

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi. w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. **Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. WŁ. BRODOWSKI i T. DUNIN. Przypadek tak zwanej „Choroby zakaźnej Weil'a“ zakończony śmiercią. — II. M. JAKOWSKI. Drugi przypadek twardzieli nosa, zbadany pod względem bakteriologicznym. — *Dział sprawozdawczy.* 33. AUERBACH. O stosunku moczówki cukrowej do cierpień układu nerwowego. — 34. GERMAIN SÉE. Antipiryna. — Dodatek. — Ogłoszenia.

TROCHISCI NITROGLICERINI,

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie lecznicze jako *antineuralgicum-antispasmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymywało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemann'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale $\frac{1}{100}$ grana albo 0,00062 grm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma est przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po użyciu $\frac{1}{100}$ g. doznaje się silnego tętnienia tętnic szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dniem po $\frac{1}{100}$ gr. zwiększając dawkę w potrzebie od 2-eh do 3-eh tabletek 3 do 4-eh razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnie zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach duszniczej bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko boleści duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zapobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak najmniej okazała się skuteczną w formie migreny tak zwanej *hemigrania sympathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.“

Cena pudełka, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

M. MUTNIAŃSKI.

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

47—32

ZAKŁAD KEFIRU LECZNICZEGO K. SIGALINY z Kaukazu.

Oprócz wielu medali otrzymanych w Warszawie i Charkowie obecnie nagrodzony został medalem brązowym na Wystawie Hygieniczno-Lekarskiej i Dydaktyczno-Przyrodniczej we Lwowie mieści się przy ulicy Królewskiej № 31 nowy, wprost parkanu ogrodu Saskiego, między ul. Marszałkowską a skwerem kościoła ewangelickiego.

Zakład zaopatrzony stale codziennie w świeży kefir i zdrowe grzybki kefirowe.

6—5

FRANCISZKA JÓZEFA WODA GORZKA

najlepsza z oczyszczających wód mineralnych, poleca się uwadze P.P. Lekarzy.

3—1 Dyrekcja w BUDA-PESZCIE.

FABRYKA WÓD MINERALNYCH

MAGISTRA FARMACYI

W. Karpińskiego

w WARSZAWIE

poleca

WOCY ŻELAZO-ARSENICALNE
LEVICO I RONCEGNO.

Używa się ich podług wskazań lekarza od jednej do 5 łyżek dziennie, a sprzedaje się tylko za receptami Doktorów.

UWAGA.

Każda łyżka wody Levico zawiera tyle soli arsenikalnej co 10 kropel Liquor. arsenicalis Pearsonii, a Roncegno tyle co 15 kropel — buteleczka zawiera 18 do

20 łyżek stołowych — Cena 40 kop.

10—10

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYPADEK TAK ZWANEJ „CHOROBY ZAKAŻNEJ WEIL'A“ ZAKOŃCZONY ŚMIERCIĄ.

Podali

Prof. Wł. Brodowski,
i
Dr T. Dunin.

W Lipcu 1886 roku zwrócił uwagę WEIL ¹⁾ z Heidelberga na szczególny rodzaj choroby zakaźnej, dotychczas nieznaney, a raczej nieopisywanej. Przypadków takich widział on cztery, a mianowicie 2 w 1870 r., i 2 w 1882. Cechowały się one nagłym początkiem, silną gorączką połączoną z objawami nerwowemi, powiększeniem śledziony i wątroby, bolesnością tej ostatniej, umiarkowaną żółtaczką, a wreszcie objawami zapalenia nerek. Wszystkie te przypadki zakończyły się wyzdrowieniem po upływie 6—10 dni; ciepłota opadała *per lysin*. W 3 przypadkach, po przerwie wynoszącej 1—7 dni, nastąpił powrót trwający 5—6 dni, poczem chorzy ostatecznie powracali do zdrowia. Ponieważ WEIL nie widział ani jednego przypadku śmiertelnego, o istocie więc danej choroby mógł wypowiedzieć jedynie przypuszczenie, oparte na dokładnym rozbiorze objawów klinicznych. Otóż rozbiór ten doprowadził go do wniosku, że dana choroba nie może być napewno podciągniętą pod żadną ze zbliżonych do niej postaci, jako to tyfus brzuszny, tyfus żółciowy [t. j. tyfus powrotny żółciowy], ostry zanik wątroby. Co do tego ostatniego, to twierdzi WEIL, iż być może, że przypadki te różnią się tylko ilościowo od ostrego zaniku wątroby. Gdyby jednak i tak nawet było, powiada WEIL, to jeszcze nasze wiadomości niewiele by na tem zyskały, albowiem pod ogólnem mianem ostrego zaniku wątroby kryje się niewątpliwie wiele pod względem etjologicznym zupełnie różnych cierpień. Tyleż tylko można powiedzieć i o tyfusie brzuszny. Wprawdzie przypadki powyższe można by przyjąć za poronny tyfus brzuszny, powikłany przypadkowo żółtaczką, ale w każdym razie ciężki obraz choroby, silne zajęcie wątroby i nerek niebardzo odpowiada takiemu przypuszczeniu. „Przytem, powiada WEIL, niewiele na tem zyskuje nauka, jeżeli gwałtem wszystko staramy się pakować w ramy znanych nam postaci chorobowych“.

¹⁾ Deutsches Archiv f. klin. Med. T. XXXIX.

Wkrótce potem bo w Styczniu 1887 r. podał GOLDSCHMIDT ¹⁾ z Norymbergi opis jednego przypadku, zupełnie podobnego do powyżej opisanych. W przypadku tym istniała recydywa, natomiast zajęcie mózgowia było słabo wyrażone. W moczu znajdowano waleczki pokryte krótkimi lasecznikami.

W Czerwcu tegoż roku ogłosił WAGNER ²⁾ z Lipska dwa przypadki, cechujące się brakiem recydywy, a natomiast silnymi bólami w łydkach. Zajęcie nerek istniało tylko w jednym przypadku.

We Wrześniu tegoż roku opisał także przypadek ROTH ³⁾ z Bambergu; w przypadku tym istniał nadto nieznaczny wysięk opłucnej. Recydywa po 10 dniach.

W tymże roku i miesiącu HAAS ⁴⁾, lekarz szpitala w Pradze, ogłosił opis 10 przypadków, które spostrzegał w przeciągu 2-ech tygodni. Była to więc mała epidemia. HAAS uważa powyższe przypadki z całą pewnością za poronny tyfus brzuszny, przypuszczenie które wprawdzie wypowiada już WEL, ale niezmiernie ostrożnie.

Wreszcie w Lutym r. b. ogłosił FIEDLER ⁵⁾, naczelny lekarz szpitala miejskiego w Dreźnie, 13 przypadków tej choroby, które spostrzegał w przeciągu od 1876 do 1883 roku. I tu choroba rozpoczynała się nagle, gorączka była wysoka, objawy nerwowe wyraźne, wątroba i śledziona w połowie tylko przypadków powiększone. Żółtaczka była stałym objawem, natomiast mocz, choć często, nie zawsze jednak zawierał białko. Bóle w mięśniach istniały zawsze i w silnym stopniu. Przebieg ciężki, powrót jednak do zdrowia zupełny, a recydywy rzadkie [2 razy]. W epikryzie FIEDLER zastanawia się głównie nad tem czy przypadki powyższe można przyjąć za tyfus brzuszny poronny i dochodzi stanowczo do wniosku przeczącego, uznając dane cierpienie za chorobę *sui generis*.

Wszystkie powyższe przypadki, których opisano 31, zakończyły się zupełnym wyzdrowieniem. Nadto ogłosił AUFRECHT ¹⁾ opis dwóch przypadków, dawniej już przez niego opisanych, zakończonych śmiercią. Przypadki te jednak były nieczyste [w jednym suchoty, w drugim zupełny bezmocz], a przytem opis badania pośmiertnego podany tak krótko, że do stanowczego rozjaśnienia i stoty choroby bynajmniej nie wystarcza. Przypadki swe AUFRECHT oznacza mianem „*acute Parenchymatose*“.

W Grudniu roku zeszłego mieliśmy sposobność spostrzegać jeden przypadek tej choroby, niezmiernie ważny ze względu, iż się zakończył śmiercią. Aczkolwiek badanie na pasorzyty nie doprowadziło nas do stanowczego wyniku i nie pozwoliło na ostateczne wyjaśnienie istoty choroby, to jednak badanie pośmiertne wykryło tak charakterystyczne zmiany, innym chorobom zakaźnym zupełnie

¹⁾ Tamże T. XXXX. Z. 2.

²⁾ Tamże T. XXXX. Z. 5 i 6.

³⁾ Tamże T. XXXXI. Z. 3.

⁴⁾ Praca HAAS'a pomieszczona w „Prager med. Woch. Nr. 39 i 40 r. 1887“ nie była nam dostępna w oryginale i znamy ją jedynie ze streszczenia pomieszczonego u FIEDLER'a.

⁵⁾ Deutsch. Arch. f. kl. Med. XXXXII. Z. 4.

⁶⁾ Tamże. T. XXXX. Z. 5 i 6.

obec, że pozwala na wyznaczenie dla tej choroby zupełnie odrębnego stanowiska.

Jarosz Franciszek, robotnik, lat 36 mający, przybył do szpitala Dzieciątka Jezus dnia 12 Grudnia 1887 r.. Chory powiada, że zachorował przed kilkoma, około 10 dniami, mianowicie dostał silnego bólu głowy i dreszczy powtarzających się później kilka razy. Wciągu tego czasu pocił się kilka razy w nocy, miał silne bóle brzucha i zaparcie stolca.

Status praesens. Chory silnej budowy ciała, wybornie odżywiany. Skóra blada z wyraźnie żółtawem zabarwieniem. Łącznice żółtawe, kończyny dolne na stopach do połowy goleni spuchnięte. Ciepłota 38, tętno 96. W dolnej części obu płuc z tyłu, głównie jednak po stronie lewej, nieco rzężeń wilgotnych. Zresztą odgłos prawidłowy, oddech pęcherzykowy. Wymiary serca prawidłowe, tony czyste.

Wątroba znacznie powiększona, wystaje z po za łuku żeberowego na 3—4 palców. Dolnego jej brzegu wyraźnie wyczuć nie można z powodu silnego bólu i napięcia mięśni brzucha.

Górna granica śledziony nad 8 żebrzem, dolny brzeg wybornie wyczuć się daje. Ścianki brzucha silnie napięte z powodu bolesności w okolicy wątroby, stolec zaparty.

Wszystkie gruczoły chłonne dostępne dla badania, a mianowicie na szyi, pod pachami, w przegubie łokciowym, w pachwinach, powiększone do wielkości małego orzecha włoskiego i przy dotykaniu bolesne. Mostek i kości długie przy ucisku nieco tylko bolesne.

Mocz zawiera wyraźne ilości barwników żółciowych i nieznaczną ilość białka. W osadzie dość dużo cylindrów hyalinowych; komórek limfoidalnych lub nabłonka nerkowego nie znaleziono wcale. Badanie krwi wykazało tylko nieznaczne powiększenie ilości białych ciałek, czerwone prawidłowe. Pasorzytów, mianowicie też spirochetów, nie znaleziono.

Chory nieco odurzony, skarży się na silny ból głowy, ale zresztą zupełnie przytomny.

Wieczorem ciepłota 38,2° C..

Dnia 13 Grudnia ciepłota 38,6° C., tętno 100. Stan bez zmiany, chory skarży się na silne bóle brzucha. Wieczorem ciepłota 39° C..

Dnia 14 Grudnia ciepłota 39° C., tętno 100. Wieczorem ciepłota 39,4° C..

Dnia 15 Grudnia ciepłota 39,2° C., tętno 104. Wieczorem ciepłota 39,6° C..

Dnia 16 Grudnia ciepłota 39,6° C., tętno 108. Chory przytomny, skarży się na straszne bóle brzucha w okolicy wątroby, które nie pozwalają mu leżeć i zmuszają go do przepędzania czasu w skulonej pozycji. Żółtaczką i obrzęk wyraźniejsze. Wątroba większa, rzężeń wilgotnych w płucach więcej.

Dnia 17 Grudnia przy objawach upadku sił chory życie zakończył.

Przy rozpoznaniu klinicznym zatrzymywaliśmy się nad tyfusem brzuszny, ostrym zanikiem wątroby, zimnicą ciągłą i białaczką.

Co do pierwszego, to podobnie jak WEIL i inni, szczególnie w pierwszej chwili, nie mogliśmy stanowczo powiedzieć, czy nie mamy do czynienia z tyfusem brzuszny. Wszelako brak różyczki, brak wszelkich objawów ze strony kanału pokarmowego, obrzmienie gruczołów chłonnych, a wreszcie powiększenie i silny ból w okolicy wątroby, który to objaw górował nad całym obrazem klinicznym, czynił podobne rozpoznanie bardzo wątpliwem.

Przeciwno ostremu zanikowi wątroby przemawiał słaby stopień żółtaczką do samej śmierci, oraz znaczne powiększenie wątroby.

Również łatwo wykluczyć było można zimnicę ciągłą (*malaria continua*), która w pewnych latach bardzo często się zdarza w Warszawie, a mianowicie ze względu na zajęcie wątroby, nerek i gruczołów, czego w tej chorobie nie widzieliśmy nigdy.

Czas jakiś, z powodu obrzmienia gruczołów chłonnych, powiększenia śledziony i wątroby, myśleliśmy, czy nie mamy do czynienia z ostro przebiegającą białaczką (*leukaemia*), jakiej kilka widzieliśmy przypadków. Wszelako kilkakrotnie powtarzane badanie krwi, oraz obecność objawów nie mających nic wspólnego z białaczką [żółtaczka, białkomocz], usunęło to przypuszczenie w zupełności.

Nie mogąc zatem podciągnąć danego przypadku pod żadną z powyższych postaci chorobowych, a znając podówczas opisy WEIL'A, GOLDSCHMIDT'a, WAGNER'a i ROTH'a, powzięliśmy podejrzenie, że mamy do czynienia z cierpieniem przez powyższych autorów opisanem i rozpoznane nasze wyraziliśmy objawowo w sposób następujący: *Hepatitis parenchymatosa acuta*, *Nephritis acuta*, *Tumor lienis acutus*, *Adenitis generalis acuta*.

Badanie zwłok, wykonane w 24 godzin po śmierci, wykazało co następuje:

Ciało dobrze zbudowane i odżywiane. Skóra żółtawo zabarwiona, na tylnej powierzchni dość rozległe plamy pośmiertne. Nieznaczne obrzmienie kończyn dolnych. Na szyi i w pachwinach gruczoły limfatyczne powiększone. Mierna ilość tkanki tłuszczowej podskórnej. Mięśnie dobrze rozwinięte.

Serce w wymiarze poprzecznym cokolwiek powiększone; mięsień jego bładawy, łatwo się rozrywa; skrzepy krwi miękkie.

Błona śluzowa gardzieli i krtani zaczerwieniona, nieco nabrzmiała, pokryta niewielką ilością śluzu, na niej znajdują się miejscami kropkowate plamki ciemno-czerwone, jako objaw wylewów krwi z naczyń włosowatych. Podobne zmiany można spostrzegać i na błonie śluzowej tchawicy i grubszych oskrzeli.

Płuca tu i ówdzie do ścian klatki piersiowej przyrosłe, wogóle mocno przekrwione i obrzmiałe, usiane zwłaszcza w tylnej swej połowie licznymi stwardnieniami śledzionowatymi, miejscami zlewającymi się z sobą, które łatwo dawały się rozgniatać i tem się jeszcze różniły od reszty płuc, że powierzchnia ich na rozkroju była ciemniej zaczerwienioną i sączyła za pociśnięciem płyn krwisty prawie wcale nie pieniący.

Gruczoły oskrzelowe znacznie zwiększone, miękkie, szaro-czerwone.

Wątroba cokolwiek większa i bledsza od prawidłowej. Zarówno powierzchnia jej zewnętrzna, jak rozkroju zasiana bardzo licznymi, mniej lub więcej drobnymi plamkami, nieregularnymi, barwy żółtawo gliniastej. Towarzystwo one gałązkom żyły wrotnej. Budowa zrazikowa wątroby wyraźna.

Śledziona co najmniej pięć razy większa od zwyczajnej, ciemno-czerwona, bardzo krucha, niemal rozplywająca się. Ciało MALPIGHI'ego nie widać.

Nerki prawie o połowę zwiększone; powłoka ich łatwo się oddziela; powierzchnia gładka, szaro-czerwona, upstrzona drobnymi białawymi plamkami; istota korowa blisko w dwójnasób zgrubiała, na rozkroju jej widać również, mniej jednak liczne niż na powierzchni zewnętrznej, podobne plamki białawe, przedewszystkiem w pobliżu istoty rdzeniowej. Ta ostatnia znacznie czerwieniejsza od istoty korowej, mianowicie zaś u podstawy, gdzie także, jakkolwiek bardzo nieliczne, takie same plamki białawe spostrzegać się dają.

Błona śluzowa żołądka i kiszek nie godnego uwagi nie przedstawia. z wyjątkiem tu i ówdzie zwiększonych cokolwiek gruczołów samotnych i czarnych zabarwień kropkowatych wśród kepek ПЕРЕР'а [prawdopodobnie jako następstwo dawniej przebytego tyfusu brzuszego]. Gruczoły krężkowe, podobnie jak szyjowe, pachwinowe i t. p. powiększone, miękkie, szaroczerwone.

Badanie drobnovidzowe wykryło co następuje:

W płucach [p. fig. 1] wszędzie mocne przekrwienie, w śledzionowato zaś stwardniałych częściach nadto bardzo częste wylewy krwi do pęcherzyków płucnych, nierzadko tak znaczne, że ściany tych pęcherzyków, wskutek mocnego ich rozciągnięcia, tak dalece zcieśniały, że zdawały się być blizkami rozerwania się. Tuż obok dawały się spostrzec nagromadzenia wielkiej ilości drobnych komórek okrągłych, zarówno wśród tkanki łącznej międzyzrazikowej, jak wśród ścian pęcherzyków płucnych, a nawet i przedewszystkiem wzdłuż cokolwiek większych żyłek tego narządu. Komórki nabłonkowe odnośnych pęcherzyków odklejone, napęczniałe, zmieszane po większej części z krazkami krwi, zalegają je bezładną kupą. Za pośrednictwem pikrokarminu ciała ich barwią się bardzo słabo żółto, jądra zaś — mocno czerwono, niektóre jednak z tych komórek tak silnie były zmienione, że jąder w nich wcale już widać nie było. Wogóle im mocniej wypłnione były pęcherzyki płucne wylaną krwią, tem słabsze było drobnokomórkowe nacieczenie ich ścian i tem trudniej było dostrzedz komórki nabłonkowe z poza krazków krwi. W pęcherzykach zaś płucnych, o ścianach drobnymi komórkami okrągłymi mocno natłoczonych, a więc wskutek tego bardzo zgrubiałych, złuszczone nabłonek był tak dalece zmieniony, że się przedstawiał w postaci wcale niedających się barwić szarawych bryłek niekształtnych.

Podobneż nacieczenia drobnokomórkowe miały miejsca i w tkance łącznej międzyzrazikowej wątroby [porównaj fig. 2]. Owe plamki żółtawe, guziczki, na które zwróciliśmy uwagę powyżej, odpowiadały właśnie rozleglejszym takim nacieczeniom, towarzyszącym niezbyt drobnym gałęziom żyły wrotnej. Nie były wolne od takiego towarzystwa ani drobniejsze gałązki żyły wrotnej, ani też gałązki żyły wątrobowej, rzadko jednak kiedy dawało się spotrzeć bardzo nieznaczne tylko wzmiankowane nacieczenie dokoła środkowych gałęzek tej żyły w zrazikach wątroby. A i wogóle stopień drobnokomórkowego nacieczenia dokoła gałęzek żyły wątrobowej, był bez porównania słabszym od takiegoż nacieczenia tkanki łącznej międzyzrazikowej. Lecz nacieczenie to nie ograniczało się do miejsc co tylko wskazanych w wątrobie: rozszerzało się ono i na same zraziki, zmniejszając się stopniowo od obwodu ku środkowi ich. Jakkolwiek nacieczenia drobnokomórkowe wewnątrz zrazikowe nie mogły iść w porównaniu z międzyzrazikowymi, to jednak zdarzały się i tu miejscami, zwłaszcza zaś w pobliżu powierzchni wątroby, tak znaczne, że uciśnięte przez nie komórkowe beleczyki tego narządu mocno zcieśniały, niekiedy nawet się przerywały, wskutek czego mocno rozszerzone sąsiednie przestrzenie naczyńowe zlewały się z sobą. W miejscach, w których nacieczenia drobnokomórkowe wewnątrz zrazikowe były nieznaczne, uderzała częstokroć wielka ilość bezbarwnych ciałek krwi wewnątrz naczyń włosowatych, przy ścianach których nierzadko się spotykały mocno zwiększone komórki śródbłonkowe, niekiedy nawet o dwóch jądrach.

Co się zaś tyczy samych komórek wątrobowych, to te, z wyjątkiem oczywiście uciśniętych, a więc mniej lub więcej zanikłych, były cokolwiek nabrzmiałe przymglone, a bardzo wiele z nich i cokolwiek żółcią zabarwione. Zabarwienie to wogóle było słabe, po większej części rozlane; wśród nieco mocniej wszakże zabarwionych komórek i drobne ciemno-żółte ziarenka barwników żółci spostrzegać się dawały. U obwodu niektórych zrazików bardzo nieliczne komórki wątrobowe znajdowały się w stanie nacieczenia tłuszczowego.

I w nerkach, podobnie jak w wątrobie, wskazane powyżej plamki odpowiadały rozleglejszym nacieczeniom drobnokomórkowym tkanki łącznej śródmiąższowej [por. fig. 3]. Były one wogóle mniej liczne niż w wątrobie; najliczniejsze zaś z obecnych i najrozleglejsze znajdowały się wśród istoty korowej pomiędzy kanalikami krętymi, zwłaszcza przy powierzchni i w pobliżu istoty rdzeniowej. Nie były od wzmiankowanych nacieczeń wolne i torebki BOWMAN'a, do ulubionych wszakże ich siedlisk torebki te nie należały. Daleko rzadszemi i drobniejszymi zwykle były te nacieczenia w istocie rdzeniowej; różniły się nadto od zdrowych postacią: gdy bowiem postać pierwszych była bardzo zmienną i nieregularną, to ostatnie przedstawiały się zawsze jednostajnie podługowatymi. Tu także spostrzegaliśmy nierzadko mocno rozszerzone i pełne krążków krwi naczynia włosowate, oraz wylewy jej do kanalików prostych; trafiały się tu też naczynia włosowate również szerokie, zawierające znaczniejszą ilość bezbarwnych ciałek krwi niż czerwonych, jak również kanaliki proste bezbarwnymi ciałkami krwi na pewnej przestrzeni wypełnione.

Co się tyczy nabłonka, to komórki jego wogóle w kanalikach krętych były mocno napełnione i zamglone, zamykały częstokroć całe ich światło i miejscami tak dalece je rozszerzały, że znajdująca się między niemi tkanka łączna zdawała się zniknąć zupełnie. Jądra w zmienionych w ten sposób komórkach za pomocą najmocniejszych nawet barwników jądrowych wykryć się nie dawały. Zmiana ta jako rozlana po kanalikach krętych całej istoty korowej, nie znajdowała się oczywiście w żadnej zależności od wskazanych powyżej ograniczonych nacieczeń drobnokomórkowych odnośnej tkanki łącznej międzykanalikowej. Podobne zmiany w mniejszym tylko stopniu dawały się spostrzegać w nabłonku niektórych kanalików prostych, zarówno istoty korowej, jak rdzeniowej. W tej ostatniej można się było tu i ówdzie spotkać nawet z kanalikami ogołoconemi na pewnej przestrzeni z nabłonka, którego komórki prawdopodobnie wskutek wzmiankowanej zmiany wyszły ze związku tak z sobą, jak ze ścianami kanalików i zostały usunięte przez spływający temi kanalikami moc.

W śledzionie, oprócz mocnego bardzo przekrwienia, rozproszonych wybroczyn drobnych, nacieczeń drobnokomórkowych wśród grubszych wiązecek tkanki łącznej, drobnowidz nie był w stanie wykryć nic więcej godnego uwagi. Nie wiele więcej także dało się zdobyć badaniami drobnowidzowemi gruczołów limfatycznych. I tu mieliśmy do czynienia, z mniej mocnem wprawdzie niż w śledzionie, lecz zawsze dość znacznem przekrwieniem; miazga tych gruczołów była mocno zwiększoną, przedewszystkiem zaś właściwa istota gruczołowa, zarówno w skład istoty korowej jak rdzeniowej wchodząca, pomnożona kosztem t. zw. zatok limfatycznych. Uderzały wreszcie często spotykane mitozy w komórkach tej miazgi.

Co się tyczy badań bakteryjologicznych, to wyniki tych były prawie żadne. Trafiało się wprawdzie wśród nacieczeń drobnokomórkowych, gdzie tylko takowe się znajdowały, na komórki których ciało napełnione było mikrokokami, o objętości znacznie zwiększonej i postaci zmienionej, nieregularnej, lecz komórki takie były tak nieliczne, żeśmy nie mogli zawartym w nich drobnoustrojom przypisywać wielkiego znaczenia. Jeżeli wspominamy tu o tych drobnoustrojach, to tylko dlatego, że były one w każdym razie zjawiskiem przyżyciowem: nie widywaliśmy bowiem ich inaczej tylko w komórkach, widocznie więc, że wraz ze śmiercią ich gospodarza, a może jeszcze i za życia jego, wraz z ujęciem ich przez komórki, znikły warunki potrzebne do ich rozmnożenia się.

Wyniki więc badań pośmiertnych, jak widzimy, były bardzo owocne. Przedewszystkiem dowiodły one stanowczo zupełnej odrębności tej sprawy chorobowej

Fig. 1.

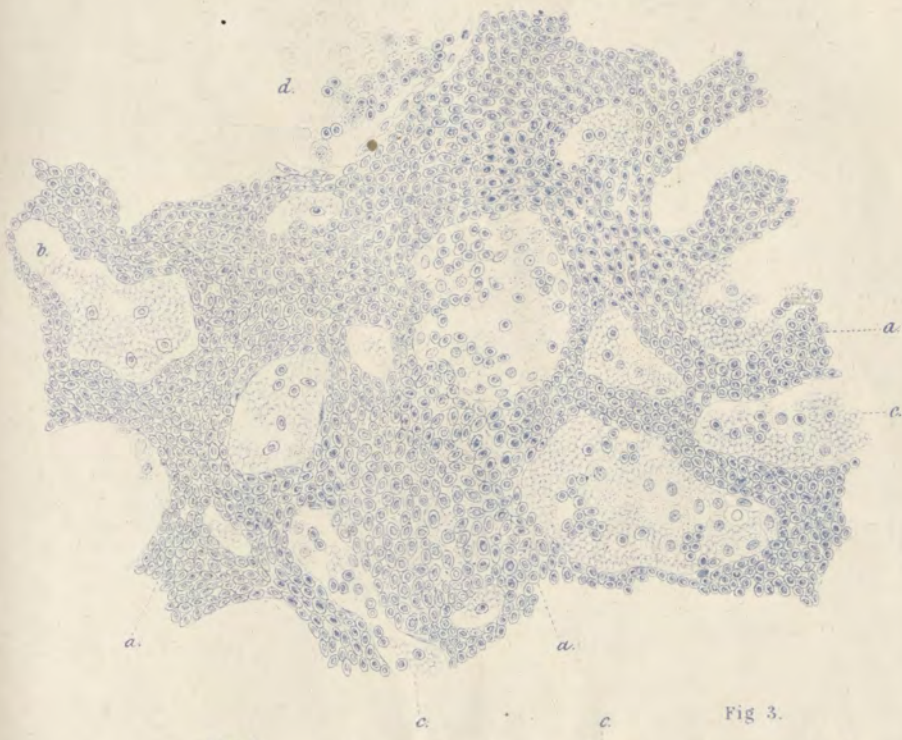


Fig. 2.



Fig 3.



wej; wykazały tak znaczną rozległość anatomo-patologicznego jej substratu, z jaką rzadko kiedy tylko w ostrej chorobie zakaźnej spotkać się można—okoliczność wielce utrudniająca wyszukanie odpowiedniej nazwy dla tej choroby. Jakkolwiek zaś powyżej opisane zasadnicze zmiany anatomiczne wszędzie nosiły cechy ostrych zapaleń, nawet z postaci wielce do siebie podobnych, to jednak natężenie tych zapaleń w rozmaitych narządach było tak niejednostajne, że to musiało się odbić i na ich postaci. Wszędzie mieliśmy do czynienia z licznymi drobnoguziczkowymi nacieczeniami drobnokomórkowymi tkanki łącznej śródmiąższowej. Lecz w płucach ogniska te miejscami tak się z sobą zlewały, że zapalenie stawało się niemal rozlanem; nadto nawał krwi, w towarzystwie zwykle wybroczyn, tak często występował tu na pierwszy plan, że zapalenie to śmiało można nazwać nawałowo-krwotocznem. Te same uwagi dadzą się zastosować i do śledziony. W wątrobie zaś ogniska, o których tu mowa, także się rozlewają, lecz na skutek rozszerzenia się nacieczenia drobnokomórkowego z tkanki łącznej międzyzrazikowej na śródzrazikową. Tu niezależnie od wzmiankowanych nacieczeń, zaczynają występować zmiany w samym mięszu, mniej lub więcej już rozlane, jak: pęcznienie komórek, zamglenie ich ciała, zależne od wzmożenia się ziarnistości tegoż, a niekiedy nawet i stłuszczenie komórek wątrobowych, zmiany świadczące o znacznem już zwiększeniu odżywiania rzeczonych pierwocin. W daleko wyższym stopniu podobne zmiany zaszły w mięszu nerek, tak, że tu parenchymatyczny pierwiastek zapalenia bierze stanowczo górę nad interstycyjalnem, a rozlana postać nad ogniskową. Osobliwością godną zaznaczenia był zupełny brak szklistawych tworów wałczkowatych w kanalikach nerek w tym przypadku, pomimo dość mocnego, jak widzieliśmy, zapalenia tych narządów.

W gruczołach wreszcie limfatycznych, mnogość obrazów karyjokinetycznych świadczyła o wielce podniesionej twórczości pierwocin tych gruczołów, oczywiście jako także jednym z objawów zapalenia.

Objawy kliniczne w danym przypadku odpowiadają w zupełności tym, jakie podał WEIL i inni. Z pomiędzy 6 objawów, stanowiących kliniczną charakterystykę nowej tej choroby, a mianowicie: nagły początek, gorączka, nieznaną żółtaczka, powiększenie wątroby i śledziony, objawy zapalenia nerek, wszystkie prócz pierwszego istniały w naszym przypadku. Co do początku choroby, to niestety tak tu jak często i w innych przypadkach zbieranie anamnezy u roboczej klasy w szpitalach stanowi szkopał o wiele trudniejszy do przyzwyciężenia aniżeli badanie chorego. Od naszego chorego nie mogliśmy się napewno dowiedzieć jak długo trwała choroba, kiedy wystąpiły pojedyncze objawy. Zdaje się jednak, że choroba rozpoczęła się nagle silnym bólem głowy i dreszczem, który w ciągu choroby jeszcze kilku razy się powtarzał. Chory przebył w szpitalu 5 dni, tak że cały przebieg wynosił około 12 do 14 dni. Z pomiędzy objawów zasługuje na uwagę najpierw bardzo silny ból w okolicy wątroby, tak silny, że go trzeba było uśmierzać podskórnymi wstrzykiwaniami morfiny. O objawie tym wspomina WEIL i inni, w naszym przypadku zdaje się dosięgł on najwyższego stopnia. Natomiast nie było bólów w innych mięśniach,

których więc, jak tego chce FIEDLER ¹⁾, za objaw cechujący cierpienie uważać nie można. Dalej zasługuje na uwagę obrzęk nóg, o którym w żadnym z opisów nie znajduję wzmianki; zależał on prawdopodobnie po części od zapalenia nerek, po części był wyrazem osłabionej działalności serca. Najważniejszym jednak objawem, który wyróżniał nasz przypadek od wszystkich innych, było obrzmienie gruczołów chłonnych wszystkich okolic ciała. Być może, że i w innych przypadkach objaw ten istniał i tylko z powodu niewielkiego stopnia uszedł uwadze. W każdym razie na punkt ten w następnych przypadkach zwrócić należy pilną uwagę, gdyby się bowiem okazało, że gruczoły, choć w niewielkim stopniu, stale biorą udział w cierpieniu, zyskalibyśmy niezmiernie ważny pod względem rozpoznawczym objaw.

Jeżeli obraz kliniczny zdaje się nie pozostawiać wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z tą samą chorobą, którą opisał WEIL i inni, to z drugiej strony badanie anatomo-patologiczne pozwala wykluczyć wszystkie pod względem klinicznym zbliżone cierpienia. I tak, brak najzupełniejszy zajęcia kiszek, pomimo iż mieliśmy 12—14 dzień choroby, pozwala w zupełności wykluczyć tyfus brzuszny; tym sposobem okazuje się, że wbrew stanowczemu twierdzeniu HAAAS'a, miał słusność FIEDLER dowodząc, za pomocą dokładnej analizy objawów, że cierpienie to nie ma nic wspólnego z tyfusem brzuszny. Również znalezione zmiany w wątrobie wykluczają możliwość przyjęcia jakiegobądź związku pomiędzy danym cierpieniem, a ostrym zanikiem wątroby. Prędzej już na zasadzie badania pośmiertnego możnaby pomyśleć o tyfusic powrotnym żółciowym, choć i tu zmiany w śledzionie były zupełnie innego rodzaju, a brak spirochetów zarówno za życia we krwi jak i po śmierci w tkankach stanowczo rozstrzyga wszelkie wątpliwości.

W tem miejscu pozwolimy sobie zwrócić uwagę na niewłaściwość używania ciągle jeszcze nazwy „*biliöse Typhoid*“ [WEIL], kiedy stanowczo już wiadomo, że choroba ta nie jest niczem więcej jak powikłaniem gorączki powrotnej żółtaczką. Wprowadza to jedynie zamęt do terminologii, tembardziej, że dziś mianem „*Typhoid*“ oznaczają jeszcze niejednokrotnie tyfus brzuszny. Nie możemy też pominąć milczeniem błędu, jaki popełnił FIEDLER, twierdząc, iż LUBIMOFF [1881] pierwszy dowiódł identityczności gorączki powrotnej z t. zw. tyfusem żółciowym, wykazawszy we krwi przy tym ostatnim też same spirochety. Pierwszy wykazał to HEIDENREICH ²⁾, później MOCZUTKOWSKI ³⁾,

¹⁾ FIEDLER mówiąc o tym objawie powiada: „*Ich kenne keine Krankheit, die mit so lokalisirter Muskelschmerzhaftigkeit verläuft*“. Otóż jest to niesłuszne i da się wytłómaczyć tem, że w Niemczech gorączka powrotna (*febris recurrens*) rzadko panuje i lekarzom niemieckim mało jest znana. W chorobie tej silne bóle mięśniowe, mianowicie też w łydkach, należą do najstarszych i najbardziej charakterystycznych objawów. W epidemii, jaka panowała w Warszawie w r. 1879 i 1880, każdego chorego gorączkującego, braliśmy najpierw za łydki i jeżeli tylko istniała ich bolesność, stawialiśmy rozpoznanie gorączki powrotnej, a dalsze badanie nigdy prawie nie zadawało kłamu temu dorywcemu rozpoznaniu.

²⁾ Klinische u. mikroskopische Untersuchungen über den Parasiten des Rückfallsstyphus. 1877.

³⁾ Deutsches Archiv f. Klin. Med. T. 24. Z. 1 i 2. 1879.

a i my w epidemii panującej w Warszawie w 1879—1880 roku mieliśmy sposobności toż samo stwierdzić ¹⁾).

OBJAŚNIENIE RYSUNKÓW.

Fig. I. Płuca. *aaa* nacieczenie drobnokomórkowe ścian pęcherzyków płucnych, *b* pęcherzyki płucne krwią wypełnione, *cc* wypełnione krwią w pośród której napęczniałe komórki złuszczonego nabłonka, *d* przeważnie napęczniałymi komórkami nabłonka.

Fig. II. *a* nacieczenie okrągło drobnokomórkowe tkanki łącznej międzyzrazikowej, *b* gałązka żyły wrotnej mocno wypełniona krwią, *c* przewody żółciowe, *ddd* zrazki wątrobowe w stanie drobnokomórkowego nacieczenia.

Fig. III. *a* nacieczenie okrągło-drobnokomórkowe tkanki łącznej między-kanalikowej, *b* naczynia krwionośne, *ccc* kanaliki kręte z mocno napęczniałym i zamglonym nabłonkiem, *d* części kłębka.

Z PRACOWNI BAKTERYJOLOGICZNEJ SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

II. DRUGI PRZYPADEK TWARDZIELI NOSA, zbadany pod względem bakteryjologicznym.

Podał

Maryjan Jakowski.

W Marcu r. b., dzięki uprzejmości kol. JAWDYŃSKIEGO, ordynatora oddziału chirurgicznego szpitala na Pradze, miałem sposobność przeprowadzić badanie bakteryjologiczne jeszcze w jednym przypadku twardzieli nosa i wyniki takowego podaję, jako przyczynek i dopełnienie do pracy, którą w Gazecie Lekarskiej roku zeszłego wraz z kol. MATLAKOWSKIM ogłosiliśmy ²⁾).

Historija choroby nowego tego przypadku jest następująca:

Apolonija Serementa, lat 25 licząca, mężatka, urodzona i zamieszkała na wsi w powiecie i gubernii Siedleckiej, przybyła do oddziału chirurgicznego szpitala na Pradze, w Lutym r. b.. Przed 6 laty zauważyła w nosie mały swędzący strup, który ciągle zdrapywała. Następnie na tem miejscu spostrzegła stopniowo powiększający się guzik; wkrótce pojawiły się inne guziki i powoli zaczęły nos zatykać, nie ukazując się jeszcze na wewnątrz. Dopiero przed dwoma laty narosłe pokazały się na zewnątrz nozdrzy, które już prawie zupełnie były zatka-
ne. Udała się wówczas do kliniki chirurgicznej w szpitalu Św. Ducha, gdzie część nowo powstałych tkanek z jednego nozdrza usunięto. Stan chorej chwilowo polepszył się o tyle, że oddechanie przez nos stało się możliwem, wkrótce jednak choroba zaczęła znowu się pogarszać i powróciła do pierwotnego stadyum. Chora pochodzi z rodziny zdrowej, żadnych ważniejszych chorób nie przebywała, dzieci ma zupełnie zdrowe.

¹⁾ Patrz DUNIN, Spostrzeżenia nad epidemiją tyfusu powrotnego, panującą w Warszawie w 1879—1880 [Medycyna. r. 1880].

²⁾ M. JAKOWSKI i WŁ. MATLAKOWSKI. „O twardzieli nosa“ (*Rhinoscleroma Hebrae*). Gazeta Lekarska N-ra 45—53. 1887.

Obecnie chora przedstawia się jak następują: odżywianie mierne, skóra i błony śluzowe blade, zresztą nigdzie żadnych zmian nie przedstawiają. Oba nozdrza wypełnione twardemi, chrząstkowatemi, zupełnie niebolesnemi naroślami; prawe nozdrze zatkałe całkowicie, w lewym między naroślą i skrzydłem nosa można przeprowadzić cieniutki zgłębnik. Z prawej strony narośl opuszcza się na wargę i tutaj tworzy guz wielkości małego orzecha. Narośle te są blade z różowawym odcieniem. Zniepodobnienie twarzy wskutek narośli w nosie bardzo nieznaczne, cały nos dość kształtny i prawidłowy, w części chrzęstnej nieco rozszerzony; skóra i szkielet nosa najzupełniej niezmienione. Od tyłu w obu nozdrzach rozlane twarde nacieczenie. Gardziel, oprócz braku języzka, żadnych innych zmian nie przedstawia. Badanie krtani również żadnych zmian nie wykazało.

Pod chloroformem, narośle z obu stron, o ile tylko dostępnymi były, zupełnie usunięto; również usuniętym został guzik na wardze. Chora we względnie dobrym stanie zdrowia d. 30 Marca szpital opuściła.

W celu badania bakteryjologicznego, dnia 6. III. 1888 r. kol. JAWDYŃSKI wyciął, z wszelkimi niezbędnymi w takim razie ostrożnościami, kawałek guzika z wargi górnej, z materiału zaś tego na miejscu dokonałem hodowli i przygotowałem preparaty na szkiełkach przykrywkowych, a resztę tkanki stwardniłem w mocnym wysokoku.

Wynik badania okazał się następujący:

W preparatach na szkiełkach przykrywkowych, bakteryje twardzieli nosa w postaci krótkich o zaokrąglonych końcach laseczników lub owalnych koków, zawarte zawsze wśród wyraźnej, jaśniej zabarwionej otoczki, znalazłem leżące tylko swobodnie wśród cieczy; ani w ciałkach wędrujących, ani w komórkach tkanki łącznej, których było sporo na preparatach, na żadnym szkiełku w przypadku tym swoistych bakteryj nie widziałem. Na duże komórki MIKULICZA w preparatach z soku tkankowego ani razu nie natrafiłem.

Co do skrawków to takowe różniły się od skrawków w pierwszym badanym przezemnie przypadku tem, że wśród nacieczenia ciałek wędrujących spostrzegłem mniej znacznie swoistych komórek MIKULICZA i kul zwyrodnienia szklistego, dość sporo natomiast komórek plasmatycznych. Smugi tkanki łącznej w obu przypadkach były jednakowo liczne, zarówno jak i zgrubienie ścian naczyń krwionośnych jednakowo mocno uwydatnione. Bakteryje twardzieli nosa w przypadku tym spostrzegłem mniej licznie, niż w pierwszym; widziałem je tutaj przeważnie w komórkach MIKULICZA, które jednak jakby mniej ściśle były wypełnione przez te pasorzyty; drugim z kolei miejscem była zbita tkanka łączna, a właściwie jej przetwory między-komórkowe, gdzie jednak bakteryje twardzieli widziałem przeważnie pojedynczo rozrzucone lub najwyżej ugrupowane po 3—4 osobników obok siebie. I tu i tam pasorzyty przeważnie miały postać krótkich o zaokrąglonych końcach laseczników, lub, co bywało znacznie rzadziej, owalnych koków; laseczniki bywały objęte każdy oddzielną otoczką, koki zaś były ugrupowane po 2—3 w jednej, przeważnie tworząc krótkie szeregi.

Z opisu cech morfologicznych bakteryj, spostrzeganych w tym przypadku, widać, że odpowiadają one najzupełniej drobnoustrojom znalezionym w pierwszym

i że opis ten zgodny jest z opisem bakteryj twardzieli nosa podanym przez PALTAUF'a i EISELSBERG'a ¹⁾. Co do metod barwienia zaznaczę, że były one całkiem identyczne z temi, których używałem za pierwszym razem [metoda PAL. i Eis.]; i tu również barwienie płynem NEELSEN'a dało dobre wyniki, barwienie zaś według metody GRAM'a, zalecane przez niektórych autorów dla bakteryj twardzieli, nie doprowadzało do pożądaných wyników.

Do hodowli użyłem małych kawałeczków tkanek z głębi wyciętego guzika i soku z przeciętej tkanki. Hodowle robiłem na żelatynie, agarze, agarze z gliceryną i kartoflu.

Hodowle w żelatynie na płytkach rozwijały się na 3 dzień pod postacią małych białawych punkcików, które, rosnąc przybierały pośrodku żółto-brunatnawy odcień. W probówkach na 2—3 dzień wzdłuż linii nakłócia wytwarzały się drobne białawe ziarenka, które rosnąc, stopniowo zlewały się w jedną białawą smugę o ząbionych brzegach, na powierzchni zaś żelatyny wytwarzała się główka wzniesiona pośrodku dość wysoko i w temże miejscu nieco brunatnawa; w starszych hodowlach [4—5 tygodniowych] dawało się spostrzegać lekkie zmętnienie i zbrunatnienie gruntu odżywczego przeważnie w górnych warstwach.

Na agarze [w probówkach] w ciepłocie 37—38° C. powstawała biaława połyskująca smuga wzdłuż śladu przeciągnięcia igłą po powierzchni gruntu odżywczego; smuga ta stopniowo wznosiła się nad powierzchnię i rozszerzała na boki przyjmując zarysy nieco nierówne, jakby miejscami wypukłone na zewnątrz. Na agarze z gliceryną rozwój następował również po 24 godzinach, lecz wymiary białawe połyskującej smugi były szersze, a w niektórych probówkach pokład bakteryj, wzniesiony nad powierzchnię gruntu i wyraźnie zarysowany, zajmował całą prawie powierzchnię skośnie ściętej gleby odżywczej. Woda kondensacyjna, o ile przy szybkim rozwoju kolonije bakteryj dosięgnęły takowej, zmywała je, a wówczas na dnie widać było bezkształtny żółtawo-biały osad, złożony z samych pasorzytów twardzieli nosa.

Na kartoflu w zwykłej ciepłocie na 2—3 dzień spostrzegać się dawał żółtawo-biały, z wzniesionymi brzegami, pokład, słabo rosnący wszcz.

Na wszystkich tych gruntach drobnoustroje twardzieli nosa rozwijały się przeważnie jako krótkie nieruchome laseczniki, lecz i jako owalne nieruchome koki; otoczka, jako niezbyt szeroka, jaśniej barwiąca się i wyraźnie okonturowana błonka, dawała się wykazać bez wszelkich uprzednich manipulacji przed barwieniem, co jest niezbędnem np. przy bakteryjach FRIEDLAENDER'a.

Wreszcie co do szczepień czystych hodowli zwierzętom, to wprowadzenie czystej hodowli na agarze glicerynowym, rozprowadzonej w wodzie wyjałowionej, do opłucnej 4 myszom białym dało wynik najzupełniej ujemny. Zwierzęta pozostałe zdrowe.

Jeśli zestawić fakty tu przytoczone z tem, co wyraziłem w wspomnianej już pracy naszej o twardzieli nosa, i z tem co mówią o wynikach swych

¹⁾ PALTAUF i EISELSBERG. Zur Aetiologie des Rhinoscleroms. Fortschr. d. Med. 1886 roku. N-ra 19 i 20.

badan PALTAUF i EISELSBERG, to pomijając szczegółowe uzasadnienie swego zdania ¹⁾, przytoczonego na tem miejscu w końcu roku zeszłego, sędzę, iż z całą słusnością raz jeszcze powiedzieć mogę, że bakteryje odkryte przez FRISCH'a w wytworach twardzieli nosa, a szczegółowiej przez CORNŹ'a i ALVAREZ'a i zwłaszcza przez PALTAUF'a i EISELSBERG'a zbadane, nie są identyczne z bakteryjami FRIEDLAENDER'a, jak tego chcą ostatnio wymienieni dwaj autorowie, lecz tylko bardzo do nich zbliżone, co do swych cech morfologicznych i wyglądu czystych hodowli.

Wyniki badan tego drugiego spostrzeżenia ośmielam się ogłosić z tego względu, iż jak już uprzednio ²⁾ zaznaczyłem, w pracowni naszej udało się najpierw potwierdzić dużą część faktów podanych przez PALTAUF'a i EISELSBERG'a i że szczęśliwym zbiegiem okoliczności, w dość krótkim czasie udało się to po raz drugi, gdyż wyniki tego drugiego badania całkiem odpowiadają pierwszemu podjętemu przed rokiem. Za łaskawe dostarczenie mi materiału i pomoc kol. JAWDYŃSKIEMU składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

Na zakończenie chcę słów kilka dodać jako uzupełnienie literatury bakteriologicznej twardzieli nosa. Z wyjątkiem polemiki między DITTRICH'EM i BABES'EM ³⁾ z powodu pracy pierwszego p. t. „*Ueber das Rhinosclerom*“ o której nadmienilem w poprzedniej pracy, nic nowego do zanotowania na tem polu nie mamy. Pomijam sporną między obu autorami kwestyję, czy kule zwyrodnienia szklistego trzeba uważać za charakterystyczne dla twardzieli, kwestyję kształtu komórek MIKULICZA i zależności teje od mniejszego lub większego ucisku otaczającej nacieczonej tkanki; są to rzeczy mniej, według mnie, ważne i dające się zdecydować tylko na zasadzie licznych spostrzeżeń. Natomiast co do twierdzenia DITTRICH'a, że twardziel nosa jest to produkt zakażenia mieszanego (*Mischinfection*), o czem uprzednio wspominałem z powątpiewaniem, to sam DITTRICH wyjaśnia w polemice, że jest to tylko jego przypuszczenie i że badan swych w tym względzie jeszcze nie ukończył.

Zdanie BABES'a ⁴⁾, że jeśli przyjąć, iż twardziel nosa jest chorobą pochodzenia bakteriynego, to zależyć musi od innych niżli dotąd opisywane, drobnoustrojów — nie wydaje mi się słusznem. BABES opiera się tu na faktach, iż dotąd nie udało się wywołać twardzieli u zwierząt i że sam on znajdował inne bakteryje, a mianowicie *strept. pyog.* Nietylko twardziel nosa należy do kategorii chorób których przeniesić się nie udało na zwierzęta; wyliczyć tu możemy: trąd, przymiot i inne, z drugiej znów strony są cierpienia właściwe tylko pewnym rodzajom zwierząt, a zależne od bakteryj, podczas gdy też drobnoustroje u innych zwierząt żadnej choroby nie wywołują. Być może wreszcie, że tak jak to było z gorączką powrotną, którą udało się wywołać dopiero u małpy, i twardziel nosa uda się przeniesić na zwierzęta bliżej człowieka stające, czego jednak dotąd nikt nie próbował. Jakkolwiek wreszcie BABES znajdował w wytworach

¹⁾ Loco citato.

²⁾ Patrz „O twardzieli nosa“ l. c.

³⁾ Centralblatt f. Bacteriol. u. Parasitenk. II. 1887. Nr. 4, 15 i 21 i III. 1888. N. 5.

⁴⁾ Centrblt. f. B. u. P. II. 1887. Nr. 4.

twardzieli *strept. pyog.*, to pomijając już możliwość pomyłki w rozpoznaniu, wobec tego że i bakteryje twardzieli obok postaci krótkich laseczek napotyka się w kształcie owalnych koków tworzących szeregi, trudno jest całkiem odrzucić, jak to czyni ten badacz, cały szereg jednakowych wyników, otrzymanych przez licznych autorów, a potwierdzających chorobotwórczość drobnoustrojów opisanych pierwotnie przez FRISCH'a.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

33. Auerbach. O stosunku moczówki cukrowej do cierpień układu nerwowego.

Sławne doświadczenie CLAUDE BERNARD'a rzuciło pewne światło na patogenezę moczówki cukrowej i rozbudziło nadzieję, że przyczynowy związek pomiędzy cierpieniami układu nerwowego i tą zagadkową chorobą wkrótce dokładniej zbadanym i rozjaśnionym zostanie. Badania i spostrzeżenia późniejsze zmuszają nas odstąpić w wielu i to zasadniczych punktach od zapatrywań CLAUDE BERNARD'a i choć takie przyznanie się do nieświadomości nie jest zachęcającem, musimy wyznać z ręką na sercu, że przemiana materji w wątrobie jest nam znaną nie lepiej jak w innych narządach, że więc niewiele możemy sobie obiecywać po wątpliwych danych z fizjologii. Teoryje oparte na upatrywaniu bez żadnych zastrzeżeń wybitnej analogii pomiędzy chorobą cukrową o jej przewlekłym przebiegu i pomiędzy przejściowym sztucznym cukromoczem w doświadczeniu sławnego francuzkiego fizjologa, mało już mają obrońców i tem samem nie może się nadal utrzymać zdanie BERNARD'a, że moczówka jest wprost zewnętrznym wyrazem nadmiernego natężenia fizjologicznej sprawy. Obecnie wiemy już z pewnością, że przy moczówce cukrowej sprawa nie ogranicza się samą hyperprodukcją cukru, wiemy że ogólna przemiana materji podlega bardzo znacznym nietylko ilościowym, ale i jakościowym zmianom, lecz nie umiemy jeszcze uogólnić sobie tych zmian i odnaleźć stosunku, jaki zachodzi pomiędzy całkowitym obrazem przemiany materji w prawidłowym ustroju i w zajmującej nas chorobie. To też nie mamy prawa uważać za rzecz bezwzględnie dowiedzioną i pewną, że w każdym przypadku anatomiczną podstawą moczówki musi być jakaś pierwotna zmiana w pewnym określonym punkcie układu nerwowego. Jak powinniśmy być ostrożnymi w tym względzie, dowodzi fakt, że do rzadkich wyjątków należą takie przypadki, gdzie przy badaniu pośmiertnem udaje się odnaleźć grube anatomiczne zmiany w okolicy IV-ej komórki. W rezultacie możemy przyjść do przekonania, że jeszcze jest zawczasie na tworzenie jakichkolwiek ogólnych teoryj, dotyczących anatomo-patologicznych podstaw moczówki i że jedyną racjonalną przysługę rozwojowi pojęć o tej chorobie, w obecnym stanie nauki, może oddać skrzętne zbieranie anatomo-patologicznych materyjałów i klinicznych spostrzeżeń i zestawianie podobnych faktów. Takim jest zadanie niniejszej pracy.

Zaburzenia nerwowe w moczówce cukrowej mogą być podzielone na dwie kategorie: na zaburzenia pierwotne, grające w stosunku do moczówki rolę przyczynową, lub współrzedną i na zaburzenia wtórne, będące wynikiem upośledzonego odżywiania tkanki nerwowej krwią o składzie ilościowo i jakościowo zmienionym.

Zaburzenia pierwotne.

Cierpienia mózgowia. Z zebranych przez BERNHARD'a 485 przypadków nowotworów mózgowych, znaleziono cukier w moczu pięć razy. Raz jeden przy umiejscowieniu w rdzeniu przedłużonym, 2 razy w przysadce, raz w móz-

dżku i raz w zawojach mózgowych. Lecz nietylko przy nowotworach cukromocz jest zjawiskiem wyjątkowym. Autorowi nigdzie nie udało się odnaleźć wiarygodnych dowodów, żeby znaleziono cukier przy torbielach krwotocznych, lub ogniskach rozmiękania w mózgu. Wybitniejszą rolę w etyologii cukromoczu, obok wstrząśnięć i urazów mózgu, odgrywa przymiot mózgu; czasami udaje się odnaleźć cukier przy zapaleniu opon. Rozglądając się w tych danych dojdziemy do przekonania, że z jednej strony cukromocz jest bardzo niestałym towarzyszem organicznych cierpień mózgu, z drugiej strony towarzyszyć może zarówno grubym zmianom anatomicznym na dnie IV komórki, jak i w innych miejscach mózgowia. Wprawdzie w podobnych przypadkach można by przypuścić działanie pośrednie, z odległości, ale przypuszczenie to da się utrzymać tylko z wielkimi zastrzeżeniami wobec doświadczalnych danych SCHIFF'a, który spostrzegał cukromocz u zwierząt po przecięciu wzgórków wzrokowych, odnóg mózgowych, po uszkodzeniu mostu i odnóg mózdkowych.

Jeszcze więcej pozostawiają do życzenia nasze wiadomości o subtelnych drobnowidzowych zmianach anatomicznych mózgu w moczówce cukrowej. W tej kwestyi nie ma ani jednego powszechnie uznanego faktu.

Nakoniec z pod nóg tracimy wszelki eksperymentowi i anatomo-patologicznym badaniom dostępny grunt, przechodząc do omawiania niezaprzeczonego związku, istniejącego między cukromoczem i niektórymi ogólnymi nerwicami i psychozami. Pomijając pojedyncze spostrzeżenia o związku moczówki z *paralysis agitans*, tężcem, płasawicą, należy położyć nacisk na dość częste, jeszcze przez GRIESINGER'a zauważone, współczesne występowanie cukrzycy z padaczką.

Że stan umysłowy nie jest bez wpływu na powstawanie i przebieg choroby cukrowej, o tem poucza nas kliniczne doświadczenie. Wiadomo jak potężnym czynnikiem przy rozwijaniu się tej choroby są silne i często się powtarzające wstrząśnienia moralne. W każdym poszczególnym przypadku choroby umysłowej trzeba się zastanowić, czy psychoza jest przyczyną, czy następstwem moczówki. Rozwiązanie tego pytania napotyka częstokroć na poważne trudności i ztąd wynika, że statystyczne dane różnych autorów bardzo znacznie się od siebie oddalają. Tak naprzykład podług SCHMITZ'a na 600 chorych umysłowych wystąpił 7 razy następczo cukromocz, gdy DICKINSON, nie rozróżniając podanych przez nas dwóch kategorii, podaje ogólną cyfrę 16,65% dyjabetyków pomiędzy swoimi chorymi. Cyfra ta jest w każdym razie przesadzoną, chociaż wtórne cierpienia umysłowe w moczówce są zapewne nieco częstsze od pierwotnych.

Cierpienia dróg nerwowych, idących od ośrodka regulującego produkcję cukru do narządu, zlecenia tego ośrodka wypełniającego, t. j. wątroby, nie były dotąd dostatecznie uwzględniane przy badaniu pośmiertnem chorych na cukrzycę. A jednak uszkodzenie tych włókien w jakimkolwiek punkcie ich przebiegu musi wywołać zaburzenia w wytwarzaniu się cukru, *resp.* może wywołać cukromocz. Wprawdzie drogi te nie są dokładnie znane, ale w przybliżeniu można przyjąć, że przebieg ich jest następujący. Opuściwszy rdzeń przedłużony wchodzi one do szyjowego zgrubienia rdzenia kręgowego. Ztąd idą do nerwu współczulnego i ciągną w nim aż do zwoju dolnego szyjowego. Od tego miejsca wiadomo, że przebiegają nie w granicznym pęczku nerwu sympatycznego (*Grenzstrang*) lecz w splocie VIEUSSEN'a, otaczającym wokół tętnicę podobojczykową [CYON, ALADOFF]. Dalej udaje się je wysledzić aż do *ganglion stellatum*, ztąd muszą już prawdopodobnie ciągnąć granicznym pęczkiem współczulnym, a później nerwami trzewowymi do wątroby. Widzimy więc, że o ile cukromocz zależy od pierwotnej zmiany w układzie nerwowym, o tyle z teoretycznego punktu widzenia zmiana ta może się znajdować w ośrodku regulującym w mózgu, w rdzeniu przedłużonym, w szyjowej części rdzenia kręgowego, w nerwie współ-

czulnym i jego zwojach, nareszcie w nerwach trzewowych. Przy organicznych chorobach rdzenia kręgowego, cukromocz jest zjawiskiem bardzo rzadkiem, stąd prawdopodobny wniosek, że włókna ośrodkowe muszą widocznie opuszczać rdzeń szyjowy bardzo wysoko. Naprzykład dla uwiadu rdzenia jest rzeczą prawie pewną, że cukromocz towarzyszy mu jedynie przy zajęciu rdzenia przedłużonego. Symptomatologija cierpień układu współczulnego jest tak mało zbadaną i tak mało ścisłą, że wszelkie rozpoznanie ich za życia musi być bardzo trudnem i wątpliwem. Z tego wynika odwrotnie, że i brak wszelkich klinicznych objawów, uznawanych za wynik zajęcia tego układu, w pewnym danym przypadku moczówki cukrowej nie uwalnia od obowiązku ścisłego zbadania tego systemu.

Są nareszcie dane pozwalające przypuszczać, że moczówka cukrowa może powstać niezależnie od wszelkich zmian anatomicznych, na drodze czysto o dr u c h o w e j. Istnieją w tym kierunku doświadczenia SCHIFF'a, który widział u zwierząt cukromocz po przecięciu nerwu kulszowego. FRERICHS opisuje przypadek, gdzie cukromocz pojawił się nagle po postrzałowym zranieniu tegoż nerwu i ustąpił jednocześnie z bólami. Według BRAUN'a, EULENBURG'a, GUTTMAN'a nawet zwykły nerwoból kulszowy może wywołać cukromocz, lecz trudno dowieść, że stosunek nie jest w tych razach odwrotnym.

Z a b u r z e n i a w t ó r n e.

Stan psychiczny chorych na moczówkę jest zwykle mniej lub więcej zmienionym. Pojawia się uczucie znużenia, przygnębienia, brak humoru, co jest naturalnem w chorobie tak osłabiającej i tak pozbawiającej snu, w cierpieniu, o którym chory zwykle wie, że ono jest nieuleczalnem. Chory na cukrzycę bywa chmurnym, hypochondrykiem, beczynnym, często nic więcej nie jest w stanie go zainteresować prócz wahań procentowej zawartości cukru w moczu. Myślenie nuży go, ciągle dokucza mu senność. Praca fizyczna jest dla niego bardzo uciążliwą, raz wskutek podmiotowego uczucia osłabienia i apatyi, powtórnie wskutek rzeczywistego upadku siły w źle odżywianych mięśniach.

LEGRAND DU SAULE opisał specjalny rodzaj psychozy właściwej dyjabetykom. Tacy chorzy oddają się rozpacz; żyjąc w jaknajpomyślniejszych warunkach przekonani są wciąż o materyjalnej nędzy, o utracie majątku, o grożącej im głodowej śmierci. Nie chcą rozdzielić się z żadnym przedmiotem, oszczędzają na sobie i swoich blizkich w sposób do uwierzenia trudny, ciągle liczą i przeliczają swoje rachunki i wciąż powracają do trapiącej ich jak zmora myśli, że czeka ich zupełna ruina. Wielu kończy samobójstwem. Jeżeli przez zastosowanie właściwej diety uda się wywołać zwroty pomyślny w chorobie zasadniczej, to często pojawia się znaczne polepszenie stanu umysłowego.

Dyjabetycy stosunkowo często podlegają n a p a d o m a p o p l e k t y c z n y m. Może tu chodzić o krwotoki i w takich razach jest nie nieraz bardzo trudno określić, czy krwotok i cukromocz są zjawiskami współczesnemi, lecz niezależnemi, czy też krwotok jest przyczyną cukromoczu, lub odwrotnie. Lecz są jeszcze przypadki opisane przez LÉPINE'a i BLANC'a, gdzie klinicznie występuje obraz napadu apoplektycznego, a przy badaniu zwłok nie znajdujemy ani śladu ogniska krwotocznego, lecz zaledwie nieznaczne jakieś zaburzenia w krążeniu, lub nawet zmiany tylko pod drobnowidzem skonstatować się dające: zanik komórek piramidalnych i rozszerzenie przestrzeni perywaskularnych.

W podobnych przypadkach częściej cierpi sfera ruchowa, czuciowa rzadziej; czasem udaje się stwierdzić, że bezwład rozwinął się niezupełnie nagle i wówczas może być znów niełatwo odróżnić go od porażenia obwodowego, formy również właściwej chorobie cukrowej.

Po ogłoszeniu kilku niewątpliwych tego rodzaju przypadków, obecnie starają się wszystkie p o r a ż e n i a o b w o d o w e objaśniać zapaleniem nerwów. Częściej są to wysokiego stopnia parezy, aniżeli całkowite porażenia, rozprze-

strzenienie ich nie da się ująć w żadne prawidła, czasem nawet zdarzają się porażenia oddzielnych mięśni i wówczas trudno bywa orzec, czy porażenie jest ośrodkowem czy obwodowem. Dla przebiegu tych obwodowych porażień ma ogromne znaczenie stopień natężenia choroby zasadniczej; jeżeli tylko uda się wstrzymać przebieg moczówki i wywołać zwroty ku lepszemu szybko powraca władza w zajętych mięśniach. Daleko rzadszy objaw stanowią drgawki. Kilkakrotnie obserwowano napady zbliżone do padaczkowych, obustronne, lub jednostronne.

Większe daleko praktyczne znaczenie mają nerwobóle u chorych po cukrzycy. Umiejscowienie ich jest najrozmaitsze, najczęstszym bywa nerwoból kulszowy, przyczem obustronność jest cechą charakterystyczną dla moczówki cukrowej. Rokowanie pomyślne, o ile zostanie postawionem właściwe rozpoznanie, i zastosowana dyjeta dyjabetyczna.

Z innych zboczeń w sferze czuciowej zdarzają się w przebiegu moczówki cukrowej rozmaite rodzaje nadczułości i znieczuleń, częściej zaś jeszcze pojawiają się parestezyje, *pruritus cutaneus* częściowy lub ogólny.

Zaburzenia zmysłowe są mało zbadane. Znane są przykłady niedowidzenia, zbożenia akomodacyi.

Jeszcze mniej mamy ścisłych danych o zaburzeniach w sferze naczynio-ruchowej, troficznej, wydzielniczej. Zmiany zależne prawdopodobnie od nieprawidłowej czynności nerwów błędnych opisywano pod postacią rzadkiego, dwubitnego tętna. Kilka razy zauważono poty połowiczne co by świadczyło o cierpieniu ośrodków, lub dróg wydzielniczych. Które z tych faktów należą do objawów pierwotnych, a które do wtórnych jest rzeczą dotąd niedowiedziona.

Właściwe moczówce cukrowej obniżenie siły życiowej tkanek można uważać albo za następstwo zmienionej działalności ośrodków troficznych, albo też za następstwo upośledzonego odżywiania samych tych tkanek. Racjonalniuszem wydaje się to ostatnie przypuszczenie. Objawem tej obniżki żywotności są częste sprawy zapalne, martwicowe, nareszcie częste cierpienia skóry.

Nareszcie zasługuje na wzmiankę spostrzeżenie BOUCHARD'a i ROSENSTEIN'a, że w 35,40% cukrzycy brak jest o druchów kolanowych.

(D. Arch. f. kl. M. 1888).

Skłodowski.

34. Germain Sée. Antipiryna.

Pierwsze sprawozdanie.

O leczeniu bólów głowy [zwyczajne bóle głowy, połowiczne bóle głowy, nerwobóle twarzy] za pomocą antypiryny.

I Zwyczajne bóle głowy (*des céphalées*). Zdarzają się one szczególnie często, choć nie wyłącznie, u młodzieży kształcącej się, obdarzonej najlepszymi chęciami i pięknymi zdolnościami, wychowującej się już to w domu, już po za domem, w szkołach, w najlepszych warunkach higienicznych, u młodzieży dobrze żywionej, ćwiczącej się fizycznie i używającej w obfitości świeżego powietrza. Bóle te głowy objawiają się podczas pracy umysłowej, zmniejszają się podczas odpoczynku i powracają w kwadrans lub w pół godziny po ponownem wzięciu się do pracy.

Cztery lata temu RENÉ BLACHE i prawie współcześnie KELLER i CHARCOT opisali, pod nazwą *céphalées de croissance*, bóle głowy przytrafiające się u dzieci i młodzieży od 12 do 18 lat, a zatem podczas rośnięcia ciała, bóle umiejscowione w czole i wywołane przez najmniejsze próby pracy umysłowej. Autor sam spostrzegał często omawiane bóle głowy i to częściej u chłopców aniżeli u dziewcząt. Bóle te głowy należy odróżnić od migreny, przy której ból jest połowicznym, której towarzyszą przypadłości wzrokowe, nudności i wymioty; dalej nie

należy ich łączyć z bólami głowy u dzieci małopokrwistych i bladaczkowych, które rozpoznać łatwo po bladości skóry i błon śluzowych, po szmerze podmuchowym w tętnicach szyjowych i sercu, a szczególnie po zmniejszonej ilości hemoglobiny we krwi.

Bóle te głowy mogą się rozwinąć, jak to poniżej zobaczymy, w zwykłych warunkach szkolnych bez nadmiaru pracy, bez przeciążenia mózgowego.

Na zapytanie co robić w tego rodzaju przypadkach, czy przerwać nauki i oczekiwać spokojnie wyleczenia po przejściu okresu rośnięcia, autor odpowiada przecząco, a to dlatego, że bóle te głowy nie zależą wprost od szkoły, lecz od zupełnie innych przyczyn, a mianowicie już to od szybkiego rośnięcia ciała, już to od przerostu serca, który stale spostrzegać się daje u młodzieży między 15 a 20 rokiem życia (*céphalées cardiaques*), na co już autor zwrócił uwagę w r. 1885, już od osłabienia i zmęczenia serca u dzieci między 8 a 12 rokiem serca szybko rosnących, a źle się żywiących, fizycznie mało się ćwiczących i używających mało świeżego powietrza.

Chcąc wobec tak różnorodnych rzeć można fizjologicznych przyczyn podjąć jakiegokolwiek racjonalne leczenie natrafi się na niezwykle trudności.

Autor przeto postarał się skierować leczenie omawianych bólów głowy do pokonania najdokuczliwszego objawu, t. j. bólu, co mu się udało osiągnąć przez dłuższe regularne użycie antypiryny, który to środek, zdaniem autora, uważać należy odtąd jako najskuteczniejszy przeciw wszelkiego rodzaju bólowi.

W 12 przypadkach bólu głowy u młodzieży, między 13 a 19 rokiem życia, leczniczo bezskutecznie za pomocą środków zwykle dotąd używanych, antypiryna podawana w dawce 2 do 3 gramów dziennie przez 6 tygodni do 2 miesięcy uspokoiła bóle głowy bez pomocy jakichkolwiek innych środków. Z pomiędzy tych 12 przypadków, 4 młodzieńcy byli zmuszeni skutkiem ich cierpienia przerwać na kilka miesięcy nauki, lecz odpoczynek i leczenie wzmacniające nie poprawiło ich stanu, a po zastosowaniu antypiryny już po kilku dniach byli w stanie na nowo zacząć pracować.

We wszystkich dwunastu przypadkach można było stwierdzić zmęczenie mózgowie, lecz co ważniejsza nadmierne rośnięcie ciała, a w dwóch przypadkach przerost serca.

Do drugiej seryi przypadków bólu głowy przez autora spostrzeganych należy pięciu chorych tego samego wieku, bardzo mało się nauką zajmujących. Przypadki te dowodzą, że nadmiar pracy rzadko jest jedyną przyczyną bólu głowy u młodzieńców; prawdziwą ich przyczyną jest nierówny rozwój fizyczny pojedynczych części ciała. I u tych chorych antypiryna okazała się bardzo skuteczną.

II. Połowiczne bóle głowy. Od powyżej omawianych bólów głowy i od nerwobólu nerwu trójdzielnego, różnią się te bóle głowy 4-ma charakterystycznymi objawami, a temi są: ograniczenie do połowy głowy, zбочenia w krańcu w twarzy [bladość] i bezwątpienia w krańcu wewnątrz-czaszkowym, przypadłości wzrokowe (*la migraine ophthalmique*), nudności, których nigdy nie brakuje i wymioty, które są częstymi podczas napadu lub po jego przejściu.

Prawdziwe przyczyny połowicznego bólu głowy są nam nieznane. Dziecięczość gra tu ważną rolę.

Ogólnych przyczyn połowicznego bólu głowy autor dotychczas nie był w stanie wykryć. Lecz czy istnieją przynajmniej cierpienia miejscowe, lub zбочenia czynnościowe, które na drodze odruchowej przez działanie na narząd mózgo-rdzeniowy lub na nerwy naczynio-ruchowe wywołać mogą połowiczny ból głowy. Możliwość tę oddawna już przypisywano narządom trawienia. Lecz jeśli zwrócimy uwagę na to, że chorzy cierpiący na przewlekłą niestrawność, rozszerzenie żołądka i inne ciężkie cierpienia żołądkowe, nie częściej podlegają połowicznemu bólowi głowy, niż zachwalane przeciw niestrawności leki, pepsyna,

kwas solny, szczawy, goryczki, wody mineralne, wodolecznictwo] bardzo mały mają wpływ na migrenę, to musimy przyjść do przekonania, że połowiczny ból głowy jest chorobą pierwotną, bardzo często dziedziczną, niezależną od zbroczeń w odżywianiu, nie będącą w związku z cierpieniami narządów trawienia.

Wychodząc z tego punktu widzenia i wiedząc, że antipyrina działa pogębiająco na pobudliwość mózgodzeniową, autor uważa za użyteczne i racjonalne podać wszystkie przypadki połowicznego bólu głowy leczeniu za pomocą tego leku.

Otrzymane przez autora wyniki są następujące:

Z 42 chorych w wieku od 18 do 45 lat, było 6 młodych dziewcząt, z tych 3 cierpiące na bladaczkę, a 2 na niestrawność; 12 kobiet zamężnych, z których 5 nerwowo osłabionych, a jedna histeryczka; 12 młodzieńców kształcących się, lecz pracą nie obciążonych; następnie 12 ludzi starszych, z których 1 cierpi na dnę, 1 na kamienie nerkowe, 4 na gościec, 5 na serce, a 2 cieszy się zresztą dobrem zdrowiem. Z wyjątkiem 2 chorych żaden nie cierpi na przypadłości żołądkowe w czasie wolnym od napadów bólu głowy.

Wszyscy ci chorzy brali antipyrinę w początku napadu po 1 gramie i 1 gram w godzinę. U wszystkich najpóźniej po drugiej dawce napad, który zwykle trwał cały dzień, ustawał po 20 do 30 minutach; chorzy mogli prawie bezpośrednio po przejściu bólu oddawać się zwykłemu zajęciu.

U większej części tych chorych napady stawały się wyraźnie rzadszemi, gdy po przejściu napadu dalej brali po 1 gramie dziennie.

Z tych 42 chorych tylko 2 razy autor stwierdził nietolerancję ze strony żołądka, raz jeden zawrót głowy i jeden raz wielkie osłabienie; w reszcie przypadków skutek był bezpośredni i zupełny.

III. Nerwoból twarzy. Wstrzykiwania podskórne antipiryny. Autor stosował antipyrinę w 7 przypadkach bólu twarzowego (*tic douloureux*), z tych w 2 nastąpiło wyleczenie zupełne, jeden pozostał bez zmiany, 4 przypadki po 2 miesiącach leczenia są na drodze poprawy, a nawet wyleczenia.

Nerwoból twarzowy w powyższych przypadkach trwał już od lat 12, 13, 16 i 18. Leczenie polegało na codziennem użyciu 5 gramów antipiryny i wstrzyknięciu pod skórę roztworu antipiryny w wodzie w równych częściach; lecz ponieważ wstrzykiwania były niekiedy bolesnemi, przeto autor podług rady swego interna M. BAUDOUIN'a zmienił formułę na następującą: antipiryny 0,50, wody 1,50.

Połączenie wstrzykiwań podskórnych z wewnętrznem użyciem antipiryny dało wyniki nieoczekiwane w jednym z najcięższych i najmniej uleczalnych cierpień.

Drugie sprawozdanie.

O rozmaitem zastosowaniu leczniczem antipiryny. Porównanie z antifebryną.

I. Gościec stawowy ostry i przewlekły. Dna i jej napady. Ostry gościec stawowy próbowano leczyć za pomocą antipiryny; ponieważ cierpienie to jest w ogóle gorączkowem, sądzono przeto, że zniżając ciepłotę ciała zmniejsza się natężenie choroby i w rzeczy samej po antipirynie obrzmienie i bóle w stawach tak szybko ustępowały jak i gorączka. Liczne spostrzeżenia zrobione w ostatnich 8 miesiącach w Niemczech przez ALEKSANDRA, LENHARDT'a, FRAENKEL'a w Niemczech, przez BERNHEIM'a, CLEMENT'a we Francji i przez SECRETAN'a i innych w Szwajcaryi, świadczą o działaniu leczniczem antipiryny w gościecu. Lecz zapomniano wysświetlić sobie, w jaki sposób antipyrina w gościecu skutecznie działa, czy tylko przeciw gorączce, czy też przeciw bólowi i zapaleniu. Autor na mocy własnego doświadczenia przyszedł do przekonania, że antipyrina wpływa i na jedno i na drugie, że salicylan sodu ma nad antipyriną wyższość w gościecu stawowym ostrym, antipyrina zaś w cierpieniach gościecowych bez gorączki.

Autor spostrzegł 30 chorych, którym wstrzykiwano 2 lub 3 razy dziennie antipirynę w dawce 0,30 i jednocześnie podawano 3 do 4 gramów dziennie do wewnątrz. U wszystkich tych chorych następowała bezpośrednio ulga, polegająca na zmniejszeniu bólu, na powrocie ruchów w stawach w 24 godzin po ustąpieniu bólu i obrzmienia zapalnego. Dla uniknięcia powrotów wszyscy chorzy w ciągu 10 do 15 dni używali antipirynę w ilości 3 gramów dziennie.

Autor nie twierdzi bynajmniej, by wszystkie cierpienia gośćcowe ustępowały pod wpływem antipiryny. Lecz w gościcu stawowym ostrym lub podostrym z obrzmieniem lub bez obrzmienia stawów, antipiryna wywiera stanowcze działanie zmniejszając sprawę zapalną i usuwając ból. Cierpienia gośćcowe nie stawowe nie ustępują pod wpływem antipiryny, na zapalenie wsierdzia i osierdzia nie ma ona wpływu, ani też nie przeszkadza jego rozwojowi, choć je łagodzi.

Porównawszy wyniki otrzymane za pomocą innych leków przeciwgośćcowych [salicylanu sodu, salolu, antifebryny], autor na mocy własnego tak dawniejszego jak i późniejszego doświadczenia przychodzi do następujących wniosków:

1. Salicylan sodu zdaje się posiadać pewną wyższość w cierpieniach gośćcowych ciężkich stawowych, ogólnych, gorączkowych, lecz gdy jednocześnie serce znajduje się w stanie astenicznym lub też od wprzód w stanie osłabienia, lub też gdy istnieje dawniejsza niewyrównana wada zastawkowa, w takim razie antipiryna będzie posiadać wyższość nad salicylanem sodu, który upośledza czynność ruchową mięśnia sercowego.

2. Antipiryna przez swe łagodne, a zarazem pewne działanie posiadać będzie wyższość w cierpieniach gośćcowych mniej ostrych, bezgorączkowych; w tego rodzaju przypadkach można ją stosować bezkarnie dłuższy czas w postaci wstrzykiwań podskórnych.

3. Antifebryna w ostatnich czasach wprowadzona nie posiada żadnej nad antipiryną wyższości.

4. Salol najniższe zajmuje miejsce w szeregu leków przeciwgośćcowych.

Wszystkie powyższe środki wywierają zatem w różnym stopniu działanie przeciwgośćcowe, lecz są zupełnie bezskuteczne w niektórych cierpieniach wewnętrznych gośćcowego pochodzenia. W płasawicy niewątpliwie gośćcowego pochodzenia antipiryna okazała się zupełnie tak samo bezskuteczną jak salicylan sodu.

Bardzo zato skuteczną okazała się antipiryna w tak zwanym gościcu stawowym przewlekłym, który zdaniem autora prócz nazwy nie ma nic wspólnego z gościcem. Jest to właściwe przewlekłe zapalenie stawów suche lub z wylewem maziowym, lub też zapalenie węzłowate (*arthritis sicca nodosa*), cierpienie ciężkie, prawdziwa rozpacz lekarzy. Autor spostrzegł od 2—3 miesięcy, 4 kobiety od 30—60 lat mające i 2 mężczyzn cierpiących na przewlekłe zapalenie stawów; u wszystkich antipiryna dała dobre wyniki. Szczególnie dobre wyniki zaznacza autor u 50 letniej nauczycielki muzyki, od 3 lat cierpiącej i leczonej bezskutecznie za pomocą salicylanu sodu, morfiny i ciepła mineralnych. Trzy miesiące temu rozpoczęła chora ta używać antipiryny: po 15 dniach bóle ustąpiły zupełnie, następnie powoli zaczęło ustępować obrzmienie stawów w nogach, następnie w palcach u rąk; dziś może chora odbywać ćwiczenie na fortepianie. Obok wyników dodatnich autor zaznacza w 4 przypadkach wynik ujemny, wszystkie te przypadki dotyczyły zapalenia stawów kręgowych szyi.

D n a. Przewlekła dna poddaje się działaniu antipiryny tak samo jak gościec. Autor otrzymał u 2 chorych cierpiących oddawna na dnę, nie ustępującą pod wpływem różnych leków, zupełne wyleczenie po 3 miesiącach leczenia za pomocą antipiryny. Autor nie mówi o napadach dny, które szybko ustępują pod wpływem wstrzykiwań w połączeniu z wewnętrznym użyciem antipiryny, lecz o ustaniu tychże po zupełnym wyleczeniu.

II. Bóle lędźwiowe, grzbietowo-między-żebrowe, kulszowe. W innej seryi cierpień objawiających się bólem, z których jedno są nerwowo-mięśniowe, inne nerwobólowe, skutek antipiryny jest często natychmiastowy. Nerwoból lędźwiowy (*lumbago*), między-żebrowy ustępuje najczęściej po dwóch wstrzykiwaniach antipiryny po 0,30 i 3 gramach do wewnątrz. Nerwoból kulszowy (*ischias*) zadawniony [2 przypadki] nie mniej i świeży szybko ustępują pod wpływem antipiryny. Za pomocą wstrzykiwań podskórnych i wewnętrznego użycia antipiryny otrzymuje się w ciągu 2 do 3 tygodni zupełne wyleczenie.

Na 23 przypadki autor tylko w dwu przypadkach otrzymał wynik ujemny.

III. Nerwobóle u cierpiących na wiąd mlecza (*Neurites des ataxiques*).

Prawie we wszystkich przypadkach [z wyjątkiem 2] udało się autorowi za pomocą antipiryny [wstrzykiwanie i wewnętrzne użycie] uwolnić chorych na wiąd w krótszym lub dłuższym czasie od bólów strzelających, które dziś uważają jako następstwo obwodowego zapalenia nerwów. Przez swą rozpuszczalność i możność wprowadzenia pod skórę, posiada antipiryna wyższość nad antifebryną przez DUJARDIN-BEAUMETZ'a i LÉPINE'a zachwalaną. Oprócz tego leczenie za pomocą antipiryny może być bez szkody dla chorych cierpiących na wiąd stosowanem przez całe tygodnie.

I inne zapalenia obwodowe nerwów, jak: półpasiec, zapalenie nerwów przy cukrzycy, ustępują pod wpływem antipiryny.

Autor też próbował antipirynę przy bólach głowy towarzyszących organicznym cierpieniom mózgu [nowotworom] i przekonał się, że ustępują one tak samo szybko jak bóle głowy w okresie rośnięcia i bóle głowy połowiczne.

IV. Bóle trzewowe, kolka wątrobowa, nerkowa, żołądkowo-kiszkowa, maciczna.

W kolce wątrobowej towarzyszącej przechodzeniu kamieni żółciowych przez przewody żółciowe antipiryna okazała się lekiem bardzo skutecznym, w kilka minut po wstrzyknięciu antipiryny ból ustąpi, a z nim i inne objawy trapiące chorego. I ból towarzyszący przechodzeniu kamieni nerkowych przez moczowody, jako też ból kurczowy (*tenesme*) w pęcherzu ustępują w ciągu 10 do 20 minut po 1 do 3 wstrzykiwaniach antipiryny i 3 do 4 gramach do wewnątrz. Dotąd nie widział autor ani jednego przypadku kolki nerkowej, w którymby antipiryna dała wynik ujemny. W mniejszych dawkach [2 gramy dziennie] przez krótszy lub dłuższy czas podawana antipiryna czyni przechodzenie kamieni przez moczowody bezbolesnem tak, że chorzy spostrzegają je niekiedy dopiero przy przechodzeniu przez kanał moczowy. Znakomite działanie antipiryny w kolce wątrobowej i nerkowej, służyć może za dowód wpływu antipiryny w cierpieniach, które nazwać można mechanicznymi.

I w bólach umiejscowionych w macicy i towarzyszących ostremu zapaleniu macicy lub też przy bolesnych miesiączkach, przy t. zw. *dysmenorrhoea membranacea*, antipiryna okazała się nie mniej skuteczną; stwierdzili to liczni praktycy w Paryżu [2 spostrzeżenia przez CHOURPE'go ogłoszone]. Gdy w początku peryjodu, któremu towarzyszy ból, podamy chorej antipirynę do wewnątrz lub jeszcze lepiej 1½ gramów w ławatywie, w takim razie ból zwykle całe godziny trwający ustępuje prawie nagle i peryjod przebiega dalej bez wszelkich dolegliwości.

Pozostaje jeszcze wzmiankować, że w cierpieniach żołądkowo-kiszkowych, którym towarzyszy ból, można próbować antipirynę w mniejszych dawkach w połączeniu z innymi lekami jak np. z dwuwęglanem sodu.

V O bólach i punktach bolesnych sercowych; małokrwistość serca połączona z bólem i dusznica bolesna.

Bóle tak zwane sercowe nie są umiejscowione ani w samym mięśniu sercowym ani w jego nerwach, ani we wsierdziu lub osierdziu, lecz w częściach sąsiednich, w rozgałęzieniach nerwów błędnych. Bóle te powstają na drodze odruchowej przy pewnych cierpieniach mięśnia sercowego lub aorty niezapałnych, są umiejscowione w nerwach lub mięśniach międzyżebrowych, i rozchodzą się na całą lewą połowę klatki piersiowej, a nawet na bark i ramię lewe. Są one raz mniej ciężkie, a to wtedy gdy są wywołane przez zwyrodnienie włókniste mięśnia sercowego lub też przez stwardnienie aorty, tętniaka aorty, niedostateczność lub zwężenie ujścia aorty, rzadziej przez wady zastawki dwudzielnej; w innych przypadkach bóle sercowe występują w postaci gwałtownych i niebezpiecznych napadów, stanowiących tak zwaną prawdziwą dusznicę bolesną i zależnych od stwardnienia tętnic wieńcowych i zamknięcia ich światła. Napady prawdziwej dusznicy bolesnej są na szczęście bardzo rzadkie.

Leczenie. Nie posiadamy środka, któryby był w stanie powstrzymać sprawę stwardnienia aorty i tętnic wieńcowych. Jodki alkalijskie wywierają niejaki wpływ na krążenie krwi i odżywianie serca; stwardnienia tętnic wieńcowych nie leczą. Szukać przeto należy środków, któreby były w stanie wyrzucić dodatni wpływ na sam napad i zapobiedz następnym napadom. Pod tym względem ani wstrzykiwania podskórne morfiny, ani wdechania amylnitritu porównać się nie mogą z wstrzykiwaniami antipiryny w dawce 0,50 i współczesnem wdechem pirydyny. Dla uniknięcia następnych napadów chory winien przyjmować regularnie 3 do 4 gramów dziennie do wewnątrz, unikać napaństnicy, która nie ma żadnego wpływu na ból, bromków, chlorału upośledzającego czynności serca, nawet wodolecznictwa i elektryzacyi.

Za pomocą powyższego leczenia udawało się autorowi: 1) łagodzić na pewno bóle sercowe zależne od przyczyn po za sercem będących, jak przy histeryi i bladaczce, 2) gwałtowne bóle u cierpiących na tętniaki w okolicy serca, mostka, lewego ramienia się objawiające, bóle iradyjacyjne u cierpiących na stwardnienie aorty i różne dokuczliwe uczucia u cierpiących na niedostateczność zastawek aorty. I przy napadach prawdziwej dusznicy bolesnej autor otrzymał wyborne wyniki. Autor spostrzegł 4 chorych w praktyce prywatnej i 3 w szpitalu, u których rozpoznanie było niewątpliwem. U wszystkich tych chorych napady zostały przerwane przez wstrzykiwanie antipiryny i wdechanie pirydyny, a przez następne codzienne użycie antipiryny w ciągu 2 miesięcy nie było napadów.

Addenda. Autor próbował też antipirynę w drgawkach i padaczce lecz zupełnie bez skutku. W przypadku wielogniskowego stwardnienia mózgu i w przypadku drżenia starczego autor widział znaczne zmniejszenie ruchów.

Autor zaznacza w końcu wpływ antipiryny na oddechanie; w napadach dusznicy nerwowej wstrzykiwania antipiryny skuteczniej działają, aniżeli wstrzykiwania morfiny.

Autor kończy swą pracę następującemi słowy: „*En résumé, la médication antipyrine doit constituer pour tous les organes le véritable moyen de calmer leur sensibilité exaltée; c'est le remède des douleurs et de la douleur*“.

Feliks Arnstein.

(Communications lues à l'Académie de médecine. Paris. 1887, str. 32).

Do dzisiejszego N-r 1 Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów tablicę litografowaną, do pracy D-rów BRODOWSKIEGO i DUNINA.

NAJWIĘKSZY P A R O W Y Z A K Ł A D

M I N E R A L N Y C H N A B U T E L K I I S Y F O N Y.



APTEKA

Magistra Farmacyi

W. KARPIŃSKIEGO

w WARSZAWIE

ulica Elektoralna Nr. 39.

Poleca następujące **wina lecznicze**, wyrabiane na maładze wyborowej:

- Wino Rabarbarowe** czyste, pół butelki 2 rs. 25 kop.
- „ „ z korą chin królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.
- „ **Chinowe** czyste, pół butelki 1 rs. 20 kop.
- „ „ z żelazem, pół butelki 1 rs. 50 kop.
- „ z **Chiną i z Kakao** (vin de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 50 kop.

N a d t o:

- Proszek Rabarbarowy chiński**, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką, pudełko po 60 kop. — 100 kop. i po 120 kop.
- Wino pepsynowe**, na winie francuzkiem, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części wina. Pół butelki 2 rs.
- Tamar-Indien**, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwaśnymi daktylami. Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie bez boleści, — pudełko (12 sztuk cukierków) 75 kop.
- Tran lekarski oczyszczony** } Cena względna do cen handlowych.
- „ „ zwyczajny } „
- „ z żelazem, z jodkiem żelaza, z benzwinianem żelaza, butelka po rs. 1.
- Oleum ricini koussinatum comp.** Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, kouso i korzenia granatu, cena dozy rs. 2.

Uważam za **pożyteczne** nadmienić, że wyborne działanie Win Rabarbarowych mego wyrobu, przy zatkaniu trzew brusznych, w cierpieniach hemoroidalnych, w chorobach serca, kongestjach do głowy u osób nerwowych, osłabionych, blednicą i niedokrwistością dotkniętych, jako też u dzieci do rozwolnienia skłonnych, a na chorobę angielską (rachityczną) cierpiących, wielokrotnie stwierdzone zostało.

10—5

W. Karpinski.

U L I C A M I R O W S K A N r . 3 .

Zakład leczniczy D-ra Römplera

dla chorych piersiowych w Görbersdorfie na Szlązku.

zaleca z pomyslnym skutkiem dla kuracyi zimowej wielki nowo wybudowany ogród zimowy. **Specyjalna manipulacyja w chorobach krtani.** 6—2