

# GAZETA LEKARSKA.

## I. BLEDNICA Z PRZEBIEGIEM GORĄCZKOWYM.

Podał

**A. Puławski,**

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus.

Gorączka należy do najrzadszych objawów blednicy. Naturalnie, mamy tu na myśli gorączkę samoistną, niezależną od powikłań ze strony narządów wewnętrznych, ani od przypadkowego zakażenia, jakiemu łatwo mogą ulegać osoby dotknięte blednicą. Jeżeli starsi autorowie [WUNDERLICH, SCHULZ] notowali tu i owdzie gorączkę, jako jeden z objawów blednicy, późniejsi, mianowicie od czasu pracy BIERMER'a o niedokrwiistości złośliwej, stanowczo zaprzeczali istnienie gorączki przy blednicy, uważając dawniejsze przypadki tego rodzaju za nierozpoznaną, bo nieznaną wówczas niedokrwiistość złośliwą.

Dopiero w r. 1882 MOLLIÈRE <sup>1)</sup>, mierząc ciepłotę ciała chorych blednicowych, przekonał się „ku wielkiemu zdziwieniu“, jak sam powiada, że w 8-iu przypadkach ciepłota ciała wynosiła zwykle 37,4° C., czasem 38° C., 38,8° C., a nawet 39,4° C.. Chore przytem gorączki nie odczuwały, nie spadały z ciała, ilość mocznika w moczu nie ulegała zwiększeniu. Chinina obniżała ciepłotę, ale nie zapobiegała jej ponownemu wzniesieniu się ponad normę. Tenże sam autor w dwa lata później <sup>2)</sup> opisuje już 30 przypadków czystej blednicy, w których zauważył stałe podniesienie ciepłoty ciała [37,8° C., 38,8° C.], niekiedy ciepłota dochodziła do 39° C., rzadko do 40° C.. Gorączka nie miała szczególnego typu, dość często dał się zauważyć *typus inversus*. I tu zaznacza autor, że mocz nie przedstawiał cech szczególnych. MOLLIÈRE zachodzi tak daleko, że podniesienie ciepłoty przy blednicy uważa za prawo. Innego zdania jest LECLERC <sup>3)</sup>, lubo udało mu się zebrać 30 własnych przypadków gorączki blednicowej (*fièvre des chlorotiques*). Były to jednakże przypadki wyjątkowo ciężkie; dla tego też gorączki, według LECLERC'a, bynajmniej nie można uważać za z wyjątki objaw blednicy. Gorączka była najczęściej ciągłą, zdarzał się i typ odwro-

<sup>1)</sup> De l'élévation de la température centrale dans la chlorose (*fièvre des chlorotiques*). Lyon Médicale. 1882. [Jahresber. VIRCHOW'a].

<sup>2)</sup> De l'élévation de la température centrale et des accerbatons febriles chez les chlorotiques. Lyon. Med. 1884. Nr. 21. [Jahresb. VIRCHOW].

<sup>3)</sup> De l'existence fréquente de la fièvre chez les chlorotiques. Paris. 1885.

tny (*t. inversus*), nie przechodziła nigdy 39° C., trwała od jednego dnia (*sic!*) do 4½ miesięcy. LECLERC przypuszcza, że krew, zmieniona w swoim składzie, musi niekiedy [dlaczego nie zawsze?] drażniaco działać na ośrodki, wytwarzające ciepło. Że grają tu rolę jakieś swoiste własności krwi blednicowej, widzimy to stąd, że niedokrwistość, jaką spotykamy przy innych chorobach [np. zakażeniu rakowem] gorączki nie wywołuje. Przy sztucznie wywołanej niedokrwistości u psów LECLERC również gorączki nie zauważył. Z drugiej strony doświadczenia COHNHEIM'a dowodzą, iż pewne zmiany w składzie krwi [np. wstrzyknięcie większych ilości wody przekroplonej] są w stanie wywołać gorączkę [Odczyty z patologii ogólnej, przekład polski Tom III. str. 297].

Jeżeli do powyższych spostrzeżeń dodamy 3 przypadki, opisane przez WIL-  
L'a, <sup>1)</sup> będzie to prawie wszystko, co w danej kwestyi mogłem znaleźć w dostępnej mi literaturze. U nas D-r SOKOŁOWSKI w swej pracy „o skrytych postaciach suchot płucnych“ [Odczyty kliniczne, wydane przez redakcyję Gazety Lekarskiej ser. II. odcz. I] w rozdziale o wrzekomiej blednicy cy zwraca uwagę na możność istnienia prawdziwej blednicy z przebiegiem gorączkowym, przytaczając podane przezemnie spostrzeżenia MOLLIER'a i nieznaną mi pracę HAYEM'a (*Du sang et de ses altérations anatomiques. 1889*).

W obszerniejszych podręcznikach albo wcale nie znajdujemy wzmianki o gorączce przy blednicy [np. artykuł EICHHORST'a w Encyklopedyi EULENBUR-  
G'a T. III., Dyjagnostyka BIEGAŃSKIEGO], albo spotykamy cytaty z wyżej podanych autorów [np. EICHORST w swoim podręczniku patologii i terapii szczegółowej przekład rossyj., wyd. drugie t. IV str. 42). JACCOUD powiada, iż dawniej był zdania, że gorączka nigdy nie towarzyszy niepowikłanym przypadkom blednicy. Później zmienił zdanie i utrzymuje, że „gorączka, choć bardzo rzadko, może jednak być objawem niepowikłanej blednicy“. Dwa takie przypadki JACCOUD spostrzegał przez długi czas i w nich obu ustąpienie gorączki było pierwszym objawem powrotu do zdrowia. [Wykład patologii szczegółowej. Tom III. Przekład polski, str. 858].

Wobec tak skąpej stosunkowo ilości spostrzeżeń, sędzę, że niżej podane moje spostrzeżenie nie będzie pozbawionem interesu, zwłaszcza, że w danym przypadku ciepłota ciała była spostrzegana i notowana skrupulatnie, a gorączka przedstawiała niemały szkopał pod względem rozpoznania i rokowania.

Na początku Lutego r. b. [1891] wezwano mnie do panny M., którą w roku zeszłym miałem w leczeniu z powodu bardzo uporczywej blednicy. W owym czasie przy użyciu żelaza i odpowiedniej higienie, chora zupełnie przysła do zdrowia. Obecnie, po niezbyt higienicznie przepędzonym karnawale [tańce, niewyspanie, zaziębienia], panna M. zaczęła tracić łaknienie i źle wyglądać od tygodnia. Wezwano mnie z powodu nadzwyczaj silnego bólu głowy, jakiego chora dostała nagle wśród dreszczów i gorączki. Na tem miejscu winienem dodać, że dziedziczne stosunki panny M. przedstawiają się bardzo niepomysłnie: oboje rodzice zmarli na gruźlicę płucną; sama chora w dzieciństwie przechodziła jakąś chorobę płucną, lubo ani przedtem, ani obecnie żadnych zmian w płucach nie znajdowałem, badania płwociny nie wykonywałem, gdyż chora nigdy nie pluła. Zastałem chorą w łóżku, prawie nieprzytomną; w ciągu dnia były wymioty. Chora 17-to-letnia, blondynka, dobrego wzrostu, dobrej budowy ciała, dość pełna, blada, lubo blony śluzowe są jako tako ukrwione. Tętno małe,

<sup>1)</sup> Ueber Fieber bei Chlorose. Dissert. Würzburg, 1889. 3 własne przypadki.

szybkie, około 120 na minutę, oddech bardzo szybki; lekki, suchy kaszel. W płucach żadnych zmian wykryć nie można. Serce, cokolwiek powiększone w wymiarze poprzecznym na prawo, u wierzchołka szmer skurczowy, podmuchowy; szmer ten daje się słyszeć i na mostku. W żyłach szyjowych dość wyraźne buczenie. Śledziona niewyczuwalna. Brzuch trochę wzdęty, lekka bolesność w okolicy lewego jajnika; zaparcie stolca trwające od tygodnia. Mocz białka nie zawiera — jasny, ciężaru właściwego 1016. Oprócz silnego bólu głowy i wymiotów, chorej dokucza bardzo silne osłabienie, absolutny brak łaknienia. Po zastosowaniu lodu na głowę i środka przeczyszczającego [kalomel] do wewnątrz, ból głowy na razie zmniejszył się, powracając następnie w ciągu całego tygodnia, to z większą, to z mniejszą siłą. Gorączka nie ustępowała i nie przybierała żadnego określonego typu, jak to pokazuje następujący szereg cyfr:

Luty	16	17	18	19	20	21.
Rano	38,8°	37°	38,4°	37,2°	39,7°	37,4°
Południe	39,4°	37,5°	38,4°	—	36,8°	37,6°
Wieczór	39,6°	39,2°	38,4°	39,7°	39,5°	40,2°

Obok tego stale przyspieszone tętno i oddech, omdlenia, zaparcie stolca, uporeczywy ból głowy w połączeniu z tak groźną dziedzicznością każyły się obawiać jakiej skrycie przebiegającej sprawy gruźliczej, a przedewszystkiem zapalenia gruźliczego opon mózgowych. Ta myśl usuwała na drugi plan przypuszczenie błędnicy, ile że zbyt wybitnej bładości błon śluzowych nie było, a gorączka zdawała się rozpoznaniu błędnicy przeczyć. Szmer skurczowy kładłem na karb gorączki.

Kiedy po niejakiś czasie ból głowy i wymioty ustąpiły, a gorączka zdawała się przybierać cechy gorączki przepuszczającej, lubo nie znajdowałem powiększenia śledziona, idąc za zdaniem wezwanego na poradę D-ra SOMMERA, zaleciłem chorej systematyczne użycie chininy z początku po 10, potem 15 granów codziennie. Wpływ na gorączkę i ogólny stan chorej był prawie żaden. Gorączka mianowicie przedstawiała cyfry następujące:

Luty	22	23	24	25	26	27	28.
Rano	36,4°	36,4°	39,6°	41,1°	35,8	37,1°	37,2°
Południe	40°	39,3°	36,5°	36,8°	37,2°	36,8	35,8°
Wieczór	36°	39,6°	37,2°	40°	40,3°	40,1	39,5°

Jak widzimy, ciepłota ciała spadała niekiedy niżej normy, jak się zdawało, pod wpływem chininy, jednakże następnie bez widocznej przyczyny podnosiła się znów do cyfr bardzo wysokich (41,1°). Przytem chora w czasie apyrekisy daleką była od poprawy, owszem, czuła się bardzo osłabioną, nie miała łaknienia i t. d.. Chinina w większych dawkach źle działała na narządy trawienia chorej, wystąpiły wymioty, obłożenie języka, przynębnienie ogólne. Czas jakiś chora pozostawała bez wszelkiego leczenia, poprzestając na niewielkiej ilości kefiru i sporej ilości wina, gdyż żadnych pokarmów przyjmować nie chciała i nie mogła. Gorączka trwała w dalszym ciągu:

Marzec	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12.
Rano	38,4°	39,2°	38,1°	38,2°	38,4°	33,2°	36°	39,1°	36,1°	38,1°	38,4°	36°
Połudn.	36,1°	37,9°	36°	39,3°	39,5°	38,2°	39,7°	38,8°	38,6°	39,8°	38,2°	36°
Wiecz.	38,9°	39°	37,5°	39,5°	39,8°	38,8°	39,9°	39,2°	39,4°	40,3°	39,2°	39°.

Przy częstszym mierzieniu ciepłoty okazywało się kilkakrotnie, że gorączka ulegała wahaniom w ciągu bardzo krótkiego czasu, tak np.:

25. II.	godz. 9 rano:	41,1°	godz. 12 rano:	36,8°	godz. 2:	38,1°	godz. 5:	36,2°	godz. 8:	40°
26. II.	" 9 "	35,9°	" 12 "	37,2°	" 2:	35,9°	" 8 "	wieczór	40,3°	
27. II.	" 9 "	37,1°	" 12 "	36,8°	" 2:	40,1°	" 4:	39,5°	godz. 8:	40,1°
28. II.	" 9 "	37,3°	" 12 "	35,9°	" 2:	37°	" 8:	39,5°		
5. III.	" 9 "	38,4°	" 12 "	39,5°	" 2:	38,8°	" 8:	39,9°		

W ciągu tego czasu często zjawiały się dreszcze, pot; chora była tak osłabioną, że przy każdym ruchu, np. przy badaniu, wpadała w omdlenia, nie mogła siedzieć o własnej sile. Tętno było częste, oddech przyspieszony. Z temi objawami stał w niejakej, sprzeczności wygląd chorej: nie znać było po niej wybitnego wychudnienia, ani właściwej chorom gorączkowym zmiany w rysach twarzy, zabarwieniu skóry i t. d.. Mocz nie bywał nasycony. Niekiedy zjawiał się kaszel suchy,

męczący, bez plwociny i bóle w klatce piersiowej. Fizykalnie żadnych zmian w płucach znaleźć nie było można. Jeszcze jeden objaw zaczął zwracać moją uwagę: na ciele w różnych miejscach zaczęły się pojawiać plamy wiśniowego koloru, nie znikające przy ucisku, różnej wielkości i kształtu. Plamy te znikaly same w jednym miejscu, aby zjawić się następnie w drugim. Najczęściej znajdowałem je na kończynach górnych, na piersi, plecach i szyi. Przedsięwzięte w tym czasie drobnowidzowe badanie krwi nie wykryło w tej ostatniej nie szczególnego: czerwone ciała nie były zmienione ani co do kształtu, ani co do wielkości, układały się w rulony, były barwy normalnej; bakteriologiczne badanie krwi, wykonane łaskawie przez kol. BUJWIDĄ, również nie szczególnego nie wykryło. Na tej zasadzie wykluczyłem w danym przypadku niedokrwistość złośliwą.

Nie zapomniałem i o jednym jeszcze źródle gorączki w danym przypadku, mianowicie o histeryi. Gorączki czysto histerycznego pochodzenia znane są w literaturze <sup>1)</sup> i mnie samemu zdarzyło się dość dokładnie taką gorączkę obserwować <sup>2)</sup>. W danym przypadku żadnych wybitnych objawów histeryi nie było. Zresztą dalszy przebieg choroby, jak to zobaczymy, zdaje się przeczyć takiemu pochodzeniu gorączki.

Jak widzimy, rozpoznanie w danym przypadku wahało się ciągle między kilku chorobami i to bardzo poważnymi, mianowicie: zapalenie opon gruźliczych, gruźlica prosówkowa, niedokrwistość złośliwa, malaryja i histeryja. Ale kilkotygodniowe trwanie choroby, pewna stagnacyja w przebiegu, zarówno jak i inne dane kliniczne nie pozwalały ostatecznie przechylić się ku rozpoznaniu którejkolwiek z wymienionych chorób.

Na wspólnej naradzie z D-rem DUNINEM i BUJWIDEM postanowiliśmy przeprowadzić systematyczne leczenie żelazem, uważając, że rozpoznanie b l e d n i c y, której, bądź co bądź, nie można było ignorować jedynie na mocy istnienia gorączki, daje nam możność jakiegokolwiek terapeutycznej interwencji. Chorej zalecono pigułki BLAUD-NIEMEYER'a w połączeniu z arsenikiem (*ac. arsenicosum*). W ciągu pierwszych dwóch tygodni nie można było zauważyć żadnej widocznej zmiany w stanie chorej. Gorączka tylko cokolwiek się zmniejszyła, dochodząc jednak wieczorami do 39°, a nawet 39,6° C.. Zwiększyłem dawkę żelaza i zmieniłem preparat (*Liq. ferri albuminati* 3 razy dziennie po łyżeczce i *Sol. Fowleri*, trzy razy po 5 kropel). Stopniowo stan chorej zaczął się poprawiać. Gorączka trwała w dalszym ciągu, wahała się jednak w cyfrach dużo mniejszych, niż na początku choroby.

Kwiecień	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Rano	37,7	37,8	37,8	37,6	38,3	38,6	38,4	38	38,2	36,7	36,8	36,8	37	37,6	37,3
Południe	34	37,8	38,2	38,1	38,3	38,5	38,4	38	38	37,7	37,4	36,7	37,6	37,6	37,3
Wieczór	38,8	38,6	39,2	39,6	38,7	39,1	38,5	38,7	38,5	38,1	37,8	37,8	37,9	37,8	37,8

Stopniowo, ale stale, ciepłota ranna nie przechodziła 37°, wieczorna 37,2° C..! Jednocześnie stan chorej szybko się poprawiał. Zjawilo się łaknienie, ustąpiło zaparcie stolca, siły przybywały z każdym dniem. Szmer skurczowy znikł zupełnie. Ogółem chora gorączkowała w ciągu 60 dni. Ciepłota była mierzona jeszcze przez dni 20, najmniej trzy razy dziennie. Za jej autentyczność ręczy mi inteligencyja otoczenia chorej i jej samej, jak również dokładność ciepłomierza. Niejednokrotnie mierzenia ciepłoty dokonywałem sam.

<sup>1)</sup> Prof. MIERZEJEWSKI w swoim komunikacie: „O hypertermii u histeryczek“ posiedzenie Towarzystwa psychiatrów w Petersburgu 1890, 19 Maja], opisuje historję choroby pewnej histeryczki, u której ciepłota ciała wahała się w ciągu dnia w granicach 11° C. [29,3°—43° C. bez widocznej przyczyny, [Wracz. 1890. Nr. 41].

<sup>2)</sup> Przypadek ten dotyczył 20-letniej panny, która bez widocznego powodu miewała niekiedy po 40° gorączki. Ciepłota zmieniała się niekiedy w ciągu 1/2 godziny [z 37° na 40°], jak to sam na termometrze sprawdziłem. Osoba ta jest od kilku lat zameżną, ma dwoje dzieci i ma się dobrze.

Obecnie od tego czasu upłynęło już 5 miesięcy. Chorą widziałem w tych dniach [22 Października r. z.] po kilkumiesięcznym niewidzeniu [od Maja]. W ciągu tego czasu przechodziła jakąś chorobę, której głównym objawem był kaszel, trwający 2 tygodnie. Przy badaniu jednak żadnych zmian w płucach nie znalazłem. Pacjentka dobrze wygląda, utyła, pracuje i bawi się, jak osoba zdrowa.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, iż w danym przypadku mieliśmy do czynienia z wyjątkowo ciężką postacią blednicy z przebiegiem gorączkowym. Pomyślnie zejście i swoiste działanie żelaza najlepszym jest tego dowodem. Gdyby nawet chora uległa zakażeniu gruźliczemu w przyszłości, nie moglibyśmy zmienić naszego zapatrywania co do opisanej przez nas choroby i za co innego, jak za blednicę, uważać jej nie możemy.

Wysoce pouczające przykłady blednicy wrzeczowej opisane po raz pierwszy przez Trousseau'a, a u nas przez D-ra Sokołowskiego [w wyżej wymienionej pracy] nie mają nic z naszym przypadkiem wspólnego: tam blednica i towarzyszące jej objawy nie ulegały polepszeniu przy użyciu żelaza i prędzej lub później prowadziły do fatalnego zejścia; tu przy systematycznym użyciu żelaza chora wyzdrowiała zupełnie.

---

## II. O STOSUNKU WYROŚLI ADENOIDALNYCH JAMY NOSO-GARDZIELOWEJ do tak zw. „*enuresis nocturna*“.

Podał

**D-r A. Sokołowski.**

---

Słynna teoryja Hack'a refleksów różnorodnej natury, pochodzących z pewnych zaburzeń jamy nosogardzielowej [polipy, przerosty muszeli, wyrosłe adenoidalne i t. p.], o ile entuzyjastycznie została z początku przyjęta, o tyle powoli traci na swej doniosłości, a dziś z licznego szeregu zaburzeń [dusznicza oskrzelowa, bóle migrenowe głowy, kurcze gardzieli, głośni i t. p.], uważanych za będące w ścisłym związku z cierpieniami jamy nosogardzielowej, zostają zaledwie nieliczne przypadki, w których z wszelką stanowczością tego rodzaju stosunek można uważać za dowiedziony, ale i w tych nawet przypadkach u podobnych osobników wymagalnym jest koniecznie usposobienie nerwowe warunkujące wyzwoleń refleksów wyżej wzmiankowanych. I tak, każdemu niemal z praktyków wybornie znani są chorzy, u których napady astmy oskrzelowej, pomimo różnorodnych miejscowych leczeń jamy nosowej [przypalanie, usuwanie polipów], pozostały bez zmiany; w niektórych przypadkach pojedynczych zdawało się z początku, że będzie wynik świetny, napady na jakiś czas ustąpiły, zupełnie wróciły jednak po pewnym przeciągu czasu z tem samem natężeniem. Wprawdzie w niektórych wyjątkowych przypadkach, i mnie również znanych, napady duszniczy oskrzelowej ustępowały prawie zupełnie po dokonanych rękoczynach w jamie nosogardzielowej; w tych jednak razach nie należy zapominać, że nerwice wogóle mają to do siebie, że nieraz bez żadnej przyczyny ustępują z biegiem czasu, a w tych razach wynik ten bywał przypisywany różnym czynnikom terapeutycznym, nie mającym istotnego leczniczego znaczenia; w innych razach w po-

dobny sposób działają wpływy zupełnie innej natury, t. j. wstrząsające system nerwowy, np. ustąpienie płasawicy pod wpływem silnego przestraschu i t. p..

Do zaburzeń, których również obwiniano o pewne patologiczne zmiany w jamie nosowej, a mianowicie tak zwane wyrosłe adenoidalne jamy noso gardzielowej, należy znane i bardzo uparte cierpienie wieku dziecinnego, t. j.: *enuresis nocturna*. Kilku autorów, jako to: MAJOR, ZIEM, BLOCH <sup>1)</sup>, KOERNER i SCHMALZ, ogłosiło szereg przypadków, w których po dokonaniem wyluszczeniu na drodze operacyjnej owych wyrosli i zaburzenia w mowie będące, t. j. *enuresis nocturna*, miały w zupełności ustąpić. Niektórzy z tychże autorów, jako to: MAJOR i BLOCH, starali się związek ów wyjaśnić na podstawie podstawionych przez siebie hipotez, zdaniem mojem, wielce naciąganych; ztąd też i uważam za zbyt czyste tutaj przytaczać. Zadałem sobie pracę szczegółową w oryginale przeczytać spostrzeżenia powyższe i z oceny ich nie mogłem nabrać istotnego przekonania o ścisłym związku w mowie będących cierpień; spostrzeżenia bowiem powyższych autorów albo były zbyt krótkie, a z tąd wnioski ich zbyt pospieszne, lub też niezupełnie ścisłe; o skuteczności wyniku operacyjnego autor po pewnym czasie był uwiadamianym przez osobę trzecią, a wiadomo, że przyznawanie się do *enuresis nocturna*, np. jak to miało miejsce w jednym przypadku u 19-letniej panny, napotyka nawet w stosunku do lekarza na pewne trudności. Sądzę więc, że kwestya związku obu tych cierpień jest wielce problematyczną, a jako potwierdzenie tego niechaj posłużą następujący przezemnie spostrzegany przypadek.

D...., uczeń gimnazjum, lat 10 mający, zasięgał w Styczniu r. b. mojej rady z powodu zatkania nosa, prawie zupełnej niemożności oddechania przez nos, co od wielu lat trwało. Jednocześnie nadmieniono mi, że od najmłodszego wieku istnieje u chłopca regularnie co noc występująca *enuresis nocturna*, przeciw której stosowano bezskutecznie różnorodne leki. Chłopiec, dosyć wątpliwy, na swój wiek bardzo mały, nie wykazywał przy badaniu żadnych wyraźnych zaburzeń w narządach wewnętrznych, jedynie w górnym odcinku jamy nosogardzielowej [na stropie] znalazłem dużą ilość miękkich wyrosli adenoidalnych; oddechanie nosowe było niemal zupełnie zniesione. 8-go Stycznia przy pomocy kol. SZUMLAŃSKIEGO i DMOCHOWSKIEGO dokonałem pod kokainą wyskrobania wyrosli skrobaczką GODSTEIN'owską. Oddechanie nosowe wróciło natychmiast, a co dziwniejsze, odrazu teje samej nocy chory przestał się zeszczywać.

Zdawało się, że w tym przypadku, o czem z góry powątpiewałem, poglądy MAJOR'a i ZIEM'a znajdują wielce pouczający przykład; niestety, radość była zbyt krótką: po dwóch tygodniach *enuresis* powróciła z tym, co i przed tem, uporem, pomimo że chłopiec w dalszym ciągu oddechał swobodnie nosem, a badanie nie wykrywało wyrosli. W połowie września r. b. widziałem chłopca: oddechał on nosem zupełnie swobodnie, w stanie ogólnym wiele lepiej, *enuresis* jednakże stale występuje.

Badanie stropu gardzieli wykazało obecność, acz niewielkiej ilości, wegetacyj, postanowiłem i te, pomimo zupełnie swobodnego oddechu nosowego,

<sup>1)</sup> Literatura szczegółowa tej kwestyi zebrana u BLOCH'a „Pathologie d. Mundathmung“. 1890.

usunąć doszczętnie, aby 1) przekonać się, czy te pozostałe wyrośle nie są przyczyną upartej *enuresis*, 2) aby przekonać się, czy i tym razem będziemy mieli również, jaki po pierwszej operacji, wpływ niechybny na powyższy objaw. Tym razem również za pomocą skrobaczek oraz SCHECH'owskich zmodyfikowanych kleszczy usunąłem resztę pozostałych wyrosli; jednakże wpływu na *enuresis* nie mieliśmy absolutnie żadnego: pozostała ona bez zmiany.

Obserwacja ta nasuwa następujące uwagi:

1-o. Jak wytłómaczyć sobie skutek dwutygodniowej stanowczej poprawy po pierwszym rękoczynie? Żadna z teoryj pod tym względem bynajmniej nam nie daje odpowiedzi [np. hipoteza MAJOR'a o wpływie niskiej ciepłoty powietrza wdechanego przez usta, ztąd oddechania powierzchownego i nagromadzenia się we krwi kwasu węglanego]. Sądzę, że w danym przypadku poprawę wytłómaczyć sobie można tylko na drodze wstrząśnienia nerwowego, wywołanego przestraczem, a częściowo i bólem, wywołanym przez operację. Że przy drugim rękoczynie skutku podobnego nie było, daje się to wytłómaczyć tem, że chłopiec do drugiej operacji przystąpił ze spokojem i że ta, jako krócej trwająca, połączona była z mniejszym bólem.

2-o. Gdybyśmy w przypadku powyższym przed upływem 2-ch tygodni stracili z obserwacyi chłopca, byłibyśmy wpadli w ten sam błąd, co i niektórzy z wyżej przytoczonych autorów, podających zbyt pospieszne obserwacje i z nich wyciągających fałszywe wnioski.

### III. O STOSOWANIU KOFEINY W CHOROBAH SERCA I NEREK.

Napisał

**D-r Med. J. Pawiński,**

ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 3].

#### **Spostrzeżenie 5. *Nephritis mixta chronica. Insufficiencia v. mitralis relativa. Ascites. Hydrothorax.***

Szcz. Karolina, lat 48, służąca, przybyła do szpitala dnia 6-go Stycznia 1890 r., uskarżając się na osłabienie, duszność i obrzęki. Objawy te trwają już od kilku miesięcy.

Budowa średnia. Odżywianie słabe. Błony śluzowe blade. Tętno 84.

Obrzęk kończyn dolnych znaczny. W jamie brzusznej duża zawartość płynu surowiczego. W dolnych częściach obu płuc z tyłu i z przodu klatki piersiowej stłumienie odgłosu opukowego, osłabienie oddechu i drżenia. *Hydrothorax bilateralis.*

Uderzenia wierzchołkowego nie czuć. Tępość serca powiększona w wymiarze poprzecznym w kierunku na prawo. U wierzchołka słychać wyraźny szmer skurezowy. Drugi ton tętnicy płucnej znacznie wzmożony, ton rozkurezowy aorty głośny z dźwięcznym odcieniem.

Mocz zawiera dużą ilość białka [0,6%], a osad dużo wałeczków nerkowych w części drobnoziarnistych, w części szklitych. Dobowa ilość moczu mała, wynosi bowiem około 300 — 400 cc.

GAZ. LEK NR. 4.

Przebieg był następujący:

Data.	Częstość tętna.	Cisnienie w mm. Hg.	Dobowa ilość moczu w etm. sześciennych.	Ciepota właściwy.	Leczenie.	U w a g i.
7 VII.	80	120	300	1030	3×5 g. <i>Coff. natro-sal.</i>	Duszność.  Chora czuje się lepiej, duszność mniejsza, napięcie ścianek tętnic powierzchownych większe. U wierzchołka słychać wyraźniej szmer skurczowy, niekiedy słychać go obok tonu. Uderzenie wierzchołkowe w V międzyżebry na lewo od <i>l. m. s.</i>
8	84	125	350	1030	4×5 " " " "	
9	82	135	500	1029	4×5 " " " "	
10	80	140	800	1027	5×5 " " " "	
11	80	150	1000	1025	5×5 " " " "	
12	84	150	800	1027	5×5 " " " "	
13	80	130	700	1028	Bez lekarstwa	Silna duszność. Tętno słabe; mocne rozwolnienie.
14	82	125	800	1028		Duszność nieco mniejsza. Rozwolnienia nie ma.
15	84	125	700	1029		
16	82	120	600	1030	3× 6 kr. <i>t-rae Stroph.</i>	Szmer obok I-go tonu. Znacznie lepiej. Duszności nie ma. Zawartość płynu w jamie brzusznej mniejsza. Szmer skurczowy u wierzchołka znikł, słychać czysty I-szy ton.
17	80	125	800	1029	3× 7 " " "	
18	74	130	900	1028	3× 8 " " "	
19	60	135	1200	1024	3× 9 " " "	
20	60	135—140	900	1028	3×10 " " "	
21	56	135	800	1029	3×10 " " "	Przebieg w opłucnej prawej mniejszą zajmuje przestrzeń. Tętno silne, tony głośnie.
22	50	140	900	1029	3×10 " " "	Bez lekarstwa.  <i>Ascites</i> nieco większy.
23	58	135	700	1030		
24	54	130	700	1030		
25	60	130	700	1029		
26	64	135	500	1032		
27	54	130	550	1032		

28. Wypisuje się ze szpitala ze znaczną poprawą.

8. IX. powraca znowu do szpitala, a 11. IX. umiera.

Na sekcji okazało się: lewa komórka w stanie znacznego przerostu, prawa — w stanie rozszerzenia o cięszych, niż zwykle, ściankach, na zastawkach żadnych zmian nie znaleziono. Prawa nerka mała, mocno ziarnista (*nephritis interstitialis chronica*), a lewa, jakby zarodkowa. W jamach opłucnej i otrzewnej znajdowała się znaczna ilość surowiczego płynu.

*Epicrisis.* Za życia chorej wobec znacznych obrzęków, *ascites*, *hydrothorax*, białkomoczu, wydzielania wałeczków szklistych i drobnoziarnistych, sądziliśmy, że mamy do czynienia z przewlekłym miąższowym zapaleniem nerek, z przewagą jednak sprawy miąższowej. Serce, będące w stanie rozszerzenia, nie zdawało się także za śródmiąższowym zapaleniem przemawiać. Tymczasem na sekcji przekonaaliśmy się, że główną sprawą chorobową w nerkach był rozwój tkanki łącznej, który do zaniku miąższu doprowadził.

Rozpoznanie w takich razach jest bardzo trudnym, a głównie z tego powodu, iż w przebiegu cierpienia omawianego nie znajdujemy owych wykończonych obrazów, jakie w podręcznikach chorób nerek podają, a które mają charaktery-



zować sprawę mięszową, lub też śródmięszową. Oprócz nielicznych typowych przypadków większa część przebiega pod różnemi postaciami odpowiednio, nie tylko do natury, rozciągłości zmian patologicznych w samych nerkach, lecz i odpowiednio do odczynu, jaki w ustroju zmiany te wywołują. Trudności w rozpoznaniu stają się oczywiście większemi, skoro nie jesteśmy w stanie śledzić ca całym przebiegiem choroby, lecz widzimy chorego po raz pierwszy w pełnym rozwoju choroby i w okresie różnych powikłań.

W pierwszej chwili wobec bardzo wyraźnego szmeru skurczowego u wierzchołka serca i znacznego powiększenia tegoż w wymiarze poprzecznym, wobec obrzęku kończyn dolnych i przesięków, sądziłem, że oprócz cierpienia nerek mamy i niedomykalność zastawki dwudzielnej rzeczywiście. Dalszy przebieg, jak również oględziny pośmiertne, przekonały mnie, że była to niedomykalność względna, zależna od rozszerzenia lewej komórki.

Co do leczenia, to wogóle pokładaliśmy w niem bardzo małą nadzieję, ze względu na znaczne wyczerpanie sił chorej i daleko posunięte zmiany chorobowe, niemniej jednak skutek, z podawanych środków osiągnięty, do względnie pomyślnych zaliczyć należy.

W przypadku powyższym strofant stanowczo odniósł zwycięstwo nad kofeiną. Wprawdzie pod wpływem tej ostatniej czynność serca wzmogła się nieco, napięcie naczyńniowe zwiększyło się [jak o tem świadczą cyfry, otrzymane za pomocą mierzenia ciśnienia krwi przyrządem Basch'a], diureza stała się nieco obfitszą, jednakże stanowcza poprawa nastąpiła dopiero po użyciu nalewki strofantu.

Najważniejszym objawem podmiotowym było zmniejszenie duszności, a przedmiotowym: zniknięcie szmeru skurczowego u wierzchołka, czemuje dnocześnie zmniejszenie poprzecznego wymiaru serca towarzyszyło. To naprowadziło mię na myśl, że mamy do czynienia tylko ze względną niedomykalnością zastawki dwudzielnej; dalsza obserwacja potwierdziła to przypuszczenie; zauważyliśmy bowiem, że skoro tylko zaprzestaliśmy użycia strofantu, wracał znowu szmer obok tonu, a po kilku dniach tonu zupełnie słyhać nie było, lecz tylko głośny szmer.

Ze wzmocnieniem energii serca obrzęki zmniejszyły się; tego więc krzepiącego działania na mięsień serca kofeina nie była w stanie wywrzeć.

Co do ciśnienia krwi, to, jak tablica powyższa wskazuje, kofeina większy na nie wpływ wywierała, aniżeli strofant, co na tem większe zasługuje zaznaczenie, jeżeli zważym, że częstość tętna była znacznie mniejszą, a energija skurczów serca większą przy użyciu ostatniego, aniżeli pierwszego leku.

Że diureza, ani po kofeinie, ani po strofancie nie doszła do większych rozmiarów, nawet po wzmocnieniu siły skurczów serca, łatwym jest do zrozumienia wobec tak znacznego zmniejszenia przyrządu wydzielniczego, jak nam sekcja wykazała.

### **Spostrzeżenie 6. *Nephritis mixta chronica. Hypertrophia cordis modica. Arteriosclerosis.***

Malc.... Ewa, lat 55, wyrobница, przybyła do oddziału mego dnia 21 Czerwca 1890 r., skarżąc się na kaszel, duszność i obrzęk kończyn dolnych. Od kilku już miesięcy czuła się niezdrowa, od 4 zaś tygodni nie mogła zajmować się ciężką pracą, prawie jednocześnie z wystąpieniem stałego obrzęku kończyn dolnych. Poprzednio obrzęk po wypoczynku zwykle szybko ustępował.

Budowa średnia. Odżywianie łyche. Tętno 68 silnie napięte, twarde, od czasu do czasu przyjmuje cechy tętna bliźniaczego.

Obrzęk kończyn dolnych dość znaczny, nawet i górne kończyny nieco obrzmiałe.

Rozedma płuc wyraźna głównie z przodu klatki piersiowej, prócz tego dość rozległy niezbyt oskrzeli, cechujący się znaczną ilością suchych rzężeń. Płwocina skąpa.

Uderzenia wierzchołkowego nie czuć. Serce powiększone głównie w wymiarze poprzecznym na lewo; lewa granica tępości znajduje się na 1,5 ctm., na zewnątrz od *l. m. s.*, prawa granica odpowiada lewemu brzegowi mostka. U wierzchołka obok I-szego tonu słychać słaby szmer, który staje się wyraźniejszym po szybkim ruchu chorej. U podstawy tonu głośnie, dzwiczne.

Rytm tonów serca zbliża się do wahadłowego, kanał pokarmowy nie przedstawia żadnych zaburzeń w swej czynności.

Mocz skąpy, wydziela się w ilości 700 ctm. sześć. na dobę, odczyn posiada kwaśny, zawiera dużą ilość białka [0,4%], wałeczki nerkowe.

Data.	Częstość tętna.	Cisnienie w mm. Hg.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciepota ciała.	Leczenie.	U w a g i.
22. VI.	84	135	750	1026		
23	80	140	700	1027		
24	80	140	750	1026	4×5 g. <i>Coff.natro-ben.</i>	
25	80	145	1500	1015	5×5 " " " "	Wieczorem silny ból głowy.
26	80	150	2000	1013	4×5 " " " "	Lepiej. Duszność mniejsza.
27	72	155—160	1500	1014	4×5 " " " "	Tętno bardziej napięte. Obrzęk nóg
28	72	160	1800	1013	4×5 " " " "	mniejszy.
29	74	165	1600	1015	4×5 " " " "	
30	74	165	1700	1015	4×5 " " " "	
1. VII.	76	165—170	1500	1017		
2	74	160	1800	1013	Bez lekarstwa.	
3	74	150	1800	1014		
4	80	135	1800	1013	4×5 gr. <i>Coff.natro-sal</i>	
5	78	135	2000	1011	4×5 " " " "	
6	76	145	2100	1011	4×5 " " " "	
7	72	155	2500	1009	4×5 " " " "	
8	72	165	2200	1010	5×5 " " " "	
9	72	170	2100	1011	6×5 " " " "	
10	72	175	2000	1011		
11	72	165	1800	1012	Bez lekarstwa.	
12	76	150	1500	1015		
13	80	145	1200	1017	3× 6 kr. <i>t-rae Stroph.</i>	
14	76	145	1800	1014	3× 7 " " " "	
15	72	150	1900	1014	3× 8 " " " "	Napięcie tętnicze mniejsze niż przy kofeinie, choć wogóle tętno dość duże.
16	68	150	2500	1009	3× 9 " " " "	
17	64	145	2600	1008	3×10 " " " "	
18	64	150	2500	1008	3×10 " " " "	
19	60	150	2300	1009		Wzmoczenie II-go tonu aorty.
20	68	140	2500	1007		
21	72	145	2800	1006		Obrzęk kończyn dolnych nieznaczny, prawa granica serca przy lewym brzegu mostka, duszności nie ma.
22	80	135	2300	1009	Bez lekarstwa	
23	80	145	2600	1007		
24	84	140	3000	1005		Tętno nieco słabsze. W dolnej części prawego płuca umiarkowany zastój.
25	88	135	2500	1007		
26	84	145	2800	1008		
27	84	140	2800	1008		

28. Chora wypisuje się ze szpitala ze znaczną poprawą bez obrzęków.

*Epicrasis*. Przypadek powyższy należał do mniej ciężkich, aniżeli poprzednio opisane: zmiany w nerkach nie były jeszcze daleko posunięte, a serce, choć rozszerzone, nie straciło jeszcze swej żywotności. Obraz tętna [fig. 7], otrzy-

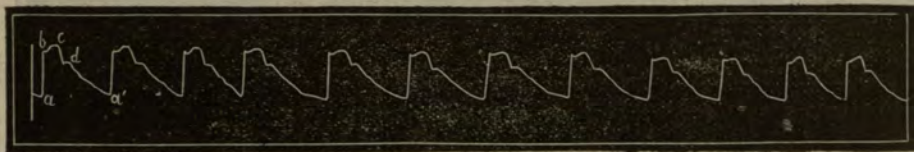


Fig. 7.

many przed podaniem chorej kofeiny, wskazuje, że mięsień lewej komórki nie mógł być uważanym za wyczerpany. Obrzęki dotyczyły tylko kończyn dolnych. Ztąd też rezultat, jaki z podawania kofeiny osiągnęliśmy, był znacznie pomyślniejszym, aniżeli w poprzednich spostrzeżeniach.

Najprzód stosowaliśmy bendźwinian kofeiny w ilości 20 granów *pro die* w przeciągu 7 dni, raz tylko powiększyliśmy dawkę do 25 gran., lecz chora dostała bardzo silnego bólu głowy, ogólnego rozdrażnienia; zmuszeni więc byliśmy poprzestać na mniejszych dawkach.

Pod wpływem kofeiny ilość moczu zwiększyła się z 700 do 2000 cc., duszność, jak również obrzęknięcie kończyn dolnych mniej dolegały chorej. Płoskość białka uległa także zmniejszeniu. Rytm tonów serca zbliżał się do wahadłowego.

Pod kilku dniach przerwy przeszliśmy do silniejszego przetworu, a mianowicie do salicylanu kofeiny, który stosowaliśmy w ilości 20—30 gran. na dzień. Diureza była tym razem obfitszą, aniżeli przy bendźwinianie kofeiny, dobową ilość moczu dochodziła nawet do 2500 cc., przeciętnie zaś wynosiła 2000 cc. Odpowiednio do tego poprzeczny wymiar serca uległ znacznemu zmniejszeniu, tętno stało się silniejszym i pełniejszym.

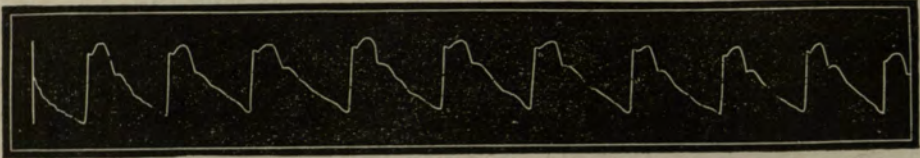
Zaznaczyć nam wypada, że wpływ kofeiny na napięcie tętna był w danym razie bardzo wydatnym. Badając tylko palcem tętnicę promieniową, 4 — 5 dnia można było stwierdzić, że ścianki tętnicy są mocno napięte, a tętno zasługiwało na miano *pulsus contractus*. Przyrząd Basch'a, a w części rysunek sfigmograficzny, przekonywa nas o tem jeszcze dobitniej. Ciśnienie krwi w tętnicy promieniowej ze 135 mm. Hg., podniosło się po tygodniu stosowania leku do 170 mm. Hg., a przy *Coffein. natro-salicyl.* nawet do 175 mm. Hg..

Częstość tętna mniejszej ulegała zmianie, niż ciśnienie, przy *Coffein. natro-benzoic.* zeszła z 80 do 72, podobnie i przy *Coff. natro salicyl.*, tylko przy stosowaniu tej ostatniej zmniejszenie częstości tętna utrzymywało się dłużej.

Wreszcie, w celu porównania, zaczęliśmy podawać chorej strofant. Zwiększenie diurezy pod wpływem tego środka większe przyjęło rozmiary, aniżeli po kofeinie [dzienna ilość moczu dosła do 2600 cc.], utrzymywała się jeszcze w znacznej wysokości po odstawieniu leku przeszło tydzień i dosięgła nawet wysokiej cyfry 3000.

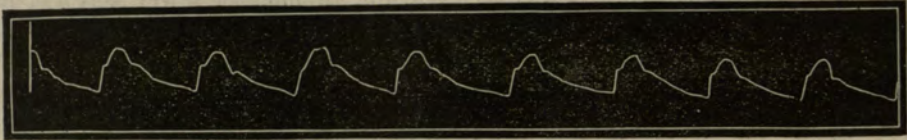
Co do wpływu na częstość tętna, to był on wydatniejszy przy stosowaniu strofantu, aniżeli kofeiny. Przy pierwszym, po kilku dniach tętno uderzało 60 na minutę, co nawet przy dużych dawkach ostatniej nigdy nie zdarzało się.

Działanie hamujące strofantu na innerwację serca najlepiej przedstawiają obrazy sfigmograficzne [fig. 9, 10]. Fig. 9 wskazuje jak, tętno przybiera



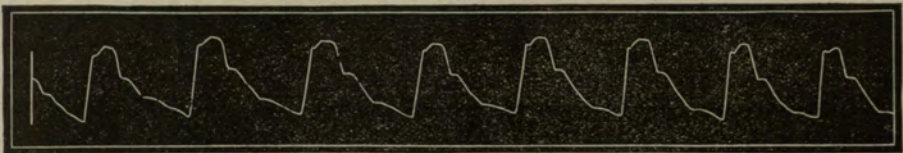
Tętno po 6 dniach użycia *Coffein. natro-lenzois.*

Fig. 8.



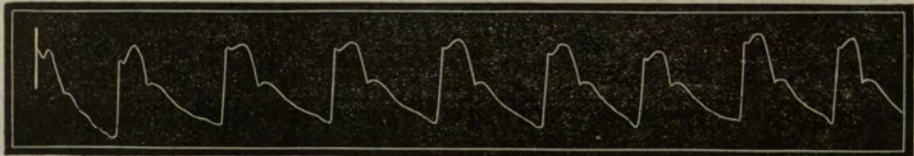
Tętno po 4 dniach użycia *T-rae Strophanti*, w ilości (3×6 — 3×9 kropel).

Fig. 9.



Tętno po 6 dniach stosowania *T-rae Strophanti* (3×6 — 3×10 kropel).

Fig. 10.



Tętno po upływie 2 dni od czasu zaprzestania użycia strofantu.

Fig. 11.

cechy opieszałego z łukowatymi przejściami pomiędzy linią wstępującą i zstępującą. Po 6-dniowym użyciu strofantu skurcze serca stały się energiczniejszymi, rzadszemi, na liniach jednak zstępujących wzgórki fali odbitej zarysowują się wyraźniej, aniżeli w tętnach zebranych w czasie przyjmowania kofeiny. Że napięcie tętna, *resp.* ciśnienie krwi było mniejszem przy strofancie, niż przy kofeinie, dowodzą także cyfry, otrzymane za pomocą przyrządu BASCH'a. Najwyższe ciśnienie w czasie stosowania pierwszego leku wynosiło 150 mm. Hg., gdy tymczasem w czasie użycia drugiego doszło do 170 — 175 mm. Hg..

[C. d. n.].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 1 —

### 3. R. Pfeiffer. O drobnoustroju, wywołującym influencję.

Poszukiwania bakteryjologiczne w 31 przypadkach influencji, z których sześć skończyło się śmiercią i badaniem zwłok, dały wyniki następujące:

1) We wszystkich przypadkach w wydzielinie ropnej, pochodzącej z oskrzeli, znajduje się pewien swoisty lasecznik. W niepowikłanych przypadkach influencji można wykazać owe laseczniki w absolutnie czystej hodowli i w większej części w ogromnej ilości. Jeżeli influencja napada osoby, które już poprzednio dotknięte były jakąś chorobą oskrzeli i płuc, np. u suchotników, to w płwocinie znajdujemy obok laseczników influenzowych jeszcze inne drobnoustroje w rozmaitej ilości. Laseczniki influenzowe mogą z oskrzeli przeniknąć do tkanki około-oskrzelowej i dojść nawet do powierzchni opłucnej, gdzie je znajdowano w wysięku ropnym — za pomocą czystej hodowli w dwóch przypadkach, zakończonych śmiercią.

2) Laseczniki te znajdujemy wyłącznie tylko przy influencji. Bardzo liczne badania kontrolujące wykazały, że w katarach oskrzeli, przy zapaleniu płuc, przy suchotach płucnych, nie ma owych laseczników.

3) Obecność laseczników idzie w parze z przebiegiem choroby. Dopiero z ustąpieniem wydzieliny ropnej znikają laseczniki influenzowe.

4) Też same laseczniki znajdował PFEIFFER w płwocinie chorych na influencję już przed dwoma laty przy pierwszym pojawieniu się influencji.

5) Laseczniki influenzowe przedstawiają się jako bardzo małe pałeczki, grubości lasecznika posocznicy myszy, ale o połowę krótsze. Bardzo często trzy lub cztery laseczniki leżą wzdłuż obok siebie w postaci łańcuszka. Zasadowemi barwnikami anilinowemi trudno się one barwią. Lepsze preparaty otrzymać można przy użyciu rozcieńzonego roztworu ZIEL'a i gorącego błękitu metylenowego LOEFFLER'a, przyczem prawie zawsze widać, że końce lasecznika silniej się barwią, tak, że powstają obrazy bardzo podobne do diplokoków lub streptokoków. Metodą GRAM'a nie barwią się owe laseczniki. W kropli wiszącej laseczniki influenzowe są nieruchome.

6) Laseczniki influenzowe można otrzymywać w czystej hodowli. Na 1 1/2% agarze cukrowym kolonije przedstawiają się jako drubniutkie kropki, często tylko za pomocą lupy dostrzegalne. Dalsze hodowanie na tej glebie przedstawia dużo trudności, tak, że PFEIFFER nie mógł przejść po za drugą generację.

7) Owe laseczniki szczepiono małpom, królikom, świnkom morskim, szczurom, gołębiom i myszom; tylko u małp i królików otrzymano wyniki dodatnie.

8) Zarażenie następuje prawdopodobnie skutkiem przeniesienia zarazka, znajdującego się w płwocinie; dla tego też ze względów profilaktycznych trzeba koniecznie bacznie zwracać uwagę na płwocinę chorych influenzowych.

W końcu dodać tu potrzeba, że doktorowi KITASATO udało się jednak otrzymać dziesięć generacyj lasecznika influenzowego na agarze glicerynowym.

(Aus dem Institut für Infections-Krankheiten. Vorläufige Mittheilung über die Erreger der Influenza. Deutsche med. Wochenschr. 1892. 2).

Wiktor Grostern.

### 4. S. Kitasato. O laseczniku influenzowym i o jego hodowli.

Dotąd niezmiernie trudno było otrzymać czystą hodowlę lasecznika influenzowego z tego powodu, że płwocina, zawierająca owe laseczniki, bywa w największej części zanieczyszczoną innemi mikroorganizmami, które w hodowlach szybko się rozrastają i nie pozwalają dostrzedz lasecznika influenzowego. Profesor KOCH

podał nową metodę, która wkrótce będzie ogłoszoną, i przy pomocy której można otrzymać czyste hodowle lasecznika influenzowego.

Na agarze glicerynowym owe kolonie w pierwszych 24-ech godzinach przedstawiają się jako bardzo drobniotkie punkciki, zaledwie lupą dostrzegalne; makroskopijnie niepodobna wówczas odróżnić probówek z owymi kolonijami od zupełnie czystej jałowej żelatyny agarowej. Jeżeli z takiej kolonii zrobimy hodowlę na nowej glebie agarowej, to na wilgotnej powierzchni agaru powstaje mnóstwo drobnych kolonij.

Charakterystycznym wówczas jest to, że owe nowe kolonie pozostają od siebie zawsze oddzielone i że nigdy ze sobą nie zlewają się. Jest to tak charakterystyczne, że w ten sposób można laseczniki influenzowe stanowczo odróżnić od innych bakteryj. Na żelatynie owe bakteryje nie rosną, ponieważ poniżej 28° C., a więc w temperaturze krzepnięcia żelatyny, wcale się nie mnożą.

W buljonie mało się rozwijają. W pierwszych 24-ech godzinach widzimy w buljonie pływające pojedyncze białe grudki, a płyn pomiędzy nimi pozostaje zupełnie jasny. Następnie owe grudki opadają na dno w postaci białej kłaczkowatej masy, buljon zaś nad tym osadem pozostaje zupełnie jasnym, co jest dowodem, że mamy tu do czynienia z lasecznikiem nieruchomym.

(Aus dem Institut f. Infections-Krankheiten. Ueber den Influenza-Bacillus und sein Culturverfahren—Deutsche med. Woch. 1892. 2). Wiktor Grostern.

### 5. P. Canon. Laseczniki we krwi u chorych na influencę.

U dwudziestu chorych na influencę CANON badał krew za pomocą barwienia i we wszystkich przypadkach znalazł jeden i ten sam gatunek lasecznika.

Badanie krwi odbywa się w sposób następujący: kroplę krwi, przy ułkciu palca, zabiera się czystym szkiełkiem pokrywkowym. To szkiełko pokrywkowe kładzie się na drugie pokrywkowe i następnie się je rozsuwa. Preparaty wysusza się na powietrzu, a potem pomieszcza w alkoholu absolutnym na 5 minut. Po wyjęciu z alkoholu trzeba je przenieść do następującego roztworu barwnikowego: stężonego wodnego roztworu błękitu metylenowego 40 grm., 1/2% roztworu eozyny [rozpuszczonej w 70% alkoholu] 20 grm., wody destylowanej 40 grm..

Szkiełka pokrywkowe, pomieszczone w owym płynie barwnikowym, pozostawia się w termostacie na 3—6 godzin przy temperaturze 37° C. Potem trzeba je splukać wodą, wysuszyć i pomieścić w balsamie kanadyjskim.

W tak przygotowanych preparatach krwi—krążki czerwone są zabarwione na czerwono, białe ciała na niebiesko, a oprócz tego znajdują się laseczniki influenzy.

Laseczniki influenzy są zabarwione na niebiesko często w wielkiej ilości, częściej wszakże pojedynczo lub w nieznacznej ilości [4—20 w jednym preparacie] w postaci już to diplokoka, już też w postaci krótkiej laseczki.

W sześciu przypadkach CANON znalazł laseczniki influenzowe w licznych większych lub mniejszych kupkach od 5—50 w jednej.

W tych sześciu przypadkach krew badano podczas spadku temperatury lub zaraz potem. W trzech z tych przypadków temperatura więcej się już nie podniosła; we trzy i w sześć dni potem już nie można było wykazać wzmiankowanego lasecznika we krwi.

Kilka razy na mocy badania krwi można było postawić rozpoznanie influenzy tam, gdzie kliniczne rozpoznanie było niepewnem. Nawet w tych przypadkach, w których nie było żadnego cierpienia umiejscowionego, ani kaszlu, ani płwociny, można było znaleźć bakteryje we krwi i to w dużej ilości.

(Aus dem städtischen Krankenhaus Moabit. Ueber einen Mikroorganismus im Blute von Influenza-Kranken. Deut. med. Woch. 1892. 2).

Wiktor Grostern.

## 6. Bechterew i Mislawsky. O innerwacyi i ośrodkach mózgowych wydzielenia łez.

Podczas gdy innerwacja obwodowa wydzielin gruczołów łzowych, pracami doświadczalnemi CZERMAK'a, HERZENSTEIN'a, L'EMTSCHENKI i WOLFERS'a, prawie jednoznacznie ustanowioną została, nauka o ośrodkach mózgowych dla tej czynności fizjologicznej leżała do dziś dnia odłogiem. To też praca znanej spółki badaczy posiada duże w tej mierze znaczenie.

Zgodnie z swoimi poprzednikami B. i M. określają unerwienie czynności łzowej w sposób następujący:

Drażnienie [aparatu saneczkowego DU BOIS-REYMOND'a, połączony z elementem GRENET'a] nerwów: łzowego (*lacrymalis*), podskórnego szczęki (*subcutaneus malae*) i gałęzi czuciowych [1-sza i 2-ga] nerwu trójdzielnego (*trigeminus*), wywołuje obfite łzawienie. Toż samo widzimy przy drażnieniu peryferycznego odcinka nerwu współczulnego (*sympathicus*). Przecięcie nerwu współczulnego pozostaje na czynność łzową bez wpływu. Różnią się tylko B. i M. od swoich poprzedników co do rezultatów, jakie otrzymali dla odruchowego wydzielenia łez. Podczas gdy HERZENSTEIN, WOLFERS i inni odmawiali możliwości wywołania łzawienia przez drażnienie jakiegokolwiek nerwu tułowia lub kończyn, z wyjątkiem n. *auricularis magni*, B. i M. otrzymywali, drażniąc środkowy odcinek nerwu kulszowego (*ischadicus*), zawsze rezultat dodatni. Wydzielanie łez odbywało się w tych razach w obu oczach, lecz występowało wcześniej i obficiej w oku przeciwnem drażnionej stronie ciała.

Towarzyszyły łzawieniu objawy, będące wynikiem podrażnienia nerwu współczulnego: rozszerzenie źrenicy, wypuklenie gałki ocznej (*exophthalmus*) i cofanie się 3-ej powieki [u psów, na których autorzy robili te doświadczenia]. Również wbrew dotychczasowym danym, nie uważają całości [braku uszkodzeń] nerwów: łzowego i podskórnego szczęki, za warunek konieczny do wywołania łzawienia drogą odruchu z nerwu trójdzielnego lub nawet kulszowego. Że całość nerwów: łzowego i podskórnego szczęki, nie jest niezbędną dla wywołania odruchu drogą drażnienia nerwu współczulnego, czyli że włókna ostatniego nerwu inną do gruczołu łzowego zmierzają drogą, zgodnie twierdzą już poprzedni, wyżej wzmiankowani, badacze.

Co się tyczy ośrodków mózgowych dla czynności łzowej, to okazało się, że drażnienie kory części wewnętrznych przedniego i tylnego odcinka *gyri sigmoidei* wywołuje natychmiast bardzo obfite łzawienie w obu oczach. Części zewnętrzne tegoż zawoju działają nieco słabiej. Wydzielaniu łez przy drażnieniu kory towarzyszą wspomniane już wyżej objawy podrażnienia n. *sympathici*.

Przy drażnieniu wzgórków wzrokowych (*thalamus opticus*) na poziomie przedniej części *commissurae griseae* występowało również łzawienie w obu oczach, lecz silniej, jak i przy drażnieniu kory, ze strony przeciwnej drażnionemu wzgórkowi, i również z rozszerzeniem źrenic, *exophthalmus* i t. d.

Z tych więc doświadczeń jasno wynika, że wspomniane części kory mózgowej i wzgórków wzrokowych stanowią ośrodkowe przedłużenie szyjowego nerwu sympatycznego. To też drażnienie kory lub wzgórków po przecięciu *sympathici* z jednej strony wywołało łzawienie w obu oczach bez *exophthalmus* i rozszerzenie źrenicy po stronie przeciętego nerwu. Jeżeli został przecięty *nervus trigeminus* wewnątrz czaszki przed *ganglion Gasserii*, łzawienie było, lecz po stronie przeciętego nerwu trójdzielnego znacznie słabsze, niż w drugim oku.

Z tych doświadczeń B. i M. wyciągają wniosek, że kora mózgowa i wzgórki wzrokowe działają na czynność łzową przez

pośrednictwo *n. trigemini*, a w części i szyjowego nerwu sympatycznego.

Cięcie mózgu z tyłu od wzgórków wzrokowych usuwa zupełnie możność wywołania wydzieliny łzowej drogą odruchu, jak również znosi objawy: rozszerzenie źrenic, *exophthalmus* i t. d., co jest stanowczym dowodem, że wzgórki wzrokowe są ośrodkami odruchu dla wydzielania łez i że w nich przebiegają ośrodkowe włókna szyjowego nerwu współczulnego, z kąd dopiero przedłużenia tego nerwu do wymienionych okolic kory mózgowej się wznoszą.

(*Neurologisches Centralblatt*. Nr. 16. 1891).

Mieczysław Goldbaum.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dnia 20. X. 1891.

HERYNG. Elektroliza, pomimo niezaprzeczonych swych zalet i potężnego niszczącego działania, przez długi czas nie mogła sobie wyrobić prawa obywatelstwa. Przyczyną był z jednej strony zbytni entuzjazm pionierów tej metody, z drugiej strony tym właśnie entuzjazmem spowodowany secepcytyzm niektórych lekarzy, którzy całą metodę, bez dokładnego jej sprawdzenia, ryczałtowo potępili. W ostatnich latach, dzięki usiłowaniom APOSTOLI'ego w Paryżu i VOLTOLINI'ego w Wrocławiu, metoda ta znajduje coraz szersze zastosowanie i coraz lepiej poznana zostaje. Pierwszym, który elektrolizę w celach leczniczych stosował był D-r CRUSSEL z Petersburga w 1840. Później pracowali nad nią i rozwinęli jej podstawy: REMAK, TRIPIER, ALTHAUS, BRUNS, GROH, FIEBER. NEFFTEL z New-Yorku, wreszcie APOSTOLI, VOLTOLINI i inni.

Przez wyraz elektroliza rozumiemy szereg zmian, które pojawiają się w bezpośredniej bliskości biegunów stałego strumienia, przeprowadzonego przez jakąkolwiek tkankę lub płyny organiczne. Jeżeli wkładamy 2 igły platynowe, połączone ze stałą baterją, w świeże mięso, zobaczymy wytwarzanie się pęcherzyków gazów w formie piany i silniejszą reakcję przy katodzie, słabszą przy anodzie. Przypuszczają, że sole substancji mięśniowej, rozkładając się, przy biegunie dodatnim wytwarzają kwasy, przy biegunie zaś ujemnym wytwarzają się zasady, a pod ich to niby wpływem tkanka żółknię, staje się galaretowatą i ulega rozplynięciu. Biegun dodatni wytwarza krzepnięcie tkanek, biegun ujemny ich rozplywanie się [CRUSSEL]. Inni badacze [GRÄUPNER] sądzą, że istota elektrolizy polega na rozkładzie wody, zawartej w komórkach i tkankach, co prowadzi do ich obumarcia. Rozkład elektrolityczny następuje nie tylko w bliskości samych biegunów, ale i w pewnej odległości od biegunów i pomiędzy nimi. Zachodzą tu zmiany bardzo ważne, molekularne i troficzne, zwane przez REMAK'a katalizą.

Z podanego powyżej różnego działania obu biegunów wynikają różne terapeutyczne wskazania. Jeżeli zanurzymy 2 igły platynowe w żywą tkankę, zobaczymy, że biegun ujemny [katoda] wytwarza strup miękki, brudno szaro-żółty, podobny do tego, jaki powstaje pod działaniem gryzących alkali, strup zaś, powstały przy biegunie dodatnim, nie jest ani tak grubym, ani tak miękkim, jak pierwszy, jest ciemniejszej barwy i wygląda jak strup pod wpływem silnych kwasów, np. kwasu siarczanego, powstały. Zgodnie z tym faktem stwierdzono, że anoda sprowadza krzepnięcie krwi w naczyniach, ma więc i hemostatyczne działanie, którego katoda nie posiada. Natomiast katodzie przyznać trzeba o wiele silniejsze destrukcyjne działanie i tym właśnie biegunem wywołujemy silne efekta kaustyczne, które najpotężniej występują wtedy, gdy działamy nie jednym biegunem [unipolarnie], lecz dwiema blisko siebie wprowadzonymi do tkanki igłami [metoda bipolarna].

Tą właśnie metodą bipolarną HERYNG przeważnie posługiwał się w cierpieniach krtani. Nie wchodząc w rozbiór szczegółowy wad lub zalet różnych baterij galwanicznych, H. ograniczył się do zmiany ogólnej co do wyboru baterji i zaznaczył, że początkowo używał baterji STÖRER'a o 20 elementach i że ta, gdy jest połączoną z odpowiednim reostatem i galwanometrem, dla niektórych operacji elektrolitycznych [w krtani] może wystarczyć. O wiele lepsze są specjalne ba-



teryje, zbudowane do elektrolizy: REININGER'a, HIRSCHMAN'a, GAIFF'a, LEITER'a i innych. Najtańsze bateryje, podane przez VOLT OLINI'ego, wyrabiane są przez BRADÉ'go w Wrocławiu.

Co do narzędzi, używanych do krtani, H. opisał główne dwa typy, podane przez VOLTOLINI'ego i KAFEMANN'a. Pierwszy typ stanowią t. zw. igły podwójne (*Doppelnadel*) i te służą do głębokiego niszczenia tkanek. Drugi typ przedstawia elektroda KAFEMANN'a [strzemionkowa], służąca do kauteryzacji owrzodzeń, gdyż działa słabiej i wytwarza strup powierzchniowy. Obydwa te typy należało poprawić, uzupełnić i uczynić tańszymi. Przez wprowadzenie 2 uniwersalnych gryfów pomysłu HERYNGA: jednego do operacyi w nosie i w gardle, drugiego dla krtani i jamy nosogardzielowej, do których przymocować można igły różnej długości i kształtu, zarówno jak i kautery platynowe, narzędzia elektrolityczne zostały uproszczone, tembardziej że w wielu razach zamiast igieł platynowych można użyć igieł stalowych.

Zalety elektrolizy są następujące:

- 1) Narzędzia podług wzorów przedstawionych nie są ani zbyt drogie, ani zbyt skomplikowane.
- 2) Reakcyja zapalna po elektrolizie, stosowanej w krtani, jest bardzo niewielka.
- 3) Strup wytworzony chroni tkanki głębiej położone od zakażenia, tembardziej że, jak to wynika z doświadczeń APOSTOLI'ego, LAGUERIER'a i PROCHOWNICK'a, przy pewnem natężeniu strumienia [60 milliamp.] i pewnym czasie działania [15 minut] następuje obumarcie zarówno *strep. tococcus pyogenes*, *staphylococcus aureus*, jak i lasecznika czarnej krosty [230 milliamp. przez  $\frac{1}{2}$ —1 godziny].
- 4) Działanie elektrolizy jest nader potężnem, gdyż obumarcu ulegają tkanki nietylko przy biegunach, ale i w pewnej od nich odległości.
- 5) Dozowanie strumienia przy użyciu reostatu i galwanometru jest względnie ściśle, przynajmniej w zastosowaniu klinicznem, gdyż w znaczeniu fizykalnem rzecz przedstawia się odmiennie.
- 6) Dostęp dla narzędzi jest łatwy, gdyż są one cienkie i giętkie, nie zabierają dużo miejsca.
- 7) Operacyje elektrolityczne są zawsze bezkrwawe, tembardziej że anoda wywołuje krzepnięcie krwi, o czem uprzednio już wspomniano.
- 8) Przyżeganie elektrolityczne jest miejscowo antyseptycznem.

Co do stron ujemnych tej metody, to, pominiawszy cenę narzędzi zawsze jeszcze dość znaczną i bolesność rękoeczynu, metoda ta, zdaniem HERYNGA, wymaga dłuższego czasu w zastosowaniu, czem zraza zarówno lekarza, jak i pacjenta. Przy pewnem doświadczeniu i wprawie można jednak czas kuracyi znacznie skrócić, a to przez użycie silniejszych strumieni, niż dotąd zalecano, bolesność zaś zmniejszyć za pomocą kokainy.

HERYNG stosował elektrolizę w nosie przy przeroście muszel, w skrzywieniach i enchondromatach przegrody nosa, przy *pharyngitis granulosa et lateralis*, przy zwężeniach gardzieli i krtani, przy przerostach migdałków, głównie jednak w naciekach i owrzodzeniach gruzliczych krtani. Używał jej zarówno w atonicznych owrzodzeniach w różnych miejscach krtani usadowionych, jako też dla niszczenia nacieków guzliczych bądź nagłośni, bądź więzów bocznych, strun fałszywych i prawdziwych, szczególnie w t. zw. *chorditis tuberculosa*. Na 10 przypadkach gruzlicy krtani, których opis szczegółowy podany zostanie w innem miejscu, H. 5 razy uzyskał zablźnienie w stosunkowo bardzo krótkim czasie. Ból przy operacyi daje się w gardzieli i krtani, przez umiejętne kokainowanie [pędzlowanie i mięszone wstrzykiwanie], zredukować do *minimum*. Kilku chorych, dotkniętych suchotami krtani, którzy przed operacyją łykać nie mogli, zaraz po operacyi doznało znacznej ulgi; odczynu zapalnego nie było; strup trzymał się od 8—10 dni; gdy odpadł, powierzchnia rany pokryta była czystą, różową ziarniną. Zablźnienie następowało szybciej, niż po użyciu kiurety. Wogóle jednak elektrolizie przy leczeniu suchot krtani HERYNG przyznaje tylko działanie pomocnicze. Nie wyruguje ona chirurgicznego leczenia, lecz je w niektórych razach uzupełni.

Stosując elektrolizę przy skrzywieniu przegrody nosowej, kol. H. w jednym przypadku uzyskał rezultat uboczny, t. j. przedziurawienie przegrody, zależny od braku odpowiedniego narzędzia. W dwóch przypadkach wyniki były niedostateczne. Przyżeganie muszel przerosłych było mniej skuteczne, niż przy użyciu galwanokaustyl. W przypadku zwężenia podniebienia rezultat był niezły; przy przeroście migdałków efekt niewielki. Wykład połączony był z demonstracyją różnych

baterij, narzędzi używanych przy elektrolizie, galwanometrów i reostatów, wreszcie preparatów mikroskopowych, wykazujących zabliźnienie sprawy gruźliczej nagłośni, leczonej elektrolizą.

Posiedzenie z dnia 27. X. 1891.

Dyskusja.

Kol. KRYSIŃSKI w odpowiedzi koledze HERYNGOWI wyraził przedewszystkiem podziękowanie za przedstawienie Towarzystwu całego zbioru przeróżnych narzędzi i aparatów, tudzież oświadczył, że właśnie dlatego, że zasługi kol. HERYNGA w sprawie udowodnienia wyleczalności gruźlicy krtani ceni bardzo wysoko, i że rozumie w zupełności, że tak energiczny i wytrwały badacz, jak kol. H., nie może na zdobyciach laurach usypiać, lecz poszukiwać musi coraz nowych sposobów zwalczania strasznego wroga, występuje dzisiaj, aby przeciwko nowej obecnie przez kol. H. poleconej metodzie najmocniej zaprotestować, ponieważ metoda ta wydaje mu się nieracjonalną, niestosowną i niebezpieczną.

Następnie wyraził kol. Kr. zdumienie, że fakt, jakoby w dwóch przypadkach niewątpliwego raka nowotwory na drodze elektrolitycznej zniszczone być miały, mógł tak dalece koledze H. zaimponować, że aż z tego powodu bierze asumpt do zalecenia elektrolizy w chirurgii krtani i zapytał, czy bezsporny fakt, że każda tkanka najprzeróżniejszymi środkami żrącymi zniszczoną być może, kogokolwiek obecnie skłoni do powrotu do medycyny arabskiej i dawno zapomnianych czasów kwitnienia *cauterium potentiale*? Ale gdyby i ta niemożliwość miała miejsce, toć już arabiści starali się w wyborze środków żrących ograniczyć się do takich, których działanie ściśle na miejsce żądane ograniczonym być mogło. Że zaś zalecony przez kol. H. środek temu postulatowi zadość nie czyni, dowodzi między innymi przytoczony przez kol. H. smutny fakt mimowolnego zniszczenia na znacznej przestrzeni przegrody nosowej.

Reasumując przemówienia kol. H., stwierdza kol. Kr., że kol. H., po bardzo obszernym, lubo zupełnie niedostatecznym i niedokładnym wstępie z dziedziny fizyki, wyraził surową naganą dla tych zbyt septycznych badaczy, którzy, nie wypróbowawszy dostatecznie sami zaleconej przez niego metody, odrzucają ją stanowczo, jak to uczynił między innymi prof. BILLROTH, i że kol. H. znalazł w końcu okoliczności łagodzące tego przewinięcia w tem, że dawniej rzeczywiście elektrolizę trudno było w medycynie stosować, gdyż: 1-o dozowanie było niepewne, 2-o sposób aplikacji był bolesny i 3-o przyrządy były drogie; dziś jednak wszystkie te przeszkody zostały, zdaniem jego, zupełnie usunięte. W rozbiórce tych trzech też ostatnich zauważył kol. Kr., że przy „dozowaniu” lekarskiem działania prądu konieczne rozróżnić należy możliwość wymierzenia natężenia prądu od możliwości dowolnego oznaczenia jego działania terytorjalnego. Z tych dwóch dozowań drugie, w praktyce najważniejsze, jest dotąd zupełnie niemożliwe, a lubo pierwsze przy użyciu względnie drogiej [250 marek] przyrządów [dokładnych galwanometrów], przynajmniej wogóle, uskuteczniomem być może, jednak, jak twierdzi kol. Kr., z wiadomości, że pomiędzy elektrodami krąży przez ciało prąd o natężeniu danem, np. 100 MA, nic wogóle wywnioskować jeszcze nie można, dopóki nie znamy oporów w każdej z nieprzeliczonych gałęzi, na które się prąd przy wejściu do ciała rozgałęziać musi. Ale i ta wiadomość, lubo konieczna, jeszczeby nie wystarczyła; bo gdyby prąd w jednej takiej gałęzi napotkał na swej drodze cząstki o znacznie większym oporze od pozostałych, te musiałyby uleść nieporównanie większym zmianom, a może nawet zniszczeniu, kiedy działanie prądu na pozostałe mogłyby być nieznaczne [np. łańcuch z ogniw srebrnych i platynowych].

Następnie po objaśnieniu praw FARADAY'a, rządzących elektrolizą, wyjaśnieniu tak zwanej akcyi pierwotnej i wtórnej, zachodzących przy elektrolizie, wykazał kol. Kr., że działanie niszczące prądu na tkanki nie zależy bynajmniej od rzeczywistego chemicznego rozkładu tychże tkanek, przez które prąd przepływa, lecz od nagromadzonych przy elektrodach alkali i kwasów.

Fizyka naucza, że prąd zdolny rozłożyć 1 miligram wody w ciągu jednej sekundy, musi mieć natężenie 10,7 Amperów, prąd więc zdolny rozłożyć 60 mg., czyli jeden gran, jedną kroplę w ciągu jednej minuty, musiałyby mieć to samo natężenie, a z tego wypada, że prąd o natężeniu, w zastosowaniu na człowieku możliwie silnem, np. 0,1 Ampera = 100 MA do osiągnięcia tego samego celu musiałyby działać 107 minut. Rachując zaś maksymalny czas trwania posiedzenia na 2—3 minut, wypadaloby poświęcić 36—53 posiedzeń, żeby zniszczyć na drodze elektrolitycznej jeden gran tkanki. Przy zastosowaniu więc tak zwanej elektrolizy w medycynie, przy którym po kilku posiedze-

niach wypadają całe kawały tkanki, elektrolyza, czyli rozkład chemiczny tkanki na pojedynczo jony, minimalną tylko odgrywać może rolę, a działanie jest czystem działaniem nieznanym bliżej, ani co do swej natury, ani miejsca, zastosowania środków żrących. Że takie działanie racjonalnem i bezpiecznem nazwanem być nie może, dowodzić chyba nie potrzeba.

Co się tyczy dwóch też ostatnich, to jest obecnej taniości przyrządów i bezbolesności zastosowania, to trudno w istocie zrozumieć, co kol. H. chciał przez to powiedzieć, bo bateryje galwaniczne przez ostatnie lat 30 ledwo zmieniły cenę, a działanie, jak na innym miejscu swego przemówienia twierdzi sam kol. H., pomimo najobfitszego, powiedzieć można, więcej niż śmiałego zastosowania kokainy, jest tak bolesne, że w dwóch z trzech jam, których leczenie stanowi specjalność kol. HERINGA, zastosowaniem być nie może.

W końcu zauważył kol. KR., że kol. H. na 1000 chorych zastosował elektrolyzę 10 razy, a jak sam twierdzi 5 razy niewłaściwie. Przypadków więc nadających się do leczenia elektrolyzą jest tak bardzo mało, że gdyby ta metoda posiadała nawet tyle i takich zalet, ile w istocie wad posiada, jeszcze do polecenia jej szerszemu gronu kolegów nadawać by się nie mogła, a zalecanie wogóle metod leczniczych na moey 5-ciu obserwaeyj wydaje się kol. KR., co najmniej, przedczesne.

## Wiadomości terapeutyczne.

— 3 —

9. *Salophenum*. *Salofen*. Pod koniec roku zeszłego D-r PAWEŁ GUTTMANN przedstawił w Towarzystwie Lekarskiem Berlińskiem wyniki, jakie otrzymał przy stosowaniu salofenu u chorych (*Berliner klin. Wochenschrift*. 1891. 52), a część chemiczną i fizyologiczną podał w tym roku D-r SIEBEL (*Ther. Monatsh.* 1892. *Hft.* 1).

Salofen jest związkim kwasu salicylowego z acetparamidofenolem. Kwasu salicylowego w owym związku znajduje się 51%.

Przetwór ten przedstawia się pod postacią proszku białego, o bardzo malutkich kryształkach tabliczkowych, bez zapachu i smaku. W wodzie prawie nie rozpuszcza się, ale zato łatwo jest rozpuszczalnym w alkaliach, alkoholu i eterze.

Roztwór salofenu wobec ługu sodowego na zimno, a jeszcze łatwiej przy ogrzewaniu rozszczepia się na swe części składowe, a więc na kwas salicylowy [salicylan sodu] i na acetparaamidofenol.

Takież samo rozszczepienie następuje i w organizmie zwierzęcym i ludzkim: po zażyciu salofenu można w moczu wykazać i kwas salicylowy i acetparaamidofenol.

Podobne zupełnie zjawisko przedstawia, jak wiadomo, i salol. Doświadczenie można się przekonać, że pod wpływem enzymu trzustki oraz pod wpływem niektórych innych organów zwierzęcych rozszczepienie salofenu szybko przychodzi do skutku. Wszelako mięśnie [niezmiernie mało], śledziona, gruczoły limfatyczne, a co najważniejsza, kwaśny sok żołądkowy, nie rozszczepiają salofenu na jego części składowe. Salofen, wstrzyknięty podskórnie, również ulega rozszczepieniu, ale nie w tym stopniu, jak wprowadzony *per os*.

Poszukiwania na zwierzętach przekonały, że salofen—do pewnej granicy co do dawki—podobnie jak salol i tym podobne związki, nie wywołuje objawów otrucia, przyczem zwierzęta dobrze znosiły wzmiankowany środek.

U ludzi dawki 6,0—8,0 grm. nie powodują żadnych objawów nieprzyjemnych, niepożądanych.

Przy ostrym reumatyzmie stawowym salofen [4,0—6,0 *pro die*], szczególnie w przypadkach świeżych, okazał się niewątpliwie bardzo skutecznym. Bolesność i obrzmienie stawów stopniowo, począwszy od drugiego dnia, zmniejszały się, a w końcu zupełnie znikaly; jednocześnie z tą poprawą i ruchy w stawach stawały się możliwsiemi, a wreszcie — zupełnie swobodnemi.

Zdarzały się wszakże przypadki ostrego gośćca stawowego, tak uporczywego, że objawy ustępowały dopiero po kilkotygodniowym lub nawet i dłuższem jeszcze leczeniu. Okoliczność ta zresztą znaną jest i przy stosowaniu innych środków przeciwgośćcowych, a mianowicie: salicylanu sodu i salolu.

Wiadomo również, że żaden ze znanych dotąd środków leczniczych nie chroni stanowczo ani od powrotu choroby, ani nawet od pogorszeń podczas samego leczenia [powrotne zajęcie tych stawów, w których już pod wpływem leczenia nastąpiła poprawa; zajęcie nowych stawów w biegu leczenia]. Otóż i salofen pod tym względem nie okazał się lepszym od innych środków,

W przewlekłym gościcu stawowym salofen, podobnie jak kwas salicylowy i salol, mniej skutecznym się okazał, niż w ostrym.

Co się tyczy działania przeciwgorączkowego, to przekonano się, że pod wpływem salofenu ciepłota gorączkowa umiarkowanie się obniża i to na czas względnie krótki. Przy gorączce ciągłej [tyfus] po dawce 5,0—6,0, zażytej w ciągu 4 godzin, ciepłota opadała o 1°—1,5° C.; obniżenie to trwało dość krótko, poczem gorączka szybko wzrastała i osiągała pierwotnej wysokości. Przy gorączce przestankowej [suchoty płucnej] obniżenie ciepłoty gorączkowej następowało po mniejszej dawce [3,0—4,0].

Widzimy zatem, że i salofen stwierdza fakt już dawniej zaobserwowany, a mianowicie: że działanie przeciwgośćcowe danego środka nie stoi w ścisłym związku z działaniem przeciwgorączkowym, i tak np. działanie przeciwgorączkowe kwasu salicylowego jest o wiele słabsze od działania antitermicznego antifebryny, ale zato znowu działanie przeciwgośćcowe kwasu salicylowego jest w wielkim stopniu wyższem od podobnego działania antifebryny, antipiryny i t. d..

Przy zapaleniu pęcherza (*cystitis*) skuteczność salofenu okazała się bardzo małą. Nie można jednak sądu stanowczego wydać w tym względzie, choćby już tylko dla tego, że GUTTMANN spostrzegł dotąd tylko trzy przypadki.

Co się tyczy nerwobólów (*ischias*, *neuralgia nervi trigemini*), to skuteczność salofenu nie okazywała się stałą: w jednych razach następowała poprawa, w innych — nie.

Z tego wszystkiego się okazuje, że jeszcze najwydatniejszym skutecznem działaniem odznacza się salofen przy ostrym gościcu stawowym, ale w tych razach dawka powinna wynosić, co najmniej, 4,0 *pro die*. Można wszakże dojść do 6,0, a nawet do 8,0.

Wogóle powiedzieć można, że wydatnej wyższości salofenu nad innymi przetworami salicylowymi, dotąd przynajmniej, nie widzimy, chyba tylko jedna zaleta nowego środka zasługuje na wyróżnienie: nie ma on ani smaku, ani zapachu.

Wiktor Grostern.

## Wiadomości bieżące.

— W ostatnich czasach, dzięki staraniom lekarzy i chemików [NENCKI, J. ZAWADZKI, J. KRAMSZYTK, ANDERS, BUJWID, PREYSS, LESSER i t. d.], mleko sterylizowane, jako pokarm dla niemowląt, coraz więcej rozpowszechnia się wśród mniej zamożnej publiczności. Niedawno przybył nowy zakład sterylizacyjny D-ra STĘPNIEWSKIEGO, którego oferty dobrze są znane. Że D-r S. miał myśl szczęśliwą i godną poparcia, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, i na tem polu życzyć by mu należało zupełnego powodzenia.

Poprzednia, a nade wszystko ostatnia reklama p. t.: „Zawiadomienie do mieszkańców ul. Złotej i jej okolic“ sprawie tej jednak niewłaściwy nadają kierunek i zastąpione by powinny być przez poważne ogłoszenia w prasie lekarskiej i peryjodycznej. Nas, lekarzy, nie tylko zdziwiła niska cena za kompletne rozbiory mleka [rs. 1], bo na tyle ocenia wartość pracy osoba najwięcej w tej kwestyi zainteresowana, ile czas [1/4 — 1/2 godz.], w ciągu którego może być dokonaniem oznaczenie ilościowe składników mleka oraz dochodzenie bakteriologiczne. W poprzednim ogłoszeniu również zasługuje na przytoczenie ustęp 3-ci orzekający, iż „zakład udziela rad lekarskich wogóle, a w szczególności — w chorobach podchodzących pod wskazania do stosowań leczenia mlecznego“, który właściwie zastąpićby należało zdaniem: przy zakładzie egzystuje ambulatoryjum dla przychodzących chorych, w którym udziela się porady we wszelkich specjalnościach, coby było zrozumiałem dla publiczności, która wie o tem, że dyjeta mleczna stosuje się w najrozmaitszych cierpieniach. Tych kilka uwag podajemy, oświadczając, że zakład sterylizacyjny umiejętnie prowadzony zasługiwałby na poparcie, tego rodzaju jednak ogłoszenia, jakich próbę zacytowaliśmy, szkodzą tylko zakładowi, o którego pożyteczności nikt wątpliwy nie może.

— Korrespondent z górskich okolic Szwajcaryi w „Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte“ uskarża się na szereg nieuków i szarlatanów, którzy, korzystając z nieograniczonej wolności praktykowania, dyskredytują zawód lekarski i czynią niemalą krzywdę materalną lekarzom, gorliwie spełniającym obowiązki swojego powołania. Jakkolwiek godzien jest zaznaczenia fakt, że w kraju tak ucywilizowanym, jakim jest Szwajcaryja, tego rodzaju stosunki istnieć mogą, jednakowoż gdyby szan. Kolega szwajcarski przebył lat parę w naszym kraju, dowiedziałby się o nie-