

GAZETA LEKARSKA

I. KILKA SŁÓW O RÓŻYCZCE

(*rubeolae*)

Z OKAZYI WŁASNYCH SPOSTRZEŻEŃ

Skreślił

A. Puławski,

ordynator szpitala Dz. Jezus.

Różyczka ¹⁾ należy do chorób wysypkowych ostrych, o których pisze się i mówi daleko rzadziej, niż o innych. Pochodzi to zapewne stąd, iż epidemie tej choroby zdarzają się wogóle nie często. Prócz tego, dzięki lekkiemu przebiegowi i brakowi powikłań, przypadki tej choroby prawie nigdy nie zdarzają się w szpitalu, a i w praktyce prywatnej z tego samego powodu lekarz rzadko ma sposobność bliższego jej spostrzegania. Nie więc dziwnego, że wielu lekarzy różyczki nigdy nie widziało. Są wreszcie i tacy, którzy jej widzieć nie chcą, uważając za pewną odmianę odry lub szkarlatyny.

Z powyższych powodów byłoby pożądanem, aby ci, którym się udało dokładniej spostrzegać większą ilość przypadków tej choroby, ogłaszali je dla wyjaśnienia niektórych kwestyi spornych. Pod względem naukowym chodzi tu o wyznaczenie różyczce właściwego miejsca w nozologii, pod względem praktycznym—o zachowanie się lekarza wobec tej choroby, tak co do rokowania, jak i profilaktyki.

Ponieważ różyczka dzieli los innych chorób wysypkowych pod względem etyologii, t. j. że zarazka jej nie znamy, przeto rozpoznanie jej opierać się musi jedynie na całym szeregu objawów klinicznych, których rozbiór krytyczny, do czasu przynajmniej, musi zastąpić brak badania bakteryologicznego.

W listopadzie i grudniu r. z. spostrzegąłem kilkanaście przypadków różyczki [ściśle mówiąc 11]; wśród nich widziałem dwie epidemie domowe

¹⁾ Łac. *rubeolae*, fran. *roséole*, ang. *german measles*, niem. *Rötheln*; *falsche, unächte Masern*. Słownik terminol. lek. polskiej podaje słowo *kur*. Ponieważ na Litwie, Rusi i Podolu *kurem* nazywają odrę, przeto wydaje mi się słuszną propozycją J. KRAMSZTYKA, aby *rubeolae* nazywać różyczką, co odpowiada terminom, używanym dla tej choroby w językach obcych i usuwa wszelkie nieporozumienia w naszym słownictwie.

i dwa przypadki sporadyczne [jeden w marcu r. b.]. W czasie tym panowała w Warszawie epidemia szkarlatyny, odry, ospy i innych chorób zakaźnych ostrych w stopniu daleko wyższym, niż zwykle. Szczególną złośliwością odznaczała się epidemia szkarlatyny i odry.

W ciągu mojej praktyki lekarskiej zdarzało mi się już i dawniej spotykać sporadyczne przypadki różyczki; widywałem je wszakże tylko dorywczo i uważałem za jakieś wysypki efemeryczne, przypominające odrę. Za to niejednokrotnie zdarzało mi się słyszeć z okazji danego przypadku odry lub szkarlatyny, iż osobnik, dotknięty jedną z tych chorób, przechodził już raz w życiu podobną wysypkę. Po bliższem wypyтaniu się o szczegóły tej dawniejszej „takiej samej“ choroby, niejednokrotnie okazywało się, iż wówczas chory prawie wcale nie gorączkował, choroba trwała krótko, a lekarze mieli pewne poważne wątpliwości co do rozpoznania. Otoczenie chętnie nazywa tę minioną chorobę odrą lub szkarlatyną, mając nadzieję, że dzieci są już od tych chorób, szczęśliwie przebytych, na zawsze zabezpieczone.

W rodzinie N. pierwszy zachorował 14-letni Janek, uczęszczający do gimnazjum. Chłopiec ten, którego znam i leczę od lat siedmiu, nie przechodził żadnej choroby wysypkowej, prócz ospy wietrznej. Na początku listopada wśród zupełnego zdrowia chłopiec ten uczył przykre swędzenie na piersiach oraz lekki ból w szyi. Na razie nie mogłem sobie objaśnić przyczyny tego swędzenia; ból w szyi zależał od obrzmienia gruczołów limfatycznych. Prócz nieznacznego zaczerwienienia błony śluzowej gardzieli żadnych objawów chorobowych nie dostrzegłem. Na drugi dzień na twarzy ukazała się wysypka w postaci drobnych, czerwonych plamek nieznacznie nad poziom skóry wzniesionych; twarz była nieco obrzmiała, łącznice trochę zaczerwienione, oczy wrażliwe na światło, lekki ból gardła, błona śluzowa gardzieli jednolicie zaczerwieniona. Gruczoły limfatyczne na szyi, pod żuchwą i na karku powiększone były dość znacznie; osobliwą uwagę zwracały na siebie gruczoły za uszami na *proc. mastoid.*, które były powiększone i bardzo bolesne na dotyk. Przy bliższem badaniu okazało się, że są również powiększone i bolesne gruczoły nad obojczykiem z dwóch stron, a także pod pachami; w pachwinach gruczoły były mniej obrzmiałe, ale również bolesne. W ciągu 48 godzin wysypka ukazywała się kolejno na szyi, piersiach, plecach, ramionach, mniej na kończynach. Chory uskarżał się na silne swędzenie w miejscach, nawiedzonych przez wysypkę. Z wyglądu wysypka była podobną do odrowej, tylko nieobfita i jaśniejsza.

To wszystko działało się przy wybornym stanie ogólnym, doskonałem łaknieniu, tętnie pełnem i nieprzyśpieszonym [84], ciepłocie ciała prawidłowej [raz po obiedzie wynosiła 37,8°]. Kaszlu, ani nieżytu nosa nie było, śledziona nie wyczuwalna. Wysypka już w ciągu 48 godzin zaczęła stopniowo blednąć, poczynając od twarzy, t. j. od miejsca, w którym się najprzód ukazała. Obrzmienie gruczołów trwało jeszcze około tygodnia. Bardzo nieznaczne łuszczenie [drobny proszek] zjawiało się tylko na twarzy. W moczu podczas choroby, a ni po jej ukończeniu nic nieprawidłowego nie znajdowałem.

We dwa tygodnie po Janku, zachorował 13-letni brat jego Julek, również uczęszczający do gimnazjum, o dzień później dwie jego siostry: 12-letnia Zosia i 10-letnia Józia. Dzieci te również nie przechodziły żadnych wysypek ostrych, prócz ospy wietrznej. U wszystkich trojga były zupełnie takie same objawy, jak u Janka. Najpierwszym objawem, na który teraz szczególnie zwróciłem uwagę, było obrzmienie i bolesność gruczołów za uszami, oraz szyjowych, podżuchwowych i innych, chociaż nie u wszystkich trojga objaw ten wystąpił w równym stopniu [najwięcej u Zosi, najmniej u Józii]. Wysypka, także podobna do odrowej, zjawiała się najpierw na twarzy, potem na tułowi, najmniej na kończynach. W natężeniu wysypki były również indywidualne różnice: najobfitszą i najbardziej podobną do odrowej [większe plamy i ciemniejsze] była u Zosi, najslabsza u Julka. Wysypanie trwało 24 godziny, gorączki, ani przyspieszenia tętna nie było wcale. Prócz swędzenia, dzieci na nic się nie skarżyły, czuły się zupełnie dobrze. Tylko starsza dziewczynka była osłabioną, rozdrażnioną i nieswoją. Prócz wysypki objektywnie można było stwierdzić tylko lekkie zaczerwienienie łącznic, oraz jednolite, umiarkowane zaczerwienienie błony śluzowej gardzieli u wszystkich dzieci. Józia miała nieco powiększoną, wyczuwalną śledzionę. Zosia znacznie powiększone migdały. Po 2—3 dniach nie było już śladu wysypki i wogóle choroby.

Jedna z dziewczynek, mianowicie młodsza Józia w tydzień po zjawieniu się pierwszych objawów różyczki zapadła na szkarlatynę średniego natężenia, którą przebyła szczęśliwie bez wszelkich powikłań. Pozostałe dzieci przeniesiono do innego mieszkania i tam przebywały świnke, jak się dowiedziałem od leczącego je wtedy kol. LUBLINERA.

Oprócz tych czworga dzieci w tymże samym czasie [razem z młodszymi] zachorowała ich matka, kobieta trzydziesto-kilko-letnia. U tej wystąpiły również te same objawy, co i u dzieci tylko w stopniu daleko silniejszym. Podniesienia ciepłoty ciała nie było również, ale tętno było szybkie, stan ogólny niedobry [osłabienie, apatya, brak łaknienia i snu, ból głowy]. Gruczoły, zwłaszcza na szyi i za uszami, były bardzo bolesne i obrzmate, silny ból gardła z mocnym przekrwieniem błony śluzowej gardzieli, światłowstręt, ból oczu. Wysypka była podobną do odrowej i dość obfita, na jednej kończynie górnej była zupełnie podobną do wysypki szkarlatynowej [jednolite, szkarlatne zaczerwienienie]. Ale i u pani N. wysypka i cała sprawa trwała 3—4 dni. Należy dodać, iż choroba pani N. przypadła podczas rekonwalescencji po napadzie goścecia mięśniowego, jakiemu niekiedy już podlegała.

Prawie jednocześnie miałem w leczeniu dzieci państwa P., którzy mieszkają na innej ulicy i żadnej styczności z domem państwa N. nie mieli. Do państwa P. byłem wezwany [po dłuższym niewidzeniu się] wtedy, gdy najstarszy ich syn, 12-letni Staś, uczeń szkoły prywatnej, dostał już objawów choroby, którą właśnie spostrzegałem u p. N., nie mogę więc i siebie obwiniać o przeniesienie zarazy.

Chłopiec ten, który przebywał w swem życiu odrę i szkarlatynę, przy

nieznacznem podniesieniu ciepłoty [38°] i doskonałym stanie ogólnym dostał bólu szyi i wysypki na twarzy, a wkrótce i na całym ciele. Wysypka była drobna, grudkowo-plamista, mocno swędząca, najobfitsza na twarzy, mniej obfita na tułowiu i kończynach, umiarkowane zaczerwienienie łącznic, światłowstręt, zaczerwienienie błony śluzowej gardzieli. Gruczoły limfatyczne zewnętrzne, szyjowe i podżuchwowe były powiększone i bolesne. Kaszlu, ani nieżytu nosa nie było, ciepłota nie przechodziła 38°, stan ogólny był jak najlepszy. Po 3—4 dniach chłopiec był zdrowy zupełnie, łuszczenia nie było prawie wcale. W tydzień po Stasiu zachorował w podobny sposób brat jego Wacek, lat 10, a w parę dni siostra jego Kamilla, lat 8 i Witold, lat 6. Dzieci te odry, ani szkarlatyny nie przechodziły. W czasie obecnej choroby widywałem je nie często, dla tego też szczegółowo początkowych objawów sam nie spostrzegłem, ale było mi wiadomo, iż wysypka, zupełnie podobna do wysypki Stasia, zjawiała się przy nieznacznej gorączce lub bez niej, trwała nie dłużej jak 2 doby, była mocno swędząca. Oczy były „zaczerwienione“, istniała obawa światła. Sam mogłem skonstatować obrzmienie i bolesność gruczołów zewnętrznych, szyjowych i podżuchwowych [inne gruczoły nie były obrzmiałe, ani bolesne]. Żadnych powikłań nie było.

Jeden z chłopców, mianowicie młodszy Wacek, we 3 tygodnie po opisanej chorobie dostał wymiotów, bólu głowy, wysokiej gorączki [do 40°] i wysypki jakoby mocno czerwonej w postaci drobnych punkcików na całym ciele. Widziałem to dziecko dopiero na drugi dzień, gdy wysypki już nie było, a ciepłota była prawie prawidłową [37,5]. Znalazłem, przy stanie ogólnym bardzo dobrym, tętnie mało przyspieszonym [90], zaczerwienienie błony śluzowej gardzieli, obrzmienie migdałów, a w kryptach tych ostatnich kilka czopków [*tonsillitis follicularis*). Jednocześnie tę ostatnią chorobę, tylko w stopniu daleko silniejszym [wysoka gorączka, trwająca kilka dni, ogólne rozłamanie], ale bez wysypki przechodziła bona, kobieta trzydziestoletnia. Podejrzewając u chłopca jakąś nietypową formę szkarlatyny, potrzymałem go 10 dni w łóżku. Stan ciągle był dobry, łuszczenia żadnego, mocz białka ani walczków nie zawierał.

Sporadyczne przypadki różyczki widziałem w różnym czasie: raz w grudniu u panny 17-letniej, która tylko co przebyła wietrzną ospę. Gdy pęcherzyki ospowe zupełnie już przyschły, zjawiała się wysypka, podobna do odrowej, na twarzy i na tułowiu, mocno swędząca; było lekkie zaczerwienienie łącznic i błony śluzowej gardzieli, stan bezgorączkowy. Obrzmienia gruczołów nie zauważyłem. Ta sama osoba w tydzień potem dostała typowej odry, którą przebyła bez powikłań.

Drugi raz widziałem różyczkę w marcu u 24-letniej panny, kandydatki na siostrę miłosierdzia [postulantki] w szpitalu Dz. Jezus. Wysypka była na twarzy i tułowiu, mocno swędząca, stan bezgorączkowy, zaczerwienienie łącznic; lekki ból gardła i mały kaszel. Sprawa cała trwała trzy dni. Obrzmienia gruczołów limfatycznych nie widziałem.

Z opisu klinicznego wyżej podanych przypadków widoczną jest rzeczą, że miałem do czynienia z t. zw. różyczką. Historia tej choroby, jak ją

znajdujemy podaną w pracach THOMAS'a ¹⁾, KLAATSCH'a ²⁾, GUMFLOWICZA ³⁾ i JUERGENSEN'a ⁴⁾ jest wymownym obrazem tych perypetyi, jakie przechodzi niejedna postać chorobowa, zanim się ustali jej stanowisko w nozologii, a nawet słownictwie lekarskiem. Znakomitemu klinicyście berlińskiemu SELLE'mu [1786], podobało się nazwać różyczką (*rubeolae*) pewną szczególną postać szkarlatyny (*scarlatina miliaris et variegata*, według terminologii HEBRY), poparł go w tem ZIEGLER [1787], który przez słowo „Rötheln“ rozumiał najzwyczajniejszą postać szkarlatyny, odznaczającą się tylko tem, że wysypka nie jest zupełnie jednolita, że chorzy skarżą się na palenie w oczach, ból gardła, niepokój i bezsenność [jak przy odrze, powiada ZIEGLER], nazwę zaś szkarlatyny pozostawił dla najcięższych przypadków tej choroby. Wyrazem takich poglądów na różyczkę była statystyka FORMER'a, który podczas epidemii, panującej w Berlinie w latach 1784—1796, naliczył 1180 przypadków śmierci z powodu różyczki, podczas gdy na odrę zmarło tylko 103, a na szkarlatynę 205. Choroba rozpoczynała się zwykle od wymiotów, ciężkich objawów nerwowych, bredzenia, zapaści, towarzyszyły jej ciężkie zapalenia gardła z nalotem; następstwem bywała puchlina, łuszczenie dużymi płatami naskórka ⁵⁾. Oczywiście, była to szkarlatyna i to w ciężkiej postaci. Współczesny SELLE'mu METZGER ⁶⁾, profesor uniwersytetu królewieckiego [1781], podczas epidemii odry spostrzegał przypadki niby podobne do tej choroby, a jednak tak lekkie, bez łuszczenia, bez żadnych powikłań, kończące się wyzdrowieniem w ciągu kilku dni, że METZGER uważał je za fałszywą odrę (*unächte Masern*) i dodaje, iż w wielu przypadkach po takiej fałszywej odrze zjawiała się odra prawdziwa. To samo widzieli HUFELAND w r. 1787 w Wejmarze, VOGEL w r. 1801 w Ratzeburgu. Ową fałszywą odrę niektórzy nazywali różyczką. [RICHTER. *Die specielle Therapie*. Berlin. 1813. cyt. podł. GUMFLOWICZA]. Tym sposobem jednego i tego samego terminu używano dla dwóch różnych chorób ⁷⁾. SCHOENLEIN [1837], godząc tych, którzy uważali różyczkę za szkarlatynę z tymi, którzy ją mieli za odrę, tworzy teorię jednoczesnego działania zarazy szkarlatynowej i odrowej na jednego i tego samego osobnika. Wyrazem tego działania, tej jakby walki dwóch zarazków, jest właśnie różyczka,

¹⁾ THOMAS. Artykuł „Rötheln“ w ZIEMSEN'a Handbuch für spec. Pathol. und Therap. [tłom. ros. 1876].

²⁾ A. KLAATSCH. Ueber Rötheln. Zeit. f. klin. Med. 1855. Zehnter Band. 1 u. 2 Heft.

³⁾ Cand. Med. L. GUMFLOWICZ. Casuistisches und Historisches ueber Rötheln. Aus der pädiat. klinik des prof. D-r ESCHERICH in Graz. Jahrb. f. Kinderheilk. 1891. B. XXXII.

⁴⁾ JÜRGENSON. Acute Exantheme. Scharlach, Rötheln, Varicellen. W IV tomie Patol. i therapii NOTHNAGL'a str. 257 i nast.,

⁵⁾ JÜRGENSEN. Ib. str. 263.

⁶⁾ GUMFLOWICZ. Ib. str. 274.

⁷⁾ Autorowie angielscy dla odry używają niekiedy terminu *rubeola*. WILLAN [1803] rozróżnia *rubeola vulgaris* [odra] od *rubeola sine catarrho* [co odpowiada różyczce]. Późniejsi autorowie angielscy różyczkę nazywają jeszcze *rubella*, słowo utworzone przez analogię z *varicella* [p. GUMFLOWICZ].

która raz jest zbliżoną w swych objawach do odry, drugi raz do szkarlatyny (*rubeola morbillosa* i *r. scarlatinosa*). SCHOENLEIN nazywa różyczkę *exanthema hybridum*, „eine Zwitterform aus Masern und Scharlach“.

Teorya ta, lubo nie oparta na żadnym pozytywnym fakcie, miała wielu zwolenników. Przeciwnicy jej [PAASCH 1855] słuszną robili uwagę, iż byłoby prościej rozróżnić poronne, lekkie przypadki odry i szkarlatyny, niż tworzyć sztucznie nową, jakąś niezwykłą chorobę. Tegoż poglądu trzymał się FELIKS NIEMEYER¹⁾ w swoim wielce popularnym podręczniku. N. uważa różyczkę epidemiczną za „modyfikację odry lub szkarlatyny, powstałą pod wpływem nieznanых czynników“. HEBRA nie chce nic wiedzieć o różyczce, zna on tylko odrę, przebiegającą z małą gorączką albo i bez niej (*morbilli apyretici*), oraz odrę z wysypką podobną do szkarlatynowej (*morbilli confluentes*)²⁾.

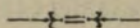
[D. n.].

II. KOMÓRKA NERWOWA

W ŚWIETLE BADAŃ NAJNOWSZYCH.

Napisał

D-r Ludwik Dydyński.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 18].

Widzimy więc, jak daleko posunęła metoda NISSL'a nasze wiadomości o budowie komórki nerwowej w jej stanie normalnym. Nie mniejsze usługi oddała ona patologii. Rzecz prosta, że metoda, która z taką dokładnością uwydatniła tyle szczegółów w zawiłej budowie prawidłowej komórki nerwowej, musiała wzbudzić nadzieję, że nareszcie uda się za jej pomocą wykryć te delikatne zmiany, które przypuszczać możemy w wielu stanach chorobowych, a których dotychczasowymi sposobami wykryć nie zdołano. NISSL pierwszy zajął się również badaniami w tym właśnie kierunku. Wybrał on do tego drogę najracjonalniejszą, bo drogę badań doświadczalnych; mianowicie sprowadzał zaburzenia w prawidłowej czynności przez wprowadzenie do ustroju żywego rozmaitych trucizn. Tym sposobem, wywołując sztucznie chorobę, wiemy dokładnie, z jakiego rodzaju czynnikiem szkodliwym mamy do czynienia.

Doświadczenia NISSL'a polegały na tem, że truł króliki w ciągu 10—35 dni arsenikiem, fosforem i ołowiem i poszukiwał następnie zmian w komórkach nerwowych przednich rogów rdzenia. Na te właśnie komórki skierował NISSL swe poszukiwania dla tego, że należą do większych komórek nerwowych i przytem budowa ich prawidłowa została dotychczas najlepiej zba-

¹⁾ Lehrbuch der spec. Pathol. und Therapie. Berlin 1872. T. II. str. 606.

²⁾ HEBRA. Hautkrankheiten. Podręcznik pat. i terapii VIRCHOW'a, 111 T. str. 88.

daną. Przekonał się, że zmiany w komórkach nerwowych pod wpływem trucizn występują w rozmaitej postaci stosownie do tego, jakiej użyjemy trucizny, i że zmianom tym ulegają nie wszystkie komórki jednocześnie; ztąd też na preparacie jedne komórki przedstawiają się niezmienionemi, inne zaś w mniejszym lub większym stopniu zajęte są przez sprawę chorobową. Daje to możliwość porównania na jednym i tym samym preparacie rozmaitych okresów zmian. Zmiany dotyczą przedewszystkiem substancji barwiącej się.

Wskutek otrucia arsenikiem najpierw ciała Nissl'a powiększają się i jednocześnie substancja prawidłowo niebarwiąca się nabiera własności pochłaniania barwników. Następnie ciała Nissl'a bledną, powoli coraz bardziej tracą swoją pierwotną formę, przybierają postać nieprawidłowych grudek, w końcu wreszcie rozpadają się na drobne ziarenka. Sprawa zaczyna się zawsze w jednym miejscu komórki i stopniowo obejmuje całe jej ciało. Gdy komórka nerwowa wraz z jej wypustkami protoplazmatycznymi prawie całkowicie wypełni się drobnymi ziarenkami, w jednym lub w kilku miejscach komórki ziarenka owe zanikają, jak gdyby się rozpuszczały, przytem te miejsca, zupełnie niezabarwione, przedstawiają się jako puste przestwory. Powoli luki powiększają się i tym sposobem komórka ostatecznie się rozpada.

Jądro bierze udział w tem zwyrodnieniu dopiero w późniejszych okresach, z chwilą, kiedy ciała Nissl'a rozpadły się już na drobne ziarenka. Jądro kurczy się, kontury jego się zacierają, barwi się silnie i powoli traci swą poprzednią budowę, zmieniając się w brykę mocno barwiącej się substancji z zaledwie widocznem pośrodku jąderkiem.

Po otruciu ołowiem zmiany w komórkach nerwowych przebiegają nieco inaczej. Pierwsze zmiany zjawiają się przedewszystkiem w ciałkach Nissl'a, lecz w odmiennej postaci od powyżej opisanych. Mianowicie objętość ciała zmniejsza się i jednocześnie barwią się one silniej. Powoli przybierają formę nieprawidłowo gwiazdowatą z drobnymi, krótkimi wypustkami. Substancja niebarwiąca się pozostaje niezmienioną, lecz pośród niej zaczynają zjawiać się drobne, silnie zabarwione, okrągłe ziarenka, których ilość coraz się zwiększa, a równocześnie widocznym się staje zanik ciała Nissl'a. W końcu nie możemy dopatrzeć się już w ciele komórki ciała Nissl'a, a wzamian za to całe ciało komórki usiane jest drobnymi ziarenkami, które przez swe nader wyraźne kontury, silniejsze zabarwienie i większe nieco rozmiary odróżniają się od tych, jakie widzimy w ciele komórki po otruciu arsenikiem. Zmiany w jądrze polegają głównie na rozpadzie jego na drobne ziarenka, przytem w sprawie tej bierze udział również i jąderko.

Śladem Nissl'a poszedł przedewszystkiem cały szereg badaczy węgierskich, którzy przy pomocy jego metody zajęli się również zmianami w komórce nerwowej pod wpływem rozmaitych trucizn. Z nich SCHAEFFER powtarzał doświadczenia Nissl'a, badając zmiany, jakie występują po otruciu arsenikiem i ołowiem, PANDI opisał zmiany pod wpływem przewlekłego zatrucia bromem, nikotyną, kokainą i antypiryną, BECK zajął się zmianami, wywołanemi przez jad tęcza, wreszcie TAUSZK badał zmiany wskutek głodzenia. W ostatnim szczególnie czasie coraz więcej spotykamy prac w tym właśnie rodzaju.

Wzbogaciły one z jednej strony wiadomości nasze o rozmaitych formach, w jakich mają występować zmiany w komórkach nerwowych pod wpływem szkodliwych czynników, z drugiej zaś strony wykazały fakty następujące: 1-o rozmaite trucizny wywołują rozmaite zmiany w komórkach nerwowych; 2-o każda trucizna rozmaicie oddziałuje na rozmaite typy komórek nerwowych, wywołując w jednych zmiany w większym stopniu, w innych zaś w mniejszym, Skromne to wprawdzie rezultaty tyłu poszukiwań i tak mozolnie prowadzonej pracy. Ale bo też większość badaczy ogranicza się tylko do opisu zmian, z góry już spodziewanych w komórce nerwowej pod wpływem tej lub innej trucizny. Pożądane są badania porównawcze, a przedewszystkiem takie, któreby dążyły do wykazania różnic w zmianach morfologicznych komórki pod wpływem substancji chemicznych, wywierających sprzeczne skutki, jak np. strychnina i brom.

Pod tym względem wyróżniają się niedawno ogłoszone badania GOLDSCHIEDER'a i FLATAUA. Wstrzykiwali oni zwierzętom w żyły *Milonitrit* $[CN-CH_2-CN]$ w rozmaitych dawkach, a po wystąpieniu wszystkich objawów otrucia zabijali je, badali komórki nerwowe metodą Nissl'a i znajdowali pewne nader wyraźne zmiany.

W drugim szeregu doświadczeń dawali zwierzętom po wystąpieniu objawów otrucia odtrutkę (*natr. subsulfurosum*), po której zwierzęta wkrótce powracały do zdrowia. Zwierzęta te po wyzdrowieniu zabijali albo po upływie pewnego przeciągu czasu, albo natychmiast. W pierwszym przypadku nie znajdowano żadnych zgoła zmian w komórkach i ztąd wyciągnęli autorowie następujący wniosek: komórki nerwowe z wielką łatwością odzyskują swą prawidłową budowę pomimo znacznych uprzednich zmian, jakie w nich zachodzić mogą pod wpływem czynników szkodliwych. W drugim przypadku, t. j. wtedy, kiedy zwierzę zabito w 10 minut po zadaniu odtrutki, autorowie znajdowali wyraźne zmiany w komórkach. Ta okoliczność, że zwierzę w chwili zabicia nie wykazywało żadnych zaburzeń w czynnościach, upoważniła badaczy do drugiego wniosku: komórki nerwowe mogą prawidłowo funkcjonować pomimo wyraźnych morfologicznych zmian w budowie.

Potwierdzenie powyższych wniosków znajdujemy jeszcze w jednym szeregu doświadczeń tychże autorów. Podnosili oni sztucznie ciepłotę ciała u zwierząt przez ogrzewanie ich w termostacie. Przekonali się wtedy, że jeżeli ciepłota ciała u zwierząt badanych przekraczała $43^{\circ} C.$, to w komórkach nerwowych można było wykazać bardzo znaczne zmiany. Że zmiany te nie zależały od bezpośredniego działania ciepła na komórki nerwowe, dowodem tego jest fakt, że ogrzanie trupa zwierzęcia nawet do $45^{\circ} C.$ żadnych zmian w komórkach nerwowych nie spowodowało. Jeżeli zwierzę, którego ciepłota ciała podniesioną była sztucznie do 43° , zostało wyjęte z termostatu i następnie ocuczone, to wkrótce powracało ono do stanu normalnego. Skoro je wtedy natychmiast zabito, znaleźć można było jeszcze zmienione komórki nerwowe; gdy zaś zabitem zostało w jakiś czas po zupełnem ocuceniu się, nie znajdowano już żadnych zmian w komórkach nerwowych.

Pomyślny rezultat powyżej opisanych badań zachęcił GOLDSCHIEDER'a i FLATAU do dalszych w tym kierunku poszukiwań. W N-rze 16 roku zeszłego „*Fortschritte der Medicin*“ spotykamy nową ich pracę, stanowiącą wynik doświadczeń nad 103 królikami. Wstrzykiwano pewnej liczbie zwierząt jad tężcowy, innym zaś w rozmaitych okresach czasu po wstrzyknięciu toksyny tężcowej podawano antytoksynę; u jednych i drugich badano następnie komórki nerwowe. Jakkolwiek badania te nie rzuciły nowego światła na sprawę, wykazały jednak, jak czułą jest metoda NISSL'a i jak łatwo przy jej pomocy wykazać nawet nadzwyczaj subtelne zmiany w komórce nerwowej. Badając komórki nerwowe w rozmaitych okresach czasu po wstrzyknięciu toksyny tężcowej, autorowie znaleźli zmiany w budowie morfologicznej już wtedy, kiedy zwierzę żadnych jeszcze objawów tetanicznych nie zdradzało. Co za postęp! Do niedawna przy znacznych nawet zaburzeniach w czynności komórek nerwowych nie można było dopatrzeć się zmian w ich budowie, dziś znajdujemy zmiany te nawet wtedy, kiedy jeszcze żadnych zaburzeń czynności nie mamy przed sobą.

Z tego faktu, że komórki nerwowe mogą prawidłowo funkcjonować, pomimo widocznych zmian w budowie, wyprowadzili GOLDSCHIEDER i FLATAU następujące ogólne wnioski: 1) ciała NISSL'a, w których zmiany te przede wszystkim się zjawiają, nie posiadają widocznie tego znaczenia dla czynności komórki, jakie im Nissl. i wielu innych przypisują, 2) wogóle spostrzegane w komórce nerwowej zmiany morfologiczne są wyrazem zaburzeń w ich odżywianiu. Przyczyna zaś zaburzeń czynności komórki nerwowej polega prawdopodobnie na jakichś nieznanych nam zmianach cząsteczkowych [molekularnych], które dla badań drobnowidzowych są niedostępne. Kwestya zatem odżywiania się komórki i kwestya jej czynności są to, według ich zdania, dwie sprawy do pewnego stopnia niezależne.

Istnieje jeszcze szereg prac, których autorowie starali się wyjaśnić, jak się zachowują komórki nerwowe wtedy, kiedy cierpieniu podlega część tylko neuronu. Wiemy dziś dobrze, że komórka nerwowa wraz z jej wypustkami protoplazmatycznymi, długą wypustką osiową i jej końcowymi rozgałęzieniami [arboryzacjami] stanowi jedną całość, określoną przez WALDEYLE'a mianem neuronu. We wszystkich dotychczas przez nas omawianych doświadczeniach czynnik szkodliwy działał na cały układ nerwowy, a więc i na cały neuron. Zachodzi jednak pytanie, jak reaguje komórka nerwowa i czy w ogóle reaguje, jeżeli cierpi tylko jej wypustka osiowa. W patologii mamy cały szereg cierpień, obejmujących tylko część obwodową układu nerwowego. Do niedawna sądzono, że komórki pozostają przytem nienaruszone. Prawo WALLER'a powiada, że po przecięciu nerwu ulega zwyrodnieniu tylko część jego obwodowa, część zaś ośrodkowa wraz z komórką nie zmienia się zupełnie. Badania, prowadzone z pomocą metody NISSL'a, rzucają inne światło na całą tę sprawę. Pierwszy NISSL, a za nim cały szereg innych badaczy, jak: FLATAU, MARINESCO, LUGARO, BIEDL, DARKSCHEWICZ, przecinali u rozmaitych zwierząt nerwy ruchowe i czuciowe i badali następnie odpowiednie komórki nerwowe. Oka-

zuje się, że już bardzo prędko, bo po 24 godzinach, w komórkach wykazać można wyraźne zmiany, które polegają głównie na rozpadzie drobnoziarnistym ciałek Nissl'a. Ta sprawa rozpadu, czyli tak nazwana przez MARINESCO chromatoliza, rozpoczyna się zawsze w tem miejscu ciała komórki, z którego wychodzi cylinder osiowy, powoli obejmuje całe ciało, przyczem jądro ze swego położenia centralnego posuwa się ku obwodowi, w końcu sprawa rozprzestrzenia się na wypustki protoplazmatyczne.

FLATAU miał możność zbadania komórek nerwowych przednich rogów rdzenia u dwóch chorych, którym na krótki czas przed śmiercią amputowano nogi; wykazał on u nich zmiany powyżej opisane. Mamy tu więc do czynienia z reakcją bardzo odległą; komórka reaguje szybko na cierpienie odległej obwodowej części neuronu. Chcąc ten fakt objaśnić, niektórzy badacze [MARINESCO, GOLDSCHIEDER] przypuszczają, że komórki nerwowe ulegają zmianom dla tego, że są pozbawione zwykłych bodźców czy to od obwodu, czy też od wyższych ośrodków.

Ważnym jest fakt, że w jakiś czas po przecięciu nerwu, gdy pewna część jego włókien się odradza, powraca też do normy pewna część odpowiednich komórek. Gdzie upatrywać należy główny punkt ciężkości sprawy regeneracyjnej we włóknie, czy w komórce, t. j. czy odrodzenie komórki wywołuje regenerację włókna, czy też naodwrot—tej kwestyi badania dotychczas sowe nie rozstrzygnęły.

Mówiąc o patologii komórki nerwowej, nie można pominąć milczeniem badań MARINESCO, które doprowadziły tego badacza do pewnych teoretycznych uogólnień. MARINESCO badał komórki u zwierząt po przecięciu nerwu, szukał zmian w komórkach w jednym przypadku zapalenia nerwów, w dwóch przypadkach *paralysis Landry*, wreszcie podjął szereg doświadczeń nad zmianami w komórkach nerwowych przy sztucznie wywołanej niedokrwistości przez ucisk aorty brzusznej. Oto jego wnioski: substancja barwiąca się [zatem ciałka Nissl'a] znajduje się w ścisłym związku z czynnością komórki, substancja zaś niebarwiąca się pośredniczy w odżywianiu komórki. Pierwszą nazwał on kinetoplazmą, drugiej nadał miano trofoplazmy. Jeżeli zmiany chorobowe dotyczą tylko kinetoplazmy, komórka może się jeszcze odrodzić z chwilą zaś, kiedy zmiany obejmują i trofoplazmę, komórka stanu normalnego nie może odzyskać. MARINESCO twierdzi, że niejednokrotnie możemy na zasadzie zmian, jakim ulega komórka, wyprowadzić wniosek, czy sprawa chorobowa w komórce jest pierwotną, czy wtórną. Jeżeli sprawa w komórce jest pierwotną, zmianom podlega trofoplazma i kinetoplazma, jeżeli wtórną [np. przy zapaleniu nerwu] cierpi przedewszystkiem kinetoplazma. Jeżeli sprawa, która zajęła z początku kinetoplazmę, przenosi się następnie na trofoplazmę, trudno wtedy rozstrzygnąć, czy sprawa w komórce jest pierwotną czy wtórną.

Inaczej, jak widzieliśmy, na sprawę zmian w komórce nerwowej zapatrują się GOLDSCHIEDER i FLATAU. Która strona bliższą jest prawdy, trudno dziś jeszcze stanowczo powiedzieć. MARINESCO stawia niewątpliwie zbyt pośpieszne wnioski, oparte na niedostatecznej ilości faktów, które poprostu na-

ciąga do swojej z góry postawionej tezy. Z drugiej zaś strony badania GOLDSCHEIDER'a i FLATAUA grzeszą niedokładnością. Autorowie ci przy doświadczeniach swych ograniczyli się prawie wyłącznie do zbadania komórek przednich rogów rdzenia. Tymczasem należało uwzględnić również cały szereg innych komórek nerwowych. Teoretycznie przypuściłoby należało, że jeżeli zmiany w budowie komórki po wprowadzeniu do ustroju trucizny zależą od zaburzeń w odżywianiu, to wystąpić powinny nie tylko w tych komórkach, których czynność uległa zmianie, ale i w innych, choćby w mniejszym stopniu. Trudno przytem zgodzić się ze zdaniem, że zmiany w odżywianiu komórki mogą pozostać bez wpływu na jej czynność.

Chciałbym na zakończenie zwrócić uwagę jeszcze na jeden zarzut, który zrobić można tego rodzaju doświadczeniom i wnioskom, jakie widzieliśmy w pracach GOLDSCHEIDER'a i FLATAU'a. Czy można być pewnym, że zmiany drobnowidzowe, jakie spostrzegamy w komórkach nerwowych po zatruciu zwierzęcia tą lub inną substancją chemiczną, zależą od istotnych zaburzeń życiowych, wywołanych przez czynnik chorobotwórczy, a nie są wytworem sztucznym, powstałym na drodze chemicznej? Obraz drobnowidzowy w tych przypadkach otrzymany może dla tego różnić się od normalnego, iż odczynniki chemiczne, użyte do barwienia, spotykają w komórce odmienny skład chemiczny wskutek danego zatrucia. Rzecz naturalna, że nie kwestyonujemy bynajmniej przez uwagi powyższe wogóle faktu powstawania pod wpływem rozmaitych trucizn zmian morfologicznych w komórce nerwowej, których wyrazem są zaburzenia czynności, pragnęlibyśmy tylko wskazać na możliwość innego jeszcze pojmowania tych, bądź co bądź, paradoksalnych przypadków, w których przy zupełnem braku zaburzeń czynnościowych metoda NISSL'a wykazuje wyraźnie zmiany drobnowidzowe.

Oto szereg najnowszych faktów i poglądów, które rzucają pewne światło na ciemną, prawie niezbadaną dotychczas dziedzinę: morfologię i biologię komórki nerwowej. Światło to wprawdzie nikłe i niepewne; dziwić się jednak temu nie należy wobec olbrzymiej trudności samego przedmiotu. Komórka nerwowa stanowi najwyższy pod względem rozwoju twór biologiczny, będący podścieliskiem zjawisk najzawilszych spraw duchowych. Z góry należy w niej przypuszczać budowę nie mniej skomplikowaną niż czynność, dziwić się przeto nie należy, że skromne nasze dotychczasowe środki badania drobnowidzowego nie mogą sprostać trudności zadania. Należy mieć jednak nadzieję, że względu na postęp, jaki niewątpliwie nauka w ostatnich czasach zrobiła, iż uda się jeszcze wiele osiągnąć na drodze wytkniętej.

NOTATKI LEKARSKIE.

8. Przypadek krwotoku do stożka rdzeniowego.

Cierpienia stożka rdzeniowego, aczkolwiek w ostatnich czasach skrzętnie spostrzegane i ogłaszane, należą do rzadkości. Przypadek, jaki pozwalam sobie ogłosić, zasługuje na uwagę jeszcze i ze względu na etyologię.

Większość dotychczas ogłoszonych spostrzeżeń powstała wskutek urazu, np. wskutek upadku ze znacznej wysokości, w moim zaś przypadku cierpienie po wstało bez żadnej widocznej przyczyny: chora położyła się z wieczora zupełnie zdrowa i przebudziła się nazajutrz rano ze wszystkimi objawami krwotoku rdzeniowego.

S. P., 50-letnia kobieta, dotychczas była zdrowa, nigdy nie miała skłonności do krwawień, ma 7 zdrowych dzieci, nigdy nie roniła, nadużyć alkoholicznych nie popełniała, na syfilis nie cierpiała i żadnych syfilitycznych objawów nie przedstawia. Dnia 17. X. 1897 r., przebudziwszy się ze snu, zauważyła niemożność poruszania dolnymi kończynami i brak czucia w nich, nie czuła zupełnie, kiedy jej przykładano gorące okłady na pośladki; prócz tego doznawała parestezyi pod postacią uczucia gorąca w kończynach dolnych; mocz nie mogła oddawać, kał odchodził bezwiednie; następnego dnia lewa dolna kończyna poprawiła się. W 5 dni potem zapisała się na oddział D-ra GAJKIEWICZA; wtedy znaleźliśmy przy badaniu następujący stan: w nerwach czaszkowych, kończynach górnych i tułowiu zmian żadnych, wszystkie ruchy lewą dolną kończyną możliwe, lecz ograniczone; prawą dolną kończynę chora może tylko z trudem wyprostować, jeśli uprzednio zgiąć tę nogę w kolanie, innych ruchów niema. Czuciowa sfera: okolica odbytnicy, kroczce, narządy płciowe zewnętrzne i tylna powierzchnia ud, z prawej strony do górnej części łydki, z lewej do kolana, są zupełnie znieczulone na dotyk, ból i ciepłotę; takież same zmiany wykryliśmy na pięcie i zewnętrznej powierzchni lewej stopy i na podszewie prawej stopy.

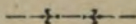
Prócz powyższych zaburzeń stwierdziliśmy częściowe zniesienie czucia na reszcie dolnych kończyn, mianowicie osłabienie czucia bólowego i zniesienie czucia na ciepłotę przy zachowaniu czucia na dotyk; bólów chora nie ma, tylko liczne parestezye [klucie, gorąco] na pośladkach, w dolnej części brzucha i w kończynach dolnych.

Zatrzymanie moczu i niemożność wstrzymania kału, przyczem chora nie odczuwa zupełnie potrzeby oddawania moczu i nie czuje, kiedy kał przechodzi przez odbytnicę. Odruchy rzepkowe słabe, żywszy z lewej strony; podeszwowy jest tylko z lewej strony; odruchu ze ścięgna ACHILLES'a, ani brzuszno niema. Na pośladkach powierzchowne odleżyny, które powstały wskutek przykładania zbyt gorących okładów, robionych w domu chorej.

Chora pozostawała na oddziale w ciągu 18-dni, badanie parokrotne wykryło następujące zmiany: siła ruchowa w obu dolnych kończynach poprawiła się znacznie, już po tygodniu chora mogła wykonywać wszystkie ruchy; zatrzymanie moczu zamieniło się w niemożność wstrzymania; kał po dawnemu odchodził bezwiednie i chora nie czuła ani moczu, ani kału. Zaburzenia czuciowe nie uległy zmianie; odleżyny goiły się dobrze. W powyższym więc przypadku mamy charakterystyczny zbiór objawów, zawsze spostrzegany przy cierpieniu stożka rdzeniowego, mianowicie: porażenie ruchowe i czuciowe pęcherza i odbytnicy; znieczulenie w obrębie odbytu, kroczca, zewnętrznych narządów płciowych i tylnej powierzchni ud. Najprawdopodobniejszą przyczyną samego cierpienia był krwotok. Zaburzenia czuciowe, jakie wykryliśmy na kończynach dolnych, mianowicie częściowe rozszczepienie czucia przemawia za krwotokiem do szarej istoty rdzenia.

A. Strózewski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



68. Van Niessen. Nowy przyczynek do etyologii syfilisu.

Autor od dłuższego czasu już pracował nad wyosobnieniem zarazka syfilisu i najświeższe swoje wyniki podaje obecnie do ogólnej wiadomości.

NIESSEN, badając raz gummat syfilityczny w sercu, zauważył w warstwach tkanki, najbliższej przylegających do guza, wielkie ilości drobnoustrojów, odznaczających się bardzo rozmaitą wielkością, formą i układem. Widać było długie nici, jednolite, poprzedzielane jaśniejszemi przerwami na różnej długości członki. W niektórych niciach, które metodą GRAM'a barwiły się na ciemno-niebieski kolor, widoczne były niezabarwione miejsca, odpowiadające sporum. W jednym laskowatym członku nici takich miejsc niezabarwionych było 2, 3, 3. W innych różniczkowanie się zarodzi na zarodnikową i pokrywową (*Keimplasma* i *Hüllenplasma*) występowało jeszcze wyraźniej. Barwiąca się zaródz pokrywowa ściąga się i umieszcza po brzegach łaseczki w postaci nieprawidłowych cząsteczek, a wypiera ją nabrzmiewająca zaródz rozrodcza (*Keimplasma*). Powstałe w ten sposób pstre obrazy lasek odpowiadają już to sprawom rozmnażania, już też są objawem rozpadu i zwyrodnienia komórki roslinnej.

Spostrzeżone przez się drobnoustroje NIESSEN opisał, przypisując im związek przyczynowy z tworem syfilitycznym w postaci gummatu.

Podjąwszy badania krwi u syfilityków w różnych okresach choroby i w najrozmaitszych jej postaciach, otrzymywał czyste hodowle drobnoustrojów, należących do bakterii wielopostaciowych, które okazały się identycznymi z temi, które był przedtem widział w gumacie serca i w zakrzepie jednej z tętnic mózgowych dziecka, obarczonego syfilisem dziedzicznym.

Różni badacze przedtem opisywali różnej formy bakterye, znajduwane przez nich w tworach syfilitycznych i rzeczywiście, jak twierdzi NIESSEN, widzieli oni pojedyncze formy z pomiędzy rozlicznych modyfikacji, w jakich występuje zarazek syfilityczny. Żaden z nich atoli nie był w stanie otrzymać czystej hodowli i, co za tem idzie, nie mógł należycie przeprowadzić badań nad szczepieniem zwierząt.

Autor po oczyszczeniu palca eterem robił nacięcie i spływającą krew w ilości 2 ctm. sześć. zbierał do wyjąłowanej próbówki. Stawiał ją w pochylem położeniu, dodawszy przedtem do krwi parę ctm. sześć. wyjąłowanego bulionu lub wody dla uniknięcia, o ile można, krzepnięcia krwi. Probówka stoi w ciepłocie 10—20° R. Już po 48 godzinach można spostrzedz na krwi cienką, szarawą błonkę, a po dłuższym czasie na dnie prócz tego zaczyna osiadać z początku obłoczkowaty, a później papkowaty osad. NIESSEN twierdzi, że we wszystkich przypadkach syfilisu, już po 24 godzinach można barwieniem wykazać charakterystycznie rozwijające się we krwi drobnoustroje syfilisu. Do barwienia najlepiej użyć fuksyny karbolowej lub metody GRAM'a.

Z początku forma laski występuje w bardzo niewielkiej ilości, a dopiero po kilku lub kilkunastu dniach można widzieć dużo nici, składających się z różnej długości lasek, puzyrzecem dają się spostrzegać wielorakie zmiany kształtu, różne okresy rozmnażania i różne sposoby mnożenia się, formy inwolucyjne wysoko uorganizowanej i wielopostaciowej bakterii. NIESSEN nazywa swój zarazek — *streptobacillus*. Po jakichś 2 tygodniach przelewał autor trochę krwi do bulionu, albo do agaru glicerynowego z bulionem. W bulionie, jeżeli pró-

bówka stoi, już po 24 godzinach ukazują się zawieszane cieniutkie błonki; jeżeli zaś próbówka leży, to na powierzchni bulionu tworzy się błonka, przy czym bulion pozostaje klarownym.

Żelatyna, trzymana w ciepocie około 16° R., po 48 godzinach wykazuje obecność długich obłoczków, szarawych, w których przez lupę widać długie, jedwabisto połyskujące nici, przenikające już to pojedynczo, już to całymi grupami przez żelatynę. Nici przebiegają równolegle jedne do drugich, to znów krzyżują się w rozmaity sposób i jakby anastomozują z niemi sąsiednich obłoczków.

Przy rozlaniu na płytce wschodzą oddzielne kolonie w postaci białoszarych guziczek. Guziczek po pewnym czasie robi się trochę wklęsłym, tworzy się jakby mała nieculka, wypełniona szarą zawartością. Rozpuszczanie żelatyny wokół stopniowo posuwa się, na powierzchni rozpuszczonej żelatyny pływa szarawa błonka, a na dnie zagłębienia zbiera się jasnoszary osad. Jeżeli tworząca się kolonia jest zewsząd otoczona żelatyną, to rozrasta się chętnie w postaci nitkowatych wyrostków. Nitkowane rozrastanie się kolonii, otoczonych żelatyną, powoduje powolne bardzo rozrzedzanie żelatyny.

Na agarze, na który trzeba przenosić większą ilość zarazków w postaci całej błonki, po 2 dniach z przeniesionego konglomeratu nici wyrastają widzialne gołym okiem wyrostki.

W hodowlach przez nakłucie żelatyny powstają powoli na przebiegu nakłucia małe, szaro-białawe punkciki, a w miejscu ukłucia tworzy się najpierw mała obwódka, potem nerkowate wgłębienie, podobnie jak od cholery i rozrzedzanie żelatyny wciąż postępuje. Na kartoflu po 48 godzinach rozwijają się naloty z zębatymi brzegami koloru samego kartofla; z czasem cała substancja kartofla zabarwia się na ciemno-szaro.

Istnienie bakterii w postaci pojedynczego osobnika trwa krótko. Prędko tworzą się podziałki, czasem nowe osobniki ustawiają się pod kątem w postaci litery V, zjawiają się długie nici, składające się z osobników różnej długości i formy: za szeregiem dużych lasek następują egzemplarze małe, jajowatej formy, potem znów idą długie laski. Przeciętą miarą mniej więcej da się oznaczyć dla długości 0,03—0,04 mm., a dla grubości 0,01—0,015 mm.. Osobniki z hodowli agarowych lub bulionowych wyglądają szczególnie wypasione, nabrzmiałe. Na agarze najwięcej rozwijają się pojedyncze osobniki i krótkie łańcuchy. W bulionie powstają przeważnie nici o jednolitym wyglądzie. Formy rozrostu na kartoflu podobne są do tych, jakie widzimy na agarze. We wgłębieniach nieckowych w żelatynie zbierający się na dnie osad składa się przeważnie z pojedynczych egzemplarzy, najczęściej w rozmaitych okresach mnożenia się. Błonki, pływające na powierzchni wgłębień lub w bulionie, składają się ze splotu nici. Zbierający się przy rozrzedzaniu żelatyny osad na dnie wgłębień po dniach kilkunastu przybiera więcej ziarnisty wygląd, można też wtedy czuć słaby zapach kleju. *Streptobacillus* rozwija się również w surowicy, mocz, mleku i istnieje w wodzie. O ile można sądzić, to *streptobacillus* jest dość chciwy na wodę.

Z pośród osobliwości rozwoju tego zarazka zasługuje na uwagę rozrastanie się kolonii na żelatynie, przypominające zupełnie pleśniowe grzybki: na długich wyrostkach nitkowatych, zanim rozpocznie się rozrzedzanie żelatyny, można widzieć białawo-szare, małe guziczki, to siedzące, to gromadkami. Guziczki te są podobne do kokków lub diplokokków i stanowią młode pokolenie, odpowiadające zarodnikom grzybków pleśniowych, guziczki te siedzą po 1 lub 2 egzemplarzach na końcowym członku całej nici. Można je widzieć również zupełnie swobodne, leżące koło nici. Na zasadzie tworzenia opisanych zarodników *streptobacillus* może być zaliczony do gatunku grzybków nitkowatych, *Streptotricheae*, *Cladotricheae*.

Barwi się *bacillus* syfilisu wszystkimi barwnikami anilinowymi, bardzo dobrze barwi się metodą GRAM'a. Kwasy odbarwiają go.

Wzrost jest dosyć szybki. Bardzo prędko rozpoczyna się wewnątrzkomórkowe tworzenie się zarodków, a mianowicie: prawidłowe, jeżeli pośrodku komórki zjawia się jajowata, szklista kupka zarodzi, lub nieprawidłowe i wtedy zaródź rozrodcza założona jest w wielu miejscach wewnątrz komórki, albo występuje przez dzielenie się pojedynczego jądra w kilku miejscach wewnątrz komórki. Z chwilą tworzenia się zarodników powiększa się znacznie objętość komórki, staje się ona wrzecionowatą lub jajowatą. Zatrzymująca barwnik protoplazma okrywowa, pokarmowa (*Nährplasma*), będąc wypieraną przez protoplazmę zarodnikową, zbiera się w postaci oddzielnych cząsteczek w końcach komórki lub przy brzegach, w ten sposób powstają pstre obrazy lasek. Rozpad i degeneracja następuje stosunkowo prędko. Niektóre pstre, centkowane obrazy lasek odpowiadają formom inwolucyjnym bakterii, gdyż wtedy mają one mniejszą zdolność zatrzymywania barwnika. Napotyka się też dużo jakby pustych, jednolitych ciał komórkowych, zwłaszcza w tkance gummatów, ale i w starych kulturach i prócz tego widać dużo wolnych zarodników (*spor*) Te „puste“, jednolite ciała zawierają protoplazmę. Pewne oznaki pozwalają przypuszczać, że są to w nieprawidłowy sposób wyprowadzone zarodniki, gdy pęczniejąca protoplazma zarodnikowa wypłynęła z komórki, lub też straciwszy w komórce protoplazmę pokarmową (*Dotterplasma*), wypełniła sobą całą komórkę i stanowi pewną formę zdolną do samodzielnej dalszej egzystencji. Na barwionych preparatach ze starych hodowli, szczególnie z kartofla i agaru, a także we krwi można widzieć przylegające do zabarwionego ciała bakterie z jednej strony dosyć duże, niezabarwione, szkliste masy, które możnaby uważać za jakiś galaretowaty produkt wydzielniczej czynności komórki. Otóż pewne spostrzeżenia przemawiają za tem, że owe szkliste masy, oddzieliwszy się od laski, mogą samodzielnie istnieć i dalej się rozwijać, gdyż ukazują się w nich zjawiska podziału: przewężenia, zupełne oddzielanie się pewnych odcinków, występowania wyrostków.

Jeżeli zabarwić preparat ze starej hodowli we krwi, pierwotnie zebranej od syfilityka, po 3—4 tygodniach, fuksyną karbolową, to częstokroć można widzieć niezliczone ilości tych szklistych ciał, jako białe, bardzo różnego kształtu i wielkości bryłki, jasno występujące na różowem ogólnem tle preparatu. Laseczki znajdują się wtedy zwykle w okresie zwyrodnienia, pozostają jeszcze resztki ich łańcuchowego układu. Niema już wtedy a i śladu morfologicznych części krwi. Odróżnienie tych szklistych zarodnikowych bryłek od zarodników, które powstały wewnątrz komórek bakteryjnych, za pomocą li tylko drobnovidzu jest prawie niemożliwe, chyba później może uda się wyznaleźć jakieś różnice barwienia się.

Te ciała koliste znajdował NIESSEN w pierwotnych stwardnieniach syfilitycznych stale i uważa je za identyczne z temi, które widział i opisał FERD. WINKLER w *Wiener klin. Wochenschrift*, № 17. 1837. Uważa NIESSEN za błędne twierdzenie WINKLER'a, jakoby ciał tych nie można było widzieć całemi gromadkami. Przypuszcza też NIESSEN, że z czasem może wyjdzie na jaw jaki związek takiej formy istnienia zarazka syfilisu z jego dziwnymi nieraz objawami klinicznymi, z jego późnem występowaniem pod różnemi postaciami, pomimo stosowania energicznej i konsekwentnej terapii w swoim czasie.

Nierzadko można spotkać prócz wspomnianych lasek, jakby pączkujących — laseczki, których kontury przedstawiają linię zębatą, jakby poprzeczne przecięcie szruby. Takie formy w zupełności odpowiadają opisanym przez LUSGARTEN'a. Czasami wpadają w oko laseczniki rozplywające się na koliste członki, jak to się spotyka u laseczników gruźliczych.

Wyniki ogólne badań NIESSEN'a sprowadzają się do 3 zasadniczych punktów: 1) Wykazał on w gumacie serca i zakrzepie tętnicy mózgowej wskutek dziedzicznego syfilisu obecność charakterystycznego strepto-bacillus. 2) Otrzymał ze krwi osobników z objawami trzeciorzędnymi syfilisu takie same laseczniki, otrzymał ich czyste hodowle i zbadał cały cykl ich rozwoju. 3) W jednym przypadku otrzymał także podobne hodowle z moczu syfilityka.

Ze względu na swoje własności morfologiczne i biologiczne *streptobacillus* najbardziej jest zbliżony do klasy *Dematium* i *Cladosporium*, a także do tych skrytoplciowych tworów, do których należy i *Actinomyces*.

Z doświadczeń, jakie robił NIESSEN z odkrytym przez siebie lasecznikiem, zasługują na uwagę próby ze krwią. Umieścił w wyżłobionem szkiełku przedmiotowym trochę krwi osoby zdrowej i dodał do niej kilka cząsteczek sztucznie otrzymanej hodowli lasecznika syfilisu. Po 24 godzinach można było spostrzedz, że w pobliżu rozwijających się kolonii znacznie zmniejszyła się ilość czerwonych ciałek krwi. Zamiast nich było widać jednolity, surowiczy płyn, a ciałka były skurczone, koło nich resztki rozpadu.

Białe ciałka były kulisto skurczone i zachowywały się pod względem chemotaktycznym negatywnie, co by odpowiadało znanemu zjawisku, że w produktach syfilitycznych wogóle mało spotykamy białych ciałek.

Przerobił też NIESSEN doświadczenia ze zwierzętami. Badania ze szczepieniem zwierząt prowadzi ciągle.

Wstrzykiwał on podskórnie i do żył królikom hodowle swego lasecznika. U królików, którym szczepił, otrzymał po tygodniu tworzenie się twardych guzów z objawami zapalnymi w nieznacznym stopniu na miejscu ukłucia. Guzy powiększały się, utworzyło się później owrzodzenie z sadłowatym dnem, twarde. Jedna ze samic, która jeszcze przed doświadczeniem była zapłodniona, urodziła 7 nieżywych królików przedwcześnie. Nastąpił więc *abortus* nieżywych płodów.

Jeden z płodów, zupełnie odpowiadający *macies syphilitica*, miał na tylnych kończynach czerwone plamy i jedną krostę (*puszula*). W wątrobie rozlane *hepatitis*, płuco z rozrzuconymi naciekami zapalnymi. W wątrobie i w naskórku, tam, gdzie były czerwone plamy, barwiąc metodą GRAM'a, znaleziono leżące pomiędzy komórkami pojedyncze laseczniki syfilisu. Wyhodować się ich nie udało z powodu zanieczyszczenia bakteriami gnilnemi.

Zwierzęta, którym szczepiono owe laseczniki, wogóle chudły bardzo, cierpiały na znaczne przyspieszenie oddechu [do 120 na minutę]. Duszność silna zjawiała się napadami. Na uszach, gdzie były robione wstrzykiwania hodowli, robiły się guzy, później bliznowate zniekształcenia uszu. Badanie pośmiertne, zrobione na króliku padłym, wykazało znaczne wychudzenie i rozległe zakrzepy krwi w *vena cava* i w sercu. We krwi *venae cavae* znaleziono laseczniki syfilisu. Zbierał krew NIESSEN do hodowli wogóle w 10 przypadkach syfilisu u ludzi, wśród których znajdowały się najrozmaitsze formy późnego przejawiania się syfilisu: była monoplegia, początki władu rdzenia, *meningo myelitis luetica*, *arthritis luetica*. W jednym przypadku *monoplegia neuritica* wystąpiła w 50 lat po zarażeniu się.

We wszystkich tych 10 przypadkach wyhodował NIESSEN ze krwi swe laseczniki.

Wobec tego stawia NIESSEN następujące wnioski:

1) Syfilis wrodzony i nabyty jest chorobą krwi, przewlekłe przebiegająca. Krew, a także i drogi limfatyczne roznoszą zarazek do tkanek. Do krwi dostaje się zarazek drogami limfatycznymi przy zakażeniu z zewnątrz.

2) W każdym przypadku syfilisu i w każdym jego okresie, jeżeli już tylko zarazek dostał się do krwi, można we krwi przez barwienie drobnomi-

dzowo i przez hodowle zarazek ten odkryć. W wielu przypadkach można go znaleźć nawet w moczu. Należy przypuszczać, że znajduje się także w mleku, nasieniu, ślinie, pocie i kale.

3) Zarazka tego nie można we krwi znaleźć, jeżeli niema zakażenia syfilitycznego.

4) Zarazek syfilityczny należy do gatunku bakterii wielopostaciowych, blisko spokrewnionych z wysoko uorganizowanymi grzybkami nitkowatymi (*Fadenpilze*).

5) Wykazanie zarazka syfilitycznego we krwi jest niezbitym dowodem zakażenia ustroju syfilisem, posiada więc wysokie dyagnostyczne, a w przypadkach wątpliwych różniczkowo-rozpoznawcze znaczenie.

6) Syfilis jest we wszystkich okresach dziedziczny i zaraźliwy.

7) Syfilis jest zupełnie nieuleczalny dotychczasowymi środkami. Względne wyzdrowienie oznaczają tylko okres ukryty.

Centralblatt f. Bacteriologie. Nr. 2, 3, 4, 5, 6, 7. 1898).

Tadeusz Korzon.

[*Przyp. red.* Podajemy streszczenie pracy NIESSEN'a ze względu na to, że autor opisuje fakty niezgodne z dotąd otrzymanymi przy poszukiwaniach nad etyologią syfilisu. Są to kwestye, wymagające sprawdzenia. Główna wątpliwość polega na tem, czy „wielopostaciowa bakteria“, otrzymana przez autora, nie jest tylko zwykłym jakimś saprofytem, oraz czy obrazy chorobowe, otrzymane u zwierząt, były istotnie spowodowane przez swoistą bakterję syfilisu, opisywaną jako taka przez autora].

69. Krause [Altona]. Operacyjne leczenie nerwobólu nerwu trójdzielnego.

Chociaż do chirurgów zwracają się przeważnie chorzy, dotknięci najcięższymi postaciami nerwobólu, jednak autor przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego radzi zawsze uprzednie porozumienie się z neurologiem w celu upewnienia się, że żadne środki terapeutyczne nie mogą już być zastosowane. Sam autor widział nader powyślnie wyniki po zastosowaniu *aconitium nitricum*; używa on preparatu MERCK'a w roztworze 0,05 na 25,0 wody przekroplonej. Zalecając wielką ostrożność w stosowaniu tak silnej trucizny, uważa za najwyższą jednorazową dawkę 0,0005, z powyższego roztworu chory pierwszego dnia używa po 1 kropli co godzina do 10 razy, następnych dni dodaje się codziennie po jednej kropli więcej na dawkę, dochodząc do 6—8 kropel, stosuje się tę dawkę przez parę tygodni. Jeżeli podczas leczenia występują jakie niepokojące objawy [drętwienie języka i jamy ustnej, drżenie palców, nudności], należy zmniejszyć dawkę lub przerwać użycie leku. W tym samym celu DANA zaleca stosowane przez siebie z dobrym wynikiem podskórne wstrzykiwania strychniny w dawce wstępującej od 0,002 do 0,01—0,15 po 15—20 dniach; ale całe leczenie wymaga tylu ostrożności, trwa aż sześć tygodni, w razie nawrotu musi być powtarzane, że tylko chorzy, znajdujący się w wyjątkowo dogodnych warunkach, mogą podobną kurację sprowadzić.

Kiedy ogólne leczenie zawiedzie, uciekamy się do zabiegu operacyjnego. W zadawnionych przypadkach, w których zmiany w nerwach posuwają się stopniowo w ośrodkowym kierunku, operacja, przedsięwzięta na obwodowym nerwie, nie daje długotrwałego wyleczenia. Tu należą zmiany, powstałe na tle ogólnych cierpień: zatrucia, zakażenia, przeziębienia. Należy przytem zwrócić uwagę na niemiarkowane użycie morfiny przy nerwobólach, które po usunięciu zasadniczego cierpienia daje powód do następczego uciążliwszego leczenia morfinizmu.

Zabiegi operacyjne, przedsięwzięte w celu usunięcia nerwobólu nerwu trójdzielnego, dzielą się na zewnątrzczaszkowe i wewnątrzczaszkowe, różniące się znacznie trudnościami technicznymi i niebezpieczeństwem dla chorego.

I. Po zewnątrzczaszkowej operacji można się wtedy spodziewać dodatniego wyniku, jeżeli przyczyna nerwobólu znajduje się w obwodzie, albo też jeżeli bóle ograniczają się do nielicznych końcowych rozgałęzień. Jeżeli na przebiegu obwodowych rozgałęzień nerwu znajdują się ropnie, blizny i t. d., należy je najpierw usunąć i chociaż nie jest to zabieg na nerwach, jednak w ten sposób często otrzymywano zniknięcie nerwobólu, na co wskazują już dawniejsi autorowie [VELPEAU]. W niektórych przypadkach przerywamy związek z ośrodkiem i jeżeli przyczyna bólu znajdowała się w obwodzie, otrzymujemy stałe wyleczenie. W innych zaś poprawa jest tylko czasowa, co wskazuje, że przyczyna leży bliżej ośrodka, a przejściowe polepszenie zależne jest jedynie od odciążenia (*derivatio*), spowodowanego zabiegiem operacyjnym.

Dawniejsi chirurdzy przy nerwobólu nerwu trójdzielnego przecinali i nerw twarzowy zaraz po jego wyjściu z otworu ryłco sutkowego, a następnie ranę przypalali żelazem rozpalonem; lecz i tu wyniki były przejściowe. VOLKMANN przy nerwobólach nerwu podoczołowego, kiedy rezekcja była już niemożliwą, przeprowadzał cięcie wzdłuż dolnego brzegu oczodołu, odkrobywał okostną na całej dolnej jego powierzchni i otrzymywał w ten sposób czasową poprawę. Zabieg podobny powtarzał parokrotnie u jednego i tego samego chorego. Powyższy sposób można uważać również za odciążający.

Wogóle operacje zewnątrzczaszkowe w niektórych przypadkach dają zupełne wyleczenie, częściej jednak tylko przejściowe, przynoszą one jednak chorym znaczną ulgę w cierpieniach, nawroty bywają zazwyczaj słabsze, chorzy więc chętnie poddają się parokrotnie podobnym zabiegom. Wybór nerwu, który należy usunąć, nie zawsze jest łatwym, biorąc na uwagę promieniowanie bólu i tę okoliczność, że przy długim trwaniu cierpienia, chorzy nieraz nie umieją dobrze określić pierwotnego bolesnego punktu. Autor wspomina, że z tego względu, po parokrotnie dokonywanych operacjach na nerwach obwodowych, musiał w końcu uciekać się do usunięcia zwoju GASSER'a. Dla łatwiejszego określenia nerwu, powodującego nerwoból, autor podaje następujące dane: w początku cierpienia granice jego są mniejsze, promieniowanie bowiem bólu występuje w dalszym przebiegu; w późniejszych okresach choroby napady bólu zjawiają się najprzód w pierwotnym punkcie, następnie dopiero bóle promieniują i te ostatnie są mniej stałe i silne; w międzynapadowych okresach mamy największą wrażliwość w pierwotnym punkcie; chorzy w celu złagodzenia bólu wywierają silny ucisk na punkt pierwotny; następnie wstrzykiwanie morfiny uspokaja bóle promieniujące. Wszystkie jednak powyższe dane są bez znaczenia w cięższych przypadkach; pozostaje tylko ściśle zbadanie początku cierpienia. Po wynalezieniu pierwotnej okolicy bólu, łatwo określić cierpiącą gałąź nerwową, tu jednak trzeba mieć zawsze na uwadze prawo o ośrodkowym odbiciu podrażnienia, okoliczność, że część unerwiona przez jedną gałąź nie jest ściśle ograniczona, jak się to zazwyczaj przyjmuje i na koniec, że jedna i ta sama okolica jest zaopatrzona przez wiele nerwów. Określiwszy cierpiącą okolicę, wybieramy punkt, w którym się zbiegają porażone gałązki i w tem miejscu przystępujemy do wykonania zabiegu.

Zwyczajne przecięcie nerwu (*neurotomia*) należy zarzucić zupełnie z powodu szybkiego zrastania się przeciętych końców i, co zatem idzie, rychłego nawrotu cierpienia. Wycięcie części nerwu (*neurectomia*) długości najmniej 1 ctm., nie zabezpiecza także od nawrotu, gdyż tkanka nerwowa jest nader podatna do odradzania się z oddalonych odciętych końców i następczego zrastania się [WAGNER]. W celu uniknięcia nawrotu należy zabieg przedsięwziąć jak najbliżej ośrodka, a gałęzie, przebiegające w kostnych kanałach, usuwać aż po za te ostatnie. THIESSCH wprowadził usunięcie (*extractio*) nerwu; po odseparowaniu gałęzi nerwowej wyciągamy ją silnie w obydwóch kierunkach

i następnie wycinamy. Dośrodkowy koniec bywa tu tem dłuższy, jeżeli nerw przebiega w miękkich częściach i nie zawiera się w kostnym kanale; otrzymujemy wtedy wycinek długości 3—3½ ctm.. Doświadczenia autora na trupach wykazują, że przy wyciąganiu w oczodole pierwszej gałęzi część wewnątrzczaszkowa nerwu pozostaje nieruchomą, druga gałąź, ujęta przed rowkiem podoczodołowym, wywołuje widoczny ruch, przy pociąganiu trzeciej gałęzi poruszenie jest bardzo widocznem i dochodzi do naderwania brzegu zwoju GASSER'a. Przyczyną tego ostatniego zjawiska jest szerokość owalnego otworu i krótkość trzeciej gałęzi. Po zastosowaniu jednego z powyższych zabiegów bóle nie zawsze ustają natychmiast, zmniejszają się one stopniowo i o tem należy uprzedzić chorego przed operacją; rzadziej otrzymujemy wynik wprost ujemny. Zabiegi na nerwach obwodowych należą do zupełnie niewinnych: rany goją się po paru dniach i pozostawiają zaledwie dostrzegalne blizny. Występujące następnie ograniczone znieczulenia znikają po pewnym przeciągu czasu. Przy upartych nawrotach, albo gdy niemożliwy jest dostęp do porażonej gałęzi [np. nerwy podniebienne tylne], uciekamy się do usunięcia 2-ej i 3-ej gałęzi przy samej podstawie czaszki, ale zabieg ten należy do najważniejszych z powodu następnych zaburzeń w ruchach dolnej szczęki. Tego rodzaju operacji nie można zastosować do 1-ej gałęzi, ale tu nawroty zdarzają się rzadziej, w ostateczności należy się uciec do zabiegu wewnątrzczaszkowego.

II. Operacje wewnątrzczaszkowe polegają na usunięciu zwoju GASSER'a i leżącego powyżej pnia nerwu trójdzielnego. Pierwszy J. EWING MEARS w Filadelfii w r. 1834 zaproponował powyższy zabieg, a WILLIAM ROSE wykonał go w Londynie w 1890 r., postępując w następujący sposób: usunął górną szczękę, przetrepanował podstawę czaszki pomiędzy otworem okrągłym i owalnym, oddzielił na tępo oponę twardą od zwoju GASSER'a, który tą drogą usunął; chory wyzdrowiał, lecz stracił oko. W następnych przypadkach ROSE postępował podług sposobu KROENLEIN'a: czasowa rezekcja wyrostka wieńcowego dolnej szczęki i trepanacja czaszki w tem samym miejscu. Autor w 1892 r. obrał inną drogę: rezekuje on czasowo łuskę kości skroniowej, podwiązuje tętnicę oponową średnią i podoponowo oddziela gałęzie nerwu od zwoju GASSER'a. W tymże czasie niezależnie od autora podobny zabieg wykonał HERTLEY w Nowym Jorku. Operowanym tą drogą chorym autor z początku usuwał 2-gą i 3-ią gałąź, lecz kiedy u jednego z operowanych po 8 miesiącach zauważył nawrót, posunął się dalej i usunął zwój GASSER'a. Z tego wynika, że należy zawsze usuwać zwój GASSER'a i nawet część wyżej leżącego pnia, przez co nie zwiększamy niebezpieczeństwa operacji, a unikamy możliwości nawrotu.

Nie rozbierając szczegółowo techniki, autor zwraca uwagę na niektóre poszczególne kwestye. a) Dotąd nie starano się oddzielać od zwoju ruchomych włókien (*radix motorica*); na trupie łatwo to uskutecznić z powodu większej tęgości tych ostatnich. b) Długość trwania operacji zależy od siły krwawienia i czasu potrzebnego do jego zatamonowania [w jednym przypadku autora — 3 godziny], gdyż należy ciągle postępować pod ścisłą kontrolą oka. Pomimo to autor radzi wykonywać zabieg na jednym posiedzeniu, gdyż w ten sposób unikniemy osłabienia chorego przez powtórne usypianie, i możliwego zakażenia rany. Jeżeli wytwarzamy kostny płat, to operacja trwa przeciętnie 1½—1¾ godziny, bez płatu zaś 55—65 minut. c) Techniczne trudności nie są większe, niż przy sposobie KROENLEIN'a. d) Autor wykonał 14 powyższych operacji [10 u kobiet, 4 u mężczyzn; 8 na prawym zwoju, 6 na lewym]; z operowanych: 42-letni mężczyzna zmarł na 6-ty dzień po operacji z powodu niedomogi serca, jedna zaś kobieta po 4 tygodniach z powodu nowotworu w mózgu; 12 chorych wyzdrowiało zupełnie.

Statystyka notuje 33 zabiegi podług sposobu Rose'go i 113—podług sposobu autora; przy pierwszych śmiertelność wynosi 21,2%, przy drugich—15%.

Wyniki operacji uskuteczniionych przez autora są bardzo zachęcające: najpierwsi pacyenci [$\frac{3}{4}$ — $4\frac{1}{2}$ roku] dotąd nie mają nawrotów.

Co się tyczy następnych podmiotowych zaburzeń, należy zauważyć przeszkodę w dowolnem otwieraniu ust, spowodowaną skurczeniem się mięśnia skroniowego; jednak chorzy łatwo oswiają się z tym brakiem, przecięcie zaś ścięgna mięśnia skroniowego lub wycięcie wyrostka wieńcowego dolnej szczęki może być stosowane tylko w bardzo ciężkich przypadkach. Operowani podlegają porażeniu mięśni, zaopatrywanych przez zwoj GASSER'a, zaburzenia jednak ztąd wynikające są w rzeczywistości mniejsze, niż możnaby się spodziewać na zasadzie danych fizjologicznych, gdyż odpowiednie drugostronne mięśnie wypełniają tak dobrze podwójną czynność, że osłabienie dolnej szczęki nie jest zbyt znaczne. Siła żucia jest nieco zmniejszona na operowanej stronie, lecz chorzy z powodu równoczesnej nieczułości błony śluzowej żują zazwyczaj zdrową stroną. Oprócz pełnej i długotrwałej nieczułości rogówki i łącznicy, autor nigdy nie spostrzegł neuroparalitycznego zapalenia rogówki, inni zaś autorowie opisują *keratitis* i *hypopyon*, ale z dobrem zejściem, tylko przebieg jest nieco dłuższy, niż w normalnie unerwionem oku.

Bezsensowność i rozdrażnienie nerwowe, powstałe na tle długotrwałej choroby, szybko znikają po operacji; w jednym przypadku pomieszania zmysłów, wywołanego długoletnim nerwobólem, po usunięciu zwoju GASSER'a nastąpił zupełny powrót do zdrowia.

Jako wskazania autor podaje: silne, uporczywe nerwobóle, nie ustępujące przy żadnem innem leczeniu; zmiany patologiczne w zwoju GASSER'a i pniu nerwu trójdzielnego. Jeżeli przyczyna nerwobólu mieści się w ośrodkach, wtedy zabieg powyższy nie prowadzi do celu.

Opisana operacja zyskała już w chirurgii prawa obywatelstwa, wyniki po niej są tak zachęcające, że należy się spodziewać, iż utrzyma się ona na zajętem stanowisku, a dalsze udoskonalenie techniki uczyni zabieg mniej niebezpiecznym.

(*Mittheilungen a. d. Grenzgeb. d. Medizin und Chirurgie*, 2 Bd., 5 Heft, 1897).
A. Kopeczyński.

70. Boettiger. Leczenie nerwobólu nerwu trójdzielnego.

Zaznaczając na samym wstępie, że z ogromnej liczby środków, stosowanych przy nerwobólu nerwu trójdzielnego, żaden nie posiada wybitnej wartości leczniczej, autor kładzie nacisk na tę okoliczność, że rozpoznanie cierpienia często stawia się zbyt pośpiesznie i powierzchownie, w wielu bowiem przypadkach mamy do czynienia z inną sprawą chorobową, a nie z nerwobólem. Bóle nerwowe wogóle dadzą się podzielić na cztery kategorie: neuralgiczne, neurytyczne, psychiczne [histeryczne] i reumatyczne. Dla nas najważniejsze są dwie pierwsze grupy, których różnicę autor przeprowadza na przykładzie nerwobólu kulszowego.

Ichias neuritica: bóle w kierunku nerwu, niezbyt silne, ale ciągłe; pnie nerwowe mało wrażliwe na ucisk; odruchy osłabione; odruch ścięgna ACILLESZA znika; czucie bólowe i dotykowe jest przytępione; kończyna cała jest chłodniejsza i bledsza. *Ichias neuralgica*: bóle silne, lecz napadowe i niedługotrwałe; odruchy niezmiennione, lub zlekka wzmożone, zmiany czuciowe i naczynioruchowe występują tylko podczas napadu, lub w przypadkach zadawnionych; napady zjawiają się niespodziewanie. Podobnie rzecz się ma i z piątą parą nerwów czaszkowych: nie każdy ból w twarzy jest czystym nerwobólem nerwu trójdzielnego.

ERB wylicza 6 punktów charakterystycznych dla tego nerwobólu: 1) ograniczenie bólu do zakresu jednej gałęzi nerwowej i to przeważnie z jednej strony twarzy; 2) wyraźne przestankowe lub zwalniające napady bólu bez widocznych przyczyn; 3) swoisty charakter i niemiaraowa siła bólu; 4) obecność punktów bolesnych, które jednak nie wydają się autorowi stałymi; 5) obecność objawów czuciowych, ruchowych, naczynio-ruchowych i wydzielniczych i 6) brak objawów zapalnych i ogólny stan chorego, nie odpowiadający natężeniu cierpienia. Niesłusznie GOWERS zalicza do szeregu objawów nerwobólu zmienność miejsca występowania bólu, a LEUBE—znieczulenia i niedowład. Przy nerwobólu czynność nerwu jest wzmoczoną we wszystkich kierunkach, niejako zaś zmiany zanikowe mogą występować li tylko przy długim trwaniu cierpienia. Bóle neurytyczne piątej pary nie odpowiadają powyższym punktom ERB'a: nie są one ściśle ograniczone, łączą się z bólami nerwów obwodowych [np. promieniowego], nie pojawiają się napadowo, nie mają zbyt silnego natężenia, towarzyszą im zazwyczaj zaburzenia ogólnie-nerwowe. Bóle neurytyczne spotykamy o wiele częściej, niż prawdziwe ciężkie nerwobóle. Autor zwraca przytem uwagę na wielką trudność rozpoznania różniczkowego nerwobólu zwykłego i histerycznego.

Bóle neurytyczne rozwijają się przeważnie na tle chorób ogólnych [niedokrwistość, blednica, osłabienie nerwowe], zatruc, chorób zakaźnych [tyfus, febra, grypa, syfilis]. Do miejscowych przyczyn należy zaliczyć ropienie w jamach czaszkowych i ostre wpływy termiczne. Ta ostatnia grupa stanowi przejście do rzeczywistych nerwobólów.

Przeglądając szereg przyczyn, powodujących nerwobóle nerwu trójdzielnego, znajdujemy tu: cierpienia kości twarzy i czaszki, prowadzące do zwężenia otworów i kanałów kostnych i do ucisku nerwów, urazy, ciała obce, próchnienie zębów, zapalenie tęczówki. Posuwając się dalej w kierunku dośrodkowym, znajdujemy: *art. carolis int.* powodujące ucisk zwoju GASSER'a, choroby opon mózgowych i podstawy czaszki, zmiany w ośrodkach nerwowych [guzy, zwapnienia]. Nakoniec należy wyosobnić szereg nerwobólów swoistych, idyopatycznych będących najcięższymi i najuporczywszymi, których przyczyna nie jest dotąd wyjaśnioną i które zmuszają terapeutę do poszukiwania coraz to nowych środków i zabiegów leczniczych.

Przystępując do przeglądu środków leczniczych, autor pozostawia na uboczu przepisy higieniczne i dyetetyczne i robi ogólną uwagę, że wybór odpowiedniego środka tem jest łatwiejszy, im dostępnejszą jest dla nas przyczyna cierpienia. Przy chorobach ogólnych, stosujemy leczenie zasadniczego cierpienia, lecz ponieważ nerwoból rzadko na tem tle powstaje, więc też w rzeczywistości rzadko się uciekamy do powyższego postępowania.

Na czele leków objawowych stoją narkotyki, nie leczą one, lecz, przynosząc czasową ulgę choremu, dają możność zastosowania w przerwach między-napadowych innego odpowiedniejszego środka lub zabiegu. Dalej cały szereg leków, zwanych *nervina* i *antineuralgica*, których liczba corocznie znakomicie się powiększa, ku nieomyślnej korzyści—fabrykantów; dają one tylko rezultaty przejściowe. Ciesząca się dawniej opinią swoistego leku *t-ra Gelsemii sempervirentis* niepowrotnie postradala swoją renomę.

Następnie szereg środków zewnętrznych, stosowanych pod postacią maści i wcierań; autor przyznaje, że wczesne użycie gorczyczników, przyszczydeł, weratryny, akonityny, chloralu, mentolu z współczesnem leceniem napotnem i czyszczącym daje często znaczne polepszenie, a w niektórych przypadkach—nawet zupełne wyleczenie. Tu należy wspomnieć, o miejscowych wstrzykiwaniach podskórnych chloroformu, kwasów: karbolowego i osmowego, jak również plynu SCHLEICH'a.

Wreszcie autor rozbiiera leczenie fizykalne za pomocą stosowania ciepła i zimna. Ciepło [lepiej suche] przynosi stale ulgę cierpiącym na nerwoból i jeżeli chory doznaje złagodzenia bólu przy zastosowaniu zimna, to autor dany przypadek odnosi do kategorii bólu neurtycznego. Z tego względu zalecamy również pobyt w miejscowościach suchych i ciepłych, unikając miejscowości nadmorskich.

Bardzo jest sporną kwestya wartości leczenia elektrycznością; gdy MOEBIUS utrzymuje, że działa tu tylko suggestya, autor uważa pogląd ten za zbyt krańcowy i w użyciu prądu stałego widzi pożyteczny, paliatywny, a czasem leczniczy środek.

Nakoniec należy jeszcze wspomnieć o mechanicznych sposobach leczenia: umiarkowany ucisk na pnie nerwowe jest środkiem dobrze znanym samym chorym; tu również odnieść należy szwedzką gimnastykę, mięsienie i zabieg NAEGELE'go.

Nerwobóle swoiste [idyopatyczne], jak również spowodowane cierpieniem kości lub ciałami obcymi wymagają odpowiedniego zabiegu operacyjnego.

Zbierając wyniki nie chirurgicznego leczenia nerwobólów nerwu trójdzielnego, autor przychodzi do wniosku, że świeże przypadki u niezbyt starych osobników mogą być wyleczone za pomocą połączonego dyetetycznego, mechanicznego, elektrycznego lub objawowo-lekowego sposobu. Przy dłuższem trwaniu cierpienia każdy poszczególnie i wszystkie możliwe kombinacje wymienionych sposobów stale zawodzą i podobnych chorych należy kierować do chirurgów w celu przedsięwzięcia odpowiedniego operacyjnego zabiegu.

(*Mith. a. d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chirurgie. 2 Bd. 5 H. 1897.*)

A. Koczyński.

71. Krämer. Przyczynek do operacyjnego leczenia guzów kostnych małej miednicy.

Wyluszczenie guzów kostnych z małej miednicy należy do neder rzadkich operacyi, ponieważ umiejscowienie tych guzów, ich wielkość i nieruchomość, uniemożliwiają prawie dostęp. Dobre względnie wyniki otrzymywano jedynie przy guzach, usadowionych na skrzydłach kości biodrowej, na kości krzyżowej, lub też w pobliżu spojenia krzyżo-biodrowego. Poza mięśniakami, które odnawiają się z wielką szybkością, najlepsze wyniki otrzymywano przy nowotworach niezłośliwych, o ile usunięcie ich nie wymagało obszernej przedwstępnej operacyi na kościach miednicy.

Następnie autor podaje opis przypadku z własnej praktyki. W 1896 r. przybyła do szpitala chora w bólach porodowych, trwających od 18-tu godzin. Badanie wykazało wypadnięcie pępowiny, a w małej miednicy nieruchomy i twardy guz, wielkości pięści, z podstawą na wewnętrznej powierzchni poziomej gałęzi kości łonowej, na górnym odcinku zstępującej. Guz ten u wejścia do miednicy wypełniał prawą, dolną i środkową jej część tak, że pozostawiała zaledwie wązka szczelina z lewej strony, przez którą można było wprowadzić koniec palca do pochwy, dojsć jednak do ujścia macicy nie było sposobu. Dokonano cięcia cesarskiego z dobrym wynikiem dla matki i dla dziecka, guz zaś pozostawiono nietkniętym. Przebieg pooperacyjny był wyborny.

W niespełna rok chora przybyła do szpitala ponownie, w 6-tym miesiącu ciąży. Badanie wykazało nieznaczne powiększenie guza. Pod chloroformem przeprowadzono w położeniu litotomicznem cięcie, 15 ctm. długie, poczynając powyżej spojenia łonowego, ku dołowi o 25 ctm. na zewnątrz od prawej wielkiej wargi sromnej. Po oddłutowaniu przyczepów mięśnia wysmukłego i ksobnych od prawej kości łonowej, autor doszedł na tępo do głębszych czę-

ści miednicy. Oddzielanie guza, szczególnie w górnym jego odcinku, od spłotów żylnych i od ścian pochwy nie było łatwym. Po oddzieleniu guza od części miękkich aż do podstawy oddłutowano go od wewnętrznej powierzchni kości łonowej, gąbczastą powierzchnią kości, obnażoną po wyjęciu guza, wygładzono ostrą łyżką. Po wypełnieniu rany gazą jodoformową zeszyto skórę na całej przestrzeni, tylko przez dolny odcinek rany wyprowadzono koniec gazy.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. We właściwym czasie chora odbyła połóg szczęśliwie, bez pomocy lekarskiej. Usunięty guz był okrągły, z powierzchnią miejscami chropowatą. Obwód 24 ctm.. Warstwa wierzchnia, składająca się z ząbczastej kości, zawierała żółty szpik kostny i pokryta była cieniutką tkanką chrząstkową.

Powyższy sposób zastosował autor w celu uniknięcia manipulowania z ciężarną macicą, pomimo iż cięcie poprzeczne przez powłoki brzuszne wzdłuż kości łonowej byłoby ułatwiło dostęp do podstawy guza i dało możność rozeyrzenia się w ranie. Technika operacyjna przy powyższym zabiegu jest dość trudną ponieważ operuje się w miejscu niedostępnem dla oka, gdzie palec jest jedynym przewodnikiem. Z tego też powodu metoda ta może być stosowaną jedynie w przypadkach, w których mamy do czynienia z nowotworem niewielkim i niezłośliwym.

(*Centr. f. Chirurgie. Nr 9. 1898.*)

Czarkowski.

72. Sławyk. Plamy Koplik'a, jako wczesny objaw odry.

W roku zeszłym nowo-jorski lekarz KOPLIK opisał pewną charakterystyczną wysypkę na błonie śluzowej warg i policzków, występującą na samym początku odry jeszcze przed wysypką na skórze i przed wszystkimi innymi objawami. Wiadomość ta przebrzmiała bez echa wobec małej poczytności piśma, w którym była ogłoszona (*Archiv of Pediatr.*).

W klinice chorób dziecięcych w szpitalu berlińskim *Charité* od listopada r. z. zwrócono uwagę na objaw KOPLIK'a i prawie stale go znajdowano [na 52 przypadki odry przywiezionej z miasta w 45 przypadkach, i na 32 przypadki epidemii domowej w 31].

Objaw ten polega na zjawieniu się drobnych, okrągłych, sinawych plamek, otoczonych zaczerwienioną błoną śluzową najczęściej na policzkach, niekiedy na wewnętrznej stronie wargi i języku. Liczba ich waha się od 6—20 na każdym policzku. Plamki nigdy się nie zlewają, najpodobniejsze są do pleśniawek (*soor*), różnią się jednak kolorem i formą [sinawe, okrągłe]; widoczne są tylko przy białem świetle [dzienne lub elektryczne]. Plamki dają się zdjąć pincetem bez bólu i krwawienia. Pod drobnowidzem przedstawiają się, jako tłuszczone nablonek. Włókniaka, ani charakterystycznych bakterii dotychczas nie znaleziono. Plamy KOPLIK'a spotykano tylko przy odrze [nie znaleziono ich w 9 przypadkach różyczki]. Zjawiając się pierwszego lub drugiego dnia zwiastunów, kiedy niema jeszcze mowy ani o wysypce na skórze, ani o innych charakterystycznych objawach odry, plamy te mają wielką doniosłość rozpoznawczą. Ilość plam wzrasta stopniowo, aż do zjawienia się wysypki na skórze. Wtedy zwykle plamy znikają, niekiedy utrzymując się aż do okresu łuszczenia. Żadnych cierpień plamy te nie powodują, jak również nie mają żadnego znaczenia pod względem rokowania.

U dawniejszych autorów spotykamy wzmiankę o podobnych plamach na podniebieniu miękkim [FLINDT u JUERGENSEN'a w wydawnictwie patologii szczegółowej NOTHAGEL'a], ze współczesnych autorów NIL FILATOW w 3-iem wydaniu swojej patologii [1895] wspomina o podobnym objawie, ale go tak dokładnie nie opisuje.

(*Deut. med. Woch. Nr. 17. 1898.*)

A. Pulawski.

Towarzystwa lekarzy prowincjonalnych, w Kutnie i Łęczycy.

—*—*—

Sprawozdanie za rok IV [1897].

W ciągu r. 1897 odbyło się posiedzeń 4 [w lutym, maju, październiku i grudniu], z tych 3 w Kutnie i 1 Łęczycy. W zebraniach brało udział 25 kolegów [z Kutna, Łęczycy, Żychlina, Krośniewic, Łowicza, Kowala, Włocławka, Piątku, Ozorkowa, Poddębic i z Aleksandrowa].

Na 4 posiedzeniach odczytano i przedyskutowano 15 referatów [przez 8 lekarzy], mianowicie:

1) F. ARNSZTEJN. Krytyczny przegląd nowoczesnych metod leczenia gorączki połogowej.

2) B. WIECZORKIEWICZ [Żychlin]. Tężec noworodka w czasie aktu porodowego.

3) F. ARNSZTEJN [Kutno]. Kilka uwag o zakażeniu ropnicowem przy chorobach zakaźnych ze szczególnem uwzględnieniem płonicy.

4) HANDELSMAN [Kutno]. Przypadek śpiączki cukrowej. O wczesnych objawach cukromoczu.

5) R. ZALESKI [Kutno]. Kilka przypadków płonicy z przebiegiem piornującym.

6) A. TROCZEWSKI [Kutno]. Kilka przypadków niedrożności kiszek wewnętrznej, operowanych w szpitalu kutnowskim. Przyczynę do symptomatologii i rozpoznania różniczkowego tego cierpienia.

7) HANDELSMAN [Kutno]. Nowe wskazówki co do działania „*Hydrasti Canadensis*“.

8) A. TROCZEWSKI [Kutno]. Przypadek gorączki septycznej, wskutek zakażenia septycznego skrzepów krwi w żyłach hemoroidalnych.

9) WOLBERG [Włocławek]. Przypadek tężca przyrannego, leczony surowicą przeciwzęcowa.

10) F. ARNSZTEJN [Kutno]. Z kazuistyki balneoterapeutycznej.

11) WASILEWSKI [Kowal]. O stanach atroficznych u dzieci.

12) F. ARNSZTEJN [Kutno]. Czy zwolnienie tętna jest przeciwwskazaniem do stosowania naparstnicy?

13) F. ARNSZTEJN [Kutno]. Kilka słów z powodu stosowania wielkich dawek pilokarpiny przy zapaleniu płuc włóknikowem.

14) F. ARNSZTEJN [Kutno]. W sprawie leczenia błonicy surowicą.

15) NAWROCKI [Łęczycyca]. Przypadek *apendicitidis pur. Perforatio intestini Peritonitis generalis. Laparotomia. Mors.*

Prócz referatów powyższych, na posiedzeniach demostrowano chorych i ustnie komunikowano liczne spostrzeżenia z praktyki.

Kutno, 26. IV. 1898.

A. Troczewski.

Wiadomości drobne.

— Kolegom, zajmującym się badaniami bakteryologicznemi, a osiadłym w miejscowościach, pozbawionych urządzeń gazowych, zwracam uwagę na wyrób termostatów firmy F. SARTORIUS'a w Getyndze.

Termostaty te, o właściwym urządzeniu ciepłikowem, ogrzewane być mogą za pomocą dowolnego materiału palnego: gazu, nafty, benzyny, oleju i t. p.. Są one budowy prostej, nastawienie ciepłikowe łatwe i szybkie, różnica wahań ciepłoty dla gazu i nafty, jak o tem w przeciągu kilku miesięcy sam się przekonałem, nie przewyższa $\frac{1}{5}^{\circ}$ C.. Koszt ogrzewania naftą wynosi rocznie około 25—26 Rs..

Jak opiewa katalog, firma ma na składzie gotowe tylko dwa rodzaje wielkości termostatów każdy o czterech różnych formatach. Pierwszy format bez urządzeń przewiewnych i bez wilgoci. Cena termostatów zależy od ich wielkości i formatu.

Pierwsza wielkość.

wymiary wewnętrzne:	wymiary zewnętrzne:
wysokość 25 ctm. sześć.	wysokość 47 ctm. sześć.
szerokość 25 " "	szerokość 47 " "
głębokość 25 " "	głębokość 40 " "

Cena 1-szej wielkości:

Format 1-szy	Marek 55.
" 2-gi	" 75.
" 3-ci	" 95.
" 4-ty	" 110.

Druga wielkość.

wymiary wewnętrzne.	wymiary zewnętrzne.
wysokość 40 ctm. sześć.	wysokość 62 ctm. sześć.
szerokość 25 " "	szerokość 47 " "
głębokość 25 " "	głębokość 44 " "

Cena 2-gej wielkości.

Format 1-szy	Marek 90.
" 2-gi	" 115.
" 3-ci	" 125.
" 4-ty	" 149.

Nastawienia ciepłikowe są dwojakie: 1-sze „Simplex“ dla ciepłoty od 20 30^o C. i od 30 — 40^o C. Cena każdego nowonabytego urządzenia ciepłikowego wynosi Mk. 3,50; 2-gie „Germania“ dla ciepłoty od 20—70^o C. Każde nowonabyte urządzenie ciepłikowe kosztuje Mk. 10.

Leon Nencki.

Wiadomości bieżące.

— Komitet gospodarczy VIII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu ogłasza:

1) Stosując się do życzeń wielu Towarzystw Lekarskich i przyrodniczych polskich termin Zjazdu przełożony został na 8, 9 i 10 sierpnia.

2) Dział sekcji pojedynczych na Zjeździe jest następujący: 1) sekcya dla medycyny teoretycznej, 2) sekcya dla higieny i medycyny sądowej, 3) sekcya dla medycyny wewnętrznej, 4) sekcya dla chirurgii, 5) sekcya dla ginekologii, 6) sekcya dla okulistyki, 7) sekcya dla prasy lekarskiej, 8) sekcya dla weterynaryi, 9) sekcya dla nauk przyrodniczych ścisłych, 10) sekcya dla nauk przyrodniczych opisowych, 11) sekcya dla nauk rolniczo-przyrodniczych.

3) Wystawa przyrodniczo-lekarska obejmować będzie następujące działy: 1) Literatura przyrodnicza, 2) Hygiena, 3) Nauka lekarska, 4) Środki spożywcze i odżywcze, 5) Balneologia, 6) Bakteryologia, 7) Nauki przyrodnicze, 8) Antropologia i etnografia.

4) Wkładka dla członków i uczestników Zjazdu wynosi: dla panów 20 marek, dla pań 5 marek. Wkładki należy przesłać wcześniej na ręce podskarbiego Zjazdu p. dyrektora Więzkowskięgo, Poznań, Rynek, Bank przemysłowców.

- 5) Szczegółowy program Zjazdu ogłoszony będzie w czerwcu r. b.
- 6) W sprawach Zjazdu oraz z odczytami zgłaszać się należy do Prezesa Zjazdu p. D-ra HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO [Pałac Działyńskich], lub do sekretarza jeneralnego p. D-ra ARTURA JARUNTOWSKIEGO [Wilhelmowska ul. 16]. W sprawie wystawy udziela bliższych informacji p. D r T. DROBNIK [św. Marcina 79].
- 7) Ostateczny termin wszelkich zgłoszeń 15 czerwiec r. b.
- 8) Celem zapewnienia mieszkań raczą się szanowni członkowie i uczestnicy przyszłego Zjazdu już teraz zgłaszać do Wydziału gospodarczego i to do p. D-ra B. KAPUŚCIŃSKIEGO [Wilhelmowska ul. 11].

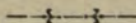
— Ósmy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 8—10 sierpnia r. b. W dalszym ciągu zgłosili się z odczytami: D-r STEINHAUS z Warszawy: 1) Przypadek *retinitis albuminurica* z całkowitem obustannem odklejeniem siatkówki. 2) *Neuroepithelioma retinae mixtum*. 3) Odklejanie siatkówki. Badania doświadczalne. D-r KURTZ STANISŁAW z Warszawy: 1) O zastosowaniu gorącej pary w praktyce ginekologicznej. D-r JAWORSKI JÓZEF z Warszawy: 1) W sprawie rokowania, zejścia i leczenia pewnych zachorowań przydatków macicznych. 2) Temat zastrzeżony. Prof. PRUS ze Lwowa: 1) O patogenezie epilepsyi. 2) O umiejscowieniu środków ruchowych w korze mózdzka. D-r STANKIEWICZ z Warszawy: 1) Uwagi praktyczne przy kruszeniu kamieni moczowych. 2) Trudności radykalnego operowania nowotworów pęcherza moczowego z demonstracją. 3) Ważność cystoskopii przy rozpoznawaniu siedliska krwimoczu (*haematuria*). 4) Korzyść wczesnego wyluszczenia kości skokowej (*astragalus*) przy zajęciu gruźliczem stawu skokowego. D-r B. MOTZ, asystent kliniki prof. GYRON'a z Paryża: 1) O najnowszych teoriach przerostu gruczołu krokowego. 2) Sześćdziesiąt przypadków nowotworów pęcherza. Studium kliniczne i anatomo-patologiczne. 3) O roponerczu.

Ze względu, że już teraz zgłosiło się wielu uczestników z odczytami treści eksperymentalnej, wyznaczone będzie podczas Zjazdu jedno posiedzenie specjalnie dla odczytów doświadczalnych.

— Z zapomogi Kasy MIANOWSKIEGO zaczęły wychodzić podręczniki chirurgiczne, a mianowicie: tłumaczenia BILLROTH-WINIWARTER'a Chirurgii ogólnej, HUEFER'a-LOSSEN'a Chirurgii szczegółowej, KOEHER'a Chirurgii operacyjnej. Będą one wychodzić zeszytami 10-arkuszowymi. Zeszytów ma być 15. po kop. 50. Całość ma być ukończoną w połowie roku 1899. Ograniczając się obecnie na zaznaczeniu, iż zeszyt I wyszedł z druku, i że całe wydawnictwo sympatycznie zapewne przez lekarzy zostanie przyjęte, gdyż przeszło od 20 lat nie wyszła żadna chirurgia w języku polskim, o całości dzieła pomówimy po jego ukończeniu. Wydawcą jest niestrudzony kol. S. MARKIEWICZ, co daje nam gwarancję starannego ukończenia dzieła.

Zmarli: w Petersburgu lejb-akuszer prof. KRASOWSKI; w Sofii [Bułgarii] LEON WASILKOWSKI, wychowaniec uniwersytetu Warszawskiego, lekarz powiatowy; w Iskrecu, b. redaktor organu młodzieży akademickiej w Krakowie „Ognisko“.

DO PP. PRENUMERATORÓW.



Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za r. b., Pp. zaś Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Opis cieplic Trenczyńskich“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довзголено Цензурою, Варшава 24 Апрѣля 1898 Друк Ковалевскаго, Варшава, Мазowiecka 8

APTEKA

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

D r a g é e s.

Dragées acid arsenicos 0,001
 " aloes 0,10
 " balsam. peruvianii 0,05
 " " " 0,05 c. acid. arsen. 0,001
 " chinini ferro-citrici 0,05
 " " muriatici 0,05
 " " sulfurici 0,05
 " Camphor. bromat. 0,05
 " extr. Cascar sagrad. fluid. 0,5
 " " hydrast. Canadens. fluid. 0,5
 " " rhei comp. 0,05
 " " " simpl. 0,05
 " " Valerianae spir. 0,1)
 ferii albuminati 0,5
 " " carbonici Blandii minor $\text{\AA}\text{\AA}$ 10,00=100.
 *) " " " Blandii major $\text{\AA}\text{\AA}$ 15,00=100.
 *) " " " Blandii c. acid. arsen. 0,001.
 " " " Valleti
 " " dialisati peptonati 0,05
 " " lactici 0,05.
 " " oxydulatati Kirchmani
 Gujacoli Carbonici 0,05
 " " 0,05 c. extr. belladon. 0,001

G r a n u l a e.

\AA 0,0005
 Granulae c. Atrophin sulfur Merck.
 " " Digitalin. pur. Germ. Merck.
 " " Strichnin arsenicos. Merck.
 " " " nitric Merck.
 " " Strophantin. Merck.
 \AA 0,001
 " " acid. arsenicos. pur. alb. et ros.
 " " Apomorphin muriat. Merck.
 " " Cocain. muriat. Merck.
 " " Codein. pur.
 " " Chinini arsenicos. pur.
 " " ferr. arsenicos. pur.

P i l u l a e.

Pilulae Extr. rhei simpl 0,05
 " " Cascar. sagrad. fl. 0,5 c. Cacao obd.
 " ferri Carbonic. Valleti c. argent. obd.
 " " " " Cacao obd.
 *) " " Carbonici-Blandii minor $\text{\AA}\text{\AA}$ 10,0=100.
 " " " Blandii major $\text{\AA}\text{\AA}$ 10,0=100.
 " Kreozoti fagi 0,05 c. Cacao obd.

*) Zielone w rozlamie.

D r a g é e s.

Dragées guajacoli 0,05
 " " " 0,10 c. codenini 0,01
 " " " 0,05 c. acid. arsenicos. 0,001
 " " hydrastinini hydrochlorici 0,025
 " " ichtyoli 0,05.
 " " jodoformi 0,05
 " " " c. acid. arsenicos. 0,001
 " " " c. extr. belladon. 0,001
 " " " c. morph. muriatic. 0,004
 " " Kreozoti Carbonici 0,05
 " " Fagi 0,03
 " " " 0,05
 " " " 0,05 c. acid. arsenicos. 0,001
 " " " 0,10
 " " " 0,10 c. acid. arsenicos. 0,001
 " " " 0,15
 " " " c. balsam. tolutan. $\text{\AA}\text{\AA}$ 0,05
 " " pieis 0,05
 " " pulv. rad. rhei 0,10

G r a n u l a e.

\AA 0,001

Granulae c. Kali arsenicos. pur
 " " Nart. arsenicici. pur.
 " " " arsenicos. pur.
 " " Morphin. acetic. pur.
 " " " muriatic. pur.
 \AA 0,01
 " " Podophillini pur.
 \AA gutt l.
 " " Liquor. arsenic. Fowleri
 " " " " Pearsoni
 " " Tinet. Strophanti

P i l u l a e.

Pilulae ferri Carbonic. Blandii minor $\text{\AA}\text{\AA}$	} zielone w rozlamie.
" " " " 10,0=100 c. argent. obd.	
" " Carbonic. Blandii minor $\text{\AA}\text{\AA}$	
" " " " 10,0=100 c. Cacao obd.	
" " Carbonic. Blandii major $\text{\AA}\text{\AA}$	
" " " " 15,0=100 c. argent. obd.	
" " Carbonic. Blandii major $\text{\AA}\text{\AA}$	}
" " " " 15,0=100 c. Cacao obd.	
" pepsini 00,5 c. Cacao obd.	

Dragées i granulki cukrem powleka. e, zarobione są zupełnie obojętnymi środkami, jak korze niem ślazowym i wyciągiem lukrecyjowym.
 Wszelkie zamówienia na draże i granulki z żadaną kompozycją apteka jaknajchętniej przy-
 muje, lecz w ilości nie mniejszej jednego funta, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie) małych
 ilości tak pigulek jak i granulok jest niemożliwym.

SZCZAWNICA.

Zakład zdrojowo-kąpielowy i klimatyczny.

Najlepsze szczawy sodowo-słone i żelaziste.

Kąpiele mineralne, zakład hydropatyczny połączony z pensjonatem D-ra Kołączkowskiego na Miedzusiu, kąpiele rzeczne i t. d. Zakład inhalacyjny, kuracja mleczna, żętyczna i kefirowa. Lekarz zakładowy D-r Ściborowski. Skład wód w aptekach: D-ra Heinricha, Kucharzewskiego, Treutlera, i Ziemińskiego w Warszawie. Dojazd do stacji kolei Stary Sącz. Sezon od 20 maja. Zamówienia na mieszkania przyjmują zarządy zakładów „Górnego“ i na „Miedzusiu“.

6--1

CAŁY ROK
Hydropatja,
Elektryczność,
Masaż
i t. d.

**W
LECIE**
Kąpiele
Żelaziste,
Borowinowe,
Kumys, Gimnastyka.

NALECZÓW

6-1

D-r von Heinleth'a

16-5

Chirurgiczno
Ginekologiczny

Prywatny zakład leczniczy
w Bad Reichenhall (Kirchberg)

Zakład urządzony z komfortem, w wielkim ogrodzie, nadaje się, oprócz kuracyi chirurgicznych i wszelkich innych, do stosowania znanych środków leczniczych Reichenhall'skich u rekonwalescentów oraz do leczenia następczego po chorobach chirurgicznych i ginekologicznych (zoty, gruźlica et c.), jako też i do leczenia chorób krtani. Kąpiele solankowe na miejscu. Sala operacyjna urządzona według wszelkich wymagań nowoczesnej techniki, Aparat Röntgena syst. Volthom.; elektr. aparaty do leczenia krtani. Prospekty na żądanie.

D-r KAZIMIERZ KRUSZYŃSKI

8-1

ordynuje jak lat poprzednich od 20-go Maja w *Szczawnicy*.

Srodek i nazwa
opatentowane

Nagrodzona medalem srebrnym
w Pradze 1896.

Skład w aptece K. Wendy w Warszawie.
Sprzedaż we wszystkich aptekach. Literatura
gratis.

**Urisolwina
Mahl'a**

6-5