

GAZETA LEKARSKA.

I. O ZASTOSOWANIU PRZEŚWIETLANIA ELEKTRYCZNEGO DO BADANIA JAM I ORGANÓW USTROJU.

Przez

D-ra Teodora Herynga.

W dniu 19-ym Lutego 1889 r., na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. przedstawiłem Szanownym Kolegom metodę rozpoznawania ropnego zapalenia jamy HIGHMOR'a za pomocą elektrycznego prześwietlania i poparłem zarówno demonstracją odpowiednich narzędzi, jako też chorej, dotkniętej tem cierpieniem. Zwróciłem uwagę na fakt, że w ciemnym pokoju łatwo przekonać się, iż prawidłowe jamy HIGHMOR'a przepuszczają promienie światła, *resp.* lampki elektrycznej, umieszczonej w ustach, podczas gdy zatoka szczękowa wypełniona ropą, pozostaje ciemną. Gdy ropę wypuścimy, zaciemnienie przy jednostronem cierpieniu zwykle wyjaśnia się. Pod dolnemi powiekami występują wówczas jaskrawe smugi światła w formie dwóch sierpów najszerszych przy wewnętrznych kątach oka i widać przez źrenicę czerwono-oświecone dno oka. Wykazawszy bezpodstawność dawniejszych, tak zwanych klasycznych objawów otoku ropnego i zasługę ZIEM'a, który pierwszy krytycznie cierpienie to opracował, wspomniałem, że za pomocą prześwietlenia odróżnić można otok ropny zatoki szczękowej od obecności w niej torbieli lub guzów. Po omówieniu zasług, położonych przez VOLTOLINI'ego w sprawie prześwietlania jam obocznych nosa i po wykazaniu doniosłości i znaczenia tej metody, dodałem, że w większości przypadków ma ona znaczenie rozpoznawcze, ale nie we wszystkich. O prześwietlaniu krtani, pierwszy raz dokonaniem przez CZERMAK'a w r. 1862, wyraziłem się wówczas, że nie podzielałem zbyt optymistycznych poglądów VOLTOLINI'ego co do wartości tej metody przy rozpoznaniu raka krtani, jednakże w niektórych stanach patologicznych sposób ten może znaleźć zastosowanie.

Obszerne sprawozdanie z tego posiedzenia, na którem omawiałem również i metodę oświecania nosa i jamy noso-gardzielowej za pomocą lampek żarowych EDISON'a, zarówno jak metody operacyjne leczenia ropnego zapalenia jamy HIGHMOR'a, znajdzie czytelnik w № 9, 10, 11 „Medycyny“ z r. 1890 szczegółowo opracowane przez D-ra DOBRZYCKIEGO.

Obszerniejszą pracę w tym przedmiocie ogłosiłem w N-rze 35 „*Berliner klinische Wochenschrift*“ r. 1889, opierając się na 10 spostrzeżeniach otoku ropnego jamy HIGHMOR'a. W pracy tej podałem opis i rysunki przyrządów własnego pomysłu, służących do prześwietlania.



Fig. 1.

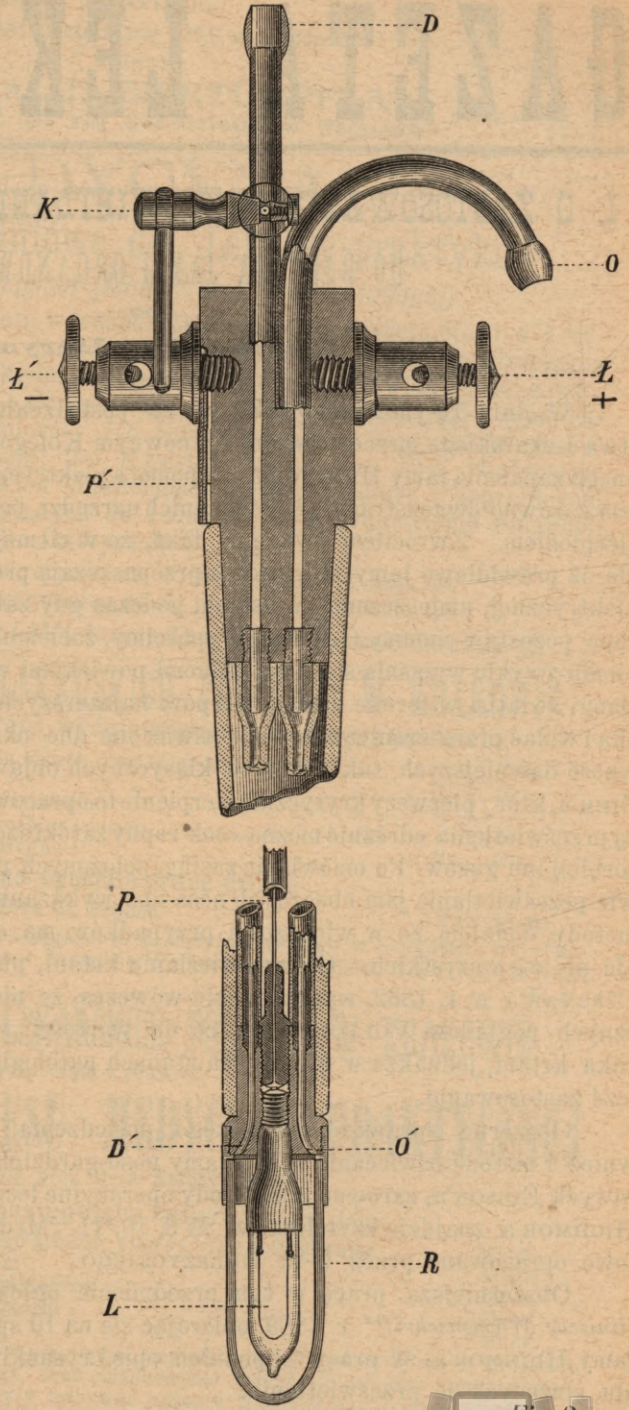


Fig. 2.

O b j a s n i e n i e r y s u n k ó w.

Fig. 1. Działanoskop w 1/6 naturalnej wielkości.

Nasada i koniec przyrządu w przebiegu naturalnej wielkości. — D. Rurka dopływowa. — O. Rurka odpływowa. —

L. L. Łączniki metalowe służące do połączenia z baterją. — P. P. Przewodniki izolowane ukryte w żelazniku, łączące lampkę z łącznikami L. L. — D' O'. Otwory rurki, doprowadzające wodę do klosza szklanego. — R. Klosz szklany. — L. Lampka elektryczna, K. Kran, którego obrót jednocześnie pozwala wodzie przepływać przez klosz szklany R. i stanowi kontakt, którego naciśnięcie rozpała lampkę elektryczną.

Zajęty w dalszym ciągu zarówno udoskonaleniem samych przyrządów, jako też zbieraniem obszerniejszej kazuistyki, zwlekałem dotąd z ogłoszeniem mej pracy w języku polskim.

Od tego czasu poruszona przezemnie kwestyja dyjagnozy zapalenia ropnego jamy HIGHMOR'a za pomocą prześwietlenia badaną została i przez innych lekarzy, weszła nawet w program sekcji laryngologicznej Zjazdu międzynarodowego, odbytego w Berlinie w r. 1890. Kolejno pojawiły się prace EREUDENTHAL'a z New-Yorku, VOHSEN'a z Frankfurtu, SEIFFERT'a z Würzburga, LUC'a, RUAULT'a z Paryża, ROTH'a z Wiednia, ZIEM'a z Gdańska, SREBRNEGO i wielu innych. Pierwsi pięciu przy pomocy tej metody otrzymali dodatnie wyniki, przypisując jej ważne dyjagnostyczne znaczenie. Trzej ostatni redukują pożytek metody tylko do niektórych przypadków. Jak każda metoda, ma ona swoje wyjątki, wymaga jednak wprawy w badaniu, dokładnych narzędzi i musi być koniecznie wykonaną w zupełnie zaciemnionych miejscach. Szczegółowy opis badania wraz z krytycznym rozbiorem prac innych przygotowuję obecnie do druku. Na teraz ograniczam się do wzmianki, że w przeszło 30 przypadkach rozpoznałem ropne zapalenie *antri Higmori*, nie uciekając się do operacyjnych sposobów badania, jako to próbnej trepanacyi przez zębodół [ZIEM], lub przebicia zewnętrznej ściany nosa [SCHMID] — natomiast sprawdzałem obecność ropy przez operacyję COOPER'a].

W roku 1890 w N-rze 12 „*Berliner klinische Wochenschrift*“ KAROL VOHSEN ogłosił wyniki swych poszukiwań nad znaczeniem prześwietlania jamy HIGHMOR'a, a w kilka miesięcy później demonstrował na zjeździe w Berlinie zastosowanie metody prześwietlania do badań jamy czołowej. Za pomocą przyrządu, własnego pomysłu, przykładanego w okolicy dolnego brzegu oczodołu, tuż przy *processus frontalis*, przekonał się V., że jamy czołowe prześwietlić się dają w większości przypadków, że można oznaczyć w przybliżeniu ich rozmiary, szczególnie u osób młodych, gdy kości czaszki nie są zbyt grube. Prawie w tym samym czasie, nie znając poszukiwań VOHSEN'a, zrobiłem to samo spostrzeżenie, posługując się odmienną nieco metodą. Do doświadczeń użyłem aparatu, wykonanego w Berlinie u HIRSCHMANN'a, t. j. lampki elektrycznej, opatrzonej w rodzaj metalowego lejka, który kończył się rurą kauczukową, długą na 1 cal, grubości 1 ctm.. Rurkę tę, po znieczuleniu jamy nosowej kokainą, wprowadzałem pionowo w nozdrza aż do podstawy jamy czołowej. Okazało się, że jama czołowa strony odpowiedniej daje się silnie prześwietlić. Zawiadomiony listownie przez VOHSEN'a o jego sposobie badania jamy czołowej, uznałem go za lepszy i moją metodę dalej stosować przestałem. Wspomnieć też muszę o próbach, dokonanych z kol. GURANOWSKIM, który wpadł na pomysł prześwietlania wyrostka sutkowego, chcąc na tej drodze ułatwić sobie rozpoznanie niektórych stanów patologicznych tej okolicy. Okazało się, że wyrostek sutkowy [u mnie np.] prześwietlić się daje, jeżeli za pomocą lejka usznego z odpowiednim wycięciem, skierowanym ku tylnej ścianie przewodu usznego, rzucimy silny snop światła w kierunku *proc. mastoideus*. Praktycznego zastosowania oba te sposoby dotąd nie znalazły, na przeszkodzie stanął nam brak odpowiedniego materyjału. Przez 1½ roku zajęty innemi pracami, porzucić musiałem na czas pewien dalsze w tym kierunku badania. Powróciłem do nich dopiero na

jesieni roku zeszłego i urzeczywistniłem myśl prześwietlenia żołądka, pęcherza moczowego i tylnej ściany pochwy.

Kolejno wyniki moich poszukiwań w streszczeniu tutaj podaję:

Prześwietlanie pęcherza moczowego.

Doświadczenia w tym kierunku wykonałem wspólnie z kol. **ELSENBERGEM** i **ZWEIGBAUMEM**, później z kolegą **KRAJEWSKIM**, którym za pomoc szczerze składałem podziękowania.

1) Wprowadzaliśmy u kobiet do pochwy wziernik drewniany, opatrzony na przedniej ścianie owalnym, 3 ctm. długim oknem, do którego wsuniętą została lampka elektryczna, o sile 8 świec prawidłowych [przyrząd **VOHSEN'a**]; do pęcherza zaś, wypełnionego wodą, wsunięto ślepo zakończony endoskop **GRUENFELD'a**, zgięty pod kątem i opatrzony na przedniej ścianie kryształowem okienkiem. Przy skierowaniu okna na tylną ścianę pęcherza można było dostrzedz prześwietlone dno pęcherza, w formie jasno różowej przestrzeni. Podaję tylko fakt, nie wyprowadzając z niego w tej chwili żadnych dyjagnostycznych wniosków.

2) Wprowadzając u mężczyzn do pęcherza, napełnionego wodą, endoskop elektryczny **LEITER'a** z okienkiem, skierowanem ku przedniej ścianie pęcherza, widzieliśmy nad spojeniem łonowem płamę świetlną, której rozległość odpowiadała konturom pęcherza.

Prześwietlanie tylnej i przedniej ściany pochwy.

Wspólnie z kol. **KRAJEWSKIM** przekonaliśmy się, że przednia i tylna ściana pochwy prześwietlić się dają. W tym celu do pochwy wprowadzaliśmy wziernik szklany. Chcąc prześwietlić przednią ścianę pochwy, endoskop elektryczny **LEITER'a** z silnie rozpaloną lampą wprowadzony został do pęcherza, napełnionego wodą. Okazało się, że prawie cała przednia ściana pochwy przepuszcza światło. Dla prześwietlenia tylnej ściany pochwy wprowadzano do odbytu wziernik **FERGUSSON'a**, a przez niego przyrząd elektryczny **VOHSEN'a**. Przez szklany wziernik, umieszczony w pochwie, widać było ścianę pochwy jaskrawo prześwietloną aż do tylnego sklepienia pochwy.

Po wykonaniu powyższych doświadczeń dowiedziałem się z *New-York Medical Journal* [Kwiecień r. 1891], że D-r **LOEBINGER**, ten sposób badania również zastosował, przyrząd nazwał pelveoskopem i z jego pomocą zdołał określić położenie macicy i jej adneksów. Obszerniejszy rozbiór tych faktów podanym zostanie w innym miejscu.

Prześwietlanie płuc i aorty u zwierząt.

Dzięki uprzejmości i pomocy prof. **NAWROCKIEGO**, w pracowni uniwersyteckiej wykonaliśmy następujące doświadczenia. Kotowi, któremu z klatki piersiowej i brzucha usunięto włosy za pomocą *rusma tartaricum*, wykonano tracheotomię, zwierzę ubezwładniono i zaprowadzono sztuczne oddechanie. Do przetyku wsuniętą została lampka elektryczna **EDISON'a** aż do rozdwojenia tchawicy. Po rozpaleniu lampki [w ciemnym pokoju] prawe płuco, a mianowicie wierzchołek jego, przy każdym wdechu silnie przeświecało, przy wydechu płama świetlna różowa ginęła. Jednocześnie na rękojeści mostka,

mniej więcej na wysokości drugiego żebra, wystąpiła jasno różowa plama wielkości kopiejki, o brzegach dość ostrych, której rozmiary powiększały się i zmniejszały izochronicznie z uderzeniem serca. Fakt możliwości prześwietlenia płuca i aorty u zwierząt poraz pierwszy tem doświadczeniem zostaje dowiedziony. Od wszelkich wywodów co do jego doniosłości lub możliwości zastosowania u człowieka w tej chwili się powstrzymuję. Nadmieniam tylko, że dalsze badania w tym kierunku prowadzę.

Prześwietlanie trzew brzusznych na trupie.

Wprowadzając przyrząd VOHSEN'a do jamy brzusznej osobnika, zmarłego na skutek raka krezek, dyjagnoza, postawiona za życia, została potwierdzoną za pomocą prześwietlania. Za życia bowiem wspólnie z kolegą GOLDFLAMEM stwierdziliśmy obecność guzów w prawej okolicy biodrowej, poniżej pępka położonych, jak również znacznego wysięku w jamie brzusznej.

Przed wykonaniem sekcji w trupiarni zupełnie zaciemnionej zrobiono u trupa otwór w powłokach brzusznych powyżej okolicy biodrowej lewej, tuż nad *spina anterior*. Przez otwór ten wsunięto przyrząd oświetlający o sile 10-ciu świec, aż pod pępek. Okazało się wówczas, że w okolicy biodrowej prawej wystąpiła plama różowa wielkości dłoni, ograniczona u dołu łukiem łonowym, z prawej strony kością biodrową i linią więzów POUPPART'a, z lewej strony mięśniami prostym brzucha, u góry tworem niewiadomej natury, którego dolny brzeg rysował się, jako linia falista ciemna, z palczastymi wzgórkami. Poniżej widać było podskórną żyłę ściany brzusznej rozdwojoną dychotomicznie (*vena hypogastrica*). W lewym podżebrzu oświetlonym jaskrawo widać było kilka okrągłych twórow wielkości 3-ch kop. miedzianych. Po narysowaniu na skórze anilinowym ołówkiem konturów miejsc przeświecających i ciemnych, jama brzuszna otworzoną została w linii środkowej. Przekonałem się wówczas, że twór, w okolicy pępka z prawej strony położony, którego brzeg dolny dawał na czerwonym tle, ciemne palczaste przedłużenia, odpowiadał konglomeratowi guzów nowotworowych, usadowionych w kreskach. Ciemniejsze plamy po stronie lewej odpowiadały pętlicom kiszek, wypełnionym kałem. Sekcja wykryła również raka dwunastnicy i marskość wątroby zanikową.

[D. n.].

II. O STOSOWANIU KOFEINY

W CHOROBAH SERCA I NEREK.

Napisał **D-r Med. J. Pawiński**,
ordynator szp. Ś-go Ducha w Warszawie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 8].

WNIOSKI.

Na zasadzie powyżej przytoczonych spostrzeżeń przychodzimy do następujących wniosków:

I. Wady zastawek serca.

Samo się przez się rozumie, że o stosowaniu kofeiny w okresie zachowanej kompensacji mowy być nie może. Mamy tu na myśli tylko wa-

dy zastawek w okresie utraty zrównoważenia. I w tym razie, a zwłaszcza skoro wada łączy się z niemiarowością ruchów serca i tętna, jak to najczęściej w zwężeniu ujścia żylnego lewego bywa, na pierwszym planie postawić należy naparstnicę lub strofant, do kofeiny zaś należy uciekać się dopiero wtedy, gdy te ostatnie leki odmówią swego działania.

Za pomocą dużych dawek kofeiny, stosowanych przez dłuższy czas [6—12 dni], otrzymujemy wzmocnienie energii serca, zmniejszenie poprzecznego wymiaru tępości i obrzęków, czemu zwykle zwiększenie dyjurezy towarzyszy. W tym ostatnim względzie lek ten może nawet naparstnicę i strofant przewyższać. Co się tyczy jednak uregulowania rytmu serca, to stanowczo rzecz można, iż kofeina stoi o wiele niżej od nich; nie posiada bowiem swoistego wpływu na nerw błędny. Najlepiej przekonać się o tem można w zwężeniu ujścia żylnego lewego, połączonego z niemiarowością tętna. W wadzie tej hamujące działanie na nerw błędny ma ogromne znaczenie, umożliwia bowiem dokładniejsze napełnianie się lewej komórki, co znowu na uregulowanie całego krwioobiegu ważny wpływ wywiera. W spostrzeżeniu I-em, w którym istniała wielka różnica pomiędzy częstością uderzeń serca a tętna, już po kilku dniach użycia naparstnicy otrzymywaliśmy ujednostajnienie ruchów serca i tętna, gdy tymczasem nawet po 10 dniach stosowania kofeiny wyniku podobnego nie osiągnęliśmy: serce biło jeszcze częściej, aniżeli tętno, a rytm nie stał się prawidłowym. Zaznaczyć wreszcie winniśmy, że uregulowanie rytmu, otrzymane za pomocą naparstnicy lub strofantu, trwało znacznie dłużej, aniżeli osiągnięte za pomocą kofeiny.

Podobnież i w wadach zastawek półksiężycowych aorty i otworu tętniczego lewego, skoro zjawiają się obrzęki, duszność i oznaki poczynającego się wyczerpania serca, należy najprzód zwracać się do naparstnicy, a dopiero skoro ta ostatnia zawiedzie nas w swoim działaniu, należy przejść do kofeiny. Przekonywają nas o tem spostrzeżenia II-gie i III-cie. W drugim (*Insufficiëntia v. v. aortae et Insufficiëntia mitralis*) kofeina, podawana w ciągu kilku dni w ilości 15 do 20 granów na dzień, nie wywarła tak pomyslnego działania jak naparstnica, pomimo iż działała w pewnej mierze moczopędnie. Duszność i bicie serca nie ustępowały, gdy tymczasem już po użyciu jednej dawki naparu naparstnicy z 15 gran na 6 uncyj duszność ustąpiła, chora znacznej doznała ulgi i mogła w pozycji leżącej pozostawać. Jednocześnie wątroba, która z podżebrza znacznie wystawała, a brzegiem dolnym dosięgała linii pępkowej, zmniejszyła się bardzo.

Odwrotnie rzecz się miała w spostrzeżeniu III-em. U chorej, dotkniętej niedomykalnością zastawek półksiężycowych, z obszernym obustronnym przesięciem do jamy opłucnej, naparstnica okazała się bezskuteczną: ani zmniejszenia częstości uderzeń serca, ani zwiększenia dyjurezy, *resp.* zmniejszenia przesięku nie osiągnęliśmy, kofeina zaś doskonały wpływ na serce i wydzielniczą czynność nerek wywarła. Nietylko że dobową ilość moczu po kilkodniowym jej użyciu z 250 do 300 ctm. sześć. wzrosła do 1200, a później nawet do 1500 ctm., sześć., ale i częstość tętna ze 110 na minutę spadła do 80—84. Odpowiednio do tego

zawartość przesięku w jamach opłucnej znacznemu uległa zmniejszeniu, oddech stał się swobodnym, a ogólny stan chorej wielce się poprawił.

A więc w wadach zastawek serca uciekać się należy do kofeiny w okresach późniejszych, kiedy mięsień serca znaczną część wrażliwości na zwykłe leki nasercowe utracił.

Wystrzegać się należy zapisywania kofeiny chorym, dotkniętym chorobami zastawek serca, a posiadającym znaczną pobudzalność układu nerwowego, jak się to wielokrotnie u histeryczek i neurasteników zdarza, a przynajmniej radzimy w takich razach rozpoczynać od mniejszych dawek, dopóki nie przekonamy się dostatecznie o tolerancyi ustroju na lek, w mowie będący. Oczywiście, że w przypadkach nagłych, w razach upadku działalności serca, gdzie idzie o życie chorego, skrupułów podobnych robić sobie nie potrzeba.

Ponieważ przy częstem użyciu naparstnicy wrażliwość na działanie jej zmniejsza się, można więc od czasu do czasu, w przypadkach odpowiednich, wracać się do kofeiny. Niekiedy wreszcie, zwłaszcza u osób wycieńczonych długotrwałą chorobą zastawek serca, u starców, których układ nerwowy wymaga środków pobudzających, można jednocześnie z naparstnicą podawać i kofeinę, oczywiście tylko w mniejszych ilościach. W wielu razach z kombinacyi takiej otrzymywałem bardzo pomysłne wyniki.

II. Choroby nerek.

Kofeinę stosowaliśmy wielokrotnie w cierpieniach nerek, skoro serce zaczęło się wyczerpywać, ilość moczu zmniejszała się, a obrzęki powiększały się. Oczywiście, że najczęściej zmuszeni byliśmy uciekać się do środków nasercowych w przewlekłym, śródmiąższowym zapaleniu nerek (*Nephritis interstitialis chronica*), kiedy lewa komórka, będąca w stanie przerostu, przechodzi w stan rozszerzenia, a więc kiedy czynność serca staje się niedostateczną. Na kończynach dolnych zjawiają się wtedy obrzęki, ilość moczu zmniejsza się, duszność wzmagą się, a tętno staje się niemiarowem. Jednocześnie zauważyć można, że tępość serca powiększa się znacznie w wymiarze poprzecznym, i to głównie w kierunku na prawo, do prawego brzegu mostka. I w tych razach, skoro tylko przypadek jest świeży, na pierwszym planie postawić należy naparstnicę, lub strofant i uciekać się do kofeiny dopiero wtedy, kiedy one pożądanego skutku nie wywierają.

W wielu przypadkach zastarzałych, ze znacznem wyczerpaniem mięśnia serca, otrzymywaliśmy po dłuższem zastosowaniu kofeiny znakomitą poprawę w uregulowaniu krążenia i czynności wydzielniczej nerek.

Do podawania kofeiny zachęcałbym również w miąższowych zapaleniach nerek, skoro obrzęki są duże, a ilość moczu mała, choćby nawet ze strony serca nie było ważnych zaburzeń; przez swój wpływ tonizujący na układ krążenia, *resp.* na naczynia nerek, działa ona wtedy moczopędnie i w tym względzie oddaje nam nieraz wielkie usługi tam, gdzie naparstnica nie skutkowała. Samo się przez się rozumie, że w przypadkach tak śródmiąższowego jak miąższowego, lub mieszane-

go zapalenia nerek, daleko posuniętych, którym obszerne przesięki do jam ciała i wyniszczenie całego ustroju towarzyszą, kofeina, jak również podobne do niej leki, okaże się bezskuteczną. W tych razach chinina, żelazo i wogóle podniesienie odżywiania całego ustroju winny zająć pierwsze miejsce w leczeniu.

Niekiedy osiągałem dobre wyniki zastosowania leku, o którym mowa, i w ostrem zapaleniu nerek, wprawdzie nie w samym początku sprawy chorobowej, lecz najczęściej w drugim lub trzecim tygodniu. Przypadki, które tu mam na myśli, dotyczyły osób młodych, z ogólną puchliną i ze znacznym ograniczeniem czynności wydzielniczej nerek. Ilość białka była wtedy niewielką, a rytm serca przedstawiał znaczne zwolnienie. Tętno uderzało 40—50 razy na minutę w stanie bezgorączkowym chorego. Zwolnienie ruchów serca (*bradycardia*) należało objaśnić sobie wpływem zatrzymanych pierwiastków przemiany materii we krwi na innerwację. Do obrazu tego włączyć jeszcze należy uporczywe bóle głowy, zapowiadające często, jak wiadomo, mocnicę. Naparstnica, jakkolwiek wywołuje z początku pewne zwiększenie częstości tętna i wzmocnienie skurczów serca, wkrótce jednak sprowadza zwolnienie tętna, niepożądane w takich okolicznościach, kofeina zaś przeciwnie pobudza serce nie tylko do energiczniejszych, ale i do częstszych ruchów, działa pobudzająco na cały układ naczyniowy, zwiększa wydzielinę nerek i tą drogą ocala nieraz chorego od niebezpieczeństwa.

Zdarzały się jednak przypadki [sposrzech. 7], w których ani naparstnica, ani kofeina nie przyniosły oczekiwanego rezultatu; wtedy to wyłącznie mleczna dyjeta okazała się najlepszym środkiem moczopędnym i regulującym czynność serca.

III. W a d y z a s t a w e k, p o w i k ł a n e c i e r p i e n i e m n e r e k.

Jeśli do wady zastawkowej przyłączy się zapalenie nerek, jak się to niekiedy po szkarlatynie lub dyfterycie zdarza, a jednocześnie wystąpią obrzęki, to naparstnicy należy oddać pierwszeństwo przed kofeiną.

Takie właśnie spostrzeżenie zrobiliśmy u chorej [sposrzech. 10], dotkniętej podwójną wadą serca, a mianowicie zwężeniem otworu żylnego lewego i niedomykalnością zastawek: dwudzielnej i półksiężycowych aorty. Chora przybyła z obszernymi obrzękami, wielką dusznością i słabem, przyspieszonym tętnem, przy czem czynność wydzielnicza nerek była bardzo ograniczoną [150—200 ctm. sześć. na dobę]. Zachodziła wtedy obawa rozwoju mocznicy. Pod wpływem kofeiny czynność serca wzmogła się, tętno stało się większem, pełniejszym, ilość jednak moczu zwiększała się nieznacznie, dobową jego ilość osiągała zaledwie 350 ctm. sześciennych.

Nie widząc wielkiej poprawy, przeszliśmy do naparstnicy; już po kilku łyżkach naparu [xv gr.— $\frac{3}{4}$ vj] chora uczuła znaczną ulgę w oddechu, a po wyżyciu jednej dawki zauważyliśmy i poprawę obiektywną w postaci znacznie zwiększonej dyjurezy: 1100—2500 ctm. sześć., czemu zmniejszenie obrzęków i wymiarów tępości serca towarzyszyło. Tętno ze 106 spadło do 88. Od tej chwili rozpoczęła się już stopniowa poprawa stanu chorej.

W innym przypadku niedomykalności zastawki dwudzielnej i przewlekłego zapalenia nerek otrzymaliśmy podobny rezultat, pomimo iż zaburzenia w żylnem

krążeniu, objawiające się w postaci względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej, były znacznie większe, aniżeli u powyżej wspomnianej chorej.

IV. Najwdzięczniejsze pole do stosowania kofeiny stanowią cierpienia mięśnia sercowego i to nietylko osnute na sprawach zwyrodnienia włókien mięsnych (*myocarditis chronica, degeneratio adiposa cordis, sclerosis arteriarum coronariarum cordis*) lecz i tak zwane funkcjonalne.

Co do pierwszej postaci, to zanim dojdzie do obrzęków, rozszerzenia serca, niedomoga mięśnia przedstawia się rozmaicie, już to w postaci napadów duszności, już to niepokojów, nadrucliwości serca, a niekiedy zupełnego zawieszenia czynności ośrodka krążenia. Wtedy to zachodzi często potrzeba szybkiego pobudzenia układu naczyniowego, wzmoczenia energii serca, do czego najlepiej nadają się przetwory kofeiny, bądź to w postaci podskórnych wstrzykiwań, bądź do wewnątrz podawane. Skoro stan jest groźny, nie należy ograniczać się do małych dawek, lecz podawać choremu duże ilości leku.

Naparstnica, jako wywierająca swoje działanie dopiero po upływie kilkunastu godzin, nie odpowiada wtedy naszemu celowi. Prócz tego w przypadkach stwardnienia naczyń i następczych zmian w sercu, skoro mięsień podług przyspieszonego rytmu ruchu swe wykonywa, naparstnica zazwyczaj nieznaczny tylko wpływ na przyrząd hamujący wywiera, a jeśli rzeczywiście osiągniemy pewne zwolnienie tętna, to mija ono bardzo szybko. Po kilkodniowym użyciu jej, częstość tętna zaledwie o kilka uderzeń na minutę staje się mniejszą. To samo odnosi się i do strofantu. Przekonywa nas o tem najlepiej spostrzeżenie 14. Dodać tu należy, że jeśli czynność serca nie jest zbyt przyspieszoną, to i celem zabiegów doświadczonego lekarza nie będzie usuwanie tego kompensacyjnego działania natury, skoro inne jakie groźne objawy do obrazu tego się nie przyłączają.

Dopiero w dalszym przebiegu choroby po upływie kilku lub kilkunastu nieraz miesięcy, kiedy, wskutek szerzącego się zwyrodnienia włókien mięsnych, serce nie jest w stanie podołać swemu zadaniu, zjawiają się obrzęki, duszność, a tępość serca powiększa się w wymiarze poprzecznym, zwłaszcza na prawo, wtedy to należy zwrócić się nie do kofeiny, lecz do naparstnicy. Choroba mięśnia sercowego przyjmuje wtedy obraz niezrównoważonej wady zastawkowej. W takich razach naparstnica w przeciągu kilku dni groźne objawy usuwa, a chorego z wielkich męczarni na pewien czas oswobadza.

W odstępach pomiędzy podawaniem naparstnicy, które powinny, o ile tego nie wymaga konieczna potrzeba, być jaknajdłuższe, można kofeinę z wielkim pożytkiem dla chorego stosować, jako środek podtrzymujący sprawność serca.

Wreszcie po upływie krótszego lub dłuższego czasu naparstnica, nawet w większej podawanej ilości, skutku pożądanego nie wywiera, wyczerpanie staje się coraz większem, coraz częściej dokuczają choremu napady asystolii serca z obrzękiem płuc. W tym okresie kofeina oddaje nam znowu wielkie usługi,

systematycznie podawana podtrzymuje energiję serca, zwiększa napięcie naczyń, powiększa dyjurezę i zmniejsza lub usuwa bardzo uporczywą puchlinę. W pewnym przypadku stłuszczenia serca w okresie adynamii tegoż i obrzęków, kiedy chory naparstnicy znosić nie mógł, wystarczyło 2—3 proszków kofeiny (*Coff. natro-benz.* gr. v) w ciągu 2—3 dni użytych, aby chorego do względnego zdrowia doprowadzić. Puchlina szybko ustępowała wśród wzmagającej się niepomiernej dyjurezy, oddech stawał się swobodniejszym, chory mógł nawet odbywać małe przechadzki i sypiać znacznie lepiej. Żaden z podawanych innych środków, jak strofant, konwalija, nie był wstanie tego uczynić, a co najważniejsza, że kofeina okazała się dla chorego wyborynym środkiem nasennym. Jeden proszek 5 granowy *coffeini natro-benzoici* na noc wzięty, więcej go uspakajał, aniżeli sulfonal, lub inne środki narkotyczne.

O jednym jeszcze wskazaniu do użycia kofeiny chciałbym tu wspomnieć. W późniejszych okresach cierpień mięśnia sercowego, a zwłaszcza zależnych od miażdżycy tętnic wieńcowych występują niekiedy napady duszności, lub też oddechanie staje się nierównem i przyjmuje typ tak zwanego oddechania CHEYNE-STOKES'a, przyczem czynność serca jest stosunkowo niezłą. Zaburzenia w oddechaniu należy w takich razach odnieść do pewnego wyczerpania ośrodków nerwowych, znajdujących się w rdzeniu przedłużonym. Kofeina, pobudzając w tych razach ośrodki te do żywszej czynności, wpływa bardzo skutecznie na powyższe, nieraz bardzo męczące chorego objawy. Bywają wreszcie przypadki, w których kofeina zadanie swe wypełnia, czynność serca wzmagają się, tętno staje się większem, pełniejszym, napięcie naczyniowe zwiększa się, a jednak chory umiera, nie tyle, rzecz można, wskutek wyczerpania serca, ile wskutek daleko posuniętych zmian w innych narządach [płuca, nerki, wątroba].

Oprócz przewlekłych cierpień mięśnia sercowego, o których powyżej była mowa, kofeina wskazaną jest w przypadkach ostrych, w niedomodze serca, u osób poprzednio zdrowych, których narząd krwiobiegowy żadnych zaburzeń nie przedstawiał. Stan taki występuje po wysiłkach fizycznych, gwałtownych wstrząśnieniach moralnych, lub też, co się najczęściej zdarza, w przebiegu niektórych chorób, zwłaszcza gorączkowych [tyfus, zapalenie płuc, szkarlatyna, błonica]. W tych ostatnich przedewszystkiem wysoka ciepota działa z początku podniecająco, następnie osłabiająco na innerwacyję serca, a prócz tego, jak to badania anatomo-patologiczne ROMBERG'a ¹⁾ wykazały, w chorobach gorączkowych zakaźnych zachodzą zmiany nietylko we włóknach mięsnych serca, ale i w tkance łącznej śródmiąższowej. Oba te czynniki przy pewnych warunkach do zapadu doprowadzić mogą, a nawet w braku odpowiedniej pomocy do śmierci.

W tych razach energiczne zastosowanie kofeiny podskórnie może uratować życie chorego. Żywo mam jeszcze w pamięci dziesięcioletniego chłopca,

¹⁾ Ueber die Erkrankungen des Herzmuskels bei Typhus abdominalis, Scharlach und Diphtherie. Aus der mediz. Klinik zu Leipzig. Deutsches Archiv für klin. Med. 48 Bd. 3—4 Heft. Leipzig. 1891 roku.

który w przebiegu szkarlatyny, powiklanej ciężkim dyfterytem gardła, piątego dnia choroby, przy ciepłocie 40° C., nagle posiniał, stracił przytomność, a skoro przybyłem do niego, tętna wyczuć nie mogłem, serce zaś wykonywało nieregularne, słabe ruchy, oddech był bardzo powierzchowny, kończyny chłodne. Po wstrzyknięciu 3 szprycek mocnego roztworu kofeiny, chłopiec odzyskał przytomność, działalność serca wzmożła się, tętno stało się wymacalnym, słowem chłopiec do życia stopniowo powracał; dalszy przebieg choroby, choć ciężki, zakończył się pomyślnie.

Zapalenie opłucnej z wysiękiem należy również do chorób, w których nad stanem serca czuwać bardzo trzeba. U osób, których ośrodek krążenia jeszcze przed chorobą przedstawiał pewne zaburzenia, choćby czynnościowe, po wypuszczeniu płynu z jamy opłucnej występują niekiedy bardzo groźne objawy ze strony serca. Wskutek zmienionych warunków ciśnienia krwi, serce niezawsze przystosowywa się do nowej sytuacji i wpada w stan groźnego wyczerpania. Zazwyczaj najprzód po upływie $\frac{1}{2}$ —3 godzin chory wypluwa obfitą ilość [2—3 szklanek] białkowego płynu, poczem dopiero działalność serca upada, tętno znika, czemu towarzyszy sinica twarzy i kończyn. W takim razie wskazane są najsilniejsze środki pobudzające, a pomiędzy nimi na pierwszym planie postawiłbym wstrzykiwania dużych dawek kofeiny. Za pomocą tych ostatnich zdołaliśmy kilka razy chorym, będącym już w stanie groźnego zapadu, życie uratować. W jednym z takich przypadków wstrzyknęliśmy choremu w przeciągu 6 godzin około 15 szprycek roztworu będzwinianu kofeiny, z których każda około 5 gran leku zawierała [razem więc 75 gran]. [D. n.]

III. PRZYPADEK TĘŻYCZKI, 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.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 8].

„Objaw twarzowy“ najczęściej daje się spostrzegać przy tężyczce; czasami jednak brakuje go zupełnie, szczególnie u dzieci. Znajdywano go i przy innych chorobach, jako to: *paralysis glosso-labio-laryngea* [ERB], guzach rdzenia [SCHULTZE], późniejszych okresach porażenia nerwu twarzowego [HIRTZIG], pewnych postaciach pelagry [NEUSSER], u epileptyków, neurasteników, oraz histerycznych chorych. Dalej spostrzegano go u młodych ludzi, cierpiących na żoły, lub początki gruźlicy. SCHLESINGER uważa nawet objaw twarzowy za objaw początkującej się gruźlicy, dający się obserwować czasem miesiącami całymi w początkach tej choroby.

SCHULTZE, ERANKL - HOCHWART, JAKSCH i inni znajdowali go u ludzi zupełnie zdrowych. Na 1000 ludzi, zdrowych zupełnie pod względem nerwowym,

badanych przez HOCHWART'a, objaw twarzowy istniał w 3—4%. Przez uderzanie w pnie nerwowe kończyn możemy, otrzymać również błyskawiczny skurcz w zakresie odnośnych mięśni.

Analogiczny objaw, odkryty przez HOFFMANN'a, istnieje w nerwach czuciowych; uderzając w pnie tych nerwów, wywołujemy różne parestezyje w ich zakresie.

Pod nazwą objawu HOFFMANN'a rozumiemy właściwie podwyższoną wrażliwość nerwów czuciowych na wpływy mechaniczne i elektryczność.

Sfera mózgowa w tężyczce zwykle bywa niezajęta. Czasami jednak spostrzegano przy tetanii stany podniecenia lub przygnębienia, czyli istne psychozy. Ból głowy i zawrót nierzadko zdarzają się w tej chorobie. Zastanowiwszy się nieco dłużej nad głównymi objawami tężyczki, dla uzupełnienia obrazu w krótkości wymienić nam wypada i inne rzadziej spotykane.

W oczach znajdujemy: rozszerzenie lub zwężenie źrenic, leniwe oddziaływanie albo brak oddziaływania, nierówność źrenic; widziano też kilka przypadków zapalenia nerwu wzrokowego i siatkówki (*neuro-retinitis*).

Słuch, smak i węch są zwykle wolne. Czasami w początku napadu doznają chorzy szumu w uszach. Tak zwany smak elektryczny i oddziaływanie na elektryczność nerwu słuchowego występuje czasem przy bardzo słabych prądach elektrycznych [HOCHWART, *l. c.*]. W zakresie czucia spotykamy tu: nadczułość względem ucisku, rozmaite parestezyje i bóle, oraz zaburzenia czucia mięśniowego.

Ciepłota ciała bywa czasem podwyższoną. Gorączka przytem ma typ zwalniający, rzadziej przerywany. JAKSCH obserwował przypadki tetanii z ciepłotą niższą od zwykłej. Podniesienie ciepłoty bywa zwykle niewielkie, nie przewyższające 38° C. i kilku dziesiątych. Mowa tu o tetanii samoistnej, *t. strumpriva* bez zmian w ranie, a wreszcie tężyczce ciężarnych, rodzących i karmiących. Podwyższenie ciepłoty w tetanii, towarzyszącej innym chorobom, może być od nich zależnem.

W narządach oddechowych, oprócz duszności i groźnych objawów kurczu głosi, spotykamy czasem skłonność do nieżytów [EISELSBERG].

Tętno w czasie napadu bywa przyspieszone. Czasami zdarza się poliuryja, białkomocz i cukromocz.

Oprócz tego wymienić należy: obfite poty, obrzęki niewielkiego stopnia, zaczerwienienie stawów, wypadanie włosów, zmianę paznogci, brązowe zabarwienie skóry i zanik mięśni. Wszystko to jednak rzadko bywa spostrzeganiem.

Odruchy zwykle są prawidłowe, czasem jednak podwyższone, to znów obniżone, albo nawet i zniesione, a po napadzie, albo dopiero po ustąpieniu choroby, wracają nanowo do stanu prawidłowego.

Przebiegi rokowania. Tężyczka u zdrowych rzemieślników zazwyczaj trwa tygodnie i miesiące. Częste są nawroty, ale choroba kończy się zwykle wyzdrowieniem, chociaż nieraz po latach dopiero. Podobnie przebiega ona u dorosłych z cierpieniem przewodu pokarmowego. Tylko tężyczka, towarzysząca rozszerzeniu żołądka, każe źle rokować, gdyż często prowadzi do zejścia śmiertelnego.

Tetania, występująca przy chorobach zakaźnych, albo będąca objawem zatrucia, zwykle mija szybko.

U ciężarnych trwa ona do porodu, u karmiących utrzymuje się tygodniami i miesiącami. Najczęściej kończy się wyzdrowieniem, chociaż znane są i przypadki, w których napad tężyczki po porodzie zakończył się śmiercią.

Tetania strumipriva wogóle daje złe rokowanie. Nawet mimo lekkiego przebiegu nierzadko kończy się śmiercią. Często do tej postaci dołącza się *myxoedema*.

U dzieci zdrowych tężyczkowy skurcz głośni już nieraz kończył się śmiercią. Poza tem postać ta tężyczki przebiega, jak u dorosłych, i daje dobre rokowanie. Gorzej zato rokować wypadnie w tężyczce u dzieci w przebiegu ciężkich zaburzeń ze strony kanału pokarmowego.

R o z p o z n a n i e typowej postaci tężyczki nie przedstawia żadnych trudności, a opiera się na skonstatowaniu charakterystycznych napadowych drgawek tonicznych, obecności objawów podwyższonej mechanicznej i elektrycznej pobudliwości nerwów, oraz objawu TROUSSEAU'a, który zdaje się być również wrazem wzmożonej mechanicznej pobudliwości nerwów.

Objawy te, z tego, co wyżej o nich było powiedzianem, dają możliwość rozpoznania choroby nawet po ustaniu przykurczeń, utrzymują się bowiem nieraz dość długo po ich ustąpieniu.

Pod względem dyjagnostycznym pamiętać należy, iż najstalszym objawem tetanii jest, po drgawkach tonicznych, objaw ERB'a i TROUSSEAU'a.

Za tężec można wziąć tylko ciężkie przypadki tężyczki ze szczękosciskiem i stężeniem mięśni karku. Brak jednak podniesienia odruchów i pierwotne zajęcie rąk przez drgawki toniczne z łatwością pozwolą postawić rozpoznanie, bez uciekania się nawet do stwierdzenia objawu TROUSSEAU'a, CHVOSTEK'a i ERB'a.

Podobne drgawki w histeryi są tylko odmianą różnorodnych drgawek, które nie omieszkają się zjawić w czasie obserwacji, albo o których można się dowiedzieć z wywiadów. Zresztą obecność przynajmniej dwóch z trzech głównych objawów stanowczo zawsze rozstrzyga na korzyść tetanii. To samo powiedzieć można o różniczkowem rozpoznaniu między tą chorobą a kurczem pisarskim i podobnemi mu chorobami.

Zmiany anatomico-patologiczne. Przypuszczenia co do siedliska choroby oraz istoty tejże.

Badania pośmiertne ludzi i zwierząt, zmarłych na tężyczkę, dotychczas nie wykazały zmian patologicznych, któreby pozwoliły orzec o siedlisku i istocie tej choroby. Naprzeciw nielicznych, jakoby dodatnich wyników badań układu nerwowego, stoi cały szereg wyników ujemnych, mimo to iż za życia tetania przebiegała najbardziej typowo.

W nerwach obwodowych niektórzy znajdowali czasami zaczerwienie pochew. Wszelako BERGER i WEIGERT, mimo najskrupulatniejszego drobnowidzowego poszukiwania, nic tu nie znaleźli.

W mózgu u zmarłych na tężyczkę czasami znajdowano: nieco mniejszą zbitość istoty mózgowej, nastrzyknięcie jej naczyń, przekrwienie opon, lekkie obrzę-

ki, czyli zmiany, jakie napotkać można u zmarłych z powodu najróżnorodniejszych chorób. W rdzeniu pacierzowym zato, oprócz wspomnianego tu i owdzie przekrwienia opon i lekkich wybroczyn krwawych, niektórzy badacze [BERGER] znajdowali ogniska rozmiękczenia, a przy badaniu drobnowidzowym nawet dość wyraźne zmiany. I tak: SCHULTZE u trupa dziecka 11-to miesięcznego napotkał ognisko sklerotyczne w sznurze bocznym części szyjowej rdzenia, już na przejściu w rdzeń przedłużony. Ognisko to, zajmując około połowy przekroju poprzecznego tego sznura, stykało się z istotą szarą rogów tylnych. Pod drobnowidzem składało się ono z tkanki włóknistej, kruchych (*wenig resistirenden*) włókien nerwowych, częściowo zgrubiałych naczyń krwionośnych i cząsteczek zmiennej barwnika krwi poza niemi.

LANGHANS, badając rdzeń 48-letniej kobiety, zmarłej na tetanię, w zgrubieniu łądźwiowem, a jeszcze wyraźniej w szyjowym w *commissura alba anterior* i w istocie szarej rogów przednich znalazł wyraźne zmiany, polegające na różnomiernem lub niejednostajnem zgrubieniu ścian małych tętnic i żył.

NATHAN WEISS w 3—4 przypadkach u zmarłych na tężyczkę po wyłuszczeniu wola napotkał bardzo charakterystyczne zmiany komórek rogów przednich części szyjowej rdzenia; przytem zmiany te występowały tem wybitniej, im dłużej trwała choroba.

W pierwszym przypadku [po 3-ch miesiącach od operacji] znalazł liczne komórki zwojowe powiększone (*Schwellung*) z bocznem ułożeniem jądra, i wakuolami w ciele i wyrostkach, obok tego komórki zanikłe, pokurczone ze zmniejszonym i przyplaszczonym jądrem oraz bez wyrostków; dalej miejscami wrzecionowate zagłębienia włókien osiowych i wyrostków komórek.

W drugim przypadku, gdzie śmierć nastąpiła we dwa tygodnie po operacji, były też same zmiany prócz zaniku komórek. W trzecim [śmierć we dwa dni po operacji] były tylko powiększone niektóre komórki i zgrubiałe włókna, przy wyraźnem przekrwieniu istoty szarej.

Obok tych dodatnich wyników mamy atoli i ujemne SCHULTZ'ego i BERGER'a, którzy w rdzeniu zwierząt padłych na tetanię, po wyłuszczeniu gruczołu tarczowego, mimo najskrzętniejszych poszukiwań drobnowidzowych nie znaleźć nie mogli.

Tak więc dane z anatomii patologicznej nie pouczają nas o siedlisku choroby. Analiza objawów klinicznych pozwala natomiast orzec, że jest to choroba układu nerwowego, a nie mięśniowego, jak to niektórzy [DE LA BERGE] przypuszczali. Obustronność drgawek, zaburzenia w sferze czucia, podwyższenie lub zniesienie odruchów, zaburzenia psychiczne, rzecz prosta, w żaden sposób nie mogą licować z teorią mięśniową.

Trudniej rozstrzygnąć, która mianowicie część układu nerwowego jest zajęta: centralna, czy obwodowa. DELPECH, HASSE, NIEMEYER, a w ostatnich czasach SCHULTZE uważają tetanię za chorobę nerwów obwodowych. Rzeczywiście, wiele objawów tężyczki można tłómaczyć zajęciem tej części układu nerwowego, tu należą: niedowłady, zboczenia czucia, zaburzenia naczynio-ruchome i odżywcze, obniżenie odruchów, objawy ze strony tęczówki, a nawet podwyższenie pobudliwości elektrycznej [co bywa też i przy *neuritis*].

Jednakowoż wszystkie wymienione objawy mogą być także pochodzenia rdzeniowego. Z drugiej znów strony są tu i takie objawy, które w żaden sposób nie mogą być pochodzenia obwodowego, a tylko centralnego, do takich należą: obustronność drgawek, wzmożenie odruchu stopowego [objaw rdzeniowy], wywołanie objawu TROUSSEAU przez ucisk na spłoty ramieniowy po jednej stronie [HOCHWART *l. c.* Str 50]; *polyuria, glycosuria* [wyłącznie objaw rdzenia przedłużonego]. Dalej niektóre mózgowo objawy tetanii mogą pochodzić z zaburzenia czynności ośrodka naczynio-ruchowego, znajdującego się, jak wiemy, w rdzeniu przedłużonym, tu należą: bóle i zawroty głowy, zajęcie mózgu, stany pobudzenia i obłądki ze złudzeniami (*hallucinatorische Verworrenheit*¹⁾). Za centralnem pochodzeniem niektórych objawów również przemawiają przypadki z zapaleniem nerwu wzrokowego i siatkówki, potem przypadki tetanii po wstrząśnięciach mózgu [DEMME], oraz te, gdzie do zwykłych objawów tężyczkowych dołączyły się objawy ciężkie ze strony mózgu [LOEB].

Tak więc przy tężyczce zdarzają się objawy czysto centralne, a co do innych, to trudno rozstrzygnąć, czy są one centralnego, czy obwodowego pochodzenia; zdania są do dziś dnia podzielone. KUSSMAUL, RIEGEL, ERB, BERGER i HOFFMANN uważają tężyczkę za chorobę rdzenia pacierzowego [a względnie przedłużonego].

EULENBURG istotę choroby widzi w chorobliwie wzmożonej pobudliwości rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych. Zdaniem NEUSSER'a, choroba tkwi głównie w rdzeniu, przyczem mogą być zajęte nerwy obwodowe i kora mózgowa. KAHLER uważa ją za cierpienie całego układu nerwowego, a NOTHNAGEL, podzielając to zdanie, dodaje, iż przytem głównie zajęte są nerwy obwodowe.

WEISS²⁾ uważa tężyczkę za nerwicę naczyniową rdzenia pacierzowego, od ruchowo wskutek zadrażnienia nerwów współczulnych powstającą. Dzięki zaburzeniu innerwacji naczyń, a względnie ukrwienia rdzenia, ten ostatni znajduje się w stanie pewnego stopnia stałego zadrażnienia [*Reizzustand*], które, dzięki peryjodycznemu zwiększaniu się zaburzenia w ukrwieniu, ze swej strony również peryjodycznie się zwiększa. Podrażnienie układu współczulnego może mieć miejsce gdziekolwiek w ustroju, a źródłem jego bywa wyluszczenie wola, zaburzenia czynności kiszki, macicy i t. p.

Nie mogę pominąć wreszcie pewnego poglądu na etylogiję tężyczki, wypowiedzianego przez JAKSCH'a, a wytrwale bronionego przez HOCHWART'a, że jest to choroba zakazna.

FRANKL-HOCHWART na str. 41 zacytowanej już tu pracy powiada: „*Unwillkürlich wird man zu der Meinung gedrängt, dass es ein nur an gewissen Orten, zu gewissen Zeiten, entstehendes Agens giebt, welches die Tetanie erzeugt. Wir haben es vielleicht (wenigstens bei gewissen Formen) mit einer Infectiouskrankheit zu thun*“.

Za przypuszczeniem tem przemawia:

1) Epidemiczno-endemiczne pojawianie się choroby.

¹⁾ MEYNERT, we Vorlesungen ü. Psychiatrie. Wien 1890, dowodzi możliwości powstawania różnych postaci psychozy drogą naczynioruchową.

²⁾ Patrz: artykuł BERGER'a w Real-Encykl. EULENBURG'a. T. XIII. Str. 492.

2) Poczynanie się często wśród objawów gorączki, co opisał już DANCE, a po nim spostrzegali też i inni; dalej występowanie podprawidłowej ciepłoty [HOFFMANN, JAKSCH].

3) Pojawianie się tężyczki w okresie zwiastunów i w przebiegu typowych chorób zakaźnych.

4) Wikłanie się jej ze stanami obłądu złudzeniowego (*hallucinatorische Verworrenheit*), co również bywa i przy innych chorobach zakaźnych.

5) Równoczesne zapadanie na tę chorobę kilku osób w jednej rodzinie lub jednym domu.

6) Wreszcie okoliczność, iż w pewnych latach spostrzega się więcej przypadków tetanii niż w innych“.

Natury zarazka jeszcze nie znamy. Badania w tym kierunku podjął prof. JAKSCH ³⁾. Szczepił on krew tężyczkowych chorych królikom i badał pod względem bakteryjologicznym wydzielinę i krew takich chorych. Poszukiwania te pozostały jednak bez skutku.

A teraz jeszcze słów parę o leczeniu omawianej choroby. Istotnie zapobiegawcze leczenie może mieć tylko miejsce wobec *tetania strumipriva*. Ponieważ tylko całkowite wyluszczenie gruczołu tarczowego bywa przyczyną tetanii, a częściowe nie ⁴⁾, przeto operując, należy zostawić zawsze choć kawałek gruczołu, w razie zaś musowej całkowitej operacji, gdyby wystąpiła tetanija, to można próbować przeszczepić kawałek tego narządu. Drogą tą udawało się już wyleczyć albo przynajmniej osiągnąć poprawę.

Ludzie skłonni do tężyczki powinni, rozumie się, unikać tego, co ją wywołać może, a więc zimna, wrzuseń moralnych i wysiłków fizycznych; powinni pamiętać o dobrem odżywianiu się, o prawidłowym stanie swych kiszek; unikać wysokoku, chloroformu. Od leczenia istniejącej już choroby niewiele można się spodziewać. W tetanijach, towarzyszących innym chorobom, należy leczyć te ostatnie, gdyż, jak doświadczenie uczy, z ustąpieniem ich często i tężyczka mija. Zresztą przeciw samej chorobie środków nie posiadamy.

Prócz ogólnych higieniczno-dyjetetycznych przepisów, jakie uwzględnić się powinno, należy zwalczać objaw najprzykrzejszy dla chorego, t. j. drgawki bolesne. *Nervina* często zawodzi. Bromek potasu nie skutkuje. HOCHWART najlepsze miał jeszcze wyniki po morfinie i chloralu.

Chinina tylko wtedy jest wskazaną, gdy tetanija towarzyszy zimnicy. Przy uporczywych i długotrwałych drgawkach można próbować wstrzykiwań hyoscyny [HOFFMANN], kurare [BERGER] lub pilokarpiny [KASPAREK]. Leczenie elektrycznością, zdaniem HOCHWART'a, nie daje świetnych wyników, chyba tylko usmierza ból; STRUEMPPEL jednakowoż dość gorąco je poleca i radzi stosować prąd stały wstępujący stale wzdłuż zajętych nerwów, przytem galwanizować rdzeń pa-

³⁾ Klinische Beiträge zur Kenntniss der Tetanie. Zeitsch. f. klin. Med. Band XVII Heft. 3—4. 1890.

⁴⁾ v. EISELSBERG na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Heidelbergu w roku zeszłym odnośnie do tej kwestyi zakomunikował, że na 53 przypadki całkowitego wyluszczenia tego gruczołu wdział tężyczkę 12 razy, zaś u 109 chorych z częściowem wyluszczeniem tężyczka nie wystąpiła ani razu. [D. med. Woch. 1890 N. 10, str. 203].

cierzowy, a wreszcie przykładać anodę na rozmaite pnie nerwowe, trzymając katóde na mostku.

Widziano też dobre skutki leczenia wodą w postaci ogólnych ciepłych kąpiei, a także miejscowego stosowania zimna [lodu] na kolumnę pacierzową.

ODCINEK.

PRZYZYNEK DO ROZWIĄZANIA KWESTYI FELCZERSKIEJ U NAS.

Pisma nasze wielokrotnie obnażały ten wrzód naszych stosunków lekarskich, który się zwie felczerystem. O szkodliwej działalności felczerów napisano już tyle, że pod tym względem kwestyję można uważać za wyczerpaną. Inaczej rzecz się przedstawia odnośnie do środków zaradczych, jakie zalecano dla ukrócenia złego. Większość podnoszących tę kwestyję żądała zupełnego zniesienia stanu felczerskiego, jak to za granicą uczyniono. Być może, iż kiedyś to nastąpi, lecz obecnie, o ile nam wiadomo, władze nie uważają tego żądania za możebne do urzeczywistnienia w dzisiejszych warunkach społecznych. Inni lekarze, godząc się na zatrzymanie felczerów, chcą działalności ich ściśle sprowadzić do granic prawem przepisanych. W tym celu naprzykład D-r TCHÓRZ-NICKI [Gaz. Lek. 1890] zaleca z jednej strony byt ich ustalać za pomocą kas emerytalnych, pensyj stałych i t. p., z drugiej zaś strony surowo karać za nieprawne leczenie. Uznając całą słuszność tej rady, chcemy zwrócić uwagę na jeden jeszcze punkt, o ile nam wiadomo, mało dotąd wyzyskany. Chcemy mówić o dzisiejszem wykształceniu naszych felczerów. Punkt ten podnosimy tem skwapliwiej, że, jak donosiły pisma codzienne, wprędce ma przejść pod obrady kwestyja reorganizacji warszawskiej szkoły felczerskiej. Potrącając tę sprawę, nie przypuszczamy nawet, by głos nasz sięgnął aż do sfer miarodajnych; radzilibyśmy poprostu wypowiedzieć poglądy nasze władzom miejscowym, których zdanie będzie miało prawdopodobnie najbardziej decydujące znaczenie przy rozstrzygnięciu tej kwestyi.

W ciągu ostatnich lat trzydziestu nasze stosunki lekarskie zmieniły się kardynalnie. Nietylko wzrosła ogromnie liczba lekarzy, lecz i rozszerzył się zakres ich czynności. Dziś nie potrzeba już na prowincyi posyłać o 10 lub 15 mil po lekarza, gdyż tenże najdalej bywa oddalony o 2 lub 3 mile. Nadto dziś lekarz nietylko nie wstydzi się robić małych operacji, rwać zębów i nakładać opatrunków, lecz sam krew puszcza, ospę szczepi i stosuje wlewania HEGAR'owskie, felczerom zaś pozostawia tylko stawianie baniek i pijawek oraz dawanie ławatyw. To też w tych warunkach uprawniona czynność felczerska [podawanie pierwszej pomocy w braku lekarza i wypełnianie zleceń tegoż] schodzi do *minimum*. Pomimo jednakże tak znacznego zmniejszania się czynności felczerskiej, ilość felczerów w ciągu lat wielu wzrastała niepomierne. Najbardziej do tego przyczyniały się małe wymagania od kandydatów do stanu felczerskiego, których egzaminować miały wszystkie gubernijalne urzędy lekarskie. To też doszło do tego, że kraj cały zalała powódź patentowanych felczerów, z których wielu podpisać się dobrze nie umiało, którzy jednakże wszyscy żyć potrzebowali. Umiejąc bardzo niewiele, znajdując coraz ciśniejsze pole dla swej prawem przepisanej działalności, felczerzy zaczęli zajęcie swe łączyć z innemi, niezawsze uczciwemi sposobami zarobkowania. Dzisiejszy felczer jest odrazu fryzjerem, lekarzem, często przemysłowcem lub faktorem, najmniej zaś felczerem. Stosunek taki nie mógł ująć uwagi władz lekarskich, to też zarządzono szereg zmian, mających zle usunąć. Obostrzono więc przepisy, zabraniające felczerom leczyć, aptekarzom zaś wydawać lekarstwa bez recepty lekarskiej; odjęto urzędowi gubernijalnemu prawo egzaminowania na felczerów; podniesiono wymagania od uczniów, wstępujących do szkoły felczerskiej; zniesiono obowiązkową, a wielce demoralizującą praktykę w razurach. Wreszcie zamierzono przeprowadzić rzecz najważniejszą, t. j. reorganizację samej szkoły felczerskiej.

Aczkolwiek krótki okres czasu nie pozwala nam jeszcze ocenić dokładnie wpływu reform dotychczasowych, jednakże zdaje się nie ulegać kwestyi, iż dziś już zmniejszył się znacznie roczny przyrost felczerów, a nadto, iż młodsza ich generacyja stoi nieco wyżej od swych poprze-

dników zarówno pod względem moralnym, jako też i umysłowym. Zmiana ta powinna być jeszcze wyraźniejsza, jeżeli tylko reorganizacja szkoły wypadnie pomyślnie. Tu radziłybyśmy zwrócić uwagę na ogromną różnicę, jaka zachodzi pomiędzy stanowiskiem felczera w Cesarstwie i tegoż w Królestwie. W Cesarstwie, gdzie liczba lekarzy prowincjonalnych dotąd jest niewystarczająca, zakres działalności felczera z konieczności jest większy, niż u nas. Obowiązki lekarza ziemskiego są tego rodzaju, że musi on ciągle mieć pomocnika i zastępcę w osobie felczera. Tam, gdzie lekarz może widzieć chorego tylko w dość rzadkich odstępach czasu, i gdzie prawie większa część leczenia spoczywa na barkach felczera, ostatni musi mieć dość znaczny zasób wiedzy lekarskiej. To też programy naukowe wielu szkół felczerskich są tam bardzo obszerne i niekiedy zbliżają się nawet do programów uniwersyteckich. W programie naprzykład z anatomii patologicznej, obok wszelkich zwyrodnień i nowotworów spotyka się jeszcze takie subtelności, jak różnica pomiędzy nekrozą i nekrobiozą. Petersburgska szkoła felczerska dla kobiet w Rożdżestwienskiej Bolnicy niewiele się chyba różni od byłych kursów lekarskich. Przyjmowane tam są uczennice po ukończeniu całkowitego gimnazjum; czteroletni kurs nauk obejmuje prawie wszystkie przedmioty, wykładane w Uniwersytecie. Pominęto w nim wprawdzie medycynę sądową, chirurgię operacyjną, lecz zato pedyjatrija i ginekologija obszerniej są traktowane, niż w niektórych uniwersytetach. Jeżeli się weźmie na uwagę, że uczennice pełnią tam deżury i prawie wciąż obracają się wśród chorych, to trzeba przyznać, że wychodzą ze szkoły pod względem praktycznym, być może, więcej wyrobione, niż studenci z Uniwersytetu. Uczennice te bardzo chętnie są widziane w ziemstwach i oddają znaczne usługi społeczeństwu.

Inna sprawa z naszymi felczerni. U nas, jakżeśmy wyżej rzekli, można mieć prawie na każde zawołanie lekarza. Wobec tego felczer schodzi na stopień ślepego wykonawcy zleceń lekarskich. W tych warunkach bardzo rozległy zakres wiedzy lekarskiej dla felczera jest zbyteczny, a nawet szkodliwy. Wprawdzie felczerzy nasi stali umysłowo tak nisko, że trzeba było koniecznie podnieść nieco poziom ich umysłowości, nie uważamy jednak za odpowiednie, by ich stawić pod względem wykształcenia na równi z felczerni w Cesarstwie. Powiększając ich *census* naukowy, a zatem powiększając ich wymagania, należałoby zwiększyć jednocześnie ich dochody, względnie rozszerzyć zakres ich działalności lekarskiej. To postawiłoby ich w większej jeszcze kolizyi z lekarzami i zmuszało tembardziej do szukania ubocznych zarobków. Tymczasem, gdyby nam przyszło wybierać pomiędzy dwoma krętarzami, wolelibyśmy felczera nieuka, aniżeli półmędrka. To też jesteśmy zdania, że dzisiejszy program szkoły felczerskiej pod względem teoretycznym prawie zupełnie odpowiada celowi.

Do warszawskiej szkoły felczerskiej dziś mogą być przyjmowani tylko ci, którzy ukończyli dwuklasową szkołę miejską, lub też dwie klasy gimnazjalne. Dwuletni kurs nauk w szkole obejmuje następujące przedmioty: anatomiję, farmakologiję, chirurgiję, pielęgnowanie chorych, podawanie pierwszej pomocy w przypadkach nagłych i dentystykę. Egzamin na felczera mogą zdawać także i eksterni, którzy do szkoły nie uczęszczali; od takich jednakże wymagalne jest świadectwo z ukończenia 4 klas. Po zdaniu egzaminu w szkole, uczeń otrzymuje świadectwo na młodszego felczera. Po roku może zdawać egzamin drugi raz z tych samych przedmiotów i wówczas uzyskuje świadectwo na felczera starszego. Jeżeli jednakże teoretyczna część nauki w szkole, gdyby do niej dodać nieco fizjologii, anatomii patologicznej i higieny, zadowalniałaby zupełnie, to zato praktyczna pozostawia bardzo wiele do życzenia. Właściwie mówiąc, sama szkoła praktycznie uczniów nie kształci wcale. Wymaga ona tylko, by uczeń, zanim przystąpi do egzaminu na felczera młodszego, przedstawił świadectwo z cztero-miesięcznej praktyki, odbytej w jakimkolwiek szpitalu. Na starszego felczera wymaga się praktyki rocznej. Dawniej uczeń, wstępujący do szkoły, musiał przedstawiać świadectwo z trzymiesięcznej praktyki w szpitalu i rocznej — w jakiegokolwiek razurze. Ponieważ jednakże w razurze takiej mógł on nauczyć się tylko niechlujstwa, często wyzyskiwania klientów, a jeszcze częściej okpiwania pryncypała, słusznie więc zarząd szkoły zniósł obowiązek takiej praktyki, dodając miesiąc do obowiązkowej praktyki szpitalnej. Niewiele to jednak wpłynęło na praktyczną stronę wykształcenia felczerszego. Każdy z ordynatorów szpitalnych zna dobrze i przeklina tych praktykantów, których los nie do zazdrości. W ciągu pierwszych kilku miesięcy praktyki uczeń taki jest tylko zawadą, piętem kołem u wozu. Pomału wyrabia się na siakie takie popycha-
dło, lecz wówczas już mu się praktyka kończy.

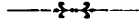
Stosunkowo najlepiej wychodzą ci, którzy się dostają na oddział chirurgiczny. I tu wprawdzie nikt go nie objaśni, nikt mu nie pomoże, a każdy nawymyśla, lecz zawsze, jeżeli uczeń posiada nieco sprytu, może się czegoś nauczyć, a przynajmniej nabierze odrobinę pojęcia o czystości. Natomiast ci, których przeznaczono do oddziałów wewnętrznych, ograniczają swą działalność do stawiania baniek, dawania lawatyw, noszenia tabliczki za lekarzem i przepisowywania recept. To też jedyną korzyść, jaką im szpital przynosi, stanowi te kilkanaście recept, jakie dla swej przyszłej działalności ztamtąd wyniosą. Rzecz prosta, że w takich warunkach najwspanialsze wykłady w szkole o antyseptyce, pielęgowaniu chorych i t. d., będą tylko grochem na ścianę. Przytem praktykant prawie tyle tylko spędza czasu przy chorych, ile tego wymaga wizyta ordynatora i wykonanie najprostszycch zleceń lekarskich [bańki, lawatywa i niekiedy mierzenie ciepłoty]. Już to wogóle nasi felczerzy szpitalni, z wyjątkiem pracujących w oddziałach chirurgicznych, nie są przeciążeni pracą. Nawet na deżurach prawie cały czas spędzają w kancelaryi na opowiadaniu anegdotek i pompatycznym anonsovaniu deżurującemu lekarzowi o nowo przybyłym chorym. Cały obowiązek pielęgowania chorych spoczywa na siostrach miłosierdzia i niższej posłudze. Toteż przeciętny felczer pojęcia nie ma o takich rzeczach, jak: prześciełanie chorym, przenoszenie ich, kąpanie, karmienie i t. p. Ba! szanujący się felczer nawetby się wstydził takich czynności. Wobec tego trudno się dziwić, że praktykant felczerski nie wynosi ze szpitala nawet najprostszycch rzeczy, dotyczących pielęgowania i dozorowania chorych. Pod tym względem Warszawska szkoła stoi o wiele niżej od wielu szkół w Cesarstwie. W takiej naprzykład szkole w Roźdiestwieskiej Bolnicy uczennice, aczkolwiek nieporównanie wyżej postawione umysłowo od uczniów tutejszej szkoły, muszą przecież pełnić deżury przy chorych [nie w kancelaryi, jak u nas] i spełniać wszelkie posługi, nie wyłączając podawania basenów, obmywania chorych i t. p. Tymczasem nasz felczer uważałby sobie za ułudzenie pomódz choremu w szpitalu zejść na kubał. Gdyby uczeń felczerski uczył się sztuki pielęgowania chorych nietylko *ex cathedra*, prędjczyby zrozumiał, że to i w fachu lekarskim trzeba ciężko zapracować na kawałek chleba i że żadna uczciwa praca człowieka nie krzywdzi. Poza tem szkoła wypuszczałaby pracowników zdolnych do zajęcia posterunku, dotąd u nas mało wyzyskanego. Każdemu wiadomo, jak to trudno u nas znaleźć dobrego dozorcę lub dozorczynię do chorego. Zwykła nasza służba pokojowa jest na to za mało inteligentna i uzdolniona; jeżeli zaś weźmiesz kogoś troszkę inteligentniejszego, musisz mu dodawać do pomocy jeszcze służącego, a ua to nie każdy chory zdobyć się może. Zwłaszcza w cięższych chorobach gorączkowych, w przypadkach bezwładu lub przewlekłych chorób umysłowych, rodzina chorego znajduje się w wielada kłopotcie, chcąc zatrzymać chorego w domu i jednocześnie zapewnić mu dobrą opiekę. Wiadome nam są fakty, że musiano dla chorych sprowadzać dozorców z Rygi lub z zagranicy, gdyż tam tylko można było znaleźć za umiarkowaną cenę inteligentnych i dobrze uzdolnionych w tym kierunku ludzi. Śmiało rzec można, że, gdyby felczerzy lepiej byli obeznani z tą czynnością, mogliby sobie z czasem wytworzyć szerokie pole do działalności. Dziś publiczność bardzo rzadko powierza im spalenie tego rodzaju czynności, ponieważ są oni na to zamało inteligentni, a za dużo zarozumiali.

Przechodząc do wniosków, jakie nam powyższe uwagi nastęrczają, jesteśmy zdania, że należałoby szkołę ściślej zespolić ze szpitalem. Jeden z oddziałów szpitalnych powinien im otworzyć swe podwoje, by tu pod okiem kierownika mogli się oni obznajmiać z zasadami czystości, nakładania opatrunków i t. p.. Ważniejsze jednakże od tych usługi oddałby im szpital pod względem zapoznania się ze sztuką dobrego dozorowania chorych. Przytem należałoby uczniom powierzać pod kontrolą większość tych czynności, jakie dziś pełnią siostry miłosierdzia i niższa służba. Przypuszczam, iż na tem zyskaliby nietylko uczniowie, lecz poniekąd i sam szpital. W obecnych ciężkich dla szpitalnictwa naszego czasach, płaca służby szpitalnej, obowiązanej ciężko pracować i żyć w warunkach fatalnych, jest i zapewne długo jeszcze będzie stanowczo zamała. To też nic lepszego do tej służby się nie kwapi, i niższy personel szpitalny rekrutuje się z niedołągów i próżniaków, którzy nigdzie nie mogą kąta zagrać. Rzecz prosta, że na tem cierpią lekarze, siostry miłosierdzia, administracja szpitalna, a przedewszystkiem chorzy. Powierzając uczniom felczerskim znaczną część czynności, spełnianych dziś przez siostry i przez posługę, szpital da lepszy dozór chorym, zmniejszy zajęcie siostr, przeciążonych dziś pracą, a nadto będzie mógł zmniejszyć ilość płatnej służby. Sądzi mi przeto, że obu stronom taki związek szpitala ze szkołą wyjdzie na dobre.

B. Sawicki.



Wiadomości bieżące.



— Kol. FUNK [Warszawa. Królewska 47]. sprawozdawca prac polskich z dziedziny dermatologii i syfilografii do pisma „*Monatshefte für praktische Dermatologie*“, uprasza autorów prac odnośnych o nadsyłanie mu odbitek.

— Kol. O. BUJWID, sprawozdawca polskich prac z dziedziny bakteriologii do Rocznika BAUMGARTEN'a, uprasza autorów, życzących sobie, aby prace ich za rok 1891 były streszczone w pomienionem roczniku, o przesyłanie na jego ręce odbitek do dnia 1-go Kwietnia. Adres: Warszawa, Bednarska 24.

— D-r OPENCHOWSKI mianowany został profesorem nadzwyczajnym patologii wewnętrznej w Charkowie.

— Senat uniwersytetu w Strasburgu ogłosił konkurs o nagrodę 2400 marek za pracę: „*Es ist zu untersuchen, welche Aenderungen der Sterblichkeit, vornehmlich in den grösseren Städten Deutschlands, sich als Folgen hygienischer Verbesserungen nachweisen lassen*“. Prace mogą być napisane w języku niemieckim, francuzkim lub łacińskim, a powinny być nadesłane przed 1 Stycznia 1893 r.

— Pruski minister oświaty pod d. 25 Stycznia r. b., w wypadkach spornych, jako normę zapłaty za elektryzowanie chorego oznaczył za pierwsze posiadzenie 2—15 marek, a za każde następne 1—10 marek.

— Za nader wymowny dowód na to, jak się mało interesujemy swoją literaturą, może służyć influenza. Gdy jej epidemija zjawiła się u nas w jesieni 1890 r., najogólniejsze wiadomości o tej chorobie czerpaliśmy z czasopism niemieckich lub zdobywali własną obserwacją. Nikomu wówczas na myśl nie przyszło poradzić się w tej kwestyi starych pamiętników naszego piśmiennictwa. Tymczasem jeszcze w r. 1849 Tygodnik Lekarski pomieścił wielce interesujący artykuł KLESZCZOWSKIEGO p. t. „*Historyja gryppy po r. 1837*“. Dowiadujemy się z niego, że pierwsze pewniejsze wiadomości o tej chorobie u nas sięgają r. 1580, gdy panowała ona epidemicznie w Krakowie, Wilnie i w polskiem wojsku na Litwie podczas wojny o Inflanty. ONACEWICZ wspomina, iż Stefan Batory zapadł na zdrowiu, tknięty chorobą zaraźliwą, którą w naszych czasach grypa nazywano. W wieku XVIII epidemija grypy zjawiała się kilkakrotnie. W r. 1829 w Warszawie zapadło na nią 10000; śmiertelność była nieznaczna. O wiele cięższą była epidemija z r. 1781. W opisach grypy z tego czasu, obok pełnego obrazu choroby, znajdujemy powikłania ze strony nerek, słuchu, wzroku i t. d..

Nadto wspomniano, że choroba często przechodziła w suchoty i że w jej leczeniu zalecano dyjetę i spokojność, puszczanie zaś krwi, metodę gastryczną i napotną uważano za szkodliwą. Również ciężka miała być epidemija z r. 1800, podczas której w Warszawie umierało dziennie po 20—30 osób. Kierunek owych epidemij, które zajmowały wówczas całą Europę, oznaczano ze wschodu na zachód, za kolebkę grypy uważano Chiny, z kąd przez Kiachtę dostawała się ona do Rossyi, a następnie do całej Europy i Ameryki i tu wreszcie znikiała w wielkich lasach tej części świata. Na zwiedzenie całej Europy wystarczał jej rok jeden, a dwa lata były dostateczne do zajęcia całego świata. W XIX-tym wieku zjawiała się u nas grypa kilkakrotnie, a więc w r. 1831, 1833, 1836, 1837. Do rzędu cięższych epidemij odnosi się ta, która panowała u nas w r. 1851 i 1852. Wiadomość o niej czerpiemy z tegoż Tygodnika lekarskiego za r. 1852 [O grypie kilka słów D-ra PORADNI i Instrukcja dla lekarzy wojskowych o leczeniu grasującej grypy, wydana przez Generał sztab - doktora CZETYRKINA]. Praca ta daje nam dość dokładny obraz influenzy z jej trzema typami: płucnym, żołądkowym i nerwowym, wspomina o powikłaniach i zaleca środki podniecające, radząc być ostrożnymi ze środkami wymiotnymi i upustami krwi. Gdybyśmy byli przed rokiem zajrzeli do wymienionych wyżej artykułów, byłibyśmy sobie znacznie ułatwili pracę, a być może, uniknęli niektórych błędów, zwłaszcza dotyczących profilaktyki. S.

Zmarł: w Rostoku D-r AUBERT, prof. fizjologii.