

MEDYCyna.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** O polipie krwawiącym przegrody nosowej, podał d-r L. Lubliner. Przyczynę do patologii padaczki połowicznej, skreślił d-r Władysław S—Zawadzki. (Dokończenie). — **Streszczenia zbiorowe.** Istota i leczenie błednicy, krytycznie opracował D-r Stanisław Klejn. (Dalszy ciąg). — **Streszczenia i Wyciągi.** 3. O wycięciu mięśnia schyłacza głowy w przypadkach szyi skośnej, od zmian mięśniowych zależnej, oraz uwagi co do patologii tego cierpienia. 4. O samoistnem zwichnięciu soczewki. 5. O znaczeniu żółtaczki występującej po użyciu wyciągu eterowego paproci. 6. Odtłuszczenie ustroju pod wpływem wewnętrznego stosowania gruczołu tarczowego. 7. Doświadczenia nad wpływem przysnizu. 8. Leczenie parchu zapomocą ciepła. — **Odcinek.** W sprawie ukończenia asenizacji Warszawy. W sprawie leczenia błednicy surowicą swoistą. -- **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.
Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Lubliner — Sur les polypes saignants de la cloison des fosses nasales. 2) D-r W. Zawadzki — Contribution à la pathologie de l'hémipilepsie.
Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.
Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Lubliner — Der blutende Polyp der Nasenseidewand. 2) D-r W. Zawadzki — Zur Pathologie der Hemi-epilepsie.
Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str., 5.

O polipie krwawiącym przegrody nosowej,

podał d-r L. Lubliner,

b. asystent oddziału laryngologicznego w szpitalu Ś-go Rocha w Warszawie.

Na cierpienie to, rzadko zdarzające się, zwrócił uwagę przed niedawnym czasem G. LANGE (1). W roku zeszłym, na jednym z posiedzeń berlińskiego towarzystwa laryngologicznego, O. SCHADEWALDT (2) odczytał swą pracę w tym samym przedmiocie. Od tego czasu i inni rynologowie ogłosili swoje spostrzeżenia, tak, że ogólna ilość spostrzeżeń wynosi około 25.

Nowotwór ten zazwyczaj wyrasta w dolnej części przegrody nosa, w miejscu zwanem *locus Kieselbach* lub też nieopodal tegoż. Postaci i wielkości bywa rozmaitej, nieraz dochodzi do takiej wielkości, że zatyka szczelnie otwór nosowy. Podstawa jego i miejsce przyczepu również różnie się przedstawia; najczęściej siedzi na szypule, a nieraz całą podstawą swą przyrośnięty jest do przegrody. Koloru jest on ciemno-czerwonego lub brunatnego, powierzchnia jego zwykle gładka, rzadko pokryta jest brodawkowatemi wyrostkami; czasem na niej widać nadżarcia, zależne od mechanicznych uszkodzeń.

Cechą charakterystyczną tego nowotworu są częste i obfite krwawienia, występujące po nieznacznym nawet urazie. Krwotoki z nosa najczęściej mają za punkt wyjścia przednią część przegrody, skąd i nowotwory w mowie będące wyrastają. Jest przeto rzeczą ważną w każdym przypadku krwawienia z nosa przedewszystkiem dokładnie obejrzeć część chrzęstną przegrody.

A. ALEXANDER (3) w jednym tylko przypadku nie widział krwawienia i dlatego nie uważa tego objawu za stały. Jest on zdania, że tylko badanie

drobnowidzowe wyświetlić nam może, z czem mamy do czynienia. Z wyglądu, barwy, umiejscowienia i objawów odrazu rzecz można, że jest to odrębny typ polipa nosowego, i słusznie powiada SCHADEWALDT, że kto raz widział tego rodzaju twór, na drugi raz wahać się nie będzie w rozpoznaniu cierpienia.

W sprawie powstawania tego nowotworu poglądy są różne. SCHADEWALDT przypuszcza, że uraz, jakoto drapanie palcem i częste oczyszczanie forsowne nosa, może tu odgrywać pewną rolę. Ze względu na umiejscowienie cierpienia — dolna przednia część przegrody — przyczyna taka byłaby może najracjonalniejsza; lecz czem sobie wytłomaczyć fakt, że polip ten tak rzadko się spotyka, gdy ludzi, mających ten zwyczaj, jest mnóstwo. Muszą zatem i inne momenty etyologiczne odgrywać tu pewną rolę. SCHADEWALDT wspomina też opisane przez B. FRÄNKEL'a krwawienia z nosa, zastępujące miesiączkę, i przypuszcza, że istnieć może pewien związek między tą ostatnią, a powstawaniem nowotworu.

W rzeczy samej, u dzieci nie spostrzegano ani razu tego cierpienia, a w znacznej większości przypadków widziano je u kobiet w okresie od lat 11-tu do 50-u, t. j. w okresie życia płciowego. RÉTHI (4) mniema, że guzy te również, jak przerosty polipowe w innych miejscach błony śluzowej, z awdzięczają powstawanie swe sprawom niezbytowym przewlekłym i że nie należy wyodrębniać tych nowotworów ani na zasadzie etyologii, ani na zasadzie obrazów drobnowidzowych.

Ze zdaniem RÉTHI'ego trudno zgodzić się, ponieważ w opisanych dotąd przypadkach kazuistycznych żaden autor nie zaznacza, żeby chorzy cierpieli przed powstaniem nowotworu na przewlekły katar nosa, a sprawa występowała zazwyczaj prawie nagle, bez poprzednich jakichkolwiek dolegliwości. I w moim przypadku uprzedniego istnienia jakiejś sprawy niezytowej w jamach nosowych nie byłem w stanie wykryć.

Polipy krwawiące przegrody nosowej widziałem dwukrotnie. Jeden przypadek spostrzegłem za czasów mojej asystentury w ambulatoryum domowem d-ra HERYNGA; dotyczył on 14-letniej dziewczynki, u której nowotwór był usadowiony z lewej strony przegrody i po pewnym czasie powrócił.

Drugi przypadek spostrzegłem w sierpniu 1892 roku. Dotyczył on pani R. J., 28-letniej mężatki. Chora, szczupłej budowy, blada, anemiczna, skarżyła się na częste i obfite krwotoki, nie dające się łatwo zatamować. Krwotoki te pacjentka zauważyła dopiero od 2-ch miesięcy, przedtem na nos nie chorowała, kataru nosa bardzo rzadko miewała. Przy badaniu jam nosowych znalazłem guz, wyrastający z dolnej części przegrody nosa tuż po za przegrodą skórną (*septum cutaneum*), lecz już na części chrzęstnej (*septum cartilagosum*) ze strony lewej. Guz ten, wielkości grochu polnego, ciemno-czerwonej barwy, dość miękkiej konsystencji, o powierzchni gładkiej, można było przesuwac. Przymocowany był do wyżej wspomnianego miejsca zapomocą szypuły krótkiej, a dość grubej. Przy dotykaniu zgłębnikiem nieco krwawił. W jamach nosowych i w gardzieli zmian żadnych nie wykryliśmy.

Guz ten, w obecności kolegów DOBROWOLSKIEGO i REWIDZOWA, usunąłem zapomocą pętli galwanokaustycznej, założonej na szypułę nowotworu, przyczem krwawienia nie było żadnego. W tydzień zaledwie po dokonanej operacji rana zagoiła się pod strupem, po odpadnięciu którego widać było powierzchnię gładką, zabliźnioną. Krwawienia z nosa ustały.

Po upływie 10-ciu miesięcy chora zgłosiła się do mnie ponownie, skarżąc się, że kilkakrotnie ostatnimi czasy miała krwotoki z nosa. Opowia-

dała mi, że w miejscu, gdzie była dokonana operacya, często uczuwała drażnienie i zasychanie tak, że bojąc się wywołać krwawienie, posiłkowała się chustką do oczyszczania tego miejsca. Przy badaniu, po usunięciu watą wilgotną skrzepów krwi i po przemyciu jam nosowych, znalazłem nieco głębiej po za pierwotnem siedliskiem nowotworu guziczek wielkości ziarnka pieprzu, z którego miało miejsce krwawienie. Po usunięciu guziczka miejsce przyczepu przypaliłem zapomocą kwasu karbolowego, natopionego na zgłębnik srebrny. Po tym rękoźnynie chora wkrótce wyzdrowiała, a krwawienie więcej nie powtarzało się.

Drobnowidzowo guzik zdjęty przedstawiał się jako włókniak, bogato unaczyniony (*fibroma telangiectodes*). Warstwa nabłonka płaskiego nie zmieniona, tuż pod nabłonkiem nieznaczne nacieczenie drobnokomórkowe. Podścielisko guza składa się z włóknistej tkanki łącznej, obfitującej w naczynia krwionośne, przeważnie włosowate (kapilary). Gruczołów w guzie tym nie znaleziono.

Polipy krwawiące przegrody nosa nie należą do nowotworów złośliwych. Po największej części są to włókniaki bogato unaczynione, skąd też pochodzi u nich taka łatwość do krwotoków, które nieraz mogą prowadzić za sobą poważne następstwa.

Na wroty cierpienia zdarzać się mogą. HEYMANN(5) widział w jednym przypadku nawrót już po 4-ch miesiącach, SCHEYER(6) — już po jednym tygodniu w przypadku chłoniaka unaczynionego (*lymphangioma telangiectodes*), NATIER(7) widział nawrót po kilku tygodniach, ja widziałem nawrót cierpienia po upływie 10-u miesięcy. W ten sposób ze wszystkich znanych mi przypadków nawrót wystąpił tylko u pięciu chorych.

Co do płci chorych, jakęśmy to wyżej zaznaczyli, cierpienie to zdarza się przeważnie u kobiet. U mężczyzn spostrzegali polipy krwawiące przegrody nosa: A. ALEXANDER (jeden przypadek), M. SCHEYER (2 przypadki) i FLATAU(8) (2 przypadki). Victor LANGE, O. SCHADEWALDT, P. HEYMANN, ONODI(9), FRÆNKEL(10), RÉTHI i ja widzieliśmy cierpienie to tylko u kobiet.

Co do siedliska guzów tych, ciekawy jest ten fakt, że w przeważnej liczbie przypadków nowotwór usadowiony był z lewej strony przegrody nosowej. Tylko w jednym przypadku SCHADEWALDT'a, dwóch — SCHEYER'a i w trzech — HEYMANN'a guz wyrastał z prawej strony.

Etyologia tego cierpienia jest niejasna, jak wogóle etyologia nowotworów. Zaburzenia w krwiobiegu (u kobiet — *menstruatio vicaria*) i mechaniczne drażnienie dostępnej dla palców części przegrody nosowej przy istnieniem usposobieniu tkanek do nowotworzenia, być może, mają wpływ na rozwój tego cierpienia.

Po zestawieniu powyższych danych przyjąć możemy, że polip krwawiący przegrody nosa jest to nowotwór typu włókniaka unaczynionego, który ze względu na miejsce, gdzie zwykle się rozwija, i na towarzyszące mu objawy kliniczne zasługuje na wyodrębnienie goodinnych spraw nowotworowych, zachodzących w jamach nosowych. Początek cierpienia prawie nagły i przebieg w niczem nie podobny do przebiegu spraw przerostowych w innych miejscach błony śluzowej nosa również za tem przemawia.

Leczenie polegać powinno na szybkim i dokładnem usunięciu nowotworu zapomocą galwanokaustyki i doszczętnem wypaleniu miejsca przyczepu celem uniknięcia nawrotów.

LITERATURA.

1) V. LANGE. Ueber einen seltenen Fall von Septumpolypen mit einigen klinischen Bemerkungen. Wiener med. Presse, 1892 r. № 52. 2) O. SCHADEWALDT. Sprawozdanie z odczytu w Centr. f. Laryng. t. X, str. 430. Der blutende Polyp der Nasenscheidewand. Arch. f. Laryngologie u. Rhynologie, T. I, str. 259—264. 3) A. ALEXANDER. Bemerkungen zur Anatomie des „blutenden Septumpolypen“. Arch. f. Laryng. u. Rhin. T. I, str. 265—268. 4) L. RÉTHI. „Blutender Polyp“ der Nasenscheidewand. Wiener med. Presse № 46. 1894. 5) P. HEYMANN. Zur Lehre von den blutenden Geschwülsten der Nasenscheidewand. Arch. f. Lar. u. Rhin. T. I, str. 273—275. 6) M. SCHEYER. Beitrag zu den blutenden Polypen der Nasenscheidewand. Arch. f. Lar. u. Rhin. T. I, str. 269—272. 7) NATIER. Soc. méd. du VI arrondissement. Paris, 1893. 27 marca (cytowany u RÉTHI'ego). 8), 9), 10) FLATAU, ONODI, FRAENKEL zabierali głos w dyskusyi na posiedzeniu tow. ler. berl. z dnia 14. VII. 1893.

PRZYCZYNEK DO PATOLOGII PADACZKI POŁOWICZNEJ,

skreślił d-r Władysław S—Zawadzki,

b. Ordynator Kliniki Terapeutycznej Uniwersytetu Warszawskiego.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 2).

Zanim przystąpimy do wypowiedzenia kilku słów o danym przypadku, zwrócimy uwagę na następujący przypadek, który spostrzegaliśmy w klinice jednocześnie z poprzednim.

Pod koniec pobytu W. w klinice, wstąpiła do tegoż oddziału Z. M., panna 19-letnia, szwaczka, która, oprócz całego szeregu niewątpliwych objawów histerycznych, cierpiała na uporczywe wymioty, występujące po przyjęciu nawet najmniejszej ilości pokarmu lub napoju. Z wywiadów stwierdzono, że chora od dzieciństwa odznaczała się nadmierną wrażliwością, często miewała silne bóle głowy i napady płaczu lub śmiechu spazmatycznego, napadów drgawek jednak, ani jakichkolwiek zaburzeń ruchowych nie spostrzegano nigdy. Chora owa leżała na łóżku sąsiadującym z łóżkiem chorej W. ze strony lewej, tak, że wciąż zmuszona była patrzeć na drgającą rękę i nogę prawą chorej W. W początku pobytu swego M. nie upatrywała nic wspólnego pomiędzy swoim stanem i stanem chorej W., co do której wiedziała, iż choroba jej jest bardzo ciężka. Dopiero, kiedy u chorej W. zjawily się po raz pierwszy wymioty (patrz wyżej) uporczywe i odtąd nie opuszczały jej, chora M. zaczęła zdradzać niepokój i oświadczyła mi, że choroba jej musi być tak samo ciężka, jak choroba W.,—przyczem widoczne było, że z pewnym niepokojem przenosiła wciąż spojrzenie z chorej ręki W. na swą lewą rękę, jako bliżej znajdującą się chorej W. Na razie nie zwróciłem uwagi należytej na ową bojaźń, zwykłą u histeryczek. Atoli na drugi dzień znalazłem chorą M. mocno wzburzoną i wystraszoną i ku wielkiemu zdziwieniu spostrzegłem, że ręka jej lewa i noga wykonywają ruchy mimowolne, nieregularne — zupełnie podobne do tych, jakie widzieliśmy u chorej W. w prawej połowie ciała. Chora opowiada, że prawie całą noc nie spała, patrząc na cierpienie swej sąsiadki, nad ranem usnęła, miała jakieś straszne sny i obudziła się z drgawkami ręki i nogi lewej. Przytem skarży się na ból głowy; na zapytanie, czy cała głowa bo!

ją jednakowo, odpowiada po pewnym namyśle, że ból czuje z lewej strony (wielokrotnie słyszała zapytania dawane chorej W. i odpowiedzi tejsze). Na bóle w rękę i w nodze nie skarży się.

Badanie wykazało: drgawki występują głównie w lewej ręce, w nodze nieco słabiej, w mięśniach brzucha drgań nie widać. Przy ruchach czynnych drgawki zmniejszają się. Siła ręki lewej nieco mniejsza, niż prawej. Chodzi chora z trudnością, przyczem noga lewa jest nieco zeszytywniała. Ruchy bierne możliwe wszystkie, swobodne i podczas wykonywania tychże drgania wzmagają się. Czucie skórne na dotyk i ból w kończynie lewej górnej bardzo wyraźnie zmniejszone, odruchy ścięgniste na całej lewej połowie słabsze, niż na prawej. Podczas snu drgania ustają. Gdy chora zwraca uwagę na swą rękę, drgania wzmagają się; jeżeli uwaga jej odwrócona na inny przedmiot, słabną znacznie. W mięśniach oka zmian żadnych. Wymioty, które dotychczas tak męczyły chorą, zmniejszyły się znacznie. Podniesienia ciepłoty nie było. Pozostawiono chorą bez żadnego leczenia dla dalszej obserwacji. Na drugi dzień wymioty tylko raz wystąpiły po obiedzie i to w słabym stopniu. Drgania trwają wciąż z chwilowymi pogorszeniami lub przerwami. Chora jest strwożona i prosi, żeby ją wypisać ze szpitala, dowodząc, że woli umrzeć w domu. Wtedy dla uspokojenia postanowiłem wyperswadować chorej, że cierpienie jej jest chwilowe, że jest wynikiem tylko ciągłego przypatrywania się chorej W., że nie ma nic wspólnego z cierpieniem chorej W., i zwróciłem uwagę jej na ważne różnice pomiędzy objawami ich chorób; szczególnie fakt, że drgawki wystąpiły u M. z lewej strony, jakkolwiek ból głowy jakoby miała doświadczać również z lewej strony, zastanowił chorą bardzo i zachwiał jej obawy. Gdy po godzinie odwiedziłem chorą, prosiła mnie usilnie o wypisanie jej z kliniki, mówiąc, iż obawia się, ażeby nie zaraziła się jaką nową chorobą. Życzeniu chorej uczyniłem zadość.

W kilka dni potem, a następnie w kilka tygodni i miesięcy, widziałem chorą i dowiedziałem się, że drgania znikły podczas formalności wypisywania się ze szpitala i przejazdu do domu; w domu jakoby wieczorem przed snem miały się zjawić w słabym stopniu. Następnego dnia jednak nie wystąpiły więcej. Żadnego następczego osłabienia ani ręki ani nogi stwierdzić nie mogłem. Czucie powróciło zupełnie, aczkolwiek inne objawy histeryczne, a między tymi i wymioty trwały dalej, chociaż te ostatnie w znacznie słabszym stopniu.

Zastanawiając się bliżej nad pierwszym z opisanych przypadków, przyjdziemy do wniosku, że w przebiegu cierpienia chorej W. należy odróżnić trzy okresy: 1) Okres pierwszy od 12 do 25 roku życia, w którym to czasie notowano 4 napady drgawek z utratą przytomności w odstępach czasu dość znacznych, a mianowicie: 4, 3, 6 lat. Jakkolwiek o napadach tych wiemy tylko z opowiadania chorej, jednakże opowiadanie to jest na tyle dokładne, że charakter cierpienia tego z niejakiem prawdopodobieństwem określić możemy. Mogliśmy w danym przypadku mieć do czynienia z przejawem histeryi lub też z napadami padaczki zwykłej. Pierwsze przypuszczenie zdaje się mieć wiele cech prawdopodobieństwa, jeżeli zwrócimy uwagę na wielką nerwowość chorej, na pojawienie się napadów jednocześnie z dojrzałością płciową i t. d. Z drugiej zaś strony zupełny brak jakichkolwiek objawów natury histerycznej przy badaniu chorej w klinice, jak również rzadkość napadów (4 razy w przeciągu 13 lat) i brak innych objawów nerwowych w przestankach pomiędzy napadami upoważniają nas do przyjęcia w danym razie raczej padaczki zwykłej (*epilepsia genuina*). W okresie tym chora przy każdym wzburzeniu natu-

ry fizycznej lub moralnej, zmieniającem warunki krążenia krwi w ustroju wogóle, a w mózgu w szczególności, doznawała silnego bólu głowy, stale ze strony lewej, co wskazywać się zdawało na jakąś istniejącą tamże przeszkodę w krwiobieg wewnątrzczaszkowym. 2) Okres drugi, trwający 5 i pół miesiąca, od zemdlenia w ostatnim okresie połogowym do pojawienia się ogólnych objawów ucisku mózgu. W okresie tym pojawiło się 12 napadów drgawek połowicznych prawostronnych, bez utraty przytomności, którym stale towarzyszył silny ból głowy strony lewej. Napady te zupełnie różniły się od napadów okresu pierwszego. Pominąwszy już charakter drgawek, widzieliśmy, że napady tu były długotrwałe (niekiedy trwały cały tydzień) i nigdy nie towarzyszyła im utrata przytomności. Po każdym napadzie pozostawał wciąż zwiększający się niedowład kończyny dolnej. Mieliśmy więc typową formę padaczki połowicznej t. zw. korowej (JACKSON'a), zależnej od drażnienia i stopniowego zaniku odnośnego ośrodka w pasie ruchowym kory mózgowej, wskutek rozwijającego się tamże nowotworu. W tym okresie na wyróżnienie zasługuje silny ból stały pochodzenia mózgowego w kończynie dolnej prawej i prawej dolnej części brzucha, który nie jest objawem stałym padaczki połowicznej i nie znalazł wyjaśnienia na stole sekcyjnym. Niemniej zasługuje na zaznaczenie fakt, że pomimo stałej przyczyny cierpienia (guz) napady i pogorszenia występowały zwykle po jakichś ubocznych przyczynach, zmieniających warunki krwiobiegu: kąpiel ciepła, wzruszenie moralne i t. p. 3) Okres trzeci wreszcie, obejmujący dwa tygodnie czasu i zakończony śmiercią, w którym to okresie na pierwszy plan wystąpiły objawy obrzęku mózgu i zwiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Zauważyć należy, że pomimo ścisłego związku nowotworu z oponami mózgowymi i zrostów na znacznej przestrzeni, wymioty zjawily się dopiero w okresie trzecim t. j. na krótko przed śmiercią, jako jeden z objawów nadmiernego wewnątrzczaszkowego ciśnienia.

Przez cały przeciąg trwania cierpienia jeden tylko objaw był stałym t. j. ból w lewej połowie głowy, który każe nam przypuszczać, że i podstawa anatomo-patologiczna zaburzeń nerwowych -- guz -- istniała już od początku choroby. Prawdopodobnie, co zdaje się potwierdzać rozbiór drobnowidzowy, guz w początku był natury dobrotliwej i rósł bardzo powolnie, wywołując ból głowy miejscowy, a przy szczególnych warunkach, naruszających równowagę krwiobiegu, napady ogólnej padaczki. W czasie ostatniego połogu guz nabrał cech złośliwych (*sarcoma*) i zaczął rość szybko, wywołując z jednej strony objawy miejscowego podrażnienia mózgu pod postacią padaczki połowicznej i zaniku pod postacią niedowładu. Wreszcie, kiedy guz osiągnął rozmiarów, znoszących możność prawidłowego krążenia krwi w pozostałych częściach mózgu, zjawily się objawy ogólne, zaburzenia mowy, brak przytomności, wymioty i t. d. Wyraźne drgawki przed śmiercią w lewej kończynie dolnej były wynikiem ucisku *lobuli paracentralis dextrae* przez sąsiadujący z nim guz, wobec ogólnego obrzęku mózgu. Widzimy więc, że w danym przypadku padaczka połowiczna była tylko jednym z wielu objawów nerwowych, towarzyszących guzowi mózgu, i należy się zgodzić ze zdaniem RYCHLIŃSKIEGO (Gaz. lek. N. 35 r. 1894), że padaczka JACKSON'owska nie może być uważana za określoną i samodzielną chorobę, lecz raczej za objaw kliniczny; a to tembardziej, jeżeli zwrócimy uwagę, że drgawki miejscowe występować mogą nie tylko wskutek zmian patologicznych w korze mózgowej, lecz również w innych częściach mózgu, a nawet bez zmian widocznych, jako objaw czynnościowy. W tym

kierunku zasługuje na kilka słów rozbioru przypadek drugi, wyżej opisany. Mamy tu do czynienia ze zjawiskiem naśladownictwa historycznego, pod postacią padaczki połowicznej. W danym przypadku nie widzimy tej prawidłowości w rozwoju drgawek, zależnej od anatomicznego położenia ośrodków ruchowych w mózgu, jaką widzimy przy sprawach patologicznych umiejscowionych. Drgawki wystąpiły jednocześnie w nodze i rękę, pozostawiając nienaruszonymi mięśnie tułowia. (O istnieniu drgawek w pokrywach brzusznych u chorej W. chora nie wiedziała wcale). Jakkolwiek podczas napadu drgawek chore kończyny były słabsze od zdrowych (wskutek braku należytego bodźca nerwowego), jednakże po skończonym napadzie, ani później nie pozostało niedowład. Ciekawem jest zjawisko ustąpienia wymiotów po wystąpieniu drgawek. Czucie skórne szczególnie na ramieniu było wyraźnie obniżone. Odruchy ścięgniste osłabione, wprost przeciwnie, niż w przypadku pierwszym. Wreszcie, gdy przy ruchach czynnych, celowych drgawki w przypadku pierwszym wzmagaly się, w drugim słabły znacznie (wskutek odwrócenia uwagi). Podniesienia się ciepłoty podczas napadu, które wskazywane jest jako ważny znak, odróżniający padaczkę połowiczną od histeryi, w naszych przypadkach nie spostrzegaliśmy wcale; objaw więc ten w celach rozpoznawczych ma małe znaczenie. Tylko całokształt objawów, przebieg choroby i dane anamnestyczne mogą nam dostarczyć danych do odróżnienia histeryi od padaczki połowicznej, towarzyszącej pewnym określonym zmianom w mózgu.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Istota i leczenie blednicy,

krytycznie opracował d-r **Stanisław Klejn**, ordynator kliniki terapeutycznej.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 2).

Jeżeli teraz powrócimy do znaczenia przyływu normoblastów i megaloblastów przy niedokrwistości złośliwej, to musimy naprzód przypomnieć fakt, spostrzegany przez wielu badaczy (GRAWITZ, EHRLICH, FEDE) i zauważony także przezomnie, że niekiedy we krwi chorych, dotkniętych złośliwymi nowotworami, szczególnie kości, przy marskości wątroby zanikowej, jeżeli tym cierpieniem towarzyszy silna anemia, można znaleźć oprócz normoblastów i megaloblasty. Wobec tego zdawałoby się, że obecność tych ostatnich przy niedokrwistości złośliwej nie ma znaczenia. Tak jednak nie jest. Jeżeli uwzględnimy fakt, że przypadki powyżej przytoczone, a wraz z nimi i ciężka blednica, klinicznie mało się różnią od obrazu niedokrwistości złośliwej; że etyologia tego obrazu klinicznego coraz bardziej rozszerza swe granice, tak, że twierdzić można, iż najrozmaitsze przyczyny i choroby mogą doprowadzić do obrazu niedokrwistości złośliwej,—to dojdziemy do przekonania, że obecność megaloblastów przy blednicy jest dowodem bardzo ciężkich zmian hematologicznych, przy jednoczesnej, dobrze zachowanej zdolności regeneracyjnej narządów krwiotwórczych, czego dowodzi jeszcze przyływ dużej ilości normoblastów do krwi i poprawa chorych po zjawieniu się megaloblastów. Za pokrewieństwem blednicy z niedokrwistością złośliwą przemawiają także spostrzeżenia BIERNACKIEGO, który przekonał się, że przy niedokrwistości wogóle następuje kompensacyjnie wzmoczenie ilości hemoglobiny w oddzielnych krążkach; w przypadkach lekkich wzmoczenie to nie występuje wyraźnie, w ciężkich za to, gdzie ilość krążków jest bardzo mała, wzmoczenie to może stać się tak wyraźne, iż doprowadza do dysproporcji między ilością krążków a hemoglobina, czyli, że wytwarza się jeden z głównych objawów hematologicznych niedokrwistości złośliwej.

Ilość leukocytów zwykle bywa prawidłową; leukocytoza zdarza się tylko w przypadkach ciężkich, eozynofilia jest zjawiskiem bardzo częstym.

Należy nam się jeszcze zastanowić nad kwestyą zmniejszenia ilości żelaza we krwi chorych na blednicę. Fakt ten, dotychczas nie ulegał żadnej wątpliwości, szczególnie zaś od czasu, gdy FOEDISCH, a później BECQUEREL i RODIER na drodze chemicznej dowiedli, że we krwi chorych na blednicę znajduje się o połowę mniej żelaza, niż u zdrowych. W roku zeszłym ogłosił BIERNACKI swoje badania nad chemią krwi, na zasadzie których dowodzi, że przy blednicy, tak samo jak i w anemiach wogóle, ilość żelaza w całkowitej krwi nie jest tak znacznie zmniejszona, jakby to sądzić należało z ilości określonej hemoglobiny, a to dla tego, iż krążki same są bogatsze w żelazo, względnie w hemoglobinę. Z ocenieniem jednak tego materiału, zupełnie zmieniającego nasze poglądy na anemię, musimy być bardzo ostrożni, gdyż materiał ten (szczególnie co do krwi chorych na blednicę) jest zbyt szczupły i niejednostajny, badań zaś, potwierdzających wyniki B., dotychczas nie ogłoszono.

O zwiększonej alkaliczności krwi mówiliśmy wyżej i zwróciliśmy uwagę na niestałość tego objawu, tak przecenianego przez GRAEBER'a. Dla pełności dodamy tu, iż niektórzy autorowie, szczególnie ROSENFACH, uważają go za zjawisko wtórne, zależne od zmniejszenia ilości kwasu solnego w soku żołądkowym. Objaśnienie to jednak nie zawsze wystarcza, gdyż zachowanie się kwasu solnego w rozmaitych przypadkach blednicy jest bardzo różne.

Dużo rozprawiano także o zwiększeniu ogólnej ilości krwi przy blednicy, którą po dziś dzień jeszcze uważają jako *polyaemia serosa* (EICHHORST, SCHOLZ, BIERNACKI). Zdanie to pozostanie dopóty hipotezą, dopóki nie pozyskamy dokładnej metody określania ilości krwi w ustroju, rozmaite bowiem dowody (obfity wypływ krwi z żyły przy upustach krwi, skuteczność tych ostatnich przy blednicy, pełne tętno i t. d.), podawane na poparcie tego przypuszczenia, mają wartość bardzo problematyczną.

Z powyższego zestawienia danych hematologicznych widzimy, iż samo one nie wystarczają do rozpoznania blednicy, gdyż napotyka się często razem w innych rodzajach anomii. Z danych tych jednakże możemy wyciągnąć jeden ważny wniosek, że istotą zmian we krwi jest nie tylko wada jakościowa w wytwarzaniu się krążków, ale prawdopodobnie i ilościowa: że krążki nie tylko są same przez się wątłe, ale i mniej się ich wytwarza, albo też więcej ich gnie, niż zwykle. Danych bezpośrednich, któreby nam wykazały, jaki czynnik zmiany te wywołuje, badanie hematologiczne nie dostarcza.

Drugim objawem, zwracającym na siebie uwagę wszystkich autorów i bardzo ważnym dla rozpoznania, jest powstawanie blednicy u kobiet, i to wyłącznie prawie w okresie dojrzewania płciowego. Przypadać należy, iż większość przypadków blednicy zdarza się u dziewcząt, począwszy od 12—13 roku życia, rzadko zaś po 25; nie ulega jednak kwestyi, iż zdarzają się przypadki tej choroby i w wieku późniejszym. Zauważyli to już i badacze dawniejsi (NIEMEYER, CANSTAT, SÉE), w ostatnich zaś czasach RIEDER, który opisał 3 typowe przypadki blednicy między 30 a 40 rokiem u kobiet, które przedtem nigdy na blednicę nie chorowały.

Bardzo ważnem byłoby dokładne sprawdzenie, o ile i jak często zdarza się blednica u dziewcząt przed 13 rokiem (FORSTER); przypadki np., opisane przez NONAT'a, nasuwają tylko wątpliwości co do rozpoznania, badacz ten bowiem opierał je wyłącznie na obecności szmeru w tętnicy płucnej. LUZER wprost twierdzi, że nie widział blednicy u dzieci i że tam, gdzie wydawało się, iż miał z tą chorobą do czynienia, zawsze mógł wykazać moment etyologiczny, który był przyczyną niedokrwistości.

Niektórzy twierdzą, iż blednica zdarza się i u chłopców; spostrzeżenia takie opisali TANQUEREL des PLANCHES, HAYEM, IMMERMANN; pamiętać jednak należy o tem, że opisy te pochodzą z czasów dawniejszych, kiedy to rozmaite postacie niedokrewności często ze sobą mieszano; zresztą, o ile sądzić można z opisów, przypadki te miały bardzo łagodny charakter i nie dochodziły do tych rozmiarów, do jakich dochodzi blednica u dziewcząt. Przypadki takie zaliczyłyby może należało do STRUEMPELL'owskiej grupy z zwykłej niedokrwistości ustrojowej; w zasadzie jednak nie stoi na przeszkodzie do przyjęcia możliwości istnienia blednicy i u chłopców, gdyż nawet ów przypuszczalny czynnik przyczynowy lub uspasabiający, istniejący u dziewcząt w postaci gwałtownej przemiany ustroju w chwili dojrzewania płciowego, może mieć w pewnym stopniu znaczenie i u chłopców, w tym okresie będących. W każdym jednak razie sądzić należy, iż przemiana ta u dziewcząt jest bardziej głąbo-

ka, niż u chłopców, a to dla tego, iż w chwili dojrzewania płciowego ustrój kobiet przygotowuje sobie pewne zapasy, konieczne do rozwoju spodziewanego płodu. BUNGE wykazał, iż płód psa w chwili przyjścia na świat nosi w wątrobie spory zapas żelaza, który w pierwszym roku zostaje spotrzebowany przez ssawca, skazanego na wyłącznie karmienie się mlekiem matki, zawierającym minimalne ślady żelaza. Należy przypuścić, mówi BUNGE, iż żelazo to już nagromadza się u dziewcząt w okresie poczynającego się rozwoju płciowego; możliwym więc jest, że nadmierne albo wogóle nieprawidłowo odbywające się nagromadzenie żelaza w tym okresie wywołuje zubożenie krwi w ten metal, owentualnie i blednicę.

Zaburzenia w miesiączkowaniu są bardzo częstym objawem blednicy. Przyczyna tego leży po części w tem, że cierpieniu temu podlegają przeważnie dziewczęta i to w okresie, w którym miesiączkowanie często z innych, nie wspólnego z blednicą nie mających powodów, bywa nieprawidłowem, po części zaś, i to przeważnie, w niedokrwiłości, która, jak to niejednokrotnie zauważono, pociąga za sobą zaburzenia w miesiączkowaniu. Z drugiej znów strony spostrzegano przypadki blednicy z zupełnie prawidłową miesiączką (H. SCHULTZE).

Większość autorów jeszcze dalej idzie i przypisuje miesiączce wielki wpływ na powstawanie blednicy. Rozmaitego rodzaju zaburzenia w miesiączkowaniu, jakoto wczesne lub późne pojawienie się jej, obfity lub zmniejszony wpływ krwi, przerwanie miesiączki, stopień rozwinięcia fizycznego chorych w chwili zjawienia się pierwszej miesiączki lub zaburzeń miesiączkowych, a nawet wprost samo miesiączkowanie z jego utratą krwi peryodyczną, — wszystko to ma wpływać bezpośrednio na powstawanie blednicy. Już sama rozmaitość zmian jednego aktu fizyologicznego czyni wartość jego dla powstawania blednicy wątpliwą, tembardziej, że w literaturze znajdujemy mnóstwo przypadków, gdzie w chwili powstawania blednicy nie było zaburzeń w miesiączkowaniu, gdzie choroba rozwijała się u dziewcząt zupełnie dobrze rozwiniętych, od kilku lat zupełnie prawidłowo miesiączkujących.

Co najwyżej zatem możnaby twierdzić, iż zaburzenia powyższe w miesiączkowaniu w niektórych przypadkach mogą być czynnikiem usposabiającym do powstawania blednicy, rozstrzygającego jednak znaczenia nie mają. Tak też mniej więcej wyraża się IMMERMANN; STRUEMPELL dalej jeszcze idzie i wprost odmawia temu czynnikowi wszelkiego znaczenia etyologicznego; zdaniem jego zaburzenia miesiączkowe są następstwem blednicy, skutek więc wzięto tu za przyczynę. Mimo to jednak HOFFMANN, nie usiłując dokładnie określić związku tego objawu, właściwie zaś życia płciowego kobiety z działalnością narządów krwiotwórczych, obsta je przy twierdzeniu, iż zaburzenia w życiu płciowym kobiety są pierwotną i najważniejszą przyczyną blednicy. (D. c. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

3. J. MIKULICZ. O wycięciu mięśnia schylacza głowy w przypadkach szyi skośnej, od zmian mięśniowych zależnej, oraz uwagi co do patologii tego cierpienia. Pomimo istnienia licznych i doskonałych prac o szyi skośnej, wiadomości nasze o powstawaniu, istocie oraz o leczeniu tego cierpienia nie są dotąd zadawalniające. M. przekonał się, że otwarte przecięcie mięśnia schylacza głowy podług sposobu VOLKMANN'a, nie wiele więcej posiada zalet od wykonywanego podług STROMEYER'a podskórno-przecięcia ścięgnię; trudne leczenie pooperacyjne oraz łatwość powstawania powrótów są wspólną wadą obydwóch powyższych sposobów operowania; blizna, wytwarzająca się pomiędzy przeciętymi mięśniami, ulega z czasem przykurczeniu, a zbliżając przecięte części, powoduje powrotne cierpienie.

Zważywszy na powyższe ujemności, MIKULICZ wykonał w kilkunastu przypadkach nader ciężkich szyi skośnej całkowite wyluszczenie mięśnia schylacza (*m. sternocleidomastoideus*). Częściowe wycięcie mięśnia schylacza było już przedtem wykonywane przez VOLKMANN'a i HADRE; wycinali oni głównie tylko te części mięśnia, które wydawały się być najbardziej zmienione i okazywały najsilniejszy opór przy odprostowywaniu nachylenia. Ponieważ w przypadkach silnie rozwiniętego zbliznowacenia mięśnia nie posiada on żadnej kurczliwości, a zatem i zna-

czenia czynnościowego, więc M. nie widział żadnych przeciwwskazań do całkowitego wycięcia mięśnia bezużytecznego, a powodującego skośne nachylenie głowy.

Technika wycięcia mięśnia schylacza głowy jest dosyć prosta: cięcie podłużne 3—4 cm., przechodzące przez skórę i mięsień podskórny szyi pomiędzy częścią obojczykową i mostkową mięśnia schylacza; rozszerzywszy brzegi rany ostrymi hakami, odpreparowujemy się obydwie części mięśnia przy samych ich przyczepach, a następnie, zabezpieczywszy się przez podsuniecie odłuskiwacza od zranienia po za mięśniami leżących naczyń, przecinamy przyczepy mięśnia przy samej kości t. j. przy obojczyku i mostku. Ujawszy następnie każdy odcięty koniec mięśnia, podnosimy go silnie ku górze i odpreparowujemy powyższe dwie części mięśnia do miejsca ich złączenia. Podczas powyższego wyluszczenia głowę odchyła się ku stronie przeciwnej tak, aby mięśnie były w stopniu umiarkowanego naprężenia, następnie przechylamy głowę silnie ku stronie chorej, wyciągamy i wyluszczamy wspólną górną część mięśnia schylacza do samego wyrostka sutkowego i przyczep ten, z wyjątkiem tylnej górnej jego części, przez którą przechodzi gałąź nerwu dodatkowego (*n. accessorius*), odcinamy przy samej kości. Po wyluszczeniu mięśnia przechylamy głowę znacznie ku stronie zdrowej, a wtedy naprężają się jeszcze oddzielne pasma włókniste, należące do pochwy mięśnia, a nieraz z pochwą wielkich naczyń szyjowych złączone; wszystkie te pasma starannie wycinamy. Podczas wyluszczenia mięśnia należy wystrzegać się zranienia żyły szyjowej wewnętrznej i przechodzącej przez mięsień gałęzi nerwu dodatkowego, której przecięcie wywołać może porażenie częściowe lub całkowite mięśnia kapturowego. Po dokonaniu wycięcia mięśnia ranę całkowicie zeszywamy i pokrywamy ją zlepką uciskającym opatrunkiem, zaś głowę ustalamy początkowo w położeniu mało poprawionem. Po zagojeniu się rany, zapomocą masażu i ruchów wyprostowujących nachylenie doprowadzamy ustawienie głowy do prawidłowego położenia. Leczenie ściśle ortopedyczne stosowane być winno tylko wtedy, gdy jednocześnie ze zmianami w mięśniach istnieją zmiany w położeniu kręgów.

Wyniki, otrzymane przez M. w 17-tu przypadkach wycięcia mięśnia schylacza głowy, były bardzo dobre, wielokroć lepsze, niż przy prostem przecięciu mięśnia. Pod względem kosmetycznym operacja posiada jedynie tę wadę, że po stronie operowanej szyja staje się płaską, dla tego też MIKULICZ radzi wykonywać całkowite wycięcie mięśnia tylko w tych ciężkich przypadkach, w których ani przecięcie ścięgna, ani leczenie ortopedyczne żadnego dobrego wyniku nie dało.

Opisując w krótkości zmiany chorobowe, M. zaznacza, że są one nader rozległe, wzdłuż całego mięśnia w różnym rozwinięte stopniu; wyraźnie odgraniczonej smugi ścięgnistej (*inscriptio tendinea*) M. nie znajdował nigdy, a przeciwnie, zazwyczaj widoczne było szerzenie się sprawy chorobowej nawet w tych częściach, w których nie zanikła jeszcze tkanka mięśniowa. Słuszne jest zdanie PETERSEN'a, że rozerwanie mięśnia nie jest w stanie samo przez się wywołać ani przykurczenia mięśnia, ani też tak rozległych zwykle w nim zmian. Istota choroby polega na swoistem przewlekłym zapaleniu, które rozległe rozszerza się w całym mięśniu; zaś podług zejściowego wyniku na miano włóknistego zapalenia mięśnia (*myositis fibrosa*) zasługuje. Urazy, doznane podczas sprawy porodowej, mają znaczenie o tyle tylko, o ile dają pobudkę do zapalenia mięśnia. Za istotą zapalną cierpienia przemawia poniekąd podług M. ten fakt, przez niego spostrzegany, że w 13-tu przypadkach było znaczne powiększenie gruczołów chłonnych wzdłuż mięśnia, w 3-ch przypadkach gruczoły dotknięte były sprawą gruźliczą, w 7-iu uległy drobnokomórkowemu rozrostowi. Jakkolwiek skośne nachylenie głowy najczęściej jest wrodzone, to jednakże może być ono nabyte bez poprzedniego urazu w wieku późniejszym w następstwie ostrych chorób zakaźnych. M. zaznacza wreszcie pewien objaw, nie pozbawiony może znaczenia pod względem etyologicznym, a mianowicie, że po całkowitem wyluszczeniu mięśnia wytwarzała się wzdłuż całego kanału rany twarda, modelowata blizna, która na miejscu cięcia skórniego oraz na miejscach przelkuć przedstawiła się jako keloidalne zgrubienie; zgrubienie powyższe zniknęło jednak po kilku tygodniach lub miesiącach, przekształcając się w zupełnie miękka podatną bliznę. Podobnego objawu M. nie spotykał w tym stopniu po innych operacjach na szyi, nasuwa się zatem pytanie: czyby nie należało przypuścić możliwości istnienia pewnej osobistej skłonności do wytwarzania się sprawy chorobowej w mię-

śniu podobnie, jak przy bliźnowcach? Wtedy byłoby zrozumiałe, dlaczego w jednakowych warunkach powstające uszkodzenia mięśni, tylko wyjątkowo prowadzą do ciężkich w nich zmian.

(*Centralblatt für Chirurgie N-r 1, 1895*).

T. Solman.

4. FIALA. **O samoistnem zwichnięciu soczewki.** Samoistne zwichnięcie soczewki, dotkniętej zaćmą, do ciała szklanego, jest zrozumiałą i dawno wyjaśnioną sprawą. Przy kurczeniu się masy soczewki torebka ulega zmianom, cała soczewka staje się mniejsza. Przy ruchach oka zachodzi wtenczas pociąganie za *zonulę Zinni*, która się rozluźnia. W tym czasie powstaje rozrzedzenie ciała szklanego i przy szybszem jakim poruszeniu oka zwichnięcie porażonej zaćmy soczewki do ciała szklanego zdarzyć się może.

Bardziej zagadkowe jest zwichnięcie soczewki prawidłowej, przyczem zwichnięcie występuje w wieku stosunkowo młodym. Zwłaszcza trudne do wytłomaczenia jest zwichnięcie soczewki do komory przedniej, gdy soczewka musi przejść przez źrenicę, której średnica przy największem rozszerzeniu jest znacznie mniejsza od średnicy prawidłowej soczewki. Ze rozszerzenie źrenicy następuje, należy przypuszczać, gdyż zwichnięcia podobne zwykle powstają przy znacznem wstrząśnięciu ciała w czasie nachylenia głowy i spoglądania na ciemne tło. Lecz takie fizjologiczne rozszerzenie, jako słabsze od sztucznego, tembardziej nie wystarcza do tego, by soczewka mogła wniknąć do komory przedniej bez uszkodzenia brzegów źrenicy i wogóle tęczówki.

BECKER za warunek zwichnięcia takiego uważał rozluźnienie *zonulae Zinni* przy rozrzedzeniu ciała szklanego.

MITVALSKY na podstawie dwóch spostrzeżeń usiłuje wyjaśnić sprawę tę na tej samej zasadzie, co i zwichnięcia przejrzałej zaćmy do ciała szklanego, mianowicie na zasadzie małej średnicy, która w przypadkach tych jest wrodzoną nieprawidłowością soczewki — mikrofakją, polegającą na tem, że w oku, wogóle prawidłowo rozwiniętem i należycie wielkiem, rozwój soczewki następował stosunkowo wolniej lub zatrzymał się na pewnym stopniu, tak, iż średnica soczewki stała się mniejsza od średnicy okręgu ciała rzęskowego. Prawidłowo brzeg soczewki od brzegu ciała rzęskowego odległy jest o 0,4 mm., przy mikrofakii odległość ta jest znacznie większa. Mikrofakję klinicznie charakteryzują następujące objawy: przednia komora na obwodzie swym jest pogłębiona, przy ruchach oka występuje *iridodonesis*, przy rozszerzeniu źrenicy pod wpływem atropiny widzieć się daje brzeg soczewki (przy prawidłowej wielkości tejże jest to niemożliwe), która bardziej, niż prawidłowo, oddalona jest od brzegu ciała rzęskowego. Mikrofakia w zwykłych warunkach często nieraz się nie przejawia. Tylko u ludzi pracy, przy częstych a silnych ruchach ciała i głowy, powstaje drganie — bujanie wolno wiszącej soczewki, pękanie niektórych włókien *zonulae Zinni*, jeszcze wolniejsze zawieszenie soczewki i podrażnienie *resp.* rozrzedzenie ciała szklanego. Ostatecznie nastąpić może zaćma, połączone niekiedy z oderwaniem się siatkówki; przy sprzyjających zaś okolicznościach nastąpić może zwichnięcie przezroczystej lub też tracącej swą przejrzystość soczewki do komory przedniej.

F. podaje przypadek następujący: chory nagle poczuł osłabienie wzroku tak, że pracą nie mógł się zajmować, chociaż jeszcze przez czas jakiś mógł chodzić po ulicy. Gdy i to się stało niemożliwe, udał się o poradę. Rozpoznano: mikrofakję, rozrzedzenie ciała szklanego, zwichnięcie soczewki do przedniej komory, po części uwięźnięcie jej w źrenicy, w następstwie czego podtorebkową zaćmę; prócz tego w dwóch miejscach zrosty soczewki i tęczówki. Pomyślna operacja zaćmy bez irydektomii wykazała, że soczewka miała średnicy 8,1 mm., grubości 3,5 mm., co w związku z jej wyglądem potwierdziło rozpoznanie mikrofakii, jako przyczyny samoistnego zwichnięcia jej do komory przedniej.

(*Časopis lékařů českých. N^o 30, r. 1894*).

S. Kossobudzki.

5. GRAWITZ. **O znaczeniu żółtaczk, występującej po użyciu wyciągu eterowego paproci.** W ostatnich czasach powiększyła się znacznie liczba spostrzeżeń nad zatruciem po zastosowaniu leczniczem wyciągu paproci. Przypadki, opisane przed 1892 r., zestawił POULSSON; z prac późniejszych w tym względzie najlepsza jest praca PALTAUF'a. Jak wiadomo, ciałem działającym w wyciągu paproci jest kwas fiklisyowy, łatwo rozpuszczalny w przewodzie pokarmowym, który jednak wessany bywa z trudnością. Natomiast rozpuszczony w olejku tłuszczowym, wsysa się zna-

cznie łatwiej, działa zatem bardziej trująco; w preparatach aptecznych znajduje się on właśnie w tej postaci, zresztą bywa bardzo często przez lekarzy podawany razem z olejkim rycynowym. Zawartość kwasu filiksowego w wyciągu jest rozmaita: w świeżym większa, niż w przestajym, albowiem wydziela się w nim krystaliczna filicyna, bezwodnik kwasu filiksowego, obojętny pod względem fizyologicznym. Niemieckie gatunki zawierają go więcej, niż np. włoskie, zarówno jak zbierane w jesieni więcej, niż w innych porach roku.

Objawy zatrucia wyrażają się w bezwładach mózgodzeniowych; w lżejszych przypadkach występują silne wymioty, bóle, osłabienie, omdlenia, śpiączka; anatomicznie—znalazł PALTAUF *enteritis toxica*. Pospolicie jednak objawy te są bardzo nieczęste, natomiast znacznie częściej występują lekkie objawy, a przedewszystkiem żółtaczka. W ostatnich latach spotykał ją autor dość często, a za przyczynę uważa podawanie paproci razem z olejkim rycynowym, wobec którego następuje łatwiejsze wessanie kwasu filiksowego.

Jeszcze PALTAUF zwracał uwagę, że żółtaczka może występować w podobnych przypadkach z powodu pojawiania się nieżyty dwunastnicy, G. jednak skonstatował go w bardzo niewielu przypadkach. Badając natomiast po podaniu paproci krew zdrowej dziewczyny, zauważył, że ilość ciał stałych we krwi znacznie się zmniejsza i to wskutek wzmoczonego zaniku ciałek czerwonych, w surowicy bowiem ilość ciał stałych ulega wahaniom nieznacznym. Następnego już dnia wszystko dochodzi do normy. Podobne wyniki otrzymał G., badając jeszcze 9 innych osób; najsilniej zmiany we krwi występowały u osób dotkniętych żółtaczką, gdy u dwóch osób, którym leczenie paprocią wcale nie zaszkodziło, nie znaleziono również zmian we krwi. Badanie krwi należy naturalnie dokonywać przynajmniej w 24 godziny po podaniu środka, obfite bowiem wypróżnienia silnie mogą wpłynąć na wynik badania.

Po stwierdzeniu tego faktu chodziło naturalnie o wykazanie, gdzie mianowicie giną ciała czerwone. Raz tylko z pomiędzy wszystkich badanych przypadków surowica była zabarwiona na różowo, natomiast we wszystkich przypadkach z żółtaczką miała ona barwę więcej lub mniej żółtawą. Taki wynik dowodzi, że zanik ciałek czerwonych ma miejsce nie we krwi krążącej. Należy zatem przypuszczać, że zanik ten odbywa się w wątrobie, — miejscu, gdzie odbywa się on i w warunkach zwykłych, i że wskutek tego ma miejsce w tym narządzie powiększenie ilości żółci i jej zgęszczenie. W moczu wykrywa się zazwyczaj hydrobilirubina, znacznie rzadziej bilirubina.

G. spozstrzegł jeszcze cztery przypadki nader ciężkich powikłań po leczeniu paprocią. W jednym przypadku po leczeniu na drugi dzień ilość moczu się zwiększyła nagle, wkrótce nastąpił obrzęk brzucha i nóg, dość silna żółtaczka, zmniejszenie wypukowego odgłosu wątroby, powiększenie śledziony i pojawienie się hydrobilirubiny w moczu, jednym słowem obraz marskości wątroby. Chory nadużywał alkoholu. Choroba, wbrew zwyczajowi, przybrała nadzwyczaj burzliwy przebieg i wkrótce zakończyła się śmiercią. W drugim przypadku u kelnera, który przebywał przymiot, rozwinęła się również marskość wątroby, z przebiegiem jednak pomyślnym; w trzecim przypadku również u kelnera, który przebywał przymiot i cierpiał jeszcze na przewlekły nieżyt żołądka, marskość wątroby spowodowała śmierć po dwóch miesiącach; w czwartym wreszcie przypadku, kowal, człowiek zupełnie zdrowy, dostał po użyciu paproci bólów w żołądku, wymiotów, żółtaczki i marskości wątroby o przebiegu zwykłym.

W trzech pierwszych przypadkach widoczne było usposabiające działanie alkoholu i przymiot, w czwartym—należy wobec braku danych przyjąć szczególne wrodzone usposobienie.

Ze spostrzeżeń tych wynika, że wyciąg paproci wywiera szczególne działanie na wątrobę; skutkiem tego ma miejsce wzmoczony zanik ciałek czerwonych w tym narządzie z następczą żółtaczką; w cięższych przypadkach występuje trwałe uszkodzenie czy już chorego, czy nawet zdrowego jeszcze mięjszu wątroby.

Dla lekarza praktyka stąd wniosek, że wyciąg paproci należy bardzo ostrożnie stosować u osób, gdzie istnieje prawdopodobieństwo jakiegokolwiek cierpienia wątroby. Szczególnie należy zwracać uwagę na nadużycia alkoholu i przymiot. Zarazem należałoby zarzucić podawanie wyciągu paproci z olejkim rycynowym.

6. LEICHTENSTERN. Odtłuszczenie ustroju pod wpływem wewnętrznego stosowania gruczołu tarczowego.

WANDELSTADT. Leczenie otyłości zapomocą stosowania gruczołu tarczowego. L. spostrzegłszy fakt, iż chorzy, dotknięci obrzękiem śluzowym, podczas leczenia ich tabletkami, przygotowanymi z gruczołu tarczowego, tracą dość dużo na wadze, przyczem jednocześnie ilość moczu znacznemu ulega zwiększeniu, a tkanka tłuszczowa podskórna w znacznej mierze znika, postanowił przekonać się, o ile stosowanie wewnętrzne gruczołu tarczowego jest w stanie wpłynąć na zmniejszenie wagi chorych, dotkniętych otyłością. Z 27 chorych, w ten sposób leczonych, 24 straciło na wadze już w pierwszym tygodniu 1 do 5 kilogramów, przez cały zaś czas leczenia, które trwało do 6 tygodni, od 1,5 — 9,5 kilo. Chorzy, mający więcej tkanki tłuszczowej, tracili ją prędzej i więcej, niż chorzy, którzy jej mieli mało; u zdrowych wynik był żaden lub minimalny. Najlepsze wyniki otrzymywał L. u otyłych niedokrwistych, mających podkład tłuszczowy jakby gąbczasty, twarz jakby obrzękłą; słowem u osób, w pewnym stopniu podobnych do chorych, dotkniętych obrzękiem śluzowym.

Ubytek na wadze występuje najwyraźniej już w pierwszym tygodniu leczenia, w następnych ubytek stopniowo się zmniejsza, bez względu na zwiększenie dawki. Tak np. pewien chory, ważący przy rozpoczęciu leczenia 95,5 kg., po tygodniu już ważył tylko 93,0 kg., po 2—90,5 i na tej wadze pozostał, pomimo, iż dawkę gruczołu powiększono 4 krotnie. Nadmienić należy, iż chorzy przez cały czas leczenia pozostawali na zwykłej dyecie, do której byli poprzednio przyzwyczajeni; w przypadkach, gdzie chorzy spożywali nadmierną ilość pokarmów, dawał się zauważyć nawet pewien przybytek na wadze.

Co się tyczy dawki, to chorzy otrzymywali zwykle 1 — 2 pastylek dziennie; w następnych tygodniach ilość tę zwiększano stopniowo do 4 dziennie. Pastylki te, zawierające ilość, odpowiadającą 0,3 surowego gruczołu tarczowego, pochodziły od firmy londyńskiej *Borroughs, Wellcome et C.* i znane są pod nazwą „*Tabloids of compressed dry Thyroid Gland powder*”.

W pierwszych dniach leczenia występuje gwałtowna dyureza (do 6 litrów na dobę), a w jej następstwie niekiedy i zaparcie stolca. Należy pamiętać, iż niekiedy, szczególnie przy stosowaniu większych dawek, występują objawy zatrucia, znane pod nazwą „*thyreoidismus*”. W lekkich stopniach zatrucia chorzy skarżą się na bóle głowy, senność, uczucie zmęczenia, na drżenie, utratę łaknienia i bicie serca. W ciężkiej postaci objawy manifestują się jako gwałtowne przyspieszenie i osłabienie czynności serca z obrzękami. Dlatego też należy zawsze u takich chorych zbadać przede wszystkim stan serca i mocz. Tętno 100 — 120 stanowi przeciwskazanie do użycia pastylek, obecność białka w moczu również. Zresztą wszystkie objawy znikają po odstawieniu środka i zależą zdaniem L. nie tyle od zatrucia ustroju, ile od gwałtownej utraty płynów tkankowych.

Wobec tego, iż po zaprzestaniu leczenia ilość tłuszczu znów się powiększa, stosownem jest zalecić chorym następnie odpowiednią dyetę, albo też rozpocząć ją już podczas leczenia. Pod tym względem metoda ta nie różni się od innych metod odtłuszczających. Pod pewnym jednak względem metoda ta wyżej od nich stoi, a mianowicie sposobem działania na ustrój, tracący tłuszcz. Przy zwykłych dyetetycznych metodach odtłuszczających, chorzy otrzymują pokarmy z minimalną wprost ilością kaloryi, wskutek czego ustrój pokrywa brak węgla pokarmów węglem własnego tłuszczu, przyczem traci pewną ilość białka ustrojowego, następstwem czego jest znaczne osłabienie ustroju. Przy stosowaniu natomiast gruczołu tarczowego chorzy tracą na wadze tylko wskutek znacznej utraty wody i zwiększonego zużycia tłuszczu ustroju, przyczem pokarmy bardzo dobrze zostają wchłaniane, łaknienie się nie zmniejsza, a chory trybu życia wcale nie zmienia i sił nie traci.

(*Deut. med. Woch.* 1894. N-r 50).

Klejn.

7. C. HEGGLIN. Doświadczalne badania nad wpływem prysznicu. Autor badał wpływ zimnego i ciepłego prysznicu na ciśnienie krwi i pracę serca u psów w znacznej pracowni v. BASCH'a. Żeby uniknąć zarzutu, że spostrzegane zmiany w ciśnieniu zależne są od rękoczynu, któremu zwierzę zostało poddane, wykonał autor kilka doświadczeń kontrolujących, które wykazały, że operacja sama przez się do spostrzeganych zmian się nie przyczynia. Ścisłe przeprowadzone doświadczenia dały następujące wyniki: między wpływem ciepłych i zimnych pryszniców niema

znacznej różnicy. Każdy prysznic wywołuje w początku podniesienie ciśnienia, proporcjonalne do siły prądu prysznicu, które po pewnym czasie (kilka minut) się zmniejsza, tak, że można nawet otrzymać mniejsze liczby, niż przed doświadczeniem. Szczególnie i stale takie zmniejszenie (nawet znaczne) ciśnienia występuje po kilku prysznicach, zastosowanych jeden po drugim. Tak, w jednym doświadczeniu ciśnienie z 116 mm. Hg spadło po 5-u prysznicach do 52 mm. Hg. Co się zaś tyczy pracy serca (którą HEGGLIN wyraża przez $\frac{h}{h_1}$, gdzie h oznacza ciśnienie w tętnicy szyjowej, a h_1 ciśnienie w lewym przedsionku), to prysznic zawsze działa na nią dodatnio, znaczenie ją podnosząc. W jednym doświadczeniu naprzykład $\frac{h}{h_1}$ przed prysznicem równało się 18,9, a po prysznicu 32,1. Dowodzi to przyspieszenia obiegu krwi i lepszej działalności serca.

Powyższe wyniki mają niepoślednie znaczenie dla praktyki terapeutycznej. Okazuje się, że krótkotrwałe prysznice (15 sekund) lepiej działają pod względem podniesienia ciśnienia, aniżeli dłuższe. Oprócz tego, dają one nam poważne wskazania i przeciwwskazania do zastosowania prysznicu u chorych. Przy wszelkich stanach, gdzie nagłe podniesienie ciśnienia nie jest pożądane (miażdżyca naczyń, tętniaki, skłonność do napadów apoplektycznych), trzeba unikać pryszniców. Natomiast można się spodziewać pomyślnych skutków od prysznicu u osób młodych, u których działalność serca jest powolna wskutek ogólnego osłabienia, bladaczki, anemii, przewlekłego okresu zdrowienia, przepracowania umysłowego i t. p. Lekkie stopnie otyłości z leniwem krążeniem tak samo prawdopodobnie nadają się do leczenia prysznicem.

(*Zeitschrift f. klin. Med. Bd. XXVI, 1—2 Heft*).

Bychowski.

8. F. ZINSSER. **Leczenie parchu zapomocą ciepła.** Autor, opierając się na doświadczeniach, wykazujących, że grzybek parchu nie znosi wyższej ciepłoty i że jego hodowle już przy 50° C. zamierają, przeprowadził w klinice prof. LESSER'a pomyślnie kuracje parchu głowy zapomocą: bądź gorących okładów na głowę, kontrolowanych ciepłomierzem, podsunietym pod okład, i zmienianych co 5—10 minut, bądź — co lepiej — zapomocą systemu rurek cynowych, ślimakowato obok siebie ułożonych i szczelnie całą głowę w kształcie czapki pokrywających. W rurkach przepływa woda ciepłoty 52—55° C. Zamiast rurek cynowych może być również użyty znany przyrząd LEITER'a — na głowę.

Bezpośrednio na skórę głowy, t. j. podokład ogrzewający lub przyrząd rurkowaty, należy położyć okład z flaneli lub gazy, napojony wodą — a jeszcze lepiej roztworem ługu potasowego lub kwasu salicylowego, aby, przez lepsze rozmiękczenie włosów, sprawić energiczniejsze przenikanie ciepła w głębsze warstwy skóry.

Pokrycie całego przyrządu warstwą waty zabezpieczy go od szybkiego ochładzania. Okład ciepły powinien się znajdować na głowie chorego od rana do wieczora — w ciągu dni 8—14. Wieczorem, po obsuszeniu skóry, przyłożyć należy na głowę masę z kwasu bornego z waseliną.

(*Arch. f. Dermat. u. Syph. 1894. XXIX Band. 1 H. s. 13*).

J. M.

ODCINEK.

W sprawie ukończenia asenizacji Warszawy.

(Dokończenie — Zob. Nr. 2).

Ze strony zwolenników zredukowanego programu robót kanalizacyjnych: występuje jeszcze powien szczególny zarzut, natury finansowej, przeciw objęciu całego planu lindleyowskiego w tej soryi, — zarzut, który zasługuje na szczególne rozważenie ze strony lekarzy, jako biogłych stróżów w publicznej ochronie zdrowia.

Otóż powiadają nam, że za owe 3 miliony, według planu V-jej seryi, przedst. wionego przez W. Lindleya, a mającego stanowić dokończenie całej głównej sieci kanalizacji Warszawy, wykonać się mają najważniejsze kolektory i kanały uliczne dolnej części miasta, tak zwanego Powiśla. Ponieważ ta dzielnica miejska jest zamieszkała przez ludność ubogą i z konieczności i przyzwyczajenia niewybredną w wyborze mieszkań i w ich urządzeniu; ponieważ właściciele domów na Powiślu są po większej części pozbawieni środków pieniężnych; zatem, ani poczucie potrzeby poprawienia miejscowych stosunków sanitarnych nie doprowadzi powiślańskich kamieniczników do łączenia swych domów z kanałami ulicznymi, ani środki ich na wykonanie kanalizacji domowej nie pozwolą. A wskutek takich stosunków materialnych dzielnicy powiślańskiej, wydatek poniesiony na kanalizację uliczną tej dzielnicy nie opłaci się odpowiednim dochodem dla kasy miejskiej. Będzie to, mówiąc po kupiecku, nakład nierentowny.

W obecnej chwili, kiedy już zdecydowano pociągnąć do opłaty odpowiedniej wszystkich właścicieli domów, położonych przy ulicach skanalizowanych, chociażby z kanałem sąsiednim niepołączonych, kwestya wyżej postawiona może być jedynie przedmiotem sporu akademickiego, a zarzut nierentowności kanalizacji ulicznej w tej czy owej dzielnicy aktualnie upada.

Pozostawienie jednak owej argumentacji fiskalnej bez odparcia ze strony lekarskiej, zdaniem naszym, mogłoby być niedobrym prejudykatem, przy ocenianiu wogóło właściwości lub niewłaściwości pewnych robót czy urządzeń, wchodzących w system publicznej ochrony zdrowia w wielkiem mieście.

Dlatego pozwalamy sobie wypowiedzieć tu przekonanie, które podziela z nami zapewne nie tylko nasi czytelnicy lekarscy, ale i wszyscy znawcy zdrowych zasad gospodarki miejskiej, że:

1) Budżet miejski obejmować musi i obejmuje w rzeczywistości tak w innych wielkich miastach, jak i w Warszawie bardzo liczne i bardzo wysoko pozycje wydatkowe, co do których o rentowności bez pośredniej niema wcale mowy, — że dla przykładu wymienimy tu wywózkę śmieci, śniegów i lodów.

2) Racjonalnie ponoszone wydatki w gospodarstwie miejskiem, chociaż bardzo często bezpośrednio odsetek nie przynoszą, zawsze pośrednio i kasę miejską prędzej lub później wzbogacają. Natomiast nieracjonalne oszczędności, a nadewszystko oszczędności w zakresie publicznej ochrony zdrowia, doprowadzają istotnie do najgrubszych i w tym razie bezwzględnie nierentujących wydatków, na gaszenie pożogi wznieconej zarazą, wskutek zaniedbań sanitarnych.

3) Minęły już czasy, kiedy z pożałowania godną krótkowzrocznością zdrowie i życie jednostek i rodzin, jako bezwartościowy czynnik, w jakiejś bądź gospodarce lekceważono. Dziś już wiemy, że to wszystko, co podnosi stopę zdrowia i wydolności robotczej pewnych, najbardziej narażonych grup ludności miasta czy kraju, podnosi zarazem stopę dobrobytu powszechnego całej ludności, i że to podniesienie dobrobytu wyraża się w brzęczącej monecie, we wzbogaceniu mieszkańców i we wzbogaceniu oczywiście kasy miejskiej czy państwowej.

4) W każdym mieście są dzielnice uboższe, gorzej zabudowane, przez uboższą ludność zamieszkałe, z najrozmaitszych powodów mniej skłonne do czynnego udziału w asenizacyjnych przedsięwzięciach i dlatego właśnie, równie jak i z powodów uposledzenia materialnego i cywilizacyjnego, najpodatniejsze do stawiania się ogniskami wspomnianej pożogi epidemicznej. Nie wahamy się wyrzec, że ogół mieszkańców dzielnic lepszych, zarówno z pobudek humanitarnych jak i dobrze zrozumianej ochrony zdrowia swego, powinien ponosić ciężary finansowe (procenta i amortyzację od zaciągniętej przez miasto pożyczki) dla wykonania robót, mających poprawić warunki zdrowia w owych gorszych dzielnicach, — robót, jakieśmy powiedzieli poprzednio, nierentujących, ale przynoszących istotnie odsetki pośrednie w korzyściach, jakie owym lepszym dzielnicom się dostają, wskutek zaradzenia złemu w dzielnicach uposledzonych. Najlepszy to rodzaj filantropii, w której rola poborecy, jaką musi spełniać tu zarząd miasta, czy gminy, nad wyraz jest zaszczytną.

5) Wszędzie, gdzie władze państwowe dają upoważnienie do wykonania tak podstawowo ważnych prac asenizacyjnych, jakimi są kanalizacje miejskie, jednocześnie przedsiębrane są odpowiednie środki, mające na celu uprzystępnienie korzystania z rzeczonych urządzeń przez wszystkich, a szczególnie przez gorzej materialnie posta-

wionych mieszkańców danego miasta, względnie przez mniej zamożnych właścicieli nieruchomości miejskich. W tym celu, zarządy miast wyjednywają z funduszów państwowych zasiłki odpowiednio, przeznaczone na wydawanie, potrzebującym tego właścicielom domów, pożyczki niskoprocentowej, zupełnie nie uciążliwej, przy pomocy której kanalizacje domowe w uboższych dzielnicach zostają wykonane, przez co zyskuje z jednej strony zdrowie danej dzielnicy i całego miasta, a z drugiej podnosi się wartość pieniężna owych zaniedbanych nieruchomości i tem samem umożliwia się ich właścicielom podolewanie wymaganiom nowoczesnej higieny i t. d. Warszawa jest pierwszym miastem w państwie, które posiadałoby dobroczynne urządzenia kanalizacyjne. Niema powodu do powątpiewania o tem, iż władze państwowe, odnoszące się z całym uznaniem do tego przedsięwzięcia i wysoko ceniące dotychczasowe roboty, zechcą ułatwić zarządowi miasta przyzjęcie z pomocą mniej zamożnym obywatelom, celem łączenia domów z kanałami ulicznymi, o ileby obywatele ci, bez wyraźnej dla siebie szkody, nie mogli na ten cel korzystać z pożyczki udzielonej przez warszawskie towarzystwo kredytowe miejskie. Inicyatywą, w tej mierze podjętą, zarząd miasta położyłby zasługę niemałą, nie tylko dla publicznej ochrony zdrowia Warszawy, ale i dla innych miast w państwie, torując drogę postępowaniu, bez którego szybki postęp kanalizacji miast, nawet w Anglii, okazał się niemożliwym.

6) Samo zbudowanie kolektorów na Powiślu i kanałów ulicznych podniesie oczywiście znacznie wartość domów i placów w tej dzielnicy. Dzisiejsi, po części ubodzy właściciele tych domów i placów, znajdują się w możności sprzedania swych posiadłości, na warunkach nadspodziewania korzystnych, ludziom zamożniejszym i lepiej przygotowanym do spełniania wymagań porządku i higieny,—wymagań, które z konieczności coraz surowiej muszą być stawiane przez organa publicznej ochrony zdrowia w mieście. Taka zmiana właścicieli domów w gorszych dzielnicach naszego miasta jest słusznie, po ich skanalizowaniu i uporządkowaniu ulic, spodziewana i wysoce pożądana. Przyczyni się też niemało do usunięcia obawy, co do nierentowności tutaj kanalizacji ulicznej.

Wypowiedzieliśmy tu same arcy powszednie zdania, których nie mogliśmy zamilczeć, wobec paradoksalności argumentu, iż tej lub owej bardzo brudnej ulicy nie należy i niemożna kanalizować, ponieważ na niej sami brudni i ubodzy ludzie mieszkają. Nie takimi argumentami broni się interesów moralnych i materyalnych miasta.

Do przewidywanego nielączenia się domów na Powiślu z kanałami ulicznymi powrócimy jeszcze niżej.

W sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą.

Poznawszy zapętrywania lekarzy berlińskich na wartość surowicy przeciwbłonicowej, posłuchajmy rozpraw, toczonych nad tą kwestyą w Towarzystwie Lekarskiem Wiedeńskim. Rozpoczął je prof. WIDERHOFER sprawozdaniem ze 100 tą metodą leczonych przypadków błonicy; wszystkie z małym wyjątkiem przedstawiały postacie ciężkie i bardzo ciężkie. Dzieci niżej 2 lat leczono 15. 4-ro ze szczepionych dzieci zachorowało następnie na odrę, z nich zmarło dwoje. 8 razy spostrzegano u dzieci szczepionych obfitą, przebiegającą prawie bez gorączki wysypkę, która miała dużo podobieństwa do płonicy; W. skłonny jest uważać ją raczej za sztucznie wywołaną. Jedno z tych dzieci zmarło. Należy jednak zauważyć, że 7 dzieci nieszczepionych zachorowało na podobną wysypkę; z liczby ich zmarło 3. Stosowanie surowicy przypadło na miesiąc październik i listopad (4 przypadki tylko leczone były w sierpniu), a zatem na czas największego natężenia epidemii błonicy. Z liczby wspomnianych 100 przypadków zmarło 24, co w porównaniu ze śmiertelnością za pierwsze 9 miesięcy (52,6%) daje spadek jej o 28,6%. Śmiertelność zaś w miesiącach październiku i listopadzie w latach 1891, 1892 i 1893 wahała się między 60 a 71%. Co się tyczy wieku, to

| | | | |
|------------------|-----------|--------|-----------------------------|
| w 1 roku życia z | 8 chorych | zmarło | 5 |
| „ 2 „ „ | 17 | „ | 6 |
| „ 3 „ „ | 20 | „ | 7 |
| „ 4 „ „ | 14 | „ | ? (1 pozostaje w leczeniu). |
| „ 5 „ „ | 16 | „ | 2 |

Z dzieci wyżej lat 6 nie zmarło żadne.

W 96 przypadkach wykazano w błonach swoiste laseczniki, w 7 z nich przeważały licznie paciorkowce, z nich zmarło 4, a mianowicie 3 przy objawach posocznicy. Przyczynę śmierci stanowiły: 12 razy dławiec, 5 razy posocznica, 1 raz błonica z obrzękiem krtani, 1 raz błonica, 1 raz płonica, niezbyt oskrzeli i dławiec, 2 razy odra i zapalenie płuc, 1 raz gruźlica z ropnem zapaleniem opłucnej.

Zdanie BEHRING'a, że surowica okazuje się tem skuteczniejsza, im wcześniej została zastosowana, W. najzupełniej potwierdza. Najlepsze wyniki otrzymywane były w przypadkach, które poddane zostały leczeniu w pierwszych trzech dniach choroby, jakkolwiek nie można odmówić surowicy pomyślnego wpływu i w późniejszym okresie błonicy. Działanie surowicy wyrażało się w następujący sposób: w zwykłych postaciach ciężkiej błonicy po jednym lub dwóch wstrzyknięciach zauważyć można, że pierwiastkowo żółty wysięk staje się mleczno-białym. Zwykle już w 12 godzin po pierwszym wstrzyknięciu błony zaczynają się oddzielać. Ma to miejsce przeważnie w przypadkach czystej błonicy; w mieszanych błonach przeistaczają się w mazistą, papkowatą masę. Najjaskrawiej występował wpływ leku w zmianie stanu ogólnego: dzieci ciężko chore po kilkunastu godzinach siedziały na łóżku, bawiąc się. Gorączka spadała zwykle powoli, czasami szybko, ale niejednokrotnie po wstrzyknięciu podnosiła się na nowo. Tętno ze 160 i wyżej spadało zazwyczaj do normy. Zupełne oddzielenie się błon nie następowało szybciej, niż zwykle. W przypadkach błonicy nosa surowica okazywała się także skuteczną: wydzielina zmniejszała się, przechodziła w ropną i wreszcie powoli znikła. Ani razu nie spostrzegano tych ciężkich następstw błonicy nosa, jakie zwykle jej towarzyszą. W przypadkach dławca, których większość przybyła do szpitala po 3-im dniu choroby, działanie surowicy było mniej wyraźne. Szczepienia w drugim i trzecim dniu choroby dawały wyniki pomyślne. Przy zajęciu oskrzeli surowica okazała się bezsilną. U dzieci, zmarłych przy objawach posocznicy, już przed wstrzykiwaniami znajdowano niezwykle wielką ilość paciorkowców. Jeden przypadek tylko, w którym rokowanie zdawało się być pomyślnem, zakończył się także śmiercią z powodu posocznicy. Dotyczył on 11-miesięcznego dziecka z czystą postacią błonicy, bez paciorkowców, bez białkomoczu, z lekkim zajęciem gardzieli i nosa. Pomimo to występowały powoli objawy posocznicy, wśród których dziecko zmarło. Co się tyczy udziału nerek w sprawie chorobowej, to W. stanowczo przeczy zdaniu, jakoby surowica wpływała na częstość i natężenie zapalenia tych narządów. Porażenia pobłonicowe były kilkakrotnie spostrzegane. Działanie uboczne wystąpiło u dwójga dzieci w postaci wysypki i obrzęku w okolicy stawów. W pojedynczych przypadkach zauważono zropienie gruczołów na szyi, zapalenie ślinianki przyusznej i przyszczykę. Dawka środka odpowiadała natężeniu choroby. W kwestyi znaczenia zapobiegawczego wstrzykiwań surowicy W. ostatecznego sądu jeszcze nie wydaje. Ostateczny wniosek W. brzmi dla surowicy bardzo pomyślnie. Zdaniem jego środek BEHRING'a wpływa na pewne postacie błonicy, i to wcale nie na najłżejsze, tak, jak żaden z dotychczas znanych leków.

W dyskusyi PALTAUF przemawiał za swoistością lasecznika LOEFFLER'a, a także objaśniał teorię działania surowicy; wreszcie zakomunikował, że wyrabia sam surowicę przeciwbłonicową, której większe ilości przygotowane będą za kilka miesięcy. GNAENDINGER stosował środek BEHRING'a w szpitalu Arcyksięcia Rudolfa w 27 przypadkach błonicy, ze śmiertelnością 40,7%, co równa się prawie takiejże odsetce (45,5%) śmiertelności przed stosowaniem surowicy. G. z liczb tych nie chce wyprowadzać żadnych wniosków, gdyż liczby jego zbyt są małe. Prócz tego działalność wspomnianego szpitala ogranicza się do bardzo małego terytorium, na którym, być może, obecnie panują przeważnie postacie mieszane błonicy, za czem zdają się przemawiać badania bakteriologiczne PALTAUF'a. Z 5 dzieci, szczepionych pierwszego dnia choroby, zmarło dwoje, jedno z ciężką gruźlicą płuc, drugie z objawami posocznicy. Dwoje dzieci szczepiono w drugim dniu choroby: oboje zmarły (posocznica, dławiec). U dwójga dzieci z praktyki prywatnej wstrzykiwanie rozpoczęto drugiego dnia choroby: oboje wyzdrowiały.

Dalszy ciąg dyskusyi odłożono do następnego posiedzenia w dniu 11 stycznia. Urzędowe sprawozdanie z tego posiedzenia jeszcze nie ukazało się w druku.

Z. Srebrny.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= D-r HAMPELN z Rygi, na zasadzie bardzo ścisłych swoich spostrzeżeń co do chorych, dotkniętych tętniakami aorty, jest zdania, że pomiędzy przymiotem a tętniakami jest związek przyczynowy, a nie przypadkowy. Z 17-tu chorych z jego praktyki prywatnej, tylko w jednym przypadku nie było żadnych danych co do jakichkolwiek chorób wenerycznych u chorego, dotkniętego tętniakami aorty. 7-iu chorych przechodziło przymiot przed 8 do 20 laty, 6-u miało „rankę“ lub „ranki“ na członku równocześnie z tryprem, jeden miał tylko trypra. Co do 2-ech kobiet z ogólnej liczby 17-tu chorych, to żadna z nich nie była w stanie nie objaśnić co do przebytych jakichkolwiek chorób wenerycznych. Wiadomym tylko było, iż ronily. Z 33 przypadków chorych, dotkniętych tętniakami i leczonych w szpitalu, 6 przechodziło przymiot, 2 „rany“ na członku i 2 trypra. (Berl. klin. Woch. № 52. 1894).

= DEHIO zwraca uwagę lekarzy, aby i przy chorobach serca, zarówno jak i przy cierpieniach mózgu bacznie zwracali uwagę na wywiady, dotyczące się przebitego niegdyś przymiotu. Według autora lepiej nieraz przeprowadzić niepotrzebnie swoją kurację przeciwprzymiotową (wcierania szaruchy), aniżeli dopuścić do tego, aby swoista kuracja była już zbyt późno zastosowana. (Peters. med. Woch. № 46. 1894).

= A. FOXWELL podaje wyniki leczenia swoich chorych na gruźlicę zapomocą jodoformu. Z 46 chorych, leczonych tym środkiem, F. otrzymał więcej niż u połowy znaczne polepszenie. Autor radzi zaczynać od 0,12 *pro die*. Jeżeli chorzy znoszą dobrze ten środek, można dawkę powiększyć do 0,30 dziennie, a nawet i tę dawkę po upływie pewnego czasu powiększać o 0,12 dziennie tak, żeby z czasem dojść do 1,80 *pro die*. Leczenie zapomocą jodoformu można stosować w ciągu całego roku. (Birm. med. rev. 1894). S. M.

= D-r HEDDERICH podaje do wiadomości kolegów nowy środek przeciw krwotokom—ferri-pirynę. Jest to podwójny związek chlorniku żelaza z antypiryną. Przedstawia się jako proszek pomarańczowo-czerwonego koloru, który bardzo łatwo rozpuszcza się w wodzie. Zastosowanie ma takie same, jak i chlornik żelaza. H. używał dotąd w roztworze wodnym (18—20%). W roztworze tym maczał tampony z waty i przykładał na miejsca krwawiące. Można jednak używać tego środka i *per se* t. j. w postaci proszka. Przy wewnętrznym użyciu dawka dla dorosłego równa się 0,5. Autor jest zdania, że ze względu na znacznie większą dawkę, jaką można choremu dawać, aniżeli przy użyciu chlorniku żelaza, środek ten może być

pożytecznym przy krwotokach żołądkowych. Środek ten, posiadający własności ściągające, może mieć zastosowanie i przy leczeniu rzeżączki. Do tego celu były używane 1 lub 1½ procentowe roztwory. (Münc. med. Woch. № 1. 1895). S. M.

= Według d-ra CLAUS'a trional jest doskonałym środkiem nasennym dla dzieci. Dawka wynosi od 0,20 — 0,40 dla dzieci od miesiąca do roku; od roku do 2 — 0,40—0,80; od 2—6 lat — 0,80—1,20. W tych dawkach dzieci dobrze znoszą trional, który wywiera prócz tego pewien wpływ dodatni i na narządy trawienia. Podawać go należy na ½ godziny przed położeniem się, w mleku, miodzie lub w postaci cukierków. Sen następuje po upływie kilkunastu minut. (Sem. méd. № 71. 1894).

= D-r STENER stosował z bardzo dobrym wynikiem przy owrzodzeniach i ropieniach sól bismutową kwasu ditiosalicylowego—tioform, który jest środkiem wysuszającym, ograniczającym wydzielinę, nietrującym i dla tego można go bezpiecznie stosować i w większych ilościach. (C. f. kl. Med. № 51. 1894).

= Laktofeninę zalecano już niejednokrotnie jako *antipyreticum* (0,6), *hypnoticum* (1,0) i *antinervinum*. Obecnie ROTH stosował ją przy gościu stawowym i na zasadzie 28 przypadków, tym środkiem leczonych, przychodzi do następujących wniosków: 1) Bóle, zaczerwienienie i obrzmienie stawów ustępują w ciągu paru dni, zazwyczaj po 24—48 godzinach. 2) Ciężota ciała stale się obniża. 3) Ubocznych działań nie spostrzegano. 4) Podawać można do 5,0 gr. dziennie w ciągu kilku dni. 5) Skuteczność środka tego równa się zupełnie skuteczności kwasu salicylowego. (C. f. kl. Med. 51. 94).

= GAUDIER i HILT z Lille badali jadowitość moczu od osobników, dotkniętych łagodnymi i złośliwymi nowotworami, i przekonali się, że u drugich jadowitość ta jest zawsze zwiększona. Zdaniem autorów fakt ten może mieć znaczenie rozpoznawcze. (Sem. méd. № 71. 1894).

= MENZIES stosował w siedmiu bardzo ciężkich przypadkach przymiotu leczenie wyciąganiem gruczołu tarczowego. Wyniki przewyższyły wszelkie oczekiwania: w czterech przypadkach, gdzie leczenie ręcione nie przyniosło żadnej korzyści, nastąpił powrót do zdrowia, w trzech innych przypadkach stosowanie gruczołu tarczowego skróciło czas leczenia ręcionego. (Brit. med. Jour. 1894, 7. VII).

= LEMKE jest zdania, że do rozpoznania choroby BASEDOW'a wystarcza *delirium cordis* i drżenie ciała. Inne objawy są już następcze

i służą tylko do poparcia rozpoznania, że przyczyna choroby BASEDOW'a tkwi prawdopodobnie w zбочeniu chemicznego wpływu gruczołu tarczowego na krew i że choroba BASEDOW'a nie jest wcale chorobą układu nerwowego. (Deut. med. Woch. 51. 94 r.). S. M.

— STILLER zaleca pobyt w klimacie górskim chorym dotkniętym chorobą BASEDOW'a. Przed 6 laty doniósł STILLER na zjeździe w Wiesbaden o 2 przypadkach choroby BASEDOW'a, gdzie klimat górski wywarł zdumiewający wpływ dodatni. W obydwóch tych przypadkach, chore wysłane w góry dotknięte już były wodną puchliną i białkomoczem. Dziś są one zupełnie zdrowe. Wobec tego S. proponuje spróbować klimatu górskiego także w niewyró-

wnanych wadach serca zwykłego pochodzenia— z wyjątkiem przypadków z miażdżycą tętnic. STILLER nie uważa powietrza górskiego za niezawodny środek swoisty w chorobie BASEDOW'a, w każdym razie jednak za najcenniejszy ze znanych dotychczas sposobów leczenia. (Pester med. chir. Presse № 11. 94). S. M.

— Przypadkowy białkomocz podług PETERSON'a i PAYKULL'a nie jest tak rzadkim. Na 70 uczniów, których mocza 3 razy dziennie był badany zapomocą odczynnika HELLER'a, u 16 znajdowano niekiedy obecność białka. W rannym moczu białko było u 14,3%, w dziennym u 10%, a w wieczornym u 14,3%. (Nordiskt medicinskt Arkiv. t. XXVI). J. Sz.

Wiadomości bieżące.

— Prof. BUJWID donosi nam, iż próby otrzymania surowicy przeciwbłonicowej w Krakowie o tyle się posuwały, że według niedawno wykonanego badania, siła uodparniająca już przekracza cyfrę $\frac{1}{50000}$, co oznacza, że w bardzo niedługim czasie B. będzie miał surowicę słabszą, do leczenia zdatną.

— D-r LIBBERTZ uprasza wszystkich lekarzy, uwiadamiających go o działaniu nieprawidłowym surowicy, z fabryki w Höchst pochodzącej, aby w doniesieniu wymieniali także numer flaszeczki, w której otrzymali surowicę; każda bowiem flaszeczka surowicy, wypuszczona z Höchst, ma swój numer, do którego odnosi się osobna flaszeczka kontrolna w fabryce przechowana.

— Najbliższa, co trzy lata w kwocie 300 funtów szterlingów udzielana nagroda ASTLEY'a COOPER'a przypadnie autorowi najlepszej pracy: O chorobach stawów, wywołanych przez przymiot i rzeżączkę. Ubiegający się o nagrodę winien pracę swą, napisaną w angielskim języku lub innym, z dodaniem tłumaczenia angielskiego przesłać przed 1 stycznia 1898 roku do kolegium medyko-chirurgicznego w Guy's Hospital w Londynie. Prace zaopatrzone mają być w godło. Bliższych wiadomości udzieli na żądanie D-r HALE White 65, Harley Street, London W.

— D-r ŻBANKOW, pisząc we „Wraczu“ o trudnościach, jakie napotyka wprowadzanie

nowej ustawy szpitalnej od 1 lipca r. b., głównie jak dotąd ze strony „ziemstw“, zaznacza co do samej ustawy wogóle, że ministerjum, przewidując wiele trudności i nieporozumień, na zasadzie odpowiedniego swego cyrkularza dozwala przedstawiać podania o opóźnienie wprowadzenia niektórych poszczególnych części nowej ustawy, o powiększenie ilości chorych, mających podlegać opiece pojedynczego lekarza, o zaliczenie szpitali III klasy z ilością łóżek, przybliżoną do *minimum* określonego dla tejże klasy, do niższej klasy, jeżeli zachodzą trudności w urzędzeniu zarządu dla takich szpitali. Oprócz tego cyrkularz zaleca odpowiednim władzom postarać się o to, ażeby o ile możności „zapobiegały nieporozumieniom i usuwały nieprawidłowe objaśnianie nowej ustawy, co mogłoby wpłynąć ujemnie na sprawy dobroczynności publicznej“.

— Autorzy, życzący sobie, aby ich prace polskie z zakresu ogólnej przemyślenia materii, fizyologii, patologii przewodu pokarmowego, dyagnostyki i terapii chorób żołądka, kiszki, wątroby i trzustki, były referowane w powstającym Archiwie: „Archiv für Verdauungskrankheiten“ BOAS'a z Berlina, zechcą łaskawie przysyłać odbitki prac swoich pod adresem: D-r Ignacy GRUNDZACH, Orla 12 (w Warszawie). Pierwszy referat zbiorowy dotyczyć będzie prac, które się ukazały w druku pomiędzy 1 lipca 1894, a końcem tegoż roku.

OD ADMINISTRACYI.

Uprasza się Szanownych abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1895, oraz o wniesienie zaległej.

Rok XXX-ty.

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW,

będące dalszym ciągiem „Kliniki“, w r. 1866-ym założonej, a pod nazwą „Medycyny“ od r. 1873-go wychodzące, wydawane i redagowane przez gremium lekarzy w Warszawie, na prowincyi i za granicą mieszkających, wychodzić będzie w r. 1895 w tym samym zakresie i kierunku.

„Medycyna“, nie zaniedbując tego wszystkiego, co naukowego lekarza obchodzić może, ma przedewszystkiem na celu potrzeby lekarzy-praktyków; zatem, za najważniejsze zadanie dla siebie poczytywać będzie uprawianie medycyny klinicznej w obszernem znaczeniu tego słowa; dalej, podawanie wszelkich nowych zdobyczy, dotyczących ulepszenia metod leczniczych, z wszelkich bez wyjątku dziedzin, obszar nauk lekarskich stanowiących, przy uwzględnieniu wszelkich działów, dotąd w „Medycynie“ opracowywanych, które, o ile to będzie możebne, rozszerzeniu ulegną. W obec sformułowania w sposób powyższy zasadniczych kierunków pisma, program szczegółowy jest zbyteczny.

Numer „Medycyny“, która w miarę potrzeby podaje rysunki, drzeworyty, lub litografie, obejmuje tekstu minimum stron 20, większego w porównaniu z numerami z przed roku 1892-go formatu; co razem stanowi rocznie tom o tysiąc kilkuset stronicach.

Cena „Medycyny“ w Warszawie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50, kwartalnie rs. 1 kop. 25.

Na prowincyi i po za Warszawą w ogóle rocznie rs. 6 — lub półrocznie rs. 3. (Kwartalnie na prowincyi prenumerować nie można).

Każdy artykuł pomieszczony w „Medycynie“ jest płatny.

Z wszelkimi interesami treści naukowej, jakoto: nadsyłaniem artykułów, żądaniem wyjaśnień lub naukowej pomocy i t. d. i t. d. zwracać się należy pod adresem: **Redakcyja „Medycyny“ w Warszawie — ulica Oboźna N-r 5**, z wszelkimi zaś interesami, dotyczącymi administracyi pisma, jakoto: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich nalożności, reklamacyami, nabywaniem numerów i wydawnictw „Medycyny“, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d., zwracać się należy **nie do Redakcyi**, lecz do Wydawcy pisma pod adresem: **D-r L. Guranowski w Warszawie, Marszałkowska 129.**

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 5 Января 1895 г.

Druk K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.