

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## PRZYPADEK PSEUDOLEUKEMJI Z GORĄCZKĄ OKRESOWĄ.

Podał

**Dr. O. Hewelke.**

(Rzecz, czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego  
d. 10 Grudnia 1889).

Pragnę się z Szanownymi Panami podzielić obserwacją przypadku choroby ciężkiej i niewyjaśnionej dotąd, u nas jeszcze wcale, w Niemczech zaledwie kilkakrotnie spostrzeżanej. Przypadek ten, aczkolwiek pojedynczy, może w zestawieniu z ogłoszonymi zagranicą dać pewne pojęcie o sprawie i ułatwić jej rozpoznanie, które, zwłaszcza po za szpitalem i kliniką, a więc poza możliwością dłuższej i systematycznej obserwacji, zawsze będzie nastęrczało nie mało trudności.

Chorego, o którego cierpieniu mam zamiar mówić, obserwowalem na oddziale prof. Baranowskiego, a za łaskawe pozwolenie ogłoszenia tego przypadku, jako też za wskazówki udzielane w czasie obserwacji, składam niniejszem Szanownemu Professorowi moje podziękowanie.

Oto „Historia morbi“.

Kr(awczyński) I(gnacy), wieku lat 32, szewc, przybył na salę 32 szpitala Dz. Jezus 12 kwietnia 1889 r. Chory budowy drobnej silnie wyniszczony; skóra bialo-żółtawa, z odcieniem ziemistym. Ciepłota ciała podniesiona (40,5°C), tętno —120, małe, dwubitne; oddech przyśpieszony, 32—36 na minutę. Na krzyżu odleżyna.

Chory skarżył się na kaszel, bóle w bokach, ogólne osłabienie, gorączkę, brak apetytu, pragnienie. Opowiadał, że już od 4-ch prawie miesięcy leży, początku choroby określić nie mógł, ale już od dłuższego czasu (1/2 roku) czuł się słabym, to mniej, to więcej; przy tem pokaszliwał. Przez ostatnie trzy miesiące bywały chwile lepsze i gorsze; trwania tych okresów bliżej określić nie mógł (od kilku dni do tygodnia i więcej).

Oslabienie jakoby ciągle się zwiększało.

Dotąd nie chorował nigdy, ale od 16 do 18 roku życia oddawał się namiętnie samogwałtowi, później zaś, w ostatnie 6—7 lat, nadużywał trunków. Pochodził z rodziny zdrowej, ojciec zmarł w 63 roku życia z choroby niewiadomej.

Badanie klatki piersiowej wykazało granice płuc prawidłowe, bez wyraźnych różnic wypukowych, oprócz podejrzenia na lekkie stępienie odgłosu wypukowego w lewym wierzchołku.

Oddech był bardzo mocno ogólnie zaostrzony i szorstki; w górnych częściach z przodu i od tyłu znaleziono wiele suchych świszczących rzężeń. Płwocina była pianista, bardzo skąpa.

Rozmiary tępości serca były prawidłowe, tony słabe, niedobitne; na mostku dawał się wysłuchiwać szmer anemiczny.

Wątroba w normalnych granicach o brzegu twardym. Śledziona na IX żebrze nie dawała się wymacać.

Brzuch był pełny, wzdęty, nieco bolesny w lewej okolicy biodrowej. Stolce twarde. Język podsechający.

Mocz w ilości 1 litra na dobę, bez składników nieprawidłowych, przedstawiał zwykle cechy moczu gorączkowego.

Przytomność umysłu zupełnie zachowana.

Zrazu podejrzewaliśmy ostrą gruźlicę; wprawdzie badanie płwociny nie wykryło łaseczników Kocha, ale ogólny obraz choroby zdawał się usprawiedliwiać to przypuszczenie.

Tymczasem od 16—17/IV ciepłota zaczęła się, wśród nieznacznych potów nad ranem, obniżać. Chory czuł się lepiej, uskarżał się tylko na doleganie w lewej pachwinie, gdzie znaleziono nieznaczne obrzmienie gruczołów.

18/IV ciepłota spadła poniżej normy (wahaniaienne ciepłoty ciała są przedstawione na załączonej tablicy). Chory przedstawiał wybitny obraz zapaści: sinawa błądość twarzy i kończyn, które zlekka obrzękły, tętno 64 b. drobne, zawrót i nudności przy poruszeniu. Przy środkach pobudzających i wzmacniającej dyjecie nastąpiła dość szybko ogólna poprawa.

23/IV wieczorem ból głowy, ciepłota znowu się podnosi (38,8). Śledziona się nie wymacuje. Kaszel mocny, suchy. Stolec twardy. Po upływie 24 godzin znowu spadek ciepłoty i przez dalsze 8 dni stan bezgorączkowy. Chory czuł się lepiej, apetyt miał dobry, obrzęki znikły. Kaszel zmniejszył

się. Wykonane w tym czasie kilkakrotnie badanie płwociny wypadło ujemnie.

2 i 3 Maja pod wieczór znów podniesienie ciepłoty. które stopniowo wznosiło się coraz wyżej. Pomimo to stan podmiotowy pozostawał niezłym, a przedmiotowe badanie nic nowego nie wykryło.

6/V śledziona uległa wyraźnemu zwiększeniu, górną jej granicę określono na VIII żebrze, ku przodowi wysunęła się dość znacznie, tak że można było ją wymacać przed 11 ż. jako guz twardy, niebolesny. Jednocześnie gruczoły chłonne w okolicy pachwiny lewej obrzmiły wyraźniej. Przez tydzień ciepłota ciągle i stale utrzymywała się koło 40°, guz śledziony stał się jeszcze wyraźniejszym. Podawana w tym czasie chinina w dużych dawkach do wewnątrz i podskórnie, podobnież jak i zastrzykiwanie Liq. Fowleri—pozostało bez wpływu. Chory nie czuł się zbyt osłabionym, apetyt miał niezły. Badanie krwi nie wykazało zmian morfotycznych w ciałkach, ani też naruszenia wzajemnego stosunku białych i czerwonych. W hodowli z krwi, wykonanej przez k. Jakowskiego, rozwinął się staphylococcus pyogenes albus.

14/V ciepłota utrzymuje się ciągle wysoko. Osłabienie chorego zaczęło się wzmacniać, kończyny znów obrzękły, na stopach i goleniach pokazały się punkcikowate wybroczyny. Łaknienie pogorszyło się. Przy badaniu śledziony otrzymaliśmy wrażenie zmniejszenia się guzu, toż samo zauważono odnośnie gruczołów w pachwinie. Podawany w tym czasie jodoform, 2—3 gran dziennie, nie okazał wpływu.

21/V ciepłota ciała spadła do 36°, ale następnego dnia wieczorem podniosła się do 38,7, by nazajutrz spaść znowu do 35,9. Znowu wystąpiła zapaść. Tętno 90, oddech 40. Chory stał się mocno niespokojnym i drażliwym. Badanie śledziony wykazało wyraźne zmniejszenie się jej poprzednich rozmiarów: tępość od góry obniżyła się do IX ż., wymacywanie nie dawało rezultatu.

26/V. Stan kolaptyczny stopniowo ustąpił miejsca euforyi. Obrzęki i wybroczyny znikły. Apetyt znacznie się poprawił. Stolce twarde. Śledziony nie można było wymacać.

29/V. Ciepłota znowu poczęła się zwolna podnosić, a śledziona zaczęła rosnać (górną granicę na VIII ż.). Ogólny stan pozostawał jeszcze dobrym.

1—2, Czerwca ciepłota dosięgła 40°, gruczoły w pachwinie powiększyły się znowu, na stopach i goleniach zjawily się punk-

cikowate wybroczyny; ogólny stan znacznie się pogorszył. Badanie obiektywne nie wykryło nic nowego. Badanie moczu odnośnie peptonów nie dało żadnego rezultatu. Po kilku dniach 10 – 11/VI guz śledziony i obrzmienie gruczołów zaczęło się zmniejszać. Jednocześnie prawie poziom poruszeń gorączkowych począł się obniżać, nie schodząc jednak niżej 38°. Stan ogólny stopniowo się pogarszał, obrzęki rosły, wystąpiło lekkie bredzenie i zupełna apatyja. 18 i 19 widzimy wahanie większe. 21/VI ciepłota spadła do normy, wystąpiła gwałtowna zapaść, której się przewyciężyć nie udało i wśród której chory zmarł 22 Czerwca.

Badanie pośmiertne wykazało: w jamach opłucnej i otrzewnej nie wielkie ilości płynu jasno-żółtego przezroczystego. W lewym płucu trzy guziki wielkości grochu, twarde, biało-żółtawe; dwa w dolnym płacie od tyłu, jeden w górnym.

Serce wiotkie, zresztą niezmienione.

Wątroba niezmieniona co do rozmiarów, twarda.

Śledziona powiększona dwa razy, twarda.

Nerki w stanie parenchymatycznego zmętnienia. Żółądek i kiszki bez zmian wyraźnych. Gruczoły pozaotrzewnowe znacznie powiększone otaczają trzustkę w postaci guza wielkości pięści. Gruczoły w lewej pachwinie powiększone, twarde. Powierzchnia przekroju gruczołów gładka, błyszcząca.

W opisanym przypadku najwybitniejszym objawem była gorączka, przychodząca okresami naprzemian z przerwami bezgorączkowemi; ze zmian obiektywnych znalezione były: rozlane ostre zapalenie oskrzeli, obrzmienie śledziony i gruczołów w jednej pachwinie. Obok tego stopniowo rosnący i wiodący do charłactwa upadek sił.

Kiedy wraz ze spadkiem ciepłoty, po pierwszym napadzie, upadło pierwotne rozpoznanie ostrej gruźlicy, a po kilku dniach temperatura znowu zaczęła się podnosić, zrodziło się w nas podejrzenie tyfusu powrotnego. Badanie jednak krwi o wyniku ujemnym zmusiło do porzucenia i tego przypuszczenia. Dalsze badanie krwi, które wykazało obecność ustrojów ropotwórczych, odnalezionych i w moczu, nasuwało myśl—ukrytego ropienia. Aczkolwiek i to rozpoznanie uważaliśmy właściwie tylko za przygodne, bo miejsca przypuszczalnego ropienia nawet w przybliżeniu nie byliśmy w stanie określić. Przytem badanie moczu nie wykryło w nim

Wiek, zajęcie.	Wywiady.	Przebieg choroby.	Trwanie choroby i liczba napadów.	Badanie pośmiertne.	Autor i źródło.
I. 25-letni tapicer.	Nie obciążony dziedzicznie; oprócz ospy w dzieciństwie nie chorował. Zaw sze blady i słaby. Obecnie chory od 7 dni.	Chory słabej budowy, bardzo blady, silnie gorączkuje. Sensorium wolne. Skarży się na ból głowy, osłabienie. Znalezione rozlany nieżyt oskrzeli, duże powiększenie śledziony. Mocz gorączkowy. Gorączka przychodzi napadami, w których ciepłota wznosi się stopniowo, niespostrzeżenie, dochodząc w 2—3 dni do 40°, trzyma się continuiter lub zlekka zwalniając 6—18 dni. Spadek stopniowy, rzadziej krytyczny. W przerwach ciepłota zrazu podnormalna, zapasć, potem poprawa, euphoria. Zmniejszanie się śledziony w przerwach. Śmierć wśród zapasći. Krew—z razu prawidłowa, pod koniec nieznaczne zwiększenie się liczby ciałek białych. Gruczoły limfatyczne niepowiększone.	4 miesiące 6 dni. 5 napadów gorącz. po 4, 6, 13, 18, 12 dni. Przerwy po 14, 8, 12, 8 dni.	Znaczne powiększenie śledziony 1570 grm. Nerki, serce, płuca bez zmian. Znaczne powiększenie gruczołów zaotrzewnowych; podobnież gruczoły kreskowe, oskrzelowe i w hilus pulmonum.	P. K. Pel.  Berliner Klinische Wochenschrift N. 1. 1885.
II. 19-letni mechanik.	Dziedzicznie nie obciążony. W dzieciństwie dyfteryt i krwawa biegunka. Warunki życia dobre. Początek obecnej choroby dość ostry: osłabienie, ból głowy i w brzuchu z prawej strony, chory od 3 miesięcy.	Chory skarży się na ogólne osłabienie. Skóra bardzo blada. Tętno 136—140 małe i miękkie. Obrzęk kończyn. Znalezione: nieżyt oskrzeli, śledziona nie powiększona. Stolec prawidłowe. Mocz gorączkowy. W czasie napadów ciepłota osiąga 40—41°. W przerwach stan ogólny się poprawia. Z postępem choroby zauważono powiększenie śledziony, redukujące się w przerwach, pod koniec stałe. Gruczoły w prawej pachwinie nieco obrzmiałe; sensorium wolne, krew bez zmian. Badanie bakterjologiczne z ujemnym wynikiem. Chinina i Lq. Fowleri bez skutku. Śmierć wśród zapasći.	Około 14 miesięcy. Obserwowano w ciągu 11 mies. 11 napadów trwających przeciętnie po 13—14 dni, przerwy po 10—11 dni.	W płucach liczne guziki wielkości grochu. Gruczoły mediastini znacznie powiększone. Męsień sercowy stłuszczone. Śledziona znacznie powiększona, usiana licznymi infarktami. Takież same infarkty w nerkach i wątrobie. Trzustka leży na pakiecie znacznie powiększonych gruczołów zaotrzewnowych. Gruczoły głębokie szyjowe i w prawej pachwinie obrzmiałe.	W. Ebstein.  Berlin. Klin. Wochenschrift NN. 31 i 45. 1887.
III. 32-letni oficer marynarki.	Dziedzicznie nie obciążony. Przechodził przed paru laty w Indiach malarję, krwawą biegunkę i zapalenie wątroby.	Skóra i błony śluzowe szaro-żółte (bez żółtaczki). Tętno 104. Oddech 28. Ciepłota 40,3. Ogólne osłabienie, ból głowy, brak apetytu. Ze strony płuc nic nieprawidłowego. Czynność serca słaba. Brzeg wątroby wymacuje się, miękki na dotyk. Śledziona nieco powiększona. Mocz bez białka, mocno zabarwiony. Wśród powtarzających się napadów stopniowo rosnące osłabienie. Chinina, arsenik bez skutku. Gruczoły nie powiększone. Przypuszczano ropień wątroby, malarję.	Około 12 miesięcy. Napady trwały po 10—12 dni, takież przerwy z ciepłotą podnormalną.	Powiększenie śledziony, wątroby i gruczołów brzusznych. Podejrzenie starych kilaków w wątrobie.	Pel.  Berl. Klin. Wochenschrift N. 35. 1887.
IV. 41-letni wyrobnik, przedtem marynarz.	Dziedzicznie nie obciążony. W 16-ym roku życia żółta febra. Zresztą zdrów. Lekkie nadużycie wyskoku.	Osobnik mocnej budowy, otyły. Skóra i błony śluzowe szarobiałe. Stan gorączkowy, ogłuszenie. Znalezione: rozlane zapalenie oskrzeli. Serce rozszerzone, szmery anemiczne. Brzuch duży. Śledziona dochodzi do pępka. Wątroba znacznie powiększ na, twarda. Mocz mocno zabarwiony (urobilina) bez cukru i białka. Gruczoły pachwinowe obrzmiałe, twarde. Stan gorączkowy. Badanie krwi zmian szczególnych nie wykryło. Wśród powtarzających się napadów gorączki (do 40,4°) wzmagają się osłabienie. Śledziona w przerwach nieco mniejsza. Dołącza się obrzmienie gruczołów nadobojczykowych. Pod koniec żółtaczka, perihepatitis. Nieco białka w moczu. Retinitis haemorrhagica. Na podstawie poprzednich przypadków rozpoznano: pseudoleukemiję, postaci specyjalnej, zakaźnej.	13—14 miesięcy. Napady przeciętnie po 14 dni, jeden 22. Przerwy 2—3 tygodniowe z ciepłotą zrazu podnormalną.	Gruczoły oskrzelowe powiększone, m. pigmentowane. Pod endocardium i pleura pulmonalis małe ograniczone guziczki. Śledziona ogromna waży 1,2 kilograma, usiana na powierzchni i przekroju guziczkami twardymi ściśle odgranicznymi. Wątroba duża, nerki niezmiennione; w obu narządach podobne guziki. Gruczoły nadobojczykowe, pozaotrzewnowe i kreskowe obrzmiałe, twarde.	Pel.  Berl. Klin. Wochenschrift N. 35. 1887.

Wiek, zajęcie.	Wywiady.	Przebieg choroby.	Trwanie choroby i liczba napadów.	Badanie pośmiertne.	Autor i źródło.
V. 31-letni wrotnik w fabryce drotu.	Matka zmarła na suchoty. W 11 roku ospa, zresztą dotąd zdrow. Początek powolny, bóle w brzuchu i w okolicy lędźwiowej, osłabienie. 1/2 roku temu pierwszy napad gorączki.	Osobnik delikatnej budowy, odżywianie słabe. Skóra normalna, błony śluzowe blade. Tętno 120. Sensorium wolne. Gorączka. Język obłożony, dziąsła rozpułchnione. Brzuch zlekka wzdęty, bolesny w dołku. Wątroba i śledziona nieco powiększone. Gruczoły nie powiększone. Mocz gorączkowy. Przypuszczano tyfus. Po pewnym czasie wykryto w lewym dole biodrowym guzik wielkości jajka. Krew bez zmian. Śledziona stopniowo się zwiększa, podobnie i guz. Pod koniec wśród napadów gorączkowych i ogólnego rosnącego osłabienia—żółtaczka, obrzęki. Oprócz tego guz w dołku. Rozpoznano: Pseudoleukaemia infectiosa na podstawie analogji z poprzednimi przypadkami.	Około 12—13 m. Obserwowano 7 napadów po 6—7 dni, niektóre 11-je dni. Przerwy takiej samej długości.	Znaczne powiększenie gruczołów zaotrzewnowych. Zmiany metastatyczne w śledzionie i wątrobie. Badanie bakteriologiczne z ujemnym wynikiem.	Renvers. Deut. Med. Wochenschrift N. 37. 1888.
VI. 25-letni malarz.	Dziedzicznie nie obarczony. Dotąd ciężko nie chorował. Pierwsze objawy: ból w brzuchu, szybko wzmagające się osłabienie.	Osobnik silnej budowy, cera jakby opalona. Blizny na szyi i goleni. Stan gorączkowy. Znalezione: serce nieco w lewo powiększone. Brzuch w górnej części wypukłony, in epigastrio z prawej strony guz twardy niebolesny—długość i szerokość po 9 cm. ruchomy. Śledziona nie wymacjalna. Mocz bez białka. Przez 5 miesięcy obserwacji stan obiektywny bez zmiany. Krwawił raz nosem. Krew nie badana. Chinina bez skutku. Gruczoły nie powiększone. Chory w tym stanie się wypisał. Zmarł dopiero w parę miesięcy. Okresy gorączkowe powtarzały się. Przed śmiercią obrzęk.	12 miesięcy. Obserwowano napadów 10. Przeciętnie po 9—10 dni. Przerwy mniej prawidłowe, niektóre 1—5 dni, przeciętnie 10.	Badania pośmiertnego nie było. Prawdopodobne zwiększenie gruczołów zaotrzewnowych.	A. Hanser. Berl. Klin. Wochenschrift N. 31. 1889.
VII. 30-letni pracujący umysłowo.	Przechodził przymiot, leczenie swoiste, kilka lat zdrow. Pierwsze objawy lekkie żołądkowe z gorączką. Potem bóle z lewej strony brzucha i zjawienie się guza w brzuchu na kręgosłupie.	Nie znaleziono zmian żadnych oprócz wygórowania z lewej strony kol. kręgowej, niebolesnego; które przyjmowano zrazu za nieznaczającą asymetryję, potem za przerost okostnej. Leczenie ręką bez skutku. Po upływie 1 1/2 miesiąca guz zaczyna rosnąć, jednocześnie zjawiają się typowe napady gorączki. Gruczoły nie powiększone. Stopniowy upadek sił. W przerwach poprawa. Pod koniec typ napadów się zaciera, gorączka trwa stale.	11 miesięcy. Obserwowano 8 napadów. W przerwach nie było spadku do subnormalnej ciepłoty. W niektórych był nawet stan podgorączkowy 37,8.	Guz na kręgosłupie opuszczający się do małej miednicy. Gruczoły zaotrzewnowe powiększone. Badanie histologiczne guza orzeka go jako Lymphosarcoma.	Völckers. Berl. Klin. Wochenschrift N. 36. 1889.
VIII. 32-letni szewc.	Dziedzicznie nie obarczony. Nadużycia płciowe i wyskokowe. Ciężko nie chorował. Początek powolny, osłabienie.	Osobnik budowy słabej, cera szaro-biała. Skargi ogólne. Znalezione: nieżyt oskrzeli, śledziona zrazu nie powiększona prawie—stopniowo, wśród wahań w przerwach bezgorączkowych się zwiększa. Czynność serca słaba, tętno 120. Ciepłota 40°. Brzuch pełny, stolce twarde. Mocz gorączkowy. Krew bez zmian morfotycznych. Sensorium wolne. Z postępowaniem choroby występuje nieznaczne powiększenie gruczołów w lewej pachwinie. Napady i przerwy mniej typowe. W przerwach poprawa. Wybroczyny na skórze. Raz krwawienie z nosa. Obrzęki. Śmierć wśród zapaści. Lq. Fowleri. Chinina, jodoform bez wpływu.	Około 7 miesięcy. Obserwowano w ciągu 2 miesięcy napadów 5, dwa po 1 dniu, jeden 19, jeden 23 i 6 dni (końcowe) na początku obserwacji. Przerwy też nie typowe.	Nieliczne lymphomata w płucu lewym. Wątroba twarda. Śledziona 2 razy powiększona, twarda. Gruczoły pozaotrzewnowe znacznie powiększone, tworzą guzowatą wyniosłość na której leży zrosnięta z nią trzustka. Gruczoły w lewej pachwinie powiększone, twarde.	(Spostrzegany na sali 32-jej Szp. Dz. J.

obecności peptonów, jak to ma miejsce przy sprawach z obszernym rozpadem białych ciałek.

Nie wiele też podstaw można było znaleźć dla przypuszczenia recyduwującego duru i pseudoleukemji, przeciw której z jednej strony zdawał się mówić wysoce gorączkowy przebieg sprawy, a z drugiej brak wybitniejszych zmian w gruczołach i stosunkowo nieznaczny guz śledziony.

Badanie pośmiertne, co prawda, zmuszało do przyjęcia ostatniego rozpoznania, chociaż bynajmniej nie usunęło całkowicie wątpliwości w obec różnic w obrazie klinicznym spostrzeganego przypadku i podawanemi zwykle opisami pseudoleukemji.

W literaturze udało mi się odnaleźć 7 opisów sprawy, podobnej do podanej powyżej, które wraz z obserwowanym przez nas w krótkości streszczam. (Patrz tabl.)

Wszystkie te przypadki dotyczą choroby przewlekłej, trwającej od kilkunastu do kilkunastu miesięcy, rozpoczynającej się zwolna, bez widocznej przyczyny, bez wybitniejszych objawów, prawie wśród zupełnego zdrowia. Tylko tam gdzie rozwijające się zmiany przyjmują postać więcej ograniczoną guzowatą występują bóle w brzuchu, warunkowane zapewne uciskiem na sąsiednie nerwy (Nr. 5, 6, 7). W okresie rozwoju choroby wybitną jej cechą stanowią napady gorączkowe naprzemian z przerwami bez gorączki. Jak prędko przychodzi ten okres oznaczyć b. trudno, z powodu, że najczęściej chwila ta nie podlegała obserwacji; jednakże w przypadku Nr. 1 mamy zupełnie rozwinięty obraz choroby już w tydzień po zachorowaniu.

Napady bywają rozmaitej długości, parę dni, nawet czasem jeden dzień, do kilku, kilkunastu. Zdaje się, że pod koniec okresy się wydłużają i wogóle typ okresowy występuje już mniej wybitnie (Nr. 7, 8). Ciepłota w napadach podnosi się zwolna, w parę dni dochodzi 40° i trzyma się stale, albo zlekka zwalniając; rzadko przy podniesieniach ciepłoty i podczas jej trwania zjawiają się dreszyczki. Spadek następuje też stopniowo, niekiedy krytycznie, z potami. Pierwsze dni po spadku są najcięższe, zwykle występuje mniej lub więcej wybitna zapaść. Po przebyciu jej chory szybko się poprawia, łaknienie się zwiększa, czynność serca nabiera więcej energii. Pomimo to z dalszemi napadami osłabienie ciągle się wzmagą, rozwija się wodnistość krwi i ogólne charakterystyczne i chory ginie.

Liczby napadów trudno określić, spostrzegano ich do 10, 11. Ze zmian przedmiotowych, w ogóle skąpych, notowano kilkakrotnie nieżyt oskrzeli, ze strony serca uderza tylko osłabienie czynności prowadzące w końcu do mniej lub więcej znacznych obrzęków. Przewód pokarmowy zachowuje się dość opornie, łaknienie w przerwach bywa nawet bardzo duże, z początku utrzymuje się i w okresach gorączkowych. Co się tyczy wypróżnień, to widziano niekiedy skłonność do rozwolnienia, częściej jednak bywało zaparcie. Ze strony wątroby wybitniejszych zmian nie zauważono.

Stale we wszystkich przypadkach notowano powiększenie śledziony. W niektórych rozmiary tego narządu, zrazu prawidłowe prawie (NN. 2, 3, 5, 6, 8), później się zwiększają w czasie napadów i zmniejszają w przerwach. W przypadkach Nr. 1, 2, 8 zauważono podrost śledziony na parę dni przed napadem i zmniejszenie się pod koniec napadu. Później wahania te występują mniej wyraźnie i powiększenie organu już stale pozostaje. W innych razach (Nr. 1, 4) od początku znajdowano znaczne powiększenie śledziony.

Dalej pewne zmiany spostrzegano ze strony gruczołów chłonnych. I tak w przypadku Nr. 4 odrazu skonstatowano powiększenie gruczołów pachwinowych, a później i nadobojczykowych. W przypadkach Nr. 2 i 8 dopiero po pewnym czasie wystąpiło obrzmienie gruczołów i to tylko w jednej pachwinie; w spostrzeżeniach zaś NN. 1, 3, 5, 6, 7 gruczoły nie były powiększone. Niekiedy widziano wahania i w stopniu obrzmiewania gruczołów, analogiczne do tylko co wspomnianych przy śledzionie.

Nerki zmian żadnych nie zdradzały, mocz przedstawiał cechy właściwe gorączce; niektórzy autorzy zauważyli znaczną obfitość barwników (urobiliny). Pod koniec występował nieznaczny białkomocz, jak widać z przyp. N. 4 i 8.

Wreszcie krew nie przedstawiała zmian prawie żadnych pod koniec tylko, kiedy charłactwo dosięgało już wysokiego stopnia widziano nieznaczne zwiększenie się względnej ilości białych ciałek. Morfotycznych zmian w ogóle nie znaleziono. Badania bakteryjologiczne, oprócz w spostrzeganym przez nas przypadku, dały wynik ujemny.

Co się tyczy wyników badania pośmiertnego, to we wszystkich przypadkach znaleziono powiększenie śledziony i zwyrodnienie limfatyczne głębokich gruczołów chłonnych. Zajęcie ostatnich przedstawiało rozmaite stopnie rozszerzenia



i natężenia. I tak w przyp. Nr. 1 było powiększenie głębokich gruczołów: oskrzelowych i w hylus płuc, kreskowych i zaotrzewnowych. W przypadku 2 były powiększone, choć nieznacznie i obwodowe gruczoły głębiej położone i dla badania za życia niedostępne (szyjowe i w pachwinie). W przypadku Nr. 4 było prawie ogólne powiększenie gruczołów wewnętrznych, a oprócz tego szyjowych i pachwinowych, w przyp. Nr. 5 tylko zaotrzewnowe uległy zmianie, podobnież w Nr. 8, gdzie prócz tego tylko w jednej pachwinie znaleziono powiększone gruczoły. Wreszcie w przyp. Nr. 7, nie ma mowy o powiększeniu gruczołów. W pozostałych narządach zmian wybitniejszych nie było, oprócz nieżytu oskrzeli kilkakrotnie notowanego, wiotkości mięśnia sercowego, zmętnienia parenchymatycznego nerek. Za to znajdowano w niektórych przypadkach (NN. 2, 5, 8, a zwłaszcza Nr. 4) zmiany metastatyczne, w postaci limfatycznych guzików — w płucach, wątrobie, nerkach, śledzionie.

Nie będąc się zatrzymywał nad rozpoznaniem, stawianym za życia w przytoczonych przypadkach, podobnie jak w naszym ulegały one rozmaitym zmianom i wahaniom (phtisis acuta, f. typhoidea, abscessus hepatis, malaria) i tylko w świeżo ogłoszonych, których autorom znane były opisy Pel'a i Ebsteina, określono je jako sprawy analogiczne z opisanymi przez tych autorów. Ale i w pośmiertnych epikryzach nie widać jeszcze ustalonego zdania.

I tak Pel, autor pierwszego spostrzeżenia nazwał obserwowaną przez siebie sprawę „pseudoleukaemia”, chociaż w tekście waha się jeszcze między tą chorobą, pomimo wystarczających danych anatomicznych, a rzadkimi postaciami duru brzuszego, z umiejscowieniem przeważnem w gruczołach kreskowych i z nieznacznymi tylko zmianami w kiszki; kilkakrotne recydywy — takby wtedy trzeba się było zapatrywać na owe okresy gorączkowe naprzemian z przerwami,—mogły również doprowadzić do ogólnego wyniszczenia i charłactwa. Takież same zdanie wyrzekł Jastrowitz odnośnie przypadku Renversa (Nr. 5), który był przedmiotem rozpraw w berlińskim Verein für innere Medicin. Następnie Pel na podstawie nowych spostrzeżeń stanowczo już uważa omawianą sprawę za pseudoleukemiję, jednak za jakąś szczególną postać tej choroby, zapewne pochodzenia zakaźnego.

Ebstein nadał swemu przypadkowi nazwę „chronisches

Rückfallfieber“ – gorączka przewlekła powrotna. Oddaje ona w samej rzeczy wyraźniej obraz kliniczny choroby, niż określenie Peł'a, ale jest zbyt ogólną, nie dotyka samej natury cierpienia i nie zdaje się, aby wywalczyła sobie pierwszeństwo nad poprzednią, jak to sądzi Ebstein w swej polemice z Pelem. Co się tyczy anatomicznej strony sprawy, to Ebstein zalicza swój przypadek do działu twardych złośliwych limfomatów albo mięsaków limfatycznych, czyli również podciąga go pod tak zwaną pseudoleukaemiję. Zastrzega jednak dla omawianego przypadku stanowisko, wyróżniające się pomiędzy opisywanemi dotąd pod tą nazwą, ze względu na to, że obrzmienia gruczołów, guz śledziony i limfomaty w innych narządach nie rozwijały się tu stopniowo, prędej lub wolniej, nieprawidłowo, jak to bywa zwykle, ale w szeregu typowo idących po sobie sunięć, podskoków (Schübe) wśród typowych napadów gorączki. Ebstein zaznacza przytem, że w literaturze angielskiej podobne przypadki znane są już dawniej i uważane bywają za pseudoleukemiję. R. W. Gowers nadał nawet temu odmiennemu typowi gorączki przy chorobie Hogkina nazwę „alternating pyrexia.“

Renvers, autor 4-go spostrzeżenia, nazywa swój przypadek „recurrendes Lymphosarcom“, nie decydując się zaliczyć go do zbyt mało jeszcze określonej grupy pseudoleukemji, której przytem odmawia natury zakaźnej.

Hansen wreszcie przypuszcza, że ta atypowa postać choroby Hogkina zależy, być może, od współdziałania jakiegoś drugiego zarazka, obok właściwego samej pseudoleukemji, że mamy tu więc może do czynienia z zakażeniem skombinowanem (Mischinfektion). Zresztą nie odrzuca on i możliwości atypowej postaci duru, zwłaszcza wobec tak mało znacznego zajęcia gruczołów obwodowych.

Co się tyczy naszego zdania, to skłaniamy się do zaliczenia opisanej sprawy do t. zw. pseudoleukemji. Przytem, zwracając uwagę na stale we wszystkich przypadkach powtarzające się przeważne zajęcie gruczołów pozaotrzewnowych stawiamy przypuszczenie, czy właśnie to umiejscowienie się zmian nie stanowi czegoś swoistego, warunkującego charakter właściwy całej sprawy, podobnie jak mamy w leukemji odmiany zależne od większego lub przeważnego umiejscowienia się zmian w tych lub innych z tak zwanych krwionośnych narządów.

Jeżeli dalsze spostrzeżenia potwierdziłyby ten związek,



resp. jeżeliby opisanemu obrazowi klinicznemu towarzyszyły stale zmiany limfomatyczne przeważnie gruczołów zaotrzewnowych, możnaby wtedy tej sprawie nadać nazwę: *Lymphomatosi retroperitomalis maligna cum febre recurrente*, wyróżniając ją tym sposobem z ogólnej grupy pseudoleukemii. Co się tyczy zakaźnej natury omawianej sprawy, to zwolennicy tego poglądu przyjmują go tylko a priori, dotąd bowiem żadnych odnośnych podstaw nie ma, gdyż bakteryjologiczne badania wypadły dotąd ujemnie. W naszym przypadku cztery razy były robione bakteryjologiczne badania krwi. Dwa razy w czasie gorączki i dwa razy w przerwie. Z pierwszych dwóch w jednej hodowli rozwinął się *staphylococcus pyogenes albus*; tenże sam pasorzyt otrzymano z hodowli wziętej podczas apireksyi. W pozostałych dwóch razach badanie wypadło bez rezultatu. Sądzę, że wysnuwanie ztąd jakichkolwiek wniosków byłoby przedwczesnem.

Etyjologija sprawy jest zupełnie ciemną. Podejrzewany w pseudoleukemji związek z przymiotem, tutaj nie znajduje potwierdzenia. Przymiot w wywiadach spotykamy tylko raz jeden. Cięższe postaci zakażenia bagienniczego przechodziło dwóch chorych. Choroba dotyczyła ludzi młodych (19—41 lat), dziedzicznie nie obarczonych, rozmaitych zawodów, cieszących się przed zachorowaniem względnie dobrem zdrowiem. Godnem uwagi jest to, że wszystkie 8 przypadków dotyczą mężczyzn.

Rokowanie, jak pokazuje przebieg podanych przypadków, jest zupełnie złe. Leczenie okazuje się bezsilnem: arszenik, chinina, zarówno do wewnątrz jak i podskórnie stosowane nie wywierały na przebieg cierpienia żadnego wpływu. Próbowany w naszym przypadku jodoform również nie dał pomyślnego wyniku, jak jodowo-rtęcio we leczenie w przypadku siódmym.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Choroby nerwowe.

478. STRÜMPPELL. O stosunku zachodzącym pomiędzy przymiotem i wiałdem pacierzowym (Odczyt miany na 62-im zjeździe przyrodników i lekarzy w Heidelbergu r. 1889). *Neur. Centralbl. N. 19. 1889.*

Kwestyja zależności wiałdu pacierzowego od przymiotu już mało znajduje przeciwników. Prelegent opiera się na danych

statystycznych wykazujących u większej części tabetyków prze-  
 byty przymiot, przypomina dalej o władzie u małżonków, u ko-  
 biet ze sfer wyższych, wreszcie u dzieci w skutek przymiotu  
 dziedzicznego.

Nietylko jednak sam fakt związku obu chorób lecz i ro-  
 dzaj ich wzajemnej zależności zasługuje na uwzględnienie. Nie  
 należy bowiem przypuszczać, iż wład pacierzowy jest objawem  
 trzeciorzędnym przymiotu. Zarzuty, które stawiają przeciwnicy  
 tej teorii odnoszą się do dwóch punktów. Po pierwsze: lecze-  
 nie swoiste jest bezsilnem w obec władu, a przynajmniej nie  
 wpływa ono podobnie jak przy innych objawach trzeciorzęd-  
 nych. Po wtóre zaś, iż sprawa anatomiczna władu nie ma by-  
 najmniej cechy cierpienia przymiotowego, lecz stanowi ją zwy-  
 kłe zwyrodnienie pewnych pęczków rdzenia. Zarzuty te, w sa-  
 mej rzeczy ważne, starają się zwłaszcza początkujący w ten spo-  
 sób ominąć, iż przeceniają oni skutki leczenia swoistego, zaś  
 zmiany anatomiczne władu wyprowadzają od pierwiastkowego  
 cierpienia naczyń rdzenia, poglądy które ich teorię jakoby  
 podtrzymać zdołają.

Jednakże możemy uznać fakt przymiotowego pochodzenia  
 władu, nie obalając tem samem innych stwierdzonych danych.  
 Musimy fakt ten rozpatrywać z tego punktu widzenia, iż na-  
 stępczość władu po przymiocie nie jest zjawiskiem odosobnio-  
 nem w patologii, lecz należy do wielkiej grupy chorób nerwo-  
 wych następujących po zakażeniach różnego rodzaju. W na-  
 stępstwie błonicy, duru, dyssenteryi i innych chorób zakaźnych  
 występują zwyrodnienia pewnych ucząstków układu nerwowe-  
 go, przyczem też nie spotykamy się już z pierwotnymi swois-  
 tymi zmianami lecz ze zwykłymi zwyrodnieniami wtórnymi.  
 W nerwach zwyrodnionych w przypadkach porażenia błonico-  
 wego lub durowego nie spotykamy już zapalenia krupowego  
 lub nowotworu durowego. Toż samo ma miejsce w przewle-  
 kłych chorobach zakaźnych, a mianowicie przy gruźlicy, przy  
 której niejednokrotnie już liczne zwyrodnienia w nerwach ob-  
 wodowych stwierdzone zostały. Dane te musimy mieć na uwa-  
 dze, gdy chcemy objaśnić związek zachodzący pomiędzy przy-  
 miotem i władem. Ostatni jest takąż chorobą następczą przy-  
 miotu, jaką jest ataksya względem błonicy. Prawdopodobnie  
 działa tu zarazek chemiczny, który w małych ilościach lecz  
 stale wytwarza się w ustroju zakażonym i powoduje zwyrodnie-  
 nie pewnych pęczków rdzenia. Tym sposobem nie potrzebujemy  
 dla objaśnienia faktu uciekać się do pośrednictwa naczyń,  
 zaś kwestyja leczenia zostaje tem samem wyjaśnioną. To samo  
 co powiedziano o władzie odnieść należy do bezwładu ogólnego  
 postępującego. Oba cierpienia są ściśle ze sobą spokrewnione,  
 jakkolwiek różne umiejscowienia tej samej sprawy chorobowej.

Z dyskusyi przytoczymy tu najważniejsze głosy.

Emminghaus zaznacza, iż w obec związku władu z ja-  
 dem pozostałym w obrzmiących gruczołach chłonnych, leczenie  
 swoiste nie byłoby bezpodstawnem. Skoro jednak leczenie jest  
 bezskutecznem, to przytoczona teoria nie jest bez zarzutu.

Schultze stwierdza również, iż zakażenie przymiotowe jest dostatecznym momentem przyczynowym dla wiału. Porażenie błonicowe zarówno jak wiał ergotynowy tem się różnią od wiału zwykłego, iż nie rozwijają się naprzód lecz idą wstecz. W pewnych częściach ciała zakażonego przymiotem prawdopodobnie wytwarzają się bezustannie zarazki, w obec których rtęć i jod okazują się bezsilnemi. Z wiałem przymiotowym właściwiej jest porównać porażenie ołowiane zwłaszcza w tych przypadkach, w których postępuje naprzód i sprowadza śmierć.

Fürstner. Zależność wiału od przymiotu jest prostszą aniżeli bezwładu postępującego. Obraz kliniczny wiału jest ustalonym, czego nie można powiedzieć o bezwładzie postępującym. Temu ostatniemu rzadko towarzyszy zwyrodnienie pęczków tylnych, częściej zaś bocznych. Rozlane cierpienia układu nerwowego pochodzenia przymiotowego nie poddawają się zwykłe leczeniu swoistemu, nie więc dziwnego, iż zarówno wiał jak i bezwład postępujący ulegają temuż losowi.

*A. Rosental.*

479. Dr. MARTHA. *Etude clinique sur la paralysie agitante—Attaques vertigineuses, apoplectiformes et epileptiformes.* (Paris 1888, str. 74).

Autor będący internem na oddziale prof. Damaschino miał sposobność spostrzegać na oddziale tegoż 3 przypadki drżączki porażennej powikłanej napadami zawrotów, udarowemi i padaczkowemi. Zachęcony przez prof. Damaschino autor zajął się szczegółowem zbadaniem powikłań w mowie będących, a w dziełach klasycznych mało uwzględnianych.

W literaturze lekarskiej autor znalazł mało opisanych przypadków drżączki porażennej powikłanych napadami w mowie będącymi; w przypadkach nawet opisanych na napady mało zwracano uwagi i nie przypisywano im żadnej ważności. Pierwszy Damaschino zwrócił uwagę na ważność tych napadów, które zaczął uważać nie za zwykłą koineydencję, lecz za objaw choroby.

#### Napady zawrotów, udarowe i padaczkowe przy drżączce porażennej.

Zawroty. W początku choroby niektórzy chorzy skarżą się na zawroty już to czasowe już ciągle. W przypadku spostrzeganym przez Vulpiana i Chorestę chora rok przed rozpoczęciem drżenia skarżyła się na ciągły zawrót głowy, który ustał z chwilą, gdy lewe ramię zaczęło drżeć.

Innym razem zawroty pojawiają się w przebiegu choroby i tak w jednym przypadku autora (spoztrz. II) i prof. Damaschino zawroty pojawiły się w kilka miesięcy po rozpoczęciu się drżeniu. W jednym przypadku Ordensteina zawroty wystąpiły w 7 lat po rozpoczęciu się drżenia.

Napady udarowe i padaczkowe są, o ile się zdaje ze spostrzeżeń zebranych przez autora, częstsze, aniżeli zawroty. U jednej chorej prof. Damaschino (spoztrz. I) z wyrażnymi objawami drżączki porażennej napady już to udarowe,

już padaczkowe z utratą lub bez utraty przytomności często w przebiegu choroby się pojawiały. Po napadach ciepłota zwykle bywała albo wcale niepodniesioną, albo bardzo nieznacznie. W ciągu 1885, 1886, 1887 roku chora miała 7 napadów, w dniu ostatniego napadu w Sierpniu 1887 r. ciepłota ciała podniosła się wieczorem do  $38,2^{\circ}$ , nazajutrz rano do  $39,4^{\circ}$ , po południu do  $41,6^{\circ}$ , wieczorem tego dnia chora umarła.

Inna chora prof. Damaschino (sposztr. II) pewnego dnia zrana zaczęła się skarżyć na silny ból głowy i zawroty; w kilka minut straciła przytomność; tegoż dnia zmarła nie odzyskawszy przytomności przy ciepłocie  $37,5^{\circ}$ .

W trzecim przypadku (sposztr. III) prof. Damaschino pierwszy napad nastąpił u kobiety chorej na drżączkę porażenną po otrzymaniu złej wiadomości; następnego dnia chora miała napad padaczkowy z następczą śpiączką (coma) dwie godziny trwającą.

Podobne przypadki spostrzegali i opisali Grashey, Vulcan i Ball.

Jak więc widzimy napady zawrotów, udarowe i padaczkowe u chorych na drżączkę porażenną są zjawiskiem stosunkowo częstym; autorowi udało się zebrać 8 przypadków.

Napady zawrotów już to krótkotrwałe, już to prawie ciągle mogą być silnego natężenia z utratą przytomności; najczęściej jednak chorzy nie padają.

Napady udarowe i padaczkowe są podług spostrzeżeń autora częstszymi od zawrotów; nie towarzyszy im najczęściej podniesienie ciepłoty. Po napadach udarowych następuje okres śpiączki wiele godzin trwający.

Napady padaczkowe tak pod względem natężenia, trwania jakotoż częstości zachowują się bardzo różnorodnie. Napad zwykle zaczyna się od krzyku, poczem chory pada; twarz podczas napadu jest czerwoną, po napadzie bledną.

Raz tylko jeden autor znalazł zanotowanem lekkie porażenie po napadzie udarowym.

Zawroty i napady udarowe i padaczkowe mogą przytrafić się u jednego i tego samego chorego w dłuższych odstępach czasu.

Ciepłota ciała nie posiada nic charakterystycznego dla napadów w mowie będących. U dwóch chorych spostrzeganych przez autora i Damaschino (sposztr. I i II) ciepłota ciała w ciągu kilku minut po napadzie wynosiła  $37,2^{\circ}$ ,  $37,4^{\circ}$ ,  $37,8^{\circ}$ ,  $37^{\circ}$ ,  $37,4$ ,  $37,2^{\circ}$ ,  $37,6^{\circ}$ ; w godzinę po napadzie u jednego chorego ciepłota wynosiła  $37,6^{\circ}$ , u drugiego  $37,5^{\circ}$ . Dopiero wieczorem u pierwszego chorego ciepłota podniosła się do  $38,2^{\circ}$ , nazajutrz rano do  $39,4^{\circ}$ , w południe do  $41,6^{\circ}$ , wieczorem tego dnia chora zmarła; u drugiego chorego w kilka godzin przed śmiercią ciepłota wynosiła  $37,5^{\circ}$ , u trzeciego chorego ciepłota ciała zawsze po napadzie wynosiła  $37^{\circ}$ .

Ze spostrzeżeń zatem nielicznych autora wypada, że ciepłota ciała podczas i po napadach udarowych przy drżączce porażennej nie przekracza normy i że ciepłota ta w przypadkach

kończących się śmiercią może być przed śmiercią już to podniesioną, już normalną; przeciwnie zaś dzieje się przy napadach zdarzających się w przebiegu innych chorób mózgowych, jak przy stwardnieniu mózgu (sclerose en plaques) i przy ogólnem porażeniu; tu ciepłota po napadzie zawsze się podnosi, a podniesienie to utrzymuje się stale aż do śmierci.

Sposób powstania (pathogenie). Na pytanie, jaki jest sposób powstania i jakie są przyczyny zawrotów, napadów udarowych i padaczkowych przy drżące porażennej niepodobna jest przy dzisiejszym stanie naszych wiadomości stanowczo odpowiedzieć z przyczyny niepewności zmian anatomicznych przy drżące porażennej w ogóle.

W przypadkach drżaczki porażennej, zakończonych śmiercią skutkiem napadów w mowie będących, a w których przy oględzinach pośmiertnych znajdujemy rozlane zapalenie mózgu, zmiany w opuszcze, rozmięczenie mózgu, krwotok mózgowy i t. p. objaśnienie napadów będzie łatwem.

Zwykle jednak nie znajdujemy żadnych zmian ani przy badaniu gołem okiem, ani też przy badaniu drobnowidzowem. W pierwszym przypadku autora i Damaschina badanie pośmiertne dało ujemny wynik; pomimo licznych cięć wykonanych przez prof. Damaschino nigdzie nie znaleziono ani krwotoku ani rozmięczenia. U dwóch chorych Bergera nie znaleziono też żadnych zmian mogących objaśnić powstanie napadów. Godnem też jest uwagi, że w większości przypadków spostrzeganych przez różnych autorów nie zauważono po napadach żadnych porażen ani połowicznych ani nawet parezy.

Dla objaśnienia sobie sposobu powstania napadów zawrotu, udarowych i padaczkowych przy drżące porażennej musimy uciekać się do hipotezy.

Dla objaśnienia sobie napadów przy rozszanem stwardnieniu mózgu i przy ogólnem porażeniu przypuszczano przyływ krwi do mózgu. Lecz takowy rzadko znajdujemy przy oględzinach pośmiertnych i to tylko w przypadkach, w których śmierć następuje nie tak prędko, gdy chory długo przed śmiercią znajdował się w śpiączce tak, że uważać należy ten przyływ za objaw przedśmiertny.

Zdaniem autora napady zawrotu, udarowe i padaczkowe przy drżące porażennej tak samo jak i przy innych cierpieniach mózgowych zawdzięczają swe powstanie czynnościowej małej krwistości mózgowej (ischemie cerebrale fonctionelle) będącej następstwem kurczu naczyń mózgowych. Stosownie do natężenia niedokrewności powstaje raz zawrót, innym razem napad udarowy lub padaczkowy.

Samo się przez się rozumie, że taki kurcz naczyń jest krótkotrwałym, może jednak trwać kilka godzin a nawet 1 lub 2 dni; napady też będące następstwem tego kurczu po większej części trwają krótko i znikają nie pozostawiając żadnych śladów.

Napady przy drżące porażennej mogą być tak samo jak wiele innych przypadłości mózgowych objaśnione za pomocą niedokrewności czynnościowej mózgu. Że zaś naczynia włosko-



wate mózgu mogą się kurczowo ściągać pod wpływem różnego rodzaju bodźców wykazali na drodze doświadczalnej Nothnagel, Cohnheim i inni fizjologowie.

**Rokowanie.** Jeżeli napad zawrotu, a szczególnie udarowy lub padaczkowy jest lekkim, jeżeli okres śpiączki trwa zaledwie kilka minut choremu nie grozi niebezpieczeństwo.

Jeżeli zaś przeciwnie napad powstał nagle, okres śpiączki trwa długo wiele godzin 1 lub 2 dni rokowanie jest złem; zejście śmiertelne jest prawdopodobnem.

Nakoniec zdaje się, że stałe podniesienie ciepłoty jest znakiem złym.

**Wnioski.** Napady zawrotów, udarowe i padaczkowe uważane były dotąd przez wszystkich autorów jako objawy pewnych cierpień mózgodzeniowych, jak stwardnienia rozsia- nego mózgu, ogólnego porażenia i t. p; nigdy zaś podług dzieł klasycznych (Charcot, Axenfeld) nie mają się zdarzać przy drżączce porażennej.

Autorowi wszelako udało się zebrać 8 przypadków (podane w pracy) drżączki porażennej, w których miały miejsce napady w mowie będące.

Napady te mogą się pojawić:

- 1) w początku choroby i być pierwszym objawem choroby, poczem dopiero następuje charakterystyczne drżenie,
- 2) w przebiegu choroby,
- 3) w końcu choroby sprowadzić śmierć.

Ciepłota ciała zwykle nie podnosi się ani podczas ani po napadzie, gdy przy napadach tego samego rodzaju towarzyszących rozsia- niemu zapaleniu mózgu, ogólnem porażeniu i t. p. stałe jest podniesioną.

Sposób powstania napadów jest jeszcze niejasnym; w przypadkach, w których nie znajdujemy żadnych zmian w mózgu, najracjonalniej jest przypuszczać, że są następstwem czynnościowej niedokrewności mózgu w skutek chwilowego kurczu naczyń mózgowych.

*Feliks Arnstein.*

**480. Prof. HIRT (Breslau) O wartości sugestyi, jako metody leczniczej.** (*Wiener Med. Pr.* 1889, N. 45).

Doświadczenia, jakie Hirt, idąc za wskazówkami Liebe- ault'a i Bernheim'a, poczynił w sprawie sugestyi hypnotycznej w zastosowaniu jej do celów leczniczych, są tak efektywne i imponujące, że wyraża się z wysokiem uznaniem o tej nowej a skutecznej metodzie. Ilustruje zaś to swoje zdanie opisem jednego z wielu przypadków, które z czasem obiecuje publicznie ogłosić.

12-letni Konrad A., dotąd cieszący się zupełnem zdrowiem, w skutek silnego wzruszenia moralnego z powodu kary cielesnej jakoby niesprawiedliwie mu wymierzonej w szkole, za małe postępy w naukach, zaniemówił i postradał zdolność chodzenia i poruszania dolnych kończyn, bez zaburzenia w sferze intelli- gencji. Pomimo wszelkich zabiegów terapeutycznych ze strony leczącego go D-ra K. chory od 14. X. 89 t. j. od początku swojej niemocy do 27. X. 89 nie doznał najmniejszego polep-

szenia. 27. X. 89 został wezwany prof. Hirt do chorego na konsultację. H. oprócz wyżej wymienionych objawów zauważył upośledzenie przewodnictwa czuciowego na obu kończynach dolnych, na grzbiecie, a szczególnie w okolicy pępka.

Nie uprzedzając otoczenia o swym zamiarze, usiłował uspić chorego, co mu się nader łatwo powiodło. Poddanie polegało na zapewnieniu chorego, że mówić może i będzie po przebudzeniu się. Chory też natychmiast odzyskał mowę. W czasie powtórnego uspienia wmówiono mu, że jest zdrow na nogi, że osłabienie kończyn dolnych, które trwało dni kilka, przeszło zupełnie i że obecnie może chodzić tak dobrze, jak dawniej. I teraz wmówienie zostało uwieńczone pomyslnym a nadspodziewanym skutkiem. Odtąd po odzyskaniu mowy i zdolności chodzenia chłopiec pozostał zdrow, jak przedtem, o czym prof. H. sądzi z listu, jaki mu Dr. K. w 10 dni później nadesłał. Hirt uważa powyższy przypadek za nerwicę, wybuchłą w skutek nadzwyczajnego wzruszenia i opierając się na pomyslnym wyniku sugestyi wyklucza możebność jakichkolwiek zmian anatomo-patologicznych w mózgu lub rdzeniu.

Chociaż sam sposób działania sugestyi hypnotycznej przy leczeniu nerwic jest jeszcze dotąd nierozwiązaną zagadką, niemniej jednak fakt ten i inne tym podobne są zbyt rażące, aby w sugestyi nie powitać nowego i dzielnego sprzymierzeńca w walce z cierpieniami nerwowymi, zwłaszcza tam, gdzie cały aparat naszych farmako-elektro-hydro terapeutycznych środków zawodzi nasze nadzieje.

*Edward Orłowski.*

481. Dr. LADAME. *Epilepsia procursiva.* (*Intern. Klin. Rund. N. 5, 6, 7, 8. 1889.*)

Do rzadszych postaci epilepsyi należy tak zwana epilepsia procursiva, polegająca na tem, że napady drgawkowe zamieniają się ruchami automatycznymi na około osi ciała, lub też biegiem po linii prostej, trwającym tak długo, jak długo trwałby napad drgawkowy, i kończącym się zmęczeniem. Chociaż postać ta padaczki znana jest oddawna (Erastus 1581), lecz w literaturze mało znajduje się o niej wzmianek, a najlepszą pracą jest rozprawa d'ra Bourneville'a.

Choroba ta zjawia się przeważnie w dzieciństwie i młodości. Często spotyka się jednocześnie ze zwykłą padaczką, przyczem napady drgawkowej padaczki poprzedzają napady biegania lub też (co częściej bywa) epilepsia procursiva następnie przechodzi w zwykłą padaczkę.

Anatomija patologiczna tej choroby jest niepewną. Niektórzy, jak Nothnagel, utrzymują, że jest ona objawem znacznych anatomicznych zmian w mózgu, szczególnie w pons Varolli lub w mózdzku (Bourneville); autor jednak utrzymuje, że może ona powstawać i bez wszelkich widocznych organicznych zmian w ośrodkach nerwowych. W etiologii choroby pewną rolę grają: dziedziczność, wiek dziecięcy i wzruszenia fizyczne i psychiczne.

Poprzednio utożsamiali epilepsję biegową z hysteryją i płasawicą, lecz od pierwszej odróżnia się brakiem innych

objawów hysterii; od płasawicy zaś odróżnia się tem, że występuje napadami z utratą przytomności i amnezyją.

Napad epilepsiae procursivae występuje bez poprzedzającej aury; chory zaczyna biedz po linii prostej lub też kręcić się wokoło z głośnemi krzykami i utratą przytomności. Napady te mogą się powtarzać dość często i trwać długie lata, nim przejdą w napady zwykłej padaczki. Często towarzyszą napadom objawy tak zwanej moral insanity.

Leczenie choroby jest takie jak i zwykłej padaczki.

*M. Hopfenblum.*

482. Prof. M. BENEDIKT. *Skizzen zur Pathologie und Therapie des Torticollis.* (*Wien. Med. Presse. N. 4. 1889.*)

Oprócz wyjątkowych przypadków, w których torticollis bywa objawem ogniskowego cierpienia ośrodków nerwowych, wszystkie typowe przypadki tej choroby uważane być winny jako nerwice odruchowe; ognisko jednak odruchu nie łatwo daje się odkryć. Patologiczne odruchy, wychodzące z obwodowych nerwów czuciowych i ich zakończeń mają tę własność, że zjawiają się tylko tam, gdzie te nerwy nie są jednocześnie siedliskiem bólu dobrowolnego. Dlaczego zaś nie powstaje odruch przy każdym podrażnieniu nerwu wobec nienaruszonego związku nerwu i istoty szarej — pozostawia autor do rozstrzygnięcia fizjologom. Oprócz ukrytego podrażnienia nerwów czuciowych przy powstawaniu odruchowych porażen i zboczeń odżywienia pewne znaczenie mają cierpienia zakończeń mechanicznych układu mięśniowego, a mianowicie ścięgien i części stawowych kręgow szyjowych i piersiowych.

Zwykle obydwie strony ulegają chorobie: po jednej stronie występuje skurcz mięśnia i skłonność do przerostu, po drugiej zaś porażenie i zanik mięśni, obustronność cierpienia wskazuje na ośrodkowe jego pochodzenie. Rozróżniają następujące postacie torticollis: 1) przypadki ciągłe i występujące napadami, 2) toniczne, kloniczne i toniczno-kloniczne, 3) jednostronne spastyczne i równomiernie dwustronne spastyczne (t. zw. Nickkrampf), 4) przypadki skurczu pojedynczych mięśni, szczególnie m. sternocleidomastoidei i z udziałem rozmaitych mięśni, 5) szczególna postać skośnej szyi z przerostem mięśni, stanowiąca oddzielną formę kliniczną.

Rokowanie zależy od chwili rozpoczęcia leczenia elektrycznego: galwanizacja stosowana w pierwszym tygodniu choroby daje zupełne wyleczenie, w późniejszych tygodniach rokowanie się pogarsza.

Leczenie w ostrych przypadkach zasadza się na stosowaniu elektryczności w rozmaitych postaciach, podskórnem wstrzykiwaniu 20% roztworu kwasu karbolowego i w pendzlowaniu tinct. jodi. W przypadkach zadawnionych zaleca autor chirurgiczne naciąganie m. recurrentis, poczem wszelkie inne terapeutyczne zabiegi lepiej skutkują. Następnie zaleca autor wznowienie użycia kurary, która nie tylko przy szyi skośnej, lecz i w innych kurczowych cierpieniach okazuje się skuteczną (blepharospasmus, chorea major i w przypadkach uporeczywego

dzwonienia w uszach). Curare przepisuje zwykle 0,15 na 10 wody i wstrzykuje w szyję 5 kropel. *M. Hopfenblum.*

483. Dr. GAUSTER. **Die Bromtherapie bei Epilepsie.** (*Wien. Med. Presse. N. 13, 14, 15. 1889.*)

Brom jest dotychczas najskuteczniejszym środkiem przy wszelkiego rodzaju padaczkach. Należy go jednak podawać przez długi przeciąg czasu, a dawkę zastosować indywidualnie przez powolne zwiększanie ilości bromu. Przy starannem badaniu chorego można dojść do 20 grm bromu dziennie i używać taką ilość przez pewien czas bez żadnych przykrych następstw dla organizmu. Należy zmniejszać dawkę bromu w tych razach, gdy: 1) następuje zaburzenie w trawieniu, wpływające ujemnie na odżywianie chorego, 2) przy niezżytach wierzchołków płucnych z lekkim przytępieniem tonu wypukowego, 3) przy owrzodzeniach głębokich skóry lub zaostreniach poprzednio istniejących przewlekłych chorób skóry.

Zboczenia inteligencyi i umysłowa tępość nie stanowi przeciwwskazań do stosowania terapii bromowej lub zmniejszenia ilości bromu. Natomiast przeciwwskazaniem do użycia bromu jest gruźlica płuc, ciężkie przewlekłe cierpienie skóry i ciężkie zboczenia w odżywianiu. Podczas leczenia bromowego należy zwracać uwagę na posilne odżywianie, często badać płuca i skórę.

*M. Hopfenblum.*

484. J. SPENDER. **Leczenie płasawicy.** (*Cent. f. Nerv. N. 16. 1889.*)

Autor za najwłaściwszy środek przeciw płasawicy uważa sen przedłużony (do 10 godzin na dobę). Podaje on w tym celu chlorał-hydrat początkowo w dużej dawce, a później w mniejszych i częstych dawkach aż do osiągnięcia zamierzonego celu. Tym sposobem wyleczył on 2 ciężkie przypadki, jeden w 24 godzin, a drugi w 3 dni. *A. R.*

485. S. RABOW. **O hyoscynie (Hyoscinum).** *Ther. Monats. VIII. 1889.*

W r. 1880 wprowadził ją do terapii Landenburg. Później Kobert i Sohrt dzięki badaniom klinicznym i doświadczalnym wykazali znaczenie tego środka przy leczeniu różnych cierpień układu nerwowego. Potwierdził to też Erb. Pod względem fizjologicznym zbliża się hyoscyna do atropiny: rozszerza też źrenicę oraz zmniejsza wydzielanie się śliny i potu.

Używa się trojaka sół tego środka: chlorek, bromek lub jodek hyoscyny. Rozpuszczają się one łatwo w wodzie, nie mają smaku ani zapachu; używają się w roztworze wodnym podskórnie lub per os. Dawka waha się od 0,0002 pro dośi do 0,002 pro die.

W cierpieniach nerwowych jak: płasawica, drżączka porażenna i t. p. wystarczają mniejsze dawki (0,2—0,3 mgr.), aniżeli u obłąkanych. U tych ostatnich hyoscyna jest środkiem uspokajającym, nie zaś nasennym. Zwłaszcza dla uspokojenia gwałtownych maniaków, hyoscyna jest jedynym skutecznym środkiem. Autor nie stosuje hyoscyny w zastrzykiwaniach podskórnych lecz jedynie per os. Zaleca on następującą formułę:

Hyosc. hydrojod. 0,01, Aq. dest. 10,0; jako pierwszą dawkę podaje 8 kropel ( $=\frac{1}{3}$  mgr.) w wodzie, mleku lub winie. Chorzy chętnie go zażywają i dobrze znoszą. Przyzwyczajenie się do środka następuje tylko powoli a wtedy powiększa się dawkę stopniowo do 12 kropel ( $\frac{1}{2}$  mgr.). W rzadkich tylko przypadkach autor zmuszony był po 4—6 tygodniach dojść do 16 i 20 kropel. Dotknięty manią przewlekłą otrzymywał przez 6 tygodni codziennie  $\frac{1}{2}$  mgr. i dzięki temu mógł pozostawać wśród innych chorych. W razie próbnego wstrzymania dawki, zachodziła konieczność odosobnienia chorego. Dla uspokojenia tegoż chorego potrzeba było 4—6 gramów sulfonalu. Na padaczkę hyoscyna bynajmniej nie wpływa; liczba napadów nie ulega zmianie, jednakże stany wzburzenia epileptyków po zażyciu  $\frac{1}{2}$  —  $\frac{3}{4}$  mgr. mijają. U melancholików stany przygnębienia i strachu nie zmieniają się pod wpływem hyoscyny. W jednym przypadku delirium tremens wynik był świetny: chory dotąd gwałtowny po zażyciu 16 kropel ( $\frac{2}{3}$  mgr.) uspokoił się i pozostał spokojnym przez czas dłuższy.

Jako środek nasenny autor radzi tylko wyjątkowo używać hyoscyny; dawka 20—25 kropel.

Z objawów działania pobocznego autor przytacza: suchość w gardle, uczucie pragnienia, rozszerzenie źrenicy i t. p. przy dłuższem używaniu hyoscyny. Objawów zaś niepokojących, jak: zawrót, zblednienie—nie spostrzegał nigdy. Dawka dzienna nie powinna przekraczać 0,002.

A. Rosental.

## II. Medycyna wewnętrzna i Patologija ogólna.

486. Wilhelm EBSTEIN. **O** dne. (*Berliner Klinische Wochenschrift*. 1889. N. 17, 18 i 19).

W pracy tej autor wykazuje bezzasadność przyjętej powszechnie teoryi Garrod'a, a natomiast podaje swoją teoryję wyjaśniającą istotę i objawy dny.

Ze względu na organy, które pierwotnie ulegają zajęciu przy tej chorobie Ebstein rozróżnia dwie jej postacie:

- 1) Pierwotną dnę stawową (die primäre Gelenkgicht) i
- 2) Pierwotną dnę nerkową (die primäre Nierengicht).

Pierwszą postać właściwiej byłoby nazwać „pierwotną dną kończynową lub obwodową“ (Extremitätengicht), bo cechuje się nie tylko zajęciem stawów wraz z ich otoczeniem, ale cierpią tu i inne części kończyn, skóra, mięśnie, kości, a stawy tylko najwybitniej bywają zajęte; ulegają też cierpieniu najbardziej obwodowe części głowy jak nos (acne rosacea) i małżowina uszna.

Pierwotna dna stawowa jest par excellence chorobą przewlekłą, a tylko cechującym ją „napadom dnowym“ (Gichtanfall) właściwym jest przebieg ostry.

Objawy przy tej postaci dzieli autor na 3 grupy:

a) Objawy usposobienia dnowego (Symptome der Gichtischen Anlage),

b) Typowy napad dnowy (typischer Gichtanfall oder Gichtparoxysmus) i

c) Objawy międzynaładowe (interwalläre gichtische Symptomen).

Każdy napad dnowy poprzedzany bywa zwykle przez szereg mniej lub więcej wyraźnych objawów, nasilenie których stoi w prostym stosunku do częstości i nasilenia napadów. Objawy te przed pojawieniem się pierwszego napadu świadczą o usposobieniu dnowym. Często, gdy chory przy czynnem, ruchliwym życiu zachowuje rozsądną dyktę, gdy przytem usposobienie dnowe nie jest wybitnem, nie przychodzi do napadów i przez całe życie u takiego chorego dna przejawia się pod postacią jedynie tych objawów. Rzadko jednak tak bywa, a najczęściej prędzej czy później zjawia się napad dnowy, jako najcharakterystyczniejsza cecha omawianej postaci. Niżej powiemy o objawach pierwszej i trzeciej kategorii, teraz przypomnijmy sobie na czem polega napad dnowy. Jest to aseptycznie przebiegające zapalenie stawu, najczęściej jednego tylko, bardzo podobne do róży: znaczny ból w chorem miejscu, czerwonosć do syć ograniczona, obrzęk z silnem napięciem skóry, która potem się łuszczy. Do zropienia nigdy tu nie przychodzi. W kilka dni do tygodnia po nasileniach i zwolnieniach objawów zapalnych często staw przychodzi do zupełnie normalnego stanu. Zapaleniu ulegają nietylko części składowe stawu, ale i otoczenie. Napad poprzedzają zwykle objawy wstępne, czasem jednak zjawia on się raptownie i to w nocy podczas snu chorego, który budzi się naraz z gwałtownym bólem w stawie wielkiego palca nogi. Za prawidło przyjąć można, że najpierw ulegają zapaleniu stawy najbardziej obwodowe, a zatem najczęściej stawy wielkiego palca nogi i stawy stopy; potem dopiero idą stawy ręki; rzadziej pierwotnie nagabnięte są stawy kolanowe i łokciowe; a najrzadziej międzykręgowy. Napady zwykle zjawiają, a potem powtarzają się w końcu jesieni i w początku wiosny. W przebiegu dny mogą kolejno lub równocześnie ulegać zapaleniu najróżnorodniejsze stawy ciała. W czasie napadu objawy zwiastunowe i międzynaładowe wzmagają się lub słabną. Wcześniej czy później po mniejszej lub większej liczbie napadów u niektórych chorych przychodzi do wytworzenia się t. zw. „guzów dnawych“ (tophi arthrici) Czasem już po pierwszym napadzie spotykamy się z niemi.

Po odkryciu kwasu moczowego przez Scheele'go w roku 1776, Tennant, Pearson, Foureroy i Wollaston pierwsi wykazali, że złogi krystaliczne w „guzach dnawych“ stawów i skóry przeważnie składają się z moczanu sodowego; a Garrod podjął myśl Forbes'a, Wollaston'a i Parkinson'a, że najbliższą przyczyną dny jest kwas moczowy, i na tem oparł swoją teorię o istocie tej choroby. Garrod utrzymywał, że „mamy tu do czynienia z nadmiernem wytwarzaniem się kwasu moczowego, a względnie jego połączeń; wobec

upośledzonego wydzielania ich przez nerki powstaje przesyce-  
nie niemi krwi, wskutek czego moczan sodowy osiada w po-  
staci kryształków na zdrowych błonach maziowych, chrząstkach  
stawów i ścięgnach (tendinous structures), a drażniąc je, jako  
ciało obce, wywołuje w nich zapalenie. Bez osadów krystal-  
icznego moczanu zapalenie dnowe jest zgoła niemożliwe.“

Z teoryją Garroda nie licują następujące dane. Ebstein  
już w roku 1882 („Die Natur und Behandlung der Gicht“)   
badając tkanki i organy, w których przy dnie powstają złogi  
krystalicznego moczanu sodowego, zauważył, że w miejscach ze  
złogami tkanka jest zupełnie obumarłą przy-  
czem miejsca nekrotyczne zawsze dalej się  
rozciągają jak złogi moczanowe, a nigdy  
odwrotnie. Prócz tych miejsc ze złogami, którym autor  
daje miano „typowych ognisk dnowych,“ napotykał miejsca  
dopiero obumierające (necrotisirende) i w nich nigdy  
złogów moczanów nie spotykał. Naokoło miejsc z tkanką obu-  
marłą i dopiero obumierającą tkanka była w stanie zapalenia  
(reaktywnego), które nigdy nie było ropnem i nigdy w miej-  
scach mu uległych nie widział autor złogów moczanowych.

Zmiany powyższe w trzech wymienionych postaciach uda-  
ło się Ebsteinowi wywołać doświadczalnie. Podwiązawszy moc-  
zowody u kury — której mocz jak i wogóle u ptaków składa  
się prawie z samego kwasu moczowego, po pewnym czasie  
znajdywał autor w sercu, wątrobie i innych organach tej kury  
zmiany zupełnie identyczne z wyżej wymienionemi, napotyka-  
nemi u podagryków. „Typowe ogniska dnowe“ t. j. ze złogami  
moczanu sodowego występowały w nerkach dopiero wtedy, jeśli  
tkanka ich została uprzednio silnie uszkodzoną. Takie uszko-  
dzenie wydzielającej tkanki nerek wywoływał autor wstrzyku-  
jąc kurze podskórnie jakąkolwiek sól kwasu chromowego, która  
wydalana przez nerki zabójczo działała na ich tkanki. Rozu-  
mie się, iż wyników doświadczeń z ptakami nie jesteśmy upraw-  
nieni bez zastrzeżeń odnosić do zwierząt ssących, a względnie  
do człowieka, którego nerki może nie są tak odporne na dzia-  
łanie kwasu moczowego jak nerki kurze. W każdym razie wi-  
dzimy, iż przez zatrzymanie moczu ptaków można wywołać po-  
wyższe zmiany. Aby dowieść, że sam kwas moczowy, a nie  
mocznik lub kreatynina odgrywały tu czynną rolę, Ebstein  
wstrzykiwał do tkanek żywych zwierząt osobno rozczyń che-  
micznie czystego mocznika, kreatyniny i kwasu moczowego.  
Przy pierwszych dwóch był zawsze wynik ujemny, a gdy zro-  
bił wstrzykiwanie miąższowe kwasu moczowego np. do rogów-  
ki królika, to zawsze powstawało zapalenie jej z zejściem w bli-  
znę (leukoma). Przy tem doświadczeniu nigdy nie było zapa-  
lenia ropnego, ani też złogów krystalicznych, bo też tkanka nie  
ulegała tu obumarciu. Że kwas moczowy działa chemicznie,  
a nie mechanicznie (jak twierdzi Garrod), to wypada z do-  
świadczenia nad rogówką królika. Najwybitniej występowało  
w niej zapalenie po wstrzyknięciu rozpuszczonego (w fosfora-  
nie sodowym) kw. moczowego; gdy tymczasem nasilenie jego

mniejsze było, gdy wstrzykiwano wodę z zawieszonymi w niej stałymi cząsteczkami (kryształkami) tego kwasu. Wywoływały one zapalenie rogówki o tyle, o ile rozpuszczały się w alkalicznej limfie.

Tak więc kwas moczowy i jego połączenia z sodem w stanie płynnym, w pewnej koncentracji, stykając się z tkankami organizmu zwierzęcego, działa na nie jako jad chemiczny. Ale stanowczo błędem jest twierdzenie Garroda, iż kwas moczowy i jego sole osiadając w postaci kryształków wśród tkanek zdrowych drażnią je jako ciała obce i przez to wywołują w nich zapalenie. Zarówno błędem jest jego twierdzenie, że najłżejszy napad dnowy musi mieć za podstawę złogi moczanów. Albowiem ciężkie nawet zapalenia dnowe skóry rzadko tylko łączą się ze złoгами, bo też i rzadko przychodzi tu do nekrozy, *conditio sine qua non* powstawania tych ostatnich. Atoli przy znacznej koncentracji kw. moczowego rozpuszczonego w sokach może powstać odrazu nekroza ze złoгами, bez uprzedniego zapalenia. Tak możemy sobie wytłomaczyć bezbolesne powstawanie niektórych guzów dnowych (*tophi*). Dalej zapalenia dnowe mogą przy pewnych warunkach ulegać zupełnemu rozdzieleniu. Wreszcie spotykamy się przy dnie z zaburzeniami czysto czynnościowymi, mającemi za podstawę np. przekrwienie. Tu należy cały szereg cierpień skóry. Często trudno bardzo jest wynaleźć ich przyczynę, dopiero ztąd widzimy związek ich przyczynowy z dną, iż spotykane u podagryków stoją w zamiennem zastępstwie z napadami dnowymi, przyczem nasilenie ich jest w prostym stosunku do siły tych napadów.

Przed ostatecznem podaniem swojej teorii, Ebstein w dalszym ciągu (w charakterze przypomnienia) kreśli nam obraz dny.

Przy pierwotnej dnie stawowej na pewien czas przed napadami, nieraz bardzo wczesnie, bo przez miesiące i lata całe przedtem, doznaje chory pewnych przykrych przypadłości ze strony kości, stawów, mięśni, jako to: czułość lub ból na dotyk okostnej kości goleniowych, mostka, żeber i innych; bóle mięśniowe w kończynach dolnych i górnych; kurcze w łydkach; często powracające się bóle w lędźwiach; bóle w mięśniach okoruchowych; uczucie silnego znużenia, powstające bez dostatecznych powodów. Wszystko to są objawy wstępne — objawy t. zw. usposobienia dnowego, jeśli zaś spotykamy się z niemi między napadami, to nadajemy im miano objawów międzynaopadowych.

Cierpienia dnowe trzewiów (*arthritis visceralis*) częściej nagabują błonę śluzową żołądka niż dróg oddechowych. Niestrawność u podagryków może mieć różne znaczenie. Często jest ona poprostu następstwem błędów dyjetetycznych, popełnianych nazbyt nie rzadko, jak wiadomo, przez takich chorych. Niektórzy badacze, jak Todd, Murchison, Chareot uważali dnę za następstwo zaburzeń czynności żołądka, dwunastnicy i wątroby. Nie można zaprzeczyć pewnego wpływu w tym względzie ze strony tych organów, ale istota rzeczy jest dotąd jeszcze niewyjaśnioną.



Cierpienia układu nerwowego podagryków już od czasów Cullena (1712 — 1790 r.) uważane były jako pierwotnie pojawiające się przy dnie. Lancereaux uważa dnę za zaburzenie czynności nerwów odżywczych; również i Duckworth patrzy na nią jako na nerwicę odżywczą (trophoneurosis). Są to tylko hipotezy, których dla braku dowodów przyjąć nie można. Zaburzenia w układzie nerwowym na tle dny są dwojakie: ze zmianami anatomicznymi, dającymi się wykazać przy badaniu pośmiertnym i t. zw. czynnościowe, bez tych ostatnich (nerwice) ogólne i obwodowe. Pierwsze z tych ostatnich bywają zwykle następce wskutek choroby serca i naczyń, ale i tu często spotykamy złogi moczanów krystalicznych w tkance nerwowej, które to zmiany, naturalnie, muszą stać w związku przyczynowym z zaburzeniami bylemi za życia <sup>1)</sup>. Zaburzenia czynnościowe na tle dny zjawiają się w postaci nerwobólów, oraz najróżnorodniejszych przypadłości hypochondrycznych i neurastenicznych. Wielu z neurasteników podług autora są to chorzy na dnę, u których przyczyna nerwicy przedziej czy później na jaw wychodzi.

W trzecim rzędzie stoją cierpienia organów moczowych. Prócz przypadkowo się zdarzających tu nieżytych dróg moczowych, występują też różnorodne zaburzenia czynności nerek. Te ostatnie ważne są i z etjologicznego punktu. Tak np. Garrod i niektórzy inni badacze utrzymują, iż wskutek wzruszeń moralnych lub silnych wpływów urazowych powstaje czasowa niedomoga nerek we względzie wydzielania kwasu moczowego, który i tak u podagryków wytwarza się w nadmiarze, i w ten sposób powstaje napad dnowy. Do ostatniego momentu sam Garrod nie przywiązywał wielkiej wagi, bo już sam napotykał zwiększanie się ilości moczanów u ludzi nie chorych na dnę. Co do pierwszego — to wywody Garroda nie mogą być uwzględniane, ponieważ oznaczanie ilości kwasu moczowego zapomocą kwasu octowego i solnego, jak to czynił Garrod, daje błędne, a nawet wręcz przeciwne wyniki t. j. wykazuje zwiększenie tam, gdzie rzecz ma się odwrotnie. Gdybyśmy nawet z Garrodem się zgodzili na to, że podczas napadu dnowego nerki wydzielają kwas moczowy w mniejszej ilości, to, rozumie się, chodziło by tu tylko o czynnościowe (funkcyjnalne) zaburzenie w tym kierunku — tymczasem nie jest wcale dowiedzionem, aby nerki miały utracić na czas pewien zdolność wydzielania właśnie tego kwasu.

Co do zaburzeń z postawą anatomiczną, to nie koniecznie nerki muszą im ulegać przy dnie. Nawet po 10 — 20 latach tej choroby Fauconneau, Dufresne i Bramson znajdowali przy

<sup>1)</sup> Dzieje się tu podobnie jak i z nerwicami na innym tle powstałymi, iż z powodu dotychczasowej niedokładności naszych sposobów badania nie możemy wykazać istoty rzeczy. Z udoskonaleniem się tych sposobów w wielu z dzisiejszych „nerwic“ znajdzie się ściśle oznaczony podkład anatomiczny. (Przyp. sprawozd.).

sekcji względnie zdrowe nerki. Rzadkość zajęcia nerek, z jaką się spotykamy na stole sekcyjnym u podagryków, tłumaczy się tem, że tacy chorzy rzadko umierają przed wtórorzędnem zajęciem nerek. Przy pierwotnej dnie stawowej nerki cierpią wtórorzędnie dopiero, gdy zachorują naczynia i serce. Ale nerki i pierwotnie mogą uleść dnie, co stanowi drugą postać dny Ebsteina: pierwotną dnę nerkową. Prócz wielu innych ciężkich zaburzeń w odżywianiu, mamy przy tej postaci mniej lub więcej znaczny zastój nie tylko kwasu moczowego, ale i innych produktów przemiany materji, wszystkie one w mniejszej ilości wydzielane są tu przez nerki.

Śmierć szybciej tu następuje niż przy pierwotnej dnie stawowej, tak, iż często żadnych zmian nie mamy w stawach, gdy w nerkach spotykamy złogi moczanów krystalicznych. W organach tych, podobnie jak i w innych tkankach organizmu, do złogów moczanowych przychodzi dopiero wtedy, gdy tkanka ulegnie obumarciu. Często więc nie ma tych złogów i wtedy natura dnowa zmian w nerkach może być wyjaśnioną dopiero przez znalezienie typowych ognisk dnowych (t. j. ze złogami) w innych częściach ciała. A gdy i tych brak, to za sprawdzian (kryterjum) anatomowi służy jedynie przebieg kliniczny.

Jak objaśnia Ebstein istotę dny i objawy pierwotnej dny stawowej?

Otóż podług niego ma tu miejsce zastój miejscowy soków zawierających kwas moczowy — w częściach ciała najbardziej obwodowych (Extremiteten in Worte eigenster Bedeutung), a zatem nie tylko w stawach ale i w innych częściach kończyn. Dopiero po zajęciu nerek występuje ogólny zastój kwasu moczowego; nie samego jednak — jak mniema Garrod, ale wraz z innymi nieużytecznymi produktami przeróbki materji (Auswürflinge). Chodzi tu o miejscowy zastój tego kwasu moczowego, który wytworzył się w mięśniach i kościach kończyn, a względnie szpiku ich kości. Chrząstki i więzy stawowe odgrywają przy tem więcej bierną rolę, czyli że służą za drogi dla krążenia soków.

Przypuszczenie, iż kwas moczowy przy dnie wytwarza się w mięśniach i szpiku kostnym ma wcale nie chwiewną podstawę chemiczną. Jak wiadomo ciała ksantynowe (Xantinkörper), do których i kwas moczowy należy, są najważniejszymi produktami przeróbki materji w mięśniach i szpiku kostnym; a z drugiej strony Neukomm w roku 1860 wykazał obecność kwasu moczowego w chorych mięśniach.

Przynajmniej miejscowego zastój soków bywają różnorodne, a możnaby je zebrać w następujące grupy:

a) Zmiana stosunków anatomicznych: zniekształcenie stawów przez gościec, przyczyny urazowe, syfilis i t. p.

b) Zmiana własności chemiczno-fizycznych samychże soków: np. zgęszczenie; tu należy też

stopień alkaliczności ich, która, jak wiadomo, przy dnie się zmniejsza.

c) Wszystko, co utrudnia, opóźnia lub znosi krążenie soków w najdrobniejszych naczynkach: urazy, cierpienia stawów, dłuższe leżenie w łóżku, bezczynność kończyn wskutek ich porażen i t. p.

Zastój taki może nastąpić w każdym miejscu ciała, a, rozumie się, najłatwiej tam, gdzie najczęściej występują przeszkody w krążeniu soków. Tem się tłumaczy fakt, iż najpierw ulegają cierpieniu stawy wielkiego palca u nogi i stawy stopy, wogóle kończyn dolnych<sup>1)</sup>, które częściej narażane bywają na wpływy szkodliwe, niż kończyny górne. W stawach więc tych ostatnich później występują zbroczenia, a dopiero po nich sprawa chorobowa ogarnia koniec nosa (acne rosacea) i małżowinę uszną.

Jak krąży kwas moczowy po wytworzeniu się w kościach i mięśniach? Rozumie się, że drogami limfatycznymi, a więc ze szpiku kostnego przez chrząstki i więzy stawów; z mięśni również drogami limfatycznymi będącymi w związku z pierwszymi dochodzi kwas moczowy do naczyń limfatycznych powierzchownych i głębokich, z tych dostaje się do krwi i, o ile nie uległ rozłożeniu, tutaj, wydziela się przez nerki. Otóż krążąc w skórze mięśniach i kościach, przy zwolnieniu prądu soków wywołuje on objawy usposobienia dnowego, a względnie objawy międzynaładowe, gdy zaś nastąpi z zupełny zastój soków, to mamy napad dnowy.

Dla czego przychodzi do złogów krystalicznego moczanu sodowego? We krwi krąży tylko obojętny moczan sodowy, gdy tymczasem złogowe kryształki składają się wyłącznie z kwaśnej soli, która trudniej się rozpuszcza niż obojętna. Atoli wobec faktu, iż obumarłe tkanki oddziaływują kwaśno, nie będzie nieprawdziwem przypuszczenie, że w tkankach tych na miejscu przychodzi do przemiany obojętnego moczanu sodowego na kwaśny i ten w postaci krystalicznej osiada. Ustanie napadu ma miejsce wtedy, gdy przeszkoda w krążeniu ustąpi, lub gdy po wykrystalizowaniu kwas moczowy przestaje działać szkodliwie, a nie, jak twierdzi Garrod—zaczyna dopiero.

Zastaje w kanalikach sokowych i wogóle drogach krążenia soków obejmują coraz większe obszary, wskutek czego z biegiem czasu u chorego na dnę pojawiają się zapalenia naczyń limfatycznych, krwionośnych i śródśierdza (phlebectasiae, arterio-sclerosis, endocarditis).

W narządzie oddechowym spotykamy się z zapaleniem oskrzeli i rozedmą płucną na tle dny. Do tej ostat-

<sup>1)</sup> Również i największa odległość wielkiego palca nogi od serca nawet u zdrowego warunkuje uposłedzenie tu krążenia soków.

(Przyp. sprawozdawcy).

niej kwas moczowy usposabia płuca przez upośledzenie odżywiania tkanki płucnej.

Wiadomo wreszcie że dna, otyłość, kamica (lithyasis), cukromocz i glikozuryja często łączą się ze sobą, przez co obraz dny może się bardzo wikłać i zaciemniać. Na czem wzajemny stosunek do siebie tych chorób polega, jeszcze nie wiemy.

Dna, podobnie innym zbożeniom w odżywianiu bywa dziedziczną. Nie idzie jednak za tem, aby każdy potomek rodziny chorych na dnę musiał jej uleść. Często dnę zamienia kamica (lithyasis) lub inna z pokrewnych chorób. Wybuch choroby w postaci napadu dnowego często wywołany bywa bezczynnym życiem przy obfitem pożywieniu. Ale tylko przy uspośobieniu dnem działanie tych momentów wchodzi w grę. Z drugiej znów strony często życie czynne i umiarkowane wobec obciążenia dziedzicznego nie jest wstanie zabobiedz wybuchowi choroby. Dna częściej nagabuje bogatych niż biednych. U ostatnich często mamy do czynienia z przewlekłym otruciem ołowiem, które, zdaniem Ebsteina, usposabia do dny.

Co do wpływu płci, to Sée trzyma się dotychczas poglądu wyrażonego w aforyzmie Hippokratesa: „Mulier non laborat podagra nisi menses ipsi defecerint.“ Autor uważa za właściwszy aforyzm tegoż, że: „Puer non laborat podagra ante veneris usum.“ Są jednak wyjątki, jak o tem świadczy przypadek Rosenstein'a (10-letni chłopiec), albo Gairdner'a (młoda dziewczynka, u której były typowe napady dny)

Typowe napady dnowe występują zwykle między 35 — 40 rokiem życia. Ale zdarzają się i wcześniej.

Często pojedynczy napad bywa brany za tendovaginitis lub za zapalenie stawu urazowe, ale powtarzanie się napadu, a wreszcie zjawienie się charakterystycznych guzów (tophi) rozstrzyga stanowczo wątpliwość.

Rokowanie jest najcięższem wobec pierwotnej dny nerkowej, śmierć szybko tu następuje, często nawet przed zjawieniem się ogólnych objawów. Tymczasem pierwotna dna stawowa ciągnie się nieraz do późnej starości.

Koniec swej pracy poświęca autor podaniu leczenia dny.

Uregulowanie dyjety ma największe znaczenie w leczeniu zapobiegawczem, jako i traktowaniu dny już zdeklarowanej. Autor nie radzi w tym względzie brać za dyrektywę własnego doświadczenia chorego w tym kierunku, jak to czyni Temple i inni. Przeciwnie, mając na uwadze, iż podagrykom ufać nie można, bo przyzwyczajeni są do wybryków dyjetetycznych — Ebstein radzi naznaczyć im ścisłą dyjetę co do ilości i jakości. Ogólne prawidła żywienia się chorych na dnę są mniej więcej te same co i przy leczeniu otyłości jego sposobem <sup>1)</sup>, zatem: ograniczenie użycia węglowodanów i obfitego użycia płynów (wody); zato, wbrew innym autorom, pozwała Ebstein swym chorym umiarkowane użycie tłuszczów. Alkohol uważa stanowczo za szkodliwy i tylko w razie upadku

<sup>1)</sup> Porównaj: Ebstein, Fettleibigkeit. Wiesbaden. 1886. 7. Auflage.

sił podaje go chorym. Szczegóły co do diety, mieszkania, ubrania i t. p. obszerniej wyłożył autor w swem dziełku p. t. „Das Regimen bei der Gicht,“ Wiesbaden. 1885.

Dla ułatwienia krążenia soków organizmu powinien chory używać dużo ruchu, oraz poddać się różnorodnym rękoczynom sprzyjającym temu (masaż).

W celu zwiększenia obniżonej alkaliczności krwi dobre jest umiarkowane użycie wód alkalicznych, a także alkaliów zawartych w owocach (kuracja czereśniami i poziomkami). Wogóle leczenie kąpielami i mineralnymi wodami nie małej jest wagi. Kąpiele zalecają się w najróżnorodniejszej postaci stosownie do stadyum i powikłań choroby. Najczęściej łączymy je z piciem ciepłym, szczególnie czysto sodowych, alkaliczno-solankowych, albo też słabych solanek.

Leczenie klimatyczne, jakkolwiek nie ma bezpośredniego wpływu na sprawę chorobową, to jednak daje dobre wyniki wtedy, gdy podagryk zaczyna być mniej odpornym na różne wpływy chorobowe.

Tak zwanych „specyfików“ przeciw dnie nie ma, i przypuszczanie istnienia takowych uważa autor wprost za śmieszne. Nie posiadamy też niezawodnego środka do leczenia napadu dnowego. Pewną nieco zasłużoną sławą w tym względzie cieszy się Colchicum i od niedawna zalecany Salicylan sodowy (8—10 grm. pro die), chociaż i one często zawodzą. Przy odpowiedniej diecie nie osłabiającej chorego zaleca autor leczenie objawowe napadu. Chory przytem nie powinien być skazany na długotrwały spokój mięśniowy, ale przeciwnie o ile można jak najprędzej powinny być stosowane ruchy czynne i bierne, oraz manipulacje ułatwiające krążenie soków w chorej części ciała.

W. Świątecki.

487. O. GYURKOVECHKY. **Przezyuki do terapeutycznego stosowania tlenu.** (Wien. Med. Presse, N. 25. 20. 1889).

Podług spostrzeżeń autora następujące są wskazania do użycia tlenu jako środka leczniczego: 1) We wszystkich ostrych lub przewlekłych przypadkach przepełnienia krwi kwasem węglanem t. j. przy otruciu tlenkiem węgla i przy chorobach większych lub mniejszych części organów oddychania, 2) w celu pobudzenia przemiany materii we wszystkich osłabieniach organizmu, przy anemii, leukemii i bladaczce, przy upośledzonym trawieniu, powolnej rekonwalescencji i przy osłabiających chorobach nerwowych. 3) Empirycznie zaleca się wdechanie tlenu przy cukromoczu, migrenie, bezsenności i niemocy płciowej. Działanie tlenu w tych przypadkach objaśnić można pobudzającym wpływem tegoż na przemianę materii. We wszystkich przypadkach należy używać czystego gazu bez wszelkich przymieszek; ilość tlenu zależy od sił organizmu, od wieku i choroby. Przy chorobach płuc ilość tlenu wdechane powinna być większą, niż przy bezkrwistości i osłabieniu. Starzy ludzie znoszą mniej tlenu, niż młodzi, a im więcej chory jest osłabiony, tem mniej tlenu znosi. W tych razach zaczyna się od jednorazowego wdechania 10-ciu litrów, stopniowo zwiększając

dawkę. U anemicznych rzadko przechodził autor ilość 20 litrów na dzień, w jednym zaś przypadku bronchiektazyi doszedł do 90 litrów dziennie w 6 razach. Najwłaściwiej wdechać tlen przed śniadaniem rano, lub też wogóle przed jedzeniem, ponieważ krew zwierząt na czezo wchłania więcej tlenu, a przytem wdechaniem tlenu pobu-za apetyt. Wdechania tlenu bywają łatwo znoszone i nie wywierają żadnego szkodliwego działania. Jako przeciwwskazanie uważa autor tylko: krwioplucie i tętniaki, znajdujące się w pobliżu serca. *M. Hopfenblum.*

488. Prof. LEWASZEW. **O terapeutycznym znaczeniu sparteiny sulfurici.** (*Zeit. für. Klin. Med. T. XVI. Z. I i II*).

Wyniki badań autora nad działaniem sparteiny przy chorobach układu krążenia są następujące: 1) Siarczany sparteiny wzmacnia i reguluje osłabioną i arytmiczną czynność serca; tętno przyspieszone staje się wolniejszym. 2) Powyższe działanie sparteiny wpływa jednocześnie na zwiększenie ciśnienia tętniczego, zmniejsza i usuwa objawy zastoiny krwi, zwiększa wydzielinę moczu, usuwa obrzęki i zwalnia ruchy oddechowe. 3) Sparteina jednak nie działa bezpośrednio moczo- pędnie t. j. na nabłonek nerkowy. 4) Co się tyczy siły działania sparteiny stoi ona niżej niż naparstnica, adonis i strophantus. 5) Słabe działanie sparteiny objawia się nietylko nieznaczną poprawą krążenia i innych czynności organizmu, lecz zupełną nieskutecznością przy znacznie posuniętych cierpieniach serca. 6) Wskutek tego można stosować sparteinę tylko w przypadkach świeżej choroby serca bez znacznych zaburzeń w kompensacji. 7) Działanie sparteiny występuje prędko po jej użyciu, niekiedy już po 15 minutach. 8) Pożytecznym środkiem bywa przy nagle występującem osłabieniu serca w przebiegu chorób zakaźnych i t. p. 9) Najmniejsza dawka sparteiny wynosi 0,05 pro die; najskuteczniejsze są dawki 0,1—0,3 pro die, w 3—4 dawkach. 10) Sparteina wywołuje niekiedy objawy podrażnienia błony śluzowej przewodu pokarmowego, jak: rozwolnienie, mdłości i wymioty. *M. Hopfenblum.*

489. A. D. PAWŁOWSKIJ. **Przyczynę do nauki o etyologii, sposobie powstawania i postaciach ostrego zapalenia otrzewnej.** (*Virchow's Archiv. T. 117. Z. 3. str. 469—531*).

Wyniki prac niniejszej, wykonanej w pracowni Rosenbach'a, ogłosił już raz autor w r. 1887 w formie doniesienia tymczasowego, pomieszczonego w 48 Nr. „Centralblatt für Chirurgie“; do niego też stosują się zarzuty Gravitza, z którymi w krótkości zapoznaliśmy czytelnika (p. ref. na str. 459 Kroniki z r. 1889). Ze względu jednak, iż praca obecna rzuca nowe i szerokie światło na tak ważną i dotychczas nierozstrzygniętą kwestyję, postaramy się z nią zapoznać czytelnika, pomimo iż w pracy tej nowsze badania o zapaleniu otrzewnej uwzględnienia nie znalazły.

W celu zbadania wpływu rozmaitych czynników na otrzewną, autor postępował w ten sposób, że, przeprowadziwszy w ścianach brzusznych cięcie, dochodzące do warstwy mięśniowej, nosił takową za pomocą ostrych haczyków i na szczycie

utworzonego w ten sposób wzniesienia wkłówał tępy trójkąt. Po wyjęciu sztyletu wprowadzał w pochwę trójkąta igłę strzykawką i tą drogą wstrzykiwał odpowiednie płyny do jamy otrzewnej. Wszystkie doświadczenia odbywały się z przestrzeganiem wszelkich zasad antyseptyki. Doświadczeń wykonał autor 110, rozpadają się one na 4 seryje: 1) wpływ na otrzewną substancyj chemicznych, 2) wpływ pasorzytów, 3) wpływ zawartości kiszek cienkich, 4) wpływ pasorzytów w połączeniu z substancjami chemicznymi.

I. Z pośród czynników chemicznych wybrał autor olejek krotonowy, trypsynę oraz wytwory przemiany życiowej gronkowca złocistego (*staphylococcus aureus*) i paciorkowca róży (*streptococcus erysipelatis*).

Olejek krotonowy w ilości  $\frac{1}{10}$ —6 kropeł wstrzykiwał autor psom i królikom w postaci emulsji i przy użyciu większych dawek otrzymywał zapalenie otrzewnej krwotoczne z krwawym wysiękiem. Mniejsze ilości ( $\frac{1}{10}$  kropli) pozostawały bez szkody dla zwierzęcia. Pasorzytów autor w żadnym razie nie znalazł.

Przekonawszy się, że trypsyna użyta do doświadczeń nie zawiera pasorzytów, że traci swe własności trawiące po zagotowaniu i że nie tamuje wzrostu pasorzytów, autor wstrzykiwał królikom niewyjąłowioną trypsynę w wodzie. Okazało się, że ferment ten w ilości 0,1—0,5 rozpuszczony w 7—15 k. cent. wody powoduje krwotoczne zapalenie otrzewnej i śmierć w ciągu 4—24 godzin. Pasorzytów w jamie otrzewnej przytem niema. 0,05 trypsyny pozostaje bez szkody dla zwierzęcia.

W celu otrzymania ptomain przypuszczał autor 1) hodowle buljonowe pasorzytów przez filtr Pasteur'a lub Chamberland'a i, przekonawszy się, że płyn otrzymany po przedczeniu nie zawiera pasorzytów, wprowadzał go do jamy otrzewnej świnek morskich w ilości 15—30 k. cent. Płyn otrzymany z paciorkowca róży zwierzęta znosiły dobrze, płyn zaś z gronkowca złocistego wywoływał zawsze śmierć po 24 godzinach wskutek krwotocznego zapalenia otrzewnej bez śladu ropy.

Z powyższego autor wyprowadza wniosek, że wstrzykiwanie do jamy otrzewnej substancyj chemicznych zapalenia ropnego tej błony nie powoduje, ponieważ przytem autor przekonał się, że wstrzykiwanie pod skórę produktów życiowych pasorzytów ropnych, wbrew Grawitz'owi, ropienia nie powoduje stawia zatem wniosek ogólniejszej natury: że bez pasorzytów niema ropienia.

II. Szereg doświadczeń z pasorzytami ropotwórczymi autor poprzedza szeregiem badań nad mało znanym wpływem pasorzytów niechorobotwórczych na otrzewną. W tym celu postąpił się autor żółtym czworniakiem (*sarcina*) oraz pasorzytem, który wyhodował z ropy zebranej w nieczystym naczyniu, a który miał wszystkie cechy gronkowca złocistego, jednakowoż żelatyny nie rozpuszczał. Bliższe badanie wykazało zupełną jego nieszkodliwość tak dla innych tkanek, jak i dla otrzewnej. To samo tyczyło się i czworniaka.

<sup>1)</sup> W pracowni Pasteur'a.

Z pasorzytów ropotwórczych autor wybrał, jako najzłośliwszego, gronkowca złocistego. Z doświadczeń autora wynika, że pasorzyt ten nietylko w dużych ilościach działa ropotwórczo (Grawitz), lecz że nawet bardzo małe ilości takowego powodu ją śmierć zwierzęcia wskutek ropnego zapalenia otrzewnej. Skoro autor ilość czystej hodowli pasorzytów, mieszczącą się w uszku igły platynowej (Platinöhse), zawiesił w wodzie, następnie płyn ten precedził i z niego wstrzyknął do jamy otrzewnej 2 uszka w ten sposób rozcieńczonej hodowli zawieszono w 10 k. cent. wody, to zapalenia otrzewnej nie otrzymał; podwójna zaś ilość czystej hodowli już sprowadzała śmierć. Im więcej pasorzytów wprowadzano do jamy otrzewnej, tem szybciej umierało zwierzę i tem mniej było czasu do zupełnego rozwinięcia się sprawy ropnej. W tych przypadkach, gdzie śmierć następowała po kilku lub kilkunastu godzinach, wysięk miał cechy włóknikowo-krwotoczne i zawierał znaczną ilość ciałek ropnych i czystą, rzec można, hodowlę wstrzykniętych pasorzytów, albo też cechy wysięku były włóknikowo-nieżytowe, przyczem płyn był mętny i zawierał ogromną ilość ciałek ropnych. Nazwę „peritonitis catarrhalis“ autor nie uważa za trafną i radzi ją zastąpić nazwą: „peritonitis purulenta incipiens“ ze względu na to, iż zmiany powyższe stanowią pierwszy okres ostrego zapalenia ropnego. I rzeczywiście, we wszystkich doświadczeniach z pasorzytami, gdzie zwierzę dłużej pozostawało przy życiu, ropny charakter sprawy stawał się bardzo wydatnym.

Autor zwraca uwagę, że u niektórych zwierząt zmarłych pierwszego dnia nie znalazł żadnych większych zmian anatomicznych, prócz lekkiego przekrwienia otrzewnej. Przy dokładniejszym jednak badaniu zauważył w jamie otrzewnej oraz na kiszkiach lepki, śluzowy płyn, składający się wyłącznie z gronkowców; te same pasorzyty znajdowały się w przestrzeniach limfatycznych i w tkance błony surowiczej. Słowem mamy tu do czynienia z t. zw. peritonitis mycotica, ze sprawą więc bardzo mało znaną. Autor przypuszcza, że postać ta zapalenia otrzewnej prawdopodobnie jest przyczyną szybko następującej śmierci po laparotomijach, przedziurawieniach kiszki, gdzie wydatnych zmian otrzewnej nie udaje się znaleźć, a gdzie śmierć objaśniamy sobie często wstrząsem (shok).

Na zasadzie tych doświadczeń przychodzi autor do wniosku, że gronkowiec złocisty, wbrew Grawitzowi już w nieznacznej ilości wywołuje u królików śmiertelne zapalenie otrzewnej, a im dłużej zwierzę żyje, tem wyraźniejszym się staje ropny charakter tego zapalenia.

Podobne do powyższych doświadczenia autor przeprowadził z lasecznikiem niebieskiej ropy (bacillus pyocyanens) i przekonał się, że pasorzyt ten w jamie otrzewnej już w małej ilości powoduje zapalenie, które przy dłuższym życiu zwierzęcia przybiera cechy ropne; na zasadzie cech jego autor zalicza go do grupy pasorzytów ropotwórczych, co dotychczas było rzeczą wątpliwą.

III. Pragnąc z kolei przekonać się o znaczeniu zawartości



kiszek przy zapaleniu otrzewnej, powstającym po przedziurawieniu kiszek, wstrzykiwał autor królikom do jamy otrzewnej świeży sok kiszkowy, wydobyty z kiszek cienkiej umyślnie w tym celu za bitygo królika. Śmierć nastąpiła po 1—2 dniach wskutek ropnego zapalenia otrzewnej, przyczem w wysięku znaleziono mnóstwo krótkich laseczników. Świeży sok kiszkowy filtrowany przez bibułę lub gazę sterylizowaną, albo też sterylizowany przez 8 dni sposobem Tyndal'a okazał się dla królików nieszkodliwym. Z tego autor wnosi, że czynnikiem wywołującym tu zapalenie nie są substancyje chemiczne kanału kiszkowego, lecz pasorzyty w nim przebywające (przy filtrowaniu, co prawda, pasorzyty przechodzą, ale w tak w nieznacznej ilości, że nie pociągają za sobą złych następstw, gdyż z płynu łatwiej zostają wessane i unicestwione, niż pasorzyty mieszczące się w stałych bryłkach niefiltrowanej zawartości kiszkowej). Należy tylko rozstrzygnąć, które, mianowicie, pasorzyty wywołują zapalenie otrzewnej. Ponieważ autor za każdym razem w doświadczeniach swoich z sokiem kiszkowym znajdował w wysięku swoiste krótkie laseczki z zaokrąglonymi końcami, zwrócił przeto na nie uwagę i wyhodował je na agarze.

Kolonije tego lasecznika szybko się rozwijają na agarze i mają postać tłustych, błyszczących kropeł gęstej śmietanki. Same laseczniki są nieruchome, konce ich są ciemniejsze i mocniej się barwią. Po kilku dniach można widzieć w nich zarodniki, laseczniki układają się wtedy w nitki. Od laseczników posocznicy u królików, do których są podobne, różnią się tem, że posiadają zarodniki, a hodowle ich na żelatynie wytwarzają wzdłuż linii nakłócia pęcherzyki gazu.

Doświadczenia wykonane z tym lasecznikiem, którego autor nazywa „bacillus peritonitidis ex intestinis cuniculi“, dały wyniki, zupełnie podobne do powstałych po wstrzykiwaniu gronkowca. Duże ilości owego pasorzyta wywoływały t. zw. peritonitis mycoticą bez zmian anatomicznych, lub z wysiękiem krwotocznym i wybroczynami na otrzewnej. Im dłużej zwierzę po doświadczeniu żyło, albo też im mniej pasorzytów wstrzyknięto, tem bardziej charakter sprawy od t. zw. peritonitis purulenta incipiens przechodził w peritonitis purulenta.

IV. Ponieważ w praktyce wyłączny wpływ jakiegoś czynnika chorobotwórczego rzadko sam występuje, przeto autor zajął się rozstrzygnięciem kwestyi, czy owa maksymalna ilość pasorzytów, którą organizm bez szkody dla siebie znieść może, zdolna jest wywołać zapalenie otrzewnej, jeżeli jednocześnie na tę ostatnią działa także będzie jakiś słaby czynnik chemiczny inaczej mówiąc, jeśli tkanka jej jednocześnie podlegnie jakiemuś nieznacznemu podrażnieniu. W tym celu, przekonawszy się, że agar-agar sam jest zupełnie nieszkodliwy dla otrzewnej, wstrzyknął autor królikom maksymalne nieszkodliwe ilości gronkowca złocistego w agarze, który był bliskim stężenia. Po 24—36 godzinach zwierzęta zdychały, a przy seceji znaleziono peritonitis acuta fibrinosa haemorrhagica albo purulenta z mnóstwem pasorzytów. Widoczna zatem rzecz, że bryłki agaru drażnią tkanki i pozwalają pasorzytom rozmnażać się do tego stopnia, że

te ostatnie powodują zapalenie otrzewnej. Coś podobnego stać się może, jeżeli po operacjach w jamie otrzewnej zostawieć tam cząsteczki krwi skrzepłej, zniszczone kawalki tkanek, ciała obce, w których łatwo pasorzyty się skrywają.

Podobniez wyniki otrzymał autor, wstrzykując królikom maksymalne nieszkodliwe ilości gronkowca z wraz takiemiż ilościami oleju krotonowego ( $\frac{1}{10}$  kropli) lub trypsiny (0,025—0,05) za każdym razem zwierzę zmarło wskutek zapalenia otrzewnej, które niezem się nie różniło od opisanego przy poprzednich doświadczeniach. Doświadczenia te zatem jasno wykazują, że nieznaczne ilości gronkowca szybciej i łatwiej wywołują zapalenie otrzewnej, która podrażnioną została przez substancyje chemiczne, niż otrzewnej zupełnie zdrowej.

Tak obfity materyjał daje autorowi możność postawienia pewnych wniosków anatomopatologicznych. Z tego punktu widzenia dzieli autor wyniki swoje na 3 następujące grupy:

1) Zapalenie otrzewnej krwotoczne, powstające pod wpływem substancyj chemicznych (ol. krotonowy, trypsina i ptomaina gronkowca). Ani ropy, ani pasorzytów nie można w wytworach jego znaleźć.

2) Zapalenie otrzewnej wskutek zakażenia przez powłoki brzuszne. Tu występują następujące postacie:

a) Peritonitis mycotica. Jestto najwyższy stopień zakażenia, gdzie zmiany anatomiczne nie zdołały się jeszcze rozwinąć.

b) Peritonitis haemorrhagica cechuje się wybroczynami i wysiękiem krwawym z pewną domieszką elementów ropnych oraz mnóstwem pasorzytów. Jestto również objaw silnego zakażenia.

c) Peritonitis fibrinoso-purulenta. Powstaje pod wpływem zakażenia cokolwiek słabszego i stanowi początek zapalenia ropnego, gdyż oprócz włóknika znajdujemy mętny wysięk, składający się z mnóstwa ciałek ropnych, lub też rozsiane ogniska włóknikowo-ropne.

d) Peritonitis purulenta powstaje przy nieznacznej sile zakażenia i w razie dłuższego pozostawienia zwierzęcia przy życiu oraz przy odpowiednich dla pasorzytów warunkach ze strony otrzewnej (podrażnienie chemiczne lub mechaniczne).

3) Peritonitis perforativa występuje pod wpływem substancyj znajdujących się w kiszkiach i może się przedstawiać w tych samych postaciach, w jakich występuje zapalenie otrzewnej, zależne od przyczyn wymienionych pod Nr. 2. Postacie te zależą od jakości i ilości jadu zakażającego. Główną przyczyną peritonitidis perforativae są w doświadczeniach autora pasorzyty, znajdujące się w soku kiszkowym, a u królika specjalnie opisany przez autora „bacillus peritonitidis.”

Do zmian powyżej opisanych przyłączało się często w doświadczeniach autora powiększenie śledziony oraz wysięk w jamie opłucnej. Przyczyną tych zmian jest, zdaniem autora, swoista budowa otrzewnej i opłucnej, których ściany posiadają mnóstwo otworów (stomata), stanowiących początki naczyń limfatycznych. Ponieważ przytem przepona gra rolę pompy ssącej,

nie więc dziwnego, że pasorzyty łatwo przenikają do naczyń limfatycznych przepony, a ztąd do naczyń limfatycznych opłucnej i wreszcie do jej jamy, powodując tam zapalenie z wysiękiem. Z drugiej strony przenikają także pasorzyty do naczyń limfatycznych otrzewnej powlekającej śledzionę, z którą ta mocno jest zrosnięta, i ztąd do naczyń limfatycznych śledziony, z którymi się naczynia limfatyczne otrzewnej komunikują. Wskutek rozmnażania się pasorzytów powstaje podrażnienie śledziony, bujanie jej elementów i powiększenie jej.

Walka z zapaleniem otrzewnej możliwą jest, według autora, tylko na drodze chirurgicznej. S. Klejn.

### III. Choroby dziecięce.

490. CURT STERN. **O cukrzycy u dzieci.** (*Arch. für Kinderheilk. T. XII, Z. 2. 1889.*)

Cukrzyca należy stosunkowo do dość rzadkich chorób wieku dziecięcego, zwłaszcza w pierwszym okresie życia. Külz w swej rozprawie, pomieszczonej w zbiorowej pedyjatrii Gerhardta wspomina ogółem o 111 przypadkach rzeczonej choroby u dzieci, z których 57 zakończyło się śmiercią. Autor zebrał nader starannie odnośną literaturę, znalazł ogółem 117 przypadków cukrzycy u dzieci w wieku od jednego roku do 15 z których o 75, jako opublikowanych w ostatnich latach, Külz zupełnie nie wspomina. Z powyższych 117 przypadków było 47 dziewcząt, 31 chłopców, w pozostałych płęć nie była wymieniona. Co się tycze wieku, to w sześciu przypadkach cukrzyca dotknięte były dzieci niespełna rok życia liczące, 7 — 1 roku, 3 — 2 lata i t. d. aż do 15 roku życia.

Etyjologia. Dziedziczność odgrywa niemałą rolę w etyologii cukrzycy, zdarzają się bowiem przypadki, gdzie kilku członków jednej rodziny dotkniętych bywa powyższą chorobą. Niekiedy także dotyka ona dzieci, pochodzące z rodzin neuropatycznych. Spostrzegano również przypadki cukrzycy u dzieci po ostrym niezycie żołądka, chorobie Werlhofa, po tyfusie, zimnicy i odrze połączonej z ogólną furunkulozą. W paru przypadkach cukrzyca rozwinęła się po raptownem przeziębieniu, w jednym po uderzeniu w głowę. Wreszcie w niektórych razach zanotowano rozwój rzeczonej choroby przy nadmiernem używaniu pokarmów mącznych oraz obfitujących w tłuszcz.

Objawy i przebieg. Początek choroby nie cechuje się niczem wybitnem. Dzieci poczynają stopniowo chudnąć, łatwo się męczą, stają się niespokojnemi, tracą cecę, sen i łaknienie. Do powyższych objawów przyłącza się wkrótce znaczne pragnienie oraz zbyt częste mokrczenie, łaknienie zmniejsza się jeszcze bardziej, przyczem niejednokrotnie powstaje t. z. fałszywy apetyt wyłączny niemal do cukru i kwasów. Najważniejsze atoli objawy napotykaemy ze strony moczu, którego ilość jest, jak wiadomo, znacznie powiększoną, dochodząc niekiedy w ciągu doby do 5000 i więcej ccm. Równocześnie powiększa

się ciężar gatunkowy, a mianowicie od 1,028 — 1,042. Ilość cukru gronowego jest zwykle dość znaczą, wynosi bowiem od 5%—10%. Co się tycze innych patologicznych składników moczu, to znajdowano często znaczne ilości mocznika (w jednym przypadku 44 grm. pro die); powiększoną ilość kwasu fosforowego i wreszcie niekiedy aceton.

W miarę postępu choroby występują powoli objawy ogólnego osłabienia połączonego ze znacznym stopniem niedokrwistości. Ciężota ciała zwykle się zmniejsza (w jednym przypadku 33,3<sup>o</sup> in recto), skóra staje się suchą i bywa często pokrytą licznymi ropniami i czyrakami. W jednym przypadku zauważono (herpes labialis).

Ze strony narządów zmysłów zauważyć można niekiedy obustronną zaćmę. Narządy trawienia bywają zwykle upośledzonymi. Język jest suchy i obłożony, z ust czuć się daje charakterystyczny zapach jabłek lub wina, w ślinie zaś znajduje się często znaczna ilość cukru, który przechodząc w kwas mleczny, działa szkodliwie na zęby, wywołując ich próchnienie. Łaknienie w tym okresie choroby bywa zwykle wzmożonym, w niektórych jednak rzadkich przypadkach zmniejsza się znacznie. Ze strony żołądka zauważyć możemy niejednokrotnie u diabetycznych dzieci częste wymioty, odbijanie, ból w dołku sercowym i t. p. objawy. Stolec po największej części bywa zapartym.

Inne narządy rzadziej bywają dotkniętymi przy cukrzycy u dzieci. Niektórzy badacze zauważyli dość często występujące przy rzeczonyj chorobie zapalenie płuc. Śmierć następuje zwykle przy objawach władu (marasmus) lub śpiączki cukrzycowej (coma diabeticum), trwającej zwykle od 2 — 3 dni.

**Anatomija patologiczna.** Sekcyjna nie wykazuje nic anormalnego ani w mózgu ani też w innych narządach. Jedynie tylko nerki znajdowano zwykle blade, miękkie i nieco powiększone.

**Czas trwania choroby** bywa rozmaitym, — od 2 dni (? Spr.) do 5 lat. Im dziecie jest młodszem, tem przebieg choroby jest krótszym, jakkolwiek i tu mają miejsce wyjątki.

**Rokowanie.** Autor na 77 przypadków znalazł 14 z zupełnem wyzdrowieniem, 7 z polepszeniem, 4 bez polepszenia i 52 zakończonych śmiercią, rokowanie więc, jak widzimy jest w ogóle nieosobliwem. Wiek dziecka oraz większy lub mniejszy procent cukru w moczu, o ile się zdaje, nie odgrywają tu żadnej roli.

**Djagnoza** jest łatwą, — idzie tylko o wykrycie cukru w moczu. Za najlepszą próbę w tym celu autor uważa próbę fermentacyjną; inne, jak: Trommer'a, Mohr'a etc. nie odpowiadają w zupełności swemu przeznaczeniu.

**Leczenie** dzieli się na dyjetetyczne i farmaceutyczne. U małych dzieci najlepsze stosunkowo wyniki dawała dyjeta, zasadzająca się na rozcieńczonem przegotowaną wodą w stosunku 1 : 3 kwaśnem mleku, otrzymanem drogą naturalnej fermentacji z dodaniem gliceryny lub mannitu. Mięszanina ta by-

ła dobrze przez dzieci znoszoną, przyczem zauważono stopniowe zmniejszanie się cukru w moczu. Po upływie pewnego czasu rozcieńczenie zmniejszyć można do połowy oraz dodawać małe ilości słodkiego mleka. Przy użyciu innych przetworów nie otrzymano dodatnich wyników. Starszym dzieciom dawać można z mniej lub więcej dobrym skutkiem alkalia (natr. bicarb.), wodę Karlsbadzką, Vichy, buljon, pieczone mięsa, surowe jaja, ser i kwaśne mleko. Co się tycze środków farmaceutycznych, to oprócz wyżej wspomnianego dwuwęglanu sodu zasługują na uwagę przetwory żelaza, jak: t-ra ferri acetici, ferrum sulfur. następnie natr. phosphoricum, przy zaparciu stolca extr. rhei, calomel i wreszcie zachwalany szczególnie przez Frerichs'a salicylan sodu w dość dużych dawkach, dochodzących do 7,0 (prawie 3jj) pro die, zmniejszając codzienną dawkę o 0,5 (gr. VIII).

A. Koral.

491. E. SAALFELD. **O leczeniu pryszczycy u dzieci.** (*Arch. für Kinderheil. T. XI. Z. 2. 1889.*)

Pryszczycę u dzieci można podzielić na dwie grupy, mianowicie pryszczycę wskutek przyczyn zewnętrznych (umiejscowioną) i pryszczycę wskutek przyczyn wewnętrznych (konstytucjonalnych) czyli ogólną. Do pierwszej grupy należy przede wszystkim oprzałość (eczema intertrigo), napotykana najczęściej u tłustych dzieci pomiędzy fałdami skóry. Szablonowe zasypanywanie pudrem lub leczenie obojętnymi maściami nie prowadzi tu do celu, przedewszystkiem bowiem należy mieć na względzie przyczynę wywołującą, np. przy oprzałości w okolicy otworu stolcowego winniśmy leczyć zaburzenia kanału pokarmowego wywołujące takową i t. p. Co się tycze miejscowego leczenia, to autor radzi przez pierwsze dwa dni stosować zimne okłady z 5% roztworu kwasu bórnego z wodą gulardową w równych częściach, po upływie zaś tego czasu maść z 1,5 kwasu bórnego na 30,0 wazeliny. Miejsca bardziej ślimaczące autor przed użyciem maści przysypuje pudrem lub kombinacją, składającą się z zinc. oxyd., amyli et talcum ana. Oprócz oprzałości u tłustych dzieci, napotyka się często inny rodzaj pryszczycy, a mianowicie ogólnie znany t. z. ognipiór (*Crusta lactea, porrigo larvalis*). U dzieci dotkniętych powyższą pryszczycą ma miejsce zwykle pewne zaparcie stolca, który nie jest żółtym lecz bladym i mniej lub więcej sformowanym. W przypadkach powyższych należy przedewszystkiem regulować dyjetę respective, zmniejszyć ilość pokarmu i od czasu do czasu dawać lekki środek przeczyszczający, jak: kalomel, proszek troisty, ulepek mannowy i t. p. Co się tycze leczenia miejscowego, to należy strupy odmoczyć oliwą, w razie zaś, gdyby powyższy sposób okazał się niewystarczającym, zmyć je ciepłą wodą z mydłem. Po opadnięciu strupów autor radzi miejsca ślimaczące leczyć lekką maścią:

Rp. Ac. borici  
Zinci oxydati  
Amyli aa 5,0  
Vasellini 30,0.

M. f. ointmentum.

lub maścią Wilson'a:

Rp. Benzoës pulv. 1,0  
 Axungiae porci 30,0  
 Digere, cola, adde zinc. oxyd. 5,0.  
 M. f. ungentum. Ds. Maść.

Skoro pryszczycza jest już w okresie łuszczenia, to z korzyścią użyć można maść:

Rp. Hydrarg. praec. albi 1,0  
 Bals. peruv. 5,0  
 Ungt. Wilson'i ad 30,0.  
 M. f. ugentum. Ds. Maść.

Przy stosowaniu powyższych maści na głowę, należy je rozsmarować na płóciennej kapie nakryć stroną wewnętrzną, poczem na rzeczoną kapę kładziemy drugą z cienkiej flaneli nieco większą od pierwszej i takową za pomocą bandażyków wiążujemy pod szyję. Należy również dopilnować, by dzieci nie drapały miejsc dotkniętych pryszczycą i w tym celu dobrze jest zawiązywać im dłonie cienką przepaską. Pryszczycza na innych częściach ciała leczy się mniej więcej w podobny sposób.

Co się tycze ogólnego leczenia, to przy lichem odżywianiu u dzieci żółzowatych oprócz odpowiedniej diety stosować należy tran lub lipaninę z fosforem 0,01 ( $\frac{1}{6}$  grana) na 100,0 (3jjj) lub też arszennik w minimalnych dozach.

Niekiedy powyższe środki stosowane nawet przez czas dłuższy nie prowadzą do celu. W tych przypadkach należy dokładnie zbadać, czy pryszczycza nie jest pochodzenia pasorzytowego (pediculosis), w takich razach bowiem leczenie zasadza się na dokładnem zmyciu głowy wodą z mydłem, naftą, roztworem sublimatu etc.

W końcu swej pracy autor przestrzega przed stosowaniem przetworów dziegłowych przy pryszczycy u dzieci, a to wskutek zbytnej wrażliwości ich skóry. Wyjątkowo przy nadmiernem łuszczeniu po pryszczycy można natrzeć dotknięte miejsca kilkoma kroplami ol. Cadini, następnie posypać pudrem lub opatrzeć obojętną maścią (np. Cynkową). Manipulację powyższą należy stosować dwa razy dziennie przez 3 do 4 dni, poczem wszystko zmywa się letnią wodą z mydłem i w razie potrzeby powtarza się lecz nie wcześniej jak po upływie 24 godzin.

A. Koral.

#### 492. REIMER. Przyczynek do nauki o gorączce przy szkarlatynie. (*Jahrb. f. Kinderheilk. T. XXX. Z. 1 i 2. 1889*).

Autor podobnie jak wielu innych pedyjatrów jest zdania, że przebieg szkarlatyny zależy nie od siły lub rozprzestrzenienia wysypki lecz od stopnia, oraz mniejszej lub większej długotrwałości gorączki. Wychodząc z tej zasady, ugrupował on ogromny zebrany się przez się materyjał kliniczny (3460 przypadków) w następujący sposób:

1. Szkarlatyna zwyczajna czyli niepowikłana, którą ze swej strony podzielić można na:

a) lekką i b) ciężką.

2. Szkarlatyna powikłana, dzieląca się na:

- a) krótką—średnio lekką,
- b) krótką—średnio ciężką,
- c) średnio długą—lekką,
- d) średnio długą—ciężką.
- e) długotrwałą—lekką,
- f) długotrwałą—ciężką.

3. Szkarlatyna występująca po innych chorobach.

4. Szkarlatyna z towarzyszeniem innych chorób.

Co się tycze gorączki oraz innych objawów, towarzyszących takowej, to autor doszedł do następujących danych:

1. Szkarlatyna niepowikłana.

a) Ogółem 61 przypadków. Ciepłota rzadko kiedy przekracza w ciągu doby  $39,0^{\circ}$  i raz wróciwszy do normy nie podnosi się więcej. Cała choroba trwa 4–6 dni. Odsetek śmiertelności 0,0.

b) 211 przypadków. Ciepłota niekiedy już w pierwszych dniach dosięga  $40,0^{\circ}$  i więcej z tendencją pozostania na tym poziomie przez czas dłuższy. Do postaci powyższej zaliczyć należy również przypadki t. z. szkarlatyny krwotocznej. Śmierć następuje zwykle przy objawach zapaści.

Odatek śmiertelności 83,76%.

2. Szkarlatyna powikłana.

a) 317 przypadków. Ciepłota szybko dosięga znacznego stopnia ( $40,0^{\circ}$ ), utrzymując się na tym poziomie 2–4 dni, po czym spada do normy, by wkrótce potem nanowo wznieść się w mniejszym atoli stopniu niż poprzednio, co zależy od rozmaitych powikłań jak: angina cat., follic., lekki dyfteryt, lymphadenitis, dyspepsia etc. Sprawa kończy się zwykle w ciągu 9–10 dni. Odsetek śmiertelności 2,08%.

b) 468 przypadków. Spadek ciepłoty per lysin występuje około 8–10 dnia. Przeciętna ciepłota wynosi  $39,0^{\circ}$ . Cała sprawa kończy się około 15–17 dnia. Z powikłań napotyka się zwykle dość lekka błonica gardzieli. Odsetek śmiertelności 6,94%.

c) 339 przypadków. Ciepłota rzadko kiedy przekracza  $39,0^{\circ}$ . Sprawa trwa około 3 tygodni. Powikłania niezbyt ciężkie. Odsetek śmiertelności 5,66%.

d) 682 przypadków. Ciepłota trzyma się mniej więcej na jednym poziomie około 4 tygodni. Z powikłań najczęściej napotykać się dają peri i endocarditis, nephritis, enteritis etc. Odsetek śmiertelności 39,34%.

e) 419 przypadków. Gorączka przyjmuje tu niejako charakter febris continuae z nieznacznymi obostrenieniami, zależnymi od licznych lecz niezbyt ciężkich powikłań. Czas trwania 34–40 dni. Odsetek śmiertelności 26,47%.

f) 371 przypadków. Tu zaliczyć należy przypadki, trwające całymi tygodniami a nawet miesiącami, połączone z ciężkimi powikłaniami przeważnie postaci septycznej i kończące się zwykle śmiercią chorego. Ciepłota rzadko kiedy jest niższą nad  $40,0^{\circ}$ . Z powikłań najczęściej mają miejsce ciężkie zapa-

lenia stawów, ropnica, endocarditis ulcerosa, dyfteryt zgorzeli-nowy, pleuritis erysipelas etc. Odsetek śmiertelności 79,99%.

3. 394 przypadków. Po największej części szkarlatyna występowała po odrze wskutek zarażenia się w szpitalu. Ciepłota w tych przypadkach nie bywa zbyt wysoką, rzadko kiedy bowiem dochodzi do 40,0°. Znacznie rzadziej poprzedzały szkarlatynę inne choroby zakaźne jak tyfus brzuszny, wysypkowy i powrotny, ospa, róża etc., w przypadkach powyższych szkarlatyny ciepłota była dość znaczną. Odsetek śmiertelności wskutek znacznego osłabienia organizmu był w ogóle znaczny, wynosił bowiem 81,96%.

4. 198 przypadków. Z chorób towarzyszących szkarlatynie autor spostrzegał najczęściej odrę, rzadziej zapalenie płuc, tyfus, gorączkę powrotną etc. Przypadki te należały do dość ciężkich. Ciepłota dochodziła niekiedy do 41,0°—42,0°. Odsetek śmiertelności wynosił 44,32%.

W dalszym ciągu swej pracy autor podaje zachowanie się gorączki w rozmaitych okresach szkarlatyny. Wyniki, do których doszedł, są następujące:

A. W okresie zwiastunowym gorączka nie przedstawia nic typowego: w lżejszych przypadkach dochodzi zaledwie do 38,0°, w cięższych zaś niekiedy do 40,0°, co zależy od towarzyszących chorobie objawów ogólnych jak ból głowy, ogólne osłabienie etc., przyczem największa ciepłota może mieć miejsce zarówno w godzinach popołudniowych jak i nocnych.

B. W okresie wysypania gorączka cechuje się jako febris continua z nader nieznacznymi rannymi zwolnieniami. W lżejszych przypadkach trwa ona zaledwie dni 2—3, w cięższych zaś, doszedłszy do 40,0° i 41,0°, trzyma się na tym poziomie przez dni niekiedy 5—9 a przed śmiercią podnosi się nawet i wyżej. I tu najwyższy stopień ciepłoty w ciągu doby nie przypada na godziny wieczorne jak to ma miejsce przy tyfusie, lecz na popołudniowe a nawet niekiedy i ranne.

C. W okresie łuszczenia się w przypadkach lżejszych ciepłota spada do normy, w cięższych zaś trzyma się jeszcze przez czas dłuższy jakkolwiek nie w takim stopniu jak w poprzednim okresie, co zależy od powyżej wspomnianych najrozmaitszych powikłań.

Częstość tętna odpowiada stopniowi ciepłoty; niekiedy jednak po ustąpieniu wysypki spada ono niżej normy. Przy powikłaniu szkarlatyny zapaleniem wśierdzia lub nerek tętno pomimo normalnej ciepłoty bywa często przyspieszonym.

Oddech bywa z lekka przyspieszonym jedynie przy zbyt silnej gorączce w okresie wysypania, natomiast przy zagrażającej zapaści (collapsus), ilość oddechów spada niekiedy do 8—3 na minutę.

Zmniejszenie wagi ciała przy silnej gorączce dochodzącej do 40,8°—41,0° jest nader znacznem—do 500 grm., niekiedy i więcej na dobę. Jeżeli gorączka trwa przez czas dłuższy (febris continua) zauważyć można w końcu choroby



niejednokrotnie zmniejszenie wagi ciała o  $\frac{1}{3}$ ; w lekkich przypadkach różnice są małoznaczne.

Rokowanie można sformować w sposób następujący: im szybciej następuje spadek ciepłoty, tem rokowanie jest lepszym, przeciwnie, jeżeli ciepłota trwa przez czas dłuższy, spadając na krótko do normy, by znowu wznieść się do pewnego stopnia, należy zawsze oczekiwać jakichkolwiek powikłań wpływających ujemnie na rokowanie. Absolutnie złem jest ono w tych przypadkach, gdzie choroba rozpoczyna się silnym wstrząsającym dreszczem przy ciepłocie dochodzącej do  $41,0^{\circ}$  lub też przy powtórnych dreszczach, co ma miejsce zwykle przy septycznym zakażeniu.

Co się tycze leczenia, to wpływ rozmaitych środków leczniczych na przebieg gorączki dał następujące wyniki:

1. Zimne okłady lub obmywania całego ciała a także użycie pecherza z lodem na głowę autor stosował w niewielu przypadkach—przeważnie przy silnym niepokoju, bredzeniu i t. p. z niewielkim atoli skutkiem, powyższa bowiem metoda lecznicza była w ogóle przez dzieci źle znoszona.

2. Zimne obwijania całego ciała z wyjątkiem głowy w prześcieradła, zmoczone w wodzie  $T^{\circ} 8,0^{\circ}$ — $10,0^{\circ}$ ; dobre wyciśnięte autor stosował przeważnie u dzieci anemicznych i rachitycznych. I tu rezultaty okazały się mało zachęcającemi.

3. Nieco lepszym były wyniki przy stosowaniu kilkakrotnem w ciągu doby zimnych obwijañ połączonych z zlewaniem w suchej wannie w przypadkach śpiączki, sinicy i rozpoczynającej się zapaści, gdyż, jakkolwiek obniżenie ciepłoty było nieznacznem, natomiast dobroczynny wpływ na tętno i oddech okazał się widocznym.

4. Zimne obwijania ze zlewaniem w stopniowo ochładzanej wannie. Autor stosował przy znacznym stopniu sinicy lecz nie osłabionej działalności serca. Cała kąpiel nie powinna trwać dłużej nad 5—8 minut, poczem należy dziecię dokładnie wytrzeć i położyć do ogrzanego łóżka. Metodę powyższą autor stawia wyżej od poprzedniej.

5. O kąpeli letniej oraz stopniowo ochładzanej, autor ze względu na grożącą zapaść wyraża się dość niepoehlebnie. Natomiast znakomite usługi oddawały mu 5—8 minut trwające zimne kąpiele ( $12,0^{\circ}$ — $18,0^{\circ}$  R.) stosowane w nader licznych przypadkach z długotrwałą gorączką. Spadek ciepłoty wynosił zwykle około  $2^{\circ}$  C. i więcej, przeciwskazanie stanowiły przypadki szkarlatyny powikłane nieżytem oskrzeli, zapaleniem kiszek, dyzenteryją etc.

Co się tycze środków przeciwgorączkowych farmaceutycznych, to chininę autor stosował w dość wielkich dawkach zarówno do wewnątrz jak i podskórnie lub w ławatywach bez widocznego atoli wpływu na przebieg gorączki. Toż samo da się powiedzieć o kairynie, tallinie i salicylanie sodu; jedynie tylko dwa środki, mianowicie antypiryna i antyfebryna okazały się skutecznemi ze względu na dość znaczny spadek ciepłoty ( $1^{\circ}$ — $5^{\circ}$  C.) przy ich stosowaniu, jakkol-

wiek przy większych dawkach miały niejednokrotnie miejsce rozmaite uboczne a nie pożądane objawy jak: silne poty (przy antypirynie), wymioty, sinica, zapaść i t. p. *A. Koral.*

493. Prof. M. WOLFF. **Szczepienie ospy ochronnej noworodkom.** (*Virchow's Archiv. T. 117. Z. 2.*)

Zdania lekarzy co do czasu szczepienia ospy ochronnej są dotychczas jeszcze podzielone. Gdy bowiem pewna część lekarzy radzi szczepić ospę już w pierwszych miesiącach, a nawet tygodniach życia dziecka, to tymczasem inni zalecają wykonywać ten rękoczyn o kilka miesięcy później; niemieckie nawet prawodawstwo oznacza termin obowiązkowy szczepienia ospy do końca drugiego roku życia dziecka, przyczem nie radzi rozpoczynać szczepienia przed 3 im miesiącem życia dziecka. Zalecenie to widocznie stoi w związku z rozpowszechnionem wśród wielu lekarzy i niczem nieuzasadnionem, albo też na błędnie podanych faktach opartem, powątpiewaniem o skuteczności ospy szczepionej noworodkom.

Jakie z tego bywają następstwa, widać z danych statystycznych, które wykazują, że w pierwszych właśnie miesiącach życia ospa najwięcej z pośród dzieci ofiar zabiera; tak np. liczba dzieci zmarłych od ospy w pierwszym miesiącu życia wynosi 12,9% ogólnej liczby zmarłych na tęż chorobę dzieci, w pierwszych zaś 3 miesiącach odsetka ta wynosi 30,5.

Względy powyższe skłoniły autora do przedsięwzięcia szeregu szczepień nad noworodkami; materiałem do szczepienia służyła mu poczęści limfa humanizowana, poczęści zaś limfa zwierzęca; dla kontroli autor tą samą limfą szczepił ospę i dzieciom starszym, przyczem starannie notował nie tylko przebieg miejscowy ospy, ale i objawy ogólne. Szczepienie we wszystkich przypadkach odbywało się za pomocą 8 nacięć na ramieniu, co u noworodków z powodu małej ilości tkanki tłuszczowej jest wygodniejsze od nakłócia. We wszystkich przypadkach na 7 — 8 dzień zjawiały się typowe pęcherzyki Jenner'a. O skuteczności i sile ochronnej ospy zaszczonej jednodniowemu dziecku przekonał się autor jeden tylko raz przez powtórne szczepienie ospy temuż dziecku po 14 dniach, pomimo bowiem, że po ośmiu pewnych nacięciach zjawily się tylko 2 pęcherzyki; powtórne szczepienie nie dało dobrego wyniku.

Otóż, operując się w tych doświadczeniach, a także uwzględniając materiał zawarty w sprawozdaniu z petersburskiego domu podrzutek, autor stawia następujące wnioski:

1) Ospę można szczepić skutecznie noworodkom, począwszy od pierwszego dnia po urodzeniu.

2) Zmniejszona lub niepełna wrażliwość noworodków na ospę ochronną, jak to wielu przypuszcza, nie istnieje. Przeciwnie nawet, autor w swoich 57 przypadkach, a *Gast* w 16 zawsze bez wyjątku mogli skonstatować u noworodków stanowczą wrażliwość na ospę ochronną. Rzekomo „niedostateczna wrażliwość” noworodków zależała zapewne od niedobrej limfy, albo też, co u noworodków jest rzeczą bardzo ważną, od niedostatecznej techniki szczepienia.

3) Co się tycze „siły ochronnej“ szczepienia, to nie ma żadnej zasady do przyjmowania, że takowa u noworodków wystarcza na krótszy czas niż u starszych dzieci.

4) Noworodki bardzo dobrze znoszą szczepienie. Szczepienie noworodków przedstawia nawet godną uwagi wyższość nad szczepieniem dokonywanem u dzieci starszych. Przebieg szczepienia jest u noworodków zawsze bezgorączkowy i niczem nie powikłany, gdy tymczasem u dzieci starszych rzadko po szczepieniu nie ma gorączki, i to nieraz nawet wysokiej. To samo tyczy się objawów ogólnych, których u noworodków nigdy nie bywa.

5) Szczepienie ospy noworodkom ma tę jeszcze ważną zaletę, że pozwala nam bardzo wczesnie (bo nawet 19-go dnia po urodzeniu) zabezpieczyć dziecko przed tak zdradliwą chorobą, jaka jest ospa.

Autor jednak nie radzi szczepić ospę wszystkim bez wyjątku noworodkom, tycze się to szczególnie dzieci wątłych oraz przedwcześnie urodzonych; resztę dzieci, szczególnie w razie wybuchu epidemii, usilnie zaleca wczesnie zabezpieczyć, co już zresztą w Anglii prawie skutecznionem zostało, gdzie szczepienie stało się obowiązującym już w ciągu 3 pierwszych miesięcy po urodzeniu. Wczesne zresztą szczepienie pociąga jeszcze tę godną zaznaczenia zaletę, że nie przeszkadza mu nigdy ani ząbkowanie, ani odstawianie od piersi, tak często ważne zaburzenia u dziecka wywołujące.

*S. Klejn.*

#### IV. Wiadomości pomniejszych.

##### 494. Burchard. Nowy odczynnik na amyloid.

Autor skrawki barwi przez kilka minut mocnym dość roztworem genocyjany w wodzie anilinowej, poczem odbarwia przez 10 minut w słabym kwasie solnym (1 kropla kwasu na 10,0 wody). Tkanka prawidłowa wtedy zupełnie się odbarwia a miejsca mączkowato zwyrodniałe przyjmują ciemną czerwono niebieską barwę. W podobny sposób barwi się tylko substancja klejowata gruczołu tarczowego.

(Przypisek sprawozdawcy. Podany sposób wypróbowałem w tutejszej pracowni anatomo-patologicznej; przydatnym może się on okazać dla makroskopowego wykrycia w skrawkach mniejszych ognisk zwyrodnienia, dokładniejsze zaś zbadanie niezwyrodniałych miejsc jest tu niemożliwe, gdyż takowe są zupełnie odbarwione). (Virchow's Archiv. T. 117. Z. 2).

*S. Klejn.*

495. Berliński aptekarz Radlauer wprowadził w użycie nowy środek nasenny **somnal**—jestto etylowany chloraluretan w postaci płynu przezroczystego łatworozpuszczalny w wodzie i spirytusie. Podany w ilości 2 grm. sprowadza już po upływie pół godziny sen spokojny i naturalny trwający 6—8 godzin.

Przepisuje się somnal w następujący sposób:

Rp. Somnali 10,00

Aq. destill. 45,00

Syrupi liquiritiae  
 albo Syrupi rubi idaei 20,00.  
 MDS. wieczorem przyjąć jedną łyżkę stołową.  
 (Allgem. Med. C. Z. 1889. N. 84).

496. Nowy środek przeciwgorączkowy **feniluretan** zaleca Dr. Giacomini (feniluretan jestto produkt działania aniliny na chlor-etylowy eter). 8 gran tego środka po 20—25 minutach obniża ciepłotę na 1 — 3 stopni i zniżka ta utrzymuje się w przeciągu 9 — 12 godzin. (Farm. Żur. 1889. N. 41).

497. Według spostrzeżeń Prof. F. Scalji dowiedzionych doświadczalnie i klinicznie słabe roztwory sublimatu 1 : 20,000 a nawet 1 : 100,000 nieposiadające już własności przeciwnilnych ogrzane do T<sup>o</sup> 45<sup>o</sup>—50<sup>o</sup> C. nabywają własności silnie odkażających, a jednocześnie dla organizmu są zupełnie obojętne.

Zalecane przez autora ciepłe roztwory sublimatu powinny znaleźć obszernie zastosowanie, szczególnie zaś do przemywania macicy gdzie, jak wiadomo, przemywania zwykłemi roztworami bardzo często powodują silne objawy zatrucia. Również po wypuszczeniu ropy z jamy oplucny śmiało można użyć do przemycia znacznej ilości ogrzanego słabego roztworu sublimatu bez obawy zatrucia. (Le Bul. Méd. 1888. N. 78).

498. Dr. I. E. Atkinson zebrał z literatury znanych 49 przypadków nagłej ślepoty po użyciu chininy. Ślepotą ta po większej części przechodziła szybko, zupełna jednak poprawa wzroku rzadko kiedy powracała, przeważnie pozostawało się ograniczenie pola widzenia i zupełna lub częściowa niemożność rozpoznawania kolorów. Ilości chininy, które spowodowały czasową ślepotę różnią się znacznie. Znany jest przypadek czasowej ślepoty po zażyciu 12 grn. chininy, z drugiej znowu strony 400 grn. chininy zażytych w przeciągu 20 godzin żadnych zaburzeń wzroku nie spowodowało. (The Jour. of. the Amer. Med. Assoc. 28 Września. Wracz. N. 42. 1889).

499. Dr. Lombe Atthill na podstawie swych spostrzeżeń wypowiada, że tonica włączając chininę i strychninę, w ilościach używalnych, na organa płciowe wpływu nie wywierają i dla tego środki te bez obawy podawać można podczas miesiączki i ciąży. Co się tyczy sporyszu, to autor podawał go w przypadkach poczynającego się poronienia i w ten sposób niejednokrotnie zdołał powstrzymać takowe. Kobietom skłonnyim do krwotoków po porodowych autor podawał sporysz na kilka dni przed porodem, skutek był pomyslny. W kilku takich przypadkach zauważył, że poród opóźniał się o kilka dni, wcześniejszego zaś porodu nigdy nie było. (Brit. méd. Jour. II. 16. 1889. Zur akusz. N. 11. 1889).

500. Przy raku szyjki macicy Dr. Tornery zaleca gorące wstrzykiwania do pochwy. Według autora gorące wstrzykiwania T. 39<sup>o</sup>—40<sup>o</sup> C. czynione 2 razy dziennie po 30 minut powstrzymują krwotoki, zmniejszają ból i posokowatą wydzielinę, przez co stan chorych poprawia się. Czasami nawet i dalszy rozwój nowotworu chwilowo powstrzymuje się. (Prov. Med. Jour. 1889. X. 67).

501. Przy cierpieniach wątroby w ogóle, a przy kamieniach żółciowych w szczególności Dr. Schvemaker zaleca *Dioseorea villosa*. Używa się odwar z korzenia z 3j—3β, nalewkę w ilości 10—60 kropel, albo wyciąg płynny 5—30 kropel w wodzie przed jedzeniem.

Środek ten ma również dobrze działać przy chronicznej malaryi.  
 (The Jour. of. the Amer. Med. Assoc. 1889. IX).

502. Przy suchotach w początkowym okresie Dr. Hall zaleca sublimat w ilości  $\frac{1}{32}$  —  $\frac{1}{16}$  z jodkiem potasu 2 — 5 granów 3 razy dziennie. (Munch. Med. Woch.).

503. Przy uporczywych wymiotach u ciężarnych Dr. Protz zaleca czopki z kokainą, która zakłada się do pochwy aż do samego ujścia szyjki macicy. (Brit. Med. Jour. 1889. XI. 9).

504. Prof. Tubini i Dr. Cantri opisują przypadek zatrucia makowcem dziecka, którego matka z powodu bólu zębów używała waty namoczonej w nalewce makowca.

Że alkaloidy przechodzą do mleka, o tem autorzy przekonali się badając mleko kozy, której uprzednio wstrzykiwali morfinę. (Rev. gener ital. de clin. med 25 Wrześ. Wracz. N. 38. 1889).

505. Dr. Mitschell zaleca używać w praktyce ocznej kokainę z olejem rycynowym. W jednym przypadku wrzodu rogówki zapuszczenie kilku kropeł tej mieszaniny (kokainy 5 części na 100 oleju rycynowego) znaczną ulgę spowodowało. (The New York Med. Rec. 3 Sierpnia 1889).

506. Prof. Tizzoni i Dr. Poggi na zjeździe chirurgów włoskich przedstawili psa, któremu po wycięciu pęcherza moczowego utworzyli drugi pęcherz z przyciągniętej pętlicy kiszki, do której przyszyli moczowody i kanał moczowy. (Gazette degli ospitali 21 Lipca. Wracz. N. 38. 1889).

507. „The St.-Luis Globe Democrat.“ zaleca następujący oryginalny sposób na bezsenność: kawałek płótna złożyć w kilkoro i następnie w środek włożyć kilka kawałków lodu, tak przygotowaną opaskę położyć na zamknięte oczy w ten sposób, by kawałki lodu leżały na oczach. Sen następuje szybko. (Prov. M.-d. Jour. 89. XI. 69. 2).

508. Pigułki przeciw krwotokom macicznym D-ra Gallard.

Rp. Secalis cornuti pulverati  
Ferri carbonici aa 10,00  
Chinini sulphur. 2,00  
Extract digitalis 1,00.

M. f. pil. N. 100.

S. po 2 pigułki przed każdym jedzeniem.

(L'Union Med. N. 134. 1889).

K. W. Sierpiński.

## PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

### Dwa kalendarze.

1) Kalendarzyk lekarski na rok 1890, opracowany przez Bujwida, Dunina, Grodeckiego, Hewelkiego, Kuniewicza, Matlakowskiego, Polikiera, Polaka i Puławskiego pod redakcją J. Polaka, Warszawa, 1890.

2) Rocznik lekarski na rok 1890, wydawnictwo „Medycyny“, wydany przez D-ra G. Fritschego, rok XI.

Rok 1889 nie przyniósł nam żadnego kalendarza lekarskiego, wydanego w Warszawie. Zato na rok 1890 mamy ich aż dwa. W r. b. trzeba było posiłkować się kalendarzykiem lwowskim, który wielu potrzebom lokalnym nie odpowiadał — dziś zato lekarze tutejsi mają w czem wybierać.

Zobaczymy co nam z nich każdy przynosi.

A więc kalendarz lekarski pod redakcją Polaka ustroił się w różnobarwną szatę i na 158 stronach małej szesnastki drukiem drobnym, ale wyraźnym zmieścił sporo treści, treść tę dopełnia dokładna lista lekarzy, praktykujących w Królestwie, zebrana według źródeł urzędowych, oraz kalendarz wraz z notatnikiem. Tu obok dat znajdujemy ważniejsze wypadki na polu naszej wiedzy lekarskiej i przyrodniczej, jakoto: rocznice urodzin lub śmierci osób zasłużonych, założenia towarzystw oraz daty posiedzeń w tutejszem Towarzystwie lekarskiem. Innowacja ta zasługuje na poklask ze względu na.... słabą pamięć ludzką.

Przejdźmy jednak do treści.

Zaczynają ją wskazówki dyjagnostyczne, które również dobrze można by po polsku nazwać wskazówkami rozpoznawczymi, mniejsza jednak o wyraz. Znajdujemy tu cyfry średniej ilości krwi, hemoglobiny, wielkość czerwonych, białych ciałek krwi oraz ich zmiany w rozmaitych stanach chorobowych. Obok tekstu (który został zaczerpnięty z „Taschenbuch der Medicinisch-Klinischen Diagnostik“ Seiferta i Mülera, Wiesbaden 1889 r.), znajdujemy dość wyraźny szematyczny rysunek zarówno prawidłowych jak i chorobowych postaci ciałek krwi. Obok opisu prawidłowych postaci znajdujemy opis chorobowych oraz sposoby przygotowywania preparatów drobnowidzowych. W drugim rozdziale tego działu p. n. „Ciepłota ciała“ widzimy nader szczęśliwie pomyślane zestawienie wachai ciepłoty w rozmaitych częściach spotykanych chorobach zakaźnych; pozwolę zwrócić sobie jednak uwagę, iż daleko lepiej było by dane tego rodzaju zgrupować w odpowiedniej tabelce: o wiele ułatwiło by to trudne nieraz w początkach rozpoznanie różniczkowe różnych chorób wysypkowych. W rozdziale o narządach oddechowych znajdujemy najważniejsze rozpoznawcze sposoby badania oraz wskazówki kiedy i w jakich chorobach te lub owe zmiany zachodzą. Takż sam rozkład widzimy w rozdziale o narządach krążenia, trawienia i moczopłciowych. W tym ostatnim dziale, naturalnie, lwia część przypadła w udziale badaniu moczu: do tekstu dodano drobnowidzowe obrazy rozmaitych osadów moczowych, wykonane, naturalnie, szematycznie, czemu jednak brak cylindrów moczowych—nie wiem; obok najbardziej używanych odczynów znajdujemy i najnowsze w tym kierunku badania. Jako pomocnicze przy rozmaitych stanach chorobowych badania podano również badanie wysięków i przesieków oraz pasorzytów zarówno zwierzęcych jak i roślinnych. Badanie układu nerwowego, objaśnione kilkoma rysunkami, zamyka dział rozpoznawczy.

Następny: „wskazówki terapeutyczne“, winno być lecznicze, w alfabetycznym porządku podaje spis najczęściej spotykanych chorób wraz z treścią wem leceniem. Dalej następuje ratowanie pozornie zmarłych, pomoc przy ukąszeniu zwierząt wściekłych (przez O. Bujwida), artykuł o otruciach, gdzie podano obok głównych objawów otrucia—leczenie. tablica brzemienności, dawkowanie silnie działających środków lekarskich oraz spis ich, postać, dawka wraz z ceną. Ten ostatni pomysł uważać należy za nader szczęśliwy, nieraz bowiem lekarz znajduje się w prawdziwym kłopotcie, gdy pytają go o cenę zapisanego lekarstwa.

Zaraz w następnym dziale widzimy ugrupowanie rozmaitych wód mineralnych, a dalej nowość w naszym piśmiennictwie nie tylko kalendarzowym—wyciąg z prawodawstw dotyczących lekarzy. Jak taki wyciąg był potrzebny nadmieniacz chyba zbytecznie.

Niemniej pożytecznym jest dział p. n. przegląd postępów w dziedzinie

leczenia chorób wewnętrznych: podano tu najnowsze na tem polu zdobycze w krótkich, co prawda, zarysach, stanowiących jednak ważną wskazówkę, gdzie szukać źródeł należy. Dopelnieniem do tego służy rozprawka Matlakowskiego o najnowszych zwrotach w antyseptyce i opatrywaniu ran.

I Hygea znalazła uwzględnienie obok Eskulapa. O. Bujwid powziął bardzo pożyteczną szczególnie dla lekarzy z prowincyi myśl napisania artykułiku o najprostszycy metodach higienicznych badań pokarmów, napojów i wody pod względem zafarbowań i szkodliwości. Naszem jednak zdaniem znajdujemy tu niekoniernie „najprostsze“ metody badania, podawanie np. opisu postępowania z przyrządem Marschanda było zbytecznym wobec tego, że próba jak sam autor przyznaje jest wykonalną tylko w pracowni, a w pracowni dokładniejszy o wiele sposób Soxlet'a da przecież pewniejsze wyniki.

Zbyteczną również jest na tem miejscu próba na prątki gruźlicze z wstrzykiwaniem do otrzewnej świnek morskich badanego mleka — takie badania miejsce mieć mogą tylko w pracowniach, inaczej bowiem doprowadzić mogą do błędnych wyników. Toć Conheim nawet otrzymywał gruźlicę wprowadzając wątę!

Nie możemy również zgodzić się z sz. autorem, aby „gazy przykřej woni lepiej niż najczulsze odczynniki odkrywało w powietrzu powonienie“ jest to zbyt podmiotowy sposób badania, aby mógł nam dać pewne wyniki.

Zresztą jest to dział pożyteczny wogóle, należało by jednak w r. p. podać w niem rzeczywiście tylko najprostsze metody badania.

Dalej następuje skorowidz zdrojowisk i miejscowości klimatycznych, brak w nich danych o lekarzach ordynujących.

Tekst kalendarza kończy spis prac oryginalnych, umieszczonych w czasopismach lekarskich polskich od 1 Lipca 1888—1 Lipca 1889 r.

Wydawca kalendarza dobrze się tym działem zasłużył, od roku bowiem zeszłego kiedy wydawnictwo rocznika zostało zawieszane, a pisma lekarskie z niewiadomych powodów zaprzestały przedrukowywać tytułów prac, pomieszczanych w innych czasopismach, brak dotkliwie uczuć się dawał, należało by bowiem albo czytać wszystkie pisma lekarskie polskie co, kaźden przyzna, nie dla wszystkich jest dostępne, albo pozbawić się korzyści śledzenia za całym piśmiennictwem lekarskim polskim. Spis ten, po lzielony na działy, zadosyć czyni temu brakowi, należało by jednak za jedną drogą podać i spis prac za r. 1887 z pierwszą połową 1888, do tego bowiem czasu rocznik doprowadził przegląd prac polskich.

Po za spisem prac drukowanych w czasopismach znajdujemy nowe książki z dziedziny medycyny i higieny jakie się ukazały do roku 1888 włącznie.

Zamiana wag dziesiątych, ujęta w tabliczkę, wiadomości statystyczne o ilości lekarzy, szpitali, aptek, farmaceutów, felczerów, akuserek i weterynarzy z r. 1887, taksa lekarska, oraz porównania skal ciepłomierza dopelnia bogatej treści kalendarza.

Zobaczmy teraz jak się przedstawia drugie w tym rodzaju wydawnictwo „Medycyny“ — Rocznik lekarski.

Zewnętrzna postać nie różni się od Rocznika dawniej wydawanego przez Rogowicza tak, że stanowi dalszy ciąg, tylko roczników... bez rocznika, który właściwie streszczał nasze piśmiennictwo i do którego kalendarz można było uważać za dodatek. Na czele znajdujemy listę lekarzy; niestety

kalendarz dla pośpiechu wiele nazwisk opuścił lub przekreślił, wiele adresów błędnie podał.

Cyfry podane w Roczniku o ilości lekarzy różnią się wielce od podanych w Kalendarzu tak że mimowoli zadać sobie trzeba pytanie, które są prawdziwe. „Kalendarz“ podaje r. 1887, jako źródło swych informacji — „Rocznik“ nie podaje roku, trzeba więc przypuszczać, że zebrał dane za r. b., mocno jednak w ścisłość tych cyfr wątpimy wobec opuszczenia wielu nazwisk lekarzy w samym spisie; życzyć by więc należało, aby wydawca podał źródło, z którego dane te otrzymał.

Właściwy tekst rozpoczyna artykuł M. Jakowskiego p. n. „Krótki zarys badania drobnowidzowego najważniejszych bakterij chorobotwórczych,“ zebrany nader treściwie z uwzględnieniem potrzeb domowej pracowni, szkoda tylko, iż rysunki nie zdołał tego artykułku: zyskał by na tem wiele.

Aleksander Fabian podał „Badanie nerwów“ rzecz, opracowaną jak się należało spodziewać, nader umiejętnie i treściwie.

Następny artykuł zawiera: Opis „śmierci pozornej, ożywienia oraz pierwszą pomoc w nagłych wypadkach,“ przez Prof. A. Guttstandt'a; podaje on w ogólnych zarysach postępowanie w wypadkach, kiedy podejrzewamy śmierć pozorną lub otrucie.

Dalej następują najwyższe dawki środków lekarskich dla dorosłych i dzieci w grammach i granach, środki do podskórnych wstrzykiwań oraz ich zastosowania podług prof. O. Liebreicha nader umiejętnie zgrupowane w tablicę, co znacznie ułatwia szukanie; obok tego mamy dawkowanie środków do wdychania, penzlowania i wdmuchiwania przy rozmaitych cierpieniach.

Bardzo dobre wskazówki do rozbioru moczu podał W. Mayzel, dodając na końcu krótką, ale również dobrą semijotykę.

Tabela rozpuszczalności rozmaitych ciał w wodzie, wysokości i eterze, ułożona sposobem alfabetycznym, tabela porównawcza wagi uncyjowej i grammowej, ilość kropeł rozmaitych płynów, zawartych w skrupule i grammie, waga kropeł, zawartości łyżki i t. p., tabela nasycenia alkaliij i kwasów oraz tabelka porównawcza skali 3-ch cieplomierzów posiadają niezaprzeczoną wartość na tem miejscu.

Umieszczenie taksy lekarskiej z r. 1846 w myśl porównania jej kiedyś z projektowaną może być dobrem, niewiadomo tylko z kąd treść została zaczerpniętą, jeżeli ze źródeł urzędowych, co w takim razie oznacza stopień lekarza medycyny (sic)?

Tekst kończy pierwsza pomoc w otruciach ostrych, w dziale tym podane jest tylko leczenie bez opisanja objawów otrucia.

Ważniejsze zdroje lecznicze, zgrupowane według własności chemicznych, dopełniają całości, lekarzy polaków przy zdrojach bardzo słusznie wymieniono w tym dziale.

Oto treść dwóch kalendarzy na rok 1890.

Porównyując obydwia wydawnictwa pod względem bogactwa treści oddać musimy niewątpliwie pierwszeństwo nowemu wydawnictwu J. Polaka. Kalendarz ten wzorował się na wydawnictwach zagranicznych, przedewszystkiem zaś na kalendarzu lwowskim. Nie jest i on bez usterek, główniejsze wykazałem wyżej, sądzymy jednak, iż w r. p. idąc ciągle po drodze rozwoju, będzie mógł dorównać zagranicznym tego rodzaju wydawnictwom, chociaż i dziś już niewiele im ustępuje, zarówno pod względem treści jak i postaci zewnętrznej.



Rocznik natomiast poszedł utartymi już tory, zarówno zewnętrzna jak i wewnętrzna postać zmieniły się nie wiele, ożywiły nieco kalendarz artykuły Jakowskiego, Fabiana i Mayzla, reszta zaś treści niewielkiej uległa zmianie. Cechują to wydawnictwo przede wszystkim informacyjne, które szybko znaleźć można każdej chwili, informacyjni tych jednak niewiele.

Wadę natomiast poważną upatruję w niedokładnościach listy lekarzy — czas by przecież po tylu latach wydawnictwa postarać się o dokładniejsze dane.

Rozpatrując obydwa kalendarze mimowolnie zadawałem sobie pytanie jaki ich cel wogóle? Czy ma być tego rodzaju wydawnictwo przewodnikiem lekarskim, czy też książką pełną informacyj, nowości naukowych i t. p. Sądzę, że cel pierwszy byłby zbyt cennym, posiadamy przecież i w naszej literaturze bardzo dobre podręczniki, które stoją na wysokości nauki i przy biórku mogą być doskonale spożytkowane. Kalendarz mojem zdaniem winien przede wszystkim streścić przebieg zdobywczy na polu wiedzy za rok ubiegły, oraz podawać takiego rodzaju informacyj, które łatwo wychodzą z pamięci a mogą być potrzebne na razie. Oto jest cel kalendarza. Opisywanie sposobu badań powinno być uwzględniane o tyle o ile dotyczy łatwo wychodzących z pamięci odczynów etc. podawanie zaś sposobów rozpoznawania danej choroby, a nawet leczenia jej odsunąć można na plan drugi, nikt się z kalendarzyka nie nauczy badać chorych, a tem mniej leczyć — cel więc jest chybiony. Nie robię bynajmniej z tego zarzutu żadnemu z obu wydawnictw według określonego planu wywiązały się one z zadania dobrze, nie mogłem jednak powstrzymać się od tych kilku uwag, mnie bo by się zdawało, iż lepiej było by streścić ostatnie wyniki wiedzy za rok ubiegły dokładnie i o ile można szczegółowo, niż streszczać całą wiedzę lekarską. Kalendarz taki zawsze zostanie przede wszystkim notatnikiem, a koledzy prowincjonalni, którzy dla różnych powodów nie mogą ustawicznie śledzić za ruchem naukowym mogliby z nakreślonego w ten sposób planu odnieść większe daleko korzyści.

Powtarzam raz jeszcze jest to zdanie osobiste i jako takie nie może służyć za zarzut dla wydawnictw, których recenzję podaję. Prawda „Kalendarz“ i ten dział uwzględnił w swych łamach, podając nader treściwe zestawienie najnowszych postępów w dziedzinie chorób wewnętrznych i wyborny artykuł Matlakowskiego. Widzimy zatem, że i wydawca miał to na myśli, nie chciał ją jednak widać wyzwolić zupełnie z pęt szablonowej dla wszystkich wogóle kalendarzy treści i inne może mniej potrzebne działy z uszczerbkiem dla tego rozszerzył.

Wydawca „Rocznika“ inaczej pojmuje cel kalendarza to też dział tego nie uwzględnił zupełnie, choć przecież w dawnym roczniku przez lat 10 uwzględniano przynajmniej postępy, ujawnione w piśmiennictwie polskim ....

*Józef Zawadzki.*

## Od Wydawcy.


„Kronika lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1890 według takiego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się P. P. prenumeratorów o wczesne wnoszenie przedpłaty i o dokładne

zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu. Zaległych P. P. prenumeratorów, którzy dotąd jeszcze nie wnieśli przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o regulowanie rachunków w jak najkrótszym czasie.

### Nadesłano do Redakcyi.

- Dr. M. Rejchman:* Nauka o chorobach narządu trawienia. Semijotyka. Warszawa 1890. W. G. L.
- Adam Ciągliński:* K uczeniu o pleśniewych mikozach. Dissert. na st. doktora medycyny. Warszawa 1889.
- K. E. Wagner:* O wlijanji niektórych lekarstwienych wieszczestw na rost razwodok bugorkowych pałoczek. Odb. z Wracza N. 42.
- K. E. Wagner:* K woprosu o koliennom refleksie i myszecznoj silie u lichoradjaszczich. Odb. z Wracza N. 39.
- J. Zawadzki:* Wpływ wstrzykiwań podskórnych znacznych ilości 0,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworu soli kuchennej na krew i mocz po silnem zgęszczeniu krwi. Odb. z Pam. Tow. Lek. 1889.
- A. Fabian:* Kilka uwag nad przymiotem układu nerwowego. Odb. z Gazety Lekarskiej 1889.
- B. Glatvaer:* Der Gebrauch d. Mattonischen Moorextracte in d. chirurgischen Praxis. Odb. z Allg. Wiener Med. Ztg. 45. 1889.
- A. Chelmoński:* Przyczynek do wyjaśnienia wpływu chorób przewlekłych narządu oddechowego na trawie żołądkowe. Odb. z Gaz. Lek.
- A. Chelmoński:* Sur la Digestion gastrique dans le cours des maladies chroniques des voies respiratoires. Odb. z Revue de Médecine.

 Do N-ru niniejszego dołącza się dla wszystkich prenumeratorów:

1. Spis rzeczy za rok 1889.
2. Tablicę z krzywą ciepłoty do artykułu wstępnego.
3. Prospekt „**Dziennika dla Wszystkich**“ najtańszą gazetę polską codzienną.

**Dr. M. JAKOWSKI**, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych. Ulica Wspólna Nr. 26.

Opuścił prasę  
**KALENDARZYK LEKARSKI**  
na r. 1890

opracowany przez: Bujwida, Dunina, Grodeckiego, Hewelkego, Kuniewicza,  
Matlakowskiego, Polikiera, Puławskiego  
pod redakcją J. Polaka.

Treść stanowią: Wskazówki dyjagnostyczne według klasycznego vademecum, kieszonkowego Seiferta i Müllera (zwłaszcza badanie płwociny, moczu, grzybków chorobotwórczych i wszelkie nowsze metody badania; 18 drzeworytów); wskazówki terapeutyczne, alfabetycznie według chorób ułożone i opracowane z ostatnich wydawnictw zagranicznych, na podstawie nowszej praktyki klinicznej; najnowsze postępy terapii i chirurgii (przez Dunina, Puławskiego i Matlakowskiego), alfabetyczny spis leków, z cenami i dawkami, oraz najwyższe dawki środków mocno działających, według ostatniego wydania farmakopei urzędowej i taksy aptekarskiej (opr. Dr. Polikier); wody mineralne i stacje klimatyczne podług nowszych dzieł i spisów zdrojowisk krajowych i obcych (opr. Dr. Hewelke), przeszło 700 miejscowości; najprostsze sposoby badania powietrza, wody i pokarmów, podał O. Bujwid; prawodawstwa dotyczące lekarzy, wraz z taksą lekarską; krótkie wiadomości informacyjne i statystyczne (porównanie skal ciepłomierza, porównanie wag, ilość lekarzy, szpitali, aptek i t. p.); notatnik z oznaczeniem niektórych faktów z dziejów medycyny krajowej oraz z oznaczeniem posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, kalendarz.

Cena egzemplarza w oprawie w płótno angielskie rs. 1 kop. 20,  
z przesyłką rs. 1 kop. 40.

Nabywać można w redakcyi „Zdrowia“ 25 Ś-to Krzyska, w Warszawie. (również za pośrednictwem „Kroniki Lekarskiej“). Nadsyłać można zamówienia wraz z należnością lub też tylko zamówienia, a opłatę uiszczać na p. oczcie przy odbiorze („za zaliczeniem pocztowem“). 0—3



# Wino piołunowe gorzkie

## (Vin de Vermouth).

Przygotowane na winie węgierskiem wytrawnem, jak również i na francuskiem desserowem (słodkie).

Cena butelki zawierającej 435,0 rs. 1 kop. 50.

p o l e c a

Apteka H. Biertümpfla

Marszałkowska Nr. 133, róg Ś-to Krzyżkiej w Warszawie.

0—9

---

## NOWE MIASTO NAD PILICĄ

(gub. Piotrkowska, pow. Rawski)

ZAKŁAD PRZYRODOLECZNICZY.

**Racyjonalna hydroterapia** z kompletnemi, obszernemi i dogodnemi urządzeniami kąpielowo-leczniczemi. Elektryczność, masaż, leczenie metodą Moczutkowskiego—Charcot, (zawieszanie), gimnastyka, (prowadzi ją R. Graff, z Warszawy), leczenie mlekiem, kefirem, leczenie metodą Weir-Mitchell, wszelkie wody mineralne, wyborne kąpiele rzeczne.

**Ścisły internat** i eksternat; dwóch stałych lekarzy, konsultanci sezonowi z Warszawy, dyjetetyczne stołowanie, zdrowy klimat, malownicze położenie, obszerne spacery, orkiestra stała w lecie.

**Oddzielny internat** i restauracja dla starożakonych. Telegraf przy zakładzie, poczta codziennie.

**Ceny umiarkowane**, a urządzenia zastosowane do stopnia zamożności, ułatwienia dla niemających, ulgi dla ubogich. Całe utrzymanie ze stołem i leczeniem od 60 do 90 rs. miesięcznie.

Różnice w cenach i kosztach utrzymania zależy od ceny mieszkania, stołu, rodzaju choroby i sposobu leczenia.

**Komunikacja** osobowa koleją Warsz.-Wied. przez Skierniewice, lub Iwangr.-Dąbrow. przez Koluński Opoczno.

Właściciel i główny kierownik Zakładu Dr. J. Bieliński. Lekarz domowy zakładu S. Niedzielski (choroby kobiece i narządów trawienia, leczenie masażem). Ordynuje podczas miesięcy letnich dr. A. Ciągliński z Warszawy (w chorobach nerwowych, płuc i krtani, leczenie elektrycznością). Dr. J. Pawiński konsultant sezonowy z Warszawy, dojeżdża w pewnych, ściśle oznaczonych terminach.

Szczegółowe objaśnienia w Zarządzie Zakładu, lub w Warszawie w Aptecze H. Kucharzewskiego, Miodowa 4.

4169—9—9

**APTEKA**  
**I SKŁAD WÓD MINERALNYCH**  
**NATURALNYCH**

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

**D<sup>r</sup> T. HEINRICH**

w WARSZAWIE

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

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

---

**SKŁAD**

**MATERYAŁÓW APTECZNYCH**

**Wiktora Waligórskiego**

Nowy Świat Nr. 38 w Warszawie

ma zaszczyt polecić:

Materyały apteczne.—Przetwory chemiczne.—Specyalia zagraniczne.—Specyalia wyrobu aptekarza A. Rakowskiego.—Przedmioty opatrunkowe.

**Wody mineralne naturalne i sztuczne.**

**PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCUSKIE.**

# APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

## M. BARCZA

w WARSZAWIE

94 *Marszałkowska* 94.

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

---

### Liquor ferri albuminati Grüning

(Natrium ferri albuminatum liquidum).

Wprowadzony przezemnie do handlu, właściwym sposobem otrzymany roztwór, odznacza się doskonałemi własnościami terapeutycznemi.

Nie psuje się, zawiera 0,5% tlenniku żelaza i wyrównywa zupełnie własnościom roztworu białkanu żelaza Drees'a.

N. B. Z powodu istnienia licznych przetworów białkanu żelaza, należy przepisywać:

### „Liquor ferri albuminati Grüning.”

Skład główny na Królestwo w aptece **Wendy i Wiorogórskiego**, N. 45 Krakowskie Przedmieście w Warszawie.

**W. Grüning,**

Mag. farm. w Połdże.

# APTEKA

# E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

w WARSZAWIE

ma honor podać do wiadomości pp. Doktorów, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy, podawania leków pod postacią win, przygotowała obecnie cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-Chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Chinowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

„ „ z żelazem zawiera  $1\frac{1}{2}$  żelaza, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino Condurango czyste na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 75.

„ „ z żelazem zawiera  $2\frac{1}{2}$  żelaza, butelka rs. 2.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych i na Maladze. Nasiona Kola zawierają  $2,34\frac{1}{2}$  Cofeiny, butelka rs. 2 kop. 25.

Wino Kwassyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kwassyjowe na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera  $2\frac{1}{2}$  pepsyny, butelka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera  $2\frac{1}{2}$  pepsyny, butelka rs. 2.

Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagrada na Maladze. Jedna do  $1\frac{1}{2}$  łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino senesowe (*fol. Sen. Alex. sine resinae*) na Xeresie. Jedna do  $1\frac{1}{2}$  łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 1 kop. 75.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0 (14—15 uncyj).

# „Żurnal akuszerstwa i żeńskich boleźniej.”

Organ Akuszeryjno-ginekologicznego Towarzystwa.

Wydawany pod redakcją Prezesa i Sekretarza Towarzystwa i Akademika  
A. J. KRASSOWSKIEGO, Profesora K. F. SŁAWIAŃSKIEGO i docenta  
I. I. SMOLSKIEGO.

Wychodzić będzie w roku 1890 miesięcznie zeszytami od 4—6 drukowanych arkuszy.

Program:

1) Artykuły oryginalne, odczyty i kazuistyka (rossyjskie i tłumaczone).  
2) Referaty. 3) Krytyka i biblijografija. 4) Sprawozdania z posiedzeń Akuszeryjno-ginekologicznego Towarzystwa w Petersburgu. 5) Korrespondencyja. 6) Ogłoszenia.

Prenumerata wynosi na prowincyi z przesyłką 8 rs. rocznie, dla miejscowych 7 rs. 50 kop., bez przesyłki 7 rs.

Prenumerować można w Redakcyi (Petersburg Iwanowskaja d. N. 14, m. 22), w biurze Redakcyi przy medyko-chirurgicznej księgarni N. P. Petrowa (Wyborskaja. Niżegorodzkaia ulica N. 17).

Prace przysyłać należy koniecznie z podpisem autorów na imię jednego z redaktorów (A. J. Krassowski—Nadeždinskaia d. N. 3, K. F. Sławiański—Litejnaja d. N. 26 m. 10, I. I. Smolki—Iwanowskaja d. N. 14 m. 22). Ogłoszenia przyjmują się za zgodą redakcyi. O książkach i broszurach przysyłanych przez autorów do redakcyi ogłoszonym będzie w najbliższym numerze czasopisma.

Prenumeratę przyjmuje się tylko za cały rok. Wyplata ratami i komisowe ustępstwa miejsca mieć nie będą. Pozostałe egzemplarze z roku 1887, 1888 i 1889 otrzymywać można w redakcyi w cenie 5 rs. za rok.

---

SZÓSTY ROK WYDAWNICTWA

MIESIĘCZNIKA

„CHIRURGICZESKIJ WIESTNIK“

Wychodzić będzie i w roku 1890 w tejże objętości  
i w tymże zakresie.

- I. Artykuły oryginalne z zakresu chirurgii.
- II. Korespondencyje.
- III. Krytyka i biblijografia.
- IV. Referaty i drobne wiadomości.
- V. Ogłoszenia.

Uprasza się wysyłać artykuły pod adresem Mikołaja Aleksandrowicza Weljaminowa (Petersburg, Fontanka, 105).

Prenumerować można w redakcyi (Petersburg, Fontanka, 105) codziennie od 11—1 i od 4—5 i we wszystkich większych księgarniach. (Panów prenumeratorów z prowincyi uprasza się o zgłaszanie wprost do redakcyi). Ogłoszenia 40 kop. za wiersz petitu.

Cena z przesyłką za rok 7 rs., za pół roku 3 rs. 50 kop.

Redaktor wydawca N. A. Weljaminow.



<b>TRAN Z ŻELAZEM</b> zawierający żelaza.....	0,3
łyżka stołowa odpowiada....	0,045
<b>TRAN Z JODEM</b> zawierający jodu.....	0,1
łyżka stołowa odpowiada....	0,015
<b>TRAN Z JODKIEM ŻELAZA</b> zawierający jodku żelaza....	0,3
łyżka stołowa odpowiada....	0,045
<b>TRAN Z FOSFOREM</b> zawierający fosforu.....	0,01
łyżka stołowa odpowiada....	0,0015

na świeżym tegorocznym tranie z ściśle oznaczoną procentowością posiada

## Apteka H. Biertümpfla

MARZAŁKOWSKA RÓG ŚTO-KRZYSKIEJ.

3—1

1890. 6-ty rok wydawnictwa. 1890.

Miesięcznika poświęconego chorobom zębów

# „ZUBOWRACZEBNYJ WIESTNIK”

DLA LEKARZY I DENTYSTÓW.

Wydawanego przez A. P. Sinicyna pod redakcją  
W. W. Aboleńskiego.

Pismo wychodzić będzie w roku 1890 według tego samego programu i kierunku, mianowicie dawać będzie możność leczącym choroby zębów zaznajamiać się w odpowiednim czasie z postępami nauki o chorobach zębów zagranicą i w swym kraju, jako też sprzyjać temu rozwojowi u siebie. W bieżącym roku zwracaliśmy szczególną uwagę na wybitne prace z dziedziny techniki zębowej, zębowej metalurgii, patohistologii i t. d. ilustrując odpowiednie oddziały. Rachując po dawnemu na zrozumienie swego interesu zajmujących się leczeniem zębów, redakcja i w następnym roku ma zamiar służyć w ten sam co dawniej sposób i w tym samym kierunku. Czytelnicy pisma mogli się już upewnić, że pismo to łącząc naszych przedstawicieli nauki i sztuki, wypowiadając ich opinie co dotyczy kształcenia, bytu, prac i etyki lekarzy zębów, konstatując postęp leczenia zębowego, wskazując dalszą drogę dla swobodnego rozwoju nauki i dobroczynnej sztuki, uporeczywie bronić na gruncie prawnym obecnych praw lekarzy zębów i dowodzi konieczności rozszerzenia ich, zgodnie z potrzebami istoty rzeczy t. j. nauki i współczesnego życia.

Cena roczna 6 rs Pozostałe egzemplarze za rok 1885—89 stanowiące cenny zbiór postępów zębowego leczenia za ten okres i kilka wybitnych podręczników z niektórych działów dentystyki sprzedają się po 20 rs. z przesyłką a zarazem z prenumeratą na rok 1890 za 25 rs Zwracać się należy do A. P. Sinicyna, Petersburg Newski 75—2.

# KRAJ

na rok 1890-ty.

Istniejące od r. 1882-go pismo polskie „Kraj“, wychodzić będzie w Petersburgu w roku 1890-ym pod tą samą redakcją i w dotychczasowym kierunku. Oprócz **Włodzimierza Spasowicza** i redaktora „Kraju“ **Erazma Piltza**, stałymi członkami redakcyi są: **Ludomir Grendyszyński** (sekretarz redakcyi i referent prawny „Kraju“), **Tokarzewicz-Hodi** (w dziale literackim), **Leon Połoński** (w dziale polityczno-społecznym) i **Wład. Żukowski** (referent ekonomiczny „Kraju“).

## Przegląd literacki

(Dodatek do „Kraju“).

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

„Kraj“ z „**Przeglądem Literackim**“ wychodzi raz na tydzień, w piątek. Prenumeratorzy prowincjonalni w Królestwie, kraju zachodnim i nadbałtyckim otrzymują go w niedzielę rano. „Kraj“ wraz z „**Przeglądem Literackim**“ składa się z 40 stronic.

Przedpłata „Kraju“ wraz z „**Przeglądem Literackim**“ wynosi w Petersburgu: rocznie rs. 10, półr. rs. 5, kwart. rs. 2 kop. 50. Na prowincyi w Cesarstwie i Królestwie rocznie rs. 12, półr. rs. 6, kwart. rs. 3. Przedpłatę najlepiej wysyłać **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.

**Ogłoszenia** do „Kraju“, jako do pisma najbardziej ze wszystkich politycznych pism polskich rozpowszechnionego, 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 przesyłać należy pod adresem: Petersburg, „Kraj“, Kazańska, 26.

**Dla kaszlących i osłabionych  
EKSTRAKT I KARMEŁKI**

Koncesjonowane przez  
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach  
hygieniczno-lekarskich



FABRYKI  
„LELIWA”

w Warszawie

ulica Zgoda Nr. 6.



Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych w Warszawie, Królestwie i Cesarstwie.

Główna sprzedaż w Warszawie u Mrozowskiego i Spiessa, w Kijowie u Żeligowskiego i w Południowo Ruskiem Towarzystwie, w Kownie u Miron-Klimowicza, w Astrachaniu u Ker-na, w Baku u Czyszkowskiego, w Odessie u Gajewskiego, w Mińsku gub. u Gutowskiego, w Wilnie u Segala, w Ko-stromie u Cywilko, w Żytomierzu u Mejersona, w Moskwie u Mattejsena i u Pączkowskiego, w Witebsku u Jaskoła, w Stawropołu u Brochnockiego, w Rostowie n/D u Ocho-cimskiego, w Jałcie u Glińskiego, w Kretingen u Szenberga, w Azowie i Mariupolu u Łuczyńskiego, w Orgiejewie u Kacnelsona, w Berdjańsku u Krywatowicza, w Kiszynie-wie u Braunsteina, w Tyflisie u Wyczalkowskiego, i Ajwazo-wa, w Dynaburgu u Straszńskiego, w Mielitopolu u Min-delsona, w Merwie u Ingielewicza, w Piatigorsku u Walen-tynowicza.

Fłaszka ekstraktu kop. 75, z chiną lub żelazem i chiną rs. 1.  
Paczka karmelków kop. 15.

**KSIEGARNIA GEBETHNERA I WOLFFA**

w Warszawie,

poleca następujące nowe dzieła:

Adamkiewicz A. Pachymeningitis hypertrophica und der chronische Lufarct des Rückenmarkes. Anatomisch und klinisch bearbeitet . . . . .	2. —
Baginsky A. Lehrbuch der Kinderkrankheiten für Aerzte und Studierende 3-te Auflage . . . . .	9. —
Baumgarten P. Lehrbuch der pathologischen Mykologie 2-te Hälfte, 2-ter Halbband. . . . .	5. —
Behrens W. A. Kossel und Schiefferdecker, Die Gewebe des menschlichen Körpers und ihre mikroskopische Untersuchung. Band I . . . . .	4 30
Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie von Ziegler VI-ter Band 2-tes Heft. . . . .	2. —
Bock C. E. Handatlas der Anatomie des Menschen 7-te Auflage. . . . .	16 50
Bordier le Dr. A. Pathologie comparée de l'homme et des êtres organisés . . . . .	3 60
Burckhardt E. Endoskopie & endoscopische Therapie der Krankheiten der Harnröhre und Blase . . . . .	5. —
Carlier F. Étude de pathologie sociale. Les deux prostitutions (1860—1870). 2-e édition . . . . .	1 50
Desnos le Dr. E. Traité élémentaire des maladies des voies urinaires. Avec une préface du professeur F. Guyon . . . . .	4 50