrostu, miernej budowy. Chodzi wolno. Na twarzy wyraz przygnębienia. Twarz wygładzona, bez fałd prawie, z wyjątkiem bardzo niewyraźnych nosowargowych, sprawia wrażenie maski. Czoła chora marszczyć nie potrafi. Gdy się jej każe uśmiechnąć, pomimo usiłowań nie może nabrać pożądanej miny. Usta chora otwiera nie więcej, jak na szerokość poprzecznego wymiaru dwóch palców. Skóra twarzy blada, lśniaca, nie daje się ująć w fałdy.

Chora zadziwia układem swych nóg. Są one zgięte w kolanach pod kątem 150° i nie mogą być ani dowolnie, ani biernie mocniej rozgięte. W takim położeniu chora stoi i chodzi. Golenie i uda mają kształt prawie walców, o skórze i tkance podskórnej zgrubiałej, skórze sinawej, lśniacej, zdaleka czyniącej wrażenie obrzękłej, lecz nie zachowującej zagłębienia po wywartym na nią ucisku. Na dotyk golenie są zimne. Uda jakby obciążone zbyt ciasną skórą, taką samą, jak na goleniach. Zwłaszcza palce są chude, o skórze lśniacej twardej, nie dającej się ująć w fałdę, prawie zrosnię-

tej z częściami głębszemi i jakby zbyt uciskającej części głębsze, dla których stała się za ciasną.

W stawach kolanowych, napiętkowych oraz stawach palców obu dłoni ruchy mocno ograniczone, prawie zniesione.

Nigdzie nie widać drżenia włókienkowego. Czucie wydaje się normalnem. Brak odruchów kolanowych, Zresztą żadnych innych zmian w narządach wewnętrznych, włączając układ nerwowy, nie wykryto. Mocz bez białka i cukru.

Przyp. III. K. Blima Ester przybyła do polikliniki 22 VI. 96 z Nowego Miasta nad Pilicą.

Ma lat 18, pochodzi z rodzeństwa zdrowego, nigdy ciężko nie pracowała, a od 3 lat do żadnej pracy niezdolna. Przed 3 laty mogła rękoma wykonywać drobne czynności, szyła. Kończyną lewą górną już wówczas trudno jej było pracować, ponieważ niepostrzeżenie w ciągu lat kilku nabrała ta kończyna pewnego stałego położenia (zgięcie w łokciu), z którego coraz trudniej było ją wyprowadzić. Od roku zgiętą została w łokciu również kończyna górna prawa. Uprzednio jeszcze utrudnione zostały ruchy w palcach, bo już przed 4 laty utraciła zdolność ruchów w stawach palców dłoni prawej, a przed 5—6 lewej. Od kilku miesięcy trudno chorej oddychać. Od zimy miewa darcie w obu kolanach i nie jest w stanie szybko chodzić. Od czasu do czasu bóle w plecach, ból gardła. Cierpienie rozwijało się niepostrzeżenie i chora oraz jej otoczenie, osoby mało inteligentne, wówczas dopiero uznały za stosowne zwrócić na nie uwagę, gdy pacjentka przestała być zdolną do wykonywania jakichkolwiek czynności gospodarskich prawą kończyną górną. Utrudniony chód swój chora uważa za objaw ogólnego osłabienia. Ani chora, ani jej otoczenie nie mogą nic powiedzieć, czy uprzednio występowały na ciele obrzęki, zmiany zabarwienia skóry, czy się skóra więcej lub mniej, niż dawniej, poci. Regularności dotychczas nie miała.

Tak samo, jak matka, chora jest wzrostu niskiego i względnie młodziej wygląda, bo ma wzrost i wygląd dziewczyny piętnastoletniej. Gdy się jej lepiej jednak przyjrzymy, przekonamy się, że twarz ma dość staro wyglądającą.

Podłużnogłowa blondynka (typ aryjski) o twarzy pociągłej, blada, chuda. Skóra twarzy czyni wrażenie, jakgdyby została ściągniętą do podbródka i z kością dolnej szczęki się zrosła, albowiem w tem miejscu jest mało przesuwalna. W innych miejscach twarzy skóra jest bardziej ruchoma, bo czołem marszczyć chora potrafi, usta niezłe otwiera i z łatwością je w tę lub ową stronę przesuwają. Błona śluzowa ust normalna. Język prawidłowy pod względem budowy i czynności. Podniebienie miękkie ruchome. Ponad wszystko uderza w chorej jej stałe ułożenie kończyn górnych. Są one stale skrzyżowane na piersiach, zgięte w łokciach, ze zgiętymi ustawicznie palcami, zwłaszcza dłoni prawej. Kończyny te mogą być przesuwalne biernie i czynnie w stawach ramieniowych, natomiast w łokciowych minimalnie. W prawym łokciu ekstensja może być doprowadzona zaledwie do tego, aby przedramię tworzyło z ramieniem ku wewnątrz tułowia kąt 120° , a fleksja do tego, by kąt ten wynosił 60° . W stawie łokciowym lewym wszelkie prawie ruchy niemożliwe. Przedramię lewe tworzy z ramieniem ku wewnątrz tułowia kąt 90° . Palce dłoni prawej zgięte, a każdy w innym stopniu. Najmocniej jest zgięty palec piąty, mniej nieco czwarty, jeszcze mniej trzeci, wreszcie drugi. Rozgiąć ich chora nie jest w stanie, zgiąć je może nieco więcej

ponad stałe położenie. Duży palec wyprostowany, do ruchów czynnych lub biernych niezdolny.

Palce dłoni lewej mniej zgięte, niż prawej, o ruchach ograniczonych. Palec duży wyprostowany, nie zgina się w stawach międzyczłonkowych, wykonywa małe ruchy dowolne w stawie napięstkowo-palcowym. Ruchy bierne ograniczone i bolesne.

Skóra na 1-ym i 2-im członku wszystkich palców scieniała nieprzesuwalna, a zrosnięta z kością. Paznogie 4-go i 5-go palca prawej dłoni mętne, bez połysku, o prążkach podłużnych.

Na wszystkich członkach palców oraz całej dłoni prawej i lewej skóra mocno przylega do części głębszych i czyni wrażenie, jakby była za obcisła dla kości i tkanek miękkich. W okolicy mięśni niema żadnych zagłębień, jakie spotyka przy zaniku mięśni. W stawach napięstkowych dłonie zajmują położenie średnie między zginaniem i rozginaniem. Czynnie chora nie jest w stanie ruchów w tych stawach wykonywać; ruchy bierne bardzo ograniczone, prawie zniesione. Zapomocą prądu elektrycznego na mięśnie odnośne, otrzymuje się ruchy pożądane, które są dla chorej niezmiernie bolesne.

W dolnej części obu przedramion skóra przylega mocno do głębszych części i czyni wrażenie, jak gdyby wprost obciągała kości, w górnej mniej je uciska, a około stawów łokciowych ponownie mocno do nich przylega. Na powierzchni wyprostnej stawu łokciowego lewego blizna o nieregularnych zarysach, wielkości pięciokopiejki miedzianej. Na przedniej powierzchni klatki piersiowej w części górnej, zaczynając od dolnej części szyi, a kończąc nieco ponad sutkami, skóra mocno przyrosła do żeber.

We wszystkich dotkniętych okolicach stwardniałe części nie odgraniczają się ostro od zdrowych, powierzchnia skóry jest lśniąca, gładka; brak fałd. Nie widać, by fałdy części zdrowych zbiegały się ku stwardniałym.

Brak uwłosienia pod pachami, nieznaczne bardzo na *mons veneris*.

Tętno z trudnością wyczuwa się na tętnicy promieniowej obu rąk.

Odruch kolanowy po stronie prawej zniesiony, po lewej słaby.

Nadczułość bólowa, zwłaszcza przy użyciu prądu faradycznego.

Oddziaływanie elektryczne:

Prawa k. g. *N. ulnaris* RA 11,5, KaSZ 1,5 MA.

M. abductor dig. min. 5 MA KaSZ > AnSZ.

N. radialis 9,5 MA.

M. opponens pollicis 5 MA KaSZ > AnSZ.

Lewa k. g. *N. ulnaris* RA 10,8, 1 MA KaSZ > AnSZ.

N. radialis RA 7,9, 5 MA KaSZ > AnSZ.

M. opponens pollic. 2,5 MA KASZ > AnSZ.

M. abductor dig. minimi 3,0 MA KaSZ > AnSZ.

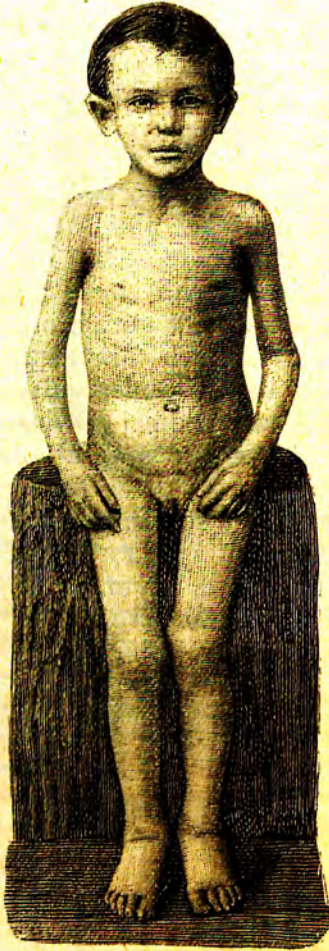
Opór prawej, bądź lewej dłoni (jedna elektroda na środku powierzchni palmarnej, druga na górnej części grzbietu) przy odchyleniu, wskazującym 3 MA, równa się 9000 Ohmom.

W szeregu doświadczeń, w tym kierunku przeprowadzonych na sobie, kilku kolegach, 10-iu chorych z najrozmaitszemi cierpieniami, w różnym wieku, opór w tej samej okolicy przy tem samym odchyleniu wynosił stale 3000 Ohmów.

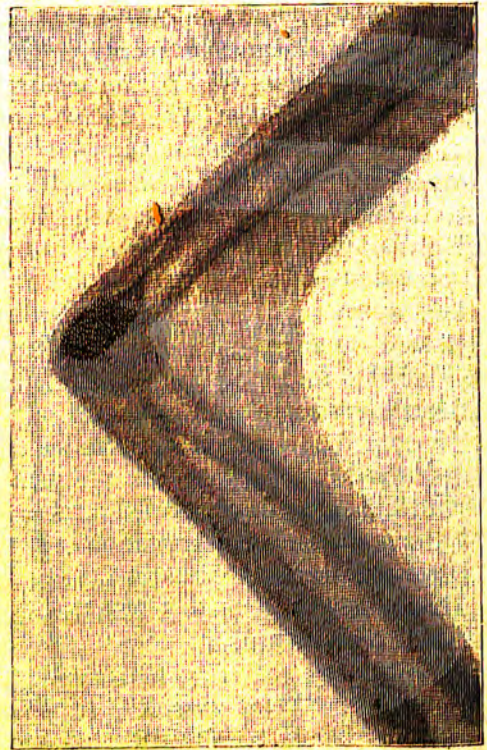
Załącza się rysunek (patrz rys. II, str. 1073) zdjęcia metodą ROENTGEN'a okolicy łokciowej kończyny górnej u chorej.

Przypadek IV. P. Weronika, lat 24, mężatka, przybyła po poradę ze względu na ból w palcach rąk i niemożność posługiwania się nimi, oprócz tego

skarży się na nieprzyjemny zapach z ust, na zwracania. Pochodzi z rodzeństwa zdrowego. Wychowywała się na wsi do 20-go roku życia. Ciężko nie pracowała. Zajmowała się gospodarstwem domowym. W dzieciństwie nie chorowała. W 15-ym roku życia przechodziła cierpienie oka prawego z zaczerwienieniem, podniesioną wrażliwością na światło w ciągu kilku tygodni. Po chorobie ocznej częste bóle głowy i zębów. Od tego czasu brak łaknienia, niesmak w ustach, zwracania kwaśne, zaparcie stolca. Bóle głowy od 18-go



Rys. I.



Rys. II.

roku co kilka dni, od kilku miesięcy nie częściej, niż raz na miesiąc. Regularność od 16-go roku życia. Rodziła dwoje dzieci, które sama karmiła; drugie dziecko zmarło w 9-ym miesiącu życia. Przed kilkoma miesiącami przechodziła tyfus, po którym w ciągu kilku tygodni obrzękły jej nogi.

Cierpienie kończyn zaczęło się w 15-ym roku życia od drętwienia palców i niezwyklej ich wrażliwości na zimno. Palce wszystkich kończyn, zwłaszcza górnych, siniały podczas zimna, drętwiały, pozbawione były czucia, lecz nie bolały i ruchy zachowywały. Ze względu na drętwienie i siną barwę, często grzała palce przed ogniem i wtedy nabierały one barwy czerwonej.

Od 22-go roku życia sprawa się zaostrzyła. Wskazujący palec ręki lewej zaczął obrzmiewać, paznokiec z niego zaczął schodzić, a na miejscu jego zjawił się zgrubiały i zgięty. Tym samym zmianom uległy sąsiednie palce, a następnie palce ręki prawej. Zjawiły się wrzody na brzuścach palców i w okolicy stawów po stronie tylnej. Wrzody goiły się, pozostawiając po sobie blizny. Podobny cykl zjawisk występował kilkakrotnie, wreszcie ukazały się kontraktury w stawach międzyczłonkowych palców, w stawie napięstkowym i łokciowym. Zmiany te zaszły na obu kończynach. Zachodziły one jednocześnie wraz ze zmianami przyległej skóry.

Na kończynach dolnych sprawa ograniczała się do zmian skóry.

Chora średniego wzrostu, miernie zbudowana i odżywiona. Skóra i błony śluzowe blade. Tkanki podskórnej bardzo mało.

Skóra sucha, twarda, połyskująca na palcach, dłoni i przedramieniu, na ramieniu szorstka. Palce zgięte w różnych stawach i w różnym stopniu.

Ręka prawa. Mały palec zgięty w 1-ym stawie palcowym pod kątem ostrym i to stale, gdyż można tylko w nim wykonać małe ruchy bierne. Przy próbie wyprostowania nie czuć napięcia skóry, a ponieważ staw jest nieco ruchomy, przypuścić należy, że ograniczenie ruchów zależy od zmian w tkankach dokoła stawów, a więc *periosteum* i ścięgnach zginaczy. Na powierzchni wyprostnej tego 1-go stawu są trzy blizny, z których wewnętrzna największa, różowa, okrągła, około 0,75 ctm. w średnicy. Przez wszystkie widać przebiegające naczynia. Przy zginaniu palców blizny te naprężają się i bledną. Staw palcowy 2-gi jest bardziej ruchomy, ale nie *ad maximum*; przeszkadza mu na powierzchni wyprostnej skóra, na dłoniowej tworzy głębiej leżące. Najobszerniejsze ruchy bierne zachował staw napięstkowo-palcowy, jakkolwiek i te są ograniczone. Palec obrączkowy tworzy w stawie 1-ym palcowym, jakoteż i w 2-im kąty rozwarte, stale istniejące, o ruchach ograniczonych. W stawie 1-ym zginanie jest jeszcze możliwe do utworzenia kąta rozwartego, większemu zginaniu przeszkadza skóra, wyprostowaniu — twór podskórny. W stawie 2-im ruchy jeszcze bardziej ograniczone. Paznokiec tego palca jest zakrzywiony, a na *pulpa digiti* jest mała blizna.

Palec średni tworzy w stawie 1-ym palcowym kąt prosty, w 2-im rozwarty. Zgięcie i rozgięcie mocno ograniczone, nie tylko wskutek zmian w skórze, ale i w tworach pod nią leżących. Widoczne to jest zwłaszcza przy rozginaniu. Na powierzchni tylnej 1-go stawu palcowego wrzód atoniczny, zblizniający się od obwodu (skóra różowa, cienka) ze strupem pośrodku. Na skórze, pokrywającej od tyłu pierwszy falang, widać zgrubienia ograniczone skóry w kształcie ciemnych łusk twardych. Paznokiec zakrzywiony mocno ku pulpie. Wskaziciel znajduje się pod kątem rozwartym w obu stawach palcowych, przedstawia w pobliżu paznogcia duży wrzód atoniczny, naokoło którego skóra się podnosi wskutek nagromadzenia ropy, a miejscami pęka, obnażając powierzchnię blado-różową.

Palec duży jest wyprostowany, ruchy jego nadzwyczaj ograniczone.

Wogóle skóra na palcach jest stwardniała, nie daje się ująć w fałdę, mocno obciągnięta dokoła kości, do której jest jakby przyrosła. Tyczy się to samo dłoni, która jest jakby wydrążona, skóra jej straciła zwykle liczne, małe fałdy i zachowała 3 duże. Na każdym palcu pozostały tylko dwie fałdy.

Na powierzchni tylnej skóra upstrzona małymi jasno brunatnymi plamkami. W pobliżu stawu napięstkowego istnieje wzniesienie płaskie, którego na lewym *dorsum manus* niema.

Włoski na powierzchni tylnej 1-go falangu i *dorsum manus* są bardzo cienkie. Jakkolwiek dłonie są najbardziej zmienione, to i skóra przedramion i ramion przedstawia duże zmiany: jest zgrubiałą, twardą i tem trudniej ujmując się w fałdę, im bliżej leży stawu.

Na powierzchni fleksornej stawów łokciowych widać linie, zależne od zginania, jako wyraz utraty elastyczności skóry.

Ku barkowi i szyi skóra staje się cienką, miękką, z łatwością dającą się ująć w fałdę.

Lewa kończyna górna przedstawia zupełnie te same zmiany, co prawa. Największe zmiany dotyczą dłoni o palcach zakrzywionych i prawie zupełnie nieruchomych (*ankylosis*) w stawach międzyczłonkowych ostatnim i przedostatnim; skóra obciąga ściśle głębiej leżące części, jest lśniąca, gładka, z bliznami w pobliżu falang i na *pulpa* (zwraca uwagę duża blizna na *pulpa* dużego palca), paznogie zakrzywione.

Rozumie się, że siła uścisku rąk jest mała, jakkolwiek chora może się rękoma posługiwać we wszelkich pożądanym czynnościach.

Z kolei największe zmiany są na twarzy. Niema tu wprawdzie owrzodzeń, ale skóra jest lśniąca, glansowana, obciągająca mocno kości twarzy, zgrubiła, nie daje się ująć w fałdy. Na podbródku i wardze górnej widać promienisto od środka ułożone cienkie fałdy, zmarszczki zaś i zagłębienia normalne znikły.

Koniec nosa zaost^rzony, otwory nosowe małe. Otwór ust wydaje się z mniejszym; chory nie jest w stanie ust należycie otworzyć, z powodu oporu otaczającej ich, a mocno naciągniętej skóry. Kolor skóry pergaminowy; na czole większe plamy żółte.

Ruchy czynne mięśni twarzy ograniczone wskutek stwardnienia skóry.

Języka chora nie może należycie wysunąć z powodu więzów podjęzykowego, który przedstawia się biały, gruby, ścięgniasty.

Błona śluzowa jamy ustnej napozór zmian nie przedstawia.

Język mały. Ruchy języka i podniebienia miękkiego normalne. Połykanie dobre. *Foetor ex ore*.

Skóra karku przedstawia zmiany zabarwienia, jakby centkowana w żółte, białe i czerwone plamki, jest gruba, nieelastyczna, jakby pergaminowa.

Takie same cechy posiada skóra brzucha i przedniej powierzchni ud.

Na *malleolus ext. dexter* wrzód atoniczny o cienkich, różowych brzegach, dość głęboki i trudno się gojący. Na *malleolus int. dext. et sin.* blizny niebieskawe.

Dłonie i stopy mocno sinieją, gdy chora nie leży w łóżku, lecz przez pięć czas pochodzi lub posiedzi. Odruchy ścięgniaste kończyn górnych i dolnych zachowane. W narządach wewnętrznych nic patologicznego nie wykryto.

W dalszym przebiegu na powierzchni wyprostnej stawów łokciowych wystąpiły żółte małe plamki, mniej więcej okrągłe, o średnicy około 0,5 ctm.; tu i owdzie małe zagłębienia w skórze. Pigmentację widać również na powierzchni fleksyjnej, a z niej i z powierzchni wyprostnej przechodzi ona na ramię i przedramię.

(C. d. n.).

PRZYPADEK CHOROBY FRIEDREICH'A.

Leczenie zapomocą mięsienia.

Przez prof. d-ra J. ZABŁUDOWSKIEGO w Berlinie.

Przypadki choroby FRIEDREICH'a wzbudzają i dziś jeszcze wielkie zainteresowanie z powodu swej rzadkości. W Berlinie np. zdarzają się one tak rzadko, że zmarły znany neuropatolog WESTPHAL, pomimo rozległej swej praktyki, nie widział ani jednego przypadku tej choroby. Najwięcej takich przypadków spostrzegali: ERB i neuropatologowie francuscy. Przypadek mój, który tu zakomunikować zamierzam, z tego względu jeszcze zasługuje na uwagę, że w nim nie tak łatwo dowieść istnienia tej choroby u innych członków tej samej rodziny, jak to według zdania rozmaitych autorów zwykle zauważyć można przy chorobie FRIEDREICH'a. Przypadek ten ciekawy jest też ze względu na zastosowany tu sposób leczenia, gdyż, pomimo smutnej prognozy, którą wszyscy autorowie w takich przypadkach stawiają, w przypadku moim w krótkim stosunkowo czasie nastąpiło znaczne polepszenie.

Chora, pochodząca z gubernii Orłowskiej, chodzi z rostawionemi szeroko nogami, z przegiętym cokolwiek wtył tułowiem; chód niepewny, przy chodzeniu łatwo pada, chodzi głównie półbiegiem, zawadza o sprzęty w pokoju; powolne chodzenie przedstawia dla niej trudności. Stawy kolanowe przy chodzeniu mało tylko porusza. Jedząc, z trudnością doprowadza łyżkę do ust i z tego powodu wylewa np. zupę. W kończynach górnych zauważyć można ruchy płasawicze, które występują najmocniej, gdy chora zaczyna zasypiać. Matka opowiada, że przy zasypianiu pojawiają się też drgawki w twarzy i w uszach, a biodra zostają przyciągnięte do brzucha.

Przy nawlekaniu nitki widać drganie palców. Gdy chora bierze w rękę obsadkę, ręka zostaje w położeniu wywrotnem (*supinatio*), co znacznie utrudnia pisanie; udaje się jej zaledwie parę słów napisać, i to wielkimi, nieczytelnymi literami.

Twarz nieruchoma, przy śmiechu ma wyraz płaczący. Jeżeli chorą obrócić kilka razy naokoło osi podłużnej, to następuje u niej drganie gałek ocznych (*nystagmus*); to samo widzimy, jeżeli każemy jej przez pewien czas patrzeć na jeden i ten sam punkt (np. na zegarek kieszonkowy), jeśli przedmiot ten znajduje się cokolwiek powyżej i nazewnątrz oczu i jeśli go szybko przesuwac będziemy z prawej ku lewej stronie lub odwrotnie. Mowa chorej powolna i ociężała.

Przed kilku laty, przy jedzeniu, nietylko płyny, lecz nawet twarde pokarmy dostawały się chorej do nosa; obecnie zdarza się to tylko przy picciu. Wy-sunięty język zwykle zbacza ku stronie lewej. Prawa łopatka cokolwiek oddalona od tułowia; skrzywienia kręgosłupa nie widać, nieprawidłowości w kończynach dolnych niema; odruchów ścięgniętych brak zupełny. Czucie: dotyku, bólu, mięśniowe, ciepłoty, jakoteż czucie ucisku i miejsca niezmię-nione. Siła mięśniowa nie zmniejszona. Objaw ROMBERG'a nie istnieje: chora stoi i chodzi z oczami zamkniętymi bez widocznego wzmożenia zjawisk ataktycznych. Nieruchomości źrenic nie widać. Chora często miewa mdłości, na bóle się jednak nie uskarża. Czynność kiszek i pęcherza prawidłowa. Rozwój umysłowy odpowiada zupełnie wiekowi.

Rodzice nigdy nie nadużywali napojów wysokowych; ojciec i matka nie spokrewnieni z sobą. Co się tyczy przymiotu u rodziców, to pod tym względem wywiady pozostały bez skutku.

Ojciec chorej z dziesięciorga dzieci sam jeden pozostał przy życiu; reszta rodzeństwa zmarła w mniej albo więcej młodym wieku. Jedna ciotka jego i siostrzenica umyślowo chore. Starszy brat chorej, który w 4 $\frac{1}{2}$ roku życia zmarł wskutek wodogłowa, do 4-go roku życia chodził na czworakach; siostra zmarła w 9-ym miesiącu życia; przez całe krótkie jej życie rodzice ani razu na twarzycze jej nie widzieli uśmiechu. Ostatnia brzemiennosc matki skończyła się poronieniem.

Do 2-go roku życia chora nie próbowała nawet chodzić; mając 4 lata, jeszcze opisywała wielkie półkole, ilekroć chciała się do kogo zbliżyć.

Wszystkie wymienione wyżej objawy, jak: bezład (*ataxia*), ruchy płasawicze, drżenie gałek ocznych, brak odruchów ścięgniętych, utrudnione przełykanie i mowa, mdłości, usprawiedliwiają rozpoznanie: choroba FRIEDREICH'a. Brak zmian czucia, objawu ROMBERG'a, jakoteż uczucia bólu i zaburzeń w czynności kanału pokarmowego i pęcherza, a wreszcie to, że objawy chorobowe wystąpiły już przy pierwszych próbach chodzenia, pozwalają nam wyłączyć w danym przypadku wiađu rdzenia pacierzowego. Chóđ patologiczny nie jest tu skutkiem porażenia, lecz wyłącznie skutkiem bezładu.

W tym przypadku, jaki w innych przypadkach wiađu rzekomego (*pseudotabes*), w przewlekłym zatruciu wyskokiem i t. p., jakoteż w porażeniach ośrodkowych i obwodowych, zapomocą systematycznego mięsienia ¹⁾, połączonego z ruchami czynnymi, biernymi i podwójnymi w porażonych i sąsiednich stawach i w odpowiednich stawach drugiej strony, można w znacznym stopniu podnieść ruchy ²⁾ tych narządów. Mięsienie powiększa sprawność nie tylko mięśni zdrowych ³⁾, lecz i takich, których czynność ograniczona jest pośrednio albo bezpośrednio. Oprócz tego mięsienie podnosi też, wskutek żywszego obiegu krwi, stan odżywiania porażonych nerwów. Pod wpływem ćwiczeń gimnastycznych mięśnie i nerwy, które wskutek choroby mniej albo więcej ucierpiały, zmuszone zostają do energiczniejszej działalności i do wykonywania nowych ruchów assocyacyjnych. Tym sposobem otrzymujemy mniej lub więcej znaczne zastępstwo wyłączonych z ruchu grup mięśni i nerwów.

Stan chorej po 4-tygodniowym leczeniu zapomocą mięsienia o tyle się poprawił, że może ona teraz chodzić, nie opisując przytem koła, bardzo rzadko pada i jedząc nie rozlewa z łyżki; ruchy płasawicze ledwo dostrzegalne, łykanie swobodne, sen spokojny. Wogóle wszystkie objawy chorobowe, które tak wyraźnie występowały w początku leczenia, znaleźć można obecnie tylko przy bardzo ścisłym badaniu chorej.

¹⁾ ZABŁUDOWSKI. Leczenie cierpień przewlekłych serca zapomocą mięsienia. Gaz. Lek. N. 25, z d. 20. IV. 1896.

²⁾ ZABŁUDOWSKI. Leczenie masażem parallelej obusłowlennych dawleniem nerwa. Wracz. 1890. N. 39.

³⁾ Tenże. Die Bedeutung des Massage in d. Chlurgie und deren physiologische Grundlagen. v Langenbecks Archiv Bd. XXIX. Heft 4.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

117. STEINHARDT. **O leczeniu błonicy bez surowicy.** Niejednemu może się wyda anachronizmem leczenie błonicy bez surowicy, skoro mamy w surowicy przeciwbłonicy tak znakomity, wypróbowany ogólnie i powszechnie zalecany środek na to cierpienie.

Niemniej przeto, gdy się zważy, że i przed stosowaniem surowicy swoistej otrzymano z leczenia błonicy innymi środkami niezłe względnie wyniki i że działanie surowicy nie jest jeszcze tak wszechstronnie zbadane, by jej można było przypisać własności specyfiku, nie powinniśmy pogardzać i innymi metodami leczenia, choćby dlatego, że surowica może w danym razie być zepsuta, a więc nieprzydatną, albo jej wcale nie mamy pod ręką.

Ze wszech miar godną rozpowszechnienia i należyście wypróbowaną metodą leczenia błonicy, dającą znakomite względnie wyniki, jest metoda A. HENNIG'a z Królewca. Polega ona na tem, iż nieprzerwanie, bo dzień i noc, stosujemy okłady z lodu na szyję i dajemy pić co kwadrans, a gdy następuje polepszenie, co poznajemy ze znikania nalotów, co $\frac{1}{2}$ — 1 godziny wodę wapienną, którą też zalecić można do płukania i inhalacji, o ile chory potrafi należyście rękoczyn ten wykonać. Gdy połknięcie jest utrudnione, dajemy kawałki lodu do łykania. W miarę potrzeby należy jeszcze stosować roztwór chlorku potasu wewnątrznie, a wysoką ciepłotę ciała zwalczać zapomocą odpowiednich dawek antypiryny lub antyfebryny. Oprócz tego zwracać należy uwagę na należyte wypróżnienia, dbać o odpowiednie pożywienie i o świeże powietrze dla chorego.

Przy błonicy krtani należy pić wodę wapienną i stosować ją w postaci inhalacji; przy błonicy innych części ciała, np. łącznicy lub pochwy, stosować wodę wapienną miejscowo.

W ostatnich czasach HENNIG zmienił nieco swój sposób postępowania, mianowicie, roztwór chlorku potasu zastąpił *liquore ferri sesquichlorati*, a zamiast kawałków lodu daje wodę z lodu ze skrawkami cytryny.

Wyniki tego sposobu leczenia są znakomite, bo na 1774 przypadki błonicy miał HENNIG ledwie 3,1% śmiertelności. Jest to wynik, jakiegoby się i surowica nie powstydziała *).

STEINHARDT zachował metodę HENNIG'a prawie w całości, różni się z nim tylko w szczegółach. Stosował on ją w 201 przypadkach z bardzo dobrym wynikiem. Nasamprzód, o ile w przeciągu ostatniej doby nie było obfitego wypróżnienia, daje on środek przeczyszczający, najchętniej kalomel, i zaleca pić wodę wapienną czystą, nierozcieńczoną, w ilości łyżki stołowej co pół godziny. Jeśli chory umie płukać gardło, tem lepiej. Następnie stosuje okłady rozgrzewające na szyję: chustkę złożoną w ośmioro, macza się w zimnej wodzie, wyżyma się ją i okłada nią szyję, przykrywa się miękką ceratką, a zwierzchu kładzie się cienką wełnianą chustkę. Okład taki zmienia się co pół godziny, mając uprzednio przygotowane chustki na drugi okład, aby szyja nie pozostawała długo odkryta. Okłady te, zarówno jak i wodę wapienną stosuje się w miarę stopniowego polepszania się stanu chorego coraz rzadziej i porzuca się je dopiero wtedy, gdy minie tydzień po zniknięciu nalotów.

*) W berlińskim „Kaiser und Kaiserin Friedrich - Krankenhaus'e, było przed stosowaniem surowicy przeciętnie rocznie 37,6% śmiertelności, a przy stosowaniu surowicy w r. 1894 — 27,5% i w 1895 r. na 538 przypadków błonicy tylko 11,2%.

Oprócz powyższego, stosuje autor napar chinowy (z 5,0 — 15,0 na 100 — 200 wody) z chlorkiem potasu (od 1,0 do 5,0) w ilości łyżeczki lub łyżki stołowej względnie do wieku chorego. Napar taki powinien wystarczyć na dwie doby, po czem daje się łyżeczkę lub łyżkę stołową, stosownie do wieku, wina lub koniaku, zystego lub z wodą albo z mlekiem. Pokarmów autor nie ogranicza ani ilościowo, ani jakościowo, radząc dawać choremu to, czego pragnie, a tylko w przypadku, gdy ma do czynienia z żołądkiem zepsutym lub upośledzonym łaknieniem, ogranicza się na mleku, mocnym bulionie i t. p.

Przy błonicy krtani zaleca autor, oprócz powyższego, inhalacje z wody wapiennej; przy błonicy jamy nosowej — wkraplanie mieszaniny rozgrzanej: *liquoris aluminii acetici, glicerini aa*, w obydwie nozdrza; przy błonicy innych części ciała — *liq. aluminii acetici*.

Wszystko to stosuje się dzień i noc bez przerwy, dopóki niebezpieczeństwo nie zostanie usunięte.

W opisie powyższym niema wcale wzmianki o pendzlowaniu, zabiegu, tak chętnie stosowanym przez wielu lekarzy i przez wszystkich bez wyjątku felczerów, ilekroć ujrzą coś podejrzanego w gardle. J. HENNIG i STEINHARDT wyzekli się tego rękoczynu prawie zupełnie, dla powodów następujących. Wiemy, jak trudno nieraz nawet dorosłemu choremu usiedzieć spokojnie podczas pendzlowania gardła, gdy pragniemy dokładnie odpowiednim roztworem oczyścić chore miejsca błony śluzowej, — a wszak tylko o te miejsca nam idzie! O ileż trudniej dopiąć tego u dziecka! Zważmy, iż w przebiegu błonicy mamy w większości przypadków do czynienia z osłabioną nieco działalnością serca, bądź to wskutek podwyższonej ciepłoty ciała, bądź wskutek samego cierpienia. Każde przeto mocowanie się z dzieckiem, w celu otworzenia mu ust i pendzlowania, bardzo źle oddziaływa na sprawność serca; ustawicznym szamotaniem się z niem, powtarzaniem regularnie co 1—2 godziny, czyli około 20-tu razy w przeciągu pierwszej doby, stwarzamy cały szereg coraz bardziej wyczerpujących siły dziecka, a więc i działalność serca, momentów. Gdybyż przynajmniej skutek pendzlowania był tak imponująco dobry, iżby warto było doń dążyć wszelkimi sposobami! Bynajmniej; po skrętnem starciu nalotów pendzelkiem, pozostaje—jak o tem świadczy powstające niemal zawsze po tym rękoczynie krwawienie—ranka, a więc tworzą się nowe wrota, przez które mogą wsiąknąć części rozpadowe nalotów i wtargnąć drobnoustroje, by siać jeszcze głębsze zniszczenia. Nadmiar, na miejscu poprzedniego nalotu tworzy się drugi, z którym postępujemy tak samo i t. d. Gdy jeszcze uwzględnimy możliwość przełknięcia pewnej, choć niewielkiej ilości płynów trujących lub conajmniej nieobojętnych, wziętych do pendzlowania, przyznać musimy, iż słusznie zarzucono ten barbarzyński sposób wymiatania drobnoustrojów z jamy ustnej i gardzieli, wymiatania, które szkody przynieść może dużo, a pożytku niewiele.

Nie o wiele więcej korzyści przynosi nam płukanie, wobec tego, że nie wszyscy dorosli, a tembardziej dzieci potrafią należycie płukać gardło, a możliwość przełknięcia pewnej ilości płynu, dla ustroju nieobojętnego, jest jeszcze większa; dodajmy do tego, iż ustawiczne podnoszenie dziecka do tego zabiegu,—boć jeżeli ono ma być skuteczne, to powinno być często powtarzane,—bynajmniej dodatnio nie wpływa na spokojną działalność serca.

To samo da się, mniej więcej, powiedzieć i o inhalacji, z nadmienieniem, iż inhalator straszy dzieci i że należy przemocą trzymać im usta otwarte.

Inna rzecz, gdy idzie o picie, a więc nie o sztukę, której dopiero nauczyć się winniśmy, ale o akt fizjologiczny, właściwy najmniejszemu nawet dziecku, który wykonywany przez nie bywa bez odrazy i bez przemocy. Następnie, przy picciu,

zwłaszcza powolnem, płyn dokładnie omywa wszystkie miejsca dotkniętej cierpieniem błony śluzowej gardzieli. Należy więc posługiwać się płynem odkażającym, nie trującym, tanim i przyjemnym w smaku. Tym właśnie żądaniom czyni w zupełności zadość, pozostawiająca po sobie słodkawy smak orzechów, woda wapienna, mająca własność rozpuszczania nalotów i śluzu. Te jej własności były przez długi przeciąg czasu zapoznawane jedynie z tego powodu, że stosowano ją po większej części w postaci płukań i inhalacji, dzięki czemu nie mogła sprawności swej wykazać, albowiem pod wpływem kwasu węglanego, zawartego w wydychanem powietrzu, zamieniała się ona po części w kredę i oblekała błonę śluzową cienką warstwą, która paraliżowała odkażające działanie reszty wody wapiennej. A że posiada ona własność odkażania, zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości, wkrótce bowiem po zażyciu wody znika nieprzyjemna woń z ust.

Stosować ją należy nieprzerwanie dzień i noc bez obawy wywołania jakichś ujemnych wpływów z powodu ciągłego zakłócania snu; chory bowiem zasypia zwykle natychmiast po zażyciu lekarstwa, o ile nie trapi go bezsenność. Zresztą, zakłócanie snu trwa najwyżej dwie noce, poczem naloty zwykle znikają i niema już potrzeby dawać lekarstwa tak często.

Co się tyczy roztworu chlorku potasu, to autor ani razu nie spostrzegł szkodliwego jego działania, o ile był dawany w średnich i małych dawkach, i jest przekonany, że tylko zbyt duże dawki wywołać mogą ujemny wpływ na ustrój.

Liquore ferri sesquichlorati niechętnie się autor posługuje ze względu na jego przykry smak i psucie zębów. Gorączki nigdy nie zwalczą, w przeświadczeniu, że wszelkie środki przeciwgorączkowe szkodliwie oddziałują na działalność serca.

Błonicę krtani, o ile jest tylko kaszel i chrypka, a co najwyżej nieznaczne zwężenie krtani, autor leczy w opisany sposób, zalecając jeszcze inhalację starszym dzieciom, gdy u małych dzieci, a przy znaczniejszem zwężeniu krtani u wszystkich, radzi niezwłocznie przystąpić do tracheotomii, ufając, iż odsetka śmiertelności wśród tracheotomowanych dzieci znacznie się obniży, jeśli się operację wykonywać będzie wcześniej, aniżeli się to dotychczas praktykuje.

Autor kończy swoją pracę uwagą praktyczną, skierowaną do lekarzy: kto nie chce, by publiczność sama się leczyła i tylko w rozpaczliwych przypadkach zwracała się po pomoc do lekarzy, niech zamiast *aqua calois* pisze na receptce *calcium hydroxydatum solutum*, dodając: *ad vitrum allatum*, gdy woda jest przeznaczona dla niezamożnego chorego.

(*Centralblatt für Kindhl. N. 5. 1896 r.*)

M. Kraushar.

118. a) J. GAULE. Sposób chłonięcia żelaza i losy niektórych połączeń jego w przewodzie pokarmowym.

b) J. GAULE. Wykazanie wchłoniętego żelaza w limfie przewodu pierśowego.

Chcąc rozwiązać pytanie, czy i w jaki sposób związki żelaza ulegają wessaniu, wprowadzał autor królikom zapomocą zgłębnika żelazo w postaci carniferriny lub $Fe_6 Cl_6$, pragnął bowiem przekonać się jednocześnie, czy istnieje jaka różnica w sposobie chłonięcia organicznych i nieorganicznych związków tego metalu.

W dwie godziny po podaniu żelaza zabijał GAULE króliki, wycinał kawałki błony śluzowej żołądka, dwunastnicy i jelit cienkich, oraz kawałki tkanki wątroby, śledziony i nerek i umieszczał je w płynie HALL'a (75% alkoholu, 20% wody i 5% $NH_4 SH$). Po 24 godzinach błona śluzowa dwunastnicy i tkanka śledziony nabierały wyraźnego zielonawo-czarnego zabarwienia, gdy inne tkanki pozostawały bezbarwne. Na skrawkach z błony śluzowej dwunastnicy gołem okiem wiadać było wyraźnie, że kosmki w górnej swej części są ciemniejsze znacznie; pod drobnowidzem żelazo przedstawiało się w postaci drobnutkich ziarenek, spoczywa

jących na nabłonku kosmków; protoplazma komórek cylindrycznych nabłonka zawierała również znaczną ilość ziarenek żelaza, a ściany naczynia chłonnego, biegnącego przez środek kosmka, wyraźnie były niemi usiane.

Po zanurzeniu skrawków w *ferrocyankalium* i splukaniu w słabym roztworze HCl, ziarenka żelaza nabierały koloru niebieskiego i występowały jeszcze wyraźniej wśród protoplazmy komórek nabłonkowych.

Powyższy wynik badania wskazuje, że śmierć zaskoczyła tkankę w chwili, kiedy odbywała się w niej żywo sprawa chłonięcia żelaza przez komórki cylindryczne kosmków do naczyń chłonnych; żelazo zatem nie dostaje się do układu żywej wrotnej (o czym świadczy także całkowity brak żelaza w wątrobie), lecz do układu chłonnego. Narządem, w którym odbywa się gromadzenie żelaza, jest śledziona; znaleźć je tu można również w postaci ziarenek w protoplazmie pewnej postaci komórek mięszu śledziony.

Do ostatnich czasów dowodzili liczni fizyologowie, że nieorganiczne związki żelaza nie ulegają wessaniu; doświadczenia GAULE'go obalają stanowczo to utarte, choć błędne zapatrywanie. Dziwnem tylko wydać się musi, że $Fe_6 Cl_6$ wessany zostaje w dwunastnicy, a nie w żołądku, gdzie dzięki odczynowi kwaśnemu napozór lepiej rozpuszczać się powinien, niż w dwunastnicy przy odczynie alkalicznym. Ponieważ jednak cedzona przez sączek zawartość płynna dwunastnicy królików nie dawała nigdy odczynu na żelazo, a natomiast występował on wyraźnie w pozostałym na sączku osadzie, przeto związki żelaza nie są w zawartości dwunastnicy rozpuszczone.

Badanie dokładne zawartości żołądka przekonało GAULE'go, że żelazo związków nieorganicznych łączy się w żołądku z jakimś składnikiem jego zawartości (najprawdopodobniej z jakimś węglowodanem) i przechodzi w nierozpuszczalny związek organiczny. Nowe to ciało przechodzi przez odźwiernik do dwunastnicy, gdzie zostaje rozpuszczone zapewne przez jakiś zaczyn (może przez zaczyn trzustki); w tejże chwili żelazo ulega wessaniu przez komórki nabłonkowe kosmków. Pozostała nierozpuszczona i niewessana część związków żelaza nie ulega w dalszych odcinkach kiszek ani zmianom, ani wessaniu i wydalona zostaje z ustroju.

Obecność żelaza w przewodzie pokarmowym nie wpływa w sposób ujemny na całą sprawę chłonięcia: zawartość glikogenu i waga wątroby królików, które żelaza nie otrzymywały, równała się zawartości i wadze wątroby zwierząt, używanych do doświadczeń; przypuszczenie zatem, że wskutek obecności żelaza w nabłonku przewodu kiszki powstają zmiany patologiczne, jest zupełnie niezasadnione.

Chcąc zdobyć dowód niezbity, że wessane przez komórki nabłonka dwunastnicy żelazo dostaje się z naczyń chłonnych kosmków do obiegu limfy, badał autor u 6 królików limfę, wypływającą z otwartego w tym celu przewodu piersiowego, zbierając ją do probówek zawierających roztwór NH_4SH ; zwierzęta otrzymywały przed albo po otwarciu przewodu piersiowego $Fe_6 Cl_6$. Okazało się, że limfa odpływająca przed wprowadzeniem do żołądka żelaza pozostawała przezroczysta, tak samo zachowywała się ona jeszcze w ciągu 30 minut po wprowadzeniu $Fe_6 Cl_6$, potem limfa mętniała od razu, nabierała szaro-zielonej barwy, a na dnie probówki tworzył się po upływie godziny wyraźny czarny osad pomieszany z kłaczkowatymi skrzepami. Dowodzi to, że żelazo, wessane w górnym odcinku przewodu kiszki, specjalnie w dwunastnicy, dostaje się do układu limfatycznego, a stąd do krwiobiegu; we krwi jednak nigdy zapomocą $NH_4 SH$ żelaza wykryć nie można; w miarę bowiem, jak się ono do niej dostaje, zatrzymują je spe-

cyalne komórki mięszu śledziony; tworzy się tym sposobem zapas żelaza, które w nieznan y dotąd jeszcze sposób przechodzi w połączenie stałe i dostaje się do czerwonych ciałek krwi.

W limfie żelazo znajduje się najprawdopodobniej jako związek organiczny w połączeniu z jakimś ciałem białkowym; przemawiają zatem skrzepy kłaczkowate, tworzące się na dnie probówek wraz z osadem czarnym.

Wyniki badań swych streszcza GAULE w sposób następujący: 1) Żelazo ulega wessaniu zarówno w postaci związków organicznych, jak nieorganicznych. 2) Związki nieorganiczne żelaza ulegają w żołądku znacznej przemianie, tworzą mianowicie z jakimś węglowodanem nierozpuszczalny związek organiczny. 3) Żelazo wessane zostaje wyłącznie i jedynie w dwunastnicy. 4) Uskuteczniają to komórki nabłonkowe kosmków; stąd ziarenka żelaza dostają się do tkanki adenoidealnej i do środkowego naczynia limfatycznego czyli do obiegu limfy; po przejściu przez gruczoły chłonne krezkowe, zjawia się żelazo w limfie przewodu pokarmowego w postaci związku organicznego z jakimś ciałem białkowym; wraz z limfą żelazo przedostaje się do krwi i zatrzymane zostaje przez pewne komórki śledziony; tu dopiero niestałe związki żelaza przechodzą w połączenia stałe, stanowiące składową część ustroju zwierzęcego. 5) W dwie godziny po wprowadzeniu żelaza do przewodu pokarmowego, wykryć można w śledzienie wyraźne jego nagromadzenie. 6) Chłonięcie żelaza jest sprawą najzupełniej prawidłową, budowa anatomiczna komórek nabłonkowych dwunastnicy nie ulega żadnym zmianom, utarte przeto mniemanie o szkodliwym przyżegającym działaniu żelaza na komórki nabłonkowe przewodu kiszkiowego jest conajmniej nieuzasadnione.

(*Deutsche med. Wochenschr.* 1896, N. 19 i 24).

S. P.

119. H. REHN. **Teorye o powstawaniu skurczu głośni w świetle wyników leczniczych.** Skurcz głośni spotykamy w pierwszych dwóch latach życia wyłącznie u dzieci wadliwie żywionych. Dzieci, prawidłowo pierśią karmione, wolne są od tej choroby. Ponieważ jednak wadliwie żywione dzieci zwykle przedstawiają oznaki krzywicy, przeto ta ostatnia uważana była za główną przyczynę skurczu głośni. Nadmienić trzeba, że skurcz głośni najczęściej występuje w towarzystwie innych objawów spastycznych, jak skurcz stopy, tężyczka, a niekiedy i drgawek. Wobec tego w każdym danym przypadku mamy do czynienia nie z objawem miejscowym, lecz z grupą objawów spastycznych. Wszystkie tedy teorye, nie sprowadzające do jednej przyczyny całej tej grupy zjawisk, nie wytrzymują krytyki. Pozostają jedynie dwie teorye: pierwsza, upatrująca przyczynę w wadliwym odżywianiu, wywołującym odruchowy skurcz głośni wskutek podrażnienia zakończeń nerwu błędnego, i druga, według której przyczyną skurczu głośni jest krzywica. Ta ostatnia teoria jest zarazem najbardziej rozpowszechniona. Zdaniem KASSOWITZ'a, przekrwienie kości czaszki, spostrzegane w krzywicy, oraz następcze przekrwienie opon mózgowych, drażni pewne ośrodki kory mózgowej, szczególnie w okolicy rozmiękczonej kości potylicowej i naokoło szeroko otwartego ciemiączka, wywołując skurcz głośni. Doświadczenia na zwierzętach potwierdziły to przypuszczenie. Zdawało się więc, iż kwestya powstawania skurczu głośni została rozwiązana, gdy autor na zasadzie szeregu spostrzeżeń przyszedł do nowych zupełnie wniosków. Spostrzeżenia te dotyczą dzieci w wieku $2\frac{1}{2}$ do 9 miesięcy, żywionych sztucznie, przedstawiających wyraźne objawy krzywicy oraz dotkniętych skurczem głośni i innymi objawami spastycznymi. We wszystkich tych przypadkach autor zalecił przyjęcie mamki. Efekt był niezwykły. Skurcz głośni i inne objawy spastyczne z chwilą przyjęcia mamki znikły bezpowrotnie, chociaż inne objawy krzywicy trwały przez dość długi jeszcze czas. Krzywica więc nie

mogła być w tych przypadkach przyczyną skurczu głośni, drgawek i t. d. Mamy tu do czynienia ze skurczem, odruchowo powstającym wskutek podrażnienia zakończeń nerwu błędnego w żołądku przez pokarm nieodpowiedni. W jakich warunkach powstaje ten odruch, dlaczego nie u wszystkich sztucznie karmionych dzieci bywa on spostrzegany, dotychczas niewiadomo. Prawdopodobnie tworzą się w żołądku toksyny, które muszą być bardzo niestałe, lotne, gdyż niekiedy już po pierwszym nakarmieniu dziecka mlekiem kobiecym, wszystkie objawy skurczowe znikają.

(Berl. klin. Wchschrft N. 33. 1896)

F. Sachs.

120. L. de WECKER. **Uszkodzenia narządu wzroku dziecka podczas porodu.** W chwili przychodzenia niemowlęcia na świat, oczy jego narażone są na wielkie niebezpieczeństwo z powodu trudności oczyszczenia drogi porodowej z mogących się tam znaleźć zarazków, ale i w inny sposób chwila ta może się stać groźną dla jego narządu wzroku: zdarzyć się to może przy położeniu twarzowem płodu, a szczególnie, gdy poród dokonywa się zapomocą kleszczy. Jedynym chyba w swoim rodzaju jest przypadek, w którym oczodół przodującej twarzy wzięto za otwór stolcowy i włożnym weń palcem zniszczono zupełnie oko. Nierzadkie za to są porażenia mięśni, szczególnie mięśni odwodzących oko (*m. rectus externus s. abducens*), wywołane przez ucisk kleszczami, choć bywają one często niepoznane, a porażenie zaliczone do rzędu zezów u nadwzrocznych. WECKER już niejednokrotnie zwracał uwagę na to, że przy etyologii zezów nie należy pomijać porażenia „dziecięcych“ („*infantiles*“) mięśni, których główną przyczyną jest uraz w czasie porodu. Być też może, że pewna liczba przypadków wrodzonego opadnięcia powieki górnej (*ptosis*) tutaj powinna być zaliczona, tembardziej, że zdarzają się one najczęściej jednostronnie. Warto na to zwrócić bacniejszą uwagę.

Bezpośredni uraz oka jest nadzwyczaj rzadki; na 200,000 przeszło chorych, W. spostrzegął tylko 3 takie przypadki. We wszystkich ucisk rogówki kleszczami wywołał jej zmętnienie, które w dwóch przypadkach zajmowało górną część rogówki, a w ostatnim całą jej powierzchnię. W dwóch pierwszych przypadkach rogówka wyjaśniła się w zupełności, w trzecim, najcięższym, po 6-iu zastrzyknięciach 5-iu kropel roztworu sublimatu 1‰ pod spojówkę, po miesiącu pozostał na rogówce niewidoczny prawie obłoczek. Podobny przypadek opisał niedawno NOYES.

(*Annales d'oculistique. Lipiec. 1896*).

B. R. G.

121. Ole BULL. **Przypadek osłabienia wzroku pod wpływem światła księżyca,** Marynarze wiedzą dobrze, że silne światło podzwrotnikowego księżyca może być szkodliwe dla wzroku, w literaturze jednak tylko w „*Traité des maladies des yeux*“ DEMOURS'a (1818) i w cytacie STELLWAG'a z pracy ROBINSON'a (1858) mógł autor znaleźć o tem wzmiankę. Ole BULL widział młodego, zupełnie zdrowego marynarza, który wraz z dwoma towarzyszami, po nocy przespanej na pokładzie w czasie pełni, utracił wzrok w znacznej części. Po dwóch miesiącach nastąpiła pewna poprawa, ale jeszcze po 7-iu latach, to jest w czasie badania, ostrość widzenia wynosiła zaledwo $\frac{4}{18}$. Wykryto zmętnienie obu soczewek w postaci punkcików i prążków.

(*Annales d'oculistique. Lipiec. 1896*).

B. R. G.

122. HEUSS. **Dwa przypadki pozapłciowego wrzodu pierwotnego.** W przypadku pierwszym u 40-letniej kobiety, mało krwistej i źle odżywionej, wystąpił wrzód twardy na poślądku, a po nim objawy ogólne o przebiegu łagodnym. Drugi przypadek dotyczył 20-letniej silnej kelnerki, u której szankier twardy wystąpił na

wardze dolnej. Objawy wtórne w tym przypadku były bardzo silne i powikłane obustronnem zapaleniem tęczówki. *A priori* w przypadku pierwszym należało oczekiwać cięższych objawów ogólnych, niż w przypadku drugim, ze względu na wiek, osłabienie i niedokrwistość chorej. Szankry głowy bowiem, o ile sądzić można z literatury, nie sprowadzają w następstwie cięższych objawów ogólnych, niż szankry z siedliskiem poza narządami płciowymi, jakby to można przypuszczać przez analogię z wściekliczną, wąglikiem i t. d. Co się tyczy stopnia niebezpieczeństwa szanekrów pozapłciowych, to KREFTING na mocy 539-iu spostrzeganych przypadków twierdzi, że stosunkowo znaczna część tychże ma w następstwie objawy ciężkie. FOURNIER jest zdania przeciwnego, na podstawie bowiem swego olbrzymiego materiału statystycznego (1020-tu przypadków) twierdzi, że najcięższe objawy przymiotu nie występują bynajmniej częściej po zarażeniu pozapłciowem. Jeżeli jednak uwzględnimy, że z pośród 539-iu przypadków KREFTING'a, było 247 dzieci, 231 kobiet i tylko 61 mężczyzn, dojdziemy do wniosku, że nie umiejscowienie wrzodu pierwotnego, lecz inne warunki, jakoto: wiek, płeć, złe warunki higieniczne i t. d. były przyczyną ciężkich postaci przymiotu w przypadkach KREFTING'a. To też ciężkie objawy wtórne w przypadku szankra wargi, opisanym powyżej, zależały prawdopodobnie od zakażenia mieszanego bakteriami ropnemi, wywołanego przez niepotrzebne jątrzenie wrzodu kamieniem piekielnym, oraz od drażnienia go przy mówieniu i jedzeniu.

(*Monatsh. f. prakt. Derm. N. 9. 1896*).

H. Uliński.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 29 września r. b.

TREŚĆ: 1) MIKŁASZEWSKI — przedstawienie chorego ze złamanem pracem. 2) DMOCHOWSKI — przedstawienie błon krupowych. 3) ORZEŁ — przedstawienie kraniotomu DALGRAIN'a. 4) CIECHOMSKI — przedstawienie chorej po trepanacyi. 5) FLAUM — O albumozach. 6) BORYSOWICZ i PRZEWOŚKI — przedstawienie torbieli międzywzrostkowej.

1) Kol. MIKŁASZEWSKI przedstawił 40-toletniego chorego, który po naciśnięciu prącia podczas silnej erekcyi uczuł silny ból. Prącie niebawem opadło i zaraz zaczęło puchnąć i sinieć. Obecnie bolesność jest niezbyt wielka, jedynie przy ucisku i chodzeniu. Zaburzeń w wydalaniu moczu niema.

2) Kol. DMOCHOWSKI przedstawił błony, wydobyte w trzech przypadkach t. zw. krupu nosa, jamy nosogardzielowej i ust. Przypadek 1-szy dotyczył dziecka, u którego błona została zdjęta z przegrody nosa i muszli. Gorączka trwała przez 2 dni. Ropny wyciek z nosa trwał przez 4 tygodnie. Przypadek 2-gi dotyczył 16-toletniej panny z krupowem zapaleniem jamy noso-gardzielowej. Błona krupowa przedstawia zupełny odlew całej jamy noso-gardzielowej w najdrobniejszych szczegółach, gdyż nawet krypty gruczołu LUSCHKA'i są zupełnie wyraźne. Gorączka trwała przez 3 dni i chora bez powikłań wkrótce przyszła do zdrowia. W przypadku wreszcie trzecim sprawa zapalna umiejscowiła się pod językiem. Błonę udało się zdjąć w całości. Gorączka trwała przez 2 dni. Powikłań nie było.

3) Kol. ORZEŁ przedstawił nowy kraniotom pomysłu DALGRAIN'a, któremu przypisuje wielkie zalety i zachęca do używania go przy trepanacyi.

4) Kol. CIECHOMSKI przedstawił chorą, u której z powodu wrzodziejącego guza czaszki musiał rozszerzyć otwór czaszkowy. Do tego użył mówca kranio-

tomu DALGRAIN'a z wielce dodatnim wynikiem. Wprawę przy użyciu tego narzędzia nabywa się łatwo. Sam przyrząd działa prawidłowo.

5) Kol. FLAUM wypowiedział odczyt „O albumozach“. Zadaniem mówcy było przedstawić wyniki badań KUEHNE'go, NEUMESTEURA i innych, sprawdzone własnymi doświadczeniami. Pod mianem albumoz rozumiemy cały szereg ciał białkowych, które otrzymujemy przy sztucznym trawieniu białka w termostacie, poczynając od najdawniej znanego—acidalbuminu, aż do ostatecznego produktu trawienia—peptonu. Pośrednie ciała pomiędzy pierwotnym, rodzimym białkiem a peptonem można podzielić na 4 grupy: 1) protoalbumoza; 2) dysalbumoza; 3) deutoalbumoza i 4) heteroalbumoza. Wszystkie te ciała poczynają tworzyć się jednocześnie już na początku trawienia, z tym dodatkiem, że w miarę trwania ostatniego przeważają albumozy więcej do peptonu zbliżone, a sam pepton otrzymuje się w większej ilości. Otrzymać w czystym stanie pośrednie albumozy jest rzeczą nader trudną, Acidalbumin otrzymać jest łatwiej, a to zapomocą ścisłego zubożenia roztworu; inne udaje się w części przynajmniej oddzielić zapomocą dyalizy przy rozmaitej ciepłocie i przy użyciu rozmaitych odczynników. Strącając siarczanem amonu białko i wszelkie odmiany albumoz, w pozostałym przesączu otrzymamy tylko peptony, o czym można się przekonać zapomocą odczynu biuretowego lub zapomocą strącania alkoholem. O ile peptony i bliżej nich stojące albumozy łatwiej się rozpuszczają i łatwiej dyfundują, o tyle posiadają mniejsze własności odżywcze, sam zaś pepton posiada własności trujące dla ustroju. Z pośród więc odżywczych przetworów chemicznych, będących w praktycznym użyciu, te z nich zasługują na poparcie, które posiadają najwięcej pośrednich albumoz, a najmniej peptonu. Ostatniemu warunkowi, zdaniem mówcy, najlepiej odpowiada t. zw. „Somatoza“, gdyż posiada tylko 3% peptonu.

Prof. BRODOWSKI zapytał mówcy, czem wytłomaczyć się da fakt, że pepton, tworzący się przy trawieniu, nie zatrzuwa ustroju ludzkiego.

Kol. FLAUM w odpowiedzi zaznacza, że w błonie śluzowej żołądka z peptonu wytwarza się białko.

Kol. GOLDBAUM, zaznaczywszy, że w doświadczeniach nad trawieniem włókniaka nie udało mu się, po strąceniu białka i albumoz zapomocą siarczanu amonu, otrzymać peptonu, jak również opierając się na fakcie, że w prawidłowym soku żołądkowym peptonu niema, sądzi, że ostatni tworzy się tylko w warunkach patologicznych (sokotok żołądkowy), gdy występują objawy zatrucia ustroju (tęczyzka).

Kol. BĄCZKIEWICZ dodał, że jemu nie udawało się odkryć peptonu, poddając sztuczному trawieniu mleko i posługując się siarczanem amonu do strącenia białka i albumoz. Stąd wnioskuje mówca, że ostatni odczynnik strąca i pepton.

W odpowiedzi na 2 ostatnie przemówienia kol. FLAUM zaznaczył, że robił swe doświadczenia na białku kurzem, z włóknikiem zaś i mlekiem doświadczeń nie dokonywał.

6) Kol. BORYSSOWICZ przedstawił torbiel, wyłuszczonej przez niego przed 2½ laty z prawego więzadła szerokiego. Chora, którą operował mówca, liczyła wtedy 32 lata; zaznaczała, że od 14-go roku życia t. j. od chwili, gdy zaczęła miesiączkować, uczuwała coraz to silniejsze bóle podczas każdego miesiączkowania. Bóle w miarę rozwoju cierpienia promieniowały do ręki i nogi, zjawiały się połowiczne bóle głowy z wymiotami. Miesiączkowanie trwało zazwyczaj 7 do 10 dni, powtarzało się nieregularnie co 20—60 dni. Po zamążpójściu zjawiały się często upławy gryzące, swędzące i palące. Odbyła 2 porody prawidłowe i jedno poronienie w IV m. przed 7 laty. Stosunki małżeńskie były nader bolesne i dlate-

go zmuszoną była zaprzestać tychże od 3 lat. W r. 1893 profesor JASTREBOW dokonał łyżeczkowania błony śluzowej macicy bez dodatniego wpływu na stan jej zdrowia. Badanie, w marcu 1894 r. dokonane przez kol. B., wykazało co następuje. Błona śluzowa warg i pochwy przekrwiona, wrażliwa. Część pochwowa rozdarta do sklepień, wargi maciczne zgrubiałe, twarde, wywinięte. W prawem sklepieniu pochwy wyczuwa się guz twardy o powierzchni nierównej, wżórkowatej, szczególnie w części guza zbliżonej do macicy. Przy badaniu dwuręcznem dało się łatwo określić, że guz ten, wielkości główki noworodka, wypełnia prawą połowę miednicy i sięga na 2 palce poniżej pępka. Guz ten nieruchomy, zostaje w ścisłym związku z macicą, również unieruchomioną. Macica w przodopochyleniu, powiększona; dno jej wyczuwa się poza spojeniem. Guz ów rozpoznął mówca jako włókniak ściany macicy, wypełniający jej prawy więz szeroki. 24. IV. 94 r. dokonał kol. B. operacji. Po przecięciu powłok brzusznych okazał się guz więzadła prawego macicy, o powierzchni gładkiej, połyskującej, zawierającej przezroczysty płyn surowiczny. Od rogu prawego macicy, nazewnątrz po powierzchni górnej guza aż do jego brzegu prawego przebiegał rozciągnięty, spłaszczony jajowód, jakby cienka taśma. Jajnika prawego kol. B. nie zdołał odszukać, lewy zaś był nieco powiększony. Po przecięciu więzadła szerokiego, równoległe do jajowodu, mówcy udało się bez trudności odłuszczyć błonę otrzewny od torbieli, tylko w okolicy dołu DOUGLAS'a i przy boku prawym macicy, gdzie powierzchnia torbieli zdawała się być twardą i guzowatą, kol. B. zmuszony był użyć większej siły. Przy oddzielaniu torbieli po jej pęknięciu wyczuwał kol. B. wewnątrz torbieli, w miejscu, gdzie istniały najsilniejsze zrosty z bokiem macicy, twardą, spłaszczoną guzowatość. Jajnika prawego nie udało się wykryć. Przebieg pooperacyjny dobry; chora wypisała się z zakładu po odbytej miesięczce, która przeszła prawidłowo bez bólów.

Następnie prof. PRZEWOŚKI, powołując się na przedstawione preparaty drobnovidzowe, zaznacza, że rozpatrzenie szczegółowe skrawków z guzowatości, znalezionej w torbieli, przekonywa nas, że tworzył ją jajnik. Na pytanie zaś, skąd mógł się wziąć jajnik w tem miejscu, odpowiada przypuszczeniem, za którem zbytnio nie obstaje, że być może chora w młodych swych latach przechodziła zapalną sprawę w okolicy jajnika. Dzięki temu naokoło jajnika rozwijała się tkanka łączna, a następnie, w późniejszym wieku chorej, utworzyła się torbiel wypełniona płynem surowicznym.

Prof. BRODOWSKI zaznaczył, że widział już dawniej przedstawione tu preparaty i wiele myślał nad wytłumaczeniem sobie zauważonej anomalii. Na przypuszczenie poprzednio wypowiedziane zgodzić się nie może. Biorąc pod uwagę pracę ULRICH'a o znaczeniu t. zw. gruczołów dodatkowych nadnercza, można byłoby przypuścić, że w danym razie był taki dodatkowy gruczoł na jajniku, który dał początek torbieli. Torbiel zaś w miarę swego wzrostu wypychała jajnik między więzy i dlatego ostatni znalazł się tuż przy ścianie macicy. Jeżeli takie przypuszczenie nie jest racjonalne, to pozostaje, zdaniem mówcy, przypuścić, że kol. BORYSSOWICZ miał do czynienia z teratomą, w skład której wszedł twór, wielce podobny do jajnika.

Kol. KRYSIŃSKI, zaznaczywszy, że uprzednio widział preparaty z omawianej guzowatości, sądzi, że obecnie przedstawione są inne skrawki i że zaszła w danym razie pomyłka.

Prof. HOYER, opierając się na widzianym pod drobnovidzem obrazie, sądzi, że rzeczywiście omawiany guz składa się z jajnika niezupełnie uformowanego. Mówca sądzi, że cierpienie u operowanej chorej zaczęło się dosyć wcześnie, gdy

jajnik nie był jeszcze zupełnie sformowany, że zaczęło się ono z *parovarium*. Jeżeli przypuścimy, że z *parovarium* wzięła początek torbiel, to nic dziwnego, że, powiększając się, przemieszczała sąsiadujący z nią jajnik.

Prof. Kosniński sądzi, że mógł być u chorej *parametritis*, następstwem zaś sprawy zapalnej mogło być przyciąganie jajnika do ściany macicy; mogły nastąpić zrosty z więzadłem, a w końcu mogła się wytworzyć torbiel wśród 2-ch listków otrzewny.

KORESPONDENCYA „MEDYCZYNY“.

Frankfurt, 28 września 1896 r.

(Dokończenie.—Zob. N. 45).

Zwiększające się natężenie bodźca może w różnym stopniu zmienić natężenie podrażnienia licznych ogniw w łańcuchu przemiany materii, tak, że ten sam bodziec przy słabem natężeniu może mieć działanie zupełnie inne, a nawet wręcz przeciwne, niż przy silnem natężeniu. Mówca przytacza dla przykładu doświadczenie z amebą. Jeżeli komórkę ameby poddamy działaniu ciepła i będziemy powoli podnosić ciepłotę, wtedy zauważymy, że zaródź komórki się rozszerza i jej nibynóżki wydłużają się, jednym słowem rozszerzanie (*expansion*) przeważa. Wkrótce jednak obraz się zmienia. Wprawdzie rozszerzanie to staje się coraz żywsze, ale i z drugiej strony prąd odwrotny ku ciału ameby się zwiększa. Nastaje chwila, w której zaródź przyplywa ku ciału komórki równie szybko, jak i odpływa w kierunku odwrotnym. Wydłużanie się nibynóżek ustaje. Z coraz wyższem podniesieniem ciepłoty wytwarza się coraz silniejszy prąd w kierunku ciała komórki i nibynóżki coraz więcej się kurczą. Kurczenie się (*contraction*) już przeważa. Teraz okres ten doszedł do największego natężenia, komórka ameby zamieniła się w masę kulistą, znajduje się w stanie stężenia (*Wärmestarre*); życie w niej ustało. Widzimy więc, że przy niskich ciepłotach rozszerzanie przeważa nad kurczeniem, gdy przy wysokich ciepłotach dzieje się wręcz przeciwne, czyli innymi słowy: słaby bodziec i silny bodziec wywierają wręcz przeciwne działanie.

Możnaby z faktu nierównomiernego podrażnienia i porażenia pojedynczych ogniw całego łańcucha przemiany materii wnioskować o wielkiej samodzielności tychże, gdybyśmy skądinąd nie wiedzieli o nadzwyczaj ścisłej zależności, jaka istnieje pomiędzy różnorodnymi sprawami. Jeżeli np. wstrzymamy dopływ tlenu do komórki, wtedy nastąpi zupełne wstrzymanie przemiany materii i śmierć. Każdemu lekarzowi znane są przewlekłe stany chorobowe, które najczęściej występują przy ciężkich sprawach zakaźnych lub przy zatruciach, jak stłuszczenie, zwyrodnienie mączkowe, zwyrodnienie śluzowe i inne. Tu występują w komórkach wątroby, nerki i śledziony produkty (tłuszcz, amyloid) zupełnie obce przemianie materii tych komórek.

Wszystkie te objawy są jednak tylko objawami następczymi długotrwałych podrażnień i porażen pojedynczych ogniw w łańcuchu przemiany materii.

Jeżeli np., jak przy zwyrodnieniu tłuszczowem wskutek alkoholizmu lub zatrucia fosforem, utlenianie komórek jest porażone, wtedy pewne grupy atomów, które zwykle przez utlenianie tworzą się i rozpadają, gromadzą się w ciele komórki, przemiana zaś materii zostaje wykolejoną i prowadzi do obumarcia komórki.

W normalnem życiu komórki ścisły stosunek zależności, istniejący pomiędzy pojedynczymi sprawami przemiany materii, objawia się w tak zwanem przez HE-

RING'a we wewnętrznym samoregulowaniu przemiany materii. Jeżeli na jedno ogniwo tego łańcucha, np. na fazę dysymilacji podziała pewien bodziec, wtedy podrażnienie takie pobudzi i fazę asymilacji. Po ustaniu działania bodźca znika pierwsze podrażnienie, zaś drugie trwa dopóty, dopóki tkanka uległa dysymilacji się nie odnowi. Wtedy mamy znów równowagę w przemianie materii, Mięsień, przez silne podrażnienie zupełnie wyczerpany, bardzo szybko wraca do stanu prawidłowego i odzyskuje poprzednią swą wrażliwość. Przedmiotowo samoregulowanie przemiany materii najlepiej uwidocznia się na oku w powstawaniu powidoków barwnych. Według teorii barw HERING'a, pojmowanie barw jest psychicznym wyrazem przemiany materii, odbywającej się w siatkówce, i to w ten sposób, że każde dwie barwy, dopełniające się, odpowiadają antagonistycznym okresom przemiany materii. Jeżeli przez czas dłuższy przypatrujemy się czerwonemu przedmiotowi i spojrzymy potem na jasno-szara, bezbarwną powierzchnię, wtedy przedmiot okaże się nam jako wyraźny zielony powidok. Powstała przez światło czerwone dysymilacja wywołała asymilację i przez to w polu widzenia wystąpił powidok zielony.

Zjawiska, spostrzegane na oku, które jest znakomitym odczynnikiem na wszelkie bodźce świetlne, a mianowicie powstawanie kontrastów współczesnych, są najlepszym dowodem, że przy istnieniu w jednym miejscu dysymilacji, w pobliżu wzmożona jest asymilacja, — i odwrotnie.

Ze względu na niektóre objawy ze strony systemu nerwowego zwierząt i ludzi, sprawa interferencji działania dwóch bodźców na komórki zasługuje na uwzględnienie. Jakie są skutki jednoczesnego działania dwóch bodźców na komórkę? Ostateczny wynik i tu zależy będzie od rodzaju działających bodźców. Jeżeli działanie obu bodźców będzie drażniące, wtedy ostateczne działanie na przemianę materii równać się będzie sumie tych bodźców; toż samo będzie przy działaniu bodźców paraliżujących. Jeżeli zaś jeden bodziec działać będzie drażniąco, zaś drugi porażająco na te same sprawy, wtedy ostateczny wynik równać się będzie różnicy obu działań. Jeżeli zaś bodźce niejednakowe drażnią ogniwa przemiany materii i wywołują w jednym dysymilację, w drugim asymilację, w jednym skurcz, a w drugim rozszerzenie, wtedy przekonamy się, że chociaż oba bodźce wywołują podrażnienie, to jednak jeden bodziec hamuje lub też znosi wynik drażnienia drugiego bodźca. Jako przykład służyć może działanie prądu galwanicznego na komórkę ameby. Prąd stały działa na komórkę ameby antagonistycznie u obu biegunów: przy anodzie pobudza komórkę do skurczu, przy katodzie zaś do rozszerzania się.

Istniejący objaw podrażnienia może być w dwojaki sposób hamowany, a mianowicie: przez porażenie podrażnionych ogniw przemiany materii lub też przez podrażnienie ogniw antagonistycznych.

Zjawiska, przed niedawnym czasem zupełnie niewyjaśnione i dziwne, jak chemotropizm, heliotropizm i termotropizm, możemy dziś na zasadzie ogólnych wiadomości o działaniu bodźców na komórkę doskonale sobie wytłumaczyć. Jako typ działania bodźców, mówca przytacza doświadczenia z amebą, która pod działaniem ciepłoty staje się dodatnio termotropową, a przy bardzo wysokiej ciepłocie ujemnie termotropową. Toż samo widzimy i u innych komórek i tak samo objaśnić możemy działanie innych bodźców. Wymoczek, który wbrew ciężeni pływa po powierzchni mułu, wodorost, który dąży w kierunku światła słonecznego, bakteria, dążąca do płynu odżywczego, leukocyt, wędrujący w ciele ludzkim do zakażonej rany, — wszystko to zależy od tej samej zasady podrażnienia i porażenia.

Zwracając się do objawów podrażnienia i porażenia w ciele zwierząt i człowieka, mówca przede wszystkim zaznacza zależność wszystkich narządów od systemu nerwowego, wysyłającego na wszystkie strony impulsy podrażnienia i pobudzającego pewne grupy komórek do czynności, inne znów do spokoju; tym sposobem prawie wszystkie objawy życiowe w ciele człowieka są tylko wyrazem bardzo złożonych podrażnień i porażen, odbywających się w komórkach zwojowych, czyli neuronach, podlegają tym samym ogólnym prawidłom podrażnienia i porażenia, którym podlegają komórki w ogóle.

Im lepiej poznamy ogólne prawidła życia komórek, tem łatwiej zrozumiemy przejawy, odbywające się w systemie nerwowym. Ogromne postępy drobnowidzowej anatomii systemu nerwowego, które zawdzięczamy pracom GOLGI'go, KOELLIKER'a, RAMON y CAJAL'a, WALDEYER'a i innych, ułatwiły nam i badania fizyologiczne.

Niektóre objawy, jak np. zwykły odruch, możemy sobie łatwo wytłomaczyć objawami, odbywającymi się w systemie nerwowym. Wogóle sprawy, objawiające się nazewnątrz czynnością, są cokolwiek lepiej zbadane, zaś objawy hamujące (*Hemmungerscheinungen*) należą do najciemniejszych w całej fizyologii. Już najprostszy objaw, jak dowolne przerwanie ruchu, np. opuszczenie podniesionego ramienia, nadzwyczaj trudny jest do objaśnienia. Trudność pojmowania objawów hamujących wynika stąd, że zwykle mieszamy pojęcie porażenia z pojęciem hamującym; a jednak, jak to już wykazano, niekoniecznie wynik hamujący zależy od porażenia, lecz może być wynikiem podrażnienia spraw przeciwdziałających sprawom istniejącym. Wstrzymanie ruchu mięśniowego przez ruchowy neuron może zatem być następstwem dwóch różnych czynności. Ogólnie przyjmujemy, że skurcz mięśnia powstaje przez dysymilacyjne podrażnienie ruchowych neuronów. Rozszerzenie (*expansion*) może w dwojaki sposób występować w neuronie: albo jako porażenie neuronu, albo jako asymilacyjne podrażnienie; odnośnie samego mięśnia wynik będzie jednakowy. Mówca sądzi, że fakt ten, t. j. iż wynik podrażnienia może być zniesiony przez podrażnienie antagonistycznie działających spraw przemiany materii, ma w życiu neuronów ogromnie ważne znaczenie i może stanowić nadzwyczaj ważny moment dla objaśnienia wielu zjawisk odbywających się w systemie nerwowym.

W końcu mówca dotknął sprawy hipnotyzmu u zwierząt i u ludzi. W stanie hipnotycznym brak impulsów woli, czyli, wyrażając się fizyologicznie, ruchowych impulsów, idących od kory mózgowej. Prócz tego istnieją objawy, na które dotąd niedostatecznie zwrócono uwagę, a mianowicie dość silne skurcze toniczne prawie wszystkich mięśni ciała. Szkoła w Nancy utrzymuje, że kontraktury w hipnozie powstają tylko przez suggestyę, a zatem przez pośrednictwo kory mózgowej. Mówca u kur usunął doszczętnie obie półkule mózgu i okazało się, że sławne „*experimentum mirabile*“ tak samo się dobrze udawało, a nawet może lepiej, gdyż przeciętnie zwierzęta dłużej zachowywały przymusowe położenie. Toniczne kurcze mięśni również dokładnie wystąpiły.

Przenosząc wyniki, otrzymane na zwierzętach, na ludzi, należy kwestyę powstawania kontraktur przy hipnozie rozstrzygnąć w ten sposób, iż mogą one występować i bez udziału kory mózgowej, a więc zgodnie ze zdaniem HEIDENHAIN'a i CHARCOT'a. Ponieważ w stanie hipnotycznym nie można myśleć o porażeniu mózgu, przeto należy przyjąć, iż wstrzymana czynność mózgu polega na podrażnieniu antagonistycznych t. j. asymilacyjnych spraw przemiany materii w jego neuronach. Niejakie światło na sprawę tę mógłby rzucić znany fakt, a mianowicie: że silne

podrażnienie pewnego punktu centralnego systemu nerwowego może w danym razie w pewnych sąsiednich okolicach wywołać wynik hamujący. A zatem dysymilacyjne podrażnienie pewnych neuronów mózgu lub rdzenia wywołuje w sąsiednich neuronach przez asymilacyjne działanie kontrastu wpływ hamujący.

Na tej samej zasadzie mówca tłumaczy sobie powstawanie normalnego snu i twierdzi, że zawsze przeważa w nim asymilacja w neuronach, gdyż po przebudzeniu centralny system nerwowy znów jest zdolny do nowej czynności.

D-r Guranowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Ujemną stroną odbarwiania bakterii według GRAM'a jest to, że sposób ten, jako złożony, wymaga wielkiej wprawy; preparat musi przebywać przez ściśle oznaczony czas w roztworze fioletu, eozyny i w płynie GRAM'a, w przeciwnym bowiem razie zbyt szybko się odbarwia. MERIEUX przygotowuje mieszaninę dwóch części nasyconego wodnego roztworu eozyny z jedną częścią płynu GRAM'a i używa jej dopiero po upływie 24-ch godzin; preparat zanurza się na pół minuty w roztworze fioletu gencyanowego i karbolowego NICOLLE'a, poczem na minutę w wyżej opisanej mieszaninie, następnie osusza się bibułą i odbarwia w alkoholu, póki nawet ślady zabarwienia fioletowego nie zostaną usunięte. Dzięki trwałemu związkowi, jaki tworzy eozyna z jodem, można odbarwiać preparat nawet przez czas dłuższy bez obawy, by zabarwienie eozyną znikło. (Lyon médical N. 33. 1896).

= MUSMECI zaleca w przypadkach otrucia strychniną przemycanie żołądka odwarem *eucalypti globuli*. Odwar, dodany do roztworu soli strychniny, tworzy osad, przyczem znika smak gorzki strychniny; doświadczenia nad zwierzętami wykazały, że *eucalyptus* jest rzeczywiście odtrutką strychniny. (Sem. med. N. 44. 96).

= EMANUEL opisuje przypadek jednoczesnego raka i mięsaka macicy, przyczem nowotwory rozwinęły się zupełnie oddzielnie i nigdzie na błonie śluzowej procesu mieszanego nie dostrzeżono. Jest to trzeci znany w literaturze przypadek; pierwsze dwa podali RABL - BUCHHARDT i NIEBERGALL. (Zeitschrift f. Geburtsh. u Gynäk. 34. H. 1).

= Zalecany przez WOLFF'a w 1894 r. jodek rubidu w zastępstwie jodku

potasu był stosowany przez autora, LEISTIKOW'a i MERING'a z bardzo dobrym wynikiem. NEUMANN twierdzi, że należy środek ten przekładać nad jodek potasu, gdyż nie posiada on własności trujących, nie działa szkodliwie na trawienie, a w działaniu swoistem przewyższa znacznie jodek potasu. (Allg. Med. Centr. Zeit. N. 62. 96).

= GAMULIN jest zdania PINARD'a, że kobiety dotknięte białkoczemem mogą karmić swoje dzieci, zachowując mleczną dyetę. Autor spostrzegł 158 podobnych przypadków w klinice BEAUDELOCQUE'a i przekonał się, że karmienie bynajmniej nie jest szkodliwe dla matki, dzieci zaś przybierają na wadze w tym samym stosunku, co i karmione przez matki zdrowe. (Revue int. de Chir. 21. VIII. 96).

= TEISSIER przedstawił w Tow. Lek. ługduńskim chorą wyleczoną z puchliny brzusznej, spowodowanej marskością wątroby na tle alkoholizmu, zapomocą wstrzykiwania wewnątrz jamy otrzewnej tlenu podług metody POTAIN'a. Ilość wstrzykniętego tlenu wynosiła półtora litra; płyn znikł z jamy brzusznej już po upływie pięciu dni. Zabieg ten jest bezbolesny i zupełnie bezpieczny. (Séance 29. VI. 96).

= Eukazyna (związek kazeiny z amoniakiem) ma być podług zdania COHN'a bardzo dobrym środkiem odżywczym. C. stosował ją u znacznej liczby chorych i zawsze widział poprawę odżywiania oraz zwiększenie wagi ciała. Żadnych zaburzeń żołądkowych eukazyna nie wywołuje; chorzy spożywają ją chętnie. Najlepszym preparatem jest czekolada eukazynowa (Hartwig et Vogel w Dreźnie), zawierająca 20% eukazyny; podaje się ją chorym w mleku. (Ctbl.f. inn. Med. N. 28. 96).

= JACCOUD nie przyznaje słuszności mniemaniu PETER'a, że kobiety, dotknięte chorobą serca, nie powinny wychodzić za mąż. Odnosić się to winno jedynie do osób, które miewają krwotoki i duszność, gdyż ciąża, zwiększając pracę serca, może być powodem wzmożenia się tych przypadłości. Lecz nawet w tym przypadku, jeżeli objawy te znikają niezwłocznie pod wpływem leczenia, jeżeli położenie społeczne chorej umożliwia jej przestrzeganie wymagań higieny, można zezwolić na zamażpójście, zalecając jej czuwanie nad stanem serca, zaniechanie w przypadku zajścia w ciążę wszelkiej pracy fizycznej, oraz spożywanie w czasie ciąży dwóch kwart mleka dziennie. Ostatni warunek jest

ogromnej wagi, mleko bowiem, zwiększając dyurezę, jest nader ważnym czynnikiem pomocniczym krążenia, zapobiega w dodatku białkomoczowi, wskutek czego autor uważa za słuszną zalecać mleko wogóle kobietom podczas ciąży w celu zapobiegawczym. (Sem. médic. N. 45. 96).

= DANIEL zauważył u chorej, której głowa była wystawiona w przeciągu godzin na działanie promieni X, zupełne wypadanie włosów w miejscu działania promieni; skóra była zupełnie zdrowa, bez jakichkolwiek obrażeń. Być może, że ten sposób zastąpi stosowaną dotychczas w celu epilacji elektrolizę. (Med. Record. 25. IV. 96).

Wiadomości bieżące.

— W dniu 18-ym grudnia r. b. ma się odbyć poświęcenie pomnika, postawionego w Briey d-rowi MAILLOT, który zaznajomił lekarzy ze stosowaniem chininy w gorączce bagiennej.

— W Rosyi przecięciowo na 6000 mieszkańców przypada jeden lekarz, kiedy tymczasem w Niemczech jeden na 3000 mieszkańców, we Francyi jeden na 1800, a w Anglii jeden na 1600. Rozmieszczenie lekarzy w rozmaitych guberniach jest nadzwyczaj niejednakowe. W stolicach oraz w niektórych mia-

stach gubernialnych przypada jeden lekarz na 270 mieszkańców, gdy w innych miejscowościach jeden lekarz przypada na 9000 lub 12000 mieszkańców. Gubernia Archangielska z ludnością, wynoszącą 373,000 mieszkańców, ma 14 lekarzy.

— Epidemia, która wybuchła w Bombay'u, okazała się w samej rzeczy dżumą. Dotychczas zachorowało niewiele osób, ale śmiertelność jest bardzo wielka. Rząd zawezwał CHAWKIN'a, polecając mu dokonywanie odpowiednich szczepień.

— **Zmarli.** 3 b. m. zmarł d-r Jerzy LEVIN, profesor dermatologii i syfilografii wszechnicy berlińskiej. Urodził się w Sondershausen w r. 1820. W roku 1845 uzyskał stopień doktora medycyny. W 1860 r. rozpoczął wykłady jako docent, w 1868 roku został profesorem nadzwyczajnym, a w rok potem profesorem zwyczajnym wszechnicy berlińskiej. Brał zawsze żywy udział w życiu naukowym. Jeden z pierwszych, który ocenił doniosłość laryngoskopii; pierwszy podniósł zastrzykiwania podskórne soli rtęciowych do znaczenia metody leczniczej; propagował też metodę BACELLI'ego wstrzykiwań do żył. Opisał przypadki *diabetes insipidus*, ostrego zaniku wątroby, zmian w *nervus hypoglossus*, *myositis diffusa*, *osteocondritis*, powstałych na tle przymiotu. Zaprzeczał istnieniu *syphilis papulosa laryngis*. Nie uznawał związku między *leukoderma* i przymiotem. Przyczynił się wiele do poznania przymiotu kości, a szczególnie jąder, gruczołu krokowego i torebek nasiennych. Długo nie uznawał zakaźnej natury *erythema multiforme* na zasadzie przypadku, w którym udało mu się je wywołać przez drażnienie cewki moczowej. Niejednokrotnie zabierał głos w sprawach: *sycosis parasitaria*, *purpura rheumatica*, *morbus Addisoni*, miejscowej *argyrii*. Dopiero ostatnie, późne lata, coraz więcej zmuszały go do wypoczynku. Zmarł w 77-ym roku życia.