

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. M. JAKOWSKI. Grzybki chorobotwórcze. — L. PRZEDBORSKI. Bezgłos histeryczny, skurecz wdechowy, wywołane cierpieniem jam nosowych. — *Korespondencyja.* Z Lachowicz. Wł. SĘKOWSKI. — *Dział sprawozdawczy.* 28. L. WILLE. O kaszlu odruchowym nerwu trójdzielnego. — SCHADEWALDT. Nerwica nerwu trójdzielnego. — 29. P. ERLICH i B. LAQUER. O stałym podawaniu taliny i jej działaniu przy tyfusie brzusznym. — Wiadomości bieżące. — Zawiadomienie. — Sprawozdanie z posiedzenia komitetu kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych z dnia 19 Czerwca 1885 roku. — Ogłoszenia.

I. GRZYBKIE CHOROBOTWÓRCZE.

Napisał

M. J a k o w s k i

b. ordynator kliniki dyjagnostycznej.

X. Laseczniki tyfusu brzuszego (*Bacilli typhi abdominalis*). Eberth-Koch.

Do liczby chorób zakaźnych, o których napewno zdecydowano, że powstają za sprawą grzybków chorobotwórczych, zaliczyć możemy i tyfus brzuszny, lecz niedawiej jak od końca ubiegłego roku. Jeszcze w roku 1875 pierwszy Browicz widział w śledzionie pasorzyty laseczkowatej postaci, dopiero jednak w roku 1880 EBERTH i równocześnie z nim KOCH odkryli istotny grzybek chorobotwórczy tyfusu brzuszego. Lecz pomimo znakomitych prac obu tych badaczy i mimo gruntownych poszukiwań MEYER'a, a zwłaszcza GAFEKY'ego [1884], brakło niezmiernie ważnego dowodu do stanowczego rozstrzygnięcia tej kwestyi t. j. wywołania, za pomocą czystych hodowli swoistych pasorzytów, tyfusu u zwierząt. Dopiero w końcu ubiegłego roku E. FRAENKEL i SIMMONDS dokonali tego zadania i wyniki swych doświadczeń świeżo ogłosili w oddzielnej pracy p. t. „*Die aetiologische Bedeutung des Typhus-Bacillus* [1886].

Pasorzyty tyfusu brzuszego mają postać prostych, krótkich, ruchomych laseczek, z zaokrąglonemi końcami [Tab. VI. fig. 4]. Długość ich według BABES'a wynosi średnio 2 a szerokość 0.8 mikrm., przeciętnie są one trzy razy dłuższe niż szerokie, jednakże według FRAENKEL'a wielkość ich jest bardzo zmienną. Posiadają one swój własny ruch postępowy i boczny, łatwo dostrzegalny w preparatach z czystych hodowli. W ciepłocie hodowlanej [37°—38° C.] wytwarzają zarodniki owalne, silnie błyszczące, z wyraźnym zarysem; zarodniki te zawsze znajdują się na końcach laseczników, po jednym na każdym końcu. Przeważnie znajdujemy w każdej laseczce po jednym zarodniku, bardzo rzadko po dwa, a w razie gdy dwa laseczniki łączą się ze sobą po dwa w kierunku wymiaru podłużnego

go, to zarodniki leżą na dwóch przeciwległych, nie stykających się ze sobą końcach. Najszybciej zarodniki powstają w ciepłocie od 30—42° C., rozwijają się jednak, chociaż bardzo powoli, i w niższej np. przy 25° C.. Wyższa ciepłota, wpływająca na rozwój zarodników, zmniejsza ruchomość samych laseczników. Wypada mi tu dodać, że laseczniki tyfusowe barwią się barwnikami anilinowymi nie w jednakowej mierze; barwnik zbiera się przeważnie bliżej końców laseczek, w środku zaś pozostają miejsca słabo lub wcale prawie niezabarwione, nie wypełniające jednak całej szerokości lasecznika, tak, iż po brzegach pasorzyta zabarwienie dostrzedz można [Tab. VI. fig. 4]; niezabarwione te miejsca nie mogą jednak być uważane za zarodniki, gdyż dostrzedz je można zarówno w lasecznikach wyhodowanych w ciepłocie pokojowej jak i w ciepłocie hodowlanej i nie mają owalnego kształtu, silnego połysku i widocznych konturów, zawsze istniejących w zarodnikach laseczników tyfusowych.

Do ustroju laseczniki tyfusu brzuszego dostają się wraz z wodą i pokarmami, przechodzą przez żołądek i w alkalicznej zawartości kiszek mnożą się i przenikają przez błonę śluzową do gruczołów chłonnych odosobnionych [solitarnych] i do blaszek PEYER'a, a potem drogą naczyń krwionośnych rozszerzają się po całym ustroju, wywołując powszechnie znaną chorobę zakaźną. EBERTH zaznacza, że w pierwszym tygodniu tyfusu laseczników swoistych jest najmniej i znajdują się głównie w gruczołach odosobnionych i w blaszkach PEYER'a, w drugim są już w pośród błony mięsnej kiszek i w naczyniach krwionośnych podsurowicznych, w trzecim jest ich najwięcej, zwłaszcza około 18 dnia choroby i wykazać je można bardzo licznie w gruczołach chłonnych krózkowych; ilość pasorzytów w śledzionie ma ulegać tym samym wahaniom, i w niej również około 18 dnia ma ich być najwięcej. Za życia można je wykazać we krwi wyciągniętej ze śledziony [HEINZ] i w wypróżnieniach [FRAENKEL], jakkolwiek nieliczne i dlatego do odnalezienia dość trudne. Że jednak znajdują się na pewno w krwi i wypróżnieniach, dowodzą robione z tych płynów hodowle na płytkach, w których bardzo dobrze rozwijają się kolonije swoistych pasorzytów tyfusu [FRAENKEL].

U trupów wykazano je w gruczołach odosobnionych i blaszkach PEYER'a, w tkance kiszek, w gruczołach krózkowych, śledzionie, wątrobie i nerkach, a prawdopodobnie i w płucach. Pod o w r z o d z e n i a m i k i s z k o w e m i w tkance, która nie uległa jeszcze zgorzeli koagulacyjnej, pasorzyty tyfusu brzuszego znajdują się dość obficie, zebrane zawsze w większe lub mniejsze kolonije, tworząc tak zbite masy, że trudno w nich nawet rozpoznać oddzielne laseczniki, dopiero po brzegach takich kolonij można dostrzedz wyraźne pojedyncze lub po dwa ułożone osobniki. Kolonije te znajdują się zarówno w błonie śluzowej i podśluzowej jak i w warstwie mięsnej kiszek. W g r u c z o ł a c h o d o s o b n i o n y c h i b l a s z k a c h PEYER'a, a także w gruczołach krózkowych, znajdują się one również w tylko co opisanych zbitych kolonijach [Tab. VI. fig. 5]; w świeżych przypadkach, gdy śmierć nastąpiła jeszcze przed powstaniem owrzodzeń, widzieć można jak laseczniki tyfusowe skupiają się masami nad powierzchnią gruczołów odosobnionych lub blaszek PEYER'a i ztąd smugami, sięgającymi od powierzchni w głąb gruczołów, przenikają do tych ostatnich. W ś l e d z i o n i e p o s i a d a j ą tenże charakterystyczny układ co i w poprzednio wymienio-

nych gruczolach; ogniska grupują się zarówno w podścielisku jak i w ciałkach MALPIGHIEGO i wśród miąższu. Laseczników tyfusowych w tym narzędzie zwykle bywa najwięcej. Zachodzi przy tem pewna różnica w śledzionach, wyjętych z trupa wkrótce po śmierci i zaraz stwardnionych w wysokoku, i w śledzionach, które dopiero w czas jakiś [około 24 godzin] po śmierci zostały stwardnione; w tych ostatnich mianowicie zazwyczaj charakterystycznych ognisk [kolonij] bywa znacznie więcej niż w pierwszych. REHER a za nim FRAENKEL objaśniając ten fakt twierdzą, że pasorzyty tyfusu, mnożąc się bardzo szybko, zarówno szybko giną w żyjącym ustroju, po śmierci zaś czas jakiś jeszcze się mnożą i już wówczas nie giną. Obaj autorowie przekonali się o tem za pomocą odpowiednich doświadczeń. FRAENKEL np. pozostawiał na powietrzu śledziony, wyjęte z trupów zmarłych na tyfus i na inne choroby [np. gruźlicę] przez 24 godzin, obwijając je w płótno zmaczane w roztworze sublimatu, aby zapobiedz przenikaniu z powietrza pasorzytów gnilnych; po upływie tego czasu w pierwszej rozwijało się mnóstwo charakterystycznych ognisk, w drugiej zaś nie. Z drugiej znów strony REHER jedną połowę śledziony, z jednego trupa, od razu stwardniał, drugą zaś pozostawiał w opisany sposób na powietrzu, a potem dopiero poddawał stwardnieniu; badanie drobnowidzowe wykazało daleko więcej ognisk w drugiej niżli pierwszej. W śledzienie trupa zmarłego na raka, do której FRAENKEL wstrzyknął czystą hodowlę laseczników tyfusu brzuszego, rozwinęło się bardzo dużo ognisk swoistych pasorzytów tyfusowych. W wątrobie, która według GAFFKY'ego zajmuje drugie, i w nerkach, zajmujących trzecie z kolei miejsce co do ilości znajdujących się w nich zazwyczaj pasorzytów tyfusowych, laseczniki siedzą głównie w naczyniach krwionośnych i tworzą w nich także charakterystyczne zbite kolonije [Tab. VI, fig. 7]. W płucach, jakkolwiek czasem udaje się dostrzegać oddzielne laseczniki tyfusu brzuszego, to jednak nie mają one tam swego charakterystycznego układu w zbitych masach, lecz leżą przeważnie porozrzucane pojedynczo. W narządach dotkniętych jakimkolwiek powikłaniem sprawy tyfusowej, np. przy zapaleniu płuc, opłucnej, opon mózgowych, gruczolu przyusznego i wszelkich ropnych zapaleniach nigdy nie znajdowano swoistych laseczników tyfusu brzuszego, lecz mikrokoki, będące przyczyną wtórnego jakiegoś zakażenia; o sprawie tej wspomnę obszerniej przy końcu niniejszego rozdziału.

Laseczniki tyfusowe wyhodowali po za ustrojem GAFFKY i FRAENKEL z SIMMONDS'em, pierwszy tylko ze śledziony, ostatni autorowie ze śledziony i z wypróżnień. Hodowle na płytkach z żelatyną rozwijają się w ciepłocie pokojowej po 48 godzinach, pod postacią małych białawych punkcików w głębi i na powierzchni gruntu odżywczego; ogniska te oglądane pod drobnowidzem nie posiadają wyraźnych ostrych zarysów, a leżące na powierzchni żelatyny składają się jakby z kłębków, poplątanych ze sobą jasnoszklistych smug, przebiegających w najrozmaitszych kierunkach; w starszych ogniskach dostrzedz je można tylko po brzegach, gdyż pośrodku stanowią tak zbitą masę, że pojedynczych smug rozróżnić niepodobna. Oddzielne ogniska rosną dość szybko i łączą się w większe białawe plamy, nie rozpuszczając przytem żelatyny. W próbkach czyste hodowle na żelatynie mają zawsze postać z początku szarawych, potem białawych

punkcików, które występują na drugi lub trzeci dzień wzdłuż linii nakłócia, zlewają się w jedną bladobiaławą smugę, a następnie rosną na powierzchni żelatyny aż do brzegów szkiełka, tworząc cienką białawą błonkę; niekiedy żelatyna, zwłaszcza w starszych nieco hodowlach, mętnieje u góry, co jednak nie jest cechą właściwą li tylko hodowlom laseczników tyfusu brzuszno; nigdy się przytem, nawet w najstarszych hodowlach, żelatyna nie rozplywa. Na surowicy baraniej według GAFFKY'ego hodowle pasorzytów tyfusowych tworzą szarawy pokład sięgający aż do płynu, zbierającego się zazwyczaj w dole próbówki z wyjąłowaną surowicą i mącą takowy. Charakterystyczny wygląd mają czyste hodowle laseczników tyfusu na k a r t o f l a c h. Po 24 godzinach nie więcej zauważyć nie można oprócz błyszczącej, wilgotnej powierzchni kartofla; ta to właśnie wilgotna powierzchnia jest czystą hodowlą laseczników tyfusu brzuszno, które w ciepłocie pokojowej mnożą się na tym gruncie nadzwyczaj szybko. Po 48 godzinach według GAFFKY'ego można się przekonać za pomocą dotykania igłą platynową do wilgotnej powierzchni kartofla, że takowy pokryty jest jakby dość mocną i grubą skorupą, złożoną z samych laseczników.

Dopiero w końcu roku zeszłego, jak to wyżej nadmienilem, udało się przenieść z powodzeniem czyste hodowle laseczników tyfusu brzuszno na zwierzęta; dokonali tego FRAENKEL i SIMMONDS; GAFFKY'emu poprzednio mimo licznych prób przeszczepienie się nie udało. FRAENKEL i SIMMONDS szczepili czyste hodowle 3-em świnkom morskim, 31 myszom szarym i 79 królikom, z tych rezultat dodatni otrzymali u 1 świnki morskiej, 26 myszy i 22 królików. Pierwszym dwóm gatunkom zwierząt wstrzykiwali czyste hodowle do jamy brzusznej; w doświadczeniach z wynikami dodatnimi zwierzęta żyły od 12—24 godzin, a oględziny pośmiertne wykazały zgrubienie blaszek PEYER'a powiększenie gruczołów kręzkowych, śledziony i małe powiększenie powierzchownych gruczołów chłonnych; śledziona zawsze zawierała typowe laseczniki tyfusu brzuszno, u świnki morskiej nieliczne, u myszy zaś w wielkiej ilości; krew tych ostatnich zawierała również swoiste laseczniki. Królikom autorowie próbowali szczepić pod skórę, do dwunastnicy i do kiszki czczej (*jejunum*), a także próbowali wprowadzenia do dróg oddechowych za pomocą wziewań i wstrzykiwań wprost do płuc; wszystkie jednak wyniki tych doświadczeń były ujemne. Dopiero wprowadzenie czystej hodowli do jamy brzusznej, a jeszcze lepiej do krwi obiegu [do żyły usznej], na ogólną liczbę szczepień 66, dały w 22 przypadkach, t. j. w $\frac{1}{3}$ części wyniki pożądane. Zwierzęta traciły łaknienie, stawały się apatyczne, trudno je było pobudzić do ruchu, niektóre nawet dostawały rozwolnienia, i zdechały w przeciągu czasu od 4 godzin 4 dni po wstrzyknięciu. Sekcja wykazywała stale powiększenie śledziony, gruczołów kręzkowych, zwłaszcza u podstawy kręzki, zgrubienie gruczołów odosobnionych [solitarnych] i blaszek PEYER'a, a czasem na tych ostatnich nawet owrzodzenia i strupy; niekiedy bywało powiększenie gruczołów chłonnych powierzchownych, wyboczyny w takowych, wyboczyny na opłucnej i osierdziu; na miejscu szczepienia zawsze brak było jakichkolwiek objawów zapalenia reakcyjnego. W śledzienie, gruczołach kręzkowych, wątrobie, nerkach i blaszkach PEYER'a, FRAENKEL i SIMMONDS znajdowali zawsze typowe laseczniki tyfusu brzuszno w układzie zupełnie odpowiadającym temu,

jaki podaliśmy przy opisie drobnowidzowego badania narządów ludzi zmarłych na tyfus brzuszny; w śledzionie i gruczołach kręzkowych pasorzyty układały się w charakterystyczne ogniska, w wątrobie zaś, nerkach, w naczyniach krwionośnych, w blaszkach PEYER'a znajdowali je autorowi tylko rozrzucone pojedynczo i nieliczne.

Różnica między zmianami anatomo-patologicznymi, znajdowanymi zwykle u ludzi zmarłych z tyfusu brzuszego i między takimiż zmianami u zwierząt w doświadczeniach FRAENKEL'a i SIMMONDS'a, a także między objawami choroby za życia, polega prawdopodobnie li tylko na różnicy między naturalnem i sztucznem zakażeniem. Przy doświadczeniach wprowadza się dowolną, zwykle znaczną ilość swoistych pasorzytów i przytem wprost do jamy brzusznej i krwioobiegu; przy zakażeniu naturalnem u ludzi, nawet przybliżonej ilości wnikających pasorzytów nigdy nie wiemy, wchodzą one przez jamę ustną i żołądek, gdzie część ich może być zniszczoną. Wszystko to może się przyczyniać, że choroba rozwija się powolniej, trwa dłużej i zmiany anatomo-patologiczne mogą być więcej rozmaite. FRAENKEL i SIMMONDS, u człowieka zmarłego na szósty dzień choroby, gdzie zakażenie musiało przypuszczalnie być bardzo silne, znaleźli te same zmiany anatomiczne co u zwierząt, t.j. powiększenie śledziony, gruczołów kręzkowych, zgrubienie blaszek PEYER'a i poczynające się ledwo wytwarzać owrzodzenie takowych. Zresztą różnica objawów w przebiegu choroby u zwierząt i u ludzi nie może być dla nas faktem stanowczo przeczącym temu, że FRAENKEL i SIMMONDS wywołali u zwierząt istotny tyfus brzuszny. Wszak wiemy, iż są choroby dobrze zbadane, zawdzięczające swe pochodzenie niewątpliwie jednemu pasorzytowi, np. gruźlica, która u ludzi i u zwierząt przebiegać może w tak krainowo różny sposób i dawać ostatecznie tak rozmaite zmiany pośmiertne, jak w serowatych zapaleniach płuc u ludzi i w perlicy u krów. Bardzo zresztą ważnym dowodem, mówiącym na korzyść doświadczeń FRAENKEL'a i SIMMONDS'a, potwierdzających swoistość laseczników, odkrytych przez EBERTH'a, jest to, że w narządach znaleziono te same i tak samo charakterystycznie układające się laseczniki tyfusu brzuszego, że wreszcie ze śledziony tychże zwierząt, równie jak ze śledziony ludzi zmarłych na tyfus, otrzymano na płytkach hodowle nie jakichbądź innych lecz właśnie tyfusowych laseczników.

Przenośnikami zarazy w tyfusie brzuszny są wypróżnienia chorych, a jednym z bardzo ważnych dowodów tego twierdzenia jest fakt otrzymania z takowych czystych hodowli lasecznika tyfusowego. W wypróżnieniach znajdują się zawsze swoiste laseczniki tyfusu brzuszego i to przeważnie w okresie wytwarzania zarodników; wyrzucone na grunt albo znajdując dogodne warunki do rozwoju i zaraz mnożą się, albo też czas jakiś pozostają pod postacią zarodników i dopiero po pewnym, nieraz dość długim czasie, przetwarzają się w laseczniki. Następnie wraz z wodą mogą dostać się albo w napojach albo w pokarmach wprost do żołądka i kiszek, albo też osiadają w jamie ustnej i potem są dopiero połykane i dochodzą do żołądka. Wpływ stanu wody zaskórnej, na który tak bardzo zwracano uwagę, według GAFFKY'ego polega na tem, że przy niskim stanie wody pasorzyty łatwiej dostają się do studzien, a z wodą z takowych do ustroju, niżli przy wysokim.

Powikłania, występujące w przebiegu lub po tyfusie brzuszny, o ile obecne spostrzeżenia naukowe podają, nie zależą od działania swoistych pasorzytów, odkrytych przez EBERTH'a, lecz powstają za sprawą innych drobnoustrojów, głównie mikrokoków, odnajdowanych już dość dawno w narządach niektórych chorych tyfusowych. EBERTH, KOCH, MEYER i inni zaznaczali już dawniej, że mikrokoki, znajdujące w kiszki i w innych narządach wewnętrznych, są dowodem jakiegoś wtórnego zakażenia, które łatwo może nastąpić w przypadkach tyfusu, jeśli tylko istnieją owrzodzenia na błonie śluzowej kiszki. Kolega DUNIN w roku ubiegłym dowiódł, że przyczyną ropnych zapaleń ucha średniego, jakoteż ropni podskórnych, rozwijających się w przebiegu tyfusu brzusznego, są stafilokoki (*staphylococcus albus et aureus*), a nadto przypuszcza, że i wahania gorączkowe o typie przepuszczającym, które nieraz zdarzają się po tyfusie, zależą od wpływu tychże stafilokoków, należących do kategorii drobnoustrojów, powodujących ropienie, że więc też wahania powinny być kładzione na karb pewnego rodzaju zakażenia ropnego, nie zaś tyfusowego lub malarycznego jak to się najczęściej dzieje. Co się tyczy zapalenia płuc, wikłającego tyfus brzuszny, to w rozdziale o pasorzytach zapalenia płuc, wspomnieliśmy już, że, na zasadzie badań SAENGER'a, takowe zależy zawsze od swoistych mikrokoków FRIEDLAENDER'a.

Równocześnie prawie z EBERTH'em ogłosił KLEBS, że przyczyną tyfusu brzusznego są pewnego rodzaju laseczniki, występujące przeważnie pod postacią dość długich nitek, mające jednak niekiedy i kształt właściwy lasecznikom EBERTH'a. Najprawdopodobniej KLEBS musiał widzieć i istotne laseczniki tyfusu brzusznego, odkryte przez EBERTH'a, lecz prócz tego widział inne, pod postacią długich nitek, które jednak, według zdania KOCH'a, trzeba przyjmować za jakieś zakażenie wtórne, tembardziej, że zwykle znajdują się one w powierzchownych warstwach owrzodzeń, nigdy zaś prawie w tkance nacieczonej i jeszcze nieowrzodzonej. Jako jeszcze jeden dowód na korzyść tego zapatrywania i zarazem świadczący o trudności badania laseczników tyfusu brzusznego podam fakt, który się zdarzył w pracowni profesora HOYERA. Przed laty dwoma prof. HOYER, badając gruczoły kręzkowe chorego zmarłego na tyfus, znalazł w nich nitki zupełnie odpowiadające opisowi pasorzytów KLEBS'a; przed paru zaś miesiącami, badanie tychże gruczołów, dokonane według niżej podanego sposobu, wykazało bardzo dużo istotnych pasorzytów tyfusowych. Dowodzi to, że obok zakażenia tyfusowego istniało jakieś zakażenie wtórne, istotne zaś laseczniki tyfusu dały się wykryć tylko przy odpowiednim sposobie badania.

Na zupełnie odrębnym gruncie, niż wszyscy wyżej przytoczeni badacze, stał w r. 1883 WERNICH. Odrzucał on istnienie swoistych pasorzytów tyfusu brzusznego, a przyjmuje natomiast, że *bacillus subtilis*, znajdujący się zawsze w kale i nie wytwarzający tamże zarodników, może w pewnych dogodnych dla siebie warunkach przenikać do tkanki kiszki i gruczołów, tam wytwarzać zarodniki i podlegać przemianom na lasecznik tyfusowy. Twierdzeń tych jednak autor nie popiera stosownymi doświadczeniami, trudno więc nadawać większą wagę jego przypuszczeniom; zresztą analogicznych faktów podobnego przejścia od pasorzytów niechorobotwórczych do chorobotwórczych dotąd napewno dowiedzionych w nauce nie posiadamy.

Badanie niezabarwionych pasorzytów tyfusu brzuszego w płynach [krwi, wypróżnieniach] nie daje żadnego pewnego wyniku; pasorzytów jest jak wiemy zwykle bardzo mało i trudno je wyszukać na preparacie. Dla tejże przyczyny i zabarwienie zasuszonych preparatów na szkiełkach przykrywkowych, dokonywane najlepiej za pomocą wodnego roztworu błękitu metylenowego [przez 5—10 minut], małą przynosi korzyść, jakkolwiek w zabarwionych preparatach znacznie łatwiej wyszukać oddzielne pasorzyty nawet pośród masy innych, jak np. w kale, niżli w preparatach badanych na świeżo bez barwienia.

EBERTH poszukiwał początkowo laseczników tyfusowych w tkankach, nie uciekając się wcale do barwienia; traktował on skrawki tylko mocnym kwasem octowym, w ten sposób rozjaśniając sobie pole widzenia. Wogóle jednak badanie zabarwionych laseczników tyfusu brzuszego w tkankach jest rzeczą dość kłopotliwą, naprzód dla tego, że pasorzyty same barwią się stosunkowo dość trudno, a powtóre, że można nicraz przejrzeć bardzo wiele skrawków z jakiegobądź narządu, zanim w jednym natrafi się na wspomniane wyżej charakterystyczne ogniska; zaznacza to i GAFFKY i uważa za jedną z przyczyn, dlaczego piszący przed nim autorowie znajdowali laseczniki tyfusowe w połowie zaledwie badanych przez się przypadków. Samo barwienie najlepiej jest dokonywać w płynie LOEFFLER'a przez 24 godzin; mocno zabarwione skrawki oplukuje się przez chwilę w 1% kwasie octowym, obezwadnia się preparat w absolutnym wysoku i przezroczyszcza w terpentynie. Badania trzeba robić naprzód przy mniejszem powiększeniu, np. 7 syst. III okularze HARTNACK'a i wówczas charakterystyczne ogniska laseczników tyfusowych zobaczymy pod postacią ciemno-niebieskich, nieprawidłowego kształtu plam, leżących pośród jasno-niebieskawego tła, na którym zarysowuje się mnóstwo nieco ciemniejszych jąder komórek stałych i wędrujących. Dopiero badanie przy wyższych systemach [Im. olejn. II HARTNACK'a lub imersyja olejna $\frac{1}{18}$, ZEISS'a] wykazuje, że ogniska składają się z niezliczonej ilości laseczników, tworzących pośrodku tak zbitą masę, iż oddzielnych laseczników rozróżnić pośród niej nie można i tylko po brzegach widać oddzielne laseczniki, z zarodnikami lub bez takowych i zawierające pośrodku miejsca niezabarwione.

Co się tyczy hodowli na płytkach, to po rozpuszczeniu żelatyny odżywczej w próbówce najlepiej jest według GAFFKY'go mocno rozdrobnić i rozmieszać w takowej, za pomocą silnego wstrząsania próbówką, cząstkę miększą śledziony, wyciętego wypalonym nożem ze środka narządu. Przenoszenie na czyste hodowle w próbowkach odbywa się w zwykły sposób, za pomocą nakłócia wypaloną igłą platynową, szczepienie na kartoflu najlepiej jest robić za pomocą wypalonego i ostudzonego noża, którym cząstkę hodowli, przeniesioną z próbówki, rozprawdza się po powierzchni kartofla.

Objaśnienie rysunków. [Tab. VI, dołączona do N-ru 27 Gaz. Lek.].

Tab. VI. fig. 4. Czysta hodowla laseczników tyfusu brzuszego. Barwiona wodnym roztworem błękitu metylenowego. ZEISS. II. Im. ol. $\frac{1}{18}$.

Tab. VI. fig. 5. Skrawek gruczołu chłonnego kręzkowego, chorego zmarłego na tyfus brzuszny. Barwienie płynem LOEFFLER'a. ZEISS. III. Im. olejna $\frac{1}{18}$.

GAZ. LEK. NR. 30.

Tab. VI. fig. 6. Ten sam skrawek przy mniejszem powiększeniu [ZEISS. II D]. Widać trzy charakterystyczne ogniska złożone z laseczników tyfusowych.

Tab. VI. fig. 7. Skrawek wątroby chorego zmarłego na tyfus brzuszny. Naczynia krwionośne przepełnione lasecznikami tyfusowemi. [Rysunek wzięty z pracy FRAENKEL'a i SIMMONDS'a. Tab. 3 fig. 8. ZEISS. II. Im. ol. $\frac{1}{13}$.

Literatura.

EBERTH. Die Organismen in den Organen bei Typhus abdominalis. Virch. Arch. T. LXXXI. r. 1880 i Tom LXXXIII r. 1881.

KOCH. Zur Untersuchung der pathogen. Organismen. Mitth. a. d. K. Gesundh. Tom. I. 1881.

MEYER. Untersuchungen über den Bacillus des Abdominaltyphus. Berlin. 1881.

EBERTH. Der Typhus-Bacillus und die intestinale Infection. Volkm. Sammlung klin. Vortrüg. Nr. 220. r. 1883.

GAFFKY. Zur Aetiologie des Abdominaltyphus. Mitth. a. d. K. Ges. Tom II. 1881.

KLEBS. Arch. für experiment. Pathol. und Pharmacol. Tom XII i XIII.

WERNICH. Studien über d. Thyphus abdominalis. Zeitschr. für klin. Med. Tom IV.

DUNIN. O przyczynie zapaleń ropnych i zakrzepów żył w przebiegu tyfusu brzuszego. Gazeta Lekarska. Nr. 13 i 14. r. 1883.

E. FRAENKEL i SIMMONDS. Die aetiologische Bedeutung des Typhus-Bacillus. Hamburg. 1886.

CORNIL i BABKS. Les bactéries etc. Paris. 1885.

ZE SZPITALA CZASOWEGO W ŁODZI.

II. BEZGŁOS HISTERYCZNY, SKURCZ WDECHOWY, WYWOŁANE CIERPIENIEM JAM NOSOWYCH.

Podał

L. Przedborski
ordynator tegoż szpitala.

Od czasu ogłoszenia przez HACK'a w r. 1882 i 1883 pracy o zależności nader licznych zabrnzeń nerwowych od cierpień jam nosowych, praktyka lekarska coraz częściej notuje fakty pomysłnego zejścia niektórych zastarzałych nerwic zwrotnych, za nieuleczalne prawie uważanych. HACK utrzymuje, że pod wpływem obrzmienia muszel, powstającego wskutek powiększenia ciał jamistych przedniego końca muszel dolnych, wyzwalają się nawet w odleglejszych narządach, na drodze zwrotnej, różne zaburzenia nerwowe, jako to: astma, migrena, nerwobóle nerwu trójdzielnego i nadoczodołowego, skurcz krtani i t. d. Niektóre nerwice naczynioruchowe, jak np. obrzmienie nosa, twarzy, powiek, zaburzenia wydzielnicze w postaci łzawień lub obfitych odpływów surowicznych z nosa, również gorączka sienna, epilepsja, powstanie swoje także zawdzięczają obrzmieniu ciał jamistych muszel dolnych. Zdaniem HACK'a, wszystkie te nerwice można na zawsze usunąć, jeśli za pomocą żegadła galwanicznego zupełnie zniszczymy narządy, wyzwalające odruchy, *resp.* ciała jamiste muszel. W roku 1885 D-r HERING

w pracy zatytułowanej: „Nerwice zwrotne, wywołane cierpieniem jam nosowych“, rozbierając krytycznie główne punkty teorii HACK'a, przyszedł do następujących wniosków: związek wielu cierpień nerwowych zwrotnych z cierpieniem nosa jest prawdziwym, objaśnienie zaś powstawania ich leży tylko w obrzmieniu muszle dolnych, zarówno jak i metoda leczenia, polegająca na zupełnym niszczeniu ciał jamistych, grzeszą zbytnią jednostronnością i nie sprawdzają się w praktyce. W licznych i przez długi czas czynionych przez HERINGA spostrzeżeniach, zarówno muszle średnie jak i dolne często brały udział w wyzwaniu odruchów, w większości nawet przypadków tylko średnie w stanie znacznego przerostu się znajdowały. Z doświadczeń HERINGA wynika, że nerwice owe powstają wskutek silnego ucisku muszli średniej na przegrodę, rzadziej muszli dolnych (*Druckneurose*), lub też wywołane bywają ciśnieniem wyrosła kostnych, wyrastających z przegrody na muszle dolne. Zależność niektórych nerwic zwrotnych od cierpień jamy nosowej stwierdził HERING w przypadkach migreny, nerwobólu nadoczodołowego, w kurczach krtani fonacyjnych i oddechowych. We wszystkich tych przypadkach przypalenie kwasem chromnym lub żegadłem galwanicznym w wielu formach cięższych całkowicie wystarczało dla zupełnego usunięcia cierpienia.

Pozwoliłem sobie przytoczyć kilka uwag z prac HACK'a i HERINGA dla uwydatnienia zasadniczej różnicy, jaka zachodzi między poglądami obu badaczy na związek nerwic zwrotnych z cierpieniem nosa. W przypadku, którego szczegółowy opis załączam, mogłem dokładnie się przekonać o jednostronności poglądu HACK'a, upatrującego w muszlach dolnych jedyne źródło powstawania nerwic zwrotnych, gdyż szereg zaburzeń nerwowych, jaki udało się wywołać przy dotykaniu zgłębnikiem muszel nosa, był daleko liczniejszy przy drażnieniu muszli średniej, niż przy drażnieniu obu muszel dolnych. Zupełne zaś uzdrowienie, jakie osiągnąłem kilkakrotnem przyżeganiem przerosłej muszli średniej kwasem chromnym, stanowczo przemawia przeciw twierdzeniu HACK'a o potrzebie zupełnego niszczenia przerosłych muszel, utrwała zaś wiarę i zaufanie w leczeniu zalecane przez HERINGA. Wypadek obserwowany przeze mnie dotyczy porażenia histerycznego krtani, wywołanego cierpieniem jam nosowych. Ze względu na stale istniejący skurcz wdechowy (*dyspnoea spastica*), który pod wpływem chloroformu na pewien czas zniknął, przypomina on poniekąd spostrzeżenia HERINGA, oraz przypadek, opisany przez MICHAEL'a. W obszernej pracy HACK'a „*Reflexneurosen und Nasenleiden*“, obejmującej opis całego szeregu nerwic zwrotnych w związku z cierpieniem nosa pozostających, histeryczne zaburzenia krtani i zależność ich od cierpień nosa nie zostały uwzględnione. HERING pierwszy stara się związek ten utrwalić, pomimo że spostrzeżenia jego w tym kierunku są jeszcze nader nieliczne. W niektórych przypadkach, twierdzi HERING, *dyspnoea spastica* jak i *aphonia* u histeryczek zdają się być natury zwrotnej, zależne od podrażnienia błony śluzowej lub ucisku (*Druckneurose*), bądź przez przerosłą muszlę, bądź przez zmiany zapalne nosa. U pewnej 13-letniej dziewczynki, cierpiącej od trzech tygodni na bezgłos natury histerycznej, HERING przy zbadaniu nosa wykrył bardzo znaczny przerost muszli dolnej lewej, która przylegała do dna i przegrody nosa. Upatrując pewien związek między

temi zmianami nosa a bezgłosem, wstrzyknął kilka szpryc zimnej wody do nosa. Nastąpiło znaczne skurczenie obrzękłej muszli, głos prawidłowy natychmiast powrócił. Czy bezgłos w podanym przypadku znikł na zawsze, nie wiadomo; chora bowiem więcej się nie zgłosiła. Opierając się jednakże na zupełnem ustąpieniu uporczywego bezgłosu histerycznego, po przypaleniu kwasem chromnym, w przypadku przezemnie obserwowanym, nie waham się dać odpowiedzi zupełnie twierdzącej. Ponieważ spostrzeżenie moje powiększa nader szczupłą liczbę znanych w literaturze przypadków histerycznego porażenia krtani, pozostającego w ścisłym związku z cierpieniem nosa, jednocześnie zaś przedstawia pierwszy przypadek zupełnego uleczenia bezgłosu histerycznego, osiągniętego za pomocą usunięcia przewlekłego nieżyty jam nosowych, przeto sądzę, że w zupełności zasługuje na bliższe zaznajomienie z nim szerszego koła kolegów.

Roku 1885, 10 Marca, przybyła do mnie Esterka K., skarżąc się na bóle krzyża, znaczne osłabienie, bezsenność, oraz na brak miesiączki. Dziewczyna lat 18, niskiego wzrostu, dobrego odżywiania, układ kostny i mięśniowy prawidłowo rozwinięty, błony śluzowe warg i łącznic ocz blade; pochodzi z rodziny z wyraźnem usposobieniem nerwowem. Chora jest nerwowa, przygnębiona, żadnym chorobom nie podlegała. Miesiączkę miewała regularnie, wewnętrzne narządy żadnych chorobowych zmian nie przedstawiają. Od lat dziecinnych zapada na częste krwawienie z nosa. Obecne swe cierpienie Esterka przypisuje silnemu moralnemu wstrząśnieniu, któremu przed sześciu tygodniami uległa, wskutek obawy zostania zgwałconą. Od owego czasu pod wpływem silnego przestachu, wstydu przed otoczeniem, oraz zabójczej niepewności czy nie zaszła czasami w ciążę, coraz bardziej upadała na siłach i zdrowiu. Przy zbadaniu narządów płciowych, błonę dziewiczą znalazłem nietkniętą, ciała macicznego, pomimo że od ostatniej miesiączki ubiegło już przeszło 9 tygodni, przez brzuch wyczuć nie byłem w stanie. Chora, przypisując wszystkie swe cierpienia zatrzymaniu miesiączki, wymagała, bym zalecił jej środki, mogące w możliwie krótkim czasie takową znowu wywołać. Zaleciłem chorej roztwór bromku potasu dla uspokojenia układu nerwowego. Chorą na pewien czas z oczu straciłem. Po dwóch miesiącach widziałem ją po raz drugi, tym razem przybyła do mnie z powodu cierpienia krtani. Pomimo najsilniejszych usiłowań, chora nie jest w stanie wydobyć żadnego dźwięku, oddech świszczący z wyraźnym charakterem skurczu wdechowego; kurcz ten, trwający ciągle, szczególnie groźnie występuje wieczorami, tak, że chora obawia się, że zostanie uduszoną. Czasowe wzmaganie się duszności (*laryngospasmus*) trwają zwykle od 5 do 15 minut, poczem następuje gwałtowny napad kaszlu, chora stopniowo się uspakaja, oddech staje się mniej hałaśliwym. Pomimo uporczywego nalegania z mej strony, nie mogłem dowiedzieć się od chorej, jakimi środkami zdołała wywołać z siebie miesiączkę. Przy zbadaniu wziernikiem krtaniowym, znalazłem co następuje: błona śluzowa krtani nieco bledsza niż prawidłowo, obrzmienia rozlanego lub zgrubień ograniczonych nie przedstawia, struny głosowe prawidłowe, przy fonacji zbliżają się do siebie z pozostawieniem małej, wąskiej, podłużnej szpary; ruchy ich słabe, nie wywołują żadnego dźwięku, przy wdechu struny głosowe, zamiast rozszerzać się, zbliżają się nieznacznie do siebie, pozostawiając wąską szparkę, lub też pozostają zupeł-

nie nieruchomemi. Postawiłem rozpoznanie: *aphonia hysterica cum dyspnoea spastica* wskutek histerycznego porażenia fonacyjnych i oddechowych mięśni krtani. Za naturą histeryczną cierpienia krtaniowego u Est. K. przemawiały jeszcze dwie okoliczności, które przy badaniu stale zauważyć mogłem.

CHAIRON, jak wiadomo, ważny nacisk przy rozpoznawaniu samodzielnej histeryi krtani kładzie na znieczulenie nagłośni. Objaw ten, podług niego, jest patognomoniczny i stale w tej chorobie spostrzegać się daje. Podług THAON'a zaś na 5 przypadków histerycznego porażenia krtani, w dwóch łatwo odszukać możemy na lewej stronie szyi, w okolicy nad kością gnykową (*pars suprahyoidea*), ograniczone miejsce skóry zupełnie znieczulone, lub nieznacznie tylko na zewnętrzne bodźce oddziaływające. Rzeczywiście, przy często powtarzanych przezemnie drażnieniach nagłośni zgłębnikiem krtaniowym, lub przy głębokich nawet ukłóciach skóry w lewej okolicy nad kością gnykową, chora zachowywała się zupełnie spokojnie, utrzymując, że nie uczuwa ani dotknięcia zgłębnikiem, ani żadnego bólu.

Dla baczniejszej kontroli przebiegu choroby, pomieściłem chorą w szpitalu. Cierpienia Estery K. stopniowo się wzmacniały, przyłączyła się silna czkawka, napady skurczu wdechowego powtarzały się codziennie, zyskując na sile i trwałości, kaszel stawał się gwałtowniejszym, bezgłos nie ustępował. Napróżno wysilałem się z odszukaniem środków, któreby chorej choć czasową ulgę przynieść mogły. Zarówno ogólne leczenie, skierowane ku zwalczeniu bezkrwistości i histeryi, jak miejscowa terapija krtani, okazały się bezskutecznymi. Stosowałem przez długi czas środki toniczne i wzmacniające: chininę, żelazo, leki gorzkie, ze środków zaś zalecanych przeciw histeryi *Tinct. Valer., nuc. vomic.*, spore dawki bromku potasu, chlorał, nareszcie ze środków narkotycznych kodeinę, *cannab. tannicum*, morfinę, i belladonę. Miejscowe zaburzenie krtani starałem się usunąć za pomocą ciągłego drażnienia krtani lusterkiem, zgłębnikiem, wdmuchiwaniami rozmaitych proszków, prądami elektrycznymi przerywanymi, częstokroć uciekałem się do przyszczydeł i do znieczulenia krtani mocnym roztworem kokainy 15%. Od wszystkich tych środków otrzymywałem zawsze rezultat ujemny, zaburzenia oddechowe tymczasem coraz groźniej występowały. Napady skurczu krtaniowego powtarzały się przez dobę 2 do 3 razy, trwając pół godziny, godzinę, a nawet i więcej, szmer zwężenia krtaniowego stawał się coraz silniejszym. 20 Czerwca 1885 r. o północy przywołany zostałem do chorej, która już od dwóch godzin napróżno starała się uwolnić od gwałtownego napadu duszności, mogącej lada chwila życia jej kres położyć. Stan, w jakim znalazłem chorą po przybyciu do szpitala, był następujący. Chora niespokojna, miota się, na twarzy sinej, pokrytej obfitym potem, maluje się wyraz strasznej trwogi, tętno przyspieszone, drobne, przy każdym wdechu występuje silny szmer zwężenia, klatka piersiowa mało się rozszerza, widoczną jest wzmożona praca wszystkich mięśni oddechowych, oraz silne zapadanie brzucha. Postanowiłem wraz z przyzwanym kolegą COHNEM niezwłocznie przystąpić do tracheotomii, lecz podczas przygotowań naszych do operacyi, skurcz wdechowy stawał się łagodniejszym, oddech mniej świszczącym i hałaśliwym, sinica twarzy znikła. Uważając operacyję za zbyteczną, ograniczyliśmy się tylko na podaniu chorej

chloralu. Chora uzyskała spokój na kilka godzin, nazajutrz atoli, gdy skurcz wdechowy powtórzył się, operację uważaliśmy już za niezbędną. Już po pierwszych paru wetchnięciach chloroformem, duszność znacznie się zmniejszyła, sinica twarzy znikła, tętno się poprawiło, bezgłos jednakże nie ustępował. Po dłuższym chloroformowaniu, gdy chora zaczęła już zasypiać, kol. COHN przeprowadził cięcie skóry w środkowej linii szyi. Chora nagle się zbudziła i po raz pierwszy zaczęła głośnym i swobodnym głosem mówić. Operacji nie dokończyliśmy, ranę opatrzono jodoformem. Nie powątpiewając dłużej, że zarówno skurcz wdechowy jak i bezgłos są pochodzenia histerycznego, postanowiłem nadal wstrzymać się od energiczniejszego leczenia, a zaleciłem przez dłuższy czas podawać chorej bromek potasu w sporych dawkach, t. j. po 3jjs dziennie. Stan chorej stawał się coraz lepszym, kaszel, skurcz wdechowy i bezgłos zupełnie znikły. Chora, pozbywszy się ciągłej obawy grożącego jej zaduszenia, odzyskała wesoły humor, a korzystając z tak nadspodziewanego powrotu do zdrowia, stanowczo domagała się wypisania ze szpitala. W końcu Lipca roku zeszłego, a zatem po 5 tygodniach od chwili odzyskania głosu, gdy stan K. pozostawał ciągle zadawalniającym, chorą wypisałem, zaleciwszy jej jaknajwiększą ostrożność ze względu na łatwość powrotu choroby. Nadmienię jednakże muszę, że pomimo ciągłych krwawień z nosa, którym chora podlegała od wczesnego dzieciństwa, uważając cierpienie za porażenie mięśni krtaniowych natury histerycznej, właściwego badania nosa ani razu nie przedsięwziąłem. 26 Września roku zeszłego znowu widziałem Esterę K.. Z opowiadania jej dowiedziałem się, że chora po wypisaniu się ze szpitala przez trzy tygodnie najmniejszych dolegliwości ze strony krtani nie doznawała, głos jej pozostawał silnym, swobodnym, oddech prawidłowy, od 10 jednakowoż dni żadnego dźwięku wydobyć nie może i miewa nader często napady duszności (*laryngospasmus*). Tym razem przystąpiłem niezwłocznie do zbadania nosa i znalazłem przerost obu muszel dolnych. Lewa muszla dolna przylega do skrzywionej w dolnej części przegrody, obie muszle są czerwone, podatne, zatykają w znacznej części nozdrza, muszla średnia prawa niezmienniona, lewa przerosła, obrzmiała, przedstawia się w postaci kolbiastego zgrubienia, mocno przylegającego do przegrody. Błona śluzowa dna i przegrody nosa zaczerwieniona, gładka, na przegrodzie nie ma żadnych kostnych wyrostów. Zmiany te naprowadziły mnie na myśl, że prawdopodobnie porażenie krtani w ścisłym pozostaje związku z cierpieniem nosa. Przy dotykaniu zgłębnikiem miejsca, w którym obrzmiała muszle dolne przylegały do przegrody, powstawał ból, łzawienie, kichawica, a zaczerwienienie błony śluzowej powiększało się. Objawy te znacznie się wzmacniały, ilekroć dotykałem miejsca, w którym muszla średnia lewa przylegała do przegrody. Dotknięcie wywoływało ból nie do zniesienia, silny kaszel, zawrót głowy, uczucie znacznego osłabienia, blizkiego zemdlenia. Cały ten szereg doświadczalnie wywołanych zaburzeń nerwowych w zupełności potwierdzał pogląd HERINGA i łatwo się objaśniał uciskiem, wywieranym przez obie muszle dolne, przeważnie zaś średnią na przegrodę (*Druckneurose*). 7 Września przypaliłem obie muszle dolne kwasem chromnym, natopionym na zgłębnik srebrny. Po 4-ch dniach usunąłem strupy, muszle dolne znacznie się skurczyły. Przypaliłem na znacznej przestrzeni muszle średnią.

Dusznosc stawala się znacznie mniejszą, chora, z trudnością wprawdzie, była w stanie oddzielne dźwięki falsetem wymawiać. Zachęcony pomyslnym rezultatem przypalenia muszli średniej, dokonałem takowego jeszcze dwa razy. Zaburzenia nerwowe krtani znikły zupełnie, skurcz wdechowy ustąpił, głos stawał się swobodnym, silnym, bez najmniejszego odcienia brzmienia falsetowego. Ubiega już 10 miesięcy od chwili dokonanego przypalenia kwasem chromnym, pomimo to uzdrowienie zdaje się nie ulegać wątpliwości; chora bowiem, którą widziałem po raz ostatni 24 Marca r. b., cieszy się zupełnem zdrowiem, głosem włada swobodnie, na żadne zaburzenia oddechowe się nie skarży.

KORESPONDENCYJA.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Chociaż z zasady przeciwny jestem wszelkiego rodzaju polemikom, jednakże nieuzasadnione wystąpienie kol. ZWEIFBAUMA w N-rze 28 Gazety Lekarskiej zmusza mnie do wyjaśnienia kwestyi w kilku słowach. Przedewszystkiem w opisie metody prof. BANDL'a nie wyraziłem zdania, aby mogła ona w zupełności zastąpić, a nawet spotęgować działanie ostrej łyżeczki. Dowodem tego jest Nr. 2 w mym artykule, gdzie piszę „Brzegi okienek skrobiących są tępe“ i t. d.. Niewiem zaś, czy znajdzie się ktokolwiek, któryby identyfikował działani narzędzia tępego z ostrem, tem więcej, że wprawdzie nazwałem rurkę kiuretką, ale z dodatkiem *sui generis*, co już elementarnych objaśnień wymagać nie powinno.

Zdaje mi się więc, że chyba nie podobało się wyrażenie „skrobanie“, jakiego użyłem przy opisie działania omawianej rurki, ale zdaniem mojem nie jest ono w tym przypadku żadnym błędem naukowym, bo dla czegożby wyłącznie łyżeczka SIMON'a posiadała na ten wyraz monopol? Chociaż ostre jej brzegi działają energiczniej, jednakże trwam przy swoim, że i rurka BANDL'a ma podobne działanie, które, jeżeli już tego chce koniecznie kol. Z., nie skrobaniem nazwę, ale oczyszczaniem błony śluzowej macicy od zmartwiałych jej części.

Tymczasem kol. ZWEIFBAUM, odmawiając rurce prof. BANDL'a tej własności, przytacza 2 dowody:

1-o Że w poliklinice tegoż profesora nigdy nie spostrzegał zanieczyszczenia płynu we wzierniku podczas operacyi zwyrodniałemi częściami błony śluzowej macicy. Tymczasem ja nie tylko widziałem, ale prof. BANDL osobiście i specjalnie zwracał moją i otaczających go innych lekarzy uwagę na to działanie swej rurki, tak, że zanieczyszczony płyn we wzierniku był zmuszony wylewać i dla dokonczenia operacyi zastępować go świeżym. Widocznie kolega Z. musiał niezbyt pilnie uczęszczać do polikliniki prof. BANDL'a, kiedy omawianego rezultatu nie dojrzał. Za to niechaj częściej spróbuje użyć tej metody sam, a przekona się o możności takiego działania.

2-gi zaś dowód t. j. odwoływanie się do katalogu REINER'a, jest chyba niewłaściwem, choćby już dlatego, że jest drugi katalog wiedeński LEITER'a, daleko obszerniej i szczegółowiej [str. 49] opisujący metodę prof. BANDL'a, a jednakże niewyczerpujący kwestyi, bo to nie katalogów zadanie.

Lachowicze.

Władysław Sękowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

28. L. Wille. O kaszlu odruchowym nerwu trójdzielnego (*Ueber Trigeminiushusten*).

Schadewaldt. Nerwice nerwu trójdzielnego (*Die Trigeminius-Neurosen*).

Teoryja HACK'a i jego zwolenników ze wszystkimi zmianami, jakim dotychczas uległa, a głosząca, że pewne zmiany w nosie mogą wywoływać przeróżne nerwice, jako to: duszność nerwową, skurcz krtani, migrenę etc., wzbudziła na razie entuzjastyczny zapal do zbyt pospiesznego ogłaszania dodatnich jej wyników. W następstwie wystąpiło wiele poważnych głosów, jak E. FRAENKEL, T. HERING, M. SCHAEFFER i t. p. przeciwko omówionej teorii. Ponieważ prace SCHADEWALDT'a i WILLE'go rzucają, że tak powiem, jednolite światło na całą tę sprawę, sądzę więc, że pożytecznym będzie zaznajomić z nimi szersze koło czytelników. Z początku zajmę się pracą WILLE'go, który opisuje szczegółowo najczęstszą z nerwic nerwu trójdzielnego, mianowicie kaszel z pobudzenia tegoż nerwu, a następnie podam w streszczeniu oryginalny pogląd SCHADEWALDT'a w ogóle na nerwice nerwu trójdzielnego.

Na początku pracy zatytułowanej powyżej. WILLE zaznacza, że SCHADEWALDT termin kaszlu jako odruchu z nerwu trójdzielnego (*Trigeminiushusten*) wprowadził jeszcze w 1881 r., że on pierwszy zwrócił uwagę na ważny ten objaw, jako też na związek zachodzący pomiędzy kaszlem odruchowym z nerwu trójdzielnego, a całą grupą nerwic podanych niżej w jego pracy [duszność nerwowa, skurcz krtani i t. d.].

Dotychczas zupełnie niesłusznie sądzono, że tylko odruchy nerwu błędnego wywołują kaszel. Autor podaje, że w pewnych nienormalnych warunkach podrażnienie nerwu trójdzielnego również może wywołać kaszel. Jak wiadomo z fizjologii, drażnienie nerwu trójdzielnego w nosie wywołuje tylko kichanie. Jeżeli więc przy drażnieniu omawianem otrzymujemy kaszel, to uważamy odruch ten za patologiczny. Fakt, że jeden i ten sam nerw w stanie fizjologicznym wywołuje kichanie, a w patologicznym kaszel, łatwo pojąć z powodu pokrewieństwa obu odruchów, będących tylko różną formą wydechu. To samo *mutatis mutandis* dotyczy drażnienia gałązek nerwu trójdzielnego, idących do gardzieli i ucha, tak np. fizjologicznym odruchem przy drażnieniu gardzieli jest dławienie, patologicznym zaś kaszel.

Autor rozdziela kaszel nerwu trójdzielnego na nosowy, gardłany i uszny. Najczęstszy jest kaszel nosowy. Zgodnie z SCHADEWALDT'em, dzieli WILLE kaszel ten na samodzielny, zjawiający się jako oddzielna choroba i doświadczalny, t. j. wywołany przy sondowaniu błony śluzowej nosa; samodzielny kaszel nerwu trójdzielnego dzieli SCHADEWALDT jeszcze na idyopatyczny i symptomatyczny. Idyopatyczny może przebiegać ostro, np. po raptownych przeziębieniach i wtedy zwykle łatwo ustępuje, lub też chronicznie, i wtedy jest bardzo uporczywy. Symptomatyczny kaszel zjawia się przy różnego rodzaju nerwicach nerwu trójdzielnego, zarówno czuciowych jak i zwrotnych [duszność nerwowa, bezgłos, skurcz krtani i t. d.]. Samodzielny kaszel nerwu trójdzielnego jest częstą chorobą zarówno u kobiet jak i u mężczyzn, nawet u dzieci. Kaszel ten nagabuje ludzi zwykle dobrze odżywianych, nie wyglądających na przewlekłe cierpienia płuc i zjawia się w formie silnych paroksyzmów dniem i nocą trwających. Pojawia się on zwykle przy przechodzeniu z ciepłego pokoju na zimno lub odwrotnie, od wdychania zapachów ostrych i t. d.. Kaszel ten przeważnie jest suchy, bez plwociny. Ta ostatnia może się zjawiać przy jakimkolwiek powikłaniu ze strony płuc. Chorzy tacy skarżą się na pobudliwość do kaszlu i ciśnienie w dołku widelkowym. Badając u tego rodzaju chorych gardło, krtan

i płuca, nie znajdujemy zwykle nic takiego, co by nam mogło objaśnić podobnego rodzaju kaszel, kiedy tymczasem najłżejsze dotknięcie zgłębnikiem błony śluzowej nosa natychmiast wywołuje napad kaszlu.

Gardłany kaszel może się zjawiać samodzielnie, lub też występować razem z nosowym. Uszny kaszel powstaje przy drażnieniu przedniej części przewodu słuchowego zewnętrznego, otrzymującej swoje unerwienie od *nervus auriculo-temporalis* (*ramus inframaxillaris nervi trigemini*). Chorzy tego rodzaju zwykle cierpią na różne nerwice nerwu trójdzielnego.

Jak wiadomo, pierwszy VOLTOLINI w 1877 r. zwrócił uwagę na związek pewnych zmian w nosie i dusznością nerwową. Autorowie upatrujący ten związek [SCHAEFER, FRAENKEL, HACK, SOMMERBRODT], nic nie wzmiankują o zmienionym w tych razach odruchu nerwu trójdzielnego. Jak to już wyżej wspomniano, pierwszy SCHADEWALDT zwrócił uwagę na istniejący w tych przypadkach kaszel nerwu trójdzielnego i na związek zachodzący między nim a całą grupą nerwic, jak duszność nerwowa, skurcz krtani, bezgłos i t. d., które SCHADEWALDT podciąga pod dział nerwic nerwu trójdzielnego. Na zasadzie bardzo sumiennych badań WILLE w zupełności podziela podane zapatrywanie SCHADEWALDT'a i zarówno jak on uważa dychawicę nerwową, kaszel nerwu trójdzielnego i t. d. za nerwice tegoż nerwu, a zmiany w nosie [obrzemienia muszeli i t. d.], podawane przez HACK'a i jego następców za przyczynę tych nerwic, jako następstwo pewnych zmian w nerwie trójdzielnym.

Zapatrywanie to stwierdza autor licznymi spostrzeżeniami zarówno swojemi jak i SCHADEWALDT'a, w których, przy istniejących zmianach w nosie, brakowało nerwic i odwrotnie nerwice istniały przy braku jakichkolwiek zmian w nosie. Za zapatrywaniem tem przemawia także przerzucanie się nerwic nerwu trójdzielnego z jednej gałęzi na drugą, jak również dodatnie wyniki leczenia tychże nerwic przy odpowiedniem alterującym leczeniu nerwu trójdzielnego.

Ze względu na takie zapatrywania się na omawiane nerwice, i leczenie podane przez SCHADEWALDT'a, a zastosowane przez WILLE'go, różni się znacznie od praktykowanego dotychczas. Na galwanokaustykę, tak zachwalaną przez HACK'a i jego następców, autor po prostu patrzy jako na *derivans*, tak zbawiennie działający w ogóle przy nerwicach. WILLE stwierdził, że nieraz proste drażnienie zgłębnikiem błony śluzowej nosa sprawia taki sam skutek jak żegadło, gdyż nerwica ustaje. Autor nie wyłącza przy leczeniu omawianych nerwic galwanokaustyki, objaśnia jednakże całkiem inaczej jej działanie.

Zwiększenie wydzieliny przy zwykłych katarach nosa, tak korzystnie oddziałujące na zmniejszenie różnych dolegliwości, jak ból głowy i t. d., zmieniając odruch nerwu trójdzielnego, może także zbawiennie wpływać na omawiane nerwice. W ten sposób objaśnia sobie WILLE działanie jodku potasu na duszność nerwową. Najracyonalniejszy jednak środek upatruje autor w prądzie przerwianym, który stosuje miejscowo za pomocą elektrodów okręconych jedwabiem i pokrytych dobrze zwilżoną skórą.

Rokowanie w nerwicach nerwu trójdzielnego, jak w nerwicach w ogólności, zależnem jest od bardzo wielu przyczyn, jak dziedziczność i t. p.. Pracę swoją kończy WILLE następującymi wywodami: 1) Kaszel nerwu trójdzielnego jest zjawiskiem patologicznem — nerwicą; 2) jest to patologiczna odmiana aktu kichania; 3) nerwica ta może istnieć bez zmian, lub też jednocześnie ze zmianami patologicznymi w nosie, nie jest jednak od nich zależną; 4) najwyższym stopniem rozwoju tej nerwicy jest duszność nerwowa [astma]; 5) wyzwolenie odruchów może mieć miejsce za pośrednictwem wszystkich gałęzi *ganglii sphenopalatini* i nerwów sitowych (*n. ethmoidales*); 6) każde leczenie miejscowe w obrębie gałęzi nerwu trójdzielnego, zdolne wywrzeć wpływ alterujący na jego czynności zwrotne, może takowe poprawić *resp.* sprowadzić ich wyleczenie.

W pracy podanej pod tytułem: *Die Trigemini-Neuosen*, SCHADEWALDT rozdziela nerwice nerwu trójdzielnego na miejscowe lub gardlane parestezyje, i prawdziwe zwrotne.

1) Gardlane parestezyje jako nerwice nerwu trójdzielnego czuciowe.

Bardzo wielu chorych, u których najstaranniejsze badanie miejscowe gardła i krtani albo nic nie wykrywa, albo nieznaczne zmiany, nie sprawiające u innych żadnego nieprzyjemnego uczucia, skarży się na różne nieprzyjemne uczucia w gardle i krtani, rozmaicie je umiejscawiając. Uczucia te określają chorzy jako ściskanie, palenie i drapanie w gardle. Chorzy tacy wyrażają się, że im coś w gardle stoi, zawadza. Najczęściej się zdarza, że lekarz omawiane parestezyje przypisuje znalezionym anatomicznym zmianom [przerost języczka, migdałków i *pharyngitis granulosa*, katar tylnej ściany krtani i t. p.], usuwa je, jednakże pomimo to parestezyje trwają dalej. Jak trudno je chorym zlokalizować, szczególnie w przypadkach, gdzie niema anatomicznej zmiany, można wnosić z tego, że nawet tam, gdzie zmiany te są bardzo wyraźne, chorzy najzupełniej fałszywie umiejscawiają swoje cierpienia.

SCHADEWALDT upatruje przyczynę opisywanych nieprawidłowych uczuć gardzieli, szczególnie jeżeli nie ma żadnej anatomicznej zmiany, w zmianach innerwacyi. We wszystkich podobnych przypadkach autor znajdował zmieniony fizjologiczny odruch nerwu trójdzielnego, mianowicie kaszel. O ile wykrycie tego kaszlu dopomagało do rozpoznania cierpienia, o tyle znowu alterujące leczenie nerwu trójdzielnego, mające zmienić nienormalny jego odruch na normalny, stanowczo wpływało na usunięcie cierpienia.

Powyżej skreślone parestezyje gardła uważa SCHADEWALDT jako fałszywie umiejscowione czuciowe nerwice nerwu trójdzielnego, a siedlisko różnych uczuć, jakie podają chorzy w okolicach języczka [palenie, drapanie, łechtanie, ból], umiejscawia w dolnych tylnych częściach nozdrzy, gdzie się mianowicie rozgałęzia nerw trójdzielny. To samo umiejscowienie dotyczy uczucia ściskania w gardle przed rozpoczęciem wydzielania przy nieżycie nosa. Ustępowanie ostatniej parestezyi kiedy zacznie powstawać wydzielina i kichanie, naprowadziło autora na myśl leczenia opisywanych czuciowych nerwic. SCHADEWALDT podaje mianowicie w tym względzie następujące wskazówki: wywołać sekrecyję i zmienić nienormalny odruch. Alterując na nerw w tym kierunku działa wprowadzenie pary do nosa, elektryczność, żegadło, pędzlowanie nalewką jodową, jodek potasu do wewnątrz. Choć nie wszystkie nienormalne uczucia w gardzieli, jak np. *globus histericus*, odnosimy do czuciowych nerwic nerwu trójdzielnego, większa ich jednak część jest niewątpliwie tego pochodzenia i tylko na wskazanej powyżej drodze możemy się spodziewać wyleczenia.

2) Prawdziwe nerwice zwrotne wyrażają się zmianami w narządzie oddechowym, po części jako kloniczne lub toniczne skurcze, po części jako porażenia. Podobnie jak poprzednia grupa nerwic, przedstawiają one zmieniony prawidłowy odruch błony śluzowej nosa; towarzyszy im również kaszel nerwu trójdzielnego. Najważniejszą z tych nerwic jest kaszel zwrotny, opisany w poprzedniej pracy przez WILLE'go.

Następna nerwica, skurcz głośni ustępuje prawie zawsze pod wpływem odpowiedniego leczenia nosowej części nerwu trójdzielnego [faradyzacja i t. d.]. Daleko częstszym od poprzedniej jest objawowy bezgłos, nieśluszenie noszący nazwę bezgłosu histerycznego. Autor w histeryi upatruje tylko moment usposabiający, nie zaś jedyny. Nerwica ta występuje zarówno u kobiet jak i u mężczyzn, choć u ostatnich rzadziej. Dotychczas nikt nie zwrócił uwagi na związek bezgłosu objawowego z cierpieniami nosa i dlatego omawiana nerwica, pomimo używanych dotychczas sposobów leczenia [elektryzacja,

strychina i t. p.], często pozostawała nieuleczalną. Odpowiednie traktowanie nowych gałązek nerwu trójdzielnego [faradyzacja i t. p.] i tutaj usuwa cierpienie. Ostatnią nerwicą jest dychawica nerwowa (*asthma*). SCHADEWALDT zalicza tu duszność tylko czysto nerwową, wyłączając tak zwaną dusznicę bolesną, dychawicę uremiczną, dychawicę dyspeptyczną. Zapatrując się na duszność nerwową jako nerwicę nerwu trójdzielnego, autor wcale nie wyłącza i innych przyczynowych momentów, jako to usposobienia histerycznego, zwiększonej pobudliwości systemu nerwowego i t. p. i zachęca jedynie oryginalnym swym poglądem do dalszych nad nią badań.

Oprócz typowej duszności nerwowej, do tej samej kategorii zalicza SCHADEWALDT różne stopnie lekkiej duszności: przymusowy wdech (*Inspirationszwang*), brak powietrza przed rezolucją ostrego kataru, od czasu do czasu występujące rzęzenia świszczące u zupełnie zdrowych ludzi bez objawów zwężenia oskrzeli, a przy istniejącym kaszlu nerwu trójdzielnego.

Przy rozpoznawaniu opisywanej dychawicy nerwowej, autor radzi oprócz zgłębnika stosować okadzanie z liści stramonii lub belladony przesiąkniętych saletrą, gdyż wdechania te w czysto nerwowej dychawicy przynoszą stanowczą ulgę. Zapatrywanie się SCHADEWALDT'a na stosunek dychawicy nerwowej i innych nerwic do zmian anatomicznych w nosie, równie jak leczenie omawianych nerwic w ogólności, podane jest w pracy WILLE'go.

Jako dowód pokrewieństwa wszystkich dotychczas opisanych nerwic, przytacza SCHADEWALDT przechodzenie jednej w drugą, co szczególnie ma miejsce przy uporczywych nerwicach, tak np. napad dychawicy może przechodzić w nerwoból nerwu trójdzielnego, przewlekły kaszel nerwu trójdzielnego w przymusowy wdech, parestezyja gardła w kaszel nerwu trójdzielnego i t. d..

Jako komplikujące objawy opisywanych nerwic autor wymienia: zawrót głowy, omdlenie, latanie płatków przed oczami, bóle głowy. Ponieważ wyżej wzmiankowane objawy wyjątkowo występować mogą samodzielnie, należy więc przy ich istnieniu zbadać okolicę nerwu trójdzielnego.

Czasami nosowe gałązki bywają siedliskiem bólu nerwowego, który chorzy zwykle przenoszą na okolicę skroni; i w tych razach możemy wykryć istnienie kaszlu nerwu trójdzielnego, a miejscowe leczenie bywa stosowane z korzyścią. W końcu swej pracy przytacza SCHADEWALDT jeszcze dwa drugorzędne objawy, towarzyszące opisywanym nerwicom, mianowicie beczulość i nadczołość nosowej części nerwu trójdzielnego. W ostatnim razie, chcąc wykryć kaszel nerwu trójdzielnego, trzeba dość długo drażnić błonę śluzową zgłębnikiem lub używać prądu indukcyjnego.

(*D. Med. Woch.* 1885. Nr. 16, 17, 37, 38).

Władysław Oltuszewski.

29. P. Erlich i B. Laquer. O stałym podawaniu taliny i jej działaniu przy tyfusie brzuszny.

Talina, czyli *tetrahydroparachinanisol*, wprowadzona do terapii przez JAKSCH'a, pomimo swego silnego przeciwgorączkowego działania, nie znalazła obszerniejszego zastosowania w praktyce ze względu na przelotne działanie. Wiadomo, że odpowiednie dawki taliny już po kilkunastu minutach sprowadzają szybkie opadnięcie ciepłoty z wystąpieniem silnych potów i zapadu, poczem prędko zjawia się nagłe podniesienie ciepłoty w połączeniu z wstrząsającym dreszczem i t. p.

Autorowie opierając się na fakcie, że wchłanianie i wydzielanie taliny z ustrojów odbywa się szybko, mianowicie wykazać ją można już po $\frac{1}{2}$ —1 godziny w moczu [gdy tymczasem dla antypiryny na to potrzeba trzy godziny czasu], w celu dłuższego utrzymania środka w organizmie, podawali talinę w bardzo małych i często powtarzanych dawkach, które dopiero

w summie mogłyby mieć działanie przeciwgorączkowe. Na tej drodze udało się powyższemu autorom osiągnąć obniżenie ciepłoty, bez obocznych przykrych zjawisk, a także utrzymać organizm pod działaniem tego środka całe dnie a nawet tygodnie. W doświadczeniach swoich nad leczeniem tyfusu brzusznego taliną, autorowie używali wyłącznie winijanu taliny, początkowo 1% roztworu z cukrem i alkoholem, później zaś ze względu na zły smak lekarstwa w pigułkach, w ciągu dnia co godzinę, w nocy zaś co 2 godziny. Chorzy nie tylko nie gorączkowali, lecz czuli się dobrze, poty nie były uciążliwe, zapadu nigdy nie było, dreszcze bardzo rzadko występowały; na trawienie i inne funkcje talina żadnego wpływu nie wywierała. Tylko przy podawaniu roztworu kilka razy występowały wymioty. Wysypek nigdy żadnych nie było, co stanowi różnicę od antypiryny.

Odpowiednia dawka taliny zależy w każdym oddzielnym przypadku nie tylko od rodzaju choroby, lecz także od indywidualności chorego. W celu oznaczenia jej, należy przedewszystkiem zrobić doświadczenie próbne, czy w danym razie pewna ilość nie spowoduje objawów obocznych, lub też nie pozostaje bez wpływu na gorączkę. Jednorazowa dawka waha się pomiędzy 0,04 a 0,1, a nawet 0,2 [gr. $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ —3]. Leczenie należy zawsze rozpoczynać od mniejszych ilości i stopniowo przechodzić do większych, jeżeli wymiary ciepłoty wskazują na słabe działanie tego środka. Przy opornej gorączce już w czasie samego leczenia wypada czasami powiększyć dawkę taliny o 0,02—0,04, lub też przeciwnie ją zmniejszyć. Talinę podawać należy co godzinę, zwykle 1 pigułkę, w nocy zaś co 2 godziny. Przy leczeniu tyfusu brzusznego za pomocą ciągłego podawania taliny, możemy odróżnić 4 okresy w przebiegu ciepłoty ciała, i tak, w 1ym okresie krzywa ciepłoty jest falowatą, której wierzchołki trzymają się jednak na pierwotnej wysokości. 2-gi okres przedstawia zupełnie inną krzywą, a mianowicie ciepłota rano opada stopniowo na kilka godzin do prawidłowej, po południu zaś powoli podnosi się do pierwotnej wysokości. W 3-cim okresie krzywa ciepłoty jest zupełnie podobną do krzywej *febris remittentis*, tylko wieczorne podnoszenie się krzywej ma postać zębowatą z codziennem obniżaniem się wierzchołków krzywej. Czwarty okres charakteryzuje się ciepłotą prawidłową z gwałtownem parogodzinnem podniesieniem ciepłoty do 39—39,5° C., przy którym często występują dreszyczki. Okres ten pozwala wnosić o zbliżającej się konwalescencji. Powyższe okresy nie zawsze tak wybitnie występują, mianowicie przy leczeniu świeżych przypadków tyfusu występują wyraźnie, podczas gdy w późniejszych występuje odrazu 3-ci okres. Czas trwania okresów jest również niejednakowy i zależy od indywidualności chorego.

Rezultaty osiągnięte przez autorów przy leczeniu tyfusu brzusznego za pomocą taliny podawanej stale, były w najwyższym stopniu pomyślne, szczególnie w świeżych przypadkach. Gorączka już po 3—5-cio dniowym podawaniu taliny ustępowała zupełnie. W przypadkach trwających 2—3-ch tygodni, skutki były bardzo pomyślne, w przypadkach zaś długo przeciągających się, talina pozostawała bez wpływu. Na zasadzie swoich doświadczeń autorowie przypuszczają, że talina obok przeciwgorączkowego ma jeszcze swoje działanie na samą chorobę, dla tego mianowicie, że 1-o przy podawaniu tego środka gorączka typowo się obniża, co tłumaczy się działaniem taliny na czynnik sprawdzający gorączkę, 2-o że autorowie nie mieli do czynienia z rzeczywistą lekką lub poronną, lecz sztucznie wywołaną przy pomocy taliny, postacią tyfusu brzusznego, to na potwierdzenie tego można przytoczyć tę okoliczność, iż pomimo obniżenia ciepłoty, obrzęk śledziony, rozwolnienie i t. p. objawy dalej trwały. Ważnym jest jeszcze i ten взгляд, że w czasie bezgorączkowym, pomimo ciągłego podawania taliny, nadzwyczaj często występowało nieregularne wieczorne podniesienie ciepłoty, w postaci zębowatej krzywej, której nie ma w czasie zwykłej konwalescencji tyfusów brzusznych. Autorowie zalecają chorem tyfusowym, leczonym taliną, po ustaniu gorączki, jeszcze dłuższy czas ścisłą dyjetę i to z tego powodu, że

zmiany anatomiczne choroby [jak wrzody kiszkiowe i t. p.] nie mogłyby prędko się wyrównać. W ciągu swoich trzechletnich spostrzeżeń, autorowie mieli dwa przypadki powrotu [recydywy], z których jeden przypisują niezachowaniu diety. Radzą oni podawać talinę jeszcze w ciągu kilku dni po zupełnem opadnięciu ciepłoty.

Co się tyczy innych chorób gorączkowych, to robili oni bardzo nieliczne próby, z których okazuje się, że przy *febris intermittens* i ostrym reumatyzmie stawów talina nie wywierała żadnego wpływu, przy różnicy zaś i zapaleniu płuc jej działanie było lepsze. W końcu swojej pracy autorowie przytaczają zdanie JACCOUR'a o działaniu terapeutycznym taliny i antypyryny, którym on przypisuje bardzo ograniczoną wartość, lecz nadaje większe znaczenie pierwszemu, ponieważ dawki taliny są mniejsze, oboczne zjawiska słabsze, a wysypek brak zupełnie.

(*Berlin, klinisch. Woch.* 1885. Nr. 51).

Br. Chrostowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. W łonie tutejszego Towarzystwa lekarskiego zawiązała się komisja dla popierania przemysłu krajowego lekarskiego. Z czynnościami jej nie omieszkamy zapoznawać czytelników *Gazety*.

Bern. Rektorem tutejszego uniwersytetu na rok przyszedł wybrany został prof. Dr Marceli NENCKI.

Leuven. Prof. J. P. von BENEDEN jeden z najznakomitszych żyjących embryologów i entomologów obchodził 50 letni jubileusz profesury.

New-York. Zawiązało się „Towarzystwo ochrony i leczenia chorób wenerycznych”. Zamierza ono wybudować szpital, w którym będzie mógł leczyć się bezpłatnie każdy dotknięty cierpieniem zaraźliwym narządów płciowych.

Szwecyja. Dotychczas w kraju tym istnieją 2 uniwersytety: w Upsali i Lund. Obecnie otwarte będą 2 drugie: w Sztokholmie i Gothenbergu.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski. Nr. 29. PIENIAŻEK. O postępowaniu przy zatkaniach tchawicy i oskrzeli przez błony rzekome, występujących w przebiegu krupu po tracheotomii — ROSENBLATT. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu S-go Ludwika w r. 1882—1882.

Medycyna Nr. 29. GRÜNBAUM. Ogólny pogląd na obecny stan leczenia chorób pęcherza moczowego.

Z A W I A D O M I E N I E.

Kolegów zebranych w dniu 1-ym Lipca zawiadamiamy, że złożone na nasze ręce rs. 71 stosownie do życzenia ofiarodawców złożone zostały wдове po koledze. *Nencki, Fabian.*

Sprawozdanie z posiedzenia komitetu kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych z dnia 19 Czerwca 1885 roku.

Komitet kasy wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych, istniejący przy Warszawskim Towarzystwie Lekarskim, na ostatniem swem posiedzeniu w dniu 19 Czerwca 1886 r. postanowił aby, dla zaznajomienia szerszego koła lekarzy, zwłaszcza prowincjonalnych, z działalnością kasy wsparcia, stanem jej funduszków, oraz ilością wsparć co pół roku udzielanych, podawaniem było po każdym posiedzeniu sprawozdanie, które będzie drukowaniem w jednym z pism lekarskich. W myśl powyższej uchwały komitetu podajemy to pierwsze sprawozdanie kasy wsparcia, poprzedzając je krótkim wykazem obecnego stanu kasy. Fundusze kasy wsparcia są następujące:

1-o Fundusz żelazny wynoszący z końcem roku 1885 rs. 28,117 kop. 24.

2-o Fundusz ruchomy tworzący się z procentu od funduszu żelaznego, ze składek stałych wnoszonych przez lekarzy i ofiar jednorazowych nieprzenoszących rs. 50.

3-o Fundusze powstałe z różnych zapisów, od których procenty rozdzielane są corocznie stosownie do zastrzeżeń poczynionych przez zapisodawców.

Tu należą: a) Fundusz D-ra Jana BĄCEWICZA wynoszący rs. 7500, od którego rozdać się procent roczny w ilości 450 rs. pięciu wdowom po lekarzach w dzień imienin testatora t. j. 24 Czerwca z ogłoszeniem nazwisk obdarowanych.

b) Fundusz D-ra Józefa TORAŃSKIEGO wynoszący rs. 2507 kop. 7, od którego procent rs. 150 udziela się podupadłemu lekarzowi w dniu Imienin testatora t. j. d. 19 Marca.

c) Fundusz D-ra Leona LANDE rs. 2000, od którego procent roczny rs. 100 udziela się lekarzowi wyznania mojżeszowego, takież wdowie lub sierocie, a w braku takowych podupadłemu lekarzowi powiatu lub też jakimkolwiek lekarzowi.

d) Fundusz wdowy po lekarzu Teofilu KOCZOROWSKIEJ wynoszący rs. 1000, od którego procent w ilości rs. 60, służy na dodatkowe wsparcia dla 4-ech wdów po lekarzach, udzielane w dniu imienin testatorki t. j. 20 Grudnia.

e) Fundusz D-ra JABŁONOWSKIEGO, od którego część procentu wynosząca przeszło 300 rs przeznaczoną jest dla podupadłego lekarza rodem z Warszawy.

Z funduszu ruchomego na posiedzeniu komitetu w dniu 19 Czerwca b. r. rozdano wsparć ogółem 2530 rs.

Pojedyncze pozycje są następujące:

1	wdowie udzielono wsparcie w ilości	.	.	.	.	.	rs. 50	razem	50
6	wdowom udzielono wsparcie po	.	.	.	.	.	45	"	270
11	" " " "	.	.	.	.	.	40	"	440
14	" " " "	.	.	.	.	.	35	"	490
22	" " " "	.	.	.	.	.	30	"	560
10	" " " "	.	.	.	.	.	25	"	250
4	" " " "	.	.	.	.	.	20	"	80
2	Sierotom po lekarzach udzielono wsparcie po	.	.	.	.	.	25	"	50
4	" " " " " w ilości	.	.	.	.	.	50	"	50
1	" " po lekarzu " " "	.	.	.	.	.	20	"	20
1	" " " " " "	.	.	.	.	.	15	"	15
1	Lekarzowi udzielono wsparcie w ilości	.	.	.	.	.	50	"	50
1	" " " " " "	.	.	.	.	.	40	"	40
1	" " " " " "	.	.	.	.	.	30	"	30
	Summa	.	.	.	.	.		Rs. 2530.	

Z procentów powstałych z pojedynczych zapisów, udzielono w r. 1886 następujące wsparcia: Z funduszu D-ra BĄCEWICZA 5-ciu wdowom po lekarzach polakach wyznania chrześcijańskiego dla każdej po rs. 90, a mianowicie:

1) Komaniewskiej Julii, wdowie po Franciszku KOMANIEWSKIM, lekarzu powiatu Nowo-Mińskiego.

2) Kuczyk Józefie, wdowie po Franciszku KUCZYKU, lekarzu dominikańskim w Międzyrzeczu.

3) Linhard Maryi, wdowie po Karolu LINHARDZIE, lekarzu komendy inwalidów w m. Wolborzu.

4) Pędowskiej Julii, wdowie po Szymonie PĘDOWSKIM, lekarzu praktykującym w m. Kielcach.

5) Wierzbickiej Maryi, wdowie po Andrzejku WIERZBICKIM, lekarzu praktykującym w Warszawie.

Z funduszu D-ra TORAŃSKIEGO rs. 150 udzielono lekarzowi z gub. Łomżyńskiej. Z funduszu D-ra L. LANDEGO rs. 97 lekarzowi z gub. Piotrkowskiej. Z funduszu D-ra JABŁONOWSKIEGO rs. 150 lekarzowi rodem z Warszawy, w Warszawie zamieszkałemu.

W ogólnej zatem summie w pierwszym półroczu 1886 r. kassa udzieliła wsparć w ilości rs. 3,407.

Z powyższego sprawozdania wydaje się pozornie, że rozdzielenie tak znacznego funduszu musiało znakomicie wesprzeć obdarowanych. Jeżeli jednak wyłączymy procenty powstałe z pojedynczych zapisów, które stanowią rzeczywiście dosyć znaczne jednorazowe zasiłki i weźmiemy pod uwagę tylko obdarowane wdowy, których ilość stanowi obecnie 68, a fundusz pomiędzy te wdowy rozdzielony wyniósł 2240 rs. to przekonamy się, że przeciętno na jedną wdowę wypada około 32 rs. półrocznie. Jest to kwota tak nieznaczna, że nie może służyć nawet dla jakiegoś takiego podtrzymywania egzystencji kobiety najcięższej wiekowej, steranej i chorej.

Kasa wsparcia rozdzielając nieraz hojnie, stosunkowo do swych funduszy, nie może jednak podnieść udzielanych wsparć przeciętno np. do 50 rs. półrocznie.

Cel ten mógłby być osiągnięty gdyby większa niż dotychczas liczba lekarzy, zwłaszcza prowincjonalnych, przystąpiła do kasy wsparcia, i chętniejszy skromnymi ofiarami przyczyniła się do wsparcia wdów po swych kolegach, do ulżenia prawdziwej nędzy i otarcia łzy niedoli, która złęczona z podeszłym wiekiem stanowi często ciężki krzyż do dźwignia.

D-r Szokalski.

Zarządzający funduszami kasy.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою Варшава 10 Июня 1886 г. Друк К. Ковалевского Крѣowska. Nr. 29