

GAZETA LEKARSKA.

I. KILKA UWAG

O T. ZW. NERWICACH TRAUMATYCZNYCH.

[Odczyt, miany w Warsz. Tow. Lek. dnia 15 Października 1889 r.]

Przez

D-ra Teodora Dunina,

lekarza ordynującego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Szanowni Panowie!

Przedmiot, o którym dziś kilka słów powiedzieć zamierzam, zasługuje na najwyższe zainteresowanie i to zarówno ze strony terapeutów, jak i chirurgów, oraz lekarzy sądowych. Powiedziałbym nawet, że ze strony tych ostatnich więcej; terapeuci bowiem, jako bardziej oswojeni z badaniem chorych nerwowych, łatwiej potrafią rozwikłać bardzo nieraz złożony obraz choroby, aniżeli chirurdzy, do których jednak często tego rodzaju chorzy po radę się najpierw udają. Z drugiej strony lekarze sądowi, a jeszcze więcej fabryczni i kolejowi, powoływani bywają do wydawania świadectw, co niezawsze bywa rzeczą łatwą.

Nerwice traumatyczne istniały niewątpliwie od dawna, prawdopodobnie tak dawno, jak i przyczyna je wywołująca; u starych też autorów znaleźć można tu i ówdzie opis choroby, nie będącej niczem innym, jak nerwicą traumatyczną. Szersze jednak zajęcie się tą kwestyją datuje dopiero od lat kilku lub kilkunastu. Prac w tym przedmiocie ogłoszono wiele, zgody jednak co do wielu punktów jeszcze nie ma. U nas o nerwicach traumatycznych nie pisano wcale; posiadamy też tylko przekład krótkiego choć ładnego odczytu STRUEPELL'a ¹⁾, wydany przez Gazetę Lekarską w zbiorze Odczytów Klinicznych.

Zanim powiem, jak się zapatrywać należy na nerwice traumatyczne, przedstawię historję chorego ²⁾, który mi właśnie dał pochop do niniejszego wykładu.

J. Dominik, lat 38 liczący, pochodzi z rodziny bez wyraźnego usposobienia do chorób nerwowych. Matka żyje i jest zdrowa; bracia i siostry, o ile chory ma o nich wiadomości, też są zdrowi. Ojciec umarł w późnym wieku, a na parę lat przed śmiercią cierpiał na „konwulsyje“; bliższych szczegółów chory udzielić nie może. Sam chory do 16 r. życia chował się na wsi; później przeby-

¹⁾ Nerwice traumatyczne, przekład A. PUŁAWSKIEGO. [Odczyty kliniczne. Nr. 2].

²⁾ Chory był przedstawiony na posiedzeniu Towarzystwa.

wał stale w Warszawie, gdzie pracował w rozmaitych fabrykach, ostatnio w fabryce opakowań blaszanych. Był zawsze zdrowy, wypijał czasami po 2—3 kieliszki wódki, nadużyć jednak w wyższym stopniu nie bywało. W Maju r. 1889 kiedy siedział schylony nad robotą, koło żelazne, wiszące u sufitu, oberwało się i spadło mu na grzbiet i prawą rękę. Ocalenie swoje J. przypisuje jedynie tej okoliczności, że siedział pochyłony; gdyby był wyprostowany, koło byłoby mu spadło na głowę, a wtedy poniósłby niechybnie natychmiastową śmierć. Chory stracił przytomność; jako rannego odwieziono go na klinikę chirurgiczną. Tu znaleziono nieznaczne obrażenia na prawej ręce, nadto zatrzymanie zupełne moczu, które trwało 2 dni. Później mocz odchodził zawsze prawidłowo. W kilka godzin po przypadku wróciła przytomność, w kilka dni rany się pogoiły, ale chory pomimo tego wciąż czuł się niedobrze. Sen był przerywany i niespokojny, przed oczami latały płatki, a w nogach czuł takie osłabienie, że kilku kroków zrobić nie mógł. W takim stanie przeleżał na klinice 4 tygodnie i wypisał się bez poprawy. W końcu Czerwca zapisał się na mój oddział. Badanie wykazało wówczas, co następuje:

Chory dobrej budowy, wybornie odżywiony. Narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają.

Kolumna kręgową przy ucisku silnie bolesna, mianowicie w części lędźwiowej; niżej bolesność nie tak silna. Chód utrudniony, przyczem prawą nogą chory więcej powłóczy, niż lewą. Gruba siła mięśniowa znacznie zmniejszona; mianowicie też leżąc, chory nóg wcale prawie unieść nie może. Czucie zachowane. Zesztywnień nie ma. Odruch kolanowy znacznie wzmożony; objawu stopowego nie ma. Co do odruchów skórnych, to odruch jądrowy i brzuszny prawidłowy, podeszwowego nie ma. Bezładu ruchowego [ataksyi] nie ma.

Kończyny górne i nerwy czaszkowe zmian nie przedstawiają; również nie ma objawów ze strony pęcherza i odbytnicy.

Chory przybył do oddziału na kilka dni przed moim wyjazdem zagranicę; tem się tłómaczą pewne braki w obserwacji, a mianowicie brak wzmianki o stanie narządów zmysłów. Tak jak się wówczas przedstawiał, przypadek nie był jasnym; jako najprawdopodobniejsze stawiałem rozpoznanie: *myelitis chronica traumatica*. Po kilku tygodniach, po powrocie do Warszawy, chorego na oddziale już nie zastałem; na karcie szpitalnej kol. PUŁAWSKI, który mię zastępował, zanotował pojawianie się znieczulenia na kończynach dolnych. Chory wysłany został na koszt fabryki do Ciechocinka, gdzie wziął 30 kąpielei słonych, po których jednakże nie doznał najmniejszej ulgi. Powróciwszy do Warszawy, zapisał się napowrót na mój oddział, głównie dla uzyskania świadectwa o niezdolności do pracy.

Teraz stan jego przedstawił mi się już inaczej. Uderzyło mię najpierw, że kiedy chory, przy pomocy laski, o tyle o ile się posuwa, stać zupełnie nie może; natychmiast przechyla się wtył, tak, że aby nie upaść, musi zrobić krok wtył. Chód z otwartymi oczami nosił cechy chodu paralitycznego; chory włóczy nogi, ale ataksyi nie ma ani śladu. Natomiast z zamkniętymi oczami chory ani kroku zrobić nie może: maca nogami na wszystkie strony i pada, jeżeli go nie podtrzymać. Kiedy przy chodzeniu chory o tyle, o ile posuwa nogami, leżąc nie może

wcale unieść nóg. Przy wysiłkach, ku temu skierowanych, noga ulega dość obszernym drganiom. Już to wszystko, razem z jękającą się cokolwiek mową, czego dawniej nie bywało, nasuwało myśl, że mamy tu do czynienia z czemś innym, a nie z organicznem cierpieniem rdzenia. Dalsze badanie wykazało, co następuje: mięśnie wybornie odżywione, żadnych zaburzeń troficznych ani śladu. Gruba siła mięśniowa w leżącej pozycji chorego zupełnie zniesiona, mianowicie też w nodze prawej. Bezwładu ruchowego nie ma ani śladu, o ile rozumie się, przy zupełnej prawie niemożności podnoszenia nóg, objaw ten należyście zbadać można. Ze jednak ataksyi nie ma, świadczy chód, który nie ma wcale charakteru ataktycznego. Odruch kolanowy znacznie wzmożony, objawu stopowego nie ma. Odruch jądrowy i brzuszny prawidłowy, podszewowego nie ma. Czucie na obu nogach zupełnie zniesione i to pod każdym względem: chory nie czuje ani dotknięcia, ani głębokiego ułknięcia, nie rozróżnia ciepłoty, ciężaru. Uczucie położenia członków zniesione. Znieczulenie to sięga na brzuch, poniżej pępka i dotyczy też części płciowych zewnętrznych.

Dalej badanie wykryło, że i ręce dotknięte są zupełnem znieczuleniem, które rozszerza się tu z tyłu na łopatki, a z przodu na boczne okolice szyi. Znieczulenie dotyczy tu, również jak na nogach, wszystkich rodzajów czucia. Czucie mięśniowe i uczucie położenia członków zniesione: jeżeli choremu, przy zamkniętych oczach odsunąć prawą rękę na bok, a lewą kazać się dotknąć prawego łokcia, wtedy macha na wszystkie strony, szuka, a prawej ręki znaleźć nie może. Pomimo tego palcami kształt ciała określa dość prawidłowo. Siła w rękach dość dobra, ale jak na tak dobrze zbudowanego mężczyznę za słaba. Przytem unerwienie słabe: chory w pierwszej chwili ściska dość silnie, ale długo ręki ściśniętej utrzymać nie może.

Na twarzy, na piersiach i górnej części brzucha czucie zachowane; na plecach do pewnego stopnia nadczułość, a przy ucisku, zarówno najłżejszym jak i mocnym kolumny kręgowej, w części lędźwiowej i krzyżowej, chory doświadcza bardzo silnego bólu.

Na twarzy porażen nie ma, ruchy gałek ocznych prawidłowe, źrenice jednakowej szerokości, dobrze oddziaływają na światło i akomodację.

Siła wzroku nieco osłabiona, pole widzenia zwężone koncentrycznie w najwyższym stopniu. Prawie zupełna ślepota na barwy: wszystkie kolory jasne chory określa jako białe, wszystkie ciemne — jako czarne; rozróżnia jedynie bardzo nasyczone odcienia koloru czerwonego. Te dane co do stanu wzroku potwierdził i kol. ZIEMIŃSKI, który też przy badaniu dna oka, prócz zwężenia tętnic i rozszerzenia żył, zmian żadnych nie znalazł.

Słuch znacznie osłabiony, zarówno przy bezpośredniem przykładaniu zegarka do ucha, jak i przez kości.

Smak zniesiony prawie zupełnie: chory rzeczy słodkich, gorzkich i kwaśnych nie rozróżnia; odczuwa tylko słone.

Węch zupełnie zniesiony.

Pęcherz i kiszka stolcowa prawidłowe.

Tętno 60, prawidłowe.

Chory przygnębiony, najczęściej siedzi sam pochylony, oparty na swoim kiju i do swych towarzyszy mało co mówi; jednak jakiejś płacziwości, ciągłych skarg i t. p. nie zauważyłem.

Rozpoznanie wobec tych danych, dostarczonych przez badanie, nie przedstawiało już dla mnie wielkich trudności. O cierpieniu rdzenia, wobec rozległych znieczuleń, porażań kończyn dolnych, zajęcia narządów zmysłów, obok prawidłowej czynności pęcherza i kiszki, oraz braku zaburzeń troficznych, nie mogło nawet być mowy. Toż samo da się powiedzieć o organicznem cierpieniu mózgu. Nie sposób jest pomyśleć o jakiegokolwiek postaci chorobowej, któraby podobnie złożony obraz chorobowy wytłumaczyć mogła. Jasną więc było rzeczą, że mieliśmy do czynienia z zaburzeniem czynnościowym, z nerwicą, a ze względu na przyczynę — z nerwicą traumatyczną ¹⁾.

Gdybyście Szanowni Panowie zadali sobie pracę i przejrzeni bardzo bogatą kazuistykę zebraną u OPPENHEIM'a ²⁾, to zobaczylibyście, że przypadek, opisany powyżej, należy do najbardziej typowych. Mamy tu wszystkie główne objawy cechujące nerwicę traumatyczną, a mianowicie: drżenie, niemożność stania z powodu zawrotu, osłabienie siły mięśniowej ³⁾, rozległe znieczulenia, podniesienie odruchów ścięgniętych, wreszcie zaburzenie ze strony zmysłów, a z pomiędzy nich najbardziej charakterystyczne — koncentryczne zwężenie pola widzenia. W dwóch tylko punktach spostrzeżenie nasze nie odpowiada obrazowi, podanemu przez OPPENHEIM'a: tętno nie było przyspieszone i powtórnie nie było tak wybitnych zmian w ustroju psychicznym, o jakich mówi ten autor; chory wprawdzie był mało mówny, przygnębiony, ale tej płacziwości, ciągłych skarg i t. p. nie było wcale. Zresztą i OPPENHEIM wspomina, że ten nastrój nie jest niezbędnym objawem nerwicy traumatycznej.

Przytoczony przezemnie przypadek należy do ciężkich; bywają jednak formy o wiele lżejsze, jak tego dowodzi następujące spostrzeżenie:

D. Michał, lat 19 liczący, ślusarz, przybył do szpitala Dz. Jezus 16 Listopada 1889 r.. Rek temu, gdy chory zajęty był pracą, spadł mu na bok ciężki pas skórzany. Chory stracił na razie przytomność, powróciwszy zaś do zmysłów poczuł silny ból w boku, który trwał wciąż bez przerwy i przeszkadzał mu w pracy. Zewnętrznych obrażeń żadnych nie było. Wskutek tego D. wstąpił do szpitala na oddział chirurgiczny, gdzie przeleżał około 2 miesięcy i wyszedł cokolwiek zdrowszy. Jednak do dawnego zdrowia już nie powrócił, posmutniał, bok mu wciąż dokuczał, a nade wszystko pokazało się bardzo silne

¹⁾ Chory, po przedstawieniu go w Towarzystwie, pozostawał czas jakiś na oddziale. Wszelkie próby lecznicze nie wydały żadnego wyniku; również bezskutecznymi okazały się próby z hipnotyzmem, a to z powodu, że chory nie usypiał wcale. Taka uporeczywość nerwicy traumatycznych powszechnie jest znana; lekarze fabryczni i kolejowi, przy wydawaniu świadectw, wiedzieć powinni, że rokowanie, co do możliwości powrotu do zupełnego zdrowia i zdolności do pracy, w ciężkich postaciach tej choroby bywa bardzo złem.

²⁾ OPPENHEIM. Die traumatischen Neurosen. 1889.

³⁾ Wyrażenie „osłabienie siły mięśniowej“ jest nieściśle w tym razie, choć utarte. Ponieważ odżywianie mięśni było wyborne, nie może więc być mowy o osłabieniu siły „mięśni“. Brakowało tylko impulsów woli, potrzebnych dla wywołania skurczu mięśni o pewnej sile.

drzenie w nogach, mianowicie przy staniu i siedzeniu. Od 2 miesięcy stan znacznie się pogorszył, chory skarży się na bóle, szczególnie silne w *epigastrium*, prócz tego odbijania puste, głośnie i wymioty. Te objawy ze strony żołądka nie stoją w prostym związku z przyjęciem pokarmów. Tak bóle jak i wymioty bywają i naczczo, albo też przychodzą po wypiciu wody, herbaty i t. p.. Chory mocno rozdrażniony, nie sypia, skarży się na ból głowy.

Usposobienia dziedzicznego do chorób nerwowych w rodzinie nie ma; ojciec i jedna siostra zmarły na suchoty.

Status praesens. Chory szczupły, wątlý. Stan bezgorączkowy. Tętno 88. W prawem płucu u wierchołka nieznaczne objawy zgęszczenia. Inne narządy zdrowe. W *epigastrium* żywy ból przy uciskaniu.

Badanie układu nerwowego wykazało, co następuje: *strabismus divergens*, istniejący od dzieciństwa. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, źrenice oddziałują prawidłowo. Pole widzenia w obu oczach dość znacznie zwężone koncentrycznie. Barwy chory rozróżnia niezupełnie dokładnie. Słuch osłabiony. Węch i powonienie prawidłowe. Żadnych porażań nie ma ani w twarzy, ani w kończynach, gruba jednak siła mięśniowa niewielka. Zmian w czuciu żadnych. Czucie mięśniowe zachowane. Bezładu ruchowego (*ataxia*) nie ma. Odruchy ścięgniste wzmożone. Co najwięcej uderza, to silne drzenie w całym ciele, a głównie w nogach. Występuje ono najwidoczniej wtedy, kiedy chory stoi, albo też kiedy z pozycji leżącej przechodzi w siedzącą. Drzenie to jest obszerne i tak silne, że kiedy chory stoi, całe ciało się trzęsie. Przy chodzeniu drzenie prawie zupełnie znika.

Okolica kręgosłupa bardzo wrażliwa na ucisk, również i prawy bok, nie można jednak bólu tego umiejscowić wzdłuż jakiegokolwiek przestrzeni międzyżebrowej.

Chory przeleżał na moim oddziale 3 tygodnie; przez cały ten czas brał brom i raz miał zrobione przypalenie kolumny kręgowej. Stan jego zdrowia znacznie się poprawił. Objawy ze strony żołądka ustały po prostem zapewnieniu, że są natury czystej nerwowej. Sen powrócił, ból się zmniejszył, a drzenie prawie zupełnie ustąpiło, tak, że chory mógł znowu wziąć się do pracy.

Ten przypadek także inaczej uważanym być nie może, jak tylko za nerwicę traumatyczną, tylko lekkiego stopnia. W istocie po obrażeniu rozwija się szereg objawów nerwowych ogólnych [bezsenność, rozdrażnienie, ból głowy], charakterystyczne zmiany ze strony wzroku [ograniczenie pola widzenia, niedokładne rozróżnianie barw], drzenie nóg i całego ciała, bez objawów cierpienia rdzenia, t. zw. *rachialgia* i wreszcie objawy *dyspepsiae nervosae*.

Przypadek ten jest pouczający z dwóch względów: raz, że należy do nerwic traumatycznych ogólnych [według klasyfikacji STRUEMPELL'a], a pomimo tego nie jest ciężkim, a podругie pokazuje, że jeżeli nie wyleczenie, to przynajmniej znaczną poprawę osiągnąć możemy. Zaslugują też na uwagę objawy niestrawności nerwowej, które rzadko figurują w opisach nerwic traumatycznych.

Nieraz znieczulenie lub bezwład ogranicza się do jednej tylko kończyny, albo nawet jej części, np. przedramienia, dłoni. Niekiedy znieczulenie istnieje

samo, bez bezwładu, w innych przypadkach mamy bezwład, lub, co częściej, przykurczenie, bez znieczulenia, a CHARCOT ¹⁾ opisał cały szereg przypadków, w których choroba ograniczała się jedynie na bólu w stawie, najczęściej biodrowym (*coxalgia*). Ta różnorodność form podała nawet myśl STRUEMPELL'owi ²⁾ do podziału nerwic traumatycznych na miejscowe i ogólne. Podział ten, o ile chodziłoby tylko o ułatwienie w opisie, możnaby dopuścić, aby jednak upatrywać w tych dwóch formach dwie różne choroby, jak tego chce STRUEMPELL, na to nie ma żadnych racjonalnych podstaw. Przedewszystkiem nie ma żadnej możliwości wykreślenia granicy, gdzie kończy się nerwica ogólna, a gdzie zaczyna miejscowa, a dalej nie ma żadnych takich objawów, któreby nie mogły równie dobrze znaleźć się w jednej jak i drugiej postaci. STRUEMPELL zwraca uwagę na brak nastroju melancholijnego w nerwicach miejscowych, ale, jak to widzieliśmy u naszego chorego, objawu tego może nie być i w ciężkich postaciach ogólnej nerwicy. Najważniejszą zaś rzeczą jest to, że CHARCOT u chorych, dotkniętych nerwobólem stawowym traumatycznym (*coxalgia traumatica*), a więc w typowej nerwicy miejscowej, według podziału STRUEMPELL'a, znajdował wszystkie te same zaburzenia ze strony zmysłów, co i w nerwicach ogólnych, a mianowicie: znieczulenie, osłabienie zmysłów, t. zw. *points hysterogènes*. Zauważyć też należy, że zarówno ogólne jak i miejscowe nerwice mogą być ciężkie i lekkie; natężenie więc choroby także nie upoważnia do takiego podziału. Później zobaczymy, że objawy nerwowe, powstające pod wpływem obrażenia, w istocie mogą być różne, ale podział taki nie ma nic wspólnego z tym, jaki proponował STRUEMPELL.

W pracy niniejszej nie mam zamiaru kreślić wyczerpującej monografii nerwic traumatycznych, a tem samem nie mogę się wdawać w historyczny przebieg rozwoju nauki o tem cierpieniu. Wspomnę więc tylko w krótkości, że pierwsi, którzy zwrócili uwagę na częstość i ważność objawów nerwowych, rozwijających się po obrażeniu, byli lekarze angielscy i amerykańscy, a mianowicie ERICHSEN, WALTON, PAGE i inni; pierwsze przypadki odnosiły się wyłącznie do katastrof kolejowych. W Niemczech o nerwicach traumatycznych pisali THOMSEN, MOELI, BERNHARDT, STRUEMPELL, a głównie OPPENHEIM, którego monografia zawiera wiele niezmiernie cennych opisów i uwag. Z autorów francuzkich zasługuje na uwagę GRASSET, prof. w Montpellier, GUINON i t. d.; nad całą jednak nauką o nerwicach traumatycznych górują prace CHARCOT'a, którego genialny pogląd rozjaśnił nam wiele ciemnych stron tej kwestyi.

Zamiarem moim dzisiaj jest zastanowić się nad pytaniem: jak zapastrywać się należy na istotę i powstawanie nerwic traumatycznych? [C. d. n.]

¹⁾ Leçons sur les maladies du système nerveux. T. III. 1887.

²⁾ L. c.

II. O CZERWONOWIDZENIU.

PRZYCZYNEK DO NAUKI O BARWNEM WIDZENIU.

Podał

D-r Med. Br. Ziemiński.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 15].

Spostrzeżenie 2-gie. P. M. L., 53 lat wieku liczący, bankier, zgłosił się do mnie w Kwietniu 1889 roku, późnym wieczorem, mocno zaniepokojony, opowiadając, że przed godziną *intra coitum illegitimum* nagle spostrzegł w całym otoczeniu karminowo-czerwone zabarwienie i że dotąd zjawisko to trwa, choć w znacznie słabszym stopniu. W rzeczy samej okazuje się, że tak przy gazowym świetle, jak i przy płomieniu świecy, tak obuocznie, jak i każdym okiem z osobna rozpatrując, chory widzi przedstawioną mu przezemnie ćwiartkę białego papieru w jednolitej różowej barwie. Chory, dobrze przez chwilę wpatrując się, rozpoznaje ostatecznie bez błędu wszystkie barwy, lecz myli się często co do odcieni barw: „wszystkie barwy zdają mi się jakoś ciemne tak, jakbym spoglądał na nie przez gęstą zasłonę“.

Co do dotychczasowego stanu zdrowia, daje chory następującą odpowiedź. W młodszych latach kilkakrotnie przebywał rzeżączkę cewki moczowej. W 22 roku życia dotknięty został przymiotem; przy dosyć starannem leczeniu, cierpienie to nigdy nie przebierało cech złośliwych. W 30-ym roku życia wstąpił w związku małżeński. Ma czworo dzieci. Żona i dzieci zdrowe. Przed 10-laty nabawił się, „przemokłszy na polowaniu“, ostrego gościca „prawie wszystkich stawów“; cierpienie to powracało następnie kilka razy. Od młodych lat doznaje w pewnych odstępach czasu napadów właściwych migrenie ocznej, która jest w jego rodzinie zarówno dziedziczną, jak i skłonność do wytwarzania się krwawnic (*haemorrhoides*). Przed rokiem, bawiąc w lecie w Vevey [w Szwajcaryi], zmuszony był w dzień, w którym mu dokuczała migrena, w dzień słoneczny, wybrać się w licznej towarzystwie na przejażdżkę po Genewskim jeziorze. W najlepszym usposobieniu wrócił do domu, gdyż migrena, rychlej niż zazwyczaj, ustąpiła; nagle jednak wieczorem, około godziny 9-ej, zasiadłszy dobrze głodny do kolacyi w dużym salonie restauracyjnym, zdumiony został, iż słabiej rozróżnia przedmioty w otoczeniu, a nadto, że wszystkie przedmioty wydają mu się, jakoby powleczone lekką czerwoną zasłoną. „Przymykam to jedno to drugie oko, zawsze widzę wszystko we krwi; dopiero wkrótce po sutej kolacyi zjawisko znikło mi z przed oczu; postanowiłem zasięgnąć w tym względzie rady specjalisty; że jednak objaw ten nie wznowił się w następnych dniach, zaniechałem tego“. Odtąd nic podobnego chory nie spostrzegł aż do wieczora dnia, w którym przedstawił mi się. Chory objaśnia, iż w dwóch dniach, poprzedzających wystąpienie omawianego zjawiska, był mocno przygnębiony pewnymi sprawami osobistymi, a w wigilię tego dnia dokuczał mu straszny napad migreny ocznej, w sam zaś dzień wybuchu barwnego widzenia czuł się, jak zwy-

kle po takim napadzie, mocno znudzonym. W czasie wystąpienia w mowie będącego objawu, pokój był niezbyt jaskrawo oświetlony wiszącą lampą naftową, otoczoną szkłem matowem.

Ścisłejsze badanie oczu dało następny wynik. Oba oczy są prawidłowo miarowe (*emmetropia*); siła wzroku $= \frac{4}{5}$; przystosowawcze mięśnie odpowiednio do wieku niewydolne (*presbyopia*). Badanie granic pola widzenia z powodu stanu rozdrażnienia chorego nie mogło być przedsięwziętem; wynik pobieżnego badania, co do uczucia barw, wyżej zaznaczony. Szerokość źrenic, wrażliwość tychże na bodziec świetlny, oraz wygląd poszczególnych części dna oka prawidłowy tak, że mogłem upewnić chorego, iż nie może być mowy, ani na razie obawy wydarzenia się śródocznego wylewu krwi, co chory przypuszczał i co go w wysokim stopniu zatrwożyło. W kilka dni potem chory przedstawia mi się ponownie twierdząc, iż wkrótce po powrocie do domu, w dzień pierwszego badania oczu, przypadek barwnego widzenia ustąpił tak, że trwał wówczas nie wiele więcej nad dwie godziny i odtąd nie powtórzył się. Tym razem najdokładniej przeprowadzone badanie oczu żadnej chorobowej nieprawidłowości w oku nie wykazało. Zaznaczam jednak, iż badanie siły wzroku, przy temże sztucznem oświetleniu dokonane, dało odmienny wynik, mianowicie: bystrość wzroku okazuje się wyższą, niż w czasie napadu czerwonowidzenia; przekracza bowiem nieco granicę prawidłowej siły wzroku, wyznaczonej w tablicach SNELLEN'a.

Przed kilku tygodniami przypadkowo spotkałem p. M. L., oświadczył mi, że dotąd nie doznał ponownego napadu zabarwienia wzroku.

Pobieżne tylko rozpatrzenie się w wyżej podanych spostrzeżeniach przekonująco odrazu, że wszelkie teoryje, mające na celu wyświeślenie sprawy powstania czerwonowidzenia na podstawie utraty soczewki oka, nie mogą być za wystarczające uznane. W rzeczy samej już w opisanych przez nas przypadkach widzimy, że objawy czerwonowidzenia występują i u osób, u których przyrząd łamania się światła w oku jest nietknięty. Ztąd też nawet jedna z lepiej obmyślanych hipotez, opartych na utracie soczewki oka, mianowicie, hipoteza prof. GAŁĘZOWSKIEGO nie objaśnia dostatecznie istoty różnych przypadków czerwonowidzenia. GAŁĘZOWSKI, polegając na doświadczeniach KUEHNE'go, który to badacz spostrzegł, że t. zw. czerwien [purpura, szkarłat] siatkówki nagle znika pod działaniem trójgranu z flintglasu — przypuszcza, że soczewka oka w podobny sposób zachowuje się wobec czerwieni siatkówki. Pod nieobecność zaś soczewki, czerwien siatkówki znajduje się w niezwykłych warunkach i wówczas bodziec świetlny sprowadzić jest w stanie w pewnych razach zjawisko czerwonowidzenia. Co prawda, tego rodzaju własności chłonne soczewki są dotąd zupełnie nieznanne.

Teoryja CHIBRET'a, zawarta w pracy VAN DUYSSE'a, w zasadzie zgodna z teoryją HIRSCHLER'a, nie wytrzymuje też surowszej krytyki, choć z razu wydaje się nader pojętną. Podstawą tej teoryi jest praca de CHARDONNET'a, ogłoszona w pamiętniku francuzkiej Akademii Nauk, a dowodząca, że soczewka oka posiada własności chłonięcia poza-fijołkowych promieni. Opierając się na doświadczeniach, dokonanych przez de CHARDONNET'a na soczewkach ptasich, oraz u osób, którym usunięto zaćmę, sądzić

można, że błona siatkowa jest zdolną w stanie prawidłowym odczuwać poza-fijołkowe promienie, lecz że one, powstrzymane przez soczewkę, nie dochodzą w prawidłowem oku aż do siatkówki. Ztąd więc zdawałoby się, że chorzy, po przebyciu operacji zaćmy, winni odczuwać barwę poza-fijołkową, niedostępną dla oczu o nienaruszonej soczewce. Promienie zaś, odpowiadające fijołkowemu krańcowi widma, są najczynniejsze pod względem chemicznym, niewątpliwie też działają najbardziej wyczerpująco na te pierwiastki siatkówki, których przeznaczeniem jest pochwytywanie niebieskich i fijołkowych promieni; ztąd wniosek, iż, wskutek wyczerpania tych pierwiastków siatkówki, powstaje czerwonowidzenie, gdyż czułość błony siatkowej na barwę czerwoną pozostała w tym razie nienaruszoną.

Ze względu jednak, że, jak to zobaczymy, znamienne cechy czerwonowidzenia są też same u osób, pozbawionych soczewki, jako też u osób, posiadających ją, co pozwala przypuszczać, że zjawisko w obu razach jest jednakiego pochodzenia, wyczerpująca więc teoria czerwonowidzenia musi jednocześnie uwzględnić istotę zjawiska u osób obu tych kategorii.

A teraz podamy opis przypadku, w którym czerwonowidzenie wystąpiło po operacji wydobycia zaćmy.

Spostrzeżenie 3-cie. Julijanna Podmarow, wdowa, bezdzietna, 65 lat wieku licząca, pochodzi z okolic Modlina. Wskutek nieszczęśliwego przypadku straciła prawe oko. Zgłosiła się do mnie w Maju 1888 roku, w celu zasiągnięcia porady co do lewego oka, którego wzrok tak osłabł stopniowo, że chora nie jest w stanie swobodnie kierować sobą. Badanie przyrządu wzrokowego daje następuny wynik: *Blenorrhoea chronica conjunctivae utriusque oculi. Atrophia bulbi dextri. Leucoma centrale adherens corneae sinistrae. Coloboma artificiale in parte inferiori iridis sinistrae viginti annos ante cum optimo effectu perfectum* [D-r DOBRZAŃSKI]. *Cataracta capsulo-lenticularis completa.*

Chora, jako dotknięta rozedmą płuc, oraz przewlekłym nieżytem oskrzeli, a zarazem przewlekłym gośćcem stawowym, zostaje w Czerwcu 1888 roku przyjętą do szpitala na Pradze.

Po usunięciu cierpienia łącznicy, przez właściwe leczenie, dzięki uprzejmości Naczelnego lekarza, D-ra WŁ. KRYŻEGO, oraz D-ra JAWDYŃSKIEGO, ordynatora oddziału chirurgicznego, w obecności tych kolegów oraz przy łaskawej pomocy D-ra JAWDYŃSKIEGO przystąpiłem przedewszystkiem do wyluszczenia zanikłej prawej gałki ocznej, a to ze względu, że ta, mocno zmniejszona w swych prawidłowych wymiarach, jest nader twardą, nadto lekkie nawet dotknięcie tejże sprawia znaczny ból. Przy chloroformowem uśpieniu wyluszczonej gałki jest wielkości małego orzecha laskowego, spłaszczona odpowiednio do kierunku mięśni zewnętrznych oka. Gołym okiem oględziny strzałkowego przekroju gałki wykazują, iż błona białkowa powleka w różnych miejscach różnie twardą skorupkę (stopień jej skupienia taki jak kości), zajmującą miejsce błony naczyniowej. Ranka goi się pomyślnie tak, że w Lipcu t. r. w obecności D-ów KRYŻEGO i JAWDYŃSKIEGO i przy ich łaskawej pomocy dokonałem na lewem oku operacji wydobycia zaćmy. W trzy tygodnie po szczęśliwie dokonanej operacji za pomocą cięcia płatowego w rogówce, skierowanego w dół odpowiednio

do istniejącej już szczeliny w tęczy — przy zastosowaniu właściwej wypukłej soczewki — siła wzroku wynosi $\frac{4}{10}$. Ze względu, że chora po operacji była nader wrażliwą na światło, przepisałem okulary o soczewce zlekką dymnej, tak, że przy użyciu tychże światłowstrętu nie było.

We Wrześniu tegoż roku chora przedstawia mi się, prosząc o ponowne przepisanie okularów, gdyż te, które z mego zalecenia w swoim czasie nabyła, zaginęły i odtąd doznaje niezwykłych objawów ze strony operowanego oka, mianowicie: w pewnych dniach wieczorami widzi cały świat „jakby w krasnej łunie“. Przy szczegółowym wywiadywaniu się, Julijanna P. opowiada następującą historję. Przed kilku tygodniami, w dzień skwarny, słoneczny, w samo południe wybrała się w swych dymnych okularach do pobliskiej rzeki dla prania płótna; przy zajęciu straciła okulary. Mocno zmartwiona tem wydarzeniem oddawała się jeszcze przez kilka godzin w dalszym ciągu tejże pracy. Pod wieczór tegoż dnia, roznieciwszy ogień na kominie, spostrzegła „krwawą łunę“ w izbie, zjawisko to trwało aż do chwili udania się na spoczynek, prawie godzinę czasu; następnie przez trzy dni z rzędu, choć czas był dżdżysty, mglisto było na dworzu, a ztąd też chora nasza mało wychodziła z izby, mimo to doznawała codziennie, stale pod wieczór, wyraźnych przypadków czerwonego zabarwienia wzroku. Zjawisko to nareszcie czwartego dnia nie wznowiło się. Chora nasza, będąc wrażliwą na światło [utraciła bowiem dymne okulary], przy wyjściu z chałupy osłaniała chustką, na czoło nasuniętą, oko swe, wogóle jednak z powodu światłowstrętu unikała w dzień pobytu pod gołym niebem. Na kilka dni przed przybyciem do Warszawy zmuszoną jednak była udać się pieszo do oddalonej o kilka wiorst osady. Dzień był parny, pochmurny, a droga prowadziła przez piaski. Mocno strudzona wróciła pod wieczór do domu i znów spostrzegła objawy czerwonowidzenia, które jednak następnego dnia nie wznowiły się. Na czwarty dzień potem chora była u mnie z prośbą o przepisanie okularów, bez których „i gorzej i jakoś cudacznie“ widzi. Dokładnie zbadawszy cały przyrząd wzrokowy, żadnej zmiany od chwili ostatniego badania w tymże nie spostrzegłem.

Szczegółowo opisane przez nas przypadki są ze wszech miar charakterystyczne. W wykładzie klinicznym tego zjawiska, spostrzeganego w tych typowych przypadkach, trzy punkty podznaczyć winniśmy:

1) Samo zjawisko czerwonowidzenia, z którym już z podanych spostrzeżeń łatwo obeznać się; natomiast należy dokładnie zająć się sprawą powstawania tego zjawiska; tu zaś w rzędzie przyczyn w historii choroby każdego z naszych chorych łatwo jest wyosobnić dwie przyczyny:

2) przyczynę usposabiającą (*causa praedisponens*) i

3) przyczynę, ostatecznie wywołującą barwne zjawisko, przyczynę przypadkową (*causa determinans, c. occasionalis*) [VALUDE].

Przyczyny, usposabiające do czerwonowidzenia, zdają się być dwojakie, tu tkwi też rdzeń dotychczasowego podziału przypadków czerwonowidzenia na dwie kategoryje, t. j.: na przypadki tego zjawiska, powstałe w oczach bezso-

czewkowych i na takie, które występują przy prawidłowym składzie środków przezroczystych oka.

W rzeczy samej, brak soczewki, usuniętej z oka zazwyczaj właściwym reżymem, usposabia do czerwonowidzenia, stawiając błonę siatkową w pewnych warunkach wrażliwości, o których następnie mowa będzie. W drugiej kategorii przypadków, dotyczących oczu, posiadający soczewkę, owa wrażliwość siatkówki, stanowiąca przyczynę, usposabiającą do czerwonowidzenia, jest skutkiem, niejako wytworem ogólnej nerwowości, czy to zakorzenionej w danym ustroju, czy też przypadkowo powstałej wskutek zachwiania do pewnego stopnia równowagi w ustroju, jak to często wydarza się, np. podczas ciąży.

Słuszność powyższych uwag dobitnie stwierdza tablica, ułożona przez VAN DYKSE'a, a zawierająca wszystkie niemal przypadki czerwonowidzenia, ogłoszone aż po rok 1886.

Rzecz prosta, skoro spotyka się u danej osoby jednocześnie nerwowość i brak soczewki w oku, wówczas, rzecz można, obie te usposabiające przyczyny sumują się niejako [VALUDE]. W ogóle w pojęciu skłonności do czerwonowidzenia zawartym jest nie sam tylko fakt braku soczewki, lecz nadto, co najmniej, pewien stopień szczególnej nerwowej wrażliwości siatkówki, jeśli już nie zawsze ogólnej skłonności do chorób nerwowych. Inaczej niełatwo by pojąć można, z jakiego powodu znacznie większa liczba chorych, którym usunięto zaćmę, nie doznaje przypadków czerwonowidzenia. Jednym słowem: podział spostrzeżeń czerwonowidzenia na dwie kategorie jest, jak dotąd, uprawnionym przez rozpoznanie pierwszych źródeł tej przypadłości. Istnienie czerwonowidzenia jest warunkowane raz brakiem soczewki w danym oku, a innym razem ogólną skłonnością do cierpień nerwowych. Szczególnie zaś żywo winno się mieć w pamięci, że w obu razach tak źródło, jak i sposób wytwarzania się omawianego zjawiska, są zawsze też same; ztąd też nie mogą ostać się krytyce wszelkie teorie, w tym kierunku podawane, a oparte li-tylko na fakcie utraty soczewki oka.

Obok tych dwóch ściśle określonych rodzajów pierwszych, usposabiających przyczyn wymienić należy całą grupę przyczyn przypadkowych, które niemalą rolę odgrywają, a ztąd na bliższą uwagę zasługują. Tu miano przypadkowych przyczyn nadajemy warunkom, mogącym wywołać przypadek czerwonowidzenia. Te przyczyny zarówno stać się mogą skutecznymi u osobników o oczach bezsoczewkowych, jak i u osób, posiadających w niczem nienaruszony układ optyczny oka. Jednym słowem: skoro oko jest usposobione do czerwonowidzenia, czy to wskutek braku soczewki, czy też wskutek skłonności danego osobnika do zaburzeń w układzie nerwowym, wówczas jedna i ta sama przypadkowa przyczyna jest w stanie sprowadzić przypadek czerwonowidzenia.

Przypadkowe przyczyny nie dadzą się ująć w tak szczupłe ramy, jakeśmy to uczynili przy rozpatrywaniu przyczyn usposabiających. Przedewszystkiem, choć w główniejszych zarysach — po części na podstawie prac oryginalnych, jakie mam pod ręką, po części na podstawie obszerniejszej pracy VALUDE'a — uprzytomnię dotąd ogłoszone i znane spostrzeżenia, dotyczące omawianego zja-

wiska, a to nas przekona, że w szeregu warunków, wywołujących czerwonowidzenie, istnieje pewien węzeł powinowactwa, który nie trudno odnaleźć.

[C. d. n.]

III. O WPLYWIE INFLUENZY NA SERCE.

Napisał

Dr med. J. Pawiński,

ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 15].

Spostrzeżenie III. *Arteriosclerosis. Angina pectoris.*

P. L., lat 59 licząca, zgłosiła się do mnie o poradę 4 Stycznia 1890 r., skarżąc się na napady bardzo silnego bólu w górnej części klatki piersiowej, głównie z lewej strony. Ból rozpromienia się na lewą górną kończynę. Chora opowiada, iż pierwszy podobny napad bólu zjawił się przed trzema laty, powtórzył się jeszcze kilka razy, był wogóle znacznie słabszy od tych, które obecnie niewa. W połowie Grudnia chora przebyła ciężką influenzę, w czasie której, w okresie gorączki, wystąpił niezwykle silny napad bólu sercowego. Ból ten dopiero pod wpływem podskórnych wstrzykiwań morfiny ustąpił. Obecnie jeszcze napady zjawiają się często i dosięgają znacznego natężenia. Z anamnezy zaznaczyć wypada, iż chora pochodzi z rodziny nerwowej, a siostra jej podlega podobnemu cierpieniu.

Stan obecny. Budowa dobra, odżywianie średnie, tkanki tłuszczowej dużo, tętno około 80, fala nieduża, ścianka tętnicy twardawa. Tętno w słabym stopniu niemiarowe.

Płuca w stanie umiarkowanej rozedmy. Uderzenie wierzchołkowe w V międzyżebżu *in l. m. s.* Serce nieco powiększone w wymiarze podłużnym, u wierzchołka tony czyste, u podstawy obok pierwszego tonu słychać słaby szmer. Wątroba powiększona. Atonija kiszek. Zalecono *kali jodatam* i *t-ra Strophanti*.

W tym więc przypadku dusznica bolesna, występująca dawniej w łagodnej postaci, pod wpływem influenzy doszła do bardzo znacznego stopnia.

Spostrzeżenie IV. *Polysarcia. Arteriosclerosis. Ectasia aortae ascend. Hypertrophia ventriculi sinistri. Asthma cardiale. Influenza — Asystolia cordis.*

Do p. P. [l. 60], cierpiącej na krótki oddech i bicie serca, wezwany zostałem przez kol. JONSCHERA i KOHNA. Chora przed 8 laty miała po raz pierwszy napad astmy sercowej. Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia, polegającego na usuwaniu nadmiernej otyłości, napad nie powtórzył się. Chora czuła się dobrze; przed dwoma laty uległa połowicznemu porażeniu, poczem w przeciągu kilku miesięcy odzyskała znowu władzę i względne zdrowie. Przed trzema tygodniami dostała lekkich dreszczyków, nieżyty nosa i kaszlu, czemu silne łamanie w kościach i nieznaczna gorączka towarzyszyły [influenza].

Po trzech dniach podobnego stanu, chora dostała nagle silnego napadu duszności, z upadkiem działalności serca i obrzękiem płuc. W kilka dni podobny napad powtórzył się, a ustąpił dopiero po bardzo energicznym ratunku ordynujących lekarzy.

Następnie zjawił się trzeci napad duszności, lecz już słabszy.

Budowa dobra, wygląd bladawo-żółty, tkanki tłuszczowej dużo. Stan bezgorączkowy, tętno twarde, częste [około 120 — 140], niemiarowe w wysokim

stopniu, [przestanki, tętna dwu-trójdzielne] — istne *folie du coeur*. Uderzenie wierzchołkowe w VI międzyżebrzu, w linii pachowej średniej, silne, unoszące palec. Tępość serca powiększona w wymiarze podłużnym i poprzecznym, głównie w kierunku na lewo. Na rękojeści mostka wyraźne stłumienie, u wierzchołka, jak również u podstawy tony czyste.

W dolnej części lewego płuca, z tyłu lekkie stłumienie odgłosu opukowego. Oddech wszędzie pęcherzykowy, rzeżeń nie słychać, cała powierzchnia oddechu wolna. Brzuch duży, wzdęty. Wątroba powiększona, wyczuwalna. Obrętku kończyn dolnych brak. Podobnie dawniej nie zauważono obrzmienia nóg. W moczu ślady białka, ilość dzienna około 1000 ctm. sześć.

Przyczyną wyczerpania mięśnia serca było niewątpliwie zakażenie influenzą; chora bowiem, jak twierdzili lekarze i otaczający, zachowywała się bardzo ostrożnie, nie dając najmniejszego powodu do zmęczenia. Podobnie należało wykluczyć bodźce natury psychicznej.

Spostrzeżenie V. Polysarcia. Adipositas cordis. Arteriosclerosis.

Pani K., lat około 60 licząca, pozostawała od lat kilku w moim leczeniu z powodu duszności i niepokoju serca. Przyczyną tych objawów, do których się i od czasu do czasu nieznaczny obrzęk kończyn dolnych przylączał, była nadmierna otyłość i otłuszczenie serca. Prócz tego naczynia znajdowały się w stanie umiarkowanej miażdżycy.

Zaburzeń ze strony nerek nie było żadnych, moczu białka nie zawierał, w osadzie tylko występowały kryształy kwasu moczowego i szczawianu wapnia. Pod wpływem higienicznego życia i przeciw tłuszczowej diety stan chorej bardzo się poprawił: ilość tkanki tłuszczowej znacznie się zmniejszyła, a jednocześnie czynność serca wzmożła się, napady duszności ustąpiły zupełnie. Chora doznawała krótkiego oddechu, tylko przy większych wysiłkach fizycznych. Wśród takiego stanu w pierwszych dniach Stycznia zapadła na influenzę: dostała silnego nieżytu nosa, kaszlu z silną gorączką, która tydzień trwała. Ciężota dochodziła do 40° C. i utrzymywała się na tej wysokości, ulegając małym tylko wahaniom. Nieżył oskrzeli był bardzo rozprzestrzeniony, głównie w drobnych oskrzelach. Wobec tak ciężkiego stanu serce sprawowało jednakże należycie swą czynność. Dopiero po opadnięciu gorączki wystąpiła groźna duszność, której źródłem był niedowład mięśnia sercowego. Tętno stało się słabem, niemiarem w wysokim stopniu, nogi zaczęły obrzękać, a w dolnych częściach płuc wystąpiły objawy zastój krwi. Napady duszności towarzyszące upadkowi sił, powtarzały się jeszcze przez dni kilka, pomimo zastosowania silnych środków pobudzających. Powrót do zdrowia następował bardzo powoli. Wymiar poprzeczny serca uległ pewnemu powiększeniu, a działalność jego wyczerpywała się bardzo łatwo, przy nieznacznych nawet przyczynach.

Spostrzeżenie VI. Hypoplasia arteriarum. Stenocardia.

Do pana L. zostałem wezwany na naradę przez kol. STUMMERA. Chory, lat 18 liczący, dotychczas zupełnie zdrowy, przed kilku dniami dostał lekkiej gorączki, z ciężotą około 38,5° C., nieżytu nosa i górnych dróg oddechowych. Kol. STUMMER we względzie na słabe tętno kazał się choremu do łóżka położyć. Piątego dnia choroby, kiedy już ciężota opadła do stanu prawidłowego, chory bez widocznej przyczyny, leżąc w łóżku, dostał silnego napadu bólu w okolicy mostka. Ból ten był bardzo gwałtowny, przeszywający, a towarzyszył mu wielki niepokój, uczucie blizkiej śmierci. Kończyny były zimne, obfity pot pokrywał skórę. Napad ten trwał około godziny i ustępował zwolna, pod wpływem gorących okładów, rozcierań ciała. Podobny napad powtórzył się i następnego dnia około południa, wieczorem ból sercowy wystąpił również, tylko w słabszym stopniu. Chorego widziałem nazajutrz. Budowa doskonała, tkanki tłuszczowej ilość średnia, mięśnie dobrze rozwinięte, wygląd jednak bladawy.

Tętno bardzo słabe, około 100, ledwo wyczuwalne, fala mała, światło tętnicy zmniejszone. W płucach nic szczególnego nie znaleziono. Uderzenia wierzchołkowego nie czuć, serce nieco powiększone w wymiarze poprzecznym, prawa granica na środku mostka, lewa *in l. m. s.*. Tętno czyste, dość głośne, działalność serca stanowi wydatne przeciwieństwo w porównaniu ze słabem, ledwo wyczuwalnym tętnem. Wątroba, śledziona, jak również przewód pokarmowy nie przedstawiają żadnych zaburzeń. Choremu zaleciliśmy spokój bezwzględny i chininę z kamforą.

O ile mi wiadomo, powyżej opisane napady bólu nie powtórzyły się. Zainteresowany małym światłem tętnic promieniowych, badałem tętno młodszych braci chorego i przekonałem się, że i u nich pomimo doskonałej budowy istnieje niedorozwój naczyń. Przyczyną gorączkowego stanu i dusznicy bolesnej była influenza.

Z powyższego okazuje się, iż zgubny wpływ influenzy na mięsień serca uwydatnił się głównie na osobach, będących w wieku podeszłym. U osób tych serce i naczynia przedstawiały już poprzednio *locus minoris resistentiae*, choć cieszyły się one dawniej dobrem zdrowiem; inne znowu dotknięte były widocznymi zmianami w utkaniu serca i naczyń [stłuszczenie serca, przewlekłe zapalenie tegoż, skostnienie tętnic wieńcowych i miażdżyca tętnic wogóle]. Niekorzystny wpływ influenzy przedstawiał się jużto w postaci osłabienia i wyczerpania lewej komórki (*dysystolia, asystolia*), jużto w postaci dusznicy bolesnej. U niektórych osób napady *dysystolii*, jak również bólów sercowych występowały albo po raz pierwszy, albo zjawiały się po dłuższej ich nieobecności, w tym ostatnim razie zwykle z niezmiernie silnym natężeniem. Jak wielkiem musiało być oddziaływanie influenzy na żywotność mięśnia sercowego w sensie depresywnym, wskazuje spostrzeżenie II. Chory, który na krótki czas przed wybuchem influenzy odbywał swobodnie kilkowieńcowe przechadzki, bez najmniejszego zmęczenia, uległ tak silnym napadom asystolii, jakich już dawno nie miałem sposobności spostrzegać. Wyczerpanie serca było tak znaczne, iż pomimo najenergiczniejszych środków, chory nie mógł być utrzymany przy życiu. Śmierć nastąpiła prawie nagle przy objawach niedowładu serca i obrzęku płuc i to wtedy, kiedy zdawało się już, że niebezpieczeństwo minęło. Jako rzecz charakterystyczną zaznaczyć należy, iż w przypadkach powyższych należało wyłączyć wpływy, które zwykle do wyczerpania serca prowadzą. Na powstanie tak groźnej asystolii, jak to mieliśmy w spostrzeżeniu, o którym mowa, i to wybuchłej po raz pierwszy, musiałyby się złożyć niezwykle wysiłki fizyczne, lub też wstrząśnienia nerwowej natury. Co się tyczy postaci influenzy, to zdaje się, że nerwowa oddziaływała najniekorzystniej na ośrodek krążenia, gdy tymczasem zdawałoby się, że forma nieżytowa, jako zwiększająca przeszkody w krążeniu płucnym, powinna na serce zgubniejszy wpływ wywierać. Tymczasem chorzy, dotknięci nieżywą formą przedtem do zdrowia powracali. Podobnie dziwnem, przynajmniej na pozór, wydaje się kilkakrotnie zrobione spostrzeżenie, iż brak gorączki, lub słabe jej natężenie zapowiadało gorszy wpływ na serce, aniżeli wysokie natężenie gorączki. Co się tyczy czasu, w którym

zjawiały się znaki osłabienia serca, to najczęściej występowały one, albo w czasie zmniejszania się gorączki, albo w okresie bezgorączkowym. Możliwy to sobie objaśniać w ten sposób, iż serce w czasie gorączki znajduje się w stanie pobudzenia, a po ustąpieniu bodźców termicznych wpada w stan wyczerpania.

Na początku wspomnieliśmy, że influenza wywierała swój niekorzystny wpływ głównie u ludzi starszych, w jednym jednak przypadku [sposzczenie VI] wystąpiła dusznica i astma sercowa u człowieka młodego, dobrze zbudowanego, z odpornym systematem nerwowym. Bliższe badanie jednak wykazało, że tętnice znajdowały się w stanie niedorozwoju, który istniał także u młodszego rodzeństwa chorego. Wśród takich warunków łatwo zrozumieć, że serce pozbawione sprawności układu naczyniowego, pod wpływem niekorzystnych bodźców wyczerpać się mogło; wszak i przyczynę przesilenia serca, jakie tak często spostrzegano u żołnierzy, upatrują w niedorozwoju układu tętniczego [FRAENTZEL]. Z nielicznych autorów, którzy choć ogólnikowo o wpływie influenzy na serce wspominają, wymienić wynienem STILLER'a i HUCHARD'a. Pierwszy z nich na posiedzeniu lekarskim w Peszcie zaznaczył, iż postać nerwową trzeba podzielić na dwie odmiany: pierwsza cechuje się bólami neuralgicznymi, najczęściej nerwu twarzowego, nerwów międzyżebrowych i t. p., druga zaś adynamiczna ma się wyróżniać zemdleniami, osłabieniem serca, upadkiem sił.

Co do nas, zauważyć musimy, iż w naszych przypadkach adynamię serca poprzedzały częste silne bóle neuralgiczne, w zakresie nerwów klatki piersiowej i kończyn górnych, niekiedy zaś dusznica bolesna, była pierwszym objawem, po którym dopiero dyssystolija serca następowała. HUCHARD na posiedzeniu Akademii Paryzkiej w dniu 28 Stycznia 1890 r. wspominał w kilku słowach o t. zw. *grippe cardiaque*, t. j. o występowaniu osłabienia serca, niemiarowości, przestanków tętna i t. p. [w przebiegu influenzy]. Uderzyła go również zmiana w częstości tętna, jaką u niektórych spostrzegał przy przejściu z pozycji leżącej do stojącej, co jednak więcej na karb zmienionej innerwacji należałoby policzyć.

C). Wpływ Influenzy na innerwację serca.

Następujące spostrzeżenia świadczą o ważnym wpływie influenzy na unerwienie serca:

Sposzczenie I. U pani T. zauważono — po przebyciu ciężkiego *endo-petra et peri-metritis* stałe przyspieszenie tętna, które uderzało około 130—140 na minutę. W sercu nie znajdowano żadnych zmian, mogących wyjaśnić podobną jego nadruchliwość.

W początku Stycznia chora przebyła dość ciężką influenzę. Szczegóły przebiegu zawdzięczam uprzejmości kol. MICHAŁOWSKIEGO z Żelechowa: na kilka dni przed wystąpieniem gorączki chora doznawała silnego łamania w kościach, dreszczy, bólu głowy i gałek ocznych, następnie zjawiła się gorączka, z ciepłotą 39,5° C., tętnem drobnem, 140 na minutę. Po trzech dniach ciepłota opadła do stanu prawidłowego, wystąpiły poty, a chora czuła się zdrową, wkrótce jednak znowu zapadła na zdrowiu, a pogorszenie to przypisywano pewnemu zmęczeniu fizycznemu. 8-go Stycznia wystąpiła silna gorączka z ciepło-

ta blisko 40° C. i tętnem 150. Oddech przyspieszony około 60 na minutę i bardzo silne bóle neuralgiczne w okolicach łopatki, ramienia i szyi. Prócz tego chora skarżyła się także na silne bóle w bocznych częściach klatki piersiowej. Przytem silny kaszel, płwocina nieobfita, z przymieszką krwi. Jakkolwiek badanie płuc nie dawało pewnych wyników, jednakże kol. MICHAŁOWSKI przypuszczał istnienie ograniczonego, głębokiego zapalenia płuc.

Następnego dnia ciepłota spadła do 38,5° C., a przez kilka dni następnych wynosiła około 38° C., tętno jednak utrzymywało się ciągle mniej więcej na częstotliwości 140 uderzeń na minutę. Bóle neuralgiczne znikły, później ciepłota opadła do stanu prawidłowego, zjawily się obfite poty, kaszel zmniejszył się.

W początku Lutego r. b. przywieziono chorą do Warszawy, gdzie pozostawała pod opieką kol. KRYSIŃSKIEGO, któremu za niektóre wskazówki, dotyczące przebiegu choroby, w tem miejscu uprzejmie składam podziękowanie. Oprócz częstych wymiotów, w które zdaje się brały swój początek z nagromadzenia się śluzu w jamie nosogardzielowej, głównym objawem była niezmiernie przyspieszona czynność serca [od 200—240 na minutę]. Przy poruszeniu chorej serce uderzało około 300 razy na minutę. Podmiotowe badanie wykazało tylko umiarkowany przerost lewej komórki; tony zaś były czyste. W płucach, jak również i w nerkach, *resp.* w moczu nie znajdowano nic takiego, coby mogło tak znaczną nadruchliwość serca wyjaśnić. Wątroba i śledziona były powiększone, prócz tego istniało zgrubienie ścian macicy; przytem brak zupełny gorączki, wyglądem mocno anemiczny, znaczny upadek sił — co zresztą nie było dziwnem wobec niechęci do jadła, która w znacznej części od kapryśnego usposobienia chorej zależała. Pomijam inne jeszcze ciekawe objawy choroby, zaznaczę tylko, iż nadruchliwość serca trwała prawie 4 tygodnie bez przerwy i to w wysokim stopniu, nie licząc oczywiście istniejącego już przedtem przyspieszenia działalności serca, słabszego stopnia. Chora prawie do ostatniej chwili była przytomną, śmierć nastąpiła 27 Lutego, wskutek paraliżu serca, inaczej mówiąc, wskutek wyczerpania innerwacyi serca.

W tym przypadku przyczyną owego stanu, który do porażenia nerwu błędnego najwięcej się zbliżał, była niewątpliwie influenza. Nie chcemy przez to powiedzieć, aby ona jedyna spowodowała chorobę, lecz, że natrafiwszy na odpowiedni grunt — *locus minoris resistentiae* — wywołała znaczne pogorszenie i stała się powodem przedszego wyczerpania innerwacyi.

Spostrzeżenie II. Pani J. lat około 42, dobrej budowy i odżywiania, dawniej zupełnie zdrowa, w ostatnich latach narzekała na rozdrażnienie nerwowe, którego wyrazem bywały od czasu do czasu występujące neuralgije nadoczodołowe i bicie serca. W połowie Grudnia zapadła na influencję, z dość znaczną gorączką i kaszlem, w czasie ustępowania tejże, chora przez 4 dni z rzędu, co rano dostawała silnego napadu duszności i bólu, idącego od mostka do kolumny kręgosłupowej i rozpromieniającego się także na lewą górna kończynę; słowem, ból nosił charakter duszniczy bolesnej. Po upływie tygodnia, wystąpił nowy napad sercowy, daleko silniejszy, trwający prawie dzień cały. Tylko silne środki pobudzające, okłady gorące zdołały wzmocnić działalność serca i usunąć niebezpieczeństwo, jakie groziło z powodu ustającej co chwila czynności serca. Powrót choroby trwał bardzo długo, kilkakrotne zaś badanie układu krążenia nie wykazywało żadnych zmian somatycznych, a zaburzenia, jakie miały miejsce w czasie influenzy, należało złożyć na karb zmienionej innerwacyi.

Spostrzeżenie III. P. G. lat 16, uczeń gimnazyjum, cierpi na niedomykalność zastawki dwudzielnej, nabytą przed kilku laty po goścę. Waga serca była dobrze skompensowana, objawów podmiotowych choroby żadnych nie doświadczał. Około 10 Grudnia dostał nagle w nocy silnej gorączki, przyczem wystąpił silny niepokój i gwałtowne bicie serca, trwające kilka godzin. Po kilku dniach gorączka ustąpiła, czynność serca stała się spokojniejszą. Po upływie tygodnia

zjawiała się znowu gorączka, bóle w klatce piersiowej, niepokój i mocne bicie serca, ciepłota dochodziła do 39,5° C. Od tego czasu napady podobne nie powtórzyły się już więcej, jednakże w czynności serca można było zauważyć ciągle przyspieszenie. Jakkolwiek chory tego przyspieszenia nie odczuwał, jednakże tętno uderzało ciągle według częstego rytmu, średnio około 120 na minutę. Zaznaczyć tu należy, iż przy każdym, nawet nieznacznym poruszeniu się częstość tętna zwiększała się bardzo znacznie, od 140—160 na minutę, i to przy stanie bezgorączkowym.

Dodać wreszcie winienem, że w czasie drugiego napadu influenzy stwierdziłem wystąpieniu szmeru skurczowego w lewym ujściu tętniczym. Uważałem go wówczas za czynnościowy. W połowie Marca widziałem chorego i przekonałem się, że szmer ten odnieść należy do zmian chorobowych, jakie zaszły na zastawkach półksiężycowych aorty, zaczem i znaczne powiększenie tępości serca w wymiarze podłużnym przemawia.

W przypadku więc powyższym zgubny wpływ influenzy uwydatnił się podwójnie:

- 1) na innerwację,
- 2) na błonę wewnętrzną serca (*endocarditis*).

Tym sposobem spostrzeżenie to zaliczyłoby w części należało do działu pierwszego.

Z tego, co powyżej było przytoczonem, okazuje się, że influenza nie oszczędziła innerwacji serca, skoro ta ostatnia przedstawiała słabą stronę ustroju. Mamy tu głównie na myśli nerw błędny, czyli raczej te postacie nadruchliwości serca (*tachycardia*), które mają swe źródło w osłabieniu nerwu błędnego. Influenza w takich razach prowadziła do porażenia tegoż nerwu, jak to najlepiej przedstawia spostrzeżenie I-sze. U innych znowu osób z podkładem histerycznym; występowała dusznica bolesna, niemiarowość tętna, przestanki w działalności serca, często także uderzała nas znaczna zmiana rytmu (*allorhythmia*) przy zmianie położenia ciała — o której i HUCHARD wspomina.

Wreszcie do kategorii zaburzeń innerwacji serca należałoby policzyć przypadek nagłego wystąpienia choroby BASEDOW'a, jak i kol. Szyszło spostrzegł i na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego zakomunikował. [Gazeta Lek. Nr. 12. 1890 r.]. U młodej mężatki, która zdaje się poprzednio tylko biciu serca podlegała, pod wpływem influenzy rozwinęła się wspomniona powyżej choroba z kardynalnemi, cechującemi ją objawami (*struma, exophthalmus, hyperkynesie cordis*).

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Do sprawozdania z dyskusji nad influencją [Nr. 11] dodać musimy sprostowanie, nadesłane nam przez kol. GOLDFLAMA, a dotyczące jego przemówienia. Zamiast wyrażenia: „wypadłoby więc, że influenza zaczęła się zjawiać u nas wcześniej, niż w Petersburgu“ powinno być: „pozornie tak wygląda; gdyż zanim się w Petersburgu spostrzeżono, z jaką postacią chorobową mają do czynienia, już influenza doszła do Warszawy“.

Na posiedzeniu klinicznym w dniu 4 Marca r. b. pokazał naprzód kol. STANKIEWICZ narządy moczopłciowe, wycięte przy sekcji kobiety, u której dokonał usunięcia guza, okazywanego na przedostatniem posiedzeniu Towarzystwa. Okazało się, że guz usunięty był istotnie zwyrodnioną i zanikową częścią nerki podkowiastej.

Następnie kol. WŁ. BRUNNER mówił: „O zachowaniu się trypsyny i pepsyny w moczu w przypadkach prawidłowych i w cierpieniach przewodu pokarmowego“, a koledzy HERYNG i JAWDYŃSKI okazywali niezmiernie ciekawy przypadek uwięźnięcia kostki [żebro zająca] u podstawy języka i w ścianie gardzieli; kol. JAWDYŃSKI dokonał cięcia gardzieli podgrdykowego. Zarówno przemówienie kol. BRUNNERA jak i odczyt kol. HERYNGA i JAWDYŃSKIEGO drukowanemi będą w naszym piśmie.

Na posiedzeniu klinicznym d. 18 Marca r. b. kol. SZYSZŁO mówił: „O przewlekłym niezycie oskrzeli i o nowym środku leczniczym“, przez się zastosowanym. W przemówieniu swem kol. Sz. zwrócił się naprzód do rozedmy płuc i wklajających ją zaburzeń w ustroju i nadmienił, że ustrój traci dużo białka na skutek właśnie owych powikłań, a zwłaszcza niezytów oskrzeli i kiszek; uważa przytem i przyszczycę (*eczema*) za możliwe powikłanie rozedmy i nazywa ją niezycem skóry. Opisał następnie przebieg przewlekłego niezytu oskrzeli, połączonego z napadami astmatycznymi, na jaki sam cierpiał w ostatnich czasach. Żadne znane i stosowane powszechnie środki nie przynosiły mu ulgi w napadach i tylko zawdzięcza wyleczenie paleniu na noc [8 granów] suszonego liścia pokrzywy (*Urtica urens*). Przytoczywszy jeszcze i inne przykłady podobnego wpływu dobroczynnego tego środka, przepowiada mu wielkie znaczenie przy wszystkich napadach astmatycznych i wogóle przy kaszlu.

Po przemówieniu wywiązała się dyskusja między prelegentem a kolegami SOKOŁOWSKIM, CHEŁMOŃSKIM i FABIANEM z drugiej strony. Przedmiotem dyskusji było najprzód to, że trudno jest uogólniać napady wszelkie duszności z astmą i że, jak wiadomo, przy napadach czystej astmy nerwowej mogą pomagać środki najróżnorodniejsze, bardzo różne dla każdego oddzielnego chorego i że w obecnej chwili, gdy nad lekiem jakimś nie przeprowadzono ścisłych doświadczeń eksperymentalnych, trudno jest mówić o jego działaniu.

W dalszym ciągu posiedzenia kol. SREBRNY opisał przypadek twardzieli (*rhinoscleroma*) z umiejscowieniem sprawy pod strunami głosowemi w postaci wałów; przypadek ten da się podciągnąć pod rozpoznanie kliniczne *blenorrhoa Stoerkii*; opis szczegółowy tego spostrzeżenia drukowany będzie w naszym piśmie.

Badań drobnowidzowych i bakteryjologicznych dokonał w przypadku tym kol. BUJWID. Przy robieniu hodowli z wyciętej cząstki wału odrazu otrzymał czystą hodowlę bakteryj twardzieli; barwiąc zaś skrawki, bakteryj wcale nie znalazł. Bakteryje z hodowli zabarwił odczynnikiem LOEFFLER'a, używanym do barwienia rzęsek bakteryj, a podbarwił tło błękitem metylenowym i otrzymał czerwone zabarwienie bakteryj i niebieskie otoczek, przyczem trzeba nadmienić, że obrazy otrzymywał ze świeżych hodowli bez żadnego ich uprzedniego preparowania. Metoda GRAM'a nie dawała wyników. Kol. B. zaznacza, że bakteryje te są bardzo podobne do bakteryj FRIEDLAENDER'a.

W dyskusji, jaka się wywiązała, kol. SOKOŁOWSKI zaznaczył, że miał sposobność widzieć trzy przypadki podobnych wałów pod strunami głosowemi i zawsze badanie drobnowidzowe, dokonywane przez kol. PRZEWOSKIEGO, dawało wynik ujemny co do obecności bakteryj twardzieli; hodowli, co prawda, nie robiono ani razu. Co do leczenia takich wałów, zaleca robić laryngofisurę i wycinanie zgrubiających tworów.

Kol. JAKOWSKI nadmieniał, że badając 3 przypadki twardzieli pod względem bakteriologicznym, we wszystkich również odrazu otrzymywał czyste hodowle bakterij twardzieli, a co do badania drobnowidzowego tkanki, raz bakterij w skrawkach również znaleźć nie mógł, co jednak wcale, zdaniem jego, nie przeczy rozpoznaniu twardzieli. Metoda GRAM'a również nie dawała mu pożądaných wyników. Jeśli tylko mamy charakterystyczne cechy budowy histologicznej, obok zwłoszcza hodowli otrzymanej, to rozpoznanie napewno postawić możemy. DITTRICH przytacza różne cechy, różniące bakteryje twardzieli od bakterij FRIEDLAENDER'a, lecz są one dość drobne i mało znaczące. Natomiast opierając się na własnem doświadczeniu, a głównie na wyniku szczepień zwierzętom, kol. JAKOWSKI twierdzi, że mogą być one do siebie podobne, lecz nigdy nie można mówić o identyczności tych dwóch postaci drobnoustrojów.

Kol. SZTEYNER przypomina, że w roku zeszłym przedstawiał przypadek twardzieli, w którym rozpoznanie było kwestyonowanem, ze względu na brak baryj w tkance; tymczasem to, co słyszymy dzisiaj, potwierdzałoby możność rozpoznania. Co do leczenia, nie sądzi, by leczenie chirurgiczne mogło być radykalnem, gdyż, podobnie jak w guzach twardzieli na nosie, mogą się one odradzać po usunięciu.

Kol. BUJWID, zwracając się do różnicy między bakteryjami twardzieli i bakteryjami FRIEDLAENDER'a, wspomnionych przez kol. JAKOWSKIEGO, uważa metodę barwienia, podaną dzisiaj przez siebie, za jeden jeszcze ze sposobów różniczkowania, gdyż tu mamy bardzo wyraźne otoczki, gdy w bakteryjach FRIEDLAENDER'a przy tej metodzie otoczki mają tylko wygląd ziarnistych, niewyraźnych osłonek.

Kol. SREBRNY zgadza się z kol. SZTEYNEREM, że trudno jest liczyć na dobry wynik leczenia chirurgicznego. Zapytuje, na zasadzie czego można wnosić z samego tylko obrazu drobnowidzowego, bez wykazania bakterij, że mamy do czynienia z twardzielą.

Kol. JAKOWSKI odpowiada, że budowa guzów twardzielowych jest bardzo typową, widać zawsze smugi tkanki łącznej, nacieczenie ciałek, a co najważniejsza, charakterystyczne, jednolite, bez ziarnistości i jąder t. zw. komórki MIKULICZA i kule zwyrodnienia szklistego. Co do komórek MIKULICZA, to niekoniecznie muszą one zawierać bakteryje; widać niektóre całkiem bez bakterij, a tuż obok inne wypełnione bakteryjami na jednym i tym samym skrawku.

Kol. SOKOŁOWSKI sądzi, że badając ściśle podobne wały podgłośniowe, można będzie wyróżniać oddzielne postacie tego cierpienia bez charakteru twardzieli, jeśli się bakterij nie znajdzie. Leczenie chirurgiczne w podobnych razach będzie jedynem racjonalnem postępowaniem.

Kol. PRZEWOSKI zgadza się z wygłoszonym zdaniem, że z cech anatomicznych tkanki, mając dane co do klinicznego obrazu choroby, można postawić rozpoznanie; w przypadkach kol. SOKOŁOWSKIEGO, które badał, ani razu obraz drobnowidzowy nie odpowiadał zmianom przy twardzieli.

Kol. FREJDENSON, zwracając się do stosunku trzech spraw chorobowych możliwych w danym przypadku, zaznacza, że STOERCK nie podaje badań anatomicznych, może więc być, że badania takie wykażą identyczność z twardzielą t. zw. *blenorhoeae* tego autora.

Kol. KRYSIŃSKI zapytuje, czy okoliczność, iż na jednych skrawkach widać bakteryje twardzieli, a na drugich nie, o czem wspominał kol. JAKOWSKI, nie zależała od użycia różnej mocy roztworów barwnikowych? Na to kol. JAKOWSKI odpowiada, że nie na różnych, lecz na jednym skrawku widać bakteryje w jednych komórkach, a w drugich, sąsiednich wcale ich nie ma, co najprawdopodobniej zależy od tego, że bakteryje z czasem giną w ciele komórek MIKULICZA, a widać je wyraźnie w ciele młodych tylko komórek.

Wiadomości bieżące.

— O wpływie niszczącym świeżego zdrowego moczu na chorobotwórcze mikroorganizmy podaje interesującą wiadomość prof. K. B. LEHMANN z Würzburga w N. 15 *Ctbl. f. Bakteriol.* Uderzającym faktem jest to, że mocz stosunkowo rzadko zawiera mikroby przy chorobach zakaźnych, gdy tymczasem znajdują się one obficie w nerkach. Wprawdzie przypisać to można dokładnej filtrującej czynności nerek, wszelako również możebnem jest to, iż nerka przepuszcza mikroby, lecz mocz je zabija. Działanie takie moczu jest prawdopodobne przez wzgląd na zawarte w nim kwaśne fosforany, kwas węglany i ciała aromatyczne. W celu stwierdzenia tego przypuszczenia doświadczeniem, E. RICHTER wykonał pod kierunkiem LEHMANN'a szereg badań bakteriologicznych [płytki agarowe], które wykazały, iż świeży zdrowy mocz ludzki w wysokim stopniu zabójczy, *resp.* osłabiająco, działa na bakteryje karbunkułowe i choleryczne, słabiej zaś, lub często nawet nie szkodzi bakteryjom tyfusowym. Bliższe badania w celu wyjaśnienia, która z części składowych moczu odznacza się szkodliwym wpływem na bakteryje — przekonaly, że występuje tu wpływ kwaśnych fosforanów moczu, albowiem sztucznie przygotowane roztwory tych soli [z nienasyconym kwasem fosfornym] również przeszkadzają rozwojowi przytoczonych mikrobów. Na potwierdzenie tego służy, że mocz zubożony traci szkodliwe działanie na bakteryje — jakkolwiek niektóre doświadczenia wypadły pozytywnie; wskazuje to więc, że oprócz kwaśnych fosforanów również i chlorek sodu w moczu zawarty posiada pewien wpływ niszczący mikroby. Wreszcie robione były próby z moczem wyjałowionym, dla przekonania się, czy nie ma tu znaczenia kwas węglany pochłonięty przez mocz i inne lotne ciała organiczne. Taki mocz wyjałowiony przeważnie nie posiadał własności antyseptycznych. Przy doświadczeniach tych okazało się, że mocz wyjałowiony nie tylko nie jest uboższy w kwas węglany, lecz nawet często więcej tego gazu zawiera, zaleźnie od wytwarzania się węglanu amonu z mocznika. Wskutek wytwarzania amonijaku kwaśność moczu wyjałowionego zmniejsza się, a prawdopodobnie przez to osłabia się antyseptyczna własność moczu. [Przypomnieć jednak trzeba, że doświadczenia GOTBRECHT'a wykazały, iż amonijak również odznacza się własnościami antyseptycznymi.—Gaz. Lek. Nr. 7. 1890]. Dodatkowo przytacza LEHMANN fakt interesujący, że białko jaja szkodzi bakteryjom tyfusu i karbunkułu [zgodnie z doświadczeniami WURTZ'a], gdy tymczasem żółtko jaja stanowi dla tych mikrobów doskonały grunt odżywczy.

— Według *The Med. Presse* z 5 Marca w St. Barthol. Hospital w ostatnich 10 latach chloroform był użyty przy 12,368 operacjach, podczas których zdarzyło się 10 przypadków śmierci od chloroformu [1 na 1236]. Odkąd zaczęto używać eteru do uspiania, na 14,581 operacji było tylko 3 wypadki śmierci.

— W Anglii zdarzył się prawidłowy poród u kobiety mającej lat 13 [trzydzieści] i 11 miesięcy, która zaczęła miesiączkować w 12 r. życia. Nowonarodzony chłopiec ważył 8 funtów angielskich, zaś matka 126. [D-r A. E. PRICE. *Lancet.* 22 Marca].

— W Berlinie spodziewają się około pięciu tysięcy uczestników zjazdu lekarskiego międzynarodowego — i myślą o urządzeniu zebrania *resp.* obiadów sekcjami, wobec niemożności wspólnej uczyły dla tak wielkiej liczby osób.

— Według *Boston medic. Journal* z 8 Marca D-r KNORR, posiadający patent na fabrykację antypiryny, zarobił ubiegłej zimy 6 milionów dolarów. Sumę tę przyniosła mu... epidemija influenzy w Europie.

Odpowiedzi Redakcyi.

W. D-rowsi Aleksa w Janowie. Zgadając się najzupełniej z szanownym Kolegą, że „Wskazówki lecznicze“, pomieszczane w „Wiadomościach farmaceutycznych“ z podpisem W. Sz., nie odpowiadają zadaniu pisma, a dla czytelników jego nie istotnie pouczającego nie przedstawiają, radzimy szanownemu Kolegdze z szerszem wyluszczeniem tej sprawy zwrócić się do Redakcyi pomienionego pisma.