

jest zupełnie przytomny. Badanie płuc, jamy brzusznej, układu nerwowego nie wykazuje nic nieprawidłowego. Tętno twarde; tętnice promieniowe drutowate. Tętno 19–20 na minutę; ciśnienie 200 mm. Riva-Rocci. Opułkowo ze strony serca nie nieprawidłowego; *ictus* wyczuwalny w V MZ, na linii sutkowej lewej. Żadnych szmerów; II ton u aorty wzmoconiony. W okresie pozornego rozkurczu przy osłuchiwa- niu serca słyszeć niewyraźne tony. Przy osłu- chiwaniu serca fonendoskopem i obserwowaniu jednoczesnem żył szyjowych widać bardzo wy- raźnie pulsację tych żył wówczas, kiedy serce znajduje się pozornie w okresie zupełne- go spoczynku — *diastole*. Przytem wyraźnie skonstatować można, że na 3–4 uderzeń tętna żylnego wypada jedno uderzenie wierzchołka i tętna promieniowego. Nadto tętno żylnie (a właściwie wzniesienie żył), współczesne tę- nu promieniowemu, t.j. towarzyszące skurczowi całego serca (a wł. komór), jest najwyższe. Od czasu do czasu następuje okres pozornego zu- pełnego spoczynku serca, który trwa dosyć długo, bo do 20 sekund (!). Podczas te- go okresu tętno żylnie na szyi wido- czne jest ciągle. Chory traci przytomność, blednie, wypręża się; oczy stają „w slup“; i ma się wrażenie, że się jest wobec konającego; aż tu pojawia się tętno promieniowe znowu, na twarzy chorego występuje lekki rumieniec, i powraca przytomność. Takie napady pojawiają się często.

Że nie mamy tu do czynienia z brady- systolią wskutek podrażnienia *nervi vagi* — jak to dawniej przypuszczano w przypadkach po- dobnych, dowodzi 1) przedsionki tętnią (= tętno żylnie), gdy jednocześnie komory stoją (brak *ictus cordis* i tętna promieniowego); 2) skutek atropiny, która poraża nerw błędny, a zatem ma znosić wpływ jego hamujący na działalność ser- ca, jak to wyprobowaliśmy kilkakrotnie u na- szego chorego, był żaden. Obecność tętna żylnego, konstatowanie głuchych tonów podczas

rzekomej diastoli dowodzi, że w okresach po- zornego spokoju serca nie całe serce było jednak w spoczynku; coś się w niem kur- czyło; to coś nie było komorami — bo *ictus* był- by ich skurcze niewątpliwie zdradził. To coś były to przedsionki, których skurcze uwy- datniały się w tętnie żylnem. Mamy tu więc do czynienia z przypadkiem zatrzymywania się skurczów na granicy A–V, a to prawdopodobnie wskutek zmian w przewodnictwie mostka mię- śniowego His’a, łączącego przedsionki z komo- rami. Zmiany te były zmianami „myogen“, nie „neurogen“. Dla ścisłości sprawozdawczej do- dam, że prócz atropiny bezskutecznymi okazały się wszystkie środki lecznicze, w danym razie przez nas stosowane, a zatem bromki, jodek po- tasu, kofeina, naparstnica, trinitrina, wreszcie — tyreoidyna, którą *experimenti causa* stosowaliśmy przez kilka dni. Chory przebywał w szpitalu od 7. XI. 1904 do 7. II. 1905 (3 mies.). W końcu stycznia przy tętnie wciąż rzadkiem (34, 36, *ma- ximum* 48) po zrobieniu nakłucia lędźwiowego, które chory zniósł wybornie, (wyszło pod spo- rem ciśnieniem około 30 ctm. sz. cieczy), stan chorego zaczął się zwolna poprawiać. Bóle gło- wy stały się rzadsze; napady zaczęły występo- wać rzadziej. Wystąpił *pulsus bigeminus*; liczba uderzeń tętna promieniowego i *ictus cordis* wzro- sła do 54 na minutę; ciśnienie spadło do 148 mm. RIVA-ROCCI i chory wypisał się ze szpitala ze znaczną poprawą.

Nie ulega wątpliwości, żeśmy mieli tu do czynienia z t. zw. paroksyzmalną brady- kardyą, lepiej — bradysystolią, znaną pod nazwą choro- by ADAMS-STOKES’a. Przy- padek powyższy, wedle klasyfikacyi QUELME należał do kategorii przypadków „à pouls lent permanent“ w przeciwieństwie do tych, w jakich tętno w okresach międzynapadowych jest nor- malne, a nawet przyspieszone. W tych przypad- kach — o stałym tętnie zwolnionem — WENCKE- BACH przypuszcza istotnie zmiany w mięśniu sercowym, być może, zależne od wpływów ner-

wowych. Nie jestem skłonny mniemać, aby w naszym przypadku istotnie *primum movens* tkwiło tu czy owdzie w nerwach. Dowodzi tego z jednej strony bezskuteczność atropiny, z drugiej zaś — okoliczność tętnienia przedsionków przy spoczynku komór: czyżby przeto ów wpływ nerwowy miał działać tylko na część serca!? Sądzę, że łatwiej przypuścić tu istotnie zmiany w mięśniu — prawdopodobnie czynnościowe — wskutek zaburzeń w jego odżywianiu (skleroza tętnic wieńcowych) przy wzmożonem ogólnem ciśnieniu w układzie tętniczym. Na czem te zmiany polegają, tego rozstrzygnąć niepodobna. Uwydatniają one wpływ na serce dromotropowy ujemny. Możliwą jednak jest rzeczą przypuszczanie tu i innych wpływów ujemnych, może inotropowych lub nawet chronotropowych, jak to dla swoich przypadków przypuszczają autorowie (np. WEBSTER).

*

*

*

Jeszcze bardziej niejasnym przedstawia się mechanizm stanu pozornie odwrotnego sprawie, tylko co rozpatrzonej, mianowicie też — mechanizm t. zw. *tachycardiae* (lepiej *tachysystoliae*) *paroxysmalis* w świetle mięśniowej teorii czynności serca. Jak przypuszczać należy, częstość normalnych skurczów serca zależy od wpływów chronotropowych i batmotropowych. Normalnie przeto serce kurczy się będzie tem częściej, im szybciej powstają ku temu bodźce w okolicy wpustu (wpł. chronotropowe), i im pobudliwość mięśnia sercowego wogóle będzie większa (wpł. batmotropowe). Zwykle przyspieszenie serca zależy prawdopodobnie od wpływów chronotropowych dodatnich, które, jak wiadomo, w tych razach znajdują się w nader ścisłym związku z układem nerwowym. Czy tego rodzaju wpływy grają jaką rolę w stanach *tachysystoliae paroxysmalis*, na to dziś jeszcze odpowiedzieć nie umiemy. Wedle okreslenia ALBUTT'a *tachysystolia paroxysmalis* polega na: „bardzo znacznem przyspieszeniu tętna przy istniejącej

lub nie rzeczywistej chorobie serca, które występuje nagle, trwa pewien — rozmaity okres czasu i, nie pozostawiając po sobie żadnych objawów wyczerpania serca, równie nagle znika, ustępując miejsca zupełnie prawidłowej czynności serca“. Okres trwania napadów bywa bardzo rozmaity — od kilku minut do kilku dni. Tętno dochodzi do 240 i wyżej na 1 minutę. Serce podczas napadu jest rozszerzone w rozmiarze poprzecznym. Napad kończy się często tem, że nagle występuje kilka mocnych zupełnie nierytmicznych skurczów serca, mocno wyczuwalnych na *ictus*, i tętno wchodzi w swoją kolej. Tętno podczas napadu jest znacznie mniejsze, ciśnienie w napadzie — nieco niższe niż normalne (w przypadku HOFFMANN'a Zeit. f. klin. Med. 53, 1904, str. 209 ciśnienie RIVA ROCCI podczas napadu 141 mm., po napadzie — 162 mm.). Godną baczonej uwagi jest okoliczność, skonstatowana przez HOFFMANN'a i potwierdzona potem przez innych badaczy, że częstość tętna podczas napadu jest cztery ew. dwa razy większa, niż normalnie (zamiast 240—120, potem 60 uderzeń na 1 min. (loc. cit. str. 225)).

W świetle nerwowej teorii czynności mięśnia sercowego MACKENZIE stawia dla wyjaśnienia tej niezwykle interesującej sprawy dwa przypuszczenia, które jednak zaraz odrzuca, a mianowicie: 1) podrażnienie nerwu współzucznego lub 2) porażenie nerwu błędnego. Odrzuca zaś je na tej zasadzie, że, zdaniem jego, trudno przypuszczać podrażnienie lub porażenie elementów nerwowych w sercu, któreby powstawało nagle, trwało czas pewien, nieraz dni kilka, i znowu równie nagle znikało. Odrzucając zaś powyższe dwa powody *tachysystoliae paroxysmalis*, MACKENZIE mimo to przyznaje, że musi tu jednak działać jakiś nieznanany dotychczas wpływ nerwowy, który sprawia napadowe występowanie całej masy skurczów zawczesnych (ungeheuer lange Reihe... praematurer Systolen“ str. 118 tłum. niem.) — dającej w rezultacie przyspieszenie tętna — tachysystoliam. Podobny

stan można wywołać doświadczalnie, drażniąc bezpośrednio mięsień sercowy przy pomocy elektryczności. Tak więc napad *tachysystoliae* sprowadza MACKENZIE do napadów występujących i przez czas dłuższy trwających skurczów zawczesnych serca — ekstrasystol. Podobne wyjaśnienie dla omawianej sprawy podaje zrazu i HOFFMANN, który mniema, że wszystkie skurcze w okresie *tachysystoliae* są to skurcze wtrącone — ekstrasystole, a cały napad przedstawia analogię do tęcza serca, otrzymywanego w powyżej wspomniany sposób doświadczalnie na zwierzętach.

Tachysystolia zatem byłoby to nic innego, jak tylko okresowo występujące skurcze wtrącone „gehäufte Extrasystolen“, zgodnie z przytoczonym tylko co mniemaniem MACKENZIE’go. W nowszej swej pracy jednak (loc. cit.) HOFFMANN staje na innym punkcie i, odrzucając wyjaśnianie *tachysystoliae* jako masowe skurcze wtrącone, mniema, że tachysystolia powstaje wskutek wzmożenia się pobudliwości, kurczliwości i przewodnictwa mięśnia sercowego — pod wpływem działań nerwowych. Doświadczalne uzasadnienie swych poglądów znajduje HOFFMANN w eksperymentach FRIEDENTHAL’a, który, przecinając nerwy błędne i przewiązując tętnice, idące do głowy, widział u zwierząt podwajanie się napadowe częstości tętna. WENCKEBACH nie podziela mniemania MACKENZIE’go i pierwotnego mniemania HOFFMANN’a, jakoby napad *tachysystoliae* polegał na napadowym występowaniu masowych skurczów wtrąconych, stoi natomiast do pewnego stopnia na późniejszym stanowisku HOFFMANN’a, że w występowaniu napadów *tachysystoliae paroxysmalis* współdziałają jakieś wpływy nerwowe, uwydatniające się, jako wpływy dodatnie batmotropowe i chrontropowe.

I tutaj przeto, tak jak odnośnie do *tachysystoliae paroxysmalis*, najbardziej miarodajni autorowie, a nawet do pewnego stopnia twórcy mięśniowej teorii czynności serca, jak WENCKE-

BACH, zmuszeni są przypuszczać jednak bardzo poważny wpływ układu nerwowego ośrodkowego, czy też lokalnego w sercu na patologicznie zmienioną działalność jego. Zaproponowane przez ENGELMANN’a terminy wpływów (chrontropowe, batmotropowe i in.) schodzą tu nieledwie do znaczenia frazesów, do wartości tylko nazw, które mi nianujemy wciąż ciemne w swej istocie zaburzenia mięśnia sercowego.

* * *

Przejdźmy wreszcie do omówienia w kilku słowach tych stanów, w których serce działa zupełnie bezładnie, stanów, ochrzczonych mianem *delirium cordis*. W tych razach te lub owe miejsca krzywych dadzą się sprowadzić do skurczów wtrąconych, występujących czy to jako skurcze zawczesne, czy też jako skurcze bezowocne — „frustrane Contractionen“. Skurcze te występują w różnych okresach rozkurczów, jeden za drugim, powodują mniej lub więcej znaczne przerwy — intermisye — w krzywej tętna, w rezultacie otrzymujemy obraz niezwykle zawikłany. W innych razach otrzymujemy krzywe najzupełniej niejasne, których elementy nie dadzą się sprowadzić do typu systoli wtrąconej lub bezowocnej. W tych razach stoimy jeszcze na gruncie zupełnie niepewnym.

* * *

Doświadczenia fizjologiczne, w ostatnich czasach dotyczące kurczliwości mięśnia sercowego, stwierdzają, że ta bodaj najbardziej zasadnicza własność może ulegać zaburzeniom niezależnie od innych własności serca pod wpływem najrozmaitszych czynników, jak wpływ wody, trucizn, wpływy nerwowe i t. p. Zaburzenia kurczliwości uwydatniają się przede wszystkim w wysokości skurczów (wzniesień na krzywej). Badania doświadczalne ENGELMANN’a, HOFFMANN’a i in. wykazały, że serca, w których kurczliwość uległa zmniejszeniu (na skutek np. wyczerpania, pewnego stanu niedowładu „hypodynamer Zustand“ z powodu dra-

znienia *nervi vagi* i t. p.) tętnią nierównomiernie o tyle, że po każdej fali normalnej następuje fala niższa. Występuje przeto naprzemiennosc fal pod względem ich wysokości (*pulsus alternans*). W takich sercach o osłabionej kurczliwości skurcze są niższe i przebiegają szybciej, przeto diastole po nich trwa nieco dłużej, i mięsień sercowy ma czas wypocząć na tyle, że zdolny jest skurczyć się mocniej. To jest przyczyną, że po skurczu małym i pauzie nieco dłuższej następuje skurcz normalny. Atoli skurcz ten znowu wyczerpuje kurczliwość mięśnia sercowego. U ludzi widywano oddawna tego typu zaburzenie działalności serca. Pierwszy opisał je TRAUBE, i wkrótce po tem zaczęto podawać w wątpliwość, azali *pulsus alternans* istnieje jako taki u ludzi, i czy nie jest on czasem równoznaczny z *pulsus bigeminus*. W tej sprawie nie mam zamiaru nużyć Szan. Panów referowaniem tego sporu, który dziś ma już co najwyżej znaczenie historyczne.

Z naszych badaczy PAWIŃSKI w swem pracowitem, aczkolwiek dziś już bardzo „zaco fanem” dziełku („Badania kliniczne nad arytmją serca 1884”) bardzo trafnie odzywa się o tętnie naprzemiennem w porównaniu do tętna dwudzielnego (*p. bigeminus*). Mówi on mianowicie (str. 70) „Są to... tętna różnopo d s t a w o w e lecz różnowierzchołkowe — to stanowi ich walną różnicę od tętna dwudzielnego. Tętna bowiem tworzące tętno dwudzielne różnopo d s t a w o w e mogą być, lecz nie być różnowierzchołkowe”. Mimo to jednak JANOWSKI w swem dziełku „O znaczeniu dyagnostycznym i prognostycznym dokładnego badania tętna” miesza najzupełniej dwie te sprawy i twierdzi (str. 55): „każde tętno bliźniacze jest jednocześnie i t r o c h ę (!Rz) naprzemiennem”. Dziś wiemy już, że tętno bliźniacze (*p. bigeminus*) powstaje na skutek występowania skurczów wtrąconych (*extrasystolae*), że przeto jest ono nie tylko różnowierzchołkowe (może takiem nie być), ale i — jak to słusznie mówi PAWIŃSKI — różnopo d

s t a w o w e. I ta różnopo d s t a w o w o ść jest jednym z zasadniczych atrybutów *p. bigeminus*, w którym dwa po sobie następujące tętna — systole i ekstrasystole — równe są co do czasu — pomimo ich różnopo d s t a w o w o ści — dwóm prawidłowym skurczom. W tętnie naprzemiennem, w którym czasem po fali niskiej następuje nieco dłuższa — o *minimum* — diastola — nie znajdziemy nie takiego, co by je do typu ekstrasystoli sprowadzić miało.

Oto wszystko, co pragnąłem zakomunikować Szan. Panom z zakresu patologicznej czynności mięśnia sercowego w świetle mięśniowej teorii tej czynności. Na zakończenie pragnę podkreślić okoliczność, która niewątpliwie uderzyła Szan. Panów podczas słuchania słów powyższych. Wspominałem tu mianowicie często o nerwach serca, o wpływach nerwowych, o tych przeto czynnikach, których tak uparcie wyrzeka się mięśniowa teoria normalnej czynności mięśnia sercowego... I nie tylko wyrzeka się ona, ale nawet — jak to widzieliśmy z pierwszego mego w tej sprawie odczytu (loc. cit.) — doskonale daje sobie bez nich radę. Pomimo to w wyjaśnianiu mechanizmu patologicznych zjawisk w czynności mięśnia sercowego nie możemy obejść się bez uciekania się do wpływów nerwowych, którym i dziś jeszcze wciąż przypisujemy rolę podstawową. Robi to istotnie wrażenie, jakoby nerwy serca istniały tylko dlate go, aby czynnie występować w patologii serca. Fiziologia serca daje sobie bez nich radę wybornie. Czy stoimy tu na słusznym punkcie widzenia, czy rzeczywiście w patologii serca jego nerwy tak czynną rolę odgrywają, na to pytanie odpowiedzieć dziś jeszcze nie możemy. To pewna, że dużo, bardzo dużo pracy czeka nas, aby w patologii mięśnia sercowego postawić mięśniową teorię czynności tego mięśnia tak twardo, jak stoi ona w fizyologii.

Warszawa III. 06.

W SPRAWIE GRUŹLICY KRTANI U DZIECI

Podał

ZDZISŁAW DOBROWOLSKI.

Ord. Warsz. szpit. dla dzieci

(Według odczytu w Tow. oto-laryngologicznem d. 27 paźd.
1905 r. i 26 lutego 1906 r.)

(Dokończenie. — Zob. Nr. 23).

3 przypadek. Pasz Józefa lat 4, miesięcy 8, zgłosiła się z matką do ambulatorium w końcu listopada 1905 roku. Matka opowiada, że dziecko od miesiąca choruje na gardło. Udała się po poradę do ambulatorium jednego z tutejszych szpitali, gdzie chorej dwukrotnie zastrzyknięto surowicę (prawdopodobnie przeciwbłoniczą), lecz bez żadnego rezultatu.

Przy badaniu spostrzegłem owrzodzenie języczka i podniebienia miękkiego, pokryte śluzem i białym nalotem, nalot wysepkowaty, przy usuwaniu nalotu łatwo występuje krwawienie, dno owrzodzenia nierówne, brzegi bez wyraźnej granicy przechodzą w zdrową błonę śluzową.

Owrzodzenie zajmuje przednią powierzchnię języczka i ztąd rozechodzi się na obie strony podniebienia miękkiego. Górny brzeg nagłośni blade, nacieczony, ztąd nacieczenie przechodzi na boczne brzegi nagłośni i więzy boczne (nagłośnio-nalewkowe), stopniowo zmniejszając się; na samym środku górnego brzegu nagłośni znajdujemy nalot podobny do wyżej opisanego na owrzodzeniu podniebienia miękkiego.

Pozostałe części krtani prócz wybitnej bladej błony śluzowej nie osobliwego nie przedstawiają, głos czysty. Dziecko bardzo blade, wychudzone, dostaje często ataków silnego kaszlu, jak w kokluszu; przy połykaniu twardych pokarmów podług słów matki chora doznaje pewnych trudności, płynne połyka łatwiej, ciepłota w po-
łudnie 38°, wieczorami dziecko rozpalone, w no-
cy obficie poci się.

Przy badaniu płuc znajdujemy w dolnych częściach odgłos wypukowy z bębnowym od-
cieniem oraz nieco rzężeń, rozrzuconych na całej
przestrzeni płuc.

W innych narządach zmian nie wykryto.

Wobec wyżej opisanych objawów objek-
tywnych miałem silne podejrzenie gruźlicy gar-
dła i krtani, a jednak ani błonicy, ani przymiotu
na podstawie przytoczonych punktów wyłączyć
było niepodobua. Wskutek tego poddałem spra-
wę do rozstrzygnięcia na drodze drobnowidzo-
wej.

W nalocie i śluzie, zdjętym z owrzodzeń
gardzieli, d-r SZERYPO znalazł laseczniki KOCH'a
w dużej liczbie. Zaproponowałem przyjęcie cho-
rej do szpitala, lecz matka nie zgadzała się, za-
lecilem więc tiokol i co drugi dzień zasypywa-
łem owrzodzenia ortoformem. Wreszcie donie-
siono mi, że dziecko zmarło 12 grudnia 1905 ro-
ku, choroba gardła ciągnęła się około 3 ch mie-
sięcy.

Teraz rozpatrzmy objawy subiektywne
i obiektywne w gruźlicy krtani u dzieci wogóle
i w porównaniu z objawami tego cierpienia u do-
rosłych. Chrypkę znalazłem w dwóch przypad-
kach, powodem jej były owrzodzenia i nacieki
strun prawdziwych, w trzecim przypadku, gdzie
znajdowaliśmy tylko nacieczenia nagłośni i wię-
zów bocznych, głos był czysty. Duszność też
występowała w dwóch przypadkach i to już
w ostatnich okresach cierpienia.

Bóle w gardle i krtani występowały we
wszystkich spostrzeganych przeze mnie przy-
padkach, w żadnym z nich jednak nie w tak sil-
nym stopniu, jak to bywa u suchotników doro-
słych przy odpowiednich zmianach w krtani.
Tylko w pierwszym przypadku u najstarszego
ze spostrzeganych chorych ból w gardle przy
połykaniu bywał chwilami dość silny i reflek-
syjnie promieniował do uszu.

Żaden z chorych według orzeczeń rodziców
i ich samych (o ile na nie można liczyć u dzieci)
nie doświadczał w większym stopniu uczucia

drapania i lechtania w gardle, co u dorosłych bywa tak przykre i powoduje często spazmatyczny kaszel.

Również nie spostrzegałem u dzieci objawów zachłystywania się pokarmami, co się nieraz zdarza u dorosłych wskutek niedomykalności nagłośni i otwartego wejścia do krtani. Zresztą, co się dotyczy zmian obiektywnych, to w tem osobliwej różnicy z dorosłymi nie widziałem. Gruźlica krtani u dzieci występuje, podobnie jak u dorosłych, w postaci nacieczeń, powierzchownych i głębokich owrzodzeń.

Przebieg gruźlicy krtani u dzieci jest o wiele szybszy, niż u dorosłych; tylko w jednym przypadku choroba ciągnęła się około roku, w pozostałych nie więcej, niż pół roku.

Z powyższego wynika, że i rokowanie w gruźlicy krtani u dzieci jest o wiele gorsze, niż u dorosłych, u których niejednokrotnie notowano w literaturze wyzdrowienie (HERYNG).

Co się dotyczy leczenia dzieci suchotników gardlanych, to nie wiele różni się ono od takiego leczenia u dorosłych. Miejscowe leczenie krtani bywa zwykle bardzo utrudnione przez trwożliwość pacyetów.

Stosowałem pendzlowania 5% — 15% wodnym roztworem kokainy, którą dzieci znoszą bardzo dobrze, kwasem mlecznym 5% — 30% w wodzie, karbolem (1%) — mentolem (2 — 5%) w oleju migdałowym, oliwie lub glicerynie, w tej ostatniej mentol źle się rozpuszcza, należy przeto brać roztwór nie mocniejszy nad 1% i taki jeszcze przed użyciem ogrzewać, zasypywanie owrzodzeń czystym ortoformem i. t. p.

Tu muszę dodać, że w każdym przypadku, gdzie chcemy dokładnie zbadać krtani dziecka, jest konieczne zapendzlowanie gardzieli i jej zyczka kokainą w celu zmniejszenia wrażliwości na dotykanie lusterkiem krtaniowym. Spostrzegałem kilku takich chorych, gdzie przed użyciem kokainy nie było najmniejszej możliwości ujrzeć krtani, zaś po wypendzlowaniu gardzieli można było zbadać całą krtani dokładnie.

Przy rozpoznaniu różniczkowym może być mowa tylko o drugo i trzeciorzędnym przymiocie, krupie lub katarze krtani.

Co się dotyczy przymiotu, to przy odróżnieniu od gruźlicy zwykle wchodzą w grę przypadki dziedzicznego lub wrodzonego, późno ujawnionego przymiotu (*syphilis hereditaria tarda*). Drugorzędny syfilis gardzieli i krtani zdarza się tylko u małych dzieci, obarczonych dziedzicznie, najpóźniej do 3-go roku życia.

Przy nim naloty są nie wysepkowate, jak w gruźlicy, lecz jednolite.

W trzeciorzędnym przymiocie, prócz nacieczeń, podobnych zresztą do tych, jakie widzimy w gruźlicy krtani, znajdujemy jeszcze w okolicy nacieczeń blizny, które ściągają sąsiednie tkanki, powodując asymetryę rozmaitych odcinków krtani, najczęściej nagłośni.

W gruźlicy przeważają owrzodzenia, blizny zaś, jeżeli się zdarzają, to są cienkie i słabe i nie powodują przeciągania części krtani.

Brak objawów gruźlicy płuc przemawia za przymiotem, tak samo za przymiotem krtani przemawiają objawy tego cierpienia, znajduwane w innych narządach, szczególnie w oczach, nosie i gardzieli.

U przeważnej części dzieci z przymiotem krtani spostrzegałem zmiany przymiotowe w oczach (*keratitis*, *iritis* lub *irido-cyclitis*), próchnicę lemiesza lub blizny po gumatach w gardzieli.

Wywiady mogą wykazać przymiot u którego z rodziców lub rodzeństwa chorego.

Podniesiona ciepłota ciała przemawia za gruźlicą.

W każdym z wyżej opisanych przypadków gruźlicy krtani mieliśmy podniesioną ciepłotę, wprawdzie w 1-ym przypadku były dość długie przerwy bezgorączkowe. Należy sądzić, że dokładne mierzenie gorączki przez czas dłuższy może być pewną wskazówką.

Najważniejszym środkiem rozstrzygnięcia, czy mamy gruźlicę, czy też przymiot krtani, jest badanie drobnowidzowe płwociny lub nalo

tów, zdjętych z tkanek owrzodzonych lub nacieczonych.

Widzieliśmy, że w każdym z wymienionych przypadków badanie drobnowidzowe ustaliło rozpoznanie, bez tego badania w 2-im i 3-im przypadku nie można było napewno zrobić rozpoznania,

W 1-ym przypadku wygląd krtani był tak charakterystyczny dla gruźlicy, że nawet bez badania płwociny można było ją rozpoznać. Bóle w gardle przy polykaniu pokarmów przemawiają za gruźlicą, w przymiocie krtani bólów takich nie spostrzegałem.

Wreszcie w ostateczności, gdybyśmy wyczerpali wymienione sposoby i rozpoznania nie mogli zrobić, wtedy należy zwrócić się do metody *ex juvantibus et nocentibus*, to jest do kuracyi przeciwprymiotowej jodem i rtęcią.

Muszę dodać, że metoda ta daje nawet w zaniedbanym wrodzonym przymiocie dzieci dość szybko niezłe rezultaty, nacieczenia wysysają się, a stan ogólny i wybitna bezkrwistość, jaką zwykle widzimy w tych przypadkach, stopniowo poprawia się.

Najlepiej przytem działają wcierania szaruchy — dla dzieci do lat 5 po 0,3–1,0 i jodek potasu po 0,1–0,3 dziennie, jeżeli z jakichbądź powodów nie można zalecić wcierań szaruchy, wtedy zalecamy wanny sublimatowe. Przy odróżnieniu gruźlicy krtani od krupu najważniejszy jest wygląd krtani — w krupie znajdujemy jednolite białe lub białoszare naloty na strunach prawdziwych, fałszywych oraz na tylnej ścianie i nagłośni, w gruźlicy naloty na owrzodzeniach nie są jednolite, lecz wysepkowate, szare lub żółto-szare.

Nagłośnia w krupie bywa bardzo często obrzękła i utrudnia obejrzenie wnętrza krtani; w gardzieli, a czasem w nosie znajdujemy naloty dyfterytyczne, wywiady wykazują nagłość powstania choroby.

Chorzy na krup przedstawiają zwykle objawy ostrego zwężenia krtani, w gruźlicy krtani

chorzy stopniowo przyzwyczajają się do zwężenia i przy dość zwężonej szparze głosowej nieźle oddychają.

Ostatnie okresy gruźlicy krtani u dzieci, gdzie występuje duszność i chrypka, bywają zwykle uważane przez rodziców i lekarzy za krup i jako takie leczone surowicą przeciwbłoniczą.

Dwaj z wyżej opisanych chorych udawali się do lekarzy, którzy zastosowali surowicę.

Surowica przeciwbłonicza zwykle bywa środkiem niewinnym, i dlatego zastosowanie jej nawet w myśl metody *ex juvantibus et nocentibus* nie zasługuje na żadną naganę.

Gdzie więc nie mamy rezultatu z zastrzyknięcia surowicy, należy podejrzewać u dziecka pomiędzy innemi gruźlicę krtani.

Wreszcie badanie nalotów na laseczniki LÖFFLER'a może pomódz w rozstrzygnięciu sprawy.

Przy odróżnieniu gruźlicy krtani od ostrego lub przewlekłego jej zapalenia powodujemy się zmianami obiektywnymi w płucach i badaniem płwociny.

Początkowe okresy gruźlicy krtani, gdzie mamy powierzchowne owrzodzenia, są bardzo trudne w różniczkowym rozpoznaniu od kataru i dają się rozstrzygnąć tylko przy dłuższej obserwacyi chorego.

W literaturze znajdujemy bardzo nieliczne i niezupełne wzmianki o gruźlicy krtani u dzieci, przytoczę ważniejsze z nich.

Paweł HEYMANN w swej laryngologii (T. II, str. 1125) mówi, że gruźlica krtani przed rokiem 15-ym życia występuje bardzo rzadko, najczęściej zjawia się ona w wieku 20–40 lat. Częstość gruźlicy krtani przy suchotach płuc u dorosłych wynosi według rozmaitych autorów 14%–97%, ogólnie jednak można przyjąć, że suchoty gardlane występują u trzeciej części dorosłych suchotników płucnych, to jest w 30%.

REINDORF spostrzegał gruźlicę krtani z równoczesnym przymiotem u 13 miesięcznego

dziecka, twierdzi on, że gruźlica krtani u dzieci może występować częściej, niż sądzą, lecz badanie krtani dzieci lusterkiem jest bardzo trudne, a odpowiedni materiał sekcyjny również niełatwy do zdobycia. Powód, dla którego gruźlica krtani u dzieci występuje rzadziej, niż u dorosłych, REINDORF widzi w tem, że krtan dziecięca bywa mniej narażana na szkodliwość.

Moryc SCHMIDT powiada, że w gabinecie anatomicznym we Frankfurcie n. Menem znajduje się krtan dziecka, liczącego niespełna rok, z owrzodzeniami gruźliczymi. Tenże autor mówi, że według autorów francuskich gruźlica krtani u dzieci we Francji występuje znacznie częściej, niż gdzieindziej, zachodzi jednak pytanie, czy rozpoznanie jest pewne, bo zwykle robią je bez badania krtani lusterkiem.

JOSEPHSON twierdzi, że gruźlica krtani u dzieci występuje najczęściej jako powierzchowne owrzodzenia strun prawdziwych i fałszywych.

RAUCHFUSS (w dziele GERHARDT'a) zaznacza, że RILLIET i BARTHEZ spostrzegali w 16-tu przypadkach gruźlicy krtani — 4 przypadki w wieku 3—4½ lat, 4 w wieku 7—8 lat i 8 po 8-ym roku życia.

RAUCHFUSS dalej przytacza, że REIMER na 151 sekcji dzieci, zmarłych na gruźlicę, spostrzegł 15 przypadków gruźlicy krtani, z tych 15 przypadków w 8-iu była tylko prosówkowa gruźlica krtani, zaś w pozostałych 7 prosówkowa z owrzodzeniami błony śluzowej.

Wszystkie te przypadki REIMER'a dotyczyły dzieci w wieku lat 3 do 14.

WYKŁADY KLINICZNE.

A. TENHOLT.

Tęgoryjec dwunastnicy u górników. (*Anchylostomiasis*)

Anchylostomiasis pochodzi prawdopodobnie z gorących krajów, gdzie choroba ta była znana już w zamierzchłej przeszłości. W początkach zeszłego wieku panowała endemicznie w Egipcie pod nazwą błednicy egipskiej, a ztamtąd rozprzestrzeniła się, widocznie drogą morską, na Włochy, Anglię, Austro-Węgry, dopiero potem spotykamy ją w kopalniach niemieckich. Kiedy choroba ta zjawiała się po raz pierwszy w Ameryce, określić trudno. Amerykańscy badacze (STILER) przypisują miejscowemu pasorzytowi pewną odrębność od europejskiego pod względem budowy anatomicznej i formy jajek. Jednakże chory, przybyły z Brazylii i obserwowany

przez autora, był gospodarzem pasorzyta typu bezwarunkowo europejskiego.

Anchylostomum duodenale zostało odkryte przez DUBINI'ego w przewodzie pokarmowym trupa w roku 1834, dopiero jednak GRIESINGER i BILHARZ dowiedli pasorzytnego charakteru tego robaka. Wyraz „*duodenale*” nie odpowiada rzeczywistości, gdyż siedliskiem pasorzyta jest dolny odcinek ślepej kiszki. Mylnie jest zdanie, właściwe starej szkole, jakoby *anchylostomum* był pasorzytem bardzo krwiożerczym. Przeciwnie, von SANGALI i LOOS dowiedli niezbicie na zjeździe 1904 r., że pasorzyt ten karmi się śluzówką kiszki, wżerając się w nią, krwotoki zaś u chorego pochodzą właśnie z podobnych ranek. Na zasadzie swoich 4000 przypadków autor twierdzi, że robaki mają na ogół wygląd biały, czerwone zaś centkowanie spotykamy tylko wyjątkowo. Trudno byłoby również pojąć, w jaki sposób tak drobny pasorzyt, mający

wzdłuż do 7 — 8 mm., grubości zaś 0,5 mm. (samica jest cokolwiek większa), mogłby przypisać chorego o śmiertelną blednicę, gdyby nawet znajdował się w organizmie w ogromnej liczbie, tembardziej, że nawet w bardzo ciężkich przypadkach na sekcji nie spotkaliśmy więcej nad 200 — 210 pasorzytów. To też sądzić należy, że *anchylostomum*, wżerając się w błonę śluzową, wszczepia materje trujące, które wywołują blednicę.

W roku 1896 ZINN i JACOBI opisali przypadki *anchylostomiasis* bez następnej blednicy. Zjawisko to szczególnie często widzimy u negrów; objaśniano je tem, że konstytucya rasowa tych plemion czyni je odpornymi na ptomainy pasorzyta. Wprawdzie objaśnienie to spotkało się z zarzutem, popartym przez Loos'a, że wrodzona odporność organizmu nie może grać roli, gdyż pasorzyt wywołuje nadżarcia, a wskutek tego krwawienia i następce owrzodzenia, autor jednak nie zgadza się z tym poglądem, ponieważ we wszystkich przypadkach, zakończonych śmiercią, zmiany anatomo-patologiczne kiszek były nader nieznaczne, gdy przeciwnie zmiany we krwi spotykano prawie zawsze; materiał sekcyjny był spory, to też trudno objaśnić to li tylko przypadkiem.

Krwawienia zdarzały się wprawdzie, lecz były wywołane zwykle owrzodzeniami żołądka lub żylakami odbytnicy. W strefach gorących, gdzie tyfus i dyzenterya panują endemicznie, tembardziej można przypisać krwotoki chorobom postronnym. Nakoniec mała śmiertelność w niepowikłanych przypadkach choroby, nie przenosząca 0, 5%, popiera pośrednio pogląd autora.

Zmiany we krwi polegają na zjawieniu się poikilo, makro i mikrocytów i zmniejszeniu się ilości barwnika krwi; wśród białych ciałek spotykamy sporo eozynofilowych. Te ostatnie nie dają nam jednak danych rozpoznawczych, gdyż są właściwe i innym chorobom, przedewszystkiem dychawicy, zimnicy i białaczce; co najwyżej, na zasadzie obecności tych form moglibyśmy sądzić o przewlekłym zatruciu organizmu. W każdym razie choroba omawiana nie może być zaliczona do rzędu zakaźnych w rodzaju cholery, tyfusu i t. p., gdyż brakuje tutaj najważniejszego czynnika, mianowicie: rozmnażania się pasorzytów w organizmie gospodarza.

Wrotami zakażenia również jest przeważnie skóra, jak dowiódł Loos, nie zaś usta.

Rozpoznanie choroby nie jest tak łatwe, jak to się na pierwszy rzut oka wydaje. Obecność jajek *anchylostomum* w wypróżnieniu nie zawsze dowodzi, że pacjent nosi w sobie pasorzyta, gdyż częstokroć robak zostaje wydalonym, a jajka jego długo jeszcze trzymają się w fałdach błony śluzowej cienkich kiszek. Wydalenie pasorzyta samoistne zwykle bywa powodowane jego uwiązaniem starczym lub chorobą gospodarza. To też obecność jajek w kale dowodzi tylko prawdopodobieństwa istnienia pasorzyta, liczba zaś jajeczek może dać pewne wskazówki co do natężenia choroby. Ponieważ więc nie każdy chory, u którego w wypróżnieniu znajdujemy jajeczka, nosi w sobie pasorzyta, nigdy nie należy rozpoznawać choroby i stosować wyciągu paproci alpejskiej (*Extr. Filicis maris*) li tylko na zasadzie analizy kału. Ostrożność jest tutaj tembardziej na miejscu, że mało wprawny lekarz łatwo może nie odróżnić jajek *anchylostomum* od *ascaryd*. Pierwsze mają skorupę w postaci otoczki z hitynu, drugie zaś kontur podwójny.

Zaproponowany przez autora podział pacjentów, opianowanych przez pasorzyta, na chorych i zdrowych, ustala się coraz bardziej, gdyż ma za sobą dane nie tylko teoretyczne, lecz i praktyczne. Za chorych więc będziemy uważali tych, co cierpią na wtórną blednicę, tembardziej, że w ostatnich latach liczba ich nie przenosi 10%. Nawet przy średnim natężeniu choroby cierpienia chorego są nader nieznaczne, i izolacya ma na celu przedewszystkiem nie leczenie, lecz usunięcie niebezpieczeństwa zarażenia towarzyszących.

Rokowanie jest dobre zarówno *quoad vitam*, jak i *quoad valetudinem*. Powikłania w postaci chorób, towarzyszących zwykle silnej anemii, spotykamy względnie rzadko.

Zwykle wraz z chorobą gospodarza pasorzyt ginie, to też łatwo pomylić się, przypuszczając, że powikłanie stanowi samoistną chorobę, tembardziej, że w tym okresie zwykle w wypróżnieniu spotykamy tylko pojedyncze jajeczka.

Ze środków lekarskich stosowano dawniej kamalę, kusso, santoninę, *cort. granati* i terpen-

tynę; dziś jednak prawie wyłącznie tymoli *Extr. Filicis maris*. Ten ostatni preparat najlepiej podawać w postaci:

Extr. Filicis maris 8,0 — 10,0

Chloroformii gt. X.

Syr. Sennae 16,0

Stosowane dawniej w przeddzień przyjęcia wyciągu paproci alpejskiej środki przeczyszczaające wprowadzają tylko w błąd lekarza, gdyż jajka czasowo giną, choć pasorzyt częstokroć nie zostaje usuniętym. Zjawisko to objaśniano pierwiastkowo osłabieniem funkcji rozrodczych pasorzyta, dziś jednak trzymamy się zdania, że pod wpływem wydzieliny kataralnej błony śluzowej jajeczka giną lub zmieniają się nie do poznania.

Jeżeli często wkrótce po kuracji następuje nawrót, przypisać to należy temu, że *Extr. Filicis* zawodzi w 30 — 40% przypadków. Dodać musimy, że używać należy tylko trawy ostatniego zbioru. W przypadkach osłabionej działalności serca, zbroczeń wzrokowych paproć alpejska bezwarunkowo jest przeciwwskazana, i zamiast niej stosować należy tymol.

Probowano również filmaronu, otrzymanego z wyciągu paproci. Trudno jednak orzec, czy preparat ten jest lepszy od swego protoplasty. Wprawdzie nie widziano przy użyciu go utraty wzroku, lecz wogóle przypadki podobne stanowią nieznaczny ułamek, nie więcej nad 5‰. Zpśród podobnych nieszczęśliwych powikłań, obserwowanych przez autora, widział tenże 4 przypadki zupełnej ślepoty, reszta zaś były przejściowe ambliopie pochodzenia toksycznego. Musimy rozstrzygnąć jeszcze pytanie, czy paproć alpejska działa bezpośrednio przy zetknięciu z pasorzytem w przewodzie pokarmowym, czy też zostaje wessaną, drugimi słowy, czy pasorzyt odżywia się całym ciałem drogą osmozy, czy też przez usta, zaopatrzone wieńczykiem ssawek, które ni ssie pożywienie z błony śluzowej kiszek. Probowano więc podawać paproć w kapsułkach, rozpuszczających się dopiero w cienkich kischkach, i przekonano się, że działanie ich jest poniekąd nawet słabsze. Dodajmy jeszcze, że *Extr. Filicis* jest środkiem swoistym tylko przeciwko *anchylostomum* i soliterom. Nakoniec tymol, wsysający się w organizmie nader skąpo, oddziaływa też na pasorzyta słabiej od paproci. Wszystkie powyżej wy-

łuszczone względy każą przypuszczać, że wyciąg paproci ulega wessaniu i działa na pasorzyta jako jad swoisty.

Jak objaśnić fakt, że łatwiej spędzić robaki u prawdziwie chorego, t. j. z wtórną blednicą? Odpowiedź gotową dać może następujące przypuszczenie. Ponieważ wiemy z jednej strony, że czynnik działający paproci jest substancją, swoiście trującą dla pasorzyta, z drugiej zaś, że we krwi blednicowych chorych zachodzą znaczne zmiany, musimy przypuścić, że krew normalnego człowieka zawiera pewne składniki, neutralizujące po części wpływ paproci, we krwi zaś skażonej wyciąg paproci w całości przedostaje się do naczyń krwionośnych i chłonnych.

Paproć alpejska oddziałuje wyjątkowo silnie na nerw oczny. Specjalista, który badał z autorem przypadek zupełnej obuustronnej ślepoty po 12.0 *Extr. Filicis maris* w ciągu dwóch dni *in refractadosi*, doszedł do wniosku, że toksyny paproci, wessane do krwi, przechodzą przez *art. centralis retinae*, działają na muskulaturę ścian naczyń i wywołują zakrzep, a jednocześnie obumarcie komórek siatkówki i nagłą ślepotę. Według STRAUB'a, BOEHM'a i POULSON'a paproć alpejska jest wogóle jadem swoistym dla substancji komórkowej. Niemniej od nerwu ocznego cierpi również tkanka wątroby. Tak często występująca po wyciągu paproci żółtaczka nie jest pochodzenia zapalnego, lecz bezwarunkowo toksycznego, gdyż w przeciwnym razie trudnoby było pojąć tak częste jej powstawanie. Niekiedy, jak to stwierdził GRAWITZ, cierpienia wątroby potęgują się do tego stopnia, że mamy do czynienia z prawdziwą marskością.

Przyjrzyjmy się teraz metamorfozom, jakie przechodzi jajko, zanim się stanie formą dojrzałą.

Rozwój jajka zaczyna się dopiero wtedy, gdy opuści organizm ludzki, lecz do rozwoju potrzebne są warunki sprzyjające, mianowicie ciepłota nie niższa od 22° C., wilgoć i brak dostępu promieni słonecznych. Po 1 — 3 dniach rozwija się zarodek (*embryo*), a po 3 — 4 widzimy już larwę, pokrytą powłoką bitynową. Młoda larwa czeka tylko sposobności dostania się do organizmu ludzkiego. Zmiana pokoleń, przemiana organów wewnętrznych, powstanie 6 ssawek następuje poczęści już teraz, kończy się jednak dopiero w organizmie gospodarza. Larwa taka

w warunkach przyjaznych może wyżyć po za organizmem ludzkim przynajmniej 3 miesiące, prawdopodobnie zaś i więcej; czy larwa ostatecznie wapnieje, pozostaje pytaniem, dotąd nierozstrzygniętem.

Dawniej sądzono, że jedyną drogą zakażenia są usta. Doświadczenia, wykonane w tym kierunku przez LEICHTENSTERN'a, wykazały, że połknięte larwy rozwijają się w organizmie, i po 5 tygodniach w wypróżnieniu pokazują się jajka. Przy zakażeniu przez usta otoczka pasorzyta nie poddaje się działaniu kwasów żołądkowych i rozpuszcza dopiero w zawartości kiszek. Od czasu jednak jak Loos udowodnił, że najczęstszą drogą zakażenia są pory skóry, do dziś dnia toczy się spór o to, jaki sposób zakażenia jest regułą, jaki zaś wyjątkiem. Podług Loos'a embrio, odrzuciwszy otoczkę, przenika przez pory skóry, dostaje się do żył i naczyń chłonnych, biernie wędruje dalej do serca, płuc, oskrzeli, krtani i przełyku, ztamtąd zaś kieruje się po części czynnie do cienkiej kiszek. Preparaty, jakie pokazywał Loos na kongresie w 1904 r., wykazują naocznie wszystkie etapy drogi, jaką przechodził pasorzyt. Doświadczenia te zostały sprawdzone przez HERMAN'a, LAMBINET'a i autora; przykładano szczelnie larwy pasorzyto do skóry i po 6 — 7 tygodniach otrzymywano jajka w kale. HAJO BRUNS, który na zasadzie doświadczeń LEICHTENSTERN'a i wyników ujemnych zakażenia przez skórę był wrogiem hipotezy Loos'a, w końcu zgodził się z nią. Gdy zwrócimy uwagę na historię rozwoju nematod, szczególnie zaś grupy *strongilidae*, do których należy wszak *anchylostomum duodenale*, pojmiemy, że takie zakażenie przez skórę jest rzeczą zupełnie normalną. Co się zaś dotyczy *anchylostomum caninum*, to i tutaj musimy przyjąć obie drogi przenikania zarazka: przez usta i przez skórę.

O leczeniu omawianej choroby nie ma nic więcej do dodania. Co się zaś dotyczy jej szerzenia się, to dawniej starano się zapobiedz rozpanoszeniu się choroby, obchodząc kopalnie i cegielnie i izolując ludzi, u których można było podejrzewać obecność pasorzyta, rozumie się, na zasadzie wtórnej blednicy. Rezultaty były bardzo zadawalające, gdyż leczenie u tych prawdziwie chorych prowadziło zawsze prawie do

spędzenia jajek, a nawet samego pasorzyta; łatwo to pojąć, gdyż do czynienia miano z chorymi na wtórną blednicę. W roku 1899 jednak zostało wydane prawo o zwilżaniu kopalni w celu zapobiegania wybuchom gazów, a jednocześnie przypadki choroby stały się odrazu częstszymi. Objasnienie tego faktu jest bardzo łatwe. Wszak wiemy, że pasorzyt prócz ciepłoty niższej od 22° wymaga wilgoci, że ciągnie do niej, to też pierwsze wybuchy epidemii widziano właśnie w najbardziej wilgotnych i najniżej położonych kopalniach. Prócz tego, woda ze ścieków kopalnianych używana była do polewania ulic, co bezwarunkowo przyczyniało się tylko do przenoszenia zarazka.

W porozumieniu z gminą lekarze zaproponowali ścisłą dezynfekcję kopalni i zaczęli po gadanki o zaraźliwości choroby. Prócz tego wybudowano specjalne baraki, w których leczono chorych, wydzielonych podczas bardzo częstych i regularnych inspekcji. Takie leczenie en masse miało i swą odwrotną stronę: przy ogromnym napływie chorych trudno było robić zawsze dokładne badania, przyjmowano czasami przez omyłkę chorych z innymi pasorzytami, z wyleczonych nie odpowiadał rzeczywistej liczbie, gdyż wypuszczano chorych, jak tylko znikają jajka w kale, a wszak wiemy, że jajka po kuracji znikają czasowo, i że fakt ten bynajmniej nie dowodzi spędzenia pasorzyta. Tak np. w pewnej grupie chorych, gdzie niby 85% było radykalnie uleczonych, w 87% znaleziono w kilka dni potem znowu jajka. Jak należało się spodziewać, daleko większy stosunkowo%, prawdziwie uleczonych stanowili chorzy z wtórną blednicą.

W ostatnich czasach liczba cierpiących na *anchylostomum* zmalała o 50%; przypisać to należy nie troskliwemu leczeniu, lecz zabiegom sanitarnym. Gdybyśmy mogli osuszyć kopalnie lub ochłodzić powietrze w nich do ciepłoty niższej 22° C., pasorzyty prędkoby wiginęły. Oddzielne przypadki hodowania larw w laboratorium przy ciepłocie 20° — 22° niczego nie dowodzą; opisy zaś autorów, którzy niby to znajdowali larwy w kopalniach przy podobnie niskiej temperaturze, nie są przekonujące, gdyż, po pierwsze, mierzyć należy t° szlamu i wody w kopalni, a nie powietrza, powtóre zaś, niema chy-

ba wilgotnej kopalni, gdzieby t^0 była tak niska. I rzeczywiście w jednym podobnym przypadku ani jeden górnik nie cierpiał na tę chorobę.

Trudno propagować ideę wysuszania zupełnego kopalni ze względu na niebezpieczeństwo wybuchu gazów. Możemy jednak usilnie starać się o prawidłową wentylację. Prócz tego posiadamy swoisty środek dyzjenfekcyjny, jakim jest mleko wapienne. Doświadczenia DIEMINGER'a pokazały naocznie, jak wielką wartość posiada ta metoda.

A zatem posiadamy trzy środki walki przeciw chorobie. Po pierwsze, wentylacja, która nie tylko odświeża powietrze w kopalni, lecz i zniża t^0 ; powtórę, możliwe usunięcie szlamu i osuszenie kopalni; po trzecie dezynfekcja mlekiem wapiennym ustępów, kublów, ścian nawet. Szablonowe inspekcje chorych i poszukiwania

jajek w kale odejść muszą na plan dalszy, gdyż nieraz w parę godzin po napisaniu przez lekarza świadectwa o wyzdrowieniu zupełnem w kale chorego znaleźć możemy jajka, tak iż mimo woli zjawia się pytanie, kiedy właściwie zaczęła się choroba i kiedy się kończy.

Nakoniec zwrócić należy uwagę jeszcze na jeden szczegół. W większości kopalni górniczy pracują czy to zupełnie boso, czy też w łatwo przemakalnym obuwiu, gdyż czyste i ciepłe pończochy i buty pozostawiają u wejścia do kopalni. Łatwo pojąć, że przy zakażeniu przez skórę podobne warunki mogą tylko sprzyjać szerzeniu się choroby, czego po części dowodzi fakt, że negrzy, pracujący w Egipcie w szlamie Nilu prawie wszyscy cierpią na *anchoylostomiasis*.

(Berliner klinik. Hett. 2 13. 1906).

spolszczył i streścił D-r Henryk Goldberg.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

73. J. R. CHARLES. Znaczenie strachu w medycynie.

W rzędzie wzruszeń, tak znamienny wpływ wywierających na przebieg i powstawanie niektórych spraw chorobowych, wybitne miejsce zajmuje uczucie strachu. Określa się ono jako reakcja wzruszeniowa, powstająca pod wpływem żywo zarysowującego się w umyśle przedstawienia zagrażającego bólu, zła, nieszczęścia... Przejawy strachu notowane były już w bardzo wczesnym okresie życia (u dziecka 21-dniowego), — nadto u osobników młodzieńczych strach, pomijając już powstawanie go na zasadzie przebytego doświadczenia, ujawniać się też może drogą, że tak rzec, odczuwania dziedzicznego, jak świadczy o tem np. obawa młodych zwierząt na widok drapieżnego ptaka. Strach właściwie jest wyższym stopniem obawy. Stopniowanie jest tu takie: obawa, potęgując się, przechodzi w strach, ten zaś ostatni przy jeszcze

większem spotęgowaniu się wzruszeniowem — w przerażenie. Uczucie strachu „fizyologicznie” uzmysławia się znamiennie: układ ciała bywa tu różny — wyprostny (stojący), leżący czy też inny, zależnie po części od układu jego w chwili przestachu — ujawnia się skłonność do ucieczki, oczy i usta zazwyczaj są szeroko rozwarte, brwi uniesione ku górze. Oddziaływanie układu naczyńioruchowego w zakresie naczyń skórnych zaznacza się skurczem tych ostatnich, *resp.* uczuciem zimna, dreszczu i pojawieniem się gęsiej skóry. Jednocześnie prawdopodobnie ma miejsce odpowiednie rozszerzenie się naczyń wewnętrznych, za czem przemawia obfite wydzielanie się moczu, — tak zwany „mocz nerwowy” — w którym niepomrotnie zwiększa się stosunek wody do części składowych stałych — nadto pojawia się niekiedy rozwolnienie. Serce zazwyczaj bije przytem szybko i gwałtownie — przy zbyt silnem jednak wzruszeniu lękowem

czynność jego może zupełnie być zahamowana. Często ujawnia się skurecz mięśni, nie podlegających woli, — który wyraz swój znajduje w mimowolnem oddawaniu moczu, rzadziej kału oraz w uczuciu ciśnienia (*oppressio*) w piersi, prawdopodobnie zależnem od skureczu mięśni oskrzelowych. Powieki są szeroko rozwarłe, gałki oczne się wypuklają, i źrenice się rozszerzają, oddech się przyspiesza. Niektóre sekrecje, jak wydzielanie się mleka, sliny (uczucie suchości w ustach), ulegają zmniejszeniu, inne znów, jak mocz, potu oraz transsudacja kiszkowa, się wzmagają. Pot jednak *ex re* jednoczesnego skureczu naczyniowego jest tu zimny i lepki. Niekiedy spostrzegano stawanie (jeżenie się) włosów na głowie. Miesiączka może uleść nagłemu zatrzymaniu (przerwaniu). Przestrach może spowodować stan niby zupełnego porażenia mięśni zależnych od woli — ztąd osobnik, który uległ nagłemu przestraczowi, bywa niekiedy niby przygwożdżony do miejsca; przy mniejszym stopniu przestraczu stan taki jakoby porażenny bywa słabiej wyrażony, i towarzyszy mu drżenie (*tremor*); przy jeszcze słabszym stopniu bywa jeszcze słabszy lub ogranicza się jedynie tylko do drżenia (ztąd — „drżeć ze strachu“). Rzadziej w chwili niepomierne strachu mięśnie sztywnieją albo też podrzucane są ruchami drgawkowymi (konwulsyjnymi). Drżenie ujawnia się nie tylko w mięśniach tułowia i członków, lecz także i krtani — co zaznacza się drżącym głosem, a w silniejszym stopniu nawet wprost niemożnością dobytcia głosu („oniemienie ze strachu“).

Autor dopatruje się pewnej analogii między fizykiem oddziaływaniem strachu i zimna. I tu i tam spostrzegać się daje oziębienie powierzchni skóry, spowodowane skurczem naczyniowym (naczynioruchowym), — gęsia skóra, jeżenie się włosów, zwiększanie się ilości oddawanego moczu (*polyuria*), skłonność do rozwolnienia, drżenie — aczkolwiek to ostatnie, jeśli zależne od zimna, ma raczej znaczenie odczynu, mającego na celu drogą skurczów mięśniowych zwiększyć wytwarzanie się ciepła, podczas gdy w strachu jest ono prawdopodobnie zależne od nieprawidłowego oddziaływania na produkcję energii nerwowej wyższych ośrodków ruchowych. Strach równorzędnie z wpływem depresyjnym na umysł oddziałuje porażająco na

wiele mięśni zależnych od woli i przeciwnie — pobudzająco na wiele mięśni gładkich (nieprążkowanych), zaopatrywanych przez nerw współczulny. Zdaniem autora, strach jako czynnik przyczynowy pewnych chorób lub jako czynnik, potęgujący przejawy i przypadłości chorobowe — zdaje się odgrywać takąż rolę, co i zimno. Główna różnica między nimi polega na tem, że strach (oddziałuje za pośrednictwem umysłu, podczas gdy zimno oddziałuje wprost od zewnątrz t. j. bez pośrednictwa tego się obchodzi.

Równie jak bywają ludzie szczególnie wrażliwi na zimno, bywają też i ludzie z natury już lękliwi *resp.* łatwo ulegający przestraczowi. Tacy zazwyczaj dziedzicznie bywają nerwowo obciążeni i najczęściej pochodzą od dotkniętych padaczką, płasawicą, macinnictwem. Inni znów — dotąd zupełnie zdrowi — z chwilą kiedy pod wpływem tych lub owych przyczyn stają się neurastenikami — poczynają jednocześnie łatwo ulegać wpływowi strachu.

Co się tyczy oddziaływania przestraczu, jako czynnika, powodującego rozmaite stany chorobowe, to, zaznaczwszy tu pobieżnie o błąd, jako jeden z nieulegających wątpliwości jego skutków — autor notuje przedewszystkiem wyniki obserwacji nad dziećmi. Otóż przestracz w rzędzie innych przyczyn może też niepoślednią odgrywać rolę w powstawaniu nocnego mimowolnego oddawania moczu (*enuresis nocturna*) — świadczy o tem przypadek, w którym dziecko, dotąd nigdy nie oddające moczu pod siebie, — po doznany przestraczu poczęło tak czynić i czyniło tak nadal przez długi szereg nocy. Autor sądzi, że wymieniona przyczyna nawyku takiego jest może częstsza, aniżeli się przypuszcza, zwłaszcza, że może on źródło swoje mieć w przestraczu nie koniecznie nocnym, lecz dziennym, który, przypominając się w marzeniu sennem dziecka, i tak już zazwyczaj obdarzonego żywszą i wrażliwszą wyobraźnią, łatwo staje się powodem mimowolnego oddawania. Uczucie przestraczu takiego, wypływającego z marzenia sennego przybiera nawet u niektórych dzieci niejako odrębną postać — *terror nocturn*. Wogóle objawy te najczęściej obserwować się dają u dzieci, pochodzących z rodzi-ców nerwowych; dzieci takie łatwo ulegają drgawkom, a w późniejszym życiu nieraz pomnażają szeregi epileptyków, histeryków, neura-

steników, a nawet dotkniętych obłędem. Niezmiernie tedy ważną rzeczą jest chronić dziecko od przestachu.

Ciągła czy też często powracająca obawa — strach — oddziałując przygnębiająco na umysł i na ustrój wogóle, osłabia odporność tegoż względem inwazyi bakteryjnej. Tem to właśnie daje się objaśnić w przebiegu chorób niejeden przypadek śmierci, której stopień jedynie zmian chorobowych spostrzeganych nie zdaje się należycie usprawiedliwiać. Takież zgubny wpływ wywiera strach w czasie rozmaitych epidemii — to też nie bez racji twierdzi się (OSLER), że strach w czasie panowania cholery znakomicie zachorowaniu sprzyja.

Z istoty rzeczy już wypada, że strach, jako oddziałujący za pośrednictwem układu nerwowego, znamioną też rolę musi odgrywać w historii chorób nerwowych

Pominąwszy już niektóre postacie chorobowe, zawierające w sobie pojęcie strachu objawowego, jak *agoraphobia*, *claustrophobia* i rozmaite inne *phobiae...*, autor przeważnie zwraca tu uwagę na strach — jako czynnik przyczynowy. Otóż, jeśli przypomnieć sobie wymienione wyżej przejawy strachu u człowieka zdrowego, to może nie będzie się wydawać dziwnem, że odnajdujemy je z łatwością w niektórych sprawach chorobowych, w których podobne przejawy się notują. W płasawicy (*chorea*) strach powszechnie jest notowany, jako czynnik, sprawę tą wywołujący. GOWERS w każdym niemal jej przypadku wzruszenie — zazwyczaj przestach — za czynnik taki podaje. Stwierdzić to się daje faktem, że, aczkolwiek pierwsze objawy płasawicy następują niekiedy w ciągu tygodnia, tem nie mniej jednak często powstawanie ich notuje się niezwłocznie po przestachu — jak to np. autor zaznacza w przypadku, w którym tuż po nieumyślnym wystrale pistoletowym koło ucha dziecka u tegoż prawie że jednocześnie ujawniły się pierwsze ruchy płasawicze. Zdaniem R. RUSSELL'a, ujawnienie się płasawicy bezpośrednio po przestachu w wielokrotnie obserwowanych przypadkach powinno usunąć wszelką wątpliwość w uważaniu tegoż za czynnik etiologiczny tej sprawy chorobowej. Nadto, zaznaczając tu bliski związek między płasawicą i reumatyzmem i wspólność bakteryjnego tu momentu patogenetycznego, twierdzi autor, że rozwój jednej lub

drugiej sprawy zależy od sposobu, w jaki bodziec wpływ w danej chwili wywiera, że — o ile w sprawie reumatycznej toksyna pod wpływem zimna i wilgoci wpływ swój skierowywa na stawy, o tyle w innych przypadkach za oddziaływaniem strachu właśnie *ex re* tego, że tenże już sam przez się silnie oddziałuje na elementy ruchowe układu nerwowego, może ona, że tak rzec, zmienić swoją drogę i, wpływ swój skierowując właśnie na mało odporną teraz wogóle tkankę układu nerwowego, stać się powodem płasawicy.

Osobniki przeto skłonne do reumatyzmu zarówno powinny wystrzegać się zimna i wilgoci — by uniknąć reumatyzmu — jak i przestachu, by uniknąć płasawicy.

Inną sprawą chorobową, którą autor tu przytacza, jest drżączka porażenna (*Paralysis agitans*). I tutaj porażenie oraz ruchy bezładne przypominają dwa główne objawy, zaznaczające się w obrazie strachu; to też i rzeczywiście w etiologii sprawy tej często bardzo wpływu jego doszukać się można. Świadczy o tem np. przypadek GOWERS'a, w którym drżenie, raz spowodowane przestachem *ex re* nagłego zbudzenia w nocy dźwiękiem dzwonu alarmowego (pożar), powtarzało się następnie przez 1½ roku przy każdorazowym dzwonieniu, aż wreszcie, coraz bardziej się wzmagając, przeszło w typowy stan drżączki porażennej. Wpływ przestachu bywa tak widoczny, że niekiedy wyraźnie się zaznacza nawet w kierunku, z jakiego cierpienie się poczyną, — tak np. w innym przypadku (również GOWERS'a) kobieta 37-letnia, na której lewą rękę (kiść) niespodzianie prysnął strumień wody z kranu, pod wpływem przestachu poczęła niezwłocznie w tejże kiści doznawać silnego drżenia, — drżenie to następnie rozprzestrzeniło się na całą kończynę górną, następnie i dolną tejże strony, wreszcie — stopniowo — przeszło i na kończynę drugiej strony ciała. W przypadku tym, widzianym w rok później po owym przestachu, stwierdzić się dał typowy obraz drżączki porażennej.

Przestach staje się niejednokrotnie powodem powstawania przejawów maciennictwa. Świadczy o tem przypadek, spostrzegany przez CH. Młody człowiek, przeląskłszy się uderzenia piorunu, opadł na krzesło i począł drzeć całem ciałem; wkrótce jednak ogólne to drżenie usta-

pilo, natomiast pojawiły się w prawej kисти, przedramieniu, a po części i w ramieniu tejże kończyny — ruchy spazmatyczne, względnie rozmaszyste — nadto osobnik ten począł się uskarżać na pewne osłabienie w prawem ramieniu oraz uczucie niby zakłuwania szpilkami na tylnej powierzchni ręki. Siłą woli zaledwie zdolny on był nieco hamować ruchy kurczowe kończyny, których liczba dochodziła do 160-n na minutę. Ruchy te jednak przy odwróceniu uwagi chorego chwilowo ustawały. Uderzenie (klepanie) prawej kисти zdawało niemal szybkość drgań — nadto stwierdzić się dawało wyraźnie osłabienie czuciowe i bólowe (*anaesthesia i analgesia*) lewej ręki i przedramienia. Innych objawów nerwowych nie spostrzegano. Szczególnym zbiegiem okoliczności tegoż dnia autor widział analogiczny przypadek, spowodowany również przestraciem przy uderzeniu piorunu.

Cierpieniem, w którym takż odnajdujemy jakoby przejawy przestraciu, jest choroba GRAVES'a. Otóż, jeśli wziąć pod uwagę, że przejawy przestraciu (szybkość i gwałtowne bicie serca, oczy szeroko rozwarę, niby wypierające się z oczodołów, drżenie mięśni, bledłość lub zaczerwienienie twarzy, objawy kiskowe i t. d.) odnajdujemy w przypadkach nagłe pod wpływem gwałtownego wzruszenia (wstrząsu nerwowego) powstającej choroby GRAVES'a, wskazuje to, że i tu moment etiologiczny może być równoznaczny. Zdaje się, że przestracie oddziaływa tu albo jako bodziec względem pewnych części układu współczulnego, albo też jako hamulec względem czynności jakiegoś ośrodka, w stanie prawidłowym regulującego impulsy, biegnące drogą tegoż nerwu (współczulnego).

Niemaloważny jest wpływ przestraciu na powstawanie nerwic napadowych. Tutaj pierwsze miejsce należy się padaczce samoistnej (idiopatycznej). Zazwyczaj upływa pewien okres czasu między chwilą doznanego przestraciu a pierwszym napadem, niekiedy jednak napad powstaje tuż jednocześnie z przestraciem, jak to właśnie autor notuje w przypadku, w którym kobieta, przeląklszy się kogoś nocą nagłe wyskakującego z za krzaka, dostała jednocześnie napadu padaczki. W przypadkach, w których przestracie był przyczyną pierwszego napadu, zazwyczaj i podmuch zapowiedni (aura) wyraża się też uczuciem trwogi.

Przestracie w ścisłym pozostaje stosunku do dychawicy (*asthma bronchiale*), bądź to jako czynnik wywołujący, bądź to — odwrotnie, jako czynnik leczniczy. Że przestracie może się stać powodem dychawicy, zdaniem autora — nie będzie się wydawać dziwnem, jeśli sobie przypomnieć owo uczucie ciśnienia (*opressio*) w piersiach — przypisywane zazwyczaj skurczowi mięśni oskrzelowych — jakiego się doznaje pod wpływem strachu. SALTON opisuje przypadek, w którym człowiek zupełnie zdrowy pod wpływem częzej obawy, że choremu w miejsce leku podał truciznę — dostał nagłe silnego ataku istotnej dychawicy. Z drugiej strony przeciwnie znane są przypadki astmy nerwowej, w których cierpienie to bezpowrotnie ustępowało pod wpływem przestraciu (pożar)

Tak samo i ból głowy migrenowy może być spowodowany przestraciem, lecz za to i usunięty pod wpływem tegoż. LIVING np. opisuje przypadek, w którym dama, przez długi czas już cierpiąca na bóle migrenowe, pod wpływem przestraciu, spowodowanego zapaleniem się czepka na jej głowie, nie tylko nie uległa zapowiadającemu się już napadowi, lecz nawet na długie lata od migreny się uwolniła.

Przestracie poważną rolę odgrywa i w innych jeszcze cierpieniach: LUCAS wspomina o przypadku gruźlicy płuc z wyraźnym już zwrotem ku poprawie, a w którym pod wpływem nagłego przestraciu nastąpił krwotok a wraz z nim znaczne pogorszenie — stan groźny. CLIFFORD notuje przypadek blednicy, powstały po nagłym przestraciu.

MÜRCHISON podaje przypadek w którym duchowny, wystraszony napadem psa, padł zemdlony; po podniesieniu go z ziemi stwierdzono u niego silną żółtaczkę. Tutaj prawdopodobnie ta ostatnia spowodowana była skurczem przewodu żółciowego.

Autor wypowiada wreszcie mniemanie, że i wiele innych chorób, na pozór nie z przestraciem wspólnego nie mających — jak dusznica bolesna, choroba RAYNAUD'a, dna, koklusz, choroby serca, tężec, wodowstręt, rozpatrywane z powyższego punktu widzenia, mogłyby też budzić pewne refleksye.

(The Bristol med. chirurg. Journal N; 91. 1906).

F. Gr.

74. THIENGER. Nowsze badania nad teofiliną (theophyllum s. theocinum).

Pozostawiając na stronie potężny wpływ diuretyczny teocyny, autor zajmuje się głównie działaniem ubocznym tego środka. Objawy uboczne podzielić można na 2 grupy: 1) zaburzenia ze strony układu nerwowego, bóle głowy, nudności, wymioty i kurcze; 2) objawy patologicznego podrażnienia nerek. O podrażnieniu nerek przy stosowaniu teocyny mówią tylko 2 autorowie ALKAN i ARNHEIM, ale przypadki, przez nich przytoczone, bynajmniej nie są przekonujące. Przeciwnie takiemu działaniu teofiliny przemawiają również przypadki autora w liczbie 50, między którymi było dużo przypadków przewlekłego śródmiąższowego i miąższowego zapalenia nerek. W żadnym z nich autor nie spostrzegł zjawienia się lub powiększenia ilości białka, albo też występowania krwi i innych mikroskopowych pierwiastków upostaciowanych, jako oznak świeżego podrażnienia nerek tam, gdzie tych pierwiastków poprzednio nie było.

O podrażnieniu miąższu nerek przy stosowaniu teocyny w ostrych przypadkach choroby BRIGHT'a autor na mocy własnego doświadczenia (2 przyp.) nie stanowczo nie może powiedzieć. Z rozważania jednak 11 przypadków innych autorów wynika, że uszkodzenia miąższu nerek od stosowania teocyny nie należy obawiać się w takich przypadkach.

O wiele ważniejsza jest 2-ga grupa objawów ubocznych, dotyczących układu nerwowego. Objawy te, mające za punkt wyjścia ośrodkowe narządy nerwowe, odznaczają się wielką różnorodnością. Dotyczą one po części obwodowych okolic czuciowych i ruchowych (wzmoczone wydzielanie śliny, dolegliwości żołądkowe, niepokój mięśniowy, wymioty), po części samych narządów centralnych, wyrażając się ogólnym niedomaganiem, niepokojem psychicznym, zamęceniem świadomości i wreszcie ogólnymi kurczami mięśniowymi. Zauważyć należy, że nie mało autorów nie spostrzegало żadnych zaburzeń nerwowych (STREIT, HOMBURGER, MEINERTZ, CRAMER). Autor również nie spostrzegал żadnych cięższych zakłóceń nerwowych. Objawy nerwowe lżejsze stały się o wiele rzadsze od czasu, jak zaczęto stosować nowy preparat,

theocinum natrium aceticum, i to, podług rady SCHMIEDEBERG'a i SCHLESINGER'a, w roztworze.

Na bliższe rozpatrzenie zasługują ciężkie objawy uboczne, jak występowanie ogólnych kurczów podobnych do padaczki, utrata przytomności i t. d. Przypadków z podobnymi zaburzeniami spostrzegano 11 (SCHLESINGER, STROSS, ALLARD, HUNDT, JAKOBAEUS). Po większej części drgawki bywały ogólne, rzadziej częściowe. Możliwe jest, że w niektórych przypadkach drgawki spowodowane zostały przez zastosowanie zbyt dużych dawek teocyny, jakkolwiek nie można zaprzeczyć, że zdarzają się osobniki zbyt wrażliwe na pobudzający wpływ tego środka. Dla zmniejszenia szkodliwego działania należy zamiast *theocinum purum* i *theocin-natrium* stosować podwójną sól — *theocinum natrium aceticum*. Stosujemy ten środek albo w zwykłym wodnym roztworze, albo podług SCHLESINGER'a, w nastoju *Adonis* (*Infus. Adonidis* 8,0 : 150,0 z 1,0—1,5 *theocini natrii aceticici*). Rozpoczynamy od 3 — 4 łyżek dziennie, a gdy środek jest dobrze znoszony, dyureza zaś jeszcze niedostateczna, podajemy co 2 godziny łyżkę, tak że maksymalna dawka dzienna wynosi 0,6 — 0,9 *theocini natrii aceticici*. Nie należy dążyć do osiągnięcia maksymalnej diurezy, gdyż i bez niej polepszenie niedługo na siebie czekać daje. Najlepsze skutki od teocyny otrzymujemy przy obrzękach pochodzenia sercowego; drugie miejsce zajmują pod tym względem obrzęki pochodzenia nerkowego. Na uwagę zasługuje fakt, po raz pierwszy przez MEINERTZ'a wskazany, a mający znaczenie doniosłe. Polega on na tem, że teocyna posiada prawie elektrywny wpływ na wydzielanie chloru, *resp. natrii chlorati* z ustroju. Ponieważ wydzielanie kwasu fosforowego, siarkowego i azotu pozostaje bez zmiany, podczas gdy nie tylko bezwzględna ilość chlorku sodu, lecz także, pomimo znacznego dowozu wody, zawartość procentowa NaCl w moczu wzrasta, nie ulega więc żadnej wątpliwości, że mamy tu do czynienia ze swoistym działaniem teocyny na wydzielanie chlorku sodu z ustroju. Ponieważ zaś, według powszechnie obecnie przyjętego poglądu, zatrzymanie soli kuchennej w ustroju w następstwie obniżonej zdolności eliminacyjnej nerek stanowi właśnie przyczynę obrzęków, prze-

to owo swoiste działanie teocyny zyskuje po prostu znaczenie przyczynowe również w leczeniu obrzęków pochodzenia nerkowego.

(Münch med. Wochenschr. N. 12 1906).

S. P.

75. A. KROKIEWICZ. Bardzo czuły odczyn na barwniki żółciowe.

Autor ogłosił swój odczyn na barwniki żółciowe w moczu już w r. 1898. W następnych latach przekonał się, że odczyn ten występuje nie tylko w moczu, lecz także w innych cieczech, np. w zawartości żołądka. Do wykonania próby potrzebne są 3 odczynniki: a) 1 procentowy roztwór kwasu sulfanilowego (*Ac. sulphanilici* 1 ccm., *aq. destillat.* 100 ccm.); b) 1 procentowy roztwór *natrii nitrosi*; c) stężony czysty kwas solny (*acid. hydrochloricum concentratum purum*). Pierwsze 2 odczynniki winny być przechowywane w ciemnych naczyniach. Do próbówki wlewa się po 1 ccm. każdego z pierwszych 2 odczynników i kłóci się przez krótki czas, następnie wylewa się z próbówki tyle płynu, ażeby jeszcze pozostało w niej kilka kropeł (najwyżej $\frac{1}{2}$ ccm.). Do tego dolewamy około $\frac{1}{2}$ ccm. moczu albo innego płynu, zawierającego barwniki żółciowe, i przez kilkanaście sekund mocno kłócimy. Wówczas płyn w próbówce przybiera zabarwienie rubinowo-czerwone, które po dodaniu

1—2 kropeł kwasu solnego i następnym wielokrotnym rozcieńczeniu wodą przekroploną przechodzi w barwę ametystowo fioletową. W razie znacznej zawartości barwników żółciowych w badanym płynie należy ten ostatni uprzednio znacznie (do 10 razy) rozcieńczyć. Barwa ametystowa występuje bardzo wyraźnie i utrzymuje się bez zmiany przez dłuższy czas. Odczyn pozwala sądzić tylko o obecności bilirubiny albo mało utlenionych barwników żółciowych. Nie występuje on nigdy w moczu po stosowaniu wewnętrznem kwasu chryzofanowego (*senna, rheum*), santoniny, balsamu kopajskiego, taniny, antypiryny, fenacetyny, naftolu, salicylanu sodu, salolu, jodu, bromu, chininy. Nie pozostaje on w żadnym związku z indykanem w moczu i nie ma również nic wspólnego z odczynem diazowym. Odczyn jest bardzo czuły w porównaniu z próbami GMELIN'a, BRÜCKE'go, FLEISCHL'a, ROSENBACH'a, SMITH - MARECHAL'a, ROSIN'a. W bardzo małej ilości moczu albo innej cieczy (2—10 kropeł) odczyn ten zdolny jest wykryć ślady barwników żółciowych, podczas gdy dla wykonania jednej z najpewniejszych prób, np. HUPPERT'a, musimy mieć około 100 ctm. sz. moczu.

(München. med. Wochenschr. N. 11. 1906 r.).

S. P.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= PICKARDT opisuje 3 przypadki sokotoku żołądkowego (RAJCHMANA) u matki i dwóch synów. Takiego „rodzinnego” występowania dotychczas nie opisywano. Choroba zaczęła się u nich prawie jednocześnie. Naczezo wydobywano zawsze przeszło 40 cm. sz. soku. Usposobienia nerwowego chorzy ci nie okazywali. (Berl. kl. Woch. 44a — 05)

= LÉPINE i FROMENT opisują przypadek czterokrotnego zapalenia płuc u tegoż

chorego w ciągu jednego roku: 15 kwietnia 1904 w dolnym zrazie prawym; 30 grudnia 1904 w prawym szczycie; 1 lutego 1905 w lewym szczycie; 8 marca 1905 w prawym szczycie. (Rev. de med. 1 — 06).

= Przypadek nadmiernie wysokiej ciepłoty podaje „Aerztl. Praxis 1 — 06: poprzedniego wieczora było 42,5°, następnego dnia 42,9°. Była to róża.

P.

HEMATOGEN D-ra HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2%).

Właścicielami swemi krwiotwórczymi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecięcej.

Hematogen **Hommela** zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterii, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (t. j. — nieprzetworzone!) Sztuczne trawienie bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach znacząco się różni od naturalnego trawienia. Peptony albumozy i peptonizowane preparaty — jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu — wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznym trawieniu bezspornie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, żółtów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen **Hommela** może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie nie są to poprostu najwzyczajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu — prawdziwego Hematogenu **Hommela**.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przesyłać do naszego składu ekspedycji: **Apteka na Bolszaj Ochtie w S.-Petersburgu**. Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców — 2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju) Dla dzieci — 1—2 łyżek deserowych (bez dodatków) Dla dorosłych — 1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedżać we wszystkich aptekach. Cena butelki (8 1/2 uncji) rb. 1. k. 60.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).

Glycosal

Tropaeocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antidyftery-
tyczna — Merck'a
Surowica streptokoko-
wa — Meuzer'a
Surowica pneumokoko-
wa — Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol - Jequiritolse-
rum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy. Służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmiażdżowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H₂O₂. Zaleca się jako środek przeciwniebezpieczny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentystrycznej. Niezbędu przy leczeniu ran.

Paranephryn

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatylna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwniebezpiecznymi ostrożnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurcerasi 15 grm. 10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. ubocz. morfiny i innych pochodn. tejże.

Bromipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 1 łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (1 łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr). Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladezka, okres zdrowienia po chorobach. Działła w małych dawkach, dobrze się ژیosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (1 łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: żoły, kaszel oskrzelowy, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub mięższowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI). Wskazania: trzecieorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedowa, wywołuje zmniejszenie wola, częstości pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwdawkowy, pozbawiony wszelkich właściwości ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwniebezpieczny, specyfik przeciw nocnym potem suchotników. Działa również skutecznie przeciw obitym potem turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisuje się chętnie oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesięczk., krwot. przy zatrzymanej mies., obite miesięczkowe krwotoki.

Literatura i próby dla pp. lekarzy bezpłatnie.

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA**

Własność państwowa francuska

*Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisywającego wody.***VICHY CELESTINS**Staboci żółdka,
pęcherza,

delagliwości wkrzyśach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Staboci wątroby i organów tóit wydzielających.

VICHY HOPITALStaboci żółdka i
kiszekWytwarzany ze soli naturalnej okrzynanej
z wód.**PASTILLES VICHY-ETAT**

Mozolac trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ETATWydaję jedną chwilę wody
alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.**Schlesischer Obersalzbrunnen**

Marka-ochronna

OBERBRUNNEN

Marka-ochronna

Pierwszorzędne Alkaliczne

Źródło

SKUTECZNIE STOSOWANE OD 1601 r.Analizy i szczegóły o źródle wysyła **BEZPŁATNIE**,
kantor ekspedycji Książęcych Wód Mineralnych w Obersalzbrun.**FURBACH i STRIBOL, SALZBRUNNEN § SKŁAD** we wszystkich aptekach i składach
(Szląsk) materiałów aptecznych.**Apteka i Fabryka Pastylek
Modliński i Lilpop**

WARSZAWA Czerniakowska 83.

Środki lekarskie dozowane w tabletkach**Tabletki Sublimatowe.****Alfons Mann**

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

Tłomackie 3—Telefon 1025.

Egzystuje od 1819 r.

Poleca: Apparaty ssące d-rów Bier'a i Klapp'a
z Bonn, do leczenia chorób zapalnych.
Jedwab', Catgut.Igły chirurgiczne (Patent) w największym wy-
borze. Cennik ilustrowany franco.

UZNANY ZA NAJLEPSZY

HAEMATOGEN

Towarzystwa Akcyjnego Fabr. Chemicznej

Trampedach i Sp. w Rydze,

do nabycia w większych składach aptecznych i aptekach.

D-r Franciszek Wobrczłonek Tow. balneologicznego polsk. w Krako-
wie ordynuje jak lat ubiegłych jako lekarz za-
kładowy w **CIEPLICACH TRENCZYNSKICH**.
(Podręcznik informacyjny na żądanie bezpłatnie).**D-r Weissenberg** (Nervi)ordynuje jak corocznie (w języku polskim)
w Kołobrzegu (Gartenstrasse 5).