

GAZETA LEKARSKA

I. O NEURASTENII PERYODYCZNEJ

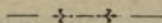
(neurastenia peryodyczna, kołowa i naprzemienna).

(*Neurasthenia periodica, circularis et alternans*).

Napisal

Dr Teodor Dunin.

lekarz ordynujący w Szpitalu Dzieciątka Jezus.



Do najlepiej poznanych form w psychiatrii należą t. zw. obłąkania peryodyczne [melancholia i mania peryodyczna] oraz kołowe i naprzemiennie (*circularis Irrsein, folie circulaire, folie alternante*), polegające na kolejnym występowaniu u tego samego osobnika manii i melancholii. O wiele jednak mniej znaną jest rzeczą, że i neurastenia może przybierać podobną postać. Wprawdzie autorowie, piszący o neurastenii, począwszy od BEARD'a, wspominają mimochodem, że neurastenicy miewają chwilowe okresy wyczerpania, z opisów tych jednak nie zdaje się wynikać, aby widywali typowe przypadki neurastenu peryodycznej. W dziełach francuskich autorów [LEVILLAIN¹⁾, MATHIEU²⁾] wprost niema żadnej wzmianki o tej postaci. KRAFFT-EBING³⁾ w opisie t. zw. cerebrastenu mówi, co następuje: „Takie stany przygnębienia często idą naprzemian z objawami eretycznymi; te ostatnie cechują się wielką pobudliwością i wrażliwością, podrażnieniem zmysłów oraz subiektywnymi uczuciami zmysłowymi, *erethismus cerebialis*, pod postacią bardzo przykrego natłoku myśli i wyobrażeń, przymusowemi wyobrażeniami (*Zwangs-Vorstellung*), obawami, brakiem spokoju i snu“.

Mniej więcej w podobny sposób wyraża się i BINSWANGER⁴⁾ przy opisie neurastenu dziedzicznej, z tą wszakże różnicą, że mówi wyłącznie o fazach przygnębienia; przykład, jaki podaje, za typowy przypadek neurastenu peryodycznej uznany być nie może.

¹⁾ La neurasthénie 1891.

²⁾ Neurasthenia. 1892.

³⁾ Nervosität u. neurasthenische Zustände w NOTHAGEL'a: *Specielle Pathologie u. Therapie*. T. XII. 1895.

⁴⁾ Die Pathologie u. Therapie der Neurasthenie. 1896.

Nieco obszerniej uwzględnia te przypadki LOEWENFELD¹⁾; z opisu jego widać, iż widywał rzeczywiście peryodyczną neurastenię, a nadto w dopisku dopatruje się jej podobieństwa z obłąkaniem peryodycznym, przyczem wyraźnie zastrzega się, że opisany przez niego przypadek za tę ostatnią chorobę poczytanym być nie może. LOEWENFELD uważa, że podobne przypadki zdarzają się jedynie w neurastenii dziedzicznej.

W każdym razie, pomimo iż u powyższych autorów znajdujemy wzmianki, dowodzące, iż obserwowali neurastenię peryodyczną, żaden z nich nie został uderzony tym nadzwyczaj swoistym obrazem choroby. W przypadkach takich rzuca się często w oczy przedewszystkiem nie jakość objawów nerwowych, lecz sposób ich występowania. To też kiedy u autorów, piszących o neurastenii, znajdujemy rozróżniane formy, pozostające wprost w sprzeczności z istotą choroby, jak np. *cerebrasthenia*, *myelasthenia*, lub tak dziwaczne, jak np. *hemineurasthenia*, o *neurasthenia periodica et circularis* żadnej niema wzmianki.

Właściwie znam tylko 3 prace, odnoszące się do tego przedmiotu. I tak: przedewszystkiem LANGE z Kopenhagi ogłosił jeszcze w 1886 rozprawę²⁾, którą według drugiego wydania z 1895 r. przetłómaczył na język niemiecki KURELLA. W pracy tej LANGE pod nazwą „*periodische Depressionszustände*“ opisuje jeden z rodzajów neurastenii peryodycznej, cechujący się tylko przygnębieniem. LANGE podaje opis choroby bardzo charakterystyczny, nie pozwalający na żadne wątpliwości; postać ta ma się tak często zdarzać w Danii, że LANGE widział ją paręset razy (!). Pomijam pogląd LANGE'go, jakoby choroba ta była następstwem dyatezy moczanowej. Pogląd ten dość słabo jest umotywowany. W tej chwili chodzi mi tylko o zwrócenie uwagi na obraz kliniczny tej choroby.

Następnie SOLLIER³⁾ podał zupełnie dokładny opis tej postaci neurastenii, aczkolwiek uwzględnił jedną tylko jej odmianę, t. j. neurastenię kołową (*circularis*).

Wreszcie już w ubiegłym roku 1897 ogłosił HOCHÉ rozprawkę p. t. „*Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins*“⁴⁾, w której podał dokładny opis wszystkich form peryodycznej neurastenii, HOCHÉ jednak przypadków, o których mowa, nie zalicza do neurastenii; są to, według niego, wprost najłżejsze, rudymentarne formy obłąkania peryodycznego, do którego też zaliczane być winny. Sądzę jednak, że taki sposób zapatrywania się nie jest słuszny. Przypadków, o których mowa, za obłąkanie uważać nie można. Nie różnią się one często, co do jakości nerwowych objawów, od neurastenii; gdyby ktoś widział chorego w jednej tylko fazie jego choroby, nigdy by mu nawet na myśl nie przyszło uważać go za umysłowo chorego; tylko przebieg zbliża te

1) Pathologie u. Therapie der Neurasthenie u. Hysterie. 1893.

2) Periodische Depressionszustände und ihre Pathogenese auf dem Boden der harnsauren Diathese. 1896.

3) Revue de médecine. 1893. Z. 12.

4) Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete d. Nerven und Geisteskrankheiten. 1897.

formy do obłąkania peryodycznego. Chorzy też ci po większej części oddają się swym zajęciom, z mniejszą lub większą gorliwością, ale bez przerwy, a o zamykaniu ich w domach dla obłąkanych mowy być nie może. Dlatego też uważam, że termin *neurasthenia periodica et circularis*, wprowadzony przez SOLLIER'a, ma rację bytu.

Zresztą sam HOCHÉ powiada, że w wielu razach trudno orzec, czy odnieść należy dany przypadek do neurastenii lub histeryi, czy też do pomieszania.

Oczywiście podobieństwo do odpowiednich form pomieszania jest wielkie, mianowicie też co do przebiegu, ale przecież powiedzieć musimy, że między ciężką neurastenią a chorobą umysłową niema ścisłej granicy. Zgadza się na to wszyscy psychiatrzy, a w nowszych czasach BIWSWANGER to dobrze uwydatnił. Jeżeli z jednej strony weźmiemy neurastenika, dotkniętego przygnębieniem, smutkiem, zniechęceniem, obawą, uczuciem niepokoju serca, bólem głowy, bezsennością, z drugiej zaś strony neurastenika niespokojnego, nie mogącego sobie znaleźć miejsca, pobudzonego, skarżącego się na ciągły natłok myśli i idące za nim wyobrażenia przymusowe, to będziemy mieli dwa stany, które od melancholii z jednej, a od manii z drugiej strony różnią się tylko ilościowo. Jeżeli jednak tym stanom nie zaprzeczamy figurowania jako oddzielne postacie nozologiczne, to również nie mamy prawa odrzucać i terminu neurastenii peryodycznej. Oczywiście dużo zależy tu od subiektywnego zapatrywania się lekarza, czy zaliczy dany przypadek do neurastenii, czy już do pomieszania peryodycznego. Sądzę jednak, że tam, gdzie niema i nie może być ścisłego kryterium, lepiej będzie te najłżejsze przypadki, o których mówimy, przyłączyć do neurastenii, z którą mają wspólną prognozę i leczenie.

Przypadki, o których mówimy, nie są tak rzadkie jakby to sądzić można było z tych pobieżnych i niedokładnych wzmianek, jakie o nich znajdujemy w dziełach, traktujących o neurastenii. Nie zawsze jednak chory sam dostatecznie akcentuje peryodyczność swoich dolegliwości; mówi wogóle o przygnębieniu, niezdolności do pracy i trzeba dopiero odpowiednio pokierować pytaniami, aby wydobyć na jaw cały, charakterystyczny obraz choroby. Lekarz, nie wiedzący o tem, że neurastenia przybiera niekiedy formę peryodycznego cierpienia, może nawet mieć do czynienia z takim chorym i nie zorientować się co do istotnego obrazu choroby. Obraz zaś ten, szczególnie w niektórych przypadkach, jest tak charakterystyczny, że, mojem zdaniem, zasługuje w zupełności na to, aby zeń utworzyć oddzielną formę neurastenii.

Podobnie jak odpowiednie formy pomieszania, tak też i neurastenia może być peryodyczną, kołową i naprzemienną. Peryodyczną będzie wtedy, kiedy faza przygnębienia lub pobudzenia zmieniać się będzie peryodycznie z okresem zupełnego zdrowia. Zaraz tu muszę zaznaczyć, że neurastenii peryodycznej, cechującej się li tylko pobudzeniem, która by więc odpowiadała manii peryodycznej, nie widziałem wcale; zawsze miałem do czynienia z neurastenią peryodyczną, depresyjną, odpowiadającą zatem melancholii peryodycznej. Sądząc jednak z opisów HOCHÉ'go, przypuszczać należy, że może się zdarzyć i forma

neurastenii peryodycznej, ekscytacyjnej. Jak już wyżej mówiłem, Носне przypadki swoje zalicza do pomieszania; mojem jednak zdaniem, wiele z nich figurować powinno jako neurastenii.

Neurastenią kołową (*circularis*) nazywać będziemy te przypadki, w których faza przygnębienia następuje peryodycznie po fazie podniecenia; odpowiada ona t. z. pomieszanu kołowemu (*folie circulaire, circuläres Irresein*). Można jeszcze odróżnić neurastenię naprzemienną (*alternans*) tak, jak francuscy autorowie odróżniają pomieszanie naprzemiennie (*folie alternante*), w którym pomiędzy fazą podniecenia i przygnębienia istnieje krótki okres zupełnego zdrowia.

Oprócz innych cech, różni się jeszcze neurastenii peryodyczna od odpowiednich form pomieszania czasem trwania pojedynczych okresów. Bywają przypadki, w których pojedyncze okresy trwają kilka tygodni, a nawet miesięcy, często jednak okres przygnębienia i podniecenia trwa zaledwie kilka lub kilkanaście godzin, tak, że cały cykl przebiega w przeciągu 1 — 2 dób. W pomieszanu peryodycznem fazy nie bywają nigdy tak krótkie; trwają one, co najmniej, kilkanaście dni.

Dalej, na co specyalnie nacisk położyć należy, postać przygnębienia nie zawsze bywa jednakowa. Czasami może ona mieć pewne podobieństwo do melancholii; niekiedy jednak nie ma z nią zupełnie nic wspólnego. Chory jest tylko apatyczny, śpiący, niezdatny do pracy, nie miewa jednak wcale ani żadnych obaw, ani też wyobrażeń przymusowych. To też nie tyle jakoś objawów nerwowych jest cechą tej formy neurastenii, ile kolejność występowania pojedynczych faz. Wreszcie, na co już LANGE należyty położył nacisk, postacie te nigdy nie przechodzą w chorobę umysłową.

Z pomiędzy kilkunastu przypadków neurastenii peryodycznej, jakie w ostatnich latach obserwowałem, przytaczam tu kilka, o których posiadam nieco dokładniejsze notatki.

Zaczynam od neurastenii peryodycznej, depresyjnej.

I. Panna NN., lat 37. Ojciec [również mój pacyent] umarł na gruźlicę; matka umarła na raka; brat jeden cierpi na pomieszanie zmysłów. Inne rodzeństwo zdrowe, jednak brat przyrodni nerwowy, oryginał. Pacyentka żadnych organicznych cierpień nie przechodziła. Od lat 15-tu miewa okresy, w których się czuje nie dobrze. Wtedy ma głowę odurzoną, trudno jej jest myśleć, trudno rachunek zrobić, nie jest nigdy pewna siebie, jest przekonania, że wszystko źle robi. Najbardziej chora skarży się na uczucie odurzenia w głowie oraz na to, iż w oczach i twarzy czuje jakies zdrętwienie, robiące jej wrażenie, jakby cała twarz pokryta była maską, albo jakby twarz, oczy i nos nie do niej należały. Stale doświadcza nieprzyjemnego uczucia w okolicy serca. Przez cały ten czas chora nie sypia prawie wcale: jedną do dwóch godzin na dobę. Stolec zaparty. Łaknienia niema wcale. Chora chudnie wyraźnie. Bólów głowy w tym okresie nie doświadcza chora wcale; przeciwnie, wołałaby nawet, gdyby ją coś bolało, bo ją to wyprowadza ze stanu odrętwienia.

W tym stanie chora zajmuje się, czyta, zmusza się nawet do tego, ale nie wiele ją to bawi, nie wiele rozumie; bywa w towarzystwie, ale ją to bardzo

wiele kosztuje. Ruch na świeżem powietrzu trochę ją orzeźwia. Taki stan trwa dwa do trzech miesięcy. Potem, nieraz nagle, jednej nocy chora śpi bardzo dobrze i wtedy budzi się zupełnie inna. Zdaje jej się, jakgdyby się ocknęła z długiego snu, jest wesoła, wszystkiem się interesuje i zajmuje, ale bez podniecenia. Przeciwnie, w pierwszych chwilach chętnie i dużo sypia, jak gdyby chciała odespać nieprzespane nocy poprzedniej fazy. Uczucie zmęczenia, bóle w krzyżu i udach, jakich doświadczała w fazie przygnębienia [prawdopodobnie wskutek niesypiania] znikają; chora czuje się dobrze, ma dobry apetyt; tylko stolec zawsze zaparty, a od czasu do czasu przychodzą bóle głowy, których w poprzedniej fazie nie bywało. Przejście od fazy przygnębienia do okresu dobrego zdrowia nie zawsze bywa tak nagle, jak to wyżej wspomniano; niekiedy poprawa ustala się powoli w ciągu kilku dni. Okres dobrego zdrowia trwa także kilka miesięcy. Pogorszenie przychodzi dość prędko, ale nigdy tak nagle, jak poprawa. Zawsze pogorszenie chora przypisuje jakiemuś zmęczeniu fizycznemu lub wpływom moralnym. Badanie nie wykrywa żadnych objawów objektywnych.

Chora systematycznego leczenia nie przechodziła nigdy; wszystko jednak, co dotychczas robiła, nie wywierało żadnego wpływu na przebieg choroby.

Podobnych przypadków widziałem jeszcze kilka; jeden z nich zasługiwał na uwagę przez to, że okres przygnębienia cechował się przedewszystkiem obłędem powątpiewania (*folie du doute*). Chora nie tyle skarżyła się na przygnębienie, smutek, ile na to, że nigdy nie jest pewna siebie: nie wiedziała, czy ma wstać, czy nie, jaki ma włożyć kapelusz, jaką suknię, czy wyjść, czy nie, co zrobić, jednym słowem—była w ciągłych wątpliwościach. Ten stan napełniał ją taką trwogą, że sama bez towarzystwa męża lub innej osoby kroku zrobić nie chciała; znalazłszy się bowiem na ulicy, literalnie nie wiedziała, co z sobą zrobić. Leczenie hypnotyczne dużą w tym razie sprowadzało ulgę.

W jednym przypadku, który niedawno widziałem, faza przygnębienia cechowała się tylko ociężałością, niezdolnością do pracy, bólem krzyża, uczuciem duszności. Chory cały dzień leżał i najchętniej spał, nie doświadczał ani bólów głowy, ani obaw.

Dwa następujące przypadki stanowią przejście od neurastenii peryodycznej do kołowej, faza mianowicie podniecenia jest tu tak niewyraźnie zaznaczona, że wogóle trudno jest powiedzieć, czy istnieje ona, czy nie.

II. N. N., lat 55, zamężna, bezdzietna, żona kupca. Ojciec bardzo nerwowy, sparaliżowany, żyje, matka umarła na gruźlicę. Siostra nerwowa, bracia pomarli w dzieciństwie.

Chora, będąc młodą, cierpiała dłuższy czas na niemyt kiszek (?) i rozdęcie żołądka (?). Już od dzieciństwa miewała dni zdrowia i dni choroby. Lekarze brali stan ten za febrę i przepisywali chininę. Pogarszające się zdrowie zmusiło wreszcie chorą do udania się do mnie po poradę. Stan swój chora opisuje w następujący sposób: już budząc się, czuje się niedobrze, zaraz zrana miewa kilka rzadkich wypróżnień, cały dzień czuje się niedołązną, odętą, smutną, doświadcza uczucia strachu i bicia serca, staje jej przed oczami jakiś obraz z jej dzieciństwa, o którym nie myśli nigdy, a któremu teraz opędzić się nie może. Gło-

wa czasami boli, lecz nie stale. Chora wtedy pracuje, ale niechętnie, jak tylko może, to się od pracy usuwa. Trudno jej rachować, trudno coś postanowić, waha się we wszystkim. Najchętniej cały dzień przechadzałaby się.

Taki stan trwa zazwyczaj do wieczora. Wieczorem chora czuje się już lepiej. Śpi dobrze i na drugi dzień wstaje zupełnie zdrową: jest wesoła, czynna, trochę, być może, podniecona, wszystko widzi w dobrych kolorach, pracuje za dużo. Co do tego ostatniego jednak chora nie jest w stanie dokładnie określić, czy ta nadmierna praca jest następstwem podniecenia, czy też wynika ztąd, iż chora wie, że następnego dnia nie będzie mogła pracować. To znowu trwa najczęściej jeden dzień, poczem idzie zła noc z przerywanym snem, a rano chora budzi się przygnębiona. Rzadko się zdarza, aby pojedyncze okresy trwały dłużej, niż jeden dzień. Pacjentka chorobą swoją jest w najwyższym stopniu zrozpaczona: nie może nigdy zrobić żadnego projektu, przedsiębrać podróży i, jak powiada, wolałaby ciągły stan przygnębienia, aniżeli te nieustające zmiany.

Objektywne badanie nie wykazuje nic szczególnego.

Chorą widziałem raz jeden, o dalszych jej losach więc nie powiedzieć nie umiem.

III. N. N., lat 35, inżynier. Ojciec stary żyje, cierpi na cukrzycę; matka umarła wskutek *sarcoma uteri*; ciotka bardzo zapalczywa, potrafiła rzucać przedmiotami na innych. Wyraźnych jednak chorób nerwowych w rodzinie niema.

Sam chory, bardzo inteligentny, powiada, iż od dzieciństwa już przedstawiał pewne objawy obłędu powątpiewania (*folie du doute*), jak sam określa, niewiary w siebie. Zresztą był zdrów, tylko stale doświadczał ociężałości w nogach. Ośm lat temu chorował na syfilis, wskutek czego wziął 90 wcierań.

Około czterech lat temu brał udział przy budowie kolei syberyjskiej, dużo bardzo pracował umysłowo i fizycznie. Już wtedy chory zauważył częściowy stan apatii, którą z biegiem czasu stała się coraz wyraźniejszą. Obecnie choroba przedstawia się, jak następuje: N. N. od rana budzi się apatycznym, nie może się zdecydować wstać, a wstawszy, żadnej pracy, a mianowicie umysłowej, oddać się nie może. Najchętniej siada na krześle, nogi zakłada na drugi i tak całymi godzinami siedzi, nie nie myśląc, „jakby go nie było“. Wtedy chciałby spać cały dzień, choć się od tego siłą wstrzymuje. Ociężałość nóg powiększa się, zjawia się ból w łydkach. Rozmowa bardzo go męczy; apetyt pomimo apatii bardzo dobry. Ten stan dochodzi do najwyższego stopnia między 8—10 wieczorem: wtedy chory literalnie jest śpiący. Nagle między 10—11 następuje zmiana i to niemal w przeciągu kilku minut: chory robi się wesołym, pobudzonym, ciągle by chodził, pracuje, może nawet bardzo dużo pracować, odrabia całe swe zajęcie, robi nowe plany i projekty. Noc spędza chory bardzo dobrze, ale rano budzi się znowu z apatią. Jeżeli wyjeżdża na linię kolejową lub do Warszawy na kilka dni, wtedy apatii wcale nie bywa, lecz przeciwnie chory znajduje się wciąż w stanie lekkiego pobudzenia. Zawsze w lecie chory czuje się lepiej, niż w zimie. Twierdzi on, iż tak jak w ciągu dnia ma okres poprawy i pogorszenia, tak i w ciągu roku istnieje okres, w którym objawy są bardzo wyraźne i taki, w którym cierpienie znacznie słabnie.

W zimie zjawia się zawsze impotencja, która w lecie nie tylko przechodzi, ale nawet ustępuje miejsca ekscytacji.

Badanie obiektywne: Lewa źrenica o wiele szersza od prawej, nie reaguje ani na światło, ani na akomodację. Prawa źrenica zupełnie prawidłowa. O tej nierówności źrenic chory już wie od 1½ roku. Odruch kolanowy bardzo żywy. Bólów strzelających niema. Czucie prawidłowe. Oddawanie moczu nieco utrudnione [chory przechodził trypra i *apidydimitis*]. Innych zmian nie ma. [D. n.]

II. ASTHMA VESICALE.

PRZYCZYNEK DO POWSTAWANIA DYCHAWICY U STARCÓW
przy niedostatecznym opróżnianiu się pęcherza moczowego.

Skreślił

D-r med. Józef Pawiński,
starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

— * — * —

Wiadomo, że w czasach dawniejszych wyraz „*asthma*“ miał bardzo rozległe zastosowanie. Używano go w celu określenia wszelkiego rodzaju utrudnionego oddechu, występującego w postaci napadów, niezależnie od istotnej przyczyny tychże. Dotychczas jeszcze u chorych przechowała się tradycja takiego obszernego pojmowania astmy, wyjątkowo zaś tylko u niektórych lekarzy i to starszej daty. Z pojęciem wszakże astmy nie łączyła się idea dobroczynnego, zapobiegającego od innych groźniejszych chorób przejawu, jak się to miało np. z hemoroidami; była ona synonimem nieuleczalnej choroby, najczęściej narządu oddechowego, charłactwa, starości. Przestraszała więc raczej, aniżeli pocieszała pacjentów. I obecnie jeszcze chorzy, dotknięci dusznością, zadają nieraz lekarzowi trwożliwe zapytanie: „czy to czasem nie astma?“. LAENEC'owi, owemu twórcy fizykalnego badania organów klatki piersiowej, należy się zasługa ścisłego wyróżnienia astmy t. zw. esencjonalnej, samoistnej [nerwowej], w której, w czasie wolnym od napadów, żadnych zmian w narządzie oddechowym wykryć niepodobna, — od astmy, zależnej od nieżyty oskrzeli, rozedmy i t. p..

Z biegiem czasu, dzięki udoskonaleniu metod chemicznego i fizykalnego badania, zaczęto wyodrębniać t. zw. dychawicę mocznicową (*asthma uraemicum*), występującą w przebiegu chorób nerek, — dychawicę sercową (*asthma cardiale*), towarzyszącą zaburzeniom w krwiobiegu. Później, wobec znacznego rozwoju neuropatologii, dokładniej określono udział ośrodkowego, jak również obwodowego układu nerwowego w powstawaniu astmy. Tutaj też należą: dychawica odruchowego pochodzenia, np. z żołądka (*asthma dyspepticum*), z macicy, i jajnika (*asthma uterinum, ovariale*), z narządów płciowych męskich i t. p..

W ostatnich znowu latach, dzięki badaniom JAKSON'a, SENATOR'a, BUCHARD'a i innych nad powstawaniem t. zw. samozatrucia (*autointoxicatio*) pier-

wiastkami bądź to prawidłowej, bądź też nieprawidłowej przemiany materii, zakres samoistnej, nerwowej astmy znacznie uszczuplonym został. Przekonano się, że wiele stanów patologicznych [pomiędzy niemi i dusznica], których źródło upatrywano w układzie nerwowym należy odnieść do zakłócenia czynności, nie tylko nerek, lecz i przewodu pokarmowego, *resp.* wątroby, trzustki. Że tak jest rzeczywiście, na to wskazują niektóre przypadki astmy nerwowej, niekiedy bardzo uporczywe, oddawna znane lekarzom-praktykom.

W przypadkach tych najpomyślniejsze rezultaty otrzymywano z zastosowania niektórych wód mineralnych, jak np. Karlsbadu, Maryjenbadu, lub wód słonych [Kissingen, Homburg, Wiesbaden i t. p.], wpływających na wzmożenie czynności niektórych narządów wydzielniczych, przyspieszających przemianę materii. Miało to miejsce nawet wówczas, kiedy różne leki uspokajające, narkotyczne i t. p. nie były w stanie oswobodzić chorych od męczących napadów dychawicy. Okazuje się więc, że nauka o t. zw. samozatruciu organizmu i w tym dziale patologii znajduje swoje uzasadnienie.

W pracy swej ¹⁾ „*Polyptnoe*“ starałem się wykazać, że nawet dla objaśnienia dusznicy, występującej na tle zaburzeń cyrkulacyjnych, np. w wadach serca, nie możemy się ograniczyć na odszukiwaniu przyczyn mechanicznej natury. Zmuszeni jesteśmy często zwracać się do przypuszczenia zatrucia organizmu pewnymi ciałami, powstającymi przy przemianie materii, a które nie mogą być wydalone z ustroju. Ciała te wywierają wielki wpływ na ośrodki oddechania i krwiobiegu, i tym sposobem stają się źródłem duszności; narządem zaś, który w sprawie samozatrucia ustroju najważniejszą odgrywa rolę, są niewątpliwie nerki. Jaki wpływ upośledzenie czynności tychże na ustrój wywiera, najlepiej wykazuje nam t. zw. mocznica. Na tem miejscu z różnych jej postaci wspomnimy tylko o dychawicy mocznicowej (*asthma uraemicum*). Rozpoznanie tejże nie przedstawia zazwyczaj wielkiej trudności, gdyż występuje wówczas, kiedy już zmiany w jakości i ilości moczu, jak również w innych narządach [zwłaszcza w sercu] są bardzo wydatne.

Inaczej rzecz się ma skoro samozatrucie ustroju ma swoje źródło nie w cierpieniu nerek, nie w wyróbce moczu, lecz w niepełnym wydalaniu go na zewnątrz. Zdarza się *to najczęściej przy niedostatecznym opróżnianiu się pęcherza moczowego, co zazwyczaj ma miejsce w przypadkach, w których kurczliwość pęcherza zostaje upośledzoną. Punktem wyjścia podobnego stanu bywa albo samoistne cierpienie pęcherza [starość, sprawa miażdżycowa naczyń], albo też następce, wywołane przerostem gruczołu krokowego, zwężeniem cewki moczowej, nowotworami i t. p. Wówczas pęcherz, wskutek przeszkód, jakie przy swem kurczeniu się napotyka, nie opróżnia się należycie, ulega rozszerzeniu i daje powód do zatrucia. Ponieważ jednak przez długi przeciąg czasu czynność nerek odbywa się prawidłowo, lub też nieznaczne tylko przedstawia zboczenia, stąd też pewne objawy bądź to ogólne, bądź też odnoszące się do zmienionych czynności niektórych oddalonych narządów, nie

¹⁾ Napady częstego oddechania (*polyptnoe paroxysmale*) ze stanowiska klinicznego. Gazeta Lekarska. r. 1896.

jesteśmy pochopni postawić w związku z upośledzoną sprawnością pęcherza. W takich właśnie razach, skoro nie doszło jeszcze do wytworzenia się nieżytu, badanie jakościowe moczu daje albo rezultat zupełnie ujemny, albo też zmiany, jakie nam analiza dostarcza, są tak nieznaczne, iż najczęściej lekarz nie przypisuje im ważnego znaczenia w ogólnym obrazie choroby. Z drugiej znowu strony, zważywszy, że odpływ moczu na zewnątrz nie jest zupełnie powstrzymanym, a takie właśnie przypadki mamy tu na myśli, więc też i objawy, zależne od samozatrucia ustroju, nie bywają zazwyczaj tak wydatne, jak to ma miejsce przy cierpieniu nerek, lub też przy całkowitem zatrzymaniu moczu.

Z pomiędzy zaburzeń, jakie są właściwe owej intoksykacji, prof. GUYON¹⁾ szczególnie kładzie nacisk na przypadłości ze strony przewodu pokarmowego, występujące w postaci niestrawności, rozwolnienia i t. p. Ponieważ zaś o wpływie na przyrząd oddechania i krążenia krwi, autor ten ogólnikowo się wyraża, powołując się na analogiczne zaburzenia właściwe cierpieniom nerek, a w najnowszej pracy prof. JAKSCH'a²⁾ o zatruciach znalazłem zaledwie kilka słów wzmianki w tym przedmiocie, postanowiłem więc kwestyę tę poruszyć w nadziei, że spostrzeżenia moje mogą się stać przyczynkiem do wyjaśnienia ważnego udziału podobnych stanów w etiologii niektórych postaci dusznicy.

Spostrzeżenie I. Pan X., lat 76 liczący, zaczął doznawać od kilku tygodni silnej duszności, głównie w nocy, połączonej z tłoczącym bólem w górnej i średniej części mostka, wskutek czego zmuszony był przepędzać noce w pozycji siedzącej, w fotelu. Napady duszności nie zjawiają się codziennie; po nocach dobrych chory zwykle w ciągu dnia czuje większą duszność przy chodzeniu, ubieraniu się i t. p. i naodwrot, miewa dnie lepsze po nocach, w których dychawica więcej mu dokuczala.

Stan obecny. Budowa dobra. Odżywianie średnie. Cera bladawa. Tkanki tłuszczowej dość duża ilość. Tętno dość mocno napięte, duże, twarde, uderza 80—90 razy na minutę. Oddech podczas spokoju 26, po ruchu 36—40, w czasie zaś nocnych napadów dochodzi nieraz do 60. W okolicy kostek nieznaczny obrzęk. Granice płuc umiarkowanie obniżone, w dolnych odcinkach słychać nieco rzężeń wilgotnych.

Uderzenia wierzchołkowego nie czuć. Tępość serca zmniejszona [wskutek rozedmy płuc]. Tętno czyste, tylko niekiedy, i to w pozycji stojącej, słychać u wierzchołka serca, rzadziej u podstawy szmer rozkurczowy, który na mocy pewnych właściwości należało odnieść do niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty. Wątroba nieco powiększona. W okolicy pępka znajduje się guz wielkości średniej pięści, wystający po nad linię pępkową na 2—3 palce, zlewający się jakby z okrężnicą poprzeczną. Guz ten, według słów lekarza domowego kol. H., istnieje od lat kilku, nie powiększa się, brany

¹⁾ Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires par FELIX GUYON. III édition. Paris. 1896.

²⁾ Spec. Pathologie und Therapie von prof. NOTHNAGEL s. I Bd. Die Vergiftungen. Wien. 1894 r.

zaś był za tłuszczak, lub też inny niezłośliwy nowotwór, który choremu żadnych dolegliwości nie sprawiał, zwłaszcza co się tyczy czynności przewodu pokarmowego. Mocz wydziela się w dostatecznej ilości, około 2000—2200 ctm. sześć. na dobę, oddziaływa kwaśno, ciężaru właściwego 1012, zawiera mało mocznika [7,85 grm. w 1000 ctm. sześć. moczu], dość dużo kwasu moczowego, ślady białka i acetonu. W osadzie znajdowano wałeczki szklistawe.

Rozpoznanie. *Arteriosclerosis. Insufficiencia valvul. aortae relativa. Asthma cardiale et angina pectoris.*

Uważając za źródło choroby zaburzenia w układzie naczyniowym, przepisaliśmy choremu z początku małe dawki naparstnicy, później jodek potasu i dyetę mleczną. Pod wpływem tych środków napady duszności występowały coraz rzadziej, tak, że chory był w stanie po kilka godzin sypiać w łóżku, a w dzień mógł swobodniej, niż poprzednio, przechadzać się po pokoju. Poprawa trwała jednak nie długo, gdyż po upływie dwóch tygodni stan znowu zaczął się pogarszać. Tępość serca uległa znacznemu powiększeniu w wymiarze poprzecznym w kierunku na prawo i na lewo, u wierzchołka wystąpił szmer skurczowy, a na kończynach dolnych zjawił się nieznaczny obrzęk. Dane te wskazywały na w rozszerzenie jam serca i osłabienie mięśnia sercowego. W nocy zaczęły znowu występować napady duszności, które przedstawiały się rozmaicie: albo w postaci typowego *polypnoe*, albo jako *asthma cardiacum*, lub wreszcie jako *angina pectoris*. Zazwyczaj tym zaburzeniom w oddechaniu towarzyszyło dość napięte, częste tętno, niekiedy wszakże stawało się ono słabym, miękkim, a kończyny chłodnymi, tak, że trzeba było eter, kamforę lub kofeinę choremu wstrzykiwać. Pomimo pogorszenia nie można było, po ustąpieniu dychawicy, żadnych zaburzeń ze strony płuc i nerek zauważyć.

Zwolna choroba wzięła zupełnie inny obrót i to bez udziału jakichkolwiek ważniejszych środków farmaceutycznych, leczenie bowiem ograniczało się tylko na zastosowaniu odpowiedniej diety i od czasu do czasu słabych środków przeczyszczających. Wystąpił dziwny stan mózgowy: chory był prawie nieprzytomny, bliskich swoich nie poznawał, często nawet bredził, przy czem źrenice słabo oddziaływały na światło. Jednocześnie duszność, jak również obrzęk kończyn dolnych zaczęły się zmniejszać, chory noce przepędzał w łóżku w pozycji leżącej, żadnych napadów, ani też *polipnoe*, ani też astmy sercowej nie miewał. Serce przyjęło dawne rozmiary, objawy rozszerzenia ustąpiły [szmer systoliczny, u wierzchołka serca słyszalny, znikł również], a dobową ilość moczu dochodziła do 2000 ctm. sześć.. Stan ten trwał około miesiąca. Rodzina chorego sądziła, że rozwija się nieuleczalna choroba umysłowa. Ponieważ zaś w czasie tym niepodobna było zauważyć żadnych objawów ogniskowych, ani też podwyższenia ciepłoty, najprawdopodobniejszym więc było przyjęcie obrzęku mózgu, wywołanego zaburzeniami w układzie naczyniowym. Utratę zaś świadomości i wogóle władz umysłowych objaśnialiśmy sobie wpływem toksycznym pierwiastków nieprawidłowej przemiany materii na korę mózgową.

Później nastąpiła znowu zmiana: przytomność powróciła, chory zaczął wszystkich poznawać, wiedział, gdzie się znajduje, odżywał się dobrze. Okres

ten względnego zdrowia, w którym chory żadnych dolegliwości ze strony serca nie doświadczał i sypiał wybornie, trwał około 4 tygodni. Po upływie tego czasu zaczęły znowu występować niepokojące objawy: przy najmniejszym ruchu, np. przy jedzeniu, zmianie pozycji, głośniejszem mówieniu, oddawaniu moczu i t. p. zjawiała się duszność nie tylko podmiotowa, lecz i przedmiotowa, przy czem tętno było zawsze dość mocno napiętem, miarowem i nieco przyspieszonym. Tępość serca przyjęła znowu większe rozmiary, prawa granica przechodziła za prawy brzeg mostka, lewa zaś znajdowała się w linii pachowej, przedniej. U wierzchołka słycać było szmer skurczowy. Słowem, mieliśmy dane, wskazujące na rozszerzenie jam serca. Rzecz ciekawa, że ze strony narządu oddechowego [oprócz przyspieszonego oddechu], ani też ze strony czynności nerek nie byliśmy w stanie dostrzedz ważniejszych zaburzeń. Mocz wydzielał się w dostatecznej, nawet nieco zwiększonej ilości, zawierał tylko ślady białka i cylindry szklistawe, wyjątkowo tylko ziarniste, i to w niewielkiej ilości. Obrzęk kończyn dolnych ograniczał się tylko do stóp i nigdy do wielkich rozmiarów nie dochodził, pomimo iż chory przeważnie w pozycji siedzącej pozostawał.

Pod wpływem naparstnicy, jodku potasu, kofeiny następowała pewna poprawa, wogóle jednak chory w ciągu kilku tygodni miał się niedobrze. W nocy dokuczały mu albo napady typowego, krótkotrwałego *polypnoe*, albo też, co częściej bywało, napady dychawicy sercowej, połączonej z ogólnem osłabieniem, bólami stenokardyalnymi. Jakkolwiek zwykle owym zaburzeniom w oddechaniu towarzyszyło dość napięte, nawet duże tętno, zdarzało się jednak, że stawało się ono słabem, częstem i zmuszało nas do stosowania środków pobudzających. Ponieważ zaś, z biegiem czasu, napady stawały się coraz groźniejsze, a środki pobudzające ulgi choremu nie przynosiły, wypadało więc uciec się do podskórnych wstrzykiwań morfiny, które też znacznie na złagodzenie napadów wpływały. Niekiedy podawaliśmy choremu wodan chloralu, najczęściej w postaci lauwatyw [2j—3s], które nawet lepiej znosił, niż morfinę, gdyż po nim nie doświadczał ani nudności, ani wymiotów, występujących zwykle w kilka godzin po morfinie.

Co się tyczy łaknienia, to bywały dni, niekiedy zrzedu kilka, w których było ono znaczne; chory jadał wówczas dość dużo i to różne nawet trudno strawne pokarmy, poczem następowały dni, podczas których, bez widocznego powodu, łaknienie stawało się mniejszem, a niekiedy zamieniało się na wstręt do jedzenia. Wówczas czuł niesmak w ustach, jakąś nieprzyjemną woń, a opiekująca się chorym córka pierwsza zwróciła naszą uwagę, iż z ust jego wydobywa się jakiś zapach czosnku, uwydatniający się głównie na łyżce, używanej przez chorego przy jedzeniu. Woń tę, charakteryzującą aceton, byliśmy w stanie wielokrotnie stwierdzić. Najczęściej po kilku dniach takiej utraty apetytu występowały, bez żadnej przyczyny, niekiedy na czczo, obfite wymioty, po których chory czuł się znowu znacznie lepiej, odzyskiwał łaknienie i trawił doskonale. W masach wymiotnych można było wykazać dość znaczną ilość acetonu, w moczu zaś nie znajdowano go w tych razach albo zupełnie, albo występował on tylko w nieznacznych śladach.

Ponieważ przebieg kliniczny miał dla nas dużo zagadkowego i wskazywał na jakieś zatrucie ustroju, którego wszakże źródła nie bylibyśmy w stanie wynaleźć, postanowiliśmy więc wspólnie z kol. H. poprosić na naradę prof. K. w celu zbadania natury guza i zdecydowania, czy nie odgrywa on jakiej ważnej roli w obrazie chorobowym. Jakoteż po założeniu cewnika okazało się, iż pomimo bardzo wysokiego położenia owego guza [ponad pępkiem] jest on niczem innym, jak tylko mocno rozciągniętym pęcherzem moczowym. Pomimo iż chory niedawno przed badaniem mocz oddawał w ilości 300 ctm. sześć. wydobyto jeszcze około 750 ctm. sześć. przezroczystego moczu, nie opróżniając oczywiście całkowicie pęcherza. Badanie moczu tego wykazało: ciężar właściwy 1010, oddziaływanie słabo kwaśne, mocznika 7,15‰, indykanu i skatolu dużo, białka 0,2‰, wałeczki przeważnie szkliste, kilka zaledwie ziarnistych.

Powodem rozciągnięcia pęcherza było znaczne powiększenie gruczołu krokowego, które stanowiło przeszkodę dla całkowitego wydalania moczu na zewnątrz. Pomimo iż dobową ilość moczu wynosiła około 2000—2500 ctm. sześć., znaczna część pozostawała w pęcherzu i mogła dać powód do zatrucia ustroju. Że tak niewątpliwie było, za tem przemawia fakt, zasługujący na szczególną uwagę, iż skoro zaczęto systematycznie dwa razy dziennie opróżniać pęcherz za pomocą cewnika, napady *polypnoe*, *asthma cardiac.*, *angin. pectoris* ustąpiły zupełnie i w ciągu kilku miesięcy ani razu nie powtórzyły się. Chory czuł się od pierwszego wypuszczenia moczu jak najlepiej, odbywał dłuższe spacery bez zmęczenia, odzyskał siłę, łaknienie, sen. Napięcie tętna stało się mniejszem, szmery ustały, a sprawność serca nie przedstawiała nic do życzenia. Słowem, cały stan chorego zmienił się do niepoznania.

Mieliśmy więc w danym przypadku zatrucie ustroju w rodzaju mocznicy, tylko w odmiennej nieco postaci, niż w tej ostatniej zwykle bywa. Zwiększenie ciśnienia w układzie tętniczym i nagle zmniejszenie tępości serca, objawy które zwykle były zwiastunami zbliżającego się napadu duszności, należy sobie tłumaczyć pobudzającym działaniem toksycznych pierwiastków na ośrodek naczynio-ruchowy i oddechowy. Po napadzie, skoro skurcz drobnych naczyń mijał, tętno stawało się mniej napiętem, rzadszem, a serce ulegało rozszerzeniu. Co się zaś tyczy owego ustąpienia zaburzeń ze strony narządów krwiobiegu i oddechania podczas kilkotygodniowego istnienia objawów mózgowych, to wyjaśnienia tego szukalibyśmy w odciążeniu [rewulsyi] pewnych ciał trujących od wspomnianych dopiero co narządów do mózgu [za pomocą przesięku do błon i komórek tegoż].

Dopiero po upływie sześciu miesięcy wystąpiły objawy ropnego zapalenia pęcherza. Obraz chorobowy był zupełnie innym, niż poprzednio. Zjawiła się gorączka o nieprawidłowym typie, wogóle jednak niewielka; co kilka dni ciepłota ciała podnosiła się znacznie do 40°, wyprzedzały ją zaś silne dreszcze. Chory szybko tracił siłę, stawał się apatycznym, sennym, tylko chwilowo odzyskiwał przytomność, aż wreszcie po 2 tygodniach wśród wzrastającej śpiączki życie zakończył. Na zaznaczenie zasługuje, iż do samego prawie końca

serce odbywało swą czynność prawidłowo, a ze strony narządu oddechania nie byliśmy również w stanie zauważyć żadnych zбоceń.

Spostrzeżenie II. Pan G., lat 78 liczący, emeryt, doznawał od lat kilku bólów w przedniej części klatki piersiowej, zwłaszcza w górnej i średniej części mostka. Bóle te rozpromieniały się na kończyny górne i do kolumny kręgosłupowej, występowały zaś głównie przy chodzeniu. Skoro przystanął, chwilę odpoczął, ból szybko ustępował, poczem już swobodnie mógł iść dalej. Z biegiem czasu bóle zjawiały się nawet przy bardzo nieznacznych ruchach, np. przy ubieraniu się, oddawaniu moczu, niekiedy zaś wśród zupełnego spokoju, np. w nocy w łóżku. Najlepszym lekiem, który łagodząco na ból wpływał, była nitrogliceryna.

Od kilku tygodni chory zaczął doznawać napadów innego rodzaju, mianowicie dychawicy, przeciwko którym nitrogliceryna okazuje się bezskuteczną. Zjawiają się zaś głównie w nocy, są niezmiernie dokuczliwe, towarzyszy im granie w piersiach, a niekiedy, zwłaszcza w silniejszych napadach, wydzielanie się pianistej, nieco na różowo zabarwionej płwociny. Dychawica ta albo występuje od razu bez żadnych zwiastunów, albo, co częściej się zdarza, przyłącza się do bólów stenokardyalnych powyżej opisanych.

Budowa dobra. Odżywianie nieszczęśliwe. Tkanki tłuszczowej mało. Tętnice promieniowe, jak również inne, powierzchownie przebiegające, przedstawiają się mniej lub więcej stwardniałymi. Tętno dość mocno napięte, o średniej fali, uderza 80 razy na minutę.

Granice płuc obniżone. Oddech w górnych odcinkach zaostrozony, w dolnych osłabiony.

Uderzenia wierzchołkowego nie można wyczuć. Tępość serca powiększona w wymiarze poprzecznym w kierunku na lewo. U wierzchołka słychać podczas skurczu głośny szmer, u podstawy zaś serca, a zwłaszcza w przebiegu aorty, występuje również szmer systoliczny tylko z innym, niż u wierzchołka, odcieniem. Drugi ton tętnicy płucnej wzmożony.

Wątroba dość znacznie powiększona, wystaje znacznie z pod prawego podżebrza, a brzegiem dolnym dosięga linii pępkowej poprzecznej. Język nieco obłożony, łaknienie małe, stolce opieszale. Mocz wydziela się w ilości 2000—2500 ctm. sześć. na dobę, ciężaru właściwego 1010—1012, reakcji słabo kwaśnej, zawiera mało mocznika [8—12⁰/₁₀₀] i stosunkowo dość dużo kwasu moczowego.

Diagnosis: Endoarteriitis diffusa. Angina pectoris. Asthma cardiale. Insuffic. v. mitralis.

Wobec powyższego wydało nam się najprawdopodobniejszym przyjęcie za źródło cierpienia zmiany w układzie naczyniowym, a zwłaszcza w tętnicach wieńcowych. Następstwem tychże zmian mogło być zwyrodnienie włókien mięsnych serca, *resp.* osłabienie lewej komórki. Ztąd też i względna niedomykalność zastawki dwudzielnej. Przy dalszej obserwacji chorego uderzało nas, iż pomimo stosowania różnych leków, wzmacniających czynność serca, jak również środków odciągających na przewód pokarmowy, otrzymywaliśmy

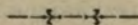
bardzo małą poprawę. Wobec tego zaczęliśmy starannie wypytywać się chorego co do okoliczności poprzedzających, lub wywołujących dychawicę. Wówczas dowiedzieliśmy się, iż od kilku miesięcy doznaje on głównie w nocy częstego parcia na mocz, połączonego niekiedy z uczuciem bólów dolnej części brzucha, wskutek czego zmuszonym jest kilka razy w nocy wstawać. Wtedy to właśnie dychawica najwięcej mu dokucza. Podczas dnia dolegliwości te zupełnie ustępują, przyczem i ilość moczu jest o połowę mniejsza, niż w nocy.

Wobec objawów podrażnienia pęcherza zaleciliśmy choremu czopki narkotyczne już to z morfiny, już to z makowca, lub wileczej jagody, przy użyciu których napady duszności występowały w słabszym stopniu. Ponieważ jednak poprawa nie była trwałą, zawezwałem na poradę chirurga, kolegę G. w celu dokładnego zbadania kiszki i pęcherza moczowego. Okazało się, iż pęcherz znajduje się w stanie rozciągnięcia, nie opróżnia się dostatecznie; wkrótce po oddaniu moczu przez chorego można było za pomocą podwójnego badania od strony kiszki i powłok brzusznych wyczuć nie opróżniony pęcherz, po założeniu zaś cewnika wydobyliśmy jeszcze około 300 ctm. sześć. czystego moczu, pozostawiając prócz tego pewną jego część w pęcherzu. Mocz ten nie różnił się pod względem swego składu chemicznego od moczu, wydalonego poprzednio przez samego chorego zwykłym sposobem. Powodem zaś owego rozszerzenia pęcherza, było prawdopodobnie ogromne powiększenie gruczołu krokowego, który na szyjkę pęcherza ucisk wywierał i stanowił przeszkodę dla wydalania się moczu.

Wówczas zaczęto systematycznie 1—2 razy dziennie pęcherz opróżniać za pomocą cewnika, przyczem nastąpiła tak znaczna poprawa w stanie chorego, jakiej nigdy poprzednio nie udało nam się zauważyć. Przedewszystkiem napady dychawicy, jak również stenokardyi, ustąpiły prawie zupełnie, zjawiały się bardzo rzadko i to tylko po zmęczeniu, przepełnieniu żołądka i t. p.. Parcie na mocz mniej niepokoiło chorego podczas nocy, ilość moczu zmniejszyła się do 1800—20.0 ctm. sześciennych. Wskutek poprawy łaknienia odżywianie poprawiło się znacznie, chory odzyskiwał siły z każdym dniem, tak, iż po 4 tygodniach mógł odbywać umiarkowane przechadzki, a po upływie 2 miesięcy powrócił do swych zajęć biurowych, które dotychczas od roku spełnia. Cewnik zakłada codziennie 1—2 razy, poddając go zawsze starannemu wyjałowieniu.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



I Unverricht. O padaczce [epilepsia].

Na zeszłorocznym [1897] kongresie dla medycyny wewnętrznej U. miał o padaczce odczyt, w którym wypowiedział swe zapatrywania na patogenzę tego tak rozpowszechnionego, a ciemnego cierpienia, którem w samych Niemczech ma być dotkniętych około 100000 osób. Prócz badań klinicznych U. pogląd swój oparł na przeszło 400 doświadczeniach, dokonanych od r. 1883 na zwierzętach przez niego i przez jego uczniów. Zdaniem U., mówiąc nawiasowo nie przez niego pierwszego i nie przez niego jedynie wypowiedzianem, przeważna ilość jeśli nie wszystkie przypadki tak zw. padaczki samoistnej (*epilepsia essentialis, genuina*) zależą od cierpienia kory mózgowej, wbrew dość rozpowszechnionemu przekonaniu, iż padaczka jest objawem podrażnienia [na skutek niedokrwiistości—KUSSMAUL] rdzenia przedłużonego, a mianowicie wykrytego także przez NOTHNAGEL'a ośrodka drgawek (*Krampfcentrum*). Zdanie swe U. opiera przedewszystkiem na analogii drgawek padaczkowych u człowieka z drgawkami, jakie wywołać można u zwierząt przez drażnienie kory mózgowej, analogia, którą wykazał także odnośnie do innych objawów padaczki, jak: zaburzenia w krążeniu, oddechaniu, wydzielaniu śliny i moczu i t. d..

Wyniki licznych doświadczeń U. każą wnosić, iż podrażnienie padaczkowe rozszerza się po powierzchni kory mózgowej, od jednego ośrodka ruchowego do drugiego najbliższego, po najkrótszych włóknach nerwowych, a przebiegłszy przez wszystkie ośrodki ruchowe jednej półkuli mózgowej, przechodzi ono na drugą półkulę, gdzie stale pobudza najpierw ośrodek mięśni kończyny tylnej, z kąd szerzy się kolejno po innych ośrodkach. Drażnienie więc przebiega w półkulach pewną kolistą linią, a każdy napad padaczkowy składa się z 2 części. Jakikolwiek jest początek i przebieg drgawek w połowie ciała pierwotnie drgającej w padaczce, sztucznie wywołanej u zwierząt, to w drugiej połowie ciała zawsze jest taki sam, to jest zaczyna się w kończynie tylnej, a potem drgawki ogarniają sąsiednie ośrodki: kończyny przedniej, żuchwy, języka i t. d. Tego faktu teorya „medullarna“ padaczki wytłomaczyć by nie mogła. Jeśli drażnienie kory mózgowej powtarzać często, to napady drgawek powstają coraz szybciej i coraz prędzej ogarniają wszystkie mięśnie ciała, tak, że coraz trudniej wówczas zauważyć to kolejne przeniesienie się podrażnienia z jednego ośrodka na drugi, a wreszcie drażliwość kory staje się tak duża, iż napady drgawek występują niemal dowolnie jedne po drugich (*status epilepticus*), powtarzając się zawsze w tym samym porządku, jak wyżej opisane [postać recydywująca], albo w kierunku przeciwnym [postać oscylująca].

Na powstanie *status epilepticus* u zwierząt morfina nie działa [chyba w dawkach zbyt wielkich, zagrażających życiu], a dobrze wpływa chloral, co jest w zgodzie z faktem, iż morfina nie zmniejsza pobudliwości kory mózgowej na bodźce elektryczne, gdy chloral w małych nawet już dawkach uniemożliwia wywołanie drgawek mięśni za pomocą drażnienia kory elektrycznością. Podobnie, jak chloral, działa eter i chloroform.

Za pochodzeniem korowem drgawek padaczkowych mówią jeszcze więcej wyniki wycięcia ośrodków korowych ruchowych; wówczas podczas napadu nie drgają te mięśnie, których ośrodki usunięto. Ciekawe były doświadczenia u psów, u których U. odciął większość tych ośrodków, a pozostawił zaledwie 1 lub 2 centra. Po podrażnieniu tych ostatnich pojawiały się drgawki w od-

powiednich mięśniach, poczem następowała dłuższa pauza, spokój, lecz tylko pozorny, jak to było można wnosić z zachowania się psa, jego oddechania, krążenia etc. („*epileptisches Äquivalent*“), a po pewnym czasie wybuchły drgawki mięśni strony przeciwnej ciała [zaczynające się w kończynie tylnej], których ośrodki korowe nie uległy wycięciu. Tego faktu, braku drgawek mięśni, których ośrodki korowe zniszczono, nie może wytłumaczyć teoria medullarna padaczki; nie można go również objaśnić wpływem hamującym, jaki wycięcie ośrodka korowego może mieć na ośrodki podkorowe, gdyż wówczas po pewnym czasie fakt ten powinien ginąć, co nie ma miejsca.

Wszystko przytoczone dowodzi, iż do powstania drgawek padaczkowych i do ich szerzenia się nieodzowną jest kora mózgowa [okolica jej ruchowa], iż bez tej ostatniej niema padaczki.

Nie tylko drgawki mięśniowe, ten najczęstszy, jeśli nie najważniejszy objaw padaczki, można wytłumaczyć cierpieniem kory mózgowej, lecz i inne objawy, stale podczas napadu padaczki występujące. W okolicy ruchowej kory mózgowej zwierząt znajduje się zdaniem U. miejsce, którego drażnienie wywołuje wstrzymanie oddechania, z ustawieniem klatki piersiowej w położeniu wydechowem, zależnem nie od skurczu tonicznego mięśni ustawiających klatkę w tem położeniu, bo tego skurczu wykryć nie można, lecz od działania hamującego na automatyczny ośrodek oddechania (*Hemmungskrampf*). Badańnie graficzne tętna podczas napadu padaczkowego przekonało U., iż wyróżnić się dają 4 okresy: w 1 następuje silne zwiększenie ciśnienia krwi i przyspieszenie tętna, w 2-im czynność serca ulega znacznemu zwolnieniu (*bradycardia cerebralis*), w 3-im okresie następuje znowu przyspieszenie częstości tętna i zwiększenie ciśnienia krwi, a w 4 powrót do normy, jeśli padaczka jest jednostronna; w razie zaś gdy pobudzenie do drgawek przechodzi na drugą półkulę mózgową, to powtarzają się powtórnie 3 wymienione okresy, a wtedy dopiero następuje wymieniony 4-ty okres. Zmiany te w krążeniu nie idą równoległe z drgawkami mięśni lub zaburzeniami oddechania, lecz pojawiają się oddzielnie, jakby zależały od podrażnienia osobnego ośrodka na jednej, a następnie i na drugiej półkuli mózgowej. Pojawiają się one i wtedy, gdy zwierzę wskutek otrucia kurarą nie może uleść drgawkom mięśni. Jest to więc *epilepsia vasomotoria*.

Jakkolwiek nie zawsze można fakty z patologii zwierząt stosować i do człowieka, to jednak odnośnie do padaczki wszystko każe przypuszczać, że i padaczka u człowieka jest następstwem podrażnienia kory mózgowej, a nie innych okolic układu nerwowego. Prócz podobieństwa drgawek mięśni, zaburzeń oddechania i krążenia u człowieka, z takimiż zmianami przy padaczce sztucznie wywołanej u zwierząt, jedynie przyjęcie cierpienia kory mózgowej, jako *substratum* anatomicznego padaczki u człowieka, pozwala pojąć i wytłumaczyć występowanie aury wzrokowej, słuchowej i t. d., lub ślepoty po napadzie, dalej pojawianie się różnych ekwiwalentów, zmian umysłowych i psychicznych, występowanie padaczki po skaleczeniu kory mózgowej i t. d., gdyż wszystkie te objawy zależałyby tylko od podrażnienia tego lub innego miejsca kory mózgowej.

Zdaniem U., niema podstawowej różnicy między t. zw. padaczką korową a essencyalną, który to pogląd wielu już autorów oddawna wygłasza. Czy drgawki się uogólniają, czy pozostają ograniczonymi do pewnych grup mięśniowych, zależy to ostatecznie tylko od wrażliwości mózgu. Gdy się raz uogólnią, to wyrabiają się w mózgu nowe drogi przewodnictwa, przenoszenia bodźca chorobowego, skutkiem czego wystarcza w późniejszym czasie mniejsze podrażnienie, aby nastąpił napad drgawek ogólnych. Z tego samego powodu, iż pobudzenie w padaczce ograniczonej następuje powolniej i wolniej się przenosi na inne ośrodki, w postaci tej padaczki dają się zawsze zauważyć zwia-

stuny [aura], a w ogólnej nie, a nadto wytłumaczyć się daje twierdzenie RY-NOLDS'a, iż *petit mal* rzadziej bywa u osób obarczonych dziedzicznością, u których więc wskutek nadmiernej wrażliwości kory lekkie nawet pobudzenie powoduje napad drgawek ogólnych, a nie *petit mal*.

UNVERRICHT utrzymuje, iż tak samo jak gorączka, cukromocz i t. d. z postępem patologii straciły nozologiczną odrębność, a stały się tylko objawami, tak prawdopodobnie stanie się to i z padaczką. Już obecnie wiemy, iż może ona być objawem różnych zakażeń [syfilis] i zatruc [alkohol, ołów, mocznicą].

Na zakończenie musimy dodać, iż U. nie przeczy, aby części podkorowe mózgu, a nawet sam rdzeń kręgowy nie brały udziału w drgawkach padaczkowych, owszem wyróżnia on nawet drgawki kloniczne i toniczne zależne od przejścia podrażnienia na rdzeń, niemi również tłumaczy mimowolne oddawanie stolca i moczu w padaczcze, są to jednak tylko następstwa, a punktem wyjścia padaczki jest zawsze kora mózgowa i ona w mechanizmie drgawek gra rolę pierwszorzędną.

Wł. Gajkiewicz.

(*Ueber die Epilepsie. VOLKMANN'S Vorträge Nr. 196*).

2. L. Zupnik. O zmienności laseczników błonicowych.

3. C. Fraenkel. Odróżnianie prawdziwych laseczników błonicowych od wrzekomych.

4. F. Schanz. O rozpoznawaniu różniczkowym lasecznika błonicowego.

Bakteryologia lasecznika błonicowego poczyniła w ostatnich latach dość znaczne postępy. Wkrótce po ogłoszeniu przez LOEFFLER'a w r. 1884 pierwszego komunikatu o laseczniku błonicy, zaczęły ukazywać się sporządzenia nad lasecznikiem, bardzo podobnym do prątka, opisanego przez LOEFFLER'a, zamieszkującym zdrowe błony śluzowe gardzieli, nosa i t. d.. Okazała się potrzeba wprowadzenia do bakterjologii „nazwy lasecznika wrzekomo-błonicowego“. Z biegiem czasu przekonano się, że istnieje nie jeden lasecznik wrzekomo-błonicowy, lecz wiele, tak, że nazwa ta stała się zbiorową [FLUEGGE, NEISSER i inni]. W wyodrębnionej grupie laseczników wrzekomo-dyfterytycznych niektóre postaci zarówno pod względem morfologicznym, jak i pod względem biologicznym znacznie zbliżyły się do wierutnych laseczników błonicy. Okoliczność ta wniosła zamęt do nauki o lasecznikach błonicy: nie wiadomo, co odnieść do grupy wrzekomych prątków błonicy, a co uważać za prawdziwego lasecznika błonicowego. Wobec takiego stanu rzeczy nie dziw, że bakterjologowie skierowali swe usiłowania głównie na to, aby wynaleźć środki, które pozwoliłyby z należytą stanowczością odróżniać prawdziwego lasecznika błonicy od laseczników wrzekomo-błonicowych. Starania te znakomicie posunęły sprawę naprzód: mamy tu na myśli głównie wyniki poszukiwań MAKSA NEISSER'a i C. FRAENKEL'a. Zanim przejdziemy do omówienia tej kwestyi, zobaczymy, jak stoi obecnie sprawa z prawdziwym lasecznikiem błonicy. Ostatni okres w dziejach prawdziwego lasecznika błonicy powtarza koleje, jakie przeszedł t. zw. lasecznik wrzekomo-błonicowy: badania lat ostatnich dowodzą, że mamy tu do czynienia nie z jedną stałą w swych własnościach postacią, lecz z rozmaitemi odmianami. Szczegółowe badania w tym kierunku przeprowadził ZUPNIK [w Instytucie higienicznym prof. HUEPPE'go]. Materiał ZUPNIK'a stanowiły 33 przypadki błonicy u dzieci z obecnością lasecznika LOEFFLER'a, stwierdzonego za pomocą hodowli [14 pojedynczych przypadków i 7 w rodzinie]. Prócz tego czynił ZUPNIK swe poszukiwania nad hodowlami lasecznika błonicowego, przysłanemi mu z fabryki w Höchst, z fabryki Berlińskiej, przez ENOCH'a, PALTAUF'a i BUJWIDA. Pomijając tymczasem resztę materiału, autor szczegółowiej zastanawia się nad hodowlami z Höchst [które służyły do fabrykacji surowicy przeciwbłoniczej]. Z badania

drobnowidzowego autor wynioskował, że ma do czynienia z czystymi hodowlami. Na płytkach agarowych [bez dodatku gliceryny] otrzymał ZUPNIK hodowle dwojakiego rodzaju: jedne stosunkowo duże, płaskie, z matową powierzchnią i nieregularnym brzegiem; drugie o wiele mniejsze, zupełnie okrągłe, wystające, silnie błyszczące. Pierwsze nazywa autor „matowymi“, drugie „błyszczącymi“. Oto, według ZUPNIK'a, najważniejsze cechy tych hodowli: Ponieważ oba rodzaje hodowli przedstawiają lasecznika „długiego“, więc barwienie pojedyncze nie wykazuje żadnych wybitnych różnic, lecz przy zastosowaniu metody „GRAM-CZAPLEWSKIEGO“ prątki z matowych hodowli barwią się jednolicie, laseczniki zaś, wzięte z hodowli błyszczących, okazują zabarwione oddzielne tylko okrągłe twory, identyczne z ciałkami BABES-ERNST'a. Matowe pozostawiają bulion zupełnie przezroczystym, tworząc na jego powierzchni grubą błonę; błyszczące zaś wytwarzają męt, a błonę dopiero po 30 godzinach; z utworzeniem się błonki męt znika. Jeśli hodujemy oba rodzaje laseczników symbiotycznie, to wskutek szybkiego wytworzenia się błonki ze strony prątków „matowych“ męt wcale nie powstaje. Autor za pomocą bardzo prostego doświadczenia dowodzi, że niepowstawanie mętu zależy od zmniejszonego dostępu tlenu. Laseczniki z hodowli martwych nie obdarzone są wcale ruchem, laseczniki zaś z hodowli błyszczących mają własny ruch powolny. Pierwsze zabijają świnki morskie zawsze, bez względu na ilość wprowadzonego materiału, drugie wywołują nacieczenia, którym często towarzyszy martwica skóry. Przy zaszczepieniu obu rodzajów jednocześnie zwierzęta również giną, a z nacieku udaje się znów wyhodować obie postaci na agarze. Na surowicy różnica między oddzielnymi hodowlami nie daje się makroskopowo stwierdzić.

Co się tyczy innych przysłanych ZUPNIK'owi hodowli, to i między nimi zachodzą wybitne różnice. I tu również najjaskrawiej występują różnice na zwykłym agarze. Hodowla ENOCH'a, która również zawiera laseczniki długie i okazuje taki sam wysoki stopień złośliwości, jak hodowle z Höchst, mać tak silnie bulion, jak laseczniki okrężnicy, tworzy na płytkach agarowych drobnutki, żółtawe hodowle z gładkimi brzegami i ziarnistą powierzchnią. Różnice występują także w zachowaniu się tych hodowli względem metody GRAM'a. Zdaniem ZUPNIK'a, można już teraz stanowczo twierdzić, że w sposobie barwienia GRAM'a posiadamy bardzo cenny środek dla różniczkowego rozpoznania rozmaitych postaci grupy LOEFFLER'a. Wogóle zachowanie się całej grupy LOEFFLER'owskiej względem metody barwienia GRAM'a jest wysoce charakterystyczne. Tak więc do znanych już wspólnych dla całej grupy cech, jak to: plazmoliza, ciałka BABES-ERNST'a, obfity wzrost na surowicy—przybyła jeszcze jedna bardzo ważna. Sprzeczności w zdaniach autorów co do zachowania się laseczników błonicowych względem barwienia metodą GRAM'a tłumaczy autor tem, że zabarwienie zależy nie tylko od metody barwienia i odbarwiania, następnie od wieku hodowli, lecz przeważnie i przede wszystkim od odżywki.

Jeszcze donioślejsze dane otrzymał ZUPNIK przy badaniu materiału, wziętego z dotkniętych błonicą dzieci. Laseczniki LOEFFLER'owskie, wyhodowane z rozmaitych przypadków błonicy, okazywały często wybitne różnice. Ciekawą jest ta okoliczność, że z tego samego szczepienia, tej samej próbki, udało się wyhodować 2, a nawet 3 różne rodzaje „laseczników LOEFFLER'a“, wysoce jadowitych dla świnek morskich. Specjalnie ciekawe są poszukiwania ZUPNIK'a nad przypadkami błonicy w jednej i tej samej rodzinie. Ponieważ w tych przypadkach zarażenie się jednego osobnika od drugiego nie ulega wątpliwości, więc zdawałoby się, że tu już napewno we wszystkich przypadkach znajdziemy zupełnie identycznego lasecznika, a nie odmiany jednego gatunku. Tymczasem autor i tu u różnych członków tej samej rodziny znalazł różne morfologicznie i biologicznie postaci lasecznika LOEFFLER'a.

ZUPNIK z naciskiem zaznacza, że warunki badania były zupełnie jednakowe, że różnice otrzymane nie były przypadkowe i przemijające, lecz stale się powtarzały, że różnice te w późniejszych pokoleniach nie wyrównywały się, lecz przeciwnie ostrzej występowały.

Jak pogodzić wyniki badań ZUPNIK'a z etyologią błonicy w tej postaci, w jakiej ją obecnie przyjmujemy?

W myśl poglądów HUEPPE'go możnaby przyjąć, że ma się tu do czynienia z różnymi odmianami, zależnymi od gruntu, czyli z naturalnymi odmianami tego samego gatunku. Tyle co do laseczniaka LOEFELER'a, a raczej grupy lasieczników LOEFFLER'a.

Przejdźmy obecnie do rozpatrzenia nowych zdobyczy w kwestyi odróżniania prawdziwych lasieczników błonicowych od wrzekomych. Odróżnienie takie na drodze drobnowidzowej nie da się przeprowadzić. Wskutek tego dualiści, zwolennicy poglądu, że chodzi tu o rozmaite drobnoustroje, kładą większy nacisk na różnice w hodowlach: lasieczniki wrzekomo-blonicowe mają na odżywkach sztucznych, jak: surowica, agar glicerynowy i zwyczajny, rozwijać się szybciej i bujniej, aniżeli prawdziwe lasieczniki LOEFFLER'a; rozwijają się one również przy niższych ciepłotach, a więc także na żelatynie. Zdaniem O. FRAENKEL'a, cechy te nie są stałe: z jednej strony, zdarzają się prawdziwe LOEFFLER'owskie lasieczniki, które na wzmiankowanych odżywkach rozmnażają się obficie, z drugiej zaś strony widział on lasieczniki wrzekome, okazujące wzrost słaby, skąpy. Zachowanie się obu rodzajów lasieczników względem bulionu i kartofla również nie jest charakterystycznym. To samo powiedzieć można o wzmiankowanym przez ESCHERICH'a brunatnem zabarwieniu starych hodowli agarowych, jak również o zauważonem już przez Beck'a wytwarzaniu się żółtego barwnika na surowicy u lasieczników wrzekomo-blonicowych. Zdarza się to także u prawdziwych lasieczników LOEFFLER'a; FRAENKEL sam już kilkakrotnie spostrzegał cytrynowo-żółte zabarwienie hodowli wierutnych lasieczników błonicy. Spodziewano się przeprowadzić granicę między prawdziwymi a wrzekomymi lasiecznikami błonicy za pomocą swoistej aglutynacji w znaczeniu GRUBER'a. Lecz FRAENKEL niezbitnie dowiódł, że zarówno prawdziwe, jak i wrzekome lasieczniki rozwijają się bardzo dobrze w surowicy, posiadającej nawet wysokie własności autytoksyczne. Dowiódł tego samego niedawno także SPRONCK.

Dualiści zwracają uwagę jeszcze na jedną ważną cechę hodowlaną: ROUX i YERSIN, jak również ZARNIKO, wykazali, że prawdziwe lasieczniki LOEFFLER'a wytwarzają w bulionie kwaśne produkty wymiany materji, wrzekome zaś przeciwnie—alkaliczne. Lecz nie zawsze się tak dzieje. Nierzadko także lasieczniki wrzekome wytwarzają pewne ilości kwasów, których starczy na to, aby zmienić odczyn słabo-alkalicznego nastoju lakmusowego. Dużo takich spostrzeżeń ogłosił szczególnie autorowie amerykańscy. Gdy próba jakościowa okazała się w wielu razach niewystarczającą, uciekli się bakterjologowie do próby ilościowej, określając za pomocą miareczkowania ługiem sodowym [$\frac{1}{5}$ normalnym lub $1\frac{1}{2}$ prawdziwe ilości wytworzonego kwasu [ESCHERICH, PETERS, M. NEISSER]. NEISSER przypisuje temu sposobowi wysoką wartość. FRAENKEL podziela zdanie NEISSER'a, twierdząc, że w jednakowych warunkach, zwłaszcza zaś w tym samym bulionie, najjenniejsze kwaśne hodowle prawdziwych lasieczników błonicy zawierają zawsze większe ilości kwasu, aniżeli najkwaśniejsze hodowle lasieczników wrzekomych. FRAENKEL dalej utrzymuje, że dotychczas jeszcze nie stwierdzono, aby prawdziwe lasieczniki błonicowe nie wytwarzały wcale kwasu lub wytwarzały zasadę.

PETERS niedawno opisał lasiecznika, należącego do t. zw. przez Niemców „*Xerosebacillen*“, którego produkcya kwasu dorównywała niewątpliwym lasiecznikom LOEFFLER'a. Lasieczniki te, w których widziano dawniej wino-

wajców *Xerosis conjunctivae*, zamieszkują, jak się okazało później, normalną błonę śluzową oka i zaliczone bywają obecnie do grupy laseczników wrzekomo-błonnicowych. SCHANZ wątpi, czy określenie stopnia kwaśności hodowli bulionowej, jako środek różniczkowo-rozpoznawczy, znajdzie zastosowanie w praktyce, w której chodzi przede wszystkim o szybkość w rozpoznawaniu. Ten sam autor zwraca uwagę na to, że zawartość kwasu w hodowli dwudniowej jest zależna od ilości zaszczipionego materiału, która to ilość przy przeszczepianiu z płytki podlega silnym wahaniom.

Wszystkie wyżej wzmiankowane cechy są niestałe i żadna z nich sama przez się nie może służyć do odróżnienia grupy laseczników wrzekomo-błonnicowych od prawdziwych LOEFFLER'owskich. Dlatego to właśnie kładli dualiści zawsze największy nacisk na złośliwość laseczników. Typowe laseczniki błonnicowe okazują wybitne własności chorobotwórcze i zabijają świnki morskie, będąc wstrzyknięte pod skórę, po 2—3 dobach przy wiadomych i charakterystycznych objawach; laseczniki wrzekomo-błonnicowe nie są obdarzone tą własnością. Pomijając już to, że środek ten rozpoznawczy pod względem praktycznym przedstawia wiele do życzenia, gdyż odpowiedź daje dopiero po kilku dniach, ma on nadto jeszcze inne słabe strony. Poszukiwania BRIEGER'a i C. FRAENKEL'a, ROUX i YERSIN'a, jak również innych badaczy, pouczają, że własności chorobotwórcze prawdziwych laseczników LOEFFLER'a wahają się w szerokich granicach, gdyż laseczniki LOEFFLER'a, obdarzone słabą jądowością, wywołują tylko miejscowe objawy w postaci naciecznia; dalej istnieją laseczniki LOEFFLER'a zupełnie pozbawione jądowości. Z drugiej strony przekonano się, że laseczniki wrzekome nie zawsze są tak niewinne, jak początkowo sądzono. Nie rzadko wywołują one również objawy miejscowe, a mogą nawet [ERSCHERICH, FRAENKEL, ROUX i YERSIN, PETERS] wywołać objawy ogólne. Ważną jest ta okoliczność, że laseczniki wrzekomo-błonnicowe, posiadające jeszcze pewien stopień złośliwości, udało się kilkakrotnie przekształcić w silnie jadowite laseczniki błonicy. Odnośne badania dokonane zostały przez TRUMPP'a ROUX i YERSIN'a. Wobec wyników tych badań nie można się dziwić, że mnóstwo autorów utożsamia obie grupy laseczników. Sprawę znacznie posunął w roku zeszłym SPRONCK. Badacz ten zwrócił uwagę na to, że zmiany miejscowe, wywołane przez wstrzykiwanie podskórne hodowli laseczników wrzekomo-błonnicowych w większych ilościach, nie ustępują pod wpływem surowicy antydifterytycznej, podczas gdy zmiany miejscowe, zależne od wstrzyknięcia hodowli prawdziwych laseczników LOEFFLER'a, zawsze ustępują działaniu tej surowicy. C. FRAENKEL na mocy swych badań potwierdza ten fakt [to skłoniło go do przejścia z obozu unitarystów do obozu dualistów]. Dla celów praktycznych odkrycie SPRONCK'a nie jest bardzo ważnem, gdyż z jednej strony wiele laseczników wrzekomo-błonnicowych nie jest zupełnie jadowitych [a więc nie wywołują one wcale zmian miejscowych], a z drugiej przytrafiają się także między prawdziwymi lasecznikami błonnicowymi postaci wcale niejadowite.

W roku bieżącym ogłosił MAKS NEISSER (*Zeitschrift f. Hygiene*, 1897., T. 24) pracę, która dla omawianej kwestyi ma doniosłe znaczenie. Metoda NEISSER'a oparta jest na fakcie, że przy zupełnie określonych warunkach zachowanie się „ziaren zarodnikorodnych“ („*sporogene Körner*“), opisanych przez BABES'a, ERNST'a, A. NEISSER'a i innych, u laseczników błonnicowych wybitnie się różni od laseczników wrzekomych. MAKS NEISSER znalazł, że jeśli poddać szczególnemu zabarwieniu laseczniki, pochodzące z hodowli na surowicy LOEFFLER'a przy 35° (*maximum*) po 10—20 godzinach, to w prawdziwych lasecznikach błonnicowych barwią się tylko wyżej wzmiankowane ciątka BABES-ERNST'a, czego u laseczników wrzekomo-błonnicowych nie spostrzegamy. Barwienie to, modyfikacja metody ERNST'a, polega na tem, że preparat barwimy w ciągu

bardzo krótkiego czasu, 1—3 sekund, błękitem metylenowym [podług formuły: 1 grm. błękitu metylenowego, 20 ctm. sześć. 96 procentowego alkoholu, 950 wody dystylowanej i 50 ctm. sześć. *av. acetici glac.*], splukujemy wodą i wrzście poddajemy na 3—5 sekund działaniu wodnego roztworu wezuwiny [2 grm. wezuwiny rozpuszczone w 1 litrze wrzącej wody dystylowanej]. Przytoczonych przepisów należy trzymać się jak najskrupulatniej, gdyż w przeciwnym razie nie można ręczyć za otrzymane wyniki. C. FRAENKEL, któremu M. NEISSER jeszcze przed ogłoszeniem swej pracy zakomunikował wyniki swych badań, sprawdził je na wielu hodowlach prawdziwych i wrzekomych laseczników błonicy i potwierdza je w najgłówniejszych punktach. Zdaniem ERAENKEL'a, podejrzany dzobnoustroj, który przy podwójnem barwieniu NEISSER'a nie okazuje zabarwionych ziaren biegunowych [*Polkörnner, resp. ciałek BABES-ERNST'a*, umieszczonych najczęściej u końców lasecznika], nie może być zaliczony do prawdziwych laseczników błonicowych. Z 54 hodowli laseczników wrzekomoblonicy tylko jedna, otrzymana z normalnego worka łącznicowego, okazywała zabarwienie ziaren; hodowla ta nie wykazywała śladu kwaśności i była zupełnie pozbawiona własności chorobotwórczych. Prócz tego jeszcze 3 hodowle dały wynik dodatni; wszystkie one silnie skwasiły bulion, lecz w bardzo nawet wielkich ilościach były nieszkodliwe dla świnek morskich; 2 z tych hodowli pochodziły z przypadków typowej błonicy. Być może, miało się tu do czynienia z „niejadowitymi lasecznikami LOEFFLER'a“. FRAENKEL kategorycznie twierdzi, że odkrycie NEISSER'a znakomicie posunęło naprzód bakteryologiczne rozpoznawanie błonicy, ułatwiwszy je w wysokim stopniu dla celów praktyczno-lekarskich. Całe postępowanie jest niezmiernie proste i szybkie. Co się tyczy natury tych „zian zarodnikorodnych“ („*sporangene Körner*“; „*isolirt färbbare Bestandtheile*“), to upatruje tu FRAENKEL sprawę zwyrodnienia. Dlaczego sprawa ta w jednych lasecznikach [LOEFFLER'owskich] zachodzi, a w drugich [wrzekomoblonicy] nie występuje, na to mają nam dać odpowiedź przyszłe badania.

(*Berlin, klin. Wochenschr. 1887. Nr. 50.*)

Stanisław Pechkranc.

5. Allen Starr. Uwagi o guzach mózgowia i o operacyjnem leczeniu tychże.

Chirurgia mózgowia obecnie interesuje nie tylko specjalistów [chirurgów, neuropatologów, okulistów i otologów], lecz i ogół praktyków, gdyż usuwa niejednokrotnie przyczynę cierpienia, które dotychczas uważano bez wyjątku za fatalne dla chorego. Pierwsza operacja guza mózgowia opisana została przez BENNETT'a i GODLEE [z Londynu] w 1855 roku, chociaż MACEVEN już w 1879 r. z dobrym skutkiem operował nowotwór mózgu. Jak często spotykają się guzy mózgowia, trudno z całą ścisłością określić; sądząc jednak ze statystyki BYROM BRAMWELL'a, autora i kilku szpitali angielskich, mniej więcej jeden guz mózgowia przytrafia się na 100 nekropsyi. W większości przypadków rozpoznanie guza mózgowia nie przedstawia dużej trudności; corocznie jednak ogłaszane są sprostowania, w których dokładne rozpoznanie było niemożliwem. Jednoczesne istnienie upartego bólu głowy, zawrotów głowy, szumu w uszach, wymiotów, zapalenia lub zaniku nerwów wzrokowych i drgawek przemawia za guzem mózgowia. Łatwo też jest rozpoznać umiejscowienie guza, jeśli on zajmuje okolicę ruchową lub czuciową kory, albo ośrodek mowy. Głównymi objawami dla zlokalizowania guza mózgowia są drgawki i porażenia, a także zaburzenia mowy i wzroku. Mniej więcej w $\frac{2}{3}$ przypadków guzów kory mózgowej, w których możliwą jest operacja, mamy dokładne objawy dla umiejscowienia guza. Rozpoznanie guzów, leżących w mózdzku, również bywa łatwem z powodu charakterystycznego chwiania się i objawów ze strony nerwów czaszkowych. Mózdzek znajduje się tak gię-

boko, że zaledwie $\frac{1}{10}$ część jego dostępną jest dla operacji, mianowicie powierzchnia, leżąca pod kością potylicową.

Na 34 próby operowania guzów mózdzku w 19 udało się to zrobić, a w 10 z nich tylko chorzy odzyskali zdrowie po operacji. Na 80 własnych przypadków autora w 65 można było określić miejsce, jakie zajmował guz: 26 przypadków w mózdku, 14 w sferze ruchowej kory, 10 w zwojach podstawy mózgu, 7 w zrazach czołowych, 4 w ciemieniowych, 3 w moście i 1 w zrazie potylicowym. Autor na 80 tych przypadków w 8 zalecił operację, z nich operowano 15; w 9 guz znaleziono tam, gdzie był rozpoznany, w 6 guza nie znaleziono, z tych ostatnich w 5 badanie pośmiertne wykazało guz w mózdku, niedostępny dla chirurga w 6-ym objawy niemoty i porażenia połowicznego zależały od ucisku z oddali: guz, jak to wykazało badanie pośmiertne, zajmował zraz skroniowy i wysepkę REIL'a.

Poczynając od operacji BENNETT'a i GODLEE'a, autor zebrał w literaturze 220 operowanych przypadków, z tych 186 guzów mózgu i 34 mózdzku. W 140 przypadkach guzy zostały znalezione i usunięte [121 mózgu i 19 mózdzku], w 7 guzy znaleziono, lecz nie operowano [5 mózgu i 2 mózdzku] i w 73 guzów nie znaleziono [60 mózgu i 13 mózdzku]. Na 140 operowanych guzów było: 6 w zrazach czołowych, 9 około brzozy ROLAND'a, 6 w zrazach ciemieniowych, 3 w potylicowych, 19 w mózdku. Jak widać, przeważna ilość guzów znajdowała się w zwojach środkowych; guzy te najłatwiej rozpoznawać i operować.

Co zaś do wyniku tych 140 operacji, to w 92 był powrót do zdrowia, a w 48 śmierć, co stanowi około 40% śmiertelności. Śmierć nastąpiła po części od wstrząsu (*shock*), czego unikamy, rozdzielając operację na 2 posiedzenia, każde innego dnia, po części od krwotoku, czego obecnie łatwiej uniknąć, po części wskutek zakażenia, co też przytrafia się obecnie rzadziej, należy więc mieć nadzieję, iż odsetka śmiertelności z czasem zmniejszy się. Interesującą jest kwestya ostatecznego wyzdrowienia po operacji. Otóż większość dotychczas operowanych przypadków opisaną została w ciągu 2—3 miesięcy po operacji, a więc trudno z nich coś pewnego wnioskować. Jednakże tak wytrawni chirurdzy, jak: MACEWEN, HORSLEY, DURANTE, KEEN i WEIR, spostrzegali chorych w 6—8 lat po operacji w dobrym zdrowiu. Jeden z pacjentów autora, któremu KEEN usunął guz wielkości kurzego jaja ze zraza czołowego, odzyskał wzrok i w 15 miesięcy po operacji był całkowicie zdrowy. Wielkie znaczenie co do rokowania ma charakter guza: najlepsze rokowanie bywa przy guzach otorbionych, największa zaś śmiertelność w przypadkach nacieczonych gliomatów; poważnem jest bardzo rokowanie przy gruzliczych guzach, gdyż często po operacji rozwija się gruzlicze zapalenie opon mózgowych.

Na zakończenie autor robi kilka uwag co do samej techniki operacyjnej: radzi on robić cięcie w kształcie podkowy metodą WAGNER'a; oponę twardą należy nacinać księżycowato na $\frac{1}{2}$ ctm. od brzegu kości, gdyż opona ma własność kurczenia się. W razie nie znalezienia guza, autor radzi robić nakłucia długą igłą aspiracyjną i w razie natrafienia na torbiel, czy na miejsce z twardą konsystencją, należy przeciąć zawój i dostać się do guza, znajdującego się pod korą mózgową. Wielką rolę odgrywa doświadczenie chirurga. Wreszcie autor podaje opis swoich 15 operowanych przypadków.

(*Brit. Med. Journ.* 16 Oct. 1897).

K. Stróżewski.

6. Fraenkel i Otto. Przyczynę doświadczalną do nauki o własnościach aglutynacyjnych surowicy tyfusowej.

Autorowie robili doświadczenia na psach, a mianowicie: jedne zwierzęta karmili hodowlami agarowemi tyfusu brzuszego, drugim zaś wprowadzali te hodowle do otrzewnej.

Wnioski: 1) Wprowadzenie bakterii tyfusowych do otrzewnej wywołuje u młodych psów ciężkie objawy, u starych lekkie. 2) Surowica krwi

w ten sposób traktowanych zwierząt posiada własności aglutynacyjne i uodporniające. 3) Karmienie zwierząt hodowlami tyfusu brzuszego nie wywołuje u psów żadnych objawów chorobowych. 4) Surowica jednak psów, karmionych temi hodowlami posiada własności aglutynacyjne, lecz prawie wcale nie posiada własności immunizacyjnych. 5) Siła aglutynacyjna zaczyna się przejawiać między 3 a 6 dniem karmienia i stopniowo wzrasta. 6) Siła aglutynacyjna a siła immunizacyjna surowicy stanowią dwie odrębne, niezależne jedna od drugiej, własności.

(*Münch. medic. Woch.*, 1897. Nr. 39).

M. Rozental.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

1. Metoda rumuńska leczenia wścieklizny. Prof. BABES (*Therap. Wochenschr.* 1897. 47). zwraca uwagę na to, że leczenie wścieklizny metodą PASTEUR'a nie zawsze daje wyniki pomyślne. W przypadkach ciężkiego pokąsania, zwłaszcza przez wilki wściekłe, wstrzykiwania PASTEUR'a nie są w stanie powstrzymać rozwoju groźnych objawów wścieklizny, gdyż owe wstrzykiwania zaczynają skutkować dopiero po upływie 14 dni od początku leczenia, a objawy wścieklizny mogą zjawić się wcześniej. Również bezskuteczną jest powyższa metoda w przypadkach zaniedbanych, kiedy objawy wścieklizny występują w 16—23 dni po ukąszeniu, t. j. przed ukończeniem całkowitej kuracji.

Metoda zaś autora, stosowana dotąd jedynie w instytutach w Bukareszcie i Jassach, posiada tę wyższość, że we wszystkich przypadkach pokąsania przez wściekłe zwierzęta daje bezwzględnie dobre wyniki.

Już w r. 1888 autor zwrócił uwagę na uodporniające i lecznicze własności krwi psów, którym wielokrotnie szczepiono zarazek wścieklizny w dużych dawkach. Po dokonaniu odpowiednich doświadczeń na zwierzętach autor wypróbował nową metodę leczniczą i na ludziach, pokąsanych przez wściekłe zwierzęta. Próby te wykazały, że można ludziom bez obawy wstrzykiwać codziennie po 50 grm. uodpornionej krwi psiej i że pod względem leczniczym nowa metoda daje świetne wyniki.

W jednym np. przypadku ciężkiego pokąsania mnóstwa ludzi i zwierząt przez wilka wściekłego, wszyscy nieleczeni zmarli, z 12 leczonych wyłącznie metodą PASTEUR'a 4 osoby zmarły po ukończeniu kuracji, a z takiejże liczby bardzo ciężko pokąsanych i leczonych metodą PASTEUR'a i powyższą surowicą wszyscy wyzdrowieli. Z doświadczeń autora i MIRONESCU wynika, że surowica krwi zwierząt, uodpornionych przeciw wściekliznie, pod względem wartości leczniczej przewyższa dwa razy samą krew i że jej wartość lecznicza zależy od gatunku zwierząt uodpornionych. Autor stosował surowicę u pokąsanych ludzi tylko w przerwach pomiędzy wstrzykiwaniami PASTEUR'a, a to z tego powodu, że mieszanina surowicy z zarazkiem wścieklizny, jak pouczają odpowiednie doświadczenia na zwierzętach, nie posiada ani ochronnych, ani leczniczych własności. Wogóle do seroterapii uciekał się autor tylko w przypadkach ciężkiego pokąsania przez wilki wściekłe. U pokąsanych przez psy autor stosował powszechnie przyjętą metodę PASTEUR'a, o ile choroby poddawali się kuracji w ciągu pierwszych dni po ukąszeniu. Aby uchronić od groźnej choroby i tych, którzy zbyt późno poddają się leczeniu, należy albo od razu rozpocząć leczenie od wstrzykiwań silnie działających dawek zarazka, albo stosować surowicę o wyższej sile uodporniającej, któraby po działaniu natychmiast, a nie po 14 dniach, jak to ma miejsce z wysuszonym zarazkiem PASTEUR'a.

Surowica, otrzymana przez autora, była zbyt słabą dla takich celów. Próbował przeto autor przez ogrzewanie rdzenia, zawierającego zarazek, lub rozcieńczenie jadowitej substancji otrzymać ciała ochronne, które możnaby wprowadzać do ustroju od razu w dużych dawkach.

Pierwsza metoda, czyli stopniowe ogrzewanie rdzenia, okazała się bardzo skuteczną. Za pomocą całej seryi wstrzykiwań zawiesiny z rdzenia, ogrzanej do 60—45° w ciągu 60—2 minut, leczono 15 osób z pomysłnym skutkiem. Metoda ta następnie uległa pewnej modyfikacji; badania bowiem autora i PUSCARIU wykazały, że rdzeń, ogrzany do 80°, traci własności trujące, lecz użyty w większych dawkach posiada własności uodporniające. Dlatego też lepiej jest, zamiast bulionowej emulsji z rdzenia, stosować zawiesinę z mózgow królików, zmarłych na wściekliznę, po uprzednim ogrzaniu jej do 80°. PUSCARIU wyłącznie stosował wstrzykiwanie z powyższej zawiesiny we wszystkich przypadkach pokąsania przez wściekle zwierzęta i z rezultatów swoich jest zadowolony. Dotąd jednak liczba spostrzeżeń nad skutecznością tej metody jest, zdaniem autora, zbyt małą, aby można było wyłącznie ją stosować, tem bardziej, że zmodyfikowana przez autora metoda PASTEUR'a daje również dobre i pewniejsze wyniki.

Z. Rom.

2. *Argentum solutum*. Srebro metaliczne, rozpuszczalne. Już sam tytuł zadziwi niezawodnie niejednego czytelnika; dotąd bowiem nie przypuszczaliśmy wcale, aby srebro metaliczne mogło być w wodzie rozpuszczalne. Właśnie o istnieniu takiej odmiany srebra metalicznego, o zastosowaniu jej w terapii wspomina LIEBREICH w ostatnim zeszycie przeszłorocznym [1897] „*Therapeutische Monatshefte*“. Sądzę też, że zaznajomienie się z tą kwestyą nie będzie bez korzyści.

Już poprzednio na mocy niektórych faktów przypuszczano, że w pewnych warunkach może istnieć odrębna odmiana srebra metalicznego, odmiana, odznaczająca się rozpuszczalnością rzezonego metalu w wodzie.

CAREY LEA pierwszy zajął się przeprowadzeniem w stan stały owego srebra rozpuszczonego.

Obecnie D-r CREDÉ i fabryka HEYDEN'a zajmują się tą kwestyą i otrzymują wzmiankowaną odmianę srebra w stanie stałym.

Przetwór, o którym mowa, przedstawia się pod postacią drobnych, twardych kawałków, mających charakterystyczny, zielonawy, metaliczny połysk. Kawałki te dają się rozetrzeć na bardzo delikatny proszek. Wszelako, jeżeli owe drobne kawałki mocno uciskać będziemy w moździerzyku agatowym, to otrzymamy masę ciągnącą się z zielonawym, metalicznym połyskiem. Masa ta ma pewne podobieństwo do złota.

Jeżeli do przetworu wzmiankowanego, roztartego na proszek, dodamy wody, to otrzymamy roztwór brunatny, roztwór tak dokładny, że na filtrze nie znajdziemy ani śladu osadu.

Za pomocą odpowiednich odczynników chemicznych można się przekonać, że mamy do czynienia ze srebrem metalicznym.

Zresztą, że w danym razie mamy rzeczywiście do czynienia z pewną odmianą srebra, można się przekonać w sposób następujący: kawałek owego przetworu ogrzewamy w tygielku platynowym; wówczas od razu powstanie białe, błyszczące srebro, które w wodzie już zupełnie nie jest rozpuszczalne.

Co się tyczy zastosowania tej odmiany srebra do celów leczniczych, to CREDÉ utrzymuje, że w przyszłości przetwór ten okaże się niezmiernie pożytecznym, gdyż własność antyseptyczna znanych dotąd przetworów srebra, jak

aktolu [mleczanu srebra] i itrolu [cytrynianu srebra] zależy, według niego, niewątpliwie od samego srebra.

Zresztą, według zapewnienia CREDE'go, tę odmianę srebra, a właściwie roztwór 1:100 można w ilości kilku lub kilkunastu gramów wstrzykiwać chorym podskórnie bez wywołania żadnych szkodliwych następstw. Wstrzykiwania takie nie są bolesne.

Prócz tego—i to najczęściej—używa CREDE wzmiankowanej odmiany srebra w postaci maści. Srebro przenika przez skórę. Dawki owej maści wynoszą: 3 gramy dla dorosłych, 2 gramy dla młodzieży, a 1 gram dla dzieci.

Wskazanie do leczenia przetworami srebra rozpuszczalnego przedstawiają, według CREDE'go, następujące stany chorobowe:

- 1) zapalenie naczyń limfatycznych (*lymphangitis*),
- 2) ropne, rozlane zapalenie tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone*),
- 3) posocznica (*septicaemia*),
- 4) wreszcie te sprawy septyczne, które występują wspólnie z innymi chorobami zakaźnymi, jak np. ze szkarlatyną, dyfterytem, różą, gruźlicą, tyfusem brzuszny, wysypkowym, tryprem i t. d.

W kilku bardzo groźnych przypadkach szkarlatyny i to podczas wielce złośliwej epidemii wpływ leczenia wzmiankowanym przetworem srebra podobno miał się okazać nader skutecznym.

W ogóle CREDE, opierając się na swem doświadczeniu, utrzymuje stanowczo, że zakażenie septyczne można opanować za pomocą srebra metalicznego, rozpuszczonego.

Bądź co bądź, ta nowa odmiana srebra metalicznego zasługuje na to, by jej wpływ na organizm ludzki lekarze gruntownie zbadali, na co niezawodnie niezbyt długo czekać nam przyjdzie.

3. Euphthalminum. Eufthalmina. Jest to nowy środek leczniczy, rozszerzający źrenicę (*mydriaticum*). Przedstawia się pod postacią białego-kryształicznego proszku, rozpuszczającego się w wodzie.

Pod względem chemicznym eufthalmina pozostaje w bliskim związku z eukainą-B, różni się jednak wielce od tej ostatniej swymi własnościami fizyologicznymi. Podczas gdy eukaina miejscowo znieczula i nie wywiera żadnego wpływu na źrenicę, to roztwór eufthalminy, wkroplony do worka łącznicowego, bardzo rozszerza źrenicę, a działania znieczulającego wcale nie objawia.

Według VOSSIUS'a, dwie lub trzy krople dwuprocentowego roztworu eufthalminy wywołują w ciągu 20 minut lub pół godziny rozszerzenie źrenicy średniego natężenia, a rozszerzenie to znika w 2--3 godzin. Wpływu na akomodację środek ten nie wywiera żadnego.

TREUTEL na klinice ocznej w Marburgu używał daleko mocniejszych roztworów i według niego 5%—10% roztwór eufthalminy działa zupełnie jak 1% roztwór homatropiny. Eufthalmina w tych dawkach wywiera wpływ na akomodację, ale w każdym razie mniejszy, niż homatropina, a przytem i działanie eufthalminy tak na źrenicę, jak i na akomodację szybciej znika, niż działanie homatropiny.

Tak VOSSIUS jak i TREUTEL podają, że nie spostrzegali ani żadnych podmiotowych zaburzeń, ani objawów miejscowego podrażnienia, ani bolesności, ani uszkodzenia nabłonka rogówki, ani wreszcie żadnych innych nieprzyjemnych objawów ubocznego działania. Środek ten zatem nadaje się bardzo do badań oftalmoskopowych, zamiast homatropiny i atropiny.

(*Therap. Monatsh.* 1897. 12).

4. Protargolum. Protargol. Wiadomo, że azotan srebra i inne sole srebra tworzą z substancjami białkowymi związku nierozpuszczalne. Otóż w osta-

tnich kilku latach wprowadzono do terapii kilka nowych przetworów srebra, odznaczających się tem, że związki ich z białkiem są rozpuszczalne, przez co łatwo mogą wnikać w tkanki i w ten sposób podziać na części głębiej leżące. Do wzmiankowanych związków srebra, jak wiadomo, należą: argentamina (*argentaminum*), t. j. roztwór fosforanu srebra w etylendiaminie, oraz argonina (*argoninum*), t. j. kazeinowy związek srebra. Obecnie EICHENGRUEN podał nowy, podobny przetwór srebra, który nazywa protargolem.

Protargol przedstawia się pod postacią jasno-żółtego, bardzo delikatnego, jak pył, proszku, który się łatwo w wodzie rozpuszcza.

Protargol można rozpuścić w wodzie w dość dużej ilości, np. do 50%. Takie roztwory są zupełnie przejrzyste, mają barwę jasno brunatną, oddziaływają obojętnie, nie ulegają zmianie pod wpływem ogrzewania. Pod wpływem długotrwałego światła, albo długiego ogrzewania zmienia się tylko barwa—na ciemniejszą. Kwasy nie rozkładają protargolu, a nie strącają go z roztworu ani alkalia, ani siarki alkaliczne, ani substancje białkowe, ani sól kuchenna. Steżony kwas solny strąca wprawdzie z roztworu protargol, wszelako ten osad jest czystym, niezmienionym protargolem, który rozcieńczony wodą daje znowu roztwór zupełnie przejrzysty.

Zawartość srebra w protargolu wynosi 8,3%, podczas gdy argonin zawiera srebra 4,2%, a argentamina—6,3%.

Prof. NEISSER stosował protargol przy leczeniu trypra i otrzymał przytem tak dobre wyniki, że oddaje mu pierwszeństwo przed innymi środkami.

Ponieważ używa się roztworów bardzo słabych, jak $\frac{1}{4}\%$ — 1% , przeto można bez szkody starać się o to, aby wzmiankowany środek leczniczy dłużej pozostawał w zetknięciu z błoną śluzową. Uskutecznia się zaś to, albo zatkawszy palcem na pewien czas otwór cewki moczowej po wstrzyknięciu, albo też wykonawszy kilka, np. trzy lub nawet sześć wstrzykiwań jedno po drugim. Wskutek właśnie tego ostatniego postępowania bardzo często, jak utrzymuje prof. NEISSER, zmniejsza się opór zwieracza, przez co i tylna część cewki moczowej zostaje oblaną roztworem protargolu, a w ten sposób nieraz można leczyć i *gonorrhoeam posteriorem*.

Nie podaję tu szczegółów metody NEISSER'a, metody, nazywanej przez niego „długie wstrzykiwania“ (*prolongirte Injectionen*); nie podaję również rozmaitych modyfikacji, zalecanych przez niego. Szczegóły te, bardzo ważne dla specjalisty, znajdzie czytelnik w oryginalnej pracy prof. NEISSER'a (*Dermatolog. Centralblatt. 1 Jahrg. Nr. 1*). Mnie tylko szło o zanotowanie faktu, że mamy jeszcze jeden związek srebra rozpuszczalny w roztworach białkowych i że przetwór ten, według głosu poważnego, może okazać się pożytecznym.

(*Therap. Monatsh. 1897, 12.*)

Wiktor Grostern.

Wiadomości drobne.

Hirze zwraca uwagę na nierówność źrenic u chorych z nowotworem przelyku. Na 37 przypadków raka przelyku, spostrzeganych w klinice Eichhorst'a, autor znalazł zwężenie źrenicy i szpary ocznej oraz osłabienie napięcia gałki ocznej w 6 przypadkach. U 5 chorych objaw ten wystąpił po stronie lewej, u jednego zaś zwężone były obie źrenice, przeważnie jednak prawa. Badanie pośmiertne wykazało jednak w tym przypadku guz właściwy z lewej strony, z prawej zaś wielki gruczol rakowato nacieczony, który zajął naczynia i nerwy w tej okolicy. Objaw ten zależy, zdaniem autora, od uciskania przez nowotwór nerwu współczulnego, do którego przenikają włókna oczno-źrenicowe, wychodzące z rdzenia kręgowego przez pierwszy przedni.

korzonek grzbietowy. Ponieważ na 6 odnośnych przypadków w 4 nowotwór znajdował się powyżej miejsca wyjścia omawianych włókien [odpowiada ono u człowieka dorosłego odległości 20 ctm. od łuku zębowego], przeto autor wnosi, że nerw współczulny zawiera włókna dla źrenicy, wychodzące z rdzenia niżej, niż to przypuszczało dotychczas. Dziwnem się tylko wydaje autorowi, dlaczego guz przelyku prowadzi łatwiej do porażenia nerwu współczulnego, niż *n. recurrens*, kiedy ten ostatni leży o wiele bliżej przelyku.

(*Sem. méd.* 1897. Nr. 51).

Wł. J.

Wiadomości bieżące.

— Na skutek postanowienia Rady miejskiej dobroczynności publicznej w roku 1898 ma być wprowadzone pisanie recept w szpitalach cywilnych, warszawskich według wagi dziesiątej.

— Kol. S. ZABOROWSKI został mianowany lekarzem przytułku położniczego Nr. 1 przy ulicy Leszno.

— IX zjazd międzynarodowy higieny i demografii odbędzie się w Madrycie pomiędzy 10-ym a 17-ym kwietnia r. 1898. Składka wpisowa wynosi 25 pesetas [franków]. Życzący sobie brać udział w kongresie, powinien sumę powyższą przesłać na ręce skarbnika zjazdu D-ra PABLO RUIZ DE VELASCO [Madrid], albo też zwrócić się do sekretarza jeneralnego zjazdu pod adresem: Señor Senador D-r D. AMALIO GIMENO, Ministerio de la Gobernación, Madrid. Jednocześnie ze zjazdem odbędzie się też i wystawa.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1898 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1898 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 19 Декабря 1897. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

APTEKA M. Malinowskiego,

dawniej

E. Jarnuszkiewicza,

26—18

Nowy-Świat № 53, telefonu № 190, przygotowywa:

Antrophor-Urethri z % środka leczniczego wskazanym przez lekarza.

Mydło lecznicze: Benzoesowe 5%; Borno-Tymolowe 5%, 1%; Chino-
nowe 3%; Chinozolowe 2%; Dziegciowe 10%; Ichtyolowe 10%; Jodowe 3% KJ,
1½ J; Karbolowe 5%; Kreolinowe 5%; Lanolinowe 15%; Lecznicze (zawie-
rające 5% tłuszczu), Mentolowe 3%; Naftolowe 5%; Naftolo-Siarkowe 5%,
10%; Rezorcyno-Salicylowe 3%, 3%; Rezorcyno-Salicylo-Siarkowe 3%, 3%,
10%; Salicylowe 5%; Siarkowe 10%; Sublimatowe ½%; Tanninowe 3%;
Tymolowe 1%; Waselinowe 10% i do mycia głowy.

Tablettaa czekoladowe ze środkami wskazanymi przez lekarza.

Tlen czysty i z tlenkiem azotu.

D-~~r~~ E B E R S

Kierownik Krynickiego c. k. zakładu hydropatycznego ordynować będzie
od 15 Stycznia do końca Kwietnia

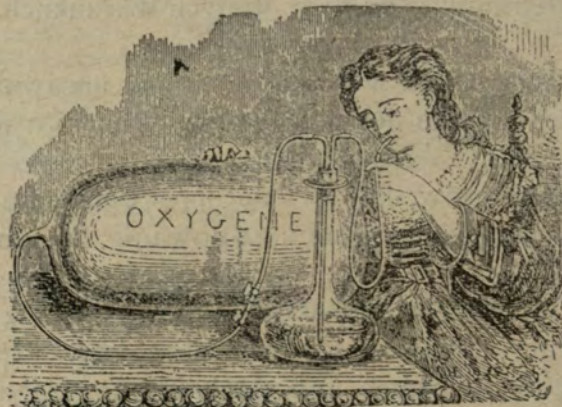
w Abbazii

w willi naprzeciw hotelu Kronprinzessin Stephanie.

3—1

APTEKA

Magistra farmacyi



dawniej Senatorska wprost Miodowej,
Telefonu Nr. 753.

H. KUCHARZEWSKIEGO.
Miodowa № 4

Zaopatrzoną jest w dostateczną ilość przenośnych przyrządów z balonami dla wdechania tlenu, które w każdym czasie bywają napełnione szybko i wydawane na miasto.

Przyrząd składa się z balonu kauczukowego zawierającego tlen, połączonego z naczyniem napełnionem wodą i pełniącym funkcję oczyszczania gazu z ciała obcych przypadkiem do balonu dostać się mogących; używa się wdechając po 20 do 30 litrów tlenu codziennie przez 3 do 4 tygodni. Dla p.p. lekarzy lub osób potrzebujących powyższej kuracyina prowincyi, wysyła się kompletne aparaty z mieszaniną służącą do otrzymania tlenu.

Nadto przyrządza się tlen z tlenkiem azotu

12—2