

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## Objawy oftalmoskopowe przy gruźliczych cierpieniach opon mózgowych.

podał

Dr. Med. **Br. Ziemiński.**

---

Różnorodne jest pochodzenie spraw chorobowych dostrzegalnych przy badaniu wziernikowem głębiej położonych błon oka. Rzeczzone cierpienia mogą występować bądź to pierwotnie, bądź też zawdzięczać swe powstanie pewnemu usposobieniu dziedzicznemu (np. zanik dziedziczny nerwów wzrokowych). Wszakże takie przypadki stanowią mniejszość, większość zaś wynika z pewnych ogólnych zaburzeń w ustroju tak, że cierpienie oczne jest tu najwyraźniej zależnem od zaburzenia ogólnego i zaliczonem być winno do rzędu jego objawów.

Samo zaburzenie w ustroju, sprowadzające cierpienie dna oka, może być skutkiem skłonności do pewnej choroby (diathesis), lub też skutkiem zakażenia pewnemi drobno-ustrojami. Znany jest stosunek przymiotu, cukromoczu, białkomoczu, białaczki, wreszcie gośćca (neuritis optica rheumatica) do cierpień wnętrza oka. Znane są też przypadki niedowidzenia, z zatrucia pochodzącego. Zresztą spostrzegano cierpienia dna oka przy dyfteryi (błonicy) i przy tyfusie (durzycy).

Nieraz jednak spotyka się identyczne zmiany, powstałe z przyczyn czysto miejscowych, których siedliskiem jest sama gałka oczna lub oczodół.

Przyczyny zaburzeń w narządzie wzrokowym mogą też tkwić tak w obwodowym, jak i w ośrodkowym układzie nerwowym. Z żadnym organem oczy nie pozostają w tak ścisłym związku, jak z mózgiem. Łączność tych dwóch narządów nie wynika li-tylko z blizkiego ich sąsiedztwa lecz polega głównie na fakcie, że nerw wzrokowy i siat-

kówka, pod względem rozwojowym, uważane być muszą za najbardziej na zewnątrz wysuniętą część mózgu, a opony nerwu wzrokowego stanowią dalszy ciąg opon mózgowych. Pamiętajmy przytem, że aż pięć par nerwów mózgowych [nerw okoruchowy wspólny, n. bloczkowy, n. rozoczny (n. okoruchowy zewnętrzny,) n. trójdzielny i n. twarzowy,] oraz w jamie czaszkowej położone włókna nerwu spółczulnego! unerwiają różne części składowe narządu wzroku—ba, nawet, 3-a, 4-ta i 6-ta para nerwów mózgowych służą wyłącznie dla tego narządu. Wreszcie nietylko tak tętniczy, jak i żylny układ naczyniowy oka pozostaje w jak najprostszym związku z naczyniami mózgowymi, lecz i przestwór między oponą twardą, a oponą miękką mózgu komunikuje z przestworami chłonnymi gałki ocznej. Wskutek blizkiego związku między temi organami występują tak często przy cierpieniach mózgu objawy oczne, których zbadanie niejednokrotnie staje się wielce pomocnem do rozpoznania przyrody sprawy chorobowej, tkwiącej we wnętrzu czaszki.

Przy pewnych zaburzeniach mózgowych, połączonych z mniej lub więcej wyraźnemi objawami połowiczego widzenia, (hemiopia lub hemioblepsia) zależy nam głównie na jak najściślejszem zbadaniu czynności oczu, zaś wynik wziernikowego badania ma tu drugorzędną rolę. W innym razie, przy zmianach, wynikłych dzięki temu, iż siatkówka, nerw wzrokowy i jego opony są najbardziej na zewnątrz wysuniętymi częściami mózgowia, rozpoznanie zasadza się przedewszystkiem na zbadaniu wziernikowem dna oka, powiadomienie się zaś o czynności oczu pozostać może na drugim planie. Przedmiotem niniejszej pracy jest właśnie opis pewnej grupy zaburzeń, należących do ostatnio podanej kategorii, a spotykanych przy cierpieniu gruźliczem opon mózgowych.

Bez przesady powiedzieć można, iż badanie oftalmoskopowe ma pierwszorzędne znaczenie przy rozpoznawaniu spraw zapalnych, nawiedzających osłony mózgu. Nieraz jedynie wziernik oczny usuwa poważne nawet wątpliwości i daje możność rozeznania trafnego, a nadto niekiedy z góry sygnalizuje objawy mózgowie, jakie w dalszym przebiegu wystąpić mają.

Lecz zdarza się też przystępować do badania wziernikowego w warunkach o wiele przykrzejszych. Przypuśćmy, że dziecko szczęśliwie wyszło z ostrego lub przewlekłego zapalenia opon mózgowych, nagle lekarz lub osoby z oto-

czenia pacjenta spostrzegają, iż tenże, doznając co raz znacniejszego osłabienia wzroku, powolnie a stale ślepie.

Dotąd, o ile nadawano pewną rolę wziernikowi ocznemu w celach rozpoznawczych, o tyle mało zwracano uwagi na cierpienia dna oka, towarzyszące lekkim, łagodnym przejawom przewlekłych spraw zapalnych opon mózgu, nie wiele też uwzględniano objawy chorobowe dostrzegalne na dnie oka osobników, które zresztą szczęśliwie przebyły wyraźne zapalenie osłon mózgowych.

W poniższym damy szczegółowy opis objawów oftalmoskopowych, występujących przy gruźliczych cierpieniach błon mózgu, co jest dla nas o tyle łatwiejszem, iż nie często spotyka się tak obfity materiał kliniczny do wziernikowania tego rodzaju przypadków, jak ku temu mamy sposobność, badając za pomocą wziernika liczne przypadki, pomieszczone na różnych oddziałach w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Tym razem poprzestaniemy na opisie strony klinicznej danego przedmiotu, o ile takowa może mieć wartość pod względem praktycznym. Przytoczenie nader zajmujących opisów licznych i różnorodnych przypadków, których badanie dało możność do ogłoszenia niniejszej pracy oraz niektórych danych anatomo-patologicznych z czasem na innym miejscu dokonaniem zostanie.

Pamiętajmyż jednak, że i inne objawy oczne, o wiele łatwiejsze do wykrycia, aniżeli objawy na dnie oka dostrzegalne, nieraz występują przy zapaleniu opon mózgowych. W okresie podrażnienia mózgu chorzy dotknięci są w znacznym stopniu światłowstrętem; źrenice bywają zwężone. W drugim okresie choroby, w okresie przygnębienia, w okresie występowania częściowych zwykle niezupełnych porażań w różnych okolicach ustroju niekiedy zauważyć się daje przemijający wyraz osłupienia w oczach („*wyraz zdziwienia*“): zdawać się może, że pacjenci na chwilę zostają bez przytomności; przytem uderza czasami objaw niezupełnego porażenia jednego z nerwów twarzowych. Spoznać też można opadanie powieki górnej po jednej stronie i wyraźne zezowanie różnego stopnia i rodzaju, powstające skutkiem bezwładu, niedowładu albo kurczu mięśni, poruszających gałkę oczną. Najczęściej dotkniętymi zostają mięśnie, unerwione przez 3-cią lub 6-tą parę nerwów czaszkowych (1). Źrenice często bywają nierówne w skutek pora-

1) Te objawy porażenia, wynikiem skutkiem cierpień opon mózgowych

żenia zwieracza jednej ze źrenic; nadto brak oddziaływania lub też leniwe oddziaływanie na światło. Chory powolniej mruga powiekami, wreszcie zauważyć się daje brak mrugania powiekami, zwykłego w normalnych warunkach. Należy również zaznaczyć, iż nieraz istnieje wyraźny nasięk surowicy (obrzemie) łącznicy gałkowej (chemosis serosa) bez jakich bądź objawów zapalnych w błonie śluzowej oka. Wyjątkowo jedynie dostrzega się przytem lekkie wysadzenie gałki, dzieje się to zazwyczaj w przypadkach, w których proces zapalny opon mózgowych rozszerza się i na błony, w skład gałki ocznej wchodzące. Ostatecznie w pewnych wyjątkowych przypadkach spostrzegać można groźne sprawy chorobowe w rogówce skutkiem porażenia niektórych włókien nerwu trójdzielnego (Keratitis neuroparalytica).

Zdawna już zauważono pewien związek przyczynowy między niedowidzeniem i ślepotą, a cierpieniami wewnątrzczaszkowymi.

Z pierwszych dziesiątków lat bieżącego stulecia datują— jak na owe czasy—dokładne spostrzeżenia Hutin'a, Tissier'a, Parise'a, Cruvelhier'a i innych, dotyczące zaniku nerwu

można rozpatrywać co najmniej z trojakiemu punktu widzenia, gdyż niewątpliwie w trzech miejscach sprawa zapalna, dotycząca opon mózgu, może wywierać wpływ porażający na przyrząd ruchowy gałek ocznych: 1) raz przy wysięku u podstawy czaszki (Ch. Bell); 2) innym razem, skoro proces tkwi w szczelinie mózgu (Gehirnschlitz)—tu uszkodzonym być może pień nerwu boczowego, ośrodki nerwowe, ośrodki kojarzenia ruchów tudzież układy zespolenia tychże (Associationssysteme); 3) wreszcie przy korze mózgu. W tym ostatnim przypadku powstrzymane są wszystkie popędy do skierowywania oczu w jedną stronę (einseitige Bewegungsimpulse), a tem samem mogą być utrudnione lub udaremnione (niewykonalne) wszelkie ruchy gałek, w tę stronę zamierzone.

Najtrudniej rozpoznawać przyczynę powstania przypadków, należących do drugiej kategorii, gdyż tam uszkodzenie nigdy nie jest ogniskowem (herd-artige Laesion), lecz bywa rozlanem na małej przestrzeni, mieszczącej liczne tuż obok siebie leżące ośrodki tak, że zmienność i różnorodność objawów niezmiernie utrudnia należyte rozpoznanie. Zrozumienie pochodzenia objawów staje się tu o wiele trudniejszym, skoro przy badaniu klinicznym polegamy na wyniku w tym razie niewłaściwej metody, która odnosi objawy porażne wyłącznie do uszkodzeń pni nerwów, a nie do uszkodzeń ośrodków nerwowych, od których zależne są skojarzone grupy ruchów.

Prócz tych objawów porażenia mogą też występować objawy podrażnienia, przemawiają one za pobudzeniem śródmózdzia, a przeciw pochodzeniu korowemu, objawy te są obustronne, tudzież połączone z ruchami kołowymi oraz zbieżnemi.

wzrokowego w przypadkach wodogłowia oraz guzów i gruzelków mózgu.

W rzeczy samej jednak, ściśle zbadanie zaburzeń śródocznych przy sprawach zapalnych opon mózgu odnieść należy do epoki, w której świat lekarski zapoznano z wziernikiem ocznym. Dopiero od czasu, kiedy odkrycie Helmholtz'a dało lekarzom możliwość rozpatrywania spraw, rozgrywających się na dnie oka, możliwość badania w żyjącym ustroju zmian drobiazgowych, zachodzących we włóknach nerwu wzrokowego i w sposobie krążenia śródocznego w tętnicach i w żyłach: odtąd Desmarres, Sichel, Liebreich, Stellwag, Deval, Ogle, Jaeger, Gałęzowski i Alb. von Graefe niejednokrotnie rozpoznawali u pacjentów za życia i opisywali przypadki cierpień nerwu wzrokowego, jako skutek guzów wewnątrzczaszkowych.

Bouchut był właściwie pierwszym z tych, którzy od razu zrozumieli doniosłość badania wziernikowego przy rozpoznawaniu cierpień układu nerwowego, pierwszy, który systematycznie i wytrwale wyświetlał tak klinicznie, jak i doświadczalnie związek, istniejący między chorobami dna oka a chorobami mózgowia, rdzenia kręgowego oraz niektórymi innymi chorobami ustroju.

Jeden z pierwszych opisów zbadania wziernikiem oczu pacjenta, nawiedzonego zapaleniem opon mózgowych, zawdzięczamy Bouchut'owi, który już w roku 1862 w przypadku wątpliwym cierpienia błon mózgowych wezwał do swego oddziału szpitalnego (Hôpital Sainte-Eugénie) Desmarres'a z prośbą o ściśle rozpatrzenie wziernikiem dna oka.

Rozprawa doktorska Ksawerego Gałęzowskiego, przedstawiona w r. 1866 fakultetowi paryżkiemu, zwraca uwagę świata lekarskiego na tenże tak ważny przedmiot (1). W pracy tej pomieszczono spostrzeżenie z kliniki prof. Peter'a, w którym rozpoznano zapalenie gruzlicze opon mózgowych, jedynie dzięki badaniu wziernikowemu, jakie Gałęzowski przeprowadził. Chora doznawała silnych bóli głowy i objawów podwójnego widzenia, przy ogólnym stanie bezgorączkowym. Istniały powody do przypuszczenia, iż to jest cierpienie natury syfilitycznej, rozpoznanie wziernikowe, dokonane przez Gałęzowskiego, sprzeciwiało się temu, a oględziny pośmiertne stwierdziły słuszność tego zdania: w oponie

1) Etude sur les altérations du nerf optique, thèse de Paris.

naczyniowej (miękkiej) miały siedlisko liczne typowe gruźelki.

W wielu innych przypadkach, dzięki badaniu oftalmoskopowemu, Gałęzowski wcześniej rozpoznawał cierpienie opon mózgowych, aniżeli to było możebnem li-tylko na podstawie innych spól-istniejących objawów chorobowych.

Bouchut twierdził, iż gdziekolwiek jest umiejscowioną sprawa zapalna opon mózgu, zawsze ją można rozpoznać wziernikiem; Gałęzowski zaś orzekł, iż wziernikowanie oka daje pewne wskazówki tylko w przypadkach, kiedy rzeczona cierpienie tkwi u podstawy czaszki, zwłaszcza w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych. Podobną opinię wygłosił Garlick, twierdząc, iż, skoro wziernik wykrywa zaburzenia na dnie oka, zanim wystąpiły inne objawy, to okoliczność ta ma być dowodem, iż zapalenie błon mózgu usadowiło się w pobliżu skrzyżowania nerwów wzrokowych.

Jakkolwiek von Graefe i Gowers głosili, iż przy gruźliczem zajęciu opon mózgowych występują najbardziej typowe przypadki zstępującego zapalenia nerwu (Neuritis descendens), a to w ten sposób, że sprawa zapalna szerzy się wprost z błon mózgowych na nerwy wzrokowe, faktem jest mimo to, że tu nigdy nie spotyka się tego rodzaju obrzęku tarczy, jaki widzimy przy guzach mózgu, chyba w razie, jeśli zamiast gruźlezków rozsianych istnieje osobny duży gruźledek, który, rzecz prosta, sprowadzić może taki skutek, jak każdy guz wewnątrzczaszkowy. Wbrew temu de Wecker identyfikuje oba te rodzaje następczych zaburzeń w oczach.

Od czasów Albr. von Graefe'go wygłoszono przeróżne teoryje, co do związku przyczynowego chorób mózgowia i jego opon z cierpieniami dostrzegalnemi na tarczy nerwu wzrokowego. Za podstawę dla wszystkich prawie teoryj służyło przypuszczenie, iż w danym razie ucisk we wnętrzu czaszki ma być zwiększony. Poważna liczba badaczy twierdziła, iż wygląd chorobowy tarczy powstaje tu z powodu zastoju żylnego, wynikłego czy to z ucisku nerwu w samej blaszce sitowej, czy też z ucisku naczyń skutkiem puchliny nerwu (Oedema nervi optici), względnie skutkiem zastoju limfy. Najwięcej danych prawdopodobieństwa wykazywała teoryja Schmidt'a i Manz'a—t. z. Lymphraum,—oder Transporttheorie, której osnowa jest następująca.

Wiadomo, iż przestrzeń podpajęczna mózgowa komunikuje z przestrzenią, istniejącą między obiema pochwami

nerwu wzrokowego.<sup>1)</sup> A więc przy wszystkich cierpieniach, którym towarzyszy wzmożenie się ciśnienia wewnątrzczaszkowego, ciecz mózgo-rdzeniowa spływa w przestwór międzypochewkowy nerwu wzrokowego i, odsuwając pochwę zewnętrzną od wewnętrznej, zwiększa przestrzeń, zawartą między obiema pochwami, a zarazem powoduje puchlinę pochwy nerwu (*hydrops vaginae nervi optici*), stąd zaś wynika ucisk nerwu wzrokowego.

Co się tyczy właściwego zapalenia nerwu, takowe uznawano za sprawę zstępującą (*Neuritis descendens*), wynikłą w skutek rozszerzenia się procesu zapalnego opon mózgowych na sam nerw wzrokowy.

W ostatnich czasach Leber i Deutschmann usiłowali ostatecznie wyświecić istotę wzajemnego stosunku cierpień wewnątrzczaszkowych i cierpień dna oka. Już w r. 1881, na kongresie londyńskim, wyraził się Leber, iż zapalenie tarczy nerwu wzrokowego, które nazwał „*papillitis*“, nie jest wynikiem zastoiny, nie jest skutkiem puchliny, lecz sprawą czysto zapalną, która tylko co do stopnia nasilenia objawów różni się od innych spraw zapalnych tego nerwu, a zawdzięcza swe powstanie cieczy mózgo-rdzeniowej, mocno zmienionej w swym składzie chemicznym i w tym stanie wpędzonej w przestwór międzypochewkowy. Zdanie to na tymże kongresie podzielali Hutchinson i Gowers.

Deutschmann<sup>2)</sup> postawił sobie za zadanie stwierdzić na drodze doświadczałnej słuszność wspomnianej opinii Leber'a. Zdaniem jego przeciw teorii Schmidt'a i Manz'a walczy: przedewszystkiem fakt anatomicznie wykazany, iż puchlina pochwy nerwu wzrokowego bynajmniej nie zawsze istnieje; następnie—zgodne orzeczenie wielu badaczy, iż często ilość wylewu w pochwie bywa minimalną. W dalszej krytyce badacz ten posługiwał się następnymi faktami: nawet przy nader znacznej puchlinie przestworu międzypochewkowego nie wykazano skutków ucisku w pniu nerwu wzrokowego, ani też w odpowiednich naczyniach; zresztą, w razie gdy istniał zastój, takowy nie był znacznym, przy anatomicznem zaś badaniu wykrywano niezwykle silne zapalenie nerwu wzrokowego.

<sup>1)</sup> Br. Ziemiński. O pierwotnem (samoistnem) zapaleniu osłonki gałkowej Ténon'a („*Tenonitis idiopathica*“). Przytem o chłonicach okołogałkowych uwag kilka. *Gazeta Lekarska*. 1889. NN. 26, 27 i 28.

<sup>2)</sup> Ueber *Neuritis optica* bes. die sog. „*Stauungspapille*“ und deren Zusammenhang mit *Gehirnaffectationen*. Jena. 1887.

Deutschmann, niejednokrotnie zastrzykując w przestwór podpajęczy królików mieszaninę, nie ulegającą lub tylko powolnie ulegającą wessaniu (Agar z tuszem), starał się wytworzyć warunki, jakie istnieją przy stałym wyraźnym wzmoczeniu się ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Przy tego rodzaju doświadczeniach stwierdzono znaczne wypełnienie przestworu międzypochewkowego, lecz brak tu było zarówno stałych zmian anatomicznych w tarczy i w pochewkach, jako też obrazu wziernikowego, cechującego zapalenie tarczy (papillitis). Tylko w przypadkach, w których wstrzykiwano do przestworu podtwardówkowego mózgu zarazki, wywołujące sprawę zapalną (np. laseczniki gruźlicy), dało się wywołać zapalenie nerwu z objawami właściwymi t. z. papillitis. Wstrzyknięte zarazki dostawały się do zakończenia przestworu międzypochewkowego przy gałce ocznej, a stąd wytwarzały właściwe zapalenie tarczy.

Deutschmann konkluduje w ten sposób: wzmoczenie się ciśnienia wewnątrzczaszkowego samo przez się nigdy nie wywołuje cierpienia tarczy nerwu wzrokowego; za główny czynnik, powodujący to cierpienie, uważać należy zarazki wytwarzające sprawę zapalną, one to bowiem z jamy czaszkowej dostają się drogami pierwobytymi (auf praeformirten Wegen) do przestrzeni międzypochewkowych. Ostatecznie Deutschmann usiłował wykazać słuszność swego dowodzenia, powołując się na opisy spostrzeżeń, jakie dotąd ogłoszono w sprawie zapalenia tarczy wzrokowej przy cierpieniach mózgu. Zaznaczył dalej: że przy guzach wyjątkowo tylko nie istnieje wodogłowie (Hydrocephalus internus); że w tym razie ciecz wydziela się w nadmiernej ilości i pod nadmiernie wysokiem ciśnieniem, że takowa jest wytworem wydzielniczej sprawy zapalnej (secretorische Entzündung), spowodowanej przez obecność guza; że ta ciecz, zakażona przez produkty wymiany materji w nowotworach, dostaje się do przestrzeni międzypochewkowej i wywołuje zapalenie tarczy (papillitis). Do wywołania sprawy zapalnej w tarczy nerwu nie jest koniecznem istnienie znacznej puchliny pochwy, natomiast niezbędną okazuje się pewna domieszka pierwiastków zapalenio-rodnych (phlogogene Stoffe). Wzmoczenie się ciśnienia wewnątrzczaszkowego ułatwia odpływ cieczy mózgo-rdzeniowej wraz z pierwiastkami zapalenio-rodnymi do przestworu międzypochewkowego.

*(Dalszy ciąg nastąpi).*



## O niezwyklej postaci peryjodycznego, rodzinnego porażenia, powstałego prawdopodobnie na tle samozatrucia.

przez S. Goldflama.

(Dokończenie).

W wielu spostrzeżeniach zaznaczono, że prócz napadów zupełnych, jak je wyżej opisałem, istniały napady niezupełne, odznaczające się tem, że posiadały wszystkie cechy napadu zupełnego, jeno w mniejszem natężeniu. Takie niezupełne napady zdarzały się u mego chorego. Zdarzało się mianowicie, że chory, jeśli poprzedniego dnia nie było zwykłych zwiastunów napadu, budził się z rana z bardzo silną parezą, choć był w stanie się odziać i z trudem chodzić po pokoju. Pobudliwość elektryczna, idiomuskularna, odruchy skórne i ścięgniste były przytem osłabione. Ta silna pareza znikiała zwykle w ciągu dnia, czasami dopiero po 12 godzinach, niekiedy jednak przechodziła w zupełny i silnie wyrażony napad. Niezupełne, że tak powiem, poronne napady, zjawiają się o wiele rzadziej od zupełnych. Istniały one również w przypadku Westphala. W przypadku Fischla chora ulegała także niezupełnym porażeniom, czasami zaś doznawała tylko uczucia wielkiego zmęczenia, a następnie zapadała w głęboki sen. W obserwacyi Szachnowicza poronne napady występowały pod postacią odrętwienia, mrowienia i osłabienia, co przechodziło po 20 minutach energicznych ruchów. Oryginalne objawy, obserwowane pod tym względem u swego chorego, opisuje Cousot w sposób następujący: „Rzecz szczególna, że bywają również napady niezupełne. Jeżeli np. Henryk L. zajęty jest przepisywaniem nut, wtedy nogi i ręka niezajęta bezwładnieją, a ręka prawa ulega porażeniu, dopiero po skończeniu roboty; albo też zdarza się, że w początku napadu forsowny chód ogranicza na czas jakiś paraliz do kończyn górnych“. Widać ztąd jasno, jaki jest związek między brakiem działalności mięśni i powstawaniem paralizu. Nie dość na tem, że paraliż rozwija się zwykle nocą, podczas spoczynku, jeżeli zaś występuje w ciągu dnia to także podczas snu, jak to miało miejsce w 3 napadzie u mego chorego i w przypadku Szachnowicza, ale forsowne poruszenia mogą powstrzymać napad w rozwoju, lub też ograniczyć go do kończyn nieczynnych z zachowaniem funkcyj kończyn w stanie akcyi będących (obserwacyja Cousota).

Strach odczuwany przez mego chorego w obec konieczności położenia się do łóżka był poniekąd instynktownym. Choć pareza była już tak wielka, że chory tylko z wielkim wysiłkiem mógł się utrzymać na nogach, nie chciał się jednak kłaść z obawy, żeby paraliż nie stał się zupełnym i w nadziei, że ruchy przemogą osłabienie mięśni. W obserwacjach Hartwiga i Westphala są również wskazówki istnienia tego zadziwiającego faktu. W przypadku Hartwiga pareza wzmagała się po dłuższym spoczynku, a zmniejszała po kilku poruszeniach. Chory Westphala obserwował na sobie następujący objaw: podczas siedzenia, jeśli uczuwał, że mu jest ciężko unieść nogę ku górze, natychmiast wstawał i chodził w ciągu 5 minut, wtedy następowało polepszenie i paraliż nie rozwijał się.

Wyraźny wpływ długiego spoczynku na powstawanie napadów można było bardzo wybitnie unaocznic na moim chorym, u którego byłem w stanie rozmyślnie wywołać niezupełny napad, ze wszystkimi jego cechami, jedynie przez długie przebywanie chorego w pozycji siedzącej. Eksperyment ten powtarzałem wielokrotnie, zawsze z tym samym skutkiem, t. j. z bardzo silną parażą wszystkich kończyn i tułowia, osłabieniem pobudliwości elektrycznej i idiomuskularnej, osłabieniem odruchów i. t. p. Zdaje się nawet, że po dwakroć ta sztucznie wywołana słabość mięśni przeszła następnie w zupełny napad paraliżu, wskutek czego chory później niechciał się zgodzić na poddanie doświadczeniu.

W ogóle można powiedzieć, że napady u jednego chorego są do siebie prawie stereotypowo podobne, a jeśli chorego występuje w całej rodzinie, wtedy u wszystkich jej członków napady mają jednaki charakter. Już pierwszy napad jest zupełnie rozwinięty i nosi na sobie wszystkie cechy następnych. To stereotypowość napadów nie stanowi jednak bezwzględnej reguły. Tak np. u mego chorego, nogi były zwykle silniej porażone, niż ręce; zdarzał się, mimo to, stosunek wprost odwrotny. Zwykle podczas napadu, chory był w stanie poruszać głową, ale przy wielkim natężeniu napadu ruchy głowy były także zniesione. W przypadku Fischla paraliż zajmował zwykle tylko nogi, czasami przeciwieście i ręce były paretyczne. W przypadku Greidenberga, wprost przeciwieście, napad charakteryzował się porażeniem wszystkich mięśni, z wyjątkiem unierwionych przez nerwy mózgu, jednak zdarzały się napady porażenia ograniczo-

nego wyłącznie do nóg. W rodzinie mego chorego, prawie u wszystkich jej członków napady były podobne do siebie, co do cech i czasu trwania, tylko u jednej z ciotek napad paraliżu, zajmujący jedynie nogi, trwał zwykle 6 godzin, u innych zaś krewnych 12 lub 24. Widzieliśmy, że nawet i u mego chorego napad, trwający zwykle 48 godzin, czasami trwał krócej, lub dłużej. W rodzinie, obserwowanej przez Cousota, u niektórych członków polykanie i mowa były podczas napadu utrudnione, u innych bez zmiany, a u jednego z członków rodziny napad trwał dłużej i był znacznie intensywniejszymi, niż u pozostałych. Również kolejność następstwa w pojawianiu się porażień, acz zwykle jednaka, czasami zmianie ulega, jak to miało miejsce u chorego Cousota, u którego czasem paraliż zaczynał się od kończyn górnych, a następnie zajmował nogi.

Częstość napadów jest indywidualnie różną, napady występują codziennie, lub też z przerwami, lata nieraz trwającymi. W ogólności można powiedzieć, że napady z początku są dość rzadkie, że częstość ich z latami wzrasta się stopniowo i dochodzi do maximum w okresie dojrzałości. Można by mniemać, że skłonność do napadów wzrasta w miarę ich powracania. Częstość ich jest więc największa między 17 a 40 rokiem, następnie zdaje się zmniejszać, choć napady trwają aż do śmierci.

Zwykle u każdego chorego napad powraca według jednego typu, przynajmniej tak się dzieje w latach największej ich częstości, a więc codziennie, raz, dwa razy na tydzień, pod tym jednak względem nie ma zupełnej prawidłowości. Rzadziej się zdarza, że przerwy między napadami są zupełnie nieregularne, wynosząc od dni kilku aż do kilku miesięcy. Muszę zaznaczyć, że u mego chorego napady były o wiele częstsze latem, niż zimą.

Co się tyczy rokowania, zwróciłem już uwagę na to wszystko co się da w tym względzie powiedzieć na podstawie zebranych w mym opisie danych. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że napady same przez się nie zagrażają życiu. Wprawdzie w niektórych przypadkach były zajęte podczas napadu mięśnie oddechowe, nigdy jednak w tym stopniu, aby wskutek tego powstała poważniejsza trudność w oddychaniu, nie mówiąc już o niebezpieczeństwie uduszenia się. W czasie napadu konstatowałem małą energiją skur-

czów serca i bradykardiję, nie było jednak ani sinicy, ani żadnego innego objawu zaburzenia w krążeniu.

Trzej chorzy zmarli podczas napadu, ale jeden z nich w następstwie upustu krwi, drugi przeziębził się w kąpieli, a trzeci, według opowieści syna, zmarł wskutek napadów, jeden po drugim następujących. Rzecz jasna, że w chorobie, w której zdolność poruszania się jest prawie zupełnie zniesiona, przy zwolnionym wskutek tego krwioobiegu, przypadkowa komplikacja—np. pneumonia, może sprowadzić rzeczywiste niebezpieczeństwo. Po za tem, choroba zdaje się nie wywierać szkodliwego wpływu na ogólny stan zdrowia. W zebranych spostrzeżeniach nie zanotowano, co prawda, chorych w późnym wieku, przecież jeden z nich dosięgnął 60 roku życia, a drugi przekroczył 50.

Rzeczą jest jasną i nie wymagającą objaśnień, że napady wielce przeszkadzają pracy zawodowej, jak np. w przypadku Cousot, gdzie napady zjawiały się codziennie, lub też, jeśli trwają po dni kilka.

Jak już wspomniano, napady powracają aż do śmierci chorego, a tylko ich częstość zdaje się zmniejszać w późniejszym wieku. Dotychczas w żadnym wypadku nie udało się przeszkodzić powstaniu napadu, przerwać tenże lub skrócić jego trwanie, nie mówiąc już o usunięciu skłonności do napadów. Tylko w jednym przypadku Cousota, napady nie pojawiają się od lat 9, t. j. od urodzenia pierwszego dziecka, wówczas, gdy przed porodem występowały co z tygodnie. W przypadku Fischla napady również nie wracają; ale zbyt krótki czas obserwacji nie pozwala na pewniejsze wnioski.

Etyjologija. Choroba o tak wybitnych i niezwykłych cechach musiała oczywiście wywołać wielkie zainteresowanie wśród nielicznych badaczy, którzy mieli sposobność ją obserwować, wszyscy oni jednak przyznają się do zupełnej niemożliwości objaśnienia tego syndromu objawów. Rzeczywiście, nie znajdujemy w patologii żadnego analogicznego zjawiska. Co najwyżej możnaby wziąć pod uwagę recyduwujące porażenie oculomotorii, również ciemne co do swej istoty i przyczyn; choroba Thomsen'a ma tylko jeden moment wspólny z chorobą, w mowie będącą,—momentem dziedziczności, zresztą zaś jest rdzeniem od niej różną.

Niektórzy autotowie szukali źródła choroby w rdzeniu, prawdopodobnie dla tego, że porażenie ogranicza się prawie

wyłącznie do mięśni, zaopatrywanych w nerwy przez rdzeń. Hartwig tłómaczy sprawę za pomocą przemijającego przekrwienia rdzenia i surowiczego przesięku tamże. Już Erb\*) i Westphal słusznie odrzucają tę hipotezę, jako zupełnie dowolną i nieobjaśniającą żadnego objawu, a w szczególności ograniczenia paralizu do sfery ruchowej i zniesienia elektrycznej i mechanicznej pobudliwości. Nie może nas również zadowolnić hipoteza Cousota, przyjmująca inhibicyję ośrodków rdzenia, ponieważ ani wiemy, czy punkt wyjścia jest peryferyczny, lub ośrodkowy, — ani znamy inhibicyję centrów spinalnych, przy której by istniały takie objawy, jak w danej chorobie.

Jakkolwiek umiejscowienie choroby w rdzeniu na pierwszy rzut oka wydaje się najprawdopodobniejsze, ze względu mianowicie na ograniczenie porażenia do mięśni, otrzymujących nerwy z rdzenia, musimy jednak przyznać, że nie znamy ani jednej choroby rdzenia, dającej objawy analogiczne z objawami opisanego cierpienia, i że ani zaburzenia w cyrkulacji, ani jakiegokolwiek inne sprawy w rdzeniu nie są w stanie objaśnić chwilowego zniesienia elektrycznej i mechanicznej pobudliwości, ani też możności dowolnego wywoływania napadów. Skłonny jestem raczej do mniemania, że przyczyna wywołująca napady, działa bezpośrednio na mięśnie, respective na zakończenia nerwów w mięśniach, podobnie, jak to widzimy przy otruciu kurarą. Chwilowe porażenie wyłącznie tylko sfery ruchowej, przy zupełnem zachowaniu czucia, funkcji pęcherza i kiszki, każą poniekąd przypuszczać, że mamy tu do czynienia z przemijającym porażeniem zakończeń nerwowych w mięśniach, a być może, i samych mięśni, massowość zaś porażen, zajmujących całą prawie muskulaturę, napadowe występowanie paralizu i ograniczenie się tegoż wyłącznie do ruchowej sfery mimowoli nasuwają myśl sprawy toksycznej. Spotykamy przecież pod tym względem analogije w otruciu ołowiem i arsenikiem, gdzie jedynie sfera ruchu cierpi, w niektórych chorobach następczych po sprawach zakaźnych, jak dyfteryt, tyfus, w niektórych wreszcie chorobach ustrojowych, jak cukromocz, przy których objawy chorobowe ze strony systemu nerwowego mogą się ograni-

\*) Krankheiten des Rückenmarks II Auflage 1878, S. 822.

czać jedynie do sfery ruchowej. Wzmoczone wydzielanie potu zdaje się również świadczyć za toksyczną przyczyną sprawy.

Jak jednakże należy rozumieć ów moment toksyczny? Rzecz jasna, że nie mamy tu do czynienia z trującą substancją, wprowadzoną z zewnątrz do ustroju, ani z zakażeniem przez drobnoustroje. Peryjodyczność napadów paraliżu skłoniła, zapewne Hartwiga do tego, że w swoim przypadku uznał jako przyczynę zakażenie malaryczne, zwłaszcza, że chory na 5 lat przed pojawieniem się napadów cierpiał przez miesiąc na *intermittens tertiana*. Nie mogę podzielić tego zdania, nawet w stosunku do obserwacji Hartwiga, ile, że we wszystkich dokładnych spostrzeżeniach nie ma wcale wzmianki o malarii, że wszystkie przypadki, włącznie z przypadkiem Hartwiga, przebiegały bezgorączkowo, że w żadnej obserwacji nie zanotowano obrzmienia śledziony, ani jakiegokolwiek bądź innego objawu malarii, że wreszcie chinina we wszystkich przypadkach, i w przypadku Hartwiga, była bezskuteczną. W obserwacji Hartwiga przez cały czas jej trwania, t. j. przez 7½ miesięcy, temperatura raz tylko po napadzie wzniosła się do 40°, a w obserwacji Westphala raz jeden do 39°. Ponieważ nawet w podręcznikach, podających krótkie wzmianki o tej formie klinicznej, malaryja podawana jest jako domniemany moment etyjologiczny, specjalnie więc zwracałem uwagę w tym kierunku, muszę jednak zaznaczyć, że na korzyść tego mniemania absolutnie nic nie da się przytoczyć, i że wielokrotne poszukiwania plasmodyj malarycznych, zarówno podczas napadów, jak i po za nimi, dawało zawsze ujemny rezultat.

Trzeba wspomnieć, że w trzech przypadkach, mianowicie moim, Westphala i Fischla istnieje w anamnezie płonica. Ależ przecie choroby następce po szkarlatynie wyglądają zupełnie inaczej, a peryjodyczność napadów i możliwość dowolnego poniekąd wywołania tychże nie da się absolutnie pogodzić, ani ze szkarlatyną, ani z jakąkolwiek bądź infekcyjną chorobą.

Dla dokładności jedynie zaznaczam, że pierwszy napad w przypadku Greidenberga powstał po silnym przestraszeniu, i że w przypadku Cousota, wzruszenia moralne przyspieszały pojawianie się napadów, te albowiem momenty psychiczne nie mogą mieć żadnego znaczenia pod względem etyjologicznym. O przypuszczeniu Samuelsona, że, być może, ma-

my tu do czynienia z histeryją wspominam tylko mimochodem, jako na niczem nieopartem.

Ponieważ nie może być mowy o żadnej substancji trującej, wprowadzonej z zewnątrz do ustroju, lub wytworzonej przez jedną ze znanych chorób, możliwem więc jest, być może, przypuszczenie, że w samym ustroju wytwarza się substancja, oddziaływająca szkodliwie na mięśnie i zakończenia nerwów ruchowych. W tym kierunku przedsięwzięłem szereg doświadczeń, które, acz jeszcze nie doprowadziły do rezultatu ostatecznego, jednakże, o ile mi się zdaje, nie są bez pewnego interesu dla danej kwestyi; punktem wyjścia dla moich doświadczeń było to założenie, że w razie egzystencji jakiego jadu w ustroju chorego, tenże musi cyrkulować we krwi i wydzielać się z moczem. Do doświadczeń brałem króliki, którym zwolna wlewałem do żyły szyjowej mocz czysty, filtrowany, ogrzany do 30° i zneutralizowany, za pomocą prostego aparatu, złożonego z biurety z kranem, połączonej węzłem gumowym z kaniulą, otwierającą się do żyły. Dla trudności technicznych musiałem zmodyfikować sposób Bouchard'a, który za pomocą szprycy Prawatza zastrzykiwał mocz do żyły ucha. Przytoczę tu przedewszystkiem doświadczenia dokonane z uryną oddaną, przez chorego w dniach wolnych od napadów. Wszystkie doświadczenia były wykonane w jednakich warunkach w pracowni Prof. Thumasa:

#### Doświadczenia.

Rozpocniemy od przytoczenia doświadczeń, robionych z moczem z czasów zdrowia.

D. I.  $\frac{1}{6}$  90, a więc nazajutrz po napadzie czwartym. Świeżo oddany mocz o g. 12 $\frac{1}{2}$  rano, c. gat. 1011 (ostatni raz mocz oddał w nocy) przedcedzony, zneutralizowany i ogrzany do 30°, wpuszczałem wolno, mniej więcej z szybkością 10 ctm. na pięć minut, do v. jugularis królika, ważącego 1420 gm. z temper. 39,2. Doświadczenie zaczęło się o godzinie 12-tej minut 34-ry. Objawy w porządku następstwa były następujące. Nadczułość skóry i wzmoczenie odruchów od skóry i ścięgien, nadwrażliwość zmysłów, zwężenie źrenic, oddaniemętnego moczu, erekcja. O godzinie 12-tej m. 55, oddech szybki, T. 36,9, wrażliwość mniejsza, ale odruchy kolanowe wzmoczone. Zrenice coraz węższe. O g. 1-ej oddech nie taki szybki, utrudniony. Odruchy kolanowe słabsze i wogóle ruchy i pobudliwość słabsza. Stolce z krwią. O g. 1 m. 29. T. 35,6. Słuch mało wrażliwy, perystaltyka wzmoczona, głównie żołądka, oddech powierzchowny i rzadki. O 1-ej 46 m. silne rozwolnienie, które trwa do końca. T. 35,0°. O g. 1 m. 46 t. 33,8, oddech bardzo trudny. O g. 1 m. 53 reakcja powiekowa i odruchy kolanowe słabe. O g. 1 m. 55. Strecktetanus i mors przy b. wąskich źrenicach. Wprowadzano razem 292 ctm. moczu w ciągu 81 minut co-

coefficient urotoxique według Bouchard'a, t. j. ta ilość zwierzęcia, którą zabija ta ilość moczu, którą jeden kilogram człowieka wytwarza w ciągu 24 godzin wynosi 0,121. Otrzymany więc współczynnik normalny dla Rydla jest o wiele niższym, aniżeli podany dla normalnego człowieka przez Boucharda, mianowicie 0,4. Godnem jeszcze w tem doświadczeniu do zaznaczenia jest to, że odruchy kolanowe do samego końca, wprawdzie osłabione, istniały.

D. II. 5/VI. 90. Rydel zdrów. Mocz oddał o g. 10  $\frac{1}{4}$  (ostatni raz o 5-ej nad ranem). C. gat. 1012. Z poprzedniami ostrożnościami wstrzyknięto królikowi wagi 1500 grm. z t. 39,6° o g. 1 m. 15. Szybko wystąpiło zwężenie źrenic i wrażliwość skóry na dotyk ze zwiększeniem odruchowości. Szybki oddech, o g. 1 m. 30 wrażliwość skóry mniejsza, o g. 1 m. 32 mętny mocz, o godz. 1 m. 35 oddech staje się rzadszym, odruchy kolanowe trochę słabsze, o 1 m. 38 wydech dłuższy, aniżeli wdech, o 1 m. 40 stolec zmieszany z krwawym płynem. T.<sup>o</sup> in recto 36,3°. O 1 m. 47 drgawki kloniczne i toniczne głównie w dolnych kończynach, oddech trudny i rzadki. O g. 1 m. 49 odruchy kolanowe znikły, porażenie kończyn, odruch palpebralny b. słaby. O 1 m. 55 oddech b. rzadki, rozwolnienie, o g. 4 m. 57 tetanus, mors. Fibrillarne skurcze wszystkich mięśni jeszcze po śmierci. Razem wstrzyknięto 206 ctm. w ciągu min. 42, coeff. 0,172. I w tym, jak i w poprzednim doświadczeniu, istniały prawie do końca i zwracają uwagę kurcze kloniczne i toniczne i śmierć przy objawach tetanus, gdy według Bouchard'a i innych, zwierzęta zdychają bez konwulsyj (Bouchard, Stadthagen i inni).

D. III. 6/VI 90. a więc dzień napadowy. Mocz oddany o godz. 12 w południe (ostat. raz o g. 7-ej rano) cięż. gat. 1011, zastrzyknięto królikowi wagi 1300 grm. z t. 39, o g. 1 m. 57. Już po 10 ctm. nadmierna wrażliwość skóry i wzmożona pobudliwość odruchowa od skóry i ścięgien. Częsty oddech. Po 40 ctm.<sup>3</sup> b. silna myosis, po 48 ctm.<sup>3</sup> oddech kurczowy, odruchy kolanowe mniejsze, kał. Po 55 ctm.<sup>3</sup> zupełny, wiotki paraliż kończyn i brak odruchów kolanowych. Kurcze toniczne kilkakrotnie. Oddech rzadszy, wydech dłuższy, kał. Po 76 atm<sup>3</sup> źrenice nieco szersze, nie oddziaływały na światło, odruchy palpebralne, jak zwykle, najdłużej się zachowują. O godz. 2 m. 30 ogólny tęże i śmierć. Razem wstrzyknięto 121 ctm.<sup>3</sup> w ciągu 33 min. coeff. 0,268.

Widzimy więc, że mocz podczas napadu jest znaczenie jadowitszy, następnie, że porażenie i brak odruchów kolanowych wystąpiły wcześniej, bo już po 55 ctm.<sup>3</sup>

D. IV. Mocz oddany do g. 2 w nocy z 6-go na 7-y IV, a więc podczas trwania napadu, przechowano na lodzie, cięż. gat. 1020, wstrzyknięto królikowi wagi 805 grm., i t.<sup>o</sup> 39,5° o g. 2 m. 15. Po 13 ctm.<sup>3</sup> protrusio bulborum, po 20 ctm.<sup>3</sup> znaczna myosis, po 40 ctm. zupełny, wiotki paraliż kończy dolnych, w mniejszym stopniu górnych, brak odruchów kolanowych z zachowaniem wszakże pobudliwości faradycznej. Po 44 ctm., chwilowa mydriasis, zaraz myosis, tetanus i mors o g. 2 m. 23. Trwało 8 min. Odruch, conjunct. do końca pozostał. Coeff. 0,457.

D. V. Mocz pochodzący z ostatnich napadu 5-go napadu (ostatnia mikocyja o godzinie 2-ej w nocy), oddał o godz. 12 dnia 7/V 90, cięż. gat. 1017 zastrzyknięto królikowi wagi 900 gm. z t.<sup>o</sup> 39,6° o g. 2 m. 48. Po 9 ctm. protrusio i myosis, po 27 ctm.<sup>3</sup> zupełny wiotki paraliż tylnych kończyn, mniej przednich i brak odruchów kolanowych z zachowaniem oddziaływaniem faradycznym. Po 33 ctm. toniczne i kloniczne drgawki, po 42



otm. tetanus i mors o g. 3-ej. Mięśnie jeszcze po śmierci oddziaływały na strumień faradyczny. Odruch palpebralny pozostał do końca, wstrzyknięto 42 ctm., współczynnik 0,545. Trwało 12 minut.

W obu ostatnich doświadczeniach zwraca uwagę wysoki współczynnik jadowitości moczu i wczesne wystąpienie porażenia z brakiem odruchów kolanowych.

Już nazajutrz, gdy chory był zdrow, coeff. znacznie mniejszy, jak to zaraz zobaczymy.

D. VI. z moczem nocnym zdrowego Rydla (od 10 w. do 4 r.), z 7 na 8—VI—90. trzymanym na lodzie. C. gat. 1017. Wstrzyknięto królikowi wagi 1200 grm. o g. 12 m. 25. Po 20 ctm. protrusio, myosis, odruch pupilarny ginie, częsty oddech, kał. Po 40 ctm. mętny mocz. Po 68 ctm. oddech powierzchowny rzadszy, po 75 ctm. pobudliwość skóry mniejsza, także reakcja motorna. Po 98 ctm.<sup>3</sup> ruchy słabsze. Po 158 rozwolnienie, niepokój. Odruchy kolanowe b. wyraźne. P. 225 ctm.<sup>3</sup> dopiero odruchy kolanowe stają się słabymi, po 250 ctm. odruchy kolanowe nadzwyczaj słabe, o g. 1 m. 37 tetanus i mors. Wstrzyknięto 271 ctm., coeff. 0,110. Trwanie 72 miuty.

D. VII. 7/VI z moczem zdrowym, rannym od 4 r. do 12-ej. C. gat. 1011. Królik wagi 1050, zaczęto o g. 2 m. 10. Naprzód wystąpiła myosis i exophthalmus, oddech szybki. Po 80 ctm. odruchy kolanowe zwiększone, duże ilości moczu i kału. Po 171 ctm. pareza tylnych kończyn, odruchy kolanowe słabsze, ale wyraźne. O g. 2 m. 55 tetanus i mors. Wprowadzono 192 ctm., coeff. 0,136. Trwało 45 minut.

Widzimy więc, że pomiędzy jadowitością moczu nocnego i dziennego nie wielka tylko istnieje różnica na korzyść dziennego. Przekonywamy się ponownie o małej jadowitości moczu w przerwach pomiędzy napadami i że odruchy kolanowe znikają dopiero przed śmiercią zwierzęcia, i że pareza także dopiero pod koniec występuje.

Następne doświadczenie pokaże, że mocz, z napadu sztucznie wywołanego, przedstawia również cechy większej jadowitości.

D. VIII. W dniu 11/VI. 90. Rydel siedział od g. 10-ej rano do 2-ej i, jak wiadomo, wystąpiło znaczne osłabienie kończyn i zmniejszenie częstości pulsu. Mocz, oddany o g. 2-ej (ostatni raz o 6-ej rano) o cięż. gat. 1018 wstrzyknięto królikowi wagi 1050 grm. o g. 2-ej. Po 6 ctm. myosis, po 17 pareza nóg i osłabienie odruchów kolanowych a tylnych po 27 ctm. odruchy kolanowe znikły, paraliż zupełny. Drgawki, oddech ciężki, po 33 ctm. tetanus, nieco rozszerzenia źrenicy, mors. o 2 m. 12. Wstrzyknięto 33 ctm. w przeciągu 12 m., coeff. 0,796.

D. IX. Ten sam mocz wstrzyknięto drugiemu królikowi wagi 980 ctm.<sup>3</sup> o g. 3 min. 13. Wystąpiła naprzód myosis, po 20 ctm. osłabienie odruchów kolanowych, pareza kończyn, protrusio bulborum, po 26 ctm. o g. 3 m. 18. odruchy kolanowe znikły, porażenie zupełne, drgawki. Po 31 ctm. tetanus, oddech rzadki, ciężki, — po 47 ctm. tetanus mors. o g. 3 m. 28. Wstrzyknięto 47 ctm.<sup>3</sup> w przeciągu 15 minut, coeff. 0,473.

D. X. Dnia 20/VI. 90. Mocz z nocy z 19 na 20 VI—a więc z samego początku napadu cięż. gat. 1024, wstrzyknięto królikowi wagi 1400, o g. 12 m. 25. Po 8 ctm. zwężenie źrenic, po 32 ruchy drgawkowe w przednich kończynach, po 42 pareza kończyn tylnych—po 47 ctm. osłabienie odruchów kolanowych, które stają się coraz słabsze, a pareza kończyn większa, od czasu do czasu kurczowe wyladowania—po 52 ctm. g. 12 m. 37.

odruby kolanowe znikły, porażenie kończyn zupełne, po 87 ctm. godz. 12 m. 51 tetanus, mors. o 12 m. 53. Wpuszczono 89 ctm. coeff. 0,393 ctm., a więc wysoki, odruchy też kolanowe znikły dość wcześnie i jednocześnie wystąpiło porażenie. Wstrzykiwanie trwało 28 minut.

D. XI. Mocz oddany dziś rano o g. 8-ej, a więc już podczas rozwiniętego napadu, c. gat. 1020,—wstrzyknięto królikowi 1500 o g. 1 m. 15. Pomijamy objawy inne, a zwracamy uwagę na paręzę i odruchy. Po 20 ctm.<sup>3</sup> pareza kończyn, odruchy kolanowe mniejsze, kurczowe wyładowania w kończynach, po 50 ctm. odruchy kolanowe b. słabe i niebawem znikają. Występuje też porażenie kończyn. Po 55 ctm. wyładowania konwulsyjne w porażonych kończynach. Po 103 ctm. tetanus i mors. o godz. 3 m. 37. Wstrzyknięto 103 ctm. coeff. 0,364, a więc równie wysoki jak poprzednio. Porażenie i brak odruchów wystąpiły wcześnie.

D. XII. Tensam mocz wstrzyknięto drugiemu królikowi 1400 gm. o g. 2 m. 8. Po 25 ctm.<sup>3</sup> pareza kończyn i kurcze w nich, po 46 ctm. prawie porażenie kończyn tylnych, po 51 ctm. odruchy kolanowe słabe, po 61 ctm. odruchy kolanowe znikły, paraliż zupełny, ale konwulsyjne drgania w całym ciele. Po 73 ctm. tetanus, po 116—tetanus i mors. o g. 2 m. 20. Wstrzyknięto 116. Coeff. 0,301.

D. XIII. Mocz z nocy 20 na 21. VI. 90, g. 2, a więc z samego acme napadu, cięż. gat. 1016 wstrzyknięto królikowi 1400 grm. o g. 12 w południe. Po 20 ctm. pareza kończyn, zwiększająca się coraz bardziej—po 41 odruchy kolanowe znacznie słabsze, po 44—odruchy kolanowe małe, słabe, pareza większa. Po 49 ctm. odruchy kolanowe znikły, paraliż zupełny, ale w kończynach konwulsyjne wyładowania. Po 74 ctm. tetanus. Po 98 ctm. tetanus i mors. o g. 12 m. 30. Wstrzyknięto 98 ctm. coeff. 0,357.

D. XIV. Mocz z dnia 21 god. 9 rano, a więc na kilkanaście godzin przed skończeniem się napadu—o cięż. gat. 1018—wstrzyknięto królikowi wagi 1300 grm. o g. 12 m. 47. Po 13 ctm. niepokój, po 14 odruchy kolanowe słabe, pareza kończyn. Po 41 odruchy kolanowe b. słabe, paraliż prawie zupełny, kurczowe wyładowania. Po 46 ctm.<sup>3</sup> odruchy kolanowe znikły, paraliż zupełny. Po 96 ctm. tetanus, po 112 tetanus i mors. o g. 1 m. 21. Wstrzyknięto 112 ctm., coeff. 0,290, a więc nieco mniejszy, aniżeli z acme napadu, ale znacznie większy, aniżeli normalny (2 razy) i odruchy kolanowe znikły, paraliż wystąpił b. wcześnie.

D. XV. Mocz oddany o 3 ej w nocy z 21 na 22, a więc w chwili ukończenia napadu, miał cięż. gat. 1011. Wstrzyknięto królikowi wagi 1000 gm. o g. 1 m. 34, po 20 ctm. pareza kończyn, po 23 pareza znaczna. Źrenice dopiero teraz wąskie. Po 25 ctm. odruchy kolanowe znacznie słabsze. Po 33 ctm.<sup>3</sup> zupełny paraliż kończyn, po 37 ctm. odruchy kolanowe coraz słabsze, ale pozostały do samej śmierci, która nastąpiła po 52 ctm.<sup>3</sup> przy objawach tetanus o g. 1 m. 54. Coeff. 0,480, a więc b. wysoki. Doświadczenie to zdaje się dowodzić, że ten komponent moczu napadowego, który wywołuje porażenie pozostaje, dłużej, aniżeli ten, który wywołuje zniknięcie odruchów kolanowych.

D. XVI. Mocz oddany o godz. 6 r. 22/VI. 90, a więc po ukończeniu napadu, wstrzyknięto królikowi wagi 1040 grm. o g. 2 m. 13. Po 6 ctm. pareza kończyn, która po 20 ctm. dochodzi prawie do porażenia, wyładowania konwulsyjne. Po 67 ctm.<sup>3</sup> wąskie źrenice, porażenie kończyn tylnych, ale odruchy żywe. Po 146 ctm.<sup>3</sup> odruchy kolanowe słabsze, znikają przy 167 ctm. Po 180 ctm. tetanus i mors. o g. 3 m. 15. Wprowadzono 180 ctm., coef.

0,144, a więc normalny i zwraca uwagę, że odruchy kolanowe prawie do końca istniały.

D. XVII. Mocz oddany o g. 10 r. 23. VI. 90. (ostatnia mikcyja 6 rano), a więc w dniu zupełnego zdrowia—miał ciężar gat. 1014, wstrzyknięto królikowi wagi 1400 gm. o g. 2 m. 27. Po 15 ctm. ogólne zeszywnienie, drżenie stóp, zwiększenie odruchów. Po 25 ctm. niepokój, rzucanie się kurczowe, zeszywnienie trwa. Po 42 ctm. opór przy ruchach biernych mniejszy,—odruby kolanowe drżąco zwiększone, piana w nozdrzach i pysku. Po 93 ctm. pareza, po 203 ctm., zeszywnienie, drżenie wszystkich kończyn, ogromne ilości moczu, opór bierny b. duży. Przy niemocnych ogólnych drgawkach mors. o g. 4 m. 14. Wprowadzono 360 ctm. moczu. Odruchy do ostatniej chwili zachowane, nawet zwiększone. Żrenice tylko trochę większe, coeff. 0,097, a więc b. mały, i o ileż mniejszy w porównaniu z moczem napadowym.

Nie tajno mi, że z najwyższą jedynie ostrożnością można wyciągać wnioski z tak niezupełnych, i nielicznych doświadczeń. Nie mogę jednak nie uznać, że z nich zdaje się wynikać rezultat następujący: mocz, wydzielony przez chorego podczas napadu posiada własności trujące w stopniu o wiele wyższym, niż wydzielony w interwałach. Rezultat ten powtarzał się stale. Współczynnik urotoksyczny, wynoszący w dniach zdrowia 0,121—0,172—0,110—0,136—0,144—0,097 wznosił się stale w dniach napadu do 0,268—0,457—0,535—0,393—0,364—0,301—0,357—0,290—0,480. Te trujące własności posiadał nie tylko mocz oddany podczas zwykłego napadu, ale również mocz wydzielony podczas napadu sztucznie wywołanego (przez długi spoczynek).

Zaznaczyć dalej wypada, że przy użyciu moczu z dni zdrowia odruch kolanowy znikał zaledwie na czas krótki przed śmiercią zwierzęcia, gdy tymczasem objaw ten występował bardzo wcześniej przy użyciu moczu wydzielonego podczas napadu. Tak np w doświadczeniu VI odruchy kolanowe istniały jeszcze po wprowadzeniu do żyły 250 cc. moczu, w doświadczeniu VII po 171 cc. w doświadczeniu XVI znikły po 167 cc. w XVII po 360 cc., przy użyciu zaś moczu z czasu napadu, odruchy znikły już po 55 cc. resp. 40 cc. 27 cc. 52 cc. 50 cc. 61 cc. 49 cc. 46 cc.

To samo widzimy z porażeniem kończyn, które jednocześnie ze zniknięciem odruchów zjawia się wcześniej przy doświadczeniach z uryną napadową, a zaledwie pod koniec życia zwierzęcia przy użyciu uryny z dni zdrowia.

Muszę zaznaczyć, że aczkolwiek mocz z chwili napadu zdawał się być toksyczniejszym i wywoływał paraliż wraz

ze zniknięciem odruchów, to jednak nie wywierał żadnego wpływu na pobudliwość elektryczną mięśni.

Powstaje kwestyja, co wywołuje te trujące własności napadowego moczu. Chciałem przedewszystkiem rozstrzygnąć, czy toksyczność napadowej uryny zależy od jej organicznych, czy też nieorganicznych składników, ile że można by być skłonny do przyznania tej roli solom potasowym.

W tym celu wyparowałem na kąpeli wodnej 1000 cc. moczu, wydzielonego w dniu zdrowia. następnie wysuszyłem i wypaliłem na popiół. Popiół rozpuszczony w 1000 cc. przekrojonej wody, przefiltrowany i ogrzany do 30° został wstrzyknięty do żyły szyjowej królika, w taki sam sposób, jak w poprzednich doświadczeniach.

D. XVIII. Mocz Rydla w ilości tysiąca centymetrów, pochodzący z czasu zupełnego zdrowia, wyparowano na kąpeli wodnej, następnie wysuszono i spalono w tyglu. Pozostały popiół rozpuszczono w 1000 ctm.<sup>3</sup> wody dystylowanej, przefiltrowano i ogrzano roztwór do 30 stopni, wstrzyknięto do v. jugularis królika wagi 1300 grm. g. 2 m. 20. W początku wzmózona pobudliwość odruchowa skóry i ścięgien. Po 40 ctm.<sup>3</sup> oddech szybki, opór przy ruchach biernych znaczny, po 75 ctm.<sup>3</sup> drżenie kończyn i całego ciała, po 92 ctm.<sup>3</sup> T° 38° (o g. 2 m. 43). Po 140 ctm.<sup>3</sup> drżenie kończyn i skóry trwa ciągle, po 190 ctm.<sup>3</sup> g. 3 m. 5 t° 37,3 brzuch znacznie się powiększa, po 280 ctm.<sup>3</sup> pierwszy raz oddał mocz i odtąd oddawał go często i czysty, niespokojny. Po 360 ctm. opór bierny trwa ciągle, po 440 ctm. g. 4 tetanus, oddech powierzchowny, ciężki, skurcze tetaniczne jeszcze kilka razy się powtarzają, oddaje nieco kału, oddech staje się rzadkim, wreszcie o 4-ej m. 30 tetanus i mors. Do samego ostatka odruchy kolanowe żywe, porażenia nie było, źrenice nie były zwężone, nawet pod koniec się rozszerzyły. Wpuszczono 522 ctm.<sup>2</sup>, — jeżeli obliczyć roztwór ten soli według Bouchard'a — to coeff. 0,062, a więc b. niski, niższy nawet, aniżeli najmniejszy współczynnik, jakiegośmy otrzymali z moczem w czasie przerwy międzypadowej, który dnia 23 VI. 90 wynosił 0,097.

D. XIX. Mocz pochodzący z ostatniego napadu w ilości 800 grm. spopieleno, popiół rozpuszczono w 800 grm. wody destylanowej, przedcedzono, wstrzyknięto królikowi wagi 1310 o godzinie 2-ej. Z początku opór przy ruchach biernych i zwiększenie odruchów, po 150 ctm. silnie się rzuca, kloniczne drgawki długotrwałe, po 180 ctm. opór przy ruchach biernych mniejszy, po 190 ruchy konwulsyjne, po 220 ctm. T. 36,6, po 230 drgawki kloniczne, exophtalmus, oddech powierzchowny, szybki, po 240 rezolucyja kończyn, po 250 odruchy kolanowe słabsze, później źrenice węższe, oddech staje się rzadkim, a w ostatku, na chwilę przed śmiercią o g. 3, giną odruchy kolanowe. Mocz przez czas doświadczenia zwierzę nie oddawało, tylko kał. Wstrzyknięto 272 ctm.<sup>3</sup> Coeff. 0,116.

Z ostatnich doświadczeń wypada wbrew twierdzeniom Feltz'a i Ritter'a<sup>1)</sup>, Astaszewskiego Schiffer'a<sup>2)</sup>, Stadthage-

<sup>1)</sup> De l'uremie experimentale. Ref w Centr. f. med. Wissensch. 1881 S 814.

<sup>2)</sup> Verhandlungen d. Vereins f. innere Medicin 1883/4 S. 13.

n'a<sup>1)</sup> i innych, że toksyczność uryny zależy również w wysokim stopniu od jej organicznych składników, ponieważ współczynnik dla roztworu popiołu wynosił tylko 0,062, wówczas gdy tenże współczynnik dla uryny z dnia zdrowia wynosił 0,121, 0,172, 0,110, i t. d.; wypada również, że większą toksyczność napadowego moczu trzeba położyć na karb jego składników organicznych, ponieważ współczynnik dla roztworów popiołu napadowej uryny był 0,116 resp. 0,100 dla uryny zaś in toto 0,393, 0,364, 0,301, 0,357, 0,290, i 0,480.

Trudno przypuścić, ażeby większa toksyczność uryny mogła zależeć od jej normalnych organicznych składników, jak mocznik, kwas moczowy, kreatynina, trymetylanina—składniki częścią szybko wydzielane przez nerki, częścią zaś istniejące w niezmiernie małych ilościach, zwłaszcza że one istnieją w urynie z dnia zdrowia, znacznie mniej toksycznej—niż uryna napadowa. Byłbym raczej skłonny do przyjęcia hipotezy, że prawdopodobnie w ustroju wytwarza się jakaś, nieznaną dotychczas organiczna substancja, potęgująca toksyczność moczu i działająca porażająco na mięśnie i odruchy. Gdyby mi wolno było budować hipotezy jeszcze dalej, zdawałoby mi się, że substancja owa wytwarza się podczas spoczynku mięśni, ze względu mianowicie na ten uderzający objaw w historii choroby, że spoczynek sprzyja powstaniu paraliżu, a działalność mięśniowa powstrzymuje go. Wspomnę tylko, jako chory Cousot'a podczas pisania tak długo prawą rękę od porażenia chronił, dopóki pisał, wówczas, gdy trzy inne kończyny już były sparaliżowane. Gdy tenże chory dostawał napadu podczas chodzenia, napad zaczynał się od kończyn górnych, a w nogach pojawiał się dopiero wtedy, gdy chory usiadł. U mego chorego można było wprost wywołać napad przez dłuższe siedzenie.

Jeżeli jednak spoczynek wywiera tak szkodliwy wpływ na mięśnie i zakończenia nerwów, to jakimże sposobem chory wyzdrowiewa z napadu, podczas którego istnieje absolutny spoczynek—bo paraliż? Niestety, nie jesteśmy w stanie odpowiedzieć na to, jak również na wiele innych pytań, które następcza badanie tej choroby. Mojem zadaniem było zwrócenie uwagi na ten bardzo dziwny zbiór objawów w nadziei, że przyszłość przyniesie rozwiązanie zagadki.

<sup>1)</sup> Zeitschrift f. Klin. Med. XV. S. 383.

Nie dziwota, że w chorobie tak mało znanej i mało zbadanej co do istoty swojej, terapija mocno szwankuje. Dotychczas nie udało się niedopuszczyć napadu, lub przerwać go, a cóż dopiero usunąć usposobienie do powrotów, usposobienie niezmiernie ważne, wobec tak wielką rolę grającego dziedzicznego momentu. Próbowano dotychczas bez skutku: bromu, jodu, strychniny, ezeryny, chininy, arseniku, żelaza, galwanicznego prądu. Szachnowicz sądzi, że udało mu się odsunąć napad u swego chorego na 2 miesiące, co przedtem nigdy się nie zdarzało, za pomocą codziennych dawek atropiny po 0,002, ale objawy zatrucia zmusiły do odstąpienia środka.

## Sprawozdanie za r. 1890 z ambulatoryjum dla chorych z cierpieniami nosa, gardła i krtani w szpitalu Ewangelickim w Warszawie,

prowadzonego przez

D-ra Władysława Wróblewskiego.

(Dokończenie).

### Pharyngitis tuberculosa.

1) Chłopiec 18 letni blady, wyniszczony. Choruje od lat trzech. Dysphagia et hexis summa. Błona śluzowa gardzieli zupełnie biała. Cały migdałek prawy pokryty płytkami wrzodami o ziarnistym dnie. Małe podłużne owrzodzenie na łuku przednim prawym. Wszystkie te owrzodzenia pokryte szarobiałym nalotem. W krtani rozległe owrzodzenia strun fałszywych. In rimula palczaste gruzlicze wyrosłe. Znaczne nacieczenie chrząstki nalewkowej prawej. W płucach rozległe zmiany rozpadowe.

Pędzlowanie czystym balsamem peruwiańskim przyniosło choremu pewną ulgę, poprawiając nieco łykanie.

2) Kobieta lat 27. Skarży się na ból gardła i chrypkę trwającą od 2 tygodni, kaszle od pół roku, 8 miesiąc ciąży. Owrzodzenie płytkie, szare na migdałku prawym. Owrzodzenie głębokie na podstawie języka po stronie lewej. Nacieczenie i czerwoność nagłośni. Rozległe zmiany w płucach. Bacille Koch'a w płwocinie.

Pędzlowania mentolem z oliwą 15 - 20<sup>o</sup>/<sub>o</sub> przynosiły nieznaczną ulgę.

3) Mężczyzna lat 29, kaszle od lat 4.

Chryпка, ból przy łykaniu i zasychanie w gardle trwa od 4 miesięcy.

Rozległe owrzodzenia na podniebieniu miękkim po stronie lewej, przechodzące na języczek (nacieczony) i na górną

część obu łuków. Łuk przedni lewy całkowicie owrzodzony, również jak dolna część migdałka, więz językowy boczny i lewa powierzchnia podstawy języka. Owrzodzenia te mają ziarniste dno i pokryte są szarawym nalotem.

Nagłośnia czerwona, znacznie zgrubiała. Owrzodzenie głębokie na strunie fałszywej lewej.

W płucach znaczne zmiany. Bacille w płwocinie obfite.

Ponieważ chory był bardzo wytrzymały, wcierałem mu codziennie na przemian w krtani i gardzieli czysty kwas mleczny, a od czasu do czasu balsam peruwiański. Następnie znaczna poprawa: ból przy łykaniu prawie zupełnie ustąpił; owrzodzenia oczyściły się, stały się płytszemi, ziarnina na dnie wrzodów drobniejszą, czerwoną i na owrzodzeniu podniebienia miękkiego brzeżne zagojenie. Pomimo mego nalegania chory wypisał się ze szpitala i wyjechał na prowincję. Leczenie trwało 4 tygodnie.

### Intoxicatio saturnina.

Mężczyzna lat 50, blady, źle odżywiany uskarża się na ból w jamie ustnej trwający 5 tygodni. Na dziąsłach naokoło osady zębów białoszare błoniaste naloty, zęby wszystkie ruchome. Na błonie śluzowej policzków także naloty. Ślinienie obfite. Choroba ta powtarza się u niego już po raz trzeci, lecz nigdy nie była w tym stopniu; obecnie prawie zupełnie jeść nie może. Jest on giserem w drukarni. Zaleciłem mu usunięcie się od zajęcia, pędzlowanie dziąseł tra gallorum ana cum tra jodii, płókanie kalio chlorico. Po tygodniu naloty znikły, pozostał lekki ból i ruchomość zębów. Wtedy przepisałem mu: T-ra myrrhae, t-ra catechu, t-ra rathaniae aa 1 un. ad aquae destillatae 6 unc. z tego łyżkę do trzech na szklankę wody do płókania ust i w ciągu trzech tygodni powrócił do zdrowia.

### Lues pharyngis.

1) Icek F. lat 36. Lues in anamnesi. Ma ból gardła od 2 tygodni. Owrzodzenie płytkie, okrągłe, wielkości grochu na przedniej powierzchni podstawy języczka. Zwężenie lewej nozdry nosa skutkiem perichondritis septi i nacieczenia błony śluzowej muszel. Leczenie swoiste przywróciło drożność nosa i wygoiło owrzodzenie w gardzieli.

W kilka miesięcy później leczyłem jego żonę, która przysłała z bólem przy łykaniu. Znalazłem w niej olbrzymie nacieczenie całej tylnej ściany krtani koloru wodnisto-czerwonego, rupia syphilitica na prawym boku w okolicy 7 i 8 żebra i periostitis tibiae dextrae. Cura specifica mixta. Sanatio.

2) Dawid B. 13 lat wieku, blady, wynędzniały, choruje od lat kilku. Zaraził się, nie wie jakim sposobem, będąc w terminie u piekarza.

Na miejscu zniszczonego języczka blizna. Owrzodzenie wielkości grochu na granicy podniebienia twardego i miękkiego. Nagłośnia odwinięta ku językowi mocno nacieczona i czerwona. Chrząstki nalewkowe obie mocno nacieczone, cała górna po-

wierzchnia lewej owrzodzona, pokryta żółtawym nalotem. Przy frykcyach i jodzie szybka poprawa.

3) Tauba S. lat 36. Choruje od roku na kaszel. Od 6 miesięcy ból w gardle przy łykaniu i chryпка. W ostatnich tygodniach ból i kaszel znacznie się powiększyły, przyczem bywają częste napady duszności.

W gardzieli owrzodzenia rozległe na obu migdałach; języczek czerwony, zgrubiał na tylnej powierzchni owrzodzony, głębokie i rozległe owrzodzenia na dolnej części tylnej ściany gardzieli tuż nad krtanią. Olbrzymie nacieczenie nagłośni, chrząstek nalewkowych i więzów nagłośnio nalewkowych; znaczne wężenie szpary głosowej.

Płuca zmian perkussyjnych nie przedstawiają, osłuchiwanie nie daje rezultatu z powodu szmeru stenotycznego w krtani. W płwocinie bacillów D-r Mayzel nie znalazł—pomimo to wygląd krtani, kaszel, ogólne wyniszczenie zdawały się przemawiać za gruźlicą, tem bardziej, że chora absolutnie przeczyła, aby kiedy były jakiegokolwiek objawy syfilisu. Jednakże wygląd języczka skłonił mię do leczenia antisyfilitycznego. Leczenie trwało 6 tygodni (frykcyje, jod, pigułki sublimatowe) i nastąpiło zupełne wyzdrowienie: znikł kaszel i duszność, odżywianie dobre. Na miejscu owrzodzeń blizny.

Mąż chorej żadnych zmian przymiotowych nie posiada i uporczywie przeczy, aby kiedykolwiek syfilis przechodził.

4) Józefa I. mężatka 25 letnia.

16/IX. 90 skarży się na ból w gardle po stronie prawej i na guz po tej że stronie szyi? Choroba trwa od 3 tygodni. Guz ten jest twardy, niebolesny, wielkości kurzego jaja, skóra na nim niezmieniona, jest on niebolesny, o powierzchni gładkiej; znajduje się po za kątem szczęki prawej dolnej, robi wrażenie pakietu gruczołów chłonnych. Gruczoły chłonne po lewej stronie szyi twarde, powiększone, również jak i nadobojczykowe prawe. Gruczoły podpachowe nieco powiększone. Na skórze zmian żadnych nie ma.

Migdał prawy czerwony z wodnisto fioletowym odcieniem, znacznie powiększony, twardy, łuk przedni nacieczony.

Na środku wewnętrznej powierzchni migdała owrzodzenie podługowate, owalne, wielkości 10 kop. srebr., głębokie, otoczone wyniosłemi brzegami, pokryte bardzo grubym białym nalotem.

Błona śluzowa gardzieli czerwona; krtani bez zmian. Wywiady do żadnego rezultatu nie doprowadziły.

Z początku nie mogłem zdać sobie sprawy z czem mam do czynienia; zaleciłem płókanie kalio chlorico, wrzód traktowałem sublimatem. Po 10 dniach błona biała zaczęła się oddzielać i powijmowałem z migdała. spore kawałki zmartwiałej tkanki, ztąd powstało drażące, kraterowate owrzodzenie. W końcu października owrzodzenie to zagoiło się zupełnie wyraźną blizną; guz podszczekowy znacznie się zmniejszył. Ponieważ wówczas przyszedłem już do wniosku, że mamy do czynienia z pierwotnem szankrem syfilitycznym migdała i uprze-



dziłem chorą co do możliwych następstw, zaleciłem jej zjawienie się do ambulatoryum jak tylko zauważy jakieś zmiany na skórze lub częściach rodnych.

W początkach listopada przyszła ona, skarżąc się na ból w wargach sromnych. Znalazłem wówczas wysypkę różyczkową na brzuchu i piersiach i mnóstwo łepięży płaskich na wargach mniejszych i większych; łepięże na łukach podniebiennych; gruczoly wszystkie powiększone. Nie ulegało już więc wątpliwości, że mamy tu do czynienia z syfilisem. Etyologii jednak dowiedzieć się nie mogłem.

Leczenie swoiste usunęło te objawy.

Przypadki tego rodzaju opisywane są dosyć często w literaturze francuzkiej, <sup>1)</sup> u nas zdarzają się one bardzo rzadko.

### Choroby krtani.

	Mężczyzn.	Kobiet.
Anaemia laryngis	—	1
Chorea laryngis	1	2
Chorditis vera hypertrophica	1	—
Corpus alienum laryngis	1	—
Errosiones catarrhales chordarum	—	1
Hysteriasis laryngis	—	4
Laryngitis acuta	14	12
Laryngitis chronica	15	8
„ phlegmonosa	2	1
„ luetica	8	1
„ tuberculosa	16	19
„ interarythaenoidea	—	5
„ sicca	2	3
„ haemorrhagica	1	—
Neoplasma laryngis malign.	1	—
Nodi inflammatorii chordarum	2	1
Paralysis laryngis	2	1
Polypus laryngis	1	—
Stenosis laryngis	4	—
Tracheitis acuta	2	2
<hr/>		
73 m.		61 kob.

### Laryngitis phlegmonosa.

1) Michał C. lat 30. Od 3 dni bardzo silny ból w gardle przy łykaniu. Palcem wskazuje na okolicę krtani. Choroba zaczęła się dreszczami i bólem głowy. Obecnie stan podgorączkowy. W gardzieli zmian prawie żadnych. Nagłośnia i okolica chrząstki nalewkowej prawej mocno zgrubiałe, wodnisto naciezione, koloru czerwonofoioletowego.

Zaleciłem kawałeczki lodu co kilka minut trzymać w gardle do rozpuszczenia. Już na drugi dzień ból się znacznie

<sup>1)</sup> Revue mensuelle de laryngol, 1889 r. str. 199 481 i z 1690 r. str. 391.

zmniejszył. W ciągu 6 dni, przy tem leczeniu, krtani powróciła do normy.

2) Anna G. lat 30. Przed 2 dniami uczuła lekki ból w gardle. Dziś skarży się na bóle głowy i gardła, na niemożność polykania i uczucie dławienia w krtani.

W gardzieli oprócz lekkiego zaczerwienienia zmian nie ma. Duże obrzmienie całej tylnej ściany i więzów nagłośniona-lewkowych z obu stron. Części obrzmiałe są wodnisto różowe. I w tym przypadku ciągle lykanie lodu przyniosło natychmiastową ulgę, a w ciągu kilku dni wyzdrowienie. Przytoczyłem powyższe dwa spostrzeżenia w celu wyprowadzenia następujących praktycznych wniosków.

W każdym przypadku, gdzie chory skarży się na znaczny ból gardła przy lykaniu, należy zawsze badać lusterkiem krtani, a zwłaszcza gdy nie znajdujemy dostatecznego usprawiedliwienia tego bólu w gardzieli. Wówczas przekonamy się, że laryngitis phlegmonosa nie zbyt rzadko się zdarza, a rozpoznanie prawidłowe ma w wielu przypadkach decydujące o życiu chorego znaczenie. Są bowiem formy tego cierpienia tak gwałtowne, że w ciągu kilku dni doprowadzić mogą do napadów zaduszenia. Cierpienia tego rodzaju nazywam ogólnem mianem laryngitis phlegmonosa, choć chętniej, idąc za zdaniem Massei'ego nazwałbym je różą krtani (erisypelas laryngis), za czem przemawia przebieg kliniczny: dreszcze, bóle głowy, gorączka, duże i szybko postępujące obrzmienie krtani. Klasyfikacja tego działu chorób krtani i ściśle ich rozgraniczenie, wiele jeszcze pozostawia do życzenia i z tego też powodu panuje w nauce zupełna dowolność terminologii. (Laryngitis phlegmonosa, l. submucosa, l. gravis, erisypelas laryngis, oedema acutum etc).

Przy chorobach tego rodzaju specyficznie prawie działa lód brany co chwila do gardła w postaci małych kawałków (ewentualnie lody). W praktyce mojej spostrzegalem kilkanaście tego rodzaju przypadków i lód zawsze oddawał mi jak najlepsze usługi. W kilku tylko wyjątkowo gwałtownie przebiegających przypadkach zmuszony byłem zrobić skaryfikacje, lub nawet głębokie nacięcia obrzmiałych części krtani.

### Laryngitis luetica.

Spostrzegalem w szpitalu 9 przypadków. Niektóre opisałem wyżej jako powikłanie przymiotu gardzieli; jeden przedstawiał formę mieszaną syfilisu z gruźlicą (jest jeszcze w leczeniu). Tutaj wspomnę o dwóch, gdzie bardzo dokładnie można było widzieć condylomata plana, jako stosunkowo rzadziej spotykanych.

1) Aleksander K. 33 lat. Przed 4 miesiącami leczony był iniekcjami żółtego tlenku rtęci. Od 2 tygodni ma lekki ból w gardle i chrypkę. Gardziel bez wybitnych zmian. Cała błona śluzowa krtani bardzo czerwona i na tylnej ścianie nieco zgrubiała. Na obu strunach prawdziwych żywo czerwonych i na górnej powierzchni błony międzynałekowej kilka bardzo

wyraźnych, owalnych lepiej płaskich, szaro perłowego koloru. Leczenie swoiste szybko stan ten poprawiło.

2) Stanisław C. 31 lat. Syfilis przed rokiem. Od 3 tygodni kaszel; od tygodnia utrata głosu. Struny prawdziwe bardzo czerwone, na nich 4 okrągławe, perłowobiałe, symetryczne lepże. Udał się do szpitala Św. Łazarza.

**Chorea laryngis** t. j. kaszel rytmiczny, nerwowy, powtarzający się wciąż bez ustanku na jawie, znikający zupełnie podczas snu, obserwowałem 3 razy: u dwóch dziewczynek 11 i 12 letniej i u 11 letniego chłopca. W pierwszym przypadku kaszel ten połączony był jakby z głośną czkawką, w trzecim przypominał nieco kaszel krupowy. Zmian anatomicznych w krtani, płucach, nosie, w żadnym z tych przypadków nie było. Kaszle takie często połączone bywają z kurczami klonicznymi mięśni, twarzy i szyi. Leczenie polega na podawaniu do wewnątrz arseniku, zimnych wycieraniach etc. Pewien wpływ wywiera na ten stan suggestyja.

### Paralysis laryngis.

Sura H. lat 30, uskarża się na znaczną chrypkę i trudność przy mówieniu. Stan ten trwa od kilku miesięcy. Na szyi blizny po wycięciu wola. Prawa połowa krtani nieruchoma. Struna prawdziwa stoi w pozycyi trupiej. Lewa połowa bez zmian. Lekka różowość strun. Z czasem stan subiektywny znośniejszy—lewa połowa krtani wykonywa ruchy dopełniające. Jest to już trzeci przypadek połowicznego porażenia krtani, który miałem sposobność widzieć, spowodowany skutkiem wycięcia nerwu zwrotnego podczas strumektomii.

### Choroby uszu.

Mężczyzn. Kobiet.

Accumulatio ceruminis in meatu auditorio externo	14	5
Caries processus mastoidei	1	—
Eczema conchae otis	—	1
Otitis externa	3	7
Otitis media acuta	17	11
Otitis chronica catarrhalis	8	11
Otitis chronica purulenta	23	16
Polypus otis	1	—
Surditas	2	—

69 m. 51 kob.

Z chorobami uszu było w ciągu r. z. w ambulatoryjum 120 osób. Jakkolwiek dział ten nie wchodzi w zakres mojej działalności, każdego jednak chorego, który przychodził po raz pierwszy badałem, lecząc tylko tych, których cierpienia nie wymagały specjalnej otiatrycznej pomocy, innych kierowałem do specjalnych usznych ambulatoryjów szpitalnych. Znaczną część tych chorych leczyłem sam, gdyż cierpienia uszu były następstwami przy niezżytach nosa, wyrostkach adenoidalnych etc., lub też dały się doraźnie usuwać, jak głuchota skutkiem zatka-

nia przewodu słuchowego zewnętrznego woszczkiem. Tu wystarczyło dokładne przestrzyknięcie uszu.

### Choroby szyi.

	Mężczyzn.	Kobiet.
Angina Ludovici	—	1
Adenitis submaxillaris acuta	2	2
Adenitis colli	—	2
Struma	—	4
Torticollis rheumatica	1	2
	3 m.	11 kob.

### Inne cierpienia.

	Mężczyzn.	Kobiet.
Haemicrania	—	1
Neuralgia supraorbitalis	2	—
Parotitis	1	1
Stricture oesophagi organica	1	—
„ „ spastica	—	1
	4 m.	3 kob.

### Neuralgia supraorbitalis.

1) Tomasz K. lat 34. Oddawna cierpi na silne bóle nadoczodołowe. Obecnie od 4 tygodni bóle te stały się tak nieznośnymi, że nie jest zdolny do pracy i po nocach spać nie może. W obu nozdrzach dużo śluzowych polipów. Po dokonanej operacji neuralgia przeszła zupełnie.

2) Teofil O. 41 lat. Od lat 4 cierpi corocznie straszne bóle w lewej połowie głowy, a zwłaszcza nad okiem. Zwykle trwało to 2 do 3 tygodni, obecnie już 6 tygodni, a ból ten, zdaje się, z każdym dniem zwiększać. Pracować nie może, stracił apetyt i sen.

Kanały nosa nader obszerne, tak że robią wrażenie nieżytku zanikowego błony śluzowej. Muszla średnia lewa kolbiasta, formalnie wparta w przegrodę nosa. Muszle te przypaliłem kwasem chromnym—neuralgia natychmiast ustąpiła. W 3 miesiące później lekka recydywa, która ustąpiła po powtórnej przypaleniu muszli. W obu tych przypadkach mieliśmy do czynienia z nerwicą zwrotną, co zresztą nie rzadko się zdarza, aby neuralgia nadoczodołowa zależała od zmian w nosie.

### Operacje

Operacyj i rękoczynów chirurgicznych dokonano w ciągu 1890 r. 78 razy.

Wyszczególnimy tu główniejsze:

	Razy.
Ablatio concharum galvanocauterio	3
Cauterisatio acido chromico mucosae narium	10
„ „ ulcer. tuberc. laryngis	9
Canter. galvanocaustica concharum	1
Excisio vegetationum adenoid.	10
Extractio polyporum nasi	10
Extractio corporum alien. nasi	2

Extractio polypi laryngis	1
Incisiones abscessuum peritensill.	15
Incisiones in larynge	3
Tonsillotomia cruenta	12
Tonsillot. ansa galvanocaustica	2

---

Razem 78

Polipy nosa operuję zawsze pętlą zimną z drutu stalowego; resztki zaś przypalam żegadłem galwanicznym.

Przerostowy nieżyt nosa leczyłem przypalaniem błony śluzowej, muszel kwasem chromnym lub trójchlorooctowym, stawiając pierwszy z nich wyżej. W praktyce prywatnej najczęściej posługuję się w tych razach galwanokaustyką.

Przy większym przeroście i zwyrodnieniu polipowatemu muszel odejmowałem części muszel pętlą zimną, gdy szło o przednie końce muszel, tylne zaś zawsze i wyłącznie pętlą galwanokaustyczną, a to w obawie krwotoków wtórnych. Przednie części łatwo zatamonować, może to zrobić sam chory—przy krwotokach zaś po odjęciu tylnych końców muszel wskazaną jest tamponada tylna, rękoczyn wymagający odpowiednich przyrządów i wprawy. Dodać tu muszę, że obcinanie muszel pętlą galwanokaustyczną powinno się odbywać powoli, gdyż zbyt silny prąd rozpali drut do białości, który wtedy będzie działał jak nóż, odetnie muszlę zbyt szybko i nie wywoła skrzepów w naczyńiach przeciętych, skutkiem czego nie uchroni od krwotoków wtórnych.

Przerost tylnych końców muszel, a zwłaszcza dolnych, jest rzeczą bardzo częstą—o wiele częstszą, niż to się zwykle rozpoznaje i dlatego ośmielam się zwrócić uwagę na ten punkt. Jeżeli tylko chory uporeczywie uskarża się na zatykania nosa, a przy badaniu lusterkiem nosowym nie znajdujemy odpowiedniego usprawiedliwienia, należy koniecznie zbadać za pomocą rynoskopii tylnej nozdrza, a przekonamy się, że muszle duże, szare, o powierzchni nierównej, gruboziarnistej, jak to je rysuje Michel będą zjawiskiem nierzadkiem.

W każdym razie musimy pamiętać, że zatykanie nosa zażyć mogą i od przyczyn ogólnych (serce, płuca i t. d.).

Sposób operowania wyrosły adenoidalnych pod chloroformem stosuję obecnie o wiele częściej niż dawniej. Przemawia za nim oszczędzenie bólu choremu, w większości przypadków dziecku, a głównie możność doszczętnego usunięcia cierpienia na jednym posiedzeniu.

Podczas tej operacji dziecko znajduje się w pozycji półsiedzącej; chloroformu dajemy tyle tylko, aby zostały zniesione ruchy samowolne z zachowaniem jednak odruchów mimowolnych: kaszlu, wykrztuszania i t. d. Chory obrócony jest twarzą do światła dziennego. Jeżeli, migdały są powiększone, to te naprzód wycinam, przez co zyskuję więcej miejsca i łatwiejszy dostęp do jamy nosogardzielowej. Następnie wchodzę odpowiednimi narzędziami do jamy nosogardzielowej (kleszcze Schech'a, noże Gottstejn'a Hartmann'a etc.) i usuwam częściowo wyrosłe, kontrolując od czasu do czasu palcem, co zrobi-

no, a co zostaje do zrobienia. Zbytecznym jest dodawać, że palec przed każdym wprowadzeniem do jamy nosogardzielowej dokładnie obmywam i opłókuję w sublimacie 1—1000. Każdy zaś instrument wyjmuję wprost z kwasu karbolowego 5%, w którym wszystkie leżą na pół godziny przed rozpoczęciem i podczas całej operacji. Szczęki rozszerzam rozwieraczem Rosser'a; język przyciskam zwykłym szpatlem. Po skończonej operacji badam raz jeszcze całą jamę nosogardzielową palcem i zeszkrobuję paznokciem wszystkie drobne resztki pozostałe, poczem przestrzykuję nos i gardziel płynami antyseptycznymi dotąd, dopóki nie ustąpi krwawienie.

W ostatnich czasach, niezależnie od przestrzykiwania, owijam palec gazą jodoformową zmoczoną w sublimacie 1—1000 i wycieram całą jamę nosogardzielową. Zawdzięczając tym ostrożnościom nie spostrzegalem nigdy po tych operacjach gorączki etc, t. j. spraw septycznych, z wyjątkiem przypadku, który opisałem wyżej. W rzadkich przypadkach, gdzie nieco więcej podano chloroformu spotyka się wymioty krwawe skutkiem spłynięcia krwi do żołądka, co trzeba mieć na uwadze i otoczenie uprzedzić o możliwości tego objawu. Po operacji zostawiam takich chorych przez pierwsze trzy doby w domu i czwartego dnia dopiero przemywam nos po raz pierwszy od operacji, a ósmego po raz drugi i na tem zazwyczaj kończy się cała kuracja.

O wiele dłużej ciągnie się leczenie, gdy się to robi bez chloroformu. Zwykle wymaga to kilku posiedzeń operacyjnych co 8 lub 10 dni. Wówczas znieczulam 15—20% roztworem kokainy, pędzłując nią czasem od strony nosa, częściej od strony gardzieli jamę nosogardzielową. U osób starszych nigdy prawie chloroformu nie używam (chyba sami żądają), gdyż są cierpliwi i wytrzymalsi. U osób dorosłych wyrosłe są daleko więcej twarde i krwawiące niż u dzieci.

Co się tyczy rozpoznawania tego cierpienia, to w zasadzie jedyny racjonalny sposób jest rhinoscopia posterior. Ale to tylko w zasadzie, w praktyce zaś daleko większe zastosowanie znajdzie badanie palcem, naturalnie dokładnie wymyтым mydłem, wodą, sublimatem i t. d., aby nie mieć po takim zbadaniu objawów septycznych, jak to się zdarzyło jednemu ze słynnych lekarzy petersburskich. Wszelkiego rodzaju badania chorych o tyle wyżej stoją, o tyle są pożyteczniejsze, o ile są dostępne dla wszystkich lekarzy i mniej wymagają przyrządów i zachodu. Badanie palcem jamy nosogardzielowej wykonać może każdy lekarz na prowincyi i w Warszawie specjalista i nie specjalista i od razu zdać sobie sprawę, czy jama nosogardzielowa jest wolna, czy też jest tam coś nieprawidłowego. Zapewne, że przed wykonaniem operacji (którą będzie robił ten co to umie), trzeba się dokładnie przekonać z czem mamy do czynienia za pomocą lusterka, o ile te zastosować można. Są bowiem pacjenci, a zwłaszcza mali tak krztusiwi, że lusterka absolutnie znieść nie mogą, lub co też często bywa przy przeroście migdałka gardzielowego, velum polatinum tak mało

jest od tylnej ściany odsuniętem, że pomimo wszystkiego, za mało jest światła dla dokładnego obejrzenia tej jamy. Wtedy uciekamy się znowu do badania palcem. Najlepiej zrobić to w ten sposób: stanąć z tyłu chorego, objąć lewą ręką głowę i wskazujący palec wcisnąć lekko wraz z kątem policzkowym między zęby; prawy wskazujący palec wprowadzić pod języczkiem do jamy nosogardzielowej. W tej pozycyi dziecko ust nie zamknie i palca nie pogryzie, i stają się zbytecznymi wszelkie rury metaliczne i t. p. wkładane na badający palec w celu zabezpieczenia.

Co się tyczy wskazań do tej operacyi, to te powinny załeżeć od objawów, jakie obecność wyrosła wywołuje. Jeżeli znajdziemy przypadkiem zapomocą odpowiedniego badania wyrosła, które jednakże objawów nie dają, należy zostawić je w spokoju. W tym punkcie nie mogę zgodzić się z Dr. Sędziakiem (Gazeta Lekarska 1890 r. N 50 i 51), że wyrosła zawsze należy operować, gdyż objawy z czasem przyjść mogą — dosyć, mojem zdaniem będzie czasu na operacyję wówczas, gdy już te objawy przyjdą. Najwięcej bowiem odstraszaamy chorego od operacyi, za częstem proponowaniem ich bez dostatecznie ważnych powodów. O objawach klinicznych wyrosła mówilem obszernie w pracy mej z r. 1889 w Gazecie Lekarskiej.

Zupełne prawo obywatelstwa zyskało w zakresie chorób nosa i gardła, przypalanie kwasem chromnym według powszechnie znanego sposobu Herynga t. j. natapianie na srebrny zgłębnik. Jest to dziś rękoczyn codzienny, zwłaszcza w nosie. O wiele rzadziej używałem dotąd sposobu tego w krtani, postanowiłem go więc wypróbować, tembardziej, że miałem kilka nadających się do tego przypadków. Kwas chromny w krtani uważam za wskazany przy dużych zlokalizowanych nasiękach gruzliczych i przy takichże głęboko drażących wrzodach. Szczególnie dobry wynik tego leczenia miałem przy wrzodzie gruzliczym wielkości pół grochu, który zajmował tylny odcinek struny fałszywej prawej i drażył do torebki Morgagni'ego, powodując ogromne bóle przy łykaniu. Po trzech przypaleniach (co tydzień) wrzód oczyścił się i zaczął granulować, dysphagia ustąpiła, choć poprzednie stosowanie kokainy i kwasu mlecznego, żadnego dodatniego wpływu nie wywarło. W ogóle używałem tego sposobu 9 razy i ani razu nie byłem zmuszony żałować, choć przystępowałem do niego z pewną obawą. Ani razu nie było po tem wymiotów, ani żadnych innych powikłań. Ból reakcyjny trwał zwykle kilka godzin. Przed przypalaniem znieczulałem 20% kokainą. Dla bezpieczeństwa dawałem również pić chorym nasycony roztwór dwuwęglanu sodu przed tem, później zaś płókać tymże roztworem.

Nadmiar (nieznaczny) kwasu chromnego chorzy wyksztusali, pędzelkiem go niezbierałem.

Głębokie nacięcia w krtani stosowałem w trzech przypadkach. Raz wypuściłem ropę z chizastki nalewkowej lewej przy gruzliczem zapaleniu ochrzęstnej u kobiety 28 letniej,

pozem zmniejszyła się dysphagia. W dwóch innych przypadkach robiłem kilkakrotnie głębokie cięcia w nagłośnię i więzy nagłośnionałwkowe, także w celu zmniejszenia dysphagii przy olbrzymich nacieczeniach gruzliczych, u mężczyzny 41 letniego bez skutku i u kobiety 35 letniej z dodatnim skutkiem. O tym rękoczynie mogę powtórzyć, co zresztą już tyle razy było stwierdzone przez kompetentniejszych odemnie (M. Schmidt, Krauze, Heryng i w. innych), że uważam go za jeden z najniewinniejszych rękoczynów przy gruzlicy krtani. Rany powstałe z takich nacięć goją się nadspodziewanie szybko. W rany te w powyższych przypadkach wcierałem czysty kwas mleczny.

**Wycięcie migdałów** robiłem w większości przypadków powszechnie znanym tonsillotomem. Dwa razy tylko dotąd w szpitalnej i 8 razy w prywatnej praktyce usuwałem migdały za pomocą pętli galwanokaustycznej. Sposób ten szczególnie jest wskazanym u dorosłych, gdzie przy wycinaniu migdałów tonsillotomem, zawsze należy się obawiać następczych krwotoków. O operacji tej miał odczyt kol. Heryng na jednym ze specjalnych posiedzeń laryngologów warszawskich, podnosząc jej zalety. Odczyt będzie zapewne drukiem ogłoszony. Od czasu tego odczytu zacząłem i ja częściej sposób ten stosować i wyznać muszę, że go nad wszystkie inne przekładam. Reakcja i ból po tej operacji jest nieznaczny, krwawienia żadnego, antyseptyka zupełna, przykreść operacji dla chorego minimalna tembardziej, że i tu przedtem kokainą znieczulić można. Pętlę z bardzo cienkiego drutu stalowego, lub platynowego naprowadzamy na taką część migdała, jaką usunąć chcemy, następnie zaciskamy ją i wtedy dopiero powoli puszczaemy prąd elektryczny, zwołna zaciskając pętlą coraz bardziej, aż do usunięcia migdała, który drugą ręką zachaczony jest odpowiedniemi haczykami pomysłu Herynga. Nie należy robić tej operacji zbyt szybko, a to w celu uniknięcia krwawienia. Przy odpadaniu strupów t. j. w 7 lub 8 dni po operacji bywają niekiedy krwawienia dające się jednak bardzo łatwo tamować (lód, tanina i t. p.).

---

Duża liczba chorych, jaką miałem w ciągu pierwszych 9 miesięcy prowadzenia ambulatoryjum wykazuje najlepiej rację jego bytu.

Pewne braki niniejszego sprawozdania mogę usprawiedliwić w części tem, że zbyt mało miałem czasu po za udzielaniem porad i wykonywaniem rękoczynów na szczegółowe zapisywanie historii chorób w księgach własnoręcznie przezemnie prowadzonych; notowałem więc tylko fakty najważniejsze.

Warszawa w styczniu 1881 roku.

---



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

76. Prof. RIBBERT in BONN. **Dzieje lasecznika gruźliczego.** (Die geschichte d. Tuberkelbacillus). (*Therap. Monatshefte T. XII 1890*).

W chwili kiedy zjawily się pierwsze doniesienia Kocha o jego laseczniku gruźliczym z wielu stron podejrzewano już, że gruźlica jest chorobą zakaźną i że, prawdopodobnie, zależy od jakiegoś drobnoustroju. Jadowitość mas gruźliczych i przebieg kliniczny tej choroby dały Villemín'owi, Conheim'owi, i in. prawo do stawiania tej hipotezy. Tem bardziej zaś utwierdzało się to przypuszczenie w umysłach uczonych, iż pojedynczy badacze, jak Klebs, Aufrecht, a później znacznie Baumgarten niejednokrotnie spostrzegali w ogniskach gruźliczych, pewne drobnoustroje, które uważali za specyficzne. Nie wyosobniono jednak tych drobnoustrojów, nie stwierdzono ich specyficznych własności i pod tym względem niepodzielną przypadła zasługa Kochowi, który przedewszystkiem stwierdził, iż jego laseczniki znajdują się we wszystkich tkankach gruźliczych, otrzymał z laseczników tych czyste hodowle i dowiódł, iż tylko te masy gruźlicze, które zawierają laseczniki, dadzą się szczepić ze skutkiem. Wprowadzając do przedniej komórki oka swoje laseczniki, wywoływał Koch u królików gruźlicze zmiany tęczówki, a następnie ogólną gruźlicę; gruźlicę prosówkową otrzymywał u zwierząt po wprowadzeniu laseczników do żył i t. p. Laseczniki Kocha, jak wiadomo, posiadają przy barwieniu pewne własności, odróżniające je od innych, mianowicie, iż nie odbarwiają się pod wpływem kwasów mineralnych. Od czasu Kocha Ehrlich, Ziehl i Galbot porobili ważne zmiany w barwieniu laseczników. Inni badacze jak Nocard i Roux zmienili pierwotną odżywkę, na której Koch hodował laseczniki (surowica krwi) w ten sposób, iż dodawali do odżywki gliceryny i w ten sposób otrzymywali daleko lepsze hodowle.

Nie wiele jest tkanek, w których nie znaleziono dotąd laseczników, już Koch znalazł je w tkance płucnej u suchotników, w ich płwocinie, w kiszkaach przy gruźlicy tego narządu, w żółzowatych gruczołach chłonnych w stawach, kościach, przy wilku i t. p. Weichselbaum wykazał ich istnienie we krwi chorych, co stwierdzili następnie Doutre lepont, Finger i inni. Dostać się tu mogły dwiema drogami przez limfę, albo wprost — z zewnątrz do krwi. Możliwości pierwszej drogi dowiódł Ponfiek, ogłosiwszy przypadek gruźlicy przewodu piersiowego, możliwość drugiej drogi została stwierdzoną przez Hanau'a i Hauser'a, którzy u suchotników znaleźli gruźlicą dotknięte żyły płucne.

Niektórzy z badaczy jak Gaffky, Pfeifer, Ziehl, A. Fraenkel, Lichtheim i in. wiele obiecywali sobie po rozpoznawczej wartości odnalezienia laseczników w płwocinie. Wartość tę

jednak osłabia fakt, iż laseczników w plwocinie u suchotników często znaleźć nie możemy.

W gruczołach chłonnych prócz Kocha stwierdzili obecność laseczników Schuchardt i Krause, a Askanasy dowiódł, iż gruczlica gruczołów może przebiegać pod postacią lymphoma malignum.

Nieco później już Koch, Schuchardt, Krause, Pagenstecher, Pfeiffer, Doutrelepon, Leloir i in. stwierdzili identyczność wilka z gruczlicą.

Ramy chorób gruczliczych rozszerzyły następne badania, które dowiodły, iż niektóre owrzodzenia jamy ustnej (Hausemann), podniebienia miękkiego (P. Guttman), ucha średniego (Eschle), są gruczliczemi, jak również dowodzi istnienia gruczliczego próchnienia kości skalistej (Voltolini), gruczlicy sutki (Orthnam), grasicy (Demme), nadnerczy (Goldenblum), gruczołu tarczycowego (E. Fraenkel), krtani (Korkunoff i E. Fraenkel), narządu moczopłciowego (Babes, Rosenstein, Kraske, Zahn), jamy nosowej (Schaeffer i Nasse), onychia maligna (r. Meyer), wreszcie gruczlicy skóry, a nawet (Heller i Tripièr) mogli przez znalezienie lasecznika stwierdzić możliwość gruczliczego zapalenia wsierdza.

Po za badaniem tkanek gruczliczych u ludzi dokonywano licznych doświadczeń, nad zwierzętami, a w ostatnim lat dziesiątku karmiąc zwierzęta massami gruczliczemi, Baumgarten, We-seuer, Dobrokłóński, otrzymywali niejednokrotnie gruczlicę przewodu pokarmowego i gruczołów krezkowych i przy tych doświadczeniach rzucili światło na gruczlicę tych narządów u ludzi, między innymi dowiedziono, że nie koniecznie potrzeba obnażenia nabłonka dla zarażenia się gruczlicą, ponieważ laseczniki z łatwością dostają się przez gruczołki, jest to zresztą w zgodzie z późniejszymi spostrzeżeniami Corneta, w których laseczniki przenikały do ustroju przez błonę śluzową, nosa, dziąseł i pochwy i wywoływały choroby odnośnych gruczołów chłonnych. Veragout stwierdził powstawanie gruczlicy drogą wdychania pyłu, zawierającego laseczniki, Müller wstrzykując masy gruczlicze do stawów wywoływał ich gruczlicę. Przez tak długi przeciąg czasu, jaki od chwili ogłoszenia pracy Kocha o laseczniku gruczliczym upłynął, nikt nie podawał w wątpliwość jego specyficznego znaczenia, przyjęto go więc ogólnie; należało jednak dowiedzieć się, jaką drogą ów drobnoustrój może się dostawać do naszego ustroju. Przedewszystkiem zrodziło się pytanie o ile lasecznik może się rozwijać po za ustrojem; pod tym względem doświadczenia Schill'a i Fischer'a dostarczają nam pewnych danych. Badacze ci dowiedli, iż w suchej nawet postaci laseczniki przeszło pół roku zachowują swe specyficzne własności, a w gnijących płynach nie tracą nic ze swych własności w ciągu 1—2 miesięcy, z drugiej znow strony Cornet i Kastner dowiedli, iż laseczniki znajdują się w znacznej ilości w pile izb, zamieszkiwanych długo przez suchotników, a zaraźliwość takiego pyłu została stwierdzoną przez szereg szczypień na na zwierzętach. Ztąd też wypływa możność zarażenia

się przez wdychane powietrze i ponieważ właśnie płuca i drogi oddechowe są najczęściej pierwotnymi ogniskami choroby, najprawdopodobniej tą właśnie drogą lasecznik dostaje się do ustroju.

Nie jest to jednak jedyna droga zarażenia się naszego ustroju. Przewód pokarmowy jest również częstą drogą, jaką obierają sobie laseczniki, dla opanowania naszego ustroju. Dzieje się to przeważnie dzięki spożywaniu pokarmów gruźliczych; doświadczenia Strauss'a i Würtz'a dowiodły, iż sok żołądkowy nie zawsze jest w możności unieszkodliwić laseczniki. Według badań Kocha najczęściej odbywa się zakażenie tą drogą przez użycie mleka, zawierającego laseczniki, co ma miejsce przy gruźlicy sutki, Bollinger jednak i jego uczniowie dowiedli, że nawet bez gruźlicy sutki laseczniki mogą się znajdować w mleku. Hirschberger dowiódł, iż 55% rozmaitych gatunków mleka krów chorych na perlicę jest zakaźne, w tem większym stopniu w im większa ilość narządów krwi była przez tę chorobę zajęta; przy gruźlicy płuc 33% przypadków było zaraźliwych. Również i mięso może być zaraźliwym. Steinheil, co prawda nie mógł stwierdzić zaraźliwości mięsa suchotników, Kastner jednak otrzymał wyraźne zakażenie, toż samo co do krów perlicowatych stwierdził Bollinger.

Zaraźliwość mięsa i mleka dały Bollingerowi assumpt do zbadania stopnia rościenczenia, w jakim te pokarmy są jeszcze szkodliwe. Według Gebhardt'a rozcieńczenie mleka 1:40 do 1:100 przy wstrzykiwaniu podskórnem do otrzewnej nie wywołuje gruźlicy. W podobny sposób badał on zaraźliwość hodowli czystych i płwociny. Ta ostatnia w rozcieńczeniu 1:100000 jeszcze była zaraźliwą, przy karmieniu jednak już rozcieńczenie 1:8 było nie szkodliwe. Hodowle czyste są zaraźliwe jeszcze przy rozcieńczeniu 1:400000. Zakażenie jest tem szybsze, im większą ilość wprowadziliśmy laseczników. Wyssokowicz, licząc wstrzykiwane laseczki, dowiódł, że 8—10 laseczników, wprowadzonych do ustroju świnki morskiej, nie wywołują u niej gruźlicy to jest też powodem czemu niekiedy zaszczepienie tkanek, zawierających mało laseczników, jak np. gruczołów żółzowych, nie wywołuje gruźlicy.

Prócz infekcyi przez płuca, przewód pokarmowy i błony śluzowe, zakażenie może nastąpić przez rany. Podobne przypadki między innymi spostrzegali Tschernig, Deneke, Lehman, Hofmohl, Elsenberg, Meyer, Gescheit. Karg i Riehl znajdowali laseczniki w t. z. tubercula anatomica, Gerber padł ofiarą zakażenia się tą drogą przy oględzinach pośmiertnych, Czerny widział gruźlicę skóry przy transplantacyi, Wahl podaje przypadek gruźliczego zakażenia rany amputacyjnej od opatrującej siostry miłosierdzia, dotkniętej wilkiem. Podobne przypadki notował Dubrenill, Auché, Gadassohn, Lesser i in.

Ostatniem źródłem zkaż laseczniki dostają się do ustroju jest zarażenie od rodziców. Jedni pod tym względem nadają wielkie znaczenie usposobieniu, inni małą mu nadają wartość. Jani tymczasem znalazł laseczniki w gruczole krokowym i ja-

drach suchotników bez zmian w tych narządach, możliwą przeto jest rzeczą, że laseczniki dostają się wraz z nasieniem do jajka, z drugiej znów strony, fakt znalezienia laseczników w jajowodach dowodzi możliwości, że w samym jajku przed zapłodzeniem mogą już być laseczniki. Mimo to jednak jest jeszcze możliwem zakażenie przez łożysko. Jani w jednym przypadku gruźlicy prosówkowej w łożysku i w płodzie znalazł laseczniki, według Birch-Hirschfeld przy cięciu cesarskiem wykonanem na osobie umierającej na gruźlicę prosówkową, znalazł wiele laseczników w łożysku i w wątrobie dziecka bez zmian anatomicznych w tym narzędzie, nie wiadomo wszakże czy laseczniki te nie dostały się do ustroju dziecka już w czasie życia pozamacicznego. Sanchez przy badaniach eksperymentalnych otrzymał ujemne wyniki. Jak dowodzą doświadczenia Maffucci płody, zakażone lasecznikami mogą się urodzić i żyć. Możliwą więc jest rzeczą zakażenie płodu w ustroju matki, o ile jednak dotyczy to człowieka, spostrzegał tylko jeden przypadek Merkel; John, Malvoz i Brouvier spostrzegali toż samo u cielęcia. Być może, że gruźlica w pierwszych miesiącach życia powstaje tą drogą tego przynajmniej mniemania są Landouzy, Queyrat, Lannelongue.

Takim jest stan wiedzy dzisiejszej o laseczniku gruźliczym, jego wpływie na powstawanie gruźlicy i drogach jakimi się do ustroju dostaje. Zawdzięczamy to przedewszystkiem Kochowi, który go wyosobnił i rozpoczął pierwsze nad nim badania, inni uczeni rozszerzyli tylko pojęcia, które Koch w swych pracach podał.

(Powyższą pracę podajemy tu ze względu, iż streszcza w krótkich zarysach wszystko, co dotąd nam wiadomo o laseczniku gruźliczym, przyp. red.). *Józef Zawadzki.*

77. Dr. BANG. **Czy mleko krów chorych na gruźlicę jest szkodliwe, jeżeli wymiona nie są zajęte?** (*Münch. Med. Woch. N. 41. 1890.*)

(Rzecz czytana na ostatnim zjeździe lekarzy w Berlinie). Jest rzeczą wiadomą i nie ulegającą najmniejszej wątpliwości, że jeżeli wymiona krów zajęte są gruźlicą, to mleko ich jest szkodliwe. Zachodzi jednak pytanie czy można używać mleko chorych na gruźlicę krów, których wymiona zajęte gruźlicą nie są. A priori rozstrzygano dawniej tę kwestyję twierdząco. Jednakże autor ogłosił w r. 1884 wyniki badań nad mlekiem trzech krów chorych na gruźlicę i znalazł mleko dwóch z pomiędzy nich szkodliwym dla królików. Następne jego badania, dokonane na mleku 28-iu krów, chorych na gruźlicę, ze zdrowymi wymionami dowiodły mu, że tylko mleko dwóch z pomiędzy nich było zakażone i dla królików szkodliwym. Gdy jednak i inni autorowie doszli do sprzecznych wniosków pomimo iż badali jadowitość mleka chorych na gruźlicę krów, szczepiąc je bardzo łatwo na gruźlicę zapadającym świnkom morskim, autor postanowił rzecz tę ponownie sprawdzić.

W tym celu szczepił on 40 u świnkom do jamy otrzewnej mleko 21 chorych na gruźlicę krów, które dojono za ich życia;

następnie zabijano i autorowi ich porażone gruźlicę wnętrzości dostarczano. Tylko w czterech przypadkach szczepione świnki zginęły na gruźlicę. Przy dokładnem zbadaniu wymion z trzech przypadków autor znalazł w nich odpowiednie zmiany gruźlicze w rozmaitym stopniu wyrażone; badanie wyciśniętego z nich soku na laseczniki dało wynik dodatni. Taki sam wynik otrzymał autor przy badaniu skrawków z ich wymion—wszędzie typowy obraz gruźliczy i laseczniki gruźlicze. W czwartym przypadku część wymiona była nacieczona, zgrubiła, jednakże drobnowidzowemu badaniu autor nie podał jej. Sądzi on jednak, że i tu miał do czynienia z początkiem gruźlicy.

Widzimy więc, że o ile wymiona nie są zajęte gruźlicą, mleko chorych na nią krów nie jest zaraźliwem. Ze jednak w żadnym prawie razie u krów chorych na gruźlicę nie możemy wykluczyć początkowych zmian w wymionach, podobnych do tych, jakie autor znalazł w przypadku czwartym, wykrywalnych tylko przy bardzo uważnym oglądaniu i obmacywaniu ich, więc w każdym razie mleko krów nawet z nieporażonemi wymionami należy uważać za podejrzane. *W. Janowski.*

78. W. WYSOKOWICZ. O wpływie ilości laseczników gruźliczych na przebieg gruźlicy u królików i morskich świnek. (*Münch. Med. Woch N. 41. 1890.*)

Kiedy autor ogłosił niedawno swoje badania nad szczepieniem gruczołów skrofulicznych królikom i zwrócił uwagę, że u szczepionych zwierząt sprawa chorobowa przebiega bardzo chronicznie, zwrócono mu uwagę (Arloing), że zależy to od mniejszej jadowitości laseczników, któremi są choroby na zołży zarażeni. Jakkolwiek sam Koch jest innego zdania, autor przerobił szereg doświadczeń, którymi dowiódł, że tak nie jest, i których wyniki komunikował na ostatnim kongresie w Berlinie. Mianowicie szczepił on morskim świnkom i królikom rozmaite ilości laseczników gruźliczych, jednym 8 iorgu—150, drugim dużo. Okazało się, że u świnek sprawa gruźlicza rozwinęła się we wszystkich przypadkach, przyczem szybkość rozwoju stała w prostej zależności od ilości zaszczipionych laseczników, z 8-ii zaś królików sprawa gruźlicza rozwinęła się tylko u jednego i to w bardzo nieznacznym stopniu, czemu się dziwić nie należy, gdyż zwierzęta te są od świnek na gruźlicę odporniejsze. Ponieważ zaś, jak wiadomo, w gruczołach chorych na zołży osobników, mamy zawsze bardzo niewielką ilość laseczników, więc tym autor tłumaczy tak powolny przebieg sprawy gruźliczej u królików, którym massy z tych gruczołów szczepiono.

*W. Janowski.*

79. L. PROCHOWNIK i F. SPOETH. (Hamburg). Zabójcze działanie strumienia galwanicznego na mikroby. (*Deutsche medicin. Wochenschrift d. 26 Czerwoa r. 90. Med. Neuigkeiten N. 28.*)

Półtora roku temu autorowie zaczęli stosować przy leczeniu chorób kobiecych strumień elektryczny o stałym prądzie; dodatni wpływ tego leczenia był już ogólnie znany, brakowało tylko wyjaśnienia sposobu działania. Autorowie, badając wydzielinę z szyjki macicy zebraną po stosowaniu strumienia

galwanicznego, znaleźli w jej zawartości nieznaczną tylko ilość mikrobów, których ilość coraz się jeszcze zmniejszała, przy dalszym stosowaniu prądu. Odkrycie to dało pochoń do całego szeregu doświadczeń; autorowie rozpoczęli z hodowlą lasecznika siana na płytkach—i przez niektóre płytki przepuszczali strumień galwaniczny; wpływ jednak strumienia na rozwój kolonii lasecznika był żaden, chociaż w kropli płynu z zawartością laseczników, po przepuszczeniu stałego prądu, ruchy drobnoustrojów się zmniejszały, a nawet ustawały; po kilku godzinach drobnoustroje powracały nazad do życia.

Próby ze staphylococcus pyogenes aureus również jak i lasecznikiem zarazy śledzionowej wypadły ujemnie, t. j. że kolonie na płytkach agarowych tych dwóch rodzajów bakterji, nie bacząc na częste, długie i silne prądy przepuszczane przez nie—rozwijały się prawidłowo.

Następnie autorowie przeszli do wyjaśnienia działania na mikroby oddzielnych biegunów. Pierwsze doświadczenia zrobione były na świeżo wypuszczonej ropie z wielką zawartością staphylococcus pyogenes aureus; okazała się przytem różnica w działaniu dodatniego i ujemnego bieguna. Próbkę brane z dodatniego bieguna po przepuszczeniu strumienia stałego szczepione na stosownych odżywkach wcale się nie rozwijały, gdy tymczasem z ujemnego, rozwijały się mało co gorzej, jak szczepienie kontrolujące. Okazuje się więc, że biegun dodatni działa w wysokim stopniu miejscowo antyseptycznie t. j. zabójczo na bakteryje.

Próby wypadły w podobny sposób z lasecznikiem zarazy śledziony i streptococcus pyogenes—słaby prąd po upływie piętnastu minut niszczył laseczniki i ich spory.

W jaki sposób działa w tym razie biegun dodatni strumienia elektrycznego? Wyjaśnienie bardzo proste i zasadza się na rozłożeniu przez strumień elektryczny soli metalów. Jak wiadomo, na biegunie dodatnim wydziela się chlor—w doświadczeniach cytowanych autorów łatwo można go było zauważyć powonieniem, chlor szczególnie w momencie swego wyswobodzenia działa najenergiczniej; jemu więc należy przypisać antyseptyczne działanie na zabijanie bakterji. Chlor wydziela się również i przy stosowaniu prądów na człowieka, dowodem czego służy zielonawy obłoczek na miedzianym dodatnim elektrodzie, który łatwo można zauważyć po dłuższym stosowaniu prądu—obłoczek ten składa się z chlorku miedzi.

Z doświadczeń tych można wynieść to praktyczne znaczenie, że przy stosowaniu prądów galwanicznych dla leczenia chorób macicy trzeba wewnątrz macicy pomieszczać biegun dodatni. Apostoli postępuje w podobny sposób, chociaż objaśnia działanie prądu inaczej t. j. powstawaniem przy przebiegu prądu kwasów i tlenu.

Wł. Kopytowski.

80. Prof. W. RUSSEL. (Edynburg). **Doniesienie o charakterystycznym tworze znajduwanym przy raku.** (Address on a characteristic organism of cancer). (*British Med. Journal* N. 1563).

Badając rozwój raka w rozmaitych tkankach autor spoty-

kał się z obrazami takimi, jakie nie dały się podciągnąć pod żadne znane formy rozmnażania komórek i karyjokinezy, rzecz tę postanowił zbadać i przy pomocy swego asystenta p. W. Robertsona odnalazł sposób wyosobienia interesujących go tworów, za pomocą właściwego niżej podanego sposobu barwienia. Skrawki nowotworu wkładają się do nasyczonego roztworu fuksyny w 2% karbolowej wodnej solucyi na 10 minut, ztąd na kilka minut przenoszą się do wody, a z wody na  $\frac{1}{3}$  minuty do absolutnego alkoholu, dalej na 5 minut skrawki idą do 1% roztworu iodgrün w 2% wodnej karbolowej solucyi, pozostają tu do dobrego przebarwienia pięć minut, ztąd nakoniec przenoszą się do absolutnego alkoholu—oleju goździkowego i balsamu kanadyjskiego. Owe twory zabarwiają się fuksyną na czerwono, kiedy otaczające tkanki barwią się na szarawy kolor. Wykluczwszy możność barwienia wypadkowych zanieczyszczeń, nienormalnej działalności karyjokinezy, wstecznych przemian i t. p. autorowi nie udało się otrzymać nigdy omawianych obrazów przy badaniu nadwzyczaj bogatego materiału patologicznego, jak tylko przy raku. Raz tylko przy badaniu nowotworu, który autor początywał za olbrzymio komórkowego mięsaka znaleziono owe twory, co autor uważa za błąd w rozpoznaniu. W gruczolaku sutki, w guzie opony twardej uważanym za kilaka, w polipie z ucha, składającym się z dwóch części zwyrodnionych, na śluzowlókniaku i gruczolaku, w gruczolakowej części, jak również we wszystkich tych jak wyżej przypadkach znaleziono owe twory, również w ciekawym przypadku złośliwego przymiotu, który w sześć tygodni po zarażeniu bez żadnych skórnych objawów, przy obszernym rozpadzie tkanek przelyku krtani i zajęcia kręgów szyjowych zakończył się śmiercią—w tkankach krtani znaleziono owe, jak je Russel nazywa, ciała fuksynowe. Autor nie ma zamiaru przeczyć, że owrzdziałe powierzchnie ciała mogą być zarażone i przyjmować złośliwy charakter, jak również i ten przypadek przymiotu złośliwego wskutek nie poddawania się leczeniu i skłonności do rozpadu przemawia za podwójnem zakażeniem. Pojedyncze te przypadki, w których znajdowano ciała fuksynowe nie mogą obalić teoryi specyficznosci ich dla raków, w których to nowotworach ze wszystkich okolic ciała przy setkach obserwacyj stale znajdowane były.

Co do miejsca znajdowania się ciał fuksynowych w składowych tkankach nowotworu, to jak pokazują odnośne rysunki, widzimy je w drobno komórkowej rakowej infiltracyi na skraju raka, pomiędzy i w komórkach ciał rakowych, w podścielisku i chłonnych naczyniach. Gruppują się kupkami po kilka i więcej, otoczone zwykle jasnym pasem widoczne już przy powiększeniu 100 i przy kondesatorze Abbe'go; żywo zabarwione, jako prawidłowe kule średnicy dochodzącej czasami do 12  $\mu$  (zwykle trzymające 4  $\mu$ ) stanowią kontrast z słabo szaro-zielonym tłem.

Autor zapytuje się z czem ma do czynienia; czy twór ten należy do świata zwierzęcego czy roślinnego, jaka jest jego

biologia? Rozpatrując odnośną literaturę widzimy, że Scheurlen, Vernueil, Koubasoff opisywali lasecznika, mającego towarzyszyć rakowi, Virchow znajdujące wytwory porównywał do gregariny, a Bollinger znajdował je w pewnym nowotworze u kur. Neisser znalezione twory zalicza do kokcydy—grupy sporozoa. Darrier opisuje, że otrzymał kokcydyję przy *aene cornae*, nazywając ten stan jako *psorospermose cutanée*, następnie utrzymuje, że otrzymał mikroorganizm przy chorobie brodawki sutkowej Paget'a, opisuje przebieg ewolucyj tego organizmu bez rysunków. Albarran bez rysunków opisuje twory otrzymane w dwóch przypadkach raka szczęki. Prof. Thoma bez rysunków opisuje otrzymane pasorzyty w komórkach raka i ma wielką skłonność zaliczyć je do otorbionych kokcydyj. Wickham znalezione twory w chorobie Pageta zalicza również do kokcydyj lub psorospermij. Klebs w najnowszej swej o raku pracy na znajdujące ciała szkliste zapatruje się jako na produkta zmian wstecznych.

Klebs nie wypowiada się jasno co do pojmowania swych ciał, które różnią się formą swą i prawdopodobnie są produktem komórek, szczególnie w gruczolakorakach. Von Nils Sjöbring w Lipcu tego roku opisał znajdujące w raku organizmu pasorzytowe typu pierwotniaków i ich mnożenie się. Autor, nie skłaniając się do zaliczenia omawianych tworów do przedstawicieli najniższego rzędu świata zwierzęcego jako to: rhizopoda, sporozoa i infusoria, budowa ciała których jest jednokomórkowa z otoczką, mnożenie odbywa się za pomocą sporów, rozwijających się wewnątrz organizmu—opisuje szereg zmian zachodzących w mnożących się jego ciałach i stosunek ich do otaczających tkanek, podaje na poparcie swych obserwacji szereg szematycznych rysunków i wreszcie nie wątpi, że omawiane twory należą do grzybów mnożących się przez pączkowanie (*Sprosspilze Nögeli's*ego). Ta klasa grzybów mięsici w sobie grzybek drożdżowy, do typu którego i ów grzyb wynaleziony w raku jest podobny i od obecności którego w tkance rakowej zależeć mogą zmiany w odżywianiu i wzroście.

W. Stepiński.

81. „*The nose and asthma*“. Wstępny artykuł, w *Journal of Laryngology and rhinology* N. 3 March 1890.

Jest to przedstawienie obecnego stanu wiedzy o stosunku wewnątrznosowej chirurgii do nerwowych cierpień. Dwie końcowe fazy już przeminęły zarówno zupełna nieświadomość związku przyczynowego między cierpieniami nosa, a różnorodnymi stanami nerwowymi, jako też i ów entuzjazm, z jakim na kwestyję tę się zapatrywano: konwulsyje, zawroty, chorea, astma, wole, *morbus Basaedowi*, połowiczny ból głowy, gorączka sienna, różnorodne sprawy chorobowe oczu i uszu, niedorozwój władz umysłowych, *melancholia*, podrażnienie przewodów żołądko kiszkiowego, oraz moczopłciowych organów i wiele innych cierpień uważano za będące w mniej lub więcej wyraźnym przyczynowym związku z nosem. Obecnie przekonaliśmy się, że oba poglądy są konieczne, i że, jak zwykle, należy się trzy-



mać drogi pośredniej. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że wiele z powyżej przytoczonych stanów chorobowych daje się usunąć jedynie na drodze chirurgicznego leczenia wewnątrznośowego, z drugiej jednak strony nierzadko zdarzyć się może, że takowe pozostaje bez skutku.

I dla tego to z wskazaniem w podobnych przypadkach należy być bardzo ostrożnym<sup>1)</sup>.

Co się tyczy związku przyczynowego astmy do nosa, to na takowy zwracano już uwagę w 17-tym wieku (Aurchen, Zecchnis), jakkolwiek powszechnie uważa się Voltolini'ego, jako autora powyższej teorii. Autor ten zwrócił uwagę, że bardzo często (nie zawsze) astma bywa wikłaną polipami nosa i że usunięcie tych ostatnich prowadzi często do wyleczenia astmy. Teoryja ta zyskała potwierdzenie w przypadkach ogłoszonych przez Moinish'a, Nachman'a, Schaeffer'a, B. Fraenkla. Schaeffer w r. 1884 doniósł, że spostrzegł 74 przypadki astmy, mającej swe źródło w cierpieniach nosa. W Ameryce na stosunek cierpień nosa do siennej astmy (hay-asthma) zwracali uwagę Elsberg, Jazwil, Leiber, Bronorth i inni. W r. 1884 Hock ogłosił powszechnie znaną swą pracę w tym kierunku, pracę, której odmówić niepodobna wielkiego znaczenia, w której jednak autor zbyt przecenił doniosłość przyczynowego związku między pewnemi nerwicami i obrzękiem jamistej tkanki (cavernans membrane) dolnej muszli nosowej. Ztąd źródło całego szeregu pomyłek, w jakie popadł autor ten, zbytnio zagalopowawszy się w danym kierunku.

W dalszym ciągu zwrócono uwagę na doniosłość pierwszorzędnych mózgowych splotów (ganglia) w wytwarzaniu ataków dychawicy. Doświadczenia Aschenhandta wykazały, że górny splot nerwu współczulnego nie jest dla błony śluzowej nosa ani rozszerzającym naczynia, ani też odżywcym. To samo wypływa z doświadczeń Prévost'a. Z powyższych jednak, jakoteż i z doświadczeń Renard'a okazuje się, że włókna nerwowe ze splotami tymi w związku będące uczestniczą w funkcji wydzielniczej, a być może i odżywiania błony śluzowej nosa. Co się tyczy ścisłego określenia punktów w nosie, z kąd podrażnienie występuje t. z. zona irritativa, to różnią się dotąd poglądy. Podczas, gdy jedni przyjmują je w przednich końcach dolnej

---

<sup>1)</sup> Jest to najzupełniej słusznem. Każdy zapewne ze specjalistów rhinologów miał podobne zdarzenia. Jako ilustrację powyższego pozwałam sobie przytoczyć jedno z wielu odnośnych spostrzeżeń i z mojej praktyki: kilkunastoletnia dziewczyna od wielu lat bezskutecznie leczy się na bóle głowy i kaszel bez zmian w płucach. W nosie przerost znaczny muszle dolnych. Wyrosłe adenoidalne średniego natężenia w jamie noso gardzielowej, wreszcie przerost migdałków podniebiennych. Przypuszczając, że objawy u naszej chorej zależą mogą od jednej z tych 3 zmian na drodze odruchowej—usuwałam je na drodze operacyjnej po kolei w przerwach kilka tygodniowych. Efektu jednak najmniejszego nie było. Bóle głowy i kaszel pozostały bez zmiany. (Przypisek sprawozdawcy).

i średniej muszeli, oraz odpowiedniej części septi, inni jak np. John Machenrie przeciwnie w tylnych końcach — widzi owe punkty. Prawdopodobnie jednak u różnych indywiduów różne są owe umiejscowienia. Ponieważ obecnie większość autorów sądzi, że astma jest cierpieniem centralnego nerwowego systematu, zaburzenia zaś w nosie grają tu tylko rolę drugorzędną, to jasnym jest, że wskazania do chirurgii nosa w tem cierpieniu powinny być ograniczone. Schmietjelow, autor bardzo dobrej pracy w tym przedmiocie daje następujące wskazówki.

Związek astmy z nosem może być przyjęty: 1) gdy objawy astmy występują lub wzmagają się jednocześnie z natężeniem objawów ze strony nosa 2) gdy miejscowe leczenie, jak pędzlowanie kokainą, tampony z mentolem etc. usuwają objawy astmy 3) gdy dokładne leczenie peryferycznego podrażnienia — zależnego od przewlekłego nieżyty nosa, ostatecznie usuwa ataki astmatyczne.

*Jan Sędziak.*

82. FLETCHER INGALS. (Chronic rheumatic sore throat). **Przewlekłe gościcowe cierpienie gardła.** (*The Journal of laryngology and rhinology 1890—4.*)

Jest to przewlekłe cierpienie gardła, charakteryzujące się zmiennością w natężeniu, oraz nieznacznymi stosunkowo zmianami fizykalnymi w narządach, cierpieniem tem dotkniętych. Narządem tem najczęściej bywa krtani, z kąd też i nazwa: laryngitis rheumatica. W wielu jednakże razach dotkniętymi bywają: gardziel, kość gnykowa, tchwawica z zajęciem lub bez zajęcia krtani. I dla tego to określenie w nagłówku podane, jest właściwszem. Cierpienie to jest stosunkowo częstem, od dawna prawdopodobnie istniejącem. Pierwszą jednak o niem wzmiankę podał autor w r. 1887 na 9-ym międzynarodowym kongresie w Waszyngtonie. Cierpienie to głównie występuje na wiosnę, częściej u mężczyzn, jak u kobiet, zawsze u dorosłych (od 20 do 60-go roku.) Warunki socyjalne zdają się nie odgrywać tu żadnej roli.

Anatomija patologiczna: pod tym względem cierpienie powyższe nie przedstawia żadnych cech charakterystycznych. Bywa tylko lekkie przekrwienie ograniczone o naturze zmiennej.

Etyjologija: Przyczyny też same, co w gościcu mięśniowym, lub stawowym.

Objawy. Po większej części cierpienie występuje powoli; chory uskarża się jedynie na ból ograniczony, najczęściej do rogu kości gnykowej (za zwyczaj z prawej strony). Czasami ból ten bywa umiejscowiony w okolicy krtani (z jednej tylko strony), tchwawicy, migdałków, a nawet z boku nasady języka. Ból przy ucisku zwiększa się prawie zawsze; znika podczas jedzenia. Nie zawsze chorzy narzekają na ból, bywa też uczucie opuchnięcia, palenia etc. Głos zwykle czysty, łatwo przychodzi jednak zmęczenie głosu. Stan ogólny dobry; ciepłota nie podwyższona. W większości przypadków niema kaszlu. Zwykle istnieją objawy niestrawności (język obłożony, odbijanie, zaparcie stolca).

Przy badaniu lusterkiem krtaniowym znajdujemy lekkie zaczerwienienie, rzadko obrzmienie ograniczone, odpowiadające punktowi bolesnemu. Objaw ten nie jest stałym, zaczerwienienie to zmniejsza się, to znika nawet zupełnie.

Przy rozpoznaniu trzeba mieć na uwadze: ból, którego zmienność jest zależną od stanu powietrza, diatezę reumatyczną i brak wyraźnych objawów fizykalnych.

Przy rozpoznaniu tego cierpienia należy brać pod uwagę następujące stany chorobowe: Przedewszystkiem rozszerzone żyły, powiększone gruczoły na podstawie języka, torebkowe zapalenie migdałka, lub języka mogą być czasami rozpoznawane, jako gośćcowe cierpienie gardła. Od błędu rozpoznawczego chroni nas dokładne zbadanie, przebieg cierpienia i rezultat leczenia. Przymiot, gruźlica i rak przedstawiają tak charakterystyczne objawy fizykalne, że łatwo jest stany te odróżnić od powyższego cierpienia. Cierpienie gardła, zależne od nadużycia tytoniu, zwykle zmniejsza się w swem natężeniu, gdy przyczyna zostanie usunięta. Za to często bywa trudnem określić reumatyczne cierpienie gardła od nerwobólu. Naturalnie gdy istnieje lekkie zaczerwienienie, lub obrzmienie, rozpoznanie staje się łatwem. W braku takowych jako różniczkowe dane należy uważać następujące: przy gośćcowem cierpieniu gardła ucisk zwiększa ból, przy neuralgii przerwanie, przy pierwszym stan pogody wpływa na natężenie sprawy chorobowej, przy nerwobólu stan ten powstaje bez wpływu. Przy neuralgii chorzy zwykle skarżą się na bóle pod koniec dnia po zmęczeniu, przy reumatycznym, cierpieniu częściej rano.

Leczenie polega w pierwszej linii na zapobieganie (prophylaxis). Wełniana koszulka na gołe ciało latem i zimą (grubsza) dniem i nocą u osobników skłonnych do reumatyzmów etc. Co się tyczy miejscowego leczenia, to można z powodzeniem zastosować na bolące miejsce tinctura aconiti 4—5 razy dziennie. Autor widywał często dobre rezultaty po użyciu roztworów siarczanu cynku. Chwali bardzo użycie spreju z morfiny (4 gr.) kwasu karbolowego i tanniny (aa 30 gr.), gliceryny i wody po 4 drachmy. Czasami dobrze działa nalewkajodowa, lub roztwór soletrganu żelaza. Najważnijszem jednak jest leczenie ogólne salicylem sodu etc. Autor najwięcej chwali użycie wewnętrzne ekstraktu phytolacea (2—4 gr.) i sololu (2—4—10 dr.). W ciągu ostatnich 4—5 lat autor miał sposobność spostrzegać przeszło 50 przypadków gośćcowego przewlekłego cierpienia gardła.

Jan Sędziak

83. SER MORELL MACKENZIE. **Podagryczne cierpienie gardła.** (*Gout in the throat. The Journal of Laryngology und rhinology N 8 1889*).

Jakkolwiek cierpienie powyższe należy bezwątpienia do bardzo rzadkich, to jednakże autor, rozporządzający kolosalnym materiałem obserwacyjnym, miał sposobność spostrzegać kilka tego rodzaju przypadków. Zwraca on słuszną uwagę na ściśle rozpoznanie danego cierpienia, niejednokrotnie bowiem odnajdywał on tam, gdzie poprzednio lekarze przypuszczali wszystko

z wyjątkiem właśnie dny. Z drugiej jednak strony, nie każde cierpienie gardła u podagrycznych osobników koniecznie należy uważać na dnę. Dla tego to, oprócz skonstatowania niewątpliwiej dny u danego osobnika (zmiany w stawach kończyn, zmniejszenie się w moczu ilości kwasu moczowego), należy w celu rozpoznawczym zastosować leczenie konstytucjonalne, bez miejscowego.

Autor przytacza pokrótce 4-y historyje choroby:

W pierwszym przypadku ostry obrzęk języzka (uvuła) znikł pod wpływem nagłego wystąpienia zapalenia podagrycznego dużego palca u nogi. W przypadku tym zaczerwienienie języzka było więcej wyraźne, niż to zwykle bywa.

W drugim przypadku, dotyczącym podeszłego wieku mężczyzny z artrycznym rozdęciem, obrzmieniem kilku stawów na palcach obu rąk, autor przy badaniu znalazł wydłużenie języzka, oraz obrzmienie i zaczerwienienie tylnego łuku podniebiennego. Amputatio uvulae jakoteż cały szereg środków, stosowanych miejscowo w gardzieli nie przyniosły żadnego rezultatu. Dopiero zastosowanie zwykłych środków (colchicum, purgantia, alkalia), przy leczeniu używanych, w ciągu 6 tygodni usunęło wszelkie objawy zapalne w gardzieli.

Trzeci przypadek przedstawia złogi artryczne w około stawów obrączkowo - nalewkowych z obu stron, warunkujących stałą chrypkę. W przypadku tym, dotyczącem 41 letniej kobiety, chrypka istniała od 7 lat, wszelkie leczenie było bezskuteczne. W rodzinie, usposobienie do podagry. Małe złogi artryczne na muszli lewego ucha. Objawy niezytu przewlekłego krtani. W części chrząstkowej prawej struny prawdziwej, okrągła, twarda przy dotknięciu sondą, wyniosłość. Ani galwanokaustycznie, ani kleszczami nie dało się usunąć takowej.

Wreszcie czwarty i ostatni przypadek dotyczył chorego z guzem, wychodzącym z lewej struny fałszywej. Jodek potasu bez efektu. Owrzodzenie w środku guza, w następstwie czego wygląd, przypominający raka. Autor, podobnie, jak Dr. Kushaler w Paryżu—zaproponował choremu wycięcie krtani. Prof. Langenbeck, do którego się chory udał po poradę, odradził mu operację, zalecając mu wody Wiesbaden. Po 10 dniach poprawa, po 3 tygodniach zdrów. W krtani z wyjątkiem ogólnego zaczerwienienia, żadnych zmian.

*Jan Sędziak.*

84. GAREL. **Korowo-ruchowy ośrodek dla krtani i wychodzące zeń wewnątrz mózgowie włókna.** (The cortical motor laryngeal centre, and the intra-cerebral fibrils, which proceed from it). (*The Journal of laryngology and rhinology 1890. N. 5*).

W r. 1887 autor zakomunikował przypadek jednostronnego porażenia krtani mózgowego pochodzenia. Sekcja potwierdziła rozpoznanie, co naprowadziło autora na myśl o istnieniu ruchowego centru dla krtani w korze mózgowej. Semon, Horsley i Gottstein podali w wątpliwość powyższy przypadek.

Autor jednak wspólnie z dr. Doré'm spostrzegał drugi przypadek, który utwierdza go w pierwszym zapatrywaniu. Dla większej jasności przytacza oba razem.

Przypadek I. Apoplexia—Haemiplegia dextra et aphasia. Atheroma arteriarum cerebrialium (multiplices loci in hemisphaeria sinistra). Paralysis completa chordae vocalis sinistrae, zależny od zmian w prawej półkuli, umiejscowionych w prawdopodobnym ognisku korowem krtani.

Przypadek ten dotyczył 72 letniej staruszki. Przed dwoma dniami udar z prawostronnym bezwładem i aphazyją. W 5 dni potem znaleziono paraliż zamiast prawej — lewej struny głosowej (w położeniu trupiem). Zresztą krtąń zdrowa, żadnej przyczyny ucisku lewego nerwu zwrotnego. W kilkanaście dni drugi atak apoplektyczny—poczem śmierć. Sekcyjja. W organach zewnętrznych żadnych zbroceń. Mózg: zmiany miażdżycowe w naczyniach, następcze liczne ogniska rozmiękczenia w lewej i prawej półkulach. Krtąń zdrowa, w przebiegu nerwu zwrotnego żadnych zmian. Autor jeszcze za życia opierając się na badaniu lusterkiem krtaniowem przypuszczał, że porażenie lewostronne musi być zależnem od zmian w prawej półkuli mniej wyrażonych od tych, jakie znajdować się muszą w lewej, warunkując zupełny paraliż ze strony prawej.

Autor przypadek swój uważa za donioslejszy niż Rébillard'a (1885), cytowany przez Masini'ego, w którym istniał prawostronny bezwład z prawostronnym też porażeniem struny prawdziwej. Jest to drugi przypadek, w którym było dokonane badanie lusterkiem krtaniowem. W odnośnej literaturze znajdujemy przedewszystkiem 5 spostrzeżeń, bez badania laryngoskopem, lecz sekcyjnie stwierdzonych. Tu należą: 1) dwa przypadki Ange Duval'a, 2) pierwszy przypadek Suys'a, 3) przypadek Livis Ronciego, 4) przypadek Sequin'a.

Z drugiej strony istnieje 5 spostrzeżeń, w których badano krtąń lusterkiem, lecz bez sekcyi. Tu należą przypadki. 1) Lewin'a, 2) Bryton Delavan'a, 3) Cortaz'a, 4) Gazel'a, 5) Gazel'a. Z tych, zdaniem autora, przypadek drugi (Delavan'a), jako też ogłoszony przez Massini'ego można wykluczyć, gdyż w nich zmiany w krtani były opuszkowego pochodzenia.

Jako uzupełnienie poprzedniego podaje autor przypadek, świeżo przez Doré'go obserwowany, dotąd jeszcze nie ogłoszony.

Przypadek II. Endocarditis ulcerosa et pericarditis. Infarcti in pulmonibus. Paralysis chordae vocalis sinistrae, zależny od małego mózgowego zatoru (embolus) w corpus striatum dextrum, zajęcie capsulae internae.

Przypadek ten dotyczył 35 letniego robotnika. W anamnezie gościec stawowy. Choroba zaczęła się nagle, lekkie podniesienie ciepłoty (38° C.). Plwocina krwawa. W prawym szczyście stępienie. Szmer w sercu. Białkomocz. W trzy dni potem wystąpiła lekka chrypka. Badanie lusterkiem krtaniowem wykazało: zupełne porażenie lewej struny prawdziwej (trupie położenie). Żadnych zmian, mogących tłumaczyć ten

stan, nie dało się wykryć. Autor rozpoznawał zator mózgowy w korowo-ruchowym ośrodku dla krtani. Zajęcie krtani również przypisano sprawie zatorowej. W kilka dni chory przy objawach zapaści zmarł.

Sekcya: zmiany w sercu, płucach i nerkach potwierdziły rozpoznanie za życia. Krtani zdrowa. Nerw zwrotny zmian pod drobnowidzem nie przedstawiał. Mózg zmian nie przedstawiał, z wyjątkiem niewielkiego ogniska rozmięczenia w prawej półkuli, rozmięczenia, rozszerzającego się na najbardziej zewnętrzne włókna capsulae internae.

Autor na zasadzie powyższych przypadków przypuszcza istnienie czysto krtaniowego bezwładu połowicznego, t. j. bez porażenia kończyn, twarzy etc. Po rozpatrzeniu odnośnej literatury (teoryja Krause'go, Semon'a i Horsley'a świeżo badania, doświadczenia Masini'ego), autor przychodzi do następujących wyników:

1) W każdej półkuli mózgu istnieje korowy ośrodek dla ruchów krtani.

2) Ośrodek ten jest umiejscowiony u podnóża trzeciego czołowego zawoju.

3) Włókna biorące początek z tego ośrodka przechodzą ku zewnętrznej części kolana (capsulae internae, tworząc w fasciculus geniculatus ruchowy krtaniowy pęczek, niezależny od pęczka dla aphasii i podjęzykowego.

4) Ośrodek krtaniowy ma działanie skrzyżowane. Zniszczenie jego wywołuje zupełny paraliż struny prawdziwej strony przeciwnej (trupie położenie). *Jan Sędziak.*

85. TREUTLER (Berlin). **O zjawiskach odczynowych po operacjach w nosie.** (Die Reactionserscheinungen nach Operationen in der Nase). (*Berl. klin. Woch.* 1890. N. 17).

Wobec tak znacznej obfitości naczyń w nosie i ustawicznej ztąd możliwości zakażenia wskutek swobodnego dostępu powietrza, dziwić się należy, że po operacjach w nosie zjawiska reakcyjne tak stosunkowo rzadko spostrzegać się dają, że jeśli i bywają, to są one po większej części nieznaczne.

Niektórzy autorowie, jak Mochel, Schech, Hack zbyt daleko pod tym względem się posuwają, twierdzą oni np, że róża po operacjach w nosie nigdy nie występuje. Że jednak to bywa, dowodzą tego przypadki Voltolini'ego, Ziem'a (po otwarciu zatoki Highmora)<sup>1)</sup>.

Voltolini wspomina o dwóch przypadkach śmierci (meningitis, pyaemia), po operacji polipów nosowych. Widywał on często zapalenie ucha średniego (zdarza się to stosunkowo dość często przy operacjach w jamie nosogardzielowej np. wyrosła adenoidalnych—zależy to jednak więcej od niedokładnie wykonanego rękoczynu—przyp. spraw.). Hack spostrzegał znaczne

<sup>1)</sup> Ja również wiem o jednym przypadku róży, która wystąpiła po zastosowaniu kwasu chromnego na przerosłą muszlę nosową.

(Przyp. spraw.)

podwyższenie ciepłoty. Schneider u epileptyka po usunięciu polipów nosa spostrzegał rodzaj pyemicznych objawów. Nierównie częściej niż infekcyjne, zdarzają się po operacjach w nosie objawy reakcyjne nerwowe, do rzędu tak zw. zwrotnych (odruchów) należące. I tak Hack i Aronsohn ogłosili przypadki, w których wystąpiła astma po usunięciu polipów nosa <sup>1)</sup>. Semon widział rozwój morbi Basadowii, jako też zupełną depresyję systematu nerwowego. Autor opiera się w swej pracy na materyjale, który mu dostarczyła poliklinika B. Fraenkla. Pomimo obfitego materyjału, oraz stosunkowo często wykonywanych operacyi w nosie, cięższych, grożących życiu przypadłości (pyaemia—róża) nie zauważył. Również nie zdarzało się spostrzegać silnych miejscowych odczynów (phlegmone etc.). Natomiast stosunkowo często skarżą się chorzy na lekkie objawy ogólnego rozstroju (brak apetytu, lekkie podniesienie ciepłoty, ciężar głowy), często występuje katar, do czego usposabia przekrwienie błony śluzowej, jako następstwo operacyi. Częściej jeszcze bywa angina lacunaris w przypadkach, gdzie galvanokaustycznie przypalano tylne końce muszel nosa (zwłaszcza dolnego). Powikłanie to występuje zazwyczaj w 2 lub 3 dni po operacyi.

Rodzi się kwestyja, skąd się bierze angina lacunaris po operacjach w nosie, czy jest to przypadkowe powikłanie, czy też zakażeniu? Autor skłania się do pierwszego przypuszczenia, jakkolwiek nie można zaprzeczyć pewnego wpływu operacyi na jej powstawanie. Co się tyczy cierpień innych sąsiednich narządów, występujących po operacjach w nosie, to zdarzają się one rzadko, czasami bywa podrażnienie średniego ucha, jeźdnak bez ropienia; dwa razy spostrzegał autor podrażnienie łącznicy ze strony operowanej.

Co się tyczy objawów ze strony systematu nerwowego, to takowe mogą wystąpić albo podczas samej operacyi, lub w czasie mniej lub więcej odległym po jej wykonaniu. Co się pierwszych tyczy, to przedewszystkiem używanie żegadła galwanicznego, często wywołuje podrażnienie oddzielnych nerwów (np. nasopalatinus Scarpae, przy operacjach na przegrodzie nosa, dalej ramni dentales nervi trigemini — nervus supraorbitalis). Częściej jednak zwłaszcza przy operacyi polipów, występują objawy ze strony centralnego systematu nerwowego, jak wymioty, zawroty etc. Co się tyczy objawów nerwowych po operacyi, to są to przedewszystkiem nerwobóle w obrębie n. trigemini.

Jan Sędziak.

86. NEWMAN. **Przypadek ropnego zapalenia krtani bez jakiegokolwiek poprzedniego cierpienia krtani.** (Case of suppurative laryngeal perichondritis, withani any antecedent discase in the larynx). (*British Med. Journal. March 29. 1890.*)

45 letnia greczyńska przed trzema tygodniami nagle po-

<sup>1)</sup> W paru przypadkach spostrzegałem niezwykle uporczywe kichanie po ekstrakcyi polipów nosowych. (Przyp. spraw.).

czuła ból w gardle, chrypkę i duszność. Od paru dni lekki kaszel. Przy badaniu znaleziono: duszność wdechowa, obrzęk chrząstek nalewkowych i strun fałszywych, lewa struna prawdziwa w położeniu środkowym. Chora, korzystając z chwilowej poprawy, wypisała się ze szpitala i zmarła wkrótce potem w domu.

Badanie pośmiertne (tylko krtani) wykazało co następuje: tylna powierzchnia chrząstki obrączkowej wyrasta więcej ku stronie lewej. Prawa struna głosowa nierówna, poniżej otwór prowadzi do niewielkiej jamy ropnia.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę: 1) ze względu na brak objawów zwykle towarzyszących zapaleniu ochrzęstnej i 2) brak widocznej przyczyny samoistnego ropienia między ochrzęstną i chrząstką obrączkową. Co się tyczy pierwszego punktu, to przy perichondritis cricoidea chorzy zwykle skarżą się na ból przy łykaniu. Gruczoły limfatyczne szyjowe zwykle już w początkach choroby są powiększone, okolica krtani obrzmiała, ucisk od zewnątrz wywołuje silny ból oraz krepitację. Wydzielina zawiera ropę, lub takowa pokrywa wnętrze krtani. Żadnego z tych objawów nie było w danym przypadku. Natomiast istniało porażenie struny lewej (positio medianae).

Co się tyczy drugiego punktu, to we wszystkich prawie t. zw. przypadkach perichondritis daje się wykryć mniej lub więcej widoczna przyczyna (trauma). Z drugiej zaś strony selekta chrząstek krtaniowych może być zależną od niedostatecznego odżywiania.

Jan Sędziak.

## II. Choroby skórne.

87. P. J. EICHHOFF. **Nowe mydło lecznicze.** (*Sammlung Klinischer Vorträge N. 47. 1890.*)

Jakkolwiek przewaga stosowania leków naskórnych w postaci mydeł w porównaniu z maściami, plastrami, pastami i t. p. nie ulega żadnej wątpliwości, jednakże metoda ta do dziś nie słusznie zajmuje zbyt podrzędne stanowisko w terapii chorób skórnych, — godzi się przeto powiedzieć kilka słów o jej zaletach.

W b. wielu dermatozach mamy do czynienia z nadmiernie tłustą skórą, czego dowodzi nadmierny rozwój tkanki tłuszczowej podskórnej, lub też zbyt obfita sekrecja gruczołów łojowych szczególnie zaś potowych; otóż stosowanie maści lub innych mazideł w takich przypadkach jest wprost przeciwwskazaniem, albowiem przez to dodajemy nową ilość tłuszczu, gdy tu idzie o zmniejszenie tego tłuszczu, co bardzo łatwo osiągamy przez zastosowanie mydła, które z nagromadzonym tłuszczem tworzy zawiesinę, takowa zaś nader łatwo obmywa się ciepłą wodą, a znajdujący się w mydle środek leczniczy daleko łatwiej dochodzi do samej skóry i co ważniejsze do wnętrza gruczołów łojowych i potowych. Jeżeli przypomnimy sobie, że główna przyczyna wszelkich chorób skórnych oraz tak częstych



powrotów, szczególnie w przypadkach cierpień pasorzytowych, kryje się w tych właśnie narządach gruczołowych i ztąd się rozchodzi po całej powierzchni skóry, zrozumiemy łatwo, że stosując mydła lecznicze możemy uderzyć w sam rdzeń cierpienia, czego nie można dokazać za pomocą maści działających zbyt powierzchownie. Na tej to właśnie zasadzie autor jest przekonany, że stosując w odpowiedni sposób z mydlami należyte dobrane leki raz na zawsze pozbedziemy się tak zwanych nieuleczalnych chorób skórnych. Dla przykładu wskażemy z autorem na leczeniu łuszczycy (*psoriasis*). Jak wiemy, jest to cierpienie b. częste i, co gorsza nader, łatwo odnawiające się. Nie ulega wątpliwości, że cierpienie to jest natury pasorzytowej, jakkolwiek nie wykryto dotąd odpowiedniego zarazka. Terazniejsze leczenie łuszczycy polega na stosowaniu kąpieli mydlanych z następnym wcieraniem maści, nieraz do tego stopnia twardych, że zawarty w nich lek w żaden sposób nie może przedostać się do wnętrza zagłębień skórnych i woreczków gruczołowych. Wprawdzie nawet przy takim powierzchownym leczeniu osiągamy pozorne uleczenie na powierzchni skóry, podczas gdy w zagłębieniach pozostają całe miliony zarazków, które wkrótce po zaprzestaniu leczenia znowu sprowadzają chorobę i zmuszają nas do nowego leczenia, naturalnie z takim samym w gruncie rzeczy ujemnym skutkiem. W ten sposób powstaje błędne kółko, z którego ku utraپieniu lekarza i chorego dotąd nie było wyjścia; tymczasem rzecz przedstawia się całkiem inaczej przy stosowaniu mydła, które w b. krótkim czasie usuwa powierzchowne ogniska, przy dłuższym zaś użyciu leczy chorobę całkowicie, gdyż zawarty w mydle lek przenika głęboko do zagłębień gruczołowych i tam sprowadza ten sam, co i na powierzchni skutek, t. j. niszczy gniazda pasorzytów i usuwa same źródło cierpienia. To samo *mutatis mutandis* da się powiedzieć o leczeniu mydłem trądzika.

Nie należy wszakże myśleć, aby mydła mogły całkiem wyrugować z arsenału naszych środków leczniczych maści pasty i t. p. Bynajmniej: tam, gdzie skóra jest szorstką i suchą maście utrzymują i nadal swe dotychczasowe znaczenie; jeżeli choroba zajmuje powierzchowną warstwę skóry—obydwie metody lecznicze jednakowo dobrze stosować się dadzą; ale, ilekroć mamy do czynienia z nadmiernie tłustą skórą, lub też z cierpieniem, które samo, lub którego sprawcy gnieźdzą się głęboko—tam tylko mydła mogą nam oddać należyłą usługę.

Prócz większej skuteczności, stanowiącej główną zaletę mydeł, takowe posiadają inne jeszcze nie dające się zaprzeczyć strony dodatnie, mianowicie: 1) Stosowanie mydeł jest daleko mniej kłopotliwe, oprócz bowiem trochy wody chorey nie potrzebuje, ani bandaży, ani płótna gutaperkowego, ani zwykłego płótna,—rzeczy niezbędnych przy leczeniu się maściami. 2) Metoda ta jest daleko przyjemniejsza dla chorego, bez porównania czystsza i tańsza, wreszcie wcale nieszkodliwa. Pomijając wszystkie powyższe punkty, jako oczywiste, zatrzymamy uwagę czytelnika na ostatnim. Zdaniem Eichhoffa stosowanie maści

wcale nie należy do indyferentnych zabiegów leczniczych, nie wiemy bowiem dokładnie, jak dalece cierpi fizjologiczne znaczenie i czynność skóry jako narządu wydzielającego, wskutek okrycia całego, lub znacznej części ciała rozmaitemi plastrami, pastami i t. d. Regulacja ciepła ze strony skóry również cierpi. Tymczasem racjonalne stosowanie mydła nie tylko w niczym nie narusza czynności skóry, ale owszem pobudza takową.

Przechodząc teraz do wskazówek, kiedy i jak stosować należy mydła, zauważymy, że nadają się one do leczenia najrozmaitszych chorób skórnych, że posiadają bardzo rozmaity skład i że zastosowują się również w sposób rozmaity.

Ze względu na chemiczne własności odróżniamy:

1) mydła alkaliczne—z nadmiarem alkali

2) „ obojętne, gdzie cała ilość kwasów tłuszczowych została zobojętnioną przez zasady

3) mydła kwaśne, które otrzymujemy bądź przez dodatki rozmaitych kwasów, bądź przez tak zwane przetłuszczenie (Ueberfettung). Naturalnie, że chemiczne własności mydła wywierają podług praw chemicznych swój wpływ na zawarte w nich leki.

Zauważymy tu, że przy łuszczycy, jeżeli chodzi o usunięciu dużych mas łusek, stosujemy mydła alkaliczne, w ostrych zaś zapaleniach skóry łatwiej dopniemy celu naznaczając mydła przetłuszczone.

Zależnie od skutku, jaki zamierzamy osiągnąć, sposób stosowania mydła bywa rozmaity: 1) proste mycie się danym mydłem, 2) wcieranie do sucha za pomocą chustki wełnianej—piany, 3) wysuszenie rostartej piany, 4) umocowanie za pomocą nieprzenikliwego dla wody płótna nałożonej na ciało piany.

Oprócz leczenia chorób skórnych stosowanie mydeł szczególnie przetłuszczonych, autor gorąco zaleca przy mięsieniu; w ten sposób znakomity ten środek leczniczy nie tylko stanie się dzielniejszym, ale zyska daleko obszerniejsze zastosowanie, albowiem kombinacja ta da możność wprowadzaniu przez skórę licznych środków leczniczych i oddać może znakomite usługi przy leczeniu reumatyzmu, nerwobólów (mydło ergotynewe i mentolowo-eukalyptowe), wysięków i niektórych nowotworów niezłośliwych.

Do przetłuszczania autor obecnie używa 2% lanoliny i 3% oliwy.

Nowa seryja wynalezionych przez Eichhoff'a mydeł obejmuje następujące preparaty.

Przetłuszczone mydła; mentolowe, salolowe, aristolowe salicylowo-ichtyolowe, tymolowe, rezorcynowe, ichtyolowo-dziegciowe, mentolowo-eukalyptowe, salicylowe, salicylowo-siarkowe, salicylowo-siarkowo-dziegciowe, bendzwinowe, sublimatowe, siarkowo-kamforowe z dodatkiem balsamu peruwiańskiego, wreszcie przetłuszczone mydło z wyciągiem z igliwiu sosnowego.

Wskazanie do stosowania powyższych mydeł, wynikające

z farmakologicznych własności zawartych w nich środków lekarskich, są następujące:

Przetłuszczone mydło mentolowe (mydło 95%, mentolu 5%) dzięki znieczulającym oraz dezynfekującym własnościom mentolu zaleca autor w leczeniu pruritus universalis i localis.

Przetłuszczone mydło salolowe (mydło 95% salolu 5%) stosuje autor przy eczema parasitarium i psoriasis vulgaris oraz innych cierpieniach pasorzytowych skóry—jako to: herpes tonsurans, favus, impetigo contagiosa, eczema marginatum i t. d.

P. m. aristolowe (mydła 98, aristolu 2%) oddaje bardzo dobre usługi w leczeniu psoriasis, eczema marginatum oraz innych grzybic (mykoz) nadto w leczeniu owrzodzeń goleni, w chronicznych owrzodzeniach wilkowych i trzeciorzędowych owrzodzeniach przymiotowych.

Przy łuszczycy autor radzi kilka razy dziennie myć się tym mydłem, w najgorsze zaś miejsce wcierać pianę mydlaną i następnie wysuszyć, ewentualnie umocować za pomocą papieru guttaperkowego.

P. m. siarkowo-kamforowe z dodatkiem balsamu peruwiańskiego (mydła 87%, siarki oczyszczonej 5%, kamfory 5%, balsamu peruw. 3%), w rozmaitych postaciach acne; w lżejszych przypadkach wystarcza mycie się dwa razy dziennie, w cięższych należy pianę mydlaną wetrzeć i umocować za pomocą papieru guttaperkowego.

P. m. salicylowo-ichtyolowe (mydła 92%, kwasu salicylowego 2%, Amonii sulfo-ichtyolici 6%), zaleca autor w leczeniu acne vulgaris et rosacea, eczema najrozmaitszego pochodzenia, a w połączeniu z mięsieniem w reumatycznych cierpieniach, stawów i mięśni.

P. m. tymionowe (mydła 99,8%, Acidi thymici 0,2%), przedstawia raczej preparat higieniczny, szczególnie dla osób mających delikatną skórę, jak kobiety i dzieci. Dzięki zawartemu w nim kwasowi tymianowemu, który odznacza się swymi własnościami antyseptycznymi, mydło to niszczy wszelkie grzybki, jakie się dostały na skórę i w ten sposób zapobiega ich szkodliwej działalności. Należy je używać z ciepłą wodą.

P. m. rezorcynowe (Mydła 95%, resorcini purissimi 5%) zaleca się przede wszystkim w tych przypadkach moknących cierpień pasorzytowych, gdzie mamy do czynienia z utratą naskórka, lub jeżeli cierpieniu uległa zbyt delikatna skóra. Z pomiędzy wielu innych, mydło rezorcynowe oddaje wielkie usługi w leczeniu róży.

P. m. ichtyolowo-dziegciowe (mydła 94%, picis liquidae 3%, ammonii sulfo-ichtyolici 3%), jest wskazane wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z twardymi wytworami chorobowymi, mianowicie: przy pityriasis versicolor, herpes tonsurans, favus, licznych wypryskach oraz łuszczycy. Przeciw wskazane—przy acne vulgaris. Szczególnie dobre usługi oddaje mydło ichtyolowo-dziegciowe w leczeniu wyprysków głowy i twarzy u dzieci. W tym celu zaleca autor kilka razy dziennie mydłem tym myć małych pacjentów, wieczorem zaś wcierać w skórę pianę mydlaną.

P. m. mentolowo-eukalyptowe (mydła 92<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, mentolu 3<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, eukalyptolu 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>), oddaje szczególnie dobre wyniki w leczeniu wysypek mocno swędzących jako to: pruritus, urticaria i prurigo. Mydło to zaleca gorąco autor jako środek dezynfekujący dla lekarzy, oraz do mycia chorych na szkarlatynę różę, jako też inne choroby skórne zakaźne

P. m. bendzwinowe (mydła 95<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, resina benzoës 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>), kwas bendzwinowy posiada silne własności dezynfekujące, nadto czyni skórę gładką i elastyczną, jakoteż sprzyja przedszemu gojeniu się wszelkich powierzchownych obrażeń. Dzięki tym własnościom, mydło bendzwinowe zaleca się do codziennego użytku w celu zapobieżenia przenoszeniu zarazków z jednej osoby na drugą i jednocześnie daje dobre wyniki w leczeniu seborrhoea capillitii squamosa, intertrigo i t. p.

P. m. z wyciągiem igieł sosnowych (mydła 90<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, ol. pini sylvestris 10<sup>o</sup>/<sub>o</sub>), jest dzielnym środkiem w leczeniu reumatyzmu stosujemy je w postaci kąpeli wcierań, zawiązań oraz przy mięsieniu. Dzięki antyseptycznym własnościom wyciągu daje dobre wyniki w leczeniu pityriasis versicolor, favus, psoriasis eczema psoriasiform i tym podobnych cierpień pasorzytowych. Zaleca się również w tych przypadkach co i mydło mentolowo-eukalyptowe.

Na zakończenie tego krótkiego streszczenia zajmującej pracy Eichhoff'a winniśmy dodać, że jest ona wynikiem całego szeregu badań w pracowni oraz spostrzeżeń klinicznych; autor dołączył do niej opisy wydatniejszych przypadków wyleczonych skutecznie przez zastosowanie mydeł; przytoczenie tych opisów zajęłoby zbyt dużo miejsca i dla tego ciekawych czytelników odsyłamy do oryginału.

*Fr. Grodecki*

**88. MIURA. O znaczeniu odkrycia ołowiu na skórze chorych na zatrucie ołowiem.** (*Berl. kl. Woch. N. 44. 1890*).

Wiadomą jest rzeczą, że przy posmarowaniu skóry chorych na zatrucie ołowiem, siarkiem ammonu, sodu lub potasu występuje wyraźnie jej zabarwienie na kolor brunatny aż do czarnego, stosownie do ilości ołowiu, znajdującego się na skórze. Odczyn ten jednak wykrywa tylko te cząstki trującego metalu, które nie zostały oddalone mechanicznie przez robotników przy myciu się. Autorowi idzie o to, czy skóra służy, podobnie jak nerki i kiszki, drogą, przez którą się nadmiar ołowiu wydziela i dlatego stara się on wykryć go nie na skórze lecz w skórze, przykładając do ręki, przedramienia, ramienia i tułowia zmoczone w siarku ammonu kawałki filcu i elektryzując przez nie chorego t. zw. kataphoreza. Okazuje się, że ilekroć skóra nie była dostatecznie obmyta wyskokiem, eterem i winianem ammonu (sól ta rozpuszcza wszystkie nierozpuszczalne w niczem innym połączenia ołowiu, jak siarczan jego i t. d. Prz. spr.), można było otrzymać rezultat dodatni. Ilekroć zaś wspomniane obmycie było zastosowane, otrzymywano rezultat ujemny. Dla tego też Miura sądzi, że wydzielenia się ołowiu przez skórę nie ma miejsca. Nadto przyszedł autor do wniosku, że zapobieganie zatruciu ołowiem jest łatwiejszem, niż

by to się przypuścić dało, gdyż cząsteczki jego dostają się do stroju prawie tylko przy jedzeniu, dzięki temu, że robotnicy nie myją się dokładnie, przez co połykają wraz z pożywieniem drobniutki proszek omiawianego metalu. Staranne obmywanie rąk winianem ammonu przed każdym jedzeniem znacznie utrudni możliwość powstania choroby, gdyż pył ołowiany, jak się o tem autor przekonał, znajduje się tylko na rękach, przedramieniu i po części na ramieniu, na częściach zaś ciała, przykrytych ubraniem niema go wcale. *W. Janowski.*

89. **QUEIROLO. Własności trujące potów.** Toxicité des sueurs. (*An. de dermat. et de Syph. N. 5. 1890.*)

Wychodząc z zasady, że ciała trujące, znajdujące się we krwi osób cierpiących na choroby zakaźne wydzielają się prawdopodobnie częściowo z potem, autor zbadał porównawczo wpływ na króliki potu wziętego od osób zdrowych i potu osób gorączkujących (zapalenie włóknikowe płuc, ospa, durzycyca, reumatyzm stawowy).

Pocenie się było wywoływane po kąpieli i suchej łaźni, następnie zebrany pot po przefiltrowaniu wstrzykiwano królikom do żył ucha, z zachowaniem ostrożności antyseptycznych.

Pot od osób zdrowych sprowadzał u zwierząt cierpienia przejściowe; śmierć nastąpiła tylko w jednym przypadku. Ilość potu wstrzykiwanego w doświadczeniach była większa aniżeli przy doświadczeniach z potem gorączkujących. Z 5-iu królików którym wstrzyknięto pot cierpiących na zapalenie płuc włóknikowe jeden zmarł, pozostałe nie doświadczyły żadnego cierpienia, jednakże w tych doświadczeniach ilość potu była bardzo niedostateczna.

Z czterech królików, którym wstrzyknięto pot cierpiących na ospę, trzy zmarło, u czwartego nie zauważono żadnych objawów.

Pot od osób cierpiących na gorączki bagienne sprowadził śmierć 8-iu królików na 9. Króliki, którym wstrzykiwano pot durzycowych, wszystkie poumieraly.

Z większej liczby zwierząt oględziny pośmiertne dały wynik ujemny, niekiedy znajdowano wysięk surowiczy lub krwisty w jamie brzusznej. Doświadczenia robione potem wyjałowionym dały też same wyniki, co dowodzi, że przypadłości pochodzą z zatrucia, a nie z zakażenia.

Doświadczenia te podtrzymują dawne poglądy na skuteczność pocenia się w chorobach zakaźnych i wskazują na użyteczność obfitego użycia plynów. *I. Wojciechowski.*

90. **BURLUREAUX. O odczynie śliny na kalomel u osób zatrutych jodoformem.** (*Annales de dermat. et de syphil. N. 5, 1890.*)

W trzy dni po opatrunku jodoformowym, pokazała się u chorego wysypka szkarlatynowa wraz z lekkimi zakażeniami ogólnymi, właściwemi temu cierpieniu.

Pomimo bardzo małej ilości jodoformu, użytego do opatrunku, chory czuł w ustach wyraźny smak tego leku, a gdy mu kazano włożyć do ust monetę srebrną, poczuł natychmiast smak czosnku (na własność tę zwrócił uwagę pierwszy Pouset).

Po dodaniu małej ilości kalomelu do śliny, otrzymano zabarwienie tejże kanarkowo żółte bardzo charakterystyczne. Zabarwienie to pochodzi od utworzonego jodku rtęci. Odczyn jest bardzo czuły, jedna kropla roztworu jodku potasu 1 : 4000, dodana do kalomelu już wywołuje zabarwienie żółte.

91. **Sycosis.** (*Annales de dermat. et de Syphil. N. 8. 1890*).

92. ROSENTHAL. **Beitrag zur Actiologie und zur Behandlung der Sicosis vulgaris.**

Bockhard odróżnia sycosis od czyraków i liszaja, tymczasem większa część autorów stale umieszcza sycosis w jednej grupie z acne disseminata i acne rosacea. Tenże sam proces, który wywołuje acne vulgaris na miejscach skóry pokrytych puszkami, może być przyczyną sicosis na miejscach pokrytych włosami. Jednakże jest charakterystycznym, że acne i sycosis powstają razem bardzo rzadko; jest to tem więcej uderzającym, że sfery działania ich bywają sąsiednie.

Prawie we wszystkich przypadkach sycosis, bez względu na przestrzeń przez to cierpienie zajęta, spostrzega się skórę twarzy wolną od acne. Na odwrót, widzieć się dają często przy obfitych wykwitach acne, małe guziczki rozsiane na miejscach twarzy okrytych włosami, bez podrażnienia jednak torebek włosowych. Występowanie jednoczesne dwóch tych procesów jest również rzadkie i autor zapytuje się, czy spostrzegano proste przejście jednej formy cierpienia w drugą.

Leczenie sycosis opiera się na podstawach więcej stałych aniżeli teoria tego cierpienia, sposób Ros. przedstawia trzy ważne dogodności: bezbolesność, wyleczenie stosunkowo szybkie, łatwość zastosowania.

Miejsca zajęte cierpieniem należy starannie golić w dzień, następnie rano i wieczór, a nawet trzy razy dziennie zastosowywać się następującą maść.

Rp. Acidi tannici 1,0  
Lac sulphuris 2,0  
Vassellini 20,0. f. Ungt.

W ciągu dnia chory pozostawia twarz odkrytą, po wtarceniu zaś maści wieczorem na noc miejsca porażone smarują się jakąkolwiek maścią kojącą n. p. Ungt Wilsoni, ciastem salicylowem, lub maścią Hebry.

Ażeby ta ostatnia nie tworzyła siarku ołowiu autor zastosowuje następującą:

Rp. Acidi tannici 5,0  
Lac sulphuris 10,0  
Zinci oxydati  
Amyli aa 17,5  
Vassellini 50, 0 m. f. ungt.

Maścią tą smaruje się rano i wieczór z wierzchu nakłada gazą.

Sposób ten leczenia nie wymaga bolesnego i zmusznego wrywania włosów.

93. BROOHE. **Zakaźna natura sykozy.** (*The contagious nature of sycosis*).

Autor odrzuca stanowczo istnienie tak zwanej sycosis non parositorini. Golenie nieczystymi narzędziami najczęściej bywa przyczyną przeniesienia się zarazka. W większej liczbie przypadków cierpienie zaczyna się na wardze dolnej ust, gdzie golenie bywa dokonywane z pewną siłą. Cierpienie może się również rozwinąć na miejscach skóry porażonych pryszczycą, łojotokiem, albo też do sycosis przyłącza się pryszczycą, wszystkie te powikłania mogą zmienić wygląd cierpienia. Indywidualne usposobienie odgrywa również poważną rolę.

Leczenie ogólne polega na zmniejszeniu zapalenia, wydzieleniu ropy i zabezpieczeniu od podrażnienia torebek włosowych.

Przy istniejącej pryszczycy lub zapaleniu skóry; autor zaleca kataplazmy ciepłe, antyseptyczne, zmieniane trzy razy dziennie. Po ustąpieniu wspomnianych powikłań miejsca porażone oczyszcza się i epiluje, pozostałe zaś włosy golą się, później smarują się maścią następującego składu:

Rp. Hydrarg. oleinici 32,00  
 Ichtyoli ammon 20,00  
 Acidi salycilici 0, 66  
 Olei lavandulae gtt. 2 m. f. ungt.

#### 94. TOMMASOLI. Ueber bacillogene sycosis.

Włosy porażone przez sycosis, przeniesione na żelatynę, po upływie 4-ch dni dają niezliczoną ilość kolonii identycznych, które po 8 miu dniach składały się wyłącznie z laseczników. Laseczniki te są krótkie, prostolinijne, na końcach zaokrąglone, przy hodowlach w buljonie laseczniki układają się w łańcuszki, składające się z 4008 elementów, laseczniki są nieruchome i nie posiadają sporów.

Na agar agar laseczniki rozwijają się bardzo wolno na powierzchni, tworzą plamy odosobnione, kleiste, koloru szarobiałego; później plamki te zlewały się i zamieniały na sznurczki błyszczące.

Na kartoflach rozrost laseczników był bardzo szybki i bezprzerwany; przyczem wytwarzał się odór bardzo nieprzyjemny.

Autorowi udawały się szczepienia czystych hodowli laseczników. Szczepienia te dowiodły, że wyhodowane laseczniki wywołują najzupełniej także samo cierpienie jak sycosis. Niezależnie od tego, hodowle robione ropą zawartą w dwóch pęcherzykach przedstawiały zwyczajne laseczniki ropotwórcze. Laseczniki te były podobne do bacillus pyogenes foetidus, opisanego przez Posset'a. Lecz ze względu na zabarwienie swe więcej żółte, a nie brunatno przezroczyste, kultur na kartoflu, autor opisuje je pod nazwą bacillus sycosiferus foetidus.

*I Wojciechowski.*

95. Prof. KRATTER. O znaczeniu stwierdzenia obecności gonokoków dla medycyny sądowej. (*Ueber die Verwerthbarkeit des Gonokokkenbefundes für die gerichtliche Medicin.* Rzecz czytana na ostatnim kongresie międzynarodowym lekarzy w Berlinie. *Berl. kl. Woch. N. 42*).

Znaczenie gonokoków Neissera dla rozpoznania rzerzącz-

ki było przez kilku autorów podawane w wątpliwość, dopiero wyczerpująca odpowiedź Neissera na wszystkie stawiane mu zarzuty, ogłoszona w roku 1889-ym zupełnie przywróciła pierwotne ich znaczenie, gdyż autor przekonał wszystkich, że w każdym przypadku rzerzączki znajduje się ten pasorzyt, że inne drobnoustroje, w tych razach obok gonokoków znalezione, dowodzą mieszanej infekcyi i że wreszcie mniemanie, jakoby przy nie swoistem zapaleniu cewki moczowej znajdowały się jednak czasami pasorzyty zupełnie podobne do gonokoków, jest mylnem. Te ostatnie różnią się od nich swoją wielkością ( $1,6\mu - 0,8\mu \times 0,8 - 0,6\mu$ ), ugrupowaniem parami, które się znowu skupiają, znajdowaniem się prawie zawsze wewnątrz samych komórek i wreszcie tą jeszcze szczególną własnością, że przy barwieniu sposobem Graunda barwią się na brunatno wezuwiną, gdyż rozczyzn jodu w jodku potasu odbarwia je z faksyny.

Liczne bardzo badania autora i jego asystenta stwierdziły zupełną słusność tego, co Neisser o gonokokach powiedział. Autor uważa dlatego za rzecz niezbędną badanie na gonokoki wydzielin z pochwy w przypadkach zgwałcenia kobiet. Badanie to powinno być przedsiębrane tym bardziej, że koki w przypadkach prawdziwej rzerzączki zawsze mogą być znalezione, trzeba tylko badanie kilkakrotnie przedsiębrać, zanim wyrok stanowczy wydać. Dowodem tego jeden z dwóch przypadków, w których autor wezwany był jako ekspert i dopiero po kilkakrotnych poszukiwaniach znalazł Neisserowskie pasorzyty w wydzielinie pochwy zgwałconej 17-to letniej dziewczyny. W drugim przypadku poszukiwania uwieńczyły się od razu pomyślnym skutkiem. Autor jest zdania, że bez znalezienia gonokoków w wydzielinie lekarz sądowy nie ma prawa orzekać, że dany osobnik cierpi na rzerzączkę. Od badania należy oczekiwać pewnych danych nawet długi czas po zebraniu wydzielin, gdyż jak się autor przekonał, nawet po pół roku barwią się jeszcze gonokoki doskonale i mogą być dokładnie rozpoznane. Niestety musimy się przy tem ograniczać badaniem drobnowidzowem, gdyż szczepienia na zwierzętach dotychczas się nie udają. Należy dobrze pamiętać, że wszystko co się rozwinie z takiej wydzielinie po przeniesieniu jej na żelatynę lub agar, nie ma nic wspólnego z gonokokami. Po dokonaniu odpowiedniego badania lekarz powinien zrobione przez niego stałe preparaty zachować, aby, w razie potrzeby mógł złożyć je w sądzie. Naturalnie, że będzie jeszcze lepiej, jeżeli warunki miejscowe pozwolą na zrobienie fotografii z preparatu.

*W. Janowski.*

### III. Wiadomości pomniejsze.

96. Prof. Demme omawia działanie i dawkowanie najważniejszych nowszych środków przeciwgorączkowych w zastosowaniu do wieku dziecięcego. Przemijające podniesienie ciepłoty do 39,5 nie wymaga środków



przeciwgorączkowych; przy trwaniu stałem ciepłoty 40° C. są one wskazane mianowicie przy tufusie, gościecu stawowym, zapaleniu płuc i oskrzeli, gruźlicy (zbyteczne są zaś przy dyfteryi, zapaleniu płuc włóknikowem, ostrych wysypkach).

Przy wyraźnym ostrym gościecu stawów stosuje D. salicylan sodu, jeżeli niema przeciwwskazań ze strony narządów trawienia, w przeciwnym zaś razie salol.

**Natrium salicylicum** stosuje w następujących dawkach:

dzieci od lat	2—4	—	gram. 0,5—1,0	dziennie
„	5—10	—	„ 1,0—2,0	„
„	12—15	—	„ 2,5—3,0	„

**Salol** dawki pojedyncze

2—4	—	0,25—0,35	} 3—4 r. dz. po proszku.
5—10	—	0,5—0,75	
11—16	—	0,75—1,0	

W tyfusie brzuszny dobrze działa *Thalinum sulfuricum*, co dwie godziny dzieciom

od 3—4 lat	—	0,01
od 5—10 „	—	0,02
od 11—15 „	—	0,03—0,05

Przy długotrwałych, często odnawiających się bronchopneumoniach z wesoką gorączką radzi D. antipirynę w wodzie z kilkoma kroplami korniaku. Najlepiej w 2—3 dawkach (w godzinowych odstępach)

dzieciom od	2—4 lat	—	0,2—0,4
„	5—10 „	—	0,5—0,75
„	11—15 „	—	0,8—1,0

W gorączce hektycznej z wieczornem b. wysokiem nasileniem i ran-nemi spadkami zaleca się chinina w dawkach

dzieciom od	2—4 lat	—	0,2—0,4
„	5—10 „	—	0,5
„	11—15 „	—	0,75—1,0

W suchotach z wysoką gorączką dobre usługi oddaje antipiryna w dozach 1—3 razy dziennie:

0,05—0,15	u dzieci	2—4 letnich
0,1—0,2	„	5—10 „
0,2—0,3	„	11—15 „

Podobnie działa fenacetyna w dawkach:

0,1—0,2	u dzieci	2—4 letnich	
0,2—0,5	„	5—12 „	
0,5	„	12—15 „	(M. Presse 9).

97. Dr. Potter opierając się na spostrzeżeniach własnych proponuje **leczenie gruźlicy zapomocą wziewań chloroformu**. Wziewania uskuteczniają się za pośrednictwem odpowiedniego przyrządu, przyczem unikać należy zatrucia i ogólnego znieczulenia, podtrzymując je codziennie przez kilka godzin. (New-York med. Rec. I. XI 90 Rev. int. de bibl. med. N. 1. 91).

98. Dr. Bernheim przy gruźlicy u 5 kobiet stosował **przelewanie krwi koziej**, i chore zniosły to nader dobrze. B. upewnia, że odnowa krwi zabija właściwe mikroby. Maximum przelanej krwi 200 gram, lecz samo przelewanie powinno się odbywać jak można najczęściej.

(Alg. med. C. Z. 91. str. 508).

99. Na posiedzeniu paryskiej akademii medycznej 24 lutego p. Ollivier podał spostrzeżenie mogące wyjaśnić **przenoszenie gruźlicy za pośrednictwem mleka krowiego**. Na pensyi w Chatres zdarzyło się kilka przypadków gruźlicy, między innymi jeden gruźlicy opon o przebiegu piorunującym, u osób nie przedstawiających danych dziedzicznych i zresztą zupełnie zdrowych. Okazało się, że krowa, od której mleko dostarczano na ową pensyją chora była na perlicę.

P. Nocard zwraca uwagę na to, że z wyglądu zwierzęcia nie można wnioskować o jego zdrowiu i należy przeto używać zawsze tylko gotowanego mleka. Pewien hodowca był na wielką skalę przysłał mu do zbadania trzewia cielęcia, które nagle zdechło w 4—5 miesiącu. Matką cielęcia był pyszny okaz zupełnie zdrowy, który otrzymywał medale na wystawach i nie pozwalał podejrzewać gruźlicy. Tymczasem po zabiciu tej krowy okazało się, że gruźliozą krekzowe płuca i wymiona były usiane gruzłkami.

(Progr. Méd. N. 9).

100. Dr. P. Calalb **przy gościu stawowym ostrym** zaleca maść merkuryjną mocniejszą w sposób następujący: okolicę stawów bolesnych smaruje się cienką warstwą rzezonej maści, pokrywa się guttaperką, watą i zabandażowuje się bandażem muslinowym. W ten sposób nałożoną opaskę pozostawić można do dni 4-ch, jeśli bóle w zupełności nie ustąpiły, to po kilku dniach przerwy nakłada się powtórna, jak wyżej opaskę. Bez obawy w ten sposób zużyć można do 40 gramów maści. Czasami występuje lekki ślinotok, który ustępuje szybko po zastosowaniu odpowiedniego płukania. Postępując w ten sposób w 8 przypadkach autor wyniki otrzymał nader pomyślne. (Clin. N, 12. 90. Bucharest Rev. in. de bibl. med. N 1. 91).

101. **Przy rzerzączce** Dr Necekij zaleca następujące szprycowanie: balsamu kopajwowego 3j, jedno żółtko, 3Vj wody przekroplonej z tego zrobić mieszkankę i następnie dodać gr. VIII wyciągu belladony, gr. VIII. siarczanu cynku i 3j wody wawrzynosiłwowej, szprycuje się 4 razy dziennie.

(Med. 21. N. 7).

102 W jednym przypadku **tęcza traumatycznego** Dr. Moresti zastosował uretan z nader pomyślnym wynikiem. Objawy tęcza ustąpiły po kilku dniach. Środek podawano w roztworze wodnym od 2,0—3,00 na dobę.

(Wien. Med. Woch. N. 5. 91).

103 Dr. Mussi odkrył nowy ferment trawienny—Grandine. Produkt ten otrzymuje się z soku liści i szypulek rośliny Ficus carica. Sok ten nie rozpuszczalny w wodzie przecadzonej, pozostawia osad rozpuszczający się w słabego natężeniu kwasach i alkaliach stanowi Grandine, który według M. okazał się środkiem trawiącym znacznie lepiej aniżeli pepsyna, tak w obecności kwasu solnego jako też i przy odczynie alkalicznym danego roztworu.

(W. M. W. 5. 91).

104 **Przy herpas tonsurans i alopecia areata** według Illingwortha wystarcza do wyleczenia jednorazowe posmarowanie części podległych cierpieniu roztworem jodniku rtęci (1:8) (The. Br. Med. Jour. III. 91).

## Z towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

**Sprawozdanie z wyników szczepienia chorym gruźliczym limfy Kocha. Posiedzenie z d. 28 Stycznia, 3, 10, 17 Lutego oraz 3, 10, 17 i 21 Marca.**

Na posiedzeniu klinicznym z d. 28 Stycznia 1890 r, sprawozdanie z leczenia limfą Kocha rozpoczął prof. Baranowski odczytem p. n., „Uwagi

ogólne o leczeniu gruźlicy metodą Kocha, ze szczególnem uwzględnieniem suchot płucnych.<sup>6</sup> W odczycie tym prelegent streszcza wyniki pracy zbiorowej podjętej w szpitalach Warszawskich w ciągu 8 tygodni. Zdaniem mówcy ostatecznie rozstrzygnięcie wielu następujących się pytań nie może dziś jeszcze mieć miejsca; twierdzenia Kocha zbyt pospieszne i zbyt stanowcze w stosunku do kliniki zanadto u ogólniają kwestyję, literalnie brać ich nie można i należy przyjmować je z ostrożnością, prace jakie dotąd ukazały się w tej kwestyi zbyt pospieszne wyciągają wnioski, to też spokojne ocenianie faktów jest tem większą zasługą. W szpitalach warszawskich dokonano 50 spostrzeżeń<sup>\*)</sup> w tych 8 gdzie środek był stosowany w celach rozpoznawczych, 16 w celu leczenia wilka, 6 gruźlicy krtani, 1 owrządzenia gruźliczego, na szyi i 19 gruźlicy płucnej i płucno krtaniowej. Z doświadczeń nad gruźlicą zewnętrzną prelegent doszedł do wniosku, że płyn Kocha jest dla gruźlicy swoistym, że ma silne do niej powinowactwo. Doświadczenia przedsiębrane z acne rosacea, owrządzeniem przymiotowem, dały wynik ujemny z tego też względu prof. B. uważa swoistość za dowiedzioną Określenie dawki stanowi szkopuł; w jednych przypadkach po 1 mlgm. występuje odczyn wyraźny winnych nie ma nawet po 4 i 5 mlgm. żadnego odczynu; zwrócić jednak należy pilną uwagę przy stosowaniu tych dawek na stan narządów wewnętrznych, gdyż mogą wystąpić groźne objawy. Spostrzeżenia z gruźlicą kości i gruczołów, również specyficzności limfy dowodzą, choć trudniej się o tem naocznie przekonać jeszcze trudniej uczynić to przy gruźlicy płuc. Przypadki jednak kol. Hewelkego i Jakowskiego dowodzą, że i tu zachodzą zmiany dające się nawet fizykalnie ocenić, jako to stłumienie nowopowstałe rżenia. Wreszcie oględziny pośmiertne, 8 przypadków dały dowód, iż płyn działa specyficznie, znajdowano świeże ogniska zapalne w miejscach odległych od pierwotnej sprawy, uprzywilejowanych w sprawach aspiracyjnych, gruzelki świeże, a w jednym przypadku na około owrządzeń w kiszkiach bardzo wiele łańcuszków ze świeżych gruzelków, świeże gruzelki w wątrobie i nerkach oraz nacieczenie w gruczołach kiszkiowych. W krtani już za życia dały się stwierdzić obszerne świeże nacieczenia, a nawet nowe gruzelki, które szybko przechodziły w rozpad, prof. B. raczej skłania się ku zdaniu, że są to tylko ujawnione dawne sprawy, zbyt szybko bowiem występowały. To nas ostatecznie przekonywa o swoistości, stoimy w obec nowej epoki, w której specyficzne środki będą odkrywane na drodze biologicznej. Co się tyczy odczynu ogólnego jest to obraz złożony, nie daje się naprzód obliczyć przy dalszych nawet iniekcjach. Formułka Kocha musi być brana z wielką ostrożnością, prof. Koch np. twierdzi, że człowiek zdrowy nie oddziaływa na małe dawki nie zgadza się to bardzo ze spostrzeżeniami tutejszemi. Byli chorzy niewątpliwie dotknięci gruźlicą u których już po 4, 6, 7 i 8 iniekcji odczynu nie było, w 1-ym przypadku nastąpiło pogorszenie, które zmusiło do zaniechania kuracji. U innego chorego wystąpiła po iniekcjach stała gorączka, choć chory przed tem nie gorączkował, u 3-go znowu pierwsze iniekcje nie wywoływały gorączki, podczas gdy po 4-jej odczyn się zjawiał i t. d. Wreszcie co do przypadków zakończonych śmicią zauważyć należy, że po zaprzestaniu iniekcji wskutek pogorszenia zwykle podniesiona ciepłota opadła i była prawidłową do śmierci. Wreszcie na-

<sup>\*)</sup> Są to spostrzeżenia czynione przy współdziałaniu prof. Baranowskiego, nie weszły w to spostrzeżenia czynione na klinikach i wielu oddziałach szpitalnych przyp. red.

leży zaznaczyć przypadek kol. Herynga, gdzie po 1 millig. nastąpiła śmierć. Niezależnie od tego w licznych przypadkach odczyn był takim jakim go opisuje Koch. Z tych powodów o ile odczyn miejscowy jest nie wątpliwym, odczyn ogólny jest rzeczą wątpliwą i opierać się na nim w celu dyagnostycznym nie można. Brak odczynu ogólnego nie wyklucza gruźlicy. Co do dawek, stopniowanie ich przedstawia trudności, gdyż opierać się nie możemy jedynie na objawach ogólnych, ale zwrócić należy uwagę i na odczyn miejscowy, objawy podmiotowe i inny z nich dopiero należy wyciągać wniosek co do zwiększenia lub zmniejszenia dawki. Za uzyskaniem odporności przypadki warszawskie, szczególnie te które zakończyły się śmiercią i gdzie stwierdzono mobilizację laseczników nie przemawiają bynajmniej. Pogorszenia nie przemawiają przeciw metodzie, co do polepszenia zaś zbyt krótko trwają doświadczenia, aby z nich wnioski odnośne wysnuwać. Wreszcie autor reasumując stawia jako przeciwskazanie rozległe zmiany w płucach, zwłaszcza powikłane przez gruźlicę krtani lub kiszek. Zakończonych poprawą było 4 przypadki z małymi zmianami w 2-ch nawet nie znaleziono laseczników. Wskazania więc stanowią: pierwsze stadyja gruźlicy mały niezbyt wierzchołkowy, małe zmiany w krtani nadto zmiany nawet rozleglejsze, ale nie rozrzucone również mogą stanowić wskazanie, zarówno jak nie stanowi przeciwskazania obecność jamy komunikującej się z oskrzelem, wreszcie zapalenie opłucnej świeże bez zmian w płucach może również być wskazaniem do stosowania środka.

#### A). *Leczenie wilka.*

W dalszym ciągu na następny posiedzeniu (3 lutego) kol. Elsenberg zdawał sprawę z leczenia metodą Kocha wilka. Chorych było 17. Odczyn ogólny występował nie zawsze współcześnie z miejscowymi. Często występował po nim. Długość odczynu trwała do 72 godzin lub nawet do 7 dni nie zawsze przytem jednakowo u jednego i tegoż samego chorego. Przy podawaniu jednych i tych samych dawek odczyn był coraz słabszy, fakt będący miarą efektu leczniczego wessania tkanki gruźliczej. Płyn Kocha wywołuje zaburzenia w chemizmie krwi w krążeniu, a nawet upadek odżywiania. Z powikłań kol. E. zaznacza krwawy mocz (w 1 przypadku), zjawianie się w moczu wałeczków i laseczników. Drugi rodzaj powikłań występuje na błonach śluzowych; w miejscach gdzie dawniej nie widziano zmian żadnych powstawało znaczne obrzmienie, a u 2-ch chorych na tych obrzmieniach ukazały się następne rozpadające się guziczki. 3-ci rodzaj wysypki na skórze (u 8 chorych) rozpoczynające się od miejsca ukłócia lub od reagujących ognisk. Odczyn miejscowy szybko się nasila, słabnie powolnie, obrzmienie bywa niekiedy wielkie. Przy powtórnych iniekcjach odczyn słabszy, a po 6—7 dawkę dla otrzymania odczynu należy zwiększać. Badanie drobnowidzowe tkanek wyciętych w czasie odczynu wykazało zmiany podobne do róży, ropienia nie zauważono, zgorzeli większych części w 2 przypadkach. Działanie zapalne objaśnia działanie lecznicze w rozmaitych postaciach wilka. Postać pełzająca ze względu na obfitość tkanki bliźnowej najmniej się do leczenia tą metodą nadaje, przy lupus humidus odczyn miejscowy jest nader silny i efekt duży tu wyleczenie może nastąpić jeżeli stosujemy limfę i łyżeczowanie — zupełnego jednak wyleczenia, pomimo że osiągnięto dużych dawek, nie ma. Przy lupus erythematodes i wilku błony śluzowej i postaci wrzodziejącej otrzymano wynik najpiękniejszy, przy postaciach mieszczących skrzydła nosa odczyn były silne, blizny uwydatniały się, występowały nowe guziczki.

Wartość płynu Kocha przewyższa wszystkie dotąd znane sposoby leczenia, żadna metoda nie jest radykalną, najracjonalniejszą jest łyżeczkowanie i przypalanie Paquelin'em, ale i tu nieraz zgłębi lub z obwodu wyrastają nowe guziki, lepszy skutek płynu Kocha, po którym przy lupus humidus tkanka mięknie daje się łatwiej usuwać, uwydatniają się nowe ogniska, które się dają zauważyć i usunąć. W wielu przypadkach ma ta metoda znaczenie pomocnicze obok metod dawnych. Ilość płynu do wstrzykiwań z początku winna być małą, odstępy 8—10 dniowe. Dawki powiększać nie należy, jeżeli odczyn miejscowy jest wyraźny.

#### b) Leczenie gruźlicy kości.

Na tym samym posiedzeniu kol. Jasiński zdawał sprawę z leczenia gruźlicy kości przy pomocy limfy Kocha w szpitalu dziecięcym. W wykładzie stwierdza dowodzenia rozlicznych autorów iż środek ten jest pomocniczym przy leczeniu tych cierpień, sądzi jak Sonenberg, że gorączka odczynowa jest wynikiem wessania produktów rozkładu ognisk gruźliczych skąd więc usunięcia ich może usunąć lub zmniejszyć odczyn ogólny, jeżeli narządy wewnętrzne są dotknięte sprawą gruźliczą. Injekowano 6 dzieci bez cierpień narządów wewnętrznych, jednocześnie stosowane były środki antyseptyczne oraz rękocyny. Po usunięciu dużych ognisk gorączki nie było. Pod wpływem iniekcji zwiększało się ropienie demarkacyjne, martwiaki uruchomiały się wybitnie, uwydatniały się nowe ogniska, odsetka hemoglobiny zwiększała się (z 40 na 70). Mimo gorączki waga ciała nie obniżała się. Przed wstrzyknięciem zmieniano opatrunek dla oczyszczenia rany i otwarcia zatok. Wyniki były pomyślne, w 2-ch nadto przypadkach z cierpieniami wewnętrznymi z powodu pogorszenia zaprzestano wstrzykiwać. Kol. J. uważa płyn Kocha za bardzo ważny przy leczeniu gruźlicy chirurgicznej uwydatniającej ukryte ogniska, powodujący wyzdrowienie.

#### c) Leczenie suchot krtaniowych.

Kol. Heryng na posiedzeniu d. 10 lutego zaznaczył, iż w lżejszych postaciach gruźlicy krtaniowej przy małych owrzodzeniach i nasiękach w 2 ch przypadkach miał wynik pomyślny, owrzodzenia zablizniały się powoli, w cięższych przypadkach przy obszernych cwrzodzeniach na 8 przypadków było 1 nieznaczna poprawa, 4 wybitne pogorszenia i 1 śmierć. W krtani pod wpływem płynu Kocha zjawia się nalot na owrzodzeniach, które oczyszczają się następnie i zablizniają, nasięki na tylnej ścianie krtani szybkemu niekiedy ulegają wessaniu. Kol. Sokołowski podaje przypadek gruźlicy krtani i płuc powikłany owrzodzeniem gruźliczem na wardze dolnej, gdzie po 4 iniekcjach sprawa zdawała się cała ku lepszemu, owrzodzenie na wardze oczyszczało się i zablizniało, po 5 wstrzyknięciu owrzodzenie pokryło się nalotem i zaczął się rozpad guziczeków nowopowstałych w sąsiedztwie, jednocześnie gorączka trawiąca oraz zwiększenie ilości płwociny i laseczników. Zaprzestano wstrzykiwać, a przy zwykłych metodach leczenia mimo pogorszenia się stanu ogólnego owrzodzenie zablizniło się w zupełności.

#### d) Objawy ogólne.

Kol. Srebrny z 50 przypadków zastawia obraz objawów ogólnych. Największa dawka wynosiła 120 mlm.<sup>3</sup> przy wilku najmniejsza 1 mlm.<sup>3</sup> (zakończone śmiercią). Dawki następne nieraz zmniejszano z powodu silnego odczynu. Najwyższa ciepłota 41<sup>0</sup>6, nie zawsze występowała po pierwszym wstrzyknięciu. Większość chorych szybko po odczynie wracała do sił, w kilku przypadkach po dużych zwłaszcza dawkach znaczne osłabienie trwa-

jące dni kilkanaście. Największy przybytek na wadze  $8\frac{1}{2}$  największy ubytek 14 funtów. Krwioplucie u 1 osobnika ilość laseczników w kilku przypadkach zwiększała się znacznie, w 2 doszła do olbrzymiej liczby. W 4-ch przypadkach znaczne zwiększenie ilości dobowej moczu. Stan ogólny nieraz cierpiał znacznie, pomimo gorączki zjawiał się ból głowy, łamanie, ból w kiszkiach, nudności, kaszel, przyspieszenie tętna, duszność, poty, dreszcze. Między ilością tkanki gruźliczej, a natężeniem odczynu nie zachodzi żaden związek widoczny.

e). *Zmiany morfologiczne laseczników.*

Kol. Bujwid zaznacza (d. 17 lutego), iż zmiany w postaci laseczników są bardzo wybitne i że częściej się spotykają niż dawniej, widział on laseczniki krótkie o połowę lub mniej, rozpadające się na szereg ziarn lub kępki, jakby zooglea, barwiły się niektóre słabiej z wyjątkiem jednego ziarna w środku lub na końcach, niekiedy barwiły się jedynie owe ziarna, a istota lasecznika słabła.

d) *Oględziny pośmiertne.*

Na posiedzeniu z d. 17 lutego kol. Dunin, Heryng zabrali głos w kwestyi zmian anatomicznych, znalezionych przy oględzinach pośmiertnych chorych, leczonych płynem Kocha. Kol. Dunin podaje najprzód historję choroby chorego z nieznaczniemi zmianami w płucach z lewej strony od przodu i z niewielką gorączką, już po trzeciem wstrzyknięciu zauważono przyrost zmian w płucach, po 5-ciu wystąpiła silna duszność, liczne rżenia wilgotne w obu płucach i chory 12 dnia po ostatniej iniekcji zmarł. Przy badaniu prócz starych zmian (same rozrosty łącznotkankowe) znaleziono świeże nacieczenia i gruźelki rozsiane w płucach, owrzodzenia w tchawicy z nastrzyknięciem naczyń, gruźelki w kiszkiach, wątrobie i nerkach. Przy badaniu mikroskopowem stwierdzono świeżość gruźelków, które były w bliskości świeższych mass serowatych, w niektórych miejscach widziano rozpad tkanki, nacieczenie drobnokomórkowe, gdzie znajdowano laseczniki gruźlicze, obecne również w pobliżkiej zdrowej tkance płuc. Nie trudno było również zauważyć i pęcherzyki spadnięte, ścianki ich rozszerzone bez nacieczenia drobnokomórkowego, zawierające laseczniki. Wreszcie w świetle samego pęcherzyka płucnego, silnie rozszerzonego znajdowano masę komórek nabłonkowych, wysięk włóknikowy bez obecności laseczników. Oskrzela zatkałe znaczną ilością śluzu i komórek. Widzimy więc w płucach obok zmian starych wyraźne nowe zmiany: obumarcie tkanki płucnej, rozpad oraz dissiminację laseczników. Zmiany zapalne powstały pod wpływem drażniącego działania środka Kocha. Sprawy gojenia nie można było zauważyć w płucach. Środek działa rzeczywiście tylko na tkankę gruźliczą.

Kol. Heryng opisał 2 przypadki, zakończone śmiercią. Pierwszy dotyczył 26 letniego mężczyzny, który kaszle od 4 miesięcy. Umiarkowane podniesienie ciepłoty, odżywianie dobre. W płwocinie laseczniki, włókna sprężyste w lewym płucu, stępienie u wierzchołka, oddech nieokreślony rżenia metaliczne. W prawem zmiany mniejsze. W szpitalu gorączka ustąpiła. Jedno zastrzyknięcie 1 mgm. ciepłoty podniosła się do 39,7 kaszel się wzmógł, wystąpiły dreszcze i odurzenie. Nazajutrz wzmózone rżenia, apatja, na 3 dzień haemoptoe, spadek ciepłoty do 35°, bóle, rżenie, duszność, 6 dnia sinica, duszność, osłabienie, następnego śmierć. Przy badaniu pośmiertnem zrosty lewego płuca, 3 jamy wielkości jaja i ogniska serowate, gdzieniegdzie świeże gruźelki, oskrzela wypełnione wydzieliną. W prawem płucu gruźelki oraz ogniska podobne do pneum. catarrh. Według

prelegenta krwotoki nie były następstwem działania płynu Kocha, związku bowiem dowieść nie można.

2-gi przypadek dotyczy 30 letniego tkacza kaszlącego od 1 $\frac{1}{2}$  roku, odżywianie liche, siły i apetyt względnie dobre. W lewym wierzchołku stępienie na 4 palce, oddech zbliżony do oskrzelowego, w prawym stępienie mniej wydatne, oddech nieokreślony. Stolce płynne. W krtani owrzodzenie na tylnej ścianie z brzegami przerośniętymi, chrząstki Santorini'ego zgrubiałe, po pierwszym wstrzyknięciu świeże guziczki, nasięk ściany tylnej mocny. Po 6-ej bialkomocz, obrzęki nóg. Po 18 dniach śmierć. Na sekcji zrosty lewego płuca, a raczej z jamą wielkości jaja gęsiego, stare ogniska w dolnym świeże ogniska zapalenia włóknikowego. W kiszkać liczne owrzodzenia gruźlicze. W krtani wyrostki głosowe obumarle pozostawiły jamę mieszczącą koniec palca. W tchawicy owrzodzenie gruźlicze.

*D. c. n.*

## PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

### O skrytych postaciach suchot płucnych.

napisał Alfred Sokołowski.

*(Odczyty kliniczne wydawane przez Red. Gazety Lekarskiej N 13.)*

ocenił F. Arnstein w Kutnie.

Praca powyższa, która też wyszła i w języku niemieckim (klinische Zeit und Streitfragen IV tom 4 zeszyt) wyróżnia się wysokim znaczeniem praktycznym. Traktuje bowiem o pewnych postaciach suchot płucnych, maskujących inne cierpienia, postaciach, które, jak autor słusznie zaznacza, nawet w podręcznikach medycyny wewnętrznej są albo wcale nieuwzględnione lub też tylko pobieżne istnieją o nich wzmianki. A są to w rzeczy samej postaciach suchot płucnych nie tak rzadko spotykane w praktyce, często zbyt późno rozpoznawane, a tem samem zaniedbywane. Dokładne ich poznanie jest dla lekarza praktyka rzeczą pierwszorzędną wagi; to też doświadczony autor napisaniem tej pracy wypełnił ogromną lukę i dobrze się przysłużył naszym lekarzom, którym polecamy uważne przeczytanie pracy kolegi Sokołowskiego.

Autor odróżnia następujące postaciach skrytych suchot płucnych:

- 1) Wrzekoma blednica (pseudochlorosis)
- 2) Wrzekoma sercowa postać
- 3) Wrzekome żoły (pseudoscrophulosis)
- 4) Zimnica wrzekoma (pseudomalaria)
- 5) Wrzekomo żołądkowo kiszkowa postać
- 6) Wrzekomo krtaniowa
- 7) Wrzekoma rozedma płuc
- 8) Wrzekomo opłucnowa
- 9) Wrzekomo krupowa

Za daleko by nas zaprowadziło, gdybyśmy mieli szczegółowo rozebrać cały materiał stanowiący przedmiot pracy autora, (str. 43) zadowolnić się musimy tylko rozbiorem niektórych punktów, które naszym zdaniem nie dosyć jasno zostały sformułowane. I tak przy postaci blednicowej nie zupełnie ściśle określonym jest stosunek istotnej blednicy do wrzekomej. Autor za mały kładzie nacisk na zupełną odrębność wrzekomych suchot

plucnych i zupełną jej nie zależność od istotnej blednicy, nie dosyć stanowczym jest w wyreczeniu poglądu, że istotna blednica nie usposabia do suchot płucnych. A jednak jest to fakt codziennem doświadczeniem stwierdzony i przez większość autorów przyjęty; Eichhorst z nowszych autorów wyraźnie fakt ten zaznacza. Kwestya to, naszym zdaniem, pierwszorzędnej wagi, to też w przebiegu blednicy pojawiający się kaszel, długotrwały, wymaga dokładnego zbadania jego źródła, a obecność jakichkolwiek objawów ze strony płuc, a szczególnie najmniejsze zmiany w wierzchołkach prawie stanowczo przemawiają za wrzekomą blednicą; kaszel bowiem nieraz prawdziwej blednicy towarzyszący ma zupełnie inne źródło.

Na szczególną uwagę zasługuje, naszym zdaniem, postać skrytych suchot płucnych pięknie opracowana pod nazwą zimnicy wrzekomiej. Autor odróżnia dwojakiego rodzaju przypadki. Jedne, w których już w przebiegu suchot płucnych pojawia się gorączka z typem przepuszczającym; drugie, w których w początkowym okresie suchot płucnych na długo przed pojawieniem się objawów fizykalnych ze strony płuc występują codziennie, rzadziej co drugi dzień, dreszcze z następującą gorączką o typie przepuszczającym.

O ile pomyłki w przypadkach pierwszego rodzaju są prawie niemożliwe i z tego powodu zaledwie na wzmiankę zasługiwały, o tyle w przypadkach drugiego rodzaju są one prawie nie do uniknięcia, szczególnie w miejscowościach malarycznych. Autor też specjalnie się chorobami płuc zajmujący, doskonale widocznie świadomy częstych pomyłek przez lekarzy popełnianych i na nie wyrozumiał, ze szczególną dokładnością kreśli objawy towarzyszące tej postaci skrytych suchot płucnych i podaje pewną sumę charakterystycznych cech rozpoznawczych, znajomość których może dosyć już wcześniej uchronić nas od pomyłek w odnośnych przypadkach. Do ważniejszych autor zalicza: 1) wyniki badania termometrycznego, które wykazują, że gorączka przy wrzekomiej zimnicy jest tylko pozornie przepuszczającą, gdyż jest prawie ciągłą z wielkimi nasileniami, kryterjum to naszym zdaniem bardzo ważne i nie wszystkim wiadome, 2) duszność i łatwe męczenie się przy zimnicy wrzekomiej, 3) nieskuteczność chininy. Co się tyczy ostatniego punktu, autor może nie dosyć jasno scharakteryzował, jak go pojmować. Zdarza się przecież dosyć często, że duże dawki chininy, tak samo jak innych leków przeciwgorączkowych, znoszą na dzień, 2 a nawet więcej dreszcze i gorączkę towarzyszące suchotom płucnym. Fakt ten jest właśnie powodem, że lekarze często przez długi czas trwają w pomyłce rozpoznawczej, łudzeni pozorną skutecznością chininy, i nawet powroty dreszczów i gorączki w tym razie tłomaczą uporczywością zimnicy. Bezskuteczność więc chininy przy wrzekomiej zimnicy jest względna i tylko po pewnym czasie daje się spożytkować dla odróżnienia prawdziwej zimnicy od wrzekomiej.

Obszernie bardzo jest też opracowana postać wrzekomą żołądkowo-kiszkowa. Znajdują tu uwzględnienie wszystkie zboczenia w czynnościach żołądkowo-kiszkowych przez długi nieraz czas uprzedzające objawy ze strony płuc, a już będące następstwem skrytych suchot płucnych; szczególnie na rozwolnieniu maskującym nieraz pierwsze okresy suchot płucnych, autor słusznie dłużej się zatrzymuje. Podług autora rozwolnieniu maskującemu suchoty płuc ulegają dzieci i dorośli. Przy opisie rozwolnienia u dzieci autor zaledwie mimochodem wspomina o wyniszczeniu ogólnem tak, że przy wyliczaniu charakterystycznych cech rozpoznawczych już o tem nie wspomina. Tym sposobem daje niejako do zrozumienia, że do objawu tego



nie przywiązuje zbyt wielkiej wagi. A objaw ten, naszym zdaniem, pod względem rozpoznawczym ważne posiada znaczenie.

Często spostrzegamy u dzieci, nawet długotrwałe biegunki zależne od różnych przyczyn, przyczem ogólne odżywianie mało stosunkowo cierpi, gdy przy rozwolnieniu przyrody gruźliczej nawet nieznacznego natężenia, przedewszystkiem uwagę zwraca ogólne wyniszczenie i zanik tłuszczu.

U dorosłych rozwolnienie maskujące suchoty występuje, podług autora, po większej części u ludzi starszych dotkniętych włóknistą postacią suchot płucnych. Ja przeciwnie widziałem kilka przypadków dotyczących się młodych ludzi. Jeden przypadek, jeśli sobie kol. S. przypomina spostrzegaliśmy jeszcze na klinice prof. Baranowskiego w szpitalu Św. Ducha w. r 1872. Młody człowiek przeszło 20 letni przybył na klinikę z rozwolnieniem od kilku tygodni trwającym; w płucach nie znaleziono żadnych zmian, chory nie kaszlał. Wobec jednak długotrwałości cierpienia, istnienia objawów przebytych zółzów (blizny na szyi) i bezskuteczności leczenia prof. Baranowski zaczął podejrzewać skrytą gruźlicę, co też dalsza obserwacja w zupełności stwierdziła.

Za obszernie może, jak na odczyt kliniczny, traktowaną jest postać wrzekomo krtaniowa. Dokładna znajomość wszelkich zmian w różnych odcinkach krtani przy gruźlicy krtaniowej, których opis tyle miejsca w pracy autora zajmuje ma ważne znaczenie dla specjalistów przy różniczkowym rozpoznaniu różnych cierpień krtani; dla nas praktyków, dla których chyba głównie praca kol. S. jest przeznaczoną, ważniejszą jest dokładna znajomość innych tak subiektywnych jak i obiektywnych objawów towarzyszących różnym cierpieniom krtani. Zresztą sam autor w końcu opisu tej postaci i powiada „że rozpoznawanie istotne opierać się winno nietylko (dla nas praktyków nie tyle) na badaniu laryngoskopowym (które nawet dla specjalistów nie jest dostatecznym), lecz na uwzględnieniu i rozbiórce szczegółowym wszystkich momentów chorobowych, jaki nam dany osobnik przedstawić może“.

Nie myślę bynajmniej przez to obniżać wartości rozpoznawczej badania laryngoskopowego. Przeciwnie sądzę, że lekarz praktyk tylko podejrzewać może w danym przypadku tak zwaną pierwotną gruźlicę krtani i zawsze dla dokładnego poznania odwołać się musi do specjalisty dla określenia charakteru i przyrody zmian w krtani. Idzie mi tylko o zaznaczenie, że zbyt wiele zajmuje kolega S. uwagę czytelnika zmianami w krtani, za mało zaś i nie dosyć systematycznie innymi momentami towarzyszącymi wrzekomo krtaniowej postaci skrytych suchot płucnych.

Wybornym i pouczającym wielce jest opis wrzekomej rozedmy płuc t. j. tej postaci, gdzie do rozedmy płuc w mniejszym lub większym stopniu rozwiniętej dołącza się tak zwana włóknista postać suchot płucnych w r. 1885 opisana przez autora. Postać ta najmniej może jest znaną lekarzom i rzadko bywa rozpoznawana.

Przy postaci wrzekomo opłucnej t. j. tej, w której zapalenie opłucnej już to suche, już wysiękowe maskuje sprawę gruźliczą, autor kreśli przebieg kliniczny różnych postaci zapalenia opłucnej, w końcu konkluduje, że „zadaniem z przytoczonych przez niego objawów nie daje cech pewnych dla określenia natury gruźliczej, a tylko szczegółowy rozbiór kliniczny, wszystkich objawów z przebiegu choroby jest w stanie rozpoznanie uczynić należytem.“

Ostatnią postacią skrytych suchot płucnych stanowi wrzekomo-krupowa. Gruźlica występuje przy tej postaci przy objawach zapalenia krupowego płuc.

W opisie tej postaci nie znajdujemy wzmianki o jednym objawie bardzo ważne znaczenie dyjagnostyczne mającym t. j. o krwiopłuciu, od którego ta postać najczęściej podług Jaccoud ma się zaczynać.

Czyżby w przypadkach spostrzeganych przez autora tego objawu brakło \*)?

## Kronika miesięczna.

— Jak głoszą pisma codzienne Departament lekarski opracował projekt prawa o obowiązkowych dyżurach lekarzy podczas nocy we wszystkich znaczniejszych miastach państwa. Według tego projektu wszyscy praktykujący lekarze obowiązani będą odbywać kolejno dyżury nocne, udzielać porad wszystkim bez wyjątku pacjentom i stawiać się na zawołanie do mieszkań. Zapewne stanowiąc takie prawa Departament obmyślił i środki w celu nagradzania dyżurujących lekarzy—pisma o tem nie wspominają.

— W literaturze zagranicznej od czasu do czasu spotykamy broszurki, a nawet artykułki wkradające się w szpalty dzienników specjalnych, które w gruncie rzeczy są reklamą, starającą się ukryć pod płaszczykiem naukowym (vide Mattoni etc). Do tej kategorii musimy chyba zaliczyć broszurkę p. t. (Witoldówka). Zakład dyjetetyczny Dr. Skórczewskiego w Krynicy. Rzut oka na znaczenie drobnoustrojów i ptomainów oraz sprawozdanie z ruchu chorych w latach 1889 i 1890. We wstępie autor przytacza jeszcze raz główne zadania dyjetetycznego leczenia, jakie już przed dwoma laty wygłosił, zamiast jednak w dalszym ciągu przedstawić stronę praktyczną tej kwestyi i drogę na której doszedł do dodatnich rezultatów, co zdaniem naszym właśnie byłoby pożądanem, jako rzecz w literaturze mało uwzględniana ze strony naukowej, Dr. S. nie wiemy na jakiej podstawie logicznej, podaje nam ni ztąd ni zowąd nader luźny przegląd poszukiwań w kwestyi gnicia i jego produktów, zbyt zdradzający brak podstawowych wiadomości z zakresu chemii fizjologicznej, abyśmy go mogli poddawać ściślejszemu rozbirowi. Przechodząc do kardynalnej części broszurki t. j. przeglądu chorych widzimy, jak się tego można było naprzód spodziewać, znakomite wyniki nawet w przypadkach wątpliwie rozpoznanych z powodu zaniedbania odpowiednich badań, do czego autor sam się zresztą przyznaje.

— Dochodzą wiadomości z Berlina, jakoby prof. Ewald miał zamiar wkrótce ogłosić o nowym środku przeciw gruźlicy.

Dr. Pick zaleca ponownie zaproponowany przez siebie sposób leczenia gruźlicy sadzami (Patrz. Kron. Lek. r. 90 str. 579. N. 330) i upewnia obecnie, że przygotował z nich odpowiedni płyn, dający się stosować we wnątż, lub też w postaci wzięwań.

— Podobno według projektu komissyi obradujących nad zmianą egzaminów na stopień doktora medycyny, tytuł doktora medycyny wszech nauk lekarskich ma uleść zmianie tak, że będą doktorzy medycyny z działu medycyny wewnętrznej, chirurgii, anatomii i t. d. Działów takich ma być 10 (Wracz. N. 12).

— Ulica przechodząca z tyłu szpitalu Friedrichshain w Berlinie od-tąd nazywać się będzie ulicą Virchowa w obec zasług jakie Verchow położył przy budowie tego szpitala i zaopatrzeniu go we wszystkie potrzeby.

\*) Patrz: Referat mój z pracy Jaccoud; Tuberculeuse pneumonique. Kronika Lekarska 1888 N 10.

— Cena chininy znacznie się obniżyła, a to z powodu rozwoju plantacji na Jawie, w przeszłym roku zebrano tam 1168156 kil. kory chinowej.

— Najtłuściejszy człowiek w Anglii Thomas Longley, 43 lat mający właściciel szynku w Dover, waży 560 angielskich funtów ( $15\frac{2}{3}$  pudów około 626 f.) wzrostu 6 stóp cali  $\frac{3}{4}$ , objętość w pasie 80 cali, a objętość łydki 25 cali. Stan ogólny zupełnie zadawalniający.

— Według „The British Medical Journal“ gynecolodzy są najkłótlivsi ludzie na całym świecie. Wszystkie czasopisma lekarskie przepelnione są zwykle ich polemikami, listami, odpowiedziami, zaczepkami i t. d. W zapędzie swej kłótlivosti „odium gynecologicum“ przeciwnicy niepozostawiają nawet swych chorych w spokoju i ich bowiem wciągają do swych sporów.

— „Druggist's Circular“ zaleca golącym się zamiast wcierania mydła wcierać wazelinę lub też jaki bądź kolwiek olej płynny. W ten sposób przygotowane golenie jest 1) przyjemniejsze 2) czystsze 3) zupełnie nie bolesne 4) sposób ten nie drażni skóry i 5) przyspiesza sam rękoczyn.

— We Włoszech od Stycznia r. b. sprzedaż wszelkich środków patentowanych jest dozwoloną tylko wtedy, jeśli skład tych środków jest należycie wypisanym na butelce lub też na pudełku.

— W Hawrze sąd poprawczy uznał, że optyk pozwalający sobie oceniać stan patologiczny oczów i naznaczający takie lub inne szkła postępuje wbrew przepisom prawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej. U nas tego rodzaju fakty, zdarzające się codzień niemal, a często ze szkodą dla chorych, nie są jeszcze uważane za przestępne.

— Prof. Cybulski proponuje utworzyć na przyszłym zjeździe przyrodników i lekarzy w Krakowie—sekcję psychologiczną. Program zajęć ma być następujący:

#### I. Psychologija teoretyczna.

- a) referaty z psychofizjologii,
- b) „ z psychofizyki,
- c) „ z psychologii porównawczej,
- d) „ z etnopsychologii (Völkerpsychologie).
- e) „ z psychopatologii (ze stanowiska teoretycznego).

#### II. Psychologija stosowana.

- a) referaty z zakresu stosowań psychologii do celów pedagogicznych,
- b) referaty o stanie psychologii w szkołach i używanych podręcznikach.

#### III. Kwestyja dotychczasowego u nas stanu i rozwoju psychologii.

Tematy do sekcji psychologicznej mają być przesyłane pod adresem prof. Cybulskiego: Kraków, Szczepańska 11.

— W Tomaszowie Rawskim otwarty został szpital pod nazwą ś-go Stanisława. Głównym inicjatorem budowy był Dr. Rode, oraz pp. Jeremjew, hr. Ostrowski, pastor Biederman. Funduszków dostarczyli obywatele miejscowi.

Szpital posiada 10 łózek etatowych (urządono całkowicie 20). Kierownikiem szpitala będzie Dr. Rode, którego tymczasowo zastępuje Dr. Pisarzewski. Tomaszów liczy 18 tysięcy mieszkańców.

## NEKROLOGIJA.

## Prof. Henryk Łuczkiwicz.

Miesiąc bieżący znowu zrobił szczerbę pośród nielicznego już dziś grona profesorów b. akademii medyko-chirurgicznej: w d. 6 b. m. rozstał się z tym światem Henryk Łuczkiwicz.

Zmarły był jednym z najplodniejszych naszych pisarzy, nie przeszło roku, aby nie wydał prac kilku, czy też nie napisał szeregu artykułów do pism miejscowych. Piśmiennictwo pochaniało, rzec by można, Łuczkiwiczowi czas cały, a oddawał mu się z zamiłowaniem i pilnością. W r. 1862 był redaktorem Pam. tow. lek. warsz., w 4 lata później spotykamy go na stanowisku redaktora Gazety lekarskiej, a pismo to prowadził z 3 letnią przerwą do roku 1880. Niezależnie od tego był stałym i pożytecznym współpracownikiem Biblioteki um. lekarsk., or: z Przeglądu postęp. nauk. lek., Medycyny i in.

Jako popularyzator wiedzy lekarskiej cieszył się szerokiem uznaniem od lat wielu prowadził dział lekarski w „Kłosach“, nadto zasiliał swem piórem Kuryjer warszawski, Wiek, Ognisko domowe, Gaz. war. i wiele in.

Jeżeli do tej pracy redaktorsko-publicystycznej dodamy cały szereg prac oryginalnych bądź ściśle naukowych, bądź też popularnych, oraz szereg tłumaczeń z greckiego i niemieckiego, zdumieć się zaiste wypadnie nad tym ogromem pracy. Cels, Hippokrates znaleźli w nim nie tylko wybornego tłumacza, ale interpretatora niezrównanego, filozoficznie wykształcony umysł zmarłego umiał się nagiąć do ówczesnych pojęć a zarazem dać zrozumiały przekład czytelnikom. Nadto tłumaczył Ziemsena, Hygijenę Oesterlena, redagował przekład higieny Flüggięgo, historję medycyny Hasera. Z prac oryginalnych większych zaznaczyć wypada: kurs medycyny praktycznej w który weszły choroby serca i narządu nerwowego. Pogląd na rozwój nauki lekarskiej w XIX w., Kurs propedeutyki lekarskiej, Dyagnostyka chorób sercowych i t. p, oraz cały szereg spostrzeżeń kazuistycznych, ogłaszanych w Tygodniku lek., Gazecie lek., Pamiętn. towarz. lek. i Medycynie.

Zmarły urodził się w Peresbie w Galicyi w 1826 r. Szkoły i wydział filozoficzny kończył we Lwowie, nauk lekarskich słuchał w Wiedniu, Pradze i Krakowie, gdzie w roku 1852 po obronie rozprawy „O higienicznym urządzeniu zakładów dobroczynnych“ otrzymał stopień doktora medycyny; stopień doktora chirurgii otrzymał w trzy lata później za rozprawę „O zmiążdżeniach“. Od r. 1852—1855 był adjunktem w klinice prof. Dietla, w roku 1855 osiedlił się w Królestwie, gdzie pierwsze lata p. o. ordynatora szpitala w Wilanowie, a następne w Chełmie. W roku 1860 został mianowany docentem akademii med.-chir. w Warszawie na katedrze historii medycyny, a jednocześnie pełnił obowiązki ordynatora szpitala Ewan gielickiego. Od r. 1864 już w b. szkole głównej, a następnie i uniwersytecie wykładał patologiję ogólną, w r. 1883 został profesorem zwyczajnym, a w roku 1886 opuścił katedrę.

Jako profesor odznaczał się zaletami niepospolitemi, wykładał zawsze jasno a łączył krytyczną ocenę rozmaitych teoryi z erudycją gruntowną. Wymowa pomagała mu wiele w wykładzie i ujmowała mu serca słuchaczy. W ostatnich dopiero czasach rozdzwięk między nim a słuchaczami stawał się coraz większy, zmarły nie mógł pogodzić się z bakterjologiją i przypy-

sywaniu drobnoustrojom roli wybitnej w przyczynach chorób zakaźnych...

Zmarły należał do najstarszych członków tutejszego towarzystwa lekarskiego (od r. 1857), nadto był członkiem towarzystwa wileńskiego, polskiego i tow. nauk w Krakowie.

Jako obywatel kraju, lekarz, profesor i literat zasłużył się społeczeństwu w ciągu 65-letniego życia. To też na świeżo zamkniętą trumnę rzucałymy garść ziemi ojczystej, dla której zmarły lat tyle pracował. J. Z.

Zmarli:

- W Buda-Peszczie *E. Jendrassik* prof. fizjologii.
- W Wiedniu prof. *Braun*, znakomity ginekolog i akuszer.
- W Luhlunie *Rymarkiewicz* lekarz homeopata.

## Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lekarskich polskich.

MARZEC 1891.

*L. Leszczyński*. Przypadek zranienia pęcherza moczowego przy herniotomii. (G. L.).

*Prof. M. Nencki*. Kwasy mleczne izomeryczne, jako środek rozpoznawczy poszczególnych grzybków rozsączkowych. (G. L.).

*W. Bruner*. O działaniu oreksyny. (G. L.).

*K. Chelchowski*. O leczeniu gruźlicy płynem Kocha. (G. L.).

*S. Mintz*. Przypadek Gastritidis phlegmonosae diffusae w przebiegu raka żołądka. (G. L.)

*L. Kryński*. Przyczynek do zachowania się laseczników gruźliczych w lupus pod wpływem płynu Kocha. (P. L.).

*Świątkiewicz*. Leczenie wilka skóry limfą Kocha. (P. L.).

*Doc. E. Finger*. Rzut oka na obecny stan nauki o rzeżączce męskich narządów płciowych i na jej stosunek do impotencji i niepłodności u mężczyzn. (P. L.).

*E. Machek*. O gruźlicy tęczówki. (P. L.).

*Bednarski*. Niezwykły przypadek zranienia. (P. L.).

*D. Sędziak*. O zboczeniach przegrody nosa. (P. L.).

*Prof. Adamkiewicz*. Zasady racjonalnego łączenia nowotworów złośliwych (raków). (P. L.).

*E. Borzęcki*. O leczeniu rzeżączki u kobiet. (P. L.).

*B. Wicherkiewicz*. Skuteczny środek przeciw wypryskowi jodoformowemu. (N. L.).

*J. Starkman*. Coitus reservatus. (Med.).

## Nadesłano do Redakcyi.

*J. Zawadzki*. Rozbiór chemiczny soku trzustkowego czystego. Odb. z Gaz. Lek.

*J. Zawadzki*. Urorozaina i jej pochodzenie. Odb. z Gaz. L. 1891.

*S. Mintz*. Einige Bemerkungen über die Methoden zur quantitativen Bestimmung der freien Salzsäure im Mageninhalt. Odb. z Wien. klin. Woch. 1891.

*N. Warman.* Ein Todesfall nach Massage b. e. acuten Dermatonie. Odb. z Ther. Monatsh. 1891.

*A. Chelmoński.* Ueber den Einfluss acuten fieberhafter Erkrankungen auf d. Verlauf d. chr. Lungen-Tuberculose. Odb. z Deut. Med. W. 1891.

DySSERTACYE doktorskie z Akademii medyczej w Petersburgu za lata 1888, 1889, 1890.

*Dr. med. Sokołowski.* Einige Bemerkungen über den Zusammenhang zwischen der arthritischen Diathese u. d. Lungentuberculose. Odb. z Deut. Arch. f. kl. med.

*Dr. med. Sokołowski.* Des formes larvées de la tuberculose laryngée. Havre, Steinheil, ed.

Pamiętnik 1-go Zjazdu chirurgów polskich w r. 1889. Kraków 1890

## Odpowiedzi od Redakcyi.

— *Kol. R. w Suwałkach.* Współczynnik urotoksyczny jest to ułamek (dla zdrowego organizmu o. 4645), przez który należy pomnożyć ilość kilogramów danej żyjącej materyi, aby otrzymać ilość toksycznych jednostek wydzielanych z organizmu w ciągu 24 g. Jednostką zaś trującą urotocie nazywa Bouchard (Leçons sur les autointoxications) ilość trujących substancji wydzielanych z moczem, która może zniszczyć 1 kilogram żyjącej materyi. Szczegóły odnoszące się do tej kwestyi znajdzie Szanowny kolega w artykule Dr. Pruszyńskiego: „o leutomainach“, wydrukowanym w Wiad. Farm. (r. 1890 N. 6 i 7).

Do nr. bieżąc. do art. Dr. Goldflama dodaje się tab. genealogiczna.

## OGŁOSZENIA.

**Dr. M. JAKOWSKI**, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych. Ulica Wspólna Nr. 42.

**Doktor A. Podolski**

DENTYSTA

Marszałkowska Nr. 136.

Przyjmuje od 10 rano do 5 po południu.

24—3

**Dr. LEONARD LESZCZYŃSKI**

ordynator klin. chirurg. Czysa N. 6, przyjmuje z chorobami szcęk i zębów od 11 do 5. Gabinet dentystyczny, plombowanie, zęby sztuczne, obturatory i replantacja.

12—3

**Dr. Michał Kaufmann**  
praktykuje w Marienbadzie

Willa Lissa

W odpowiednich razach łączy kuracyję zdrojową z mięsieniem (massage), które sam wykonywa.

3—1

Wydawca:  
Dr. K. Sierpiński.

Numer wyszedł d. 25 Kwietnia.

Redaktor:  
Dr. O. Hewelke.

**Dr. Józef Tugendhat**  
podczas sezonu praktykuje  
w Karlsbadzie

Mühlbadgasse dom Kettenbrücke.

5—1

---

DENTYSTA

**J. BAUMGART**

Marszałkowska Nr. 148, Zielony Plac Nr. 13. 3—3

---

**Dentysta L. Szwarcmacher**

przyjmuje od 10 do 6. Choroby zębów, plombowanie, zęby sztuczne. Żabia Nr. 9 róg Bankowego Placu. 6—2

---

DOM ZDROWIA

**D-ra K. Dobrskiego**

10. Aleja Róż 10.

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem obłąkanych), mieści się w osobnym odpowiednio do celu urządzonym domu.

Każdy chory zajmuje pokój oddzielny. Chorym towarzyszyć mogą osoby zdrowe. W razie potrzeby, zupełna tajemnica zapewnioną być może.

Za ryczałtową, dzienną opłatą, chory otrzymuje: mieszkanie, jedzenie, światło, opał, usługę oraz pomoc felczerską, lekarstwa, opatrunki, kąpiele. Wysokość opłaty, zależną jest w każdym przypadku od rodzaju cierpienia i obszerności zajmowanego pokoju.

O warunkach przyjęcia i pobytu w zakładzie wiadomość u **D-ra K. Dobrskiego**, Królewska 10, od 8 do 9 rano i od 4 do 6 po południu.

---

**Zakopane Jaszczurówka**

W dniu 1 Czerwca zostanie otwartym zakład wodo-leczniczy z uwzględnieniem gimnastyki, massażu i elektroterapii.

Kierownik Zakładu

**Dr. Chwistek**

2—2

Lekarz stacyi klimatycznej.

# ZAKŁAD LECZNICZY GYNEKOLOGICZNY

Drów Boryssowicza, Fickiego, Gromadzkiego,  
Kaplińskiego, Kuniewicza, Rogowicza,  
Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera,

Przyjmuje na stałe pomieszczenie i leczenie osoby dotknięte cierpieniami właściwymi kobietom, za opłatą dzienną w oddziale I: dla niezamożnych chorych od 50 kop., w oddziale II: dla chorych zamożniejszych od 3 rs. Nadto właściciele zakładu udzielają codziennie od godziny 1—3 po południu poradę lekarską dla przychodzących niezamożnych chorych po 30 kop.

---

## W ZAKŁADZIE LECZNICZYM

DLA CHORYCH CHIRURGICZNYCH

D-rów A. GRÜNBAUMA i S. CENTNERSZWERA

Nowolipki 25

przyjmuje się pacjentów, kwalifikujących się do operacji, na stałe pomieszczenie. Dla internów izraelitów pokarmy przygotowują się ściśle podług przepisów rytualnych. O warunkach przyjęcia można się dowiedzieć w kancelaryi zakładu od 9—11 rano. 6—3

---

## Laboratoryjum środków odżywczych

W. H E B D Y.

WARSZAWA

Aleja Jerozolimska Nr. 80.

Poleca **odżywcze środki** dla rekonwalescentów dzieci i osób wycieńczonych, mianowicie **sok mięsny świeży** niezawodny środek wzmacniający i lekko strawny, **wyciąg trzustkowy** przepisu d-ra M. Rajchmana, **proszek mięsny Racohout des Arabes** nadzwyczaj smaczny i posilny napój, **kawę leczniczą**, **kakao słodowe**, **kaszkę posilną** i **Lipanine**, czyli tran, bez wstrętnego smaku tranu.

---

M. LIPIEC

SKŁAD MATERYJAŁÓW APTECZNYCH I FARB

ulica Nalewki Nr. 24, w Warszawie. 12—3



# APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

## D<sup>R</sup> T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejący.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

---

## SKŁAD

### MATERYAŁÓW APTECZNYCH

# Wiktora Waligórskiego

Nowy Świat Nr. 38 w Warszawie

ma zaszczyt polecić:

Materyały apteczne.—Przetwory chemiczne.—Specyalia zagraniczne.—Specyalia wyrobu aptekarza A. Rakowskiego.—Przedmioty opatrunkowe.

**Wody mineralne naturalne i sztuczne.**

PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCUSKIE.

# DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH

Koncesjonowane przez  
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach  
hygieniczno-lekarskich



## EKSTRAKT I KARMELKI „LELIWA”

Przygotowane podług wskazań Lekarzy i Chemików, pewniej-  
sze i 50% tańsze od zagranicznych. Flaszka ekstraktu miodowo-  
ziołowo-słodowego kop. 75, tegoż ekstraktu z dodaniem chinu  
lub żelaza i chinu rs. 1. Paczka karmelków kop. 15. Wyłączna  
sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.

**TERMOMETRY** maksymalne sprawdzone przez W. prof.  
Boguskiego poleca optyk i mechanik

**J. MILLER**

Nowy Świat 7.

6 - 4



## SIMON i STECKI

Główny Skład Win i Trunków Zagranicznych

w WARSZAWIE

Krakowskie-Przedmieście 38

oraz

Filije: Nowy Świat 15 i Elektoralna 5

Polecają WW. panom lekarzom dla chorych i rekonwalescentów:

Prawdziwe koniaki kuracyjne sprowadzone z najlepszych  
domów francuzkich, wina lecznicze, jako to: stare węgierskie wy-  
trawne i maślacze, francuzkie białe i czerwone dobrze odleżałe,  
starą malagę na różne ceny, Vermuth de Turin, wina St. Raphael  
i inne, oraz wszelkie likiery zagraniczne, po cenach umiarkowa-  
nych. Szczególną uwagę zwracamy na wino kuracyjne Vermouth  
de Turin zalecane w ostatnim czasie przez zagraniczne powagi le-  
karskie bardzo skutecznie przeciw **influenzy**.

Za dobroć i prawdziwość wszystkich powyższych win i trun-  
ków firma poręcza.

12—12

# APTEKA

I

## SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

# M. BARCZA

w WARSZAWIE

*94 Marszałkowska 94.*

Jest stale zaopatrywaną we wszelkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

---

## „SALVATOR”

W celu uprzystępnienia kupującym znanego ze swej skuteczności plastru na odciski Salvator, począwszy od Lutego cenę jego zniżamy z 40 kop. na 35. Biorącym tuzinami odstępuje się 33<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Główny skład i wyrób przy aptece W. Borowskiego. Przejazd w Warszawie. 6—3

---

## CHLOROFORMIUM PURISSIMUM

DO OPERACYI

oczyszczony według sposobu prof. N. Mentiena

w laboratoryjum apteki

### H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska Nr. 133, róg Ś-to Krzyżkiej w Warszawie.

Funt rs. dwa—pół funta rs. jeden.

# J. RUTKOWSKI

## A P T E K A i P R A C O W N I A

CHEMIGENO - FARMACEUTYCZNA

w WARSZAWIE

ulica Długa Nr. 16. — Telefonu Nr. 155.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne. Nowe środki lekarskie. Barwniki d-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie przetwory używane do badań mikroskopowych. Naczynia i przyrządy pomocnicze, jako to: szkiełka przedmiotowe i przykrywkowe, szkiełka zegarkowe, miseczki do preparatów i t. p.

**Wina lecznicze.**

20—12

## SZCZAWNICA MIEDZIUS

Zakład Hydropatyczny (trzy lata istniejący).

Otwarty 20 Maja do 30 Września 1891 r.

został ponownie rozszerzony i ulepszony, podług systemu prof. Winternitza. Kierować zakładem będzie Dr. I. Kończkowski, który uzupełnił swoje wiadomości w dziedzinie hydroterapii nowożytnej w Wiedniu i Berlinie.

Prospekta na żądanie wysyła zarząd.

**I. Żochowski.**

Zarządca Zakładu.

**Dr. I. Kończkowski.**

Właściciel i kierownik zakładu.

(2393)—9—2

AJENCYJA HANDLOWA

## W. TRYNISZEWSKI i S-ka

Warszawa, Senatorska 8, kantor wprost bramy

polecają nowo-wprowadzoną **HERBATĘ CHIŃSKĄ** w cenie po 2 rs. za funt.

Mając bezpośredni stosunek z plantatorami w Chinach, a przytem zadawalniając się skromnym zyskiem, Agencja położyła główny nacisk na dobroć i taniość towaru, tak że stóunkowo do wysokiego gatunku, herbata naszej firmy jest bezzaprzeczenia najtańszą. Wsparci gruntowną znajomością rzeczy i pojmując zadanie kupca, jako obowiązek obywatelski, mamy nadzieję zjednać sobie zaufanie i poparcie naszych ucziwych dążności. Sprzedaż odbywa się w **Kantorze** Zamówienia z prowincyi uskutecznią się bezzwłocznie, a biorącym od 5 funtów, opakowanie i porto **gratis**.

12—3

# SKŁAD ZEGARKÓW PIOTRA SMAŁEĆ

w Warszawie, Mazowiecka Nr. 2.



Otrzymał wielki wybór zegarków najnowszych konstrukcyi jak: sekundowe i sekundowe z kontrolą, repetyery, chronografy i bijące minuty. Remontoiry tygodniowe, budziki, kieszonkowe (pamiętniki) i t. p.

Reparacyje najzawilszych konstrukcyi zegarków jak i zegarów starannie, tanio, z gwarancyją dwuletnią.

**ГОРЯЧОН**  
APTEKARZ  
**K. LEROWSKI**  
87 Marszałkowska 87  
Z pozwolenia Departamentu Medycznego  
WYRABIA  
**ГОРЯЧОН**  
niezawodny przeciw rzerzącce  
Cena fl.: rs. 1.  
**ГОРЯЧОН**

ROK XXVI.

## GAZETA LEKARSKA

Pismo tygodniowe, poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej, wychodzić będzie w roku 1891, a 26-ym od założenia Gazety, według tegoż samego programu jak dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiej zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty: w Warszawie rocznie r. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. **Wł. Gajkiewicz** (Marszałkowska 115).

Wydawca: Dr. **St. Kondratowicz** (Marszałkowska 119).

# ODCZYTY KLINICZNE

(Zbiór wykładów tłumaczonych i oryginalnych, poświęconych  
przeważnie medycynie praktycznej),

wydawane przez

**Redakcyję Gazety Lekarskiej,**

wychodzą w odstępach miesięcznych, objętości średnio 2 arkusze druku  
**Dotychczas wyszły:**

1. *Heubner*. Dyfteryt szkarlatynowy i jego leczenie.
2. *Struempell*. Nerwice pochodzenia traumatycznego.
- 3 i 4. *Loewenfeld*. Nowoczesne metody leczenia neurastenii i histeryi.
5. { *Dührssen*. O pomocy akuszeryjnej w przypadkach zwężeń miednicy.  
    *Schauta*. O leczeniu tyło-pochylenia i tyło-zgięcia macicy.
6. *Hertz*. Gruźlica płuc u dzieci.
7. *Sattler*. O stosunku narządu wzroku do cierpień ogólnych organizmu.
8. *Krówczyński*. Leczenie trypra ostrego i przewlekłego.
- 9 i 10. *Oertel*. Dyjetetyczne i mechaniczne leczenie chorób serca.
11. *Matlakowski*. Tegoczesny sposób operowania raka sutki.
12. *Unverricht*. Metody terapeutyczne w medycynie wewnętrznej.

**W r. 1890.**

13. *Sokołowski*. Skryte postacie suchot płucnych.
14. *Dührssen*. Leczenie krwotoków poporodowych.
- 15, 16 i 17. *Beard*. Neurastenija, jej objawy, istota, skutki i leczenie.

**Następujące zeszyty zawierać będą:**

*Gajkiewicz*. Przymiot układu nerwowego.

*Elsenberg*. Leczenie przymiotu i. t. d.

Cena pojedynczego zeszytu kop. 30. Nadsyłający z góry pieniądze za 12  
zeszytów płaci tylko rs. 3.

Nabywać można

w ADMINISTRACYI GAZETY LEKARSKIEJ (Marszałkowska N. 119)  
i we wszystkich księgarniach.

---

## PAMIĘTNIK

## TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

## WARSZAWSKIEGO

Wydawany nakładem tegoż Towarzystwa pod redakcyją  
Fr. Jawdyńskiego, wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych, obejmujących mniej więcej po 10 arkuszy druku, w miarę potrzeby z drzeworytami i tablicami. Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów tak w Warszawie jak i na prowincyi z odnośzeniem i przesyłką, wynosi rocznie rs. 3. Prenumerować można w redakcyi Pamiętnika (Chłodna 8), we wszystkich redakcyjach pism lekarskich warszawskich, oraz we wszystkich księgarniach i agenturach Spółki kolportacyjnej; w Austrii przedpłata wynosi 4 zr.

# JAN KRZYKOWSKI

## OPTYK ELEKTROTECHNIK

Marszałkowska Nr. 109

poleca:

Aparaty elektryczne wszelkich systemów własnego wyrobu, jako też skutecznie pod gwarancją reperacyjną takowych.

**Wyrabia i urządza dzwonki elektryczne.**

**Posiada na składzie:**

Szklą, okulary, nanośniki, termometra lekarskie, inhalatory, respiratory, irygatory, szpryce, paski rapturowe i t. p. przedmioty w wielkim wyborze.

**Specjalne szpryczki do lewatyw glicerynowych.**

Środki opatrunkowe i bandaże po cenach fabrycznych.

**Uwaga.** Wykonywa wszelkiego rodzaju roboty w zakresie techniki lekarskiej wchodzące ściśle według przedstawionych wzorów i planów rysunkowych.

Znane ze swej dokładności i taniości termometra maksymalne nadeszły w wielkiej ilości.

---

Rok XIX—1891.

# MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

dla lekarzy — praktyków

redagowane i wydawane przez

**D-ra Gustawa Fritsche.**

Wychodzi w każdą sobotę i zawiera następujące działy:

1) Spostrzeżenia z klinik, szpitali, zakładów leczniczych i praktyki prywatnej. 2) Kazystrykę lekarską i sądowo-lekarską. 3) Medycynę społeczną. 4) Wykłady kliniczne. 5) Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. 6) Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. 7) Korespondencje z kraju i zagranicy. 8) Streszczenia i wyciągi z pism lekarskich cudzoziemskich. 9) Wiadomości z Medycyny publicznej i Statystyki lekarskiej. 10) Kronikę zagraniczną, krajową i miejscową. 11) Przegląd bibliograficzny. Wspomnienia pośmiertne i t. p.

Przedpłata wynosi: W Warszawie z odnośzeniem do mieszkania rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50. — Na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą z przesyłką pocztową rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, aleje Jerozolimskie Nr. 80.

# ZDROWIE

Pismo miesięczne (specjalne) poświęcone higienie  
pod redakcją **J. POLAKA.**

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	Na prowincyi i w Cesarstwie:
rocznie. . . rs. 4	rocznie. . . rs. 5
półrocznie. . . „ 2	półrocznie. . . „ 2 kop. 50

Adres redakcyi: **25 Ś-to Krzyska, w Warszawie.**

W Austrii prenumerować można w Administracyi „Przeglądu lekarskiego”  
w Krakowie, lub u Protomejdyka, d-ra Merunowicza (12, Piekarska) we Lwowie.

## ZASADY HYGIENY

przez prof. **FLÜGGE'GO.**

Przełożone na język polski i wydane staraniem redakcyi „Zdrowia” (prze-  
kład zbiorowy). Dzieło to przeznaczone specjalnie dla lekarzy i studentów me-  
dycyny, stanowi pierwsze vade mecum nowoczesnej higieny w naszym języku, za-  
wiera blisko czterdzieści arkuszy druku, kosztuje zaś tylko 3 rs 50 kop. w War-  
szawie, 4 ruble na prowincyi (z przesyłką), zaś dla prenumeratorów „Zdrowia”  
2 ruble w redakcyi i 2 rs. 50 kop. z przesyłką.

## INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ

**D-rów MĄCZEWSKIEGO i K. SIERPIŃSKIEGO**

Marszałkowska Nr. 116

Posiada zawsze świeżą krowiankę.

## KSIEGARNIA GEBETHNERA I WOLFFA

w Warszawie,

poleca następujące nowe dzieła:

Boehm R., Lehrbuch der allg. und speciellen Arzneiverordnungshlehre. 2. Aufl. . . . .	4. 05
Bourget (le D).—Manuel de chimie clinique. Analyse de l'urine, des calculs, concrétions et sédiments, etc. . . . .	1. 40
Chiari, S., Ueber die Genese der sogenannten Atherocysten der Haut und des Unterhautzellgewebes. Mit. 3 Taf. . . . .	— 90
Crinon (C).—Revue des médicaments nouveaux et de quelques medi- cations nouvelles. 2 edition, revue et augmentée . . . .	1. 40
Duplay (S). et Paul Reclus.—Traite de chirurgie. Tome IV., par MM. Delens, Duplay, Gerard-Marchant, avec 336 fig. . . .	7. 20
Ebersold, F., Nährgehalt der Nahrungsmittel. Farbige Taf. qu. Fol. F. M.—90. . . . .	— 40