

# GAZETA LEKARSKA

**T R E S C.** I. J. BEŁKOWSKI. Promienica podstawy czaszki i opon mózgowych. Str. 661.  
II. WITOLD ETTINGER. Trzy przypadki zimnicy o niezwykle ciężkich objawach. Str. 665.  
III. Z. BYCHOWSKI. Teoretyczne podstawy leczenia spastycznych porażań metodą FOERSTER'a.  
(Dok.). Str. 671. *Dział sprawozdawczy.* 104. TOEPLITZ F. Patologia i terapia kokluszki.  
Str. 675.—105. K. ALT. O nowoczesnym środku przeciwsyfilitycznym EHRlich' i HATA'y.  
Str. 677.—106. IVERSEN. O działaniu arsenowego przetworu „606“ EHRlich'a w gorączce po-  
wrotnej. Str. 678.—107. W. ALEXANDER. O „objawie nożnym“ w teńycze. Str. 679.—108.  
G. ROQUE i W. CORDIER. Autoseroterapia puchliny brzusznej. Str. 680. *Wiadomości bieżą-  
ce.* Str. 681. Nekrologia. *Ogłoszenia.*

I. Z ODDZIAŁU DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

## Promienica podstawy czaszki i opon mózgowych.

Podał

J. Bełkowski.

Grzybek promienicy należy do drobnoustrojów, które nie szcędzą żadnego organu, żadnej niemal tkanki. Rozwijać się on może w każdym miejscu na zewnętrznych powłokach ciała, jak również we wszystkich prawie narządach wewnętrznych. Skłonność do powolnego pełzania od miejsca zakażenia na najbliższe sąsiedztwo i wciągania w sprawę chorobną coraz to nowych narządów jedynie drogą szerzenia się bezpośredniego (*per contiguum*)—stanowi jedną z wybitnych cech tego cierpienia. Szerzenie się sprawy chorobnej drogą naczyń chłonnych lub też przerzutów należy do bardzo rzadkich wyjątków; to też brak obrzmienia gruczołów chłonnych, w przeciwieństwie do innych zakażeń, jest ważnym objawem rozpoznawczym tego cierpienia.

Jak wiadomo, jama ustna jest główną drogą, choć nie jedyną, przenikania zarazki do ustroju. Najczęściej więc sprawa chorobna zajmuje szczęki, twarz, szyję, drogi oddechowe, kanał pokarmowy, a stąd już *per continuita-*

tem przechodzi na narządy sąsiednie. W niektórych rzadszych przypadkach nie można wykazać drogi, jaką wniknął pasorzyt do ustaju; mówimy wtedy o promienicy pierwotnej zajętego narządu, jak np. pierwotna promienica mózgu, nerek, wątroby, jajników i t. p. Według powszechnie przyjętej klasyfikacji J. ISRAELA <sup>1)</sup> przypadki te zaliczyć należy do oddzielnej kategorii z nieznaną drogą wniknięcia zarazka, dopóki ścisłe obserwacje kliniczne i dokładne badania anatomopatologiczne nie wykażą nowych dróg, dotąd nieznanych.

Do tej kategorii należałoby zaliczać i obserwowany przez nas przypadek promienicy podstawy czaszki i opon mózgowych.

Promienica mózgu i opon mózgowych należy do przypadków niezmiernie rzadkich. Dość przytoczyć fakt, że ENRIQUEZ i SICARD <sup>2)</sup>, donosząc w roku 1904 w „*Société médicale des Hôpitaux de Paris*“ o pierwotnej promienicy mózgu i opon mózgowych, zaznaczają, że był to pierwszy przypadek z tem umiejscowieniem, obserwowany we Francji. U nas jeden przypadek promienicy wtórnej mózgu ogłosił w roku 1889 FR. KIJEWSKI <sup>3)</sup>. Pozatem w dostępnej mi literaturze, oprócz wymienionych wyżej, znalazłem jeszcze 8 przypadków, w tej liczbie 2 przypadki promienicy pierwotnej mózgu. Razem więc obserwowano dotąd 3 przypadki pierwotnej promienicy mózgu i opon mózgowych, oraz 7—wtórnej.

I ze względu na rzadkość takiego umiejscowienia promienicy, i w celu uzasadnienia swoich wniosków, które podać zamierzam, streszczę tu nieco obszerniej wszystkie te spostrzeżenia.

Unikatem w literaturze był przez czas długi przypadek pierwotnej promienicy mózgu, ogłoszony w roku 1887 przez BOLLINGERA <sup>4)</sup>.

U 26-letniej kobiety choroba rozpoczęła się od gwałtownych bólów głowy. Po upływie miesiąca przyłączył się niedowład lewego nerwu odwodzącego (*abducens*). Po dwu miesiącach niedowład ustąpił; w okresie poprawy, trwającej kilka miesięcy, chora wydała na świat dziecko. Na 3 miesiące przed śmiercią dawne bole głowy znowu wróciły; lecz tym razem były jeszcze gwałtowniejsze i towarzyszyły im dość często napady omdlenia z utratą przytomności [chora padała na ziemię, niekiedy z krzykiem]. Pomiedzy napadami chora była zupełnie przytomna. Na 20 dni przed śmiercią chora uskarżała się na utrudnienie i powolność w kojarzeniu myśli, lecz przytomność i inteligencję zachowała. W tym czasie znowu wrócił niedowład lewego nerwu odwodzącego, a ponadto stwierdzono tarczę zastoinową z lewej strony. Po upływie roku od początku cierpienia śmierć nastąpiła prawie nagle podczas napadu bólu głowy z utratą przytomności i kilkakrotnymi wymiotami. Rozpoznawano guz mózgu i stosowano jodek potasu. Badanie pośmiertne

---

<sup>1)</sup> J. ISRAEL. *Klinische Beiträge zur Kenntniss der Aktinomykose des Menschen*. Berlin 1883.

<sup>2)</sup> *La Semaine médicale* 1904, Nr. 20.

<sup>3)</sup> *Gazeta Lekarska* 1880, Nr. 3.

<sup>4)</sup> *Münchener med. Woch.* 1887, Nr. 41.

wykazało w 3-ej komorze miękkawy owalny guz, wielkości orzecha laskowego, o powierzchni równej, koloru blado-szaro-żółtawego, którego budowa drobnowidzowa wykazała tkankę granulacyjną z licznymi koloniami grzybków promienicy (*granuloma actinomycoticum*). Poza tem stwierdzono obrzęk i anemię mózgu ze znacznem rozszerzeniem wszystkich komór (*hydrocephalus int. chronicus*).

W przypadku tym droga wniknięcia zarazka pozostała nieznaną; zęby wprawdzie były w złym stanie, lecz często i starannie były leczone, a sposób życia nie dawał powodów do narażania się na zakażenie tego rodzaju. Sprawa chorobna, jak to widzieliśmy, przebiegała pod postacią typowego guza mózgu, co też stwierdzono po śmierci, i dopiero badanie drobnowidzowe wykazało istotną przyczynę.

Drugi przypadek, o którym już wyżej wzmiankowałem, był opisany przez ENRIQUEZ'a i SICARD'a <sup>1)</sup>. Dotyczył on chorego, z zawodu masztalera, u którego znaleziono guz promienicowy w mózgu, i który zmarł z powodu zapaleniu opon mózgowych pochodzenia gronkowcowego. Badanie płynu mózgoworodzeniowego wykazało za życia charakterystyczne kolby. Na sekcji w ropie guza stwierdzono typowe żółte ziarenka promienicy.

Znalazłem jeszcze wzmiankę o ogłoszonym przez BUDAY'a <sup>2)</sup> w literaturze węgierskiej przypadku pierwotnej promienicy mózgu w 3-ej komorze pod postacią śluzaka wielkości orzecha laskowego. Przypadek ten byłby bardzo zbliżony do przypadku BOLLINGERA.

W pozostałych 7-u przypadkach promienica przechodziła na mózg i opony *per continuitatem* z tkanek otaczających czaszkę. A więc były to przypadki promienicy wtórnej.

Pierwsze dwa przypadki były ogłoszone jeszcze przez PONFICK'a <sup>3)</sup> w jego znanej monografii, jednej z pierwszych większych prac o promienicy.

Pierwszy przypadek dotyczył 45-letniej kobiety, u której na początku choroby były bole w karku; później zjawiły się obrzmienia na szyi, z których jedno doszło do zropienia i otworzyło się. Wreszcie na 14 dni przed śmiercią zjawił się kaszel. Badanie pośmiertne, oprócz ognisk na szyi, w tkance przedkręgosłupowej, w mięśniu serca i osierdziu, w płucach i śledzionie, wykazało w mózgu, na górnej powierzchni płatu potylicowego, 3 galaretowate ogniska, wielkości pestki od wiśni; zajmowały one całą grubość kory i dochodziły do białej substancji; opona miękka nad nimi była zlekka przekrwiona. W żyłce szyjnej (*vena jugul. int.*) znaleziono rozrosty guziczkowate.

W drugim przypadku PONFICK'a promienica trwała 14 miesięcy i doprowadziła do wielkich spustoszeń na podstawie czaszki, poczem dopiero przeszła na opony i częściowo na mózg.

<sup>1)</sup> Cyt. ze streszczenia w La Semaine méd. 1904, Nr. 20.

<sup>2)</sup> Cyt. Virch. Hirsch's Jahresb. 1904.

<sup>3)</sup> PONFICK. Die Aktinomykose des Menschen, eine neue Infectiouskrankheit. Berlin 1882.

U 45-letniego mężczyzny wkrótce po wyrwaniu górnego zęba trzonowego wystąpiło silne opuchnięcie połowy twarzy; później sprawa przeszła na szyję i kark z jednej strony, i na miękkie części twarzy z drugiej. Przez długi czas tworzyły się ropnie i przetoki z utrudnieniem żucia i łykania. Wreszcie wyniszczenie ogólne i śmierć. Badanie pośmiertne, opócz zmian na twarzy, szyi, tkance przedkręgowej, wykazało: przedziurawienie podstawy czaszki i wielkiego skrzydła kości klinowej z licznymi zewnątrzoponowymi ogniskami, przenikającymi do jamy czaszki; zniszczenie stawów dwu górnych kręgów szyjnych i kości potylicowej; stare zakrzepy w obu żyłach szyjnych (*jugularis int.*). Sama istota mózgowa była zajęta tylko przy podstawie czaszki: na dolnej powierzchni płatu skroniowego, a po części i czołowego niewielkie, nieprawidłowe, galaretowate, szaro-żółte ogniska; opony twarda i miękka w tych miejscach zrosnięte.

W przypadku KOENIG'a <sup>1)</sup> całe prawie powłoki zewnętrzne, również jak narządy wewnętrzne były jakby usiane ogniskami promienicy, co sprawiało wrażenie ropnicy promienicowej.

U 31-letniej kobiety zakażenie nastąpiło prawdopodobnie przez zęby, gdyż w jednym z zębów znaleziono na sekcji ropę i grzybki promienicy, a od tego miejsca sprawa szerzyć się zaczęła. W jamie czaszkowej w wielu miejscach na wewnętrznej powierzchni opony twardej znaleziono miękkie polipowate żółte wyniosłości, nie większe od ziarnka bobu, z których można było wycisnąć ropę, zawierającą białawe grudki. Ropnie nieco mniejsze, wielkości ziarnka prosa, znaleziono w oponie miękkiej i w powierzchownych częściach kory. Jeden większy ropień był w mózdzku.

W przypadku MOOSBRUGGER'a <sup>2)</sup> promienica zaczęła się także prawdopodobnie od zębów. Zjawiły się początkowo bole w szczękach, później owrzodzenia na policzkach; następnie sprawa przeszła na szyję, na kark, i ostatecznie dostała się do jamy czaszkowej. Sekcja wykazała błoniaste rozrosty w oponie twardej dokoła siodła tureckiego, otworu potylicowego i tylnej powierzchni kości skalistej (*pachymeningitis*). W tylnej części *gyrus rec-tus*—ropień, wielkości grochu; mniejszy w korze prawej półkuli. Nacieczenie opony miękkiej mózdzku i przysadki częściowo przechodziło i na istotę mózgową. Komory boczne znacznie rozszerzone. Zakrzep jednej z zatok żylnych (*sinus transversus*).

W przypadku BAUMGARTENA <sup>3)</sup> w przebiegu promienicy płuc zjawił się duży ropień przerzutowy w mózgu.

W przypadku KIJEWSKIEGO <sup>4)</sup> promienica zaczęła się od spróchniałych zębów, a następnie przeszła na zuchwę i na okolicę skroniową. Chory był obserwowany w ciągu 3-ch lat przez ORŁOWSKIEGO, JAWDYŃSKIEGO i JASIŃSKIEGO, i w końcu zmarł w szpitalu na Pradze. Na dwa tygodnie przed śmier-

<sup>1)</sup> KOENIG i O. ISRAEL. Berliner klin. Woch. 1884, Nr. 23.

<sup>2)</sup> BRUNS. Beiträge zur Chirurgie, t. 2.

<sup>3)</sup> Cyt. przez ORŁOWA. Deutsche med. Woch. 1890, Nr. 16.

<sup>4)</sup> Gazeta Lekarska 1889, Nr. 3.

cią stracił przytomność. Przy badaniu pośmiertnem otwierano tylko czaszkę i znaleziono w lewej półkuli dwa guzy obok siebie leżące, jeden wielkości orzecha włoskiego, drugi mniejszy. Opona twarda w tem miejscu była zrosnięta z miękką i istotą mózgową. Badanie mikroskopowe wykazało w guzach obecność grzybków promienicy.

W przypadku ORZOWA <sup>1)</sup> promienica zajęła szyję, płuca, kończyny dolne. Pod koniec cierpienia wystąpiły objawy mózgowie pod postacią drgawek częściowych, a później ogólnych z utratą przytomności podczas napadu; następnie zjawił się niedowład, a później porażenie połowicze z osłabieniem czucia bolowego w odpowiedniej połowie ciała. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono w mózgu ropień wielkości jabłka, w górnej części szczeliny Rolanda jednej półkuli. Mniejszy ropień był w mózdku. Opony twarda i miękka w tych miejscach były zrosnięte.

[D. c. n.].

---

II. Z ODDZIAŁU DOC. DRA MED. W. JANOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

---

## Trzy przypadki zimnicy o niezwykle ciężkich objawach.

Podał

Witold Ettinger,  
asystent oddziału.

---

TORTI, ALIBERT, MAILLOT, nie mówiąc o wielu innych dawnych autorach, wyodrębnili z pośród przypadków zimnicy cały szereg postaci o przebiegu ciężkim, które zaliczają do grupy złośliwych. W tej grupie postaci chorobnych, oprócz zwykłych objawów cechujących zimnicę, występować mogą objawy mózgowie [śpiączka, apatya, bredzenie, drgawki, delirium], zaburzenia w czynności kanału pokarmowego [wymioty, biegunka, żółtaczka, bole w jamie brzusznej] i zaburzenia w krążeniu. Zależnie od objawów, które występują, rozróżniamy: *febris intermit. perniciosa typhosa*, *feb. intermit. pernic. cerebrealis et spinalis (comatosa, algida, delirium)*, *febris interm. pernic. gastro-intestinalis (cardialgica, choleric, dysenterica, biliaris)* i t. d. W niektórych krajach, jak oto: w południowej Europie, na Kaukazie, w środk. Azji w Afryce złośliwe przypadki zimnicy zdarzają się prawie stale; u nas należą one, na szczęście, do rzadkości. Okoliczność ta upoważnia nas do ogłoszenia 3-ch

---

<sup>1)</sup> Deutsche med. Woch. 1890, Nr. 16.

przypadków zimnicy, które mieliś my możność spostrzegania na oddziale doc. dra W. JANOWSKIEGO, a które do złośliwych postaci bardzo zbliżone były.

Spostrzeżenie pierwsze dotyczy chorego J. S., lat 22, który zachorował w kwietniu [24] roku 1902 nagle przy objawach silnych dreszczów, gorączki, bólu głowy, krzyża i kończyn, gwałtownej duszności, wymiotów i biegunki. Chory przybył na oddział w stanie bardzo ciężkim, nieprzytomny z ciepłotą 39,5°, tętnem 120 z przerwami. Przy badaniu znaleziono na skórze tułowia i kończyn, zwłaszcza górnych, wysypkę w postaci grudek i plam wielkości ziarnka grochu lub konopi; pomiędzy plamami znajdują się miejscami pojedyncze pryszczki, t. j. pęcherzyki wypełnione płynem surowicznym. Ze strony narządów wewnętrznych stwierdzono głuchosć tonów serca, wybitną bolesność w prawem podżebrzu i powiększoną śledzionę. Nadto stwierdzono wyciek ropny z lewego ucha, oraz wybitną bolesność wyrostka sutkowego z lewej strony. Chory na to lewe ucho cierpi podobno od dziecka, a od kilku dni, jak zaznacza otoczenie chorego, wpływ ropny powiększył się i chory uskarżał się na ból w uchu i poza uchem.

Po dwugodzinnym pobycie chorego w szpitalu wysypka znikła, ciepłota zaś spadła do normy tego samego wieczora.

Na razie myśleliśmy, że mamy do czynienia z posocznicą lub ropnicą, stojącą, być może, w związku z obostrzoną sprawą w uchu. W przekonaniu tem utrzymywała nas stale wysoka ciepłota 39° dnia 26-go kwietnia oraz nieznaczne jej wahania dnia 27-go kwietnia [39,4°—38,8°], obok ciężkiego stanu ogólnego, poskurczowego szmeru w sercu, który wystąpił następnego dnia pobytu chorego w szpitalu, stałej rozlanej bolesności w brzuchu, potylicy i bardzo gwałtownego, stałego bólu głowy. Wysypka, która znowu wystąpiła, zachowywała poprzedni charakter plam, grudek i pryszczów, zmieniając jednak swe umiejscowienie o tyle, że zmniejszając się na kończynach górnych, wystąpiła [27-go kwietnia] bardzo obficie na kończynach dolnych, przyczem miała wygląd typowy dla odry i była mocno swędząca. W ciągu tych 3-ch dni posiewu krwi z niezależnych od siebie powodów nie mogliśmy zrobić.

Następnego dnia [28-go kwietnia] chory czuł się dobrze. Ciepłota z rana 36,4°, w południe 36,8°, tętno 96, miękkie. W narządach wewnętrznych nowych zmian niema, wymioty, ból głowy i brzucha ustąpiły, wysypka zmniejszyła się znakomicie, chociaż swędzi, a część pryszczów przeszła w krosty, t. j. zawartość pęcherzyków stała się ropną. Po południu chory dostał dreszczów, przyczem ciepłota podniosła się do 39,7°, pozostając na tej wysokości [39,8°] następnego dnia z rana i w południe. Podniesieniu się ciepłoty towarzyszyło znaczne powiększenie się liczebne wysypki znowu w postaci plam, grudek, pęcherzyków i krost.

Wieczorem, 29-go kwietnia, ciepłota spadła do 36,2° przy obfitych potach. Śledziony nie wyczuwa się. Gdy nazajutrz ciepłota podniosła się do 39,4°—badanie krwi wykazało obecność w niej *plasmodium malariae*.

Dalszy przebieg nie przedstawiał nic ciekawego—chory po podaniu mu zwykłej dawki błękitu metylenowego [0,1—4 razy dziennie] szybko wyzdrowiał, a wysypka znikła zupełnie.

Przypadek drugi dotyczy M. K., którego dr JANOWSKI początkowo spostrzegął na mieście. Chory ten zachorował nagle 18-go sierpnia 1902 r. przy bardzo ciężkich objawach ogólnych i zaburzeniach narządów trawienia.

Chory twierdził, że na samym początku zachorowania miał ciało pokryte pokrzywką, gdy jednak dr JANOWSKI pierwszy raz widział go na mieście [20. VIII.], wysypka na całej skórze miała wygląd zupełnie typowy dla odry, przyczem zajęte też były silnie gardło, oczy i nos. Gdy nazajutrz ciepłota spadła do normy i wysypka znikła zupełnie, a trzeciego dnia [22. VIII.] wystąpiła na całej skórze obfita wysypka pokrzywkowa, ciepłota zaś podniosła się do 40°—chory został skierowany do szpitala i tu dalsze spostrzeganie wykazało zimnicę typu trzeciackowego z podniesieniem ciepłoty do 40° C., przyczem każdemu napadewi towarzyszyły: nadzwyczaj ciężki stan ogólny, dochodzący do zapaści, ciężkie zaburzenia ze strony narządu trawienia, oraz występowanie bardzo obfitej pokrzywki, która po kilku godzinach przechodziła w wysypkę typową dla odry z każdorazowym zajęciem gardła, oczu i nosa. Śledziona stale była niewyczuwalna. Badanie krwi w pierwszym i po pierwszym napadzie plazmodyi zimnicy nie wykazało, w drugim zato napadzie znaleziono je w obfitej liczbie. Tego też dnia [26. VIII.] stwierdzono znaczne powiększenie śledziona, która była odtąd macalna przez dni 6. Przebieg choroby od chwili stwierdzenia we krwi pasorzytów zimnicy, nie przedstawiał nic osobliwego. Chory dostawał na kilka godzin przed spodziewanym napadem po dwa proszki chininy po 0,6, przyczem ciepłota więcej się nie podniosła i wysypka więcej się nie zjawiała. Łuszczenia nie było.

Zupełnie inny był przypadek trzeci, który spostrzegaliśmy w roku bieżącym, a który dał nam impuls do ogłoszenia jednocześnie z nim powyższych dwu przypadków. Przypadek ten przedstawia się, jak następuje:

Dnia 7. IV. przybył na oddział chory, lat 26, J. P., parobek przy koniach z Ożarowa gub. Warszawskiej, ze skargami na strasznie silne bóle głowy, nie ustępujące ani na chwilę od dni 5-u. Z wywiadów, które, *nota bene*, zebrać było trudno z powodu wysokiego stopnia odurzenia chorego, zanotowaliśmy, że chory niedomagał już od dni 10-u. Początkowo bóle głowy były słabe i dopiero przed 5-u dniami chory dostał silnych dreszczów, wymiotów, a bóle głowy tak się wzmogły, że musiał zaprzestać pracy. Dreszcze i wymioty więcej się nie powtarzały, pozostały tylko do dnia dzisiejszego mdłości. Zaburzeń kiszkowych, krwawień i kataru nosa i potów nie było. Dawniej był zdrow i w ostatnich czasach z chorymi zakaźnymi nie przestawał. Wysokoku nie nadużywał, syfilisu nie przechodził.

**St a n o b e c n y.** Chory prawidłowej budowy, odżywienie umiarkowane. Skóra zabarwiona normalnie, wysypki i obrzęków nie ma, cała złana obfitym potem. Chory nie bredzi, ale wyraźnie odurzony, skarży się na bardzo silny ból w całej głowie. Nachylenie głowy ku przodowi wyraźnie utrudnione i sprawia choremu dotkliwy ból, ruchy głowy ku tyłowi i w boki normalne i niebolesne. Opukiwanie całej czaszki bardzo bolesne. Badanie nerwów czaszkowych nic szczególnego nie wykazało; źrenice równomiernie rozszerzone, na światło i przystosowanie reagują normalnie. Badanie dna oka

wykazuje wybitne rozszerzenie żył, szczególnie w oku prawem. Odruchy ścięgnowe i skórne zachowane i normalne; zaburzeń w żadnym rodzaju czuć niema. Objawu KROENIG'a brak. Granice płuc normalne — w obudwu płucach wysłuchują się nieliczne rozsiane świsty. Granice serca również normalne—tony serca czyste. Brzuch niewzdęty, przy obmacywaniu niebolesny; wątroba i śledziona niewyczuwalna. Zmian na błonach śluzowych nosa i gardzieli nie znaleziono, język mocno obłożony, na wygląd t. zw. tyfusowy. Tętno 66, miękkie; ciepłota 37,4°, mocz o c. wł. 1020—białka i cukru nie zawiera. Diazoreakcyja daje wynik ujemny. W osadzie z moczu znaleziono jedynie pojedyncze komórki nabłonka płaskiego.

Choremu zalecono okłady lodowe na głowę, pijawki za uszami, proszki kamfory wewnątrznie i dyetę płynną.

8. IV. Ciepłota wczoraj wieczorem 36,6°, dziś z rana 37,6°. Tętno 70. Dreszczów nie było. Skóra sucha. Chory skarży się na nieslychanie silny ból głowy. Wszystkie objawy, jak powyżej. Śledziona ani wypukowo ani palpacyjnie nie powiększona.

Badanie krwi: w świeżej krwi i na preparatach barwionych pasorzytów zimnicy ani krętków OBERMEIER'a nie znaleziono; białych ciałek krwi w 1 sz. m. 6000. Zrobiono posiew z krwi. Próba aglutynacyjna WIDALA wychodzi dodatnio w rozcieńczeniu zaledwie 1:10. W kale [po ławatywie] nie szczególnego nie znaleziono.

Zrobiono przekłucie łądźwiowe i wypuszczono 25 ctm. sz. zupełnie przezroczystego płynu mózgowordzeniowego o c. wł. 1006, zawierającego białka 0,2<sup>o</sup>/<sub>100</sub>. Próba RIVALTY ujemna, a w osadzie z płynu ciał męfotycznych nie znaleziono.

Leczenie bez zmiany, a nadto z powodu wprost szalonego bólu głowy zalecono zastrzyknięcie morfiny.

9. IV. Tętno 130. Ciepłota wieczorem 36,6°—z rana 38,5°. Pomimo zastrzyknięcia morfiny i przekłucia łądźwiowego ból głowy nie zmniejszył się, a nawet przeciwnie, jest tak silny, że chory głośno jęczy.

Ogólny stan ciężki. Chory na wół przytomny. Wystąpiła biegunka i stolce chory pod siebie oddaje — są one normalnie zabarwione. Ze strony układu nerwowego odnotowano brak odruchów skórnych i ścięgnowych. Mocz 300—jest on mocno nasycony. Posiew krwi dał wynik ujemny. Odczyn WASSERMANN'a z surowicą chorego dał również wynik ujemny [kol. R. HERTZ]. Zalecono pyramidom i kamforę.

10. IV. Tętno 108—120. Ciepłota wczoraj wieczorem 36,6°, z rana 35,6°. Chory odurzony, ciągle jęczy i skarży się na bardzo silny ból głowy. Żółte zabarwienie skóry i łącznie wystąpiło dzisiaj znacznie wyraźniej. Nachylenie głowy, jak i przedtem, ku przodowi znacznie utrudnione i bolesne. Tony serca dość dzwięczne; w płucach nie szczególnego. Brzuch nie wzdęty, wyraźnie bolesny przy obmacywaniu prawego podżebrza i w prawym dole biodrowym; wątroba i śledziona niewyczuwalne. Język obłożony, t. zw. tyfusowy. Odruchy brzuszne i jądrowe żywe, odruchów ścięgnowych w dalszym ciągu brak. Wszystkie rodzaje czucia normalne; sztywności w kończynach



niema. Stolec płynny. Stan ogólny ciężki. Chory nie sypia i odmawia przyjmowania pokarmów. Mocz koło 3000, a w nim wyraźne ślady barwików żółciowych. Ponowny posiew krwi [z żyły łokciowej] dał wynik ujemny.

11. IV. Tętno 90. Ciepłota wczoraj wieczorem 35,6°, z rana 36°. Skargi i ogólny stan bez zmiany. Dreszczówi potów nie było. Żółtaczką wybitną. W świeżej krwi i na preparatach barwionych znaleziono bardzo liczne, w każdym polu widzenia po kilka *plasm. malariae*. Zalecono chininę.

12. IV. Tętno 90. Ciepłota wczoraj wieczorem 36°, z rana 37°. Skargi, objawy i ogólny stan bez zmiany. Śledziona nie powiększona. Stolec sfornowany, zabarwiony. We krwi pasorzytów zimniczych znacznie mniej, natomiast dość liczne białe ciała krwi z barwikiem. Odporność krwi całkowitej normalna, w roztworze 5‰—ujemna, w roztworze 4‰—wybitna, w roztworze 3‰—zupełna. Odporność krwi odwiłknionej i przemytej trzykrotnie: początek hemolizy w roztworze 4,2‰, zupełna hemoliza w roztworze 3,4‰ [kol. R. HERTZ].

13. IV. Tętno 80. Ciepłota wieczorem dnia poprzedniego 37°, z rana 36,4°. Chory czuje się znacznie lepiej—ból głowy trwa w dalszym ciągu, lecz znacznie jest mniejszy. Ruch głowy ku przodowi jest utrudniony i bolesny. Zabarwienie żółtaczkowe skóry i łącznie mniejsze. Obmacywanie okolicy wątroby mniej bolesne. Śledziona niewyczuwalna. Mocz barwików żółciowych zawiera znacznie mniej. Łaknienie wraca.

14. 15. 16. 17. IV. Chory szybko wraca do zdrowia; bole głowy, jak i sztywność karku ustąpiły zupełnie. Żółtaczkowe zabarwienie skóry i łącznie znika. Odruchy ścięgnowe wracają. Chory pozostać dłużej w szpitalu nie chce i jako zdrowy zostaje wypisany.

Jak widzimy z historii przebiegu choroby w przypadku tym, skargi chorego ograniczały się prawie wyłącznie do bólów głowy. Bole te były tak silne i występowały tak wybitnie w całym obrazie chorobnym, że w pierwszej chwili nasuwały podejrzenie zapalenia opon mózgowych, bądź jakiegokolwiek innej sprawy wewnątrzczaszkowej. Utwierdzały nas w tym podejrzeniu: początek choroby [dreszcze i wymioty], ogólny stan chorego [odurzenie, apatia], pewna sztywność karku, oraz rozszerzenie żył na dnie oczu i dość rzadkie stosunkowo w pierwszych dniach choroby tętno. Brak objawu KROENIG'a i zmian ze strony poszczególnych nerwów czaszkowych nakazywał nam jednakże pewną ostrożność w rozpoznaniu, a przekłucie łądźwiowe, dokonane i w celu leczniczym i rozpoznawczym, jeszcze bardziej nas w rozpoznaniu cierpienia mózgowego zaważało, rozbiór bowiem płynu mózgowodzeniowego wykazał brak wszelkich cech zapalnych. Przypomnieć tu należy, że badanie krwi, dokonane zaraz pierwszego dnia w kierunku tyfusu powrotnego i brzuszego, posocznicy, zimnicy i syfilisu, dało wynik zupełnie ujemny. Dopiero wystąpienie na trzeci dzień choroby żółtaczki nakazywało zwrócić całą naszą uwagę na jakieś zakażenie ogólne, a objawy mózgowie związać z tymże zakażeniem.

Wykonane powtórne badanie krwi wykazało obecność licznych pasorzytów zimnicy, której przyznać musimy, nie podejrzewaliśmy wcale wobec bra-

ku jakichkolwiek objawów charakterystycznych [krzywa ciepłoty, brak dreszczów i potów, brak powiększenia śledziony] i braku plazmody w krwi przy pierwszym badaniu. Przypadek ten zimnicy stanowczo należy w naszej strefie do najbardziej wyjątkowych i najzupełniej zasługuje na miano złośliwości wobec towarzyszących mu ciężkich objawów mózgowych i wybitnej żółtaczki, któreto objawy występują często w przypadkach złośliwej żółtaczki w krajach południowych i nadają przebiegowi sprawy chorobnej cechę u nas zupełnie niezwykłą (*forme cérébrale avec accès bilieux*).

Przy omawianiu tego przypadku i jego nadzwyczajnej rzadkości w naszej strefie dowiedzieliśmy się od dra JANOWSKIEGO, iż prawie analogiczny przebieg zimnicy spostrzegał on tylko raz jeden u pewnego młodego osobnika w Nowym Dworze we wrześniu 1903 r.

Spostrzegane w naszym przypadku objawy nerwowe, występujące wogóle dość często w przebiegu złośliwej zimnicy, prowadzące nawet niekiedy do porażań [kol. MALINIAK obserwował podobny przypadek w Warszawie w prywatnej praktyce], jak również występowanie żółtaczki zależne są prawdopodobnie od zakrzepów w drobnych naczyniach i naczyniach włosowatych, wytworzonych przez rozpad czerwonych krążków krwi i pasorzyty zimnicze. Zakrzepy te tworzą się niekiedy w tak wielkiej liczbie, że nadają porażonym organom zabarwienie zupełnie brunatne.

Że i w naszym przypadku żółtaczka [przypominamy, że była ona bardzo wybitna] miała cechy żółtaczki retencyjnej, t. j. zależała od porażenia samej wątroby, a nie miała cech żółtaczki hemolitycznej, świadczy badanie krwi, które wykazało, że odporność czerwonych ciałek była normalna.

Przypominamy dla ścisłości, iż w przypadku tym, jak to się często przy najcięższych przypadkach zimnicy zdarza, dreszczów ani powiększenia śledziony nie było, ciepłota zaś była przez cały czas normalną lub niższą od normy i podniosła się tylko raz jeden, na bardzo krótko, do 38,5°C.

Znalezione w naszym przypadku pasorzyty zimnicze posiadały ruch swoisty niezbyt żywy i znajdowały się prawie wyłącznie wewnątrz czerwonych ciałek krwi, które wypełniały prawie zupełnie, pozostawiając rąbek dość dobrze zabarwiony. Wszystkie plazmody posiadały barwik, który się układał przeważnie na obwódce pasorzytów, nie tworząc żadnych prawidłowych figur. Pasorzyty miały przeważnie kształty kuliste, były bardzo liczne, znajdowano je nieraz po kilka na każdym polu widzenia. Form półksiężycowych i wrzecionowatych nie zauważyliśmy. Faktem jest jednak, iż przy pierwszym badaniu krwi pasorzytów zimniczych nie znaleźliśmy. Przypuszczam, iż plazmody wtedy znajdowały się we krwi jeszcze we wcześniejszym okresie swego rozwoju cyklicznego i dlatego je przeoczyliśmy.

Co się tyczy innych zmian we krwi, to chcielibyśmy zaznaczyć jedynie obecność dość licznych komórek plazmatycznych, które udało się nam stwierdzić i w dwu innych przypadkach zimnicy, przebiegających zupełnie typowo.

### III. Teoretyczne podstawy leczenia spastycznych porażen metodą Foerster'a.

Napisał

Z. Bychowski,

ordynator oddziału w szpitalu na Pradze.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 27).

Z powodu też braku hamującego wpływu szlaków piramidowych, który, jak widzieliśmy, objawia się między innymi w tem, że przy kurczu jakiejś gromady mięśniowej odnośni antagoniści i sąsiednie gromady mięśniowe zostają dla lepszego osiągnięcia zamierzonego celu odpowiednio sfiksowane i unieruchomione, przy każdym ruchu dowolnym występują i inne niezamierzone ruchy, zostające prawdopodobnie filogenetycznie w jakimś związku z owym zamierzonym ruchem. W ten sam sposób można sobie wytłumaczyć i wzmożoną intensywność i ekstenzywność odruchów.

Z tego wszystkiego FOERSTER wyprowadza drugą przesłankę swej metody, mianowicie, że towarzysząca zwyrodnieniu piramid hipertonia i t. d. jest zależna od braku hamujących wpływów szlaków piramidowych.

Z tych dwu przesłanek, mianowicie, że pomimo uszkodzenia szlaków piramidowych dojście impulsów ruchowych od kory do komórek ruchowych rdzenia nie jest zasadniczo wykluczonem i że ostatecznemu urzeczywistnieniu tych impulsów przeszkadzają głównie i te zjawiska, które są zależne od ciągłego wyładowywania przyplływających z zewnątrz podniet, FOERSTER wyprowadza zupełnie logiczny wniosek, że przy zmniejszeniu tych podniet, a co zatem idzie i hipertonii i t. d., ruchy dowolne będą znowu mogły być urzeczywistnione.

FOERSTER posługuje się tu jaskrawem porównaniem z konnym jeźdźcem, który ostrogami ciągle swego konia pobudza, a zapomocą cugli hamuje go i nadaje mu odpowiedni zamierzony kierunek, przyczem ostrogami mają być zewnętrzne podniety, a cuglami szlaki piramidowe. Przy utracie władzy albo niepewnem władaniu cuglami należy, chcąc posunąć się naprzód, jak najmniej posługiwać się ostrogami. A wobec tego, że wszystkie podniety dostają się do szarej istoty rdzenia przez tylne korzonki, należy, chcąc zmniejszyć ilość podniet, usunąć pewną część tych korzonków.

Wniosek ten, prosty na pierwszy rzut oka, wymaga zresztą jeszcze kilku oddzielnych przesłanek. Przedewszystkiem należy się zgodzić na to, że przyplływające przez jakiś tylny korzonek podniety, idą, w znacznej części przynajmniej, do ruchowych komórek tego samego odcinka rdzenia, do którego dany tylny korzonek wchodzi. Następnie należy przypomnieć ustalony fakt, że komórki ruchowe, przeznaczone dla jakiegoś mięśnia, znajdują się nie w jednym odcinku rdzeniowym, lecz tworzą słup, przechodzący

przez kilka odcinków, z czego wynika, że jeżeli jakiś mięsień zostanie pozbawionym swego anatomicznego i fizyologicznego związku z jednym odcinkiem rdzeniowym, to fakt ten jeszcze nie pociągnie za sobą zupełnego porażenia [BRISSAUD, VAN GEHUCHTEN, SANO i inni].

Ilustruje to niniejsza według KOCHERA, WICHMANA i in. ułożona tabliczka, wskazująca, z jakimi odcinkami rdzenia są połączone mięśnie dolnych kończyn [ $L_1$ =pierwszy lędźwiowy odcinek,  $S_1$ =pierwszy krzyżowy i t. d.].

<i>Flexores femoris</i>	$L_1$ $L_2$ $L_3$ $L_4$ $L_5$ $S_1$
<i>Ileopsoas</i>	$L_1$ $L_2$ $L_3$
<i>Sartorius</i>	$L_1$ $L_2$ $L_3$
<i>Gracilis</i>	$L_2$ $L_3$ $L_4$
<i>Tensor fasciae</i>	( $L_4$ ) $L_5$ $S_1$
<i>Extensores femoris</i>	$L_3$ $S_1$ $S_2$
<i>Glutaeus maximus</i>	
<i>Adductores femoris</i>	$L_2$ $L_3$ $L_4$ ( $L_5$ )
<i>Abductores femoris</i>	$L_5$ $S_1$ $S_2$
<i>Glutaeus medius et minimus</i>	
<i>Rotatores externi femoris</i>	$L_3$ $S_1$ $S_2$
<i>Rotatores interni femoris</i>	$L_3$ $L_4$ $L_5$ $S_1$ $S_2$
<i>Adductor magnus (p. inf.)</i>	$L_3$ $L_4$
<i>Tensor fasciae</i>	( $L_4$ ) $L_5$ $S_1$
<i>Glut. med. et. min.</i>	$L_3$ $S_1$ $S_2$
<i>Extensores cruris</i>	$L_2$ $L_3$ $L_4$
<i>Quadriceps</i>	
<i>Flexores cruris</i>	$L_5$ $S_1$ $S_2$
<i>Biceps, Semitend., Semimembr.</i>	
<i>Flexores dorsi pedis</i>	$L_4$ $L_5$ $S_1$
<i>Tibial. ant., Extens. dig. com. l., Exten. hal. l.</i>	
<i>Flexores plantae pedis</i>	$L_5$ $S_1$ $S_2$
<i>Gastrocnemius, Peroneus longus, Flex. digit. com. l.</i>	

Z tej tablicy widać, że jeżeli pozbawimy jakiś mięsień dolnych kończyn jego łączności z dwoma nawet jeden za drugim idącymi odcinkami rdzeniowymi, to przeto nie usuwamy go jeszcze zupełnie ze sfery ruchowej, bo zawsze może dostawać podniety za pośrednictwem innych nietkniętych odcinków, prawda — w mniejszej niż przy normalnych warunkach ilości. Tonus będzie więc mniejszym w takim mięśniu, ale niemniej będzie on zdolnym do wykonywania pewnych zleceń. Że sprawność tylnych korzonków jest w związku z tonusem mięśniowym, dowodzą spostrzeżenia nad więdem rdzenia. Klinicznie występuje tu znana hipotonia, dzięki której można nadawać kończynom i tułowowi najdziwniejsze pozy [człowiek-wąż], anatomicznie zaś mamy przedewszystkiem zwyrodnienie w okolicy, gdzie tylne korzonki wchodzi w rdzeń (*Wurzelnintrittszone*), przyczem znaczna część włókien korzonków po wstąpieniu do rdzenia ulega zwyrodnieniu. Mamy więc zmniejszony

przyływ podniet do szarej istoty rdzenia, co w znacznej mierze wywołuje ową hipotonię, tem bardziej, że przy władzie rdzenia są często i wyraźne upośledzenia czucia bólu, zmysłu mięśniowego, stawowego i t. p. Wiad rdzenia dają zresztą jeszcze jeden dowód o wzajemnym fizjologicznym stosunku między tylnymi korzonkami a szlakami piramidowymi. Znanem bowiem jest, jak to GOLDFLAM, zdaje się, pierwszy zwrócił uwagę, że jeżeli u dotkniętego wiad rdzenia występuje połowicze porażenie pochodzenia mózgowego, to staje się znowu możliwem otrzymanie odruchu kolanowego w porażonej kończynie, jakkolwiek poprzednio wskutek sprawy tabetycznej już go nie było. Dla wytłomaczenia sobie tego paradoksalnego na pierwszy rzut oka zjawiska, wypowiedziano rozmaite teorie. Najprawdopodobniejszym jednakże jest przypuszczenie, że wskutek zniesienia przy połowiczem porażeniu hamującego wpływu szlak piramidowego, te nieznaczne podniety, które przez niezupełnie jeszcze zniszczone tylne korzonki dostają się do szarej istoty rdzenia, wystarczają już do otrzymania odruchu ścięgnowego. Należy jeszcze dodać, że u takich chorych [wiad rdzenia, połowicze porażenie] objawy hipertonii i t. d. nigdy nie występują, prawdopodobnie też dzięki temu, że niema tu tego nadmiaru podniet, który bywa przy porażeniu połowiczem bez poprzednich zmian w tylnych korzonkach.

Ostatecznym więc wnioskiem FOERSTER'a jest — zmniejszenie podniet zapomocą przecięcia tylnych korzonków. Oczywiście, że przecięcie wszystkich korzonków lędźwiowo-krzyżowego splotu wywołałoby razem z hipotonią i zupełne porażenie. Żeby uniknąć tego, FOERSTER przecina tylko niektóre, kierując się tem, żeby nie pozbawić żadnego mięśnia wszystkich swoich podniet. W tym celu przy spastycznym stanie w dolnych kończynach przeciął on  $L_2$   $L_3$   $L_5$   $L_2$ . Przypatrując się poprzedniej naszej tabliczce [przecięte korzonki są podkreślone] widzimy, że cel ten jest zupełnie osiągnięty i że każdy mięsień tylko częściowo został pozbawiony swoich podniet, tak że już teoretycznie można przepowiedzieć wybitne zmniejszenie się hipertonii, bez zupełnego wykluczenia wpływów rdzenia. Taki wybór korzonków ma jeszcze i to ważne znaczenie, że unika się przytem wystąpienia znieczuleń. Wiemy bowiem [badania SHERINGTON'a], że tak jak każdy element ruchowy [mięsień] jest unerwiony przez kilka przednich korzonków, tak samo i każdy kawałek skóry dostaje swoje nerwy czuciowe przynajmniej od 3-ich tylnych korzonków, a według BRUNSA [spostreżenia nad chorymi z nowotworami rdzenia] nawet od 5-iu. Przecinając więc korzonki w wyżej wymienionym porządku [najwyżej tylko dwa z rzędu] żadne miejsce skóry nie zostaje zupełnie pozbawione swoich nerwów czuciowych, co też zresztą operacya zupełnie potwierdziła.

Oto, Sz. Pp. ogólna teoretyczna konstrukcyja metody FOERSTER'a. Należy przyznać, że nie wszystkie jej części składowe są jednakowej trwałości i że niektóre hipotezy, które tu zostały użyte, mogą jeszcze być przedmiotem ożywionych rozpraw. Ale w każdym razie nie można jej odmówić wielkiej śmiałości i szczytnego rozmachu w założeniu. I bez względu na jej praktyczną wartość ma ona już tę niezaprzeczoną zasługę, że łączy

w jedną harmonijną całość wiele poszczególnych faktów z fizjologii i patologii dowolnego ruchu, co jest bardzo pożądanem dla współczesnej, pod ciężarem kazuistyki uginającej się neurologii. Tem bardziej, że i praktyczne wyniki, które F. otrzymał, są bardzo zachęcające. Nie mogę tu przytoczyć historii chorób przypadków FOERSTER'a. We wszystkich przypadkach hipertonia i towarzyszące jej objawy zostały w mniejszym lub większym stopniu usunięte. Nie znaczy to oczywiście, żeby chorzy zaraz byli w stanie posługiwać się swemi kończynami, jak zdrowi ludzie. Oczywiście i F. to szczególnie podkreśla, że tacy chorzy po operacji wymagają długiego i systematycznego leczenia. Wszak ma się tu do czynienia z osobnikami, którzy od wielu lat wcale nie używali swoich kończyn. Najlepiej udany chory FOERSTER'a [przypadek choroby LITTLE'a] w ogóle nigdy jeszcze nie chodził. Należy więc stopniowo wdrożyć tory ruchowe, które dotychczas, albo wcale, albo już dawno nie były w użyciu, należy wytworzyć w ośrodkach korowych i podkorowych te kojarzenia ruchowe, które są potrzebne dla umożliwienia takich złożonych ruchów, jakim jest chodzenie i t. p. Osiągnąć to można wszystko — i F. rzeczywiście to się udało — zapomocą subtelnych i zmuśnionych ćwiczeń. W niektórych przypadkach, w których już były stałe kontrakтуры, trzeba było się uciec do tenotomii i transplantacji niektórych mięśni<sup>1)</sup>. Wszystko to wymaga dużo czasu i dużo celowej pracy, polegającej na dokładnej znajomości fizjologii każdego poszczególnego ruchu. Nie wchodzi jednakże w zakres niniejszego odczytu i w kompetencję jego autora opis samej operacji.

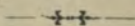
Jest to oczywiście zabieg poważny. Najtrudniejszym — przynajmniej takie wrażenie odniosłem podczas operacji, którą w naszym szpitalu wykonał nad chorym ze *sclerosis lateralis*<sup>2)</sup> Naczelnny lekarz dr I. RAUM — wydaje mi się moment odszukania stosownych korzonków. W tej okolicy bowiem rdzenia leżą one wszystkie obok siebie w końskim ogonie. Ale trzymając się ściśle wskazówek F., i ta trudność daje się przezwyciężyć. I jeżeli sobie w końcu uprzytomnimy, że tu mowa o chorych, którzy byli zupełnie pozbawieni wszelkich zdolności władania swemi kończynami — bo tylko takich chorych należy kwalifikować do tej operacji — i wskutek tego skazani na długie, ciężkie kalectwo, to można jednakże nie bez pewnego optymistycznego zadowolenia powiedzieć, że w metodzie F. uzyskaliśmy znowu małą placówkę przy zwalczaniu niektórych z tak zwanych nieuleczalnych chorób nerwowych.

---

<sup>1)</sup> Tenotomie bez głównej operacji F. dają oczywiście bardzo krótkotrwały efekt, bo nie usuwają przyczyny kontrakтуры i takie mięśnie potem znowu się zrastają i jeszcze więcej przeszkadzają, albo też występuje hipertonia w antagonistach, co znowu przeszkadza przy dowolnych ruchach.

<sup>2)</sup> Był to chory ze spastycznym stanem obudwu kończyn, wskutek czego od długiego czasu nie mógł chodzić. Hipertonia po operacji zupełnie ustąpiła. Chory, niestety, umarł w 2 tygodnie po operacji na *cystitis purulenta*.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 104. Toeplitz F. Patologia i terapia koklusu. [Wykład kliniczny].

Według jednych koklusz jest cierpieniem zakaźnym górnego odcinka dróg oddechowych, według innych — cierpieniem zakaźnym ogólnym z przeważnym, wzgl. pierwotnym umiejscowieniem w drogach oddechowych; inni wreszcie uważają koklusz za nerwicę lub też nerwicę odruchową, a zaraźliwość jego za naśladownictwo. Za tem, że koklusz jest cierpieniem zakaźnym ogólnym przemawiają: często spotykana leukocytoza, zwykle zdobywana odporność po przebyciu choroby, oraz charakter kaszlu i niektórych powikłań. COCSFELD, który uważał koklusz za nerwicę, twierdził, że głuchoniemi na koklusz nie chorują. Okazało się to jednak nieprawdą. Zaraza koklusu szerzy się bezpośrednio oraz za pośrednictwem osób trzecich i przedmiotów, na których osiadają cząsteczki plwociny. BAGINSKY i MONTI twierdzą, że zarazki koklusu są bardzo odporne i nawet po roku żywotności swej nie tracą.

Osobliwy charakter kaszlu kokluszowego [napady, świst przy wdechu] tłumaczy się specjalnem umiejscowieniem sprawy zapalnej w *fossa interarytaenoidea* pod strunami, podrażnienie bowiem tego właśnie miejsca wywołuje najsilniejsze napady kaszlu; nadto, toksyny wywołują toniczny skurcz m. skulatury, zamykającej głośnie, wskutek czego występują owe charakterystyczne dla koklusu wdechy.

Badania anatomo-patologiczne nie wykryły nic dla koklusu swoistego. Według jednych autorów więcej zajęte bywają śluzówki nosa, gardzieli, krtani i tchawicy, według innych — oskrzeli dużych i małych. Natomiast dużą płodnością odznaczyły się badania bakteryologiczne. Z całego jednak szeregu odkrytych koków, laseczników i pierwotniaków, które jakoby mają być przyczyną koklusu, zasługują na uwagę tylko 4 następujące: lasecznik „z” (MANICATIDE), lasecznik CZAPLEWSKIEGO i HENSELA, lasecznik ependorfski (JOCHMANNA i KRAUSE'go) oraz lasecznik BORDET-GENGOU. Ten ostatni ma najwięcej szans prawdopodobieństwa, gdyż ulega aglutynacji przez surowice ozdrowieńców, a nadto, zaszczipiony małpom, wywołuje u nich spazmatyczne napady kaszlu.

Według statystyki autora, obejmującej 328 przypadków, najczęściej na koklusz chorują dzieci w drugim roku życia [20,7%], a potem w roku pierwszym [18,3%]. Od trzeciego roku życia koklusz staje się coraz rzadszym, w dziewiątym roku spotyka się już tylko w 3% przypadków, a w wieku jeszcze starszym tylko sporadycznie. Dziewczynki chorują nieco częściej, niż chłopcy. Śród dorosłych spostrzegają autor koklusz tylko u kobiet w czasie ciąży. Uspodobienie do koklusu zdaje się dlatego zanikać z wiekiem, że wskutek większych rozmiarów krtani cząsteczki śluzu rzadziej podrażniają najczulsze jej miejsce.

Koklusz rozpowszechniony jest po całym świecie cywilizowanym i nie spotyka się częściej w miejscowościach błotnistych, jak dawniej sądzono. Najwięcej przypadków koklusu bywa na wiosnę i na jesieni, i wtedy najczęściej zdarzają się powikłania ze strony płuc. Epidemia koklusu często następuje po lub poprzedza epidemię odry. Dzieci silne i zdrowe chorują równie często na koklusz, jak dzieci słabowite, źle odżywione, cierpiące na krzywicę. Dzieci zdrowe jednak łatwiej koklusz zwalczają, niż dzieci słabowite.

Okres pierwszy cierpienia, okres objawów *prodromalnych*, trwający 2 do 11-u dni, nie przedstawia nic charakterystycznego. W okresie drugim [okres pierwotny kataralny] można rozpoznanie ustalić na zasadzie 4 ch objawów: kaszel występuje głównie w nocy, twarz rumieni się podczas kaszlu, pod językiem występuje owrzodzenie i wszelkie leczenie, zwykle stosowane przy katarze tchawicy i oskrzeli (*tracheo-bronchitis*) okazuje się zawodnym. Najważniejszym z tych objawów jest *ulcus sublinguale* [albo *u. frenuli linguae*], zdarza się bowiem wyłącznie w przebiegu koklusu. Owrzodzenie to, wielkości najwyżej ziarna grochu, rozmaitych kształtów, umiejscowione zwykle bywa na linii środkowej *frenuli*, rzadziej z boku, zawsze jednak pod językiem, i spotyka się blisko w połowie przypadków koklusu. Pochodzenie owrzodzenia jest zupełnie niewiadome, nie stoi ono w związku ani z napadami kaszlu, gdyż występuje już w drugim okresie cierpienia, ani też z tarciem języka o zęby, gdyż spotyka się często u dzieci przed czasem ząbkowania. Obecność owrzodzenia podjęzykowego wystarcza zupełnie dla rozpoznania koklusu, gdyż niema go przy żadnym innym cierpieniu, nie wyłączając konwulsyjnych napadów kaszlu w przebiegu gruźlicy gruczołów oskrzelowych. Ciepłota w drugim okresie koklusu bywa podniesiona tylko w znacznej mniejszości przypadków. Obiektywne badanie płuc przeważnie nic nie wykazuje. Silny katar nosa, o którym mówi BAGINSKY, bardzo często bywa nieobecny.

Okres trzeci, konwulsyjny, przedstawia najbardziej charakterystyczne objawy, a mianowicie, napady kaszlu, których bywa od kilku do kilkudziesięciu w ciągu doby. Świst przy wdechu (*Reprise*) spostrzegał autor w 37% przypadków; sinicę twarzy podczas napadu w 47,2%, wymioty — w 70% przypadków. Twarz bywa często w tym okresie obrzęknięta [rozszerzenie naczyń limfatycznych wskutek zastoju krwi] i stanowi rażący kontrast z wychudzonym tułowiem. W ostatnim, czwartym okresie [wtórny kataralny] spostrzegamy objawy tylko mniej lub więcej przewlekłego kataru tchawicy i oskrzeli.

Przeciętnie trwa koklasz 4 — 6 tygodni, znaczna jednak liczba przypadków [40%] trwa dłużej niż 6 tygodni [do 7-u miesięcy]. Nierzadkie są jednak przypadki, które kończą się pomyślnie w przeciągu 2-u tygodni [10%].

Z całego szeregu powikłań najczęściej zdarza się *bronchopneumonia*, rozszerzenie i przerost prawej komory serca i konwulsye. Pierwsza daje największą odsetkę śmiertelności. Gruźlica płuc i gruczołów okołooskrzelowych spotyka się często po przebyciu koklusu, niewiadomo jednak, czy tenże usposabia organizm do jej nabycia, czy też tylko ujawnia gruźlicę już przed kokluszem w stanie skrytym obecną.

Profilaktyka koklusu należy jeszcze do przyszłości, dotychczas bowiem prawodawstwo zupełnie jeszcze tego zaraźliwego cierpienia nie uwzględnia. W każdym razie zalecać należy możliwą izolację chorych i ich otoczenia [nieuczęszczanie do szkół i ogrodów publicznych, nieprzyjmowanie i nieodwiedzanie znajomych, niejeżdżenie tramwajami etc.] Energicznie zwalczać należy często niestety stosowaną „zmiangę powietrza”, co znacznie przyczynia się do szerzenia zarazy, a choremu pomaga bardzo rzadko, albo nie pomaga wcale.

Leczenie koklusu nie jest łatwe, ale nie jest beznadziejne, jak chce wielu pesymistów. Zalecać należy 2 razy dziennie kąpiel [33°—35°C.] oraz rozwieszanie mokrych płacht w pokoju chorego, gdyż w w powietrzu, nasycyconem parą wodną napady kaszlu zdarzają się rzadziej. Dobre usługi oddaje również „system dwupokojowy” według WERTHEIM'a. Chorzy powinni jak najdłużej znajdować się na dworze; najodpowiedniejszą pogodą jest zimno, lub upał, ale bez wiatru i wilgoci.

Napad kaszlu można przerwać zapomocą następującego rękoczynu:



palce duże przy kładą się do *tubera frontalia*, palce średnie chwytają z tyłu za kąt szczęki dolnej i krótkim, energicznym ruchem posuwają ją nieco naprzód. Rękoczyn ten, zastosowany w początku napadu, nie zawodzi prawie nigdy.

Co do lekarstw, to autor ostrzega przed stosowaniem morfiny, kodeiny heroiny i dioniny, jako bardziej szkodliwych dla organizmu dziecięcego, niż samo cierpienie. Bromu i belladonny nie stosuje autor nigdy. Antypiryna i inne *antipyretica* są zgola bezskuteczne. Ogromnie reklamowana pertusina jest nie tylko bez żadnej wartości, ale nieraz wywołuje ciężkie zapalenia żołądka i kiszek. Cały szereg innych przetworów i sposobów leczenia [inhalacye, penzlowanie gardła, surowice, szczepienie, wcierania] jest albo bezskuteczny, albo szkodliwy. Autor stosuje zawsze *Chininum tannicum* w roztworze 1,0:100,0 [co 2 g. łyżeczkę] u dzieci przy piersi, starszym 2 i 3 razy więcej. Działanie garbnika chininy nie jest bakteryobójcze, ani przeciwzapalne, ale z pewnością łagodzi napady kaszlu, usuwa skurcz głości i wymioty i to w większości przypadków. Jeżeli jednak pierwsza flaszka okazuje się bezskuteczną, to niema celu przepisywać drugiej, gdyż chinina albo działa od razu, albo nie działa wcale. W ostatnim przypadku stosuje autor albo bromoform [1,0 — 3,0 na 50,0 *T-rae amarae* — 5 do 20-u kropel co 2 godziny], który działa uspokajająco, albo pyrenol który wprawdzie nie jest *specificum* przeciwko kokluszowi, ale jest dobrym środkiem wykrztuśnym. Te 3 lekarstwa wystarczały autorowi zawsze, najczęściej wystarczał sam garbnik chininy.

(*Beihefte zur Med. Klinik*, 1910, z. 3).

K. Oczesalski.

#### 105. K. Alt. O nowoczesnym środku przeciwsyfilitycznym Ehrlich'a i Hata'y.

Dodatni wynik próby WASSERMANN'a, otrzymywany w ogromnej odsetce przypadków paraliżu postępującego, oraz doświadczalnie stwierdzone przypadki reinfekcji takich chorych, dowodzą dziś już niemal niezbicie, że w cierpieniu tem zakażenie syfilityczne jest jeszcze w stanie niewątpliwie czynnym. Wychodząc z tego założenia oraz z faktu zupełnej bezowocności w paraliżu kuracyi rtęciowej, autor, na propozycyę WASSERMANN'a, już przed 1½ rokiem zwrócił się ku próbom z preparatami chemoterapeutycznymi EHRLICH'a<sup>1)</sup>. W próbach tych pominął atoksyl i arsacetynę ze względu na stwierdzone ich działanie uboczne [zanik nerwu wzrokowego, białkomocz] i zwrócił się ku nowemu przetworowi—arsenofenylglicynie, który w doświadczeniach EHRLICH'a okazywał potężne działanie lecznicze w zakażeniach krętkowych. W celu osiągnięcia erlichowskiej *therapia sterilisans magna*, przetwór wspomniany stosowano śródmięśniowo *in dosi refracta*, co powodować ma stopniowe uodpornianie pasorzyta względem jadu oraz większe wyczerpywanie się narządów wydzielniczych, lecz jednorazowo lub co najwyżej dwukrotnie w silnej dawce 0,8—1,0. W kilkanaście godzin po wstrzyknięciu notowano przyspieszenie tętna, niepokój serca, lekkie podniesienie ciepłoty, czasem nudności i wymioty; w 10—15% przypadków spostrzegano wysypkę, podobną do płonicy, która zniknęła po upływie dni kilkunastu. Zaburzeń wzrokowych, ani następczych cierpień nerkowych nie spostrzeżono w żadnym z pośród 140-u badanych przypadków. Z pomiędzy 121 chorych umysłowych i nerwowych [paraliż postępujący, padaczka, idyotyzm] z dodatnim odczynem WASSERMANN'a—w 16,6% odczyn

<sup>1)</sup> Patrz referat J. Rzepki w Nr 23 Gazety, str. 549; O nowoczesnej chemoterapii.

ten zginął całkowicie, w 27,3% zaś natężenie jego wyraźnie się zmniejszyło. Badanie przemiany materii okazywało pomyślny wpływ wstrzykiwań na przemianę lecytynową, badanie krwi—wzmożenie liczby białych ciałek. Klinicznie autor stwierdził w całym szeregu przypadków w szybką, wydatną i trwałą poprawę.

We wrześniu ub. r. autor otrzymał od EHRLICH'a do dalszych prób klinicznych nowy środek leczniczy, oznaczony numerem kolejnym 606, pod względem chemicznym—związany z chlorem pochodny arsenobenzolu, mianowicie—*dioxydiamidoarsenobenzol* [C<sub>12</sub> H<sub>12</sub> O<sub>2</sub> N<sub>2</sub> As<sub>2</sub>]. Preparat ten, sporządzony przez BERTHEIM'a, według doświadczeń HATA'y po jednym zastrzyknięciu niweczył u szczurów i myszy zakażenie krętkiem OBERMEIER'a i okazywał „piękne działanie lecznicze“ w syfilisie królików. Dawkę jednorazową 0,3 rozpuszczano w 10 ctm. sz. wody z dodatkiem 2—2,3 normalnego roztworu ługu sodowego, poczem rozcieńczano jeszcze do 20-u ctm. sz. i dodawano, jako środek znieczulający, euzeminę. Zastrzyknięcie wykonywano w mięśnie pośladków w pozycji chorego na brzuchu. Po uprzednich próbach u psów i po dobrowolnem wypróbowaniu środka na sobie przez dwu lekarzy, zastosowano go u 23-ch chorych, przeważnie paralityków, bezskutecznie leczonych poprzednio arsenofenylgliczyną. Z pomiędzy 18 u chorych z dodatnim odczynem WASSERMANN'a straciło odczyn całkowicie dwu, zyskało wybitne osłabienie odczynu dwu i wyraźne osłabienie trzech chorych. Wydalanie arsenu z ustroju odbywało się wielce powolnie: jeszcze po 10-u dniach od zastrzyknięcia można było wykryć go w moczu.

Zachęcony powyższymi wynikami oraz dalszemi badaniami doświadczalnymi EHRLICH'a i HATA'y na królikach i małpach, autor przy udziale SCHREIBER'a zdecydował się zastosować omawiany przetwór również w świecie nabytym syfilisie. Poczynając od dnia 31-go stycznia b. r. poddano powyższemu leczeniu 27-u chorych z *lues florida* w szpitalu magdeburskim. Osiągnięto przytem „wyniki odurzające“ (*verblüffende Behandlungserfolge*). Już po upływie niewielu dni wrzody pierwotne okazywały silne zmiany wsteczne, stwardnienie znikало; wykwity skórne, często moknące, o charakterze ciężkim, szybko bladły i przysychały, pozostawiając po sobie tylko pigmentację skóry. Owrzodzenia na wargach, rozległe nacieczenia u odbytu i w pochwie ginęły w krótkim czasie. Najczęściej znikaly swoiste cierpienia gardzieli. Wielkie owrzodzenie trzeciorzędowe na udzie uległo zupełnemu zablźnieniu w ciągu 3-ch tygodni po zastrzyknięciu. Poza znaczną bolesnością, która utrzymywała się 1—2 dni po zastrzyknięciu, i poza nieznacznemi podniesieniami gorączki [do 38,6°] u niektórych chorych, żadnych objawów ubocznych nie notowano. Ogólny stan nie pogarszał się, owszem waga chorych przeważnie wzrastała [do 9-u f. w ciągu 4-ch tygodni]. Z pomiędzy 27-u chorych dotychczas [17-go marca] straciło odczyn WASSERMANN'a czterech.

Dalsze badania doświadczalne winny wykazać, czy ta *therapia sterilisans magna* w syfilisie zabezpiecza również od reinfekcyi i czy jest w rzeczy samej tak nieszkodliwą, jak wydawałoby się z nielicznych spostrzeżeń dotychczasowych.

(Münch. mediz. Woch. 1910, Nr. 11).

W. St.

### 106. J. Iversen. O działaniu arsenowego przetworu „606“ Ehrlich'a w gorączce powrotnej.

Gorączka powrotna, dzięki łatwemu wykrywaniu we krwi krętków OBERMEIER'a, ostremu przebiegowi choroby i charakterystycznej krzywej ciepłoty, realizuje idealne warunki dla badań nad działaniem u człowieka środków pasorzytobójczych. Na propozycję EHRLICH'a autor w tegorocznej epidemii

gorączki powrotnej w Petersburgu wypróbował nowy jego preparat chemo-terapeutyczny — *dichlorhydrat - dioxydiamido - arsenobenzol*. Rozczyn wodny 0,5 — 2% tego środka zastrzykiwano początkowo podskórnie, później zaś tylko śródmięśniowo [po 10 ctm. sz. w oba pośladki] i śródżylnie. Wstrzykiwania śródmięśniowe były mocno bolesne i powodowały często głębokie nacieczenia które znikwały pod okładami wciągu kilkunastu dni. Początkowo stosowane zbyt małe dawki [0,05 — 0,1] nie przerywały napadu gorączki; jednakże w dwu takich przypadkach notowano dłuższą, niż zwykle, apyrektyę międzynaпадową [14 dni]. Liczba krętków we krwi tych chorych owszem była bardzo wielka, co odpowiadałoby opisanemu już przez BROWNING'a zjawisku wzrastania liczby świdrowców po dawkach subterapeutycznych. Dawkę pełną [0,25 — 0,3; u 4 ch chorych — 0,4] stosowano u 52-u chorych, w tem śródmięśniowo u 37-u podczas pierwszego napadu, przeważnie 4-go lub 5-go dnia gorączki, u 11-u zaś pierwszego dnia drugiego napadu; u 4-ch chorych wykonano wstrzyknięcie do żyły.

W 7 do 14-u godzin po zastrzyknięciu we wszystkich bez wyjątku przypadkach następował przy obfitych potach krytyczny spadek ciepłoty poniżej normy, i krętki, dotychczas liczne, ginęły ze krwi całkowicie. W 3 — 4 godzin po iniekcji chorzy skarżyli się na dreszcze, poczem następował rodzaj *perturbatio critica*. Po spadku ciepłoty znikwały od razu wszelkie zaburzenia podmiotowe, jak ból głowy, bole w członkach. W parę dni potem chorzy uskarżali się na bolesne nacieczenia na pośladkach, i ciepłota podnosiła się do 37,6°, a nawet 38°, lecz krętków we krwi wówczas już nie wykrywano. W 92% przypadków w nawrotu nie notowano.

Tylko w 4-ch przypadkach spostrzegano nawrót; jednakże z pomiędzy nich w jednym tylko zdołano wykryć przy następnym napadzie krętki we krwi. U 2-u tych chorych nawrót trwał tylko 24 godziny. Wreszcie dwaj chorzy mieli jeszcze trzeci 6-godzinny napad gorączki, już bez zaburzeń podmiotowych. W obu tych przypadkach iniekcję arsenobenzolu wykonano pierwszego dnia drugiego napadu, kiedy we krwi było jeszcze bardzo niewiele pasorzytów, co dowodziłoby, że przy małej ich liczbie nie może odbyć się w zupełności „*ictus immunisatorius*”.

Zastrzyknięcie 0,3 arsenobenzolu w 3 dni po pierwszym napadzie zapobiegało drugiemu napadowi. W jednym przypadku, leczonym pomyślnie arsenobenzolem, spostrzegano reinfekcję [na mieście] w 40 dni po przebyciu pierwszej choroby.

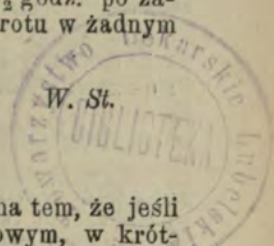
W jednym przypadku u chorej nałogowo pijącej, z wydatną arteriosklerozą i zwyrodnieniem mięśnia sercowego, nastąpiła śmierć ósmego dnia po zastrzyknięciu. Pozatem u innych chorych działania ujemnego nie notowano.

U chorych, którym stosowano arsenobenzol śródżylnie [0,17 — 0,22 roztworu zubożonego 1%-ym kwasem octowym w pół litra roztworu fizyologicznego] dreszcz wstrząsający zjawiał się już w  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$  godz. po zastrzyknięciu, spadek zaś ciepłoty po 5 — 10-u godzinach. Nawrotu w żadnym z tych przypadków nie spostrzegano.

(*Münch. mediz. Woch.* 1910, Nr. 15).

### 107. W. Alexander. O „objawie nożnym“ w tężycze.

Objaw ten opisany w r. b. przez SCHLESINGER'a, polega na tem, że jeśli nogę wyprostowaną w kolanie, zegnijemy mocno w stawie biodrowym, w krótkim czasie powstaje kurcz mięśni prostujących w stawie kolanowym, przyczem stopa zwraca się wybitnie na zewnątrz (*supinatio*). Objaw ten wywołać można



u chorego w pozycji siedzącej i stojącej. Nie można wywołać przez ucisk na nerw kulszowy. Objaw ten jest bardzo ważny dla rozpoznania tężyczki w okresie wolnym od napadu.

ALEXANDER obserwował ten objaw u chorego na tężyczkę mężczyzny w wieku lat 37. Chory miał i inne objawy tężyczki: ustawienie ręki, objaw TROUSSEAU'a i objaw CHVOSTEK'a. Przy zginaniu nogi w stawie biodrowym oprócz kurczu mięśni występowały jeszcze parestyzie w stopie. Objaw kurczu nie występuje przy ucisku tętnicy udowej aż do zaniku tętna w arteryi stopowej, i odwrotnie — kurcz mięśni prostujących nie powoduje zaburzeń krążenia w kończynie dolnej. Natomiast ucisk nerwu kulszowego, między guzem kości kulszowej a krętarzem wielkim, wywołuje typowy objaw nożny.

U dzieci, chorych na tężyczkę, nie mógł A. wywołać objawu nożnego.

Natomiast podobny objaw wywołać można w kończynie górnej, jeśli uniesiemy ramię tak mocno, że aż przylegać ono będzie do muszli usznej.

Za przyczynę tego objawu uważa autor mechaniczne podrażnienie odpowiedniego nerwu [kulszowego i ramieniowego].

(*Deutsch. medic. Woch. 1910, str. 1030.*)

*St. Kamiński.*

### 108. G. Roque i W. Cordier [Lyon]. Autoseroterapia puchliny brzusznej.

Autorzy stosowali wielokrotnie autoseroterapię wysięków opłucnych [zastrzykiwanie pod skórę kilku ctm. sz. samego wysięku] i kilka razy mieli wyniki dodatnie. To ich skłoniło do zastosowania tej metody w puchlinie brzusznej, ale tu nie otrzymywali żadnych dodatkowych wyników, a że sama metoda nie okazała się szkodliwą pod żadnym względem, przeto nie czuli się w obowiązku do ogłaszania swoich przypadków. Kiedy jednak V. AUDIBERT ogłosił pracę (*Presse médicale 1909, 2-go lutego*), w której z całą pewnością zaleca autoseroterapię w puchlinie jamy brzusznej bez względu na jej pochodzenie, autorzy powtórnie rozpatrzyli historię chorób swoich przypadków i znowu doszli do przekonania, że autoseroterapia okazała się bezsilną u tych 6-u chorych, u których była stosowana. Byli to chorzy z rakiem żołądka i *peritonitis carcinomatosa* [1 przyp.], z puchliną brzuszną przy niedomodze serca [1 przyp.], z marskością wątroby [3 przyp.], z *peritonitis tuberculosa* [1 przyp.]. Spostrzeżenia były prowadzone bardzo szczegółowo [mierzenie ilości moczu, oznaczanie mocznika, ważenie chorych i t. d.] i w żadnym przypadku nie zauważono poprawy przez czas dłuższy, chociaż według zapewnień AUDIBERT'a (*Bull. de la Société méd. des Hôpitaux de Paris 1910, Nr. 13*) skutek występuje bardzo prędko — nazajutrz po zastrzyknięciu, albo nie występuje wcale. Autorzy podkreślają szczególnie wynik ujemny autoseroterapii w *peritonitis tuberculosa*, gdyż jeżeli gdzie, to właśnie w takich przypadkach należałoby oczekiwać wyniku dodatniego. Przynajmniej w autoseroterapii wysięków opłucnych dodatnie wyniki otrzymywano właśnie w przypadkach gruźlicy. Autorzy są przekonani, że w znikaniu wysięków opłucnych pod wpływem autoseroterapii grają rolę nie prawa fizyczne [osmoza], ale biologiczne. Zachodziłaby kwestya, czy opłucna i otrzewna jednakowo pod tym względem reagują.

*La Presse Med. 1910, Nr. 50.*

*A. Puławski.*

(W bardzo typowym przypadku puchliny brzusznej pochodzenia gruźliczego u młodej kobiety w szpitalu Dzieciątka Jezus stosowałem autoseroterapię [zastrzyknięcie pod skórę 4 ctm. sz. i 10 ctm. sz. płynu z jamy otrzewnej] i prócz nieszkodliwości żadnego innego wyniku nie otrzymałem.)

*Przypisek Sprawozdawcy.*

## Wiadomości bieżące.

— Rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego na r. 1910/11 został wybrany prof. AUGUST WITKOWSKI, znakomity badacz na polu fizyki; dziekanem wydziału lekarskiego—dr KAROL KLECKI, profesor patologii ogólnej.

— Rektorem Uniwersytetu Lwowskiego na r. 1910/11 został wybrany ks. prof. dr JASZOWSKI; dziekanem wydziału lekarskiego—prof. dr H. KADYI.

— Nagrodę konkursową im. KOCZOROWSKIEGO otrzymał dr FRYDERYK BARACH za pracę p. t. „O włóknach DUBECK'a” z instytutu anatomii patologicznej we Lwowie [prof. OBRZUT]. Nagrodę konkursową im. WSZEBORA przyznano drowi RYSZARDOWI HERTZOWI z oddziału dra W. JANOWSKIEGO za pracę p. t. „O wywołanem doświadczalnie szpikowem przeistoczeniu śledziony”.

— Prof. WICHERKIEWICZ, prezes Komitetu lekarskiego słowiańskiego i Komitetu lekarskiego polskiego dla zjazdów międzynarodowych przesłał do prezydenta lekarzy bułgarskich, dra BERONA list, w którym usprawiedliwia nieobecność Polaków na zebraniu Komitetu lekarzy słowiańskich w Sofii i na Zjeździe lekarzy bułgarskich. Jako główny powód przytacza prof. W. odbywający się prawie jednocześnie w Sofii Zjazd Neosłowiański, wskutek czego nie podobna byłoby uniknąć atmosfery politycznej, bynajmniej niepożądaney na zjazdach naukowych. Prócz tego samo spotkanie się nasze z kolegami słowiańskimi jest w tych warunkach niepożądane, wątpliwem jest bowiem, „czy zdołalibyśmy zrozumieć się nawzajem w chwili, gdy w Petersburgu ludzie powołani do rzeczywistej propagandy słowiańskiej zdradzają nas Polaków i sprzeniewierzają się samej idei ogólnosłowiańskiej”.

— Budowa nowego pawilonu dla chorych zakaźnych na terytorjum szpitala Św. Stanisława została ostatecznie postanowiona.

— Wzrastająca wciąż liczba chorych w szpitalach warszawskich sprawia, że nawet teraz, w porze letniej zajęte są w oddziałach nie tylko łóżka etatowe, lecz ponadto łóżka dodatkowe na środku sal szpitalnych.

Wobec zamierzonego remontu letniego niektórych oddziałów, w Radzie miejskiej, według wiadomości pism codziennych, powzięto projekt budowy na terytorjum niektórych szpitali czasowych baraków drewnianych, do których przenoszonooby chorych z sal odnawianych. Zapasowy barak taki istniał, jak wiadomo, w dawnym szpitalu Dzieciątka Jezus na placu Wareckim, i funkcjonował, mimo pewnych niedogodności, naogół dość pomyślnie. Konieczność uciekania się do takich, bądź co bądź ostatecznych środków zaradczych, daje miarę potrzeby nowych fundamentalnych pawilonów szpitalnych, na które oby jak najprędzej zamieniono projektowane baraki drewniane.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 12-go do 18-go czerwca r. b. do szpitali warszawskich przybyło chorych 130, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 19, odrą 3, płonicą 13, błonicą 4, różą 10, tyfusem plamistym 16, tyfusem brzuszny 12, grypą 7, zapaleniem płuc 43 i kokluszem 3.

W tymże tygodniu zmarło w szpitalach 17 osób, mianowicie: na ospę 4, tyfus plamisty 1, tyfus brzuszny 4 i na zapalenie płuc 8. W całym zaś mieście liczba zmarłych na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, wynosiła 35 osób, mianowicie: na ospę zmarło 7 osób, na odrę 6, płonicę 9, błonicę 4, różę 1, koklusz 4 i na biegunkę krwawą 1.

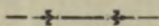
Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach wynosiła w dniu 12-ym czerwca 2993.

— W pracowni naukowej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 1-go października r. b. rozpoczynają się odczyty, połączone z pokazami i zajęciami

praktycznemi; 1) Prof. J. SOSNOWSKI, Zasady energetyki organizmów (7 wykładów). 2) Dr ANAST. LANDAU, Choroby przemiany materji (8 wykładów). 3) Dr ANAST. LANDAU, Choroby krwi (4 wykłady i zajęcia praktyczne). 4) i 5) Dr A. SOKOŁOWSKI i dr B. DĘBIŃSKI, Podstawowe metody rozpoznawania i leczenia chorób dróg oddechowych. 6) Dr F. ERBRICH, O najnowszych postępach rino- i laryngologii ze szczególnem uwzględnieniem broncho- i ezofagoskopii (wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne). 7) i 9) Prof. dr KRYŃSKI, 7) Operacje typowe i anatomia chirurgiczna na zwłowach (6 g). 8) Chirurgia ambulatoryjna (10 godzin). 9) Postępy w dyagnostyce chirurg. (cystoskopia) 6 g. 10) Dr M. REJCHMAN, Metody rozpoznawania i leczenia chorób przewodu pokarmowego (8 wykładów i zajęcia praktyczne). 11) Dr F. MALINOWSKI, Nowe metody rozpoznawania i leczenia chorób skórnych i wenerycznych (8 wykładów i zajęcia prakt.). 12) Dr Cz. BARSZCZEWSKI, Kurs praktycznej radiologii lekarskiej z pokazami radiogramów z kazuistyki chirurgicznej i wewnętrznej. 13) Dr ST. SERKOWSKI, Bakteryologia lekarska (12 wykładów z zajęciami praktycznemi). 14) Dr ST. SERKOWSKI, Zajęcia praktyczne laboratoryjne: a) analizy krwi chemiczne, fizyczne i bakteryologiczne, b) analizy moczu c) badania sanitarne.

Plan poszczególnych wykładów i warunki uczestnictwa u kierownika pracowni Towarzystwa Lekarskiego (Niecała 7) codziennie w godz. od 2-ej do 3-iej.

## NEKROLOGIA.



W d. 21-go maja r. b. w Mińsku litewskim zmarł ś. p. Zygmunt ŚWIŹCICKI. Urodzony w r. 1836, studia lekarskie ukończył w r. 1861 w Petersburgu ze złotym medalem. Pracował przez czas jakiś w instytucie bar. VILLIÉ, a następnie w Berlinie i w Wiedniu. Zostawszy lekarzem gwardyi, brał udział w wojnie francusko-pruskiej w oddziale Czerwonego Krzyża. Po wojnie osiedlił się w Mińsku, jako główny lekarz szpitala wojskowego. W r. 1877 podał się do dymisji i oddał się praktyce lekarskiej oraz pracy społecznej.

Ś. p. ŚWIŹCICKI był długie lata prezesem mińskiego Towarzystwa Lek. Prócz tego stał na czele wielu instytucji społecznych i dobroczynnych. Między innemi był wybrany honorowym sędzią pokoju. Na wszystkich tych stanowiskach ś. p. ŚWIŹCICKI wykazał wielkie uzdolnienie, sumienność, pracowitość, a nadewszystko miłość społeczeństwa i kraju rodzinnego. Pozostawił po sobie żal powszechny i szacunek dla swoich zasług lekarskich i obywatelskich. Ś. p. ŚWIŹCICKI był żonaty z synowicą ADAMA MICKIEWICZA.

*Dr I. Szuberla.*

Do numeru niniejszego dołącza się jako dodatek bezpłatny: „Środki lecznicze laboratorium chemicznego Magistra H. KLAWE<sup>4</sup>”.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

# Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst n/Meinem.

Alumol  
Antypiryna  
Surowica przeciw-  
ciwopacjorkowa  
Argonina  
Arsacetyna.

## Nowocaina

nowy, w działaniu zupełnie niedrażniący środek, znieczulający miejscowo.

### Najlepiej zastępuje kokainę

**Nowocaina** jest przynajmniej 7 razy mniej trująca niż kokaina i 3 razy mniej trująca niż inne preparaty zastępcze. Nie wpływa ani na krążenie ani na oddychanie, ani na czynność serca

**Nowocaina**

łatwo rozpuszcza się w wodzie, **roztwór można z łatwością sterylizować i łatwo się wchłania.**

**Nowocaina**

nie powoduje **zatrucia**, nie działa szkodliwie na tkanki, i nie powoduje **bólów następczych.**

**Nowocaina**

stosowana jest z wynikiem znakomitym do znieczulań rdzeniowych i do wszelkich znieczulań miejscowych.

Benzosol  
Dermatol  
Surowica przeciw-  
ciwobronicza  
Kwas  
diethylbarbiturowy.

Chlorek

## Suprareniny

syntetyczny.

Drogą chemiczną wytworzony pierwiastek działający nadnercza odznacza się bezwzględna czystością, niezawodnym i stałym działaniem, oraz trwałością roztworów. Suprarenina przeto syntetyczna stoi zawsze wyżej od preparatów nadnerczy wydobytych z samego organu. Oryginalne butelki: Sol. Suprarenini hydrochl. synth. 1 : 1000 i Tabl. Supr. hydrochl. synth. 20 á 0,001 gr.

## Trigemina

znakomity środek  
kojący

w bolesnem zajęciu nerwów mózgowych jako to: w nerwobólu n. trójdzielnego i potylicowego, w bólach ucha, głowy i zębów. Środek swoisty przeciwko bólowi zależnym od zapalenia okostnej, miążsi żebowej, nerwów oraz bólom występującym po obnażeniu miążsi i założeniu pasty żrącej.

Dawka: 2-3 kapsulek żelatynowych po 0,25 gr. Flakony oryginalne po 20 kapsulek; dawki oryginalne po 20 kapsulek.

Gujasanol  
Holocaina  
Hypnal  
Lactophenina.

## Valyl

posiada

typowe działanie Walerjany

spotęgowane. Perelki Valilowe rozpuszczają się dopiero w kiskach, nie powodują przeto zaburzeń ze strony żołądka. Wskazany jako znakomity środek w bolesnem miesiączkowaniu, w zaburzeniach podczas ciąży i w okresie przekwitania i we wszelkich zaburzeniach nerwowych. Dawka: 2-3 perelki 2-3 razy na dzień. Flakon lub blaszanka oryginalna: 25 perelki po 0,125 gr.

Lysidina  
Surowica przeciw-  
ciwme ningo-  
kockowa  
Migrenina.

## Sajodyna

znakomity wewnętrzny  
preparat jodu

równoznaczny z jodkiem potasu, bez smaku i bez zapachu, znakomicie przyswajalny nawet w razie idjopsykrazji względem innych preparatów jodu. Stosowany ze skutkiem w stwardnieniu tętnic, syfilisie i cierpieniach następczych, duszniczym oskrzelowej, przewlekłym katarze oskrzeli i t. d.

Dawka: 2-4 razy dziennie 2 tabletki w godzinę po jedzeniu.

Oryginalne rurki: 20 tabletek po 0,5 g.

## Tumenol

jest w leczeniu  
ekzemy

środkiem niezastąpionym; również i w leczeniu swędzących cierpień skórnych. Stosowany ze skutkiem we wszelkich chorobach skórnych. Tumenol - Ammonium łatwo rozpuszczalne w wodzie, nie trujące oddziaływa obojętnie i nie wywołuje objawów podrażnienia. Tumenol - Ammonium można stosować w maści, w pastach i do pędzlowania. Łagodzi swędzenie i osusza.

## Pyramidon

najdoskonalszy środek przeciwgorączkowy i przeciwnerwobólowy stosowany celem zwalczania wszelkiego rodzaju gorączki, specjalnie w gryzicy, tyfusie, influenzy i t. p. Dawka 0,2-0,3 gr.

Lek swoisty przeciwko bólowi głowy, nerwobólom, zwłaszcza nerwu trójdzielnego i strzelającym bólom, towarzyszącym cierpieniom rdzenia; skuteczny celem zwalczania napadów duszniczych i w zaburzeniach miesiączkowania. Dawka 0,3-0,5 gr.

**Pyramidon salicylowy** znakomity lek kojący w nerwobólach, gościecu i podobnych cierpieniach. Dawka 0,5-0,75 gr.

**Pyramidon kamforowy kwasny** (Pyramidon bicamphoric.) z nadzwyczajnym wynikiem stosowany celem zwalczania gorączki i potów u suchotników. Dawka 0,75-1,0 gr.

Orthoform  
Oxaphor  
Pegnina  
Sabromina

Antytoksyna  
tężcowa  
Tuberkulina  
Tussol.

## Anestezyna

bezwzględnie niedrażniący środek  
miejscowo znieczulający

o pewnem i trwałem działaniu, zupełnie nieszkodliwy do użycia i zewnętrznego i wewnętrznego. Wskazany we wszelkich ranach bolesnych, zapaleniach skóry, owrzodzeniach krtani i gardzieli gruczołowych i syfilitycznych, wrzodzie i raku żołądka, wymiotach ciężarnych, nadczułości żołądka, chorobie morskiej i t. d. Dawka do wewnątrz 0,3-0,5 g. 1-3 razy dziennie przed jedzeniem.

## Albargina

znakomite  
Antigonorrhoeicum

o działaniu bezwzględnie pewnem, bakterjobjęzdem i obok tego niedrażniącym. Stosowany ze skutkiem w ostrej i przewlekłej rzeączce, do przemywania pęcherza moczowego, w przewlekłych otokach jamy szcękowej, w cierpieniach okężnicy, w okulistyce i jako środek zapobiegawczy w roztworach wodnych 0,1-2%-owych. Bardzo tani.

Oryginalne rurki: 50 tabletek po 0,2 g.

Uzdrowisko górskie dla chorych płucnych.



# LEYSIN

na linii Symplońskiej Szwajcarya  
francuska  
1450 m. nad p. m. Cały rok otwarte  
Grand Hotel Pensjonat od 12 fr.  
Montblanc } łącznie z { „ 11 „  
Chamossaire } lecze- { „ 9 „  
Anglais } niem { „ 11 „

4 Sanatoria:

Specjalne leczenie gruźlicy płuć metodą sanatoryjną w połączeniu z leczeniem powietrzem górskim. Prospekty bezpłatnie.

Dyrekcya



# VITTEL

## GRANDE SOURCE

poleca się cierpiącym na  
reumatyzm

podagrę  
artretyzm

Reprezentant: **Charles Fortier**  
**Moskwa**

**Małaja Łubianka N-r 14.**

# RUBINAT LLORACH

Naturalna woda mineralna

nagrodzona medalem złotym na wystawie Paryskiej w r. 1900

Najlepszy

Żądać na etykiecie  
podpisu Arger et C-ie

środek przeczyszczający

Dozwolony w Państwie Rosyjskiem przez Zarząd Lekarski  
d. 12 Sierpnia 1908 r. za Nr. 821.

Znani Lekarze francuscy i zagraniczni od lat przeszło 30-tu  
zalecają wodę Rubinat Llorach w zaparciach nawykowych i chwilo-  
wych, w uderzeniu krwi, otyłości, w zaburzeniach narządów trawienia, w chorobach wątroby i innych. Dawka normalna: pół szklanki  
(powiększać ją nieco można, zależnie od przypadku). Do nabycia we wszystkich  
aptekach i w składzie aptecznym Henryka Welta Przejazd Nr. 5 w Warszawie.

Pp. Lekarze mogą otrzymywać bezpłatnie próby wody Rubinat Llorach.  
Z żądaniami zwracać się należy do składnika Henryka Welta Przejazd Nr 5  
w Warszawie. Przedstawiciel jeneralny Charles Fortier w Moskwie.

