

GAZETA LEKARSKA.

I. O ŁAGODNYCH OWRZODZENIACH GARDZIELI.

[Odczyt, wygłoszony w sekcji laryngologicznej i rynologicznej X-go międzynarodowego kongresu lekarskiego w Berlinie].

Przez

D-ra Teodora Herynga.

Cierpienie gardła, na które chciałbym dziś zwrócić uwagę Szanownych Kolegów, należy do wielkich rzadkości. Dokładniejszego opisu w żadnym z dostępnych mi źródeł lekarskich nie znalazłem. Może być, że forma ta, jakkolwiek jeszcze nie opisana, została już spostrzegana. Nieraz zapewne była już powodem do dyjagnostycznych pomyłek.

Zagadkowa natura tego cierpienia wprowadza mnie do pewnego stopnia w zakłopotanie, gdyż nie ma ono dotąd nazwiska. Ponieważ przywykliśmy każdą formę cierpienia, przedstawiającą pewne wybitne, stale powtarzające się cechy, występujące zawsze wśród jednakowych objawów i mające jednakowy przebieg, określać pewnym naukowym terminem, choćby nawet etyjologija i patogenija cierpienia nie były nam znane, więc i ja, owrzodzeniu, o którym dziś mówić zamierzam, nadam tymczasem nazwę *angina ulcerosa benigna*, dopóki nowe spostrzeżenia nie dadzą możliwości znalezienia definicji lepszej i ściślej-szej. Łagodne owrzodzenie gardzieli zwykle występuje po jednej stronie i pojedynczo, rzadziej z obu stron, zawsze w postaci owalnego, płytkiego wyzarcia, stale umiejscowionego na przednich łukach, w okolicy migdałków w Brzegi jego ostre, po większej części bez obwódki zapalnej, dno nieco zagłębione, z początku pokryte szarawo-białym nalotem, który z trudnością zetrzeć się daje. Długość owrzodzenia w wymiarze podłużnym wynosi około 1 ctm., szerokość 6—8 mm.. Owrzodzenie nie krwawi przy dotknięciu i jest wogóle mało bolesnem. Błona śluzowa, na którym występuje, jest nieco obrzękniętą, zaczerwienioną.



Owrzodzenie to zwykle bywa pojedyncze; nigdy nie widziałem, by powstało z pęcherzyków lub pryszczycy (*herpes, pemphigus*); nigdy nie znajdowałem, prócz danego owrzodzenia na łukach, podobnych zmian na błonie śluzowej miękkiego podniebienia, na tylnej ścianie gardzieli, wreszcie na błonie śluzowej policzków lub warg.

Po dwóch lub trzech dniach występują na dnie owrzodzenia czerwone punkciki, warstwa brodawkowa się oczyszcza, z brzegów nabłonka nasuwa się w kierunku do środka. Nalot znika wreszcie, a po upływie dziesięciu do dwunastu dni wszystko powraca do prawidłowego stanu, bez wytwarzania się tkanki bliznowatej.

W czterech przypadkach sprawa rozpoczynała się objawami zwykłej anginy kataralnej. Migdałki rzadko kiedy były obrzmiałe, w kryptach pojawiały się małe białawe punkta. Owrzodzenie powstawało nieco później, zwykle dopiero na trzeci dzień. Jednocześnie zjawiała się lekka gorączka, osłabienie, brak łaknienia i w pewnej mierze utrudnienie łykania. W sześciu przypadkach znalazłem rozlane zaczerwienienie podniebienia miękkiego lub języczka i tylnej ściany gardzieli. Chorzy uskarżali się na uczucie palenia i zasychania w gardzieli i podawali, że choroba zaczęła się gorączką, osłabieniem i brakiem łaknienia. W żadnym z tych przypadków oddech nie był cuchnącym, nie znalazłem również owrzodzeń na tylnej ścianie gardzieli, ani na muszlach nosowych, *resp.* w krtani. Zakłócenie stanu ogólnego szybko przechodziło, łaknienie poprawiało się i tylko utrudnione polykanie zmuszało chorych do zasięgnięcia porady lekarskiej. Wielu chorych zgłaszało się z obawy dyfterytu, skoro spostrzegli ranek w gardzieli. Niektórzy, dotknięci niegdyś syfilisem, spieszyli do specjalistów, obawiając się recydywy. Do nich udawali się również ci, których przestraszył lekarz przez zadanie im odnośnych do syfilisu pytań. Tylko w jednym przypadku sprawa wystąpiła po operacji nosa, a mianowicie: po usnnięciu wałka chrząstnego z przegrody nosowej. Choroba u tego chorego zaczęła się gorączką, osłabieniem i utrudnionem polykaniem. Tylna ściana gardzieli była zaczerwieniona, lecz bez zajęcia migdałków. Typowe owrzodzenie znajdowało się po lewej stronie, na przednim łuku i dziesiątego dnia zupełnie się zablizniło.

Co do patogenii cierpienia, ta dotąd jest mi zupełnie niejasną. Nie mogłem wykryć jako momentu etjologicznego ani zaziębnienia, ani nadużyć alkoholowych lub też tytoniowych, spożycia nieświeżego mleka, lub zepsutych pokarmów. Wykluczyć muszę również oparzenie przez gorące napoje, wpływ kwasów lub silnych alkali.

Z wszelką pewnością można również wykluczyć syfilis, gruźlicę, wyprysk (*herpes*), lub bąblicę. Opisane tu nadżarcie na łukach obserwowałem dotychczas w 10-ciu przypadkach, mianowicie: u 7-iu mężczyzn i 3-eh kobiet. Wiek mężczyzn wahał się pomiędzy 14, a 38, wiek kobiet między 22 a 34 rokiem. U dziesięciu chorych cierpienie umiejscowiło się po jednej stronie, tylko u jednego chorego znalazłem owrzodzenia dwustronne, symetryczne, mianowicie: na obu łukach przednich, prawie jednakowej wielkości, usadowione na dość mocno zaczerwienionej błonie śluzowej.

Owrzodzenie zajmowało 5 razy lewy łuk przedni, 4 razy mieściło się na prawym łuku. Typowy zawsze wygląd owrzodzenia i stały kliniczny przebieg uwalniają mnie od potrzeby drobiazgowego opisu owych 10-ciu przypadków.

Co się tyczy zajęcia chorych, cierpienie to znalazłem u 2-eh adwokatów, raz u nauczyciela muzyki, raz u śpiewaka opery, dwa razy u uczniów szkół, trzy razy u słu-

zących, raz u żony obywatela wiejskiego. Pierwszy przypadek obserwowałem w Marcu 1881, drugi w Grudniu tegoż roku, trzeci w Kwietniu 1882, czwarta obserwacja pochodzi z Października 1885. Przypadki, 5, 6 i 7 obserwowałem jesienią roku 1889; 8 i 9 przypadek dał mi okazję do przedsięwzięcia badań bakteryjologicznych, których wyniki są dosyć ciekawe, chociaż do ścisłych wniosków jeszcze nie upoważniają; 10-ty przypadek nadarzył mi się 13-ego Listopada 1891 roku.

Kwestyja, którąbym pragnął dziś wyjaśnić, może łatwo doprowadzić do zbyt pośpiesznych dedukcyj. Dlatego też chciałbym najsamprzód na zasadzie moich dotychczasowych obserwacyj postarać się o postawienie klinicznej dyagnozy i porównać to cierpienie z innymi pokrewnymi mu lub też podobnymi do niego stanami. Szukając w odpowiednich podręcznikach i monografiach opisu cierpienia mającego podobny wygląd, napotkamy pewne trudności co do dyagnozy. Ponieważ dyfteryt, przymiot i gruźlicę musimy bezwzględnie wykluczyć, a pod nazwą skrofulicznych owrzodzeń opisują nieraz inne cierpienia, zwykle dyskrazyjne, *resp.* przymiotowe, musimy więc przedewszystkiem bliżej przypatrzeć się dwóm formom, t. j. 1) tak zwanym kataralnym owrzodzeniom gardzieli i 2) cierpieniu, opisanemu przez MACKENZIE'go, jako *angina ulcerosa*.

Pierwszą formę uwzględnię później; mówiąc o aftach, zacznę od drugiej. *Angina ulcerosa* MACKENZIE'ge występuje przeważnie u studentów medycyny, dużo pracujących w prosektoryjum, lub podczas panowania epidemii dyfterytu i powstaje zapewne drogą septycznego zakażenia. Cierpienie rozpoczyna się gorączką, bólem głowy, bólem krzyża i ogólnem osłabieniem. Język jest mocno obłożony, prawie zawsze pojawia się *foetor ex ore*. Na migdałkach lub na podniebieniu wytwarza się jedno owrzodzenie, lub też większa ich ilość, od ziarna soczewicy do wielkości 20-tu kopiejek. Są one powierzchowne, nie zlewają się ze sobą i goją się szybko przy wzmacniającem leczeniu. Jest to więc sprawa od naszej odmienna. Rozpatrzę pokrótce wyprysk, *soor* i *aphtae*.

Angina wypryskowa (*herpes*) charakteryzuje się wytworzeniem okrągłych, z początku jasných pęcherzyków i znaczną bolesnością. Wysypka zjawia się przeważnie w gardzieli i w krtani czasem i na wargach. Wkrótce w pęcherzykach powstaje wysięk ropny, błona śluzowa jest obrzmiała i silnie przekrwiona. Po pęknięciu pęcherzyka pozostaje błonka, lub nalot powierzchniowy, szarawy, który po kilku dniach odpada, nie pozostawiając owrzodzenia.

Możemy również pominąć i *soor*, tembardziej, że wszelkie wątpliwości usunięte zostają przez drobnowidzowe badanie nalotu. Znajdujemy bowiem w nim obfite i typowe nitki (*thallus*) grzybka *saccharomyces albicans*. Charakterystyczne są dla *soor* naloty nieregularnej formy pokrywające zwykle wargi, policzki, dziąsła, język i podniebienie, typową również znaczna bolesność i często występujący ślinotok, wreszcie dołączanie się tej formy do stanów kachektycznych.

Rozpatrzmy teraz cierpienie, określane zbiorową nazwą *aphtae*. Dopiero w ostatnich czasach nadał im ścisłą definicyję EUGENIUSZ FRAENKEL. *Stomatitis aphtosa seu fibrinosa* polega, jego zdaniem, na ukazywaniu się plam, bądź to pojedynczo, bądź to grupami, szarej barwy, na nabłonku, złożonych z włókni-

kowego wysięku. Wysiękowi towarzyszy sprawa obumarcia nabłonka i brak zmian we właściwej błonie śluzowej. Pod względem histologicznym ognisko aft zawiera te same pierwiastki,ⁿ co błony fałszywe przy krupie i dyfterycie. Białe ciała krwi przyjmują tu przeważny udział.

Z plam tych E. FRAENKEL otrzymał 2 razy hodowlę *staphylococcus citreus* i 1 raz *staphylococcus pyogenes flavus*, któremu przypisuje znaczny udział przy powstawaniu tego cierpienia.

Klinicznie występują afy, jako plamki okrągłe, podłużne, lub zębate, z ciemno-czerwoną, cienką obwódką. Zwykle się nie powiększają i mocno trzymają podstawy, tak, że bez krwawienia oddzielić się nie dadzą. Po ich usunięciu ukazuje się warstwa brodawkowa obnażona, która szybko się goi, nie pozostawiając nawet po sobie blizny.

Jakkolwiek afy ukazują się na najrozmaitszych miejscach jamy ust, najczęściej jednak występują na języku, wargach, rzadziej na miękkim podniebieniu i migdałkach. Powodują one, jak wiadomo, bóle, uczucie palenia, salivacyję i dysfagiję. Choroba ta spozstrzegać się daje we wszystkich okresach wieku dziecinnego. Podług BOHN'a, prawie połowa wszystkich przypadków przypada na drugi rok życia. Jako przyczynę uważają ząbkowanie, zakłócenia żołądkowe, podrażnienia mechaniczne, chemiczne i traumatyczne, które zmniejszają odporność błony śluzowej

Z tego nieco drobiazgowego opisu wynika, że pomiędzy owrzodzeniami przezemnie opisanymi, a aftami istnieje tylko podobieństwo co do wyglądu, podczas gdy objawy i istota tych spraw pod bardzo wieloma względami zupełnie się różnią.

Specyjalną formę *Anginae aphthosae* opisuje BERNARD FRAENKEL (*Real Encyklopedie EULENBURG'a, Angina, II wydanie*). Mówi on o nich, co następuje:

„Spotyka się również w gardzieli *Angina aphthosa*. Pojmuję pod tem nie kataralną *anginę*, która bywa przy *stomatitis aphthosa*, lecz prawdziwe afy, nad migdałkami, lub też w gardzieli. Nie są one bardzo liczne, znajdują się po większej części w mniejszej ilości w ustach, obok *stomatitis aphthosa*, zdarza się jednak, że się ukazują niekiedy i bez plam w ustach“.

Sądząc z tego ustępu, możnaby przypuścić, że B. FRAENKEL widział formy podobne do obserwowanych przezemnie. Opis jego nie wyjaśnia jednak kwestyi, czy cierpienie było obserwowane u dorosłych, czy owrzodzenie występowało zawsze, jak w moich przypadkach pojedynczo, na przednim łuku [wspomina on o licznych aftach], dalej, czy dokonane były badania drobnowidzowe i bakteryjologiczne. Gdyby tak było, możnaby wywnioskować, że i pojedyncze aftowe owrzodzenia mogą występować u dorosłych, bez jakiegokolwiek cierpienia błony śluzowej jamy ustnej. Nie rozstrzyga to jednak kwestyi, czy cierpienie było identycznym z formą przezemnie opisaną.

Na zasadzie moich spostrzeżeń uważam to za mało prawdopodobne; albowiem badanie bakteryjologiczne wydzielin tych owrzodzeń, prowadzone przez D-ra BUJWIDA, a w dalszym ciągu przezemnie razem z D-rem LUBLINEREM, wykazało na dnie owrzodzeń dwie formy streptokokków, których czyste hodowle otrzymał pierwszy D-r BUJWID i utrwalił za pomocą fotografii.

Badania bakteriologiczne wydzieliny owrzodzenia rozpocząłem we Wrześniu roku 1889. Po należytem oczyszczeniu owrzodzenia, usadowionego na lewym łuku przednim, wodą sterylizowaną, za pomocą wyjałowionej igły platynowej przyniosłem trochę wydzieliny na żelatynę peptonową. Wynik był ujemny.

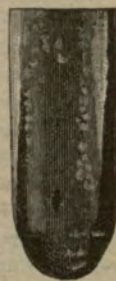
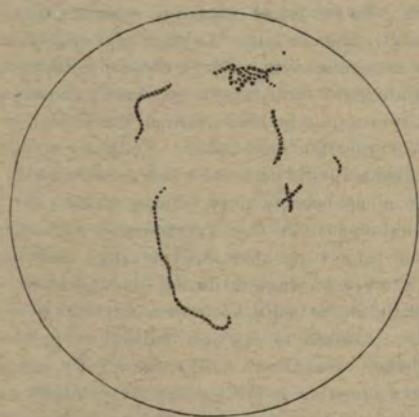
W Październiku tegoż roku skorzystałem z typowego przypadku lewostronnego owrzodzenia gardzieli [8 przypadek] do wykonania nowego badania bakteriologicznego. Po wypłukaniu jamy ustnej wodą sterylizowaną zeskrobałem nieco nalotu z dna owrzodzenia, zabarwiłem wodnym roztworem błękitu metylowego i przygotowałem suche preparaty. Znalazłem w nich: 1) diplokokki i diplobacillusy. 2) Laseczniki dłuższe i krótsze, słabo się barwiące. 3) Pojedyncze kokki. 4) Streptokokki w dwóch odmianach. 5) Większe mocno barwiące się kokki, ułożone w czworoboki.

Następnego dnia D-r Odo Bujwid sporządził kultury na agarze i otrzymał wyniki dodatnie. Podaję tu opis jego poszukiwań.

„Wydzielina zaszczeploną została za pomocą hodowli rysowej na powierzchni agarowej odwaru mięsopeptonowego, zarówno z dodatkiem gliceryny jako też bez niej. Pewna część hodowli znajdowała się w przestrzeni pozbawionej tlenu [rozczyzn pyrogallolu], hodowle zaś agarowe umieszczone zostały w termostacie. [Ciepłota 36,5° C.].

Po dwóch dniach pojawiły się kultury z początku słabo, 3-go zaś dnia wyraźniej. Rozwijały się w powietrzu lepiej niż w przestrzeni pozbawionej tlenu. Znalazłem dwie formy streptokokków i jeden rodzaj kokków.

Kokki przedstawiały się w postaci okrągłych, białoszarych kolonij, z wyzębionymi brzegami. Streptokok A, podobny do streptokokku *pyogenes*, miał kolonije drobne, białawe, wolno rosnące, dopiero 3-go dnia widoczne były punkciki i ziarenka.



Pod drobnowidzem znalazłem krótkie tasiemki, złożone z małych pojedynczych lub podwójnych kokków, oraz kokków większych, barwiących się jednostajnie za pomocą fioletu gencyjanowego. Streptokok B. był podobny do poprzedniego, lecz kolonije jego były 2—3 razy większe, rosły prędkiej i tworzyły okrągłe białe plamki, z nieco wyzębionymi brzegami. Pod drobnowidzem spostrzegłem kokki rozmaitej wielkości [znacznie większe od formy A.], okrągłe lub owalne, które się grupowały w długie łańcuszki i tasiemki, lecz barwiły się niejednostajnie pomimo jednakiem warunków hodowli.

Po upływie 48-iu godzin wystąpiła już bardzo wyraźna różnica pomiędzy *streptococcus A* i *B*. Pierwszy był zabarwiony jednostajnie, drugi niejednostajnie“.

Kolega BUJWID nazwał pierwszy paciorkowcem jednostajnym (*streptococcus monomorphus*), drugi paciorkowcem różnokształtnym, (*streptococcus variegatus*). Dokonane przez D-ra BUJWIDA szczepienia na myszach, świnkach morskich i królikach, pod skórę i do łącznicy oka, nie dały wyników dodatnich [4 myszy, 2 króliki, 2 świnki morskie]. [D. u.]

II. PRZYPADEK TEŻYCZKI, CZYLI TETANII.

[Rzecz, czytana w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem na posiedzeniu, odbytem 6. X. 1891].

Podał

D-r med. Władysław Świątecki,
lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Choroba, której przypadek zdarzyło mi się spostrzegać w prywatnej praktyce, jest u nas rzadkością; nie będzie mi chyba przeto wziętem za złe, że spostrzeżenie to moje postanowiłem zakomunikować Szanownym Panom.

D. 19 Kwietnia 1891 r. przyniesiono mi dziewczynkę z kurczowem ułożeniem rąk i stóp. Z wiadów dowiedziałem się, że Antosia S..., 2½ lat wieku licząca, córeczka ślusarza, jest najmłodszem z trojga dzieci rodziców zdrowych, którzy nie przypominają sobie, aby kiedykolwiek podlegali jakim przypadłościom nerwowym. Matka naszej chorej, nosząc ją w łonie, czuła się zupełnie zdrową i w czasie tym nie doznawała żadnych wstrząśnień moralnych. Poród odbył się we właściwym czasie prawidłowo. Dziecko przez rok cały karmione było piersią matki. Ząbkowanie przeszło zwyczajnie. Wogóle, do wystąpienia obecnej choroby dziecko nie podlegało żadnym cięższym chorobom, a tylko, jak matka nadmienia, skłonmem było do nieżytu nosa i kaszlu. W ostatnich jeduak czasach, może od dwóch miesięcy, rodzice zauważyli u niej pewną trudność w chodzeniu, płacziwy nastrój i niespokojny sen w nocy; od 2 tygodni upośledzone łaknienie, niechęć do zabawy, sennosc. Wczoraj z wieczora wystąpiły dreszcze, osłabienie, bóle w członkach. Około północy dziecko obudziło się z płaczem i narzekaniem na ból w rączkach, a matka zauważyła niezwykle ich ułożenie. W stanie tym rano widziałem chorą, a przy bliższem badaniu znalazłem stan następujący. Budowa odpowiednio do wieku dobra, odżywianie mierne, powłoki ciała blade. Twarz jakby nalana o wyrazie apatycznym, sennym. Obie źrenice równe i prawidłowo oddziałują na światło. Lekki nieżyt spojówek, światło trochę razi chorą. Błona śluzowa nosa w stanie ostrego nieżytu. Język obłożony. Badanie płuc wykazuje obecność nieżytu oskrzelowego, który objawia się furezeniami, świstami i zaostrzeniem szmeru wdechowego. Najwięcej rzeń słyhać od tyłu u dołu po obu stronach klatki piersiowej; kaszel suchy, niezbyt męczący. Tętno serca czyste. Tętno 100, dość pełne. Śledziony wymacać nie można, jednakowoż bardzo wyraźne stłumienie zaczyna się już na ósmem żebrze. Powiększenia wątroby wykazać nie można. Brzuch lekko wzdęty i nieco bolesny przy obmacywaniu. Od 2 dni nie było stolca. Skóra sucha; ciepłota ciała [pod pachą] wynosi 38° C. Przytomność zachowana. Dziecko wyrzeka na bóle w rękach i stopach. Obie rączki są charakterystycznie ułożone. Wszystkie palce zgięte są w stawach dłoniopalcowych, a wyprostowane w dwóch międzyczłonkowych; wielki i mały palec, w silnej addukcyi, końcami stykają się ze sobą i zarazem z trzema pozostałymi. Staw nadgarstkowy w stanie lekkiego zgięcia. Ułożenie to rąk jest jednakowe po obu stronach i kurczowo utrzymuje się stale. Przy użyciu pewnej, stosunkowo dość znacznej siły, udaje się palce wyprowadzić z zajmowanej przez nie pozycyi, lecz skoro się je tylko puści, natychmiast do niej wracają, czyli zachowują się jak sprężyny. Podobnie zachowują się i stawy nadgarstkowe; siłą udaje się wyprowadzić rękę ze stanu niepełnego zgięcia, ale pozostawiona samej sobie przyjmuje ona poprzednie ułożenie. Mamy więc przed sobą symetryczne, toniczne drgawki, odnośnych mięśni kończyn górnych. Ten sam charakter skurczów i analogiczne ułożenie palców znajdujemy na sto-

pach; stopa przedstawia się jako tylostopie (*pes equinus*), przyczem, wskutek zgięcia i skulenia palców oraz zagięcia ku dołowi brzegów stopy, na podszwie utworzył się rodzaj zagłębienia. Pozostałe stawy tak kończyn jako i tułowia nie szczególnego nie przedstawiają. Szczękami chora porusza swobodnie. Badanie, o którym była dopiero co mowa, sprawia dziecku ból; a oprócz tego, nawet gdy się dziecka nie dotyka, dobrowolnie występują bóle w końcach kończyn, przyczem zarówno w rękach jak i stopach występują drgawki kloniczne. Ucisk w miejscach przebiegu głównych pni nerwowych, np. w *sulcus bicipitalis internus* lub *in fossa poplitea*, wywołuje ten sam skutek. Odruchów kolonowych wywołać nie można. Istnieje dość znaczna nadczułość skóry na kończynach, lekkie nawet ujęcie jej w fałdę sprawia chorej ból. Bolesne są także wyrostki cierniste kręgow szyjowych. Narazie musiałem się ograniczyć tem badaniem, na jakie pozwalał czas i okoliczności. Ścisłjsze badanie i dokładne rozpoznanie zmuszony byłem odłożyć do dnia następnego. Tymczasem, czyniąc za dość wskazaniu objawowemu, najważniejszemu, zaleciłem kąpiel 28° R, pół godziny trwającą, a do wewnątrz brom; dla sprowadzenia zaś stolca lawatycę z letniej wody.

20. IV. Wkrótce po kąpeli, jak twierdzi matka, przykurczenia rącek i stopek ustąpiły. Dziś rano stan gorączkowy utrzymuje się, ciepłota wynosi 38,7° C, tętno 108. Nózki i rączki w stanie lekkiego niedowładu; przykurzeń nie ma. Ucisk w *sulc. bic. internus* po 1/2 minuty wywołuje napad kurczu odpowiedniej ręki z takimże ułożeniem jak poprzednio, po odjęciu uciskającego palca natychmiast kurcz ustępuje. W ten sam sposób bardzo łatwo wywołać kurcz stopy uciskiem na pnie nerwowe w dole podkolanowym. Mamy więc typowy objaw TROUSSEAU, patognomoniczny dla choroby zwanej tężyczką, czyli tetanią. Badanie wrażliwości nerwów ruchowych na wpływy mechaniczne daje wynik dodatni. Przesuwając palcem po skórze twarzy, przez skroki ku kąтови szczęki dolnej, z chwilą gdy palec mija dolny brzeg łuku twarowego, występuje błyskawicznie drgnięcie kąta ust i skrzydła nosa. Jest to t. zw. objaw CHVOSTEK'a, również cechujący wymienioną chorobę. U naszej chorej możemy go z łatwością wywołać po obu stronach twarzy, świadczy to o wzmożonej wrażliwości obu nerwów twarzowych na wpływy mechaniczne.

Powyższy wynik badania usunął wszelkie wątpliwości co do rozpoznania, jeśli one mogły istnieć dnia poprzedniego. Miałem więc przed sobą typową tężyczkę. Jedyną chorobę, o której można było pomyśleć w danym razie, t. j. tężec, z łatwością wykluczyć się dało już choćby z powodu braku stężenia mięśni karku i szczękocisk, nie mówiąc już o braku wzmoczenia odruchów, które nawet były u mojej chorej zniesione. Chodziło więc tylko o wyjaśnienie, czy jest to tężyczka samoistna, czy też wtórorzędna, towarzysząca innej sprawie chorobowej. Matka chorej stanowczo przeczy, aby kiedykolwiek widziała glisty w kale dziecka; jak wiadomo pasorzyty te u dzieci są najczęstszą przyczyną tetanii.

Zaleciłem podawanie pastylek z santoniną, a potem kalomel w ilości 0,03, 3 razy dziennie. Wieczorem obfite wypróżnienie; glist nie było.

21. IV. Ciepłota 38° C, tętno 100. Przykurczenia nie powróciły. Objawy TROUSSEAU i CHVOSTEK'a wyraźne. Mocz ani białka, ani cukru nie zawiera. Ścisłe badanie kału pod drobnowidzem nie wykryło jaj pasorzytów kiszkowych. Dziecko bierze dalej kalomel, a po 6 proskach ma zalecone 1/2 łyżki oleju rącznikowego.

22. IV. Wieczorem dnia wczorajszego chora miała kilka wodnistych wypróżnień, poczem nastąpiły obfite poty i sen spokojny. Dziś rano stan bezgorączkowy. Objawy TROUSSEAU'a i CHVOSTEK'a utrzymują się w całej sile. Nieżyt nosa i oskrzeli ustępuje. Tym razem badanie wrażliwości na elektryczność nie zostało dokonaniem. Matka, uważając swe dziecko za zupełnie wyleczone, przestała przychodzić z niem do mnie. Raz tylko, spotkawszy się ze mną na ulicy, w 2 tygodnie po ostatniej bytności, opowiedziała, że dziecko czas jakiś było osłabione i powłóczyło nóżkami przy chodzeniu. Zresztą było zdrowe, jak przed tą chorobą. Zastanawiając się nad tłem, na którym w danym przypadku wystąpiła tężyczka, bądź co bądź, zmuszony byłem przyjąć, iż głównym cierpieniem było zaburzenie trawienia. Wobec jednak dość charakterystycznego okresu zwiastunów (*stadium prodromorum*): dreszczu, nagłego wystąpienia napadu, powiększenia śledziony, gorączki, ustąpieniu której towarzyszyły obfite poty, mimowolnie nasuwała się myśl, że miałem do czynienia z jakimś zakażeniem, a zaburzenie czynności kanału pokarmowego było tylko jednym z objawów.

Dnia 16 Maja, a więc w niespełna miesiąc po wystąpieniu opisanych objawów chorobowych, matka przyniosła mi to samo dziecko, znów z objawami tężyczki i opowiedziała, co następuje. Do dnia wczorajszego, zdaniem jej, dziecko zupełnie było zdrowe. Wezoraj marudziło, pokładało

się często bez powodu płakało; straciło łaknienie; stolec się zatrzymał. Podany olej rycynowy sprowadził kilka wypróżnień. Mimo to, w nocy, podczas snu, wystąpiły kurcze. Zaczęło się od rącek, a wkrótce potem przykurczenia zajęły i stopki. Ciało było rozpalonem, a zrana około 4-ej godziny dziecko bardzo się spociło. Badanie wykazało stan zupełnie taki sam, co i podczas pierwszego napadu: takie same przykurczenia rąk i stóp, a oprócz tego od czasu do czasu, wskutek klonicznych drgawek odpowiednich mięśni, wzmagają się kurcze, powodując dotkliwy ból, dziecko krzyczy i płacze. Objaw CHVOSTEK'a wyraźny. Ucisk w *sulc. bicip. internus*, po $\frac{1}{2}$ minuty trwania, wywołuje silniejsze przykurczenie w ręce odpowiedniej strony. Język obłożony, spojówki lekko naczynkięte, nieżyt nosa; w płucach suchy nieżyt oskrzelowy. Słumienie śledziony sięga o jedno żebro wyżej niż zwykle. Śledziony podobnie jak i wątroby nie wyczuwa się. Ciężota 37,2^o C. Tętno 132. Oddech 30. Odruchy kolanowe zniesione. Ucisk na wyrostki cierniste kręgów szyjowych bolesny. Senność. Dziecko zasypia nawet podczas badania. W czasie snu toniczny skurcz kończyn nie następuje; przeciwnie, co kilkanaście sekund zjawiają się drgawki kloniczne, przyczem od czasu do czasu dziecko się budzi i płacze z bólu. Zalecono kąpiel 28^o R. i bromek sodu do wewnątrz.

Dnia 17. V. Ciężota 38^o C.. Tętno 120. Przykurczenia zwołniały. Objawy TROUSSEAU'a i CHVOSTEK'a wyraźne. Odruchów kolanowych brak. Przytomność zachowana. Było kilka wypróżnień. Leczenie dalej to samo. Krew badana pod drobnovidzem nie przedstawia nic niezwykłego. Badanie zabarwionych preparatów na obecność drobnoustrojów, jakoteż i poszukiwanie w kale pasożytów, daje wynik ujemny. Leczenie to samo.

Dnia 18. V. rano. Stan bezgorączkowy. Rączki zupełnie swobodne; utrzymuje się pewne jeszcze stężenie mięśni stópek, dziecko jednak już chodzić może. Katar i kaszel mniejsze. W nocy chora budziła się z płaczem, narzekając na ból w nóżkach. Objawy TROUSSEAU'a i CHVOSTEK'a bardzo wyraźne.

19. V. w południe. Dziecko nie gorączkuje. Mocz zawiera dużo moczanów. Sen był spokojniejszy. Kończyny tak górne jak i dolne są wolne od kurczów. Pobudliwość mechaniczna nerwu twarzowego z prawej strony wyraźniejsza niż z lewej. Bolesność wyrostków ciernistych kręgów szyjowych znaczna. Uderzenie palcem w miejscu przebiegu nerwów w dole podkolanowym wywołuje toniczne, krótkotrwałe, lecz bardzo bolesne drgawki w odpowiedniej stopie. W celu pobudzenia upośledzonego łaknienia zapisano chorej odwar kory chinowej z kwasem solnym.

22. V. 2 godz. po południu. Stan bezgorączkowy. Łaknienie poprawiło się. Kończyny dolne w stanie lekkiego niedowładu. Objaw twarzowy i TROUSSEAU'a wyraźne.

24. V. Stan taki sam. Objaw CHVOSTEK'a i TROUSSEAU'a po obu stronach równie dobrze wyraźny. Badanie prądem galwanicznym wykazuje raczej zmniejszoną niż podwyższoną wrażliwość. Do badania użytą była maszyna STÖHRER'a. Biegun obojętny na mostku KaSZ dopiero przy 16 elementach (*musc. biceps*). KaSZ dopiero przy 12 elementach (*n. facialis*).

25. V. Objaw CHVOSTEK'a wyraźniejszy z prawej niż z lewej strony. Objaw TROUSSEAU'a bardzo wyraźny na górnych, a słaby na dolnych kończynach. Wrażliwość na prąd faradyczny zmniejszona. Do badania użyto maszyny Berenta i Plewińskiego [klinika prof. THUMASA]. Odruchów kolanowych brak. Łaknienie, stolec, sen, nie pozostawiają nic do życzenia. Stan bezgorączkowy.

27. V. Stan taki sam. Zaczęto podawać chorej antypirynę w ilości 0,2 — 3 razy dziennie. Kąpiel 28^o R. na noc.

28. V. Objawu TROUSSEAU nie można wywołać nawet mimo ucisku, 4 minuty trwającego. Objaw CHVOSTKA znikł zupełnie po stronie lewej, po prawej bardzo słaby. Leczenie dalej to samo.

30. V. Stan ogólny dobry. Matka uważa córkę za zupełnie zdrową, jednak dziecko czasem skarży się na bóle w palcach rąk. Objawy Tr. i Ch. nie powróciły. Odruchów kolanowych stale brak. Wrażliwość na prąd stała się zmniejszona.

1. VI. Stan bezgorączkowy. Objaw TROUSSEAU po 3 minutach na ręce lewej. Objaw CHVOSTEK'a wyraźny po obu stronach. Chora przyjmuje dalej antypirynę i kąpiele.

2, 3 i 4. VI. Stan ten sam.

5. VI. Objaw Tr. — po minucie. Objaw Ch. bardzo wyraźny po obu stronach. Sen niespokojny, bóle w rękach i stopach. Śledziona ciągle o jedno żebro wyżej sięga swoją tępością. Ciężota 38^o C.. Poty. Zalecono podawanie siarczanu chininy w ilości 0,12—3 razy dziennie.

6. VI. Stan bezgorączkowy. Objawy Tr. i Ch. zachowują się jak wyżej.

8. VI. Stan ten sam. Stłumienie śledziona nie zmniejszone. Objawy Tr. i Chv. słabe. Odruchy kolanowe, choć nie bardzo wyraźne, jednakowoż dają się wywołać.

12. VI. W ogólnym stanie zdrowia nie można wykazać zbroceń. Łaknienie, stolec, sen, humor dobre; wygląd również lepszy. Objaw Tr. słaby i tylko na górnych kończynach. Objaw Chvostek'a tylko po stronie prawej udaje się wywołać przesuwaniem palca, po lewej stronie dopiero uderzenie młotkiem wypukowym poniżej łuku twarzowego daje słaby skurez mięśni podnoszących kąt ust i skrzydło nosa. Stan taki utrzymywał się tygodniami.

Dnia 8. VII. Objawu Trousseau'a nie ma. Objaw Chvostek'a bardzo słaby i tylko po stronie prawej za uderzeniem młotka. Odruchy kolanowe są, choć słabe.

Około połowy Sierpnia, mając sposobność widzieć chorą, nie mogłem wykazać u niej żadnego z objawów tężyczki, uznałem więc ją za zupełnie wyleczoną z tej choroby.

Zastanawiając się nad opisanym tu przypadkiem chorobowym, po uwzględnieniu objawów i jej przebiegu, zdaje mi się, że niedalekiem od prawdy jest przypuszczenie, iż miałem przed sobą tężyczkę samoistną, polegającą na jakimś swoistem zakażeniu. Być wreszcie może, że to był rodzaj zakażenia błotnego, za czem przemawiałoby powiększenie śledziona oraz jakoby dobry skutek leczenia chininą. Obok tego niezrozumiałem dla mnie było ustąpienie objawów Trousseau'a i Chvostek'a zaraz w początku podawania antypiryny, co miało miejsce 28. V. Skutku nie można było przypisać działaniu tego leku, ponieważ mimo podawania go w dalszym ciągu objawy te powróciły.

Niezwykłą rzeczą w moim przypadku było zachowanie się nerwów względem elektryczności. Wiemy bowiem, że gdy pobudliwość nerwów na prąd stały u takich chorych jest prawie zawsze podwyższoną, u mojej chorej nawet zmniejszoną się wydawała. Ponieważ atoli badałem bez galwanometru i nie mogłem dlatego ściśle oznaczyć siły prądu, przeto nie będę obstawał za zmniejszeniem. W każdym razie zwiększenia pobudliwości nerwów na prąd galwaniczny nie było. Podczas i po obserwacji rzeczzonego przypadku udało mi się spostrzegać główny objaw tężyczki, t. j. obustronny toniczny skurez rąk z charakterystycznym ułożeniem ich, w trzech przypadkach ostrego nieżytu żołądka i kiszek.

Pierwszy przypadek dotyczył mężczyzny, W. L., 26 lat, szewca, którego przyjąłem na salę 30-tą naszego szpitala, dnia 22-go Czerwca b. r., z objawami *gastro-enteritidis acutae*. Przyczyną choroby był błąd dyjetetyczny, a mianowicie: objedzenie się rzodkwią z równoczesnem wypiciem dużej ilości zimnego, surowego mleka. Po kilkudniowym trwaniu wymiotów i biegunki, połączonych z bólami brzucha i wydymaniem, wystąpiły bolesne kurcze, najpierw w rękach i przedramionach, a potem w obu łydkach. Przed 10-ma miesiącami chory ten zapadł był już na podobną chorobę: choroba trwała 3 dni, poczem chory przyszedł do zupełnego zdrowia.

W czasie przyjęcia do szpitala, z powodu obecnej choroby, zauważyłem, prócz objawów ostrego nieżytu żołądka i kiszek, nierówność źrenic, lewa była szerszą od prawej, obie leniwo oddziaływały na światło. Obie ręce w stanie *t y p o y c h t ęż y c k o w y c h s k u r c z ó w* (*main d'accoucheur*—Trousseau). Przedramiona silnie kurczowo zgięte w stawach łokciowych i w zupełnej pronacji. Inne stawy wolne. W ułożeniu stóp, mimo skarg chorego na bóle w łydkach, nie znajdujemy nic wybitnego. Mięśnie łydek zdają się być tylko nieco twardszemi niż inne [np. mięśnie uda]. Świadomość w zupełności zachowała się.

wana. Po wstrzyknięciu $\frac{1}{4}$ grana morfiny pod skórę brzucha, niebawem przykurczenia ustąpiły, zarówno jak i nierówność żrenic.

Dalszy przebieg choroby spostrzegalem z kol. PULAWSKIM, na którego sali leżał chory. Badanie prądem stałym wykazało podniesienie wrażliwości nerwów i mięśni [Kol. PULAWSKI]. Ani razu w czasie pobytu chorego w szpitalu nie można było wywołać objawu TROUSSEAU'a, ani też objawu CHVOSTEK'a; kurcze nie powróciły. Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia, chory nasz wypisał się jako zdrowy 4-go Lipca tegoż roku.

Drugi przypadek widziałem w ambulatoryjum naszego szpitala. Był to sześć-miesięczny chłopczyk, G. S.. Za pierwszym widzeniem, 28-go Lipca z. r., znalazłem stan bardzo ciężki. Wyniszczenie i osłabienie znaczne. Od kilku dni trwają wymioty i rozwolnienie; brzuszek wzdęty i bolesny. W drogach oddechowych objawy nieżytowe. Tętno 160. Stan gorączkowy. Zaleciłem kalomel z bizmutem, okłady ciepłe na brzuszek i wino kroplami, a za pokarm wyłącznie pierś matki, od której niedawno dziecko było odstawione. Drugi raz przyniesiono mi to dziecko 3-go Sierpnia, czyli po 6-ciu dniach. Po kalomelu miał się stan poprawić, wymioty i rozwolnienie ustały i dziecko chętniej już za pierś chwyciło. Od dnia poprzedniego ponownie wystąpiły groźne objawy gastryczne, a obecnie zrana pojawiły się przykurczenia w rączkach. Znalazłem wyniszczenie większe; oczki zapadłe, usteczka rozwarte, jama ust suchawa, na jej błonie śluzowej liczne pleśniawki. Tętno ledwo wyczuwalne, nitkowate. W płucach i sercu nic nieprawidłowego. Obie rączki charakterystycznie dla tężyczki przykurczone. Objawów TROUSSEAU'a i CHVOSTEK'a brak. Ciepłota ciała niższa od prawidłowej.

Zalecono środki podniecające, oczyszczenie jamy ustnej i wymywanie rozczynem boraksu.

Wieczorem dnia tego dziecko zmarło.

Trzeci nakoniec przypadek dotyczył kobiety, lat 70, niejkiej B. A., żebraczki, którą leczyłem z powodu ostrego nieżytu żołądka i kiszek na sali 9-ej [oddział D-ra WÓJCIKIEWICZA].

Objawy były bardzo gwałtowne, a między nimi nader przykrym dla chorej objawem były kurcze w łydkach i rękach z typowym tężyczkowym ułożeniem ostatnich. Objawów innych charakterystycznych dla tężyczki ani razu podczas obserwacji nie dostrzeżono. Przybywszy do szpitala 30-go Sierpnia, opuściła go, jako zdrowa, po dniach dziesięciu.

Z trzech tych spostrzeżeń zaledwie pierwszy przypadek mógł być uważanym za tężyczkę, za czem przemawiałyby typowe przykurczenia rąk, przy nieznacznem zajęciu kończyn dolnych; podniesienie pobudliwości na prąd stały; wreszcie okoliczność, że chory raz już podlegał podobnej chorobie. Atoli ani objawu TROUSSEAU'a, ani twarzowego objawu CHVOSTEK'a wywołać nie było można. Trudno więc przypadek ten uważać za typową tężyczkę.

Tem mniej powiedzieć to można o przypadku drugim i trzecim, gdzie prócz kurczów tonicznych w rękach, cechujących wprawdzie będącą w mowie chorobę, nie mieliśmy innych jej objawów. Opis ich przytoczyliśmy dlatego, iż na pierwszy rzut oka zdawały się być tężyczką.

A teraz z okazji moich spostrzeżeń niech mi wolno będzie podać zarys nozologiczny tężyczki, zaczerpnięty z dostępnej mi literatury, a przeważnie z wydanej w tym roku monografii, której autorem jest uczeń NOTHNAGEL'a, D-r LOTHAR v. FRANKL-HOCHWART ¹⁾. W pracy swej, prócz wyczerpującego traktatu o tej chorobie, zebrał on całą odnośną literaturę od 1830 r., aż do chwili obecnej.

Tetania ²⁾, tężyczką po polsku zwana, jest to nerwica spastyczna, zazwyczaj dzieci i młodych ludzi napastująca, która cechuje się głównie napadami, obustronnie występujących tonicznych drgawek w pewnych grupach mięśni kończyn, oraz podwyższeniem mechanicznej i elektrycznej pobudliwości nerwów obwodowych, przy zachowanej świadomości. Choroba ta, jak to wykazał IMBART-GOURBEYERE ³⁾ i inni, spostrzegana była i dawniej. Pierwszą atoli dokładną wiadomość o niej podał w r. 1840 STEINHEIM, lekarz niemiecki z Altony, który w pracy swej p. t. „Zwei seltene Formen des hitzigen Rheumatismus“ (HECKER'S *Annalen*, B. XXVI. 1830. str. 22), opisał chorobę identyczną co do objawów ze znaną nam dziś tężyczką. W rok po nim, francuz DANCE ⁴⁾, zdaje się, zupełnie nie wiedząc o pracy poprzednika, podał opis tejże choroby pod nazwą „tétanos intermittent“.

[D. n.]

III. O STOSOWANIU KOFEINY W CHOROBAH SERCA I NEREK.

Napisał

D-r Med. J. Pawiński,

ordynator szpitala Ś-go Duchy w Warszawie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 5].

Spostrzeżenie 9. Przeciążenie serca u chorej, dotkniętej przewlekłym zapaleniem nerek. *Nephritis mixta chronica. Insufficiëntia v. mitralis relativa. Dyssystolia cordis.*

Pon.. Anna, lat 50, przybyła do szpitala dnia 3 Marca 1890 r. uskarżając się na silną duszność, bicie serca i ból w sercu.

Zachorowała przed dwoma tygodniami, w kilka godzin po wysiłku, jaki zrobiła, niosąc 1/2 korca kartofli, na przestrzeni 2 wiorst. Wkrótce też wystąpiła silna duszność, tak, że chora uleżeć

¹⁾ Die Tetanie. Berlin. 1891.

²⁾ Miano to wprowadził do nauki CORVISART. Chorobę będącą w mowie opisywano pod rozmaitemi synonimami: Tetanille, tetanos intermittent, retractions musculaires de courte durée, retractions musculaires spasmodiques, contracture rhumatismale de nourrice, myelomeningitis spasmodica, pseudotetanus, arthrogryphosis, tetanus partialis, contracture essentielle, contractures des extrémités, contracture et paralysie idiopathique, spasmes musculaires idiopathiques, tonischer Beschäftigungskampf, Schussterkrampf, Contractur der Armmen.

³⁾ Recherches pour servir à l'histoire de la contracture des extrémités. Paris. 1852.

⁴⁾ Observations sur une espèce du tetanos intermittent. Archives de médecine T, 26 Juin 1831.

nie mogła, a zmuszoną była dnie i noce przepędzać siedząc w łóżku. Po upływie 3 dni wystąpił na twarzy, górnych i dolnych kończynach dość znaczny obrzęk. Przedtem była jakoby zupełnie zdrową. Gościła nie przechodziła. Odbyła 6 porodów, przestała zaś miewać miesiączkę od 6 lat.

Budowa dobra. Odżywianie średnie. Tkanki tłuszczowej dużo. Stan bezgorączkowy. Tętno 120, napięcie tętna średnie.

W płucach nie szczególnego. Tępość serca powiększona głównie w wymiarze poprzecznym: prawa granica na prawym brzegu mostka, lewa — na linii sutkowej lewej. U wierzchołka słychać głośny szmer skurczowy piłujący. U podstawy tony czyste, II ton tętnicy płucnej wzmoconiony.

Brzuch wzdęty. Zaparcie stolca od 2 dni. Mocz skąpy, w ilości 600 ctm. sześć, posiada odczyn kwaśny, ciężaru właściwego 1025, zawiera białko w ilości 0,25%. W osadzie zaś znaleziono pod drobnowidzem dość liczne drobnoziarniste wałeczki nerkowe.

Przebieg był następujący:

Data.	Częstość tętna.	Cisnienie w mm. Hg.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciężar właściwy.	Le c z e n i e .	U w a g i .
4. III.	120	140	600	1025	<i>Inf. Sennae compos.</i>	
5	100	135	500	1026	} <i>Injectio solut. coffeini natri-benzoici</i> [4 grany 3 razy dziennie].	} Kilka wypróżnień. Duszność nieco mniejsza. W lewej opłucnej przesięk.
6	100	140	650	1026		
7	100	145	1000	1022	} Wstrzykiwania podskórne 4 razy dziennie po 4 grany.	} Szmeru skurczowego u wierzchołka nie słychać, duszność mniejsza. Rytm wahadłowy.
8	100	150	1000	1021		
9	100	155	1200	1000	} Wstrzykiwania 4 razy dziennie po 5 grauw	} Rytm cwałowy. Poprzeczny wymiar serca mniejszy.
10	112	160	1000	1023		
11	100	170	800	1024	} Bez lekarstwa.	} Obrzęk stóp i twarzy znacznie mniejszy.
12	100	175	1000	1022		
13	120	180	1500	1017	}	}
14	120	175	1200	1018		
15	120	175	1000	1020	}	}
16	110	165	1200	1021		
17	100	165	1300	1020	}	}
18	96	160	1100	1021		
19	90	155	1200	1020	}	}
20	88	150	800	1023		
21	90	150	1300	1014	}	}
22	88	150	1000	1016		

Epicrisis. Z początku sądziliśmy, że mamy do czynienia z niewyrównaną wadą zastawki dwudzielnej, dopiero badanie moczu i dalszy przebieg przekonał nas, że głównem cierpieniem jest *nephritis mixta*, a objawy chorobowe ze strony serca należy uważać za następcze. Wskutek przeciążenia serca nastąpiło rozszerzenie lewej komórki i względna niedomykalność zastawki dwudzielnej. Niedowład serca wystąpił dość szybko, a wyrazem jego był obrzęk kończyn dolnych, silna duszność. Po kilku zaś dniach pobytu w szpitalu stwierdziliśmy stopień odgłosu opukowego w dolnej części klatki piersiowej z lewej strony, które rozprzestrzeniało się ku przodowi i tutaj zlewało się z tępością serca i śledziony. przestrzeń TRAUBE'go znikła zupełnie. Osłabienie oddechu i drżenia klatki piersiowej naprowadzały nas na myśl istnienia przesięku surowiczego w jamie lewej opłucnej.

Charakterystycznym dla wspomnianego przypadku było to, iż pomimo niewątpliwiej niedomogi mięśnia sercowego, powstałej prawie nagle, ciśnienie w tę-

tnicach było stosunkowo dość znaczna, a przynajmniej nie małym, bo wynosiło podług przyrządu Basch'a 140 mm. Hg.. Rysunek zresztą tętna wykazywał dość wysokie linie wstępujące i stromo wznoszące się ku górze; z obrazu tego trudno byłoby domyślić się ciężkiego stanu chorej. Wynik, otrzymany z zastosowania kofeiny w postaci podskórnych zastrzykiwań (*Coffeini natro-benzoici* 5j + *Aq destillatae* 5β S. 1 szprycę na raz) za bardzo pomyślny uważać należy. Po kilku wstrzyknięciach duszność zaczęła się zmniejszać, a jednocześnie ze zwiększeniem napięcia tętniczego przyrząd Basch'a wskazywał cyfry 150, 160, a po tygodniu nawet 180. Następnie ciśnienie nie podnosiło się już, a nawet zmniejszyło się nieco, a że jednocześnie ilość moczu stawała się mniejszą, zaprzestaliśmy więc dalszego stosowania leku.

Co do szmeru skurczowego, który w pierwszych kilku dniach zapowiadał nam istotną wadę zastawki, ten pod wpływem kofeiny ustąpił, czemu i zmniejszenie poprzecznego wymiaru serca towarzyszyło. Ze wzmożeniem więc energii mięśnia ustąpiła względna niedomykalność dwudzielnej zastawki. Ilość białka w moczu zmniejszyła się znacznie, a zamiast dawnych licznych drobnoziarnistych waleczków nerkowych znajdujemy przy badaniu osadu tylko cylindry szkliste, obrzęk zaś twarzy i kończyn dolnych ustąpił w zupełności.

W rytmie skurczów serca zauważyliśmy pod wpływem kofeiny pewne zmiany, a mianowicie: skoro znikł szmer skurczowy u wierzchołka, wystąpił t. zw. rytm wahadłowy, t. j., że mała i duża pauza były prawie równe, a tony serca pod względem siły także równe i wogóle silne. Później skoro częstość uderzeń serca pod działaniem większych dawek leku stała się większą, rytm wahadłowy przeszedł w rytm cwałowy, tak, że u wierzchołka serca zamiast dwóch słyszeliśmy 3 tony. Wreszcie pod koniec pobytu chorej w szpitalu, już po odstawieniu kofeiny, przy częstości tętna 100, stwierdziliśmy tego rodzaju zmianę rytmu, iż po pierwszym tonie następował bardzo szybko drugi ton, poczem dłuższa aniżeli zwykle zjawiała się przerwa, czyli innymi słowy: mała pauza była krótszą, a duża dłuższą, niż w prawidłowych warunkach. Podobną zmianę należało uważać za znak prawidłowego unerwienia serca, czemu też i odpowiadało podmiotowe uczucie chorej — wyzdrowienia.

D Z I A Ł III.

Wady zastawek, powikłane chorobami nerek.

Spostrzeżenie 10. *Stenosis ostii venosi sinistri. Insufficiencia valvulae mitralis et v. v. semilunarium aortae. (Discompensatio). Nephritis parenchymatosa chronica.*

Meł... Józefa, lat 13, dziewczyna wiejska, przybyła do szpitala 5 Marca 1890, skarżąc się na kaszel, bóle w brzuchu, obrzęk twarzy i kończyn dolnych. Zachorowała przed 2 miesiącami. Utrzymuje ona, iż choroba powstała wskutek silnego przeziębienia i przemoczenia, jakim uległa, odbywając podróż ze wsi do Warszawy — w czasie miesiączkowania.

Budowa średnia. Odżywianie liche. Twarz mocno obrzękła [zwłaszcza powieki], koloru sinawego. Oddech przyspieszony, około 40 na minutę. Tętno 120, słabe. Kończyny dolne w stanie dość silnego obrzęku. Ciepłota 37,6° C.

Uderzenie wierzchołkowe silne w V międzyżebrow na 1½ ctm. na lewo od *l. m. s.*, — tamże *frémissement catairé*. Tępość serca znacznie powiększona w obu wymiarach. Górna granica w III międzyżebrow; prawa — przechodzi nieco za prawy brzeg mostka, lewa granica znajduje się na 1,5 — 2 ctm. za linią sutkową lewą.

U wierzchołka słyhać szmer skurczowy i przedskurczowy. II ton tętnicy płucnej wzmożony. W dolnej części prawego płuca objawy zastoiny krwi. Kaszel suchy. Wątroba powiększona. Brzuch wzdęty. Mocz bardzo mało, około 150 ctm. sześć. na dobę z obfitym osadem soli moczowych. Zawiera on białko w ilości 0,2% i liczne wałeczki nerkowe ze stłuszczonej komórkami.

W celu usunięcia zaburzeń w krążeniu krwi, zaleciliśmy chorej użycie kofeiny.

Przebieg wskaże następująca tablica.

Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciepota właściwy.	Leczenie.	U w a g i.	
6. III.	100	150	1030			
7	100	100	1032	3×3 gran. <i>Coff. natro - benz.</i>		
8	100	150	1030	4×3 " " " "	Mocz ciągle stężony z obfitym ceglastym osadem.	
9	100	200	1029	5×3 " " " "	Tętno więcej napięte. Działność serca wzmożona.	
10	100	300	1028	6×3 " " " "		
11	110	350	1028	5×5 " " " "		
12	100	300	1029	} Bez lekarstwa.	Chora czuje się gorzej, duszność większa.	
13	106	250	1030			
14	104	200	1031	} <i>Inf. Digitalis ex gr. vj—$\bar{5}$vj</i> S. Co 2 godz. łyżkę.	} Chora czuje się znacznie lepiej, duszność mniejsza, kaszel zupełnie ustąpił. Poprzeczny wymiar serca mniejszy.	
15	100	1100	1021			
16	96	1500	1014			
17	92	2500	1009			
18	90	1500	1015			} <i>Inf. Digitalis ex gr. x pti $\bar{5}$vj</i> S. Co 2 godz. łyżkę stołową
19	88	1800	1013			
20	88	1500	1015	} Bez lekarstwa.	} Ogólny wygląd doskonały. Wątroba mniejsza. Białko tylko w ilości 0,06%.	
21	90	1200	1017			
22	92	1300	1017			

23. Wypisuje się ze znaczną poprawą.

Epicrisis. Rezultat, jaki z zastosowania kofeiny otrzymaliśmy, był nieznaczny. Wprawdzie działalność serca pod wpływem tego leku wzmogła się, jak również i ciśnienie w tętnicach, jednakże mocz wydzieliał się skąpo, zaledwie do 350 ctm. sześć. na dobę. Chora narzekała ciągle na duszność, bardzo uporczywy, suchy kaszel, a poprzeczny wymiar serca zwłaszcza w kierunku na prawo bardzo nieznacznej uległ zmianie.

Wobec tego przeszliśmy do naparstnicy. Już po kilku łyżkach chora uczuła znaczną ulgę podmiotową, a mocz z ciemnego, skąpego, stał się jasnym, obfitym, ilość dobowa z 200 ctm. sześć. podskoczyła do 1100, a przy dalszym użyciu leku doszła nawet do 2500 ctm. sześć.. Tępość serca zmniejszyła się znacznie, mianowicie jej wymiar poprzeczny; obrzęk twarzy i kończyn dolnych zaczął ustępować. Wygląd i nastrój chorej zmieniły się na lepsze, kaszel, który chorej bardzo dokuczał, ustąpił. Wreszcie zaznaczyć nam wypada, iż ze wzmożeniem energii serca usłyszeliśmy z lewej strony mostka i na samym mostku na wysokości 3-4 żebra głośny szmer rozkurczowy, świadczący o istnieniu niedomykalności zasta-

wiek półksiężycowych aorty. Szmer ten utrzymywał się już stale, zniknięcie zaś jego w czasie przybycia i dwutygodniowego pobytu chorej w szpitalu należy odnieść do osłabionej czynności serca, *resp.* lewej komórki.

Spostrzeżenie II. *Insufficiëntia v. mitralis et insuffic. v. tricuspidalis relativa. (Discompensatio). Nephritis parenchymatosa chronica.*

Krup... Katarzyna, lat 35, służąca, przybyła do szpitala dnia 10 Maja 1890. Skarży się na obrzęk kończyn dolnych i duszność. Przed kilku laty przechodziła gościec stawowy i mięśniowy. Od 2 lat zaczęła spostrzegać, że jej nogi obrzmiewają, stały obrzęk kończyn istnieje od 3 tygodni. 14 lat zamężna, dzieci nie miała. Budowy i odżywiania średniego. Tętno 80 słabe. Golenie i stopy w stanie umiarkowanego obrzęku.

W dolnej części prawego płuca [z tyłu] zastój krwi, oddech tamże osłabiony -- u wierzchołków zastrzony.

Tępość serca znacznie powiększona w wymiarze poprzecznym, w kierunku na prawo i na lewo i prawa granica przy prawym brzegu mostka, lewa — za *l. m. s.* na 3 palce. Górna granica — na IV żebrze. U wierzchołka — wyraźny szmer skurczowy. 2-gi ton tętnicy płucnej silnie wzmocniony. W dolnej części mostka na wysokości 4—5 żebra słychać szmer skurczowy.

W żyłach szyjowych głównie z prawej strony wyraźne tętnienie, odpowiadające skurczowi serca. Wątroba znacznie powiększona, dolny brzeg jej twardy, dochodzi do linii pępkowej, stolec zaparty. Mocz wydziela się w małej ilości około 500 ctm. sześć. na dobę, zawiera białko [albuminy 0,35%, globuliny 0,014%] i liczne drobnoziarniste wałeczki nerkowe.

Po oczyszczeniu przewodu pokarmowego za pomocą naparu senesu przystąpiliśmy do zastosowania kofeiny, a później napatrstnicy.

Data.	Częstość tętna.	Cisnienie w mm. Hg.	Dobowa ilość moczu w ctm sześciennych.	Ciepota ciała.	Leczenie.	U w a g i.
11 V.	80	120	500	1026	3×5 gr. <i>Coff. natro-benz.</i>	} Chora mocno rozdrażniona, sypiać nie może.
12	84	120	600	1026	4×5 " " " "	
13	82	130	650	1026	4×5 " " " "	
14	80	140	800	1024	5×5 " " " "	
15	78	145	700	1024	5×5 " " " "	
16	76	150	750	1023	6×5 " " " "	
17	76	150	650	1024	} Bez lekarstwa.	
18	80	135	600	1024		
19	82	120	600	1025	} <i>Inf. Digit. ex gr. xx—3vj.</i>	
20	80	125	800	1024		
21	76	135	1600	1014	} <i>Inf. Digit. ex gr. xv—3vj</i>	
22	72	140	4000	1005		} S. Co 2 godz. łyżkę.
23	70	140	2500	1009	} <i>Inf. Digit. ex gr. xij—3vj</i>	
24	68	145	1800	1013		} S. Co 2 godz. łyżkę.
25	64	145	1600	1015		
26	66	140	1400	1016		
27	70	140	1500	1016		

Epicrisis. Przypadek zbliżony do poprzedniego, z tą tylko różnicą, że rozszerzenie serca, a mianowicie prawej komórki, było większe tak, że nawet stało się powodem wytworzenia niedomykalności względnej zastawki trójdziennej [szmer skurczowy w dolnej części mostka i tętno żyłne skurczowe]. I w tym razie przekonał się o wyższości napatrstnicy nad kofeiną. Za pomocą tej ostatniej osiągnęliśmy w pierwszych kilku dniach pewną poprawę, a mianowicie: zwiększenie diurezy i wzmoczenie napięcia tętniczego; skoro jednak, przy zwięks-

szaniu dawki [do 30 granów *Coffeini natro-benz.*] wystąpiły objawy silnego pobudzenia w układzie nerwowym i naczyniowym [mocne bicie serca, bezsenność, silny ból głowy] zmuszeni byliśmy dalszego użycia kofeiny zaniechać. Przeszliśmy wtedy do naparstnicy, a na pomysłny rezultat czekaliśmy niedługo. Już po użyciu pierwszej flaszki (*Inf. Digit. ex. gr. xx— $\frac{5}{8}$ vj.*) ilość moczu znacznie się zwiększyła do 1600 ctm. sześć., a w czasie przyjmowania drugiej wzrosła do 4000 ctm. sześć., tętno żyłne i szmer, odpowiadający zastawce dwudzielnej, znikły, duszność przestała dokuczać chorej. Jednocześnie tępość serca zmniejszyła się znacznie w wymiarze poprzecznym, tak, że prawa granica, która poprzednio poza prawy brzeg mostka dochodziła, przypadała na środek mostka. Uderzenie wierzchołkowe, którego w czasie przybycia chorej do szpitala nie można było wyczuć, wystąpiło bardzo wyraźnie w VII-em międzyżebżu w linii pachowej przedniej. Rytm serca pod wpływem naparstnicy stał się powolniejszym tak, że tętno z 80 spadło do 64.

Napięcie tętnicze mierzyliśmy z pomocą przyrządu *Basch'a*. W czasie użycia kofeiny wzmogło się ono dość znacznie, ze 110 do 150, po odstawieniu tej ostatniej opadło znowu do 120. Pod wpływem naparstnicy ciśnienie krwi podniosło się znowu do 145 mm. Hg., a więc nie wiele się różniło od ciśnienia, otrzymanego za pomocą bendżwinianu kofeiny.

Spostrzeżenie 12. *Insufficiencia valvul. mitralis et stenosis ostii venosi sinistri. Nephritis parenchymatosa chronica. Arterio-sclerosis. Hydrothorax dexter. Ascites.*

Kow.... Helena, lat 53, wdowa po urzędnika, przybyła do szpitala 15 Czerwca 1890 r. z powodu duszności i obrzęku kończyn dolnych. Przed kilku laty chorowała na gościec stawowy. Od 2 miesięcy zauważyła obrzmiewanie kończyn dolnych. Odbывała 4 porody szczęśliwie. Przestała miewać miesiączkę od 8 lat.

Budowa średnia, odżywianie mierne. Obrzęk kończyn dolnych dość znaczny. Tętno 100 miarowe, dość napięte. Ścianka tętnicy promieniowej zgrubiła.

W prawej opłucnej znajduje się płyn, sięgający do wysokości połowy łopatk, z przodu zaś dochodzi do IV żebra w linii sutkowej prawej (*hydrothorax*). W dolnej części lewego płuca, z tyłu i z boku klatki piersiowej, znaki fizykalne wskazują na zastój krwi. Plwocina śluzowo-ropna. Kaszel umiarkowany.

Uderzenia wierzchołkowego nie czuć, jednakże widać unoszenie się *praecordii* odpowiednio do ruchów serca. Tępość serca znacznie powiększona w obu wymiarach, więcej w podłużnym. Górna granica rozpoczyna się na IV żebrze, prawa dochodzi do środka mostka, lewą trudno oznaczyć z powodu, iż zlewa się z tępością płuc, śledziony. Dolna granica sięga dość nisko i łączy się z wątrobą.

U wierzchołka tonów nie słyhać, natomiast istnieje tam szmer skurezowy, zlewający się prawie bezpośrednio ze szmerem rozkurezowym. W okolicy wierzchołka czuć pomruk koci.

W przebiegu aorty słaby szmer skurezowy. II ton tętnicy płucnej wzmocniony.

Żyły szyjowe mocno rozszerzone.

Wątroba duża, dochodzi do linii pępkowej — twardej konsystencji. Język dość czysty. Zaparcie stolca oddawna, wypróżnienia zjawiają się tylko po użyciu środków czyszczących.

Mocz skąpy, w ilości 300 ctm. sześcienn. na dobę, zawiera dużą ilość białka i wałeczków nerkowych drobnoziarnistych.

Przebieg wykazuje następująca tablica:

Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciężar właściwy.	Leczenie.	U w a g i.
16. VI.	96	350	1030		
17	94	400	1030	4×5 gr. <i>Coffeini natro-benz.</i>	} Duszność mniejsza. Tętno silniejsze Napięcie tętna zwiększone. Czuje się wogóle lepiej. W nocy silny ból głowy.
18	94	300	1032	5×5 " " " "	
19	86	500	1030	6×5 " " " "	
20	88	400	1029	6×5 " " " "	
21	86	400	1029	6×5 " " " "	
22	84	450	1028	} Bez lekarstwa.	} Stan mniej więcej jednakowy, tylko <i>ascites</i> i obrzęk ścianek brzusznych większe.
23	82	450	1028		
24	86	400	1029		
25	84	450	1028	<i>Inf. Digit. ex 3j pi 3vj. S. Co</i>	
26	88	600	1027	2 godzin łyżkę stołową.	
27	80	700	1025	<i>Repet.</i>	
28	82	800	1023		
29	80	700	1026	<i>Inf. Digitalis ex gr. xv—3vj.</i>	
30	80	600	1027	S. Co 2 godzin łyżkę.	
1 VII.	94	600	1027	} Bez lekarstwa.	
2	92	450	1028		
3	96	450	1029		
4	94	400	1029	3×6 kropel <i>T-rae Strophanti</i>	
5	88	429	1029	3×8 " " "	
6	80	450	1028	3×10 " " "	
7	84	500	1027	3×10 krop. <i>T-rae Strophanti</i>	
8	80	800	1025	+3×5 gr. <i>Coffein natro-salic.</i>	
9	86	600	1026	" " " " "	
10	84	500	1027	" " " " "	
11	88	450	1028	" " " " "	
12	84	400	1029	" " " " "	
13	82	350	1030	} Bez lekarstwa	
14	84	400	1029		
15	86	500	1028		
16	86	350	1029	<i>Inf. Digit. ex gr. xv pi 3vj</i>	
17	82	400	1028	+ <i>T-rae Stroph. 5s + Coffeini</i>	
18	80	450	1027	<i>natro-salicyl. 5s.</i>	
19	36	400	1027	S. Co 2 godziny łyżkę.	

Ostabilenie, duszność nieco mniejsza.

Hemisystolija: tętno uderza 36, a serce 72 razy na minutę

30 Lipca wśród wzmagaających się obrzęków, odleżyn i wyczerpania serca, chora zmarła.

Epicrisis. Na sekcji znaleziono, oprócz niedomykalności zastawki dwudzielnej i zwężenia ujścia żylnego lewego, zmiany chorobowe w mięśniu serca, głównie lewej komórki właściwe przewlekłemu włóknistemu zapaleniu (*myocarditis fibrosa*). Nerki obie znajdowały się w stanie daleko posuniętej: *nephritis parenchymatosa*, w prawej zaś obok zmian mięszszowych istniał dość znaczny rozwój tkanki śródmięszkowej. W opłucnej prawej i w jamie otrzewnej znaczna ilość surowiczego płynu.

Przypadek z dotychczas podanych do najcięższych zaliczyć wypada: duża twarda wątroba, *ascites*, *hydrothorax*, zastój w dolnej części lewego płuca na tle wady otworu żylnego lewego osnute z jednej strony, a przewlekłe zapalenie nerek z dużą zawartością białka i cylindrów w moczu, z drugiej znowu strony, dawały jak najgorsze rokowanie. Jeśli dodać do tego zmiany miażdżycowe w tętnicach powierzchownych, to dziwić nas nie powinno, że pomimo użycia różnych środków krzepiących serce i regulujących jego rytm—wynik był ujemny.

Lewa komórka pomimo wady otworu żylnego lewego znajdowała się w stanie przerostu, co zapewne w części i od zmian chorobowych w nerkach zależało. Sądząc z obrazu sfigmograficznego, należy przypuścić, że działalność lewej komórki aczkolwiek nie świetna, jednak była jeszcze dość znaczną, a nawet pod wpływem kofeiny, strofantu, naparstnicy wzmagala się. Pomimo tego dyjureza była ciągle niedostateczną i wahała się pomiędzy 400—600 centymetrów sześciennych na dobę. Zależało to niezawodnie od upadku sił i zmian chorobowych w całym ustroju. Ani pod wpływem dużych dawek kofeiny [30 gran. *Coffeini natro-benz. pro die*], ani naparstnicy nie zauważyliśmy znaczniejszego zwiększenia dyjurezy [moczopędne działanie tej ostatniej było w każdym razie nieco silniejsze, choć w ogóle krótkotrwałe], stan chorej pogorszał się, rozszerzenie serca przyjęło większe rozmiary, duszność wzmagala się, słowem, chora z każdym dniem zbliżała się do grobu. Wyczerpawszy prawie wszystko, postanowiliśmy jeszcze spróbować kombinację kilku środków nasercowych, najprzód stosowaliśmy przez kilka dni *T-rae strophanti* z kofeiną, a później *Inf. Digit. + T-ra stroph. + coffein. natro-salicyl.* Tętno stało się wprawdzie silniejszym, więcej napiętem, lecz wkrótce wystąpiła typowa t. zw. *hemisystolia*. Ta ostatnia nie była ciągłą, lecz występowała naprzemian albo z rytmem zwyczajnym, albo z nietypową niemiarowością. Z obawy wywołania porażenia nerwu błędnego zaprzestaliśmy już dalszego podawania chorej leków nasercowych.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —

10. Kirn L. [z Freiburgu]. Zaburzenia nerwowe i psychiczne w przebiegu influenzy.

Jest to praca zbiorowa, oparta przeważnie na bogatej już literaturze influenzy z ostatnich czasów, wśród której niepoślednie miejsce zajmują własne spostrzeżenia autora. Influenza należy do ostrych chorób zakaźnych, w których zaburzenia w układzie nerwowym występują na pierwszy plan. Zaburzenia te mają przeważnie charakter zaburzeń czynnościowych, w rzadkich tylko przypadkach zależą od zmian anatomicznych, stwierdzonych przez badanie pośmiertne.

1-o. Co się tyczy zaburzeń czysto-nerwowych [z wyłączeniem psychoz], to występują one na samym początku choroby pod postacią ogólnego przytłumienia czynności nerwowych, uczucia niezmiernego osłabienia i przygnębienia. Jednocześnie występują różne przykre miejscowe sensacje. Do najstalszych należy ból głowy, spotykany w $\frac{3}{4}$ przypadków; ból ten łączy się często z nadeżnością skóry głowy i szyi. Najczęściej ból ten ustaje wraz ze spadkiem ciepłoty.

Dalej częste są bóle mięśniowe, mianowicie przyczepów mięśni [STRUMPPELL], bóle w krzyżu [takie, jakie są charakterystyczne dla początkowego okresu ospy], bóle w kierunku oddzielnych gałęzi nerwowych. Nie są to neuralgie w ścisłym znaczeniu tego słowa [nie bywa napadów bólu], są to raczej ostre zapalenia nerwów (*neuritis acuta*), jakie spotykamy np. przy dyfteryi. Najczęściej dotkniętym bywa nerw trójdzielny. Z narządów najczęściej bywa dotkniętą innerwacja serca [zwiększenie częstości uderzeń, niemiarowość w czasie gorączki, nadzwyczajne zwolnienie tętna, do 48 uderzeń w okresie bezgo-

rażkowym]. Z objawów rzadszych już, lecz cięższych, występuje uporeczywa bezsenność, zawroty głowy, wymioty, objawy podrażnienia mózgu [drgawki, utrata przytomności, bredzenie]. Wyżej podane objawy spotykamy w pierwszym gorączkowym okresie influenzy. W następnej fazie bezgorączkowej spotykamy znów nadzwyczajne ogólne wyczerpanie, rozprężenie układu nerwowego, jak w żadnym innym cierpieniu. Niektóre z objawów początkowych trwają w dalszym ciągu, mianowicie: bóle w dziedzinie pewnych nerwów, z charakterem *neuritidis* i również uporeczywe. Zdarzają się zmiany troficzne w zakresie nerwu wzrokowego i słuchowego [rzadko bardzo], parezy akomodacji. Do rzadkości również należy spostrzegana przez REMAK'a i BRUNS'a *neuritis multiplex*, jako następstwo influenzy. Pojedyncze również spostrzeżenia zaznaczają jako następstwo influenzy: padaczkę JAKSON'a [ERLENMEYER], afazyję [EICHORST], stenokardyję [RODHING], chorobę BASEDOW'a [COLLEY—dwa przypadki], glikozurję [FINKEL], *poliomyelitis acuta* [EISENLOHR i DRASCH]. U osób mających dziedziczne do tego usposobienie spostrzegano po influenzy rozwój pewnych przewlekłych neuroza, jak: padaczka, płasawica, histeryja, neurastenija.

2-o. Zaburzenia psychiczne w przebiegu i po przebyciu influenzy są niezmiernie częste, częstsze niż przy wszelkich innych cierpieniach ostrych gorączkowych. Naturalnie trzeba tu brać pod uwagę i tę okoliczność, że epidemija tej choroby ilościowo przewyższa wszelkie inne zarazy. Jako elementarna forma zaburzeń psychicznych w przebiegu influenzy występuje często *delirium* gorączkowe, nie różniące się od bredzenia chorych tyfusowych, ale występujące częściej i dłużej trwałe. Niekiedy przybiera ono formę prawdziwej gorączkowej psychozy: chorzy ciągle są nieprzytomni, niespokojni, czasem przygnębieni, krzyczą, uciekają. EWALD opisał podobny przypadek ostrej gorączkowej psychozy u 7-letniego chłopca, który zamiast do domu poszedł ze szkoły na dworzec kolei, z kąd go przez policyję odstawiono do rodziców. Malec był zupełnie nieprzytomny, nie poznawał nikogo, co trwało przez wiele dni. Był to początek influenzy. Autor spostrzegł sam 22 przypadki takich psychoz gorączkowych w przebiegu influenzy. Psychozy bezgorączkowe w następstwie influenzy autor spostrzegł w 51 przypadkach już to jako psychozy z wyczerpania, podobne jakie spotykamy po ostrych wysypkach, zapaleniu płuc, po połogu, już to jako *melańcholię* [w 30 przyp.], już to wreszcie jako *manię*. Stany te nie mają w sobie nic charakterystycznego dla influenzy z wyjątkiem rokowania, które najczęściej bywa dobre.

W końcu swej pracy autor usiłuje wyprowadzić *patogenezę* zaburzeń nerwowych i psychicznych w przebiegu influenzy. Usposobienie, według jego spostrzeżeń, gra tylko rolę w przypadkach przewlekłych, bezgorączkowych psychoz [na 51 przypadków w 24 było usposobienie wrodzone, w 13 nabyte]; w przypadkach ostrych, gorączkowych psychoz usposobienie grało rolę podrzędną [na 22 przypadków w 3-ch było usposobienie wrodzone, w 2-ch nabyte]. Gorączka sama przez się nie może być uważaną za główną przyczynę zaburzeń psychicznych i nerwowych choćby dlatego, że jest zwykle krótkotrwałą.

Jak się spodziewać należało, autor upatruje główną przyczynę częstości opisanych zaburzeń we własnościach samego zarazka influenzy. Gwałtowne objawy nerwowe właściwe influenzy mają charakter ostrego otrucia. Spostrzegane przez BAUMLER'a zmiany we krwi, zdarzające się często żółte zabarwienie skóry, nadzwyczajna bledłość w czasie rekonwalescencji, obok gwałtownego zajęcia naraz różnych ośrodków nerwowych, jak i nerwów obwodowych: wszystko to świadczy, według autora, że we krwi krążyć może jakaś istota trująca, prawdopodobnie to *ksyna* nieznanego dotychczas zarazka influenzy [obecnie już znanego. *Przyp. sprawozd.*].

(*Sammlung. klin. Vorträge. Neue Folge N. 23*).

A. Puławski.

Wiadomości bieżące.

— 3 —

— Wszedł z druku Zeszyt 1 [Seryi IV] „Odczytów klinicznych“, wydawanych przez redakcję naszą, i zawiera na tlómaczenie pracy F. HIRSCHFELD'a p. t.: „Zasady żywienia chorych“.

— Na sprawozdawcę z prac dermatologicznych polskich do pisma „*Archiv für Dermatologie und Syphilis*“, wydawanego przez prof. PICK'a w Pradze, zaproszony został kol. ELSENBERG, który niniejszem uprasza autorów prac dermatologicznych polskich o nadsyłanie mu z nich odbitek.

— Kolegium profesorów uniwersytetu w Buda-Peszcze propozycję — powziętą niedawno przez senat tegoż uniwersytetu — kontrolowania co pewien czas działalności naukowej docentów, z możliwością cofnięcia lub pozostawienia tytułu docenta, propozycję tę, wskutek rekursu docentów, w ten sposób zmieniło, iż zarząd docentury co lat 4 musi przedstawiać temuż kolegium sprawozdanie z działalności nauczycielskiej i naukowej docentów.

— Donoszą z Petersburga, iż wielką nagrodę BAER'a [1000 rs.] otrzymał D-r MIECZNIKOW, prof. w Instytucie PASTEUR'a w Paryżu.

— W prasie lekarskiej francuzkiej toczy się obecnie polemika nad zniesieniem rozpraw naukowych, jaką każdy kończący medycynę student winien napisać dla uzyskania stopnia doktora medycyny. Większość ob staje za zniesieniem rozpraw.

— Na posiedzeniu Paryżkiej Akademii nauk D-r LEMOIR odczytał pracę o skuteczności w upartych przypadkach czkawki, naciskania nerwu przeponowego (*n. phrenicus*) przez kilka minut [3] w przestrzeni oddzielającej przyczepy: mostkowej i obojętkowej mięśnia mostko-obojętko-sutkowego.

— Pisma polityczne francuzkie donoszą, iż D-r CALMETES uczeń PASTEUR'a, dyrektor instytutu bakteriologicznego w Saïgon, wynalazł sposób zubożenia jadu żmij *noja v. cobra-capello*.

— Z pracy świeżo wydanej D-r P. GARNIER, który jest lekarzem infirmaryi specjalnej przy prefekturze policji w Paryżu istniejącej, widać, iż liczba cierpiących umysłowo w Paryżu stale wzrasta, a mianowicie od 1872 do 1888 przyrost doszedł do 30%, a więc blisko o 1/3. W prefekturze policji paryżkiej w r. 1872 zanotowano 3080 przypadków obłądnu, a w 1888 — 4449. Ogółem od 1872—1888 włącznie było w Paryżu 62572 przypadków cierpienia umysłowego, a mianowicie 34882 u mężczyzn, a 27770 u kobiet.

— Od najbliższego półroczu egzamina w uniwersytecie Dorpackim mają się odbywać w języku ruskim. Nadto w myśl uchwały ostatniego zjazdu lekarzy w Moskwie, mają przyznawać stopnie doktora oddzielnych działów medycyny [chirurgii, medycyny wewnętrznej i t. d.].

— Ostro gościec stawowy oddawna zaliczono do chorób zakaźnych, wszelako przyczyna tego cierpienia dotychczas nie jest znana. GUTTMANN otrzymał *staphylococcus pyogenes aureus* w surowiczo-włóknikowym wysięku stawowym, co jednak było mało przekonywującym, gdyż cierpienie powyższe powikłaniem było przez ropne zapalenie osierdzia i ropnie nerkowe. Na posiedzeniu berneńskiego Towarzystwa lekarzy i farmaceutów SAHLI przedstawił swój komunikat, dotyczący etylogii ostrego gościa stawowego. Ujemne rezultaty, dotychczas otrzymane przez badaczy, objaśnić można tem, że w przebiegu chorób zakaźnych [np. gruźlicy] czynniki zakaźne rzadko dadzą się wykryć w wysiękach; dlatego też SAHLI proponuje przeprowadzenie badań bakteriologicznych na tkankach ustroju dotkniętego cierpieniem. W przypadku ostrego gościa stawowego, powikłanym zapaleniem osierdzia i wsierdzia, w 14 godzin po śmierci przy zachowywaniu ostrożności antyseptycznych przenoszone cząsteczki tkanek na agar i żelatynę i we wszystkich próbkach otrzymano czystą hodowlę *staphylococcus citreus*. Zastanawiając się nad znaczeniem tego pasorzyta, S. dochodzi do przypuszczenia, że *staphyloc. citreus* przy gościu niepowikłanym przedstawia niższy stopień zakaźności, choć z drugiej strony możliwym jest, że nie ma nic wspólnego ze znanym pasorzytem ropotwórczym. (*Correspondenz f. Schweizer Aerzte. N. 1. 1892*).

— W ostatnim czasie słyszeć się dają głosy, przemawiające za leczeniem operacyjnem choroby BASEDOW'a. Po częściowem wyluszczeniu wola, albo też po podwiązaniu tętnic gruczołu tarczowego ma następować już to zupełne wyzdrowienie z tej choroby, już to wielka poprawa. Spostrzeżenia odnośnie zebrał i ogłosił LEMKE, DREESMANN.

Zmarli: we Lwowie, D-r GRZEGORZ ZIEMBICKI w 82 r. życia; w Londynie, słynny laryngolog, M. MACKENZIE; w Buda-Peszcze, prof. chirurgii LUMNITZER.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 30 Января 1892 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska 29.