



Nr 49.

Warszawa, d. 7 Grudnia 1918.

Rok LIII.

GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.

Ogólnego zbioru Nr 2766.

DO SPRZEDANIA

narzędzia akuszersko - ginekologiczne
Długa 27, Dr RAPPAPORT; od 5 do 6 pp.

Dr Leonard Leszczyński

powrócił z Kijowa.

Chirurgia jamy ustnej. Dentystyka.
Trębacka 4.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“ niniejszem zawiadamia W W. P P. Doktorów, iż

„MOTO FER“

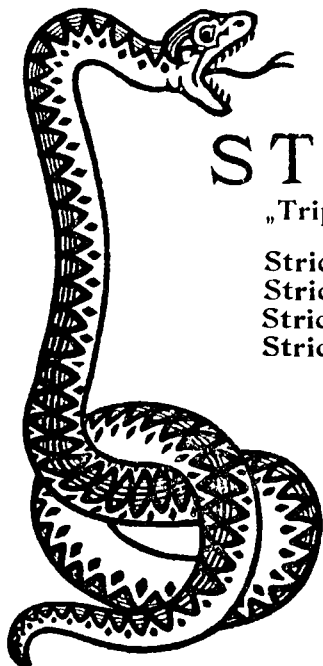
jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp. leka-
rzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.



INIEKCYJE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosf.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kokodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.

i wiele innych.

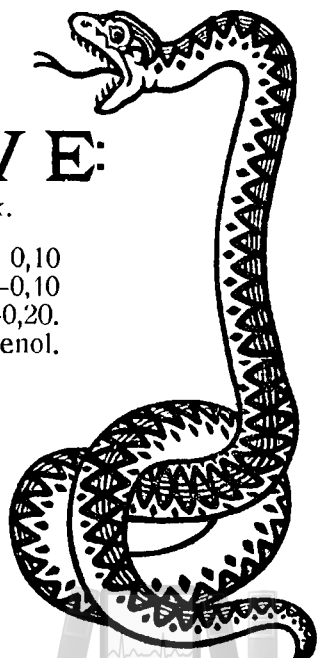
POLECA

APTEKA

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.



Remedium Sedativum Spiess

(Extractum Viburni compositum).

Środek przeciwwkrwotoczny z działaniem kojącem bez objawów ubocznych.

Skład: Extr. Viburni prunitol fluid.

Extr. Piscidia erythr. fluid.

Hydrastinin. hydrochlor. synthet.

Pojemność flakona 20 g.

Użycie: 10 — 20 — 40 kropel 3 — 4 razy dziennie.

Lig. Ferri albuminati Spiess

Rozczyn białkanu żelaza, gwarantowanej dobroci

$\frac{1}{1}$ flakon ca. 400 g.

$\frac{1}{2}$ " " 200 g.

Foretol Spiess

(Oczyszczony i stężony wyciąg z igliwia sosnowego).

Foretol Fluid. flakon zawiera dawkę na 3 wanny.

Foretol Capsulae. { $\frac{1}{1}$ pud. zawiera 6 dawek.

{ $\frac{1}{2}$ " " 3 " "

Żądać prospektów.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“
Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylis Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu
Warszawskie Tow. Akcyjne
„MOTOR“.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i o-
płucnej.
№ 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźli-
cy płucnej.
№ 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowym duru brzuszego.
№ 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksji. Anafi-
laksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teorya ana-
filaksji.
№ 10. Ludwik Zembrzusi. O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.
№ 11, 12. M. Michałowicz. Biologiczne własności mleka i ich znaczenie dla
odżywiania niemowląt. W świetle badań współczesnych.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.



GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE.
POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJ
TNOŚCI LEKARSKICH.

Dziesięć
Dzień

Ogólnego zbioru № 2766

Warszawa, d. 7 grudnia 1918 r.

Dalszy przyczynek do stosowania płynu mózgowordzeniowego w celach leczniczych w tyfusie wysypkowym i innych chorobach zakaźnych.

Podał

Kazimierz Zieliński,

ordynator szpitala Przemienienia Pańskiego, lekarz zarządzający szpitalem dla zakaźnych przy ulicy Brzeskiej (Św. Wojciecha).

Nawiązując rzecz do pracy swej pod tytułem: „O stosowaniu płynu mózgowordzeniowego w leczeniu duru wysypkowego”¹⁾ pragnąłbym przedstawić dalszy przyczynek do stosowania tego zabiegu na zasadzie materiału całorocznego, w kwietniu bowiem r. b. minął rok od czasu posiłkowania się płynem mózgowordzeniowym w leczeniu chorych na tyfus plamisty w szpitalu przy ulicy Brzeskiej № 12 (Św. Wojciecha).

W ciągu tegorocznego okresu, od 1. IV. 1917 r. do 31. III. 1918 r., leczono u nas wogóle 1630 przypadków tyfusu wysypkowego, w tem 693 kobiety i 937 mężczyzn. Na tych 1630 przypadków dokonaliśmy nakłucia lędźwiowego z iniekcją płynu mózgowordzeniowego z reiniekcjami u 232 chorych, z tego u 89 mężczyzn i u 143 kobiet, w przypadkach, w których były objawy groźne dla życia ze strony serca, płuc lub opon mózgowych. Na 232 chorych poddanych temu zabiegowi, było 173 moich przypadków (z I i II oddziału szpitalnego) oraz 59 — Jana Rostkowskiego (z III oddziału szpitalnego). Z powyższej liczby najciężej chorych wyzdrowiały 172 osoby, zmarło zaś 60. Z 89 mężczyzn zmarło 20, ze 143 kobiet zmarło 40. Na 232 tych chorych przypadało 132 na chrześcijan, z których zmarło 40, oraz 100 na żydów, z których zmarło 20.

Na 89 męż. było 44 chrz., z których zmarło 11
i 45 żyd. „ „ 9
Na 143 kob. było 88 chrz. „ „ 29
i 55 żyd. „ „ 11

Co do wieku:

od 1 do 15 lat było:

	m.	k.	razem	z czego zmarło
chrześ.	5	1	6	1
żydów	2	5	7	0
Razem	7	6	13	1

od 16 do 40 lat było:

	m.	k.	razem	z czego zmarło
chrześ.	18	46	64	3 m. i 8 k. = 11
żydów	26	31	57	2 „ 5 „ = 7
Razem	44	77	121	5 „ 13 „ = 18

od 41 do 60 i wyżej:

	m.	k.	razem	z czego zmarło
chrześ.	22	40	62	8 m. i 20 k. = 28
żydów	16	20	36	6 „ 7 „ = 13
Razem	38	60	98	14 „ 27 „ = 41

Wracając teraz do ogólnej statystyki wszystkich leczonych przez nas przypadków w wyżej pomienionym okresie rocznym, to wogóle na 1630 osób zmarło 87. Z tych 87 zmarłych przypada, jak wspomniałem wyżej, 60 na osoby, u których zabieg był wykonany, oraz 27, u których zabiegu tego dla tych lub innych powodów nie było. Do tej ostatniej kategorii zaliczone być winny przypadki przywiezione do nas w stanie konania, bądź te, w których śmierć nastąpiła niespodziewa-

¹⁾ Gazeta Lekarska №№ 47, 48, 49 i 50. 1917.

nie nagle, oraz przypadki, pochodzące z pierwszej połowy kwietnia r. z., w którym to czasie zabiegu tego jeszcześmy nie stosowali. Z 87 zmarłych przypada na mężczyzn 32, w tem 12 bez nakłucia łądzwiowego, oraz 55 kobiet, w tem 15 bez zabiegu.

Co do wieku, to naogół było:

Dzieci do l. 15 razem			z czego zmarło		razem
m.	k.		m.	k.	
Chrz.	80	74	154	1 (1,02%)	0
Żyd.	158	151	309	0	0
Raz.	238	225	463	1	0
Dor. od 16—40 razem			z czego zmarło		razem
m.	k.		m.	k.	
Chrz.	128	267	395	5 (3,90%)	12 (4,49%)
Żyd.	208	275	483	3 (1,44%)	6 (2,18%)
Raz.	336	542	878	8 (2,38%)	18 (3,32%)
Od 40—60 i wyż. razem			z czego zmarło		razem
m.	k.		m.	k.	
Chrz.	60	101	161	12 (20%)	29 (28,71%)
Żyd.	59	69	128	9 (15,27%)	10 (14,49%)
Raz.	119	170	289	21 (17,64%)	39 (22,94%)
Na ogólną liczbę			zmarło		co stanowi
1630 osób			87		5,33%
693 mężczyzn			30		4,32%
937 kobiet			57		6,08%
710 chrześcijan			59		8,30%
268 chrz. mężcz.			18		6,71%
442 „ kobiet			41		9,27%
920 żydów			28		3,04%
425 „ mężcz.			12		2,87%
495 „ kobiet			16		3,23%

Obliczając również odsetek poddanych naszemu zabiegowi chorych względnie do ogólnej ich liczby otrzymujemy cyfry poniższe. Ogółem poddano zabiegowi temu 14,23% osób, w tem 12,84% przypada na mężczyzn i 15,26% na kobiety; oddzielnie dla chrześcijan 18,59% (16,70% mężczyzn, 19,60%), a dla żydów 10,87%, oddzielnie dla mężczyzn 10,35% i dla kobiet 11,35%. I tutaj widzimy ogólnie znany fakt, że rasa semicka jest mniej na tyfus wysypkowy wrażliwa, więcej do walki z zakażeniem uzdolniona, a wskutek tego wśród chorych żydów mniej jest ciężko chorych i wynik zabiegu jest lepszy. Da się to również powiedzieć względnie do osobników męskich w porównaniu z płcią żeńską: dowodzi to większego uzdolnienia płci męskiej do walki z zakażeniem.

Jeżeli porównamy obecną statystykę z poprzednią naszą, ogłoszoną na innem miejscu¹⁾, według której ogólny % śmiertelności wynosił 9,30 (dla mężczyzn 11% i 7% dla kobiet), to stwierdzić musimy znakomite zmniej-

szanie tego % w okresie ostatnim w szpitalu naszym. Według statystyki ogólnej miasta st. Warszawy¹⁾ rzecz ma się wręcz przeciwnie, bo śmiertelność w r. 1916 wynosiła 8%, w roku zaś 1917 wzrosła do 9%, a śmiertelność wśród chrześcijan wynosiła 14%, wśród żydów zaś 7,3%, gdy w naszej statystyce ogólna śmiertelność spadła z 9,3% na 5,33%, u chrześcijan wynosiła 8,30%, u żydów zaś tylko 3,04%.

Statystyka dra Sterlinga-Okuniewskiego²⁾ wykazuje, że wszystkie cyfry % śmiertelności naszej są o wiele i wiele mniejsze. Dość porównać tablicę I pracy Okuniewskiego (str. 23), dotyczącą statystyki m. Łodzi, gdzie liczba zgonów u chrześcijan wynosi od 13 do 14%, a u żydów do 12%, przy ogólnej śmiertelności 13,08%. To samo dotyczy i Warszawskiej statystyki, z oddziałów VI i VIII szpitala św. Stanisława, przedstawionej przez dra Zapasiewicza³⁾, według której na 691 chorych leczonych na tych oddziałach zmarło 75 osób, co stanowi 10,89%. Nie będę wchodził w szczegóły, jakkolwiek i one wielce na korzyść naszej statystyki przemawiają. Nie mogę jednakże powstrzymać się od zwrócenia uwagi, że pomiędzy wiekiem od 16 do 40 lat w okresie sprawozdawczym na 878 chorych mieliśmy tylko 26 zejść śmiertelnych (w tem 18 poddawanych uprzednio zabiegowi), czyli 2,80% śmiertelności!! Jeżeli wliczymy do tego jeszcze 463 dzieci z jednym zejściem śmiertelnym, to otrzymamy na 1341 chorych 27 zejść śmiertelnych, czyli 2% śmiertelności. Lepszej statystyki nie udało mi się znaleźć nigdzie. Powyżej 40 lat na 289 osób mamy 60 zejść śmiertelnych, co stanowi 20,75% śmiertelności. Dość jednakże przejrzyć inne statystyki, aby się przekonać, że i ten % jest mały z porównaniem z odsetkiem innych autorów (Gutstadt od 20,2% do 45,2%; Curschman 62,50%; Murchison od 39,5 do 83,33%; Szwajcer od 18 do 23%)⁴⁾. Nawet wśród chorych chrześcijan, pochodzących z poza Warszawy ze wsi⁵⁾ dalej lub

¹⁾ Dr Trenkner. Odczyt w Tow. Lek. w dniu 17. VI. r. b.

²⁾ Patrz „Dur wysypkowy“ 1917. Wyd. Gaz. Lek. Str. 25 i inne.

³⁾ Odczyt w Tow. Lek. w d. 30. IV. 1918 roku. Patrz protok. pos. pam. Tow. Lek. za rok 1918.

⁴⁾ Patrz „Dur wysypkowy“ Sterlinga-Okuniewskiego l. c.

⁵⁾ Rzec tę poruszyłem w odczycie swym p. t.: „O przewożeniu chorych zakaźnych ze wsi do szpitali i o izolacji otoczenia“, wygłoszonym w dniu 22. IX. r. b. na Zjeździe w sprawie higieny małych miast i wsi.

¹⁾ Przegląd pediatryczny r. 1917 str. 104 i 105 „Przyczynek do badań nad tyfusem wysypkowym u dzieci“.

blżej położonych, którzy dali nam największy ogólny % śmiertelności, bo wynoszący 13,3% (na 329 osób zmarło 44), śmiertelność w ostatnim roku sprawozdawczym wyniosła tylko 8,73% (na 103 osoby zmarło 9), gdy w okresie poprzednim z 226 osób zmarło 35, co wynosi aż 15,4% śmiertelności, czyli śmiertelność z 15% spadła na 8%.

Zwracam raz jeszcze uwagę, że wbrew twierdzeniu wszystkich prawie autorów, a i wbrew mojej własnej statystyce¹⁾ przed wprowadzeniem do leczenia zabiegu naszego, mężczyźni dali w ostatnim okresie wybitnie większy procent uzdrowień niż kobiety, co tylko, w myśl tego, co powiedziałem wyżej, na korzyść zabiegu naszego przemawiać może.

Jakkolwiekbyś statystyce ufać nie możemy ze względu, że jest ona zmienna co do czasu i miejsca, obejmuje zawsze inny materiał epidemiologiczny, jednakże z drugiej strony, ze względu na duże stosunkowo cyfry, jakimi rozporządzam, ze względu na polepszenie się tej statystyki w szpitalu naszym we wszystkich kierunkach, t. j. co do płci, wieku, rasy (żydzi i chrześcijanie), okresu czasu, co do miejsca ząd chorzy przybyli (ze wsi i miejscowi) i wreszcie ze względu na zmniejszenie się wybitnej śmiertelności w szpitalu naszym i to wtedy, gdy nastąpiło zwiększenie się jej (z 8% na 9%) w Warszawie wogóle... ośmielam się sądzić, że wielce ona na korzyść naszego zabiegu przemawia.

Co się tyczy zejść śmiertelnych, to w większości tych przypadków jeszcze za życia można było stwierdzić współistnienie jakichś ciężkich i groźnych powikłań pogarszających rokowanie, jak np. istnienie wybitnej niedomykalności zastawki dwudzielnej w 3-ch przypadkach, w jednym przypadku wybitnego zwężenia ujścia tętnicy głównej, w wielu wreszcie przypadkach istnienie zapalenia nerek o mniej lub więcej obfitym białkomoczu. Na 30 badań zwłok w okresie sprawozdawczym u osób, które były poddawane temu zabiegowi, znaleziono prawie we wszystkich przypadkach mniej lub więcej wyraźne przewlekłe zmiany w nerkach, do których się tylko przyłączyły ostre zmiany śródmiąższowe, tyfusowi wysypkowemu właściwe. Następnie w jednym przypadku, zakończonym śmiercią, w którym po dokonaniu zabiegu nastąpiła znaczna poprawa, znaleźliśmy znaczne zwężenie odźwiernika po zabliźniającym się wrzodzie okrągłym żołądka wraz ze znaczną rozstrzenią tego narządu. Wymioty, brak ape-

tytu, ogólne wyniszczenie aż nadto usprawiedliwione zostały przez ten wynik sekcji. Na 16 autopsji u osób zmarłych, nie poddawanych przedtem naszemu zabiegowi, mieliśmy trzy przypadki takie, w których śmierć przypisać należało całkowicie tylko samemu ciężkiemu zakażeniu, bo nigdzie nie można było znaleźć żadnych innych śladów cierpień przewlekłych, usprawiedliwiających poniekąd zejście śmiertelne danego osobnika. Natomiast na 36 autopsji chorych, poddanych zabiegowi, zawsze można było wynaleźć anatomopatologiczne „okoliczności łagodzące”—zejścia śmiertelnego, jak zmiany starcze, zmiany chroniczne w nerkach, obszerne, ropiejące odleżyny, ropne zapalenie gruczołów przyusznych i t. d. Cały materiał krzywych ciepłoty, tętna, oddechu, a ostatnio i ciśnienia krwi miałem zaszczyt przedstawić na posiedzeniach Tow. Lek. Warsz. w dniach 19 czerwca i 6 listopada r. z. oraz 9 kwietnia r. b.

Na zasadzie obserwacji tych przypadków oraz szczegółowego badania obiektywnego każdego przypadku, ani jednego zdania z końcowych swych wywodów z pracy na wstępie wspomnianej cofnąć nie mam potrzeby. Przeciwnie, jeszcze bardziej wszystko utwierdziło mnie w tem przekonaniu, że zabieg ten powinien być dokonywany w każdym ciężkim przypadku tyfusu wysypkowego. W szpitalu na Brzeskiej stale już trzymamy się tej zasady. Może tylko nie byłbym tak pohopny do wykonywania tego zabiegu u wszystkich chorych starców, bo i u tych ostatnich przebieg tyfusu wysypkowego bywa czasami nadzwyczaj lekki.

Naturalnie z biegiem czasu i w miarę wzrostu materiału poczyniliśmy pewne zmiany w postępowaniu, o których postaram się tutaj wspomnieć. A mianowicie: przede wszystkim poniechaliśmy prawie zupełnie ponownych nakłuć lędźwiowych, a posiłkujemy się tylko w razie potrzeby reiniekcjami tego samego płynu, przechowywanego w warunkach aseptycznych. Reiniekcji tej dokonaliśmy w 132 przypadkach, z tych w 6-ju dwukrotnie. W czasie braku gazu a zatem i cieplarki zmuszeni byliśmy przechowywać płyn mózgowordzeniowy w miejscu chłodnym i przekonaliśmy się, że chłód wywiera wpływ na płyn raczej dodatni, niż ujemny; nawet zamrażnięte uprzednio płyny okazywały się leczniczo czynnymi, przytem płyny te, w przeciwnieństwie do przechowywanych dawniej w cieplarni, pozostawały przez czas dłuższy przezroczystymi, nie mętniały wcale. Obecnie więc staramy się płyny te przechowywać w

¹⁾ Patrz „Przegląd pediatryczny“, r. 1917, I. c.

chłodnem i ciemnem miejscu, lub wprost w chłodni. Ponownych zaś nakłuć lędźwiowych zaniechaliśmy głównie z tych powodów, że małe są szanse na znalezienie tych ciał leczniczych w płynie mózgowordzeniowym po raz wtóry, gdy się ich nie znalazło przy nakłuciu pierwszym. Jednakże w małej ilości wydobytego przy pierwszym nakłuciu płynu, jeżeli zajdzie tego potrzeba, w razie pogorszenia się stanu chorego, powinno się dokonywać nakłucia wtórnego z iniekcją ponowną. Wypuszczamy, jak i przedtem, nie więcej nad 20 do 25 ctm. sz. płynu. Zastrzykujemy od 5 do 10 ctm. sz., u osób starszych trochę mniej od 3 do 5-iu ctm sz., ponieważ przy większej ilości zastrzykiwanego płynu spostrzegaliśmy nieraz za szybkie spadki ciepłoty i niekiedy silniejsze osłabienia chorych. Przy reiniekcjach zastrzykiwaliśmy nie więcej nad 5 cm.

Płyn zachowuje swą wartość leczniczą nie więcej niż dni kilkanaście, o czym mogliśmy się przekonać, używając tych płynów w celach leczniczych z zachowaniem wszystkich możliwych ostrożności.

Do punkcji lędźwiowej używamy trójgrańca przez nas zmodyfikowanego. Modyfikacja ta zasadza się na wprowadzeniu kranika Łoguckiego, pod 180 kątem odwróconego, do zwykłego troakaru Biera. Jak widzimy na przedstawionym tu rysunku (rys. 1), po wy-

Rys. 1.



jęciu igły *a* i po przekręceniu kranika *b* płyn mózgowordzeniowy zaczyna wypływać przez rurkę *c*, którą łatwo jest uchronić zapomocą nasadzonej rurki gumowej od zetknięcia się z ręką, a przeto i od zanieczyszczenia płynu, który zcieka w podstawioną wyjałowioną probówkę. Otworem *a* można się posługiwać do określeń ciśnienia płynu mózgowordzeniowego, łącząc ten otwór zapomocą również kranika Łoguckiego z odpowiednim manometrem.

Przyrząd powyższy został skonstruowany przez właściciela firmy Mann, p. Piaszczyńskiego, jest bardzo wygodny w użyciu, wymaga tylko dokładnego oczyszczenia po zabiegu oraz dokładnej sterylizacji wraz z gumką przed każdym zabiegiem. Pole nakłucia oczyszczamy spirytusem i eterem; zaniechaliśmy jodynowania przed zabiegiem, mieliśmy

bowiem to wrażenie, że jodyna, o ile dostanie się do płynu, niszczy jego własności lecznicze; jodynujemy miejsce nakłucia po zabiegu; nigdy zakażeń po tym zabiegu nie widzieliśmy.

Najlepsze wyniki dają nakłucia dokonane między 8 i 11 włącznie dniem choroby.

W każdym ciężkim przypadku, przy objawach b. groźnych należy dokonywać nakłucia, połączonego z zastrzyknięciem podskórnym płynu bez względu na dzień choroby. Jeżeli dokładnie będziemy obserwowali krzywe ciepłoty w ciężkich przypadkach tyfusu wysypkowego, to zauważyć możemy, że w wielu z nich mniej więcej w jednym ze środkowych dni choroby (od 8 do 11) po szeregu dni prawie stałej wysokiej ciepłoty następuje ranna większa nieco remisja, mniej więcej o stopień cały lub o kilkanaście dziesiątych w porównaniu z ciepłotą wieczorną dnia poprzedniego. Wszystkie inne objawy, jak tętno, samopoczucie i t. d. pozostają te same, a ciśnienie krwi znacznie spada, nieraz poniżej 60 mm. rtęci. Otóż ten dzień remisji, jakby fałszywy kryzys, z jednoczesnem nieraz przyspieszeniem tętna i spadkiem ciśnienia krwi, okazał się dniem najwięcej dogodnym do dokonywania zabiegu naszego: nakłucia w takim dniu dokonane, należały do najlepszych pod względem leczniczym. W ciężkich przypadkach, tam zwłaszcza, gdzie ciśnienie krwi znacznie spadło, tętno zmalało, nie należy się łudzić tymi przedwczesnymi spadkami ciepłoty, bo zwykle po takim dniu następuje cały szereg dni z ponownem nasileniem ciepłoty i pogorszeniem ogólnem, nieraz bardzo szybko prowadzących do zguby organizmy słabe, wyniszczone i t. d. Wogóle druga połowa okresu gorączkowego w tyfusie wysypkowym jest okresem, w którym niejednokrotnie mamy do czynienia z inwazyą jakiegoś innego zarazka, który nieraz ten okres gorączkowy nadmiernie przedłuża. Otóż zabieg nasz, działając na główny zarazek, daje możliwość organizmowi walczyć skutecznie z infekcją wtórną. Zapowiadające się w postaci czarnych plam lub istniejące już nawet odleżyny na pośladkach nie powinny odstraszać nas od wykonania tego zabiegu.

W przeważającej liczbie przypadków szybciej potem następuje odgraniczenie zapalne tych odleżyn, szybsze wyłączenie strupów i rychłe później gojenie. To samo również da się powiedzieć o zapaleniach gruczołów przyusznych, które jednakże zjawiać się mogą i po dokonaniu zabiegu. W ropieniach naokoło odleżyn, w zapaleniach ropnych gruczołów przyusznych, w ropniach two-

rzających się na miejscach zastrzyków kamfory, co w ciężkich przypadkach pomimo aseptyki zdarzać się może, należy szybko się decydować na szerokie, chirurgiczne otwieranie tych ropni. Przy obfitych czyrakach po lub bez zabiegu z bardzo dobrym wynikiem używamy szczepionki przeciwgronkowcowej (Wrig-

hta). W kilku przypadkach obrzmień gruczołów przyusznych po zastosowaniu tych szczepionek do zropienia gruczołów nie doszło i stan zapalny ich się rozszedł. Znalazłem potwierdzenie tego co do czyraków w wyżej przytoczonej pracy Sterlinga-Okuniewskiego (str. 144).

O uleczalnej postaci zespołu Brown-Sequarda

podał

S. Goldflam.

(Dokończenie—patrz № 48).

Na wahania, właściwe wszystkim okresom tej odmiany, jużem wyżej wskazał i zaznaczał ich doniosłość. I w przebiegu guza rdzenia występują wahania w natężeniu poszczególnych objawów (zwłaszcza np. bólów newralgicznych), zdarzają się nawet lata trwające zwolnienia ich; wyjątkowo bywają remisye i wahania w ogólnym przebiegu, i to prędzej w wewnątrzrdzeniowym guzie niż w zewnątrzrdzeniowym; Oppenheim ¹⁾ wspomina o przypadku, w którym objawy ustąpiły nawet na przeciąg 7 do 8 lat. Tutaj jednak występują one w większości przypadków, przez częste powracanie stanowią charakterystyczną cechę obrazu. Wahania ku poprawie w okresie postępu zdradzają już łagodność cierpienia, w okresie wstecznym zdarzają się niekiedy pogorszenia, równe prawie nawrotom. W przebiegu guza występują niekiedy nagłe pogorszenia, mogące się stać niebezpiecznymi dla życia chorego; tutaj rozwijają się one stopniowo, nie dochodzą nigdy do tak wysokiego natężenia, wkrótce zostają przewyciężone i swem prawidłowem powracaniem dowodzą, że należą do istoty choroby.

Przebieg tej odmiany cierpienia rdzenia jest o wiele jeszcze powolniejszy, niż guza rdzenia. Gdy ten ostatni trwa zwykle miesiące do paru lat—do wyjątków należy czas trwania w ciągu lat 10 i więcej—to tutaj liczyć trzeba przebieg na lata i dziesiątki lat.

T. zw. „zespół uciskowy“, *Kompressionsyndrom*, polegający na zwiększonej zawartości białka, częstej zantochromii, braku pleocytozy, dowodzi według Oppenheima, istnienia ucisku rdzenia (był też znajduwany w *meningitis sero-fibrosa circumscr.* Gerstmann) i czyni rozpoznanie guza wewnątrzrdzeniowego prawdopodobnem,—tutaj, zdaje się, nie występuje; nie było go, istotnie, w od-

nośnych przypadkach Oppenheima, w których dokonano przekłócia lędźwiowego.

Jakkolwiek w wielu przypadkach udało się przeprowadzenie rozpoznania różniczkowego między temi dwoma cierpieniami, to przyznać trzeba, że dyagnoza guza rdzenia przez poznanie omawianej tu odmiany została jeszcze bardziej utrudnioną. Z drugiej zaś strony i pomimo wyżej przytoczonych faktów, uzasadnionem jest żądanie jaknajwcześniejszego jego rozpoznawania, możliwie w 1-ym okresie newralgicznym, w celu podniesienia szans zabiegu operacyjnego; w każdym razie wymagać należy, by pacjent nie przekroczył jeszcze 2-go Brown-Séquardowskiego okresu. W typowych przypadkach zewnątrzrdzeniowego guza, z jego charakterystycznymi objawami korzonkowymi, z tak zwanym zespołem brzuszny (*Abdominal syndrom, Oppenheim*) i t. d., postulatowi temu nadal zadość czynić będzie można. W przypadkach nietypowych, gdy brak okresu nerwobólowego, lub też gdy jest on słabo tylko wyrażony, bądź też przez parestezye zastąpiony, gdy wahania w obrazie choroby występują wyjątkowo silnie i często, a postęp nie jest wydatny, wypadnie liczyć się poważnie z omawianym tu typem i operacyi na razie zaniechać do czasu, gdy dalszy przebieg sprawę w jednym lub drugim kierunku wyjaśni. Gdy w takich nietypowych przypadkach postęp poważnie zaznaczać się zacznie, zwłaszcza zaś nie dowład ruchowy się wzmoże, obraz zespołu Brown-Séquard'a zacznie się zacierać, a objawy poprzecznego zajęcia rdzenia wyraźniej występować, wtedy czas jeszcze będzie dokonać laminektomii; wiadomo przecież, że rdzeń posiada w dużym stopniu zdolność przystosowania się do ucisku, niezłolliwych zazwyczaj, guzów opony.

Powyższe uwagi o trudnościach różniczkowo-rozpoznawczych w stosunku do guza

¹⁾ Deut. Zeitschr. f. Nerv. T. 60, str. 23.

stosują się w stopniu jeszcze wyższym i do *Arachnitis serosa circumscripta spinalis*, która działa jak guz i której jeszcze nie nauczyliśmy się odróżniać od zbitego guza. Nic dziwnego, że przy stawianiu rozpoznania myślał przede wszystkim o tym ciekawym rodzaju choroby opon. Owe tylokrotnie zaznaczane wahania w obrazie omawianej tu postaci tak łatwo było tłumaczyć sobie wahaniami w sile ucisku ze strony mniejszej lub większej ilości płynu w przegródkach pajęczynówki. Fakt zatrzymania się i samoistnego ustępowania objawów daleko łatwiej łączyć można było z przypuszczeniem wessania się płynu torbieli, niż z pojęciem solidnego guza. Przypuszczenie, że guz może się wessać, jak to Boettiger skłonny jest przyjmować, przeczy całemu naszemu doświadczeniu; tylko w nowotworach pasożytniczych nie jest wyłączone zatrzymanie się sprawy na skutek rozwoju wstecznego (zwapnienia i t. p.). Z racji niezmiernie rzadkiego przypadku ze zwolnieniem trwającym 8 lat, rozstrząsa Oppenheim hipotezę¹⁾, czy nie miał pierwotnie do czynienia z zapaleniem, na którego podłożu potem rozwinął się guz.

Dzięki spostrzeżeniom, zwłaszcza Oppenheima, Krause'go, wiemy, że ograniczone, surowicze zapalenie opon mózgowych zdolne jest do samoistnego rozwoju wstecznego. Czy się to stosuje i do torbielowatego skupienia się płynu w oponach miękkich rdzenia, o tem pouczyć mogą dalsze spostrzeżenia; bezpośrednich dowodów na to brak. Przy rozbiórce przypadków, w których zamiast rozpoznanego guza znajdowano otorbiony zbiornik płynu, w historii choroby nie występowały wybitnie owe charakterystyczne wahania. Prócz tego należałoby, zgodnie z Oppenheimem, nie być zbyt rozrzutnym w stawiania dyagnozy *meningitis serosa, circumscripta, spinalis*, a to ze względu na wielką rzadkość tych przypadków. Do czasu musimy więc trzymać się zasady, że rozpoznanie płynnego guza rdzenia zbiega się z dyagnozą guza zbitego, a więc powyższe uwagi dotyczą również i pierwszego.

Wraz z Oppenheimem dochodzimy więc do wniosku, że mamy do czynienia ze szczególną postacią porażenia Brown-Séquard'a, dającą się i klinicznie wyodrębnić. Na zasadzie obrazu klinicznego byliśmy w stanie mniej lub więcej ściśle przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe z syfilisem rdzenia, gruźlicą, stwardnieniem rozsianym, guzem (właśnie *meningitis serosa, circumscripta*).

¹⁾ Neurol. Centr. 1918. S. 330.

Z jakąż sprawą mamy tu do czynienia?

Jak wyżej zaznaczono, wprowadzono do patologii, na zasadzie klinicznego i anatomicznego doświadczenia, analogicznie z pojęciem pseudotumoru mózgowego, i pseudotumor rdzeniowy. Boettiger, mianowicie, czuł się uprawnionym do stworzenia tej koncepcji, a to na zasadzie, samoistnej stałej poprawy w przypadkach, przezeń jako guz rdzenia rozpoznanych. Przy rozbiórce tych przypadków okazuje się, że większość ich, jeśli nie wszystkie, należą do omawianej tu postaci. Jako najbardziej wymowny przykład braku zmian anatomicznych, służyć może już we wstępie wspomniany przypadek Nonne'go z objawami guza okolicy stożka i ogona końskiego, który skończył się śmiercią wskutek następstw zasadniczej choroby (właściwie jednak charłactwa, spowodowanego wciąż wzrastającymi dawkami narkotyków), a w którym najbardziej szczegółowe, według najnowszych metod przeprowadzone badanie zarówno rdzenia, jak korzeni i zwojów dało wynik całkowicie ujemny. Nawiażując do uwag arcymistrza histopatologii centralnego układu nerwowego Alzheimera, zaznacza Nonne, że słuszniejszym jest przypuszczenie, iż użyte metody badania nie są dość subtelne, by mogły wykryć istniejące faktycznie zmiany. Jednakże, dopóki metody badania nie będą jeszcze bardziej udoskonalone, uważa on za uzasadnione, wbrew obiektyom Oppenheima, utrzymać tymczasowo nadal pojęcie pseudotumoru rdzeniowego.

Przypadki te w każdym razie należą do wielkich rzadkości. Znamiennem jest, że dotyczą one obrazów symulujących guz okolicy stożka i ogona końskiego. Należy tutaj być przygotowanym, jak mówi Oppenheim, na wszelkiego rodzaju niespodzianki, tak, między innymi, na tak zwaną sakralną postać stwardnienia wieloogniskowego, na *meningitis circumscripta*, na *arachnoperineuritis serofibrosa chron.* z następującą zastoiną płynu, nawet na wynik ujemny przy laminiektomii; wiemy wreszcie, że wszystkie objawy mogą samoistnie ustąpić.

Zdajemy sobie sprawę, że określenie *pseudotumor cerebrealis* albo *spinalis* jest prowizoryczne, świadczące o tymczasowej naszej nieznajomości istotnego stanu rzeczy. Przytem pozostajemy pod groźbą złego rokowania, właściwego nie tylko wrodzonym, ale też i większości nabytych cierpień rdzeniowych z ich najczęściej tak wybitną dążnością do postępu. Tutaj zaś spotykamy niewielką ilość jednakich przypadków, w których, przeciwnie, ustępowanie objawów, aż do sto-

pnia, wyzdrowienia należy do cech najbardziej wybitnych. Było jednak już z góry mało prawdopodobnem, aby ta odmiana zespołu Brown-Séquar'a, nosząca tak wyraźne piętno cierpienia organicznego, rozpoznawana przez doświadczonych neurologów, jako guz wzgl. jako *meningitis serosa circumscripta*, mogła być zaliczona do chorób bez zmian anatomicznych. Otóż Oppenheimowi udało się dostarczyć dowód, że w samej rzeczy ma się tu do czynienia ze sprawą organiczną rdzenia. W jednym z jego przypadków interesującej tu nas kategorii, w którym postawił był rozpoznanie guza na wysokości 6-go segmentu grzbietowego—należy przytem pod dyagnozą guza rozumieć i ograniczone sprawy zapalne opon—guza przy operacyi nie znaleziono, lecz tylko zbiornik płynu, kilka pasem w pajęczynówce, rdzeń był cienki, ale bez wyraźnych zmian. Po operacyi wzmoczenie się porażenia, zapalenie oskrzeli, pęcherza, upadek sił, śmierć po 3-ch tygodniach. Szczegółowe badanie, wykonane przez Oppenheima, wykryło skombinowane cierpienie pęczkowe, względnie *myelitis funicularis* (Henneberg), ze szczególnem szerzeniem się sprawy w prawym pęczku bocznym w obrębie dróg piramidowych i bocznych mózdkowych (w tych ostatnich szczególnie w górnym grzbietowym i szyjnym odcinku rdzenia), a także w pęczkach Goll'a, ale bez jakiegokolwiek charakteru systemowego. Tylko zmiany, dotyczące bocznego pęczka piramidowego, miały w środkowej i dolnej części grzbietowej oraz w rdzeniu lędźwiowym charakter zwyrodnienia wtórnego, zresztą sprawa była myelityczna o szerzeniu się nieprawidłowem, choć przeważnie połowiczem. Oppenheim akcentuje, że mowy tu być nie może o cierpieniu systemowem, lecz tylko ogniskowem, które się ogranicza do substancji białej i szerzy się przeważnie w obrębie pęczków bocznego i tylnego. Główne ognisko ma swe umiejscowienie w górnej grzbietowej części rdzenia. Pierwotny ogniskowy charakter sprawy występuje szczególnie wyraźnie w pojedynczych małych ogniskach o szerzeniu się nieprawidłowem, w których ujawnia się zapalny jej charakter oraz dążność do tworzenia się blizny.

Przypadek ten poucza, wywodzi dalej Oppenheim, że istnieje postać pęczkowego zapalenia rdzenia, wzgl. skombinowanego cierpienia pęczkowego (*myelitis funicularis unilateralis*), które może, na skutek swego przeważnie jednostronnego szerzenia się w rdzeniu, dać obraz porażenia Brown-Séquard'a.

Wobec jednostajności klinicznego obrazu, jest, według Oppenheima, bardzo prawdopodobnem, że w większości jego spostrzeżeń istotę sprawy chorobnej stanowiła właśnie *myelitis funicularis unilateralis*.

Ponieważ, jak to wyżej wyłożono, zarówno spostrzeżenia Boettigera, jak i moje zgadzają się pod każdym względem ze spostrzeżeniami Oppenheima, muszę więc i dla nich jako tło anatomiczne przyjąć *myelitis funicularis unilateralis praecipue dorsalis*.

W ten sposób, jak słusznie mniema Oppenheim, wyodrębniony został nieznany prawie dotąd typ chorobny, o którym w dotychczasowem piśmiennictwie, dotyczącem skombinowanych cierpień pęczkowych, wcale nie wzmiankowano lub tylko niewiele.

Nonne ¹⁾ ogłosił przed paru laty przypadek, w którym rozpoznanie różniczkowe skłaniało się ku uciskowi rdzenia, gdy tymczasem badanie pośmiertne wykryło *myelitis funicularis* (Bruns również wspomina o podobnych przypadkach); sprawa jednak zdaje się dotyczyła stożka. Nonne dodaje, że nie znamy sakralnej postaci *myelitis funicularis* ani też w niej nie występuje zespół Brown-Sequarda. We wcześniejszej, razem z Fründem ogłoszonej, pracy o pseudosystemowych cierpieniach rdzenia, zaznaczają ci autorzy ²⁾ niezwykłą różnorodność objawów, tak iż wszelka możliwa do pomyślenia kombinacja objawów ubytkowych ze strony tylnych i bocznych pęczków może być urzeczywistniona, ale o zespole Brown-Sequarda nie wspominają. Nie czyni też tego i Fleischman ³⁾ w późniejszej pracy na ten sam temat. Zaznacza on trudności w rozpoznaniu *myelitis funicularis*, gdyż niekiedy nie sposób odróżnić jej od stwardnienia rozsianego, a nawet od guza rdzenia. Levy i Oppenheim opisują również przypadki pęczkowego zapalenia rdzenia, które przebiegały pod postacią guza. Z drugiej zaś strony wspomina Oppenheim ⁴⁾ o przypadku, w którym guz uciskał rdzeń od tyłu i obraz chorobny miał dużo podobieństwa do skombinowanego cierpienia pęczkowego.

Jeszcze bardziej zmieniły się nasze poglądy na rokowanie w zapaleniu rdzenia pęczkowem. Dawniej określano je powszechnie, jako niepomyślne, Lichtheim i Minnich mówią wprost o niepowstrzymanym przebiegu. W ostatniem wydaniu podręcznika Oppenheima

¹⁾ D. Z. f. N. T. 47/48. 1918.

²⁾ Tamże. T. 35. S. 102.

³⁾ tamże T. 51. S. 402.

⁴⁾ Handbuch—rozdział Tumoren.

powiedziane jest, że rokowanie jest smutne, zaznacza jednak autor, że nie wydaje mu się być wyłączeniem, aby przypadki powstałe na gruncie lub w łączności z anemią, nie mogły czasem uleść poprawie, jak to w 2 przypadkach obserwował. W temże miejscu wypowiada zdanie, że przebieg bywa przewlekły lub podostry, choroba trwać może kilka miesięcy, rzadko dłużej niż 1—2 lata.

Tymczasem mnożyły się spostrzeżenia (Nonne, Henneberg, Dinkler), które wskazywały, że objawy kliniczne rdzeniowe mogą się zatrzymać w każdym okresie zapalenia rdzenia pęczkowego, a nawet uleść znacznej i bodaj zupełnej poprawie na czas mniej lub więcej długi (2 miesiące do 10 lat), aby z czasem znowu wybuchnąć i przyjąć charakter postępujący. Nonne i Fründ są tego zdania, że sprawa chorobna może i pod względem anatomicznym dojść do zupełnego wygaśnięcia, pozostają jednak objawy kliniczne, jako skutek wytworzonych blizn (glioz). Fleischman mówi wprost o uleczalnych i poronnych postaciach zapalenia rdzenia pęczkowego i stawia pytanie, czy w tych przypadkach ma się mówić o wyleczeniu, czy też, według Henneberga, który jeszcze po 10 latach widział ponowny wybuch objawów, o okresie ciszy. Fleischman sądzi, że ma się prawo mówić o wyleczeniu „w sensie praktycznym”; ponieważ nawet po wieloletniej znacznej remisyi, widzieć się daje nawrót cierpienia, to o wyleczeniu może być mowa dopiero wtedy, gdy badanie anatomiczne wykazało ustąpienie procesu patologicznego. W istotną regenerację w rdzeniu autor ten nie wierzy i sądzi, że tylko podrażnione, ale nie doszczętnie uszkodzone włókna nerwowe mogą przyjść do siebie. I Nonne jest bardzo ostrożny z określeniem „wyleczenie”; między innemi, w jednym z jego przypadków anemii złośliwej, po 2 latach zdrowia, śmierć nastąpiła przy objawach podostrego, skombinowanego cierpienia systemowego (bez nawrotu anemii). Jednakże Fleischman, opierając się na bogatym swym doświadczeniu, dochodzi do wniosku, że w cierpieniu rdzeniowym, powstałym na gruncie alkoholizmu, remisya przejść może w wyleczenie, o ile organizm przestaje ulegać toksycznemu wpływowi alkoholu. Tak przez niego nazwana, poronna postać zapalenia rdzenia pęczkowego, również zależna od nadużycia alkoholu, daje, według niego bardzo dobre rokowanie.

Z powyższego wynika, że w przyjętym dotąd obrazie klinicznym skombinowanego cierpienia pęczkowego, zespół Brown-Séquarda, w ciągu całego przebiegu, nie był

znany nawet jako epizod. Tu jednak stanowi on jądro sprawy, poza który objawy nie wykraczają; cierpienie posiada tę właściwość, że się prawie wyłącznie tylko do jednej połowy rdzenia ogranicza. Gdy w interesującej nas tu postaci zapalenia rdzenia pęczkowego, raz już doszło do ustąpienia objawów, do wyleczenia w sensie praktycznym, to jest ono długotrwałe; mogłem je potwierdzić po lat dziesiątkach, niezależnie od dających się wykryć obiektywnych oznak przebytego cierpienia; nie ma tu powodu obawiać się jeszcze nawrotu choroby. Nosi ona cechę niezłośliwości; nawet pogorszenia, zdarzające się w okresie regresyjnym, nie strącają chorego z danego, temu przypadkowi właściwego, poziomu. Tak więc, powiedzieć można, że rokowanie jest dobre.

Omówiona tu postać zapalenia rdzenia pęczkowego wyróżnia się nie tylko swoim obrazem klinicznym, przebiegiem i rokowaniem, ale też i ze względu na etiologię. Za przyczynę skombinowanych cierpień systemowych rdzenia uchodzą czynniki toksyczne (alkohol, ołów), cierpienia konstytucjonalne, które swym domniemanym jadem szkodliwie oddziałują na rdzeń, jak anemia złośliwa, charłactwo (rakowe, starcze i t. d.), podobne zmiany zachodzą i w leukemii, posocznicy, zapaleniu wsierdza wrzodziejącem, malarii, cukrzycy, gruźlicy, chorobie Addisona (Oppenheim). Tu brak wszystkich tych czynników; nie poprzedza żadna infekcja, ani przymiot w szczególności, brak urazu, albo innej jakiej szkodliwości, brak ujemnych wpływów dziedzicznych. Etiologia jest ciemna. Wiemy tylko, że, prawie bez wyjątku, cierpienie dotyczy krępkich mężczyzn w średnim wieku. Oświadczenia ich o przebytych trudach, troskach, utratach nasienia ledwie zasługują na wzmiankę.

Trudno jest orzec, jakim czynnikiem zawdzięczać należy, że cierpienie poraża, prawie wyłącznie, część piersiową rdzenia. Dopiero co przytoczone etiologiczne momenty dla skombinowanego cierpienia pęczkowego, wykazują już pewne powinowactwo w stosunku do grzbietowej części rdzenia. Widzimy też, że i wiad się tu zaczyna i najczęściej pozostaje tu umiejscowionym. To uprzywilejowanie rdzenia piersiowego znajdujemy i w cierpieniach nie metasylitycznych rdzenia (kilaki), oraz rozlanych zapaleniach rdzenia innego pochodzenia. I stwardnienie rozsiane zaczyna się najczęściej w rdzeniu grzbietowym. Guzy opon tu mają najczęściej swój punkt wyjścia. Zrozumiałem natomiast, już ze wzglę-

du na zajęty obszar, jest, że w części grzbietowej najbardziej porażeniu ulega substancja biała, w nabrzmieniach zaś szara.

Wobec niewiadomej etyologii cierpienia i właściwej mu dążności do samoistnego wyleczenia, trudno jest mówić o racjonalnym leczeniu. Jak zwykle w podobnych przypadkach, próbowano leczenia przeciwsyfilitycznego, bezskutecznie. W paru przypadkach mogłem stwierdzić dobry wynik zastrzykiwań enesolu; czy to był skutek rtęci, czy też arszeniku, niewiadomo; godnem jest uwagi, że niektóre przypadki Boettigera osiągnęły poprawę po

zastrzykiwaniach arszeniku. Niektórzy chorzy przypisywali odzyskanie zdrowia oszczędzaniu się, zarówno pod względem fizycznym, jak duchowym, dobrej pielęgnacji; niewątpliwie jest to korzystne, ale wspomnieć muszę, że widziałem stanowcze, daleko idące, lata trwające zwolnienia u proletaryusza, u którego o oszczędzaniu się mowy być nie mogło, który, jako handlarz domokrażny, bez dostatecznego pożywienia, wystawiony był na wszelkie wpływy niepogody. Niektórzy chorzy chwalili skuteczność kąpieli, zarówno kwasowogłowych jak i obojętnych.

Notatka lekarska.

Protargol, jako środek zapobiegawczy przeciw influenzy.

Panująca obecnie w Europie niemal całej epidemia influenzy nie oszczędziła i kraju naszego; wielka liczba chorych tego rodzaju, jakich codziennie widzujemy jest wymownym tego dowodem.

Niejednokrotnie zdarza się, że wszyscy mieszkańcy jednego mieszkania leżą niemal „pokotem” i że poprostu bywają oni pozbawieni naturalnej opieki domowej.

Zastanawiając się nad środkami walki przeciw „pandemii” tego rodzaju i, zrobiwszy przypuszczenie, że zarazek chorobotwórczy, według największego prawdopodobieństwa, powinien dostawać się do ustroju przez drogi oddechowe, względnie najczęściej przez nos—wpadłem na myśl, by zużytkować znane już skądinąd właściwości bakteryobójcze protargolu w celu ochronnym (profilaktycznym) przedewszystkiem, stosując środek ten według niżej przytoczonego sposobu i wzoru—otrzymywałem, jak mniemam, bardzo dodatnie wyniki. Oczywiście, że tylko wielka liczba spostrzeżeń klinicznych z jednej strony, z drugiej zaś odpowiednie badania bakteryologiczne mogłyby sprawę w mowie będącą, postawić na gruncie ściśle naukowym. Gdy jednak „*periculum in mora*”, a środek proponowany przezemnie, w leczeniu kataru już oddawna stosowany,—może być używany bez szkody dla ustroju, a więc i wskazaniu „*primum non nocere*” w zupełności odpowiadający, pozwałam sobie na podanie niniejszej notatki klinicznej w celu zachęcenia Sz. Kolegów do wypróbowania tego środka.

Podkreślam, że jestem stanowczo pod

wrażeniem, iż drogą przezemnie polecaną udawało mi się powstrzymać rozpęd epidemii domowej i niejednego ze zdrowych od choroby uchronić; oczywiście, że tylko mianem „wrażenia”, jak dotąd swoje w kierunku mnie interesującym, wnioski nazywam, boć chyba na nic więcej nie zasługują; gdy jednak, jak mniemam, usprawiedliwiona jest podstawa do zastosowania w celu ochronnym w mowie będącego środka, sądzę, że i tych słów kilka zachęty do jego stosowania nie jest pozbawionych racji bytu.

Co się tyczy samej techniki stosowania protargolu, to zalecałem go według wzoru:

Rp. *Sol. protargoli* 0,1—10,0
Glycerini puri 1,0
Suprarenini 1:1000 *gtts* V

W celu zapobiegawczym, wszystkim osobom, otaczającym chorego, zalecałem wlewanie do każdej dziurki nosowej po kilka kropel 2 do 3 razy na dobę; w razie pojawienia się pierwszych objawów nieżyty nosa tę procedurę radziłem wykonywać znacznie częściej, a mianowicie $\pm$ co 2 godziny.

Jedynym bodaj przeciwwskazaniem do stosowania protargolu bywała w praktyce mojej skłonność do krwotoków nosowych. Wzmiankę tę pozwalam sobie podać dla zachęcenia Szanownych Kolegów do wypróbowania protargolu w celu zapobiegawczym (a względnie dla leczenia poronnego) jeszcze w czasie teraźniejszej epidemii.

B. Korybut-Daszkiewicz.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY,

13. A. F. Stanley-Kent. Zmęczenie i alkohol.

Przyczyną używania i nadużywania wyskoku przez robotników, pracujących w przemyśle, jest „zmęczenie”, a więc pewien ujemnie na nastrój psychiczny oddziałujący stan fizycznego wyczerpania. Otóż autor zwraca słuszną uwagę na okoliczność, że źródło tego ujemnego stanu najczęściej szukać należy nie w samej pracy zawodowej, lecz raczej w niepomysłnych dla cielesnego i duchowego zdrowia warunkach w których praca ta się odbywa. Warunkami tymi być mogą: zbyt długie trwanie pracy bez wytchnienia, albo też wogóle nadmierna dobowa jej długość, dalej nieodpowiednie urządzenie lokalów, w których się pracuje, brak miejsca, czystego powietrza, nieodpowiednia temperatura, brak stosownie urządzonych pomieszczeń dla wytchnienia, niedostateczne albo nieodpowiednie pożywienie, wreszcie niepomysłne warunki mieszkaniowe. To też czyniono niejednokrotnie spostrzeżenia (a autor pewną liczbę ich przytacza), że ilość alkoholu, spożywanego przez robotników danej fabryki, znacznie się obniżała po usunięciu wyżej wymienionych szkodliwych. Praca kobiet w przemysłowych instytucjach podobnie powinna być uważana, jako czynnik, usposabiający do nadużyć wysokowych; najprzód z tej racji, że kobiety, pracując z męską częścią personelu fabrycznego, łatwo przyswajają sobie jego przyzwyczajenia alkoholowe, a następuje dlatego, że zawodowa praca w fabryce kobiety, o ile ta ostatnia jest żoną i matką, musi nieodwrotnie pociągnąć za sobą rozstrój życia domowego, wywierając niekorzystny wpływ na atmosferę domowego środowiska, co znowu z kolei popycha mężczyznę do szukania spokoju i zapomnienia w wysoku.

Otóż walka z alkoholizmem winna wejść na nowe tory, opierając się na zaznaczonych dopiero co punktach widzenia. Jeśli potrafimy stworzyć pomyślne warunki w zakładach przemysłowych dla pracy, to pracownicy, po jej wykonaniu odczuwając tylko „normalne, zdrowe” zmęczenie, pozbawione deprymującego i rozstrajającego działających pierwiastków, nie będą uczuwać potrzeby szukania pociechy i pokrzepienia w wysoku.

Co się tyczy działania wyskoku na zmęczenie (mówi się tu oczywiście o dawkach względnie umiarkowanych), to większość doświadczeń przemawia na ogół za tem, że praca abstynentów bywa wydatniejsza od pracy osobników, pijących alkohol, chociaż zdarzają się, co prawda rzadziej, obserwacje o wręcz odwrotnym sensie.

(*The Lancet*, 28 lipca, 1917 r.). S. T.

14. J. Parkinson i Hilmar Koffod. Bezpośredni wpływ palenia papierosów na lu-

dzi zdrowych i osobników z sercem osłabionem przez wojnę (*soldier's heart*).

Autorowie wykonali szereg doświadczeń w celu wyjaśnienia nie bardziej odległych następstw nikotynizmu, lecz bezpośredniego, natychmiastowego działania tytoniowego dymu na tętno, oddech oraz ciśnienie krwi. Do doświadczeń użyto 30 osób, między którymi znajdowało się zdrowych żołnierzy (grupa kontrolna) 10, podczas, gdy u 20 stwierdzić można było pewne wyczerpanie serca czasu wojennego, znane pod nazwą „serca żołnierskiego” (*soldier's heart*). Po wypaleniu 4—5 małych papierosów, ogólnie używanych w armii angielskiej, (Wild Woodbine) u 17-u żołnierzy drugiej i 9-u pierwszej kategorii zauważono przyspieszenie tętna, a mianowicie: w drugiej kategorii przeciętnie o 9, w pierwszej przeciętnie o 6 uderzeń na minutę. Na liczbę oddechów w pierwszej kategorii palenie nie wywierało widocznego wpływu, u żołnierzy zdrowych natomiast rytm oddechowy zdawał się ulegać nieznacznemu zwolnieniu. Przeciętne skurczowe ciśnienie krwi w obu grupach nieco się zwiększało (o 5 — 10 mm., rozkurczowe o 5 mm.). Objawy, wyżej wymienione, występowały już po 5 minutach, dochodząc do „*maximum*” po wypaleniu pierwszego papierosa i utrzymując się na osiągniętej wysokości przez cały czas palenia. W następnej seryi doświadczeń kazano obu grupom wykonywać przed paleniem i zaraz po paleniu pewien ściśle odmierzony wysiłek fizyczny (schodzenie ze schodów i wchodzenie na nie z ustanowioną szybkością). Pokazało się, że u chorych szybkość tętna po paleniu wskutek wysiłku znacznie się wzmacniała niż przed paleniem, a u połowy z nich, występowały subiektywne i obiektywne zmiany oddechowe (duszność). U 2 osobników po paleniu, niezależnie od wysiłku, zaznaczyły się bóle w okolicy serca, podczas, gdy w grupie kontrolnej żadnych zmian odnosnych nie zauważono z wyjątkiem duszności, która zjawiała się u 2 osobników. Z doświadczeń tych, autorowie wyciągają wniosek, że chociaż palenie nie można uważać za główną przyczynę „serca żołnierskiego” to przecież nadużycia w tym kierunku znacznie przyczyniać się mogą do wytworzenia duszności i bólów w okolicy serca u wojskowych.

(*The Lancet*. 18. VIII. 1917). S. T.

15. Fred. W. Mott. Działanie silnych wybuchów na ośrodki nerwowe.

Objawy kliniczne u żołnierzy, którzy doznali wstrząsu wybuchowego z następnym zasypaniem ziemią, pod wielu względami przypominają objawy zatrucia CO, lub gazem świetlnym (ból głowy, zawroty, dzwonienie w uszach, ospałość, ziewanie, słabość fizyczna i duchowa, zaburzenia inteligencji, w cięższych przypadkach nieprzytomność, du-

sność, zaburzenia ruchowe i czuciowe, nieprawidłowa działalność serca, drgawki oraz długotrwałe nieraz zbroczenia psychiczne). Podobnie zmiany ośrodków nerwowych w śmiertelnych przypadkach, polegające przeważnie na drobnych lecz licznych wybroczynach, które zlewać się ze sobą mogą, tworząc wielkie pozornie ogniska w białej istocie mózgowej (spoidło, cent. owale, torebka wewn.) chromatolizie komórek nerwowych kory mózgowej i rdzenia pacierzowego, zmianach włókien w nerwowych ośrodkach.

Opierając się na powyższych danych, autor przypuszcza, że w wielu odnośnych przypadkach chodzi prawdopodobnie w samej rzeczy nietylko o sam wstrząs wybuchowy, którego siła musiałaby być nader wysoka (o ciśnieniu 300—400 atmosfer) aby wywołać tak znaczne zniszczenie elementów nerwowych, lecz o kombinację jego z zatruciem CO, co tem łatwiejsze, że gaz ten pozbawiony jest zapachu i żołnierz zasypany w okopach oddycha jego nadmiarem, nie zdając sobie z tego sprawy, że może tu wchodzić także w grę zatrucie innymi gazami, np. tlenkiem azotu, temu autor nie przeczy, myśląc jednak, że rola tego ostatniego zwykle zapewne mniejsze ma znaczenie, gdyż inaczej częściej spotykalibyśmy się z podrażnieniem dróg oddechowych. Co się tyczy padaczki, rozwijającej się po wstrząsie wybuchowym, to, jak wykazują badania F. W., w większości przypadków chodziło o ludzi, którzy już przedtem na nią cierpieli, lub byli neuropatycznie obciążeni.

Interesującą tę pracę zdobią rysunki i fotografie, przedstawiające makroskopowe i mikroskopowe zmiany nerwowych ośrodków.

(The Lancet 1916, 26 lutego). S. T.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie neurologiczno-psychiatryczne dn. 20 kwietnia r. b.

1) Kopczyński St. przedstawił a) chorego z zanikiem połowicznym języka (*hemiatrophia linguae*).

Chory lat 40, syfilityk, przed 20 laty uległ dwukrotnie atakowi apoplektycznemu, po którym powstała niezręczność w ruchach w obu kończynach prawych i stopniowo rozwijający się zanik prawej połowy języka. Obiektywnie: zanik i bezład w prawych kończynach, zanik niemal zupełny prawej połowy języka. Porażenie struny głosowej prawej. Żrenice nieruchome na światło. K. obserwuje chorego 20 lat. Rozpoznaje dwa ogniska rozmiękczenia: jedno w tylnej części lewej torebki wewnętrznej, drugie w obrębie jąder nerwu XII, prawego.

b) K. przedstawił chorego z kurczami w obrębie mięśni okrężnych powiek.

Chory, lat 19 przedstawia następujące objawy: skoro mocno zamknie powieki, wtedy występują w nich skurcze, które nie pozwalają w ciągu 2—3 minut oczu otworzyć. Jednocześnie we wszystkich powiekach pojawiają się falujące błyskawiczne skurcze. Odczynu myotonicznego nie widać. Wpływ sugestji żaden. Mówca rozpoznaje niezwykłą sprawę czynnościową.

W dyskusji nad pierwszym przypadkiem W. i zel przypuszczałby wiać rdzenia z zanikami, Bregman nie wykluczyłby obecności wspólnego ogniska w korze mózgowej, mogącego także spowodować zanik mięśni, dla Higiera ognisko w rdzeniu przedłużonym jest niewątpliwe. Tego samego zdania jest i Koelichen.

2) Sterling przedstawił przypadek utraty węchu i smaku po urazie.

Chora, lat 36, po upadku na wznak na głowę straciła na godzinę przytomność, potem, gdy przyszła do siebie, zauważyła, iż nie odczuwa zapachu amoniaku i smak ma gorszy. Podmiotowo: jedyny objaw—utrata węchu, osłabiony smak. Stopniowo poprawa. Mówca rozpoznaje *anosmia traumatica* wskutek przypuszczalnego wylewu krwi do *gyrus hippocampi*—ośrodka węchowego. Smak uległ zaburzeniu wtórnie. Sprawę czynnościową mówca wyklucza.

Flatau zgadza się na rozpoznanie wylewu krwawego i odrzuca rozerwanie lub naderwanie nerwów węchowych.

3) Bregman wygłosił rzecz p. t. „Nowe badania nad szlakiem piramidowym“.

W pierwszej części swej pracy B. rozpatrzył wielkość piramidy na przekroju rdzenia u różnych zwierząt. Autor ściśle obliczał powierzchnię piramidy przed i po skrzyżowaniu. Okazało się, że szlak piramidowy jest najbardziej rozwinięty u człowieka ($\frac{1}{3}$ przekroju rdzeniowego), potem idą małpy, a dalej inne zwierzęta ssące. Im więcej władze umysłowe wpływają na ruchy kończyn, tem lepiej szlak piramidowy jest rozwinięty. Dalej B. określał wielkość szlaku piramidowego w różnych okresach rozwoju; okazało się: u płodu wynosi on 12,2%, u dorosłego — 29,6% całej powierzchni rdzenia.

W drugiej części swej pracy B. opisuje piramidę rdzenia przedłużonego u słonia. Piramida rdzenia kręgowego słonia jest niewielka, piramida zaś rdzenia przedłużonego jest niezwykle rozwinięta: wchodzi tu w grę włókna n. VII, idące do trąby; jądro nerwu twarzowego jest silnie rozwinięte. Z przekroju piramidy na wysokości mostu Warola $\frac{2}{3}$ włókien piramidy przeznaczone są dla czynności trąby, a $\frac{1}{3}$ dla kadłuba i kończyn.

St. Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

— Współwłaściciel naszego pisma, prof. Stanisław Serkowski, wybrany został na członka honorowego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

— Instytut Higieny i Bakteriologii Uniwersytetu Warszawskiego (Nowy Świat 19) urządza Kursy uzupełniające i zajęcia praktyczne dla lekarzy z bakteriologii, parazytologii, higieny i epidemiologii. Kur-

sy te rozpoczęły się 4 grudnia, trwać będą 2 i pół miesiąca.

NEKROLOGIA.

Józef Rosenstadt, ordynator warszawskiego szpitala starozakonnych, lekarz więzienia śledczego, zmarł w Warszawie d. 1 grudnia 1918 r., przeżywszy lat 48.

Do numeru niniejszego dołącza się ogłoszenie magistra H. Klawego o „Menthoformie“.

Od Administracji.

Gazeta Lekarska jest jedynym pismem lekarskim polskim, które przez cały czas ubiegłej wojny, pomimo rozlicznych przeszkód i strejków, wychodziło bez przerwy. W miarę sił i w miarę tego, jak pozwalały krępujące warunki rządu okupacyjnego, staraliśmy się, obok działów specjalnych, uwzględnić w wiadomościach bieżących to wszystko, co w danej chwili zasługiwało na uwzględnienie.

Pomimo znacznego wzrostu cen druku i papieru, wydawaliśmy pismo na warunkach przedwojennych, t. j. nie podwyższając opłaty prenumeracyjnej. Obecnie jednak, pomimo skończonej wojny, zmuszeni jesteśmy prenumeratę Gazety podnieść, gdyż koszt druku i papieru wzrósł przeszło o 200%, a zasoby materialne Gazety w ciągu ubiegłych lat 4-ch wyczerpały się prawie zupełnie.

Powiększamy natomiast każdy numer o 4 strony i, zależnie od warunków, w jakich pracować będziemy w roku przyszłym, starać się będziemy powrócić do rozmiarów przedwojennych.

Prenumerata Gazety od 1 stycznia 1919 wynosić będzie:

w Warszawie rocznie marek **36**, półrocznie marek **18**,
na prowincyi „ „ „ **40**, „ „ „ **20**.

Wyjątkowo wysoka cena papieru wymaga ustalenia nakładu pisma, zwracamy się przeto z prośbą do wszystkich prenumeratorów prowincjonalnych o nadesłanie prenumeraty przed Nowym Rokiem, miejscowych zaś abonentów prosimy o zawiadomienie, czy życzą sobie nadal pismo otrzymywać.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Kazimierz Zieliński. Dalszy przyczynek do stosowania płynu mózgoworodzeniowego w celach leczniczych w tyfusie wysypkowym i innych chorobach zakaźnych	401	14. J. Parkinson i Hilmar Koffo'd. Bezpośredni wpływ palenia papierosów na ludzi zdrowych i osobników z sercem osłabionem przez wojnę	410
S. Goldflam. O uleczalnej postaci zespołu Brown-Sequarda (dok.)	405	15. Fred. W. Mott. Działanie silnych wybuchów na ośrodki nerwowe	410
Notatka Lekarska. B. Korybut-Daszkiewicz. Protargol, jako środek zapobiegawczy przeciw influenzy	409	Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenie neurologicznopsychiatryczne d. 20 kwietnia r. b.	411
Dział sprawozdawczy. 13. A. F. Stanley-Kent. Zmęczenie i alkohol	410	Wiadomości bieżące.	412
		Nekrologia.	412

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73.
Administracja otwarta w dni powszednie od 5^{1/2}, do 7-ej.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 36, półrocznie Mk. 18; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 40, półrocznie M. 20. Cena numeru pojedynczego 1 m. 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.75 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130, Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni Krajowej (W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski). Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów

C. VOGEL 'A

w tłumaczeniu Popiela i Zweigbauma
z 214 rysunkami w tekście.

Cena marek 10.

Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych

przekład odczytu prof. A. Dieudonné'go.

Cena m. 1.50.

**O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na
rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem.**

Przez Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego.

Cena m. 2.

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

przez dra med. H. N u s b a u m a.

Cena m. 6.25.

Dyagnostyka chirurgiczna

przez dra Romana Jasińskiego.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i dla studentów cena niższa m. 4.

Choroby serca

przez prof. O s k a r a W i d m a n a.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra R o t h e g o.

Cena m. 4.50. Dla prenumeratorów i studentów m. 2.50.

Do nabycia w Administracyi Gazety Lekarskiej i w księgarniach. Po cenie niższej nabywać można tylko w Administracyi.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Świeżo wydano:

FELIKS ERBRICH.

Zwężenia tchawicy i oskrzeli głównych

ilustrowane 30 rysunkami w tekście i 7-a tablicami kolorowymi.

Cena 8 mk.

Nakład autora. Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa —
Warszawa, Lublin, Łódź.

Nabywać można we wszystkich księgarniach i w Administracji Gazety
Lekarskiej.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

WYSZŁO Z DRUKU:

Choroby wewnętrzne.

Podstawowe sposoby badania klinicznego

(ogłądanie, opukiwanie, obmacywanie, mierzenie i osłuchiwanie).

Dla użytku lekarzy i uczących się

napisał

Dr med. SZCZĘSNY BRONOWSKI
ordynator Szpitala Przemienienia Pańskiego.

Część I. Ogłądanie i Opukiwanie.

(z 71 rysunkami i VI tablicami).

Cena mk. 16.