

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek padaczki częściowej ciągłej, podał D-r Stanisław Orłowski. Pierwsza serya chorych na błonice, leczonych surowicą przeciwbłoniczą, podał D-r Adolf Koral. — Wykłady kliniczne. O krzywicy, podał Seweryn Sterling (Łódź). (Dokończenie). — Streszczenia i wyciągi. 79. Zniesienie wydzielania moczu w błonicy. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Orłowski — Un cas d'épilepsie partielle continue. 2) D-r A. Koral — Première serie de malades diphtériques traités par le sérum antidiphtérique.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Orłowski — Ein Fall von anhaltender partieller Epilepsie. 2) D-r A. Koral — Erste Serie der mit dem Diphtherie - Serum behandelten Diphtheriekranken.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obozna str., 5.

Przypadek padaczki częściowej ciągłej,

podał D-r Stanisław Orłowski, Ordynator Kliniki chorób nerwowych Uniw. Moskiewskiego.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Neuropatologów i Psychiatrów
przy Uniwersytecie Moskiewskim, w dniu 24 marca 1895 r.; z przedstawieniem chorego).

W początku 1894 r. ogłosił prof. KOŻEWNIKOW ¹⁾ szereg niezmiernie ciekawych przypadków padaczki korowej, mianowicie: w przerwach między typowymi napadami spostrzegano u chorych ustawiczne drgawki w pewnych ściśle określonych miejscach; nowa ta postać otrzymała nazwę: „*epilepsia partialis s. corticalis continua*“.

Przed kilkoma miesiącami przyjęty został do kliniki chorób nerwowych uniwersytetu moskiewskiego chory z objawami, wielce przypominającymi tę szczególną postać padaczki. Opisuję ten przypadek, jest on bowiem bardzo ciekawy ze stanowiska naukowego, dzięki niezmiernie zawilemu i szczególnemu bardzo obrazowi klinicznemu.

Piotr S. lat 36, przyjęty 20 listopada 1894 r. Ojciec pijak nałogowy, umarł wskutek zatrucia wyskokowego, bracia chorego zawsze cieszyli się dobrem zdrowiem. W dzieciństwie i młodości przechodził chory wiele chorób zakaźnych: ospę, kilka razy zapalenie płuc włóknikowe. Między 5—6-ym rokiem życia uderzony został silnie w głowę (z prawej strony w okolicy ciemienia) kawałem żelaza i na czas niejaki stracił przytomność; przecięte były powłoki miękkie czaszki, poczem pozostała blizna niebolesna. W 17 roku życia, wskutek silnego przeziębienia (wpadł wczesną wiosną do wody), nabawił się chory uporczywego gościca, który trwał 1½ roku; w tym samym czasie wystąpiły na goleniach jakieś owrzodzenia, które pozostawiły blizny.

W 1882 r. chory ożenił się, ma jedną córkę, cieszącą się dobrem zdrowiem. Do 1884 r. prowadził życie bardzo prawidłowe w zupełnie pomyślnych warunkach materyalnych (urzęduje w Banku Państwa w jednym z gubernialnych miast Sybe-

¹⁾ KOŻEWNIKOW. Osobyj wid kortikalnoj epilepsii. Medicinskoje Obozrienie № 14. 1894.

ryi), wódki używał rzadko i w ilości umiarkowanej. W 1884 r. po śmierci żony zaczął pić bardzo dużo i prowadził życie hulaszczę: pozwalał sobie na nadużycia *in venere*, wówczas (według słów brata chorego) zaraził się przymiotem, miał wrzód na prąciu, obrzmienie gruczołów pachwinowych i leczył się pigułkami, „od których zęby zaczęły się ruszać”. Czy były objawy wtórne, niewiadomo, ponieważ chory wypiera się zarażenia i wogóle niechętnie wspomina o tym okresie swego życia. W tym samym roku, podczas jakiejś hulanki, uderzony został kamieniem w okolice gładyskiej; rana w częściach miękkich czaszki zagoiła się szybko, przytomności wówczas, jak się zdaje, nie stracił.

Nadużycia wszelakie trwały mniej więcej rok; stopniowo zaczął chory wracać do dawnego trybu życia; od lat 6 zupełnie nie pije wódki.

W lipcu 1894 r. chory zrobił się dziwnie drażliwy, uskarżał się często na bezsenność i bóle w rozmaitych miejscach ciała i rozłamanie ogólne; od czasu do czasu występował stan gorączkowy; napady takie w końcu lipca i na początku sierpnia stawały się coraz częstsze i silniejsze, mimo to chory przez cały czas nie kładł się do łóżka.

14 sierpnia stan ogólny znacznie się pogorszył, przyłączyło się znaczne osłabienie i wysoka gorączka; 15 sierpnia gorączka wynosiła przeszło 40°, świadomość była zamglona, chory majaczył; taki stan gorączkowy trwał 4—5 dni, w ciągu których chory stale był niezupełnie przytomny; znajdował się on według orzeczenia otaczających w stanie jakiegoś odrętwienia, chociaż poznawał krewnych i wykonywał, czego od niego żądano. Lekarz rozpoznał tyfus brzuszny w okresie szczytu i orzekł, że chory przebył początek choroby ambulatoryjnie.

21 sierpnia chory nagle krzyknął przeraźliwie i dostał typowego napadu padaczki z zupełną utratą przytomności, silnymi drgawkami ogólnymi, początkowo tonicznymi, później klonicznymi, z pianą na ustach, oddechem chrapliwym i oddawaniem mimowolnem moczu.

Napad trwał $\frac{1}{2}$ godziny, poczem chory zasnął snem głębokim, trwającym kilka godzin, i po przebudzeniu się nie pamiętał zupełnie, co się z nim działo. Od tego czasu chory stał się dziwnie senny i pozostał niezupełnie przytomny; stan taki trwał 2—3 tygodnie; zdaniem lekarza, opiekującego się chorym, było to ostre zapalenie opon mózgowych. Ciepłota w dzień napadu i później była prawie zupełnie prawidłowa, niekiedy tylko podnosiła się nieznacznie, nie dochodząc wszakże nigdy do 38°. Około połowy września przytomność zaczęła wracać, otaczający zauważyli jednak znaczne osłabienie pamięci chorego.

Stan fizyczny szybko się poprawiał, łaknienie się wzmogło, chory utył, używał ruchu, zajmował się pracą fizyczną; wszystkie czynności ustroju były zupełnie prawidłowe. W tym jednak czasie (około połowy września) chory zaczął „jakać się” i objaw ten stopniowo się wzmagał. W końcu października chory zauważył, że prawa noga staje się dziwnie słaba, przy chodzeniu podwija się często lub uginą w kolanie, prócz tego od czasu do czasu występował jakiś kurcz w gardle („nie miałem czem oddychać”) i chory wydawał dźwięki mimowolne.

28 października kurcze w gardle wzmogły się, w prawej ręce i nodze wystąpiły drgawki kloniczne; zupełna utrata świadomości; napad trwał około 5 minut, poczem chory zasnął głęboko. Tego samego dnia były jeszcze 2, następnych dni po kilka takich napadów. Wywoływał je zawsze jakiś nagły hałas, stuk lub wzruszenie; wszystkie napady miały charakter jednakowy: jako aura — kurcz w gardle, potem silne drgawki toniczne i kloniczne w mięśniach prawej połowy szyi i w kończynach prawych (w której z nich pierwszej, otaczający nte zauważyli, stanowczo jednak twierdzą, że drgawki w nodze były znacznie silniejsze, niż w ręce), następnie drgawki stawały się ogólne, towarzyszyła im zawsze utrata świadomości; po napadzie głęboki sen i amnezya zupełna.

31 października był jeden tylko lekki napad, który chory pamięta jak przez sen, potem do 5 listopada przerwa; przez ten czas chory mógł chodzić tylko podtrzymywany przez kogoś, ponieważ noga prawa bardzo osłabła i ciągle się podwijała. Trudność wymowy wzrosła.

5 listopada chory wyjechał do Moskwy; droga trwała 11 dni i przez ten czas było 7 napadów drgawek w prawej połowie ciała bez utraty świadomości i bez snu następczego; napady występowały po nagłym hałasie lub wzruszeniu.

Od 17 listopada (w Moskwie) drgawki w kończynach prawych stały się bardzo częste, powtarzały się co 10—15 minut, przyłączyły się też do nich ciągle drga-

nia w prawej połowie twarzy. 20 listopada był typowy napad padaczki z utratą świadomości. Przez cały czas choroby chory przyjmował w ilościach dużych jod, od 21 sierpnia robiono mu wcierania szaruchy w dużej ilości, ale nieporządnie; po miesiącu przerwano je z powodu zapalenia dziąseł i ust.

W chwili badania stan był następujący: chory dużego wzrostu, dobrze zbudowany, odżywianie niezbyt upośledzone. Układ kostny nie przedstawia żadnych zbroczeń; obwód głowy 560 mm., czaszka zbliżona do długogłowej (*index* 78,1). Nieco wyżej gładyski na linii środkowej blizna ruchoma, niebolesna, $1\frac{1}{2}$ ctm. długa. Taka sama, nieco mniejsza blizna na kości ciemieniowej prawej blisko kąta potylicowego. Na powierzchni przedniej obydwóch goleni blizny gładkie, płaskie.

Główne objawy chorobowe umiejscowione są w prawej połowie ciała; na pierwszy plan występują tu drgawki. W prawej połowie twarzy ustawiczne, nie ustępujące na chwilę nawet drgawki; są one najczęstsze w mięśniu czołowym prawym i w tych włóknach lewego, które przylegają do gładyszki; częste są też drgawki w mięśniu okrężnym oka, rzadsze w mięśniach szczęki górnej; w dolnej połowie twarzy prawie wcale ich niema. Drgawki te są bardzo różnorodne: czasami występują tylko w oddzielnych włóknach mięśniowych i wywołują na powierzchni skóry drganie, przechodzące naksztalt fali z jednego miejsca na drugie. Czasami drgawki podobne są do „tików“. Drgawki te nie występują w pewnym stałym porządku: niekiedy występują jednocześnie w kilku miejscach prawej połowy twarzy. W czasie snu słabną nieco, ale nie ustają ani na chwilę.

Oprócz tych ciągłych drgawek występują bardzo często (co 3—5 minut, a przy wzruszeniach jeszcze częściej) napady silnych kurczów w całej prawej połowie ciała, prawie jednocześnie w twarzy i kończynach. Kurcze w twarzy są najsilniejsze: czoło zmarszczone, prawa szczelina powiekowa przymrużona, usta na wpół otwarte, wykrzywione na prawo ku górze, dolna szczeka odciągnięta na prawo i ku dołowi, tak, że między rzędami zębów zostaje wolna przestrzeń, mięśnie żuchwy silnie naprężone. Język odciągnięty na prawo i ku tyłowi. Jednocześnie głowa odwraca się na prawo i podbródek dotyka prawie ramienia, na szyi występuje wyraźne kontur mocno napiętego mięśnia mostko-sutko-obojęczkowego. W takim położeniu twarz i głowa pozostają niekiedy $\frac{1}{2}$ minuty. Od początku napadu występują drgawki kloniczne w kończynach prawych (w której najprzód, określić trudno); drgawki te są bardzo szybkie i gwałtowne, lecz dotyczą tylko wielkich stawów obu kończyn; ręka, palce rąk i nóg udziału w nich nie biorą; drgawki w nodze są znacznie silniejsze, niż w ręce. Jednocześnie cały tułów zostaje wykręcony na prawo, także wskutek drgawek klonicznych, i gdy twarz i szyja pozostają w ciągłym kurczu, tułów i kończyny powracają do położenia prawidłowego; niekiedy jednak (rzadko bardzo) w kończynach, szczególnie w nodze, drgawki kloniczne jeszcze się powtarzają.

Nie każdy napad drgawek odpowiada całkowicie nakreślonemu wyżej obrazowi, niektóre napady występują w postaci monoplegicznej. Niekiedy, na przykład, występują silne drgawki kloniczne tylko w twarzy i mięśniach szyi; chcąc złagodzić nieco ich gwałtowność, chory przyciska silnie rękę lewą do prawego policzka albo usiłuje przesunąć (ręką) szczękę dolną na lewo; drgawki słabną podobno, jeżeli chory chłodzi się wachlarzem, używa on też w istocie często tego sposobu. Takie monoplegiczne drgawki występują czasami i w każdej z prawych kończyn oddzielnie. Są one nader częste w nodze: co rano, prawie w ciągu godziny lub dwóch, trwają gwałtowne, co chwila się powtarzające drgawki; chory prosi wówczas o przywiązywanie nogi do łóżka, ponieważ to drgawki nieco osłabia. Podczas silnych napadów chory uczuwa ból w skroni prawej, w gałkach ocznych, w prawej połowie twarzy i szyi (zapewne wskutek naprężenia mięśni), prócz tego silny kurcz w gardle oraz nieokreślone jakieś, lecz silne wstrząśnienia w piersiach i brzuchu ze strony prawej. Napadom drgawek towarzyszą niekiedy mimowolne dźwięki wydychowe.

Przy każdym wzruszeniu, rozmowie, nagłym hałasie i t. d. drgawki stają się gwałtowniejsze, a napady ich częstsze. Zdarzają się dni, kiedy drgawki słabną i rzadziej się powtarzają; wówczas chory może sam jeść, kiedyindziej trzeba go karmić. Ponieważ palce rąk wolne są od drgawek, drobne więc ruchy prawie są zachowane; chory, na przykład, pisze wcale dobrze, ale ciągłe drgawki w mięśniach ramienia i przedramienia powodują, że prócz liter znajduje się na papierze cały

szereg niepotrzebnych kresek i zygzaków, których wielkość odpowiada amplitudzie ruchów kurczowych. Przez silne napięcie woli chory może nieco powstrzymać drgawki, występują one jednak później ze spotęgowaną gwałtownością.

We śnie, jak wspominałem wyżej, ciągle drgania w twarzy nie ustępują, lecz napady drgawek w całej połowie ciała są rzadsze, jakkolwiek kilka razy na noc budzą chorego. Stan chorego bezpośrednio przed snem gra tu niezmiernie ważną rolę; jeśli chory był spokojny, to śpi 2—3 godzin bez drgawek, jeśli jednak był choć trochę rozdrażniony, to napady powstarczają się co $\frac{1}{2}$, a nawet co $\frac{1}{4}$ godziny, chory ciągle się budzi, wreszcie wcale już spać nie może.

Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane, drżenia gałek (*nystagmus*) niema. Czynność mięśni twarzy w chwilach wolnych od drgawek prawidłowa. Język przy wysuwaniu odchyła się nieco na prawo, widać w nim ciągle ruchy kurczowe, cofa się na prawo i ku tyłowi; chory zauważył prócz tego, że i przy zamkniętych ustach język często pociągany bywa ku stronie prawej, niezależnie od napadu drgawek w innych miejscach.

Zucie pokarmów o tyle jest upośledzone, o ile wówczas występują drgawki. To samo da się powiedzieć i o łykaniu, jakkolwiek w mięśniach gardła występują od czasu do czasu drgawki samodzielne, ponieważ czasami i w przerwach między napadami drgawek przełykanie jest utrudnione. Chory, na przykład, nie może łykać śliny, skutkiem czego zbiera się ona w wielkich ilościach w ustach.

Chory mówi bardzo wolno, jednostajnie, rozciąga sylaby i niekiedy wprost niektórych z nich wcale wymówić nie może; chwilami występuje kurcz w mięśniach krtani i przerywa choremu mowę; większą jeszcze przeszkodą są drgawki w języku, które podczas mówienia stają się częstsze; czasami chorego wprost zrozumieć nie można; prócz tego rozmowa potęguje drgawki w całej połowie ciała, a podczas takiego napadu chory nie jest w stanie wymówić ani jednego dźwięku złożonego. Żadnych przejawów afazji niema; chory rozumie doskonale, co do niego mówią, nigdy nie myli się w używaniu wyrazów i szybko znajduje w pamięci te, których potrzebuje; owszem, lubi nawet mówić bardzo rozwlekłe, używa wielu zbytecznych dopełnień i określeń, skutkiem czego przy wymowie utrudnionej rozmowa z nim jest bardzo okazyliwa. Żadnych przejawów agraphii niema.

W kończynach prawych niedowład, wyraźniejszy w nodze, niż w rękę. Wszystkie ruchy ręki prawidłowe, lecz siła jej w porównaniu z lewą znacznie zmniejszona, szczególnie w ramieniu i łokciu. Ruchy ręki i palców względnie silne; prawa ręka ścisła dynamometr na 30, lewa na 40 podziałek. W obu rękach drżenie nieznaczne.

Ruchy czynne w nodze prawej znacznie osłabione; szczególnie w stawie biodrowym siła ich jest bardzo nieznaczna; słabe również są ruchy w kolanie; w stopie i palcach siła prawidłowa. Z wielką trudnością, silnie podtrzymywany, może chory przejść 1—2 kroki; przeszkodę w chodzeniu stanowi nietyle niedowład prawej nogi, ile drgawki w prawej połowie ciała: przy próbach stania i chodzenia stają się one nadzwyczaj silne i gwałtowne; trzeba wówczas dużej bardzo siły, aby powstrzymać chorego od upadku na prawo.

Ruchy bierne we wszystkich kierunkach prawidłowe. Odżywianie mięśni w obu połowach ciała oraz wymiary prawych i lewych kończyn jednakowe. Pobudliwość elektryczna prawidłowa.

Odruchy kolanowe wzmożone, szczególnie ze strony prawej; z tej samej strony jakby ślad objawu stopowego (*clonus*). Odruchy ścięgnaiste kończyny górnej prawidłowe. Odruchy podeszwowe wzmożone, pozostałe skórne prawidłowe.

Oprócz wzmiankowego wyżej bólu w mięśniach po napadzie drgawek, choremu dolega niekiedy tępy, nieumiejscowiony ból głowy i uczucie drętwienia w nodze prawej.

Badanie przedmiotowe wykazuje nieznaczne osłabienie wszystkich postaci czucia w prawej połowie ciała; jest ono najwyraźniejsze na udzie i goleni: klucie szpilką chory odczuwa jako dotknięcie; cyrkiel WEBER'a cyfr nie daje; różnic ciepłoty niżej 5°—6° chory nie odczuwa. W innych miejscach osłabienie czucia jest bardzo nieznaczne. Czucie mięśniowe bez zmiany.

Narządy zmysłów w porządku. Żrenica prawa szersza od lewej, oddziaływanie oka prawidłowe. Pole widzenia bez zmiany. Badanie wzornikowe żadnych zmian na dnie oka nie wykazuje.

Co się tyczy stanu psychicznego, to dodać należy, że chory jest bardzo wrażliwy, drażliwy i grymaśny; od czasu do czasu wpada w stan silnego przygnębienia. Prócz tego od czasu choroby inteligencja chorego stała się płytszą i ciaśniejszą, — zdolność pojmowania osłabła, są braki w pamięci.

Już w ciągu pierwszych dni pobytu w klinice ogólny stan chorego znacznie się poprawił; drgawki w kończynach występowały rzadziej, chociaż drgania w twarzy trwały bez przerwy; widocznie ustępowało chwilowe pogorszenie, wywołane przez długą i męczącą podróż. Ale w początkach grudnia chory dostał silnych bólów w boku, a nazajutrz badanie przedmiotowe wykazało objawy suchego zapalenia opłucnej ze strony prawej; ciepłota dochodziła wieczorem do 38,6°. Trwało to 10 dni, zapalenie opłucnej było niezbyt silne, objawy przedmiotowe zaczęły znikać, a bóle słabnąć. Przez ten czas drgawki były takie, jak i poprzednio. 15 grudnia zaczął się chory skarżyć na ogólne rozłamanie, drgawki w prawej połowie ciała występowały co chwila z taką siłą, że trzeba było trzymać chorego, aby nie spadł z łóżka.

Chory był bardzo podniecony, niespokojny, wieczorem ciepłota podniosła się do 39,4°, jakkolwiek badanie przedmiotowe żadnego pogorszenia ze strony narządów oddechowych nie wykazało. W nocy, podczas napadu drgawek w prawej połowie ciała, chory stracił przytomność, drgawki przeszły zaraz na rękę lewą, potem na nogę lewą i oddech stał się chrapliwy; po 10 minutach ogólne drgawki zaczęły słabnąć.

W tym czasie przyszedł lekarz dyżurujący i zastał chorego w stanie mocno zamglonej świadomości; odpowiadał on wprawdzie na niektóre pytania, lecz trzeba je było powtarzać po kilka razy; drgawki były już tylko ze strony prawej częste i gwałtowne; źrenice mocno rozszerzone. Wkrótce chory zasnął snem głębokim, który trwał około 2 godzin; nazajutrz wspominał, że „zemdlął“, ale o wizycie lekarza nie wiedział. Po tym napadzie drgawki trwały dalej bez zmiany, może tylko napady ich stały się nieco rzadsze. Niedowład i nieczułość kończyn prawych znacznie się zmniejszyły.

Do 1 stycznia objawy przedmiotowe zapalenia płucnej znikły; zalecono jod (przez cały czas chory przyjmował i brom po 3,0 dziennie), a wkrótce potem i wcierania szaruchy (po 2,0 dziennie). Ale już po 8—10 wcieraniach drgawki znacznie się wzmogły, również i drżenie w ręce lewej. Ostatni objaw wzrastał stale i w połowie lutego drżenie było już bardzo częste i silne, szczególnie w ostatnich trzech palcach (krzywa na przyrządzie rejestrującym wykazała 7—8 wzniesień na sekundę). Prócz tego i drgawki bardzo dokuczały choremu i pozbawiały go snu.

Wcierania przerwano (zrobiono ich 30); prócz jodu i bromu zalecono chloral; drgawki złagodniały nieco, sen i stan ogólny poprawiły się, lecz drżenie w ręce lewej wciąż wzrastało, około 20 lutego przyłączyły się doń bardzo gwałtowne drgawki w tej ręce. Prócz tego siła reki lewej, głównie 3-ch ostatnich palców, znacznie się zmniejszała; położenie tych palców stało się nieprawidłowe: były nawpół zgięte w stawach napiętkowo-palcowym i 1-ym międzyczłonkowym (mały palec więcej niż inne) i nie dały się zupełnie wyprostować.

W dalszym przebiegu zaznaczyć należy, że drgawki w prawej połowie ciała znacznie się zmniejszyły, niedowład i nieczułość kończyn prawych zupełnie prawie przeszła, a trudność wymawiania o tyle się wzmogła, że chory wcale prawie mówić nie był w stanie. Drżenie i drgawki w ręce lewej zmniejszyły się też trochę, ale niedowład i przykurczenie 3-ch ostatnich palców powiększyły się; w ostatnich czasach chory skarżył się na bóle w rękę i palcach.

Stan ogólny dobry, wszystkie czynności ustroju prawidłowo się odbywały.

(C. d. n.).

Pierwsza serya chorych na błonicę, leczonych surowicą przeciwbłoniczą,

podał **Adolf Korał**, Ordynator oddziału chorób zakaźnych tegoż szpitala.

Przystępując do niniejszego sprawozdania, z góry zastrzegam, że ilość spostrzeganych przypadków sam uważam za zbyt małą do wyprowadzenia jakichkolwiek ściślejszych wniosków. Skoro jednak liczba ogłaszanych spostrzeżeń nad działaniem surowicy (antytoksyny) wzrasta niemal z dniem każdym, wzbogacając literaturę rzeczonego środka mniej lub więcej cennymi pracami, postanowiłem podzielić się z kolegami opisem pierwszej seryi przypadków, leczonych na oddziale moim w przeciągu czasu od 20 stycznia do 20 kwietnia r. b.; od tego dnia bowiem oddział z powodu gruntownego odnawiania zamknięty został na parę miesięcy. Dodać muszę jeszcze, że rok bieżący ze względu na niewielką ilość przypadków błonicy należy do wyjątkowo pomyślnych; czy jednak stan taki potrwa do końca roku, wątpić należy; wiadomo mi bowiem z doświadczenia lat ubiegłych, iż największe nasilenie epidemii błonicy w Warszawie i jej okolicach przypada na koniec lata i miesiące jesienne. W roku zeszłym np. ilość przypadków błonicy i dławca w szpitalu naszym doszła do 140.

Co się tyczy chorych, leczonych surowicą, to z ogólnej liczby 27 (15 chłopców i 12 dziewcząt) znajdowało się:

1 rocznych . . .	3
2 letnich . . .	4
3 „ . . .	5
4 „ . . .	6
5 „ . . .	6
6 „ . . .	2
8 „ . . .	1

W jaki sposób najodpowiedniej podzielić naszych chorych, uważam za rzecz wogółności do rozstrzygnięcia niełatwą. Nawet BAGINSKY¹⁾, który nawęcej dotąd miał spostrzeżeń odpowiednich, znalazł się pod tym względem w niemałym kłopotcie. Większość badaczy, a pomiędzy nimi i BAGINSKY, przyjmuje podział na przypadki lekkie, średniego natężenia, ciężkie i wreszcie gnilne (septyczne). Co do mnie, uważam za dogodniejszy, być może nieco przestarzały, podział według umiejscowienia sprawy błonicznej; rozpatrywać więc będę cztery kategorie, a mianowicie: 1) *angina diphtheritica*, 2) *angina et rhinitis diphtheritica*, 3) *laryngitis crouposo-diphtheritica* i 4) *angina et laryngitis diphtheritica*, podając przy każdej z nich treściwy przebieg choroby w pojedynczych przypadkach.

I. Angina diphtheritica (7 przypadków).

1) Mordka Oślak lat 5, chory od dni 6; przybył 25. III. 95. Grube błony biało-żółtawe na migdałkach i łukach, przerost migdałków. Gruczoły podszczękowe

¹⁾ BAGINSKY. Die erste Serie der mit Antitoxin behandelten Diphtheriefälle. Arch. f. Kinderheilk. B. XVIII. H. 5 u. 6. 1895.

obrzmiąle. Chory nie gorączkuje. Mocz nie zawiera białka. Badanie bakteryologiczne wykazało laseczniki LOEFFLER'a i paciorkowce (zakażenie mieszane). Zastrzyknięto 20 ctm. surowicy ROUX'a. Ciepłota wieczorem 37,5°. 26. III. Stan bezgorączkowy. Błony znacznie cieńsze, umiejscowione tylko na migdałkach. Zawartość białka w moczu 0,05%. 27. III. Nalot w gardzieli prawie znikł. Ślady białka w moczu. 28. III. Stan dobry. 1. IV. Wypisany. Zdrów.

2) Hersz Rosenberg, lat 4. Chory od 2 dni, przybył 22. III. Nalot błonicy białło-żółtawy, niezbyt gruby na tylnej ścianie gardzieli, migdałkach i łukach. Gruczoły podszczękowe obrzmiąle, niebolesne. Mocz nie zawiera białka. Stan bezgorączkowy. Przy badaniu bakteryologicznem znaleziono laseczniki LOEFFLER'a i paciorkowce. Zastrzyknięto 16 ctm. surowicy ROUX'a. Wieczorem tegoż dnia stan bezgorączkowy. 23. III. Nalot w gardzieli nieco cieńszy. Mocz bez białka. Chory nie gorączkuje. Zastrzyknięto 10 ctm. surowicy. 24. III. Nalot prawie zupełnie znikł. 25. III. Stan dobry. 28. III. Wypisany. Zdrów.

3) Brucha Mędrzycka, lat 3, chora od wczoraj, przybyła 30. III. Gruby, biały nalot na obu migdałkach. Gruczoł podszczękowy lewy obrzmiąły. Mocz białka nie zawiera. Stan bezgorączkowy. Badanie bakteryologiczne wykazało laseczniki LOEFFLER'a i paciorkowce. Zastrzyknięto 20 ctm. surowicy. 31. III. Stan bezgorączkowy. Nalot cokolwiek mniejszy. Zastrzyknięto 16 ctm. surowicy. 1. IV. Stan bezgorączkowy. Nalot prawie znikł. 2. IV. Stan dobry. 4. IV. Wypisana. Zdrowa.

4) Bajka Beker, lat 5, chora od 2 dni, przybyła 21. II. Gruby, białło-żółtawy nalot na migdałkach, łukach i tylnej ścianie gardzieli. Prawy gruczoł podszczękowy obrzmiąły. W moczu ślady białka. Ciepłota rano 38,0°. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność laseczników LOEFFLER'a i paciorkowców. Zastrzyknięto 20 ctm. surowicy. Ciepłota wieczorem 38,4°. 22. II. Nalot się nie zmniejszył i przedstawia się jako żółtawo-szarawa, miękka masa. Gruczoł podszczękowy prawy obrzmiąły i bolesny. W miejscu zastrzyknięcia lekkie stwardnienie wielkości orzecha włoskiego. Chora nie gorączkuje. 23. II. Chora bez gorączki. Nalot znikł prawie zupełnie, stwardnienie również, gruczoł mniejszy. 24. II. Stan dobry. 28. II. Wypisana jako zdrowa.

5) Symcha Witenberg, lat 8, chory od 2 dni; przybył 14. II. Na obu migdałkach niezbyt gruby, biały nalot. Gruczoły podszczękowe cokolwiek obrzmiąle. Mocz nie zawiera białka. Stan bezgorączkowy. Badanie bakteryologiczne wykazało laseczniki LOEFFLER'a i paciorkowce. Zastrzyknięto 16 ctm. surowicy. 15. II. Chory nie gorączkuje. Nalot cieńszy. Mocz białka nie zawiera. 16. II. Nalot prawie znikł, gruczoły mniej obrzmiąle. 17. II. Stan dobry. 19. II. Wypisany. Zdrów.

6) Doba Krygier, lat 5, chora od 3 dni; przybyła 14. II. Gruby nalot na migdałkach i tylnej ścianie gardzieli. Gruczoły podszczękowe powiększone. Mocz białka nie zawiera. Ciepłota rano 39,2°, tętno 144. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność laseczników LOEFFLER'a. Zastrzyknięto 16 ctm. surowicy. 15. II. Ciepłota 38,5, tętno 140, nalot cieńszy, papkowaty. Ciepłota wieczorem 37,2°. 16. II. Stan bezgorączkowy. Nalot niewielki. Mocz białka nie zawiera. 17. II. Stan dobry. 19. II. Wypisana.

7) Ele Zysman, lat 2, chory od 5 dni; przybył 5. II. Dość gruby, żółtawy nalot na migdałkach, łukach i tylnej ścianie gardzieli. Mocz białka nie zawiera. Chory nie gorączkuje. Badanie bakteryologiczne wykryło laseczniki LOEFFLER'a i paciorkowce. Zastrzyknięto 10 ctm. surowicy ARONSON'a. 6. II. Chory nie gorączkuje. Nalot miękki, papkowaty. 7. II. Nalot tylko na lewym migdałku. Mocz bez białka. 8. II. Stan dobry. 10. II. Wypisany.

II. Angina et rhinitis diphtheritica (2 przypadki).

8) Tauba Szlaja, lat 5, chora od 4 dni, przybyła 2. II. Gruby nalot żółtawy na migdałkach, zwłaszcza prawym, języczku i łukach. Błonica nosa. Gruczoł podszczękowy prawy obrzmiąły. W moczu ślady białka. Ciepłota 38°, tętno 136. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność laseczników LOEFFLER'a. Zastrzyknięto 10 ctm. surowicy ARONSON'a. 3. II. Nalot rozlany, papkowaty, jakby podminowany, barwy szarawo-zielonawej. *Factor ex ore*. Gruczoły podszczękowe obrzmiąle. Ślady białka w moczu. Zastrzyknięto 10 ctm. surowicy ARONSON'a. W miejscu wczorajszego zastrzyknięcia stwardnienie z zaczerwienieniem skóry, wielkości włoskiego orzecha. Wieczorem ciepłota 37,8°. 4. II. Chora nie gorączkuje. Nalot *in statu quo*.

Z nosa wycieka żółto-zielonawa, nieco cuchnąca wydzielina. *Foetor ex ore*. Zastrzyknięto 5 ctm. surowicy ARONSON'a. Ciepłota wieczorem 37,8°. 5. II. Stan bezgorączkowy. Migdałki się oczyszczają. Stwardnienie prawie znikło. Mocz białka nie zawiera. Od 6. II. do 10. II. Nalot i *foetor ex ore* znikają. 14. II. Wypisana.

9) Sruł Brajterman, lat 4, chory od 2 dni; przybył 28. II. Gruby, białło-żółtawy nalot na obu migdałkach. Gruczoły podszczękowe obrzmiały. Błonica nosa. W moczu ślady białka. Ciepłota rano 38,8°. Badanie bakteriologiczne wykazało obecność laseczników LOEFFLER'a. Zastrzyknięto 16 ctm. surowicy ROUX'a. Ciepłota wieczorem 38,8°. 1. III. Ciepłota 37,4°, tętno 128. Nalot się nie zmniejsza. Zastrzyknięto 16 ctm. surowicy ROUX'a, wieczorem brak gorączki. 2. III. Nalot mięknie; obfity wyciek gęsty, żółtawy z nosa. Gruczoły się zmniejszają. Stan bezgorączkowy. 3. III. Nalot znika. Nos się oczyszcza. 7. III. Wypisany.

III. Laryngitis crouposo-diphtheritica (7 przypadków).

Do grupy powyższej zaliczam chorych, którzy, pomimo, że gardziel pozostała niezajęta, przedstawiali pod względem klinicznym wszelkie objawy zająęcia krtani sprawą błoniczą. Badanie bakteriologiczne we wszystkich prawie przypadkach potwierdziło rozpoznanie.

10) Chaja Fajgenbaum lat 5, chora od tygodnia (?); przybyła 16. III. Znaczne zaczerwienienie gardzieli. Objawy zwężenia krtani (oddech utrudniony, kaszel suchy, bezdźwięczny, krupowy). Mocz białka nie zawiera. Ciepłota 38,6°, tętno 132. Badanie bakteriologiczne wykazało obecność laseczników LOEFFLER'a i paciorkowców. Zastrzyknięto 36 ctm. surowicy ROUX'a. Ciepłota wieczorem 39,5°. 17. III. Ciepłota rano 39,7, t. 148, oddechów 36 na minutę. Oddech nieco swobodniejszy, kaszel krupowy, bezgłos. Ciepłota wieczorem 38,6°. 18. III. Ciepłota 40,0°, tętno 148, oddechów 32. Stan bez zmiany. Ciepłota wieczorem 39,0°. 19. III. Ciepłota rano 37,4°, tętno 136, oddechów 32. Oddech znacznie lżejszy, kaszel nieco wilgotniejszy, głos jaśniejszy. Na całym ciele (oprócz głowy) wysypka podobna do szkarlatynowej. Ciepłota wieczorem 38,4°. 20. III. Ciepłota rano 38,0°, tętno 144, oddechów 32. Stan ten sam, wieczorem ciepłota 40,0°. 21. III. Ciepłota 38,2°, tętno 144, oddechów 30. Wysypka zbladła. Oddech swobodny, kaszel wilgotny. Od 21. III. do 1. IV. stan bezgorączkowy, 1. IV. Ciepłota wieczorem 39,0°, tętno 144. Obfita wysypka podobna do różyczkowej (*rubeola*). Kaszel suchy. 2. IV. Ciepłota rano 38,7°, tętno 152. Stan ten sam. Ciepłota wieczorem 38,0°. 3. IV. Wysypka znikła. Kaszel wilgotny. Stan bezgorączkowy. 5. IV. Wypisana.

11) Szajdla Sztycer, lat 1 1/4, chora dzień jeden; przybyła 6. IV. Objawy znacznego zwężenia krtani: oddech utrudniony, kaszel suchy, krupowy. Mocz białka nie zawiera. Stan bezgorączkowy. Badanie bakteriologiczne wykazało laseczniki LOEFFLER'a i paciorkowce. Zastrzyknięto 15 ctm. surowicy ROUX'a. 7. IV. Oddech bardzo utrudniony, kaszel krupowy. Zastrzyknięto 10 ctm. surowicy ROUX'a. 8. IV. Oddycha lżej, kaszel wilgotny. 11. IV. Wypisana.

12) Jankiel Trębak, lat 2, chory od 3 dni, przybył 31. III. Silna *angina*. Oddech utrudniony, kaszel suchy, krupowy. Mocz białka nie zawiera. Badanie bakteriologiczne nie było dokonane. Zastrzyknięto 16 ctm. surowicy ROUX'a. 1. IV. Stan bezgorączkowy, oddech lżejszy, kaszel suchy. 2. IV. Stan bez zmiany. 3. IV. Oddech lekki, kaszel wilgotny. 7. IV. Wypisany.

13) Antoni Kr., lat 6, chory od 4 dni; przybył 11. III. Gardziel silnie zaczerwieniona, oddech ciężki, kaszel suchy, krupowy. Mocz białka nie zawiera. Ciepłota rano 38,3°, tętno 136. Badanie bakteriologiczne wykryło laseczniki LOEFFLER'a i paciorkowce. Zastrzyknięto 30 ctm. surowicy ROUX'a. Ciepłota wieczorem 38,3. 13. III. Oddycha dobrze, kaszel wilgotniejszy. 17. III. Wypisany.

14) Moszek Soliński, lat 1 1/2, chory od 2 dni; przybył 8. III. Chory w najwyższym stopniu wycieńczony, oddech stenotyczny i przyspieszony, kaszel suchy, bezdźwięczny, w płucach liczne trzeszczenia. Uporczywa biegunka. Ciepłota 36,8°, tętno 90, oddechów 36. Badania bakteriologicznego nie dokonano. Zastrzyknięto 16 ctm. surowicy ROUX'a. 9. III. Ciepłota rano 37,8°, tętno 120, oddechów 36. Oddech utrudniony, sinica. Zastrzyknięto 16 ctm. surowicy ROUX'a. Ciepłota w. 37,8°. 10. III. Ciepłota 36,4°, tętno słabe, nitkowate, oddechów 52, w płucach nader liczne trzeszczenia, kaszel słaby, suchy, stolec cuchnący. Tegoż dnia chory zmarł.

15) Sura Nudelman, lat 3, chora jakoby dzień jeden; przybyła 22. II. Gardziel silnie zaczerwieniona, objawy zwężenia krtani (oddech utrudniony). Kaszel suchy, uporczywy, krupowy. Mocz nie zawiera białka. Chora nie gorączkuje. 23. IV. Stan bez zmiany. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność laseczników LOEFFLER'a i paciorkowców. Zastrzyknięto 20 ctm. surowicy Roux'a. 24. II. Oddech nieco swobodniejszy, kaszel krupowy, suchy. Mocz białka nie zawiera. 25. II. Ciepłota rano 39,8°, tętno 152. Stan ogólny bez zmiany. W miejscu zastrzyknięcia stwardnienie (guz) wielkości małej pomarańczy, skóra na niem zaczerwieniona. 26. II. Chelbotanie w guzie i przecięcie tegoż. Ropa barwy czekoladowej z nieznaczną domieszką niewessanej surowicy. Od 27. II. do 6. III ciepłota od 37,5° do 38,5°, biegunka, niepokój i osłabienie ogólne. 7. III. Ciepłota rano 40,0°, tętno 144, słabe, drgawki przeważnie po prawej stronie ciała. Ciepłota wieczorem 40,7°. 8. III. Ciepłota rano 39,0°, tętno 128. Drgawki ciągłe, zez, nieprzytomność, *contractura nuchae*, źrenice słabo oddziaływają na światło. Ciepłota wieczorem 39,6°. 9. III. Ciepłota rano 39,8°, tętno 156, nitkowate. Stan ogólny bez zmiany. Ciepłota wieczorem 39,0°. 10. III. Ciepłota 40,0°, tętno 160, ledwo wyczuwalne, oddechów 56, *keratitis neuro-paralytica*. Tegoż dnia chora zmarła.

16) Moszek Ajzensztark, 1 rok liczący, chory od 3 dni; przybył 3. II. Gardziel czysta. Objawy zwężenia krtani w najwyższym stopniu, sinica. Wieczorem tracheotomia. 4. II. Ciepłota 38,0°, tętno 120. Wydzielina skąpa. Badanie bakteryologiczne wykazało laseczki LOEFFLER'a i paciorkowce. Zastrzyknięto 20 ctm. surowicy ARONSON'a. Ciepłota wieczorem 40,3°. 5. II. Ciepłota 40,0°, tętno 176, drobne, słabe. Oddycha dobrze, wydzielina obfita. Biegunka. W moczu ślady białka. Zastrzyknięto 10 ctm. surowicy ARONSON'a. Ciepłota wieczorem 38,5°. Od 6. II. do 16. II. ciepłota prawidłowa, tętno wogóle słabe, kończyny chłodnawe, uporczywa biegunka. Wydzielina obfita. Rurka tracheotomijna nie daje się usunąć. 17. II. Ciepłota rano 39,4°, tętno 144, drobne, znaczny niepokój. Ciepłota wieczorem 39,4°. 18. II. Ciepłota 38,5°, tętno 132, *contractura nuchae*, źrenice rozszerzone, słabo oddziaływają, niepokój i bezsenność. Ciepłota wieczorem 40,0°. 19. II. Ciepłota 38,6°, tętno 144, bardzo słabe. Biegunka. Drgawki. Ciepłota wieczorem 40,4°. Nad ranem chory zmarł.

IV. Angina et laryngitis diphtheritica (11 przypadków).

17) Nusyn Handelsman, lat 4, chory od 4 dni; przybył 19. IV. Nie gorączkuje. Na obu migdałkach niewielki nalot. Objawy zwężenia krtani, bezgłos, kaszel suchy, krupowy. Mocz nie zawiera białka. Badanie bakteryologiczne wykazało laseczki LOEFFLER'a i paciorkowce. Zastrzyknięto 16 ctm. surowicy Roux'a. 20. IV. Nie gorączkuje. Nalot na migdałkach znacznie mniejszy. Oddech nader utrudniony, kaszel krupowy. Tegoż dnia wieczorem tracheotomia. 21. IV. Nalot niewielki się trzyma. Chory oddycha dobrze. Wydzielina dość obfita. Mocz białka nie zawiera. 22. IV.—23. IV. Stan bez zmiany. 24. IV. Nalot znikł. W moczu znaleziono 0,1% białka. 25. IV. Wyjęcie rurki. 27. IV. Na całym ciele ukazała się dość obfita pokrzywka (*urticaria*). W moczu ślady białka. 29. IV.—6. V. Stan dobry. 7. V. Wypisany.

18) Cetla Anczyk, lat 4, chora od 5 dni; przybyła 26. II. Dość znaczny nalot na prawym migdałku. Objawy zwężenia krtani, kaszel krupowy. Mocz zawierał 0,1% białka. Stan bezgorączkowy. Badanie bakteryologiczne wykazało laseczki LOEFFLER'a i paciorkowce. Zastrzyknięto 30 ctm. surowicy Roux'a. 27. II. Stan bezgorączkowy. Nalot się zmniejsza. Oddech utrudniony, kaszel suchy, bezdźwięczny. W moczu 0,8% białka. 1. III.—9. III. Stan dobry. Białko w moczu znika. 10. III. Wypisana.

19) Mozes Mirabel, lat 3, chory od 4 dni, przybył 20. II. Niewielki nalot na migdałkach i gardzieli. Objawy znacznie posuniętego zwężenia krtani, kaszel suchy, krupowy. Mocz białka nie zawiera. Stan bezgorączkowy. Badanie bakteryologiczne wykazało laseczki LOEFFLER'a i paciorkowce. Zastrzyknięto 30 ctm. surowicy Roux'a. Tegoż dnia wieczorem tracheotomia. 21. II. Ciepłota 37,8°, tętno 144. Oddech dobry, wykrztuszanie obfite. Ciepłota wieczorem 38,4°. 22. II. Stan bezgorączkowy. Nalot prawie znikł. Mocz białka nie zawiera. 23. II.—3. III. Stan dobry. 4. III. Wyjęcie rurki tracheotomijnej. 12. III. Wypisany.

20) Estera Mędrowska, lat 4, chora od 6 dni; przybyła 25. I. Dość gruby nalot na tylnej ścianie gardzieli i na migdałkach. Gruczoły podszczękowe obrzmiałe. Oddech swobodny. Stan bezgorączkowy. 26. I. Kaszel suchy, krupowy, objawy zwężenia krtani. Badanie bakteryologiczne wykazało laseczniki LOEFFLER'a i paciorkowce (przeważnie). Zastrzyknięto 10 ctm. surowicy ARONSON'a. Tegoż dnia wieczorem tracheotomia. 27. I. Ciepłota rano 39,0°, tętno 144, miękkie. Nalot się nie zmniejsza. Oddech dobry. Wydzielina obfita. *Foetor ex ore*. Zastrzyknięto 10 ctm. surowicy ARONSON'a. Ciepłota wieczorem 38,5°. 28. I. Ciepłota 37,3°, tętno 136. Nalot mniejszy, łatwo schodzi. Mocz zawiera 2,5% białka. Ciepłota wieczorem 37,2°. Od 29. I.—31. I. stan bezgorączkowy. Mocz zawiera od 1%—2,5% białka. 31. I. Wyjęcie rurki tracheotomijnej. Od 31. I.—4. II. białko w dalszym ciągu utrzymuje się w moczu od 0,7%—2,5%. 4. II. Ciepłota wieczorem 40,0°, dreszcze, niepokój. 5. II. Ciepłota 38°, tętno 136, w obu płucach, przeważnie zaś w lewym liczne rżenia drobnopecherzykowe. Ciepłota wieczorem 38,7°. 6. II. Ciepłota rano 37,3°, tętno 136, dość słabe i miękkie. W moczu 2,4% białka. Biegunka. Kaszel uporczywy, wilgotny. Ciepłota wieczorem 39,5°. Od 7. II. do 18. II. białko w moczu stopniowo się zmniejsza (do 0,1%). W płucach obfite rżenia wilgotne. Kaszel nie tak uporczywy. Ciepłota rano prawidłowa, wieczorami dochodzi niekiedy do 39,0°. Tętno 120—136, słabe; kończyny chłodnawe. 19. II. Stan bezgorączkowy. Polykanie zwłaszcza płynów niemożliwe (*paralysis palat. mollis*). Od 19. II do 6. III. ciepłota prawidłowa lub cokolwiek podniesiona (do 38,5°), tętno cokolwiek lepsze. Polykanie znacznie utrudnione. W lewym płucu w dalszym ciągu obfite rżenia wilgotne. Białkomocz znika. Osłabienie ogólne w znacznym stopniu. 6. III. Owrzodzenie na górnej wardze. Polykanie jeszcze nieco utrudnione. Stan ogólny ten sam. 7. III.—12. III. Polykanie zupełnie dobre. W lewym płucu nieznaczne rżenia wilgotne. Owrzodzenie się podgaja. Stan ogólny poprawia się. 13. III. Wypisana.

21) Szyfra Lewinson, lat 6, chora od 4 dni; przybyła 20. II. z objawami znacznego zwężenia krtani i sinicą; na prawym migdałku dość gruby nalot błonicy. W moczu ślady białka. Ciepłota 38,4°, tętno 144. Badanie bakteryologiczne wykazało laseczniki LOEFFLER'a i paciorkowce. Zastrzyknięto 30 ctm. surowicy ROUX'a. Tegoż dnia tracheotomia. Ciepłota wieczorem 41,2°. 21. II.—23. II. Stan bezgorączkowy, oddech dobry, wykrztuszanie przez rurkę obfite. Nalot znikł. 24. II. Wyjęcie rurki. 25. II.—6. III. Stan dobry. 7. III. Ciepłota wieczorem 39,9°. 8. III. Ciepłota rano 40,0°, tętno 144. Na całym ciele ukazała się obfita wysypka (różyczkowa?); kaszel od 3 dni, suchy, *blepharitis*. Ciepłota wieczorem 39,6°. 9. III. Ciepłota 37,0°, tętno 104. Wysypka zbladła, kaszel wilgotniejszy. 10. III. Wypisana.

22) Pinkus Rudawer, lat 5, chory od 3 dni; przybył 2. II. Cały migdał prawy, łuk prawy oraz tylna ściana gardzieli oblepione grubym, brudno-żółtawym nalotem. Gruczoły podszczękowe obrzmiałe i nieco bolesne. Objawy zwężenia krtani w nieznacznym stopniu, kaszel suchy, krupowy, bezgłos. Mocz nie zawiera białka. Ciepłota rano 39,5°, tętno 152. Badanie bakteryologiczne wykazało laseczniki LOEFFLER'a i paciorkowce. Zastrzyknięto 20 ctm. surowicy ARONSON'a. Ciepłota wieczorem 39,8°, w nocy objawy zwężenia krtani powiększają się, sinica. Tracheotomia. 3. II. Ciepłota rano 38,0°, tętno 144, miękkie, oddech dobry, wykrztuszanie dość obfite. Nalot przybrał barwę szarawą i stał się papkowatym. Zastrzyknięto 10 ctm. surowicy ARONSON'a. Ciepłota wieczorem 40,0°. 4. II. Ciepłota 39,0°, tętno 136. Nalot przedstawia się w postaci jednej błony białoszarawej, miękkiej po prawej stronie, u brzegów jakby podminowanej. Nieznaczny białkomocz. Ciepłota wieczorem 38,2°. 5. II. Ciepłota 38,0°, tętno 144. Nalot prawy znikł. Białka w moczu do 1%. Ciepłota wieczorem 38,8°. 6. II. Ciepłota 38,1°, tętno 144, miękkie i małe. W nocy na tułowiu i kończynach ukazała się wysypka podobna do szkarlatynowej. Kończyny chłodne, sinica w nieznacznym stopniu. Ciepłota wieczorem 39,0°. 7. II. Ciepłota 36,4°, tętno 156, nikle. Wysypka zbladła. Nalot znikł. W moczu białka 0,3%. Ciepłota wieczorem 38,8°. 8. II. Ciepłota 37,8°, tętno 156, nitkowate. Kończyny chłodne. Niepokój. Ciepłota wieczorem 39,4°. Chory zmarł nad ranem.

23) Fiszel Rawicz, lat 3, chory od 2 dni, przybył 13. II. Na tylnej ścianie gardzieli nalot w postaci dwóch błonek. Gruczoły podszczękowe obrzmiałe. Oddy-

chanie utrudnione, kaszel suchy, krupowy. Mocz białka nie zawiera. Ciepłota 37,4°, tętno 120. Badanie bakteryologiczne wykazało laseczniki LOEFFLER'a. Zastrzyknięto 36 ctm. surowicy ROUX'a. 14. II. Ciepłota 38,6°, tętno 144. Nalot prawie znikł; objawy zwężenia krtani w znacznym stopniu, kaszel suchy, bezgłos. Zastrzyknięto 20 ctm. surowicy ROUX'a. Ciepłota wieczorem 39,2°. 15. II. Ciepłota 38,0°, tętno 144. Oddech nieco swobodniejszy, kaszel suchy, nalot znikł. Od 16. II. do 20. II. stopniowa poprawa. Stan bezgorączkowy. 21. II. Chory wypisany.

24) Liba Szwarz, lat 4, chora od 4 dni, przybyła 10. II. Nie gorączkuje. Na obu migdałkach dość znaczny nalot. Objawy zwężenia krtani, kaszel suchy, krupowy. Mocz białka nie zawiera. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność laseczników LOEFFLER'a. Zastrzyknięto 10 ctm. surowicy ARONSON'a. 4. II. Ciepłota rano 37,0°, tętno 136. Stan bez zmiany. Ciepłota wieczorem 38,4°. 12. II. Nalot prawie znikł. Oddech swobodniejszy. Nie gorączkuje. 13. II.—16. II. Poprawa. 17. II. Chora wypisana.

25) Frajdla Szwalberg, lat 2, chora od 2 dni; przybyła 7. II. Na obu migdałkach, zwłaszcza na lewym oraz na łukach gruby, żółtawy nalot. Objawy zwężenia krtani w znacznym stopniu, kaszel suchy, krupowy. Ciepłota 38,0°, tętno 120. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność laseczników LOEFFLER'a i paciorkowców. Zastrzyknięto 10 ctm. surowicy ARONSON'a, wieczorem tegoż dnia tracheotomia. 8. II. Ciepłota 38,8°, tętno 136. Nalot się zmniejsza, staje się miększy. Oddech ciężki, stenotyczny, wydzielina skąpa. Zastrzyknięto 20 ctm. surowicy ARONSON'a. Ciepłota wieczorem 40,0°, tętno 156, słabe. Sinica. Tegoż dnia chora zmarła.

26) Chaim Fiszbein, lat 3, chory od 2 dni; przybył 19. II. Na lewym migdałku dość gruby nalot. Gruczoły podszczękowe obrzmiałe. Objawy zwężenia krtani. Kaszel suchy, krupowy. Ciepłota 36,6°, tętno 136, miękkie. Biegunka. Lekkie obrzmienie twarzy i stóp. Mocz białka nie zawiera. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność laseczników LOEFFLER'a i paciorkowców. Zastrzyknięto 20 ctm. surowicy ROUX'a. 20. II. Ciepłota 38,6°, tętno 136. Nalot znikł. Oddech utrudniony, kaszel suchy, bezgłos. Zastrzyknięto 30 ctm. surowicy ROUX'a. Ciepłota wieczorem 37,8°. 21. II. Ciepłota 37,9°, tętno 144, miękkie. Oddech lżejszy, kaszel wilgotniejszy. Biegunka ustąpiła. Mocz białka nie zawiera. Ciepłota wieczorem 38,1°. 22. II. Nie gorączkuje. 23. II. Ciepłota 39,0°, tętno 144. Na tułowiu i kończynach ukazała się wysypka podobna do szkarlatynowej. Ciepłota wieczorem 38,5°. 24. II. Ciepłota 37,9°, tętno 132, wysypka bledsza. Ciepłota wieczorem 38,4°. 25. II. Nie gorączkuje. Wysypka znikła. 26. II. Ciepłota 38,8°, tętno 128. W obu płucach słychać liczne rżenia wilgotne; kaszel dość częsty, wilgotny; w okolicy miejsca zastrzyknięcia wystąpił guz wielkości małej pomarańczy, skóra na nim zaczerwieniona. Ciepłota wieczorem 37,6°. 27. II. Ciepłota 39,0°, tętno 124. Chęłbotanie w guzie. Ciepłota wieczorem 38,5°. 28. II. Ciepłota 38,4°, tętno 128. Przecięcie guza. Ciepłota wieczorem 39,8°. 1. III. Ciepłota 38,6°, tętno 136, oddechów 56, w płucach oddech silnie zaostrowany, obfite rżenia. Ciepłota wieczorem 39,2°. 2. III.—4. III. Ciepłota dochodząca do 39,0°, tętno 120—136, miękkie i słabe. Oddechów 56. Biegunka. 5. III. Ciepłota 35,8°, tętno 128. Znaczny niepokój, bezsenność, nieprzytomność, źrenice rozszerzone, słabo oddziałują, *contractura nuchae*, w płucach liczne rżenia. Ciepłota wieczorem 40,4°. 6. III. Ciepłota 38,0°, tętno 120. Drgawki. Od 7. III.—15. III. Ciepłota prawidłowa, tętno zwolnione, 76—90. Stan powyżej opisany z małymi przerwami bez zmian. 16. III. Ciepłota 39,6°, tętno 144, nitkowate. Drgawki ciągłe. Nieprzytomność zupełna. Źrenice nie oddziałują. Ciepłota wieczorem 41,2°. Tegoż dnia chory zmarł.

27) Sruł Wajser lat 2, chory od kilku dni; przybył 10. II. Dość znaczny nalot na migdałkach, języcku i łukach. Gruczoły podszczękowe obrzmiałe i bolesne. Ciepłota 38,6°, tętno 144. Oddech swobodny, kaszel suchy, krupowy. Mocz białka nie zawiera. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność laseczników LOEFFLER'a i paciorkowców. Zastrzyknięto 20 ctm. surowicy ARONSON'a. Ciepłota wieczorem 38,8°. 11. II. Ciepłota rano 38,5°, tętno 136, ciepłota wieczorem 38,8°. Stan bez zmiany. 12. II. Ciepłota 38,6°, tętno 136. Nalot przybrał barwę szarawą i przedstawia się w postaci jednej dużej błony. Objawy zwężenia krtani w znacznym stopniu. Kaszel suchy, krupowy. Zastrzyknięto 10 ctm. surowicy ARONSON'a. Ciepłota wieczorem 37,4°. 13. II. Nalot mniejszy, miękki, łatwo się oddziela, oddech

niedobry, kaszel suchy. Mocz białka nie zawiera. Zastrzyknięto 5 ctm. surowicy ARONSON'a. Ciężota wieczorem 37,4°. 14. II. i 15. II. Nie gorączkuje. Nalot się zmniejsza. *Adenitis colli sin.* 16. II. Nie gorączkuje. Nalot znikł. Białka w moczu około 2%. 17. II.—23. II. Białkomocz stopniowo znika. 25. II. Chębotanie w obrzmiałym gruczole. 26. II. Przecięcie. 27. II.—27. III. Poprawa. Opatrunek. 27. III. Chory został wypisany.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

O K R Z Y W I C Y .

Napisał Seweryn Sterling (Łódź).

(Dokończenie.—Zob. Nr. 24).

Leczenie farmakologiczne krzywicy przechodziło różne koleje — w zależności od panujących poglądów; z tem jednak zastrzeżeniem słowa powyższe przyjąć należy, że po upadku danej teorii leczenie, na niej oparto, czas jakiś jeszcze trwało.

Tak dzieje się dziś z przetworami wapna, pomimo zupełnego upadku odpowiedniej teorii. Do dziś są lekarze, wybitni nawet, którzy przyznają rację wywodom teoretycznym, nie porzucając w praktyce zalecania mleka krowiego z wodą wapienną (111) lub odwarem kości cielęcych, zarówno jak dodawania do mleka najrozmaitszych soli.

Do dziś istnieją lekarze, zabraniający przy krzywicy mleka (112), ponieważ sprzyja ono powstawaniu kwasu mlecznego. Natomiast radzą podawać dzieciom od piątego miesiąca życia — mięso (113), zabraniając spożywania wszelkich *amylacea* dzieciom krzywicowym.

Takie i tym podobne zalecenia lecznicze są same przez się, na szczęście, zbyt nieracjonalne, by z nimi się tu liczyć.

Przechodząc do leków, w terapii krzywicy dziś uznanych, zacząć muszę od fosforu.

Kwestya stosowania fosforu w leczeniu krzywicy zrodziła bardzo obszerną literaturę; nie brak przeciwników tego leku, jakkolwiek są oni w mniejszości.

Krzywica jest cierpieniem, mającem skłonność do samoistnego zejścia pomyślnego. Naturalnie, jedyny warunek, jaki wypełniony być przytem musi, jest: usunięcie *causae efficientis*, którą bywają złe warunki higieniczne. Otóż przy ocenie znaczenia fosforu w leczeniu krzywicy przedewszystkiem liczyć się trzeba ze wspomnianym momentem. Bez usunięcia *causae efficientis* trudno od leku żądać, by poprawę choroby wywołał.

Możnaby mniemać, że wobec dążności krzywicy do zejścia pomyślnego nawet bez leków, fosfor czy lek inny jest wogóle przy krzywicy zbyt bezużyteczny, byleby tylko wypełnione były wskazania lecznictwa higienicznego. Jest tu tylko część słuszności, ponieważ 1) wskazania lecznictwa higienicznego są zazwyczaj trudne do wykonania w całej ich rozciągłości; 2) ponieważ fosfor, bądźco bądź, nawet przy wypełnieniu wszystkich wspomnianych wskazań, zejście choroby przyspiesza; 3) ponieważ fosfor usuwa niektóre groźne objawy krzywicy szybko, czego samo lecznictwo higieniczne uczynić nie jest w możności.

Fosfor do lecznictwa wprowadził TROUSSEAU (114), który go stosował w dawkach dużych, sztucznie tworząc mieszaninę, zastępującą tran; stosował wtedy fosfor wraz z przetworami jodu.

Właściwa jednak era dla leczenia fosforem rozpoczyna się wraz z WEGNER'em (115), który zastosował fosfor przy rozmięczeniu kości (*osteomalacia*), a właściwie

z KASSOWITZ'em, który na zasadzie preparatów drobnowidzowych i, co ważniejsza, na zasadzie kolosalnego doświadczenia klinicznego wykazał stwardniający wpływ fosforu na tkankę kostną, leczniczy — na wszystkie objawy krzywicy.

Wkrótce po pierwszym zaleceniu fosforu KASSOWITZ zaczął go stosować wraz z tranem, który jest przedstawicielem jedyne go leku, jaki przez długi czas przetrwał w lecznictwie krzywicy. Lekiem tym są t ł u s z c z e, a więc, obok mleka, tran, lipanina, oliwa, masło, kakao, olej z wątroby dorsza (*l'huile de foie de morue*) (116).

Formuły, w jakich fosfor przepisywać należy, są różne:

Rp. Phosphori 0,01, Ol. jecoris aselli 100,00. MDS. Łyżeczkę dziennie.

Rp. Olei amygd. 30,0; Phosphori 0,01; Pulv. gummi arabici, Sacch. alb. aa 15,0; Aq. dest. 40,0; MDS. Jak wyżej.

Rp. Phosphori 0,01; Lipanini 30,0; Sacch. alb.; Pulv. gum. arab. aa 15,0; Aq. destill. 40,0.

DEMME przepisuje: Rp. Phosphori 0,01; Olei olivar., Lipanini aa 5,0; MDS. Po 10 kropel dziennie.

MASTER zaleca: Rp. Ol. phosphor. offic. gtt. decem ⁶⁾; Ol. amygd. dul. 6,0. MDS. Po 10 kropel dziennie (dla dzieci 2 letnich).

Lekarz, zapisujący często fosfor, polecić winien aptekarzowi przygotowanie roztworu tego środka, z którego by mieszaniny powyższe przyrządzał. W przeciwnym razie, t. j. gdy *ex tempore* wypada tak małe dawki fosforu wydawać, jak powyższe, dawkowanie jest wątpliwej ścisłości. Należy kwestyę tę brać pod uwagę przy ocenie działania fosforu, często zdarzyć się bowiem może, że lek zawiera wszystkie przepisane części składowe — prócz fosforu.

Przeciw fosforowi podnoszono zarzuty. JAKSCH (117) w ostatniej swej pracy ostrzega przed używaniem fosforu jako leku, ponieważ w mieszaninie go zawierającej opada na dno i może być przyczyną zatrucia. Nie przytacza jednak na poparcie swego zdania ani jednego faktu zatrucia fosforem, stosowanym jako lek, jakkolwiek użycie fosforu w tej postaci jest bardzo rozpowszechnione. JAKSCH opiera się widocznie na jedynej pracy RAUDNITZ'a (118), który popełnia taki *lapsus* w niej, że za szkodliwy uważa osad fosforu bezkształtnego (amorfne go). Osadzanie się fosforu z roztworu 2%, na gorąco rozpuszczanego, nie stanowi zresztą żadnego dowodu, ponieważ tłuszcze nie rozpuszczają go w sobie więcej nad 1%; dawki zaś lecznicze zawierają go wielokrotnie mniej. Prócz tych teoretycznych wątpliwości dowiedli: KOBLER (119) w laboratorium prof. LUDWIG'a, ESCHERICH (120), SOLTMAN (121), WICHMANN (122) — niesłuszności zdania RAUDNITZ'a, a więc i JAKSCH'a.

Do przeciwników fosforu należą: BAGINSKY (99), HENOCH (11), MONTI (35), METTENHEIMER (124), SNOW, CHARON (125), COMBY (37) i inni.

Charakterystycznym jest, że np. BAGINSKY chciałby, żeby fosfor usuwał krzywicę bez potrzeby zmiany warunków higienicznych (a więc: *causae efficientis*). HENOCH nie sięga po fosfor, ponieważ jest zadowolony ze starych swych środków, jakkolwiek, wskazując różne leki stosowane, żadnemu wartości nie przyznaje, szczególnie przy objawach nerwowych. CHARON (125) zaleca obok fosforu — wapno. NETTENHEIMER (124) wogóle przyznaje, że ma bardzo mało doświadczenia.

Gubią się przeciwnicy fosforu w sprzecznościach najróżnorodniejszych. Jedni przyznają jedynie tranowi wyniki dodatnie po stosowaniu wspomnianych mieszanek. Inni radzą unikać tranu, ponieważ psuje on narządy trawienia (123). Według jednych fosfor poprawia przewlekłe biegunki krzywicowych (124), kiedy inni uważają fosfor stanowczo za przeciwwskazany przy zaburzeniach trawiennych (35). Zasadniczą zaś cechą wszystkich tych prac, w porównaniu z temi, które za skutecznością fosforu

⁶⁾ Farmakopea rosyjska.

przemawiają, jest, że wyniki ich opierają się na bardzo nielicznym stosunkowo materiale.

Za fosforem przemawiają doświadczenia w instytucie KASSOWITZ'a (126) i wogóle szkoły jego w Wiedniu. Miałem możność sprawdzenia przez czas pewien tych wyników, zarówno u KASSOWITZ'a, jak i w jednym ze szpitali (Karolinen-Kinder-Spital) i zostałem do fosforu bezwarunkowo przekonany. Do tegoż wniosku i osobiste doświadczenie mię doprowadza. Śmiało zarówno w lecie, jak w zimie podawany dzieciom każdego wieku i w każdym okresie rozwoju krzywicy, bez względu na rodzaj powikłania, fosfor ulgę sprawiał. Naturalnie, wyleczenie wymagało zawsze usunięcia złych warunków higienicznych, a przynajmniej ich poprawy.

Działanie fosforu przy krzywicy najwydatniej występuje, gdy podawać go zaczynamy z powodu objawów nerwowych krzywicy. Usunięcie objawów jest natenczas wyraźniejsze, skutek leczniczy widoczniejszy. BAGINSKY (99), który jest przeciwnikiem fosforu, przyznaje, że „niekiedy napady *laryngospasmi* fosfor nadszpodziewanie szybko usuwa“ („zuweilen ueberraschend schnell die Attaquen beseitigt“).

Za leczeniem krzywicy fosforem oświadczyli się: SOLTSMANN (127) (Wrocław), HAGENBACH (128) (Bazyleja), UNRUH (129) (Drezno), HEUBNER (130) (Lipsk), BIEDERT (130) (Hagenau), DORNBLUETH (130) (Rostock), B. WAGNER (130) i B. SCHMIDT (131) (Lipsk), GENSER (132), FUERTH (132), EISENSCHUETZ (132), HERZ (Wiedeń), W. MEYER (133) i PETERSEN (134) (Kiel), BOAS (135) (Berlin), BÓKAI (136) (Peszta), TOEPLITZ (137) (Wrocław), SIGEL (138) (Stuttgart), CANALI (139) (Parma), VOGEL-BIEDERT (140), MONTRUOLLIN (141) (Bazyleja), SCHLUETER (142) (Gotynga), JACOBI (143) (New-York), SCHABANOWA (144) (Petersburg), STRUEMPELL (145) (Erlanga), MARTER (146) (Kijów), DEMME (147) (Bern), COHN (148) (Berlin), MANDELSTAMM (149) (Kazań), VOUTE (150), KETCH (151), NOTHAGEL i ROSSBACH (152), STARKER (Freiburg), RAUCHFUSS (Petersburg), ALEXANDER i EDLEFSEN (Kiel), UNGAR (Bonn), TROITZKY (Kijów), SCHULTZ (Moskwa), UNGER (Wiedeń), HENNIG (Lipsk), THEODOR (Królewiec), SEITZ (153) i inni.

Prócz fosforu i tłuszczów, o których wspomniałem, zalecają przy krzywicy: żelazo (dla poprawy powikłania niedokrwistością) w postaci mleczanu żelaza (*ferrum lacticum red.* 0,03 — 0,05 dwa razy dziennie); dalej *tinctura ferri chlorati*, *syr. ferri chlorati*, *ferr. dialysat*, *ferr. peptonat*; dalej *Tra rhei vinosa* 20,0 + *Kali acetici* 10,0 + *Vini stibiati* 5,0. MDS. 3 razy dziennie po 5 do 10 kropel, dojść aż do 25 — 30. Zalecają również środki gorzkie (*amara*) wogóle, środki krzepiące (*tonica*) wogóle.

Bezwątpienia, środki te stanowią skuteczną pomoc przy zwalczaniu objawów wtórnych krzywicy, zarówno jak przy istnieniu powikłań krzywicy. Ale za lek właściwszy uważać należy fosfor, podawany w połączeniu z tranem lub lipaniną. Fosfor wyrównywa zboczenia w kostnieniu, fosfor przyspiesza wyrzynanie się zębów, fosfor usuwa zaburzenia nerwowe, krzywicy towarzyszące.

Przy nerwowych objawach krzywicy zalecić można, obok fosforu (154), dla chwilowego zmniejszenia pobudliwości nerwowej (155): *Tinct. Moschi*, morfinę, wdechowanie chloroformu.

Przy napadzie ciężyzki — *liniment. chloroform.* do nacierania kończyn (?).

Przy napadzie kurczu głośni należy szybko uwolnić dziecko od wszelkiej krępującej je odzieży, ułatwić przystęp powietrza świeżego, dać do wąchania amoniak, łaskotać piórem w nosie, dmuchać na twarz, przyskać na nią wodą zimną, uderzać w krzyż, pociągać za język (156), wreszcie uciec się do oddechania sztucznego, elektryczności.

W każdym jednak razie nie należy uważać kary za lek na te objawy nerwowe, („zanoszenie się“, „rzucanie się“), które według naszych babek i matek są przejawami

„złości“. Rzecz charakterystyczna, że dla dorosłych znajdujemy okoliczności łagodzące ich winę (stany chorobliwe), dla dzieci nie znajdujemy tego jeszcze, a nawet tam przowinienie widzimy, gdzie jest tylko objaw choroby (drażliwość nerwowa i t. p. objawy przy krzywicy) (157).

Przy objawach CHEADLE-BARLOW'a zalecają, obok świeżego pokarmu, sok owoców świeżych, higienę ściśle przestrzegając.

Literatura i uwagi.

Wobec niejednolitości poglądów, dotyczących się różnych punktów krzywicy, przytaczam tu źródła, z których korzystałem. Dla uniknięcia częstych przerw w biegu treści wykładu — niektóre uwagi na tem miejscu umieściłem.

- 1) Choroba angielska. Rhachitis. Articuli duplicati. 2) ORTH. Pathologisch-anatom. Diagnostik. 1894, wyd. 5, str. 679. 3) GUÉRIN. Mémoire sur les caract. gén. du rachit. Paryż 1837 r. 4) TROUSSEAU i LASÈGUE. Canstatt's Jahresber. 1850 r., Tom III, str. 187. 5) VIRCHOW. Arch. f. pathol. Anatomie. Tom V, 1853. 6) ROKITANSKY. Lehrbuch d. pathol. Anat. Wyd. 3, Tom II, str. 135. 7) KASSOWITZ. Die Pathogenese d. Rhachitis. Wiedeń. 1885. 8) Zawartość wapna spada czasem z 63% na 20%. 9) JACCOUD. Wykład patologii szczegół. Tom III. Przekład T. Dunina. Warszawa 1894. 10) CHARCOT, BOUCHARD i BRISSAUD. Wykl. z dziedziny patol. ogóln. i szczegół. Warszawa 1893. Przekład S. Markiewicza i A. Ciaglińskiego. 11) HENOCH. Vorlesungen ueber Kinderkrk. Wyd. 7-e 1893. 12) KASSOWITZ. Zur Ther. und Behandl. d. R. Beiträge. I. Wied. 1890. 13) Craniomalacia. ELSÄESSER. Der weiche Hinterkopf. Stuttgart i Tübingen. 1843. 14) ŻUKOWSKI. O razw. ang. bol. sredi dietiej. Peterb. 1894. 15) HOFFMANN. Lehrb. der Constitutionskrank. Stuttgart. 1893. 16) HOCHSINGER. Stud. über d. klin. Verh. der Stirnfontan. Wiener Klin. 1892. № 7 i 8. 17) FLEISCHMANN. Oesterr. Jahrbuch. f. Pädiatrie. N. F. Tom VII. 1876. Klinik der Pädiatrik. Tom II. Wiedeń 1887, str. 168. 18) BAHINSKY. Pract. Beitr. zur Kinderheilkunde. Tom II. Tübingen. 1882. 19) HERZ. Arch. f. Kinderkrank. VII. str. 36. 20) LEOPOLD. Das scol. u. kyph. rhachitische Becken. Lipsk. 1879. 21) KONIKOW. Arch. für Gynäkolog. 1893. Tom 45, Zeszyt 1, str. 19. 22) Jedyń wyjątek stanowi praca POMMER'a (Untersuch. ueber Oteomalac. u. Rhach. Lipsk 1885), z którą się mało kto obecnie liczy. 23) ROLOFF. Archiv f. Thierheilk. V. str. 152. 1875. VOIT. Zeitsch. f. Biolog. XVI. 1880, str. 71. FORSTER. Zeitschrift f. Biolog. XII. BAGINSKY. Virchow's Arch. LXXXVII. 24) SIEDAMGROTZKY. Jahresbericht der Gesell. für Natur und Heilkunde. Posiedzenie z 28 października 1878. 25) TRIPIER. Arch. de physiolog. normale et patholog. 1874, str. 108. KORSAKOW. Iskustw. rach. po atnaszenju k patogen. rach. Moskwa. 1892. 26) GUM-PLOWICZ. W Monachijskiej klinice za czas 1887 — 1889, na 183 karmionych piersią było 52 (t. j. 28%), na 155 karmionych sztucznie było 78 (t. j. 50,3%) krzywicowych. (Prager med. Wochensch. XIV, № 50, rok 1889). 27) BUNGE. Wykład. chem. fizyol. Przekład M. Flauma. Warszawa. 1889 rok. 28) ASHMEAD sądzi, że brak krzywicy w Japonii zależy od karmienia piersią do 3 i 4-go roku życia; obok tego: szerokie miednice kobiet Japońskich pozwalają na lepszy rozwój wewnątrzmaciczny, dobre użębie, długie jelita *resp.* pełniejsze wchłanianie pokarmu (New York Record. 1890 r., 11 paździer.). 29) SEEMAN. Virch. Arch. Tom 77. Zeszyt 2. 1889. 30) HEITZMANN. Maly's Jahresberichte za rok 1873, str. 229. 31) BRUBACHER. Zeitschr. für Biologie. Tom IX i XXVII. 32) VIERORDT. Verhandl. d. XII Kongr. für. inn. Med. str. 230. 33) RÜDEL (Archiv für experim. Pathol. u. Pharmacologie Tom 33. Zeszyt 1, str. 90, rok 1894) znalazł w czasie trwania krzywicy też same stosunki wchłaniania i wydalania, co u zdrowych. Rzecz dziwna, w okresie zdrowienia po krzywicy wydalanie wapna było zwiększone. 34) CHEADLE. Discussion of rickets. The Brit. Med. Journ. 1888, Listopad. 35) MONTI. Real Encyclopaedie Eulenburga. Wyd. 2. 36) OPPENHEIMER. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Tom 30 № 1 i 2. 37) COMBY. Le rachitisme. Paris. 1892. Ostéomalacie, rachitisme et dilatation de l'estomac. Soc. méd. des hop. 1887. Soc. méd. des hop. 16 czerwca 1893. Médecine infantile 1894 № 4. (Mowa na kongr., 1894 r. w Rzymie). 38) BELLOT. Etude clinique sur les dangers de la suralimentation. Thèse. Paryż 1893 r. 39) FUNK i GRUNDZACH. Medycyna 1894 rok. № 2. BOUVER i DEVIC. Referat Mintza w Gazecie lekar. 1893 № 15. 40) MIRCOLI. Deutsche med. Wochen. 1893, № 25. 41) CHAUMIER. Médecine infant. 1894 N. 5 (Mowa na kongres. 1894 w Rzymie). 42) KASSOWITZ. Beiträge zur Kinderheilk. aus d. I öff. Kinderheil-Institut. I. Wiedeń 1890. 43) FISCHL. Prager medic. Wochenschr. 1888 N. 4. 44) QUISLING. Arch. f. Kindhlkunde. Tom IX, str. 53, 1888 rok. 45) ALEXANDER. Statist. d. Rachit. u. Spasm. glot. Inaug. Diss. Wrocław

1888. 46) WALLACH. Münch. med. Woch. 1893. N. 29. 47) Ta frekwencya krzywicy w miesiącach zimnych jest pośrednim dowodem przeciw uzależnieniu krzywicy od zaburzeń trawien-nych; ostatnie bowiem najczęstsze są w lecie, kiedy krzywa choroby angielskiej spada najniżej. 48) FLUEGGE. Zasady higieny. Przekł. redakcyi „Zdrowia“. Warszawa 1891. 49) PALM. The Practit. 1890. Paźdz.—Listopad. 50) VOLLAND. Jahrbuch. f. Kinderheilk. Tom XXII r. 1884, str. 118. 51) WOLFFHÜGEL. Zur Lehre vom Luftwechsel. Monachium. 1893, str. 38. 52) Zdanie PARROT'a (Kongr. 1881 rok w Londynie. Sem. méd. 1883 r. 24 lutego) o zależności bezpo-sredniej krzywicy od przymiotu dziedzicznego jest dziś stanowczo zaniechane. 53) RITTER von RITTERSHAIN (Pathol. und Ther. d. Rachitis. Berlin 1863) podaje obserwacye rodzin krzywico-wych. Zależy to może od jednolitości warunków (złych), w których wszystkie kolejno dzieci żyły. Jak chcą zwolennicy bakteryi domniemanych przy krzywicy, zarażenie niemi jest z warunkami mieszkania związane (p. N. 41). 54) LUZET. Anémies de la première enfance. Paryż 1891. 55) D'ESPINE et PICOT. Manuel des mal. de l'enfance. Wyd. 5. Paryż. 1894. CHARCOT-BOUCHARD, patrz N. 10. 56) BAGINSKY. Ueb. den Stoffwechs. bei R. (Veröff. d. Ges. f. Heilk. in Berl. 1879. 57). EICHHORST. Rukawod. k czast. patol. i terap. Tom. IV. Przekł. ros. 1888. 58) COMBY. La médi-cine infantile. 1894. N. 8. 59) Na V Zjeździe lekarzy rosyjskich (1893 roku) zgodzono się na fakt, że po okresie głodu (nieurodzaj lub inne głęski) zauważyć można było stałe wzmoczenie się liczby dzieci krzywicowych. 60) VOLLAND, p. N. 50. 61) KASSOWITZ, p. N. 7 i inne tegoż auto-ra. 62) QUISLING, p. N. 44. 63) BON, patrz w podręczniku Vogel-Biederta. 64) HENOCH, p. N. 11. 65) W Rosyji znajdowali: Bystrow w gub. Nowogrodzkiej — około 60% wszystkich dzieci do 3 lat wieku. TROICKIJ w Kijowie znalazł 50% dzieci w ambulatoryum Tow. pomocy biedn. dzieci—krzywicą dotkniętych. 66) CANTANI. Spec. Pathol. u. Ther. d. Stoffwechsels. Tom 4. Lipsk. 1884. 67) Pewna, rzadko spotykana zmiana kształtu głowy może być powodo-waną przez ucisk. Zmiana ta polega na skrzywieniu czaszki, przyczem z tyłu i ze strony prawej jest ona spłaszczoną, z przodu zaś i ze strony lewej — nieco wysuniętą. Jest to skutkiem mięk-kości kośćca. 68) KASSOWITZ. Beiträge zur Kinderh. N. F. IV. Wiedeń-Lipsk. 1893. Cohn. Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVII, Zeszyt 2, str. 189. 69) KASSOWITZ. Vorlesung über Krankheiten im Alter der Zahnung Wiedeń 1892. 70) RITTER. Jahb. für Kinderkr. XXII. 1884, str. 79. 71) BRAUN. O operacyach położniczych. Kraków. 1891, str. 53. 72) LAUENSTEIN. Langenb. Arch. 40, str. 224. ROTTER. Münch. med. Woch. 1890, N. 32, str. 547. 73) BERG. New York Record. 1889, N. 16. 74) L. DUDREWICZ. Gaz. Lek. 1868, N. 44. Przeczył już wówczas zale-żności zaburzeń nerwowych od ząbkowania. 75) *Laryngismus stridulus*. *Spasmus laryngis*. Kurcz z toniczny głosni. (Löri opisał świeżo kurcze kloniczne głosni. Referat w Jahrb. f. Kind. XXXVII, str. 400. Zdarzają się u nie krzywicowych). 76) BARLOW (Brit. med. Journ. 1887) stracił z liczby 114 dzieci chorych na kurcz głosni — jedenaście. REID (przytocz. przez HENOCH'a) widział 40% śmierci od kurczu głosni. 77) SEMON i HORSLEY. Centralblatt für Physiolog. 1889. str. 673. 78) UNVERRICHT. Fortschr. der Med. Tom VI, str. 409. PREOBRAZENSKI. Wiener kl. Woch. 1890. N. 43. Centr. für Physiol. 1890, str. 762. 79) Loos Deutsch. Arch. f. klin. Med. Tom 50. 80) Zależność i stałą koincydencyę kurczu głosni i krzywicy skonstatował już BEDNAR (Krankh. d. Neug. u. Säugl. Tom IV, str. 40, 1853). Tegoż zdania są najwybitniejsi pediatrzy, między nimi GEE, WEST, GAY, VOGEL, STEINER, GERHARDT, HENOCH, REHN. Dla BAGINSKY'ego jest kurcz głosni nad-zwyczaj często złączonym z krzywicą; tak samo się wyraża BIEDERT, HEUBNER, HÜTTENBRENNER, UN-GER, RAUCHFUSS i szereg innych. Przeczyt. w tej kwestyi KASSOWITZ. Ueber Stimmritzenkrampf u. Tetanie im Kindesalter. Beitr. zur Kinderheilk. aus d. 1. Kind.-Krank.-Institut. N. F. IV. Wied. 1893. Ostatnia statystyka: STORM BULL (Réfer. w Jahrb. f. Kind. N. F. XXXVII, Zeszyt 3 i 4) wykazuje 94—97% krzywicowych wśród dzieci cierpiących na kurcz głosni. 81) Na 370 przy-padków kurczu głosni było (KASSOWITZ p. N. 68): żadnych objawów *craniotabes* 48; *craniotabes* stopnia I—57; *craniotabes* stopnia II—62; *craniotabes* stopnia III—91; *craniotabes* stopnia IV—112 = 370. 82) *Tetania*. MALINOWSKI. Gaz. Lek. 1875, N. 30. GLUZIŃSKI. Gazeta Lekarska. 1880, N. 52. J. KRAMSZTYK. Medycyna 1892, N. 35 i 36. W ŚWIŹECKI. Gazeta Lekarska. 1892, N. 7, 8 i 9 (nie wspomina o stosunku t. do krzywicy). J. KRAMSZTYK. Medycyna 1893, N. 19. JAKSCH. Zeitsch. f. klin. Med. 1890. Tom XVII. SCHLESINGER. Arch. f. klin. Med. Tom 43, 44. FRANKL-HOCH-WART. Zeitsch. f. Klin. Med. Tom XIX. STRÜMPFEL. Lehrb. d. spec. Pathol. u. Therapie. Tom II. HENOCH. patrz N. 11. 83) KRAMSZTYK, patrz N. 82. KASSOWITZ, patrz N. 82. FISCHL, patrz N. 43. QUISLING, patrz N. 44. ALEKXANDER, patrz N. 45. BORAL. Beiträge zur Kinderheilkunde Wiedeń. 1893. GANGHOFNER, przytoczony przez Borala. KOLOMAN SZÖGE. Société Royale des med. de Budapest. Luty. 1894. 84) KASSOWITZ. patrz N. 81. 85) BORAL, patrz N. 83. 86) SZÖGE, p. N. 83. 87) LANDER BRUNTON. Hbch. d. allg. Pharmac. u. Therap. Przekł. niem. Lipsk. 1893. 88) *Niekkampf*. *Salaam convulsion*. 89) KÜTTNER. Berlin. kl. Woch. 1892. N. 44, str. 1108. GFRHART. Haldb. der Kinderh. III. 1878, str. 87. 90) Fox i BALL. Brit. med. journ

23 Kwiecień. 1892. 91) BAGINSKY, Baginsky-Henoch, Jubelschrift, 1890, str. 514. 92) RÖNA, Arch. f. Dermat. und Syph. II. Erg. Heft str. 253, 1892 rok. 93) JAKSCH, Klinische Diagn. Wydanie 3. Wiedeń 1892 (str. 85). 94) KUNN, Wiener klin. Woch. 1889. NICATI, Revue de med. 1879, Styczeń. 95) LICHTENSTEIN, Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XXXVII. Zesz. 1. 1893 (str. 76). 96) STEINER (Compend. d. Kinderh. str. 345) opisuje ostry przebieg krzywicy. 97) TRIPIER widział recydywy krzywicy. 98) KASSOWITZ patrz N. 7. SCHWARTZ Wiener medic. Jahrbüch. 1877 str. 495. UNRUH, p. N. 129. FEYERABEND, Ueber d. Vorkom. d. Rhachit. bei Neugeb. Diss. Królewiec. 1890. 99) Za istnieniem krzywicy płodowej przemawiają: VIRCHOW, Arch. V. str. 491. ENGLISCH, Oesterr. Jahrbüch. f. Pädiatrik 1875, Tom II. SMITH MARY, Jahrbuch f. Kindh. N. F. Tom XV str. 79. BOCK, Virch. Arch. XCHII, str. 421. MONTI, p. N. 35. KIRCHBERG i MAR-CHAND, Beitr. zur path. Anat. u. allg. Path. v. Ziegler u. Nauwerk. Tom I. str. 183, 1889 r. FRAN-QUÉ, Sitz. Ber. der med. Ges. za Würzb str. 68, 1893. BAGINSKY (Lehrb. d. Kinderkr. Wyd. 4. 1892, Berlin) uważa rh. foetalis za rzadkość. Przeciw rh. foetalis przemawiają: SCHWARZWÄLLER, Zt. f. Geburts. u. Gynæk. XXV. 1. str. 90, 1892 r. SCHOLZ, Ueber foet. Rhach. Dis. Getynga. FILATÓW (źródła nie mam zanotowanego). II. MÜLLER, Würzburg. med. Zeitsch. Tom I str. 221. EBERTH, Die foetale Rhach. Lipsk. 1878. 100) *Osteogenesis imperfecta*. STILLING, Virch. Arch. CXV. 101) COHN, p. N. 68. 102) SCHWÄRZ, Med. Jahr. d. K. K. Ges. d. Aerzt. in Wien 1887. HOCH-SINGER, Stud. üb. klin. Verh. d. Stirnfont. Wied. 1892. KASSOWITZ, p. N. 7. 103) KASSOWITZ, Allgem. Wiener Med. Zeit. 1885, N. 18. F. MÜLLER, Beitr. z. klin. Chirurg. Tom IV. 1888. KIRMISSON, Révue d'orthopédie. 1890. Verhandl. d. X. Intern. Congr. Tom III. Oddz. 7a, str. 7. DUPLAY, Gaz. des hop. 31 grudnia 1891. WEINLECHNER, Jahrb. f. Kinderh. Tom XVIII, 1882 r. GENSER, Beitr. z. Kinderh. N. F. IV. Wiedeń 1893. 104) KASSOWITZ, Beit. z. Kinderh. N. F. IV. Wiedeń. 1893. 105) FILATÓW, Semiotyka i dyagn. dietsk. bol. Wyd. 3, 1893. 106) CHEADLE, Lancet 1878, listop. BARLOW, Med. chir. Transaction. Lond. 1883. Serya II. Tom XVI. str. 159. REHN, Berl. klin. Wochen. 1889 N. 1 i wiele nowych przyp., w liter. rozrzuconych. FÜRST, Jahrb. f. Kind. N. F. T. XVIII. 1882. HEUBNER, (Posiedz. Lips. Tow. 31 Maj 1892). STARCK, Jahrb. f. Kin. N. F. XXXVII, Z. 1, str. 68 i XXXVIII, Z. 2 i 3, str. 375. CONITZER Münch. med. Woch. 1894, N. 11 i 12. 107) FÜRTH, Jahrb. f. Kinderkr. Tom XXX, zeszyt 3, str. 260. 108) PENTZOLD-STINTZING, Hb. der spec. Ther. der inn. Krank. 1894, HAGENBACH-BURCHARDT, Behandl. d. Rhachitis. 109) SAGRETTI, Jahrb. f. Kinderh. Tom 33; str. 364. 110) HOFFA, Orthopaedische Chirurgie. 1891. KAREWSKI, Die chirurg. Krank. des Kindesalters. 1894 (Stuttgart). LORENZ, (Wiener Klin. 1893, N. 6 i 7). v. MOSENGEL w GERHARDT'a Hbch. d. Kinderkr. Tom. VI. 1. str. 585. MOTTA, Zt. für Ort. Chir. 1892, Tom I. JASIŃSKI, Pamiętn. Tow. Lek. 1880. CUMSTON, Medical News. 27 Stycznia 1894, str. 100. 111) BUNGE (N. 27) przytacza, że nasycony roztwór wapna zawiera go mniej, niż mleko krowie (str. 95). 112) Wspomniano u HENOC'H'a. 113) LESSER, Przegl. Lek. 1887, N. 1. Wielu innych autorów wbrew wszelkim zasadom fizjologii trawienia u ssawców zaleca podawanie im mięsa, zaniechanie pokarmów skrobiowych zawierających (*amylacea*). 114) TROUSSEAU, Clinique médicale. 115) WEGNER, Podług Binz'a. Vorles. üb. Pharmakologie II. str. 510. 116) FRANQ, Rev. des malad. de l'enf. XII, czerw. 1894 str. 335. 117) NOTHNAGEL, Spec. Pathol. u. Therap. Tom I. 1894. JAKSCH, Die Vergiftungen, str. 107. 118) RAUDNITZ, Pra-ger med. Wochen. 1886, N. 36. 119) KOBLER, przytoczocy przez Kassowitz'a w pracy zacyto-wanej pod N. 42. 120) ESCHERICH, Münch. med. Woch. 1887, N. 1. 121) SOLTSMANN, Breslauer ärztl. Zt. 1887, N. 6. 122) WICHMANN, Rhachitis. Kopenhaga 1887, str. 117. 123) UFFELMANN, Kutzg. Handb. d. Kinderh. 1893. 124) METTENHEIMER, Jhb. f. Kinderh. Tom XXXII. Zeszyt 2 str. 285, 1891 r. 125) CHARON, Du traitement général et local du rach. 1889. 126) KASSOWITZ, Zeit. f. klin. Medic. Tom VII. Zeszyt 2, 1884 r. Wiener med. Blät. 1885 N. 18 i 19. Wienn. med. Woch. 1889 N. 28 i nast. Wien. med. Woch. 1893, N. 13 i nast. Wogóle we wszystkich swych pracach. 127) SOLTSMANN, Bresl. ärztl. Zt. 1884. N. 9 i 1887 N. 6. 128) HAGENBACH, Corresp. f. Schw. Aerz. 1884. 129) UNRUH, Jahresb. der Ges. f. Natur u. Heilk. in Dresd. 1885—1886. 130) BIEDERT, DORNBLÜTH, B. WAGNER, HEUBNER, Verh. der Gesell. f. Kindh. im Magdeb. 1884. 131) B. SCHMIDT, Dtsch. med. Ztg. 1884, N. 19. 132) v. GENSER, FÜRTH, EISENSCHITZ, Ann. der k. k. Gesell. der Aerzte in Wien. 1885, N. 26—32. 133) W. MEYER, Ein Beitr. z. Beh. der R. mit Phosph. Dissert. Kiel. 1885. 134) PETERSEN, Centrbl. für Chirurg. 1886, N. 8. 135) BOAS, Berl. Klin. Woch. 1885, N. 28. 136) BOKAL, Wiener med. Blätt. 1886, N. 47. 137) TOEPLITZ, Breslauer ärztl. Zt. 1886, N. 23. 138) SIGEL, Cntrbl. f. klin. Med. 1886, N. 17. 139) CANALI, Rivista clinica, 1887, Tom I. 140) VOGEL BIEDERT, Lehrb. der Kinderkr. Stuttgart. 1887, str. 526. 141) MONTMOLLIN, Ueber Phosphorbeh. bei Rhach. Bazylea. 1888. 142) SCHLÜTER, Beitr. z. Phosphorthherap. Diss. Getynga. 1887. 143) JACOBI, Wiener med. Presse. 1888, 9 września. 144) SCHABANOWA, Jahrb. f. Kinderheilk. XXIX, str. 392 r. 1889. 145) STRÜMPFEL, Lehrb. d. spec. Path. u. Ther. 5 wyd. Tom II. 2. 146) MASTER, Jahrb. f. Kindh. Tom 34, str. 60. 147

DEMME, Bericht d. Jenner'schen Kindersp. in Bern. 1891. Klinisch. Mitt. aus d. Gebiete d. Kinderkr. 1890, str. 80. 148) COHN, patrz N. 68. 149) MANDELSTAMM. Jahrb. f. Kinderheilk. Tom XXXI. 150) VOUTE. Bull. de therap. 15 kwietnia 1891 r. 151) KETCH. New. York Record. 3 stycznia 1891. 152) NOTHNAGEL i ROSSBACH. Handb. d. Arzneim. Wyd. 7. 1894. 153) SEITZ. Grundr. d. Kinderheilk. Berlin 1894, str. 271. 154) Z nich HAGENBACH, SOLTMAN, UNRUH, HEUBNER, BIEDERT, WAGNER, TOEPLITZ, CANALI, MONTMOLLIN, SCHLÜTER, SCHABANOWA, DEMME i inni zaznaczają znakomite wyniki po fosforze przy objawach nerwowych. 155) Brom, Chloral, Zincum — zawodzi (HENOCH). 156) STERLING. Medycyna. N. 11. 1894. 157) Przykładów podobnych więcej dostarczy każdy nowszy podręcznik higieny szkolnej, gdzie sprawdzić można, jak często brak t. zw. przymiotów moralnych (uwaga, pilność i t. p.) zależy od wad fizycznych.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

79. LEONARD WILDE. **Zniesienie wydzielania moczu w błonicy.** Bezmocz, napotypany w przebiegu błonicy, był dotąd przypisywany nierozpoznanej gorączce płoniczej. Od czasu stosowania w błonicy zastrzykiwań surowicy powikłanie to czynią zależnem od działania antytoksyny, w niej zawartej. Przytoczone przez autora 3 przypadki błonicy zasługują na uwagę ze względu właśnie na to powikłanie, które jednak nastąpiło bez jakiegokolwiek poprzedniego rękoczynu. Przypadki te pod wielu względami mają pewne cechy podobieństwa. Dotyczyły one dziewcząt, w wieku od 3—4 lat, które przybyły do szpitala na 2—3 dzień choroby z wszystkimi objawami błonicy gardzieli i jamy nosowej. Postać choroby, we wszystkich przypadkach bardzo ciężka, zdradzała ogólne zakażenie ustroju. Mocz z początku był zupełnie prawidłowy, zawierał tylko ślady białka. W miarę jednak posuwania się sprawy chorobowej, stopniowo, na 6—14 dzień choroby, ilość moczu coraz bardziej zaczynała się zmniejszać, aż nagle, na 31—36 godzin przed śmiercią, występował zupełny bezmocz, który trwał do końca życia; śmierć następowała na 4—11 dzień po zapisaniu się do szpitala. Dodać trzeba, że w 2-ch przypadkach bezmocz wystąpił w okresie, gdy gorączki już prawie nie było. Jednocześnie z wystąpieniem zaburzeń w wydzielaniu moczu we wszystkich przypadkach stwierdzono obfite wymioty i rozwolnienie bardzo uporczywe. Miejscowo sprawa się posuwała, zajmując jęczyzek i podniebienie miękkie, które w końcu ulegało porażeniu. Stwierdzono też brak odruchu kolanowego i stopowego. We wszystkich przypadkach uderzała nadzwyczajna bledność, wycieńczenie i senność chorych. Badanie pośmiertne, prócz zmian swoistych w gardzieli, wykazało ostry nieżył przewodu pokarmowego. Przypadki te, chociaż nieliczne, nastęrczają autorowi możność wyprowadzenia wniosków. Zdaniem W., bezmocz w tych przypadkach jest wynikiem zwyrodnienia nerwowego (the anuria may be the result of nerve degeneration). Do wniosku tego W. dochodzi: 1) na zasadzie działania jadu błoniczego na tkankę nerwową obwodową niejako „z wyboru“ (*selective*) [porażenie podniebienia i brak odruchów], i 2) na zasadzie już ustalonego faktu, że miejscowe zmniejszenie ciśnienia krwi w nerkach, prowadzące do zupełnego zniesienia wydzielania moczu, może być wywołane przez porażenie wskutek cierpienia nerwowego. Częsty przyczynem związku bezmocz z uporczywą i obfitą biegunką i wymiotami dowodzi udziału w sprawie współczulnego układu nerwowego jamy brzusznej. Jednocześnie z przypływem krwi do kiszek, zmniejsza się ciśnienie krwi w nerkach do tego stopnia, że dalsze przesączanie moczu staje się niemożliwem.

(*Brit. Medic. Journal.* N. 1793, May 11, 1895.)

H. Wasserman.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== D-r CZERNOGUBOW podaje łatwy i szybki sposób bakteriologicznego rozpoznania trądu (*lepra*). Z przyrządów potrzebne są: igła, używana do szczepień; kilka włosowatych rurek, rozszerzonych w środku, na obu końcach zatopionych; wreszcie lampka spirytusowa. W guz, naciek lub plamę podejrzaną wbija się igłę tak głęboko, ażeby cała grubość skóry została przebita. Następnie, odłamawszy jeden koniec włosowatej rurki, ogrzewamy ją nad lampką spirytusową i wkładamy otwarty koniec pomiędzy brzegi nakłucia. Powietrze, zawarte w rurce, stygnąc, kureczy się i wciąga do rurki krew, pomieszaną z limfą chorej tkanki, poczem zatapia się rurkę. Tym sposobem zapomocą zabiegu prostego, łatwego, niezrażającego nawet najłagodniejszych chorych, można otrzymać obfity materiał do badania, zawierający laseczniki w wielkiej liczbie i dający się bardzo długo przechowywać. Nawet po 7 miesiącach autor był w stanie otrzymać doskonale preparaty laseczników z zawartości rurki. (Archiv f. Derm. und Syphilis, rok 1895, str. 241). A. K.

== GRIMBERT przekonał się, że lasecznik tyfusu, zasiany do wyjałowionej wody wraz z lasecznikiem okrężnicy, ginie bardzo szybko bez względu na stosunek ilościowy, w jakim zasiano oba gatunki. Ponieważ lasecznik tyfusu może utrzymywać się w wodzie dość długo przy życiu, należy wnosić, że lasecznik okrężnicy działa nań w danych okolicznościach zabójczo. (Sem. Méd. 1894. N. 29).

== Kol. S. S. jadał przez lat wiele raki, nie uczuwając żadnych zgoła dolegliwości po ich spożyciu. Dopiero w r. 1893 po zjedzeniu kilku raków uczuł się ogólnie niezdrowym, osłabionym; żadnych jednak objawów żołądkowych nie było, zarówno jak i jakiegś odrazy na widok lub wspomnienie raków. W tych dniach (V. 95) w jakie pół godziny po zjedzeniu talerza zupy rakowej uczuł palenie na całym ciele: wystąpiły bąble białe, otoczone silnie czerwoną obwódką (pokrzywka), które znikły po 10—15 minutach, by się w tych samych miejscach ponownie zjawić znów na jakie 10—15 minut. Jednocześnie uczuł silne łamanie nóg, które przeszło w lekkie ich drganie i nadzwyczajne osłabienie. Stan ten trwał przez godzin jakich 8, poczem proszek antypiryny (0,75 grm.) objawy nieco złagodził, a noc przespana zupełnie je usunęła. Objawów żołądkowych nie było. Cztery osoby, które jednocześnie zupe (i raki) spożywały, żadnym dolegliwościom nie uległy. Przypadek powyższy jest dość rzadkim objawem zmiany wrażliwości osobniczej na pewne nieznane bliżej materye chemiczne. Ogólne

zdrowie żadnym zaburzeniem nie uległo w latach ostatnich, nawet stopień „nerwowości“, której spotęgowanie winiłyby można w danym razie było. S. S.

== WOJNOWICZ, widząc znaczne polepszenie w sokotoku żołądkowym (choroba REJCHMANA) przy stosowaniu wewnątrznie atropiny, zastosował ten środek w 2 przypadkach wrzodu żołądka (*ulcus ventriculi*). Po 2 tygodniach stosowania tego środka choroba jakoby zupełnie ustąpiła. Autor podawał 3 razy dziennie po 2 krople roztworu siarczanu atropiny 0,06 na 8,0 wody. (La semaine méd. № 20. 95). S. M.

== STUBENRAUCH opisał jedyny, zdaje się, przypadek pierwotnej grzylicy gruczołu przysadkowego. U 60-letniego mężczyzny, dziedzicznie obciążonego, dokonano wyłuszczenia torbieli tego gruczołu; ściany torbieli były pozrastane z tkanką gruczołową, a w zawartości jej wykazano oprócz śliny dużo komórek ropnych i laseczniki grzylicy. Wnętrze torbieli było wyłożone ziarniną, w której zarówno, jak i w okolicznych częściach gruczołu wykryto laseczniki. (Langenbeck's Archiv. T. 47. z. 1).

== RÉPIN wyjaławia katgut w sposób następujący: 1) odtłuszcza eterem; 2) po zwinieciu suszy przy wznoszącej się powoli ciepłocie do 110°; 3) szybko wkłada do zatopionej rurki szklanej lub walca metalicznego, zawierającego cokolwiek alkoholu bezwodnego i ogrzewa w autoklawie przy 120° przez godzinę. Wyjałowienie jest zupełne. (Ann. de l'Ins. Pasteur. 1894 str. 170).

== BERTIN (Nantes) w kilku przypadkach blonicy gardzieli i krtani, w których badanie bakteriologiczne wykazało obecność laseczników LÖFFLER'a, stosował surowicę nieodporną krwi konia z pomyślnym wynikiem. B., opierając się na kilku zaledwie spostrzeżeniach sądzi, że surowica krwi konia nieodpornego ma te same własności, co i surowica ROUX, BEHRING'a i innych. (D. med. Z. № 24).

== CHATIN na posiedzeniu Akademii medycznej w Paryżu komunikował o swoich poszukiwaniach co do zawartości fosforanów organicznych w ostrzygach. Okazuje się, że ostrzygi portugalskie zawierają ich trzy razy więcej, niż inne gatunki. Ostrzygi zatem są bogate nie tylko w żelazo i azot, lecz także i w fosfor. Na tej zasadzie stanowią one zarazem środek pożywczy i leczniczy. (La semaine méd. № 27. 1895). S. M.

== CADEAC zwraca uwagę na częstotliwość u psów i sądzi, że bardzo często roznoszą one zakażenie pomiędzy ludźmi. (Lyon méd. 1894. N. 17).

Wiadomości bieżące.

— W dniu 28 czerwca r. b. obchodzono w Krakowie 50 rocznicę uzyskania przez Michała ZIELENIWSKIEGO stopnia doktora medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim.

D-r Michał ZIELENIWSKI, urodzony 27 sierpnia 1821 w Krakowie, po ukończeniu liceum św. Anny zapisał się w r. 1839 na wydział lekarski Uniw. Jag., który ukończył w r. 1844 i gdzie otrzymał stopień doktora medycyny 28 czerwca 1845 r. Przez dwa lata następnie był asystentem kliniki lekarskiej w Krakowie przy prof. Bropowiczu, potem asystentem kliniki położniczo-ginekologicznej przy prof. KWAŚNIEWSKIM od r. 1848 do 1852 t. j. przez lat cztery. W roku 1857 powołany na stanowisko lekarza rządowego w Krynicy, był nim przez lat 30, t. j. do r. 1887, i w tym okresie czasu zdołał miejscowość tę podnieść do wysokości pierwszorzędnego zdrojowiska polskiego, zaczynając pracę od podstaw, gdyż w początkach zabiegów swoich zastał Krynicę w stanie najzupełniejszego upadku — niemal nicości. Niezmordowany pracownik na polu balneologii krajowej ogłosił dotąd drukiem 168 (sto sześćdziesiąt ośm) dzieł i broszur. Pierwszą pracą Jubilatą była inauguralna rozprawa doktorska p. t. „O przesądach lekarskich ludu naszego“ (r. 1845). Oprócz całego szeregu broszur, odnoszących się do Krynicy, wydał: Rys balneologii powszechnej. Warszawa. 1873, str. 379. Rys balneoterapii. Kraków. 1886, str. 391. Słownik bibliografii zno-balneologicznych zdrojowisk polskich. Kraków 1889, str. 170. Rys balneotechniki. Warszawa. 1890. Opis krajowych zakładów zdrojowo-kąpielowych Kraków 1894, str. 117. Przez lat 5 wydawał czasopismo „Krynica“.

Pomijamy tu mnóstwo drobnych broszur i rozpraw, przez jubilat ogłoszonych; zajęłoby to zbyt wiele miejsca; wiele z nich Szanowny Jubilat ogłosił w „Medycynie“, kto wie, czy nie więcej, a z pewnością więcej, niż w innych pismach. Skrzętny zbieracz wszystkiego, co do zdrojowisk polskich odnosić się mogło, ofiarował bibliotece Kórnickiej przeszło 600 publikacji odnoszących, bibliotece zaś Jagiellońskiej 10 woluminów, obejmujących materiały do monografii Krynicy. Członek wielu towarzystw lekarskich (warszawskiego, polskiego paryskiego, podolskiego, wileńskiego, charkowskiego i krakowskiego), Towarzystw Przyjaciół nauk w Krakowie i Poznaniu, był sekretarzem komisji balneologicznej Tow. lek. krakowskiego przez lat 14. Należał też do założycieli i pierwszych

redaktorów „Przeglądu Lekarskiego“ krakowskiego, a w r. 1872 do redakcji czasopisma „Zdrowiewiska“. Oto najważniejsze szczegóły z życia Szanownego Jubilata, poczerpnięte z autentycznych źródeł.

Do ogólnych życzeń, składanych Szanownemu Jubilatowi, niech nam będzie wolno dołączyć i nasze wraz z wyrazami wysokiej czci i poważania, jakie dla Niego żywimy.

— Towarzystwo lekarskie Krakowskie uchwaliło jednomyślnie na posiedzeniu w dniu 15 b. m. i r., celem przechowania stale w pamięci zasług członka założyciela, ś. p. prof. RYDLA, umieścić stosowną tablicę w odpowiednim miejscu w Krakowie, ze składek na ten cel zebrać się mających, zapraszając do udziału Senat Akademicki i Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego. Sprawę zebrania funduszy, wykonania i umieszczenia tablicy przekazano Prezesowi Towarzystwa, nadając mu prawo przybrania sobie do tego potrzebnej liczby członków.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego uchwalił jednomyślnie powołać prof. d-ra GAŁĘZOWSKIEGO w Paryżu na opróżnioną przez śmierć prof. RYDLA katedrę okulistyki i w tym celu nawiązać z nim rokowania. Prof. GAŁĘZOWSKI oświadczył już gotowość objęcia pod pewnymi warunkami ofiarowanej sobie katedry.

— Zmarli. W Paryżu zmarł prof. VERNEUIL w 72 roku życia, uczony i znakomity chirurg francuski. — Pod koniec życia myśl VERNEUILA głównie zajęta była dwoma cierpieniami trapiącymi ludzkość: gruźlicą i rakiem — cierpieniami, według jego wyrażenia wstyd przynoszącymi medycynie wewnętrznej i chirurgii. Dzięki nieboszczykowi utworzyło się w Paryżu stowarzyszenie w celu walczenia przeciwko gruźlicy. Z tego stowarzyszenia uczonych i badaczy, połączonych jedną myślą i jednym celem, wyszło już bardzo wiele ważnych prac i odkryć.

— W dniu 25 maja w Wilnie, przeżywszy lat 78, D-r Hiacynt ZAJKOWSKI, wychowaniec b. Akademii Wileńskiej.

— D-r Władysław MATLAKOWSKI b. ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Dz. Jezus, zmarł w Zbijewie w dniu 26 b. m.