

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## PRZYCZYNEK do leczenia koklusz.

PODAŁ

*Edward Dytel,*

Ordynator Warszawskiego Szpitala dla dzieci.

Mało chyba jest chorób, przeciwko którym byłaby stosowaną taka masa i tak różnorodnych środków, jak przeciwko kokluszowi. Zdawałoby się, że wobec prawie wiadomej przyczyny (Afanasiew znajdował wprawdzie przy kokluszach jakiegoś pasorzyta, ale to nie zostało potwierdzone przez badania innych) powinno być zupełnie przeciwnie. Koklusz, jak słusznie przypuszczają, wywoływany był przez swoisty zarazek—aczkolwiek tego ostatniego jeszcze nie otrzymano, ale wiele rzeczy, jak zaraźliwość, nabywana odporność i t. p. w zupełności potwierdzają to przypuszczenie — i z tego powodu terapia kokluszowa powinna być zredukowaną li tylko do środków pewnej grupy, a mianowicie do t. zw. antyseptyków.

Tymczasem nieprawda! Stosujemy w kokluszach wszystko: i antinervina, i antispasmodica, i antiseptica, i empyrica, omal że nie sympatica. Ta różnorodność środków dowodzi z jednej strony jakby naszej bezsilności przeciwko kokluszowi, z drugiej zaś jakby braku ściśle wytkniętego planu w leczeniu, braku, graniczącego niemal z pewnem lekceważeniem samego cierpienia. Wiele rodziców i wielu lekarzy nawet zadawalnia się wprost samem rozpoznaniem choroby, nie troszcząc się zupełnie o leczenie systema-

tyczne ostatniej. Ta ze swej strony okoliczność pozornie utwierdza nas jeszcze w przekonaniu, że koklusz jest albo cierpieniem, przeciwko któremu nie mamy żadnego środka, albo — cierpieniem łagodnym, nie wymagającym żadnej zgoła kuracyi. Co do pierwszego—prawda, że niemamy specyfiku, ale z drugiej strony rozprowadzamy terapię, która nam w znacznym stopniu pomaga do zwalczania siły napadów, chroni poniekąd od niebezpiecznych komplikacyj, jednym słowem, łagodzi sam przebieg choroby. Co do drugiego przypuszczenia, to wcale tak nie jest. Nieraz widzieliśmy bardzo ciężkie, a nawet śmiertelne powikłania, wywołwane kokluszem, szczególnie zaniechanym! Nieraz stwierdzaliśmy wady, na całe życie pozostające po kokluszcu. Nieraz wreszcie rodziło się w nas wprost uczucie litości na sam widok dziecka, męczonego niustającym kaszlem, wymiotami przez całe tygodnie! Koklusz więc wcale do chorób łagodnych należeć nie może i wskutek tego w zupełności zasługuje na równi z innymi cierpieniami na więcej staranne studia pod każdym względem, a w szczególności pod względem terapeutycznym. Ostatnie tymczasem lata, wogóle tak płodne w medycynie, co przyniosły kokluszowi? Absolutnie nic! W dalszym ciągu stosujemy całą masę środków, nieraz nawet przez różnych lekarzy bardzo zachwalanych z bardzo małym, albo żadnym rezultatem dla chorych.

Ta właśnie okoliczność zachęciła mnie, jako rozporządzającego dość dużym materiałem, do klinicznych badań, o czem w przyszłości, kokluszcu wogóle, a wypróbowania niektórych bardziej używanych i bardziej zachwalanych środków w szczególe.

Na pierwszym miejscu pod tym względem stawiam antyspazminę, w swoim czasie bardzo zachwalaną, której pozytywny rezultat uwydatniają niżej przytoczone przypadki, leczone wyłącznie tym tylko środkiem.

*Antyspazmina* jest to sól podwójna sodu z narceiną i kwasem salicylowym; przedstawia się jako czysty, lekko hygroskopijny proszek, rozpuszczalny w wodzie o własnościach nasennych i przeciwkurczowych. Przepisuje się antyspazminę w postaci 5% i 10% roztworu w wodzie laurowej.

Dawki 5% roztworu dla dzieci są następujące:

Poniżej	½ roku	3 — 4	razy	dziennie	3 — 5	kropel.
Dzieciom	½ rocznym	3 — 4	"	"	5 — 8	"
"	1 "	3 — 4	"	"	8 — 10	"
"	2 letnim	3 — 4	"	"	10 — 13	"
"	3 "	3 — 4	"	"	15 — 20	"

Starszym dzieciom daje się 10% roztwór 3 — 4 razy dziennie po 10 kropel, dorosłym zaś 3 razy dziennie po 20—25 kropel. Środek powinien być przechowywany w starannie zamkniętych ciemnych naczyniach. (D-r F r ü h w a l d. Archiv f. Kinderheilkunde B. 18 H. I i II, 1894 r. Kronika Lekarska—Styczeń 1895 r.).

PRZYPADEK I. Leokadya W., 8 lat, zupełnie prawidłowej budowy, przybyła na oddział 22/VIII, 94 r., skarżąc się na silny i męczący kaszel z wymiotami, trwający już od 3 tygodni. Stan bezgorączkowy. P. 92 R. 18. W płucach, prócz rozrzuconych suchych rzężeń, nic szczególnego, jak również i w innych narządach. Rozpoznawszy st. convulsivum koklusz, zaleciłem 10% roztwór antyspazminy 4 razy dziennie po 10 kropel.

D. 23/VIII 94 r. Stan bezgorączkowy. W płucach rżenia w bardzo niewielkiej ilości. Kaszel silny i częsty (około 25 ataków na dobę) z wymiotami.

D. 30/VIII. Ilość ataków waha się od 18 do 23 na dobę. Ataki dość silne od czasu do czasu z wymiotami.

D. 6/IX. Stan bezgorączkowy. Ilość ataków od 14 do 20 na dobę. Ataki są dość silne. Wymioty rzadsze.

D. 12/IX. Stan bezgorączkowy. Ilość ataków od 10 do 17 na dobę. Ataki są cokolwiek słabsze i nie tak długo trwające. Wymiotów nie było ani razu.

D. 20/IX. Ilość ataków od 8 do 13. Ataki są znacznie słabsze.

D. 27/IX. Stan bezgorączkowy. Ilość ataków od 4 do 9 na dobę, ataki są wogóle słabe i dość krótko trwające.

Od tej pory ilość i natężenie ataków coraz bardziej słabły, tak że chora wypisała się 5/X 94 r. jako zupełnie zdrowa.

Chora, kaszląc już od 3 tygodni, przebyła na oddziale około 6 tygodni, koklusz trwał więc w danym przypadku około 9 tygodni.

PRZYPADEK II. Roman K., 5 lat, średniej budowy, przybył na oddział 4/IX 94 r. z silnym kaszlem, trwającym już od tygodnia. Stan podgorączkowy. T-ra 38,4 puls. 100 R. 20. W płucach nieznaczna ilość rzężeń suchych i wilgotnych, w innych narządach nic szczególnego. Rozpoznałem koklusz in st. catarrhali i zaleciłem 10% antyspazminy 3 razy dziennie po 10 kropel.

D. 5/IX. Stan podgorączkowy T-ra 38,5° P. 104 R. 25. Kaszel częsty, ale nie bardzo silny.

D. 12/IX 94 r. Stan bezgorączkowy. Kaszel znacznie silniejszy i znacznie częstszy i kończy się zawsze wymiotami.

D. 20/IX. Kaszel również częsty, choć nieco słabszy i nie zawsze kończy się wymiotami.

D. 27/IX. Chory gorączkuje T-ra 39° P. 120 R. 32. Kaszel znacznie silniejszy niż był. Zauważono wysypkę odrową na twarzy.

D. 29/IX. T-ra 39 P. 116 R. 24. Wysypka odrowa nie bardzo wielka na całym ciele. Kaszel znacznie silniejszy i częstszy.

D. 3/X. Stan bezgorączkowy. Wysypka odrowa, która wogóle była słabą, prawie zupełnie znikła. Kaszel silny i kończy się wymiotami. W płucach rzężenia wilgotne dość obfite. Zalecono okład ciepły i bańki suche na plecy.

D. 10/X. Odra zupełnie przeszła. Kaszel silny, dość częsty i prawie zawsze kończy się wymiotami. W płucach rzężeń znacznie mniej.

D. 18/X. Kaszel rzadszy i mniej męczący. Wymioty nie tak częste.

D. 28/X. Kaszel znacznie rzadszy i znacznie słabszy i bez wymiotów. W płucach nic nienormalnego.

D. 8/XI. Kaszel bardzo rzadki i bardzo lekki. Odtąd napady kaszlu coraz bardziej słabły, tak że chory wypisany został 16/XI 94 r. jako zupełnie zdrowy.

Chory kaszląc od tygodnia, przeleżał na oddziale około 9 tygodni, trwał więc koklusz w danym przypadku około 10 tygodni.

PRZYPADEK III. Zosia M., 8½ lat, prawidłowej budowy, przybyła na oddział 12/II 95 r., skarżąc się na częsty i bardzo męczący kaszel z wymiotami. Stan podgorączkowy, T-ra 38,4° P. 96, R. 20. W płucach jak również i w innych narządach nic szczególnego. Białka w moczu nie było. O ile z wywiadów wywnioskować mogłem, miałem do czynienia z kokluszem w 3-im tygodniu st. convulsivi. Zaleciłem 4 razy dziennie 10 kropeł 10% anty-spazminy.

D. 13/II. Stan bez zmiany. Ilość ataków 26 na dobę. Ataki bardzo ciężkie z wymiotami.

D. 15/II. T-ra 38,3° P. 100 R. 20. Ilość ataków do 18 na dobę.

D. 18/II. Stan bezgorączkowy. Ilość ataków do 20 na dobę.

D. 21/II. Ilość ataków spadła do 15 na dobę. Ataki dość ciężkie z wymiotami.

D. 26/II. Ilość ataków 22. Wymioty nie tak częste. Zaleciłem 4 razy dziennie po 15 kropeł.

D. 1/III. Ilość ataków waha się od 12 do 15 na dobę.

D. 8/III. Ilość ataków bez zmiany, ataki są nieco łagodniejsze i bez wymiotów.

D. 15/III. Ilość ataków dochodzi do 12 na dobę.

D. 22/III. Ilość ataków do 7 na dobę. Ataki łagodne.

D. 30/III. Ilość ataków od 6 do 14 na dobę, natężenia średniego.

D. 5/IV. Ataki spadły do 5 na dobę.

D. 12/IV. Ilość ataków waha się od 4 do 8. Ataki słabe.

D. 16/IV. Ilość ataków od 2 do 4 na dobę.

Od tej daty ilość ataków zmniejszała się coraz bardziej; ataki stawały się coraz łagodniejsze, tak że 23/IV 95 r. chora wypisana została jako zupełnie zdrowa.

Chora kaszląc od 3 tygodni, na oddziale przebyła około 9 tygodni, trwał więc koklusz w danym przypadku około 12 tygodni.

PRZYPADEK IV. Maryanna N., 6 lat, dobrej budowy i dobrego odżywienia, przybyła na oddział 2/II 95 r. w początkowym okresie st. convulsivi: kaszle już od 2 tygodni. Stan bezgorączkowy. P. 100 R. 22. W płucach dość znaczna ilość suchych i wilgotnych rzężeń, zresztą nie szczególnego w innych narządach nie znalazłem. Apetyt dobry. Zaleciłem 4 razy dziennie po 10 kropel 10<sup>o</sup>/<sub>o</sub> antyspazminy.

D. 3/II. Stan bez zmiany. Ilość ataków do 30 na dobę; ataki dość silne od czasu do czasu z wymiotami.

D. 10 II. Ilość i natężenie ataków nie uległy żadnej zmianie.

D. 20/II. Ilość ataków dochodzi do 20 na dobę, są one ciężkie i z wymiotami. W płucach rzężeń prawie niema.

D. 28/II. Ilość ataków waha się od 16 do 20 na dobę. Ataki są słabe. Wymioty nie tak częste.

D. 8/III. Ilość ataków dochodzi do 15 na dobę. Ataki są znacznie słabsze.

D. 16/III. Ilość ataków waha się od 12 do 16 na dobę. Ataki są znacznie krótsze i bez wymiotów.

D. 24/III. Stan bezgorączkowy. Ilość ataków do 10 na dobę.

D. 30/III. Ilość ataków od 6 do 13 na dobę. Ataki słabe.

D. 6/IV. Ilość ataków od 4 do 6 na dobę. Ataki bardzo słabe.

D. 12/IV. Ilość ataków do 2 na dobę, które są bardzo słabe.

D. 18/IV. Ilość ataków od 1 do 3 na dobę: ataki są krótkie i słabe.

D. 22/IV. Chora wypisana jako zupełnie zdrowa.

Chora, kaszląc od 2 tygodni, na oddziale przebyła około 10 tygodni, trwał więc koklusz w danym przypadku około 12 tygodni.

PRZYPADEK V. Konstanty B., lat 4, średnio zbudowany i średnio odżywiony, przybył na oddział 3/II 95 r. z kaszlem trwającym już od 3 tygodni po przebytej odrze. Stan bezgorączkowy. P. 104, R. 25. W płucach jak również i w innych narządach nie szczególnego. Zaleciłem 3 razy dziennie po 10 kropel 10<sup>o</sup>/<sub>o</sub> antyspazminy.

D. 4/II. Stan bezgorączkowy. Kaszel dość częsty i silny. Ataki kaszlu kończą się zwykle wymiotami, szczególnie po jedzeniu; miałem więc do czynienia z kokluszem w początkach st. convulsivi.

D. 10/II. Ataki kaszlu częstsze i silniejsze z wymiotami.

D. 20/II. Ataki nie uległy żadnej widocznej zmianie.

D. 28/II. Ataki kaszlu co do częstości pozostały bez zmiany, są tylko słabsze i nie zawsze kończą się wymiotami.

D. 10/III. Chory nie wymiotuje prawie przy kaszlu, który jest łagodniejszy i nie tak częsty.

D. 15/III. Ataki są znacznie słabsze i znacznie rzadsze.

Od tej pory ilość i natężenie ataków coraz bardziej słabły, tak że chory wypisany został 1/IV 95 r. jako zupełnie zdrowy.

Chory, kaszląc od trzech tygodni, przebył na oddziale około 8 tygodni, trwał więc koklusz w danym przypadku około 11 tygodni.

PRZYPADEK VI. Helena K., lat 6, średniej budowy i dobrze odżywiona, przybyła na oddział 22/III 95 r., skarżąc się na kaszel z wymiotami, trwający już od 2 miesięcy. Stan bezgorączkowy; P. 84, R. 18. W płucach nieznaczna ilość rzężeń wilgotnych, zresztą w innych narządach nic nieprawidłowego. Zalecono 3 razy dziennie po 10 kropel 10% antyspazminy.

D. 23/III. Ilość ataków 14 na dobę. Ataki średniego natężenia i niektóre kończą się wymiotami.

D. 30/III. Ataki dochodzą do 11 na dobę i są dość słabe.

D. 7/IV. Ilość ataków waha się między 6 a 11 na dobę. Wymiotów nie notowano.

D. 12/IV. Ilość ataków spadła do 6 na dobę.

Od tej daty ilość i natężenie napadów coraz bardziej słabły, tak że 25/IV 95 r. chora wypisaną została jako zupełnie zdrowa.

Chora kaszląc od 2 miesięcy, przebyła na oddziale miesiąc jeden, trwał więc koklusz w danym przypadku około 3 miesięcy.

PRZYPADEK VII. Ignacy K., brat poprzedniej, 9 lat mający, dobrze zbudowany, przybył na oddział 22/III 95 r., skarżąc się na kaszel, trwający już od 2 miesięcy. Stan bezgorączkowy. P. 84 R. 18. W płucach jak również i w innych narządach nic szczególnego. Zalecono 4 razy dziennie po 10 kropel 10% antyspazminy.

D. 23/III. Ilość ataków—17 na dobę. Ataki są niezbyt silne i nie zawsze kończą się wymiotami.

D. 30/III. Ilość ataków spadła do 11 na dobę. Ataki są dość łagodne. Wymioty bywają rzadko kiedy.

D. 7/IV. Ilość ataków spadła do 6 na dobę.

D. 12/IV. Ataki są bardzo słabe i dochodzą do 4 na dobę.

Od tej pory ilość i natężenie napadów stopniowo się zmniejszały, tak że 25/IV 95 r. chory wypisany został jako zupełnie zdrowy.

Chory, kaszląc od 2 miesięcy, przebył na oddziale miesiąc jeden, trwał więc koklusz w danym przypadku około 3 miesięcy.

PRZYPADEK VIII. Walery D., 5½ lat, przybył na oddział 30/VII 95 r., skarżąc się na kaszel, trwający już od 3 tygodni. Stan bezgorączkowy. W płucach rżenia rozrzucone; w innych narządach nic szczególnego. Zaleciłem 3 razy dziennie po 10 kropel 10% antyspazminy.

D. 31/VII. Puls 84. R. 20. Kaszel częsty i dość silny z wymiotami. Ataków około 20 na dobę.

D. 4/VIII. W płucach nieznaczna ilość rżeń. Kaszel również częsty i również silny. Wymioty rzadsze.

D. 12/VIII. Kaszel nie tak częsty, ataki nieco słabsze. Wymiotów prawie nie było.

D. 20/VIII. Kaszel częstszy, ataki zato słabsze.

D. 28/VIII. Kaszel mniej częsty i nie tak męczący.

D. 6/IX. Kaszel znacznie łagodniejszy: ataki krótsze i nie męczące.

Odtąd napady kaszlu coraz bardziej słabły, tak że chory został 15/IX 95 r. wypisany jako zupełnie zdrowy.

Chory, kaszląc od 3 tygodni, przebył na oddziale około 6 tygodni, trwał więc koklusz w danym przypadku około 9 tygodni.

PRZYPADEK IX. Joanna D., 13 lat, dobrze zbudowana, przybyła na oddział 7/II 96 r., skarżąc się na kaszel, trwający już od 5 tygodni po przejściu odry. Stan bezgorączkowy. W płucach jak również i w innych narządach nic szczególnego. Zaleciłem 4 razy dziennie po 15 kropel 10% antyspazminy.

D. 8/II. Puls 80. R. 18. Kaszel niebardzo częsty, ale zato silny. Ataków było około 15 przez dobę i niektóre kończyły się wymiotami.

D. 15/II. Puls 84 R. 20. Ilość ataków spadła do 13; ataki są nie tak częste i nie tak silne. Wymioty rzadsze.

D. 20/II. Ilość ataków waha się od 5 do 8 na dobę; ataki są dość słabe i bez wymiotów.

D. 28/II. Ilość ataków spadła do 2 — 4 na dobę. Ataki są krótkie i słabe.

Od tej daty i ilość, i natężenie ataków słabły, tak że chora wypisała się 4/III 96 r. jako zupełnie zdrowa.

Chora, kaszląc już od 5 tygodni przebyła na oddziale około 4 tygodni, trwał więc koklusz w danym przypadku około 9 tygodni.

PRZYPADEK X. Jadwiga S., 6½ lat, średniej budowy, odżywienia dobrego, przybyła na oddział 24/XII 96 r., skarżąc się na kaszel męczący i częsty, który trwa już od tygodnia po przebyciu odry. Stan podgorączkowy, T-ra 38,6° P. 94 R. 20. W płucach jak również i w innych narządach nic szczególnego. Rozpoznałem stad. initiale koklusu i zaleciłem 3 razy dziennie po 10 kropel 10% antyspazminy.

D. 25/XII. Stan bez zmiany. Kaszel silny i częsty. Ataków 26 na dobę.

D. 30/XII. Stan bezgorączkowy. Kaszel tak co do siły, jak i częstości ten sam, z tą tylko różnicą, że chora zaczyna wymiotować przy kaszlu.

D. 8/I 96 r. Stan ten sam. Ataki kaszlu kończą się zawsze wymiotami.

D. 14/I. P. 96 R. 30. Kaszel nie uległ żadnej zmianie. Chora przy kaszlu wymiotuje, aczkolwiek rzadziej, ale zato nierazze krwią.

D. 20/I. Kaszel nie tak częsty i nie tak silny. Jeden raz wymioty.

D. 25/I. Kaszel łagodniejszy. Jeden raz wymioty.

D. 30/I. Kaszel łagodniejszy, choć dość częsty (18 ataków na dobę), ale zato bez wymiotów.

D. 5/II. Kaszel słabszy bez wymiotów. Ataków 16 na dobę.

D. 10/II. Ilość ataków 10 na dobę.

D. 15/II. Ilość ataków 6 na dobę.

D. 25/II. Chora prawie zupełnie nie kaszle.

Odtąd ilość i natężenie ataków coraz bardziej słabły, tak że chora wypisaną została 10/III 96 r. jako zupełnie zdrowa.

Chora, kaszląc od tygodnia, przebyła na oddziale 9½ tygodni, trwał więc koklusz w danym przypadku około 10½ tygodnia.

Zestawiając przebieg koklusu w wyżej przytoczonych przypadkach, widzimy, że koklusz co do czasu trwał od 9 do 12 tygodni i że natężenie jak również i liczba napadów kaszlu ulegały pewnemu wpływowi podawanej antyspazminy. Z tego powodu przychodzę do wniosku, że:

1) Antyspazmina specyfikiem przeciwko kokluszowi nie jest,

2) Antyspazmina, nie wywierając bardzo wielkiego wpływu na częstość, niewątpliwie wpływa na osłabienie siły ataków kokluszowych i



3) Antyospazmina żadnego ubocznego działania na organizm nie wywiera.

Wogóle przyszedłem do przekonania, że zachwalany wpływ antyospazminy jest co najmniej przesadzony, gdyż nie wpływa ona zupełnie na skrócenie koklusu; przynajmniej tak było w przypadkach, spostrzeganych przezemnie; na natężenie zaś i ilość ataków choć wywiera wpływ widoczny, ale nie tak bardzo znaczny. Niedogodną stroną stosowania antyospazminy stanowi jeszcze i ta okoliczność, że jest to środek bardzo drogi, co czyni prawie niemożliwym stosowanie w praktyce biedniejszej i to, jak widzieliśmy wyżej, przez czas dość długi.

Korzystając ze sposobności, przytoczę choć w kilku słowach wynik stosowania przy koklusu i innych środków; nie chcąc jednak nadużywać cierpliwości czytelnika, ograniczę się tylko na przytoczeniu ostatecznego wyniku, do jakiego doszedłem.

*Zincum oxydatum album cum extracto belladonnae* — stosowałem u 10 chorych w wieku od 2 do 12 lat w dawce następującej: 2—3 grana zinci i  $\frac{1}{12}$  extr. belladonnae. Proszków takich dawałem do 4 lat po 2 — 3, a starszym po 3 — 4 dziennie. Przebieg koklusu w tych przypadkach był wogóle dość łagodny, bez żadnych poważniejszych komplikacyj i trwał od 8 do 11 tygodni. Dodatkowo działanie było takie tylko, że podawane proszki osłabiały poniekąd natężenie samego napadu i zmniejszały częstość upadków, żadnego jednak specyficznego działania na koklusz nie wywierały. Ubocznych działań nie zauważyłem.

*Zincum oxydatum album per se* stosowałem w 25 przypadkach w wieku od 2 do 9 lat. Przebieg koklusu w 23 przypadkach był zupełnie dobry, w 2 zaś, w skutek przyłączenia się zapalenia płuc zrazikowego w jednym, a gruźliczego w drugim, nastąpiła śmierć. Koklusz trwał od  $8\frac{1}{2}$  do 11 tygodni. Przy stosowaniu tego środka nie mogłem również dostrzedz wielce dodatniego wpływu na samą chorobę, prócz tylko tego, że częstość i natężenie ataków cokolwiek słabły. Środek ten oddawał mi szczególnie dobre usługi u kokluszowych, cierpiących jednocześnie i na enteritis, gdyż wtedy i samo cierpienie przewodu pokarmowego dość szybko ustępowało, co jest dość ważną rzeczą dla dziecka i bez tego męczącego kaszlem i wymiotami.

*Terpinhydrat* stosowałem w 15 przypadkach w wieku od 2 do 5 lat i w dawkach od 3 do 5 gran 3—4 razy dziennie, stosownie

do wieku chorych. Przebieg był dość łagodny; koklusz trwał od 7 do 10 tygodni. Działania ubocznego nie spostrzegalem, chyba to tylko, że ilość wydzielanego moczu zwiększała się dość dużo, białka zaś ani krwi w moczu nie zauważyłem ani razu. Wogóle stosowanie terpinhydrat'u dawało mi wcale zachęcające wyniki, szczególnie w tych przypadkach, gdzie miałem do czynienia z zapaleniem oskrzeli, albo zapaleniem płuc kataralnym przy kokluszu. Przypuszczam, że dodatnie działanie tego środka polegało na własnościach wykrztuśnych i moczopędnych, co sprzyjało poprawie stanu chorobowego w płucach resp. samego kokluszu.

*Natrium bromatum* w dawkach od 3 do 5 gran 2—3 razy dziennie zalecałem w 5 przypadkach w wieku od 2 do 6 lat. Przy stosowaniu tego środka zauważyłem, że wpływa on znakomicie na zmniejszenie natężenia napadów. Nieraz koklusz z bardzo silnymi napadami, ze skurczem głośni szybko się poprawiał po kilkodniowym stosowaniu bromu w dość dużych dawkach: napady stawały się nie tak częste i nie tak męczące. Koklusz trwał od 7 do 9 tygodni.

*Antipyrinę* stosowałem w 8 przypadkach w wieku od 3 do 6 lat w dawce od 2—3 gran 3 — 4 razy dziennie. Przy stosowaniu tego środka zauważyłem, że ilość i natężenie napadów zmniejszały się, ale, niestety! nie we wszystkich przypadkach na długo: niektóre z dzieci widocznie prędko się przyzwyczajały do środka i trzeba było w celu wywołania efektu albo bardzo powiększać dawkę, co nie zawsze można, albo uciekać się do środka innego. Koklusz trwał od 6 do 11 tygodni.

*Antipyrinę z kodeiną* stosowałem w 15 przypadkach w wieku od 3 do 5 lat. Przebieg kokluszu był bardzo łagodny i trwał od 6 do 9 tygodni. Przy stosowaniu tego środka zauważyłem niewątpliwie dodatni wpływ na natężenie i częstość napadów: ostatnie uie były tak częste i tak silne. Zadawałem zwykle po 2—3 grany antipyriny i po  $\frac{1}{10}$  —  $\frac{1}{8}$  grana kodeiny po 3 — 4 proszki dziennie, zależnie od wieku chorych i natężenia samego kokluszu.

*Wreszcie ze środków antyseptycznych* stosowałem pędzlowanie gardzieli i krtani sublimatem (1‰) w 5 przypadkach w wieku od 3 do 5 lat. Pędzlowania te wykonywałem raz dziennie w przeciągu trzech tygodni, starannie notując ilość i natężenie napadów. Otóż przyszedłem do wniosku, że pędzlowania w moich przypadkach nie wywierały żadnego dodatniego wpływu na sam koklusz, a nawet przeciwnie bezpośrednio zaraz po zapędzlowaniu najczęściej występował napad kokluszu, który się zazwyczaj kończył wymiotami. Wobec tego zaniechałem pędzlowania i wspomniane przypadki leczyłem środkami innymi, do czego mnie zmusiły po części i zauwa-

żone w 2 ciężkich przypadkach, gdzie wskutek tego były robione dwukrotne pędzlowania na dobę, objawy zatrucia rtęcią, jak *gingivitis et salivatio*.

To są mniej więcej wyniki wpływu środków, używanych przezemnie w kokluszu. Żaden z nich, jak widzimy, nie okazał się specyfikiem przeciwko kokluszowi, ale za to niektóre niewątpliwie wpływały na zmniejszenie częstości i siły napadów kokluszowych. Jedno, co jeszcze zauważyłem, to mianowicie, że niedobrze jest przy leczeniu koklusu trzymać się wyłącznie jednego tylko środka, gdyż system taki, czy to wskutek przyzwyczajania się organizmu, czy też wskutek innych powodów, nie prowadzi tak prędko do celu, jak przy kuracji kilkoma środkami. Od dłuższego czasu stosuję z niezłym powodzeniem na oddziale kurację następującą. Upewniwszy się co do rozpoznania, gdyż są cierpienia w zupełności symulujące koklusz (gruźlica płuc, gruźlica gruczołów oskrzelowych i t. p.), zwracam uwagę na fazę koklusu i powikłania.

Przy kokluszu in stadio convulsivo przy silnem natężeniu napadów zalecam brom w sporych dawkach; po kilku dniach, otrzymawszy pewne osłabienie natężenia, przechodzę najchętniej do antypyryny z kodeiną, a w razie gorączki przy t. zw. *tussis inflammatoric* do antypyryny samej. Jeżeli zaś mam koklusz powikłany zapaleniem oskrzeli, albo zapaleniem płuc kataralnym, to stosuję oprócz zwykłych w podobnych razach zabiegów (okład ciepły, wykrztuśne) i terpinhydrat, który mi w podobnych przypadkach niewątpliwie usługi oddawał.

Prócz tego zwracam szczególną uwagę na częste przewietrzanie oddziału, częstą zmianę bielizny, pościeli i wogóle warunki higieniczne.

Przy tego rodzaju postępowaniu otrzymuję znaczne osłabienie siły napadów i, jeżeli już nie skracam czasu trwania samego koklusu, to przynajmniej unikam powikłań poważniejszych, często bardzo zgubnych dla zdrowia dziecka.

Z wyżej przytoczonego przychodzę do wniosku, że, nie mając specyfiku przeciwko kokluszowi, zmuszeni jesteśmy pozostać i nadal przy leczeniu czysto objawowem. Z drugiej jednak strony dowiedzioną jest prawie rzeczą, że koklusz jest niezaprzeczenie chorobą infekcyjną, wywoływaną przez swoisty zarazek i z tego powodu otwierającą wdzięczne bardzo pole dla bakterjologii, która powinna nam dostarczyć w niedalekiej przyszłości surowicy swo-

istej, jakiej już dostarczyła przeciwko niektórym chorobom infekcyjnym.

Że nasze wymaganie nie jest mrzonką, dowodzi tego choćby doniesienie, o którym dowiedziałem się już po napisaniu pracy niniejszej z *la Semaine Medicale* Nr. 23, *d-ra Kélaïdité's'a*, który już otrzymał surowicę antykokluszową (szczepiąc psom płwocinę kokluszowych) i stosował ją w 12-stu przypadkach z wielkim powodzeniem.

A zatem miejmy nadzieję, że z czasem, a może i w bardzo niedalekiej przyszłości, będziemy, dzięki bakterjologii, rozporządzali równie dzielnym środkiem przeciwko kokluszowi, jakim już dzisiaj rozporządzamy przeciwko dyfterytowi.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologia i medycyna wewnętrzna.

259. **Enrico Reale. Przepłukiwanie żołądka roztworem lapisu.** („*Ueber Ausspülung der Magens mit Lapislösung.*”) *Wiener medic. Wochenschr.* Nr. 15, 16, 17, 18.

Przepłukiwanie żołądka roztworem lapisu jest dość dawno znane i, zwłaszcza w przypadkach wrzodu okrągłego żołądka uważano zabieg ten za jeden z lepszych środków. Według Trousseau'a wartość lecznicza przepłukiwań polega na bezpośrednim miejscowym działaniu na powierzchnię wrzodu;—nowsze poglądy przypisują większe znaczenie ogólnemu wpływowi, jaki srebro wywiera na błonę śluzową żołądka.

W klinice prof. Renzi'ego w Neapolu przepłukiwania lapisem są stosowane systematycznie nie tylko we wrzodzie żołądka, lecz i w innych cierpieniach żołądkowych; otrzymane wyniki przemawiają wielce za większym, niż dotąd, rozpowszechnieniem tego zabiegu. Odpowiednie sprawozdanie kliniczne obejmuje 11 przypadków, w liczbie których 9 dotyczyło przewlekłego nieżytu z niedomogą ruchową żołądka i wynikającym z tego niedostatecznym wydzielaniem kwasu solnego (hypochlorhydria), dwa przypadki prócz tego połączone były z uporczywymi wymiotami i fermentacją. W dziesiątym przypadku przepłukiwania stosowano w przypadku choroby Reichmann'a, w jedenastym w raku żołądka. Wogóle w żadnym z tych przypadków nie zauważono jakiejś szczególnej

nietolerancyi ustroju względem łapisu, jeżeli używane roztwory nie były za mocne. Najlepiej nadają się roztwory, poczynając od 0,3‰; dawkę należy codziennie podwyższać o 0,1 grama, aż do 2,0 gramów na litr wody. Przy używaniu mocniejszych roztworów chorzy często skarżyli się na palenie w dołku. We wszystkich przypadkach zauważono, że działanie jest nietylko miejscowe, lecz, przeciwnie, ma więcej ogólny charakter. Ruchowa czynność żołądka już po tygodniu leczenia znacznie się poprawiła, żołądek dzięki temu nie zawierał zbyt dużej ilości niestrawionych pokarmów, jak to zwykle ma miejsce przy rozszerzeniu i atonii żołądka. Przepłukiwania oddziałują korzystnie na wydzielanie się kwasu solnego tam, gdzie ono jest upośledzone, zmieniając jednocześnie stosunek kwasu wolnego do związanego. Ogólna ilość wydzielanego kwasu pod wpływem łapisu przeciętnie dawała się podnieść o 0,39‰, zmniejszając jednocześnie mniej więcej o 0,1‰ ilość wolnego kwasu na korzyść związanego. W przypadkach, gdzie choroba była połączona z wymiotami, które tylko za pomocą morfiny można było do pewnego stopnia wstrzymać, już po kilku przepłukaniach następowało znaczne polepszenie, często zaś wymioty zniknęły zupełnie. Prócz tego zauważono, że leczenie roztworami łapisu wywiera bardzo korzystny wpływ na ogólny stan chorych: waga ciała podczas leczenia podnosiła się przeciętnie o 200 gramów dziennie, często zaś jeszcze więcej. Za pomocą dynamometru stwierdzono również poprawę sił. Subiektywne objawy, jak nerwowość, nastrój hypochondryczny chorych wogóle wyraźnie ustępowały. W przypadku choroby Reichmann'a przepłukiwania nie dały tak dobrych wyników, zauważono tylko podniesienie się dość znacznej wagi ciała. O ile się zdaje, zastrzykiwania atropiny są w tym razie skuteczniejsze. W raku żołądka, naturalnie, może być mowa o chwilowej tylko poprawie. Wogóle, przepłukiwania roztworem łapisu, (0,25 — 2,0 na litr) stosowane przez czas dłuższy należy uważać za wskazane w przewlekłych niezytach żołądka, połączonych ze zmniejszonym wydzielaniem kwasu solnego i z niedowładem ruchowym. W tych razach przepłukiwania łapsem działają specyficznie na błonę śluzową żołądka, jako środek antyseptyczny; również dodatnio wpływają na unerwienie żołądka.

Z. Kujawski.

---

260. Dr Testevin. **O leczeniu krwawej biegunki.** (*La Semaine Medicale* 1896 Nr. 24).

Autor podczas ostatniej epidemii krwawej biegunki, stosował nie bez pomyślnych rezultatów następujący sposób leczenia: przedewszystkiem starał się zwalczyć nadzwyczajną częstość wypróżnień za pomocą podskórnych wstrzykiwań morfiny

(0,005 na dawkę), powtarzanych kilkakrotnie, przy jednoczesnem zastosowaniu ciepłych kataplazmów na bolesne miejsca brzucha. Do wewnątrz przez kilka dni, a czasem dłużej (stosownie do przypadku—łżejszego, lub cięższego) dawał kalomel (0,6 gr. w ciągu dnia). Kiedy po pewnym przeciągu czasu wypróżnienia zabarwione były kałowo, zamiast kalomelu podawano chorem mieszanię z 4—8 grm. magister. bismuthi, 1 do 2 grm. salolu z 10 — 15 kroplami opium; wyżyć w ciągu 34 godzin.

Leczenie miejscowe polegało na stosowaniu ławatyw, według formułki:

Rp. Kreosoti 1,0  
Tinct opii gtt. X  
Mleka surowego lub gotowanego 20,0.

Mieszanię tę wlewa się do 200,0 wody przegotowanej ciepłej. S. 3 takie ławatywy w ciągu 24 godzin. Przed każdą ławatywą należy oczyścić kiszkę za pomocą irygatora z dodaniem do ciepłej wody kwasu bornego i salicylowego. Ławatywy z kreozotu działają antyseptycznie, wstrzymują krwawienie i uśmierzają ból. Ażeby ławatywy osiągnęły pożądaný skutek, trzeba choremu zalecić jak najdłużej zatrzymywać zawartość tychże. Minimum czasu d-r T. oznacza przeciąg 3-ch godzin. W razie dużej wrażliwości kiszki, przed ławatywą trzeba stosować czopki z belladonny lub kokainy. W bardzo ciężkich przypadkach d-r T. łączył ławatywy z kreozotu z ławatywami z azotanu srebra.

Stany zapaści (collapsus) zwalczane były za pomocą kąpieeli ciepłych, synapizmów na łydki, podskórnych wstrzykiwań sparteiny, kofeiny, eteru etc.

Z 36 przypadków krwawej biegunki, leczonych w powyżej podany sposób, 5-ciu zmarło.

Co do natężenia choroby: 11 przypadków lekkich; 15 średniej siły, a 10 bardzo ciężkich.

J. Wojciechowski.

261. J. Boas. **O niezycie kiszki, spowodowanym przez ameby:**  
(*Ueber Amöbenenteritis. Deutsche medicin. Wochenschrift, Nr. 14.*)

Kartulis zwrócił pierwszy uwagę na istniejący do pewnego stopnia związek przyczynowy pomiędzy chorobami kiszki, zwłaszcza krwawą biegunką, a amebami, opierając się nietylko na stwierdzeniu obecności ameb w kale i w owrzodzeniach dyzenterycznych kiszki, lecz także na przypadkach częstego napotykania tych pierwotniaków w dyzenterycznych wrzodach wątroby, wreszcie na dodatnich próbach wywoływania odpowiedniej choroby u zwierząt. Wielu klinicystów jest tego zdania, że w kale zdrowych ludzi bardzo często również znajdują się ameby, zwłaszcza przy wzmo-

żonej perystaltyce kiszek; w niezakaźnych i w różnych chorobach zakaźnych napotykanę w kale ameby są czysto przypadkowymi i zupełnie niewinnymi pasożytami, które z etyologią danych chorób nie mają zgoła nic wspólnego. Wreszcie podług innych, jak Kruse i Pasquale — ameby dopiero wspólnie z bakteriami mogą wywierać chorobotwórcze działanie i to niektóre tylko gatunki ameb, większość zaś zachowuje się zupełnie obojętnie.

Jako przyczynek do tej kwestyi Boas podaje dwie własne obserwacje, które do pewnego stopnia przemawiają za chorobotwórczem znaczeniem ameb.

Pierwszy przypadek Boasa dotyczy 32-letniej kobiety, chorej przez lat trzy na przewlekły katar kiszek, nabyty jakoby wskutek używania złej wody do picia. Chora w stosunkowo krótkim czasie straciła wiele na wadze, dzięki nieustannej bieguncce, przy jednoczesnym upadku sił i zupełnym braku apetytu. Wypróżnienia miały wygląd i barwę zupy grochowej, odczyn alkaliczny i niejednokrotnie badane, zawsze zawierały duże ilości ameb w różnych postaciach, mianowicie w stanie ruchomym, nieruchome i w stanie t. zw. otorbienia. Przeciętna ich wielkość wynosiła 15—25  $\mu$ , kształt kulisty, prócz tego mocno załamywały światło, dawały się dobrze barwić według sposobu Gramm'a lub safraniną, albo wezuwiną. Częstki kału wraz z amebami, wprowadzone do odbytnicy kotów nie wywoływały żadnych chorobliwych objawów. Przy stosowaniu kalomelu lub przemywań roztworem lapisu ameby znikaly, po pewnym czasie zjawiały się znów jednocześnie z ogólnem pogorszeniem się stanu chorej. W drugim przypadku 39-letnia chora na gruźlicę miała prócz tego trwającą przez lat pięć biegunkę. Wypróżnienia podobne do poprzednio opisanych, zawierały stale również duże ilości ameb, trochę mniejszych od pierwszych (10—15  $\mu$ ), zresztą, jak w pierwszym, tak samo i w tym przypadku napotymano kilka odmian ameb. Leczenie i w tym razie nie dawało długotrwałych dodatnich wyników.

Prócz tych dwóch przypadków był badany kał 43 zdrowych ludzi i z tej liczby u 12 stwierdzono w kale obecność ameb lub bardzo do nich podobnych tworów, — wogóle jednak w ilości o wiele mniejszej, niż w przypadkach nieżyty kiszek lub krwawej biegunki. Ponieważ materiał, na którym robione były badania jest za mały, aby można było oprzeć na nim jakieś pozytywne orzeczenie co do roli i znaczenia ameb wogóle, wyraża autor swe zapatrywania na daną kwestyę w postaci hipotezy, że większe ilości ameb, napotykanę w kale mają patologiczne znaczenie, choćby w tym sensie, że w pewnych warunkach niewinne pasożyty mogą nabrać chorobotwórczych własności, co zresztą w bakteryologii jest rzeczą znaną. Co się zaś tyczy nieżyty kiszek, to należy przypuszczać, że istnieje pewna postać, odznaczająca się uporczywością i ulegająca łatwo nawrotom, w której za główny czynnik przyczynowy uważać trzeba ameby.

Dokładne badania nad biologią ameb i większe niż dotąd liczenie się z niemi w spostrzeżeniach klinicznych mogą jedynie tę kwestyę ostatecznie rostrzygnąć.

*Z. Kujawski.*

262. D-r B u m. **O mechanicznem leczeniu zaburzeń krążenia.**  
(*Wien. Med. Pr. N-r 8, 9, 1896*).

Zaburzenia krążenia w chorobach serca są pochodzenia przede wszystkim mechanicznego: zmniejszenie ciśnienia w tętnicach, zwiększenie go w żyłach, zastoina w naczyniach włosowatych i w małym krążeniu są wyrazem niedomogi serca. To też leczenie mechaniczne powinno polegać na zmniejszeniu zastoiny, usunięciu przeszkód w krążeniu i wzmocnieniu mięśnia sercowego.

Wiadomo, że pracujący mięsień podlega przekrwieniu; ilość krwi w nim zawarta w czasie pracy podwaja się, rozumie się, kosztem innych narządów, w których przeto zmniejsza się zastój. Ponieważ mięśnie stanowią połowę wagi ciała, przeto przekrwienie ich podczas działania znacznie ułatwia obieg w innych narządach. Z drugiej strony pewne bierne położenie członka (np. ręki do góry) ułatwia odpływ żyłnej krwi do serca. Dlatego też gimnastyka szwedzka, masaż i wogóle zabiegi mechaniczne ułatwiają krążenie. Prócz tego w pracującym mięśniu odbywa się szybsza przemiana materii, wytwarza się więcej kwasu węglowego, który sprowadza przyspieszenie oddechu na drodze odruchowej i wzmoczenie ciśnienia wewnątrz-oskrzelowego, które pobudza działalność serca. To ostatnie zjawisko, trwające zazwyczaj niezbyt długo, sprowadza podniesienie ciśnienia tętniczego, zmniejszenie przeszkody w naczyniach obwodowych i przyspieszenie krążenia w naczyniach włosowatych, które ma miejsce nawet wtedy, gdy ciśnienie i działalność serca znacznie osłabną.

Przy masażu, ruchach biernych i t. d. opór, jaki mięśnie stawiają przy wykonywaniu tych rękoczynów, jest dostatecznym bodźcem, aby sprowadzić przyspieszenie oddechu i jego następstwa. Jeżeli jednak dołączymy do tego zabiegu głębokie oddechanie oznaczoną ilość razy na minutę, to wyniki będą jeszcze lepsze, ponieważ odpływ krwi żyłnej do serca znacznie się zwiększy (dzięki ssącemu wpływowi klatki piersiowej przy głębokim oddechu).

Mięsienie klatki piersiowej w okolicach serca i pleców wywiera wpływ tonizujący na mięsień sercowy: tętno staje się wolniejszym i pełniejszym.

Do tego mechanicznego leczenia chorób serca zbliża się trochę metoda Oertel'a, polegająca, jak wiadomo, na ograniczeniu ilości wypijanych płynów, chodzeniu po pochyłych płaszczyznach i działaniu na mięsień sercowy za pomocą masażu i głębokiego oddechania. Pierwszy zabieg jest uzasadniony i może mieć znaczenie jedynie, jeśli chodzi o powstrzymanie się od nadużycia piwa. Dwa inne zabiegi mają na celu toż samo, co leczenie mechaniczne, lecz grzeszą niedostatecznym unormowaniem pracy i wypoczynku mięśnia sercowego przy wchodzeniu na góry.

Leczenie mechaniczne jest wskazane: 1-o we wszystkich wadach zastawkowych, 2-o w przerości i rozszerzeniu serca, 3-o przy przewlekłym zapaleniu mięśnia sercowego, 4-o otłuszczeniu, 5-o w ner-



wicach serca i 6-o w stwardnieniach naczyń. Przeciwwskazaniem jest to leczenie w tętniakach aorty, znacznem zwyrodnieniu serca i rozległych zmianach w naczyniach.

Zaczyna się zawsze od najprostszych zabiegów mięsienia i biernych ruchów i stopniowo przechodzi się do bardziej złożonych.

W. Miklaszewski.

263. R. Lepine. **Przemywanie krwi.** (*Le lavage du sang. La Semaine Medicale. Nr. 30, 1896.*)

Wlewania wewnątrzylne roztworu soli już od dość dawna znane są w medycynie. Zabieg ten leczniczy stosowano bądź to w celu zaradzenia zbytnej utracie płynów (cholera), bądź to w celu szybkiego, zresztą względnego, przywrócenia ogólnej masy krwi i jej ciśnienia. Znacznie rzadziej stosowano je przy bezkrwistości przewlekłej (raz jeden autor otrzymał dodatni rezultat). We wszystkich tych przypadkach wprowadzano umiarkowaną ilość płynu. Dopiero klasyczne badania Dastre i Loye <sup>1)</sup> wykazały kategorycznie, że można bezkarnie wprowadzać do ustroju zwierzęcego znaczne ilości fizyologicznego roztworu soli, przechodzące nawet  $\frac{2}{3}$  ogólnej wagi zwierzęcia, z tym jednak warunkiem, by wlewania te odbywały się powoli i z zachowaniem wszelkich prawideł antyseptyki. Krótko mówiąc, dla fizyologicznego roztworu soli niema dawek toksycznych, istnieje tylko, jeżeli można się tak wyrazić, szybkość toksyczna. Ta ostatnia przez autorów określona została np. dla królika przez 3 ctm.<sup>3</sup> na minutę i 1 kilgm. wagi zwierzęcia, dla psa—0,7 ctm.<sup>3</sup>. Naturalnie, nerki przytem winny być zupełnie zdrowe, w przeciwnym razie zwierzęta bardzo szybko giną. Śmierć również następowała, gdy stosowano wlewania po uprzednim zachloroformowaniu.

Następnie Dastre i Loye stosowali przemywanie krwi zwierzętom, którym uprzednio zastrzyknięto różne toksyny. Zwierzęta podzielono na dwie kategorie: jedna kategoria służyła dla kontroli, drugiej zaś zrobiono przemywanie krwi. Otóż okazało się, że zwierzęta ostatniej kategorii ginęły daleko prędzej, niż pierwszej. Ujemne te rezultaty nie zniechęciły jednak klinicyków. Niedawno Sahli <sup>2)</sup> (Bern) ogłosił 3 przypadki, w których stosował

<sup>1)</sup> Dastre i Loye. *Le lavage du sang* (Arch. de physiol. 1888 p. 93 i 1889 p. 253. *Le lavage du sang dans les maladies infectieuses.* — *Semaine Med.* 1889 p. 117).

<sup>2)</sup> Sahli. *Ueber Auswaschung des menschlichen Organismus und über den Werth und die Methoden der Wasserzufuhr in Krankheiten.* Corr. Blt. f. Schw. Aertz. 1 sept. 1890 p. 545. *Du lavage interne i t d. Sem. Med.* 1890 Annex p. CLXX. *Ueber Auswaschung des mensch. Organism. und die Bedeutung der Wasserzufuhr in Krankheiten.* Samml. kl. Vorträge 1890 N. 11.

przemywanie krwi: jeden z tych przypadków tyczy się napadu mocznicy, gdzie niebezpieczeństwo śmierci jedynie dzięki podskórnym wlewaniom fizyologicznego roztworu soli zostało usunięte, dwa zaś ostatnie odnoszą się do duru brzuszego: mężczyźnie 34-letniemu, w 4 tygodniu choroby, z odleżynami na kości krzyżowej, na którego ujemnie oddziaływały zimne kąpiele, zastosowano podskórne wlewanie tegoż roztworu w ilości 1000 ctm.<sup>3</sup> przez 5 dni z rzędu; w kilka dni potem pacjent był na drodze do rekonwalescencji; w innym przypadku z dodatnim skutkiem zastosowano ten zabieg u mężczyzny 55-letniego. Wobec powagi i doświadczenia Sahli'ego Lépine przypuszcza, że przemywanie krwi w pewnych przypadkach mocznicy i duru brzuszego może oddać usługi. Jaki jest sposób działania tego zabiegu? Lépine mniema, że musi być dość skomplikowany; Sahli twierdzi, że diureza nie tłumaczy nam wszystkiego, gdyż widział poprawę wprzód, nim pierwsza wystąpiła; niewątpliwie wprowadzona w znacznej ilości ciecz musi rozcieńczać znajdujące się w organizmie toksyny. W ostatnich czasach, szczególnie chirurdzy, stosowali przemywanie krwi, lecz z tych spostrzeżeń, pomimo interesu, jaki przedstawiają, nie można jeszcze wyprowadzić żadnych pozytywnych wniosków. Przy zatruciu strychniną Chassevant, stosując przemywanie krwi, otrzymywał dodatni rezultat li tylko wtedy, gdy nie wystąpiły jeszcze objawy ze strony układu nerwowego; Lépine otrzymał taki sam wynik w cukrzycowym zapadzie (coma diabeticum). Wątpliwych również rezultatów można się spodziewać od tego zabiegu w cierpieniach nerek. Sahli wprowadził widział wyzdrowienie w jednym przypadku mocznicy. Lépine jednak w licznych tego rodzaju przypadkach otrzymywał zawsze ujemne wyniki.

Według autora jest to zupełnie naturalne, gdyż samo wchłanianie obfitej ilości płynu nie może wystarczyć, gdy brak—odpowiedniej sprawności wydzielniczej. Zresztą może zachodzi i ta ewentualność, że, pomimo obfitego wydzielania się płynu z organizmu, toksyny mogą nie być wydalane; widzimy to zjawisko np. w zapaleniu nerek śródmiąższowem, gdzie mocznica może nastąpić, choć ilość moczu dosięga w tem cierpieniu kilku litrów.

Autor, przytaczając te fakty, zastrzega się, by miał być niechętnym przemywaniu krwi; przeciwnie, biorąc pod uwagę względną nieszkodliwość tego zabiegu, przypuszcza, że może on oddać usługi nawet w tych razach, gdy inne metody mają mało widoków na pomyślny wynik. Czyni to jednak dla tego, by uchronić lekarzy praktyków od mogącego ich spotkać w tym względzie zawodu.

W końcu podaje autor kilka uwag co do techniki tego zabiegu. Fizyologiczny roztwór soli można wprowadzać bądź bezpośrednio do żył, bądź pod skórę, najczęściej brzucha. Podskórny sposób jest prostszy w wykonaniu i używa się, gdy mamy zamiar wprowadzać umiarkowaną ilość płynu. Jak roztwór, tak i naczynia powinny być absolutnie wysterylizowane; płyn należy wprowadzać powoli i w tym celu naczynie z płynem nie powinno być zbyt wysoko umocowane, a trójgraniec winien być dostatecznie

cienki. Przy wlewaniu nie więcej, niż 1 litra na godzinę, unika się tworzenia na miejscu wlewania bolesnego guza. Temperatura płynu powinna być równą ciepłocie ciała. Co się tyczy kwestyi, czy wlewania roztworu soli o niższej temperaturze mogą wywoływać gorączkę<sup>1)</sup>, to autor nie daje kategorycznej odpowiedzi, zaznacza jednak, że spostrzegał gorączkę u psa po wewnątrz-żylnem wlewaniu tego roztworu o temperaturze kilka stopni niższej od normalnej. Zwykle wlewają roztwór soli o 7‰, Malassez radzi wprowadzać 1‰ roztwór. Dastre niedawno podniósł sprawę zamiany t. zw. fizyologicznego roztworu soli na inny, któryby więcej oszczędzał białe ciała krwi. Jakikolwiek jednak roztwór wlewalibyśmy, zawsze musimy, konkluduje autor, pamiętać, by był możliwie nieszkodliwy dla organizmu.

W. Cennère.

264. D-r Herman Schlesinger (Wiedeń). **O leczeniu gruczołem tarczowym.** (*Wien. Med. Pr. Nr. 12, 1896.*)

Na jednym z posiedzeń Wiedeńskiego Towarzystwa Lekarskiego, autor zdawał sprawozdania z badań swych nad działaniem wyciągu z gruczołu tarczowego, przeprowadzonych na klinice wewnętrznej Schrötter'a.

Z preparatów używano prawie wyłącznie tabletki angielskie. Autor ostrzega przed szablonowem stosowaniem tej metody. Chory byli starannie wybierani, pacjenci z białko i cukromoczem byli wykluczeni, ponieważ zauważono już niejednokrotnie zjawianie się cukru i białka w moczu po użyciu tyreoidyny. Przeciwwskazanie stanowią również: nieprawidłowa czynność serca, znaczne wychudnięcie i charłactwo. Sposób użycia preparatu podaje S. następujący: W początkach leczenia daje się dziennie po jednej tabletkę. Bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia oznacza się dokładnie wagę chorego, następnie sprawdza się ją co 3 — 4 dni w czasie kuracyi. Spadek wagi nie powinien przewyższać ½—1 klgrm. na tydzień, w przeciwnym razie powinno się dawkę zmniejszyć do pół tabletki dziennie lub też dawać po 1-ej co drugi dzień. W razie zjawienia się białka w moczu lub substancyj redukujących, przerywa się kurację natychmiastowo. Dawkę zwiększa się jedynie w tym przypadku, gdy waga zmianie nie ulega. Najwyższa dawka, jaką na klinice Schrötter'a stosowano, wynosiła 3 tabletki dziennie. W razie, gdy preparat działać już przestaje, wstrzymuje się go na czas pewien; poczem stosuje się znowu z tym samym co poprzednio skutkiem. Podobna kuracja trwać może przez dłuższy

<sup>1)</sup> Dehove. Des élévations de la température, produites par les injections souscutanées de serum artificiel. *Sem. Med.* 1895, p. 133.

przeciąg czasu, nie wywierając ujemnego działania na chorego, wymaga ona jednakże ścisłej obserwacji lekarskiej.

Podług d-ra S. metoda ta nadaje się bardzo do leczenia otyłości, odtłuszczanie jednakże nie powinno być nigdy zbyt gwałtownem. Nawet przy odtłuszczeniu serca można stosować tyreoidynę, jednakże bardzo ostrożnie. Autor niejednokrotnie spostrzegł po tem leczeniu zniknięcie napadów duszniczy bolesnej. Zmiana diety nie jest tu wymagana.

W przypadkach choroby Basedow'a tyreoterapia okazała się mniej skuteczną. Wogóle zmniejszyła się natężenie choroby, również exophthalmus, bicie serca jednakże nie ustępowało. Wole również dość odpornie zachowywało się względem tej terapii; jedynie w przypadkach wola mięszonego pewne polepszenie dostrzedz było można.

W dwóch przypadkach akromegalii, leczonych gruczołem tarczowym, widział d-r S. jedynie ogólne obchudzenie bez zmiany ogólnego stanu chorego. W kilku przypadkach białaczki wrzeczomej i limfosarkomatu środek ten okazał się bez skutku. W obrzęku śluzowym i tężcu preparatu tego dotąd na klinice nie stosowano.

Działanie uboczne przy ostrożnem stosowaniu spostrzegł autor tylko w wyjątkowych przypadkach; groźnego i uporczywego bicia serca ani razu, niekiedy przyspieszenie czynności serca bez nieprzyjemnych sensacyj. W jednym przypadku wystąpiła biegunka. Niejednokrotnie zauważono zjawienie się białkomoczu, oraz ciał redukujących w moczu; objawy te jednakże zniknęły bardzo szybko po usunięciu środka.

Przy umiejętnem wybieraniu odpowiednich chorych, oraz przy ostrożnem stosowaniu tego nowego środka, można mieć bardzo często dobre wyniki, rzadko natomiast nieprzyjemne działanie uboczne; tak się na zakończenie wypowiedział autor.

*H. Kucharzewski.*

---

## II. Choroby nerwowe.

---

265. M. Klippel. **Neurony. Zasadnicze prawa ich zwyrodnień.** (*Les neurones. Les lois fondamentales de leurs dégénérescences.* *Arch. de Neurologie. Nr. 6, 96*).

---

Autor, szef laboratorium kliniki chorób umysłowych prof. Joffroy, streszcza swe wykłady o patologii neuronów, jakie miał w Lutym r. b. na klinice prof. Joffroy w sposób następujący:

Na podstawie ogólnej, że patologia wspiera się na anatomii i fizjologii autor stara się w świetle doktryny neuronów przedstawić

neuropatologię. Ponieważ neuron stanowi pierwotną jednostkę nerwową i z neuronów składa się cały, tak złożony, układ nerwowy, przeto nietylko morfologia i fizjologia, lecz i patologia neuronu wyobraża na małą skalę budowę, czynności i patologię całego układu nerwowego.

Autor z powyższych 3-ch punktów widzenia rozpatruje w swej pracy naprzód neurony oddzielnie wzięte, następnie zaś neurony połączone w układy. (Morfologię i fizjologię neuronów podaliśmy czytelnikom w referacie z pracy prof. Bechterewa w XII-ym zeszycie Kroniki, możemy więc opuścić odpowiedni dział pracy Klippel'a). Autor szczególnie tylko kładzie nacisk na prawo fizjologiczne przewodnictwa pobudzenia w neuronie, mianowicie, że dendryty są drogami przewodnictwa w kierunku dośrodkowym neuronu (dokomórkowym), wyrostki zaś osiowe w kierunku odśrodkowym t. j. od komórki neuronu ku obwodowi.

Prawo to obowiązuje w włacuchach neuronów, tworzących anatomiczne układy nerwowe: ruchowy, czuciowy, spoidłowy i kojarzący różne sfery psychiczne.

I) *Patologia neuronu.* Według prawa Waller'a odcinek obwodowy ulega zwyrodnieniu po przecięciu nerwu, odcinek zaś centralny miał jakoby pozostawać nietknięty. Okazało się jednak w następstwie, że i w odcinku centralnym zachodzą zmiany. Autor powołuje się na pracę swą dokonaną z Durantem, w której rodzaj zwyrodnienia, jaki ma miejsce w odcinku centralnym nazwał *dégénérescence* albo *atrophie rétrograde*. Jeżeli cięcie oddzieli część wyrostka osiowego od reszty neuronu, to odcięta część wyrostka osiowego ulegnie zwyrodnieniu, opisanemu przez Wallera, główna zaś część neuronu (komórka, dendryty i ośrodkowa część wyrostka osiowego) podlegnie zmianom destrukcyjnym, zazwyczaj mniej ostrym, a nazwanym przez autora *dégénérescence* albo *atrophie rétrograde*. Dendryty oddzielone patologicznie od normalnego wpływu komórki zdają się ulegać tymże prawom zwyrodnienia, co i wyrostki osiowe. Zdarza się, i zależy prawdopodobnie od stopnia odporności życiowej, że i centralny odcinek neuronu zwyrodnia się w taki sam sposób, jak odcinek obwodowy.

Owa odporność życiowa jest prawdopodobnie wypadkową wielkiej liczby warunków, zależy np. od mniej lub więcej licznych stosunków między sąsiednimi neuronami, a obwodowym odcinkiem neuronu. Być może, że w tych warunkach sąsiednie neurony zastępują względem odcinka obwodowego utraconą przezeń część centralną neuronu odpowiedniego, nie jest bowiem dla zwyrodnienia obojętnem na jakiej wysokości od owego ośrodka sekcyja nastąpiła. W każdym jednak razie zwyrodnienie Wallera lub *dégén. rétrograde* neuronu zależy wprawdzie od licznych i złożonych warunków, zład pochodzą ich liczne odmiany, pierwotne jednak prawo co do rozkładu rodzaju zwyrodnienia jest dopiero co wyżej wymienione.

W patologii, jak wiadomo, odcięcie wyrostków osiowych od ich neuronów jest rzeczą pospolitą. Ma ono miejsce we wszystkich sprawach ogniskowych w nerwach, rdzeniu, mózgu. Ztąd wypły-

wa, że podwójne zwyrodnienie nad i pod powierzchnią przecięcia jest faktem częstym w patologii.

Stopień zwyrodnienia jest zwykle bardziej zmienny i mniej wyraźny w odcinku centralnym neuronu. W wielu razach uwydatnia się dopiero przy zastosowaniu metody Nissl'a, za pomocą której zdołano już po 48 godzinach wykryć barwne granulacje w protoplazmie komórkowej neuronu po zwyrodnieniu nerwu twarzowego. Patogenia zwyrodnienia Waller'a polega na usunięciu ośrodka troficznego. Patogenia zwyrodnienia rétrograde w centralnym odcinku neuronu jest mniej jasna. Marinesco i Goldcheider za patogeniczny uważają brak bodźca czynnościowego (spoczynek funkcyjalny). W każdym razie ten rodzaj zwyrodnienia, nazwany przez autora rétrograde, tak pod względem patogenii, jak stopnia różni się od zwyrodnienia Waller'a, dlatego 2 rodzaje zwyrodnień trzeba w neuronie odróżniać i mianowicie po przecięciu, czy to doświadczalnem, czy patologicznem wyrostka osiowego trzeba zastrzymać nazwę zwyrodnienia Waller'a dla odcinka obwodowego, nazwę zaś *dégénérescence* albo *atrophy rétrograde* dla odcinka ośrodkowego.

Neurony, wchodząc w skład układów, mają stosunki anatomiczne jedne z drugimi i oddziałują czynnościowo wzajem na siebie; okoliczności powyższe mają też wpływ na patologię układów.

## II. *Patologia układów złożonych z neuronów.*

Jedne łańcuchy neuronów wytwarzają układ ruchowy, inne układ czuciowy, inne wreszcie łańcuchy neuronów łączą na różnych wysokościach w rdzeniu i w mózgu oba powyższe układy, są to układy spoidłowe lub asocjacyjne.

Z powodu zasadniczej jednorodności budowy neuronów daje się wyprowadzić logiczną dedukcja odnośnie do patologii zarówno neuronów tworzących łańcuchy układu ruchowego, jak czuciowego, jak i spoidłowego. Ze stanowiska fizyologicznego siła przebiegająca po tych układach, bez względu, czy daje objawy ruchu, czucia, myśli, jest zawsze jednakowa, na co są zresztą dowody doświadczalne.

Z punktu patologicznego prawa zwyrodnień neuronów zarówno w drogach psychicznych, ruchowych, jak i czuciowych są te same, gdyż odpowiadają jednorodności zasadniczej ich budowy.

### A) *Patologia neuronów układu ruchowego.*

Dwa neurony wchodzą w skład drogi ruchowej, łączącej korę mózgową z mięśniem: 1-szy neuron korowy, zwany archineuronem, ma swą komórkę w zonie motoria; jej wyrostek osiowy zstępuje przez *caps. inter.*, odnogę bulbi i dosięga rogu przedniego rdzenia, gdzie wchodzi w zetknięcie z dendrytami 2-go neuronu t. zw. teloneuronu, reprezentowanego przez komórkę rogów przednich. Wyrostek osiowy tego neuronu udaje się przez korzenie przednie i nerw ruchowy do mięśnia.

Stosownie do powyższej budowy w patologii układu ruchowego mogą być 3 przypadki:

- 1) Zwyrodnia pierwotnie jedynie archineuron.

2) Zwyrodnia jedynie teloneuron.

3) Zwyrodniają spólcześnie oba neurony.

Klinika opisała już 3 typy, odpowiadające wspomnianym 3 ewentualnościom, zanim jeszcze poznano neurony.

1-o. Zwyrodnieniu archineuronu odpowiada tabes spastica. Syndrom ten towarzyszy wszystkim zmianom, dotyczącym pęczka piramidalnego.

2-o. Zwyrodnieniu teloneuronu odpowiada, atrophia muscularis progressiva.

3-o. Zwyrodnieniu obu nerwów odpowiada syndrom kliniczny: sclerosis lateralis amyotrophica.

Co się robi z drugim neuronem, skoro tylko jeden pierwotnie zwyrodnia?

Drugi neuron może przez czas długi opierać się zmianom. Czynnościowe jednak jego warunki zostają zmienione przez zwyrodnienie sąsiedniego neuronu, co nie może pozostać obojętnem. Prędzej więc lub później i drugi neuron ulega zmianom i otrzymuje się wtedy nadzwyczajnie interesujący fakt w patologii, zwyrodnienie, postępujące z neuronu na neuron (dégénérescences de transmission). Różni się ono od przypadku, w którym oba neurony ulegają spólczesnemu zwyrodnieniu.

Przypuśćmy, że pierwotnie zwyrodnieniu uległ archineuron, czyli że ognisko patologiczne przecięło archineuron na wysokości caps. internae i nastąpiło zwyrodnienie zstępujące pęczka piramidalnego. Jeśli teloneuron ulegnie również zmianie p. transmission, wtedy przedewszystkiem w objawach klinicznych znajdą powikłania, które zapożyczają coś z objawów sclerosis lateralis amyotrophicae: hemiplegia z przykurczeniem skomplikuje się z pewnym zanikiem mięśni, dowodzącym udziału w sprawie patologicznej teloneuronu. W lekkim stopniu, choroba pozostanie, w prawdzie pod postacią zaburzenia czynnościowego, lecz przekroczyć może ten okres i stać się namacalną przy autopsyi.

Autor badał patogenię tego rodzaju faktów. Znalazł on, że zwyrodnienie w takich razach postępuje w teloneuronie od jego końca mięśniowego, czyli że zmiany górnego neuronu sprowadzają zmiany następcze najprzód w obwodowej części wyrostka osiowego dolnego neuronu, zmiany, które mogą pozostać w ten sposób zlokalizowane.

Przypuśćmy teraz, że pierwotnemu zwyrodnieniu uległ teloneuron. W jaki sposób objawia się oddziaływanie na archineuron?

Często spotyka się zwyrodnienie pęczka piramidalnego w skutek zaniku neuronów przednich rogów rdzenia. Jestto właśnie odnośny przypadek. Aby wytlómaczyć wstępujące zwyrodnienia niektórych włókien pęczka piramidalnego, spostrzegane w poliomyelitach, autorzy przyjmują, że w rogach przednich istnieją neurony, których wyrostki osiowe wstępują do pęczka piramidalnego. Tymczasem w podobnych przypadkach pęczek piramidalny może zwyrodniać nawet w tej części, której włókna idą wprost z kory. Bliższe badanie jednak wykazuje, że zwyrodnienie nie dosięga okolicy korowej. Zdaje się, że zwyrodnienie postępuje od rdzenia w kierunku ku mózgowi i że ulega mu zakończenie archi-

neuronu przede wszystkim, jako najbliżej dotykające neuronu pierwotnie zwyrodniałego.

Analogicznie zatem, jak w poprzednio rozpatrywanym przypadku, i tu zwyrodnienie przypadku par transmission ogarnia przede wszystkim część najbardziej obwodową wyrostka osiowego neuronu sąsiedniego. Ztąd wniosek, że choroba neuronu ruchowego odbija się na końcowych rozgałęzieniach wyrostka osiowego sąsiedniego neuronu, bez względu, czy te zakończenia położone są w pobliżu, czy w odległości od neuronu pierwotnie chorego. Zmiany najwidoczniejsze w sąsiednim neuronie będą zawsze na obwodzie jego wyrostka osiowego, z kąd dopiero wstępują wyżej, lecz mogą pozostać zlokalizowane stacyonarnie.

#### B) *Patologia neuronów układu czuciowego.*

W skład układów czuciowych wchodzi co najmniej 3 — 4 neuronów. Neurony te są więcej złożone i mają rozgałęzienia i stosunki liczniejsze między sobą i z różnymi ośrodkami. Po za tem patologia neuronów ruchowych daje się zastosować i do nich.

Zwyrodnieniu tych układów odpowiadają różne rodzaje tabesu; w świetle doktryny neuronów jaśniej wychodzą teorie t. zw. tabesu exo i endogenicznego (Marie, Joffroy).

Teloneuron układu czuciowego jest olbrzymim neuronem. Jego dendryty rozprzestrzeniają się na obwodzie jako nerwy czucia, jego ośrodek (komórka) leży w zawoju międzykręgowym, jego wyrostek osiowy, utworzywszy tylne korzenie, kończy się wprost lub za pomocą licznych obocznic w ośrodkach szarej substancji rdzenia, niekiedy wstępuje aż do bulbus na wysokość jąder pęczków Goll'a i Burdach'a. Wyrostki osiowe i w tych neuronach kończą się swobodnie, otaczając neurony rdzenia i bulbi. Stosunki z tymi ostatnimi neuronami są liczne.

W rdzeniu mają miejsce za pomocą rozgałęzień neuronów rogów przednich, kolumn Clarke'a, rogów tylnych i jąder bulbi. Z tych punktów inne neurony przeprowadzają pobudzenia czuciowe do wzgórków wzrokowych, a jeszcze i inne od wzgórków wzrokowych do kory.

W tym dość długim łańcuchu najważniejszym jest olbrzymi teloneuron.

Pierwotnemu zwyrodnieniu teloneuronu czuciowego odpowiada tabes zwykły. Zwyrodnienia innych neuronów układu czuciowego odpowiadają innym postaciom chorób tabetycznych. Te ostatnie choroby zupełnie różnią się od tabesu w skutku zwyrodnienia teloneuronu z punktu widzenia początkowania zmian, które zachodzą w neuronach sąsiadujących z tym ostatnim.

Z drugiej strony teloneuron może zachorowywać wtórnie w skutku pierwotnego zwyrodnienia neuronów leżących wyżej, lecz wtedy także tylko w miejscach określonych tem samem prawem zwyrodnienia par transmission, które sformułowano dla neuronów ruchowych.

Całe skomplikowanie w kwestyi tabesu pochodzi właśnie z tego wtórnego współdziałania teloneuronu w zwyrodnieniach.

1) Tabes pospolity powstający ze zwyrodnienia pierwotnego teloneuronu jest właśnie tabesem ekzogonicznym. Wiadomo, jak



sporną była kwestya punktu wyjścia tabesu; czy z zawoju międzykręgowego, czy z obwodu neuronu lub z korzeni tylnych?

Kwestya ta wobec doktryny o neuronach schodzi do znaczenia drugorzędnej. Neuron zwyrodnia łatwo, bez względu na jakim miejscu swego przebiegu naruszony pierwotnie został. Od tego zależeć będzie tylko rozkład rodzaju zwyrodnienia. Tabes zależny od zwyrodnienia teloneuronu, inaczej teletabes rozwija się przy naruszeniu w jakim bądź miejscu neuronu. Interesującymi w etyologii mogą być tylko warunki, na mocy których jeden chory zostaje tabetykiem w skutku traumy na obwodzie, inny w skutku cchoroby ogólnej etc. Ta zaś kwestya jest kwestyą odporności, żywotnej dziedziczności, słabości wrodzonej etc., nie zaś kwestyą lokalizacyi na jakimś szczególnym punkcie neuronu. Zdaje się że obwodowe zakończenia neuronu, jako więcej narażone na wpływy zimna, wilgoci, na traumatyzm są częściej punktem wyjścia, lecz nie zawsze.

Możnaby zadać sobie jeszcze pytanie, w jakiej części neuronu stosownie do punktu wyjścia cierpienia zwyrodnienie będzie widoczniejsze, lecz ta kwestya ma również względne znaczenie. Klinika nie zdołała jeszcze wykazać istotnych różnic między tabestem pospolitym w skutku zwyrodnienia teloneuronu, a innemi chorobami tabetycznemi.

Doktryna neuronów uwydatnia jedną różnicę. Jest nią retinitis—częsta w teletabesie, a której brak w innych tabesach. Objasnia się to tem, że siatkówka jest zwojem międzykręgowym w górnej części osi mózgo-rdzeniowej (Jelgersma).

Odmiana tabesu zwykłego może zająć teloneuron na różnych wysokościach osi mózgo-rdzeniowej. Niekiedy więc siatkówka cierpi, innym razem nie, lecz cierpi ona zawsze tylko w tej odmianie t. zw. teletabes.

2) Tabesy endogeniczne poczynają się w innych neuronach układu czuciowego, t. j. w neuronach, których komórki znajdują się w rdzeniu, bulbus, mózgu, nie zaś w zwoju międzykręgowym. Na teloneuronie odbija się to cierpienie na ograniczonych miejscach jego rozgałęzień.

Co do neuronów rdzeniowych, zwyrodnienie może się ograniczać do pewnych okolic tylnych pęczków, do pęczka Schulze'go do centr. owale Flischig'a. Zwyrodnienie rozpowszechnia się z góry na dół i nie odbija się nigdy na rozgałęzieniach teloneuronu. Rdzeń zawiera nadto wiele neuronów w swej substancji szarej. Ich wyrostki zwyrodniają podług prawa Waller'a w kierunku z dołu do góry. Takie są np. neurony kolumn Clarke'a, których wyrostki tworzą pęczki mózdkowe Flehsig'a, a niektóre mięszają się z pęczkiem Golla i Burdacha; takie są np. neurony, których wyrostki tworzą pęczki Gowensa, pęczki mózdkowe wentralne Loewenthal'a i Mott'a. Prócz tego tylny róg zawiera wiele neuronów, których oba rodzaje wyrostków kończą się po krótkim przebiegu w tymże rogu.

Zwyrodnienia wszystkich tych neuronów odpowiadają pierwotnym lokalizacyom patologicznym w szarej substancji rdzenia.

Zmiany te stanowią w znacznej części anatomię patologiczną choroby Friedricha, którą można uważać za tabes endogeniczny.

Pierwotnemu zwyrodnieniu ulegać mogą neurony bulbi (cuneiformes etc.), neurony wzgórków wzrokowych, neurony kory. Jeżeli te wszystkie odległe zwyrodnienia odbijają się często na teleneuronie, to według tych samych praw zwyrodnienia par transmission, które podane zostały dla układu ruchowego.

Przypuśćmy np. pierwotne zwyrodnienie w neuronie jąder bulbarnych tylnych pęczków. Wyrostek osiowy tych jąder udaje się do wzgórków wzrokowych, dendryty zaś stykają się z wyrostkiem osiowym neuronu zwoju międzykręgowego, który dochodzi do bulbus przez tylne pęczki rdzenia. Podług prawa zwyrodnienia par transmission, ten właśnie wyrostek osiowy ulegnie zwyrodnieniu, który nie rozprzestrzeni się na obwód. Powstanie wtedy zupełnie specjalna forma zwyrodnienia zstępującego wewnętrznej części tylnych pęczków, bez udziału tylnych korzeni i centru neuronu. Można ogólnie powiedzieć, że zwyrodnienie każdego z neuronów szarej substancji rdzenia, których dendryty stykają się z wyrostkiem osiowym teleneuronu mogą spowodować wtórne zwyrodnienie tego wyrostka w kierunku dokomórkowym.

Ztąd bierze źródło złożoność zmian w tabesach endogenicznych; ztąd w tych tabesach udział ograniczony do segmentów teleneuronu. Ztąd fakt, że w zwyrodnieniach wszystkich neuronów centralnych, wchodzących do układu czuciowego, spotyka się po pewnym czasie zwyrodnienie zakończeń rozgałęzień teleneuronu.

Jest regułą w tych przypadkach, że nie ulegają zmianie ani tylne korzenie, ani zwoj międzykręgowy, ani kora Lissauera, a tylko zakończenia wyrostków osiowych ulegają widocznemu zwyrodnieniu.

Można więc powiedzieć, że zwyrodnienia neuronów centralnych układu czuciowego odbijają się na pewnych częściach teleneuronu; a przeto w pewnym stopniu przypominają zmiany właściwe tabesowi zwyklemu. Może być, że czasem tabes endogenetyczny mógłby przejść w exogenetyczny. Takie fakty jednak muszą być bardzo rzadkie i do dzisiaj forma tabetyczna porażenia postępowego, w której zmiany pierwotne dotyczą neuronów centralnych, różni się od tabesu pospolitego głównie nietyknością tylnych korzeni, jak wykazał Joffroy.

C) *Zwyrodnienia skombinowane neuronów układu czuciowego i ruchowego.*

Rzadziej zdarza się widzieć zwyrodnienie neuronu ruchowego, pociągające za sobą zwyrodnienie neuronu czuciowego. Dwa odmienne układy mają mało w-pólności, tak pod względem stosunków czynnościowych, jak życiowych, ztąd i rozprzestrzenienie zmian z jednego układu na drugi napotyka na większy opór. Z tego powodu najczęściej, w razach wykrycia zmian w obu układach, pierwotne zaburzenie dotknęło współcześnie neurony obu układów.

Ten opór rozprzestrzeniania tłómaczy, że w sklerozach skombinowanych pęczek piramidalny nie zwyrodnia aż do kory i pęczek piramidalny skrzyżowany pozostaje nietknięty, tylne korzenie również (sclerosis Westphal'a, choroba Friedricha). Są jednakże

przypadki takiego przenoszenia zwyrodnienia z jednego układu na inny (zanik mięśni w tabesie zwykłym etc.)

D) *Patologia neuronów korowych.*

W korze bardzo liczne neurony łączą różne oddziały jednej półkuli z drugą, zrazy ze zrazami, zawoje z zawojami, oddziały zawojów między sobą, jedne neurony z drugimi. Czynność ich jest w stosunku do zjawisk życia psychicznego. Morfologia ich analogiczna z innymi neuronami, układ zaś z nich powstający bardzo skomplikowany i w stosunku do fizjologii psychologicznej. Wiadomości nasze odnośnie nie są wyczerpujące, lecz patologia neuronów kory podlega tym samym prawom ogólnym, co inne neurony. Jeśli wiele neuronów korowych ulegnie zmianie, powstanie encephalitis diffusa z głównym objawem demencyą.

Wiele zniszczonych neuronów powoduje przerwę w komunikacji między różnymi terytoriami kory. Skoro istnieje ognisko, niszczy ono tylko ograniczoną ilość neuronów. Powstają zwyrodnienia wskutku oddzielenia od neuronów ich włókien projekcyjnych, prócz tego zwyrodnienia neuronów assocyacji podług prawa zwyrodnień par transmission. Fakta te stwierdza zwyrodnienie Waller'a corp. callosi, zaniki mózdkowe wtórne po uszkodzeniu doświadczalnem tej lub owej części mózgu, demencya dorosłych w skutku ognisk mózgowych, powstrzymanie rozwoju i idyotyzm w skutku ognisk we wczesnej epoce i t. d.

Ogólny wniosek. Patologia w oświetleniu doktryny neuronów rozjaśnia się, jeśli przyjmiemy w układach ruchowym, czuciowym i psychicznym zwyrodnienie Waller'a i deg. rétrograde dla każdego neuronu i prawo propagacji zwyrodnienia z neuronu na neuron.

*Rzeczniowski.*

### III. Choroby wieku dziecięcego.

266. Baumel (Montpellier). **Dermatitis exfoliativa noworodków.** (*Semaine Medicale* Nr. 26, 1896).

Pierwszą wzmiankę o tej chorobie spotykamy u Ritter'a z Pragi 1868 r. W dziesięć lat później tenże Ritter, mając sposobność obserwować 279 przypadków dermatitidis exfoliatiuae, pierwotną swoją wzmiankę uzupełnił i dał dokładny opis choroby. Ponieważ z jednej strony nie często spotykamy się z tą chorobą u noworodków, z drugiej, przyjmując pod uwagę, że niektóre formy dermatitidis exfoliatiuae mają dużo cech wspólnych z różą, pemphigus, syphilis hereditaria etc., podajemy poniżej dokładny opis choroby, obserwowany przez d-ra Baumel'a w szpitalu Montpellier. Dziecko, urodzone z matki zdrowej na czas, zaraz po

urodzeniu było zupełnie zdrowe. Na trzeci dzień dostało pleśniawek. Od tego czasu karmione piersią. Na 5-ty dzień odpadła pępowina i wkrótce nastąpiło zagojenie pępka bez objawów zapalnych. Na 6-ty dzień życia na kończynach dolnych, na ich wewnętrznej powierzchni zjawiała się wysypka w postaci grudek (papulae) miejscami odosobnionych, miejscami zlewających się. W krótkim czasie kończyny dolne przedstawiały rozlany rumień (erythema) barwy szkarłatu. W przeciągu mniej więcej trzech tygodni wysypka ograniczała się tylko do kończyn dolnych. Po tym czasie na twarzy (podbródek, czoło i policzki) zjawily się grudki, w niektórych miejscach zlewające się, w innych rozsiane. Podobną wysypkę można było zauważyć na głowie, piersiach, brzuchu i plecach. W tym stanie dziecko było przyniesione do szpitala Montpellier, gdzie d-r Baumel po zbadaniu znalazł następujące dane: stan bezgorączkowy, skóra dolnych kończyn zajęta całkowicie rozlanym rumieniem bez śladu normalnego naskórka. Na powierzchni brzucha wysypka barwy szkarłatu zajmuje oddzielne miejsca (najwięcej około pępka). Piersi mniej zajęte, dolna część szyi zajęta bardzo. Na twarzy wysypka w postaci małych grudek, umiarkowanie błyszczących, zlewających się na prawym policzku i na prawej stronie podbródka. Na głowie i około powiek oddzielne grudki. Nieznaczny wypływ z ucha. Po kilku dniach z kończyn dolnych rumień posunął się na pośladki. Dano liquor van Swieten 1,0 na 24 mleka w przeciągu 8-iu dni. Po upływie kilkunastu dni zaczerwienienie znikło z twarzy (z wyjątkiem części prawego policzka), a natomiast można było zauważyć sfornowane łuski. Takież łuski na szyi, brzuchu, pośladkach i plecach. Na rękach oddzielne czerwone grudki. Przednia powierzchnia kończyn dolnych prawie normalnego koloru, na tylnej i wewnętrznej rozlana czerwoność. Tak się przedstawia, obraz kliniczny dermatitis exfoliativae, podany przez d-ra Baumel'a. Co do czasu powstawania, to dermatitis exfoliativa nie zjawia się wcześniej, niż w 8-ym dniu życia, najpóźniej w 6-ym tygodniu (w danym przypadku na 6-ty dzień). Umiejscowieniem jej najczęściej: twarz, głowa, szyja, tułów (pierwotna wysypka); później i mniej zajęte bywają kończyny. (W danym przypadku jak widzieliśmy, najpierw i najwięcej były zajęte sprawą chorobową kończyny dolne). Najczęstszą formą dermat. exfoliativae bywa rozlany rumień i grudkowate wykwyty, zlewające się lub rozsiane. Na drugim miejscu trzeba postawić formę pęcherzykową (vesicae) z przezroczystą zawartością pęcherzyków.

Znacznie rzadziej spotykamy formowanie się dużych pęcherzy, jak przy pęcherzycy (pemphigus) i wtedy łuszczenie bywa o wiele większe. Wysypka trwa zwykle około 8 dni, łuszczenie 2—3 tygodni. Często naskórek pęka i tworzą się bolesne szczeliny (fissurae). Etiologia, nie wyłączając rozmaitych przypuszczeń i twierdzeń, cenna. Większość autorów twierdzi, że dermatitis exfoliativa trzeba uważać jako patologiczny objaw fizyologicznego łuszczenia się naskórka w pierwszych dniach życia przy zaburzeniach żołądka i kiszek, cierpieniach jamy ustnej (soor) etc. Bağiński uważa cierpienie to jako zakaźne. Stan bezgorączkowy

podczas trwania choroby przeczy temu. To samo można powiedzieć i o auto-infekcyi. Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, to najłatwiej byłoby przyjąć dermat. exfoliat. za różę — ale i tu stan bezgorączkowy pozwala nam wykluczyć tę ostatnią. 2) Z pemphigus lueticus. Wiemy atoli, że pemphigus umiejscawia się na dłoniach, podszewkach, a co ważniejsze, że przy dermat. exfoliat. przed zjawieniem się pęcherzy mamy rozlany rumień, czego przy pemphigus nigdy się nie spotyka. 3) Szkarlatynę odróżniamy na zasadzie braku grudek, które stale znajdujemy w początkach dermatitidis exfoliativae.

Rokowanie przy dermat. exfoliat. pomyślnie; 50% śmiertelności, podane przez Ritter'a, trzeba położyć na karb złych warunków sanitarnych i odżywczych. Leczenie polega na dobrym odżywianiu dziecka (pokarm) i czystości. Miejsce dotknięte sprawą chorobową najlepiej pokryć pudrem ryżowym, lycopodium lub mączką kartoflaną. W niektórych przypadkach stosowano magisterium bismuthi z dobrym wynikiem.

*D. Woycicki.*

267. W. Veit. O samoistnem wyleczeniu krzywicznych zniepodobnień kośćca u dzieci. (*Archiv. f. klin. chir. tom I, zeszyt 1.*)

W ciągu lat 1891—1894 autor wspólnie z C. Schlange'm obserwowali w poliklinice berlińskiego uniwersytetu znaczną ilość przypadków krzywicy, w celu wyjaśnienia kwestyi, o ile i w jakich przypadkach można liczyć na samoistne zniknięcie skrzywień kośćca przy postępowaniu wyczekującym.

Na zasadzie spostrzeżeń autor przychodzi do wniosku, że ciężkie nawet skrzywienia wyrównują się w zupełności, jeżeli wzrost dziecka nie jest upośledzony. Krzywica bowiem sama przez się na zmniejszenie wzrostu nie wpływa, wielu rachityków osiąga przeciętne dla ich wieku cyfry wysokości, czasami wzrost ich o wiele przewyższa normę. Posiłkując się tablicami wzrostu Quetelet'a <sup>1)</sup>,

<sup>1)</sup> W tablicy Quetelet'a, o której mowa, znajdujemy następujące dane:

Wiek.	Chłopiec.	Dziewczynka.
0	49,6 ctm.	48,3 ctm.
1	69,6 —	69,0 —
2	79,6 —	78,0 —
3	86,0 —	85,0 —
4	93,2 —	91,0 —
5	99,0 —	97,0 —
6	103,6 —	103,2 —
7	111,2 —	109,6 —

(Przyp. ref.).

zawsze możemy się oryentować, zdaniem Veit'a, czy można liczyć na samoistne wyleczenie, czy można zalecić rodzicom postępowanie wyczekujące, czy też przystępować od razu do leczenia ortopedycznego lub operacyjnego.

Jako kres postępowania wyczekującego autor wskazuje 6 — 7 rok życia, po tym bowiem czasie zmiany krzywicowe nie wykazują już dążności do wyrównywania lub tylko w bardzo nieznacznym stopniu. W dwóch razach należy wcześniej przystępować do odpowiedniego leczenia, nie licząc na siły natury. Naprzód przy niezwykle małym, karlim wroście dziecka każde skrzywienie rachityczne może pozostać bez poprawy, po drugie silniej wyrażone przypadki genu varum (genu valgum daje dobre rokowanie) okazują się uporczywymi i wymagają czynnej interwencji.

A. Grużewski.

268. C. Kelaïdîtès. **Leczenie ospy, szkarlatyny i koklusu surowicą krwi.** (*Sem. med.* 24).

D-r C. Kelaïdîtès, lekarz municypalny w Konla (Mała Azja), podaje do wiadomości, że otrzymał znakomite rezultaty w ospie, szkarlatynie i koklusu, wstrzykując chorym surowicę krwi, pochodzącą od zwierząt, którym uprzednio choroby te były szczepione. Wprowadzając zawartość krost ospowych, krew i łuski naskórka przy szkarlatynie, a także wydzieliny z oskrzeli i nosa chorych na koklusz pod skórę lub do żyły konia (ospa), jałówki (szkarlatyna), psa (koklusz), K. widział, że zwierzęta zapadają na te same choroby, po zupełnym zaś ich uleczeniu otrzymywał przez upust krwi z żyły szyjowej zwierzęcia surowicę, mającą jakoby silną własność leczniczą. K. stosował dwie lub trzy iniekcje, skoro tylko pokazywała się wysypka, w przerwach jedno lub dwudniowych stosownie do wieku chorego i natężenia objawów; następowało przerwanie ospy i wyzdrowienie po bezpośrednim zniesieniu gorączki i wzmożonej diurezie, bez okresu ropienia. Ten sam skutek obserwował K. w szkarlatynie, okres zaś łuszczenia zaczynał się od dnia następnego po wstrzyknięciu. Obserwacje te robione były u 30 osób chorych na ospę lub szkarlatynę.

W koklusu K. robił iniekcje u 12 chorych; dawka surowicy była 5 do 10 gramów w stosunku do wieku dziecka. Pod wpływem surowicy K. widział stopniowe zmniejszanie się napadów kaszlu i rzadko zmuszony był powtarzać iniekcje dwa lub trzy razy, ażeby otrzymać zupełne wyleczenie. Skuteczność iniekcji okazywała się natychmiastowo dosyć osobliwie, mianowicie przez senność i lekkie pocenie się. Na nerki wpływu szkodliwego K. nie zauważył nigdy. Wstrzykiwano surowicę aseptycznie i na miejscu skóry wolnym od wysypki. Oprócz tego przy ospie robiono dziennie po dwie ciepłe wanny z 27% kw. bornego, po kilka minut

każda, za pokarm podawano chorym mleko, rosół i lekko spirytusowany napój. W szkarlatynie zalecano częste przemywanie gardła 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub> wodą borną.

K. zauważył także, że wszystkie te trzy rodzaje surowicy mają widoczną własność uodparniająca, ponieważ u osób, którym wstrzykiwał profilaktycznie 5 do 10 gr. którejś surowicy odpowiednia choroba nigdy nie występowała, czyli następowała immunizacja.

*Kamieński.*

## SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

### KORESPONDENCYA Z BERLINA.

*Posiedzenie towarzystwa neuropatologów i psychiatrów w Berlinie dnia 11 Maja 1896 r.*

#### CHOROBY NERWOWE.

##### Dr Zachr. O haematomyelii.

Z. pokazuje chorego 28-letniego ślusarza, który w Październiku roku zeszłego spadł z wysokości 9 metrów na grunt dosyć miękki. Chory stracił przytomność; kilka tygodni trwało porażenie dolnych kończyn; skarżył się ciągle na silne bóle w okolicy krzyża. Po upływie kilku tygodni objawy te znikły i chory mógł znowu powrócić do pracy. W początkach choroby istniało nieznaczne zakłócenie czynności pęcherza i zmiany ze strony czucia, polegające na zniesieniu uczucia bólu i t<sup>o</sup> w różnych miejscach dolnych kończyn i dolnych części tułowia. W początkach choroby nie było ani erectio, ani libido sexualis. Z. sądzi, że w danym przypadku miał miejsce wylew krwi w conus medullaris. Prelegent daje krytyczną ocenę zmian czuciowych, zachodzących w syringomyelii, porażeniach Brown-Séquard'a i haematomyelii. W syringomyelii zmiany czuciowe nie mają ściśle oznaczonych, ostrych granic i posiadają charakter oddzielnych segmentów, odpowiadających zniszczeniu przez sprawę chorobową tylnych rogów na tej lub owej wysokości rdzenia. Przy porażeniach Brown-Séquard'a zniesienie czucia następuje po stronie skrzyżowanej ze sprawą anatomo-patologiczną i zniesienie czucia jest zupełne. Przy haematomyelii są bardzo często różne kombinacje zmian czuciowych.

##### Prof. Jolly. O organicznych chorobach nerwowych, połączonych z histeryą.

J. wskazuje na dosyć częste przypadki, w których, oprócz objawów ściśle związanych ze sprawą patologo-anatomiczną, zjawiają się objawy niezależne od tej sprawy, jako domieszka histeryi. Chory, którego demonstruje J., został sprowadzony do Charité

w stanie delirium po wypiciu wielkiej ilości piwa. Przy badaniu szczegółowem okazało się: zanik prawego przedramienia po stronie łokciowej; zanikowi uległy m. ulnaris ext., m. extensor digit. communis i m. m. interossei. Zanik mięśni z lewej strony jest znacznie mniejszy. Oprócz tego dały się zauważyć zmiany czuciowe na rękach i przedramieniu z obydwóch stron. Zniesienie czucia posiadało jednak charakter właściwy histeryi, mianowicie raptowne przejście od miejsc z zupełnie zniesieniem czuciem do okolic nie wykazujących najmniejszych zmian czuciowych. Oprócz tego J. udało się „przyłapać” chorego na zmyślanie. U chorego zjawiły się również ataki histeryczne. Co do rozpoznania choroby organicznej nerwowej, to J. sądzi, że w danym przypadku istnieje neuritis, syringomyelia, dermatomyositis, albo też kilka zmian patologo-anatomicznych powstałych jednocześnie.

Prof. Jolly przedstawia 2 chorych na porażenie, zależne od zajęcia. U pierwszego widzimy znaczny zanik m. m. interossei m. abductor digiti quinti, nieznaczne zmiany czucia na ręce. Chory gra na bębnie. Przy tego rodzaju zajęciu może nastąpić zanik m. extensoris pollicis, zwykle z lewej strony. J. sądzi, że przyczyna zaniku u tego chorego polega nie tylko na wzmożonej działalności i przeciążeniu mięśni lewej ręki, lecz również na porażeniu nerwu łokciowego wskutek złamania łokcia, które miało miejsce przed wielu laty. N. ulnaris stał się wskutek tego locus minoris resistentiae. U drugiego chorego, który jest tokarzem, powstał wskutek połączonego z zajęciem przeciążenia mięśni lewej ręki, zanik m. interossei primi.

*Posiedzenie Towarzystwa dla medycyny wewnętrznej w Berlinie, d.  
4 Kwietnia, 1896 r.*

#### Prof. Goldscheider i dr Flatau. **Badania doświadczalne nad haematomyelią.**

Badaniami klinicznymi nad wylewem krwi do substancji nerwowej rdzenia, zajmowali się głównie Cruveilhier, Leyden, Minor, Schultze i inni. Badania anatomo-patologiczne wykazały, że przy haematomyelii następuje bardzo często wylew krwi do istoty szarej rdzenia i że wylew ten rozpowszechnia się wzdłuż rdzenia w postaci rurki i prowadzi do t. zw. Röhrenblutungen. Ażeby zbadać sposób szerzenia się krwotoków w rdzeniu, prelegenci posługiwali się metodą iniekcji płynów różnej gęstości (Berlinerblau, krwi psiej i ludzkiej i innych) do różnych części rdzenia: do rogów przednich i tylnych, istoty szarej, w okolicy kanału centralnego i do sznurów przednich, bocznych i tylnych. Wstrzykiwania były robione pod rozmaitemi ciśnieniami do wyciętych kawałków rdzenia ludzkiego, zachowanych w możliwie zbliżonym do normy rozpięciu durae matris, za pomocą specjalnie obmyślonych kleszczy. Doświadczenia czynione były również na żywym psie i dały ten sam rezultat, co wstrzykiwania na martwym rdzeniu. Prelegenci doszli do tego wniosku, że w szerzeniu się krwotoków daje się zauważyć pewna prawidłowość, zależna w zupełności od budowy rdzenia, a właściwie od przebiegu włókien



i pęczków myelinowych, tamujących krwotok w pewnym określonym kierunku i ułatwiający jego rozszerzenie się w innym kierunku. Najniebezpieczniejszymi są krwotoki w tylnych rogach rdzenia. Rogi te zawierają stosunkowo małą ilość włókien myelinowych, wylana więc krew niszczy z łatwością istotę szarą i rozszerza się na znacznej przestrzeni wzdłuż rogów tylnych, niszczy te ostatnie, prowadząc do tworzenia się „krwotoków rurkowatych.” Krew nie może z łatwością przejść z rogów tylnych do rogów przednich, ponieważ pomiędzy temi częściami istoty szarej ciągnie się tama, składająca się z wielkiej ilości pęczków myelinowych, idących od strony sznura bocznego i pęczków myelinowych, pochodzących od korzeni tylnych. Również trudnem jest szerzenie się krwotoku z rogów tylnych do sznurów tylnych, gdyż pomiędzy obydwo ma ciągną się korzenie tylne w t. zw. Wurzellintrittszone. Łatwiej przechodzi krew z rogów tylnych do sznura bocznego, — niema tutaj silniejszych tamujących pęczków włókien.

Te same prawidłowości dają się również zauważyć przy krwotokach niszczących przednie rogi lub istotę białą rdzenia. W przednich rogach największą odporność wykazują środkowe części, części, leżące u podstawy rogu przedniego i t. zw. pas środkowy (Mittelzone) (pomiędzy obydwo ma rogami jednej strony). Ilość włókien myelinowych w tych miejscach jest tak wielką, że Waldeyer nazwał te miejsca (Mittelzone) labiryntem włókien. Krwotoki powstałe w istocie białej szerzą się z trudnością wzdłuż rdzenia i jeżeli znajdowały się w pobliżu istoty szarej, w takim razie przełamują granicę, dzielącą je od tej ostatniej, i rozszerzają się wzdłuż istoty szarej, tworząc ograniczone ogniska lub też krwotoki rurkowane według ściśle określonych praw architektonicznych. Wyjątek stanowi przednia część sznurów tylnych, t. zw. część przednia lub przednie pole tylnych sznurów (ventrales Hinterstrangfeld).

W tej części istoty białej krwotok szerzy się z łatwością, jak to wykazał przypadek Leyden'a. Przy krwotokach, które zajmują początkowo pas środkowy, krew szerzy się z łatwością na przeciwległą istotę szarą i w takim razie powstaje litera H na przestrzeni pewnej ilości segmentów rdzenia. I w tych jednak przypadkach, równie jak w wielu innych, krwotok umiejscawia się ostatecznie na, sit vaenia verbo, ulubionem miejscu, t. j. w tylnym rogu istoty szarej.

W części grzbietowej rdzenia, krwotoki szerzą się z większą łatwością, aniżeli w części szyjowej i lędźwiowo-krzyżowej.

Prof. Leyden zwraca uwagę na ten fakt, że prawidłowość, którą zauważyli prelegenci w rozpowszechnianiu się krwotoków, wyjaśnia nam zmiany anatomo-patologiczne przy określaniu związku pomiędzy temi zmianami i objawami klinicznymi i przy chorobach organicznych z charakterem wstępującym lub zstępującym. L. omawia przypadek, opisany przez niego w r. 1888 i nowe 2, nie ogłoszone dotychczas. W obydwo ostatnich przypadkach z dyagnozą myelitis acutissima s. apoplectiformis sekcyja wykazała

krwotoki w różnych częściach istoty szarej i białej rdzenia; krwotoki te rozszerzyły się w sposób zgadzający się z wynikami doświadczeń, wygłoszonemi przez prelegentów.

*D-r E. Flatau.*

#### IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

289. Objawy zatrucia nikotyną występują według **d-ra Kohos'a** (w Paryżu) w 2 formach: forma pierwsza—łżejsza, ostra, występuje u palących poraz pierwszy i cechuje się bladością, ślinotokiem, zimnym potem, bólem i zawrotami głowy, zataczeniem się i innymi objawami odurzenia. Objawy te prędko przechodzą. Czasami objawy otrucia trwają dłużej np. u chłopca pewnego, który o zakład wypalił 25 fajek z rządu, zawroty głowy powtarzały się przez kilka miesięcy. Intoksykacja występuje nie tylko u palaczy, ale i u żujących prymkę, u robotników fabryk tytoniowych, u zażywających tabakę. Zaburzenia występują, prawdopodobnie, na skutek zmian w komórkach, warunkowanych ciąglem przeładowaniem organizmu trucizną.

Według Le Roy de Mericourt'a objawy zatrucia nikotyną polegają raczej na skłonności do omdleń, a nie na zawrotach głowy. Le Roy de M. dużo obserwował palaczy; skłonność do omdleń objaśnia zaburzeniami w krążeniu, które występują szczególnie przy używaniu gorszych gatunków tytoniu.

*Dz.*

290. Erb, zapalony zwolennik **związku przyczynowego pomiędzy przymiotem i wiałdem rdzenia** ogłasza nową statystykę z 200 przypadków wiałdu rdzenia złożoną. Są to wszystko mężczyźni z lepszej sfery. Dzieli on ich na dwie grupy:

1-o. Przypadki bez dowiedzionej infekcyi przymiotowej—7,5%.

2-o. Przypadki z przebytym przymiotem—92,5%; z tego a) z przymiotem drugorzędny 11,5%. b) z szankrem bez objawów drugorzędnych 81,0%.

Z 200 zatem przypadków 15 nie było dotkniętych przymiotem; z tych jednakże 11 należy do podejrzanych (tryprzy, zwężenia i bubony, powtórne poronienia u żon, leucoplakia oris, przymiot u ojca i t. d.). Pozostaje zatem tylko czterech, o których można powiedzieć, że napewno przymiotu nie mieli.

Z opisanymi poprzednio 500 przypadkami rozporządza obecnie Erb 700 przypadkami wiałdu rdzenia, z liczby tej 90,35% przypada na syfilityków. (Berl. Kl. Woch. Nr. 11, 1896).

291. D-r J. Weiss. **Próba leczenia surowicą ostrego reumatyzmu stawów.** D-r W., asystent profesora A. Drasche, obserwował w klinice tegoż w Wiedniu 10 przypadków ostrego zapalenia stawów, leczonych wstrzykiwaniami surowicy krwi, pocho-

dzącej od osoby, która niedawno przeszła ostry reumatyzm stawów. Surowica ta, otrzymana przez puszczenie krwi, była najpierw sterylizowana, następnie wstrzykiwana w ilości 6 do 10 gramów. U dwóch tylko chorych ilość wstrzykniętej surowicy dochodziła do 18-u lub 20-u gramów. Wszystkiego zrobiono 22 iniekcye. W większej części przypadków zauważono czasowe zmniejszenie obrzmień i bolesności zajętych stawów, co następowało w kilka godzin po wstrzyknięciu lub też dopiero dnia następnego, przyczem gorączka zniżała się o jeden lub 1½ stopnia. U niektórych zaś chorych iniekcye nie miały żadnego wpływu leczniczego, u trzech nawet wywołały pogorszenie. W jednym z tych ostatnich przypadków miano do czynienia pierwotnie z formą podostrą, która bezpośrednio po wstrzyknięciu przeszła w postać ostrą, jawnie zapalną. (La Semaine Médicale Nr. 18, 1896 r.) A. K.

292. D-r Galliard (Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie. Marzec) stosował w kilku przypadkach pewnego rodzaju **bólu głowy** u niesyfilityków—**kalomel**. Nie były to przypadki migreny, nie towarzyszyły bowiem tym bólowi nudności, ani wymioty, nie było też punktów bólowych. Bóle te częstsze są u kobiet, stoją w związku z neurastenią. Zwykle środki nie działają. Galliard daje dorosłym po 0,1 kalomelu naczczo w ciągu 6 dni z rzędu. W razie braku ulgi można po paru tygodniach kurację powtórzyć. Zwykle ostrożności przy kalomelu (płukanie ust, dyeta) powinny być zachowane. (Wr. 25.) O. K.

293. Na ostatnim Zjeździe Balneologów w Berlinie prof. Winternitz gorąco przemawiał za **stosowaniem hydroterapii w suchotach płucnych**. Winternitz stosuje w tych przypadkach kilka procedur hydropatycznych: zimne częściowe obmywanie całego ciała, zimne wycieranie (Abreibung), zimne natryski, wreszcie okłady rozgrzewające, pobudzające na piersi (Kreuzbinden). (Deutsche Medizinische Wochenschrift.) H. K.

#### 294. Od bólu zębów.

Rp. Cocaini muriat 0,10  
Camphorae.  
Chloral hydrat. aa. 5,00.

Do masy tej dolewać potrosze wody i mieszać rozcierając aż zamieni się w płyn jednorodny przezroczysty; następnie, umacznane w niej tamponiki z waty, wkłada się do otworu w zębie, powtarzając stosownie do potrzeby aż do ustania bólu.

#### 295. Od spazmodycznego kaszlu u dorosłych.

Rp. Bromoformii 7,50  
Tinct. Gelsem. semperviv. 8,00  
Syrupi lactucarii 65,00  
Gummi arab. pul. q. s.

MDS. 3 lub 4 łyżeczki od kawy dziennie.

## O D C I N E K.

*Paryż. 20 Kwietnia 1896 rok.*

**Lekarz we Francyi.**

Wobec częstych napaści na lekarzy, narzekañ na upadek etyki lekarskiej i stawiania nawet czasem za wzór lekarzy zagranicznych, interesującym chyba będzie poznać bliżej lekarza we Francyi, a zwłaszcza w Paryżu, nie z nowell lub powieści, nie z wrażeń reporterskich, a z ust praktykującego w Paryżu lekarza, który przed przybyciem do Francyi dokładnie poznał nasze stosunki.

Przedewszystkiem należy nam sprostować zupełnie mylne mniemanie, że w Paryżu można otrzymać dyplom doktora medycyny bardzo łatwo, a według niektórych nawet za pieniądze. Pojęcie to wyrobiło się u nas z jednej strony dlatego, że pewna ilość cudzoziemców, nie posiadających patentów gimnazyalnych, dzięki błędnemu tłumaczeniu świadectw szkolnych lub zeznaniu kilku osób, że takowe kiedyś posiadali, — została przyjętą na wydział lekarski, a z drugiej strony, że złożenie rozprawy doktoryzacyjnej i obrona jej jest zazwyczaj formalnością (zaledwie bowiem  $\frac{1}{2}\%$  rozpraw zostaje odrzuconych).

Podług dotychczasowych ustaw (z początkiem bieżącego roku szkolnego zaczęły obowiązywać nowe, surowsze ustawy, wymagające co najmniej 5-letnich studyów na medycynie) kurs był wprawdzie czteroletni, ale niemal wszyscy studenci otrzymywali dyplom dopiero po 5-iu lub 6-u latach, ci zaś którzy pragnęli się specjalizować i pracować w przyszłości na drodze naukowej, poświęcali na swe studia 7 i 8 lat.

Już sama forma egzaminów, a jest ich 11, i sposobów egzaminowania wskazują, że są one poważniejsze i trudniejsze od naszych. Przystępuje do nich kandydat wtedy, gdy czuje się dostatecznie przygotowanym, zdaje zaś w grupie złożonej z pięciu lub sześciu studentów przed trzema, zwykle nieznanymi sędziami, którzy kolejno zadają pytania. Egzamin trwa ogółem półtorej godziny do dwóch, nigdy nie ciągnie się pytań i student niema prawa tłumaczyć się ze swej nieświadomości tem, że o danej kwestyi nigdy nie wykładano. Istotnie bowiem szkoła lekarska jest tu w taki sposób zorganizowana, że większą część każdego przedmiotu należy samodzielnie studyami sobie dopełniać, profesorowie bowiem przez cały rok wykładają małą tylko jego część, chcąc podać odnośnie do obranego tematu wszelkie najnowsze zdobycze nauki.

Jakkolwiek niektóre francuskie pisma lekarskie ubolewają, że egzaminatorzy ze względu na wielką ilość studentów medyków w Paryżu — jest ich obecnie 5239 — dają zamało stopni niedostatecz-

nych (w ostatnim roku na 1-ym egzaminie 29<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, na 2-im 24<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, na 3-im 17<sup>o</sup>/<sub>o</sub> i t. d.), jakkolwiek protekcya jak wszędzie, tak i tu odgrywa pewną rolę, nie możemy jednak uważać egzaminów tutejszych za łatwiejsze od naszych, jak również kandydatów, przystępujących do nich, za mniej przygotowanych, niż u nas.

Przeciętny lekarz z paryskiego fakultetu nie zasługuje bez kwestyi na stopień doktora medycyny, rozprawa jego po większej części mierna, ma on słabe często pojęcie o chorobach ocznych, umysłowych, a nawet i skórnych lub wenerycznych, z tych bowiem przedmiotów klinicznego egzaminu nie zdaje, więcej on jednak umie, niż przeciętny lekarz z uniwersytetu warszawskiego, już choćby dlatego, że dłużej zwykle studjodował medycynę, że zdawał egzamina wolniej i w większych odstępach czasu i że miał sposobność daleko więcej, niż u nas widzieć i słyszeć w klinikach, szpitalach i pracowniach.

Po otrzymaniu dyplomu doktorskiego jedni natychmiast poświęcają się praktyce, drudzy, zwykle zamożniejsi i rekrutujący się przeważnie z pośród internów, pracują dalej na drodze naukowej i przygotowują się do konkursów na szefów kliniki, lekarzy lub chirurgów szpitalnych, profesorów nadzwyczajnych (aggregés) i t. p. Osiedlają się oni w bogatych dzielnicach, przed domem ich, ani na drzwiach niema znaku „docteur médecin.” Są to ludzie biegli w sztuce lekarskiej, idący z postępem nauki i zazwyczaj sumiennie badający i leczący chorych; nie uciekają się oni do zwykłych sposobów ściągania pacjentów, ale zato często, zwłaszcza chirurdzy, płacą lwią część swego honorarium lekarzowi, który przysła chorego. Powszechnie wiadomem jest, że najbogatszy z chirurgów paryskich tym właśnie sposobem zyskał rozgłos i zdobył kolosalną fortunę. Obok tego wielu z pomiędzy nich dla przysporzenia dochodów posyła chorych do swych ortopedystów, bandażystów i t. p. od których pobiera 20—25<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

Zwyczajni lekarze we Francyi, oddający się praktyce natychmiast po skończeniu wydziału lekarskiego, albo osiedlają się na nowem miejscu albo kupują klientelę od innego lekarza lub nawet jego sukcesorów. Nabywanie klienteli jest tu ogólnie przyjęte i tolerowane przez prawo; kilka agencji trudni się tem wyłączenie; w niektórych pismach są specjalne rubryki odpowiednich ogłoszeń, nawet w przedsionku szkoły medycznej wywieszane są odnośne zawiadomienia. Nabywca zawiera ze sprzedającym akt rejentalny, mocą którego obowiązuje się wypłacić jednorazowo lub ratami pewną sumę, równającą się zwykle dochodowi rocznemu, a ten w zamian ustępuje mu swe mieszkanie z umeblowaniem, zaznajamia go ze wszystkimi swymi pacjentami i zrzeka się prawa praktykowania w umówionym obrębie.

Kupujący klientelę na prowincyi, szczególnie w małej miejscowości, zazwyczaj niewiele ryzykuje, z góry bowiem można przewidzieć przypuszczalnie dochód na podstawie ksiąg rachunkowych, prowadzonych tu bardzo szczegółowo i z dokładnością. Nabywcy jednak w Paryżu bardzo często narażają się na zawód, gdyż publiczność paryska z niechęcią patrzy na tych następców, a nie będąc krępowana przestrzenią, jak na wsi, woli udawać się do innych, o kilka kamienie dalej.

Lekarz wiejski posiadać winien własny wehikuł i konie, lub rower, nikt tu bowiem po lekarza koni nie posyła. Od rana do wieczora objeżdżają swe kilku lub kilkunastokilometrowe terytorium, odwiedzają po drodze chorych swych, zatrzymują się na placach lub ludniejszych ulicach, wyczekując pacjentów, sprzedają często lekarstwa przez siebie sporządzone, lekarz bowiem we Francyi ma prawo przyprawiać i sprzedawać leki swym chorym, jeśli niema apteki w promieniu 4-o kilometrowym. Zarabiają oni rocznie od 6-u do 15-u tysięcy franków, niekiedy i więcej, praca ich jednak jest ciężka, po kilku latach z konieczności stają się rutynistami, ograniczającymi się na przepisywaniu lekarstw pospolitych, środków czyszczących, wezykatoryj i t. p.

Jeżeli lekarz wiejski, w braku współzawodnictwa głównie, wkrótce po osiedleniu się bierze rozbrat z nauką i nie śledzi za postępem medycyny, to 'znów lekarz wielkich miast, a zwłaszcza Paryża, z powodu tegoż współzawodnictwa w lot chwytą wszelkie zdobycze naukowe i mniej lub więcej umiejętnie je stosuje, z drugiej jednak strony schlebia zakorzenionym głęboko przesądowi; gdy jednak to wszystko nie wystarcza, przekracza on granice nietylko etyki lekarskiej, ale i prostej uczciwości. Należy zauważyć, że ilość lekarzy w Paryżu coraz bardziej wzrasta i to nierównomiernie do zapotrzebowania. Obecnie na 17,500 lekarzy ogółem we Francyi liczba ich w Paryżu przewyższa 3,000, a tymczasem ilość chorych płatnych zmniejsza się, coraz bowiem więcej powstaje bezpłatnych klinik, coraz lepiej organizowane są lecznice przy szpitalach, coraz więcej jest ambulatoryów, fundowanych przez stowarzyszenia filantropijne, coraz łatwiej otrzymać darmo poradę lekarską dzięki dobroczynności publicznej lub też szeroko rozgałęzionym stowarzyszeniom wzajemnej pomocy.

Korzysta z tej bezpłatności nietylko ludność niezamożna, ale znaczna ilość ludzi majątnych. Nie lecznice przecie bezpłatne, nie szpitale są prawdziwą plagą dla lekarzy paryskich, ale cała armia niepowołanych amatorów, niemających najslabszego pojęcia o lecznictwie, jak aptekarze, akuszerki, herborystki, masażytki, elektrycy i... znachorzy. Dodać jeszcze należy, że na wszelkich t. zw. *fêtes foraines*, odbywających się kolejno w różnych dzielnicach Paryża, znajdzie się operator odcisków, operujący przy dźwiękach orkiestry, na wzniesionej i draperyami pluszowymi przybranej estradzie; dalej ukostiumowany dentysta, sprzedający cudowne leki, uśmierzające natychmiast ból zębów; to znowu specjalista od newralgij wszelkiego rodzaju objaśnia słuchaczom na kolorowych tablicach budowę mózgu, siedlisko chorób i zachwala swe niewątpliwe lekarstwa; to wreszcie za szeregiem słoików, napelnionych pasorzytami siedzi poważna matrona, wykładająca o tem, iż wszelkie choroby pochodzą z robaków, na które ona jedna posiada doskonale specyfiki i t. d. Dola znachorów paryskich jest prawdziwie godną zazdrości; w mojej dzielnicy np. przebywa taki *rebouteur* zarabiający do 80,000 fr., posiadający własny ekwipaż i konie, klientelę zaś jego stanowią nie robotnicy, nie ciemni biedacy, a osoby z „towarzystwa”, jak się u nas mówi.

Największą jednak potęgą jest niewątpliwie aptekarz, on jest

powiernikiem sekretów rodzinnych i nieszczęść familijnych, doradcą w lżejszej lub cięższej chorobie, najwyższą instancją w ocenie lekarza. Chory przedewszystkiem zasięga jego porady, udaje się do wskazanego przezeń lekarza, receptę każdą jego ocenie poddaje, wreszcie naradza się, czy nie należałoby zmienić doktora. Śmiało twierdzić można, że 99% udaje się najprzód do aptekarza o radę, a dopiero gdy choroba po kilku dniach przy zażywaniu wszystkich leków kupionych nie ustępuje, decyduje się szukać pomocy lekarskiej.

Przyzwyczajenie to jest tak silnie zakorzenione w publiczności, że żadne prawo, dążące do ograniczenia władzy aptekarza nie odniosłoby rezultatu. Taki stan rzeczy zniewala lekarza do pisania sążnistych recept, byleby nie mieć tak potężnych wrogów, jak aptekarze, niepodobna bowiem zjednać wszystkich obiadami, prezentami i t. p.

Ciężko mi nader było przyzwyczać się do takich stosunków; niemożliwym np. było utaić oburzenia, gdy mi przyprowadzono dziewczynkę ze zgorzelą palca, wywołaną przykładaniem płynu aptekarza na zniszczenie brodawki, albo gdy mię zawezwano do kobiety, która wzięła za poradą farmaceuty kilka kapsulek apiolu podczas napadu kolki nerkowej.

Nieraz zadawałem sobie pytanie, czemu przypisać, że paryska publiczność, która bez kwestyi jest inteligentniejszą od innej, biegnie najpierw w czasie choroby do aptekarza, i dopiero teraz, po bliższem poznaniu kolegów po skalpeli, widzę, że wina w znacznej części po ich stronie.

Taksy jak wiadomo w Paryżu niema, chory pyta lekarza o cenę i płaci mu albo natychmiast, albo w końcu choroby, albo wreszcie na schyłku roku. Specjaliści, lekarze szpitalni, biorą za wizytę od 10 do 40 fr., a za poradę u siebie od 5 do 20 fr.; lekarze zaś wycyzajni t. zw. *médecins de quartier* biorą w swej dzielnicy za wizytę od 3—5 fr., za poradę u siebie od 2—3 fr., za półg 100 fr., za wizytę nocną 10 fr. i t. d. Jest jednak jeszcze inna kategoria doktorów pseudo-specyjalistów, osiedlających się w środku Paryża i reklamujących się najprzeróżniejszymi sposobami w szaletach, hotelach, przewodnikach dla podróżnych, nieraz nawet ogłoszenia ich bywają rozdawane przechodniom na ulicach. W mieszkaniach prywatnych pobierają oni nader słone honorarya, a prócz tego mają kliniki bezpłatne, lecz zato chorzy zmuszeni kupować są lekarstwa i wszelkie przyrządy pod wskazanym adresem. Na receptach umyślnie podawane są umówione wyszukane nazwy najzwyczajniejszych leków, aby chory gdzieindziej nie mógł się zaopatrzyć i z haraczu należnego się uścić. Dla tych lekarzy niema sposobu, którego by się nie chwycili, aby pacyenta wyuzd z ostatniego grosza. Leczą oni niejednokrotnie syfilis, raka, suchoty tam, gdzie niema ani śladu podobnej choroby, nie lękają się oni pogardy kolegów, ani złorzeczeń oszukanych klientów, ani nawet sądów. Apartamenta ich urządzone z niebywałym przepychem, obliczonym na efekt; prócz lokajów wygalonowanych często bywają jeszcze sekretarze. Recepty ich to prawdziwe *curiosa*, w nagłówku bowiem obok nazwiska wydrukowany cały szereg tytułów uzurpowanych albo cał-

kiem zmyślonych, oraz cały szereg chorób, leczonych wyjątkową metodą, jak rak bez operacji, syfilis bez użycia rtęci i jodku potasu i t. p.

Daleko moralniejszymi od nich są zwyczajni skromni lekarze t. zw. *médecins de quartier*; i ich przecież etyka niemało się różni od etyki kolegów warszawskich. Każdy prawie z nich gotów wziąć chorego leczonego przez innego, nie mówię już w chorobie przeciągłej, ale nawet ostrej.

Inny też jest stosunek lekarza do publiczności. Uważa się on sam za kupca, sprzedającego swój towar, albo za robotnika sprzedającego swą pracę, — żąda zatem niejednokrotnie z góry swej należności, skoro podejrzewa pacyenta o niewypłacalność, albo drze receptę, gdy mu gotówki zapłacić nie mogą.

Wprawdzie publiczność często stara się wyzyskać lekarza i każdy traci 5 do 10% swych honoraryów, a przytem narażony bywa na szantaż lub proces z powodu niezachowania jakoby sekretu fachowego, który we Francyi jest istotnie zabezpieczony nader surowymi prawami.

Jak widzicie, szanowni koledzy, etyka lekarzy paryskich nie może służyć za wzór, a fach lekarski nie jest otoczony taką aureolą, jak u nas. Nie należy jednak tego stanu rzeczy przypisywać głoszonej przez kuryerki zgniliznie Francyi i upadkowi moralności. Ukształtowanie się takich stosunków jest czystym wynikiem warunków ekonomicznych i wielkiej konkurencji. Z wyższym rozwojem kapitalizmu u nas, takiż sam los czeka i naszych lekarzy. Pocięszając się jednak wszyscy możemy, że jak dziś we Francyi, tak z czasem u nas, będzie to okres przejściowy, poczem nastąpi nowa era, której słabe kontury już dziś się zarysowują — upaństwowienia służby lekarskiej.

*D-r Józef Zieliński.*

## KRONIKA BIEŻĄCA.

### — Światło elektryczne jako środek leczniczy.

Wychodząc z założenia, że światło jest nieodzownym warunkiem życia ustroju zarówno zwierzęcego, jak i roślinnego, zaczęto stosować oddawna t. zw. kąpiele słoneczne, dające dobre wyniki, osobliwie w niedokrewności. W Ameryce zamiast słońca zaczęto używać światła elektrycznego w tym celu. Prąd użyty do lamp 104 Volt. Pacjent po starannem okryciu twarzy, oczu i rąk wystawiony jest na działanie światła w ciągu 15 — 30 minut. Pod wpływem światła skóra różowieje, ilość czerwonych ciałek krwi zwiększa się. Dotąd podobne leczenie stosowano w neurastenii, gruźlicy, ogólnych zaburzeniach w czasie wzrostu u dzieci, w stanach niedokrewności, w nerwobólach i goścu.



— **Nowy przypadek zatrucia surowicą Behring'a** spostrzegł na sobie samym radca zdrowia Krückmann z Neukloster. Lekarz ten, człowiek sześćdziesięcioletni, zupełnie zdrow i czerstwy, badał chorego z dyfterytem gardzieli; chory ten podczas badania opluł twarz lekarzowi. D-r K., chcąc się zabezpieczyć przeciwko możliwym następstwom tego przypadku, zastrzyknął sobie w przedramię szóstą część flaszeczki surowicy Nr. II. W pół godziny potem miał nadzwyczaj silne swędzenie skóry na głowie dostał przy padłości duszniczy bolesnej, zawrotu głowy, szumu w uszach, ogólnego osłabienia i niemocy; ciepłota 39,0, tętno niewyczuwalne, stopy lodowate, bolesne wzdęcie brzucha, oraz wymioty. Po wielu godzinach objawy te ustąpiły przy silnych potach. Po 24 godzinach chory poraz pierwszy oddał mocz, w tym też czasie spadła i ciepłota.

— **Kwestya zatrucia surowicą Behring'a** dziecka prof. Langerhans'a nie schodzi ze szpalt lekarskich pism niemieckich. Wiadomo, że prof. Strassmann, który sekcję sądową na zwłokach dziecka robił, utrzymuje, że zmarło ono wskutek uduszenia pokarmem, który z żołądka dostał się do dróg oddechowych. Prof. Langerhans w artykule p. t. „Tod durch Heilserum” (Berl. Kl. Woch. N. 27) zbija dowodzenia Strassmann'a, utrzymując, że pokarm mógł po śmierci przejść do dróg oddechowych, co przy ratowaniu dziecka było rzeczą bardzo możliwą, śmierć zaś nastąpiła wskutek zabójczego działania samej surowicy. Langerhans zachęca lekarzy do ogłaszania nieszczęśliwych przypadków po stosowaniu surowicy, tego najnowszego środka, który za wcześniej jako zupełnie nieszkodliwy okrzyczany został.

#### — **W kwestyi leczenia błonicy.**

Tow. pedyatrów petersburskich rozsyła szemat w kwestyi leczenia błonicy surowicą, z prośbą o nadsyłanie odpowiedzi.

Uwzględniono następujące rubryki.

1) Ilość przypadków i śmiertelność. Przypadki ciężkie, średnie, lekkie, leczeni i nieleczeni surowicą, ilość wyzdrowień, śmierci, razem, % śmiertelności

- a) w zapaleniu gardzieli błoniczem bez duszności
- b) w zapaleniu gardzieli błoniczem z dusznością
- c) w innych umiejscowieniach błonicy.

2) Podział przypadków leczonych surowicą podług wieku.

3) Kiedy robiono 1-szą iniekcję.

4) Stosowanie surowicy zapobiegawcze.

5) Przypadki z powikłaniami od zastrzykiwań tej surowicy.

6) Ilość zużytej surowicy i jej jakość.

#### — **Syfilis i rozwód.**

Urząd (La Cour d'appel) m. Paryża, ostatnimi czasy wydał dekret, określający, że fakt ożenienia się (lub wyjścia za mąż) przed zupełnym wyleczeniem się z choroby wenerycznej i udzielenia tejże drugiemu z małżonków, stanowi dla tego ostatniego powód dostateczny do umotywowania rozwodu.

— **X Promienie.**

Na jednym z ostatnich posiedzeń Akademii des Sciences w Paryżu zdawano sprawę z fotografowania zapomocą promieni Röntgen'a kuli rewolwerowej, siedzącej w mózgu.

Pewien mężczyzna otrzymał postrzał w czoło z lewej strony z rewolweru (7 mm.). Kula przeszła, jak się to z późniejszych obja-wów okazało, przez lewy zwój czołowy, spoidło mózgowe (corpus callosum) w prawą półkulę w kierunku od przodu do tyłu i z wewnątrz na zewnątrz i zatrzymała się w prawym płacie skroniowym. Początkowo wystąpił zupełny bezwład lewostronny bez utraty przytomności, przez dwa tygodnie chory oddawał kał i mocz pod siebie, następnie stan jego stopniowo się poprawiał, po czterech tygodniach rana była już zupełnie zagojoną, pozostał jednak ruchowy bezwład lewostronny kończyn i twarzy, bez udziału jednakże górnych gałęzi nerwu twarzowego, n. oculomotorii i żwaczy. Rozpoznanie potwierdzonem zostało zapomocą promieni Röntgen'a. Na fotografii rozróżnia się dokładnie kształt czaszki, sinus frontalis i maxillaris, kość skalistą, oczodoły i t. d. Kula siedzi w tylnej części mózgu na wysokości drugiego zwoju skroniowego. Praktyczne zastosowanie odnalezienia kuli w danym przypadku, jest to, że nie sama kula, która się w zwojach skroniowych znajdowała, była przyczyną trwającego bezwładu połowicznego, lecz zniszczenie włókien nerwowych, które kula na drodze swej napotkała. Wszelkie zatem zabiegi chirurgiczne pozostałyby tu bez skutku.

— Przyczynę **bólu głowy** po zwiedzaniu wystaw malarskich wyjaśnia **d-r Snell** w sposób następujący: skutkiem ciągłego podnoszenia oczu odnośne mięśnie ulegają zmęczeniu, zmęczenie zaś to wyraża się bólem głowy. Zapobiedz temu można przez jednoczesne odginanie głowy ku tyłowi przy patrzeniu na górę. Należałoby zwrócić uwagę zarządów wystaw, aby rozwieszali niezbyt wysoko obrazy.

— W Paryżu zebrani ad hoc lekarze szpitalni orzekli konieczność **oddzielania suchotników.**

— **Nowy instytut.** W Gdańsku założony został Instytut higieniczno-bakteryologiczny; na dyrektora tego nowego zakładu powołano d-ra Lickfett'a. Instytucja ta ma baczyć nad higieną miasta, oraz wykonywać badania, w zakres bakterjologii wchodzące, na żądanie szpitali i lekarzy.

— **Z uniwersytetów.**

W ubiegłym letnim półroczu liczba studentów w uniwersytetach niemieckich, dosięgała 29,747. Z liczby tej przypada na teologów katolików 1782, na teologów ewangelików 2,646, na prawników 7,993, na filologów, filozofów i historyków 3,548, na matematyków i przyrodników 2,989, na farmaceutów 1,096, na studyjujących rolnictwo i geodezyę 805, na wydział kameralny 572, wreszcie na dentystów 385.

— Z liczby 7,993 studentów medyków, którzy w ubiegłym półroczu letniem słuchali wykładów w 20 uniwersytetach niemieckich, na poszczególne fakultety przypada: Monachium 1,239, Berlin 1,118, Würzburg 667, Lipsk 622, Fryburg 458, Gryfia 378, Kolonia 368, Erlanga 333, Wrocław 323, Bonn 314, Strasburg 295, Getynga 257, Marburg 247, Królewiec 239, Heidelberg 227, Hall 215, Tybinga 214, Jena 193, Giessen 171, Rostoka 115.

— **Nominacye.**

Prof. Körner z Rostoki powołany został na dyrektora nowo założonej kliniki uniwersyteckiej chorób nosa, krtani i uszów w Lipsku.

— Profesorowie **Virchow i Leyden** obdarzeni zostali oznakami francuskiego orderu legii honorowej. Virchow otrzymał krzyż komandorski, Leyden zaś oficerski.

— Prof. **A. Adamkiewicz** został na żądanie przewodniczącego **wykreślony z listy członków Wiedeńskiego Towarzystwa Lekarskiego**. Powodem tego było kilka artykułów, ogłoszonych przez prof. Adamkiewicza w piśmie *nefachowem* (*Neue Revue*). W artykułach tych Adamkiewicz ostro napada na prof. Alberta i jego klinikę, w której swe eksperymenta nad kankroiną przeprowadzał. Prof. Albert i dwaj jego asystenci d-rzy Frank i Schnitzel odpowiadali na zarzuty Adamkiewicza w wiedeńskich pismach lekarskich.

— Kongres (III) dermatologów odbędzie się 3 bieżącego miesiąca w Londynie.

— W końcu z. m. **Du Bois-Reymond** obchodził 50-lecie otrzymania stopnia doktorskiego.

— Przypominamy kolegom w okresie przeprowadzek odezwę red. **Wiadomości farmaceutycznych**, które bezpłatnie drukują zmianę adresów. Jest to jedyny sposób prostowania błędnych adresów w aptekach.

— D-r Hoenig zbudował **nosze** dla rannych, poruszane przez cyklistę. Na dobrych drogach działają doskonale.

— **Cholera** w Egipcie nie wygasła; od 25 Czerwca do 16 Lipca było 1,479 przypadków, z tych 1,170 śmierci.

— Pisma francuskie nawołują ponownie do składania ofiar na pomnik dla d-ra Wójcikowskiego, który pierwszy zastosował owaryotomię z dobrym wynikiem.

## SPIS RZECZY.

### Prace oryginalne.

Edward Dytel. Przyczynek do leczenia koklusz, 691.

### DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. **Patologia i medycyna wewnętrzna.** 259. Enrico Reale. Przeplukiwanie żołądka roztworem lapisu, 702. — 260. D-r Testevin. O leczeniu krwawej biegunki, 703. — 261. J. Boas. O nieżycie kiszki spowodowanym przez ameby, 704.—262. D-r Bum. O mechanicznym leczeniu zaburzeń krążenia, 706. — 263. R. Lepine. Przemycanie krwi, 707. — 264. D-r Herman Schlesinger (Wiedeń). O leczeniu gruczołem tarczowym, 709.

II. **Choroby nerwowe.** 265. M. Klippel. Neurony. Zasadnicze prawa ich zwyrodnień, 710.

III. **Choroby wieku dziecięcego.** 266. Baumel (Montpellier). Dermatitis exfoliativa noworodków, 717. — 267. W. Veit. O samoistnym wyleczeniu krzywicowych zniepodobnień kośćca u dzieci, 719.—268. C Kelaiditès. Leczenie ospy, szkarlatyny i kokluzu surowicą krwi, 720.

Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich, 721.

289 — 295. Wiadomości pomniejsze, 724. — Odcinek, 726. — Kronika bieżąca, 730.

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

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Zatwierdzone przez Ministra Spraw Wewnętrznych i nagrodzony Najwyższą nagrodą na wystawie higienicznej 1887 r.

PIERWSZY W KRAJU PRYWATNY

# INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ

*D-rów W. Mączewskiego i K. Sierpińskiego*

Warszawa, Marszałkowska 88.

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 kop. za jedno szczepienie. Na przesyłkę dołączyć należy kop. 25. Apt-kom i biorącym w większych ilościach, odstępuje się odpowiedni rabat.

**UWAGA.** Dla powiatów i wogóle dla szczepień massowych ekspedjuje się detryt we flakonach pipetowych po 25 i 50 szczepień zawierających.

*Skład Główny w Aptece Magistra Farmacyi H. Kucharzewskiego*

№ 4. Miodowa № 4.

Stacya kolei  
Muszyna-Krynica  
z Krakowa 8 godz.  
ze Lwowa 12 „  
z Pesztu 12 „

C. K.

Zakład Zdrojowy

W miejscu:  
Pocztą 3 razy dzien.  
Telegraf.  
A p t e k a.

# K R Y N I C A

(w Galicyi).

## Najobfitsza szczawa-żelazista.

W karpatach 590 m. n. p. m. Od stacyi kolejowej godzina drogi bitej, znakomicie utrzymanej.

Środki lecznicze: klimat podalpejski, kąpiele żelaziste, nader obfite w wolny kwas węglowy, ogrzewane metodą Schwartz'a (w r. 1895 wydano ich 47000).

Kąpiele borowinowe: parą ogrzewane (w r. 1895 wydano ich 18.000).

Kąpiele gazowe: z czystego kwasu węglowego.

C. K. Zakład hydropatyczny pod kierunkiem specjalisty d-ra H. Ebersa (w r. 1895 wydano procedur hydropatyczny 28.000).

Picie wód mineralnych miejscowych i zagranicznych, Żentyca, Kefir, Gimnastyka lecznicza.

Lekarz zdrojowy Dr. L. Kopff cały sezon stale ordynujący.

Nadto 14 lekarzy wolno-praktykujących.

Spacery: bardzo rozległy park szpilkowy, znakomicie utrzymany. Bliższe i dalsze wycieczki w uroczu Karpaty.

Mieszkania: przeszło 1500 pokoi z komfortem urządzonych, z pościelą kompletną, usługą, dzwonekami elektrycznymi, piecami i t. d.

Kościół katolicki i cerkiew: Wspaniały dom zdrojowy, kilka restauracyi, kilka pensyonatów prywatnych, mleczarnie, cukiernie.

Muzyka zdrojowa pod kierunkiem A. Wrońskiego od 21 maja. Stały teatr, koncerty.

Frekwencya w 1895 r. 5096 osób.

Sezon od 15 maja do 30 września.

W maju, czerwcu i wrześniu ceny kąpiele, pomieszkań i potraw w głównej restauracyi niższe o 20%.

Rozsyłka wody mineralnej: od kwietnia do listopada, składy we wszystkich większych miastach w kraju i zagranicą.

W miesiącu lipcu i sierpniu ubogim żadne ulgi, jak uwolnienie od taks zdrojowych i t. p. udzielone nie zostaną.

Na żądanie udziela objaśnień:

C. K. Zarząd zdrojowy w Krynicy (Galicya).