

GAZETA LEKARSKA.

I. O ŁAGODNYCH OWRZODZENIACH GARDZIELI.

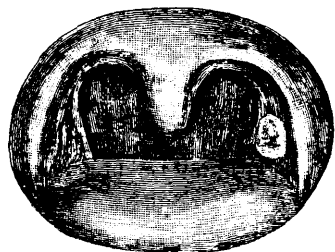
[Odczyt, wygłoszony w sekcji laryngologicznej i rynologicznej X-go międzynarodowego kongresu lekarskiego w Berlinie].

Przez

D-ra Teodora Herynga.

Cierpienie gardła, na które chciałbym dziś zwrócić uwagę Szanownych Kolegów, należy do wielkich rzadkości. Dokładniejszego opisu w żadnym z dostępnych mi źródeł lekarskich nie znalazłem. Może być, że forma ta, jakkolwiek jeszcze nie opisana, została już spostrzeganą. Nieraz zapewne była już powodem do dyjagnostycznych pomyłek.

Zagadkowa natura tego cierpienia wprowadza mnie do pewnego stopnia w zakłopotanie, gdyż nie ma ono dotąd nazwiska. Ponieważ przywykliśmy każdą formę cierpienia, przedstawiającą pewne wybitne, stale powtarzające się cechy, występujące zawsze wśród jednakowych objawów i mające jednakowy przebieg, określać pewnym naukowym terminem, choćby nawet etylogija i patogenija cierpienia nie były nam znane, więc i ja, owrzodzeniu, o którym dziś mówić zamierzam, nadam tymczasem nazwę *angina ulcerosa benigna*, dopóki nowe spostrzeżenia nie dadzą możności znalezienia definicji lepszej i ściślej-szej. Łagodne owrzodzenie gardzieli zwykle występuje po jednej stronie i pojedynczo, rzadziej z obu stron, zawsze w postaci owalnego, płytkiego wyżarcia, stale umiejscowionego na przednich łukach, w okolicy migdałków. Brzegi jego ostre, po większej części bez obwódki zapalnej, dno nieco zagłębione, z początku pokryte szarawo-białym nalotem, który z trudnością zetrzeć się daje. Długość owrzodzenia w wymiarze podłużnym wynosi około 1 ctm., szerokość 6—8 mm.. Owrzodzenie nie krwawi przy dotknięciu i jest wogóle mało bolesnem. Błona śluzowa, na którym występuje, jest nieco obrzękłą, zaczerwienioną.



Ow rzodzenie to zwykle bywa pojedyncze; nigdy nie widziałem, by powstało z pęcherzyków lub pryszczycy (*herpes, pemphigus*); nigdy nie znajdowałem, prócz danego owrzodzenia na łukach, podobnych zmian na błonie śluzowej miękkiego podniebienia, na tylnej ścianie gardzieli, wreszcie na błonie śluzowej policzków lub warg.

Po dwóch lub trzech dniach występują na dnie owrzodzenia czerwone punkciki, warstwa brodawkowa się oczyszcza, z brzegów nabłonka nasuwa się w kierunku do środka. Nalot znika wreszcie, a po upływie dziesięciu do dwunastu dni wszystko powraca do prawidłowego stanu, bez wytwarzania się tkanki bliznowatej.

W czterech przypadkach sprawa rozpoczynała się objawami zwykłej anginy kataralnej. Migdałki rzadko kiedy były obrzmiałe, w kryptach pojawiały się wtedy białawe punkta. Owrzodzenie powstawało nieco później, zwykle dopiero na trzeci dzień. Jednocześnie zjawiała się lekka gorączka, osłabienie, brak łaknienia i w pewnej mierze utrudnienie łykania. W sześciu przypadkach znalazłem rozlane zaczerwienienie podniebienia miękkiego lub języczka i tylnej ściany gardzieli. Chorzy uskarżali się na uczucie palenia i zasychania w gardzieli i podawali, że choroba zaczęła się gorączką, osłabieniem i brakiem łaknienia. W żadnym z tych przypadków oddech nie był cuchnącym, nie znalazłem również owrzodzeń na tylnej ścianie gardzieli, ani na muszlach nosowych, *resp.* w krtani. Zakłócenie stanu ogólnego szybko przechodziło, łaknienie poprawiało się i tylko utrudnione polykanie zmuszało chorych do zasięgania porady lekarskiej. Wielu chorych zgłaszało się z obawy dyfterytu, skoro spostrzegli ranek w gardzieli. Niektórzy, dotknięci niegdyś syfilisem, spieszyli do specjalistów, obawiając się recydywy. Do nich udawali się również ci, których przestraszył lekarz przez zadanie im odnośnych do syfilisu pytań. Tylko w jednym przypadku sprawa wystąpiła po operacji nosa, a mianowicie: po usnnięciu wałka chrząstnego z przegrody nosowej. Choroba u tego chorego zaczęła się gorączką, osłabieniem i utrudnionem polykaniem. Tylina ściana gardzieli była zaczerwieniona, lecz bez zajęcia migdałków. Typowe owrzodzenie znajdowało się po lewej stronie, na przednim łuku i dziesiątego dnia zupełnie się zabiłiżiło.

Co do patogenii cierpienia, ta dotąd jest mi zupełnie niejasną. Nie mogłem wykryć jako momentu etjologicznego ani zaziębienia, ani nadużyć alkoholowych lub też tytuniowych, spożycia nieświeżego mleka, lub zepsutych pokarmów. Wykluczyć muszę również oparzenie przez gorące napoje, wpływ kwasów lub silnych alkaliów.

Z wszelką pewnością można również wykluczyć syfilis, gruźlicę, wyprysk (*herpes*), lub bąblicę. Opisane tu nadżarcie na łukach obserwowałem dotychczas w 10-ciu przypadkach, mianowicie: u 7-iu mężczyzn i 3-ch kobiet. Wiek mężczyzn wahał się pomiędzy 14, a 38, wiek kobiet między 22 a 34 rokiem. U dziesięciu chorych cierpienie umiejscowiło się po jednej stronie, tylko u jednego chorego znalazłem owrzodzenia dwustronne, symetryczne, mianowicie: na obu łukach przednich, prawie jednakowej wielkości, usadowione na dość mocno zaczerwienionej błonie śluzowej.

Owrzodzenie zajmowało 5 razy lewy łuk przedni, 4 razy mieściło się na prawym łuku. Typowy zawsze wygląd owrzodzenia i stały kliniczny przebieg uwalniają mnie od potrzeby drobiazgowego opisu owych 10-ciu przypadków.

Co się tyczy zajęcia chorych, cierpienie to znalazłem u 2-eh adwokatów, raz u nauczyciela muzyki, raz u śpiewaka opery, dwa razy u uczniów szkół, trzy razy u słu-

żących, raz u żony obywatela wiejskiego. Pierwszy przypadek obserwowałem w Marcu 1881, drugi w Grudniu tegoż roku, trzeci w Kwietniu 1882, czwarta obserwacja pochodzi z Października 1885. Przypadki, 5, 6 i 7 obserwowałem jesienią roku 1889; 8 i 9 przypadek dał mi okazję do przedsięwzięcia badań bakteriologicznych, których wyniki są dosyć ciekawe, chociaż do ścisłych wniosków jeszcze nie upoważniają; 10-ty przypadek nadarzył mi się 13-ego Listopada 1891 roku.

Kwestyja, którąbym pragnął dziś wyjaśnić, może łatwo doprowadzić do zbyt pospiesznych dedukcyj. Dlatego też chciałbym najsamprzód na zasadzie moich dotychczasowych obserwacji postarać się o postawienie klinicznej dyagnozy i porównać to cierpienie z innymi pokrewnymi mu lub też podobnymi do niego stanami. Szukając w odpowiednich podręcznikach i monografiach opisu cierpienia mającego podobny wygląd, napotkamy pewne trudności co do dyagnozy. Ponieważ dyfteryt, przymiot i gruźlicę musimy bezwzględnie wykluczyć, a pod nazwą skrofulicznych owrzodzeń opisują nieraz inne cierpienia, zwykle dyskrazyjne, *resp.* przymiotowe, musimy więc przedewszystkiem bliżej przypatrzyć się dwóm formom, t. j. 1) tak zwanym kataralnym owrzodzeniom gardzieli i 2) cierpieniu, opisanemu przez MACKENZIE'go, jako *angina ulcerosa*.

Pierwszą formę uwzględnię później; mówiąc o aftach, zacznę od drugiej. *Angina ulcerosa* MACKENZIE'ge występuje przeważnie u studentów medycyny, dużo pracujących w prosektoryjum, lub podczas panowania epidemii dyfterytu i powstaje zapewne drogą septycznego zakażenia. Cierpienie rozpoczyna się gorączką, bólem głowy, bólem krzyża i ogólnem osłabieniem. Język jest mocno obłożony, prawie zawsze pojawia się *foetor ex ore*. Na migdałkach lub na podniebieniu wytwarza się jedno owrzodzenie, lub też większa ich ilość, od ziarna soczewicy do wielkości 20-tu kopiejek. Są one powierzchowne, nie zlewają się ze sobą i goją się szybko przy wzmacniającem leczeniu. Jest to więc sprawa od naszej odmienna. Rozpatrzę pokrótce wyprysk, *soor* i *aphtae*.

Angina wypryskowa (*herpes*) charakteryzuje się wytworzeniem okrągłych, z początku jasnych pęcherzyków i znaczną bolesnością. Wysypka zjawia się przeważnie w gardzieli i w krtani czasem i na wargach. Wkrótce w pęcherzykach powstaje wysięk ropny, błona śluzowa jest obrzmiała i silnie przekrwiona. Po pęknięciu pęcherzyka pozostaje błonka, lub nalot powierzchniowy, szarawy, który po kilku dniach odpada, nie pozostawiając owrzodzenia.

Możemy również pominąć i *soor*, tembardziej, że wszelkie wątpliwości usunięte zostają przez drobnowidzowe badanie nalotu. Znajdujemy bowiem w nim obfite i typowe nitki (*thallus*) grzybka *saccharomyces albicans*. Charakterystyczne są dla *soor* naloty nieregularnej formy pokrywające zwykle wargi, policzki, dziąsła, język i podniebienie, typową również znaczna bolesność i często występujący ślinotok, wreszcie dołączanie się tej formy do stanów kachektycznych.

Rozpatrzmy teraz cierpienie, określane zbiorową nazwą *aphtae*. Dopiero w ostatnich czasach nadał im ścisłą definicyję EUGENIJUSZ FRAENKEL. *Stomatitis aphthosa seu fibrinosa* polega, jego zdaniem, na ukazywaniu się plam, bądź to pojedynczo, bądź to grupami, szarej barwy, na nabłonku, złożonych z włókni-

kowego wysięku. Wysiękowi towarzyszy sprawa obumarcia nabłonka i brak zmian we właściwej błonie śluzowej. Pod względem histologicznym ognisko aft zawiera te same pierwiastki, co błony fałszywe przy krupie i dyfterycie. Białe ciała krwi przyjmują tu przeważny udział.

Z plam tych E. FRAENKEL otrzymał 2 razy hodowlę *staphylococcus citreus* i 1 raz *staphylococcus pyogenes flavus*, któremu przypisuje znaczny udział przy powstawaniu tego cierpienia.

Klinicznie występują afty, jako plamki okrągłe, podłużne, lub zębate, z ciemno-czerwoną, cienką obwódką. Zwykle się nie powiększają i mocno trzymają podstawy, tak, że bez krwawienia oddzielić się nie dadzą. Po ich usunięciu ukazuje się warstwa brodawkowa obnażona, która szybko się goi, nie pozostawiając nawet po sobie blizny.

Jakkolwiek afty ukazują się na najrozmaitszych miejscach jamy ust, najczęściej jednak występują na języku, wargach, rzadziej na miękkim podniebieniu i migdałkach. Powodują one, jak wiadomo, bóle, uczucie palenia, saliwacyję i dysfagiję. Choroba ta spozstrzegać się daje we wszystkich okresach wieku dziecinnego. Podług ВОHN'a, prawie połowa wszystkich przypadków przypada na drugi rok życia. Jako przyczynę uważają ząbkowanie, zakłócenia żołądkowe, podrażnienia mechaniczne, chemiczne i traumatyczne, które zmniejszają odporność błony śluzowej

Z tego nieco drobiazgowego opisu wynika, że pomiędzy owrzodzeniami przezemnie opisanymi, a aftami istnieje tylko podobieństwo co do wyglądu, podczas gdy objawy i istota tych spraw pod bardzo wieloma względami zupełnie się różnią.

Specyjalną formę *Anginae aphthosae* opisuje BERNARD FRAENKEL (*Real Encyklopedie EULENBURG'a, Angina, II wydanie*). Mówi on o nich, co następuje:

„Spotyka się również w gardzieli *Angina aphthosa*. Pojmuję pod tem nie kataralną *anginę*, która bywa przy *stomatitis aphthosa*, lecz prawdziwe afty, nad migdałkami, lub też w gardzieli. Nie są one bardzo liczne, znajdują się po większej części w mniejszej ilości w ustach, obok *stomatitis aphthosa*, zdarza się jednak, że się ukazują niekiedy i bez plam w ustach“.

Sądząc z tego ustępu, możnaby przypuścić, że B. FRAENKEL widział formy podobne do obserwowanych przezemnie. Opis jego nie wyjaśnia jednak kwestyi, czy cierpienie było obserwowane u dorosłych, czy owrzodzenie występowało zawsze, jak w moich przypadkach pojedynczo, na przednim łuku [wspomina on o licznych aftach], dalej, czy dokonane były badania drobnowidzowe i bakteryjologiczne. Gdyby tak było, możnaby wywnioskować, że i pojedyncze aftowe owrzodzenia mogą występować u dorosłych, bez jakiegokolwiek cierpienia błony śluzowej jamy ustnej. Nie rozstrzyga to jednak kwestyi, czy cierpienie było identycznym z formą przezemnie opisaną.

Na zasadzie moich spostrzeżeń uważam to za mało prawdopodobne; albowiem badanie bakteryjologiczne wydzielin tych owrzodzeń, prowadzone przez D-ra BURWIDA, a w dalszym ciągu przezemnie razem z D-rem LUBLINEREM, wykazało na dnie owrzodzeń dwie formy streptokokków, których czyste hodowle otrzymał pierwszy D-r BURWID i utrwalił za pomocą fotografii.

Badania bakteryjologiczne wydzielin owrzodzenia rozpocząłem we Wrześniu roku 1889. Po należytem oczyszczeniu owrzodzenia, usadowionego na lewym łuku przednim, wodą sterylizowaną, za pomocą wyjałowionej igły platynowej przeniósłem trochę wydzielin na żelatynę peptonową. Wynik był ujemny.

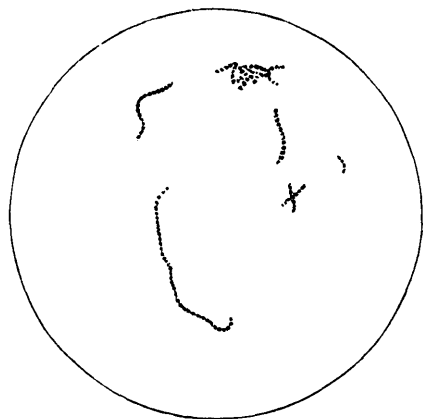
W Październiku tegoż roku skorzystałem z typowego przypadku lewostronnego owrzodzenia gardzieli [8 przypadek] do wykonania nowego badania bakteryjologicznego. Po wypłukaniu jamy ustnej wodą sterylizowaną zeskrobałem nieco nalotu z dna owrzodzenia, zabarwiłem wodnym roztworem błękitu metylowego i przygotowałem suche preparaty. Znalazłem w nich: 1) diplokokki i diplobacillusy. 2) Laseczniki dłuższe i krótsze, słabo się barwiące. 3) Pojedyncze kokki. 4) Streptokokki w dwóch odmianach. 5) Większe mocno barwiące się kokki, ułożone w czworoboki.

Następnego dnia D-r Odo Bujwid sporządził kultury na agarze i otrzymał wyniki dodatnie. Podaję tu opis jego poszukiwań.

„Wydzielina zaszczerpioną została za pomocą hodowli rysowej na powierzchni agarowej odwaru mięsopeptonowego, zarówno z dodatkiem gliceryny jako też bez niej. Pewna część hodowli znajdowała się w przestrzeni pozbawionej tlenu [roztwór pyrogallolu], hodowle zaś agarowe umieszczone zostały w termostacie. [Ciepłota 36,5° C.].

Po dwóch dniach pojawiły się kultury z początku słabo, 3-go zaś dnia wyraźniej. Rozwijały się w powietrzu lepiej niż w przestrzeni pozbawionej tlenu. Znalazłem dwie formy streptokokków i jeden rodzaj kokków.

Kokki przedstawiały się w postaci okrągłych, białoszarych kolonij, z wyzębionymi brzegami. Streptokok *A*, podobny do streptokokku *pyogenes*, miał kolonije drobne, białawe, wolno rosnące, dopiero 3-go dnia widoczne były punkciki i ziarenka.



Pod drobnowidzem znalazłem krótkie tasiemki, złożone z małych pojedynczych lub podwójnych kokków, oraz kokków większych, barwiących się jednostajnie za pomocą fioletu gencyjanowego. Streptokok *B*. był podobny do poprzedniego, lecz kolonije jego były 2—3 razy większe, rosły prędzej i tworzyły okrągłe białe plamki, z nieco wyzębionymi brzegami. Pod drobnowidzem spostrzegłem kokki rozmaitej wielkości [znacznie większe od formy *A*.], okrągłe lub owalne, które się grupowały w długie łańcuszki i tasiemki, lecz barwiły się niejednostajnie pomimo jednakich warunków hodowli.

Po upływie 48-iu godzin wystąpiła już bardzo wyraźna różnica pomiędzy *streptococcus A* i *B*. Pierwszy był zabarwiony jednostajnie, drugi niejednostajnie“.

Kolega BUJWID nazwał pierwszy paciorkowcem jednostajnym (*streptococcus monomorphus*), drugi paciorkowcem różnokształtnym, (*streptococcus variegatus*). Dokonane przez D-ra BUJWIDA szczepienia na myszach, świnkach morskich i królikach, pod skórę i do łącznicy oka, nie dały wyników dodatnich [4 myszy, 2 króliki, 2 świnki morskie]. [D. n.].

II. PRZYPADEK TEŻYCZKI, CZYLI TETANII.

[Rzecz, czytana w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem na posiedzeniu, odbytem 6. X. 1891].

Podał

D-r med. Władysław Świątecki,
lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Choroba, której przypadek zdarzyło mi się spostrześć w prywatnej praktyce, jest u nas rzadkością; nie będzie mi chyba przeto wziętem za złe, że spostrzeżenie to moje postanowiłem zakomunikować Szanownym Panom.

D. 19 Kwietnia 1891 r. przyniesiono mi dziewczynkę z kurczowem ułożeniem rąk i stóp. Z wiadomości dowiedziałem się, że Autosia S..., 2½ lat wieku leżąca, córeczka ślusarza, jest najmłodszem z trojga dzieci rodziców zdrowych, którzy nie przypominają sobie, aby kiedykolwiek podlegali jakim przypadłościom nerwowym. Matka naszej chorej, nosząc ją w łonie, czuła się zupełnie zdrową i w czasie tym nie doznawała żadnych wstrząśnień moralnych. Poród odbył się we właściwym czasie prawidłowo. Dziecko przez rok cały karmione było piersią matki. Ząbkowanie przeszło zwyczajnie. Wogóle, do wystąpienia obecnej choroby dziecko nie podlegało żadnym cięższym chorobom, a tylko, jak matka nadmienia, skłonem było do nieżytu nosa i kaszlu. W ostatnich jednak czasach, może od dwóch miesięcy, rodzice zauważyli u niej pewną trudność w chodzeniu, płaczliwy nastrój i niespokojny sen w nocy; od 2 tygodni upóźnione łaknienie, niechęć do zabawy, sennaść. Wczoraj z wieczora wystąpiły dreszcze, osłabienie, bóle w członkach. Około północy dziecko obudziło się z płaczem i narzekaniem na ból w rączkach, a matka zauważyła niezwykle ich ułożenie. W stanie tym rano widziałem chorą, a przy bliższem badaniu znalazłem stan następujący. Budowa odpowiednio do wieku dobra, odżywianie mierne, powłoki ciała blade. Twarz jakby nalana o wyrazie apatycznym, sennym. Obie źrenice równe i prawidłowo oddziaływają na światło. Lekki nieżyt spojówek, światło trochę razi chorą. Błona śluzowa nosa w stanie ostrego nieżytu. Język obłożony. Badanie płuc wykazuje obecność nieżytu oskrzelowego, który objawia się furezeniami, świstami i zaostreniem szmeru wdychowego. Najwięcej rzeń słychać od tyłu u dołu po obu stronach klatki piersiowej; kaszel suchy, niezbyt męczący. Tętno serca czyste. Tętno 100, dość pełne. Śledziony wymacać nie można, jednakowoż bardzo wyraźne stłumienie zaczyna się już na ósmem żebrze. Powiększenia wątroby wykazać nie można. Brzuch lekko wzdęty i nieco bolesny przy obmacywaniu. Od 2 dni nie było stolca. Skóra sucha; ciepłota ciała [pod pachą] wynosi 38° C. Przytomność zachowana. Dziecko wyrzeka na bóle w rękach i stopach. Obie rączki są charakterystycznie ułożone. Wszystkie palce zgięte są w stawach dłoniopalcowych, a wyprostowane w dwóch międzyczłonkowych; wielki i mały palec, w silnej addukcyi, końcami stykają się ze sobą i zarazem z trzema pozostałemi. Staw nadgarstkowy w stanie lekkiego zgięcia. Ułożenie to rąk jest jednakowe po obu stronach i kurczowo utrzymuje się stale. Przy użyciu pewnej, stosunkowo dość znacznej siły, udaje się palce wyprowadzić z zajmowanej przez nie pozycyi, lecz skoro się je tylko puści, natychmiast do niej wracają, czyli zachowują się jak sprężyny. Podobnie zachowują się i stawy nadgarstkowe; siłą udaje się wyprowadzić rękę ze stanu niepełnego zgięcia, ale pozostawiona samej sobie przyjmuje ona poprzednie ułożenie. Mamy więc przed sobą symetryczne, toniczne drgawki, odnośnych mięśni kończyn górnych. Ten sam charakter skurczów i analogiczne ułożenie palców znajdujemy na sto-

pach; stopa przedstawia się jako tylostopie (*pes equinus*), przyczem, wskutek zgięcia i skulenia palców oraz zagięcia ku dołowi brzegów stopy, na podszewie utworzył się rodzaj zagłębienia. Pozostałe stawy tak kończyn jako i tułowia nie szczególnego nie przedstawiają. Szczękami chora porusza swobodnie. Badanie, o którym była dopiero co mowa, sprawia dziecku ból; a oprócz tego, nawet gdy się dziecka nie dotyka, dobrowolnie występują bóle w końcach kończyn, przyczem zarówno w rękach jak i stopach i palcach występują drgawki kloniczne. Ucisk w miejscach przebiegu głównych pni nerwowych, np. w *sulcus bicipitalis internus* lub *in fossa poplitea*, wywołuje ten sam skutek. Odruchów kolanowych wywołać nie można. Istnieje dość znaczna nadczułość skóry na kończynach, lekkie nawet ujęcie jej w fałdę sprawia chorej ból. Bolesne są także wyrostki cierniste kręgow szjowych. Narazie musiałem się ograniczyć tem badaniem, na jakie pozwalał czas i okoliczności. Ścisłejsze badanie i dokładne rozpoznanie zmuszony byłem odłożyć do dnia następnego. Tymczasem, czyniąc zażość wskazaniu objawowemu, najważniejszemu, zaleciłem kąpiel 23° R, pół godziny trwającą, a do wewnątrz brom; dla sprowadzenia zaś stolca ławatywę z letniej wody.

20. IV. Wkrótce po kąpieli, jak twierdzi matka, przykurczenia rączek i stopek ustąpiły. Dziś rano stan gorączkowy utrzymuje się, ciepłota wynosi 38,7° C., tętno 108. Nózki i rączki w stanie lekkiego niedowładu; przykurceń nie ma. Ucisk w *sulc. bic. internus* po 1/2 minuty wywołuje napad kurczu odpowiedniej ręki z takimże ułożeniem jak poprzednio, po odjęciu uciskającego palca natychmiast kurcz ustępuje. W ten sam sposób bardzo łatwo wywołać kurcz stopy uciskiem na pnie nerwowe w dole podkolanowym. Mamy więc typowy objaw TROUSSEAU, patognomiczny dla choroby zwanej tężyczką, czyli tetanią. Badanie wrażliwości nerwów ruchowych na wpływy mechaniczne daje wynik dodatni. Przesuwając palcem po skórze twarzy, przez skroń ku kątowi szczęki dolnej, z chwilą gdy palec mija dolny brzeg łuku twarzowego, występuje błyskawicznie drgnięcie kąta ust i skrzydła nosa. Jest to z. zw. objaw CHVOSTEK'a, również cechujący wymienioną chorobę. U naszej chorej możemy go z łatwością wywołać po obu stronach twarzy, świadczy to o wzmożonej wrażliwości obu nerwów twarzowych na wpływy mechaniczne.

Powyższy wynik badania usunął wszelkie wątpliwości co do rozpoznania, jeśli one mogły istnieć dnia poprzedniego. Miałem więc przed sobą typową tężyczkę. Jedyłą chorobę, o której można było pomyśleć w danym razie, t. j. tężec, z łatwością wykluczyć się dało już choćby z powodu braku stężenia mięśni karku i szczękocisisku, nie mówiąc już o braku wzmożenia odruchów, które nawet były u mojej chorej zniesione. Chodziło więc tylko o wyjaśnienie, czy jest to tężyczka samoistna, czy też wtórorzędna, towarzysząca innej sprawie chorobowej. Matka chorej stanowczo przeczy, aby kiedykolwiek widziała glisty w kale dziecka; jak wiadomo pasorzyty te u dzieci są najczęstszą przyczyną tetanii.

Zaleciłem podawanie pastylek z santoniną, a potem kalomel w ilości 0,03, 3 razy dziennie. Wieczorem obfite wypróżnienie; glist nie było.

21. IV. Ciepłota 38° C, tętno 100. Przykurczenia nie powróciły. Objawy TROUSSEAU i CHVOSTEK'a wyraźne. Mocz ani białka, ani cukru nie zawiera. Ścisłe badanie kału pod drobnowidzem nie wykryło jaj pasorzytów kiszkowych. Dziecko bierze dalej kalomel, a po 6 proszkach ma zalecone 1/2 łyżki oleju rącznikowego.

22. IV. Wieczorem dnia wczorajszego chora miała kilka wodnistych wypróżnień, poczem nastąpiły obfite poty i sen spokojny. Dziś rano stan bezgorączkowy. Objawy TROUSSEAU'a i CHVOSTEK'a utrzymują się w całej sile. Nieżyt nosa i oskrzeli ustępuje. Tym razem badanie wrażliwości na elektryczność nie zostało dokonaniem. Matka, uważając swe dziecko za zupełnie wyleczone, przestała przychodzić z niem do mnie. Raz tylko, spotkawszy się ze mną na ulicy, w 2 tygodnie po ostatniej bytności, opowiedziała, że dziecko czas jakiś było osłabione i powłóczyło nóżkami przy chodzeniu. Zresztą było zdrowe, jak przed tą chorobą. Zastanawiając się nad tłem, na którym w danym przypadku wystąpiła tężyczka, bądź co bądź, zmuszony byłem przyjąć, iż głównym cierpieniem było zaburzenie trawienia. Wobec jednak dość charakterystycznego okresu zwiastnów (*stadium prodromorum*): dreszczu, nagłego wystąpienia napadu, powiększenia śledziony, gorączki, ustąpieniu której towarzyszyły obfite poty, mimowolnie nasuwała się myśl, że miałem do czynienia z jakimś zakażeniem, a zaburzenie czynności kanału pokarmowego było tylko jednym z objawów.

Dnia 16 Maja, a więc w niespełna miesiąc po wystąpieniu opisanych objawów chorobowych, matka przyniosła mi to samo dziecko, znów z objawami tężyczki i opowiedziała, co następuje. Do dnia wczorajszego, zdaniem jej, dziecko zupełnie było zdrowem. Wczoraj marudziło, pokładało

się i często bez powodu płakało; straciło łaknienie; stolec się zatrzymał. Podany olej rycynowy sprowadził kilka wypróżnień. Mimo to, w nocy, podczas snu, wystąpiły kurcze. Zaczęło się od rączek, a wkrótce potem przykurczenia zajęły i stopki. Ciało było rozpalouem, a zrana około 4-ej godziny dziecko bardzo się spociło. Badanie wykazało stan zupełnie taki sam, co i podczas pierwszego napadu: takie same przykurczenia rąk i stóp, a oprócz tego od czasu do czasu, wskutek klonicznych drgawek odpowiednich mięśni, wznagały się kurcze, powodując dotkliwy ból, dziecko krzyczy i płacze. Objaw CHVOSTEK'a wyraźny. Ucisk w *sulc. bicip. internus*, po $\frac{1}{2}$ minuty trwania, wywołuje silniejsze przykurczenie w rękę odpowiedniej strony. Język obłożony, spojówki lekko nastrożone, nieżyt nosa; w płucach suchy nieżyt oskrzelowy. Stłumienie śledziony sięga o jedno żebro wyżej niż zwykle. Śledziony podobnie jak i wątroby nie wyczuwa się. Ciepłota 37,2° C. Tętno 132. Oddech 30. Odruchy kolanowe zniesione. Ucisk na wyrostki cierniste kręgow szczykowych bolesny. Senność. Dziecko zasypia nawet podczas badania. W czasie snu towarzyszy skurcz kończyn nie następują; przeciwnie, co kilkanaście sekund zjawiają się drgawki kloniczne, przyczem od czasu do czasu dziecko się budzi i płacze z bólu. Zalecono kąpiel 28° R. i bromek sodu do wewnątrz.

Dnia 17. V. Ciepłota 38° C. Tętno 120. Przykurczenia zwolniały. Objawy TROUSSEAU'a i CHVOSTEK'a wyraźne. Odruchów kolanowych brak. Przytomność zachowana. Było kilka wypróżnień. Leczenie dalej to samo. Krew badana pod drobnovidzem nie przedstawia nic niezwykłego. Badanie zabarwionych preparatów na obecność drobnoustrojów, jakoteż i poszukiwanie w kale pasożytów, daje wynik ujemny. Leczenie to samo.

Dnia 18. V. rano. Stan bezgorączkowy. Rączki zupełnie swobodne; utrzymuje się pewne jeszcze stężenie mięśni stópek, dziecko jednak już chodzić może. Katar i kaszel mniejsze. W nocy chora budziła się z płaczem, narzekając na ból w nóżkach. Objawy TROUSSEAU'a i CHVOSTEK'a bardzo wyraźne.

19. V. w południe. Dziecko nie gorączkuje. Mocz zawiera dużo moczanów. Sen był spokojniejszy. Kończyny tak górne jak i dolne są wolne od kurczów. Pobudliwość mechaniczna nerwu twarzowego z prawej strony wyraźniejsza niż z lewej. Bolesność wyrostków ciernistych kręgow szczykowych znaczna. Uderzenie palcem w miejscu przebiegu nerwów w dole podkolanowym wywołuje toniczne, krótkotrwałe, lecz bardzo bolesne drgawki w odpowiedniej stopie. W celu pobudzenia upośledzonego łaknienia zapisano chorej odwar kory chinowej z kwasem solnym.

22. V. 2 godz. po południu. Stan bezgorączkowy. Łaknienie poprawiło się. Kończyny dolne w stanie lekkiego niedowładu. Objaw twarzowy i TROUSSEAU'a wyraźne.

24. V. Stan taki sam. Objaw CHVOSTEK'a i TROUSSEAU'a po obu stronach równie dobrze wyraźny. Badanie prądem galwanicznym wykazuje raczej zmniejszoną niż podwyższoną wrażliwość. Do badania użytą była maszyna STÖHRER'a. Biegun obojętny na mostku KaSZ dopiero przy 16 elementach (*musc. biceps*). KaSZ dopiero przy 12 elementach (*n. facialis*).

25. V. Objaw CHVOSTEK'a wyraźniejszy z prawej niż z lewej strony. Objaw TROUSSEAU'a bardzo wyraźny na górnych, a słaby na dolnych kończynach. Wrażliwość na prąd faradyczny zmniejszona. Do badania użyto maszyny Berenta i Plewińskiego [kliuika prof. THUMASA]. Odruchów kolanowych brak. Łaknienie, stolec, sen, nie pozostawiają nic do życzenia. Stan bezgorączkowy.

27. V. Stan taki sam. Zaczęto podawać chorej antypirynę w ilości 0,2 — 3 razy dziennie. Kąpiel 28° R. na noc.

28. V. Objawu TROUSSEAU nie można wywołać nawet mimo ucisku, 4 minuty trwającego. Objaw CHVOSTKA znikł zupełnie po stronie lewej, po prawej bardzo słaby. Leczenie dalej to samo.

30. V. Stan ogólny dobry. Matka uważa córkę za zupełnie zdrową, jednak dziecko czasem skarży się na bóle w palcach rąk. Objawy Tr. i Ch. nie powróciły. Odruchów kolanowych stałe brak. Wrażliwość na prąd stała zmniejszona.

1. VI. Stan bezgorączkowy. Objaw TROUSSEAU po 3 minutach na rękę lewej. Objaw CHVOSTEK'a wyraźny po obu stronach. Chora przyjmuje dalej antypirynę i kąpiele.

2, 3 i 4. VI. Stan ten sam.

5. VI. Objaw Tr. — po minucie. Objaw Ch. bardzo wyraźny po obu stronach. Sen niespokojny, bóle w rękach i stopach. Śledziona ciągle o jedno żebro wyżej sięga swoją tępością. Ciepłota 38° C. Poty. Zalecono podawanie siarczanu chininy w ilości 0,12—3 razy dziennie.

6. VI. Stan bezgorączkowy. Objawy Tr. i Ch. zachowują się jak wyżej.

8. VI. Stan ten sam. Słumienie śledziouy nie zmniejszone. Objawy Tr. i Chv. słabe. Odruchy kolanowe, choć nie bardzo wyraźne, jednakowoż dają się wywołać.

12. VI. W ogólnym stanie zdrowia nie można wykazać zbroceń. Łaknienie, stolec, sen, humor dobre; wygląd również lepszy. Objaw Tr. słaby i tylko na górnych kończynach. Objaw CHWOSTEK'a tylko po stronie prawej udaje się wywołać przesuwaniem palca, po lewej stronie dopiero uderzenie młotkiem wypukowym poniżej łuku twarzowego daje słaby skurez mięśni podnoszących kąt ust i skrzydło nosa. Stan taki utrzymywał się tygodniami.

Dnia 8. VII. Objawu TROUSSEAU'a nie ma. Objaw CHWOSTEK'a bardzo słaby i tylko po stronie prawej za uderzeniem młotka. Odruchy kolanowe są, choć słabe.

Około połowy Sierpnia, mając sposobność widzieć chorą, nie mogłem wykazać u niej żadnego z objawów tężyczki, uznałem więc ją za zupełnie wyleczoną z tej choroby.

Zastanawiając się nad opisanym tu przypadkiem chorobowym, po uwzględnieniu objawów i jej przebiegu, zdaje mi się, że niedalekiem od prawdy jest przypuszczenie, iż miałem przed sobą tężyczkę samoistną, polegającą na jakimś swoistem zakażeniu. Być wreszcie może, że to był rodzaj zakażenia błotnego, za czem przemawiałoby powiększenie śledziouy oraz jakoby dobry skutek leczenia chininą. Obok tego niezrozumiałem dla mnie było ustąpienie objawów TROUSSEAU'a i CHWOSTEK'a zaraz w początku podawania antypiryny, co miało miejsce 28. V. Skutku nie można było przypisać działaniu tego leku, ponieważ mimo podawania go w dalszym ciągu objawy te powróciły.

Niezwykłą rzeczą w moim przypadku było zachowanie się nerwów względem elektryczności. Wiemy bowiem, że gdy pobudliwość nerwów na prąd stały u takich chorych jest prawie zawsze podwyższoną, u mojej chorej nawet zmniejszoną się wydawała. Ponieważ atoli badałem bez galwanometru i nie mogłem dlatego ściśle oznaczyć siły prądu, przeto nie będę obstawał za zmniejszeniem. W każdym razie zwiększenia pobudliwości nerwów na prąd galwaniczny nie było. Podczas i po obserwacji rzeczonoego przypadku udało mi się spostrzegać główny objaw tężyczki, t. j. obustronny toniczny skurez rąk z charakterystycznym ułożeniem ich, w trzech przypadkach ostrego nieżytu żołądka i kiszek.

Pierwszy przypadek dotyczył mężczyzny, W. L., 26 lat, szewca, którego przyjąłem na salę 30-tą naszego szpitala, dnia 22-go Czerwca b. r., z objawami *gastro-enteritidis acutae*. Przyczyną choroby był błąd dyjetetyczny, a mianowicie: objedzenie się rzodkwią z równoczesnem wypiciem dużej ilości zimnego, surowego mleka. Po kilkudniowem trwaniu wymiotów i biegunki, połączonych z bólami brzucha i wydymaniem, wystąpiły bolesne kurcze, najpierw w rękach i przedramionach, a potem w obu łydkach. Przed 10-ma miesiącami chory ten zapadł był już na podobną chorobę: choroba trwała 3 dni, poczem chory przyszedł do zupełnego zdrowia.

W czasie przyjęcia do szpitala, z powodu obecnej choroby, zauważyłem, prócz objawów ostrego nieżytu żołądka i kiszek, nierówność źrenic, lewa była szerszą od prawej, obie leniwo oddziaływały na światło. Obie ręce w stanie t y p o w y c h t ęż y c z k o w y c h s k u r c z ó w (*main d'accoucheur*—TROUSSEAU). Przedramiona silnie kurczowo zgięte w stawach łokciowych i w zupełnej pronacji. Inne stawy wolne. W ułożeniu stóp, mimo skarg chorego na bóle w łydkach, nie znajdujemy nic wybitnego. Mięśnie łydek zdają się być tylko nieco twardszemi niż inne [np. mięśnie uda]. Świadomość w zupełności zacho-

wana. Po wstrzyknięciu $\frac{1}{4}$ grana morfiny pod skórę brzucha, niebawem przykurczenia ustąpiły, zarówno jak i nierówność źrenic.

Dalszy przebieg choroby spostrzegałem z kol. PUŁAWSKIM, na którego sali leżał chory. Badanie prądem stałym wykazało podniesienie wrażliwości nerwów i mięśni [Kol. PUŁAWSKI]. Ani razu w czasie pobytu chorego w szpitalu nie można było wywołać objawu TROUSSEAU'a, ani też objawu CHVOSTEK'a; kurcze nie powróciły. Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia, chory nasz wypisał się jako zdrowy 4-go Lipca tegoż roku.

Drugi przypadek widziałem w ambulatoryjum naszego szpitala. Był to sześćo-miesięczny chłopczyk, G. S.. Za pierwszym widzeniem, 28-go Lipca z. r., znalazłem stan bardzo ciężki. Wyniszczenie i osłabienie znaczne. Od kilku dni trwają wymioty i rozwolnienie; brzuszek wzdęty i bolesny. W drogach oddechowych objawy nieżytowe. Tętno 160. Stan gorączkowy. Zaleciłem kalomel z bizmutem, okłady ciepłe na brzuszek i wino kroplami, a za pokarm wyłącznie pierś matki, od której niedawno dziecko było odstawione. Drugi raz przyniesiono mi to dziecko 3-go Sierpnia, czyli po 6-ciu dniach. Po kalomelu miał się stan poprawić, wymioty i rozwolnienie ustały i dziecko chętniej już za pierś chwyciło. Od dnia poprzedniego ponownie wystąpiły groźne objawy gastryczne, a obecnie zrana pojawiły się przykurczenia w rączkach. Znalazłem wyniszczenie większe; oczki zapadłe, usteczka rozwarłe, jama ust suchawa, na jej błonie śluzowej liczne pleśniawki. Tętno ledwo wyczuwalne, nitkowate. W płucach i sercu nic nieprawidłowego. Obie rączki charakterystycznie dla tężyczki przykurczone. Objawów TROUSSEAU'a i CHVOSTEK'a brak. Ciepłota ciała niższa od prawidłowej.

Zalecono środki podniecające, oczyszczanie jamy ustnej i wymywanie rozczynem boraksu.

Wieczorem dnia tego dziecko zmarło.

Trzeci nakoniec przypadek dotyczył kobiety, lat 70, niejakiej B. A., żebraczki, którą leczyłem z powodu ostrego nieżytu żołądka i kiszek na sali 9-ej [oddział D-ra WÓJCIKIEWICZA].

Objawy były bardzo gwałtowne, a między nimi nader przykrym dla chorej objawem były kurcze w łapkach i rękach z typowym tężyczkowym ułożeniem ostatnich. Objawów innych charakterystycznych dla tężyczki ani razu podczas obserwacji nie dostrzeżono. Przybywszy do szpitala 30-go Sierpnia, opuściła go, jako zdrowa, po dniach dziesięciu.

Z trzech tych spostrzeżeń zaledwie pierwszy przypadek mógł być uważanym za tężyczkę, za czem przemawiałyby typowe przykurczenia rąk, przy nieznacznym zajęciu kończyn dolnych; podniesienie pobudliwości na prąd stały; wreszcie okoliczność, że chory raz już podlegał podobnej chorobie. Atoli ani objawu TROUSSEAU'a, ani twarzowego objawu CHVOSTEK'a wywołać nie było można. Trudno więc przypadek ten uważać za typową tężyczkę.

Tem mniej powiedzieć to można o przypadku drugim i trzecim, gdzie prócz kurezów tonicznych w rękach, cechujących wprawdzie będącą w mowie chorobę, nie mieliśmy innych jej objawów. Opis ich przytoczyliśmy dlatego, iż na pierwszy rzut oka zdawały się być tężyczką.

A teraz z okazji moich spostrzeżeń niech mi wolno będzie podać zarys nozologiczny tężyczki, zaczerpnięty z dostępnej mi literatury, a przeważnie z wydanej w tym roku monografii, której autorem jest uczeń NOTHNAGEL'a, D-r LOTHAR v. FRANKL-HOCHWART ¹⁾. W pracy swej, prócz wyczerpującego traktatu o tej chorobie, zebrał on całą odnośną literaturę od 1830 r., aż do chwili obecnej.

Tetania ²⁾, tężyczką po polsku zwana, jest to nerwica spastyczna, z zazwyczaj dzieci i młodych ludzi napastująca, która cechuje się głównie napadami, obustronnie występujących tonicznych drgawek w pewnych grupach mięśni kończyn, oraz podwyższeniem mechanicznej i elektrycznej pobudliwości nerwów obwodowych, przy zachowanej świadomości. Choroba ta, jak to wykazał IMBART-GOURBEYERE ³⁾ i inni, spostrzegana była i dawniej. Pierwszą atoli dokładną wiadomość o niej podał w r. 1840 STEINHEIM, lekarz niemiecki z Altony, który w pracy swej p. t. „Zwei seltene Formen des hitzigen Rheumatismus“ (HECKER'S *Annalen*. B. XXVI. 1830. str. 22), opisał chorobę identyczną co do objawów ze znaną nam dziś tężyczką. W rok po nim, francuz DANCE ⁴⁾, zdaje się, zupełnie nie wiedząc o pracy poprzednika, podał opis tejże choroby pod nazwą „tétanos intermittent“.

[D. n.].

III. O STOSOWANIU KOFEINY W CHOROBACH SERCA I NEREK.

Napisał

D-r Med. J. Pawiński,
ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 5].

Spostrzeżenie 9. Przeciążenie serca u chorej, dotkniętej przewlekłym zapaleniem nerek. *Nephritis mixta chronica. Insufficiëntia v. mitralis relativa. Dyssystolia cordis.*

Pon... Anna, lat 50, przybyła do szpitala dnia 3 Marca 1890 r. uskarżając się na silną duszność, bicie serca i ból w sercu.

Zachorowała przed dwoma tygodniami, w kilka godzin po wysiłku, jaki zrobiła, niosąc ½ korca kartofli, na przestrzeni 2 wiorst. Wkrótce też wystąpiła silna duszność, tak, że chora uleżeć

¹⁾ Die Tetanie. Berlin. 1891.

²⁾ Miano to wprowadził do nauki CORVISART. Chorobę będącą w mowie opisywano pod rozmaitemi synonimami: Tetanille, tetanos intermittent, retractions musculaires de courte durée, retractions musculaires spasmodiques, contracture rhumatismale de nourrices, myelomeningitis spasmodica, pseudotetanus, arthrogryphosis, tetanus partialis, contracture essentielle, contractures des extrémités, contracture et paralysie idiopathique, spasmes musculaires idiopathiques, tonischer Beschäftigungskrampf, Schusterkrampf, Contractur der Ammen.

³⁾ Recherches pour servir à l'histoire de la contracture des extrémités. Paris. 1852.

⁴⁾ Observations sur une espèce du tetanos intermittent. Archives de médecine T, 26 Juin 1831,

nie mogła, a zmuszoną była dnie i noce przepędzać siedząc w łóżku. Po upływie 3 dni wystąpił na twarzy, górnych i dolnych kończynach dość znaczny obrzęk. Przedtem była jakoby zupełnie zdrową. Gościła nie przechodziła. Odbyła 6 porodów, przestała zaś micwać miesiączkę od 6 lat.

Budowa dobra. Odżywianie średnie. Tkanki tłuszczowej dużo. Stan bezgorączkowy. Tętno 120, napięcie tętna średnie.

W płucach nie szczególnego. Tępość serca powiększona głównie w wymiarze poprzecznym: prawa granica na prawym brzegu mostka, lewa — na linii sutkowej lewej. U wierzchołka słychać głośny szmer skurczowy piłujący. U podstawy tony czyste, II tou tętnicy płucnej wzmocniony.

Brzuch wzdęty. Zaparcie stolca od 2 dni. Mocz skąpy, w ilości 600 ctm. sześć, posiada odczyn kwaśny, ciężaru właściwego 1025, zawiera białko w ilości 0,25%. W osadzie zaś znaleziono pod drobnowidzem dość liczne drobnoziarniste wałeczki nerkowe.

Przebieg był następujący :

Data.	Częstość tętna.	Cisnienie w mm. Hg.	Dobowa ilość moczu w ctm.	ciężar właściwy.	Leczenie.	U w a g i.
4. III.	120	140	600	1025	<i>Inf. Sennae composit.</i>	
5	100	135	560	1026		Kilka wypróżnień.
6	100	140	650	1026	<i>Injectio solut. coffeini nastro-benzoici</i> [4 grany 3 razy dziennie].	Duszność nieco mniejsza.
7	100	145	1000	1022		Wstrzykiwania podskórne 4 razy dziennie po 4 grany.
8	100	150	1000	1021	Wstrzykiwania 4 razy dziennie po 5 grauw	Szmeru skurczowego u wierzchołka nie słychać. duszność mniejsza.
9	100	155	1200	1020		Rytm wahałtowy.
10	112	160	1000	1023	Wstrzykiwania 4 razy dziennie po 5 grauw	Rytm cwałowy. Poprzeczny wymiar serca mniejszy.
11	100	170	800	1024		Obrzęk stóp i twarzy znacznie mniejszy.
12	100	175	1000	1022	Bez lekarstwa.	
13	120	180	1500	1017		
14	120	175	1200	1018		
15	120	175	1000	1020		
16	110	165	1200	1021		
17	100	165	1300	1020		
18	96	160	1100	1021		
19	90	155	1200	1020		
20	88	150	800	1023		3 wypróżnienia.
21	90	150	1300	1014		
22	88	150	1000	1016		

Epicrisis. Z początku sądziliśmy, że mamy do czynienia z niewyrównaną wadą zastawki dwudzielnej, dopiero badanie moczu i dalszy przebieg przekonał nas, że głównem cierpieniem jest *nephritis miata*, a objawy chorobowe ze strony serca należy uważać za następcze. Wskutek przeciążenia serca nastąpiło rozszerzenie lewej komórki i względna niedomykalność zastawki dwudzielnej. Niedowład serca wystąpił dość szybko, a wyrazem jego był obrzęk kończyn dolnych, silna duszność. Po kilku zaś dniach pobytu w szpitalu stwierdziliśmy stopień odgłosu opukowego w dolnej części klatki piersiowej z lewej strony, które rozprzestrzeniało się ku przodowi i tutaj zlewało się z tępością serca i śledziony. przestrzeń TRAUBE'go znikła zupełnie. Osłabienie oddechu i drżenia klatki piersiowej naprowadzały nas na myśl istnienia przesieku surowiczego w jamie lewej opłucnej.

Charakterystycznym dla wspomnianego przypadku było to, iż pomimo niewątpliwiej niedomogi mięśnia sercowego, powstałej prawie nagle, ciśnienie w tę-

tnicach było stosunkowo dość znaczna, a przynajmniej nie miałem, bo wynosiło podług przyrządu Basch'a 140 mm. Hg.. Rysunek zresztą tętna wykazywał dość wysokie linie wstępujące i stromo wznoszące się ku górze; z obrazu tego trudno byłoby domyślić się ciężkiego stanu chorej. Wynik, otrzymany z zastosowania kofeiny w postaci podskórnych zastrzykiwań (*Coffeini natro-benzoici* 3j + *Aq destillatae* 3β S. 1 szprycę na raz) za bardzo pomyslny uważać należy. Po kilku wstrzyknięciach duszność zaczęła się zmniejszać, a jednocześnie ze zwiększeniem napięcia tętniczego przyrząd Basch'a wskazywał cyfry 150, 160, a po tygodniu nawet 180. Następnie ciśnienie nie podnosiło się już, a nawet zmniejszyło się nieco, a że jednocześnie ilość moczu stawała się mniejszą, zaprzestaliśmy więc dalszego stosowania leku.

Co do szmeru skurczowego, który w pierwszych kilku dniach zapowiadał nam istotną wadę zastawki, ten pod wpływem kofeiny ustąpił, czemu i zmniejszenie poprzecznego wymiaru serca towarzyszyło. Ze wzmocnieniem więc energii mięśnia ustąpiła względna niedomykalność dwudzielnej zastawki. Ilość białka w moczu zmniejszyła się znacznie, a zamiast dawnych licznych drobnoziarnistych wałeczków nerkowych znajduwaliśmy przy badaniu osadu tylko cylindry szkliste, obrzęk zaś twarzy i kończyn dolnych ustąpił w zupełności.

W rytmie skurczów serca zauważyliśmy pod wpływem kofeiny pewne zmiany, a mianowicie: skoro znikł szmer skurczowy u wierzchołka, wystąpił t. zw. rytm wahadłowy, t. j., że mała i duża pauza były prawie równe, a tony serca pod względem siły także równe i wogóle silne. Później skoro częstość uderzeń serca pod działaniem większych dawek leku stała się większą, rytm wahadłowy przeszedł w rytm cwałowy, tak, że u wierzchołka serca zamiast dwóch słyszeliśmy 3 tony. Wreszcie pod koniec pobytu chorej w szpitalu, już po odstawieniu kofeiny, przy częstości tętna 100, stwierdziliśmy tego rodzaju zmianę rytmu, iż po pierwszym tonie następował bardzo szybko drugi ton, poczem dłuższa aniżeli zwykle zjawiała się przerwa, czyli innymi słowy: mała pauza była krótszą, a duża dłuższą, niż w prawidłowych warunkach. Podobną zmianę należało uważać za znak prawidłowego unerwienia serca, czemu też i odpowiadało podmiotowe uczucie chorej — wyzdrowienia.

D Z I A Ł III.

Wady zastawek, powikłane chorobami nerek.

Spostrzeżenie 10. *Stenosis ostii venosi sinistri. Insufficiencia valvulae mitralis et v. v. semilunarium aortae. (Discompensatio). Nephritis parenchymatosa chronica.*

Mel... Józefa, lat 13, dziewczyna wiejska, przybyła do szpitala 5 Marca 1890, skarżąc się na kaszel, bóle w brzuchu, obrzęk twarzy i kończyn dolnych. Zachorowała przed 2 miesiącami. Utrzymuje oia, iż choroba powstała wskutek silnego przeziębienia i przemoczenia, jakiemu uległa, odbywając podróż ze wsi do Warszawy — w czasie miesiączkowania.

Budowa średnia. Odżywanie łyche. Twarz mocno obrzękła [zwłaszcza powieki], koloru sinawego. Oddech przyspieszony, około 40 na minutę. Tętno 120, słabe. Kończyny dolne w stanie dość silnego obrzęku. Ciepłota 37,6° C.

Uderzenie wierzchołkowe silne w V międzyżebrow na 1½ etm. na lewo od *l. m. s.*, — tamże *frémissement cataire*. Tępość serca znacznie powiększona w obu wymiarach. Górna granica w III międzyżebrow; prawa — przechodzi nieco za prawy brzeg mostka, lewa granica znajduje się na 1,5 — 2 etm. za linią sutkową lewą.

U wierzchołka słychać szmer skurczowy i przedskurczowy. II ton tętnicy płucnej wzmógł się. W dolnej części prawego płuca objawy zastoiny krwi. Kaszel suchy. Wątroba powiększona. Brzuch wzdęty. Mocz bardzo mało, około 150 ctm. sześć. na dobę z obfitym osadem soli moczowych. Zawiera on białko w ilości 0,2% i liczne wałeczki nerkowe ze stłuszczonej komórkami.

W celu usunięcia zaburzeń w krążeniu krwi, zaleciliśmy chorej użycie kofeiny.

Przebieg wskazuje następująca tablica.

Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciepota ciała.	Leczenie.	U w a g i.
6. III.	100	150	1030		
7	100	100	1032	3×3 gran. <i>Coff. natro - benz.</i>	
8	100	150	1030	4×3 " " " "	Mocz ciągle stężony z obfitym ceglastym osadem.
9	100	200	1029	5×3 " " " "	Tętno więcej napięte. Działność serca wzmoczona.
10	100	300	1028	6×3 " " " "	
11	110	350	1028	5×5 " " " "	
12	100	300	1029		Chora czuje się gorzej, duszność większa.
13	106	250	1030	Bez lekarstwa.	
14	104	200	1031		
15	100	1100	1021	} <i>Inf. Digitalis ex gr. vjj—3vj</i> S. Co 2 godz. łyżkę.	} Chora czuje się znacznie lepiej, duszność mniejsza, kaszel zupełnie ustąpił. Poprzeczny wymiar serca mniejszy.
16	96	1500	1014		
17	92	2500	1009	} <i>Inf. Digitalis ex gr. x pti 3vj</i> S. Co 2 godz. łyżkę stołową	} Obrzęk kończyn dolnych zmniejsza się. W III lewym międzyżebrowym przy mostku i na wysokości IV żebra na mostku słychać wyraźny szmer rozkurczowy.
18	90	1500	1015		
19	88	1800	1013		
20	88	1500	1015		
21	90	1200	1017		
				Bez lekarstwa.	Ogólny wygląd doskonały. Wątroba mniejsza. Białko tylko w ilości 0,06%.
22	92	1300	1017		

23, Wypisuje się ze znaczną poprawą.

Epicrisis. Rezultat, jaki z zastosowania kofeiny otrzymaliśmy, był nieznaczący. Wprawdzie działalność serca pod wpływem tego leku wzmogła się, jak również i ciśnienie w tętnicach, jednakże mocz wydzieliał się skąpo, zaledwie do 350 ctm. sześć. na dobę. Chora narzekała ciągle na duszność, bardzo uporczywy, suchy kaszel, a poprzeczny wymiar serca zwłaszcza w kierunku na prawo bardzo nieznacznie uległ zmianie.

Wobec tego przeszliśmy do napastrnicy. Już po kilku łyżkach chora uczyła znaczną ulgę podmiotową, a mocz z ciemnego, skąpego, stał się jasnym, obfitym, ilość dobową z 200 ctm. sześć. podskoczyła do 1100, a przy dalszym użyciu leku doszła nawet do 2500 ctm. sześć. Tępość serca zmniejszyła się znacznie, mianowicie jej wymiar poprzeczny; obrzęk twarzy i kończyn dolnych zaczął ustępować. Wygląd i nastrój chorej zmieniły się na lepsze, kaszel, który chorej bardzo dokuczał, ustąpił. Wreszcie zaznaczyć nam wypada, iż ze wzmoczeniem energii serca usłyszeliśmy z lewej strony mostka i na samym mostku na wysokości 3--4 żebra głośny szmer rozkurczowy, świadczący o istnieniu niedomykalności zasta-

wiek półksiężycowych aorty. Szmer ten utrzymywał się już stale, zniknięcie zaś jego w czasie przybycia i dwutygodniowego pobytu chorej w szpitalu należy odnieść do osłabionej czynności serca, *resp.* lewej komórki.

Spostrzeżenie II. *Insufficiencia v. mitralis et insuffic. v. tricuspidalis relativa. (Discompensatio). Nephritis parenchymatosa chronica.*

Krup... Katarzyna, lat 35, służąca, przybyła do szpitala dnia 10 Maja 1890. Skarży się na obrzęk kończyn dolnych i duszność. Przed kilku laty przechodziła gościec stawowy i mięśniowy. Od 2 lat zaczęła spostrzegać, że jej nogi obrzmiewają, stały obrzęk kończyn istnieje od 3 tygodni. 14 lat zamężna, dzieci nie miała. Budowy i odżywiania średniego. Tętno 80 słabe. Golenie i stopy w stanie umiarkowanego obrzęku.

W dolnej części prawego płuca [z tyłu] zastój krwi, oddech tamże osłabiony — u wierzchołków zastrzony.

Tępość serca znacznie powiększona w wymiarze poprzecznym, w kierunku na prawo i na lewo i prawa granica przy prawym brzegu mostka, lewa — za *l. m. s.* na 3 palce. Górna granica — na IV żebrze. U wierzchołka — wyraźny szmer skurczowy. 2-gi ton tętnicy płucnej silnie wzmocniony. W dolnej części mostka na wysokości 4—5 żebra słychać szmer skurczowy.

W żyłach szyjowych głównie z prawej strony wyraźne tętnienie, odpowiadające skurczowi serca. Wątroba znacznie powiększona, dolny brzeg jej twardy, dochodzi do linii pępkowej, stolec zaparty. Mocz wydziela się w małej ilości około 500 ctm. sześć. na dobę, zawiera białko [albuminy 0,35%, globuliny 0,014%] i liczne drobnoziarniste wałeczki nerkowe.

Po oczyszczeniu przewodu pokarmowego za pomocą naparu senesu przystąpiliśmy do zastosowania kofeiny, a później naparstnicy.

Data.	Częstość tętna.	Ciężenie w mm. Hg.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciężar właściwy.	Leczenie.	U w a g i.
11 V.	80	120	500	1026	3×5 gr. <i>Coff. natro-benz.</i>	} Chora mocno rozdrażniona, sypiać nie może.
12	84	120	600	1026	4×5 " " " "	
13	82	130	650	1026	4×5 " " " "	
14	80	140	800	1024	5×5 " " " "	
15	78	145	700	1024	5×5 " " " "	
16	76	150	750	1023	6×5 " " " "	
17	76	150	650	1024	} Bez lekarstwa.	
18	80	135	600	1024		
19	82	120	600	1025	} <i>Inf. Digit. ex gr. xx—</i> $\frac{5}{v}$ <i>vj.</i>	
20	80	125	800	1024		
21	76	135	1600	1014	} <i>Inf. Digit. ex gr. xv—</i> $\frac{5}{v}$ <i>vj.</i>	
22	72	140	4000	1005		} S. Co 2 godz. łyżkę.
23	70	140	2500	1009	} <i>Inf. Digit. ex gr. xij—</i> $\frac{5}{v}$ <i>vj.</i>	
24	68	145	1800	1013		} S. Co 2 godz. łyżkę.
25	64	145	1600	1015		
26	66	140	1400	1016		
27	70	140	1500	1016		

Epicrisis. Przypadek zbliżony do poprzedniego, z tą tylko różnicą, że rozszerzenie serca, a mianowicie prawej komórki, było większe tak, że nawet stało się powodem wytworzenia niedomykalności względnej zastawki trójdzielnej [szmer skurczowy w dolnej części mostka i tętno żyłne skurczowe]. I w tym razie przekonaliśmy się o wyższości naparstnicy nad kofeiną. Za pomocą tej ostatniej osiągnęliśmy w pierwszych kilku dniach pewną poprawę, a mianowicie: zwiększenie diurezy i wzmoczenie napięcia tętniczego; skoro jednak, przy zwięks-

szaniu dawki [do 30 granów *Coffeini natro-benz.*] wystąpiły objawy silnego pobudzenia w układzie nerwowym i naczyniowym [mocne bicie serca, bezsenność, silny ból głowy] zmuszeni byliśmy dalszego użycia kofeiny zaniechać. Przeszliśmy wtedy do naparstnicy, a na pomyślny rezultat czekaliśmy niedługo. Już po użyciu pierwszej flaszki (*Inf. Digit. ex. gr. xx—3vj.*) ilość moczu znacznie się zwiększyła do 1600 ctm. sześć., a w czasie przyjmowania drugiej wzrosła do 4000 ctm. sześć., tętno żyłne i szmer, odpowiadający zastawce dwudzielnej, znikły, duszność przestała dokuczać chorej. Jednocześnie tępość serca zmniejszyła się znacznie w wymiarze poprzecznym, tak, że prawa granica, która poprzednio poza prawy brzeg mostka dochodziła, przypadała na środek mostka. Uderzenie wierzchołkowe, którego w czasie przybycia chorej do szpitala nie można było wyczuć, wystąpiło bardzo wyraźnie w VII-em międzyżebżu w linii pachowej przedniej. Rytm serca pod wpływem naparstnicy stał się powolniejszym tak, że tętno z 80 spadło do 64.

Napięcie tętnicze mierzyliśmy z pomocą przyrządu Basch'a. W czasie użycia kofeiny wzmogło się ono dość znacznie, ze 110 do 150, po odstawieniu tej ostatniej opadło znowu do 120. Pod wpływem naparstnicy ciśnienie krwi podniosło się znowu do 145 mm. Hg., a więc nie wiele się różniło od ciśnienia, otrzymanego za pomocą bendżwinianu kofeiny.

Spostrzeżenie 12. *Insufficiencia valvul. mitralis et stenosis ostii venosi sinistri. Nephritis parenchymatosa chronica. Arterio-sclerosis. Hydrothorax dexter. Ascites.*

Kow.... Helena, lat 53, wdowa po urzędnika, przybyła do szpitala 15 Czerwca 1890 r. z powodu duszności i obrzęku kończyn dolnych. Przed kilku laty chorowała na gościec stawowy. Od 2 miesięcy zauważyła obrzmiewanie kończyn dolnych. Odbываła 4 porody szczęśliwie. Przestała miewać miesiączkę od 8 lat.

Budowa średnia, odżywianie mierne. Obrzęk kończyn dolnych dość znaczny. Tętno 100 miarowe, dość napięte. Ścianka tętnicy promieniowej zgrubiła.

W prawej opłucnej znajduje się płyn, sięgający do wysokości połowy łopatki, z przodu zaś dochodzi do IV żebra w linii sutkowej prawej (*hydrothorax*). W dolnej części lewego płuca, z tyłu i z boku klatki piersiowej, znaki fizykalne wskazują na zastój krwi. Płwocina śluzowo-ropna. Kaszel umiarkowany.

Uderzenia wierzchołkowego nie czuć, jednakże widać unoszenie się *praecordii* odpowiednio do ruchów serca. Tępość serca znacznie powiększona w obu wymiarach, więcej w podłużnym. Górna granica rozpoczyna się na IV żebrze, prawa dochodzi do środka mostka, lewą trudno oznaczyć z powodu, iż zlewa się z tępością płuc, śledziony. Dolna granica sięga dość nisko i łączy się z wątrobą.

U wierzchołka tonów nie słyhać, natomiast istnieje tam szmer skurezowy, zlewający się prawie bezpośrednio ze szmerem rozkurezowym. W okolicy wierzchołka czuć pomruk koci.

W przebiegu aorty słaby szmer skurezowy. II ton tętnicy płucnej wzmocniony.

Żyły szyjowe mocno rozszerzone.

Wątroba duża, dochodzi do linii pępkowej — twardej konsystencji. Język dość czysty. Zaparcie stolca oddawna, wypróżnienia zjawiają się tylko po użyciu środków czyszczących.

Mocz skąpy, w ilości 300 ctm. sześcienn. na dobę, zawiera dużą ilość białka i wałeczków nerwowych drobnoziarnistych.

Przebieg wykazuje następująca tablica:



Data.	Częstość tętna.	Dobowa ilość moczu w ctm. sześciennych.	Ciepłota ciała.	Leczenie.	U w a g i.
16. VI.	96	350	1030		
17	94	400	1030	4×5 gr. <i>Coffeini natro-benz.</i>	} Duszność mniejsza. Tętno silniejsze Napięcie tętna zwiększone. Czuje się wogóle lepiej.
18	94	300	1032	5×5 " " " "	
19	86	500	1030	6×5 " " " "	
20	88	400	1029	6×5 " " " "	
21	86	400	1029	6×5 " " " "	
22	84	450	1028		W nocy silny ból głowy.
23	82	450	1028	Bez lekarstwa.	
24	86	400	1029		
25	84	450	1028	<i>Inf. Digit. ex 3j pli 3vj. S. Co</i>	} Stan mniej więcej jednakowy, tylko <i>ascites</i> i obrzęk ścianek brzusznych większe.
26	88	600	1027	2 godzin łyżkę stołową.	
27	80	700	1025	<i>Repet.</i>	
28	82	800	1023		
29	80	700	1026	<i>Inf. Digitalis ex gr. xv—3vj.</i>	
30	80	600	1027	S. Co 2 godzin łyżkę.	
1 VII.	94	600	1027		
2	92	450	1028	Bez lekarstwa.	
3	96	450	1029		
4	94	400	1029	3×6 kropel <i>T-rae Strophanti</i>	} Tętno silniejsze, napięcie tętnicze większe. Niepokój, bezsenność.
5	88	429	1029	3×8 " " "	
6	80	450	1028	3×10 " " "	
7	84	500	1027	3×10 krop. <i>T-rae Strophanti</i>	
8	80	800	1025	+3×5 gr. <i>Coffein natro-salic.</i>	
9	86	600	1026	" " " " "	
10	84	500	1027	" " " " "	
11	88	450	1028	" " " " "	
12	84	400	1029	" " " " "	
13	82	350	1030		
14	84	400	1029	Bez lekarstwa	
15	86	500	1028		
16	86	350	1029	<i>Inf. Digit. ex gr. xv pli 3vj</i>	} Osłabienie, duszność nieco mniejsza.
17	82	400	1028	+ <i>T-rae Stroph. 5s + Coffeini natro-salicyl. 3s.</i>	
18	80	450	1027		
19	36	400	1027	S. Co 2 godziny łyżkę.	

30 Lipca wśród wzmagających się obrzęków, odleżyn i wyczerpania serca, chora zmarła.

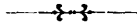
Epicrisis. Na sekcji znaleziono, oprócz niedomykalności zastawki dwudzielnej i zwężenia ujścia żylnego lewego, zmiany chorobowe w mięśniu serca, głównie lewej komórki właściwe przewlekłemu włóknistemu zapaleniu (*myocarditis fibrosa*). Nerki obie znajdowały się w stanie daleko posuniętej: *nephritis parenchymatosa*, w prawej zaś obok zmian miąższowych istniał dość znaczny rozwój tkanki śródmiąższowej. W opłucnej prawej i w jamie otrzewnej znaczna ilość surowiczego płynu.

Przypadek z dotychczas podanych do najcięższych zaliczyć wypada: duża twarda wątroba, *ascites*, *hydrothorax*, zastój w dolnej części lewego płuca na tle wady otworu żylnego lewego osnute z jednej strony, a przewlekłe zapalenie nerek z dużą zawartością białka i cylindrów w moczu, z drugiej znowu strony, dawały jak najgorsze rokowanie. Jeśli dodać do tego zmiany miażdżycowe w tętnicach powierzchownych, to dziwić nas nie powinno, że pomimo użycia różnych środków krzepiających serce i regulujących jego rytm—wynik był ujemny.

Lewa komórka pomimo wady otworu żylnego lewego znajdowała się w stanie przerostu, co zapewne w części i od zmian chorobowych w nerkach zależało. Sądząc z obrazu sfigmograficznego, należy przypuścić, że działalność lewej komórki aczkolwiek nie świetna, jednak była jeszcze dość znaczną, a nawet pod wpływem kofeiny, strofantu, naparstnicy wzmagala się. Pomimo tego dyjureza była ciągle niedostateczną i wahała się pomiędzy 400—600 centymetrów sześciennych na dobę. Zależało to niezawodnie od upadku sił i zmian chorobowych w całym ustroju. Ani pod wpływem dużych dawek kofeiny [30 gran. *Coffeini natro-benz. pro die*], ani naparstnicy nie zauważyliśmy znaczniejszego zwiększenia dyjurezy [moczopędne działanie tej ostatniej było w każdym razie nieco silniejsze, choć w ogóle krótkotrwałe], stan chorej pogorszał się, rozszerzenie serca przyjęło większe rozmiary, duszność wzmagala się, słowem, chora z każdym dniem zbliżała się do grobu. Wyczerpawszy prawie wszystko, postanowiliśmy jeszcze spróbować kombinację kilku środków nasercowych, najprzód stosowaliśmy przez kilka dni *T-rae strophanti* z kofeiną, a później *Inf. Digit. + T-ra stroph. + coffein. natro-salicyl.* Tętno stało się wprawdzie silniejszym, więcej napiętem, lecz wkrótce wystąpiła typowa t. zw. *hemisystolia*. Ta ostatnia nie była ciągłą, lecz występowała naprzemian albo z rytmem zwyczajnym, albo z nietypową niemiarowością. Z obawy wywołania porażenia nerwu błędnego zaprzestaliśmy już dalszego podawania chorej leków nasercowych.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



10. Kirn L. [z Freiburgu]. Zaburzenia nerwowe i psychiczne w przebiegu influenzy.

Jest to praca zbiorowa, oparta przeważnie na bogatej już literaturze influenzy z ostatnich czasów, wśród której niepoślednie miejsce zajmują własne spostrzeżenia autora. Influenza należy do ostrych chorób zakaźnych, w których zaburzenia w układzie nerwowym występują na pierwszy plan. Zaburzenia te mają przeważnie charakter zaburzeń czynnościowych, w rzadkich tylko przypadkach zależą od zmian anatomicznych, stwierdzonych przez badanie pośmiertne.

1-o. Co się tyczy zaburzeń czysto-nerwowych [z wyłączeniem psychoz], to występują one na samym początku choroby pod postacią ogólnego przyłumienia czynności nerwowych, uczucia niezmiernego osłabienia i przygnębienia. Jednocześnie występują różne przykre miejscowe sensacje. Do najstalszych należy ból głowy, spotykany w $\frac{3}{4}$ przypadków; ból ten łączy się często z nadczułością skóry głowy i szyi. Najczęściej ból ten ustaje wraz ze spadkiem ciepłoty.

Dalej częste są bóle mięśniowe, mianowicie przyczepów mięśni [STRUMPELL], bóle w krzyżu [takie, jakie są charakterystyczne dla początkowego okresu ospy], bóle w kierunku oddzielnych gałęzi nerwowych. Nie są to neuralgije w ścisłym znaczeniu tego słowa [nie bywa napałów bólu], są to raczej ostre zapalenia nerwów (*neuritis acuta*), jakie spotykamy np. przy dyfteryi. Najczęściej dotkniętym bywa nerw trójdzielny. Z narządów najczęściej bywa dotkniętą innerwacja serca [zwiększenie częstości uderzeń, niemiarowość w czasie gorączki, nadzwyczajne zwolnienie tętna, do 48 uderzeń w okresie bezgo-

rażkowym]. Z objawów rzadszych już, lecz cięższych, występuje uporczywa bezsenność, zawroty głowy, wymioty, objawy podrażnienia mózgu [drgawki, utrata przytomności, bredzenie]. Wyżej podane objawy spotykamy w pierwszym gorączkowym okresie influenzy. W następnej fazie bezgorączkowej spotykamy znów nadzwyczajne ogólne wyczerpanie, rozprężenie układu nerwowego, jak w żadnym innym cierpieniu. Niektóre z objawów początkowych trwają w dalszym ciągu, mianowicie: bóle w dziedzinie pewnych nerwów, z charakterem *neuritidis* i również uporczywe. Zdarzają się zmiany troficzne w zakresie nerwu wzrokowego i słuchowego [rzadko bardzo], parezy akomodacji. Do rzadkości również należy spostrzegana przez REMAK'a i BRUNS'a *neuritis multiplex*, jako następstwo influenzy. Pojedyncze również spostrzeżenia zaznaczają jako następstwo influenzy: padaczkę JAKSON'A [ERLENMEYER], afazyję [EICHORST], stenokardję [RODHRING], chorobę BASEDOW'A [COLLEY—dwa przypadki], glikozuryję [FINKEL], *poliomyelitis acuta* [EISENLOHR I DRASCHE]. U osób mających dziedziczne do tego usposobienie spostrzegano po influenzy rozwój pewnych przewlekłych neuroza, jak: padaczka, płasawica, histeryja, neurastenija.

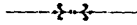
2-o. Zaburzenia psychiczne w przebiegu i po przebyciu influenzy są niezmiernie częste, częstsze niż przy wszelkich innych cierpieniach ostrych gorączkowych. Naturalnie trzeba tu brać pod uwagę i tę okoliczność, że epidemia tej choroby ilościowo przewyższa wszelkie inne zarazy. Jako elementarna forma zaburzeń psychicznych w przebiegu influenzy występuje często *delirium* gorączkowe, nie różniące się od bredzenia chorych tyfusowych, ale występujące częściej i dłużej trwałe. Niekiedy przybiera ono formę prawdziwej gorączkowej psychozy: chorzy ciągle są nieprzytomni, niespokojni, czasem przegębieni, krzyczą, uciekają. EWALD opisał podobny przypadek ostrej gorączkowej psychozy u 7-letniego chłopca, który zamiast do domu poszedł ze szkoły na dworzec kolei, zkąd go przez policję odstawiono do rodziców. Małec był zupełnie nieprzytomny, nie poznawał nikogo, co trwało przez wiele dni. Był to początek influenzy. Autor spostrzegł sam 22 przypadki takich psychoz gorączkowych w przebiegu influenzy. Psychozy bezgorączkowe w następstwie influenzy autor spostrzegł w 51 przypadkach już to jako psychozy z wyczerpania, podobne jakie spotykamy po ostrych wysypkach, zapaleniu płuc, po połogu, już to jako melancholiję [w 30 przyp.], już to wreszcie jako manię. Stany te nie mają w sobie nic charakterystycznego dla influenzy z wyjątkiem rokowania, które najczęściej bywa dobre.

W końcu swej pracy autor usiłuje wyprowadzić patogenezę zaburzeń nerwowych i psychicznych w przebiegu influenzy. Usposobienie, według jego spostrzeżeń, gra tylko rolę w przypadkach przewlekłych, bezgorączkowych psychoz [na 51 przypadków w 24 było usposobienie wrodzone, w 13 nabyte]; w przypadkach ostrych, gorączkowych psychoz usposobienie grało rolę podrzędną [na 22 przypadków w 3-ch było usposobienie wrodzone, w 2-ch nabyte]. Gorączka sama przez się nie może być uważaną za główną przyczynę zaburzeń psychicznych i nerwowych choćby dlatego, że jest zwykle krótkotrwała.

Jak się spodziewać należało, autor upatruje główną przyczynę częstości opisanych zaburzeń we własnościach samego zarazka i influenzy. Gwałtowne objawy nerwowe właściwe influenzy mają charakter ostrego otrucia. Spostrzegane przez BAUMLER'a zmiany we krwi, zdarzające się często żółte zabarwienie skóry, nadzwyczajna bledość w czasie rekonwalescencji, obok gwałtownego zajęcia naraz różnych ośrodków nerwowych, jak i nerwów obwodowych: wszystko to świadczy, według autora, że we krwi krążyć może jakaś istota trująca, prawdopodobnie toksyna nieznanego dotychczas zarazka i influenzy [obecnie już znanego. *Przyp. sprawozd.*].

(*Sammlung. klin. Vorträge. Neue Folge N. 23*).

Wiadomości bieżące.



— Wyszedł z druku Zeszyt 1 [Seryi IV] „Odczytów klinicznych“, wydawanych przez redakcję naszą, i zawiera on tłumaczenie pracy F. HIRSCHFELD'a p. t.: „Zasady żywienia chorych“.

— Na sprawozdawcę z prac dermatologicznych polskich do pisma „*Archiv für Dermatologie und Syphilis*“, wydawanego przez prof. PICK'a w Pradze, zaproszony został kol. EISENBERG, który niniejszem uprasza autorów prac dermatologicznych polskich o nadsyłanie mu z nich odbitek.

— Kolegium profesorów uniwersytetu w Buda-Peszcze propozycyję — powziętą niedawno przez senat tegoż uniwersytetu — kontrolowania co pewien czas działalności naukowej docentów, z możliwością cofnięcia lub pozostawienia tytułu docenta, propozycyję tę, wskutek rekursu docentów, w ten sposób zmieniło, iż zarząd docentury co lat 4 musi przedstawiać temuż kolegium sprawozdanie z działalności nauczycielskiej i naukowej docentów.

— Donoszą z Petersburga, iż wielką nagrodę BAER'a [1000 rs.] otrzymał D-r MIECZNIKOW, prof. w Instytucie PASTEUR'a w Paryżu.

— W prasie lekarskiej francuzkiej toczy się obecnie polemika nad zniesieniem rozpraw naukowych, jaką każdy kończący medycynę student winien napisać dla uzyskania stopnia doktora medycyny. Większość obstaje za zniesieniem rozpraw.

— Na posiedzeniu Paryzkiej Akademii nauk D-r LELOIR odczytał pracę o skuteczności w upartych przypadkach czkawki, naciskania nerwu przeponowego (*n. phrenicus*) przez kilka minut [3] w przestrzeni oddzielającej przyczepy: mostkowy i obojczykowy mięśnia mostko-obojczykowego.

— Pisma polityczne francuzkie donoszą, iż D-r CALMETTES uczeń PASTEUR'a, dyrektor instytutu bakteriologicznego w Saïgon, wynalazł sposób zubożenia jadu żmij *noja v. cobra-capello*.

— Z pracy świeżo wydanej D-r P. GARNIER, który jest lekarzem infirmaryi specjalnej przy prefekturze policyi w Paryżu istniejącej, widać, iż liczba cierpiących umysłowo w Paryżu stale wzrasta, a mianowicie od 1872 do 1888 przyrost doszedł do 30%, a więc blisko o $\frac{1}{3}$. W prefekturze policyi paryzkiej w r. 1872 zanotowano 3080 przypadków obłądnu, a w 1888 — 4449. Ogółem od 1872—1888 włącznie było w Paryżu 62572 przypadków cierpienia umysłowego, a mianowicie 34882 u mężczyzn, a 27770 u kobiet.

— Od najbliższego półroczia egzamina w uniwersytecie Dorpackim mają się odbywać w języku ruskim. Nadto w myśl uchwały ostatniego zjazdu lekarzy w Moskwie, mają przyznawać stopnie doktora oddzielnych działów medycyny [chirurgii, medycyny wewnętrznej i t. d.].

— Ostro gościec stawowy oddawna zaliczono do chorób zakaźnych, wszelako przyczyna tego cierpienia dotychczas nie jest znana. GUTTMANN otrzymał *staphylococcus pyogenes aureus* w surowiczno-włóknikowym wysięku stawowym, co jednak było mało przekonującym, gdyż cierpienie powyższe powikłaniem było przez ropne zapalenie osierdzia i ropnie nerkowe. Na posiedzeniu berneńskiego Towarzystwa lekarzy i farmaceutów SAHLI przedstawił swój komunikat, dotyczący etyologii ostrego gościa stawowego. Ujemne rezultaty, dotychczas otrzymane przez badaczy, objaśnić można tem, że w przebiegu chorób zakaźnych [np. gruźlicy] czynniki zakaźne rzadko dadzą się wykryć w wysiękach; dlatego też SAHLI proponuje przeprowadzenie badań bakteriologicznych na tkankach ustroju dotkniętego cierpieniem. W przypadku ostrego gościa stawowego, powikłanym zapaleniem osierdzia i wśierdzia, w 14 godzin po śmierci przy zachowywaniu ostrożności antyseptycznych przenoszono cząsteczki tkanek na agar i żelatynę i we wszystkich próbkach otrzymano czystą hodowlę *staphylococcus citreus*. Zastanawiając się nad znaczeniem tego pasorzyta, S. dochodzi do przypuszczenia, że *staphyloc. citreus* przy gościecu niepowikłanym przedstawia niższy stopień zakaźności, choć z drugiej strony możliwym jest, że nie ma nic wspólnego ze znanym pasorzytem ropotwórczym. (*Correspondenz. f. Schweizer Aerzte. N. 1. 1892*).

— W ostatnim czasie słyszeć się dają głosy, przemawiające za leczeniem operacyjnem choroby BASEDOW'a. Po częściowem wyluszczeniu wola, albo też po podwiązaniu tętnic gruczołu tarczowego ma następować już to zupełne wyzdrowienie z tej choroby, już to wielka poprawa. Spostrzeżenia odnośne zebrali i ogłosili LEMKE, DRESMANN.

Zmarli: we Lwowie, D-r GRZEGORZ ZIEMBICKI w 82 r. życia; w Londynie, słynny laryngolog, M. MACKENZIE; w Buda-Peszcze, prof. chirurgii LUMNITZER.

Wydawca, D-r **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny, D-r **Wł. Gajkiewicz.**

Доводено Цензурою, Варшава, 30 Января 1892 г.

Друк K. Kowalewskiego, Królewska 29.