

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Epidemiczne zapalenie opon mózgo - rdzeniowych

W OPOLU LUBELSKIM

W ROKU 1893.

Opisał

JAN KLARNER.

W piśmiennictwie lekarskim naszym nie często spotkać się można z opisem epidemii zapalenia opon mózgo-rdzeniowych; widocznie bywają one w kraju naszym dość rzadko; w ciągu dwunastoletniej praktyki prowincjonalnej miałem, wprawdzie, sposobność widywać pojedyncze przypadki zwykłego zapalenia opon, z epidemicznem jednak zapaleniem spotykam się po raz pierwszy. A choroba ta ze wszech miar ciekawa. Z tego więc względu, a także jako materiały, mogący służyć do wypracowania kiedyś dokładniejszych rysów epidemicznych tej choroby, uważam za stosowne podać do wiadomości ogółu opis epidemii, spotrząganey przezemnie w roku zeszłym w Opolu Lubelskim.

Zaznaczę najpierw, że Opole leży w tej części gubernii Lubelskiej, która ze względu na formę powierzchni gruntu wielce się różni od blizkich nawet okolic. Płaskowzgórze lubelskie utraciło tu już swoje cechy, jest to już więcej nizina nadwiślańska, obfitująca w łąki, bardzo liczne stawy i mokradła. Wszelkiego rodzaju choroby zakaźne przedstawiają dla Opolu w ogólności zjawisko stałe; w ciągu lat pięciu mojego tu zamieszkiwania miałem do czynienia ze wszystkimi ich przedstawicielami, a zeszłoroczna cholera, która w ciągu miesiąca z liczby 5,500 ludności miasteczka zabrała 235 ofiar, stanowi chyba wymowny

dowód istnienia w Opolu jaknajlepszych warunków dla rozwoju horób zakaźnych. To też nie zdziwiłem się bardzo, gdy w początku kwietnia r. b., nie słysząc o przypadkach zapalenia opon ani w bliższej, ani w dalszej okolicy, miałem je u siebie; przy czem ich ilość, występowanie jeden przy drugim, a nawet po kilka w jednym domu, nakazały mi i w tym razie widzieć zakaźną przyrodę cierpienia.

Pierwszy przypadek zapalenia opon spostrzegąłem w początku kwietnia; od tego czasu do lipca, to jest w ciągu trzech miesięcy wiosennych, miałem ich 20; a były to wybitne postaci kliniczne zapalenia opon, w których rozpoznanie, jak to łatwo widzieć można z zamieszczonych poniżej spostrzeżeń, nie ulega najmniejszej wątpliwości; prócz tych jednak dwudziestu spostrzegąłem co najmniej drugie tyle przypadków ostrych chorób gorączkowych, z niewielką gorączką, z silnemi jednak bólami głowy i karku, z wybitną ogólną nadczułością, wymiotami, przypadki te po dwóch, trzech dniach kończyły się pomyślnie. Ponieważ przypadki te miały miejsce równocześnie z bardzo ciężkimi, a, powtarzam, bardzo wyraźnemi postaciami zapalenia opon, podejrzewam w nich abortywne formy tegoż zapalenia; a okolicznością, która mnie skłania do takiego wniosku, prócz spostrzeganych w tych przypadkach wyraźnych objawów zajęcia opon, było nadzwyczaj powolne zdrowienie po takim niby lekkim dwutygodniowem cierpieniu.

Wszystkie spostrzegane 20 przypadków tyczyły się dzieci; najmłodsze miało 6 miesięcy, najstarsze lat 12; 8 dziewcząt, 12 chłopców; troje dzieci chrześcijan, 17 żydów; 18 w samem Opolu, 2 w okolicznych wioskach; z ogólnej liczby 20 zmarło 15, wyzdrowiało 5.

Początek choroby we wszystkich przypadkach był nagły i wyraźny; wśród najlepszego stanu zdrowia dziecko dostawało gorączki i wymiot, starsze zawsze skarżyły się na ból głowy. Najszczegółowiej zbierane wywiady nigdy nie wykazywały, aby dzieci ulegające chorobie podlegały przedtem jakimś przypadłościom mózgowym; w dwóch przypadkach wywiady wskazały, że dzieci cierpiały kiedyś na wyciek ropny z ucha.

Przebieg cierpienia był różny; dwa przypadki z iście piorunującym przebiegiem: w jednym cała choroba trwała 17 godzin, w drugim tylko 10; 14 przypadków z przebiegiem od 6 do 10

dni; wreszcie 4 z dłuższym przebiegiem, do 8 tygodni. W celu należytego przedstawienia objawów za najstosowniejsze uważam przytoczyć na tem miejscu historyje mych spostrzeżeń.

I. L. Sz. 4 lata, zachorował w pierwszych dniach kwietnia, o godzinie 10-ej wieczorem, zmarł nazajutrz o godzinie 3-ej po południu. Choroba zaczęła się wśród najlepszego, nic do życzenia nie pozostawiającego zdrowia, wyraźnemi dreszczami i gorączką; parę razy przytem wymiotował; położony do łóżka skarżył się na ból głowy, wkrótce jednak zasnął i spał mocno, od czasu do czasu zgrzytając zębami; więcej już ze snu tego się nie przebudził; o godzinie 4-ej rano podczas snu dostał napadu drgawek, bardzo silnych, trwających z małemi przerwami do chwili mego przybycia. Rodzice chorego zapewniają, a wierzę im, że nigdy od urodzenia żadnych „konwulsyj“ nie miewał i w ogóle chował się im zdrowo. Kiedy o godzinie 6-ej rano przybyłem do chorego, znalazłem stan następujący: chłopiec 4-letni, dobrze zbudowany i odżywiany, leży z głową zgiętą ku tyłowi w napadzie silnych drgawek klonicznych i tonicznych całego ciała; po paru minutach drgawki te uspokoiły się nieco, pozostały jednak ciągle drgawki w mięśniach twarzy i stały zez; prócz tego mocny skurcz kończyn górnych w stawach łokciowych; źrenice zwężone, równe, nie oddziaływają na światło, trismus, na ukłucie szpilką i szczypanie nie oddziaływa. Nieprzytomność zupełna. Oddech powierzchowny, tętno szybkie, nieregularne; ciepłota 37,2, w płucach i sercu nic nieprawidłowego, śledziony w podżebrzu nie wyczuwam, górna jej granica podwyższona o szerokość żebra, brzuch miękki, niewzdęty, wypróżnień od chwili zasłabnięcia nie było, mocz oddał bezwiednie. Zaleciłem pęcherz z lodem na głowę, po 2 pijawki za uszy i lawatwę drażniącą. Drgawki z bardzo krótkimi przerwami trwały do godz. 9-ej rano; w tym czasie chory nieco się uspokoił, przytomności jednak nie odzyskał; śpiączka ciągła, trismus i przykurczenia w stawach łokciowych pozostały. O godz. 11-ej rano nowy napad drgawek ogólnych, ciepłota 36,5, tętno słabe, oddech przerywany. Zaleciłem lawatwę z wina z dodaniem natrii bromati i waleryjany. O godz. 3-ej po południu chory, nie odzyskawszy przytomności, zmarł po napadzie silnych drgawek.

Ponieważ był to pierwszy ze spostrzeganych przezemnie przypadków, przyznaję, że chociaż siedlisko cierpienia było aż

nadto wyraźne, przyroda jego przedstawiała mi się nieco ciemną; brak podniesionej ciepłoty i w ogóle objawów gorączkowych, o których tylko w anamnezie mi wspomiano, nie pozwalał mi robić rozpoznania zapalnej sprawy mózgu lub jego opon; można było przypuszczać wylew krwi do mózgu, chociaż i na to brak było pewnych danych; sprawę zatorową, ze względu na poprzedni dobry stan zdrowia i brak wszelkich zmian w sercu, wykluczyć też należało; przychodziła mi na myśl możliwość wypadkowego jakiego zatrucia i tę wszakże z powodu braku jakichkolwiek bądź danych musiałem odrzucić.

Niedługo wszakże pozostawałem w tej niepewności co do istoty powyższego przypadku; już bowiem w tydzień później spostrzegłem w miasteczku dwa przypadki zapalenia opon z typowymi objawami i dłuższym przebiegiem, w których rozpoznanie nie mogło ulegać żadnej wątpliwości. Wreszcie w trzy tygodnie po śmierci opisanego wyżej chorego, w tem samym mieszkaniu zachorowała jego rodzona siostra na wyraźne zapalenie opon i po trzech tygodniach choroby zmarła. Następnie zaś w czerwcu, znowu w tym samym domu, zachorowała na zapalenie opon 4-letnia dziewczynka i też po siedmiu dniach choroby zmarła. Mieliśmy więc w jednym domu jeden po drugim w krótkim czasie trzy przypadki zapalenia opon, pierwszy z przebiegiem gwałtownym, dwa drugie z nieco dłuższym, a wszystkie z zejściem śmiertelnem. Nawiasowo nadmienię, że w tym samym domu jesienią roku zeszłego cholera zabrała pięć ofiar w jednej rodzinie: ojca, matkę i troje dzieci.

II. J. L. 12 lat, zachorował o godzinie 8-ej wieczorem 9/VI 1893 r., zmarł o 7-ej rano 10/VI, to jest w 10 godzin od chwili zasłabnięcia. Przywołany o 4-ej rano dowiedziałem się i znalazłem co następuje: chłopiec cały dzień wczorajszy był zdrow zupełnie, rano i wieczorem był w bóżnicy, jadł z apetytem i absolutnie na nic nie narzekał; wieczorem po powrocie z bóżnicy zaczął się skarżyć na ból głowy i karku; dreszczów przytem nie było, położywszy się do łóżka zasnął; o godz. 12-ej przebudziły go wymioty, powtarzające się kilka razy, nie widziano przytem aby był rozpalony i w ogóle nie przypuszczano nic złego, po uspokojeniu się wymiotów zasnął i wciąż spał, od czasu do czasu wydając głuche jęki; budzony przez matkę pytaniem, co mu dolega, odpowiadał, że głowa; o godzinie 2-ej po pół-

nocy, w czasie mocnego snu, przyszedł napad drgawek, trwających z pół godziny, w czasie którego mocz i kał oddał bezwiednie pod siebie; od tej pory znów wciąż śpi. Nigdy dotąd drgawek nie miał. Chłopiec dobrze zbudowany lecz szczupły leży na wznak i na pierwsze wejrzenie nie robi wrażenia ciężko chorego; ani głośnym wołaniem, ani mocnym poruszaniem przebudzić go jednak nie można; nie oddziaływa też zupełnie na klócie szpilką i szczypanie; głowa wciśnięta w poduszkę, mięśnie karku naprężone, przy ucisku na nie chory wydaje głuchy jęk, źrenice zwężone, równe, na światło nie oddziałują; zęby zaciśnięte, kończyny prawe, górna i dolna, w stawach łokciowym i kolanowym przykurczone. Ciepłota $38,5^{\circ}$, tętno 70, po każdym trzech uderzeniach wyraźna pauza, oddech powierzchowny, przy badaniu płuc i serca nie nieprawidłowego nie znalazłem; brzuch miękki, wpadnięty; śledziony nie wyczuwam. Zastosowałem podskórnie oliwę kamforową, prócz tego zaleciłem lód na głowę, synapizma na kark i lawatywę drażniącą. Kiedy o godz. w pół do 8-ej rano przybyłem do chorego po raz drugi, zastałem go już nieżywym; opowiedziano mi, że po silnym napadzie drgawek zmarł przed pół godziną.

III. G. O. 3 lata, zachorowała w połowie kwietnia; przywołany dowiedziałem się, iż choroba trwa już od trzech dni, zaczęła się gorączką i wymiotami; w ciągu tych trzech dni chora wciąż śpi, przebudzić ją jednak można, a wtedy skarży się na ból głowy, w czasie snu chwilami cicho bredzi i drga całym ciałem, łaknienia nie ma, pić też nie chce; wypróżnień od dwóch dni nie było, mocz oddaje. W przeszłości chorowała na odrę i kilka razy na zapalenie gardła. Dziewczynka dobrze na wiek swój rozwinięta, robi wrażenie ciężko chorej, śpi, poruszając chwilami głową. Ciepłota $39,2^{\circ}$, tętno 120, nieregularne. Przebudzona przez matkę, płacze, rzuca się, jakby się czegoś lękała, jest jednak przytomna. Źrenice rozszerzone, równe, na światło nie oddziałują, łącznice nastrożone. Głowa skierowana ku tyłowi, mięśnie karku mocno naprężone, ruchy głowy bardzo bolesne; nadzwyczajna nadszłość skóry, szczególnie kończyn, przy najstaranniejszym badaniu narządów piersiowych i brzusznych nie nieprawidłowego nie znalazłem. Śledziona niepowiększona, brzuch zapadnięty; mocz oddaje w ilości niewielkiej, wypróżnień od dwóch dni nie było. Już w czasie badania, trzymana przez matkę na kolanach, zasnęła. Zaleciłem: okład z wody lodowej na głowę, do wewnątrz trzy proszki kalomelu cum rheo aa 0,15.

5-ty dzień choroby: chora wciąż śpi, od czasu do czasu jęczy; głowa mocno w tył zadarta; przebudzona krzyczy, że ją głowa boli i znów zasypia, jest jakby nawpół przytomna; źrenice rozszerzone, bardzo słabo lecz oddziałują na światło; na skórze przedramion, brzucha i górnej części ud nieliczne czerwone plamki, znikające za naciśnięciem. Ciepłota 38,8°, tętno 115, nieregularne. Śledziona stanowczo nie powiększona. Wypróżnień było kilka. Zaleciłem: pryszczycydo na kark, okład lodowy; Infusum Valerianae.

6-ty dzień choroby—chora mniej śpi, rozmawia, nie jest tak roźdrażniona; bez płaczu daje się badać; źrenice mniej rozszerzone, na światło wyraźniej oddziałują; ruchy głową mniej bolesne. Ciepłota 38°, tętno 100 silniejsze, regularne. Badanie narządów jamy pierśowej i brzusznej daje wynik ujemny; śledziona nie powiększona, łaknienie trochę lepsze.

Następnych dni stan stopniowo poprawiał się; ciepłota spadła ósmego dnia; najdłużej trzymała się sztywność karku.

Wszystkie przypadki, zakończone wyzdrowieniem, miały przebieg podobny do powyższego; w dwóch z nich jednak miały miejsce kilkakrotnie powtarzające się drgawki; w jednym zaś siódmego dnia choroby rozwinęło się zapalenie prawej opłucny, wskutek czego upłynęło 6 tygodni czasu do zupełnego powrotu do zdrowia.

IV. E. S. 7 miesięcy, córka rzeźnika w Opolu, zachorowała w nocy z 31/V na 1/VI, będąc przedtem zupełnie zdrową; dostała gorączki i kilkakrotnych wymiotów; rano drgawki kloniczne i toniczne, trwające z niewielkimi przerwami w ciągu dwóch godzin; od chwili drgawek dziecko nie może ssać piersi. Widziałem chorą po raz pierwszy po południu 1/VI—dziecko lichy odżywione, kościec czaszki prawidłowy, główka w tył zadarta, oczy nieruchomo zwrócone w jeden punkt w górę, źrenice mocno zwężone, nie oddziałują na światło, przykurczenie prawej górnej kończyny w stawie łokciowym i prawej dolnej w kolanowym. Ciepłota in recto 38°, tętno prędkie, słabe i wybitnie nieregularne. W płucach nie nieprawidłowego. Śledziona wyraźnie powiększona, daje się z łatwością wymacać w podżebrzu, brzuch niewzdęty, wypróżnień, pomimo stosowanych przez felczera ławatyw, nie było; dziecko piersi ssać nie może, wlewana jednak do ust za pomocą łyżeczki herbatę polyka. Zaleciłem okład zimny na

główkę; calomel c. rheo; karmić za pomocą łyżeczki pokarmem z piersi.

2/VI. Ciepłota 38,5^o, tętno słabe i nieregularne, wciąż śpi, główką w tył zadartą porusza to w jedną, to w drugą stronę; źrenice jak wczoraj. Wypróżnienia były, moc oddaje.

3/VI. Ciepłota 37,5^o, tętno trochę lepsze; dziecko mniej śpi, zaczęło ssać pierś; inne objawy jak dotąd.

5/VI. Napad silnych drgawek ogólnych, po których śmierć.

V. E. G. 6 miesięcy, syn robotnika w Opolu, zachorował 10/VI 93. Choroba zaczęła się nagle gorączką, wezwany felczer zalecił olej ricinowy; opowiada, że widział rozrzuconą po całym ciele plamistą wysypkę dość liczną; wieczorem tegoż dnia kilkakrotne wymioty. Wezwany 11/VI znalazłem co następuje: małeć dobrze zbudowany, pierwsze dziecko młodych silnych ludzi, od wczorajszego wieczoru wciąż śpi, zauważyć się przytem dają drgania kończyn i ciągle ruchy szczęki; na skórze brzucha i nóg dużo czerwonych plamek, znikających za naciśnięciem ich palcem. Kiedy wskutek mego polecenia, w celu bliższego zbadania dziecka, matka brała je z kolebki na ręce, przebudziło się, przyczem widocznem było z zachowania się jego i odcieniu płaczu, że ruch, jaki przy tej zmianie położenia ciałem jego wykonano, był dlań bardzo bolesny. Mięśnie karku mocno naprężone, przy ucisku na nie dziecko krzyczy; źrenice zwężone, na światło nie oddziałują. Ciepłota 39,5^o (in recto), tętno szybkie, nieregularne. W płucach i sercu nic nieprawidłowego. Śledziona nie powiększona, brzuch umiarkowanie wzdęty; wypróżnień, pomimo podanego wczoraj oleju, nie było, moc oddaje; pierś ssie bardzo chciwie i zaraz zasypia.

12/VI. Ciepłota 39,4^o (in recto), tętno szybkie, słabe i nieregularne, ciągle śpiączka, głowa mocniej w tył zadarta, częste drgania ciała; przy najlżejszem dotknięciu do skóry, szczególniej tułowia, płacze. Wypróżnienia były. Moc oddaje.

13/VI. Ciepłota 38,4^o, wieczorem 37,6^o; po południu drgawki kloniczne i toniczne, trwające pół godziny. Lawatywa cum natrio bromato—pryszczydło na kark, do wewnątrz infusum valerianae.

14/VI. Ciepłota 37,2^o, tętno słabe, dziecko mniej śpi; głowa wciąż w tył zadarta, źrenice na światło nie oddziałują. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej nic nieprawidłowego.

15/VI. Ciepłota 37^o, tętno mocniejsze, drgawek nie było, główkę trzyma nieco prościej, przy najmniejszym jednak poruszeniu ciałem płacze. W ciągu następnych dni dziesięciu chory przyszedł

już prawie do siebie, nie gorączkował i zdawało się, że szczęśliwie przeżył chorobę. Tymczasem 20-go dnia od chwili zachorowania znowu zaczął gorączkować; zjawiła się ciągła śpiączka i kilkakrotne napady silnych drgawek, wśród których chory zmarł.

VI. Ch. R. 1 rok, syn szewca, zachorował 11/VI wieczorem, będąc zupełnie zdrowym, choroba zaczęła się odrazu bardzo silną gorączką, która trwała całą noc; rano 12/VI gorączka nieco spadła; przyszły natomiast drgawki, kliniczne i toniczne całego ciała. Chłopiec licho odżywiany, choć dobrze zbudowany. Ciepłota 38,5^o, tętno prędkie i słabe, głowa silnie w tył zadarta, źrenice zwężone, na światło nie oddziałują. W płucach i sercu nic nieprawidłowego. Śledziona nie powiększona; wypróżnień od wczoraj nie było, mocz oddaje, piersi ssać nie może.

W ciągu 12/VI kilkakrotne wymioty; w nocy powtarzające się napady silnych drgawek, wśród których 13/VI o godzinie 8-ej rano chory zmarł.

VII. W. A. 7 miesięcy, syn rolnika ze wsi Franciszków, odległej o 5 wiorst od Opola, przywieziony do mnie 15/VI. Zupełnie przedtem zdrowy zachorował w nocy z 10/VI na 11/VI; dostał gorączki i ciągłego krztuszenia; dwa dni z rzędu bez przerwy wciąż spał, od czasu do czasu drgając całym ciałem. Po podanym oleju rycynowym było kilka wypróżnień. Ciepłota 39,5^o, tętno prędkie, nieregularne, główka bardzo silnie w tył zadarta, źrenice zwężone, na światło nie oddziałują; oczy nieruchomo w jeden punkt w górę skierowane, kończyny górne w stawach łokciowych stężale, dopiero przy użyciu pewnej siły dają się zgiąć. Ciągłe jęczy i stęka, szczególnie przy poruszaniu. Oddech krótki, powierzchowny, w płucach i sercu nic nieprawidłowego. Śledziona nie powiększona, brzuszek nie wzdęty; wypróżnienia niema, mocz oddaje. Na skórze brzucha i górnej części ud nieliczna roseola.

Chorego widziałem tylko ten raz jeden; później jednak dowiedziałem się, że w domu miewał napady drgawek i w kilka dni po bytności u mnie zmarł.

Niechąc zbyt znacznie przedłużać niniejszego artykułu, ograniczam się na przytoczeniu powyższych siedmiu przypadków; sądzę, że one dostatecznie wykazują istotę spostrzeganej przeze mnie epidemii. Pozostałe trzynaście w głównych swych rysach nie różni się od powyższych. Dodam tylko, że w jednym z nich

u siedmioletniego chłopca, ciągnącym się dwa miesiące, przy objawach początkowych, podobnych do opisanych w powyższych spostrzeżeniach, w następstwie, już przy stanie bezgorączkowym, a przy ciągłym trwaniu szalonych bólów głowy w okolicy czoła, rozwinęła się zupełna na oba oczy ślepotą, bez widocznych zmian w zewnętrznych tkankach oka, i w końcu przy objawach strasznego wyniszczenia nastąpiła śmierć; w narządach piersiowych i brzusznych do ostatniej chwili nic nieprawidłowego nie znajdowałem, stałe tylko zaparcie stolca.

We wszystkich tedy spostrzeganych przezemnie przypadkach przy badaniu przedmiotowem wykrywałem zawsze charakterystyczne objawy zapalenia opony miękiej mózgu i rdzenia, nie znajdując przytem wyraźnych zmian w innych narządach ciała. Zasługuje też na zaznaczenie nadwyzwyczajnie wyraziście występujący zakaźny charakter cierpienia; mieliśmy bowiem 20 przypadków jednej i tej samej choroby w krótkim przeciągu czasu, 4 w kwietniu, 5 w maju i 11 w czerwcu, z tej liczby 17 przypadków spostrzegaliśmy w żydowskiej dzielnicy Opola, w domach tuż prawie obok siebie leżących, a z tych trzy przypadki w jednym i tym samym domu. Widzimy więc z tego, że i w spostrzeżeniu naszym epidemiczne zapalenie opon zarysowało się bardzo wyraźnie jako odrębna jednostka patologiczna, zależna od *sui generis* przyczyny, którą stanowi znajdowany już przez wielu badaczy swoisty mikrokok, dotychczas dokładnie jeszcze nie zbadany i po za ustrojem nie wyhodowany.

Duży procent śmiertelności w naszej epidemii, bo 70% wynoszący, objaśnić trzeba, wedle mego zdania, nie tyle złośliwością zarazka, ile raczej młodocianym wiekiem chorych i fatalnymi warunkami higienicznymi, w jakich ci chorzy żyli.

W zakończeniu dodać mi jeszcze należy, że, jak to widać z krótkich wiadomości o stanie sanitarnym Warszawy, pomieszczanych od czasu do czasu w dziale wiadomości bieżących te gorocznej Medycyny, spostrzegana przezemnie epidemia w Opolu była prawie równoczesną z taką epidemiją w Warszawie i kilku innych jeszcze miejscowościach naszego kraju.

Obecny stan etyjologii nagminnego zapalenia OPON MÓZGO-RDZENIOWYCH.

Podał

D-r Med. O. Hewelke.

Epidemija zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, którą spostrzegaliśmy w Opolu Lubelskiem kol. Klarner ¹⁾, dotknęła niezawodnie i inne miejscowości naszego kraju, chociaż nie mamy na to żadnych dowodów. Zaledwie pobieżna wzmianka w Medycynie roku zeszłego dowodzi, że choroba ta istniała współcześnie w Warszawie. Nie udało nam się jednak zebrać dokładnych danych o jej rozmiarach, rozszerzeniu, liczbie ofiar i t. d. Zestawiając atoli z jednej strony rzadkość jej przypadków w latach 1891 i 1892, według statystyki p. B. Danielewicza ²⁾, z cyfrą przypadków, o jakich udało nam się dowiedzieć, w roku 1893, musimy nabrać przekonania, że zapalenie opon mózgo-rdzeniowych występowało rzeczywiście w Warszawie w tym roku nagminnie. We wspomnianej statystyce znajdujemy w r. 1891 i w następnym tylko po jednym przypadku śmierci z m. c. sp. ep., tymczasem w szpitalu Dz. Jezus w ciągu 1893 r. było przypadków tej choroby 29, a w tem 7 śmiertelnych, w szpitalu Ś-go Rocha 2, w tem jeden śmiertelny, w szpitalu Zapasowym 5, z tych jeden zakończony śmiercią. W szp. Ś-go Ducha 2 (1 śm.), w szp. Żydowskim 5 (2 śm.). W szp. Dziecinnym przy ulicy Aleksandryja 4 (1 śm.). Razem przypadków 47, w tem 13 śmiertelnych ³⁾.

Z powyższej liczby osobiście obserwowaliśmy zaledwie 4 przypadki, których przebieg przytoczymy tylko w krótkości na końcu, nie przedstawiają bowiem szerszego interesu. Zato ze względu na to, że w piśmiennictwie naszym od lat kilkunastu nie

¹⁾ Kronik Lekarska Nr. 3, 1894.

²⁾ B. Danielewicz: Warszawska śmiertelność w r. 1892. Zdrowie, 1893.

³⁾ Kolegom Kinderfreundowi, J. Szwejcerowi, Rabkowi i Iwanickiemu za łaskawe udzielenie mi powyższej informacji składam niniejszem me podziękowanie.

pisano nic o nagminnem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych, pozwolę sobie w krótkości przedstawić tu wyniki odnośnych poszukiwań badaczy zagranicznych, uwzględniając jedynie tylko etylogiją choroby.

Pewne wiadomości o nagminnem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych datują dopiero od początku bieżącego wieku, kiedy choroba ta wystąpiła w Genewie (1805); opisali ją wtedy Vieusseux i Mathey. Ślady jej w dawniejszych czasach, notowane skwapliwie przez autorów francuzkich, jak Osanam (epidemię w Europie środkowej w XVI w.) i Pesquier (w XVII w. we Francji) mają tylko znaczenie historycznych domysłów, ponieważ opisy odnośne nie przedstawiają dostatecznej ścisłości.

Do silniejszych we Francji należała epidemija w r. 1837, która w ciągu lat 12-tu przewędrowała cały prawie ten kraj i była przedmiotem wielu prac i opisów (między innymi Broussais, Faure-Villars).

W latach czterdziestych notowano epidemię we Włoszech, Hiszpanji, Danji i Wielkiej Brytanji. W piątym dziesiątku pannała silna epidemija w Szwecyi, gdzie w ciągu 7-u lat swego trwania zabrała 4,138 ofiar.

W Niemczech poważna epidemija zapalenia opon mózgo-rdzeniowych zjawiła się we wschodnich prowincjach Prus w r. 1863, skąd w następnym roku przeszła do Hanoweru, Brunświku i Saksonji, a w r. 1865 do Niemiec południowych. W Rosyi większej epidemji, zdaje się; nie było, mniejsze notowano w Petersburgu w latach 1864—68.

W Królestwie Polskiem choroba pojawiła się w latach 1875 do 1879. O rozprzestrzenieniu się jej w kraju nie posiadamy wielu danych. Wiadomości o niej w literaturze lekarskiej ograniczają się do pracy Rządковского¹⁾, który opisał epidemię w Proszowicach i w okolicy, i do artykułu Wyrzykowskiego²⁾, podającego kilka przypadków meningitidis cerebro spinalis ep. widzianych w Stopnickiem i nad brzegami Nidy. Oprócz tego

¹⁾ M. Rządkowski: Epidemija zap. osłon mózgo-rdzeniowych w m. Proszowicach i jego okolicy w r. 1875—1878. Medycyna 1879.

²⁾ Jul. Wyrzykowski: Trzy przypadki zap. epidemicznego osłon mózgo-rdzeniowych. Gaz. Lek. 1879.

S. Perkał (Gaz. Lek. 1879) obserwował na wiosnę r. 1879 dość liczne przypadki (15) nagminnego zapalenia opon mózgowych w Płocku.

W ostatnich latach (1888) dość silna epidemija nawiedziła Szląsk, gdzie w trzech okręgach na 560 chorych zabrała 141 ofiar ¹⁾, wreszcie Koloniję, gdzie utrzymywała się do ostatniego czasu (1892) bez silniejszego zresztą natężenia.

W ogóle epidemije lat ostatnich nie odznaczały się ani swą siłą, ani skłonnością do rozpowszechniania się, za to okazywały tendencyję do zagnieżdżania się w pewnych miejscowościach, wybuchając od czasu do czasu w postaci mniejszych lub większych epidemij (Kolonija).

Pomimo tak częstej sposobności i obfitego materyjału i pomimo licznych prób i pokuszeń w celu wyjaśnienia tej ciekawej choroby, pisze Ziemssen ²⁾, że źródło meningitidis cerebrospinalis epid. jest nam zupełnie nieznanem. Słowa te, wypowiedziane zaledwie kilka lat temu, powtarzają dosłownie to samo, co powiedział Chauffard odnośnie epidemiji omawianej choroby w r. 1840. W ostatnich wprawdzie kilkunastu latach ustalili się w nauce poglądy, że nagminne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych jest chorobą infekcyjną, a w ostatnim czasie starano się stwierdzić ten pogląd przez poszukiwania bakteryjologiczne; nie otrzymano jednak stanowczych i ostatecznie kwestyję rozstrzygających wyników.

Jak mało ustalone są jeszcze poglądy na istotę omawianej choroby, dowodzi, że są autorowie powątpiewający o nozologicznej indywidualności nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. Tak np. F. Wolff ³⁾, zestawiając z jednej strony objawy kliniczne ostrego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, a z drugiej strony objawy niektórych chorób zakaźnych, jak gośćca stawowego, wysypek, zapalenia wrzodziejącego wsierdzia, duru i t. d., zaznacza, że nieraz nie jesteśmy w stanie powiedzieć, czy

¹⁾ Według biuletynów w Deut. Med. Wochensch. 1888.

²⁾ v. Ziemssen: Handbuch d. spec. Path. u. Therapie 3 Aufl. 1886.

³⁾ F. Wolff: Bemerkungen über das Verhalten der Cerebrospinalmeningitis zu den Infectiouskrankheiten.

Deut. Med. Wochenschrift. 1887. 50.

mamy do czynienia np. z durem o objawach mózgo-rdzeniowych, czy też z objawami durowemi przy meningitis cerebrospinalis; z gościem stawowym z objawami oponowemi, czy odwrotnie i t. p. Tembardziej, że i w obrazie znajdujących zmian anatomo-patologicznych widzimy takie znaczne wahania, iż i z tej strony nieraz nie można dać stanowczej odpowiedzi.

Autor ten w ostatecznym wniosku sądzi, że zapalenie opon mózgo-rdzeniowych jest tylko powikłaniem wyliczonych wyżej chorób zakaźnych, wskutek podziałania, względnie umiejscowienia się zarazka zasadniczej choroby w ośrodkach nerwowych, czemu sprzyjać mają wzruszenia psychiczne (np. wyraźne piętno mózgo-rdzeniowe w epidemii duru w armji niemieckiej w czasie oblężenia Paryża). W tych zaś razach, gdzie zapalenie opon występuje jakoby pierwotnie, bez uwydatnienia się klinicznego i anatomicznego której ze wspomnianych chorób infekcyjnych, tam mamy zapewne postacie skryte tych chorób (i poronne), jakie znamy odnośnie duru, gościca, zapalenia płuc.

Co się tyczy ogólnych etjologicznych czynników, jakie zwykle uwzględniamy w chorobach zakaźnych, to, według Ziemssen'a, Jaccoud'a, zarówno klimat jak i własności gruntu są tu zupełnie obojętne, ponieważ choroba ta spotykaną była pod wszelkimi szerokościami, za wyjątkiem jedynie stref podzwrotnikowych. Za to pory roku i stan powietrzni zdają się wywierać wpływ niewątpliwy. Epidemije zapalenia opon mózgo-rdzeniowych panują głównie w miesiącach zimowych i wiosennych. Hirsch obliczył, że tak liczne epidemije we Francyi i Szwecyi występowały w miesiącach zimowych i jesiennych 3—5 razy częściej niż w letnich (z wiadomych mi 36 przypadków men. cerebrosp. w r. 1893 w Warszawie, ani jeden nie wydarzył się w miesiącach letnich). Czemu jednak właściwie przypisać tę predylekcyję, jaki w tem wpływ wywiera temperatura powietrza, stopień wilgoci lub kierunek wiatrów, nic pewnego nie wiadomo. Wielu autorów zaznacza, że rozwojowi epidemji towarzyszyło powietrze niezwykle zimne i wilgotne (Vieusseuz i Mathey, Rzakowski).

F. Wolff ¹⁾ na podstawie 180 przypadków nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, jakie wydarzyły się w Ham-

¹⁾ F. Wolff: Die Meningitis Cerebro-spin. epidemica in Hamburg. Deut. Med. Wochenschrift. 1888. 38.

burgu w latach 1879—1886 przychodzi do wniosku, że gęstość zaludnienia nie gra roli w szerzeniu się choroby, a więc i higieniczne warunki chorych nie mają tu znaczenia, jak to powszechnie zresztą przyjmują. We Francji wiele epidemij rozwinęło się w źle przewietrzanych koszarach i więzieniach.

F. Wolff stawia wylęganie się epidemii w związku z pewnym stanem wilgoci powietrza. Jeżeli od ilości maksymalnej wilgoci powietrza (w mil. Hg.), odpowiadającej danej temperaturze, odciągnąć nasycającą je w danej chwili ilość bezwzględna wilgoci (w mil. Hg.) to otrzymamy różnicę, nazwaną przez Flüggé'go „Sättigungsdeficit“, której wahania przedstawiają pewną stałość, dającą się wykazać w obliczeniach meteorologicznych.

Najniższe różnice nasycenia wypadają w Hamburgu właśnie w pierwszych miesiącach roku—i to skłoniło autora, z powodu, że na ten sam czas przypadła większość obserwowanych przypadków zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, do upatrzenia pewnej zależności etjologicznej omawianej epidemii od opisanego stanu wilgoci powietrza.

Co się tyczy charakteru zarazki i sposobu szerzenia się choroby, to Ziemssen widzi tu podobieństwo do tyfusu, cholery; sprawa ma być pośrednio zaraźliwą (ectogen). Zdaje się, że zarazek pierwotnie pochodzi od człowieka albo też zostaje rozpowszechnionym przez stosunki ludzkie (przenoszenie materyjalne), zarażając ludzi jednak tylko wtedy, gdy przez rozwój na sprzyjającym gruncie ulegnie pewnym nieznanym dotąd zmianom. Jaccoud¹⁾ stanowczo zaprzecza tego rodzaju „Contagium“ i przypuszcza przenoszenie przez powietrze.

Rzadkowski, który obserwował około 50 przypadków nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, w warunkach dających możliwość kontroli, stanowczo odrzuca bezpośrednią zaraźliwość choroby. Podobnie i Leichtenstern²⁾ na podstawie ścisłych badań warunków rozwoju epidemii w Kolonii w latach 1885—1892 wypowiada się przeciw bezpośredniej zaraźliwości.

1) Jaccoud: Wykład patologii i terapii. Tłom. polskie t. III.

2) Prof. O. Leichtenstern: Meningitis cerebrospinalis w dziele Festschrift des Niederrheinischen Vereins f. Off. Gesundheitspflege zur Feier d. 50 Doctorjubilaeum Max Pettenkoffers. Rome 1893. Ref. w Zdrowiu 1893, Nr. IX, przez kol. Sterlinga.

Autor ten przytacza, że w 150 domach choroba ograniczyła się do jednego przypadku; chociaż z drugiej strony zdarzyło mu się raz obserwować małą endemję (9 prz.) w szpitalu, gdzie pomieszczano chorych na nagminne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych, pomiędzy posługą, nie wydalającą się ze szpitala.

Leichtenstern zaznacza następujące fakta w epidemiologii meningitidis cerebro spinalis epidemicae:

1) Epidemija wybucha nagle na przestrzeni ograniczonej, przyczem nie można wyśledzić związku z uprzednimi zachorowaniami.

2) Lokalna epidemija nie staje się ogniskiem zarazy powszechniającej się (lub dopiero po bardzo długim czasie).

3) Istnieją miejscowości stale odporne, jak również takie, gdzie meningitis cerebro-spinalis jest endemiczne.

Te dane skłaniają Leichtensterna do uważania omawianej choroby za kontogijno-miazmatyczną a nawet czysto miazmatyczną.

Co się tyczy strony bakteryjologicznej nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych to, pomimo licznych prac w tym kierunku i wypowiedanych mniej lub więcej stanowczo zdań o rodzaju pasorzytów, będących jakoby przyczyną tej sprawy, nie można się zgodzić, aby to pytanie było rozstrzygnięciem stanowczo.

Dane obecne opierają się przeważnie na wynikach poszukiwań w przypadkach sporadycznych zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, nie było jednak dotąd dosyć poszukiwań bakteryjologicznych przeprowadzonych systematycznie w całym szeregu przypadków danej epidemji. Uogólnienia więc, choćby się nawet mogły okazać i trafne, dziś są jeszcze za wczesne i nie posiadają, zdaniem naszym, przekonywującej stanowczości.

Znajdywano ¹⁾ w ropie w oponach mózgo-rdzeniowych w przypadkach ostrego ich zapalenia następujące drobnoustroje (pomijając laseczniki Koch'a):

¹⁾ Dr. E. A denot: Des méningites microbiennes. Paris 1890.
Vaudremer: Des méningites suppurées non tuberculeuses.
Dijon 1893. Dyssert. na st. Dr. med.

W. Janowski: Przyczyny powstawania ropienia w świetle pojęć współczesnych. Przegl. Chirurgiczny. T. I, z. III. 1894.

Ropotwórcze: gronkowce złociste i paciorkowce, oddzielnie lub razem.

Laseczniki tyfusowe.

W przypadkach tych przyczynowy charakter znalezionych tworów stwierdzonym został za pomocą hodowli, a kilka razy i na drodze doświadczalnej.

Pneumokoki Friedländera (dwa przypadki podane u Janowskiego, a jeden w ostatniej chwili opisany przez Dmochowskiego, Gaz. Lek. 1894, Nr. 8).

Bacterium coli (jeden przypadek, cytowany przez W. Janowskiego nie bez pewnego powątpiewania).

Wreszcie Pneumokoki Fraenkla i Weichselbauma, na których zatrzymamy się nieco dłużej ze względu, że ten właśnie pasorzyt w obecnej dobie najczęściej uważany bywa za przyczynę nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, a także ze względu na tylokrotnie poruszany stosunek włóknikowego zapalenia płuc (względnie pneumokoka) do meningitis cerebrospinalis.

Pierwsze wiadomości o znalezieniu w ropie przy ostrem zapaleniu opon mózgowych drobnoustrojów podobnych do pneumokoków podał Leyden; ten jednak komunikat, jak i kilka następnych (Leichtenstern, Senger) w tej treści, nie przedstawiały dostatecznej ścisłości, i dopiero A. Fraenkel, odkrywca pneumokoka, stwierdził na pewno w jednym przypadku omawianej sprawy obecność tych drobnoustrojów.

Niebawem posypały się ze wszęch stron doniesienia, potwierdzające to odkrycie. Prawie jednocześnie z Fränklem bardzo ściśle doświadczenia w tym kierunku przeprowadzili Foa i Bordoni Uffreduzzi¹⁾. Autorowie ci badali przypadki nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych w czasie epidemii w Turynie w r. 1886, podczas której często zdarzało się powikłanie przez zapalenie włóknikowe płuc. We wszystkich badanych przypadkach w wysięku na oponach, jak i w zwątrobiałym płucy otrzymywano koki (mennigo-coccus) identyczne z pneumokokiem A. Fraenkla we wszystkich tegoż cechach. A więc pod drobnowidzem układały się po dwa, okolone były otoczką, barwiły się sposobem Grama i rosły na podłożu agarowem przy 37° C.

¹⁾ Pio Foa i G. Bordoni Uffreduzzi: Zeitschrift f. Hygiene. 1888, i Deut. Med. Wochen. 1889. 25.

Po zaszczepieniu królikom twory te wywołują ostrą posocznicę, a po wprowadzeniu do opon mózgowych u psów udało się wywołać całkowite ropne ich zapalenie. Autorzy zaznaczają, że ustroje te, wyhodowane z wysięku wziętego z trupa, po 4—5 dniach tracą swą jadowitość, a po 8—10 dniach zatracają zdolność wzrostu na nowym gruncie. Jeżeli przenosić je na świeże podłoże i trzymać w ciepłocie 30—32° C. siła ich słabnie, zato nabierają zdolności wyrastania na żelatynie przy 16—18° C. W tych warunkach paszczyt nie jest jadowitym i zachowuje przez długi czas zdolność wzrostu przy przenoszeniu na coraz to świeże podłoża. Podczas gdy świeże hodowle po zaszczepieniu wywołują posocznicę, niekiedy z zajęciem stawów, osłabione powodują sprawy przewlekłe z tworzeniem się guziczków.

Świeże hodowle wysuszone, albo wysuszona krew zawierająca opisywane twory długo przechowują jadowitość.

Te same drobnoustroje w przypadkach pojedynczo występującego zapalenia opon mózgowych znajdowali Weichselbaum ¹⁾, Netter ²⁾ i inni. Ostatni w swej obszernej pracy o etjologii zapalenia opon mózgowych dość stanowczo oświadcza się za pneumokokiem Fraenkla, jako przyczynie nagminnego zapalenia opon mózgowych, przynajmniej w pewnej liczbie przypadków. Pogląd ten, pomimo zastrzeżenia autora, zaczyna się uogólniać, tak, że w niektórych pracach pneumokoki uważane są wprost, jako przyczyna nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych.

Netter opiera się w swem twierdzeniu na tem, że w przypadkach zapalenia opon mózgo-rdzeniowych w przebiegu zapalenia włóknikowego płuc jako też bez takowego stale znajdował pneumokoki, dalej, że w pewnych epidemijach zapalenia opon mózgo rdzeniowych notowano znaczną ilość przypadków zapalenia płuc (w przytoczonych przez autora z różnych miejsc przykładach na 33 przypadki mening. c. sp. 17 razy było i zapalenie wł. płuc). Po trzecie, że nieraz przed wystąpieniem epidemii omawianej choroby notowano epidemije grypy, podczas której

1) Prof. A. Weichselbaum: *Über d. Aetiologie der akuten Meningitis cerebrospinalis*. Fortschr. D. Med. 1887. Nr. 18 i 19.

2) Netter: *De la méningite due au pneumocoque avec ou sans pneumonie*. Archives Génér. de Médecine, 1887. Nr. 3 i 4.

częstość zapalenia płuc bywa bardzo znaczną, że wreszcie samo zapalenie płuc może występować w postaci nagminnej.

Każdemu z tych punktów można uczynić pewne zarzuty.

Przy zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych znajdowano i inne pasorzyty, które przez swych wynalazców były uważane za przyczynę choroby. Mianowicie A. Bonome ¹⁾, badając bakteryjologicznie 6 przypadków zapalenia opon mózgowych w czasie epidemji, jaka w r. 1889 grasowała koło Padwy, znalazł w wysięku na oponach mózgowych jakoteż i w innych narządach koki, układające się łańcuszkami. Paciorkowce te przedstawiały różne od innych znanych dotąd cechy przy hodowlach (nie rosną na kartoflu i surowicy) i barwieniu (nie barwią się sposobem Grama) i t. d. Autor nazwał te ustroje: *Streptococcus meningitidis cerebrospinalis epidemicae*.

Dalej Weichselbaum ²⁾ w 6-u przypadkach ostrego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych znalazł odmienny rodzaj diplokoków, którego główną cechą jest to, że w wysiękach ziarniki leżą zawsze wewnątrz komórek (*intracellularis*), że nie barwią się metodą Grama. Wprowadzone zwierzętom pod czaszkę, ustroje te wywoływały ropne zapalenie opon.

Ta różnolitość znajdujących pasorzytów, z których każdej ma być przyczyną wywołującą zapalenie opon mózgo-rdzeniowych, każe postawić tu znak zapytania. Wprawdzie Netter zaznacza, że podobnie jak sporadyczne przypadki mening. c. sp. zależą od różnych przyczyn, tak i w nagminnem mogą być różne przyczyny, coby objaśniało i te znaczne różnice, jakie widzimy w charakterze różnych epidemji tej choroby. Nie zdaje nam się jednak, aby to porównanie było szczęśliwem wobec oczywistej tymczasowości nieściśłego terminu „meningitis sporadica“.

Co się tyczy liczebnego stosunku wzajemnych powikłań zapalenia włóknikowego płuc i zapalenia opon mózgowych i odwrotnie, to ogłaszane dane statystyczne są tak różne, że można z nich wyciągać według upodobania wnioski zarówno „pro“ jak i „contra“.

Na wikłanie zapalenia płuc przez meningitis zwrócono uwa-

¹⁾ A. Bonome: Ueber die Aetiologie d. epid. Cerebrospinal Meningitis, Deut. Med. Woch. 1891. 43.

²⁾ L. c.

gę już bardzo dawno, częstość tej komplikacji występuje jednak nader różnie, niemal kapryśnie. Przytoczymy kilka cyfr. Roth ¹⁾ na 237 przypadków zapalenia płuc znalazł 1 przypadek meningitidis; v. Huss ²⁾ na 2,616, z których 959 z różnemi powikłaniami, tylko 2 przypadki mening.; Leichtenstern przytacza z paru lat następujące dane: na 875 zapaleń płuc 2 przypadki zapalenia opon, na 765—ani jednego. Podobnież i w epidemijach zapalenia opon mózgodzeniowych zdarza się powikłanie przez zapalenie płuc z nader zmienną częstością. Tak np. w czasie epidemji w Kolonji w latach 1888—1892 nie było ani jednego przypadku omawianego powikłania. Podobnież na 373 przypadki nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych w Strasburgu (Tourdes) znalazł tylko 5 razy zapalenie płuc. Oczywiście częstość powikłań w tak znacznej liczbie przypadków minimalna i nie pozwalająca na wyprowadzanie żadnych wniosków.

Z drugiej za to strony Grissole na 24 przypadki zapalenia płuc widział 8 razy świeże ropne nacieczenie opon mózgowych. Immermann i Heller w Erlandze na 30 przypadków zapalenia płuc w jednym roku znaleźli 9 razy meningitis purulenta, podczas gdy poprzednich lat stosunek był żaden.

Podobnież Leichtenstern ³⁾ w r. 1893 w Kolonji w krótkim przeciągu czasu znalazł 7 razy powikłanie wzajemne zapalenia opon mózgodzeniowych i zapalenia płuc.

Te tyle różniące się zestawienia cyfrowe omawianych powikłań doprowadzają różnych autorów do różnych wniosków. Netter uważa te powikłania jako wynik działania tej samej przyczyny—pneumokoka, który, jak to poprzednio jeszcze wyraził Bozzolo, może wywoływać aż pięć różnych chorób: zapalenie płuc, opłucny, zapalenie wsierdzia i osierdzia i zapalenie opon mózgowych. Temu utożsamianiu natury sprawy w płucach i w oponach można zarzucić, że sprawy te, zależne jakoby od jednej przyczyny, przedstawiają jednak pewne niezgodne z sobą punkty. I tak, podczas gdy zapalenie płuc spotyka się codzień i wszędzie (w War-

¹⁾ Cytowani Immermann u. Heller: Pneumonii und Meningitis. Deut. Arch. für Klin. Medicin. T. V. 1869.

²⁾ Cyt. przez Nettera.

³⁾ Patrz str. 152.

szawie według statystyki B. Danielewicza umiera z tej choroby przeszło 100 osób rocznie), zapalenie nagminne opon mózgowych jest chorobą rzadką i nie wszędzie spotykaną (miejscowości odporne według Leichtensterna). Dalej chorobie tej ulegają najczęściej osobniki młodociane, kiedy zapalenie płuc jest głównie chorobą wieku dojrzalego. Zapalenie włóknikowe płuc jest chorobą typową, cykliczną, czego nie można powiedzieć o zapaleniu opon. Wreszcie powikłania ze strony uszów i stawów—dość często przy meningitis cer. sp., należą do wyjątków przy zapaleniu płuc.

Immermann i Heller widzą w omawianym stosunku powyższych chorób tylko proste powikłanie. Wystąpienie zaś tej komplikacji dopiero w ostatnim roku epidemji zapalenia opon mózgowych, podczas jej słabnięcia, objaśniają sobie tem, że osłabiony zarazek nie mógł już rozwijać się w zdrowych i silnych ustrojach, a tylko w osłabionych przez inne choroby; w danym razie przez zapalenie płuc. Objaśnienie to oczywiście nie wytrzymuje krytyki, ponieważ i w czasie największego natężenia epidemji—istnieli ludzie osłabieni przez inne choroby, choćby nie brakujący nigdy chorzy na zapalenie płuc; tymczasem w tej fazie epidemji właśnie omawianych powikłań nie było.

W każdym razie zwraca na siebie uwagę ten fakt występowania wzajemnych powikłań zapalenia opon i zapalenia płuc pod koniec trwania epidemji mening. cer. sp. Powtarza się on bowiem i w spostrzeżeniach Leichtensterna: przez przeciąg lat od 1888 do 1892 komplikacji omawianej nie było, w roku zaś 1893, w chwili wygasania epidemji, występuje w krótkim czasie kilka przypadków (9).

Profesor Leichtenstern wygłasza w kwestyi omawianego powikłania następujące zdanie. Pomiedzy obu chorobami musi zachodzić pewien przyczynowy związek, nie tak jednak prosty, jak chcą zwolennicy pneumokoka. Przedewszystkiem autor zaznacza, że zapalenie opon mózgowych, występujące podczas zapalenia płuc (meningitis pneumonica) i meningitis cerebrospinalis epidemica różnią się nieco od siebie, zarówno przebiegiem klinicznym, jak i niektórymi szczegółami zmian anatomo-patologicznych. Mianowicie przy meningitis, towarzyszącemu zapaleniu płuc, częściej bywa zajętem sklepienie mózgu, gdy przy epidemicznem—podstawa. Chociaż zarówno umiejscowienie, jak

i rozległość i natężenie zmian przedstawiają zbyt wielką różnorodność, aby można je uważać za dostateczną podstawę do takiego różniczkowania; toż samo można powiedzieć o charakterze wysięku, któremu znów francuzcy autorowie przypisują pewien cechujący makroskopijnie wygląd (gęstość, kolor etc.). Dalej ogniska wybroczynowe krwawe spotykają się jedynie przy meningitis epidemica. Po trzecie przy m. pneumonica rzadko bywa sztywność karku, a zawsze brak przytomności, t. j. odwrotnie, niż przy nagminnem zapaleniu opon. Wreszcie meningitis przy zapaleniu płuc zawsze się ma kończyć śmiercią, podczas gdy przy nagminnem wyzdrowienie jest zjawiskiem częstem, przyczem przebieg sprawy nieraz się zaciąga. Wobec tego nie można więc mówić ze stanowczością o tożsamości przyczyny wywołującej te dwie sprawy, wprawdzie wiele przedstawiające podobieństwa, ale i nie małe różnice. Przyczyny ich muszą być jednak zbliżonej albo pokrewnej natury. Leichtenstern sądzi, że chodzi tu zapewne o odmiany tego samego gatunku pasorzyta. Drobnoustrój, powodujący zapalenie płuc (pneumokok?), może w pewnych warunkach ulegać pewnym modyfikacyjom, czyniącym zeń nową odmianę, która w ustroju ludzkim wywołuje już nie zapalenie płuc, ale zapalenie opon mózgowych. Jeżeli przemiana ta, to przekształcenie, nie nastąpiło całkowicie, w takim razie niezupełnie zmieniony pasorzyt nie traci jeszcze zdolności wywoływania zapalenia płuc, podczas gdy już nabył możność wywoływania zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. Takie formy przejściowe mogą być źródłem epidemji zapalenia płuc i opon mózgo-rdzeniowych jednocześnie, w rodzaju spostrzeganych przez Grisolles'a, Immermann'a i Heller'a i Leichtenstern'a w Kolonji w 1893 r.

Ta zřęcznie pomysłana hipoteza znajduje do pewnego stopnia grunt w wyłaniających się w obecnej dobie poglądów w bakteriologii, według których ten sam rodzaj pasorzytów w różnych warunkach swego istnienia (przy różnych modyfikacyjach hodowli, przy zmienionej odporności ustroju, na który działa) daje różne przejawy swego życia.

W każdym razie ta najświeższa hipoteza w kwestyi etyologii m. c. sp. nie ma dotąd żadnych faktycznych podstaw, których należy jeszcze szukać i dostarczyć. Tak więc ostatecznie kwestyja przyczyny nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych

pozostaje nadal ciemną i oczekuje wyjaśnienia od systematycznych i ścisłych badań w czasie panowania epidemii tej choroby.

Obserwowane przez nas cztery przypadki zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, należące do epidemii, której istnienie w ubiegłym roku w Warszawie wykazaliśmy na początku tej pracy, były następujące:

Nr. 1. Młoz. J. lat 23, przybył na salę 32 szp. Dz. Jezus 26 lutego 1893 r. Choroba rozpoczęła się przed 6 dniami dreszczami, bólem głowy, łamaniem w krzyżu i w plecach. Następnie przyłączyły się wymioty, sztywność i bolesność w karku. Chory dobrej budowy i odżywiania. Ciepłota ciała 39,2 T. 66. Odd. 20. Chory od czasu do czasu zgrzyta zębami, a po twarzy przebiegają skurcze. Herpes labialis. Narządy wewnętrne zmian wybitnych nie przedstawiają. Śledziona na IX ż. nie wyczuwa się. Znaczna nadczułość mięśni kończyn.

28 lutego 38,4—39,1. W nocy bredził, w dzień przytomny; wymioty; w moczu białko, pod drobnowidzem ciała krwi.

1 marca 39,1—39,6 T. 50. Bredzi; bolesność mięśni mniejsza, sztywność karku.

Od 2—8 marca stan mniej więcej ten sam; nieprzytomność. Bolesność przy naciskaniu kolumny i mięśni kończyn. Szczególnie na plexus cervicalis. Stan gorączkowy około 39° C.

9 marca nagły spadek ciepłoty do normy wśród potów. Sztywność i wyprężenie w tył karku, jak i bolesność kończyn utrzymywała się dni kilka. Zdrowienie powolne, wypis 18 marca.

Leczenie polegało na wcieraniu szaruchy w głowę i w kolumnę, lodowych okładach, KJ do wewnątrz.

Nr. 2. Lel. Ludwik, lat 23, malarz, przybył 13-go kwietnia 1893 r. Skarży się na ból głowy, bóle w łydkach i innych mięśniach. Dreszcze, nudności i wymioty. Choroba trwa od dni kilku. Stan gorączkowy 39,9, T. 78. Odd. 30. Badanie oprócz podniesienia śledziony do VIII żebra zmian w narządach wewnętrznych nie wykazuje. Znaczna bolesność mięśni kończyn, jakby wzdłuż nerwów. Wrażliwość przy naciskaniu na kolumnę kręgową. Ból głowy.

16—17. Contractura nuchae; ogólna nadczułość mięśni, ból głowy. Zwężenie źrenic. Ciepłota 40,1—40,5.

Od 20. Zniżka ciepłoty, ustąpienie sztywności karku; wrażli-

wość mięśni kończyn utrzymuje się długo. Zdrowienie bardzo powolne, tak, że chory, jeszcze mocno słaby, wypisuje się dopiero 16 maja.

Nr. 3. J. Seweryn, lat 50, stolarz, przybył 22 kwietnia; zachorował nagle przed 6 dniami: ból głowy, dreszcze, brak apetytu. Chodził jednak do ostatka. Mężczyzna silnej budowy. T. 90 dwubitne, ciepłota 39,6. Narządy wewnętrzne zmian wyraźnych nie przedstawiały. Sztywność karku.

25 kwietnia przy stałej gorączce 40,2—40,6, zajęcie przytomności T. 120. Odd. 40. Stolce pod siebie.

26. Zupełnie nieprzytomny, ogólna nadezłość skóry i mięśni; członki przykurczone, mięśnie w pół napięte. Kark mocno sztywny, bolesny. Żrenice zwężone jednakowo. W moczu białko, ciążka czerwone krwi, szkliste wałeczki.

27. Śmierć wśród tych samych objawów.

Badanie zwłok dokonane przez prof. Brodowskiego i kol. Dmochowskiego wykazało silne przekrwienie opon mózgowych z lekkim obrzękiem mózgu. Zmętnienie miąższowe nerek i nieznaczne powiększenie śledziony.

Nr. 4. Kos. Stan., dorożkarz, wieku lat 30, przybył na salę 32 szpitala Dz. Jezus 30 kwietnia 1893 r.

Chory w stanie pobudzenia, o twarzy pałającej, mówi wiele, odpowiedzi śpieszne, niejasno określone. Skarży się na ból głowy, kaszle, zaparcie stolca. Zachorował nagle: dreszcze, gorączka, osłabienie ogólne zmusiło go do leżenia w łóżku. Mężczyzna dobrej budowy i dobrze odżywiany; skóra rozgrzana (38,4, t. 92), na plecach ślady świeżych ciętych baniek, ślady świeżych pijawek za uszami.

Badanie nie wykazuje zmian w narządach klatki piersiowej ani jamy brzusznej. Mięśnie na dotyk bolesne; odruchy skórne i ścięgniste pobudzone; sztywność karku wyraźna.

Następnego dnia (1 maja) po burzliwej nocy okres śpiączki. Tętno 120, oddech 48, w płucach mnóstwo obrzękowych rzeżeń, tony serca niesłyszalne. Twarz pała, powieki zacisnięte, żrenice zwężone jednakowo, bez odczynu na światło; kark mocno wyprężony, głowa przegięta w tył; kolana przykurczone, mięśnie napięte. W moczu wypuszczonym cewnikiem ślady krwi i białka.

2 maja trismus, utrudnione łykanie, stolce mimowolne. Odruchy mniej żywe.

3 maja—porażenie połowiczne prawostronne, pod wieczór śmierć.

Badanie zwłok wykazało: meningitis suppurativa convexitatis

et ventriculorum. Śledziona nieco zaledwie powiększona, nerki w stanie mięsżowego zmętnienia; w płucach objawy zastoju ¹⁾).

W przypadku tym przedsiębrane było badanie bakteryjologiczne krwi (1-go maja) i ropy z opon. Z 4-ch epruwetek, w których posiana była na agarze glicerynowym krew, dwie pozostały bez rozwoju, w jednej rozwinęły się koki, układające się w gronka, barwy białej — *Staphylococcus albus*. W drugiej wyhodowano diplokoki, barwiące się metodą Grama; w preparatach, na które podziałano kw. octowym, można było odróżniać otoczki.

Hodowlę tę, rozprowadzoną w buljonie, zastrzyknięto królikowi pod skórę; zwierzę pozostało przy życiu; na miejscu nie otrzymano żadnego odczynu.

W jednej epruwetce, w której szczepiono ropę z mózgu, rozwinęły się diplokoki nie jednakowej wielkości.

Rozpoznanie nagminnego zapalenia opon mózgowych w powyższych przypadkach mogłoby, zwłaszcza w dwóch pierwszych, nasuwać pewne wątpliwości, gdyby nie ich występowanie jeden za drugim, z coraz to wybitniejszym zarysowywaniem się objawów choroby.

W trzecim wprawdzie zmiany anatomiczne nie licowały na oko z klinicznym rozpoznaniem; podobny stan opon opisywano jednak w gwałtownie przebiegających przypadkach nagminnego zapalenia opon (piorunujące), gdzie śmierć następuje w pierwszym okresie — przekrwienia, zanim dojdzie do zebrania się ropy. Możliwy tu na chwilę pomyśleć o opisanej niedawno przez Quincke'go (*Volkmanns Smlg. Kl. Vortr. 67. 1893*) meningitis serosa, o jej mianowicie ostrej odmianie. Postać ta jednak nie ma dostatecznie wyróżniających cech, aby ją za osobną formę chorobową uważać. Jest to zapalenie surowicze, o przebiegu łagodnym, kończącym się pomyślnie, podczas więc nagminnie panującego zapalenia opon mózgowych będzie zawsze brane za poronną tegoż postać.

Wreszcie w 4-m przypadku mamy całkowity, typowy obraz zmian klinicznych i anatomo-patologicznych.

Badaniu bakteryjologicznemu dokonanemu w tym przypadku nie możemy przypisać żadnego znaczenia. Miało ono stanowić wstęp do szeregu podobnych badań — zamiarowi temu przeszkodził jednak brak dalszego materiału wskutek wygaśnięcia epidemii.

¹⁾ Dwa pierwsze przypadki obserwowałem na oddziale kol. Chelchowskiego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija, Medycyna wewnętrzna i Farmakologija.

50. Dr. R. JAKSCH. O składzie chemicznym krwi zdrowych i chorych ludzi. (*Ueber die Zusammensetzung des Blutes gesunder und kranker Menschen. Zeitschrift für Klin. Med. T. 23*).

Autor zajął się badaniem krwi ludzi zdrowych i chorych, przeważnie takich, u których a priori poważnych zmian we krwi spodziewać się można. Uwaga głównie zwróconą została na określanie białka we krwi, wziętej in toto ze wszystkimi jej częściami składowymi (razem 220 analiz), określano jednak także zawartość białka w surowicy krwi (100 analiz), zawartość wody we krwi (82 analizy), liczbę czerwonych ciałek (89 obliczeń), białych ciałek (87), i w końcu zawartość hemoglobiny (85).

Wyniki 6-u badań krwi u zdrowych są następujące: przeciętna ilość białka we krwi u osobników dorosłych wynosiła 22,6 grm. na 100 grm. krwi (białko określano przez oznaczenie azotu, za współczynnik przyjęto 6,25, przeciętna zawartość białka w surowicy wynosiła 8,86 grm. na 100 grm. surowicy, liczba czerwonych i białych ciałek nie różniła się od znanych powszechnie cyfr, przeciętna zawartość wody oznaczono na 77,33⁰/₀, ilość części stałych wahała się pomiędzy liczbami 19,50—22,66. Przyjąwszy liczby powyższe za normalne porównywa autor z niemi dane, otrzymane z badań krwi u chorych i wyprowadza odpowiednie wnioski.

W 11-tu przypadkach badano krew u suchotników z chorobami nerwowymi i wyprowadzono wniosek, że choroby nerwowe nie pociągają za sobą znaczniejszych zmian w głównych składnikach krwi, a, co najważniejsza, w ogólnej zawartości białka. Dalej badał autor krew w 6-u przypadkach otrucia (4—fosforem, 1—tlenkiem węgla, 1—nitrolobenzolem) i dochodzi do wniosku idetycznego z poprzednim. Z 10-u badań krwi chorych na moczówkę cukrową wypadło, że zawartość białka w przypadkach nieskomplikowanych trzyma się granic normalnych, dalej że zawartość wody w ciężkich przypadkach bywa znacznie zmniejszoną, a części stałych zwiększoną. Choroby ostre, a badano krew u chorych na zapalenie płuc (7), na tyfus (6), na zapalenie opon mózgo-rdzeniowych (1), na żółtaczkę gorączkową (1), Icterus febrilis) i na zapalenie wielostawowe (1) (Polyarthritis), wpływają, pisze autor, w nieznacznym stopniu na zmniejszenie białka w obiegającej krwi i na zwiększenie w niej zawartości wody.

Tyfus ma jednak stanowić wyjątek, gdyż we wszystkich przypadkach znajdowano znaczne zwiększenie zawartości wody, a w ciężkich przypadkach bardzo znaczne zmniejszenie zawartości białka. Zawartość białka w surowicy w 8 z 19 badanych przypadków była prawidłową, a niekiedy przewyższała nawet normę. W cierpieniach wątroby badano krew tylko w czterech przypadkach i dla tego nie ośmiela się autor wyprowadzać pewnych wniosków, w każdym jednak razie rezultat badań wskazuje na to, że w zapaleniu wątroby znajdujemy mniejszą aniżeli normalnie ilość białka we krwi i większą zawartość wody (Hypalbuminämie i Hydrämie).

Badanie krwi u chorych z wadami serca i zmianami w naczyniach pozwoliło autorowi dojść do wniosku, że ilość białka we krwi przy istniejącym obrzęku bywa zmniejszoną, chociaż za zasadę przyjąć tego nie można, zdarzały się bowiem przypadki wad serca z obrzękami, ilość atoli białka była normalną. Nieskomplikowane obrzękami wady serca nie wpływają na zmniejszenie ilości białka we krwi. Zawartość białka w surowicy w wadach serca określaną była dwa razy: raz w przypadku wady serca skompensowanej i okazała się normalną, drugi raz w przypadku tętniaka aorty; ilość białka przewyższała normę. Zawartość wody we krwi w przytoczonych dwóch przypadkach była mniej więcej normalną.

Choroby płuc (8 przypadków), o ile nieliczny materiał pozwala na wyprowadzenie pewnych wniosków, mówi autor, powodują nieznaczne zmniejszenie ilości białka we krwi i nieznaczne zwiększenie zawartości wody. Badania krwi u chorych z cierpieniami nerek (9) nie pozwoliły na wyprowadzenie pewnych wniosków z powodu ogromnych wahań w ilościach białka w przypadkach typowych i zupełnie analogicznych, wskazują natomiast na to, że obrzęki nie idą w parze z rozwodnieniem krwi (Hydrämia), fakt na który zwracał już autor uwagę w wadach serca, dalej, że ilość białka w surowicy w cierpieniach nerek bywa zmniejszoną; w niektórych przypadkach konstatował autor znaczne zmniejszenie ilości białych ciałek i, наконец, zauważył, że w badanych przypadkach zawartość hemoglobiny nie była równoległą, jak zwykle, do czerwonych ciałek. Ostatnie z wyliczonych badań, były nad chorymi z niedokrewnością. Z niedokrewności pierwotnych krew badaną była przy białaczce (2 przypadki), niedokrewności złośliwej (3), blednicy (2), i we wtórnych (11); rezultat wszystkich badań zgodny, a mianowicie, że ilość białka i części stałych we krwi jest zmniejszoną, zawartość natomiast wody zwiększa się zasadniczo, do tego stopnia, że zamiast normalnego stosunku białka do wody, jak 0,29 : 1, otrzymano stosunek 0,09 : 1. Przytem zwrócił autor uwagę na fakt, że wahania w ilościach białka surowicy względnie do wahań tegoż we krwi, wziętej in toto we wspomnianych stanach choro-

bowych, są bardzo nieznaczne, z czego wyprowadza wniosek, że białko surowicy w znacznie mniejszym stopniu podlega zmianom, aniżeli białko we krwi, a wyjątek stanowią tylko cierpienia nerek.

Zestawiwszy rezultaty badań we wszystkich wyżej przytoczonych stanach chorobowych, wskazuje autor na moczówkę cukrową, tyfus i niedokrewność jako na choroby, wywołujące znaczne zmiany we krwi, przyczem zmiany te charakteryzują się zwiększeniem ilości wody i zmniejszeniem białka we krwi. W końcu przytacza swe własne przekonanie o niedokrewności, będąc tego zdania, że za niedokrewność w najszerszem znaczeniu tego słowa wszystkie te sprawy uważać należy, w których ilość białka we krwi się obniża, a zawartość wody zwiększa.

Świeżyński.

51. Dr. M. BURCHARDT (Berlin). **Spostrzeżenia nad zjawianiem się lasecznika grypowego Pfeiffra.** (*Beobachtungen über das Vorkommen des Pfeiffer'schen Influenzabacillus*). Berl. Klinisch. Woch. 2. 1894.

Autor korzystając z epidemii grypy, która w jesieni w Berlinie grasowała, przeprowadził szereg badań w miejskim szpitalu am Urban nad płwociną chorych, zwracając główną uwagę na obecność swoistych drobnoustrojów. Własności płwociny ulegają najrozmaitszym zmianom stosownie do stadium choroby, oraz zmian anatomo-patologicznych. W znakomitej większości przypadków płwocina ma wygląd śluzowo-ropny; czysto ropna płwocina miewa zazwyczaj barwę żółto-zieloną, płwocina rdzawa spotyka się w grypie rzadko, nawet przy powikłaniu zapaleniem płuc, bywa ona mętną, zawiera mało czerwonych ciałek krwi, natomiast więcej okrągłych komórek (Rundzellen).

Do badania używać trzeba wyłącznie płwociny świeżej, z której robi się cienkie preparaty na szkiełkach pokrywkowych. Preparaty te barwić trzeba rozcieńczonym płynem Ziehl'a, poczem zmyć wodą lub też odbarwić wodą lekko zakwaszoną kwasem octowym.

Autor badał płwocinę u 50 chorych na grype (forma płucna), z tych u 35 udało mu się wykazać laseczniki Pfeiffra. Z pomienionych 35 przypadków w 18 były objawy zapalenia oskrzeli (bronchitis), w 17 zapalenia płuc (bronchopneumonia). Laseczniki grypy znajdowano w płwocinie bądź wraz z innymi drobnoustrojami, bądź też w tak przeważającej liczbie, jak w czystych hodowlach; leżą one bądź swobodnie rozsiane, bądź też wewnątrz komórek lub pasemek śluzu, niekiedy układają się w kolumny, tworząc bardzo charakterystyczne obrazy. W płwocinie rdzawej spotykał zwykle autor równocześnie i diplokokki. Laseczniki grypy przez długi przeciąg czasu dają się wykazywać w płwoci-

nie, w jednym przypadku jeszcze w 28 dniu choroby występowały w czystych hodowlach.

Laseczniki Pfeiffra wyróżniają się przez swoją małość, przy barwieniu końce barwią się mocniej aniżeli środek, wskutek czego można się pomylić i przyjąć je za diplokokki. Niekiedy zabarwienie bywa jednostajne, końce laseczników bywają czasem zaostrome lub też zaokrąglone.

Otrzymanie czystych hodowli lasecznika grypy przedstawia pewną trudność nawet dla wytrawnych bakterjologów, chociaż Pfeiffer dokładnie metodę swą opisał. Autor trzymając się ściśle wskazówek Pfeiffra otrzymywał zwykle dobre wyniki. W 15 przypadkach przygotowywał hodowle i raz jeden tylko miał wynik ujemny.

Wspominaliśmy już wyżej, że autor w 35 przypadkach grypy wykazał obecność lasecznika Pfeiffra, w pozostałych przypadkach drobnoustroje wykrytymi nie zostały. Być może, że zależało to od niedość starannego badania płwociny, lub też od tego, że po przejściu acme choroby laseczniki z trudnością wynaleść się dają.

We krwi chorych na grypę autor laseczników nie znajdował, do tegoż wniosku doszedł i Pfeiffer. Ciężkie objawy ogólne, spostrzegane u chorych na influencję, stawia autor w zależności nie od samych drobnoustrojów, lecz od wchłaniania wytwarzanych przez nie toksynów.

H. Kucharzewski.

52. Dr. ALBERT ALBU. **O sposobie otrzymywania toksyn z moczu w chorobach zakaźnych.** (*Ueber die Darstellung von Toxinen aus dem Harn bei akuten Infektionskrankheiten*). (Berliner Klin. Woch. Nr. 1, 1894 r.).

Autorowie francuzcy, na czele ich Bouchard, pierwsi zwrócili baczniejszą uwagę na trujące własności moczu. Poszukiwania Bouchard'a, Lepin'a, Stadthegen'a i innych wykazały, że jadowitość ta moczem przeważnie uwarunkowaną jest przez sole potasowe. Badania Pouchet'a, samego Bouchard'a, Lepina, Guerin'a i Villiers'a wykazały, że w części jadowitość ta także jest uwarunkowaną przez znajdujące się w moczu ciała organiczne, które pod względem chemicznym należą do alkaloidów. Mocz patologiczny jest więcej trujący, niż normalny. Pierwszy Selmi wykazał obecność ciał zasadowych w moczu patologicznym i nazwał ich „pathomainami“. Poszukiwanie dalsze wielu innych autorów, którzy się posiłkowali bądź metodą Stas-Otto, bądź Briegera, również wykazały obecność w moczu patologicznym ciał podobnych do alkaloidów. W ostatnich czasach Griffiths, posiłkując się własną metodą otrzymał ptomainy w stanie krystalicznym z moczu chorych na szkarlatynę, dyfteryt, zapalenie płuc, odrę, koklusz, dysenteryję, padaczkę. Griffiths podaje charakterystykę tych ciał, wielu z nich skład chemiczny; jadowitość tych ciał określał na

zwierzętach; ponieważ w moczu normalnym tych ciał nie znajdował, uważa więc je jako specyficzny produkt chorobowy.

Autor, posilkując się metodą Stas-Otto, badał moczu 29 chorych i 2-ch zdrowych ludzi. Badania wykonał w odrze 2 razy, w szkarlatynie 4 razy, w róży 4 razy, w tyfusie brzuszny 2 razy, w gorączce pługowej 1 raz, w gruźlicy płucnej z gorączką 2 razy.

Z 23 poszukiwań w 13 otrzymał wynik pozytywny t. j. ciała krystaliczne.

Na podstawie własnych badań autor sądzi, że nie jest do wiadomości, iż ciała te stanowią specyficzne produkty chorobowe, można tylko stanowczo powiedzieć, że przy chorobach zakaźnych w moczu wykryć się dają ciała, które pod względem chemicznym do zasadowych zaliczyć należy, że ciała te, prawdopodobnie, stanowią produkty wzmożonej podczas gorączki przemiany materii.

W tymże kierunku prowadził autor badania ze stolcami, wymiocinami i moczem chorych cholerycznych, nigdy jednak ciał krystalicznych nie otrzymał.

J. Bączkiewicz.

53. C. A. EWALD i J. JACOBSON. **Ciała podobne do ptomain w moczu w przewlekłych sprawach chorobowych.** *Ueber ptomainartige Körper im Harn bei chronischen Krankheitsprocessen.* (Berliner Klin. Woch. Nr. 2, 1894 r.).

Nauka o samozatruciu, dzięki licznym nowszym badaniom, znacznie wyjaśnioną i utrwaloną została. Już w normalnych warunkach powstają w organizmie, a przedewszystkiem w kanale pokarmowym ciała o trujących własnościach. W zaburzeniach w trawieniu niezależnie od tego powstają jeszcze ciała trujące, jako produkt anormalnej fermentacji, a także i gnicia ciał pod wpływem specyficznych bakterij. Liczne poszukiwania pozwoliły w mięsie gnijącym wykryć i wyosobnić wiele ciał zasadowych (diaminy) o wybitnych własnościach trujących (putrescyna, kadaweryna, neuridina, eholina, muscarina, mydalina, metylguanidina). W kanale pokarmowym żyjącego człowieka i zwierzęcia te alkaloidy się nie tworzą, spożyte jednak z gnijącymi produktami spożywcze mogą wywołać bardzo silne zatrucie całego organizmu.

Jako samozatrucie również uważać należy wpływ na organizm nasz ciał trujących, powstałych pod wpływem specyficznych chorobotwórczych bakterij, jak to wykazały badania Brieger'a.

Organizm posiada pewne środki samoobrony przeciw samozatruciu, a mianowicie: pewne ciała tworzą związki nietrujące jak np. fenole z siarczanami tworzą nietrujące sole kwasu etero-siarczanego; gazy szkodliwe zostają wydalone drogą płuc; pewna grupa ciał traci swą jadowitość, zawdzięczając specyficznej w tym względzie czynności wątroby, nakoniec inne ciała trujące

zostają drogą nerek wydalone z moczem. Ztąd też poczęści wy-
nikają trujące własności moczu. Jeżeli serce i nerki funkcjonują
dobrze, wówczas ochrona organizmu od samozatrucia głównie
zależy od czynności wątroby. W zaburzeniach w trawieniu jako
objaw samozatrucia często występują objawy nerwowego charak-
teru.

W przebiegu niektórych chorób chronicznych pod koniec
życia występują objawy mające cechy zatrucia organizmu. Z te-
go też powodu autorowie przedsięwzięli szereg badań moczu ta-
kich chorych w kierunku wykrycia toksyn—resp. ptomainów we-
dług metody Brieger'a. Poszukiwania dotyczyły trzech chorych
na raka żołądka, z tych w dwóch przypadkach otrzymano wy-
nik dodatni; jeden był przypadek mocznicy z wynikiem dodatnim;
jeden przypadek gruźlicy otrzewny z wynikiem ujemnym; jeden
przypadek neurozy traumatycznej i jeden neuritis multiplex z wy-
nikami ujemnymi, w końcu jeden przypadek Morbus Adisoni
z wynikiem dodatnim.

Otrzymane w postaci soli ciała autorowie nazywają podob-
nymi do ptomainów (ptomainartige). Wobec trudności i zmudy
w tego rodzaju poszukiwaniach Ewald zastrzega sobie głos na-
dal w pomienionej kwestyi.

J. Bączkiewicz.

54. Dr. R. HOTTINGER. **Ilościowe oznaczanie ropy w moczu.**
(*Centralblatt für die Medicin. Wissenschaften 1893, Nr. 15*).

Zazwyczaj sądzimy o ilości ropy w moczu po warstwie
osadu, opadającego po kilkagodzinnem odstaniu się moczu; bierze-
my tu również pod uwagę badanie drobnowidzowe osadu. Dla do-
kładniejszego określenia zawartości ropy w moczu, t. j. dla ilo-
ściowego oznaczenia ciałek ropnych, Hottinger użył po raz pierw-
szy aparatu Thoma-Zeiss'a, stosowanego, jak wiadomo, do licze-
nia czerwonych krążków krwi. Mocz badał w następujących
cierpieniach: pyelo-cystitis, cystitis gonorrhoeica, cystitis tuberculosa,
cystitis calculosa, cystitis przy nowotworach i t. d. Do badania
używał przeważnie moczu świeżo wypuszczonego bez rozcień-
czenia, lub rozcieńczony wodnym 3% roztworem soli kuchennej.
Rozcieńczenia używał w przypadkach, gdy ilość ciałek ropnych,
zawartych w sześciennym milimetrze moczu, przenosiła 40,000.

Ogólna ilość ciałek ropnych, zawartych w jednym sześciennym
milimetrze moczu w zapaleniach pęcherza waha się w gra-
nicach 1400—152000; ostatnią liczbę znajdował autor przy ra-
ku pęcherza. Jeżeli przyjmemy, że w jednym sześciennym
milimetrze krwi zdrowego człowieka znajduje się 5000—10000
białych ciałek, dalej jeżeli przyjmemy ogólną zawartość krwi do-
rosłego człowieka na 5 litrów, to dojdziemy do liczby 25—50
miliardów, wskazującej nam ogólną zawartość białych ciałek, za-
wierających się we krwi zdrowego, dorosłego człowieka.

Gdy zestawimy te liczby z liczbami, otrzymanymi po wy-

liczeniu całkowitej ilości ciałek ropnych, występujących w moczu w ciągu doby (w doświadczeniach autor przyjmował dobowe ilości moczu tylko na 1 litr), a liczby te wynoszą 10—40 miliardów, a nawet jak w przypadku raka pęcherza 152 miliardy, to dojdziemy do przekonania, że z moczem już w ciągu doby może się więcej wydzielić ciałek ropnych, aniżeli się ich we krwi normalnie znajduje.

Zważywszy wszystko wyżej powiedziane musimy dojść do przekonania, że nie wszystkie ciała ropne, występujące w zapaleniach pęcherza, w moczu możemy uważać jako białe ciała krwi.

H. badając jednocześnie i krew chorych w zapaleniu pęcherza, znajdował w niej również powiększenie ilości białych ciałek.

Przy odstawaniu się moczu nie wszystkie ciała ropne opadają na dno naczyń; wielka ich ilość pozostaje w górnych warstwach moczu. Jeżeli zamiast odstawania użyć centryfugi to i w tym przypadku nie można wydzielić wszystkich ciałek ropnych z moczu; wydziela się tutaj od 22—83% zawartości ropy; sposób ten jednak znacznie przyspiesza wydzielenie części ropy z moczu, im zawartość ropy w moczu jest większą, tem większa jej ilość osadza się przy użyciu centryfugi.

Peryjodyczne liczenie ciałek ropnych w moczu poleca jako środek, służący do rozpoznawania przebiegu zapalenia pęcherza, i rokowanie w tem nieraz uporczywym cierpieniu.

Wł. Kopytowski.

55. KOPPERS. Przyczynek do działania trionalu. (*Internationale klinische Rundschau* 1893, N. 23, 24).

Autor, po zrobieniu krótkiego przeglądu dotychczasowej literatury, tyczącej się trionalu, z której okazuje się, że tenże jest doskonałym lekiem nasennym, zachęcającym do dalszych prób, podaje wyniki przez się otrzymane. Na mocy szeregu przypadków, w których stosował autor trional (12 podanych w pracy), przychodzi on do przekonania, że lek ten, obok wybitnego działania nasennego, jest wcale dobrym środkiem przeciwpotnym. Podawany podobnie jak sulfonal w dawce 0,50 na noc u suchotników i innych chorych, silnie się w nocy pocących, znosi póły w większości przypadków.

Co się tyczy działania nasennego trionalu, to przy zwyczajnej bezsenności—agripnia nervosa—w większości przypadków 1 gram trionalu wystarcza dla wywołania dobrego głębokiego snu, trwającego przez całą noc. Przy silniejszych stanach pobudzenia u chorych umysłowych, wymagana jest większa dawka 1,50 do 2 gramów. Przekroczenie dawki dwugramowej nigdy prawie podług doświadczenia autora nie okazuje się potrzebnem. W przypadkach, w których bezsenność jest następstwem bólów.

trional często zawodzi. Autor przeto zgodnie z innymi twierdzi, że trional jest przeważnie lekiem nasennym, mało zaś kojącym.

Działanie nasenne trionalu występuje bardzo szybko, w kwadrans, średnio w pół godziny, gdy po sulfonalu sen następuje bardzo późno, nieraz po kilku godzinach. To też najlepiej podawać trional bezpośrednio przed udaniem się do snu w ciepłym napoju—mleku, herbacie lub podobnym.

Działanie nasenne trionalu, zależy od bezpośredniego działania leku na substancję korową mózgu, na co wskazują objawy, występujące niekiedy po obudzeniu się, jak ciśnienie w głowie, senność, zmęczenie, wrażliwość na nerwy i nadczułość skóry; bólu głowy autor nigdy nie stwierdził. Wszystkie te jednak przypadłości są po dawce 1,0—1,50 bardzo nieznaczne i bywają przez chorych znoszone; znikają one po przyjęciu śniadania. Cięższych przypadłości: szumu w uszach, zawrotów, wymiotów i t. p., jako to bywa po sulfonalu, autor nie spostrzegł.

Zmian w oddechaniu, jako też zaburzeń w trawieniu, autor nie widział.

Na czynność serca i krążenie wywiera trional wyraźny wpływ. Zmniejsza on ciśnienie krwi i ilość tętna (5 do 10 uderzeń mniej). W jednym przypadku wady serca, po 1 gramowej dawce zauważył autor szkodliwe działanie i z tego powodu zaleca ostrożność u chorych na serce.

W ogólności w trionalu posiadamy środek, który przez swe szybkie i pewne działanie nasenne musi być zaliczony do pierwszego rzędu leków nasennych i który zarazem w mniejszych dawkach posiada dosyć pewne działanie przeciwopne.

T. Arnstein.

56. H. HEBRA. **O działaniu tiozinaminy i allilsulfokarbamidu.** (*Monstshefte für praktische Dermatologie. Nr. 7—9. 1893*).

Tiozinaminą ($\text{CS} \begin{matrix} \text{NH.C}_3\text{H}_5 \\ \text{NH}_2 \end{matrix}$) autor leczył wilka zwyczajnego, chroniczne obrzęki gruczołów chłonnych u zołzowatych i przykurczenia, spowodowane bliznami.

Do wstrzykiwań, robionych szprycą Prawatz'a, był brany roztwór tego związku 15^o/_o, wstrzykiwano z początku 2 do 3 przedziałek, dwa razy tygodniowo (t. j. 0,030 do 0,045 tiozinaminy). Dawki stopniowo zwiększano, tak, że w 3-m tygodniu dochodzono do 0,15 (połowa szprycki) na tej wysokości zatrzymywano się dopóty, dopóki występował odczyn, powtarzający się zazwyczaj w ciągu 2 do 3 miesięcy.

Po dokonaniem wstrzyknięciu, najczęściej po upływie dwóch godzin okolica, zajęta sprawą chorobową, zaczyna czerwienić się i ulega obrzękowi, naskórek zaś miejscami pęka. Odczyn taki istnieje 4 do 9 godzin i stopniowo znika. Chorzy czują miejscowe palenie i napięcie skóry, wszystko to wkrótce powraca do

stanu prawidłowego. Następnich dni spostrzegać się daje powierzchowne oddzielenie tkanek zmienionych chorobowo. Ilość moczu zmniejsza się o 200 do 500 c. sz., nienormalnych części składowych nie napotymano w niej. Łaknienie zwiększa się; wstrzykiwania w ogóle znoszą się dobrze.

Na podstawie tych spostrzeżeń autor wyprowadza następujące wnioski: Tiozinamina wywołuje odczyn miejscowy, działając wyłącznie na tkanki zmienione patologicznie, przede wszystkim przez wilka. Wytwory tego ostatniego już po kilku wstrzykiwaniach zaczynają zmieniać się; nacieki wsysają się, oddzielnie stojące guziczki robią się więcej płaskimi i blednieją; owrzodzenia oczyszczają się, brzegi ich robią się więcej płaskie i stopniowo pokrywają się blizną. Trudniej znikają płaskie, żółtawe grudki wilka rozsiane oddzielnie. Blizny stają się miękkimi i ruchołymi, a skutkiem tego znikają przykurczenia. Gruczoły chłonne szybko zmniejszają, zmętnienia rogówki prześwietlają się.

Autor ostrzega przed wstrzykiwaniami tiozinaminy osobom z cieżeniami płuc i gorączkującym.

J. Wojciechowski.

II. Choroby nerwowe.

57. MENDEL. (Berlin). **Padaczka późna.** (*Epilepsia tarda. Deut. Med. Woch. N. 45. 1893.*)

Powszechnie wiadomo, iż padaczka jest chorobą, która występuje w dwóch pierwszych dziesiątkach życia. Niejednokrotnie jednakże wspominają autorzy o przypadkach padaczki u ludzi po 20 roku życia, a nawet i u ludzi starych. Autor, korzystając ze swego bogatego materiału klinicznego, rozbiiera w swym artykule dane, które zebrał o epilepsia tarda.

Przedewszystkiem rozstrzyga pytanie, w jakim wieku występującą po raz pierwszy padaczkę za późną uważać należy. Do rozwiązania tej trudnej kwestyi używa statystyki 804 przypadków padaczki, które sam obserwował. Z tablicy, którą autor przedstawił, widać, że liczba przypadków padaczki po 40 latach znakomicie się zmniejsza. Na 904 przypadków, 53 przypada po 40 latach, zatem 5,8%. Wobec tego Mendel te przypadki zalicza do epilepsia tarda, w których pierwszy napad po 40 roku życia wystąpił.

Następnie zajmuje się autor cechami odrębnymi tego cierpienia pod względem etiologicznym, patologicznym i leczniczym. Co do płci epileptyków, zdania są podzielone, autor wraz z Bennett'em i Gowers'em utrzymuje, że płeć męzka przeważa. Mówiąc o przyczynach padaczki późnej, zatrzymuje się przede wszystkim na dziedziczności. Niektórzy autorzy, pomiędzy nimi

i Nothnagel, odmawiają wpływowi dziedzicznemu wszelkiego znaczenia w powstawaniu epilepsia tarda. Nothnagel powiada, że jeżeli osobnik dziedzicznie obciążony do lat 20 nie zachorował, to może być pewien, że padaczka go oszczędzi. Natomiast nie wykreślają Féré, Delanif i autor dziedziczności z szeregu przyczyn epilepsiae tardae.

Czwarta część przypadków, spostrzeganych przez autora, odnosi się do osobników dziedzicznie obciążonych.

Co do innych przyczyn, wywołujących padaczkę późną, to są one mniej więcej te same, co i dla padaczki w ogólności. Przymiot wyklucza autor z przyczyn padaczki późnej; epilepsyję na tle przymiotowym powstałą, uważa za cierpienie odrębne, różniące się pod względem klinicznym od padaczki zwykłej (epilepsia genuina).

Kliniczny obraz padaczki późnej jest mniej więcej ten sam co i padaczki wczesnej. Niektóre jednakże przypadki epilepsiae tardae przebiegają najrozmaiciej. I tak, w jednym szeregu przypadków, pierwsze napady padaczkowe poprzedzane były wieloletnimi dolegliwościami żołądkowymi, w innych znowu przypadkach poprzedzały choroby serca, bądź bez zmian organicznych, bądź ze zmianami. Bywają niekiedy i takie przypadki, gdzie przy wywiadach dowiedzieć się można, że pacjent, mając lat kilka, miał jeden lub też dwa napady padaczkowe, które przez długi szereg lat, aż do wystąpienia epilepsia tarda, zupełnie się nie powtarzały. Podobnych przypadków widział autor trzy.

Napady nocne w przebiegu padaczki późnej bywają dosyć częste, w niektórych przypadkach napady występują nawet jedynie w nocy. Stany epileptoidne spostrzegał autor dość często w padaczce późnej. Sfera intelektualna, oraz pamięć mniej cierpi przy padaczce późnej, aniżeli przy wczesnej. Nauczyciele, urzędnicy, kupcy, dotknięci padaczką późną, mogą bez przeszkody oddawać się swym zajęciom, pomimo częstych napadów. Pochodzi to prawdopodobnie ztąd, że napady padaczkowe więcej szkodzą odżywianiu młodego, rozwijającego się mózgu, aniżeli mózgowi zupełnie już rozwiniętemu. Co do rokowania w epilepsia tarda, to jest ono to samo, co w epilepsii wczesnej: wyzdrowienia należą do rzadkości. O leczeniu tej formy padaczki nic nowego autor nie podaje. Na zakończenie streszcza autor swą pracę w następujących punktach:

1-0. Przypadki padaczki, występujące po 40 roku życia, uważać trzeba za padaczkę późną (epilepsia tarda).

2-0. Padaczka późna występuje częściej u mężczyzn, niż u kobiet.

3-0. Dziedziczność odgrywa w padaczce późnej dość wybitną rolę.

4-0. Przebieg padaczki późnej bywa zwykle łagodniejszy i nie tak postępujący, jak w padaczce wczesnej.

5-o. Czynności umysłowe chorego mniej bywają upośledzone w późnej postaci padaczki.

H. Kucharzewski.

58. HAMMOND. **O ile wczesne rozpoznanie i leczenie może powstrzymać rozwój padaczki.** (*Internationale klinische Rundschau. Nr. 25—26. 1893*).

Wczesne rozpoznanie padaczki, szczególnie w wieku dziecięcym, ma niezmiernie ważne znaczenie, gdyż najslabsze nawet napady przynoszą znaczną szkodę narządowi nerwowemu dziecka i jeżeli choroba nie zostanie powstrzymana w rozwoju, psychiczny i intelektualny rozwój dziecka zostaje opóźnionym i odbija się na późniejszym życiu.

Podług Gowers'a w ósmej części wszystkich przypadków padaczki początek napadów przypada na pierwsze 3 lata życia. Podług doświadczenia autora liczba ta okaże się za niską, jeśli się uwzględni, że wielu dorosłych, u których pierwszy napad padaczki przypadł jakoby w okresie dojrzałości płciowej lub nawet później podaje, że już w dzieciństwie mieli raz lub dwa razy drgawki. Przypadki te muszą być, zdaniem autora, podciągnięte pod padaczkę dziecięcą. Autor sądzi, że drgawki w wieku dziecięcym są często początkiem padaczki, która się w późniejszym wieku na nowo objawia.

Rozpoznanie padaczki u ssawców i starszych dzieci nie jest tak łatwym jak u dorosłych; najczęściej brak jest objawów charakteryzujących napad padaczkowy.

Najwykleszy objaw padaczki u dzieci polega, podług doświadczenia autora, na chwilowym w jedno miejsce utkwieniem spojrzeniu, lub równie krótkotrwałem przewróceniu oczu ku górze lub też zwykłej utracie przytomności, przyczem dziecko nagle chwyta się jakiego sprzętu, by się na niem oprzeć, lub też pada, a dotykając się ziemi w tej chwili powstaje. Częste padanie dziecka bez jasnej przyczyny musi zawsze wzbudzać podejrzenie na padaczkę i skłaniać do gruntownego zbadania dziecka.

Wpływ padaczki czy to w postaci „petit mal“, czy „grand mal“ na stan intelektualny dzieci jest bardzo zgubny. Do 7 lub 8 roku życia mózg zdrowego dziecka powiększa się i rozwija szybciej, aniżeli w późniejszych latach.

Powtarzające się napady drgawek padaczkowych (epileptiforme) wszelkiego rodzaju przeszkadzają wzrostowi mózgu i naturalnemu rozwojowi czynności duchowych, co się objawia z jednej strony słabem pojmowaniem rzeczy i ogólnem niedołęstwem umysłowym, a z drugiej w nieusprawiedliwionych niczem napadach gniewu i złości, w niedającym się niczem uzasadnić złem zachowaniu się dzieci i w skłonności do niechlujstwa. Często baczności rodziców uchodzą napady „petit mal“, zwracają oni tylko uwagę lekarza na to, że stan intelektualny dziecka nie jest

takim, jak innych dzieci w tym samym wieku, że niemają zdolności do nauk.

Inny ważny moment, który ma wielkie znaczenie pod względem wczesnego rozpoznania padaczki polega na tem, że idyopatyczna padaczka, która, podług autora, jest z początku cierpieniem czynnościowem i może być wyleczoną, ma skłonność do przejścia w cierpienie organiczne szczególnie w nierozwiniętym jeszcze mózgu dziecka.

Każdy napad sprowadza podrażnienie komórek mózgowych; powtarzające się napady prowadzić muszą do długotrwałego i zwiększonego podrażnienia, a w końcu do zmian w utkaniu komórek, a wtedy padaczka staje się chorobą organiczną. Im zatem wcześniej rozpozna się padaczkę u dzieci i im wcześniej się zastosuje odpowiednie leczenie, tem większe będą widoki na zupełne wyleczenie. W tak poważnem cierpieniu, w którem zachowanie w nienaruszonym stanie sił duchowych i fizycznych tak bardzo zależy od wczesnego rozpoznania i leczenia, obowiązkiem jest lekarza domowego należyte zwrócenie uwagi rodziców lub osób, którym powierzone jest wychowanie dzieci, jakoteż wtajemniczenie ich w objawy „petit mal“ u dzieci. Jestto szczególnie ważnem u dzieci rodziców neuropatycznych, których jedno lub drugie dziecko cierpiało na padaczkę, przymiot lub żolży, lub gdy w rodzinie zdarzały się psychozy.

Leczenie zapobiegawcze napadów padaczkowych jest tak ważne jak leczenie samych napadów. W tym względzie autor kładzie nacisk na cierpienie dziedziczne, jak przymiot, żolży, krzywicę, które przez swój wpływ upośledzający odżywianie i rozwój narządu nerwowego ośrodkowego są często wystarczającami bez udziału jakiegoś podrażnienia obwodowego do wywołania napadów padaczkowych. Autor jest przekonany, że wczesne i energiczne leczenie tych cierpień może je na tyle zmodyfikować, że szkodliwy ich wpływ na narząd nerwowy ośrodkowy może być do tego stopnia zmniejszony, że tem samem prawdopodobieństwo napadów padaczkowych zostaje zredukowane do minimum.

Drgawki skutkiem ząbkowania, niestrawności lub innego jakiegos podrażnienia narządu trawienia bywają często przez lekarza i rodziców lekceważone, szczególnie, gdy dziecko miało jeden lub dwa napady. Nie może być nic bardziej szkodliwego. Każdy napad drgawek sprowadza zmiany w ośrodkach nerwowych, sprzyja i ułatwia wystąpienie drugiego. Wprawdzie zdarza się, że drugi napad nie następuje bezpośrednio po pierwszym, lecz przeciwnie po wielu tygodniach i miesiącach, a za nim inne tak, że w końcu rozwija się padaczka. Z tego powodu z chwilą wystąpienia pierwszego napadu drgawkowego wszelkiego rodzaju, należy przystąpić do odpowiedniego leczenia. Napad padaczkowy choćby najlżejszy musi być zawsze uważany za rzecz poważną,

gdyż zwykle wskazuje na istnienie rozwiniętego usposobienia neuropatycznego i na prawdopodobieństwo powtarzania się napadów. To też do napadów drgawek wskutek żąbkowania, robaków, niestrawności, jako będących wyrazem usposobienia neuropatycznego lekarze winni przywiązywać więcej wagi i nie zadowalać się leczeniem, skierowanym ku usunięciu bezpośredniej przyczyny napadów, lecz starać się o usunięcie radykalne samego usposobienia neuropatycznego.

U dzieci, cierpiących na napady drgawek należy szczególnie dbać o rozwój ich cielesny, mniej o duchowy. Staranne i systematyczne ćwiczenie ciała, unikanie, szczególnie w pierwszych latach życia, dłuższego i cięższego umysłowego zajęcia już to w szkole już w domu, uregulowanie czasu snu, rozsądnie uregulowana dyeta, oto czynniki, które energicznie i przez wiele lat przestrzegane zostają uwieńczone pomyślnym skutkiem. Co się tyczy stosowania leków, to zawsze najskuteczniejszym tak samo jak u dorosłych okazuje się bromek potasu. *F. Arnstein.*

59. **HERHOLD. Przypadek połowicznego uszkodzenia** (Brown-Séquard'a) rdzenia kręgowego. (*Ueber einen Fall von Brown-Séquardscher Halbseitenverletzung des Rückenmarks. Deutsche Med. Woch. Nr. 1, 1894 r.*)

Przypadek odznacza się rzadką klasyczną typowością. 47-letni chory otrzymał w 1868 r. pchnięcie nożem w okolicę karku, następstwem bezpośrednim było porażenie kończyn i pęcherza, po 14 dniach mógł już poruszać rękami i oddawać mocz; po 3-tygodniach ruchy w kończynie dolnej lewej wróciły w zupełności, prawa zaś kończyna dolna do dziś jest osłabioną. W lecie 1893 roku na lewej podszewie wytworzył się ropień, z którego chory wy dobył igłę, nie zauważywszy bólu w chwili przeniknięcia igły pod skórę. Chory silnej budowy. Z prawej strony 6-go kr. szyjow. na 1 ctm. od proc. spinos 1 ctm. długa a $\frac{1}{2}$ ctm. szeroka krzyżowa blizna. Cała lewa kończyna dolna obrzmiała, a na podszewie w okolicy małego palca otwór (phlegmone). Prawa kończyna dolna chudsza i słabsza, niż lewa; powłóczy nią chodząc, chwieje się. stojąc z zamkniętymi oczami. Siła w obu górnych kończynach jednakowa. Pobudliwość faradyczna mięśni prawej kończyny dolnej osłabiona, pobudliwość galw. nerwów i mięśni na prawej kończynie górnej osłabiona, podczas zginania prawej kończyny dolnej napięcie mięśni. Odruch kolanowy i ścięgniste na końcu kończyny prawej strony wzmożone. Odruch podszewowy prawy i odruchy na cremaster i brzuszny po lewej stronie silniejsze. Ataxia w prawej kończynie dolnej, w górnej prawej kończynie brak ataksyi. Brak poczucia położenia prawego kończyny dolnej przy zamkniętych oczach. Pot mniej obfity na lewej kończynie dolnej. Anaesthesia całej kończyny dolnej lewej i połowy tułowia ograniczona linią środkową ciała, a u góry do 3-go żebra, ukłócia czuje rzadko, tępych dotknięć zupełnie nie czuje.

Na przestrzeni od górnego do dolnego brzegu 3-go żebra z prawej strony również nie czuje ukłóć, zresztą czucie po stronie prawej prawidłowe. Thermoanaestezja: na lewej kończynie dolnej ani zimna, ani ciepła nie odczuwa; na lewej połowie tułowia odczuwa tylko ciepło; utrata zdolności odróżniania ciężarów w lewej kończynie dolnej.

Po 25-u zatem latach od zranienia stwierdzić można typowy obraz Brown-Siquard'owskiego porażenia. Brakuje tylko wyraźniejszych zaburzeń naczynio-ruchowych po stronie porażonej (n. n. naczynio-ruchowe przebiegają w przednich pęczkach rdzenia nie skrzyżowane), lecz już Brown-Sequard podaje, że naczynia w początku porażone następnie się kurczą i ciepłota obniża się, Erb podaje także, że po dłuższym czasie strona znieczulona jest cieplejsza od porażonej. Odruchy brzuszny i na cremaster po stronie porażonej są słabsze, toż samo w przypadku Kiwer'a i Hoffmann'a.

Rdzeń musi być uszkodzony na wysokości 3-go kręgu grzbietowego choć blizna leży wyżej, ponieważ znieczulenie po stronie lewej sięga dokładnie do 3-go nerwu grzbietowego i na wysokości tegoż nerwu leży pasek znieczulenia po stronie prawej. Porażenie czasowe kończyn drugiej strony objaśnia się zapaleniem po zranieniu. Wzmoczenie odruchu ścięgnistego po stronie porażonej zależy od wtórnego zwyrodnienia pęczków bocznych.

Rzeczniowski.

60. TOULOUSE. **Zaburzenia umysłowe (psychozy) po influenzy i pogorączkowe.** (*Gazette des hopitaux* Nr. 61, 1893).

Ostatnie epidemie influenzy dostarczyły zakładom dla obłąkanych licznych elewów; wielu chorych na influenżę wpadło w obłąkanie. Liczne też w ostatnich latach pojawiły się prace, dotyczące związku influenzy z cierpieniami umysłowymi. Przegląd tych prac i wyniki tychże stanowią główny przedmiot referowanej pracy autora, z której wyjmujemy tylko to, co dla lekarza praktycznego ma znaczenie.

Jedną z najważniejszych w tym kierunku jest praca angielskiego lekarza Althaus'a. Autor ten zebrał 117 przypadków tak swoich jak i innych, szczególnie francuskich lekarzy, i na mocy tychże studjuje różne właściwości, tyżące się tak postaci jak i rozwoju obłąkania w następstwie influenzy, niemniej i niektórych innych chorób zakaźnych. Co czyni pracę autora wielce pouczającą, to zestawienie owych 117 przypadków z analogicznym zestawieniem około 350 przypadków psychoz, w następstwie gorączek wysypkowych, róży, gościca, zimnicy, duru, zapalenia płuc i cholery, zebranych przez Kraepelina, jakoteż 114 analogicznymi przypadkami podanymi przez M. Christian'a ¹⁾, z których 6 własne, reszta innych autorów.

¹⁾ Christian. De la folie consecutive aux maladies aiguës. (*Arch. gen. de med.* 1873).

Pierwsze pytanie, na jakie Althaus z zestawionych przez siebie przypadków chciał odpowiedzieć, było następujące: czy zaburzenia umysłowe są częstsze po grypie, aniżeli po innych cierpieniach ostrych gorączkowych? Zdawałoby się, że tak; w tym względzie wpływ grypy najbardziej się zbliża do duru. Nie należy jednak zapominać, że ostatnie epidemie grypy oszczędziły bardzo niewielu osobników, i że przeto nic dziwnego, że stwierdzono bardzo często zбочenie psychiczne.

Płeć męzka dostarczyła więcej chorych, aniżeli żeńska; zauważył to samo Christian. Różnica ta jest też bardzo znaczną podług Althaus'a odnośnie psychoz po zapaleniu płuc, które na 100 przypadków 82 razy były spostrzegane u mężczyzn, a tylko 18 u kobiet. Na różnicę tę wpływa prawdopodobnie sposób życia mężczyzn bardziej ich usposabiający do chorób ostrych i ich następstw; może być, że i alkoholizm nierównie częściej u mężczyzn się zdarzający.

Przy grypie jako też w zapaleniu płuc psychozy pogorączkowe są najczęstsze po 30 roku życia, choć Christian w 7 przypadkach widział psychozy pogorączkowe u chorych niżej 10 lat; w domu i gościnnie zdarzają się one częściej przed 30 rokiem życia. Usposobienie dziedziczne lub nabyte odgrywa, zdaje się, ważną rolę w etiologii tego rodzaju powikłań, szczególnie po grypie. Althaus notuje je 72 razy na 100, lecz autor ten przytacza jako momenty usposabiające niedokrewność, miesiączkę, przymiot, a zatem usposobienie nie wprost psychopatyczne. Christian też notuje usposobienie dziedziczne tylko w 10 przypadkach na 114.

Nadmierna gorączka (hypertermia) jest głównym choć nie jedynym czynnikiem patogenicznym, gdyż przy grypie prostracyjnej chorych nie jest w związku ani z trwaniem ani z natężeniem gorączki. Zdaje się, że czynniki toksyczne w gorączkach zakaźnych a szczególnie w grypie główną odgrywają rolę przy powstaniu bredzenia.

Trwanie zaburzeń psychicznych pogorączkowych jest bardzo różnorodne. Po zapaleniu płuc, różni i ostrych gorączkach wysypkowych większość psychoz trwa około tygodnia, po cholery i zimnicy miesiąc, po grypie, gościnnie rok, po domu i lub więcej lat. Przyczyna tak różnorodnego trwania nie jest wyjaśnioną; co jest jednak na pewno wiadome, że psychozy najkrócej trwające są najbardziej wyleczalne. Najmniej wyleczalne są psychozy w następstwie duru, a szczególnie grypy.

Największa śmiertelność spostrzega się w psychozach w następstwie ostrych chorób wysypkowych, różni lub zapalenia płuc, a zatem przy najkrócej trwających. Podług Christiana natężenie choroby ostrej nie zdaje się mieć albo wcale albo nieznacznego wpływ na wybuch objawów mózgowych. Zauważył on, że przestrzeń, jaką zajmuje różni lub zapalenie płuc, jako też sto-

pień zlania się ospy nie jest w związku z bredzeniem i psychozą. Mogą one rozwinąć się w przebiegu łagodnych postaci chorobowych, a może ich brakować w postaciach ciężkich. Althaus nie przyjmuje istnienia swoistych dla grypy postaci obłąkania. Jestto zresztą pogląd wszystkich prawie autorów, którzy się zajmowali psychozami pogorączkowymi. Nie istnieją oddzielne postaci obłąkania grypowego, tak samo jak nie istnieje obłąkanie ospowe, durowe i t. p.

Lecz jakkolwiek wszelkie psychozy mogą się zdarzyć w następstwie wspomnianych chorób ostrych, niektóre jednak spostrzega się częściej. I tak Althaus zauważył, że zaburzenia psychiczne, występujące bezpośrednio po grypie, objawiają się w postaci pobudzenia psychicznego, manii. Stany pogiębienia, melancholia występują później. Christian spostrzegał najczęściej pobudzenie manijakalne i ogłupienie (*stupidité*). Nakoniec Althaus 6 razy na 100 widział ogólne porażenie mózgu.

Psychozy gorączkowe są niekiedy jakby dalszym ciągiem bredzenia, jakie występuje w przebiegu choroby gorączkowej. Lecz często zjawiają się dopiero po ustąpieniu ciężkich objawów choroby zakaźnej, gdy chory wstępuje w okres rekonwalescencji. W jakiej chwili zdrowienia występujące zaburzenie psychopatyczne może być logicznie odniesionem jeszcze do ostrego cierpienia, które je wyprzedziło? W tym względzie poglądy autorów są podzielone. Podług autora nie należy zaliczać do psychoz pogorączkowych przypadki, w których przerwa między ostrem cierpieniem a wystąpieniem zaburzenia psychicznego trwa więcej, niż kilka tygodni, choć niektóre, jak paraliż postępujący, może wystąpić dopiero po wielu miesiącach. *Fr. Arnstein.*

III. Chirurgija.

61. Prof. E. DELORME. O leczeniu przewlekłych ropotoków opłucny. (*Mécredi Médical. Nr. 4. 1894*).

Prof. Delorme, wychodząc z tej zasady, że płuco w przewlekłych ropotokach rozciągnąć się nie może nie tyle w skutek zmian w swym mięszu, ile w skutek zaciśnięcia i niejako uwięzienia w skorupie z twardych i niepodatnych błon fałszywych, jeszcze w r. 1892 przedstawił Akademii Lekarskiej w Paryżu sposób czasowej rezekcyi ścian klatki piersiowej, dający dobry dostęp do uciśnionego płuca i pozwalający je uwolnić z tej nieprawidłowej otoczki. Sposób ten ma niezaprzeczoną wyższość nad praktykowaną powszechnie dotąd operacyją Estlender'a, gdyż ta, mając na celu tylko obliteracyję jamy opłucny, kwituje zupełnie z powrotu płuca ad integrum. Propagował De-

lorne swój sposób również w r. 1893 na kongresie francuzkich chirurgów, nie miał jednak sam do ostatnich czasów okazji do poparcia swoich wywodów pomyślnymi wynikami operacyi in vivo. Okazyja ta zdarzyła się prof. Delorme dopiero w ostatnich czasach.

Chory, 24-letni, żołnierz, od maja roku zeszłego cierpi na lewostronne surowicze zapalenie płucny, które w sierpniu przechodzi w ropne. We wrześniu zrobiono mu przecięcie klatki piersiowej; do 20-go stycznia r. b. otwór operacyjny nie zagojony, badanie jamy wykazuje rozmiary jej: 15 ctm. w kierunku ku tyłowi, 8 ctm. w kierunku poprzecznym (ku linii środkowej). W dniu 20 stycznia r. b. operacja pod chloroformem: płat zakreślił D. cięciem skórny w postaci czworoboku z podstawą w tyle i ku górze; płat ten przedstawiał 3 boki prostokątu, idącego skośnie w kierunku żeber, z tyłu i od góry, od brzegu zewnętrznego (pachowego) łopatki ku przodowi i w dół na odległość 3 palcy poprzecznych od brzegu mostka lewego. Na linii, ograniczającej płat z przodu, przecięto wszystkie żebra od 3-go do 6-go włącznie, przyczem zaraz po przecięciu łapano w kleszczyki krwawiące tętnice międzyżebrowe. Z tyłu przy podstawie płata wyrezekowano wszystkie żebra na przestrzeni 1 do $1\frac{1}{2}$ ctm. każde, przyczem starannie unikano wszelkich obrażeń mięśni i tętnic międzyżebrowych. Potem dopełniono uwolnienia płata cięciami, idącymi po nad żebrami, ograniczającymi płat od dołu i od góry, poczem całą w ten sposób wykrajaną okiennicę odciągnięto ku tyłowi. Visum repertum wewnątrz klatki piersiowej następujące: pleura parietalis pokryta twardymi, mało unaczynionymi błonami fałszywymi grubemi od 1 do $1\frac{1}{2}$ ctm. Na stronie wewnętrznej tych błon grzybowata ziarnina. Głębokość jamy w kierunku poprzecznym od żeber ku środkowi 8 ctm., w kierunku podłużnym jama zajmuje całą wysokość klatki piersiowej. Na dnie jamy takż sama ziarnina, pokrywająca twardą, grubą i niepodatną błonę. Gdzie serce, gdzie płuco pod tą błoną niepodobna było oznaczyć nawet i po zeszkrobaniu ziarniny. Wtedy D. na odległości dłoni od przedniej ściany klatki piersiowej, aby nie trafić na pericardium, nadciął ostrożnie tę błonę w kierunku podłużnym. Na głębokości jednego centymetra ujrzał nakoniec płuco. Wprowadził wtedy pod błonę palec, co łatwo się dało skutecznici, i po palcu przecinał ją dalej. Płuco z początku było nieruchome, po pierwszym jednak kaszlu zaczęło się rozszerzać, i niebawem wypukliło się przez incyzyję w fałszywej błonie. Oddzielenie płuca palcem w kierunku ku przodowi i ku tyłowi nie było trudne, w rowku między płatowym zrosty błon były nieco mocniejsze, ale i te łatwo i bez krwotoku rozerwać się dały. Błona, acz niepodatna, była dość krucha. Chory nie był w głębokiej narkozie, gdy zaczął teraz pokasływać, oswobodzone płuco zaczęło się nadymać i wywalać nieomal na zewnątrz klat-

ki piersiowej. Błone Delorme wyciął, o ile było można, zeskrobał następnie ziarninę z opłucny ściennej, płat przyszył na miejscu. Na żebra szwów kostnych nie nakładał, a tylko po jednym szwie głębokim z jedwabiu po nad każdym żebrem. W oczyszczoną fistulę po empyemacie założył dren krótki a grubo; podczas ostatnich zabiegów rozszerzone płuco nie przestało wysadzać płatu klatki piersiowej (propulsait manifestement le lambeaux thoracique). Podczas całej operacji chory oddychał wciąż dobrze i spokojnie; kaszel miał jeszcze i przed operacją (miał zgęszczenie w prawym wierzchołku), puls również ciągle był dobry. Jeszcze podczas operacji zaraz po uwolnieniu płuca, zauważono poprawę cery chorego, która przedtem była nieco cyanotyczną. Przez dalsze dni 4 po operacji, chory miał się dobrze, badanie fizykalne potwierdziło dobre rozwinięcie i sprawność płuca.

Aczkolwiek prof. Delorme pośpieszył się nieco z opublikowaniem tego przypadku (na 4-ty dzień po operacji), tak, że można mieć pewne wątpliwości co do dalszego przebiegu, to jednakże rezultat tej operacji jest bardzo ważny pod wieloma względami, a mianowicie, dowodzi on, że: 1) Płuco spadnięte po starych nawet empyematach może się jeszcze rozwinąć. 2) Że rozwinięciu temu przeszkadzają nie zmiany w mięszu uciśniętego płuca, a w pewnych przynajmniej przypadkach tylko zamknięcie go w niepodatnych błonach fałszywych. 3) Że rozwinięcie się od dawna nawet uciśnionego płuca może się obejść bez zaburzeń w krążeniu i oddychaniu, czego możnaby się obawiać (obrzęk płuca po stronie operowanej, zator tętnicy płucnej po stronie przeciwnej, śmiertelna anemia mózgu. (Porównaj Dunina: o operac. leczenia wysięków opłucny. Kr. Lek. r. 1883, str. 1027). 4) Że rozwijanie się płuca po pneumothorax odbywa się nie wskutek sklejanja się ziarninujących powierzchni opłucny ściennej i wisceralnej, a wskutek prostego rozdymania się płuca przy forsownych wydechach (kaszel).

Aczkolwiek można wątpić czy we wszystkich starych empyematach wynik byłby równie pomyślny jak w przypadku Delorme'a, to w każdym razie sposób jego zasługuje na dalsze próby i jest bez zaprzeczenia wielkim postępem w konserwatywnej chirurgii jamy opłucny.

Dzierżawski.

62. LEPKOWSKI WINCENTY. O zastosowaniu kokainy w dentyście i działanie jej na ropotwórcze drobnoustroje. (*Now Lek. Nr. 1 i 2, 1894*).

L. jest gorącym zwolennikiem kokainy i twierdzi, że ona przy usuwaniu zębów zastąpić powinna wszystkie inne sposoby znieczulania, a to ze względu na łatwość zastosowania i pewność działania. Zaleca używać tylko kokainę Merck'a, roztwory słabe od 1 do 3^o/_o. Rostwór trzeba wstrzyknąć w dziąsło obok zęba po obu stronach, nie zanadto głęboko, gdyż wtedy łatwo

wejść może kokaina do jakiego naczynia i wywołać objawy zatrucia w postaci przemijającego omdlenia. Cięższych objawów zatrucia przy stosowaniu tak słabych roztworów przy wyrwaniu zęba być nie może, nb. nie należy kokainy stosować u starców, dzieci, pijaków lub chorych na czczo będących, co przy bólu zębów często się zdarza. Na 2,000 przypadków lekkie i przemijające omdlenie zdarzyło się Ł. 17 razy; bez kokainy przy wyrwaniu również ludzie mdleją, i to nawet częściej. Przypadki omdlenia częściej się zdarzały Ł. przy usuwaniu zębów górnych, niż dolnych. Strzykawki muszą być mocne, działać dokładnie, przez tłok ani też przy obsadzie igły płynu nie przepuszczać, ponieważ w zbitą tkankę dziąsła wszelki płyn wchodzi trudno, niż w luźną tkankę podskórną, w dziąsło trzeba płyn literalnie wtłaczać, szczególnie więc nadają się tutaj strzykawki, mające przy obsadzie tłoku poprzeczne ramiona dla oparcia palców; igły z zakrzywionymi końcami wstrzykiwanie ułatwiają.

W okresach pierwszych zapalenia okostny wstrzyknięcie kokainy działa równie dobrze, jak i bez nich. W dalej posuniętych zapal. okostny, gdy tkanka jest już bardzo rozpułchniona, należy przed zastrzyknięciem posmarować dziąsło 10⁰/₀ roztworem, aby zastrzyknięcie nie było zbyt bolesne. Gdzie jest już ropień, tam kokainę można zastrzyknąć na stronie przeciwnej, po stronie zaś ropnia znieczulić zamrożeniem chlorkiem etylu.

Przystępować do wrywania należy zaraz po zastrzyknięciu, oczekiwanie tu jest niepotrzebne, gdyż kokaina działa w tej chwili po zetknięciu się z zakończeniami nerwów. Jeżeli trzeba wyrwać zębów kilka, to, aby uniknąć działania kumulatywnego, można robić dla wszelkiego bezpieczeństwa pomiędzy każdym małe pausy; jeżeli przy pierwszym nie było żadnych złych objawów, nie będzie i przy następnych. Raz wyjął Ł. 7 zębów obok siebie stojących bez żadnych pauz, używszy przy tem nie całą strzykawkę 2⁰/₀ roztworu, a zatem mniej niż 0,02 kokainy.

Dalej podnosi Ł. zalety kokainy w znieczuleniu mającej uledek ekstrakcyi pupy, oraz działanie jej anemizujące i antyseptyczne, którym to własnościom przypisuje wpływ jej leczniczy na rozpoczynające się periostity, co stwierdził dwa razy. Było to tak: chory przyszedł z periostitis, aby ząb wyrwać. Dla znieczulenia wstrzyknął mu Ł. kokainę, poczem chory stchórzył, zęba sobie wyrwać nie dał. Po kilku dniach przyszedł ten sam chory, prosząc o zastrzyknięcie kokainy koło innego zęba, gdyż, powiada, po tem pierwszym zastrzyknięciu ból zęba zupełnie ustąpił. Ł. uczynił zadość propozycyjom chorego i na ten raz z najlepszym skutkiem.

Antyseptyczne własności kokainy stwierdził Ł. eksperymentalnie. Dodatek do żelatyny 1⁰/₀ kokainy powstrzymywał, a 3⁰/₀ zupełnie znosił w niej rozwój „bacil. pyogenes aureus i staphylococcus” (? spr.).

Dzierżawski.

IV. Choroby gardła i nosa.

63. ALBESPY. Zaburzenia narządów płciowych, oraz stany chorobowe górnego odcinka dróg oddechowych u kobiet. (*Troubles génitiaux et affections des voies aériennes supérieures chez la femme*). *Annales des mal. de l'oreille, du larynx etc.* 2—1894.

Narządy płciowe u kobiet są punktem wyjścia wielu i to bardzo różnorodnych zaburzeń, z których jedne są stałe (zaburzenia w trawieniu etc.), inne—mianowicie dotyczące się górnego odcinka dróg oddechowych—względnie rzadko i to tylko przez specjalistów są spostrzegane.

Podczas miesiączkowania może się wytworzyć obrzęk błony śluzowej nosa, zwłaszcza pokrywającej muszle, który znowu może dać powód do wtórnych nerwic zwrotnych. Z drugiej zaś strony jeżeli zmiany te istnieją w okresie poprzedzającym menstruację, zazwyczaj wtedy daje się zauważyć nasilenie sprawy chorobowej. Obrzęk taki może być obu, lub tylko jednostronny, przyczem dotknięcie zgłębnikiem obrzmiałego odcinka muszli dolnej wywołać może różnorodne objawy zwrotne, jako to kaszel, łzawienie, astmę etc. Objawy te po większej części znikają po usunięciu obrzmienia na drodze chirurgicznej. Wspomniawszy pokrótce o krwawieniach nosowych kompensacyjnych podczas wstrzymania peryjodów, przechodzi autor do zmian na skórze końca i skrzydeł nosa, występujących w okresie dojrzałości płciowej u kobiet, jakoteż klimatycznym. Skóra obrzmiewa, występuje na niej rozlane zaczerwienienie, koniec nosa przedstawia kształt kulisty, jest błyszczący. Objaw ten prawdopodobnie jest zależny od przerostu muszeli, który prawie zawsze towarzyszy temu cierpieniu (według Bresgen'a najczęściej muszla średnia, w stanie przerostu będąca, wywołuje ten objaw, uciskając na przegrodę nosa i sklepienie nosa).

J. Mackenzie w specjalnej pracy, poświęconej kwestyi wzajemnego stosunku cierpień organów płciowych u kobiet i aparatu oddechowego, zwraca uwagę na fakt, że u niektórych kobiet stale podczas miesiączkowania występuje obrzmienie tkanki jamistej muszeli, dotąd najzupełniej zdrowej. Wiadomo jest również (co i ja niejednokrotnie byłem w stanie stwierdzić, przyp. spraw.), że podczas menstruacji zwiększa się znacznie cuchnienie z nosa w ozaenie.

Oppenheimer spostrzegł 5 przypadków przerostowego kataru nosa (głównie tylnych końców muszeli dolnych), w których po usunięciu tego cierpienia na drodze operacyjnej, powróciła regularność, która poprzednio była wstrzymana. Autor ten amenorrhoeam pochodzenia nosowego odnosi do kategorii nerwic

zwrotnych naczynio-ruchowych. Autor niniejszej pracy nie zgadza się z tym poglądem; sądzi on, że to obrzmienie przejściowe muszel, pochodzenia płciowego, jest prosto przekrwieniem biernym, które, powtarzając się wielokrotnie, ostatecznie prowadzi do prawdziwego przerostu, mogącego ze swej strony znowu być przyczyną powstawania objawów zwrotnych. Zaburzenia w narządach płciowych u kobiet mogą mieć również wpływ ujemny na krtani. Mianowicie mogą występować albo objawy nerwowe zwrotne, lub przekrwienia bierne na błonie śluzowej (zwłaszcza na strunach fałszywych), lub wreszcie objawy ucisku na nerw zwrotny przez obrzmiałą gruczoł tarczowy. Lennox Breson utrzymuje, że porażenie zwieraczy głośni najczęściej występuje w amenorrhoea i dysmenorrhoea.

W okresie dojrzałości płciowej spotykamy nierzadko u dziewcząt skurcz głośni, lub kaszel nerwowy. Ten ostatni spotyka się również i w okresie klimakterycznym, a także w następstwie przewlekłego nieżytu macicy, polipa etc. Często bywa również hyperaesthesia krtani podczas menstruacji i ciąży. Autor spostrzegł przypadek, dotyczący 30-letniej kobiety, u której ucisk na lewy jajnik wywoływał skurcz głośni, ustępujący po zaprzestaniu eksperymentu. Baycz wspomina o pewnej śpiewaczce opery, u której podczas każdej menstruacji występowało przekrwienie błony śluzowej krtani i złuszczenie nabłonka, co robiło wrażenie sprawy poważniejszej. Po kilku dniach objawy te znikaly i głos wracał do normy. Autor ten przytacza jeszcze dwie interesujące obserwacje, jedna dotyczy młodej panny, dotkniętej gruźlicą krtani, u której podczas każdej menstruacji następowało znaczne pogorszenie sprawy chorobowej. W drugim zaś jakoby nabłoniak dwu lub trzykrotnie ulegał pogorszeniu w okresie miesiączkowania. Dalej spostrzegano podczas upławów bladeść błony śluzowej gardzieli i krtani. Jeden taki przypadek opisuje autor. Autor jest zdania, że obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowej pokrywającej fałdy nagłośnio-nalewkowe i chrząstki nalewkowe, występujące w zaburzeniach płciowych u kobiet, są analogiczne do zmian na muszlach nosowych, występujących w tych samych warunkach.

Sądzi on przytem, że dla wytlómaczenia wpływu zaburzeń narządów płciowych na aparat oddechowy, należy przypuścić, że ten ostatni znajduje się w stanie szczególnym, sprzyjającym dla tego wpływu, gra on więc rolę „locus minoris resistentiae“.

Autor spostrzegł 18-letnią pannę, cierpiącą od lat 10 na obustronne ropne zapalenie ucha średniego w następstwie przebytego tyfusu i zaburzenia w menstruacji; za każdym razem, gdy takowa nie zjawiała się, następowało krwawienie nieznaczne z obu uszów.

Joat podaje przypadek, dotyczący 21-letniej panny, u której podczas menstruacji, po silnym kaszlu, występowało obfite

krwiopłucie. Badanie wykazywało wówczas znaczny przerost migdałka językowego. Po usunięciu przerostu na drodze galwanokaustycznej, zaburzenia w miesiączkowaniu, jakoteż krwiopłucie najzupełniej ustąpiły.

Autor zajmującą swą pracę ilustruje wielu ciekawymi spostrzeżeniami z własnej praktyki.

Jan Sędziak.

64. KUTTNER. **Leczenie ozeny.** (*Die Therapie der Ozaena*).
Therapeut. Monat. Heft. 3.

Pomimo licznych prac, traktujących o ozenie, istota tego cierpienia nie jest dotąd należycie wyjaśnioną, a nawet w ostatnich czasach dają się słyszeć głosy (Grünwald), że „ozaena genuina“ nie istnieje. To ostatnie jednak tylko do pewnego stopnia jest słusznem, nie ulega wątpliwości, że wiele przypadków spraw chorobowych nosa, w których ma miejsce zanik błony śluzowej, oraz cuchnąca wydzielina, niesłusznie bywa zaliczoną do kategorii ozen, z drugiej jednak strony są i takie, gdzie pomimo najstaranniejszych badań nie znajdujemy ani próchnienia kości, ani też zajęcia zatok bocznych, takie więc przypadki z charakterystycznym obrazem chorobowym musimy po staremu uważać za ozenę.

Co się tyczy samej nazwy „ozaena“ to takowa również w ostatnich czasach bywa zastępowana przez inną, może więcej właściwą: „rhinitis atrophicans foetida“. Że jednak podobne sprawy bywają i w gruźlicy i przymocie, należałoby przeto dodać rhinitis atrophicans foetida simplex i tuberculosa etluetica (resp. syphilitica). Najlepiej jest jednak pozostać przy dawnej, powszechnie znanej nazwie: „ozaena“. Również i kwestyja możliwości wyleczenia tego cierpienia pozostaje dotąd sporną. Większość autorów sądzi, że regeneracyja zanikłej błony śluzowej, jakoteż części kostnych, jest wprost niemożliwą rzeczą, tym sposobem o wyleczeniu oazeny w anatomicznem znaczeniu mowy być nie może. O ile się zdaje, po raz pierwszy Jurasz kategorycznie za możliwością wyleczenia ozeny w tym sensie się oświadczył. W nowszych czasach pogląd ten podziela Demme, który w 10-u przypadkach ozeny przez zastosowanie Braune-Laker'owskiej metody t. j. masażu błony śluzowej nosa z użyciem jednoczesnem pyoktaniny, otrzymał jakoby zupełne wyleczenie, do tego stopnia, że nawet w 7-u z nich zanikłe części doszły do takiego przerostu, że autor był je zmuszony następnie usuwać na drodze galwanokaustycznej. Kuttner metodę powyższą zastosował w 12 przypadkach, przyczem jednak rezultat nie był tak znakomity, jak w przypadkach Demme'go.

Jeżeli jednak zupełnego wyleczenia w daleko posuniętych zwłaszcza przypadkach ozeny osiągnąć nie możemy, to w każdym razie posiadamy środki, by cierpienie to „zamaskować“, t. j. doprowadzić do takiego stanu, że ani chory sam, ani też

jego otoczenie o stanie chorobowym nosa z powodu braku jakichkolwiek objawów domyślać się nie będzie.

Lecz dla osiągnięcia tego celu wymaganem jest bardzo długi czas i z wielką starannością stosowane leczenie, a przede wszystkim oczyszczanie nosa. Jakkolwiek znane są również, nieliczne wprawdzie przypadki ustąpienia przykrych objawów tego cierpienia spontaneo nawet młodo, w późniejszym mianowicie wieku.

Jeden taki przypadek przytacza autor: 32-letnia chora w 12 roku życia zapadła na typową ozenę. Systematycznego leczenia nie przeprowadzała, ograniczając się od czasu do czasu na płukaniu nosa słoną wodą. Po upływie 15-tu lat znikły objawy ozeny (strupy—foetor), w ciągu lat 5-u t. j. do obecnej chwili, stan ten pozostawał bez zmiany. Naturalnie, że dotąd istnieje zanik błony śluzowej i kości nosa. Autor następnie krytycznie rozpatruje różnorodne środki oraz metody lecznicze, w tem cierpieniu stosowane. Przedewszystkiem co się tyczy samych środków, jako to arystolu, preparatów jodolowych, aluminium acetico tartaricum etc. etc., to autor jest zdania, że każdy z nich ma swe dobre i złe strony, żaden specyfikiem nie jest, najlepiej przeto zalecać te środki, do których chorzy czują największą sympatyję, tym sposobem możemy być do pewnego stopnia pewni, że środek zalecony będzie mniej lub więcej sumiennie przez chorego stosowany. Wogóle działanie tych środków jest o wiele mniej pewne, niż następnej, przez większość lekarzy bardzo zachwalanej metody t. zw. tamponady Gottstein'a. Polega ona, jak wiadomo, na wkładaniu kolejno w obie jamy nosowe na kilka godzin tamponów z waty, które, jako ciało obce, drażnią błonę śluzową nosa, warunkując obfitszą wydzielinę, przez co zapobiega się tworzeniu skrzepów. Przy tej sposobności autor wyraża swój pogląd na istotę ozeny, sądzi on mianowicie, że chora błona śluzowa odrazu już wydziela patologiczną, prawdopodobnie z mniejszą zawartością wilgoci, ciecz, która dopiero przez dłuższe zatrzymywanie się w jamach nosowych nabiera cuchnących właściwości, to ostatnie jednak nie jest w związku z zasychaniem wydzieliny.

Zgadza się to zresztą z poglądem Jurasza, według którego ozena powinna być uważaną za anomalię wydzielniczą. Masaż błon śluzowych nosa, metoda ostatniemi czasy stosowana przez Braune'a, Laker'a i innych, również polegać się zdaje, według autora, na teźże co i metoda Gottstein'a zasadzie i wywoływać przez drażnienie błony śluzowej zmianę w wydzielinie. Autor nie sądzi, by metoda ta była wyższą od tamponady, którą zresztą chorzy lepiej znoszą.

Każda z powyższych metod winna być stosowaną na oczyszczoną z wydzieliny błonę śluzową nosa, inaczej rezultat leczenia będzie ujemny. Takie oczyszczanie nosa winno być kilka razy

dziennie wykonywane przez samego chorego. W tym celu używane są najrozmaitsze metody, w pewnej zaś linii t. zw. irygacje. Mają one jednak wiele stron ujemnych, pomijając już to, że nie wszystkie strupy dają się za pomocą tej metody usunąć, najważniejszą z nich jest niebezpieczeństwo wywołania zapalenia ropnego średniego ucha, co może się zdarzyć nawet przy zachowaniu największych ostrożności. Autor wpadł na myśl zastosowania w ozenie w celu usuwania strupów metody, jaką się oddawna posiłkujemy w cierpieniach krtani, to jest inhalacji. W tym celu zaleca swego pomysłu aparat,* który jest podobny do Siegle'owskiego inhalatora. Metoda ta, stosowana przez autora w wielu przypadkach dała doskonale rezultaty, t. j. skutecznie usuwała strupy w ozenie i suchym katarze jamy nosogardzielowej. Autor zadawał ją po prostu parą wodną, lub dodaje jeszcze jakiś środek śluz rozpuszczający, za najlepszy jako taki uważa roztwór sody.

Przytem żadnych szkodliwych następstw przy stosowaniu powyższej metody autor nie zauważył. *Jan Sędziak.*

65. JACCOUD. **Zapalenie gardzieli skutkiem pneumokoków.** (*Semaine méd. N. 44, 1893 r. str. 346*).

Na podstawie trzech przypadków, zbadanych klinicznie i bakteryjologicznie, autor podaje cechy tej nowej postaci zapalenia gardła, którego przyczyną jest pneumokok Frenkla i Talamona. Z pośród znanych już zapaleń gardła, cechujących się również wytwarzaniem błon wrzekomych, wywoływanych przez paciorkowce i gronkowce, opisywana przez autora najbardziej podobną jest do błonicy, za którą niejednokrotnie też była i brana.

Podobieństwo to polega przedewszystkiem na wytwarzaniu się błon wrzekomych na migdałkach, lukach, języczku i błonie śluzowej gardzieli. Błony te *przylegają bardzo ściśle do podstawy*, tak, iż bardzo trudno dają się usuwać. Badane pod mikroskopem, niczem pod względem budowy nie różnią się od błonicowych. Do tego dołącza się ból i trudności polykania, będące w stosunku prostym do wielkości błon; odpowiednie gruczoły limfatyczne obrzmiewają znacznie i są bolesne, jak w błonicy; w jednym przypadku autora w moczu zjawilo się nawet białko, a upadek sił był znaczny.

Mimo to wszystko już pod względem objawów klinicznych istnieją pewne cechy, na podstawie których postać pneumokokowa odróżnia się od wywołanej przez lasecznika Löfflera. Przedewszystkiem wybuch choroby jest gwałtowny: prawie równocześnie z dreszczem slnym i uczuciom ogólnej niemocy, zjawia się wysoka gorączka, która tego samego dnia, a najdalej nastę-

*) Można go dostać u Windler'a w Berlinie.

pnego dochodzi do szczytu i trzyma się stale na wysokości 38,5, 39, 39,50 przez 3—4 najwyżej do 6 dni; gdy tymczasem sprawa chorobowa w gardzieli trwa dalej.

Ból gardła, mimo objawów ogólnych, zjawia się dopiero po 12—24—36 godz., od chwili dreszczu. Nie mniej jednak lokalizacja sprawy ujawnia się już z początku zaczerwienieniem i obrzmieniem migdałków. Błony wrzekome atoli występują dopiero po 36—48 godz. Z początku dają się zauważyć białe plamki, odpowiadające kryptom migdałków. Plamki te, stopniowo powiększając się, przez wzajemne połączenie, tworzą dopiero błony, pokrywające powierzchnie migdałków, a ztąd przechodzące na łuki, języczek i błonę śluzową gardzieli. Barwa ich jest białoszara, powierzchnia gładka, jednostajna, utkanie jednolite. Są one dość cienkie, ale, jak wspomniano wyżej, bardzo mocno przylegają do błony śluzowej i z trudnością można je od niej oddzielić. Mimo tego podobieństwa z dyfterytycznymi, szerzenie się ich wcale nie jest tak szybkie, jak tamtych i nie okazują dążności do zajęcia błony śluzowej, nosa i krtani.

Stan ogólny sił chorego, tylko w jednym przypadku autora był ciężki, jak w błonicy, w dwóch innych choroby czuli się jak w zwykłym zapaleniu migdałków. W pierwszym jednak przypadku gorączka trwała 6 dni, a cała choroba aż dni 17, gdy w dwóch ostatnich sprawa chorobowa w gardzieli trwała tylko tydzień, a gorączka opadła już 3 i 4 dnia.

Badania bakteriologiczne we wszystkich 3 przypadkach wykazały w błonach wrzekomych obecność albo wyłącznie *pneumokoka Fränkla*, albo z nieznaczną domieszką paciorkowca.

Wyż wymienione cechy kliniczne, a głównie raptowny początek choroby, zaczynającej się silnym dreszczem i od razu wysoką gorączką; stosunkowo krótkotrwałą, ustępującą wpierrw, niż sprawa miejscowa w polyku—pozwalają to zapalenie gardła odróżnić od błonicowego. Badanie bakteriologiczne wreszcie zupełnie kwestyję rozstrzyga.

W przebiegu klinicznym, autor nawet dopatruje się wielkiej analogii z zapaleniem płuc krupowem, którego przyczyną jest ten sam mikroorganizm.

Leczenie we wszystkich 3 przypadkach zakończyło się pomyślnie, a polegało na podawaniu do wewnątrz salicylanu sodowego w ilości 1—2,0 na dobę, podczas trwania gorączki, a po 0,5 pro die po jej ustąpieniu, aż do końca choroby. Chorzy dostawali do wewnątrz alkohol i w wielkiej ilości mleko nietylko w celu odżywczym, ale i dla zwiększenia wydzielania moczu.

Miejscowe leczenie polegało na usuwaniu błon wrzekomych i pędzlowaniu obnażonej w ten sposób błony śluzowej sublimatem 1—2 : 1000 stosownie do ciężkości przypadku. Sposób ten leczenia radzi autor stosować i w przypadkach prawdziwej błonicy, co dawało mu zawsze bardzo pomyślne wyniki.

Autor bardzo sceptycznie zapatruje się na statystykę błonicy z przed roku 1891, od kiedy to dopiero zaczęto ogłaszać przypadki t. zw. pseudodifteryi, której przyczyną są paciorkowce i gronkowce i wreszcie pneumokoki, a którą niejednokrotnie autorzy brali za prawdziwą (z las. Löffleur'a), ciesząc się z pomysłnych wyników, stosowanego przez się leczenia.

Władysław Świątecki.

66. REVILLET. (z Allevard). **Wskazanie i sposób wykonania natrysków gardzielowych.** (*Lyon médical* 1893, N. 30, p. 387).

Wiadomo jak zmuđną i trudną jest terapia przewlekłych zapaleń błony śluzowej gardzieli. Na podstawie własnego doświadczenia autor przekonał się o wielkiej skuteczności leczenia tych cierpień za pomocą prądu cieczy, wypływającej z irygatora.

Zabieg dokonywa się w następujący sposób. Zwykły irygator wisi mniej więcej na wysokości jednego metra nad miednicą. Chory nachyla się nad nią i, skierowawszy odpowiednio kańkę o wylocie równym światłu gęsiego pióra, odkręca kran, przy czem przez stosowne poruszenia kanki, kieruje prąd cieczy na różne miejsca ścian gardzieli. W celu odsłonięcia jak największej powierzchni błony śluzowej, chory wymawia basem głoskę A; wskutek czego podniebienie miękkie unosi się ku górze, a język obniża, zaś prąd powietrza, wychodzącego z krtani, zapobiega dostaniu się tam cieczy. Co pół minuty trzeba zabieg przerywać w celu zaczerpnięcia powietrza do płuc. Z początku chory doznaje niemiłego łaskotania i pobudzenia do wymiotów, ale po krótkim czasie przyzwyczajają się do zabiegu, który przestaje mu być przykrym. Irygacja narazie nie powinna trwać dłużej nad 4—5 minut, potem można ją przeciągać od 20—30 minut. Najodpowiedniejsza ciepłota płynu 33—36° C. Do opisanych obmywań gardzieli, używa się wód mineralnych siarczanych (Aix-Bonnes. Couterets, Challes, Allevard etc.*), rozczyynu chlorku potasu, albo środków antyseptycznych jak kreolina, rezorcyna, kwas borny. Powyższy sposób leczenia dawał autorowi dobre wyniki w dwóch postaciach zapaleń przewlekłych gardzieli. Przedewszystkiem w tak zwanej *pharyngitis hypertrophica*. Błona śluzowa tutaj wskutek nacieczenia tkanki podśluzowej jest zgrubiałą, przedstawia wypuklenia i brodawki; barwa jej szarawo-fioletowa; wydzielina gruczołów zwiększona. Dzięki temu, powierzchnia jej pokryta jest powłoką najczęściej przezroczystą, lepka, czasami zaś śluzowo-ropną. Pod wpływem leczenia irygacyami błona śluzowa staje się prawidłowo różową; wypukłości znikają, a wydzielina znacznie się zmniejsza.

*) Względnie Cieplice Trenczyńskie, Busko, Solec, Szwożowice (*przyp. sprawozd.*).

Opisana powyżej postać z biegiem czasu, zostawiona bez leczenia, jak wiadomo, przechodzi w tak zw. *pharyngitis atrophica s. sicca*. Tutaj błona śluzowa jest zcieńczała, powierzchnia jej gładka, szarawo-czerwona połyskująca, jakby pociągnięta gładką; pokrywa ją śluz bardzo lepki, często zasychający w skrzepę brunatną, lub czarniawą, trudno dające się oddzielić od podstawy i cuchnące nieraz bardzo.

Uderzający o taką błonę śluzową prąd cieczy usuwa mechanicznie i dezynfekuje wydzielinę, a mechanicznie również działając na tkankę, ożywia ją przez pobudzenie krążenia krwi i przyspieszenie przemiany materii w tkance.

Władysław Świątecki.

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

67. Niebezpieczeństwo spania ze sztucznymi zębami. Prof. Krönlein w Zurychu miał wykład w Szwajcarskiem Towarzystwie Dentystycznym, gdzie przedstawił swoją własną, bardzo interesującą, kazuistykę. 4 razy obserwował połknięcie protezy podczas snu; jeden z przypadków zakończył się śmiertelnie. W przypadku pierwszym (30-letnia kobieta), która przybyła do leczenia w godzinę po wypadku, udało się chwycić Gräfego protezę wyciągnąć. Druga pacjentka przybyła w 12 godzin po wypadku po dokonanych już bezowocnych próbach wyciągania. Uratowana została przez zewnętrzną oesophagotomię, po czterech tygodniach wyzdrowiała; u trzeciej 32-letniej kobiety również wykonano z pomyślnym skutkiem oesophagotomię. Z czwartym pacjentem było gorzej; najgrubsze sondy zaraz po wypadku przechodziły jakoby swobodnie do żołądka, wyprowadzono więc ztąd wniosek, że proteza jest już w żołądku. Po pięciu dniach wystąpił bardzo obfity krwotok z ust i odbytnicy, pacjenta przeniesiono z miasta do kliniki. Krönlein również przekonał się, że grube sondy przechodziły do żołądka łatwo, po drodze jednak wyczuwało się lekkie tarcie. Zrobiono oesophagotomię. Proteza siedziała w przelyku obróciwszy się wklęsłą swą stroną do światła, dla tego to zgłębnik gładko przechodził. Uszkodzenia od ucisku przez długo pozostającą w przelyku protezę były jednak tak wielkie, że chory zmarł na 15 dzień po operacji wskutek krwotoku z owrzodzonej art. thyr. inferior. Z literatury zestawia K. 37 przypadków, w których robiono oesophagotomię z powodu połknięcia sztucznych zębów. 29 chorych wyzdrowiało, 8 zmarło. Zakończył przemówienie swe K. ostrzeżeniem, aby zęby sztuczne przed spaniem wyjmować, a uszkodzone protezy w tej chwili sporządzać. (Berl. Klin. Woch. Nr. 4. 1894).

Dz.

68. Dr. Gay przez 10 lat obserwował wpływ czosnku (alium sativum) i zawartego w nim siarku alilu na rozwolnienie. Szczególniej

dobry wpływ objawiał się na rozwolnienia, wynikające z niehygienicznego sposobu żywienia się, np. gdy temperatura pokarmów, ich ilość lub jakość są nieprawidłowe. W tych razach rozwolnienie następuje albo odrazu, albo bardzo prędko po jedzeniu, ale zawsze gwałtownie. Gdy przy każdym jedzeniu spożyje nieco czosnku, rozwolnienie pomimo nieodpowiedniego pokarmu nie następuje. Wystarczy 2 cebulki, w trzech dozach: przed, w czasie i w końcu objadu. Nawet w epidemicznych rozwolnieniach, wpływ czosnku okazuje się bardzo dobrym. Większe ilości mogą okazywać szkodliwy wpływ na nerki. (Wr. 6. Gaz. degli Osp. sali). H.

69. Proszek rozwalniający, nazywany proszkiem Vichy, ma następujący skład:

Pul. reglissae	50
fol sennae	50
Semin. foeniculi pulv.	25
Sulfuris sublim. loti	25
Sacch pulv.	150

Fp. S. 2 do 4 łyżeczek na pół szklanki wody, wieczorem.

H. (5. M. 6).

70. Boas opisuje przypadek ostrego rozszerzenia żołądka, który dotyczył 20-letniego ucznia gimnazjum, przedtem zupełnie zdrowego. Po spożyciu zimnej gęsiny wystąpiły objawy ostrej niestrawności: utrata łaknienia, wymioty, bóle, w następstwie rozwolnienie. Chory wymiotował więcej płynów, niż przyjmował na razie. Przy badaniu znaleziono znaczne rozszerzenie żołądka z długotrwałym zaleganiem pokarmów. Autor jest zdania, że rozszerzenie to wystąpiło nagle i powiększyło się przez pozostawianie i gnicie pokarmów, nie wydanych we właściwym czasie z żołądka i porównywa powstawanie takiego rozcięcia z wystąpieniem ostrej niedomogi serca skutkiem nadmiernej pracy. Dodać wypada, że dotąd 2 tylko przypadki ostrego rozszerzenia żołądka notowano w piśmiennictwie Tilnett'a i Schutz'a, oba przebiegały ostro u osobników wyniszczonych, wśród objawów niedrożności kiszek i zakończyły się sekcyjną, która w obu przypadkach wykazała silne rozszerzenie żołądka. (Podobny zupełnie przypadek wspólnie z kol. Sierpińskim miałem możność widzieć u osobnika w pełni sił. Przypadek ten, obserwowany przez cały czas przez kol. S., zakończył się wyzdrowieniem. *Przyp. spr.*). D. M. W. 8, 94.

J. Zawadzki.

71. Szkodliwości używania pokarmów zawierających mało białka przez czas dłuższy dowodzi świeża praca Rosenheima nad psem, u którego po 5-miesięcznym żywieniu pokarmami ubogimi w białko zauważył stopniowy zanik sił bez zmian jakichkolwiek bądź w pojedynczych nauzadach i bez znacznej utraty na wadze. Na oględzinach pośmiertnych stwierdzono zwyrodnienie tłuszczowe gruczołów trawiennych podobne do znajdującego w otruciu fosforem. (Pflü. Arcg. 54). J. Z.

72. Burland podnosi wartość ipekakuany w dużych dawkach w wymiotach krwawych. Środek to, według autora, nieoceniony, a wymiot-

ne jego własności złagodzić się dają przez podanie małych dawek makowca, spokój absolutny i wstrzymanie się od napojów i pokarmów. Środek ten w połączeniu ze spokojem i innymi w tych razach stosowanymi środkami sprowadza bardzo wybitne skutki. (Lancet, 1893).

J. Z.

73. Przypadek krwawienia żołądkowego u nowo narodzonego opisuje dr. Loranchet. Dziecię płci żeńskiej po urodzeniu wkrótce zaczęło wymiotować krwią i wymioty takie powtórzyły się 7—8 razy, poczem zjawiły się typowe stolce czarne. Zastosowano lód rozarty z mlekiem, ferr. sesquichloratum (5 kropel na 30 gr. wody, po łyżeczce), obwinęto dziecko w watę i karmiono lodowem mlekiem. Po 8 dniach wyzdrowienie. Przyczyny krwawienia autor nie podaje. (Gaz. hebdomadaire de méd. Nr. 37, 93).

J. Z.

74. Przeciw zachwalanemu benzosolowi w moczówce cukrowej występuje Palma, powołując się na 6 własnych przypadków, gdzie nie stwierdzono ani zmniejszenia się ilości cukru, ani wpływu na wagę ciała, przeciwnie często stwierdzano wymioty, rozwolnienie i inne objawy zatrucia. (B. k. W. 1893).

J. Z.

75. Batistini leczył 2 ciężkie przypadki moczówki cukrowej za pomocą wstrzykiwań podskórnych soku trzustkowego. W tym celu trzustkę świeżą macerowano przez 24 godziny z równą ilością gliceryny. Rozcieńczony wodą destylowaną aa wyciąg wstrzykiwano w ilości 5—20 ctm. sz. pod skórę. W obu przypadkach ilość cukru zmniejszyła się, ilość moczu i mocznika pozostała bez zmiany. Chorzy przez czas trwania leczenia byli na dyjecie mięszonej. Godzi się zaznaczyć, iż poprzednio Comby, Mackenzie, Wood, Hale, Witte nie widzieli po tym zabiegu żadnego polepszenia. Prócz autora polepszenie widział tylko Knowsley Sibley. (Ther. M. 93).

J. Z.

76. Uboczne działania diuretyki niekiedy uniemożliwiają podawanie tego środka; świeżo Höhn opisuje przypadek, w którym 2,5 grm. diuretyki za każdym razem wywoływały bóle głowy, szum w uszach, wymioty i pobudzenie ogólne. (W ostatnich czasach miałem sposobność widzieć przypadek, gdzie po nieznacznych, bo 1 grm. dawkach, występowały podobne objawy, budząc wstręt u chorej do leku tego rodzaju, że już po zobaczeniu oplatka dostawała wymiotów. Chora ta doskonale znosiła duże dawki kofeiny. *Przyp. spr.*) J. Z.

77. Prof. Leiden na jednym z ostatnich posiedzeń Tow. Lek. w Berlinie demonstrował serce chorego, gdzie za życia były wszelkie objawy niedomykalności zastawek półksiężycowych obok niedomykalności z. dwudzielnej prócz szmeru rozkurczowego, konstatowano więc: rozszerzenie lewej komory, szybkie tętno, tętno kapilarne, szmer skurczowy u wierzchołka. Postawiono rozpoznanie pseudoinsufficiencia v. aortae Littena. Badanie jednak pośmiertne wykazało wadę zarówno w dwudzielnej jak i półksiężycowych tętnicy głównej. Stąd wniosek, iż wobec istnienia innych objawów brak szmeru rozkurczowego nie może przemawiać przeciw wadzie z. półksiężycowych.

J. Z.

78. Ostatnie badanie fizjologiczne nad wpływem pracy mięśniowej na wydzielanie fosforu i związków siarki, (Klug i Olawsky, oraz Beck i Benedikt), dały następujące wyniki: ilość wydzielanego kw. fosforowego zwiększa się pod wpływem pracy mięśniowej, dzięki tworzeniu się w czasie pracy kwasu mlecznego i prawdopodobnie węglowego, które rozpuszczają związki fosforu, zawarte w mięśniu. Autorzy zauważyli wzmożenie ilości wydzielanego kwasu fosforowego po podaniu psu kw. mlecznego, a z kości i mięśni królika kw. mleczny wyciągał znaczne ilości fosforu.

Również i ilość siarki pod wpływem pracy mięśniowej zwiększa się znacznie przez czas pewien, poczem występuje nieznaczne zmniejszenie się ilości kw. siarczanego w moczu. (Pflüg. Arch. 54). *J. Z.*

79. Hildebrand w niektórych przypadkach przewlekłego niezżytu żołądka widział śluzo-ropne zapalenie błony śluzowej nosa lub gardzieli, oraz ozenę. Powstawanie na tem tle chorób żołądka widzi autor w polykaniu drażniącej żołądek wydzieliny. W tych więc przypadkach leczenie zasadniczego cierpienia jamy nosogardzielowej częstokroć może mieć wpływ bardzo dodatni na leczenie cierpienia żołądka. (Ther. Mon. Nr. 11. 1893). *J. Z.*

80. Dr. Alb. Robin stosuje przeciw potom u suchotników następujące proszki:

Pulv. Agarici albi	0,50
Zinci Oxydati	0,10
Camphorae tr.	0,02

Chory ma zażyć proszek przed pójściem do łóżka. (L. W. 5).

81. Dr. N. M. Sokolow jeszcze raz zajął się zbadaniem ciągle dotąd spornej kwestyi wchłaniania przez zdrową skórę. Wyniki i wnioski autora (Wręcz Nr. 6) są następujące:

1) Skóra nie uszkodzona i nie podrażniona zupełnie nie wchłania, niezależnie od $\frac{0}{100}$ wcieranych ciał w maściach, od pory wcierania i przestrzeni skóry.

2) Skóra nieco uszkodzona (zdrapania, małe pryszcze, wągry nieco zadrażnione) zawsze wchłania.

3) Skóra nieco podrażniona dodatkiem do maści kwasu salicylowego w ilości 5—10 $\frac{0}{100}$ zawsze wchłania zarówno kwas jak i badane ciało (np. KJ.), toż samo przy dodaniu chloroformu, terpentyny w stosunku 2 : 10, weratryny 1 : 100, T-re jodii 1 : 10. Podrażnienia skóry dokonywano przez przystawienie gorczycy.

4) Skóra uprzednio podrażniona rozcieraniem fianał, albo wskutek energicznego, przez 30—80 minut, wcierania wchłania zawsze.

5) Po mocnej parowej łaźni i słabem roztarcia „moczalką“ skóra nie wchłania nic, po energicznem rozcieraniu—wchłania zawsze.

H.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Alfred Sokołowski. Ból gardła i jego znaczenie dyagnostyczne przy cierpieniach jamy gardzielowej. Odczyty kliniczne. Nr. 62, luty 1894.

W szeregu „odczytów klinicznych“, wydawanych przez Redakcję Gazety Lekarskiej nie spotkaliśmy się dotąd, rzecz dziwna, z pracami z dziedziny chorób gardła i nosa. Lukę tę po części wypełnia obecnie oryginalna praca pióra dobrze zasłużonego w naszej literaturze D-ra Sokołowskiego, który pod skromnym tytułem „Ból gardła“ w przystępny sposób przedstawił niemal całą patologiję gardzieli.

Obrawszy za punkt wytyczny dla swej pracy ból gardła, ten najważniejszy objaw dyagnostyczny w różnorodnych cierpieniach gardzieli, oraz skreśliwszy ogólny jego charakter, autor pokrótce rozpatruje sprawy chorobowe, występujące na błonie śluzowej gardzieli, zaczawszy przedewszystkiem od spraw ostrych. Opisuje więc „anginam simplicem“, dalej zapalenie migdałków (tonsillitis acuta simplex), wspomniawszy pokrótce o ostrem zajęciu tak zw. migdałka językowego, zatrzymując się nieco dłużej nad sprawą ropną w migdałkach, oraz ich otoczeniu występującą.

W dalszym ciągu opisuje autor ropień pozagardzielowy (abscessus retropharyngens), przeważnie występujący u dzieci; wyprysk (herpes), wreszcie dłużej nieco zatrzymuje się na błonicy gardzieli (dyfteryt), opisując dwie postaci tego cierpienia: lżejszą, oraz t. zw. toksyczną.

Zgadając się z autorem, że nie zawsze możliwem jest badanie bakteriologiczne błon w celu upewnienia się o ich charakterze, nie mogę się znowu zgodzić na twierdzenie, by wynik tych badań dopiero po upływie 36 godzin mógł być rozstrzygniętym. Sądzę, że 12 godzin w tych razach najzupełniej wystarcza.

W przeciągu tego czasu np. dokonywane bywają badania takie, obowiązujące od pewnego czasu w New Yorku.

Obszerniej również zastanawia się autor nad sprawą, często u nas występującą, nawet epidemicznie, znaną ogólnie pod nazwą angina follicularis, a dla której autor, na podstawie doskonałych badań anatomo-patologicznych, wspólnie z D-rem Dmochowskim, przed paru laty dokonanych, proponuje nazwę „tonsillitis lacunaris pseudomembranacea“, zaliczając ją do lżejszych postaci dyfterytu. Ja osobiście na podstawie odnośnych badań bakteriologicznych, które wkrótce będą ogłoszone, nie podzielam tego zapatrywania, uważając cierpienie w mowie będące za samodzielne, w żadnym przyczynowym nie będące związku z właściwą błonią.

Autor wspomina o rzadkiem zejściu tego cierpienia w zropienie, co i ja parę razy miałem sposobność spostrzeżać. Natomiast nie znajduję u autora wzmianki co do zajęcia tą sprawą t. zw. migdałka językowego, co stosunkowo dość często (na 135 przyp. — 13 razy)

widywałem. W dziale VIII-m podaje autor interesujący przypadek rzadkiego cierpienia gardzieli (pharyngitis fibrinosa acuta).

Mówiąc o ciałach obcych, jako przyczynie bólów gardzieliowych, autor najzupełniej słusznie akcentuje fakt, że często, zwłaszcza u kobiet nerwowych, brak ciała obcego, pozostała natomiast tylko sensacja bólu.

Rozdział XI-ty rozpoczyna autor opisem spraw przewlekłych gardzieli, a więc w pierwszej linii t. zw. amygdalitis lacunaris, a które na podstawie wspólnych z D-rem Dmochowskim bardzo sumiennych badań anatomo-patologicznych, autor nazywa tonsillitis lacunaris chronica desquamativa. Rozdział ten należy do najlepiej opracowanych.

Grzybicę gardzieli (mycosis pharyngis) autor stosunkowo rzadkiem nazywa cierpieniem.

Rozdziały o gruźlicy, oraz przymiocie gardzieli również do najlepiej opracowanych bym zaliczył. Zawierają one wiele cennych wskazówek. Autor słusznie zaznacza, że nie zawsze, zwłaszcza przy braku objawów ze strony płuc, rozpoznanie gruźlicy gardzieli jest łatwym, wobec tego, że nawet badanie wydzieliny z owrzodzeń nie zawsze daje pozytywne rezultaty.

W tych razach, zdaniem mojem, nigdy nie powinniśmy zaniedbać sprobować metody „ex juvantibus”, nawet w braku wszelkich danych anamnestycznych co do nabytego, lub odziedziczonego przymiotu, metoda ta niejednokrotnie wyjaśnia kwestyję z korzyścią dla chorych, jak to w ostatnich czasach w jednym z moich przypadków miało miejsce.

Bardzo słusznem jest zwrócenie uwagi na możliwość mieszanych infekcyj, mianowicie przymiotowych i gruźliczych owrzodzeń gardzieli, kwestyja ta ważna, ostatniemi czasy niejednokrotnie poruszana. Poświęciwszy parę słów nowotworom złośliwym gardzieli, przechodzi autor do spraw przewlekłych, mianowicie do zwykłego chronicznego kataru gardzieli, którego opisuje dwie postaci: przerostową (pharyngitis granulosa et lateralis), oraz zanikową (pharyngitis atrophicans).

Również niezwykle często zdarzający się przerost chroniczny t. zw. migdałka językowego, znalazł w tym rozdziale odpowiednie uwzględnienie.

Wreszcie autor kończy swą zajmującą pracę wzmianką o nerwobólach gardzieli, zwracając słuszną uwagę na coraz częściej występujące w naszym wieku nerwowe: canerophobiam-phthisiphobiam etc. sprawy, które jedynie na drodze racjonalnego leczenia ogólnego skutecznie usuwane być mogą.

Jakkolwiek co do niektórych punktów nie mogę się zgodzić z autorem, co jest zresztą kwestyją czysto osobistych zapatrywań i bynajmniej nie zmniejsza wartości samej pracy, to jednak przyznać musimy, że praca D-ra Sokołowskiego, napisana przystępnie, jasno, i zwięźle, zawierająca mnóstwo cennych rad i wskazówek, opartych przeważnie na własnem bogatym doświadczeniu klinicznym, może przynieść rzetelną korzyść lekarzowi praktykowi, najzupełniej więc odpo-

wiada celowi, jaki sobie autor założył, a o czem we wstępie z naciskiem wspomina.

Dr. Jan Sędziak.

KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Komitet gospodarczy bliskiego już zjazdu międzynarodowego lekarzy w Rzymie okazuje niezmordowaną gorliwość, aby zarówno uczynić zjazd świetnym pod względem treści i formy, jak i w celu zapewnienia przyszłym jego uczestnikom możliwych wygod i ułatwień.

Świadczą o tem nadsyłane ciągle do redakcyj pism zawiadomienia, programy etc.

Inauguracyja zjazdu nastąpi 29 marca w obecności króla włoskiego. Zebrania odbywać się będą w wielkim gmachu polikliniki, mieszczącym się o 15 minut drogi od środka miasta (od Piazza Colonna).

Na dworcu centralnym (Terasini) znajduje się biuro mieszkań, bądź zamówionych uprzednio, bądź zamawianych w chwili przyjazdu. Wszędzie można się będzie rozmówić w 4-ch językach: włoskim, francuzkim, niemieckim i angielskim.

Po przybyciu uczestnicy mają udać się niebawem do biura mel-dunkowego na Via Genova, od 27 marca oddział biura będzie i w Poliklinice (w środkowym pawilonie). Tam otrzymają karty legitymacyjne, które zawsze należy mieć przy sobie (panie również). Członkowie płać 25 fr., panie 10 fr. Należność można odsyłać do prof. Pagliani w Rzymie, albo składać w biurze po przybyciu. Papiery legitymacyjne na podróż wydaje główny sekretarz zjazdu prof. Maragliano w Genui, od 1 marca zaś prezesi komitetów narodowych (prof. Cybulski, Kraków). Każda osoba (panie towarzyszące) musi mieć oddzielną kartę podróżną.

Tydzień zjazdu:

28 marca: otwarcie wystawy lekarsko-hygienicznej.

29 przed południem: otwarcie zjazdu, po poł. wybór prezydium w teatrze Costanzi (przy Via Nationale).

30 i 31: od 8—3 posiedz. sekcyjne, o 4 posiedz. ogólne uorg. w amfiteatrze Eldorado Via Genova.

1 kwietnia: zwiedzanie Rzymu (minister oświecenia dozwolił na wolne wejście do wszystkich galeryj zbiorów etc.).

2, 3 i 4-go: posiedzenia sekcyjne od 8 do 3, i ogólne o 4-ej.

5-go zamknięcie zjazdu.

28-go marca odbędzie się przyjęcie w gmachu kongresu. Miasto przygotowuje dla członków zjazdu różne festyny i uroczystości („Lunch“ Karstelli, oświetlenie „Platea archeologica“, przyjęcie na Kapitolu przez radę miejską).

Na posiedzeniach ogólnych wypowiedziane być mają następujące odczyty:

Babes: Stanowisko państwa względnie do wyników nowoczesnego badania bakteryjologicznego, (po niemiecku).

Brouardel: Walka z epidemijami (fr.).

Bizzozzero: Wzrost i odnowa ustroju (wł.).

Cajal (Madryt): Morfologija komórek nerwowych (fr.).

Danilewski (St.-Petersb.): Rola biologiczna fosforu w połączeniach organicznych (fr.).

Foster (Cambridge): Organizacyja wiedzy (ang.),

Kocher (Bern). Temat nieoznaczony (niem.).

Jacobi (New-York): Noc nocere.

Laache (Christiania): Przerost idiopatyczny serca i zwyrodnienie mięśnia sercowego (fr.).

Nothnagel: Przystosowanie się ustroju do zmian patologicznych (niem.).

Stokvis (Amsterdam): Stosunek chemji do farmakoterapii i Materia medica (fr.).

Virchow: Morgagni i anatomiczne myślenia (niem.).

Prac zapisanych do 19 sekcji jest ogromna lista, tytuły ich zajmują w katalogu (mała ósemka) 69 stronic.

Z lekarzy polaków zapisali się dotąd z odczytami następujący: Kosiński (prof.), Heryng, Sędziak, Cybulski (prof.), Stankiewicz Wł., Laskowski (Genewa), Dogiel (prof.). O. Bujwid, Steinhaus J., Gluziński W. Higier H., Rothe A., Mikulicz (prof.), Postempski, Przedborski L., Heiman T., Wicherkiewicz B., Watraszewski.

Członkowie zjazdu przekładający znalezienie mieszkania przed przybyciem do Rzymu powinni zwracać się:

1) do sekretarza generalnego XI zjazdu—Rzym;

2) do pp. Th. Cook et. Sen, Piazza di Spagna, Roma;

3) do hoteli. W szeregu wyliczonych hoteli—pokoje podane są w cenie 4—5 lirów, pensyje 12—18 lirów. (Hotel Paris, d'Italie, London, Capitoie, Cesari etc.).

Jako delegaci naszej redakcyi na kongres udają się kol. Jan Sędziak i kol. Kryński.

— Na osieroconą po śmierci ś. p. Madurowiczu katedrę są przez fakultet podani jako kandydaci: Jordan, Mars i Fr. Neugebauer.

— Dr. B. Wicherkiewicz otrzymał honoris causa tytuł profesora.

— Kol. Józef Zawadzki, współredaktor naszego pisma, został wybrany na członka korespondenta Tow. Lek. Krakowskiego.

— Ministeryjum Dworu przystąpiło do robót przedwstępnych w celu założenia około Borżomu na Kaukazie fermy dla hodowli roślin lekarskich. Przy fermie będzie urządzona oranżeryja i pracownia. Ferma ta będzie dostarczała ziół i lekarstw dla aptek wojskowych i szpitali Ziemi Wojska Donskiego. (J. R. M. G. 5).

— W Petersburgu odbywają się narady lekarzy i techników nad budową domu przedpogrzebowego w rodzaju paryskiej „Morgue“.

— Departament lekarski ministerjum spraw wewnętrznych zawiadomił odeski urząd lekarski, że nie uważa za możebne wydać pozwolenia na cywilną praktykę rotnym, bateryjnym, szwadronowym i t. p. felczerom, a tembardziej powierzać im miejsca z samodzielną do pewnego stopnia odpowiedzialnością. Za to departament, mając na widoku doskonalenie się felczerów, pozwala im w charakterze młodszych felczerów zajmować się w szpitalach pod bezpośrednim dozorem lekarzy, bez prawa do przywilejów służbowych. (J R. M. S.).

— Prof. A. v. Bardeleben, senior chirurgów niemieckich, obchodził jubileusz swych 75-letnich urodzin.

— Przegląd Lekarski w N-rze 6 donosi, że ósmy zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się we Lwowie, tak jak było zapowiedzianem, od 18 do 21 lipca r. b.

— Statystyka zbierana przez Stanlej Hall'a na wielkiej liczbie dzieci niżej 6 lat w Bostonie wykazała, że 14 na 100 nie widziało gwiazd, 46 na 100 nie było nigdy na wsi, 20⁰/₀ nie wiedziało, że mleko pochodzi od krów, 55⁰/₀ nie wie, że przedmioty drewniane pochodzą z drzew, 15 nie umiało odróżnić barw po nazwisku, 47⁰/₀ nigdy nie widziało świni i t. d. Jak się te rzeczy mają u nas? (L. M. 5).

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Lutym 1894 r.

1. *W. Olechnowicz*. Przypadek akromegalii. (Gaz. Lek. 5).
2. *M. Warman*. Przyczynek do leczenia poronień, osnuty na tle 250 przyp. (Gaz. Lek. 4—5).
3. *Z. Dmochowski i W. Janowski*. Rzadki przypadek całkowitego torbielowatego zwyrodnienia wątroby. (Gaz. Lek. 6).
4. *F. Arnstein i A. Troczewski*. Ciężki przypadek plamicy krwotocznej. (Gaz. Lek. 6).
5. *S. Essigman*. Przyczynek do sprawy krwotoków po wyrwaniu zęba. (Gaz. Lek. 6).
6. *E. Werner*. Oczyszczanie wody za pomocą wodoru glinu. (Gaz. Lek. 6).
7. Dr. med. *A. Elsenberg*. Choroba Bright'a pochodzenia syfilitycznego (Gaz. Lek. 7. Patrz Kr. L. Str. 1, z. 60).
8. *S. Neufeld*. Parniki odkażające. (Gaz. Lek. 78).
9. *J. Sterling*. Przycz. do kwestyi poszukiwania lasecznika gruźliczego-w płwocinie. (Gaz. Lek. 7).
10. *Z. Dmochowski*. Przyczynek do własności chorobotwórczych pneumokoka Friedlaender'a. (Gaz. Lek. 8).

11. *A. Troczewski*. Ciężki przypadek ropnego zapalenia 4 stawów w przebiegu płonicy, zakończony wyzdrowieniem. (Gaz. L. 8).
12. *Fr. Chłapowski*. O zawrocie. (G. Lek. 2. Niesk.).
13. *W. Łępkowski*. O zastosowaniu kokainy w dentystyce i działaniu jej na ropotwórcze dobnoustroje. (N. Lek. 1, 2. Patrz dział referatów str. 180).
14. *H. Święcicki*. Przypadek ogólnej puchliny płodu i wpływ jej na przebieg porodu. (N. L. 2).
15. *B. Wicherkiewicz*. Zastrzykiwania podspojówkowe sublimatu w zapaleniach sympatycznych. (N. Lek. 2).
16. *L. Lubliner*. Przyczynek do etjologii wyprysku gardzieli. (Med. 5, 6).
17. *T. Heiman*. O chorobach ucha sztucznie wywołanych. (Med. 5, 6, 7).
18. *W. Kosmowski*. O wzroście i wadze dzieci klas biednych w Warszawie. (Med. 6, 7, 8 niesk.),
19. *St. Dobrucki*. Przypadek cięcia łożowego podczas porodu. (Med. 8, niesk.).
20. *S. Schoengut*. Kilka uwag o leczeniu ropnego zapalenia ucha środkowego. (Prz. Lek. Nr. 3).
21. Dr. med. *K. Rumszewicz*. O leczniczej wartości wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę gałki ocznej. (Prz. Lek. 4, 5).
22. *A. Gabryszewski*. O wartości kokainy w chirurgii. (Prz. Lek. 4, 6).
23. *O. Bujwid*. O najnowszych postępach w dziedzinie higieny. (Prz. Lek. 6, lekcja wstępna).
25. *K. Szadek*. Kiła dziedziczna wrodzona. (Prz. Lek. 7, niesk.).
25. *M. Cercha*. Przypadek porodu, powikłanego włóknikami i tętcem macicy. (Prz. Lek. 8, niesk.).

1. *Wi. Olechnowicz*. Przypadek akromegalii. Autor w krótkiej swej pracy podaje opis chorej we wczesnym okresie ciekawego tego cierpienia. Nie przytaczając odnośnej literatury, autor szczegółowo przytacza wymiary, zebrane u tej chorej, i porównywa je z takimiż najczęściej spotykanymi. Praca ze względu na te porównania zasługuje na uwagę, tembardziej, że wyszła z pod pióra takiego znawcy tej kwestyi, jakim jest kol. Olechnowicz. *K. R.*

2. Dr. *Warman*. Przyczynek do leczenia poronień osnuty na tle 250 przypadków. W początkowych okresach poronienia autor zaleca wyczekiwanie. Stałe leżenie w łóżku nie ma racyi (osłabia), ruchy spokojne są nawet pożądane. Uspokajająco na podrażnioną macicę wpływają: opróżnienie kiszek, przetwory makowca i zalecona ostatniemi czasy *assa foetida*. Badanie przez pochwę powinno być zaniechane, szczególnie przez akuszerki (możliwość zakażenia).

Krwawienie podczas poronienia, wraże jeżeli ujście wewnętrzne

nie jest dostatecznie otwarte, nie wymaga koniecznie usunięcia zawartości macicy w warunkach zwykłych (brak pomocy), dążyć więc trzeba do zatamowania krwotoku, co można osiągnąć przez tamponowanie pochwy; to ostatnie musi być dokonywane antyseptycznie. Tamponowanie w niczem nie wpływa na otwarcie macicy i wydalenie jaja, które ma miejsce wskutek zmian anatomicznych w naczyniach krwionośnych łożyska. Autor do tamponowania używał z dobrym skutkiem gazy jodoformowej i gorąco ją tu zaleca. Im ciąża późniejsza, tem pewniejsze całkowite wydzielenie się jaja płodowego; w poronieniu przed 3 miesiącem ciąży pozostają strzępy doczesnej prawdziwej, wywołujące następne krwotoki, w takich przypadkach metoda wyczekująca nie zawsze może wystarczyć, a niezbędnem jest wyskrobanie resztek z przyżeganiem wnętrza macicy nalewką jodową. Ostrą niedokrwiłość, najczęstszą przypadłość po obfitych krwotokach, autor najlepiej zwalczał wlewaniem do odbytnicy jednego litra wody i łyżeczki soli kuchennej.

Wł. Stan.

3. Z. Dmochowski i Wł. Janowski. Rzadki przypadek całkowitego torbielowatego zwyrodnienia wątroby. U 48-letniej kobiety, zmarłej z rozpoznaniem guza jamy brzusznej, znaleźli autorzy liczne bardzo torbiele w obydwóch nerkach i w wątrobie; ta ostatnia cała była zajęta torbielami najrozmaitszej wielkości, zaczynając od łebka szpilki aż do wielkości główki dziecka, wskutek czego uległa ogromnemu powiększeniu swej objętości i wagi (przechodziła przeciętną normę z górą 7, 5 razy); tkanka wątroby zanikła w ogromnej swej większości, tak, że miejscami pozostały z niej tylko drobnutkie wysepki; miejsca te przedstawiały zmiany charakterystyczne dla posuniętej w swym rozwoju marskości wątroby (cirrhosis hepatis atrophica), przyczem zauważyć było można mnóstwo rozrosłych drobnutkich przewodów żółciowych; te ostatnie wielokrotnie znajdowały się w związku z nieskanalizowanymi jeszcze wyrostkami komórek nabłonkowych oraz z niektórymi już skanalizowanymi i ze światłem rozszerzonym. Zdaniem autorów, mieli oni do czynienia z włókniako-gruczolakami torbielowatym (fibro-adenoma cystoides), powstałym z nabłonka rozrosłych przewodów żółciowych.

J. W.

4. Feliks Arnstein i Antoni Troczewski. Ciężki przypadek plamicy krwotocznej, wywołanej zakażeniem miejscowym, wnikającą raną kłótą stopy. Opisany przez A. i T. przypadek rany kłótej stopy u 30-letniego robotnika, powikłany został w trzecim tygodniu choroby plamicą krwotoczną, która, według autorów, była bezpośrednim następstwem miejscowego zakażenia (brudny goźdz, niewstrzymanie się od pracy) ropnego, wnikającego ową ranę. A. i T. objaśniają powstanie choroby Werlhof'a w danym przypadku za pomocą intoksykacji produktami, wytwarzanymi przez bakteryje ropne. Chory zmarł prawdopodobnie wskutek plamicy krwotocznej; sekcji nie robiono.

K. Z.

5. St. Essigman. Przyczynę do sprawy krwotoków po wyrwaniu zęba. Na początku artykułu zaznacza autor, felczer tutejszego Szpitala Ewangelickiego, że poważniejsze krwotoki po wyrwaniu zęba nie są

bynajmniej tak rzadkie, jak powszechnie przypuszczają, gdyż sam w ostatnich 2 latach miał sposobność spostrzeżać 12 takich przypadków. Lekarze w takich przypadkach mało wiedzą, ponieważ chorzy po wyrwaniu zęba zgłaszają się częściej do dentystów lub felczerów, niż do nich. Trzy przypadki opisuje autor szczegółowo. W pierwszym po wyrwaniu górnego kła prawego wystąpiły znaczne podbiegi krwawe pod błonę śluzową i skórą policzka. Autor przypuszcza tu skalenie tętnicy zębodołowej odłamkiem kości przy wyjmowaniu zęba. Dwa pozostałe przypadki zasługują na zaznaczenie ze względu na bardzo dowcipny sposób, jaki autor użył do zatamponowania krwawiącego zębodołu. Oto gdy zawiodły zwykle w takich razach zalecane rękoczyny, wsadził autor w krwawiący zębodoł ząb poprzednio z niego wyrwany. Zabieg ten w obu przypadkach był uwieńczony pomyślnym skutkiem. Stosując ten zabieg trzeba mieć zawsze na oku zasady antyseptyki i nie próbować poprzednio tamowania haemostatykami żrącymi. W końcu autor zaznacza, że największy procent hemofilków dają u nas starozakonni, 90% przypadków poważniejszych krwotoków, jakie miały miejsce w Szpitalu Ewangelickim po operacjach rynologicznych w ambulatoryjum D-ra Wróblewskiego, zdarzyło się właśnie u starozakonnych.

Dz.

6. Werner Emil. **Oczyszczanie wody za pomocą wodoru glinu.** Do wody wiślanej zaczerpniętej wprost z rzeki, a więc zawierającej zwykle około 3000 bakterij w centymetrze, dodaje się na litr 0,25 siarczanu glinu skoncentrowanego, a po wymieszaniu dosypuje się 0,11 węglanu sodu, t. j. ilość potrzebną do wydzielania z alunu gliniki i utworzenia jednocześnie odpowiedniej ilości siarczanu sodu; po dokładnem wymieszaniu pozostawia się płyn w spokoju.

Po 12 godzinach wydzielona glinika osadza się, a po nad nią otrzymujemy $\frac{9}{10}$ objętości wody bezbarwnej, kryształowej przezroczystości. Taką samą próbę wykonał autor z jedną z najgorszych wód studziennych Warszawy, która zawierała sole alkali, związki kwasu podazotowego i amoniakalne, a przytem około 600 bakterij w centymetrze.

Badania bakteryjologiczne, dokonane przez kol. Janowskiego, dały wynik następujący:

w wodzie wiślanej z 3000 bakterij pozostało 16

" studziennej z 600 bakter. pozostało 48

ponieważ woda, zawierająca 300 bakterij w centymetrze, uważaną jest za zdatną do picia, rezultat więc oczyszczenia wody za pomocą wodoru glinu uważać należy za bardzo dodatni.

Koszt oczyszczenia 1000 litrów wody nie przenosi $12\frac{1}{2}$ kop.

Woda, tym sposobem sklarowana, ma smak przyjemny, zawiera przytem pewną ilość kwasu węglanego, pochodzącego z rozkładu węglanu sody.

Wodan glinu nie zabija bakterij, tylko unosi je z sobą na dno naczynia. Po 15 do 18 godzinach należy wodę ściągnąć z osadu, najlepiej za pomocą lewarka.

J. Wojciechowski.

9. Sterling. Przyczynek do kwestyi poszukiwania lasecznika gruzliczego w plwocinie. Badania swe przeprowadzał autor t. zw. homogenizującą metodą v. Ketel'a nad plwociną, mlekiem i kałem. We wszystkich razach mógł się przekonać nad wyższością tego sposobu nad innymi.

V. Ketel postępuje tak: do butelki 100 c. k. mleka 10 ctm. n. wody 6 cz. n. kwasu karbolowego i 10—15 badanej plwociny. Po dobrem skłóceniu dodaje wody do 100 c. n. kłóci i osadza przez 12—24 godzin. Osad bada się zwykłą drogą.

Autor zauważył, że przy tym sposobie udaje się wykryć w plwocinie i włókna spężyte.

H.

10. Z. Dmochowski. Przyczynek do własności chorobotwórczych pneumokoka Friedländer'a. Autor obserwował u 54-letniego mężczyzny przypadek zapalenia ropnego nosa, które przeszło na jamę Highmora, ztąd przedziurawiwszy wewnętrzny górny kąt jamy, zapalenie ropne przeszło na zatokę klinową, zkąd znowu przez otwór w górnej ścianie na opony mózgowie. Powstało zapalenie ropne opon twardych i miękkich, oraz ropień przerzutowy w prawym zrazie czołowym mózgu. Poddano badaniu bakteriologicznemu ropę z mózgu, z zatoki klinowej i z jamy Highmora. Badanie mikroskopowe wykryło w pierwszej mało, w drugiej zaś dużo pasorzytów, które ze wszystkich cech bakteriologicznych autor uznać musiał za pneumokoki Friedländer'a. Te małe pasożyty znalazł i w błonie śluzowej jamy Highmora. Uważa więc je za sprawcę całej opisanej sprawy.

W. J.

11. Antoni Troczewski. Ciężki przypadek ropnego zapalenia 4-ch stawów w przebiegu płonicy, zakończony zupełnym wyzdrowieniem z zachowaniem prawidłowych czynności w stawach. U 9-letniej córki robotnika, po płonicy w 4-m tygodniu choroby, wystąpiło silne zajęcie obu stawów łopatkowo-ramiennych i łokciowych. Autor rozpoznał ropne zapalenie tych stawów i dokonał na wszystkich operacji artrotomii. Po upływie 3-ch tygodni nastąpiło zagojenie 3-ch stawów z zachowaniem wszechstronnej ich funkcyi. Natomiast w prawym stawie łokciowym sprawa zniszczenia nie ograniczyła się, lecz szerzyła się coraz bardziej, wystąpiło silne obrzmienie stawu i całej kończyny, potworzyły się ropne zacieki okołostawowe i t. d. T. zamierzał już dokonać amputacyi kończyny, lecz zdecydował się raz jeszcze na dokładne przedrenowanie stawu i tkanek okołostawowych; uczynił to, końce stawowe oczyścił, wyłęczekował. Po upływie 3 $\frac{1}{2}$ miesięcy od pierwszej operacyi nastąpiło zupełne zagojenie stawu z zachowaniem prawie normalnej jego funkcyi. Autor na zasadzie tego i jeszcze 2-ch innych przypadków radzi po dokonaniu artrotomii z powodu ropnego zapalenia stawu nie używać opatrunków unieruchamiających i wcześniej przystępować w czasie opatrunków do wykonywania ruchów biernych, mając na celu niedopuszczenie do wytworzenia się zrostów stawowych.

K. Z.

14. Dr. Świącicki. Przypadek ogólnej puchliny płodu i wpływ jej na przebieg porodu. Ś. opisuje przypadek ciężkiego i długotrwałego porodu u wieloródki. Pomimo gorących irygacyj pochwowych i nacięć części pochwowej główka zaledwie zesła niżej, poród zaś ukończono klesz-

czami; obrzmiałe rączki udało się przeprowadzić po zesunięciu ich ku brzuchowi. Dziecko martwe z ogólną opuchliną; sekcja nie dozwolona. Jest to 27-y przypadek ogólnej opuchliny płodu podczas porodu opisany w literaturze. Przyczyny opuchliny dla braku sekcji i odnośnych badań poprzedników autor domyśla się tylko w zapaleniu nerek wskutek ciąży (Schwangerstaftsniere). *Wł. Stan.*

15. *Wicherkiewicz. Zastrzykiwania podspojówkowe sublimatu w zapaleniach sympatycznych.* Autor twierdzi, iż wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu nie są wstanie zażegnać sprawy zakażenia odcinka tylnego gałki, nie uznaje też tej metody za środek zapobiegawczy przeciw sympatycznemu zapaleniu drugiego oka. Natomiast przyznaje wielką doniosłość tym wstrzykiwaniom w przypadkach już rozwiniętego zajęcia sympatycznego drugiego oka, a na poparcie tego twierdzenia przytacza dwa osobiste spostrzeżenia: I. Phthisis dolorosa oc. dextrae—enucleatio; neuroretinitis sympathica ocul. II. Iridocyclitis traumatica, leucoma adherens, staphyloma intercalare oc. sin. — enucleatio; irido-cyklitis serosa symphatica. Autor twierdzi, iż, w sprawach ostrych rogówki i tęczówki, skutek, jeżeli wogóle ma wystąpić, to zwykły się objawiać zaraz po pierwszych zastrzyknięciach, których niewiele potrzeba do zupełnego wyniku; podczas gdy w przypadkach zapalenia sympatycznego oraz w przewlekłych sprawach chorobowych pokryw gałki ocznej, pomyślny wynik daje się stwierdzić dopiero po dłuższej seryi zastrzykiwań.

U osób mniej wrażliwych można stosować roztwór sublimatu 1 : 1000, a u bardzo wrażliwych 1 : 5000; z silniejszego roztworu wprowadza się na raz 1—2—3 przedziałek, ze słabszego zaś roztworu do 5 przedziałek strzykawki Pravaza. Wreszcie autor sądzi, iż wiele innych środków (strychnina, ergotyna, pilocarpina, ezeryna) w ten sposób także prędzej mogłyby rozwinąć swój wpływ, aniżeli w stosowaniu ich do worka spojówkowego. *Br. Z.*

16. *Lubliner. Przyczynek do etyologii wyprysku gardzieli.* Autor przytacza cztery spostrzeżenia ostrego i jedno powracającego, to jest przewlekłego wyprysku gardzieli. We wszystkich przypadkach wydzielina badaną była na pasorzyty (hodowle, szczepienia na zwierzętach). Na podstawie tych spostrzeżeń i badań autor wnioskuje, że: 1) Wyprysk gardzieli jest cierpieniem, które należy zaliczyć do chorób zakaźnych; może przebiegać ostro i przewlekłe. 2) Związek wyprysku gardzieli z nerwobólem nie we wszystkich przypadkach spozstrzegać można. 3) Badania bakteryjologiczne wykazują, że w każdym przypadku wykryć można koki ropne, najczęściej paciorkowce. *W. Sz.*

17. *Heiman. O chorobach ucha sztucznie wywołanych (Med. Nr. 49 i 52 r. 93) i o głuchocie udanej (Med. Nr. 5—17).* I. Sztuczne choroby ucha, wywoływane najczęściej w celu uwolnienia się od służby wojskowej, są to choroby powstałe skutkiem urazu nie przypadkowego, lecz przy współudziale złej woli. Pochodzenie ich jest trojaki: 1) Zapchanie przewodu słuchowego zewnętrznego ciałem obojętnem

w celu udawania głuchoty; 2) Wprowadzenie tamże ciał wywołujących podrażnienie lub zapalenie ucha zewnętrznego i błony bębenkowej; 3) Sztuczne przedziurawienie błony za pomocą przekłócia lub wiania płynów żrących. Ostatnia kategoria jest najczęstsza, jako najłatwiej prowadząca do celu i nią głównie zajmuje się autor. Opisuje więc zmiany, jakie zachodzą w uchu po wprowadzeniu płynów gryzących (kw. karbolowy, siarczany, azotny i t. p.); podaje wskazówki rozpoznawcze, jakimi kierować się należy w celu odróżnienia chorób sztucznych od rzeczywistych, przyczem słusznie kładzie nacisk na szczegółowe badanie i krytyczny rozbiór wszystkich danych pro i contra, aby, co się niekiedy zdarza, lekkomyślnem orzeczeniem nie narażać niewinnych na odpowiedzialność sądową i karę.

II. Stopień słuchu i głuchota udana. W tej części pracy podaje autor również wskazówki, jak odróżnić głuchotę rzeczywistą od udanej, oraz różne sposoby badania w celu zdemaskowania symulantów.

W. Sz.

20. Schoengut. Kilka uwag o leczeniu ropnego zapalenia ucha środkowego. Z powodu artykułu Koehlera, pomieszczonego w Now. Lek. *), autor występuje w obronie wdmuchiwań do ucha sproszkowanego kwasu bornego, zalecając go zarówno w ostrych, jak i niepowikłanych przewlekłych ropnych zapaleniach. Wbrew również zdaniu Koehlera, zaleca S. przestrzykiwać ostrożnie ucho w przypadkach, w których wydzielina jest obfita, lub nawet skąpa, ale gęsta i lepka. Tu samo tylko wkraplanie płynów wydzieliny nie usunie i oczekiwanego działania nie wyrze.

W. Sz.

21. K. Rumszewicz. O leczniczej wartości wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę gałki ocznej. Przy stosowaniu tej metody leczniczej bierze się pod uwagę: 1) że leki zastrzyknięte pod spojówkę mogą rychło i daleko rozchodzić się w narządzie wzroku—a to za pomocą naczyń chłonnych, i 2) że dyfuzja słabych roztworów sublimatu przez ciało szkliste nie pozbawia ich, przynajmniej w znacznym stopniu, własności bakteryjóbójczych. Pamiętać przytem należy, iż sublimat działa nietylko antyseptycznie czy koliseptycznie, lecz nadto i antyplastycznie. W myśl tego, autor podaje dokładny opis przypadków, które leczył li tylko za pomocą wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu; ze spostrzeżeń autora wynikają następujące wskazania do stosowania tego sposobu leczniczego. Wspomniane wstrzykiwania sublimatu nadają się: 1) w przypadkach nagromadzenia się ropy w komórce przedniej (hypopyon-keratitis); 2) w przypadkach zakażonych ran gałki; 3) w ciężkich, uporczywych zapaleniach tęczówki, zwłaszcza połączonych z nagromadzeniem się ropy w komórce przedniej; 4) w zapaleniach twardówki; 5) w zapaleniu naczyńki i siatkówki u krótkowidzów,

R. wstrzykuje (po uprzednim znieczuleniu spojówki oka zapo-

*) Patrz streszczenie—Kron. Lek. str. 93.

mocą kokainy) roztwór sublimatu 1 : 2000, wprowadzając za każdym razem 3—5 przedziałek (strzykawki Pravatza) tego roztworu; przytem wprowadza igłę tego przyrządu w fałd spojówki tylko na 3 milimetry. W tych warunkach R. nie spostrzegł znaczniejszych objawów zadrażnienia.

Br. Z.

22. Gabryszewski Antoni. O wartości kokainy w chirurgii. Na zasadzie 2,000 przypadków z kliniki prof. Rydygiera, autor opisuje jak kokainę do anestezji stosuje. Radzi używać G. tylko kokainy Mercka, roztwory czyste bez żadnych konserwujących dodatków, wielkich zapasów robić nie trzeba, a co miesiąc roztwory odświeżać. Dodatek soli kuchennej w stosunku fizyologicznym zmniejsza jakoby ból od ukłucia. Błony śluzowe dla otrzymania anestezji pędzluje się roztworami mocnymi, 10—20⁰/₀, spirytusowe jakoby działają lepiej. Na skórze pędzlowania, ani wcierania nie działają, tu trzeba wstrzykiwać. Do wstrzykiwań należy używać roztworów słabych 1, 2 lub 3⁰/₀, ostatnie pewniejsze. Co do rozchodzenia się działania na przestrzeń, to jedno wstrzyknięcie, zawierające ¹/₁₀ część gramowej strzykawki, daje znieczulenie na przestrzeni 1 reńskiego (naszych 6 groszy). Naraz nie należy użyć więcej niż 0,10 kokainy (samego leku); u dzieci, osób schorzałych, niewyspanych, zmęczonych nawet mniej. Otrucie poważniejsze po takiej ilości nie wystąpi, a co najwyżej w postaci omdlenia, błądności, co się skutecznie usuwa położeniem poziomem, kieliszkiem koniaku lub wina. W okolicach obficie unaczynionych otrucie występuje łatwiej. Na pnie nerwowe kokaina, zastrzyknięta w ich sąsiedztwie, działa, co jednak niema praktycznego znaczenia. Opaska Esmarcha znieczulenie potęguje. Przy częstem użyciu następuje przyzwyczajenie i brak właściwego działania.

Zastrzyknięcia należy się starać robić o ile możności w różnych kierunkach z jednego ukłucia. Gdy trzeba ukłóć kilka, to każde następne powinno być robione z terytorjum poprzednio już znieczulonego. Na tkanki zapalne kokaina działa równie dobrze, ukłucia tylko są bolesniejsze, nie zawsze więc używać jej warto (dojrzałe ropnie), a jeżeli się używa, to ukłócić robić od skóry zdrowej.

Co do zębów to doświadczenie G. nie różni się od Lępkowskiego. Dobre wyniki dawała kokaina i w zastrzałach, czyrakach, flegmonach, palcach wrastających etc. W kości rozmiękłe wstrzyknąć się daje, G. robił pod kokainą rezekcje stopy i amputacje podudzia, można robić herniotomie i laparotomie.

Dz.

NEKROLOGIJA.

7-go lutego zmarł w Rostoku Dr J. Uffelmann, prof. higieny.

August Hirsch, w wieku lat 77, znany epidemjolog i historyk medycyny. Wydawał wspólnie z Virchowem rocznik medycyny pod

tytułem „Jahresberichte Virchows u. Hirsch.“

Kazimierz Rewkowski, zmarł w Chicago, rodem z Litwy, był wychowawcą Petersburskiej Akademii Med.. Do Ameryki przesiedlił się 9 lat temu.

Cezary Gorecki, zmarł w Odessie, w wieku lat 53.

20-go lutego zmarł nagle w Strasburgu prof. chirurgii **A. Lücke**, jeden z założycieli Deut. Zeitschr. f. Chirurgie. Autor wielu dzieł i rozpraw.

SPROSTOWANIE.

W N-rze 2, na str. 104 opuszczono w jedenastym od góry wierszu po wyrazie dorosłych: „jest prawie ten sam, co i u dzieci, natomiast operacyjne leczenie wykazuje u dzieci mniej zejść śmiertelnych (27⁰/₀), niż u dorosłych (30⁰/₀)“.

Nadesłano do Redakcyi.

— Prof. Dr. **N. Cybulski**: Fizjologija człowieka. Wydanie nakł. kasy im. D-ra J. Mianowskiego. Tom III, Warszawa 1894.

— Przegląd Chirurgiczny. Tom. I, zeszyt III.

— **L. Lubliner**: Przyczynek do etjologii wyprysku gardzieli. Odb. z Medycyny.

— **Th. Heiman**: Tödlicher Schlag. durch einige ohrfeigen verursacht. Odb. z Zeit. f. Okrenheilk.

— **Th. Heiman**: Les Maladies artificielles de l' oreille. Odb. z Annales des mal. de l' oreille.

— **H. Heiman**: On five cases of otiti brain abscess etc. Odb. Arch. Arch. of. Otology.

— Dr. **Fr. Chłapowski**: Przypadek utajonego wrzodu żołądkowego wraz z uwagami nad patogenezą tego cierpienia. Odb. z Now. Lek.

— **J. Sz wajcer**: Gorączka powrotna w Warszawie w r. 1892. Odb. z Medycyny.

— **W. Janowski**: Przyczyny powstawania ropienia w świetle pojęć współczesnych. Odb. z Przegl. Chir. 1894.

— **H. Koster**: Zur Kenntniss des Salophens. Odb. z Therap. Monatshefte.

— Doc. D-r. **R. Trzebicky**: Przyczynek do osteoplastycznej rezekeji stopy podług Wład. Mikulicza. Odb. z Medycyny.

— **Z. Dmochowski** i **W. Janowski**: Beitrag zur Lehre v.

de pyog. Eigenschaften des Typhus bacillus. Odb. z Centr. f. Bakteriologie.

— *Z. Dmochowski* i *W. Janowski*: Rzadki przypadek całkowitego torbielowatego zwyrodnienia wątroby. Odb. z Gaz. Lek.

— *J. Zawadzki* i *J. Luxenburg*: Przypadek wrzodu żołądka na tle zmian syfilitycznych w naczyniach. Odb. z Gaz. Lek.

— *J. Zawadzki* i *T. Solman*. Ein Beitrag. z. Chirurgie des Magens. Odb. z Deut. Med. Woch. 1894.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawca Dr. Konstanty Sierpiński.

Ogłoszenia.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych.

Ulica Wspólna Nr. 42.

PENSYONAT LECZNICZY

FÜRSTENHOF

(STAOYA KAPFENBERG W STYRYI)

od Marca otwarty i zawsze jeszcze pod dawną
dyrekcyą lekarską.

Sprzedaż win z winnic Cesarskich Apanaży.

WINA WYBOROWE
DELIKATESY.
ŚWIADANIA, KOLACJE,
Gablony rodzinne
róg Widok i Marszałkow.
Telefonu Nr. 100

Ermitage

w Warszawie.

WINIARNIA

OSTRYGI

OSTRYGI



OSTRYGI

Towary Kolonialne i Delikatesy

„**POD BACHUSEM**”

(Warszawa, Telefonu Nr. 100)

WINA ZAGRANICZNE,

KONIAKI, LIKIERY, RUMY,

Ze składu Hurtowego win

MAURZYCY SEYDEL i S^{ka}

w WARSZAWIE.



GŁÓWNY SKŁAD

WIN GRUZIŃSKICH

z winnic Księcia Z. A. DZORDŻADZE

w Kachety—Tyflis.

Czystość tych win stwierdzoną została analizą
profesora Struve.

Czystość win stwierdzoną zostaje analizami Magistratu Nauk Przyr. N. Milicera oraz D-ra Aleksandra M. Weinberga.

APTEKA

i skład wód mineralnych
NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

Dr. T. Heinrich

W WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 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.

FABRYKA

dawniej **FRYDERYKA BAYER i Sp. w Elberfeldzie.**

EUROPHEN

(ochroniony patentami)

nowe znakomite antilueticum, środek zablizniający i antisepticum.

ARISTOL

(ochroniony patentami)

zalecany przy ranach oparzelinowych, lupus, psoriasis, ulcus crur., późnych postaciach syfilisu, owrzodzeniach gruźliczych i wielu chorobach skórnych.

PHENACETINUM-BAYER

(uprzywilejowana marka)

Antipyreticum, Analgeticum, Antineuralgicum.

Szczególne wskazania: bóle głowy, gościec (w dużych dawkach), influenza, bóle strzykające u tabetyków.

SULFONAL-BAYER

(uprzywilejowana marka)

zastosowany jako delikatny proszek, jest znakomitym środkiem nasennym.

TRIONAL i TETRONAL

(ochronione patentami)

nowe środki nasenne.

SALOPHEN

(patentowany)

wypróbowany w miejskim szpitalu w Moablicie i zalecany przy ostrym gościecu stawowym.

KWAS SALICYLOWY-BAYER

osadzony i krystaliczny.

Ręczymy za czystość naszych produktów, które podlegają stałej kontroli. Wszelkie produkty, z wyjątkiem kwasu salicylowego, są patentowane w Stanach Zjednoczonych północnej Ameryki i ich wprowadzenie tamże zakazane.

REPREZENTANCI

WENDA i WIOROGÓRSKI w Warszawie, Krakow. - Przedm. 45.

A P T E K A
H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska róg Ś-to Krzyżkiej.

CHLOROFORMIUM PURISSIMUM

do operacyi

flaszki oranżowe, objętości 60, 90, 180 i 360 gramów.

Preparaty D-ra Hebra

Ungt. diach. Hebrae, Tr. Rusci v. Waldheim i Tr. Rusci własna—Ol. Rusci liquidum i Ol. Rusci spissum.

WSZYSTKIE WINA LECZNICZE.

TRANY LEKARSKIE

oprócz białego i żółtego Lofoden z następującymi środkami:

z jodem, z jodkiem żelaza, z tlenkiem żelaza, z fosforem
i z jodkiem potassu.

FENACETYNA BEYER'A

Proszek krystaliczny, błyszczący, koloru białego bez smaku i zapachu, rozpuszczający się dość trudno w zimnej wodzie i ciepłej, a najłatwiej w alkoholu; jest środkiem zupełnie nieszkodliwym (Kast, Hinsberg, Kobler), niewywołującym ani potów, ani sinicy, ani sił upadku (Hoppe, Lepine, Dujardin-Beaumetz, Rumpf), silnie obniżającym ciepłość ciała. Fenacetyna posiada znakomite ból gojące własności (antinevraigicum) i dla tego w tym ostatnim przypadku znalazła już, z powodu swej nieszkodliwości, olbrzymie zastosowanie przy bólach tabetycznych i gośćcowych (Guttman, Rumpf), bólach głowy, bólach neuralgicznych i t. p. (Hoppe, Heusner, Dujardi-Beaumetz).

Jako środek przeciwgorączkowy używa się: dla dorosłych w dawce od 0,5—0,7; dla dzieci w dawce od 0,15—0,3. Jako środek ból kojący dla dorosłych 1,0—1,5.

Strzedz się podrabianych i naśladowanych.

Dla kaszlących i osłabionych Słodowy ekstrakt i karmelki

z Miodu, Słodu i Ziół leczniczych



Zatwierdzony przez Ministra Spraw Wewnętrznych.

Nagrodzone na wystawach higieniczno-lekarskich w Warszawie,
Krakowie, Lwowie i Środkowo-Azyjatyckiej w Moskwie.

FABRYKI

„**LIWIA**”

w Warszawie, ulica Zgoda 5.

Zwracać uwagę na firmę i na opakowaniach

Wyłączna sprzedaż w Aptekach i Składach aptecznych.



FABRYKI „IMPERIAL”

W WARSZAWIE

Odnaczony medalami na Wystawie w Warszawie i Brukselli 1891 roku
za czystość produktu.

Analiza prof. Milicera, Dr. Nenckiego i Dr. Zawadzkiego utwierdza, że Koniak „Imperial” jest wyrobem z czystego wina i niczem się nie różni od dobrych francuzkich Koniaków, a zatem zalecany być może chorym, rekonwalescentom i konserwom, jako zdrowy i wyborny napój.

Sprzedaż detaliczna we wszystkich znaczniejszych handlach win i towarów kolonialnych w Warszawie i Królestwie.

Hurtowa od 3 wiader, w Kantorze fabrycznym.