

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O t. zw. Periostitis Albuminosa.

Napisał Dr. **B. Dzierżawski.**

(Dokończenie).

Rozebrawszy w ten sposób powyższe przypadki, widzimy, że wszystkie dają się podciągnąć pod kategorię ostrego samorodnego zapalenia szpiku o słabem natężeniu. Ostre zapalenie szpiku, podobnie jak tyfus i inne choroby zakaźne, może występować w najróżniejszych stopniach: „il-ya entre les simples douleurs de croissance et le décollement aigu des épiphyses de nombreux degrés intermediaires. Il-y a de formes atténuées des l'osteomyelite. L'osteomyelite peut s'installer sournoisement, être chronique dans sa marche“ mówi Trelat (l. c.). „Von schwerster Erkrankung unter Delirien, mit rapider Schwellung der befallenen Partie, Tod in wenigen Tagen bis zum einfachen Schmerzgefühl ohne sonderliche Schwellung sind alle Uebergänge möglich“ mówi Riedel ²⁷). Jeżeli to weźmiemy pod uwagę, widzimy, że wyżej przytoczone przypadki najzupełniej się mieszczą w ramach tak pojmanego osteomyelitu. Nie doszło tu tylko do produkcyi ropy, co daje się wytłómaczyć słabością zarazka, względnie osobistą odpornością ustroju. Jak widzieliśmy w kazuistyce w sześciu przypadkach (10, 13, 16-19) otrzymano drobnoustroje, jakie znajdują i przy ropnem zapaleniu szpiku, mianowicie w przypadku przytoczonym pod nr. 10 staph. pyog. albus, w 13, 18 i 19 aureus, w 16 zaś i 17 oba razem. Na dobrą sprawę to wysięk we wszystkich przypadkach, w których zbadano go pod mikroskopem, tylko pod względem ilości składników morfologicznych różnił się od ropy, gdyż we wszystkich tych przypadkach odnotowano w płynie ciałałka białe, co prawda w tak nieznacznej ilości, że nawet zmętnienia wysięku nie spowodowały. Dla czegoż wysięk pomimo tak wielkiej

analogii z chorobą par excellence ropną jak osteomyelitis spontanea, pomimo obecności ropnych gronkowców, nie był co się nazywa ropny?

Schlange powiada, że zapalenie wskutek względnej słabości zarazka, ewentualnie odporności ustroju, nie doszło do ropienia, a zatrzymało się na stadyjum surowiczego wysięku. Wysięk więc surowiczy uważa Schlange jako pierwotny. Vollert brak ciałek ropnych tłómaczy śluzowem ich zwyrodnieniem, Garré zaś przypuszcza, że wysięk pierwotnie jest w małej ilości, ale czysto ropny, następnie produkcja ciałek ropnych ustaje, a obecna w danym momencie ropa rozcieńcza się niejako transudacją surowicy i lymfy. Do takiego tłómaczenia ma Garré faktyczną podstawę w pierwszym swoim przypadku (nr. 16): tu wysięk przy próbnem przekłuciu otrzymano surowiczo-ropny; przy następnem zaś przecięciu, gdy „ropień“ zdążył się powiększyć, wylał się płyn do ropy już nie podobny, lekko zaledwie mętnawy. Słabość zarazka spróbował Garré stwierdzić eksperymentalnie: hodowle gronkowców, otrzymane ze swoich przypadków szczepił królikom do stawów i otrzewny, przy czem wynik był zawsze ujemny.

Do zawartości w wysięku niektórych przypadków mucyny Schlange, Garré i Legiehn nie zdają się przywiązywać znaczenia, milczeniem tę kwestyję pomijają. Vollert tłómaczy to w sposób już wyżej wyluszczonej. Do tej kwestyi będziemy mieli okazję jeszcze powrócić, tymczasem zajmujemy się rozpatrzeniem przypadków drugiej grupy, gdzie periostitis albuminosa rozwinęła się na gruncie gruźliczym.

1) Spostrz. Lannelongue'a ²⁾). Chłopiec 7-letni, błydy, mizerny, z licznymi bliznami po sprawach gruźliczych. Ojciec chorego zmarł na gruźlicę. Od 15 miesięcy tamor albus genus dextri. Na wewnętrznej stronie prawej piszczeli, na 2 palce poniżej górnej nasady, leży ograniczony guz, wielkości dużego orzecha, chęłboczący, pokryty zdrową, ruchomą skórą. Przy przecięciu otrzymano płyn przezroczysty, barwy cytrynowej, bez przymieszki jakichkolwiek mas ropadowych. Pod mikroskopem skonstatowano białe i czerwone ciała krwi; kość nie obnażona, nie przedstawia żadnej depresji, ani też żadnego zgrubienia. W dalszym przebiegu zrobiono amputację uda, co dało okazję do bliższego zbadania owej „cysty“. Okazało się, że znajduje się ona na okostny, która przy podstawie tejże jest zcieńczona. Kość nie obnażona, w najbliższym sąsiedztwie zmian patologicznych nie przedstawia, bezpośredniej propagacji zapalnej z chorego stawu w postaci jakichkolwiek przetok w kości lub częściach miękkich niema.

2) Spostrz. Lannelongue'a ²⁾), 3-letnie dziecko ze zdrowej rodziny, od roku cierpi na olenitis fungosa dextra. Na palec poniżej olecranon na kończynie chorej leży na kości łokciowej guz chęłboczący, pokryty zdrową skórą.

rą. Przy przecięciu otrzymano żółtawy, przezroczysty, wcale nie ropny płyn. Jama wystana miękka, grzybowatą ziarniną. Pomimo szerokiego przecięcia obnażenia kości nigdzie nie znaleziono. Kość nie zgrubiała.

3) Spoztrz. Perier'a ²⁸⁾. Mężczyzna 24-letni z licznymi śladami żółtów. Przed laty 12 stłuczenie prawego kolana, poczem trzy miesiące przeleżał w łóżku. Od tego czasu kolano, szczególnie po wysiłkach fizycznych bolesne, a na łydce poniżej fosea poplitea, zauważył pacjent nie bolesne chęłboczące obrzmienie. Przy przekłuciu otrzymano 200 c. sz. gęstego, zielonawego, przezroczystego płynu, z dużą zawartością białka. Po 2 tygodniach przekłucie trzeba było powtórzyć, przy czem otrzymano taki sam płyn. Po drugim przekłuciu wystąpiła flegmona, z powodu której zrobiono przecięcie. Kość nie obnażona. Po kilku miesiącach pozostają z fistułki ze skąpą wydzieliną, ruchy w stawie kolanowym ograniczone. W wysięku analiza chemiczna wykazała dużo białka (1 na 20), substancyje podobne do mucyny metalbuminę i paralbuminę, fosforanów nie wiele, za to chlorków 5,5 na 1000. Znaleziono także w płynie jod; ponieważ chory od kilku miesięcy, takowego nie zażywał, dowodzi to małego natężenia przemiany materji w wysięku

4) Spoztrz. Volkmana opis. przez Vollerta ¹⁴⁾. 34-letni mężczyzna, w dzieciństwie żółtawy. Gruźlica płuc po stronie ojca i matki. Chory budowy suchotniczej, wysoki z wąską klatką piersiową i anemiczny. Po stronie wewnętrznej prawego ramienia tuż po nad stawem łokciowym znajduje się płaski, chęłboczący guz, wielkości prawie z pięści, obejmujący tylną i wewnątrz stronę kości. Skóra normalna, guz nie bolesny, zrazowości nie przedstawia. Przy przecięciu otrzymano około 200 c. sz. płynu przezroczystego jak woda, nieco żółtawego, lepkiego i ciągnącego się w nitki. Ściana guza nieco zgrubiała, wystana cienką warstwą ziarniny, będącej w stanie *śluzowej* i tłuszczowej przemiany. Taką warstwą pokrywa i kość, która nie jest zgrubiała, żadnych wyrosli, ognisk gruźliczych, ani martwaków nie przedstawia. Ze stawem połączenia niema. Jamę wyskrobano, trwale wyleczenie. W płynie duża zawartość mucyny. Elementów komorokowych mało. Takowe składają się ze *śluzowo* lub tłuszczowo zmienionych ciałek białych najróżniejszej formy. Oprócz tego mała ilość tłuszczowego rozpadu.

5) Przypadek spostrzegany przezemnie w r. 1889 na oddziale d-ra Stankiewicza w szpitalu Ewangelickim. Władysław Obrządek, 48-letni wyrobnik fabryczny, słabej budowy, źle odżywiany. Co do dziedziczności z opowiadań chorego wnioskować trudno. Przed 2-ma miesiącami, jakoby po stłuczeniu, wystąpił guz na górnej części prawego ramienia. Ruchy w stawie barkowym nieco ograniczone, kończyna słabsza od lewej. Guz leży na przedniej powierzchni górnej trzeciej prawego ramienia, mało bolesny, wielkości jaja kurzego, pokryty zdrową skórą. Przy przecięciu, ku wielkiemu memu zdziwieniu, wylał się płyn gęsty, zupełnie przezroczysty, ropy wcale nie przypominający; koloru był płyn ciemno-żółtego, ciągliwy a gęsty prawie jak galareta, z podstawki wcale się nie

wylewał. Pomimo szerokiego przecięcia kości obnażonej, ani połączenia ze stawem nie znalazłem. Jama wysłana cienką warstwą ziarniny, którą wyskrobałem. Rana prędko, w dni 10 się zgoiła, chory opuszcza szpital, a z powodu ograniczenia ruchów w stawie barkowym zalecono gimnastykę i masaże.

Po 5 miesiącach zgłosił się znowu chory do szpitala z przetoką na miejscu poprzedniego przecięcia, wiodącą teraz prosto do stawu; gdzie się zgłębnikiem wyczuwa obnażone kości. Resekcyja stawu, wykonana przez d-ra Stankiewicza, przy czem się okazało, że sprawą gruźliczą głównie była dotknięta część stawowa łopatki. W kilka miesięcy po zagojeniu rany po resekcji chory zmarł na tyfus.

W 4 z tych przypadków (1, 2, 3 i 5) periostitis albuminosa była w sąsiedztwie dotkniętych gruźlicą stawów. Wyżej już podaliśmy, jak Lannelongue związek tych cierpień tłómaczył. Tu nadmienim tylko, że w moim przypadku, podczas pierwszego pobytu chorego w szpitalu, choroba wydała mi się pierwotną, w guście przypadku opisanego przez Vollerta. Gdy zaś chory powtórnie przybył do szpitala z wyraźnem cierpieniem gruźliczym stawu barkowego. powstania tej per. alb. próbowałem wytłómaczyć tak: pierwotne ognisko gruźlicze w stawie barkowym było gdziekolwiek w części stawowej kości ramieniowej lub łopatki, w skutek czego zaburzenia czynnościowe były bardzo nieznaczne, jednocześnie była pewna hyperseksecyja w dotkniętym stawie. Uderzenie, jakie chory za przyczynę choroby podaje, na staw wypełniony płynem podziało w ten sposób, że płyn, będący w momencie uderzenia pod wysokiem napięciem, przerwał sobie drogę przez leżące blisko powierzchni, lecz nie otwarte jeszcze ognisko gruźlicze, i w ten sposób znalazł się na zewnątrz stawu. Droga, którą płyn się wydostał mogła się potem zamknąć, dla tego podczas pierwszej operacyi połączenia ze stawem nie znalazłem. Jednakże przeciw takiemu objaśnieniu można zarzucić: a czemuż to w tem nowem miejscu płyn się nie wessał. Przecież taki sam gęsty płyn z ganglion wsysa się bez śladu przy podskórnem rozgnieceniu. Musimy więc i w tym przypadku przyjąć w formowaniu wysięku czynny udział okostny,

W przypadkach Lannelongue'a i moim związek omawianego cierpienia z gruźlicą jest widoczny, w przypadkach zaś Periera i Volkmana bardzo prawdopodobny.

Pozostają nam jeszcze 4 przypadki, których do żadnej z powyższych grup nie wliczyliśmy. Są to dwa przypadki Nicaise'a, następnie przypadek Riedingera i Duplay'a. Co do jednego przypadku Nicaise'a — to możemy mieć wątpliwość, azali nie był to po prostu wylew krwawy zmodyfikowany: u 48-letniego mężczyzny powstało po stłuczeniu obrzmienie i zapalenie na wewnętrznej stronie piszczeli. Przy przecięciu otrzymano surowiczokrwały płyn; kość była obnażona. Wyzdrowiał. W drugim przypadku Nicaise'a ⁴⁾ mamy do czynienia niewątpliwie zapaleniem okostnym, lecz nie samorodnym, a przyłączonym do rany po amputacji podudzia. (Trzeci przypadek Nicaise'a znalazł miejsce w pierwszej grupie).

Przypadek Riedingera ¹¹⁾ moglibyśmy od biedy do osteomyelitu lub tuberkulozy naciągnąć. Ponieważ jednak rozjaśnienie kwestyi wcaleby na tem nie zyskało, ograniczymy się na gołosłownem zacytowaniu tego przypadku.

U 54-letniego mężczyzny ze zdrowej rodziny, rozwinął się niepostrzeżenie na przedniej powierzchni piszczeli, w górnej jej części niebolesny, chęłboczący, guz. Przekłucie próbne wykazało płyn przezroczysty, galaretowaty, zawierający bardzo nieliczne białe ciała krwi. Przy przecięciu otrzymano taki sam płyn, podobny nadzwyczaj do zawartości z ganglion. Płyn mieścił się pomiędzy kością i nieco zgrubiałą okostną; kość na granicach w ten sposób otworzonej jamy przedstawiała pewną hyperostozę w kształcie wału. Nastąpiło prędkie, lecz nietrwałe wyzdrowienie. Płyn znowu się zebrał, tym razem z bólami, przecięcie trzeba było powtórzyć.

Teraz wysięk był nieco rzadszy, zresztą te same miał własności. I po drugiej operacyi nastąpił powrót, do nowej incyzji jednak nie doszło, bo wysięk bez żadnego zabiegu uległ wessaniu. Płyn otrzymany przy pierwszym przecięciu analizowany był przez Landwehra, który znalazł w nim mucynę i substancję redukującą („zwierzęcą gumę“); białko, strącone z płynu, zawierało fosfor, z tej to racyi Landwehr uważa je za nuclealbuminę.

W tym przypadku był przed przecięciem taki brak objawów zapalnych, że Riedinger zapaleniem okostnym wahał się to nazwać, a wymyślił dla tego przypadku specjalną nazwę ganglion periostale.

Pozostaje nam jeszcze przyp. Duplay'a ⁶⁾. Spostrzeżenie to dotyczy 27-letniego mężczyzny, nie zolowatego, skłonnego od dzieciństwa do cierpień reumatycznych. Chory kilkakrotnie przechodził ataki goścoa stawowego. Podczas jednego z takich ataków opuchło także prawe udo. Gdy opuchnięcie pękło, wylał się płyn podobny do roztworu gumy arabskiej. Podczas pobytu w klinice przebył chory, oprócz porażenia uda i kilku stawów obustronne zapalenie opłucny z wysiękiem, a także i zapalenie wsierdzia. Pod wpływem podawania kwasu salicylowego sprawy powyższe ustąpiły, przy czem zauważono, że jednocześnie z natężeniem lub osłabieniem objawów zapalnych w oddalonych organach wysięk z uda wyciekał także

w zwiększonej, względnie w zmniejszonej ilości. Analiza wysięku z uda wykazała różne substancje białkowe, między nimi pyinę (osad od kw. octowego), hydropisinę (osad od siarczanu magnezyi), dalej sole mineralne w ilości 7,3 na 1000. Ponieważ kość nie była obnażona, Duplay powiada, że siedliskiem choroby były zewnętrzne warstwy okostny i luźna tkanka ją otaczająca (paraostitis). Pomiedzy blaszkami tej luźnej tkanki są, powiada Duplay, przestrzeżenie formujące jakoby zaczątkowe torebki maziowe; nie więc dziwnego, że mogą one dać początek wysiękowi takiemu, jaki się wydziela z błon surowicznych. Co do przypadków Ollier'a, Poncet'a i innych, to i te dla Duplay'a są tylko miejscowym wyrazem dyatezy reumatycznej, ponieważ i tam, jako przyczynę choroby odnotowano zaziębnienie. Gościcowe pochodzenie tłomaczy i charakter wysięku „le rhumatisme étant une maladie, ayant, come on le sais, fort peu de tendance à la suppuration“.

Dla nas przypadek ten, choć zajmuje stanowisko do pewnego stopnia odrębne ze względu na grunt, na jakim się rozwinął i ze względu na komplikacje, przedstawia jednak pewną analogię z ostrem samorodnem zapaleniem szpiku, względnie okostny. Osteomyelitis acuta pod względem patogenetycznym nie stanowi sprawy swoistej—raz bywa skutkiem wtargnięcia do szpiku ropnych stafylokokków, drugi raz streptokokków, wreszcie pneumokokków lub Eberthowskich laseczników³³⁾. Spostrzeżenie Duplay'a³⁴⁾ zdaje się dowodzić, że i gościcwy zarazek (według Buday'a³⁵⁾, drobnoustroje ropne) może podobnie do wyżej wspomnianych, wywołać odpowiednie podrażnienie i wysięk w okostny.

W 15 z przytoczonych przypadków (w 10 z pierwszej kategorii, w 3 z drugiej, w przypadku Riedingera i Duplay'a) wysięk był mniej lub więcej gęsty, ciągnący się w nitki, podobny z konsystencyi do mazi stawowej, roztworu gumy arabskiej lub kurzego białka; w pięciu z tych przypadków wykazano chemicznie mucynę lub ciała do niej zbliżone (metalbumina i paralbumina Perier); w jednym przypadku (Terrier'a) analiza wykazała cukier, którego moc chorej nie zawierał. Być może, że nie był to w ścisłym tego słowa znaczeniu cukier, a redukująca substancja zawarta w mucynie. Dla objaśnienia tych fizycznych własności wysięku, przypominających śluz, następnie dla objaśnienia obecności w tych kilku przypadkach mucyny, Vollert przypuszcza śluzową przemianę ciałek ropnych. Powiada, że były to zimne ropnie, których zawartość podległa wyżej wspomnianej przemianie. W swoim przypadku tak dalece dał się unieść fantazyi, że w ziarninie, wyściełającej ściany jamy, jako też w ciałkach ropnych, zawartych w płynie, widział śluzową degenerację. Na nieszczęście nie mówi, ja-

kiemi to posługiwał się odczynnikami dla wykazania tej przemiany. Dla uzasadnienia swego przypuszczenia przytacza przykład, że i w innych miejscach zdarza się takie śluzowe zwyrodnienie ropy, mianowicie przy bólączce na dziąsłach (parulis) i przy pewnych ropnych katarach pęcherza.

Dalej przytacza Vollert wszystkie możliwe sprawy patologiczne, w których występuje śluzowe lub klejowate zwyrodnienie, mianowicie raki, torbiele, śluzaki, jako dowód że i ropa może takiemu samemu zwyrodnieniu podlegać. Nie przecząc prawdziwości faktów, przytoczonych przez Vollerta, śmiemy nadmienić, że porównanie raka, albo torbieli do ropy nie zupełnie jest trafne, jak również nie można zestawiać ropy, pochodzącej z parulis i pęcherza do ropy z kości lub okostny. Przy parulis nie można wykluczyć domieszki do ropy normalnej wydzieliny gruczołów śluzowych, co zaś do ropy z pęcherza moczowego, to sam Vollert o parę wierszy dalej powiada, że nie ma tu właściwej śluzowej przemiany ciałek ropnych, lepkość zaś i ciągliwość ropy zależy od innych przyczyn. Wobec tego zastrzeżenia niezrozumiałem się wydaje, dla czego on tu ten fakt tak problematyczny przytaczał. Również nie wydaje się nam uzasadnionem porównanie ropy z tkanką myksomatyczną lub ze śluzowo zmienionymi komórkami tłuszczowemi. Że śluzowej przemianie może podlegać tkanka łączna w śluzakach, myksosarkomatach, komórki tłuszczowe i rakowe; nie racyja jeszcze, aby miała ta przemiana występować i w ropie. Co innego komórki tworów choć patologicznych, lecz będących w związku z organizmem, zupełnie co innego ciała ropne, które z tego związku wypadły. Przypuściwszy nawet możliwość śluzowej przemiany ropy, to Vollert wcale takowej swoją argumentacją nie dowiódł. Byłoby to do pewnego stopnia prawdopodobne, gdyby normalna produkcja śluzu na błonach śluzowych, w gruczołach lub wreszcie w tworach patologicznych odbywała się na rachunek emigrujących ciałek białych. Wiemy, że tak nie jest; śluz wszędzie wytwarza się przez stałe elementy tkanek. Tu dodamy, że i najnowsze podręczniki Patologii Ogólnej i Anatomii Patologicznej (Ziegler ²¹), Klebs ²⁸), Łukjanow) ²⁹) o śluzowej przemianie ciałek ropnych wcale nie wspominają.

Dla objaśnienia obecności śluzu w wysięku z okostny nie potrzebujemy wcale uciekać się do tak naciągniętej śluzowej przemiany ciałek ropnych.

Mucyna jest bardzo w organizmie rozpowszechniona, znajduje się nie tylko w błonach śluzowych, gruczołach i stawach, ale także i w wielu innych tworach łączno-tkan-kowych: w rogowce, ścięgnach, więzadłach, chrząstkach, a nawet, jak wykazały badania Rolleta ³⁰⁾, jest mucyna i w zwykłej luźnej tkance łącznej. Kliniczne doświadczenie uczy nas, że okostna posiada in potentia własność produkowania mucyny, czego dowodem jest produkcja mazi w stawach wrzekomych przy niezrośniętych złamaniach. Obecność synowji w torebkach maziowych przypadkowych to samo udowadnia dla zwykłej, luźnej tkanki łącznej. A zatem dla objaśnienia obecności mucyny w naszych ogniskach perio-stalnych nie potrzebujemy uciekać się do przypuszczania śluzowej przemiany ropy, a możemy przypuścić pierwotną produkcję śluzu przez okostną. Jak widzieliśmy i Riedinger też twierdzi to samo: „es ist meiner Ansicht nach histogenetisch recht wohl denkbar, dass Periost unter Umständen das gleiche Produkt zu liefern im Stande ist wie die Schnenscheide“.

Że wytwór śluzu przez okostną nie przedstawia nic swoistego, odrębnego, mogą służyć za dowód te fakty, że przy doświadczeniach nadropieniem, pozastrzyknięciu w tkankę podskórną drobnoustrojów ropotwórczych, często nie otrzymywano ropni, a tylko śluzowe, galaretowate nacieczenie tkanki. (Rinne ³³⁾). Następnie spotykamy również taką śluzową infiltrację tkanek w sąsiedztwie dotkniętych gruźlicą stawów (gelatinöse Infiltration der Gelenke). Przy przecięciu takiej tkanki wylewa się płyn, przedstawiający nieraz najzupełniej śluzowy lub synowijalny charakter. Krause ³¹⁾ tłumaczy to w ten sposób, że wskutek przekrwienia zapalnego i surowiczej imbibicyi tkanek, napęczniała i niejako rozpuściła się normalnie w tkance łącznej zawarta mucyna. Naszą Periostitis Albuminosa możemy uważać za sprawę analogiczną z temi dwoma wymienionemi z tą tylko różnicą, że zamiast rozlanego nacieczenia śluzowego, mamy tu do czynienia z ograniczonymi zbiorowiskami śluzowego płynu. Bardzo być może, że te ostatnie przedstawiają tylko dalszy stopień rozwoju pierwszej; we wcześniejszych okresach i przy periostitis albuminosa może była tylko taka śluzowa infiltracja. Jeden z przypadków Schlangego (10 w naszej pierwszej grupie) może właśnie przedstawia stadyjum przejściowe pomiędzy temi dwoma stanami, gdyż

znaleziono tutaj taką właśnie infiltrację zgrubiałej okostny w warstwach, leżących więcej na zewnątrz; w warstwach zaś bliższych kości płyn zebrany był jakby w przestrzeniach, od rozsunięcia normalnych warstw tkanki powstałych.

Na zasadzie powyższego zestawienia możemy streścić obecny stan nauki o t. zw. periostitis albuminosa w sposób następujący: Periostitis albuminosa jako choroba sui generis nie istnieje. Wysiłek surowicy, resp. podobny do białka lub mazi stawowej, spotyka się raz w niektórych przypadkach ostrego zakaźnego zapalenia szpiku kostnego, jako wyraz słabego natężenia sprawy zapalnej, drugi raz przy gruźlicy, jako rzadka odmiana gruźliczych ropni zimnych lub kongestywnych ¹⁾.

Względny brak ciałek ropnych w ogniskach t. zw. periostitidis albuminosae daje się wytłómaczyć, albo małą ich produkcją wskutek słabego natężenia procesu zapalnego (Schlange), albo też wtórnem rozcieńczeniem pierwotnie ropnego wysięku surowicznym przesiękiem (Garré).

Okostna może pod wpływem bodźców pewnego rodzaju i natężenia produkować wysięk, zawierający śluz; zatem dla wytłómaczenia obecności takowego w niektórych ogniskach periost. albuminosae nie potrzebujemy uciekać się do naciąganej przemiany śluzowej ciałek ropnych, jak to chce Vollert.

LITERATURA.

1) Poncet. Gazette hebdomadaire de Méd. et de Chirurgie, 1874, p. 133 i nast. 2) i 3) Terrier i Lannelongue. Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris. T. IV. Séance du 10 Avril 1878, p. 268 i nast. 4) Nicaise. Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1879, p. 609, 780 i nast. 5) Albert. Wiener Medizinische Blätter, Nr. 387, 1878. 6) Duplay. Archives générales de médecine, Décembre 1880, p. 728. 7) Takvorian. De la periostite dite albuminense. Thèse Pa-

¹⁾ Co do ropni kongestywnych, to pod tem nazwiskiem rozumiemy ropnie wtórne, które z sąsiednim ogniskiem w kości lub stawie nie są w bezpośrednim połączeniu. Sama nazwa mówi, że powstały one per congestionem, t. j. wskutek przekrwienia zapalnego, rozszerzającego się w okolicy pierwotnego ogniska, a nie wskutek bezpośredniej propagacji zapalnej lub opadania ropy. Termin „abscessus congestivus“, tak należy moim zdaniem rozumieć, w przeciwieństwie do ropnia zimnego, który może być sam przez się pierwotnym i do ropnia opadowego. U nas powszechnie jest przyjęte ropnie opadowe nazywać „abscessus congestivus“, co jest, naturalnie, nie racjonalne.

ris, 1878. 8) Catuffe. Contribution à l'étude de la Périostite dite Albuminense ou Exudative. Thèse, Paris, 1883. 9) Laurens Magnus. Ein Fall v. Periostitis albuminosa (Ollier). Jnaug. Dissert. Heidelberg, 1879. 10) Encyclopedie Internal. de Chirurgie dir. par J. Ashurst. T. IV, p. 174 i nast. Paris, 1885. 11) Riedinger. Ueber Ganglion Periostale (Periostitis Albuminosa) Festschrift Albert v. Köllisser gewidmet. Leipzig, 1887. 12) Schlang. Arch. f. klin. Chir. Bd. 36, p. 97, 1887. 13) Roser. C. f. chir. 1887, Nr. 50. 14) Vollert. Ueber die sg. Periostitis albuminosa. Saml. klin. Vortr. Nr. 552, 1890. 15) R. Jaksch. Wiener méd. Wochenschr. Nr. 49, 1890. 16) Garré. Einige seltene Erscheinungsformen der acuten, infect. Osteomyelitis. Festschrift Herausgegeb. zu Ehren des Prof. Kocher. Wiesbaden. 1891, 17) H. Fischer. Lehrb. d. Allg. Chirurgie. Stutgard. 1887, p. 492. 18) Wahl. Die chirurg. Erkrank. des Kindesalters. Tübingen, 1880, II, Theil, p. 337. 19) H. Tillmans. Lehrb. d. allg. Chirurg. Leipzig, 1888, p. 417. 20) Hueter-Lossens Grundriss d. Chirurg., I, B., p. 192. 21) E. Ziegler. Lehrb. d. Allg. u. Spec. Patholog. Anatomie, Jena, 1889, p. 145. 22) Takvorian l. c. p. 48. 23) Rosenbach. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. X, p. 511, 1878. 24) Catuffe l. c., p. 67. 25) P. Haaga. Beitrag zur Statistik der ac. spont. Osteomyelitis. Beitr. zur. klin. Chirurgie. Bd. V, p. 49. 26) U. Trelat. Clinique Chirurgicale de Paris, 1891. T. I, p. 270 i 272. 27) Lehrbuch d. Allg. Chirurg. v. Fr. König. Berlin, 1884, II Abth. § 278. 28) Catuffe l. c. E. Klebs. Allg. Pathologie. Jena, 1889. 29) Łukjanow. Osnow. obszc. patologii kłietki. Warszawa, 1891. 30) vide sub. 29. III Theil, p. 108. 31) F. Krause. Die Tuberkulose d. Knochen und Gelenke. Leipzig, 1891, p. 68. 32) Rinne. Ueber den Eiterungsprocess und seine Metastasen A. f. kl. Chir. T. 39, p. 8. 33) Revue de Chir. 1891, p. 598. 34) Ueber sog. Periostitis und Ostitis albuminosa v. Fr. Legiehn. Königsberg, 1880 (Rozprawa z kliniki Mikulicza). 35) Buday. Beiträge zur Kenntn. der metast. Gelenkentz und Etiologie der Polyarthrit. rheumatica, ref. z Orvosi Hetilap w C. f. Bact. d. Parasitenkunde, 1891, Nr. 9.

CZTERY PRZYPADKI INFLUENZY

powikłanej wysypkami skórnymi

NA PODOBIENSTWO T. ZW. „DENGUE“.

Podał **K. W. Sierpiński**.

W roku zeszłym w czasopismach lekarskich polskich, koledzy: Pawiński ¹⁾, Babiński ²⁾ i Świątecki ³⁾ opisali, a Głuziński ⁴⁾ i Szwejcar ⁵⁾ wspominali o przypadkach (12+4) influenzy powikłanej wysypkami skórnymi, które obserwowali w czasie i po wybuchu ostatniej pandemii. Ze względu na towarzyszące objawy ogólne, jak: dreszcze, wysoką gorączkę,

1) Gaz. Lek., nr. 8, r. 1890.

2) Gaz. Lek., nr. 13, r. 1890.

3) Kron. Lek., nr. 8, r. 1890.

4) Przeg. Lek., nr. 10, r. 1890.

5) Medycyna, nr. 6 i 7, r. 1890.

niemoc, bóle w kościach i stawach, poty, swoistą wysypkę, kończącą się swędzeniem i łuszczeniem, a wreszcie zaburzenia w trawieniu, autorzy opisywane przez się przypadki skłonni byli uważać za tak zwaną „dengue”—influenzę podzwrotnikową.

W roku bieżącym w pośród dość częstych przypadków influenzy, napotkałem cztery powikłane wysypkami skórnymi, których opisem powyżej wspomniane przypadki uzupełnić pragnę.

Przypadek I. Szesnastoletnia Maryja K., córka zduna, poprzednio zupełnie zdrowa, wieczorem 12 Sierpnia dostała silnych dreszczy, w następstwie — gorączki. W nocy pojawił się krwotok nosowy, a nad ranem chora straciła przytomność. Badając chorą 13 Sierp. znalazłem: młoda dobrze zbudowana i odżywiana dziewczyna, leży bezwładnie na łóżku w stanie bezprzytomnym. Temp. 40,7, puls przeszło 100—regularny. Ze strony organów wewnętrznych, prócz lekkiego stłumienia po nad prawidłową granicą śledziony i nieznacznego wzdęcia brzucha nic więcej. Twarz nieco zbrzękła i pod oczami zaczerwieniona. Na szyi, piersiach i plecach rozlane mocne zaczerwienienie skóry (rasch), na jednolitej czerwoności w miejscach wskazanych widnieją dość liczne ciemniejsze plamki wielkości łepka szpilki. Na brzuchu i kończynach w okolicach wyprostnych stawowych, na skórze nie zmienionej plamki jak wyżej, lecz w nieznacznej tylko ilości (wszystkiego około 100). Na wewnętrznej powierzchni bioder plamek znacznie więcej, są one większe i nieco wystające po nad powierzchnię skóry. Plamki i ogólne tło skóry zajętej blednieją pod uciskiem palca. Chora w czasie badania przy poruszeniach języka, na zapytanie nie odpowiada. Wieczorem wystąpiły poty, chora powróciła do przytomności, temp. 39,2.

14 Sierp. rano temp. 38,4, przez całą noc poty i obecnie skóra wilgotna, wysypka bez zmiany. Przytomność zupełna, chora wyrzeka na silny ból głowy i ból w stawach a przeważnie w krzyżu i kręgosłupie. Język podsycha mocno obłożony, oddech cuchnący, niechęć do jedła, pragnienie, mocz w niewielkiej ilości, ciemno-czerwonej barwy, białka nie zawiera. Wieczorem temp. 38°. Czerwoność na szyi i tułowiu ginie, wysypka mniej wyraźna.

15 Sierp. rano. Temp. 37,4—poty, wysypki na tułowiu ani śladu, na kończynach pozostało kilka plam. Bóle mniej dokuczliwe. Odtąd rozpoczyna się okres powolnego zdrowienia, w czasie którego chora czuła się mocno osłabioną, jak gdyby po najcięższej i długotrwałej chorobie. W okresie tym zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego trwały uporczywie, znamionując się obłożeniem języka i brakiem łaknienia. Łuszczenie naskórka nie miało miejsca.

Przypadek II. Dwunastoletnia siostra poprzedniej chorej Józefa K., 22 Sierp. z powodu bólu głowy i gorączki poprzedzonej dreszczem położyła się do łóżka.

23 Sierp. rano. Temp. 39,2, ból głowy, kłócie i palenie w oczach, ból w stawach i kościach, chora płacze, że z tego

powodu musi leżeć w łóżku. W organach wewnętrznych nic szczególnego. Twarz zbrzęknięta, oczy zaczerwienione, światłowstręt, pod oczami skóra zaczerwieniona. Na twarzy, szyi i górnej połowie klatki piersiowej wysypka plamista, w postaci grudek, jak przy odrze, dość gęsto usianych. Na tułowiu i kończynach wysypki niema. Wieczorem temp. 39,6. Ogólny stan jak poprzednio.

24 Sierp. rano. Temp. 38,8, stan ogólny bez zmiany. Wysypka na całym ciele w znacznej ilości, więcej jej atoli na kończynach niż na tułowiu. Pomiędzy plamami grudkowymi widnieją nieco większe w postaci pęcherzyków pokrzywkowych, pierwszych najwięcej na twarzy i tułowiu, ostatnich na kończynach. Wieczorem temp. 38,6, od południa chora poci się, skóra ją piecze.

25 Sierp. rano. Temp. 38°, poty, bóle mniejsze, język obłożony, suchy. Na twarzy już nie zbrzękniętej wysypki ani śladu, na tułowiu i kończynach pozostały plamy pęcherzykowe. Wieczorem temp. 37,2°, poty, wysypki niema zupełnie. W następstwie rozpoczyna się długotrwały okres zdrowienia, I tu również towarzyszą zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Łuszczenia nie było.

Przypadek III. Kolega R., wieczorem 17 Października poczuł się osłabionym, rozgorączkowanym, wskutek czego wcześniej położył się do łóżka. Przez dwa dni następne gorączka ciągła i wysoka, ogólne osłabienie, ból głowy, ból w oczach, w stawach i kościach. Przez następne dwa dni chory nie poddawał się cierpieniu, po części chodził po pokoju, a po części przeleżał w łóżku. 20-go Października wieczorem widziałem chorego i znalazłem: kolega dobrze zbudowany i odżywiany w roku 1877 przechodził tyfus plamisty, w roku 1888 — tyfus brzuszny. Od rana czuje się gorzej jak dni poprzednich. Temperatura 40°, puls około 100; silny ból głowy, szczególnie w okolicy skroniowej lewej, bóle stawowe a przeważnie w stawie barkowym prawym, w kręgosłupie i krzyżu. W oczach chory doznaje uczucia palenia. Światło go nie razi. Twarz zbrzęknięta szczególnie w okolicy skulowej, przez co wydaje się znacznie szerszą. Język obłożony białym kożuchem, w płucach i sercu nic szczególnego, brzuch wzdęty, górna granica śledziony o jedno żebro posunięta, śledziona nie wymacalna. Na skórze, na plecach, piersiach i brzuchu kilkanaście plam różycowych, wielkości prosa, znikających pod uciskiem. Badanie moczu nic szczególnego nie wykazało.

21 Paźdz. rano. Temp. 38,2°. Obrzęk twarzy ustąpił, ogólny stan nieco lepszy, bóle w stawach nie tak dokuczliwe, ból głowy nieustanny. Na skórze plam różycowych znacznie więcej. Wieczorem temp. 40°.

22 Paźdz. rano. Temp. 39°, puls 100, chory czuje się więcej osłabionym, ból głowy silny, język obłożony jak poprzednio, brzuch wzdęty. Plam na dolnej i bocznych powierzchniach klatki piersiowej i na brzuchu znacznie więcej.

W pośród plam o intensywnej ciemno-różowej barwie, widnieją plamki słabej sinawej barwy, przez co skóra w miejscach wysypką zajętych ma wygląd marmurkowy. Gdzie niegdzie na tułowiu zauważyć można kilka plamek grudkowatych (papulae). Na kończynach plam, jak wyżej, ledwie kilka. Plamy giną z trudnością pod uciskiem palca. Wieczorem temperatura 39,8°.

23 Paźdz. rano. Temp. 38,4°. Ból głowy mniejszy, stawy niebolesne, język obłożony, Wysypka bez zmiany. Wieczorem temp. 39,8°. W nocy poty.

24 Paźdz. rano. Temp. 37,4°, chory poci się, czuje się mocno osłabionym, język obłożony, brak łaknienia. Plamy na skórze blednieją. Wieczorem temp. 37,4°.

25 Paźdz. Stan bezgorączkowy, poty, plamy giną. Przez dwa dni następne chory pocił się, czuł się mocno osłabionym, plamy zginęły zupełnie. 28 Paźdz. chory wstał z łóżka. Zdrowienie względnie szybkie, śledziona wcześniej powróciła do granic prawidłowych, język oczyścił się, łaknienie poprawiło się, jakkolwiek chory jeszcze przez pewien czas czuł się mocno osłabionym i wycieńczonym. Łuszczenie nie miało miejsca. Chorego kolegę widział też kol. Dobrski, a w następstwie dogładał wspólnie ze mną kologa Chrostowski.

Przypadek IV. Pięcioletni Edzio O., w nocy z 4 na 5 Listopada dostał silnej gorączki. Poprzednio już od tygodnia uskarżał się na ból w stawach, szczególnie w prawem kolanie, wskutek czego nie mógł chodzić. Mały pacjent w drugim roku życia przechodził odrę, w czwartym szkarlatynę. 5 Listop. Stan gorączkowy, na twarzy i na całym ciele wystąpiła wysypka. 6 Listop. chorego widziałem po raz pierwszy, temp. 38,6°, w gardzieli rozpułchnienie i zaczerwienienie błony śluzowej, migdałki znacznie powiększone, zresztą nie szczególnego. Oczy zaczerwienione, światłowstręt. Skóra na twarzy opierzchnięta i nieco zbrzęknięta. Na szyi, tułowiu i wewnętrznej powierzchni bioder, jak również w okolicach stawowych kończyn, wysypka w postaci drobnych plamek w zupełności przypominających szkarlatynę. Plamki giną pod uciskiem. Przez dwa dni następne stan chorego bez zmiany. 9 Listop. Stan bezgorączkowy, wysypka zupełnie znikła, chory czuje się lepiej, chce wstać z łóżka. Łuszczenia naskórka dotąd nie było, chory szybko przyszedł do zupełnego zdrowia.

Rozpatrując opisane przez nas przypadki, widzimy, że przedstawiają się one w postaci choroby ostrej, gorączkowej, w początkowym swym okresie nie wyróżniającej się z pośród innych znanych chorób zakaźnych. Jak z danego opisu widzimy, obraz kliniczny, przypomina nam wielce ostry przebieg reumatyzmu mięśniowo-stawowego, wyróżnia go atoli wysypka, jak dotąd przy cierpieniach reumatycznych nie spostrzegana. Dodać tu winniśmy, że wysypka w naszych przypadkach nie może być uważaną za wykwit sztuczny, powstały po zażyciu pewnych leków (chinina, antipyryna i t. p.), chorzy bowiem

nasi przed pojawieniem się wysypki, prócz środków czyszczących, innych leków nie przyjmowali.

Początek choroby u wszystkich naszych chorych był ostry, w przypadku pierwszym burzliwy, po dreszczach występuje gorączka od razu wysokiego natężenia i trwa dni 4—6, w następstwie ustępuje per lisiin wśród towarzyszących zazwyczaj potów.

Bóle głowy i bóle stawowe, a przeważnie w kręgosłupie i krzyżu, bóle mięśniowe towarzyszą zawsze danemu cierpieniu. W przypadku czwartym bóle w stawach i umiejscowiony ból w kolanie poprzedzały pojawienie się choroby. Zajęte stawy na ucisk są nadzwyczaj bolesne i uniemożliwiają wszelkie ruchy, w formie swej atoli stawy bolesne zmiany nie przedstawiają.

Wysypka w przypadkach naszych pojawia się dnia drugiego lub trzeciego i trwa dni kilka, a w następstwie ginie stopniowo nie pozostawiając po sobie głębszych zmian w zajętej skórze. Porządku w pojawianiu się wysypki nie zauważyliśmy. W przypadku pierwszym znaleźliśmy ją na całym ciele, w przypadku drugim wysypka początkowo pojawiła się na twarzy, szyi i górnej połowie klatki piersiowej, a w następstwie przeszła na całe ciało, w przypadku trzecim, kilka początkowych plamek różycowych rozrzuconych po plecach i tułowiu poprzedzało wykwit zajmujący przeważnie brzuch i górną okolicę klatki piersiowej. W przypadku czwartym wysypkę zastałem już w pełnym rozkwicie na całym ciele. Wogóle cała skóra w przypadkach naszych zajęta była przez wysypkę, względnie twarz; tułów i brzuch, kończyny zaś mniej, a jeżeli, to przeważnie w okolicach stawowych i na wewnętrznej powierzchni bioder.

Postać wysypki nie przedstawia cech właściwych, już to bowiem przedstawia się ona jako mocne jednostajne zaczerwienienie, już to w kształcie wysypki szkarlatynowej, odrowej, wykwitów pokrzywkowych, wreszcie plam różycowych. Miejsze formy wysypek na jednym osobniku również miały miejsce. Łuszczenia się naskórka w naszych przypadkach nie zauważyliśmy.

Poty występowały prawie zawsze 3 lub 4 dnia choroby a wystąpienie ich było w związku ze zniżką stopnia gorączki. Śwędzenia skóry nie było, w zamian — uczucie palenia. Z objawów ogólnych stałymi towarzyszami były: ogólna niemoc, osłabienie i silne a długotrwałe zaburzenia żołądkowe. Zdrowienie z wyjątkiem przypadku czwartego było powolne, chorzy przez czas długi jeszcze czuli się niedobrze, jakby po długotrwałej a wycieńczającej chorobie.

Zestawiwszy powyżej przytoczone dane, idąc również za przykładem na wstępie wspomnianych kolegów, opierając się na analogii opisanych przez nas przypadków, uważamy takowe za influencję podzwrotnikową, czyli t. zw. „dengue“, a mianowicie za jej formę w naszych klimatycznych warunkach

„złagodzoną“, do której to i kol. Babiński opisane przez się przypadki zaliczył.

Już po wydrukowaniu niniejszego opisu, wieczorem 7-go Grudnia w jednym z wyższych naukowych zakładów zachorował wychowaniec. Mianowicie zrazu popadł w stan gorączkowy przy ogólnem silnem osłabieniu i bólach mięśniowo-stawowych. Drugiego dnia stan również gorączkowy, na piersiach i brzuchu pojawiło się rozlane mocne zaczerwienienie skóry z nieznacznem obrzmieniem takowej. 9 Grudnia chorego przewieziono do szpitala Dzieciątka Jezus w stanie jak poprzednio, wieczorem temp. 39°, w nocy poty. 10 Grud. stan bezgorączkowy, zaczerwienienie mniejsze, chory czuje się lepiej. 11 Grud. wystąpiło już częściowe łuszczenie naskórka. I powyższy przypadek nie wiele różni się od czterech przez nas opisanych, podajemy go więc w krótkości w celu uzupełnienia takowych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

311. H. QUINQUE (z Kiel). **O uczuciach skojarzonych¹⁾ i pokrewnych im procesach.** (Ueber die Mitempfindungen und verwandte Vorgänge). (*Zeitschrift f. Klin. Medicin. Bd. 17 Heft V*).

Przejawy czynności układu nerwowego, o których tu mowa, nierzadko dają się spostrzegać i w stanie fizjologicznym ustroju naszego. Jednakże jako objawy podmiotowe, nie dające się dokładnie sprawdzić doświadczeniem, pobieżnie tylko traktowane są przez fizjologów. Natomiast w patologii, gdzie nierzadko tylko uczucia podmiotowe chorego świadczą o zakłóceniu porządku fizjologicznego, nie słusznie, dotychczas za mało poświęcano uwagi „uczuciom skojarzonym“.

Blizsze rozpatrzenie sprawy pokaże nam, iż w wielu razach ma miejsce nie tylko proste promieniowanie uczuć, ale powstają bardziej złożone procesy jak odruchy mięśniowe, naczyniowe, gruczołowe, a nawet dochodzi do skojarzenia wyobrażeń.

Zwróćmy się do przykładów.

W zakresie czucia ogólnego najbardziej znanem jest promieniowanie bólu. Np. w bólu zęba, przy ukąszeniu przez owady, oparzeniu ograniczonych miejsc skóry. I lekkie zadrażnienie tego organu, np. łaskotanie, przebiegnięcie owadu i t. p. może wywołać bardzo rozległe uczucia.

Niektóre miejsca skóry są wrażliwsze pod tym względem niż inne. Wielu ludzi, przy dotknięciu ich karku w pewnym miejscu, doznaje na rozległej przestrzeni grzbietu rozlanego

1) Inaczej: towarzyszących, promieniujących, sprzężonych; „Empfindung“ właściwie odpowiada pojęciu „wrażenia“.

uczucia mrowienia. Kowalewski ¹⁾ przy bolesnem zadrażnieniu skóry w tem miejscu, albo przy drażnieniu torebek włosowych przez pociąganie za włosy, doznawał różnorodnych nie miłych uczuć w skórze w odległych nawet miejscach ciała. Najczęściej występował ból w ograniczonym miejscu tylnej powierzchni ciała: na łopatec, barku, z boku kl. piersiowej, a czasem na małżowinie ucha. Bóle przy takim podrażnieniu grzbietu u Kowalewskiego zjawiały się po tej samej stronie w zakresie nerwów wyżej położonych; występowały czasem i po stronie przeciwnej, nie koniecznie jednak w miejscach symetrycznych, a w dodatku nieraz w miejscach bardzo oddalonych od punktu zadrażnienia, najczęściej w zakresie splotu lędźwiowego.

Promieniowanie bólu w rozmaitych nerwobólach (twarzowym, potylicowym, szyjowo-ramieniowym, międzyżebrowych, lędźwiowym, biodrowym, rwie kulszowej) zbyt jest znanem, aby je szczegółowo wymieniać. Ciekawem jest tylko to, iż przy rwie kulszowej często zjawia się nadezłość skóry w okolicy kolana, chory nierzadko czuje ból i w drugiej kończynie mimo, iż cierpieniu uległ pień nerwu kulszowego pierwszej. Nakoniec w tym nerwobólu chory doznaje czasem bolesności aż w małżowinie ucha, z kąd zapewne powstało leczenie rwy kulszowej przypalaniem tej części ciała, tak odległej od miejsca choroby. Ciekawszem jest kojarzenie się bólu z innymi wrażeniami i uczuciami. Oto niektórzy ludzie przy bolesnem zadrażnieniu ciała w jakimkolwiek miejscu zaraz doznają szumu i dzwonięcia w uszach. U innych wrażenia dotykowe, a jeszcze bardziej ból wywołuje poczucie światła lub barw, albo wyobrażenie takowych. Przytem pewne rodzaje bólów odpowiadają pewnym tylko barwom. I tak: ukłóciu towarzyszy np. wyobrażenie punktu białego; szczypaniu—barwa żółta; krajanii—jasnoczerwona. U innych znów ból brzucha wywołuje poczucie barwy pomarańczowej; ukłócie—jasno-żółtej; ból głowy—brunatnej i t. p.

Rozpatrzmy teraz po kolei uczucia skojarzone, występujące w rozmaitych narządach ustroju w stanie ich zdrowia i choroby.

Jama nosowa. W stanach chorobowych tej jamy, szczególnie w niezżytach przewlekłych zjawia się czasem nerwoból w czole, tyłogłowi, barku, między łopatkami, ból połowiczy twarzy, zawroty głowy, napady padaczkowe, kaszel, dusznica, oraz różnorodne sprzężone uczucia w gardle: jak uczucie tam ciała obcego, ucisku, ściskania, albo potrzeby połykania. Najczęściej znajdujemy wtedy obrzękłą muszlę uciskającą przegrodę nosową. Po wyleczeniu cierpienia nosa wszystkie powyższe objawy mogą zupełnie ustąpić. Choroby jamy nosogardzieliowej zwykle łączą się z różnemi przypadłościami dolnej części gardzieli i krtani.

¹⁾ Hoffmann u. Schwalbe Jahresb. f. Physiologie, 1884, str. 26.

Ucho. U wielu ludzi dotknięcie tylnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego jest bolesnem, albo wywołuje uczucie rozlanego ucisku i napięcia; często przytem doznają oni gniewienia i kłócia, albo łaskotania w odpowiedniej połowie gardzieli i krtani, w następstwie czego zjawia się kaszel, nudności, wymioty. Najczęściej punkt taki leży w tylnodolnej części przewodu zewnętrznego; czasem znów znajduje się z tyłu ucha na wyrostku sutkowym. Wymienione uczucia sprzężone występują albo równocześnie z pierwotnem zadrażnieniem, albo po pewnej dopiero chwili. Nieraz trwają od tamtych o parę minut dłużej, przyczem to słabną, to stają się coraz silniejszymi. Urbantschitsch ¹⁾ utrzymuje, że cierpienie ucha środkowego obniża czułość przewodu ucha zewnętrznego, małżowiny i otoczenia. Wszystko to poprawia się po przetknięciu (Bougirung) trąbki Eustachego. Uważał też on upośledzenie wzroku po stronie chorego ucha, ustępujące po wyleczeniu ostatniego. U. notuje spostrzeżenie, że u zdrowych ludzi sondowanie ucha częstokroć podnosiło, rzadziej obniżało bystrość wzroku.

Niektórzy ludzie przy jakimkolwiek zadrażnieniu ucha rozjaśniają oblicze.

Przejęciowe wzmoczenie poczucia światła podług Urbantschitsch'a, można wywołać przez ucisk na drugie oko, dmuchanie na policzek lub błonę śluzową nosa, drażnienie tejże elektrycznością albo wachaniem ostrych zapachów. Ztąd widzimy, że można wywierać wpływ na wzrok za pośrednictwem nerwu trójdzielnego. Takim też wpływem tego nerwu na nerw słuchowy tłómaczy Urb. polepszanie się słuchu po sondowaniu trąbki Eustachego; skuteczne działanie sztucznej błony bębenkowej również działa tą drogą. Wpływ nerwu trójdzielnego na zmysł smaku widnieje z obniżenia się tego zmysłu w katarach jamy bębenkowej, a także z polepszania się smaku po wdmuchiowaniu powietrza do tej jamy, albo dmuchaniu na policzek.

Te same zabiegi mogą podnosić i węch; podobnie działa drażnienie błony śluzowej nosa przez silne wdychanie i wydychanie przez nos. (Psy instynktownie to robią trapiąc zwierza. Uwaga spraw.)

Zęby. Gryzienie piasku u wielu ludzi wywołuje bardzo rozległe uczucie „ciarek“ i dreszczów; autor w takim przypadku doznaje bolesnego kłócia w uchu.

Bólowi zęba nierazko towarzyszy ból w uchu.

Gardło. Autor zna kobietę, która łykając lód, uczuwa ból w ciemieniu szerzący się na czoło i potylicę. Uczucie to zjawia się dopiero wtedy, gdy kawałek lodu mija krtani. To samo ma jej matka, gdy znów jej siostra doznaje w takim razie bólu tylko w czole. Dobell ²⁾ przytacza przykłady, gdzie ból występuje nad brwiami przy łykaniu lodu lub zimnej wody. (Referujący niniejszą pracę również doznaje łupania w środku czoła (glabella) przy picciu bardzo zimnej wody).

¹⁾ Pflüger's Archiv. f. d. g. Physiologie Bd. 30, 5.129.

²⁾ On winter cough. London, 1872, 5.103.

Krtani. W razie dławienia się, przyczem zostaje zwilżoną błona śluzowa krtani, niektórzy ludzie uczuwają ból pod mostkiem i w środku grzbietu. (Ztąd zapewne w użyciu bicie w to miejsce dławiącego się).

Długiemu śpiewowi często towarzyszy ból w uchu szczyca się na skroń ku górze i aż na podbródek ku dołowi.

Po wprowadzeniu świeczki (bougie) do krtani zwięzionej na tle lues występuje długotrwały ból przy połykaniu i obrzek krtani, oraz silny ból głowy trwający 2-3 dni.

Płuco. Ciekawym jest przykład następujący. Pewien chory, 47 lat liczący, z powodu chronicznego ropnia w prawem płucu, poddał się operacji, poczem pozostała przetoka oskrzelowa. Otóż przy zakładaniu zgłębnika lub rurki drenowej do pewnej głębokości oskrzela, chory, prócz pobudzenia do kaszlu, doznawał tępego niemiłego ucisku, albo nawet głuchego bólu w prawem uchu. Uczucie to szerzyło się w głąb ucha i wyrostka sutkowego, promieniowało ku kości guykowej i ku prawej połowie gardła, gdzie przytem zjawiało się uczucie ściskania. Te skojarzone uczucia występowały stale, przy wprowadzaniu zgłębnika do oskrzela, przez 2-3 tygodni, a przez kilka dni utrzymywały się stale nawet bez sondowania przetoki. Aż naraz chory przy kaszlu wykrztusza małą kosteczkę, która dawniej jeszcze wpadła była do krtani—i od tej chwili namienione uczucia sprzężone kompletnie ustąpiły.

Godnem uwagi w tym przykładzie między innymi jest i to, że zadrażnienie zakończeń nerwu błędnego w błonie śluzowej oskrzela, wywoływało podobne uczucia sprzężone, jak i zadrażnienie gałęzi usznej tegoż nerwu (v. auricularis n. vagi), jak to wyżej podano. U tego chorego jednak dotyk tylnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego nie dawał żadnych sprzężonych uczuć w gardle, a tylko był choremu niemiły.

Uczucia skojarzone w zakresie czuciowych gałęzi nerwu błędnego, wywołane zadrażnieniem nerwów czuciowych w rozmaitych miejscach ustroju, służą zapewne za podstawę różnych postaci duszniczy, jak: asthma nasale, dyspepticum, verminosum, uterinum, sexuelle. Jakkolwiek bądź nie należy zapominać, że wchodzą tu w grę, przy długim trwaniu choroby, i odruchowo powstałe zmiany w unerwieniu naczyń płuc i oskrzelów. Zaś przy asthma nasale ma miejsce i bezpośrednio zadrażnienie ośrodka oddechowego.

Serce. W duszniczy bolesnej sercowej (angina pectoris), oprócz bólu w okolicy serca, zjawia się ból w lewem, rzadziej i w prawem ramieniu. Po większej części, zaczawszy się na kl. piersiowej na wysokości przyczepu mięśnia podnoszącego ramię, przebiega ból po wewnętrznej stronie ramienia, a gdy promieniuje niżej, to zajmuje wewnętrzną (łokciową) stronę przedramienia i szerzy się na 4 i 5 palce części, niż na inne. Azatem zajęte są pnie i gałęzie nerwu skórnoego wewnętrznego i n. łokciowego. Nierzadko w czasie napadu odczuwa chory ból z boku kl. piersiowej, łopatek, karku, rzadziej ból promieniuje ku kończyom dolnym i organom płciowym zewnątrz-

nym. Bólowi towarzyszy czasem uczucie swędzenia w tych miejscach, to znów znieczulenia powierzchni skóry, albo, przeciwnie, nadczułości.

Namienione uczucia zwykle towarzyszą napadowi duszniccy sercowej, ale występują u takich chorych i bez niego, jakby wzamian napadu. Wtedy jednak są mniejszego nasilenia.

Przyczynę takiego promieniowania bólu Eulenburg ¹⁾ tłumaczy połączeniem, jakie istnieje z jednej strony między ganglion cervicale sympathicum medius et inferior, (z którego bierze początek n. cardiacus medius et inferior), z przednimi gałęziami czterech dolnych nerwów szyjowych; a z drugiej strony między n. cardiacus superior (z gangl. cerv. primum) a czterema górnymi nerwami szyjowymi.

Żołądek. W bólu żołądka (gastralgija) często chory czuje ból z tyłu tułowia w okolicy ostatniego kręgu piersiowego; albo istnieje bolesność przy ucisku na wyrostki kolczyste niektórych kręgów grzbietowych.

O asthma dyspepticum była wyżej mowa.

Odwrotnie gastralgija jawia się jako uczucie sprzężone w cierpieniach narządów brzucha: jak kiszki pęcherza moczowego i części rodnych.

Kiszki. Przy robakach w jelitach jawiają się rozmaite wtórordne uczucia, jak: laskotanie w nosie, swędzenie w otworze stolcowym, bóle w stawach i t. p.

Autor widział ciekawy przypadek. Chory przez całe lata doznawał bólu w lewym podżebrzu, mając raka kiszki ślepej i wstępującej części k. grubej. Mimo wycięcia nowotworu, bóle te, które autor uważa za uczucia paradoksalne (paradoxe Empfindungen), nie ustąpiły. (Co prawda trudno zrozumieć co skłoniło autora do uznania związku między wymienionym nowotworem, a bólem w lewym podżebrzu. Przyp. spraw.).

W przypadku Arndt'a ²⁾ chory z przepukliną uwiecznioną doznawał dzwonięcia w uszach i złudzeń słuchowych, po odprowadzeniu pętli jelita objawy te ustąpiły.

Wątroba. Przy ropniach wątroby w połowie przypadków, prócz bólu w okolicy tego narządu chory doznaje bólu w barku; z kąd może on się szerzyć na szyję, łopatkę i ramię. Ból ten może być i sam bez bólu w narządzie chorym. Zapaleniu prawego zrazu towarzyszy ból w prawym barku, przy zapaleniu lewego zrazu—jawia się on po stronie lewej. Ból ten towarzyszący bywa już to ciągnący, już palący, już wrzście świdrujący; ucisk na okolicę wątroby, a czasem i poruszenie odpowiedniego ramienia zwiększa go.

Również przy przekrwieniu wątroby, białowcu i raku bywa ból w prawym barku; rzadko przy przymocie tego narządu ³⁾.

¹⁾ Ziemsens Handb. d. Spec. Path. u. Ther., XII, 2, 5. 43.

²⁾ Eulenburg, Realencykl. VI, str. 216.

³⁾ Thierfelder, Ziemsens Handb. d. sp. Path. u. Ther. VIII,

Luschka ¹⁾ i Spedl ²⁾ zjawisko powyższe tłumaczą połączeniem IV i V nerwów szyjowych, zaopatrujących okolice barku, z nerwem przeponowym, którego gałązki przez lig. suspensorium hepatis dochodzą do wątroby.

Śledziona. Cierpienia tego rodzaju dają bóle lewego barku, łopatki, obojczyka i brodawki sutkowej ³⁾.

Nerka. W kolce nerkowej i przy nerce ruchomej bóle z okolicy ledźwiowej mogą promieniować wzdłuż moczowodów, ale mogą rozszerzać się i na cały brzuch włąb kl. piersiowej aż do łopatek; ku dołowi zaś na glans penis, jądra, wargi sromne większe i udo chorej strony ⁴⁾. Pewna część tych bólów może, zdaniem autora, mieć przyczynę w ucisku na splot ledźwiowy, atoli reszcie stanowczo uważać należy za prawdziwe uczucia skojarzone.

Pęcherz moczowy. W cierpieniach pęcherza (zapaleniu, kurczach, kamykach i t. p.) bóle promieniają z okolicy pęcherza na cewkę moczową, jądra, żołądek, łechtaczkę, udo, a także w okolice ledźwiową i podżebrza.

Narządy rodne. Cierpieniom narządów rodnych niewieściom towarzyszą liczne uczucia skojarzone, a droga ich powstawania nie zawsze łatwo jest zrozumiałą dokładnie. Tu należą bóle odczuwane przez chorą w rozmaitych częściach ciała przy zapaleniu błony wyścielającej jamę macicy, zmianach w położeniu i ułożeniu tego organu; stanom tym chorobowym macicy towarzyszą często: niestrawność nerwowa, bóle w krzyżu, migrena, napady dusznicowe, kaszel nerwowy — a wszystko to znika po wyleczeniu zapalenia wewnątrz macicznego, założeniu odpowiednio wianka i t. p. Czasem nietrudno wykazać wyraźny związek między cierpieniem macicy a namienionymi uczuciami w różnych okolicach ciała. Glaevecke np. spostrzegł chorą z tyłozgięciem macicy, doznającą bólu w dole brzucha, krzyżu i sutce. Przy wprowadzeniu zgłębnika wtedy, kiedy on mijał ujście wewnętrzne, chora odczuwała zaraz wzmożone bóle nad spojeniem i w sutce. Objaw ten występował przy każdorazowym zakładaniu zgłębnika.

Niemeyer ⁵⁾ spostrzegł kurcze żołądka występujące co miesiąc w zamian odpływów miesięcznych w macicy. W przypadku tym, ból żołądka udawało mu się sztucznie wywoływać przez przystawienie pijawek do ujścia macicznego.

Znanym jest powszechnie związek miesiączkowania z rozmaitemi nerwobólami.

Globus hystericus uważa autor po części za uczucie sprzężone, po części za odruchowy skurcz mięśni przetyku.

Arndt ⁶⁾ wspomina o widzeniu cieniów, iskier, barw, a na-

1) Luschka Anatomie d. Menschen, 1863, I, 2, 5.211.

2) Reichert u. du Bois' Archiv 1872, str. 307.

3) Mosler, Ziems. l. c. VIII, 2, 5.23.

4) Ebstein, Ziems. IX, 2, 5.235 i 300.

5) Zacytowany u Leube'go, Ziems. l. c. VII, 2, 5.195.

6) Eulenburg's Realencyklopädie Bd. VI, 5.216.

wet o doznawaniu przez chorą z zadrażnieniem organów płciowych bardzo złożonych wrażeń wzrokowych. Wszystko to ustępowało z nastaniem miesiączki, a zjawiało się napowrót z jej ustaniem. Ucisk na jeden jajnik (przypadek prof. Werth'a ustnie zakomunikowany autorowi) wywoływał ból w drugim jajniku.

Za uczucia sprzężone przy cierpieniach części rodnych u mężczyzn należy uważać występujące przy nich bóle żołądka i inne parestezyje onanistów.

Asthina sexuelle było już wyżej wspomniane.

Staw biodrowy. Znany jest ból w kolanie przy *coxitis*, zwiększający się przy ruchach w stawie biodrowym, gdy tymczasem ucisk na kolano jest zupełnie nań bez wpływu. Ból ten w kolanie, albo współistnieje z bólem w stawie biodrowym, albo jest jedynym podmiotowym objawem tego cierpienia, a i wtedy ruchy w stawie biodrowym wywołują jego nasilenie, a ucisk na staw kolanowy i ruchy w kolanie są bezbolesne.

Z kolei przytacza autor przykłady skojarzonych wrażeń i uczuć w zakresie zmysłów.

N. wzrokowy. Wielu ludzi przy patrzeniu na jaskrawe światło lub na słońce doznaje łaskotania w nosie, które zmusza ich do kichania. Częstość wprost zjawia się konieczność kichnięcia bez uprzedniego łaskotania w nosie, wypada więc jedno ogniwo z powyższego łańcucha zjawisk nerwowych, a właściwie niedochodzi ono tylko do świadomości danego osobnika.

N. słuchowy. Niemile lub zbyt wysokie tony (drapanie po szkle lub tablicy marmurowej) sprawiają wielu osobom uczucie mrowienia i dreszczu w karku i plecach, albo ból w uchu, a także ból zębów.

Prawdopodobnie należy tu odnieść polepszanie się słuchu, u ludzi z osłabieniem tegoż wobec szmerów. Urbantschitsch tłumaczy to zjawisko sumowaniem się wrażeń powstałych wskutek przenoszenia się zadrażnienia od włókna do włókna nerwu słuchowego.

Węch. Zapach smacznych potraw pobudza łaknienie i wydzielanie śliny. Zaś niemiły zapach sprawia nudności, a nawet wymioty i uczucie ściskania w tylnej części gardła.

Smak. Jeden ze znajomych autora doznaje pewnego uczucia w ciemieniu, jak tylko poczuje na języku trochę octu.

Chory Holtz'a ¹⁾ poccił się na prawej połowie głowy, ilekroć jadł kwaśne potrawy.

W dziedzinie zmysłów spostrzegano też pewne zjawiska, które opisywano pod mianem uczuć skojarzonych, podwójnych, albo wtórorządnych poczuć zmysłowych, a polegających na tem, że przy odczuwaniu wrażeń w zakresie jednego zmysłu, wywołanych właściwą mu podniętą, dany osobnik doznaje równocześnie pewnych wrażeń innego zmysłu. Najczęściej napotyka się poczucie świetlne wywołane przez wrażenia

¹⁾ Berlin, kl. Woch. 1890, 5.88.

dźwiękowe, a mianowicie, słyszeniu pewnych samogłosek, albo wyrazów towarzyszy poczucie różnorodnych barw, ale zawsze tych samych przy tym samym dźwięku. Bleuler i Lehman opisują je pod nazwą „dźwiękowych fotyzmów“ (Schall-Photismen). Rzadziej trafiają się fotyzmoty węchowe i smakowe, a jeszcze rzadziej poczucia szmerów przy doznawaniu wrażeń świetlnych, czyli t. zw. „fonizmaty świetlne“ (Licht-Phonismen). Po zwróceniu na nie uwagi przez Nussbauera ¹⁾ namienieni autorzy, badając w tym kierunku 576 osób znaleźli je u 12,6%. Steinbrügge ²⁾ znalazł takich przypadków 347, a w liczbie tej było 2 ślepych i jeden daltonista.

Z badań rzeczonych autorów dowiadujemy się, że te wtórorzędne poczucia zmysłowe napotykają się stosunkowo często; zależne są po części od dziedziczności; z wiekiem słabną i czasem znikają zupełnie. Fotyzmoty dźwiękowe, co do jakości zależne są od wysokości i odcienia tonu lub szmeru; wywoływane są też przez melodyje, przez słyszane wyrazy, zdania, a najczęściej głoski, przyczem częściej przez samogłoski niż przez spółgłoski. U różnych osób pewne wrażenia dźwiękowe odpowiadają różnym fotyzmom. Wspólnego mają tylko to, że wyższe tony w ogóle odpowiadają jaśniejszym barwom, a niższe—ciemniejszym; dalej, że samogłoskom I i E odpowiadają najbardziej jasne, a U—najciemniejsze fotyzmoty. zaś A i O stoją pod tym względem po środku; nakoniec, spółgłoski dają fotyzmoty szare aż do brunatnych. Co do wyrazów, to najczęściej omawiane uczucia skojarzone powstają przy słyszeniu nazwisk osób, nazw miesięcy, dni tygodnia i nazw liczb. U czterech tylko osób napotkane fonizmaty świetlne przedstawiały się jako szmery. Zachodził też pewien stosunek wzajemności między fonizmatami i fotyzmami. Częściej spotykane fotyzmoty smakowe i zapachowe były jaśniejsze przy odnośnych wrażeniach przyjemnych, zaś ciemniejsze i brudniejsze przy niemiłych woniach i smakach. Słone i słodkie dawały jaśniejsze fotyzmoty, gorzkie—ciemniejsze.

Dwa przykłady autora wyjaśniają nam rzecz jeszcze lepiej.

1. Młody lekarz—R. słysząc świst, wyobraża sobie barwę żółtą, dzwon kościelny—fijołkową, skrzypce—czerwono-fijołkową, instrument dęty, szczególnie trąbę—jasno fijołkową. Przytem nie ma tu miejsca odczuwanie wrażeń wzrokowych, ale tylko lekarz ten ma jasne wyobrażenia tych barw; myśl o odpowiednich tonach daje u niego także rezultat, choć barwy są mniej jasne.

Samogłoski u tego osobnika wywołują następujące barwy: A—czarną, E—jasno fijołkową, I—jasno-żółtą, O—ciemno czerwoną z odcieniem fijołkowym, U—brunatno-zieloną.

Te wtórorzędne wyobrażenia barw miał dr—R. już w dzieciństwie. Brat jego miał je również, tylko spółgłoski odpowia-

¹⁾ Wiener med. Woch. 1890, 5.88.

²⁾ Ueber secundäre Sinnesempfindungen. Wiesbaden, 1887.

dały nie tym samym barwom. Dźwięk E np. kojarzył się u niego z wyobrażeniem żółtego.

2. Dr. X. lat 45.

Najżywiej u niego wyobrażenia barw występują przy liczbach; 1—czarno z odcieniem niebieskiego, 2—biało, 3—żółto, 4—niebiesko, 5—czerwonobrunatno, 6—jasno-żółto, 7—niebiesko z odcieniem lilijowego, 8—ciemnoczerwono, 9—jak 6; też wyobrażenia kojarzą się i z dziesiątkami, np. 20—29—biało, 30—39—żółto; nieco słabiej występują one przy setkach.

U d-ra X. zawsze wyobrażenie barwy łączy się tylko z wyobrażeniem cyfry arabskiej pisanej lub drukowanej, a nie bywa go widzeniu napisanych liczebników lub cyfr, albo słyszeniu odnośnych dźwięków. Przytem samą cyfrę i tło wyobraża sobie on zabarwionem. Z liter tylko samogłoski łączą się u d-ra X. z wyobrażeniem barw: a—biało, b—szaroniebiesko, i—żółtozielono, o—jasnoochrowo, u—brunatnoczerwono.

Wyobrażenia dni tygodnia i nazw miesięcy także łączą się u niego z wyobrażeniami barw. Przytem występują szczególne wyobrażenia przestrzeniowe, a mianowicie, szereg liczb i dni tygodnia podnosi się z prawej ku lewej stronie, szereg miesięcy—również podnosi się w tym kierunku tylko po linii bardziej pochylonej; alfabet leży na linii podnoszącej się od strony lewej ku prawej.

Co do genezy opisanych dopiero co wtórzędnych wyobrażeń, to autor źródło ich widzi w różnorodnem połączeniu (Verknüpfung) komórek mózgowych. W wyobraźni dziecka, jak wiadomo, wrażenia zmysłowe wywołują szeregi pojęć rozleglejsze, nieumotywowane, skokami występujące (sprungartige). Rzecz ma się przeciwnie u dorosłego, u którego pojęcia, dzięki wielokrotnie odczutom wrażeniom (Wahrnehmungen) są bardziej utrwalone, uporządkowane i ściślej rozgraniczone, ale zato kojarzą się też w bardziej ograniczony sposób.

Otóż fotyzmaty i inne wtórzędne uczucia uważa autor za resztki tych przyblydłych (abgeblassten) nieprawidłowo skojarzonych pojęć i wyobrażeń z lat dzieciennych. Znana wrażliwość dzieci na barwy odgrywa tu wielką rolę.

Dla lepszego zoryjentowania się w całej masie omawianych w pracy niniejszej skojarzonych uczuć i pokrewnych im spraw nerwowych, autor ułożył pewien schemat i podał nawet rysunki, dzięki którym jaśniej się wszystko przedstawia. Oto, jak można je połączyć w oddzielne grupy.

1. *Współpobudzenie dróg czuciowych—współodczuwanie* (Miterregung sensibler Bahnen—Mitempfindung).

a) Proste promieniowanie czucia. Zdrażnienie przerzuca się na drogę boczną i dzięki projekcyi odśrodkowej odczute zostaje na końcu tej bocznej drogi. Takie promieniowanie zwykle zajmuje bliskie, sąsiednie sfery nerwowe, przeto musimy przypuścić, że zdrażnienie przerzuca się w pierwszych, obwodowych komórkach zwojowych np. w rogach tylnych rdzenia.

Przykłady: mrowienie przy dotknięciu ograniczonego miejsca skóry; ból wielu zębów przy pulpitis jednego.

Jeśli przerzut ma miejsce gdzieś wyżej, to uczucie skojarzone wystąpi w dalszych okolicach ciała i będziemy mieli.

b) Oddalone uczucie skojarzone

Przykłady: Ból w sutce przy zakładaniu zgłębnika do jamy macicy; dreszcz doznawany przy słyszeniu wysokich tonów; fotyzmaty dźwiękowe.

c) Przeniesione albo paradoksalne uczucie. Zadrażnienie na drodze pierwotnej odczuciem zostaje słabo albo wcale nie.

Przykłady: Ból tylko w łopatce przy cierpieniach wątroby; nerwoból w ramieniu przy angina pectoris, wyłącznie odczuwany.

d) Wzmocnienie uczucia przez zsumowanie wrażeń. Zadrażnienie nerwu czuciowego przeskakuje na inną drogą i przez to wzmacnia idące nią wrażenie.

Przykłady: wzmocnienie wrażeń zmysłowych (wzroku słuchu, węchu) przez zadrażnienie nerwu trójdzielnego; polepszenie się słuchu przez szmery (paracusis Willisii).

e) Zmniejszanie uczuć przez tamowanie wrażeń. Zadrażnienie biegnące jedną drogą nerwową tamuje inne wrażenie dochodzące do świadomości na drugiej dośrodkowej drodze.

Przykłady: zmniejszanie się bystrości widzenia, albo wrażliwości słuchu przy cierpieniach ucha środkowego; kojące działanie środków drażniących skórę; po części należy tu odnieść zjawisko t. zw. „transfertu“. (Transfertem nazywa się zniesienie, albo wywołanie na nowo pewnego uczucia w ograniczonym miejscu skóry na jednej stronie ciała — przez zadrażnienie symetrycznego miejsca po drugiej stronie).

d) i e) mają analogon w sferze ruchu ¹⁾.

2. *Odruchy*. Zadrażnienie z nerwu czuciowego przenosi się na drogi ośrodkowe dając ruch mięśniowy, naczyniowy, albo wydzielniczy. Przytem bywa, że:

a) Ruch przychodzi do skutku bez równoczesnego odczucia podniety.

Przykłady: Mruganie; łykanie powietrza (Lehrschlucken), niektóre przypadki wymiotów gastrycznych; wiele drgawek odruchowych.

b) Odruch z odczuciem podniety.

Przykłady: Mruganie przy obecności ciała obcego w oku; kaszel z powodu ciała obcego w krtani.

Odruchowa sprawa przebiegająca jak w (a) i (b) sama przez się może stać się podnieta wywołującą uczucie, czyli t. zw. „uczucie z ruchu powstałe“ (kinogene Empfindung), przyczem:

c) Samo tylko dochodzi do świadomości — paradoksalne uczucie z ruchu (kinogene paradoxe Empfindung).

Przykłady: Ból mięśniowy wskutek odruchowo powstałego kurezu (kolka kiszkowa, bolesne napierania na mocz); swędząca wysypka przy miesiączce; ślinopłyn przy chorobach żołądka.

d) Zostaje odczuciem wraz z pierwotnem zadrażnieniem.

¹⁾ Exner, Pflüger's Archiv. Bd. 28, 5, 487.

Przykłady: Ból mięśni brzucha, albo w worku przepuklinowym przy kaszlu; ból opłucnowy przy kaszlu.

3. *Odruch zostaje wywołany skutkiem wtórnego zadrażnienia komórki czuciowej.* Kombinacje tu są jeszcze liczniejsze niż w (2), stosownie do tego czy jest odczuciem pierwotne, wtórne lub z ruchu powstałe (kinogene) zadrażnienie, albo czy jedno lub dwa z nich nie dochodzi do świadomości.

Przykłady: Łaskotanie w szyi przy dotyku przewodu słuchowego zewnątrznośnego, wywołujące kaszel i uczucie jemu towarzyszące; inne znów osoby bez jakowegoś uczucia w szyi doznają przytem potrzeby kaszłania; Dobell wreszcie przytacza przykłady uporczywego kaszlu dziei i chorobie ucha, o której chory nie wiedział.

4. Zamierzony ruch wywołuje *współruch* i przez to *mięśniowe współuczucie*.

Przykłady: Hemiplegik poruszając zdrową kończyną doznaje bolesnego przykurczu w chorej; kurcze pęcherza przy odstawianiu stolca.

5. Ruch dowolny (willkürlich) wywołuje uczucie, odruchową drogą powstałe, w drugim narządzie (Reflexempfindung).

Przykład. Tu zdaje się należeć przypadek Dobell'a: po długim śpiewie zjawiał się ból w uchu.

6. *Sprawy nerwowe stojące w związku z wyobrażeniami.*

a) Wrażenie zmysłowe wywołuje wyobrażenie, a z tem łączy się szereg dalszych wyobrażeń.

b) Przypomnieniem wywołane wyobrażenie łączy się z szeregiem innych wyobrażeń.

(a) i (b) jest to zwykle myślenie zdrowego człowieka, a sprawy te są wynikiem połączeń komórek mózgowych pomiędzy sobą.

c) Wrażenie czuciowe prócz odpowiedniego wyobrażenia wywołuje jeszcze inne, „współwyobrażenie“, zjawiające się u danego osobnika zawsze w ten sam sposób, musowo (zwangsmässig). Sprawa ta może być wywołaną i przez przypomnienie, a różni się od (b) tem, że występuje zawsze bezwiednie i stale. Takie współwyobrażenie, albo wyobrażenie skojarzone jest analogiczną sprawą z takiemiż poczuciami wrażeń, tylko że przy ostatnich pobudzenie przerzuca się na boczną drogę niżej, a tam wyżej.

Przykładem tu służą wyżej omówione fotyzmaty, dźwiękowe, smakowe, zapachowe i t. p., jak również zjawianie się dawno minionych wspomnień dzięki pewnym wionom.

d) Skojarzone wyobrażenia mają różną nasilenie, czyli niejednakowo wyraźnie przedstawiają się w świadomości, przytem wtórne dotyla przeważać może nad pierwotnym, iż możemy mówić wtedy o przeniesionem, albo paradoksalnem wyobrażeniu.

Za przykład służą przytoczeni przez autora, bracia Nussbaumer, którzy doznawali poczucia barw słysząc dźwięki, przy czem wyobrażenia barw górowały swoją żywością nad dźwiękami.

e) Centralnie lub obwodowem zadrażnieniem wywołane

wyobrażenie spowodada obwodowo odczuwane wrażenie (excentrisch projectirte Empfindung).

Przykłady: Uczucie głodu przy wyobrażaniu sobie smacznych potraw; nudności przy wyobrażaniu wstrętnych rzeczy.

Widzenie albo wspomnienie pcheł, pluskiew i t. p. owadów u niektórych ludzi wywołuje swędzenie w skórze.

Pewien znany autorowi budowniczy doznawał swędzenia w skórze, jakby chodziły po niej owady, ilekroć tylko robił wyliczenia matematyczne.

W pewnych okolicznościach u niektórych ludzi wyobrażenia są tak żywe, iż zdaje się im, że otrzymują wrażenia od samego odnosnego przedmiotu (omamy zmysłowe), wizyjami zwane, jeśli dotyczą zmysłu wzroku. Doznają ich najczęściej dzieci z żywą wyobraźnią, w ciemności się znajdując; ale i dorośli nie są od nich wolni (np. Johannes Müller) szczególnie w stanie półczuwania, np. zasypiania lub budzenia się w ciemności.

W bardzo rzadkich przypadkach (Cardanus, Goethe) u zdrowych zupełnie ludzi bywa zdolność widzenia przy zamkniętych oczach tego, co dobrowolnie (willkürlich) zaczął sobie wyobrażać ¹⁾.

Często spotkać można złudzenia takie w zakresie węchu. Będąc przekonanym o obecności smrodliwych przedmiotów, rzeczywiście uczuwamy ich woń niemiłą, mimo iż tych przedmiotów nie ma przed nami.

f) Wyobrażenie, powstałe wskutek ośrodkowego lub dośrodkowego zadrażnienia, wywołuje mimowolny ruch (albo inne jakie odśrodkowo idące pobudzenie).

Przykłady: Afekty, pot lub rozwolnienie ze strachu, płacz wskutek wzruszeń psychicznych; ślinopłyn przy wyobrażaniu sobie smacznych potraw.

Wallichs wspomina o człowieku, który zawsze płakał na widok sera

W końcu swej pracy autor stara się wyprowadzić pewne ogólne prawidła dla omawianych tu spraw nerwowych.

Właściwe uczucia skojarzone w ścisłym znaczeniu tego słowa występują w tych miejscach ciała, których nerwy biorą początek w ośrodkach z sąsiednich miejsc z nerwami pierwotnie zadrażnionymi, a często nawet z jednego pnia nerwowego wychodzą.

Z tego ogólnego prawidła, rozumie się, są i wyjątki, chociaż nierzadko tylko na razie wydają się takimi. Tak np. rozmaite sprzężone uczucia łączące ucho, krtań, gardziel, płuco, żołądek—należą przecież do zakresu tegoż samego nerwu błędnego. Ból splotu ramieniowego towarzyszący cierpieniu ser-

¹⁾ Johannes Müller, Physiologie II, 563 ff. — Tenze, Ueber die phantastischen Gesichterscheinungen. Coblenz, 1826.

ca występuje na tle wspólnego pochodzenia odnośnych nerwów z dolnej części rdzenia szyjowego.

Uczucie skojarzone najczęściej występuje po tejże stronie co i pierwotne; jeżeli zaś przeskakuje na drugą stronę ciała, to zawsze zjawia się w narządach symetrycznych.

Rzadki wyjątek stanowi tu: przewód słuchowy—policzek, oraz nerka—jajnik.

Jeżeli ośrodki pierwotnie i wtórorzędnie zadrażnionych dzielnic nerwowych nie bardzo blisko leżą od siebie, to bądź co bądź wtórorzędnie zadrażniony ośrodek, w znakomitej większości przypadków, leży najbliżej (proximal) pierwotnie pobudzonego.

Asthma nasale, polegająca na przeniesieniu zadrażnienia z nerwu V na X nie może być uważaną za wyjątek z tego prawidła, ponieważ jądra pary V i X leżą obok siebie w rdzeniu przedłużonym.

Wogóle przy właściwych uczuciach skojarzonych, przeciwstawionych wyobrażeniom skojarzonym, przeniesienie się podniety z jednego nerwu czuciowego na drugi ma miejsce w rdzeniu pacierzowym i przedłużonym, za pośrednictwem komórki zwojowej zaraz u wejścia do istoty szarej, rzadziej aż wyżej.

Wobec powyższych prawideł nietrudno dopatrzeć się pewnej analogii między uczuciami sprzężonymi a odruchami (których prawa podał Pflüger), niezapominając jednak o tej różnicy, że w odruchach rdzeń przedłużony, a w uczuciach skojarzonych kora mózgowa stanowi końcowy, a względnie środkowy punkt centralnych dróg przebiegu podniety. Analogija istnieje jeszcze i pod innymi względami.

1. W sprawie tych i tamtych gra pewną rolę indywidualność, chwilowe, albo dziedziczne usposobienie.

2. Narządy połączone odruchami mogą być nawzajem siedliskiem uczuć sprzężonych.

3. Dla wywołania tak odruchu jak i uczucia skojarzonego potrzebny jest pewien stopień siły podniety.

4. W obu razach nie jest rzeczą konieczną, aby zadrażnienie doszło do świadomości.

Tu i tam wreszcie sprawa końcowa, czyli odruch lub skojarzone uczucie, mimo dojścia do świadomości zadrażnienia pierwotnego, mogą długo przetrwać wrażenie tej podniety.

Analogije powyższe nie powinny dziwić nas bynajmniej, jeśli uprzytomnimy sobie istotę rzeczy, a mianowicie, że w obu razach ma miejsce przeniesienie się zadrażnienia z komórki czuciowej na inną, tylko w odruchu — na ruchową, zaś przy uczuciu sprzężonym na czuciową, a następnie zadrażnienie bieży w kierunku różnoimiennym (odruch), albo jednoimiennym (ucz. skoj.).

Sprawy nerwowe będące przedmiotem niniejszej pracy, zdaniem autora, zasługują na większą uwagę niż im dotychczas poświęcano, między innymi i dla tego, że wyjaśniają nam stosunek jaki istnieje między unerwieniem różnych okolic ciała;

a dalej ponieważ rozmaite objawy chorobowe po dokładnem zbadaniu okazać się mogą uczuciami przesionemi (skojarzonoemi), paradoksalnemi, dzięki czemu lekarz łatwiej wynajdzie właściwe siedlisko sprawy chorobowej. *Władysław Świątecki.*

312. J. ROSENTHAL. **O zachowaniu się żółci w wypróżnieniach zdrowych i chorych ludzi przy wykonywaniu próby Gmelina.** (*D. Med. Woch., N. 32, 1891*).

Autor przerabiał pod mikroskopem próbę Gmelina z kałem osobników chorych i zdrowych, badając oddzielnie każdą jego porcję na świeżą, nierozłożoną żółć. Poddawał on badaniu kał osób, które miały 1—2 wypróżnienia dziennie, następnie osobników, mających biegunkę i osobników, cierpiących na chroniczne zaparcie, ale dostających środki czyszczące. Okazało się, że kał osobników zdrowych nie zawiera wcale nierozłożonej żółci. Można było ją znaleźć u osobników, mających wiele wypróżnień na dobę, dopiero w szóstym wypróżnieniu. Wcześniejsze porcje nie zawierają jeszcze żółci.

Co się tyczy osobników, cierpiących na chroniczne zaparcie, to autor zwraca uwagę, że trudno jest wywołać u nich kilka wypróżnień w ciągu dnia. Dochodzi się najwyżej do czterech, a ostatni jeszcze z pomiędzy nich nie daje odczynu Gmelina. Występuje on dopiero wtedy, jeżeli po owych 4 ch wypróżnieniach dać choremu nazajutrz znowu bardzo dużą dawkę środka przeczyszczającego. Można się przytem przekonać, że wszystkie środki działają pod tym względem zupełnie jednakowo. Warunkiem wystąpienia odczynu jest przytem mniej niż czterogodzinna przerwa między oddzielnymi wypróżnieniami. Też same środki przeczyszczające, działając na osobników zdrowych, znacznie łatwiej wywołują wypróżnienia, dając w mowie będący odczyn. Zazwyczaj występuje on w 5—6-em wypróżnieniu. Jeżeli jednak podany środek daje na swoje działanie czekać długo i działa dopiero następnie bardzo mocno, wtedy odczyn Gmelina udaje się przerobić już z drugim—trzecim wypróżnieniem, jeżeli tylko następują one szybko (1—2 godziny) po sobie. Wynika ztąd, że czas redukowania się żółci wynosi co najmniej 4 godziny. Ponieważ nadto jednakowe wyniki otrzymujemy przy badaniu kału osobników z kiszkaami choremi i zdrowymi, więc widocznie zmiany anatomiczne w tych ostatnich nie wpływają na wydzielanie się żółci z kałem. Nadmienia przytem autor, że skoro wszystkie środki czyszczące działają w omawianym kierunku jednakowo, należy przypuścić, że mylnie niektórym z pomiędzy nich (podophyllina, kalomel) przypisują własność zwiększania wydzielania się żółci u ludzi. Dochodzi tu widocznie pomiędzy temi ostatnimi a zwierzętami pewna różnica. *W. Janowski.*

313. Dr. CONRAD BRUNNER. **O wydzielaniu się chorobotwórczych drobnoustrojów z potem** (*Berl. klin. Wochenschr. N. 11, 1891*).

Kwestyja przenikania chorobotwórczych mikroorganizmów, krążących we krwi, przez normalne ścianki naczyń do soków i wydzielin ustroju, stanowi przedmiot licznych sporów, do-

tychczas jeszcze nie rozstrzygniętych stanowczo. Przed przystąpieniem do właściwego przedmiotu swej pracy, autor podaje nam w streszczeniu ważniejsze prace, którym zawdzięczamy obecny stan naszej wiedzy w tej sprawie.

I tak, odnośnie wydzielenia się mikrobów z moczem Wysokowicz na mocy swoich doświadczeń na zwierzętach doszedł do wniosku, że zdrowe nerki są nieprzenikalne dla chorobotwórczych pasorzytów, podczas gdy Trambusti i Maffucci są wręcz przeciwnego zdania.

Schweizer przypuszcza, że drobnoustroje mogą przenikać przez nerki po uprzednim wywołaniu w kłębkach zmian chorobowych, a Filipowicz stwierdził w moczu obecność chorobotwórczych bakterij przy braku chorobowych zmian w narządzie moczowym.

Wreszcie i Baumgarten uważa pogląd Wysokowicza za zbyt krańcowy, gdyż własne doświadczenia przekonały go, że laseczniki gruźlicze przechodzić mogą do tkanek przez nienaruszone ścianki naczyń.

Również sprzecznie wypadły wyniki badań w kwestyi przenikania chorobotwórczych ustrojów do soku kiszkiowego i mleka.

Mało stosunkowo zajmowano się dotychczas bakteriologicznie potem. W r. 1888 włoski badacz Di Mattei przedsięwziął szereg doświadczeń w tym kierunku. Pot, zbierany ze skóry gruźliczych, przenosił na płyn odżywczy, a otrzymywane hodowle szczepił królikom. W razie przestrzegania ostrożności antyseptycznych szczepienia dawały rezultat ujemny, w przeciwnym razie—dodatni. Ztąd Di Mattei wyprowadza wniosek, że laseczniki gruźlicze nie wydzielają się z potem i że obecność ich na skórze suchotników uważać należy za zjawisko przypadkowe. Następnie Queirolo dowodzi doświadczalnie, że przypadłości sprowadzane u zwierząt przez zastrzykiwanie potu, zależne są od zawartych w nim produktów toksycznych, a nie od mikroorganizmów.

Do innych zupełnie rezultatów doszedł autor, któremu następujący fakt kliniczny nasunął myśl bakteriologicznego badania potu. W ciężkim przypadku przewlekłej ropnicy w następstwie karbunkułu B. w ciągu wielu dni znajdował we krwi mnóstwo ropotwórczych kokków (Staphyloc. pyog. albus), ilość których ściśle śledził w rozmaitych okresach choroby. Po przejściu objawów miejscowych i zbliżeniu się rany operacyjnej, autor ze względu na przyłączone zapalenie nerek przerzutowe, postanowił wywołać u swego chorego diaforezę, ażali w ten sposób nie uda się wyprowadzić z ustroju wytworów życiowych grzybków. Gdy krew przeniesiona w tym samym okresie choroby na agar i żelatynę dała bogatą kulturę Staphylococci pyog. albi, B. powziął myśl bakteriologicznego badania potu.

Po dokładnem obmyciu i zdezynfekowaniu wybranych miejsc skóry sublimatem (1:1000), autor w chwili wystąpienia kroplistego potu zebrał go, nie dotknawszy skóry, rozżarzoną igielką platynową i przeniósł w próbówki na żelatynę, które

utrzymywał przy 37°. Już nazajutrz nieuzbrojonym okiem stwierdzić się dał wzrost grzybka, który drobnowidzowo rozpoznano za *Staphyl. pyog. albus*. Hudowle dwudniowe szczepione świnkom morskim do jamy otrzewnej sprowadzały peritonitidem purulentam, z którego otrzymywano nowe generacje *St. pyog. albi*.

Doświadczeń takich robił autor 8, zawsze z zachowaniem ostrożności antyseptycznych, przyczem 6 razy wyniki były dodatnie.

Druga seryja eksperymentów dokonana była z potem zebranych ze skóry niewyjałowionej. 5-ciu białym myszom zastrzyknięto po 2 cm.³ potu. Dwie z nich zmarły. Po wykonaniu sekcji zaszczerpiono krew, wziętą z prawego serca, i sok z rozmaitych tkanek na żelatynę. Hodowle ropotwórczych grzybków otrzymał autor tylko w tych próbkach, w które zaszczerpił sok z wątroby. Na zasadzie tego B. wątpi, czy śmierć tym razem wywołana była przez chorobotwórcze ustroje. Śmierć pacjenta przerwała tok dalszych poszukiwań nad potem wyjałowionym. Atoli opierając się na wynikach wyż przytoczonych doświadczeń (6 dodatnich), autor widzi się uprawnionym do twierdzenia, że chorobotwórcze drobnoustroje, krążące we krwi, mogą się wydzielać z potem.

By upewnić się w nieomylności swego twierdzenia, B. postanowił nader ważną swoją obserwację skontrolować doświadczalnie na zwierzętach.

Pierwsze doświadczenie podjęte było na prosięciu, któremu zastrzyknięto do lewej żyły biodrowej 10 cm.³ świeżej kultury bulijonowej *St. pyog. aurei*. Po upływie kilku godzin wystąpiła silna reakcja. Nazajutrz przeniósł autor na żelatynę i agar krew, wziętą z żyły ustnej, a następnego dnia otrzymał bogate kolonije *St. aurei*. Po wywołaniu u prosięcia potów za pomocą pilokarpiny B. przeniósł pot na płyt odżywczy, przyczem otrzymał czyste hodowle *St. aurei*. Za pomocą barwienia sposobem Gram'a, skonstatował autor drobnowidzowo obecność oddzielnych kokków w gruczołkach potowych, badanie zaś przewodów potowych wypadło ujemnie.

Drugie doświadczenie dokonane zostało w fizyologicznym Instytucie w Zurychu przy współpomocy prof. Gaule'a. Pot, sztucznie wywołany za pomocą drażnienia n. ischiadici u jednoletniego kota, szczepionego b. anthracis, przeniesiono na agar. Otrzymałą nazajutrz kulturę zaszczerpiono na żelatynę, wylaną w płytki, z rezultatem dodatnim.

Ostatnie doświadczenie wykonał autor w Instytucie higienicznym z prof. weterynaryi Hirzel'em, celem przekonania się, czy i niewinne drobnoustroje wydzielać się mogą z potem. Zastrzyknięto więc prosięciu do żyły biodrowej 12 cm.³ podłoża *Micrococci prodigiosi*. Oprócz potu użyta została tym razem dla celów kultury i ślina. Po upływie 36 godzin otrzymano w próbkach żelatynowych, utrzymywanych przy 20—25°, różowe kolonije *M. prodigiosi*, w agarowych zaś, w które zaszczerpiono ślinę, obok hodowli *M. prodigiosi* zauwa-

zono i inne drobnoustroje, stale znajdujący się na błonie słuzowej jamy ustnej.

Ustaliwszy fakt, stanowiący nader ważną zdobycz dla patologii ogólnej i higieny, autor wypowiada myśl, że we wszystkich chorobach zakaźnych przypuścić trzeba możność wydzielenia się chorobotwórczych pasorzytów, cyrkulujących we krwi, drogą sekrecyi.

L. Wilk.

314. GEORG DEAN. **O charakterystycznym dla raka** Prof. Russel'a **ustroju.** (*The Lancet N. 3527*).

Autor pracując w Instytucie Virchova podczas opublikowania rezultatów badań Russel'a nad tak zwanymi ciałami fuksynowemi postanowił sprawdzić twierdzenia Russel'a, przez badanie dużej ilości raków i innych nowotworów wedle metod wskazanych przez Russel'a. Okazało się, że nigdy nie można było otrzymać, jak twierdzi Russel, szeregów owych ciał, połączonych z sobą wyrostkami. Jądra i jąderka komórek, jak również niektóre niewielkie miejsca w preparacie barwiły się, jak ciała na czerwono. niezaprzeczenie zaś grupy ciałek fuksynowych nierzadko spotykano w związku z massami szklistemi, barwiącemi się tak samo, co naprowadza na myśl, że mamy do czynienia ze zwyrodnieniem, z nadwyreżeniem odżywiania komórek, produkty zaś tych zmian otrzymujemy pod postacią owych ciał. Autor opierając się na licznych badaniach przychodzi do wniosku, że omawiane ciała, są produktami szklistego zwyrodnienia tkanek, mogą być widzialne na świeżych niebarwionych preparatach, jako grupy kulek, na które pod działaniem kwasów alkoholu i eteru nie zmieniają się, co wyklucza przypuszczenie, że to są kulki tłuszczowe, lub złogi wapienne; wreszcie zaharwione według wskazówek dają te same preparaty doskonale obrazy ciał fuksynowych. Prawda, że nic nie wiemy o naturze samego procesu, zwyrodnienia lecz nie zaprzeczonem faktem pozostanie twierdzenie, że widziane na preparatach z raka kulki, barwiące się fuksyną nie są żadnym specyficznym dla raka drobnoustrojem, gdyż widziano piękne ich okazy na preparatach: z typowego myomatu macicy, w przypadku przymiotu płuc, w tkance łącznej otaczającej gruczoły oskrzelowe, w gruczycy płuc, nakoniec w normalnych tkankach.

(Kolega Komocki pokazywał mi szereg pięknych preparatów ze szklisto-zwyrodniolej łącznicy oka, na których doskonale widać massy owych kul fuksynowych. Przep. ref.)

W. Stepiński

315. Prof. E. LEYDEN. **O komórkach eozynofilowych w płwocinie przy kurczu oskrzelowym.** Ueber eosinophile. Zellen aus den Sputum von Bronchialasthma. (*Deutsche Medicinische Wochenschrift Nr. 38, 1851 r.*).

Komórki eozynofilowe, są to osobliwe twory cellularne, któreśmy bliżej poznali dzięki Ehrlich'owi. Są to komórki duże, należące do leukocytów, zawierają po dwa wyraźnie ziarniste jądra; ziarnka te mają własność przyciągania barwnika eozyny. Komórki eozynofilowe większe są od ciałek ropnych, delikatniejsze i łatwo się rozpadają. Między niemi znajdujemy często zbiory masy ziarnistej, która chciwie przyciąga eozynę.

Ziarnistość miewa czasem polysk zlekką żółtawy i, jak na to szczególną zwrócono uwagę, wyraźnie się różni od barwnika krwi. Komórki eozynofilowe znajdował Ehrlich we krwi. Pochodzenie ich wyprowadza ze szpiku kostnego i śledziony, w gruczołach limfatycznych prawdopodobnie nie powstają. Komórki te znajdował Ehrlich we krwi chorych i zdrowych, największą ich ilość spostrzegał we krwi białaczkowej.

Oprócz poszukiwań Ehrlicha, posiadamy jeszcze ogłoszone badania innych autorów. Friedrich Müller, Lallasch, Smidt, znajdowali komórki eozynofilowe w płwocinie astmatyków.

Ostatniemi czasy Leyden badał płwocinę w sześciu wypadkach kurczu oskrzelowego i we wszystkich znajdował obok obfitej ilości kryształów Charcot-Leydenowskich i komórki eozynofilowe w większej lub mniejszej ilości. Po ustąpieniu napadu komórki ginęły jednocześnie z kryształami; w jednym tylko przypadku komórki eozynofilowe pozostały w płwocinie nieco dłużej.

Dla porównania badał L. płwocinę i przy innych chorobach i tylko wyjątkowo znalazł raz w płwocinie gruźliczej jedną komórkę eozynofilową, a w przypadku przewlekłej pneumonii znalazł ich kilka.

Jedno spestrzeżenie szczególną zwróciło jego uwagę, a mianowicie przy ostrym niezycie błony śluzowej nosa, znalazł w śluzie znaczną ilość kryształów i komórek eozynofilowych.

Co się tyczy stosunku kryształów do komórek eozynofilowych, to autor sądzi, że pomiędzy nimi zachodzić musi pewien związek stały, gdyż przy poszukiwaniach znajdujemy je prawie jednocześnie. W płwocinie wszystkich astmatyków, jakich Leyden miał sposobność w ostatnich czasach obserwować, komórki eozynofilowe występowały zawsze jednocześnie z kryształami i prawie jednocześnie ginęły. W niektórych przypadkach mógł autor zauważyć, że nawet liczba komórek eozynofilowych, wprawdzie nie absolutnie, lecz stale znajdowała się w pewnym stosunku do liczby kryształów.

We krwi L. stale komórek eozynofilowych nie znajdował. Nie zgadza się on również z Ehrlichem, ażeby tak znaczna ilość komórek, jaka się znajduje w płwocinie astmatyków, powstawać mogła wyłącznie ze krwi.

Leyden sądzi, że ma się tu do czynienia z wylewem limfy do pęcherzyków limfatycznych, i że tu wskutek jakiejś szczególnego rodzaju powstają miejscowo kryształy i komórki eozynofilowe. Jeżeli przy pneumonii obserwowano pojawienie się komórek eozynofilowych, to i tu przecież nieulega wątpliwości, że masa wysiękowa znajdowała się w pęcherzykach.

Niektórzy autorowie twierdzą, że kryształy nie wspólnego z astmą nie mają, ponieważ pojawiają się w płwocinie i przy innych cierpieniach. To samo naturalnie dałoby się powiedzieć i o komórkach eozynofilowych.

Zdanie takie byłoby jednak naukowo nieuzasadnionem.

Autor sądzi, że kryształki i komórki eozynofilowe znajdują się w ścisłym związku z objawami chorobowymi astmy nie dla tego, aby je wyłącznie w płwocinie astmatyków spostrzegać było można, lecz głównie wychodząc z tej zasady, że przy tej sprawie chorobowej znajdowano je stale i w tak obfitej ilości, w jakiej przy żadnym innym cierpieniu dotychczas nie spostrzeżono.

J. Zysman.

316. Dr. HAGEDORN (Hamburg). **Leczenie błonicy gardzieli za pomocą galwanokaustyki.** (*Deutsch Med. Woch.* 1891, nr. 28 i 29).

Miejscowe przyżeganie pokładów dyfterytycznych od dawien dawna było zalecane. O stosowaniu ognia, najsilniejszego żegadła, jakie posiadamy, znajdujemy już wzmianki w starożytnej literaturze. Miguel Herdia, lekarz Filipa IV, króla Hiszpanii, zaleca je w ciężkich przypadkach anginae malignae. Valentin w Vitry—le Français stosował z pomyślnym skutkiem rozpalone żelazo w dwóch epidemijach błonicy w r. 1851 i 1852. W nowszych czasach Bloebaum na piątym kongresie dla medycyny wewnętrznej zaleca galwanokaustykę. Hagedorn stosował galwanokaustykę w 24-ch przypadkach dyfterytu gardzieli, między którymi były i formy zgorzelinowe. W 23-ch H. otrzymał zejście pomyślne, a leczenie trwało 2—7 dni. Zejście zaś śmiertelne w jednym przypadku u dziecka 3-letniego H. przypisuje niedostatecznie udoskonalonej metodzie i narzędziom. Bateria galwanokaustyczna w tym przypadku odmówiła posłuszeństwa, i H. zastosował przyrząd Pacquelin'a, którym niepodobna było zniszczyć doszczętnie ognisko błonicowe na dolnym brzegu prawego migdałka bez znacznego uszkodzenia części sąsiednich. Teoretyczne rozumowania, jakie skłoniły H. do stosowania żegadła były następujące:

Badania Loeffler'a dostatecznie dowiodły, że dyfteryja przedstawia chorobę zakaźną miejscową, która powstaje wskutek osiedlenia się swoistego dla błonicy drobnoustroju najczęściej na błonie śluzowej pierwszych dróg oddechowych. Przekonywa nas o tem i najnowsza praca Becka „bakteryologiczne badania nad etylogiją dyfteryi u człowieka“, wykonana w Berlińskim instytucie higienicznym pod przewodnictwem Kocha. Praca ta da się streścić w następujących kilku zdaniach: „Opisany przez Loeffler'a i dokładnie przez niego pod względem biologicznym i morfologicznym zbadany lasecznik znajdujemy w każdym przypadku dyfteryi, przy żadnej innej chorobie dotychczas go nie znaleziono. Lasecznik ten hoduje się w kulturach czystych, a szczepienie kultur wywołuje u zwierząt skłonnych do dyfteryi (morskie świnki, gołębie, kury) zawsze błonicę. Nieulega zatem wątpliwości, że lasecznik Loeffler'a jest przyczyną dyfteryi, jak i lasecznik Kocha przyczyną gruźlicy.

O stosunku zaś lasecznika do znalezionych przy dyfteryi streptokoków, sądzi Beck, że wątpliwem jest czy diplokokom można przypisać istotne znaczenie w etylogiji błonicy

u człowieka. W kilku przypadkach świeżej dyfteryi kokków nie znajdował wcale; z drugiej zaś strony cały organizm był niemi przesiąknięty w przypadkach ciężkich z objawami ogólnego zakażenia. W dwóch przypadkach zupełnie świeżej dyfteryi mógł Beck dokładnie się przekonać, że w początkach choroby pokład składał się wyłącznie z laseczników dyfterycznych, dopiero od dnia trzeciego choroby okazało się mnóstwo streptokoków. Według mniemania autora można z całą pewnością przyjąć, że lasecznik Loeffler'a przysposabia grunt właściwy dla rozwoju streptokoków, a następnie dopiero dla tych ostatnich z miejsca pierwotnego zakażenia otwierają się wrota do krwiobiegu. Tym właśnie streptokokom przypisać należy możność wywołania objawów ogólnego zakażenia, objawów daleko groźniejszych dla organizmu, aniżeli sama choroba zasadnicza.

W celu opanowania tej strasznej dla rodzaju ludzkiego choroby, wypróbowano od czasu odkrycia Loeffler'a wszystkie możliwe środki antyseptyczne, po części nawet z pomyślnym skutkiem. Zupełnie jednak i jednym ciosem zniszczyć może zarodki choroby najsilniejsze, a zarazem najbezpieczniejsze antisepticum, a mianowicie ogień.

Że ogień niszczy zarodki dyfterytu cito, tuto et jucunde, dowodzi najprzód to, że działanie ognia w formie naprz. galwanokaustyki da się ściśle zastosować miejscowo; można utworzyć strupek takiej wielkości, jaki zaledwie dla oka ludzkiego będzie widoczny.

Powtórne użycie galwanokaustyki zabezpiecza nas zupełnie od niepożądanych i wielce niebezpiecznych objawów pobocznego działania, jakie występują przy użyciu innych środków antyseptycznych, np. kwasu karbolowego. Reakcyja po kauterzacji wyraża się tylko przez opuchlinę i zaczerwienienie, sięgające zaledwie na 1 cm. wokoło, a zatem żadnego niebezpieczeństwa nie przedstawia.

Stosowanie galwanokaustyki po znieczuleniu poprzednio roztworem kokainy jest zupełnie niebolesne. Nawet bez znieczulenia bolesności jest tak niezauważalna, że dorosli ją lekko znoszą. Małe zaś i niesforne dzieci można chloroformować. (I R.).

Wreszcie pierwszeństwo ognia przed innymi środkami antyseptycznymi polega jeszcze i na tem, że przy stosowaniu ognia zniszczone zostają nie tylko powierzchownie leżące właściwe bakteryje dyfterytu, lecz jednocześnie zagrodzoną zostaje droga dla wtargnięcia streptokoków, wywołujących ogólne zakażenie. Podrażnienie bowiem, jakie ogień wywołuje na miejscu zniszczonej przezeń błony dyfterytycznej, powoduje zwiększony przyływ białych ciałek krwi, liczne tworzenie się nowych naczyń, wzmocnienia energii życiową tkanek, przyspiesza nareszcie tworzenie się linii demarkacyjnej—jednym słowem tworzy tkankę granulacyjną i wrota dla streptokoków zostają zamknięte.

W końcu należy jeszcze zwrócić uwagę i na to, że z chwili-

łą zniszczenia ogniska błonicowego zostają zatkane źródła zarazy. Cel profilaktyki zostaje osiągnięty daleko skuteczniej, aniżeli tylko przy dezynfekcyi chorego, jego bielizny, odzieży i pościeli.

Rozumie się samo przez się, że galwanokaustyka nie da się zastosować we wszystkich przypadkach dyfteryi. H. zaleca ją głównie przy dyfteryi migdałków, miękkiego podniebienia, języczka i tylnej ściany gardzieli. Przy cierpieniu zaś jam nosowych, gardzielo-nosowych i krtani, niepodobna prawie zniszczyć doszczętnie ogniem wszelkie ogniska błonicowe bez znacznego uszkodzenia części sąsiednich. Nie należy nigdy dopuścić do tego, ażeby te głęboko leżące części zostały zajęte dyfteryją, gdyż w znacznej większości przypadków proces zaczyna się na migdałkach lub na miękkim podniebieniu, gdzie z wszelką pewnością chorobę wczesnie opanować da się. Jeżeli rozważymy, że wszystkie niebezpieczne objawy chorobowe przy dyfteryi zależą głównie od działania wtórnego zakażenia resp. od streptokoków, a zatem i w leczeniu dyfteryi szczególną energiję rozwinąć należy w początkach choroby, aby zgubić pierwszego wroga — lasecznika Loeffler'owskiego, a tem samem nie dopuścić, żeby on niszczącą swą działalnością otwierał wrota, dotychczas zamknięte, dla nowego groźniejszego od siebie samego wroga — streptokoka. Jeżeli zaś odpowiednia chwila zostanie przeoczona i streptokoki zdołały już opanować organizm, wtedy i wypalanie błon dyfterytycznych żadnego pożytku nie przyniesie.

Dla tego też stosowanie galwanokaustyki, podług mniemania H., nie powinno pozostać wyłącznie w ręku specjalistów, lecz każdy praktyczny, a zwłaszcza lekarz domowy, który najczęściej ma sposobność obserwowania pierwszych początków tej strasznej zarazy, powinien możliwie wczesniej w odpowiednich przypadkach zastosować rozpalone żelazo. A gdyby nawet kiedykolwiek lekarz praktyczny, nie mający czasu dla badań mikroskopowych, omylił się w dygnozie i przypalił angina follicularis lub crouposa, zawiniłby przecież względem chorego daleko mniej, aniżeli, gdyby przez długie wyczekiwanie przy prawdziwej dyfteryi opuścił czas sprzyjający i chorego na pastwę choroby zostawił.

Sama manipulacja galwanokaustyczna jest tak prosta, że ją każdy lekarz praktyczny z łatwością wykonać może. H. używa przenośnej bateryi galwanokaustycznej z kilkoma żegadłami platynowemi i dopasowaną rączką. Zwyczajnym szpadelkiem naciska języka ku dołowi i wprowadza zimne żegadło, rozpala je nad samemi błonami i niszczy doszczętnie ogniska zarazy. Leczenie dalsze staje się prawie zbytecznem, gdyż dyfterya została już usunięta; na miejscu pokładów błonicowych znajdują się już tylko nieszkodliwe strupy. Przeciwno bólowi przy łykaniu zalecić można po przypaleniu lód. Po kauteryzacyi chory powinien poddać się ścisłej dezynfekcyi, również dezynfekcyi, podlega jego odzież, bielizna, pościel i mieszkanie,

w którym przebywał. Nie trzeba zapominać i o tem, że na tylnej powierzchni języka, lub gdzieindziej mogły pozostać na powierzchni błony śluzowej pojedyncze laseczniki, które nie zdołały jeszcze wywołać zmian widocznych, lecz dopiero po kauteryzacji mogłyby zacząć swój niszczący pochód. H. zaleca przeto po przypalaniu częste płukanie roztworami antyseptycznymi. Gdyby jednak lekarz spostrzegł, pomimo to nowe jakieś ognisko błonicowe (autorowi to się nigdy nie zdarzyło), co się przecież z całą pewnością łatwo odróżnić od przypalonych strupów, należy je natychmiast doszczętnie ogniem zniszczyć powtórnie.

J. Zysman.

317. Dr. ARTHUR HENNIG. **O wpływie salipiryny na influenę.** (*Allg. Med. Central Zeitung, N. 93, 1891.*)

Pomyślnie wyniki, jakie autor otrzymał przez stosowanie salipiryny przy gośćcowych cierpieniach, a głównie przy cierpieniach górnych dróg oddechowych, powstałych wskutek zaziębienia, zachęciły autora do wypróbowania tego środka w przypadkach influenzy połączonych z bólami gośćcowemi. Dłuższe obserwacje autora nad epidemią influenzy w pierwszej połowie tego roku, przekonały go o swoistym wpływie salipiryny na to cierpienie.

Aczkolwiek starsi i nowsi badacze rozróżniają 3 postaci influenzy, a mianowicie: postać nieżytową, brzuszna i nerwową, to jednakże nie wszystkie przypadki dają się tu zaliczyć. Autor na zasadzie swoich spostrzeżeń rozróżnia 4 główne postaci influenzy, z których każda rozpada się jeszcze na kilka grup. W ten sposób każdy przypadek może znaleźć stosowne dla siebie pomieszczenie w jednej z grup powyższych.

- 1) Influenza dróg oddechowych (postać oddechowa): a) postać nosowo-gardzielowa, b) krtaniowa, c) oskrzelowo-płucna.
- 2) Influenza serca i narządu krążenia (postać sercowa).
- 3) Influenza żołądkowo-kiszczkowa (postać brzuszna): a) postać nieżytowa, b) choleryczna, c) dysenteryczna.
- 4) Influenza narządu nerwowego (postać nerwowa): a) influenza ośrodkowego systemu nerwowego, b) influenza nerwów obwodowych.

Jeżeli będziemy uważali influenę za cierpienie miazmatyczno-kontagijne, co autor w innym miejscu udowodni, to wtedy leczenie tej choroby w ogóle, a także oddzielnych jej postaci, opartem będzie na pewnych określonych podstawach.

Na pierwszym miejscu, jak przy każdej innej chorobie zakaźnej, należy uwzględnić leczenie higieniczno-dyjetetyczne. W każdym przypadku influenzy, zarówno ciężkim, jak i lekkim, ani na chwilę nie należy zapominać o spokoju i oszczędzaniu chorego; najlepiej będzie jeśli mu zalecimy pozostawanie w łóżku. Większość śmiertelnie zakończonych przypadków zależała po części od tego, że chorzy po całych nieraz tygodniach męczyli się przy zajęciach, dopóki zapalenie opłucnej lub płuc nie przykuło ich do łóżka, które zarazem stało się

następnie ich łożem śmiertelnem. Jakkolwiek influenza nieraz łagodnie się rozpoczyna, to jednak następstwa jej są nie do przewidzenia, dla tego też nawoływania nasze o ostrożność nie powinny ustawać i to nie tylko w przypadkach, gdzie influenza przyłączyła się do istniejącego już cierpienia, lecz także w każdym przypadku, rozwijającym się u zdrowego dotychczas osobnika.

Lekkie środki przeczyszczające, jak kalomel, olej ricinowy, proszek Kurelli, rzewień, środki solne są w stanie znacznie złagodzić lub usunąć ciężkie postacię żołądkowo-kiszkowe, jeżeli jeszcze w dodatku zalecimy ścisłą dyjetę. Ciepłe napoje z herbaty, rumianku, kwiatu lipowego, mleko, woda selcerska w równych częściach z mlekiem, zupy klejkowate należy zawsze zalecać, jako jedyne pożywienie. W tych przypadkach, gdzie łaknienie nie jest upośledzone, albo też gdzie kanał pokarmowy mały w cierpieniu przyjmuje udział, można także zezwolić na jajka, rosół, lekkie potrawy mięsne, oraz wino.

Obok tych środków dyjetetycznych, szukano zawsze jakiegoś środka lekarskiego, swoistego; niektórym zdawało się wprawdzie, że go znaleźli, radość ich jednak była przedwczesną. W ostatnich czasach zalecano z rozmaitych stron wszelkie środki przeciwgorączkowe; najwięcej uznania znalazła chinina i antypyrina, następnie antifebryna, fenacetyna, salol, salicyna, salicylan sodu i t. d. Prócz tego dla ukojenia bólów występujących w postaci nerwowej zalecano analgezyne (Lutand), exalginę (Dujardin-Beaumont), kodeinę (Elwert), oraz morfinę, w celu zaś zdezynfekowania płuc i kiszki naftol (Boucheron, Laudonzy, Bouchard), kreolinę (Rabener), kreozot (Horace Dobell i Maragliano), ichtyjol (Lorenz), jodoform (Huchard), menthol (Leunox-Browne), tlen (de Giovanni) i t. d. Na samym zaś końcu zwracano uwagę na rozmaite objawy miejscowe.

Już ta mnogość środków zalecanych przy jednym cierpieniu nasuwa myśl, że żaden z nich nie wpływa swoiście na influencję; w każdym jednak razie należy przyjąć za pewnik, że, jeżeli epidemia influencji posiada swój swoisty zarazek chorobotwórczy, to możemy również znaleźć dla niej środek swoisty, który, szczególnie w okresach początkowych, mógłby zwalczyć chorobę. Jak widzimy, żaden z powyższych środków wymaganiom tym nie odpowiada. Istnieje jednak jeden taki środek, mianowicie salipyrina, którą pod wszystkimi względami należy uważać za środek swoisty dla influencji, zupełnie tak samo skuteczny, jak rtec przy przymiocie lub chinina przy malarii, i tak samo niekiedy, wyznaczyć należy, zawodzący jak i one.

Salipyrina, której pomysłny wpływ na gościec autor już dawniej wykazał, nietylko zniża gorączkę, lecz także łagodzi bóle i zmniejsza obrzmienia i nacieczenia zapalne; działanie salipyriny przy bólach mięśniowych i nerwowych pochodzenia gościewego było często tak wybitnem, jak to się nigdy nie zdarza przy stosowaniu innego środka; takie sprawy zapalne

w nosie i krtani znikają niekiedy po kilku wdmuchiowaniach salipyriny, oraz po wyżyciu kilku grammów tego środka.

Owóż ostatnie wyniki naprowadziły autora na myśl, czyby nie dało się zastosować salipyrinę systematycznie przy influenzy, przy której podobne objawy stanowią cechę charakterystyczną, albo nawet, jak to np. zdarza się w postaci krtaniowej wyłącznie panują. Jeżeli inne środki przeciwgorączkowe lub przeciwgośćcowe dały dobre wyniki, to dla czegoż miałyby tu zawieść salipyrina, również do tej grupy należąca. Jeden szczególnie wzgląd zachęcił autora do prób z salipyriną, a mianowicie zupełna jej nieszkodliwość obok bardzo słabego działania pobocznego.

Wiadomo, jakie ciężkie następstwa wywołuje kilka grammów antipyriny, lub pół grama antifebryny, lub kwasu salicylowego. Rzecz jasna, że w cierpieniu, które sama przez się uspasabia do osłabienia serca, unikać należy środków, które same przez się mogą podobny stan wywołać, a uciekać się do środków pozbawionych tej ciemnej strony. Salipyrina wszystkim wymaganiom odpowiada, antipyrina w tej formie podana nie wpływa ujemnie na serca, przyczem nie na działaniu nie traci.

Najbardziej pomysłny wpływ salipyriny na influencję widział autor w postaci jej nerwowej i sercowej, bardzo zaś pomysłny w postaci piersiowej i gastrycznej; w pierwszym wypadku salipyrina obok środków dyjetetyczno-higijenicznych w zupełności wystarcza, w drugich podawać należy jednocześnie środki wykrztuśne, oraz dezynfekujące kiszki. Środek ten trudno rozpuszczałny w wodzie, łatwo zaś w alkoholu i benzolu, mający nieprzyjemnie palący cierpko-słodkawy smak, szybko w ustach znikający, należy zażywać z zimną wodą lub też w miksturze, gdzie salipyrinę znajduje się rozartą z gliceryną:

Rp. Salipyrin 6,0.
Glycerin 14,0.
Syr. rub. id. 30,0.
Aq. dertill. 40,0.

MDS. co $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godz. łyżkę stołową=1 gram salipyriny.

Przykry smak lekarstwa znika w kilka minut, jeżeli popijemy je niewielką ilością płynu lub zajemy następnie kawałkiem bułki; u chorych bardziej wrażliwych można stosować salipyrinę w opłatkach po 1,0 lub 0,5 gram. Autor używał salipyrinę pochodzącą z fabryki chemicznej berlińskiej J. D. Riedel'a.

Salipyrina najlepiej skutkuje, jeżeli użyjemy ją w większych dawkach, podawanych w krótkich przerwach, w porze poobiedniej, począwszy od 3-ej. 20 większości przypadków wystarcza 3,0—5,0 co $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny lub nawet co godzina, ażeby wywołać polepszenie ogólnego stanu. Objawy nerwowe, gośćcowe, gwałtowna niekiedy gorączka, silny upadek sił znikają w ciągu 3—6 godzin, chory dobrze potem śpi a nazajutrz czuje się lepiej, a niekiedy nawet zupełnie zdrowym. Następ-

nych dni wystarcza wtedy po 1—2,0 salipyriny, ażeby chory wrócił do zupełnego zdrowia, rzadko tylko potrzeba było dłuższy czas podawać większe dawki (5,0—6,0).

W postaci piersiowej, a właściwie w postaci oskrzelowo-płucnej stosował autor Extr. fluid. cocillana, 3—4 razy dziennie po łyżeczce, w postaci zaś gastrycznej zaleca kreolinę, oraz kwas solny.

Rzecz jasna, kończy autor, że każdy przypadek należy ściśle indywidualizować, każde bowiem powikłanie wymaga specjalnego leczenia; zresztą według statystyki autora powikłania przy użyciu salipyriny występują daleko rzadziej, niż to się zdarza przy stosowaniu innych środków, sama zaś sprawa chorobowa daleko krócej trwa.

Do podobnych wyników z salipyriną przyszedł także prof. v. Mosengeil, który środek powyższy uważa za prawie swoisty dla grypy. S. K.

318. ARTHUR HENNIG. Przyczynę do leczenia cierpień gośćcowych ze szczególnym uwzględnieniem salipyriny. (*Deut. med. Wochenschrift, N. 35—38, 1891.*)

Przy ostrym goście stawowym daje autor salipyrinę, począwszy od 3-ej po południu w dawkach po 1,0, co $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$, tak, że dobową ilość wynosi 3—8,0. Salipyrinę, która w wodzie trudno się rozpuszcza, należy podawać w wodzie przegotowanej i ostudzonej, albo też w mieszance, gdzie na 1 łyżkę lekarstwa przypada 1,0 salipyriny.

Rp. Salipyrin 6.0.
Glicerini 14,0.
Syr. rubi Idaci 30,0.
Aq. dertill. 40.

MDS.

W pół godziny po zażyciu ostatniej dawki występuje lekkie zajęcie głowy, szum w uszach, poczem chory się poci przez 3 godziny. Po przepoceniu się chory powinien wstać, wtedy mocno rozcieramy go suchym ręcznikiem, dajemy mu świeżą bieliznę ogrzaną i kładziemy znów do łóżka. Bóle wtedy znikają i chory spokojnie śpi.

W niektórych przypadkach już po użyciu 1—2 gramów spada ciepłota; spadek ten przy wyżyciu 4—6 grm. wynosi przecięciowe 1—2°. Ciepłota opada stopniowo w stosunku do ilości zastosowanej salipyriny i w 2—3 godzin po ostatniej dawce dochodzi swego minimum; po 2 mniej więcej godzinach powoli znów się podnosi, nie dochodząc jednak pierwotnej wysokości.

Przy dość znacznych i z krótkimi przerwami stosowanych dawkach, zawsze prawie manifestuje się jeszcze pomyślny wpływ środka na zajęte przez sprawę chorobową stawy. Nasamprzód zmniejsza się uczucie napięcia i bólu; obrzmienie stawów zmniejsza się, chory czuje się znacznie lepiej, szczególnie, gdy się dobrze poci. Ruchy czynne i bierne stają się znów możliwymi, wprowadzić w rozmiarach cokolwiek ograniczonych. Niekiedy już po kilku gramach zażytych odrazu znikają wszystkie objawy, niekiedy zaś niezbędnem jest powtórze-

nie tej dawki przez kilka dni z rzędu w porze poobiedniej. Z chwilą osłabnięcia sprawy chorobowej i zniknięcia objawów należy dawkę dobową zmniejszyć, w razie zaś pogorszenia należy ją zwiększyć. W dość znacznej liczbie przypadków gościca, z wyjątkiem jednego, przekonał się autor, że wszystkie ostre objawy znikają w zupełności w ciągu 6—12—24—48—72 godzin, poczem tylko w ciągu 8—14 dni dawał chorym jeszcze codziennie 1—2,0 salipiryny.

W przypadkach przewlekłego gościca stawowego, a głównie w tych, które powstały z ostrego, daje autor tak samo z początku po 5,0 dziennie, a jeżeli wyraźny skutek nie następuje, powiększa dzienną dawkę powoli o 1,0. W ciągu kilku dni sprawa bierze pomyślny obrót, wtedy można dawkę dzienną zmniejszyć i podawanie jednak wtedy salipiryny przez 14 dni nie wystarcza już, tak, że nieraz należy dawać środek ten w ciągu kilku miesięcy po 1/2—1,0 dziennie, ażeby wszystkie objawy ustąpiły.

Co się tycze wpływu salipiryny na dnę, to chorzy biorą dawki większe od 3:0 ile w ogóle znoszą, gdyż występują zaburzenia żołądkowe; pomimo to jednak i tu daje się osiągnąć pomyślny skutek; szybko zwykle zmniejszały się wtedy nieznośne bóle i w ciągu kilku dni nawet znikają.

Skuteczną również okazała się salipiryna przy bólach mięśniowych i przy nerwobólach. Przy myalgia capitis, torticollis rheumatica, przy myalgia pectoralis, scapularis etc. widać było pomyślny wpływ na bóle i ruchy. Szybko zwykle znikają także pod wpływem salipiryny nerwoból nerwu trójdzielnego, oraz nerwów krzyżowych. W tych przypadkach dawka dobową rzadko powinna być większą nad 2,0. Nieraz wystarcza już 1,0 ażeby w ciągu 20 minut usunąć nerwoból nerwu nadoczodołowego. W innych znów przypadkach należy środek stosować przez kilka dni i w większych dawkach, tak, że i tu okazało się, jak szybkim jest wpływ salipiryny na nerwobóle pochodzenia gościcowego.

Na zasadzie tych swoich spostrzeżeń nad salipiryną (wyłącznie sprowadzaną od Riedel'a), stawia ją autor wyżej nad inne środki pokrewne i gorąco poleca przy cierpieniach czysto gościcowych. Ważną przytem zaletą tego środka jest także znakomite jego działanie przeciwgorączkowe w dawkach 3—6 gramów.

S. K.

II. Farmakologija.

319. **Piperazina.** (*Médecin. Neuigkeiten N. 29 i 30, 1891 r.*).

Berlińska akcyjna fabryka chemikalii, należąca przedtem do E. Schering'a, pozyskała nowy łatwy sposób otrzymywania piperazyny, środka opisanego najprzód przez Landenburga pod razwiskiem Piperazidiny; środek ten jednak z powodu trudności w otrzymaniu większej na raz ilości nie był dotychczas do-

stępny dla badania farmakologicznego; wynalazek berlińskiej fabryki chemikalii umożliwił jego wypróbowanie.

Piperazina składu $C_4H_{10}N_2$ przedstawia ciało stałe przy zwykłej temperaturze, topiące się w bezwodnym stanie przy $104-107^\circ C.$, wrzące przy $145^\circ C.$, nadzwyczaj łatwo rozpuszczalne w wodzie. P. pozostawiona bez przykrycia w naczyniu przyciąga wodę; kwas węglany z powietrza, rozplywając się przy tem; wodne roztwory piperaziny oddziałują silnie alkalicznie, nie niszcząc jednak tkanek i są prawie bez smaku. W chemicznych związkach P. gra rolę małą i łatwo łączy się z kwasami, wytwarzając odpowiednie sole; połączenie z kwasem solnym łatwo rozpuszczające się w wodzie, trudno w spiryтуsie, znalazło lecznicze zastosowanie. Nowy ten środek wskutek powinowactwa do kwasu moczowego przedstawia się bardzo ciekawie; stosunek ten piperaziny do kwasu moczowego można wyrazić w następujących słowach:

1) Zimny wodny roztwór piperaziny zmieszany z kwasem moczowym, rozpuszcza go dwa razy więcej jak węglan lithyny w tychże warunkach.

2) Moczan piperaziny, otrzymany przez gotowanie kwasu moczowego z piperazyną, rozpuszcza się w wodzie $17^\circ C.$, siedem razy łatwiej, jak moczan lithyny. 1 część moczanu piperaziny rozpuszcza się w 50 częściach wody przy $17^\circ C.$, rozpuszczalność moczanu lithyny w tychże warunkach wynosi 1:368.

3) Piperazina nawet przy nadmiarze kwasu moczowego nie wytwarza trudno rozpuszczalnych soli kwaśnych.

4) Piperazina łatwo rozpuszcza się w zimnej wodzie; rozpuszczalność zaś węglanu lithyny jest bardzo ograniczona w zimnej wodzie.

Przy przejściu przez ustrój człowieka P. ulega tylko w nieznacznej części utlenieniu; po zażyciu grammu już po upływie kilku godzin można ją wykryć w moczu; wydzielanie jednak nie od razu się uskutecznia, ponieważ i po 36 godzinach po zażyciu są jej jeszcze wyraźne ślady w moczu. Środek ten w dwu grammowych dozach jest jeszcze nie szkodliwy dla człowieka. Wskazanie dla użycia: przeładowanie organizmu kwasem moczowym. Do wewnętrznego użycia nadaje się najlepiej chlorek piperaziny w dawkach 0,5—1,0 gr. i wyżej—do 1,5 grm. pro dosi; do podskórnych zastrzykiwań można używać 20% wodnych roztworów chlorku piperaziny lub też 3—5% czystej piperaziny; roztwory bardziej stężone, choć mogą być użyte, działają jednak drażniąco.

Dr. G. Bardet z Paryża, który najprzód ogłosił studyja kliniczne o tym leku zauważył, że u chorego z silnem wydzielaniem kwasu moczowego po zastosowaniu piperaziny w dawkach 0,4—0,6 grm. zniknął osad moczanów w urynie; to go zachęciło do stosowania piperaziny w kilku jeszcze przypadkach (przy kolce nerkowej i przy podagrze).

Następnie dr. Vogt na posiedzeniu Towarzystwa terapeutycznego w Paryżu, w dniu 11 Lutego tego roku ogłosił swoje zdanie o działaniu tego środka. Podobnie jak Bardet zna

laż, że po użyciu piperazyny, jak bezwzględna, tak i względna ilość kwasu moczowego w moczu się zmniejszyła. Działanie tego środka tłómaczy razem z współpracownikami swej pracy dr. Vigier i Gautrelot w następujący sposób: nowa ta zasada organiczna, oprócz działania antyseptycznego, wspólnego wszystkim ciałom pochodzącym z produktów węgla kamiennego, posiada silne własności utleniające; pod tym względem piperazina zbliża się w działaniu do alkaliu, znacznie je jednak przewyższa. Jeżeli porównać jej działanie pod tym względem z działaniem dwuwęglanu sodu, to znajdziemy, że efekt wywołany stosowaniem dwutypodniowem sody w ilości 8 gramów dziennie, równa się działaniu piperazyny w ciągu dni 5, używając jej dziennie 3 grm.

Wyżej przytoczeni autorowie po użyciu P. znajdowali powiększenie się mocznika w urynie z odpowiedniem zmniejszeniem kwasu moczowego.

Tak więc jednogłośnie zdanie o wpływie tego środka na przemianę materji w organizmie, zdaje się piperazynie zapewnić stałe miejsce w zapasie nowych leków. Najodpowiedniejszą do użycia jest woda sodowa z dodatkiem na syfon 1 grm. piperazyny—stanowi to dawkę dzienną. Już po dwóch dniach użycia tej wody można u chorych zauważyć obfite wydzielenie moczu przesyconego solami kwasu moczowego.

W. Kopytowski.

320. EICHHOF. Europhen, nowy związek jodu i jego własności lecznicze. (De l'europhen un nouveau composé iodé et de ses propriétés therapeutiques. *La Semaine Médicale*, N. 37, 1891).

Europhen został otrzymany przez działanie jodu na isobutylorthocresol w roztworze alkalicznym. Związek ten posiada wiele własności wspólnych z jodoformem i w niektórych wypadkach może go zastąpić. Europhen przedstawia proszek bezkształtny, koloru żółtego, wydzielający słaby zapach szafranu; jodu zawiera w sobie 28^o/. W wodzie i glicerynie nie rozpuszcza się, łatwo zaś w alkoholu, chloroformie, eterze; w oliwie łatwiej niż jodoform i arystol. Europhen posiadając niezaprzeczone własności zabijania grzybków, nie jest trujący. Przyjęty do wewnątrz w ilości 1 gramma nie sprowadza żadnych objawów groźnych; psom bez żadnych następstw był zadawany w ilości 2 do 3 gramm. Mocz przytem stale zawierał jod.

Eichhof otrzymywał szybkie zablźnienie szankrów i owrzodzeń przymiotowych, jak również wessanie lepiej płaskich, zastosowując europhen w proszku lub maści 1 do 2^o/%.

Pod wpływem 24 do 40 wstrzykiwań podskórnych, robionych codziennie, znikaly objawy wtórne przymiotu, bez użycia rtęci.

Autor w powyższym celu używał następującego roztworu:

Rp. Europheni 1,0,
Ol. olivarum 100,0,
solve et filtra. D. S.

Wstrzykiwania są niebolesne i niesprowadzają żadnego

odeczynu, ani miejscowego, ani ogólnego. Wstrzykuje się najpierw 0,05 aż do 0,10 europhenu.

U kobiet występują niekiedy bóle głowy i brzucha, należy wtedy powstrzymać wstrzykiwania na jeden lub dwa dni.

W rzerzączkach wstrzykiwania zawiesiny 0,30 do 1,50 wywoływały silne bóle, częste urynowanie i silne podrażnienie cewki.

Europhen był zastosowany z dobrym skutkiem w formie proszku lub maści na owrzodzenia goleni i żółzowate, oparzenia i wilka; w pryszczycach jednak pasorzytnicznych zawiódł oczekiwania, to samo da się powiedzieć o łuszczycy i parchach.

W maści 10⁰/₀ a nawet 5⁰/₀ środek ten drażni skórę i wywołuje łatwo pryszczycę.

J. Wojciechowski.

321. **Dermatol.** (*La Semaine Méd. N. 31, 1891*).

Pod nazwą dermatolu dr. Heintz z Wrocławia opisał nowy związek chemiczny, będący połączeniem zasadowym kwasu gallusowego z bizumtem. Dermatol ma postać proszku koloru żółto szafranowego, bez zapachu, w wodzie nie rozpuszcza się; na powietrzu, słońcu i pod wpływem wilgoci nie zmienia się.

Niezależnie od działania przeciw zakaźnego, dermatol posiada własności ściągające i pobudzające. Zastosowany nawet na znaczną przestrzeń skóry nie drażni jej i nie sprowadza zatruć. W ilości 2,0 był zadawany z dobrym skutkiem w cierpieniach kanału pokarmowego.

Heintz zastosowywał omawiany środek w poceniu się nóg cuchnącem, wyprzeniach, pryszczycy wilgotnej i t. p.

Rp. Dermatoli — 2,0.

Talci pulv. — 70,0.

Amyli pulv. — 10,0. M. D. S.

Do opatrunku małych ran: Dermatoli 2,0, Collidii ricinatti 20,0.

W praktyce położniczej: dermatoli 15 do 30,0, Glicerini 150 S. do napajania tamponów.

Do opatrywania owrzodzeń obszernych:

Rp. Dermatoli 10.

Lanolini 80 do 20,0.

Vassellini 10 do 70,0.

Przy obszernych ranach chirurgicznych nakłada się gazę z dermatolu 10 do 20⁰/₀, lub nasypuje się cienką warstwę za pomocą rozpylacza. Przyrządzają się również ołówki do zakładania w kanały zatokowe i jamy owrzodziałe.

Dr. Rosenthal (z Berlina) wielokrotnie sprawdził działanie omawianego środka, tak w przytoczonych cierpieniach, jak i wielu innych. Według niego dermatol w proszku lub maści 10⁰/₀ dawał bardzo dobre wyniki w leczeniu szankrów i owrzodzeń przymiotowych pierwotnych, dymienie, zapalenia nąpletki, gummatów owrzodziałych, gangreny prącia, jak również ran po małych operacjach. W zawieszynie 2 do 5⁰/₀ środek ten dobrze działał w rzerzączkach ostrych i chronicznych, nie wywołując bólesci i podrażnień.

Nakoniec dermatol zawsze dawał świetne wyniki w prysz-

czycach wilgotnych, co ma niezmiernie ważne znaczenie w opatrywaniu ran i owrzodzeń otoczonych skórą, pokrytą pryszczyką; własność ta daje mu przewagę nad euprophenem, środkiem silnie drażniącym skórę.

J. Wojciechowski.

322. BENNO HERZOG. **O działaniu chlorku phenokoliny (plenocolum hydrochloricum).** (*Deut. Medic. Wochenschrift, N. 31, 1891.*)

Nowy ten środek, będący solą chlorową amido-acetparaphenetidyny, wypróbowany został przez autora w 17 u przypadkach, jako przeciw gorączkowy i przeciw gośćcowy. Badania prowadzone były ściśle, jak to widać z dołączonych do kilku przypadków szczegółowych tablic ciepłoty i krzywych pulsu. Wnioski autora są następujące. Środek ten przy użyciu wewnętrznym nie wywołuje żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Z wyjątkiem jednego przypadku (u bardzo wycieńczonego suchotnika), środek ten nie działa nawet w dużych dawkach (5 grm. pro die) szkodliwie na serce, oddech i samopoczucie. Przy małych dawkach działanie jego przeciw gorączkowe było bardzo nieznaczne; przeciwnie, w większych (1,0 grm.) środek ten sprowadza w ciągu krótkiego czasu znaczne obniżenie ciepłoty ciała. Najlepiej środek ten działa podany przy najwyższym stanie ciepłoty. Wtedy bowiem t^o spada zwykle o 3,3^oa o 3,4^o. Środek ten sprowadza poty, które jednak łatwo ustępują przy minimalnych dawkach atropiny. W dwóch przypadkach środek ten znakomicie działał na nerwoból kulszowy. Wpływa on również pomyślnie na bóle przy reumatyzmie. Wobec tego autor uważa, że środek ten powinien, jako prędko i pomyślnie działający, wejść na stałe w użycie przy rozmaitych chorobach gorączkowych i t. zw. bólach reumatycznych.

W. Janowski.

323. Prof. H. SCHMIDT-RIMPLER. **Woda chlorowa przy operacjach ocznych.** (*D. Med. Woch. N. 31, 1891.*)

Autor zaleca użycie wody chlorowej przy operacjach ocznych, zamiast sublimatu. Twierdzi on, że według jego badań, woda chlorowa najprędzej znosi wysoce zakażające własności wydzieliny chorego na blenorrhoeam woreczka łzawego, że nadto przy operacjach ocznych, szczególnie zaś przy operacjach katarakty posiada ona znaczną wyższość nad sublimatem. Mianowicie, po tym ostatnim, przy obfitym jego użyciu, powstają często (jak to niedawno Graefe opisał) dość znaczne plamy na rogówce. Ztąd korzyść po operacji znacznie się zmniejsza. Jeżeli zaś z tej właśnie obawy używać sublimatu mało, wtedy powstaje dość często ropienie, co, naturalnie, jest znowu niedobrze. Przy użyciu wody chlorowej ani jedno, ani drugie nie ma miejsca: rana goi się świetnie, rogówka zaś pozostaje przezroczystą. Według autora, nie należy obawiać się zbyt drażniącego na rogówkę i ranę wpływu wody chlorowej, gdyż używa się jej, dzięki bardzo energicznemu działaniu, niewiele, a działanie drażniące bynajmniej nie jest tak wielkie, jak o tem myślano. Również obawa, że środek ten zbyt szybko się rozkłada, też nie jest słuszną. Trzeba tylko wypisywać go

z apteki w ciemnych, dobrze zamkniętych fiaskach i wylewać do użytku za każdym razem niewiele do naczynka zakorkowanego, wywołując zawsze w następstwie dokładnie fiaskę, a wtedy preparat nie psuje się przez czas dłuższy (do 3-ch miesięcy) (?). Autor zaleca również wodę chlorową przy operacjach plastycznych na powiekach, twierdząc, że rany schodzą się przy niej najlepiej.

W. Jnnowski.

324. Dr. DONATH. Bromek etylu przy epilepsji. (*La Semaine Medic. 1891, 13 Mai*).

Powszechnie wiadomo do jak olbrzymich dawek dochodzić nieraz trzeba przy leczeniu padaczki za pomocą preparatów bromowych; znane nam są również fatalne skutki, jakie pociąga za sobą nadużycie bromu.

Oddawna przeto starano się wynaleźć środek, w którymby brom działał „in statu nascendi“, czyli z największą przy danej ilości siłą.

Dr. Donath z Pesztu zaproponował w tym celu bromek etylu (C_2H_5Br). Jest to płyn brunatny, słodkawego smaku, nierozpuszczalny w wodzie, z zapachem podobnym do chloroformu—zawiera 90,9% czystego bromu.

Bromek etylu podaje się w formie mieszaniny z oliwą lub alkoholem w ilości 0,3—0,6 dla dorosłych, a 0,1—0,3 dla dzieci, trzy razy dziennie zwiększając stopniowo dawkę.

Dr. Donath używa emulsji 5% bromku etylu, podając 3 razy dziennie po 30 kropel. Poleca także w mieszaninie z alkoholem pół na pół—(10—15 kropel na raz).

Dla uniknięcia podrażnienia żołądka, zaleca się używać w mleku lub w wodzie oczukrzonej.

Prócz d-ra Donatha środek ten stosował także dr. Olath, dyrektor zakładu dla obłąkanych; przy nieznacznych stosunkowo dawkach otrzymywał bardzo zadawalniające rezultaty.

K. Wisłocki.

325. Dr. G. COEN. Badanie doświadczalne nad wpływem kantarydynianu potasu na sprawy zapalne. (*Arch. de Méd. experim. et d'anath. path., Mai 1891*).

Autor wywoływał u królików zapalenie zewnętrznego ucha (nacierając olejkami krotonowym lub pogrążając w wodę o cieplocie 53°) i badał później przebieg sprawy zapalnej pod wpływem wstrzyknięć Libreichiny. Do każdego doświadczenia wybrana była para królików, z których u jednego tylko robiono iniekcje, drugi służył do porównania. Dawka Libreichiny wahała się między 0,000 2—0,000 4.

Prócz objawów odczynu ogólnego (podniesienie ciepłoty, duszność, krwawy móż, biegunkę) autor ani razu nie mógł stwierdzić zwiększania się wysięku surowiczego w ognisku zapalnym. Przeciwnie nawet, pod wpływem Libreichiny widział zmniejszanie się obrzęku zapalnego w porównaniu z uchem królika, któremu zastrzyknięć nie robiono. W płucach również nie znajdował ani śladu wysięku surowiczego.

Na opisywane zaś przez Libreicha zmiany w płucach,

patrzy autor jako na przesieki surowicze, powstałe pod wpływem cierpienia nerek, wywołanego kantarydianem potasu.
K. Wislocki.

III. Ginekologija.

326. B. S, SCHULTZE. **Przyczynę do leczenia uporczywego tyłopochylenia macicy.** (Zur Therapie hartnäckiger Retroflexion der Gebärmutter). *Volk. Samml. klin. Vortr. N. F. N. 24.*

W normalnem położeniu macicy przy pustym pęcherzu i pustej kiszce stolcowej, część pochwowa leży przed kością ogonową; zaś dno macicy poza spojeniem łonowem, w ten sposób u pionowo stojącej kobiety macica leży prawie poziomo z mniejszem lub większem wgięciem na przedniej powierzchni. Przy każdym napełnieniu się pęcherza macica podnosi się do góry i zostaje przezeń usunięta ku tyłowi, tak samo przy napełnieniu się кишки stolcowej usuwa się szyjka maciczna ku przodowi i jednocześnie macica zostaje popchnięta ku górze. Bardzo często przy napełnieniu się sąsiednich organów, macica jednocześnie usuwa się na bok. Po każdym opróżnieniu pęcherza naturalnem czy sztucznem, macica wskutek kurczliwości przyczepów mięśniowych wraca do normalnego położenia. Gdy te przyczepy staną się wiotkiemi, wówczas nawet po opróżnieniu pęcherza i кишки stolcowej dno macicy pozostaje w tyle, a szyjka z przodu, przy wzmocnionem działaniu prasy brzusznej ciało macicy jeszcze bardziej opuszcza się ku tyłowi, następnie przegina się w górnej części szyjki i wówczas z normalnego przodozgięcia rozwija się tyłozgięcie macicy. Zwiótczenie przyczepów macicy jest jedną z częstszych przyczyn tyłozgięcia i tyłopochylenia, następnie obok zwiótczenia tylnego przyczepu szyjki, wywołuje często tyłozgięcie macicy bliźnowato skureczony boczny lub przedni przyczep szyjki, oprócz tego krótkość przedniej ściany pochwy, właściwa wiekowi dziecinnemu i starszemu.

Nie podlega już dziś żadnej wątpliwości, że tyłozgięcie macicy jest nieprawidłowem ustawieniem macicy. Niektórzy sądzą, że dla kobiety jest zupełnie obojętne, czy jej macica znajduje się w przodozgięciu czy też w tyłozgięciu i że objawy, na które uskarżają się kobiety z tyłozgiętą macicą, zależą nie od wadliwego ustawienia jej, ale raczej od powikłań, towarzyszących tyłozgięciu, jako to: endometritis, oophoritis, ograniczone zapalenie otrzewnej miedniczej. Dla tego też radzą pozostawić macicę w tyłozgięciu i leczyć jedynie powikłania. Jeżeli jednak przyjrniemy pod uwagę, że po odprowadzeniu macicy część objawów znika natychmiast, pozostałe zaś znikają bez żadnego leczenia, jeżeli tylko utrzymamy macicę stale w normalnem ustawieniu, to dojdziemy do wniosku, że powyższej wymienione powikłania były następstwem tyłozgięcia i że niema dla nich lepszego leczenia, jak odprowadzenie tyłozgiętej macicy.

Tyłozgiętą macicę najlepiej odprowadzamy dwuręcznie w sposób następujący. Dwa palce lewej ręki kładzie się ze strony pochwy lub kiszki stolcowej na tyłozgiętą macicę pod ciągłą kontrolą drugiej ręki macającej od zewnątrz. Gdy ciało macicy zostaje podniesione aż do wejścia do miednicy, wówczas końce palców drugiej ręki chwytają dno macicy, odprowadzają je dalej naprzód i ustawiają je poza spojeniem łonowym, podczas, gdy 2 palce pozostałe w pochwie badają, czy istnieje skłonność do przegięcia w górnej części szyjki. Pierwszego odprowadzenia macicy nie należy nigdy inaczej dokonywać jak za pomocą dwuręcznego wymacywania.

Z ustawieniem macicy w normalnym położeniu nie usuwamy przyczyny tyłozgięcia, a mianowicie zwióczenia normalnych przyczepów, gdyż ze zmianą w napełnieniu się i opróżnieniu pęcherza i kiszki stolcowej tyłozgięcie powraca. Zastępujemy to zwióczenie przyczepów podparciem szyjki macicznej ze strony pochwy lub też wyprężeniem tylnego sklepienia pochwy, przez co zmuszamy szyjkę do pozostania w jej normalnym miejscu w tyle miednicy; wypełniamy to, albo przez systematyczne wypchanie pochwy watą lub gazą, albo też przez zastosowanie rozmaicie zbudowanych przyrządów podpierających, tak zwanych wianków. Wianek Hodge'go lub Thomas'a umocowuje szyjkę z tyłu przez wyprężenie tylnego sklepienia pochwy, zaś przez podparcie części pochwowej szyjka zostaje umocowana z tyłu za pomocą wianków ósemkowatych lub saneczkowatych Schultze'go. Wianki z celuloиду są najwłaściwsze. Przy leczeniu wiankami tyłozgiętej macicy trzeba o ile możliwości unikać biernego naprężenia zwióczonych przyczepów macicy, dla tego też działanie wianka przez podtrzymanie szyjki jest lepsze, niż wyprężenie tylnego sklepienia pochwy i leżących nad niem fałd otrzewnowych. Dobrze dobrany wianek utrzymuje macicę stale w normalnym położeniu i gdy po upływie dłuższego lub krótszego czasu usuniemy takowy, to macica pozostanie w większości wypadków w normalnym położeniu i bez wianka.

Istnieją jednak uporcezywe tyłopochylenia, opierające się wszelkim próbom odprowadzenia lub też po odprowadzeniu wracające do nienormalnego położenia, pomimo odpowiednio dobranego wianka pochwowego. Przyczynę tego niepowodzenia znajdujemy przy badaniu palcem ze strony kiszki stolcowej lub pochwy równocześnie z badaniem ze strony brzucha, pod postacią bądź szerokich, płaskich zrostów, bądź też tasiemkowatych powrózków, które wiążą macicę z tylną ścianą miednicy lub kiszki stolcowej, jako też jajniki i jajowody z dnem jamy Douglas'a lub z tylną powierzchnią fałd Douglas'a lub też z bocznymi ścianami miednicy. W innych znowu przypadkach znajdujemy powierzchnię otrzewnową macicy i jej przydatków wolną od zrostów. Macica daje się ustawić w przodopochyleniu lub przodozgięciu, lecz powraca po odprowadzeniu do poprzedniego wadliwego ustawienia lub też niedługo utrzymuje się w nadanem jej położeniu. W tych przypadkach prze-

szkoda leży pod otrzewną w tkance łącznej miedniczej lub w tkance łącznej podotrzewnowej i przedstawia się, bądź pod postacią blizn po ostrem lub chronicznem zapaleniu około— i poza macicznym, bądź też obrzmienia i skurczenia się listka otrzewnowego macicy, jako też otrzewnej przechodzącej z macicy na ściany miednicy. Podczas, gdy przeszkody powyżej wymienione umocowują dno macicy od tyłu, to ostatnie umocowują szyjkę od przodu; pierwsze opierają się wszelkim próbom odprowadzenia macicy, ostatnie pozwalają wprowadzić na odprowadzenie, lecz za to opierają się stałemu ustaleniu w normalnem położeniu. Często istnieją jednocześnie oba rodzaje przeszkód.

Przy rozpatrywaniu uporeczywego tyłopochylenia trzeba zwrócić uwagę na następujące punkty: 1) zrosty i powrózki otrzewnowe, 2) obrzmienia i blizny, znajdujące się na powierzchni otrzewnej, jako też pod nią w parametrium, 3) zwiotczenie i sparaliżowanie normalnych przyczepów macicy.

ad 1) Przeciwno zrostom i powrózkom otrzewnowym Schultze zaleca oddzielenie nienormalnych zrostów w głębokim uśpieniu za pomocą palców obu rąk, działających jednocześnie ze strony kiszki stołcowej lub pochwy i brzucha, czasem nawet ze strony rozszerzonej jamy macicznej, z początku sposób ten znalazł wielu przeciwników, obecnie jednak zyskał prawo obywatelstwa w gynecologii. Zrosty otrzewnowe mogą być także powolnie oddzielone za pomocą mięsienia, podług metody Thure-Brandt'a. Można także bezpośrednio oddzielić i przeciąć zrosty otrzewnowe i powrózki po dokonaniu przecięcia ściany brzusznej (laparatomija).

ad 2) Czasami udaje się rozmiękczyć i rozciągnąć stwardnienie otrzewnowe i podotrzewnowe, jako też bliznowate powrózki w parametrium za pomocą leczenia przyspieszającego wchłonięcie, jeżeli tylko nie są one zbyt zastarzałe, czasami udaje się ustalić macicę w odpowiednim położeniu przez założenie niesymetrycznie zbudowanego wianka, odpowiadającego danemu wypadkowi. Rozciągnięcie tych stwardnień i blizn daje się łatwo dokonać przez mięsienie podług metody Thure-Brandt'a, w połączeniu z następczem leczeniem wiankami. Schultze opisuje swój sposób leczenia stwardnień i blizn. Macicę pomimo odprowadzenia powracającą do nienormalnego położenia łatwo daje się utrzymać w normalnem położeniu przez wypchanie pochwy watą. Po odprowadzeniu macicy zakłada się w położeniu kobiety w rzadka watę do pochwy w ten sposób, ażeby szyjka maciczna nie mogła się usunąć ku przodowi, zatem nie do tylnego sklepienia, lecz przed szyjką. Schultze używa w tym celu, albo 4^o/₁₀ suchej waty salicylowej lub też zmoczonej w glicerynie, roztworze kali jodatu lub ichthyjolu, odpowiednio do danego przypadku. Podobny tampon można pozostawić 3—4 dni, podczas których należy kontrolować, czy tampon wypełnia swój obowiązek, w przeciwnym razie zastępuje go się po 24 godzinach nowym.

Po przekonaniu się w uśpieniu o braku stałych przeszkód

do odprowadzenia, lub też po usunięciu takowych, jako też po jedno lub wielorazowym dwuręcznym odprowadzeniu macicy, należy następnie odprowadzić takową za pomocą sposobu wewnątrz macicznego. W tym celu należy macicę poprzednio przepłukać, a nawet rozszerzyć, jeżeli jest wąską, przytem łatwo się przekonać, czy błona śluzowa macicy nie jest zbyt czułą lub skłonną do zranień. Najwłaściwsze narzędzie do odprowadzenia stanowi giętki zgłębnik lub też lekko skrzywiony od przodu, lekko stożkowato się kończący okrągły pręcik metalowy, mający 5, 6, 7 milimetrów w poprzecznym wymiarze. Trzeba pamiętać o absolutnej antyseptyce, jako też o tem, ażeby nie zawlec wydzieliny pochwowej do macicy. Schultze chwytą przy ułożeniu kobiety w rączka w wzierniku łyżkowatym część pochwową za przednią wargę za pomocą szczypeczyków, pociąga część pochwową nieco ku dołowi, wprowadza stożek zwrócony krzywizną ku tyłowi, do macicy, obraca go bardzo powoli i podnosi macicę z miednicy z tej strony, z której, na zasadzie poprzedniego dwuręcznego odprowadzenia, najłatwiej to się udaje. Po usunięciu narzędzia każe się położyć na wznak na kozetce; następnie odprowadza dwuręcznie zupełnie, aż dno macicy znajdzie się po za spojeniem łonowem i zaraz potem dokonywa mięsienia przez 2 do 4 minut. Późem zakłada poprzednio już wypróbowany wianek pochwowy, lub też ułożywszy pacjentkę w rączka na stole do badania, wypycha dobrze pochwę w sposób opisany wyżej. Cy się użyć środków lekarskich, to stosuje na wacie Ammonium Sulfoichthyolicum 30 na 170, gliceryny lub też Kali jodatam 50 na 150 gliceryny; celem uniknięcia palenia, podkłada pod te tampony tampon zmoczony w czystej glicerynie i każe starannie się podmywać. Podczas miesiączki nie zakłada tamponów. Jeżeli można, to przez ten czas zakłada wianek z celuloïdu, celem utrzymania macicy w przodopochyleniu. Masażu, jeżeli tylko poprzednio był dobrze znoszony, nie trzeba zaprzestawać podczas miesiączki. Nawet gdy tampon zostanie przez 4 dni, to jednak masuje macicę po nad tamponem palcem przeprowadzonym obok niego. Zwykle masuje po nad wiankiem, nie usuwając takowego.

Gdy macica chętnie powraca do tyłopochylnego położenia, pomimo dobrego ustalenia części pochwowej z tyłu miednicy, wówczas Schultze stosuje z dobrym skutkiem pręcik wewnątrzmaciczny obok ósemkowego wianka. Pręcik utrzymuje macicę wyprostowaną, a wianek ósemkowy utrzymuje szyjkę w tyle, pręcik i wianek nie powinny się wcale stykać. Zastosowanie pręcika wewnątrz macicznego i 8-watego wianka wymaga w każdym przypadku szczególnej uwagi i wielokrotnego wypróbowania. Przy wiotkiej pochwie można połączyć pręcik maciczny z wiankiem Thomas'a. Z początku przy zastosowaniu pręcika wianek z celuloïdu często zbyt uciska błonę śluzową pochwy, można wówczas połączyć pręcik maciczny z wypchaniem pochwy watą lub też z miejscowem zastosowaniem leków. Pręcik wewnątrz maciczny musi być aseptyczny.

Schultze każe robić pręciki maciczne z jednego kawałka kości słoniowej lub celuloиду. Gruby pręcik trudniej obraża wewnętrzną powierzchnię macicy niż cienki. Często trzeba rozszerzyć przedtem kanał szyjki; pręcik nie powinien dochodzić aż do dna macicy, gdyż macica podczas tego leczenia zwykle się zmniejsza, dla macicy długiej na 9 ctm. wystarcza pręcik 8 ctm długości, zaś dla macicy długiej na 7 ctm. wystarcza pręcik długości $5\frac{1}{2}$ ctm., pierwszy powinien mieć 7, a drugi 5 milimetr. grubości. Nie każda macica znosi pręcik, dla tego też należy przedtem wypróbować wrażliwość błony śluzowej. Rozszerzenia i przemywania ściągające czynią macicę niewrażliwą na pręcik. Dobrze działają w tym kierunku pręciki z arystolu i masła kakaowego, wprowadzone do macicy. Z początku Schultze zakłada pręcik do macicy, który z tyłozgięcia przeprowadza do tyłopochylenia, dopiero, gdy się przekona, że nie wywołuje on żadnych bólów, ani krwawienia, wówczas używa go do poprawienia położenia macicy. W ostatnich latach Schultze masuje macicę po nad znajdującym się w niej pręcikiem z dobrym skutkiem przy uporczywie powracającym tyłozgięciu. Najmniejsza wskazówka podrażnienia macicy zmusza do usunięcia pręcika, szczególniej trzeba na to zwrócić uwagę przy zbliżającej się miesiączce. Ostrzegają jednak Schultze przed zbyt pośpiesznem stosowaniem tej metody.

Ponieważ niejedna blizna, umocowująca szyjkę z boku w miednicy, zależy od pęknięcia takowej przy porodzie, przeto z usunięciem tego pęknięcia za pomocą operacji Emmeta (Trachelorrhaphia) często daje się zauważyć zniknięcie istniejącego jednocześnie tyłozgięcia lub też ułatwia się leczenie takowego. Gdy blizna sięga aż do parametrium, przekraczając znacznie pęknięcie szyjki, wówczas zaleca się operacja Martin'a, polegająca na oddzieleniu blizny od zewnętrznej powierzchni szyjki i całkowitem wycięciu blizny ze sklepienia pochwowego. Martin zwraca uwagę, że po tej operacji macica zyskuje zupełną ruchomość.

Często nie udaje się uruchomić szyjki, ani za pomocą masażu, ani też za pomocą operacji, wówczas trzeba umocować dno macicy od przodu. Można tego dokonać za pomocą operacji Alquié'go, wprowadzonej na nowo przez Alexandr'a i Adams'a, polegającej na odszukaniu przednich końców więzów okrągłych w przednim otworze kanału pachwinowego, na wyciągnięciu tych więzów, na skróceniu ich i na umocowaniu kikutów przed ścianą brzuszną. Schücking umocowuje dno macicy od przodu przez przeprowadzenie nitki ze ściany ust macicznych przez jamę szyjki i macicy, przekłucie ciała macicy i sklepienia pochwy obok pęcherza moczowego i związanie końców nitki wystających z ust macicznych i sklepienia pochwy. Najbardziej używanem w nowszych czasach postępowaniem, mającym na celu umocowanie dna macicy od przodu, jest przyszywanie dna lub końców jajowodów do przedniej ściany brzusznej po dokonanej uprzednio laparotomji. Bądź co bądź jest to rękoczyn bardzo poważny.

Stanisław Huzarski.

IV. Wiadomości pomniejsze.

327. **Funkcje płciowe u kastrowanych kobiet.** Dr. Keppler w Wenecyi robił w 46 przypadkach obustronne wycięcie jajników z powodu różnych wskazań, które szczegółowo wymienia. 10 z operowanych, będących w młodym wieku, miał okazję obserwować przez czas dłuższy, co pozwala mu wyprowadzić pewne wnioski o życiu płciowym kobiet po kastracyi. Okazuje się tedy, że kastracyja, wbrew ogólnemu mniemaniu, wcale takich złych skutków na pociąg płciowy nie wywiera. Wszystkie z operowanych zdolne były do spółkowania. U żadnej czynność ta nie wywoływała obrzydzenia ani niesmaku; nie tylko podczas aktu samego odczuwały najżywszą przyjemność, ale w dodatku podobnie jak i normalne osobniki nawiedzane były przez spontaniczną pożądlivość. Zamężne były zupełnie szczęśliwe w pożyciu małżeńskim, obowiązkom swoim poddawały się z przyjemnością ku zupełnemu zadowoleniu małżonków. Trzy z operowanych kastracyi zawdzięczały zamążpójście, gdyż konkurenci naprzód poinformowali się u autora co do niemożliwości zajścia w ciążę swoich wybranych. Porównując szczęśliwe życie małżeńskie kastrowanych kobiet z kwasami małżeństw wstrzemięźliwych lub używających środków, zapobiegających poczęciu, Keppler nieomal że nie zaleca kastracyi jako środka do uszczęśliwienia ludzkości według ideału Malthusa. Przesąd, jakoby kastracyja kobiet pociągała za sobą utratę pociągu płciowego (takiego zdania był nawet Schröder), powstał prawdopodobnie wskutek porównania z kastrowanymi mężczyznami. Lecz i na tym punkcie obserwacje są niedostateczne a nawet wprost przeciwne.

Z mężczyzn kastrowanych wskutek długich i wyniszczających chorób nie można wyciągać ogólnych wniosków. Wszzechwiedzący specyjalista, co się tyczy rozkoszy płciowych, Juvenalis, następnie Apulejus, wreszcie bardzo na tym punkcie doświadczona śpiewaczka Teresa, o której wspomina w swoich Pamiętnikach Casanova, zupełnie innego byli o tem zdania. Ta ostatnia miała niejednokrotnie okazję porównywać sprawność kastratów z niekastrowanymi, porównanie nie zawsze wypadło na korzyść ostatnich. Jeżeli kastracyja jest dokonana u kobiety blizkiej okresu klimakterycznego, to rzecz naturalna, pociąg płciowy znika. Co do zmian fizjologicznych, to miesiączka nie pojawiła się ani razu u żadnej z kastrowanych kobiet (wyłączając te, którym wycięto jajniki z powodu fibromiomatów macicy; tu w niektórych przypadkach krwotoki powtarzały się niejednokrotnie, lecz wcale nie były peryjodyczne i w końcu także znikały). Macica u wszystkich znacznie się zmniejszyła, np. ta, która przed operacją dawała 8 ctm. długości przy mierzeniu zgłębnikiem; w 5 lat po operacji dawała zaledwie 2. Zmniejszona macica leży zwykle w tyłozgięciu, parametria są zupełnie puste. Pochwa zrobiła się węższą i krótszą, columnae rugarum mniej wyraźne, zwięzło się również wejście do pochwy. Conjugatę autor mierzył starannie u wszystkich chorych przed i po operacyi. U młodszych takowa uległa znacznemu zmniejszeniu (od 2 do 3 ctm.), u tych, które blizkie już były lat 30, zmniejszenie było niewyraźne. Pigmentacje z krocza, z brodawek piersiowych i innych okolic poznikały, piersi, o ile nie były obwisłe przed kastracyją, jędrności nie straciły, choć dawało się zauważyć pewne zmniejszenie. Skłonności do tycia nie zauważono w żadnym przypadku. Oprócz tego znajduje Keppler, że wszystkie jego

pacjentki wyładniały na twarzy, ostatni wynik nie jest wyłączną właściwością kastracyi, ale daje się zauważyć i po innych operacjach ginekologicznych, o ile te uwalniają chore od dokuczliwych i długotrwałych cierpień. (Wien Med. Wochenschrift Nr. 37 i 38, 1891) D.

328. Nowy sposób leczenia miejscowej gruźlicy Lannelongue'a polega na wstrzykiwaniach w najbliższą okolicę ogniska jedno lub dwu procentowego roztworu Zinci muriatici. Przez jedno uklucie nastrzykuje L. po 2 krople, ukuć na jednym posiedzeniu robi kilka, stosownie do wielkości porażonego miejsca, np. przy zapaleniu stawu kolanowego trzeba zrobić 5—6 ukuć, przy zajęciu stawu łokciowego mniej. Jeżeli jest zbiorowisko ropne, to najprzód L. przez przekłucie je opróżnia, wypłukuje wodą wyjalowioną, następnie dopiero wstrzykuje w sposób wyżej podany Zincum muriaticum. Przy gruźlicy kości, gruczołów, najprzód wstrzykuje, a później skrobie etc. Sposób ten ma na celu przez wytworzenie zbitej tkanki bliznowatej na około ogniska odgraniczyć je od części jeszcze nie zarażonych; skutkiem utworzenia się naokoło zbitej tkanki bliznowatej jest anemija, a następnie zabliznienie grzybowatych granulacyi gruźliczych (methode sclerogéne). Na kongresie dla badania gruźlicy, odbytem w Paryżu w końcu Lipca r. b. przedstawiał Lannelongue kilkunastu chorych, leczonych w sposób powyższy; wyniki tak co do zachowania czynności, jako też formy stawów, były nadspodziewanie dobre. (Arch. gen. de Medecine. Septembre, 1891, p. 357). D.

329. Strącanie antipyriny. Według Millard'a i Campbella następujące ciała tworzą osad z wodnym roztworem antipyriny: kwas karbolowy w stężonym roztworze, tanina (osad biały nierozpuszczalny), chlorek rtęci (biały osad w nadmiarze wody rozpuszczalny), inf. catechu, inf. cort. cinchonae, napar z liści mącznicy lekarskiej (uvae ursi), z liści różanych, roztwór extr. cinchonae, tinct. iod. (biały osad rozpuszczony w H_2O), tinct. rhei, tinct. Kino. (Med. Record, Aug. 8, 1891). P.

330. Waga łożyska w stosunku do wagi dziecka. J. H. Smith, zajął się zbadaniem notat dotyczących 500 narodzin, w celu otrzymania danych statystycznych co do ciężaru dziecka w porównaniu z ciężarem łożyska. Wyniki zebrane zostały w postaci tablic, z których S. wyciąga następujące wnioski. Ponieważ łożysko dochodzi zupełnego rozwoju w 16 tygodniu, więc badanie porównawcze jego rozmiarów można rozpocząć około 17 tygodnia. W przypadkach badanych, przeciętna waga łożyska w porównaniu do wagi dziecka wynosiła $\frac{1}{3}$ w czasie od 17 do 32 tygodnia. Między 32 a 37 tygodniem ciężar był największy i pozostawał na tym punkcie aż do urodzenia, t. j. do 40 tygodnia, jeśli płód w ciągu tego czasu nie był narażony na jakiegokolwiek zaburzenia cyrkulacji, wtedy, podczas 33 i 34 tyg. stosunek wynosił $\frac{1}{3}$, podczas 35, 36, 37— $\frac{1}{4}$, w 38 i 39— $\frac{1}{5}$, w końcu 39— $\frac{2}{3}$. Od końca 39 tyg. aż do urodzenia, bez względu na to, czy poród odbył się w 40 tyg. czy przeciągnął się do 44, stosunek wynosił więc $\frac{1}{5}$. Po 40 tygodniu łożysko u multipara lub u kobiet mających duże dzieci powiększa się szybko, zmniejszając stosunek do $\frac{1}{4}$. (The Amer. Journ. of the Med. Sc. July, 1891, pod. w Med. Rec. 8 Sierp.). B. P.

331. Leczenie leucoplacii buccalis. Dr. Max Joseph z Berlina poleca miejsca chore nacierać 50% roztworem kwasu mlecznego; na posiedzeniu dostatecznym jest nacierać tylko jedną plamę, która po jednym lub dwóch natarciach ustępuje; przypalanie kwasem mlecznym daje dobre rezul-

taty w początkach choroby; użycie Paquelin'a i wyluszczenie wskazane są przy rozwoju choroby, ponieważ plamy te nierzadko¹ dają początek rakowi. (Deutsche med. Wochenschrift N. 18, r. 1891).

332. Na jednym z posiedzeń wiedeńskiego Towarzystwa lekarskiego Csokor okazywał preparaty, które niezbicie dowodzą, że **gruźlica matki przechodzi na płód**. Rzecz dotyczyła cielniej w ostatnim miesiącu krowy, która zdechła wskutek mocno rozwiniętej gruźlicy. Donoszony płód miał w lig. hepato-duodenale 6 znacznie powiększonych zserowaciałych i zwapniałych gruczołów chłonnych; w powierzychonych przewodach limfatycznych, znajdujących się w otoczeniu tych gruczołów znajdowały się liczne gruzelki. Fakt ten dowodzi, że gruźlica matki może przejść na płód; że w ostatnim mogą się już znajdować elementy morfotyczne, które mogą uleść przemianom wstecznym. Zakażenie najprawdopodobniej zachodzi przez żyły pępkowe.

333. Birch—Hirschfeld, donosi o świeżym przypadku **gruźlicy wrodzonej**, której istnienie w ostatnich czasach kilkakrotnie podlegało sporowi. W danym razie rzecz dotyczyła 27-letniej kobiety, będącej w 7 miesiącu ciąży i zmarłej na gruźlicę prosówkową. W ostatnim miesiącu życia chorej wykonano na niej cięcie cesarskie i wyjęto płód bez uszkodzenia łożyska. Otóż badanie wykryło w łożysku liczne, w naczyniach zaś włoskowatych wątroby pojedyncze laseczniki gruźlicze.

334. W Monachijskiej poliklinice dla dzieci leczył się **chory na tężec** 12-letni chłopczyk, który po kilku dniach umarł. Przy sekcyi na dłoni znaleziono ropień, który zawierał kilka kropel krwistej ropy, oraz sporą drzazgę; ostatnią chłopczyk wpędził sobie na 3 tygodnie przed śmiercią. Ranka spowodowana przez drzazgę zagoiła się była całkowicie. W drzazdze autor znalazł laseczniki tężca; zaszczerpiony zaś nimi królik również zachorował na tężec.

335. Bozollo w jednym przypadku pneumoniae crouposae, u kobiety **znalazł w mleku jej dwuziarniki zapalenia płuc**. Jest to jedyne w tym rodzaju spostrzeżenie na człowieku i potwierdza ono najzupełniej wyniki doświadczalne, mianowicie: że ziarniki zapalenia płuc, zarówno jak i inne pasożyty mogą przechodzić do wydzielin.

336. Według spostrzeżeń Rilles'a, **ospa wietrzna** (Varicella) nie zawsze miewa przebieg niewinny, o jakim mówi się zwykle w podręcznikach, autor bowiem spostrzegał następujące powikłania: 1 raz zapalenie nerek (u 18 miesięcznego dziecka); 1 raz pleuropneumoniam dextram. W obydwóch razach zejście było śmiertelne.

337. **Salinaftol** (Salicylan naftolu β , betol, naftalol) jest połączeniem kwasu salicylowego z naftolem β , który może zastąpić. Preparat ten nie posiada wcale smaku i nieobciąża żołądka, przez co nadaje się zwłaszcza w praktyce dziecięcej.

Yvon podaje go w następującej formie:

Napftoli salicylici 1,0—2,0.

Syr. flor. Aurant 30,0.

Aquae gummosae 20,0.

MDS. 3—4 razy dziennie po łyżeczce od kawy.

338. Według Luff'a, **hydrargyrum bijodatam** ma być doskonałym środkiem przy leczeniu biegunki letniej u dzieci: w 80-u bowiem przypadkach wszystkie leczone w ten sposób dzieci przyszły do zupełnego zdrowia

po 7-dniowem stosowaniu środka. Dawka wynosi 1—3 mgm. (stosownie do wieku dziecka) co 5 godzin.

339. Demme u 7 dzieci spostrzegł **zakaźny nieżyt kiszek, spowodowany przez picie mleka** surowego lub zaledwie zagotowanego. Jak okazało badanie, mleko było zakażone przez czerwony grzybek pączkujący (drożdżowy), który można było wykryć i w wypróżnieniach. Szczenięta karmione grzybkami, również dostały nieżyty, starsze natomiast psy, oraz koty i króliki chorobie nie uległy. Grzybek dostał się do mleka z zielonej podściółki.

340. Lannelongue u 25 dzieci małowłowych, nierozwiniętych lub mających jakiegokolwiek inne zaburzenia pochodzenia mózgowego z napadami epileptycznymi lub bez takowych, zastosował **kranijektomiję**, przyczem tylko w 1 przypadku nastąpiła śmierć, znaczna natomiast część operowanych dzieci wyraźnej doznała poprawy, stając się inteligentniejszymi lub mogąc lepiej chodzić.

341. W 3-ch przypadkach **Purpurae haemorrhagicae**, Kolb z narządów zmarłych dzieci otrzymał hodowlę specyficznego pasożyta i wykonał odpowiednie szczepienie. Lasecznik ma podobieństwo do p. pneumoniae.

F. G.

342. **Leczenie okrągłego wrzodu żołądka**. W Filadelfii w klinice prof. Costa, wrzód żołądka leczą jedynie za pomocą metody dyjetetycznej, wszelkie lekarstwa, podawane zazwyczaj do żołądka są wykluczone i tylko przy silnych bólach zastrzykują morfinę. Chory pozostaje zupełnie bez pokarmu lub otrzymuje wyjątkowo lody, odżywianie organizmu utrzymuje się przez lauwatywy peptonowe. Wrzody żołądka, które nie poddają się żadnej innej metodzie leczenia zablizniają się mają z łatwością.

(Medicin. Neuigkeiten N. 41, r. 1891).

343. **Dla uniknięcia bolesnych nacieków po ukąszeniach owadów a szczególnie komarów**, należy miejsce obrzmiałe zwilżyć wodą, a następnie natrzeć solą kuchenną, delikatnie sproszkowaną. Jeżeli miejsce ukąszone zaraz po ukłóciu komara leczyć w opisany sposób, ból i naciek zaraz przechodzą. (Der Praktische Arzt. N. 7, r. 1891).

III Kongres lekarski w Inflantach.

W Walku, mieście o 3 godziny drogi koleją żelazną od Dorpatu odległym (będącym jednocześnie stacją linii kolei pskowsko-ryskiej), odbył się trzeci Zjazd lekarzy prowincjonalnych w okresie czasu od 21—23 Września r. b. Przed trzema laty za inicjatywą i staraniem d-ra Truarda, lekarza w mieście Fellinie praktykującego, zostało powołane do życia Towarzystwo lekarskie, którego ustawa dąży do rozbudzenia pomiędzy swymi członkami, zarówno ruchu umysłowego, jako też i zainteresowania się kwestyjami towarzyskimi, natury czysto etycznej. Towarzystwo to nie stanowi ciała, któreby systematycznie co parę lub kilka tygodni zgromadzało się w pewnym ściśle określonym miejscu, stałe, jak to zwykle bywa po miastach, lecz przeznaczone li tylko dla potrzeb prowincyi, wyznacza sobie raz do roku „rendez-vous“ w jednym z większych miasteczek gubernii. Jest to więc rodzaj kongresu, na który bardzo licznie napływają lekarze z najbardziej odległych zakątków, nie tylko gubernii, lecz nawet całego kraju nadbałtyckiego. Mile

są również widziani na takim Zjeździe i lekarze z głównych ognisk, jak z Rygi, Rewla, Dorpatu, a nawet i z Petersburga, którzy nie tylko dodają kongresowi pewnego splendoru swoją obecnością, lecz niepospolicie podnoszą jego wartość naukową, przyjmując czynny udział w posiedzeniach, bądź jako prelegenci-specyjaliści, bądź jako dysputanci. Lekarz więc prowincjonalny musi tutaj dbać i troszczyć się stale nie tylko o zdobycie sobie kawałka chleba swą pracą fachową, często grubo empiryczną, ale i myśleć o utrzymaniu się na wysokości poziomu naukowego w danej chwili. Widzi on zachętę do tego doskonalenia się, gdyż pragnie nie pozostać w tyle po za resztą swych współkolegów, a jednocześnie liczy na pomoc w cięższych wypadkach ze strony starszych i doświadczalszych.

Za nadzwyczaj dodatnią rzecz uważam i tę okoliczność, iż profesoriowie Dorpacy biorą w tych Zjazdach bardzo żywy udział. Dalej, Zjazd taki odbywa się w miasteczku zwykle małym, ilością mieszkańców po za 6—10,000 nie sięgającym, gdzie o żadnych rozrywkach wielkomiejskich mowy być nie może, a więc li tylko służy do celów pedagogicznych resp. towarzysko-koleżeńskich, najmniej zaś dla modnej tak dzisiaj, nawet w kołach lekarskich, reklamy. Ostatni kongres zgromadził tylko 80 uczestników, podczas gdy poprzedni, który się odbył roku zeszłego w Wendenie, liczył przeszło 150 członków. Znalazszy się przypadkowo na tym Zjeździe, wyniosłem najpochlebniejsze wyobrażenia o ruchliwości tutejszych lekarzy prowincjonalnych, o ich naukowem i praktycznem wyrobieniu i o troskliwości, z jaką badają swój kraj pod względem sanitarnym i higienicznym. Ponieważ dość obszerny program kongresu był bardzo starannie ułożony i wykonany, były więc kwestyje ogólnie wszystkich lekarzy obchodzące, na niektóre z nich tylko zwrócę uwagę czytelnika, gdyż, zdaniem mojem, nie są pozabawione pewnego interesu.

Niezmiernie zaciekawiony byłem sprawozdaniem dra Müllera o lazaretach wiejskich; podał on bardzo dokładny obraz każdego z nich, dołączając do tego kilkadziesiąt planów. Wywiązała się dyskusja nad kwestyją typu lazaretu, w danej chwili najbardziej celowi odpowiadającego. Poruszono przytem kwestyje felczerskiej posługi. Z wyjątkiem jednego lekarza, który w najbardziej różowych kolorach starał się przedstawić ten przyszły raj dla lekarzy i cierpiącej ludzkości, kiedy stanowisko felczera zostanie podniesione do roli niezbędnego pomocnika lekarza, wszyscy oświadczyli się przeciw rozszerzeniu atrybucyj felczera. Wogóle kwestya felczerska w tej formie, co u nas, tutaj prawie nie istnieje, felczerów tutaj bowiem prawie nie ma, a posługi około chorego wypełniają sami lekarze, bez obawy uронienia swego autorytetu. Również, jako charakterystyczny rys z życia lekarzy, zaznaczę, iż pomoc lekarską, udzielaną w ambulatoriach bezpłatnych, uznano prawie jednogłośnie za złą i demoralizującą, stawiając jako postulat, iż wszelka praca winna być opłacaną, chociażby jak najtaniej, albowiem taka tylko jest cenioną.

Dalej miał odczyt prof. medycyny wewnętrznej Unverricht „o gorączce“. Obszerniejszy referat z tej bardzo interesującej pracy postaram się osobno zamieścić. W ogóle stoi on na stanowisku przeciwnika tak zwanej antypyrezy, gdyż rezultaty otrzymane na tej drodze bądź za pomocą środków farmakologicznych, bądź za pomocą procedur hydropatycznych, wprowadzonych głównie przez Liebermeistera, zawiody oczekiwaniam; przeciwnie nawet doświadczenie wielu głośnych klinicystów przemawia stanowczo na niekorzyść tej tak entuzjastycznie jeszcze do niedawna stosowa-

nej metody leczenia ostrych chorób. Dotąd bowiem nie zostało dowiedzionem, czy gorączka dla organizmu nie gra roli środka obrony przeciw szkodliwym drobnoustrojom. Ponieważ jednak dotąd nie posiadamy żadnego w tym względzie pewnika, pozostawia się więc uznaniu każdego myślącego lekarza w danym konkretnym wypadku postępować zgodnie z zasadami tej lub owej metody.

Dr. Holst z Rygi miał obszerny wykład o „stosowaniu leonizmem hypnotyzmu“. Na zasadzie licznego swego doświadczenia stawia szereg wskazań i przeciwwskazań do stosowania hypnozy. Ostatecznie przyznaje wielką doniosłość nowej tej metodzie wtedy, gdy mamy na widoku jej skuteczność symptomatologiczną, trwałego jednak wpływu leczniczego w sensie radykalnego wyleczenia, np. hysterii, nigdy nie spostrzegał. Podczas bardzo ożywionej dyskusyi, żąd można było powziąć wyobrażenie, iż wielu z obecnych używa w swej praktyce nowej tej metody, prof. Unverricht zabrał głos, oświadczając się przeciwko stosowaniu hypnozy przez wszystkich bez względu lekarzy, uważa, iż ta metoda powinna znajdować się tylko w rękach doświadczonych specjalistów.

Następnego dnia mówiono o trzech strasznych plagach, trapiących tutejszą ludność: syfilis, trachoma i lepra. Pomimo, iż trąd u nas należy do nadzwyczajnych rzadkości, a więc żadnego prawie praktycznego interesu nie budzi, to jednak, zdaje mi się, iż pewne naukowe dane co do lepry muszą być nie obojętne nawet dla naszego lekarza.

Od 5—14 wieku, a szczególnie w okresie wojen krzyżowych, lepra była rozpowszechnioną w całej Europie zarazą, jako też i na wybrzeżach azjatyckim i afrykańskim morza Śródziemnego. Paniczny strach przejmował współczesnych na widok szalonego rozwoju choroby, która około XIII—XIV wieku doszła do zenitu swego rozwoju w Europie. Szukano obrony przeciwko tej klęsce i znaleziono na to sposób w prawodawstwie Mojżesza. Wtedy powstała w Niemczech, Francyi i Anglii niezliczona ilość asylów (leprosoria) dla trędowatych, których w ten sposób odsunięto całkowicie od społecznego życia.

Jednocześnie prawodawstwa państw europejskich zabraniały trędowatym występowania w związku małżeńskie.

W XV w. ilość trędowatych poczyna się zmniejszać w końcu tegoż stulecia, kiedy na arenę lekarską występuje syphilis, lepra znika raptownie.

W 1848 r., kiedy dawno już lepra w zachodniej Europie zaginęła doszczętnie, praca norweskich badaczy Danielssena i Boecka (*Traité de la Spedalskhed*) przypomniała światu o istnieniu niektórych zakątków, gdzie choroba ta dotychczas endemicznie panuje, szerząc się, według mniemania autorów, jedynie na drodze dziedziczenia.

Kiedy zjawiała się lepra w kraju nadbałtyckim, stanowczo określić się nie da, prawdopodobnie prayszła ona jednocześnie z najazdem rycerstwa. Pierwszy przypadek lepry notowany w kronikach dotyczy biskupa z Lund, Andreas'a Sunissou, w r. 1222, w czasie pochodu jego do Infant. W 1240 r. na wyspie Oesel zostało zbudowane leprosorium, w Rewlu zaś istniał już znacznie wcześniej szpital dla trędowatych, gdyż w 1237 r. poseł papieski, Wilhelm z Modeny dozwolił zbierania składek dobrowolnych na jego utrzymanie. Zaraza ta nie mogła się tutaj dostać ze Wschodu Rossyi, gdyż w niej zjawia się, dopiero po raz pierwszy w XV wieku.

Nad tą kwestyją w tutejszych prowincyjach pracowano od roku 1867, najprzód prof. Wachsmuth, a następnie prof. Bergmann, Dehio, Thoma.

Najwybitniejszą jednak rolę w tej sprawie odegrał niedawno zmarły prof. chir. dr. E. v. Wahl.

Sub ejus auspiciis ukazały się prace Wellberg'a, Paulson'a, Chemse'go, Hellat'a, które przyczyniły się do zmiany niektórych zasadniczych pojęć na istotę lepry i stały się podwaliną do walki społecznej z tą zarazą w kraju nadbałtyckim. Klinicznie rozróżniają kilka rodzajów trądu: lepra tuberosa, lepra maculosa, lepra anästhetica (l. mutilans), które ze swej strony niekiedy kombinują się z sobą. Wybuch samej choroby poprzedza prawie zawsze stadium prodromorum, które polega na ogólnem osłabieniu, utracie łaknienia, bezsenności, umiarkowanem podniesieniu temperatury, rozwojnieniu, a także czasem na ukazaniu się pemphigus'u. Czas trwania tego okresu podlega wielkiemu wahaniu: tygodnie, miesiące, a nawet lata całe. Lepra tuberosa s. nodosa zaczyna się ukazaniem gdzieś na mniejszych lub większych, okrągłych lub o kształtach nieprawidłowych, czerwonych, brunatnych lub miedzianych na skórze kończyn, tułowiu lub twarzy. Plamy te mało lub wcale poziomu skóry nie przewyższają, są bolesne na ucisk. Skóra jest przytem powierzchownie nacieczona. Po miesiącach resp. latach występują przeważnie na czole, nosie, policzkach i brodzie rozmaitej wielkości (od ziarnka szrótu do orzecha laskowego) guzy, koloru brunatnego, lśniące, niekiedy pokryte łuszczącym się nabłonkiem.

Skóra twarzy przybiera brunatny kolor, pojedyncze guzy zlewają się z sobą i tworzą szczególniej na twarzy grube fałdy, poprzedzielane od siebie głębokimi bruzdami. Twarz wydaje się nieco nalaną; brwi, wąsy, włosy na głowie i brodzie wczesnie znikają; zmiany powyższe nadają twarzy wyraz, który nazywamy facies leonina. Na skórze w ogóle, szczególniej naokoło włosków, małe brunatne pigmentacje. Niekiedy zmiany na łącznicy i rógówce w postaci pannus crassus. Guzy na skórze, po wielu miesiącach egzystencji, podlegają wstecznej przemianie; wiele z nich całkowicie znika, niektóre zaś, szczególniej na wyprostnych powierzchniach kończyn dają powód do powstania wrzodów, zwykle niegłębokich. Wrzody te są punktem wyjścia dla rozmaitych powikłań (lymphangoitis, Erysipelas, zropienie stawów), które prowadzą za sobą utratę rozmaitych członków (palców, stopy etc.) i dają obraz t. zw. lepra mutilans.

Podobne zmiany (nodi et ulcera) ukazują się również i na błonach śluzowych nosa, ust, gardła i krtani, języka i nagłośni (epiglottis). Z biegiem czasu występują na rozmaitych miejscach skóry znieczulenia. Powoli, po 10—20 latach chorzy umierają zwykle wśród objawów ogólnego marazmu, jeżeli śmierć nie nastąpiła wcześniej z powodu jakiejś ostrej choroby.

Lepra maculosa jest często początkiem leprae nodosae. Na skórze występują plamy czerwone lub brunatne rozmaitych rozmiarów i kształtu (Morphaea, Vitiligo).

W dalszym rozwoju dołączają się do obrazu klinicznego lepra maculosae także i znieczulenia skóry.

Lepra anaesthetica cechuje się występowaniem znieczuleń skóry, całkiem nieodpowiadających rozprzestrzenieniu danego nerwu czuciowego; znieczulenia te po pewnym czasie mogą zupełnie zniknąć lub też trwale pozostać i są wówczas kompletne.

Niekiedy dają się wyczuć zgrubiałe sznurki nerwowe i na ucisk bolesne (np. nerv. brachialis, plexus cervicalis). Chorzy doznają przytem różnych sensacyj (paraesthesiae), jak np. uczucia mrówienia w członkach, bólu

w przebiegu pni nerwowych, łatwo się nużą, niekiedy nawet nie są w stanie, bez pomocy cudzej, przyjąć pokarmu, niekiedy miewają napady skurczów klonicznych. Pozornie stan chorych się polepsza z chwilą ustąpienia powyższych cierpień, szybko występuje wówczas zanik skóry i głębszych części jak np. mięśni i utrata odpowiednich im funkcyj (ptosis, contracturae).

Na błonach śluzowych żadnych zmian spostrzegalnych nie ma, choroby skarżą się tylko na uczucie suchości i pragnienia. Wskutek absolutnego znieczulenia chorey niejednokrotnie doznają znacznych obrażeń skóry (np. combustio), skutkiem czego występują rozległe wrzody i prowadzą do okaleczeń, właściwych lepra mutilans.

Rozpoznanie zwykle nie przedstawia znacznych trudności (szczególniejszą uwagę zwrócić należy na różniczkową dyagnozę pomiędzy przymiotem), jeżeli mamy chorego w okresie typowym. Objawy wczesne (st. prodromorum) dają powód do błędnego rozpoznania, bądź to jako hysteria u kobiet, bądź też jako rheumatismus.

Dłuższa obserwacja i występujące coraz bardziej objawy kliniczne mogą jedynie przyczynić się do stanowczego rozpoznania. Co się tyczy zapatrywań na przyczynę lepry, to zdania dzisiejszych klinicystów znacznie odbiegają od poglądów Danielssena i Boeck'a, które prawie do ostatnich lat były monetą obiegową. Według zdania tych autorów lepra była dziedziczną.

Hansen w r. 1868 wykrył lasecznika lepry, co potwierdzili późniejsi badacze, jak Cartez, Neisser, Cornil etc.

Dalsze badania uczniów Wahla potwierdzają zaraźliwość trądu. Opierają się oni: 1) na endemicznem panowaniu lepry w pewnych okręgach, 2) na statystyce, która uczy, iż lepra w tutejszym kraju robi szybkie postępy, spotyka się bowiem w znacznej liczbie tam, gdzie jeszcze przed 25—27 laty śladu jej nie było (Holmhof, Rujen), 3) na pojedynczych spostrzeżeniach osobistych, jako też i komunikowanych przez innych autorów (Wucherer, Adams, Benson, Robinson et Lancet, Vidal, Kaposi) spostrzeżeniach, stanowiąc pro contagiositate przemawiających. Inne zaś okoliczności, jak warunki topograficzne kraju—hygieniczne, wśród których ludność się rozwija, cechy indywidualne odnośnie do konstytucji danego osobnika, momenty dziedziczne, o ile sądzić mamy z sumiennych, kilkunasto-letnich studyjów Wahla i jego uczniów grają w tej sprawie całkiem podrzędną rolę. Modus inficendi wprawdzie dotąd pozostał zagadką. Są przypuszczenia, iż virus resp. bacillus leprosus dostaje się do ustroju przez pory skóry i wywody gruczołów. Terapija dotąd nie posiada żadnych podstaw i nie osiągnęła żadnych rezultatów.

Mimo to w ostatnich czasach wzięto się z nadzwyczajną energiją do poprawy stanu obecnego. Hasło do walki z leprą wyszło z pracy Hellat'a, który, uzasadniwszy pojęcie zaraźliwości dość silną argumentacją, jednocześnie wskazał społeczeństwu drogę uwolnienia się od tej zarazy. Nie mając środków leczenia, należy przynajmniej dbać o zapobieganie szerzeniu się danej choroby, co daje się osiągnąć przez odosobnienie, izolacją chorych, w osobnych przytułkach (leprosoria). Przed kilku laty w gazetach tutejszych żywo interesowano się tą kwestyją, z polemik wypłynął jednak wniosek, iż środek wskazany przez Wahl'a i Hellat'a wydaje się najracjonalniejszym.

Zarzut niehumanitarności przeciwko lokowaniu chorych w leprosoriach upadnie, skoro się weźmie pod uwagę tych nieszczęśliwych, których otoczenie się wyrzeka, odmawia środków do życia z obawy obocowania z trę-

dowatymi, z których wielu w stanie strasznego kalectwa z upragnieniem wy-
czekiwało rychłej śmierci gdzieś w lesie lub ciasnej komórcie. Rezultatem
ogłoszenia składek na ten cel była znaczna ofiarność społeczna. W obecnej
obwili odnośny komitet posiada już sumę do 24,000 rs. dobiegającą.

Wkrótce, bo nawet w bieżącej jesieni zostanie otwartem pierwsze le-
prosorium w oddległości 2-oh wiorst od Dorpatu—przeznaczone dla 15 osób.
Na wiosnę zaś roku przyszłego otwartem ma być drugie leprosorium w Nen-
nal na północno-zachodnim wybrzeżu Pejpusa.

Mozolne badania Hellat'a, dokonywane przy pomocy szlachty i orga-
nów władz miejscowych przyczyniły się do spisania, że tak powiem, inwen-
tarza ruchomego. We wszystkich 3-oh guberniach naliczył on 387 trędo-
watych.

Nie należy jednak sądzić, aby lepra była jedynie tutejszym provin-
cyjom właściwą. Choć w ogóle wygasła, jednak sporadyczne jej ogniska
są rozsiane po całej kuli ziemskiej, jak np. na południu Rosyi, w Krymie,
na wyspach mórz Czarnego i Kaspijskiego, w Syrii, Palestynie, na wyspach
ehińskiego morza i indyjskiego Oceanu, na archipelagu Australijskim,
w Stanach Zjednoczonych Północnej Ameryki, w Ameryce Południowej,
w Islandyi i wielu innych jeszcze miejscowościach.

Wreszcie nadmienić wypada, iż w charakterze prelegenta brał udział
jeden nasz rodak, dr. Antoni Holówko, asystent przy klinice akuszeryjnej
prof. Küstnera, którego odczyt był bardzo wdzięcznie przyjęty.

Kongres zamknął swe prace d. 23 Października 1891 r.; w nastę-
pnym roku odbędzie się w miasteczku Wenden. *Edward Orłowski.*

Kronika miesięczna.

— W n-rze Listopadowym Redakcja „Nowin lekarskich” oświad-
cza, że z powodu zbyt szczupłej liczby abonentów zmuszoną będzie zawie-
sić swe wydawnictwo od Nowego-Roku. Redakcja ubolewa, że nie zdo-
łała w ciągu trzech lat zjednać sobie ogółu lekarzy w Księstwie i mało po-
parcia znalazła w Galicyi i u nas. Choć, co prawda, lepszego losu spo-
dziewać się mogło pismo prowadzone tak starannie jak „Nowiny”, nie zda-
je się nam jednak, aby Redakcja powinna się tak prędko zrażać. Trzeba
wiedzieć Sz. Redakcyi, że rozwój innych pism lekarskich naszych również
nie szedł jak z płatka i żadne zapewne i dotąd nie robi interesu. Sz. Re-
dakcja zaznacza, że dochód z prenumeraty zaledwie jej starczy na druk
i papier. Dla dodania otuchy „Nowinom” zwieramy się, że „Kronika Lekar-
ska” zaledwie po 12 latach doszła do tak świetnego stanu, a i dotąd, ani
redaktor, ani wydawca za swą pracę wynagrodzenia nie otrzymują żadnego.
Pomimo tego nie czujemy jeszcze ani zniechęcenia, ani znużenia, i ożywie-
ni jedynie myślą, że oddajemy pewien pożytek naszemu społeczeństwu, idzie-
my dalej.

Nie znamy dokładnie cyfry lekarzy polaków w Księstwie, sądziliśmy
jednak, że będą w stanie utrzymać jedno pismo. I przypuszczamy, że tak
się powoli stanie. Co się tyczy Królestwa i Galicyi, to posiadają one swo-
je pisma i posiadały je już dawniej. „Nowiny”, jako najświeższe, spotyka-
ją tu więc naturalną konkurencyję, którą należało też przewidywać.

Powtarzamy więc, że Redakcja „Nowin” nie powinna się tak szybko
zniechęcać i wytrwać dłużej w pięknym zamiarze powołania lekarzy wiel-

kopolskich do wspólnej pracy. Jeżeli, jak mówi Sz. Redakcyjja, udział ten był dotąd nie wielki, to nie mógł się on w żaden sposób wzmódz przez trzy zaledwie lata do ruchu ogólnego, za mały to przeciąg czasu by ożywić ogół, zmienić jego upodobania i nawyknienia. Mamy nadzieję, że odezwa Sz. Redakcyi „Nowin“ była tylko ostrzeżeniem, skierowanem do zbyt obojętnych kolegów, i że „Nowiny“ nie opuszczą swego miejsca na placówce. Potwierdza w nas tę nadzieję i korespondent poznański „Wieku“, który donosi, że „Nowiny“ znalazły podobno modus vivendi na rok przyszły.

— Jako „wydawnictwo Medycyny“, opuścił prasę „Rocznik Lekarski na rok 1892“, wydany przez d-ra G. Fritschego i zawiera, oprócz kalendarza, listy lekarzy (dość niedokładnej) i zwykłych działów podobnych publikacyj, kilka nowości, a mianowicie: wskazania do leczenia przymiotu, ważniejsze recepty zawierające lanolinę i takież recepty zawierające przetwory ichtyolowe, mieszaniny lekarstw wybuchowych, taxa laborum Niemile rązą kolorowe ogłoszenia przeplatające tekst kalendarza. Podobnie jak lat ubiegłych, wyrażamy życzenie, aby w kalendarzach lekarskich mniej było rozpraw i recept, a za to więcej rzeczywiście potrzebnych i dokładnych informacji. Kto np. będzie się uczył z kalendarza wskazań do leczenia przymiotu? Pod tym względem w Kalendarzu kol. Polaka widzimy rzeczywisty postęp. Lista lekarzy jest bardzo dokładną. Spis środków silnie działających jest podany podług ostatniej farmakopei rządowej z 1891 r., przyczem podano ogólną charakterystykę nowej farmakopei państwowej. Za bardzo pożyteczne uważamy podanie niektórych prawodawstw dotyczących lekarzy, gdyż rzadko kto posiada zbiór odnośnych ustaw. Niektóre daty i liczby z dziedziny nauk lekarskich, odnoszące się do fizjologii a łatwo ulatniające się z pamięci, są nierównie pożyteczniejsze niż szablonowa terapija kalendarzowa (vide Wskazówki terapeutyczne), która z pożytkiem mogłaby być opuszczoną. Wygodna forma zewnętrzna, wreszcie usunięcie ogłoszeń na koniec kalendarza, zalecają wydawnictwo kolegi Polaka.

— Redaktor Wiadomości Farmaceutycznych p. W. Wiorogórski wspólnie z p. W. Zajączkowskim, w dwóch wydanych już zeszytach Lexicon synonymorum pharmaceuticorum, przedstawili owoc swej długoletniej mroźczej pracy. Słownik obejmuje przeszło 7,000 nazw środków lekarskich dawniejszych i najnowszych i ich synonimy w językach: łacińskim, niemieckim, francuzkim, angielskim, polakim i ruskim z uwzględnieniem formuły chemicznej każdego środka. Zeszyt pierwszy i drugi, każdy po 10 arkuszy druku, zawiera nazwy 1819 środków od Abiotinum do cortex quillajae. Całość stanowić będzie 12—13 takich zeszytów, wychodzących co 2 miesiące i kosztować będzie rs. 9 a z przesyłką rs. 10. Pojedyncze zeszyty po 1 rs., z przesyłką po rs. 1 kop. 10. Przedpłatę przyjmuje Redakcyjja Wiadomości Farmaceutycznych, Krakowskie Przedmieście nr. 45.

Szczegóły te podajemy, sądząc, że i dla lekarzy korzystających z prac w językach obcych drukowanych, zwłaszcza wobec tak licznie pojawiających się obecnie nazw nowych środków, słownik ten pożytecznym się okaże, tembardziej, że, jak widać z wysłanych już zeszytów, opracowano go nader sumiennie i wydano w pięknej formie.

— Redakcyjja: „Jahresbericht für Geburtshilfe u. Gynäkologie“ zawiadamia nas, że sprawozdań z literatury polskiej i ruskiej w zakresie ginekologii i położnictwa podjął się robić dr. med. F. Neugebauer. Pod

adresem przeto kol. N. (Leszno 33) należy przesyłać książki i broszury kwalifikujące się do sprawozdań. Przypominamy przy tej sposobności (i prosimy inne redakcje pism lekarskich o powtórzenie), że redakcja „Revue internationale de bibliographie médicale“ zwróciła się do nas o referaty z prac polskich. Podjęliśmy się odnośnie medycyny wewnętrznej i prosimy kolegów chcących, aby ich prace były streszczone w „Revue“, o nadsyłanie nam (pod adresem redaktora Kr. Lek.) krótkich streszczeń w języku polskim ze swych prac.

— Otwarcie wydziału w Uniwersytecie lwowskim przestaje być mytem. Urzędowa gazeta wiedeńska ogłasza postanowienie cesarskie otwarcia wspomnianego wydziału na rok szkolny 1894/95. Najprzód kurs pierwszy, a następnie co rok przydawany będzie dalszy kurs aż do całkowitego uzupełnienia wydziału.

— 27 z. m. odbył się we Lwowie jubileusz 25-letniej służby szpitalnej d-ra O. Widmana. Jubilat urodził się we Lwowie w 1839 r., studiował w Wiedniu i Krakowie, gdzie uzyskał dyplom doktorski. Od 1871 jest st. ordynatorem szpitala powszechnego we Lwowie. Dr. W. napisał wiele prac naukowych, dzieło zaś jego o chorobach serca i wielkich pni naczyniowych należy do więcej znanych u nas.

— W roku bieżącym upływa 100 lat od wprowadzenia w Cesarstwie Rosyjskiem dyplomu i tytułu doktora medycyny. Pierwszym doktorem medycyny był Tomasz Borsuk-Moisiejew urodzony na Ukrainie. Tytuł jego rozprawy był „De respiratione“. B.-M. był następnie profesorem w moskiewskim uniwersytecie.

— W jednej z petersburskich aptek odmówiono sprzedaży lodu na użytek chorego. Wywołało to następne orzeczenie władzy: ponieważ niekiedy natychmiastowe użycie lodu ma b. wielkie znaczenie na przebieg choroby, przeto apteki nie mają prawa odmawiać sprzedaży lodu, tembardziej, że obowiązane są (§ 245 ustawy) posiadać go zawsze w zapasie.

(St. P. 40).

— Zasłużony prezes Towarzystwa lekarzy odeskich dr. Moczutkowski. uległ nieszczęśliwemu przypadkowi złamania goleni w dolnej części.

— W Wiedniu, postanowiono założyć Stowarzyszenie lekarzy dla wzajemnej pomocy na przypadek choroby (na podobieństwo związków analogicznych w Anglii i we Francji). Opłacającemu składkę (30 gul. rocznie) związek będzie wypłacał w razie choroby 4 guld. na dobę. Związek wejdzie w życie, kiedy liczba członków dojdzie do 300. (W. M. Pr. 15, XI).

— Dr. Moreau z Tour (Jour. de Med. 15) dowodzi, że opisy zbrodni w gazetach, podawane ze wszelkimi szczegółami, wywołują w ludziach, mających predyspozycję do chorób umysłowych, chęć naśladownictwa, i żąda, aby dla powstrzymania wzrostu liczby przestępstw nie rozgłaszać ich, a nawet zatajać a przynajmniej ograniczać się do krótkich doniesień. Kwestyję tę poruszył u nas p. Dawid w swej pracy „o zarazie moralnej.“

— Morfinomania zyskuje w Paryżu coraz więcej zwolenników. Ostatnio jacyś pomysłowi przedsiębiorcy otworzyli dwa zakłady—jeden dla mężczyzn, drugi dla kobiet, w których dostarczają pożądanego narkotyku. Zakłady te są urządzone z przepychem. Pierwsze zastrzyknięcie kosztuje 5 fr., następne połowę. Policja toleruje ten zgubny przemysł, ponieważ dotąd nie było wykroczeń przeciw moralności i porządkowi publicznemu. Większość uczęszczających składa się z młodych mężczyzn i kobiet.

— Prof. Kaufmann z Moisons-Alfort, otrzymał nagrodę Orfili za pracę nad jadem żmij. Według K. rostwór 1:100 kw. chromnego ma być pewnym środkiem przeciw ukąszeniom jadowitych żmij. (St. P. 40).

— Komitet organizacyjny przyszłego (w r. 1893) międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Rzymie już jest utworzony. Przewodniczącym będzie Bacelli, generalnym sekretarzem Maragliano. Na przewodniczących sekcji są obrani: Antonelli (anatomija), Albini i Albertoni (fizjologija), Foà, Bizzozero (patologija), Cervello (terapija), Bacelli i Muri, Bozzollo, Maragliano (medycyna wewnętrzna), Bottini (chirurgija) Morisani (położnictwo), Morselli, Tamburini (oftalmologija), Campana, Barduzzi (choroby skórne i weneryczne), Tamapia (medycyna sądowa), Pagliani, Banalis, Belli (hygieny).

— Lancet (14 List.) wykazuje, że nader mała liczba lekarzy ubezpiecza się na życie. Nieoglądanie się na przyszłość jest widocznie cechą ogólną medyków.

— Paryska rada municypalna, postanowiła na wniosek d-ra Dubois zwołać w Paryżu w roku 1893 Zjazd międzynarodowy dla obrad nad kwestyją prostytucji i chorób wenerycznych. Oprócz lekarzy mają być zaproszeni przedstawiciele higieny, prawa, ekonomji politycznej i nauk socyjalnych.

— Nowe pismo (miesięcznik) pod tytułem: „La chirurgie contemporaine des organes genitourinaires”, zaczęło wychodzić w Paryżu pod redakcją d-ra J. Lavaux.

— W Berlinie na cmentarzu w Friedrichsfeld wzniesione będzie krematorium, które pod względem urządzenia i architektury przewyższyłoby wszystkie zbudowane dotąd w Europie.

— Według spostrzeżeń rozmaitych lekarzy ślepotą barwną zdarza się daleko częściej u mężczyzn niż u kobiet. Na 100 mężczyzn średnio u 3—4, u kobiet zaledwie 0,16⁰/₁₀.

— Ciekawe dane o nauczaniu medycyny w Szwecji, podaje znany anatom prof. Axel Key ze Sztokholmu. Wogóle każde nauczanie w Szwecji jest bezpłatne. Przyszli medycy otrzymują już przygotowanie w gimnazyjach, w których język grecki nie jest obowiązującym. Cały kurs nauk lekarskich wraz z egzaminami trwa 10—11 lat! Rozpoczyna się od nauk przyrodniczych (2—3 lata) zatem idzie medycyna teoretyczna (3¹/₂ l.), wreszcie przez 4 lata zajęcia w klinikach. Przy przejściu każdego działu składa się egzamin (philosophicum, Candidat, Licentiat); po trzecim egzaminie kandydat ma prawo praktyki. Stopień doktora medycyny nie jest używany; nawet wykładający na uniwersytecie nie potrzebują się o niego ubiegać.

— Dr. J. R. Rimura z Tokyo, przytacza (The Satellite) kilka cytat z japońskich ksiąg lekarskich, z których widać, że **szczepienie ospy** było znane japończykom już w XV-ym wieku. Przeszczepiania dokonywano, kładąc kawałeczki strupów z pryszczów w nos; później szczepiono z ręki na rękę. Z krowianką zapoznała się Japonija dopiero przed 60 laty. (Wr. 46).

— Amerykański lekarz dr. W. S. Higgins utrzymuje, że częste bóle głowy młodzieży szkolnej zależą od nadmiernego wyczerpania wzroku, spowodowanego czytaniem podręczników szkolnych, drukowanych czarnymi czcionkami na białym papierze. Autor żąda, aby książki dla szkół drukowane były na żółtym papierze, niebieską farbą.

— Najwyższa rada sanitarna w Wiedniu, przedstawiła projekt prawa szczepienia ospy, którego zasadniczy punkt opiewa, że wszystkim dzieciom obowiązkowo ma być szczepiona ospa w 1-ym roku życia, rewakcy-nacja zaś ma się odbyć przed ukończeniem wieku szkolnego.

— W Tryjeście, dzięki inicjatywie i poparciu znanego lekarza cho-rób dziecięcych d-ra Tadeschi, ze środków dostarczonych przez dobroczyn-ność prywatną, założoną została mleczarnia ludowa (*latteria popolare*). 28 krów szwajcarskich dostarcza wyborczego mleka, które z początku pod-dawano sterylizacji, ponieważ jednak sterylizowanie takich dużych ilości mleka nie udawało się, obecnie więc mleko ulega tylko pasteuryzacji. Mle-czarnia wydaje mleko już rozcieńczone, stosownie do wieku dziecka. Dzieci rodziców niezamożnych otrzymują mleko darmo. Matki, zwłaszcza nieza-możne, obowiązane są co tydzień ważyć dzieci karmione tem mlekiem, a to w celu przekonania siebie i innych o korzyści takiego odżywiania, przy wa-żeniu matkom udzielane bywają odpowiednie przepisy dyjetetyczne.

NEKROLOGIJA.

— W Warszawie. Dr. med. *Jan Libchen* w 75 roku życia, były na-czelny lekarz szpitala Ewangelickiego.

— W Kijowie. Prof. *Ignacy Fonberg*, w wieku lat 90. Zmarły był profesorem chemji w Uniwersytecie Wileńskim, a od r. 1840—1860 w Ki-jowie. Pisał po polsku, niemiecku i francuzku. Ś. p. F. należał w swoim czasie do najbardziej wpływowych, szanowanych i lubionych nauczycieli Kijowskiego Uniwersytetu.

— W Berlinie. Prof. medycyny sądowej *K. Linan*, znany z opra-cowań dzieła Caspra, a także z prac oryginalnych.

Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lekarskich polskich.

LISTOPAD 1891.

- Prof. A. Mars.* Przypadek tętniaka tętnicy macicznej. (P. L.).
E. Lachowicz. Kokaina w leczeniu ospy. (P. L.).
Prof. L. Rydygier. Pomysł dorabiania moczowodów. (P. L.).
Pr. Blumenstok. Morderstwo, samobójstwo czy przypadek. (P. L.).
G. Pisarzewski. O leczeniu czarnej krosty. (P. L.).
Pr. Blumenstok. Śmierć z uduszenia. (P. L.).
W. Pohorecki. O wpływie Kali telluricum na poty u suchotni-ków. (P. L.).
Dr. J. Talko. Przypadek rozdwojenia nerwu wzrokowego wraz z czerniakiem wyrostka rzęskowego. (P. L.).
J. Schaitter. Leczenie przez konowała chirurga. (P. L.).
L. Rabek. Przypadek postęp. kostnienia mięśni. (G. L.).
Wygodzki. Leczenie włókniaków i mięśniaków macicy metodą Apo-stoli'ego. (G. L.).
Wl. Matlakowski i Ed. Przewoński. Przyczynek do lepszego poznania t. zw. torbielo-mięśniaków macicy. (G. L.).

F. Drecki. Dane o ospie i jej leczeniu w pow. kaliskim za ostatnich 13¹/₂ lat. (G. L.).

Z. Monsiorski. Przyp. nieprawid. rozwoju narządów moczopłciowych. (G. L.).

A. Szpanbok. O zmianach pobudliwości kory mózgowej przy podwiązaniu moczowodów (G. L.).

W. Gajkiewicz. Przyp. wylewu krwi w rdzeniu przedłużonym. (G. L.)

Dr. P. Troicki. O stanie sanitarnym Warszawy. (Zdr.).

Biegański. Przyczynek do nauki o t. zw. nerwicach urazowych. (Now. Lek.).

Sroczyński. Kilka słów o prowadzeniu cięcia płatowego, celem wydobycia zaćmy twardej. (N. L.).

Dr. B. Wicherkiewicz. Słów kilka o lekowem leczeniu jaglicy. (N. L.).

Nadesłano do Redakcyi.

K. Reyer. Medicyniskij otczet o diejatielnosti chirurgiczeskago otdielenia Mariinskoj bolnicy dla biednych w St.-Peterburgie za 1884 g.

W. Biegański. O stwardnieniu tętnic.

Dr. P. Widmann. O zapaleniu płuc włóknikowem — (Rozprawy z zakresu Medycyny Prak., wyd. pod red. prof. Kurczyńskiego n-ra 4 i 5.

Dr. Buzdygan. Zwei Fälle von Myxodem, odb. z Wien. klin. Woch.

M. Flaum. Über die chemischen Unterschiede zwischen genuine Eiwess, Albumose und Pepton. Odb. z „Schweiz. Woch. f. Pharmacie“.

Trudy Warszawskiego Postojannago Sanitarnago Komiteta. Itogi sanitarnoj pierepisi gor. Warszawy.

F. Arnstein. O biegunce letniej, czyli cholerye dziecięcej. Nr. 35 „Odczytów klinicznych“. Wyd. przez red. Gaz. Lek.

Dr. F. Engelmann. Beitrag zur Behandlung der Fibromyome der Gebärmutter. Odb. z Deut. Med. Woch.

O D W Y D A W C Y.

„Kronika Lekarska“ w następnym r. 1892 wychodzić będzie według tego samego programu i w tej samej formie co i dotychczas.

Szanownych PP. Prenumeratorów życzących sobie nadal otrzymywać pismo nasze uprzejmie prosimy o wcześnie nadsyłanie prenumeraty, zaległych zaś za rok bieżący o uregulowanie rachunków, gdyż dopóki to nie nastąpi dalszą przesyłkę Kroniki wstrzymamy.

OGŁOSZENIA.

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

Wydawca:
Dr. K. Sierpiński.

Numer wyszedł d. 19 Grudnia.

Redaktor:
Dr. med. O. Hewelke.

ZDROWIE

PISMO MIESIĘCZNE, POŚWIĘCONE HYGIENIE

pod redakcją J. POLAKA.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	Na prowincyi i w Cesar.:	Za granicą:
rocznie rs. 4	rocznie rs. 5 k. —	6 flor. 10 m. 10 s. 14 f.
półrocznie „ 2	półrocznie „ 2 „ 50	3 „ 5 „ 5 „ 7 „

Cena pojedynczego numeru 45 kop.

Prenumerować najlepiej w Redakcyi.— W Austrii można prenumerować w administracyi Przeglądu lekarskiego w Krakowie, lub u d-ra Merunowicza (12 Piekarska) we Lwowie, do którego też można składać rękopisma dla pomieszczenia w „Zdrowiu”.—Adres Redakcyi 25 Ś-to Krzyska w Warszawie.

Treść „Zdrowia” stanowią: artykuły cechy ogólnohygienicznej, stosunki ludnościowe u nas i w innych krajach, stosunki meteorologiczne, epidemiologija, stan sanitarny miasta, asenizacyja, kanały i wodociągi, higiena mieszkań, ogrody i place publiczne, kąpiele, zakłady dobroczynne, zdrojowiska i miejscowości klimatyczno-lecznicze, higiena żywienia, wynalazki i przyrządy sanitarne, higiena szkół, fabryk, rzemiosł i t. d.

W ogóle pismo składa się z następujących działów 1) artykuły wstępne, 2) rozporządzenia rządowe w zakresie praktyki sanitarnej, 3) prace oryginalne, 4) sprawozdania sanitarne, 5) notatki o postępach praktyki sanitarnej, 6) krytyka i bibliografija, 7) protokoły posiedzeń komitetu higienicznego warszawskiego towarzystwa lekarskiego i prace towarzystw higienicznych w ogóle, 8) korespondencyje krajowe i zagraniczne, 9) kronika, 10) wiadomości statystyczne. Każdy numer zawiera około 30—40 stron druku.

W Redakcyi „Zdrowia” są do nabycia: 1) *B. Danielewicz*. Ludność miasta Warszawy w obrazach graficznych 12 tabl. graficzn. litogr. kolor. Cena rs. 1 k. 20, z przes. rs. 1 k. 35. 2) *J. Polak*. Praktyka szczepienia ospy ochronnej, k. 75, z przes. k. 90. 3) *J. Palak*. O znaczeniu sztuki lekarskiej i o stanowisku lekarzy, kop. 60, z przes. k. 70. 4) *J. Kuniewicz*. Jak zabezpieczyć rodziców od chorób płożowych k. 15, z przes. k. 20. 5) *Sochlet*. Mleko dla dzieci i odżywianie ssawców, przeł. St. Prauss. (odb. ze „Zdrowia”) k. 10, z przes. k. 15.

ZASADY HYGIENY

przekład podręcznika prof. Flügge'go z Berlina. 40 arkuszy druku formatu wielkiej ósemki. Cena rs. 2 kop. 50, z przesyłką rs. 3 dla prenumeratorów „Zdrowia” rs. 2, z przesyłką rs. 2 kop. 50. Do nabycia w redakcyi „Zdrowia”. Można wypisywać za zaliczeniem pocztowem.

KALENDARZ LEKARSKI. Polaka na r. 1892. Cena rs. 1 kop. 20, z przesyłką rs. 1 kop. 40. W redakcyi „Zdrowia” (25 Ś-to Krzyska w Warszawie) p. ogłoszenie w N-rze wrześniowym „Kroniki lekarskiej”.

KURYER ŚWIĄTECZNY,

najdawniejsze i najtańsze pismo humorystyczne,

WYCHODZI REGULARNIE W KAŻDĄ NIEDZIELĘ I ŚWIĘTO.

Cena prenumeraty:

w Warszawie kop. 60, na prowincyi rs. 1.

Adres Redakcyi: Warszawa, Nowy-Świat N. 41, przy księgarni Teodora Paprockiego i S-ki.

DOM ZDROWIA

D-ra K. Dobrskiego

10. Aleja Róż 10.

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

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

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

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

Doktor A. Podolski

DENTYSTA

Marszałkowska Nr. 136.

Przyjmuje od 10 rano do 5 po południu. 24—11

Dr. LEONARD LESZCZYŃSKI

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

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.

Do wynajęcia od 1 Kwietnia 1892 r.

Zakład Hydropatyczno-pneumatyczny

prowadzony dotychczas przez D-ra Fritschego, Oboźna Nr. 5.
(9914) 2—1

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 zaopatrywaną 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

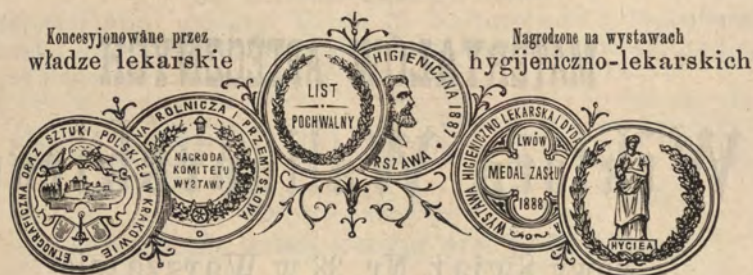
M. BARCZA

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.

DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH



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**. Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.

J. RUTKOWSKI

APTEKA i PRACOWNIA

CHEMICZNO - 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—20



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 taniść towaru, tak że stosunkowo do wysokiego gatunku, herbata naszej firmy jest bezzaprzeczenia najtańszą. Wspierci 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 uskutecznią się bezzwłocznie, a biorącym od 5 funtów, opakowanie i porto gratis.

12—11

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 chinu królewskiej na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino senesowe (*fol. Sen. Alex. sine resinac*) 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).

KSIĘGARNIA TEODORA PAPROCKIEGO i S-ki

w Warszawie, Nowy-Świat Nr. 41.

Poleca następujące dzieła, świeżo wydane własnym nakładem:

<i>Rs. k.</i>	<i>Rs. k.</i>
Andersen H. Bajki i opowiadania, z licznymi drzewor. w tekście. 1 20	Gliński Kazimierz. Z walk życia. Obraz dramatyczny . . . — 20
Anonim. Co w wieku 50 mówić będą o wieku XIX, spolszczył Adam Nowicki. Odczyty . . . 1 —	Hamsun Knut. Głód. Powieść . 1 —
Bagiński Adolf dr. Życie kobiety. Listy o higienie kobiecego organizmu. Wydanie drugie . . — 60	Legouvé Ernest. Szesnastoletnia uczennica. Książka dla dorastających panien. Przeł. Prażmowska 1 50
Boirac Emil, prof. filoz. Zasady filozofii. Przełożył A. Dygasiński 4 25	Leśniewska Broniś. Czteryta powinszowań, kop. 50. Kartonow.— 60
Buckley Arabella. Przez szkła czarodzieja. Książka dla młodzieży. Z licznymi drzewor. w tekście 1 —	Maynert E. dr. med. Głupota mody. Odczyt . . . — 30
Bunge G. W sprawie alkoholu. Odczyt. Przeł. M. Flaum. Wyd. 2— 10	Michelet. Miłość. Przekł. z franc. 1 50
Carlile T. Bohaterowie. Cześć dla bohaterów i pierwiastek dla bohaterstwa w historii. Przekł. z ang. 1 50	Nagoda. „Jak wszystkie“ i inne nowele i obrazki. 1 20
Choiński-Jeske T. Po złote runo. Powieść współczesna . . . 1 20	Ostoja. Powieści prawdziwe . . 1 50
— Na straconym posterunku. Dramat współczesny w 5 aktach 1 —	Prażmowska Teresa. Podręcznik do nauki literatury powszechnej 2 50
Czerneda Mieczysł. (M. Bierzyński). Szkice 1 20	Rodziewiczówna Marya. Szary proch, powieść 1 —
	Rogosz J. Kalejdoskop. Powieść współczesna w dwóch tomach . 2 —
	Veron Eugeniusz. Estetyka. Przełożył z francuzkiego A. Lange. 2 50
	Walewska Cecylia. Z paradoksów życia Studya i obrazki . . . 1 50

BIBLIOTEKA ROMANSÓW I POWIEŚCI

wychodzi w 4-arkuszowych zeszytach tygodniowych w formacie książkowym zawiera:

Powieści, dramaty, poezye, pamiętniki, odczyty, opowiadania historyczne, podróże i kronikę.

Cena kwartalna rs. 1 kop. 30, z przesyłką rs. 1 kop. 70.

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** Rachout des Arabes nadzwyczaj smaczny i posilny napój, **kawę leczniczą**, **kakao słodowe**, **kaszkę posilną** i **Lipanine**, czyli tran, bez wstrętnego smaku tranu.

Medal srebrny na wystawie Muzeum Przemysłu i Handlu 1891 r.
za udoskonaloną produkcję koniaku wyłącznie z wina

Koniak jako czysty wytwór z wina poleca się na cele medyczne.



Specyjalna fabryka „Impérial”

w Warszawie, Śliska 35.

Sprzedaż hurtowa od 1½ wiadra (24 butelek) w kantorze fabrycznym.
Sprzedaż detaliczna we wszystkich Składach Win w Warszawie,
w sklepach stowarzyszenia „Merkury“ i w większych składach prowincjonalnych.

12—6

M. LIPIEC

SKŁAD MATERJAŁÓW APTECZNYCH I FARB

ulica Nałewki Nr. 24, w Warszawie. 12—11

Księgarnia E. Wende i S-ka

otrzymała na skład główny:

Sanders Fr. Dr. Zarys nauki o publicznej ochronie zdrowia. Z drugiego wydania z roku 1885 przełożył Dr. Stanisław Markiewicz. Z zapomogi kassy pomocy imienia D-ra J. Miąnowskiego.

Cena 1 rs. 50 kop.

3—2

INSTYTUT SZCZEPHENIA OSPY OCHRONNEJ

D-rów MACZEWSKIEGO i K. SIERPIŃSKIEGO

Marszałkowska Nr. 116

Posiada zawsze świeżą krowiankę.