

MEDYCINA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. Ś. p. Prof. Feliks Nawrocki, Skroślił St. Łagowski. — Dwa rzadkie przypadki wilka błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych. Podał M. Koenigstein. — O pierwszym objawie wiadu i o znaczeniu odruchu ze ścięgna Achilles'a. Podał S. Goldflam. (Dokończenie). — WYKŁADY KLINICZNE. Leczenie ostrego i przewlekłego zapalenia nerek. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 36. Przyczynek do nauki o laseczniku przymiotu. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) † D-r F. Nawrocki. 2) D-r M. Koenigstein — Deux cas rares de lupus de la muqueuse de la partie supérieure des voies respiratoires. 3) D-r S. Goldflam — Sur le premier symptôme de l'ataxie locomotrice progressive et sur le réflexe du tendon d'Achille.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) † D-r F. Nawrocki. 2) D-r M. Koenigstein — Zwei seltene Fälle von Lupus der Schleimhaut der oberen Luftwege. 3) D-r S. Goldflam — Ueber das erste Symptom der Rückenmarksschwindsucht und ueber den Reflex der Achillessehne.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Ś. P.

Prof. FELIKS NAWROCKI.

W nocy z dnia 1 na 2 czerwca r. b. po długich cierpieniach zmarł w Warszawie profesor b. Szkoły Głównej, a następnie profesor Uniwersytetu Warszawskiego, d-r med. Feliks NAWROCKI.

Zmarły urodził się dnia 20 listopada 1837 roku we wsi Tworkach w pow. Grójeckim; pochodził z rodziny ziemiańskiej. Po stracie rodziców lata dziecięce spędził u krewnych w Poznańskim; nauki gimnazjalne pobierał w gimnazyum św. Maryi Magdaleny w Poznaniu. Ukończywszy je chlubnie w r. 1855, wstąpił do uniwersytetu w Berlinie na wydział języków wschodnich, na którym pozostawał w ciągu lat trzech. W roku 1858 przeniósł się na wydział lekarski do uni-

wersytetu we Wrocławiu i tu w styczniu roku 1863 uzyskał stopień doktora medycyny po obronie rozprawy: „De Claudii Bernardi methodo oxygenii copiam in sanguine determinandi“. Zdradzając wielkie zamiłowanie do fizjologii i chemii i pracując pod kierunkiem takich mężów, jak: HEIDENHAIN, LOTHAR-MEYER i Cl. BERNARD, wyrobił sobie uznanie w świecie naukowym i już pod koniec roku 1863 powołany został do uniwersytetu w Groningen (w Holandyi) w charakterze adjunkta prof. van-DEENA do wykładu chemii fizjologicznej; stąd wkrótce przeniósł się na taką samą posadę do prof. HEIDENHAIN'a, do Wrocławia. Nieco później, wskutek ogłoszenia w roku 1865 przez wydział lekarski Szkoły Głównej konkursu na posadę profesora historii medycyny, encyklopedii i metodologii, złożył rozprawę o Janie MAYOW'ie, fizjologu angielskim, i został w dniu 2 kwietnia roku 1867 przyjęty, jako wykładający wyżej wymienione przedmioty w charakterze adyunkta, w roku zaś następnym posunięto Go na profesora nadzwyczajnego, z którym to stopniem przeszedł do Uniwersytetu Warszawskiego. Od 30 stycznia roku 1881 został profesorem zwyczajnym, a na kilka lat przed śmiercią uzyskał tytuł profesora zasłużonego.

W ciągu 2-ch lat swej działalności nauczycielskiej w Szkole Głównej, mianowicie w latach 1867/8 i 1868/9, ś. p. prof. NAWROCKI wykładał historję medycyny i propedeutykę, a nadto fizjologję nerwów, mięśni, głosu i trawienia, po przemianowaniu zaś Szkoły Głównej na uniwersytet objął wykłady całego zakresu fizjologii, które prowadził jednocześnie dla słuchaczy dwóch wydziałów: lekarskiego i przyrodniczego, a prócz tego w ciągu lat kilku wykładał słuchaczom wydziału filologicznego fizjologję głosu i mowy.

Od profesora uniwersytetu wymagamy, by był i samodzielny badaczem i dobrym nauczycielem; ś. p. profesor NAWROCKI i na jednym i na drugim polu położył duże zasługi. Gdy zaczynał swe studia za granicą, kierunek witalistyczny fizjologii chylił się już do zupełnego upadku, a jego miejsce zajmowała fizjologia doświadczalna, — u nas jednak, wobec nader szczupłego uposażenia katedr, braku pracowni, a z nią i innych środków pomocniczych, potrzebnych do wykonywania doświadczeń, kierunek ten prawie że wcale nie był zapoczątkowany. Zasługą przeto zmarłego profesora było to, że swemi staraniami stworzył pracownię, zaopatrzył ją w niezbędne utensylia i postawił na stopie, odpowiadającej wymaganiom nauki. Z pracowni tej wyszło sporo cennych przyczynków, ogłoszonych drukiem bądź to przez samego ś. p. profesora, bądź też i przez pracujących pod Jego kierunkiem lekarzy. Przyczynki te dotyczą przeważnie fizjologii układu nerwowego, że wymienię tu choćby tylko takie prace, jak: o unerwieniu serca i naczyń, o t. zw. antagonistach: atropinie i muskarynie, pilokarpinie i atropinie, o unerwieniu gruczołów potowych, źrenicy, pęcherza moczowego i t. d. Że w swych wnioskach ś. p. profesor NAWROCKI odznaczał się byстрыm sądem, tego dowodzą najnowsze badania, które potwierdzają pewne dawno już przez Niego wypowiedziane poglądy. Tak, np., pracując nad unerwieniem pęcherza, zmarły zauważył, że mimo zniszczenia części lędźwiowej rdzenia, w której, jak wiadomo, znajdują się ośrodki nerwowe dla pęcherza, mogą powstawać zarówno skurcz pęcherza, jako też i napięcie mięśnia zwieracza pęcherza (*m. sphincter vesicae int.*), i sądził, że w tym razie rolę ośrodków nerwowych bierze na siebie *ganglion mesentericum inferius*. Otóż najnowsze doświadczenia w zupełności potwierdzają to przypuszczenie (N. CYBULSKI, Fizjologia Człowieka, część trzecia, str. 535). Mógłbym tu jeszcze i wiele innych tego rodzaju sądów przytoczyć. Z tego się okazuje, że, jako badacz, zmarły profesor posuwał naukę naprzód, że zaś nie zostawił po sobie żadnego duchowego następcy, to fakt ten

nie był ani Jego winą, ani też winą Jego uczniów, lecz zależał od całkiem innych przyczyn. Przedewszystkiem, ludzi z wrodzoną badawczością umysłu, z wrodzoną chęcią zajmowania się nauką dla nauki samej każdy naród nie ma zbyt wielu, a pomiędzy nimi daleko mniej jeszcze zapewne jest ludzi istotnie genialnych lub tylko utalentowanych. U nas zaś nawet i ci, którzy posiadają taką wrodzoną badawczość umysłu i zamiłowanie czystej nauki, wobec nader ograniczonego pola dla działalności w tym kierunku, częstokroć prędzej lub później zmuszeni są, nieraz i z żalem, kierunek ten porzucić.

Jako nauczyciel nie było wypadku, by ś. p. prof. NAWROCKI przychodził na lekcję, należycie do niej nieprzygotowany. Wykłady Jego odznaczały się zawsze zwięzłością i jasnością, a ożywione demonstracjami preparatów i doskonale wykonywanymi doświadczeniami, miawały zwykle bardzo licznych słuchaczy. Nieraz można było spotkać się z zarzutem, jakoby ujmą wykładów było to, iż były one nazbyt popularne. Otóż, według mego zdania okoliczność ta nie mogła być ujmą wykładów, lecz, przeciwnie, była ich zaletą. Ś. p. prof. NAWROCKI posiadał nadzwyczajny dar przedstawiania najzawilszych kwestyi naukowych w ten sposób, że i każdy, najmniej nawet przygotowany, początkujący słuchacz mógł je z łatwością zrozumieć. Był to dar rzadki i dla nauczyciela nieoceniony.

Choroba, której zarodki ś. p. Profesor przywiózł już z zagranicy, stopniowo rozwijała się coraz więcej i doprowadziła do tego, że zmarły usunął się najpierw ze stanowiska redaktora „Pamiętnika Warsz. Tow. Lek.“, na którym pozostawał w ciągu lat 1873 i 1874, a następnie i z samego Tow. Lek., którego dotąd stałym był członkiem; przestał zajmować się nauką i lata całe nie pisał nic, opuszczał wykłady, a wreszcie zerwał i ze społeczeństwem.

Wszechstronnie wykształcony, obdarzony od natury niepospolitemi zdolnościami, bystrym sądem i niepowszednim talentem pedagogicznym, ś. p. prof. Feliks NAWROCKI mógłby być stanąć w rządzie najznakomitszych luminarzy naszej nauki i sławę polskiego imienia roznieść daleko. Niestety, nieubłagana choroba na długi już czas przed śmiercią zwichnęła to życie w samej jeszcze pełni sił męskich. Niech mu ziemia będzie lekką!

Stanisław Łagowski.

SPIS PRAC

przez ś. p. prof. Feliksa Nawrockiego drukiem ogłoszonych.

- 1) HANNIUS'sche Herzversuche und die Einwirkung konstanter Ströme auf das Herz. Studien des physiol. Institutes zu Breslau, str. 110, 1861.
- 2) De CLAUDII BERNARDI methodo oxygenii copiam in sanguine determinandi. Vratislaviae. 1863.
- 3) Ueber die Methoden den Sauerstoff im Blute zu bestimmen. Studien des physiol. Institutes zu Breslau, 2 Heft, str. 144—167, 1863 i Fresenius Ztsch. f. anal. Chemie, str. 117, 1863.
- 4) De l'influence des nerfs sur les sphincteurs de la vessie et de l'anus. Archiv. gener. de medecine. 1863.
- 5) Beiträge zum Stoffwechsel im Muskel. Centralbl. f. med. Wissenschaft. str. 417, 1865. Zeitschr. für anal. Chemie, 2 Heft, str. 169, 1865.
- 6) Ueber die quantitative Bestimmung des Kreatins in den Muskeln. Fresenius Zeitschrift f. anal. Chemie, Str. 330, 1865
- 7) Beiträge zum Stoffwechsel im Muskel. Centralbl. f. med. Wissensch, str. 384, 1866.
- 8) Zur Kreatinfrage. Tamże, str. 626, 1866.
- 9) Ueber die optischen Eigenschaften des Blutfarbstoffs. Tamże, str. 12 i 12, 1867.
- 10) Beitrag zur Kenntniss des Blutfarbstoffs. Med. Centralb. Nr. 17 i 18, 1867.
- 11) Die Innervation der Parotis. Studien des physiol. Institutes zu Breslau, IV, 125, 1868.
- 12) Kilka słów o myelinie (polemika z prof. FUDAKOWSKIM). Gaz. Lek. I. 200, 1866.
- 13) Wyjaśnienie odpowiedzi prof. FUDAKOWSKIEGO na str. 267 zamieszczonej. Tamże,

str. 414. 14) O wlijanii nerwow na otprawienie slunnych zelez. Sbornik I sjezda ruskich jestiestwoispytatielej, 1867. 15) O nerwach pośredniczących w wydzielaniu śliny w śliniance przyusznej. Gaz. lek. I L. 709, 1867. 16) O siatkówce. Tamże, str. 773. 17) O własnościach optycznych barwnika krwi. Tamże, IV. 617, 1868. 18) Sądowo lekarskie poszukiwania plam nasiennej. Tamże, Str. 745. 19) O kurarze DIEDULINA (e cynoglossa officinali). Tamże, str. 761. 20) (Wspólnie z BRODOWSKIM W. i SOMMEREM F.). Przypadek otrucia strychniną. Gaz. lek. V. 146. 1868. 21) Sądowo-lekarskie badania plam od krwi pochodzących. Wykaz Szkoły Głównej, Nr. 8, 1 za r. 1868. 22) Wpływ rdzenia na serce. Gaz. lek. IX. 49, 69, 1870. 23) O wlijanii spinnawo mozga na sierdce. Warsz. Uniw. Izwiestia, r. 1870. 24) Ueber den Einfluss des Blutdrucks auf die Häufigkeit der Herzschräge. Beiträge zur Anat. und Physiol. Festgabe für C. LUDWIG, str. 205—221. 25) O wlijanii dawlenia krwi na centr błędajuszczich nerwow. Warszawa. Tip. Warsz. Uczebn. Okruga. w 8-ce. Str. 24. Diss. inaug. 1870. 26) Toż, w streszczeniu OBTUŁOWICZA w Przegl. Lek. Nr. 11. 1876. 27) Beitrag zur Frage der sensiblen Leitung im Rückenmarck. Arbeiten in der physiol. Anstalt in Leipzig, VI, 585, 1872. 28) O wpływie nerwów na wydzielanie potu. Medycyna, Nr. 46, 1877. 29) Dalsze poszukiwania nad wpływem nerwów na wydzielanie potu. Tamże, Nr. 39, 1878. 30) Zur Innervation der Schweissdrüsen. Centralbl. f. d. med. Wiss. str. 2, 17, 1878. 31) Kilka słów o działaniu pilocarpini muriatici na ustrój zwierzęcy. Medycyna, Nr. 4, 1878. 32) Einwirkung des Pilocarpinum muriaticum auf den thierischen Organismus. Centralb. f. d. med. Wissenschaft, Nr. 6, 1878. 33) O nerwach czuciowych mięśni. Praca dokonana wspólnie z M. KOWALEWSKIM. Medycyna, Nr. 6. 1878. 34) Untersuchungen ueber die sensiblen Nerven der Muskeln. Centralb. f. d. med. Wiss., str. 145, 1878. 35) Ueber schweisseregende Gifte. Tamże. str. 257, 1879. 36) Trucizny pot wywołujące. Przegl. Lek., Nr. 39, 40, 1879. 37) Przyczynek do działania muskaryny. Tamże. Nr. 17, 1880. 38) O nerwach potowych głowy, Nr. 52 Medycyny z r. 1880. 39) K woprosu o potowych nerwach gołowy. Tip. A. L. Mamontowa i tow. w 4-ce, str. 5 (odbitka z Medyckiego Obozrenia). 40) Jan MAYOW. Gaz. lek. Nr. 1, 2, 3, 5, 6, 8 z r. 1883. 41) Electrotonus na żywym człowieku. Pam. Tow. Lek. Warsz. LXI. str. 280, 1869. 42) Stos galwaniczny PINKUS'a. Tamże. LXII, 402, 578, 1869. 43) O wpływie nerwu trzewiowego na serce. Tamże. LXII. 521, 1869. 44) O mechanizmach w mózgu żaby tamujących odruchy rdzenia. Tamże, LXII, 523, 1869. 45) Doświadczenia ze zwojem podjęzykowym. Tamże. LXII, 578, 1869. 46) Przewody czuciowe w rdzeniu. Tamże. LXIX, 25, 1873. 47) Ciekawe zboczenia w organie smaku (*in lepra*) (ciała gorzkie i kwaśne wywołują na języku uczucie zimna). Tamże. LXIX, 22, 1873. 48) Bateria termo-elektryczna NOE'go. Tamże LXIX 99, 1873. 49) Elektroda z komutatorem. Tamże. LXX, 17. 1874. 50) Centra psycho-motoryjne. Tamże, LXXII, 304, 1876.

Nadto, ś. p. prof. NAWROCKI przez szereg lat referował wszystkie prace fizyologiczne polskie do roczników SCHWALBE'go.

Z ODDZIAŁU CHORÓB GARDEŁA, KRTANI, USZU I NOSA D-RA L. LUBLINERA
W SZPITALU ŻYDOWSKIM W WARSZAWIE.

DWA RZADKIE PRZYPADKI WILKA BŁONY ŚLUZOWEJ górnego odcinka dróg oddechowych.

Podał

MAREK KOENIGSTEIN.

Asystent oddziału.

Zanim jeszcze Robert KOCH swego doniosłego odkrycia dokonał, już FRIEDLAENDER, SCHUELLER oraz cały szereg innych badaczy starali się na podstawie gruntownych badań histologicznych wykazać tożsamość gruźlicy

i wilka. Następnie KOCH przez wykrycie zarazka gruźlicy raz na zawsze sprawę rozstrzygnął. O ile jednak etiologia z punktu widzenia anatomii patologicznej i bakterjologii jest identyczna, o tyle klinicznie przecież niejednokrotnie przedstawiają się gruźlica i wilk. Mianowicie objawy podmiotowe i przedmiotowe, przebieg cierpienia, rokowanie i t. d., — wszystko to pozwala nam oddzielić klinicznie wilka od gruźlicy jako takiej. Ścisłej atoli granicy między temi dwoma cierpieniami przeprowadzić nie jesteśmy w stanie: nie możemy nigdy powiedzieć, gdzie się kończy gruźlica, i gdzie się zaczyna wilk. Rzeczywiście, wielu autorów nie zgadza się na rozpoznanie wilka tam, gdzie niema objawów ze strony skóry. Jeszcze w 1879 r. LEFFERTS radzi rozpoznawać „gruźlicę“ błony śluzowej li tylko dlatego, iż na skórze nie znajdujemy objawów omawianego cierpienia. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż dziś nie jeden przypadek LEFFERTS'a uznalibyśmy za „*lupus*“. SCHAEFFER i NASSE opisują 6 przypadków gruźlicy błony śluzowej nosa, nie rozpoznanej jako wilk, albowiem skóra okazała się zupełnie zdrową. Inni zaś autorowie, jak F. SEMON, DUNDAS-GRANT, PLUDER zgadzają się na rozpoznanie wilka błony śluzowej nawet w tych przypadkach, gdzie na skórze nie jesteśmy w stanie wykryć najmniejszych śladów cierpienia. Wreszcie cały szereg sumiennych prac najrozmaitszych autorów wykazuje, iż błona śluzowa górnego odcinka dróg oddechowych może się stać siedliskiem pierwotnym dla wilka. Dopiero skóra może być zajęta następczo. Ztąd mowa u niektórych autorów o wilku pierwotnym i wtórnym.

Jeśli wyłączymy pewną postać wilka w formie rozlanych infiltratów na błonie śluzowej, czyli t. zw. *lupus hypertrophicus*, to zwykła forma wilka przedstawia się w postaci rozsypanych tu i owdzie guziczków rozmaitej wielkości lub też w postaci konglomeratów tychże guziczków. Jest to najczęściej spotykany obraz wilka na błonie śluzowej: w większości jednak przypadków widzimy sprawę chorobową i na częściach zewnętrznych nosa. Okoliczność ta znajduje swe wytłumaczenie w tym fakcie, iż chorzy, nie przypisując wielkiej wagi swemu cierpieniu wewnątrznosowemu, dość późno zasięgają porady lekarza, zjawiają się do nas wtedy, gdy już sprawa z wewnątrz przekroczyła na zewnątrz.

Gdybyśmy chcieli rozstrzygnąć pytanie, na czym właściwie polega różnica między wilkiem a gruźlicą po za różnicą w przebiegu klinicznym, to rzecz można, iż jest to taka postać gruźlicy, która ilościowo, że tak powiemy, różni się od zwykłej postaci gruźlicy błon śluzowych.

W wilku badanie mikroskopowe rzadko kiedy jest w stanie wykryć laseczniki KOCH'a w tkance chorej. Tymczasem w gruźlicy, jak to wykazał HAJEK, prawie zawsze znajdujemy laseczniki w warstwach głębszych tkanki gruźliczej.

W jednym ¹⁾ z naszych przypadków usunąłem za pomocą ostrej łyżeczki znaczną ilość chorej tkanki z przegrody chrzęstnej nosa. Badanie drobnowidzowe, dokonane łaskawie przez d-ra J. STEINHAUSA ²⁾, nie wykryło ani jednego lasecznika, co zaś dotyczy budowy charakterystycznej, to na 30 skrawków zaledwie w jednym udało się wykazać typową budowę gruzełka.

¹⁾ Por. przyp. II.

²⁾ Sz. D-rowsi STEINHAUSOWI na tem miejscu serdecznie dziękuję.

Bardzo dokładny opis wilka daje nam SEIFERT³⁾. Cytujemy go dosłownie:

„Przebieg kliniczny bywa tego rodzaju, iż błona śluzowa staje się purpurowo czerwona, obrzmiewa i wygląda jakby usiana ziarniną, szczególna zaś suchość i połysk rzucają się w oczy badacza. Wtedy na zmienionej w ten sposób błonie śluzowej widać powstające guziczki, dochodzące do wielkości grochu. Z drugiej strony podobne guziczki rozmaitej wielkości rozwijają się i na tle bladej błony śluzowej, pozbawionej odczynu zapalnego, oddzielone jeden od drugiego czerwoną granicą. Guziki dochodzą aż do warstwy podśluzowej. Forma guzików okrągła, powierzchnia gładka, kolor różowo-czerwony, przy ucisku dostrzegamy pewną elastyczność.

Czucie pozostaje zachowane do tego stopnia, iż rozległe nacieczenia na miękkim podniebieniu i na tylnej ścianie gardzieli przebiegają względnie bez bólu. Pod tym względem inaczej ma się rzecz z rakiem lub trądem.

Dalszy przebieg guziczków bywa rozmaity.

Pomiędzy oddzielnymi guzikami spostrzegamy nieraz na błonie śluzowej wąskie, matowe blizny, najczęściej zaś widzimy rozpad serowaty guzika, z następczem owrzodzeniem. Głębokość tych ostatnich zależy od rozmiaru nacieczenia i prowadzi nieraz, podobnie jak i owrzodzenia pochodzenia przymiotowego, do przedziurawienia miękkiego podniebienia. Jeśli zostanie przedziurawiony języczek, to pomimo coraz bardziej powiększającego się otworu, łuki i migdałki podniebienne przez długi czas pozostają nietknięte. Brzeg owrzodzenia bywa zazwyczaj wałkowany, dno pokrywa słaba, blade ziarnina, zaś charakterystycznych dla gruźlicy „*tubercula miliaria*“ nie widać. Zbliżenie owrzodzenia może nastąpić bez leczenia. Zrosty po bliznach należą do rzadkości“.

Jak wyżej wspomnieliśmy, wilkowi skóry twarzy towarzyszą objawy tego cierpienia na błonie śluzowej nosa, jamy ustnej, gardzieli i krtani. Każdy z tych narządów może być zajęty sprawą chorobową pojedynczo, lecz o wiele częściej spotykamy najrozmaitsze kombinacje. W jamie ustnej ulubionem miejscem wilka są: brzeg wolny warg, t. zw. *vestibulum oris*, błona śluzowa wyrostka zębodołowego górnej szczęki, podniebienie twarde i miękkie, rzadziej język, a jeszcze rzadziej nasada języka. W gardzieli cierpienie spotykamy, jako sprawę wtórną. Jaką drogą sprawa się przedostaje, jeszcze dotychczas ostatecznie nie rozstrzygnięto. THOMA utrzymuje, iż drogą pośrednią są naczynia krwionośne, a ORWIN — iż sprawa przenosi się drogą naczyń chłonnych. Innego zdania jest LENNOX-BROWNE. Autor ten na zasadzie szeregu badań doszedł do wniosku, iż naczynia chłonne nigdy nie podlegają sprawie chorobowej; natomiast z warg cierpienie jakby od razu przeskakuje na gardziel, pozostawiając nietkniętem twarde podniebienie. Autor ten kładzie szczególny nacisk na tę ostatnią okoliczność, by łatwiej odróżnić wilka od objawów trzeciorzędnych przymiotu, który, jak wiadomo, z nosa przechodzi na twarde podniebienie.

Wilk w krtani, jako cierpienie odosobnione, jest zjawisko nader rzadkie, lubo tu i owdzie w literaturze spotykamy pojedyncze przypadki. ROSENBERG w Berlinie obserwował przez dłuższy czas 3 przypadki, gdzie sprawa nie przekroczyła granic krtani. W dwóch z tych przypadków siedliskiem cier-

³⁾ HEYMAN II str. 153.

pienia była nagłośnia, w trzecim zaś wewnętrzna powierzchnia nagłośni, fałdy nagłośnio nalewkowe (*lig. ary-epiglottica*), chrząstki nalewkowe oraz lewa struna fałszywa. Również niezmiernie rzadko znajdujemy siedlisko wilka w jamie nosogardzielowej. W razie obecności cierpienia w tej ostatniej, rozchodzi się po większej części już to o dalszy ciąg cierpienia nosa, już to o sprawę, która dostała się z tylnej ściany gardzieli, już to wreszcie z miękkiego podniebienia. SEIFERT przytacza przypadek, gdzie wilk zajmował niewątpliwie li tylko jamę nosogardzielową. Rzadki ten przypadek dotyczył 19-letniej dziewczyny, która skarżyła się na zasychanie w gardle i na utrudnione połykanie. Przy badaniu nosa od tyłu (*rhinoscopia posterior*) autor widział na tylnym brzegu lewiesz szereg blado różowych guziczków, jeden obok drugiego, przy absolutnym braku jakichkolwiek bądź objawów ze strony skóry nosa, gardzieli lub krtani. Pod wpływem miejscowego leczenia sprawa zagoiła się. Po 8 tygodniach chora powtórnie zjawiała się do S. z wyraźniejszymi objawami wilka „*introitus nasi*“ i górnej wargi. LUC spostrzegł u chorego, dotkniętego wilkiem nosa i krtani, szarawe guzy w jamie nosogardzielowej, które uważa za twory analogiczne (ze względu na budowę analogiczną) z guzikami wilka. Dalej wzmiankować wypada jeszcze o przypadkach, spostrzeganych przez BURGER'a i KOSCHIER'a. Z jamy nosogardzielowej sprawa „*per continuitatem*“ przenieść się może na trąbkę Eustachjusza, a ztąd do ucha środkowego. POLITZER opisuje przypadek, stwierdzający możliwość podobnej sprawy, a pośmiertne badanie ucha środkowego, dokonane przez GRADENIGO z Turynu na młodym chłopcu, zmarłym na wilka błon śluzowych, stanowi cenny przyczynek do kazuistyki wilka ucha.

Po za tymi przypadkami większość opisywanych w nosogardzieli przypadków wilka należy do spraw wtórnych.

Lecz najmniej podatnym podłożem dla rozwoju omawianego cierpienia zdaje się być nasada języka. Przypadki tego rodzaju należą do prawdziwych rzadkości. MICHAEL w jednym przypadku wilka skóry, powikłanego wilkiem gardzieli i krtani, spostrzegł na nasadzie języka charakterystyczne guziki, które z nagłośni przeszły na „*vallecula*“, a ztąd dopiero na nasadę języka, gdzie zajęły cały migdałek językowy. Drugi przypadek wilka nasady języka spostrzegł SCHLEICHER. Przy obecności zmian w krtani autor ten opisuje płaski guziczkowaty guz. Cierpienie zaczęło się przed rokiem od sprawy na prawym migdałku podniebiennym. W 1899 r. LELOIR opisuje przypadek wilka języka z częściowem zajęciem nasady. BENDER, który badał największą chyba liczbę przypadków wilka, w żadnym z 380 przypadków nie mógł stwierdzić zajęcia nasady języka. O ile więc, jak uczy odnośna literatura, oddzielne części górnego odcinka dróg oddechowych rzadko podlegają sprawie chorobowej, o tyle znów zajęcie naraz znacznej przestrzeni na błonie śluzowej przez wilka zaliczyć należy do przypadków nie codziennych. Przypadki tego rodzaju opisywali ORWIN, LENNOX-BROWNE, GOODHART, GROSSMANN, de la SOTA y LASTRA i inni. Liczba jednak podobnych przypadków dotychczas pozostaje ograniczoną. Okoliczność ta skłania nas do ogłoszenia z przypadków, które ze względu na rozciągłość sprawy zasługują na uwagę szanownych kolegów.

P r z y p a d e k I. Olga R., służąca, lat 22, pochodzi z rodziny zdrowej, dziedzicznie nie obarczona. Początek choroby datuje się od 1895 roku. Cierpienie zaczęło się od owrzodzenia w nosie, które przeszło w następstwie na krtani. Ponieważ cierpienie zostało rozpoznane jako przymiot, przeto cho-

ra była w ciągu 3 lat leczona za pomocą szaruchy i podskórnych iniekcji. Wynik leczenia był ujemny. W oddziale d-ra MARKUSFELDA, gdzie chora przez dłuższy czas pozostawała, otrzymała znaczną ilość jodku potasu, — również bez najmniejszej poprawy. Do oddziału laryngologicznego chora zapisała się dnia 1. II. 1900 r.

Chora wzrostu średniego, niezłej budowy. Odżywianie względnie dobre. W narządach klatki piersiowej zmian nie wykryto. W jamie brzusznej rozpoznano nerkę wędrującą. Przy badaniu jamy ustnej widzimy na twardym podniebieniu, od siekaczy aż do miękkiego podniebienia, po obu stronach mnóstwo guziczków, już to zlewających się razem, już to oddzielnie siedzących na błonie śluzowej, bez odczynu zapalnego dokoła. Języczek bliznowato zmieniony, łuki przedni i tylny nacieczone i pokryte oddzielnymi guziczkami. Przy badaniu krtani widać na nagłośni, zmniejszonej o połowę swej objętości, blizny, zwłaszcza na jej przedniej powierzchni, a dokoła chrząstek nalewkowych — nacieczenia. Na twardym podniebieniu chora wskazywała na miejsce bolesne. Ból ten zależał prawdopodobnie od rozpoczynającego się rozpadu kilku guziczków.

Powierzchnowne owrzodzenie było leczone za pomocą wcierań 80% kwasu mlecznego po uprzednim znieczuleniu 20% roztworem kokainy. Po miesiącu owrzodzenie zagoiło się. Bólu ze strony gardzieli i krtani chora nie doznawała, to też leczenie gardzieli i krtani uważaliśmy za zbyt skuteczne. Chora wypisała się ze znaczną poprawą.

Po upływie pół roku znów zapisała się do oddziału, skarżąc się na silny ból języka i bezgłos.

Przy badaniu jamy ustnej widzimy sporo guziczków jeden obok drugiego na języku, zwłaszcza na nasadzie i w samym środku. W tem ostatnim miejscu guziczki znajdują się przeważnie w stanie rozpadu. Owrzodzenia są nierówne, płytkie, przy dotknięciu zgłębnikiem bolesne.

Języczek bliznowato zmieniony i przykurczony. Z lewej strony blizna złączyła łuk przedni z języczkiem, zaś od tyłu tego ostatniego idzie blizna do tylnej ściany gardzieli. Z prawej strony w gardzieli widać oddzielne guziczki. Chora narzeka na ból przy przyjmowaniu twardych pokarmów.

Przy badaniu wziernikiem krtaniowym widać obraz następujący: nagłośnia do połowy zniszczona, pozostała część bliznowato skurczona i bardzo blisko przylega do nasady języka. Struny fałszywe obie nacieczone. Pod prawą struną prawdziwą widać przy głębokich wdechach wałek podłużny, nacieczony, na którym dostrzedz można oddzielne guziczki. Lewa struna prawdziwa zgrubiała.

I tym razem najbardziej dolegające chorej owrzodzenie na języku było leczone kwasem mlecznym. Po stosowaniu tego środka w ciągu 3 tygodni owrzodzenie zagoiło się zupełnie.

P r z y p a d e k II. Róża H., 10 lat mająca, zapisała się do oddziału skórznego 22. II. 1901 r., gdzie przechodziła kurację wilka skóry (*lupus vulgaris*), umiejscowionego na prawym pośladku.

O początku cierpienia chorej nie wiele wiemy. Wogóle wywiady są bardzo skąpe, gdyż dziewczynkę przywieźli do szpitala ludzie obcy.

Chora nędznej budowy, na swój wiek mała, odżywianie liche. Gruczoły szyjowe powiększone. Na prawym pośladku czworokątne owrzodzenie o brzegach nader wyraźnych. Pośrodku owrzodzenia widać oddzielne guziczki. W narządach wewnętrznych zmian niema.

Dowiedzieć można się było tyle tylko, iż cierpienie trwa „oddawna“, a chrypka „od roku“.

Przy badaniu jamy ustnej widzimy na miękkim podniebieniu, wzdłuż języczka cały szereg małych owrzodzeń, stopniowo zlewających się razem, tak iż odbiera się wrażenie przy powierzchownem badaniu — jednego dużego owrzodzenia, o brzegach wyniosłych, nieco ostrych, gdzie niegdzie pokrytych guziczkami. Łuki i tylna ściana gardzieli bez zmian. Nagłośnia owrzodziła w górnej swej połowie Struny fałszywe, mocno nacieczone, pokrywają całkowicie struny prawdziwe. Światło krtani zwężone. Tylna ściana krtani bez zmian. Jamy nosowe są całkowicie wypchane konglomeratem guziczków, tak iż światła jam nie widać, a o odróżnieniu muszel, przegrody i t. p. mowy nie ma. Najcharakterystyczniej wygląda nasada języka. Pokrywa ją spory czworobok płaskich guzików, bardzo ścięśnionych, o kolorze różowym.

Chora ani razu nie skarżyła się na ból przy połykaniu. Oddycha przez stale otwarte usta.

Leczenie polegało na inhalacyach z pary gorącej i na wcieraniu kwasu mlecznego w owrzodzenia. Lecz tym razem środek ten nie dał najmniejszej poprawy. Również bez skutku pozostało stosowanie 5% roztworu fenosalilu.

Powyższe dwa przypadki, pomijając już całą rozciągłość sprawy na błonie śluzowej, mogą niemniej zainteresować przez umiejscowienie sprawy na języku, a zwłaszcza na nasadzie jego. Najjaskrawiej pod tym względem przedstawia się przypadek drugi, gdzie była zajęta nasada języka aż do nagłośni. Co się tyczy rozpoznania, to przypadek pierwszy przedstawiał pewne trudności, tembardziej iż na skórze nie wykryto śladów wilka. I rzeczywiście tylko „*ex juvantibus*“ i to po dłuższej obserwacji chorej cierpienie zostało rozpoznane właściwie. W drugim przypadku łatwiej było rozpoznać wilka wobec istnienia sprawy chorobowej na skórze.

Sz. d-rowi LUBLINEROWI za łaskawe udzielenie mi materiału oraz za wskazówki serdecznie dziękuję.

L I T E R A T U R A.

LEFFERTS.SCHMIDT's Jahrbücher 1879 vol. CLXXXII. SCHAEFFER u. NASSE. Deutsche med. Woch. 1887 p. 308. SEMON. Ref. w Revue de Laryngologie 1894 p. 794. SEIFERT.HEIMANN. Handb. d. Laryng u. Rhinol II p. 753. ORWIN. Brit med. Journ. 1888 31 marzec. LENNOX-BROWNE. Centralbl. für Laryng. 1889 str. 148. ROSSENBERG. Die Krankheiten d. Mundhöhle, d. Rachens u. d. Kehlkopfes. Luc. Arch. d. Laryng. 1888. 15 sept. KOSCHIER. Wiener klin. Woch. 36 — 42. 1895. POLITZER. Wiener. dermatolog. Gesell. 19. 1893. GRADENIGO. Gazzetta degli ospedali 1888. N. 66. MICHAEL, Heimanns Handb. d. Laryng. u. Rhinologie. LELOIR Annales de dermatologie et de syphiligraphie 1889. SOTA y LASTRA. Revista special de syphiligraphia y dermatologia 1882. BENDER. Deut. med. Woch. 1886. 396—413.

O PIERWSZYM OBJAWIE WIĄDU i o znaczeniu odruchu ze ścięgna Achilles'a.

Przez

S. GOLDFLAMA.

(Dokończenie). — Zob. Nr. 23).

Trudno określić, gdzie jest punkt wyjścia bólów w wiądzie, a jeszcze trudniej, w jaki sposób powstają napady. Mało prawdopodobnym wydaje się, aby przyczyna ich tkwiła w nerwach obwodowych. Jakkolwiek badacze, jak WESTPHAL, DÉJÉRINE, PITRES i VAILLARD, OPPENHEIM i SIEMERLING i w. in., znajdowali zanikowe zmiany w peryferycznych nerwach czuciowych, to jednak tyczyło się to przeważnie daleko posuniętych przypadków wiądu z wyraźnymi zmianami czucia. A bóle w wiądzie zjawiają się w najwcześniejszym okresie choroby, kiedy najdokładniejsze badanie żadnych zmian czucia wykryć nie jest w stanie. Również nie może tu chodzić o centralne, z rdzenia pochodzące bóle, albowiem wedle danych doświadczalnych (SCHIFF) tylne pęczki są niewrażliwe. Najprawdopodobniejsze jest przypuszczenie, że bóle powstają na skutek zajęcia tylnych korzeni, które tak stale ulegają w wiądzie zwyrodnieniu, i w których niektórzy autorowie (v. LEYDEN) umiejscawiają punkt wyjścia choroby. Napady mogą zależeć od zmian w krwiobieg, od stanu przekrwienia, albowiem, pomiędzy innymi, E. KRAUSS znajdował w większości przypadków zmiany w naczyniach, co prawda, przezeń uważane za wtórne. Należy jeszcze zanotować, że OBERSTEINER i REDLICH zwrócili uwagę na zgrubienia opony miękkiej w miejscu przejścia przez nią tylnych korzeni, co może wywoływać podrażnienie tych ostatnich.

Na zachowanie się odruchów ze ścięgna ACHILLES'a zwracałem uwagę od roku 1888²⁾. Wskazywałem na to, że gdy zazwyczaj odruchy kolanowe i ACHILLES'a zachowują się jednakowo, mianowicie zwykle są nieobecne, to jednak zdarzają się nierzadkie przypadki, w których objawy te okazują niejednakowe zachowanie się, — odruch ACHILLES'a bywa osłabiony przy wyraznym odruchu kolanowym.

Następnie TUMPOWSKI³⁾ przy opracowaniu mego materiału wiądu rdzeniowego, pod względem zachowania się odruchu ACHILLES'a (korzystał ze 16 przypadków) wyróżnił 2 grupy.

Grupa I: przypadki ze zmienionym odruchem kolanowym przy jednoczesnym obustronnym braku odruchu ACHILLES'a w 97 przypadkach

jednostronnym	„	„	„	6	„
nierówności	odruchów	ACHILLES'a	„	2	„
osłabieniu	„	„	„	2	„

²⁾ Przegląd lekarski 1888 i Neurol. Centr. 1888 Nr. 19 i 20.

³⁾ Medycyna 1896 Nr. 51, 52 i Deutsch. Zeitschr. f. Nervenh. Bd. X. 1897.

Grupa II obejmuje przypadki, w których odruch kolanowy był prawidłowy, natomiast odruchu ACHILLES'a obustronny brak w 5 przypadkach

„ „ jednostronny „ „ 3 „
„ nierówność odruchu „ 1 przypadku

Następnie BABIŃSKI ⁴⁾ podniósł sprawę wartości rozpoznawczej braku odruchów ACHILLES'a w wiądzie i opisał przypadki z zachowanym odruchem kolanowym i zniesionym ACHILLES'a.

BIRO ⁵⁾ w mojej poliklinice studyował zachowanie się odruchów ACHILLES'a, zwłaszcza w t. zw. *ischias*. W ciągu krótkiego względnie czasu znalazł on nie mniej, niż 12 przypadków (14% ogólnej liczby przypadków rwy kulszowej), w których rzeczony odruch po stronie chorej był bądź osłabiony, bądź najczęściej zniesiony, i słusznie uznał to zaburzenie wraz z mniej stałymi zmianami czucia, nieznacznym zanikiem mięśni i zmianą w oddziaływaniu elektrycznym, za bardzo cenny objaw rozpoznawczy dla odróżnienia zapalenia nerwu kulszowego od nerwobólu i histerycznej *Pseudoischias*. Nieco wcześniej BABIŃSKI na posiedzeniu Soc. méd. des hôp. de Paris 18 grudnia 1896 roku wskazał na to, że zniesienie lub osłabienie odruchu ACHILLES'a w *ischias* pozwala przypuszczać zmianę organiczną i odróżniać prawdziwą *ischias* od histerycznej *pseudoischias*.

Już w roku 1893 opisał STERNBERG 2 przypadki nerwobólu nerwu kulszowego ze zniesionym odruchem ACHILLES'a po stronie cierpiącej.

BIRO ⁶⁾ następnie w drugiej pracy z mojej polikliniki wskazał, że odruch ACHILLES'a przy *Neuritis ischiadica* z polepszeniem cierpienia wraca i dochodzi do normy; w tej samej pracy opisuje znowu przypadki wiądu z prawidłowymi, a nawet wzmocnionymi odruchami kolanowymi przy istniejących już zaburzeniach w odruchach ACHILLES'a. W ostatniem swem doniesieniu BABIŃSKI ⁷⁾ nie waha się twierdzić „że w wiądzie odruch ACHILLES'a zazwyczaj bywa dotknięty przed odruchem kolanowym albo przynajmniej częściej ulega zboczeniom i tem samem posiada pod względem rozpoznawczym jeszcze większe znaczenie“.

Tysiąckrotne doświadczenie poucza, że odruchy ACHILLES'a są równie stałem, fizyologicznem z jawiskiem, jak kolanowe. Dokładne statystyczne dane ZIEHEN'a ⁸⁾, STRASBURGER'a ⁹⁾ dostatecznie tego dowodzą ¹⁰⁾. W stanach chorobowych ulegają one tym samym zaburzeniom, co odruchy kolanowe, jak osłabienie, nierównomierne występowanie, wyczerpanie się, nierówność

4) Soc. med. du hôp. de Paris. Séance du 21 Oct. 1898.

5) Medycyna 1897 Nr. 20 i Deutsch. Zeitschr. f. Nerven. Bd. XI. 1897.

6) Medycyna 1900 Nr. 34 i 35 i Deutsch. Zeitsch. f. Nerven. Bd. XIX.

7) Extr. de la Soc. de Neur. de Paris. Séance du 2 Mai. 1901.

8) Deut. med. Woch. 1894. Nr. 33 i 34.

9) Deut. Zeitschr. f. Nerven. Bd. XVII. 1900.

10) Edwin BRAMWELL przyszedł w niedawno wydanej pracy o klinicznem znaczeniu braku odruchów Achilles'a (BRAIN 1901. S. 554) do nieco odmiennych rezultatów. I on uważa te odruchy za stały objaw u ludzi poniżej 50 lat; powyżej tego wieku jakoby niezawsze można je unaoeznić, a odsetka ludzi z brakiem odruchów Achilles'a wzrasta proporcjonalnie do późniejszego wieku. Moje doświadczenie tego nie potwierdza, gdyż znajdowałem te odruchy u ludzi w podeszłym wieku równie stałe, jak i odruchy kolanowe; jeszcze niedawno przedstawiono mi kobietę przeszło 90 letnią z wrzekomym brakiem odruchów Achillesa a zachowanymi kolanowymi, jednak i w tym przypadku udało się przy zmianie metody badania i zastosowaniu JENDRASSIK'a te odruchy, acz słabe, zdemonstrować. BRAMWELL zresztą przyznaje, że gdyby jego przypadki były ponownie badane, w niektórych z nich prawdopodobnie odruchy Achillesa by się jednak okazały.

z obu stron, zupełny brak. Okazało się, że powyższe zmiany w odruchach ACHILLES'a zachodzą w tych samych sprawach chorobowych, w których zaburzeniom ulegają i odruchy kolanowe. W nielicznych przypadkach, w których na razie nie daje się wykryć przyczyna zaburzeń odruchów ACHILLES'a, chodzi zawsze o podejrzone, będące w rozwoju przypadki, i dalsza obserwacja zazwyczaj dostarcza rozwiązania. Wiadomo przecie, że w najrzadszych przypadkach i objaw WESTPHAL'a nie daje się powiązać z żadnym ze znanych stanów chorobowych; tak samo rzadko zdarza się to i z brakiem odruchu ACHILLES'a. Zaburzenia tego ostatniego są więc takim samym objawem chorobowym, i należy im się i takie same rozpoznawcze znaczenie, jak objawowi WESTPHAL'a.

Zarówno jak przy stwierdzeniu tego ostatniego potrzeba niekiedy pewnych metodycznych środków ostrożności, tak samo dzieje się i z odruchem ACHILLES'a. Najbardziej w mojej poliklinice używanym sposobem badania jest następujący: w położeniu poziomem noga, w kolanie pod kątem tępym zgięta, zostaje w stawie biodrowym nieco odwiedzona, zgięta i cokolwiek na zewnątrz wywrócona, lewe palce badającego, znajdującego się po stronie badanej nogi, wykonywają lekki ucisk na przednią część podeszwy, prawa zaś ręka młotkiem perkusyjnym zadaje krótkie uderzenia w ścięgno ACHILLES'a. Zarówno jak przy badaniu odruchu kolanowego, należy i tu baczyć na rozluźnienie mięśni i, gdzie potrzeba, uciec się do zabiegu JENDRASSIK'a. Punktem najbardziej pobudliwym bywa to środek ścięgna, to jego brzegi; nie należy tylko opukiwać zbyt wysoko, gdzie ścięgno przechodzi w mięsień, aby nie wziąć mylnie pobudliwości idiomuskularnej za odruch.

Inna, stosowana w poliklinice metoda wywoływania odruchów ACHILLES'a, mianowicie w celu zdemonstrowania ich nierówności, polega na tem, że się chorego układa na brzuch z wyprostowanymi kolanami, również palcami lewej ręki wykonywa się za pomocą lekkiego ucisku na przednią część podeszwy słabe zgięcie grzbietowe stopy i zadaje się ścięgnu krótkie uderzenia.

Co się w szczególności tyczy zachowania odruchów ACHILLES'a w wiąździe, to są one, jak wiadomo, zazwyczaj zniesione na równi z odruchami kolanowymi. Jednakże wcale nie rzadkie są przypadki, w których odruchy ścięgniste kolana i stopy zachowują się niejednakowo, bądź że istnieją odruchy kolanowe przy zniesieniu odruchów ACHILLES'a, bądź też, co jest rzeczą rzadszą, istnieją odruchy ACHILLES'a przy braku kolanowych. Również zdarza się nierzadko, że, zarówno, jak to się dzieje z kolanowymi, odruchy ACHILLES'a uległy niejednakowemu z obu stron zaburzeniu: to są nierównej siły, to na jednej stronie zniesione, gdy na drugiej zachowane, to słabe, łatwo wyczerpujące się, nie po każdym uderzeniu obecne i t. d. Są to modyfikacje, prowadzące do wygaśnięcia odruchu. Widywałem przypadki wiąźdu, w których z pomiędzy odruchów ścięgnistych dolnych kończyn zniesiony był tylko odruch ACHILLES'a po jednej stronie.

Z faktu, że zaburzenia w odruchach ACHILLES'a przy normalnych kolanowych występują znacznie częściej, niż kombinacja odwrotna, należy wraz z BABIŃSKIM wnioskować, że odruchy ACHILLES'a ulegają zboczeniom w wiąździe częściej i zazwyczaj wcześniej, niż kolanowe. Zaburzenia w odruchach ACHILLES'a są więc bardzo wartościowym, dyagnostycznym objawem, który przyczynia się do możliwości rozpoznania wiąźdu we wczesnym jego okresie jeszcze przed wystąpieniem objawu WESTPHAL'a.

Przy okazji wspomnę, że odruchy ścięgniste niekiedy względnie szybko ginąć mogą w wiaździe. Widziałem np. przypadek, w którym w ciągu 4 miesięcy odruchy kolanowe i ACHILLES'a znikły całkowicie i na stałe, inny, w którym odruchy kolanowe po 9 miesiącach stały się niejednakowo silne, a wkrótce potem, po 3 tygodniach, całkowicie znikły, inny znowu, w którym słabe odruchy kolanowe już po tygodniu nie dały się wywołać, wreszcie przypadek, w którym odruchy kolanowe 10. XII stwierdzone jako zupełnie wyraźne (przy braku odruchów ACHILLES'a), w dniu 25. XII okazały się osłabione, a 30. XII już były nieobecne.

WYKŁADY KLINICZNE.

C. VON NOORDEN.

LECZENIE OSTREGO I PRZEWLEKŁEGO ZAPALENIA NEREK.

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 23).

Kwas hippurowy wytwarzany bywa w samych nerkach systematycznie z kwasu benzoesowego i glikokolu. W ostrym okresie zapalenia nerek synteza ta bywa utrudniona, tak iż większa część kwasu benzoesowego, czy to wprowadzona, czy też w samym ustroju pozostała i we krwi krążąca — wydziela się w postaci niezmienionej lub soli. Glikokol w małej odsetce również wydziela się bez zmiany, w większej zaś zamienia się na mocznik. Nie wiemy dokładnie, czy wydzielenie kwasu benzoesowego drażni chore nerki, nie powinniśmy jednak temu sprzyjać, a nagromadzenie we krwi kwasu benzoesowego może stanowić później dla chorych nerek zadanie nieodpowiednie. Należy przeto unikać lub ograniczać dowóz pokarmów, które powodują wytwarzanie i nagromadzenie się we krwi kwasu benzoesowego. Tutaj należą jarzyny zielone, pestkowy owoc, borówki czerwone. W niektórych owocach (jabłka, gruszki) i jagodach (maliny, winogrona) znajdujemy ślady tylko kwasu benzoesowego. I dla tego wspomniane owoce i ich soki stanowią pokarm dla chorych nerek bardzo odpowiedni, poleca autor szczególnie napój owocowy pod nazwą Frada lub sok winogronowy sterylizowany kupny, zwany Nektar. Zupełnie usunąć kwasu benzoesowego nie jesteśmy w stanie, bo i mleko go nieco zawiera; wytwarza się również z białka pokarmowego w kiszkaach przy jego rozkładzie.

Barwniki moczu. Najgłówniejsze z nich: urobilina i hematoporfiryna, również wszelkie inne są pochodniami hemoglobiny. Hemoglobinę zaś wytwarza ustrój sam—wpływ pokarmu jest tutaj prawie żaden. Należy do wewnątrz w cierpieniach nerek nie podawać hemoglobiny lub sulfonalu albo trionalu, jako środków, sprzyjających wytwarzaniu hematoporfiryny.

W szeregu produktów przeróbki, łatwo się wydzielających, znajdujemy:

Amoniak. Nerek nie drażni, przy znacznie nawet obniżonem wydzieleniu mocznika pojawia się w moczu w ilościach normalnych. Wydzielenie amoniaku służy miarą dla ilości kwasów, krążących we krwi, a przeznaczonych do wydzielania. Nadmierna zawartość kwasów we krwi, tak zwana *acidosis*, jaka bywa u diabetyków i gorączkujących — zdarza się bardzo rzadko w przebiegu *nephritis*. Tylko w przypadkach ciężkich w prodromalnych okresach mocznicy

znajdował autor w moczu duże ilości dziennie amoniaku (1,0 — 1,5 grm.). Ze względu na łatwe wydzielanie amoniaku przez nerki słusznem wydaje się w teorii, aby podawać w odpowiednim razie duże ilości kwasów—przez co z większą ilością wydzielanego amoniaku usuwa się i część azotu. Zmniejsza to więc ilość azotu, wydzielanego w postaci mocznika. W tym celu nadają się kwasy mineralne, gdyż kwasy organiczne szybko utleniają się.

W jednym przypadku (*nephritis parenchymatosa*) podawał autor dziennie około 100 kropeł *acidi muriatici diluti*. Ilość amoniaku wzrosła z 0,78 na 1,97, lecz ilość mocznika nie spadła. Odciągnęło się więc w ten sposób z trudno wydzielającej drogi około 1 grm. azotu, co może nie być bez znaczenia przy 6 — 7 grm. dziennie wydzielanych.

Kwas octowy i cytrynowy. Ocet wogóle zabraniany bywa chorym na zapalenie nerek. Sprawia to niektórym z osobników przykreść dyetetyczną. A tam, gdzie dużo pokarmów trzeba ograniczać — należy usuwać najbardziej szkodliwe. Zastępowanie octu przez kwas cytrynowy nie każdemu dogadza. A zachodzi pytanie, czy sok cytrynowy nie jest szkodliwszy od octu. Ocet do moczu wcale nie przechodzi. Kwas octowy może więc być bezkarnie podawany.

Kwas moczowy i zasady alloksurowe. Od kiedy ukazały się metody ściślejsze, określające kwas moczowy, wykazało się wbrew dawnym mniemaniom, że ilości kwasu moczowego, wydzielane w różnych postaciach *nephritis* — wahają się w granicach normalnych. Kwas moczowy należy do ciał, wydzielających się względnie łatwo, bez drażnienia nerek. Toż samo tyczy się i zasad alloksurowych. Jednakże ciała te okolicznościowo czasami wydzielają się w ilości zmniejszonej, nagromadzają we krwi i tkankach i nie są dla ustroju obojętne. W podawanych przeto pokarmach racjonalniej będzie unikać pokarmów gruczołowych (grasica, wątroba, śledziona, nerki) i mocnych rosółów. Ewentualnie w tym kierunku można przyjąć pod uwagę i mięśnie, jako zawierające ślady tych ciał — lecz tylko w ostrym przebiegu *nephritis* lub zaostrzeniu przebiegu przewlekłego.

Alkohol. Bardzo mało posiadamy wiadomości o wydalaniu alkoholu przez chore nerki. Wiemy tylko, że, jeżeli alkohol stale przyptywa ze krwi do nerek i oplukuje ich substancję — stanowi dla nich jedną z najszkodliwszych trucizn — bez względu na postać w jakiej przyjmowany bywa (wódka, piwo, wino i t. d.). Dla zdrowych nerek istnieje jednak w użyciu alkoholu granica, w obrębie której nie wywiera on wpływów ubocznych. Należy dojść do przekonania, że i dla chorych nerek taka granica nieszkodliwości w użyciu istnieje, naturalnie, w porównaniu ze zdrowymi znacznie obniżona. Jednakże granicy wzmiankowanej *a priori* nie znamy, i dla tego należy ściśle zachowywać ostrożność. W chorobach ostrych wogóle surowo zabraniamy alkoholu.

Autor jednak w *nephritis acuta* i *chronica* wyprowadza dla alkoholu wskazania indywidualne. Do wskazań tych należą występujące w przebiegu choroby napady osłabienia serca z małym nitkowatym tętnem. Małe dawki alkoholu wywierają w podobnych razach wpływ zbawienny. Bezstronny spostrzegacz przyznać również może, że u niektórych nefrytyków podawanie małej ilości wina lub rozcieńczonej wódki pobudza apetyt, zmniejsza mdłości, które często przeszkadzają w odpowiednim odżywianiu. Wogóle autor jest zdania, że co do użycia alkoholu jesteśmy zanadto ostrożni. Nie może zaprzeczyć, że nawet przy ostrożnym podawaniu w niektórych przypadkach widział następstwa niepożądane. Lecz to sprowadzać nie powinno wyłączenia alkoholu bezwzględnie w *nephritis acuta et parenchymatosa*. Przecież takim chorym podajemy kefir i kumys,

które zawierają alkohol. Trzy do czterech litrów tych napojów zawierać może 66—88 grm. alkoholu, co odpowiada 100—130 grm. koniaku lub litrowi reńskiego albo burgundzkiego wina, ewentualnie 1½ do 2 litrom piwa. Każdy się na to zgadza, że podobne ilości szkodzą bezwzględnie, a jednak spokojnie podajemy kefir lub kumys w odpowiednich ilościach.

Woda (leczenie napotne). Wspominaliśmy, że w ostrych chorobach nerek, a często w ostrych i przewlekłych, woda wydziela się trudno. Jednakże różnie w tym względzie zachowują się przypadki pojedyncze. Z drugiej strony woda pobudza najpotężniej czynność nerek. Jeżeli przyjęcie wody wywołuje zwiększoną diurezę—wyplukują się jednocześnie i inne składniki moczu, o ile pod ten czas nagromadziły się w organizmie. Nie zawsze jednak tak się dzieje. Autor spostrzegał w przypadkach *nephritis chronica*, że diureza nagle wzrastała, lecz ilość części stałych moczu, w szczególności ilość mocznika nie zwiększała się. Z punktu leczenia oszczędzającego dla nerek wydaje się racjonalnem ograniczać ilość wody, jeżeli po jej przyjęciu diureza nie zwiększa się, bo nagromadzanie wody w organizmie powoduje wodnistość krwi i obrzęki. Hydremia zaś stanowić może źródło stałych bodźców dla nerek, a zadaniem naszym — wszelkie nadmierne bodźce — usuwać.

Przy zwykłym przyjętem postępowaniu leczniczem w *nephritis acuta* lub zaostrzeniach *nephritis chronica* podają dużo płynów nawet w czasie istnienia obrzęków przy nieznacznej diurezie, podają wtedy mleko i alkaliczne wody mineralne. Według autora często w ten sposób szkodzimy choremu: obrzęki wzrastają, siła serca słabnie, występują utrudnione oddechanie, mdłości, wymioty. W razach podobnych ograniczanie ilości przyjętych płynów i pokarmu w ogóle, doprowadzane do możliwie niskiej granicy, często usuwało niepożądane objawy. O ile mamy do czynienia z osobnikami dobrze odżywianymi, którym krótkotrwałe wstrzymanie dowozu pokarmowego szkodzić nie może — względny głód przynosi im więcej pożytku, niż nadmierna ilość pokarmów. Chorzy z ciężkim ostrym zapaleniem nerek mało wogóle wchłaniają pokarmów stałych, a odczuwają zwykle duże pragnienie (pomimo przepojenia tkanek wodą) — czemu jednak ulegać nie należy. Naturalnie, podobne ograniczenie płynów z pokarmów przedstawia trudności w zastosowaniu i można je przedłużać bardzo krótko, w przeciągu dwóch trzech dni. W dalszym przebiegu należy sobie dopomóc, stosując leczenie napotne, którego celem jest właśnie usunięcie wody, nagromadzonej we krwi i tkankach. Wyprowadzanie zaś drogą gruczołów potowych substancji szkodliwych polega na niedowiedzionych hipotezach.

Pomimo ważnego znaczenia, jakie posiada usuwanie wody przez skórę — nasuwa się kwestya, czy logicznem będzie — z jednej strony, podając obfity napój, dostarczać ustrojowi duże ilości wody, z drugiej zaś spotęgowaną przez to szkodliwość (wzmożenie hydremii i obrzęków) wyrównywać przy pomocy potu. Byłoby to racjonalne, gdybyśmy tą drogą usuwali jednocześnie z organizmu i inne substancje szkodliwe, które bez wywoływania potu w ustroju pozostają, drażnią nerki lub zatruwają ustrój. Tak jednak nie bywa, i dla tego autor wyraża zdanie, że w początkowych okresach ostrego zapalenia nerek, o ile można, należy nie podawać dużej ilości płynów w celu rzekomego pobudzenia diurezy — przeciwnie należy podawać wody względnie mało, nie tyle, aby diurezę pobudzić, gdyż to pobudzenie bywa jednoznaczne z drażnieniem organu chorego. Należy wody podawać jak najmniej, stosując się do potrzeby pożywienia płynnego i pragnienia, nie więcej nad ⅓ litra płynów. Jeżeli wtedy diureza spotęgowana nie zostaje, a obrzęki wzrastają — dopiero należy zastosować diaforezę. Podo-

bny sposób postępowania wydaje się v. NOORDEN'owi najodpowiedniejszym, aby nerki oszczędzać i wpłynąć na zmniejszenie obrzęków. Inaczej w okresie *nephritis acuta* nieco późniejszym. Jeżeli diureza sama zaczyna wzrastać lub od początku bywa obfita, a obrzęki rozwijają się w stopniu nieznacznym — należy płyny podawać obficie. Wtedy czynność nerek dorasta do funkcji prawidłowego wydzielania, i obfite napoje wypłukują z kanalików nagromadzone produkty chorobowe. Następnie części stałe moczu doprowadzane bywają w rozcieńczeniu, co wpływa również oszczędzająco. Z tego punktu widzenia wydaje się autorowi jednostronnem, jeżeli procedury napotne stosowane bywają tak długo, dopóki przy obfitej diurezie nie zniknie białkomocz. Polega to na szablonie leczniczym, według którego wywołanie potów uważają za bezpośredni środek leczniczy przeciwko *nephritis*. Poty uważać należy za środek, skierowany przeciwko hydremii i obrzękom. Bywają one stosowane z dobrym skutkiem w okresie anurii i oliguryi — lecz kiedy diureza obfitą się staje, a obrzęki znikły — należy poty uważać za zbyteczne — szczególnie, jeżeli podawanie płynów następuje równoznacznie ze sprawnością czynnościową nerek, i baczmy na to, aby dowóz i odpływ płynów znajdował się w stosunku odpowiednim.

Lekarstwa. Niektórzy stosują we wczesnych okresach *nephritis acuta*, to znaczy w czasie oliguryi, środki lekarskie: diuretykę, kofeinę, *digitalis*, *juniiperus*, *species diureticae* etc., aby pobudzić zmniejszoną diurezę. Autor uważa wspomniane środki za bicz na chore nerki. Należy je podawać tylko w okresach późniejszych ostrego przebiegu, w szczególności zaś w przebiegu przewlekłym choroby.

Sumując rezultaty — autor dochodzi do następujących wniosków leczniczych w *nephritis acuta*:

1) przypadki ciężkie ze znacznie zmniejszoną wydzieliną moczu (anuria, oliguria), z narastającymi obrzękami, z grożącą mocznicą: ograniczenie pokarmów do $\frac{1}{2}$ litra mleka dziennie. Mała ilość płynów. Dla uspokojenia pragnienia kawałki lodu lub woda łyżkami. Małe dawki alkoholu do wody mogą się okazać pożądanymi. Wydalanie wody z organizmu przy pomocy procedur napotnych. Tego rodzaju postępowanie lecznicze przedłużać należy w ciągu 4—5 dni. Po upływie tego czasu albo następuje poprawa w czynności nerek, lub przeważa uremia, powodując *exitus*.

2) Przypadki, w których wydzielanie wody przez nerki bywa ograniczone, lecz zatrzymaniem nie grozi — obrzęki zaś są umiarkowane. Postać podobna zdarza się przeważnie w następstwie chorób zakaźnych.

Główne pożywienie stanowi mleko z dodatkiem węgla wapnia. Ilość dzienna nie powinna przewyższać 1500 ctm., szczególnie, jeżeli dodano $\frac{3}{8}$ litra śmietanki. Jeżeli stan ustroju wymaga bardziej obfitego pokarmu, dodajemy pokarmy, ubogie w białko lub nie zawierające składników, nerki drażniących albo trudno wyprowadzalnych, np. ryż, masło, pieczywo z masłem, cukier do zup, soki owocowe, sok winogronowy. Co się tyczy wody, podawanej po nad normę $1\frac{1}{2}$ litra płynów — w tych przypadkach nie dadzą się oznaczyć ściśle granice. Im częściej występują na plan pierwszy obrzęki i oligurya — tem więcej ilość wody ograniczać należy, a usilniej odciągać ją z ustroju przez wywołanie potów. Jeżeli jednak nerki wydzielają wodę swobodnie, nie należy jej w dużej ilości zabraniać. Poty zaś wywoływać wtedy tylko, jeżeli przy dobrej diurezie trwają obrzęki. Jeżeli ostatnie znikają — wtedy i wywołanie potów jest zbyteczne.

3) Okres zdrowienia ostrego zapalenia nerek: Obfitsze podawanie pokarmów. Jednakże ilość mleka nie powinna przewyższać $2\frac{1}{2}$ litra mleka (80 gm. białka), aby udostępnić podawanie innych pokarmów ze względu na różnorodność

w żywieniu. Obok mleka podawać należy: biały chleb, leguminy, cerealia, ser, niektóre owoce (w szczególności winogrona), jajka, mięso, (białe lub ciemne). Ilość białka stopniowo zwiększać do 100 grm. dziennie do końca choroby. Woda — obficie. Jeżeli diureza jest znaczna, a obrzęki znikły—wywołanie potów nie jest potrzebne. Tam, gdzie pomimo obfitej diurezy pozostają obrzęki małe lub przemijające, ani wywołanie potów, ani lekarstwa obrzęków zwykle nie usuwają. Nie należy więc wtedy uciekać się do pobudzenia czynności serca (*digitalis*, *strophantus*) lub drażnienia nerek (*coffeinum*, *diuretinum*, *calomel*), lecz należy starać się o pobudzenie czynności skóry przy pomocy leczenia klimatycznego. Suchy klimat zwykle wywołuje na czynność skóry lekki i stały wpływ pobudzający. Z odpowiednich miejscowości autor wymienia Egipt (Helonan, Assonan) lub stepy południowo-rossyjskie (suche powietrze, kumys).

(D. d.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

36. M. JOSEPH i PIORKOWSKI. Przyczynę do nauki o laseczniku przymiotu. Nicią przewodnią autorów w ich badaniach był następujący, ogólnie znany fakt kliniczny: mężczyzna, zarażony przymiotem przed 2 — 3 laty, w danej zaś chwili pozornie zdrowy, utrzymuje przez pewien czas stosunki z kobietą bez żadnej szkody dla niej; gdy jednak ta ostatnia zachodzi w ciążę, jad syfilityczny od ojca udziela się dziecku, a przezeń częstokroć i matce. Widocznie jad przymiotowy przechowuje się w nasieniu dłużej, niż w innych sokach ustroju.

Chcąc, o ile możności, uczynić zadość warunkom fizyologicznym, J. i P. przeprowadzili swe badania w sposób następujący.

Jako podłoża brano zdrowe łożyska, które umieszczano i przechowywano w dużych szalkach podwójnych z uwzględnieniem wymagań aseptyki. Po pewnym przeciągu czasu te części łożysk, które pozostały jałowe, przenoszono w niewielkich kawałkach (wziętych głównie od strony macierzystej) do wyjałowionych szalek PETRI'ego, obsiewano świeżo wypuszczonem nasieniem i stawiano przy 37° C.

Już pierwszego dnia badań J. i P. spostrzegli na łożysku małe kolonie, ledwie widzialne gołym okiem, podobne do kropli rosy, stopniowo zlewające się ze sobą i przybierające odcień szarawy. Badanie mikroskopowe wykazało obecność pałeczek, długich na 4 — 8, szerokich na 0,2 — 0,3; pałeczki te z wyglądu przypominają laseczniki dyfterytu, na jednym końcu mają kolbowate zgrubienie, częstokroć rozpadają się na drobne ziarenka (oznaka zwyrodnienia), układają się nakształt sztchet, barwią się najlepiej rozcieńczoną fuksyną karbolową lub *gentianawiolet*, gorzej błękitem metylenowym.

Po dwudniowym hodowaniu na łożysku, J. i P. przesiewali kolonie na agar i otrzymywali w ten sposób drugie pokolenie laseczników. Rozwijało się ono pod postacią szarobiałego, ściśłego, woskowego nalotu, po nad który wznosiły się oddzielne kolonie; nalot ten można było zdjąć *in toto* za pomocą igły platynowej. Laseczniki, należące do tej II generacji, posiadały ruch oscylujący, odbarwiały się w kwasach, barwiły się metodą GRAM'a; nosiły one cechy zwyrodnienia, choć były jeszcze bardzo podobne do osobników, rozwijających się na łożysku.

W trzecim pokoleniu oznaki zwyrodnienia były już bardzo wybitne, wzrost powolny. Przenosząc drugie i trzecie pokolenie laseczników z powrotem na ja-

łowe łożyska lub na surowicę krwi, J. i P. znowu otrzymali błyszczące białe kolonie, szybko rosnące i zlewające się ze sobą po 6 — 8 dniach — jak w pierwszym pokoleniu; oczywiście w ten sposób można osiągnąć zwiększenie żywotności laseczników.

Za pomocą odpowiedniego barwienia można w opisywanych lasecznikach wykazać obecność tak zwanych ciałek metachromatycznych (inaczej ciałek BABES-ERNST'a). Metodę barwienia podaje PIORKOWSKI. Preparat na szkiełku pokrywkowym zagotowujemy ostrożnie z błękitem LÖFFLER'a nad płomieniem gazowym; po jednoninutowym ochładzaniu odbarwiamy w ciągu 5 sekund w 3% alkoholowym roztworze kwasu solnego, zmywamy wodą, wreszcie barwimy na zimno w ciągu 10 sekund w 1% karbolowym roztworze fuksyny. Ciało bakteryi barwi się na czerwono, jądra biegunowe na niebiesko. Jądra te dosyć prędko znikają z ciała laseczników i dają się znowu wykazać dopiero po nowym przeniesieniu tych ostatnich; być może obecność tych ciałek BABES-ERNST'a związana jest z pewnym stopniem żywotności laseczników.

Takie są wyniki badania, przeprowadzonego nad nasieniem osobnika 23-letniego, który uległ zarażeniu przymiotem przed 10 miesiącami.

Prowadząc swoje poszukiwania dalej, J. i P. zbadali jeszcze 22 mężczyzn, zarażonych przymiotem najmniej przed 5 — 6 tygodniami, najwięcej przed 2 laty (1 przypadek przed 3 i pół laty). Wyniki badania były te same, co i w pierwszym, opisanym już przypadku: trzymając się swojej metodyki, J. i P. stale otrzymywali hodowle zupełnie identycznych laseczników. Przytem odkryto niektóre właściwości biologiczne tych laseczników, mianowicie, zdolność ścinania mleka i wytwarzania niewielkich ilości indolu w hodowlach bulionowych. Wreszcie stwierdzono rozwój laseczników przy bezpośrednim obsiewaniu nasieniem surowicy krwi (nie we wszystkich jednak przypadkach).

A zatem: we wszystkich badanych przypadkach przymiotu J. i P. skonstatawali obecność pewnej odmiany laseczników.

Z drugiej strony, obsiewając łożyska nasieniem czterech osobników zdrowych, dalej nasieniem syfilityków, wypuszczonem przed 6 — 8 godzinami, wreszcie nasieniem, pochodzącem od 2 syfilityków, dotkniętych azoospermją, J. i P. nie otrzymali żadnej hodowli.

Z tego wszystkiego J. i P. wyciągają taki wniosek: istnienie opisywanych laseczników warunkuje się po części obecnością żywych plenników, pochodzących od osób, dotkniętych przymiotem. Warunkuje się tylko po części, gdyż w jednym z dwóch przypadków azoospermii i w jednym z 22 wyżej omawianych przypadków znaleziono podobne laseczniki we krwi chorych. Ostatnia serya badań autorów dotyczyła osobników, dotkniętych przymiotem już od dłuższego czasu. W czterech przypadkach (6, 4, 3 i 10 lat od chwili zarażenia) wyniki były ujemne. W 1 przypadku przymiotu, trwającego 5 lat, J. i P. otrzymali hodowle; trzeba zaznaczyć, że w okresie badania istniała u chorego swoista wrzodząca wysypka na owłosionej części głowy.

Zasługują na uwagę zjawiska aglutynacyi omawianych laseczników.

Przedewszystkiem występuje tu pewnego rodzaju autoaglutynacja, znajdująca swój wyraz: 1) w sklejanii laseczników, badanych wprost w kropli wiszącej; 2) w układaniu się laseczników na kształt sztachet; 3) w wytwarzaniu się obfitego osadu w hodowlach bulionowych i ścisłego nalotu na agarze. Widocznie laseczniki te szybko wytwarzają takie produkty przemiany, które zabijają ich protoplazmę.

Agglutynacja jest zupełna, jeżeli dodamy do hodowli laseczników surowicy krwi, pochodzącej od samych chorych lub od świni, której uprzednio wprowadzano pod skórę hodowle laseczników. Sklejanie występuje już w rozcieńczeniu 1:40.

Czy opisywany lasecznik jest swoistym drobnoustrojem, wywołującym przymiot, na to pytanie J. i P. nie ważą się odpowiedzieć kategorycznie: doświadczenia na myszach, świnkach morskich i na królikach wypadły ujemnie, na człowieku zaś niepodobna robić podobnych eksperymentów.

W każdym razie nie ma on nic wspólnego z opisywanym zarazkiem szankra miękkiego (*streptobacillus*): różni się on odeń swoim układem sztachetowatym i, co najważniejsza, nie daje się wyhodować przy obsiewaniu łożyska kawaleczkami wyciętego szankra miękkiego.

(*Berliner klin. Woch. Nr. 12 i 13 r. 1902*).

Bolesław Żebrowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= LOMMEL opisuje przypadek gorączki połogowej, przebiegający pod postacią duru. W wywiadach nie znaleziono nic, coby mogło wzbudzać podejrzenie przebytego tyfusu brzuszego; na sekcji również nie znaleziono żadnych zmian w kiszkiach. Tymczasem za życia surowica chorej dawała reakcję WIDAL'a już w rozcieńczeniu 1:80. Autor przypuszcza, że w danym przypadku nastąpiło zakażenie *bacterio coli comm.*, który, jako należący do jednej grupy z lasecznikiem duru, wytwarza

aglutyniny bardzo zbliżone pod względem działania swego do aglutyninów *bacill. Eberthi*. (*Münch. med. Woch. Nr. 8 r. 1902*).

= ZUPPINGER obserwował przypadek odmy piersiowej u 2½ letniego dziecka, spowodowanej przez wdechnięcie kłosa zbożowego podczas snu. Odma piersiowa przebiegała z objawami znacznej duszności, bez kaszlu, i spowodowała śmierć po 40 godzinach. (*Wiener klin. Woch. Nr. 1. 1902*).

Ż.

Wiadomości bieżące.

— W d. 5 b. m. obchodziło gremium lekarzy szpitala Wolskiego 40-letni jubileusz doktoratu lekarza naczelnego tegoż szpitala, kol. SOMMERA, jednego z współwłaścicieli naszego pisma. Przez cały ten okres 40-letni pracował kol. S. w szpitalach warszawskich, z początku jako pomocnik dyrektora kliniki wydziałowej prof. CHALUBIŃSKIEGO i jednocześnie ordynator oddziału wewnętrzznego w szpitalu Dz. Jezus, z kolei jako ordynator oddziału wychowawczego w tymże szpitalu, wreszcie od lat 20 jako lekarz naczelnny szpitala Wolskiego. Przez czas pewien pracował w instytucie anatomo-patologicznym u VIRCHOW'a. Na zebraniu jubileuszowym koledzy szpitalni podnieśli zalety charakteru jubilata jako kolegi i zwierzchni-

ka. Ze swej strony życzymy Szanownemu Jubilatowi złotych godów z medycyną.

= Wyszedł z druku „Słowniczek chemiczny”; I Związki nieorganiczne, na zasadzie uchwały Akademii umiejętności w Krakowie. Ułożyła redakcja „Chemika polskiego”. Bardzo pożyteczne to wydawnictwo sądzimy przyczyni się do ujednostajnienia w naszym języku nazw związków chemicznych, a tem samem do łatwiejszego uniknięcia nieporozumień, mogących wyniknąć dla czytelnika przy użyciu rozmaitych nazw przez rozmaitych autorów dla określenia jednego i tegoż samego związku. Gorąco więc polecamy naszym kolegom ów Słowniczek. (Dla czego nie Słownik? przyp. Red.).

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt „Terapii ogólnej chorób skóry“ d-ra UNNY.

Schlesischer Obersalzbrunnen



Oberbrunnen



Pierwszorzędne źródło alkaliczne, skutecznie działające odroku 1601.

Analizy i szczegóły o źródle wysyła pocztą bezpłatnie

Kantor ekspedycji wód mineralnych książęcych w Obersalzbrunn.

Furbach i Strieboll, Salzbrunn na Ślązku. Składy we wszystkich aptekach i handlach materiałów aptecznych.

MARIENBAD WIELKA MIEJSCOWOŚĆ (Czechy) KURACYJNA

Towarzystwo ekspedycji wód mineralnych

poleca dla używających w domu kuracyi:

Kreuzbrunn

Ferdinandsbrunn

Waldquelle

Ambrosiusbrunn

Rudolfsquelle

**najmoońsze źródła glauber-
skiej soli w Europie.**

Indikacje: Ogólna tęgość, otłuszczenie serca, wątroby; nieprawidłowy oddech i obieg krwi, z powodu powiększającego się tłuszczu; katar żołądkowy wszelkiego rodzaju; zastój krwi w brzuchu, hemoroidy, słabość kiszki i wszelkie wypływające z takowej skutki, choroby kobiece przy zakończeniu menstruacyi, diatesa.

Indikacje: Katar paszczy, krtani i organów oddechowych; katar narządów trawiących.

Najmoońsze źródło żelazowe w Europie z 0,17 dwu-węglasto-żelazowej soli na liter! Indikacje: Bezkrwistość, blednica, osłabienie organiczne, neurastenja.

Najwybitniejsze ziemno-alkaliczne źródło.

Indikacje: Chroniczny katar kanałów urynowych, kamienie w pęcherzu i nerkach; podagra, uratyczna diatesa.

Z roku na rok zapotrzebowanie powiększa się.

Marienbadzka naturalna sól źródłana

wytopniająca kwasy, łatwo rozwarzająca, szybko i łagodnie przeczyszczająca. Znakomity środek podniecający przy używaniu Marienbadzkich wód.

Marienbadzkie pastylki źródlane.

Indikacje: Zgaga, kurez żołądkowy, chrybka, załegnienie.

Marienbadzki „Mineralmoor“

Bagno najbogatsze w skuteczne pierwiastki i kwasy, 7-8%.

Dostać można w składach wód mineralnych, aptekach i składach aptecznych, lub wprost przez Towarzystwo ekspedycji wód mineralnych w Marienbadzie (Czechy).

Marienbadzkie mineralne wody, oraz wyroby źródlane stoja bezpłatnie do dyspozycji p.p. lekarzów dla zbadania.

ALBOFERYNA

z fabryki chemicznej D-ra Fritza i D-ra Sachsse
w Wiedniu

Środek odżywczy i wzmacniający, zawierający żelazo i fosfor organicznie z białkiem związane, bez smaku i zapachu, łatwo rozpuszczalny.

Skład główny w aptece

D-ra T. Heinricha

Wierzbowa 11.