

# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- |  | str. |
|--|------|
| 1. Dr. Leon Rzezniewski. Hemierania ophtalmoplegica (paralysis u. oculomotorii communis periodica) . . . . .   | 1    |
| 2. Jakób Puterman. Przypadek zawału krwotocznego (infaretus haemorrhagicus) w prawem płucu pochodzenia zatorowego w przebiegu złamania kończyny dolnej prawej. . . . . | 13   |

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

- |  |    |
|--|----|
| 1. Elie Metchnikoff. Odporność w chorobach zakaźnych . . . . . | 15 |
| 2. F. Hirschfeld. W kwestyi rozpoznawania cukrzycy . . . . .   | 21 |

### II. Choroby nerwowe.

- |  |    |
|--|----|
| 3. Dr. Magnan i Serieux. Chroniczne obłąkanie w systematycznym swym rozwoju . . . . .                      | 23 |
| 4. Prof. Theodor Kölliker. O postęпах operacyjnego leczenia cierpień rdzenia i nerwów obwodowych . . . . . | 25 |

### III. Chirurgia.

- |   |    |
|---|----|
| 5. Vincent. Przyczynę do chirurgii kręgosłupa i drenowanie kręgow w chorobie Pott'a . . . . .             | 29 |
| 6. C. Mandry. Gruźlica sutki . . . . .  | 30 |
| 7. Prof. Krönlein. O znaczeniu zjawisk Howship-Romberga przy zaciśniętj przepuklinie zasłonowej . . . . . | 35 |

### IV. Choroby weneryczne i skórne.

- |   |    |
|---|----|
| 8. Dr. Ludwik Seeger. Studyjum o przedwczesnem łysieniu . . . . . | 35 |
| 9. Dr. H. Paschis. Leczenie wypadania włosów . . . . .            | 37 |
| 10. Llobet. Wrzody goleni . . . . .                               | 38 |
| 11. Promienica skóry . . . . .                                    | 39 |
| 12. Kromayer. Przyczynę do leczenia Sycosis . . . . .             | 40 |

### V. Choroby dziecięce.

- |  |    |
|--|----|
| 13. Prof. Jul. Sommerbrodt. Leczenie zółw kreozotem. . . . .   | 40 |
| 14. Prof. Moncorvo i dr. Ferreira. O leczeniu przymiotu u dzieci wstrzykiwaniami przetworów rżęciowych . . . . . | 41 |
| 15. Kraus. Użycie trójbromku jodu (jodum tribromatum) przeciw błonicy . . . . .                                  | 42 |
| 16. Prof. Ganghofner. O tetanii u dzieci . . . . .   | 43 |

### Wiadomości pomniejszych.

- |  |    |
|--|----|
| 17. Działanie pilocarpiny w czkawce . . . . .                                  | 43 |
| 18. Zastosowanie podskórne naparstnicy . . . . .                               | 44 |
| 19. Zapach złożony . . . . .   | 44 |
| 20. Wpływ elektro-magnesu na ustrój zwierzęcy . . . . .                        | 44 |
| 21. Wrodzona słońowacizna. . . . .   | 44 |
| 22. Próchnienie martwych kości . . . . .                                       | 44 |
| 23. Pierwotne nowotwory serca . . . . .  | 45 |
| 24. Śmierć wskutek embolii tłuszczowej. . . . .                                | 45 |
| 25. Laseczniki ropy . . . . .  | 45 |
| 26. Odczyn krwi po zatruciu chloroformem. . . . .                              | 45 |
| 27. Arsenik jako środek ochronny przeciw ospie. . . . .                        | 45 |
| 28. Ciężkie przypadki po insuflacyi kalomelu podczas kuracyi jodowej . . . . . | 45 |
| 29. Chorobotwórcze pasorzyty w ślinie niektórych zwierząt domowych . . . . .   | 45 |

- |   |    |
|---|----|
| Kronika miesięczna . . . . .  | 46 |
| Nekrologija . . . . .   | 49 |
| Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w pismach polskich, w miesiącu Grudniu 1892 r. . . . . | 50 |
| Nadesłane do Redakcyi . . . . .   | 18 |
| Od wydawcy . . . . .  | 58 |
| Ogłoszenia . . . . .  | 58 |

PATENTOWANY INSTYTUT  
WÓD MINERALNYCH SZTUCZNYCH  
przy Ogrodzie Krasieńskich

przeszedł na wyłączną własność

**Towarzystwa Aptekarzy Warszawskich**

ul. Długa № 30/38. Telefonu № 491.

Wszystkie wody mineralne sztuczne, napoje gazowe, wody: sodową i selcerską, oraz limonady Instytut wyrabia li tylko na

**Wodzie destylowanej.**

Z dniem 1 Stycznia 1893 r. wyroby Instytutu sprzedają następujące apteki. 1) H. Biertümpfel. 2) W. Borzęcki. 3) A. W. Filonowicz. 4) E. Gessner. 5) E. Jarnuszkiewicz. 6) H. Klawe. 7) W. Klicki. 8) S. Kosieński i S. Dzierzbicki. 9) H. Kucharzewski. 10) S-rów K. Lilpop i E. Treutler. 11) J. Mrozowski. 12) B. Popiel i E. Lipski. 13) J. Rutkowski. 14) W. Różycki. 15) J. Różycki. 16) K. Wenda i W. Wiorogórski. 3—1



**FABRYKI „IMPERIAL”**

w WARSZAWIE.

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

Analizy prof. Milicera, d-ra Nenckiego i D-ra Zawadzkiego utwierdzają, 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 koneserom, jako zdrowy i wyborny napój.

Sprzedaż detaliczna we wszystkich znaczniejszych handlach Win i Towarów Kolonijalnych w Warszawie i Królestwie.

Hurtowa od 3 wiader, w Kantorze fabrycznym.

12—3

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## HEMICRANIA OPHTALMOPTÉGICA.

(paralysis n. oculomotorii communis periodica).

NAPISAŁ

Dr. Leon Rzecznowski.

Obraz kliniczny, który Niemcy opisują od lat kilku, jako *periodische*, albo *recidivirende Oculomotoriuslähmung*, Charcot, demonstrując odnośny przypadek 16 Maja 1890 r., nazwał *migraine ophtalmoplégique*. Obie zatem nazwy oznaczają jedną i tę samą postać kliniczną.

Nazwa francuzka jest bezsprzecznie odpowiedniejszą, gdyż nie tylko zawiera dwa główne współrzędne objawy, t. j. migrenę i porażenie n. okoruchowego, lecz jeszcze przyznaje migrenie pierwszeństwo zgodnie z kliniką, która świadczy, że porażenie n. okoruchowego we wszystkich tu należących przypadkach rozwija się w następstwie poprzedzającej migreny i że peryjodyczność tego porażenia warunkuje się wyłącznie peryjodycznością napadów migreny. Pierwszy tego rodzaju przypadek opisał *Saundby* w 1882 r. <sup>1)</sup>. Do obecnej chwili piśmiennictwo powszechne lekarskie, o ile nam wiadomo, posiada 21 analogicznych zupełnie przypadków, które kolejno opisali następujący autorowie: *Saundby*, *Hasner* <sup>2)</sup>, *Thomsen* <sup>3)</sup>, *Remak* <sup>4)</sup>, *Möbius* <sup>5)</sup>, *Saundby* 2-gi przypadek <sup>6)</sup>, *Weiss* <sup>7)</sup>, *Manz* <sup>8)</sup>, *Suell* <sup>9)</sup>, *Clark* <sup>10)</sup>, *Ormerod* <sup>11)</sup>, *Graefe-Mauthner* <sup>12)</sup>, *Beevor* <sup>13)</sup>, *Parinaud-Marie* <sup>14)</sup>, *Senator* <sup>15)</sup>, *Bernhardt* 2 przypadki <sup>16)</sup>, *Vissering* <sup>17)</sup>, *Joaachim* <sup>18)</sup>, *Charcot* <sup>19)</sup> i *Darkszewicz* <sup>20)</sup>. Do tej liczby pragnę dołączyć moją notatkę o chorym, którego miałem sposobność widzieć w r. b. Lecz pierwaj na podstawie wyżej wymienionych jednorodną, a odrębną postać kliniczną przedstawiających spostrzeżeń, naszkicuję obraz kliniczny rzeczonego cierpienia. U osobników przeważnie, jak się zdaje, pod względem nerwowym dziedzicznością obarczonych, choć nie

wszystkie spostrzeżenia czynią o tem wzmiankę, *we wczesnej epoce życia*, między 3 a 15 rokiem, a w przypadku Möbiusa już u dziecka 11-miesięcznego pojawia się charakterystyczny dla migreny ból głowy połowiczny, umiejscowiony przeważnie w oku i skroni, niekiedy i potylicy, zwykle ze współtowarzyszeniem nudności lub wymiotów, czyli pod postacią t. zw. żołądkowej migreny, choć już i przy początkowych napadach mogą się zdarzać porażenia n. okoruchowego. Migrena ta od początku charakteryzuje się przedewszystkiem *stałością umiejscowienia*, bądź z prawej, bądź z lewej strony, tak w pojedynczych, jak i następczych napadach. Ból, raz się osiedliwszy, nie zmienia miejsca, co zaś do długości trwania, pojedynczy *napad jest zazwyczaj dłuższy*, niż w zwykłej, czyli t. zw. żołądkowej migrenie i rzadko trwa krócej, niż 2—3—4 dni, zdarzają się zaś przypadki, w których napad migreny ciągnie się po miesiącu i dłużej (przyp. Charcot'a, Parinaud'a i in.). Przy dłuższem trwaniu napadu migreny spostrzegano też niekiedy peryjodyczne, pewnym porom dnia stale odpowiadające nasilenia bólu, tak np. w przypadku Parinaud'a ranne, w przypadku Charcot'a wieczorne, nie jestto jednakże stałe zjawisko. Odstępy czasu między pojedynczemi napadami bywają rozmaicie długie, niekiedy 4—6 tygodniowe, czyli, jak zazwyczaj przy migrenie zwykłej, w innych razach napady powtarzają się w odstępach czasu stosunkowo bardzo długich, co 2 lata, co rok, 2 razy do roku i rzecz charakterystyczna przychodzą zazwyczaj wtedy regularnie w tych samych miesiącach roku. W ogóle podług Charcot'a im napady trwają krócej, tem odstęp między nimi są krótsze, przy napadach zaś długich i ciężkich odstęp są dłuższe. W długich tych jednak odstępach mogą się zdarzać krótkie i słabe, jakby poronne napady. Z wyjątkiem naturalnie napadów, którym w samym już początku choroby towarzyszą objawy porażenia n. okoruchowego, choroba w postaci migreny żołądkowej ciągnąć się może i lat kilkanaście zanim po napadzie zjawiać się zacznie porażenie. Tak np. w przypadku Manza chory od wczesnego dzieciństwa cierpiał na migrenę, a dopiero w 14 roku po napadzie, przy którym dla uśmierzenia bólu zrobiono mu upust krwi ze skroni, zjawilo się porażenie n. okoruchowego. W przypadku Senatora chora od 8 roku życia cierpiała na regularne napady migreny co \* 4 tygodnie a w 12 roku dopiero wystąpiła w następstwie zwykłego napadu

ptosis i dyplopia. W przypadku Joachima po kilkunastu latach migreny zwykłej nastąpiło po jej napadzie całkowite porażenie n. oculomotorii. W przypadku zaś Charcot'a najprzód od 15—23 r. życia przychodziły krótkie napady migreny zwykłej, następnie między 23 a 30 rokiem życia migrena zupełnie ustała i dopiero w 30 roku zjawił się napad migreny, trwający przez cały miesiąc, a po nagłym ustąpieniu bólu powstały ptosis, strabismus i dyplopia. Prędzej jednak czy później we wszystkich opisanych przypadkach *porażenie n. okoruchowego przychodzi zawsze pod koniec napadu migreny*, mając niekiedy, jak się wyraża Charcot, jakby charakter objawu krytycznego, z chwilą bowiem, gdy się zjawia porażenie ból nagle ustępuje. Porażenie samo *jest zawsze jednostronne i zawsze po stronie migrenowego bólu głowy*; dalej w przypadkach czystych porażenie dotyczy *wyłącznie tylko nerwu okoruchowego* i jest, jak powszechnie przyjmują, *całkowite*, t. j. ogarnia wszystkie gałęzie tego nerwu. Ma to miejsce według nas niewątpliwie in acme choroby, lecz nie może być przyjmowane bezwzględnie dla okresu rozwoju, ani dla okresu ustępowania porażenia. Tak np. w przypadku Hasnera zanotowano wyraźnie, że ptosis ustąpiła w zupełności już na drugi dzień, podczas gdy mydriasis i porażenie akkomodacyi istniało 8-go dnia bez zmiany. W 1-szym przypadku Saundby'ego, w którym podczas samego napadu było porażenie całkowite, w 3 tygodnie po napadzie stwierdzono jako pozostałość tylko porażenie m. recti superioris, po innym zaś napadzie w 8 tygodni mydriasis, porażenie akkomodacyi, zresztą mięśnie zewnętrzne oka wolne z wyjątkiem m. recti interni. W ogóle stopień i długość trwania porażenia są proporcjonalne do stopnia i długości trwania bólu. Zdarzają się jednak wyjątki, że po słabszym stosunkowo napadzie bólu przyjść może i to po raz pierwszy porażenie, jak np. w przypadku Joachima. Najważniejszym jest dla nas to, że *porażenie*, jako epizod w napadzie migreny *jest także peryjodyczne* i ma dążność do ustępowania. Nie idzie zatem, żeby raz się zjawiwszy towarzyszyło koniecznie wszystkim następnym napadom migreny. Tak np. w przypadku Senatora mimo regularnych napadów migreny co 4 tygodnie porażenie, zjawiwszy się po raz pierwszy w 12 roku życia, powtórzyło się dopiero w 16 roku, z kąd wypływa, że *odstęp czasu między napadami porażenia niekoniecznie w początkowym zwłaszcza okresie cho-*

*roby są regularne.* Porażenie po migrenowym napadzie, albo ma skłonność do ustępowania w zupełności i jak utrzymuje Senator w jego np. przypadku ustąpiło bez śladu, albo też ślady porażenia pozostają do następnego napadu, po którym znowu porażenie się obostrza. Z tego powodu Senator odróżnia kliniczne jako dwa poddziały, t. zw. *czysto peryjodyczne porażenie i porażenie peryjodycznie exacerbujące.* Zdaniem Möbiusa czysto peryjodycznego porażenia niema i ślad jego mniejszy lub większy stwierdzić zawsze można. W przypadku Senatora źrenica pozostała nieco szerszą.

Tak się przedstawia rozwinięta migrena oftalmoplegiczna. *Przebieg* jej następczy jest w ogóle postępowy, napady stają się częstsze lub dłuższe, porażenie ustala się, a jakkolwiek w niektórych przypadkach, czy to w skutku naturalnych przyczyn, czy w skutku leczenia, jak np. w przypadkach Hasnera, Saundby'ego 2-im, Parinaud'a, Clark'a, Senatora i Charcot'a widziano poprawę, to jednakże zdaniem Charcot'a niema ani jednego znanego przypadku uleczenia. *Rokowanie* zatem jest *złe* lub przynajmniej wątpliwe.

Obraz kliniczny omawianego cierpienia wraz z jego przebiegiem jest tak charakterystyczny, że pod względem *rozpoznania* nie powinien przedstawiać trudności. Jednakże zdarzyć się one chwilowo przynajmniej mogą. Tak np. przypadek Möbiusa zaleca nam ostrożność w rozpoznaniu bez należytego uwzględnienia wszystkich okoliczności i objawów, jak np. gorączki, zapalenia błon mózgowych natury gruźliczej u małego dziecka, które przez kilka dni miało wymioty mózgowego pochodzenia a następnie wystąpiło u niego porażenie n. okoruchowego. U starszych dla odróżnienia od *guzów mózgu* służy przebieg choroby i badanie dna ocznego, które we wszystkich przypadkach omawianej choroby przedstawiało się zawsze prawidłowo. Porażenie n. okoruchowego przechodnie zdarza się dość często w początkowych okresach *wiądu rdzenia*, lecz chorzy tacy nie cierpią na charakterystyczną migrenę, a porażonym bywa często również i n. okoruchowy zewnętrzny. Trzeba przy rozpoznaniu zawsze mieć w pamięci, że dla rozpoznania migreny oftalmoplegicznej obok charakterystycznego przebiegu niezbędnym jest warunkiem, aby prócz porażenia n. okoruchowego, a niekiedy i pewnych jeszcze obiektywnych zaburzeń w zakresie n. trójdzielnego wszystkie inne nerwy czaszkowe były wolne i żadnych innych śladów cierpienia nerwowego

nie dało się wykryć. W piśmiennictwie istnieje znacznie więcej spostrzeżeń, ogłoszonych pod nazwą recyduwującego porażenia n. okoruchowego, które jako nie odpowiadające powyższemu warunkowi muszą być wykluczone, jak np. najstarsze co do daty, bo sięgające 1860 r. spostrzeżenie Gublera, z nowszych przypadki Ziehena, Hindego i Moyera i innych.

Przystępuję z kolei do mego spostrzeżenia.

Chory, którego miałem sposobność widzieć w Marcu r. z. i we Wrześniu, jest to mężczyzna 24-letni. Ojciec chorego cierpiał na migrenę. Trzy osoby rodzeństwa chorują na migrenę zwykłą. Chory najmłodszy miewa migrenę od 6 roku życia, w prawem oku i prawej skroni. Pierwiastkowo napady jej były rzadkie i słabsze, niekiedy z wymiotami, lecz stopniowo stawały się częstsze, tak, że w ostatnich paru latach przychodzą regularnie co 2 tygodnie, chociaż w różnych porach dnia się rozpoczynają. Przed 6—7 latami zauważono u chorego po przejściu napadu bólu przechodnie do kilku dni trwające rozszerzenie źrenicy prawej, następnie przyłączyło się podczas napadu bólu opadanie powieki górnej prawej, od 4-eh zaś lat i zezowanie na zewnątrz (strabismus divergens) prawego oka z początku wyraźne tylko po napadzie, lecz z wolna w ciągu lat paru ustalające się, tak, że chory od lat paru zezuje stale na prawe oko.

Żałuję, że z przyczyn odemnie niezależnych nie mogłem być świadkiem napadu migreny. Według opowiadania chorego i otaczających napad ten przedstawia się w sposób następujący: „napad trwa regularnie 4 dni. Po kilkogodzinnych objawach zwiastunnych, wyrażających się ogólnem niedomaganiem zjawia się ból w prawem oku, w prawej skroni i w potylicy, towarzyszy mu uczucie zimna, osłabienia ogólnego, chory musi się położyć, odpowiada niechętnie, ból powoli się nasila, największego nateżenia dosięga 2 dnia, na 3 dzień jest słabszy, lecz wtedy najwyraźniej występują objawy porażenia, powieka górna opada tak dalece, że chory palcami unosić ją musi, źrenica prawa jest mocno rozszerzona, gałka oczna zwrócona na zewnątrz i ku dołowi, zaburzenie wzroku jest tak znaczne, że chory mało co widzi prawem okiem, na zdwojenie widzenia sam się nie uskarża, choć pytany je stwierdza; ból 4 dnia ustępuje zupełnie i po jego przejściu powieka stosunkowo najprędzej się podnosi, rozszerzenie jednak źrenicy, zaburzenie wzroku i zez na zewnątrz pozostają choć w mniejszym stopniu i w całym okresie czasu od napadu wolnym.

Prócz opisanego cierpienia chory na nic ważniejszego nie chorował, od 6 lat żonaty jest ojcem kilkorga zdrowych dzieci.

Przy badaniu, które wypadło w środku czasu wolnego między 2 napadami znaleziono budowę z wyjątkiem nieco kwadratowej czaszki prawidłową, odżywianie dobre, narządy wewnętrzne zdrowe; żadnych śladów cierpienia ośrodków nerwo-

wych ani hysteryi, ani żadnego cierpienia konstytucyjonalnego nie wykryto. Chory jąka się od dzieciństwa. Na prawej skroni, oraz w miejscu wyjścia nerwu nadoczodołowego z czaszki znajdują się punkty lekko na ucisk bolesne, oraz na odpowiednich miejscach skóry nieco węższa z powodu obniżonego położenia powieki górnej prawej. Żrenica prawa znacznie szersza, niż lewa, oddziaływa tylko minimalnie na światło i zbieżność gałek ocznych. Gałka oczna prawa zwrócona na zewnątrz i nieco ku dołowi, przy zbieżności bardzo mało ruchoma, przy ruchu zasocyjowanym obu gałek ocznych w lewo ruch nieco obszerniejszy, tak, że żrenica przekracza nieco poza linię środkową. Ruchy gałki ocznej ku dołowi i ku górze również znacznie upośledzone. Wzrok w oku prawem bardzo upośledzony, tak, że chory nie może się niem posługiwać do czytania nawet druków większych. Badanie kolegi Ziemińskiego łaskawie mi zakomunikowane wykryło: 1) *exoptalmus prawego oka* w lekkim stopniu, 2) Niedowład akkomodacyi oka prawego, oraz zdwojone widzenie przy niezbyt znacznej odległości pomiędzy obu obrazami. Siła wzroku bez zastosowania szkieł w oku prawem  $\frac{3}{4}$ . Wszystko to z minimalnem oddziaływaniem rozszerzonej żrenicy na światło i niedowładem mięśni zewnętrznych oka daje obraz *paresis totalis n. oculomotorii dextri*. 3) *Dno oka, pole widzenia, oraz wrażenie barw prawidłowe*. Do dalszego badania refrakcyi i akkomodacyi chory się nie zgłosił.

Po za tem wszystkie pozostałe nerwy czaszkowe prawidłowe.

Z powyższego wynika, że dany przypadek *jest klasycznym przypadkiem hemigraniae ophthalmoplegicæ* i najwięcej zbliżonym do przypadku Darkszewicza. Jako przyczynek do nauki o migrenie oftalmoplegicznej zasługują w nim na uwagę 3 okoliczności:

1) Dziedziczność, jako jedyny moment etyjologiczny. Nadto co do natury migreny godnem jest uwagi, że nie tylko ojciec i 3 starsze osoby rodzeństwa cierpią na migrenę zwykłą, lecz, że i u chorego, prócz pojawienia się migreny we wczesnem dzieciństwie pierwiastkowo nie różniła się ona od migreny zwykłej. Istnieje zatem powinowactwo ściśle między temi postaciami migreny.

2) Z przebiegu porażenia w tym przypadku okazuje się, że było ono w pewnym wcześniejszym okresie przebiegu czysto peryjodyczne, następnie zaś ustaliło się peryjodycznie obostrzając. Rzecz ta ma ważne znaczenie, jako dotycząca pytania, czy porażenie n. okoruchowego w tej postaci ma za podstawę zmiany anatomiczne grubsze, czy też jest porażeniem t. zw. dynamicznem, czyli czynności-



wem. Większość autorów przyjmuje za prawdopodobne istnienie zmian anatomicznych grubszych wtedy tylko, gdy porażenie się ustala. Z naszego przypadku wnioskujemy, że ścisłego rozgraniczenia niema i że podział porażenia przez Senatora, wprowadzony na 2 postacie kliniczne niezależne niema racyi bytu, ponieważ są to tylko odmienne stopnie rozwoju w przebiegu jednego cierpienia. Wreszcie:

3) Porażenie n. okoruchowego w danym przypadku, jakeśmy to stwierdzili jest obecnie całkowite. Lecz, jeśli istotnie rozwijało się ono w sposób podawany przez osoby otaczające chorego, to pierwotnie była tylko ophtalmoplegia interna (mydriasis.), następnie zaś zwolna po upływie paru lat przyłączyła się i ophtalmoplegia externa (ptosis, strabismus divergens etc.). Taki rozwój byłby n'eomal rozstrzygającym pytanie, czy porażenie n. okoruchowego jest zawsze obwodowego, czy też może być i nuklearnego pochodzenia.

Do tego powrócimy jeszcze.

Tymczasem doszliśmy do anatomii i fizjologii patologicznej omawianego cierpienia, którym kilka słów poświęcić niezbędnie potrzeba.

*Co do anatomii:* dwa przypadki Weissa i Thomsena podlegały badaniu anatomicznemu pośmiertnemu. W przypadku Weissa znaleziono w miejscu wyjścia n. okoruchowego na brzegu wewnętrznym odnogi mózgowej nowotworzenie gruzlicze, w przypadku zaś Thomsena w miejscu przejścia nerwu przez oponę twardą fibro-chondromat. Jakie znaczenie mają wyżej wymienione zmiany dla objaśnienia właściwego klinicznego obrazu porażenia nerwu? Żadnego. Najprzód chora Weissa cierpiała na migrenę z porażeniem n. okoruchowego peryjodyczne od dzieciństwa, nowotwór zaś gruzliczy powstał niewątpliwie w skutku gruzlicy płuc, która rozwinęła się znacznie później i na którą chora zmarła. W przypadku Thomsena 34-letni chory od 5 roku życia cierpiał na migrenę oftalmoplegiczną regularnie 2 razy do roku, w 13 jednak roku życia uległ nadto silnemu urazowi czaszki, rozwinęły się napady padaczkowe z zaburzeniami psychicznymi, był skotomat obwodowy w polu widzenia od tych napadów zależny, słowem przypadek ów w pewnej epoce przestał być typowym dla migreny oftalmoplegicznej.

W większości odnośnych przypadków przebieg kliniczny nie odpowiada przyczynowemu przypuszczeniu istnienia

guza na podstawie mózgu. W naszym np. przypadku nie tylko przebieg choroby badanie dna ocznego, ale familijność, że się tak wyrazimy choroby u podstaw swych jednorodnej wyklucza więcej chyba, niż gdzieindziej przypuszczenie guzu. W takim razie chyba cała ta rodzina miała szczególne usposobienie do tworzenia guzów w mózgu, co by było całkiem osobiwe.

Związek kliniczny porażenia n. okoruchowego z migreną jest niewątpliwy. *Wytłomaczenie* jednak tej zależności na podstawie *fizjologii patologicznej* nie należy bynajmniej do rzeczy łatwych, z powodu braku znajomości tych zmian podstawowych, czy to dynamicznych, czy anatomicznych, od których zależną jest tak migrena, jak i towarzyszące jej i następcze porażenie nerwu. Prawda, minęły już czasy, gdy migrenę poczytywano za jakiś nerwoból lokalny, irisalgia i t. p. Dziś uznaje się migrenę za zaburzenie mózgowe, w któremu ból przychodzi następczo, jak tego dowodzą np. zaburzenia wzrokowe i skotomat świetlny i hemianopia wyprzedzająca ból w t. zw. migrenie oftalmicznej. Główny zatem punkt ciężkości przeniesiono gdzie indziej i w zaburzeniach naczynioruchowych naczyń, przynoszących krew do mózgu w cierpieniu nerwu współczulnego, który zmianą światła naczyń kieruje, zaczęto szukać objaśnienia istoty choroby. Ztąd powstała teoriaja naczynio ruchowa migreny, stworzona przez Dubois-Reymonda, na podstawie której Eulenburg rozdzielił nawet migrenę klinicznie na t. zw. *angio spastyczną* i *angio-paralityczną*. Jakkolwiek niewątpliwie, tak ból, jak zjawiska naczynioruchowe i od nich zależny stopień ukrwienia mózgu, są również tylko zjawiskami wtórnymi, nie mniej przeto te zjawiska naczynioruchowe, ponieważ z nimi jest związane odżywianie mózgu zasługują na szczególne uwzględnienie, gdy idzie o wykrycie związku migreny z objawami czuciowymi czy ruchowymi, towarzyszącymi migrenie oftalmicznej (*migraine oftalmique accompagnée*), lub, gdy ten objaw towarzyszący jest porażeniem jednego nerwu, jak w rozpatrywanej przez nas migrenie oftalmoplegicznej. Otóż objawy zrazu przechodnie, towarzyszące migrenie oftalmicznej, które jednak z czasem mogą się niekiedy ustalać jak monoplegija, aphasia i t. p. dają powód Charcot'owi do wytworzenia hipotezy, że gdy są przechodnie, polegają tylko na chwilowej ischaemii w skutku skurczu naczyń, gdy się zaś utrwalają jest to dowodem,

że skurcz naczyń, powtarzając się, doprowadza w końcu do endoarteritu i zakrzepu a w skutku tego do stałych zaburzeń odżywczych w pewnych okolicach kory, odpowiadających pewnym terytorjom naczyniowym. Czyli, że to, co było pierwiastkowo zaburzeniem dynamicznem, czynnościowym, może w końcu oprzeć się na stałej i grubszej zmianie anatomicznej. Przynać trzeba, że taka hipoteza do przebiegu klinicznego migreny oftalmoplegicznej w naszym np. przypadku również dobrze daje się naginać. Pozostaje więc jeszcze rozpatrzyć w którym to miejscu na przebiegu nerwu czynność jego zostaje naruszoną, czyli, czy odżywianie nerwu cierpi na obwodzie, t. j. po wyjściu nerwu z odnogi mózgowej, jak w przypadku Weissa i Thomsena (*paralysis basilaris*), czy na przebiegu między wyjściem nerwu a jego jądrem (*paralysis fascicularis nucleo-basilaris*), czy w jądrze samem (*paralysis nuclearis*), czy na połączeniu jądra z ośrodkiem korowym, istnienia którego się domyślamy (*paralysis fascicularis nucleo-corticalis*), czy wreszcie w ośrodku korowym (*paralysis corticalis*). Według zdania większości autorów porażenie n. okoruchowego w migrenie oftalmoplegicznej nosi cechy porażenia obwodowego na podstawie mózgu (*par. basilaris*), ponieważ jest jednostronne i całkowite. Wspominaliśmy już, że jest ono całkowite in acme choroby, lub od początku w niektórych przypadkach. W innych zaś nie występuje ono odrazu jako całkowite, ani też nie ustępuje równomiernie. Tu należy i nasz przypadek. Porażenie nerwu w odcinku między jądrem a wyjściem z mózgu wyklucza się przy migrenie oftalmoplegicznej z powodu braku hemiplegiae alternantis. Przeciw porażeniu włókien, łączących jądro z ośrodkiem korowym, i w ogóle przeciw porażeniu korowemu (które, choć nie znamy umiejscowienia ośrodka korowego dla n. okoruchowego, mogłoby istnieć), przemawia udział w porażeniu źrenicy i brak oddziaływania jej na światło.

Pozostaje więc przypuszczenie porażenia jądrowego (*paralysis nuclearis*), które ze stopniowym rozwojem porażenia w naszym przypadku szczególnie się zgadza. Wiadomo, że jądro n. okoruchowego, poczynając się prawie w bocznych ściankach 3-ej jeszcze komórki, rozciąga się na znacznej stosunkowo przestrzeni ku tyłowi, pod podłogą wodociągu Sylviusza i że składa się z kilku konglomeratów komórek, oznaczonych jako *nucleus anterior i posterior* i części

tego ostatniego *pars ventralis*, *p. dorsalis*, *p. medialis*. Konglomeraty te komórek odpowiadają zdaje się pewnym ściśle określonym funkcjom w zakresie n. okoruchowego na obwodzie, a choć ściśle nie jest jeszcze określona fizjologiczna czynność każdego konglomeratu komórek, to jednak na podstawie poszukiwań Guddena, Kahlera i Picka, Edingera zdaje się prawdopodobnem, że *nucleus anterior* daje początek korzeniom włókien, kierujących ruchami źrenicy i akkomodacją, z *pars dorsalis* zaś powstają krzyżujące się w linii środkowej włókna, udające się do n. *rectus internus*. Podług tego stopniowo, postępujące porażenie nerwu podług czynności w naszym przypadku odpowiadałoby stopniowemu rozprzestrzenianiu sprawy chorobliwej z jądra przedniego na tylne na *pars dorsalis* i następne. Jądro n. okoruchowego otrzymuje oddzielną grupę naczyń tętnicznych, t. zw. 1-szą grupę *arter. median. s. nucleorum*, podług Dureta powstającą z miejsca podziału tętnicy podstawowej (*art. basilaris*), czyli pośrednio z tętnic kręgowych. Należałoby zatem w myśl hipotezy Charcota przypuszczać, że w czasie napadu migreny nie tylko korowe, lecz i te tętniczki się kurczą i że w następstwie, czy to w skutku zmian w samych naczynkach, czy wskutek powtarzających się zaburzeń odżywczych w samem jądrze wytwarza się w nim stały proces patologiczny postępujący. Pozostaje nie rozstrzygniętem na mocy jakich to warunków anatomicznych czy fizjologicznych sąsiednie grupy tętniczek przeznaczone dla również sąsiednich jąder nerwów czaszkowych, w pierwszym rzędzie n. *trochlearis* pozostają oszczędzone, a proces dotyka wyłącznie tylko jądra n. *oculomotorii*. O drobnych objektivnych zaburzeniach w czynności n. *trigemini* nie wspominam, gdyż spotykają się one w każdej prawie dłużej trwającej migrenie zwykłej.

Trudno nie zwrócić w tem miejscu uwagi, jak ważne miałyby migrena oftalmoplegiczna znaczenie teoretyczne, gdyby się ostatecznie stwierdzić dało na pewno, że porażenie n. okoruchowego czerpie swą patogenezę z migreny w duchu przytoczonej hipotezy. Byłby to bowiem dotykany przykład przeobrażania się zaburzeń pierwotnie czyisto dynamicznych w zaburzenia t. zw. organiczne.

Teraz dopiero czas z kolei wspomnieć w kilku słowach o leczeniu omawianej postaci klinicznej. Aby leczenie było skuteczne musi być wczesne, a aby było racjonalne musi

być przede wszystkim skierowane przeciw migrenie w jej właściwym pojmowaniu, t. j. anti-neuropatyczne i anti-konstytucyjne. Leczenie migreny nie polega tylko na usuwaniu bólu podczas napadu. Za wiele nawet posiadamy w tym celu środków specyficznych, jak się samo przez się rozumie prawdziwie leczniczego znaczenia nie posiadających.

Nie będę więc zachwalał antypiryny jak Vissering, przytoczę tylko jako curiosum, że w przypadku Remaka w zapale chirurgicznym wykonano nawet operację zezą, której skutek trwał oczywiście do następnego napadu migreny. Charcot poleca użycie stopniowane przez wiele miesięcy bromków, w sposób jak przy padaczce. U jego chorej przedstawiającej bardzo ciężki przypadek po kilku tygodniach leczenia bromowego stwierdzono znakomitą poprawę nie tylko co do migreny, ale ustąpiło też prawie w zupełności porażenie. Charakterystycznym jest, że na kilka lat pierwszej też samą chorą leczono przez trzy miesiące jodkiem potasu i wcieraniami, poczem poprawa trwała przez rok. Taż sama chora w kilka lat później nie przedstawiająca żadnych zresztą oznak syfilisu poprawiała się szybko pod wpływem leczenia bromowego. Z liczby innych metod uważamy za bardzo wskazane zastosowanie strumienia galwanicznego, zarówno przeciw migrenie jak i następczemu porażeniu. Rozumie się, że przy racjonalnem zastosowaniu uwzględnić należy zarówno n. współczulny, jak i nuclea n. okoruchowego i porażone mięśnie gałki ocznej. Zastosowując parokrotnie strumień galwaniczny u naszego chorego, widzieliśmy po każdym posiedzeniu poprawę ruchów gałki ocznej. Manz wspomina również o skróceniu okresów porażenia pod wpływem strumienia galwanicznego u jego chorego.

A teraz na zakończenie parę jeszcze uwag praktycznych w przedmiocie migreny. Nazbyt często nie tylko już wśród publiczności, lecz wśród lekarzy spotykamy się, albo z lekceważeniem migreny jako choroby, albo ze zdaniem, że na migrenę niema środka.

Nie przeczymy, że wiele przypadków t. zw. migreny zwykłej pozostawionych samym sobie nie pociąga poza napadem szczególnie złych następstw dla chorego i choroba z czasem sama się wyczerpuje. Że tak nie jest zawsze, za dowód może służyć t. zw. migrena oftalmiczna Charcota,

która nie tylko, że bywa niekiedy objawem porażenia postępowego, i t. p., lecz sama przez się, przez swe powikłania może spowodzić kalectwo (amauroza w skutku thrombosis art. centr. retinae—Gałęzowski) lub śmierć nawet. Dostatecznie też stwierdza przypadek migreny oftalmoplegicznej przez nas powyżej opisany, że na migrenę choćby w postaci zwykłej, występującą u dziecka, zwłaszcza w warunkach dziedzicznego pod względem nerwowym obarczenia zawsze podejrzliwie trzeba patrzeć okiem. Od wczesnego leczenia może zależeć w zupełności dalszy los chorego. Dziwnem się zresztą wydaje to obojętne traktowanie migreny, gdy wiadomo jest powszechnie, że dzieci matki cierpiącej na migrenę mogą być dotknięte padaczką. Ciekawe te przeobrażenia jednej nerwicy w drugą mogą zachodzić nie tylko drogą dziedziczności (hereditas heterologa), lecz mogą się przytrafić u jednego i tegoż samego osobnika. Znany nam jest przypadek, w którym małe dziecko z rodziny neuropatycznej cierpiało przez lat kilka na migrenę. Następnie migrena ustąpiła, a w 3 lata później zjawiły się napady padaczkowe. Fakt podobny notuje, o ile mi wiadomo, Eulenburg. Widzieliśmy również choroby umysłowe jak melancholiję, którą poprzedzała długoletnia migrena. Gdy się rozwinęła melancholija, ustała migrena w miarę zaś poprawy melancholii migrena zaczęła powracać. W ogóle zdaniem naszym ciekawy ten rozdział w neuropatologii o przeobrażaniu się jednych form patologicznych w inne, mogący rozszerzyć i pogłębić nasze pojęcia ogólnopatologiczne, nie jest dotychczas należycie uwzględniony.

#### L I T E R A T U R A.

- 1) Saundby: The Lancet, nr. 9, 1882 r. 2) Hasner: Prager Med. Wochenschrift, nr. 10, 1883. 3) Thomsen: Berl. Gesellschaft. f. Psych. u. Nervenk., 10 Nov, 1884. W. Neurologisches Centralblatt, 1884 r., nr. 23. 4) Remak: Ibidem. 5) P. J. Möbius: Ueber periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung (IX Versamml. des Südevestdeutsch. Neurologen. Berl. Klin. Woch., 1884, nr. 38. 6) Saundby: The Lancet 10 Januar, 1885 r. 7) Weiss: Wiener med. Wochenschrift, 25 April, 1885. 8) W. Manz: Ein Fall von periodischer Oculomotoriuslähmung. Berl. Klin. Woch., 1885, nr. 40. 9) 10) 11) Suell, Clark., Ormerod cytowani w Semaine médicale. 12) i 13) .L. Mauthner: Die nicht-nuclearen Lähmungen der Augenmuskeln. Wiesbaden, 1886. 14) Parinaud et Marie: Névralgie et

paralysie oculaire à retour périodique constituant un syndrome clinique spécial. (Arch. de Neurologie, 1886, nr. 31). 15) Senator: Ueber periodische Oculomotorius-lähmung (Votr. in der Ges. der Charité-Aerzt. 5 Mai, 1887.—Zeitschr. f. Klin. Med. Bd. XIII, 1888. 16) Bernhardt: Berl. Klin. Woch., 1889, nr. 33. 17) Vissering (aus der Klinik v. prof. Strümpell in Erlangen) Münch., med. Woch., 1889, nr. 41. 18) Joachim: Deutsch. Arch. f. klin. med. Bd. XLIV H. 2 i 3, 1890: 19) Charcot: Sur un cas de migraine ophthalmoplegique. Progrès médical, 1890, nr. 31. 20) Darkschewitsch: Deutsch. Arch. f. klin. med. Bd. XLIX H. 4 i 5, 1892 r.

## K A Z U I S T Y K A.

Przypadek zawału krwotocznego (infarctus haemorrhagicus) w prawym płucu pochodzenia zatorowego w przebiegu złamania kończyny dolnej prawej.

PODAŁ

**Jakób Puterman (z Sosnowic).**

Ze względu na rzadkość zawałów krwotocznych w płucach znaczniejszych rozmiarów (Sokołowski <sup>1)</sup>), dostępnych do fizykalnego badania, i ze względu na niektóre rękoczynny, przez Landerer'a <sup>2)</sup> zalecone przy leczeniu złamań, ośmielam się podać poniższy przypadek do wiadomości Szanownych kolegów.

Dnia 15 Października 1887 r. Hr. Sk. podczas wyścigów konnych 3 razy przewrócił się z koniem, za 3-im razem tak nieszczęśliwie, że na razie zemdlął. Wezwany lekarz skonstatował złamanie goleni: kości piszczelowej niżej, strzałkowej zaś wyżej. Złamanie tego samego dnia zestawiono i 18 Października nałożony został opatrunek gipsowy przez prof. Obalińskiego.

Do dnia 28 Października stan zdrowia pacjenta nie pozostawiał nic do życzenia. Tego samego dnia przeniesiono chorego do innego łóżka i przy poruszaniu pacjent poczuł ból w złamanej nodze.

Dnia 2 Listopada z powodu krzywego ułożenia, poprawiono położenie nogi, co sprawiło choremu nadzwyczaj dotkliwy ból, wkrótce potem pacjent zsiniał.

Dnia 3 Listopada pacjent czuje się osłabionym, doznaje kłócia w prawym boku i kaszle. O godz. 1-iej w nocy przyszedł atak zaduszania, straszliwy ból w prawym boku, w płwocinie pokazała się krew. Stan bezgorączkowy.

Dnia 5 Listopada. Puls prędko 120, chory bardzo zmieniony, oddech prędko, chory doznaje przeszkody przy oddechaniu i mówieniu, w ciągu dnia było kilka napadów zaduszania.

<sup>1)</sup> Sokołowski. Przypadek zawału krwotocznego z przebiegiem gorączkowym. Gaz. Lek. 1884, str. 9.

<sup>2)</sup> Al. Landerer (Saml. Klinisch. Vorträge. Nr. 19, 1891 r.). Ref. Kron. Lek. Nr. 4, 1892. Leczenie złamań.

Dnia 6 Listopada pierwszy raz widziałem chorego. Mężczyzna 29 lat, dobrego wzrostu i doskonałego odżywiania. Stan bezgorączkowy. Tętno 120 twarde, oddechów 36 na minutę. Sinica. Dotkliwy ból przy oddechaniu i łatwe męczenia się przy podnoszeniu. Stopień odgłosu wypukowego z prawej strony klatki piersiowej, z tyłu w okolicy ostatnich żeber i z przodu na dole płuca. Oddech z tyłu w miejscu stopienia oskrzelowy, bronchophonia. Zresztą w prawem płuca oddech osłabiony. Płwocina zawiera czystą krew. Tony serca czyste. Wzmoczenie drugiego tonu tętnicy płucnej.

Na radzie z dr. Możdżyńskim i Goldsztajnem rozpoznano: Infarctus pulmonis dextri ex embolia rami arteriae pulmonalis, a to na zasadzie następujących danych:

I) Z objawów fizykalnych zajętego płuca, przy zupełnym braku gorączki, co wykluczało sprawę zapalną. Winieniem tu dodać, że przypadki zawału krwotocznego w płuca z przebiegiem gorączkowym do nadwyzwyczajnej należy rzadkości. (Sokołowski l. c., Penzoldt, Gerhard, Cohn, cytowani w pracy Sokołowskiego).

II) Z przypuszczalnej <sup>1)</sup> obecności zakrzepu w żyłach złamanej kończyny. Przy złamaniach bowiem kończyn, zwłaszcza dolnych, chociaż i nie powikłanych, ulegają niekiedy obrażeniu naczyń i nerwy. (Billroth i Koenig <sup>2)</sup>, Velpeau, Azam <sup>3)</sup>).

Wiadomo, że do tętnicy płucnej i jej rozgałęzienia dostają się zatory z zakrzepów żył obwodowych i prawego serca. Ponieważ w sercu nie nieprawidłowego nie można było wykryć, było dla nas prawdopodobnem, że zator dostał się z obrażonych żył złamanej kończyny.

III) Z obecności obfitej czystej krwawej płwociny.

IV) Z nagłego wystąpienia objawów po poruszeniu chorej kończyny.

V) Z umiejscowienia sprawy w dolnym płacie prawego płuca. Najczęściej skutkiem pewnego kierunku i siły prądu krwi zator dostaje się do prawej tętnicy płucnej (Birch-Hirschfeld). Siedliskiem zaś zawałów jest najczęściej dolny płucny płąt, mianowicie tylna jego część (Kuntze, Jaccoud).

Rozpoznanie nasze potwierdzone zostało przez prof. Pareńskiego.

Pomijam dalszy przebieg choroby, jako nie ciekawego nie przedstawiający. Dodam tylko, że pacjent stopniowo wrócił do zdrowia i obecnie żadnych śladów przebytej choroby wykryć się nie daje.

Widzimy z powyższego, że u naszego pacjenta mniej

<sup>1)</sup> Z powodu gipsowego opatrunku badanie żył unieruchomionej kończyny było niedostępnem.

<sup>2)</sup> Chirurgija szczegółowa Billroth'a i Koeniga. T. IV, str. 512. Tłom. polskie.

<sup>3)</sup> S. Jaccoud. Wykład patologii szczegółowej. T. I, str. 31. Tłom. polskie.



więcej w 19 dni po złamaniu i po poruszeniu chorej kończyny, występują groźne objawy sprawy zakrzepowej w płucach zatorowego pochodzenia.

Wobec tego, sposób leczenia złamań, podany przez Landerer'a (l. c.), wydaje mi się cokolwiek ryzykownym. Landerer bowiem radzi bezwzględnie przy złamaniu naprzykład gołeni 5 — 6 dnia opatrunek zmienić i przy końcu 3 tygodnia nogę masować. Rękoczyny takie, mojem zdaniem, wobec przytrafiających się niekiedy zakrzepów w naczyniach złamanej kończyny, mogą dać powód do sprawy zatorowej.

*Przypisek Redakcyi.* Zgadając się z Szanownym autorem w zasadzie, że metoda leczenia złamań, podana przez Landerer'a, może budzić obawy powstawania zatorów, jak to ilustruje powyższy przypadek, musimy zaznaczyć, że w tym razie zator nie mógł powstać z zakrzepów z przed 19 dni, a zapewne z powstałych wskutek gwałtownego przesunięcia odłamków dnia 2 Listopada; z teoretycznej strony nasuwa się jeszcze i możliwość zatoru tłuszczowego.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patalogija i Medycyna wewnętrzna.

1. ELIE METCHNIKOFF. **Odporność w chorobach zakaźnych.** (*L'immunité dans les maladies infectieuses*). (*La Semaine Médicale*, nr. 59, 1892).

Dawniej tłómaczono sobie odporność tem, że pewne czynniki chorobotwórcze nie są zdolne rozwijać się we wszystkich ustrojach, lecz tylko w niektórych. Jak większość wnętrzaków znajduje się w człowieku, a nie w zwierzętach, tak samo mikroby zakaźne, sądzono, żyją tylko w szczególnych warunkach w człowieku i tylko w niektórych zwierzętach. Ale bardzo mało mikrobów chorobotwórczych pod tym względem da się z wnętrzakami porównać; tak niektóre kokeydyje pasożytnicze, jak np. pasorzyt malaryi, żyją li-tylko w warunkach, które przedstawia organizm ludzki; większość żyje w pewnych rodzajach zwierząt, a nawet w pewnych tylko organach i tkankach; również nigdy nie udawało się otrzymać hodowli z kokeydyj na żadnym gruncie odżywczym. Pod tym względem wielce się różnią bakteryje, powodujące większą część chorób zakaźnych; rozwijają się one u wielu rodzajów zwierząt i dają się hodować na różnych glebach odżywczych; tak np. bacil. anthracis rozwija się w ustroju wielu ssaków, ptaków, płazów i ziemnowodnych, daje hodowlę na różnych glebach odżywczych, jako też we krwi zwierząt wrażliwych i zupełnie odpornych na zakażenie karbunkulowe. Gdyby więc odporność zależała jedynie od zdolności pasorzyta rozwijać się tylko na pewnych gruntach, to należałoby przypuszczać, że niema zwierząt, odpornych, naprzykład

na zakażenie karbunkułowe; że jednak tak nie jest, więc odporność zależy raczej od warunków specjalnych żywego ustroju. Myśl ta, oparta na wielkiej ilości spostrzeżeń, dała podstawę do cellularnej teorii odporności.

I. Teoryja bakteryj o bójczej własności soków ustroju. Według niej odporność polega na pewnych szczególnych własnościach krwi i innych soków ustroju, niezależnie od bezpośredniej czynności komórek. Ponieważ płyny stanowią również wytwór komórek, więc niektórzy utożsamiają teorię tę z teorią cellularną. Ale podobne uogólnianie sprowadziłoby wszystko do jajka i w końcu do komórki. W danym razie idzie o wyświetlenie, co gra pierwszorzędną rolę w odporności na jad zakaźny: płyny organizmu (surowica krwi i limfy, wysięki i t. d.), czy też żywe komórki?

Wpływ bakteryjóbójczy cieczy, stanowiący o odporności zwierząt, dał początek wzmiankowanej teorii, prawie jednomyślnie przez pewien czas w Niemczech przyjętej; głównymi stronnikami jej byli Flügge, Koch, Behring. Obecny stan tego poglądu jest następujący.

Dawno już dowiedziono, że bakteryje chorobotwórcze rozwijają się we krwi, surowicy i t. d. zwierząt z natury odpornych, albo ochronnie szczepionych, również dobrze jak w cieczach zwierząt wrażliwych na dane zakażenie. Fakt ten zdaje się przeczyć omawianej teorii. Wszakże doświadczenia wielu badaczy dowiodły, że bakteryje, wprowadzone do krwi i soków ustroju różnych kręgowców, początkowo zmniejszają się liczebnie i dopiero po dłuższym okresie zanikania poczynają się rozmnażać; niektórzy widzieli zmiany w budowie bakteryi, inni obserwowali wpływ ten surowicy krwi na pewne rodzaje bakteryi (np. typhi, cholerae, anthracis). Behring tłumaczył to obecnością pewnej zasady organicznej, która mocno alkaliczuje ciecz, Buchner—teorią atoksynów czyli substancji białkowatych krwi i innych cieczy, substancyj, które zabijają bezpośrednio bakteryje i nadają owym cieczom silne własności antyseptyczne. Dwa tu są godne uwagi punkty: mechanizm działania przeciwnilnego, a głównie rola, jaką ono grać może w odporności. Wobec krótkiego okresu bakteryjóbójczego soków zwierzęcych, po którym bakteryje na nowo się rozmnażają, autor przypuszczał, że chodzi o przystosowanie się pasorzytów do nowego podłoża, do którego zostały przeniesione i w którym jedne giną, inne zaś, w niewielkiej liczbie, dość silne, dobrze tę nagłą zmianę znoszą i pomyślnie się rozmnażają. Fakt zgubnego wpływu nagłej zmiany gruntu odżywczego na pasorzyty potwierdzony został przez cały szereg doświadczeń Haffkine'a, Freudenreich'a, Christmas'a i in. Sam autor nieraz obserwował, że pasorzyty węglikowe ginęły w wysięku, otrzymanym z węglikowej świnki morskiej; a pomimo tej wrzekomo bakteryjóbójczej własności wysięku świnka padała na karbunkuł. Dalej, nieraz zauważono, że ta sama surowica, która zabija bakteryje, nie powstrzymuje rozwoju zarodników, z kąd powstaje nowe, na nowym gruncie wyhodowane i dobrze

tę zmianę znoszące pokolenie. Z tego więc wynikać się zdaje, że zwierzęta, odporne na zakażenie karbunkułowe dzięki wspomnianej własności swoich soków, winny być wrażliwe na zakażenie zarodnikami. W rzeczywistości nic podobnego jednak nie bywa. Zwierzęta, odporne na zakażenie karbunkułowe, pozostają niewrażliwe na zarodniki; wiele jest zwierząt, których surowica nie powstrzymuje rozwoju zarodników i które jednakże są odporne na karbunkuł. Odporność więc w tym razie omawianą teorią wytłómaczyć się nie da. Logicznym wnioskiem tej ostatniej jest, że własność bakteryjobójcza soków winna odpowiadać stanowi odporności organizmu; tymczasem w znakomitej ilości doświadczeń stosunek ten nadzwyczaj rzadko stwierdzić się daje. Zmusiło to wreszcie Behring'a, najzagorzalszego stronnika owej teorii, a dalej i innych do zrzeczenia się swego poglądu. Zauważyć należy, że odnośne badania prawie zawsze ograniczały się do obserwowania tego, co się działo w próbkach bez uwzględnienia żywego organizmu.

Gdyby chciano różnicę w działaniu krwi w organizmie i po za nim objaśnić tem, że najczęściej robi się szczerpienia pod skórę, przez co nie podlegają one bezpośredniemu wpływowi krwi,—na to odpowiedzieć by mogły doświadczenia z wprowadzeniem zarazka wprost do krwiobiegu; ale i w tym razie wyjęte zostają bakteryje z pod wpływu krwi w bardzo krótkim czasie: natychmiast po iniekcji poczynają je pochłaniać fagocyty, a w kilka minut potem wszystkie już w ten sposób są od bezpośredniego zetknięcia z surowicą krwi wyłączone. Według Emmerich'a, organizm szczepiony wydziela płyn antyseptyczny, zdolny zabić w 25 minut—2 godzin ogromną ilość bakterji; wszakże okazało się, że doświadczenia jego nieodpowiadają rzeczywistości. Sam E. również się z tem zgodził i zbudował teorię o istnieniu „immunotoksoproteinów“—teorię, nie nie wyświelającą.

Wygłaszano jeszcze i inne poglądy: odporność nabyta polega na zniknięciu, wskutek szczepienia, z płynów zwierzęcych pewnych substancji, sprzyjających rozwojowi pasorzytów, albo też na wprowadzeniu niesprzyjających; ale wiadomo, że w cieczach odpornych i ochronnie szczepionych zwierząt bakteryje bujnie rozwijać się mogą.

Wszystko to dowodzi, że t. zw. teoria humoralna niema racji bytu.

II. Teoria osłabiającej własności soków u stroju. Stronnicy humoralnej teorii we Francji, ze szkołą Bouchard'a na czele, nadali jej szersze znaczenie; pod wpływ bakteryjobójczy cieczy podciągają oni wszelkie zmiany, zachodzące w pasorzytach, a więc np. obfity rozwój ich, lecz ze zmianą postaci morfologicznej, lub też ze zmniejszonym wytwarzaniem barwnika i t. d., iż „bakteryjobójczość“ wyraża się w tem, że pasorzyty, rozwijając się w surowicy szczepionej, wywołują słabsze zmiany, niż hodowle w surowicy normalnej. Podobne połączenie wszakże różnych objawów pod jedną nazwą prowadzi tylko do nieporozumienia

Badając własności hodowli w krwi zwierząt odpornych, autor zauważył, że pasorzyty, które rozwinęły się we krwi szczepionych baranów, traciły własność zabijania morskich świnek. Zmianę tę autor przyjął jako istotne osłabienie pod wpływem krwi szczepionych zwierząt. Te i tym podobne spostrzeżenia dały początek teorii osłabiającej własności cieczy. Podstawowy fakt znajdujemy w pracach Roger'a o streptoc. erysipelatis. Pasorzyt ten, hodowany w surowicy krwi królików szczepionych rozwija się również łatwo, a czasem i bujniej, niż w surowicy zwierząt nieszczepionych; jeżeli taką hodowlę zaszczyć nowym królikom, to otrzymamy bardzo lekkie i przemijające objawy chorobowe, po użyciu zaś hodowli z normalnej surowicy zwierząt następuje śmierć. Wiadome są również tego rodzaju spostrzeżenia nad pneumokokami i bac. pyocyanicus. Mamy więc jakoby osłabienie bakterii pod wpływem surowicy krwi. Wszakże, w rzeczywistości bardzo często i pierwsze i drugie hodowle jednakowo śmierć wywołują, a co do pneumokoków i pasorzyta t. zw. „hog-cholera“, to w połowie przypadków hodowle z surowicy szczepionych królików są zabójcze. Tak samo się dzieje i z surowicą krwi zwierząt z natury odpornych. Nie mówiąc więc już o tem, że w wielu przypadkach teoria osłabiającego wpływu cieczy nie sprawdza się, zbadajmy, o ile ona ma rację bytu w wrzekomo udatnych spostrzeżeniach.

„Osłabienie“ we wszystkich przypadkach było tylko przejściowe; pasorzyty rozwinięte w surowicy zwierząt szczepionych, przeniesione do bulijonu, dają hodowle bardzo jadowite. Pasorzyty, hodowane w surowicy zwierzęcia odpornego, dają zarodniki, które następnie na nowo stają się jadowitemi. Hodowle osłabione i następnie zefiltrowane, t. j. pozbawione płynu, w którym się rozwijały, również powracają do swojego pierwotnego stanu złośliwości. Co się tyczy jadowitości pasorzytów pod wpływem organizmu niewrażliwego, to dość dawno już przyjęto jako prawo, że jadowitość pasorzytów wzmacnia się w organizmie z natury lub sztucznie odpornym; w ten sposób np. otrzymano silnie j a d o w i t e laseczniki węglikowe ze słabych, przeprowadzonych przez organizm psa. Praca Charin'a i Roger'a, dążąca do wykazania, że bac. pyocyanicus traci na sile nadzwyczaj szybko w organizmie szczepionego królika, nie może stanowić ważnego argumentu, ponieważ podana jest jako doniesienie tymczasowe, bez dokładnego opisu, więc nie może być drobiazgowo krytykowana, a następnie—że bac. pyocyanicus sam przez się z wielu względów do zbadania tak skomplikowanej kwestyi się nie nadaje. Daleko ściślejsze wyniki dają doświadczenia z b. anthracis albo z coccobac. cholerae u świń; po zastrzyknięciu ich pod skórę szczepionych królików, otrzymuje się pewną ilość ropy, której kilka kropel, zastrzykniętych zdrowym królikom, wywołują zakażenie śmiertelne. Jadowitość ropy trzyma się tak długo, że nie może być mowy o jakiegokolwiek własności osłabiającej.

Doświadczenia te wykazują dobitnie bezpodstawność oma-

wianej teorii. Pasożyty nie tracą swoich własności chorobotwórczych w organizmie nie wrażliwym; pasożyty, hodowane w surowicy krwi zwierząt odpornych, wydzielają toksyny również w surowicy zwierząt szczepionych, jak i nieszczepionych.

III. Znaczenie antytoksycznej własności soków dla odporności. Ponieważ teoria humoralna, uwzględniając jedynie pasożyty i wpływ cieczy na ich jadowitość, wykazała całą swoją bezpodstawność, przeto rozpoczął Behring poszukiwania nad wpływem krwawego płynu szczepionych zwierząt na toksyny, których znaczenie w zakażeniach jest tak wielkie. Prace nad dyfterytem i tężcem, chorobami wydatnie toksycznymi, wydały rezultaty, które przeszły oczekiwania. Płyn krwawy i surowica królików, którym szczepiono toksyny tężca, zubożyły duże ilości toksyny *in vitro* i wykazywały u zwierząt znaczny wpływ ochronny. Dalsze badania wykazały, że surowica zwierząt z natury odpornych otrzymuje również własności antytoksyczne tylko po wstrzyknięciu odpowiedniej toksyny. Chcąc zatem zastosować własność tę do teorii odporności, trzeba było ograniczyć się wyłącznie do zjawisk odporności nabytej, co też i uczyniono. W szeregu prac nad odpornością na jady roślinne (rycyna, abryna, rubina), analogiczne z toksynami pasożytniczymi, wykazał Ehrlich nabytą własność antytoksyczną krwawego płynu pod wpływem szczepienia ochronnego i zbudował teorię odporności nabytej, na zasadzie której stan odporny po przebyciu ataku choroby zakaźnej zależy od wytworzenia się antytoksyn w cieczech. G. i F. Klemperer dowodzili tego samego, biorąc za przykład zapalenie płuc włóknikowe, co jest tem ważniejsze, że rzecz się tyczy zakażenia, nie ograniczonego do miejsca szczepienia, jak dyfteryt i tężec, lecz w połączeniu z ogólnym stanem septycemii (u królików). Pogląd ten zastosowano nawet do przypadków, w których pasożyty, hodowane na bulionie z grasicie, wykazywały wpływ immunizacyjny: przypuszczono, że zawartość komórek gruźlicy zawierają własności antytoksyczne (Brieger, Kitasato i Wassermann). Jednakże suma faktów poprzednio znanych, jako też spostrzeżenia, dokonane po odkryciu własności antytoksycznych, dostatecznie stwierdzają, że odporności na zasadzie owych własności wytłomaczyć nie można. Z badań Vaillard'a wypływa, że króliki, którym zaszczerpiono pod skórę zarodniki tężcowe, stają się odpornymi, pomimo, że ciecze ich nie nabywają własności antytoksycznych. Z drugiej strony, Roux et Vaillard znaleźli, że człowiek i zwierzęta, zakażone tężcem i leczone surowicą, posiadają krew antytoksyczną, wszakże nie nabywają odporności, giną bowiem od typowego tężca. Dalej, cały szereg doświadczeń Charrin'a, Gamaleia, Selander'a z *vibrio Metchnikowii*, *bac. pyocyanicus*, hog-holera, a nawet *pneumococcus* (Issaef'a) dowiódł, że zwierzęta szczepione również są wrażliwe na toksyny, jak i nie szczepione. Chociażby się więc stwierdziło leczniczy wpływ surowicy, nie ma jednakowoż podstaw upatrywać w tem antytoksycznego działania soków.

IV. Cellularna teoria odporności. Teoria fagocytów. Odporność jest zjawiskiem ogólniejszego rodzaju, jest ona właściwa roślinom i zwierzętom, istotom jedno i wielokomórkowym. Zdaje się więc, że zadanie łatwiej da się na zasadzie teorii komórkowej rozwiązać.

Choroby zakaźne przedstawiają wielką ilość odmian, wywołujących różnice w stanie odporności. Należy odróżniać choroby, pochodzące od bakteryj, i powodowane przez sporozoa i robaki. Pierwsze, daleko łagodniejsze, znane są z łatwości, z jaką pasorzyty przystosowują się do warunków fizycznych i chemicznych otoczenia; większość pasorzytów zdolna jest przebywać w temperaturze niżej 30°. Najlepszy przykład stanowi lasecznik gruźliczy. Jednakże obok tych odpornych pod względem warunków istnienia pasorzytów, mamy i inne z własnościami odmiennymi. Tak np. lasecznik tężcowy ginie prędko już nawet w miejscu zaszczepienia; jest on szkodliwy dzięki swoim silnym toksynom. Odporność organizmu jest w tym razie skierowana raczej przeciw owym toksynom, aniżeli przeciw samemu pasorzytowi (t. j. inaczej niż przy gruźlicy) i może być wyłómaczoną tylko niewrażliwością elementów komórkowych na toksyny. Ale choroby typu tężca stanowią wyjątek, większość bowiem chorób pasorzytniczych wyróżnia się trwałością i rozmnażaniem się pasorzytów oraz łatwością przenoszenia się od jednego osobnika do drugiego. To też odporność najczęściej polega nie na niewrażliwości elementów tkankowych na toksyny, nie na rozkładzie tych ostatnich, lecz na zdolności komórek do powstrzymania życia bakteryj.

Liczne badania wykazały, że w większości przypadków organizm zwierzęcy posiada środek do powstrzymania rozwoju pasorzytów i zniszczenia ich za pomocą leukocytów wielojądrowych (neutrofilowe albo wrzekomo-eozynofilowe) i jednojądrowych; unoszone przez prąd krwi i łatwo przechodząc przez ścianki naczyń skierowują się do miejsc zajętych przez pasorzyty. Druga kategoria fagocytów składa się z komórek śródbłonkowych, mianowicie tych, które zachowały swoją niezależność (jak komórki gwieździste wątroby według Kupfer'a) i z ich współpochodnych, jak komórki substancji mózgowej śledziony. Im więcej zwierzę jest odporne, tem większą, znaczy się, zdolność do pochłaniania pasorzytów i niszczenia ich posiadają jego fagocyty, a w przypadkach, gdzie pomimo działania fagocytów, zwierzę ginie, tam choroba jednak trwa dłużej, niż gdy pasorzyty pozostają po za fagocytami. Wogóle, zawartość normalnych fagocytów stanowi grunt szkodliwy dla pasorzytów, tak, że te ostatnie tylko w rzadkich przypadkach przystosowują się do owego gruntu. Fagocyty najczęściej przetrwają pasorzyta albo co najmniej wstrzymuje jego rozwój (b. tuberculosis i in.); zarodniki nie rozwijają się dalej. Gdy fagocyty znajdują się w stanie anormalnym, zarodniki rozwijają się bez przeszkody; tak np. Trapeznikoff widział rozwój zarodników wąglikowych wewnątrz biał. ciałek krwi żaby, wysta-

wionej nagle na działanie wysokiej temperatury (37°). Gdy wprowadzimy do organizmu odpornego zwierzęcia zarodniki, zawinięte w watę, przez którą fagocyty nie tak łatwo się przedostają, to już bardzo prędko zdoła się rozwinąć cała generacja bakteryi; stwierdzono to dla trzech rodzajów pasorzytów chorobotwórczych. W przypadku odporności naturalnej zarodniki wprowadzone pod skórę, rozwijają się dopóty, dopóki fagocyty nie zdążą przybyć do miejsca zaszczepienia w dostatecznej ilości.

U jednostek wrażliwych pochłanianie pasorzytów przez fagocyty, po zaszczepieniu pod skórę, odbywa się w nieznanym stopniu, wysięki zawierają ogromną ilość pasorzytów wolnych, a małą leukocytów. U zwierząt uprzednio szczepionych procesy te odbywają się w kierunku odwrotnym, stwierdzono to dla całego szeregu zakażeń (wąglik, róża, hog-cholera królików i in.).

Brak zjawisk fagocytozy w przypadkach śmiertelnych po szczepieniu pod skórę tłumaczy się wrażliwością leukocytów na działanie toksyn i odstręczającym wpływem tych ostatnich. Gdy toksyny wywołują odczyn zapalny, leukocyty pozostają w naczyniach, wytwarza się znaczna leukocytoza krwi. W tych więc przypadkach wrażliwość leukocytów jest ujemną, podczas, gdy u zwierząt szczepionych albo naturalnie odpornych, gdzie za leukocytozą krwi następuje znaczne przenikanie leukocytów przez ścianki naczyń, wrażliwość jest pozytywną i wrodzoną, podobnie jak odporność elementów nerwowych kury na toksyny tężcowe i t. p. Przy odporności nabytej następuje przekształcenie się wrażliwości ujemnej w pozytywną, analogicznie do tyłu innych zjawisk przystosowania się, spostrzeganych u wszystkich rodzajów elementów żyjących np. u plazmodyi względem rozczywnów soli.

Zjawiska więc odporności tłumaczą się albo wrodzoną tolerancją elementów komórkowych (prawdopodobnie nerwowych) względem dużych dawek toksyn (kura i tężec), albo wrodzoną tolerancją fagocytów względem toksyn z następczem pochłanianiem pasorzytów (odporność naturalna w większości przypadków), albo też tolerancją fagocytów, nabytą wskutek szczepienia lub pierwszego przypadku choroby (odporność nabyta).

Tak więc organizm zwierzęcy posiada wobec pasorzytów chorobotwórczych obronę w postaci całej armii fagocytów, które walczą z napastnikami, pochłaniają ich i niszczą. Zbawienną tę zdolność posiadają one albo od samego już początku, albo muszą ją nabyć przez specjalne wychowanie; czasem spełniają swoją rolę niedostatecznie, kiedyindziej znów muszą szukać pomocy w innych czynnikach. Jednak zawsze w odporności daleko większe znaczenie owym komórkom niż ciecjom przypisać należy.

*J. Luwenburg.*

2. F. HIRSCHFELD. W kwestyi rozpoznawania cukrzycy. (Zur Diagnose des Diabetes). (*Deut. Med. Woch.* 47, 1892).

Autor zwraca uwagę na niektóre względy, pomijane przy określaniu cukru w moczu chorych na diabetes mellitus, wsku-

tek czego wnioski, wyciągane w większości przypadków tej choroby, bywają mylne albo wątpliwe.

Przedewszystkiem należy pamiętać, że samo oznaczenie procentu cukru bez wiadomej dobowej ilości moczu pozwala na bardzo tylko ograniczone określenie stanu chorego; tak np. chory, wydzielający 3 litry 4% moczu, traci więcej cukru, niż inny, więcej napozór chory, który oddaje mocz z 5% cukru, ale tylko w ilości 2 litr. na dobę.

Drugim bardzo ważnym i częstym źródłem błędów w tym względzie jest nie branie w rachubę ilości węglowodanów pokarmu chorych (ilość tę należy obliczać nie według procentowej zawartości ale bezwzględnie). Wogóle przy rozpoznawaniu, czy dany osobnik cierpi na cukromocz nie należy się ograniczać do pojedynczej próby, wziętej z dobowej ilości moczu, a brać raczej mocz oddany bezpośrednio po przyjęciu posiłku, w którego skład wchodziły węglowodany. W lżejszych bowiem postaciach choroby cukier wydziela się tylko w ciągu 1—5 godzin po spożyciu węglowodanów i to w niewielkiej ilości, która, zmieszana z całą ilością moczu z doby może być niewykrytą przy badaniu.

Dalej należy pamiętać, o wpływie, jaki na spalanie cukru wywiera natężona praca mięśniowa. Przy słabem natężeniu choroby nieznaczne ilości cukru mogą pod wpływem jej nie przechodzić do moczu.

Autor proponuje, aby, przystępując do zbadania moczu dyjabetyków w zamiarze określenia na podstawie wyników otrzymanych stopnia natężenia choroby, a mianowicie najważniejszego jej objawu, t. j. rozmiarów przyswajania węglowodorów, podawać takim chorym na próbę określone ilości chleba i kartofli—i badać mocz wydzielony bezpośrednio potem. Mogłoby się wydać, że lepiej będzie w dzień próby naznaczyć choremu wyłącznie białkową dyjetę, aby jednocześnie określić, czy mamy do czynienia z postacią lekką czy ciężką moczówki, nie udaje się to jednak tak łatwo, ponieważ wpływ uprzednio spożywanych węglowodanów trwa przez dni kilka, i to tem dłużej im dłużej poprzednio ciała te wchodziły w skład dyjety.

Wreszcie, chociaż zwykle odróżniamy wspomniane dwa rodzaje moczówki cukrowej, to jednak należy mieć na uwadze, że i sama ilość białka ma wpływ na ilość cukru w moczu. Jak to zaznaczył Naunyn u chorych, którzy będąc na ściśle białkowej dyjecie, wydzielają jednak cukier w moczu, ilość tegoż może się znacznie zmniejszyć, a nawet zginąć po ograniczeniu ilości spożywanego białka.

Jest to właśnie cechą ciężkich postaci moczówki cukrowej, że w nich cukier wytwarza się i z białka.

Autor proponuje w ciągu 1—2 dni przed badaniem moczu następną dyjetę.

250 gr. mięsa = 50 białka—

5 jajek = 30 „ 25 gr. tłuszczu

250 gr. bułki = 20 „ — 150 g. węglow.



Przytem dowolne ilości tłuszczu, buljon, herbata i kawa. Ilość węglowodanów powinna odpowiadać mniej więcej tej, jaką chory przyjmował w ciągu poprzedzających dni.

Należy też pamiętać, że podczas biegunki ilość cukru w moczu się zmniejsza; przyczyna tego dotąd jest niewyjaśnioną, gdyż w stolcach nie udało się wykazać cukru a z drugiej strony wiadomo, że straty ciał pokarmowych tą drogą są zupełnie nieznaczne.

Wreszcie przy sposobie autora nasuwa się jeszcze jedna korzyść, mianowicie możność kontrolowania całej sprawy przyswajania przez określenie azotu albo mocznika, co jest nader ważnem zarówno ze względów na rokowanie jak i na leczenie.

O. H.

## II. Choroby nerwowe.

3. Dr. MAGNAN i SERIEUX. **Chroniczne obłąkanie w systematycznym swym rozwoju.** (*Le délire chronique à évolution systématique, 1892*).

Pod powyższym tytułem opisują autorzy postać chorobową, znaną w psychiatrii pod mianem „Paranoia chronica“ i odróżniają w jej przebiegu 4 okresy: 1) okres inkubacyjny, 2) okres urojeń przesładowczych; 3) — urojeń wielkości i wreszcie 4) — otepienia. Najwięcej chorych tej kategorii dostarcza według autorów wiek między 35—45 rokiem życia, więcej choruje kobiet, niż mężczyzn, częściej podlegają jej ludzie z umysłem głębszym i refleksyjnym i nie tak często, robią autorzy uwagę, dają się spotykać u tych chorych cechy zwyrodnienia lub obarczenie dziedzicznością.

Skoro raz zacznie się choroba, trwa ona do końca życia. Okres pierwszy bardzo często nie zwraca uwagi otaczających: niepokój, nieokreślone niezadowolnienie, które uczuwa chory w początkach tego cierpienia kładzie się przez otaczających na karb chwilowego zdenerwowania; nie zawsze sprostregają oni, że chory staje się powoli coraz więcej zdenerwowanym a, nieraz, i podnieconym, sen mu z powiek odpada, staje się podejrzliwym i nadzwyczaj zastanawiającym się nad każdym, wyróżniającym się cokolwiek od codziennych przypadków faktem; kobiety zaś w tym okresie choroby stają się nadzwyczaj zazdrośniami o swych mężów i t. p.

Z utratą snu i łaknienia i spełnianie codziennych obowiązków nie idzie tak składnie, jak przedtem, i chory zaczyna szukać przyczyny zmiany swego usposobienia na zewnątrz, staje w roli sumiennego obserwatora otaczających go ludzi i zaczyna podejrzawać ich o brak należnego mu szacunku i uznania. Z początku jest chwiejny i niepewny, czy to co widzi i czuje jest istotnie prawdą, powoli jednak nabiera pewności i wyszukuje objaśnienia dla tych zjawisk. Wytwarza więc w umyśle swym pierwsze urojenia. Jednocześnie przeistacza się chory w egoistę, staje się nadzwyczaj wrażliwym i każdy ruch, każde słowo, wypowiedziane przy nim, przyjmuje za

skierowane ku sobie, we wszystkim upatruje chęć zdyskredytowania, lekceważenia swojej osoby, każde życzliwe słowo lub zwrócenie czyjej uwagi na niego poczytuje za ironię i ubliżenie do siebie adresowane. Chwiejny początkowo w swych urojonych objaśnieniach powoli nabiera w nich pewności i przechodzi w tak nazwany przez autorów „okres urojonych objaśnień“ (interpretation délirant).

W tym okresie zjawiają się złudzenia, które dopełniają obrazu chorobowego i przeprowadzają chorego w okres 2-gi—urojeń prześladowczych. Lecz i przywidzenia, strącające chorego coraz głębiej w nieuniknioną toń przeistoczenia jego „ja“ zjawiają się powoli. Najpierw występują na widownię nieokreślone przywidzenia słuchowe. Chory słyszy koło siebie jakieś szmery i oddzielne dźwięki, następnie oderwane sylaby i wreszcie słowa i zdania. Brak przywidzeń wzrokowych każe choremu przypuszczać, że go prześladują niewidzialni wrogowie. Stopniowo chorzy zaczynają rozmawiać ze swoimi prześladowcami; zjawiają się przywidzenia innych zmysłów i biedak uskarża się, że go hipnotyzują, że przez ciało jego przechodzą prądy elektryczne; kobiety zaś uskarżają się, że je chciano gwałcić, że są w poważnym stanie i t. p.

Chory powoli stara się poznać sposoby, za pomocą których go prześladują i, wyrobiwszy sobie niezachwiany pogląd, zaczyna podejrzewać te lub inne osobistości, że to one robią nieprzyjemne dla niego doświadczenia.

Występuje wtedy u chorych chęć obrony własnej osoby od tych niegodziwców i sposób w jaki się dobierają do niej jest różny: jedni starają się uniknąć sidła prześladowców za pomocą częstej zmiany mieszkania, za pomocą szczelnego zamknięcia drzwi i okien a nawet zalepiania najmniejszych szpar w swem mieszkaniu, inni znów szukają obrony w sądach, u władz i t. p. Gdy jednak wszystkie ostrożności, przedsiębrane przez nich nie pomagają, gdy niegodziwość wrogów wyczerpie cierpliwość biedaka, wtedy stara się w gwałtowny sposób załatwić z prześladowcami i albo, czując w sobie zbyt mało energii do dalszej walki targa się na własne życie, lub też w poczuciu własnej siły i energii stara się zabić prześladowającego go.

Od treści przywidzeń i od nich zależnych urojeń zależy postawa i zachowanie się chorego; bardzo często daje się widzieć, że zatykają sobie szczelnie uszy, obwiązują szmatami głowę, przypinają sobie różne papierki i t. p. Dla tych biedaków nie wystarczają często używane wyrażenia, tworzą oni przeto nowe, zrozumiałe tylko dla nich.

Logika jednak w formowaniu zdań w tym i następnym okresie jest zachowana, argumentacja, którą się posługują nosi cechy jedności, założenie tylko jest fałszywe, wskutek bowiem przywidzeń z jednej strony, z drugiej zaś dzięki zjawiającym się zmianom uczucia następuje przeobrażenie a często i rozdwojenie własnego „ja“ biedaków. Transformacja osoby

i charakteru ułatwia przejście choroby w okres 3-ci — urojen wielkości.

Treść urojen wielkości po części zaś, i — prześladowczych zmienia się stosownie do wieku, do tych pojęć, wśród których wzrósł i żył nieszczęśliwy. Autorzy przytaczają tablice, z których widać, że dawniej chory bredził, że jest Bogiem, Duchem Świętym, Zbawcą reformatorem i t. p., obecnie zaś sądzi że jest królem, posłem, prezydentem, bankierem i t. p. Lecz i obecnie trafiają się chorzy, treść urojen których, jest zaczerpnięta i z przeszłości i z obecnej chwili. Za okresem urojen wielkości zazwyczaj kroczy wolno i nieznacznie okres ostatni — otepienia umysłowego. Nieuniknione to rozwiązanie choroby zależy z jednej strony od upośledzonego odżywiania organizmu, z drugiej zaś dzięki temu, że chory, skoncentrowawszy całą swą uwagę na jednym punkcie, odsuwa się coraz dalej od rzeczywistości i traci tą drogą świadomość panujących pojęć i zapatrywań.

Chorzy tej kategorii, według autorów, winni być umieszczeni w specjalnych zakładach. *K. Rychliński.*

4. Profesor THEODOR KÖLLIKER. **O postępach operacyjnego leczenia cierpień rdzenia i nerwów obwodowych.** (Ueber die Fortschritte der operativen Chirurgie des Rückenmarks und der peripherischen Nerven, Austritts., Vorlesung). Stuttgart Enke 1892 r. str. 24).

Heister, felczer niemiecki, w chirurgii, wydanej w 1752 r. zaproponował pierwszy trepanację kręgow przy złamaniach kręgosłupa w razach, kiedy odłamy kości wywołują ucisk rdzenia. Fakt ten podaje Kölliker zapewne dla tego tylko, ażeby dowieść że Niemiec pierwszy wpadł na ideę chirurgicznego zabiegu nad kręgosłupem — gdyż istotnie pierwszy taką operację w roku 1814 a więc w 50 lat po Heisterze wykonał, chirurg angielski Cliae za poradą Asthleya Cooper'a. Nie musiały nastąpić czynione próby w zbyt dodatnie obfitować rezultaty, skoro w 70 lat potem w 1881 r. Herbert Page, reasumując pogląd swój na trepanację kręgosłupa, w ten sposób określa jej wartość praktyczną. „Zaproponowana przed laty trepanacja kręgosłupa nie zrobiła postępów w chirurgii i nie zrobi zapewne nigdy. Operacja ta nie leży w zakresie chirurgii praktycznej.“ Rezultaty ostatniego dziesięciolecia horoskopu Pagé'a nie sprawdziły. Rozwój antyseptyki z jednej strony, i postęp w diagnostyce cierpień rdzenia z drugiej — utrwaliły praktyczne zastosowanie chirurgii kręgosłupa. Bez kwestyi i obecnie jeszcze ten zabieg operacyjny ma do walczenia z poważnemi przeszkodami. Trudność techniczna samej operacji, obfite krwawienie, obawa infekcyi septycznej, większa niż w każdym innym przypadku, (głęboką raną, tkanką rdzenia i opon nadzwyczaj dla wszelkiej infekcyi podatna, — a do dezynfekcyi niemożliwa) wszystko są to przeszkody bardzo poważne lecz do zwalczania niepodobne. Ale istotnie poważne wątpliwości nastęrcza sam cel i pożytek z operacji odniesiony. 1) Czy sama choroba rdzenia nie jest już tak beznadziejnie niebezpieczną, że czyni wszelki zabieg leczniczy bez-

celowym, i czy wyleczenie w danym razie jest możliwem i czy nie może ono i bez operacji nastąpić. 2) Czy mały pożytek leczniczy w przeciwstawieniu z ogromem niebezpieczeństwa samego zabiegu leczniczego nie wyklucza wogóle chirurgicznego leczenia cierpień rdzenia. 3) Czy obrażenia kręgosłupa po trepanacji powstałe w razie udania się takowej nie są tak znaczne, że czynią pooperacyjny stan chorego nieznośnym?

Co do pierwszego—istotnie statystyka cierpień rdzenia swoich i z urazu kręgów powstałych jest bardzo zła. Na 270 przypadków złamania kręgów, zebranych przez Gurłta—zejsście śmiertelne było w 217. Horsley zestawił 58 przypadków nowotworów rdzenia (extra et intra duram) i znalazł, że w 56 przypadkach nieoperowanych zejście było śmiertelne. Samo złe rokowanie nie może być, naturalnie, dla operacji przeciwskazaniem. Im bardziej stan chorego jest beznadziejny—tem odważniejsi powinniśmy być w niesieniu mu ratunku—a ratunek jest możliwy—przypadek Horsley'a, nowotwór rdzenia intra duram, i inne następne tego dowodem.

Czy operacja we wszystkich przypadkach chirurgicznych chorób rdzenia jest wskazaną i czy wyleczenie bez niej jest możliwe? Z pewnością tak. Operować należy tylko we wszystkich przypadkach nowotworów rdzenia, a przy zranieniach wtedy, kiedy albo cały rdzeń jest przecięty, albo zraniona znaczna jego część i kiedy po upływie 1—2 tygodni nie ma poprawy w zaburzeniach funkcyj.

Sam zabieg operacyjny pod względem prognostycznym i terapeutycznym nie przedstawia istotnie tak bardzo wielkiego niebezpieczeństwa. O rezultatach jego przy nowotworach rdzenia mówiliśmy wyżej. Przy zranieniach rdzenia statystyka (Thornbura) jest następująca: na 69 operowanych przypadków urazu kręgów w 56 zranieniu uległ i rdzeń. Wiadomy rezultat 51 przypadków: śmierć w 32, bez rezultatu 4, poprawa w 12, wyzdrowienie w 3-ch. Wynik z pewnością nie świetny—ale zawsze w 15 przypadkach poprawa lub wyzdrowienie. Przy ucisku rdzenia, wywołanem cierpieniem kręgów: wynik jest lepszy—z 13 operowanych umarło 3, bez rezultatu 3, poprawa 1, wyzdrowienie 6. Sama możność poprawy i ulgi w tak strasznych cierpieniach jest już dostatecznem do operacji wskazaniem.

Spustoszenia w kościach kręgów, o ile wywołać one mogą zaburzenia w funkcyjach kręgosłupa jako podpory całego organizmu i tarczy ochraniającej rdzeń, usunąć należy: 1) przez implantację wypiłowanych kości (W right.); 2) Przez nałożenie szwów i pętlic ósemkowych z drutu srebrnego na wyrostki cierniste i wraże ich braku na wyrostki poprzeczne. (Hadra); 3) Przez osteoplastykę (Thierset et Urban). Operować należy w sposób następujący—metoda Horsley'a: cięcie podłużne wzdłuż wyrostków ciernistych, przez powięź głęboką i przyczepy mięśni, cięcie poprzeczne przez powięź głęboką dla zmniejszenia jej napięcia, oddzielenie zapomocą noża części miękkich najpierw z jednej, później z drugiej strony—podwiązanie wszystkich naczyń, tamponowanie rany jednej strony podczas operacji na przeciwnej. Na-

stępnie jeśli kręgi są nienaruszone: usunąć kostnemi nożycami 1 resp. więcej wyrostków ciernistych u podstawy, łuki poprzeczne rozpiłować piłą lub trepanem, przeciąć ligamenta subflava, tkankę tłuszczową na dura mater rozciąć dokładnie po linii środkowej dla uniknięcia krwawienia, twardą oponę rozciąć wzdłuż i wszerz dla rozszerzenia pola operacyjnego; liquor cerebrospinalis zbiera się tamponami, do badania przedniej ściśle biorąc tylnej powierzchni rdzenia używa się igły aneurysmowej.

Przy urazie kręgow, przy złamaniu kręgosłupa, należy na miejscu zranienia pousuwać złamane cząsteczki kości.

Przyczyny ucisku na rdzeń bywają trojaki: 1) Nadwężenie kręgosłupa (złamanie i zwichnięcie kręgow). 2) Sprawy zapalne w kręgach—pośrednio przez wywołanie skrzywienia kręgosłupa—bezpośrednio przez ucisk chorobowo zmienionych kości wprost na rdzeń: osteitis tuberculosa (najczęściej), syphilis, actinomycosis, arthritis deformans. 3) Nowotwory pierwotne, extra i intraduralne. Na 58 przypadków Horsleya 20 było extra duram (4 tłuszczaki, 5 mięsaków, 4 guzy gruczlicze, 3 torbiele echinococci, 1 mięczak, 1 chrząstko-tłuszczak włóknisty (fibrochondrolipoma) 1 mięsak włóknisty, 1 (rak 1) i 38 intra duram (12 mięczaków), 7 mięsaków, 7 włókniaków, 4 prąmnoszy, 4 gazy gruczlicze, 2 pasorzytnicze i 2 syfilityczne.

Następstwem ucisku na rdzeń prawie zawsze jest zwyrodnienie i stwardnienie (sclerosis) włókien rdzenia myelitis transversa traumatica, stopień zmian przez myelitis pozostałych decyduje o operacji i rokowaniu. Kliniczne zjawiska ucisku na rdzeń występują w porządku następującym: 1) jako zjawiska podrażnienia—w sferze czuciowej (ucisk na opony i pnie nerwowe), bóle najrozmaitszego natężenia i charakteru, bóle opasujące, neuralgije, nadczułość z następczem albo współczesnem znieczuleniem, wyrzuty skórne, bolesność wyrostków kręgowych i zaburzenia w sympatycznych lub bliskich nerwach ruchowych, 2) jako zjawiska bezwładu—bezwład, sztywność i przykurezenia mięśnia, wzmożenie odruchów skórnych i ścięgistych, odleżyny, zapalenie pęcherza. Zjawiska bezwładu wskazują na rozpoczynającą się sprawę poprzecznego zapalenia rdzenia. Najodpowiedniejszą do operacji chwilą jest okres pierwszy. Trudność zdecydowania się na operację bywa niejednokrotnie tem większa, że nie każdy ucisk na rdzeń prowadzi do stwardnienia i zwyrodnienia—niektóre stają na miejscu i nie postępują dalej—w niektórych następuje nawet znaczna poprawa. Ma to miejsce szczególnie w sprawach gruczliczych. Stopień skrzywienia kręgosłupa nie stoi w prostym stosunku do zmian w rdzeniu,—nieznaczne skrzywienie kręgosłupa może niejednokrotnie być znacznych zwyrodnień włókien rdzenia przyczyną i naodwrot.

W przypadkach, w których ucisk na rdzeń powstaje nagle, złamanie i zwichnięcie kręgow, rany postrzałowe i klute rdzenia i opon. Kliniczne zjawiska występują nagle—niejednokrotnie początek stanowią odrazu zjawiska bezwładu. Wskazanie do operacji jest zależnem od miary uszkodzenia rdzenia, od tego zależy także i rokowanie. Operować należy jak najwcześniej.

Wyniki otrzymane z trepanacji kręgosłupa przy chorobach kręgow i nowotworach opon rdzenia—powinny nas uprawnić do próbowania tego zabiegu, w innych przypadkach anatomicznych np. apoplexia meningealis, niektóre przypadki poetymeningitidis.

Liczne prace anatomiczne ostatnich lat kilku nad odrodzeniem nerwów podjęte, nad prawami na jakich te odradzanie się odbywa dały możność zastosowania w tym dziale medycyny wewnętrznej zabiegów leczniczych chirurgicznych. Dzięki pracom Vaulan'a, Rouvier'a, Aszaky i Johnsohna wiemy, że nie tylko przecięcie nerwu, ale i większe jego uszkodzenie, nawet braki podlegają odrodzeniu. Regeneracja wychodzi zawsze od pnia osiowego ośrodkowego. Włókno osiowe jest wyrostkiem nerwowym komórki i w nieprzerwanym musi się z nim znajdować związku; włókno obwodowe służy tylko jako drogowskaz, wskazujący na kierunek, w którym odrastający nerw wyrastać powinien. Możemy więc bezkarnie nerwy przecinać i wycinać, gdyż jesteśmy pewni że nerw odrośnie i do czynności swoich powróci. Zadaniem leczenia jest ułatwienie tej sprawy odrodziej usunięcie przeszkód, jakie odrastający nerw napotkać może. Ze wszystkich zalecanych metod (neuroplastyka, transplatacja, wypełnienie braku przez pętlę katgutową), najprostszą i najpraktyczniejszą jest tak zwana tubulizacja nerwu. Manipulacja tej operacji jest następująca: oba końce rozciętego nerwu wkładamy jak do futerała do odwapnionej rurki kościanej i pozostawiamy ją w ranie—nerw ma w ten sposób zupełną swobodną drogę wzrostu i odrastać będzie we właściwym, wskazanym kierunku. Operacja pierwotnie przez Vaulan'a dla celów eksperymentalnych wskazana—utrzymała się najzupełniej i w chirurgii praktycznej. Drugi zabieg leczniczy, w chirurgii nerwów stosowany, ma cel wprost przeciwny—usunięcie możności regeneracji nerwu. Wiadomo jak rzadko przecięcie, a nawet wycięcie nerwu przy uporczywych nerwobólach osiąga cel zamierzony, ponieważ nerw się odradza. Ekstrakcja—wyrwanie nerwu (Thiersch) usuwa możliwość regeneracji radykalnie. Odpreparowany (częściowo tylko) nerw należy kleszczami uchwycić i nawijać go powoli na kleszcze, nie przecinając go wcale; wyciągnąwszy znaczną jego część oderwać od centrum i peryferii. W ten sposób np. wyrwał Wotzel 7 ctm. nerwu supraorbitalis przez nieznaczne nacięcie nad incisura supraporbitalis. Naturalnie, do operacji nadają się niektóre tylko nerwy: infraorbitalis, supraorbitalis, frontalis, inframagilaris lingualis, mentalis; auricularis posterior, intercostales i czuciowe nerwy kończyn.

Trzecim zabiegiem chirurgicznym, który znalazł zastosowanie w praktyce nerwowej jest neurolyza—oswobodzenie, uwolnienie nerwów od ucisku tkanek otaczających: kości, blizny, nowotwory etc. Rękoczyn polega na oddzieleniu uciśniętego nerwu, na usunięciu nożem otaczającej tkanki, na uformowaniu mu łożyska, w którym zwyrodniały i zmieniony nerw może się odrodzić.

W zakończeniu wskazuje autor jak ważnym jest dla rozwoju jednej gałęzi wiedzy medycznej współdziałanie innych. Za-

stosowanie zabiegu chirurgicznego w leczeniu chorób nerwowych stało się dopiero wtedy możliwym, kiedy anatomija i fizjologija zbadały dokładniej istotę spraw życiowych układu nerwowego, rozwój dyjagnostyki klinicznej uczynił dokładne umiejscowienie możliwym, postęp techniki operacyjnej i aseptyka usunęły niebezpieczeństwo samego leczniczego zabiegu.

R. Radziwiłłowicz.

### III. Chirurgija.

5. VINCENT. Przyczynek do chirurgii kręgosłupa i drenowanie kręgów w chorobie Pott'a. (*Revue de Chirurgie* Nr. 4 Avril. 1892).

Do leczenia gruźliczego cierpienia kręgowego, jeżeli albo są już ropnie opadowe albo chory cierpi na bezwład kończyn dolnych lub też jeżeli są ogniska gruźlicze otwarte lub chociaż nie owrzdzone, ale dające się określić, proponuje autor dwie operacje, dążące do dostania się najkrótszą drogą do ognisk chorobowych i do wyprowadzenia na zewnątrz produktów zapalenia gruźliczego.

Jedną z tych operacji, wskazaną w razach, gdzie chory ma duży garb (*kyphosis angularis*) t. j. gdzie nastąpiło już mniejsze lub większe zniszczenie ciał kręgow, nazywa V. „*drainage prévertebral*“. Operację tę wykonywa w sposób następujący: Cięcie prowadzi pionowe 8 do 10 ctm. długie, idące po zewnętrznym brzegu masy mięśni grzbietu, do cięcia tego dodaje następnie poziome, rozpoczynające się od środka poprzedniego i idące w kierunku odpowiedniego żebra; takie samo cięcie T-owate prowadzi po drugiej stronie. Następnie, aby zapewnić sobie lepszy dostęp i jeżeli przestrzenie międzyżebrowe są ciasne, wycina kawałki jednego albo i dwóch żeber. W dalszym ciągu na tępo palcem i zgłębnikiem rowkowanym odluszcza od kości oplucną, dociera do kąta, a właściwie do rowka, utworzonego na miejscu zniszczonych gruźlicą ciał kręgow, co dotąd robi, aż się palce, wprowadzone przez obie rany, spotkają. Tą drogą przeprowadza zgięty zgłębnik a po nim sączek, którego końce wyprowadza przez obie rany nazewnątrz. Przed założeniem sączka ostrą łyżeczką wyskrobuje gruźliczą ziarninę i zmartwiałe części ciał kręgow. Kończy operację przemyciem rany rozczyłem sublimatu (1:2,000) i po założeniu opatrunku ułożeniem chorego w szynie Bonnet'a. Operację tę wykonał autor raz jeden na dziewczynce siedmioletniej, mającej garb na wysokości piątego kręgu grzbietowego, gdzie też znajdował się otwór przetoki, z której wypływało dużo ropy. Gojenie długo bardzo się ciągnęło, bo rok prawie, ale gdy rany zaczęły się już podgajać i gdy dziecko można było prawie uważać za wyleczone z gruźlicy kręgow dostało ono ostrego zapalenia płuc i umarło. Oględziny pośmiertne wykazały obecność zapalenia obu płuc ale nigdzie śladu gruzełków świeżych, tylko w paru

miejscach stare zwapniałe ogniska. Nigdzie też ani śladów zapalenia albo przedziurawienia opłucnej nie znaleziono.

Ognisko w kręgach znaleziono w stadium gojenia, nigdzie ropnia opadowego nie wykryto, rdzeń zupełnie był zdrowy i nieuciśnięty.

Druga operacja którą autor nazywa: „Trepantion vertébrale transsomatique“ wskazaną bywa w przypadkach gdzie cierpienie kręgów, zniszczenie ciał kręgowych nie doszło jeszcze do tego stopnia, iżby utworzyło się zgięcie kręgosłupa pod kątem, lecz gdzie są objawy ucisku rdzenia (niedowład lub bezwład kończyn dolnych). Operacja wykonywa się w następujący sposób. Cięcie skórne jak w poprzedzającej, wycięcie kawałków żeber po stronie chorej t. j. po tej, gdzie albo był otwór przetoki, albo gdzie się pod skórą dało wykryć obecność gruźliczej ziarniny. Następnie oddziela się, zawsze po stronie chorej części miękkie od bocznej powierzchni ciała kręgu chorego i wyszukuje zapomocą zgłębnika miejsca, gdzie ziarnina gruźlicza wrasta w kość. Wtenczas zastępuje się zgłębnik ostrą łyżeczką i takową zaczynając od miejsca ziarniną pokrytego trepanuje się ciało kręgu ukośnie od tyłu ku przodowi i od strony chorej ku zdrowej dotąd, aż zgłębnik, wprowadzony przez ranę od strony zdrowej zrobioną, nie spotka się z łyżeczką, trepanującą ciało kręgu. W dalszym ciągu pod kontrolą palca zapomocą odpowiednio zgiętego zgłębnika z uszkiem przeprowadza się sączek przez kanał kostny, aż na zewnątrz rany po stronie zdrowej.

Tą metodą operował V. siedmioletnią dziewczynkę, cierpiącą na gruźlicę 6, 7, 8 kręgów grzbietowych. Objawy, które skłoniły autora do podjęcia zabiegu były niedowład kończyn dolnych i ciastowate wzniesienie po prawej stronie kręgosłupa na wysokości garbu. Rezultat zabiegu był ten, że chora po zagojeniu ran (co nastąpiło w 2 $\frac{1}{2}$  miesiące) mogła chodzić dosyć zręcznie.

Garbowski.

6. C. MANDRY. Gruźlica sutki. (*Beiträge zur Klinische Chirurgie Bd. VIII Hft. I.*)—E. BENDER. Kilka przypadków gruźlicy sutki. (*Ibidem*).

Na zasadzie danych, zaczerpniętych z literatury, oraz siedmiu przypadków, spostrzeganych w klinice Bruna'sa, Mandry podaje zarys anatomo-patologicznych i klinicznych objawów gruźlicy sutki. Powyższe cierpienie zaledwie od lat dziesięciu stało się przedmiotem powyższych badań naukowych. Pierwszy Dubar w roku 1881 opisał dwa przypadki gruźlicy sutki, oparłszy rozpoznanie na ścisłym badaniu histologicznem. Następnie ogłoszono jeszcze kilka prac, które zawierają dane co do znajdowania swoistych łaseczników lub ciekawe szczegóły kazuistyczne.

Gruźlica sutki zdarza się stosunkowo rzadko. Dotychczas ogłoszono zaledwie 40 przypadków, w których gruźlica rozwinęła się wyłącznie w gruczole piersiowym lub przynajmniej zupełnie niezależnie od jednocześnie istniejącej sprawy gruźliczej w innych narządach. Wyłączywszy te przypadki, w któ-



rych badanie histologiczne lub bakteryjologiczne nie było wykonane, jako wątpliwe pod względem rozpoznania, i dodawszy 7 przypadków, spostrzeganych przez autora, otrzymamy w sumie 28 przypadków niewątpliwej gruźlicy sutki, znanych w literaturze. Dotychczas raz zaledwie stwierdzono gruźlicę sutki u mężczyzny. 80% przypadków, spostrzeganych u kobiet, przypadło na czas dojrzałości płciowej. Przed wystąpieniem miesiączkowania nie stwierdzono gruźlicy sutki ani razu. U 16 kobiet, dotkniętych powyższym cierpieniem, przed mniej lub więcej znacznym przeciągiem czasu, miał miejsce poród; w  $\frac{1}{3}$  części wszystkich przypadków pierwsze objawy wystąpiły w ciągu dwóch lat po porodzie; nie można więc zaprzeczyć, iż ciąża resp. karmienie (lactatio) wywiera pewien wpływ na powstawanie powyższego cierpienia. 14 razy stwierdzono zolży w dzieciństwie lub cierpienie gruźlicze innych narządów. Częściej spostrzegano gruźlicę w lewej piersi. W 17-u przypadkach gruczoły pachowe były zajęte; o chwili zajęcia gruczołów nie stanowczego nie można się było dowiedzieć.

Objętość uległego gruźlicy gruczołu mlecznego może być powiększoną lub zmniejszoną. Sutka bywa podziurawioną przez przetoki, brodawka—wciągniętą. Owrzodzone otwory przetok mają brzegi ścięnczale, podminowane, sinawe; skóra, otaczająca te otwory, ma również sinawe zabarwienie. Z przetok wystaje wiotka, błada ziarnina, a przy ucisku na sutkę, wydziela się rzadka, zmieszana z rozpadem ropa. Za pomocą obmacywania stwierdzamy w głębi sutki obszerne stwardnienie, wykazujące w wielu miejscach powierzchowne lub głębokie chęłbotanie, w otoczeniu zaś wyczuwamy niewielkie, mało poruszalne guziki. Na przecięciu widzimy guzy rozmaitej wielkości, zawierające w środku jamy nieprawidłowego kształtu. Jamy te łączą się wzajemnie za pomocą kanałów krętych, mniej lub więcej szerokich; ściany tych jam są nierówne, chropowate, pokryte miękką, strzępiastą błoną. Zawartość ich stanowi gęsta, grudkowata kasza. Tkanka gruczołowa na znacznej przestrzeni jest stwardniała. W otoczeniu większych jam istnieje torba włóknista, znacznej grubości. W ścianach tej torby, oraz w sąsiedniej substancji gruczołowej znajdują się zwykle liczne gruzelki, wielkości łebka szpilki.

Obraz powyższy, cechujący tak. zw. zlewającą się gruźlicę sutki (*confluende Tuberculose*) znajdowano w większości zbadanych dotychczas przypadków. Oprócz tej postaci gruźlica sutki występuje również w kształcie ograniczonych, śródgruczołowych ropni zimnych. Sutka jest tedy mniej lub więcej powiększoną. Udaje się w niej wymacać guz elastyczny, który na częściach, położonych bliżej powierzchni, daje wyraźne chęłbotanie. Skóra, pokrywająca guz, jak również otaczająca go tkanka gruczołowa, pozostaje zupełnie niezmienioną. Po przecięciu sutki, wypływa rzadka, grudkowata ropa. Jama ropnia jest pokrytą przez błonę rozmaitej grubości, szaro-czerwoną, usianą gruzelkami prosowatemi. Guz jest oddzielony od tkanki gruczołowej przez umiarkowanie grubą, łącznotkan-

kową warstwę, którą należy uważać za produkt zapalenia. Warstwa ta nie zawiera gruzelków.

Mają się również trafić postacie pośrednie gruzlicy sutki: obok większego ropnia istnieje kilka guzików w otaczającej tkance. Śródgruczołowy ropień sutki pod względem budowy histologicznej nie różni się od ropni gruzliczych, umiejscowionych w innych narządach. Tkanka gruczołowa na obwodzie jest niezmienną. W pobliżu ropnia znajdujemy nacieczenie drobnokomórkowe w samych zrazikach, jak również z łącznotkankowem podścielisku, jednak nawet w bezpośrednim otoczeniu ropnia napotykamy miejsca, w których zraziki są prawie zupełnie wolne od nacieczenia. Następnie widzimy warstwę tkanki ziarninowej, złożoną w części z komórek okrągłych, w części zaś z wrzecionowatych. Powyższa warstwa bez wyraźnej granicy przechodzi w masę rozpadową. Zewnętrzna granica pasa ziarninowego jest wyraźnie oznaczoną przez smugi łącznotkankowe, wśród których trafiają się czasem mocno uciśnięte zraziki. Pas ziarninowy ma znaczną grubość i zawiera rozmaitą ilość komórek olbrzymich Langhans'a, lecz zawsze bardzo niewiele gruzelków. W otaczającej tkance gruczołowej brakuje gruzelków zupełnie.

Inaczej i rozmaiej przedstawia się ta postać gruzlicy sutki, która się cechuje obecnością łączących się wzajemnie guzików. Tutaj również w otoczeniu tych ostatnich, oraz wychodzących z nich przetek, znajdujemy tkankę ziarninową, złożoną z okrągłych lub wrzecionowatych komórek, w pewnych miejscach znacznie rozwiniętą. Obok mniejszych i większych gruzelków autor znajdował w tej warstwie najliczniejsze i najpiękniejsze komórki olbrzymie. W otaczającej tkance gruczołowej znajdują się liczne gruzelki, które łatwo jest odróżnić po zabarwieniu preparatu hematoksyliną i eozyną. Są to nieprawidłowe, bądź okrągławe, bądź więcej wrzecionowate komórki z wielkimi pęcherzykowatymi jądrami: protoplazma ich barwi się eozyną na jasno-różowo, jądra zaś za pomocą hematoksyliny na bladoniebiesko. Komórki te, ułożone gromadkami, znajdują się w tkance łącznej śródzrazikowej, jak również w samych zrazikach. W otoczeniu gruzelków, które są złożone z komórek epitelooidalnych, tkanka łączna jest nacieczoną komórkami okrągłymi. W samych zrazikach, zawierających gruzelki, znajdują się również komórki okrągłe.

Autor spostrzegł wielokrotnie, że zraziki, które zawierają jeden lub więcej drobnych gruzelków, mogą zachowywać wyrażną swą budowę gruczołową. W tych drobnych gruzelkach brak jeszcze komórek olbrzymich. W następnym okresie rozwoju widzimy (często na tym samym preparacie), iż delikatniejsza budowa zrazika zaciera się. Komórki epiteloidalne wypełniają cały zrazik i jednocześnie nacieczenie drobnokomórkowe dochodzi do tego stopnia, że kontury zrazika zupełnie znikają. Gruzelki zlewają się wzajemnie i jednocześnie zjawiają się u nich komórki olbrzymie. W środku rozpoczyna się zserowacenie. Na zasadzie własnych spostrzeżeń autor nie może

wypowiedzieć stanowczego zdania co do udziału nabłonka gruczołowego w wytwarzaniu się komórek olbrzymich. Zgadza się jednak z Orthmann'em, że często komórki olbrzymie wykazują swoisty układ jąder, żywo przypominający budowę pęcherzyka gruczołowego.

Autor znajdował wyłącznie gruzelki, złożone z komórek epitelioidalnych, nigdy zaś nie spostrzegł gruzelków lymfoidalnych.

Zaledwie w małej ilości spostrzeganych dotychczas przypadków udało się wykazać obecność laseczników gruzliczych. Być może, iż okoliczność powyższa znajduje się w związku z przewagą gruzelków epitelioidalnych, gdyż właśnie te ostatnie, według Baumgarten'a, cechują się małą złośliwością i ubóstwem laseczników. Pierwsze zmiany chorobowe autor prawie wyłącznie spostrzegł w tkance gruczołowej, bądź to w podścielisku łącznotkankowym, bądź wewnątrz samych zrazików. Znaczniejszego udziału w cierpieniu przewodów wyprowadzających autor nie mógł zauważyć.

Co się tycze *objawów*, to zwykle chore nie wiele mogą powiedzieć o początku swego cierpienia. Czasem zwraca ich uwagę obecność guzików w sutce lub nabrzmieniu gruczołów pachowych, innym razem bóle ciągnące w piersi. Rzadko cierpienie rozpoczyna się od mocniejszych bólów.

Guziczki powiększają się powoli i stopniowo ulegają rozmięczeniu w jednym lub kilku miejscach. Skóra staje się naprężoną i otrzymuje sino-czerwonawe zabarwienie. Po upływie  $\frac{1}{2}$  — 1 roku otwierają się przetoki i zaczyna z nich wypływać ropa. Zwykle chore dopiero w tym czasie szukają pomocy lekarskiej. Przy badaniu znajdujemy wtedy, że sutka ma prawie normalną objętość, brodawka jest wciągnięta, na skórze znajduje się owrzodzenia z brzegami podminowanymi i obwódka sinawą. Otwory przetok są wypełnione przez bładą, wiotką ziarninę i wydzielają ropę surowiczą. W gruczole udaje się wyczuć guzowate stwardnienie, które we środku chełbocze. Sutka daje się poruszać na swej podstawie. Gruczoły pachowe z tej samej strony są zwykle powiększone, często pod pachą znajdują się przetoki, wydzielające ropę serowatą. Jeszcze mniej wyraźnie przebiega ropień śródsutkowy. W mało powiększonej sutce stwierdzamy obecność guza o gładkiej powierzchni, pokrywająca go skóra jest normalną. Przy wymacywaniu znajdujemy, że guz jest dosyć ograniczony i w głębi chełbocze. Guz razem z sutką jest przesuwalny względem klatki piersiowej. Gruczoły pachowe mogą być znacznie powiększone, lecz może również brakować ich opuchnięcia. Chore prawie na nic się nie skarżą, często nie wiedzą nawet o swem cierpieniu. Do lekarza sprowadzają je zwykle objawy gruzliczego cierpienia innych narządów.

*Rozpoznanie* gruzlicy sutki opiera się zwykle na przypuszczeniu. Niepewność w rozpoznaniu jest tem większą, im mniej sprawa jest posunięta. Najłatwiej jest jeszcze rozpoznać ropień zimny. Wobec równomiernego chełbotania guza należy mieć

na względzie jedynie torbiel sutki. W znanych autorowi przypadkach ropni zimnych zawsze były obecne cierpienia gruczołowe innych narządów. Umieszczenie guza wewnątrz gruczołu pozwala odróżnić ropień śródsutkowy, od ropni pozasutkowych, które powstają w następstwie cierpienia gruczołowego żeber. W początkowych okresach rozwoju postaci guzikowatej trudno jest odróżnić gruczołową sutkę od twardych nowotworów. Rozpoznanie staje się łatwiejsze po otwarciu się ropnia na zewnątrz. Wygląd przetok i ścian ropnia, własności ropy i zachowanie się gruczołów pachowych służą wtedy za wskazówki przy rozpoznaniu. Wykazanie laseczników gruczołowych udaje się tak rzadko, iż nie może mieć praktycznego znaczenia. Za racjonalniejsze należy uważać szczepienia na odpowiednich zwierzętach.

Większość autorów zgadza się jednomyślnie, że przy guzikowatej postaci gruczołowej sutki leczenie powinno polegać na odjęciu tego narządu w połączeniu z oczyszczeniem jamy pachowej (gdy gruczoły są powiększone). Wielokrotnie stwierdzano, że po wykonaniu powyższej operacji, chore po upływie kilku miesięcy cieszyły się zupełnym zdrowiem. Po prostym przecięciu i wyskrobaniu przetok zwykle zdarzają się powroty cierpienia; jest to rzeczą zupełnie zrozumiałą, gdyż przy guzikowatej postaci otaczająca tkanka, a nawet oddalone części gruczołu podlegają nacieczeniu gruczołowemu.

Inne zachodzą stosunki przy ropniach zimnych. W tych więc razach jest zupełnie usprawiedliwionem proste wycięcie guza in toto. *Rokowanie* nie można uważać za niepomysłne, ponieważ cierpienie jest łatwo dostępnem dla noża. Naturalnie, przy rokowaniu należy mieć na względzie cierpienia gruczołowe innych narządów.

W końcu swej pracy Mandry podaje krótki opis własnych, jak również i zaczerpniętych z literatury przypadków. Bender opisuje trzy przypadki z kliniki prof. Czernego, które pod względem klinicznym jedynie z tego względu zasługują na uwagę, iż przed operacją udało się wykazać laseczniki gruczołowe. Przy badaniu drobnowidzowem Bender spostrzegł na jednym z preparatów obok olbrzymich komórek, zawierających liczne laseczniki, takie połączenie zrazików gruczołowych, które w środku nie przedstawiało masy jednolitej, lecz wyraźnie wykazywało spajanie protoplazmy rozmaitych komórek i zawierało laseczniki. Podobne mniej więcej wyraźne obrazy bez laseczników spostrzegł autor dość często. Na zasadzie tego faktu Bander stanowczo twierdzi, że pęcherzyki gruczołowe przechodzą w komórki olbrzymie. Nadto autor zauważył, że w przewodach, wyprowadzających jednocześnie z rozpoczynającym się nacieczeniem substancji gruczołowej, występuje złuszczenie nabłonka. Złuszczone nabłonek zamyka powoli światło przewodu. W tych nagromadzeniach nabłonka, które mogą być uważane za pośrednie ogniwa w tworzeniu się komórek olbrzymich, autor również spostrzegł laseczniki gruczołowe.

Laseczniki autor znalazł we wszystkich trzech przypad-

kach, chociaż względnie w niewielkiej ilości. Leżały one po 2—3 w komórkach olbrzymich, rzadziej w ich sąsiedztwie; nigdy prawie nie trafiały się one w nacieczonej tkance gruczołu. W uległych zserowaceniui masach, autor ani razu nie napotkał laseczników.

A. Karczewski.

7. Prof. KRÖNLEIN. O znaczeniu zjawisk Howship-Romberga przy zaciśniętej przepuklinie zasłonowej. (*Beitr. zur. klin. Chir. LVI 1890*).

Zaciśnięcie przepukliny zasłonowej (hernia obturatoria) spotyka się stosunkowo bardzo rzadko, większości więc chirurgów, rozporządzających nawet obfitym materiałem klinicznym, cierpienie to znane jest tylko z opisu. Autor obserwował 4 przypadki tego rodzaju przepuklin. W pierwszych trzech rozpoznanie zrobione było za życia i opierało się głównie na obecności zjawisk Howship-Romberg'a, które przedstawiają szereg objawów, towarzyszących uciskowi nerwu zasłonowego przez guz, powstający wskutek wciśniętej przepukliny. Powstają, mianowicie, nader silne bóle w okolicy stawu biodrowego, rozchodzące się do kolana; ruchy w tym stawie są również bolesne. Następnie na wewnętrznej powierzchni uda pod musculus pectineus często wypukła się guz i okolica ta przy ucisku w kierunku otworu zasłonowego jest nader bolesną. Zjawiskom tym towarzyszą ogólne objawy niedrożności kiszek. Rozpoznanie zaciśniętej przepukliny zasłonowej jest nietrudne. We wczesnych okresach cierpienia, gdy obraz chorobowy nie zostanie zaciemniony przez występujące później na pierwszy plan objawy ileus.

Jednakże zjawiska Howship-Romberg'a nie mogą zawsze służyć za cechę patognomoniczną omawianych tu przepuklin. Autor przekonał się, iż w pewnych razach towarzyszą one wewnątrzotrzewnowym wysiękom małej miednicy; obserwował on przypadek, gdzie przy lewostronnym ropnym wysięku w małej miednicy miały miejsce zjawiska Howship-Romberg'a, co też stało się powodem błędnej dyjagnozy, sprostowanej dopiero w czasie operacji. Tego rodzaju obserwacje zrobione już były dawniej przez Olshausen'a i Grünberg'a, którzy zauważyli, iż często przy para i perimetritis popołogowych występują objawy ucisku nerwów małej miednicy, mogące dać powód do zrobienia niewłaściwego rozpoznania zaciśniętej przepukliny zasłonowej.

M. Korzeniowski.

#### IV. Choroby weneryczne i skórne.

8. Dr. LUDWIK SEEGER. **Studyjum o przedwczesnem łysieniu.** (*Wiener klinik, nr. 12, 1892 r.*).

Wiadomo, iż łysina daleko częściej występuje u mężczyzn, niż u kobiet; wiadomo dalej, że nie na tych samych miejscach głowy wypadają najczęściej włosy u mężczyzn i kobiet. U mężczyzn łysina zaczyna się przeważnie na dużem ciemieniu lub po jego bokach, a często nad czołem, z przodu głowy, pozostaje na czas jeszcze jakiś kosmyk włosów. Drugie miejsce przy ły-

sieniu zajmuje okolica małego ciemienia nad protuberantia occipitalis externa; łysienie może się rozpocząć równocześnie w obu tych punktach, i wtedy na czaszce na środku pozostaje czasowo poprzeczny mostek włosów. Kobiety łysieją przeważnie na czubku głowy i za uszami. Co jest tego przyczyną?

Strój głowy kobiet zawsze przestronny, lekki, daje swobodny dostęp powietrzu: włosy długie, splecione w warkocz i upięte z tyłu głowy, ochraniają skórę od zewnętrznych wpływów. Mężczyźni noszą ciężkie kapelusze, trudno przepuszczające powietrze; obrębek kapelusza, uciskając skórę głowy, uciska nerwy i utrudnia krążenie. Letnią porą, w dzień skwarany, głowa mocno się poci, a pot, zawierający w sobie kwasy organiczne i sole, zgubnie wpływa na naskórek. Włosy mężczyźni przeważnie strzygą krótko, w skutek czego pozbawieni są naturalnej ochrony przed wpływami atmosfery; włos strzyżony krótko rośnie prędzej; cybulka włosowa i woreczek łojowy są ciągle w podniezionej działalności, szkodliwie to wpływa na długotrwałość i odżywienie włosa.

W niehygienicznym pokryciu głowy, ucisku obrębkiem kapelusza naczyń i nerwów skóry głowy, autor upatruje główną przyczynę łysienia. Przyczyny te u kobiet nie istnieją.

Jako przyczynę łysienia przytaczają pracę umysłową—może to mieć o tyle znaczenie, o ile osoby, pracujące umysłowo, prowadzą niehygieniczne życie.

Dalej należy tu wymienić różne pasorzytnicze cierpienia skóry głowy; autor pasorzytom przypisuje mniejsze znaczenie, a na dowód przytacza, że skóra głowy łysieje częściej w tych miejscach, gdzie warstwa mięśniowa między skórą głowy i kością jest cienką, jak to ma miejsce wszędzie w obrębie ścięgniętego czepca.

Wpływ nerwów ma też duże znaczenie przy łysieniu. Max Josef dowiódł, że po przecięciu drugiego nerwu szyjowego królika, występują stale w pewnych miejscach skóry ograniczone łysiny. Ze swej praktyki autor opisuje następujący przypadek: młody kotlarz musiał dokonać reparacyi w silnie rozgrzanym kotle; pracował w podniesionej temperaturze pięć godzin, niezwykle się pocąc. Po upływie kilku tygodni doszczętnie ołysiał.

Wpływy psychiczne również prowadzają utratę włosów; autor za przyczynę tego uważa skurcze tężcowe mięśni włosa, występujące odruchowo.

Aby zaradzić złemu autor poleca: zmianę okrycia głowy i zaniechanie krótkiego noszenia włosów. Pokrycie głowy powinno być lekkie, przepuszczające powietrze, obszerne; skóra głowy nigdzie nie powinna być uciskana obrębkiem kapelusza; pokrycie głowy nie powinno rozgrzewać skóry. Jako typ dobrego okrycia głowy autor poleca swoją „Flurmütze“, przygotowywaną z tkaczej materyi, i takiej formy, że leżą swobodnie na głowie, i podtrzymuje się na niej opaskę, założoną pod brodę.

Leczenie zależy na usunięciu szkodliwych wpływów, które

wyżej były wskazane, i na odżywianiu i umocnieniu gruntu, na którym rosną włosy.

Ponieważ krew stanowi materyał odżywczy i dla włosów, należy więc powiększyć jej przypływ. Uskutecznić to możemy za pomocą:

1) Szczotek, któremi rozcieramy skórę głowy w kierunku porostu włosów, aż do uczucia w skórze głowy przyjemnego ciepła.

2) Przesuwania (gimnastyki) skóry głowy przy pomocy mięśni czaszki : czołowego i tyłu głowy. Osoby, które pod pobudką woli dokonać tego nie mogą, dopomóż sobie mogą rękami w ten sposób, że przy skurczu mięśnia czołowego nawsuwają skórę czaszki ku przodowi, przy skurczu mięśnia potylicowego ku tyłowi. Z czasem mają się te mięśnie pod działaniem woli dostatecznie kurczyć.

3) Elektryczności. Autor poleca w tym celu pierwotną maszynkę elektryczną, składającą się z tafelki szklanej, osadzonej na złym przewodniku; tafelka pociera się o sukno i w odległości jednego centymetra od skóry głowy, przeprowadza się wielokrotnie w kierunku porostu włosów; rękoczyn ten należy powtarzać w ciągu 4—5 minut.

4) Ażeby wzmocnić torebki włosów skóry głowy, autor poleca drażnienie mięśni arrectores pillorum. Skurcze tych mięśni otrzymujemy drogą odruchową, trąc skórę pleców nad łopatkami to gołą ręką, to ostrą rękawiczką. Pocieranie należy dokonać na posiedzeniu od 8—10 razy.

5) Przeciwko pasorzytom skóry autor poleca Rp. Tinct. sabadillae 30,0. Ammon. pur. liquid. Glycerini puri aa. 5,0. Ol. caryophyl. gtt V. D. S.

W początkach kuracyi płyn ten należy rozprowadzić połową wody, następnie używać jak przepisano, smarując nim lekko raz na tydzień lysiejące miejsca głowy, i zmywając je zaraz wodą z mydłem, po upływie kwadransu lub pół godziny.

Szczotkowanie i przesuwanie skóry głowy należy co dzień robić trzy razy; pobudzenie mięśni włosów i elektryzowanie dwa razy dziennie.

Dodatni wpływ tej kuracyi można zauważyć dopiero po upływie kilku miesięcy, lecz i to tylko przy równoczesnem usunięciu wszystkich szkodliwych wpływów na skórę głowy, do których przedewszystkiem autor zalicza złą formę kapelusza i krótkie strzyżenie.

Wł. Kopytowski.

9. Dr. H. PASCHIS. Leczenie wypadania włosów. (*Deutsche Medicinal-Zeitung. Centralbl. f. d. ges. Therapie, nr. 6, 1892*).

Zwykłe wypadanie włosów mogą spowodować dwie przyczyny, zależące od choroby gruczołów łojowych skóry: nadmierna ich działalność—seborrhoea, i zbyt słaba ich funkcja—Pityriasis.

W pierwszej formie włosy zdają się być zgrubiałemi, tłustemi, skóra głowy pokryta licznemi łuskami, składającemi się przeważnie z tłuszczu. Wskazanem jest tu użycie środków odłuszczejących: umywanie mydłami alkalicznemi, spirito sa-

ponato-kalino, a jeżeli środki te zbyt drażnią, to mydlami lekarskimi, rozpuszczonemi w wodzie z dodatkiem nieznacznej ilości sody lub potażu (na pół litra wody 40—50 grm. mydła i 10 grm. sody). Wcieranie mydła należy uskutecznić to dłużej, to krócej, zależnie od wrażliwości skóry, a pianę pozostawiać nie zmytą od 10 minut, do kilku godzin. Dla odtłuszczenia skóry głowy może być użytym i alkohol, lecz działanie jego w tym kierunku jest słabszem, a skóra robi się suchą, chropowatą. Do spirytusu można dodawać benzyny (50:100 alkoholu) lub co lepiej naphtol— $\beta$  1—3%, lub rezorcynę. Autor poleca szczególniej tę ostatnią, według przepisu: Rezorcini 5,0. Ol. ricini 2,0. Spirit vini 150,0. Tutaj również są na miejscu przepisy z ichthyjolem, bądź to w postaci maści, bądź to mydła. Leczenie wyżej przytoczonemi środkami autor uważa za przedwstępną kuracyję; w ciągu leczenia skóra głowy nie może być zupełnie pozbawioną tłuszczu, a w tym celu autor rekomenduje czasowe użycie pomad z taniną i chininą, lub roztwory tych środków w spirytusie: np. Chinini sulfurici 1,0. Spirit vini gallici 60,0. Aq. Colorensis 30,0 lub Tanini 1,0—5,0. Alkohol qu. s. ad solutionem, Ol. amygdal. 40,0. Do środków tych można również dodawać balsamy.

Używając jednak któregokolwiek z podanych środków nie należy zapominać, że skóra głowy od czasu do czasu musi być zmywaną mydłem.

Rokowanie przy seborrhoea capilitii o wiele jest pomyślniejszem, jak przy wszystkich innych formach łysienia np. Pityriasis, które polegają na zaniku cybulek włosowatych i gruczołów łojowych. W tych chorobach skóra głowy traci swą grubość, elastyczność, źle się odżywia. Pierwzmem wskazaniem tutaj będzie: poprawić odżywianie włosów.

Dla przywrócenia skórze brakującego tłuszczu należy w tej formie używać pomad i olejków, a wcierając je w skórę głowy, robić rodzaj massażu. I tu można stosować pomady z chininy i taniny, a w razie jeżeli nie sprowadzają poprawy, przejść do środków drażniących np. Tinct. canthar. 2,0—3,0 na 50,0 spirytusu; Ol. sabinæ gtt. 10—15 na 50 alkoholu, wreszcie można użyć Tinct. Capsici, Tin. Hellebori w stosownych roztworach. Lekarstwa te należy wcierać w skórę głowy gąbeczką codziennie lub to co dni parę, stosując jednak od czasu do czasu wcieranie tłuszczów.

Jeżeli chorzy cierpią równocześnie na zbyt znaczne wydzielanie potu, to należy skórę głowy poddawać faradyzacyi.

Dziedziczna przedwczesna łysina daje przy leczeniu również złe wyniki; środki należy stosować też same, co i przy innych formach.

Wł. Kopytowski.

10. LOBET. Wrzody goleni. (Ulcères de jambe). (*Arch. de dermat., nr. 4, 1892*).

Anaplastyka Tiersch'a daje dobre wyniki, lecz sposób ten nie zawsze daje się zastosować i niekoniecznie do niego uciekać się należy ze wszystkimi chorymi. Sposób ten należy zachować na przypadek wyjątkowo obszernych owrzodzeń chro-



nicznych i powierzchni obnażonych ze skóry przez zranienia. W pozostałych przypadkach najlepsze wyniki dały: spoczynek, kataplazmy antyseptyczne, pobudzenia miejscowe za pomocą chloralu. Środki te zmniejszają modzelowatość tkanek, zwalczają zastoiny żyłne i zabezpieczają od rozwijania się mikroorganizmów na powierzchni rany.

Najgłówniejszym warunkiem dla zagojenia się owrzodzenia jest spokojne leżenie w łóżku, aż do zupełnego pokrycia się owrzodzenia blizną.

Wilgotne ciepło okładu rozszerza naczynia i reguluje krążenie krwi, niezależnie od tego tkanka rogowa traci swój charakter łuskowaty.

Do okładów antyseptycznych autor używa bawełny sterylizowanej, zawiniętej w gazę karbolową lub sublimatową i napojonej 4% roztworem kwasu borowego.

Pod wpływem powyższego opatrunku zabliznienie postępuje szybko, lecz po trzech dniach działanie jego słabnie; wtedy przychodzi kolej na trzeci środek, t. j. na pobudzenie miejscowe za pomocą chloralu.

Pobudzenie to powinno być lekkie i wywołać wzmożoną czynność odżywiania komórek, a w sąsiedztwie wessanie nacieczeń, tamujących swobodny obieg krwi. Autor używa chloralu 1%, kompresy zmienia w 24 godziny przez 3 dni. Następnie wraca się znów do okładów powyższych przez takiż przeciąg czasu, potem znów do chloralu i t. d., aż do zupełnego zagojenia owrzodzenia. Opatrunki należy zmieniać bardzo ostrożnie, ażeby nie zerwać nowoutworzonego naskórka.

Autor przytacza liczne spostrzeżenia nad choremi w ten sposób leczonymi; w niektórych razach stosował z powodzeniem transplantacje dermo-epidermoidalne podług metody Tiersch'a.

*J. Wojciechowski.*

**11. Promienica skóry.** (*Actinomycose cutanée*). (*Arch. de dermat. et de syph., nr. 3, 1892*).

Majocchi w Paryżu strzegł cztery przypadki promienicy skóry. Odróżnia on dwie formy kliniczne takowej: 1) wąglikową; 2) z owrzodzeniami grzybowatemi (*ulcero-fonguense*).

Postać wąglikowa ma przebieg ostry, towarzyszy jej niekiedy gorączka, mająca charakter posocznicy; występuje pod postacią obrzęków spłaszczonych, usianych niezliczoną ilością małych otworków, z których wypływa gęsta ropa z żółtymi bryłkami. W sąsiedztwie zmian pierwotnych występują wtórne, pod postacią sznurków podskórnych, ropiejących i otwierających się na zewnątrz. Wypływająca z nich ropa jest taka sama, jak z ognisk pierwotnych.

Postać z owrzodzeniami grzybowatemi ma przebieg podostry z tendencją chroniczną.

Rozpoznanie promienicy skóry polega: na początkowym zjawianiu się guzów i obrzmiń występujących jako rzędy paciorkowate, koła lub grupy; zmian mających wygląd ziarniny, ropiejących, owrzodzonych, lub ulegających zanikowi; na sposobie ropienia pod formą ognisk ograniczonych, przeświecają-

cych z kropkami żółtawemi pod zcieńconą skórą; na wygładzie rzeszotowatym powierzchni guzów; na wydzielaniu się żółtawych grudek i bryłek wapiennych z ropą. Gruczoły chłonne w promienicy skóry udziału nie przyjmują, a zwykle jej siedlisko znajduje się w sąsiedztwie jamy ustnej.

Tylko wyniki badań drobnowidzowych mogą uczynić rozpoznanie cierpienia nieomylnem. *J. Wojciechowski.*

12. KROMAYER. **Przyczynek do leczenia Sycosis.** (*S. M., 19, 1892.*)

Autor otrzymywał wyleczenia pewne i szybkie Sycosis, postępując w następujący sposób:

Włosy na miejscach porażonych strzygą się krótko, następnie wrywają się starannie nie tylko zmienione lecz także i zdrowe, znajdujące się na granicy miejsc porażonych. Przed pójściem spać, chory zmywa miejsca twarzy, pokryte włosami tamponem z waty napojonym jedno procentowym roztworem sublimatu w spirytusie.

Po zmyciu twarzy, smaruje się następującą maścią:

Rp. Tannini	2,0	
Sulphur. praec.	4,0	
Zinci oxydati	} aa. 7,0	
Amyli		
Vassellini	20,0.	

Nazajutrz rano usuwa się maść i uformowane strupy zmywa roztworem sublimatu wysokowym i na nowo smaruje maścią, albo, jeżeli zajęcia choremu nie pozwalają smarować się maścią w ciągu dnia, ogranicza się posmarowaniem wasselina, posypaniem pudru z ryżu lub krochmalu.

Czynność ta powtarza się rano i wieczór, aż do zupełnego wyleczenia.

Jeżeli istnieją liczne ropnie około cebulek włosowych, to otrzymują się dobre wyniki od przecięcia każdego i następnego przypalenia stężonym roztworem lapisu.

Nakoniec, w przypadkach powikłanych ze zbyt dużym zgrubieniem skóry, robią się skaryfikacje lub wyskrobywania ostrą łyżeczką. Okłady wilgotne, pokryte płótnem nieprzemakalnym (Priesnitz'a) wspomagają silnie te rękoźny.

*J. Wojciechowski.*

#### IV. Choroby dziecięce.

13. Prof. Jul. SOMMERBRODT. (Wrocław). **Leczenie żółtów kreozotem.** Aufforderung zur Behandlung der Scrophulose mit Kreosot. (*Berliner Klin. Woch. Nr. 26, 1892.*)

Autor, wielki zwolennik leczenia gruźlicy dużemi dawkami kreozotu, zachęca lekarzy do stosowania tego środka i przy żółtach u dzieci. Jakkolwiek nie posiada własnych spostrzeżeń co do dzieci poniżej lat 6-ciu, sądzi jednak, że i w tym wieku możnaby wypróbować działania tego środka, poczynając od trzykrotnego stosowania w ciągu dnia jednej kropli creosoti puris-

simi bez żadnych dodatków w mleku lub winie i zwiększając dawkę stopniowo t. j. co kilka dni, dopóki nie dojdzie się do  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  gramma dziennie. U dzieci starszych (powyżej lat 7-iu można dojść do 1 gramma dziennie, podając jużto w postaci kropeł, jużto w kapsułkach po 0,1 kreozotu z tranem (nie cum balsamo tolutano). Rzadko zachodzi konieczność powiększenia dawki, ale i w takim razie zbyteczna obawa nie jest uzasadnioną. Wogóle, zdaniem autora, nie należy przepisywać małych dawek, które są całkiem nieskuteczne, gdy tymczasem większe są nieszkodliwe, potrzeba je wszakże podawać po jedzeniu i przez czas dłuższy (kilka miesięcy). W końcu na poparcie swojego zdania o skuteczności i nieszkodliwości dużych dawek kreozotu, Sommerbrodt powołuje się na spostrzeżenie Freudenthala (ob. referat w Nr. 6 Kroniki r. b.) i na uwagi Ziemssena w tej kwestyi,

B. Polikier.

14. Prof. MONCORVO i Dr. FERREIRA. (Rio de Janeiro).  
**O leczeniu przymiotu u dzieci wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1892, czerwiec i lipiec*).

Dotychczasowe opisy leczenia przymiotu za pomocą wstrzykiwań przetworów rtęci dotyczą prawie wyłącznie dorosłych. Prócz wzmianki Smirnowa o nieszkodliwości metody Scorenzio w wieku dziecięcym żaden autor nie uwzględnił tego sposobu u małych dzieci. Rozporządzając odnośnym materiałem w klinice prof. Moncorvo, liczącej 55% dzieci, cierpiących na lues hereditaria, autorzy wykonali szereg prób na 47 dzieciach w wieku od dni 38 do lat 14, którym zrobiono 259 wstrzykiwań podskórnych rtęci. W tym celu posługiwali się 5 ma różnaitymi preparatami, a mianowicie: kalomelem, żółtym tlenkiem rtęci, szarym olejem rtęciowym <sup>1)</sup>, salicylanem rtęci i sublimatem. Wstrzykiwania robiono z zachowaniem wszelkich wymagań antyseptyki in regione retro trochanterica. Po wstrzykiwaniach we wszystkich prawie przypadkach zalecali spokój przez 2—3 dni.

Wyniki, do których Moncorvo i Ferreira dochodzą na mocy swoich spostrzeżeń (opisanych w oryginalnie w 47 historyjach chorób) są następujące:

I. Wstrzykiwania podskórne powinny znaleźć zastosowanie w leczeniu przymiotu u dzieci.

II. Ze wszystkich preparatów rtęciowych należy oddać pierwszeństwo z nierozpuszczalnych olejowi rtęciowemu, z rozpuszczalnych zaś sublimatowi.

III. Dzieci dobrze znoszą zarówno wstrzykiwania sublimatu jak oleju szarego i doznają po nich poprawy.

IV. Ponieważ iniekcye rtęci robiono z zachowaniem starannej antyseptyki, przeto w niektórych razach można było powtarzać je w odstępach 4 dniowych.

V. Otrzymane wyniki były wogóle pomyslnie i, jak się

<sup>1)</sup> Mieszanka metalicznej rtęci z waseliną płynną.

(Przyp. spraw.).

zdaje, nie gorsze pod względem skuteczności od wielu innych sposobów leczenia przymiotu.

VI. Objawy przymiotu na skórze (papulae, pustulae etc.) ustępowały szybciej, cierpienia zaś przymiotowe gruczołów powolniej.

VII. Wogóle jak ze względu na objawy ogólne tak i miejscowe dzieci znoszą wybornie wstrzykiwania ręki, nie doznając żadnych zaburzeń (ślinotoku, nieżytu kiszek i t. p.).

B. Polikier.

15. KRAUS. Użycie trójbromku jodu (jodum tribromatum) przeciw błonicy. (*Archiv für Kinderheilkunde, tom XIV, zeszyt V*).

Do licznych leków w ostatnich latach wprowadzonych do terapii błonicy przybył nowy. Jest nim trójbromek jodu ( $I_2 + 3Br_2 = 2I.Br_3$ ). Lek ten, przysłany prof. Monti przez d-ra Kramera z Amsterdamu, próbował autor w kilku przypadkach błonicy, spostrzeganych na poliklinice prof. Montiego.

Trójbromek jodu jest mieszaniną czysto sproszkowanego jodu z najczystszy m bromem w stosunku wagi 5,08 jodu i 9,60 bromu. Stanowi on ciemno-brunatny płyn nieprzyjemnego monego zapachu, który się szybko ulatnia. Rozpuszcza się w wodzie i tworzy w roztworze 1 grama = 20 kropeł w 200 gramach wody jasny przezroczysty, żółto-bursztynowy płyn już bez przykrego zapachu.

Jak wiadomo, już poprzednio brom i jod były stosowane przy błonicy w postaci przestrzykiwań, pedzłowañ, wdechań z mniej lub więcej dobrym skutkiem. Wypróbowanie zatem połączenia obu tych leków jest też w zupełności usprawiedliwionem, tembardziej, że nie posiadamy dotąd żadnego swoistego leku przeciw błonicy.

Autor podaje 3 przypadki błonicy gardzieli z ciężkim przebiegiem, w których pod wpływem trójbromku jodu, już to w postaci płukania, przestrzykiwania, wdychania w roztworze (20 kropeł na 300 wody) nastąpiło wyzdrowienie.

W końcu autor wyprowadza ze swych spostrzeżeń następujące wnioski:

1) Trójbromek jodu posiada własności rozpuszczania błon rzekomych, nie mniej własności przeciwparazytncze i przeciwnilne.

2) Trójbromek jodu przechodzi szybko w krew (w 1 przypadku jodismus) gdy będzie stosowanym w postaci wdechań.

3) Z tego powodu płuca chorego winny być starannie badane i przy pojawieniu się z ich strony jakichś przypadłości wdychania zaniechane.

4) Trójbromek jodu zdaje się wywierać wpływ na zmniejszenie się gorączki.

5) Trójbromek jodu znoszą chorzy bez wszelkiej szkody przy wszystkich sposobach użycia.

6) Skutek występuje tylko przy wczesnem stosowaniu tego środka.

Autor w końcu zachęca lekarza do wypróbowania tego le-

ku, który w 3 ciężkich przypadkach dał tak pomyślne wyniki.

F. Arnsztein.

16. Prof. GANGHOFNER. **O tetanii u dzieci.** (*Verhandl. ol. IX, Vers. d. Gesellsch. f. Kinderheilk. in Halle, 1892*).

Do ostatnich jeszcze czasów powszechnie uważano tetanię za nader rzadką chorobę u dzieci. Ścisłe atoli spostrzeżenia autora wykazały, że istnieją jeszcze nietypowe postaci rzecho nej choroby, podciągane po największej części pod rozmaite rodzaje chorób nerwowych. W ciągu jednego tylko 1890 roku, autor leczył w szpitalu 23 i ambulatoryjnie tyleż przypadków tetanii, wyłącznie niemal w końcu zimy i na początku wiosny, co zgadza się ze spostrzeżeniami innych badaczy przy tetanii u dorosłych. We wszystkich przypadkach rzechozona choroba pozostawała w ścisłym związku z mniej lub więcej ciężkimi objawami krzywicy, oraz z rozmaitemi zaburzeniami przewodu pokarmowego, a zwłaszcza z biegunką. 20 przypadków przypadało na dzieci liczące od 1—12 miesięcy, 21 na 13—24 miesięcy i 5 na 2—3 lat. Z ogólnej liczby 46, było 30 chłopców i 16 dziewcząt.

Wszystkie objawy cechujące tetanię, czyli typową tetanię, autor spostrzegał jedynie w 12 przypadkach. Dodać należy jeszcze, że oprócz ogólnie znanych objawów w znacznej części swych przypadków znajdował stale *skurcz głosi*, nader rzadko napotykaną u dorosłych a jeden z najmniejbezpiecznych przy tetanii; w 2 przypadkach autora był on bezpośrednią przyczyną śmierci dziecięcia.

Skurcze toniczne kończyn G. spostrzegał w 29 przypadkach. Nader często towarzyszyło im ciastowate obrzmienie dłoni i stóp. Czas ich trwania wynosił 2—6 dni.

Objaw twarzowy notowany był 37 razy, objaw Trousseau w 32 przypadkach. Czas niezbędny do wywołania tego ostatniego wynosił 30 sekund do 2 minut.

WzmóŜona mechaniczna pobudliwość nerwów i mięśni spostrzeŜaną była w 31 przypadkach.

Badaniu podlegały nerwy: ulnaris, medianus, radialis et peroneus. Szczególnie wzmóŜoną okazała się pobudliwość ich na prąd galwaniczny.

Badania anatomo-patologiczne nad tetanią nie dały jeszcze pozytywnych danych, co zresztą przypisać należy zbyt małej ilości oględzin pośmiertnych (2).

W końcu autor przychodzi do wniosku, że tetania u dzieci powstaje w ten sam sposób, co u dorosłych i jest chorobą całego systemu nerwowego, powstałą wskutek zatrucia resp. samozatrucia (autointoxicatio) a być może i wskutek zakażenia.

Koral.

## Wiadomości pomniejsze.

17. Dr. Stiller z Budapesztu ogłasza w n-rze 42 Centrbl. f. Klin. Med. spostrzeżenia swoje nad działaniem pilokarpiny w ckawce, prze-

wlekłej nerwowego pochodzenia. Pilokarpinę stosował autor w roztworze 0,1:10,0 trzy do czterech razy dziennie po 10 kropel. Przy stosowaniu tego środka prędko zauważyć się daje zmniejszenie ilości, oraz natężenia napadów, które po 2—3 tygodnia zwykle całkowicie ustępowały. Pobocznego działania tego środka nie spostrzegł autor ani razu, występuje ono zazwyczaj przy podskórnem stosowaniu. (W. M. P.)

H. K.

18. Dr. Zienetz w wielu przypadkach wad sercowych, gdzie **naparstnica** per os podawana żadnego skutku nie wywoływała, stosował ten środek **podskórnie**, zwykle z wyborynym rezultatem.

Rp. Fol. Digital 0,3.

Infude. Aq. fervid 10,0.

MDS. 2—3 razy dziennie po jednej strzykawce Pravaz'a (W. M. P.).

H. K.

19 P. Jacques Passy zdawał 10 Października ubiegłego roku w Akademii nauk w Paryżu sprawę ze swych poszukiwań nad *zapachem złożonym*. Okazuje się, że ciało czyste, dokładnie określone, nie posiada z konieczności *zapachu prostego*. Przeciwnie może on się składać z kilku różnych, z których każdy może posiadać swoją własną granicę, po za którą nie daje się odczuwać; minimum to nie potrzebuje być jednakowem dla wszystkich składników danego zapachu złożonego. Wynika ztąd, że przy stopniowem zmniejszaniu branej ilości danego ciała — zapachy jego powinny znikać jeden za drugim. Jeżeli wziąć np. alkohol amyłowy, to przy 19 milijonowych gramma, pierwsze minimum, otrzymuje się zapach właściwy przypominający benzynę i alkohol izoamyłowy. Przy 200 milijonowych gr., drugie minimum, otrzymuje się zapach przypominający kamforę. Wreszcie zjawia się zapach alkoholiczny, nie będący zapachem w ścisłem znaczeniu tego słowa, a wpływem na wrażliwość ogólną, który góruje nad poprzednimi.

Większość perfum bardzo przyjemnych w ilościach małych, staje się nieznośną w dozach wielkich. Pochodzi to po większej części ztąd, że posiadają one jednocześnie: 1) zapach bardzo silny, a bardzo małego natężenia, przyjemny, odczuwany przy dozie słabej, 2) zapach, słaby, bardzo silnego natężenia, nieprzyjemny, dający się czuć przy większej dozie. (Arch. Gen. X-y).

H.

20 W pracowni Edisona przedsięwzięto szereg prób nad *działaniem* bardzo silnego *elektro-magnesu na ustrój zwierzęcy*. Wyniki były ujemne; nie zauważono żadnego wpływu. Pies pozostawiony w polu działania najsilniejszego elektro-magnesu w ciągu 5 godzin nie doznawał żadnych wrażeń. (Wr. 49).

H.

21. Nonne spostrzegł 4 przypadki **wrodzonej słoniowacizny** w jednej rodzinie. Wywiady wykazały, że i inni krewni z tej rodziny w starszej linii cierpieli na tę chorobę. Autor sądzi, że podobne rzadko zdarzające się przypadki wrodzonej słoniowacizny zależą od zбочzenia w rozwoju kanalików sokowych.

W. J.

22. Nie tylko żywe **kości mogą ulegać próchnieniu**. Metnitz wprawił pewnemu choremu 4 zęby z kości hipopotama. Po 2 latach wszystkie one zczerniały, z potworzonych w nich jam można było wydobyc za pomocą łyżeczki zwykle czarne masy, a nadto badanie mikroskopowe wykryło w nich zmiany, cechujące próchnienie.

W. J.

23. Czapek z Pragi opisał **3 pierwotne nowotwory serca**. Dwa z nich, nie przechodzące wielkości orzecha, okazały się śluzakami, trzeci był to tumor cavernosus. *W. J.*

24. Mech twierdzi, że **śmierć wskutek embolii tłuszczowej** po złamaniu kości należy do największych rzadkości, chociaż sama ta embolija zdarza się dość często! Twierdzi on, że w całej literaturze można zebrać tylko 13 przypadków śmiertelnego zejścia, niewątpliwie zależnego od embolii tłuszczowej. Sam autor dodaje do nich 2 swoje. *W. J.*

25. Ferchnin opisuje **lasecznika różanej ropy**, wyhodowanego w 14 przypadkach z ropy ludzkiej. Rozwija się on dobrze na wszystkich używanych pożywkach, z których żelatynę łatwo rozrzedza. Nie wywołuje on u zwierząt ropienia. Króliki zdychają po zaszczepieniu im do krwi pasorzyta przy objawach wysokiej gorączki. Na tej zasadzie sądzi autor, że za zupełnie niewinego pasorzyta tego uważać nie można. (Wraczk 25—26). *W. J.*

26. Petruschky komunikuje, u **zwierząt otrutych chloroformem** krew daje odczyn kwaśny a nie alkaliczny. U ludzi stwierdził autor taki odczyn krwi i innych „soków” po otruciu arsenikiem. Uważa on to zakwaszenie krwi za działanie intoksykacyjne pewnych trucizn i dla tego zaleca zawsze sprawdzenie jej odczynu w przypadkach sądowo-lekarskich. *W. J.*

27 Dr. Bryan radzi, aby osobom, którym nie przyjęła się **ospa ochronna**, podawać arsenik jako prophylacticum od ospy. Ten sam środek B. radzi w tym samym charakterze i w czasie epidemii szkarlatyny, dyfterytu i influenzy. Przepisuje po  $\frac{1}{4}$  acid. arsenicosi w pigułkach w ciągu pierwszego tygodnia 3 razy, następnie 2 razy w ciągu doby. Kilka przykładów ma dowodzić prawdziwości tego przypuszczenia. (Br. Med. Jour. Listopad). *H.*

28 Dr. Kanemgi obserwował w dwóch przypadkach ciężkie **przypadłości** u chorych, którym w ciągu kuracji jodowej (KJ) zrobiono insuflacje kalomelu do krtani. U jednego syfilityka, który przyjmował dziennie 1,5 gm. jodku potasu, po zamknięciu do krtani kalomelu powstało zapalenie z obrzękiem i miejscowa zgorzel, wśród objawów gwałtownego duszenia. Zmiany były podobne do przyżęgań kamieniem piekielnym. Przeciwwskazanie do jednoczesnego używania tych środków, dotąd zwykle wygłaszane głównie przez okulistów, powinno być uważane za ogólną regułę. (U. Méd. 146). *H.*

29 Dr. Rub. Fiocca ogłosił w „Ann. d'igiene speriment. di Roma” pracę o **chorobotwórczych pasorzytach**, spotykanych w ślinie niektórych zwierząt domowych, mianowicie: psa, konia i kota. U wszystkich znajdował staphylococcus pyogenes (u kota aureus, u konia albus), nigdy zaś streptococcus. Oprócz tego u konia znaleziono bacill. pseudoedematis maligni i diplococ, uważany za diplococ. lanceolatus. U kota znaleziono bardzo jadowitego mikroba—bacillus salivarius septicus, u kota ssących jeszcze spotykano bac. colli com. U psa diplocokków nie znajdowano, tylko lasecznika podobnego do b. salivarius felis, ale nie chorobotwórczego. (D. M. W. 48). *H.*

## Kronika miesięczna.

— Na posiedzeniu wyborczem tutejszego Towarzystwa lekarskiego, odbytem d. 3 b. m., powołano ponownie na prezesa kol. E. Przewoskiego, na wice-prezesa kol. St. Markiewicza, na sekretarza w miejsce ustępującego kol. Szteynera kol. Witolda Szumlańskiego.

Na skarbnika w miejsce ustępującego z powodu słabości zdrowia kol. Brauna wybrano kol. St. Kondratowicza, do Zarządu wreszcie powołano kol. Gepnera (ojca) ponownie, oraz kol. Z. Kramsztyka na rok i Jawdyńskiego na 2 lata.

Nadto wybrano na członków czynnych kol. Ciechomskiego, S. Bronowskiego, B. Dzierżawskiego, W. Dąbrowskiego, St. Kurtza, Gedroycia, St. Kamińskiego, St. Iwanickiego, Bol. Gepnera, K. Wisłockiego, K. Zielińskiego, K. Rychlińskiego, J. Steinhausa, F. Szmakfefera, oraz na członków korespondentów kol. Arnsztejna z Kutna, kol. Czajkowskiego i kol. J. W. Sawickiego z Grajewa.

— Kol. Skabieczewski, inspektor lekarski gub. lubelskiej, wprowadził w czyn myśl, którą poruszyliśmy kiedyś w „Kronice”, mianowicie, aby lekarze pozostający na urzędach gubernijalnych lub powiatowych podawali w pismach lekarskich informacje o miejscach, wakujących w ich obwodach. Z tego źródła wypływające informacje znajdą uznanie wśród lekarzy i będą niewątpliwie chętnie powtórzone przez wszystkie pisma lekarskie ku usłudze kolegów, poszukujących miejsc na prowincyi, a zmuszonych dotąd polegać jedynie na wiadomościach, podawanych przez strony interesowane (aptekarzy, burmistrzów i t. p.), obecnie jak donosi dr. S. nie ma lekarzy w następujących miejscowościach gub. lubelskiej, posiadających apteki:

w osadzie	Czemerniki, pow.	Lubartowski,	mieszk.	2,315
—	Baranowie	— Nowo-Aleks.	—	2,718
—	Zaklikowie	— Janowski	—	2,990
—	Krzyszów	— Bilgorajski	—	1,637
—	Frampolu	— Zamoyski	—	2,518
—	Krasnobrodzie	— Zamoyski	—	2,172
—	Komorowie	— Tomaszowski	—	3,158
—	Horodle	— Hrubieszowski	—	3,245.

Koledzy zamierzający osiedlić się w tych miejscowościach, mogą otrzymać bliższe informacje w Zarządzie Lekarskim Lubelskim.

— Na ostatniem zebraniu (w Grudniu r. z.) lekarzy Zakładów Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności poruszone zostały niektóre kwestyje, domagające się oddawna reformy. Przedewszystkiem zaś poddano krytyce drogę, jaką biedni chorzy otrzymywali lekarstwa na koszt Towarzystwa. Dotąd bowiem chory, otrzymawszy receptę od lekarza, musiał udawać się z nią do opiekuna cyrkułowego, który orzekał, czy lekarstwo może być wydane danej osobie na koszt Towarzystwa; po otrzymaniu aprobaty należało się upewnić w aptece, czy koszt lekarstwa nie przenosi rubla, gdyż tak drogich leków Towarzystwo na swój koszt nie brało, i zawiadomić o tem opiekuna, który dopiero wtedy dawał swą asygnację.

Wobec tej procedury, pomijając, że nie wszystkie apteki przyjmowały takie recepty, oraz ewentualność niezastania opiekuna w domu,



doniosłość pomocy lekarskiej okazywanej przez Towarzystwo zmniejszała się znacznie. I nie jeden zapewne, zwłaszcza w naglejszym przypadku wołał poszukać innej drogi, niż narażać się na taką mitręę czasu.

Po dłuższej dyskusji postanowiono—na wniosek kol. W. Stepińskiego, sekretarza sekcji Lekarskiej W. T. D., aby wystąpić do Zarządu Towarzystwa z następującymi żądaniem:

1) aby lekarze Towarzystwa sami bez udziału opiekuna cyrkulowego orzekali, czy dany chory ma otrzymać lekarstwo na koszt Towarzystwa.

2) aby recepty takie odsyłali do prywatnej apteki Towarzystwa, obsługującej dotąd tylko infirmaryję Zakładu starców i sierot, a mieszczącą się w gmachu Towarzystwa na Krakowskim-Przedmieściu.

W celu umożliwienia aptece tej zwiększonej działalności, środki jej mają być powiększone o 300 rs., jakie służyły dotąd na pokrycie kosztu lekarstw, wydawanych na koszt Towarzystwa przez apteki miejskie.

Dla uproszczenia i ułatwienia czynności apteki Towarzystwa postanowiono sporządzić rodzaj: Pharmacopea pauperum — spis środków najpotrzebniejszych i w najprostszej formie, które zawsze gotowe. mogłyby być niezwłocznie wydawane. Za wzór ma być przyjęta apteczka istniejąca przy Lecznicy I-szej.

Na temże posiedzeniu ułożono dla lekarzy Ochron instrukcyję, której brak nieraz dawał się uczuwać.

Nakoniec, wobec faktów przyjmowania na pensjonarzy Zakładów Towarzystwa osobistości, których stan zdrowia lub inne względy nie odpowiadały celom i miejscowym warunkom zakładów owych—postanowiono przedstawić Zarządowi, aby dla dobra Instytucyi każdy kandydat na stałego pensjonarza Zakładów Towarzystwa poddawany był oględzinom lekarskim, co do tej pory stale bywało pomijanem.

— „Medycyna”, której redakcyję po ś. p. Fritschem objął kol. Dobrzycki, w końcu r. z. przeszła na własność spółki kilkudziesięciu lekarzy z Warszawy i prowincyi. Spółka zamierza wydawać pismo z kierunkiem przeważnie praktycznym. Redaktorem odpowiedzialnym pozostaje nadal kol. Dobrzycki.

— Kol. J. Pruszyński został zaproszony na współreferenta z prac polskich z dziedziny chemii fizyologicznej do Archivum Maly'ego: Jahresbericht über die Fortschritte der Thier-Chemie.

— Mamy do zanotowania nowe wydawnictwo specjalne pod tytułem „Rocznik farmaceutyczny”, które wyszło na świat w Warszawie staraniem p. Jaworowskiego z Rożyszczy gub. Wołyńskiej. „Rocznik”, jak mówi przedmowa, wychodząc pod koniec każdego roku, ma obejmować wybitniejsze zarysy postępu w dziedzinie chemii farmaceutycznej, wskazówki dotyczące techniki farmaceutycznej, uprawy roślin lekarskich etc., bądź to w streszczeniach, bądź w artykułach oryginalnych. Treść tomu I-go odpowiada w zupełności temu zakresowi i przedstawia zbiór bardzo wielu pożytecznych informacji. Wyliczemy ważniejsze: Nowe leki zalecone w 1891 r. i próby na nie. Badanie artykułów spożywczych, uprawa roślin lekarstwa, odczyny alkaloidów i t. d. W końcu książeczki mieści się notatnik kalendarzowy. Sądzi-

my, że nowe wydawnictwo znajdzie uznanie i poparcie w sferze, dla której chce być pożytecznem.

— W końcu zeszłego roku lwowskie Towarzystwo lekarskie obchodziło 25-letnią uroczystość jubileuszową. Uroczystość zagałł prezes, prof. Czyżewicz. Dr. Krokiewicz wygłosił odczyt o cholercie. Z okazji jubileuszu wydał dr. Mukowicz broszurkę, z której dowiadujemy się, że fundusz żelazny Towarzystwa wynosi 41,563 złr. Prócz tego posiada Towarzystwo siedem funduszów, a to: fundusz d-ra Biesiadeckiego, fundusz członków dożywotnich, fundusz d-ra Niedźwiedzkiego, d-ra Krówezyńskiego, d-ra Krzczunowicza, d-ra Garbińskiego, fundację Stillerów. W r. 1891 udzielono pensyj stałych 2,160, a zapomóg 564, Członków liczy Towarzystwo 350. Podobno Towarzystwo ma zamiar wydawać własny swój organ.

— Prof. dr. Halban (Blumenstok) usuwa się z powodu nadwątłego zdrowia z posady redaktora „Przeglądu Lekarskiego” Krakowskiego, którą zajmował w ciągu lat szesnastu z nie małym dla tego pisma i piśmiennictwa polskiego lekarskiego wogóle—pożytkiem. Następcą jego będzie prof. Domański. Tow. lekarskie krakowskie w dowód uznania ofiarowało ustępującemu ozdobny adres.

— Dr. Unna zawiadamia nas, że lecznicę swą dla chorób skórnych przynosi z Hamburga do Heidelberga.

— Komitet zarządzający XI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego, który odbyć się ma w Rzymie 24 Września r. b. prosi nas o podanie do powszechnej wiadomości, że farmaceuci mogą przyjmować udział w zjeździe w sekcji farmakologii.

— 27 Grudnia ubiegłego roku odbył się w Paryżu obchód 70-letni urodzin L. Pasteura. Obchód ten wskutek licznego udziału przedstawicieli świata naukowego Francji i wszystkich prawie krajów cywilizowanych przyjął charakter niezwykle uroczysty i wszechświatowy. Uświetnił go też swą obecnością p. prezydent Rzeczypospolitej, który wprowadził jubilata do wielkiej sali Sorbonny, gdzie zgromadzeni przedstawiciele wyższej administracyi francuzkiej i wszystkich naukowych korporacyi, oraz delegaci zagraniczni — przyjęli ich głośnie oklaskami. Pierwszy przemawiał p. Ch. Dupuy, minister oświecenia, dalej p. d'Abbadie, prezes Akademii nauk, który wręczył jubilatowi wspaniały medal złoty, wykonany przez p. Roty, członka Akademii sztuk pięknych. Medal przedstawia na jednej stronie popiersie Pasteura i cyfrę 70 pod wiązańką róż; na odwrotnej stronie posiada napis w języku francuskim: „L. Pasteurowi w dniu 70 letnich urodzin, wdzięczna nauka i ludzkość, 27 Grudnia, 1892”. W szeregu innych przemawiał Sir J. Lister, oddając jubilatowi hold w imieniu chirurgii i medycyny. Następnie wystąpiły w porządku alfabetycznym, w liczbie 25 delegacyje od różnych towarzystw i korporacyi naukowych zagranicznych, wręczając swe dyplomy i adresy. Dyplom honorowy od Towarzystwa Lekarskiego Warsz. zawieźli w charakterze delegatów kol. Benni i Bujwid.

Po przemówieniu p. Ruffier, mera z Dôle, miejsca urodzenia Pasteura, zabrał głos sam jubilat.

Wśród otaczającego go blasku sławy i powodzenia, przedewszystkiem myśl jego zwróciła się do różnych ludzi nauki, którzy znaleźli się w warunkach pracy zupełnie nieodpowiednich. Tak np. wspomniał

o Claude Bernardzie, któremu laboratoryjum, mieszczące się w wilgotnej piwnicy, niezawodnie przyczyniło się do skrócenia życia. Dalej przebiegł swój rozwój, swoje pierwsze odkrycia, a zwracając się do przedstawicieli zagranicznych, pragnie widzieć w ich obecności nie tylko dowód sympatii dla Francji, ale i zbliżanie się chwili, kiedy nauka i pokój zwyciężą wojnę i ciemnotę, kiedy narody będą się łączyły nie dla dzieła niszczenia, ale tworzenia, a przyszłość należeć będzie do tych, co najwięcej uczynią dla cierpiącej ludzkości. Zwracając się wreszcie ku młodzieży nawoływał ją do wytrwałej pracy. Niech każdy postawi sobie dwa pytania: na początku: „com zrobił dla swego wykształcenia?“, a następnie: „com zrobił dla kraju?“, aby w końcu mógł powiedzieć: zrobiłem, co mogłem.

— Pruski minister oświaty dr. Bosse ma na widoku ustanowienie nowej taksy lekarskiej. W tym celu zwrócił się do izb lekarskich z szeregiem pytań, aby poznać desiderata lekarzy. Chodzi o to, czy ma być jedna taksa dla całego Państwa, czy też różne w oddzielnych prowincjach, czy jednakowo w większych miastach i po wsiach; czy ma być oznaczoną minimalna należność, czy też minimalna i maksymalna (?) i t. p. (D. M. W. 48).

— Dr. Jan Bieliński, wieloletni kierownik i właściciel zakładu hydropatycznego w Nowem-Mieście nad Pilicą, ma zamiar otworzyć filię w Łodzi. Przy nowopowstającym w ten sposób Zakładzie ma być urządzonym również i gabinet dla elektryzacji, zaopatrzonej w najnowsze przyrządy do celu tego służące.

## NEKROLOGIJA.

— Zmarł w Richmond sławny naturalista *Ryszard Owen*. Z pomiędzy nader licznych prac tego uczonego niektóre znajdowały się w blizkim stosunku z medycyną (np. Podstawy osteologii porównawczej).

— W d. 2 b. m. zmarł w Warszawie b. profesor Szkoły Głównej i Akademii Medyko-chirurgicznej dr. med. *Józef Konstanty Rosé*.

Zmarły urodził się w Poznaniu, gdzie kończył gimnazyjum; medycynę studyjował w Berlinie, gdzie otrzymał w 1854 r. stopień doktora medycyny po obronie rozprawy „De leucaemia”. Odtąd zaczyna się płodna praca zmarłego na niwie piśmiennictwa lekarskiego. Przy zawiązywaniu Akademii medyko-chirurgicznej w Warszawie powołano zmarłego na katedrę patologii i terapii szczegółowej, w szkole Głównej wykładał aż do jej zamknięcia.

Autor, prócz licznych prac, drukowanych w „Pamiętniku Towarzystwa lek. Warsz.”, oraz „Medycynie” i „Gaz. Lek.” pozostawił tłumaczenie i streszczenie patologii komórki Virchowa, oraz wykłady swe z patologii i terapii serca i płuc.

Jako praktyk, zmarły cieszył się wielką wziętością, którą uzyskał zarówno dzięki swej głębokiej wiedzy, jak i wielkich zalet serca. Wśród kolegów pozostawia po sobie żal głęboki, dzięki swemu pełnemu taktu postępowaniu. To też powoływany był do prezydium tutejszego Tow. lekarskiego.

Nad grobem zmarłego zebrało się liczne grono b. uczniów i kolegów, a kol. M. Kępiński wypowiedział gorącą mowę, żegnając sumiennego profesora, dzielnego lekarza, a co ważniejsza zacnego człowieka.

— W Poznaniu zmarł 7 Grudnia 1892 *Władysław Świdorski* dr. med., Radca Sanitarny, członek Komitetu redakcyjnego „*Nowin Lekarskich*”.

## Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu GRUDNIU 1892 r.

- 1) *O. Bujwid*. Kilka słów o początku obecnej epidemii cholery w Królestwie Polskiem. (Now. Lek. 12).
- 2) *Pomorski*. Leczenie raka macicy wyskokiem. (N. L. 12).
- 3) *S. Groszlik*. Przyczynę do kazuistyki ciał obcych w cewce i pęcherzu. (Med. 48—50).
- 4) *Dr. med. F. Neugebauer*. O wskrzeszeniu cięcia łonowego, czyli symfyseotomii przez szkołę Neapolitańską. (Med. 47—50, 51, 52).
- 5) *H. Zapolski-Downar*. Przypadek nadmiernego przyspieszenia skurczów sercowych. (Med. 50, 51).
- 6) *H. Dobrzycki*. O przyrządach do wlewań podskórnych w napadzie cholery. (Med. 51).
- 7) *W. Gajkiewicz*. O spazmie skaczącym. (G. L. 48).
- 8) *S. Iwanicki*. Przypadek zatoru tętnicy pł. o przebiegu długotrwałym. (G. L. 48).
- 9) *M. Jakowski*. Przyczynę do nauki o bakteryjach błękitnej ropy. (G. L. 48, 50).
- 10) *A. Gabszewicz*. Przypadek ropnego zapalenia osierdzia. (Gaz. Lek. 50).
- 11) *J. Mutermilch*. O istocie jaglicy. (G. L. 51).
- 12) *F. Arnstein i A. Troczewski*. Niedrożność kiszki. (Gaz. Lek. 51).
- 13) *Dr. H. Świętowski*. Torbiel skórzasta jajnika u dziewczyny 13-letniej. (G. L. 49).
- 14) *J. Halpern*. Niezwykły przypadek powikłania rybiej łuski. (G. L. 49).
- 15) *Zapolski-Downar*. Owrzodzenie rogówki w tyfoidzie chole-rycznym. (Gaz. Lek. 47).
- 16) *Dr. med. F. Neugebauer*. Rzadki okaz synechiae utero-sacralis. (Gaz. Lek. 52, 53).
- 17) *M. Warman*. Wyjaławiacz w formie samowaru. (Med. 53).
- 18) *M. Cercha*. O tyłopochyleniu i tyłozgięciu macicy ciężarnej. (Przeg. Lek. 48—49).
- 19) *E. Rosenblatt*. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci. (Prz. Lek. 38--50).
- 20) *B. Olszewski*. O działaniu przeciwpotnem Extr. fl. Hydr. Canadensis u gruźliczych. (Przeg. Lek. 50).
- 21) *Prof. Rydygier*. O nowej metodzie tymczasowego wypilowania kości krzyżowo-ogonowej w celu swobodnego przystępu do narządów miednicy. (Prz. Lek. 51).
- 22) *B. Komorowski*. Przyczynę do etjologii raka wodnego. (P. L. 51, 52).

23) *Dr. med. Rumszewicz*. Przyczynek do teratologii soczewki. (P. Lek. 52).

Pamiętnik Tow. Lek. Warszaw. T. LXXXVIII. Zesz. IV, 1892 r.

24) *Ż. Dmochowski*. Wyrosłe adenoidalne w jamie noso-gardzielowej.

25) *R. Barącz*. O wartości enteroanastomozy za pomocą szwów płytkowych Senn'a w chirurgii żołądka i jelit.

26) *A. Rothe*. Rys dziejów Psychiatrii w Polsce.

27) *Ż. Dobrowolski*. Guziczki limfatyczne (folliculi lymphatici) błony śluzowej przełyku, żołądka, krtani, tchawicy i pochwy u ludzi i zwierząt.

28) *J. Minkiewicz*. Obyczaje Chewsurów w stosunku do ciężarnych i położnic.

1) *O. Bujwid*. **Kilka słów o początku obecnej epidemii cholery w Królestwie Polskiem**. Autor przytacza niektóre wiadomości o początku epidemii w gubernii lubelskiej i w Warszawie, znane już z odnośnych publikacyj jego w innych pismach lekarskich. W końcu zaznacza, że nie znalazł w wodzie wiślanej przecinków cholerycznych. *W. J.*

2) *Pomorski*. **Leczenie raka macicznego wyskokiem**.

U 38-letniej kobiety, której z powodu krwotoków macicznych i upławów miała amputowaną część pochwową i wyskrobaną jamę macicy, w kilka miesięcy później zauważono objawy raka w ustach macicznych i w parametryjach. Leczenie polegało na wstrzykiwaniu absolutnego alkoholu strzykawką 5 razy większą od zwykłej Pravaz'a w zrakowaciałą tkankę macicy po 2—3 strzykawek na raz 3 razy tygodniowo. Po 5-tygodniowej kuracyi stan chorej i nowotworu tak się zmienił na lepsze, że autor zaczął wierzyć w dobry skutek leczenia. Tymczasem po 3-miesięcznej przerwie w leczeniu choroba z taką siłą wróciła, że chora jej uległa. Autor metodę tę zaleca jako środek paliatywny przeciw bólowi i krwotokom przy raku macicy a radzi spróbować go przy krwotokach wskutek mięśniaków macicy. *W. St.*

3) *S. Groszlik*. **Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w cewce i pęcherzu**. Autor szczegółowo opisuje pięć przypadków ciał obcych w drogach moczowych, a mianowicie: igłę w cewce u mężczyzny, usuniętą per rectum, trzy kamienie fosforanowe pęcherza, których jądro stanowiły świeczka parafinowa, patyk drewniany (oba u mężczyzny) i szpilka podwójna (kobieta), wszystkie usunięte per cistotomiam altam, oraz szpilkę podwójną usuniętą z pęcherza kobiety per vias naturales. Zupełne wyzdrowienie osiągnięto w czterech przypadkach, jeden (kamień z patykiem) zakończył się śmiercią od uraemii. W drugiej części pracy autor zastanawia się nad ciałami obcymi w drogach moczowych w ogóle, nad ich rozpoznaniem i leczeniem. Zdaniem autora ciała obce w cewce mogą być usuwane drogą naturalną tylko wówczas, gdy tkwią w przedniej części i dają gwarancję, że na drodze zwrotnej nie poranią cewki; ciała zaś tkwiące w tylnej cewce powinny być usuwane na drodze krwawej. Co się zaś tyczy ciał obcych w pęcherzu, to na drodze bezkrwawej za pomocą litotryptora lub redresseura Collin'a dają się usuwać tylko ciała elastyczne, których średnica odpowiada średnicy cewki, w przeciwnym razie (ciała grube, kruche, ostre) uciec się należy do cięcia nadłonowego, które, zdaniem autora, zasługuje na

pierwszeństwo przed wszystkimi innymi metodami dostania się do pecherza. Zwolennikiem cięcia nadłonowego jest autor również we wszystkich przypadkach późnych, w których ciało obce zdażyło się otoczyć grubą warstwą kamienia. *Autorref.*

5) Zapołski Downar. **Przypadek nadmiernego przyspieszenia skurczów sercowych.** Autor opisuje przypadek tachykardyi paroksyzmej trwającej przeszło 19 dni. Przypadek dotyczy 39-letniego mężczyzny, którego serce zboczeń organicznych nie przedstawiało i u którego napad podobny już kilkanaście razy się powtarzał. Autor szczegółowo przedstawia historję choroby, poczem przytacza zdania i poglądy innych autorów na omawianą kwestyję. *H. K.*

6) H. Dobrzycki. **Kilka słów o przyrządach używanych do wlewań podskórnych w napadzie cholery.** Autor opisując poszczególne składowe części znanych przyrządów do wlewań podskórnych (Cantani'ego i Sahli'ego) przychodzi do wniosku, że: 1) przyrządy te są nadto złożone, 2) przy użyciu wymagają dużo zachodu i 3) stosunkowo są drogie, a więc dla lekarzy na prowincyi — nieodpowiednie. Ze swej strony autor opisuje proste przyrządy w rodzaju irygatorów, przyrząd zrobiony z butelki, zastosowanie również w tym celu samowaru i wreszcie przyrząd d-ra Filipowa z Moskwy, służący jednocześnie do hypodermu — i enteroklizmy. *K. W. S.*

8) St. Iwanicki. **Przypadek zatoru tętnicy płucnej o przebiegu długotrwałym.** Zator tętnicy płucnej zazwyczaj powoduje, bądź nagłą śmierć, bądź wytworzenie się zawału. Autor opisuje przypadek niezwykły ze względu na przebieg. U chorej 42-letniej kobiety, która od bardzo niedawna skarżyła się na duszność i ataki omdlewania, obok miękiego tętna (120) zauważono dyastoliczny szmer podmuchowy w II prawem międzyżebrzu przy mostku, wskutek czego traktowano sprawę jako endocarditis valv. aortae. Po śmierci, która w 3 tygodnie nastąpiła nagle, znaleziono oba pnie tętnicy płucnej wypełnione skrzepem krwi, jądro którego stanowił czop, okrakiem na miejscu rozgałęzienia tętnicy siedzący. Ten ostatni, zdaniem autora, na razie ograniczając dopływ krwi do płuc, powodował uczucie duszności i szmer dyastoliczny przy mostku, dopiero nowy czop (chora miała żyłaki i wrzody na gołeni) spowodował zejście, przedzając zawały a nawet obrzęk w płucach. *M. W.*

9) M. Jakowski. **Przyczynę do nauki o bakteryjach błękitnej ropy (bac. pyocyaneus).** Pasożyty, na których opiera swoją pracę, autor wyhodował z 2 przetok kiszkowych. Opisuje on bardzo dokładnie hodowle ich na bulionie, żelatynie, agarze i kartoflu. Z opisu tego przytaczamy tylko rzeczy dotąd sporne. Autor przekonał się, obserwując pod mikroskopem w kropli buljonu, ogrzanego do 37° C., mnożenie się bac pyocyanei, że ma ono miejsce wyłącznie przez podział, bez zarodników. Nie widział ich też nigdy na odpowiednio barwionych preparatach żelatynowych i agarowych. Autor twierdzi, że barwnik wytwarza się w hodowlach żelatynowych i agarowych łatwiej w ciemności, niż przy obfitym dostępie światła. Nie wytwarza się on wcale w hodowlach, otrzymanych bez dostępu powietrza. W peptonie i mleku zabarwienie żółto-zielone występuje szybko. W ostatnim przechodzi ono pod wpływem NH<sub>3</sub> szybko w zielone. Kazeina ścina się w nim po kilku dniach. Na kartoflu autor nie spostrzegł t. zw.

Chamaeleonphenomen'u, t. j. zmiany barwy hodowli z szaro-brunatnej na ciemno-brunatną pod wpływem dotknięcia się drucikiem platynowym. Zmiana ta barwy ma być charakterystyczna dla *b. pyocyaneus*  $\beta$ . Nie widział również zmiany, cechującej *b. pyocyaneus*  $\alpha$ , mianowicie przejścia na kartoflu barwnika w czerwony pod wpływem kwasów i zielony od amonijaku. W celu otrzymania czystego barwnika, autor wyklócał chloroformem hodowle uprzednio zalkalizowane sodą. Otrzymany niebieski barwnik przechodził w czerwony pod wpływem kwasów i odzyskiwał na nowo swój kolor pod wpływem amonijaku. Otrzymywał go autor tem więcej, im więcej peptonu użył do przygotowania danego podłoża. 5-minutowe ogrzewanie hodowli do 57° C. zamieniało barwnik w żółto-zielony; tak samo długo trwające ogrzewanie hodowli do 58° C. pozabawiało je zupełnie zdolności wytwarzania barwnika. Własność wytwarzania barwnika wzmagala się w hodowlach po przeprowadzeniu ich przez zwierzęta. Wogóle, zmieniając warunki hodowania, można odpowiednio zmieniać barwnik hodowli.

Autor zbadał produkty rozkładu białka pod wpływem *bac. pyocyanei* bez dostępu tlenu i przy swobodnym jego dostępie. Szczepiąc kilku królikom i świnkom morskim do jamy otrzewnej i żyły usznej rozmaicie stare hodowle *bac. pyocyanei*, autor widział śmierć ich przy objawach zapaści i rozwolnieniu po 1—3 dniach. Raz tylko królik zdechl w 3 tygodnie po dokonaniu na nim szczepieniu. Co do *bacillus pyocyaneus* ludzi, autor przytacza odnośne przypadki ostrego i przewlekłego zakażenia nim z literatury, a następnie zaznacza, że sam otrzymał czyste jego hodowle z dwóch ropni u człowieka. Wobec tego, że hodowle *b. pyocyanei* tracą lub nabywają przy zmiennych warunkach hodowania i przeszczepiania na zwierzęta rozmaite odcienie zabarwienia, autor jest zdania, że rozróżnianie odmian  $\alpha$  i  $\beta$  nie jest właściwe. Uważa za ważny ten fakt, że się *b. pyocyanens* rozwija bez dostępu powietrza i rozkłada przytem szybko białko. Ponieważ zaś przebywa on czasami w dolnym odcinku kiszki, uważa więc, że sprzyja on tu rozkładowi białka. *W. Jan.*

10) A. Gabszewicz. **Przypadek ropnego zapalenia osierdzia.**

Autor w pracy swojej, poprzedzonej krótką wzmianką bibliograficzną, opisuje przypadek ropnego zapalenia osierdzia pochodzenia goścowego u młodego mężczyzny, operowany przez siebie w szpitalu św. Rocha z pomyślnem zejściem. *H. K.*

11) J. Mutermilch. **O istocie jaglicy.**

Wychodząc z założenia, że z punktu widzenia anatomicznego nie ma różnicy pomiędzy klinicznie różnymi formami przewlekłych zapaleń łącznicy i oceniając z tego stanowiska dotychczasowe wyniki poszukiwań nad jaglicą, autor dochodzi do wniosku, że jaglica nie stanowi cierpienia samoistnego, lecz rozwija się jako następstwo innych przewlekłych zapaleń łącznicy.

Główną i najcharakterystyczniejszą cechą trachomatu jest zmniejszona odporność tkanki, w której rozwija się sprawa patologiczna. W normalnej łącznicy, dzięki tkance adenoidalnej regeneracja elementów nabłonkowych odbywa się bardzo szybko i w tem właśnie zjawisku tkwi przyczyna odporności łącznicy na szkodliwe wpływy zewnętrzne. Jeżeli osobnik przebywa kilkakrotnie ostre zapalenia łącznicy, jeżeli niehygieniczne warunki i brak odpowiedniego leczenia pod-

trzymują sprawę zapalną, to produkty zapalne nie wydalają się bez pozostawienia śladów, lecz zostają zastępowane przez nowotworzącą się tkankę łączną, która wszakże nie posiada już cech normalnej tkanki adenoidalnej; nowotworzona tkanka łączna posiada charakter włóknisty. Jeżeli zmiany w tkance łącznej są nieznaczne, nabłonek nie ulega żadnym, albo prawie żadnym zmianom. Jeżeli zaś zmiany te są znaczne, nabłonek poczyną tracić swój charakter śluzowy i przekształca się w epidermoidalny—więc przestaje wydzielać i mniej energicznie się otwacza. Te stadyum właśnie zostało wyodrębnione jako cierpienie samoistne pod nazwą jaglicy. Wyzdrowienie ma miejsce wtedy, kiedy metamorfoza tkanki adenoidalnej w włóknistą i nabłonka śluzowego w epidermoidalną została ukończoną, albowiem wtedy „tkanka odżyńska, wprawdzie w znacznie zmienionej formie anatomicznej, znakomitą odporność”.

Zmiany wyżej opisane „zawsze będą takie same bez względu na to, jaka przyczyna wywołuje zapalenie, bez względu na to, czy nacieczenie drobnokomórkowe jest rozlane, czy przedstawia się w formie follikułów”. Ztąd wniosek, że „każde zapalenie łącznicy może przejść łatwo w fazę typowego trachomatu”.

*J. Stein.*

12) F. Arnstein i A. Troczewski. **Niedrożność kiszek (occlusio intestinorum) wskutek wewnętrznego uwięźnięcia (incarceratio int.) spowodowanego najprawdopodobniej wpochwieniem (invaginatio). Niezupełne samodzielne wyzdrowienie przez przywrócenie niezupełnej drożności kiszek.** Spostrzeżenie powyższe dotyczy kobiety lat 58, dotychczas zupełnie zdrowej. Niedrożność z silnymi bólami brzucha i wymiotami powstała nagle d. 6 Listopada r. zeszłego po grubym błędzie dyjetetycznym i wstrząśnieniu fizycznym (coitus). Autorzy przy badaniu znaleźli guz w jamie brzusznej wielkości 2 pięści w miejscu, odpowiadającym położeniu górnej połowy okrężnicy wstępującej. Guz ruchomy, elastyczny, bardzo bolesny, nieprawidłowo cylindrycznej formy: 5-go dnia choroby po Heger’owskiem wlewaniu, wśród ostrego bólu i obfitych kałowych wymiotów—drożność powróciła, chociaż niezupełna (wypróżnienia płynne tylko, wymioty ustały). Autorzy rozpoznają z wielkiem prawdopodobieństwem invaginationem i kwalifikują chorobę do chirurgicznego leczenia, na które niestety chora się nie zgadza.

*J. Witk.*

13) Dr. H. Świącicki. **Torbiel skórzasta jajnika u dziewczyny 13-letniej.** U anemicznej, niemiesiączkującej 13-letniej dziewczyny, skarżącej się na bóle skurczowe w podbrzuszu i—powiększenie brzucha. Znalaziono przy badaniu guz w jamie miednicy i określono go jako torbiel prawego jajnika z prawdopodobnie skręconą szypułą. Coeliotomija—cięcie od pępka w dół 13 ctm. długie. Opróżniony guz zawierał około 7 litrów żółtego lepkiego płynu. Szypuła szeroka, skręcona z lewa na prawo na 90°. Przebieg pooperacyjny idealny chora 8-go dnia po operacji zdrowa zakład opuściła. Badanie drobnowidzowe ściany guza wykazało zwykłą budowę torbieli skórzastych jajnika. W rozpoznaniu torbieli skórzastej zachodziły trudności ze względu na dużą objętość, guza i braku objawu Knestera, t. j., że guz powinien leżeć pośrodku brzucha przed macicą. Skręcenie się szypuły w danym przypadku zgadza się co do kierunku—z obserwacjami Knester’a.

*W. St.*



15) Zapolski Downar. **Owrodzenia rogówki w tyfoidzie cholerycznym.** Autor zaznacza, iż przy tyfoidzie cholerycznym daje się stwierdzić znaczne zmniejszenie wydzielania się łez, tudzież stała niedomykalność powiek, ta ostatnia, jak twierdzi, wskutek zaniku tkanki oczodołowej; dalej objaw czasowego lecz zupełnego porażenia gałązek rogówkowych nerwu trójdzielnego. W tych warunkach drobnoustroje, zawarte w kurzu lub przynoszone przez muchy, często sprowadzają owrodzenia rogówki—przeważnie w dolnym jej odcinku (o postaci podłużnej lub łukowatej), a nieraz i w środkowej części rogówki (okrągłe, głęboko sięgające owrodzenia, niekiedy powikłane przez nagromadzenie się ropy w przedniej komórce oka).

Jako środek ochronny przeciw powstawaniu tego rodzaju owrodzeń rogówki, zaleca wkrapianie do worka łącznicy słabego roztworu sublimatu (1:6000) lub nawet wody czystej, dalej osłonę tiulową na oczy.

*Br. Z.*

19) Dr. E. Rozenblatt. **Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.** Zapalenie opon mózgowych gruźlicze najczęściej pojawia się w wieku dziecięcym. Częstość choroby zależy od nagłych przejść w temperaturze powietrznej: najwięcej przypadków dawało się spostrzegać na wiosnę. Do gruźlicy opon usposabia przebywanie pewnych chorób, jak odry, krztusca, zołzów, a według niektórych nawet i żąbkowanie. Gruźlica opon zwykle kończy się śmiertelnie, a pomyślne zakończenie należy do bardzo rzadkich.

Autor rozpatruje 29 przypadków, leczonych w szpitalu św. Ludwika. Gruźlicę w rodzinie chorego dziecka zauważono w 7 przypadkach, a choroby ustroju nerwowego w 8. Czas trwania choroby 2—2½ tygodnia. Wyniki sekcji nie zawsze zgadzały się z objawami klinicznymi za życia. I tak z jednej strony były przypadki takie, gdzie rozpoznanie nie ulegało najmniejszej wątpliwości, a jednak sekcja nie wykazała nie tylko gruźliczego, lecz nawet innej postaci zapalenia, czy to opon, czy mózgu. Z drugiej strony były przypadki z przebiegiem utajonym: to jest nie było ani jednego objawu zdradzającego cierpienie opon lub mózgu, a jednak sekcja wykazała cierpienie opon gruźlicze.

Objawy chorobowe pierwszego okresu, okresu zadrażnienia, były dosyć liczne, mianowicie: ból głowy, zmiana usposobienia, utrata humoru, ospałość, wykrzykiwania w nocy, zbyt prędkie zmęczenie fizyczne i umysłowe, zgrzytanie zębami we śnie, kłusanie siebie i otoczenia, złośliwość. Do bólu głowy, ciągle zwiększającego się, przylączają się objawy gastryczne, to jest zaparcie stolca i wymioty. Zaparcie utrzymywało się do śmierci, a wymioty (tak na czczo, jak i po jedzeniu) ustawały z końcem okresu drugiego. Pomiędzy objawami okresu zwiastunów i podrażnienia zasługuje na uwagę względnie szybkie, a nieuzasadnione wychudnięcie dziecka. Z następowych objawów rozwiniętego zapalenia opon najważniejsze są: zmiany w ciepłocie i zachowanie się tętna. Zmiany w ciepłocie polegają na tem, że w okresie zwiastunów jest nieznaczne podwyższenie, w okresie erupcji więcej się podwyższa, następnie w okresie wytwarzania się wypociny obniża się niżej normy i w końcu nadmiernie podwyższa się w okresie przedśmiertnym. Tętno w początkach choroby jest przyspieszonym, lecz ilość uderzeń często się zmienia i różni się o liczbę stosunkowo znaczną, a w okresie późniejszym jest stałe zwolnienie tętna. W okresie ostatnim tętno jest

przyśpieszone, nitkowate, często wcale nie wyczuwalne. Tętno, oprócz tego odznacza się nieregularnością: po kilku uderzeniach występuje pauza krótsza lub dłuższa, lub po kilku szybkich uderzeniach następują inne powolne. Zmiany w ciepłocie i tętnie najwybitniej występowały w przypadkach, w których sekcja wykazywała znaczne zajęcie podstawy mózgu. Zachowanie się oddechu nie ma nic cechującego. Brzuch zwykle nieckowato zapada się. Zaburzenia w sferze ruchowej polegają na przykurczeniach, drgawkach i porażeniach. Najpierw występują objawy ze strony nerwów twarzy, wzrok sztywny, niedomykanie powiek, niejednostajne rozszerzenie źrenic, zgrzytanie zębami i ciężce karkowy. Przykurczenia mięśni, z wyjątkiem mięśni karku i łędźwi, bywają przemijające. Drgawki występują raz tylko lub powtarzają się kilkakrotnie. W pierwszym okresie choroby zjawiają się przemijające niedowłady, a dopiero w końcu drugiego okresu stają się istotnymi. Do objawów ze strony czuciowej należy w pierwszym okresie światłowstręt i nadczułość całego ciała, a w późniejszym okresie silne znieczulenie. Co do objawów ze strony psychicznej, to w okresie zwiastunów przeważają śpiączka i odurzenie. Przytomność ginie w rozwiniętym pierwszym okresie po pierwszych drgawkach, a z początkiem okresu ucisku występuje stale śpiączka i zupełna bezprzytomność.

W końcu autor podaje historyje chorób i wyniki sekcji spostrzeżanych przypadków.

20) Dr. B. Olszewski. **O działaniu przeciwopnem Extr. fl. Hydrast. Canadensis u gruźliczych.** Autor wypróbował przeciwopne działanie Extr. Hydrast. Canad. u 93 chorych (z tych 73 suchotników—20 z innymi chorobami). Wyniki badań były nadzwyczaj dodatnie, środek ten bardzo szybko dolegliwe poty usuwał. Autor podawał po 25—30 kropeł od 3 do 3 razy dziennie, niekiedy jednorazowa taka dawka skutek już wywoływała. U trzech tylko chorych Hydrast. Canad. pozostało bez skutku. Żadnych ubocznych objawów nawet u ciężko chorych autor nie spostrzegął. Przykry smak leku uważa autor za jedyną jego stronę ujemną.

H. K.

21) Prof. Rydygier. **O nowej metodzie tymczasowego wypilowania kości krzyżowo-ogonowej w celu swobodnego przystępu do narządów miednicy.** Wypilowanie kości krzyżowej sposobem Kraske-Hochenegga przy resekcyi odbytnicy ma te zle strony, że: 1) nowo zeszyta kiszka nie ma dostatecznego oporu od tyłu, wskutek czego szew kiszki tu zwykle nie dotrzymuje, 2) wskutek skurczenia blizny po powstałej wielkiej jamie kiszki ulega tu załamaniu i wężeniu, co utrudnia prawidłową defekacyję i łącznie z poprzednio wymienionem jest powodem uporczywych przetok. Z tych to powodów powstały różne sposoby tymczasowego wypilowania kości krzyżowej, sposoby te jednak nie są wolne od zarzutów, bądź wskutek trudności w wykonaniu, bądź ze względu na nieuniknione przy niektórych obrażenia nerwów odbytnicowych lub następczą martwicę kości ogonowej, bądź wskutek utrudnionego odpływu z ran z wydzielin. Prof. Rydygier w jednym przypadku wykonał tymczasowey resekcyj i w sposób zupełnie nowy, a od wyżej wyszczególnionych zarzutów wolny. Cięcie skórne od spina ilei post. sup. na 1 ctm. na zewnątrz od brzegu kości krzyżowej do kośćca kości ogonowej, a ztąd po linii środkowej ku dołowej. Głębsze cięcie tuż przy brzegu kości. Części miękkie na przedniej stronie kości krzyżowej odkłada się ku przodowi,

przez co dokładnie widzieć można wychodzące nerwy krzyżowe. Następnie poniżej trzeciego otworu krzyżowego od lewej ku prawej stronie cięcie poprzeczne poziomo ku pierwszemu cięciu skórному. Na tej wysokości i w tym kierunku przecina się poprzecznie kość krzyżową za pomocą dłuta, bacząc, aby po prawej stronie nerwów krzyżowych nie obrazić. Po czem cały płat trójkątny z łatwością ku prawej stronie odgiąć się daje. W przypadkach wyjątkowych można za przykładem Rosego bez obawy zaburzeń przeciąć kość krzyżową i powyżej drugiego otworu, tembardziej, że przy tym sposobie nerwy po jednej stronie wcale przecięciu nie ulegają. Jeżeli chodzi nie o rezekcyję raka odbytnicy, a operacyję innych narządów małej miednicy, to sposób powyższy równie dobrze i na prawej stronie zastosować się daje.

*B. Dz.*

### 22) Dr. B. Komorowski. Przyczynek do etyologii raka wodnego.

Natura i pochodzenie raka wodnego dotychczas nie są jeszcze znane. Obecnie istnieją dwie teoryje. Jedna uważa raka wodnego za chorobę infekcyjną, wywołaną obecnością pewnych tworów pasorzytnicznych, a druga za zwykłą nekrozę. Rak wodny samoistnie nie występuje, lecz zawsze przyłącza się do chorób, wyniszczających organizm. Wraz z rakiem wodnym często występują i pleśniawki. W szpitalu św. Ludwika w Krakowie w ciągu ostatnich lat 13 leczonych było 23 przypadki raka wodnego, przytem 7 przypadków u chłopców i 16 u dziewcząt. Najczęściej dawał się spostrzeć między 3 a 4 rokiem życia. Co do stosunku częstości raka do innych chorób wieku dziecięcego, to 1 przypadek raka wypadł na 458 chorych dzieci, leczonych stale w szpitalu. Rak wodny najczęściej spostrzegano przy wyniszczeniu organizmu zimniczego pochodzenia (52,15%) i przy odrze (13,05%). Usadwienie raka wodnego po lewej stronie było w 17 przypadkach, po prawej w 25 i z obydwóch w 1. Największa ilość wypadła wiosną i latem. Śmiertelność była bardzo znaczna, bo w 22 przypadkach. W końcu autor przychodzi do wniosku, że zmiany w składzie krwi znajduwane, nie mogą dostatecznie wyjaśnić powstawania zgorzeli połączka.

*R.*

### 23) Rumszewicz. Przyczynek do teratologii soczewki.

Autor opisuje przypadek, w którym badanie wykazało obustronny zupełny brak soczewki bez żadnych zgoła zmian w gałce ocznej, albo, ściślej mówiąc, tylko szczątki soczewki w formie szarobiaławych obok brzegu dolnego tęczywek. Dla objaśnienia tego przypadku, stanowiącego dotychczas unikat w literaturze autor przedstawia dwa przypuszczenia: 1) albo soczewka mogła być wgłębiona do pierwotnego pęcherzyka, lecz zanikła wkrótce po zadziernięciu się od blaszki rogowej—wtedy należałoby uważać opisany przypadek za wadę rozwojową, aphakia congenita, 2) albo też soczewka po jakimś czasie, już w późniejszym nieco okresie rozwoju, opadła na dno przyszłej domniemanej tylnej komory i pozostała tu na zawsze—wtedy mielibyśmy tylko wadę wrodzoną, zwicnięcie soczewki w bardzo wczesnym okresie rozwoju.

*J. Stein.*

## Nadesłano do Redakcyi.

*M. Misiewicz.* Anatomija i klinika białkomoczu. Odb. z Przeglądu Lekarskiego.

*Z. Kramsztyk.* Jaskra odcz. klin. Gaz. Lek. Ser. IV, z. 11.

*G. Gradenigo.* Sulla Diplacusis monauralis. Odb. z Gaz. d. Ospit.

*R. Kitschmann.* Ueber d. Wirkung d. Talophen u. d. krystallnische ausscheidung desselben u. nerw. Arzneikoyer durch. die Haut. Odb. z Wien. kl. Woch. 1892.

*J. Grundzach.* Ueber das Entstehen bramsbarbiger Fetzen im Magen. Odb. z Wien. Med. Presse.

## OD WYDAWCY.

„Kronika lekarska” w 1893 roku wychodzić będzie w tej samej formie i objętości i na tych samych warunkach jak i dotychczas.

Szanownych P.P. Prenumeratorów zaległych w opłacie upraszamy uprzejmie o szybkie uregulowanie rachunków, gdyż tym, którzy do końca roku bieżącego nie uiszcili się z należności, nadal „Kroniki” wysyłać nie będziemy.

## OGŁOSZENIA.

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

**Doktór A. Podolski**

DENTYSTA

Marszałkowska Nr. 136.

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

## PRAWDZIWY ŁUG MACICZNY z Kreuznach

z Wielkksiążęcych Salin Hesseńskich oraz kąpieli Theodorshalle i Karlshalle (od lat dawnych znany jako Saliny Kreuznach'skie) przez nas tylko jako sól kąpielowa w handel puszczonej, a cieszący się wielkiem rozpowszechnieniem przez swą łatwą rozpuszczalność i silne składniki solne. Dowodem prawdziwości towaru jest umieszczenie orła urzędowego (austrijackiego) na etykietach opakowania. Wyłącznym przedstawicielem na Rossyję, Turcyję, Grecyję, Wschód i Państwa Bałkańskie jest dom:

**HENRYK MATTONI w FRANCENSBADZIE i WIEDNIU.**

Theodorshalle (Gmina Bad Kreuznach) we Wrześniu 1892. Poczta Münster a. St  
Wielkksiąż. Hesseński Urząd Salinowy Theodorshalle. (8887) 3—3

Wydawca:  
Dr. K. Sierplński.

Numer wyszedł d. 21 Stycznia.

Redaktor:  
Dr. med. O. Hewelke.

WINA WYBOROWE,  
 DELIKATESY,  
 ŚNIADANIA, KOLACYJE,  
 GABINETY FAMILIJNE  
 róg Wiook i Marszałkowskiej  
 Telefon N. 100.

OSTRYGI



*Ermitage*

w Warszawie

„**POD BACHUSEM**“

(Warszawa, Telefon Nr. 100)

WINA ZAGRANICZNE,  
 KONIAKI, LIKIERY, RUMY,

Towary Kolonialne i Delikatesy.

WINIARNIA



GLÓWNY SKŁAD

WIN GRUZIŃSKICH

z winnic Księcia Z. A. DŻORDŻADZE w Kachety — Tyflis.

Czystość tych win stwierdzoną została analizą  
 prof. Struve. 0—2

OSTRYGI

# APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

## D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

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

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



### A. WODNIAKOWSKI

w Warszawie, Marszałkowska 148

obok Zielonego placu.



Posiada na składzie i poleca najtaniej wszelkie chirurgiczne wyroby gumowe i środki opatrunkowe w najlepszym gatunku, oraz aparaty szklane (albuminometry, sacharometry d-ra Einhorna i Libiga, dilatatory, specula, lejki, krany, pulweryzatory d-ra Röllera i Unna, irygatory nosowe d-ra Pinsa i Webera, rospylacze spec. do karbolu, naczynia do aspiratorów, rurki T. V., kroplomierze Sallerona i Traube-Koltentidta, urny prof. d-ra Sänger, spluwaczki szklane i porcelanowe, odciągacze mleka pokarm. d-ra Auward jednocześnie dla matki i dziecka, menzurki i t. p.), wagi aptekarskie i ciężarki gramowe, aparaty indukcyjne Spamera, szpryce i ravaża, strzykawki, seręgi cynowe i termometry maksymalne.

Jako członek stowarzysz. fabrykantów narzędzi chirurgicznych, ortopedycznych i bandaży sprowadzam na zamówienie, wszelkie nowości z dziedziny techniki chirurgicznej i lekarskiej po cenie fabrycznej od Kolegów, których cenniki ilustrowane oraz pisma spec. naszego Stowarzysz., udzielam W.W. Panom Farmaceutom i Lekarzom jaknajchętniej do przejrzania.

**Okulary, Binokle** najcelniejszych fabryk w najnowszych faszonach, **Lornetki, Termometry** wszelkiego rodzaju, **Irygatory, Inhalatory, Suspensoryja, Bandaże** rupturowe, **Woreczki** higieniczne, **Gąbki** ochronne oraz wszelkie narzędzia optyczno-chirurgiczne, poleca najtaniej optyk

**JULJAN DREHER Szpitalna Nr. 6.**

Biednym według uznania W.W. pp. doktorów po cenie kosztu. Przyjmuje wszelkie reperacje.

# APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

## M. BARCZA

W WARSZAWIE

94 Marszałkowska 94.

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

Uznane przez Radę Lekarską w Warszawie i Departament Medyczny w Petersburgu, potwierdzone przez p. Ministra S. W.

**DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH**

**SŁODOWY EKSTRAKT**

I

**KARMELKI**

z Miodu, Słodn i Ziół teczniczych.



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

**Fabryki**

ulica

**„LELIWA”** w Warszawie  
Zgoda № 6.

Wyłączna sprzedaż w Aptekach i Składach aptecznych.

Strzedz się podrabianych i naśladowanych.

Zwracać uwagę na firmę na opakowaniach.

# APTEKA E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

w WARSZAWIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wino manganowo-żelazne z peptonem (*Vinum ferro-mangani peptonati*) na Xeresie, zawiera  $1\frac{1}{2}$  ferro-mangani peptonati rs. 2.

Wino peptonowe na Maladze, zawiera  $5\frac{1}{2}$  peptonu rs. 2.

Wino piołunowe (*Vin de Vermuth*) na białem francuzkiem winie rs. 1 kop. 50.

**Butelka zawiera 420,0 do 450,0 (14—15 uncyj). 6—1**



# 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 cawkach), 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**  
(p-tenowany)

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

**Kwas salicylowy-Bayer**

osadzony i krystaliczny.

Ręczyśmy 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 WIROGÓRSKI 45 Krakow.-Przedm. w Warszawie.**

(1) 0—1

## NOWO-OTWORZONY

**Skład Naczyń Aptecznych, Chemicznych i Lekarskich**

**JÓZEFA CHWASTKIEWICZA**

**Warszawa, Bielańska Nr. 3**

Poleca swój towar po cenach możliwie umiarkowanych. 12—4

ROK XXVIII.

# GAZETA LEKARSKA

Pismo tygodniowe, poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej, wychodzi w roku 1893, a 28-ym od założenia Gazety, według tegoż samego programu jak dotychczas.

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

Warunki prenumeraty: w Warszawie rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą rocznie rs. 8, półrocznie rs. 4.

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

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

Zatwierdzony przez ministra spraw wewnętrznych i nagrodzony najwyższą nagrodą na wystawie higienicznej w r. 1887



PIERWSZY W KRAJU PRYWATNY



INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ

D-rów W. MAĆZEWSKIEGO i K. SIERPIŃSKIEGO

**Warszawa, ulica Niecała 7** (dom Towarzystwa Lekarskiego) i **Marszałkowska 99.**

Posiada zawsze świeży materiał szczepienny i rozsyła takowy natychmiastowo po otrzymaniu zażądania.

Rurka limfy na 2 szczepienia kop. 75, detryt we flakonach począwszy od 10 szczepień po 5 k. za jedno szczepienie. Na przesyłkę dołączyć należy kop. 25. Aptekom i biorącym w większych ilościach odstępuje się odpowiedni rabat.

SKŁAD GŁÓWNY

**w Aptece Magistra Farmacyi H. Kucharzewskiego**

**Miodowa Nr. 4.**