

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. WRÓBLEWSKI. Przypadek samoistnego ropnia krtni z pomyślnem zejściem (*Abscessus laryngis idiopathicus*). — II. KAZ. NOISZEWSKIEGO. Elektroftalm. — *Dział sprawozdawczy*. 54. RUMMO i FERRANINI. O terapeutycznym działaniu strofantu i strofantyny. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej. — *Wiadomości bieżące*. — Od Wydawcy. — Dodatki. — Ogłoszenia.

OGŁOSZENIA.

PEPSYNA I JEJ PRZETWORY.

W szeregu środków grających ważną rolę w terapii chorób żołądka, pepsyna wybitnie zajęła miejsce. Chociaż jako część składowa prawidłowego soku żołądkowego pepsyna nie jest lekiem w zwykłym pojęciu, ze względu jednak, iż ona stanowi podstawę trawienia, gdyż zamienia białkany na peptony, czyli białko krzepnące na białko rozpuszczalne (więcej już nie krzepnące), ma bardzo ważne lecznicze znaczenie. Dawniej stosowano ją w niektórych tylko przypadkach osłabionego trawienia; z postępem jednak czasu granice wskazań do użycia pepsyny bardzo znacznie rozszerzonymi zostały, a to zawdzięczając postępowi chemii fizyologicznej i spostrzeżeniom klinicznym. Obecnie farmakologowie oraz klinicyści zalecają pepsynę: w konwalescencyi po wycieńczających chorobach, u osobników niedokrwistych czegokolwiek niedokrwistość ta byłaby następstwem, w poczynających się suchotach płucnych, w przewlekłym niezycie żołądka oraz niezycie żołądka i kiszki, wreszcie, we wszelkich postaciach niestrawności polegających przeważnie na niedostatku pepsyny w soku żołądkowym.

W obec częstszych dziś zapotrzebowań pepsyny z jednej strony, a z drugiej, droższymi przetworów zagranicznych oraz bardzo wysokiego cła, uważałem za pożyteczne zająć się ich przygotowaniem na miejscu. Wyrabiając wszelkie przetwory pepsynowe, mogę jednak jako najodpowiedniejsze celowi, zdaniem lekarzy, polecić:

1. Wino pepsynowe dwuprocentowe, przygotowane na doborowym winie francuzkiem. Łyżka zawiera 5 gran pepsyny; zadaje się łyżkę przed jedzeniem.
2. Elixir pepsini compositum. Stanowi połączenie pepsyny z wyciągami gorzkiemi. Łyżka zawiera pepsyny gran 3. Zadaje się przed jedzeniem po łyżce.
3. Pilulae antidyspepticae zawierają pepsynę w połączeniu z chininą, kwasem solnym i gorzkim wyciągiem. Zadawać po 2 pigułki przed jedzeniem.

Uwaga. Przetwory moje są dwa razy tańsze niż zagraniczne, wyrabiane są z pepsyny wytrzymującej wszelkie próby chemiczne, a nadto zawierają ściśle podaną dawkę pepsyny.

M. Mutniański,

MYDŁO ICHTHYOŁOWE.

Od czasu zastosowania ichthyolu w chorobach skórnych, przy których śródek ten, dla cennych swych własności, coraz obszerniejsze zdobywa sobie uznanie, starano się w rozmaity sposób ułatwić i uprzyjemnić sposób jego użycia. Otóż jedną z najprostszych, a jednocześnie najwygodniejszą i pewnie działającą postacią jest — połączenie go z mydłem leczniczem, które już samo z siebie posiada rzadkie zalety, wpływające na prawidłowe odżywianie skóry. Mydło ichthyolowe więc, jest to mydło lecznicze zawierające w swoim składzie 10% ichthyolu.

Z pomiędzy chorób skórnych, przy których użyte mydło ichthyolowe, świetnie dało rezultaty — są rozmaite postacie trądzika (*acne*). Z powodu umiejscowienia swego, choroba ta przedstawia wiele trudności dla odpowiedniego i dokładnego leczenia. Trudność tę, jeżeli nie znosi w całości, to usuwa w znacznej części użycie mydła ichthyolowego. Codziennie lub co drugi dzień dokonywane zmywania mydłem ichthyolowem odpowiednich miejsc skóry, dotkniętych cierpieniem, już w krótkim przeciągu czasu sprowadza znakomitą poprawę.

W wypadkach uporeczywszych należy namydloną pianę pozostawić na noc, aby w dniu następnym zmyć ją samem już tylko mydłem leczniczem.

Dalej mydło ichthyolowe wyborym jest środkiem zapobiegającym wypadaniu włosów, mianowicie przy tych postaciach cierpienia cebulek włosowych, które rozwijają się na podstawie w ostatnich dopiero czasach bliżej zbadanych grzybków pasorzytnicznych. Nawet przy wypadaniu włosów zależnem od nadmiernego nagromadzenia się łupieżu, mydło ichthyolowe również pożądaną pomoc przynosi. Zmywanie głowy mydłem ichthyolowem uskutecznia się w ten sam sposób, jak mydłem zwyczajnem, albo też, po namydleniu głowy, pozostawia się pianę do dnia następnego.

Nakoniec mydło ichthyolowe stosować można we wszystkich tych postaciach chorób skórnych, gdzie wskazane są przetwory siarkowe i dziegieciowe w formie działania łagodniejszej.

E. Jarnuszkiewicz.

Właściciel apteki Nowy-Świat № 35.

ARCO-MARIENBAD

D-r Stanisław Prager praktykuje jak dawniej do Maja w Arco, a podczas lata w Marienbadzie. 6—4

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne — Nowe środki lekarskie — Barwniki D-ra G. Grüblera z Lipska, oraz wszelkie przetwory, używane przy badaniach mikroskopowych.

poleca

Apteka J. RUTKOWSKIEGO, dawniej E. Wernera,

w Warszawie, ul. Długa N. 16.

52—46

APTEKA WENDY I WIOROGÓRSKIEGO

Krakowskie-Przedmieście № 45 w Warszawie,
posiada na składzie następujące przetwory oryginalne z
Apteki A. v. WALDHEIMA w Wiedniu:

Oleum Rusci Hebra

Sapo kalinus Hebra

Oleum Rusci spissum

Spiritus saponis kalini Hebra

Tinctura Rusci Hebra

0—10

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYPADEK SAMOISTNEGO ROPNIA KRTANI Z POMYŚLNEM ZEJŚCIEM (*Abscessus laryngis idioopathicus*).

Spostrzegął i opisał

Władysław Wróblewski,
ordynator kliniki terapeutycznej szpitalnej.

Według jednogłośnego zdania wszystkich laryngologów, ropień samoistny krtani należy do cierpień nader rzadkich; daleko częściej spotkać się można z ropniami następczemi, np. skutkiem przymiotu, gruźlicy, ciała obcego i t. p.

W odnośnej literaturze znajdujemy opisy niezbyt licznych przypadków samoistnego ropnia; niektóre z nich nawet przedstawiają pewną wątpliwość co do swego powstawania.

Wielu z autorów zupełnie nie widziało samoistnych ropni krtani, Tuerck¹⁾, naprzykład, zna je tylko z opisu innych badaczy. Doering²⁾, Moeler³⁾, Lewin⁴⁾, Tobold⁵⁾, Ruehle⁶⁾, Bruns⁷⁾, Schnitzler⁸⁾, Schroetter⁹⁾, Mackenzie¹⁰⁾, Ziemssen¹¹⁾, Stoerk¹²⁾, Gottstein¹³⁾ i Mac-Donald¹⁴⁾ podali mniej lub więcej krótkie opisy tego cierpienia; wszystkie jednak nie wyczerpują przedmiotu.

Mackenzie widział 13 razy samoistne ropnie krtani, najczęściej spotykał je na podstawie nagłośni. Na zasadzie opisu tych badaczy można przyjąć, że podstawa nagłośni jest ulubionem siedliskiem tego cierpienia, dalej następują stru-

1) Klinik d. Krankh. d. Kehlkopfes etc. 1866, str. 185.

2) 3) 4) 5) Cytowani u Tuerck'a l. c.

6) 7) Cytowani u Mackenzie'go, str. 385.

8) Cytowany u Ziemssen'a, str. 292.

9) Klinik für Laryngoskopie. Jahresbericht. Wien. 1870, str. 15. Vorlesungen über d. Krankh. d. Kehlkopfes etc. Wien. 1887, str. 93.

10) Die Krankh. d. Halses etc. von M. Mackenzie, deutsch bearbeitet von D-r F. Semon. 1880 r. Tom I, str. 334.

11) Handbuch d. speciellen Pathologie und Therapie von Prof. Ziemssen. Drugie wydanie. Tom IV, część I, str. 280 i t. d.

12) Klinik d. Krankh. d. Kehlkopfes. 1880 r. str. 257.

13) Die Krankh. d. Kehlkopfes. 1888 r. str. 120.

14) Two cases of idiopathic intralaryngeal abscess. The Lancet. 1887 r.. Referat w Revue mensuelle de laryng. 1888 r., str. 154.

ny fałszywe i więzy nagłośnionalewkowe. SCHROETTER zaś, GOTTSTEIN i SCHNITZLER widzieli je na chrząstce nalewkowej. ZIEMSSSEN [l. c. str. 292] powiada: „siedliska ropni w przypadkach, ogłoszonych w literaturze, były bardzo różne: na podstawie nagłośni [DOERING], na *nodulus epiglottidis* [LEWIN, TOBOLD]; na chrząstce nalewkowej [GOTTSTEIN, SCHNITZLER], na lewej połowie chrząstki obrączkowej [TUERCK], na więzie nagłośnionalewkowym [TOBOLD], w torebce MORGAGNI'ego [BERGER].

Przypadek, który spostrzegałem, pomimo ciężkiego przebiegu skończył się jednak pomyślnie.

Dnia 9 Lutego r. b. wezwany zostałem do Edmunda K..., 32 lat, robotnika z fabryki odlewów żelaznych, który uskarżał się na wielką trudność przy oddechaniu. Choroba zaczęła się dnia 2 Lutego od dreszczy, bólu głowy i palenia w gardle. Po upływie kilku dni nastąpiło polepszenie. Chory, aby ostatecznie się wyleczyć, udał się do felczera, który mu gardziel wylapisował. Dodać należy, że tego dnia był niezwykle silny mróz i wiatr.

Nazajutrz, t. j. dnia 5 Lutego wystąpił silny ból przy połykaniu i utrudniony oddech, co wzmagało się do tego stopnia, że chory z obawy zaduszenia nie leżał, lecz ciągle siedział.

Wezwany kol. CHROSTOWSKI, po zbadaniu chorego, znalazł w moczu znaczną ilość białka, a przypuszczając, że ma do czynienia z obrzękiem głośni polecił mnie wezwać.

Znalazłem chorego, budowy atletycznej, który nigdy nie chorował [chyba w dzieciństwie], przymiotu nie przebywał, pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej, na gardło też pierwszy raz w życiu cierpi. Ból przy połykaniu dość wielki, lecz w początku choroby był większy. Głos ochrypnięty, wydobywany z pewnym wysiłkiem, oddech nader utrudniony z głośniami szmerami, cechującymi wysoki stopień zwężenia górnej części dróg oddechowych.

W gardzieli, oprócz lekkiego zaczerwienienia, żadnych zmian nie znalazłem. W krtani bardzo żywa, rozlana czerwoność. Szpara głosowa zakryta przez gładki, czerwony guz, wielkości orzecha tureckiego, zajmujący wewnętrzną powierzchnię chrząstki nalewkowej prawej. Guz o powierzchni gładkiej, nieco bledszej od otaczających go tkanek, ma w niektórych miejscach lekkie zagłębienia, przy kaszlu i usiłowaniu wydobywania tonu „e“ wypełnia się cały i wygląda, jak naprężony. Nagłośnia, część struny fałszywej lewej, wiąz nagłośnionalewkowy lewy, oprócz znacznego przekrwienia, innych zmian nie przedstawiają. Wiąz nagłośnionalewkowy prawy zlekka obrzmiały i mocno czerwony. Przełykowa powierzchnia tylnej ściany krtani nie jest obrzmiały.

Biorąc na uwagę krótki czas trwania choroby, niezwykle burzliwy przebieg, zmiany w tkankach, otaczających guz, naprężenie się guza przy wydobywaniu głosu i bledsze jego zabarwienie ¹⁾, wyrobiłem sobie pojęcie, że jest to guz z zawartością płynną, najprawdopodobniej — ropień.

¹⁾ BRUNS dowodzi, że jedyną pewną oznaką ropnia krtani jest żółto-różowe zabarwienie, różniące się od sąsiednich, zwykle mocno przekrwionych, tkanek.

Stan chorego w chwili mego badania był bardzo groźny. Po zbadaniu laryngoskopem oddech stał się jeszcze bardziej utrudnionym skutkiem pewnego zmęczenia i krztuszenia się. Zaproponowałem choremu operację, gdyż ta jedna jest w stanie życie mu ocalić, na co się chętnie zgodził. Po przybyciu kol. KRAJEWSKIEGO, którego na wszelki wypadek wezwałem dla dokonania przecięcia tchawicy, gdybym nie mógł otworzyć ropnia wewnątrzkrztaniowo, stan chorego znacznie się pogorszył. Chory siny, obłany potem, w pół przytomny, oddecha z bardzo głośnym szmerem i bardzo rzadko (*stridor*). Skutkiem tego musieliśmy przystąpić bezwzględnie do przecięcia tchawicy. Ułożyliśmy chorego na sofie, a kol. KRAJEWSKI dokonał szybko *cricotracheotomiam*. Podczas operacji chory przestał zupełnie oddechać. Wtedy przedłużono cięcie ku dołowi przez parę pierścieni tchawicy, włożono rurkę, lecz i to nic nie pomogło: oddechu nie było. Rozszerzyłem więc ranę tępymi hakami, a kol. KRAJEWSKI wprowadził palec do dolnej części tchawicy i wydobyl wielki, zbity skrzep krwi i ropy, poczem przez ranę odeszła jeszcze znaczna ilość płynnej ropy, zmieszanej z krwią, wtedy chory zaczął dobrze oddechać. Założyliśmy rurkę i poleciliśmy odwieźć chorego na oddział kol. KRAJEWSKIEGO do szpitala Dzieciątka Jezus.

Tu następuje pytanie, z kąd pochodził skrzep krwaworopny, wydobyty z dolnego odcinka tchawicy, jak również — z kąd pochodziła ropa płynna? Otóż, kol. KRAJEWSKI zbadał tchawicę palcem przy wydobywaniu skrzepu i żadnych zmian chorobowych w niej nie znalazł; ropa więc wydobyta pochodziła z krtani. Jeszcze więcej utwierdziła nas w tem przekonaniu ropa płynna, gdyż widzieliśmy dokładnie, jak ona płynęła z góry ku dołowi. Ropień w krtani musiał się otworzyć podczas układania chorego do operacji i z krtani ropa spłynęła do tchawicy, znaczna zaś stosunkowo przymieszka krwi dostała się tam podczas samej operacji, przy której krwawienie było dosyć obfite.

Od 9 do 13 Lutego włącznie chory gorączkował, choć podmiotowo czuł się bardzo dobrze, a że w tym czasie żadnych zmian w narządach wewnętrznych nie znalazłem, uważałem więc stan ten za zależny od zmian w krtani.

15. II. Oddechanie przy zatkanej rurce bardzo dobre. Silna czerwoność wszystkich części krtani; obie struny fałszywe nieco obrzmiałe; prawdziwe są czerwone, wąskie, mało widoczne z pod fałszywych. Otwór głośni dostatecznie szeroki. Na chrząstce nalewkowej prawej guz gładki, czerwony, wielkości grochu. Chrząstka nalewkowa lewa, jako też i tylna ściana krtani bez zmian. Bólu przy polykaniu nie ma. Głos ochryply, lecz donośny [przy zatkanej rurce].

20. II. Rurkę usunięto, błona śluzowa krtani jeszcze żywo czerwona. Struny prawdziwe różowe, fałszywa prawa jeszcze nieco obrzmiała. Chrząstka nalewkowa prawa także nieco zgrubiała w porównaniu z lewą; guza zaś na niej nie widać.

7. III. Krtani niemal prawidłowa. Barwa jednak jeszcze nieco żywsza, niż zwykła czerwoność strun fałszywych i chrząstek nalewkowych; obrzmienia żadnego już nie ma. Struny prawdziwe całkowicie widoczne, blad różowe. Przy bacznej wpatrywaniu się, można zauważyć, że prawa chrząstka nalewkowa jest nieco mniej ruchomą, niż lewa, zewnętrznie jednak niczem się one nie różnią.

19 Kwietnia widziałem chorego ponownie. Od 5 tygodni pracuje w fabryce i czuje się zupełnie zdrowym. Przy badaniu nie znalazłem zmian w ustroju. Nos i gardziel zupełnie zdrowe. Krtani żadnych zgoła zmian nie przedstawia, t. j. błona śluzowa, barwy prawidłowej, zgrubień nie ma. Głos czysty, donośny, nie uległ zmianie skutkiem choroby. Ostatni raz badałem chorego 20 Października r. b. Krtani, gardziel i narządy wewnętrzne żadnych zmian nie przedstawiają. Wtedy zwróciłem główną uwagę na moc: kolor moczu białosłomkowy, odczyn kwaśny, ciężar właściwy 1014, cukru i białka ani śladu.

Przy rozpoznaniu cierpienia w danym przypadku miałem na uwadze następujące choroby: *oedema laryngis acutum*, *erysipelas laryngis primitivum*, *perichonāritis idiopathica acuta*, *phlegmone laryngis*.

Na zasadzie ostrego przebiegu mogłem odrazu wyłączyć wszystkie cierpienia przewlekłe, jakoteż cierpienia wtórne krtani; gdyż przymiot, gruźlicę, durzycę i t. p. ze wszelką pewnością można było wykluczyć. Kol. CHROSTOWSKI miał prawo przypuszczać ostry obrzęk głośni, gdyż krtani nie oglądał. W tem mniemaniu utwierdziło go białko, znajdujące się obficie w moczu. Obraz krtani jednak zupełnie nie odpowiadał ostremu obrzękowi, przy którym¹⁾ mielibyśmy przedewszystkiem wielkie obrzmienie więzów nagłośnionałkowych, nagłośni, lub nawet i tylnej ściany krtani, czego w naszym przypadku nie było. Dalej, zabarwienie krtani w danym przypadku było jaskrawo czerwone z nieco bledszą barwą na ropmiu, przy obrzęku zaś bywa nacieczenie wodniste, różowawo-szare, prawie przeświecające. Obecność białka w moczu zależała bądź to od ostrego zakażenia, bądź też od zatrucia kwasem węglanym. W tym ostatnim razie w moczu można znaleźć nie tylko białko, ale i cukier.

BOEHM, który opracował odpowiedni rozdział w dziele ZIEMSEN'a, mówi: „Przy zatruciu kwasem węglanym cukromocz [który jest prawie nieodłącznym] idzie najczęściej w parze z białkomoczem. Oba te objawy trwają najwyżej kilka dni i znikają razem z innymi objawami zatrucia“.

Chory nasz, któremu w chwili badania przez kol. CHROSTOWSKIEGO groziła śmierć przez zaduszenie z powodu mechanicznej przeszkody w krtani, gdyż oddech wysoce utrudniony, trwał już z górą 3 doby, był w wysokim stopniu zatruty kwasem węglanym, nic więc dziwnego, że białko znajdowało się w moczu, temu jednak faktowi żadnej doniosłości rozpoznawczej przypisywać nie można.

Drugie cierpienie, które mogło w tym przypadku przyjść na myśl, jest r ó ż a k r t a n i, opisana tak klasycznie przez prof. MASSEI'ego ¹⁾ z Neapolu. Podobieństwo było tu jednak tylko pozorne. Różę mógł przypominać szybki przebieg cierpienia, który doprowadził w krótkim czasie do tak wielkiego zwężenia krtani, obraz jednak laryngoskopijny odrazu wykluczył to przypuszczenie.

MASSEI opisał 14 przypadków, przez siebie spostrzeganych; w każdym z nich wygląd krtani był prawie zupełnie jednakowy: kolosalne obrzmienie nagłośni i więzów nagłośnionałkowych z bardzo silną czerwonością. W naszym przy-

¹⁾ Ueber das primäre Erysipel des Kehlkopfes von D-r F. MASSEI, uebersetzt von D-r V. MEYER. Berlin. 1886.

padku ani nagłośnia, ani więzy nie były obrzmiałe. MASSEI wspomina o możliwości zejścia róży w ropień krtani, przyczem powołuje się na swoje spostrzeżenia 6 i 10. Pierwsze z nich, opisane bardzo pobieżnie, nie zawiera ani jednego słowa, które by przypominało, już nie mówię, ropień, ale niechby ropienie w krtani.

Drugie dotyczy chłopca, 18-letniego, od kilku dni chorego na gardło w połączeniu z silnym bólem przy połykaniu. Chłopiec ten nagle zaczął się dusić. Wezwany prof. MASSEI znalazł sinicę twarzy, bezgłos zupełny i *stridor*. Chory podczas ruchów wymiotnych, wyrzucił pewną ilość ropy, zmieszanej z krwią. Badanie krtani, wykonane zaraz, wykazało: kolosalne obrzmienie i nacieczenie nagłośni, więzów nagłośnio-nalewkowych i chrząstek nalewkowych, wszystko to barwy ciemno szarej, lub ciemno-czerwonej, pokryte białawym nalotem. Że w tym przypadku ropienie było, wierzę, lecz najmniejszego nie widzę tu dowodu na to, żeby tam był ograniczony jakiś zbiornik ropy, t. j. ropień krtani w ścisłym tego słowa znaczeniu. W dalszym przebiegu stan tego chorego znacznie się poprawił; pozostało tylko lekkie obrzmienie jednego więzu nagłośnionalewkowego; w chwili jednak, gdy był uważany za rekonwalescenta i wyprawiany na wieś, zmarł nagle, przypuszczalnie skutkiem ostrego obrzęku głośni.

Trudniej już nieco przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe pomiędzy samolistnym ropniem, a *perichondritis idiopathica acuta*, lecz i to ostatnie cierpienie można wykluczyć. Według ZIEMSEN'a [l. c. str. 304] i innych autorów, rozróżnienie tych dwóch cierpień jest niekiedy bardzo trudnem, choć po większej części możliwem.

MACKENZIE ¹⁾ tak określa zapalenie ochrzęstnej: *perichondritis laryngea et necrosis*, albo lepiej powiedzieć: *caries* chrząstek [to drugie bywa skutkiem pierwszego], w przypadkach lżejszych kończy się bez wątpienia często nieznacznem tylko zgrubieniem chrząstki, w cięższych zaś i przymiotowych może nastąpić oddzielenie się części, lub nawet całej chrząstki, w innych jeszcze razach, a mianowicie, gdy doszło do wytworzenia się ropnia, bez wyjątku prawie przyłącza się hektyczna gorączka z zejściem śmiertelnem“.

Autor ten widział na sekcjach wszystkiego 3 razy pierwotne zapalenie ochrzęstnej i to u osobników, wyżej 60 lat wieku mających, i w ogóle uważa on cierpienie to za niesłychanie rzadkie. Siedliskiem była we wszystkich 3 przypadkach chrząstka obrączkowa, na której wytworzyły się ropnie; poczem przedziurawienie z niesłychanie smrodliwą wydzieliną i oddechem [czego w moim przypadku nie było].

SCHROETTER ²⁾ w tym względzie wyraża się tak: „Zestawiając wyżej wyliczone objawy, widzimy, że będziemy w stanie zrobić zupełnie pewne rozpoznanie zapalenia ochrzęstnej pod bardzo ścisłemi zastrzeżeniami:

1) Przy wykazaniu tych chorób, skutkiem których bywa często *perichondritis*. I przy tych jednak chorobach dość często bywa zapalenie tkanki łącznej podśluzowej, które może dać także same objawy, jak i zapalenie ochrzęstnej.

¹⁾ L. c. str. 521.

²⁾ Vorlesungen über d. Krankh. d. Kehlkopfes etc. Wien. 1888. III Lieferung, str. 124.

2) Przy pęknięciu ropnia wtedy tylko rozpoznanie zapalenia ochrzęstnej jest pewnem, gdy ujrzymy, lub zgłębnikiem wyczujemy obnażoną chrząstkę, przyczem zawsze jeszcze jest możliwem, że punktem wyjścia cierpienia pierwotnego była sąsiednia tkanka łączna i w dalszym dopiero przebiegu sprawa przeszła na ochrzęstną.

3) Jeżeli podczas przecięcia krtani znajdziemy jamę ropnia z obnażoną chrząstką, to rozpoznanie *perichondritis* jest pewnem; zawsze jednak z powyższemi zastrzeżeniami. Inne objawy, jak nieruchomość struny głosowej i t. p., mogą być i przy innych cierpieniach.

Jako na moment rozpoznania różniczkowego, trzeba zwrócić uwagę i na to, że w większości przypadków, gdzie dochodzi do ropienia, przebieg choroby i pęknięcie ropnia daleko szybciej następuje przy zapaleniu tkanki łącznej podśluzowej, niż przy zapaleniu ochrzęstnej“.

W naszym przypadku nie pozostało po przebytem cierpieniu żadnych zgoła zmian w krtani [nieruchomości struny, zgrubienia chrząstki i t. p.]; pomimo wytworzenia się ropnia nie nastąpiła gorączka wyniszczająca; chorób powodujących zwykle *perichondritis* wykazać nie można było; oddzielenia, ani obnażenia chrząstki nie było; przebieg cierpienia nader szybki i pomyślny [zachorował 2 Lutego, zaczął się dusić 5-go, ropień pękł 9 Lutego]: oto są względy, które kazały mi wykluczyć zapalenie ochrzęstnej, a zrobić rozpoznanie zapalenia tkanki łącznej podśluzowej (*phlegmone laryngis*). Ponieważ zapalenie to było na ściśle ograniczonej przestrzeni i w danem tylko miejscu wytworzyło ściśle ograniczoną jamę z zawartością ropną (*phlegmone circumscriptum abscedens*), przeto nazwałem to ropniem krtani. Ponieważ nie było w tym przypadku ani żadnych chorób, usposabiających do danego cierpienia, ani też nie można było wykazać żadnej przyczyny wywołującej [np. ciało obce], przeto nazwałem ropień ten samoistnym.

Przypadek, opisany tu, należy bez wątpienia do bardzo rzadkich, choćby i ze względu na umiejscowienie ropnia; takież same jednak przypadki, t. j. ropnie na chrząstce nalewkowej, opisali już GOTSTEIN, SCHNITZLER i SCHROETTER; mój więc nie jest jedynym.

Co się tyczy etjologii tego cierpienia, nie się dziś pewnego powiedzieć nie da. Czy miało jakie znaczenie w danym przypadku wypędzowanie azotanem srebra gardzieli przez felczera, lub wpływ zimnego, mroźnego wiatru — trudno orzec.

Objawy zależą od umiejscowienia i wielkości ropnia, a więc bywa chryпка, dochodząca do bezgłosu, ból przy polykaniu, uczucie obcego ciała i duszność.

Rozpoznanie też nie zawsze jest tak łatwem, jak w moim przypadku, a zwłaszcza, gdy otaczające tkanki są w stanie silnego obrzęku, co się często zdarza, ropień zaś jest podstrunowym. Najprędzej rozstrzyga wtedy wątpliwości próbne przecięcie, które nigdy w tych razach zaszkodzić nie może.

Rokowanie jest zawsze bardzo poważnem; znane są bowiem przypadki, w których cierpienie to w nader krótkim czasie spowodowało zejście śmiertelne. W przypadku DOERING'a żołnierz zmarł na trzeci dzień od początku choroby skutkiem ropnia na podstawie nagłośni.

Co się tyczy leczenia, to zaraz z początku należy stosować metodę przeciwzapalną: lód, pijawki, maść szarą. Często przynoszą chorym ulgę ciepłe okła-

dy na szyję. SCHROETTER słusznie radzi, aby takich chorych nader pilnie do-
glądać i opiekować się nimi zaraz od początku cierpienia, gdyż łatwo spóźnić
się można z pomocą chirurgiczną. Gdy tylko rozpoznanie ropnia jest nie-
wątpliwem, to nie należy zwlekać z przecięciem go, gdy jest małym; jeżeli guz jest
większym, to natychmiast wykonać potrzeba uprzednią tracheotomię i po zało-
żeniu tamponacyjnej rurki [MACKENZIE] przeciąć ropień pod kontrolą wzornika
krtaniowego.

II. ELEKTROFTALM.

Rzecz, dwukrotnie czytana na III-cim Zjeździe lekarzów rosyjskich w Petersburgu, 4-go Stycznia w Sekcyi Okulistyki i 8-go Stycznia
st. st. 1889 r. w Sekcyi Neurologii.

Przez

Kazimierza Noiszewskiego [Dynaburg].

Zmysły nasze są ostatecznie tylko różnowaniami czucia dotykowego, ina-
czej czucia umiejscawiania wrażeń. Wzrok jest szczególnym rodzajem dotyka-
nia odległych przedmiotów, właściwie dotykaniem odbijanego od nich światła.

Jak przy znieczuleniu skóry musimy rozwierać cyrkiel (*aesthesiometr*) na
większy kąt, tak przy osłabieniu wzroku kąt, pod którym jeszcze rozpoznajemy
próbne znaki i przedmioty, musi być większy.

Nie ulega wątpliwości, że obraz [zmysłowy] tak się składa z wielkiej
liczby dotknięć pojedynczych, jak najlepszy rysunek lub fotografia przy silnem
powiększeniu są ostatecznie tylko nagromadzeniem okruchów ołówka, tuszu, lub
farby.

Za nauką jedności sił w przyrodzie idzie śladem nauka jedności czucia;
więc jak ciepło przemieniamy w elektryczność, a elektryczność w ciepło, a obie
te siły w ruch mechaniczny, tak wrażenia jednego zmysłu wyczuwać możemy
wrażeniami drugiego. Od wieków usiłowano pozbawionym wzroku zamienić
wzrok dotykaniem. Osiągnięte w tym kierunku wyniki zadziwiają swą donio-
słością i nadludzką prawie wytrwałością ludzi, poświęcających się usłudze swych
urodzeniem lub wypadkiem upośledzonych bliźnich. Wszystkie jednak dotych-
czasowe pomysły i usiłowania nie dały niewidzącym możliwości dotykania przed-
miotów na przestrzeni.

Zadanie to podjętem zostało przezemnie, mianowicie: tłumaczenie wrażeń
od światłych i oświeconych przedmiotów na wrażenia dotykowe. Mówiąc o nie-
widzących, mam na myśli głównie osoby, zupełnie oczów pozbawione, lub pora-
żone zanikiem nerwów wzrokowych.

Celem moim było:

1) Powiadamy niewidzącego, gdy światły, oświecony, lub ciemny przed-
miot zjawi się przed nim.

2) Uzdolnienie niewidzącego do umiejscawiania w przestrzeni świecą-
cych, oświetlonych, lub ciemnych przedmiotów w stanach spokoju i ruchu, t. j.,

by mógł pozbawiony wzroku człowiek wskazać kierunek ruszającego się przedmiotu i poznawać jego przybliżanie się, lub oddalanie.

Zapewne nie jest to zbyt wiele; gdy jednak przypomnimy sobie, jak bardzo cenią ślepi nawet zachowanie samej tylko zdolności odróżniania dnia od nocy, śmiało powiedzieć możemy, iż tak wysoki stopień zdolności umiejscawiania się w przestrzeni wobec odległych przedmiotów obojętnym być dla nich nie może. SIEMENS w r. 1876 pomyślił sztuczne oko, którego powieki zamykały się pod wpływem światła. Prąd elektryczny przepływał tu przez sztuczną siatkówkę z selenu tylko wtedy, gdy światło nań padało, a przemieniając żelazo w chwilowy magnes, zwiierał w ten sposób powieki.

Otóż, na tej to znakomitej zdolności przewodnictwa elektrycznego pod wpływem światła niektórych ciał opartym jest pomysł, że się tak wyrażę, „dotykowego widzenia“.

Jeżeli sobie wyobrazimy przyrząd w rodzaju ciemni zornej [optycznej], przystawiony, dajmy na to, do skóry czoła, którego [przyrządu] tylna ściana byłaby z cienkiej selenowej płytki, to prąd elektryczny będzie przepływał przez płytkę na czoło za każdym razem, gdy światły lub oświetlony przedmiot odbije się na płycie.

Oczywiście jednak, że samo uczucie prądu przy pojawieniu się przedmiotów świecących zbyt byłoby nieokreślone, lecz możemy elektryczność przemienić w magnetyzm, a za pomocą magnetyzmu wykonywać lekkie poruszenia dotykowe.

Taką była moja myśl pierwotna i plan takiego pomysłu przesłanym był przezemnie do Krakowskiej Akademii Nauk. Techniczne jednak trudności były tu tak znaczne, że zmusiły mnie szukać innych dróg. Kilka osób, a między innymi p. inżynier Sz., zwracało moją uwagę, czyby nie można zamienić tu elektromagnetyzmu, termoelektryzmem, czyli inaczej: tłumaczyć wrażenia światłowe wrażeniami ciepłowymi. Wszystko tu było zależnem od tego, o ile czucie ciepłowe zdolne jest do umiejscawiania się [lokalizacyi], t. j., mówiąc ściślej, jak wielką jest przestrzeń pomiędzy dwoma punktami ciepłowymi na skórze, które jeszcze rozróżniane być mogą jako dwa miejsca, a nie jako jedno.

W całym dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem żadnej nawet wzmianki o pracach w tym kierunku. Wszystkie prace, dotyczące badań nad czuciem ciepła, ograniczały się dotąd badaniem czucia różnicy ciepła.

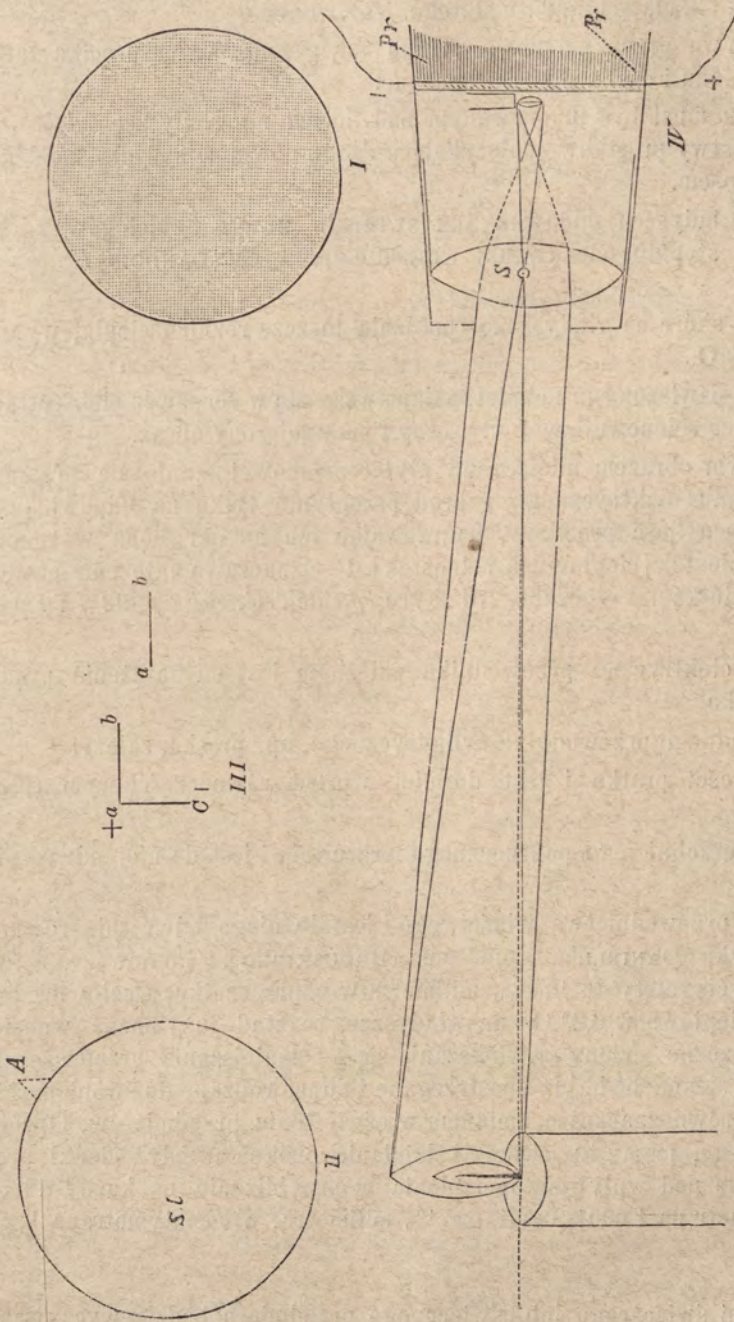
Dla tego, by poznać zdolność skóry do umiejscowień wrażeń ciepłowych, pomyślałem osobny przyrząd, nazwany przezemnie topotermoeztezyjometrem [Gaz. Lek. N. 10. 1889 r. str. 204], za pomocą którego znalazłem, że czucie ciepłowe zdolne jest do umiejscowienia w stopniu nie mniejszym od czucia dotykowego.

OPIS PRZYRZĄDU.

Elektroftalmocyklop jest ciemną optyczną [zorną], tylna ściana której składa się z trzech po sobie następujących warst:

1) Pierwszą warstwą od przodu jest cienka siatka metalowa, nieizolowana, w kolistej metalowej oprawie. Prąd przez oprawę płynie na całą siatkę równomiernie.

2) Druga warstwa. Do siatki przylega ściśle z tyłu cienka płytka selenowa, razem z siatką oprawiona.



- I. Siatka metalowa.
- II. Płytkę selenową, umieszczoną w oprawie A.
- III. Oddzielne pręciki.
 - a — koniec, ściśle przylegający do selenu i wprowadzający prąd.
 - b — koniec, dotykający skóry czolowej, w miejscu dotyku niezolowany.
 - c — koniec, wprowadzający prąd (—).
- IV. Podłużne przecięcie przyrządu.

3) Trzecią warstwę stanowią pręciki. Pozór tej warstwy przypomina

gęstą szczotkę, której pojedyncze włoski ściśle przylegają do tylnej powierzchni płytki selenowej.

Każdy pręcik składa się z drutu złotego, izolowanego.

Prąd przepływa przez selenową płytkę na pręcik, końce pręcika tam, gdzie on dotyka selenu i czoła, nie są izolowane.

Przyrząd ten musi być umocowanym nad nosem na gładyszce (*glabella*). Powierzchnia warstwy pręcikowej, dotykająca czoła, powinna być dla każdego osobnika zdjętą gipsem.

Miejsce na gładyszce oddawna już zwracało uwagę fizjologów zdolnością w wysokim stopniu odczuwania wrażeń ciepłowych (LANDOIS. *Lehrbuch d. Physiol. s. 960*).

Wiadomo, że skóra na gładyszczę rozróżnia jeszcze różnice ciepła, wynoszące zaledwie $0,2^{\circ}$ C.

Świecący lub oświetlony przedmiot, załamawszy się w soczewce elektroftalmu (s), da na płytce selenowej swój odwrotny i pomniejszony obraz.

Oświetlone tym obrazem miejsce na płytce selenowej stanie się przepuszczalnym dla prądu elektrycznego i prąd przepłynie tylko na odpowiednią oświetloneму miejscu ilość pręcików, nagrzewając ich na określoną wyrazem $C=I^2R.t$ ilość ciepłostek [ciepłowych jednostek]. I—oznacza tu natężenie prądu, R — opór przewodnika i t — czas (*Traité pratique de l'électricité p. 92 § 74 par G. BARDET*).

Nacieplenie elektryczne przewodnika zależnem jest od natężenia prądu i oporu przewodnika.

Opór jednorodnego przewodnika cylindrycznego, np. prętka, zależy:

1) Od długości prętka i jest do niej wprost równoczęściowym (*proportionalis*).

2) Od powierzchni jego poprzecznego przecięcia i jest do niej odwrotnie równoczęściowym.

3) Od jego przewodnictwa właściwego i jest do niego odwrotnie równoczęściowym [Fizyka DANIELL'a, tłum. pols. BOGUSKIEGO]. Ponieważ prątek złoty może być wyciągnięty do $\frac{1}{10,000}$ milimetra w poprzeczniku, a człowiek już poznaje różnice ciepłowe w $0,2^{\circ}$ C. na gładyszczce, to ztąd już można wnosić, jakie nawet nieznaczne zmiany powiększania się i pomniejszania przepuszczalności elektrycznej selenu będą już spostrzegane i doprowadzane do świadomości, jako odpowiednie równoznacznym zmianom w oświetleniu przedmiotów. Oprócz działania ciepłowego, mamy tu jeszcze i działanie ciśnienia, gdyż cienki pręt złoty rozszerza się pod wpływem nacieplenia w przybliżeniu na każdy 1° C. na 1,0001, t. j. 1 metr na 1,0001, czyli na $\frac{1}{10}$ milimetra, a 1 centymetr na $\frac{1}{1000}$ milimetra.

Wnioski:

1) Obecność świecącego lub oświetlonego przedmiotu będzie wyczuwaną jako wrażenie ciepła i ciśnienia na skórze, a obraz wrażenia na skórze będzie odpowiadał postaci przedmiotu.

2) Ciemny przedmiot na świetle tle będzie wyczuwanym jako wrażenie ciepła i ciśnienia w obwodzie percypującej powierzchni i jako nieobecność jego w środku; obraz więc ciemnego przedmiotu będzie ujemnym.

3) Zwiększająca się płaszczyzna ciepłego wrażenia, jako przybliżanie się światłego przedmiotu.

4) Zmniejszająca się płaszczyzna ciepłego wrażenia, jako oddalanie się przedmiotu.

5) Zmiana miejsca ciepłego wrażenia w kierunku ku prawej stronie będzie znaczyło, że sam przedmiot posunął się w lewo i odwrotnie; przemieszczanie się ciepłego wrażenia ku dołowi, że przedmiot światły porusza się ku górze i odwrotnie.

Rzecz ta była czytana na Zjeździe lekarzów rosyjskich w Petersburgu i wywołała następujące rozprawy, pytania i uwagi.

D-r ROSSOLIMO radził zwrócić uwagę przy badaniach, tak z topotermoes-tezyjometrem, jak i z elektroftalmem na ciepłoty [temperatury] krańcowe, których odczuwanie w znaczeniu lokalizacji znacznie się różni od wyczuwania ciepłot średnich [30°—40° C. GOLDSCHIEDER].

D-r NOISZEWSKI. Wyczuwanie lokalizacji przy bardzo wysokich ciepłotach [aż do bólu] nietylko się nie zmienia, ale zdaje się jeszcze wyraźniej umiejscawiać.

JANUSZKIEWICZ zapytał, co w elektroftalmie zamienia akkomodację.

D- NOISZEWSKI. Przesuwanie soczewki naprzód i w tył.

JANUSZKIEWICZ. Jaką ilość pręcików autor znajduje koniecznym urządzić w przyrządzie. Bardzo znaczna ich ilość utrudni jego wykonanie, mała zaś nie pozwoli otrzymywać wyraźnych wyobrażeń.

D-r NOISZEWSKI. Przyrząd z 400 pręcikami już może być pożytecznym, można zaś liczbę ich doprowadzić do 40,000.

JANUSZKIEWICZ. Wątpię jednak, czyby możebnym było nawet ze ściśle umiejscawianych ciepłych wrażeń tworzyć pojęcia przestrzeniowe.

D-r NOISZEWSKI. Doświadczenie uczy, że tak jest ²⁾.

Prof. SIKORSKI [Kijów]. Zaznaczam wysokie naukowe znaczenie wynalazku wobec istnienia przypadków klinicznych, gdzie się udała zamiana jednego rodzaju czucia drugim [przypadek prof. I. MIERZEJEWSKIEGO].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

54. Rummo i Ferranini. O terapeutycznym działaniu strofantu i strofantyny.

Autorowie opracowali szczegółowo działanie strofantu pod względem fizyologicznym i terapeutycznym. Praca ich jest jedną z najbardziej obszernych

¹⁾ Gazeta Lekarska. Nr. 10. 9-go Marca 1889 r., str. 204.

²⁾ Wiadomo, że wrażenia siatkówki nie wytwarzają wyobrażeń przestrzennych, które całkowicie zależą od wrażeń mięśniowych, towarzyszących wzrokowym. Rzecz to zresztą dobrze już znana.

i wyczerpujących w tym przedmiocie, przytem jest zaopatrzoną w krzywe linije sfigmograficzne i kardjograficzne. Na zasadzie bardzo licznych doświadczeń i klinicznych studjów przyszli oni do następujących wniosków:

Tinctura Strophanthi i *strophanthinum* jest w stanie podnieść w znaczny sposób mechaniczną pracę mięśnia serca [która objawia się w wewnątrznaczyniowym ciśnieniu i w przepływie większej ilości krwi w danej jednostce czasu], przy umiarkowanym zmniejszeniu częstości skurczów serca. U osobników ze zdrowym sercem działanie to występuje stale.

U osobników z chorem sercem, u których praca serca przejściowo i miernie jest zmniejszoną, to jest znajduje się w okresie *mesosystolicum* [t. zw. przez prof. Rummo], przy użyciu tych środków występuje to samo działanie, co i poprzednio.

U osobników z chorem sercem, u których czynność mięśnia serca stale i znacznie jest podniesioną, t. j. znajduje się w okresie *hypersystolicum*, również występuje to działanie, lecz tutaj ono pociąga za sobą często silne i przykre bicie serca, ponieważ przewyższa potrzebę mechanizmu serca.

U chorych na serce, u których zmniejszenie pracy mięśnia serca jest znaczne i zależy od osłabienia serca, przyczem mięsień serca wcale lub tylko częściowo jest zwyrodniony, a więc w okresie *hyposystolicum*, znikają zwykle wszystkie objawy zmniejszonej pracy serca, t. j. puchlina, duszność, zastój w płucach i t. p..

U chorych na serce, u których praca mięśnia serca znacznie jest obniżoną i gdzie stan ten zależy od rozwiniętego w wysokim stopniu zwyrodnienia mięśnia serca, środki te nie są w stanie podnieść ani mechanicznej pracy, ani usunąć następstw osłabienia serca. W tych razach przy zastosowaniu przetworów strofantu przypadłości, zależne od osłabienia serca, nawet się pogarszają.

Nalewka strofantu i strofantyna nie wpływają wcale na wydzielanie moczu u zdrowych ludzi, jak również u chorych na serce w okresie *hypersystolii*, *mesosystolii* i *asystolii*, podwyższa ją zaś znacznie w okresie *hyposystolii*. Powiększenie wydzielania moczu wzmagą się stosownie do powiększenia pracy mięśnia serca. Powyższe fakty przemawiają za tem, że strofant pośrednio tylko jest środkiem moczopędnym.

Strofant można podawać 30—40 kropel na dobę pod formą nalewki, w dawkach 5—8 kropel. Strofantyny zaś daje się na dobę 0,001, którą to dawkę węglug okoliczności można podzielić, lub też nie.

Nalewka strofantu, podawana przez żołądek, a strofantyna podskórnie nie wywołują żadnych obocznych przypadłości, oprócz czasem zdarzających się zaburzeń żołądkowych. Strofant nie okazuje wcale działania zbiorowego, jak naparstnica, można go więc używać przez czas dłuższy bez wywołania złych skutków.

Powyższe kliniczne terapeutyczne wyniki autorowie dopełniają i potwierdzają doświadczeniami, zrobionemi na zwierzętach. Według zdania autorów, strofant jest najsilniej działającym ze znanych dotąd leków pobudzających mięsień serca i powinien być uważany z klinicznego punktu widzenia za środek leczniczy wielkiej wartości, a szczególnie w wszystkich tych stanach, w których z jednej strony potrzeba szybko podwyższyć mechaniczną pracę serca, a z drugiej wzmocnić mało zwyrodniony, lub wcale niezwyrodniony mięsień serca, czyli: głównem działaniem strofantu jest podwyższenie skurczowej energii mięśnia serca.

(*Internat. klin. Rundschau* N. 43. 1889 r.).

Br. Chrostowski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym d. 15. X. 89. kol. DUNIN przedstawił chorego z nerwicą traumatyczną. Chory 36-letni pochodzi z rodziny zdrowej, dotąd nie chorował, nadużyć nie było. W Maju r. b. spadło mu na grzbiet koło. Nastąpiła utrata przytomności, a w pierwszych dniach zatrzymanie moczu. Obrażenia były powierzchowne i prędko się zagoiły. Po 4 tygodniach chory zapisał się do oddziału kol. D.. Znalezione osłabienie mięśni bez zaburzeń czuciowych. Podejrzowano: *myelitis traumatica*. Po dłuższej przerwie kol. D., obserwując obecnie chorego, znalazł znaczne osłabienie mięśni kończyn dolnych, wzmoczenie odruchów kolanowych. Przy staniu z zamkniętymi oczami zawrót głowy. Czucie wszelkiego rodzaju na kończynach zniesione. Silna bolesność na krzyżu. Czucie mięśniowe zniesione. Siła rąk, zwłaszcza przy dłuższym wysiłku, zmniejszona. Czucie i tu zniesione. Na plecach, mostku i brzuchu wrażliwość podniesiona. Słuch osłabiony, smak zniesiony [rozpoznaje tylko słone]. Pole widzenia dośrodkowo zwężone. Slepota barwna. Tętno 60. Nastroj ducha przygnębiony. Pęcherz w porządku. Rozpoznano nerwicę traumatyczną.

W dalszym ciągu kol. D. zdawał sprawę z obecnego stanu pojęć o nerwicach traumatycznych. CHARCOT uważa je za wynik skojarzonego wpływu urazu, *resp.* jego wyobrażenia z pewnym stanem sugestyi pod wrażeniem chwili podziałania wstrząsu. Jako dowód twierdzenia CHARCOT'a kol. D. przedstawia innego chorego: chory, lat 32, uderzony został w czoło bagnetem. Stan bezpośrednio po wypadku nie jest wiadomy, były podobno drgawki, nie wiadomo, jakiego charakteru. Obecnie nie ma żadnych zmian organicznych. Chory jest przytomny, ale stracił pamięć przypadku. Jest pewna inercja, automatyczność, poddawanie się rozkazom i wmawianiu na jawie. Prelegent demonstrował na chorym rozmaite objawy hypnotyzmu, pomimo, że chory nie zasypiał.

W dyskusyi kol. GAJKIEWICZ mówi o wywoływaniu nerwic traumatycznych przez sugestję u histeryczek. To, jak również leczenie przez sugestję takich przypadków przeczy istnieniu osobnej formy nozologicznej: nerwicy traumatycznej, istnieniu zmian materyjalnych. CHARCOT, a za nim i wielu innych autorów uważa takie przypadki za histeryję, albo za neurastenję; takie osobniki miały histeryję przed wypadkiem. Trauma jest przyczyną wywołującą. Obydwa przypadki kol. DUNINA uważa G. za histeryję. Kol. GOLDFLAM również jest zdania, że mamy do czynienia w danym przypadku z nerwicą traumatyczną, albo z t. zw. histeryją traumatyczną — CHARCOT. Ale rodzi się pytanie, czy w takich przypadkach obok histeryi nie rozwijają się inne cierpienia natury organicznej, mające siedlisko w mózgu, lub rdzeniu. Traumatyzm odegrywa ważną rolę w chorobach mózgo-rdzeniowych, a pomiędzy podziałaniem urazu a wystąpieniem objawów właściwych danym cierpieniem upływa nieraz dość znaczny przeciąg czasu. W czasie tej przerwy chory przedstawia objawy nieokreślone, zwykle natury podmiotowej. W danym przypadku kol. G. nie utrzymuje, aby istniało cierpienie rdzenia, ale zwraca uwagę, że brak zaniku mięśni i wzmoczenie odruchów kolanowych wcale takiego cierpienia nie wyklucza. Przed kilku miesiącami u chorego istniały objawy zajęcia opon i rdzenia, brakowało zaś objawów histeryi. Przypadek drugi kol. G. uważa za przypadek t. zw. wielkiego hypnotyzmu. Dziwi go tylko brak znamion stałych tej nerwicy. Czy drgawki, którym chory ulegał, nie były czasem napadem histero-epileptycznym?

Na posiedzeniu klinicznym dodatkowym d. 29. X. 89 r. prowadzoną była dalsza dyskusja nad kwestyją bakteryj kwaśniejącego mleka, w której zabrali głos: BUJWID, KRYSIŃSKI, BRODOWSKI, MAYZEL i JAKOWSKI. Następnie kol. BUJWID okazał preparaty i fotogramy z hodowli promienicy. Praca odnośna będzie drukowaną w jednym z bliższych numerów naszej Gazety.

W dalszym ciągu wice-prezes PRZEWÓSKI opisał przypadek niezwykłego zejścia wPOCHWIENIA kieszki cienkiej wraz z okazaniem preparatu [patrz N. 44 Gaz. Lek.].

W dyskusji kol. GOLDFLAM zaznacza, że wobec braku anamnezy i nieświadomości, co się stało ze zmartwiałym kawałkiem kieszki, nie można sobie objaśnić mechanicznego rozdziału dwóch odcinków kieszki. Vice-prezes P. przypuszcza, że ów kawałek kieszki mógł być wydalonym na początku choroby z kałem.

Prof. KOSIŃSKI podzielałby przypuszczenie prelegenta, gdyby istniały jakie potwierdzające dane z anamnezy. Jeżeli choroba rozpoczęła się przed 6 dniami nagle i był brak wypróżnień, to kiedyż mógł się wydzielić ów kawałek kieszki? Co do wymiarów kanału kieszkowego, na zmniejszeniu których w danym przypadku P. opiera swoje przypuszczenie, to według prof. K., skrócenie tej długości niczego nie dowodzi. Zapalenie otrzewnej, które śmierć spowodowało, mogło wpłynąć na skurczenie się kieszek i zmniejszenie długości kanału pokarmowego. Czy nie istniała w danym przypadku jaka sprawa wrzodziejąca wskutek nowotworu, gruźlicy i t. d.?

Kol. JASIŃSKI nie uważa braku znekrotyzowanego kawałka kieszki za dowód, świadczący przeciwko poglądom prelegenta. W oddziale swoim kol. JASIŃSKI miał sposobność obserwować u dziecka przypadek, w którym część zmartwiałej kieszki wystawała przez otwór stołcowy, a jednak na drugi dzień już nie można było tego kawałka odnaleźć, gdyż oddzielił się z kałem. Natomiast uderza go, co się stać mogło z kawałkiem krezki, która w miejscu braku kieszki była znacznie krótszą i wachlarzowato pozginaną.

Vice-prezes P. odpowiada, że krezka w tem miejscu przy uwięzieniu była bardzo znacznie wydłużoną, a następnie skurczyła się i była istotnie o wiele krótszą od pozostałej krezki, a brzeg jej był pokryty znekrotyzowanymi strzępkami.

Kol. GOLDFLAM nie uważa przypadku kol. J. za analogiczny z opisywanym przez kol. P.. WPOCHWIENIA kieszki cienkiej przebiegają ostro; jeżeli zatem w przypadku kol. P. sprawa szła szybko, to nie było czasu na oddzielenie się zmartwiałego kawałka. Jeżeli szła powoli i następnie zrosły się kawałki kieszki, to nie rozumie, dla czego w miejscu zrostu miało koniecznie nastąpić pęknięcie i rozsuniecie obu odcinków kieszki.

Kol. STANKIEWICZ opisał obserwowany przez się przypadek obrączkowej zgorzeli kieszek cienkich z wylaniem się kału do jamy brzusznej u młodzieńca lat 19, przywiezionego z prowincji z objawami zaciśnięcia wewnętrznego od dni 9. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono sznurek grubości pióra gęsiego, idący od pępka, mocno naprężony, po przecięciu którego można było odsunąć rozdarte kieszki. Idąc wzdłuż przeciętego sznurka wewnątrz, znaleziono przyczep tegoż do kieszki rozdętej, z której wylewał się obficie płynny kał. Sznurek był to wyrostek MECKEL'a długi na 7 ctm., który od urodzenia pozwałał na prawidłowy bieg zawartości kieszek. Wskutek niezwykłego wpakowania się większej pętlicy kieszek między ścianą brzuszną, a kieszką z wyrostkiem MECKEL'a, ten ostatni, silnie party przez uciśniętą pętlicę, ściągwał przyczepioną kieszkę tak mocno, że stała się niedrożną, a zarazem nastąpiło zupełne zatrzymanie krążenia krwi w uciśniętym miejscu, które spowodowało zgorzel obwodową kieszki.

Kol. MATLAKOWSKI zaznacza, że zgorzel obrączkowa może powstać wówczas, kiedy nastąpi oddzielenie krezki, lub zatkanie tętniczki krezkowej, doprowadzającej krew do kiszki. Co do przypadku kol. PRZEWÓWSKIEGO, to gdyby przypuszczać, że przyczyną pęknięcia było owrzodzenie, nie można sobie przedstawić, jakiego charakteru owrzodzenie mogłoby tę całą sprawę wywołać.

Kol. JAWDYŃSKI sądzi, że z punktu klinicznego przypadek kol. PRZEWÓWSKIEGO da się objaśnić, jako wPOCHWIEŃ. Sprawa rozwijała się ostro, a gdyby trwała dłużej ponad przypuszczalne 6 dni, to i zejście byłoby prawdopodobnie inne i potworzyłyby się zrosty, albowy wcale do przedziurawienia nie doszło, albo byłoby ono ograniczone.

Prezes BRODOWSKI uważa objaśnienie kol. P. za najprawdopodobniejsze, ale sądzi, że sprawa musiała trwać dłużej, niż owe przypuszczalne 6 dni, o czym świadczy wygląd dolnego odcinka kiszki o brzegu gładkim z wytworzeniem tkanki łącznej. Wtedy już musiał nastąpić zrost obu odcinków, lecz zanim się skonsolidował, chory musiał się objeść; wytworzyły się gazy, które mogły wpłynąć na rozerwanie się słabego zresztą zrostu.

Na to kol. JAWDYŃSKI robi uwagę, że gdyby pęknięcie wystąpiło nagle, chory zmarłby w 24 godzin wskutek ostrego zapalenia otrzewnej.

Na posiedzeniu klinicznym, w dniu 5 Listopada r. b., kol. OETUSZEWSKI okazał 11-letniego chłopca, któremu wewnątrz-krtaniowo dokonał usunięcia brodawczaka (*papilloma*) krtani.

Następnie zabrał głos kol. JASIŃSKI: „W pracy mojej, zatytułowanej: „Nadwichnienie stopy przy wrodzonym niedorozwoju kości strzałkowej“, którą w N. 51 Gazety lekarskiej w r. 1888 ogłosiłem, odważyłem się wyrazić zdanie, iż niedorozwój mięśni przypuszczalnie ważny wpływ przyczynowy wywierać musi na kształt kości, tworzenie się stawów u płodu i t. d. Dziś jestem w możności przedstawić Panom przypadek, który popycha mnie w kierunku wypowiedzianej raz hipotezy, chociaż na pozór dalekim jest od analogii z cytowanymi przezemnie spostrzeżeniami.

Cokolwiek bądź czytam, czy słyszę o przyczynach niedorozwoju kończyn, wystarcza mi o tyle, o ile służy do objaśnienia sobie takich zjawisk, jak: zrośnięcia (np. *syndactylia*), zdwojenia (*polydactylia*), zatrzymania rozwoju (*ectromelia*, *ectrodactylia*, *phocomelia* i t. d.), ale gdy mam przed sobą w przedudziu, lub w przedramieniu ślady zatrzymania rozwoju strzałki, lub kości promieniowej, widzę w tym chętnie dowody, które pomimo mej woli nasuwają mi na myśl prawdopodobieństwo mej hipotezy. Nie widzę potrzeby przypominania Panom, że o przypadkowych okaleczeniach płodu za jego życia wewnątrzmacicznego nie ma tu mowy. Dziecko, które Panowie przed sobą widziecie, ma obecnie 2½ lat. Starszy chłopiec ma teraz 5 lat i jest zupełnie zdrow. Ani w rodzinie ojca, ani w rodzinie matki potworności nie było, o ile dowiedzieć się można. Dziecko to ma krzywe przedramię prawe i brak mu wielkiego palca od urodzenia. Przypatrzwszy się bliżej, widzimy, że rączka, pozbawiona palca wielkiego (*ectrodactylia partialis*), nie nosi na sobie żadnych śladów autoamputacji, żadnych blizn, przedstawia się jako: *manus vara, radioflexa*. Rzadka to rzecz, ale kto uważnie czytał podręczniki chirurgii, choćby ALBERT'a np., ten pamięta, że brak palca wielkiego zdarza się przy niedorozwoju kości promieniowej. W istocie, przekonać się łatwo, że kość promieniowa u tego dziecka nie istnieje. Zdaje się, że przy stawie łokciowym wyczuć można jakby ślad główki tej kości, chociaż odpowiednia część nasady dolnej kości ramieniowej jest nieco szczuplejszą, niż po stronie zdrowej. Zginanie przedramienia jest możliwe, ale to jeszcze nie dowód, żeby dolny przyczep mięśnia dwugłowego ramienia był prawidłowy, t. j. żeby istniał guzik, tuż pod szyjką kości promieniowej zwykle się znajdujący, bo z jednej strony można przypuszczać, że *biceps* przyczepia się u dołu za pomo-

cą swego rozciągnięcia (*lacertus fibrosus*), a z drugiej strony ruch ten może zależeć od *m. brachialis anterior*. Widzimy też, że *biceps* po tej stronie prawie nie istnieje. Palucha nie ma — nie ma więc i mięśnia zginacza długiego palucha, który na górnych $\frac{3}{4}$ powierzchni przedniej kości promieniowej miał się przyczepiać. Ruch nawrotny jest [jako ruch czynny] niewykonalny — nie istnieje *m. pronator quadratus*, który do $\frac{1}{4}$ części wyżej wymienionej powierzchni się przyczepia. Nawrotne i zgięte ku promieniowi położenie dłoni zależy od braku hamulca kostnego [dolny koniec kości promieniowej].

Ruch wywrotny nie istnieje, bo nie ma mięśnia wywrotnego krótkiego, bo nie istnieje powierzchnia tylna kości promieniowej, do której by się przyczepiał wraz z mięśniami wyprostnym krótkim i wyprostnym długim palucha, gdyby te mięśnie istniały. Prawdopodobnie nie istnieją też mięśnie: wywrotny krótki i nawrotny okrągły (*pronator teres*), bo nie ma powierzchni zewnętrznej kości promieniowej. Kość czółenkowa i księżycowa nie istnieją.

Wskutek tych dziwnych warunków anatomicznych staw łokciowo-dłoniowy zamienił się na rodzaj bloczka, w którym odbywa się obszerny ruch boczny: *flectio radialis, extensio ulnaris*, i to ruch tak rozległy, że dłoń można tak zgiąć w kierunku promieniowym, iż brzeg wolny wskaziciela przylega do wewnętrznej powierzchni [czyli do powierzchni promieniowej] przedramienia.

Rzadko się zdarza widzieć jednak niedorozwój mięśniowy tam, gdzie mięsień ma tylko jeden przyczep kostny. Otóż, u tego dziecka widzimy wadę rozwojową mięśni, poruszających gałkę oczną prawą: zez zbieżny wrodzony, *coloboma iridis ex parte infero-interna, coloboma chorioididis, amaurosis*, przy prawidłowym stanie oczodołu.

Nie mogę tu wdawać się w rozbiór kwestyi, czy niedorozwój mięśni ocznych poprzedził zatrzymanie w rozwoju gałki samej; twierdzą tylko, że wada rozwojowa wystąpiła i w mięśniach oka i w mięśniach przedramienia. Mięśnie te są w pewnej ze sobą analogii, choćby dlatego, że z tego samego listka zarodkowego biorą początek. A gałka oczna chyba żadną tego rodzaju analogiją z kością promieniową pochwalić się nie może. Dla czegoż w danym przypadku nie przyjąć, że prawdopodobniejszym wydaje się szereg zaburzeń rozwojowych w zakresie jednego układu [mięśniowego], niż porozpraszane nieporządki po różnych, zdala od siebie leżących zaczątkach [oka i kości promieniowej]?

Kol. JAWDYŃSKI okazał chorą, której przed $2\frac{1}{2}$ laty dokonał usunięcia raku z wyrodnionej powieki i gałki ocznej, przyczem podczas operacji otworzył zatokę HIGHMOR'a; po zagojeniu rany usunął jeszcze zwyrodniony gruczoł limfatyczny poza kątem szczęki dolnej. Od tej pory chora owa jest zupełnie zdrową i śladu regeneracyi nigdzie nie widać.

Potem gość kol. BIERENZWEIG z Łodzi demonstrował próbę na cukier w moczu, polegającą na tem, że cukier z chlorkiem fenilhydrazyny w obecności octanu sodu daje iglaste kryształki fenilglikosanu, układające się w postaci kłosów. Kol. NENCKI nie przyznaje próbie tej znaczenia praktycznego, co szczegółowo sam zaznacza w liście do Redakcyi, zamieszczonym poniżej.

Przypadek zejścia śmiertelnego po uderzeniu w twarz, opisał następnie kol. HEIMANN. W przypadku tym, po uderzeniu, miał jakoby nastąpić krwotok z ucha, trwający przez dwa dni. Przy badaniu w szpitalu, w dwa dni po uderzeniu, znaleziono objawy ostrego ropnego zapalenia ucha średniego, bez żadnych oznak traumatycznych, oraz objawy zakażenia ogólnego (*septico-pyaemia*) z wysoką ciepłotą [40,5° C.] i tętnem 120. Chory przy takich objawach zmarł szóstego dnia pobytu w szpitalu, a więc w 8 dni od chwili uderzenia. Sekcja wykazała, że w przypadku tym cierpienie ucha było pochodzenia dawniejszego, gdyż znaleziono próchnienie w znacznej przestrzeni wyrostka sutkowego i ściany górnej jamy bębenkowej. Zdaniem kol. HEIMANNA, sprawa ta była przez czas dłuższy

utajoną; z niewiadomej przyczyny powstało zaostre zapalenie ucha średniego i wcześniej już, przed uderzeniem, wywołało pewien stopień zakażenia ogólnego, wyrażającego się ogólnem osłabieniem i niedomaganiem, skutkiem zaś uderzenia cała sprawa chorobowa przyjęła przebieg szybki i gwałtowny; powstały zakrzepy w zatokach mózgowych, zatory w płucach, zapalenia następcze opłucnej i opon mózgowych, wybroczyny krwawe w oponie twardej i w kiszkiach — obraz typowej septyko-pyemii.

Kol. GURANOWSKI był zdania, że wskutek oderwania się skrzepów, podczas uderzenia, nastąpiła naprzód *leptomeningitis*, a następnie rozwinęła się septyko-pyemija, na co kol. HEIMANN odpowiedział, że właściwiej jest przyjmować, iż ogólne zakażenie już istniało, co jest możliwem przy istnieniu ogniska ropnego w uchu, a potem dopiero dołączyło się zajęcie opon.

W końcu posiedzenia kol. MATLAKOWSKI opisał ciekawy przypadek bą-blowca sieci i mówił obszernie o objawach i rozpoznaniu różniczkowem tych guzów. Rzecz ta w całości pomieszczoną będzie w naszym piśmie.

Na posiedzeniu kliniczem d. 19 Listopada r. b. mówił kol. JASIŃSKI: „o wycięciu częściowem gałęzi zewnętrznej nerwu dodatkowego WILLIS'a“. Praca ta będzie drukowaną w naszym piśmie.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, odbytem w d. 5. XI. Kolega BIREN-ZWEIG mówił o pewnych formach chorób skórnych, które dla tego mają przebieg tak długotrwały i są trudne do wyleczenia, iż dany organizm zawiera w ilości patologicznej cukru, którego dawnymi sposobami nie można było w moczu wykazać i dopiero stało się to możebnem przez zastosowanie nowego, nadzwyczaj czułego odczynnika na cukier: fenylhydrazyny. Ponieważ zdanie, wygłoszone przez kolegę B., może podzielać niejeden z lekarzy, pozwól mi, Szanowny Redaktorze, w kwestyi tej podać kilka słów objaśnienia.

Fenylhydrazyna [amidoanilina, $C_6H_5 \cdot NH \cdot NH_2$] zastosowana była po raz pierwszy przez E. FISCHER'a i JAKSCH'a jeszcze w roku 1883, jako wyborny odczynnik na cukier w moczu. Późniejsze poszukiwania JAKSCH'a, G. SÉE, F. WÜRTZ'a i SCHILDER'a, wykazały jednak, iż za pomocą fenylhydrazyny można z każdego, prawidłowego moczu otrzymać kryształy fenylglukosazonu, to jest połączenia fenylhydrazyny z cukrami, jako ciało krystaliczne, barwy żółtej, w wodzie nierozpuszczalne. Wypadałoby zatem, iż fizjologicznie każdy mocz zawiera ślady cukru. Tak jednak nie jest, FLÜCKIGER bowiem dowiódł, że w moczu ludzi zdrowych znajduje się zawsze kwas glikuronowy, który, według badań THERFELD'a, zachowuje się z fenylhydrazyną tak samo, jak cukry, to jest tworzy kryształy fenylglukosazonu. Mocz dyjabetyków, po usunięciu z niego cukru daje także to samo połączenie. Fenylhydrazyna nie może zatem służyć, jako odczyn na cukier w moczu.

Dla wykrycia zatem cukru w moczu, pozostają nam dawne redukujące odczynniki, a głównie płyn FEHLING'a. W moczu jednak, oprócz cukru, mogą się jednocześnie znajdować i inne ciała redukujące, tak, iż rozstrzygnięcie pytania, czy w danym przypadku redukcya płynu FEHLING'a zależy od obecności cukru gronowego, czy też od jakiego innego ciała redukującego, niezawsze daje się od razu rozstrzygnąć. Tylko ściśle i ze znajomością rzeczy przedsięwzięte poszukiwanie może dać dodatnie wyniki. Z własnego doświadczenia wiem o niejednokrotnie w tym względzie popełnianych błędach, dla uniknięcia których podaję poniżej bardzo praktycznie pomyslaną tablicę, wyjętą z uroskopii E. GAUTRELET'a, w której wymieniono wszystkie bardziej znane ciała, redukujące płyn FEHLING'a, oraz sposoby, odróżniające jedno ciało od drugiego.

Tablica porównawcza odczynów glukozy [cukru gronowego] i ciał do niej podobnych, ze względu na niektóre odczyny.

Nazwa ciał.	O d e z y n y											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	FEHLING po ogrzaniu wprost przy 100° C.	FEHLING przy 100° C. po strąceniu PbO.	FEHLING przy 100° C. po zimwertowaniu. HCl.	Odczynnik KNAPP'a wprost przy 100° C.	Odczynnik BOETGER'a wprost przy 100° C.	Fermentacja alkoholowa.	Kali causticum przy 100° C.	Skroćenie płaszczyny polaryzacji na prawo po strąceniu PbO.	Kwas solny.	Skroćenie płaszczyny polaryzacji na lewo po strąceniu PbO.	Płyn LUGOL'a.	Odczynnik MILLON'a po strąceniu ZnCl ₂ .
Glukoza	1	1	1	1	1	1	1	1	—	—	—	—
Lewuloza	1	1	1	1	1	1	1	—	—	1	—	—
Laktoza	1	1	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Dekstryna	1	1	1	1	1	—	1	1	—	—	1	—
Saccharoza	—	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—
Indikan	1	1	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—
Kwas moczowy	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—
Pyrokatechina	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Białko surowicze	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Peptony albuminoidowe	1	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1
Siarkowodór	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Kwas oksymasłowy	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—
Kwas urochloralowy	1	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—
Kwas abietynowy	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Olejki lotne	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Kwas chryzofanowy	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Oksysantonina	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Chloroform	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Kreatinina	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Cystina	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

Z tablicy powyższej widać, iż z pierwszych ośmiu odczynów dla cukru gronowego, pierwszy służy dla 14 ciał, drugi dla 8, trzeci dla 5, czwarty dla 7, piąty dla 10, szósty dla 1, siódmy dla 7 a ósmy dla 3.

Z drugiej strony oprócz cech, wykazanych w tablicy, wiadomo, że:

- 1) Dekstryna pod wpływem płynu LUGOL'a przyjmuje barwę czerwoną.
- 2) Indikan, przy ogrzaniu do 50° C. i działaniu kwasu solnego, zabarwia się na fioletowo.
- 3) Kwas moczowy redukuje odczynnik FEHLING'a i KNAPP'a przed, a nie po strąceniu PbO i nie skręca płaszczyny polaryzacji ani na prawo, ani na lewo.
- 4) Białko surowicze, po dodaniu na zimno kwasu solnego i ogrzaniu, przyjmuje barwę słabo-fioletową.
- 5) Peptony albuminoidowe z odczynnikami MILLON'a, po usunięciu za pomocą ZnCl₂ kreatininy i innych ciał białkowych, dają osad czerwony.
- 6) Siarkowodór daje siarki metaliczne barwy czarnej.
- 7) Kwas abietynowy wydziela się za pomocą kwasu solnego, jako osad biały, rozpuszczalny w spirytusie.

Jednym słowem, każde z przytoczonych w tablicy 20 ciał ma swoje odrębne i właściwe odczyny, z czego wnosimy, że odróżnienie tychże, tak jednych od drugich, jak również od cukru gronowego, dzięki niżej podanej tablicy, jest możebnem, a więc jest możliwem także uniknięcie pomyłek.

Źródła: JAKSCH. *Zeitschr. f. klin. Med.* 11. 20—25.

Leon Nencki.

MALY. *Jahresbericht über die Thier-Chemie.* 17—39.

FLÜCKIGER. *Zeitschr. f. physiolog. Chemie.* 9. 323—352.

Wiadomości bieżące.

— Powszechnie już dziś wiadomo, że, panująca pierwsiastkowo w Petersburgu choroba, uznana przez tamtejszych lekarzy za *dengue*, czyli *influenza*, obiegła z niesłychaną szybkością całą Europę, nie ominąwszy i Warszawy. Choroba, o której mowa, przedstawia się u nas, jak następuje: chory, dotychczas zupełnie zdrowy, dostaje nagle bardzo silnego dreszczu, który trwa kilka, a czasami nawet kilkanaście godzin; dreszcz w ciągu choroby powtarza się niekiedy kilka razy, a czasami proste odkrycie ciała wystarcza do wywołania go. Jednocześnie z tem chory uczuwa silny ból głowy, ból krzyża i nóg, a mianowicie przedniej powierzchni ud; ucisk na mięśnie zwiększa ból. Bóle te bardzo prawdopodobnie zależą od zapalenia najdrobniejszych gałązek nerwowych, niekiedy bowiem spotykamy zajęcia dużych pni, w postaci zupełnych nerwobólów: widziałem, a właściwie odczuwałem na sobie, nerwoból kulszowy, oraz nerwoból nerwu łokciowego. Ciepłota podnosi się odrazu do bardzo wysokich stopni, nieraz 40° C. i więcej. Śledziona nie bywa nigdy powiększona. Powyżej wymienione objawy, t. j. nagły początek choroby, dreszcz, gorączka, ból nóg, krzyża i głowy są najstajszymi objawami. Taki początek choroby bardzo przypomina okres wstępny ospy, że zaś panuje u nas panika, stanowczo przesadzona, przed ospą, nie wiele dziwnego, że publiczność, a w początkach epidemii i lekarze nieraz myśleli, że mają do czynienia z ospą. Opisane powyżej objawy trwają bez przerwy 24 godzin; drugiego dnia ciepłota zaczyna się zniżać, chory się trochę poci, bóle słabną, trzeciego dnia zazwyczaj ciepłota opada, chory czuje się zupełnie dobrze, a czwartego podnosi się z łóżka zupełnie zdrowy; niekiedy tylko pozostaje osłabienie i uczucie obolenia i zmęczenia w mięśniach; chorzy powiadają, że mają uczucie, jakby im ktoś dał po kilkadziesiąt batów. W cięższych przypadkach choroba trwa półtora dnia, dzień jeden, a niekiedy nawet tylko kilkanaście godzin. Zawsze kończy się ona obfitymi potami. Takim jest najczęstszy obraz. Niekiedy nadto w początku choroby widywałem dość uporezywe wymioty i nudności, które dokuczały chorym przez cały czas trwania choroby; dość częstym objawem bywa kaszel i rozległy nieżyt oskrzeli, który wtedy nie pokazuje się zaraz z początku choroby, ale drugiego lub trzeciego dnia i trwa niekiedy bardzo uparcie czas jakiś po przejściu gorączki i innych objawów. Zajmuje on i drobne oskrzela, a wtedy przy wysłuchiowaniu znajdujemy w dolnych częściach płuc świsty i rżenia wilgotne. Dość często, choć bynajmniej nie stale, spotykałem nieżyt nosa, a o wiele rzadziej łzawienie i ból w oczach, i ból oraz zaczerwienienie gardzieli. Nigdy nie widziałem zajęcia *sensorium*, ani też żadnych poważniejszych powikłań. Choroba ta panuje w tej chwili w Warszawie niewątpliwie epidemicznie, i to w całej sile; ja sam widziałem w przeciągu kilku tygodni kilkadziesiąt osób nią dotkniętych i nie ma dnia, abym nie widział paru nowych przypadków; znam rodziny, w której wszyscy członkowie jej ulegli. Dodać też winienem, że epidemija nie ogranicza się do samej Warszawy, ale panuje i po prowincyi, w miejscowościach odległych o kilka, lub kilkanaście mil od Warszawy. Chorobie ulegają przeważnie osoby dorosłe, o wiele rzadziej osoby starsze i dzieci. Niekiedy zdarzają się i powroty choroby; widziałem chorych, którzy po przebytej chorobie wstali, czuli się nieźle, a po 2 dniach napowrót zapadali, choć w słabszym stopniu. Zdaje się, że jednorazowe przejście choroby nie chroni od powtórnego na nią zapadnięcia. Ja sam przebyłem leciutki [12 godzinny] napad, a w 2 tygodnie później zapadłem na ciężką formę. O recydywie nie może tu być mowy, tak, że musimy przyjąć powtórne zarażenie się.

Jako choroba epidemiczna, jest gorączka, o której mowa, zakaźna, a więc pochodzenia pasorzytowego, choć pasorzyt tej jest nieznanym; poszukiwaniu jego stoi na przeszkodzie między innymi to, że przypadków tej choroby w szpitalu nie widzujemy wcale. Uzasadniać dłużej pasorzytne pochodzenie tej choroby nie widzę potrzeby, jak również nie uważam za właściwe zbijać tych elukubracyj, jakie znajdujemy w dziennikach politycznych petersburskich, co do działania wpływów kosmicznych i telurecznych, braku, czy nadmiaru ozonu w powietrzu i t. p. — na powstawanie epidemii, tembardziej, że nie pochodzą one ze strony lekarzy. Natomiast chcę się zastanowić nad tem, czy choroba ta może być uważana za *influenzę*, czy nie. Lekarze petersburscy uznali epidemiję panującą w Petersburgu za *dengue*, lub *influenza* i pod tą ostatnią nazwą obiegła ona całą Europę. Dotychczas o poglądach lekarzy, różnych krajów i miast, na tę chorobę wiemy tylko z dzienników politycznych; pisma lekarskie nie przyniosły nam żadnych wiadomości, nie wiadomo więc, czy przeciw tej dygnozie robiono gdzie jakie zastrzeżenia. Nie mówimy tu o *dengue*, bo choroba ta nie ma nie wspólnego z *influenzą* i od naszej choroby stanowczo się różni, mianowicie: brakiem wysypki. Na-

tomiast obraz influenzy bardzo jest zbliżony do tej choroby, jaka u nas panuje. Wszelako istnieją różnice godne zaznaczenia. I tak do najcharakterystyczniejszych objawów influenzy należą nieżyty błon śluzowych [nosa, łącznie, oskrzeli], które właśnie w naszej epidemii widzimy stosunkowo rzadko. Dalej, dla influenzy cechującym jest silne zajęcie układu nerwowego i nagły upadek sił, nie pozwalający choremu zrobić niemal jednego kroku; nie podobnego nie widzimy u nas; przeciwnie zdarzało mi się spotykać chorych, którzy przebyli całą chorobę na nogach. Cały też przebieg choroby bywa o wiele łagodniejszy, aniżeli ten, jaki podają w podręcznikach; jeżeli więc przyimiemy, że choroba nasza jest influenzą, to jest to w każdym razie epidemija niezmiernie złagodzona i to właśnie pod względem objawów, dla influenzy za najcharakterystyczniejsze uważanych. Wreszcie zauważyć muszę, że podobny obraz chorobowy nie jest zjawiskiem nowym w Warszawie: sporadyczne jej przypadki widuję od lat kilku, a koledzy, uczęszczający do mego oddziału, przypomną sobie zapewne, że zwracałem ich uwagę na tego rodzaju przypadki, które widzieliśmy kilka razy, mianowicie u posługi szpitalnej; chorzy bowiem z miasta zazwyczaj prędzej przychodzą do zdrowia, aniżeli namyślą się iść do szpitala. Zawsze w tych razach dowodziłem, że choroba ta nie ma nic wspólnego ani z tyfusem, ani z malaryją, opierając się zaś na głównym objawie, t. j. bólach mięśniowych, nazywałem ją „*febris rheumatica*“. Z tych wszystkich względów, nie przecząc, aby choroba nasza nie była influenzą, tembardziej, że zdaje się, iż ją wszędzie za taką uznają, muszę wszakże zaznaczyć jej odrębność od powszechnie podawanego typu.

Co do leczenia, to wogóle powiedzieć można, iż ze względu na łagodny przebieg choroby, jest ono zbyt cennym. Ciepłe okrycie ciała i przetwory salicylowe najprędzej łagodzą bóle, natomiast chinina jest zupełnie bezskuteczna.

Na zakończenie pozwolę sobie jeszcze zrobić małą uwagę. Ludzie, z rozmaitych względów nieprzychylni kanalizacyi, nie omieszkali wyzyskać i tej epidemii na swą korzyść i przedstawiają ją jako następstwo robót kanalizacyjnych. Jest to nonsens, jakich mało. Roboty kanalizacyjne prowadzone są od lat kilku i prowadzone były w rozmiarach o wiele większych, aniżeli w roku bieżącym, a jednak epidemii nie było, a wybuchła ona dopiero teraz. Przytem w Petersburgu kanalizacyi ani nie robią, ani robić nie myślą, a epidemija jednak panuje. To samo, co do obecnej epidemii, stosuje się i do innych chorób epidemicznych, których ilość nie tylko nie wzrosła od czasu rozpoczęcia kanalizacyi, lecz przeciwnie, widocznie i to gwałtownie się zmniejszyła. Dość powiedzieć, że tyfus brzuszny, tak dawniej pospolity u nas, znikł zupełnie z horyzontu Warszawy. Dziś w szpitalach przez cały rok mamy go mniej, niż dawniej przez jeden miesiąc. Toż samo da się powiedzieć i o malaryi; w r. 1884 i 1885 widywaliśmy wiele i to bardzo ciężkich jej postaci, dziś nie spotykamy jej prawie wcale. Jedyna tylko ospa panuje, ale i to bynajmniej nie w tych rozmiarach, jak to pospolicie głoszą; dość powiedzieć, że w praktyce prywatnej, u osób zamożniejszych i inteligentniejszych, nie widziałem jej ani razu i gdyby nie oddział szpitalny, nie wiedziałbym nawet o istnieniu ospy w Warszawie.

Teodor Dunin.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1890 według tego samego programu i na takich samych warunkach, jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1890 będą wychodzić w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szan. Kolegów o wczesne nadesłanie prenumeraty.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Prospekt na: „Dziennik dla Wszystkich“ — a dla prenumeratorów prowincjonalnych — Prospekt na r. 1890 „Tygodnika ilustrowanego“ i „Zycia“.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава, 7 Декабря 1889 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.

ZAPOWIEDŹ „KRAJU“.

Redakcja.

Istniejące od r. 1882 pismo polskie „Kraj“ wychodzić będzie w Petersburgu w r. 1890 pod tą samą redakcją i w dotychczasowym kierunku.

Oprócz Włodzimierza Spasowicza i redaktora „Kraju“ Erazma Piltza, stałymi członkami redakcji są: Ludomir Grendyszyński (zarazem sekretarz Redakcji i referent prawny „Kraju“), Tokarzewicz-Hodi (w dziale literackim), Leon Połowski (w dziale polityczno-społecznym) i Wł. Żukowski (referent ekonomiczny „Kraju“).

W Petersburgu korzystamy również z miejscowego współpracownictwa pp. Wilh. Bogusławskiego, Henryka Glińskiego, Jana Łosia, Leona Okręta, Józefa Poznańskiego, Fel. Stronczyńskiego i Fr. Szymańskiego. Po za Petersburgiem „Kraj“ posiada przeszło 200-tu współpracowników i korespondentów.

„Działy Kraju“.

1) **Artykuły wstępne**, pióra Wł. Spasowicza, Leona Połowskiego, Ludomira Grendyszyńskiego, Tokarzewicza-Hodi, Wład. Żukowskiego, Lud. Straszewicza, Ig. Łychowskiego, Er. Piltza, Wł. Wścielickiego i innych.

2) **Artykuły bieżące współpracowników i korespondentów „Kraju“**, traktujące o bieżących sprawach politycznych i społecznych.

3) **Feljeton** zbiorowy z życia bieżącego, politycznego, społecznego i literackiego. Biorą w nim udział wszyscy członkowie redakcji i wybitniejsi feljetoniści warszawscy i zagraniczni.

4) **Dział zagraniczny**, mieszczący w sobie: a) **Echa Zachodnie**—listy i informacje od korespondentów „Kraju“ ze Lwowa (*Nota*), z Krakowa (*Srednik*), z Poznania (*Domarat*), ze Śląska (*Resurrectus*), z Berlina (*Konrad*), z Wiednia (*Tertius*), z Paryża (*Caro i Zyzma*), z Londynu (*Latarnik*), z Ameryki (*Kapral*), z Konstantynopola (*St. Janczar*) i t. d.; b) **Ziemie Słowiańskie**: listy korespondentów „Kraju“ z Czech, Słowenji, Chorwacji, Słowacji, Serbji, Bułgarii, oraz „**Echa rusińskie**“ *Taras* i *Budrys*—literackie; c) **Kronikę zagraniczną**; d) **Dział polityczny**: Przegląd tygodniowy, informacje i telegramy.

5) **Dział wewnętrzny**: „**Z tygodnia**“ (Słowo wstępne od redakcji), „**Wiadomości Urzędowe**“, „**Wiadomości petersburskie**“, (Wiadomości Administracyjne, Życie rossyjskie, Kronika Petersburska), „**Kronika Warszawska**“ (listy o sprawach bieżących, listy o literaturze i sztuce; wiadomości bieżące i t. d.); **Rozmaitości** (drobne wiadomości krajowe).

6) **Dział prowincjonalny**. Listy korespondentów „Kraju“: z Piotrkowa—*Palestranta*, z Lublina—*Junusa*, z Radomia—*Zrzędy*, z Kalisza—*binda*, z Płocka—*Witmira*, z Łomży—*Tom*

Fila, i z różnych miejscowości Królestwa; z Wilna—*St. Wil.*, *Ign. Ludzewskiego*, *Vestera*, *Lehwiśława* i in., z Białegostoku—*Fr. Glińskiego*, z Grodna—*Heloty*, z Kowna—*E. G.*, z Mińska—*Al. Jelskiego*, *Servusa* i in., z Witebska—*Fed.*, z Mohylowa *A. S.*, z Żytomierza—*B. Markora*, z Kamieńca Podolskiego—*R. P.*, z Kijowa—*M. Trzaski* i in., z Odessy—*Wieniacy*, *Habera*, z Dorpatu—*Świadka*, z Moskwy—*Światowida*, z Tyflisu—*Ks. Dobkiewicza*, oraz z różnych miejscowości Kraju Zachodniego, Rossji Europejskiej, Kaukazu, Syberji i w ogóle całego Państwa.

7) **„Kurjer Prawny“**: sprawozdania sądowe, informacje prawne; „**Kurjer Kościelny**“: wieści z Rzymu, zmiany w duchowieństwie, drobne wiadomości krajowe; „**Kurjer Szkolny**“: sprawy ogólne życia akademickiego, wyższe i średnie zakłady naukowe, szkoły początkowe.

8) **„Ekonomista“**: przegląd tygodniowy, artykuły ekonomiczne, listy korespondentów „Kraju“, pośrednictwo w pracy, ruch własności ziemskiej, drobne wiadomości ekonomiczne, sprawozdania giełdowe, rynki zbożowe i towarowe.

9) **Doniesienia**, odpowiedzi od redakcji, zaślubiny, nekrologja i ogłoszenia.

„Przegląd Literacki“.

(Dodatek do „Kraju“).

Od lat dwóch wychodzi przy „Kraju“, bez oddzielnej dopłaty, osobny dodatek (16-cie stronic) z charakterem samodzielnego pisma—**„Przegląd Literacki“**. „Przegląd Literacki“ stawia sobie to samo zadanie w sferze literackiej, co „Kraj“ w dziedzinie polityczno-społecznej: być systematycznym, wiernym i żywym sprawozdawcą ruchu literackiego polskiego.

Warunki Przedpłaty.

„Kraj“ z „Przeglądem Literackim“, wychodzi raz na tydzień w piątek. Prenumeratory prowincjonalni w Królestwie, Kraju Zachodnim i Nadbałtyckim otrzymują go w Niedzielę rano. „Kraj“ wraz z „Przeglądem Literackim“ składa się z 40-tu stronic.

Przedpłata „Kraju“ wraz z „Przeglądem Literackim“ wynosi w Petersburgu: rocznie **rs. 10**, półrocznie **rs. 5**, kwartalnie **2 rs. 50 kop.** Na prowincji w Cesarstwie i Królestwie rocznie **rs. 12**, półr. **rs. 6**, kwart. **rs. 3**. Przedpłatę najlepiej wysłać bezpośrednio pod adresem: Petersburg „Kraj“.

Warszawscy prenumeratorzy mogą składać przedpłatę w Księgarniach: Gebethnera i Wolffa, M. Orgelbranda, E. Wendego, G. Sennewalda, K. Prószyńskiego, G. Centnerszvera, T. Paprockiego oraz w Biurze ogłoszeń Rajchmana i Frendlera, Senatorska, 26.

O G Ł O S Z E N I A.

Ogłoszenia do „Kraju“, jako do pisma najbardziej ze wszystkich pism politycznych rozpowsechnionego, przedstawiają interes dla przemysłowców, kupców i t. d.

Cennik ogłoszeń: 15 kop. od wiersza drobnym drukiem, 30 kop. od wiersza reklamy w rubryce „Doniesień“. Ogłoszenia do „Kraju“ przyjmuje Biuro ogłoszeń Rajchmana i Frendlera w Warszawie, Senatorska, 26. Prenumeratę i ogłoszenia składać i przysyłać należy pod adresem: Petersburg „Kraj“, Kazańska, 26.

APTEKA
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.

Tran z żelazem zawierający żelaza 0,3 — łyżka stołowa odpowiada 0,045.

Tran z jodem zawierający jodu 0,1 — łyżka stołowa odpowiada 0,015.

Tran z jodkiem żelaza zawierający jodku żelaza 0,3 — łyżka stołowa odpowiada 0,045.

Tran z fosforem zawierający fosforu 0,01 — łyżka stołowa odpowiada 0,0015.

na świeżym tegorocznym tranie z ściśle oznaczoną procentowością posiada

Apteka H. BIERTÜMPFLA.

12—3

Marszałkowska róg Ś-to Krzyskiej.

W ZAKŁADZIE LECZNICZYM
dla chorych chirurgicznych

D-rów A. GRÜNBAUMA i S. CENTNERSZWERA,

Nowolipki 25,

przyjmuje się pacjentów, kwalifikujących się do operacji, na stałe poñieszczenie. Dla internów paraelitów pokarmy przygotowują się ściśle podług przepisów rytualnych. O warunkach przyjęcia można się dowiedzieć w kancelaryi zakładu od 9—10 rano i od 3—4 po południu. 0—4

Oberbrunnen

Stosowane dla kuracji od r. 1601. Szczególniej skuteczne w cierpieniach narządów oddechowych i żółdka, przy zółkach, cierpieniach nerek i pęcherza, goścu, hemoroidach i moczówce.

Wysyłka książęcych wód Mineralnych Ober-Salzbrunn Furbach & Strieboll.

Składy we wszystkich aptekach i składach wód Mineralnych.

Kurort Salzbrunn Śląsk.

Sezon kuracyjny od 1. Maja do końca Września

26—23