

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Objawy oftalmoskopowe przy gruźliczych cierpieniach opon mózgowych.

podał

Dr. Med. **Br. Ziemiński.**

(Dokończenie).

Ważną domieszkę w cieczy mózgowej stanowić mogą prócz substancyj, działających czysto chemicznie, i pierwiastki pasorzytne, jak o tem przekonać się można w przypadkach ropni mózgu, a nie mniej dobitnie w przypadkach zapalenia opon mózgowych gruźliczego zwłaszcza pochodzenia.

Jakkolwiek, po ogłoszeniu pracy Deutschmanna, powstawanie zapalenia tarczy wzrokowej skutkiem obecności pierwiastków zapalenio-twórczych stało się prawdopodobnem, nie należy jednak zapominać, że tych pierwiastków dotąd nie zdołano wykryć w cieczy mózgo-rdzeniowej. Wywody Deutschmann'a poddane też zostały ścisłej i trafnej krytyce tak poważnego badacza na tem polu, jakim jest Manz ¹⁾, którego sąd w tym przedmiocie mocno zachwiał tę niezmiernie ponętną i pozornie na pewnych naukowych danych opartą teorię. Skoro by w mowie będąca teoria miała być prawdziwą, w takim razie objawy uwięźnienia tarczy nerwu (incarceratio papillae) winny by o wiele częściej i o wiele wyraźniej występować w przypadkach gruźlicy, choroby par excellence zakaźnej, aniżeli w przypadkach istnienia guzów niegruźliczych, a tak nie jest. Rzadko kiedy też spotyka się t. z. Stauungspapille u chorych, dotkniętych ropniem mózgowia.

¹⁾ Ueber die symptomatische Neuritis optica. (XIII. Wandervers. südwestd. Neurologen u. Irrenärzte). Arch. f. Psych. u. Nervenkr., XX, 2. p. 567. et Ueber Neuritis optica bei Gehirnkrankheiten. Münch. med. Wochenschr. 1888 p. 531.

Skutki omawianych cierpień nerwu i siatkówki dają się wyświecić za pomocą każdej z podanych teoryj. Skoro ustąpią objawy ucisku, puchliny i uwięźnienia nerwu, wszystko może wrócić do stanu normalnego; skoro zaś włókna nerwu poniosły szwank przy tym ucisku, wówczas pewna ich ilość staje się nieczynną, toż samo może się wydarzyć, jeśliby sprawa zapalna wprost dotarła aż do pierwiastków szlachetnych samego nerwu.

Nad statystyką związku cierpień nerwu wzrokowego z cierpieniami gruźliczemi opon mózgowych pracowali Heinzel, Clifford Albutt, Garlick, Wortmann, Money i inni.

Heinzel¹⁾ na podstawie badań, dokonanych u dzieci, ogłosił w r. 1875 odpowiedni wykaz statystyczny, nadmieniając przy tem, że w przypadkach, w których na dnie oka zauważono zmiany chorobowe, objawy te były obustronne. Badacz ten wykazał, iż na 31 przypadków Meningit. tubercul. 4 razy istniało przekrwienie, 3 razy zaś zanik tarczy wzrokowej, a 20 razy zapalenie nerwu wraz z siatkówką; dalej stwierdził on, iż na 10 przypadków Meningit. tubercul. cerebri, przy spólczesnem istnieniu ostrej gruźlicy w innych organach, wykryto 4 razy Neuro-retinitis, a 3 razy Atroph. N. optici. Garlick²⁾ twierdzi, że w 80% przypadków Meningit. tubercul. cerebri występują objawy oftalmoskopowe pod postacią, czy to zapalenia nerwu, czy też prostego rozszerzenia żył siatkówki. Clifford Albutt w 38 przypadkach—sposzrzegał 28 razy zmiany na dnie oka. Wortmann³⁾ w 27 przypadkach Meningit. tubercul. znalazł 12 razy dno oka normalnem, 10 razy przekrwienie siatkówki, 4 razy zapalenie nerwu wzrokowego i 4 razy Atrophia optica postneuritica. Money⁴⁾ przekonał się, iż w 24 przypadkach gruźlicy u dzieci, z których u 22 istniało zapalenie opon mózgowych, 11 razy dostrzedz można było zapalenie nerwu wzrokowego, a 14 razy gruźelki w naczyniówce.

Gruźlicze zajęcie osłon mózgu wywołać może na dnie oka zapalenie nerwu samego, lub też zapalenie nerwu wraz z siatkówką, dalej zaburzenie w krążeniu—przekrwienie i objawy zastoinowe w tarczy wzrokowej, wreszcie per propaga-

1) Jahrb. f. Kinderheilkunde VIII. p. 33f.

2) Medico-chirurg. Transact. LXII. p. 44f.

3) Jahrb. f. Kinderheilkunde XX. p. 300.

4) Lancet II. p. 813. 1883.

tionem directam może stać się powodem gruźlicy naczyńki oka.

Autenrieth (1808) pierwszy anatomicznie opisał guzy gruzelkowe naczyńki, następnie w r. 1837 Noël Gueneau de Mussy zauważył przy oględzinach pośmiertnych przypadku uogólnionej gruźlicy obecność gruzelków w średniej powłokowej oka. Ich anatomiczną budowę zbadali Manz (1858), Cohnheim (1867), Poncet, Weiss, Haab, Michel, Schaefer i inni. Wykazali oni tożsamość natury gruzelków, napotykanych w naczyńkowce i gruzelków, usadowionych w innych częściach ustroju, oraz dowiedli, iż gruźlica naczyńki niejednokrotnie dopiero po wyłuszczeniu gałki daje się wykryć. Zdaniem Cohnheim'a gruźlica błony naczyńkowej ma być stałym objawem przy ostrej gruźlicy prosówkowej innych organów, zwłaszcza zaś przy zapaleniu gruźliczem osłon mózgowych.

W r. 1855 Jaeger pierwszy wykazał za pomocą wziernika istnienie gruźlicy naczyńki, rozpoznanie to zostało stwierdzone przy oględzinach pośmiertnych. Wkrótce potem Gałęzowski ogłosił dwa przypadki gruźlicy naczyńki, rozpoznane wziernikiem, jeden z kliniki Desmarres'a, drugi z oddziału szpitalnego Grisolle'a. Po tem jeszcze dokładniejsze opisy wyglądu wziernikowego gruzelków naczyńki, dostrzeżonych w przypadku ostrej uogólnionej gruźlicy podali Albr. von Graefe i Leber (1867). Następnie Bouchut ogłosił spostrzeżenie, dotyczące gruźlicy naczyńki przy gruźliczem zajęciu opon mózgu. Wreszcie ogłoszono jeszcze kilka spostrzeżeń, nie wiele różniących się od wyżej podanych, a w r. 1878 Dujardin—Beaumetz opublikował jeden przypadek gruźlicy naczyńki, powikłanej z zapaleniem nerwu i siatkówki—pacyjent nawiedzony był cierpieniem gruźliczem osłon mózgu.

O ile trudnem jest zupełne wyświecenie wyvodu chorobowego w przypadkach cierpień tarczy nerwu wzrokowego przy sprawach zapalnych opon mózgu, o tyle łatwem jest tu zrozumienie powstawania zapalenia gruźliczego naczyńki. Nie dziw bowiem, że w tej błonie ocznej, zarówno jak i w innych tkankach, obfitujących w naczynia, mogą zjawić się kolonije laseczników, pochodzących z organu, już dotkniętego gruzelkami: znając związek, jaki zachodzi między okiem a oponami mózgu, łatwo pojąć, iż gruzelki rozwinąć się mogą w naczyńkowce, skoro poprzednio usadowiły się w błonach mózgowych.

Z poprzedzającego zarysu historycznego widać, iż studjum, cierpienie dna oka, dostrzegalnych przez wziernik w przypadkach zapalenia opon mózgu, jest dosyć świeżej daty. Odkrycie Helmholtz'a spożytkowane więc zostało przez okulistów nasamprzód i to prawie wyłącznie dla zbadania zaburzeń, na dnie oka powstałych z innych przyczyn, a nie skutkiem zapalenia błon mózgowych.

W ostatnim dziesiątku lat nie wiele zajmowano się klinicznie tą sprawą: prócz rozprawy Bouchut'a (syna) i Chantemesse'a, prócz spostrzeżeń Panas'a, Coroënné'a, Webster'a i Deutschmann'a¹⁾ brak nam na razie dowodów w literaturze, iż by w omawianym przedmiocie więcej spostrzeżeń klinicznych—godnych zaznaczenia—ogłoszono.

Zdaje się, że w ostatnich czasach dosyć zaniedbano badanie wziernikowe w przypadkach zapalenia opon mózgowych, przekonać się o tem można, odczytując ostatnie w tym przedmiocie ogłoszone prace poważnych klinicystów, w których poprzestaje się na krótkiej wzmiance, a nieraz i nie wspomina o tym bezspornie nader cennym sposobie rozpoznawczym w wielu wątpliwych przypadkach cierpienia osłon mózgowych.

Zapalenie gruźlicze opon mózgu nacechowane jest obecnością gruzełków, rozsianych wzdłuż naczyń opony miękkiej; twory te bywają różnej objętości, począwszy od takich, które tylko drobnowidzem stwierdzić się dają aż do takich, które są wielkości małego guza; tkwią one w oponie mózgowej pojedynczo lub też grupami po kilka, nawet zbite w znacznej masie w pewnej okolicy tej błony; towarzyszą im zaburzenia w ściankach naczyń osłony mózgowej. Zarazem stwierdzić zwykle można wysięk—nie zawsze jednaki, co do ilości i co do jakości—w oponie miękkiej oraz w przestworach podpajęcznych i w komorach mózgowia; skoro go brak, może być tylko mowa o gruźlicy opon mózgu, lecz rozeznanie dokładne nieraz jest nader trudnem. Opona miękka bywa tu ściśle spojona z tkanką mózgu. Zazwyczaj czynność, a nieraz i utkanie mózgu, w pierwszej zaś linii istota korowa tegoż ulega zmianom chorobowym: właściwą też nazwą dla tej choroby jest Meningo-encephalitis lub

¹⁾ To spostrzeżenie dotyczy sprawy zapalnej u podstawy mózgu, sprawy nie zupełnie prostej, gdyż powikłanej ropniem mózgu.

Encephalo-meningitis. Rzezonny proces chorobowy mocno się różni w poszczególnych przypadkach: w jednym przeważa sprawa zapalna, w innym ziareczka gruźlicze.

Zmiany patologiczne właściwe omawianemu cierpieniu mogą tkwić—i tak najczęściej się zdarza—li-tylko u podstawy mózgu (Basalmeningitis). Ulubionem ich siedliskiem jest t. z. przestrzeń odnogowa (spatium interpedunculare) o kształcie skośnie czworokątnym, ograniczona z tyłu i od zewnątrz obiema odnogami mózgowymi, od przodu zaś szlakami wzrokowymi oraz ich skrzyżowaniem; tu znajduje się „hexagonum arteriale Willis'a“; w tejże okolicy istnieje pewien odstępek pomiędzy oponą pajęczą i oponą miękką—w ten sposób powstaje przestrzeń, nazwana dolno-przednim zlewem, do którego spływa część cieczy mózgo-rdzeniowej. W mowie będąca okolica podstawy mózgu jest obficie unaczyniona i stąd łatwo ulega sprawom zapalnym; tu najczęściej sadowią się zmiany chorobowe, dotyczące kory i opon mózgu: bez przesady rzec można, że przeszło 90⁰/₁₀₀ przypadków zapalenia błon mózgowych tkwi w tej przestrzeni. W wyjątkowych przypadkach gruźlicze zajęcie opon mózgu dotyczy okolicy półkul (Meningitis convexitatis), a i to rzadko kiedy samoistnie, zazwyczaj bowiem sprawa gruźlicza, uprzednio rozwinięta w błonie miękkiej u podstawy mózgu, rozszerza się w niej aż na półkule. Wreszcie omawiany proces chorobowy może być rozsiany kępkami—Meningite en plaques.

Ostatecznie wzmianka o sprawie nekrobiotycznej, niekiedy spostrzeganej w okolicy wzgórków wzrokowych oraz wzgórków prążkowanych uzupełni szkic pobieżny zmian chorobowych właściwych ostrym¹⁾ i przyostrym postaciom zapalenia gruźliczego opon mózgowych.

Skoro rzezone cierpienie przechodzi w stan chroniczny główną cechą patologiczną stanowią wysięki, uorganizowane w błony rzekome; spostrzega się to przeważnie u podstawy mózgu i wokół nerwów mózgowych; przytem istnieje miejscami zmętnienie i zgrubienie błony pajęczej.

* * *

Różnorodne bywają zmiany anatomiczne przy cierpieniu gruźliczem opon mózgowych. Różne formy rzezonych zmian wytwarzają różne obrazy kliniczne tego cierpienia,

¹⁾ Wyraźnie ostre formy gruźliczego cierpienia opon mózgowych stosunkowo nie nazbyt często wydarzają się.

o czym dosyć dobitnie przekonać się można, biorąc pod uwagę wyniki badań oftalmoskopowych w poszczególnych przypadkach omawianej choroby.

Rozpatrzmy nasamprzód zmiany chorobowe dna oka, towarzyszące gruźlicy opon mózgowych w ścisłym znaczeniu tej nazwy, t. j., w przypadkach, nacechowanych li-tylko obecnością dużych gruzelków w oponie miękkiej mózgu. W typowych okazach tego rodzaju, wspomniane twory, działając jak inne guzy wewnątrzczaszkowe, wywołują objawy śródoczne właściwe tym ostatnim. W tym razie też wizerunek zazwyczaj wykazuje w świeżo powstałych przypadkach istnienie *zastoiny żyłnej w tarczy nerwu wzrokowego* („Stauungspapille“, „Papilla incarcerata“) ze wszelkimi objawami zastoju żyłnego oraz przesączyny (Transsudat) w tarczy. Ta ostatnia—właściwie mówiąc, wierzchołek t. z. brodawki wzrokowej (Papillengipfel)—wystaje jak grzyb na $\frac{3}{4}$ mm.—z mm., a nawet i więcej ponad poziom siatkówki (Papillenbasis). Jej normalne granice są zatarte, zewsząd zwiększone skutkiem obrzmienia, zasłaniającego granice naczyńówki wokoło tarczy; nie widać ani śladu zarówno obrączki białkówki, jak i obrączki naczyńówki (Annulus sclerae et choroideae). Tarcza wydaje się szarą, szaro-czerwonawą lub mocno czerwoną; nieraz zabarwienie całej tarczy nie jest równomiernem: obok części silnie zaczerwienionej dostrzega się tu i owdzie wycinek szary lub szaro-niebieskawy, w innym razie miejscami widnieją na mocno czerwonej powierzchni tarczy zygzagowate prążki szarawe, szaro-niebieskawe lub białoniebieskie. W początkach, tarcza wzrokowa wygląda czysto, jest przeświecającą, posiada wygląd obrzękliny, następnie spostrzega się lekkie zamglenie w utkaniu nerwu, przy tem dojrzeć się daje drobne prążkowanie, odpowiadające promienistemu układowi fizjologicznemu pęczków włókien nerwu. Te prążki zmętniały nieco przekraczają normalne granice tarczy, zasłaniając je, a stąd tarcza wzrokowa wydaje się pozornie zwiększoną; skutkiem tegoż zmętnienia, nie widać normalnego rysunku tarczy, nie widać kanału środkowego i cętkowania właściwego blaszce sitowej. Szczególnie zwracają na się uwagę zmiany dostrzegalne w naczyniach, wprawdzie mało one dotyczą naczyń tętniczych, które w tym razie nie są kręte, lecz mniej lub więcej zwężone. Na wierzchołku obrzmiałej tarczy widzi się naczynia tętnicze, niekiedy jakby przez mgłę, a główny pień

tętnicy środkowej, położony w głębi, jest zawsze zasłonięty. Przy znaczniejszem zmętnieniu pierwsze rozgałęzienia głównego pnia zaledwie przeświecają. W razie wydatnego obrzmienia tętnica tak zostaje uciśniętą, że nawet, skoro brak zmętnienia, występuje ona pod postacią cieniuteńkiej czerwonej niteczki. Żyły siatkówki (które głębiej leżą niż tętnice) są znacznie rozszerzone, kręte i ciemne, niekiedy niebiesko-czerwone; pręgi, z odbicia światła od tych naczyń powstałe, są tu bardzo wyraźne; naczynia żyłne zachowują tenże wygląd i na błonie siatkowej, w której brak zresztą wszelkich zmian chorobowych, a przedewszystkiem zmętnienia. Na tarczy żyły mało są widoczne z powodu, iż ich zakręty leżą w różnych płaszczyznach, nieraz więc część żyły, zaginającej się z siatkówki ku tarczy obrzmiącej, jest wyraźnie dostrzegalną, następnie naczynie zanurza się w głąb tarczy, niekiedy znikając zupełnie, lub wreszcie, pnąc się jeszcze ku górze, ponownie przedstawia się oku badacza na samym wierzchołku obrzmienia; w takich razach żyły wydają się jakby miejscami poprzerywane. Niekiedy spostrzeżga się w obrębie obrzmiącej tarczy, a wyjątkowo i w najbliższem jej sąsiedztwie mniej lub więcej liczne wynaczynienia, które w okolicy wejścia nerwu wzrokowego mają postać podłużną, brzegi ich bywają prążczaste (w kierunku włókien nerwowych); podobnyż wygląd mają wynaczynienia w siatkówce, w pobliżu tarczy spotykane, lecz wówczas tylko, skoro tkwią w warstwie włókien nerwu wzrokowego. Wybroczyny krwawe, położone w warstwach zewnętrznych błony siatkowej, mają wygląd nieforemnych plam. W wyjątkowych przypadkach tak liczne mogą być wynaczynienia, że cała tarcza lub znaczna jej część wydaje się pod postacią krwawej lub czarnej plamy. Nadto zauważyć można niekiedy na tarczy lub obok niej mniejsze lub większe plamki białe połyskujące, nie ściśle odgraniczone i w części zasłaniające naczynia siatkówki. Zdarza się widzieć po brzegach plamek zazębienia w kształcie prążek (podobnie, jak przy t. z. *fibrae medullares*, „markhaltige Nervenfasern“). Te plamki powstają głównie skutkiem przeistoczeń chorobowych we włóknach nerwu ¹⁾.

¹⁾ Nie zbyt częstemi są przypadki, w których t. z. *Stauungspapille* wikła się z wyraźnie rozwiniętem obrzmieniem lub ze sprawą zapalną siatkówki. W tych przypadkach dokładne rozpoznanie winno brzmieć: *Papilla incarcerata cum Oedemate retinae* względnie *cum Retinitide*.

Przy lekkim ucisku, wywartym na gałkę oczną, wywołać się dają objawy w naczyniach, jakie w normalnych zresztą warunkach spowodować może dopiero znacznie silniejszy ucisk. Główne pnie żył szybko stają się bezkrwiste mi i występują jako drobne czerwone pasma. Bicie tętnicy siatkówkowej (Arterienpuls) staje się widocznem, objaw ten nieraz występuje i samodzielnie (t. j. bez wywierania ucisku na gałkę); jest on pod każdym względem—tak co do przebiegu, jak i co do formy oraz przyczyny—identycznym z takimże objawem, spotykanym w pewnych przypadkach jaskry. W obu razach powstaje on w skutek utrudnionego dopływu krwi do oka. Przy jaskrze powodem jest zwiększenie się napięcia gałki ocznej, a przy zastoinie żyłnej w tarczy wzrokowej objaw ten wynika skutkiem obrzmienia nerwu.

W dalszym przebiegu do typowego obrazu zastoju w tarczy wzrokowej (Stauungspapille) mogą niekiedy dołączyć się objawy zapalne w tarczy (Neuritis intra-ocularis = Papillitis). Zmianom wówczas widocznym na dnie oka nadać należy nazwę „*Stauungsneuritis*“. W tym razie tarcza nie bywa tak przezroczystą, jak przy prostym zastoju żylnym, zmętnienie w jej utkaniu występuje na pierwszy plan, przytem często spostrzega się wybroczyny krwawe oraz ogniska zwyrodnienia tłuszczowego.

Wyżej nakreślony typowy obraz wzornikowy uwięźnienia tarczy może przez czas dłuższy pozostawać bez zmiany, z czasem jednak wejście nerwu blednieje, zarysy tarczy wyraźniej występują, dochodzi ona następnie do normalnych rozmiarów, wreszcie zostaje wyraźnie odgraniczoną i przybiera odcień białawy ze ścięgnistym odblaskiem; drobne cętki, po niej porozrzucane, wskazują otworki, przez które przechodzą wiązki włókien nerwu wzrokowego; nadto w sąsiedztwie tarczy, w nieforemnym pasie spółśrodkowym z nią naczyniówka bywa ubarwioną. Naczynia są nieraz otoczone białymi rąbkami, co dowodzi zgrubienia pochewek naczyń. Jest to obraz t. z. *białego zaniku nerwu wzrokowego* („*weisse Atrophie*“). Skoro poprzednio istniały wybroczyny krwawe, to zostają one w zupełności wessane, nieraz jednak na samprzód przeistaczając się w plamki białe. Przy zwykłej niepowikłanej zastoinie w tarczy nastąpić może zupełne wyzdrowienie z uniknięciem sprawy zanikowej. W tym razie rozpoznać można przebyłą chorobę jedynie na podstawie

istnienia krętości naczyń w pewnym oddaleniu od tarczy, odpowiednio do granic obrzękliny, która poprzednio istniała. Po zupełnem ustąpieniu objawów chorobowych tętnice bywają często, lecz—nawet i przy zupełnem ociemnieniu—nie zawsze zwężone, żyły zaś mogą być zwykłej grubości.

Anatomiczne badanie wykazuje obrzmienie tarczy, istota nerwu skutkiem opuchliny napęczniała, a to o tyle znacznie, o ile się bada bliżej gałki; przestwór międzypochewkowy jest rozszerzony zwłaszcza tam, gdzie dochodzi do białkówki; zgrubienie nerwu ma postać bańki (Ampulle).

W mowie będące cierpienie jest zwykle obustronnem, może być jednak więcej wyraźnem po jednej stronie. Zboczenia czynnościowe, towarzyszące zmianom w tarczy wzrokowej, bywają w różnym stopniu rozwinięte: niekiedy brak nawet wszelkich zboczeń we wzroku, w innych zaś przypadkach stwierdza się zupełną ślepotę. Stwierdza się też mniej lub więcej zupełne przerwy w części pośrodkowej lub w obwodzie pola widzenia. Niektórzy pacjenci doznają zboczeń w uczuciu barw. Wreszcie winniśmy nadmienić, iż przy omawianem cierpieniu stan czynności wzrokowych nie zawsze odpowiada stanowi anatomicznemu: stosunek wprost odwrotny nieraz tu zachodzi.

Żrenice mogą być nieco lub znacznie rozszerzone, lecz nie zawsze jest to w związku ze stanem siły wzroku. Niedowład lub bezwład samego, często jednego tylko zwieracza żrenicy może być pochodzenia czysto ośrodkowego. Temu objawowi niekiedy towarzyszy porażenie nerwu okoruchowego, lub nerwu węchowego (anosmia). Nadto zwykle istnieje dotkliwy ból głowy, a nieraz połowicznie porażenie ciała lub odosobnione porażenie jednej kończyny, albo jednego z nerwów twarzowych. Czasem, zwłaszcza już w okresie zaniku nerwów wzrokowych, spotyka się wraz z wodogłowiem (Hydrocephalus internus) inny objaw, mianowicie, *stałe, lecz umiarkowane cieczenie z nosa*. W tego rodzaju przypadkach istnieć musi nieraz trudno dostrzegalna komunikacja między jamą czaszkową, a nosową: wcześniej już wytwarza się otworek w kostnej podstawie czaszki, następnie zaś pierwiastkowo istniejąca cienka błoniasta przegródka w obrębie kości klinowej lub sitowej przeciera się skutkiem ciągłego parcia cieczy mózgowej, w zbytnej obfitości wytworzonej.

Dotąd była mowa o objawach wziernikowych właściwie

zwanej grzlicy opon mózgowych, teraz rozpatrzmy zmiany widoczne na dnie oka przy zapaleniu grzliczem tychże błon. Wiemy już, iż sprawa zapalna dotyczy w tym razie opony naczyniowej u podstawy mózgu, a zwłaszcza okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych tudzież okolicy ich szlaków, zatem tkwi w sąsiedztwie t. z. „hexagonum Willis'a“. Czy zaś ta sprawa usadowiła się tylko u podstawy mózgu, czy nadto rozszerza się i na część opony, pokrywającą półkule mózgu: w obu razach niewątpliwie musi mieć pewien związek ze stanem patologicznym wewnątrzgałkowego zakończenia nerwu wzrokowego; na razie mniej prawdopodobnym wydaje się ten związek w przypadkach, w których sprawa zapalna dotyczy wyłącznie opony półkul.

Wygląd wziernikowy przy ostrem tudzież przy podostrem zapaleniu błony naczyniowej u podstawy mózgu bywa nieraz — zwłaszcza w samym początku rozwoju choroby — zupełnie normalny lub też istnieją objawy małoznaczne, jako to, lekkie zaczerwienienie tarczy, częściowe zamglenie jej granic i nieco wężykowaty przebieg naczyń, jednym słowem: objawy przekrwienia zastoinowego, żylnego (*Stauungshyperaemie*). W innych przypadkach występują objawy, które zdają się odpowiadać zmianom anatomicznym, powstałym w skutek rozszerzenia się sprawy zapalnej opon mózgowych na nerw wzrokowy, zmianom tym Iwanow dał nazwę *Retinitis circumpapillaris* (circumscripta ex Meningitide). W tym razie tarcza bywa mniej lub więcej zaczerwieniona, miejsce wejścia naczyń wyraźnie widzialne, żyły ciemne, trochę rozszerzone i kręte. Środek tarczy leży niekiedy trochę głębiej, pod poziomem przyległej części siatkówki, gdzie dostrzega się zmętnienie pod postacią jasno szarej obrączki, jak by wału, wystającego do koła tarczy. W innych razach to zmętnienie zajmuje znaczną przestrzeń na siatkówce, a wówczas żyły wydają się czarnemi; liczne odbłaski występują wzdłuż nich.

[Przy badaniu wziernikowem oczu pacjentów, dotkniętych zapaleniem grzliczem opon mózgowych, często zwraca na się uwagę szczególny blask, jakim tu się odznacza siatkówka; najczęściej i najwyraźniej dostrzega się go w przypadkach przekrwienia siatkówki, towarzyszącego grzlicy prosówkowej naczyniówki, toż samo zjawisko występuje też i w przypadkach zaniku oraz przy zastoinie w tarczy zwłaszcza, skoro te sprawy wikłają zapalenie grzlicze opon mózgu.

Połysek, a nieraz prawdziwie olśniewające odbłaski siatkówki mogą niekiedy być przyczyną mylnego rozpoznania, iż w danym razie istnieją prawdziwe plamki lub rozlane zmiany chorobowe w błonie siatkowej. Nie popadnie się jednak w ten błąd, zważywszy, jak dziwnie zmienne są one, jak co raz to w innym miejscu występują w miarę poruszeń oczu lub wzornika.

To *lśnienie siatkówki* nie może być uważanem za cechę wyłącznie przynależną pewnym cierpieniom ocznym natury gruźliczej, występuje ono bowiem—choć nie zawsze równie wyraźnie—i na dnie oczu zupełnie normalnych, zwłaszcza u dzieci i u osób dorastających. Tego rodzaju połyskujące odbłaski świetlne robią wrażenie jakby odbłasków od zmiętych listków złota albo srebra lub mają pozór, *jakby dnu oka nadano deseń mory (moir'e)*; najwydatniej dostrzedz je można wzdłuż naczyń szczególnie tętnicznych, jeśli pacjent przy badaniu porusza okiem. Odbłaski powstają na błonie granicznej wewnętrznej siatkówki (membrana limitans interna)—jak twierdzą niektórzy badacze, możebnem jest jednak, iż pewną rolę odgrywa tu warstwa włókienek nerwu wzrokowego].

Nieraz w początkowym okresie ostrego zapalenia błon mózgowych dostrzega się jedynie puchlinę błony siatkowej (*Oedema retinae*) wraz z wydatnymi objawami przekrwienia w jej naczyniach: skutkiem nasięku surowiczego powstaje znaczne zgrubienie siatkówki, która przybiera odcień szarawy, zwłaszcza w pobliżu wejścia nerwu wzrokowego, a stąd zarysy tarczy stają się mniej wyraźnymi lub niewidocznymi; przezroczystość błony siatkowej może być w zupełności zachowaną—dzięki temu przy wzornikowaniu mamy możliwość niewątpliwego rozeznania sprawy zapalnej siatkówki i jej puchliny. Silne obrzmienie tej błony wykazuje się głównie w znacznej wysokości łuków, jakie tworzą zagięcia naczyń żylnych. Dostrzegłszy takie zakręty naczyń żylnych, łatwo właściwie rozpoznać tę sprawę chorobową. Podane objawy mogą utrzymywać się przez czas pewien bez żadnej zmiany często jednak stanowią tylko pierwszy okres zmian chorobowych, jakie niebawem wystąpić mają.

Istotnego obrazu tarczy zastoinowej (Stanungspapile) zazwyczaj nie spotyka się w ostrych i przyostrych postaciach gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Natomiast często—zwłaszcza już nie w samym początku rozwoju tej choroby

daje się stwierdzić istnienie sprawy zapalnej, dotyczącej wyłączenie tarczy [*Neuritis intra-ocularis* vel *Papillitis*], lub wreszcie objawy zapalenia tarczy tudzież siatkówki [*Neuro—(Papillo—) Retinitis* vel *Neuritis descendens* (von Graefe)].

Obraz wzernikowy zapalenia samej tarczy wzrokowej przedstawia się w następujący sposób: tarcza *nieco* wystaje po nad poziom siatkówki, jest równomiernie zaczerwienioną lub jasno-szarą; zmętnienie nie przechodzi daleko po za wejście nerwu wzrokowego, granice tarczy nie są ściśle zarysowane; zmętnienie jest dosyć jednolitem, zwykle nie widać tu prążkowania. W obrębie tarczy występują liczne drobne naczynia. Tętnice są zwężone, niekiedy zaledwie dostrzedz je można; żyły są rozszerzone, mocno ciemne i kręte, miejscami wnikają w zmętniałe utkanie, a miejscami wynurzają się na powierzchni tarczy, w takich razach zdają się, jakby miejscami poprzerywane. Naczynia żyłne wydają się najciemniejszymi w miejscach ich zagięcia. Skutkiem nacieczenia zapalnego w tkance tarczy, główne pnie naczyń są albo zupełnie zasłonięte lub też tylko miejscami zamglone. W samym zmętnieniu nieraz dostrzega się plamki białe i smugi, z wysięku powstałe, a niekiedy też prążki wybroczynowe.

O ile więc w obrazie tarczy uwięzionej występują na pierwszy plan objawy zaburzenia w krążeniu, objawy prostego zastoju żylnego, o tyle w podanym obrazie zwracają na się uwagę objawy czysto zapalne, nadto jedną z głównych cech zapalenia tarczy wzrokowej (*Neuritis intra-ocularis*) jest obecność miernego obrzęku tarczy oraz brak rozlania zmętnienia siatkówki.

Zapalenie tarczy nader często powstaje w skutek ostrych i przyostrych spraw zapalnych gruźliczej natury, dotyczących opony nerwu wzrokowego (*Leptomeningitis tuberculosa n. optici acuta et subacuta*). W tym razie ilość guziczków gruźliczych nieraz bywa niezbyt wielką, a często nawet nasilenie objawów zapalnych nie pozostaje w żadnym stosunku do małej liczby gruzełków. Niekiedy twory te znajdują się w oponie twardej nerwu lub też na jej powierzchni wewnętrznej, a nawet w samym pniu nerwu wzdłuż wyrostków błony miękkiej (Piafortsaetze), tkwiąc między nimi a istotą, rdzeniową, którą w bok odpychają. Nie tak często widzi się pojedynczy guzek gruźliczy w głębszych warstwach blaszki sitowej lub też w innym miejscu przedniej połowy pnia nerwu w sąsiedztwie kanału dla naczyń, gdzie te two-

ry przystają do zewnętrznej pochewki tętnicy i żyły. Sądzić można, iż tak we wnętrzu czaszki, jako też w pniu nerwu wzrokowego oraz w jego pochewkach zakażenie gruźlicze może pozostawać czas pewien utajonem, w tym sensie, że małe guziczki mogą już wytworzyć się i czas jakiś rozwijać, aż nagle powstają objawy wybuchłej sprawy zapalnej. Do tego twierdzenia upoważnia niejednokrotnie stwierdzony fakt obecności guziczków gruźliczych w nerwie bez najmniejszych śladów zapalenia.

Dalej wspomnieć należy, iż zapalenie gruźlicze nerwu tudzież jego pochewek może wcześniej ujawnić się, zanim jeszcze objawy ze strony mózgu wystąpiły; sprawa chorobowa może nawet ograniczyć się na zajęciu nerwu wzrokowego i zanik tegoż nastąpić, a dopiero po wielu latach wybuchu niekiedy szybko postępujące zapalenie gruźlicze opon mózgowych lub też gruźlica innych organów zabija chorego.

Z powyższych danych wywnioskować można, iż cierpienie gruźlicze nerwu może istnieć po jednej tylko stronie, zazwyczaj atoli bywa obustronnem.

Tu ponownie zaznaczymy, że przy Meningitis tuberculosa basilaris przeważnie dotkniętą bywa okolica, w której krzyżują się nerwy wzrokowe, stąd też łatwo zrozumieć, iż sprawa zapalna bezpośrednio szerzy się wzdłuż osłon nerwu wzrokowego. W tym razie przy zmianach chorobowych u wejścia nerwu nieraz dostrzega się gruźelki w naczyniówce.

Badanie anatomiczne przypadków zapalenia tarczy wzrokowej wykazuje, prócz obecności tworów swoistych, zgrubienie i obrzmienie nerwu u śródcznego zakończenia tegoż, odsunięcie warstw ziarnistych w okolicy siatkówki, sąsiadującej z nerwem, a w obrębie utkania tarczy opuchlinę lub wysięk zapalny z rozpulchnieniem istoty nerwu; obfitość po części nowo-wytworzonych naczyń włosowatych, zgrubienie tkanki łącznej pochewek naczyń, zgrubienie włókien nerwowych skutkiem ich przerostu; w samym pniu nerwu wybujalność tkanki łącznej, zwiększenie jąder w komórkach, obfitość naczyń włosowatych, zapalenie onerwia (*Perineuritis* vel *Vaginitis nervi optici*), t. j., zmiany zapalne w osłonkach nerwu, bujanie śródbłonka i wysięk w przestworze międzyosłonkowym (*Scheidenhydrops*). Lecz nieraz brak lub nader skąpo tego wysięku.

Wreszcie przy badaniu wziernikowem spostrzega się obraz zapalenia tarczy i siatkówki (*Papillo-retinitis*). Nie mamy tu jednak na myśli zapalenia tarczy, zwykle towarzyszącego sprawom zapalnym błony siatkowej, w tym razie bowiem wziernik nie wykazuje, iżby tarcza sterczała po nad powierzchnią siatkówki. T. z. papillo-retinitis, występująca przy cierpieniach wewnątrzczaszkowych, a zwłaszcza w pewnych przypadkach chorobowego zajęcia opon mózgowych, odznacza się wyraźnym, ale umiarkowanym obrzękiem i zmętnieniem tarczy wzrokowej, przy czem i znaczna część sąsiedniej błony siatkowej jest zmętniała. Drobnie prążkowanie dostrzegalne na tarczy, zauważyć się też daje i w znacznym obszarze siatkówki: włókna nerwu występują tu w postaci jakby włosów, dobrze rozczesanych. Zmętnienie siatkówki zwykle nie dochodzi do jej granic obwodowych: najdalej w odległości trzy razy wziętej średnicy tarczy szare zmętnienie siatkówki znika. W zmętniałej okolicy błony siatkowej spostrzega się białe lub biało-żółtawe plamy, nieco połyskujące, a w koło plamki żółtej widzimy niekiedy wieniec biało nakrapiany. Tętnice biegną prosto, w siatkówce są zwykle zasłonięte. Żyły mają przebieg wężykowaty i są szerokie; głębiej położone zagięcia tych naczyń bywają zamglone lub też nie są widzialne. W dodatku czasem występują wybroczyny krwawe na dnie oka.

Przeto nazwę neuro-(papillo-) retinitis nadaje się obrazowi wziernikowemu, w którym dostrzega się zmętnienie tudzież mierne obrzmienie tarczy nerwu wzrokowego wraz ze zmętnieniem, rozlanem na znacznej części błony siatkowej.

W razie wyzdrowienia pacjenta, dotkniętego ostrem lub przyostrem zapaleniem grzliczem opon mózgowych — co, jak wiadomo, należy dotąd do wyjątków — lżejsze cierpienia nerwu i siatkówki (przekrwienie żyłne, puchlina i t. d.) mogą nie pozostawić śladu po sobie, a nawet i po zapaleniu tarczy samej lub tarczy wraz z siatkówką dno oka wrócić może do stanu normalnego; najczęściej jednak tego rodzaju sprawy zapalne kończą się charakterystycznym zanikiem nerwu wzrokowego; cechy oftalmoskopowe tego procesu chorobowego niżej podamy.

Opisanym zmianom widocznym na dnie oka towarzyszą zбочzenia czynnościowe łatwe do wykazania przy badaniu środkowej siły widzenia i całego obszaru pola widzenia tak

co do barw, jak i co do koloru białego. Choć tego rodzaju badanie, ściśle i kilkakrotnie przeprowadzane, nie jest bez wartości, zwykle jednak w przypadkach ostrych i przyostrych postaci zapalenia opon mózgowych stan chorego nie pozwala na to, jest się więc zmuszonym poprzestać na dokładnym rozpatrzeniu dna oka, a i to nieraz bywa połączone z wielu trudnościami.

Już same dane anatomiczne tłumaczą możliwość powstania opisanych cech oftalmoskopowych w przypadkach istnienia zajęcia gruźliczego opon u podstawy mózgu; mniej zaś rozumiałym jest związek przyczynowy w przypadkach cierpień nerwu wzrokowego i siatkówki, towarzyszących sprawom zapalnym pochodzenia gruźliczego, umiejscowionym jedynie w oponie półkul mózgu, a jednak niewątpliwe tego rodzaju spostrzeżenia niekiedy zaznaczano po zestawieniu wyniku badania, za życia dokonanego, z wynikiem oględzin pośmiertnych¹⁾.

Dotąd wyszczególnione znaki oftalmoskopowe, spotykane przy gruźliczych cierpieniach opon mózgu, same przez się wzięte, nie pozwalają orzec, iż one są pochodzenia gruźliczego, inaczej rzecz się ma, skoro stwierdzamy *obecność gruzelków na dnie oka, a właściwie w naczyniówce, gdyż obecność tych tworów wyłącznie w błonie siatkowej²⁾* lub

¹⁾ Chantemesse. Thèse de Paris. 1884.

²⁾ *Gruźlica siatkówki* anatomicznie stwierdzoną została w przypadkach gruźlicy przedniej części gałki ocznej oraz w przypadkach gruźlicy, uogólnionej w ustroju, a wyraźnie dotyczącej mózgowia i jego błon. W niektórych przypadkach naczyniówka była wolną od gruzelków, a w innych obficie nimi była uposażoną. W siatkówce niekiedy spostrzega się liczne gruzelki (czasem kilkadziesiąt) mniejsze od prosa, sterczące po nad powierzchnią dna oka i ściśle zarysowane: większe okazy usadowione są u granicy tarczy; przeważna liczba tych tworów napotykana bywa w tylnej części dna oka. Badanie drobnovidowe wykazuje, iż guziczki tkwią tylko w warstwach wewnętrznych siatkówki (aż do warstw ziarn) i są pokryte błoną graniczną wewnętrzną; średnica ich wynosi 0,2—0,7 mm.

Wyjątkowo tylko wykrywa się przy badaniu wziernikowem *obecność guza gruźliczego w tarczy wzrokowej*. Adler opisuje jeden przypadek tego rodzaju, mianowicie: u siedmioletniej dziewczynki, odpowiednio do wejścia nerwu wzrokowego, widniała plama żółtawo-czerwona, u niej zawieszono były na niteczkach cienkich, jak winogrona, guziczki czerwonawe, tkwiące w cieczy szklistej; u tej pacjentki wykazano nadto stłumienie u wierzchołków płuc. Niekiedy guz gruźliczy dochodzi do tak znacznych rozmiarów w pniu nerwu wzrokowego, że występują objawy, cechujące guzy oczodołu, jako to, wysadzenie oka i t. d. W przypadkach dotąd ogłoszonych, cierpienie to było jednostronnem i towarzyszyła mu ślepotą. Przez wziernik dostrzega się,

w tarczy nerwu wzrokowego należy do rzędu nader rzadkich wyjątków.

Gruzelki w naczyniówce najczęściej występują przy ostrej uogólnionej gruźlicy prosówkowej wówczas zwłaszcza, kiedy błony mózgowe najwięcej ze wszystkich organów przyjęły udziału w cierpieniu ogólnem. Przesadnem jest zdanie, iżby w każdym przypadku ostrej gruźlicy prosówkowej opona mózgu istniały gruzelki w błonie naczyniowej oka.

Gruzelki naczyniówki, widziane przez wziernik, przedstawiają się jako małe plameczki *okrągłe*, białawe, biało-żółtawe, lub żłociste, lecz bez połysku; nieco po nad poziom otaczającej tkanki sterczące, jak tego dowodzi objawianie się zбочenia paralaktycznego; granice tych plamek nie są dokładnie zarysowane, rozwijają się one zazwyczaj w obu oczach, najczęściej w sąsiedztwie tarczy i plamki żółtej, z czasem jednak występują i w obwodzie. Rozpatrując je starannie przez kilka dni z rzędu, dostrzedz można pewne zmiany skutkiem rozrostu pojedynczych gruzelków: ich środek staje się coraz bielszym, objętość większa, następnie liczniejsze okazy ujawniają się—przy oględzinach pośmiertnych nieraz dziwnem się zdaje, że na kilkadziesiąt gruzelków kilka zaledwie za życia wziernikiem wykazać zdołano. Niekiedy dopiero w przededniu śmierci udaje się wykryć obecność gruzelków na dnie oka, należy więc niejednokrotnie poddawać oczy badaniu wziernikowemu, które tu bywa połączone z wielu trudnościami, pacjenci bowiem tej kategorii nieraz są pogrążeni w śpiączce.

Przy rozpoznaniu różniczkowem między gruzelkami a rozsianymi ogniskami sprawy zapalnej w naczyniówce należy pamiętać, iż w świeżo powstałych przypadkach zapale-

iż wejście nerwu oraz sąsiednią okolicę siatkówki zajmuje masa biaława, nieregularnie i niewyraźnie odgraniczona; tętnice i żyły są znacznie rozszerzone, ich wygląd daje możność stwierdzenia wydatnego obrzęku; właściwie widoczne są tylko części naczyń, inne giną w masie białej. Przy oględzinach pośmiertnych przekonywano się, iż nerw mieć może 18—20 mm. w przemiarze. Nieraz nerw wraz z pochwkami, w całym swym przebiegu od miejsca skrzyżowania aż do rozwinięcia się włókien w siatkówce, dotknięty bywa gruźlicą. Włókna nerwu są w zaniku, a gdzie niegdzie w świeżej tkance ziarninowej tkwią guziczki gruźlicze, w innych zaś miejscach stwierdza się zszérowacenie. W siatkówce do koła tarczy spostrzega się wybujałości w podścielisku tej błony, przytem miejscami istnieją w niej guziczki gruźlicze. W tego rodzaju przypadkach opona miękka u podstawy mózgu zazwyczaj nawiedzona jest gruźlicą.

nia naczyńówki występują, skutkiem rozluźnienia nabłonka barwnego, plamy brunatne lub żółto-czerwonawe o nieprawidłowych lub kątowych zarysach; w przypadkach zaś dłużej istniejących widać grubsze naczynia błony naczyniowej, przytem białówka zostaje obnażoną, a u granic pojedynczych ognisk choroby zwykle spotyka się zmiany barwnikowe (ubarwienie), co wyjątkowo tylko zdarza się w przypadkach gruźleńców naczyńówki.

Obecność tych tworów nie wyklucza możności istnienia spraw zapalnych w nerwie i w siatkówce: objawy chorobowe w tarczy wzrokowej mogą powstawać skutkiem gruźliczego zapalenia osłonek nerwu lub też skutkiem obecności gruźleńców prosówkowych w samym nerwie.

Niekiedy gruźlica naczyńówki ma postać przewlekłą. U dzieci i u osób dorastających spostrzegać można w naczyniówce dosyć znaczny guz wielkości tarczy wzrokowej—zwykle u tylnego bieguna oka—między plamką żółtą, a tarczą lub tuż u granic tej ostatniej. Ważnem jest baczyc, jak się taki guz dalej rozwija. Początkowo ciało szkliste jest przezroczystem. Siatkówka oddziela się, a guz przedstawia się oku badacza w postaci wyniosłości guziczkowatej, żółtawo lub blade-szaro i czerwonawo zabarwionej; póki nie zdołały się rozwinąć zmiany w samej błonie siatkowej, w wyniosłości tej łatwo dostrzedz ogólne cechy znamienne gruźleńców.

Czasem spotyka się też liczniejsze guziczki gruźleńkowe w naczyniówce, a wówczas obraz oftalmoskopowy odpowiadać może wyglądowi t. z. chorioretinitis disseminata. W środku guziczka gruźliczego dostrzega się biało-żółtawe zabarwienie, tu i owdzie w środku tego tworów tkwi kilka ziarek barwnika, a granice wyjątkowo otoczone bywają szerszą lub węższą obrączką barwnikową. Rozpatrując taki guziczek w samym początku rozwoju, widzimy, iż odpowiednie miejsce ma wejrzenie szaro-żółtawe i nieco sterczy nad sąsiednią okolicą dna oka, w pobliżu istnieć mogą wynacynienia, a nawet wylew krwi może to miejsce zamglić lub zasłonić. W późniejszym okresie odbarwiona okolica dna oka nie sterczy już ku przodowi, gruźleńki bowiem nie dochodzą w tym razie do większych rozmiarów—zresztą tak tu, jako też w tęczy mają cechy t. z. twardniejącego guziczka gruźliczego (t. z. sklerosierendes Tuberkelknoetchen). Słusznem zdaje się być orzeczenie, iż we wszystkich przypadkach, w któ-

rych u dzieci istnieje wyraźny obraz wziernikowy choroby ogniskowej naczyńiówki, a przy tem brak innego momentu etyologicznego, obraz t. z. chorio-retinitis disseminata powstaje skutkiem wytworzenia się guziczków gruźliczych w tej błonie. To rozpoznanie będzie uzasadnionem wówczas zwłaszcza, skoro kilku członków rodziny pacyenta nawiedzonych jest gruźlicą lub też skoro badanie przedmiotowe całego ustroju wykazuje choć drobne objawy gruźliczego cierpienia płuc albo też—co najczęściej się zdarza—objawy gruźlicy gruczołów chłonniczych. Lecz istnieją liczne przypadki, w których gruźlica naczyńiówki—zarówno jak i zapalenie gruźlicze tęczy oka—uważaną być może za najwcześniejszą dostrzegalną oznakę ogólnego zakażenia gruźliczego. Mimo kwitnącego wejrzenia, jakie nieraz ma pacjent, należy nie dać się zbić z tropu, tu bowiem, również jak i w mózgu, zakażenie może długo pozostawać utajonem, a śmierć raptownie nastąpić wskutek uogólnionej ostrej gruźlicy prosówkowej.

Okolice obwodowe naczyńiówki mogą też być skąpo, a rzadziej obficie nawiedzone gruzelkami, zazwyczaj jednak bierze w tem udział i tęczka¹⁾ tudzież więz grzebieniasty—w tym razie rozrost gruzelków jest powolny. Niekiedy pojedynczy większy gruzełek skrycie rozwija się w przestworze okołonaczyńiówkowym i sprowadza oddzielenie błony naczyńiowej w tenże sposób, jak to czyni, usadowiwszy się w białkowie.

Wreszcie spotyka się u osób młodych przypadki chronicznej gruźlicy naczyńiówki, nacechowane dążnością do szybkiego zserowacenia, czasem ciało szkliste wypełnionem zostaje masą gruźliczą, a obraz tego cierpienia zewnętrznie mocno przypomina podobne sprawy, wynikłe skutkiem zapalenia przerzutowego (t. z. metastatische Entzündung); zwykle u pacjentów, o których mowa, wkrótce przed wybuchem sprawy chorobowej w oku istniały objawy cierpienia opon mózgowych.

Anatomiczne badanie stwierdza, iż gruzelki tkwią w naczyńiówce w warstwie większych naczyń, specjalnie w ich błonie zewnętrznej, wielkość tych tworów wynosi $\frac{1}{3}$ do $2\frac{1}{2}$ mm.

¹⁾ Wyraźnie zaznaczyć należy, iż przeważna część przypadków zapalenia tęczy u dzieci powstaje z zakażenia gruźliczego. Zazwyczaj cierpienie gruźlicze jagodówki (uvea) występuje od 10-go roku życia aż do wieku i w samym wieku dorostania.

w przemiarze. Histologiczna ich budowa nie różni się od budowy gruzełków, gdzieindziej usadowionych.

Kliniczny obraz chronicznej formy gruźliczego zapalenia naczyńówki nacechowany bywa następnymi rysami: zewnętrznie gałka oczna zwykle jest w stanie silnego zapalenia, chorzy uskarżają się na ból dotkliwy, istnieje ślepotą, a przynajmniej znaczne osłabienie wzroku. W dalszym przebiegu występuje zapalenie tęczy, od czasu do czasu ropa pokazuje się w przedniej komorze (hypopyon). Przy dalszym rozroście guza, białkówka przedziurawia się, wówczas bóle znikają, część zserowaciałej masy zostaje na zewnątrz wydaloną. Tkanka ziarninowa dalej rozwija się na zewnątrz, a gałka oczna zanika. Ostatecznie gruźlica ośrodkowego układu nerwowego w krótkim czasie zwykła przecinać pasmo życia tych pacjentów.

Równie często, a może i częściej, aniżeli w ostrych i przyostrych postaciach gruźliczego zapalenia opon mózgowych spotyka się zmiany organiczne na dnie oka w przypadkach przewlekłych cierpień tej natury. Lecz w tym razie objawy zastoju żylnego, zmętnienie i obrzęk nerwu oraz siatkówki i inne objawy zapalne na dnie oka początkowo bywają tylko w miernym stopniu rozwinięte¹⁾.

Z powodu jednak, iż cierpienie opony mózgowej powoli tu się rozwija lub tylko od czasu do czasu bieg swój przyspiesza — a choć wówczas nieco lepiej zarysowuje się, często jednak należnie rozpoznaniem nie zostaje: przeto nieraz bywa się powołanym do zbadania wnętrza oka dopiero w czasie, kiedy w pełni rozwiniętym zmianom oftalmoskopowym towarzyszą poważne zaburzenia czynnościowe. W takich przypadkach niejednokrotnie wziernik nie tylko daje możliwość wykrycia zaburzeń, na dnie oka istniejących, lecz nadto przy właściwym zrozumieniu obrazu oftalmoskopowego wykazuje ukrytą dotąd przyczynę cierpienia ocznego, tkwiącą w chorobowo zajętych oponach mózgowych.

W tym razie najczęściej widzimy przez wziernik, iż cierpienie nerwu wzrokowego już przeszło w okres zaniku (*Atrophia optica postnueritica*) przy następnych znakach oftalmoskopowych. Tarcza wzrokowa wydaje się szarą lub białawą, jest przytem pozbawiona różowego odcienia, nadto istnieje zmętnienie w jego utkaniu, a stąd blaszka sitowa nie

¹⁾ Nieraz dostrzega drobniućkie plamki białe w sąsiedztwie tarczy lub w okolicy plamki żółtej—tu w znacznej liczbie.

jest widoczną, średnica tarczy zdaje się być większą, niż w warunkach normalnych, a to z powodu, iż zmętnienie wykracza po za obręczką białkówki, w tarczy—zwłaszcza w jej obwodzie—dostrzedz można prążkowanie promieniste. Tętnice są znacznie zwężone, żyły zaś—rozszerzone i kręte, ich krętość utrzymuje się wówczas nawet, skoro szerokość żył wróciła do granic normalnych; w obrębie tarczy naczynia są nieco przymglone, często większe naczynia są otoczone po obu stronach obwódką białawą, wzdłuż ich ścian idącą (skutkiem zmian chorobowych, dotyczących osłonek naczyń). Tarcza sterczy niekiedy w całości lub też częściowo po nad siatkówką—a to w przypadkach, w których poprzednio istniał obrzęk znaczniejszy u wejścia nerwu. Z czasem znikają cechy charakterystyczne tego rodzaju sprawy zanikowej tak, że, skoro przedtem objawy zapalne nie były zbyt wydatne, granice tarczy mogą nawet z czasem być ściśle zarysowane, *lecz blaszka sitowa pozostaje na zawsze niewidoczną, a co najmniej wyraźnie zamgloną.*

Widzenie centralne (naośne) i obwodowe (mimoosne) oraz uczucie barw słabnie zwykle w miarę przejścia sprawy zapalnej w okres zaniku nerwu. Pole widzenia ścieśnia się spółśrodkowo, niekiedy jednak ścieśnienie bywa częściowe i dotyczy pewnego wycinka, ćwierci lub też połowy pola widzenia; w pozostałej części pola widzenia często wykrywa się brak uczucia tej lub owej barwy albo wreszcie spółśrodkowe zwężenie granic odczuwania barw; nakoniec znajdujemy mniej lub więcej zupełne przerwy w jednościągłości pola widzenia. Przerwy te mogą być umieszczone w części pośrodkowej lub też w obwodzie pola widzenia.

Tu nadmienić wypada, iż nieraz tarcza wzrokowa traci normalną barwę i może stać się zupełnie białą, jak przy sprawie zanikowej, a mimo to brak jakich bądź zbroceń czynnościowych; tego rodzaju zabarwienie jest skutkiem nadmiernego wybijania tkanki łącznej w tarczy.

W ogóle badanie zbroceń czynnościowych we wzroku przy cierpieniach gruźliczych mózgu jedynie w wyjątkowych przypadkach może być ściśle przeprowadzonym, już to ze względu na wiek, już to ze względu na groźny stan ogólny chorego. Na szczęście! dla celów klinicznych, rozpoznawczych badanie to zwykle jest bez większej wartości, gdyż jego wyniki nie są w stanie nas powiadomić, ani co do istoty, ani co do postaci, ani co do nasilenia sprawy zapalnej lub co do

jej skutków. Identyczn zaburzenia czynnościowe we wzroku występować tu mogą tak przy zmianach chorobowych, dotyczących wewnątrz gałkowego zakończenia nerwu, jako też i skutkiem cierpienia włókien nerwu u podstawy czaszki oraz skutkiem ucisku, czy w ogóle cierpień tych części mózgu, które stoją w związku z narządem wzroku.

Już to ściśle nawet badanie czynności tego narządu przy cierpieniach wewnątrzczaszkowych wtedy tylko może mieć jaką taką wartość praktyczną, kiedy jesteśmy w stanie od czasu do czasu takowe z równą dokładnością powtarzać, a dopiero zestawienie wyników pojedynczych badań w odpowiednich razach daje nam prawo do wyciągania z tego pewnych wniosków lub do stawiania pewnych hipotez. A wszak wiadomo, jak małą jest odsetka zupełnych wyzdrowień po przebyciu cierpienia gruźliczego opon mózgowych—niektórzy klinicyści dotąd sceptycznie zapatrują się na możliwość wyzdrowienia z tej choroby; wszakże wiadomo, jak szybko śmierć zabiera chorych, dotkniętych ostremi, a nawet przyostremi postaciami tego cierpienia, wreszcie, jak raptownie nieraz tracą wzrok tego rodzaju pacjenci przy istnieniu, a nawet przy braku wszelkich znaków oftalmoskopowych.

Niekiedy jednak choroba zwalnia swój bieg lub jej objawy nikną na czas pewien, wyjątkowo taki okres utajenia się choroby trwa czas dłuższy: wówczas może być mowa o wyzdrowieniu czasowem. Badając tego rodzaju przypadki przekonać się nieraz można, iż zarówno zaburzenia czynnościowe, jak i zmiany oftalmoskopowe stopniowo ustępują tak, że oko powraca do stanu normalnego; to są jednak wyjątki: w innych przypadkach zaburzenia w narządzie wzroku pozostają in statu quo, zatrzymują się w mierze; najczęściej atoli jest się świadkiem powolnego rozwoju sprawy zanikowej nerwu, sprawa ta jest ostatnim okresem zmian, jakim uleść mogą zaburzenia, poprzednio powstałe na dnie oka¹⁾

¹⁾ Wspomnieć należy, iż zdarza się, że przy *atrophia optici postneuritica ex meningitide soczewka oka szybko, nawet u młodych osób, mętnieje tak, że w krótkim czasie ma się sposobność stwierdzenia obecności zupełnej zaćmy, najczęściej miękkiej. Zazwyczaj dzieje się to u pacjentów, którzy już utracili wzrok w skutek groźnego zapalenia nerwu i błony siatkowej, niekiedy jednak zaćmy tego pochodzenia spostrzegane bywają u osób, które po przebyciu rzeczonyj sprawy zapalnej zachowały pewną siłę wzroku, a stąd, po*

Zazwyczaj zanik nerwu występuje w postaci t. z. atrophii optici postneuritica, której cechy wyżej podane zostały. *Nierównie rzadziej spotyka się, po przebyciu cierpienia opon mózgowych natury gruźliczej, obraz istotnego zaniku elementów nerwowych w tarczy wzrokowej bez wszelkich śladów uprzednio przebytej sprawy zapalnej, obraz szarego zwyrodnienia, który niczem nie różni się od rodzimego (genuinus) zaniku nerwu, nieraz towarzyszącego cierpieniom ośrodkowego układu nerwowego, a szczególnie cierpieniom rdzenia; tego rodzaju obraz oftalmoskopowy powstaje w skutek ucisku wewnątrzczaszkowych pni nerwów wzrokowych przez wysięk zapalny, który wyjątkowo tylko zupełnie wessanym zostaje, nie uszkodziwszy włókien nerwowych.*

Sam obraz zaniku nerwu wzrokowego nie daje miary o stopniu siły wzroku: przy jednakich cechach oftalmoskopowych raz można stwierdzić zachowanie się normalnej siły wzroku, a w innym przypadku zupełną ślepotę; między temi przypadkami krańcowemi napotyka się inne, przy których istnieją w tych granicach najprzeróżniejsze zбочenia we wzroku.

W omawianej sprawie wewnątrzczaszkowej objawy oftalmoskopowe mają wysoką wartość dyjagnostyczną, oko bowiem, będąc częścią mózgowia, niejako jego wyrostkiem, bierze udział w najlżejszych sprawach zapalnych opon mózgu i to w samym początku rozwoju tychże; teoretycznie, a priori łatwo zrozumieć, iż zmiany chorobowe na dnie oka już mogą być dostrzegalne, zanim zdoła się wykryć inne objawy, cechujące to cierpienie. Wyżej podane objawy wziernikowe stwierdzić można co najmniej w 80% przypadków cierpienia gruźliczego opon mózgowych: prawdopodobnie ta odsetka była by większą, gdyby każdy przypadek badano wziernikiem usque ad finem, względnie aż do wyzdrowienia pacjenta. Obecnie sprawa tak stoi: istnienie znaków oftalmo-

szczęśliwie dokonanej operacji wydobycia zaćmy, mimo widocznych śladów przebytego cierpienia na dnie oka, stosunkowo wcale nie źle widzą. Prawdopodobnie ogniwem, łączącym proces zapalny opon mózgowych z zaćmą, skutkiem tegoż powstałą, staje się nerw wzrokowy tudzież siatkówka: naczynia bowiem tej ostatniej, zwłaszcza w jej obwodzie, grają ważną rolę w sprawie odżywiania soczewki; pośrednio ma w tem także pewien udział i ciało szkliste. Zwykle nawet po najstaranniej dokonanej operacji występują tu wydatniejsze objawy podrażnienia, co dowodzi, iż w danym razie oko uprzednio nawiedzone było poważnem cierpieniem.

skopowych uznać tu należy za pospolity, lecz nie stały, nie zawsze dający się wykryć objaw tego cierpienia.

Ze wszystkich zaś zmian, jakie wziernik w tym razie wykazuje, pierwszorzędne znaczenie rozpoznawcze ma gruzlika naczyńówki, zwłaszcza, skoro ma się możliwość wykazania obecności gruzełków na dnie oka w przypadku, gdzie brak wszelkich objawów cierpienia wewnątrzczaszkowego, lub też gdzie te objawy są małoznaczne, mało wyrażne. Niestety! w wielu przypadkach wziernikiem można wykryć na dnie oka gruzełki wówczas za ledwie, kiedy liczne i większe okazy tychże rozwinęły się w naczyńówce, a to nieraz wydarza się dopiero w ostatnich dniach życia pacjenta.

W ostrej i przyostrej postaci omawianego cierpienia objawy oftalmoskopowe widoczne są już w krótkce po wybuchu choroby zasadniczej, nieraz przytem pacjent raptownie ślepie.

W przewlekłej formie w mowie będącego cierpienia zmiany oftalmoskopowe później nieco występują, poprzedzają je zwykle różnorodne przemijające objawy podmiotowe w narządzie wzroku, aż wreszcie tenże na stałe popada w stan chorobowy, który szybciej lub wolniej postępy czyni.

O ile jednak łatwym bywa rozpoznanie ostrych postaci tego cierpienia i bez badania wziernikowego; o tyle stwierdzenie objawów oftalmoskopowych wielce jest pożytecznym dla właściwego rozpoznania tych form przewlekłych, powolnie postępujących, gdzie nie daje się wykazać nic więcej nadto: że chorzy od czasu do czasu gorączkują; że stale cierpią na ból głowy z chwilowym nasileniem tegoż, które występuje albo samodzielnie, lub też skutkiem opukiwania pewnych okolic czaszki—chwilami sensorium bywa zajęte; że są senni oraz skłonni do omdlenia i wymiotów, a i te objawy od czasu do czasu mniej bywają wyraźne lub wreszcie na czas pewien znikają. W tego rodzaju przypadkach ważnym jest mieć na pamięci, iż przy zapaleniu błon mózgowych, w skutek szerzenia się sprawy chorobowej na znacznej przestrzeni, niejedynemu nerw czaszkowy cierpieć musi, że przytem zazwyczaj istnieją przelotne objawy porażenia i pobudzenia, co nietak często spostrzegać można przy innych cierpieniach wewnątrzczaszkowych. W przyrządzie ruchowym oka nieraz wykazać się daje niedowład jednych mięśni, a kurcz innych, nadto przy poważnych zmianach

anatomicznych na dnie oka lub i bez nich znaczną nadczułość nerwu wzrokowego (błyski w oczach, barwne widzenie i t. d.) nawet przy zupełnej ślepotcie.

Należy jeszcze zaznaczyć, iż cierpienie opon przerzuca się też na istotę korową mózgowia, a niekiedy w głąb jego przenika aż do wzgórków wzrokowych, a wówczas i cierpienie nerwu wzrokowego i ślepotą nie długo na siebie czekać.

W większości przypadków, w których u dzieci wytworzenie się zaniku nerwu wzrokowego i wodogłowia poprzedzały drgawki ogólne, przyczyną tych objawów chorobowych jest przewlekłe cierpienie gruczlicze opon mózgowych, lub też mózgowia.

Niekiedy objawy oftalmoskopowe dają pewne wskazówki do przypuszczalnego określenia miejsca, w którym tkwi sprawa chorobowa w oponie.

Przypuśćmy, iż cierpienie oczne istnieje po jednej stronie i jest skutkiem obecności gruźlika w oponie mózgowej; wówczas sądzić można, że tenże tkwi w okolicy jednej tylko półkuli i to prawdopodobnie po przeciwnej stronie (Nettleship). Przy obustronnem cierpieniu ocznym sprawa chorobowa mieści się zwykle, choć nie brak wyjątków, u podstawy mózgu.

Uważne zapoznanie się z zaburzeniami, towarzyszącemi objawom oftalmoskopowym, bywa nieraz pomocnem, a niekiedy stanowczo rozstrzygającym przy rozpoznawaniu siedliska choroby. Skoro, na przykład, istnieje porażenie mięśni, unerwionych przez 3-cią parę nerwów czaszkowych¹⁾, lub też skoro porażenie dotyczy jednego z nerwów węchowych, co się ujawnia przez utratę powonienia w odpowiedniej jamie nosowej (anosmia), możnaby przypuszczać, iż gruźlećk oponowy rozwinął się w tem ulubionem siedlisku cierpienia błon mózgowych, którego granicę w tyle stanowią odnogi mózgowie, a na przodzie szlaki wzrokowe i skrzyżowanie nerwów wzrokowych.

Jeżeli zaś porażenie dotyczy połowy ciała lub jednej

¹⁾ Zasługuje na zaznaczenie przypadek, opisany przez J. Hirschberg'a (Arch. f. Augenheilk. Vjij. p. 49.): u trzyletniego dziecka z porażeniem prawej połowy ciała stwierdzono cierpienie obu tarcz wzrokowych oraz porażenie lewego nerwu okoruchowego; w tym przypadku guz gruczliczy wielkości orzecha włoskiego tkwił pod lewą połową wzgórka czworaczego, wnikając aż w most Varola.

tylko kończyny, to przypuszczać wolno, że jest to skutkiem zmian, dotyczących ośrodków ruchowych (centra psychomotoria), zatem możebnem jest, iż gruzełek tkwi w oponie półkul.

W ogóle dla właściwego rozpoznania, w którym miejscu usadowił się gruzełek gruźliczy, niezbędną jest dłuższa obserwacja pacjenta: ważnem jest nie tylko zbadanie dna oka oraz czynności wzrokowych, ale też—i innych nerwów czaszkowych, zwłaszcza tych, które mają wpływ na przyrząd ruchowy oczu, tudzież stwierdzenie zaburzeń w ośrodkowym układzie nerwowym, wreszcie powiadomienie się o stanie ogólnym chorego. Należy przytem pamiętać, że guzy, tkwiące w tylnym dole czaszki (hintere Schaedelgrube), nader często i to wcześniej wywołują objawy uwięźnienia tarczy wzrokowej (Stauungspapille); następnie nie zapominajmy, iż szczególnie u dzieci—w rzędzie guzów wewnątrzczaszkowych, powikłanych z tym objawem zaburzenia w krążeniu, najpierwsze miejsce zajmują ziarniniaki gruźlicze (tuberkulöse Granulationsgeschwuelste), a już pośledniejszą rolę odgrywają wsporniaki (glejaki) mózgu, wyjątkowo zaś tylko napotykanne bywają guzy innej przyrody.

Skoro, naprzykład, obustronnemu uwięźnieniu tarczy towarzyszy silny ból w potylicy, dalej wymioty i zawrót głowy oraz zaburzenia w równowadze ciała (Gleichgewichtsstörungen), a do tego dołącza się śród niezwykle silnych bóli głowy ślepotą lub też skoro ślepotą nagle występuje wraz z objawami drżenia gałek ocznych (nystagmus): w takim razie można z wielkiem prawdopodobieństwem przypuszczać obecność guza w oponach mózdzku lub w samejże istocie tego organu. Jeśli nadto wywiady stwierdzają istnienie gruźlicy w rodzinie chorego lub, co ważniejsza, skoro ten lub ów organ pacjenta nawiedzony jest gruźlicą, skoro, naprzykład, wykazać można obecność zserowaciałych lub zropiałych gruczołów chłonnych: wówczas z apodyktyczną prawie pewnością rozpoznajemy guzek gruźliczy, usadowiony w tylnym dole czaszki.

Ze wszystkich zbroceń czynnościowych, towarzyszących uwięźnieniu tarczy, najwięcej godnem jest uwagi prawo—lub lewo—połowicze widzenie. W tego rodzaju przypadkach cierpienie gruźlicze zwykło dotyczyć okolicy zrazu potylicowego prawej, względnie lewej półkuli mózgu.

Tem iż samemi zapytowaniami winniśmy kierować się

przy rozpoznawaniu zapalenia gruczliczego opon mózgowych.

Przedewszystkiem wiadomo, iż w tym razie cierpienie oczne zazwyczaj występuje, skoro sprawa chorobowa usadowioną jest u podstawy mózgu, tylko w wyjątkowych przypadkach objawy oftalmoskopowe istnieją przy cierpieniu, dotyczącem wyłącznie opony półkul mózgu (Meningitis convexitatis). To, co się powyżej rzekło, co do innych zaburzeń, towarzyszących znakom oftalmoskopowym, może tu być również na miejscu. Pod pewnym względem zachodzi jednak różnica, naprzykład: doświadczenie poucza, iż w wyjątkowych przypadkach jednostronnego cierpienia dna oka przy zapaleniu gruczliczem opon mózgu sprawa wewnątrzczaszkiwa tkwi po tejże stronie, po której istnieją zmiany na dnie oka.

Spostrzega się też przypadki ślepoty z zupełnem zachowaniem odczynu źrenic na bodźce świetlne, tego rodzaju fakt przemawia w danym razie przeciw umiejscowieniu procesu chorobowego u podstawy czaszki.

Niekiedy po zupełnem wyzdrowieniu z cierpienia opon mózgowych i to już po upływie dłuższego przeciągu czasu, pacjent zaczyna tracić wzrok, przyczem wziernik wykrywa zanik postępowy nerwu wzrokowego. Ścisłe badanie oftalmoskopowe w zestawieniu z oględzinami pośmiertnymi przekonywa wówczas, iż zaburzenia w narządzie wzroku nie są skutkiem bezpośredniego szerszenia się sprawy zapalnej błon mózgowych na osłony nerwu wzrokowego, lecz wynikiem ucisku wewnątrzczaszkowej części tego nerwu oraz przynależnych jej naczyń odżywczych, powstałego w skutek marskości tudzież zmartwienia okolic opony mózgowej, które były siedliskiem sprawy zapalnej. Przy oględzinach pośmiertnych niejednokrotnie przekonywano się, iż odpowiednie nerwy istotnie były ścieśnione, iż prawdziwie uwięzły w utkaniu blizen.

Z tego, co już wyżej powiedziano, łatwo wywnioskować, że nigdy na pewne nie można orzec, jakiemu losowi ulegnie wzrok wówczas, skoro pacjent szczęśliwie wychodzi z tak groźnego cierpienia. Atoli doświadczenie poucza, iż zwykle najpomyślniejszem bywa rokowanie w przypadkach, w których przy znacznych nawet zboczeniach czynnościowych brak lub też nie wiele wykazać się daje zmian anatomicznych na dnie oka. Najwięcej w tym razie można mieć na-

dziei, jeśli osłabienie lub utrata wzroku od niedawna dopiero istnieje. W przypadkach wątpliwych rozwijającej się sprawy zanikowej w tarczy nerwu rozstrzyga niekiedy oddziaływanie oka na bodźce elektryczne. Wiadomo z badań Darier'a¹⁾, że przy sprawie zanikowej w nerwie wzrokowym dla wywołania zjawiska świetlnego (łysku—phosphène) należy stosować prąd o większej liczbie milliampères, aniżeli w razie, kiedy utkanie nerwu nie uległo zwyrodnieniu. Odpowiednie badanie wykonywa się w następujący sposób. Prąd elektryczny, zastosowany w sąsiedztwie oka, wywołuje pierwszy objaw świetlny. Jest to oddziaływanie pierwotne. Skoro to zjawisko raz już wywołaniem zostało, siła prądu niezbędna do ponownego wytworzenia zjawiska świetlnego—do odczynu wtórnego—jest w warunkach normalnych o wiele słabszą, wystarcza już bowiem $1/10$ milliampèra. W stanie chorobowym odczyn elektryczny pozostaje normalnym, jeśli się ma do czynienia z uwięzieniem lub puchliną tarczy, a jest słabszym lub brak go w przypadkach istotnego zapalenia nerwu, skoro ta sprawa przechodzi w okres zaniku. Przekonanie się o sile reakcyi wtórnej elektrycznej ma więc pewne znaczenie tak przy rozpoznawaniu wątpliwych przypadków, jako też i przy rokowaniu co do utrzymania wzroku.

Rozpoznanie początku zaniku nerwu pogarsza rokowanie, zwykle bowiem z czasem utrata wzroku następuje. Spotyka się jednak przypadki zupełnego lub dłuższy czas trwającego zatrzymania się choroby w mierze. Wiadomo także, że, mimo obrazu prawdziwego zaniku tarczy wzrokowej, siła widzenia może pozostać normalną, wówczas widocznie pierwiastki nerwowe w znacznej części ocalały.

Wreszcie rokowanie, co do utrzymania wzroku, zazwyczaj jest pomyślniejszem u dzieci, aniżeli u osób dorosłych.

W razie wykrycia gruzelków na dnie oka, rokowanie najczęściej bywa bardzo smutne, co do utrzymania chorego przy życiu; a co dotyczy wzroku, to wszystko zależy od wyglądu tarczy, w której po pewnym czasie przy istnieniu gruzlicy na dnie oka zwykły występować objawy zapalne.

W ogóle przy rokowaniu jedynie na podstawie cech oftalmoskopowych należy być bardzo oględnym ze stanowczym zdaniem tem bardziej, że nawet przy obrazie istotnego

1) Société franç. d'Opht. 1884.

zaniku tarczy nerwu raz siła wzroku może być normalną, innym razem istnieje zupełna ślepotą, która albo się utrzymuje, lub też z czasem mija, a chory przy pewnym stopniu siły widzenia dalszy żywot pędzić może.

Chcąc racjonalnie leczyć opisane zaburzenia w narządzie wzroku, należałoby skierować wszelkie środki i zabiegi lecznicze przeciw chorobie zasadniczej. Wiemy, niestety! jak mało dotąd na pomyślny wynik wszelkiej terapii gruczołowych cierpień opon mózgowych liczyć można. Póki choroba zasadnicza jest w pełnym rozwoju, nie ma co wówczas myśleć o leczeniu specjalnem objawów ocznych. Dopiero, skoro cierpienie opon mózgu przechodzi w fazę łagodniejszą, należy podać energiczny ratunek narządowi wzrokowemu.

Leczenie elektrycznością—przy braku wszelkich objawów zapalnych w oponach mózgowych, stosowanie do wewnątrz jodku potasu i w ogóle stosowanie leków, ułatwiających sprawę wessania wysięków; wreszcie wstrzykiwanie podskórne roztworów strychniny⁽¹⁾: oto środki, które, ostrożnie stosowane, szkody choremu nie przynoszą, ale też rzadko kiedy skutecznymi bywają, zwykle zaś tylko ulgę chwilową sprawiają.

Nie zdaje się, aby w danym razie można było osiągnąć jakiś pożytek ze wszelkich zabiegów chirurgicznych, zalecanych przy sprawach zapalnych w nerwie wzrokowym, jako to: z przecięcia pochewki nerwu (*débridement de la gaine du nerf optique—Wecker*), czy to w celu zwalczenia objawów zastoju i uwięźnienia nerwu w gałce ocznej, czy to w celu przeprowadzenia dezynfekcyi lokalnej, czy też w celu „zdrenowania mózgu“ (*drainage cérébral*).

Równie mało jest widoków, azali tu z pożytkiem stosować by można zabieg chirurgiczny, polecony przez Weckera przy zaniku tarczy wzrokowej, zabieg, polegający na naciąganiu nerwu wzrokowego (*élongation du nerf optique*).

Lubo dział wziernikowego badania oczu, inaugurowany iście *con furia francese* przez Bouchut'a pod nazwą cerebroskopii, miał czas swych tryjumfów, a następnie—jako nieraz bywa udziałem nowych idei—niezasłużenie zbyt lekko został ważony, zawiera on przecież wiele doniosłych, a nieznanych lub zapomnianych szczegółów, faktów równie wa-

¹⁾ W przypadkach zrozpaczonych można wstrzykiwać pod skórę pilokarpinę, cyjanek złota i potasu, wreszcie antypyrinę.

żnych dla okulisty, jak i dla lekarza, oddanego badaniu klinicznemu innych organów ustroju. Podana praca składa niewątpliwie tego dowody, wykazując, jak różnorodne, jak liczne objawy oftalmoskopowe cechują jedną sprawę chorobową opon mózgowych, jak ważnym w danym razie okazać się może wynik ścisłego, porównawczo w pewnych odstępach czasu przeprowadzonego badania dna oka. Miejmy nadzieję, że powyższe będzie bodźcem do szerszego zastosowania wziernika ocznego w dziedzinach różnych gałęzi wiedzy lekarskiej.

Przyczynek do kwestyi dyjatezy oksalurycznej.

podał

Dr. Jan Pruszyński,

Ordynator kliniki Dyjagnostycznej.

Kwestyja dyjatezy oksalurycznej dotychczas nie jest jeszcze ustaloną w nauce, gdy bowiem jedni uważają oksalurię za samoistne zboczenie przemiany materyi, drudzy zaś przynajmniej jej znaczenie ubocznego objawu, który występuje w przebiegu chronicznych cierpień przewodu pokarmowego, systemu nerwowego, organów płciowych etc. Tymczasem w praktyce, częściej prywatnej aniżeli szpitalnej zdarzają się przypadki, przy których badanie obiektywne organów wewnętrznych nie doprowadza do rezultatu, a jedynym objawem dającym się stwierdzić przy badaniu moczu jest znaczny osad, składający się przeważnie z kryształków szczawianu wapnia, któremu towarzyszą niekiedy fosforany ziem alkalicznych i kwasu moczowego. Chorzy tacy skarżą się zazwyczaj na dolegliwości żołądkowe, na bóle lędźwiowe, na ogólne osłabienie. Są to po większej części ludzie nerwowi, melancholiczni, czasem bardzo drażliwi, skłonni do czyraków, karbunkułu i innych chorób skórnych, doznają często ataków duszności, męczą się łatwo, a nawet nie mogą oddawać się zwykłym swoim zajęciom.

Pierwszymi, którzy oksalurię uznali za skażenie ustroju byli Prout, Goldring Bird i Cantani. Ten ostatni w dziele swoim p. t. „Spéc. Pat. u. Therapie der Stoffwechselkrank.“ opisyje bardzo ciężkie przypadki oksaluryi, wyróżniające się postępującym wycieńczeniem, psychicznymi objawami, prowadzącymi nawet do samobójstwa, Czapek zaś uważa oksalurię za jedno z najczęstszych zaburzeń w przemianie materyi, która występuje już to samodzielnie, już to w połączeniu z cukrówką moczową.

Jeżeli formy lżejsze oksaluryi napotyamy bardzo często, i należą one do postaci zwykłych, natomiast przypadki ciężkie, daleko posunięte, połączone z objawami charłactwa zasługują niewątpliwie na bliższe rozpatrzenie.

We wrześniu r. z. obserwowałem przypadek ciężkiej oksalurii, nadesłany mi do zbadania przez sz. kolegę Kijewskiego, dotyczący panny X... pensjonarki, l. 16 mającej, która od lat 3 zaczęła podupadać na zdrowiu, a od 6 miesięcy zauważyła czyraki, które w jednych miejscach znikaly, a w drugich znowu zaczęły się wytwarzać.

Chora wzrostu średniego, na wiek swój dość dobrze rozwinięta, o twarzy nalanej, cerze blado-żółtawego koloru i nadzwyczaj bladych błonach śluzowych uskarżała się na ogólne osłabienie, połączone ze ściskaniem w gardle, biciem serca i częstymi bólami głowy; usposobienie posiada nerwowe, często bywa rozdrażnioną, choć w ogóle jest dosyć wesołą, snu używa wiele, męczy się bardzo, a praca przy książce wyczerpuje ją; dokucza jej również prawie nieugaszone pragnienie i wileczy apetyt. Nie obciążona dziedzicznie, kaszle od lat 2-eh; krwią nie pluła. Miesiączkowanie, zjawiające się w prawidłowych okresach czasu, bywa połączone z znaczną utratą krwi i silnymi bólami brzucha i okolic lędźwiowych.

Na odnogach dolnych rozsiane czyraki i dość znaczny obrzęk. Tkanki podskórnej ilość dość znaczna, mięśnie dobrze rozwinięte choć nieco wiotkie.

Przy badaniu płuc stwierdzić można lekkie zaostrenie oddechu nad prawem obojczykiem przy jawnym odgłosie wykukowym i braku rżężeń. Granice stłumienia odgłosu w okolicy serca normalne, tony nieco głuche, miarowe; w okolicy żył szyjowych wyraźny bruit de diable. Tętno miękie jakkolwiek pełne przy ilości 84 uderzeń na minutę. Konsystencja brzucha dość znaczna zależna od napięcia mięśni, brzuch niebolesny. Sledziona wyczuwalna, wątroba w granicach normalnych. Kręgosłup bolesny przy ucisku, odruchy ścięgniaste i skórne znacznie wzmożone, czucie skórne również podwyższone.

Ilość dobowa moczu waha się pomiędzy 4--5 litrami. Uryna koloru jasno-żółtego o oddziaływaniu mocno kwaśnym i ciężarze gatunkowym 1.030 tworzy znaczny więcej niż połowę naczyńca zajmujący osad, który składa się oprócz nieznacznej ilości powierzchniowego nabłonka z pęcherza moczowego prawie wyłącznie z kryształów szczawianu wapnia; ani białka, ani cukru, ani też innych nienormalnych składników nie zawiera. Osad w urynie rannej był daleko mniej obfitym niż w wydzielanej w ciągu dnia, zaś największa ilość osadu występowała około godz. 6 pp. t. j. w dwie godziny po obiedzie. Ciężar gatunkowy we wszystkich porcjach wahał się między 1030—1035. W obec niedokładnego zbierania uryny ilościowe oznaczenie kwasu szczawowego nie doprowadziłoby do celu, sądzę jednak że w tym przypadku o wydzielaniu kwasu szczawowego z moczem można sądzić po tak znacznej ilości osadu, chociaż analiza chemiczna wykryłaby niewątpliwie jeszcze większe ilości tego ciała, które wydziela się z organizmu nie tylko w postaci soli wapiennej lecz i połączeniu z potasami.

Powyższy przypadek na pierwszy rzut oka robił wrażenie cukrówki moczowej, którą to postać można było wykluczyć na

podstawie badania moczu. Ogólna błądź wraz z zaburzeniami w sferze nerwowej i w organach płciowych przemawiałyby za bładaczką, jednakowoż z zaburzeń żołądkowych właściwych chlorozie (bóle w dołku, zgaga, t. z. malacia, brak apetytu etc.) w danym przypadku nie mamy. Nie mogąc namówić chorej do wydobycia zawartości żołądka, mam je o ile mi się zdaje, podstawę do twierdzenia, że trawienie tutaj było raczej przyspieszone aniżeli upośledzone. Objawy charłactwa należałyby według mego zdania kłaść na karb skażenia ustroju wskutek nadmiernego wydzielania kwasu szczawiowego, który pochłania wapien rozpoczynając trzyzasadowe fosforany wapnia na dwu, nakoniec na jednozasadowe, które jako rozpuszczalne wydzielają się z anatomicznych elementów, narażając je na ważne zaburzenia odżywcze, a jednocześnie pozbawiają organizm dwóch ważnych składników, mianowicie wapnia i kwasu fosfornego.

Jeżeli w ogóle choroby oparte na zaburzeniach w przemianie materii nie są dobrze opracowane, to może najmniej oksalurja; pomimo to jednak klinika nie może podprowadzić wszystkich cierpień, którym towarzyszy nadmierne wydzielanie szczawianów pod jakąkolwiek formę chorobową, a choćby pod postać neurastenii, tem bardziej że nawet prace laboratoryjne rzucają pewne światło na kwestyję tworzenia się w ustroju kwasu szczawiowego.

Na pierwszym miejscu należy postawić pytanie, czy rzeczywiście kwas szczawioy wydziela się z organizmu i czy w nim się tworzy. Szczerbakow sądził że szczawian wapnia jest tworem sztucznym, który się wydziela z uryny przy jej kwaśnej fermentacji ze związku bliżej nieokreślonego i że sposób Neubauera polegający na osadzaniu amonijakiem i CaCl_2 , a następnie zakwaszaniu kwasem octowym w celu rozpuszczenia fosforanu wapnia i magnezyi, jest błędnym i polega na odszczepianiu kwasu szczawiowego od bardzo złożonej molekuly.

Doświadczenia jego jednak nie są przekonujące, gdyż nie osadzał moczu CaCl_2 , przez co naturalnie kwas szczawioy, który nie zawsze wydziela się w postaci szczawianu wapnia, pozostał w roztworze i nie mógł być wykryty, nadto, Szczerbakow nie podaje ilości analiz, co jest rzeczą nadzwyczaj ważną. Tenże sam autor podaje dalej, że aby rozszczepienie ciała macierzystego dla $(\text{COOH})_2$ mogło mieć miejsce, potrzeba na to bardzo długiego czasu, gdy tymczasem każdy klinicysta może wykryć często w świeżo oddanej urynie przy badaniu mikroskopowem kryształki szczawianu wapnia; z drugiej zaś strony Fürbringer dowiódł szeregiem rozbiórów, że kwas szczawioy jest stałym składnikiem uryny i wydziela się dziennie z ustroju w ilości 20 mgr. Zresztą wobec wykrycia kwasu szczawioowego we krwi pedagryków przez Garrod'a, a przez Primavera we krwi chorego na oksalurję, tworzenie się kwasu szczawioowego w samym ustroju można uważać za stwierdzone.

Blizki stosunek kwasu moczowego i oksalurowego do kwasu szczawioowego pozwala przypuszczać, że kwas szczawioy w ustroju tworzy się z grupy kwasu moczowego, ile że przy

sztuczne karmieniu zwierząt kwasem moczowym. Wöhler i Frerichs otrzymali w moczu osad składający się przeważnie ze szczawianu wapnia, z drugiej zaś strony kwas oksalowy wykryty przez Czenka jako normalna skład. część moczu, na zewnątrz ustroju pod wpływem CaCl_2 wydziela $(\text{COOH})_2$. Oprócz tego źródła możemy przypuścić powstawanie $(\text{COOH})_2$ z kreatyny, która rozszczepia się na sarkozynę i kwas szczawiowy; kwas ten może wytworzyć również przy powolnem utlenianiu cukru, jako też może przejść do ustroju z pokarmów i leków zawierających szczawian, jakoto ze szczawiu, pietruszki pomidorów, rzewienia, senesu etc. W warunkach normalnych kwas szczawiowy wprowadzony do ustroju spala się w nim w ilościach bardzo znacznych, jakkolwiek pewna część jego w postaci niezmięnionej wydziela się z moczem. Auerbach karmiąc psy kwasem szczawiowym zaledwie 10% jego mógł wykryć w moczu, Piotrowski zaś 14%, podczas gdy Goglio otrzymał napowrót całą ilość kwasu szczawiowego, co zresztą nie może doprowadzać do pewnych wniosków, gdyż ilość kwasu szczawiowego wydzielanego z uryną, przez tego ostatniego autora przed doświadczeniem nie była znaczną.

Miejsce powstawania kwasu szczawiowego w organizmie nie może być przy obecnem stanie nauki oznaczone. W obec braku badań, któreby wykazały, jaki organ zawiera najwięcej kwasu szczawiowego i w obec nieustalonego zdania co do głównych złożonych ciał, które w ustroju rozszczepiają się z wydzieleniem $(\text{COOH})_2$ W każdym jednak razie nie ulega wątpliwości, że kwas szcz. jest produktem niedostatecznego utleniania i wydzielając się stale w znacznej ilości jest objawem poważnych zaburzeń w przemianie materji, być może nawet mających pewien związek z cukromoczem, gdyż oksaluryja towarzyszy często cukromoczowi lub też go poprzedza.

Oksaluryja przedstawia bardzo wdzięczne pole do badań, które powinny być oparte na ścisłej chemicznej analizie tak uryny jako też i krwi. Być może, że dokładniejsze zastanowienie się nad tą kwestyją wyruguje oksaluryję, tak jak wykluczono albuminurję, jak może w przyszłości będzie wykluczony cukromocz jako samodzielna postać chorobowa. Dotychczas jednak utrzymanie tej nazwy dla oznaczenia pewnej grupy objawów jest jeszcze potrzebnem: u nas przynajmniej, o ile się zdaje oksaluryja jest tak częstą, jak we Francji dyjateza artrytyczna.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

105. Prof. ARNALDO CANTANI. Obniżanie ciepłoty ciała za pomocą picia zimnej wody i zimnych lewatyw. (*Berl. Kl. Woch.* 1890. Nr. 31).

Podając przez długoletnie doświadczenie wypróbowany

sposób leczenia gorączki za pomocą picia zimnej wody lub stosowania zimnych lewatyw, Cantani wykazuje następujące jego dogodności: 1) Oziębiamy w ten sposób narządy wewnętrzne, posiadające w czasie gorączki wysoką ciepłotę; 2) Oziębiamy krew, dosiegamy aż do miejsc wytwarzania się ciepła, nie dotykając przy tem źródła tworzenia się ciepła i nie hamując ciepłotwórczej działalności życiowej komórek; 3) przez wessanie się wody do krwi i przez powiększone wydzielanie się moczu wymywamy z tkanek i ze krwi ptomainy; 4) przy tym sposobie leczenia ze strony ustroju nie zachodzi żaden odczyn właściwy wielu środkom przeciwgorączkowym; 5) ciepłota ciała nie podnosi się potem wyżej, niż była przed zastosowaniem tego leczenia; często, przeciwnie, trzyma się równomiernie nisko.

Przy durze brzuszny działają lepiej lewatywy; przy płamistym—picie zimnej wody.

Autor podaje od lat wielu chorym tyfusowym (typh. exanthematicum) po 5—6, a często nawet 8 litrów wody lodowej w ciągu 24-ch godzin. Trwanie choroby skraca się przytem znacznie, ciepłota ciała może dojść do normy. Tłómaczy się to ogrzaniem do ciepłoty ciała znacznej ilości wody, co zużytkowuje zbytek wytwarzającego się w ustroju ciepła. Ponieważ woda podaje się w równych odstępach czasu (jeżeli chory nie śpi, co 5 minut), więc przez to i ciepłota ciała jest obniżaną ciągle.

Chorzy na tyfus brzuszny nie znoszą takiej ilości wody. Dla tego też daje im autor dziennie 2—3 litry wody lodowej do wewnątrz i, oprócz tego, 2 lewatywy z dwóch litrów wody, mającej ciepłotę 11° C. W pół godziny po lewatywie ciepłota opada o 6—8 dziesiątych stopnia i trzyma się na tej wysokości 2—3, a nawet więcej godzin. Po 10—30 min. woda zostaje prawie zupełnie wydaloną z kiszki; ciepłota jej dochodzi wtedy do 35°—37° C., stosownie do tego, jak długo była w kiszki zatrzymaną. Jeżeli dla kontroli autor wprowadzał do kiszki wodę, mającą 30° C., to przy wydalaniu się miała ona 37°—38° C. ale ciepłota ciała nie opadała wcale. Ogrzewanie się jednej części wody, wprowadzonej za pomocą lewatywy, z 11° C. do 36° C. i drugiej jej części wprowadzonej przez usta, do t° ciała łatwo wytłómaczy nam przyczynę obniżenia się temperatury pod pachą w ciągu kilku godzin.

Przy obydwóch opisanych sposobach leczenia ilość moczu znacznie się zwiększa, a właściwy wynosi 1,008—1,010.

Przy tyfusie brzuszny autor bardzo często wprowadzał za pomocą lewatywy 3—10 gm. garbnika i 10—50 gm. kwasu karbolowego, rozpuszczonych w dwóch litrach wody, mającej t° 11°—12° C. Działanie tych lewatyw było czasami znakomite. Wzdęcie kiszki po dwóch—trzech razach znika, objawy ze strony kiszki redukują się do minimum, przebieg choroby jest skrócony.

W przypadkach, w których zakażenie tyfusowe jest już od samego początku trwania choroby wiadomem, stosowanie w pierwszych dniach lewatyw odkażających jednocześnie z pi-

ciem wielkiej ilości wody, „wymywającej krew i tkanki“, robi przebieg choroby abortywnym, jak to autor widział w wielu przypadkach tyfusu brzuszego W. Janowski.

106. Prof. O. VIERORDT. **Ueber die Peritonealtuberculose, besonders über die Frage ihrer Behandlung.** (*Deutsches Archiv. f. klinische Medicin. Bd. 46. H. 3—4. 1890.*)

Osobiste i cudze obserwacyje pozwalają autorowi wypowiedzieć zdanie, że większa część tych podostrawych i przewlekłych zapaleń otrzewnej, które nie są wywołane przez traumę, nowotwory, lub tych, przy których nie istnieje gruźlica płuc lub innych organów,—w ogóle zapalenia otrzewnej trudne do rozpoznawania pod względem przyrody cierpienia są pochodzenia gruźliczego. Gruźlica otrzewnej może przebiegać różnorodnie. W większości wypadków zjawia się w znacznej ilości płynny wysięk; w mniejszości niema tegoż, a natomiast konstatajemy istnienie ograniczonych okrągłych guzów, blizny, rozlane stwardnienie ścianki brzusznej. Niekiedy istnieje znaczne wzdęcie, ukrywające obecność wysięku w małej miednicy; jeśli zaś brzuch jest normalnym, nawet wciągnięty, to można wyczuć dokładnie stwardnienia, blizny, guz w omentum, nawet powiększone gruczoły zaotrzewnowe.

Swobodny wysięk może przedstawiać się w postaci znacznego ruchomego ascites, który jednakże z biegiem czasu staje się trudno-ruchomym lub nieruchomym, wskutek zlepów i zrostów, lub też w postaci ograniczonego przez zrosty wysięku, obok którego można jednocześnie wyczuć guzy i blizny. Ograniczony wysięk zajmuje różne miejsca w brzuchu na prawej, na lewej stronie i t. p., i przedstawia trudności przy różniczkowem rozpoznawaniu od innych guzów brzucha, szczególnie od torbieli jajnika.

Gruźlica otrzewnej prowadzi do uwiadu (marasmus) różnemi drogami. Jeśli istnieje ascites, rozwijają się drogą mechaniczną zaburzenia działalności płuc, serca, krążenia w organach brzusznych, do czego dołącza się wpływ paretyczny zmienionej otrzewnej na przeponę i kiszki, a ztąd, prawdopodobnie samo zatrucie organizmu przez zatrzymywaną zawartość kiszki. Ograniczone wysięki, zgrubienia, zbliznowacenia otrzewnej doprowadzają łatwo do zgięcia, ucisku kiszki, do zamknięcia ich światła w mniejszym lub większym stopniu. Zjawiają się różnorodne objawy ze strony kanału pokarmowego—zaparcie stolca, zmieniane biegunką, zupełna utrata apetytu, uczucie pełności po każdym przyjęciu pokarmu, tępe bóle w brzuchu, zjawiające się od czasu do czasu, objawy zamknięcia żołądka, prowadzące do śmierci. Cieżkie objawy częstokroć zmieniają się na lżejsze i taki stan rzeczy trwa tygodniami, nawet miesiącami, lecz chorzy ciągle słabną. Gorączki prawie nigdy nie brak. Jeśli obok cierpienia otrzewnej istnieje jeszcze gruźlica płuc, kiszki, organów rodzajnych lub kości, uwiad zjawia się naturalnie jeszcze szybciej.

Rozpoznawanie gruźliczego cierpienia otrzewnej będzie łatwem w obecności istniejącej niewątpliwej gruźlicy innych

organów, przy uleczonej gruźlicy kości lub gruczołów rozpoznanie musi być daleko ostrożniejszym. W innych wypadkach dyagnoza może być postawioną tylko z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem. W symptomatologii gruźlicy otrzewnej nie ma bowiem żadnych punktów patognomicznych; autor zwraca uwagę, że niewątpliwie zwykły przewlekły peritonitis może przedstawiać zupełnie te same objawy, co i gruźliczy (gorączka hektyczna, uwiąd, namacalne dane ze strony brzucha). Gruźliczy peritonitis szybciej wogóle prowadzi do śmierci, niż zwykły; lecz z drugiej strony i zwykły niekiedy szybko zabija, a gruźlica otrzewnej może pójść wstecz i niewątpliwie nawet być uleczoną. Nie rzadko w przebiegu tego cierpienia zdarzają się samoistne remisye, które mogą symulować zupełne uleczenie. Najdłużej trwała taka remisya w wypadkach obserwowanych przez autora 3 lata.

Niewątpliwie zjawia się samoistne uleczenie gruźlicy otrzewnej; nie należy jednak przypuszczać, by zdarzało to się często, jak tu niektórzy mówią. Opisują np. „pewne“ gruźlicze peritonitides u dzieci lub u kobiet w okresie dojrzewania płciowego, gdzie nastąpiło zupełne samoistne uleczenie; lecz rozpoznanie gruźliczej natury cierpienia zasadało się w tych razach na istnieniu gorączki i wychudnięciu lub dziedziczności gruźliczej; co naturalnie nie mówi wcale za prawidłową dyagnozą.

Leczenie może wiele pomódz w każdej formie gruźlicy otrzewnej, a szczególnie przy wysiękowej. Bardzo ważne znaczenie ma spokój w łóżku i ścisła djeta, wątpliwemi są natomiast okłady Priestnitz'a, kataplazmy, wcieranie szarej maści, przykładanie zielonego mydła. To ostatnie chwali gorąco Pribram. Od szarej maści widział autor kilkakrotnie dobry skutek. Przy takim leczeniu znika wysięk, zmniejszają się nawet twarde nacieki, a jednocześnie ustępuje gorączka i zjawia się apetyt. Jeśli przy podobnem postępowaniu nie ma poprawy, należy uciec się do laparotomii, nim siły chorego mocno się zmniejszą. Punkcje nie okazują żadnego pożytku. Zwykła incyzyja ścianki brzusznej prowadzi w niektórych razach wprost do uleczenia; należą tu zapalenie otrzewnej z ograniczonym lub wolnym płynnym wysiękiem, które rozwinęły się przy uleczalnej lub uleczonej świeżo gruźlicy innego organu, resp. opłucnej. Nawet przy nieuleczalnej gruźlicy w punkcie wychodnim może okazywać przecięcie ściany brzusznej przy przewlekłym peritonitis wielką korzyść palliatywną. Wielce jest przytem pożytecznem, by przy każdej incyzyi brano kawałek tkanki dla badania histologicznego i bakteryologicznego, w celu potwierdzenia rozpoznania i zebrania przez to naukowego materiału o wartości leczniczej laparotomii przy gruźlicy otrzewnej.

E. Biernački.

107. NOTHNAGEL. **O nawykowem zaparciu stolca.** Wykład kliniczny. (*Wiener med. Presse* 1890 N. 10, 11 i 12).

Oddawanie stolca zależy od prawidłowej czynności kiszki grubej a względnie prostej czyli odbytnicy. Miazga pokar-

mowa przesuwają się dość szybko przez kiszki cienkie, w ciągu bowiem 6—8 godzin znajduje się u zastawki Bauchin'a, następnie jednak jako kał powoli przesuwają się przez kiszki grubą. Ruchy robaczkowe jelit są w zależności od układu nerwowego nie wyłącznie jednak, jak to niektórzy (Engelman) dowodzą, zależnego w mięśniowej warstwie jelita. Cienka i gruba kiszka mają samodzielne unerwienie nie będące w zależności wzajemnej. Ruch robaczkowy sprawdzający oddanie stolca w zwykłych warunkach przychodzi do skutku peryodycznie, wskutek tego stolec zjawia się regularnie. 2—3 stolce na dobę, jak również jeden stolec w ciągu 48—72 godzin należą tu do fizjologicznych. A toli spotkać można osoby, które mają jeden stolec w ciągu 8—10—12 dni, a odnośne piśmiennictwo podaje przykłady osób które miały tylko 6—8—10 stolców na rok. Zboczenia w tym kierunku stanowią przedmiot niniejszego wykładu.

Przyczyny stanu takiego bywają najrozmaitsze. Najprzód zboczenia w unerwieniu, dalej zanik błony mięsnej jelita grubego; często też przychodzi do nawykowego zaparcia stolca wskutek wstrzymywania siłą woli; w tym razie po krótkotrwałym zaparciu następuje rozwolnienie, po którym już zjawia się długotrwałe zaparcie stolca. W podobny również sposób błędy dyetetyczne sprawdzają omawiany stan chorobowy. Momentami przyczynowymi bywają także: siedzące życie, oraz nagromadzenie się tłuszczu w brzuchu u osób otyłych. Zwiotczeniu powłok brzusznych autor nie przypisuje żadnego znaczenia w tym względzie, wbrew twierdzeniu innych badaczy.

Następstwa nawykowego zaparcia stolca u różnych osób są rozmaite. Guzy krwawnicowe z ich ciężkimi przypadłościami; utrata łaknienia, będąca następstwem zaburzeń w czynnościach ruchowej i wydzielniczej żołądka, a być może i skutkiem wessania ptomainów powstających w zalegającym kale; dalej ujemny wpływ na ośrodki nerwowe, który tłómaczy się odruchem na nerwy naczynioruchowe, albo działaniem wessanych do krwi ptomainów, a przejawia w hypochondrycznym nastroju chorego, niechęci do pracy, nawąły (uderzenia) krwi do głowy i t. p. Oto najczęściej spotykane dolegliwości omawianego stanu chorobowego. Zdaniem niektórych autorów angielskich nawykowe zaparcie stolca może w następstwie sprawdzić blednicę, która też snadnie ustępuje przy stosowaniu środków przeczyszczających.

Przy leczeniu nawykowego zaparcia stolca należy przede wszystkim wystrzegać się szablonu. Trzeba mieć za cel nie usunięcie objawu t. j. samego zaparcia, ale istotę choroby czyli leniwej czynności ruchowej jelit. Do celu przedewszystkiem prowadzi mięsienie kiszki grubej wraz z odbytnicą, której to zabieg wzmacnia układ mięśniowy organu. Pomocniczym środkiem przy mięsieniu może służyć faradyzacja brzucha, rzadziej galwanizacja (przy czem jedną elektrodę wprowadza się do odbytnicy), dalej zalecimy choremu regularny ruch, gimnastykę domową i t. p. Kurację taką radzi autor rozpocząć latem w jakimś miejscu leczniczem n. p. w Maryenbadzie, a potem ty-

godniami przedłużać ją w domu. Picie wody karlsbadzkiej jest tylko wtedy wskazanem, gdy zaparcie stolca rozwinęło się i utrzymuje na tle przewlekłego nieżytu żołądka. Jeżeli chory nie może lub nie chce jechać do wód, to można mu polecić picie w domu którejkolwiek z licznych wód gorzkich, albo zalecić przemywanie odbyticy, wreszcie glicerynowe lewatywy lub czopki. Wogóle należy unikać środków przeczyszczających, unikając się do nich tylko w uporeczywych przypadkach. Środki te, jak wiadomo dzielą się na dwa działy: laxantia i drastica. Pierwsze z nich, nie drażniąc błony śluzowej, przyspieszają ruch robaczkowy jelit, drugie zaś silnie drażnią tę błonę. Do pierwszych zaliczamy słodko-kwaskowate pokarmy (zupy owocowe, kompoty etc), tamaryndy, kalomel, olej rącznikowy, cukier i sok mannowy, miód i t. p. Zaliczyć trzeba tu też i salina, które zresztą nie nadają się do dłuższego użycia. Do drastycznych środków należy aloes, mający działać przeważnie na kiszkę grubą, dalej rheum i podophyllum. Często trzy te środki łączymy dla wzmożenia jak działania:

Rp. Podophyllin. 0.3

Extr. aloës

Extr. rhei aa 3.0

Extr. tarax. q. s. ad pil. Nr. 40.

DS. 1—2—3 pigulek co wieczór.

Bardzo silnie drastycznie działa colocynthis. Nie należy go przeto nad dłużej 8 dni podawać. Dalej Jalapa w dużych dawkach (czasem sprawia nudności i wymioty). Bardzo dobra jest Cascara sagrada.

Rp. Extr. fluid. Cascar. sagrad.

Syr. cort. aurantior. aa 20.0

DS. 1—4 łyżeczek na raz co 2—3 godz.

Przy krwawieniu z guzów krwanicowych zaleca się Pulv. liquir. compos. Gdy powyższe środki zawiodą, to musimy uciec się do senesu albo do olejku krotonowego. W razie konieczności przez dłuższy czas użycia środków czyszczących powinno się stosownie zmieniać takowe. Nothnagel zaczyna zwykle od aloesu, potem zaleca choremu picie wody gorzkiej, następnie przechodzi do proszku lukrecyjowego, a w końcu podaje syropus domesticus.

Za najlepsze do dłuższego użycia uważa autor irrygacye z czystej wody, albo z odwaru siemienia lnianego z dodatkiem naparu rumianku lub mydła, albo też stosowanie klyzm z gliceryny.

W. Świętecki.

108. E. NOWACK i W. BRAEUTGAM. **Przyczynę doświadczalny do znaczenia klinicznego gazów kiszkowych.** (Experimentelle Beiträge zur klinischen Bedeutung der Darmgase) *Münch. Med. Woch. Nr. 38, 39, 40 i 41 1890*

Poglądy rozmaitych uczonych na znaczenie gazów w kiszkach zmieniły się bardzo w ostatnich czasach; znaczenie ich uważają wszyscy za mniejsze. Leyden tylko podnosił ich znaczenie przy pneumopythorax subphrenicus, a niektórzy angielscy autorowie wypowiedzieli zdanie, jakoby błednica zależną

była od ciągłego podrażnienia kiszek przez znajdujące się w nich gazy. Doświadczalnie starano się dotychczas dopiero dwa razy i to przed 23 laty rozstrzygnąć ich znaczenie.

Obecnie, przystępując do powyższej pracy, autorzy starali się rozwiązać pytanie, o ile gazy mogą być szkodliwe, dzięki znajdującym się w nich pasorzytom, dzięki wywoływanemu przez nie podrażnieniu chemicznemu, dzięki ich wpływom toksycznym oraz działaniu mechanicznemu wreszcie.

1) W celu przekonania się, czy gazy znajdujące się w kiskach, zawierają pasorzyty, autorowie przedsięwzięli odpowiednie doświadczenia z których wyprowadzają wniosek, że gazy kiszek nie zawierają wcale pasorzytów, co wreszcie nie przedstawia nic dziwnego, gdyż kiszka jest zawsze o tyle wilgotną, że bakteryje mogą przyłgnąć do jej ścianki, albo wreszcie do kału.

2) Prócz tego autorzy dowiedli, iż gazy kiszek nie mają żadnego chemicznie drażniącego działania nawet w najbardziej temu sprzyjających warunkach.

3) Rozwiązanie kwestyi znaczenia toksycznego gazów ma daleko większe znaczenie.

Przedewszystkiem starali się oni określić, czy i ile siarkowodoru, jedyne go trującego gazu, obecnego w kiskach, znajduje się w kiskach osobników ze zdrowym i chorym przewodem pokarmowym za ich życia i po ich śmierci. Wykonane w tym kierunku 44 badania (20 na trupach, 24 na żywych) pozwoliły autorowi wykryć obecność H_2S w gazach kiszkowych tylko 7 razy, przyczem 5 razy w zaledwie dostrzegalnych śladach, raz w ilości 0,02% i raz 0,1% przy olbrzymim wzdęciu spowodowanym przez zupełne prawie zamknięcie światła кишки nowotworem złośliwym. Przyjmując tę odsetkę z największą, jaka może się znajdować, i przekonawszy się za pomocą nowego szeregu doświadczeń, że największa ilość guzów jaka się przy najwięcej nawet temu sprzyjających okolicznościach (napięcie ścianek brzucha, ilość kału) w kiskach pomieścić może, dochodzi do 12000 c. sz. autorzy dowodzą, że wobec tego może w nich być najwyżej 12 sz. cm. siarkowodoru. Ponieważ zaś wiadomo z doświadczeń innych autorów, że trującą dawką siarku sodu dla królika jest 6 mgrm na kilo jego wagi, czyli dla człowieka 0,45 gm. a 12 cem. H_2S odpowiada tylko 0,048 gm. Na_2S , więc widzimy, że nawet największa ilość H_2S , jaka się w kiskach znajdować może jest już sądząc z analogii dziesięciokrotnie mniejszą niż dawka trująca. Nadto inni badacze dowiedli, iż wszystkie zwierzęta mięsożerne i człowiek, mogą znieść około 40-tu razy większą dawkę Na_2S , niż króliki, więc przypuszczenie możliwości zatrucia człowieka gazami znajdującymi się w jego kiskach jest paradoksem. W przypadkach przedziurawienia kiszek śmierć chorych następuje nie od wystąpienia do jamy otrzewny H_2S , lecz od mnóstwa pasorzytów, które się do niej wraz z kałem dostają i wywołują piorunujące jej zapalenie.

Nagromadzone w zbyt wielkiej ilości gazy według auto-

rów mogłyby przez mechaniczne utrudnienie oddechu i krążenia być dla chorych szkodliwe. Nie na tem jednak polega zwykle zgubne ich działanie. Badania Bossard'a, Grawitz'a i Pawłowskiego, dowodząc, że przy podniesionem ciśnieniu w kiszkach następuje filtracja z tych do jamy otrzewny ich zawartości płynnej wraz z pasorzytami, tem prędsza i większa, im większem jest to ciśnienie. Pasorzyty zaś wywołują u chorych obraz septycznego zapalenia otrzewny, przypisywanego samym gazom. Wpływów tych niema, jak widzimy z nadzwyczaj pracowitych i sumiennych badań autorów. Gazy kiszkowe mogą być zabójcze tylko dzięki swemu wpływowi mechanicznemu na sprawę filtracji. Rozumie się, że może to mieć miejsce tylko przy wielkiej ich ilości. *W. Janowski.*

109. M. AUCHE **Zapalenie nerwów obwodowych przy rakach.** *Névrites périphériques chez les cancéreux. (Revue de med. Octobre 1890 r)*

Zapalenie nerwów obwodowych przy raku mało dotąd zwracało na siebie uwagi, dopiero w 1887 Oppenheim i Siemering podnieśli tę kwestyję ogłaszając 2 przypadki współistnienia tego cierpienia z rakiem żołądka, wobec skąpych jednak spostrzeżeń nie jesteśmy pewni czy w danych przypadkach przyczyną cierpienia nie było zatrucie wysokiem. W r 1889 M. Klippel również opisał podobne przypadki mało jednak zwrócił uwagi na zapalenie nerwów, które objaśnia obrzękiem i t. p.

Autor w niniejszej pracy opisuje szereg przypadków raka rozmaitych narządów, gdzie współistniało zapalenie nerwów obwodowych (neuritis peripherica). Badania swe opiera na ścisłej obserwacji klinicznej i badaniach mikroskopowych.

Szereg obserwacji klinicznych dotyczy raka żołądka (4 przypadki) trzustki, (1 przypadek) macicy (5 przypadków). Ogółem spostrzeżeń było 10: w każdym z tych przypadków autor szczegółowo badał zmiany pośmiertne, szczególnie zaś nerwów obwodowych obydwu kończyn,

Z licznych owych badań autor dochodzi do wniosku, iż rozsiane zapalenie nerwów obwodowych przy raku nie jest rzadkością. Z 10 przypadków, w 9 znalazł niezbite na to dowody i tylko w jednym w nerwach nie mógł wykazać. Wykluczając wszelkie możliwe błędy, autor twierdzi, iż przynajmniej w 5 przypadkach może twierdzić napewno, iż żadnej innej przyczyny prócz raka nie udało mu się wykazać. Dalej zwraca autor uwagę, iż tylko gałązki obwodowe ulegają zmianom same pnie pozostają nietknięte, a ma to swoje znaczenie, gdyż wskazuje na drogę którą sprawa chorobowa się szerzyła: od obwodu ku ośrodkom. Zmiany anatomiczne w tych gałązkach wskazywały na mięsaszowe zwyrodnienie

Jakąż jest ich przyczyna?

Ani wiek, ani płeć nie odgrywają tu roli, toż samo da się powiedzieć i o umiejscowieniu raka i o obrzękach, gdyż zapalenie nerwów występowało w tych miejscach, gdzie obrzęków nie było, jedyną przeto, zdaniem autora przyczyną, jest istnienie w ustroju raka. Mechanizm sam powstawania tych zapa-

leń jest zależny od upadku odżywiania tkanek w okresie charakteractwa rakowego.

Autor pilną zwraca uwagę lekarzy na istnienie tego cierpienia u rakowatych, na bóle w członkach. Chorzy skarżą się na bóle w dolnej części goleni, lub w okolicy stawu kolanowego, bóle te są nader silne i niekiedy łączą się z przeczulicą odpowiedniej części ciała. zwracać więc należy na wszystkich chorych pilną uwagę tembardziej, że często chorzy wobec silnych bólów na miejscu istnienia raka mało zwracają uwagi na inne dolegliwości. (Zwracamy uwagę czytelników na łączność tej pracy z pracą Mathieux, streszczonej przez nas w N. 3 Kroniki r. z. (Przyp. spraw). *Józef Zawadzki*.)

110. SCHMITZ. **Śpiączka chorych na cukrzycę i jej leczenie.** (*Berl. kl. Woch. N. 34*).

Śpiączka u chorych na moczówkę cukrową, a właściwie objawy bezpośrednio ją poprzedzające, mogą zależeć albo od słabej działalności serca albo od zatrucia ustroju toksynami, tworzącymi się w przewodzie pokarmowym. Stosownie do tego, leczenie jest rozmaite. Przy leczeniu takich chorych należy mieć na uwadze następujące dane.

Wiadomem jest powszechnie działanie cukru na mięśnie: u chorych cukrzycowych występuje nader łatwo zmęczenie po nader niewielkich wysiłkach. Otóż jeżeli takiemu działaniu cukru ulegnie mięsień sercowy, chory dostaje natychmiast napadu, cechującego się nadzwyczajną dusznością, przyspieszonym oddechaniem, częstym, nikłym tętnem, bólem głowy, szumem w uszach, niepokojem, bardzo słabo wyczuwalnym i wysłuchać się z trudem dającym pierwszym tonem tętnicy głównej. Ten ostatni objaw jest najważniejszym, świadczy on o osłabionej działalności serca, która, jeżeli trwa dłużej, sprowadza śmierć przy objawach zatrucia kwasem węglowym.

Mając chorego w kuracyi, należy starać się zapobiedz takiemu nagromadzeniu się cukru, przy którym serce było by jego działaniu poddane, i zalecić nadto choremu unikanie wszystkiego, co wymaga wzmocnionej działalności serca, a więc wczesnego wstawania i spacerowania na czczo, wszelkich nadużyć in Venere et in Baccho. Wszystkie związki potasu, kw. salicylowy, antipiryna, antifebryna, gorące kąpiele powinny być zakazane, narkotyków należy używać tylko w ostateczności. Wskazane natomiast są łatwo strawne pokarmy i umiarkowane użycie wysokości. Jeżeli, pomimo to, u chorego nagle wystąpią wyżej opisane objawy, należy podawać mu środki pobudzające, najlepiej kawę czarną, strój góbrowy, kamforę pod skórę i wewnątrz. Obok tego należy gorąco zalecić choremu pozostanie w łóżku aż do czasu, kiedy pierwszy ton tętnicy głównej stanie się wyraźnym. Do tego czasu chory nie powinien opuszczać łóżka, ani nawet siadać. Nawet oddawać może chory powinien leżąc. Ułatwia to znacznie czynność serca. Z przytoczonych przez Schmitza przypadków widać, że ile razy chorzy opuszczali łóżko przed wzmocnieniem się pierwszego tonu serca, tyle razy przyplacali to życiem w ciągu doby.

Przeciętnie chory powinien leżeć zupełnie nieruchomo w ciągu 10—14 dni. Po takim napadzie surowo musi być wzbronioną podróż, gdyż działalność serca osłabia się przy niej i może nastąpić śmierć. W ogóle autor, wielokrotnie przekonawszy się, jak zgubnie działa podróż na chorych na moczówkę cukrową, zaleca im zawsze po niej odpoczynek.

U innego szeregu chorych na moczówkę cukrową śpiączka występuje wskutek wessania z przewodu pokarmowego produktów rozpadu, które działają, jak toksyny. W takim razie napad poprzedzany jest przez cały szereg objawów dyspeptycznych i ogólnych, które u chorego, o którym się wie, że cierpi na cukrzycę, są wskazaniem do niżej przytoczonego leczenia, zanim jeszcze śpiączka nastąpi.

Poprzedzające objawy te są nagły brak łaknienia, odbijanie śmierdzącymi trupem gazami, zaparcie stolca (czasami tylko biegunka) bóle w brzuchu. Wkrótce występuje senność, przyspieszenie oddechu (40—45 na minutę oraz tętna (około 140), utrata przytomności, przerywana silnymi kolkami kiszki i wymiotami. Badanie serca ani płuc nie wykazuje w nich nic osobliwego.

Rzecz prosta, że leczenie w takich przypadkach musi być innem. Podajemy wtedy środki przeczyszczające w celu usunięcia z kiszek trujących substancji. Autor daje w takich razach swoim chorym raz po razie olej rycynowy, dopóki nie wyjdą z wypróżnieniami czarne, obrzydliwie śmierdzące masy. Zwykłe po tem następuje polepszenie. *W. Janowski.*

111. Dr. R. SCHMITZ. Zapalenie pęcherza jako powikłanie cukrzycy. Cystitis als Complication des Diabetes. (*Berl. klin. Wochenschr. N. 23, 1890.*)

Do rzędu chorób wikłających cukrzycę, przybývá nieżyt pęcherza, który zdaniem autora występuje często zarówno w formie przewlekłej, jak i w ostrej. Powstawanie cystitidis diabeticae ma za przyczynę fermentację cukrzycowego moczu w pęcherzu. O wyleczeniu tedy mowy być nie może dopóty, póki cukromocz usuniętym nie będzie.

Autor rozróżnia 3 postacie nieżytu przewlekłego. Pierwsza i najlżejsza postać żadnych objawów podmiotowych nie dostarcza, a rozpoznana zostaje dopiero po zbadaniu moczu, który jest nieco mętnym, oddziaływa słabo kwaśno i zawiera mierną ilość ciałek śluzowych i ropnych, fosforan wapna i bakteryje. Na tym stopniu rozwoju nieżyt łatwo może być usunięty, jeśli obok leczenia miejscowego podjętą będzie kuracyja antidiabetyczna, w przeciwnym zaś razie rozwija się postać druga.

Tutaj występują już zaburzenia, acz nieuciążliwe, w oddawaniu moczu, który wydaje woń nieprzyjemną, jest mętnym, oddziaływa słabo kwaśno lub obojętnie i zawiera mnóstwo ciałek śluzowych i ropnych, kryształy trypelfosfatów, obfitą ilość fosforanu wapna i drobnoustrojów. Postać trzecia rozwija się stopniowo z poprzedzającej. Objawy podmiotowe występują już w całej okazałości, cechującej nieżyt pęcherza, a mocz wydaje nieznośną woń amonijaku, oddziaływa zasadowo, daje gęsty,

barwy mlecznej, ciągliwy osad i zawiera ogromną ilość śluzu i ropy, bardzo dużo trypelfosfatów, fosforanu wapna, związki amonijakalne i bakteryje. Nadto cechuje jeszcze tę postać moczenie gazowe (Gaspissen).

Podczas gdy pierwsza i druga postać przebiegają pomyślnie, postać trzecia jest zawsze cierpieniem groźnem. Rokowanie w ogóle zależne jest od nasilenia choroby zasadniczej, na którą siły nasze przeważnie skierowane być powinny. Wszelako nie należy zaniedbywać leczenia miejscowego, które polegać będzie na częstem przemywaniu pęcherza letnim roztworem salicylanu sodu obok jednoczesnego zadawania go do wewnątrz. Procedurę tę wykonywać trzeba dopóty, dopóki mocz nie będzie zupełnie czysty. Tak postępując, częstokroć udaje nam się uwolnić chorego od ciężkiej komplikacji, śmiertelne zejście sprowadzić mogącej. W końcu zaleca autor gorąco ścisłe badanie moczu na cukier w każdym przypadku nieżyty pęcherza, gdyż często się zdarza, że lekarz, przeoczywszy chorobę zasadniczą, długo zmuszony jest bezowocnie walczyć z zapaleniem pęcherza.

L: Wilk.

II. Choroby dziecięce.

112. KARNITZKY. O mięsieniu brzucha przy zaparciach stolca u dzieci. (*Arch f. Kinderheilk. T. XII. z 1 i 2. 1890*).

Przy manipulacji powyższej, stosowanej, jak wiadomo, w ostatnich czasach z powodzeniem u dorosłych przy habitualnych zaparciach stolca autor otrzymał dodatnie wyniki u dotkniętych rzezonem cierpieniem dzieci bez różnicy wieku. Skutek występował najpóźniej w parę godzin po zastosowaniu niekiedy zaś po upływie $\frac{1}{2}$ lub $\frac{1}{4}$ godziny i to nawet w najuporczywszych przypadkach, w których zaparcie stolca miało miejsce dni kilka. Najdłuższy czas leczenia wynosił dwa tygodnie; każde posiedzenie trwało przeciętnie minut pięć dwukle raz jeden dziennie (niekiedy dwa) w dwie godziny po obiedzie. Rękoczyn u dzieci nie wiele się różni od rękoczynu u dorosłych, cała zaś różnica polega na tych lub owych modyfikacjach, zależnych od pewnych właściwości przewodu pokarmowego u dzieci w rozmaitych okresach ich życia.

Przed przystąpieniem do czynności lekarz powinien z całą starannością umyć sobie ręce, gdyż wskutek dość znacznej wrażliwości skóry u dzieci przy najmniejszej nieczystości występują częstokroć u nich rozmaite wypryski. Ręka lekarza powinna być ciepłą. Co się tyczy pozycyi dziecka, to u stawców matka siedząc, trzyma je na prawej piersi tak, aby lekarz był w stanie, stojąc po prawej stronie, manipulować prawą ręką. Siła nacisku zależeć powinna od stopnia napięcia powłok brzusznych, w każdym razie atoli rozpoczynać należy od słabszych powierzchownych dotknięć przechodząc stopniowo do coraz silniejszych, bez sprawienia bólu dziecięciu. Mięsienie rozpoczyna się od gładzenia brzucha, co trwa $\frac{1}{2}$ —1 minuty, poczem

następuje właściwe mięsienie, składające się z trzech manipulacyj. 1) mięsienia jelit, 2) okrężnicy zstępującej (col. descendens) i 3) mięsienia dolnej części brzucha, do których u ssawców przyłącza się niekiedy masaż kiszki ślepej i wstępującej. U starszych dzieci autor stosował niekiedy z korzyścią t, z. bębnie nie palcami po powłokach brzusznych. *Koral.*

113. A. BAGINSKY. **Przypadek szczękościsku i tężca u noworodka.** (*Berl. klin. Woch. N. 7 1891*).

Przypadek jest ciekawym z tego względu, że u dziewczynki liczącej 9 dni i dotkniętej wzmiankowaną chorobą zastosowano zastrzykiwanie krwi królika, odpornego na zarazek tężcowy. Zastrzyknięć dokonał dr. Kitasato sześć po 2 dniennie, w ilości 0,1 — 0,4 ctm. za każdym razem — ogółem 1,5 ctm. którą to ilość B. sam uważa za niedostateczną. Pomimo nie fortunnego wyniku (dziecię zmarło po szóstym zastrzyknięciu) B. jest za dalszemi próbami w tym kierunku. Płyn surowiczy wzięty z niezupełnie zagojonego pępka noworodka i przeszczepiony przez Kitasato na agar wykazał liczne kolonie lasecznika tężcowego, które po zaszczerpieniu myszom wywołały u nich po upływie 20 godzin charakterystyczne objawy tężcowe z zejściem śmiertelnem. *Koral.*

114. DEICHLER. **O drobnoustrojach przy koklusz.** (*Verhandl. der achten Versamml. der Geselsch. f. Kinderheilk. 1891*):

Koklusz różni się od innych chorób zakaźnych tem, że zarazek działa tu bezpośrednio na narządy oddechowe, w ostatnich czasach Affanasiew znalazł w płwocinie chorych kokluszowych rodzaj grzybka chorobotwórczego, którego czysta hodowla zastrzyknięta w narządy oddechowe psa wywołała u tegoż charakterystyczne napady kaszlu kokluszowego z następczym zapaleniem płuc. Autor, wychodząc z zasady, że owe grzybki, chociażby w znacznej ilości zebrane, jako nader małe nie są w stanie wywołać tak silnego podrażnienia błony śluzowej, prowadzącego niekiedy nawet do znacznych wynaczyń — empirycznie przyszedł do wniosku, że działać tu powinny i inne ciała obce znacznie większe. I rzeczywiście po długich i mozolnych badaniach nad niezabarwioną płwociną udało mu się odnaleźć pomiędzy masami nabłonka oraz ciałkami lymfoidnymi rodzaj drobnoustrojów znacznie większych od odkrytych przez Affanasiewa. Największą ilość swych drobnoustrojów autor znajdował w okresie największego nasilenia choroby, najmniejszą w lekkich przypadkach lub w okresie zwolnienia. Mają one kształt kulisty lub owalny, wielkości zazwyczaj ciała lymfoidnego, niekiedy większe i składają się z protoplazmy i ukrytego w niej jądra. Przy dłuższem wpatrywaniu się zauważyć można ich żółtawe-zielonawe metaliczne zabarwienie, któremi odróżniają się wybitnie od innych ciałek komórkowatych. Niekiedy drobnoustroje owe wypuszczają ze siebie rodzaj włosków lub krótkich a grubych wyrostków. Prócz powyżej opisanych autor spostrzegał jeszcze inne mniejsze lub większe ciała, obdarzone metalicznym, perłowym połyskiem, mające po największej części kształt półksiężyca z rozdzielonemi niekiedy na kształt podkowy

końcami, pomiędzy którymi zauważyć można okrągławe, obdarzone jądrem ciała. Zawartość półksiężycy składała się z błyszczącej klejowatej masy. D. mniema, że owo okrągłe ciało jest zarodkiem, półksiężyc - łupiną jaja, a klejowata zawartość masą żółtkową.

Istnieje wreszcie trzecia postać drobnoustrojów, mianowicie okrągłe mniejsze, lub większe, niekiedy dość znaczne pęcherzyki wypuszczające częstokroć wyrostki i obdarzone dość żywymi ruchami. Pęcherzyki pokryte są grubszą powłoką przedstawiającą przy odpowiednim oświetleniu zadziwiającą grę barw.

Powyższe trzy postacie drobnoustrojów, drażniąc według autora błonę śluzową, wywołują napady kaszlu kokluszowego. Mniejsza lub większa długotrwałość koklusu zależy eo ipso od tego, czy dziecię polyka płwocinę, czy też ją wypluwa lub wymiotuje, w pierwszym bowiem wypadku sok żołądkowy rozpuszczając łupinę jajeczka, uwalnia zarodki, będące przyczyną dalszego rozwoju choroby oraz dłuższego jej przebiegu. Z powyższego wypływa i najracjonalniejsze leczenie, zasadzające się przede wszystkim na podawaniu środków wymiotnych i wykrztuśnych, po których dopiero zastosować można z powodzeniem antymycotica.

Koral.

115. N. A. QVİSLING. Stwardnienie mięśnia sutkoobojczykowego u noworodków. *Induratio musc. sterno-cleido mastoidei neonatorum.* (*Arch. f. Kinderheilk T. XII. z 5 i 6 1891*).

Objawy powyższego dość rzadkiego cierpienia opisanego po raz pierwszy przez Dieffenbacha (w *Handb. f. Chirurgie Rust'a 1830*) są następujące.

W krótszym lub dłuższym czasie po urodzeniu, najczęściej w końcu drugiego lub trzeciego tygodnia, niekiedy wcześniej zauważyć można u dziecka znaczne stwardnienie w przebiegu opisanego mięśnia po jednej lub obu stronach rozmaitej długości od 0,5 do 3—4 ctm. w średnicy. Stwardnienie owo przedstawia się zwykle w postaci ściśle ograniczonej twardej wypukłości. Główka dziecka pochyloną jest ku stronie zdrowej lub w słabszym stopniu zajętej, zresztą innych poważniejszych objawów nie spostrzegamy. Niekiedy tylko polykanie jest cokolwiek utrudnionem.

Co się tyczy umiejscowienia, to cierpienie powyższe najczęściej napotykać się daje po stronie prawej (na 27 przypadków zebranych przez Henoch'a—21 razy).

Badanie drobnowidzowe wykazuje zapalenie włókien mięśniowych. W niektórych przypadkach spostrzegano wynaczynienia w pochwie mięśnia w ogóle ze stanowiska anatomopatologicznego autor przyjmuje rzeczoną sprawę chorobową jako myositis musc. sterno-cleido mastoidei neonatorum.

Etyjologija cierpienia jest dość zagadkową. Według autora i innych należy tu dopuścić najprawdopodobniej przyczynę urazową resp. mechaniczną w czasie samego aktu porodu.

Przebieg jest chronicznym, cierpienie bowiem trwać może niekiedy kilka miesięcy, kończąc się pomyślnie. Niekiedy

badacze jak Henoch, Stromeyer spostrzegali jako następstwo jego caput obstipum.

Leczenie zasadza się na lekkim mięsieniu oraz zewnętrznem użyciu niektórych środków jak jod, mercurialia i t. p.

Koral.

116. C. HOCHSINGER. **O indykanuryi u ssawców.** (*Verhandl. der achten Versamml. d. Gesellschaft f. Kinderheilk. 1891.*)

Autor skutecznie swe badania nad 165 dziećmi, poczynając od noworodków aż do 6 roku życia i doszedł do następujących wyników.

1) Mocz noworodków jest wolnym od indykanu.

2) U ssawców przy prawidłowem trawieniu znaleźć można w moczu zaledwie ślady indykanu.

3) Przy niektórych chorobach przewodu pokarmowego zwłaszcza przy cholera infantum znajdujemy w moczu patologicznie wzmożoną ilość indykanu (indicanuria). Zwyczajna niestrawność i biegunka oraz habitualne zaparcie stolca u ssawców przebiegają bez indykanuryi.

4) Przy wykluczeniu pierwotnych niektórych spraw chorobowych w kiszkiach, odnalezienie w moczu znaczniejszych ilości indykanu wskazuje na cięższe zaburzenia w funkcjach przewodu pokarmowego, a zwłaszcza na cierpienie gruźlicze, okoliczność powyższa posiada nader ważne znaczenie pod względem rozpoznawczym.

5) U starszych dzieci indykanuria posiada też samo znaczenie, co u dorosłych, w ogóle jednak jest nieznaczną.

Koral.

III. Wiadomości pomniejsze.

117. Pp. Germin Séé, Peronne i Tapret – zaczęli stosować w celu leczenia suchot płucnych **zgęszczone powietrze nasycone parami kreoletu i ol. eukalyptusowego.** Jak wiadomo zwyczajne wzięwanie tych środków nie dały żadnych rezultatów. Obecna metoda daje podobno dobre wyniki G. Séé leczył od Listopada 12 osób i widział u wszystkich poprawę.

(Umon med).

118. **Przy drgawkach po porodowych.** Dr. Perron zastosował z pomyslnym wynikiem zastrzykiwanie podskórne siarczanu eteru. (3 szpryczki w przeciągu dwóch godzin). Poprzednio już stosowane: chloroform, chloral i upust krwi pozostały bez skutku. (Lyra med. N. 11 91).

119. **Kantarydina Libreich'a** okazała się również (?R.) skuteczną i przy błonicy, powodując łatwiejsze i prędsze wydzielanie się mas błonicowych. Przypadek taki obserwował Dr. Renvers, a drugi miał miejsce na klinice prof. Leyden'a. (Al. m. z. Cr. 21 22. 91).

120. **Kwas szczawiovowy** przy ostrym katarze pęcherza moczowego zaleca Dr. Marshe. Według autora, środek ten działa szybko i pewnie we wszystkich przypadkach kataru pęcherza nie bacząc na przyczynę go wywołującą. Podaje go się w sposób następujący: Rp. Acidi oxalici 1,0. Ag destill. 120,0 syropi 30,0 MDs. co 4 godziny łyżeczkę od kawy.

(La Sem. med. 91. N. 20).

121. Według Vaczi kreolina posiada własność skrywania zapachu jodoformu. Wystarczy dodać jedną część kreoliny do maści zawierającej 2 części jodoformu na 25 części wazeliny. (La Méd. mod. 51. 16).

122. **Kalomel przy oxiuris vermicularis** zaleca się w postaci 1) lewatyw: calomel 0,2 na 100,0 mucilago semin. lici 2) maści do wcierania w okolicę stolcowego otworu: kalomelu 4 na 25 wazeliny 3) świeczek: kalomelu 0,6 na 4,0 butyri cacao i 4) do wewnątrz (dla dziecka 2 do 3 letniego) kalomelu 0,1 z taką samą ilością santoniny, przyjmując rano na czczo w łyżce miodu. Przy tem cierpieniu stosować również można lewatywy z kwasu karbolowego 0,05 na 100,0 wody. (Rev. gen. de clin. et de Her. 91 N. 7).

123. **Przy kamieniach żółciowych** i bólach przejściem ich spowodowanych Dr. Eloy zaleca chloroform do wewnątrz w następującym składzie: chloroformu 1.80^o wysokoju 8. Wody wawrzynosiłowej 0,10 i syropu cukrowego 80. Przyjmować co pół godziny po łyżce aż do ustąpienia bólu. (Rev. gen. de clin. et de Hiér. 6. 91).

124. Zalecany przez Manasse **terpini hydrat przy krztuścu** (Patr. Kr. Lek. r. 90 str. 206) okazał się również skutecznym i w praktyce Dr. Talomon'a, mianowicie w połączeniu z antypyryną. T. używa następującą mieszaninę (dla dzieci od roku do czterech) Terpini hydrati 1,0—1,5, Antypyryni 1,0. Syropi cort aurantior 50,0, Aquae dest 60,0 MDS. Kilka razy dziennie po jednej do dwóch łyżeczek. (Therap. Mon. 91. II).

125. **Wyskok przy malarii** zalecają Hunter i Baker. Podczas pierwszych oznak mającego wystąpić paroksyzmu należy wypić szklankę gorącego ponczu. (Lancet 1—10—91).

126. **By ukryć zapach ichtiolu** należy na 10 jego części dodać 1 część olejku cytrynowego. (La Méd. mud. 91 64).

127. Dr. A. Holscher na podstawie 2000 sekcyi podaje następującą *statystykę powikłań duru brzuszego*. W 355 przypadkach (17,7^o/_o) śmierć nastąpiła bez powikłań z przyczyny samej infekcyi; w 6,2^o/_o były nieznaczne powikłania, które same przez się nie mogłyby stać się przyczyną śmierci w 76^o/_o, zejście śmiertelne zależało głównie od powikłań — a mianowicie obrzęk płuc był u 15^o/_o, zwyrodnienie serca 13^o/_o, zawał krwawy w płucach 6^o/_o, zwyrodnienie wątroby 10, zapalenie oskrzeli 10, przedziurawienie kiszki 6^o/_o, zapalenie płuc zrazikowe 8, zapalenie zrazowe 7, krwotok kiszki 5^o/_o, obrzęk mózgu 5^o/_o, odleżyny 5^o/_o. (W. Presse 16).

128. Doktorzy Winkler i Bollaan z Utrechtu dowodzą, że *nakładanie kleszczy przy wydobywaniu dziecka może powstrzymać rozwój mózgu i spowodować idjotyzm*. W jednym przypadku znaleźli oni symetryczne uszkodzenia kory mózgowej; zakłębnięcia na czaszce nie było. Badanie mózgu 10 idjotów wykazało u 2 zmiany symetryczne w korze, u 6 były ślady ucisku od kleszczy. (Wracz 13. Br. Med. Jour. 28. 91).

Z towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Dyskusja nad działaniem i znaczeniem środka Kocha.

Przedewszystkiem prezes Przewoński zagaił dyskusyję proponując następujący podział.

- 1) Znaczenie dyagnostyczne.
- 2) Immunizacja.

3) Dawki oraz przerwy pomiędzy wstrzykiwaniami.

4) Wskazania i przeciwwskazania.

5) Zmiany anatomiczne i teoria działania płynu.

Porządek ten przez aklamację Towarzystwo przyjęło, a następnie rozpoczęło dyskusyję od omówienia:

Techniki wstrzykiwań.

Kol. Krysiński zaznacza iż czystość iniekcji nie była wcale idealną, sądzące słów wykonawcy szczepień kol. Bujwida; używał on do wyjaławiania tłoczka sublimatu, była więc możliwość wytworzenia się związku rtęciowego z ciałem działającym w płynie Kocha, a przez to obraz działania mógł być inny. W odpowiedzi kol. Bujwid nadmienia, iż ilość sublimatu pozostałego w tłoczku była nader małą, gdyż strzykawka była po wyjałowieniu sublimatem kilkakrotnie przepłukiwana wodą wyjałowioną i zaznacza, że podobnie postępuje zawsze. Kol. Krysiński nadmienia, iż można wyjaławiać strzykawkę w inny sposób mianowicie, używając tłoczków asbestowych, wprost za pomocą gorącą.

Znaczenie rozpoznawcze.

Nawiązując dyskusyję prof. Brodowski zapytuje, czy nie obserwowano reakcji po wstrzyknięciu płynu Kocha w innych nie gruźliczych chorobach np. przy przymiocie, jak to zauważył Kaposi. W odpowiedzi prof. Baranowski zaznacza, iż podał już przypadki stosowania środka przy przymiocie i jednoczesnej gruźlicy oraz przy acne rosacea. W pierwszym przypadku nie było odczynu w guzikach przymiotowych, przy acne rosacea żadnego odczynu nie było. Mówca przypisuje głoszone znaczenie dyjagnostyczne nie jak chce Koch ogólnemu, ale miejscowemu odczynowi, ale zaprzeczyć znaczeniu dyjagnostycznemu płynu nie może. W dyskusyi dalszej Kol. Hewelke zaznacza fakt, który do powyższego wniosku nie nazbyt upoważnia. U chorego gdzie podejrzewano zapalenie opon mózgowych gruźlicze; po wstrzyknięciu płynu zauważono tylko zmiany na siatkówce (przekrwienie) wskutek czego rozpoznanie było nie pewne. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono ropne zapalenie opon i ślady odczynu miejscowego mimo braków objawów ogólnych Tu zaznacza prof. Baranowski, iż mogły być opisane zmiany i wynikiem przebiegu choroby. Jako przyczynek do ujemnego znaczenia rozpoznawczego płynu Kocha kol. Sokołowski przytacza przypadek cierpienia krtani wątpliwej natury przymiotowej czy też gruźliczej, gdzie po 3 iniekcjach nie było odczynu, a po 5 mgm. wystąpił odczyn ogólny bez miejscowego. Prof. Baranowski zaznacza, że odczyn ogólny może mieć znaczenie wtedy, gdy występuje po małych dawkach, 5 mlm. jest już dawką znaczną natomiast prof. Brodowski nadmienia, iż środek działa widocznie nie tylko na tkanki gruźlicze i sąsiednie, ale i na inne narządy widziano bowiem i działanie na nerki: białkomocz krwimocz z lasecznikami, powstałe pod wpływem płynu, nadto występują zmiany na skórze w postaci różyczki, będącej niższym stopniem zapalenia Z tego względu płyn za swoisty dla tkanek gruźliczych uważać nie można. Przypomina przypadek kol. Chełmońskiego wpływu róży na gruźlicę i gdzie dodatni wpływ wywarła zarówno gorączka jak i produktu streptotokka, toż samo opisują co do ospy.

Kol. Dunin stwierdza doniosłość podobnych spostrzeżeń, otwierających szerokie pola do badań, co do bakterji jednak ropnych dziś już można twierdzić że pod ich wpływem następuje pogorszenie sprawy gruźliczej. Z powodu uwagi kol. Hewelkego, że pracy Chełmońskiego notowano po-

lepszenie po tyfusie, gdyż laseczniki znikły z płwociny, kol. Dunin zaznacza że poprawę po tyfusie należy odnieść do powszechnie znanej poprawy stanu ogólnego, występującej nieraz po tej chorobie, część więc poprawy zależeć musi od lepszego odżywiania i wzmożonego łaknienia, a niekoniecznie od wytworów bakterji, a tem trudniej przypisać to temu, gdyż jak zauważył kol. Sokołowski niejednokrotnie występują po tyfusie pogorszenia. Ogólne traktowanie sprawy wpływu wytworów bakterji powinno być nader ogledne

Kol. Jasiński twierdzi, wracając do dyskusji, że nie było przypadku który by zachwiał uznaną już wartością rozpoznawczą. Gorączkowanie w niegruźliczych po iniekcji mogło mieć inną przyczynę, przytacza, że przy mięsaku szczęki odczynu nie otrzymał toż samo przy acne rosacea, a w każdym przypadku wilka odczyn był wyraźny, to są dowody konkretne; zbija tę stanowczość poprzedniego mówcy kol. Sokołowski przytaczając przypadek, gdzie u chorej ze zmianami w płucach i lasecznikami w płwocinie ani ogólnego, ani miejscowego odczynu nie było po 1, 7 i 8 mlgr. jedynym objawem były bóle w piersiach, które jednak zależeć mogą od samego aktu wstrzyknięcia. Kol. Pruszyński przytacza 5 przypadków z kliniki dyjagnostycznej, z nich w 2 przypadkach gruźlicy płuc z lasecznikami odczynu nie było; po 8 zaledwo mlgr. wystąpił nieznaczny odczyn. Wyniki w ogóle były ujemne i zmusiły do zaprzestania doświadczeń. Kol. Heryng zaznacza, iż prócz gorączki inne objawy mają znaczenie: oppressja, duszność, bóle i t. p. Jest zdania iż płyn posiada wartość rozpoznawczą. Kol. Dunin zaznacza iż prawie w połowie przypadków gruźlicy płuc nie otrzymano odczynu gorączkowego ztąd też brak nie może przemawiać za nieobecnością gruźlicy. Płyn posiada duże, ale nie absolutne znaczenie rozpoznawcze. Kol. Srebrny dodaje, że wartość rozpoznawczą szczególnie tam występuje jaskrawo, gdzie po iniekcji występują ukryte zmiany gruźlicze, jak to miało miejsce w przypadku wilka kol. Chrostowskiego, gdzie wystąpiły na drugi dzień po iniekcji świeże gruźelki na miękkim podniebieniu.

Kol. Bujwid jest zdania, iż środek posiada znaczenie rozpoznawcze tam gdzie o to rozpoznanie najtrudniej — w świeżych przypadkach przy podejrzanym niezbyt oskrzeli. Kol. Goldflam podaje przypadek dowodzący tego założenia, z kliniki terapeutycznej, kol. Krysiński zaznacza, iż wartość nawet odczynu miejscowego jest zachwiana wobec faktów notowanych, iż przy promienicy i trądzie widziano odczyn nie tylko ogólny, ale i miejscowy, na co odpowiada prof. Baranowski, twierdząc iż odczyn różnił się nieco. Znaczenie rozpoznawcze opiera się na gruźlicy zewnętrznej tam odczyn miejscowy zawsze wyraźny, podczas gdy odczyn ogólny występuje i u zdrowych, a nie występuje u tych chorych gruźliczych, gdzie ogniska otoczone są zbitą tkanką bliznowatą. Nie posiada to jednak według kol. Dunina znaczenia praktycznego; gruźlica zewnętrzna daje się rozpoznać i bez płynu Kocha, było by więc prawdziwie praktycznie, aby dał nam wskazówki przy wewnętrznej niedostępnej dla oka. Kol. Sokołowski zaznacza, iż w niektórych razach małe z: czerwienienia lub inne zmiany drobniejsze w krtni, obserwowane po iniekcji mogły zależeć od częstego badania chorych, stąd też znaczenie i tu nie jest tak wybitne, przeciwnego jednak zdania jest kol. Heryng, który twierdzi stanowczo iż wpływ na krtni gruźlicą płynu Kocha jest stanowczy i wybitny. Kol. Dobrzycki przypomina, że ujemny wynik jednej iniekcji nie przekonywa, gdyż w obserwowanym

przez się przypadku wystąpił odczyn dopiero po 4 iniekcji, należałoby zatem przyjąć kryterjum i co do ilości próbných iniekcji.

Dawkowanie.

Na posiedzeniu z d. 10 marca prof. Baranowski rozpoczął dyskusyję od zaznaczenia, iż przy ustanawianiu dawek należy zawsze mieć na uwadze indywidualność osobnika, dalej zwrócić należy uwagę na rozległość sprawy gruźliczej oraz na umiejscowienie gruźlicy. Gruźlica narządów wewnętrznych wymaga wielkiej ostrożności przy dawkowaniu, podczas gdy tam gdzie może dosięgnąć ręka chirurga ostrożność może być mniejszą. Przy gruźlicy płucnej, oceniając wysokość dawki, mieć należy na uwadze nie tylko rozprzestrzenienie sprawy dostępane naszym badaniom, ale i ukryte przed naszymi zmysłami ogniska jak również przyjąć należy pod uwagę obecność jam płucnych. Mniejszą winna być nadto dawka i w tych przypadkach gdzie sprawa szybko postępuje. Dalej prof. B. zaznacza, iż ujawnia się w ostatnich czasach dążenie do takich dawek, które, nie wywołując odczynu gorączkowego w całej jego rozciągłości, okazywały by jedynie działanie miejscowe; prof. B. podziela ten kierunek. W dyskusyi prof. Brodowski zaznaczył, że zwracał już uwagę na różnorodność natężenia zapalenia i rozległości, co zależy od ilości tkanek gruźliczych, sił chorego i t. p. oraz, że zaznaczał wpływ dużych dawek na natężenie zapalenia. Przy silnem natężeniu zapalenia dochodzącem do włóknikowego możemy wywołać zapalenie włóknikowe i nawet uogólnienia prątków. Nawet przy wilku wielkie dawki nie leżą w interesie chorych, gdyż i tu tą drogą możemy wywołać generalizacyję. Zapalenie odczynowe jest konieczne, ale musi być takiego natężenia, że ogranicza się do występowania leukocytów tworzących wał skutecznie walczący z prątkami, po za ich osłoną może się następnie utworzyć trwała tkanka. Tego osiągamy przez małe dawki. A jest kwestyją pierwszorzędnej wagi, czy owe nowe gruzelki, występujące po wielkich dawkach, nie są następstwem zapalenia o silnem natężeniu. W konkluzyi radzi użycie małych dawek z dużemi odstępami. Kol. Elsenberg co do wilka jest zdania, iż nie otrzymamy pożądanego wyniku przy małych dawkach, zaczynając np. od 0,5 mlgrm. po roku nie otrzymamy żadnych wyników. Już teraz zaczynając od znacznych dawek częstokroć nie wywołujemy pożądanego natężenia. Prof. Brodowski w odpowiedzi zaznacza, iż chodzi o takie dawki, które miejscowe zapalenie wywołać są zdolne. Następnie kol. Krysiński podniósł kwestyję rozdziału dawek terapeutycznych od dyjagnostycznych. Przy małych dawkach o dyjagnostycznym znaczeniu mowy być nie może, gdyż i po $\frac{1}{4}$ mlgrm. spostrzegano odczyn miejscowy nawet tam, gdzie nie było tkanek gruźliczych. Kol. Sommer jest zdania, iż zawsze od małych dawek zaczynać należy. Na podniesioną przez kol. Szwajcera kwestyję jak wpływa na dawkowanie wiek, płeć, odżywianie, pobudliwość nerwowa, zmiany w naczyniach etc. odpowiada kol. Dunin, iż dotychczasowe badania nie mogą dać na nią odpowiedzi pewnej. Musimy zaczynać od małych dawek dając za wygrane wartości rozpoznawczej środka, gdyż główny nacisk położony należy na znaczenie lecznicze, nie wyklucza to jednak znaczenia dyjagnostycznego środka. Tu wyłoniła się kwestyja zasadnicza, kol. Sobierański (z Marburgu) zaznacza, iż płyn Kocha jest mieszaniną ciał różnych, a nie jednolitem ciałem, dla tego też dawki ściślej oznaczyć dlań nie można, gdyż nawet ciała ściśle określone trudno dawkować. Przeciw temu występuje kol. Bujwid, twierdząc, iż skoro jednostajnie płyn zostaje przygotowanym, jeżeli ma tę samą barwę, ciężar właściwy wtedy płyny są iden-

tyczne (?) Nie zgadza się na to kol. Pruszyński, zaznaczając, iż płyn Kocha nie może i nie ma zawsze jednakowego składu. Kwestyję dawkowania wtedy dopiero da się rozstrzygnąć, gdy się oddzieli substancyję działającą i określi naprzód u zwierząt dawkę toksyczną i działającą. Kol. J. Zawadzki zaznacza, iż określenie dawki dla zwierząt nie wystarczy, wiemy bowiem, że zwierzęta inaczej reagują na różne leki np. morfinę jak ludzie. Należy więc dawkę określać i u ludzi zdrowych i chorych następnie. Dziś dawka może być przybliżoną, podobnie jak była nią dla korzenia chinowego dopóki nie znaleźmy chininy, pierwiastku działającego.

Prof. Brodowski zwraca uwagę na to, iż zbyt wielkie wymagania stawiają koledzy płynowi Kocha, o ścisłości matematycznej nie może być mowy, a lekarz zawsze zostać musi być empirykiem. Spór ze strony chemicznej nie doprowadzi do niczego. Kol. Krysiński zwraca uwagę, że dla tego właśnie, iż mamy do czynienia z płynem niejednorodnym należy podwoić ostrożność przy stosowaniu. Kol. Dunin proponuje w myśl kol. Pruszyńskiego za każdym razem przed przystąpieniem do badań nad choremi płyn poprzednio sprawdzić na świukach morskich, należy na flaszkach notować dawkę maksymalną, co do pewnego stopnia zastąpi ścisłość składu chemicznego. Kol. Sokołowski w końcu zaznacza, iż należałoby dla rozwiązania wielu następujących się kwestyi ponowić obserwacje.

Wskazania i przeciwwskazania.

Prof. Baranowski uważa za wskazane te przypadki gdzie nie będzie odczynu gorączkowego, a jedynie efekt miejscowy. Możliwe jest stosowanie przy mało posuniętej sprawie i dobrym odżywianiu, przeciwwskazane są większe zmiany w płucach, przypadki z nieokreśloną lokalizacją i przypadki gruźlicy opon mózgowych. Kol. Bujwid na mocy odnośnych spostrzeżeń jest zdania, że nawet w niektórych dalej posuniętych sprawach można ostrożnie stosować płyn Kocha. Tegoż zdania jest i kol. M. Bruner i podaje odnośne 2 historyje chorób z własnej obserwacji. Nadto nadmieniam, iż znalazł w 2⁰/₀ roztworze karbolowym płynu Kocha prątki gruźlicze dla tego też radzi dla rozcieńczenia używać 5⁰/₀ roztworu karbolu.

Na ostatniem wreszcie posiedzeniu poświęconem sprawie Kocha, d. 24 Marca zabrał głos kol. Sokołowski podając hi storyję choroby chorego leczonego tą metodą, wyniki oględzin pośmiertnych i badania drobnowidzowego. Na zasadzie tego badania kol. S. dochodzi do wniosku, iż niewątpliwie podgajanie się sprawy miało miejsce, ale jednocześnie rozwijały się nowe nacieczenia i nowe gruzelki. W płucach obok mass serowatych widać było świeże zmiany zapalne (w 6 tyg. po ostatniem wstrzyknięciu), ogniska niezłotowe i włóknikowe, nacieczenia międzypłuczerzykowe. W dyskusyi prof. Brodowski oświadcza, iż ani na chwilę nie twierdził, iż płyn Kocha nie może wywołać uruchomienia się prątków przy zapaleniu wielkiego natężenia, ale do tego trzeba dłuższego czasu. Przy szczepieniach na zwierzętach zmiany występują po 3 tygodniach. W danym przypadku były również zmiany, które należy przypisać płynowi Kocha.

Na zapytanie kol. Herynga, jak należy pojmować t. z prz z Virchowa injections pneumonie i czy bez wstrzykiwań nie istnieje podobna zmiana, Prof. Brodowski odpowiada, że Virchow miał obfity materiał sekejny dzięki nieostrożności wykonawców metody, mógł więc zmiany podobne opisać, w Warszawie niektóre przypadki mogły być również zależne od wstrzykiwań. Kol. Krysiński oświadcza, iż bynajmniej nie jest dowiedzionem aby u człowieka gruzelki mógł powstawać dopiero po upływie

3 tygodni; u osobnika osłabionego może to mieć miejsce i znacznie prędzej. Wartość płynu Kocha jest kwestyją osobistych poglądów. Wszyscy zalecamy ostrożności, granic jej jednak oznaczyć nie umiemy, podobnie jak nie możemy oznaczyć minimalnej dawki; w odpowiedzi na to prof. Brodowski zastrzega się, iż nie lekceważy słów Virchowa. Nie sądzi jednak, aby człowiek miał być lepszym podłożem dla rozwoju niż inne zwierzęta, przeciwnie mamy dowody, iż dzieje się przeciwnie. Kol. Krysiński nadmienia, iż wypowiedziane zdanie dotyczy człowieka zdrowego, człowiek osłabiony, choć posiada niewątpliwie małą bardzo odporność.

Na tem skończono dyskusyję nad doświadczeniami z limfą Kocha, dokonaniem w Warszawie, chociaż ani teoretycznej oceny działania, ani kwestyi leczenia nie wyczerpano zupełnie.

Kronika miesięczna.

W ostatnich czasach zjawił się w prasie peryjodycznej szereg artykułów dotyczących obniżenia cen niektórych przetworów farmaceutycznych, i omawiających kwestyję obniżenia t. zw. *taxaa laborum*. Kwestyję tę omawialiśmy w N. 3 Kroniki, ze względu jednak, iż w polemice prowadzonej w Kurjerze Warsz. (N 95, 100, i 116) oraz w Kur. Codz. (N 122) powoływano się na nasz artykuł, jeszcze raz zabieramy głos w celu uzupełnienia krótkiej naszej wzmianki. Już z góry można się było domyślać, że przedstawiciele naszej farmacyi upierać się będą przy pozostawieniu dotychczasowych zwyczajów *in statu quo*; nie mniej jednak kwestyja nadmiernej drożyzny lekarstw wymaga jak najszybszego rozwiązania dla dobra potrzebującej się leczyć, zwłaszcza ubogiej ludności. Wysoka cena za przygotowanie lekarstwa, przewyższająca 3 — 4 razy wartość środków w skład jego wchodzących, jest rzeczywiście nienormalną i nie da się objasnić wydatkami na utrzymanie personelu, laboratoryjum i niezbędnych przyrządów. Możemy się zgodzić na to, że dochód z aptek nie jest tak wielkim, jak to przypuszczają osoby niewtajemniczone, że pochodzi z winy samych aptekarzy, którzy starają się podnieść w oczach publiczności wartość przygotowywanych przez się lekarstw przez pozorny komfort zewnętrzny w postaci pięknych szaf, marmurowej posadzki i eleganckich mebli, a jednocześnie prześcigają się w ozdobności flaszek i etykieetek, które raczej służyć mogą za zabawkę dla dzieci. Jeżeli do tego dodamy monopol apteczny, który się ześrodkowuje w rękach pewnej tylko ilości przez fortunę uposażonych farmaceutów, podczas gdy inni grają rolę białych murzynów, to łatwo sobie wytłomaczyć również nienormalny objaw, że apteka, której zasoby wraz z bogatym laboratoryjum i specyfikami warte są 2—4 tysiący rubli, nabywaną bywa za 40—50 t. r. nawet przez takich, którzy nie mogąc położyć całej należności zaciągają długi i opłacają nieraz wielkie procenta; z kąd w obec pewnej niezaradności pochodzi zazwyczaj i ruina majątkowa nabywców. Tem to możemy objaśnić sobie zbyt często niestety szczególnie w prowincyi obserwowany fakt popierania przez aptekarzy felczerskiej praktyki i oczerniania przed publicznością lekarzy, którzy nie chcą narażać pacjentów na niepotrzebne koszta przez przepisywanie złożonych recept.

Utrzymanie apteki, wbrew temu co przypuszczają pp. Kazimierz Wenda i Ziemiński, według naszego punktu widzenia jest pro prostu bardzo korzyst-

nem przedsiębiorstwem, ile że i osoba prywatna, podstawivszy prowizora farmacyi, pobierającego zazwyczaj oprócz całkowitego utrzymania 40—50 rb. miesięcznie, może nabyć aptekę i ciągnąć z włożonego kapitału bardzo wysoki procent. Nie możemy się również zgodzić ze zdaniem p. K. Wendy, (który zapewne mierzy wszystkich farmaceutów według osobistych zasług), że wykształcenie ich t. z. uniwersyteckie daje pewne prawo do większych dochodów za pracę. Na tem miejscu zachodzi kwestyja, wielu to znajduje się farmaceutów, którzyby pracowali naukowo, a najlepszą odpowiedź na to daje jedyne w królestwie pismo farmaceutyczne, umiejętną ręką redagowane, w którym bardzo rzadko spotkać się możemy z artykułem oryginalnym, a doskonale streszczenia i recenzję wychodzą tylko z pod pióra wytrawnych chemików. Praca aptekarzy przy przygotowaniu lekarstw nie jest tak wielką, jakby to zdawać się mogło, gdyż proszki oddzielnie zazwyczaj się nie ważą, a napary, odwary, roztwory, etc. wbrew obowiązującym przepisom i wymaganiom lekarzy, przygotowują się w większych ilościach i stosownie do potrzeby rozwadniają się.

Fakt, że niektóre apteki odstępują 25—50⁰/₀, a nawet 75⁰/₀ wymownie dowodzi, że obniżenie cen za lekarstwa jest możliwem choćby zmieniając kosztą ekspedycyi, której dotychczasowa wykwinność chorym żadnego pożytku nie przynosi.

— Jak donoszą niektóre pisma, pewne kółko lekarzy nosi się z myślą założenia *biura informacyjnego*, w którym zbierać się mają dane o miejscach dla lekarzy na prowincyi. Nie wiemy nic o zakresach tego zamiaru i czy w ogóle jest on na drodze do urzeczywistnienia się. W każdym razie z naszej strony możemy mu tylko przyklasnąć i ofiarować swe usługi inicjatorom. Biuro takie może stać się b. pożytecznem dla lekarzy wyjeżdżających na prowincyję, których informacją dotychczasową bywały najczęściej ogłoszenia i oferty aptekarzy, robione rozumie się we własnym interesie.

— Urząd lekarski na mocy rozporządzenia departamentu medycznego zabronił fryzjerom i składnikom perfum i kosmetyków trzymania i sprzedaży środków leczniczych, jak: kropli, maści, olejków i t. p. Wyjątek stanowią tylko eliksiry, pasty i proszki do mycia zębów.

— Jak donosi „Kurjer Codzienny“ pani G., dr. medycyny, czyni starania o koncesyję na aptekę w Warszawie, któraby obsługiwaną była wyłącznie przez kobiety i w której kobiety, pragnące kształcić się na farmaceutki, mogłyby odbywać praktykę, co w dzisiejszych warunkach jest wprost niemożliwem. Zapewne ten wzgląd wstrzymuje kobiety od wyboru omawianego fachu, wymagającego mniej czasu i pracy na wykwalifikowanie się, a przedstawiającego zresztą tak odpowiednie zajęcie dla płci pięknej.

— Prof. Adamkiewicz z Krakowa wykrył jakoby (Przegląd Lek. 14) podstawę dla racjonalnego leczenia raków, którą, w tajemnicy „wydoskonała na metodę dostępną dla każdego i w ręku każdego bezpieczną“.

Lepiej było by chyba nie uchylać zbyt wczesnie zasłony, zanim się nie doszło do rzeczywiście pozytywnych wyników, ale weszło dziś w modę wprowadzać w świat w zdumienie śmiałością mało uzasadnionych obietnic (tym razem opartych aż na trzech spostrzeżeniach).

Czy marzenia prof. A. spełnią się, czy uszczęśliwi ludzkość, czy też będziemy musieli powtórzyć znane przysłowie: „parturiunt montes etc“ nie przesadzamy, zdaje nam się tylko, że nastąpi to chyba nie według przytoczonych zasad patologii i terapii.

Leczenie to powinno być „miejscowe i ogólne, do dziś niewwzględniane nawet“.

W miejscowem pierwsze miejsce pozostanie, jak dotąd, nożowi, w ogólnem rolę tę zajmie nowa metoda, działająca nie z „zewnątrz ku wewnątrz, lecz odwrotnie od środka ku obwodowi“.

Ma to znaczyć, że metoda ta niszczy przerzuty i usuwa zakażenie rakowe i czyni z choroby ogólnej miejscową, ustępując następnie pola chirurgji.

Tym czasem, jak mówi sam prof. A. udało mu się przy ścisłej kontroli i innych (?? R.) przerzuty rakowe w niełwuznacznym sposobie doprowadzić do zaniku, a w samej tkance rakowej wywołać oddziaływanie z widoczną dążnością do wyleczenia. Pocóż wobec takich szczęśliwych wyników narażać chorego na nieprzyjemne zetknięcie z nożem?

Oczywiście metoda przechodzi nawet oczekiwania samego wynalazcy, bo idzie dalej niż postawione przez niego zasady racjonalnego leczenia i wpływa lecząco i na samo źródło choroby; staje się więc uniwersalną, czego sam prof. A. na razie nie spostrzegł, czy też nie zdążył zaznaczyć.

Nie możemy przy tej sposobności nie wyrazić naszego zdumienia wobec cywilnej odwagi szanownego profesora. Pomimo potępienia przez cały świat uczony postępowania pr. Kocha, prof. Ad. jednak śmiało kroczy jego śladem i podobniez ukrywa istotę swego wynalazku. Cui bono? Wszakże przyzwawszy do pomocy odpowiednich współpracowników prędzej dojdzie do celu. Podziału zaś sławy chyba nie ma się czego obawiać. W pomyślnym razie starczy jej zresztą dla kilku.

— Z ośmiu posad naczelnych w petersburskim instytucie dla Patologii doświadczalnej cztery, jak donosi Wracz, są już obecnie objęte: dział fizyologiczny prowadzić będzie prof. I. S. Pawłow (prof. farmakologii w Akademji), patologo-anatomiczny-prywatdocent N. W. Uskow, bakteriologiczny botanik Winogradzki, uczeń Pasteura. Kierownictwo nad działem chemji. fizyologicznej przyjął prof. M. Nencki z Berna po zapewnieniu sobie praw emerytalnych i zaliczeniu 20 lat służby zagranicznej. Pensya roczna przywiązana do każdej z powyższych posad wynosi 6000 rs. i mieszkanie. P. P. Uskow i Pawłow objeli już swe stanowiska, prof. Nencki zapewne dopiero w przyszłym roku szkolnym.

— Według obliczeń statystycznych zmarło w Berlinie w r. 1889 — 34459 osób. W tej liczbie 9314 z chorób narządów oddechowych, 7643 — narz. trawienia; 2977 z chorób zakaźnych, 4441 — z chorób nerwowych, 1931 chorób układu naczyniowego; 6091 z zaburzeń w ogólnem odżywianiu i rozwoju; otrucia 183 etc. (Berl. H. M. 18).

— „Influenza“ o b. ciężkim przebiegu grasuje w wielu miejscowościach kuli ziemskiej i rozszerza się coraz bardziej; w Ameryce panuje już od pewnego czasu w Chicago, Pittsburg i Alleghany, obecnie znów wystąpiła w New-Yorku i Brooklynie, gdzie w jednym tygodniu zachorowało przeszło 600 osób. W Europie o b. silnej epidemij donoszą z Anglii (Sheffield), i Norwegji (w Christjanji 891 przypadków w jednym tygodniu) i ze Szwecyi.

— Dr. M. Hay, właściciel instytucju szczepienia ospy ochronnej w Wiedniu, proponuje zamiast dotąd używanych cieląt dla hodowli ospy używać kóz. Materyjał ospowy otrzymany z kóz nie wywołuje tak silnej ogólnej i miejscowej reakcji, kozy przytem nie ulegają budzącej powszechnie obawę perlicy.

— Gazeta „Tits Bits“ zaleca wielce oryginalny środek nasenny bezpośrednio przed pójściem do łóżka wypić po mału (łykaniu) $\frac{1}{2}$ litra wody gorącej.

Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lekarskich polskich.

KWIECIEŃ 1891.

St. Braun: O rozmięczeniu kości (osteomalacia) u rodzących i wyleczeniu tegoż przez wycięcie jajników po wykonanem cięciu cesarskiem P. L.

Dr. Med. Rumszewicz: Jeszcze o tak zwanych rzęskowo-siatkówkowych naczyniach (P. L).

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

E. Borzęcki. O leczeniu rzerzączki u kobiet. (P. L).

Prof. W Jaworski. O używaniu wolnego powietrza w przebiegu gruźlicy narządu oddechowego. (P. L).

J. Surzycki. O nowszych środkach nasennych. (P. L).

W Chrzęszczewski. Śmierć skutkiem ukąszenia muchy. (P. L).

H. Schramm: Doświadczenia z limfą Kocha. (P. L).

B. Serkowski: O leczeniu róży i zapalenia tkanki podskórnej (phlegmone) wysokiem bezwodnym. P. L.

L. Nencki i J. Zawadzki: Wyjaławianie mleka i sztuczne karmienie niemowląt (Zdr).

A. Scheller: Chlorek etylu. (G. L).

Wł. Kopytowski: W kwestyi wycinania pierwotnego objawu przymiotu. (G. L).

W. Grabowski: Kwas karbolowy w leczeniu czarnej krosty. (G. L).

K. Chełchowski: Reumatyzm ostry jednostawowy. (G. L).

A. Gabszewicz: Przypadek trepanacji jamy czaszkowej. (G. L).

A. Gabszewicz: Przypadek gastrostomi przy zwiężeniu przelyku rakowem. (G. L).

Szcz. Bronowski: Usuwanie tasiemca. (G. L).

Dr. Med. H. Pacanowski: Czy i o ile zdobycze w dziedzinie dyjagnostyki chorób żołądka wpłynęły na postęp w leczeniu tychże chorób. (M).

Prof. Rosé: Z kazuistyki lekarskiej. (M).

J. Pomorski: Przyczynek do etiologii czarnej choroby noworodków (Melaena neonatorum). (N. L).

Nadesłano do Redakcyi.

K. E. Wagnera: K uczeniu o roli temperatury w zaraznych zaboliewaniach, Odb. z Wracza.

K. E. Wagnera: O sposobie przedłożenno Winter'om dla analiza żeludocznego soka. Odb. z Wracza.

Ośmnaste sprawozdanie komitetu Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie z roku 1890.

Dr. M. Udziela: Medycyna i przesady lecznicze ludu polskiego wyd. „Wisły“ 1891.

Odpowiedzi od Redakcyi.

— *Kol. A. J. w Bodzentynie.* Gdyby można było wykluczyć stanowczo wszelkie inne drogi przeniesienia zarazków (akuszerka??), przypuszczenie Sz. Kolegi zyskało by więcej prawdopodobieństwa. Wszakże znane (ogłaszane) są przypadki przenoszenia zarazy przez listy, książki, pieniądze papierowe i t. d. Co się tyczy wpływu tak znacznego przeciągu czasu (3 lata), to brak jeszcze pod tym względem miarodajnych wskazówek.

— *Redakcyi Wiadomości Farmaceutycznych* na wystosowane do nas w N 8 zapytanie odpowiadamy. Mogła chyba Sz. Redakcyja „Wiadomości“ sama się domyślić, że uwaga uwadze nie równa i że wiele zależy od tego, kto i komu ją robi. My, czyniąc uwagę owym lekarzom—możliwym naszym czytelnikom—zrobiliśmy ją, jak to mówią, w oczy, jak koledzy kolegom, ale wysmiewanie się z lekarza za źle napisaną receptę w piśmie, przeznaczonem wyłącznie dla farmaceutów i przez lekarzy nieczytwanem może mieć tylko charakter złośliwej szynki.

To właśnie zaznaczyliśmy z powagą i godnością, do czego nie potrzebujemy się przystrajać tylko w płaszczyk powagi (wedle banalnego wyrażenia organu War. Tow. Farm.), nie zapominając bynajmniej, jak i co pisaliśmy kilka miesięcy pierwej.

Za to Redakcyja Wiad. Farm. najwyraźniej zapomniała o starem, ale dobrem przysłowiu: nec sutor ultra crepidam.

NEKROLOGIJA.

— W dniu 21 Maja zmarł w Warszawie Dr. Arnold Libkind-Lubodziecki. Zmarły początkowo praktykował na prowincyi, gdzie zyskał sobie powszechny szacunek. Od lat kilkunastu zamieszkał w Warszawie i tu założył mleczarnię leczniczą. Ostatnio poświęcił się dentyście. Umarł w sile wieku, pozostawiając po sobie szczery żal wśród grona bliższych swych kolegów. Pokój jego pamięci.

OGŁOSZENIA.

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

Doktór A. Podolski

DENTYSTA

Marszałkowska Nr. 136.

Przyjmuje od 10 rano do 5 po południu. 24—4

Dr. LEONARD LESZCZYŃSKI

ordynator klin. chirurg. Czysta N. 6, przyjmuje z chorobami szczęk i zębów od 11 do 5. Gabinet dentystryczny, plombowanie, zęby sztuczne, obturatory i replantacyja. 12—4

Wydawca:
Dr. K. Sierplński.

Numer wyszedł d. 26 Maja.

Redaktor:
Dr. O. Hewelke.

Dr. Józef Tugendhat
podczas sezonu praktykuje
w Karlsbadzie

Mühlbadgasse dom Kettenbrücke.

5—2

Dr. Majkowski

lekarz zakładu zdrojowego i szpitala św. Mikołaja w BUSKU
ordynuje przez całą porę kąpielową. Tegoż do nabycia w księ-
garniach: Busko—wody siarczano-słone 80 kop. 6—1

Dentysta L. Szwarcmacher

przyjmuje od 10 do 6. Choroby zębów, plombowanie. zęby sztu-
czne. Żabia Nr. 9 róg Bankowego Placu. 6—3

DOM ZDROWIA

D-ra K. Dobrskiego

10. Aleja Róż 10.

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

Każdy chory zajmuje pokój oddzielny. Chorym to-
warzyszyc mogą osoby zdrowe. W razie potrzeby, zu-
pełna tajemnica zapewnioną być może.

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

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

BUSKO

Dr. DYMICKI, lekarz zdrojowy, ordynuje od 34 lat.
(3836)—5—1

Dr. med. Czesław Stiche

ordynuje w KARLSBADZIE mieszka Kreuzgasse Insel Rügen.
5—1

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 operacyi, 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—4

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 **Lipanię**, czyli tran, bez wstrętnego smaku tranu.

M. LIPIEC

SKŁAD MATERYJAŁÓW APTECZNYCH I FARB

ulica Nalewki Nr. 24, w Warszawie. 12—4

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

D^R 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 MATERIAŁÓW 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.

APTEKA

I

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

M. BARGZA

w WARSZAWIE

94 Marszałkowska 94.

Jest stale zaopatrywana 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 uprzyśtępnienia kupującym znanego ze swej skuteczności plastru na odciski Salvator, począwszy od Lutego cenę jego zniżamy z 40 kop. na 35. Biorącym tuzinami odstępkuje się 33⁰/₀. Główny skład i wyrób przy aptece W. Borowskiego. Przejazd w Warszawie.

6—4

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

APTEKA i PRACOWNIA

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—13

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. Kołaczkowski, który uzupełnił swoje wiadomości w dziedzinie hydroterapii nowożytnej w Wiedniu i Berlinie.

Prospekta na żądanie wysyła zarząd.

I. Żochowski.

Zarządca Zakładu.

Dr. I. Kołaczkowski.

Właściciel i kierownik zakładu.

(2393)—9—3

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, Ajencyja położyła główny nacisk na dobroć i taniość towaru, tak że stosunkowo 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 uczciwych dążności. Sprzedaż odbywa się w **Kantorze**. Zamówienia z prowincyi skutecznia się bezzwłocznie, a biorącym od 5 funtów, opakowanie i porto **gratis**.

12—4

SKŁAD ZEGARKÓW PIOTRA SMAŁEĆ

w Warszawie, Mazowiecka Nr. 2.



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

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

СОРАНОН
APTEKARZ
K. LEROWSKI
87 Marszałkowska 87
Z pozwolenia Departamentu Medycznego
WYRABIA
СОРАНОН
niezawodny przeciw rzerzające
Cena fla: rs. 1.
СОРАНОН

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

J. MILLER

Nowy Świat 7.

6-5

Dr. Michał Kaufmann
praktykuje w Marienbadzie

Willa Lissa

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

3-2

APTEKA E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

w WARSZAWIE

ma honor podać do wiadomości pp. Doktorów, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy, podawania leków pod postacią win, przygotowała obecnie cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-Chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Chinowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

„ „ z żelazem zawiera $1\frac{1}{2}$ żelaza, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino Condurango czyste na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 75.

„ „ z żelazem zawiera $2\frac{1}{2}$ żelaza, butelka rs. 2.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych i na Maladze. Nasiona Kola zawierają $2,34\frac{1}{2}$ Cofeiny, butelka rs. 2 kop. 25.

Wino Kwassyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kwassyjowe na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera $2\frac{1}{2}$ pepsyny, butelka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera $2\frac{1}{2}$ pepsyny, butelka rs. 2.

Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagrada na Maladze. Jedna do $1\frac{1}{2}$ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino rabarbarowe z korą chiną królewskiej na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino senesowe (*fol. Sen. Alex. sine resinae*) na Xeresie. Jedna do $1\frac{1}{2}$ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 1 kop. 75.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0 (14—15 uncyj).

CZYSTE MLEKO KONCENTROWANE

bez domieszki cukru

preparowane podług najnowszych systemów higienicznych przez
jedyną fabrykę tego rodzaju w Cesarstwie

Wold^d Mayers W^{we} & Sohn w Rewlu



Mleko to stanowi doskonały środek odżywczy dla dzieci, wyśmienicie działa przy stosowaniu mlecznej kuracji dla chorych i rekonwalescentów, odpowiada wreszcie w zupełności wszelkim użytkom gospodarstwa domowego. Nie zawiera ani cukru ani żadnych chemicznych domieszek, jest zupełnie czyste, cztery razy gęstsze od mleka świeżego, a będąc przygotowanym podług najnowszych udoskonalonych systemów konserwuje się w hermetycznie zamkniętych blaszankach bardzo długo. Wszelkie szkodliwe części organiczne, któ-

remi obfituje mleko świeże, w mleku koncentrowanem Meyera niszcza się i na skutek tego mleko to przedstawia się jako środek odżywczy bezwzględnie czysty. Użyte do herbaty, kawy, lub czekolady daje smak doskonały. Przy mniejszej proporcji wody stanowi wyborną śmietankę.

Cena puszki 40 kop.

Bliższe szczegóły i opis sposobu użycia znajduje się na każdej blaszance.

Dr. Leon Nencki, któremu mleko koncentrowane Meyera zostało przedstawione do analizy, wyraził następującą opinię: „Mleko nadesłane jest bardzo dobre, ściśle wyjałowione, łatwo strawne i odpowiada swemu przeznaczeniu w zupełności. Badanie bakteryjologiczne obecności żadnych drobnoustrojów nie wykazało”.

Generalni reprezentanci na Królestwo Polskie

MARKUSFELD & KRZYWOSZEWSKI

Żabia Nr. 9.

Sprzedaż detaliczna we wszystkich znaczniejszych składach aptecznych i kolonijalnych. 3—2

DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH

Koncesyjonowane przez
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach
hygieniczno-lekarskich



EKSTRAKT I KARMELKI „LELIWA”

Przygotowane podług wskazań Lekarzy i Chemików, pewniejsze i 50% tańsze od zagranicznych. **Fłaszka ekstraktu miodowo-ziółtowo-słodowego kop. 75**, tegoż ekstraktu z dodaniem chinu lub żelaza i chinu rs. 1. **Paczka karmelków kop. 15**. Wylączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.

KSIĘGARNIA GEBETHNERA I WOLFFA

w Warszawie,

poleca następujące nowe dzieła:

Albert, E. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. 3. Band.	5.40
Arloing (le Dr S.).—Les Virus. Avec 47 figures.	2.40
Baer, A. N., Die Hygiene der Syphilis.	— .90
Balestre (le Dr).—Cours d'hygiène pratique. Hygiène individuelle. Hygiène scolaire. Hygiène publique.	1.40
Blechele, M., Anleitung zur Erkennung und Prüfung aller im Arzneibuche für d. deutsche Reich. 3. Ausg. augen. Arzneimittel. 7. Aufl.	1.35
Brandt, Thure, Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten Mit 37 Abbildgn.	2.70
Chatelain (le Dr E.), de Paris.—Etude sur le traitement du lupus tuberculeux d'après la méthode de M. le professeur R. Koch. 2e édition.	1.—
Cornevin (Ch.).—Traité de zootechnie générale. Avec 4 pl. et 204 figures. 2-e fascicule. Prix de l'ouvrage complet en 2 fascicules.	8.80
Cozzolino. V., Hygiene des Ohres. Deutsch v. Fink.	— .45
Dahlfeld, C., Bilder für stereoskopische Uebungen zum Gebrauch für Schielende	1.80
Demme, H., Ueber den Einfluss des Alkohols auf den Organismus des Kindes. Rede.	1.15
— Klinische Mittheilungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde. 27 Bericht d. Jennerschen Kinderspitales in Bern. 1889.	— .90