

GAZETA LEKARSKA.

I. O CZERWONOWIDZENIU.

PRZYSZYNEK DO NAUKI O BARWNEM WIDZENIU.

Podał

D-r Med. Br. Ziemiński.

Zjawiska barwnego widzenia (*chrupsia*, *chromopsia*, *chromatopsia*, *chromotopsia* ¹⁾) ze wszech miar zasługują na bliższą uwagę nie tylko okulistów, lecz i przedstawicieli innych gałęzi wiedzy lekarskiej: postaramy się wykazać to w licznych przykładach.

Dla dania należytej oceny pochodzeniu objawów czerwonowidzenia, których opis stanowi główną treść niniejszej pracy, winniśmy dokładniej rozpatrzyć wszelkie podmiotowe barwne zjawiska, o jakich szczegółowe wywiady pouczyły były w stanie.

Wrażenie światła może powstać nawet przy braku przedmiotowej przyczyny ku temu, innemi słowy, wówczas nawet, skoro fale drgania eteru, zdolne wywołać wrażenie świetlne, nie dochodzą do siatkówki. Czysto podmiotowe wrażenie tego rodzaju może być wynikiem mechanicznego, elektrycznego, lub chemicznego pobudzenia włókien nerwowych, czyto błony siatkowej, czyto nerwu wzrokowego, czy też ośrodków wzrokowych. W tych warunkach dostrzegane światło może być barwnem lub bezbarwnem, zależnie od miejsca, w którym jeden z takich bodźców wpływ swój wywiera i zależnie od natury tychże. Lecz w pewnych okolicznościach występują barwne świetlne wrażenia wówczas, gdy przedmiotowe źródło jest tego rodzaju, iż winnooby w prawidłowych warunkach wywołać bezbarwne uczucie światła; wydarzyć się to może albo dzięki przyczynom, które sprowadzają rozkład złożonego światła białego na składowe promienie tegoż, albo wskutek przyczyn, sprzyjających wyszczególnieniu pewnych promieni, a jednocześnie mniej lub więcej wyraźnemu chłonięciu innych.

Znanem jest zjawisko jaskrawego barwnego widzenia, mogące być wywołanem w ciemności przez lekki, dłużej trwający ucisk gałki ocznej. Ucisk taki zazwyczaj wytwarza nasamprzód bezbarwne, niewyraźne zamglenie wzroku, stopniowo rozszerzające się zewsząd równomiernie, ośrodkowo — ku obwo-

¹⁾ W greckim języku $\chi\rho\upsilon\sigma\acute{\alpha}$, $\chi\rho\omicron\mu\alpha$, $\chi\rho\acute{\omicron}\varsigma$ znaczy powierzchnia ciała, skóra, cera skóry, barwa, farba [zdaniem CURTIUS'a, w starożytnej Grecji uważano barwę jako błonkę, powlekającą przedmioty]; zaś $\omicron\psi\iota\varsigma$ — widzenie, wzrok, zjawisko, widmo.

dowi pola widzenia, poczem występują w ścisłym porządku po sobie różne barwy, przedewszystkiem zajmując środek, a następnie stopniowo i równomiernie ogarniając całe pole widzenia aż do krańcowych granic tegoż. Przy dłuższym jeszcze ucisku jaskrawość i dokładny porządek układu barw coraz więcej niknie, aż wreszcie całe pole widzenia ciemność ogarnia. Skoro folguje się w ucisku, znów świetlne wrażenia występują, lecz w mniej ścisłym porządku, oraz nie są tak różnorodnie zabarwione.

Bodźce elektryczne również wytwarzają świetlne, zazwyczaj barwne wrażenie. Zdaniem SCHLIEPHAKE'go, zamknięcie strumienia wstępującego po nerwie wzrokowym oraz otworzenie strumienia zstępującego sprowadza chwilowe niebiesko-fioletkowe oświetlenie całego pola widzenia. Inni badacze wspominają też o żółtem zabarwieniu wzroku przy zstępującym kierunku prądu galwanicznego.

Z rzędu bodźców chemicznych najściślej zbadano *santoninę*. Ten środek leczniczy wywołuje, jak twierdzi WOJNOW, przedewszystkiem uczucie fioletkowej, a następnie zielonawo-żółtej barwy tak wyraźnej, że w otoczeniu wszystko wydaje się żółtem. Po pewnym czasie wskutek działania tego leku siła wzroku ma się zwiększać, wówczas jednak nie istnieje już żółtowodzenie. Z licznych wyjaśnień objawów wzrokowych, występujących przy *santoninowem* odurzeniu, przytoczymy nasamprzód przypuszczenie WOJNOWA, orzekające, iż *santonina* podnieca w błonie siatkowej czynność pierwiastków czułych na barwę fioletkową, ztąd zaś wynika następnie wyczerpanie tych pierwiastków; a w okresie, w którym przejawia się li-tylko zwiększenie siły wzroku, wszystkie na barwy czułe pierwiastki równomiernie zostają pobudzone. Wyjaśnienie takie niezupełnie może ostać się wobec ściślejszej krytyki. HILBERT twierdzi stanowczo, że żółtowodzenie, powstałe wskutek zażycia *santoniny* [lub też kwasu pikrynowego], jest podmiotowem zбочeniem wzrokowem czysto ośrodkowo-nerwowego pochodzenia. Znacznie mniej cech prawdopodobieństwa posiadają inne w tej sprawie wygłoszone zdania, mianowicie zdanie M. SCHULTZE'go, który twierdzi, jakoby przy tego rodzaju barwnem widzeniu nagromadzało się więcej żółtego barwnika w plamce żółtej; lub też zdanie NAGEL'a, orzekające, że to zjawisko powstaje wskutek żółtego zabarwienia surowicy.

Do zwykłych przyczyn zabarwienia wzroku, wywierających wpływ na promienie białego światła, dochodzącego do oka, zaliczyć należy nieprawidłowy stan rogówki lub soczewki. Tu występujące barwne widzenie o tyle tylko uważanem być może za podmiotowy objaw, że fizyczne własności źródła światła są tego rodzaju, iż w prawidłowych warunkach nie wzbudziłyby uczucia barwy. Astygmatycy widzą nieraz w barwnych zarysach rozpatrywane przedmioty; a to wskutek rozszczepienia się światła w przyrządzie łamania się świetlnych promieni, a zarazem wskutek niewydolności akomodacji oczu.

Spoglądając na uliczne latarnie przez zapotniałe szyby karety, gęsto pokryte drobnointeńkami kropeczkami, powstałymi ze zgęszczenia pary, wewnątrz znajdującej się, widzimy wokoło światła barwne obwódki. Toż samo zjawisko występuje nieraz u pewnych osób, skoro nawet nie patrzą przez szyby, parą zasłże; jest to wówczas zazwyczaj objaw chorobowy, występujący wskutek

podobnegoż rozkładu nieprzezroczystych cząsteczek w samejże rogówce. Ten objaw spostrzegania barwnych obwódek wokoło płomieni jest jedną z pospolitych oraz ważnych cech wczesnego okresu jaskry. Zjawisko takie towarzyszy lekkim przypadkom wydarzającego się w pewnych odstępach czasu zwiększenia napięcia gałki. W tym razie, przy spoglądaniu na płomień światła, widzimy wokoło tegoż łuk, lub obwódkę barwną, odgranieczoną od płomienia bezbarwną przestrzenią, która jest jasną tuż przy płomieniu, zaś ciemną w pobliżu barwnych pierścieni; zarówno przestrzeń ta, jak i barwne pierścienie wydają się szerszymi, im dalszą jest odległość oka od źródła światła. U zewnętrznej granicy obwódki widzi się barwę czerwoną, u wewnętrznej zaś niebieską, lub też niebieskawo-zieloną; w pewnych częściach barwnego łuku występują błyszczące punkty tak, że cała obwódka nie jest jednolicie zabarwioną. W różnych przypadkach różny jest stopień natężenia barw; niekiedy, skoro pierścienie są żywiej zabarwione, widzieć się daje jeszcze jedna obwódka podobnie, jak w zjawisku dwóch tęczy na niebie z tą jednak różnicą, że barwy, wchodzące w skład drugiego łuku, znacznie mniej wyraźnego, następują po sobie w tymże porządku, co i w pierwszym łuku, a więc odwrotnie, niż to ma miejsce we wtórnej [pobocznej] tęczy na niebie. Zdaniem DONDEERS'a, zjawisko to polega na przecinaniu się światła — interferencyi, difrakcyi. Dowodzi też tego następne doświadczenie: przy zasłonięciu dolnej połowy źrenicy znika zewnętrzna górna oraz wewnętrzna dolna ćwiartka [kwadrant] obwódki. Żadna zmiana nie zachodzi też w obwódce, jakimkolwiek jest stan akomodacyi, czy to wlepią się oczy w światło, czy też nie. Przyczyną wyrazistości tego zjawiska przy jaskrze jest prawdopodobnie zmętnienie rogówki wraz z jednoczesnem rozszerzeniem źrenicy. W mowie będący objaw występuje zarówno w niezapalnej jak i w zapalnej jaskrze tak, że jest zapewne skutkiem warunków optycznych, spowodowanych przez zaburzenie w krążeniu limfy w błonie rogowej, jakkolwiek dotąd nie dowiedziono, czy i inne ośrodki oka, w których światło łamie się, nie mają udziału w utracie przezroczystości tego narządu. Choć omawiane zjawisko często przy jaskrze wydarza się, bynajmniej jednak nie jest ono znamiennej cechą wyłączenie jaskry; może bowiem występować we wszystkich przypadkach, w których zmętnienie rogówki nie jest ściśle odgranieczone. Nawet nagromadzenie się łez lub wydzieliny z błony śluzowej oka, zalegających powierzchni rogówki, może wywołać w mowie będące zjawisko. Skoro jednak sam chory zwraca uwagę na podobny objaw, szczególnie zaś skoro nie dostrzega się w rogówce nic, coby mogło być powodem zjawiska barwnego łuku, skoro nadto nie znika ono po przetarciu oczu, wówczas obecność tego objawu czyni nader prawdopodobnem przypuszczenie, iż oko dotknięte zostało jaskrawem cierpieniem. Lecz przy jaskrze występują nadto przeróżne inne barwne zjawiska, wynikające wskutek ucisku błony siatkowej. Nieraz też w przypadkach zapalenia błony siatkowej wraz z naczyńową (*cho-roido-retinitis, maculitis*) i w przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego [zwła-

szcza przy *papillitis*] chorzy spostrzegają różnorodne barwne zjawiska, szybko przesuujące się w różnych kierunkach pola widzenia, zazwyczaj jednak w tej okolicy tegoż, która odpowiada najbardziej wyczerpanej części dna oka. Zjawiska, w tych razach spostrzegane, utrzymują się niekiedy przez czas dłuższy już po ustąpieniu objawów zapalenia; zawsze zaś najwyraźniej występują po narażeniu oczu na dłużej trwające działanie jaskrawego światła oraz wskutek wszelkich przyczyn, sprowadzających czy to miejscowe [siatkówki], czy też ogólne [całego ustroju] znużenie. Przeciwnie zaś, zjawiska te tracą na sile, lub nawet znikają, skoro oczy są w spokoju, jakoto podczas nocnego spoczynku. W tym względzie barwne i bezbarwne błyski siatkówkowego pochodzenia różnią się od tych, które są wynikiem podrażnienia ośrodków wzrokowych, przyczem nieraz barwne i bezbarwne zjawiska najbardziej dokuczają śród nocy i w czasie, kiedy oczy są wolne od świetlnych pobudzeń. Siatkówkowe błyski nie ustępują nieraz nawet przy zupełnej ślepcocie tak, że w nader wyjątkowych, co prawda, przypadkach zmuszają do usunięcia gałki ocznej. Rzecz szczególna, że przy tak zwanem barwnikowem zwyrodnieniu siatkówki chorzy nader rzadko dostrzegają barwne błyski. Podmiotowe barwne zjawiska zwykle towarzyszą sprawie zapalnej, dotyczącej przedniej okolicy naczyniówki wraz z twardówką (*sclerochoroiditis anterior*) szczególnie w okresie tworzenia się przedniego garbiaka; tłumaczyć to można nadmiernem napięciem, rozciągnięciem czułych błon oka, a może do pewnego stopnia zapalnem podrażnieniem tychże. Wskutek silnego napięcia i rozciągnięcia błony siatkowej wydarzające się barwne zjawiska najjaskrawiej występują w wielu przypadkach oddzielenia siatkówki; tu podmiotowe barwne objawy należą do pierwszych oznak cierpienia, często też wznawiają się zwłaszcza przy każdym postępie tegoż. Chorzy dostrzegają tu zazwyczaj czerwone lub niebieskie zabarwienie otoczenia; w początkach zaś choroby wężykowato wykrzywione zarysy przedmiotów zdają się być przybrane wspomnianymi barwami.

Barwne widzenie może też występować w razie obecności barwnych substancyj. Ztąd też w przypadkach wylewu krwi do ciała szklistego ¹⁾, oraz przy krwotoku w błonie siatkowej chorzy doznają nieraz wrażenia, jakby czerwona zasłona pokrywała niewyraźnie widoczne przedmioty w otoczeniu; a po pewnym przeciągu czasu otoczenie nabiera żółtawego, lub zielonkawatego zabarwienia.

Przy oddzieleniu błony siatkowej, prócz pomienionych barwnych zjawisk, wynikających wskutek napięcia i rozciągnięcia siatkówki, chorzy dostrzegają zielonawą lub żółtawą zasłonę przed cierpiącym okiem; części jej nieco wydarza się tu niebieskawe zabarwienie wzroku — to ostatnie jest wynikiem przeciwstawienia do żółto zabarwionej podsiatkowej cieczy.

Chorzy, żółtaczka dotknięci, doznają niekiedy objawu żółto-widzenia. Barwne widzenie nie jest w tym razie pospolitem zjawiskiem. Objaw ten powstaje prawdopodobnie skutkiem żółtego zabarwienia środków łamania

¹⁾ BR. ZIEMIŃSKI. O krwawem rażeniu ciała szklistego u osób dorastających. Gaz. Lek. 1887.

się światła w oku, względnie takiegoż zabarwienia błony siatkowej; to zaś zabarwienie — z tej lub z owej przyczyny — tylko w wyjątkowych przypadkach wydarza się w przebiegu żółtaczki. Ślepotą z mierzchową, objaw towarzyszący czasem żółtowodzeniu, jest z tem ostatniem, a raczej, z istniejącą w tych przypadkach ślepotą na barwę niebieską (*acyanopsia*) ściśle związana: o zmierzchu bowiem znikają dla oczu nasamprzód żółte promienie, dostrzegalnemi zaś pozostają przedewszystkiem promienie niebieskie, które osobom, żółtaczką dotkniętym, wydają się ciemno-niebieskiemi.

Widzenie w barwie dopełniającej występuje też czasem po użyciu silnie zabarwionych okularów.

Zresztą barwne widzenie powstaje skutkiem zбочeń w krążeniu krwi, skutkiem zaburzeń pochodzenia naczynio-ruchowego, skutkiem zwrotnych porażeń naczynio-ruchowych nerwów błony siatkowej. Również zaznaczano objawy barwnego widzenia w pewnych przypadkach nadczułości siatkówki. Barwne zjawisko jest tu oczywiście wynikiem odczynu na bodźce, które zresztą, jako nader słabe, pozostałyby bez skutku, odczuwanemi zaś bywają jedynie z powodu podrażnienia samejże błony siatkowej, lub też bardziej ośrodkowo położonych części przyrządu wzrokowego — wszak nieraz przecie nadczułe osoby użalają się na bóle, a przedmiotowe przyczyny ku temu albo nie dają się wykryć, albo też są nader drobne.

Ostatecznie, jako przykład barwnych zjawisk, pochodzenia ośrodkowego, przytoczyć można te, które w przeróżnej postaci występują w szeregu innych podmiotowych objawów wzrokowych, towarzyszących połowicznemu bólowi głowy, lub też zapowiadających przypadek tegoż.

Śród licznych omówionych przypadków barwnych zjawisk niezbyt często spotyka się takie, w których czynnościowe zбочenie polegałoby na jednolitem zabarwieniu wzroku, utrzymującym się przez dłuższy czas, jak to ma miejsce w przypadkach podmiotowego objawu, który mam zamiar ściślej rozpatrzyć.

W ostatnich latach wielokrotnie zwracano uwagę na t. zw. *erythropsia* ¹⁾, czyli czerwonowidzenie, które jest nieprawidłowością wrażeń wzrokowych, polegającą na tem, że chory zazwyczaj nagle spostrzega w swem polu widzenia czerwone zabarwienie, niekiedy z fioletowym, a niekiedy z różowym, lub z purpurowym odcieniem. Istota tego zjawiska nie jest dotąd dostatecznie wyświetloną; podejmuję też tę sprawę tembardziej, że miałem sposobność spostrzegać śród mych chorych trzy przypadki tak niezwykłego objawu w przyrządzie wzrokowym.

Istnienie zjawiska czerwonowidzenia już w odleglejszej epoce nie uszło bynajmniej uwadze różnych badaczy ²⁾, stwierdzają to prace MACKENZIE'go

¹⁾ W greckim języku znaczy *ἐρυθρός* czerwony, zaś *ὄψις* widzenie.

²⁾ W dziełach GOETHE'go — w studjum tegoż nad barwami — spotykamy się z następną uwagą. Niektórzy chorzy w chwili przebudzenia się widzą wszystkie przedmioty jakby przez lekką zasłonę czerwoną, zjawisko to występuje też u tych osób, skoro, zdrzemnąwszy się przy czytaniu, budzą się od czasu do czasu. Stan taki trwa kilka minut i ustępuje po przetarciu oczu. Niektóre

[z roku 1813] oraz SZOKALSKIEGO [1842]. Pierwsze dokładne spostrzeżenia, podające o tym objawie ocznym, mimo że stanowią nader cenny materiał do późniejszych badań tej sprawy, mało jednak dostarczają wskazówek odnośnie do istoty, do pochodzenia samegoż zjawiska. Lecz i w świeższej epoce [1877] BECKER w poważnej pracy swej, dotyczącej chorób soczewki, zaledwie w krótkich słowach wzmiankuje o czerwonowidzeniu, pomijając milczeniem omówienie znaczenia oraz powstawania tego zjawiska. BECKER twierdzi, że czerwonowidzenie występuje u 3 do 5% chorych, którym usunięto zaćmę; zdanie to zdaje się być przesadnem zwłaszcza dla okulistów, którzy przy operacji zaćmy albo zupełnie nie wycinają części tęczy, lub też — w razie wskazania ku temu — ograniczają się do wycięcia wązkiej paska tej błony.

W ostatnich czasach sprawą czerwonowidzenia zajął się, a zarazem zwrócił w tym kierunku uwagę innych okulistów, słynny ziomek nasz prof. GAŁĘZOWSKI w Paryżu. Prof. G. ogłosił wyniki swych spostrzeżeń w dniu 14 Czerwca 1879 r. na posiedzeniu paryżkiego Towarzystwa Biologicznego, a dalsze swe uwagi w tejże kwestyi umieścił w *Recueil d'ophtalmologie* (Paris. Sept. 1879) i w *Archives Slaves de Biologie* (Paris. Mars. 1886).

W niemieckiem piśmiennictwie lekarskiem pierwszy w tymże duchu podjął tę kwestyją PURTSCHER w roku 1881, poczem szczególną uwagę poświęcał tej sprawie SZILI i HILBERT; zresztą na końcu niniejszej pracy nie omieszkalem pomieścić główniejszych publikacyj, objawów erytropsyi dotyczących.

Zjawisko czerwonowidzenia zaznaczano najczęściej — co najmniej w 75% wszystkich dotąd ogłoszonych spostrzeżeń — u osób, pozbawionych soczewki, zazwyczaj u chorych, którym usunięto zaćmę¹⁾; w nielicznych zaś przypadkach — o osób, niepozbawionych soczewki, w tym jednak razie omawiane zjawisko występuje wśród szczególnych warunków, jak o tem przekonać się można w następujących dwóch, przez nas spostrzeganych przypadkach.

Spostrzeżenie I-sze. P. Zbigniew M., lat 26 wieku liczący, obywatel wiejski; pochodzi z rodziny, której członkowie skłonni są do cierpień układu nerwowego. Przed kilku laty na zapalenie płuc zmarły ojciec chorego oddawna do-

osoby spostrzegają też niekiedy czerwone gwiazdki i kulki przed oczyma. Czerwonowidzenie takie może przez czas dłuższy nie ustępować. Jak twierdzi DUFOUR, uwaga ta dotyczy niewątpliwie podmiotowych zbroczeń, występujących u osób nerwowych, wrażliwych i znużonych, i nie zdaje się mieć nie wspólnego z charakterystycznymi przypadkami właściwego chorobowego czerwonowidzenia. Naszem zdaniem, spostrzeżenie GOETHE'go dotyczyć też może zabarwienia wzroku, występującego niekiedy u chorych, dotkniętych cierpieniami łącznicy [przy obfitej wydzielinie śluzowej oraz znacznem łzawieniu]; wszak wiadomo, że te cierpienia są pospolitemi zwłaszcza u osób, długo po nocach czuwających.

¹⁾ Niekiedy po operacji zaćmy chorzy doznają objawów niebieskowiedzenia, które zwykle znika po zastosowaniu okularów. Zjawisko to da się łatwo wytłomaczyć na podstawie w dalszym ciągu tej pracy podanej teoryi CHARDONNET'a. Skutek zaś, wywarty przez zastosowanie szkieł, dowodzi, że one pochłaniają pó-za-fijołkowe promienie, mające po usunięciu soczewki swobodny dostęp do błony siatkowej; a ztąd zabarwienie wzroku znika, lub przynajmniej staje się mniej wyraźnem. Dokładne badania MASSON'a, dokonane [1883] w klinice ocznej w Lyonie, wykazały, że na 92 chorych, którym zaćmę usunięto, u 20 istniało niebieskawe, u 29 zaś wyraźnie niebieskie zabarwienie wzroku.

znawał drgawek w twarzy, oraz silnych przypadków nerwobólu kulszowego. Dotąd żyjąca matka chorego, obecnie 62-letnia kobieta, ma być nader nerwową, w młodych latach miała ulegać atakom nerwowym, zdaje się, historycznym. Jedyny brat chorego, starszy od tegoż o lat 11, doznawał w pierwszych latach dzieciństwa ogólnych drgawek, co do których brak nam bliższych szczegółów; jąka się też dosyć silnie i miéwa częste ataki połowiczego bólu głowy. Co do chorego samego, dowiadujemy się od matki tegoż, iż prócz nader trudnego ząbkowania oraz przebycia w dzieciństwie odry i szkarlatyny, groźną błonicą powikłanej, był nadto przez rok prawie [mając 12 lat wieku] dotkniętym płasawicą (*chorea*), która wznowiła się w parę lat potem, ustępując ostatecznie po kilku miesiącach leczenia.

W 14-ym roku życia — z przepisu jednego z lekarzy — podlegał czterotygodniowemu leczeniu przez zakraplanie atropiny, a to w celu powstrzymania postępowej krótkowzroczności. Już po paru dniach tego leczenia — po maksymalnym rozszerzeniu źrenicy — dostaje wyraźnych objawów barwnego widzenia tak dokuczliwego, że przez dalszy ciąg kuracyi pozostaje w ciemnym pokoju. Po przebytem leczeniu opuszcza pokój; czerwonowidzenie wraca pod wieczór za każdą przechadzką, w dzień odbytą; chory odkłada też spacery do pory wieczornej, chroniąc oczy przed światłem latarni ulicznych. Po paru tygodniach wrażliwość na światło, przypadki czerwonowidzenia ustąpiły i aż do roku 1889 nie wznowiły się. W Styczniu tegoż roku wskutek znużenia w tańcu, a może też i wskutek wzmózonego pobudzenia uczuciowego — było to właśnie na balu zaręczynowym chorego — dostaje nagle napadu czerwonowidzenia, które trwa uporczywie „z godzinę“ i tak drażni chorego, że tenże opuszcza salę balową wcześniej, niż zamierzał, udając się na spoczynek. Chory nadmienia, iż niejednokrotnie tańczył w tymże salonie i przy równych warunkach oświetlenia. Nazajutrz, po przebudzeniu, zabarwienie wzroku nie istnieje. Chory, w południe, chcąc przekonać się o wrażliwości oczu, przystępuje do okna i spogląda na ulicę, śniegiem przyprószoną; oczy nie zdają się być wrażliwe na światło, po chwili jednak występuje czerwonowidzenie i trwa przez parę godzin, mimo że chory pozostaje w zaciemnionym pokoju.

Chory zgłasza się do mnie tegoż dnia w godzinach popołudniowych, w 4 lub w 5 godzin po ustąpieniu przypadków czerwonowidzenia.

Chory jest wątłe zbudowanym młodym człowiekiem o cerze bladej, mało-krwistym; jak twierdzi, nader wrażliwych nerwów.

Badanie oczu wykazuje średni stopień krótkowzroczności: O. P.—4,5D; O. L.—5,0D; siła wzroku = $\frac{5}{6}$. Przy wzornikowaniu spostrzega się niezbyt obszerny, nie ściśle odgraniczony tylny garbiak, na którym w kilku miejscach resztki barwnika wskazują poprzednie granice garbiaka. Zresztą nie znajdujemy nic nieprawidłowego ani w czynnościach przyrządu wzrokowego [prócz zwykłej u krótkowidzów niewydolności zbieżnych poruszeń oczu], ani też w wyniku przedmiotowego badania.

Uspokoiwszy mocno strwożonego chorego, zalecam pobyt w ciemnym pokoju, oraz na przyszłość unikanie jaskrawego światła i wszelkich zbyt silnych tak fizycznych jak i psychicznych wzruszeń.

Wieczorem tegoż dnia około godziny dziewiętej po oświetleniu pokoju małym płomieniem lampy gazowej występuje nowy napad czerwonowidzenia, który po upływie pół godziny mija. Chory pozostaje w ciemnym pokoju. Najazutrz objawów barwnego widzenia nie było i odtąd aż do Września tegoż roku nie wznowiły się. [C. d. n.]

II. O WPŁYWIE INFLUENZY NA SERCE.

Napisal

Dr med. J. Pawiński,
ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 14].

Spostrzeżenie V. *Insufficiencia valv. mitralis.*

Do dziewczynki K., lat 11 liczącej, wezwany zostałem w końcu Grudnia roku przeszłego. Chora uskarżała się na kaszel, któremu silna gorączka, łamanie w całym ciele towarzyszyły; kilkodniowa obserwacja przekonała mię, że miałem do czynienia z influenzą, a mianowicie z postacią nieżytową. W sercu znalazłem dawne zmiany: niedomykalność zastawki dwudzielnej i powiększenie tępości serca w wymiarze poprzecznym. [Chora poprzednio od 2 lat pozostawała w mojej opiece lekarskiej]. 5-go dnia choroby, skoro objawy nieżyty oskrzeli i nosa nieco złagodniały, wystąpił u podstawy serca, a mianowicie w II prawem międzyżebżu, jak również na wysokości III żebra na mostku wyraźny szmer skurczowy. Szmer zaś, słyszalny poprzednio u wierzchołka serca nie uległ żadnej zmianie. Jednocześnie skurcze stały się częstsze i silniejsze, tętno uderzało około 100—120 na minutę. Ciepłota ciała, która dotychczas wahała się pomiędzy 38,5°—39,0° C., podniosła się do 39,5° C.. Żadnych danych, wskazujących na reumatyczne cierpienie stawów, które przed kilku laty chora przechodziła, nie mieliśmy tym razem. Wymiary śledziona nie uległy powiększeniu. W ciągu następnych kilku dni gorączka była nieco mniejszą, wieczorem ciepłota dochodziła do 38,5° C., rano zaś opadała do 38° C., lub też do normy. Szmer skurczowy, słyszalny w ujściu tętniczym lewym, zyskiwał w dalszym biegu choroby na swej wyrazistości, a jednocześnie zauważyć można było powiększenie się serca w wymiarze podłużnym. Objawy powyższe, jak również brak zmian chorobowych w innych narządach, skłoniły nas do przyjęcia zapalenia wsierdzia z umiejscowieniem na zastawkach półksiężycowych aorty. Gorączka trwała jeszcze około dwóch tygodni, choć natężenie jej nie było znaczne [wieczorem około 38,4° C., rano ciepłota prawidłowa], tętno pozostało częstym, stale około 100 na minutę. Objawów podmiotowych ze strony serca nie zauważyliśmy. Skoro po upływie miesiąca od początku choroby, jednocześnie ze zmniejszeniem natężenia szmeru skurczowego, zaczął u podstawy serca występować szmer rozkurczowy, upewniliśmy się w prawdziwości naszego rozpoznania. Produkty zapalenia wsierdzia, podlegając różnym przemianom, stały się powodem wytworzenia niedomykalności zastawek półksiężycowych. Mięsień serca wykonywał dotychczas sprawnie swą czynność, wada podwójna serca znajduje się obecnie w okresie zrównoważenia.

Oprócz powyższych, przytoczę w krótkości jeszcze dwa następujące spostrzeżenia.

Spostrzeżenie VI. *Endoaortitis*.

P. K., lat 31, zgłosiła się do mnie w końcu Stycznia, uskarżając się na kaszel, silny niepokój i bicie serca, od lat kilku cierpi na *endoaortitis sclerotica cum hypertrophia ventriculi sinistri*. Na początku zaś Stycznia zasięgała mojej porady z powodu influenzy, która przedstawiała się w postaci nieżyto-nerwowej. Od tego czasu chora ciągle gorączkuje [koniec Lutego], z tą tylko różnicą, iż w początku przez pierwsze dwa tygodnie podwyższenie ciepłoty występowało rano i wieczorem, obecnie zaś wieczorem ciepłota dochodzi od 38°—38,4° C., w ciągu zaś dnia występują lekkie dreszcyki. Oprócz dawnych zmian, stwierdziłem u podstawy serca, w II międzyżebrowym prawym i na wysokości III żebra na mostku, skurczowy, chropawy szmer, przyczem czynność serca była bardziej przyspieszona, aniżeli poprzednio, tętno wynosiło około 110—120. Ponieważ zaś szczegółowe badanie nie wykryło w ustroju żadnych zmian chorobowych [oprócz zaostżenia oddechu w górnych częściach płuc], mogących wyjaśnić uporczywą gorączkę [malaryja, cierpienie narządów płciowych], zatem przyjęliśmy ostrawę zapalenie wsierdzia, umiejscowione na zastawkach półksiężycowych aorty. Ani w początku choroby, ani też w dalszym przebiegu nie mieliśmy do czynienia z cierpieniem gośćcowem: zmiany więc, zachodzące na wsierdzu, przypisaliśmy influenzy.

Spostrzeżenie VII. *Influenza. Endocarditis*.

Panna H., lat 18, chora kol. BUJWIDA, zapadła na początku Stycznia r. b. na influenzę. Silna gorączka, ogólne rozłamanie i kaszel stanowiły główne objawy. Nieżyt oskrzeli był dość rozległy. Rdzawa plwocina, jak również oddech oskrzelowy, słyszalny w okolicy prawej łopatki, zdawały się wskazywać na zapalenie płuca, objawy te jednak trwały krótko, poczem wystąpił szmer skurczowy u wierzchołka serca. Jednocześnie chora zaczęła się uskarżać na bicie serca, niepokój.

W kilka dni później [13 Stycznia] wezwany na naradę przez kol. BUJWIDĄ, znalazłem, co następuje. Budowa wątła. Odżywianie słabe. Stan bezgorączkowy. Tętno 90 małe, miękkie.

W płucach nic szczególnego. Uderzenie wierzchołkowe w IV międzyżebrowym, serce wskutek znacznego wzdęcia żołądka podniesione ku górze, wymiar poprzeczny powiększony: prawa granica na środku mostka, lewa w linii sutkowej lewej. U wierzchołka słychać wyraźny szmer skurczowy. U podstawy tony czyste. 2-gi ton tętnicy płucnej wzmocniony. Wątroba, jak również i śledziona z zwykłej wielkości. Język obłożony. Brzuch mocno wzdęty. Dalsza obserwacja wykazała, iż rzeczywiście wytworzyła się niedomykalność zastawki dwudzielnej po przebytem zapaleniu wsierdzia. Sprawa jednak chorobowa nie ograniczyła się do wspomnianej zastawki; po pewnym czasie wystąpiły objawy, wskazujące na zajęcie zastawek półksiężycowych aorty: zjawiał się szmer skurczowy w II prawym międzyżebrowym, tępość serca zaczęła się powiększać w wymiarze podłużnym, uderzenie wierzchołkowe stało się silniejszym, wystąpiła duszność i dokuczliwe bicie serca. Od tego czasu częstość tętna zwiększyła się znacznie [około 100—120 na minutę], a przerost lewej komórki był widocznym [górną granicą tępości serca na IV żebrze, lewa granica w linii pachowej przedniej, uderzenie wierzchołkowe w V a nawet i VI międzyżebrowym na 2 palce na zewnątrz od *l. m. s.*] prócz tego uderza dość znaczne napięcie tętna. Objawy te należało uważać za następstwo zmian chorobowych w ujściu tętniczym lewym. Wypada jednak zaznaczyć, iż o ile w początku choroby nie było bólów reumatycznych, o tyle w dalszym przebiegu zjawiały się od czasu do czasu bóle gośćcowe, głównie w stawie kolanowym prawym: był to więc jedyny przypadek, w którym po influenzy wystąpił reumatyzm.

Zapalenia wsierdza, jakie wskutek influenzy spostrzegaliśmy, dotyczyły prawie wyłącznie chorych, których błona wewnętrzna, a mianowicie zastawki przedstawiały już pewne zmiany chorobowe; w jednym tylko przypadku [spozstrzeżenie VII] zdawało się, jakoby zapalenie wsierdza rozwinęło się na nieznie-nionych zastawkach serca. Z podanych powyżej spostrzeżeń wypada wyróżnić dwie główne postacie zapalenia, mianowicie postać łagodną i postać złośliwą; jedną i drugą jednak należy uważać za zakaźną.

Pierwsza postać [do której należą spostrzeżenia IV, V, VI, VII], wyróżniała się mniejszym natężeniem gorączki: wyjąwszy pierwszych dwóch, trzech dni, ciepłota nie przechodziła 39° C., trwała jednak 3—4, a nawet 5 tygodni. Odczyn ze strony całego ustroju był mniejszy: niektórzy z tych chorych nie pozostawali nawet w łóżku, dopiero po wyraźnem zastrzeżeniu o ważności choroby dali się nakłonić do zachowania większej ostrożności.

Druga postać cechowała się znacznie wyższą gorączką i długim trwaniem tejże. Ciepłota wieczorami dochodziła do 40° C., ze zwolnieniami rannemi — typ tyfusowy, albo, co częściej miało miejsce, ciepłota wieczorna wznosiła się nawet po nad 40° C., a rano opadała do prawidłowej wysokości. Tej ostatniej postaci towarzyszyły zwykle obfite poty i dreszcze, ztąd podobieństwo do ropnicy, niekiedy zaś, jak to było w spostrzeżeniu I-em, mieliśmy najprzód gorączkę o typie tyfusowym, która następnie przyjęła charakter ropnicowy. W omawianej postaci zdarzały się często zawały, zwłaszcza w śledzionie. Odczyn na ustrój był w tych przypadkach bardzo znaczny. Upadek sił, bezsenność, a w jednym majaczenie, trwające z przerwami kilka tygodni, nietylko w czasie wzmania się gorączki, ale nawet w stanie bezgorączkowym należały do zwykłych objawów. Na 3 przypadki tej złośliwej postaci, 2 zakończyły się śmiercią, a w trzecim utrzymanie chorej przy życiu jest bardzo wątpliwem. W jednym z powyżej wspomnianych przypadków śmierć nastąpiła wskutek paraliżu serca, w drugim zaś rozwijał się stopniowo niedowład serca, który chorego o zgon przyprawił.

Dlaczego w jednych przypadkach mieliśmy łagodną, a w drugich złośliwą postać zapalenia wsierdza? Czy może natężenie influenzy odgrywało tu pewną rolę? Nie. Decydowały o tem indywidualne właściwości chorego: osobniki węższe, ze słabem odżywianiem, podkopane już poprzednio przebytemi chorobami, podlegały postaci złośliwej, tym zaś, których odporność była większa, czynności innych narządów, prócz serca, nienaruszone, przypadała w udziale postać łagodna. Forma ta wyróżniała się jednak od takiejże formy, towarzyszącej zwyklemu reumatyzmowi, głównie dłuższem trwaniem gorączki i nieco większem jej natężeniem. Postać złośliwa nie wyróżniała się niczem od zakaźnej, wrzodziejącej postaci zapalenia wsierdza. Co do umiejscowienia sprawy chorobowej, to ulubionem siedliskiem zakaźnych pierwiastków zdawały się być zastawki półksiężycowe aorty. Dodać także należy, że powikłania, o których mowa, występowały głównie przy t. zw. nerwowej postaci influenzy, rzadziej przy nieżytowej.

Co się tyczy rozpoznania zapalenia wsierdza, występującego w przebiegu influenzy, to kierować się musimy temi zasadami, co i przy *endocarditis* innego pochodzenia. Oprócz objawów miejscowych, ważną rolę przy rozpoznawaniu odgrywa gorączka, a wykluczyć w każdym razie należy, czy punktem jej wyjścia nie są choroby innych narządów: mamy tu głównie na myśli cierpienia okołomaciczne, *para-perimetritis*, jak również zimnicę i malaryję. Za cechę charakterystyczną zapalenia wsierdza, będącego powikłaniem influenzy, uważalibyśmy długie trwanie gorączki i wielką skłonność do powstawania postaci wrzodziejących. Zwykle zapalenie wsierdza, jakie w czasie gośca stawowego występuje, trwa znacznie krócej i bardzo tylko rzadko przechodzi w postać wrzodziejącą.

Nowsze badania bakteriologiczne wykazały, że najczęstszymi drobnoustrojami, spotykanymi w powikłaniach influenzy [zapalenie płuc, opłucnej i t. p.], były: 1) streptokoki, 2) stafilocoki, 3) pneumokoki [diplokokki FRAEKL'a].

WEICHELBAUM w Wiedniu spotykał prawie wyłącznie diplokokki lancetowate, cechujące zapalenie płuc. RIBERT i FINKLER w Bonn znajdowali głównie streptokoki. We Francji jedni spotykali głównie streptokoki, inni przeważnie diplokokki pneumoniczne [NETTER]. LEYDEN ¹⁾ znajdował wszystkie trzy rodzaje wspomnianych powyżej bakteryj; w wysiękach zaś opłucnej spostrzegał postacie mieszane, w których były jednocześnie diplokokki i streptokoki, albo diplokokki i stafilocoki. U nas kol. JAKOWSKI, badając płyn z opłucnej i płuc w 3 przypadkach zapalenia opłucnej z wysiękiem surowicznym i zapalenia płuc i opłucnej, które rozwinęły się po influenzy, wyhodował we wszystkich 3 razach typowe pneumokoki FRAENKEL'a.

Wiadomo zaś, że najczęstszymi drobnoustrojami, spotykanymi w zakaźnym, wrzodziejącym zapaleniu wsierdza, są: *staphylococcus pyogenes aureus* i *streptococcus pyogenes* — łatwym więc jest do zrozumienia, że zastawki serca, podległe już poprzednio zmianom chorobowym, przedstawiając odpowiedni grunt do rozwoju pasorzytów, mogą się stać siedliskiem właśnie tych mikrokoków, które, jeśli nie stanowią istoty influenzy, to w każdym razie ważną w niej odgrywają rolę. Wszakże i zapalenie wsierdza, wikłające krupowe zapalenie płuc [t. zw. *endocarditis pneumonica*], zdaje się polegać na osiedlaniu się diplokoków pneumonicznych na zastawkach serca ²⁾, podobnie i *endocarditis*, występujące w przebiegu gorączki pługowej, powstaje wskutek przeniesienia się pierwiastków zakaźnych z narządów płciowych na zastawki serca. Zdaje się, że *endocarditis malarica* w podobny sposób do skutku przychodzi.

Że w rzeczywistości zakaźne zapalenia wsierdza powstają w ten sposób, przemawiają za tem doświadczenia WYSOKOWICZA. Nietylko badania bakteriologiczne, lecz i spostrzeżenia, przy łóżku chorego czynione w czasie influenzy, przekonywały nas o tem, iż powikłania te, jak np. zapalenie opłucnej, zapa-

¹⁾ Zur Pathologie der Influenza von E. LEYDEN. Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 10, 1890.

²⁾ Szczegóły znajdzie czytelnik w pracy mojej: „Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźnym zapaleniem wsierdza“, Gazeta Lekarska r. 1887.

lenie błony wewnętrznej ucha, wreszcie niektóre cierpienia oczne okazywały wielką skłonność do przechodzenia w stan ropienia, który oczywiście tylko na karb mikrokoków zaliczyć należy; nie więc dziwnego, że i zapalenia wsierdzia przebiegały częściej w postaci złośliwej, t. zw. wrzodziejacej, ropiejacej. Te właśnie okoliczności skłoniły mnie do upatrywania ścisłego związku pomiędzy influencją a zakaźnem zapaleniem wsierdzia. Z powodów odemnie niezależnych w dwóch przypadkach, zakończonych śmiercią, nie wykonano sekcyj. Być może, że hodowle pasorzytów, znalezionych na zastawkach, wyjaśniłyby nam bliżej naturę sprawy chorobowej, o której mowa, tymczasem zaś musimy poprzestać na tem, co nam obserwacyja kliniczna wskazuje.

B) Wpływ influenzy na mięsień serca.

Spostrzeżenie I. *Emphysema pulmonum; arteriosclerosis.*

Do p. P., lat około 60 liczącego, zostałem wezwany na naradę wspólnie z kol. GAJKIEWICZEM. Chory uskarża się na krótki oddech i ciśnienie w okolicy serca. Dotychczas zawsze zdrow, przed tygodniem dostał silnej gorączki i kaszlu; objawom tym towarzyszyło ogólne rozłamanie, tak, że chory, odznaczający się zawsze silną odpornością, zmuszony był jednak położyć się do łóżka. Brat chorego, lekarz, przyjął to za influencję. Po kilku dniach, skoro gorączka i objawy nieznacznego zresztą nieżyty oskrzeli zaczęły ustępować, chory nagle w nocy zbudzony został silnym bólem w okolicy wierzchołka serca, który jako skurcz określa; bólowi temu towarzyszył krótki oddech, wielki niepokój i poty. Kończyny były zimne i sinicowe, tętno, według słów kol. G., który do chorego był w nocy wezwany, było bardzo słabe, z częstymi przestankami. Dopiero po zastosowaniu silnych środków pobudzających: eter, *valeriana*, wino, okłady gorące, gorczyczniki, groźny stan wyczerpania serca powoli minął.

St a n o b e c n y: Budowa średnia, odżywianie mierne, wygląd nieco bladej, tętno 60, twarde, fala średnia.

Klatka piersiowa zbliżona pod względem postaci do t. zw. beczkowatej. Znaczna rozedma płuc, zwłaszcza lewego. Oddech pęcherzykowy, rzężeń żadnych nie słyhać. Uderzenia wierzchołkowego nie czuć, tępość serca zmniejszona, wskutek rozedmy płuc. Tony serca bardzo słabe, zwłaszcza u wierzchołka.

Wątroba, śledziona nic szczególnego nie przedstawiają. Mocz białka nie zawiera. Trawienie dobre, zaburzeń ze strony kanału pokarmowego nie zauważono.

Ze względu na osłabienie mięśnia sercowego zalecono choremu kilkudniowe użycie nalewki strofantu, a następnie kamforę. O ile mi wiadomo, napady niedomogi serca nie powtarzały się.

Epicrisis. Jakkolwiek w ustroju znaleźliśmy pewne zmiany chorobowe, jak rozedmę płuc i stwardnienie naczyń, jednakże chory czuł się dobrze i nigdy pomocy lekarskiej nie zasięgał, a napady sercowe po raz pierwszy wystąpiły i to w czasie influenzy. Oprócz groźnej dysystolii serca, istniała także, choć w słabym stopniu, *stenocardia*.

Spostrzeżenie II. *Endarteritis extensa.*

W nocy z 27 na 28 Grudnia zostałem wezwany przez kol. KARWOWSKIEGO do generała R.. Po przybyciu na miejsce zastałem chorego, liczącego lat 70, w napadzie strasznej duszności. Chory siedział na łóżku z opuszczoną, podpartą na rękach głową, z niezmiernie przyspieszonym oddechem, około 60—70 na minutę i z rzęzieniem w piersiach. Na twarzy wielki niepokój, kończyny zimne, z sinicowem zabarwieniem, tętna wyczuć niepodobna, działalność serca słaba,

tony zaledwie dosłyszalne. Oddechanie pracowite, w którym przyjmują udział, oprócz właściwych mięśni oddechowych, inne pomocnicze. Na całej skórze, zwłaszcza zaś na twarzy obfity pot, płynący prawie strumieniami. Osluchiwanie płuc, z tyłu klatki piersiowej wykazuje ogromną ilość rzeżeń trzeszczących na całej przestrzeni tejże, obrzęk płuc. O wysłuchiwanie przednich części płuc, jak również o dokładnem wybadaniu serca nie mogło być oczywiście mowy, z powodu, iż chory, walcząc ze śmiercią, nie mógł pozostawać długo w jednej pozycji, zrywał się, przyjmując jużto pozycję stojącą, z mocno opuszczoną głową, wspartą na stole, jużto rzucając się na łóżko. W tem ostatniem jednak położeniu zaledwie kilkanaście sekund mógł pozostawać, poczem znowu do pozycji siedzącej powracał. Pomimo silnej pracy mięśni oddechowych, wykrztuszanie było nadzwyczaj utrudnionem; plwocina nieobfita, pienista, zabarwiona na różowo. Wobec groźnego stanu chorego, który prawie równał się konaniu, postanowiliśmy wspólnie z kol. K. zastosować najsilniejsze środki pobudzające: wstrzyknęliśmy też zaraz w kilkunasto-minutowych odstępach czasu kilka szprycek eteru z kamforą naprzemian z kofeiną (*coffeinum natro-benzoicum* 3j na $\frac{3}{3}$ wody), oprócz tego zastosowano gorące kamionki do nóg, gorczyzniki na różne części ciała. Po kilku godzinach podobnego postępowania, w przeciągu których wstrzyknięto choremu około 1 drachmy kofeiny [5 gran *pro dosi*], tenże zaczął do życia powracać. Oddech stawał się nieco rzadszym, a plwocina mniej zabarwiona, więcej śluzowo-ropną, rzeżenia znikwały, najprzód z górnych, później z dolnych odcinków płuc, jednocześnie z poprawą czynności serca. Nad ranem chory zażądał papierosa, wzrok ożywił się, a twarz poprzednio woskowo-błada przybrała nieco rumiejszy kolor; tętno uderzało około 100 na minutę. Ściany tętnicy promieniowej były twarde, fala mała, tętno prawie rytmiczne.

Od żony dowiedzieliśmy się, że chory przed 10 dniami wyjechał z Odessy do Petersburga, czując się zupełnie zdrowym. W lecie przebywał w Jalcie, gdzie podobnie jak i w Odessie odbywał codziennie bez najmniejszego zmęczenia kilkowiorstowe przechadzki. Oddawna zawsze bardzo czynny, wytrwały do zadziwienia na wszelkie trudy wojskowego życia, energiją i wytrwałością, pomimo posuniętego wieku, zadziwiał otaczających. Podczas wojny rosyjsko-tureckiej przebył kilka miesięcy wśród ciężkiej zimy w namiocie wśród śniegów. Reumatyzmu nigdy nie przechodził, przed dwoma laty miał podobno 3 lekkie napady apoplektyczne, cechujące się nieznacznem zacianiem się w mowie i osłabieniem prawej połowy ciała; każdy z tych napadów, które wystąpiły w przeciągu dwóch tygodni, trwał bardzo krótko, zaledwie kilka godzin. Chory nie kładł się nawet do łóżka i nie przerywał swoich czynności. W ostatnich czasach z porady lekarzy używał jodku potasu. Życie prowadził higieniczne, skromne, napojów wysokowych nie używał. Otóż, będąc w Petersburgu, siódmego dnia pobytu tamże, dostał panującej wówczas influenzy z nieznaczną gorączką i silnemi bólami w klatce piersiowej. Bóle te, według opowiadania samego chorego, były nadzwyczaj dokuczliwe, zwłaszcza w bocznych częściach klatki piersiowej, a rozprzestrzeniały się także, choć w słabszym stopniu, i na kończyny. Objawom tym towarzyszył nieznaczny nieżyt nosa. Do bólów wspomnianych przyłączył się szybko napad silnej duszności i rozpierania w piersiach, wystąpił zaś o godzinie 5 rano. Wezwany lekarz zalecił rozcieranie ciała eterem i *liquor ammonii anisatus*. W ciągu dnia chory wyszedł na miasto. W nocy zjawił się podobny napad duszności z rzeżeniem w piersiach, przeciwko któremu zapisano choremu ipekakuanę i kofeinę. Następnego dnia chory czuł się zmęczonym, nie wyszedł na miasto, choć duszności żadnej nie miał. W nocy dostał napadu duszności z obrzękiem płuc. Po kilku godzinach, skoro atak ustąpił, chory, pomimo wyraźnego zakazu lekarza, wybrał się w podróż do Warszawy. W podróży tej, trwającej 36 godzin, czuł się lepiej, napadu duszności ani razu nie miał. Przyjechawszy do Warszawy po wejściu do mieszkania dostał wspomnio-

nej powyżej duszności. W następnych dniach stan chorego poprawił się znacznie, obrzęk płuc ustąpił zupełnie, duszności chorey nie doznawał, choć dodać należy, iż pozostawał ciągle w pozycji siedzącej na fotelu. Lekkie, trwające zaledwie kilkanaście minut napady duszności występowały tylko, skoro chorey dla wykrztuszenia zebranej w oskrzelach śluzo-ropnej płwociny zmuszony był czynić pewne wysiłki. Tętno około 100—120, rytm nieco zmieniony (*allorhythmia*), t. j. po kilkunastu uderzeniach tętna o rytmie przyspieszonym, następował cały szereg uderzeń o rytmie nieco zwolnionym, przestanki w tętnie zdarzały się bardzo rzadko.

Badanie serca wykazało: uderzenie wierzchołkowe w V międzyżebżu średniej siły, na $1\frac{1}{2}$ —2 ctm. na lewo od linii sutkowej lewej. Górna granica serca pod IV żebrem, lewa na 2 ctm. na lewo od *l. m. s.*, prawa przechodzi nieznacznie za lewy brzeg mostka. Tony czyste, pierwszy ton u wierzchołka przytłumiony, drugi ton aorty nieco silniejszy, aniżeli tętnicy płucnej. W przebiegu aorty wstępującej jak również i w naczyniach szyjowych szmerów nie słychać, tętnice powierzchowne [promieniowe i skroniowe] zgrubiałe, światło ich jakby zwężone. Śledziona prawidłowej wielkości, wątroba powiększona, wystaje z pod prawego podżebrza na szerokość 2 palców. Język nieco obłożony; stolce zaparte. Mocz nieco stężony w ilości około 800 ctm. sześć. na dobę, ani białka, ani cukru nie zawiera.

Rozpoznanie: *Endarteriitis catensa. Hypertrophia ventriculi sin. Dysystolia.*

Wśród względnie dobrego stanu, chorey w nocy z dnia 2 na 3 Stycznia bez najmniejszego, widocznego powodu, siedząc w fotelu, dostał nagle silnego napadu duszności, podobnego zupełnie do pierwszego. Przy objawach wyczerpania serca zjawił się ostry obrzęk płuc z pianistą różową płwociną; w przeciągu 10—15 minut od początku napadu nie było już prawie ani jednego miejsca klatki piersiowej wolnego od wilgotnych rzeżeń.

Chorey siedzi, oparty głową o stolik, kończyny zimne, tętna niepodobna wyczuć, obfity pot. Po wielkim wysiłku udało się ulżyć choremu, zastosowawszy około 20 szprycek eteru z kamforą i kofeiny. [Mniejsza część z tych przypada na eter z kamforą, większa na kofeinę]. Nad ranem jednocześnie z poprawą tętna, które zaczęło uderzać około 100 na minutę, obrzęk płuc ustąpił, chorey zaczął swobodnie oddechać. Na naradzie, odbytej następnego dnia z prof. BARANOWSKIM, kól. HEINRICHEM, KARWOWSKIM i HOLCEM, zgodzono się na powyższe rozpoznanie; oprócz środków pobudzających, zaleciliśmy choremu jodek potasu i środki czyszczące [ze względu na powiększenie wątroby]. Od tego czasu zdrowienie postępowało choć zwolna, ale ciągle naprzód, siły chorego wzmagaly się, czynność serca stawała się silniejszą, raz tylko jeden po upływie kilku dni zjawił się krótkotrwały, około $\frac{1}{2}$ godziny, napad duszności, który wywołany został kilkakrotnem, przenoszeniem się chorego, próbującego swoich sił, z fotelu na kanapkę. Z dalszego przebiegu wspomnieć wypada, iż głównem miejscem zastoju krwi była wątroba, która jednak pod wpływem ogólnie stosowanych środków przeczyszczających zmniejszała się widocznie.

Obrzęk kończyn dolnych, który dopiero około szóstego dnia wystąpił, był nieznaczny i dotyczył głównie stóp i dolnych części goleni. Po upływie 3 tygodni stan chorego poprawił się o tyle, iż tenże mógł już noce przepędzać w łóżku, a w ciągu dnia przechadzać się ostrożnie po pokoju.

Wobec tak widocznej poprawy zgodziliśmy się na wyjazd chorego do Odessy, zastrzegłszy wszelkie możliwe ostrożności. Drogę przebył chorey szczęśliwie, bez najmniejszego zmęczenia, przybywszy jednak na miejsce, uważając się za zdrowego, przekraczał niektóre nasze przepisy, mówił dużo i ruszał się za wiele, choć z domu nie wychodził. Trzeciego dnia po przyjeździe wieczorem zaczął doznawać lekkiej duszności, poczem szybko rozwinął się groźny na-

pad rozkurczu serca z obrzękiem płuc, który w przeciągu dwudziestu kilku minut chorego o zgon przyprawił, pomimo energicznego zastosowania środków pobudzających, używanych przy poprzednich napadach. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

9. Minkowski. Cukrzyca (*diabetes mellitus*) i choroby trzustki.

Doświadczenia na psach, robione przez autora wspólnie z prof. MERING'em, dowiodły, że całkowite wyluszczenie trzustki wywołuje we wszystkich bez wyjątku przypadkach moczówkę cukrową, chorobę długotrwałą, odpowiadającą ciężkim postaciom, spostrzeganym u ludzi, a więc niepodobną do cukrzycy sztućznej, jaka występuje po ukłuciu dna czwartej komórki mózgowej, po otruciu kurarą, tlenkiem węgla, strychniną i t. d.; ta ostatnia bowiem forma przedstawia zawsze stan przemijający.

Występująca po wycięciu trzustki moczówka cukrowa zależy bezpośrednio od braku trzustki. Nie chodzi tu jednak o obrażenia nerwów; wyluszczenie bowiem częściowe trzustki nie wywołuje cukrzycy nawet wtedy, kiedy tylko $\frac{1}{10}$ część narządu zostawiamy. Nie może ona również zależeć od braku soku trzustkowego w kiszkach i wykluczenia jego wpływu na substancje cukrorodne [wodany węgla], gdyż podwiązywanie przewodów wyprowadzających nie wywołuje cukrzycy. Zdaniem autora, moczówka cukrowa, otrzymywana po całkowitem wycięciu trzustki, zależy od nieznanego nam jeszcze bliżej swoistego udziału tej ostatniej w przemianie materii w ustroju.

Prócz tego wiadomo, że najczęściej stwierdzone zmiany na zwłokach umarłych na moczówkę cukrową są to zmiany w trzustce. FRERICHS na 26 sekcjach 12 razy wykrywał zmiany w trzustce, SEEGEN na 30 przypadków 13 razy, SENATOR w połowie przypadków. Częstość tych zmian naprowadza na myśl, że nie jest to powikłanie przypadkowe, lecz że ściślejszy zachodzi związek między moczówką cukrową z jednej, a zmianami w trzustce z drugiej strony.

Doświadczenia na psach dowodzą, że niektóre przynajmniej przypadki cukrzycy u człowieka zależą od zmian w trzustce. Czy zaś wszystkie bez wyjątku przypadki moczówki cukrowej są w związku z chorobami trzustki, autor tego pytania stanowczo nie rozstrzyga, ale przypuszczenie to wydaje mu się bardzo prawdopodobnem.

Że nie we wszystkich przypadkach chorób trzustki cukier wydziela się w moczu, dziwić nas nie powinno; wiemy bowiem, iż wyluszczenie częściowe, nawet jeżeli pozostała część stanowi $\frac{1}{10}$ całego narządu i nie jest w związku z przewodami wyprowadzającymi, cukrzycy nie wywołuje.

Ta okoliczność, że nie we wszystkich przypadkach cukrzycy spostrzegamy zmiany patologiczne trzustki, zależy może od tego, że dotychczas nie zwracano należytej uwagi na zmiany drobnowidzowe; w tych zaś przypadkach, w których badanie drobnowidzowe nie wykazałoby nam żadnych zmian, możnaby przyjąć

S. Mintz.

(Berlin. kl. Wochenschr. 1890. N. 8.).

10. Rosenheim. O wrzodach peptycznych, powikłanych rakiem żołądka.

Wobec odmiennych własności soku żołądkowego przy raku żołądka a wrzodzie peptycznym, niezmiernie ciekawem przedstawia się postawione przez autora pytanie: jaki wogóle obraz kliniczny przedstawia powikłany przez rak wrzód okrągły żołądka i jak w szczególności zachowuje się sok żołądkowy przy powyższem powikłaniu? Cztery przez autora spostrzegane przypadki raka, dla którego punktem wyjścia była pozostała po wrzodzie peptycznym blizna, przytaczam w streszczeniu.

I. U kobiety, mającej 42 lat wieku, która poprzednio przez lat 10 chorowała na kurcz żołądkowy, rozwinęły się w przeciągu 15 miesięcy charakterystyczne dla raka odźwiernika objawy, a mianowicie: guz, rozszerzenie żołądka, wymioty masą czarną, przeszywające bóle i charłactwo. Pomimo to, prawie do samego zgonu chorej autor stale znajdował w zawartości żołądka wolny kwas solny, a nawet nadmierną kwaśność (3, 9 *pro mille*) i wzmożone wydzielanie. Na sekcji znaleziono: *carcinoma pylori ex ulcere*. Nowotwór zajmował przeważnie tkankę podśluzową i mięśniową, tkanka zaś śluzowa prawie wcale nie była zajęta, a w okolicy dna i wpustu błona śluzowa przedstawiała się zupełnie prawidłową.

Stałą obecność w danym przypadku wolnego kwasu solnego autor tłumaczy brakiem nieżyty błony śluzowej żołądka. Różni się ten przypadek od zwykłego raka żołądka: 1) iż błona śluzowa, a co za tem idzie i siła wydzielnicza zachowuje się tak, jak przy wrzodzie peptycznym; 2) że przez cały szereg lat raka poprzedziły objawy ze strony żołądka [kurcze], czego zwykle nie bywa, chorzy bowiem na raka utrzymują, że przedtem na żołądek nigdy nie chorowali. Otóż, owe kurcze żołądkowe przy jednoczesnej nadmiernej kwaśności dały prawo do rozpoznawania *intra vitam carcinomatem ex ulcere*.

II. Kobieta, 38 lat licząca, od lat 20 cierpi na zwężenie otworu żylnego lewego i niedostateczność zastawki dwudzielnej. W przeciągu roku rozwinęły się w niej objawy raka [bóle, wymioty krwawe, guz]. Za wyjątkiem ostatnich miesięcy, stała obecność wolnego kwasu solnego w zawartości żołądkowej, a w pierwszym półroczu choroby nawet *hyperaciditas*. W ostatnich również miesiącach dołączyła się niedokrwistość złośliwa (*anaemia perniciosa*). Na sekcji: *scirrhus ventriculi in basi ulceris*.

Brak w danym przypadku wolnego kwasu solnego w ostatnich miesiącach autor objaśnia nieprawidłowym składem krwi, zależnym od niedokrwistości złośliwej; albowiem gruczoły żołądkowe źle odżywiane przestają wytwarzać z dostarczanego im materiału kwas solny.

III. Kobieta, mająca 42 lat wieku. Od 6 lat wymioty śluzem i bóle. Od 2 lat wymioty krwawe, a w ostatnich czasach wymioty resztkami pokarmów i mocne wychudnienie.

St. praesens. Brak rozszerzenia żołądka, jak również upośledzenia czynności ruchowej żołądka. Po śniadaniu próbnem w zawartości żołądkowej dużo wolnego kwasu solnego, naczeczko w żołądku niewielka zawartość, składająca się ze śluzu i włókniaka, o odczynie kwaśnym. Pod drobnowidzem w zawartości, wydobytej naczeczko z żołądka, znaleziono: zniszczone komórki, białe ciała krwi, bakteryje, brak za to grzybków drożdżowych. W okolicy nadbrzuszej guz twardy, o gładkiej powierzchni, przy wdechaniu odchodzi cokolwiek ku tyłowi. Po trzech tygodniach zmiany te same, guz tylko wyraźniejszy.

Pomimo, że autor chorej dalej nie obserwował, nie waha się, ze względu na bóle i wymioty, które trwały przez kilka lat, i ze względu na przebieg choroby w ostatnich czasach, rozpoznawać *carcinoma ex ulcere*. Rak rozwinął się prawdopodobnie na krzywiznie dużej, lub też przedniej ścianie żołądka, przyczem nowotwór zajmuje tkankę podśluzową, nie będąc powikłanym przez nieżyt błony śluzowej.

IV. Kobieta, w wieku 42 lat, od 3 miesięcy choruje na żołądek. Wymioty żółcią zabarwione, stolce czarne.

St. praesens. Dolna granica płuc obniżona. Tępość serca dochodzi do prawego brzegu mostka, czynność serca bardzo nieprawidłowa. W moczu białko i cylindry ziarniste. Brzuch wzdęty, okolica nadbrzusza przy dotykaniu bolesna. Wymioty zieloną masą o odczynie kwaśnym.

Chora po 2 dniach pobytu w szpitalu umarła.

Na sekcji prócz zmian w płucach, sercu, wątrobie i nerkach, znaleziono: *carcinoma medullare ex ulcere in pyloro*. Przekrwienie błony śluzowej żołądka; pod drobnowidzem w błonie śluzowej zmiany, odpowiadające wczesnym okresom nieżyty.

Na zasadzie powyższych przypadków autor do następujących dochodzi wniosków:

1. Obecność wolnego kwasu solnego, *resp.* nadmiernej kwaśności na wysokości trawienia przy niewątpliwych objawach raka żołądka [guz, charłactwo] przemawia za powstawaniem złośliwego nowotworu z wrzodu peptycznego.

2. Brak jednak wolnego kwasu solnego przy raku żołądka nie wyklucza bynajmniej możliwości powstawania nowotworu rakowego z wrzodu peptycznego, gdyż, jak w przypadku drugim, powikłania innego charakteru wpłynąć mogą na upośledzenie siły wydzielniczej żołądka. Prócz tego nowotwór w przeciągu krótkiego czasu obszerne przyjąć może rozmiary, wywierając niszczący wpływ na błonę śluzową żołądka. Nakoniec pamiętać należy, że przy wrzodzie peptycznym nieraz bywa *subaciditas*.

3. Obecność wolnego kwasu solnego przy niewątpliwych objawach wrzodu peptycznego nie wyklucza istnienia raka żołądka.

S. Mintz.

(*Zeitschrift f. kl. Med.* 1890. H. I. II.).

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 13].

W dalszym ciągu dyskusji na posiedzeniu 25. II. kol. GOLDFLAM zaznaczył, że ciężkie objawy u przedstawionego chorego i wygląd jego znamionują bardzo ciężko chorego człowieka i zmuszają do przypuszczenia, że cierpienie polega tu na rozległych zmianach materyjalnych w różnych terytoryjach ośrodków mózgowych. Nie wystarczy tu przyjęcie istnienia zmian w prawej półkuli mózgowa, lub w mózdzku. Przypuszcza, że mamy tu do czynienia ze zmianami rozsianymi, wielogniskowymi, a objawy takie, jak: zmiana mowy, zmiany psychiczne, ból i zawroty głowy, napady drgawkowe, porażenia mięśni, gałek ocznych, drżenie języka, *paraplegia spasmodica* i t. d., skłaniają do przyjęcia *sclérose en plaques*. Brak drżenia intencjonalnego wcale temu nie przeczy. Wogóle *sclérose en plaques* jest cierpieniem polimorficznym, rzadko występującem w klasycznej postaci. Co do etjologii, to uraz wywołać może to cierpienie; objawy, jakie u chorego widzimy, rozwinęły się progresywnie w ciągu 4 miesięcy, nie może więc to przeczyć istnieniu *sclerosis disseminatae*. Nie sądzi, aby można przypuścić istnienie w danym razie neurozy traumatycznej, czemu przeczy już sam wygląd chorego, mającego wszelkie pozory bardzo ciężko chorego człowieka. Objawy, jakie tu spostrzegamy, istnieć mogą i w neurozie traumatycznej, lecz o rozpoznaniu stanowi ugrupowanie objawów, ich natężenie, jakoteż następstwo i cały przebieg. Napady drgawkowe, jeśli bywają przy tem cierpieniu, to mają tu więcej charakter histere-epileptyczny, czego w danym przypadku nie ma. Nie sądzi również, aby można było przyjmować dla jednego przypadku tłómaczenia takiego, jak je podaje kol. BRUNER, że istnieją rozmięczenia w niektórych miejscach kory, a równocześnie zmiany dynamiczne w nerwach czaszkowych.

Kol. STANKIEWICZ sądzi, że uraz był bardzo ciężki i mógł zniszczyć nie tylko części miękkie, lecz i kostne na podstawie czaszki *par contre coup* [złamanie, lub odłuszczenie blaszki kostnej]. Dziś mamy do czynienia jedynie z następstwami tej sprawy. Co do operacji, to sama ona mogłaby być łatwą, lecz jedynym jej wynikiem byłoby chyba wypuszczenie płynu krwistego, jeśli ten istnieje.

Kol. GAJKIEWICZ nie zgadza się na rozpoznanie kol. BRUNERA. Wnosząc z przebiegu choroby, należałoby przyjąć, iż kilka ognisk wylewu krwi, czy rozmięczenia następczego, wymienionych przez kol. B., nie wytworzyło się odrazu, lecz że niektóre z nich powstały dopiero po kilku tygodniach, bo objawów z biegiem czasu przybywało, co jest niemożliwym bez nowej przyczyny. Należałoby przypuścić, iż zaszły zmiany w ścianach naczyń, które wytworzyły nowe ogniska rozmięczenia, przypuszczenie niełatwe do dowiedzenia. Rozpoznanie kol. B. nie tłumaczy wszystkich objawów. Przy zniszczeniu tylnej części torebki wewnętrznej, musiałby być dotkniętym zmysł wzroku, czego u chorego nie ma. Dalej, ogniska chorobowe, wymienione przez kol. B., nie wytłumaczają znieczulenia prawej połowy twarzy.

Kol. G. podobne zarzuty robi przypuszczeniu kol. GOLDFLAMA. Przedewszystkiem, nie może on pojąć, w jaki sposób *sclerosis* rozwinęłaby się zaraz po traumie; chory bowiem już 5-go dnia był bez mowy, a w kilka dni następnych pojawiły się objawy porażenia ze strony kończyn i mięśni ocznych. Trauma bywa podawaną jako jedna z możliwych przyczyn *sclerosis disseminatae*, lecz aby zwyrodnienie nastąpiło, musi przecież upłynąć pewien czas. Dalej, przy takim mnóstwie objawów, jakie chory przedstawia, co bywa w *sclerosis disseminata*, brak jednak objawów niemal stałych, jak drżenie głowy, gątek ocznych, charakterystycznych zaburzeń w mowie, gdy tymczasem objawy czuciowe, których zazwyczaj w *sclerosis* albo nie ma, lub są przechodnie, tu w danym przypadku stoją na pierwszym planie. Z tych powodów kol. GAJKIEWICZ skłania się do przyjęcia t. zw. *neurosis traumatica*, eo ipso histeryi, którą wytłumaczyć się dadzą wszystkie objawy, jakie kol. BRUNER wymienił u swego chorego. W opisach przypadków CHARCOT'a, a zwłaszcza OPPENHEIM'a spotykamy niemal stale wspomniane zaburzenia psychiczne, zaburzenia w mowie takie, jakie podają za charakterystyczne dla *sclerosis disseminata*, zaburzenia w sferze wszystkich zmysłów; dalej są tam wzmianki o *xantopsia* i *polyopia monocularis*, które to objawy były i u chorego kol. BRUNERA; stale niemal widziano zaburzenia w czuciu [znieczulenie połowiczne lub częściowe], porażenie ruchu w kończynach i we wszystkich nerwach mózgowych, nawet w mięśniach ocznych i językowych [w tych ostatnich rzadko], dalej drżenia, zaburzenia w równowadze, stale odruchy ścięgniste były wzmoczone, niekiedy „*Fussclonus*“, widziano nawet zmiany w tętnie, czynności pęcherza moczowego.

Wygląd chorego, o czym wspomniał kol. GOLDFLAM, jest bez znaczenia, bo we wszystkich przypadkach *neurosis traumaticae* ma to miejsce. Czy wreszcie człowiek, dotknięty paraplegią histeryczną, nie robi też wrażenia ciężko chorego? Że chory kol. B. nie był podobno przedtem histerykiem, niczego nie dowodzi; wszak dziś niewątpliwem jest, iż histeryja długi czas może być utajoną, a dopiero wybucha przy zdarzonej okazji. Zbiór objawów takich, jak ból [w krzyżu, bliznie] i znieczulenia z jednej strony, a drżenia i porażenia ruchu z drugiej strony, czyż nie mówią za histeryją? Chory kol. B. miewa nawet napady histeryczne, gdyż kol. GAJKIEWICZ tego, co widział po uciśnięciu blizny, nie uznaje za padaczkę częściową, lecz za napady podobne do epileptycznych, a takie w histeryi są częste. Wreszcie kol. GAJKIEWICZ dodaje, iż padaczka JACKSON'a straciła już dawne znaczenie patognomiczne dla cierpień korowych, gdy niewątpliwie była i w histeryi.

Kol. ROTHE nie skłania się do rozpoznania *sclerosis multiplicis* lub *neurozy traumatycznej*; sądzi, że istnieją zmiany materjalne tak, jak je opisał kol. BRUNER. Nie sądzi, aby operacja okazała się choć trochę korzystną dla chorego, a ze względu na stan chorego mogłaby być ciężką i niebezpieczną.

Kol. KORNIŁOWICZ przypomina, że uderzenie nastąpiło po stronie prawej, a zmiany paretyczne mamy po lewej. Przypuszcza więc, że muszą istnieć tu

zmiany somatyczne i bardzo jest możliwem przypuszczenie, że po prawej stronie może istnieć jakaś odluszczone blaszka kostna.

Kol. SZYSZLO sądzi, że gdyby istniała blaszka odluszczone, to zmiany patetyczne powinny były istnieć od początku choroby; przypomina, przechylając się do zdania kol. GAJKIEWICZA, że rozpoznanie neurozy traumatycznej podawał jako możliwe jeszcze na zeszłym posiedzeniu.

Kol. BRUNER nie zgadza się ani na rozpoznanie *sclerosis*, ani neurozy. W danym przypadku pozostały wprawdzie niektóre objawy, jak porażenia w kończynach, lecz porażenie nerwu twarowego przechodzi. Przypuszcza więc, że mogły tu istnieć wylewy bardzo liczne, lecz małe, jedno z nich uległo wessaniu, inne pozostały bez zmiany. Co do stanu psychicznego chorego, dodaje, że chory jest bardzo podejrziwym względem wszystkich otaczających go.

Kol. JAWDYŃSKI nie sądzi, aby można było ściśle wiązać objawy dziś istniejące z tem, co było pierwotnie. Zależy tu wszystko od pierwotnego urazu, lecz zmiany muszą być porozrzucane w wielu punktach, na co wszyscy się zgadzają. Co do krwotoków w istocie mózgowej, to nie zdarzało mu się nigdy widzieć po traumie rozrzuconych drobnych ognisk, lecz jedno zazwyczaj większe ognisko. Nie widzi tu również żadnych objawów, pozwalających na przyjęcie istnienia pęknięcia czaszki. Wreszcie co do operacji, sądzi, że jest tu jedynie wskazaniem usunięcie bolesnej blizny, nawet z wytrepanowaniem kawałka kości, gdyż każde dotknięcie jej wywołuje napady drgawkowe.

Kol. PRZEWOSKI zaznaczył wreszcie, że nie widywał drobnych, licznych wylewów w mózgowiu po urazie; zazwyczaj widywał jeden większy wylew, a jeśli dwa, to drugi po przeciwnej stronie czaszki, powstający *par contre coup*.

Na posiedzeniu, d. 17. II. przedstawił kol. BRUNER MIKOŁAJ jeszcze jednego chorego, 55-letniego, dotkniętego porażeniem prawej kończyny górnej i dolnej oraz z *amnesia verbalis motorica*. Choroba nastąpiła przed 10 miesiącami po traumie [po wypadnięciu ze sanek]. Dzisiaj jest już znaczna poprawa, porażenie przechodzi, mowa wraca, a chory pojmuje wszystko dobrze, co się do niego mówi.

Wiadomości bieżące.

— O nowej jakoby chorobie, zwanej w pismach nielekarskich „nona“, mamy do zanotowania wiadomość, podaną przez D-ra BRAUN'a z Bolkenhain w Nr. 13 *Deut. med. Woch.*, który spostrzegł u 14-letniej dziewczyny główny objaw t. zw. nony, to jest śpiączkę. D-r BRAUN skonstatował zapalenie płuc powikłaną *meningitis*, t. j. choroby zbliżone do siebie pod względem bakteryjologicznym. Ponieważ przypadek ten, jako też i inne przypadki *meningitidis* przyłączyły się do influenzy, przeto D-r B. sądzi, że przyczyną chorób tych jest zarazek influenzy — i przypuszcza, że „nona“ nie jest niczem innym, jak tylko *meningitis cum pneumonia*.

Również spostrzegany przez D-ra v. GLACICH we Fiume przypadek *meningitidis* po influenzy występował z objawami przypisywanemi „nonie“. Wnosić stąd można, że ogłaszane w pismach nielekarskich wiadomości o „nowej“ chorobie zw. „nona“ [pod formą kilkodziwowej śpiączki kończącej się śmiercią], pozbawione są podstawy.

— „Wykłady kliniczne“ po zmarłym VOLKMANN'ie wydawać będą w dalszym ciągu BERGMANN, ERB i WINCKEL.

— Nie tyle śmiałem, ile oryginalnem jest proponowane przez D-ra A. WILHELM'ego leczenie blednicy za pomocą upustów krwi, które dawniej już, bo w r. 1887 zalecił D-r AUGUST DYES. D-r W. wstrzymuje się od wszelkich objaśnień, a przytacza tylko to, co spostrzegął, i z czego wyprowadza wniosek, że upust krwi usuwa blednicę najprędzej i najpewniej. W. upuszczał z żyły 80—100 gramów krwi na raz, pozostawiając bezpośrednio po tem chore w łóżku. Upust krwi, w razie jeżeli pierwszy nie skutkował, powtarza się po 4—8 tygodniach. Objawy blednicy towarzyszące mają szybko ustępować i stan ogólny poprawia się nadspodziewanie prędko. Również w jednym przypadku uporczywych bólów głowy, niebledniczego pochodzenia, skutek upustu krwi był bardzo pomyślny.

— W Paryżu zmarł TRÉLAT, znany chirurg, od r. 1880 prof. kliniki chirurgicznej w szpitalu Necker — w wieku lat 62.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 29 Марта 1890 г.

Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr 29.

Żelazo D-ra Girard'a (dozwolone w Rosyji).

52

W raporcie swoim do Akademii medycznej w Paryżu, Prof. Hérard pisze: „że preparat ten chorzy chętnie przyjmują, żołądek dobrze go znosi; w dawce 10—20 centigramów dziennie podnosi siły i leczy bladaczkę i małąkrwistość, jak wszelkie dobre przetwory żelaza; główną zaś zaletą tej nowej soli żelaznej pod względem terapeutycznym jest to, że nie spowodowała zatwardzenia, a nawet zwiększając dawkę do 30, 40, 50 centigramów można wywołać wypróżnienia“.

(Bulletin de l'Académie de Médecine: 2 série t. I. 1872, pag. 1109 seq.)

Skład w Paryżu, 8, ulica Vivienne, oraz we wszystkich aptekach.

SYROP CHRZANOWO JODOWY

50. przyrządzony na zimno przez p. GRIMAUULT
(dozwolony w Rosyji).

Jest to ściśle połączenie jodu z sokiem roślin wchodzących w skład syropu przeciw skorbutycznego, jako to, rzerzuchy, chrzanu, warzęchy i wodnej koniczyny; nie czułe na reakcję krochmalową. Przetwór ten jest nieszkodliwym dla żołądka i kiszek i dlatego przewyższa on wszystkie inne syropy z jodkiem potasu i jodkiem żelaza. Każda łyżeczka zawiera 5 centigramów jodu, dzieciom przepisuje się łyżeczkę rano i wieczorem, dorosłym osobom po 2—4 łyżeczek.

Skład w Paryżu Apteka Vial'a, 1, ulica Bourdaloue oraz we wszystkich aptekach.

JAWORZE na Szlaku austr. (Ernsdorf).
Zakład hydropatyczny i żętyczny. Uzdrowisko-klimatyczne. Leczenie elektrycznością, masaż, mleko. Sezon od 1 Maja do 30 Września. Lekarz d-r EDM. KOWAŁSKI.
92 Poczta, telegraf, stacya kolei żelaznej.

Wyjaśnienia i broszury przesyła Inspekcya Zakładu.

10—2

59.

ZAKŁAD LECZNICZY

DLA UMYSŁOWO CHORYCH I NERWOWYCH

w Kowanówku pod Obornikami w W. Ks. Poznańskim,

w uroczej okolicy, wśród najkorzystniejszych warunków zdrowotnych położony, we wszelkie zasoby lecznicze dzisiejszej psychiatrii i neuroterapii zaopatrzone, z wygodami wszelkiego rodzaju, elegancją i komfortem urządzone, przyjmuje każdego czasu na kuracyją chorych płci obojej.

Na żądanie wysyła się prospekta z warunkami