

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Wł. Gajkiewicz. Przypadek porażenia Landry'ego (*Paralysis ascendens acuta*) zakończony wyzdrowieniem. — II. A. Wolfram. Zachowanie się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych. (Dokończenie). — III. A. Rothe. Alkoholizm czyli otrucie wysokowe, jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych, w kraju i zagranicą. (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy:* 45. Bollinger. O dziedziczeniu chorób. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

I. PRZYPADEK PORAŻENIA LANDRY'EGO

(*Paralysis ascendens acuta*)

zakończony wyzdrowieniem.

Podał

Władysław Gajkiewicz

ordynator oddziału chorób nerwowych w szpitalu starozakonnych w Warszawie.

Hersz Lejbowicz z Kocka, 50 lat wieku liczący, wszedł do szpitala dnia 22 Lutego 1882 roku.

Anamnesis. Pochodzi on ze zdrowej rodziny, skłonności do chorób nerwowych nie odziedziczył. Przymiotu nie przechodził. Od lat kilkunastu wypijał codziennie 3, a w razie zdarzenia się sposobności i więcej kieliszków wódki. Chory opowiada, iż 2 razy już w życiu zapadał w sposób podobny do obecnego, raz przed kilkunastu laty, a drugi raz przed 2 laty, a zawsze po silnych wysiłkach fizycznych. Zresztą był zdrów zupełnie i tak silny, iż kilkanaście jeszcze dni temu, zrobił piechotę, w ciągu 2 dni, 30 kilka wiorst drogi, bez wielkiego znużenia. Przed 10 dniami, czując się dobrze, spostrzegł, iż nogi zaczęły mu słabnąć; osłabienie to szybko się zwiększało, tak, że w ciągu kilku dni doszło do tego stopnia, iż nie mógł chodzić ani stać i to go skłoniło do szukania pomocy w Warszawie. Prócz osłabienia nóg, żadnych innych objawów chorobnych wówczas nie było, nie doznawał bólów, ani niezwykłych sensacyj w nogach lub plecach, nie gorączkował, mocz i stolec oddawał dobrze.

Status praesens. Przy badaniu po raz pierwszy w dniu 23 Lutego r. b. znaleziono: Chory dobrze zbudowany, z dobrze rozwiniętym układem kostnym i mięsnym, niewielką ilością tkanki tłuszczowej podskórnej; przytomność umysłu zupełna. inteligencyja rozwinięta, pamięć dobra, chory gadatliwy i dowcipkujący. Leżąc podnosi on na rozkaz kończyny dolne w górę, oddala je od siebie, zgina i wyprostowuje w stawie kolanowym, ale ruchy te odbywa powoli, z wielkiem wyteżeniem i na niewielką odległość, a nadto ruchy są nieco słabsze

po stronie prawej. Ruchy dowolne w stawach golenio-stopowych i palcowych zaledwie można dostrzedz. Mięśnie kończyn dolnych są wiotkie, nie widać w nich najmniejszego mimowolnego ruchu, żadnego drgania włókienkowego, żadnych drgawek ani przykurczeń (*contracturae*). Są one bardzo dobrze rozwinięte, nie przedstawiają śladu zaniku. Przy ruchach biernych nie napotyka się żadnego oporu. Siła mięśniowa mała, chory nie może przeszkodzić ruchom, jakie nadajemy jego kończynom. Chodzić nie może zupełnie, a stoi tylko wtedy, gdy mocno się opiera rękami. Mięśnie kończyn dolnych kurczą się pod wpływem strumienia elektrycznego stałego i przerywanego, nieco jednak słabiej niż mięśnie kończyn górnych. Zwieracze pęcherza moczowego i odbytnicy funkcjonują dobrze. Czucie na dotyk, ból, ciepło, elektryczność i t. d. zachowane, subiektywnie też chory nie doznaje nic niezwykłego w kończynach dolnych. Odruchy skórne i ścięgniste są zachowane, lecz słabe. Żadnych nie ma zaburzeń naczynio-ruchowych i troficznych. Kończyny górne są zupełnie zdrowe, ruchy unoszenia w górę, odwodzenia, zginania i prostowania w łokciu i napiętku, ruchy nawrotne i wywrotne przedramienia odbywają się dobrze, jedynie tylko palcami rusza chory słabo i siła rąk jest mała. Na kończynach górnych nie ma żadnych zaburzeń ze strony oddziaływania mięśni i nerwów na elektryczność, ze strony czucia, odruchów, nie ma zaburzeń naczynio-ruchowych i troficznych. W innych narządach nie znaleziono przy badaniu nic nienormalnego. Postępowanie wyczekujące.

Dnia 24. II. Kończyny dolne: ruchy w stawach golenio-stopowych i palcowych zupełnie zniesione, lekkie unoszenie kończyn w górę i zginanie w kolanach możliwe. Kurczliwość mięśni na strumień przerywany jeszcze więcej osłabiona, w porównaniu z kończynami górnymi, niż dnia poprzedzającego, bo gdy na kończynach górnych mięśnie kurczą się wyraźnie już przy oddaleniu bobin na 15, to na kończynach dolnych dopiero przy 11, nadto kurczą się nieco trudniej po stronie prawej. Choremu siadać bardzo trudno, stać i chodzić nie może. Stan kończyn górnych taki sam jak dnia poprzedniego.

Dnia 26. II. Porażenie kończyn dolnych prawie zupełne, bo tylko możebnem jest lekkie zginanie w kolanach. Mięśnie są dobrze odżywiane, żadnego zaniku nie widać. kurczliwość elektryczna mięśni zmniejszona jeszcze bardziej (opuszczamy wyliczanie szczegółowe zachowania się pod tym względem każdego pojedynczego mięśnia), odczynu zwyrodnienia nie ma. Czucie skórne na kończynach dolnych zachowane, odruchy skórne i ścięgniste zniesione. Oddechanie trudne, chory oddecha wyłącznie przeponą, mięśnie międzyżebrowe nie działają. Na kończynach górnych wyraźne ograniczenie ruchów w obrębie nerwu promieniowego (*nervus radialis*), a mianowicie: wyprostnych napiętku, wywrotnych przedramienia i ksobnych palucha. Kurczliwość elektryczna w mięśniach osłabionych zmniejszona. Chory skarży się na bezsenność, trwającą już od 3 dni. Podano 2 drachmy chloralu.

Dnia 4. III. Paraplegija ruchowa kończyn dolnych zupełna, chory nie może niemi zrobić najmniejszego poruszenia. Ruchy kończyn górnych coraz więcej ograniczone, po stronie lewej możebne tylko lekkie zginanie w drugich członkach, a po prawej prócz tego bardzo mały ruch w stawie napiętkowym.

Mięśnie, tak kończyn dolnych, jak i górnych, nie zanikłe. oddziaływanie ich na elektryczność stanowczo zmniejszone. Stan ogólny mimo ciągłej bezsenności (która i po dawce 2-drachmowej chloralu nie ustępuje) i braku apetytu (chory przyjmuje dziennie tylko szklanę mleka i nieco wina) jest zadawalniający. Postawiono ogromny *vesicans* na plecach między łopatkami, a do wewnątrz podano 1 drachmę jodku potasu.

Dnia 5. III. Wszystkie ruchy kończyn dolnych, górnych i tułowia zniesione. Chory leży w łóżku nieruchomo, nie może się sam przewrócić, tak, iż ustawicznie musi koło niego stać posługacz, który jest tem bardziej konieczny, iż chory nie może uleżeć długo na jednym miejscu. Jeść ani pić sam nie może. Połyka dobrze, ze strony nerwów czaszkowych nie ma żadnych zaburzeń.

Taki stan zupełnego bezwładu mięśni wszystkich 4 kończyn i tułowia trwał cały tydzień, chory przez ten czas był prawdziwym Łazarzem, nie mógł bowiem, prócz głową, zrobić najmniejszego poruszenia. Mięśnie porażone nie są sztywne, nie zanikłe, oddziałują słabo na elektryczność, zwłaszcza ze strony prawej. Pod wpływem np. strumienia przerywanego, mięsień goleniowy przedni (*m. tibialis anticus*) lewy kurczy się dopiero przy zbliżeniu bobin na 10, a prawy—na 9 podziałek maszyny Stöhrer'a; *mm. peronei* lewe kurczą się przy 5, a prawe przy 4. Osłabienie, choć bardzo znaczne na kończynach górnych, jest jednak słabsze w porównaniu z kończynami dolnymi. Odruchy skórne i ścięgniste są zniesione, czucie na pobudzenia wszelkiego rodzaju zachowane, mocz i stolec oddaje chory prawidłowo. Używano strumienia stałego na rdzeń kręgowy o sile 15—18 elementów maszyny Stöhrer'a, prócz tego codziennie faradyzowano mięśnie. Nadto chory brał codziennie letnią kąpiel, a do wewnątrz 1—2 drachm jodku potasu.

Dnia 12. III. Chory po raz pierwszy może unieść nieco w górę kończyny górne i zginać palce, siła jednak mięśniowa prawie żadna. Oddechanie przeponowe. Ruchy tułowia i kończyn dolnych zupełnie niemożliwe. Postawiono synapizm na plecach, do wewnątrz to samo.

Dnia 14. III. Chory może unieść kończyny górne, zgiąć je trochę w łokciu i założyć na głowę, lekkie ruchy nawrotne i wywrotne przedramienia możliwe, a także zginanie i wyprostowywanie palców i napiętka i oddalanie palców od siebie. Kurczliwość jednak elektryczna mięśni kończyn górnych jest bez zmiany. Chory w tym czasie przechodził silne zapalenie łącznicy oczów (*conjunctivitis*), które jednak przeszło po kilku dniach, przy używaniu okładów zimnych z roztworu 6 gran *zinci sulphurici* na 4 uncje wody.

Dnia 17. III. Ruchy kończyn górnych coraz obszerniejsze, siła mięśniowa coraz większa. Kurczliwość elektryczna nieco mniej osłabiona. Siadać chory nie może, porażenie kończyn dolnych zupełne. *Faradisatio* mięśni, do wewnątrz jodek potasu.

Dnia 20. III. Chory bierze sam flaszeczkę z lekarstwem i zanosi ją do ust, sam również jada. Porusza się w łóżku o tyle, o ile może się utrzymać na rękach. Oddechanie nie tak trudne, mięśnie międzyżebrowe kurczą się widocznie. Nogi wciąż nieruchome. Leczenie takie same.

Dnia 22. III. Chory dobrze wykonywa ruchy podnoszenia kończyn górnych w górę, odwodzi je od ciała, zgina i prostuje w łokciu, napiętku i palcach. Siła jednak mięśniowa bardzo mało. Żadnego zaniku mięśni nie dostrzega się. Kurczliwość elektryczna, zwłaszcza na strumień przerywany, wciąż mocno osłabiona. Chory może się nieco poruszyć w łóżku, bez pomocy rąk i łokci. Kończyny dolne: chory wykonywa lekkie ruchy w stawie biodrowym, inne zupełnie zniesione. Lekki obrzęk stóp. Na łącznicy lewego oka 2 pęcherzyki (*phlyctenae*), jeden z nich zachodzi nieco na rogówkę, Leczenie: strumień stały na rdzeń kręgowy, *faradisatio* mięśni, letnia kąpiel, do wewnątrz drachma jodku potasu dziennie.

Dnia 24. III. Ruchy w kończynach górnych prawie prawidłowe, wszystkie są możliwe, siła mięśniowa zwiększa się. Chory może nieco siadać. W kończynach dolnych możliwe są tylko ruchy w stawie biodrowym i nieznaczne zginanie w kolanach. Wezykatoryja na plecy.

Dnia 27. III. Kończynami dolnymi chory porusza coraz lepiej, unosi je w górę, oddala je i zbliża do ciała, zgina dobrze i wyprostowywa w stawie kolanowym; ruchy jednak w stawach golenio-stopowych i palcowych są zupełnie zniesione. Siła mięśni kończyn dolnych bardzo niewielka. Odżywianie ich dobre. Kurczliwość elektryczna bardzo osłabiona. Kończyny górne ruszają się dobrze, siła ich dość duża, kurczliwość elektryczna powraca, choć jeszcze osłabiona. Leczenie ciągle takie same.

Dnia 30. III. Pokazują się lekkie ruchy w stawie golenio-stopowym prawym.

Dnia 3. IV. Ruchy kończynami dolnymi chory robi coraz większe, porusza on choć bardzo słabo w stawach golenio-stopowych i palcami. Kończyny górne odbywają ruchy swobodnie. Czucie skórne zachowane. Odruchy skórne i ścięgniste powracają, kurczliwość elektryczna coraz większa, zwłaszcza mięśni kończyn górnych. Na plecach, 3 ogromne *anthraxy*, które po przecięciu głębokiem opatrzone jodoformem. Faradyzowano mięśnie, a do wewnątrz jodek potasu.

Dnia 8. IV. Kończyny dolne: ruchy wszystkie możliwe, choć odbywają się jeszcze słabo, siła mięśniowa niewielka, kurczliwość elektryczna mniej osłabiona. Odruchy istnieją. Chory sam jada, pije, wykonywa wszystko rękami, siedzi o własnej sile. Antraksy zmniejszają się.

Dnia 13. IV. Siła mięśniowa w kończynach górnych coraz większa, ruchy w stawach golenio-stopowych i palcowych wciąż ograniczone. Stanie nie-
możebne.

Dnia 17. IV. Antraksy zagoiły się, wszystkie ruchy kończynami górnymi i dolnymi możebne i odbywają się z dużą siłą. Stać chory nie może.

Dnia 23. IV. Chory po raz pierwszy może się utrzymać na nogach, choć jeszcze się chwieje i musi podtrzymywać rękami.

Dnia 28. IV. Chory zaczyna posuwać nogami, siła w mięśniach kończyn dolnych jeszcze mocno osłabiona.

Dnia 8. V. Chory sam chodzi bez podpierania się laską, może utrzymać się na nodze. Kurczliwość elektryczna mięśni kończyn dolnych jeszcze osła-

biona, kurczą się one dopiero przy zbliżeniu bobin na 14. Odruchy skórne i ścięgniste istnieją, lecz są słabe.

Dnia 16. V. Chory przedstawiony był na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, gdzie obecni przekonali się mogli, iż chory chodzi dobrze i prędko, porusza rękami jak najlepiej, siłę mięśniową ma znaczną, czucie niezmienione, odruchy skórne i ścięgniste istnieją, choć są jeszcze słabe; tegoż dnia badanie elektrycznością pokazało, iż kurczliwość jest w niewielkim stopniu osłabioną i to głównie tylko w kończynach dolnych.

Z każdym dniem chory czuł się silniejszym i zdrowszym, a w d. 23 Maja roku bieżącego został ze szpitala wypisanym, po 3 miesięcznym w nim pobycie.

Miałem sposobność widzieć chorego w Lipcu r. b., nie przedstawiał on nic nieprawidłowego. (D. n.)

Z KLINIKI LEKARSKIEJ PROF. D-RA KORCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE.

II. ZACHOWANIE SIĘ CIĘŻARU CIAŁA W CHOROBYCH GORĄCZKOWYCH OSTRYCH.

Skreślił

D-r Alfred Wolfram

sekundaryjusz oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu garnizonowym w Krakowie.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 40).

5) W wielu przypadkach w okresie V-tym ciężar ciała okazać może przemijający przybytek, a możność nawet stałego powiększenia się wagi już w tym czasie również nie jest wykluczoną.

Nadmienić mi wypada, że dyjeta u wszystkich naszych chorych w czasie trwania gorączki pozostała tą samą, apetyt zaś wśród trwania wysokiej ciepłoty był tak upośledzony, że chorzy nasi tylko nieznaczną ilość podawanego im pożywienia przyjmowali. Dopiero z nastaniem przerw wzmagало się łaknienie, zjawiały się chlorki w moczu, tak, że można było przypuszczać, iż trawienie i wsęsanie rozbudzać się poczęło. Pragnienie niekiedy silne przy wysokiej gorączce, o ile zaspokajaniem było przez chorych samych nadmiernem piciem wody, często powodowało dosyć pokaźne, choć zawsze przemijające podniesienie się ciężaru ciała. Szczególniej przy przebiegu gorączki ciągłym, jak i wtedy, gdy zwolnienia przy wysokich ciepłotach mniej były wybitne, stwierdzić to można było niewątpliwie. Poty zjawiały się również najczęściej z nastaniem zwolnień i przerw, podczas gdy przy biegu gorączki ciągłym skóra w największej liczbie przypadków była suchą. Z powikłań, jakie na zachowanie się ciężaru ciała wpłynąć mogły, zasługuje na uwzględnienie nieżyt żołądka i jelit, który istniał przed tyfusem. Dotyczył on chorej A. G., już powyżej wspomnianej i ograniczał się nie tylko do okresu czwartego, ale przeciągał się nawet w rekonwalescencyję, nie pozwalając długo podnieść się ciężarowi ciała na no-

wo, jak to w innych przypadkach przy pomyślniejszym składzie warunków zauważyć mogliśmy.

Omawiając zachowanie się wagi ciała w okresie przełamania się gorączki, przypomnieć musimy stopniowe obniżanie się ciepłoty w tej chorobie, w przeciwstawieniu do dwóch poprzednich chorób, gdzie stan gorączkowy przełamuje się nagle, tak, że ciepłota od razu schodzi do prawidłowej lub nawet niższej. Okoliczność ta tłumaczy dostatecznie te szczupłe ubytki, jakie z nastaniem przełomu w tej chorobie zauważać zwykliśmy. Gdy bowiem w trzecim okresie z pojawianiem się silniejszych zwolnień wywóz produktów rozkładowych, nagromadzonych w poprzednich okresach, się zwiększa, co zaś nie zostało wydalonem w tym czasie, z nastaniem przerw organizm opuszcza, w *crisis* nie wiele pozostać może do wydalenia. Dlatego to w tyfusie brzuszny ubytek w okresie przełomu jest bardzo nieznacznym, albo go wcale nie ma, podczas gdy w poprzednich chorobach właśnie w tym czasie największe przedstawia ilości. Nadto, polepszanie się apetytu już w czasie przerw dodatnio wpłynąć musi na dalsze zachowanie się wagi ciała. Z 10 przypadków tyfusu brzusznego wystąpił podczas przełomu ubytek w pięciu, okazując wartości od 0,30—0,70 klg. W zapaleniu płuc nigdy czegoś podobnego zauważyć nie mogliśmy, częściej już w tyfusie płamistym. A zatem:

6) W okresie gorączkowym tyfusu brzusznego ubytek na wadze, jeżeli się pojawia, jest mniejszy, aniżeli w dwóch poprzednich chorobach; natomiast dosyć często zamiast niego w czasie tym już przyrost zauważyć się daje.

Jeżeli w okresie przerwy ubytek na wadze był już nieznacznym, a często nawet zauważyć można było przemijający przybytek w ciężarce, jeżeli podczas przełomu waga ciała zmniejszyła się wybitnie, odpowiednio do spadku ciepłoty, to w okresie zdrowienia (*reconvalescentio*) tem prędzej podobnych wyników spodziewać się będziemy mogli. Jakoż istotnie w 8 przypadkach przez nas obserwowanych, w żadnym ciężar ciała w okresie tym dalej się nie zmniejszał, ale przeciwnie systematycznie z dnia na dzień się wzmaczał, naturalnie gdy nie stały temu na przeszkodzie żadne powikłania, któreby niekorzystnie na polepszenie się odżywiania wpłynąć mogły. Do rzędu takich przypadków zaliczyć należy tyfus u chorej A. G., u której niewątpliwie z powodu wikłającego choroby nieżyty żołądka i jelit, już w okresie przerwy przybytku dostrzedz nie można było. U tej też chorej w okresie rekonwalescencji ciężar ciała systematycznie jeszcze przez dni 10 się zmniejszał, okazując z dnia na dzień bardzo nieznaczące ubytki od 0,05—0,30 klg., lub utrzymując się na tej samej wyżynie, tak, że ogółem przez cały ten czas wyniósł ubytek jeszcze 0,90 klg. Apetyt u tej chorej nie polepszał się też tak widocznie po przełamaniu się gorączki, jak w innych przypadkach, a choć po upływie pierwszych dni 10 od chwili przełomu waga ciała zwiększać się poczęła, następowało to bardzo powoli, przyczem i wsteczne wahania w ciężarce zauważyć się dały, tak, że chora pierwotny swój ciężar 48,90 klg., z jakim przybyła do kliniki, odzyskała dopiero w 30 dni po przełamaniu się gorączki. W innych natomiast przypadkach wzmacnianie się ciężaru ciała w okresie zdrowienia postępowało znacznie szybciej. I tak, chory W. M., który po przybyciu do kliniki ważył 51,40 klg., okazywał tę samą wagę

w 10 dni po ustaniu gorączki, a chory W. R. potrzebował tylko 4 dni do osiągnięcia ciężaru, z jakim przybył. Pominąwszy pewne wsteczne wahania w ciężarze, które u naszych chorych były następstwem zazwyczaj nieznacznej a przemijającej biegunki, waga ciała zwiększała się systematycznie i szybko z dnia na dzień. Jednorazowy dzienny przybytek był niekiedy dość znaczny, gdyż zazwyczaj wahał się między 0,30 a 0,80 klg.. Zważywszy, iż w tym okresie wydzielanie moczu i potu jest prawidłowe, odnieść go musimy jedynie do poprawienia się łaknienia, a tem samem obfitszego spożywania pokarmów. A zatem:

7) W okresie zdrowienia ciężar ciała, jeżeli tylko powikłania jakie nie stoją temu na przeszkodzie, zwiększa się szybko i systematycznie.

Wysiękowe zapalenie opłucnej.

Kreśląc zachowanie się ciężaru ciała w zapaleniu opłucnej, zaraz na wstępie muszę nadmienić, że w 22 przypadkach, które w przeważnej części sam miałem sposobność obserwować, zapalenie było surowicze, lub surowiczo-włóknikowe, co można twierdzić na podstawie objawów klinicznych, a w znacznej liczbie na podstawie przekłucia próbnego. Przypadki te, ze względu na zachowanie się ciepłoty, na dwie grupy podzielić wypada. Do pierwszej zaliczyć należy 11 przypadków, gdzie od pierwszej chwili obserwacji zauważyć można było przez czas jakiś stan gorączkowy, jakkolwiek miernego tylko stopnia, gdyż nasilenia wieczorne niemal nigdy nie przenosiły 39° C., wahały się zaś zazwyczaj między $38,6^{\circ}$ a 39° C., podczas gdy zwolnienia ranne przedstawiały ciepłoty prawidłowe, lub co najwyżej stan podgorączkowy. Do drugiej grupy zaliczyć należy drugie 11 przypadków, które dostały się pod obserwację w krótszy lub dłuższy czas po przełamaniu się stanu gorączkowego.

Pierwsza grupa, ze względu na zachowanie się ciężaru ciała, rozpaść się musi na dwa działy, a mianowicie do pierwszego z nich wliczyć należy przypadki, gdzie mimo utrzymującego się stanu gorączkowego w granicach powyżej zaznaczonych, ciężar ciała mniej więcej na tej samej utrzymywał się wysokości, pomijając nieznaczne wahania się w obu kierunkach, które były następstwem przypadkowego podziałania ubocznych czynników, jakimi były np. obfite lub mniej obfite stolce. Przypadków takich naliczyliśmy 5, a wybitnem ich znamieniem był dobrze utrzymany apetyt i brak wszelkich powikłań. W ciągu choroby nie można było zauważyć nigdy silniejszych potów, ilość moczu na dobę wahała się między 600 a 1000 ctm., a stolce były po największej części regularne i prawidłowe.

Inaczej rzecz się ma, gdy silniejsza i dłuższy czas trwająca biegunka wikła sprawę chorobową. W jednym z naszych przypadków skutkiem niej ciężar ciała w przeciągu 5 dni zniżył się prawie o 4 klg., chociaż gorączka nie była wcale tak znaczną, gdyż nasilenia wieczorne zazwyczaj nie przenosiły 39° C., a w zwolnieniach rannych ciepłota spadała na 38° — $38,2^{\circ}$ C.. Biegunka trwała przez dni cztery (3—5 stolców dziennie).

Podobnie jak w poprzednich chorobach, ciężar ciała nawet mimo gorączki przez jakiś czas zwiększać się może; zauważyliśmy to w tych przypadkach,

w których gorączka przemijająco nasilała się, nie przedstawiając równocześnie prawie żadnych zwolnień.

Odmiennie zachowywało się 6 innych przypadków w okresie gorączkowym z upośledzonym lub zupełnie zniesionym apetytem, z wklajacemi je niekiedy zmianami w szczytach płuc lub biegunką, choć przypadki te przebiegiem gorączki wcale od poprzednich się nie różniły. Podobnie jak tam, tak i tu, nasilenia wieczorne nie przenosiły nigdy 39° C., wahały się zaś zazwyczaj między $38,3^{\circ}$ a 39° C., w jednym przypadku wieczorem zaledwie stan podgorączkowy można było zauważyć, podczas gdy w zwolnieniach rannych ciepłota schodziła albo do prawidłowej, lub zjawiała się ciepłota podgorączkowa. Natomiast we wszystkich tych przypadkach apetyt był upośledzony lub zupełnie zniesiony, w jednym z nich przez krótki czas trwała biegunka (4 stolce dziennie) obok coraz bardziej zaznaczającego się zgęszczenia w szczytach płuc, w 2 innych poty i plwocina były obfitsze. Odpowiednio do tych niekorzystnych warunków, ciężar ciała w okresie gorączkowym obniżał się systematycznie, okazując ubytki niekiedy wcale pokaźne, innym razem mniej widoczne. I tak, u chorego L. E. okazał się w przeciągu 9 dni ubytek 4,10 klg. dziennie, u S. W. dopiero po upływie 22 dni ciężar ciała zmniejszył się o 3,50 klg., t. j. o 0,16 klg. dziennie; u L. Ł. ubytek był jeszcze mniejszy, gdyż w przeciągu miesiąca wyniósł on 3,20 klg..

Jak zatem ze wszystkich tych przypadków z przebiegiem gorączkowym wnosić możemy, gorączka sama, jako taka, jeżeli nie przekracza 39° C. i okazuje znaczne zwolnienia ranne, nie podkopuje znacznie organizmu, szczególnie wtedy, gdy apetyt względnie jest dość dobry i brakuje wszelkich powikłań. Natomiast jak wszędzie, tak i tutaj, niemały wpływ na dalsze zachowanie się ciężaru ciała ma pierwotne odżywianie chorego. We wszystkich tych przypadkach, gdzie ciężar ciała zmniejszał się szybko i pokaźnie, pierwotnie odżywianie było dobre, gdzie zaś ubytek przewlekał się na znaczniejszy przeciąg czasu i mniej wysokie przedstawiał cyfry tam wszędzie były to osoby z wątłą budową i z upośledzonym odżywianiem. Również w pierwszych dniach obserwacji ubytki były o wiele znaczniejsze, niż w dalszym przebiegu choroby, gdy wyścieńczenie chorych było już znaczniejsze, mimo że warunki, mogące niekorzystnie wpłynąć na odżywianie, pozostały te same. W końcu co do wszystkich przypadków, które przebiegały z gorączką, zaznaczyć muszę jeszcze tę okoliczność, że ubytek na wadze nie dał się wprowadzić w żaden przyczynowy związek z powiększaniem się lub ubywaniem wysięku. Ciężaru ciała ubywało zarówno przy jego niezmienionym stanie, jak i wtedy, gdy co do ilości swej, rozmaicie się zachowywał. Na odwrót zauważyć można było przybytek, tak przy powiększaniu się, jak i obniżaniu jego granic.

Opierając się zatem na tych 11 przypadkach, w których przez jakiś czas utrzymywał się stan gorączkowy, możemy co do tego okresu choroby następujące postawić prawidła:

1) W zapaleniu opłucnej surowiczem, lub surowiczo-włóknikowem, ciężar ciała w okresie gorączkowym, z powyżej określonym biegiem gorączki, przedstawia się

rozmaicie, zależnie od jakości apetytu, pierwotnego odżywiania, czasu trwania choroby, jakoteż równocześnie pojawiających się powikłań.

2) Wahania te na wadze nie dadzą się wprowadzić w żaden przyczynowy związek z miejscowym stanem choroby.

Wbrew temu rozmaitemu zachowaniu się ciężaru ciała w okresie gorączkowym, dzień, w którym nastąpiło stanowcze przełamanie się gorączki, przedstawia zgodne wyniki. Prawie wszędzie pojawia się większy lub mniejszy ubytek na wadze, zależnie od zachowania się ciężaru ciała już w okresie gorączkowym. I tak, w 2 przypadkach, w których w czasie trwania gorączki, ciężar ciała, pominiawszy nieznaczne wahania, utrzymywał się na tej samej wysokości, w dniu, w którym nastąpiło przełamanie, okazał 1,70 klg. ubytku. Przeciwnie, u chorego A. N., gdzie skutkiem wikłającej sprawę chorobową biegunki ciężar ciała już w okresie gorączkowym w przeciągu 8 dni przedstawił 3 klg. ubytku, w dniu, w którym gorączka się przełamała, obniżył się tylko o 0,80 klg.. W innych przypadkach były ubytki w tym czasie jeszcze mniej znaczne. Ogólnie zatem da się powiedzieć, że:

3) W dniu, w którym gorączka stanowczo się przełamuje, ciężar ciała niemal we wszystkich przypadkach przedstawiał ubytki i to tem większe, im mniej chory, zresztą dobrze odżywiany, utracił na wadze w czasie trwania stanu gorączkowego. Okres zdrowienia przedstawiał pod pewnym względem wyniki podobne do tych, jakie uzyskaliśmy w tym okresie w poprzednich chorobach. W 7 przypadkach, jakie mieliśmy sposobność w tym czasie obserwować, waga ciała w jednych jeszcze przez kilka dni przedstawiała nieznaczne ubytki, w innych razach w pierwszym dniu po przełamaniu się stanu gorączkowego podniosła się o 0,50—1 klg., by w 2 lub 3 dniach następnych znów nieco się obniżyć. Im młodszym był osobnik, im silniej podupadło odżywianie w poprzednich okresach, tem lepszym stawał się apetyt, tem szybszym krokiem postępowała odnowa ustroju. Wśród przeciwnych warunków ciężar powolniej wzrastał a wahania wsteczne na wadze częściej się pojawiały. I tak, podczas gdy u chorej R. P. w przeciągu 12 pierwszych dni okazało się 6 klg. przybytku, u M. R. z przewlekłym nieżytem żołądka i jelit wynosił on w przeciągu 19 dni zaledwie 2 klg., u L. Ł. w przeciągu 12 dni niecałe 2 klg. A zatem:

4) W okresie zdrowienia może się ciężar ciała jeszcze przez czas jakiś zmniejszać, okazując następnie przybytki, u jednych znaczniejsze, u innych mniej znaczne, zależne od jakości łaknienia, pierwotnego stanu odżywiania i towarzyszących sprawie chorobnej powikłań.

Druga grupa, obejmująca drugie 11 przypadków, w których od pierwszej chwili obserwacji stwierdzić można było stan bezgorączkowy, a co najwyżej podgorączkowy, posiada niemal te same cechy, co okres zdrowienia w grupie poprzedniej. W przypadkach naszych ciężar ciała od początku zwiększał się stale, okazując wsteczne wahania tylko wtedy, gdy w ciągu obserwacji wystąpiła biegunka lub zimnica. Powikłanie to raz skutkiem stanu gorączkowego i następnie pojawiających się potów, a powtórnie skutkiem niekorzystnego oddziaływania na łaknienie, podkopywało stosunkowo znacznie odżywianie, jakkolwiek tylko na czas krótki. Po jej ustąpieniu ciężar ciała zaraz wzmagać się

począł na nowo. Przybytki znacznie różniły się między sobą, a to stosownie do jakości apetytu, pierwotnego odżywiania, jako też i czasu jaki upłynął od przełamania się gorączki. Jako zasadę można postawić, że im lepszym był apetyt, im więcej indywiduum, poprzednio zupełnie zdrowe, na odżywianiu ucierpiało, im krótszy przeciąg czasu przedzierał ją od stanowczego przełamania się gorączki, tem szybciej wzrastały ciężary, tem większy okazywały przeciętny przybytek.

Zapalenie stawów ostre samoistne (idyjopatyczne).

Zapalenie stawów ostre ze względu na zachowanie się ciężaru ciała niemal wyjątkowe zajmuje stanowisko między wszystkimi chorobami gorączkowymi. Przyczyny tego szukać należy w obfitych potach, stanowiących niemal charakterystyczne znamię tej choroby. Podczas gdy w poprzednich chorobach obfite poty pojawiały się dopiero z przełamaniem się gorączki, nieco znacznie-sze przy silniejszych zwolnieniach ciepłoty, w zapaleniu stawów ostrem towarzyszą one sprawie chorobnej przez cały czas trwania okresu gorączkowego, i tem samem już wśród trwania tego okresu niemało muszą oddziaływać na zachowanie się ciężaru ciała. Jakoż ubytki dzienne, podobnie jak i ubytki z całego czasu trwania gorączki, są w chorobie tej największe. Pięć przypadków tej choroby, jakie mieliśmy sposobność obserwować, stwierdzają to wymownie. Ciężar ciała zmniejszał się w nich prawie z dnia na dzień o 0,20—0,80 klg., chociaż niekiedy apetyt był nienajgorszym. W przeciągu 21 dni zauważyliśmy w 1 z naszych przypadków ubytku 4,20 klg.; mniej więcej tyle w innych, a w 1 w przeciągu 5 dni 1,30 klg.. Z pomiędzy przypadków tej choroby zasługuje na uwagę szczególnie jeden, już powyżej opisany, gdzie mimo istnienia względnie wysokiej gorączki ciężar ciała z dnia na dzień systematycznie się zwiększał. Przebieg gorączki był zazwyczaj przepuszczający, albo silnie zwalniający. Co się zaś tyczy jej nasilenia, to w naszych przynajmniej przypadkach nasilenia wieczorne nigdy nie były zbyt znaczne. Najwyższa ciepłota, jaką wieczorem zauważono, wynosiła 39° C., zazwyczaj zaś wahała się między 38,6° a 38,8° C.. Przy takim przebiegu i takim nasileniu gorączki nigdy w zapaleniu oplucnej nie zauważyliśmy znaczniejszych ubytków. Ciężar ciała, jeżeli się nie powiększał, jak to na właściwem miejscu wspomnieliśmy, pomijając drobne wsteczne wahania, w tych samych utrzymywał się granicach. Tak rzecz się miała w niektórych przypadkach, gdzie apetyt, podobnie jak tu, nie najgorzej był utrzymany. A zatem w zapaleniu stawów ostrem przy podobnym przebiegu i nasileniu gorączki, niewątpliwie obfite poty są najważniejszą przyczyną, powodującą ubytki na wadze. Że znaczniejsze poty wcale pokaźnymi ubytkami zaznaczyć się mogą, dowodzi tego wymownie przypadek zapalenia stawów, gdzie choremu w celach doświadczalnych jednego dnia wstrzyknięto pilokarpinę. Podczas gdy w poprzednich dniach choroby ubytki dzienne wahały się między 0,20 a 0,70 klg., po zastosowaniu pilokarpiny, gdy wystąpiły nader obfite poty i ślinienie, obniżył się ciężar ciała następnego dnia o 1,30 klg.. Przebieg gorączki, podobnie jak w poprzednich chorobach, tak i w zapaleniu stawów ostrem, nie pozostawał również bez wpływu. Ile razy bowiem po pewnym czasie trwania wyż-

szej gorączki ciepłota znacznie się obniżyła, zawsze na czas ten padały najznaczniejsze ubytki na wadze. Przeciwnie ciężar ciała tem mniej się zmniejszał, tem rychlej niekiedy wzrastał nawet chwilowo, im stalej ciepłota przez czas jakiś pozostawała wysoka, okazując słabe tylko zwolnienia. Przybytki te, jeżeli się pojawiały, były zazwyczaj nieznaczne, wynosiły 0,30—0,60 klg. i przemijały szybko, gdy bieg gorączki się zmienił. Prócz potów i przebiegu gorączki godnem uwagi było zachowanie się wydzielania moczu. W naszych przypadkach po największej części ilość moczu mimo dość wysokiej gorączki i silnych potów była dosyć znaczną, gdyż wahała się między 1,300 a 2,000 ctm. sześć. na dobę, chociaż z drugiej strony nie da się zaprzeczyć, że im obfitsze były poty, tem mniejsza ilość moczu. Apetyt był zazwyczaj słabo utrzymany, raz zniesiony, wyjąwszy jednego tylko przypadku, powyżej już przytoczonego, gdzie odpowiednio do dobrze zachowanego apetytu ciężar ciała systematycznie się zwiększał. Zmiany miejscowe w stawach ustępowały po największej części z wolna i nie były znaczniejsze, tak, że wobec pokaźnych stosunkowo ubytków dziennych, znaczniejszego wpływu na zachowanie się wagi ciała mieć nie mogły. Z powikłań najczęstszemi były zapalenia wsierdza i osierdza; temu ostatniemu rzadko towarzyszył wysięk, a jeżeli to miało miejsce, nigdy znaczniejszego wpływu na zachowanie się wagi ciała przypisać mu nie mogliśmy.

Z chwilą stanowczego przełamania się gorączki zjawiały się także nowe ubytki na wadze. Wielkością swą nie dorównywały one nigdy ubytkom w zapaleniu płuc lub w tyfusie plamistym. Zazwyczaj wahały się one między 0,20 a 0,40 klg., a zatem przedstawiały cyfry zbliżone do tych, jakie pojawiać się zwykły u chorych, którzy już w okresie gorączkowym skutkiem właściwego przebiegu gorączki lub ubocznych wpływów znaczniejsze straty na wadze ponieśli. Podobnie też jak w innych chorobach gorączkowych, były one tem znaczniejsze, im mniej waga zmalała już w czasie trwania gorączki. Jeżeli w ogóle się pojawiały, najznaczniejsza ich część przypadła zaraz na pierwsze dni bezgorączkowe. Czas, na jaki się przewlekaly, zazwyczaj był bardzo krótki. W naszych przypadkach już w 3 a najdalej 4 dni, ciężar ciała stanowczo powiększać się zaczął, a szybkość, z jaką to postępowało, zależała od tych samych warunków, jak w poprzednich chorobach.

Zupełnie odmiennie zachowywał się ciężar ciała w zapaleniu stawów przewlekłym. Brak gorączki i znaczniejszych potów tylko korzystnie mógł oddziaływać na odżywianie ogólne. To też podobnie jak w przypadkach z wysiękiem opłucnej, gdy jej nie towarzyszyła gorączka, ciężar ciała zwiększał się systematycznie, gdy apetyt był dobrze utrzymany i brakowało powikłań. Pięć przypadków tej choroby, jakie mieliśmy sposobność obserwować, zgodne pod tym względem przedstawiało wyniki.

Nie umiemy powiedzieć dokładnie, jak się zachowuje ciężar ciała w innych chorobach gorączkowych. Przypadków gorączki powrotnej (*febris recurrens*), dostarczonych mi w historyjach klinicznych, zużytkować nie mogłem, ze względu iż ważenia poczynione były w znaczniejszych odstępach czasu, sam zaś nie miałem sposobności obserwowania tej choroby podczas niniejszej pracy. Co się zaś tyczy przypadków zimnicy (*malaria*), obserwowanych przezemnie, również nie-

może ich zużytkować, gdyż w chorobie tej należało oznaczać ciężar ciała w czasie trwania gorączki, w okresie potów i stanu bezgorączkowego, czego dostatecznie nie przestrzegalem, nie znając wyników, do jakich mnie praca moja doprowadzić może.

Zbierając jeszcze raz wyniki, do jakich doszliśmy, powiedzieć możemy, że przy braku powikłań, działających niekorzystnie na odżywianie, gorączka jako taka nie pociąga za sobą szybkiego zniszczenia ustroju, jak to mniemał Virchow i inni autorowie, choćby nasilenie jej było nawet znaczne. Przeciwnie, ubytki na wadze, jakie gorączka sama za sobą pociągać zwykła, szczególnie w chorobach gorączkowych krócej trwających, jak zapalenie płuc i tyfus płamisty, są mniej znaczne, chociaż w niektórych razach niewątpliwie znaczniejsze, niż to Senator przypuszcza. Ubytki te w różnych chorobach, jak i poszczególnych ich okresach, zachowują się rozmaicie, co przedewszystkiem zależy od przebiegu gorączki głównie w tem znaczeniu, że podczas gorączki ciągłej ciężar ciała zmniejsza się tylko bardzo nieznacznie, a ubywa pokaźnie, gdy po pewnym czasie trwania wysokiej gorączki zjawiają się znaczniejsze zwolnienia ciepłoty. Nigdy też ciężar ciała, jaki w danej chwili okresu gorączkowego stwierdzić można, nie daje miary spustoszenia ustroju, jakie za sobą już pociągnęła gorączka: nigdy również ubytki na wadze nie stoją w prostym stosunku do nasilenia gorączki, i to tak dalece, że wśród gorączki wysokiej, bez znaczniejszych zwolnień, dosyć często nawet przemijający przybytek zauważyć się daje. Mimo tego zaprzeczyć się nie da, że wysoka gorączka z przebiegiem ciągłym podkopuje odżywianie ogólne, chociaż szkodliwy jej wpływ uwidocznia się dopiero z pojawieniem się znaczniejszych zwolnień w ciepłocie, lub z chwilą stanowczego przełamania się choroby. Prócz przebiegu i nasilenia gorączki duży wpływ na zachowanie się wagi ciała ma także pierwotne odżywianie chorego. Biegunka i obfitsze poty obniżają znacznie ciężar ciała. Zachowanie się apetytu niemal we wszystkich przypadkach pierwszorzędą odgrywa rolę. Gdzie łaknienie jest zachowane, a odpowiednio temu trawienie i wsysanie pokarmów utrzymywane, tam ubytki na wadze są daleko mniejsze, często ciężar ciała, pomijając drobne wahania, w tych samych utrzymuje się granicach, a nawet przy dyjecie płynnej a pożywnej (jaką zazwyczaj podaje się w klinice krakowskiej chorym gorączkującym) w takich razach możebność systematycznego powiększania się ciężaru ciała nie jest wykluczona. Częściej się to przytrafia w przypadkach, którym towarzyszy mniej znaczna gorączka, zazwyczaj nie przekraczająca 39° C., rzadziej i przy znaczniejszem jej nasileniu.

Jakkolwiek ubytki na wadze w chorobach gorączkowych ostrych nie są tak znaczne, by śmierć jedynie skutkiem wycieńczenia (*inanitio*) nastąpić mogła, zawsze jednak ze względu na ważność zwyrodnienia narządów mięsaszowych, ubytek ciałek krwi, wystąpienia biegunki, wymiotów i innych szkodliwie na odżywianie ogólne wpływających przypadków, odpowiednie żywienie chorego mimo istniejącej gorączki, zdaniem naszym, tembardziej jest wskazaniem, że według naszych spostrzeżeń przy odpowiedniem żywieniu gorączka mniej niekorzystnie wpływa na zmniejszanie się ciężaru ciała, aniżeli podczas dyjety zupeł-

nie ścisiej. Odpowiednie żywienie chorych gorączkujących miałoby także ten cel odleglejszy, ażeby przez podawanie pożywnych, odpowiednio do siły trawienia soku żołądkowego zastosowanych i przyrządzonych pokarmów, zapobiegać pojawieniu się w okresie ozdrowienia chorób następczych, które właśnie w wyniszczonym i na odżywianiu upośledzonym ustroju wytwarzać się zwykły. Dyjeta ścisła, jaką w chorobach gorączkowych przestrzegać już każde wielki, prawdziwy twórca Medycyny, *Hippokrates*, mimo uznania, jakie sobie w ciągu wieków zdobyła, w nowszych szczególniejszych czasach natrafia znowu na coraz liczniejszy zastęp przeciwników. Nawet zdanie tak powszechnie utarte, że podawanie ciał białkowatych w gorączce podnosi ją i nowe dla niej źródło tworzy, zaczyna już nie wytrzymywać krytyki. Przynajmniej *Uffelmann*, który niewątpliwie wielkie położył zasługi około stworzenia rozumnej dyjetetyki chorób gorączkowych, wyraźnie temu zaprzecza, jeżeli tylko pokarm azotowy w właściwej postaci i stosownej chwili bywa podany. Skoro zostanie wyjaśnioną bliżej zdolność trawienia soków trawiących w różnych okresach chorób gorączkowych, przy rozmaitem nasileniu i przebiegu gorączki, przy rozmaitych sposobach leczenia i pod wpływem sztucznie stworzonych warunków, z umiejętnego żywienia chorób gorączkowych zapewne równej a może i większej korzyści dla chorych można się będzie spodziewać, aniżeli z bezwzględnego lekowania przeciwgorączkowego. Nie możemy jednak czekać bezczynnie, zanim zasady trawienia wśród gorączki zostaną na pewno ustalone i zanim poznamy łatwy w wykonaniu sposób badania zdolności trawienia soków trawiących; dość sporo faktów znagła nas już obecnie do podawania chorym gorączkowym mniej ścisłej, niż dotąd bywało, dyjety i usilnego starania się by przez podawanie środków gorzkich, pepsyny, kwasu solnego i t. d., poprawiać łaknienie i trawienie chorych gorączkujących.

Kończąc tem uwagi swoje nad zachowaniem się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych, czuję się w obowiązku złożenia podziękowania W-nemu prof. *Drowi Korczyńskiemu* za gorliwe i chętne poparcie mnie w tej pracy przez odstąpienie materiału klinicznego i udzielenie cennych rad i wskazówek.

III. ALKOHOLIZM, czyli OTRUCIE WYSKOKOWE,

jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych w kraju i zagranicą.

Napisał

D-r med. **A. Rothe.**

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 40).

Tablica moja wykazuje nam jeszcze drugi objaw, a mianowicie, że nie we wszystkich guberniach jednakowa ilość wysokoku przypada na mieszkańca; różnica ta nawet jest dość rażąca. Jeżeli bowiem w Warszawie na każdego człowieka przeciętnie przypada 2,53 garncy czystego wysokoku, a prawie taka sama

ilość 2,50 na mieszkańca gubernii Siedleckiej, to tymczasem w gubernii Suwalskiej przypada tylko 0,54 garnea. Czyżby ta ostatnia gubernija z powodu swego położenia nad granicą pruską tak bogato miała być zaopatrzoną w wyskok przemycały; czy też istnieją inne miejscowe warunki, które użycie wyskoku tu doprowadziły do *minimum*? Pytanie to dość ciekawe tłumaczy się po części tem, iż ludność gubernii Suwalskiej jest nader różnorodną: Litwini i Żmujdzini, zamieszkujący jej część północną, nie piją wcale; około Sejna (w Winksznupiu) Tatarzy również nie piją; podobnież rozkolnicy, filiponi i starowiercy dosyć licznie tamże od wieków osiedli. Niby to i nasza Warszawa, lecz w kierunku zupełnie odwrotnym, odznacza się, albowiem ona zużywa największą ilość wyskoku, t. j. 2,53 garnece czyli 10,12 litrów, co w kształcie wódki stanowi 20,24 litrów = kwarta na każdego mieszkańca. To jest więcej niż 2 razy tyle, ile przeciętnie przypada na mieszkańca w Królestwie Polskiem. Mnie się jednakowoż zdaje, o ile jako stary mieszkaniec Warszawy sądzić mogę, że ta ilość podana nie wyłącznie bywa konsumowaną przez stałych mieszkańców, lecz że do tej konsumpcyi znacznie się przyczyniają przyjezdni, liczba których, jak to wiadomo, do nadzwyczaj pokaźnej dochodzi liczby.

Widzimy zatem, że chociaż Królestwo Polskie znaczną zużywa ilość wódki i życzyliby należało, aby ta ilość z każdym się zmniejszała rokiem, to jednakowoż ilość zużytej wódki trzyma się u nas jeszcze w pewnych granicach przyzwoitości i nie wolno powiedzieć, że w ogóle u nas wódki nadużywają. Bywają wprawdzie i nadużycia, jak to w innem pokażę miejscu, lecz nadużycie to nie jest powszechnem a tylko wyjątkowem.

Że wódka u nas nie jest jeszcze tak poszukiwaną, to o tem również świadczy i ilość tych miejsc, w których się sprzedaje napoje wyskokowe; im bowiem pewien towar jest więcej poszukiwanym, tem większa ilość będzie handlujących tym towarem. Widzimy to wszędzie, odnosi się to zatem także i do sprzedaży napojów wyskokowych i im większa ilość konsumowanej wódki, tem większa ilość szynków.

Zobaczmy teraz, jaka ilość takich miejsc istnieje u nas w kraju i na jaką ilość mieszkańców przypada jeden szynk.

(Patrz tablicę).

W ogóle w Królestwie Polskiem na **405** mieszkańców przypada jedno miejsce, w którym się sprzedaje napoje wyskokowe. Porównywując liczbę tę z cyframi innych państw, widzimy, że u nas sprzedaż wódki bynajmniej nie jest jeszcze tak nadzwyczaj rozpowszechnioną.

We Francyi w ogóle	na 103	mieszkańców	przypada	1	miejsce	sprzedaży
W Paryżu	„ 130	„	„	„	„	„
W Szwajcaryi	„ 113	„	„	„	„	„
W Anglii	„ 138	„	„	„	„	„
W Belgii	„ 49	„	„	„	„	„
a nawet ściśle na 12 do-						
rosłych osób 1.						
W Prusiech	„ 260	„	„	„	„	„

	Mieszkańcy.	Głównych składów wy- skoku.	Handlów win zagranicz- nych.	Handlów win rosyjskich.	Restauracyj.	Handlów piwa i wódki.	Bufetów.	Szynków.	Karczem.	Ogólna cyfra mniejsze sprze- daży wódki.	Ilość mieszkań- ców na 1 miejsce sprzedaży.	Ilość rubli zapła- conych za wy- skok wypity.	Ilość rubli niez- nite zapłaconych przez każdego mieszkańca.
M. Warszawa	400,000	9	71	35	266	279	25	525	—	1196	334	2312500,0	5,78
Gub. Warszaw.	811.471	80	57	3	192	48	68	572	1308	2248	360	2192242,60	2,70
„ Kaliska	694.330	82	66	4	336	27	5	381	852	1671	415	1803794,40	2,59
„ Piotrkow.	707.594	60	71	3	268	22	44	743	1148	2299	307	2573436,20	3,60
„ Radomska	546.947	69	32	1	165	19	2	481	741	1441	379	972589,40	1,77
„ Kielecka	538.221	67	35	6	36	25	5	409	448	960	560	1018987,40	1,89
„ Lubelska	734,018	103	30	12	344	33	21	480	995	1915	383	2025027,0	2,75
„ Siedlecka	553.551	38	33	1	88	29	12	376	806	1345	411	3168439,40	5,72
„ Plocka	490,143	35	106	5	77	28	9	306	329	860	569	810388,80	1,65
„ Łomżyń	495,104	28	54	2	57	51	13	356	381	914	541	804816,60	1,62
„ Suwalska	547,913	38	65	—	56	12	4	393	658	1188	460	674325,0	1,23
Królestwo Pol.	6,519,272	609	620	72	1885	568	208	5022	7666	16041	405	16166617,20	2,48

W Berlinie
W Królestwie Polskiem
W Warszawie
na 126 mieszkańców przypada 1 miejsce sprzedaży
405
334

Z danych tu przytoczonych dostatecznie się okazuje, że większa część państw zagranicznych nie ma żadnego prawa do robienia nam zarzutu, jakoby Polska była krajem, który się *par excellence* odznacza nadużyciem napojów wysokokowych a przeważnie wódki. Prawda że wódka u nas jest w użyciu, ale nie tylko nie więcej, lecz owszem w daleko mniejszej ilości, aniżeli u innych cywilizowanych narodów. Aby praca moja rzeczywiście oparła się na badaniu dokładnem i ścisłem, nie wolno mi ograniczyć się na użyciu u nas jedynie tylko wódki, lecz muszę zwrócić uwagę na inny jeszcze napój, również, choć w znacznie mniejszej części także wysokokowy, t. j. na p i w o.

Piwo w ciągu lat ostatnich ważną u nas zaczyna odgrywać rolę, jako napój. Z pewnych źródeł wiadomo, że produkcja tegoż u nas z każdym prawie rokiem wzrasta i co raz więcej zaczyna rugować z ogólnego użycia wódkę. Jest to fakt niepodlegający najmniejszej wątpliwości, fakt nadzwyczaj pocieszający bo jakkolwiek i piwo ma własności szkodliwe dla organizmu, to jednakowoż w daleko mniejszym stopniu, niżeli wódka i w ogóle należałoby życzyć, aby piwo dobre, nie zanadto mocne, wyrobione ze słodu i chmielu, coraz obszerniejsze, znalazło zastosowanie. Co się tyczy użycia piwa u nas w kraju, to przedewszystkiem należy uwzględnić dwa nadzwyczaj różne gatunki tegoż, a mianowicie, p i w o tak zwane z w y c z a j n e, czyli m a r c o w e i piwo b a w a r s k i e.

Dwa te gatunki ściśle i dokładnie zostały ocenione w pracy A. M. W e i n b e r g a ¹⁾ i wszystko, co tam wypowiedziano, odnosi się mniej więcej do wszystkich piw u nas w kraju wyrabianych. Piwo zwyczajne, podług tego autora, zawiera ledwie około $\frac{1}{2}$ procenta alkoholu i 6% wyciągu i nie jest ani pożywne ani orzeźwiający. Piwo zaś bawarskie grzeszy zbyt wysokim procentem wyskoku, który dochodzi 5—6% na objętość i czyni je silnie rozpalającym i odurzającym. Piwa niemieckie mają mało co więcej niż połowę tej ilości wyskoku. Co do ilości i jakości używanego piwa, to koniecznie należy nam przyjąć trzy rozmaite grupy:

1) Warszawę, 2) pięć gubernij, w których przemysł i fabryki więcej są rozwinięte i w których więcej się wypija piwa bawarskiego a mniej daleko piwa zwyczajnego i 3) pięć gubernij przeważnie rolniczych, w których mniej się używa piwa bawarskiego, a natomiast więcej zwyczajnego.

Zastrzedz tu jednakowoż muszę, że wiadomości co do ilości wyrabionego piwa bynajmniej nie są tak dokładne, jak co do ilości wyrabianego wyskoku, gdy bowiem wyskok wyrabiany koniecznie przechodzić musi przez przyrząd kontrolujący, oznaczający zupełnie dokładnie nie tylko jakość, ale i ilość pędzonego wyskoku, to ilość piwa warzonego nie podlega takiej kontroli i akcyzę oblicza się u nas za piwo tak samo jak i w Niemczech, nie od ilości wiader lub garncy wyrobionego piwa, ale od objętości przestrzeni zaciernej, przyjmując, iż 10 objętości zacieru dają 1 objętość piwa. Już w innem dowiodłem miejscu, że takie obliczenie nie jest ściśle, ztąd też może pochodzi różnica w ilości piwa produkowanego w Warszawie, podanej przez W e i n b e r g a i tej, którą ja, opiera-

¹⁾ W e i n b e r g A. M. Sprawozdanie z rozbioru piwa zwyczajnego i bawarskiego z warszawskich browarów. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego. Rok 1881. Zeszyt I.

jąc się na danych urzędowych podaje; i tak gdy podług autora powyżej przytoczonego Warszawa w r. 1880 konsumowała 3,609,600 wiader piwa bawarskiego, to według moich danych w tym samym czasie wypito tylko 2,470,327, czyli 32,114,251 litrów, co przecięciowo rocznie stanowi nie 120 lecz tylko 80,2 litrów na człowieka.

I to jest ilość dość pokaźna, lecz, jak to już powyżej powiedziałem, Warszawa pod tym względem zajmuje wyjątkowe miejsce.

(D. c. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

45. Bollinger. O dziedziczeniu chorób. (*Ueber Vererbung von Krankheiten*).

Przy obecnem stanowisku medycyny najciekawszem polem dla badań jest *etyjologia* chorób, a pomiędzy licznymi ich przyczynami niezaprzeczenie najważniejszą rolę odgrywa dziedziczność, której objawy łatwo dają się spostrzegać, lecz prawa, kierujące nią, są dotychczas pokryte gęstą zasłoną tajemnicy. Autor cokolwiek uchyla tę zasłonę tajemniczą w 26-stronicowej broszurce, poświęconej v. *Bischoffowi*.

Wedle autora tylko te choroby zowią się *odziedziczonymi*, które po wykluczeniu wszelkich zewnętrznych wpływów rozwijają się u potomków w tymże samym wieku, co u rodziców. Trzeba zatem odróżnić chorobę wrodzoną od dziedzicznej; do chorób wrodzonych zaliczamy wszelkie zniekształnienia, z którymi dziecko na świat przychodzi, a które mogą zależeć od miejscowych warunków w macicy (od ucisku, od obwinięcia pepowiny i t. p.) Teoryja o *zapatrzeniu się*, która dawniej znakomitą grała rolę, została przed 40-tu laty obaloną przez *Bischoffa*; najzwyczajniejsza umysłowa kombinacja wystarcza, by przekonać się o nieprawdziwości tej teoryi, gdyż często zapatrzenie się ciężarnej matki dopiero wtedy ma miejsce, gdy płód prawie zupełnie jest już ukształtowanym i kiedy żadne zmiany budowy już w nim zajść nie mogą.

Rzeczywistymi dziedzicznymi chorobami zwiemy te, które przechodzą na płód bądź za pośrednictwem jajka i nasienia, bądź wewnątrzmacicznie przez krew matki. Wbrew opinii dawnych autorów przypuszcza *Bollinger*, że stan rodziców podczas spółkowania (np. upicie się) ma wpływ na potomka i nieraz wywołuje w nim pewną skłonność do cierpień nerwowych (*Möbius* w swem dziełku „*Die Nervosität*“ też przytacza ten pogląd. Przep. Spr.).

Ogólne osłabienie rodziców bez specjalnego cierpienia także wywołuje pewne dziedziczne choroby, o czem nawet w hodowli bydła możemy się przekonać, tak np. pewien hodowca owiec w ciągu czterech tygodni złączył 170 matek-owiec z jednym trykiem, którego płciowe siły sztucznie podtrzymywał czerwonym winem i kurzem jajami. Tryk wprawdzie pozostał zdrowy, ale większość spłodzonych przezeń jagniąt uległa pewnej nerwowej chorobie owiec, podobnej do *tabes dorsalis*.

Ztąd wniosek, że przez nadmierne spółkowanie i zapładnianie powstaje chorowite potomstwo. Ztąd to nieraz tak znakomite zachodzą różnice co do charakteru, usposobienia i chorób pomiędzy prawowitem rodzeństwem, członkowie którego zostali spłodzeni w rozmaitych okresach małżeńskiego pożycia rodziców.

Wzajemna miłość, lub nienawiść i odraza między rodzicami wcale zdaje się nie wpływają na potomstwo. Dzieci niekiedy podobne są tylko do ojca, albo tylko do matki, albo jednocześnie do obojga. Pomiędzy rodzeństwem dlatego zachodzą rozmaite różnice pod względem fizjologicznym i patologicznym, że na nie wpływa (pomijając to, że w jednym razie jest większe podobieństwo do ojca drugi raz do matki) okres płodzenia (np. gdy rodzice są jeszcze młodzi, lub już w wieku), chwilowy stan rodziców podczas spółkowania (np. *alcoholismus acutus*).

Bollinger odróżnia następujące rodzaje dziedziczności: b e z p o s r e d n i a dziedziczność, gdy ta sama choroba, lub skłonność do niej z rodziców bezpośrednio przechodzi na dzieci. Skłonność obojga rodziców do tejże samej choroby wzmacnia tę dziedziczność i wytwarza tak zwaną d z i e d z i c z n o ś ć w z m o ż o n ą, czyli s k o m b i n o w a n ą. Zdarza się, że pewna dziedziczna choroba oszczędza jedno pokolenie, przeskakując z dziadków, lub z ciotek, z wujów na wnuków i siostrzeńców, zwiemy to d z i e d z i c z n o ś c i ą p o s r e d n i ą, czyli ukrytą. Jeżeli rodzice i wogóle przodkowie są zdrowi, a kilkoro dzieci jednego rodzeństwa cierpi na jedną i tę samą chorobę, to mówimy o d z i e d z i c z n o ś c i p o b o c z n e j.

Dziedziczność bywa j e d n o r o d n ą, gdy ta sama choroba przechodzi z rodziców na dzieci, lub r ó ż n o r o d n ą, gdy charakter choroby dziedzicznej się zmienia, jak np. epileptyczne dzieci chorych cierpiących umysłowo, lub żółtawate potomstwo syfilityków.

Pozorną dziedzicznością zwiemy, jeżeli dzieci, żyjąc w tychże samych warunkach socyjально-ekonomicznych, co rodzice, wskutek tych warunków dostają tej samej choroby, co ich przodkowie, np. gdy zdrowe dzieci kamieniarza, który dostał suchot od pyłu wapiennego, zostają także kamieniarzami i ulegają suchotom, choroba bowiem tutaj tylko pozornie jest dziedziczną. Tak samo matka suchotnica, karmiąc swe zdrowe dziecko, udziela mu suchot, których dziecko nie dostałoby, gdyby było karmione mlekiem zdrowej kobiety. Rozumie się, że w niektórych, a nawet bardzo licznych przypadkach codziennego życia, niepodobna odróżnić dziedziczności pozornej od rzeczywistej.

Po tych ogólnych uwagach przechodzi B. do oceny warunków dziedziczności w stosunku do rozmaitych chorób, trapiących ludzkość. I tak c h o r o b y z a k a ż n e przechodzą z rodziców na potomstwo albo przez zarażenie się wewnątrz-maciczne (ospa, przymiot, krowianka), albo bezpośrednio przy zapłodnieniu; to ostatnie rzadko spotykamy, jednak oczywisty tego dowód widzimy w pewnej zakaźnej pasorzytnej chorobie jedwabników (*Pebrine*), której zarazek (rodzaj grzybka) znajduje się w jądrach samców i jajkach, składanych przez samice.

Gruźlica jest nader dziedziczną, choć nie wrodzoną chorobą. Przy tem cierpieniu dziedziczność bywa albo bezpośrednią, albo różnorodną (dzieci suchotników są żółtawate, lub wogóle chorowite); małżeństwa między krewnymi pochodzącymi z rodziny suchotniczej w z m a g a j ą siłę dziedziczności.

Dziedziczność r a k a jest oddawna znaną i w 3—17% przypadków raka może być napewno dowiedziona; nieraz całe rodziny podlegają tej chorobie, np. Napoleon I-y i kilku jego krewnych zmarło na raka.

Skłonność do t y c i a, czyli osadzania się nadmiernej ilości tłuszczu w tkance podskórnej jest dziedziczną, lecz przejawia się dopiero około 40 roku życia i to tylko wtedy, gdy inne warunki sprzyjają temu.

Jedną z najbardziej dziedzicznych chorób jest p o d a g r a; nieraz całe rodziny podlegają temu cierpieniu; pierwsi potomkowie danych rodziców zazwyczaj mniej cierpią od następnych dzieci, gdyż podagryczne cierpienia rodziców z wiekiem się powiększają; odwrotnie ma się rzecz przy przymiocie, który, jak wiadomo, bardziej jest zaraźliwym i dziedzicznym w początkowych

okresach, niżeli w późniejszych. Największy i najbardziej dowiedziony wpływ okazuje siła dziedziczności w chorobach nerwowych i umysłowych, gdzie spotykamy wszelkie wyżej przytoczone rodzaje dziedziczności. Dziedziczne umysłowe cierpienia noszą na sobie cechę postępowego zwyrodnienia; np. drażliwy gniewliwy ojciec płodzi syna manijaka, wnuk jest już idyjotą i bezpłodnym. Morel, francuzki psychiatra, podał następujące drzewo genealogiczne dla pijaństwa: 1-sze pokolenie nadużywa napojów wyskokowych i wogóle odznacza się brakiem moralności; 2-gie pokolenie składa się z nałogowycy pijaków, lub z cierpiących na napady wściekłego gniewu, na porażenia mózgowe; w 3-iem pokoleniu widzimy choroby umysłowe, padaczkę, samobójstwo i popęd do zabójstwa. W 4-em pokoleniu idyjotyzm i bezpłodność.

Dziedziczność odgrywa wielką rolę w nerwicach, jako to hysteryi, hypochondryi it. p.. Nawet nabyte nerwice mogą być dziedziczonemi jak np. sztucznie wywołana padaczka świnek morskich dziedzicznie udziela się ich potomstwu (doświadczenia Brown-Sequard'a, Westphal'a i Obersteiner'a).

Haemophilia jest według Bollinger'a, najbardziej dziedziczną ze wszystkich chorób dziedzicznych. Rodziny krwawców odznaczają się licznem potomstwem, część którego jest zdrową, a druga część cierpi na rodzinną chorobę; ponieważ zaś krwawcy zwykle umierają bez potomstwa, przeto przy hemofilii tak często spotykamy dziedziczność pośrednią, np. ciotka, cierpiąca na hemofilję zmarła bezpotomnie, siostra jej jest zdrową, natomiast kilkoro z dzieci tej siostry ma dziedziczną (pośrednią) hemofilję i umiera bezpotomnie. Kobiety pochodzące z tych rodzin i cierpiące na ukrytą hemofilję bez porównania częściej udziela ją jej swym dzieciom, a głównie chłopcom, niżeli mężczyźni z teje rodziny.

Daltonizm też trzeba zaliczyć do bardzo dziedzicznych chorób. Synowie kobiet, których ojcowie byli daltonistami najbardziej są usposobieni do daltonizmu, to znaczy, że w dziedziczności daltonizmu zauważamy atawizm, t. j. przejście choroby z dziadka na wnuka. Izraelici są bardziej skłonni do daltonizmu, niż chrześcijanie.

Pewne wady rozwojowe, a szczególnie na skórze, dziedzicznie panują w rodzinach, np. nadliczebność palców, brodawki, zajęcza warga; z ocznych chorób wypada zaliczyć krótkowzroczność i skłonność do zaćmy i jaskry.

Nawet wady rozwojowe nabyte stają się niekiedy dziedzicznemi, co stanowi podstawę ulepszenia ras. Nawet u ludzi możemy to samo niekiedy zauważyć, np. w okolicy Dachau w Niemczech gruczoly piersiowe wszystkich kobiet są w stanie dziedzicznego zaniku, a to dlatego że narodowy strój przez wiele pokoleń używany poleca wazkie i splaszczone na piersiach gorsety. Jednak dziedziczenie wad nabytych jest bardzo ograniczonem, jak to widzimy u sztucznie wytwarzanych odmian zwierząt np. angliczowanych koni, lub psów z obciętemi uszami, których potomstwo zawsze się rodzi z normalnemi uszami i ogonami. Obrzezanie napletka u żydów i muzułmanów nigdy dziedzicznie nie wpłynęło na ich potomstwo, choć od wieków jest w użyciu.

W końcu słówko o bardzo ważnej kwestyi małżeństw między blizkimi krewnymi. Bardzo rozpowszechnione zdanie, jakoby wiele dzieci z tych małżeństw cierpiało na głuchoniemotę, wcale nie jest dowiedzionem. Małżeństwa takie co do warunków fizjologicznych wcale się nie różnią od innych małżeństw; te same prawa rządzą niemi. Jeżeli w pewnej rodzinie dziedzicznie panuje pewna choroba, to przez małżeństwo między dwoma członkami tej rodziny siła dziedziczności zostaje spotęgowana, zupełnie tak samo, jak gdyby pożeniono dwie osoby z dwóch niepokrewnych rodzin pochodzące, lecz dziedzicznie usposobione do tej samej choroby. Małżeństwo pomiędzy krewnymi zupełnie zdrowej rodziny nie jest szkodliwem dla potomstwa,

ponieważ jednak takie rodziny stanowią rzadkość, przeto tego rodzaju małżeństwa są poniekąd niebezpieczne; szczególnie da się to powiedzieć o rodzinach, w których dziedzicznie panują suchoty, choroby umysłowe i nerwowe.

Nareszcie nasuwa się jeszcze jedno pytanie, ważne w praktycznym względzie: Czy można usunąć dziedziczne usposobienie? Bollinger daje kategoryczną twierdzącą odpowiedź i poleca, by przy zawieraniu małżeństw zwracano uwagę na kwestyję dziedziczności panującej w rodzinach, z których pochodzą kandydaci do małżeństwa. W rodzinach, skłonnych do nerwowych chorób, powinna być wprowadzoną weterynaryjna zasada: „krzyżowanie z folblutami“.

Jeżeli przyznamy słusność wyrzeczeniu D i z r a e l i ' e g o, że potęga narodu polega na jego fizycznej sile i zdrowiu, to powinniśmy się usilnie starać o o d z y s k a n i e c i e l e s n e g o z d r o w i a, a w tym względzie nie tylko fizjologiczne wychowanie już żyjącego ciała jest niezbędnem, lecz także usunięcie dziedzicznych wad i chorobliwych skłonności w potomkach.

(Do pracy dodano dwie tablice litograficzne, graficznie przedstawiające drzewa genealogiczne dwóch rodzin krwawców i daltonistów).

(*Separatabdruck aus den Beiträgen zur Biologie. 1882.*) L. Wolberg.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dnia 6. X. odbył się konkurs o posadę Ordynatora Oddziału Chirurgicznego żeńskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus, osieroczonego ze śmiercią nieodżałowanego kolegi naszego P l a c z k o w s k i e g o. Sędziami byli chirurdowie: ordynator oddziału chirurgicznego w Szpitalu Dzieciątka Jezus Orłowski, prof. Jefremowski, ordynatorowie szpitala Ujazdowskiego Harten i Zawadzki, ordynator oddziału chirurgicznego w Szpitalu S-go Rocha Kruszewski, jeden terapeuta Dunin i anatom prof. Walter, Inspektor Szpitali Cywilnych. Do rozbioru dano dwa przypadki: czarną krostę i zapalenie kości ramieniowej; do operacyi wybrano podwiązanie tętnicy podobojczykowej poniżej obojczyka i kolotomiję. Do konkursu stanęło dwóch lekarzy. Otrzymał miejsce na zasadzie większości głosów b. ordynator kliniczny, Władysław Matlakowski współwłaściciel Gazety Lekarskiej.

— Szanowna Redakcyjja Przeglądu Lekarskiego, wychodzącego w Krakowie, pomieszcza w każdym N-rze swojego pisma tytuły prac oryginalnych, drukowanych w pismach lekarskich, wychodzących w Warszawie. Otóż niejednokrotnie już spotykaliśmy przy tytułach prac, drukowanych w naszej Gazecie, wykrzykniki i znaki zapytania, stawiane przez Redakcyjję Przeglądu i zawsze sprawiało to na nas wrażenie bardzo nieprzyjemne. Nie możemy bowiem zrozumieć powodu podobnego postępowania, którego skutkiem może być jedynie dyskredytowanie z góry, bez przeczytania, artykułu opatrzonego takim znakiem przez Redakcyjję poważnego pisma. Zdaje nam się, iż Sz. Redakcyjja Przeglądu postępowała w tych razach nieco lekkomyślnie, jeżeli nie zwróciła uwagi, iż z konieczności takie muszą być następstwa dodawania owych wykrzykników, a przypuszczamy, że nie to miała na celu. Musimy więc niniejszem przypomnieć, iż ten sposób krytykowania nie nadaje się do kwestyj poważnych.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

„Niedole dziecięce“ wydane staraniem miłośników dziecięcego wieku.

Prof. A d a m k i e w i c z „Mięsak rdzenia pacierzowego“. Osobne odbicie z Rozpraw Akademii umiejętności. 1882.

Sprostowanie. Autorem korespondencyi o Jastrzębiu jest D-r P a w i ń s k i, nazwisko przez pomyłkę zostało opuszczone.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 30 Сентября 1882 г. Друк К. Ковалевського Królewska Nr. 23.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Wł. Gajkiewicz. Przypadek porażenia Landry'ego (*Paralysis ascendens acuta*) zakończony wyzdrowieniem. — II. A. Wolfram. Zachowanie się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych. (Dokończenie). — III. A. Rothe. Alkoholizm czyli otrucie wysokowe, jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych, w kraju i zagranicą. (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy:* 45. Bollinger. O dziedziczeniu chorób. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

I. PRZYPADEK PORAŻENIA LANDRY'EGO

(*Paralysis ascendens acuta*)

zakończony wyzdrowieniem.

Podał

Władysław Gajkiewicz

ordynator oddziału chorób nerwowych w szpitalu starozakonnych w Warszawie.

Hersz Lejbowicz z Kocka, 50 lat wieku liczący, wszedł do szpitala dnia 22 Lutego 1882 roku.

Anamnesis. Pochodzi on ze zdrowej rodziny, skłonności do chorób nerwowych nie odziedziczył. Przymiotu nie przechodził. Od lat kilkunastu wypijał codziennie 3, a w razie zdarzenia się sposobności i więcej kieliszków wódki. Chory opowiada, iż 2 razy już w życiu zapadał w sposób podobny do obecnego, raz przed kilkunastu laty, a drugi raz przed 2 laty, a zawsze po silnych wysiłkach fizycznych. Zresztą był zdrów zupełnie i tak silny, iż kilkanaście jeszcze dni temu, zrobił piechotę, w ciągu 2 dni, 30 kilka wiorst drogi, bez wielkiego znużenia. Przed 10 dniami, czując się dobrze, spostrzegł, iż nogi zaczęły mu słabnąć; osłabienie to szybko się zwiększało, tak, że w ciągu kilku dni doszło do tego stopnia, iż nie mógł chodzić ani stać i to go skłoniło do szukania pomocy w Warszawie. Prócz osłabienia nóg, żadnych innych objawów chorobnych wówczas nie było, nie doznawał bólów, ani niezwykłych sensacyj w nogach lub plecach, nie gorączkował, mocz i stolec oddawał dobrze.

Status praesens. Przy badaniu po raz pierwszy w dniu 23 Lutego r. b. znaleziono: Chory dobrze zbudowany, z dobrze rozwiniętym układem kostnym i mięsnym, niewielką ilością tkanki tłuszczowej podskórnej; przytomność umysłu zupełna. inteligencyja rozwinięta, pamięć dobra, chory gadatliwy i dowcipkujący. Leżąc podnosi on na rozkaz kończyny dolne w górę, oddala je od siebie, zgina i wyprostowuje w stawie kolanowym, ale ruchy te odbywa powoli, z wielkiem wyteżeniem i na niewielką odległość, a nadto ruchy są nieco słabsze

po stronie prawej. Ruchy dowolne w stawach golenio-stopowych i palcowych zaledwie można dostrzedz. Mięśnie kończyn dolnych są wiotkie, nie widać w nich najmniejszego mimowolnego ruchu, żadnego drgania włókienkowego, żadnych drgawek ani przykurczeń (*contracturae*). Są one bardzo dobrze rozwinięte, nie przedstawiają śladu zaniku. Przy ruchach biernych nie napotyka się żadnego oporu. Siła mięśniowa mała, chory nie może przeszkodzić ruchom, jakie nadajemy jego kończynom. Chodzić nie może zupełnie, a stoi tylko wtedy, gdy mocno się opiera rękami. Mięśnie kończyn dolnych kurczą się pod wpływem strumienia elektrycznego stałego i przerywanego, nieco jednak słabiej niż mięśnie kończyn górnych. Zwieracze pęcherza moczowego i odbytnicy funkcjonują dobrze. Czucie na dotyk, ból, ciepło, elektryczność i t. d. zachowane, subiektywnie też chory nie doznaje nic niezwykłego w kończynach dolnych. Odruchy skórne i ścięgniste są zachowane, lecz słabe. Żadnych nie ma zaburzeń naczynio-ruchowych i troficznych. Kończyny górne są zupełnie zdrowe, ruchy unoszenia w górę, odwodzenia, zginania i prostowania w łokciu i napiętku, ruchy nawrotne i wywrotne przedramienia odbywają się dobrze, jedynie tylko palcami rusza chory słabo i siła rąk jest mała. Na kończynach górnych nie ma żadnych zaburzeń ze strony oddziaływania mięśni i nerwów na elektryczność, ze strony czucia, odruchów, nie ma zaburzeń naczynio-ruchowych i troficznych. W innych narządach nie znaleziono przy badaniu nic nienormalnego. Postępowanie wyczekujące.

Dnia 24. II. Kończyny dolne: ruchy w stawach golenio-stopowych i palcowych zupełnie zniesione, lekkie unoszenie kończyn w górę i zginanie w kolanach możliwe. Kurczliwość mięśni na strumień przerywany jeszcze więcej osłabiona, w porównaniu z kończynami górnymi, niż dnia poprzedzającego, bo gdy na kończynach górnych mięśnie kurczą się wyraźnie już przy oddaleniu bobin na 15, to na kończynach dolnych dopiero przy 11, nadto kurczą się nieco trudniej po stronie prawej. Choremu siadać bardzo trudno, stać i chodzić nie może. Stan kończyn górnych taki sam jak dnia poprzedniego.

Dnia 26. II. Porażenie kończyn dolnych prawie zupełne, bo tylko możebnem jest lekkie zginanie w kolanach. Mięśnie są dobrze odżywiane, żadnego zaniku nie widać. kurczliwość elektryczna mięśni zmniejszona jeszcze bardziej (opuszczamy wyliczanie szczegółowe zachowania się pod tym względem każdego pojedynczego mięśnia), odczynu zwyrodnienia nie ma. Czucie skórne na kończynach dolnych zachowane, odruchy skórne i ścięgniste zniesione. Oddechanie trudne, chory oddecha wyłącznie przeponą, mięśnie międzyżebrowe nie działają. Na kończynach górnych wyraźne ograniczenie ruchów w obrębie nerwu promieniowego (*nervus radialis*), a mianowicie: wyprostnych napiętku, wywrotnych przedramienia i ksobnych palucha. Kurczliwość elektryczna w mięśniach osłabionych zmniejszona. Chory skarży się na bezsenność, trwającą już od 3 dni. Podano 2 drachmy chloralu.

Dnia 4. III. Paraplegija ruchowa kończyn dolnych zupełna, chory nie może niemi zrobić najmniejszego poruszenia. Ruchy kończyn górnych coraz więcej ograniczone, po stronie lewej możebne tylko lekkie zginanie w drugich członkach, a po prawej prócz tego bardzo mały ruch w stawie napiętkowym.

Mięśnie, tak kończyn dolnych, jak i górnych, nie zanikłe. oddziaływanie ich na elektryczność stanowczo zmniejszone. Stan ogólny mimo ciągłej bezsenności (która i po dawce 2-drachmowej chloralu nie ustępuje) i braku apetytu (chory przyjmuje dziennie tylko szklanę mleka i nieco wina) jest zadawalniający. Postawiono ogromny *vesicans* na plecach między łopatkami, a do wewnątrz podano 1 drachmę jodku potasu.

Dnia 5. III. Wszystkie ruchy kończyn dolnych, górnych i tułowia zniesione. Chory leży w łóżku nieruchomo, nie może się sam przewrócić, tak, iż ustawicznie musi koło niego stać posługacz, który jest tem bardziej konieczny, iż chory nie może uleżeć długo na jednym miejscu. Jeść ani pić sam nie może. Połyka dobrze, ze strony nerwów czaszkowych nie ma żadnych zaburzeń.

Taki stan zupełnego bezwładu mięśni wszystkich 4 kończyn i tułowia trwał cały tydzień, chory przez ten czas był prawdziwym Łazarzem, nie mógł bowiem, prócz głową, zrobić najmniejszego poruszenia. Mięśnie porażone nie są sztywne, nie zanikłe, oddziałują słabo na elektryczność, zwłaszcza ze strony prawej. Pod wpływem np. strumienia przerywanego, mięsień goleniowy przedni (*m. tibialis anticus*) lewy kurczy się dopiero przy zbliżeniu bobin na 10, a prawy—na 9 podziałek maszyny Stöhrer'a; *mm. peronei* lewe kurczą się przy 5, a prawe przy 4. Osłabienie, choć bardzo znaczne na kończynach górnych, jest jednak słabsze w porównaniu z kończynami dolnymi. Odruchy skórne i ścięgniste są zniesione, czucie na pobudzenia wszelkiego rodzaju zachowane, mocz i stolec oddaje chory prawidłowo. Używano strumienia stałego na rdzeń kręgowy o sile 15—18 elementów maszyny Stöhrer'a, prócz tego codziennie faradyzowano mięśnie. Nadto chory brał codziennie letnią kąpiel, a do wewnątrz 1—2 drachm jodku potasu.

Dnia 12. III. Chory po raz pierwszy może unieść nieco w górę kończyny górne i zginać palce, siła jednak mięśniowa prawie żadna. Oddechanie przeponowe. Ruchy tułowia i kończyn dolnych zupełnie niemożliwe. Postawiono synapizm na plecach, do wewnątrz to samo.

Dnia 14. III. Chory może unieść kończyny górne, zgiąć je trochę w łokciu i założyć na głowę, lekkie ruchy nawrotne i wywrotne przedramienia możliwe, a także zginanie i wyprostowywanie palców i napiętka i oddalanie palców od siebie. Kurczliwość jednak elektryczna mięśni kończyn górnych jest bez zmiany. Chory w tym czasie przechodził silne zapalenie łącznicy oczów (*conjunctivitis*), które jednak przeszło po kilku dniach, przy używaniu okładów zimnych z roztworu 6 gran *zinci sulphurici* na 4 uncje wody.

Dnia 17. III. Ruchy kończyn górnych coraz obszerniejsze, siła mięśniowa coraz większa. Kurczliwość elektryczna nieco mniej osłabiona. Siadać chory nie może, porażenie kończyn dolnych zupełne. *Faradisatio* mięśni, do wewnątrz jodek potasu.

Dnia 20. III. Chory bierze sam flaszeczkę z lekarstwem i zanoszą ją do ust, sam również jada. Porusza się w łóżku o tyle, o ile może się utrzymać na rękach. Oddechanie nie tak trudne, mięśnie międzyżebrowe kurczą się widocznie. Nogi wciąż nieruchome. Leczenie takie same.

Dnia 22. III. Chory dobrze wykonywa ruchy podnoszenia kończyn górnych w górę, odwodzi je od ciała, zgina i prostuje w łokciu, napiętku i palcach. Siła jednak mięśniowa bardzo mało. Żadnego zaniku mięśni nie dostrzega się. Kurczliwość elektryczna, zwłaszcza na strumień przerywany, wciąż mocno osłabiona. Chory może się nieco poruszyć w łóżku, bez pomocy rąk i łokci. Kończyny dolne: chory wykonywa lekkie ruchy w stawie biodrowym, inne zupełnie zniesione. Lekki obrzęk stóp. Na łącznicy lewego oka 2 pęcherzyki (*phlyctenae*), jeden z nich zachodzi nieco na rogówkę, Leczenie: strumień stały na rdzeń kręgowy, *faradisatio* mięśni, letnia kąpiel, do wewnątrz drachma jodku potasu dziennie.

Dnia 24. III. Ruchy w kończynach górnych prawie prawidłowe, wszystkie są możliwe, siła mięśniowa zwiększa się. Chory może nieco siadać. W kończynach dolnych możliwe są tylko ruchy w stawie biodrowym i nieznaczne zginanie w kolanach. Wezykatoryja na plecy.

Dnia 27. III. Kończynami dolnymi chory porusza coraz lepiej, unosi je w górę, oddala je i zbliża do ciała, zgina dobrze i wyprostowywa w stawie kolanowym; ruchy jednak w stawach golenio-stopowych i palcowych są zupełnie zniesione. Siła mięśni kończyn dolnych bardzo niewielka. Odżywianie ich dobre. Kurczliwość elektryczna bardzo osłabiona. Kończyny górne ruszają się dobrze, siła ich dość duża, kurczliwość elektryczna powraca, choć jeszcze osłabiona. Leczenie ciągle takie same.

Dnia 30. III. Pokazują się lekkie ruchy w stawie golenio-stopowym prawym.

Dnia 3. IV. Ruchy kończynami dolnymi chory robi coraz większe, porusza on choć bardzo słabo w stawach golenio-stopowych i palcami. Kończyny górne odbywają ruchy swobodnie. Czucie skórne zachowane. Odruchy skórne i ścięgniste powracają, kurczliwość elektryczna coraz większa, zwłaszcza mięśni kończyn górnych. Na plecach, 3 ogromne *anthraxy*, które po przecięciu głębokiem opatrzone jodoformem. Faradyzowano mięśnie, a do wewnątrz jodek potasu.

Dnia 8. IV. Kończyny dolne: ruchy wszystkie możliwe, choć odbywają się jeszcze słabo, siła mięśniowa niewielka, kurczliwość elektryczna mniej osłabiona. Odruchy istnieją. Chory sam jada, pije, wykonywa wszystko rękami, siedzi o własnej sile. Antraksy zmniejszają się.

Dnia 13. IV. Siła mięśniowa w kończynach górnych coraz większa, ruchy w stawach golenio-stopowych i palcowych wciąż ograniczone. Stanie nie-
możebne.

Dnia 17. IV. Antraksy zagoiły się, wszystkie ruchy kończynami górnymi i dolnymi możebne i odbywają się z dużą siłą. Stać chory nie może.

Dnia 23. IV. Chory po raz pierwszy może się utrzymać na nogach, choć jeszcze się chwieje i musi podtrzymywać rękami.

Dnia 28. IV. Chory zaczyna posuwać nogami, siła w mięśniach kończyn dolnych jeszcze mocno osłabiona.

Dnia 8. V. Chory sam chodzi bez podpierania się laską, może utrzymać się na nodze. Kurczliwość elektryczna mięśni kończyn dolnych jeszcze osła-

biona, kurczą się one dopiero przy zbliżeniu bobin na 14. Odruchy skórne i ścięgniste istnieją, lecz są słabe.

Dnia 16. V. Chory przedstawiony był na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, gdzie obecni przekonali się mogli, iż chory chodzi dobrze i prędko, porusza rękami jak najlepiej, siłę mięśniową ma znaczną, czucie niezmienione, odruchy skórne i ścięgniste istnieją, choć są jeszcze słabe; tegoż dnia badanie elektrycznością pokazało, iż kurczliwość jest w niewielkim stopniu osłabioną i to głównie tylko w kończynach dolnych.

Z każdym dniem chory czuł się silniejszym i zdrowszym, a w d. 23 Maja roku bieżącego został ze szpitala wypisanym, po 3 miesięcznym w nim pobycie.

Miałem sposobność widzieć chorego w Lipcu r. b., nie przedstawiał on nic nieprawidłowego. (D. n.)

Z KLINIKI LEKARSKIEJ PROF. D-RA KORCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE.

II. ZACHOWANIE SIĘ CIĘŻARU CIAŁA W CHOROBYCH GORĄCZKOWYCH OSTRYCH.

Skreślił

D-r Alfred Wolfram

sekundaryjusz oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu garnizonowym w Krakowie.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 40).

5) W wielu przypadkach w okresie V-tym ciężar ciała okazać może przemijający przybytek, a możność nawet stałego powiększenia się wagi już w tym czasie również nie jest wykluczoną.

Nadmienić mi wypada, że dyjeta u wszystkich naszych chorych w czasie trwania gorączki pozostała tą samą, apetyt zaś wśród trwania wysokiej ciepłoty był tak upośledzony, że chorzy nasi tylko nieznaczną ilość podawanego im pożywienia przyjmowali. Dopiero z nastaniem przerw wzmagало się łaknienie, zjawiały się chlorki w moczu, tak, że można było przypuszczać, iż trawienie i wsésanie rozbudzać się poczęło. Pragnienie niekiedy silne przy wysokiej gorączce, o ile zaspokajaniem było przez chorych samych nadmiernem piciem wody, często powodowało dosyć pokaźne, choć zawsze przemijające podniesienie się ciężaru ciała. Szczególniej przy przebiegu gorączki ciągłym, jak i wtedy, gdy zwolnienia przy wysokich ciepłotach mniej były wybitne, stwierdzić to można było niewątpliwie. Poty zjawiały się również najczęściej z nastaniem zwolnień i przerw, podczas gdy przy biegu gorączki ciągłym skóra w największej liczbie przypadków była suchą. Z powikłań, jakie na zachowanie się ciężaru ciała wpłynąć mogły, zasługuje na uwzględnienie nieżyt żołądka i jelit, który istniał przed tyfusem. Dotyczył on chorej A. G., już powyżej wspomnianej i ograniczał się nie tylko do okresu czwartego, ale przeciągał się nawet w rekonwalescencyję, nie pozwalając długo podnieść się ciężarowi ciała na no-

wo, jak to w innych przypadkach przy pomyślniejszym składzie warunków zauważyć mogliśmy.

Omawiając zachowanie się wagi ciała w okresie przełamania się gorączki, przypomnieć musimy stopniowe obniżanie się ciepłoty w tej chorobie, w przeciwstawieniu do dwóch poprzednich chorób, gdzie stan gorączkowy przełamuje się nagle, tak, że ciepłota od razu schodzi do prawidłowej lub nawet niższej. Okoliczność ta tłumaczy dostatecznie te szczupłe ubytki, jakie z nastaniem przełomu w tej chorobie zauważać zwykliśmy. Gdy bowiem w trzecim okresie z pojawianiem się silniejszych zwolnień wywóz produktów rozkładowych, nagromadzonych w poprzednich okresach, się zwiększa, co zaś nie zostało wydalonem w tym czasie, z nastaniem przerw organizm opuszcza, w *crisis* nie wiele pozostać może do wydalenia. Dlatego to w tyfusie brzuszonym ubytek w okresie przełomu jest bardzo nieznacznym, albo go wcale nie ma, podczas gdy w poprzednich chorobach właśnie w tym czasie największe przedstawia ilości. Nadto, polepszanie się apetytu już w czasie przerw dodatnio wpłynąć musi na dalsze zachowanie się wagi ciała. Z 10 przypadków tyfusu brzuszego wystąpił podczas przełomu ubytek w pięciu, okazując wartości od 0,30—0,70 klg. W zapaleniu płuc nigdy czegoś podobnego zauważyć nie mogliśmy, częściej już w tyfusie płamistym. A zatem:

6) W okresie gorączkowym tyfusu brzuszego ubytek na wadze, jeżeli się pojawia, jest mniejszy, aniżeli w dwóch poprzednich chorobach; natomiast dosyć często zamiast niego w czasie tym już przyrost zauważyć się daje.

Jeżeli w okresie przerwy ubytek na wadze był już nieznacznym, a często nawet zauważyć można było przemijający przybytek w ciężarce, jeżeli podczas przełomu waga ciała zmniejszyła się wybitnie, odpowiednio do spadku ciepłoty, to w okresie zdrowienia (*reconvalescentio*) tem prędzej podobnych wyników spodziewać się będziemy mogli. Jakoż istotnie w 8 przypadkach przez nas obserwowanych, w żadnym ciężar ciała w okresie tym dalej się nie zmniejszał, ale przeciwnie systematycznie z dnia na dzień się wzmaczał, naturalnie gdy nie stały temu na przeszkodzie żadne powikłania, któreby niekorzystnie na polepszenie się odżywiania wpłynąć mogły. Do rzędu takich przypadków zaliczyć należy tyfus u chorej A. G., u której niewątpliwie z powodu wikłającego choroby nieżyty żołądka i jelit, już w okresie przerwy przybytku dostrzedz nie można było. U tej też chorej w okresie rekonwalescencji ciężar ciała systematycznie jeszcze przez dni 10 się zmniejszał, okazując z dnia na dzień bardzo nieznaczące ubytki od 0,05—0,30 klg., lub utrzymując się na tej samej wyżynie, tak, że ogółem przez cały ten czas wyniósł ubytek jeszcze 0,90 klg. Apetyt u tej chorej nie polepszał się też tak widocznie po przełamaniu się gorączki, jak w innych przypadkach, a choć po upływie pierwszych dni 10 od chwili przełomu waga ciała zwiększać się poczęła, następowało to bardzo powoli, przyczem i wsteczne wahania w ciężarce zauważyć się dały, tak, że chora pierwotny swój ciężar 48,90 klg., z jakim przybyła do kliniki, odzyskała dopiero w 30 dni po przełamaniu się gorączki. W innych natomiast przypadkach wzmacnianie się ciężaru ciała w okresie zdrowienia postępowało znacznie szybciej. I tak, chory W. M., który po przybyciu do kliniki ważył 51,40 klg., okazywał tę samą wagę

w 10 dni po ustaniu gorączki, a chory W. R. potrzebował tylko 4 dni do osiągnięcia ciężaru, z jakim przybył. Pominąwszy pewne wsteczne wahania w ciężarze, które u naszych chorych były następstwem zazwyczaj nieznacznej a przemijającej biegunki, waga ciała zwiększała się systematycznie i szybko z dnia na dzień. Jednorazowy dzienny przybytek był niekiedy dość znaczny, gdyż zazwyczaj wahał się między 0,30 a 0,80 klg.. Zważywszy, iż w tym okresie wydzielanie moczu i potu jest prawidłowe, odnieść go musimy jedynie do poprawienia się łaknienia, a tem samem obfitszego spożywania pokarmów. A zatem:

7) W okresie zdrowienia ciężar ciała, jeżeli tylko powikłania jakie nie stoją temu na przeszkodzie, zwiększa się szybko i systematycznie.

Wysiękowe zapalenie opłucnej.

Kreśląc zachowanie się ciężaru ciała w zapaleniu opłucnej, zaraz na wstępie muszę nadmienić, że w 22 przypadkach, które w przeważnej części sam miałem sposobność obserwować, zapalenie było surowicze, lub surowiczo-włóknikowe, co można twierdzić na podstawie objawów klinicznych, a w znacznej liczbie na podstawie przekłucia próbnego. Przypadki te, ze względu na zachowanie się ciepłoty, na dwie grupy podzielić wypada. Do pierwszej zaliczyć należy 11 przypadków, gdzie od pierwszej chwili obserwacji zauważyć można było przez czas jakiś stan gorączkowy, jakkolwiek miernego tylko stopnia, gdyż nasilenia wieczorne niemal nigdy nie przenosiły 39° C., wahały się zaś zazwyczaj między $38,6^{\circ}$ a 39° C., podczas gdy zwolnienia ranne przedstawiały ciepłoty prawidłowe, lub co najwyżej stan podgorączkowy. Do drugiej grupy zaliczyć należy drugie 11 przypadków, które dostały się pod obserwację w krótszy lub dłuższy czas po przełamaniu się stanu gorączkowego.

Pierwsza grupa, ze względu na zachowanie się ciężaru ciała, rozpaść się musi na dwa działy, a mianowicie do pierwszego z nich wliczyć należy przypadki, gdzie mimo utrzymującego się stanu gorączkowego w granicach powyżej zaznaczonych, ciężar ciała mniej więcej na tej samej utrzymywał się wysokości, pomijając nieznaczne wahania się w obu kierunkach, które były następstwem przypadkowego podziałania ubocznych czynników, jakimi były np. obfite lub mniej obfite stolce. Przypadków takich naliczyliśmy 5, a wybitnem ich znamieniem był dobrze utrzymany apetyt i brak wszelkich powikłań. W ciągu choroby nie można było zauważyć nigdy silniejszych potów, ilość moczu na dobę wahała się między 600 a 1000 ctm., a stolce były po największej części regularne i prawidłowe.

Inaczej rzecz się ma, gdy silniejsza i dłuższy czas trwająca biegunka wikła sprawę chorobową. W jednym z naszych przypadków skutkiem niej ciężar ciała w przeciągu 5 dni zniżył się prawie o 4 klg., chociaż gorączka nie była wcale tak znaczną, gdyż nasilenia wieczorne zazwyczaj nie przenosiły 39° C., a w zwolnieniach rannych ciepłota spadała na 38° — $38,2^{\circ}$ C.. Biegunka trwała przez dni cztery (3—5 stolców dziennie).

Podobnie jak w poprzednich chorobach, ciężar ciała nawet mimo gorączki przez jakiś czas zwiększać się może; zauważyliśmy to w tych przypadkach,

w których gorączka przemijająco nasilała się, nie przedstawiając równocześnie prawie żadnych zwolnień.

Odmiennie zachowywało się 6 innych przypadków w okresie gorączkowym z upośledzonym lub zupełnie zniesionym apetytem, z wklajacemi je niekiedy zmianami w szczytach płuc lub biegunką, choć przypadki te przebiegiem gorączki wcale od poprzednich się nie różniły. Podobnie jak tam, tak i tu, nasilenia wieczorne nie przenosiły nigdy 39° C., wahały się zaś zazwyczaj między $38,3^{\circ}$ a 39° C., w jednym przypadku wieczorem zaledwie stan podgorączkowy można było zauważyć, podczas gdy w zwolnieniach rannych ciepłota schodziła albo do prawidłowej, lub zjawiała się ciepłota podgorączkowa. Natomiast we wszystkich tych przypadkach apetyt był upośledzony lub zupełnie zniesiony, w jednym z nich przez krótki czas trwała biegunka (4 stolce dziennie) obok coraz bardziej zaznaczającego się zgęszczenia w szczytach płuc, w 2 innych poty i plwocina były obfitsze. Odpowiednio do tych niekorzystnych warunków, ciężar ciała w okresie gorączkowym obniżał się systematycznie, okazując ubytki niekiedy wcale pokaźne, innym razem mniej widoczne. I tak, u chorego L. E. okazał się w przeciągu 9 dni ubytek 4,10 klg. dziennie, u S. W. dopiero po upływie 22 dni ciężar ciała zmniejszył się o 3,50 klg., t. j. o 0,16 klg. dziennie; u L. Ł. ubytek był jeszcze mniejszy, gdyż w przeciągu miesiąca wyniósł on 3,20 klg..

Jak zatem ze wszystkich tych przypadków z przebiegiem gorączkowym wnosić możemy, gorączka sama, jako taka, jeżeli nie przekracza 39° C. i okazuje znaczne zwolnienia ranne, nie podkopuje znacznie organizmu, szczególnie wtedy, gdy apetyt względnie jest dość dobry i brakuje wszelkich powikłań. Natomiast jak wszędzie, tak i tutaj, niemały wpływ na dalsze zachowanie się ciężaru ciała ma pierwotne odżywianie chorego. We wszystkich tych przypadkach, gdzie ciężar ciała zmniejszał się szybko i pokaźnie, pierwotnie odżywianie było dobre, gdzie zaś ubytek przewlekał się na znaczniejszy przeciąg czasu i mniej wysokie przedstawiał cyfry tam wszędzie były to osoby z wątłą budową i z upośledzonym odżywianiem. Również w pierwszych dniach obserwacji ubytki były o wiele znaczniejsze, niż w dalszym przebiegu choroby, gdy wyścieńczenie chorych było już znaczniejsze, mimo że warunki, mogące niekorzystnie wpłynąć na odżywianie, pozostały te same. W końcu co do wszystkich przypadków, które przebiegały z gorączką, zaznaczyć muszę jeszcze tę okoliczność, że ubytek na wadze nie dał się wprowadzić w żaden przyczynowy związek z powiększaniem się lub ubywaniem wysięku. Ciężaru ciała ubywało zarówno przy jego niezmienionym stanie, jak i wtedy, gdy co do ilości swej, rozmaicie się zachowywał. Na odwrót zauważyć można było przybytek, tak przy powiększaniu się, jak i obniżaniu jego granic.

Opierając się zatem na tych 11 przypadkach, w których przez jakiś czas utrzymywał się stan gorączkowy, możemy co do tego okresu choroby następujące postawić prawidła:

1) W zapaleniu opłucnej surowiczem, lub surowiczo-włóknikowem, ciężar ciała w okresie gorączkowym, z powyżej określonym biegiem gorączki, przedstawia się

rozmaicie, zależnie od jakości apetytu, pierwotnego odżywiania, czasu trwania choroby, jakoteż równocześnie pojawiających się powikłań.

2) Wahania te na wadze nie dadzą się wprowadzić w żaden przyczynowy związek z miejscowym stanem choroby.

Wbrew temu rozmaitemu zachowaniu się ciężaru ciała w okresie gorączkowym, dzień, w którym nastąpiło stanowcze przełamanie się gorączki, przedstawia zgodne wyniki. Prawie wszędzie pojawia się większy lub mniejszy ubytek na wadze, zależnie od zachowania się ciężaru ciała już w okresie gorączkowym. I tak, w 2 przypadkach, w których w czasie trwania gorączki, ciężar ciała, pominiawszy nieznaczne wahania, utrzymywał się na tej samej wysokości, w dniu, w którym nastąpiło przełamanie, okazał 1,70 klg. ubytku. Przeciwnie, u chorego A. N., gdzie skutkiem wikłającej sprawę chorobową biegunki ciężar ciała już w okresie gorączkowym w przeciągu 8 dni przedstawił 3 klg. ubytku, w dniu, w którym gorączka się przełamała, obniżył się tylko o 0,80 klg.. W innych przypadkach były ubytki w tym czasie jeszcze mniej znaczne. Ogólnie zatem da się powiedzieć, że:

3) W dniu, w którym gorączka stanowczo się przełamuje, ciężar ciała niemal we wszystkich przypadkach przedstawiał ubytki i to tem większe, im mniej chory, zresztą dobrze odżywiany, utracił na wadze w czasie trwania stanu gorączkowego. Okres zdrowienia przedstawiał pod pewnym względem wyniki podobne do tych, jakie uzyskaliśmy w tym okresie w poprzednich chorobach. W 7 przypadkach, jakie mieliśmy sposobność w tym czasie obserwować, waga ciała w jednych jeszcze przez kilka dni przedstawiała nieznaczne ubytki, w innych razach w pierwszym dniu po przełamaniu się stanu gorączkowego podniosła się o 0,50—1 klg., by w 2 lub 3 dniach następnych znów nieco się obniżyć. Im młodszym był osobnik, im silniej podupadło odżywianie w poprzednich okresach, tem lepszym stawał się apetyt, tem szybszym krokiem postępowała odnowa ustroju. Wśród przeciwnych warunków ciężar powolniej wzrastał a wahania wsteczne na wadze częściej się pojawiały. I tak, podczas gdy u chorej R. P. w przeciągu 12 pierwszych dni okazało się 6 klg. przybytku, u M. R. z przewlekłym nieżytem żołądka i jelit wynosił on w przeciągu 19 dni zaledwie 2 klg., u L. Ł. w przeciągu 12 dni niecałe 2 klg. A zatem:

4) W okresie zdrowienia może się ciężar ciała jeszcze przez czas jakiś zmniejszać, okazując następnie przybytki, u jednych znaczniejsze, u innych mniej znaczne, zależne od jakości łaknienia, pierwotnego stanu odżywiania i towarzyszących sprawie chorobnej powikłań.

Druga grupa, obejmująca drugie 11 przypadków, w których od pierwszej chwili obserwacji stwierdzić można było stan bezgorączkowy, a co najwyżej podgorączkowy, posiada niemal te same cechy, co okres zdrowienia w grupie poprzedniej. W przypadkach naszych ciężar ciała od początku zwiększał się stale, okazując wsteczne wahania tylko wtedy, gdy w ciągu obserwacji wystąpiła biegunka lub zimnica. Powikłanie to raz skutkiem stanu gorączkowego i następnie pojawiających się potów, a powtórnie skutkiem niekorzystnego oddziaływania na łaknienie, podkopywało stosunkowo znacznie odżywianie, jakkolwiek tylko na czas krótki. Po jej ustąpieniu ciężar ciała zaraz wzmagać się

począł na nowo. Przybytki znacznie różniły się między sobą, a to stosownie do jakości apetytu, pierwotnego odżywiania, jako też i czasu jaki upłynął od przełamania się gorączki. Jako zasadę można postawić, że im lepszym był apetyt, im więcej indywiduum, poprzednio zupełnie zdrowe, na odżywianiu ucierpiało, im krótszy przeciąg czasu przedzierał ją od stanowczego przełamania się gorączki, tem szybciej wzrastały ciężary, tem większy okazywały przeciętny przybytek.

Zapalenie stawów ostre samoistne (idyjopatyczne).

Zapalenie stawów ostre ze względu na zachowanie się ciężaru ciała niemal wyjątkowe zajmuje stanowisko między wszystkimi chorobami gorączkowymi. Przyczyny tego szukać należy w obfitych potach, stanowiących niemal charakterystyczne znamię tej choroby. Podczas gdy w poprzednich chorobach obfite poty pojawiały się dopiero z przełamaniem się gorączki, nieco znacznie przy silniejszych zwolnieniach ciepłoty, w zapaleniu stawów ostrem towarzyszą one sprawie chorobnej przez cały czas trwania okresu gorączkowego, i tem samem już wśród trwania tego okresu niemało muszą oddziaływać na zachowanie się ciężaru ciała. Jakoż ubytki dzienne, podobnie jak i ubytki z całego czasu trwania gorączki, są w chorobie tej największe. Pięć przypadków tej choroby, jakie mieliśmy sposobność obserwować, stwierdzają to wymownie. Ciężar ciała zmniejszał się w nich prawie z dnia na dzień o 0,20—0,80 klg., chociaż niekiedy apetyt był nienajgorszym. W przeciągu 21 dni zauważyliśmy w 1 z naszych przypadków ubytku 4,20 klg.; mniej więcej tyle w innych, a w 1 w przeciągu 5 dni 1,30 klg.. Z pomiędzy przypadków tej choroby zasługuje na uwagę szczególnie jeden, już powyżej opisany, gdzie mimo istnienia względnie wysokiej gorączki ciężar ciała z dnia na dzień systematycznie się zwiększał. Przebieg gorączki był zazwyczaj przepuszczający, albo silnie zwalniający. Co się zaś tyczy jej nasilenia, to w naszych przynajmniej przypadkach nasilenia wieczorne nigdy nie były zbyt znaczne. Najwyższa ciepłota, jaką wieczorem zauważono, wynosiła 39° C., zazwyczaj zaś wahała się między 38,6° a 38,8° C.. Przy takim przebiegu i takim nasileniu gorączki nigdy w zapaleniu oplucnej nie zauważyliśmy znaczniejszych ubytków. Ciężar ciała, jeżeli się nie powiększał, jak to na właściwem miejscu wspomnieliśmy, pomijając drobne wsteczne wahania, w tych samych utrzymywał się granicach. Tak rzecz się miała w niektórych przypadkach, gdzie apetyt, podobnie jak tu, nie najgorzej był utrzymany. A zatem w zapaleniu stawów ostrem przy podobnym przebiegu i nasileniu gorączki, niewątpliwie obfite poty są najważniejszą przyczyną, powodującą ubytki na wadze. Że znaczniejsze poty wcale pokaźnymi ubytkami zaznaczyć się mogą, dowodzi tego wymownie przypadek zapalenia stawów, gdzie choremu w celach doświadczalnych jednego dnia wstrzyknięto pilokarpinę. Podczas gdy w poprzednich dniach choroby ubytki dzienne wahały się między 0,20 a 0,70 klg., po zastosowaniu pilokarpiny, gdy wystąpiły nader obfite poty i ślinienie, obniżył się ciężar ciała następnego dnia o 1,30 klg.. Przebieg gorączki, podobnie jak w poprzednich chorobach, tak i w zapaleniu stawów ostrem, nie pozostawał również bez wpływu. Ile razy bowiem po pewnym czasie trwania wyż-

szej gorączki ciepłota znacznie się obniżyła, zawsze na czas ten padały najznaczniejsze ubytki na wadze. Przeciwnie ciężar ciała tem mniej się zmniejszał, tem rychlej niekiedy wzrastał nawet chwilowo, im stalej ciepłota przez czas jakiś pozostawała wysoka, okazując słabe tylko zwolnienia. Przybytki te, jeżeli się pojawiały, były zazwyczaj nieznaczne, wynosiły 0,30—0,60 klg. i przemijały szybko, gdy bieg gorączki się zmienił. Prócz potów i przebiegu gorączki godnem uwagi było zachowanie się wydzielania moczu. W naszych przypadkach po największej części ilość moczu mimo dość wysokiej gorączki i silnych potów była dosyć znaczną, gdyż wahała się między 1,300 a 2,000 ctm. sześć. na dobę, chociaż z drugiej strony nie da się zaprzeczyć, że im obfitsze były poty, tem mniejsza ilość moczu. Apetyt był zazwyczaj słabo utrzymany, raz zniesiony, wyjąwszy jednego tylko przypadku, powyżej już przytoczonego, gdzie odpowiednio do dobrze zachowanego apetytu ciężar ciała systematycznie się zwiększał. Zmiany miejscowe w stawach ustępowały po największej części z wolna i nie były znaczniejsze, tak, że wobec pokaźnych stosunkowo ubytków dziennych, znaczniejszego wpływu na zachowanie się wagi ciała mieć nie mogły. Z powikłań najczęstszemi były zapalenia wsierdza i osierdza; temu ostatniemu rzadko towarzyszył wysięk, a jeżeli to miało miejsce, nigdy znaczniejszego wpływu na zachowanie się wagi ciała przypisać mu nie mogliśmy.

Z chwilą stanowczego przełamania się gorączki zjawiały się także nowe ubytki na wadze. Wielkością swą nie dorównywały one nigdy ubytkom w zapaleniu płuc lub w tyfusie plamistym. Zazwyczaj wahały się one między 0,20 a 0,40 klg., a zatem przedstawiały cyfry zbliżone do tych, jakie pojawiać się zwykły u chorych, którzy już w okresie gorączkowym skutkiem właściwego przebiegu gorączki lub ubocznych wpływów znaczniejsze straty na wadze ponieśli. Podobnie też jak w innych chorobach gorączkowych, były one tem znaczniejsze, im mniej waga zmalała już w czasie trwania gorączki. Jeżeli w ogóle się pojawiały, najznaczniejsza ich część przypadła zaraz na pierwsze dni bezgorączkowe. Czas, na jaki się przewlekaly, zazwyczaj był bardzo krótki. W naszych przypadkach już w 3 a najdalej 4 dnu, ciężar ciała stanowczo powiększać się zaczął, a szybkość, z jaką to postępowało, zależała od tych samych warunków, jak w poprzednich chorobach.

Zupełnie odmiennie zachowywał się ciężar ciała w zapaleniu stawów przewlekłym. Brak gorączki i znaczniejszych potów tylko korzystnie mógł oddziaływać na odżywianie ogólne. To też podobnie jak w przypadkach z wysiękiem opłucnej, gdy jej nie towarzyszyła gorączka, ciężar ciała zwiększał się systematycznie, gdy apetyt był dobrze utrzymany i brakowało powikłań. Pięć przypadków tej choroby, jakie mieliśmy sposobność obserwować, zgodne pod tym względem przedstawiało wyniki.

Nie umiemy powiedzieć dokładnie, jak się zachowuje ciężar ciała w innych chorobach gorączkowych. Przypadków gorączki powrotnej (*febris recurrens*), dostarczonych mi w historyjach klinicznych, zużytkować nie mogłem, ze względu iż ważenia poczynione były w znaczniejszych odstępach czasu, sam zaś nie miałem sposobności obserwowania tej choroby podczas niniejszej pracy. Co się zaś tyczy przypadków zimnicy (*malaria*), obserwowanych przezemnie, również nie-

może ich zużytkować, gdyż w chorobie tej należało oznaczać ciężar ciała w czasie trwania gorączki, w okresie potów i stanu bezgorączkowego, czego dostatecznie nie przestrzegalem, nie znając wyników, do jakich mnie praca moja doprowadzić może.

Zbierając jeszcze raz wyniki, do jakich doszliśmy, powiedzieć możemy, że przy braku powikłań, działających niekorzystnie na odżywianie, gorączka jako taka nie pociąga za sobą szybkiego zniszczenia ustroju, jak to mniemał Virchow i inni autorowie, choćby nasilenie jej było nawet znaczne. Przeciwnie, ubytki na wadze, jakie gorączka sama za sobą pociągać zwykła, szczególnie w chorobach gorączkowych krócej trwających, jak zapalenie płuc i tyfus płamisty, są mniej znaczne, chociaż w niektórych razach niewątpliwie znaczniejsze, niż to Senator przypuszcza. Ubytki te w różnych chorobach, jak i poszczególnych ich okresach, zachowują się rozmaicie, co przedewszystkiem zależy od przebiegu gorączki głównie w tem znaczeniu, że podczas gorączki ciągłej ciężar ciała zmniejsza się tylko bardzo nieznacznie, a ubywa pokaźnie, gdy po pewnym czasie trwania wysokiej gorączki zjawiają się znaczniejsze zwolnienia ciepłoty. Nigdy też ciężar ciała, jaki w danej chwili okresu gorączkowego stwierdzić można, nie daje miary spustoszenia ustroju, jakie za sobą już pociągnęła gorączka: nigdy również ubytki na wadze nie stoją w prostym stosunku do nasilenia gorączki, i to tak dalece, że wśród gorączki wysokiej, bez znaczniejszych zwolnień, dosyć często nawet przemijający przybytek zauważyć się daje. Mimo tego zaprzeczyć się nie da, że wysoka gorączka z przebiegiem ciągłym podkopuje odżywianie ogólne, chociaż szkodliwy jej wpływ uwidocznia się dopiero z pojawieniem się znaczniejszych zwolnień w ciepłocie, lub z chwilą stanowczego przełamania się choroby. Prócz przebiegu i nasilenia gorączki duży wpływ na zachowanie się wagi ciała ma także pierwotne odżywianie chorego. Biegunka i obfitsze poty obniżają znacznie ciężar ciała. Zachowanie się apetytu niemal we wszystkich przypadkach pierwszorzedną odgrywa rolę. Gdzie łaknienie jest zachowane, a odpowiednio temu trawienie i wsysanie pokarmów utrzymywane, tam ubytki na wadze są daleko mniejsze, często ciężar ciała, pomijając drobne wahania, w tych samych utrzymuje się granicach, a nawet przy dyjecie płynnej a pożywnej (jaką zazwyczaj podaje się w klinice krakowskiej chorym gorączkującym) w takich razach możebność systematycznego powiększania się ciężaru ciała nie jest wykluczona. Częściej się to przytrafia w przypadkach, którym towarzyszy mniej znaczna gorączka, zazwyczaj nie przekraczająca 39° C., rzadziej i przy znaczniejszem jej nasileniu.

Jakkolwiek ubytki na wadze w chorobach gorączkowych ostrych nie są tak znaczne, by śmierć jedynie skutkiem wycieńczenia (*inanitio*) nastąpić mogła, zawsze jednak ze względu na ważność zwyrodnienia narządów mięsaszowych, ubytek ciałek krwi, wystąpienia biegunki, wymiotów i innych szkodliwie na odżywianie ogólne wpływających przypadków, odpowiednie żywienie chorego mimo istniejącej gorączki, zdaniem naszym, tembardziej jest wskazaniem, że według naszych spostrzeżeń przy odpowiedniem żywieniu gorączka mniej niekorzystnie wpływa na zmniejszanie się ciężaru ciała, aniżeli podczas dyjety zupeł-

nie ścisiej. Odpowiednie żywienie chorych gorączkujących miałoby także ten cel odleglejszy, ażeby przez podawanie pożywnych, odpowiednio do siły trawienia soku żołądkowego zastosowanych i przyrządzonych pokarmów, zapobiegać pojawieniu się w okresie ozdrowienia chorób następczych, które właśnie w wyniszczonym i na odżywianiu upośledzonym ustroju wytwarzać się zwykły. Dyjeta ścisła, jaką w chorobach gorączkowych przestrzegać już każe wielki, prawdziwy twórca Medycyny, H i p p o k r a t e s, mimo uznania, jakie sobie w ciągu wieków zdobyła, w nowszych szczególniejszych czasach natrafia znowu na coraz liczniejszy zastęp przeciwników. Nawet zdanie tak powszechnie utarte, że podawanie ciał białkowatych w gorączce podnosi ją i nowe dla niej źródło tworzy, zaczyna już nie wytrzymywać krytyki. Przynajmniej U f f e l m a n n, który niewątpliwie wielkie położył zasługi około stworzenia rozumnej dyjetetyki chorób gorączkowych, wyraźnie temu zaprzecza, jeżeli tylko pokarm azotowy w właściwej postaci i stosownej chwili bywa podany. Skoro zostanie wyjaśnioną bliżej zdolność trawienia soków trawiących w różnych okresach chorób gorączkowych, przy rozmaitem nasileniu i przebiegu gorączki, przy rozmaitych sposobach leczenia i pod wpływem sztucznie stworzonych warunków, z umiejętnego żywienia chorób gorączkowych zapewne równej a może i większej korzyści dla chorych można się będzie spodziewać, aniżeli z bezwzględnego lekowania przeciwgorączkowego. Nie możemy jednak czekać bezczynnie, zanim zasady trawienia wśród gorączki zostaną na pewno ustalone i zanim poznamy łatwy w wykonaniu sposób badania zdolności trawienia soków trawiących; dość sporo faktów znagła nas już obecnie do podawania chorym gorączkowym mniej ścisłej, niż dotąd bywało, dyjety i usilnego starania się by przez podawanie środków gorzkich, pepsyny, kwasu solnego i t. d., poprawiać łaknienie i trawienie chorych gorączkujących.

Kończąc tem uwagi swoje nad zachowaniem się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych, czuję się w obowiązku złożenia podziękowania W-nemu prof. D-rowi K o r c z y ń s k i e m u za gorliwe i chętne poparcie mnie w tej pracy przez odstąpienie materiału klinicznego i udzielenie cennych rad i wskazówek.

III. ALKOHOLIZM, czyli OTRUCIE WYSKOKOWE,

jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych w kraju i zagranicą.

Napisał

D-r med. **A. R o t h e.**

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 40).

Tablica moja wykazuje nam jeszcze drugi objaw, a mianowicie, że nie we wszystkich guberniach jednakowa ilość wyskoku przypada na mieszkańca; różnica ta nawet jest dość rażąca. Jeżeli bowiem w Warszawie na każdego człowieka przeciętnie przypada 2,53 garncy czystego wyskoku, a prawie taka sama

ilość 2,50 na mieszkańca gubernii Siedleckiej, to tymczasem w gubernii Suwalskiej przypada tylko 0,54 garnea. Czyżby ta ostatnia gubernija z powodu swego położenia nad granicą pruską tak bogato miała być zaopatrzoną w wyskok przemycały; czy też istnieją inne miejscowe warunki, które użycie wyskoku tu doprowadziły do *minimum*? Pytanie to dość ciekawe tłumaczy się po części tem, iż ludność gubernii Suwalskiej jest nader różnorodną: Litwini i Żmujdzini, zamieszkujący jej część północną, nie piją wcale; około Sejna (w Winksznupiu) Tatarzy również nie piją; podobnież rozkolnicy, filiponi i starowiercy dosyć licznie tamże od wieków osiedli. Niby to i nasza Warszawa, lecz w kierunku zupełnie odwrotnym, odznacza się, albowiem ona zużywa największą ilość wyskoku, t. j. 2,53 garnece czyli 10,12 litrów, co w kształcie wódki stanowi 20,24 litrów = kwarta na każdego mieszkańca. To jest więcej niż 2 razy tyle, ile przeciętnie przypada na mieszkańca w Królestwie Polskiem. Mnie się jednakowoż zdaje, o ile jako stary mieszkaniec Warszawy sądzić mogę, że ta ilość podana nie wyłącznie bywa konsumowaną przez stałych mieszkańców, lecz że do tej konsumpcyi znacznie się przyczyniają przyjezdni, liczba których, jak to wiadomo, do nadzwyczaj pokaźnej dochodzi liczby.

Widzimy zatem, że chociaż Królestwo Polskie znaczną zużywa ilość wódki i życzyliby należało, aby ta ilość z każdym się zmniejszała rokiem, to jednakowoż ilość zużytej wódki trzyma się u nas jeszcze w pewnych granicach przyzwoitości i nie wolno powiedzieć, że w ogóle u nas wódki nadużywają. Bywają wprawdzie i nadużycia, jak to w innem pokażę miejscu, lecz nadużycie to nie jest powszechnem a tylko wyjątkowem.

Że wódka u nas nie jest jeszcze tak poszukiwaną, to o tem również świadczy i ilość tych miejsc, w których się sprzedaje napoje wyskokowe; im bowiem pewien towar jest więcej poszukiwanym, tem większa ilość będzie handlujących tym towarem. Widzimy to wszędzie, odnosi się to zatem także i do sprzedaży napojów wyskokowych i im większa ilość konsumowanej wódki, tem większa ilość szynków.

Zobaczmy teraz, jaka ilość takich miejsc istnieje u nas w kraju i na jaką ilość mieszkańców przypada jeden szynk.

(Patrz tablicę).

W ogóle w Królestwie Polskiem na **405** mieszkańców przypada jedno miejsce, w którym się sprzedaje napoje wyskokowe. Porównywując liczbę tę z cyframi innych państw, widzimy, że u nas sprzedaż wódki bynajmniej nie jest jeszcze tak nadzwyczaj rozpowszechnioną.

We Francyi w ogóle	na 103	mieszkańców	przypada	1	miejsce	sprzedaży
W Paryżu	„ 130	„	„	„	„	„
W Szwajcaryi	„ 113	„	„	„	„	„
W Anglii	„ 138	„	„	„	„	„
W Belgii	„ 49	„	„	„	„	„
a nawet ściśle na 12 do-						
rosłych osób 1.						
W Prusiech	„ 260	„	„	„	„	„

	Mieszkańcy.	Głównych składów wy- skoku.	Handlów win zagranicz- nych.	Handlów win rosyjskich.	Restauracyj.	Handlów piwa i wódki.	Bufetów.	Szynków.	Karczem.	Ogólna cyfra mniejsze sprze- daży wódki.	Ilość mieszkań- ców na 1 miejsce sprzedaży.	Ilość rubli zapła- conych za wy- skok wypity.	Ilość rubli niez- nite zapłaconych przez każdego mieszkańca.
M. Warszawa	400,000	9	71	35	266	279	25	525	—	1196	334	2312500,0	5,78
Gub. Warszaw.	811.471	80	57	3	192	48	68	572	1308	2248	360	2192242,60	2,70
„ Kaliska	694.330	82	66	4	336	27	5	381	852	1671	415	1803794,40	2,59
„ Piotrkow.	707.594	60	71	3	268	22	44	743	1148	2299	307	2573436,20	3,60
„ Radomska	546.947	69	32	1	165	19	2	481	741	1441	379	972589,40	1,77
„ Kielecka	538.221	67	35	6	36	25	5	409	448	960	560	1018987,40	1,89
„ Lubelska	734,018	103	30	12	344	33	21	480	995	1915	383	2025027,0	2,75
„ Siedlecka	553.551	38	33	1	88	29	12	376	806	1345	411	3168439,40	5,72
„ Plocka	490,143	35	106	5	77	28	9	306	329	860	569	810388,80	1,65
„ Łomżyń	495,104	28	54	2	57	51	13	356	381	914	541	804816,60	1,62
„ Suwalska	547,913	38	65	—	56	12	4	393	658	1188	460	674325,0	1,23
Królestwo Pol.	6,519,272	609	620	72	1885	568	208	5022	7666	16041	405	16166617,20	2,48

W Berlinie
W Królestwie Polskiem
W Warszawie
na 126 mieszkańców przypada 1 miejsce sprzedaży
405
334

Z danych tu przytoczonych dostatecznie się okazuje, że większa część państw zagranicznych nie ma żadnego prawa do robienia nam zarzutu, jakoby Polska była krajem, który się *par excellence* odznacza nadużyciem napojów wysokokowych a przeważnie wódki. Prawda że wódka u nas jest w użyciu, ale nie tylko nie więcej, lecz owszem w daleko mniejszej ilości, aniżeli u innych cywilizowanych narodów. Aby praca moja rzeczywiście oparła się na badaniu dokładnem i ścisłem, nie wolno mi ograniczyć się na użyciu u nas jedynie tylko wódki, lecz muszę zwrócić uwagę na inny jeszcze napój, również, choć w znacznie mniejszej części także wysokokowy, t. j. na p i w o.

Piwo w ciągu lat ostatnich ważną u nas zaczyna odgrywać rolę, jako napój. Z pewnych źródeł wiadomo, że produkcja tegoż u nas z każdym prawie rokiem wzrasta i co raz więcej zaczyna rugować z ogólnego użycia wódkę. Jest to fakt niepodlegający najmniejszej wątpliwości, fakt nadzwyczaj pocieszający bo jakkolwiek i piwo ma własności szkodliwe dla organizmu, to jednakowoż w daleko mniejszym stopniu, niżeli wódka i w ogóle należałoby życzyć, aby piwo dobre, nie zanadto mocne, wyrobione ze słodu i chmielu, coraz obszerniejsze, znalazło zastosowanie. Co się tyczy użycia piwa u nas w kraju, to przedewszystkiem należy uwzględnić dwa nadzwyczaj różne gatunki tegoż, a mianowicie, p i w o tak zwane z w y c z a j n e, czyli m a r c o w e i piwo b a w a r s k i e.

Dwa te gatunki ściśle i dokładnie zostały ocenione w pracy A. M. W e i n b e r g a ¹⁾ i wszystko, co tam wypowiedziano, odnosi się mniej więcej do wszystkich piw u nas w kraju wyrabianych. Piwo zwyczajne, podług tego autora, zawiera ledwie około $\frac{1}{2}$ procenta alkoholu i 6% wyciągu i nie jest ani pożywne ani orzeźwiający. Piwo zaś bawarskie grzeszy zbyt wysokim procentem wyskoku, który dochodzi 5—6% na objętość i czyni je silnie rozpalającym i odurzającym. Piwa niemieckie mają mało co więcej niż połowę tej ilości wyskoku. Co do ilości i jakości używanego piwa, to koniecznie należy nam przyjąć trzy rozmaite grupy:

1) Warszawę, 2) pięć gubernij, w których przemysł i fabryki więcej są rozwinięte i w których więcej się wypija piwa bawarskiego a mniej daleko piwa zwyczajnego i 3) pięć gubernij przeważnie rolniczych, w których mniej się używa piwa bawarskiego, a natomiast więcej zwyczajnego.

Zastrzedz tu jednakowoż muszę, że wiadomości co do ilości wyrabionego piwa bynajmniej nie są tak dokładne, jak co do ilości wyrabianego wyskoku, gdy bowiem wyskok wyrabiany koniecznie przechodzić musi przez przyrząd kontrolujący, oznaczający zupełnie dokładnie nietylko jakość, ale i ilość pędzonego wyskoku, to ilość piwa warzonego nie podlega takiej kontroli i akcyzę oblicza się u nas za piwo tak samo jak i w Niemczech, nie od ilości wiader lub garncy wyrobionego piwa, ale od objętości przestrzeni zaciernej, przyjmując, iż 10 objętości zacieru dają 1 objętość piwa. Już w innem dowiodłem miejscu, że takie obliczenie nie jest ściśle, ztąd też może pochodzi różnica w ilości piwa produkowanego w Warszawie, podanej przez W e i n b e r g a i tej, którą ja, opiera-

¹⁾ W e i n b e r g A. M. Sprawozdanie z rozbioru piwa zwyczajnego i bawarskiego z warszawskich browarów. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego. Rok 1881. Zeszyt I.

jąc się na danych urzędowych podaje; i tak gdy podług autora powyżej przytoczonego Warszawa w r. 1880 konsumowała 3,609,600 wiader piwa bawarskiego, to według moich danych w tym samym czasie wypito tylko 2,470,327, czyli 32,114,251 litrów, co przecięciowo rocznie stanowi nie 120 lecz tylko 80,2 litrów na człowieka.

I to jest ilość dość pokaźna, lecz, jak to już powyżej powiedziałem, Warszawa pod tym względem zajmuje wyjątkowe miejsce.

(D. c. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

45. Bollinger. O dziedziczeniu chorób. (*Ueber Vererbung von Krankheiten*).

Przy obecnem stanowisku medycyny najciekawszem polem dla badań jest *etyjologia* chorób, a pomiędzy licznymi ich przyczynami niezaprzeczenie najważniejszą rolę odgrywa dziedziczność, której objawy łatwo dają się spostrzegać, lecz prawa, kierujące nią, są dotychczas pokryte gęstą zasłoną tajemnicy. Autor cokolwiek uchyla tę zasłonę tajemniczą w 26-stronicowej broszurce, poświęconej v. *Bischoffowi*.

Wedle autora tylko te choroby zowią się *odziedziczonymi*, które po wykluczeniu wszelkich zewnętrznych wpływów rozwijają się u potomków w tymże samym wieku, co u rodziców. Trzeba zatem odróżnić chorobę wrodzoną od dziedzicznej; do chorób wrodzonych zaliczamy wszelkie zniekształnienia, z którymi dziecko na świat przychodzi, a które mogą zależeć od miejscowych warunków w macicy (od ucisku, od obwinięcia pepowiny i t. p.) Teoryja o *zapatrzeniu się*, która dawniej znakomitą grała rolę, została przed 40-tu laty obaloną przez *Bischoffa*; najzwyczajniejsza umysłowa kombinacja wystarcza, by przekonać się o nieprawdziwości tej teoryi, gdyż często zapatrzenie się ciężarnej matki dopiero wtedy ma miejsce, gdy płód prawie zupełnie jest już ukształtowanym i kiedy żadne zmiany budowy już w nim zajść nie mogą.

Rzeczywistymi dziedzicznymi chorobami zwiemy te, które przechodzą na płód bądź za pośrednictwem jajka i nasienia, bądź wewnątrzmacicznie przez krew matki. Wbrew opinii dawnych autorów przypuszcza *Bollinger*, że stan rodziców podczas spółkowania (np. upicie się) ma wpływ na potomka i nieraz wywołuje w nim pewną skłonność do cierpień nerwowych (*Möbius* w swem dziełku „*Die Nervosität*“ też przytacza ten pogląd. Przep. Spr.).

Ogólne osłabienie rodziców bez specjalnego cierpienia także wywołuje pewne dziedziczne choroby, o czem nawet w hodowli bydła możemy się przekonać, tak np. pewien hodowca owiec w ciągu czterech tygodni złączył 170 matek-owiec z jednym trykiem, którego płciowe siły sztucznie podtrzymywał czerwonym winem i kurzem jajami. Tryk wprawdzie pozostał zdrowy, ale większość spłodzonych przezeń jagniąt uległa pewnej nerwowej chorobie owiec, podobnej do *tabes dorsalis*.

Ztąd wniosek, że przez nadmierne spółkowanie i zapładnianie powstaje chorowite potomstwo. Ztąd to nieraz tak znakomite zachodzą różnice co do charakteru, usposobienia i chorób pomiędzy prawowitem rodzeństwem, członkowie którego zostali spłodzeni w rozmaitych okresach małżeńskiego pożycia rodziców.

Wzajemna miłość, lub nienawiść i odraza między rodzicami wcale zdaje się nie wpływają na potomstwo. Dzieci niekiedy podobne są tylko do ojca, albo tylko do matki, albo jednocześnie do obojga. Pomiędzy rodzeństwem dlatego zachodzą rozmaite różnice pod względem fizjologicznym i patologicznym, że na nie wpływa (pomijając to, że w jednym razie jest większe podobieństwo do ojca drugi raz do matki) okres płodzenia (np. gdy rodzice są jeszcze młodzi, lub już w wieku), chwilowy stan rodziców podczas spółkowania (np. *alcoholismus acutus*).

Bollingier odróżnia następujące rodzaje dziedziczności: *bezpośrednia dziedziczność*, gdy ta sama choroba, lub skłonność do niej z rodziców bezpośrednio przechodzi na dzieci. Skłonność obojga rodziców do tejże samej choroby wzmacnia tę dziedziczność i wytwarza tak zwaną *dziedziczność wzmoczoną*, czyli *skombinowaną*. Zdarza się, że pewna dziedziczna choroba oszczędza jedno pokolenie, przeskakując z dziadków, lub z ciotek, z wujów na wnuków i siostrzeńców, zwiemy to *dziedzicznością pośrednią*, czyli *ukrytą*. Jeżeli rodzice i wogóle przodkowie są zdrowi, a kilkoro dzieci jednego rodzeństwa cierpi na jedną i tę samą chorobę, to mówimy o *dziedziczności pobocznej*.

Dziedziczność bywa *jednorodną*, gdy ta sama choroba przechodzi z rodziców na dzieci, lub *różnorodną*, gdy charakter choroby dziedzicznej się zmienia, jak np. epileptyczne dzieci chorych cierpiących umysłowo, lub żółtawate potomstwo syfilityków.

Pozorną dziedzicznością zwiemy, jeżeli dzieci, żyjąc w tychże samych warunkach socyjально-ekonomicznych, co rodzice, wskutek tych warunków dostają tej samej choroby, co ich przodkowie, np. gdy zdrowe dzieci kamieniarza, który dostał suchot od pyłu wapiennego, zostają także kamieniarzami i ulegają suchotom, choroba bowiem tutaj tylko pozornie jest dziedziczną. Tak samo matka suchotnica, karmiąc swe zdrowe dziecko, udziela mu suchot, których dziecko nie dostałoby, gdyby było karmione mlekiem zdrowej kobiety. Rozumie się, że w niektórych, a nawet bardzo licznych przypadkach codziennego życia, niepodobna odróżnić dziedziczności pozornej od rzeczywistej.

Po tych ogólnych uwagach przechodzi B. do oceny warunków dziedziczności w stosunku do rozmaitych chorób, trapiących ludzkość. I tak *choroby zakaźne* przechodzą z rodziców na potomstwo albo przez zarażenie się wewnątrz-maciczne (ospa, przymiot, krowianka), albo bezpośrednio przy zapłodnieniu; to ostatnie rzadko spotykamy, jednak oczywisty tego dowód widzimy w pewnej zakaźnej pasorzytnej chorobie jedwabników (*Pebrine*), której zarazek (rodzaj grzybka) znajduje się w jądrach samców i jajkach, składanych przez samice.

Gruźlica jest nader dziedziczną, choć nie wrodzoną chorobą. Przy tem cierpieniu dziedziczność bywa albo bezpośrednią, albo różnorodną (dzieci suchotników są żółtawate, lub wogóle chorowite); małżeństwa między krewnymi pochodzącymi z rodziny suchotniczej *wzmagają siłę dziedziczności*.

Dziedziczność *raka* jest oddawna znaną i w 3—17% przypadków raka może być napewno dowiedziona; nieraz całe rodziny podlegają tej chorobie, np. Napoleon I-y i kilku jego krewnych zmarło na raka.

Skłonność do *tycicia*, czyli osadzania się nadmiernej ilości tłuszczu w tkance podskórnej jest dziedziczną, lecz przejawia się dopiero około 40 roku życia i to tylko wtedy, gdy inne warunki sprzyjają temu.

Jedną z najbardziej dziedzicznych chorób jest *podagra*; nieraz całe rodziny podlegają temu cierpieniu; pierwsi potomkowie danych rodziców zazwyczaj mniej cierpią od następnych dzieci, gdyż podagryczne cierpienia rodziców z wiekiem się powiększają; odwrotnie ma się rzecz przy przymiocie, który, jak wiadomo, bardziej jest zaraźliwym i dziedzicznym w początkowych

okresach, niżeli w późniejszych. Największy i najbardziej dowiedziony wpływ okazuje siła dziedziczności w chorobach nerwowych i umysłowych, gdzie spotykamy wszelkie wyżej przytoczone rodzaje dziedziczności. Dziedziczne umysłowe cierpienia noszą na sobie cechę postępowego zwyrodnienia; np. drażliwy gniewliwy ojciec płodzi syna manijaka, wnuk jest już idyjotą i bezpłodnym. Morel, francuzki psychiatra, podał następujące drzewo genealogiczne dla pijaństwa: 1-sze pokolenie nadużywa napojów wyskokowych i wogóle odznacza się brakiem moralności; 2-gie pokolenie składa się z nałogowycy pijaków, lub z cierpiących na napady wściekłego gniewu, na porażenia mózgowe; w 3-iem pokoleniu widzimy choroby umysłowe, padaczkę, samobójstwo i popęd do zabójstwa. W 4-em pokoleniu idyjotyzm i bezpłodność.

Dziedziczność odgrywa wielką rolę w nerwicach, jako to hysteryi, hypochondryi it. p.. Nawet nabyte nerwice mogą być dziedziczonemi jak np. sztucznie wywołana padaczka świnek morskich dziedzicznie udziela się ich potomstwu (doświadczenia Brown-Sequard'a, Westphal'a i Obersteiner'a).

Haemophilia jest według Bollinger'a, najbardziej dziedziczną ze wszystkich chorób dziedzicznych. Rodziny krwawców odznaczają się licznem potomstwem, część którego jest zdrową, a druga część cierpi na rodzinną chorobę; ponieważ zaś krwawcy zwykle umierają bez potomstwa, przeto przy hemofilii tak często spotykamy dziedziczność pośrednią, np. ciotka, cierpiąca na hemofilję zmarła bezpotomnie, siostra jej jest zdrową, natomiast kilkoro z dzieci tej siostry ma dziedziczną (pośrednią) hemofilję i umiera bezpotomnie. Kobiety pochodzące z tych rodzin i cierpiące na ukrytą hemofilję bez porównania częściej udzielają jej swym dzieciom, a głównie chłopcom, niżeli mężczyźni z teje rodziny.

Daltonizm też trzeba zaliczyć do bardzo dziedzicznych chorób. Synowie kobiet, których ojcowie byli daltonistami najbardziej są usposobieni do daltonizmu, to znaczy, że w dziedziczności daltonizmu zauważamy atawizm, t. j. przejście choroby z dziadka na wnuka. Izraelici są bardziej skłonni do daltonizmu, niż chrześcijanie.

Pewne wady rozwojowe, a szczególnie na skórze, dziedzicznie panują w rodzinach, np. nadliczebność palców, brodawki, zajęcza warga; z ocznych chorób wypada zaliczyć krótkowzroczność i skłonność do zaćmy i jaskry.

Nawet wady rozwojowe nabyte stają się niekiedy dziedzicznemi, co stanowi podstawę ulepszenia ras. Nawet u ludzi możemy to samo niekiedy zauważyć, np. w okolicy Dachau w Niemczech gruczoly piersiowe wszystkich kobiet są w stanie dziedzicznego zaniku, a to dlatego że narodowy strój przez wiele pokoleń używany poleca wazkie i splaszczone na piersiach gorsety. Jednak dziedziczenie wad nabytych jest bardzo ograniczonem, jak to widzimy u sztucznie wytwarzanych odmian zwierząt np. angliczowanych koni, lub psów z obciętemi uszami, których potomstwo zawsze się rodzi z normalnemi uszami i ogonami. Obrzezanie napletka u żydów i muzułmanów nigdy dziedzicznie nie wpłynęło na ich potomstwo, choć od wieków jest w użyciu.

W końcu słówko o bardzo ważnej kwestyi małżeństw między blizkimi krewnymi. Bardzo rozpowszechnione zdanie, jakoby wiele dzieci z tych małżeństw cierpiało na głuchoniemotę, wcale nie jest dowiedzionem. Małżeństwa takie co do warunków fizjologicznych wcale się nie różnią od innych małżeństw; te same prawa rządzą niemi. Jeżeli w pewnej rodzinie dziedzicznie panuje pewna choroba, to przez małżeństwo między dwoma członkami tej rodziny siła dziedziczności zostaje spotęgowana, zupełnie tak samo, jak gdyby pożeniono dwie osoby z dwóch niepokrewnych rodzin pochodzące, lecz dziedzicznie usposobione do tej samej choroby. Małżeństwo pomiędzy krewnymi zupełnie zdrowej rodziny nie jest szkodliwem dla potomstwa,

ponieważ jednak takie rodziny stanowią rzadkość, przeto tego rodzaju małżeństwa są poniekąd niebezpieczne; szczególnie da się to powiedzieć o rodzinach, w których dziedzicznie panują suchoty, choroby umysłowe i nerwowe.

Nareszcie nasuwa się jeszcze jedno pytanie, ważne w praktycznym względzie: Czy można usunąć dziedziczne usposobienie? Bollinger daje kategorię twierdzącą odpowiedź i poleca, by przy zawieraniu małżeństw zwracano uwagę na kwestyję dziedziczności panującej w rodzinach, z których pochodzą kandydaci do małżeństwa. W rodzinach, skłonnych do nerwowych chorób, powinna być wprowadzoną weterynaryjna zasada: „krzyżowanie z folblutami”.

Jeżeli przyznamy słuszność wyrzeczeniu D i z r a e l i ' e g o, że potęga narodu polega na jego fizycznej sile i zdrowiu, to powinniśmy się usilnie starać o o d z y s k a n i e c i e l e s n e g o z d r o w i a, a w tym względzie nie tylko fizjologiczne wychowanie już żyjącego ciała jest niezbędnem, lecz także usunięcie dziedzicznych wad i chorobliwych skłonności w potomkach.

(Do pracy dodano dwie tablice litograficzne, graficznie przedstawiające drzewa genealogiczne dwóch rodzin krwawców i daltonistów).

(*Separatabdruck aus den Beiträgen zur Biologie. 1882.*) L. Wolberg.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dnia 6. X. odbył się konkurs o posadę Ordynatora Oddziału Chirurgicznego żeńskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus, osieroczonego ze śmiercią nieodżałowanego kolegi naszego P l a c z k o w s k i e g o. Sędziami byli chirurgowie: ordynator oddziału chirurgicznego w Szpitalu Dzieciątka Jezus Orłowski, prof. Jefremowski, ordynatorowie szpitala Ujazdowskiego Harten i Zawadzki, ordynator oddziału chirurgicznego w Szpitalu S-go Rocha Kruszewski, jeden terapeuta Dunin i anatom prof. Walter, Inspektor Szpitali Cywilnych. Do rozbioru dano dwa przypadki: czarną krostę i zapalenie kości ramieniowej; do operacyi wybrano podwiązanie tętnicy podobojczykowej poniżej obojczyka i kolotomiję. Do konkursu stanęło dwóch lekarzy. Otrzymał miejsce na zasadzie większości głosów b. ordynator kliniczny, Władysław Matlakowski współwłaściciel Gazety Lekarskiej.

— Szanowna Redakcyjja Przeglądu Lekarskiego, wychodzącego w Krakowie, pomieszcza w każdym N-rze swojego pisma tytuły prac oryginalnych, drukowanych w pismach lekarskich, wychodzących w Warszawie. Otóż niejednokrotnie już spotykaliśmy przy tytułach prac, drukowanych w naszej Gazecie, wykrzykniki i znaki zapytania, stawiane przez Redakcyjję Przeglądu i zawsze sprawiało to na nas wrażenie bardzo nieprzyjemne. Nie możemy bowiem zrozumieć powodu podobnego postępowania, którego skutkiem może być jedynie dyskredytowanie z góry, bez przeczytania, artykułu opatrzonego takim znakiem przez Redakcyjję poważnego pisma. Zdaje nam się, iż Sz. Redakcyjja Przeglądu postępowała w tych razach nieco lekkomyślnie, jeżeli nie zwróciła uwagi, iż z konieczności takie muszą być następstwa dodawania owych wykrzykników, a przypuszczamy, że nie to miała na celu. Musimy więc niniejszem przypomnieć, iż ten sposób krytykowania nie nadaje się do kwestyj poważnych.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

„Niedole dziecięce“ wydane staraniem miłośników dziecięcego wieku.

Prof. A d a m k i e w i c z „Mięsak rdzenia pacierzowego“. Osobne odbicie z Rozpraw Akademii umiejętności. 1882.

Sprostowanie. Autorem korespondencyi o Jastrzębiu jest D-r P a w i ń s k i, nazwisko przez pomyłkę zostało opuszczone.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 30 Сентября 1882 г. Друк К. Ковалевського Królewska Nr. 23.