

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH D-RA GAJKIEWICZA W WARSZAWSKIM SZPITALU STAROZAKONNYCH.

I. SYMPTOMATOLOGIA HISTERYI U IZRAELITÓW POLSKICH.

Napisał

Konstanty Stróżewski,

asystent oddziału.

—†—†—

Histerya należy do cierpień bardzo dawno znanych i była przedmiotem licznych badań i opisów; o istocie tego cierpienia wygłoszono wiele różnorodnych zdań. Największym rozgłosem cieszył się pogląd, głoszony już przez DEMOKRITESA, PLATONA, HIPOKRATESA, że przyczyną histeryi jest macica, a więc że cierpienie to właściwem jest wyłącznie kobietom. W 17-ym wieku doskonałe prace CH. LEPOIS'a i SYDENHAM'a starały się obalić powyższy pogląd, dowodząc, że histerya nie ma związku z narządami płciowymi, lecz jest wyłącznie cierpieniem nerwów i że wydarza się również u mężczyzn, jak i dzieci. Dawny pogląd pomimo to tryumfował, mając licznych zwolenników, nawet między bardzo zdolnymi lekarzami. Ostateczne zwycięstwo nad dawnymi poglądami odniosły prace BRODIE'go w Anglii [1837 r.] i BRIQUET'a we Francyi [1859 r.], które potwierdziły poglądy LEPOIS'a i SYDENHAM'a; prócz tego autorowie ci zaznaczyli, że histerya jest cierpieniem czynnościowem. Pomimo tych poglądów, ogólnie przyjętych w nauce, panują dotychczas między publicznością, a nawet, niestety, i między lekarzami ślady dawnych błędnych przekonań o macicznym pochodzeniu histeryi i o zamążpójściu, jako jedynem rzetelnem lekarstwie na histeryę panieńską.

Aczkolwiek prace BRODIE'go i BRIQUET'a szerzyły właściwe pojęcia o histeryi, jednakże dopiero niezwykła powaga profesora z Salpêtrière ostatecznie umocniła i rozpowszechniła prawdziwą naukę o histeryi. Dzięki CHARCOT'owi zjawił się liczny poczet autorów, którzy poddali właściwej krytyce dawne poglądy i szczegółowo badali wszelkie najróżnorodniejsze przejawy histeryi. Dzisiejsza dokładna znajomość histeryi jest niezaprzeczoną zasługą szkoły salpetrierskiej. CHARCOT głosił, że histerya jest jedna i nierozdzielna wszędzie, pod wszystkimi szerokościami geograficznymi, u wszystkich narodów. W Niemczech i Anglii odzywały się oddzielne głosy, że histerya sal-

petrierska odnosi się wyłącznie do francuzów i że w innych krajach spotykamy pewne różnice w przejawach histeryi.

Opierając się na bardzo licznych przypadkach histeryi, jakie obserwowałem u izraelitów polskich, postaram się w pracy niniejszej porównać objawy histeryi, spotykane u nich, z objawami histeryi francuskiej, aby udowodnić, że rzeczywiście znajdują się różnice, które możnaby tłumaczyć przyczynami, zależnymi od rasy i klimatu. Z licznych przypadków histeryi, jakie miałem sposobność spostrzegać w szpitalu starozakonnych w Warszawie, przytoczę tylko 110 przypadków, których główną część badałem w ciągu pierwszych 3 miesięcy 1897 roku. Z tych 110-iu przypadków 72 obserwowałem na oddziale chorób nerwowych D-ra GAJKIEWICZA, resztę t. j. 38 przypadków badałem ambulatoryjnie w tymże szpitalu, przy łaskawym współdziale D-rów GAJKIEWICZA i DOWNAROWICZÓWNY. Historyi chorób, które posłużyły mi do niniejszej statystyki, nie ogłaszam drukiem, gdyż uważam to za zbyt cenne.

Co do dziedziczności, zaznaczyć muszę, że więk szość moich chorych należała umysłowo do osobników bardzo nisko stojących i z tego względu nieraz trudno było dowiedzieć się od nich czegoś stanowczego o ich chorobach rodzinnych. W 43 przypadkach z wywiadów dowiedziałem się, że albo u rodziców, albo u rodzeństwa, były choroby nerwowe, często też histerya. Reszta chorych nie wiedziała nic dokładnego.

Pod względem płci, mężczyzn było 21, kobiet 89, t. j. stosunek mężczyzn do kobiet był mniej niż 1:4, gdy tymczasem według statystyki GILLES DE LA TOURETTE'a ¹⁾ stosunek ten jest 1:2—3; według badań MARIE, SOUQUES'a histerya mężka ma być spostrzegana dwa razy częściej, aniżeli kobieca.

Pierwsze objawy histeryczne w ogromnej większości przypadków, mianowicie w 94-ech, wystąpiły u chorych w wieku między 15 a 45 rokiem życia, w dzieciennym wieku tylko w 15 przypadkach, po 45 roku życia w 1 przypadku. W przypadkach przezemnie badanych, jako *agent provocateur* najczęściej występowały zmartwienia, przestrasz, uraz, rzadziej choroby zakaźne lub inne choroby nerwowe; często nie można było wykryć żadnego powodu.

Według statystyki BRIQUET'a, podanej przez GILLES DE LA TOURETTE'a, na 240 przypadków histeryi znieczulenie skóry na całym ciele obserwowanem było 4 razy, połowiczne znieczulenie 93 razy, wysepkami 143 razy, przytem zwykle znieczulenie dotyczyło wszystkich bodźców [na dotyk, ból i temperaturę]. W moich przypadkach stwierdziłem znaczne różnice pod tym względem. Znieczulenia na dotyk należą do niezwykle rzadkich. Na razie zwykle chorzy, nie rozumiejąc o co chodzi, odpowiadają że nic nie czują, sądząc, że dotyk powinien ich boleć, lecz gdy im dobrze wytłómaczyć, okazuje się brak zaburzeń czucia na dotyk. Na 110 przypadków tylko w 13 stwierdziłem zaburzenia czucia dotykowego; najczęściej osłabienie (*hypoesthesia*), które miało charakter połowiczny lub występowało wysepkami, w 2-ach zaś tylko

¹⁾ *Traité d. l'hystérie*. Dane, odnoszące się do histeryi francuskiej, czerpałem z powyższej pracy GILLES DE LA TOURETTE'a.

przypadkach znalazłem całkowite znieczulenie na dotyk, w jednym z nich była t. zw. *anaesthesia dolorosa*. W 21 przypadkach nie było żadnych zmian czuciowych, w jednym przypadku była typowa „*dissociation syringomyelique*“ na prawych kończynach. Do najczęstszych zaburzeń czuciowych u izraelitów polskich, dotkniętych histeryą, należy osłabienie czucia bólowego wysepkami, głównie na przedramionach, łydkach i zewnętrznej powierzchni uda i goleni; rzadziej już osłabienie czucia bólowego na całym ciele i wysepki znieczulenia całkowitego na ból. Dość rzadkie są zaburzenia czucia termicznego i najczęściej pod postacią osłabienia (*termhypoesthesia*) wysepkami. Tak często notowane we Francji połowiczne znieczulenie na wszystkie bodźce spostrzegalem tylko 2 razy; w 20 przypadkach na 110 zaburzenia czuciowe miały charakter połowiczny, t. j. na niektórych częściach ciała więcej wyrażone były z jednej strony, aniżeli z drugiej.

Według spostrzeżeń szkoły francuskiej, znieczulenie błon śluzowych należy do bardzo częstych objawów histeryi. W Niemczech ZIEMSEN i LEUBE zwracali uwagę, że częstokroć błona śluzowa pomimo braku odruchu z niej jest czuła na dotyk i ból. KATTWINKEL¹⁾ ogłosił 100 przypadków histeryi z kliniki prof. ZIEMSEN'a, w których znalazł brak odruchu z gardzieli, czucie zaś błony śluzowej gardzieli w 92 przypadkach było całkowicie zachowane na wszystkie bodźce, a tylko w 8 przypadkach upośledzone. Na mocy badań chorych w zupełności podzielam zdanie KATTWINKEL'a, iż dotychczas niesłusznie utożsamiano brak odruchu z błon śluzowych z ich znieczuleniem. W przypadkach przezemnie spostrzeganych czucie błon śluzowych zachowywało się, jak następuje: w 3 przypadkach zaburzenia czucia łącznicy jednej lub obu, w 6 przypadkach osłabienie czucia dotykowego w jednym z przewodów słuchowych i na jednej z błon śluzowych nosa; w reszcie przypadków, t. j. w 101, czucie błon śluzowych całkowicie zachowane. Badałem czucie łącznicy, rogówki, gardzieli, jamy ustnej, błony śluzowej nosa i przewodu słuchowego zewnętrznego. Według statystyki GILLES DE LA TOURETTE'a, brak odruchu z łącznicy wskutek znieczulenia jej jest bardzo częstym objawem histeryi; w moich przypadkach przy zachowaniu czucia brak odruchu stwierdziłem w 36 przypadkach z obu stron, w 3 przypadkach z jednej strony, osłabienie odruchu w 38 przypadkach z obu stron i w 2 przypadkach z jednej strony, co stanowi około 72% zaburzeń odruchu z łącznicy. Odruch z gardzieli i języczka przedstawiał się w następujący sposób: w 31 przypadkach brak zupełny tego odruchu, w 38 przypadkach osłabienie, przy pełnym zachowaniu czucia, razem około 63% zaburzeń. Rogówka zawsze żywo odziaływała w moich przypadkach.

Według ROSENBACH'a, cytowanego przez GILLES DE LA TOURETTE'a, odruch brzuszny ma być zawsze zachowanym przy histeryi, a nawet ma służyć jako ważny objaw przy różniczkowem rozpoznaniu porażen histerycznych od organicznych. Według badań PITRES'a, brak tego odruchu rzadko bywa spostrzegany. Odruch podeszwowy, według GILLES DE LA TOURETTE'a, bywa

¹⁾ Deut. Arch. f. kl. Med. Bd. 57. H. 5 i 6.

zniesionym tylko po stronie znieczulonej. Moje badania doprowadziły mnie do innych zgoła wyników, mianowicie: brak odruchu skór nego z obu stron lub z jednej, albo też osłabienie tego odruchu bywa bardzo częstem zjawiskiem przy hysterii; na 62 przypadki, w których poszukiwałem tego odruchu, w 24 znalazłem brak zupełny obustronny, w 5 brak z jednej strony, w 4 osłabienie z obu stron i w 1 osłabienie z jednej strony, jednym słowem: zaburzeń 55%. Na 62 przypadki w 45 znalazłem brak odruchu podeszwowego z obu stron, w 2 brak z jednej strony i w 1-ym osłabienie z obu stron, czyli zaburzeń około 78%. Zaburzenia tych odruchów nie miały najmniejszego związku z zaburzeniami czucia: we wszystkich tych przypadkach czucie dotykowe było w zupełności zachowane, bólowe zaś w niektórych tylko przypadkach przedstawiało nieznaczne zaburzenia.

Prócz powyższego odruchu badałem jeszcze inne lechtliwe odruchy, jak odruch z błony śluzowej nosa, z przewodu słuchowego zewnętrznego, ze skóry naokoło oczodołów, na brwiach, pod pachami, pod kolanami i na kolanach i doszedłem do następujących wyników: na 57 przypadków¹⁾, w których poszukiwałem tych odruchów, w 41 przypadkach znalazłem zupełny brak, w 12 zaburzenia czuciowe, t. j. w jednych miejscach brak, w innych osłabienie lub obecność, w 4 przypadkach upośledzenie, jednym słowem: we wszystkich przypadkach znalazłem zaburzenia więcej lub mniej wyrażone.

W 40 przypadkach na 110 znalazłem odruchy ścięgniaste [rzepkowy i ze ścięgna ACHILLESA] wzmożone z obu stron, w 2 przypadkach z jednej strony; w 4 *clonus pedis* z obu stron, w dwóch przypadkach z jednej strony; osłabienie odruchów rzepkowych znalazłem tylko w 2 przypadkach, w reszcie przypadków odruchy ścięgniaste zachowane były. Brak czasowy odruchów rzepkowych spostrzegłem w paru przypadkach, nie wchodzących do niniejszej statystyki; po pewnym czasie odruchy wystąpiły; przypadki te dotyczyły osobników, dotkniętych wyłącznie hysteryą bez współistnienia innych cierpień.

T. zw. *zones hysterogènes* należą do bardzo częstych zjawisk w hysterii francuskiej, u izraelitek polskich zaś przeciwnie do rzadkich, przyczem wyrażają się zwykle pod postacią bolesności w okolicy jednego lub obu jajników (*ovarialgia*). Na 85 przypadków, w których poszukiwałem tego objawu, znalazłem w 6 zaledwie obustronną owaryalgię, w 15 jednostronną, w 17 przypadkach punkt nadczoły na kręgosłupie (*irritatio spinalis*) i w 3 przypadkach punkt nadczoły w innych miejscach ciała. W żadnym z tych przypadków ucisk na ów punkt nadczoły nie wywoływał napadu historycznego.

Zaburzenia w sferze ruchowej przy hysterii u izraelitów polskich należą do objawów częstych; na 110 przypadków znalazłem 7 razy astazyę i abazyę, 18 razy objawy porażeń lub niedowładów wiotkich [połowicznych, oddzielnych kończyn, obu dolnych kończyn] i 26 razy objawy spastyczne. T. zw. przez CHARCOT'a *diathèse de contracture* należy do częstych zjawisk u izraelitów polskich.

¹⁾ Odruchów tych poszukiwałem więcej niż w 100 przypadkach i zawsze miałem podobne rezultaty, lecz nie wszystkie z tych przypadków weszły do niniejszej statystyki.

Drżenie kończyn często bywa spostrzeganem: na 110 przypadków znalazłem 21 razy; najczęściej pod postacią drżenia przy ruchach zamierzonych, przypominające „*Intentionszittern*“; lecz drżenie to nie zwiększa się przy zbliżaniu do zamierzonego celu, jak to bywa przy rozsianem stwardnieniu. Do bardzo częstych zjawisk należy drżenie górnych powiek przy lekko zamkniętych oczach. Do bardzo częstych objawów historycznych u izraelitów polskich należą: czkawka i wymioty.

Czkawka często bywa krzykliwa, przypomina szczekanie, pianie, miauczenie, przychodzi niekiedy napadami lub, co częściej, trwa prawie nieustannie całe dni, tygodnie. Na 110 przypadków czkawkę zanotowałem 56 razy, co wynosi przeszło 50%.

Wymioty na 110 przypadków były 32 razy, co stanowi 29%; najczęściej wymioty bywają po każdym jedzeniu, rzadziej tylko po płynnem. Podczas wymiotów nie cała zawartość żołądka bywa wydalana, co stwierdziłem, badając żołądek zgłębnikiem wkrótce po wymiotach. Tym faktem objaśnić sobie możemy dobry wygląd historyczek pomimo długotrwałych wymiotów. W wielu przypadkach wymiotów historycznych przeprowadzone były badania zgłębnikiem dzięki uprzejmości kol. M. ROSENTHALA i LEWINA i znaleziono, że w żadnym z badanych przypadków błona śluzowa żołądka nie była nadczuła: poruszanie zgłębnikiem po ściankach żołądka nie wywoływało najmniejszego bólu, ani odruchu, co przemawia za ośrodkowem pochodzeniem wymiotów historycznych. Skóra w okolicy żołądka często była lekko znieczulona na ból, nigdy nadczuła.

Zaburzenia ze strony narządu mowy na 110 przypadków znalazłem 18 razy, mianowicie: 8 razy niemotę (*mutismus*), 7 razy bezgłos (*aphonia*) i 3 razy jąkanie lub bełkotanie, niekiedy przypominające mowę skandowaną dotkniętych rozsianem stwardnieniem. Przy niemocie badanie laryngologiczne, dokonywane przez D-ra FREUDENSONA, wykryło: w jednym przypadku *paresis mm. crico-arythnoidei lat. et post.*, w jednym *paresis abductorum laryngis*, w jednym *paresis thyreo-arythn. int.*, w reszcie przypadków zmian nie znaleziono żadnych.

Z zaburzeń czynności pęcherza znalazłem 2 razy *retentio urinae* i 5 razy pollakiurię.

Zaburzenia ze strony narządu wzroku we Francyi należą do bardzo częstych. Dośrodkowe zwięzienie pola widzenia jest jednym z najczęstszych znamion histeryi francuskiej; nie mogę tego powiedzieć o histeryi u izraelitów polskich. Na 88 przypadków w 21 znalazłem więcej lub mniej wyraźne dośrodkowe zwięzienie pola widzenia w obu oczach, niekiedy więcej wyraźne w jednym oku, zwykle miało to miejsce po stronie większych zaburzeń czuciowych; w 4 przypadkach znalazłem zwięzienie tylko w jednym oku, co razem stanowi 79% zaburzeń. Co do innych zaburzeń, jak: ślepotą, podwójne widzenie, zaburzenia w rozpoznawaniu barw i inne, to spotyka się je rzadko, ja znalazłem w 2 przypadkach ślepotę jednostronną, w 3 przypadkach zaburzenia w rozpoznawaniu barw.

Według GILLES DE LA TOURETTE'a, zaburzenia w smaku należą do bardzo częstych i idą równolegle z zaburzeniami czucia błony śluzowej w jamie ustnej. Badania LICHTWITZ'a dowodzą, że zaburzenia czucia i smaku nie zawsze sobie odpowiadają. Moje badania na 79 chorych, dotkniętych histeryą, wykazały w 50 przypadkach zaburzenia smaku bez zaburzeń czuciowych jamy ustnej i języka, czyli około 63% zaburzeń. Z tych 50 przypadków w 4 choroby nie rozpoznawali zupełnie słodkiego [18% roztwór *syrop. simp.*], słonego [2% roztwór soli kuchennej] i gorzkiego [1/5% roztworu *chin. sulf.*], w 39 przypadkach znalazłem opóźnienie smaku albo częściowe zaburzenia, t. j. chorzy rozpoznawali gorzkie, nie rozpoznając słonego i słodkiego, albo rozpoznawali przewrotnie słone jako słodkie i t. p.; w 7 przypadkach zaburzenia dotyczyły połowy języka prawej lub lewej.

Na 77 przypadków w 17 znalazłem zaburzenia węchowe z obu stron i w 6 z jednej strony, co stanowi około 30%. Zaburzenia te polegały na tem, że chorzy albo wcale nie rozpoznawali zapachu octu, a zapach *assae foet.* uważali za przyjemny, albo też rozpoznawali zapachy dopiero po kilkakrotnem wachaniu.

Głuchotę jednostronną znalazłem w 2 przypadkach, osłabienie słuchu w porównaniu z drugą stroną w 3 przypadkach bez zmian anatomicznych. Badania dokonywał uprzejmie kol. SREBRNY.

Zmiany troficzne u izraelitów polskich, dotkniętych histeryą, należą do rzadkich; na 110 przypadków znalazłem zaledwie 2 razy obrzęki kończyn; w jednym z tych przypadków obrzęk zajmował prawe kończyny i prawą pierś: różnica w objętości dochodziła do 4 ctm.

W większości przypadków spostrzegałem przy ukluciu t. zw. *urticariam factitiam*, krwawienia przytem albo wcale nie było albo nieznaczne, rzadko obfite.

Krwioplucie (*haemoptoe*) spostrzegałem na 110 przypadków w 4-ch bez żadnych zmian w płucach, krtani lub gardle. 3 razy spostrzegałem znaczne przyspieszenie tętna do 120 na minutę; 3 razy znaczną duszność do 48 oddechów na minutę; 4 objawy moczówki bez cukru w moczu.

Według statystyki BRIQUER'a, w 75% histeryi bywają napady histero-epileptyczne, według PIRRES'a u kobiet w 82%, u mężczyzn w 22%. Na 110 przypadków przezemnie badanych napady były w 33, co stanowi zaledwie 30%. Przytem ani razu nie było typowego napadu histero-epileptycznego z 4 okresami, z *zone hystérogène*, której ucisk mógłby wywołać lub przerwać napad. Pomimo bardzo licznych przypadków histeryi, jakie mam okazję spostrzegać u izraelitów, zaledwie 2 razy widziałem histeryczki, u których ucisk na jajnik wywoływał częściowy, napad histero-epileptyczny [przypadki te nie weszły do niniejszej statystyki]. Nigdy zaś nie widziałem zupełnego napadu histero-epileptycznego. Najczęściej napady ograniczają się do napadu bolesnego ściskania i rozsadzania w piersiach, spazmów, drgawek klonicznych w całym ciele bez utraty lub z utratą przytomności. O wiele rzadziej obserwowałem napady ziewania, kiwania głową, kaszlu i napady pobudzenia histerycznego.

Stan psychiczny moich chorych był w przeważnej większości apatyczny, przygnębiony; chory zajęty ciągle myślą o swej chorobie, przytem niewyczerpany w opowiadaniu swoich cierpień; niedowierza lekarzowi, często radzi się jednocześnie różnych lekarzy. Charakterystyczną jest niezwykła trudność wywołania snu hypnotycznego u izraelitów; wraże, jeśli uda się wywołać sen, jest on powierzchowny [Gościński]. Ze strony subiektywnych objawów do najczęstszych należą: stan ogólnego osłabienia t. zw. przez CHARCOT'a *diathèse d'amyosthénie*, brak apetytu, różnorodne sensacje bólowe, *globus hystericus*, *meteorismus*.

Dość jeszcze muszę, że często spotykamy u izraelitów symulację chorób organicznych, a także współistnienie histeryi z chorobami organicznymi t. zw. „*associations hysteroorganiques*“.

Z powyższego widać, iż najczęściej spotykanym między izraelitami typem histeryka, czy histeryczki jest następujący: chory uskarża się na brak łaknienia, ogólne osłabienie, czkawkę, odbijanie, wymioty po jedzeniu, ściskanie w piersiach i gardle; przy badaniu znajdujemy najczęściej zaburzenia w sferze ruchowej, jak, porażenia spastyczne lub wiotkie, przykurczenia, drgawki; z czuciowych zwykle tylko osłabienie czucia bólowego pod postacią wysepek na całym ciele, szczególnie na przedramionach i łydkach; prócz tego brak lub osłabienie odruchów z łącznicy, gardzieli i lechtliwych, a wzmożenie odruchów ścięgniowych. Takie zaś objawy, jak: 1) *hemianesthesia sensitivo-sensoriellis*, 2) zaburzenia czucia dotykowego, 3) silnie wyrażone dośrodkowe zwężenie pola widzenia, 4) zaburzenia czucia błon śluzowych, 5) obecność napadów histero-epileptycznych z *zones hystérogènes* należą do bardzo rzadkich lub też wcale nie spotykają się u izraelitów polskich, a jak wiadomo, są bardzo częstymi znamionami histeryi francuskiej. Widzimy więc, że zachodzą wybitne różnice w przejawach histeryi u izraelitów polskich w porównaniu z francuzami.

Z ODDZIAŁU D-RA CHEŁMOŃSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

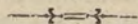
II. W SPRAWIE WPŁYWU OSTRYCH GORĄCZEK

NA PRZEBIEG GRUŹLICY PŁUC.

Podał

Leon Gosztowtt,

asystent oddziału.



Dnia 30. X. 1896 przybyła na oddział Zofia B., służąca, rodem z okolic Góry Kalwaryi, panna, wieku lat 21.

Chora skarży się na dreszcze, powtarzające się codziennie, kaszel, występujący przeważnie rankami, klucie w klatce piersiowej [bez dokładniejszego umiejscowienia] zwłaszcza przy kaszlu, brak łaknienia i osłabienie.

Początek choroby datuje od 7 dni; rozpoczęło się od dreszczów i wzmiankowanego bólu. Czy poprzednio już nie było kaszlu, trudno coś pewnego o tem powiedzieć.

Chora poważniejszych chorób, o ile pamięta, nie przechodziła; krwioplucia nigdy nie było. Pochodzi, o ile można wiedzieć, z rodziny zdrowej. Mięsiączka zaczęła się w 15 roku życia i od tego czasu żadnych przerw, ani zaburzeń w mięsiączkowaniu nie było.

Przy badaniu poszczególnych narządów znaleziono:

Wzrost średni, budowa i odżywianie mierne; skóra i błony śluzowe blade, na policzkach rumieńce. Ciepłota ciała wieczorem $38,5^{\circ}$ C., rano $37,5^{\circ}$ C., tętno 110, oddechów 34, waga ciała 63,9 klgrm.. Klatka piersiowa normalnie i dość dobrze rozwinięta. W okolicy podobojczykowej lewej wybitne stłumienie z odcieniem bębnowym, sięgające do 3-go żebra; na miejsce stłumienia szmer oddechowy oskrzelowy i liczne trzeszczenia dźwięczne. W okolicy nadgrzebieniowej lewej nieznaczne stłumienie odgłosu wypukowego, szmer oddechowy na tem miejscu nieokreślony, zresztą w innych miejscach klatki piersiowej szmer oddechowy pęcherzykowy, nieco zaostroszony.

Plwocina śluzo-ropna w ilości około 50 grm. na dobę; przy drobnowidzowem badaniu znaleziono wśród ciałek ropnych komórki nabłonka płucnego oraz bardzo liczne drobnoustroje Koch'a. Wypróżnienia co 2, 3 dzień, język nieco obłożony. Mocz prawidłowy w ilości 1000 ctm. sz. na dobę, ciężaru właściwy 1025. Hemoglobiny we krwi 70%.

Od d. 30. X. 1896 do d. 25. XI. 1896 stan podmiotowy chorej w niczem się nie zmienił, chora wciąż skarżyła się na dreszcze, obfite poty nocne, kaszel i osłabienie; w plwocinie pokazywały się ślady krwi; laseczniki znajdowano przy każdorazowem badaniu. Waga ciała nie zmieniała się. Ciepłota wahała się w granicach $38,5^{\circ}$ C.— $39,5^{\circ}$ C. wieczorem i $37,5^{\circ}$ C.— 37° C. rano.

Chorej wstrzykiwano arsenikalną surowicę D-ra REKOWSKIEGO, przyslaną nam łaskawie przez D-ra DZIERZGOWSKIEGO z pracowni prof. NENCKIEGO przy Instytucie Medycyny Doświadczalnej w Petersburgu. Wstrzykiwania dokonane były w następujących odstępach czasu: d. 11. XI. 1896, d. 14. XI., d. 17. XI. i d. 21. XI.

Dnia 25. XI. 1896 wieczorem wystąpiły dreszcze silniejsze, niż zwykle, kaszel się wzmógł i ciepłota ciała podniosła się do $40,2^{\circ}$ C..

D. 26. XI., na twarzy, tułowiu i kończynach pokazała się wysypka w postaci czerwonych plamek; przy szczegółowem oglądaniu wysypki zauważyć było można na każdej plamce pewne wzniesienie, czyli wysypka ta miała wygląd plamisto-grudkowaty. Grudki wyraźniejsze były na twarzy, aniżeli na kończynach i tułowiu. Równocześnie z wysypką wystąpiło zaczerwienienie łącznic oka, niezbyt dróg oddechowych: chora mówi przez nos i z nosa obfity wypływ śluzowy, kaszel silniejszy niż poprzednio. Ciepłota ciała rano 40° C., wieczorem $40,2^{\circ}$ C..

D. 27. XI. wysypka znacznie zbladła tak, że zaledwie można było dostrzedz jej ślady; ciepłota ciała rano $38,3^{\circ}$ C., wieczorem $38,8^{\circ}$ C.; objawy, towa-

rzyszające wysypce, jak oto: nieżyt dróg oddechowych i przekrwienie łącznicy zmniejszyły się.

D. 28. XI. Ciepłota ciała 39,4° C. wieczorem, 36° C. rano. Chorej dokonano piąte i ostatnie wstrzyknięcie surowicy.

D. 29. XI. Ciepłota 38,3° C. rano i 38,3° C. wieczorem.

D. 30. XI. Ciepłota rano 37° C., wieczorem 37,2° C.,

Od d. 30. XI. do d. 9. XII. chora na nic się nie skarży. Ciepłota 36,2°—36,8° C. rano, 37,4° C. wieczorem. Kaszel złagodniał, dreszcze nie występują, poty bardzo nieznaczne, trzeszczenia mniej liczne. Laseczniki w płwocinie znajdowano. Waga ciała 62,1 klgrm.

Od d. 9. XII. do d. 31. XII. ciepłota ciała nie podnosiła się wyżej 37° C. wieczorem i 35,4° C.—36° C. rano. Laseczniki w płwocinie znajdowano. Waga ciała d. 16. XII. 62,7 klgrm., a d. 22. XII. 61,2 klgrm.

D. 31. XII. 1896. chora na nic się nie skarży, czuje się dość silną; łaknienie poprawiło się, dreszcze i poty ustąpiły zupełnie. Kaszel bardzo mały, płwociny około 15 grm. na dobę, ilość laseczników w płwocinie daleko mniejsza. Waga ciała 62,6 klgrm., tętno 96, oddechów 30, hemoglobiny we krwi 75%. Słumienie odgłosu wypukowego pozostało na dawnym miejscu; szmer oddechowy na temże miejscu pęcherzykowy osłabiony, miejscami nieokreślony, trzeszczenia zupełnie znikły. Chora na usilne żądanie, czując się, jak mówiła, zupełnie zdrową, wypisaną została.

Spostrzeżenia kliniczne, jak również i prace doświadczalne na zwierzętach wykazują, że istnieje pewnego rodzaju antagonizm między chorobami zakaźnymi. Przyłączająca się nowa zakaźna choroba może ujemnie wpływać na przebieg pierwotnego cierpienia. Znanym jest np. szkodliwy wpływ spraw ropnych na przebieg tyfusu brzuszego, ospy, płonicy i róży, oraz zimnicy i spraw ropnych na przebieg gruźlicy i t. p. Z drugiej wszakże strony są niektóre dane, wykazujące, że w pewnych razach wtórne zakażenie dodatnio wpływać może na pierwotne. I tak NEUMANN ¹⁾ i SCHWIMMER ²⁾ spostrzegali przypadki przymiotu, wyleczonego za pomocą róży. SCHWIMMER ³⁾ i FEHLEISEN ⁴⁾ wspominają o dobroczynnym wpływie tejże róży na przebieg wilka. RUMPF ⁵⁾ opisuje spostrzeżenia, stwierdzające dodatni wpływ wstrzykiwań wyjąłowych hodowli *b. pyocyanei* chorym na tyfus brzuszny. Według BOUCHARD'a tenże *b. pyocyaneus* może zwalczać karbunkul. CHEŁMOŃSKI ⁶⁾ szeregiem doświadczeń przyszedł do przekonania, iż wyciąg gnilny, wstrzykiwany chorym, dotkniętym niektórymi z chorób zakaźnych, czyni przebieg tychże łagodniejszym i skraca ich trwanie. Również znane są spostrzeżenia, wy-

¹⁾ Allg. Wien. Zeit 1888. Nr. 4.

²⁾ Wien. med. Presse 1888 Nr. 14, 15 i 16.

³⁾ L. c..

⁴⁾ BAUMGARTEN. Mycologie 1888, str. 397.

⁵⁾ Deutsche med. Woch. 1892. Nr. 41.

⁶⁾ Gazeta Lekarska 1895. Nr. 11.

kazujące, że ostra choroba zakaźna, przyłączająca się do koklusz, częstokroć przerywa ten ostatni. Co zaś do gruźlicy, to SOLLES¹⁾ utrzymuje, że róża, zaszczerpiona świnie morskiej, zakażonej gruźlicą, powolniejszym czyni przebieg tej ostatniej. CHEŁMOŃSKI²⁾ w r. 1891 opisał dwa przypadki wyleczenia gruźlicy płucnej: jeden po przebyciu róży³⁾, drugi—tyfusu wysypkowego.

Powyższy opis wykazuje, że w danym razie mieliśmy do czynienia z gruźlicą płuc w pełni swego rozwoju: wysoka gorączka, głębokie zmiany miąższu płucnego, liczne laseczniki Koch'a w płwocinie. W przebiegu choroby przyłączyła się do gruźlicy nowa ostra gorączka z wysypką. Czy gorączka ta wraz z wysypką ma jakikolwiek związek z dokonywanymi wstrzykiwaniami surowicy D-ra REKOWSKIEGO: oto jest pierwsze pytanie, jakie się tu przedewszystkiem nasuwa. Faktem jest niewątpliwym, że surowica przeciwbłonicza częstokroć wywołuje zjawianie się wysypki, a zatem sądzićby można, że i w danym przypadku wysypka wraz z gorączką zależeć może od wstrzykiwania surowicy arsenikalnej. Ponieważ wszakże surowica ta pochodziła z tego samego źródła, a wstrzykiwania na oddziale dziesięciu innym chorym nie sprowadziły w żadnym przypadku ani podniesienia ciepłoty ciała, ani wysypki, przeto zarówno wysypka, jak i gorączka, zdaje się, nie może być kładzoną na karb wstrzykiwań surowicy. Wnosząc z cech wysypki, oraz objawów jej towarzyszących, zdaje się, najwłaściwiej uważać ją za nowe zakażenie, a mianowicie za odrę o przebiegu nietypowym. Nowe zakażenie, przyłączywszy się do gruźlicy, wywarło pewien wpływ na przebieg tej ostatniej. Wpływ ten uwydatnił się: ustąpieniem gorączki, dreszczów, potów, poprawą w stanie przedmiotowym płuc, poprawą łaknienia i wogóle stanu podmiotowego chorej. Wpływ taki należy uznać, bądź co bądź, za dodatni. Wprawdzie laseczniki gruźlicze nie zniknęły z płwociny, waga ciała nie powiększyła się, nie mniej jednak w ustroju chorej zająć musiały poważne zmiany z charakterem dobroczynnym, skoro gorączka ustąpiła, a w sprawie miejscowej uwydatniły się objawy, świadczące o zatrzymaniu się procesu rozpadowego.

Czy powyższe zmiany dobroczynne nie były skutkiem wstrzykiwania surowicy? W odpowiedzi na to znowu zaznaczyć musimy, iż przy stosowaniu powyższej surowicy innym suchotnikom, otrzymywano rezultaty, które nie upoważniają nas bynajmniej do przypisywania względnej poprawy, obserwowanej u opisaanej chorej wzmiankowanym wstrzykiwaniom.

Co się tyczy ustąpienia gorączki w naszym przypadku, to zdawałoby się, że jest ono wyrazem ustąpienia zakażenia ropnego, wikłającego sprawę gruźliczą, zakażenia, od którego zależała omawiana gorączka. Opisany przypadek świadczy, iż odra, przyłączająca się go gruźlicy, może sprowadzić pe-

1) Centralbltt. f. Bacteriologie 1889, VI, str. 569.

2) Gazeta Lekarska 1891, Nr. 5.

3) WAIBEL [Centrbltt. f. Bakteriologie. 1889. V, str. 187] również opisuje przypadek wyleczenia gruźlicy płucnej za pomocą róży. Przypadek ten jednakże nie jest przekonującym, gdyż opisany był pobieżnie, a co ważniejsza, gruźlica nie została tu stwierdzoną obecnością w płwocinie swoistych bakterii.

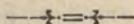
wien przełom w toku sprawy gruźliczej, po którym już walka z zasadniczą chorobą staje się łatwiejszą.

III. PRZYCZYNEK DO NAUKI O MORFOLOGII I PATOLOGII KRWI DZIECIĘCEJ.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Tulejskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 1. IV. 1897].

Przez

Jana Strzelbickiego.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 27].

Jako punkt wyjścia dla badania niektórych stron patologii krwi dziecięcej, wziąłem zmiany krwi przy zapaleniu płuc „lobaris“. Mówię „lobaris“, rozumiejąc pod tym wyrazem nie tylko samoistne krupowe zapalenie płuc, ale i *pneum. lobaris* przy influenzy, między którymi rozpoznanie różniczkowe nie zawsze łatwo daje się przeprowadzić. I tutaj najsamprzód przypomnę główne dane z literatury, dotyczące zmian krwi przy chorobach gorączkowych wogóle i przy *pneumonia lobaris* w szczególności. RIEDER¹⁾ podając odsetkowy stosunek różnych gatunków leukocytów w 9 przypadkach krupowego zapalenia płuc i powiadając, że ciała eozynofilowe znalazł tylko w jednym przypadku, dodaje: „es soll damit jedoch nicht gesagt sein, dass dieselben bei dieser Krankheit ueberhaupt fehlen, sondern nur auf ihre durch das Ueberwiegen anderer Leukocytenformen bedingte relative Abnahme hingewiesen werden“. Z tem twierdzeniem RIEDER'a zgodzić się nie mogę i niżej postaram się dowieść, że nie ma on pod tym względem słuszności. Na str. 28 tego samego dzieła RIEDER wspomina o zmniejszeniu ilości ciałek eozynofilowych przy tyfusie brzuszny.

LIMBECK²⁾ zaznacza, że w wielu chorobach zakaźnych, przebiegających z silną gorączką, szczególnie zaś w krupowym zapaleniu płuc, można zauważyć znaczne zmniejszenie liczby ciałek eozynofilowych „bis zum völligen Verschwinden dieser Zellen“. Wzmianki o tem, że przy chorobach gorączkowych liczba eozynofilowych ciałek się zmniejsza, znajdujemy także i u KLEINA³⁾, WICZKOWSKIEGO⁴⁾, J. ZAPPERT'a⁵⁾, NICOLO LONGO⁶⁾ i innych. FELSETHAL⁷⁾ po-

¹⁾ Op. cit. str. 123.

²⁾ Op. cit. str. 241.

³⁾ Op. cit. str. 9 i 19.

⁴⁾ O znaczeniu ciałek eozynowych w krwi, w płwocinie i w moczu. Nowiny lekarskie. 1895. r. Luty. str. 50.

⁵⁾ Op. cit.

⁶⁾ Beitrag zum diagnostischen Werth der eosinophilen Zellen in der Anaemie der Kinder. Cyt. wedł. Arch. f. Kinderheilk; Bd. XVIII. Heft I—II; S. 267.

⁷⁾ Haematologische Mitteilungen. Archiv für Kinderheilkunde. Bd. XV. Heft I—II. S. 81 i nast.

wiada, że przy *acme* gorączki w przebiegu krupowego zapalenia płuc u dzieci ciałek eozynofilowych we krwi wykryć niepodobna i że one zjawiają się znów po krytycznym spadku ciepłoty. Zgadzam się zupełnie z FELSENTHAL'em tam, gdzie autor ten powstaje przeciwko twierdzeniu ALT'a i WEISS'a, iż przy leukocytozach u dzieci ilość neutrofilów często się zmniejsza i leukocytoza u dzieci często powstaje przez powiększenie się ilości jednojądrowych leukocytów.

W końcu wskazać muszę na pracę MONTI'ego i BERGGRUEN'a ¹⁾. W 6-iu przypadkach krupowego zapalenia płuc, w których autorowie badali odsetkowy stosunek leukocytów, znajdowali oni albo bardzo małą liczbę eozynofilowych ciałek, albo ich zupełnie wykryć w preparatach nie byli w stanie. Z przytoczonych powyżej krótkich wzmianek widzimy, że prawie wszyscy autorowie jednoznacznie mówią o zmniejszaniu się ilości eozynofilowych leukocytów we krwi w przebiegu gorączkowych, zakaźnych chorób, w szczególności krupowego zapalenia płuc; jednocześnie też zaznaczają prawie wszyscy autorowie zwiększenie się liczby ciałek neutrofilowych [zapalenie krupowe].

Przypatrzwszy się tablicy IV-tej, widzimy albo zupełny brak, albo zaledwie nieznaczną ilość ciałek eozynofilowych, a zarazem bardzo wysoką cyfrę ciałek neutrofilowych, stosownie do czego ilość limfocytów jest zmniejszoną, czasem nawet bardzo znacznie [przypadki 5, 9 i 12]. Na pierwszy rzut oka niektóre z zamieszczonych w tablicy przypadków stanowią jakoby wyjątek, t. j. ilość neutrofilów wydaje się powiększoną nieznacznie, lecz gdy zwrócimy uwagę na to, że są to właśnie dzieci w tym wieku, w którym w stanie prawidłowym limfocyty przeważają nad neutrofilami, to mniemany wyjątek będzie jeszcze potwierdzeniem tego, cośmy wyżej powiedzieli.

Powiedziałem już, że się nie mogę zgodzić z RIEDER'em, który twierdzi, iż przy krupowym zapaleniu płuc, mamy do czynienia tylko ze względnym zmniejszeniem liczby ciałek eozynofilowych, a to dzięki powiększeniu się liczby neutrofilów. Zobaczymy niżej, że liczba ciałek eozynofilowych zmniejsza się nawet i wtedy, kiedy nie ma leukocytozy, t. j. zwiększenia się liczby neutrofilów, pomimo to już z tablicy IV-ej widać, że mamy tutaj nie względne zmniejszanie się ilości eozynofilowych leukocytów; mamy tutaj niewątpliwie zmianę stosunku limfocytów i leukocytów przejściowych; mianowicie pomimo silnego zmniejszenia ilości limfocytów, ilość ciałek przejściowych, wcale się nie zmniejsza, czasami nawet przejściowe leukocyty przeważają nad limfocytami [przypadki 6, 12, 20]. A zatem ma tu miejsce nie tylko nagromadzenie się neutrofilów, lecz czasowo zmienia się cała sprawa tworzenia się krwi.

Zestawiając jeszcze raz wyniki badań krwi dzieci przy *pneumonia lobaris*, widzimy, że ciałka eozynofilowe albo znikają z krwi, albo ilość ich znacznie się zmniejsza, ilość limfocytów zmniejsza się też,

¹⁾ Ueber die im Verlaufe der lobären Pneumonie der Kinder auftretenden Veränderungen des Blutes. Archiv f. Kinderheilk. Bd. XVII. Heft I—II. S. 23.

a ilość neutrofilów znacznie się powiększa [jeżeli weźmiemy pod uwagę zwiększenie się tych ostatnich ciałek, to wypadnie nam przypuścić, że ilość leukocytów przejściowych też się powiększa] Zresztą analogiczne zmiany krwi spotkać możemy i przy innych chorobach: dyfteryście, tyfusie plamistym i innych [patrz tablicę VI-tą].

Tablica IV.

Nr.	Wiek.	Liczba czerwonych ciałek krwi w 1 milim. sz.	Liczba leukocytów w 1 mil. sz.	Stosunek białych ciałek do czerw.	Odsetny stosunek leukocytów.			Osadka hemoglobiny.	U w a g i.
					limfocyty w %	neutrofile w %	przejściowe w %		
1	Chłopcz. 5 lat.	—	—	—	11,7	83,2	5,2	—	<i>Pneum. croup. sin.</i> 3-ci dz. chor.
2	" 2 1/2 r.	—	—	—	30,1	64,2	4,9	0,6	<i>Pneum. croup. dext.</i> [szczyt].
3	" 5 lat.	—	—	—	10,7	85,8	3,3	—	<i>P. croup dext.</i> [pod pachą] 3 d. ch.
4	Dziew. 10 mies.	—	—	—	18,7	74,9	6,3	0,1	<i>Pneumonia dexter.</i>
5	Chłopcz. 4 lat.	—	—	—	4,0	94,1	1,8	—	<i>P. dext.</i> [szczyt] 3 dzień chor.
6	" 3 1/2 r.	—	—	—	8,3	80,7	10,9	—	2-gi dzień [zmiany niewidoczne].
7	Dziew. 1 1/2 r.	—	—	—	18,7	76,1	4,8	0,3	<i>P. sin. + rhachitis (erythrocratic).</i>
8	Chłopcz. 12 lat.	—	—	—	10,7	82,7	6,6	—	<i>Pn. grypp. sin.</i> [szczyt].
9	" 8 lat.	—	—	—	—	95,6	—	—	—
10	" 1 r. 9 m.	—	—	—	29,4	62,6	6,8	1,1	<i>Pn. grypp. sin.</i> 3-ci dzień chor.
11	" 10 m.	6,066,000	22,000	1:276	44,2	52,8	3,0	—	8-my dzień chor. [gorączka].
12	" 10 lat.	4,696,000	19,2000	1:93	4,3	89,6	6,1	—	Zmiany jeszcze niewidoczne.
13	" 2 1/2 lat.	—	—	—	12,4	83,5	2,5	0,3	9-ty dzień [wczoraj pot].
14	" 3 mies.	—	26,400	—	39,3	52,5	7,5	0,7	<i>Pn. migrans</i> [2-gi tydzień].
15	" 4 lat.	—	29,000	—	21,9	71,7	6,0	0,7	Zmiany jeszcze niewidoczne.
16	" 4 lat.	—	18,000	—	27,1	65,0	5,2	1,0	<i>Pn. grypp.</i> 4-y dzień choroby.
17	Dziewcz. 2 1/2 r.	5,470,000	22,600	1:242	16,4	78,0	5,4	0,2	" " " " "
18	Dziewcz. 1 1/2 r.	3,700,000	31,000	1:119	20,6	73,4	5,3	0,6	" <i>Pn. dext.</i> [dziecko blade].
19	Chłopcz. 5 lat.	3,025,000	28,000	1:107	9,8	86,8	3,3	—	<i>Pn. dext.</i> 3 dz. [przedtem tyfus].
20	Dziew. 8 l.	5,630,000	18,500	1:301	7,1	84,8	8,0	—	Zmiany jeszcze niewidoczne.
21	Chłopcz. 3 lat.	4,805,000	16,800	1:286	21,0	74,6	4,0	0,3	<i>Pneumonia sinistra.</i>
22	Dziew. 9 lat.	5,510,000	13,800	1:399	19,3	76,8	3,8	—	<i>Pneumonia dextra.</i>
23	Chłopcz. 11 lat.	4,630,000	23,000	1:244	11,6	85,0	3,4	—	Zmiany jeszcze niewidoczne.
24	Chłopcz. 3 lat.	5,805,000	16,800	1:286	33,4	60,1	6,2	—	Zmiany jeszcze niewidoczne.

Tablica V.

Nr.	Wiek.	Nazwa choroby.	Liczba czerwonych ciałek krwi w 1 ctm. sz.	Liczba leukocytów w 1 mil. sześć. krwi.	Stosunek białych ciałek do czerw.	Odsetny stosunek leukocytów.				Odsetka hemoglobiny.
						limfocyty w %	neutrofile w %	przeźściowe w %	eozy-nofilo-we w %	
1	Dziewcz. 8 lat	Odra [38,8 ^o], 4 dz. chor.	4,915,000	4400	1:1115	10,8	80,6	3,2	—	—
2	Chłopcz. 12 lat	Odra [38,2 ^o], 6 dz. chor.	5,090,000	4400	1:1157	15,2	79,0	4,5	1,2	—
3	Chłopcz. 12 lat	Zimnica [gorączka]	4,610,000	3900	1:1182	22,0	71,6	5,6	0,8	—
4	Chłopcz. 13 lat	Tyfus plam. [7 dz. chor.]	4,915,000	9400	1:523	15,1	79,0	5,9	—	—
5	Dziewcz. 6 lat	Szkarlatyna, 39,5 ^o , 3 dz.	4,495,000	4600	1:999	2,0	95,4	2,6	—	—
6	Dziewcz. 11 lat	Tyfus plam. 3 dz. chor.	4,130,000	3100	1:1332	19,9	79,4	2,9	—	—
7	Chłopcz. 3 lat	Influenza.	4,880,000	9400	1:519	32,0	62,7	5,2	—	75
8	Dziewcz. 11 lat	Zimnica, ciepłota 40,4 ^o .	4,485,000	3900	1:1147	21,0	71,2	7,7	—	70
	" "	Po tygod. ciepł. normalna.	—	5400	—	39,7	49,7	5,7	5,0	65
	" "	Jeszcze po tygodniu.	3,915,000	5900	—	42,3	48,3	5,0	4,7	—
9	Chłopcz. 5 lat	Influenza.	—	6300	—	18,2	71,6	8,0	1,2	—
10	Chłopcz. 5 lat	Dyspepsia, ciepł. 40 ^o C.	—	7000	—	26,5	64,0	8,5	1,0	85

Nasuwa się teraz pytanie, co powoduje takie zmiany krwi. Bez wątpienia musimy się tu liczyć z następującymi trzema warunkami: wysoką gorączką, leukocytozą i własnościami samego zakażenia. Że ostatni warunek nie pozostaje bez wpływu wnosić winniśmy z tego, iż przy innej chorobie, przebiegającej też z wysoką gorączką [wprawdzie nie na tyle wysoką, jak przy zapaleniu płuc, a szczególnie szczytów] i leukocytozą, mianowicie przy szkarlatynie, często możemy zauważyć nie tylko brak zmniejszenia się ilości eozynofilowych leukocytów, raczej zwiększenie się ich ilości [Koczekow¹⁾].

Jeżeli się przyjrzymy cyfrom, oznaczającym odsetkowy stosunek leukocytów w tablicy V-tej, w której zgromadziłem kilka chorób, przebiegających też z wysoką gorączką, lecz bez leukocytozy, to i tutaj spotykamy się znów ze zmniejszeniem się liczby ciałek eozynofilowych, lub z ich zupełnym brakiem, jednocześnie z powiększeniem się liczby neutrofilów. Ztąd wniosek, że zmniejszanie się liczby ciałek eozynofilowych, lub ich zupełny brak, jednocześnie z powiększeniem się liczby neutrofilów można spotkać przy ostrych gorączkowych chorobach i bez leukocytozy; czyli, że, wbrew twierdzeniu Rieder'a, ma tu miejsce, nie względne zmniejszanie się liczby eozynofilowych ciałek dzięki nagromadzeniu się we krwi dużej ilości neutrofilów, lecz zupełne zmniejszenie się tych ciałek.

Uwaga. Analogiczne zmiany krwi, t. j. zmniejszenie się liczby eozynofilowych ciałek i powiększenie się neutrofilów mogą mieć miejsce i bez gorączki; oto 2 przypadki *nephritidis postscarlatinosae*: 1) chłopcz. 7½ roku, limfocy-

¹⁾ Morfołogiczeskija izmienenija krowi pry skorlatinic. Dyssert. Petersburg. 1891.

tów 7,2%, przejściowych 7,0%, neutrofilów 85,8, eozynofilów 0%; 2) dziewcz. 9 lat limfocytów 9,5%, przejściowych 4,7%, neutrofilów 85,8%, eozynofilów 0%.

Powiedzieliśmy przedtem, że zmiany krwi podobne do tych, jakie widzieliśmy przy *pneumonia lobaris*, można zauważyć i przy innych chorobach, przebiegających już to z leukocytozą [dyfteryt¹⁾, czasem szkarlatyna i inne—tablica VI], już to bez leukocytozy [tyfus plamisty, odra, czasem zimnica, influenza i inne, patrz tablicę V-tą], chociaż zmiany te bywają tutaj nie tak wybitne, jak tam.

Takie same zmiany we krwi znalazłem w 2 przypadkach wysiękowego zapalenia płucnej [stan gorączkowy, patrz przypadek 1 i 2 tablicy VI]; szkoda tylko, że nie byłem w stanie przeprowadzić tutaj całkowitego badania krwi i dla tego nie wiem, czy była tu leukocytoza, czy nie.

Oprócz tylko co omawianego typu zmian krwi przy wysokiej ciepłocie, jest jeszcze drugi typ, spotykany głównie przy chorobach, przebiegających bez leukocytozy. Otóż w tablicy VI-tej widzimy szereg chorób, przy których chociaż niema [wybitnych] zmian w liczbie neutrofilów, ale za to niewątpliwie mamy zmniejszenie odsetki eozynofilowych leukocytów. Mamy więc prawo twierdzić, że podwyższona ciepłota niektórych [bardzo licznych] chorób powoduje zmniejszenie się odsetki ciałek eozynofilowych, *resp.* zupełny brak ich we krwi. Niezmiernie ważny i ciekawy dowód podobnego wpływu mogły by nam dostarczyć porównawcze badania krwi przy tyfusie powrotnym [w daleko mniejszym stopniu przy zimnicy] w czasie podwyższenia ciepłoty i w czasie apyrekty. Podobne badania krwi przy powrotnym tyfusie u osób dorosłych w części już przeprowadziłem i nieomieszkać im we właściwym czasie podać do wiadomości.

Z powyższych danych pozwolimy sobie wyprowadzić następujące wnioski, dotyczące zmian krwi przy chorobach gorączkowych:

1) przy gorączce wogóle zmniejsza się liczba ciałek eozynofilowych we krwi;

2) zmniejszenie się liczby ciałek eozynofilowych ma miejsce przy chorobach gorączkowych niezależnie od tego, czy te przebiegają z leukocytozą, czy bez leukocytozy;

3) jednocześnie ze zmniejszaniem się % ciałek eozynofilowych, szczególnie w chorobach, które przebiegają z leukocytozą (*pneumonia lobaris*, dyfterycie i innych), znacznie powiększa się % neutrofilów, stosownie do czego zmniejsza się % limfocytów;

4) takie same zmiany krwi [zmniejszenie się % ciałek eozynofilowych, zwiększenie się % neutrofilów i zmniejszenie się % limfocytów] spotkać można, wprawdzie rzadziej, w przypadkach chorób gorączkowych, przebiegających bez leukocytozy [odra, tyfus plamisty i inne];

¹⁾ Czuję się w obowiązku zwrócić uwagę na to we wszystkich przypadkach dyfterytu, zimnicy i tyfusu powrotnego, dyagnoza była potwierdzoną za pomocą badania drobnowidzem.

5) za cechę charakterystyczną gorączkowej [zapalnej] leukocytozy uważać należy powiększenie się ilości neutrofilów [EHRlich, LIMBECK i inni].

Tablica VI.

Nr.	Wiek.	Nazwa choroby.	Liczba czerwonych ciałek krwi w 1 mil. sz.	Liczba leukocytów w 1 mil. sześć. krwi.	Stosunek białych ciałek do czerw.	Odsetny stosunek leukocytów.				Odsetka hemoglobiny.
						limfocyty w %	neutrofile w %	przejściowe w %	eozy-noflo-wew %	
1	Chłopcz. 4 lat .	<i>Pleuritis exsudativa dextra.</i>	—	—	—	13,3	79,1	7,6	—	—
2	" 10 " .	" " <i>sin.</i>	—	—	—	16,4	76,5	6,8	0,3	—
3	" 11 " .	<i>Typhus exanthematicus</i>	—	—	—	44,5	50,3	5,1	0,1	—
4	" 10 " .	" "	—	—	—	40,8	52,8	6,8	—	—
5	Dziewcz. 3 1/2 l.	" "	—	—	—	49,1	46,3	4,5	—	—
6	Chłopcz. 11 lat .	Zimnica, [gorączka].	4,187,000	8800	1:476	23,2	66,8	9,8	0,2	—
7	Dziew. 7 lat .	<i>Typhus abdominalis</i>	4,254,000	8000	1:532	32,8	62,5	9,7	—	40
8	Chłopcz. 9 lat .	<i>Typh. abdom.</i>	4,840,000	13800	1:350	24,8	65,0	9,6	0,6	70
9	" 13 " .	<i>T. recur.</i> koniec 2 powrotu.	3,791,000	9400	1:403	34,7	60,0	4,3	1,0	—
10	" 8 " .	Dyfteryt, 3-ci dz. chor.	5,800,000	13000	1:446	19,0	73,7	6,5	0,7	—
11	" 4 " .	Influenza, 1 szy dz. chor.	4,380,000	16900	1:259	22,7	71,3	5,5	0,3	60
12	" 8 " .	<i>Rheumat. art. acuta.</i>	4,760,000	13400	1:355	20,5	70,5	8,2	0,9	—
13	" " .	Ciepłota prawidłowa.	—	—	—	25,0	58,9	8,0	8,1	—
	Dziew. 10 lat	Zimnica [ciepłota 39,5°].	4,070,000	6600	1:606	49,7	39,0	10,7	0,7	—
14	Dziewcz. 6 lat .	Dyfteryt, 2-gi dz. chor.	3,975,000	26400	1:150	12,7	83,4	3,9	—	75
15	Chłopcz. 11 lat .	<i>Nephr. scarlat. + pn. croup.</i>	—	—	—	23,2	71,2	5,6	—	—
16	Chłopcz. 13 lat	Tyfus, [ciepł. 39,3°].	4,115,000	10200	1:403	37,0	55,5	7,5	—	75
17	Dziewcz. 3 rok .	Odra.	5,385,000	8000	1:673	48,0	44,5	7,5	—	—
18	Dziewcz. 12 lat .	<i>T. recur.</i> 4-ty dz. 2 napadu.	4,710,000	7700	1:611	25,3	68,8	5,8	0,1	70
19	Chłopcz. 6 lat .	<i>T. recur.</i> 4-ty d. 1-go nap.	—	5100	—	22,8	67,6	9,4	0,2	55
20	Chłopcz. 5 rok .	<i>Dyphtherit. + Pneumonia</i> 1).	5,660,000	19500	1:291	12,0	83,6	4,2	0,2	—
	"	Na 2-gi d. po wstrz. surow.	—	21800	1—	9,2	87,2	3,6	—	—
21	Chłopcz. 5 rok .	<i>Dyphtherit. fauc.</i>	5,840,000	23000	1:254	9,0	82,0	9,0	—	—
	"	Na 2-gi d. po wstrz. surow.	—	24600	—	13,0	81,3	5,7	—	—

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

70. Dietrich Nasse. O zapaleniach stawów, pochewek ścięgniętych i torebek maziowych pochodzenia rzeżączkowego.

Autor, rozporządzając bogatym materiałem w klinice i poliklinice prof. BERGMANN'a, zajął się sprawą zapalenia stawów pochodzenia rzeżączkowego, które do względnie niedawnych czasów przyjmowano za ostry gościec stawowy. Od chwili odkrycia ziarnowca (*gonococcus*) przez NEISSER'a, pasożyt ten dosyć często był znajdowany w stawach i wtedy dopiero przekonano się, że rzeżączka nie jest tak niewinną miejscową chorobą, jak dotychczas sądzono; przeciwnie, stać się ona może źródłem przerzutów w stawach i innych na-

1) *Dyphtherit. faucium et laryngitis.*

rzędach. Właściwie dopiero dzięki badaniom bakteryologicznym można było zapalenie stawów pochodzenia rzeżączkowego, przebiegające w sposób nadzwyczaj podobny do ostrego gośćca stawowego, wyłączyć, jako oddzielną postać chorobową. W ciągu jednego roku na 30 przypadków, dokładnie spostrzeżanych przez autora, klinicznie przebiegających jako zapalenie stawów, pochewek ścięgnistych i torebek maziowych pochodzenia niewątpliwie rzeżączkowego, w 19 znaleziono ziarnowce, stwierdzone za pomocą hodowli; w kilku przypadkach nie znaleziono żadnych bakterii, a w kilku obok ziarnowców znaleziono i gronkowce. Naturalnie ujemny wynik badania bakteryologicznego nie wyklucza tej możliwości, aby zapalenie nie miało być pochodzenia rzeżączkowego, gdyż wogóle ziarnowce wykrywa się w wysięku stawowym z wielką trudnością; często znajdują się one w bardzo małej ilości, a często także zupełnie znikają. Poszukiwanie bakteryologiczne natrafia szczególnie na wielkie trudności przy postaciach zapalenia, przebiegających prawie bez wysięku, lub kiedy sprawa chorobowa rozwija się w małych stawach.

Ogólnie mniemano, że przerzutowe zapalenie stawu rozwija się po upływie 2-3 tygodni od chwili wybuchu rzeżączki, t. j., kiedy sprawa chorobowa przechodzi na część krokową cewki; jedynie FINGER wyraził zdanie, że właśnie zastarzałe przypadki rzeżączki wikłają się zapaleniem stawów. W przypadkach, spostrzeganych przez autora, niekiedy cierpienie stawów występowało już w kilka dni po zarażeniu pierwotnem: w innych zaś razach cierpienie to zjawiało się dopiero w kilka lat po przebyciu ostrej rzeżączki, najczęściej jednak po uprzednim zaostreniu się rzeżączki cewkowej, czasami jednak i bez nasilenia sprawy chorobowej w cewce. Autor wogóle jest tego zdania, że powstawanie przerzutów nie znajduje się w związku z rozszerzaniem się sprawy chorobowej na tylną część cewki, ale z przejściem sprawy na głębsze warstwy błony śluzowej, co ułatwia znakomicie przedostawanie się do krwi drobnoustrojów. Rozszerzanie się zaś sprawy chorobowej na głębsze warstwy może mieć miejsce w rozmaitych okresach cierpienia, wszelkiego rodzaju urazy, nadużycia, zbyt energiczne leczenie, przy którym nietylko się drażni, ale i rani często błonę śluzową, odgrywają tutaj dość znaczną rolę. Dawniejsi autorowie sądzili, że zapalenie stawów pochodzenia rzeżączkowego wcale, albo tylko nadzwyczaj rzadko powstaje u kobiet; zdanie to upada wobec spostrzeżeń autora, który na 24 przypadki tego cierpienia u mężczyzn widział je 19 razy u kobiet, i mniema nawet, że u kobiet ta sprawa chorobowa częściej się zdarza, tylko że u nich wykazanie rzeżączki cewki wogóle jest o wiele trudniejsze, gdyż i samo zbadanie połączone jest z większymi przeszkodami. Przerzuty takie w stawach mogą występować nietylko przy rzeżączce cewki, ale i przy rzeżączce, pierwotnie w innych narządach umiejscowionej, np. przy rzeżączce łącznicy, sromu, jamy ustnej u noworodków; wiek nie uwalnia zupełnie od wybuchu przerzutów.

Na umiejscowianie się przerzutów mają wpływać urazy, i wogóle stawy, więcej narażone na szkodliwości zewnętrzne, częściej są usposobione do tych cierpień; stawy więc dolnych kończyn częściej, niż górnych, przedewszystkiem zaś staw kolanowy. Niezupełnie to odpowiada temu, co się widzi u kobiet, u których częściej zapadają stawy ręki. Wogóle jednak niema takiego stawu, w którymby się nie mógł rozwinąć przerzut; nawet w stawach szczełkowych, tak rzadko ulegających cierpieniu przy gośćcu ostrym, po kilka razy już spostrzegano zmiany chorobowe pochodzenia rzeżączkowego. Przerzut powstaje albo w jednym, albo naraz w kilku jednocześnie stawach; częściej zajmuje jeden staw; jeżeli sprawa chorobowa rozwija się w kilku stawach, to najdłużej zwykle się trzyma w pierwotnie zajętym. Zapalenie stawu wybucha nagle przy bardzo silnych bólach, niekiedy jednak sprawa rozwija się powoli;

czasami wybuch choroby poprzedzają przemijające bóle w wielu naraz stawach i mięśniach.

Klinicznie sprawa może się przedstawiać rozmaicie; w niektórych przypadkach na pierwszy plan występuje obecność wysięku w stawie, gdy tymczasem torebka stawowa i tkanki okołostawowe mało, albo wcale nie są obrzmiałe; płyn zwykle jest surowiczy, niekiedy jednak mętnawy i zawiera kłaczkę włóknika, rzadko bardzo zabarwione; ilość jego rzadko dosięga większych rozmiarów; to ostatnie może mieć miejsce tylko w stawie kolanowym; ucisk stawu sprawia ból, ruchy są bolesne, niekiedy bardzo ograniczone. W niektórych razach płyn ten szybko ulega wessaniu, najczęściej jednak opiera się działaniu najróżnorodniejszych środków leczniczych; nieznaczny uraz może spowodować powrót cierpienia nawet po upływie kilku miesięcy od chwili wessania wysięku.

O wiele gorszą jest ta postać zapalenia, przy której wysięku albo wcale nie ma, albo też tylko w bardzo nieznacznej ilości; objętość stawu powiększa się tutaj głównie kosztem obrzmienia torebki stawowej, a szczególnie tkanek okołostawowych. Obrzmienie nieraz rozciąga się daleko po za granice stawu; niekiedy nawet skóra czerwienieje, staje się obrzękniętą, tak, że sprawa chorobowa staje się bardzo podobną do gruźlicy stawu; nacisk stawu i ruchy są bardzo bolesne; często nawet wskutek mocnego bólu prawie niemożliwe tak czynne, jak i biernie. W pierwszych dniach ciepłota dochodzi do 40°, a po kilku dniach spada, chociaż z tym spadkiem wcale nierównomiernie zmniejsza się obrzmienie stawu; przeciwnie utrzymuje się ono przez czas dłuższy na jednym i tym samym poziomie, i prawie zawsze prowadzi do zeszywnienia stawu, które często nie ustępuje nawet wtedy, kiedy objętość stawu powracała do stanu prawidłowego; niekiedy pomimo wszelkich zabiegów występuje zupełna ankyloza stawu z nieprawidłowem ustawieniem się końców stawowych; szczególnie może to mieć miejsce w kolanie i w stawie przedręcza. Przyczyną tego zeszywnienia jest nacieczenie torebki stawowej, więzów stawowych, ścięgien i wogóle całej tkanki okołostawowej, a w dalszym przebiegu skurczenie się tkanek nacieczonych. W niektórych przypadkach ruchomość powraca, pomimo że staw pozostaje obrzmiałym; niekiedy występują objawy przewlekłego, zniepokojającego zapalenia stawu.

Czysto ropne wysięki bardzo rzadko spotykano; częściej ropa z włóknikiem dołącza się tylko w niewielkiej ilości do wysięku surowiczego; objawy w tym razie występują o wiele gwałtowniej, a sprawa zwykle się kończy zeszywnieniem stawu. Zniszczenie chrząstki i torebki stawowej rzadko jednak ma miejsce; przerwanie się ropy do tkanek okołostawowych także nie często się zdarza; w jednym z takich ropni okołostawowych autor znalazł mnóstwo ziarnowców; najczęściej jednak przy tej postaci zapalenia obok ziarnowców dają się wykryć i inne ropne drobnoustroje. Wyjątkowo zapalenie to przybiera postać sprawy ropnicowej, która zazwyczaj kończy się zejściem śmiertelnym; w tych razach jednak obok ziarnowców znajdowano zawsze w dużej ilości gronkowce i paciorkowce.

Zapalenia pochewek ścięgniętych pochodzenia rzeźączkowego nie należą do rzadkości: spostrzegano je albo oddzielnie, lub też w związku z cierpieniem stawów. Występują albo pod postacią wylewu surowiczego do pochewki ścięgniętej, albo też stan zapalny charakteryzuje się obrzmieniem tkanek sąsiednich i zaczerwienieniem skóry, albo nawet wytwarza się wysięk ropny w wyjątkowych przypadkach. Najczęściej ulegają chorobie ścięgna ręki i stopy; na rękę częściej ścięgna mięśni wyprostnych, niż zginaczy; po rozejściu się sprawy chorobowej autor jeszcze przez czas dość długi mógł zauważyć miejscowe obrzmienia na ścięgnach. Zejście zapalenia pochewek ścięgniętych, występującego bez jednoczesnego zajęcia stawów, jest zwykle pomyślne ze

względem na czynności ruchowe, gdyż rzadko tylko dochodzi do ropienia i wzrostu ścięgna z jego pochewką. Za to zapalenie pochewek, towarzyszące jednocześnie zajęciu stawów sąsiednich, najczęściej powoduje znaczne ograniczenie czynności ruchowej, szczególnie na rękę, które nieraz długo opiera się wszelkiemu leczeniu. Jednoczesne powikłanie tych dwóch cierpień, ich długotrwałość, znaczne ograniczenie ruchów uważa autor za charakterystyczne dla tego rodzaju spraw pochodzenia rzeżączkowego, a przypadki, w których powyższy obraz kliniczny powstaje bez widocznej przyczyny, radzi właściwie uważać za sprawy przerzutowe rzeżączki.

Rzadziej, niż w stawach i ścięgnach, sprawa przerzutowa umiejscawiać się może w torebkach maziowych; najczęściej w torebce maziowej, znajdującej się między kością piętową i przyczepem ścięgna Achillesa, rzadziej w torebce podprętowej, przedrzepkowej i podudowej; w razie zajęcia pierwszej z tych torebek występuje tak znaczne obrzmienie i stwardnienie w tej okolicy, połączone z wielkim bólem, że sprawę łatwo przyjąć za zapalenie samej kości piętowej.

Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych i histologicznych przy zapaleniach przerzutowych pochodzenia rzeżączkowego, to, niestety, brak pod tym względem dokładnych badań z wyjątkiem tych przypadków, w których miało miejsce ropienie; w ostatnim jednak razie zmiany niczem się nie różnią od tych, jakie się widzi przy ropnem zapaleniu stawu. Zaledwie w kilku przypadkach, w których stwierdzono obecność ziarnowca w stawie i w których wysięk był surowiczny z domieszką tylko niewielką ropy, przeprowadzono dokładne badanie pośmiertne; wykazało ono brak na znacznej przestrzeni przybłonka; w niektórych miejscach na przybłonku można było zauważyć cienką warstwę, składającą się z leukocytów, między którymi spostrzegano delikatne niteczki podobne do włókniaka. Błona maziowa pod przybłonkiem miała wygląd tkanki ziarninowej bogatej w naczynia krwionośne. Prawie identyczne zmiany widziano przy zapaleniu pochewek ścięgniastych, wywołanem przez ziarnowca. W przypadkach, w których był czysty wysięk surowiczny, albo go wcale nie było, nie przeprowadzono dotychczas żadnych poszukiwań mikroskopowych. W każdym razie zmiany powyższe, mianowicie wczesny rozwój tkanki ziarninowej i utrata przybłonka, mogą nam w pewnym stopniu tłómaczyć tę nadzwyczajną skłonność stawu przy zapaleniu pochodzenia rzeżączkowego do zeszywnienia wskutek następego kurczenia się tkanek stawowych i wzrostów ze sobą błony maziowej z powodu utraty przybłonka. Nie wyjaśniają jednak powyższe zmiany tak szybkiego nieraz zaniku chrząstki stawowej, jaki ma miejsce najczęściej przy bezwysiękowych postaciach zapalenia, prowadząc zwykle zupełne zeszywnienie stawu; Koening tłómaczy to w ten sposób, że na błonie maziowej przy tego rodzaju zapaleniach tworzy się wysięk włóknisty, który się wkrada między chrząstki i sprzyja zanikowi tych ostatnich; następstwem zaś tego będzie zlepienie się powierzchni stawowych i zupełne zeszywnienie.

Z pomiędzy innych rzadszych powikłań pochodzenia rzeżączkowego, spostrzegano jeszcze zapalenie kości i okostnej na piszczeli, na górnym odcinku strzałki, na dolnym kości łokciowej, na łopatce, na wyrostkach kolczastych kręgow, na krętarzu wielkim, najczęściej jednak na kości piętowej. W jednym przypadku zapalenia okostny żebra udało się znaleźć i stwierdzić przez hodowlę ziarnowce w wysięku zapalnym. Spostrzegano także zapalenie żył, towarzyszące zapaleniu stawów; wielokrotnie w wysięku opłucnowym znajdowano ziarnowce.

Zapalenie stawów pochodzenia rzeżączkowego posiada w tym samym stopniu, co i ostry gościec stawowy, nadzwyczajną skłonność do nawrotów; każde zaostrenie się w przebiegu przewlekłej rzeżączki, lub nowe zaraże-

nie usposabiają do wybuchu na nowo sprawy chorobowej; u jednego z chorych spostrzegano 19 razy powrót cierpienia po każdym nasileniu sprawy chorobowej w cewce; zbyt energiczne leczenie, cewnikowanie mogą przyczynić się również do nawrotu choroby w stawach. Naturalnie, częste powroty z czasem pociągną za sobą zniekształcenie stawów, szczególnie na rękę i stopę; to ostatnie, rzecz dziwna, tak często występujące u kobiet przy przewlekłym gościu stawowym, tutaj jako następstwo często się powtarzających zapaleń pochodzenia rzeźączkowego nadzwyczaj rzadko dotychczas spostrzegano. Przy leczeniu zapaleń stawów przerzutowych spokój i ucisk odgrywają najważniejszą rolę: przy cięższych postaciach zaleca się nawet unieruchomienie za pomocą szyn lub gipsu. Nakłucie z przemyciem stawu dozwolone jest tylko wobec długotrwałego wysięku. Unieruchomienie stawu nie powinno trwać ni zbyt krótko, ani za długo; w pierwszym razie przy dokonywanym masażu a ruchach po zdjęciu opatrunku łatwo może powstać nawrót choroby; w drugim irazie może nastąpić zeszywnienie. Wogóle i masaże i ruchy należy z początku wykonywać bardzo ostrożnie. Wskazane są także ciepłe kąpiele i okłady. W klinice BERGMANN'a stosowano wstrzykiwania zawiesiny jodoformowej bez widocznych rezultatów. Wobec ropienia zalecone jest postępowanie podług zasad ogólnych. Wewnętrzne środki, między innymi i jodek potasu, pozostają bez wpływu. Na zakończenie muszę przytoczyć słowa KOENIG'a, wypowiedziane w ostatnim roku, że gdyby chciał on segregować zapalenia stawów w stosunku do ich przyczyny, to zapalenie pochodzenia rzeźączkowego uważałby za najczęstsze.

A. Gabszewicz.

(*Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 181. 2-ie wydanie.*)

71. Eger. O odrodzeniu się krwi i jej składników po utratach krwi i o wpływie żelaza na te sprawy.

Dla wielu pokoleń lekarzy dobroczynny wpływ nieorganicznych związków żelaza na wytwarzanie się krwi stanowił niejako dogmat, był nie ulegającym dyskusji pewnikiem. Mnogość odnośnych przetworów jak najdowodniej świadczy o wielostronnem stosowaniu i do niedawna całkiem nie kwestyjonowanej skuteczności nieorganicznych związków żelaza. Wątpliwości powstały dopiero w najnowszych czasach i znajdowały punkt oparcia w doświadczalnie zdobytych faktach, wykazujących, że sole żelaza, czy to wprowadzone do przewodu pokarmowego, czy też do naczyń krwionośnych, po krótkim czasie zostają wydalone z ustroju, a zatem przypuszczalnego skutku leczniczego wywrzeć nie mogą. Zrobiono tylko jedno ustępstwo, a mianowicie dopuszczono nieznaczne działanie wprowadzonych do żołądka nieorganicznych połączeń żelaza, tłumacząc to w ten sposób, że żelazo nieorganiczne wiąże tworzący się przy trawieniu w kiszkaż siarkowodor, przez co ochrania od rozpadu wprowadzone z pokarmem organiczne związki żelaza. Następstwem tych poglądów było to, że zaczęto stosować żelazo tylko w postaci związków organicznych, których liczba wkrótce szybko wzrosła. Reakcyja nie długo dała na siebie czekać: z różnych stron poczęły ukazywać się prace, dowodzące skuteczności nieorganicznych przetworów żelaza. Posługując się metodami chemicznymi, KUNDEL dowiódł, że wchłanianie soli żelaznych następuje już w żołądku, i że zwierzęta traktowane tymi przetworami nagromadzały żelazo w różnych narządach, a zwłaszcza w wątrobie, co prawie jednocześnie zostało stwierdzone przez JACOBY'ego, GORTLIEB'a i innych.

HOESSLIN, określając hemoglobinę, wykazał, że jeden z jego młodych mopsów, którego przez długi czas karmił mlekiem i pigułkami żelaznymi, w jednym dniu wytwarzał 4 razy tyle hemoglobiny, ile wynosiła cała zawartość

żelaza w mleku podawanem. WOLTERING, chcąc dowieść, że nieorganiczne przetwory żelaza działają nie przez to, że chronią organiczne połączenia żelaza, zawartego w pokarmie od rozpadu, karmił jedną seryę zwierząt nieorganicznymi solami żelaza, a drugą, dla kontroli, przetworami manganu, stanowiącego chemiczny analog żelaza. Przewodnia myśl WOLTERING'a jest jasna: jeśli działanie nieorganicznego żelaza ma zależeć od tego, że, wiążąc siarkowódór lub siarki alkaliu, oszczędza w ten sposób organiczne związki żelaza w pokarmie, to czegoś podobnego można się spodziewać także po manganie. Tymczasem doświadczenia WOLTERING'a dowodzą, że zwierzęta pierwszej seryi wykazują o wiele większą zawartość żelaza w wątrobie, aniżeli zwierzęta drugiej grupy. Jeszcze ciekawsze są inne doświadczenia tegoż autora. Podając jednej seryi królików nieorganiczne przetwory żelaza, drugiej—sole manganowe, autor robił im upusty krwi i studyował zmiany, zachodzące w tej ostatniej. Okazało się, że cyfry hemoglobiny i czerwonych krążków u zwierząt pierwszej seryi nie obniżały się tak znacznie, jak u zwierząt normalnie odżywianych lub tych, którym podawano mangan. Dalej stwierdził WOLTERING, że u zwierząt, traktowanych żelazem, normalny skład krwi szybciej zostaje przywrócony, niż u reszty zwierząt.

We wszystkich wyżej wspomnianych doświadczeniach istnieje podejrzenie, że używanie do doświadczeń rozmaitych, a zwłaszcza młodych jeszcze zwierząt, w jednakowych pozornie warunkach, może, wskutek indywidualnych osobliwości, prowadzić do niezupełnie jednakowych wyników. Wychodząc z tej zasady, autor studyował zmiany krwi po upustach na jednym i tem samym dorosłym zwierzęciu w różnych okresach i przy odpowiednich zmianach w warunkach doświadczenia. Liczne doświadczenia swoje autor wykonywał na kilku zwierzętach [psach] w ciągu kilku lat. Plan tych doświadczeń jest bardzo prosty. Podaje się psu pożywienie o oznaczonej wartości ciepłikoro-dnej i określonej zawartości białka i żelaza. Po ustaleniu przeciętnej cyfry krążków czerwonych w 1mm. sześciennym i zawartości hemoglobiny, upuszcza się zwierzęciu określoną ilość krwi i określa czas potrzebny na zupełną re-stytucję krwi. Zmieniając ilość, jakoś pożywienia, zawartość w niem białka i żelaza, dodając do pokarmu leki [żelazo], studyujemy zmiany w przebiegu reparacyi krwi po nanowo podjętych upustach. Badania krwi autora sprowadzają się do określenia liczby czerwonych krążków krwi w 1 mm. sz. [THOMA-ZEISS], oznaczenia ilości hemoglobiny [FLEISCHL], suchej pozostałości, ciężaru właściwego krwi [HAMMERSCHLAG] i surowicy. Ilość krwi upuszczonej wynosiła zazwyczaj $\frac{1}{3}$ część ogólnej ilości krwi, obliczonej na podstawie wagi zwierzęcia [$\frac{1}{13}$ część tej ostatniej]. Ze swych dość licznych doświadczeń autor wysnuwa wnioski następujące: ustrój zwierzęcy po utracie $\frac{1}{3}$ części ogólnej ilości krwi odtwarza tę ostatnią, przy stosunkowo ubogiem w żelazo pożywieniu, bardzo powolnie, niezupełnie, a niekiedy nawet wcale normy nie osiąga. Dodatek nieorganicznych związków żelaza przyspiesza reparacyę krwi, nie działa jednak tak skutecznie, jak pożywienie, zawierające dostateczne ilości organicznie związanego żelaza [mięso]. Nawet przy tem ostatniem pożywieniu podawanie nieorganicznych przetworów żelaza [naturalnie także przetworów organicznych] zdaje się przyspieszać regeneracyę krwi. Przy niedokrwistości wskutek utraty krwi wyłączna dyeta mleczna jest przeciwwskazana, a przy zwykłym pożywieniu mieszanem sole żelaza wywołują szybką regeneracyę krwi. Przy ciężkich niedokrwistościach traumatycznych, t. j. wywołanych krwotokiem, ciężar właściwy [a zatem i zawartość białka] surowicy obniża się równolegle ze zmniejszeniem ilości czerwonych ciałek, hemoglobiny, substancyi suchej i ciężaru właściwego krwi.

(*Zeitschrift f. klin. Med. B. XXXII. H. 3 u. 4 1897.*)

Stanisław Pechkranc.

Przegląd bibliograficzny.

JAN SĘDZIAK. **Choroby nosa, jego zatok oraz jamy nosogardzielowej.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Nakład autora. Druk K. Kowalewskiego. Warszawa 1897 r. str. 276+III. *In octo.*

Wobec braku podręczników lekarskich polskich, każde nowe w tym kierunku usiłowanie przyjęć należy z wielkiem uznaniem. Autor podręcznika podejmuje się wielkiego zadania; zaopatrzonej w wielki zasób wiedzy teoretycznej i praktycznej, wyrazić w nim winien ostatecznie słowo nauki przystępnie, jasno i zrozumiale. Podręcznik jest doskonałym nauczycielem, jeżeli twórca jego jest do nauczania przygotowany, jeżeli umie miłość własną poświęcić dla swoich uczniów, jeżeli przy wykładzie wyrzeknie się najbardziej dla niego pożytecznych metod badania lub zwalczania zbroczeń naturalnego przebiegu spraw fizjologicznych w tych razach, gdy metody te nie są w nauce powszechnie przyjęte. W podręczniku praktycznym czytelnika mało obchodzi zdanie autora o pracach towarzyszy jego na jednej niwie naukowej, żąda on tylko wskazówek do badania chorych, rozpoznawania cierpień i skutecznego ich zwalczania; każde słowo w podręczniku nieopatrznie rzucone lub niedokładnie myśl wyrażające, może być źródłem wielu przykrości i zawodów. Podręcznik przy braku instytucyj, pielęgnujących język ojczysty, udoskonala i ustala nomenklaturę, aby wreszcie ludzie jednego zawodu mogli się wzajemnie rozumieć. Niestety tego porozumienia najbardziej brak w naszych pracach lekarskich, a czyni to takie wrażenie, jak posiłkowanie się przez prawników wyrazami odmienianymi po polsku, których brzmienie odpowiada językowi, urzędownie przyjętemu przy obronie spraw w sądach. Wrażliwość natomiast przy dopominaniu się praw autorstwa najbardziej jest uwydatniona w naszych pracach lekarskich, dotyczących zwłaszcza medycyny praktycznej [teoretycy są pod tym względem znacznie skromniejsi].

Gdy ktokolwiek pierwszy wspomni w rodzimem piśmie o znanej już poprzednio metodzie badania, o jednym objawie lub narzędziu, już uważa się poniekąd za twórcę nowych poglądów, a przynajmniej na każdym kroku czuje się upoważnionym do zaznaczania, że on również należy do pewnej kategorii badaczy, którzy w istocie pierwsi do nauki wprowadzili fakty od ich czasów za aksjomat przyjęte; ztąd też również podawanie w pierwszej osobie znanych metod badania niejasno sprawę przedstawia. Specjalista dobrze oceni zupełnie niewinne tendencje autora, szwankujące nieściśłością wyrażenia, student lub lekarz oddany innej gałęzi wiedzy, nieopatrznością autorów zwiedziony, przypisać gotów wbrew sprawiedliwości pewne zasługi naukowe tym, którzy brakiem oględności na tę myśl nieświadomych naprowadzili.

*

*

*

Podręcznik kolegi SĘDZIAKA, dedykowany b. szefowi D-rwi SOKOŁOWSKIEMU, prof. PIENIAŻKOWI i D-rwi KOEULEROWI obejmuje: 1) opis budowy nosa i zatok jego, 2) badanie, ogólną symptomatologię i terapię, 3) szczegółową patologię i terapię chorób nosa jego zatok oraz jamy nosogardzielowej.

Część pierwsza [anatomia, histologia, embryologia oraz fizjologia omawianych narządów] zaczerpniętą jest z najnowszych i najlepszych źródeł, jakoto: z prac ZUCKERKANDL'a, MICHALKOWICZ'a, SCHIEFFERDECKER'a, KILLIAN'a

i t. d.. Jest ona napisana zrozumiale, dokładnie i opatrzona odpowiednimi rysunkami. Gdy więc treść tej części przyniesie niewątpliwą korzyść czytelnikowi, to nomenklatura stanowi przykład tego, jak pisać nie należy. Najpierw niezrozumiałym jest zwyczaj autora umieszczania nazw z dodatkiem „t. zw.“ np. t. zw. choany [str. 5], t. zw. nozdrza [str. 6], t. zw. przedsionek, t. zw. *limen nasi*, t. zw. *atrium meatus nasi medii*, t. zw. *agger nasi*, t. zw. *fissura olfactoria* [str. 8], t. zw. strop nosa, t. zw. lemiesz [str. 10], t. zw. *lamina cribrosa* [str. 11], t. zw. sitowy labirynt i t. d.. Dlaczego to wszystko jest „tak zwane“? Czytelnik sądziłby mógł, że są to nazwy utarte lecz nieodpowiednie. Również niestosownym jest odmienianie nazw łacińskich z końcówką polską, np. str. 5: „za pomocą przednich otworów (*nares*) komunikuje ona [t. j. jama nosowa] z zewnętrznym powietrzem, ku tyłowi zaś za pomocą t. zw. choan z jamą nosogardzielową“. Gdy tymczasem wyraz *choanae* można zastąpić przez nozdrza tylne. Toż samo powiedzieć można o powtarzającym się w całym podręczniku wyrazie „faetoru“ zamiast złej woni; wyraz „takowy“ nie powinien być nigdy używanym; nie mówi się też „na praktyce, ani „ściana“ zam. ściana, „pętla“ zamiast pętlica i t. d..

Używanie wyrazów łacińskich jest ulubionem przez autora, a wyrazy t. zw. *sulcus praevomeris*, *canalis nasopalatinus*, *forix nasi etc.* mogą być z korzyścią zastąpione przez: bruzdę przedlemieszową, przewod nosopodniebienny, strop jamy nosowej i t. d.. Jako przykład stylu autora niech posłuży zdanie [str. 33]: „miękkie podniebienie unosi się ku górze wskutek skurczu *mm. levatores et tensores veli palatini* i zbliża się doń *vis à vis* leżąca na tylnej ściance gardzieli wyniosłość t. zw. *Passavant'sche Wulst*, wskutek skurczu *musc. cephalopharyngei*..“ Nie jest to zdanie wyjątkowe, tak ułożonych zdań jest wiele i wogóle na język autor niestety zbyt mało zwracał uwagi.

Korekta pozostawia też bardzo wiele do życzenia.

W rozdziale p. t. badanie nosa, jego zatok oraz jamy nosogardzielowej, autor opisuje sposoby oświetlenia jam nosowych, źródła światła, wspomina mało i niezupełnie dokładnie o akumulatorach, podaje rysunki reflektorów i wzorników nosowych, podaje wskazówki do badania nosa od przodu i od tyłu oraz prześwietlenie, przytaczając spis stosowanych przyrządów. W tymże samym dziale załączony drzeworyt przedstawia pozycję chorego i lekarza przy badaniu nosa od przodu, *resp.* przy operacji. Rysunek taki może być o tyle pożytecznym, o ile wykazuje najodpowiedniejsze warunki badania chorego. Tymczasem nagromadzenie różnorodnych przyrządów i ztąd brak miejsca utrudnia badanie, a kępuje przy operacji. Czyż ową pozycję chorego wykrzywionego można uważać za typową, a pozycję lekarza, który nie widzieć nie może, za godną naśladowania? Błąd ten wynika prawdopodobnie z tego, że przy zdjęciu, może ze względów technicznych nie było użyte do oświetlenia nosa światło sztuczne, na rysunku bowiem widzielibyśmy w takim razie pewną zmianę tła, które tutaj przedstawia się zbyt jednostajnym w otoczeniu chorego i badającego.

Przy obmacywaniu jamy nosogardzielowej, zaleca używanie metalicznej pochwy w celu ochrony palca badającego od pogryzienia, co jednak jest zupełnie zbyteczne, gdyż można się zabezpieczyć włożeniem palca lewej ręki wraz z kątem warg pomiędzy zęby z lewej strony, gdy badamy prawym wskazującym palcem.

W końcu tego rozdziału opisane jest prześwietlenie i przyrządy do tegoż używane.

Po uwzględnieniu ogólnej symptomatologii [niedrożność nosa, wydzielnia, zaburzenia węchowe], obszerny rozdział III poświęca autor ogólnej terapii,

a więc opisuje szprycowanie nosa [lepiej powiedzieć przestrzykiwanie] ze słusznymi uwagami co do niezbędnych przy tym rękoczynach ostrożności, t. zw. kąpiele nosowe, pulweryzacje [lepiej rozpylania] i środki lekarskie do nich używane, insuflacje [lepiej wdmuchiwanie proszków], inhalacje [lepiej wdychania lub wzięwania], pędzlowania, maście. Dalej opisuje autor mięsienie drgawkowe i przyrzędy do niego. Metoda masażu błon śluzowych zdaje się być ulubioną autora, a przynajmniej poleca ją gorąco przy wielu i to nader różnorodnych cierpieniach bo i przy niezycie zanikowym zwykłym i przy złowonnym (*ozaena* str. 131) i przy przerostowym [str. 120] i przy ostrym katarze nosa [str. 99], jak również przy leczeniu małych wyrosła adenoidalnych [str. 247]. Wogóle jednak ma ona nader mało poważnych zwolenników.

Po krótkim opisie anty- i aseptyki rozbiiera autor pokrótce środki żrące, dużo miejsca poświęca galwanokaustyce, mniej elektrolizie. W końcu wspomina o leczeniu ogólnem [kąpiele, wody, klimat] i o środkach higieniczno-dyetyetycznych. Dział ten opracowany jasno, może za mało nacisku kładzie na antyseptyczne metody leczenia, które, tak przy każdym zabiegu chirurgicznym, jak w szczególności przy rękoczynach w nosie ze względu na pole do zakażenia bardzo podatne, nadzwyczaj ważne posiada znaczenie.

Pierwszeństwo przed miejscowymi środkami znieczulającymi słusznie autor oddaje kokainie; znakomity ten środek przy nieopatrznie stosowaniu, jak wiadomo może wywołać bardzo nieprzyjemne objawy ogólne; czy jednak zatrucie, choćby przejściowe, zależy wyłącznie od wrażliwości osobistej chorego, jak to twierdzi autor, podając wkrótkości przebieg dwóch tego rodzaju nieprzyjemnych powikłań po pędzlowaniu 20% roztworem kokainy, o tem bynajmniej niemożna nabrać pewnego przekonania, wobec braku danych co do stanu narządów wewnętrznych, zwłaszcza układu krwionośnego. Użycie zresztą tak mocnych roztworów do znieczulenia, bynajmniej nie jest koniecznym, ten sam skutek odnieść można przy zastosowaniu słabszych roztworów [10%] bez narażania chorego i lekarza na nieprzyjemne niespodzianki.

W części trzeciej, doty czącej patologii i terapii szczegółowej nosa, wyczerpująco opracowane są postacie wrodzonych i nabytych wad nosa i sposoby operowania. Następne rozdziały obejmują sprawy zapalne ostre, przewlekłe, cierpienia konstytucjonalne, cierpienia skórne, nowotwory, obrażenia nosa, zaburzenia nerwowe, wreszcie nerwice odruchowe pochodzenia nosowego. Część ta wogóle opracowana starannie, zawiera jednak oprócz stałych błędów językowych, pewne niedokładności w treści. Np. na podstawie trzech przypadków krupę nosa, które autor spostrzegł wyłącznie u dorosłych, wypowiada zdanie, że krupę nosa najczęściej u dorosłych występuje, co nie jest zgodnym z rzeczywistością; większa liczba spostrzeżeń przekona autora niewątpliwie, że cierpienie to o wiele częściej zdarza się w wieku dziecięcym. Niemożna też zgodzić się z autorem, aby „zdejmowanie mechaniczne“ błon było tu wskazanem [str. 112].

W rozdziale p. t. *Rhinitis diphteritica* czytamy na str. 109 zdanie: „w ostatnich czasach stosują z mniejszem lub większem powodzeniem przy błonicy gardzieli *resp.* nosa surowicę antydyfterytyczną [ROUX-BEHRING'a];“ wobec zachwalanych przez autora smarowań papawotyną, pyoctaniną, fenolem sulforycynowym, zdanie to odwieść może lekarza czerpiącego wiedzę z omawianego podręcznika, od najracjonalniejszej i najskuteczniejszej metody uodporniającej ustrój, której tenże bez narażenia swego sumienia w żadnym przypadku sprawy dyfterytycznej na samym początku zaniedbać nie powinien.

Do tej samej kategorii błędów praktycznych należy podany w podręczniku sposób tamponowania tylnych otworów nosa przy krwotokach, ze względu-

du na nieskuteczność metody autora i na brak zachowania przepisów antyseptyki. Na str. 174 radzi autor do rurki BELLOCQ'a przyczepić „kawałek waty wielkości mniej więcej orzecha laskowego.“ Zalecając tak mały tampon prawdopodobnie nie miał autor na myśli zatrzymania poważnych krwotoków nosa, o czym niestety w podręczniku nie wspomina, tam bowiem, gdzie kawałek waty wielkości orzecha laskowego wystarczy, obejdzcie się bez tamponowania tylnego. W przypadkach wielkich krwotoków tampon powinien być o ile możności największym [stosownie do wieku i rozwinięcia fizycznego chorego], tak, ażeby zatykał szczelnie dolny przewód i cały otwór nosa od tyłu, w razie krwawienia z nosa lub też całą jamę nosogardzielową, jeżeli tam jest źródło obrażenia.

Również błędem jest zdanie autora, że tamponu nie należy pozostawiać dłużej niż 24 godzin, gdyż może to wywołać groźne objawy (*decubitus, pyaemia*), które obserwował u jednego chorego. Tymczasem praktyka dowodzi, że tampon dobrze przygotowany można zostawiać przez 4 do 5 a nawet 7 dni bez żadnej obawy, tylko że w obecnych czasach nikt nie używa doń waty, lecz gazy sublimatowej, jodoformowej, jodolowej i t. d., a jeżeli nastąpi przykre powikłanie w postaci zakażenia, to winę złożyć należy nietyłe na czas przebywania tamponu ile na nieodpowiednie jego przygotowanie.

Takż sam układ co i przy cierpieniach nosa znajdujemy w dziale chorób jam bocznych nosa i jamy nosogardzielowej.

W tej części pomieszczony jest obszerny opis wyrośli adenoidalnych, które jednak autor nazywa błędnie po polsku „wyrośla“ zamiast wyrosłe i błędnie po łacinie *adenoidae vegetations* zamiast *vegetationes adenoideae*.

Dlaczego autor uważa, że „stosunkowo lepsze rokowanie dają cierpienia zatok czołowych“ nie umiem sobie tego objaśnić. Wiadomo bowiem, że choroby tych zatok, ze względu na trudny do nich dostęp bez znacznego zniepodobnienia twarzy, które uniemożliwia zabiegi chirurgiczne, są najbardziej uporezywemi.

* * *

Oto w ogólnych zarysach treść i niektóre błędy ważniejsze w podręczniku kol. SĘDZIĄKA, przeznaczonym dla lekarzy i studentów.

Za wielką zasługę poczytywać należy autorowi napisanie pierwszego podręcznika w języku polskim o chorobach nosa, w którym autor wykazał wielką pracowitość i staranność w zebraniu materiału. Do stron wielce dodatnich należy przytoczenie i wyzyskanie wszystkich prac polskich, odnoszących się do tego przedmiotu.

Niewątpliwie lekarz, nie obznajmiony z językami obcymi, z podręcznika tego korzyść wyniesie, jeżeli autor jeszcze do tego wydania opracuje dodatek, prostujący niektóre błędy i tłumaczący nazwy łacińskie i niemieckie na znane terminy polskie, ogólnie przyjęte.

Książka ta stanowi dobry początek; gdyby w przyszłości ukazało się drugie jej wydanie poprawione i pozbawione niepotrzebnie wtrącanego wszędzie „ja“ autora, lub gdyby w najgorszym razie wywołała inną lepszą rinologię, to jednak po stronie kol. SĘDZIĄKA pozostanie zawsze dobre zapoczątkowanie i praca, która z pewnością przyniesie pożytek, jaki autor miał na celu.

W. Wróblewski.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

Od kilku tygodni kursuje w Warszawie pogłoska, że w Ciechocinku panuje tyfus. Więść ta, bodaj czy nie tendencyjna, przeszła już nawet do gazet zagranicznych. Jesteśmy zasypywani telegramami, listami z zapytaniem o ile to jest prawdą. Pomimo każdorazowego zaprzeczenia pogłoska wciąż się ponawia i utrzymuje. Wobec tego zmuszeni jesteśmy publicznie wszystkim tym wieściom zaprzeczyć i oświadczamy, że w Ciechocinku zdrowotność jest doskonała i ani tyfusu, ani żadnej innej epidemii niema.

Oczywiście pojedyncze przypadki zapadania na tę lub ową zaraźliwą chorobę zdarzają się u nas rok rocznie, są to jednak przypadki sporadyczne, powstałe nie na miejscu, lecz przewiezione zkaąd inąd. Przecież przyjeżdżają do nas z rozmaitych stron kraju, między innymi i z Warszawy, gdzie różne zarazkowe choroby panują. Tego rodzaju przypadkowi chorzy po większej części wyjeżdżają natychmiast z Ciechocinka, szerzenie więc choroby zarazkowej odrazu się przecina.

Wogóle w Ciechocinku żadna choroba zarazkowa powstać i rozwinąć się nie może i z tego jeszcze względu, że część zamieszkała przez kuracjuszków, cały rok jest pustą, zaludnia się zaś dopiero z rozpoczęciem sezonu kuracyjnego. Zaznaczyć tu jeszcze musimy, że główne źródło szerzenia się tego rodzaju chorób, jak inkryminowany Ciechocinkowi tyfus, stanowi woda do picia, tę zaś sprowadza się u nas za pomocą wodociągów ze źródeł położonych w miejscowości niezamieszkałej i odległej od Ciechocinka o 4 wiorsty.

W imię prawdy i interesu publicznego o umieszczeniu tych kilku słów wyjaśniających upraszamy Szanowną Redakcyę.

Lekarze zdrojowi w Ciechocinku,
Lubowski.
Stockmann.
Ruppert.

1 Lipca. 1897 r.



Wiadomości drobne.

— MINGAZZINI ogłasza dalsze spostrzeżenia kliniczne nad zbiorem objawów, nazwanym przez niego: *dysphrenia hemicranica transitoria*. Istota tej nowej nozologicznej jednostki zasadza się na tem, 1) że migrena zawsze poprzedza zaburzenie wzrokowe i 2) że istnieje ścisły stosunek między migreną a objawami wzrokowymi i zaburzeniami psychicznymi, t. j. czem silniejszy ból głowy, tem wyraźniejsze są następne zaburzenia. Przypadki, w których napad cały trwa godzinę lub najdłużej dzień jeden, autor opisuje pod nazwą: *dysphrenia hemicranica transitoria*. Przypadki, w których migrena trwa długo i ulega peryodycznym pogorszeniom, z którymi równoległe idą zaburzenia psychiczne, opisuje autor jako: *dysphrenia hemicranica permanens*. Ten ostatni rodzaj cierpienia spostrzeganym był dotychczas wyłącznie przez MINGAZZINI'ego w 4 przypadkach. *Dysphrenia hem. transitoria* spostrzegana bywa pod 3 różnymi formami: 1) forma poronna obejmuje przypadki, w których świadomość podczas całego napadu zostaje nienaruszoną. Ta forma spostrzegana była rzadko, dotychczas wyłącznie u kobiet między 10—49 rokiem życia, 2) forma pełna, dotychczas najczęściej była spostrzegana; dotyczy przeważnie mężczyzn [5:1], szczególnie między 15 a 36 rokiem życia. Napad odbywa się w następujący sposób: nagle występuje migrena [rzadko bywają zwiastuny]; gdy ból głowy dosięgnie pewnego stopnia napięcia, zjawiają się objawy wzrokowe: chory widzi światła, iskry, ognie, kule ogniste, koła zębate i t. p., w innych przypadkach występują plastyczne figury np. czarny ogromny mężczyzna zbliża się do chorego, grozi mu, to znowu ludzie jacyś idą go zabić, to zno-

wu widzi trupy i t. p., Rzadko halucynacye przyjmują charakter religijny. Ostatni okres napadu wypełniają zaburzenia psychiczne różnorodnego charakteru: to zwykła utrata przytomności, to zupełna utrata zdolności pęrcypcyjnej, to stan pobudzenia, chory wtedy drze ubranie, bije, krzyczy, stara się wyskoczyć oknem i t. p. Przy podmiotowem badaniu znajdujemy nie rzadko objawy zwyrodnienia albo zaburzenia czuciowe i zmysłowe. Wyzdrowienie następuje zawsze, lecz częste są nawroty. Cho- rzy prawie zawsze pamiętają halucynacye, lecz zupełnie nie wiedzą o czynach, spełnio- nych podczas ostatniego okresu. 3) formę opisuje autor pod nazwą: „*synkopirte Varietät*“; są to przypadki, w których zaburzenia psychiczne występują natychmiast po migrenie bez okresu pōśredniego zaburzeń wzrokowych. Przypadki te są bardzo rzadkie, wyłącznie spostrzegane były u męzczyzn; właściwość ich polegać ma na czę- stych nawrotach napadów; amnezja przytem zupełna. Za przyczynę omawianego cierpienia, autor uważa zaburzenia w krwiobieg, mianowicie w obrębie *art. cerebri profunda*. (*Monat. f. Psych. u. Neur. Bd. 1. H. 2. 1897*). K. Stróżewski.

Wiadomości bieżące.

— Mianowani zostali ordynatorami: szpitala wolskiego kol. E. BIERNACKI a szpitala zapasowego kol. W. DĄBROWSKI.

— Zmarł w Paryżu w 77 r. życia D. SCHÜTZENBERGER prof. chemii w *Collège de France*, znany badacz i autor wielu prac z chemii lekarskiej.

— Komitet gospodarczy VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, mającego się odbyć w Poznaniu w r. 1898, ogłasza do lekarzy i przyrodników polskich nastę- pującą odezwę:

Wielmożny Panie!

— W maju 1898 r. podczas Zielonych Świąt, odbędzie się w Poznaniu VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. W przekonaniu, że W-ny Pan uznaje waż- ność podobnych Zjazdów, Komitet przygotowawczy ma zaszczyt prosić W-go Pana, by swoim współdziatem zechciał przyczynić się do powodzenia Zjazdu. Bliższe szcze- góły co do Zjazdu będą w swoim czasie ogłoszone. Ponieważ do ułożenia szczegóło- wego programu potrzebnem jest wczesne zawiadomienie o pracach i kwestjach, ma- jących być przedmiotem obrad, przeto Komitet przygotowawczy ma zaszczyt zapy- tać W-go Pana, czy i jaką sprawę chciałby poruszyć lub pracę jaką przedłożyć. Pod- czas Zjazdu urządzoną będzie wystawa higieniczno-lekarska i dydaktyczno-przyrod- nicza. Prosimy o rychłe doniesienie, czy w wystawie tej W-ny Pan zechciałby wziąć udział i jaki przedmiot wystawić zamierza, urządzenie bowiem wystawy zależ- nem jest od tego, o ile doniosły ten zamiar znajdzie czynne poparcie u ogółu na- szych lekarzy i przyrodników. Upraszając o rychłe uwiadomienie tak co do udziału w samym Zjeździe jak i w zamierzonej wystawie, Komitet przygotowawczy nadmien- ia, że zgłoszenia przyjmować będzie najdalej do końca tego roku.

Poznań, w lipcu 1897 r.

W imieniu Komitetu

Dr. Fr. Chłapowski,
przewodniczący.
Ul. Wiktoryi 27.

Dr. A. Jaruntowski,
sekretarz jeneralny.
Ul. Wilhelmowska 16.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 26 Юня 1897. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

SZCZAWNICA

6-5

Zakład zdrojowo-kąpielowy i klimatyczny.

Najsilniejsze szczawy sodowo-słone i żelaziste.

Kąpiele mineralne, zakład hydropatyczny, z pensjonatem D-ra Kołaczkowskiego na Miedziusiu, kąpiele rzeczne i t. d. — Zakład inhalacyjny, kuracya mleczna, żętyczna i kefirowa. — Lekarz zakładowy D-r Sciborowski. — Skład wód w aptekach: D-ra Heinricha, Kucharzewskiego, Ziemińskiego i Treutlera w Warszawie. — Dojazd do st. kolei Stary Sącz. — Sezon od 20 maja. — Zamówienia na mieszkania przyjmują zarządy zakładów „Górnego i na Miedziusiu.“

ZEGIESTÓW w Galicyi nad POPRADEM

kolej, poczta, telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szczawa żelazista. Pora kąpielowa trwa od 20 Maja, do końca Września. Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowe.

WODA ŻEGIESTOWSKA znajduje się we wszystkich wielkich Składach Wód Mineralnych.

Lekarz Ordynujący D-r Wł. Hojnacki ast. chor. kobiecych. 10-7

ZAKŁADY WODOLECZNICZE

52-14

D-ra Chwistka w Zakopanem

mieszczące się: na Krupówkach i w Kuźnicach w dawnej willi hr. Krasińskiego, zwanej Adasiówka.

Cały rok otwarte. Ceny przystępne.

SOLEC

3-3

stacya pocztowa STOPNICA gub. Kieleckiej.

Zakład zdrojowo-kąpielowy Wód mineralnych siarczano-słonnych.
50-letnia rocznica otwarcia zakładu.

Sezon od 20-go maja do 20 go września.

Zarząd nowej w roku zeszłym zawiązanej Spółki Soleckiej przygotował liczne ulepszenia i udogodnienia. Nowa willa o 12-tu pokojach.

Komunikacya: koleją Iwangozdko-Dąbrowską do Kiele, zkąd 7 godzin szosą w powozach.

Bliższych informacyj udziela Zarząd Zakładu zdrojowego w Solcu.

Szczegóły w broszurze D-ra Daniewskiego — do nabycia we wszystkich księgarniach.

Lekarz i Dyrektor Zakładu D-r Daniewski.

D-R KAROL DEBICKI

ordynuje jak lat poprzednich

w Francensbadzie

3-3

od 20 Maja do końca Września.

D-R WINCENY TYSZKIEWICZ

3-2

lekarz chorób wewnętrznych, osiadł w Zakopanem. Laboratorium chemiczno-mikroskopowe.