

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
 dla lekarzy-praktyków.

**Warunki przedpłaty:** w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, 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:** Jasna Nr. 6.

**Adres Redaktora** Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.** W sprawie aseptyki i antyseptyki w szpitalach małych oraz w praktyce prywatnej chirurgicznej i położniczej. Napisał Ig. Watten. (Dokończenie). — O chorobie Friedreich'a. Napisał M. Biro (Ciąg dalszy). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 137. Skryte postacie dychawicy. 138. Znieczulanie przy porodzie kokainizowaniem rdzenia. — **Z TÓWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 30 października, 6, 20 i 27 listopada r. b. — O ruchu chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 listopada do 14 grudnia r. b. — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE  
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Ig. Watten — Sur l'asepsie et l'antisepsie dans les petits hôpitaux et en dehors des hôpitaux. 2) D-r M. Biro — Sur la maladie de Friedreich

Redaction: Dr. M. Sajowski. Varsovie — Rte Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Ig. Watten — Ueber Aseptik und Antiseptik in kleinen Krankenhäusern und in der Privatpraxis. 2) D-r M. Biro — Ueber die Friedreich'sche Krankheit.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

## W sprawie aseptyki i antyseptyki w szpitalach małych

oraz

### w praktyce prywatnej chirurgicznej i położniczej.

(Rzecz wygłoszona na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

Napisał

**Ig. WATTEN.**

Ordynator szpitala fabrycznego w Łodzi.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 50).

Przechodzimy z kolei do wody wrzącej jako środka odkażającego. Woda wrząca czysta (u nas ciepota około 99°) nie przedstawia bardzo energicznego środka bakteryobójczego. Zarodniki niektórych bakterii opierają się kilkogodzinnemu nawet gotowaniu. Według REPIN'a<sup>10)</sup> kompresy z gazy wagi 500 gramów i tampony z waty po 30 grm., gotowane w ciągu 65 mi-

<sup>10)</sup> TERRIER. Loc. cit.

nut, bynajmniej nie zawsze okazują się jałowymi. Siła bakteryobójcza wody wrzącej wzrasta natomiast w wysokim stopniu po dodaniu niektórych soli. I tak TAVEL<sup>11)</sup> wykazał, iż wrzący fizyologiczny (0,6%) roztwór soli kuchennej w ciągu 5 minut zabija takie zarodniki, które w wodzie czystej nie giną nawet po dwóch godzinach gotowania. Bardziej energicznie jeszcze działa t. zw. płyn TAVEL'a (7,5‰ soli kuchennej i 2,5‰ sody), w którym po kwadransie gotowania giną wszystkie bez wyjątku drobnoustroje. Według SCHIMMELBUSCH'a<sup>12)</sup> we wrzącym 1—2% roztworze sody w ciągu 5 minut osiąga się zupełne wyjałowienie przedmiotów.

Posługując się w praktyce roztworami tymi dla wyjaławiania, należy mieć na uwadze, iż nie do wszystkich przedmiotów z jednakową łatwością one przenikają. Okoliczność ta może być źródłem znacznych uchybień w aseptyce. Biorąc na ogół, materiały opatrunkowe *caeteris paribus* tem prędzej będą wyjałowione, im w mniejszej i mniej zbitej masie w naczyniu znajdować się będą. Robiąc doświadczenia w tym kierunku, przekonałem się, iż wewnątrz kuli z mocno zwiniętej waty nieoczyszczonej, wagi około pół funta, temperatura wrzącego roztworu sody (1—2%) osiągnana bywa dopiero po upływie pół godziny czasu. Wewnątrz tamponów z waty zwykłej wielkości (około 3 gramów wagi) ciepłotę wrzątku bardzo szybko się osiąga — najwyżej po paru minutach. To też gotując w roztworach wymienionych materiały opatrunkowe i serwety operacyjne w niezbyt dużej masie przez przeciąg najwyżej pół godziny, zawsze niemal możemy być zupełnie pewni ich jałowości. Wiemy przytem, iż roztwór soli i płyn TAVEL'a bynajmniej nie działają ujemnie na tkanki, wyjęte więc z nich materiały opatrunkowe bez obawy służyć mogą do opatrywania i oczyszczania ran.

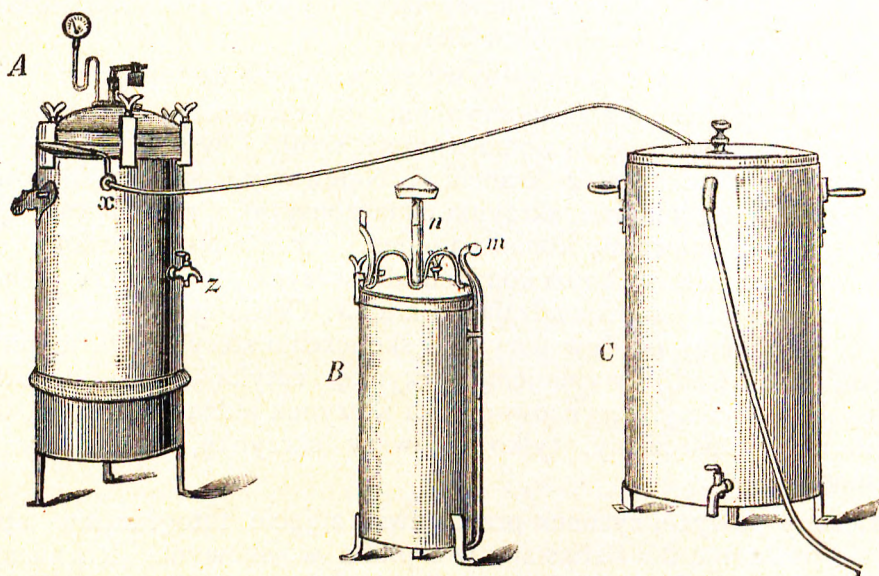
Oceniając wartość praktyczną tego lub owego rodzaju sterylizacji, musimy przyjąć to jeszcze w rachubę, iż ta ostatnia w szpitalach całkowicie zazwyczaj spoczywa w ręku niższej służby lekarskiej (felczera lub siostry) — bardzo rzadko się zdarza, aby lekarz miał bezpośredni nad nią dozór. W tych warunkach szczególnie pewnem jest, iż im mniejszego zachodu, im mniejszego nakładu czasu, fatygi i uwagi sprawa wyjaławiania wymaga, tem większa będzie zawsze gwarancya, iż przeprowadzone ono zostało należycie. Możemy przytem przyjąć za zasadę ogólną, iż prawdopodobieństwo zupełnego osiągnięcia celu, który w danych warunkach przez sterylizację sobie zakreśliłyśmy, ma się w stosunku odwrotnym do czasu, potrzebnego do jej przeprowadzenia. Im szybciej się wyjaławianie w oddziale dokonywa, tem większa jest zawsze pewność, iż przeprowadzone jest ono dokładnie — i na odwrót.

Z tego już względu sposoby wyjaławiania obliczone na wiele godzin, rozłożone na szereg poszczególnych czynności, jak np. przy autoklawach, przedstawiają nie tylko wielką niedogodność, lecz i wielkie prawdopodobieństwo częstych uchybień — bez względu na to, kto się wyjaławianiem zajmować będzie. W razie braku gazu w szpitalu, przybywa inna trudność z podtrzymywaniem stałego ognia przez szereg godzin, trudność, którą każdy, kto miał sposobność w oddziale chirurgicznym bez gazu pracować, bynajmniej za łatwą do ominięcia nie uzna.

<sup>11)</sup> Annales de Micrographie. 1890.

<sup>12)</sup> Aseptische Wundbehandlung. Berlin. 1892.

Z pomiędzy wszelkich sposobów wyjaławiania najbardziej odpowiednie i dogodne pod każdym względem i w każdych warunkach jest oczywiście wyjaławianie w parze krążącej pod ciśnieniem wysokim — w szpitalach zaś małych jest to, zdaniem mojem, jedyny sposób, gdy idzie o konsekwentne i stałe przeprowadzanie zasad aseptycznego postępowania przy operacjach i opatrywaniu ran. Rozporządzając niewielkim aparatem odpowiednim (np. w rodzaju najczęściej u nas używanego małego aparatu LAUTENSCHLÄGER'a dla pary o ciśnieniu atmosferycznym), pozwalającym otrzymywać 2—3 atm. ciśnienia, na przeprowadzenie całej sterylizacji nie potrzeba zazwyczaj więcej nad godzinę czasu; główny zaś jej moment — od chwili dojścia pary do wymaganego ciśnienia aż do wyjałowienia zupełnego zawartości aparatu — wynosi tutaj wszystkiego 10—15 minut. W takich warunkach lekarz może z ła-



Steryliizator d-ra R. BECKMANNA z Łodzi.

twością za każdym razem nad sterylizacją mieć osobisty dozór — i to stanowi także o przewadze omawianego sposobu nad wszystkimi innymi.

Przyczyny, dla czego tak rzadko stosowane bywa u nas wyjaławianie w parze pod ciśnieniem wysokim, pomiędzy innymi szukać należy w braku poręcznych i tanich sterylizatorów tego rodzaju oraz w wysokiej ich cenie. Nie jednego odstrasza też zapewne dosyć skomplikowana budowa aparatów, za granicą używanych, co w miastach małych zwłaszcza przy wszelkich reparaacjach sprawia nie mały kłopot.

W nadzwyczaj prosty i szczęśliwy, zdaniem mojem, sposób kwestyę tę rozwiązuje przyrząd pomysłu d-ra R. BECKMANNA w Łodzi, zbudowany pod jego kierunkiem na miejscu przez zwykłego kotlarza. Dzięki uprzejmości kol. BECKMANNA, który, po przeprowadzeniu nad działaniem swego aparatu dokładnych badań bakteriologicznych, zamierza go szczegółowo opisać, jestem w możności zapoznać Szanownych Panów w głównych zarysach z jego sterylizatorem.

Sterylizator ten składa się z dwu części: zwykłego cylindrycznego kotła parowego z miedzi (*A*) i skrzynki blaszanej, w której się mieszczą materiały wyjaławiane (*B*). Kocioł zamyka się hermetycznie pokrywą, w której są umieszczone: termometr z podziałkami od  $90^{\circ}$  do  $150^{\circ}$ ; manometr, wskazujący ciśnienie wewnątrz kotła, oraz klapa bezpieczeństwa, otwierająca się pod ciśnieniem trzech atmosfer. W bocznej ścianie kotła znajdują się dwa krany; przez kran *x* wychodzi para podczas działania aparatu, kran *z* służy do wypuszczania wody z kotła.

Skrzynka metalowa do materiałów (*B*), która wstawia się do kotła, ma również kształt cylindryczny i górne hermetyczne zamknięcie. W środku przykrywy wznosi się rodzaj komina, przez który wchodzi do skrzynki para od góry, wychodzi zaś dołem przez rurę odprowadzającą. Rura ta kończy się szrubą (*m*), która za pomocą mutry łączy się wewnątrz kotła z kranem *x*. Skrzynka stoi na trzech żelaznych nóżkach.

Puszczenie aparatu w ruch odbywa się w sposób następujący:

Napełniwszy skrzynkę *B* materiałami, do sterylizacji przeznaczonymi, zamykamy ją hermetycznie za pomocą trzech szrub i wstawiamy do kotła, łącząc rurę odprowadzającą z kranem *x*. Nalewamy następnie do kotła wodę do wysokości, na kominie skrzynki oznaczonej (*n*), i, zamknąwszy go, zapalamy gaz *resp.* stawiamy kocioł na ogień. Kran *x* pozostawiamy otwartym. Wytwarzana para wchodzi kominem do skrzynki, wyganiając powietrze, i wychodzi przez rurę odprowadzającą i kran *x*. Otwierając ten ostatni, mniej lub więcej regulujemy odpływ pary. Po skończeniu sterylizacji, wypuszczamy z kotła parę i wodę i wyjmujemy skrzynkę, zatykając rurę odprowadzającą watą. Jeśli chcemy sterylizować kilka skrzynek jedna po drugiej, to wody z kotła nie wypuszczamy, tylko wyjąwszy skrzynkę, wstawiamy na jej miejsce inną.

Załączony powyżej rysunek przedstawia zdjęcie fotograficzne aparatu, którym się posługuje d-r BECKMANN w szpitalu wojskowym. Rozmiary jego są następujące: wysokość kotła 70 ctm., średnica —  $31\frac{1}{2}$  ctm. Wysokość skrzynki (bez komina) — 46 ctm.; średnica jej —  $21\frac{1}{2}$  ctm. Grubość ścian kotła wynosi 2 milimetry. Według wymagań techniki i inspekcji fabrycznej, może on funkcjonować przy ciśnieniu  $5\frac{1}{2}$  atmosfer — mając więc klapę, otwierającą się przy trzech atmosferach, zupełnie jesteśmy zabezpieczeni od eksplozyi.

Przy większych rozmiarach kotła grubość ścian jego, rzecz jasna, musi być odpowiednio zwiększona. Może on być opalany gazem, naftą lub węglem, w razie potrzeby chociażby na piecu kuchennym. Kol. BECKMANN posługuje się specjalnym piecykiem żelaznym i na całą sterylizację od chwili rozniecenia ognia zużywa około 40 minut czasu.

Przedstawiony na rysunku cylinder *C* nie stanowi integralnej części aparatu, służy on do nagrzewania wody przez parę, wychodzącą z kotła, albo do skraplania jej, gdy chcemy otrzymać wodę destylowaną. Kocioł *A* może również służyć do wyjaławiania wody; w rozmiarach powyżej podanych, dostarcza on jej około 45 litrów na raz.

Najważniejszą jednak zaletą sterylizatora d-ra BECKMANN jest taniaść jego. Cena kotła wraz z dwiema skrzynkami z miedzi wynosi na miejscu oko-

ło 100 rb., t. j., nie więcej, niż cena zwykłego sterylizatora LAUTENSCHLÄGER'a podobnych rozmiarów bez wszelkich dodatków w Berlinie <sup>13)</sup>).

Gdy z tych lub owych powodów nie możemy dla sterylizacji posługiwać się parą, krążącą pod ciśnieniem wysokim, to zastąpić ją może tylko wrzący roztwór sody lub soli kuchennej. I tutaj, jakśmy widzieli, jesteśmy w stanie bardzo łatwo osiągnąć bezwzględną jałowość przedmiotów do operacji potrzebnych, i to kosztem najtańszym, bo każde odpowiedniej wielkości naczynie, a nawet rondel lub garnek może służyć za „sterylizator“. Cała niedogodność sterylizacji w wodzie polega na tem, iż nie pozwala ona zaopatrzyć się w suchą bieliznę wyjałowioną (prześcieradła, fartuchy, ręczniki), lecz jest to ostatecznie niedogodność tylko, która nie odgrywa roli koniecznej w zachowaniu aseptyki. Jakśmy widzieli, gotowanie materiałów opatrunkowych, serwet i t. p. w fizyologicznym roztworze soli lub w płynie TAVEL'a przez przeciąg pół godziny za zupełnie wystarczające uważać należy. Pozostawiając przedmioty te w tymże płynie aż do chwili operacji, możemy je zupełnie jałowymi zachować. Baczyć tylko należy, aby zarówno podczas gotowania, jak i następnie, były one całkowicie zanurzone — co przy pomocy odpowiednio umieszczonej przykrywy z siatki z łatwością w każdym naczyniu osiągnąć się daje.

Rekapitulując wszystko, co wyżej mówione było, musimy dojść do wniosków następujących:

Tak rozpowszechnione dziś u nas wyjaławianie materiałów operacyjnych w parze krążącej pod ciśnieniem atmosferycznym, t. j. przy ciepłocie mniej więcej 100° C., wogóle mało odpowiadające celowi i wymagające wielkiej uwagi i sumiennosci w obsłudze tudzież bardzo długiego czasu — w szpitalach małych zupełnie jest nieprzydatne i nie gwarantuje nawet względnej (t. zw. chirurgicznej) aseptyki.

W szpitalach tych istotna aseptyka najprędzej osiągnięta być może za pomocą wyjaławiania w parze krążącej o ciśnieniu conajmniej 2–3 atmosfer, wtedy bowiem lekarz zawsze jest w stanie sterylizację osobiście kontrolować.

W braku aparatów odpowiednich zastąpić je może tylko wyjaławianie we wrzących roztworach soli lub sody.

Szanowni Panowie! O odkażaniu materiałów opatrunkowych i narzędzi za pomocą antyseptyków chemicznych, jako o rzeczy, która, właściwie do historii już prawie należeć powinna, nie uważałbym za właściwe wspominać nawet tutaj, gdyby nie okoliczność, że u nas przynajmniej, zwłaszcza w praktyce pozaszpitalnej, zbyt często, niestety, spotkać się z nią jeszcze możemy. Przyczyny tego, zdaniem mojem, pomiędzy innymi szukać należy w trudności zaopatrywania się w gotowe materiały wyjałowione <sup>14)</sup>, tudzież w zbyt jednostronnem zapatrywaniu się na parę jako konieczny środek do wyjaławiania gazy, waty i t. p. Zapomina się przytem zwykle, iż to samo osiągnięte być może za pomocą gotowania w pierwszym lepszym naczyniu. Często też

<sup>13)</sup> Sterylizatory d-ra B. w rozmaitych wielkościach będą wyrabiane w Łodzi pod osobistą jego kontrolą.

<sup>14)</sup> W bardzo niedługim czasie trudność ta istnieje zapewne przestanie — dzięki szczęśliwemu pomysłowi kol. BORZYMOWSKIEGO z Warszawy. Okazał on nam na Zjeździe swój „opatrunek aseptyczny“, który, o ile mi wiadomo, wkrótce we wszystkich aptekach i składach aptecznych do nabycia będzie. Należy się spodziewać, iż ze względu na pożytek swój wielki, jaki oddawać chorym będzie, „opatrunek“ ten zyska wśród wszystkich lekarzy rozpowszechnienie jaknajwiększe.

zapewne winna tu pozostała z dawniejszych czasów ślepa wiara w siłę bakteriobójczą różnych antyseptyków chemicznych.

To też zarówno w praktyce chirurgicznej, jak bardziej może jeszcze w akuszeryjnej, widzimy raz po raz, jak według dawnego szablonu gazę, wateę, szczotki do rąk, rurki i kanki do irygacji i t. d. „dezynfekuje się“ na poczekaniu za pomocą zanurzenia w karbolu, sublimacie lub lizolu, rozrobionych zazwyczaj w t. zw. „czystej“ t. j. nie pokrytej widocznym dla oka brudem misce lub na talerzu. Tak odkażana bywa gaza, która następnie ma służyć do tamponowania ran świeżych, macicy i pochwy przed lub po porodzie, do opatrywania powikłanych złamań kości i t. d. Że antyseptyka tego rodzaju niejednokrotnie z krzywdą chorego się dzieje — nie ulega to wątpliwości. Zwłaszcza niebezpieczne skutki w praktyce mieć może podobne *quasi* odkażanie szczotek do rąk i narzędzi, które wielokrotnie i u rozmaitych chorych używane bywają. Proszę sobie wystawić taką naprzykład szczotkę, która w walizce czynnego praktyka wędruje od porodu do porodu, od chorej na gnilnicę do nie zakażonej jeszcze położnicy; albo pompkę gumową, która w tej chwili służy do płukania pochwy przy cuchnących odchodach, a nazajutrz używa się do przygotowania chorej przed ręcznym wyjęciem łóżyska! Żadne tutaj prażenie w gorącym lizolu lub sublimacie nie może być w przybliżeniu nawet za wystarczające uznane, a szczotka i pompka w tych warunkach bez wątpienia więcej szkody, niż pożytku przynoszą. Jeśli gdzieś, to tutaj SCHLEICH'owskie „Fort mit der Bürste“<sup>15)</sup> na całkowite uznanie zasługuje.

Nie mam potrzeby długo rozwodzić się o całej niewłaściwości podobnie stosowanej antyseptyki w czasach dzisiejszych. Nie należę jednakowoż do tych optymistów, którzy mniemają, iż tylko dobrych chęci z naszej strony potrzeba, aby niewłaściwości tej kres położyć. Jestem pewien, iż antyseptyka, jak wyżej, w stopniu mniejszym lub większym i nadal długo jeszcze kwitnąć będzie. To też na dziś uważałbym za konieczne, abyśmy przynajmniej jakieś *minimum* wymagań pod względem tym ustanowili, od którego odstępując, lekarz do pewnego stopnia przestępstwo popełnia.

To *minimum* określiłbym, jak następuje:

„Wszelkie narzędzia, które przy rozmaitych chorych używane bywają i stykają się bezpośrednio z raną, powinny być bezwarunkowo wyjaławiane przed każdym ich użyciem za pomocą gotowania w sodzie lub soli. Odkażanie ich za pomocą antyseptyków tylko za niedozwolone uważać należy“.

„Toż samo w większym jeszcze stopniu stosuje się do szczotek, które, nie będąc za każdym razem wygotowywane, są więcej szkodliwe, niż pożyteczne. Używanie do operacji i opatrunku szczotek nie wygotowanych, chociażby przechowywanych w antyseptykach, bezwzględnie jest niedozwolone“.

---

15) Neue Methoden der Wundheilung. Berlin. 1899.

# O chorobie Friedreich'a.

Napisał

**MAKSYMILIAN BIRO.**

Rzecz, czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego  
dnia 30 października 1900 r.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 50).

Przypadek I. J. M., około 2 lat mający, przywieziony został do polikliniki z Klewisk gub. Siedleckiej 23. VII. 96. ze względu na to, że źle chodzi. Chód jego w miarę wieku nie tylko się nie poprawia, lecz przeciwnie stopniowo ma się pogarszać. Nie miał gorączki, konwulsyj, wymiotów. Nie było chwili, w którejby całkowicie postradał władzę w kończynach. Widzi, słyszy dobrze. Jest względnie rozumny, choć mniej, niż jego rówieśnicy. Bracia jego, z których jeden ma lat 15, drugi 7 również od pierwszych lat życia coraz gorzej chodzą. Ich siostry (10) są zupełnie zdrowe. Dziadek ich ze strony matki i babka ze strony ojca byli bratem i siostrą. Chłopiec dobrze odżywiany i zbudowany. Układ mięśniowy i kostny nieuporządkowane. Jeśli w budowie coś uderza, to długość palców u nóg, jaką widzimy zazwyczaj u dzieci, które jeszcze nie chodziły. Niema objawów krzywicy. Płuca, serca, narządy brzucha zdrowe. Mocz bez białka i cukru. Odruchy kolanowe, ACHILLES'a, jako też kończyn górnych dobre. Czucie prawidłowe. Zmian oftalmoskopowych nie wykryto. Bez pomocy chłopiec nie chodzi. Podczas chodzenia szeroko rozstawia nogi, a gdy unosi jedną kończynę dolną, czyni to w ten sposób, że zgina ją w kolanie bardzo nieznacznie; gdy opuszcza nogę na ziemię, występuje wybitna hyperekstenzya.

Mając przed sobą chłopca, który uderzył nas tylko ze względu na atakującą, i dowiedziawszy się, że dwaj jego bracia mają objawy analogiczne, ośmieliłem się przypuścić chorobę FRIEDREICH'a. Przypuszczenie to nabrało na wadze po obejrzeniu jednego ze starszych braci.

Przypadek II. J. S. Ch., chłopiec 7 letni, sprowadzony został do polikliniki II. VIII. 96. Od pierwszych lat życia źle chodzi, niewyraźnie mówi i niezręcznie wykonywa ruchy rękoma. Chorób gorączkowych nie przechodził, zupełnej władzy w kończynach ani na chwilę nie stracił. Stan jego się nie poprawiał, lecz stopniowo i wolno się pogarszał. Budowę ma średnią; odżywiany jest niezłe. Sam nie chodzi. Trzymany za rękę, chodzi z trudnością: rozstawia nogi szeroko, unosi nogę jedną, mało ją zginając w kolanie, a po opuszczeniu zatacza nią łuk albo krzyżuje z drugą. Stać może bez pomocy, lecz stoi w sposób osobliwy: staje bokiem, tułów i głowę przechylając nieco ku przodowi, a jedną nogę daleko wysuniętą ku przodowi, odnośną rękę również naprzód wysuwa, gdy drugą, zgiętą w stawie łokciowym, ma wtył cofniętą. Słowem, podczas stania ma postawę gladyatora, rzucającego się na przeciwnika. Lecz i w ten sposób nie może się długo utrzymać na nogach. Robi tułowiem kilka wahań naprzód i wtył, zatacza się nieco wtył i po takim pasowaniu się w ciągu kilku chwil pada na ziemię w ten sposób, że jedną nogę

zgina w kolanie pod siebie, zgiętą na ziemię kładzie, na zgiętej nodze siada, a drugą naprzód wyciąga. Gdy mu każą wstać, opiera się dłońmi o ziemię, podrzuca nieco tułów na szeroko rozstawionych kończynach dolnych, jednak stanąć nie może i pada, gdy mu ktoś ręki nie poda. Chcąc unieść jedną kończynę dolną wówczas, gdy leży, usiłuje to wykonać, lecz kończyna uniesiona waha się na prawo, na lewo, aby po kilku chwilach na rozkaz opuszczenia padła zdala od drugiej albo też z nią się skrzyżowała. Gdy ręką chce dotknąć nosa, wykonywa nią ruchy wahadłowe na prawo, na lewo, aż wreszcie do miejsca żądanego lub pobliskiego się dostanie. Takie same ruchy zachodzą przy zbliżaniu przezeń do ust szklanki wody. Najczęściej chwytą ją oburącz; wówczas ruchy niepożądane są mniejsze. Podobne ruchy widać w wysuniętym z ust języku Lekki oczopląs, zwłaszcza w położeniu skrajnem zewnętrznem, bądź wewnętrznem. Żrenice dobrze oddziałują na światło i przy akomodacyi. Dno oczu normalne. Odruchy kolanowe tylko czasami otrzymać się udaje pomimo rozluźnionych mięśni, i to w stopniu nadzwyczaj słabym, to samo przy odszukiwaniu lewego odruchu ACHILLES'a; prawego odruchu ACHILLES'a nie ma zupełnie. Zresztą chory ze względu na kościec, układ mięśniowy, płuca, serce, narządy brzucha nie ma nic anormalnego. Mocz nie zawiera białka ani cukru.

Chłopiec ten po za ataksją, widzialną w spokoju oraz podczas ruchów, na jednej kończynie nie miał odruchu ACHILLES'a, a na drugiej odruch ten osłabiony, wreszcie miał bardzo słabe i niestałe odruchy kolanowe. Już pominię jego oczopląs, który również, jak się poniżej przekonamy, może być objawem choroby FRIEDREICH'a. Najważniejszymi cechami tego cierpienia są w danym przypadku, jak zresztą w ogóle, ataksya, która w tym razie występowała nawet poniekąd w formie ruchów zamiarowych (Intentionszittern), oraz zniesione, bądź osłabione w początkach cierpienia odruchy kolanowe oraz ACHILLES'a. O zaburzeniach odruchu ACHILLES'a podają niewiele, lecz chyba ze względu na to, że dotychczas niesłusznie bardzo mało zwracają na nie uwagi. Tylko SCHULTZE, jako też STINTZING wzmiankują o zniesionych odruchach ACHILLES'a. Kol. KOPCZYŃSKI w jednym ze swoich trzech przypadków opisuje brak odruchów ze ścięgien ACHILLES'a obok zachowanych kolanowych. Natomiast o zaburzeniach odruchów kolanowych mówią prawie wszyscy badacze. W bardzo nielicznych przypadkach odruchy te były zachowane, jak to miało miejsce w pierwszym z podanych przypadków. Takie przypadki są bardzo nieliczne. Według statystyki GRIFFITH'a, cytowanego przez STEIN'a, liczba ich ma sięgać 22 na 90. Bardzo rzadko miały być odruchy te wzmożone, jak to spostrzegali NOLAN, ERB, że nie wspomniemy o przypadku DECROIZILLES'a<sup>30)</sup>, który powinien być raczej uważany za sclérose en plaques, i o przypadku MENZL'a<sup>31)</sup>, który należałoby zaliczyć do kategorii NONNE-MARIE. Jeśli u chorego znajdujemy ataksję i to szczególną, nadającą mu chód wiądowo-rdzeniowo-mózdkowy, dotyczącą niekiedy i kończyn górnych, a czasem nawet tułowia, głowy i języka, jeśli pacjent ten ma zaburzenia odruchów ACHILLES'a, niekiedy również kolanowych, zaburzenia, polegające przeważnie na ich osłabieniu, wówczas już najmniejsze podejrzenie na rodzinną skłonność do tych objawów nasuwa myśl o chorobie FRIEDREICH'a. Podane objawy są najważniejsze. Inne mogą być potrzebne tylko

<sup>30)</sup> Un cas d'ataxie héréditaire. Progrès medic. XIV. 28. 1886.

<sup>31)</sup> Beitrag zur Kenntniss der hereditären Ataxie u. Kleinhirnatrophie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXII. 1 p. 160. 1890.



do uzupełnienia obrazu, nabierają zaś znaczenia poważniejszego, gdy kardynałne są niewyraźne, niezupełne, a wywiady mało miarodajne. Do owych podrzędnych objawów zaliczają zaburzenia odżywcze, naczynioruchowe, zmiany czucia, zaniki mięśni, niekiedy zmiany oddziaływania elektrycznego. Z zaburzeń odżywczych widuje się często szczególne zniekształcenie stopy: sklepienie stopy wypukłone, stopę rozszerzoną i skróconą o palcach, zwłaszcza paluchu, rozgiętych zbyt w pierwszym stawie międzyczłonkowym, stopę szpotawą, którą zowią zazwyczaj *pes cavus*, *pied bot*, *Hohlfuss*, *Klumpfuss*, a czasem nawet stopą FRIEDREICH'a (Friedreich'scher Fuss). Ta budowa stopy często bywała objawem, o tyle dominującym, że na jej karb kładli utrudniony chód pacjentów, że ją operowano i zniekształcenie naprawiano (VERHOOGEN) i naturalnie nie uzyskiwano żadnej poprawy w chodzeniu. Powstanie tej stopy objaśniają w sposób rozmaity. Według MARIE'go ma się ona ukazywać, jako skutek zaniku mięśni. Zdaniem BESOLD'a zjawia się taka stopa z powodu dążności mięśni goleni do bezustannego balansowania (durch das fortwährende Balancierbestreben der Unterschenkelmuskulatur). W nielicznych przypadkach [BURR<sup>32)</sup>] zjawia się stopa taka we względnie późnym okresie choroby, najczęściej zaś w bardzo wczesnym. (JUDSON S. BURY, DÉJÉRINE). Stopę taką miała trzecia z moich chorych.

Przypadek III. Wanda S., 18-letnia panna, zasięgała mojej porady 18. XII. 98. ze względu na to, że od kilku miesięcy coraz trudniej jej chodzić, i że kilka razy z tego powodu nawet się przewracała. Już od 12 roku życia dokuczało jej drżenie rąk, króre w słabym stopniu miało już istnieć w 3—4 roku i stopniowo się zwiększało. Od dwóch lat rodzeństwo spostrzega drżenie głowy. Drżenie rąk miało się przed dwoma laty nieco zmniejszyć, na krótki jednak przeciąg czasu Drżenie zazwyczaj potęgowało się podczas ruchów dowolnych. W ostatnich latach o pisaniu lub szyciu nie mogło być mowy. Ubrać się sama jeszcze mogła w roku przeszłym, jakkolwiek z dużą trudnością. Ze względu na utrudnione ruchy w kończynie górnej prawej, od pewnego czasu posiłkuje się przy jedzeniu kończyną górną lewą. Chodziła do ostatnich czasów bez trudności wielkich, tańczyć jednak nie mogła już w r. 1897. Od początku r. 1896 babka spostrzegała u pacjentki pewną zmianę wymowy, nie uważała jej jednak za chorobliwą ze względu na to, że cała rodzina matki wymawia wyrazy w podobny sposób. Od tegoż czasu, gdy wymowa zaczęła się zmieniać, widywano u niej drżenie twarzy, gdy usta otwierała. Chorób zakaźnych nie przechodziła. Zawsze wyglądała doskonale. Miesiączkować zaczęła w 15 roku życia, co 21—28 dni przez 3—4 dni bez bólów, bez upławów. Uczyła się z pewną trudnością, lecz tępą nigdy nie była; otrzymała niezłe wykształcenie średnie, a w ostatnich latach nauki uzupełniała, pobierając lekcye nauk przyrodniczych. Sióstr nie miała, ma jedynego brata, chłopca 15-letniego, zupełnie zdrowego. Ojciec zmarł na chorobę serca. Matka ma podobno te same, co ona, dolegliwości, lecz dalej posunięte. Wśród krewnych wielu chorych nerwowo i umysłowo. Panna o kwitającym wyglądzie weszła do mnie, chwiejąc się na nogach. Odżywiana znakomicie, chodziła wolno, krokiem niepewnym, mając nogi nieco rozsunięte, a głowę opuszczoną i pochyloną ku przodowi. Szyja wydaje się krótką. Kręgosłup z nieco zbyt wypukłością ku tyłowi. Z innych części ciała pod względem

<sup>32)</sup> A contribution to the pathology of Friedreich's Ataxie. Univers. med. Mag. VI., 9. p. 598 June. 1894.

budowy uderzają stopy o *vaussure* podeszwową wydatną z wystającym *metatarsus* i paluchem zbyt rozgiętym w stawie międzyczłonkowym pierwszym. Na nogach zsuniętych pacjentka stać nie może, waha się w rozmaite strony, a wahanie to się wzmacnia, gdy chora oczy przymyka. Drżą jej ręce, zwłaszcza gdy kończyny górne nie mają punktu oparcia. Po wyciągnięciu kończyny górnej chora unosi mimowoli ramię chwilami do góry, przesuwa na bok, na dół, a palce, zwłaszcza środkowe, ulegają kolejnemu zginaniu i rozginaniu. Ruchy te są nieznaczne i robią wrażenie choreatycznych, potęgają się znacznie w czynnościach dowolnych, np. przy zapinaniu i odpinaniu ubrania, pisaniu i innych czynnościach, wymagających nie dużych a szybkich ruchów w rozmaitych kierunkach. Gdy chora chce dotknąć palcem końca nosa, występuje drżenie zamiarowe, drżenie, potęgujące się w miarę zwiększenia ruchu. Chora nie jest w stanie napisać kilku liter należycie. Nie widać jednak, by pismo stawało się mniej kształtnem w miarę pisania: ostatnie litery wyrazów nie są gorsze, niż pierwsze. Przed 4 laty mogła jeszcze pisać całe listy, obecnie nawet imienia swego nie jest w stanie napisać; ołówkiem jeszcze łatwiej jej pisać, niż piórem, gdy przed dwoma laty pisała piórem niekształtnie, lecz jeszcze czytelnie. Podane poniżej próbki pisma nie tylko są ciekawe same przez się, jako świadczące o wielkiej ataksji kończyn górnych, lecz są wprost obrazem graficznym postępu choroby.

*Kochająca córka Do Cieszkiewicza*

24. IV. 1887 r.

1894 r.

*Do Cieszkiewicza*

8. VII. 1894 r.

*Wardman J. 23/4 96 r.*

3. IV. 1896 r.

*A z K. Wanda*

18. XII. 1898 r.

W nogach również spostrzegano lekkie ruchy mimowolne. Nawet wówczas, gdy chora leży o nogach wyciągniętych, a podpartych, widać drobne ruchy stopy i chwilowe napinanie się ścięgien odnośnych mięśni. Po uniesieniu stopy drżenie to się zwiększa. Te same ruchy widać w mięśniach twa-

rzy, gdy chora zęby pokazuje lub usta szeroko otwiera, jako też w języku, gdy go wysuwa, do góry unosi lub w bok przesuwa; gdy język leży na dnie ust, żadnego drżenia w nim niema. Mowa utrudniona, powolna, świadcząca o używaniu nadmiernego wysiłku. Miękkie podniebienie drży podczas fonacji. Nawet głowa drży czasami, i drżenie jej występuje dopiero wtedy, gdy się ją podpira. Wszystkie te ruchy mają charakter choreatyczno-ataktyczny. Żadnych porażień, ani niedowładów nie wykryto. Odruchy kolanowe i ACHILLES'a na obu nogach zniesione. Czucie dotykowe, bólowe, termiczne, zmysł mięśniowy prawidłowe. Ruchy gałek ocznych dokładne i bez drżenia. Żrenice dobrze oddziałują na światło i na przystosowanie. Wzrok, słuch, węch, smak prawidłowe. Żadnych zaburzeń władz umysłowych nie wykryto. Płuca, serce, narządy brzucha prawidłowe. Mocz bez białka i cukru.

Chora ta miała ataksję i to szczególną, zaczęła się bowiem w kończynach górnych. Już pominię zniesione odruchy kolanowe i ACHILLES'a, drżenie zamiarowe oraz stopy szpotawe o sklepieniu wysokiem, jakieśmy u niej spostrzegali. Nie mogę jednak nie wspomnieć o skrzywieniu kręgosłupa, które u niej uderzało. Kręgosłup był wygięty wypukłością ku tyłowi. Tego rodzaju zjawisko notowano wielokrotnie. Uważają je za rzecz wtórną. Chory usiłuje podobno kontrolować za pomocą wzroku ruchy kończyn dolnych (BESOLD), tą drogą kręgosłup ma ulegać wykrzywieniu. Objasnienie to wystarczałoby o tyle, o ileby nie widywano u takich chorych skrzywień kręgosłupa bocznych. Wobec zaś licznych skrzywień bocznych (FRIEDREICH, DÉJÉRINE, AUSCHER, DESTREE, BURR, SCHULTZE, NOLAN, MACKAY, HENRY BROWN<sup>33</sup>), STEIN) należy raczej przypuścić, że powstają wskutek usiłowania chorego do zachowania równowagi. Podane objawy wystarczają aż nadto do rozpoznania choroby FRIEDREICH'a, a można się jej było obawiać od pierwszych lat pacjentki. Widząc ataksję u dziecka z rodziny, której członkowie byli obarczeni chorobami nerwowymi i umysłowymi, u dziecka, którego matka miała chorobę FRIEDREICH'a, można było już przewidywać, że wybuchnie u niego ta sama choroba, zwłaszcza gdy dziecko miało stopę szpotawą. W rodzinach, usposobionych do choroby FRIEDREICH'a, budowa stopy u dziecka względnie zdrowego, powiada MARIE, powinna wzbudzić obawę, czy dziecko nie ulegnie temu samemu cierpieniu. Ośmielę się dodać, że poprzedni członkowie tej rodziny, chorobą tą dotknięci, mogą mieć budowę stopy zupełnie prawidłową, jak to miało właśnie miejsce u matki pacjentki poprzedniej.

Przypadek IV. Helena S., osoba 40 letnia, była w obserwacji d-ra GOLDFLAMA w roku 1896. Zaczęła chorować po porodzie. Poród nie był zbyt ciężki i przeszedł bez gorączki. Poprzednio miała być zupełnie zdrową. Od czasu porodu zaczęła gorzej chodzić. Po kilku latach stopniowo i górne kończyny odmawiały posłuszeństwa. Ruchy czynne są możliwe, lecz stale im towarzyszą ruchy mimowolne. Podczas spokoju są one nieznaczne, przy czynnościach się wzmagają. Przeszkadzają o tyle, że od kilku lat chora nie jest w stanie chodzić, ubierać się, rozbierać, ani pokarmów do ust wprowadzać. Od kilku miesięcy dokuczały jej niekiedy przelotne bóle rąk i nóg; pewnego dnia zabolą na kilka godzin kończyny dolne, po kilku dniach lub tygodniach bolą w ten sam sposób kończyny górne; bóle te mają charakter cią-

<sup>33</sup>) Two cases of Friedreich's disease. The Journ. of nerv. and ment. disease, 1890. Październik. Ref. Neurol. Centralbl. 1892.

gnących. Od kilku lat w przerwach kilkumiesięcznych trapią pacjentkę napady kilkominutowej utraty przytomności, czasem z drgawkami; napady zjawiają się najczęściej nocą; po napadach zasypia; nazajutrz jeszcze doznaje bólów głowy. W dzieciństwie napadów nie miała. Pochodzi z rodziny, której członkowie obarczeni są chorobami nerwowymi i umysłowymi. Pacjentka jest osobą inteligentną, szczupłą, blada. Znaczna ataksya kończyn, po za tem ruchy mimowolne, występujące najczęściej podczas czynności. Chodzić, stać, wykonywać jakichkolwiek czynności rękoma nie jest w stanie. Wożą ją na wózku i pokarmy do ust wkładają. Jej gałki oczne w położeniach skrajnych bocznych wykonywają ruchy drgawkowe (oczopląs). Żrenice dobrze oddziałują na światło i przy akomodacji. Odruchy kolanowe i ACHILLES'a zniesione. Niema zaników mięśni, żadnych zmian w kościach i gruczołach chłonnych. Mocz bez białka i cukru.

U pacjentki tej po za głównymi objawami poprzednich chorych spostrzegano drżenie gałek w położeniach skrajnych bocznych, zmiany czucia subiektywne i napady epileptyczne. Drżenie gałek widywano w licznych przypadkach, dość wspomnieć FRIEDREICH'a, RÜTIMEYER'a, ERLNMEYER'a, ORMEROD'a, CHARCOT'a, JUDSON'a, STINTZING'a, DÉJÉRINE'a, DESTREÉ'go, ANDERSON'a, BURR'a, NOLAN'a, FRIEDENREICH'a<sup>34)</sup>, VERHOOGEN'a, MACKAY'a, HENRY-BROWN'a, AUSCHER'a, COHN'a. Niektórzy z nich, jak RÜTIMEYER, znajdowali je nie tylko przy ruchach, lecz nawet przy utkwieniu wzroku w jeden punkt. SCHULTZE, który je widział we wszystkich swych przypadkach, nie nadaje mu znaczenia patognomonicznego. Ma ono, według niego, zachodzić również u ludzi nerwowo zdrowych i, jak świadczy OFFERGELD, u 75% ogółu. Zdanie to dziwi mnie z tego względu, że z tysięcy osób widywałem je tylko u chorych nerwowych lub też dotkniętych zaburzeniami oczu. Sądziłbym, że w cierpieniu FRIEDREICH'a należałoby się zapatrywać na nie, jako na zaburzenie koordynacji mięśni gałek ocznych, jako na sprawę jednomienną z tą, jaką uznajemy w mięśniach kończyn i tułowia nieszczęśliwych pacjentów. O ile w wiaździe rdzenia najczęściej i najwcześniej dokuczają choremu bóle, i o ile w późniejszych okresach znajdujemy u nich zaburzenia czucia obiektywne, o tyle w tabes FRIEDREICHI są one rzadkie. Nie wolno jednak twierdzić, by mój przypadek, w którym one wyraźnie występowały, był pod tym względem unikatem. HENRY BROWN, SCHULTZE, VERHOOGEN mieli przypadki z bólami strzelającymi, FRIEDREICH, BONNUS widzieli, prócz takich, bóle rwące, ORMEROD - drętwienie, bóle opasujące, inne parestezye notuje BESOLD, bóle błyskawiczne DÉJÉRINE. Podawano również zmiany czucia obiektywne. STINTZING, NOLAN znaleźli znieczulenia, RÜTIMEYER — zaburzenia czucia dotykowego, WÄLLE, JUDSON S. BURY, DÉJÉRINE, LUNZ — czucie obniżone, BROUSSE czucie bólowe opóźnione, SCHULTZE, JUDSON S. BURY, COHN — zaburzenia czucia mięśniowego, KOPCZYŃSKI - stawowego. Widzimy tedy, że niesłusznie MARIE utrzymuje, jakoby zmiany czucia przedmiotowe nie należały do typowej choroby FRIEDREICH'a. Po za napadami czucia w przypadku tym uderzają najbardziej napady padaczkowe, lecz o nich pomówimy po podaniu ostatniego przypadku, w którym również występowały.

Przypadek V. J. N. S., 16 letni chłopiec, z Łomży, sprowadzony został do polikliniki 8. XI. 98. Do 2 roku rozwijał się normalnie, chodził dobrze; w 3

<sup>34)</sup> Et Filfælde of hereditär Ataxi (Friedreich's Sygdom). Hosp. Tid. 1891. 3 R IX, 2. 3. Ref. Neurol Centralbl.

roku zachorował na „angielską chorobę“ i zaczął gorzej chodzić. Podczas chodzenia mają mu się nogi często podginać, tak że czasem pada; podginanie i niepewność nóg trwają dotychczas i nawet się zwiększyły; pomimo to potrafi dużo chodzić. Ręce zawsze zdrowe. Zmiany mowy nie spostrzeżono. Około piątego roku kilka napadów konwulsyj. Otoczenie nie mogło dać dokładnych odpowiedzi na pytanie, o ile podczas napadów miał przytomność zachowaną. W ciągu kilku lat ostatnich kilka razy bez zdania sobie sprawy z czynu wybiegał z domu i wracał po kilku godzinach, nie pamiętając dokładnie o wycieczce. Widzi, słyszy dobrze. Uważany jest za roztrzępionego. Rodzice, rodzeństwo, krewni podobnej choroby nie przechodzili.

Budowa mierna, odżywiany niezłe. Kręgosłup bez skrzywień, niebolesny. Lekkie X — Beine. Stopy duże o sklepieniu nieprawidłowo wysokim; palce nóg, zwłaszcza pierwszy — en griffe; stopa lekko końska. Ze strony twarzy, języka — brak zmian. Mowa w bardzo małym stopniu jakby nosowa, nie płynna. Żrenice normalnej, jednakiej, średniej szerokości, dobrze oddziałują na światło i przystosowanie. Ruchy gałek przy krańcowem skierowaniu w stronę przedstawiają nieduży oczopląs. Chodzi na nogach szeroko rozstawionych, uderzając dość mocno piętą o podłogę; chód jest niepewny, ataktyczny, a widać to najwyraźniej przy zmianie kierunku. Przy zamkniętych oczach zdradza chory większą ataksję i musi być podpierany. Przy staniu na stopach zbliżonych chwianie wyraźne, wzmagające się przy zamykaniu oczu. W pozycji leżącej ruchy bezwiedne w stopach i palcach, zwłaszcza po lewej; ruchy te są małej rozległości i mają charakter choreatyczny. Siła gruba fleksji plantarnej duża, mniejsza fleksji dorsalnej; ruchy w stawie kolanowym mocne; fleksja ud — słaba obustronnie. Ruchy palców obu dłoni słabe. Czucie dotykowe oraz bólowe na stopach, a w mniejszym stopniu i na dolnych częściach goleni — wyraźnie, choć niewybitnie stępione; czucie ciepły zdaje się być prawidłowem. Na stopach wyraźnie i jaskrawo występuje opóźnienie czucia bólowego. Zmysł mięśniowy może w palcach obu stóp upośledzony. Na górnych kończynach wydaje się, jakoby na dłoniach i dolnej części przedramion było lekkie stępienie wszystkich gatunków czucia, prócz zmysłu mięśniowego. Mięśnie ud względnie do goleni słabo rozwinięte, wyraźnego jednak zaniku mięśni na kończynach dolnych niema. W górnych kończynach uderza słaby rozwój mięśni, zwłaszcza na dłoniach, *thenar*, *hypothennar*; w *spatia interossea* mięśnie robią wrażenie nietylko słabo rozwiniętych, lecz nawet w pewnym stopniu zanikłych; oba paluszki — en griffe. Odruchów kolanowych, jako też ACHILLES'a nie udało się otrzymać nawet z JENDRASSIK'iem; odruch plantarny bardzo słaby; odruchy *cremasteris*, brzuszne dobre. W płucach, sercu, brzuchu zmian nie wykryto. Mocz bez białka i cukru. Oddziaływanie elektryczne mięśni ud (*extensor quadricip.*) dobre. Oddziaływanie faradyczne mięśni goleni w bardzo znacznym stopniu zmniejszone ilościowo zarówno od nerwów, jak i bezpośrednio; zwłaszcza słabo kurczą się *mm. tibiales antici* i *gastrocnemii* (RA=0); skurcz wydaje się mniej szybkim, niż normalnie. Na prąd galwaniczny mięśnie kończyn dolnych również słabo oddziałują; skurcz niezbyt szybki, KaSZ > AnSZ. Od mięśni dłoni (*thenar*, *hypothennar*, *interossei*) skurcz galwaniczny powolny, w niektórych, jak *abductor digiti minimi* robaczkowy, AnSZ > KaSZ. Oddziaływanie faradyczne wszystkich<sub>h</sub> mięśni kończyny górnej prawej wyraźnie zmniejszone.

6. II. 99. Skarży się na bicie serca. Ręce miały mu w ostatnich czasach osłabnąć. Ma pisać mniej zręcznie, niż dawniej. Wyraźnych zmian w stanie cierpienia niema. Chód, jak dawniej, ataktyczny. Ataksya wystę-

puje również w położeniu leżącym. W kończynie górnej prawej ruchy palców nieco mniej zręczne, niż w lewej. Język wysunięty zdradza ciągle falowanie; ruchy jego dowolne są mocne i sprawne. Oddziaływanie elektryczne na kończynach, jak dawniej, wyraźnie zmniejszone. *M. supinator*, *biceps* na obu kończynach dają skurcz przy 5—8 MA., lecz charakter skurczu jest niezły; na *thenar* i *hypothenar* każdej dłoni skurcz powolny,  $KaSZ < AnSZ$ . W *abductor dtgiti minimi* skurcz robaczkowy  $AnSZ > KaSZ$ . Na kończynach dolnych oddziaływanie galwaniczne obniżone; w *abductor hallucis* skurcz powolny  $KaSZ \geq AnSZ$ . Prąd faradyczny wykazuje obniżone oddziaływanie i sprawia skurcz powolny.

Ostatni pacjent miał więc główne objawy choroby FRIEDREICH'a, mianowicie: ataksję oraz zniesione odruchy kolanowe i ACHILLES'a, jakoteż charakterystyczną stopę, objaw ROMBERG'a, niewyraźną wymowę, zaburzenia czucia, lekki oczopląs, a na początku choroby napady drgawkowe, które, jak powyżej podano, miały miejsce również u poprzedniej pacjentki. Ukazały się one u niej dopiero w późniejszym przebiegu cierpienia i to w postaci napadów padaczkowych, jak to miało miejsce u chorego SZCZYPIORSKIEGO<sup>35</sup>), gdzie obok padaczki zachodziły również objawy choroby FRIEDREICH'a. U naszego ostatniego pacjenta spostrzegać się one dawały wyłącznie w pierwszych latach życia, i niezupełnie zostało wyświetlone, o ile podczas nich chory tracił świadomość. W późniejszych okresach cierpienia zdarzało mu się, iż wybiegał z domu i wracał uspokojony dopiero po kilku godzinach. Nie można się było dowiedzieć, czy bywał podczas wybiegania przytomny i czy pamiętał po powrocie o przechadzce. Gdyby tak się rzecz miała, można by te ucieczki uważać za równoznaczniki epilepsji. Objawami, którymi najjaskrawiej przypadek ten od wszystkich powyższych się odróżniał, był zanik mięśni na goleniach i dłoniach oraz zmienione oddziaływanie elektryczne. Przypadki choroby FRIEDREICH'a z porażeniami, zanikami mięśni i zmianami oddziaływania elektrycznego należą do bardzo rzadkich. Wzmianki o porażeniach napotyamy u SOCA, MUSSO, STINTZING'a, BURR'a, SCHULTZ'ego, MACKAY'a. Czasem zjawiają się porażenia z przykurczeniami (RÜTIMEYER, SEGUIN<sup>36</sup>) SMITH). Utrata głosu, jaką czasami widują u takich chorych, zależy również od porażenia mięśni (JUDSON, S. BURY, STINTZING, ORMEROD). Zaburzenia ruchu w niezmiernie rzadkich przypadkach są skutkiem zaników mięśni. Nieliczne zaniki u takich chorych widywali RÜTIMEYER, WÄLLE, NOLAN, DÉJÉRINE, ostatni nawet z drżeniem włókienkowym. Trudno przypuścić, iżby zaniki mięśni były spowodowane brakiem ruchu. Myśl taka mogłaby się nasunąć, gdyby zaniki powstały w okresach cierpienia daleko posuniętych. W 2 przypadkach moich z przebiegiem kilkunastoletnim nie było zaników mięśni, a były one wyraźne w ostatnim przypadku o przebiegu nie dłuższym od poprzednich. Jeszcze lepiej myśl tę wyjaśnia przypadek SACHS'a<sup>37</sup>), w którym już w niepełną piątym roku od początku choroby zachodziły zaniki i bardzo zmienione oddziaływanie elektryczne. Zmiany oddziaływania elektrycznego tak samo, jak w moim, były znacznie dalej posunięte, niż w przypadkach FRIEDREICH'a, JUDSON'a, S. BURY'ego i DÉJÉRINE'a, w których zachodziły zmiany ilościowe.

(D. n.)

<sup>35</sup>) Maladie de Friedreich accompagné de troubles trophiques chez un imbécile épileptique. Ann. méd. psych. 1892. Mai — Juin.

<sup>36</sup>) New. York medic. Record XXVII. 24. 1885. Ref. Schmidt's Jahreshb.

<sup>37</sup>) Lehrbuch der Nervenkrankheit. des Kindesalters. Thom. niemieck. 1897, str. 305.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

137. S. VERMEL. **Skryte postacie dychawicy.** Od czasów TROUSSEAU'a wiadomo, że napady dychawicy oskrzelowej mogą być niekiedy zastąpione przez nieżyt nosa lub wtórny nieżyt oskrzeli bez lub z objawami duszności. Rozpoznanie tych skrytych postaci bywa często trudne; może ono w pewnych przypadkach być ustalone tylko przez drobnowidzowe badanie płwociny, jak to miało miejsce w dwóch, podanych przez autora spostrzeżeniach.

Pierwsze dotyczyło 35-letniej kobiety, która miała z początku nieżyt nosa, powtarzający się co noc przez dwie godziny prawie. W następstwie nieżyt ten został zastąpiony przez napady podobnego do krzuśca kaszlu, bez objawów oskrzelowych, następnie przez zupełnie wyraźne zapalenie oskrzeli. Ponieważ miejscowe leczenie nieżyty nosa za pomocą kokainy i przyżegań nie dało żadnego skutku, ani też china, zalecana w przypuszczeniu zimniczego pochodzenia tych zaburzeń, i wszystkie środki, używane zwykle przeciw nieżytywym cierpieniom dróg oddechowych, autor przypuścił możliwość dychawicznej natury cierpienia i wykonał drobnowidzowe badanie płwociny, która też istotnie zawierała kryształy CHARCOT-LEYDEN'a, węzownice CURSCHMANN'a i pewną ilość komórek eozynofilowych. Rozpoznanie skrytej postaci dychawicy oskrzelowej zostało prócz tego, potwierdzone przez dodatnie skutki ch'oralu, który w dawce 0,60, powtarzanej 2 lub 3 razy dziennie, powstrzymał napady kaszlu. Wreszcie, chora miała napady i wyraźnej dychawicy, co usunęło wszelkie wątpliwości.

Drugie spostrzeżenie dotyczy 40-letniego mężczyzny, który, miewając przez jakiś czas nieżyt nosa, występujący co noc z towarzyszeniem bardzo obfitej wydzieliny, dostał bardzo silnych napadów kaszlu, występujących prawidłowo co rano. Cierpienie to opierało się wszelkiemu leczeniu. Przy badaniu płuc stwierdzono świsty i trzeszczenia, zarówno jak i pewien stopień rozedmy. Płwocina, jak i w spostrzeżeniu poprzednim, zawierała kryształy CHARCOT-LEYDEN'a, węzownice CURSCHMANN'a i liczne komórki eozynofilowe. W tym przypadku terpina w dawce dziennej od 0,60 do 0,90, przyjmowanej na 2—3 razy, usunęła w 15 dni wszystkie objawy oskrzelowe.

Te dwa spostrzeżenia dowodzą raz jeszcze związku, łączącego typową dychawicę oskrzelową z nieżytem oskrzeli i z pewnemi odmianami nieżyty nosa, nieżyty krtani i tchawicy i kurczowego nieżyty oskrzeli, ponieważ wszystkie te postacie mogą występować kolejno u jednego i tego samego chorego.

(*La semaine médicale.* Nr 30. 1900).

*St. Roslan.*

138. E. BUMM i O. KREIS. **Znieczulanie przy porodzie kokainizowaniem rdzenia.** Znieczulanie rdzeniowe za pomocą lędźwiowego podpajęcznego zastrzykiwania kokainy, według sposobu BIER'a, było dotąd używane tylko w chirurgii, w położnictwie zaś jeszcze nie. Otóż autorzy użyli z powodzeniem tego sposobu znieczulania u 6 rodzących, z których 5 było pierwiastkami.

W przypadkach tych, po zupełnem już rozszerzeniu się szyi macicznej, zastrzyknięto do przestrzeni podpajęcznej 0,01 chlorku kokainy, według sposobu podanego niedawno przez Th. TUFFIER'a. Po upływie 5 do 10 minut wystąpiło bezwzględne znieczulenie dolnej części ciała aż do brzegu żeber. Uczucie dotyku było osłabione; przeciwnie ruchy dowolne były zachowane w całości. Co do kurczów macicznych, to występowały one dalej z tą samą częstością i tą samą siłą, co przedtem, będąc zupełnie niebolesne i wywołując tylko proste uczucie

parcia w brzuchu. Rodzące, posiadając jeszcze możność kurczenia mięśni tłoczni brzusznej, nie doświadczały już „potrzeby krzyczenia“.

Cierpienia, wynikające z ucisku wywieranego przez główkę płodu na części miękkie miednicy, ustąpiły również wkrótce po zastrzyknięciu kokainy.

W dwóch przypadkach, gdzie poród ukończył się dobrowolnie, kobiety nie doświadczały najmniejszego bólu w chwili przejścia główki. Dwa razy musiano nałożyć kleszcze, a u jednej rodzącej trzeba było wydobyć główkę. Przy wszystkich tych zabiegach bólów nie było zupełnie. Wreszcie można było, również bez bólu, zżyć pęknięcie pochwy. Odejście łożyska i płodu, a także dalszy przebieg położu były prawidłowe we wszystkich przypadkach.

Znieczulenie kokainowe nie pociągnęło za sobą żadnej poważnej przypadłości. U dwóch tylko kobiet wywołało ono ból głowy z lekkim jej zwrotem i nudnościami.

Byłoby przedwczesnem wyciągać z tych jeszcze nielicznych spostrzeżeń pewne wnioski co do znaczenia, wskazań i przeciwwskazań do kokainizowania rdzenia u rodzących; ale fakt, że ten sposób znieczulania jest równie skuteczny w położnictwie, jak i w chirurgii ogólnej, jest tem nie mniej dowiedziony.

*La semaine médicale Nr 30 1900.*

*St. Rostan.*

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 30 października r. b.

TREŚĆ: 1) A. KOZERSKI — przedstawienie chorej z brodawczakami w jamie ustnej. 2) E. BIERNACKI — przedstawienie chorej z wysypką bromową niezwykle natężenia. 3) M. BIRO — „O chorobie Friedrich'a“.

1) Kol. KOZERSKI przedstawił 7-letnią dziewczynkę z brodawczakami, przypominającymi swym kształtem *condylomata accuminata*, które wieńcem osiadły w jamie ustnej w jednym szeregu w odstępnie 1 ctm. od wewnętrznego brzegu obu warg. Według słów matki brodawki pojawiły się od roku z przyczyn nie wiadomych. Na skórze brodawek nigdzie nie znaleziono.

2) Kol. BIERNACKI przedstawił przypadek wysypki bromowej niezwykle natężenia. 32-letnia chora, szwaczka, przybyła do oddziału kol. BIERNACKIEGO w piątym dniu cierpienia gorączkowego, prawdopodobnie influenzy. Po dwóch dniach gorączka ustąpiła, a chora czuła się lepiej. Podczas zdrowienia zjawił się napad migreny, na którą chora cierpiała i dawniej. Zalecono użycie bromu (*kalium, natrium et ammonium bromatum* po 5 grm. na 180 grm. wody — trzy łyżki dziennie). Na siódmy dzień używania leku wystąpiły na plecach, górnych kończynach, mniej na piersiach i udach, ciemno-czerwone *papulae*, przechodzące w *acne*. Pomimo odstawienia bromu, wysypka powiększała się coraz bardziej. Oddzielne wykwitki zaczęły się rozszerzać, osiągały wielkości 10—15 kopiejkowej monety srebrnej i na szczycie swego rozwoju przedstawiały się w postaci płaskich pęcherzy. napełnionych ropą. Wykwitów takich obok zwyczajnych *acne* można było naliczyć kilkadziesiąt. Chora nie gorączkowała. Przedtem nigdy bromu nie przyjmowała.

3) Kol. M. BIRO wygłosił rzecz p. t.: „O chorobie FRIEDREICH'a“. Praca ta drukowana jest obecnie w „Medycynie“.

W dyskusyi kol. St. KOPCZYŃSKI zaznacza, że podnoszone przez prelegenta z takim naciskiem twierdzenie, iż w chorobie FRIEDREICH'a oprócz dziedziczno-



ści ma odgrywać rolę jakiś nieznany mu bliżej czynnik zewnętrzny, nic a nic sprawy nie wyświeśla, a istota choroby pozostaje nadal zagadkową. Zdaniem kol. KOPCZYŃSKIEGO, prelegent nie docenia faktu braku zaburzeń czucia w tej chorobie; a zbyt śmiało jest utrzymywanie, iż w daleko posuniętych okresach tej choroby zaburzenia czucia znajdowano zawsze. Przeczy temu choćby przedstawiony przed kilku tygodniami przez kol. KOPCZYŃSKIEGO przypadek choroby FRIEDREICH'a w daleko posuniętym okresie z bardzo wybitnym bezładem; w przypadku tym nie było śladu organicznych zaburzeń czucia, a zwłaszcza zaburzeń zmysłu mięśniowego. Jest to kwestya sporna i dla patologii rdzenia kręgowego bardzo ważna, gdyż, jak wiadomo, w chorobie tej ulegają zwyrodnieniu i pęczki tylne. Prawdopodobnie więc zwyrodnienie dotyczy jedynie tych włókien, które biegną przez ciała powrózkowe (*corpora restiformia*) do mózdzku i służą do zachowania równowagi. Również, zdaniem kol. KOPCZYŃSKIEGO, prelegent nie słusznie zaliczył przypadek MENZEL'a do typu „Nonne-Marie“. W przypadku tym bowiem badanie pośmiertne wykazało obok zaniku mózdzku skombinowane cierpienie rdzenia kręgowego. Kol. KOPCZYŃSKI przypomina, iż w ostatnich czasach zaczęto zajmować się stopą FRIEDREICH'a; niektórzy utrzymują, że zniekształcenie to nie jest znamienne jedynie dla choroby FRIEDREICH'a, gdyż spozstrzegano je we wszystkich tych przypadkach, gdzie ulegały zwyrodnieniu drogi piramidalne.

Kol. FLATAU zaznacza, że w jednym przypadku stosował zaleconą przez prelegenta gimnastykę, lecz wyniku dodatniego nie widział.

W odpowiedzi kol. BIRO zaznacza, że akcentował istnienie objawu ROMBERG'a w chorobie FRIEDREICH'a, że zaburzenia czucia podane były u dwóch chorych, u innych zaś ich nie było. Co zaś do terapii FRENKEL'a w cierpieniu FRIEDREICH'a, to nasze dane są jeszcze zbyt skąpe, by *a posteriori* wyciągać z nich wnioski.

Posiedzenie z dnia 6 listopada r. b

TREŚĆ: 1) WŁ KRAJEWSKI — przedstawienie chorego z raną postrzałową brzucha. 2) J. SĘDZIAK — „O pierwotnem stwardnieniu przymiotowem w jamie ustnej, gardzieli, nosie i uszach“.

1) Kol. KRAJEWSKI przedstawił 17-letniego młodzieńca z raną postrzałową brzucha. W 4 godziny po wypadku kol. KRAJEWSKI, badając chorego, znalazł: tętno 90 na minutę, ciepłość 34,5<sup>o</sup>; źrenice rozszerzone; chory skarżył się na silne bóle w brzuchu i czkawkę. Tuż przy łuku żebrowym lewym pomiędzy chrząstką 7 a 8 żebra wejściowa rana; skóra wokoło nieznacznie zaczerwieniona. Wyjściowego otworu niema; lecz pocisk wyczuwał się z tyłu pod skórą w odległości 6 ctm. od kręgosłupa na lewo. Cały brzuch twardy, bardzo bolesny. Podczas badania chory dostał krwawych wymiotów.

Po otworzeniu jamy brzusznej wylało się sporo krwi; w przedniej ścianie żołądka w odległości 6 ctm. od odźwiernika znaleziono otwór. Tuż nad otworem w żołądku znaleziono lewy płąt wątroby zupełnie rozdarty na przestrzeni 1½ ctm., z brzegów tej rany obficie krwawiło. Ranę wątroby zaszyto. Wiąz żołądkowo-poprzecznicowy przecięto pomiędzy ligaturami; przez otwór w nim zrobiony wyciągnięto tylną ścianę żołądka i w pobliżu dna jego znaleziono wyjściowy otwór kuli. Oba otwory w żołądku zaszyto. Wreszcie podwiązano krwawiące naczynie w więzie żołądkowo-śledzionowym. W końcu usunięto wielką ilość krwi płynnej i skrzepów, nagromadzonych w dolnej połowie brzucha i małej miednicy. Ścianę brzuszną zaszyto, pocisk z pod skóry usunięto.

Mocz, wypuszczony cewnikiem, okazał się zupełnie krwawym. Krew w moczu pokazywała się przez 5 dni. Po 16 dniach po operacji chory zupełnie zdrow opuścił szpital.

Z powodu tego przypadku kol. KRAJEWSKI stwierdza, iż w ranach drążących brzucha wczesna laparotomia może uratować chorego nawet w razie bardzo ciężkiego zranienia.

W dyskusyi kol. A. PRZYBOROWSKI przypomniał przypadek, przedstawiony przez niego w Towarzystwie w r. 1892.

*Tentamen suicidii* za pomocą dwóch wystrzałów z rewolweru w okolicę brzucha. *Haematemesis et haematuria*. Operacja w 8 godzin po wypadku. Znaleziono w dwóch miejscach przebity żołądek i poprzecznicę, nadto wylew krwawy, widoczny przez otrzewną, pokrywającą nerkę. Podobnie jednak jak w przypadku kol. KRAJEWSKIEGO, ranę nerki pozostawiono bez interwencji i również z najlepszym skutkiem: *haematuria* po kilku dniach ustąpiła. Chory do dnia dzisiejszego czuje się dobrze.

Kol. Br. SAWICKI zaznacza, że statystyka CORMAC'a wykazuje, że w czasie wojny transwaalskiej więcej ginęło żołnierzy z ranami drążącymi brzucha po operacji, aniżeli nie operowanych.

Kol. KRAJEWSKI sądzi, że powodzenie laparotomii, dokonywanej po ranie postrzałowej brzucha, zależy przedewszystkiem od należytego przeprowadzenia zasad aseptyki, o co w czasie wojny bardzo trudno.

Zdaniem kol. KRAJEWSKIEGO, we wszystkich tego rodzaju przypadkach, w których chory dostaje się do rąk chirurga przed upływem 6 godzin od czasu wypadku, należy zawsze wykonywać laparotomię. Jeżeli zaś upłynęło więcej, niż 6 godzin, należy kierować się istniejącymi objawami: jeżeli niema objawów zapalenia otrzewny — czekać, jeżeli zaś są — to należy robić operację.

2) Kol. J. SĘDZIAK wygłosił rzecz p. t.: „O pierwotnem stwardnieniu przymiotowem w jamie ustnej, gardzieli, nosie i uszach“. Jest to praca statystyczna, oparta na 3767 przypadkach szankrów twardych w jamie ustnej, gardzieli, nosie i uszach. Przypadki te zebrał prelegent z piśmiennictwa od czasów najdawniejszych aż do roku 1900. Przytoczywszy dane co do umiejscowienia i sposobów zarażenia zewnątrzplciowego, prelegent pokrótce rozpatrzył obraz kliniczny szankrów twardych w górnym odcinku dróg oddechowych i pokarmowych oraz w uszach. Rozpoznanie tych spraw po większej części nie bywa trudne. Leczenie powinno być przedewszystkiem ogólne swoiste; miejscowo zaś najlepiej traktować tę sprawę roztworami jodu i jodku potasu.

W dyskusyi kol. HEIMAN zaznacza, że źródło zakażenia pierwotnego, aczkolwiek nie zawsze, daje się jednak w pewnych przypadkach określić.

Co do zakażenia kateterem usznym, to choć nie może ono ulegać wątpliwości, nie zawsze daje się napewno skonstatować.

Kol. GURANOWSKI zaznacza, że przypadek jego nie może być zaliczony do przypadków pierwotnego stwardnienia. W kwestyi możliwości przenoszenia zarażka za pomocą kateterów kol. GURANOWSKI jest zdania, że trzymanie kateterów w sublimacie nie wystarcza. Każdy chory powinien mieć swój kateter, albo też należy używać kateterów metalowych, które można dokładnie odkażać.

Kol. GEDROYĆ sądzi, że statystyka umiejscowień twardych szankrów nie jest ścisła. Źródło zakażenia często jest trudno wykryć i stwierdzić.

Kol. BIRO jest zdania, że statystyka taka może mieć znaczenie pod względem profilaktycznym.

Kol. KOZERSKI sądzi, że omawianie kwestyi umiejscowienia pierwotnych objawów przymiotu niema wielkiego znaczenia. Z chwilą bowiem, kiedy stwierdzono, że nie tylko wydzielina szankra twardego, lecz również ślina, mleko i krew syfilityków wywołują objawy przymiotu, wszelka statystyka pod tym względem staje się niepotrzebną.

Kol. PERKOWSKI przytacza przypadek pierwotnego stwardnienia przymiotowego na wargach u młodego człowieka, któremu publiczna kobieta pocierała usta kanką od irygatora, chcąc go ze snu obudzić.

W odpowiedzi kol. SĘDZIAK zaznacza, że w statystyce swej przypadek kol. GURANOWSKIEGO umieścił jako wątpliwy.

Statystyka taka powinna mieć znaczenie ze względu na profilaktykę.

Posiedzenie z dnia 20 listopada r. b.

TREŚĆ: 1) M. BORSUK: a) przedstawienie chorej po dokonanej uranoplastyce; b) przedstawienie kamienia moczowego, usuniętego z części sterczowej (prostatycznej) pęcherza. 2) St. KOPCZYŃSKI—przedstawienie przypadku porażenia Brown-Séquard'a. 3) Br. MAŁEWSKI — „Uwagi o chorobie Basedow'a, zaczerpnięte z materiału, spostrzeganego w Nałęczowie“.

1) Kol. BORSUK przedstawił 8-letnią dziewczynkę, której z racyi wrodzonego kompletnego rozszczepu podniebienia twardego i miękiego dokonał uranoplastyki i stafilorafii. Wynik operacji doskonały.

Następnie kol. BORSUK przedstawił kamień moczowy wielkości żołądki dębowej, który wyjął z części sterczowej pęcherza. Wydobyć kamienia było skutecznione przez *sectio alta*, a to z tego powodu, że dniem przed tem kol. BORSUK skonstatował kamień w pęcherzu. Kamień ten w ciągu nocy wysunął się z pęcherza do części sterczowej i tu uwiązał tak silnie, iż dla wydobycia go trzeba było dokonać nadciągnięcia gruczołu krokowego i bardzo forsownego manipulowania łyżeczką VOLKMANN'a. W dwa tygodnie po operacji chory (1½ roczne dziecko) był zdrow.

2) Kol. St. KOPCZYŃSKI przedstawił przypadek porażenia BROWN-SÉQUARD'a pochodzenia urazowego.

24-letni mężczyzna w bójce został uderzony przez towarzysza nożem pomiędzy łopatkami. W jednej chwili chory zauważył, że noga mu się podwinęła, wskutek czego upadł, brocząc we krwi. W szpitalu św. Ducha, gdzie umieszczono chorego, nie oddawał on moczu przez pierwszą dobę, a przez dni kilka nie miał wypróżnień. 10 dnia po wypadku kol. KOPCZYŃSKI przy badaniu chorego znalazł, co następuje: Na wysokości grzebieni łopatek, pomiędzy 2 a 3 kręgiem grzbietowym, z lewej strony tuż obok wyrostka ościstego rana głęboka na 5 ctm., szeroka na 3 ctm., idąca skośnie ku zewnątrz. Lewa kończyna dolna w stanie zupełnego porażenia; chory może zaledwie słabo poruszać paluchem. Odruch kolanowy wzmożony; drżenie stopy. Odruch podeszwy żywy, z *m. cremaster* bardzo słaby, również z *epigastrium*. Przy oddechaniu mięśnie brzucha po stronie lewej również działają bardzo słabo. Na lewej stopie wybitne osłabienie zmysłu mięśniowego. Na dolnej kończynie prawej, gdzie siła mięśniowa jest nietknięta, kol. KOPCZYŃSKI stwierdził zupełne zniesienie pobudliwości na ból, ciepło i zimno, a znaczne obniżenie pobudliwości na dotyk. Znieczulenie to na wysokości pępka było mniej wyraźne, a na wysokości linii sutkowej prawej nie było go zupełnie. Po stronie lewej, t. j. po stronie porażenia ruchowego, na wysokości urazu istniał pas znieczulenia, szeroki 5—6 ctm., poniżej zaś pas nieznacznej nadczułości. Obie źrenice i szpary oczne były równe. Kol. KOPCZYŃSKI rozpoznał w danym przypadku typowe porażenie t. zw. BROWN-SÉQUARD'a, t. j. połowiczne porażenie rdzenia pochodzenia urazowego.

Chory w ciągu 8 tygodni poprawił się o tyle, że może chodzić, wprawdzie przy pomocy laski. Chód jego ma charakter niedowładu i wyraźnego bezładu.

3) Kol. MALEWSKI wygłosił swą pracę: „Uwagi o chorobie BASEDOW'a, zaczerpnięte z materiału, spostrzeganego w Nałęczowie“. Z 51 przypadków choroby BASEDOW'a, spostrzeganych w Nałęczowie, 4 przypadki padały na mężczyzn. Chrześcijan było więcej, niż żydów. Okres pomiędzy 35—40 rokiem życia był najliczniej reprezentowany. Między chorymi stosunkowo dość dużo było otyłych; niektóre chore akcentowały, że pierwszym objawem choroby było niezwykle tycie. Podczas istniejącej już choroby chudnięcie jest zjawiskiem stałym, rażącym. Gdy choroba zaczynała się ostro, początek jej najczęściej przypadał na zimę. Dziedziczność i przetrach, jako przyczyna choroby, były często notowane. Kol. MALEWSKI podkreśla jako wczesne objawy choroby — obrzęki z charakterem raczej nerwowym, niż cyrkulacyjnym, oraz znikanie miesiączkowania. W kilku przypadkach była gorączka. Choroba ta prawie zawsze ma dużo wspólnych cech z chorobami gorączkowymi (poty, chudnięcie, podniecenie).

Prawie wszyscy chorzy poprawiali się w Nałęczowie. Spokój, leczenie zimną wodą, galwanizacja nerwu współczulnego oddawały wielkie usługi

W dyskusyi kol. PAWIŃSKI wypowiada na podstawie własnego doświadczenia następujące uwagi o chorobie BASEDOW'a:

1) Choroba BASEDOW'a najczęściej rozwija się w 3 okresach życia: pomiędzy 20 a 25 rokiem życia, pomiędzy 35 a 42, trzeci okres przypada na pierwsze lata po *climacterium*. Ta okoliczność, że choroba BASEDOW'a najczęściej zjawia się w latach przed lub po *climacterium*, wskazuje pewien związek choroby BASEDOW'a z rozwojem narządów płciowych.

2) W kwestyi wagi chorych, dotkniętych chorobą BASEDOW'a, kol. PAWIŃSKI nie zgadza się z prelegentem; przekonał się bowiem, że choroba ta występuje najczęściej u osób szczupłych, a nie otyłych.

3) W większości przypadków określić początek występowania choroby BASEDOW'a jest niepodobieństwem. Choroba ta zazwyczaj rozwija się powoli.

4) Wszystkie teorie w sprawie patogenezy choroby nie są zadawalniające. Jedynie powiedzieć można, że choroba BASEDOW'a jest następstwem zaburzeń w układzie naczynio-ruchowym.

Zdaniem kol. PAWIŃSKIEGO, w pewnych postaciach choroby BASEDOW'a, kiedy zaburzenia cyrkulacyjne nie są daleko posunięte, łagodne procedury hydroterapeutyczne dają dobre wyniki. Z innych środków leczniczych kol. PAWIŃSKI zaleca stosowanie prądu stałego i arsenik.

Kol. CIĄGLIŃSKI nie zgadza się z tem, żeby rozwój choroby BASEDOW'a można było przypisywać pewnym pojedynczym okolicznościom. Objawy tego cierpienia z początku są ledwie dostrzegalne, powoli się potęgują i łączą się z innymi. Jednym z objawów, który powinien naprowadzać na myśl o chorobie BASEDOW'a, jest długotrwałe rozwolnienie.

W sprawie leczenia kol. CIĄGLIŃSKI wypowiada się za trzema środkami leczniczymi: 1) klimatoterapia (miejscowości górzyste), 2) hydroterapia (koce), 3) galwanizacja (według metody ERB'a).

Kol. RYCHLIŃSKI przemawia również za stosowaniem w leczeniu omawianej choroby procedur hydroterapeutycznych. Widział także dobre wyniki od stosowania koców. Elektroterapię kol. RYCHLIŃSKI stosuje w ten sposób, że prądem przerywanym elektryzuje wole, prądem zaś stałym splot nerwu sympatycznego. Doskonałe wyniki kol. RYCHLIŃSKI widział w jednym przypadku od stosowania hypodermoklizm z roztworu *natrii phosphorici*.

Kol. BIERNACKI nie uważa choroby BASEDOW'a za jakąś odrębną specyficzną jednostkę chorobową. Zdaniem kol. BIERNACKIEGO, choroba BASEDOW'a jest pełną modyfikacją histero-neurastenii.

Kol. BIERNACKI podnosi dobroczynny wpływ ciąży na przebieg tej choroby, na co zwracał uwagę CHARCOT.

Kol. NUSBAUM zaznacza, że ciąża nie tylko w chorobie BASEDOW'a wpływa na złagodzenie objawów, lecz ma to miejsce i w wielu cierpieniach nerwowych. Zdaniem kol. NUSBAUM'a, oprócz hydroterapii, galwanizacji a nawet faradyzacji nerwu sympatycznego, dobrze działa i *secale cornutum*.

Kol. BREGMAN sądzi, że liczba przypadków pozornych choroby BASEDOW'a jest o wiele większa, aniżeli przypuszcza prelegent.

Zdaniem kol. BREGMANA, choroba BASEDOW'a częściej spotyka się u osobników szczupłych, aniżeli u otyłych.

Kol. BIRO nie sądzi, aby otyłość była właściwa pierwszym początkom choroby. Co się tyczy obrzęków, to zdaniem kol. BIRO, występują one w chorobie BASEDOW'a bardzo rzadko. Wreszcie kol. BIRO zaznacza, że przewiązanie tętnic tarczowych u dwóch jego pacjentek dało doskonale wyniki.

W odpowiedzi kol. MALEWSKI zaznacza, że wszystkie swe wnioski opierał na materyale, zebranym w Nałęczowie od wielu lat.

Posiedzenie z dnia 27 listopada r. b.

TREŚĆ: J. STEINHAUS — „Endothelioma interfasciculare mandibulae“.

Kol. J. STEINHAUS omówił przypadek nowotworu alweolarnego szczęki dolnej, który rozwinął się w ciągu 1½ roku u osoby 62-letniej i dosięgał wielkości pomarańczy.

Praca kol. STEINHAUSA będzie drukowana w „Medycynie“. Odczyt swój prolegent uzupełnił przedstawieniem preparatów mikroskopowych i mikrografii nowotworu.

*Aug. Logucki.*

## ***O ruchu chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława***

**za czas od 14 listopada do 14 grudnia r. b.**

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 134 (m. 64, k. 70); przybyło w listopadzie 145 (m. 75, k. 70); wypisało się 122 (m. 57, k. 65); zmarło 31 (m. 15, k. 16); pozostało na miesiąc następny chorych 126 (m. 67, k. 59).

Natężenie epidemii ospy w ubiegłym miesiącu doszło, zdaje się, już do szczytu. Zanotowano w dalszym ciągu znacznie większą jeszcze, niż w październiku, liczbę chorych na ospę. Gdy w tym ostatnim miesiącu wstąpiło do szpitala 104 chorych, to w listopadzie zanotowano aż 129 nowych przypadków ospy. Szpital zmuszony był wszystkie oddziały swoje przeznaczyć wyłącznie dla chorych na ospę, odsyłać innych chorych zakaźnych do szpitali ogólnych i przygotować na zimę jeden z baraków Döckerowskich dla niektórych tylko chorych gorączkowych. Przebieg choroby u osób nieszczepionych był wogóle ciężki, powikłany; zdarzały się też częste przypadki ospy krwotocznej, a śmiertelność była bardzo znaczna. Na 28 zmarłych było 25 chorych nieszczepionych. Chorzy przybywali z najrozmaitszych punktów miasta. Do złośliwszych ognisk zaliczyć należy dom Nr. 5 przy ulicy Sosnowej i Nr. 8 Leopoldyny.

Jak już wspomniano, wszystkich chorych na ospę było 129 (m. 75, k. 54), z których szczepionych było 78 (m. 48, k. 30), nieszczepionych zaś 48 (m. 25, k. 23). Śmiercią zakończyło się przypadków 28 (m. 13, k. 15), z nich 25 u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Sosnowa 5 (6 przypadków), Leopoldyny 8 (3 przypadki) i 20; Bednarska 6 (2 przypadki); Franciszkańska 10 (2 przypadki), Solec 107 (2 przypadki), Gościławska 10 (2 przypadki), Wolska 9, 47, 22, 5 i 24; Wspólna 6, 62, 77 i 54; Marszałkowska 58, 144, 76 i 48; Krochmalna 69, 18, 43 i 11; Złota 44, 55 i 3; Nowy Świat 35, 21 i 4; Chmielna 66, 64 i 98; Dzielna 44, 22 i 18; Królewska 23 i 49; Bracka 46 i 18; Mokotowska 51 i 53; Okopowa 20 i 22; Żórawia 23 i 10; Leszno 68 i 66; Dobra 53 (2 przypadki); Wilcza 30 i 68; Wronia 32 i 56; Gęsia 55 i 51, Przemysłowa 2 i 11, Hoża 60 i 66, Kupiecka 6 i 11; Św. Jerska 20 i 30; Śliska 39 i 17, Litewska 7 i 12, Kapitulna 5, Sowiec 6, Topiel 18, Pańska 109, Plac Witkowskiego 4, Chłodna 53, Rybaki 6, Freta 10, Żelazna 68, Górczewska 11, Piwna 40, Erywańska 2, Mostowa 9, Fabryczna 14, Nowolipie 35, Ostrowska 8, Niska 46, Kacza 12, Tłomackie 7, Kaliksta 7, Zielna 22, Towarowa 25, Plac Warecki 3, Nowo-Karmelicka 4, Twarda 43, Smocza 29, Młynarska 3, Cicha 4, Zakątna ?, Czerniakowska 116, Stawki 71, Browna 4, Pawia 52, Sienna 76, oraz Czyste, Koło, Mokotów, Czerniaków, Łódź i Lublin.

Z innych chorób gorączkowych przyjęto: 3 przypadki szkarlatyny (Wspólna 6, Plac Aleksandra 8, Łucka ?), oraz dwa przypadki: tyfusu brzuszego (Chmielna 48, Nowy Świat 56).

Chorych, niewłaściwie do nas skierowanych, mieliśmy 10.

Biletów odmownych chorem, niekwalifikującym się do szpitala Św. Stanisława, wydano 53 (m. 29, k. 24).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 3829 (m. 1971, k. 1858).

Śmiertelność miesięczna wynosiła 11,2% (m. 10,8, k. 11,4%).

*J. Szwajczer.*

---

### Drobniejsze wiadomości różnej treści.

---

= LABORDE przedstawił Akad. Lek. w Paryżu kilka nowych danych, dotyczących cucenia pozornie zmarłych przy pomocy pociągania za język. Celem przekonania się, w jakim czasie po śmierci można jeszcze wywołać odruch oddechowy, L. przedsięwziął doświadczenia na zwierzętach. Ponieważ jednak rytmiczne pociąganie ręką staje się uciążliwym po dłuższym czasie, przeto zastosował odpowiedni przyrząd, pociągający z siłą 400 grm. na przestrzeni 4—5 ctm. z szybkością 18—20 razy na minutę. Pies otruty został chloroformem aż do zupełnego ustania ruchów oddechowych. Zaraz potem zaczęto pociągać za język z pomocą przyrządu.

Po 12 minutach zauważono opór, co stanowi dowód powrotu życia, a po dalszych 3 minutach pies zaczął sam oddychać i ożył. Nazajutrz powtórzono doświadczenie, lecz przyrząd zaczął działać dopiero po 5 minutach. Po upływie 2½ godzin język zaczął się czerwienić, nastąpił opór przy wyciąganiu, i pies powrócił do życia. Autor przytacza też fakt następujący: 17 letni chłopiec utonął w morzu; wydobyto go po 10 minutach i zastosowano rytmiczne pociągania języka; dopiero po 3 godzinach chłopiec ożył. L. przedstawił dwa przyrządy, z których jeden wprawiany zostaje w ruch za pomocą mechanizmu zegarowego, drugi za pomo-

czą elektryczności; działać mogą w ciągu 5 godzin. Zdaniem L., pewną oznaką śmierci będzie wynik ujemny pociągów, dokonywanych w ciągu 3 godzin. (Bull. de l' Acad. de Med. 30. I. 1900).

= WARTZ opisuje operowany pomyślnie przypadek przedziurawienia wrzodu żołądka, mieszczącego się na krzywiznie małej, po upływie 21 godzin. Jama otrzewny wypełniona była płynem mętnym, surowicznym; przemyto ją dokładnie ciepłym roztworem soli. (D. Z. f. Chir. T. 54).

= HINTNER zaleca heroinę w krztuścu, podług przepisu następującego: *Heroini* 0,03—0,05; *Ag. glauc.* 10,0; *Ac. hydrochlor. q. s. ad. solut. Ds.* 2—3 razy dziennie po 10—15 kropel. Szczególnie pomyślnie wpływa heroina na zmniejszenie częstości i siły napadów, a także czas trwania choroby zostaje skrócony. Niekiedy w pierwszej dobie dziecko zapada w głęboki sen. Stosować można heroinę nawet u dzieci 10—12 miesięcznych. (Münch. med. Wochen. 15. 5. 1900). P.

### Wiadomości bieżące.

— Od Nowego Roku „Nowiny Lekarskie“ wychodzić będą na początku każdego miesiąca i uwzględniać mają przeważnie dział streszczeń.

— Wszedł z druku Nr. 140 „Odczytów klinicznych“. Zeszyt ten zawiera pracę prof. Antoniego GLUZIŃSKIEGO p. t. „O leczeniu wrzodu żołądka“.

— III Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich odbywać się ma od 25 do 29 maja r. p.

— Angielski Zjazd dla walki z gruźlicą odbędzie się w Londynie w dniu 22 lipca 1901 r. pod przewodnictwem ks. Walii. Zjazd dzieli się na 4 sekcje i ma trwać 5 dni. W dniu 27 lipca odbędą się naukowe wycieczki. Składka członkowska wynosi 20 marek. Bliższych szczegółów udziela sekretarz główny zjazdu; adres jego: London W. Haver Square 20.

Komitet, zarządzający Kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowym imienia J. MIANOWSKIEGO, podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba NANTANSONA przyznane zostaną w r. 1901. dwie nagrody pieniężne. Jedna nagroda przyznana będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych, (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznymi) ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach: 1897, 1898, 1899 i 1900; druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych lub tym podobnych. Zgodnie z Ustawą Kasy Pomocy i stosownie do zastrzeżeń, uczynionych przez zapisodawcę, powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie poddanym-rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym. Komitet, zarządzający Kasą, własnym staraniem usiłował zebrać dla poddania ocenie prace, ogłoszone drukiem w wymienionym okresie, dla uniknięcia jednak możliwych przeczeń prosi o składanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu lub na ręce jednego z Członków Komitetu.

Prezes Komitetu *W. Holewiński.*

Członek Komitetu Sekretarz *Feliks Kucharzewski.*

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratów prospekt miesięcznika nutowego p. t. „Meloman“ i prospekt „Zdrowia“ na r. 1901.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доволено Цензурою, Варшава, 7 Декабря 1900 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8

## ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań gardło i nos.  
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od  
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Zakład Leczniczy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za  
opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie  
od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-  
kiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natan-  
sona, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-  
wera. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-  
mi kobiecymi, jako też spodziewające się  
slab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za  
całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za  
opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.

Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p.p.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynów 5, róg Oboźnej,

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Am-  
bulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożn.  
bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

Pracownia analityczno-lekarska

D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHA

Różbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe mo-  
szu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalołów  
dyfterytycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów  
moczno-płciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy,  
wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

**JODALBACID**

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1898. T. XLIV. Dr. Zuelzer. „Nene  
Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ L'indop. méd. 21  
Juin 1899: Dr. Lefort „Etude expérimentale et clinique sur  
l'Jodalbaeid.“

**CHLORALBACID**

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Münch. med. Wochensch. 1899 Nr. 1. Radea dworu Prof. Dr.  
Fleiner „Ueber Chloralbaeid u. seine therapeutische Wir-  
kung bei Magenkrankheiten u Ernährungstörungen.“

**AMYLOFORM**

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Radea tajny Prof. Dr. Classen. „Ueber Amyloform. Dr.  
B. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der  
Chirurgie.“ (Therap. Monatshfte. Münch. med. Woch. 1899  
Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodo-  
forms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W Hoffmanna  
Moskwa Marosseika, Spasso-Glinitzewskij pereulok dom  
Pugowkina.

SKŁAD

Materyałów Aptecznych

J. MROZOWSKIEGO

Magistra farmacyi

w Warszawie, Miodowa Nr. 8 nowy.

POLECA:

Watę hygroskopijną, Merłę, Bandaże płócienne,  
bawełniane, merłowe, flanelowe, oraz wszelkie  
materyały apteczne.

Dla kaszlących i osłabionych  
**Ekstrakt i Karmelki „LELIWA“**

w Aptekach i Składach Aptecznych.