

GAZETA LEKARSKA.

I. O ODSZCZEPIANIU SIĘ AMONIAKU

POD DZIAŁANIEM TRYPSYNY I PEPSYNY NA BIAŁKO.

Podali

S. Dzierzgowski i S. Sałazkin.



Według pojęć obecnych, w cząsteczce białkowej azot znajduje się w trzech przynajmniej odmiennych postaciach: amidowej, mono- i diaminowej. Azot amidowy, czyli, jak go zwą inaczej, amoniakalny, jest tak słabo związany, że pod działaniem kwasów albo zasad na białko odszczepia się w postaci amoniaku. Przypadająca na jego część ilość azotu jest różną w różnych białkach. Tak, w pierwotnych ciałach białkowych, według określeń HAUSMANN'a ¹⁾, z całego azotu przypada na azot amidowy od 6,34% [albumina surowicy] do 13,37% [kazeina].

W literaturze znajdujemy spostrzeżenia, co prawda bardzo nieliczne i oparte na doświadczeniach o metodyce nie bardzo wolnej od zarzutów, głoszące, że nieznaczna część azotu odszczepia się od białka przy działaniu nań tak trypsyny, jako też pepsyny. W kwestyi tej pierwszą co do czasu jest praca HIRSCHLER'a ²⁾. Trawił on włóknik w wodnych wyciągach trzustek w ciągu 4-ch godzin i przyszedł do wniosku, że w warunkach tych odszczepia się amoniak. Aby określić ilość tegoż, płyn trawienny poddawał kipieniu z MgO; NH₃ przyjmowano do HCl, skąd wydzielano go w postaci związku z chlorkiem platyny.

STADELMANN ³⁾ powtórzył doświadczenia HIRSCHLER'a, przyczem do trawienia używał nalewki z suchej trzustki, otrzymywanej sposobem KUEHNE'go; włóknik brał gotowany, samo zaś trawienie trwało dłużej, przyczem jako środek antyseptyczny był wzięty kwas salicylowy i tymol. NH₃ określano za pomocą pędzenia mieszaniny trawiennej z Na₂CO₃ lub MgO do miareczkowanego roztworu H₂SO₄; w jednym przypadku NH₃ został wydzielony z desty-

¹⁾ Zeit. f. physiol. Chemie. 1898. Z. 27, str. 95.

²⁾ Zeit. f. Biologie. 1888. Z. 24, str. 261.

³⁾ Zeit. f. physiol. Chemie. 1886. Z. 10, str. 302.

latu w postaci związku z chlorkiem platyny. Opierając się na otrzymanych przez się rezultatach, STADELMANN przychodzi do wniosku, że spostrzeżenie HIRSCHLER'a jest prawdziwe; zaznacza przytem, że produkty, otrzymane przy trawieniu trypsynowem, dają mało NH_3 przy pędzeniu z Na_2CO_3 , natomiast amoniak wydziela się głównie przy pędzeniu z MgO . W celach kontroli STADELMANN wstawił na 10 dni do termostatu mieszaninę, składającą się z 100 ctm. sz. wody z 0,25%-wą zawartością Na_2CO_3 , 20 grm. gotowanego włókniaka i tymolu. Ani przy zwykłym pędzeniu tej mieszaniny, która 10 dni stała w termostacie, ani też przy pędzeniu z MgO amoniaku w destylacie nie znaleziono.

O ile wiemy, te dwie prace stanowią cały dobytek literatury w sprawie odszczepiania się amoniaku przy działaniu trypsyny na białko. Nie przytaczamy danych liczbowych, otrzymanych przez autorów wskazanych tu przez nas, ponieważ metodyka, stosowana przez nich do określenia amoniaku, zawiera w sobie źródło znacznych pomyłek, wobec czego prace te nie rozstrzygają kwestyi odszczepiania się amoniaku przy trawieniu trypsynowem. Gotując płyn z białkiem, *resp.* samo białko z MgO , w destylacie zawsze otrzymujemy więcej amoniaku, niż go było w związku, dlatego, że pod wpływem gotowania z MgO od białka odszczepia się, chociaż powoli bardzo, część jego azotu amidowego w postaci NH_3 . Tak naprzykład, określając sposobem NENCKIEGO i ZALESKIEGO, znaleźliśmy w 3 grm. krystalicznej czystej albuminy 0,25 mil. NH_3 ; po destylowaniu zaś z MgO więcej niż 5 mil. pomimo, iż przerwaliśmy destylowanie wtedy, gdy płyn pędzony wykazywał jeszcze silnie alkaliczny odczyn.

Azot amidowy odszczepia się, prócz tego, już od działania samej zasady, dlatego też potrzeba w tym wypadku bardzo ścisłych doświadczeń kontrolujących, które pozwoliłyby rozstrzygnąć, o ile odszczepianie się amoniaku zależy od działania zasad, albo też od działania samego fermentu.

Co się tyczy odszczepiania się NH_3 przy działaniu *p e p s y n y*, to w tym względzie mamy spostrzeżenia ZUNZ'a ¹⁾. Również i on destylował mieszaninę trawienną z MgO zwykłym sposobem, nie robiąc doświadczeń kontrolujących z działaniem samego tylko kwasu na białko. Dlatego też uwagi, wyżej wypowiedziane, stosują się w równej mierze i do jego pracy.

Wobec tego postanowiliśmy zająć się tą kwestyą, używając do trawienia soków naturalnych, otrzymanych metodą PAWŁOWA, a do oznaczania NH_3 sposobu NENCKIEGO i ZALESKIEGO, który to sposób pozwala ściśle oznaczać tylko amoniak już przedtem wytworzony.

Robiliśmy doświadczenia w warunkach, usuwających możliwość zanieczyszczenia mieszanin trawiennych przez bakterye: przesączano soki przez świeczkę CHAMBERLAND'a, naczynia wszystkie wyjaławiano i po największej części zalutowywano po napełnieniu ich mieszaną trawienną. Dla tem pewniejszego wyjałowienia, dodawano chloroformu w niewielkiej ilości. Trawienie, jak widać na załączonej tablicy, trwało różnie. W wielu razach, ukoń-

¹⁾ Zeit. f. physiol. Ch. 1899. Z. 28, str. 151.

czywszy doświadczenie, szczepiliśmy mieszanę trawienną na bulionie oraz żelatynie i za każdym razem przekonywaliśmy się o zupełnej jałowości na szych płynów. Przed doświadczeniem oznaczaliśmy zwykle zawartość, już wytworzonego NH_3 w soku, czasami określaliśmy także ogólną ilość jego azotu. Aby wyjaśnić rolę kwasu, *resp.* zasady, w sprawie odszczepiania się NH_3 , robiliśmy doświadczenia kontrolujące. Prócz tego określaliśmy ilość NH_3 , która się wytwarzała w tymże czasie przy samoprzetrawianiu się soku.

Doświadczenia z sokiem żołądkowym.

Tablica I¹⁾.

Trawienie trwało	N amoniaku w miligramach					U W A G I
	Przy samo- przetrawia- niu się 100 ctm. sz. soku	Przy trawieniu białka z				
		25 c. sz.	50 c. sz.	100 c. sz.	200 c. sz.	
<i>Serya 1-sza</i>						
24 godz.	2,08	—	—	5,44 (7,52)	8,88 (13,04)	Do trawienia na każdą próbę wzięto po 10 grm. włóknika.
7×24	2,02	—	5,69 (6,7)	13,98 (16,0)	23,16 (27,2)	
14×24	2,03	—	8,19 (9,2)	18,77 (20,8)	31,14(35,20)	
<i>Serya 2-ga</i>						
14×24	5,28	3,03 (4,8)	6,51 (9,6)	8,67 (14,4)	10,83(21,84)	Do trawienia wzięto 12 grm. ugotowanego na twardo białka od jaja z 0,45 mgr. już wytworzonego NH_3 . Ogólna ilość N w 100 ctm. sz. soku 30,4 mgr., NH_3 przed trawieniem 3,32 mgr.
90×24	5,90	5,95 (7,87)	12,02(15,42)	15,11(21,46)	15,79(28,04)	
<i>Serya 3-cia</i>						
17×24	5,54	—	6,09 (11,88)	—	—	Do trawienia wzięto 3 grm. suchej krystalicznej albuminy z jaja z 0,25 już wytworzonego NH_3 .
17×24	5,54	—	7,06 (12,85)	—	—	
<i>Serya 4-ta</i>						
10×24	6,87	—	—	9,12 (16,24)	—	Również 3 grm. tej że krystalicz. albuminy. W 100 ctm. sz. soku przed samotraniem ogólna ilość N—19,6 mgr.; N (NH_3) — 2,64.
14×24	6,90	—	—	12,57(19,72)	—	
10×24	6,87	—	—	16,84(23,87)	—	Ten sam sok. Do trawienia wzięto 3 grm. kazeiny z 0,16 mgr. już wytworzonego NH_3 .

¹⁾ Liczby w nawiasach oznaczają znaną ilość N amoniaku w całej danej mieszaninie po trawieniu. Liczby bez nawiasów wskazują istotny przyrost N amoniaku kosztem odszczepiania się tego ostatniego od trawionego białka. Tę liczbę istotnego przyrostu otrzymamy, jeżeli od znalezionej ilości ogólnej odejmiemy N amoniaku już wytworzonego w białku, oraz N amoniaku w soku po samoprzetrawieniu się tegoż.

Chcąc wyjaśnić znaczenie kwasu i fermentu w sprawie odszczepiania się NH_3 , przerobiono doświadczenia, w których niektóre porcy krystalicznej albuminy z jaja albo też kazeiny poddawano wraz z sokiem, albo 0,5% HCl jednogodzinnemu gotowaniu na kąpieli wodnej, a następnie dopiero wstawiano do termostatu, inne zaś odrązu wprost wstawiano do termostatu. Rezultaty widzimy na tablicy 2-giej.

Tablica 2-ga.

	Nasamprzód 1 godz. nad kąpiącą kapiela wodną, później 10 dni w termostacie	10 dni w termostacie	U W A G I
100 ctm. sz. 0,5% HCl i 3 grm. krystal. albuminy z jaja	6,45	3,39	Jeśli od liczb, podanych dla N (NH_3), odszczepiającego się przy ogrzewaniu albuminy, <i>resp.</i> kazeiny z sokiem żołądkowym, odjąć N (NH_3), odszczepiającego się przy samotrawieniu się soku samego, to liczby, podane w 1 szeregu, będą prawie te same dla soku i kwasu.
100 ctm. sz. soku i 3 gr. albuminy	11,10	16,24 ¹⁾	
100 ctm. sz. 0,5% HCl i 3 grm. kazeiny	20,17	7,84	
100 ctm. sz. soku i 3 gr. kazeiny	24,15	23,87 ¹⁾	

Oprócz tego zrobiono jeszcze jedno doświadczenie, w którym 3 grm. krystalicznej albuminy z jaja trzymano w termostacie przez 17 dni z 50 ctm. sz. 0,5% HCl.; N amoniaku znaleziono 3,5 mgr.

Przytoczone tu doświadczenia wykazują, że pod wpływem soku żołądkowego odszczepia się NH_3 więcej, niż pod wpływem działania samego tylko kwasu o tej samej koncentracji, jaką znajdujemy w soku żołądkowym psa. Sam tylko 0,5% HCl może wywołać takiż efekt, jak i sok żołądkowy, tylko przy ogrzewaniu do wysokiej ciepłoty, to jest pod wpływem pepsyny zachodzi odszczepianie się nieznacznej części N w postaci amoniaku.

Dla skontrolowania, 3 grm. krystalicznej albuminy z jaja i 3 grm. kazeiny wstawiono do termostatu na 10 dni z 100 ctm. sz. 0,5% Na_2CO_2 . Znaleziono N amoniaku w porcyi z kazeiną 2,75 mil.; w porcyi z albuminą 0,78 mil.

A więc, powinniśmy uważać, że i przy działaniu soku trzustkowego część N białka odszczepia się w postaci NH_3 .

Za źródło NH_3 , odszczepiającego się przy trawieniu żołądkowym i trzustkowym, powinniśmy uważać tę część azotu, która się znajduje w białku w po-

¹⁾ Liczby wzięto do porównania z 4-ej seryi doświadczeń [tabl. 1-sza].

Doświadczenia z sokiem trzustki.

Tablica 3-cia.

Trawienie trwało	N amoniaku w miligramach.				U W A G I
	Przy samotrawieniu 100 ctm. sz. soku	Przy trawieniu białka za pomocą			
		25 c. sz.	50 c. sz.	100 c. sz.	
soku trzustkowego					
<i>Serya 1-sza</i>					
11×24 g.	4,5	—	—	9,22(13,72)	Sok dializowano kilka dni aż do słabo alkalicznego odczynu; zakwaszono kwasem octowym i przesączono przez świeczkę CHAMBERLAND'a. Przedtem wytworzonego N(NH ₃) — 0,25 mil. Do trawienia wzięto 10 grm. włóknika wilgotnego z 2,7776 grm. pozostałości suchej.
11×24	4,5	—	—	9,43(13,93)	
<i>Serya 2-ga</i>					
7×24	6,72	—	18,74(22,10)	20,82(27,54)	Sok wprost zakwaszono kwasem octowym do słabokwaśnego odczynu i przesączono przez świeczkę. Przedtem wytworzonego N(NH ₃) w 100 ctm. sz. — 2,04 mgr. Trawiono 10 grm. włóknika z 3,0997 pozostałości suchej.
<i>Serya 3-cia</i>					
5×24	5,2	8,65(9,95)	8,83(11,43)	—	Sok, mocno zakwaszony kwasem octowym, przesączono przez świeczkę. Do trawienia wzięto 10 grm. włóknika z 3,4499 grm. pozostałości suchej. Do trawienia wzięto 3 grm. kazeiny.
5×24	5,2	—	7,26(9,86)	—	
5×24	5,2	—	8,54(11,14)	—	
<i>Serya 4-ta</i>					
10×24	11,86	—	—	8,95(21,06)	Sok o naturalnym odczynie alkalicznym przesączono przez świeczkę. W 100 ctm. sz. ilość ogólna azotu 250 mgr., przedtem wytworzonego NH ₃ — 4,03 mgr. Do trawienia wzięto 3 grm. kryst. albuminy z jaja z 0,25 mgr. przedtem wytworzonego NH ₃ . Do trawienia wzięto 3 grm. kazeiny z 0,16 mgr. przedtem wytworzonego NH ₃ .
10×24	11,86	—	—	11,80(23,91)	
10×24	11,86	—	—	13,90(25,92)	

staci łatwo odpadającej. Jeżeli wziąć na uwagę procent azotu, który przypada w białku na tę łatwo odpadającą postać ¹⁾ i porównać z liczbami, otrzymanymi przez nas, to zobaczymy, że część jego pozostaje nieodszczepioną. Jest to zrozumiałe; ani razu nie doprowadziliśmy ani trawienia żołądkowego, ani też trzustkowego aż do zniknięcia albumoz, *resp.* peptonu z płynu trawieunego. A więc, część łatwo odpadającego azotu powinna też była zostać nieodszczepioną, ponieważ z N albumoz przeciętnie koło 7% przypada na azot amidowy.

¹⁾ Patrz HAUSMANN. Zeit. f. physiol. Chemie 1899. Z. 27, str. 95 i 1900. Z. 29, str. 136.

II. MENTOROL W LECZENIU GRUŹLICY KRTANI.

Podał

H. Cybulski,

I asystent zakładu dra BREHMER'a w Görbersdorfie.

— † — † —

Wśród powodzi środków, zalecanych w leczeniu gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych, jednym z lepszych jest mentorol. Przetwór ten został wynaleziony przez prof. M. NENCKIEGO i przedstawia mieszaninę porachlorfenolu z mentolem. Środek ten stosowałem jeszcze na oddziale dra SOKOŁOWSKIEGO, dokąd został wprowadziny przez kol. A. ŁOGUCKIEGO. Ponieważ otrzymaliśmy dobre wyniki, zacząłem go stosować w dalszym ciągu na szerszą skalę w zakładzie BREHMER'a.

Mentorol przedstawia się jako płyn przezroczysty, gęsty, nie rozkładający się i w roztworach, używanych do celów terapeutycznych, nie mający przykrego zapachu. Przez chorych, nawet bardzo wrażliwych, jest znoszony dobrze, nie gorzej niż, na przykład, karbol + mentol lub sam mentol, a stanowczo lepiej niż kwas mleczny. Pod tym względem stanowczo posiada też wyższość nad parachlorfenolem, który przez chorych jest znoszony dosyć źle i posiada oprócz tego nieprzyjemny w wysokim stopniu zapach. Zastrzyknięcie lub zapenzlowanie 5--10 lub 15%-ego roztworu wywołuje w krtaniach bez głębokich owrzodzeń niezbyt długotrwałe uczucie palenia [najwyżej do $\frac{1}{4}$ godziny], które jednakowoż po wielorazowym stosowaniu tego środka nie występuje tak wyraźnie i trwa zaledwie parę minut.

Krtań z rozległymi owrzodzeniami gruźliczemi reaguje nieco silniej, atoli przy codziennym stosowaniu tego środka ból jest stosunkowo nieznaczny i trwa niedługo. Skurcz krtani, nawet u osobników do tego usposobionych, nie daje się zauważyć. Przy przypadkowym połknięciu tego środka nie spotykałem żadnych ubocznych skutków, zanotować tylko można było czasami przykre odbijanie. Utraty apetytu lub wymiotów nie spotykałem.

Na język działa silnie i powoduje przykre palenie. W razie przypadkowego wykasłania do jamy noso-gardzielowej, wywołuje przykre bardzo uczucie palenia i znaczną hipersekrecję błony śluzowej. Przy stosowaniu miejscowym terapeutycznych roztworów na zdrowe tkanki nie daje się zauważyć prawie żadnej reakcji, z wyjątkiem nielicznych przypadków, gdzie za pierwszym razem dało się stwierdzić nieznacznie przekrwienie błony śluzowej, które atoli przy następnym stosowaniu tego środka było znacznie słabiej wyrażone.

W chorych, tkankach, a mianowicie w nacieczeniach, a szczególnie w ekskrecjach, nie wywołuje mentorol w roztworach terapeutycznych silniejszej miejscowej reakcji.

Na owrzodzeniach gruźliczych czasami daje nieznaczny nalot, dosyć cienki, szybko znikający; w głębokich owrzodzeniach gruźliczych, podszytych szarym nalotem, wywołuje silniejszą reakcję w kształcie znaczniejszych nalotów, również względnie szybko [w porównaniu jak przy kwasie mlecznym] znikających.

Jak wyżej wspomniano, przy stosowaniu mentorolu w roztworach od 5% do 15% daje się uczuwać lekki ból lub palenie, które atoli po upływie krótkiego czasu znika i pozostaje znieczulenie, które trwa niekiedy przez dosyć długi przeciąg czasu [do 24 godzin], najczęściej 4—5 godzin. Znieczulenie jest prawie tak silne jak przy stosowaniu kokainy i jest zjawiskiem względnie indywidualnym. Są chorzy, u których mentorol wywołuje silniejsze i bardziej długotrwałe znieczulenie niż po użyciu kokainy z antipyriną. Są tacy, u których kokaina działa silniej, w każdym razie znieczulenie jest bardziej długotrwałe [około 6 godzin].

Wśród innych środków, używanych w celu znieczuleń przy bólach krtańowych jak: ortoform, karbol, kreozot, mentol, karbol-mentol lub kreozot-mentol—mentorol stanowczo działa silniej i dłużej; oprócz tego posiada wyższe własności dezynfekcyjne i nie pozostawia po sobie nieprzyjemnych skutków, jak np. uczucie suchości po ortoformie. O ile więc się zdaje, środek ten lepiej od innych nadaje się do leczenia gruźlicy płucnej; oprócz bowiem wysokiej zdolności dezynfekcyjnej, posiada w wysokim stopniu silnie wyrażoną własność znieczulania.

O ile dobroczynnym bywa wpływ mentorolu, postaram się dowieść poniżej przytoczonymi historyjami chorób — są to po większej części przypadki ciężkie lub bardzo ciężkie. Używałem go zawsze bowiem w przypadkach ciężkiej dysfagii u ciężko bardzo chorych, gdzie stan ogólny nie pozwalał na jakikolwiek inny zabieg i pozostawało tylko o ile możności starać się o zmniejszenie cierpienia chorego i umożliwienie mu przyjmowania pokarmów.

1. Pan E. z Sofii—przybył do zakładu w bardzo ciężkim stanie; w płucach bardzo rozległe zmiany rozpadowe, ciepłota rano 38,0° — wieczorem do 38,5°, wielkie wychudzenie i upadek sił.

W krtani nacieczenie obydwóch chrząstek nalewkowych, pokryte rozległymi owrzodzeniami, owrzodzenia na strunach fałszywych i prawdziwych, tylna ściana nacieczona, i pokryta głębokimi owrzodzeniami. Nagłośnia wolna. Bardzo silne bóle przy łykaniu, szczególnie pokarmów stałych, pokarmy płynne przechodzą do przełyku również z silnymi bólami.

W domu leczony był kwasem mlecznym w rozczyinach do 50% bez wyraźnej poprawy. Bóle nie ustępowały. Stosowano mentorol w postaci penzlowań 10% rozczyinu i bóle znakomicie się zmniejszyły wogóle, a w przeciągu 3 godzin po zapenzlowaniu chory mógł bez bólu przyjmować stałe pokarmy. Pacjent był w wysokim stopniu ze środka zadowolony. Działanie mentorolu nie ustępowało aż do śmierci chorego, która zaszła w trzy tygodnie po przybyciu jest do zakładu.

2. Pan R. z Prus Wschodnich. Chory przybył do zakładu w stanie bardzo wyniszczonym, z rozległymi bardzo zmianami rozpadowymi w płucach;

ciepłota wahała się pomiędzy 37,5 a 39,0. Przy badaniu gardzieli i krtani znaleziono wielkie owrzodzenie, zajmujące całą tylną ścianę gardzieli, prawie do wejścia do przewodu pokarmowego, rozciągające się do łuków tylnych i przechodzące na migdały; owrzodzenia na tylnej powierzchni miękkiego podniebienia i w jamie noso-gardzielowej. Zupełna niemożność przyjmowania pokarmów tak stałych, jak płynnych, nawet połykania śliny. Bóle tak znaczne zjawyły się dopiero po podróży, w domu istniały one od 2—3 miesięcy, atoli nie w tym stopniu. Chory nie leczył się wcale.

Penzlowałem mentorem 10%-ym gardziel i jamę noso-gardzielową; z tej ostatniej prawie zawsze po penzlowaniu nieznaczne krwawienie. Penzlowanie wywołało zawsze bardzo silny ból, który ustępował po upływie 5 minut, a następowało prawie zupełne zniesienie bólów na przeciąg prawie 24 godzin, tak, że chory był w stanie przyjmować wszystkie pokarmy tak stałe, jak i płynne, z wyjątkiem kwaśnych i słonych. Stan taki trwał 4 tygodnie; po upływie tego czasu ciepłota jeszcze się podniosła i ranne spadki dochodziły tylko do 38,5; chory wychudł jeszcze znacznie, łykanie stało się trudniejszym, wszakże było możliwe w zupełności, aczkolwiek z bólami, aż do śmierci chorego, która nastąpiła w dwa tygodnie później.

3. Pan P. z Brandenburgii. Przybył do zakładu ze znacznymi zmianami rozpadowymi w płucach; ciepłota podwyższona [od 36,5—38,0°]; znaczna ilość białka w moczu (amyloid nerek). W krtani nacieczenie na strunie głosowej prawej.

Stosowano mentrol 10%—co 2 dni; w przeciągu 3 tygodni nacieczenie znikło zupełnie, pozostało nieznaczne tylko zgrubienie na strunie prawdziwej. Chory niel w oczach, słabł i wkrótce zmarł.

4. Pan S. z Lubeki przybył do zakładu z nacieczeniem strun głosowych bez owrzodzeń. W płucach zmiany rozpadowe w obydwóch górnych płatach; ciepłota dochodziła stale do 38,0—37,7. Traktowany był przez przeciąg miesiąca karbol-mentolem; po upływie tego czasu zauważyłem lewostronny obrzęk chrząstki nalewkowej, jednocześnie zjawyły się owrzodzenia na strunach fałszywych i na tylnej ścianie krtani. Wkrótce potem wystąpił obrzęk chrząstki prawej nalewkowej i jednocześnie silne bóle przy łykaniu. Stosowano mentrol w postaci penzlowań 10% roztworu i bóle znakomicie się zmniejszyły; stan krtani atoli pozostał mniej więcej bez zmian; stan taki trwał około miesiąca, po upływie tego czasu chory został zabrany przez rodzinę.

5. Pani A. z Wiednia. Przybyła do zakładu w stanie bezgorączkowym, ze zmianami rozpadowymi w płucach; stan ogólny dobry.

W krtani nacieczenie prawej struny i na tylnej ścianie. Objawów podmiotowych brak. Stosowano mentrol 10% w postaci penzlowań w przeciągu 5 miesięcy. Po upływie tego czasu nacieczenie tylnej ściany znikło zupełnie, nacieczenie zaś struny pozostało zupełnie bez zmiany.

6. Pan E. ze Szlązka Austriackiego. Przybył do zakładu ze zmianami znacznymi w płucach, w stanie podgorączkowym [do 37,5]; stan ogólny bardzo mierny. W krtani owrzodzenia głębokie na obydwóch strunach. Znaczna chrypka. Stosowano z początku karbol-mentol, atoli bez wielkiego wyniku; wów-

czas po upływie 1 miesiąca zacząłem stosować mentorol 10% i stan się wkrótce zmienił: po upływie 1½ miesięcznego, codziennego stosowania tego środka owrzodzenia na jednej strunie się zmniejszyły, na drugiej zupełnie się podgoiły; głos znacznie się polepszył. Chory był w wysokim stopniu ze środka zadowolony.

Stan ogólny atoli pozostał bez zmiany; stan podgorączkowy pozostał na dawnej wysokości; przybytek na wadze bardzo nieznaczny.

W tym przypadku zaznaczyć muszę w krtani znaczną poprawę, która wystąpiła pomimo tego, że stan ogólny nie podniósł się prawie wcale.

7. Pan S. ze Schlezwig-Holsteinu. Przybył do zakładu z rozległymi zmianami rozpadowemi w płucach, stan gorączkowy [do 39,0]. W gardzieli na lewym migdale znaczne owrzodzenia gruźlicze, miejscami nieco zabliznione; owrzodzenie zachodzi na lewą część języczka, na łuk przedni i na przednią część podniebienia miękkiego.

W krtani obrzęk lewej chrząstki nalewkowej.

Znaczne bóle przy łykaniu.

Stosowano mentorol w postaci 10% penzlowań. Bóle znacznie się zmniejszyły; stan taki trwał przez 3 tygodnie; po upływie tego czasu chory zmarł nagle wskutek silnego krwotoku płucnego.

8. Pan S. z Zagrzebia. Przybył do zakładu w stanie bezgorączkowym; stan ogólny bardzo dobry. Zmiany w płucach nieznaczne, jednostronne: nacieczenie wierzchołka lewego.

W krtani nacieczenie prawej struny z nieznacznym owrzodzeniem nasięku lewej fałszywej. Obrzęk lewej chrząstki nalewkowej bez owrzodzeń. Objawów podmiotowych żadnych niema.

Zupełny bezgłos. Chory przed przybyciem do zakładu był przez przeciąg 5 miesięcy leczony różnymi środkami, atoli bez wyniku.

Stosowano mentorol 10%; po upływie krótkiego czasu zjawił się głos — wprawdzie chrypowaty — i stan krtani zaczął się szybko poprawiać. Po upływie 4 miesięcy chory wyjechał z nieznacznym nasiękiem prawej prawdziwej, z nieznacznym bardzo obrzękiem lewej fałszywej. Głos nieco chrypowaty, ale głośny. Stan ogólny uległ niewielkiej poprawie.

9. Pani J. z Berlina. Przybyła do zakładu ze znacznymi wahaniami gorączkowymi do 38,5; w płucach zmiany rozpadowe w jednym szczycie. W drugim nacieczenie. Stan ogólny bardzo marny.

W krtani owrzodzenie na prawej chrząstce nalewkowej, głębokie. Silne bóle przy łykaniu. Stosowałem z początku karbol-mentol, atoli bez wielkiego rezultatu; po dwumiesięcznym pobycie chorej zacząłem stosować mentorol.

Chora [bardzo silnie histeryczna] zносиła mentorol znacznie lepiej niż karbol-mentol; bóle znakomicie się zmniejszyły, owrzodzenie stało się znacznie czystsze; stan ogólny się poprawił; chora przybrała na wadze około 4 kilo; ciepłota znacznie się zniżyła i dochodziła do 37,2.

Owrzodzenie było prawie zagojone; bólów żadnych; obrzęk prawej chrząstki nalewkowej znakomicie się zmniejszył; po upływie 5 miesięcy pobytu pacjentka wyjechała z powodu braku środków.

10. Pan E. z Wilna. Stan ogólny dobry; ciepłota normalna; w płucach zgęszczenie w obydwóch szczytach. W krtani nasięk strun głosowych i tylnej ściany.

Stosowano mentorol 10% — z bardzo dobrym skutkiem: nasięk na tylnej ścianie znikł zupełnie; struny głosowe znacznie się poprawiły, atoli wyleczenia krtani, pomimo doskonałego ogólnego stanu i zupełnie wygastej sprawy płucnej, nie dało się osiągnąć.

11. Pan L. z Berlina. Przybył do zakładu ze zmianami rozpadowemi w płucach w stanie podgorączkowym [ciepłota stale do 37,8]; stan ogólny marny.

W krtani nasięki i owrzodzenia strun głosowych, obrzęk prawej chrząstki nalewkowej, obrzęk więzadła nalewkowo-nagłośniowego; ekskrescencya na tylnej ścianie; struny częściowo zniszczone; znaczne bóle przy łykaniu, bezgłos zupełnie.

Stosowano mentorol 10% do 15% w przeciągu 2½ miesięcy, z bardzo dobrym wynikiem: oto nasięki strun głosowych znacznie się zmniejszyły, owrzodzenia na strunach częściowo się podgoiły, tylna ściana prawie się wyrównała, obrzęk chrząstki nalewkowej i więzadła nalewkowo-nagłośniowego — znacznie się zmniejszył; bóle znikły zupełnie. Pacjent po 2½ miesięcznym pobycie wyjechał z zakładu bez poprawy w ogólnym stanie, natomiast z bardzo wybitną poprawą w krtani.

12. Pan E. z Prus Wschodnich. Przybył do zakładu z nieznacznym zgęszczeniem w obydwóch szczytach; stan bezgorączkowy, stan ogólny doskonały.

W krtani owrzodzenie na lewej strunie. Stosowano mentorol w postaci zastrzykiwań 10% roztworu w przeciągu 5 miesięcy, atoli bez żadnego rezultatu.

13. Pani Z. z Łodzi. Ekskrescencya na tylnej ścianie. Leczona w przeciągu 4 miesięcy 10% roztworem mentorolu, wyjechała ze znaczną poprawą; na tylnej ścianie nieznaczne zgrubienie; stan ogólny dobry.

14. Pan S. z Poznania. Przybył do zakładu z rozpoczynającą się sprawą rozpadową w prawym płucu i zgęszczeniem w lewym szczycie; oprócz tego stara niedomykalność aorty. Stan ogólny marny, ciepłota 38,5. W krtani nasięki strun głosowych z owrzodzeniami. Szczególnie w części przedniej; utrata głosu zupełna. Poprzednio przez miesiąc w innej miejscowości kuracyjnej leczony był mentolem, atoli bez rezultatu. Stosowano mentorol 10%; nasięki strun głosowych znikły zupełnie, owrzodzenia zupełnie się zagoiły, głos wrócił w zupełności; kuracya trwała 3 miesiące. Jednocześnie stan ogólny bardzo dobrze się poprawiał, gorączka znikła zupełnie; po upływie jeszcze następnych 3 miesięcy sprawa płucna wygasła w zupełności; stan krtani pozostał bez zmiany — to jest: blizny na strunach głosowych. Pacjent jako zupełnie zdrowy opuścił zakład; przybytek na wadze 12 kilo.

15. Pan M. z Torunia. Przybył do zakładu z rozległemi zmianami rozpadowemi w płucach, stan ogólny marny, ciepłota dochodzi do 38,0 wieczorami. W krtani owrzodzenie na tylnej ścianie, lewa chrząstka nalewkowa obrzę-

kła, znaczny obrzęk prawej chrząstki nalewkowej, na wewnętrznej powierzchni której znaczne owrzodzenie, nasięk prawej struny fałszywej i prawdziwej. Zupełny prawie bezgłos i bóle przy łykaniu.

Stosowałem 10% mentorol w postaci zastrzykiwań — z pozytywnym wynikiem. Bóle przy łykaniu znikły, pozostało tylko pewne uczucie przeszkody; obrzęki chrząstek nalewkowych znacznie się zmniejszyły, jak również nasięk struny fałszywej i prawdziwej.

Chory w ogólnym stanie żadnej poprawy nie zaznał i po upływie 6 tygodni wyjechał.

16. Pani W. z Łodzi. Przybyła do zakładu ze zmianami rozpadowemi w płucach; ciepłota 36,5—38,0—38,5; stan ogólny marny.

W krtani nacieczenie na tylnej ścianie, częściowo owrzodziałej, obrzęk obydwóch chrząstek nalewkowych; silne bóle przy łykaniu. Stosowano mentorol 10% z bardzo wybitną poprawą. Nacieczenia chrząstek nalewkowych znakomicie się zmniejszyły, tylna ściana się wyrównała, bóle znikły zupełnie.

Ta znaczna poprawa tem bardziej zasługuje na podkreślenie, że stan ogólny żadnej zmianie nie uległ. Chora po dwumiesięcznym pobycie opuściła zakład.

17. Pan J. z południowej Rosyi. Przybył do zakładu z rozległym zgęszczeniem w prawym szczycie. Lewy szczyt nieznacznie dotknięty. Stan bezgorączkowy. Ogólne odżywienie mierne.

W krtani nacieczenie tylnej ściany, obrzęk prawej struny fałszywej, nacieczenie lewej fałszywej, owrzodzenia głębokie na prawej prawdziwej. Silna bardzo chrypka. Stosowano mentorol z pozytywnym wynikiem. Tylna ściana krtani zupełnie się oczyściła, owrzodzenia na prawej prawdziwej podgoiły się, nacieczenie prawej fałszywej znikło, nacieczenie lewej prawdziwej się wessało. Chory w ogólnym stanie doznał olbrzymiej poprawy. Przybytek na wadze 16 kilo; w płucach po 9-cio miesięcznym pobycie nie można było wykazać nic patologicznego, oprócz nieznacznego stłumienia w prawym szczycie.

18. Pan R. z Aussig. Przybył do zakładu z rozległymi zmianami rozpadowemi w płucach. Stan ogólny marny. Ciepłota od 36,0 do 37,5.

W krtani nacieczenie lewej fałszywej, obrzęk lewej chrząstki nalewkowej, pokryty na całej powierzchni głębokiem szarem owrzodzeniem. Znaczone bóle przy łykaniu. Przy stosowaniu mentorolu bóle znikły prawie zupełnie, chociaż obiektywne badanie krtani wyraźnej poprawy nie wykazało. Stan ogólny uległ nieznacznej poprawie.

Wszystkie powyżej opisane przypadki spostrzegalem na wiosnę i w lecie 1900 roku. Są to przypadki nie wybrane z pośród innych, lecz po kolei rejestrowane.

Otóż na podstawie powyżej podanych przypadków można dojść do wniosku, że w mentorolu posiadamy dzielny lek w leczeniu gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych.

Podkreślić tutaj muszę jeszcze raz silne działanie znieczulające mentorolu; szczególnie drogocennem okazało się w przypadkach ciężkich.

Powtórne, silne działanie mentorolu okazało się tym bardziej wybitnem w przypadkach, w których stan ogólny nie uległ żadnej, lub nieznacznej poprawie, a w których natomiast stan krtani pod wpływem mentorolu poprawił się znacznie. Wiemy bowiem, że stan krtani gruźliczej stoi w bardzo ścisłym związku ze stanem płuc i po większej części idzie równoległe z tym ostatnim.

Szczególnie więc środek ten uadaje się do stosowania w ciężkich przypadkach, gdzie z powodu stanu ogólnego i ciężkiego stanu krtani nie można stosować jakichkolwiek innych bardziej energicznych zabiegów.

III. „EPILEPSIA PROCURSIVA“.

PRZYZYNEK DO KAZUISTYKI PADACZKI.

Podał

Mieczysław Goldbaum.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 34].

Od opisu naszych chorych przejdźmy z kolei na szersze pole literatury tego przedmiotu. Przypadków, pod mianem „*epilepsia procursiva*“ opisanych, jest w całej literaturze nie więcej, nad trzydzieści kilka, a nasze piśmiennictwo nie posiada dotąd, o ile nam wiadomo, ani jednego podobnego opisu.

Pierwsze opisy, dotyczące tego cierpienia, bardzo starej są daty. Wiele z nich wszelako nie zasługuje właściwie na uwzględnienie, gdyż błędnie zostały zaliczone do tej kategorii. Przytoczymy jednak i takie przypadki, aby czytelnik miał przed sobą całokształt tej kwestyi.

Pierwszą wiadomość o tej postaci padaczki podał THOMAS ERASTUS ¹⁾, prof. w Bazylei, w r. 1581, w dziele swem, zatytułowanem: „*Comitis montani Vicentini Novi medicorum censoris quinque librorum de morbis nuper editorum viva anatome*“, Chory jego dostał padaczki skutkiem spadnięcia ze znacznej wysokości i uderzenia się w lewą skroń. Napady polegały na kręceniu się kilka razy w kółko, poczem następował bieg naprzód, zakończony albo upadaniem [bardzo rzadko], albo tarciami twarzy rękami. Napady te połączone były z zupełną utratą przytomności.

W dziele swem: „*Observationes medicae de affectibus omissis*“. Londoni 1649, de *epilepsia procursiva*, caput VI—BOOTIUS opisuje 12-letnie dziecko, które w napadzie biegło naprzód, aż do napotkania przeszkody, o którą się przewracało. Woda, ogień, ani przepaść nie mogły go w biegu zatrzymać, ponieważ całkiem było nieprzytomne. „Bardzo jest prawdopodobnem, pisze autor,

¹⁾ Większość opisów, które poniżej podamy, zaczerpnięte są z źródłowej pracy BOURNEVILLE'a i BRICON'a w Archives de neurologie. Tomy XIII, XIV, XV i XVI.

że gdyby te napady nastąpiły w polu, gdzie dużo jest wolnej przestrzeni, tak długoby dziecko biegło dopóki nie upadło“.

TULPIUS w 1672 r. opisał przypadek bardzo szybkiego biegania w dzień i w nocy z bezustannymi ruchami ciała, aż się pot lał. Trwało to tak długo, aż chorego sen zmorzył. BOURNEVILLE i BRICON [skąd czerpiemy tę obserwację] utrzymują bardzo słusznie, że to nie jest *epilepsia procursiva* ani *chorea*, lecz najprawdopodobniej *paralysis agitans*.

PAULLINI (*Ephemerid. Nat. Curios. Observat. 181, 1696 r. str. 313*): Chłopiec norwegski leciał około 30 kroków, często padał, lecz podnosił się i biegł dalej. Jeżeli napad nastąpił na ulicy, w biegu nagle stawał nieruchomy, jak posąg. Po godzinie padał, jeżeli go nie podtrzymywano, wydawał głębokie westchnienia, zalewał się łzami i zasypiał. Po przebudzeniu się był w najlepszym humorze, jakby się nic z nim nie stało.

TISSOT opowiada w swoim dziele „*Traité de l'épilepsie*“, Lausanne, 1772, że już SENNEET w 1602 r. widział przypadki padaczki o odmiennych, niż zwykle objawach. „Niekiedy w lekkiej padaczce drgawki nie są, mówi on, ogólne i chore nie pada, jedni chorzy kręcą głowę, inni oczami, inni znowu poruszają ręką lub nogą, są wreszcie i tacy, co biegają lub kręcą się w koło, ale wszyscy to mają wspólne, że tracą przytomność i nie pamiętają, co z nimi zacho- dzilo“.

BOURNEVILLE i BRICON cytują jeszcze spostrzeżenia SAUVAGE'a, GAUBINS'a, TILENIUS'a i WICHMANN'a, opisane jako „*spasmes coordonnés*“ lub „*muscultation involontaire*“, lecz odnoszą się one wszystkie do ludzi starszych, niż lat 50 i zdają się być raczej *paralysis agitans*.

CAILLAU w 1797 r. opisuje mężczyznę, lat 65-iu, który nie chodził a biegł krokiem jednostajnym [jakby uciekał od prześladowania], aż w końcu padał.

HUFELAND opisał w 1811 r. trzynastoletniego chłopca, dotkniętego ruchami choreatycznymi w całym ciele. Chłopiec ten był niekiedy zmuszony biec szybko, kiedy indziej znów skakać, lecz zawsze bez utraty przytomności. Po leczeniu przez kilka tygodni *zinco oxydato*, został zupełnie wyleczony. Przypadek ten nie jest czysty, prawdopodobnie połączenie płasawicy z *epilepsia procursiva*.

LAU opisuje [w HUFELAND'S „*Journal der praktischen Heilkunde*“) w 1823 r. podobny do HUFELAND'owskiego przypadek, będący, zdaje się mieszaniną płasawicy z padaczką prokursyjną. Również, jak i poprzedni przypadek, bez utraty przytomności.

ITARD w 1825 r. opisuje dwa przypadki: 1) chory lat 50-ciu; na spacerze siła nieprzeparta ciągnęła go w stronę przepaści; utraty przytomności nie było. Po napadzie tym osłabienie, poty i obfite oddawanie moczu. 2) Człowiek lat 60-ciu od pewnego czasu miewał zawroty głowy. *Procursio* bez utraty przytomności. Potem następuje *hebetudo*, po 3-ich dniach *embarras de parole*. Po nowych napadach konwulsyjnych 6-go dnia śmierć. [Przypadek wątpliwy, ze względu na późny wiek i zejście. Prawdopodobnie zmiany organiczne w mózgu. *Autor*].

Tenże ITARD w pracy swej cytuje przypadek NICOLAS BECKER'a, dotyczący młodej dziewczynki, która skutkiem przestachu, spowodowanego burzą, ulegała napadom biegania wzdłuż swego pokoju, przy zupełnie zachowanej przytomności.

SEMMOLA w 1834 r. w pracy p. t. „*Sopra due mallatie non ancora descritte. Epilepsia dromica et trochaica. Napoli*“ ogłasza przypadek następujący: 26-letni mężczyzna od 11-go roku życia miewał napady szczególnych konwulsji, zaczynających się od silnego krzyku i naglej utraty przytomności. Chory zaczynał niezmiernie szybko biedz naprzód w linii zupełnie prostej i zatrzymywał się jedynie przed większymi przeszkodami. Jeśli napad następował przed schodami, to chory zadziwiająco szybko wbiegał na nie. Po kilku sekundach zatrzymywał się, przytomność wracała, twarz była mocno zaczerwieniona. Pamięci napadu nie miał wcale. Po 7 latach powtarzania się takich napadów 1—2 razy dziennie, zmieniły się one w zwyczajną padaczkę; chory tracił przytomność, padał na ziemię i obracał się kilkanaście razy naokoło swej osi podłużnej, wydając jednocześnie ciągłe okrzyki.

PORTAL w dziele swem: „*Observations sur la nature et le traitement de l'épilepsie*“ Paris. 1827 r. opisuje chorego, który ulegał napadom padaczki często podczas jedzenia. Wstawał wtedy od stołu, biegał naokoło pokoju i padał w napadzie najgwałtowniejszych konwulsji.

ESQUIROL (*Maladies mentales. Paris 1838*, tom I) przytacza 2, tu odnoszące się spostrzeżenia: 1) kobieta, dotknięta padaczką, w Salpêtrière kręciła się przez kilka minut w kółko; 2) chory biegał z całych sił naprzód, dopóki nie upadał; nic go powstrzymać nie mogło.

DELASIAUVE (*Traité de l'épilepsie. Paris, 1854*) wspomina o kilku chorych na padaczkę, z których jeden prędko i z siłą zrywał się ze swego krzesła, uderzając obydwoma rękami w swoje biodra przy każdym poruszeniu; po 3—4 minutach rzucał się naprzód, opisując cały szereg kół, coraz pełniejszych. Dwaj inni chorzy biegali 8—10 kroków, zanim upadali. Znowu dwaj inni cofali się o tyleż kroków w tył.

MOYNIER w 1855 r. opisuje dziewczynę 17-letnią, której matka i ciotka ze strony matki były dotknięte padaczką. Chora ta od dzieciństwa miewała zawroty głowy i konwulsje, w późniejszym wieku ulegała napadom, poprzedzonym aurą prokursyjną, t. j. czuła nieprzepartą potrzebę biegania przed zjawieniem się samego napadu padaczki. Od 2-ch miesięcy miała płasawicę.

SERRES (*Anatomie comparée du cerveau 1828*) obserwował 2-ch ludzi, którzy raptem uczuwali jakiś żywy ból, wydawali okrzyk i biegli naprzód, jakby uciekali przed jakimś niebezpieczeństwem. Po stu krokach upadali. U obu tych chorych znaleziono przy badaniu pośmiertnem zniszczenia głębokie w moście VAROL'a.

BÉRARD w 1847 r. [cytowany u OLIVIER d'ANGERS]. Chory uczuł nagle szum w uszach, chwilę później z bólu krzyczał, zaczął biegać jakby przed niebezpieczeństwem, wtem stracił przytomność i upadł przy objawach tonicznych skurczów w całym ciele. Badanie pośmiertne wykazało wylew krwi do mostu VAROL'a.

ROMBERG w 1857 r. przytacza chorego mężczyznę, lat 71, który cierpiał na bóle i zawroty głowy. Razu jednego dostał porażenia polywy twarzy i znieczulenia kończyny dolnej z tej samej strony i wkrótce potem wystąpiły objawy propulsyi. Gdy chciał w chwili tracenia równowagi zatrzymać się np. o drzewo, to musiał kilka razy obrót zrobić naokoło tego drzewa, zanim się mógł zatrzymać. Z wystąpieniem hemiplegii zupełnej i coraz częstszych w następstwie napadów propulsyjnych, nastąpiła śmierć. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono wylew w torebce wewnętrznej z przeniknięciem krwi do bocznej komory mózgu.

AUGUSTE VOISIN ¹⁾ opowiada, że widział w szpitalu w Bicêtre epileptyków, którzy wszystko niszczyli po drodze i w pędzie swoim prokursyjnym wpadali na stoły, drzwi, i t. p., albo nawet w galopie zlatywali ze schodów, nie wyrządzając sobie nigdy żadnej poważniejszej szkody.

TROUSSEAU ²⁾ przytacza bardzo ciekawy przypadek epileptyka budowniczego, który pomimo swojej choroby nie obawiał się wchodzić na rusztowania budujących się domów. Gdy dostał napadu, biegał prędko po wązkich deskach rusztowania i krzyczał głośno i urywanemi dźwiękami swoje nazwisko. Chwilę później już był znowu czynny i nic nie wiedział o przebyłym napadzie.

W pracy swej: „Guzy mózgu i jego opon“ pisze OBERNIER ³⁾ o chłopczyku, który po każdym napadzie epileptoidalnym pędził, jak dziki, 3 – 5 sekund. Przypadek ten jest przykładem niezmiernie rzadkiej postaci padaczki prokursyjnej, a mianowicie prokursyi po napadzie epileptycznym („*course post-épileptique*“).

NOTHNAGEL ⁴⁾ leczył chorego, u którego w miejsce zwykłych napadów epileptycznych niekiedy pojawiały się inne, polegające na szybkim bieganu po pokoju zupełnie bez przytomności. Tę postać padaczki opisuje on w sposób następujący: Chory szybko biega, będąc już nieprzytomnym, albo kręci się w kółko, poczem dostaje drgawek padaczkowych. Te ostatnie mogą wcale nie występować, a wtedy chodzenie i bieganie [prokursya] je zastępuje“.

HAMMOND ⁵⁾ podaje kilka interesujących napadów prokursyjnych u jednego i tego samego chorego. Razu jednego chory podczas dozorowania swoich robotników, położywszy rękę na głowie, podleciał nagle do parkanu, który z łatwością przeskoczył. Potem pobiegł na podwórze sąsiedniego domu, złapał tam kij i walił z całą siłą w drzwi i okna. Gdy go schwytano pomimo najrozpaczliwszych jego usiłowań wydostania się, wrócił do przytomności, nic nie wiedząc, co się z nim stało. Napad ten trwał tylko trzy minuty. Innego razu przy bólu i zawrocie głowy nagle wyleciał na ulicę i zaczął szybko kręcić się w koło. Trwało to około 4 minut. Jeszcze jeden napad nastąpił w mieszkaniu HAMMOND'a. Chory nagle zbladł, miał spojrzenie nieruchome, podniósł się

¹⁾ Artykuł o epilepsyi w „Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques“.

²⁾ „Clinique médicale de l'Hotel Dieu“ 1868. Paris, Edition III. Tome II.

³⁾ ZIEMSEN's Handbuch der speciellen Pathol. Theil II. 1. 1876.

⁴⁾ ZIEMSEN's Handbuch. Tom XII. 2. II wydanie. 1877.

⁵⁾ „Traité des maladies du système nerveux“. Tłom. francuzkie. Paryż 1879.

z miejsca, chwycił się brzegu komina i zaczął bardzo szybko biegać po pokoju poruszając ramionami i wydając jakiś nieartykułowany, osobliwy dźwięk. Po paru minutach się uspokoił. Podczas całego tego napadu twarz miał błądą a pod koniec napadu źrenice były rozszerzone.

Przechodzimy teraz do 4-ch przypadków BOURNEWILLE'a i BRICON'a ¹⁾, z których dwa są szczególnie interesujące ze względu na zakończenie ich autopsją.

Przypadek 1-szy. 15-letni chłopiec wstąpił do Bicêtre, gdzie przebył lat 9, aż do śmierci. Pierwsze napady wystąpiły u niego w 7-ym roku życia. Dziecko wydawało okrzyk „papa, mama“, i zaczęło biegać, aż do napotkania przeszkody lub osoby, o którą się zatrzymywało. Gdy nic mu nie stało na drodze, upadało. Napady stawały się coraz częstsze. W 12-tym roku życia chłopiec zaczął tracić pamięć i stał się złym i popędliwym. Gdy przyszedł do Bicêtre, zupełnie był pomieszany. Zasób jego wyrazów ograniczał się do sprośnych wyrazów i pluł ludziom w twarz. Napady przybrały wkrótce postać zwykłej *epilepsiae genuinae*. Umysł jego był coraz więcej zamroczony. Trzeba było go karmić, ubierać i rozbierać. Umarł na powikłanie *pleuritis et pericarditis purulenta*. Badanie pośmiertne, wykazało następujące nieprawidłowości: Lewa półkula mózgu waży o 25 grm. mniej, niż prawa i wogóle jest nieco nieprawidłowa; uderza w niej szczupłość środkowej części zawojów czołowych wschodzących, zrazu potylicowego, zmniejszenie pierwszego i drugiego zawoju skroniowo-potylicowego i t. d. Za najważniejszą i najprawdopodobniejszą zmianę, jaka w tym mózgu uderza, autorzy uważają zmianę w mózdzku. Lewa półkula mózdzku jest zanikła, stwardniała i waży o 30 grm. mniej niż prawa, [prawie połowę].

Przypadek 2-gi. W 2-gim roku życia chory dostał konwulsji, zwłaszcza z lewej strony, po których nastąpiła pareza i osłabienie władz umysłowych. W 12-tym roku wystąpiły pierwsze objawy prokursyjne: latał, jak szalony, po pokoju, wpadając na otaczające go osoby, poczem siadał. Twarz była błądą, a czynność serca burzliwa. Nie padał; mocz oddawał niekiedy pod siebie. Samogwałt. Wkrótce zwaryował. Wzmoczenie liczby napadów. Mówił tylko nieprzyzwoite wyrazy, które zawsze przed samym napadem powtarzał. Chodzić mógł tylko wtedy, jeśli go pod pachę potrzymano. Później pogorszyła się mowa i wzrok osłabł. Pod koniec wystąpiły prawdziwe napady padaczkowe, w jednym z których chory umarł, mając lat 17. Badanie pośmiertne: Główne zmiany w mózgu. Zanik i stwardnienie prawych zawojów ruchowych, zmiany w trzecim zawoju czołowym lewym. [Tłómaczą lewostronną paręzę i pogorszenie mowy]. Chroniczna *leptomeningitis*, niedostateczne przykrycie mózdzku mózgiem, zanik prawego *pedunculus cerebelli* i prawej piramidy, jak również lewej połowy rdzenia kręgowego. Mózdzek mniej był zmieniony, niż półkule mózgowe; prawdopodobnie wskutek tego niezbyt dawno datują napady prokursyjne. W każdym razie waga mózdzku była zmniejszona.

¹⁾ „Archives de Neurologie“ Tom XIII i XIV. 1887 i 1888.

Przypadek 3-ci. Chłopiec ze znacznem obarczeniem dziedzicznem, w dzieciństwie *pavor nocturnus* i złe odżywianie, później rozwijał się prawidłowo, dobrze się uczył i charakteru był łagodnego. W 13-tym roku zaczął biegać po pokoju z twarzą czerwoną, jak purpura i przekrwionemi oczami. Gdy napad nastąpił na ulicy, biegł bardzo prędko, prosto przed siebie, zatrzymywał się przez chwilę i przychodził do siebie zawstydzony. Pamięć i rozum nic nie ucierpiały. Wkrótce po rozpoczęciu się tych napadów stał się próżniakiem, złodziejem, hultajem i włóczęgą i kilkakrotnie odsiadywał karę w więzieniu. Jest to więc przypadek z tak częstą przy tem cierpieniu *folie morale*.

Przypadek 4-ty. Obarczenie dziedziczne. Drgawki przy ząbkowaniu. Chłopiec rozwijał się bardzo dobrze cielesnie i umysłowo. W 11-tym roku pod wpływem przełknięcia początek napadów epileptoidalnych, które się w następnych latach powtarzały 7—8 razy miesięcznie, dniem lub nocą. 3—4 razy miesięcznie zawroty głowy. Jeszcze parę lat później początek *epilepsiae procursivae*. Pewnego razu nagle pobladł i uleciałał 100 metrów naprzód, wrócił do pierwotnego swego miejsca i zaczął znowu rozmawiać. Po paru dniach, trzymając 2-letnią swą siostrzyczkę na ręku, zaczął z nią biedz; dziecko mu z ręki odebrano, ale on biegł dalej. Latał po swoim pokoju; niekiedy udawało się go gwałtem ułożyć na sofie, aż napad przeszedł, niekiedy zaś przewracał stół lub krzeszło i przeskakował je. Napady te, wzmagające się ciągle co do częstości i natężenia, nie wpłynęły źle na jego charakter.

LADAME ¹⁾ opisuje dokładnie następujący przypadek:

16-letni amerykańin, ciężko dziedzicznie obciążony ze strony obojga rodziców, w młodym bardzo wieku zdradzał złe skłonności: kłamał, kradł, był złym, porywczym i t. d. Żaden dom wychowawczy, ani poprawczy nie mógł sobie z nim dać rady. Od 10-go roku życia cierpiał na zawroty głowy z uczuciem strachu i nieprzewartą potrzebą biegania. Przytem miał halucynacje. Zaczął biegać kilka kroków naprzód i zatrzymywał się błądy i pokryty potem. Z początku napady te nie były połączone z utratą przytomności. Lecz gdy się później codziennie, nawet nocą powtarzały, tracił przy nich świadomość i nic nie pamiętał. Chory ten nie przedstawiał żadnych zбочeń w budowie czaszki i wogóle całego ciała. Napady te wkrótce przeistoczyły się w zwykłą padaczkę.

A. MAIRET ²⁾ [w Montpellier] podaje przypadek z badaniem pośmiertnem. Epileptyk cierpiał na podwójne napady: Lżejsze polegały na tem, że nagle obracał głowę w jedną stronę, zaczynał się śmiać, wydawał jakiś szmer wargami, gestykulował szeroko ramionami i po paru sekundach wracał do normy. Napady ciężkie również zaczynały się od śmiechu i żywej gestykulacji ramionami, poczem nagle biegał 20 — 30 metrów naprzód, padał na ziemię, przewracał się naokoło swej osi, a zakończeniem wszystkiego był zwyczajny napad padaczkowy. Chory ten zmarł, a badanie pośmiertne wykazało chroniczne

¹⁾ Revue médicale de la Suisse romande. 1889. 1. Artykuł: „de l'épilepsie procursive“. [Ref. w Neurol. Cntrbl. № 7. 1889].

²⁾ „De l'épilepsie procursive“, Leçons cliniques [Revue de médecine. 1889]. [Ref. w Neurol. Cntrbl. 1890. № 5].

zapalenie *durae, piaie arachnoideae*, silne przekrwienie mózgu i zanik ze stwardnieniem wewnętrznej powierzchni lewego zrazu potylicowego, górnej zaś i wewnętrznej powierzchni prawej półkuli mózdzku.

Z polikliniki ENLENBURGA i MENDEL'a ¹⁾ pochodzi następujący przypadek, opisany przez WEINSTOCK'a:

13-letni chłopiec, bez żadnej dziedziczności nerwowej, rozwijał się w dzieciństwie prawidłowo, drgawek, ani *pavor nocturnus* nie miał. W piątym roku życia wystąpiły, jakoby pod wpływem przełknięcia, pierwsze objawy obecnej choroby. Oczy dziecka stały się nagle nieruchome, lecz po kilku sekundach dziecko odzyskało zwykłą wesołość. Odtąd stopniowo dostawało napadów, które polegały na nagłej utracie przytomności, zaczerwienieniu twarzy, podnoszeniu się z miejsca, bieganiu kilka kroków naprzód z szeroko roztwartymi oczami i po kilku sekundach zatrzymywało się w swoim ruchu, nie wiedząc nic, co zaszło. Napadów tych w ostatnich latach bywało 20 — 30 dziennie i trwały najwyżej jedną minutę. Jeśli dziecko zaskoczone zostało napadem podczas jedzenia, to poruszało w dalszym ciągu niespokojnie łyżkę w ręku; przedmiotu, trzymanego w ręce, jeśli nie był zbyt ciężki, nie upuszczało, i t. d. Zresztą napady te były zupełnie identyczne z tylu innymi, dotąd przytoczonymi. Dziecko rozwija się prawidłowo, uczy się dobrze, charakter, ani zdolności umysłowe żadnego dotąd nie poniosły szwanku. Prócz plagiocephalii, żadnych zbożeń nie przedstawia. Zapytywany twierdzi, że w latach poprzednich zupełnie tracił podczas napadów przytomność, lecz widział różne postaci, o które się potem rozpytywał. Od paru lat już halucynacyi takich nie miewa i przytomność w napadzie traci całkowicie.

Wspomnieć też wypada o przypadku MESCHÉDE'go ²⁾, w którym obserwowano ruchy mimowolne i bezładne, ruchy rotacyjne, chwiejny chód, drżenie mowy i jąkanie; badanie pośmiertne zaś wykazało zanik jednej półkuli mózdzku i zmiany w *corpus denticulatum cerebelli*, które autor uważa za przyczynę objawów prokursyjnych.

Ostatni lat dziesiątek wzbogacił wielce ubogą dotąd kazuistykę omawianego tu cierpienia jeszcze o kilka przypadków, które jednak do dotychczasowych naszych na nie poglądów nie wniosły nic nowego, a mianowicie:

KRAMER ³⁾ opisuje 26-letniego mężczyznę, który od kilku lat cierpi na padaczkę. W wywiadach niema wzmianki o obciążeniu dziedzicznym. Napady padaczkowe zaczynają się u niego od aury, a kończą się zamroczeniem umysłu, dochodzącym niekiedy do gwałtownych objawów pobudzenia; niekiedy rozpoczyna te napady kręcenie się naokoło swej osi podłużnej. Toniczno-kloniczne drgawki, ugryzienie języka i t. d. Rzadziej bywa prokursya i ruchy manieżowe. Chory ten przedstawiał objawy otępienia umysłowego i zmarł na ospę. Badanie pośmiertne wykazało zanik ogólny mózgu. Autor zalicza

¹⁾ F. WEINSTOCK. Inaugural-Dissertation. 1889. „Ueber Laufepilepsie“.

²⁾ Cytow. u BOURNEVILLE'a i BRICON'a.

³⁾ Ueber *epilepsia cursoria s. rotatoria* [Aus der deutschen psychiatr. Klinik von prof. PICK in Prag]. Zeitschrift f. Heilkunde, 1890. Tom. XI.

ruchy, spostrzegane w tym przypadku, do rzędu tak często towarzyszących padaczce ruchów przymusowych (*Zwangsbewegungen*).

BUETTNER ¹⁾ przytacza dwa spostrzeżenia z praktyki prof. SEELIG-MUELLER'a, w których do napadów padaczkowych przyłączały się lub też samodzielnie występowały automatyczne ruchy naprzd. Znamioną ich różnicą od zwykłych ruchów przymusowych była utrata przytomności. Autor uważa objaw biegania przy *epil. procursiva* za psychiczny równoważnik padaczki, za czynność, wynikającą z epileptycznego zamroczenia umysłu. Ani anatomicznie, ani pod względem prognozy nie należy, zdaniem autora, uważać tej choroby za oddzielną postać padaczki. Różnica pomiędzy nimi jest nie zasadnicza, a tylko formalna.

MINGAZZINI ²⁾ w pracy swej klasyfikuje objawy prokursyjne i rotacyjne na podstawie własnych i cudzych spostrzeżeń w sposób następujący:

A) 1) *Aura circumcursiva*. 2) *Paroxysmus circumcursivus*.

B) 1) *Aura rotatoria*. 2) *Paroxysmus rotatorius*.

Objawom tym nie przypisuje autor żadnego prognostycznego znaczenia.

WINKLER ³⁾ przytacza przypadek padaczki prokursyjnej, w którym inteligencja chorego nie tylko nie była naruszoną, lecz przeciwnie, stała na bardzo wysokim poziomie; na tej więc podstawie nie uważa tej postaci padaczki za cierpienie korowe.

Ten przegląd literatury zakończymy wreszcie wzmianką o pracy BAUMSTARK'a ⁴⁾, który opisuje chorego z kliniki psychiatrycznej we Fryburgu. Chory ten dwa razy przebywał w tej klinice, w 14-ym i 17-ym roku swego życia. Poza głuchoniemotą siostry jego, żadnych oznak obciążenia rodzinnego. W pierwszym okresie obserwacyjnym chory ten był dotknięty napadowym szaleńcem padaczkowym, z występującymi w przerwach drgawkami, w drugim zaś okresie—stanami przygnębienia i napadami komatycznymi, a oprócz tego napadami biegania, trwającymi całe godziny, którym towarzyszyło wymyślanie na otoczenie, niezupełnie zrozumiała mowa, gniewny wyraz twarzy lub też dziwaczny śmiech. O napadach tych chory zachowywał tylko słabe wspomnienie i twierdził, że to tylko wie, iż w chwili występowania objawu biegania opanowywała go straszna wściekłość. Chory ten był przeniesiony do innego zakładu leczniczego.

*

*

*

Powróćmy do opisu wiadomości naszych o samej chorobie. Przebieg napadu *epilepsiae procursivae* naszkicowaliśmy na wstępie niniejszej pracy. Tu tylko dodamy, że napadom prokursyjnym towarzyszyć mogą różne halucynacje, lub też występować dopiero po napadzie; lecz nie stanowią one bynajmniej

¹⁾ Ueber *epilepsia procursiva* und die Bedeutung des Laufphänomens. [Allg. Zeitschr. f. Psych. XLVII, 5].

²⁾ Sui fenomeni *circumcursivi e rotatori dell'epilepsia*. [Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legato. vol. XX]. [Ref. w Neurol. Cntrbl. 1896. Nr. 4].

³⁾ Zeldzame gevallen van Epilepsie. [Psychiatr. en neurol. Bladen. 1897. Nr. 3 i 4]. [Ref. w Neurol. Cntrbl. 1898. Nr. 14].

⁴⁾ Ueber *Epilepsia procursiva*. Dissertation. Freiburg. 1897.

conditio sine qua non napadu. W żadnym z naszych dwu przypadków halucynacyi stwierdzić się nie dało.

Do częstych, jak chcą niektórzy autorzy, prawie stałych objawów, towarzyszących *epilepsiae procurrivae*, należy *folie morale*. Polega ona zarówno na zboczeniach moralnych w charakterze [kradzieże, gwałty, napady i t. p.], jak i w sferze płciowej. Najczęściej zdarza się tu samogwałt. Podobnego rodzaju zaburzenia widzieliśmy w pierwszym z opisanych przez nas przypadków.

Tak się przedstawia symptomatologia tej odmiany padaczki. Co się tyczy etyologii i patogenezy tego cierpienia, to nie mamy najmniejszej podstawy do wyodrębniania go z ogólnego obrazu padaczki. Da się tu prawdopodobnie zastosować wszystko to, co w ogóle o *epilepsia genuina* wiemy. A więc te same szkodliwe czynniki, w których rzędzie dziedziczność tak wybitną gra rolę [w naszych przypadkach dziedziczności chorobliwej nie było]. Jako przyczynę, bezpośrednio napad wywołującą u osobników predysponowanych, przełknięcie, przestרח na pierwszym należy postawić miejscu.

Zresztą, wiadomości nasze, dotyczące *epil. procurriva*, nie mogą już z tego względu być ściśle, że zazwyczaj napady prokursyi z biegiem czasu się przeobrażają w typowe napady padaczkowe [jak to było i w naszym drugim przypadku]. Z tego też niewątpliwie powodu opisaną jest tak skąpa liczba odnośnych spostrzeżeń; ulegając przeobrażeniu w zwykłą padaczkę, giną one z pamięci otoczenia chorego i częstokroć tylko przypadkowo [jak w naszym drugim przypadku] dostają się do wiadomości lekarza. Jesteśmy głęboko przekonani, że *epilepsia procurriva* w istocie nie należy do postaci chorobowych tak niezmiernie rzadkich, jak z literatury przedmiotu wnosićby należało.

Najciekawszą i najważniejszą, lecz zarazem najciemniejszą stroną tego cierpienia, jest, jak w ogóle w padaczce, jego anatomia patologiczna. Nie wszystkie z przytoczonych przez nas powyżej spostrzeżeń, rzeczywiście zaliczone być winny do tej kategorii. Pośród najstarszych opisów spotykamy niewątpliwie przypadki płasawicy, *paralysis agitantis* i t. p. W pierwszej połowie ubiegłego stulecia autorzy wprost zaliczali to cierpienie do płasawicy; obecnie już natura jego padaczkowa została niezbitnie ustalona. W niektórych przypadkach badanie pośmiertne wykazywało zupełnie ujemny rezultat, lub też zmiany takie, którym nie można było zasadniczego nadawać znaczenia. Najwięcej się zatrzymywano nad zmianami w mózdku, znajdowanymi niekiedy przy badaniu pośmiertnem osobników, u których zauważono objawy prokursyjne. BOURNEVILLE i BRICON znaleźli takie zmiany w dwu swoich przypadkach; toż samo było w przypadku MESCHÉDE'ego. Spostrzegano również zmiany i w samym mózgu, w różnych częściach jego; lecz zważywszy, że odnosiły się one do osobników zazwyczaj starszego wieku, w którym wylewy krwawe lub w ogóle zmiany naczyniowe do dość częstych zjawisk należą; dalej zważywszy, że nie towarzyszyły tym zmianom za życia chorych napady utraty przytomności, stanowiące, jak wiadomo, warunek niezbędny padaczki w ogóle, a prokursyjnej w szczególności, nie można odnośnych przypadków do padaczki zaliczyć. Wiemy wprawdzie, że niektóre choroby mózgowe organiczne cechują się różny-

mi ruchami przymusowymi (*Zwangsbewegungen*), które również i doświadczalnie na zwierzętach wywołać można, lecz są to przypadki organicznych cierpień mózgu, a nie padaczki samoistnej. Za taką możemy uważać te tylko przypadki z prokursją, które rozwinęły się w dzieciństwie lub najdalej w wieku młodzieńczym i którym stale towarzyszy utrata przytomności. Tak ograniczając się w rozpoznawaniu tego cierpienia, będziemy musieli, nawet wraz z NOTHNAGEL'em przyznając pewne znaczenie w tym względzie organicznym zmianom w mózgu, stwierdzić niezbitą fakt, że często żadnych w tem cierpieniu poważniejszych zmian organicznych w ośrodkach mózgowych znaleźć nie można.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Wartość kliniczna nakłucia lędźwiowego.

Podał

Kazimierz Rzętkowski.



[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 34].

SCHIFF jest zdania, że punkcja ma tylko tam znaczenie rozstrzygające, gdzie otrzymujemy płyn mętny, zawierający ciała ropne i większe ilości białka. Brak w płynie leukocytów wielojądrowych nie wyłącza możliwości sprawy ropnej. Atoli płyn przezroczysty ale krzepliwy przemawia za sprawą ropną. BRAUN na 8 badanych przypadków *mening. purulentae ac.* w 6-ciu znajdował leukocyty wielojądrowe; w dwóch pozostałych, pomimo rozlanego ropnego zapalenia opon, nie znajdował żadnych morfologicznych („*corpusculäre*“) elementów. Dużą zawartość w płynie leukocytów wielojądrowych uważa LEUTERT za oznakę sprawy ropnej. A. FRAENKEL przy *meningit. purulenta* widywał po większej części płyn bogaty w ciała ropne; czasem jednak płyn bywał zupełnie przezroczysty, co może powstać wskutek zrostów, oddzielających części pokryte ropą od tych, które uległy zapaleniu surowiczemu.

STADELMANN przy sprawach ropnych widywał płyny przezroczyste. To też brak ropy w płynie nie wyklucza dlań możliwości ropnej sprawy. I on również widywał w wysięku przy tej sprawie leukocyty wielojądrowe. Podaje on historję jednego przypadku *fracturae baseos crurii*, powikłanego ropnem zapaleniem opon, gdzie płyn był surowiczy, lekko zmętniały. W drugim znowu przypadku — z ropy, pozyskanej na sekcji, otrzymał mnóstwo drobnoustrojów ropotwórczych, podczas kiedy płyn badany za życia okazał się jałowym. To też, wbrew mniemaniu LICHTHEIM'a, uważa on, że możliwem jest przez czas dłuższy ropne zapalenie opon mózgu (*meningitis cerebralis*) bez ropnego zapalenia opon rdzenia (*meningitis spinalis*): w tych razach pa-sozyty i ropę znajdziemy tylko w płynie mózgo-rdzeniowym, który z tych lub

owych powodów może nie mieszać się z płynem rdzeniowym [patrz użej]. STRAUSS poddawał badaniu chemicznemu płyn, wydobyły dwukrotnie w jednym przypadku *mening. cerebr. epidem.* Znalazł on w tym płynie 1,08% i 1,13% substancji suchej i 0,79% 0,87% popiołu, trudno rozpuszczalnego w wodzie, łatwo natomiast w kwasie solnym z wydzielaniem CO₂. Co do ilości płynu, jaki STRAUSS otrzymywał w swoich przypadkach, to wynosiła ona od kilku kropli do 70 ctm. sz. W jednym z przypadków mierzył on również ciśnienie [przyp. I]: wynosiło ono w położeniu na boku 180 mm., przy siadaniu 230 mm., w pozycji siedzącej 220 mm. po wypuszczeniu 42 ctm. sz. płynu słup wody spadł na 140 mm. W kilku przypadkach STRAUSS robił po kilka nakłuć: im później kłuł, tem mniej płynu otrzymywał, tak np.

przyp. I 80 ctm. sz., w 12 dni później 42 ctm. sz.

przyp. II 60 ctm. sz., w 6 dni później 20 ctm. sz.

przyp. III 56 ctm. sz., w 13 dni później 52 ctm. sz.

Autor przekonał się na sekcji, że przyczyną tego zjawiska jest to, iż płyn z czasem staje się galaretowaty i coraz trudniej go wydobyć. Opony miękkie pokryte bywają w tych razach gęstym, galaretowatym nalotem, chociaż w komorach może się zbierać bardzo dużo płynu.

Taki nalot galaretowaty, ropno-włóknikowy w postaci błony fałszywej zatykał w jednym przypadku otwór MONRO; całkowicie zapełniał cysterny na podstawie mózgu i zamykał wszelką komunikację pomiędzy jamami podpajęczem. Już dzięki swej grubości [około 3 mm] i masie, wysięk ten uciskał na mózg, powodując objawy podwyższonego ciśnienia, niezależnie od dużej ilości płyna, który zebrał się w komorach.

Co się tyczy własności płynu przy ograniczonych sprawach ropnych w jamie czaszkowej, to nie są one wcale charakterystyczne. LEUTERT jest zdania, że punkcja nie pozwala nam częstokroć odróżnić ropnia mózgu od guza. BRAUN znowu widywał przy ograniczonych ogniskach ropnych płyn mętny. STADELMANN otrzymywał przy nakłuciach w przypadkach ropni mózgu rezultaty bardzo chwiejne. Ciśnienie w tych razach było rozmaite: to powiększone i wówczas płynu było więcej [do 70 ctm. sz.], to bardzo niewielkie. Płyny zawierały rozmaite ilości białka, bywały przezrocyste lub mętne i jałowe. Punkcja nie daje nam pewnych wskazówek, czy w przypadku podejrzanego ropnia w jamie czaszkowej mamy do czynienia rzeczywiście ze sprawą ograniczoną, czy też ze sprawą rozlaną. Te same uwagi autor wypowiada odnośnie do płynu przy zakrzepie zatok (*thrombosis sinuum*). Pacjent OPPENHEIM'a podczas obustronnego zapalenia ropnego środkowego ucha zaczął się skarżyć na bóle głowy. Do tego wkrótce dołączyły się takie objawy, jak *diplopia*, zastoina na dnie oczów, wreszcie prawostronna amauroza kompletna i porażenie lewego nerwu okoruchowego. Gorączki nie było. Przepuszczano mimo to ropień. BERGMANN wypuścił około 60 ctm. sz. płynu, który tryskał strumieniem. Stan chorego poprawił się wkrótce i chory wyzdrowiał. Był to więc nie ropień, lecz *meningitis serosa*, tego jednak nie rozstrzygnęło badanie płynu, ale zejście choroby. Podobne przypadki surowiczego zapalenia opon w trakcie ropnych spraw w uszach opisuje i QUINCKE w swojej monografii. Te i tym podobne przykłady dowodzą, jak małe znaczenie rozpoznawcze posiada nakłucie łądźwiowe w ropniach mózgu.

Co do pasożytów chorobotwórczych, jakie znajdowano w płynie mózgo-rdzeniowym, to, prócz wspomnianych wyżej laseczników gruźliczych, które pierwszy wykrył LICHTHEIM, znajdowano jeszcze inne, przeważnie ropotwórcze bakterye. LICHTHEIM wykrył streptokoki [dwa przypadki *mening. purul. ex otitide*], pneumokoki. Te ostatnie znajdował i FÜRBRINGER, który znalazł również i *diplococcum intracellular*. STRAUSS znajdował gronkowca złocistego, białe-

go i pneumokoki, LENHARTZ—pneumokoki FRAENKEL'a i WEICHSELBAUM'a, laseczniki tyfusowe. Te ostatnie znajdował i JEMMA. PFAUNDLER u dzieci z t. zw. charactwem szpitalnem (*Spitalkrankheit* HEUBNER'a) znajdował ropne koki, z czego wnosi, iż sprawa ta jest pokrewną ukrytej ropnicy. BRAUN znajdował, prócz ropnych koków, lasecznika okrężnicy. Wielokrotnie znajdowano WEICHSELBAUM-JÄGER'owskiego *diplococcum intracellularem* [patrz FÜRBRINGER XV Kongres str. 335]. Ciekawe są rezultaty badań FROHMANN'a, który badał bakteriologicznie płyn ropny, dwukrotnie wydobywany przez nakłucie u tego samego chorego. W obu razach badanie dało wynik ujemny. Sekcya wykazała *meningitis purulenta* z obecnością w ropie meningokoków, których jednak nie udało się wyhodować. W drugim przypadku [dziecko 5-mies.] pierwsze nakłucie dało zupełnie przezroczysty płyn jałowy, drugie — płyn z meningokokami. Na autopsyi, prócz przewidywanego ropnego zapalenia opon, znaleziono obustronną *otit. med. purulentam*. Ropa z uszu zawierała wyłącznie meningokoki, stwierdzone nie tylko mikroskopowo, ale i przy pomocy hodowli, która zachowywała się typowo; była ona niejadowita przy szczepieniu pod skórę, jadowita zaś—przy szczepieniu do jamy opłucnej i otrzewnej.

Przechodzimy z kolei do własności płynu mózgo-rdzeniowego przy guzach mózgu.

STRAUSS w jednym przypadku wypuszczał co 4 dni 50, 20, 33, 20 ctm. sz. płynu który wypływał kroplami. Był on przezroczysty, zlekką żółtawy, zawierał bardzo mało białka. Ciężar gatunkowy płynu wynosił 1003, sucha substancya 1,15%, popiół—0,91%.

LICHTHEIM w płynie przy guzach znajdował 0,8%, 0,4‰, 0,75‰ białka. Płyn krzepnął tylko wyjątkowo. W jednym atoli przypadku—gdzie za życia rozpoznano *mening. tbc.* na zasadzie tego, że wypuszczony płyn w ilości 45 ctm. sz. krzepnął, autopsia wykazała *sarcoma piae diffusum*. W jednym przypadku *sarcomatis cerebelli* LICHTHEIM wypuścił 26 ctm. sz. przezroczystego płynu żółtawego o ciężarze gatunkowym 1007 przy ciśnieniu początkowym 40 mm., końcowem 5 mm. Hg. W drugim zaś wypuścił—50 ctm. sz. takiegoż płynu pod ciśnieniem początkowym 25 mm., końcowem 0 mm. Hg. Oba te przypadki, wkrótce po nakłuciu zakończyły się śmiercią [patrz niżej]. SCHIFF również jest zdania, że właściwe sprawom zapalnym krzepnięcie płynu należy do wyjątków przy guzach mózgu. HEUBNER znajdował przy guzie mózgu 0,6‰ białka.

Według LEUTERT'a, płyny przy ropniu i przy guzach mózgu niewiele różnią się od siebie. FÜRBRINGER wypuszczał przy guzach mózgu 50, 60, 20 i 50 ctm. sz. płynu. Oto wszystko, co się da powiedzieć o płynie mózgo-rdzeniowym przy guzach mózgu.

Przechodzimy teraz do tych przypadków, kiedy płyn mózgo-rdzeniowy zawiera mniejszą lub większą domieszkę krwi. Bywa to w tych razach, kiedy worek mózgo-rdzeniowy zawiera płyn krwawy. Jeżeli worek ten zawiera płyn niekrwawy, to mimo to wypuszczany płyn może być zabarwiony krwią, pochodzącą z ukłucia, z zadrażnienia kręga i t. p. przyczyn. Wówczas pierwsze porcye płynu będą zabarwione krwią. Naturalnie będziemy mieć na względzie tylko te przypadki, kiedy cały płyn wypuszczany—od początku do końca—jest krwawy. BRAUN znajdował krwawy płyn po uszkodzeniach czaszki, przy których tworzyły się rozlane wylewy krwawe na powierzchni mózgu. GARRÉ w jednym przypadku *meningitis cerebro-spin.* znalazł płyn krwawy. Znajdowano również krwawe płyny w przypadkach przerwania się ogniska apoplektycznego do komór [QUINCKE, RIEKEN, FÜRBRINGER]. FÜRBRINGER przypisuje wydobyciu płynu krwawego duże znaczenie dyagnostyczne i kliniczne. Przytacza 4 przypadki, w których dzięki wydobyciu płynu krwawego, można było postawić rozpoznanie *haematomatis durae matris* pochodzenia urazowego lub sa-

modzielnego. W pierwszym przypadku (*nephritis interstitialis*, drgawki, *coma*) wydobyto 50 ctm. sz. krwawego płynu. Sekcja wykazała *haematoma durae* i krwawą zawartość w komorach. W drugim przypadku, w którym z powodu wysokiej gorączki myślnano o zapaleniu opon, wydobyto płyn krwawy; badanie pośmiertne wykazało wylew krwawy, pochodzący z tętniaka *art. Fossae Sylvii*, który przez komorę IV-tą przedostał się do kanału mózgo-rdzeniowego. W trzecim przypadku [pijak w *delirium* z raną na głowie—nieprzytomny—z prawostronnemi drgawkami] znaleziono czystą krew. Trepanacja wykazała istnienie *haematom. durae*. W jednym atoli przypadku rozpoznawano *haematoma durae*, co sprawdziło się na pośmiertnem badaniu, płyn jednak nie zawierał krwi. FUEBRINGER robił również nakłucie—zupełnie bezowocne nawet z aspiracją—w przypadku *haematorrhachis*, gdzie cały rdzeń był otoczony zbitemi skrzepami krwi. Znajdowano również krwawe wylewy przy *pachymeningitis haemorrhagica*, zranieniach kręgow, kontuzjach kręgosłupa.

Wspomniemy tu jeszcze o jednym pouczającym przypadku FUEBRINGER'a: w jednym przypadku *uraemiae* otrzymał nieco krwawego płynu; powtórzył nakłucie na drugi dzień—znowu parę kropli krwi. Przy badaniu pośmiertnem okazało się że wskutek pierwszego nakłucia utworzył się niewielki hematoma, z którego za drugim razem wydobyto nieco krwi. Ten pouczający przypadek stwierdza, że nawet postępując w myśl zasady GOLDSCHIEDER'a, iż płyn krwawy tam będzie napewno, skąd wydobywamy go kilkakrotnie, można się omylić. FUEBRINGER zaleca badanie krwawego płynu pod mikroskopem, w celu poznania z czerwonych ciałek krwi, czy pochodzi on z przypadkowego krwawienia z powodu nakłucia, czy też już z kanału mózgo-rdzeniowego. W przypadkach zranień przypadkowych w płynie, mikroskopowanym natychmiast po wydobyciu, widział on czerwone ciała nie zmienione zupełnie. W przypadkach zaś krwawień do worka mózgo-rdzeniowego [np. na skutek hematomatów, wylewów do komór i t. p.] czerwone ciała krwi były mocno zmienione (*Stechapfel-formen*).

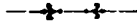
KROENIG znajdował w płynie, pochodzącym od hemiplegika, hematoidynę i hemosyderynę. Ciała te uważa on za ślady po dawnych wylewach krwawych wewnątrzmożgowych lub wewnątrzoponowych. Mogą one ewentualnie posłużyć za punkt wyjścia w różniczkowaniu zatoru (*embolia*) i krwotoku mózgowego.

Co się tyczy zachowania się płynu mózgo-rdzeniowego przy innych chorobach—nie mózgowych, to w tym kierunku istnieją w literaturze tylko pojedyncze, luźne wzmianki. Robiono zatem punkcję lędźwiową przy mocznicy [FUEBRINGER—dwa przypadki 90 i 50 ctm. sz. płynu], przy tyfusie brzuszny z silnemi objawami mózgowymi [KROENIG—ciśnienie w dwóch przyp. 275 i 200 mm. H₂O], w przypadku śpiączki cukrzycowej [KROENIG—ciśn. 175 mm. H₂O pod mikroskopem *corpora amylacea*], przy blednicy z uporczywemi bólami głowy [LENHARTZ, KROENIG 400 i 270 mm. H₂O; 0,4 i 0,5%₁₀₀ białka].

SEEGELKEN robił w celach leczniczych nakłucie w przypadku *encephalopathia saturnina* [ciężka śpiączka po napadzie drgawek]. Wypuścił on 60 ctm. sz. płynu o ciężarze gatunkowy 1008, zawierającego bardzo mało leukocytów i komórek śródbłonna. DENIGÈS i SABRAZÈS robili nakłucie w 1-y m przypadku wścieklizny: w płynie wydobytym znaleźli 0,2 grm. na litr białka, dużo substancji redukujących [odpowiednio 0,72 grm. glikozy na litr], dużo chlorków. Płyn ten, wstrzyknięty psu, w 2 miesiące spowodował wystąpienie wścieklizny u zwierzęcia. Ci sami autorowie robili nakłucie w 1-y m przypadku *epilepsiae procursivae*. STADELNANN nakłukał chorego w ataku histero-epileptycznym: znalazł ciśnienie nieco większe, niż normalne. Wreszcie BOZZOLO [Turyn] robił [w celach terapeutycznych] nakłucie w 3-ch przypadkach *choreae Sydenhami*.

[D. n.]

XI Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 34].

Prof. ZIEMBICKI [Lwów] mówił „O znieczulaniu lędźwiowem“. Prelegent stosował 62 razy znieczulenie rdzeniowe, w 14-tu za pomocą kokainy, w 48-iu przypadkach przy wyłącznem użyciu tropokokainy. W 13-tu przypadkach wobec niedostatecznego znieczulenia zmuszony był kończyć operację pod chloroformem. Na mocy krytyki zebranej statystyki, Z. dochodzi do przekonania, że w 3-ch przypadkach znieczulenie rdzeniowe było przyczyną bezpośrednią śmierci. Własne doświadczenie zbytnio nie zachęca prelegenta do zalecania tropokokainy jako środka znieczulającego, tem bardziej, że badania WIDAŁ'a stwierdziły w płynie mózgo-rdzeniowym po zastrzyknięciu kokainy lub tropokokainy zmętnienie, zależne od leukocytów.

Prof. KADER następnie miał odczyt p. t. „O znieczulaniu ogólnem“. Odczyt ten ukaże się *in extenso* w „Odczytach Klinicznych“. Tutaj zaznaczyć należy, że prof. K. ogranicza użycie chloroformu do operacji na głowie i szyi, w innych przypadkach posługuje się sposobem BIER'a, który stosował w 150-iu przypadkach.

Kol. SŁĘK [Lwów] demonstrował przyrząd do narkozy mieszanej sposobem WOHLGEMUTH'a. Sposób ten, stosowany na klinice prof. RYDYGIERA, jako kłopotliwy, wymagający do pomocy dwóch lekarzy, jednego do czuwania nad usypianym, drugiego nad wydobywaniem się i spadaniem kropeł chloroformu, nie okazał zalet, przewyższających zwykłą metodę chloroformowania i nie chroni od złych następstw chloroformu, czego dowodzi przypadek zejścia śmiertelnego w kilka godzin po operacji u chorej, dotkniętej *status thymicus*.

Doc. BARĄCZ mówił: „O narkozie chlorkiem etylu [kelenem]. Prelegent opisał pokrótce własności chemiczne kelenu i podał historię tej narkozy, następnie zdał sprawę z własnego doświadczenia w 33-ch przypadkach. Korzyści narkozy kelenem—zdaniem prelegenta—są następujące: nagłe wystąpienie narkozy, szybkie przebudzenie się, brak wpływu na tętno i jóddech, brak większego podniecenia i brak szkodliwych następstw narkozy: bólów głowy, wymiotów, podrażnienia dróg oddechowych. Niekorzystną stroną kelenizacji jest utrzymywanie się odruchów mięśniowych podczas całej narkozy. Narkoza kelenem nadaje się zatem do krótko trwających zabiegów, przy których nie zależy nam na zwiótczeniu mięśni, zatem do operacji flegmony, wyskrobianiu gruźliczych ognisk w kościach i gruczołaków zropiałych, dymienic i wyjęciu zębów. Przy wyjęciu zębów zastosował B. z korzyścią t. zw. wzmówione narkozy (*suggestierte Narkosen*) BRÖDTBECK'a; przy dłuższej trwających zabiegach użył z korzyścią narkozy mieszanej, rozpoczynając ją kelenem, a kończąc chloroformem. Autor omówił przytem szczegółowo technikę narkozy kelenem.

L. MIECZKOWSKI [Wrocław] w krótkim referacie „O usypianiu i znieczulaniu miejscowem“ zaznaczył, że na klinice prof. MIKULICZA używa się prawie wyłącznie do usypiania eteru, chloroform bywa tylko zastosowywany w przypadkach chorób płuc, nie powikłanych zmianami w sercu. Sposobu BIER'a używano w 52-ch przypadkach, przyczem w 24% nie można było osiągnąć zupełnego znieczulenia.

W dyskusyi prof. TRZEBICKY zaznacza, że w sprawie eteryzacji nie ma osobistego doświadczenia; kelen stosował dwukrotnie do znieczulenia bez nie-

przyjemnych powikłań, a znieczulenie rdzeniowe metodą BIER'a 230 razy z pomyslnym wynikiem, aczkolwiek co do niego napotykał trudności ze strony chorych, którzy woleli znosić ból, aniżeli pozwolić na wprowadzanie płynu do rdzenia.

Kol. PRUSZYŃSKI, zgodnie z zapatrywaniem prof. KADERA, stwierdza, że farmakologia chloroformu nie jest dokładnie opracowana i o wiele ustępuje wynikom badań nad środkami sercowymi. Wiadomo, że chloroform poraża najpierw substancję korową półkul mózgowych, następnie mózdzek, rdzeń kręgowy wreszcie rdzeń przedłużony i że wydziela się z ustroju w połączeniu z kwasem glikuronowym, nie mamy jednak pojęcia w jakim stanie chloroform krąży w ustroju. Słusznie kol. KADER zwraca uwagę, prócz na narządy oddechowe i serce, jeszcze na stan nerek; obecność śladów białka i cylindrów powinna stanowić przeciwwskazanie do stosowania chloroformu, o ile czynność nerek jest upośledzona. Tutaj można porównać zaburzenia w nerkach ze zmianami w sercu przy cierpieniach zastawek; przy wadach serca skompenzowanych P. nie bałby się chloroformu, tak samo przy skompenzowanych zmianach w mięszu nerkowym. Pod tym względem w ostatnich czasach posiadamy deskonale wskazówki przy badaniu moczu za pomocą obniżania punktu zamarzania moczu i surowicy krwi, z drugiej zaś za pomocą prób barwnikowych, np. wprowadzania do ustroju błękitu metylenowego. Badania co do tego ostatniego, wykonane na oddziale mówcy przez kol. F. MAJEWSKIEGO, wskazały, że sprawność nerek bywa różną pomimo braku białka i cylindrów. Badania chorych w tym kierunku przed stosowaniem chloroformu uchronić mogą od nieprzyjemnych powikłań i wszelkich niespodzianek, które przeważnie zależą od niedostacznego zbadania chorego przed narkozą, braku doświadczenia chloroformującego i zbytniego zwracania uwagi ze strony tego ostatniego na przebieg operacji. W każdym razie chloroformowanie w praktyce ambulatoryjnej stanowczo powinno być zaniechane. Niedostateczne wydzielanie jest przyczyną zatrzymania w ustroju chloroformu, czem można objaśnić powikłania pooperacyjne. Za najodpowiedniejsze środki ratowania przy zatruciu chloroformem P. uważa rytmiczne wyciąganie języka według LABORDE'a, a zwłaszcza masaż serca, który daje dobre wyniki w tych razach, gdy sztuczne oddychanie zawodzi. W razach rozpaczliwych należałoby wypróbować masaż obnażonego serca, według PRUSA. W szpitalach Warszawskich używa się chloroformu DUNCAN'a, który przelewa się do kroplomierzy; ostrożność, zaleconą przez kol. WEHRA nie otwierania dwukrotnie butelki z chloroformem, bo otwieranie naraża na stratę drogiego materiału, uważa P. za zbytęcną. Metody BIER'a w zastosowaniu P. nie widział, wiadomo mu, że w Warszawie używali jej koledzy KIJEWski i KRAJEWSKI. Metoda ta jednak, jako niezupełnie bezpieczna, o czem wiemy z odczytu prof. ZIEMBIKIEGO, a również i niepewna, nie wyruguje prawdopodobnie chloroformu, środka najlepszego, a nawet, o ile się zdaje, najbezpieczniejszego, o ile chirurg nie zaniedba odpowiedniego badania przedoperacyjnego i staranności przy narkozie. Co się tyczy kelenu, to przeciw niemu przemawia długa ekscytacja, a nadewszystko znane dwa przypadki śmierci przy tem znieczulaniu. Te dwa przypadki mówią więcej, aniżeli najniższe odsetki.

Kol. ŁEPKOWSKI [Kraków] wykonał 25 razy znieczulenie kelenem przy operacjach dentystycznych; sposób ten, jak się okazało, chorzy źle znoszą; występuje często znaczna błądosc powłok zewnętrznych, senność większa, aniżeli przy innych środkach, często skurcze mięśni. Zniechęcony kelenem, zaczął w ostatnich czasach stosować newrocodynę. W 10 minut po posypaniu tym proszkiem osiągnąć można zupełne znieczulenie miazgi zębowej.

[C. d. n.]

Pruszyński.

Wiadomości bieżące.

— Pisma codzienne podały wiadomość, że Rada Miejska Dobroczynności Publicznej, wobec kłopotliwego stanu finansowego podwładnych jej szpitali, wystąpiła do Ministerjum Spraw Wewnętrznych z projektem podwyższenia opłaty za leczenie chorych szpitalnych. Tym sposobem chory, nie należący do kategorii, która płaci rublowy roczny podatek szpitalny, ma płacić na sali wewnętrznej 50 kop., na chirurgicznej zaś 1 rubla dziennie. Że środki szpitalne są dziś arcyniewystarczające, a stan warszawskich szpitali jest oplakany, o tem wszyscy wiemy dobrze; pomimo to projekt Rady Miejskiej uważamy za nieodpowiedni, a nawet szkodliwy. Ma on oczywiście na celu z jednej strony zwiększenie funduszu, otrzymywanego z opłat za leczenie, z drugiej zaś strony zmierzając do tego, by zahamować napływ chorych prowincjonalnych do szpitali warszawskich, t. j. ma odgrywać rolę cła ochronnego dla tychże szpitali. Wartość cel nawet w dziedzinie handlowo-przemysłowej gospodarstwa społecznego napotyka wielu poważnych przeciwników; w sprawie zdrowia ludzkiego ograniczenia takie muszą być stanowczo potępione. Ci, którzy się choć odrobinę stykali z ludnością wiejską i małomiasteczkową, wiedzą dobrze, iż bardzo często nawet dzisiejsza opłata szpitalna bywa za wysoka dla teje ludności. Chłop jedzie leczyć się do Warszawy li tylko w ostateczności, gdy miejscowi lekarze uznają się za bezsilnych i prawie gwałtem go wyprawiają w drogę. To też przy dzisiejszych stosunkach nie za wiele, a pręcej za mało ludności wiejskiej jedzie leczyć się w szpitalach warszawskich. Zwolennicy podniesienia opłaty szpitalnej powiadają wprawdzie, że utrudniając chorym wstęp do szpitali warszawskich, zmusimy prowincję do większego dbania o swoje szpitale. No, niezupełnie. W całym Królestwie Polskiem, poza Warszawą i Łodzią, można naliczyć bardzo niewiele odpowiednio uzdolnionych chirurgów [nawiasem mówiąc, zawalonych robotą], tak, że właściwie nie każde nawet miasto gubernialne może dać pomoc chorobie, która wymaga cięższej operacyi. Otóż tak z za rękawa nie wytrząśnie się na poczekaniu kilkunastu chirurgów, okulistów, laryngologów, otyatrów i t. p. i nie powiększy się funduszów szpitali prowincjonalnych, które to szpitale także w większości przypadków zaledwie dyszą. To też, by podnieść szpitale prowincjonalne, potrzeba wyszukać dla nich także środki materyalne, a następnie zmienić zasadniczo system obsadzania posad lekarzy szpitalnych; trzeba by wprowadzić zasadę, by posady takie obsadzać lekarzami, którzy odbyli dłuższą praktykę pod okiem ordynatorów szpitalnych, oraz wykazali odpowiednie uzdolnienie do samodzielnego prowadzenia oddziału. Otóż wszystko to, gdyby nawet w rzeczywistości zaczęto myśleć o tem, doprowadzi do celu dopiero po latach. A cóż chorzy mają robić tymczasem? Umierać spokojnie lub leczyć się u znachorów w tych razach, gdy sumienni lekarze miejscowi im mówią, iż sami nic poradzić nie mogą. Z góry też można przewidzieć następstwa nowego projektu, o ileby ten wszedł w życie. Z jednej strony przyczyni się on do zmarnowania wielu jednostek, które mogłyby jeszcze być uratowane; z drugiej zaś — wpłynie demoralizująco na ludność. Boć nie trzeba na to być zbyt przewidującym, by z góry powiedzieć, iż znaczna liczba ludności będzie się podszyciła pod kategorię opodatkowanych rublem, i tym sposobem drogą wywołanego poniekąd ostatecznością oszukaństwa będzie się leczyła, płacąc jeszcze mniej, niż dziś płaci. Na to nie pomogą żadne zarządzenia, groźby, ani nawet kary, które zresztą, jak to dotychczasowa praktyka wykazała, są trudne do przeprowadzenia. Tym sposobem nawet przewidywane podwyższenie dochodów z omawianego nowego źródła, może się wprędce okazać mrzonką. Czyżby więc Rada Miejska uznała sama siebie za tak już bezradną i bezsilną, by się miała uciekać do łatania braków szpitalnych środkami tak niepewnymi?

S.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цѣнаурою Варшава, 16 Авруера 1901. Druk Kowalewskiego Warszawa Mazowiecka 8.

5 godz. od Warszawy,
godzina od Lublina,
5 wiorst od stacyi kolei
Nadwiślańskiej.

NAŁĘCZÓW

Poczta i telegraf
na miejscu. Powozy na
zamówienie.
W lecie omnibus.

*Zdrojowisko szczawiy zelazistej do picia i do kapieli. Kapiela błotna.
Hydroterapia.*

Zakład leczniczy cały rok otwarty ze ścisłym internatem i własną kuchnią dycetyczną. Masaż. Gimnastyka. Elektroterapia. Obok zakładu 40 willi, wygodnie urządzonych na pobyt letni. Dwóch stałych lekarzy i dozorczyń chorych. W lecie konsultanci i asystenci.

0-10 Dyrektor D-r A. PUŁAWSKI, b. ordynator Szpita. D. Jezus.

Kąpiele Borowinowe w Domu

przy użyciu

11-6

Wyciągów Borowinowych Mattoniego

Jedyny naturany zastępujący

Lecznicze kąpiele borowinowe

w domu i o każdej porze roku.

Sól borowinowa Mattoniego (wyciąg suchy) w paczkach po 1 kilo.

Ług borowinowy Mattoniego (wyciąg płynny) w butelkach po 2 kilo.

Przez szereg lat wypróbowane przy:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorosis, Anaemia, Scrophulosis, Rachitis, Flour albus, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, miedowładach, podagrze, reumatyzmie, artryzmie, rwie kulszowej i hemoroidach.

Dostać można we wszystkich aptekach, składach wód mineralnych i składach aptecznych

Heinrich Mattoni, Ces. i Król. Dostawca Dworu.

Franzensbad, Wiedeń, Karsbad, Budapeszt.

Wody mineralne, pochodzące ze źródła de l'ÉTAT

VICHY CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE, HOPITAL

Uprasza się o wymienianie źródła.

5 godz. od Warszawy,
godzina od Lublina,
5 wiorst od stacji kolei
Nadwiślańskiej.

NAŁĘCZÓW

Poczta i telegraf
na miejscu. Powozy na
zamówienie.
W lecie omnibus.

*Zdrowisko szczawiej żelazistej do plaża i do kąpiel. Kąpiele błotne.
Hydroterapia.*

Zakład leczniczy cały rok otwarty ze ścisłym internatem i własną kuchnią dyetetyczną. Masaż. Gimnastyka. Elektroterapia. Obok zakładu 40 willi, wygodnie urządzone na pobyt letni. Dwóch stałych lekarzy i dozorczyń chorych. W lecie konsultanci i asystenci.

0—11 Dyrektor D-r A. PUŁAWSKI, b. ordynator Szpit. D. Jezus.

NATURALNA

Maryenbadzka sól zdrojowa

w butelkach po 125 i 250 gr. i w paczkach po 5 gr.

WSKAZANIA:

Zastępować może źródło maryenbadzkie we wszystkich przypadkach, w których chorzy nie mogą udać się osobiście do Maryenbadu. W przypadkach tych naturalna sól maryenbadzka jest nie tylko najtańszym, lecz i najlepszym środkiem przy ogólnem otluszczeniu, otluszczeniu wątroby serca, zaparciu stolca i pletorze.

Nabywać można we wszystkich aptekach, składach materiałów aptecznych i wód mineralnych oraz bezpośrednio w ekspedycji głównej w Maryenbadzie (Czechy). 12—7

Wyroby z soli naturalnych—ekstrakt wody.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cukierki ułatwiające trawienie.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Do przyrządzenia samemu sobie woda alkaliczna gazowa.

Priessnicowski Zakład Wodoleczniczy 12—12

w Gräfenbergu, Szląsk Austriacki,

położony na wysokości 630 metrów w górach Altvater. Stacja D. Ż. Hydroterapia, Kąpiele z kwasu węglan. i elektryczne, Gimnastyka lecznicza etc.

Kierownik lekarski Dr. R. Hatschek, drugi lekarz Dr. A. Richter.

Sanatorium międzynarodowe


52—16 Szwajcarya, Davos - Dorf, Kant. Graubünden.

ZDROJOWISKO LETNIE I ZIMOWE.

Dyrektor D-r Med. Humbert

(dotychczasowy dyrektor Sanatorium Malvilliers).

Sanatorium pierwszorzędne z komfortem i z najnowszymi urządzeniami higienicznymi. Położenie piękne, słoneczne i od wiatrów zabezpieczone. Wielkie halle zwrócone na południe. Stara opieka. Leczenie według zasad Brehmera i Dettweilera.

 Prospekty gratis przesyła dyrektor zakładu lub właściciel

A. Hirsch.

Warszawski Zakład Ginekologiczny 0—17

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera, przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słabości. Opłata dziennie od 1.50 do 5 rb.

Pracownia analityczno-lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha.

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczo - pciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska № 127. (Zielna № 22).

10—8