

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z oddziału d-ra Chełmońskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

PRZYCZYNEK

do kazuistyki promienicy klatki piersiowej.

Podał

d-r W. Miklaszewski,
asystent oddziału.

(Dokończenie).

Już po upływie 3-ch dni pobytu chorej na oddziale, przyszliśmy do przekonania, że wzniesienie w okolicy kręgosłupa budzi coraz większe podejrzenia, tem bardziej, że sama chora, nie wiedząc o naszym spostrzeżeniu, uskarżała się na bóle samoistne w omawianej okolicy i że dotknięcie wypuklenia, a nadewszystko ucisk potęgowały stale ból.

Granice tego guza były bardzo niewyraźne; jednak w przybliżeniu określimy jego długość na 15 ctm. i szerokość na 6 ctm. Powłoki zewnętrzne były niezmiennione, napięcie ich trochę większe, niż na stronie lewej. Chełbotania nie wyczuwaliśmy.

Jednocześnie chora zaczęła się uskarżać na bóle i drętwienie w prawej ręce. Władza i siła prawidłowe.

Przy codziennem badaniu w ciągu dni następnych coraz bardziej zwracaliśmy uwagi na wzniesienie koło kręgosłupa, które staowało się coraz widoczniejszem. Bóle w tej miejscowości i w prawej ręce stawały się coraz silniejszymi; gorączka po paru wznie-

sieniach i zwolnieniach trzymała się wieczorami ponad 38°. Stan ogólny trochę pogorszył się. Krwioplucie ustało; kaszel był ciągle silny; płwocina nieobfita, śluzowo ropna; pomimo kilkakrotnych poszukiwań nie wykryliśmy w niej laseczników Kocha.

8-go Stycznia, wahając się pomiędzy różnemi przypuszczeniami co do istoty choroby, przedsięwzięliśmy próbne przekłucie wzniesienia przy pomocy strzykawki Pravatz'a z długą igłą, lecz nie otrzymaliśmy nic po tym rękoczyni prócz trochę krwi, pomimo parokrotnych prób na różnych głębokościach. Z zaszczepionej krwi na odżywkach nie wyhodowaliśmy żadnych drobno-ustrojów. Bolesność w omawianej okolicy i ręce zwiększyła się jeszcze bardziej, znów wystąpiło krwioplucie, gorączka podniosła się, wahania ciepłoty stały się znaczniejszemi; tętno 120. Przy ucisku na wyrostki cierniste kręgowe w okolicy wzniesienia — znaczna bolesność; przy ucisku na ramiona i głowę bolesność w tem miejscu nie powiększa się.

Do 16-go Stycznia stan chorej pogarszał się coraz znacznie. Tego dnia zanotowaliśmy utratę władzy w prawej ręce: chora nie może podnieść i utrzymać ręki w górze, ani ścisnąć dłoni w garść. Odruchy w chorej ręce zniesione, czucie osłabione, bolesność samostna znaczna.

Objętość szyi w okolicy gruczołu tarczowego powiększyła się znacznie (początkowo uważaliśmy to za wole). Tegoż dnia zaznaczyliśmy stępienie u obu wierzchołków i wydech oskrzelowy z licznemi rżęczeniami drobnopełcherzykowemi.

W ciągu następnego tygodnia stan chorej znowu się pogorszył. Do bezwładu w prawej ręce dołączył się obrzęk, początkowo nieznaczny; w końcu Stycznia obrzęk ten był już dość duży i współcześnie bóle w ręce zaczęły się zmniejszać. W początku Lutego zaznaczyliśmy znaczne obrzmienie całej szyi; obwód jej u góry był 36, ctm. na wysokości chrząstki obrączkowej—37 i u podstawy—43 ctm. Powłoki szyi niezmienione. Szyja i kark twarde, bolesne przy ucisku; ruchy bardzo utrudnione, najsłabszemu ruchowi towarzyszy znaczna bolesność, promieniująca do pleców. Głowę trzyma chora sztywno, nieruchomo i w razie potrzeby obraca się całym ciałem, co przedstawia jednak znaczne trudności ze względu na bezwładną i obrzękłą kończynę.

Gdy kilkakrotne próbne przekłucie guza, który powiększył się znacznie w ostatnich czasach i w głębi którego można było wyczuć chelbotanie, nie dały wyników, uprosiliśmy kolegę Ciec h o m s k i e g o, żeby dokonał tego rękoczynu dużą strzykawką. Jakoż 8-go Lutego z głębi guza otrzymano sporą ilość ropy, w której

gólem okiem znaleźliśmy masę grudek promienicznych, których natura stwierdzoną została pod drobnowidzem ¹⁾.

Gdy pomimo podawania przetworów jodu do wewnątrz i pod skórę do głębi ropnia, stan chorej pogarszał się, szyja i ręka puchły coraz bardziej, wahania stanu gorączkowego były coraz gorsze, chora zgodziła się wreszcie na przecięcie ropnia, które zalecaliśmy jej już poprzednio ²⁾.

Dnia 18-go Lutego, w dniu operacji, obwód szyi w górnej części był 39 ctm., u podstawy 44 ctm. Ropień, bardzo rozległy, dochodził do połowy łopatki; skóra na nim miejscami zaczerwieniona, wszędzie zgrubiała, obrzękła; w głębi wyraźne chełbotanie.

Już na stole operacyjnym przy silnym kaszlu chora wykrztusiła bardzo obfitą ilość płwociny (około 1/4 litra) mocno cuchnącej, posokowato-ropnej.

Rękoczynu dokonali koledzy *Ciechomski* i *Leśniowski* bez chloroformu, ponieważ stan chorej był bardzo ciężki (wysoki stopień niedokrwiistości, znaczne obrzęki twarzy, prawej ręki i dolnych kończyn, przerost serca i jakaś nieokreślona sprawa w aorcie, tętno bardzo słabe i szybkie, ciepłota 36°5).

Przeprowadzono cięcie na wysokości 2 kręgu szyjowego długości 20 ctm. wzdłuż kręgosłupa, o parę ctm. od niego z prawej strony. Po wydaleniu obfitej ilości ropy, podobnej do wykształzonej płwociny, zauważyliśmy masę przetok i zatok, którymi mięśnie były podziurawione na kształt starego pnia, toczonego przez robactwo.

Po skutecznieniu rękoczynu nałożono opatrunek z gazy wyjałowionej, zmaczanej w 10% jodku potasu. Podobne opatrunki były zmieniane co dzień lub co parę dni, zależnie od przemakania ich i stanu gorączki.

Po operacji ogólny stan chorej poprawił się, pomimo cierpienia, jakie jej sprawiała rana; ciepłota spadła na parę dni, ilość płwociny zmniejszyła się bardzo znacznie, kaszel uspokoił się, apetyt poprawił się.

Przy 3-im opatrunku (23/II) znaleziono wydzielinę w niezna- cznej ilości, niezbyt cuchnącą, ranę bladą, ziarninę bardzo słabą. Obwód szyi w górnych częściach 37 ctm., u podstawy 39 ctm.

Przy piątym opatrunku (26/II) w ranie było dużo ropy, która została usunięta przy pomocy przestrzyknięcia jodkiem potasu.

¹⁾ Podobne grudki, choć znacznie mniejsze, znaleźliśmy w płwocinie, która od pewnego czasu stała się czysto ropną, obfitą.

²⁾ Podczas podawania KI płwocina nabrała zapachu jodoformu.

Wymiary szyi 36 i 39 ctm. Prawa ręka do ramienia bardzo mocno spuchnięta i zupełnie bezwładna oraz nieczuła na bodźce zewnętrzne. Kaszel większy i ilość plwociny znaczniejsza — w niej grudki promienicze.

28/II zaznaczono ponowne zwiększenie objętości szyi i chełbotanie w okolicy górnych części mięśnia sutkowo-obojęczkowego prawego. Gorączka podniosła się i stan ogólny chorej pogorszył się. Prawa ręka ogromnie spuchnięta do połowy ramienia; mięśnie jej, przynajmniej w górnych częściach zanikłe tak dalece, iż ramię wypadło z panewki łopatki, zapewne pod wpływem nadmiernego ciężaru ręki. Chora nie chciała się zgodzić na otworzenie nowych ropni; to też stan jej pogarszał się codziennie, gdy wreszcie po tygodniu dała się nakłonić do wykonania rękoczynu, wypadło go już zaniechać, ponieważ chełbotanie w górze szyi znikło, prawdopodobnie wskutek opuszczenia się ropnia, i stan chorej budził obawę, aby nie zmarła podczas operacji. Jakoż tejże nocy chora zakończyła życie.

Sekcyi dokonał prof. Przewoski. Wyniki tego badania są następujące: W jamie ustnej nie znaleziono nic chorobowego, prócz braku paru zębów. Migdałki zdrowe. Między kostnem sklepieniem gardzieli i tkanką poza przelykową znaleziono: obfitą ilość ropy, która z tego wielkiego zbiornika drażyła w rozmaitych kierunkach. Mniej więcej począwszy od dolnego brzegu krtani znaleziono znaczny rozrost tkanki łącznej, która spoiła sąsiednie narządy w jedną masę. Najjaskrawiej rzuca się to w oczy we wnętrzu klatki piersiowej, gdzie opłucna zrosnięta w górnych płatach obydwóch płuc, narządy śródpiersia przymocowane do siebie tak silnie, że utworzyło się zwężenie przelyku. Objętość prawego płuca powiększona o $\frac{1}{4}$ części; górny płat twardy, bezpowietrzny, na przekroju przedstawia zanik mięszu i obfity rozwój tkanki łącznej bliznowatej, zwłaszcza w koło oskrzeli. Wśród tkanki łącznej dużo ropni ¹⁾. Podobne zmiany znaleziono w górnym płacie lewego płuca, czyli spotykamy tam zapalenie płuc śródmięszkowe ²⁾, przeniesione na ten narząd z opłucny. Serce powiększone w obu wymiarach, mięsień jego bledy, wiotki, zastawki nie uszkodzone. Światło aorty poniżej łuku znacznie zwężone. Śledziona powiększona w dwójnasób, twarda, polyskująca (zwyrodnienie mączkowate). W nerkach rozlane zapalenie ³⁾. W macicy niewielki włókniak pod-

1) Wielkości ziarnka gróchu do orzecha laskowego.

2) Pneumonia interstitialis.

3) Nephritis mixta.

otrzewnowy. Mięśnie karku i pleców jakby stoczone przez robaki. W ich mięszu liczne ropnie, blizny, przetoki. Okostna żeber zgrubiała i szczelnie przymocowana do sąsiednich narządów (opłucny, mięśni). W kręgach nie znaleziono ropni; lecz zapalenie promienicze przeszło na opony rdzenia. (Peri-pachymeningitis et perineuritis purulenta).

Do zbadania drobnowidzowego wzięliśmy kawałki mięśni i płuc. Na skrawkach, barwionych hematoksyliną, safraniną, eozyną, płynem Ehrlich-Biondi, karminem etc., znaleźliśmy w płucu zupełny zanik mięszu i znaczny rozrost tkanki łącznej bliznowatej, wśród której znajdują się liczne drobne i większe ogniska ropne. Ściany większych oskrzeli zmienione do niepoznania: błona śluzowa ich w jednych miejscach zgrubiała i nacieczona ciąkami ropnemi, w innych zanikła; — chrząstka w stanie zwyrodnienia lub zaniku, mięśnie okołooskrzelowe zastąpione przez tkankę włóknistą. Opłucna utraciła zupełnie śródbłonek i przemieniła się w tkankę bliznowatą, w której znajdujemy dość obfite ogniska ropne.

Podobne zmiany znajdujemy w mięśniach prądkowanych, dotkniętych chorobą: zanik składników kurczliwych i rozrost tkanki łącznej, w której dużo jest małych i większych ropni.

Takie były zmiany u naszej chorej za życia i po śmierci.

Samo się przez się rozumie, że rozpoznanie choroby w chwili przybycia A. D. do oddziału napotykało istotne trudności. Jej skargi na: kaszel, bóle w piersiach, duszność, ogólne osłabienie, dreszcze, poty nocne, gorączkę, krwioplucie; dane przedmiotowe: stępienie u wierzchołków płucnych, wzmożenie drżenia głosowego, rzężenia drobno-pęcherzykowe, — ogólny stan zły, wahania ciepłoty, wychudzenie, obrzęki i t. d. wszystkie te objawy razem wzięte mogły być skłonić nas do rozpoznania gruźlicy. Jednak, nie zarzekając się w początkach tego przypuszczenia, pomimo braku dziedziczności i nieobecności laseczników gruźliczych w płwocinie, spostrzegliśmy jeszcze parę objawów, których nie tłumaczyłaby gruźlica. Powiększenie tępości serca, silne tętnienie w tętnicy szyjowej prawej, pewne powiększenie objętości szyi w okolicy gruczołu tarczowego, które wyglądało na rozwijające się wole, szybkie tętno i szmer skurezowy na miejscu wysłuchiwania aorty — szereg tych objawów budził podejrzenie co do początków choroby B a s e d o w'a, tętniaka aorty.

Nakoniec nieznaczne wzniesienie pomiędzy pomiędzy prawą łopatką i kręgosłupem, które z biegiem czasu stawało się widoczniejszym, utrudniało jeszcze bardziej rozpoznanie. Budziło się też przypuszczenie, czy nie mamy do czynienia z nowotworem płuca i opłucny, który uciskał aortę przy swym rozwoju i draży na ze-

wnątrz przez tylną ścianę klatki piersiowej. Za takim przypuszczeniem przemawiał między innymi nowy objaw, jaki wystąpił w 2-gim tygodniu: bóle w prawej ręce niczem nie usprawiedliwione i stopniowy rozwój porażenia ruchowo-czuciowego tej kończyny.

Przypuszczaliśmy również, czy nie rozwija się próchnienie kręgow, pomimo braku bolesności przy ucisku na stos kręgowy z góry i przy przechylaniu tułowia.

Ujemne wyniki kilkakrotnych przekłuć próbnych utrudniały rozpoznanie. Wobec widocznego spotęgowania wszystkich przypadłości chorobowych, oraz znacznego obrzmienia szyi, wzbudziło się w nas wreszcie podejrzenie promienicy. To podejrzenie zyskało sankcję rozpoznania po przekłuciu, jakie wykonał kolega C i e c h o m s k i. Musimy zaznaczyć w tem miejscu, że do przekłuć próbnych należy używać igieł grubych, bo inaczej trudno otrzymać zawartość ropnia, zwłaszcza zaś grudki promienicze, których średnica jest dość znaczna. Z tej to racyi nasze poprzednie przekłucia nie dały wyników pożądaných.

Ustaliwszy rozpoznanie (S/II), przystąpiliśmy bezzwłocznie do podawania chorej znacznej ilości jodku potasu, zalecanego w promienicy. Prócz wewnętrznego użycia leku, zastrzykiwaliśmy go chorej w głąb guza na plecach po 0,25 do 0,75 dziennie. Zaznaczamy, że po tym zabiegu wyksztuszana płwocina i wydechane powietrze nabrały zapachu jodoformu.

Pomimo leczenia stan chorej nie poprawił się. Dopiero po otworzeniu ropnia, chorej zrobiło się nieco lepiej. Leczone ropnie na szyi, których nie pozwoliła otworzyć, sprowadziły zejście śmiertelne.

Powstaje pytanie, jaką drogą dostał się w naszym przypadku zarazek promienicy do ustroju naszej chorej? W początkach obserwacji, nawet 3 miesiące przedtem, główne objawy chorobowe sprowadzały się do zajęcia narządów oddechowych. Czy zatem nie były one pierwotnem siedliskiem promienicy? Badanie pośmiertne wskazuje, że zajęte były sprawą promieniczną tylko górne płaty płucne, dolne zaś były w stanie rozedmy; krtani, tchawica i wielkie oskrzela nie były dotknięte promienicą. Wobec tego przypuszczenie pierwotnej promienicy płuc wydają się nieuzasadnionem, tem bardziej, że i sekcyja i badanie drobnowidzowe skłaniają do wniosku, że sprawa przeszła z opłucny na płuca. Jeśli przeto promienica klatki piersiowej była w naszym przypadku wtórną, to gdzie szukać jej pierwotnego ogniska? Zapewne w narządach jamy ustnej, lub poza nią. W jamie ustnej nie znaleźliśmy nigdzie umiejscowionej sprawy promienicznej, chyba może istniała ona tam dawniej w jakim spróchniałym zębie, który mógł być wy-

jęty przed powstaniem miejscowych objawów; migdałki, błona śluzowa jamy ustnej były zdrowe i bez blizn. Ogniska promienicze znajdujemy dopiero w tkance luźnej gardzieli, na podstawie czaszki, na przedniej powierzchni kręgosłupa za przełykiem i wogóle w śródpiersiu tylnym. Zapewne zatem to była droga, którą postępowała promienica do klatki piersiowej. Sprawa chorobowa musiała zacząć się bardzo dawno i przebiegać w postaci miejscowego cierpienia gardzieli i, dopiero po upływie długiego przeciągu czasu, przejść do klatki piersiowej. Na poparcie tego przypuszczenia mogę powołać się na świadectwo chorej, której kilkakrotnie w przeciągu 2-ech lat obrzmiewała szyja i sama po pewnym czasie wracała do normy. Stan podmiotowy pogorszył się, skoro sprawa chorobowa opuściła się do klatki piersiowej. Wystąpiły objawy zapalenia opłucny z następczem powikłaniem zapalenia płuc. Sprawa, prawdopodobnie, przeszła ze śródpiersia na opłucną, płuca, ucisnęła aortę i wywołała następczy przerost serca.

Gdy zapalenie przeszło na kręgosłup i opony mlecza, wystąpiły objawy nerwowe w postaci: bólów w prawej, górnej kończynie, a z biegiem czasu, porażenia ruchowo-czuciowego, zaniku mięśni i obrzęków natury troficznej, wreszcie przyłączyło się samoistne zwichnięcie ramienia.

Powikłanie sprawą ropną, sądząc z krzywej gorączki w ciągu obserwacji, podkopało odżywianie naszej chorej i doprowadziło ją do charłactwa, które było samo przez się dostateczną przyczyną śmierci.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia i medycyna wewnętrzna.

310. M. Miecznikow. **Gruźlica.** („*La Tuberculose*” *L'Indépendance médicale*, Nr. 16).

Z punktu widzenia historyi naturalnej, autor rozróżnia dwa rodzaje lasecznika gruźliczego: lasecznik gruźlicy ludzkiej i zwierząt ssących, oraz lasecznik gruźlicy ptasiej. Rozgraniczenia tego autor nie uważa jednak za ścisłe, gdyż zwierzęta ssące są w rozmaitym stopniu odporne na działanie lasecznika gruźlicy ludzkiej; niektóre z nich natomiast podlegają gruźlicy ptasiej; a znów niektóre ptaki jak wróble, czyże, papugi przedstawiają podatny grunt dla rozwoju lasecznika gruźlicy ludzkiej. Wogóle autor przypuszcza, że wspomniane laseczniki przedstawiają dwie odmiany jednego i tego samego gatunku.

Z pomiędzy ssących, świnka morska jest najpodatniejsza dla rozwoju lasecznika gruźlicy ludzkiej, zwierzęta mięsożerne są odporniejsze, a niektóre gatunki gryzoniów, jak np. szczury, myszy, susły—bardzo odporne. Rozwój gruźlicy zależy od sposobu, w jaki zostało dokonane szczepienie; po zastrzyknięciu zarazka gruźliczego do żył śmierć następuje prędzej, niż po szczepieniu podskórnem.

Korzystając z podatności świnek morskich na działanie lasecznika gruźlicy ludzkiej, używają je powszechnie do doświadczeń, a nawet jako odczynniki na gruźlicę. Autor radzi w podejrzanym przypadku gruźlicy zastrzyknąć w tkankę podskórną brzucha świnki morskiej płwocinę chorego, a wystąpi typowy przebieg gruźlicy: ranka skórna zasklepia się bardzo prędko, natomiast na tem samym miejscu wytwarza się niewielkie obrzmienie, które daje początek owrzodzeniu ze stwardniałymi brzegami (szankier gruźliczy), gruczoły chłonne pachwinowe również obrzmiewają. Dla dokładnego sprawdzenia istnienia gruźlicy szczepi się do otrzewny drugiej śwince ropę z owrzodzenia lub serowatę masę ze zwyrodniałych gruczołów chłonnych, poczem rychło rozwija się gruźlicze zapalenie otrzewny.

Przy podskórnem szczepieniu gruźlicy najpierwej ulegają cierpieniu gruczoły chłonne, potem wątroba, śledziona i dopiero w końcu płuca, a bardzo często zwierzę ginie nawet przed zajęciem płuc.

Jeżeli śwince morskiej zaszczepić gruźlicę ptasia, to pojawiają się objawy miejscowe, a w razie uogólnienia się gruźlicy, zmia-

ny w rozmaitych narządach dają się zauważyć tylko za pomocą mikroskopu, zmiany zaś, wywołane przez gruźlicę ludzką, dostrzegalne są gołym okiem.

Baumgarten twierdził, że gruzełek powstaje wskutek rozmnażania się stałych komórek w miejscu zakażenia ustroju. Drobnowidzowe badania gruzelków wykazały trzy rodzaje komórek właściwych: komórki olbrzymie (*géantes*) (uważane kiedyś za znamionujące gruzełek); protoplazma ich jest ziarnista z wypustkami, 120—130, jądrami; komórki nabłonkowate (*épithélioides*)—(właściwie charakterystyczne dla gruzelka)—wielokątne z jednym jądrem i komórki zarodkowe (*lymphoïdes*)—okrągłe z wielkim jednym jądrem. Komórki olbrzymie powstają z nabłonkowatych i zarodkowych przez zlanie się ich protoplazmy.

Autor jednak nie zgadza się ze zdaniem Baumgarten'a i twierdzi, że komórki stałe ustroju, jak np. komórki wątroby, śledziony, nerek lub płuc nie odgrywają żadnej roli w tworzeniu się gruzelków, które powstają z leukocytów, przybywających do miejsca zajętego i wytwarzających, przez łączenie się, komórki nabłonkowate, a następnie olbrzymie.

Co się tyczy leczenia gruźlicy, to autor wspomina o próbach szczepienia ochronnego, robionych przez Grancher'a, który chciał szczepić osłabiony zarazek gruźliczy, ale nie otrzymał dodatnich wyników. Koch próbował szczepienia chemicznego, ale tuberkulina działa tylko w razie istnienia laseczników, więc nie mogła być użyta do szczepień ochronnych, a także nie dała oczekiwanych rezultatów leczniczych, bo często wywoływała zaostrzenie się gruźlicy. Użyta w miejscowych cierpieniach, naprzykład w wilku, tuberkulina działa leczniczo na bardzo krótki przeciąg czasu, a następnie ustrój przyzwyczaja się do jej działania i wilk rozwija się jeszcze prędzej. Obecnie tuberkulina używa się tylko dla rozpoznania gruźlicy u bydła rogatego. Richet i Hericourt, mniemając, że pies nie podlega gruźlicy, próbowali zastrzykiwać surowicę jego krwi, ale okazało się, że i psy cierpią na suchoty, a oprócz tego nowsze badania wykazały, że dla celów leczniczych trzeba brać surowicę krwi nie zwierząt odpornych, lecz uodpornionych przez poprzednie szczepienia; tak np. szczur jest odporny na błonicę, a jednak surowica jego krwi nie działa leczniczo.

Autor twierdzi, że surowica krwi zwierząt, którym poprzednio zastrzyknięto tuberkulinę, czyni organizm odpornym na trujące działanie tuberkuliny, na dowód czego przytacza doświadczenie, dokonane na dwóch świnkach zarażonych gruźlicą: jeżeli jednej zastrzyknie się śmiertelną dawkę tuberkuliny, a drugiej taką samą dawkę surowicy krwi zwierzęcia, któremu poprzednio zastrzyknięto tuberkulinę, to pierwsza świnka zginie, a druga pozostanie przy życiu.

Surowica krwi, zastrzyknięta choremu, nie dopuszcza do powstawania toksyn i tem samem przerywa chorobę; tak przynajmniej działa w chorobach ostrych, jak błonica, tężec i t. p., lecz w chorobach przewlekłych, gdzie jak np. w suchotach, cierpienie zajmuje coraz to nowy narząd nie można oczekiwać wyleczenia za pomocą antytoksyny.

Autor wskazuje jednak, że niektóre organizmy mają wrodzoną odporność przeciw gruźlicy; u człowieka przejawia się ona zwapnieniem dotkniętych części narządów.

Między zwierzętami najodporniejsze są, według Miecznikowa, suseł i rodzaj gryzonia z Algieru — *Meriones Schawi*, który znosi suchoty bardzo lekko. Badając, po zabiciu zwierzęcia, jego narządy, autor wykazał, że gruźelki są w stanie świeżym i nie podlegają zserowaceni; najzaciętsza walka pomiędzy komórkami ustroju i lasecznikami toczy się w śledzionie, która jest usiana gruźelkami. Gruźelki, te badane pod drobnowidzem, wykazują nam niewiele laseczników żywotnych pomiędzy nabłonkowatymi komórkami i całe masy mniej lub więcej zwyrodniałych—wewnątrz komórek olbrzymich. Laseczniki są tu otoczone jakąś bezbarwną jednostajną masą, która ze swej strony otoczona jest koncentrycznymi nalotami fosforanów wapnia. Przy barwieniu sposobem Gram'a lub Ziehl'a widać, że laseczniki nie barwią się prawidłowo, a przechodzą najrozmaitsze odcienie, począwszy od prawidłowych do zupełnie bezbarwnych. Autor objaśnia ten obraz walką pomiędzy lasecznikami, otaczającymi się masą kutykularną (*cuticulaires*) i, prawdopodobnie, wydzielającymi toksyny, a komórką, która otacza laseczniki pokładami fosforanu wapnia i, być może, wydziela jakiś płyn, dopomagający jej do strawienia laseczników. Komórki olbrzymie i nabłonkowate często giną w walce z lasecznikami i tworzą wtedy masy serowate, które powstają tem łatwiej, że gruźelek niema naczyń, a więc komórki środkowe nie odżywiają się prawidłowo.

Z faktów powyżej przytoczonych autor wyprowadza wniosek, że gruźelek formuje się z leukocytów (fagocytów), gromadzących się w miejscu, gdzie są laseczniki i otaczających je. Dążenie leukocytów do walki z lasecznikami objaśnia odporność człowieka i niektórych zwierząt na gruźlicę.

M. Wilczyński.

311. Taar Laitinen. **Toksyna ze streptococcus i jej działanie na układ nerwowy.** (*Centralblatt für allgemeine Pathologie u. Pathologische Anatomie. Mai 1896*).

L. wspólnie z prof. Hemén'em przeprowadził szereg doświadczeń nad wprowadzaniem bakteryj i toksyn tychże wprost do układu nerwowego, a mianowicie do rdzenia i nerwów obwodowych. By wprowadzanie znacznych ilości do organizmu samo przez się nie myliło doświadczeń przez wywoływanie znaczniejszego zaniku, wprowadzał minimalne ilości toksyn odpowiednim sposobem zgęszczonych. Następnie zgęszczoną toksynę rozpuszczał w $\frac{1}{2}\%$ soli kuchennej w stosunku 1:10 i ten dopiero roztwór wstrzykiwał królikom wprost do rdzenia lub N. ischiadicus. Działanie było iden-

tyczne z działaniem samego streptococcus. Ciepłota się podnosiła, zwierzę słabło, chudło, dostawało rozwolnienia i sapki, a nasilenie powyższych objawów wzmagało się z powiększeniem dawki. Po wstrzykiwaniach do rdzenia i nerwów następował niedowład i odrętwienie. Sekcya wykazywała krwotoki w jamach opłucny i osierdzia, w nerkach, często w przeponie i otrzewnie; w wątrobie zwyrodnienie tłuszczowe; śledziona mimo braku znacniejszego powiększenia była ciemno-czerwona. Zmiany makroskopowe w nerwie polegały na zgrubieniu tegoż i znaczniejszem unaczynieniu, barwie szarej, a nie szklistej — co wszystko jasno odróżniało go od nerwu zdrowego. Co do zmian drobnowidzowych—to występowało nabrzmienie epi- i perineurium, nacieczenie komórkami, w części liczne krwawienia, a rzadko mniejsze zmiany.

Dalej, przy wstrzykiwaniach toksyny do N. ischiadicus zmiany powyższe rozciągały się na cały nerw, korzenie krzyżowe i lędźwiowe, a nadto zmiany ogarniały rdzeń, w którym można było jeszcze widzieć liczne krwawienia. Również zmiany występowały w całej długości rdzenia, przy wstrzykiwaniach bezpośrednich do rdzenia, wraz z licznymi krwawieniami.

Dr. Nartowski.

312. Dr Briquet. **O jodyzmie: jego postaci, przyczyny i leczenie.** (*La Semaine Médic. Nr. 18, 1896*).

Całokształt zaburzeń, jakie w ustroju powstają pod wpływem jodu oraz jego związków, autor nazywa jodyzmem; a) twierdzi on, że dotyczyć one mogą każdego z osobna lub kilku naraz narządów, b) rozpatruje je po kolei, i uzupełnia obfitym cudzym i swoim materiałem klinicznym.

I) *Narząd oddechowy*: najczęściej występuje tu coryza, do której przyłączyć się może podrażnienie łącznicy; krwotoki z nosa są rzadkie i nieobfite; dość pospolite są laryngity, a trafia się i groźny obrzęk nagłośni z zejściem śmiertelnym, z zapaleniem tchawicy i oskrzeli; te ostatnie znacznie częściej spostrzegano, aniżeli zaburzenia ze strony samych płuc (ostre przekrwienie, obrzęk) lub opłucny (wysięk); płwocina rdzawa, a nawet lekkie krwotoki płucne zdarzają się przeważnie u osobników gruźlicą dotkniętych.

II) *Narząd trawienny*: proste uczucie suchości i palenia błon śluzowych ust może doprowadzić do prawdziwego zapalenia dziąseł, a nawet obrzmienia języka; suchość czasem bywa wstępem do zwiększonego nieco ślinotoku, a gruczoły ślinowe w różnej mierze mogą podlegać sprawom zapalnym; bóle gastralgiczne częściej notowano, niż zaburzenia ze strony apetytu i wymioty; rozwolnienie (czasem krwawe) rzadziej, niż zaparcie stolca.

III) *Narząd krążenia*; wpływ jodu na serce, oraz skład krwi mało dotąd jast zbadany.

IV) *Narząd nerwowy*; a) z szeregu objawów bólowych na pierwszym miejscu stoi ból głowy, następnie newralgie (przeważnie nerwów głowy, a zwłaszcza twarzy), a rzadziej bóle w kościach, stawach i mięśniach; b) z zaburzeń psychicznych spostrzegano osłabienie pamięci, ociężałość umysłową, a nawet obłęd, bezsenność, c) z zakresu zdolności ruchowych notowano paraliż (u syfilityka!), drżenie, drgawki.

V) *Narząd skórny* okazuje się prawie najwrażliwszym na działanie jodu, a wykwity skórne mogą przyjąć najróżnorodniejszą postać, począwszy od nieznacznego przekrwienia do krost w różnej ilości i wielkości po całym ciele rozsianych.

VI) *Narząd zmysłów*; najczęściej występują zaburzenia ze strony oka (obrzemiecie powiek, conjunctivitis etc.), rzadko ze strony ucha (szum, czasowa głuchota).

VII) *Narząd moczopłciowy*; spostrzegano tu zapalenie cewki moczowej, parcie na mocz i bolesność w czasie oddawania moczu, białkomocz z licznymi wałkami; niektórzy wspominają o atrofii jąder, co jest zresztą dość wątpliwem; zaburzenia w miesiączkowaniu występują dość często tak ze względu na jego ilość i jakość, powodując nieraz krwotoki maciczne.

Następnie autor rozpatruje wpływ poszczególnych przetworów jodu i dochodzi do wniosku, że 1) objawy jodyzmu najczęściej i najgroźniej występują przy używaniu jodków strontu (78%), potasu (73%) i amonu (77%); jodek sodu stoi daleko poza wspomnianymi (66%) a jodek rubidu zdaje się być jeszcze mniej szkodliwym (50%), 2) że objawy te tylko w 10—15% przypadków są o tyle groźne, że leczenie należy przerwać natychmiast, gdyż w większości przypadków następuje przystosowanie się ustroju. Błędem jest jednak przypuszczenie, że tam, gdzie istnieje idyosynkryza, należy tylko powiększyć dawkę, a objawy jodyzmu prędzej ustąpią; autor twierdzi stanowczo, że zawsze większe dawki są więcej niebezpieczne i jest zwolennikiem dawek małych lub średnich, zwolna tylko powiększanych.

W dalszym ciągu autor streszcza różne teorie, mając na celu wytłumaczyć zjawisko jodyzmu: jedni przypuszczali, iż zależy ono od zanieczyszczenia fosforami przetworów jodu, inni — iż wskutek ich rozkładu wydziela się jod wolny i sprowadza omawiane zaburzenia; niektórzy wszystko sprowadzają do przewlekłych i zwolna postępujących zaburzeń żołądka, a są tacy, co przyczynę jodyzmu widzą w niedostatecznym wydalaniu jodków przez nerki; według autora najbliższem prawdy jest przypuszczenie, iż mamy tu do czynienia ze znanem w patologii zjawiskiem idyosynkryzi.

Co się tyczy środków zaradczych, to przedewszystkiem należy starać się o to, by wogóle sprawa nie wystąpiła, a jedynym sposobem jej zapobiegania jest rozpoczynanie od dawek małych (0,5), zwolna powiększanych. Z chwilą, gdy objawy już wystąpiły, ze wszystkich probowanych środków, według autora, najlepsze wyniki daje belladonna (dziennie 0,05—0,1 wyciągu) w przypadłościach

nosowo-gardzielowych, oraz dwuwęglan sodu (5—6 a nawet do 10 gramów dziennie) przy objawach groźnego jodyzmu; nadto wskazane są w tym razie środki czyszczące i moczopędne.

A. Lande.

313. Dr Gaston Bramhomme. **Dwa przypadki zatrucia kwasem bornym.** (*La France Médicale* Nr. 7, 1896).

Pierwszy przypadek dotyczy 55-letniej kobiety, nerwowej, dotkniętej olbrzymim węglikiem w okolicy międzyłopatkowej. Gorączka umiarkowana, mocz białka ani cukru nie zawiera: bezsenność, brak łaknienia. Zrobiono cięcie na krzyż, wieczorem 2 grm. chloralu. Od tego czasu sen powrócił. W trzy dni po operacji obłożono ranę kataplazmami ze sproszkowanego kwasu bornego i z makuch lnianych w równych częściach. Prócz tego zalecono chorej kwas borny do wewnątrz (2 grm. w przeciągu 24 godzin), oraz chloral co wieczór po 3 grm. Za pokarm podawano mleko i buljon. Czwartego dnia tej kuracji chora zaczęła okazywać pewien niepokój, nie spała, uskarżała się na nerwobóle, oraz na pieczenie po całej powierzchni skóry, na której wystąpiła obfita wysypka czerwona, grudkowata. Silne pragnienie. Ciepłota 38.8. Nie wiedząc czemu przypisać ten stan chorej, lekarz wstrzymał dotychczasową kurację. W trzy dni potem wszystko powróciło do stanu prawidłowego. Rana dobrze się goiła i w 3 tygodnie po operacji chora powróciła do zupełnego zdrowia. Dla przekonania się, czy wysypka nie była w związku z podawaniem chloralu, zalecono chorej nazajutrz po zupełnem zniknięciu wysypki 3 grm. chloralu; środek ten stosowano następnie przez dziesięć dni z rzędu bez najmniejszych zaburzeń.

Drugi przypadek dotyczy 65-letniego mężczyzny, artrytyka, chorego na rozmiękczenie mózgu. Autor zawezwany został 18 Sierpnia z powodu znacznego węglika na karku.

Białkomoczu ani cukromoczu nie znaleziono. Bóle niezbyt dotkliwe. 19 Sierpnia dokonano cięcia na krzyż. W dwa dni potem zasypano ropiejącą ranę obficie niesproszkowanym kwasem bornym. Ranę opatrywano w ten sposób przez trzy dni; musiano jednak sposób ten zarzucić, ponieważ wystąpiła pryszczycza początkowo ograniczona, potem ogólna; chory stracił łaknienie, lekka śpiączka.

24 Sierpnia śpiączka wzmogła się, zupełny brak łaknienia.

15/VIII wymioty żółciowe, obfite poty, wygląd rany zadawalniający.

26/VIII wysypka znika, prostracya, 3 razy wymioty żółciowe, lekkie rozwolnienie. Przez trzy dni ostatnie ciepłota wahała się pomiędzy 37,2—37,3.

Śmierć nastąpiła 28/VIII.

W przypadku tym u osobnika bardzo osłabionego mieliśmy do czynienia z zatruciem kwasem bornym, które wyrażało się: pryszczycą, śpiączką, wymiotami żółciowymi i obfitymi potami. Na uwagę zasługuje to jeszcze, że wobec pogarszającego się stanu ogólnego, cierpienie miejscowe (rana) szybko się polepszało.

Zatem kwas borny w dużych dawkach w proszku lub roztworze, będąc zastosowanym na obszerne rany, wchłania się nader szybko, przechodzi do krwiobiegu i wywołuje wyżej opisane objawy, co zresztą w niektórych farmakologiach opisane zostało.

H. Kucharzewski.

II. Choroby wieku dziecięcego.

314. Dr L. Fiszer. **Leczenie gorączki u dzieci.** (*Therapeutische Wochenschrift. Nr. 21, 1896*).

Gorączka u dzieci należy do bardzo częstych objawów rozmaitych chorób: najmniejsze podrażnienie błony śluzowej żołądka, kiszek lub oskrzeli, najmniejsza infekcja migdałów, gardzieli lub płuc może dać powód do bardzo wysokiego wzniesienia się ciepłoty. Dzieci daleko łatwiej, niżeli dorośli, znoszą i wyższą i dłużej trwającą gorączkę. Z tego powodu tylko w wyjątkowych razach, gdy gorączka rzeczywiście grozi życiu niebezpieczeństwem, należy u dzieci stosować przeciwgorączkową metodę leczenia. Stosowanie u dzieci środków przeciwgorączkowych grupy anilinowej, z powodu szkodliwego ich działania na ogólny układ nerwowy i na serce, jest bardzo ryzykowne.

Najnowsza literatura posiada dużo przypadków szkodliwego działania tychże środków. Tak, na przykład: K. Sauter widział objawy otrucia u dziecka chorego na pryszczycę szyi przy miejscowym stosowaniu antifebryny. Prof. Fraenkel spostrzegł śmierć 17-letniej chorej po przyjęciu pięciu (zamiast dwóch) proszków fenacetyny po 1,0. Prof. Jaksch uważa fenacetynę za niebezpieczniejszą dla dzieci od antifebryny. Gerhardt obserwował ciężkie objawy wraz z zapaścią przy stosowaniu fenacetyny, antipiryny, antifebryny i fenokolu przy ostrym wielostawowym reumatyzmie. W takich razach, gdzie u dzieci należy działać przeciw wysokiej ciepłocie, Henoch, Baginsky, Unger, Soomis, Baruch i inni zalecają stosowanie zimnej wody.

W roku zeszłym przez Heyden'a z Radebene został przedstawiony nowy środek przeciwgorączkowy i kojący—apolizyna. Środek ten został dokładnie zbadany przez prof. M. Nenckiego w Petersburgu i przez L. Nenckiego i J. Jaworskiego w Warszawie.

Najgłówniejsze cechy apolizyny są następujące: jestto pro-

szek białawo - żółtawy, krystaliczny, smaku kwaskowatego, rozpuszczalny w wodzie zimnej w stosunku 1:55, a w gorącej daleko łatwiej; topi się przy 72° C.; jest pokrewny fenacetynie — z tego wypływa, że obydwa te związki wzajemnie są do siebie podobne i w działaniu farmako-dynamicznem. Dalej stwierdzono: 1) że apolizyna nie jest ciałem trującym; 2) że w organizmie rozkłada się na para-amidofenol i para-fenitydynę, etyl i kwas cytrynowy, utleniający się na kwas węglany i wodę; 3) że para-amidofenol i para-fenitydyna działają na obniżenie ciepłoty, podczas, gdy działanie kojące zależy od etylu; 4) że ciała te przechodzą do moczu jako połączenia glikuronowe lub sole kwasu siarczanego.

Autor próbował stosować apolizynę w 38 przypadkach u dzieci, w rozmaitych chorobach gorączkowych. W pracy swej przedstawia szczegółowe historye chorób 8 przypadków i wyraża swe zupełne zadowolenie z wyników działania apolizyny. Autor przy stosowaniu apolizyny nie spostrzegł żadnych ubocznych nieprzyjemnych objawów, które często występują przy stosowaniu innych środków przeciwgorączkowych.

Dawkowanie było następujące: jednorocznemu dziecku 0,3 co 2—3 godziny; wrazie nieotrzymywania skutku dawkę zwiększał do 0,6. Starszym dzieciom na każdy rok życia o 0,06 więcej. Jeżeli są jakie przeszkody w dawaniu lekarstwa przez usta, to należy je dawać przez odbyty w czopkach, w podwójnych dawkach. Apolizyna daje się tak przed, jak i po jedzeniu. W końcu autor kładzie nacisk na znakomity wynik leczenia przy łączeniu działania apolizyny z działaniem zimnych wanień.

Rabek.

315. **Emmerich. O nadużywaniu wysokoku w wieku dziecięcym.** (*Archiv für Kinderheilkunde. Tom XX, str. 226*).

Autor spostrzegł w wieku dziecięcym wiele przypadków nadużywania wysokoku pod rozmaitemi postaciami. W pracy swej podaje parę przypadków, niejako typowych, mianowicie:

1) Chłopiec 6-letni przez długi czas codziennie pił w dużej ilości wino niezupełnie jeszcze sfermentowane. Nastąpiło zejście śmiertelne przy typowych objawach marskości wątroby.

2) Dziewczynka, 2½ lat mająca, z powodu nieżyty żołądka i kiszki, dla wzmocnienia, otrzymywała od matki tygodniowo po 2 flaszki tokaju. Każda flaszka zawierała 150 gramów płynu. Nawet później dodawaną była jeszcze i trzecia flaszka. Takie pojenie trwało czas dłuższy. Zejście było śmiertelne. Sekcya wykazała typową marskość wątroby.

3) Dziewczynka 10-miesięczna zaczęła bez widocznego powodu tracić chęć do picia mleka, zaczęła widocznie chudnąć, stała się bardzo kapryśną. Okazało się, że piastunka codziennie poila

dziecko piwem. Trzeba było kilku tygodni czasu, by chorobliwie powiększona wątroba powróciła do stanu prawidłowego i żeby dziecko znowu zasmakowało w mleku.

Używanie napojów wysokowych jest bardzo zalecane dzieciom przez wielu lekarzy w najrozmaitszych cierpieniach. W południowych Niemczech szczególnie zaleca się tokaj, a w północnych koniak. Meinert jest zdania, że wyskok przy zdrowieniu po ciężkich chorobach jest zupełnie zbyteczny, ponieważ bardzo łatwo prowadzi do przyzwyczajania się do picia w czasie zupełnego zdrowia. Autor, z powodu szkodliwego działania wyskoku na układ nerwowy i możliwości powstania zaburzeń w narządach wewnętrznych, sądzi, że użycia wyskoku u dzieci należy, jeżeli nie zupełnie zabronić, to przynajmniej możliwie je ograniczyć. Autor w tym względzie zgadza się ze zdaniem Juliana Grosza z Budapesztu, który stawia tylko dwa wskazania do podawania dzieciom wyskoku: 1) nagle powstające osłabienie serca w ostrej chorobie zakaźnej, zapaść w ostrym niezycie żołądka u niemowląt i przy bardzo znacznych utratkach krwi — i 2) zaburzenia w odżywianiu (krzywica, zolży, gruźlica), gdy spalanie przyjętego wyskoku na kwas węglany i wodę zastępuje rozkład tkanek w chorym organizmie.

Rabek.

316. Jewnin. O stosowaniu kąpeli gorących w nagminnem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych u dzieci. (*Dietskaja Medicina* Nr. 3, 1896).

D-r Aufrecht pierwszy zastosował w jednym ciężkim przypadku zapalenia opon mózgo-rdzeniowych kąpiele gorące 32° z bardzo dobrym rezultatem; podobnyż rezultat osiągnął i d-r Woroszyłski z Odesy w 2 własnych przypadkach zapalenia nagminnego opon mózgo-rdzeniowych.

Zachęcony powyższymi wynikami, d-r Kissel stosował w szpitalu św. Olgi kąpiele gorące w 5 przypadkach podczas panującej epidemii i otrzymał bardzo dodatnie wyniki.

Kąpiele gorące 32° stosuje się codziennie od 10 do 15 minut aż do zupełnego wyzdrowienia chorego. Dodatni wpływ kąpeli wyrazi się w ustępowaniu bólu głowy, bezsenności, sztywności karku i wogóle bolesności w całym kręgosłupie. Chorzy, według Jewnina, który podał dokładny opis przypadków Kissela, nie tylko nie mizernieli, co zwykle bywa w zapaleniu nagminnem, ale przeciwnie, zyskiwali na wadze.

Wogóle dotychczasowe wyniki stosowania gorących kąpeli w nagminnem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych bardzo zachęcają do prób dalszych w tym kierunku.

E. Dytel.

III. Choroby nerwowe.

317. Prof. Pierret. **Rzecz o drgawkach wogóle.** (*La Sem. Méd. Nr. 16, 1896*).

Skurcz mięśnia jest zjawiskiem pierwotnem lub wtórnem, zależnem od układu nerwowego; dlatego też i drgawki powinnyby spotykać się obu rodzajów. Jednak odłączyć działalność mięśnia od nerwu w żywym ustroju jest prawie niemożliwem i dlatego w drgawkach dopatrujemy zawsze choroby odpowiednich ośrodków nerwowych.

Wiadomo, że stały skurcz mięśnia (tetanus physiolog.) otrzymujemy u człowieka, jeśli mięsień otrzyma nie mniej, niż 32 wstrząśnienia elektryczne w ciągu sekundy. Chociaż zjawisk nerwowych nie można utożsamiać z elektrycznymi, jednak, podług wszelkiego prawdopodobieństwa, ośrodki nerwowe udzielają mięśniom całego szeregu pobudzeń, od których ilości na sekundę zależy zjawisko w mięśniu: jeśli pobudzeń jest mało — skurcz będzie kloniczny; w przeciwnym razie — toniczny. Jeżeli pierwszy następuje po drugim (jak np. w padaczce), to jest to dowodem pewnego wyczerpania ośrodków nerwowych; toż samo możemy przypuszczać, mając do czynienia z drżeniem mięśniowem zamiast skurczu.

Zbiornikami siły nerwowej są zapewne komórki; pewien zapas energii, jaki one stale posiadają, utrzymuje mięśnie w stanie stałego napięcia (tonus), które jest jakby gotowością do wykonania skurczu. Pomiędzy komórkami nerwowemi niema przeciwieństwa, jakie zazwyczaj bywa przypuszczane: komórki czuciowe tem tylko różnią się od ruchowych, iż zostają naładowane energią z zewnątrz (przez obwodowy narząd czuciowy i nerw) i że tę energią przeladują na komórki ruchowe (przez włókna, łączące je); ostatnie wyładowują ją na mięśnie w razie potrzeby. Jeśli komórki otrzymają z obwodu bardzo silne pobudzenie, to nadmiar energii, jaką zostały naładowane, udzieli się komórkom ruchowym i wyładowuje się w postaci skurczów, które mogą nie różnić się od padaczki. Spotykamy to np. w nerwobólach, gdzie mięśnie czasem bywają w stanie silnego skurczu. Najlepszy przykład stanowią choroby rdzenia, gdzie zniesiona jest łączność z mózgiem, lub wprost przecięcie rdzenia na pewnej wysokości; w takich przypadkach zamiast zwykłego odruchu otrzymujemy wprost obraz padaczki: skurcz toniczny, potem drgawki kloniczne, wreszcie zupełnerozluźnienie mięśni. Podług Claude-Bernard'a takie wzmożenie odruchu zależy od zniesienia hamującego wpływu, jaki wywiera mózg na rdzeń. Autor tłómaczy inaczej to zjawisko: przypuszcza on pewną równowagę napięcia energii

w rozmaitych częściach układu nerwowego, która to równowaga zostaje zniesiona, gdy przerwana jest łączność mózgu z rdzeniem; wskutek tego całe pobudzenie zewnętrzne (naładowanie komórek energią), i cała sprawa ruchu (wyładowanie energii) musi się odbyć jedynie w rdzeniu. Jeżeli jednak pobudzenia zewnętrzne będą zbyt częste, to komórki rdzenia znużą się szybko i zjawiska wzmożonego odruchu nie zdołamy wywołać.

Jeśli przerwanie łączności mózgu z mleczem miało miejsce w dolnych częściach mlecza, to wzmożone odruchy znajdziemy tylko w kończynach dolnych; gdy zaś sprawa chorobowa umiejscawia się wyżej, w rdzeniu przedłużnym, opuszcze i t. d., to ten sam objaw spotkamy i w kończynach górnych, w mięśniach twarzy i tułowia; bodziec zewnętrzny może w takim przypadku spowodować tak rozległe zjawiska drgawkowe, że tylko brak utraty świadomości powstrzyma nas od przypuszczenia, że mamy do czynienia z prawdziwą padaczką. Obecność zaburzeń psychicznych przemawia za korowem pochodzeniem drgawek. Te zaburzenia mogą być rozmaite, zależnie od miejsca podrażnienia kory; co więcej: mogą one występować samodzielnie, bez drgawek mięśniowych, w postaci zwiastunów padaczki, napadów obłądu „absence,” omamów, pobudzeń (impulsions), przestępstw i t. p., z których każde jest równoznaczne z napadem drgawkowym.

W. Miklaszewski.

318. Gilles de la Tourette. **Rozpoznawanie i leczenie padaczki.** (*Diagnostic et traitement de l'épilepsie. La sem. méd. Nr. 51, 1895.*)

Do niedawna jeszcze przyjmowano za pewnik, że padaczka, występująca w wieku dziecięcym, jest samoistną, każdą zaś padaczkę, pojawiającą się poraz pierwszy dopiero w wieku późniejszym, uważano za objawową. Tymczasem liczniejsze spostrzeżenia, jak również badania anatomo-patologiczne wykazały, że twierdzenie to jest błędem: tak samo u dzieci może się zdarzać padaczka objawowa, jak z drugiej strony, bezwątpienia, u dorosłych można spotykać padaczkę samoistną. Co się tyczy padaczki, występującej w wieku dziecięcym, to dawniej dziedziczność grała wybitną rolę w powstawaniu tego cierpienia; obecnie jednak moment ten etyologiczny zeszedł do stopnia momentu usposabiającego, gdyż jednocześnie zwykle istnieją inne, więcej materialne przyczyny. Tu w pierwszym rzędzie autor zaznacza wszelkie urazy czaszki, dokonane podczas porodu. Bardzo często z wywiadów można się dowiedzieć, że poród dziecka, obecnie dotkniętego padaczką, był bardzo ciężki, trwał bardzo długo, że były nakładane kleszcze i t. p. Wszystkie te okoliczności nie mogą pozostać bez wpływu: zachodzenie kości czaszki przechodzi zwykle swe granice i w re-

zultacie następuje rozerwanie drobnej tętnicy (najczęściej oponowej średniej). Jeżeli krwotok ten nie jest śmiertelnym, to wyznaczenie wchłania się, lecz często wessanie to w sąsiednich częściach korowych wywołuje sprawę irytacyjną sklerozy, co stanowi punkt wyjścia dla późniejszej padaczki, której pierwszy napad wkrótce występuje u dziecka w formie konwulsyi. Dalej, choroby płodu, jak również cierpienia matki, przebyte podczas ciąży, bezwątpienia, nie powstają bez wpływu na powstawanie padaczki. W tymże kierunku działają choroby zakaźne wieku dziecięcego: tu na pierwszym miejscu autor stawia szkarlatynę, potem odrę i ospę; w razie silnego zakażenia otrzymujemy t. zw. hemiplegiam spasmodicam infantilem, przy słabszej infekcyi tworzą się stwardnienia neuroglii, które sprowadzają podrażnienie komórek ruchowych, co klinicznie przedstawia się jako napad padaczki. Fakty te znacznie wyjaśniają etyologię tego cierpienia i pozwalają przypuszczać, że wkrótce zaliczonym ono będzie do rzędu chorób anatomicznie ściśle określonych. Dziwnem wydać się może, że tak znaczne zmiany w mózgu mogą pozostawać przez czas dłuższy, nie zdradzając niczem swej obecności. Zjawisko to jest tylko pozornem: z wywiadów łatwo można się przekonać, że okres ten nie jest pozbawiony pewnych anormalnych objawów. Przedewszystkiem, dzieci te są prawie zawsze złe, łatwo wybuchają gniewem i wyjątkowo są drażliwe: wskutek bardzo błahych powodów tupią nogami, biegają po pokoju, ściskając pięści i zgrzytając zębami. Niekiedy wpadają w omdlenie, przyczem następuje nagłe wstrząśnienie całego ciała, zez zbieżny: są to objawy mającego wkrótce wystąpić typowego napadu padaczki. Często również można zauważyć chwilową utratę świadomości: dziecko, zajmujące się czemkolwiek, nagle przerywa swe zajęcie lub wykonywa je automatycznie, mając wzrok utkwiony w przestrzeń, a następnie przychodzi do świadomości, lecz nic nie pamięta, co się z niem dopiero co działo. Już stopień wyższy przedstawiają zawroty głowy, zaburzenia równowagi (z upadkiem lub bez) i z bezwiednem wydzieleniem moczu. Często, jednocześnie z tymi objawami t. zw. postaci lżejszej padaczki (*petit mal*) występują ruchy automatyczne, co nigdy się nie zdarza przy zawrotach głowy w przebiegu chorób serca lub błędnicy. Objawy powyższe następnie przyłączają się do objawów ciężkiej postaci (*haut mal*), lub, częściej, występują w przerwie między typowymi napadami.

Stopniowanie takie w natężeniu objawów padaczkowych można prawie zawsze spostrzegać u dzieci, u starszych zaś padaczka przejawia się odrazu typowym napadem.

Co się tyczy tego ostatniego, to autor podaje jedynie głównejsze cechy jego. Przedewszystkiem zaznacza, że napad ten najczęściej bywa rano przy wstawaniu, lub w nocy, znacznie rzadziej w dzień. Jeżeli napad miał miejsce w nocy, na języku niema żadnych obrażeń, a chory sam w pokoju nocował, to trudno wyjaśnić przyczynę bólu głowy i ogólnej ociężałości, na jaką uskarża się pacjent, gdyż sam, naturalnie, nie o przypadku nie wie. Otóż, w tych razach autor radzi zwracać uwagę na wylewy krwawe na szyi, powstające prawdopodobnie ze zbyt silnego

zastoju krwi w naczyniach w okresie skurczów tonicznych. Sam napad zwykle występuje nagle. W rzadkich bardzo przypadkach bywają zwiastuny: jedni chorzy w tych razach czują pewne osłabienie, brak apetytu i rozmaite nieprawidłowe sensacje, inni zaś są niespokojni, miewają halucynacje, drżenie rąk i t. p. Napad rozpoczyna się nagłym, przenikliwym, prawie zwierzęcym krzykiem, poczem chory, jakby rażony, upada, przytem może się mocno potłuc (co często się zdarza), a ponieważ jednocześnie istnieje ogólne znieczulenie, to w stosownych okolicznościach może uleść znacznym oparzeniom. Następnie występuje okres tonicznych skurczów; tępcowy skurcz obejmuje całe ciało: głowa silnie odrzucona w tył, twarz, z początku blada, staje się siną, szczęki zaciśnięte, język uwięziony między zębami, z ust wypływa ślina często zabarwiona krwią, kończyny silnie wyprostowane, palce zaciśnięte, a paluchy tępcowo zgięte. Wkrótce potem (30 sek) następuje okres klonicznych drgawek, podczas którego bywa bezwiedne wydzielanie moczu, kału, gazów i nasienia, poczem następuje śpiączka z chrapiącym oddechem. Po pewnym przeciągu czasu chory budzi się przytomny, lecz z bólem głowy i ogólnym niedomaganiem, a niekiedy dopiero po 24 lub 36 godzinach przychodzi zupełnie do siebie.

Wogóle napad padaczkowy cechuje się następującymi charakterystycznymi objawami: nagły upadek bez zwiastunów, zupełna utrata świadomości, drgawki, język pogryziony i bezwiedne wydzielanie moczu. Atak histeryczny prawie zawsze poprzedza t. z. aura hysterica (halucynacje, szum w uszach, uczucie kuli podnoszącej się w okolicy nadbrzuszej do gardzieli); upadek bywa bardzo rzadko nagły, zwykle następuje z pewną ostrożnością, świadomość nigdy nie jest zupełnie zniesioną, sam napad trwa znacznie dłużej, po napadzie śpiączki niema i chory wstaje zupełnie przytomny i może zaraz przejść do swych zwykłych zajęć. W niektórych jednak razach różniczkowanie napadów epileptycznego i histerycznego bywa dość trudnem, jeżeli wziąć pod uwagę, że obywa te cierpienia mogą jednocześnie trapić chorego. W tych wątpliwych razach autor radzi badać moc, skrzętnie zbierany przez 24 godziny po napadzie. Otóż Lépine i Mairet wykazali, że ilość stałych składników moczu znacznie się zwiększa po napadzie padaczkowym, gdy tymczasem po napadzie histerycznym ilość ta w moczu znacznie się zmniejsza (autor i Cathelineau). Jeżeli normalnie ilość składników stałych oznaczmy na dobę przez 25 grm., to po napadzie padaczkowym ilość ich podniesie się do 35—40 grm., a po histerycznym spadnie do 12—15 grm. Prócz tego stosunek fosforanów ziem alkalicznych do fosforanów alkalicznych w napadzie padaczkowym pozostaje niezmiennym 1:3, gdy w histerycznym, stosunek ten bywa 1:2 lub 1:1. Zjawisko to, łącznie ze zmniejszeniem się ilości stałych składników moczu, stanowi t. z. formułę chemiczną ataku histerycznego.

LECZENIE. Autor gorąco zaleca bromek potasu, uważając go jako jedyny skuteczny środek w zwalczaniu tego cierpienia. Przepisuje go także w równych częściach z bromkiem sodu i amonu, zaznaczając zarazem, że Charcot, stosując tę mieszan-

nę, nigdy nie zamieniał w niej bromku potasu bromkiem strontu, jak to czynią obecnie niektórzy. Samo leczenie polega na stosowaniu tych środków w dawkach stopniowo powiększanych, a następnie stopniowo zmniejszanych, przyczem powinno być przeprowadzonym *à la longue*, nie wyłączając ani jednego dnia (Charcot), gdyż w tych tylko warunkach można otrzymać pomyślne rezultaty. Co się tyczy dawek, to zależą one od wieku pacyenta i stopnia natężenia samych napadów. Typowe napady padaczki leczą się względnie szybciej i skuteczniej, gdy tymczasem objawy t. z. *petit mal* wymagają dłuższego czasu i trudniej poddają się leczeniu. Trzeba również brać pod uwagę wrażliwość danego osobnika: niektórzy przy dawce 3,00 już przedstawiają objawy zatrucia (apatya, senność, brak apetytu, wysypka i t. p.) inni zaś, tego samego wieku, znakomicie znoszą dawki 6,00—8,00. Dobrze jest wypytać się pacyenta, czy zażywał już sole bromowe i jak je znosił.

Największe dawki, jakie autor stosował—i to w bardzo uporczywych przypadkach—były 10,00—14,00 pro die. (Gowers przepisywał nawet 15,00—25,00). Gilles de la Tourette stosuje bromki w następujący sposób: przez pierwszy tydzień zaleca zażywać np. 5,00 codziennie, przez drugi — 6,00, przez trzeci — 7,00. Jeżeli w końcu trzeciego tygodnia pacjent uczuwa pewną trudność myślenia, senność—jest to dowodem, że dawka ta jest wystarczającą lecz przerywać leczenia nie należy. Jeżeliby zaś dawka ta była łatwo znoszona, to można podnieść ją do 8,00. Po 6-ciu tygodniach autor stosuje w ten sam sposób 5—6—7—8 grm. (t. j. t. zw. dawkę wystarczającą—*la dose suffisante* autora) następnie znów 5—6—7—8 grm. etc.

Nie należy rozpoczynać od zbyt małych dawek, lub w nieznacznym stopniu ich powiększać, a głównie nigdy nie należy przerywać leczenia, jak to czynią niektórzy w celu dania organizmowi pewnego wypoczynku lub w celu uniknięcia jakoby przyzwyczajenia się organizmu do bromu.

W jakim czasie dnia i w jaki sposób należy stosować brom? W tym względzie autor kieruje się czasem zjawiania się napadu, dając na 2 lub 3 godziny przed nim $\frac{2}{3}$ całej dawki. Tak np., jeżeli napad bywa zwykle nocą, a chory powinien przyjąć, dajmy na to, 6 grm., to 4—5 grm. zażywa przed ułożeniem się do snu, a 2 grm. rano na drugi dzień. Ponieważ żołądek daleko lepiej znosi bromki w rozczyinach, niż w proszkach i pigułkach, to autor zaleca je w rozczyynie w stosunku 1 grm. trzech bromków na łyżkę stołową. Przed użyciem stosowną ilość tego rozczyynu miesza się w szklance wody ocukrzanej lub mleka. Aby uniknąć zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego Féré zalecał naftol lub salicylan bizmutu, autor zaś stosuje w tym celu salol w proporcji 0,10 na 1,00 bromków, podając go np. w zupie. Środek ten ma działać wielce dodatnio na przewod pokarmowy i pozwala w wielu razach uniknąć wysypki skórnej. W razie wystąpienia ostatniej zaleca się pulweryzację z kwasu bornego *loco dolente* rano i wieczór po pół godziny; w tym celu można również stosować kąpiele mydlane 28°—30° co 10—12 dni; chory zanurza się w wannie na chwil kilka,

poczem wyciera mydłem całe ciało, a następnie powtórnie się zanurza, by obmyć je. (Zawsze w tych razach powinien być ktoś z otoczenia chorego dla podania mu pomocy w razie napadu padaczki). Co się tyczy trybu życia tych chorych podczas leczenia, to nie przedstawia on nic nadzwyczajnego; pilną uwagę trzeba zwracać tylko na funkcje przewodu pokarmowego i przy opieszałości stolców (co często bywa przy zażywaniu bromków) chory winien co 8 dni zażywać szklanke wody mineralnej czyszczącej lub małą dawkę siarczanu magnezyi. Dalej chorzy ci winni skrzętnie unikać wszelkich wpływów, sprowadzających przekrwienia mózgu, lato powinni spędzać na wsi, odbywać przechadzki na świeżem powietrzu i t. d. Ponieważ napady najczęściej bywają w nocy, przeto zaleca się chorym, by kładli się spać np. o 10 wieczorem, a wstawali o 6 lub 7 rano; nie pozwalają na żadne drzemki podczas dnia; posiłek wieczorny powinien być lekki.

Przy takim leczeniu już po miesiącu lub dwóch może nastąpić widoczna poprawa, ponieważ zaś od chorych często prawdy dowiedzieć się nie można, przeto autor, za przykładem Charcot'a, radzi, aby ktoś z otoczenia chorego prowadził dziennik, w którym skrupulatnie notowałby wysokość zażywanych dawek, ilość napadów, ich natężenie i wogóle wszystkie spostrzegane u chorego objawy: kontrola taka pozwoli lekarzowi, stosownie do wskazań, zmniejszyć lub zwiększyć dawkę, albo w ten lub inny sposób zmodyfikować leczenie. Trzeba jednak pamiętać, że nawet po zupełnem ustąpieniu napadów wyżej opisane leczenie powinno być przeprowadzone przynajmniej przez rok i gdy po upływie tego czasu napady więcej nie występują, można wtedy stopniowo zmniejszać dawki a to w następujący sposób: jeżeli chory dotąd zażywał codziennie i tygodniowo np. 4,5,6 grm., to teraz przez pierwsze dwa miesiące będzie otrzymywał 3,4,5 grm., przez następne dwa — 2,3,4 grm. i t. d. w rezultacie takie zmniejszanie dawek będzie trwało prawie rok, t. j. z chwilą odstawienia lekarstwa upłynie dwa lata od czasu zupełnego ustąpienia napadów i wtedy można uważać leczenie za skończone.

Nie zawsze jednak przy takim postępowaniu otrzymywane bywają tak pomyślne rezultaty: w pewnej liczbie przypadków typowe napady, prawda, ustępują, lecz w miejsce nich zjawiają się zawroty głowy lub chwilowa utrata przytomności. W tych razach brom należy bez przerwy stosować, gdyż doświadczenie uczy, że to jest jedyny skuteczny środek przy zwalczaniu tych objawów i staje się on wtedy, jeżeli można tak powiedzieć, niezbędną częścią pożywienia danego osobnika. W tych przypadkach trzeba pilnie śledzić za stanem trawienia i działalnością nerek: chory winien pić mleko (1—1½ litra dziennie); w razie zaparcia—środki czyszczące. Niekiedy, zresztą bardzo rzadko, brom nie wykazuje żadnego działania, lub też bardzo słabe i to dopiero przy dawkach bardzo wysokich, które, naturalnie, przez czas dłuższy stosowane być nie mogą. Autor w takich razach jednocześnie z bromem podaje boraks — np. jeżeli bromek podaje w dawce 6,7,8 grm., to boraks w ilości 3,2,1 grm. pro die. (Inni autorowie rekomendują mako-wiec, waleryanę, tlenek cynku).

Wreszcie bywają i takie przypadki, że napady pod wpływem leczenia ustępują zupełnie, lecz zato stan psychiczny chorych znacznie się zmienia: stają się złośliwymi, popędliwymi, a niekiedy przedstawiają obraz czasowego pobudzenia — krótko mówiąc — powraca u tych chorych ten stan łatwej pobudliwości, jaki istniał w dzieciństwie przed wystąpieniem typowych napadów padaczki. W celu zwalczania tych objawów autor radzi stosować brom, lecz z przerwami, gdyż stosowanie jego *à la longue* nie daje dobrych rezultatów: gdy występuje stan podnieceni zaleca choremu zażywanie bromu przynajmniej przez 15 a nawet 30 dni, poczem środek ten odstawia, by do niego powrócić przy powtórnem wystąpieniu tego objawu.

W. Cennère.

319. Dr Verrier. **Zaburzenia skórne w przebiegu histeryi u mężczyzn.** („*Des lésions cutanées hystériques chez l'homme.*” *La France medic.* N-r 50, 1895).

Odkąd Charcot stwierdził istnienie histeryi u mężczyzn i nawet względną częstość tej nerwicy, zwrócono między innymi uwagę na zaburzenia odżywcze skóry, znane już u kobiet. Najczęściej chodzi tu o obrzęki jednostronne, blade, sine lub różowe. Niekiedy są one rozlane na większej przestrzeni skóry, która staje się twardą i często podlega zgorzeli. Ważnym objawem są zaburzenia czucia w obrzękłym miejscu, najczęściej znieczulenia, rzadziej nadwrażliwość, bolesność i t. p. Zgorzel skóry histeryczna, pochodzenia odżywczego, zdarza się wogóle rzadko, szczególniej pierwotna; częściej poprzedzają ją inne objawy: obrzęk, pęcherzyca i t. d. Autor miał pod swą opieką chorego 20-letniego histeryka, który przeszedł przymiot i podczas trzeciorzędnych objawów zauważył na lewej nodze w okolicy kolana guzik na obrzękłej skórze; szybko miejsce powyższe zaczęło wrzodzić, przyczem obrzęk powiększał się znacznie. Początkowo uważano całą sprawę za przymiotową; potem jednak Tourette postawił rozpoznanie histerycznej natury owrzodzenia na zasadzie: rozległego obrzęku skóry, zupełnego znieczulenia całej okolicy, bezskuteczności swoistego leczenia i dobrych wyników suggestyi u chorego, u którego wykazano znamienne cechy histeryi.

W. Miklaszewski.

320. Dr V u k a d i n o w i ć. **Przypadek głuchoniemoty histerycznej.** (*Wien. Med. Presse Nr. 8, 9, 1896*).

Młody rzemieślnik, obarczony dziedzicznie po matce histeryą, miał jednej nocy halucynacje niepokojącej treści: widział czerwone zwierzę, podobne do świni, które gospodarzyło w jego pokoju. We dwie noce później widzenie powtórzyło się i, kiedy chory zerwał się z łóżka, aby obalić zwierzę, dostał napadu histero-epileptycznego z utratą świadomości na pewien czas i zupełną głuchoniemotą po przyjsciu do przytomności. Odjęte zostały tylko mowa i słuch, nie przeszkadzało to jednak choremu porozumiewać się piśmiennie i dawać w ten sposób szybko sensowne odpowiedzi na pytania. Po upływie czterech dni słuch zaczął powracać z wolna, jednocześnie w obu uszach; w kilka dni potem chory nagle zaczął mówić, początkowo niewyraźnie, z jękaniem się, później biegle po dawnemu. W ciągu choroby nie zmieniał trybu życia, chociaż niepokoił się, czy mowa powróci. Od chwili wyzdrowienia upłynęło 6 miesięcy i napad nie powtarzał się.

Autor podkreśla następujące cechy, uznane za znamienne dla niemoty histerycznej: 1-o Niemota ta zjawiała się zaraz po napadzie; 2-o inteligencya została w zupełności zachowana; 3-o chory porozumiewa się innymi sposobami, w braku mowy i szybko daje odpowiedzi na pytania; 4-o powrót mowy ma miejsce nagle.

W. Miklaszewski.

Z trzeciego międzynarodowego kongresu psychologicznego w Monachium od 4 — 7 Sierpnia.

Korespondencya Kroniki Lekarskiej.

Pisząc swego czasu w *Kronice Lekarskiej* o hypnotyzmie, wyraziłem desideratum, iż dla rozwiązania wielu kwestyj w dziedzinie psychologii fizyologicznej i patologicznej zjednoczona praca fizjologów, psychologów i patologów jest niezbędną.

Kongresy psychologiczne międzynarodowe, z których 3-ci został właśnie w Piątek 7 Sierpnia w Monachium zamknięty (1-szy w Paryżu 1889, drugi w Londynie 1892), odpowiadają właśnie owemu desideratum. Kongres ostatni odbył się z udziałem przeszło 400 członków, przewyższal zatem liczebnie poprzednie kongresy, w liczbie zaś członków widzieliśmy wybitnych anatomów jak Flechsig, Edinger, Zygmunt Mayer, fizjologów jak Obersteiner, Exner, Preyer, Q. Richet, Patrizi, Sergi, Wadsworth, psychologów

kierujących laboratoriami psychologii doświadczalnej jak Binet, Piotr Jencet, Courtier, Philippe z Paryża, Hering z Pragi, Strattou z Kalifornii, Titcheney z Nowego-Yorku, Lehmann z Kopenhagi, Morsello z Genewy. Wundt, jakkolwiek zapowiedział odczyt nie przybył. Przyjmowało w kongresie nadto udział wielu wybitnych neuro- i psychopatologów, filozofów, prawników i pedagogów, traktujących fach swój naukowo. Z odczytów, wypowiedzianych na posiedzeniach ogólnych, których było trzy, wymienić należy przede wszystkim odczyt Flechsig'a „o środkach assocyacji w mózgu człowieka z demonstracją preparatów z mózgów dzieci,” Sergi'ego „o siedlisku wzruszeń,” Richet'a „o bólu ze stanowiska psychofizyologicznego,” Preyer'a „o psychologii dziecka,” Ebbinghans'a „o nowej metodzie badania zdolności umysłowych dzieci w szkole,” Lipsa „o pojęciu nieświadomości w psychologii” i wreszcie Liszt'a, prof. prawa z Halli, „o poczytalności kryminalnej.”

Kongres rozdzielił się, jak wiadomo, na 5 sekcyj: 1-sza anatomii i fizjologii mózgu i narządów zmysłów i psychofizyki; 2-ga psychologii normalnej; 3-cia psychologii patologicznej; 4-ta sekcja a hypnotyzmu i stanów pokrewnych; 5-ta psychologii porównawczej i pedagogicznej. Pomimo że posiedzenia od Wtorku odbywały się od 9 — 1-ej i od 3 — 6 po poł., kongres zaś zamknięty został o godzinie 1-ej w Piątek 7go Sierpnia, wiele z zapowiedzianych odczytów nie doszło do skutku z powodu braku czasu. Brakło również czasu na mniej więcej obszerniejszą dyskusję w wielu donioślejszego znaczenia kwestjach. Wybitniejsze antagonizmy między starym filozoficznym kierunkiem, a nową szkołą psychologiczną, na experymencie opartą, nie zaznaczyły się.

Ten ostatni kierunek stanowczo zwyciężył, a prócz psychofizyki w ściślejszem znaczeniu starano się zdobyć dla hypnotyzmu prawa metody psychologicznej doświadczalnej, za czem, prócz francuzów, przemawiał szczególnie dosadnie Voigt z Lipska, popierany przez Forela i innych. Komitet organizacyjny, zmieniony nieco w swym składzie przez powołanie niektórych nowych na miejsce dawnych członków, oznaczył miejsce i datę przyszłego kongresu, który odbędzie się w 1900 r. podczas wystawy powszechnej w Paryżu. Na prezesa zaproszono Ribot'a.

L. Rzeczniewski.

Bibliografia.

Zdrojowiska, zakłady lecznicze i stacye klimatyczne w guberniach Królestwa Polskiego i najbliższych guberniach Cesarstwa, oraz prywatne zakłady lecznicze w Warszawie. Redagował i przedmową poprzedził **d-r H. Dobrzycki.** Warszawa, 1896.

Od dawna w lekarskiej literaturze naszej dawał się odczuwać brak dokładnego przewodnika po wodach krajowych, brak ten od-

czuwali dobrze zarówno lekarze, jak i pacjenci, do zdrojowisk tych się udający. Niezbywało wprawdzie i dotąd na pojedynczych opisach tej lub owej miejscowości kuracyjnej, prace te jednak wydawane były bądź w oddzielnych bruszurkach, bądź też są porozrzucane po rozmaitych pismach. Lukę tę wypełnił obecnie kol. Dobrzycki, pod którego redakcją wyszła wyżej wspomniana książka. Dla pewnej systematyzacji w opisach ułożony został szczegółowy kwestjonariusz, szemat, podług którego autorzy mniej lub więcej szczegółowo prace swe układali.

Przewodnik ten, opatrzony długą przedmową redaktora, składa się z dwóch części. Pierwsza obejmuje zdrojowiska, zakłady lecznicze i stacje klimatyczne w guberniach Królestwa Polskiego i najbliższych guberniach Cesarstwa, druga część poświęcona jest zakładom leczniczym w Warszawie. Nad pojedynczymi opisami zatrzymywać się tu nie będziemy, dodamy tylko, że autorzy trzymali się w nich mniej więcej punktów kwestyonaryusza, wogóle są one opracowane starannie i dosyć szczegółowo, niektóre ozdobione rysunkami.

Zwrócić uwagę musimy, że w spisie Zakładów Warszawskich nie spotykamy zakładu d-ra Bączkiewicza dla dzieci. O lecznicach dla przychodzących chorych również żadnej wzmianki nie znajdujemy.

Przewodnik, który współpracownicy poświęcili „niewygasłej pamięci profesorów Józefa Dietla i Tytusa Chałubińskiego” przedstawia się bardzo okazaśnie, ma piękny druk i papier i cenę wcale nie wygórowaną (rs. 1), nie wątpimy też, że znajdzie się on na stole u każdego lekarza.

H. Kucharzewski.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

Nowe środki lecznicze.

321. **Srebro i jego sole, jako antiseptica.** Pod tym tytułem wyszła w ostatnich czasach nakładem firmy F. C. W. Vogel'a w Lipsku broszura, znanego drezdeńskiego chirurga B. Credé'go. Autor wraz z asystentem swoim d-rem Beier'em dowiedli, że srebro metaliczne, położone na ranę aseptyczną, jałową, żadnej zmianie nie podlega jakoteż nie wywołuje podrażnienia, może być zatem uważane jako materiał zupełnie aseptyczny. Jeżeli jednak rana aseptyczną nie jest, jeżeli się na niej grzybki rozszczepiające znajdują, wtedy srebro metaliczne tworzy wraz z produktem rozkładu tkanek, powstałym pod wpływem tych drobnoustrojów, związek, który posiada bardzo wybitne własności antyseptyczne. Z aseptycznego zatem metalicznego srebra wobec zakażonej rany tworzy

się zupełnie samodzielnie, antyseptyk, który bezzwłocznie do działania przystępuje. Po całym szeregu doświadczeń udało się autorom dowieść, że to wytwarzające się ciało jest kwasem mlecznym, antyseptykiem zaś będzie mleczan srebra, ochrzczoney przez Crédé'go actolem.

Preparat ten przedstawia się pod postacią białego proszku, pozbawionego smaku i zapachu, w brązowym szkle przechowuje się bardzo długo bez zmiany, rozpuszcza się w wodzie oraz w płynach, zawierających białko w stosunku 1:15. Żrącego działania actol nie ma, wywołuje on jednakże u wrażliwych chorych mniej lub więcej silne palenie, trwające od kilku minut do kilku godzin. W przeciągu 5 minut zabija on w wodnym 0,1% roztworze gronkowce, paciorkowce i laseczniki karbunkułu.

W surowicy krwi wstrzymuje on rozwój drobnoustrojów jeszcze w rozcieńczeniu 1:80,000 gdy tymczasem sublimat dokonywa tego tylko do rozcieńczenia 1:20000. Sole zatem srebra, jak to już Koch i Behring dla saletranu srebra dowiedli, mają cztery razy większą siłę bakteriobójczą od sublimatu. Sublimat przytem jest trującym i w silniejszych roztworach tworzy nierozpuszczalne związki z ciałami białkowatymi przez co wstrzymuje dalsze działanie antyseptyczne. Sole zaś srebra, które autor stosował, nie niszczą tkanek i wstrzymują w nich rozwój grzybków chorobotwórczych, ponieważ rozpuszczają się w sokach tkanek i w tym stanie pozostają, przepajają tkanki t. j. działają nietylko miejscowo, lecz i na odległość. Własność pozostawiania w stanie płynnym w płynach surowicznych daje możność stosowania mleczanu srebra w chorobach zakaźnych do wewnątrz, a nawet podskórnie. Autor stosował podskórne wlewania roztworu actolu w dwóch przypadkach karbunkułu i w pięciu przypadkach róży, wszystkie przypadki należały do bardzo ciężkich, wynik był bardzo dobry.

Drugim preparatem srebra wypróbowanym przez Crédé'go jest cytrynian srebra. Jestto drobny, lekki, dobrze rozpylający się, trwały proszek, pozbawiony smaku i zapachu. Posiada on te same własności antyseptyczne, co i mleczan srebra. Rozpuszcza się w stosunku 1:3800. Rostwory 1:400 zabijają w 10 minut wszystkie grzybki rozszczepiające, posiadają zatem zupełnie dostateczne własności antyseptyczne. Preparat ten zupełnie nie drażni ran. Cytrynian srebra ochrzczoney został mianem—itolu.

Autor stosował ten nowy środek przez przeciąg siedmiu miesięcy na oddziale chirurgicznym, w poliklinice, oraz w praktyce prywatnej ogółem u przeszło 1,400 pacjentów. Nie widział on przytem ani razu ubocznego działania ani miejscowego, ani też ogólnego; rany goiły się szybko i dobrze.

Itol stosuje się w proszku, w maści lub też w roztworze. W proszku per se do posypywania ran, ziarniny, błon śluzowych. W maści na rany i w chorobach skórnych z adeps bezoatus, z wazeliną lub lanoliną 1—50:100. Jako roztwór wodny dla dezynfekcji rąk, narzędzi, skóry, rany, dla przepłukania jam stosuje się w roztworze 1—4:5000; jako roztwór do płukania, do okładów, do kąpieli i t. d. w stosunku 1—5:10000.

Aktol stosuje się podskórnie w chorobach zakaźnych w dawce 0,01 pro dosi, lub też do płukania lub przepłukiwania 1:50 wody, z tego łyżeczkę do szklanki wody.

Crédé używa w praktyce swojej gazy posrebrzanej białej i szarej, oraz posrebrzanych nici jedwabnych, catgut, drenów kauczukowych, większość narzędzi także każe robić ze srebra.

H. K.

322. **D-r Mayser** przekonał się doświadczalnie na królikach, iż **sulfonal i tryonal** nie wpływają na zmniejszenie alkaliczności krwi, co miało być pośrednią przyczyną ich działania nasennego (teorya dawna Preyer'a, w nowszych czasach podtrzymywana przez Vanderlinden'a i de Buck'a), ale skutek swój osiągają, wywierając bliżej nie dający się określić wpływ dynamiczny na działalność kory mózgowej (teorya prof. Kasta). Co się zaś tyczy **haemato porfirinury** która może występować (zresztą bardzo rzadko) przy używaniu tych przetworów, to autor utrzymuje, że zjawisko to nie zależy od mechanicznego rozpuszczania się krwinek czerwonych (wskutek wzmaganania się we krwi zawartości limfy pod wpływem środków wspomnianych) i następczego przetwarzania się hemoglobiny resp. hematyny w hematoporfirynę (teorya Vanderlinden'a i de Buck'a), ale stanowi jakąś wyjątkową tylko, nieznaną jeszcze idyosynkrazję danych osobników względem tych potężnych (przy zachowaniu odpowiednich ostrożności) ośrodków nasennych. (Deut. Med. Woch. Nr. 9, 1896),

Ad. L.

323. **D-r Ludwig Knapp** opisuje przypadek **porażenia nerwu twarzowego u noworodka** po porodzie normalnym. Przy miednicy (23, 26, 18, 10,5) równomiernie zwięzłej i donoszonego dziecka, pękl pęcherz wczesnie, poród trwał 26½ godzin u kobiety rodzącej poraz trzeci. Po urodzeniu dziecka w położeniu 1-em czaszkowem daje się skonstatować kolosalne przedgłowie i znaczny ucisk od wzgórka kości czołowej i ciemieniowej lewej. Na około wgłębienia od wzgórka znaczne opuchnięcie skóry. Jasno wyrażone porażenie nerwu twarzowego u dziecka, przypisuje K. opuchlinie skóry, która spowodowała ucisk niektórych gałązek tego nerwu. Zmiany takie spotykamy zwykle po porodach kleszczowych i bardzo niewiele opisano przypadków przy porodzie normalnym. (Centralblat. für Gynäkologie Nr. 27).

I. M.

324. **Lannois i Fournier** podają [dwa przypadki zaburzeń wzrokowych pochodzenia ośrodkowego. Pierwszy tyczy się 32-letniej kobiety, która zaraziła się przymiotem, karmiąc chore dziecko i w 5 miesięcy potem została dotknięta porażeniem połowicznym z utratą mowy; mowa powróciła szybko, lecz chora nie mogła czytać (alexia), chociaż poznawała wszystkie litery wyrazów (cécité verbale sans cécité littérale). Prócz tego chora miewała napady padaczkowe. Autorzy podkreślają nieobecność ślepoty skroniowej, która ma jakoby zawsze towarzyszyć utracie zdolności łączenia liter w wyrazy. Zbieg tych objawów może być tylko przypadkowy, bynajmniej nie obowiązkowy, bo korowy ośrodek rdzenia leży na wewnętrznej powierzchni półkul (cuneus. lob. lingu. et fusiform.),

a ośrodek pamięciowy wyrazów pisanych—na zewnętrznej (tylna część dolnego zwoju ciemieniowego).

Drugi przypadek dotyczy 21-o-letniego młodzieńca, który miał napady padaczki w 10 miesięcy po uszkodzeniu czaszki; niebawem potem zjawily się: porażenie połowiczne; znieczulenie i ślepotą skroniową tej samej strony. Pomimo urazu, który pozostawił takie ślady, iż wypadalo usunąć kawałki wpukłonej czaszki, postawiono rozpoznanie histeryi na zasadzie zmienności zaburzeń czuciowych, zwiężenia pola widzenia jednocześnie ze ślepotą skroniową i innych objawów. Autorzy podają ten przypadek ze względu, iż nie jest do chwili obecnej ustalone, czy ślepotą skroniową może występować na tle histeryi. (Revue de méd. Nr. 1, 1896).

325. **Hayem** podaje dwa przypadki **niedokrwistości złośliwej**, w których przy badaniu pośmiertnem znaleziono zanik żołądka całkowity w jednym przypadku, a w drugim — zanik częściowy. Autor uważa chorobę żołądka za przyczynę niedokrwistości. (L'union méd. Nr. 14, 1896).

326. **Rendu** opisuje przypadek **mocznicy z niemotą** i porażeniem prawej górnej kończyny. Te przypadłości nerwowe (uważane początkowo za pochodzenia zatorowego) ustąpiły po puszczeniu 200,0 krwi. Autor tłumaczy je przypuszczeniem, że odpowiednie ośrodki mózgowce zostały porażone wskutek przeładowania krwi truciznami, których chore nerki nie mogły wydalić, podobnie jak to się zdarza w chorobach gorączkowych. (L'union Méd. Nr. 14, 1896).

W. M.

327. **D-r Starck** opisuje ciężki przypadek **myelitis acuta luetica lumbalis** o przebiegu nie przedstawiającym żadnych wątpliwości co do rozpoznania, który dzięki wcześniej zastosowanemu energicznemu rtęciowemu leczeniu, zakończył się zupełnym powrotem do zdrowia; zejście takie należy do rzadszych, albowiem zazwyczaj pozostają pewne ślady mniej lub więcej wybitne w dziedzinie czucia, ruchu i t. p. (Münch. Méd. Wrch. Nr. 8. 1895).

328. **Downes** stosuje w **tyfusie brzuszny** worek z lodem na okolicę kiszki ślepej. Należy kłaść go jak najwcześniej i trzymać po 1½ godziny z półgodzinnymi przerwami. Przy jednoczesnem stosowaniu zimnych wycierań całej skóry po parę razy dziennie, autor otrzymywał dobre wyniki leczenia. (Sem. Méd. Nr. 18 — 1896. Not. Therap.).

329. **Thomson** zachwala **olej lniany** w **ostrem zapaleniu oskrzeli**; zwiększa on ilość wydzielanego płynu śluzu w drogach oddechowych. Jeśli są zajęte drobne oskrzeliki (sinica!) zaleca on prócz tego emetyk (0,06:250,0) małemi łyżeczkami do chwili wystąpienia nudności, i okłady z wywarów aromatycznych na piersi i plecy. W razie nadmiernego kaszlu bez plwociny, używa z powodzeniem chloralu. (Sem. Méd. Nr. 18, 1896. N. Ther.).

A. K.

ODCINEK.

GDZIE UMIEŚCIĆ SZPITAL?

W chwili obecnej Warszawa jest zajęta obmyśleniem miejsca pod szpital D-ka Jezus, który, jak wiadomo, ma być przeniesiony ze swej wiekowej siedziby. Gdzie go umieścić jest pytaniem chwili, a sądzimy, że w sprawie tej niezmiernie ważnej pisma lekarskie głos podnieść powinny i wyraz swych opinii przedstawić sferom miarodajnym.

Nie codziennie przenosi się i buduje szpitale; kwestya to nader ważna ze względu na miasto i jego chorych, aby postanowienia mogły się opierać wyłącznie na kwestiach materyalnych, lub co gorsza, na życzeniu tej, lub owej garstki właścicieli domów, zadowolonych lub nie z sąsiedztwa centralnego szpitala.

A jednak w prasie politycznej kwestya w ten sposób postawiona została. Jedni życzą sobie, aby szpital, jak było w projekcie, pomieścić na folwarku Ś-to-Krzyżkim, inni przeciwnie, radzą użyć w tym celu placu wystawowego; rostrzyga tu nie korzyść miasta, nie dobro chorych, ale kwestye nic ze szpitalem nie mające wspólnego.

Warszawa, przy 600,000 ludności, w danej chwili posiada około 2,000 łózek szpitalnych; ilość ta, niewątpliwie, śmiesznie mała, szczególnie w obec nowego podatku, który pozwała 200,000 osób korzystać bezpłatnie z leczenia w szpitalu. Ztąd też należy albo liczbę istniejących szpitali w najbliższej przyszłości powiększyć albo, korzystając z okazji, obecny szpital D-ka Jezus rozszerzyć do takich rozmiarów, aby odpowiadał potrzebom.

Niewątpliwie więcej skłanialibyśmy się do utworzenia 2 — 3 mniejszych szpitali, administracya bowiem wtedy byłaby łatwiejszą, a co zatem idzie, korzyść dla chorych większą; skoro jednak jest to rzeczą trudną ze względu na stan finansowy miasta, dobrze jest pomyśleć o postawieniu szpitala centralnego, jakim jest, niewątpliwie, szpital D-ka Jezus, na takiej stopie, aby choć w części odpowiadał wymaganiom.

Aby odpowiedzieć, gdzie szpital umieścić, należy zastanowić się przedewszystkiem, jak są rozmieszczone szpitale. W samym środku miasta w niezbyt oddalonej odległości, posiadamy szpital św. Ducha na 200 łózek, szpital św. Rocha na 100 łózek, szpital Ewangelicki na 130 łózek; stara część miasta i okolica marymonckich rogatek posiadają szpital Żydowski, dzielnica wolska 3 szpitale: Wolski, Zapasowy i Nowy Żydowski. Dwie dzielnice są pozbawione szpitala: powiśle, oraz nowa część miasta. Co się tyczy powiśla, to głównie udają się jego mieszkańcy do szpitala św. Rocha, nowa część miasta, zamieszкана głównie przez bogatszą

część ludności jest pozbawiona szpitala, ale stosunkowo nieznaczne odległości i ułatwiona komunikacja w Warszawie sprawiają, iż dostatecznie może być w razach wyjątkowych obsłużoną przez istniejące szpitale śródmieścia. Doraźna pomoc potrzebną jest w przypadkach nagłych, szczególnie chirurgicznych. Częściowo zadaniu w Warszawie odpowie zawiązujące się towarzystwo ratunkowe, w przypadkach cięższych szpitale znajdujące się w środku miasta; inni chorzy mogą być z korzyścią dla siebie i miasta umieszczani w oddalonym od miasta szpitalu centralnym. Tego rodzaju dążność widzimy we wszystkich miastach i Warszawa iść za ich przykładem powinna.

Korzyści dla chorych z utworzenia szpitala poza murami miasta są aż nadto widoczne, warunki higieniczne zachowane być mogą w całej rozciągłości, a wszelkie operacje chirurgiczne niewątpliwie zyskają na tem, a, co ważniejsza, chorzy suchotnicy, dla których dopływ świeżego powietrza jest nader ważny. Nie będę więc dowodził że dla szpitali i chorych lepiej jest istnieć poza murami miasta, gdyż jest to akcyomat nie wymagający dowodzenia.

Z drugiej jednak strony jest rzeczą konieczną, aby szpital był połączony z miastem za pomocą dobrej komunikacji, oraz, aby mógł korzystać z urządzeń miejskich: wody, kanalizacji, oświetlenia, szczególnie wobec projektu zaprowadzenia w Warszawie oświetlenia elektrycznego. Wobec tego oddalenie od miasta nie może być duże.

Rozglądając się na mapie Warszawy, widzimy, iż zarówno t. z. folwark Ś-to-Krzyżki, jak i plac wystawowy z takim trudem zdobyty, stoją nie zupełnie na krańcach miasta, niedaleką jest chwila, kiedy i te place znajdą się pośród zabudowań, szczególnie wobec prądu, jaki od lat 5-ciu w Warszawie panuje. Czy więc są one odpowiednie na wzniesienie budowli monumentalnej, stawianej kosztem 1½ miliona rubli? Toć jedną z przyczyn głównych przeniesienia obecnego szpitala jest to, iż znalazł się w środku miasta, a jednak za lat kilka nową budowlę oczekuje ten sam los; czy więc nie warto pomyśleć o tem, aby na dłuższy przeciąg czasu zabezpieczyć się przed ewentualnością podobną.

Sądzę, że jedna być może w tym kierunku odpowiedź i że dotychczasowe projekty żadną miarą ostać się nie mogą.

Rodzi się pytanie gdzie umieścić szpital. Mojem zdaniem w tym celu się nadają tylko miejscowości między rogatkami mokotowskimi, jerozolimskimi i wolskimi.

Ponieważ prócz tych względów inne jeszcze istnieć mogą, trudno upierać się przy którejkolwiek z nich, wybór tylko po dokładnem osądzeniu za i przeciw może być dokonany, ale żadną miarą nie można pozwolić na przeniesienie szpitala do iniejsowości, które za lat kilka staną się zamieszkałymi. Jest jeszcze nader ważna kwestya, łącząca się z przeniesieniem szpitala, — kliniki uniwersyteckie. Niewątpliwie skorzystałby należało ze sposobności i kliniki oddzielnie wybudować. Zarówno folwark jak i plac wystawowy są stanowczo za daleką dla klinik metą, szczególnie wobec tego, że w liczbie klinik mieści się instytut po-

łożniczy. Ten ostatni *musi pozostać w środku miasta*, a przynajmniej w nieznaczonej od niego odległości i, sędzę, mógłby doskonale po stosownem przebudowaniu zostać na dawniejszem miejscu. Dla klinik zaś w części odpowiednią rzeczą był by plac uniwersytecki, raczej znajdujący się poza zabudowaniami ogród dość duży, aby budynki na 150—200 łózek pomieścić. Wreszcie, dom wychowawczy należało by daleko poza miasto wynieść, choćby dla taniości utrzymania, a w Warszawie utworzyć żłobek, gdzieby przyjmowano dzieci.

Streszczając się, zaznaczam 1) iż dla Warszawy konieczną jest rzeczą utworzenie centralnego szpitala 2) iż szpital sam winien istnieć poza miastem, w nieznaczonej jednak od niego odległości 3) iż kliniki uniwersyteckie należy oddzielić od szpitala i postawić je bliżej miasta 4) iż dom wychowawczy, oddzielony od szpitala, przenieść należy w dalsze okolice miasta.

Ponieważ różnych kwestyi dotknąłem tylko pobieżnie, zastrzegam sobie w tej sprawie głos na później, a jednocześnie upraszam wszystkich kolegów o wypowiedanie zdania w tym kierunku, do czego łamy Kroniki są zawsze otwarte.

J. Z.

KRONIKA BIEŻĄCA.

— Z piśmiennictwa.

Kol. Zygmunt Kramsztyk otrzymał koncesyę na wydawanie miesięcznika p. t. „Krytyka lekarska.” Program pisma obejmuje: 1) rozbiór pojęć zasadniczych z dziedziny medycyny i nauk przyrodniczych; 2) krytykę nowych teorii naukowych i metod terapeutycznych; 3) krytykę dzieł i artykułów z dziedziny nauk lekarskich i przyrodniczych; 4) biografie znakomitych lekarzy, przyrodników współczesnych i dawnych; 5) sprawy, związane z powołaniem, bytem i etyką lekarską; 6) ogłoszenia. W miarę potrzeby dodawane będą objaśniające tekst rysunki i portrety. Prenumerata roczna „Krytyki lekarskiej” wynosić będzie w Warszawie rs. 4, z przesyłką pocztową rs. 5.

Nowe pismo witamy z radością, jako współtowarzysza moliwej pracy.

— Promienie Röntgen'a.

Gdy Minck'owi w Monachium nie udało się dowieść żadnego znaczniejszego wpływu promieni Röntgen'a na bakterye, inni badacze natomiast doszli w tym kierunku do pewnych rezultatów. Prof. Lorlet z Lyonu wraz z asystentem swoim Genoud'em, robili następujące doświadczenia: 8 zdrowych świnek morskich zostały zakażone lasecznikami gruźliczemi dnia 23 Kwietnia. Od 25 Kwietnia do 21 Czerwca trzy z nich wystawiano przez godzinę codziennie

na działanie promieni X. 9 Czerwca spostrzeżono u 5 zwierząt nie oświetlonych ropienie i obrzmienie niektórych gruczołów chłonnych, natomiast trzy pozostałe świnki były zupełnie zdrowe. Doświadczenia te, aczkolwiek nie kompletne, wskazują jednakże na to, że przebieg gruźlicy zostaje powstrzymanym przez wpływ promieni Röntgen'a. Doświadczenia te dają impuls do dalszych badań w tym kierunku i to nad ludźmi, dotkniętymi miejscową gruźlicą.

Dourmont i Doyon z Lyonu badali wpływ promieni X na laseczniki dyfterytyczne i ich toksyny. Okazało się po 8 godzinnem działaniu, iż rozwój laseczników wstrzymywał się na pewien szereg godzin, jadowitość ich zmniejszyła się, również i toksyny straciły na swej sile pod wpływem tego nowego światła.

— Reforma nauczania.

Według nowego regulaminu, prawo na praktykę w państwie niemieckiem przysługiwać będzie lekarzom, którzy odbyli roczną praktykę w szpitalach i złożyli odpowiedni egzamin wobec komisji złożonej z 23 członków. Jednym z członków mianowanych przez rząd, będzie profesor kliniczny.

— Zjazdy chirurgiczne.

Jak donosi „la Semaine méd.” rzucono myśl utworzenia rocznych zjazdów międzynarodowych chirurgów. Pierwszy ma się odbyć w Londynie. Jako języki urzędowe przyjęto: angielski, francuski i niemiecki.

— We Francji podobnie jak i w Niemczech coraz częściej dają się słyszeć głosy **przeciwko surowicy przeciwbłonicowej**, przypadki zejścia śmiertelnego po zastrzyknięciu, spotykają się dość często.

Na surowicę antistreptokokową zapatrują się w Paryżu bardzo sceptycznie.

— Ze statystyki wścieklizny.

W ostatnich latach było we Francji 2,885,000 psów, od roku 1888—1895 było pokąsanych 10,035 osób, czyli na 1,000 psów 3,47 pokąsanych osób. Ilość szczepień ludzi w instytucie Pasteur'a od 1886 r. do 1896 r. 17,337 przy 83 przypadkach śmierci.

— Rodak nasz profesor Klemensiewicz z Grazu wybrany został na dziekana wydziału lekarskiego na przyszły rok akademicki.

— Prof. Fürbringier nie przyjął ofiarowanej mu katedry chorób skórnych i wenerycznych w Berlinie po prof. Lewin'ie.

— W Warszawie w chwili obecnej dają się spostrzegać, obok sezonowej krwawej biegunki, liczne przypadki **duru brzuszego**.

Nekrologia.

— D-r **Henryk Obrebski** pomocnik lekarza naczelnego szpitala Dzieciątka Jezus i lekarz teatrów warszawskich, zmarł dnia 6-go zeszłego miesiąca, w 63-cim roku życia.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

W. Miklaszewski. Przyczynek do kazuistyki klatki piersiowej (dokończenie), 767.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. **Patologia i medycyna wewnętrzna.** 310. M. Miecznikow. Gruźlica, 774.—311. Taar Laitinen. Toksyna ze streptococcus i jej działanie na układ nerwowy, 776.—312. D-r Briquet. O jodyzmie: jego postaci, przyczyny i leczenie, 777 — 313. D-r Gaston Bramhomme. Dwa przypadki zatrucia kwasem bornym, 779.

II. **Choroby wieku dziecięcego.** 314. D-r L. Fiszer. Leczenie gorączki u dzieci, 780. — 315. Emmerich. O nadużywaniu wysokoku w wieku dziecięcym, 781. — 316. Jewnin. O stosowaniu kąpeli gorących przy nagminnem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych u dzieci, 782.

III. **Choroby nerwowe.** 317. Prof. Pierret. Rzecz o drgawkach wogóle, 783.—318. Gilles de la Tourette. Rozpoznawanie i leczenie padaczk, 784.—319. D-r Verrier. Zaburzenia skórne w przebiegu histeryi u mężczyzn, 789. — 320. D-r Vukadinović. Przypadek głuchoniemoty histerycznej, 790.

Korespondencja Kroniki Lekarskiej, 790.—Bibliografia, 791.

321 — 329. Wiadomości pomniejsze, 792. — Odcinek, 796. — Kronika bieżąca, 798. — Nekrologia, 800.

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-ronu W. Męcewskiego i K. Sierpińskiego

WARSZAWA, MARSZĄKOWSKA 39.

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

Rurka limfy na 2 szczepienia kop. 75, detryt we flakonach po cząwszy od 10 szczepień po 5 kop. za jedno szczepienie.
Na przesyłkę dodaczyć należy kop. 25. Aptekom i biurom w większych ilościach, odstępnuje się odpowiedni rabat.

UWAGA. Dla powiatów i wogóle dla szczepień massowych ekspedjuje się detryt we flakonach pipetowych

po 25 i 50 szczepień zawierających.

Sklad Główny w Aptece Magistra Farmacyi H. Kucharzewskiego

N^o 4. Miodowa N^o 4.