

# GAZETA LEKARSKA.

## I. O DROBNOUSTROJACH WE KRWI CHORYCH NA PŁONICĘ. PRZYCZYNEK DO ETYLOGII PŁONICY.

[Rzecz, czytana w. d. 4 czerwca r. b. na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego].

Podał

**D-r med. Józef Czajkowski,**  
lekarz szpitala T-wa Sosnowickiego w Sosnowcu.

Panowie!

Korzystając z epidemii płonicy, jaka panowała w naszych stronach w końcu ubiegłego i początku bieżącego roku, powziąłem zamiar zbadania pod względem bakteryologicznym sprawy błonicowej, występującej w przebiegu płonicy.

Ponieważ błonica przy tem cierpieniu występuje tylko jako jeden z objawów choroby zasadniczej, jaką jest płonica, uważałem przeto za pożyteczne jednoczesne zbadanie pod względem bakteryologicznym krwi chorych na płonicę.

Tutaj jednak zetknąłem się z faktami, które zwróciły mię z przedsięwziętej drogi i skierowały ku badaniu krwi chorych na płonicę niezależnie od tego, czy miało miejsce powikłanie błonicą, czyli też nie, w tej nadziei, że może na tej drodze uda mi się znaleźć jakiegokolwiek dane do wyjaśniania nieznannej dotąd etylogii płonicy.

Kwestya ta przedstawiała mi się tem ponętniejszą, że badania dotychczasowe nie dały dotąd żadnych wyników, jedni bowiem, jak C. RASKINA, przyczynę płonicy widzą w łańcuszkowcu, inni znowu, jak DOEHLE i L. PFEIFFER obwiniają o to pierwotniaki.

Nie chcąc być źle zrozumianym, zastrzegam z góry, że ani na chwilę jedną nie przypuszczałem i nie przypuszczam, by badania moje rozwiązywały ostatecznie kwestyę etylogii płonicy już chociażby dlatego, że ilość przeprowadzonych przezemnie badań ogranicza się do 13 zaledwie przypadków płonicy, z pośród których dwa zaledwie przebiegały bez błonicowego zajęcia gardzieli i jam sąsiednich; podaję tu tylko gołe fakty tak, jak je spostrzegąłem, nie chcąc wcale wyprowadzać z nich jakiegokolwiek wniosków ogólniejszej natury odnośnie do etylogii płonicy.

Zanim przystąpię do zdania sprawy ze swych badań, czuję się w obowiązku opisaniam w krótkości metody badania.

Krew chorych brałem najczęściej z ucha, jako z części ciała bogatej bardzo w naczynia krwionośne, a przytem z tego jeszcze powodu, że nakłucie igłą ucha mniej sprawia bólu, aniżeli nakłuwanie palca.

Nie potrzebuję dodawać, że zabieg ten starałem się wykonać o ile możliwości aseptycznie, co udało mi się zrobić we wszystkich bez wyjątku przypadkach.

Z krwi w ten sposób otrzymywanej robiłem najpierw hodowle, a następnie preparaty na szkiełkach przykrywkowych.

Do hodowli używałem: agaru glicerynowego, agaru z hematogena, surowicy krwi i żelatyny—z odżywek stałych; z płynnych zaś buljonu peptonowego, surowiczego przesięku z jamy brzusznej przy puchlinie wodnej (przy *nephritis parenchymatosa*) i przesięku, otrzymanego z *hydrocele testis*.

Preparaty na szkiełkach przykrywkowych po wysuszeniu na wolnym powietrzu utrwalalem, albo przeprowadzając je przez płomień lampki spirytusowej, albo zapomocą zanurzenia na 15—20 minut do mieszaniny alkoholu z eterem siarczanym w równych częściach.

Barwiłem preparaty z krwi zasuszonej za pomocą mieszaniny CHĘCIŃSKIEGO.

Na preparatach z krwi, zasuszonej na szkiełkach przykrywkowych a barwionych w wyżej podany sposób, we wszystkich bez wyjątku przypadkach płonicy, zbadanych przezemnie, znajdowałem stale jeden i ten sam drobnoustrój, w postaci diplokoków, ledwie rozpoznawalnych jako takie przy silnych powiększeniach, jak np. przy użyciu okularu immersyjnego ZEISS'a 2,0 mm. apert. 1,60 i okularu № 6. Przy silniejszych systemach postać diplokoków rozpoznać można zupełnie wyraźnie.

Diplokoki te spotyka się we krwi w niewielkiej stosunkowo ilości: 1—2 w jednym polu widzenia, rzadko więcej, a często bardzo przeszukać trzeba cały preparat, by znaleźć jeden lub dwa diplokoki.

Diplokoki najczęściej występują pojedynczo, czasami jednak po dwa w jednym rzędzie, jakby połączone w krótki łańcuszek, złożony z owalnych koków.

W ciałkach krwi diplokoków nie spotykałem nigdy, lecz zawsze swobodnie w osoczu krwi.

Jak już wyżej wpominałem, diplokoki złożone są z owalnych koków, długa średnica ich jednak nie o wiele przewyższa krótką; przy małym powiększeniu różnica między nimi nie daje się zauważyć, a koki wydają się zupełnie kulistemi.

Diplokoki nasze w ogólności barwią się słabo, odbarwienie następuje łatwo. Barwienie na sposób GRAM'a daje wynik ujemny: odbarwienie następuje całkowite.

Otoczek u diplokoków, ani na żywych drobnoustrójach we krwi świeżej, rozpatrywanej w kropli zawieszony, ani na preparatach z krwi zasuszonej na szkiełkach przykrywkowych, nie zauważyłem.

Zauważyłem już wyżej, jakich używałem odżywek do hodowli znalezionych przezemnie diplokoków; zwrócę więc tylko uwagę, że hodowle diplokoków na

wszelkich wogóle odżywkach nie przedstawiają żadnych zgoła cech charakterystycznych.

Na żelatynie diplokokki nie rozwijają się całkowicie, na innych zaś odżywkach stałych rozwój diplokoków jest opieszalszym. Na wszystkich używanych przezemnie odżywkach stałych [oprócz naturalnie żelatyny] kolonie diplokoków przedstawiają się pod postacią drobnitkich, pozbawionych budowy [przy rozpatrywaniu pod drobnowidzem] przezroczystych kropelek rosy o średnicy nie większej nad  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$  mm., a często mniejszej nawet. Nawet w starych [3—4 miesięcznych] hodowlach kolonie nie zlewają się ze sobą.

Hodowle diplokoków przez długi czas zachować mogą swoją żywotność [3—4 miesiące], o ile tylko będą zabezpieczonemi od wysychania.

Daleko odpowiedniejszymi, wedle mego doświadczenia, dla rozwoju diplokoków, okazały się odżywki płynne, bez widocznej różnicy pomiędzy poszczególnymi odżywkami, tak pod względem szybkości, jako też pod względem obfitości rozwoju diplokoków.

Hodowla diplokoków w bulionie, lub w innej zawierającej białko odżywece płynnej, przedstawia się w postaci żółtawo-białawego drobnoziarnistego, lekkiego osadu na dnie próbówki. Ilość tego osadu nawet w starych, kilkomiesięcznych hodowlach jest zawsze bardzo nieznaczna.

Stopnia ciepłoty najodpowiedniejszej dla rozwoju diplokoków nie określałem.

Szczepienie czystych hodowli królikom, tak w małej ilości, jako też w ilości większej pod skórę i do żył, dało wynik ujemny: króliki pozostawały zupełnie zdrowymi.

Myszy okazały się na szczepienie czystych hodowli diplokoków bardzo wrażliwymi: mała ilość hodowli, zaszczipionej pod skórę, wywoływała stale śmierć zwierzęcia na 3—4 dzień po zaszczipieniu. Przyczem we krwi myszy, padłych po zaszczipieniu znajdowałem stale te same diplokokki, co i we krwi chorych na płonicę [Porów. rys. 1 i 3] <sup>1)</sup>.

Czyste hodowle diplokoków z krwi myszy w niczem nie różniły się od czystych hodowli diplokoków z krwi osób chorych na płonicę.

Szczepień innym zwierzętom nie dokonywałem.

Oto te fakty, które zdobyłem przy pierwszym zaraz badaniu krwi osoby chorej na płonicę, a które zakomunikować Szanownym Panom uważałem sobie za obowiązek.

Czy i jakie mianowicie, znaczenie posiadają znalezione i opisane przezemnie tutaj drobnoustroje, czy pozostają one w jakimkolwiek bądź związku z samą sprawą chorobową, przy której zostały znalezionemi, a wreszcie bliższe ich zbadanie pod względem morfo- i biologicznym: jest to kwestya przyszłości; zauważę tu tylko jedno, a mianowicie: że podobnych do opisanych wyżej drobnoustrojów nie spotkałem we krwi chorych przy jakichkolwiek bądź innych sprawach chorobowych, pomimo, że od lat kilku stale prowadzę bakteriologiczne badania krwi chorych na najrozmaitsze ostre choroby zakaźne.

Z czasem, być może, wrócę jeszcze kiedy do tego samego przedmiotu

<sup>1)</sup> Rysunki dodane będą do N-ru 25.

dzisiaj kończę prośbą, byście mi Panowie wybaczyli, jeśli zrobiłem wam zawód treścią wykładu w zestawieniu z jego tytułem.

Mam jednak nadzieję że uczynicie to, jeśli tylko uprzytomnicie sobie, Szanowni Panowie, w jak trudnych warunkach prowadzi swe badania lekarz-praktyk na prowincyi, a z drugiej znowu strony, jeżeli zważyście te trudności, jakie przedstawia samo badanie krwi pod względem bakteryologicznym, szczególnie tam, gdzie idzie o tak ważną kwestyę.

Sosnowiec, Maj, 1895 r.

Z PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ SZPITALI WARSZAWSKICH D-RA LEONA NENCKIEGO I  
Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ SZPITALA Ś-GO DUCHA.

## II. PRZYCZYNEK DO NAUKI O DZIAŁANIU FARMAKODYNAMICZNEM W ZALEŻNOŚCI OD BUDOWY CHEMICZNEJ środków grupy aromatycznej. NOWY ŚRODEK — APOLISIN, PRZECIWGORĄCZKOWY I KOJĄCY.

Podali

Leon Nencki i Józef Jaworski.

[Ciąg dalszy.— Patrz Nr. 23].

Zanim przystąpiliśmy do podawania a polisinu chorym gorączkującym, postanowiliśmy sprawdzić jego własności przeciwgorączkowe na zwierzętach.

W tym celu wzięto dwóch królików. Jednemu wstrzykiwano toksynę dyfterytyczną, drugiemu czystą hodowlę paciorkowców ropnych.

I. Królik wagi 1190,0. Ciepłota 39,2°.

D. 3. III wstrzyknięto 1 ctm. sześć. toksyny dyfterytycznej. Ciepłota po 3-ch godzinach 39,6°.

D. 4. III rano ciepłota 38,8°, o 5-ej po południu 39,9°. Wstrzyknięto 1 ctm. sześć. 10% wodny roztwór a polisinu pod skórę. Godzina 6-a wieczorem ciepłota 39,8°, o 9-ej wieczorem 40,5°.

D. 5. III. rano ciepłota 40,1°, w południe 39,5°; po południu 39,2°; wieczorem 39,3°.

D. 6. III. Ciepłota, mierzona w tych samych godzinach, dała następujące cyfry: 39,5°; 39,1°; 39,0°.

II. Królik, wagi 1192,0. Ciepłota 38,7°.

D. 7. III wstrzyknięto 1 ctm. sześć. paciorkowców ropnych. Ciepłota wieczorem 40,3°.

D. 8. III. Ciepłota rano 40,1°. O godzinie 11-ej wstrzyknięto 0,8 10% wodnego roztworu a polisinu. Godzina 12-ta. Ciepłota 39,4°; godzina 1-sza 39,3°; godzina 2½ — 39,3°; godzina 4½ — 39,8°; godzina 7-ma — 40,2°, godz. 9-a — 40,1° C.

Przechodząc obecnie do spostrzeżeń klinicznych, zauważymy, że wogóle u chorych stosowaliśmy apolisin, bądź w celu określenia jego własności przeciwgorączkowych i kojących, to znów — wyłącznie tych ostatnich w następujących przypadkach: w 4-ch przypadkach zapalenia płuc włóknikowego (*pneumonia crouposa*), w jednym — płonicy (*scarlatina*), w jednym — tyfusu brzuszego (*typhus abdominalis*), w 13 przypadkach grypy (*influenza*), w 2-ch gorączki porodowej (*febris puerperalis*), w 1-ym — ropnicy (*pyemia*), w 5-ciu — zapalenia gardła charakteru czopowego (*angina follicularis*), w 1-ym róży twarzy (*erysipelas faciei*), w 3-ch przypadkach migreny (*hemicrania*), w 2-ch przypadkach nerwobólu kulszowego (*ischias*), w 7 przypadkach, w których cierpienie wypadło podprowadzić pod ogólną nazwę bólu głowy, (*cephalalgia*), w 3-ch przypadkach nerwobólu nerwu trójdzielnego (*neuralgia n. trigemini*), w 1-ym — nerwobólu szyjowo-potylicowego (*neuralgia cervico-occipitalis*), w 2-ch przypadkach nerwobólu splotu lędźwiowego (*neuralgia plexus lumbalis*).

Przystępujemy teraz do opisu samych przypadków, nadmienając, iż apolisin podawaliśmy stale czysty w proszku, tylko kilka razy łączyliśmy go z bromem i 2 razy z solami coffeinowemi.

**Przypadek I. *Pneumonia crouposa sinistra.*** Kobieta, 28-letnia, z powołania nauczycielka, przed dwoma dniami miała jednorazowy, silny napad dreszczów, poczem nastąpiło ogólne rozłamanie, ból głowy, wymioty; gorączka i klucie w boku lewym. Badanie tegoż dnia dokonane wykazuje: osoba prawidłowo zbudowana i dobrze odżywiana. Język suchy, obłożony, na wardze *herpes*. W płucach po lewej stronie na linii pachowej u dołu, a również z tyłu od połowy łopatki ku dołowi odgłos wypukowy stłumiony — bębenkowy. W tych samych miejscach wdech i wydech oskrzelowy. Płwocina skąpa, lepka, rdzawa. W innych narządach oprócz bolesności lewego jajnika, bolesności i kruczenia nad kiszka ślepą, nic nieprawidłowego nie odnajdujemy. Ciepłota 40° [o 11-ej rano]. Tętno 108, oddech 26.

Chorej podano: *sol. acidi mur. dil.* 2,0:180 i okład rozgrzewający, na lewy bok.

D. 8. IV. [III dzień choroby].

Godzina	9 rano	11	1	
Ciepłota	39,1°	39,3°	39,8°	
Tętno	—	100	—	
Oddech	—	—	32.	
Apolisin	1 grm.	1 grm.	1 grm.	
Godzina	1 rano	3	5	7
Ciepłota	39,8°	39,2°	38°	38
Tętno	.	.	.	100
Oddech	.	.	.	28.

Klucie w boku nie ustaje; oddech utrudniony. Oddech w miejscu stłumienia wyraźnie oskrzelowy. Tętno prawidłowe, ale dość słabe. Duże pragnienie.

D. 9. IV [IV dzień choroby].

Godzina	10 rano	11	12	1 p. p.	2	8
Ciepłota	39,0°	39,2°	39,1°	38,0°	37,5°	38,0°
Tętno	.	.	94	.	.	.
Oddech	.	.	30	.	.	.
Apolisin	.	1 grm.	1 grm.	1 grm.	.	.

Klucie w boku nieco mniejsze. Z tyłu oddech oskrzelowy, przy wydechu obfite, drobno pęcherzykowe rżenia. Plwocina nieco obfitsza, rdzawa. Jedno wypróżnienie. Jako pokarm: klej i mleko.

D. 10. IV [V dzień choroby].

Godzina	10 rano	11	12	2 po p.	8
Ciepłota	39,1°	39,6°	39,9°	39,8	40°
Tętno	.	.	104	.	.
Oddech	.	.	.	30	.

*Sol. acid mur. dil.* 2,0:180,0.

Ból głowy silniejszy niż onegdaj. Zjawiska opukowe i wysłuchowe *in statu quo*. Tętno słabe. Oddech krótki, utrudniony. W moczu ślad białka.

Chorej oprócz kwasu solnego podano 3 razy w ciągu dnia po 30 kropel, nalewki waleryanowej na eterze.

D. 11. IV. [VI dzień choroby].

Godzina	8 r.	10	12	1 p. p.	2	5	8
Ciepłota	38,7°	38,5°	38,8°	33,6°	38,0°	37,0°	38,2°
Tętno	.	.	102	.	.	.	.
Oddech	.	.	36	.	.	.	.
Apolisin	.	.	1 grm.	1 grm.	1 grm.	.	.

Podmiotowo stan lepszy. Z tyłu i u dołu odgłos opukowy poczyna jaśnieć, tamże liczne rżenia średniobańkowe. Wykrztuszanie łatwiejsze; plwocina obfitsza, mniej lepka, słabiej zabarwiona.

D. 12. IV. [VII dzień choroby].

Chora w nocy silnie się spociła. Ciepłota, mierzona o 10 rano, wynosiła: 36,3°, o 12-ej 36,5°. Przy badaniu znaleźliśmy objawy, powracającej drożności płuca. Okres zdrowienia przebiegał bez powikłań, zupełnie pomyślnie.

**Przypadek II. *Angina follicularis*.** Chora, 36 letnia, kucharka, przybyła do kliniki w d. 16. V z powodu bardzo silnego bólu głowy, bólów w mięśniach i kościach. Poprzedniego dnia miała silne dreszcze, po których się spociła, jednocześnie wystąpiły wzmiankowane bardzo dotkliwe bóle. Przy badaniu okazuje się: osoba silnej budowy i bardzo dobrze odżywiana. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej nic nieprawidłowego nie znaleziono. W gardzieli na powiększonych, obrzmiałych i znacznie przekrwionych migdałach, właściwie zaś w ich kryptach [follikulach] znajdują się brudno-białe czopki, wystające nad powierzchnią migdałów niby guziczki; usunąć je można przez ucisk szpatlem na migdał. Chora łyka bez bólu, odczuwa tylko przy tym akcie jakby zawadę. Ciepłota 39,6°. Tętno 100. Podano po 1 grm. apolisinu 3 ra-

zy na dzień. Ciepłota mierzona w godzinę po 1-ym proszku — 38,2°. Bóle mięśniowe, wogóle mniejsze. Ciepłota po 3-im proszku — wieczorem 38,6°.

D. 17. V ciepłota rano 37,4°, wieczorem 38,2°. Chora w ciągu dnia wzięła 3 proszki po 0,5 grm. a polisinu. Bóle w mięśniach prawie zupełnie przeminęły; chora czuje się tylko osłabioną.

D. 18. V, w nocy chora się pociła.

D. 19. V, ciepłota 37,3°, chora bóli zupełnie niema. W gardzieli mniejsze przekrwienie, w kryptach migdałów mniejsza ilość czopów. Chorej dopiero teraz zalecono *gargarisma ex acido borico*.

D. 20. V. Chora opuściła szpital zupełnie zdrowa. Bóli charakteru gośćcowego już od 3-ch dni przed wyjściem ze szpitala nie odczuwała.

**Przypadek III. *Scarlatina*.** Do 12-letniej dziewczyny wezwano jednego z nas, [JAWORSKI] późnym wieczorem d. 15. IV. Chora, podczas dnia czując się zupełnie dobrze, wieczorem dostała mdłości, bólu głowy, a następnie wymiotów, poczem miała wstrząsający dreszcz, po którym poczuła się bezsilną, rozlaną. Około północy poczęła bredzić, zrywać się z łóżka. Przy badaniu okazuje się: dziewczyna na wiek swój rozwinięta dobrze. Gruczoły szyjowe obrzmiałe i bolesne. Silne przekrwienie błony śluzowej gardzieli. Łącznice nastrzyknięte. Światłowstręt, skóra tułowia — paląca, sucha. W płucach niema nic nieprawidłowego. Język — suchy, czerwony; brzuch nieco wzdęty, bolesność *in fossa ileo-caecali*. Ciepłota 40,5°. Tętno 120, prawidłowe, napięte. Chorej zalecono łyżkę oleju rącznikowego.

D. 16. IV. Ciepłota 40,1°. Tętno 100. Na całym ciele widać charakterystyczną wysypkę płonicową. Brzuch mniej wzdęty, bolesność w miejscu wymienionem zniknęła. Inne objawy *in statu quo*. Podano a polisin po 0,4 grm. 3 razy na dzień i *gargarisma ex acido borico*.

D. 17. IV. Ciepłota [rano] 37,8°. Tętno 80. Wysypka blednie. Zacerwienie gardzieli i migdałów jak poprzednio. Chora czuje się znacznie lepiej. Ciepłota tegoż dnia wieczorem 38,0°. Zalecono dalej używać a polisin. D. 18. IV. Ciepłota 37,3°. Od tego dnia ciepłota tylko raz przekroczyła normę, mianowicie, 9-go dnia choroby podniosła się do 38,0°. Siódmego dnia od chwili zachorowania rozpoczęło się łuszczenie. Mocz białka nie zawierał. Chora zatem brała przez 3 dni, po 3 razy na dzień po 0,4 grm. a polisinu, oprócz tego za napój wodę Wildungen.

Apolisin i w tym przypadku znosił skutecznie i szybko przykre objawy podmiotowe: ból głowy, osłabienie w mięśniach i t. d..

**Przypadek IV. *Typhus abdominalis*.** Mężczyzna, 31-letni, stróż z powołania, przybył do kliniki d. 11. IV. Zachorował przed 12-ma dniami. Chory przyjął środek czyszczący, czego następstwem, jak twierdzi, było silne rozwolnienie i wymioty, a nadto boleści w brzuchu. Obecnie chory ma kilka wypróżnień na dzień, wymioty się nie powtórzyły. Pierwszą noc w szpitalu spędził niespokojnie, mówił do siebie, opowiadał o różnych przedmiotach. Wogóle chory ma *deliria* i doznaje halucynacji wzrokowych i słuchowych. Chory jest buło-

wy dobrej. Brak prawego przedramienia (*amputationstumpf*). Język obłożony, suchy, Tętno dwubitne, 80 uderzeń na minutę, oddech 30. Oddech wszędzie zaotrzony, najwięcej jednak w prawym wierzchołku (*respiratio aspera*), tamże stłumienie odgłosu opukowego. Granice serca, bez zmian. Tętno niejasne, głuche. Brzuch niewzdęty, bolesny. Śledziona pod VIII-ym żebrem, wyczuwać się daje.

Opis tego przypadku, poczerpnięty z karty szpitalnej, prowadzonej przez innego kolegę.

Dnia 19. IV.

Godzina	10 r.	12	1½ p. p.	7 w.
Ciepłota	38,8°	38,8°	38,6°	38,2°
Apolisin		0,5 grm.	0,5 grm.	0,5 grm.
Tętno [słabe]		96		

Dnia 20. IV.

Godzina	10	12	1 p. p.	7 w.
Ciepłota	39,1°	39,0°	39,3°	39,0°
Apolisin		0,5 grm.	0,5 grm.	

Dnia 21. IV.

Godzina	10 r.	12	1 po połud.	7
Ciepłota	39,6°	39,6°	39,8°	38,9°
Apolisin		0,5 grm.	0,5 grm.	0,5 grm.

Dnia 22. IV.

Godzina	10 r.	12	1 po połud.	2
Ciepłota	39,6°	39,3°	38,0°	37,8°
Tętno				100.

D. 22. IV. Tętno szybkie, słabe. Tętno serca słabe, głuche. Podmiotowo chory czuje się niedobrze, stan taki już niejednokrotnie ordynujący lekarz odnotowywał na karcie.

W przypadku powyższym apolisin co do swego działania przeciwgorączkowego z powodu małych dawek [0,5 grm.] nie wywołał efektu. Ze względu, iż tyfus w tym przypadku przebiegał nietypowo, przerwaliśmy podawanie dalsze w celu próby apolisinu.

**Przypadek V. Febris puerperalis.** Chora 31-letnia, żona wyrobnika, przybyła do kliniki d. 30. III z powodu krwotoku macicznego (*metrorrhagia*). Miesiączkę miała przed 3-ma miesiącami, przed 2-ma tygodniami, wskutek wysiłku fizycznego, przyszły bóle porodowe i krwotok. Przed 5-ciu dniami — powtórny krwotok. Przy badaniu: chora bezkrwista; na wargach sromnych i wogóle na częściach rodnym zewnętrznych dużo śluzowo-wodnistego, krwawego nieco cuchnącego płynu. Macica powiększona około 2½ razy; część pochwowa rozpulchniona; ujście maciczne zewnętrzne przepuszcza koniec wskaziciela, wewnętrzne — ściągnięte. Chorej [przy ciepłocie 37,8°, tętnie 80], wykonano *excochleationem uteri*. Nazajutrz ciepłota 38,1° C.; wieczorem 39,0° C.. Chora przebywała w klinice do zupełnego wyzdrowienia, t. j. do 1. V. W ciągu tego czasu blisko 2 ty tygodnie gorączkowała. Ciepłota w tym czasie wahała się



pomiędzy 38,6° a 39,1°. W celu próby podawaliśmy w odpowiednich godzinach a polisin po 1 grm. do 2 grm. *pro dosi*, aż do 6 grm. *pro die*. Ciepłota po podaniu środka stale o 1°, 1,5° do 1,8 na pewien czas opadała. Uboczne-go działania a polisinu nie spostrzegaliśmy. [D. n.]

## STRESZCZENIE ZBIOROWE.

### O LECZENIU PRZEROSTU GRUCZOŁU KROKOWEGO ZA POMOCĄ RĘKOCZYNÓW OPERACYJNYCH

Napisał

Bronisław Sawicki.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 23].

#### 3. Leczenie przerostu gruczołu krokowego za pomocą podwiązania tętnicy biodrowej wewnętrznej.

Wziąwszy pod uwagę zmniejszanie się wola oraz włókniaków macicy po podwiązaniu dostarczających im krew tętnic, BIER zastosował taką metodę przy leczeniu przerostu gruczołu krokowego [patrz Gaz. Lek. 1893 r., str. 1144]. W tym celu podwijał on jedną tętnicę biodrową przy przeroście jednostronnym i obiedwie tętnice przy przeroście, zajmującym cały gruczoł. Operacji takich wykonał trzy w przypadkach, powikłanych zaburzeniami w oddawaniu moczu; gruczoł po operacji za każdym razem zmniejszał się znacznie, i oddawanie moczu stawało się łatwiejszem. Raz jeden B. torował sobie drogę do tętnicy przez laparotomię na smudze białej, i przypadek ten zakończył się śmiercią wskutek zapalenia otrzewnej. W dwóch innych przypadkach B. dosięgał tętnicy drogą pozaotrzewnową, robiąc cięcie ponad więzmem ROUPART'a i odłuszczał otrzewną. Oba te przypadki zakończyły się pomyślnie, wskutek czego B. zaleca na przyszłość używać tej tylko drogi. Tętnicę B. podwija w dwóch miejscach i przecina.

Sposób BIER'a zastosował MEYER u 55-letniego chorego, cierpiącego na przerost gruczołu krokowego i niemożność oddawania moczu bez cewnika. Ponieważ przerost zajmował cały gruczoł, M. cięciem pozaotrzewnowem doszedł do prawej tętnicy biodrowej wewnętrznej i podwijał ją bez przecinania. Przy podwiązaniu lewej tętnicy M. niechcący zranił ją, poczem nie mógł już zatamować krwotoku za pomocą podwiązki, lecz musiał ją chwycić w szczypczyki, które pozostawił w ranie. Po upływie 12 dni szczypczyki, uciskając tętnicę biodrową zewnętrzną, pomimo że były owinięte gazą, wywołały zgorzel ściany tejże tętnicy i silny krwotok. To zmusiło MEYER'a podwijać tętnicę biodrową wspólną w pobliżu aorty, co spowodowało zgorzel części stopy. Pomimo to operacja miała wynik dobry. Chory w 12 godzin po operacji mógł sam oddać 10 ctm. sześć. moczu. W ciągu następnych dni ilość oddawanego moczu i siła strumienia wzmagaly się, tak że chory mógł sam wydzielać do 550 ctm. sześć. moczu, oddając go co 2 godziny. Ilość moczu zapasowego

znacznie się zmniejszyła. W 8 miesięcy po operacji chory oddawał mocz co 3—4 godziny, przytem gruczoł krokowy znakomicie się zmniejszył.

BIER. *Wiener. klin. Wochschr.* 1893. Nr. 31.

MEYER. *Annals of surgery.* 1894. Juli.

#### 4. Leczenie przerostu gruczołu krokowego za pomocą trzebienia.

Pierwszy RAMM w Christianii wykonał w celu leczniczym trzebienie obustronne przy przeroście gruczołu krokowego. Myśl do operacji tej dało autorowi zmniejszanie się mięśniaków macicy po usunięciu jajników oraz niejaki podobieństwo stosunku pomiędzy gruczołem krokowym i jądrami z jednej strony, a pomiędzy macicą i jajnikami z drugiej. Wykonane na psach doświadczenia wykazały znaczne zmniejszenie się gruczołu krokowego po upływie 1—2 miesięcy po wytrzebieniu. Pierwszy raz R. wykonał trzebienie u 73-letniego stolarza z zatrzymaniem moczu, od lat 15 cierpiącego na utrudnione moczenie. Gruczoł krokowy miał wielkość jabłka. Już w trzy dni po operacji zmniejszył się on widocznie, które to zmniejszanie postępowało wciąż dalej. W ciągu dwumiesięcznego pobytu chorego w szpitalu, wypuszczano temuż mocz cewnikiem 3—4 razy. Po wyjściu ze szpitala chory powrócił do swego zajęcia. Podczas gdy w ciągu ostatnich kilku lat przed operacją musiał oddawać mocz co godzinę, po operacji oddawał go 2 razy w nocy i 3—4 razy w ciągu dnia. Zarówno dobry był wynik u drugiego chorego, liczącego 67½ lat, któremu wykonano trzebienie z powodu przerostu gruczołu i przewlekłego zapalenia pęcherza. Cierpienia trwały od lat 14 i zmuszały do częstego stosowania cewnika. Po operacji gruczoł się zmniejszył, cierpienia pęcherza ustąpiły, chory oddawał mocz 4—5 razy w ciągu dnia i 1 raz w nocy.

Cięższy od powyżej opisanych był przypadek, operowany przez SMITH'a. Chory, lat 69, od wielu lat cierpiał na niewielkie zaburzenia, spowodowane przerostem gruczołu krokowego. Przed 8 tygodniami wystąpiło silne parcie na mocz, a następnie gorączka, mocz ropny, opróżnianie pęcherza niezupełne [180 ctm. sześć. moczu pozostającego]. Gdy w ciągu 3-miesięcznego pobytu chorego w szpitalu gorączka i objawy pęcherzowe nie ustępowały pomimo troskliwego leczenia, a chory stracił na wadze 30 funtów, wykonano trzebienie. W pierwszym tygodniu po operacji opróżniano pęcherz cewnikiem dwa razy dziennie, później tylko 2 razy tygodniowo. Gorączka zginęła, oddawanie moczu stało się mniej częstem [5—6 razy zamiast 12—15 razy, jak było przedtem], w pęcherzu pozostawało zaledwie kilkanaście ctm. sześć. moczu, waga ciała podniosła się o 28 funtów. W 15 miesięcy po operacji wszelkie zaburzenia ustąpiły, waga ciała zwiększyła się o 45 funtów.

Czwarty przypadek dokonanego z dobrym wynikiem trzebienia opisali MEYER i HAENEL. Przypadek tu dotyczył 70-letniego mężczyzny zdrowego i mocnego, cierpiącego na silne amoniakalne zapalenie pęcherza. Gruczoł krokowy przedstawiał się pod postacią gładkiego, twardego guza, wielkości pięści. Cierpieniu towarzyszyły objawy: silne bolesne parcie na mocz, gorączka, bezsenność, utrata łaknienia. Wobec znacznej bolesności ani przemy-

wania, ani opróżniania pęcherza nie można było wykonywać dokładnie. Na zaproponowaną operację chory zgodził się chętnie, poczem wykonano mu trzebienie. Już w kilka dni po operacji zauważono zmniejszanie się gruczołu krokowego tak, że po upływie dwóch tygodni objętość jego zmniejszyła się  $\frac{1}{3}$ , po sześciu zaś tygodniach - o  $\frac{2}{3}$ ; wreszcie w niespełna  $2\frac{1}{2}$  miesiące po operacji gruczoł powrócił do wielkości prawidłowej. Odpowiednio do tego ustępowały i inne objawy chorobowe. Już w kilka dni po operacji parcie na mocz stało się rzadszem, wprowadzanie kateteru i wypłókiwanie pęcherza nie wywoływało takiej bolesności, wskutek czego przy odpowiednim leczeniu mocz już po upływie trzech tygodni wskazywał własności prawidłowe. Najdłużej stosunkowo, gdyż wciągu 14-u tygodni, utrzymywała się niedokładna kurczliwość pęcherza, powodująca niecałkowite opróżnianie tegoż. Po upływie jednakże tego czasu nastąpiło polepszenie: chory mógł opróżniać pęcherz bez pomocy cewnika, oddając co 4—5 godzin prawie całą ilość nagromadzonego moczu. Stan ogólny chorego znacznie się poprawił.

O wpływie trzebienia na gruczoł krokowy wiadano już dawniej. PELIKAN w swem dziele o skopcach zwraca uwagę, że gruczoł ten u nich staie bywa niezwykle mały, coś w tym rodzaju, jak u dzieci przed osiągnięciem rozwoju płciowego. Toż samo spostrzegano u ludzi, których wytrzebiono z powodu nowotworów, lub gruźlicy jąder. POWELL opisał przypadek mężczyzny, cierpiącego na przerost gruczołu krokowego oraz zaburzenia w oddawaniu moczu. Tenże chory miał lewe jądro już oddawna w stanie zaniku, prawe zaś rakowato zwyrodnione. Wkrótce po usunięciu chorego jądra, znikły zaburzenia moczowe, gruczoł zaś zmniejszył się znacznie.

Co się tyczy teoretycznego objaśnienia wpływu trzebienia na zmniejszenie się przerostu *prostatæ*, MEYER i HAENEL, zarówno jak RAMM powołują się na pracę WHITE'go (*Brit. med. jour. sept. 1893*). Opierając się na związku embriologicznym pomiędzy gruczołem krokowym i macicą, WHITE upatruje podobieństwo pomiędzy przerostem tegoż gruczołu i mięśniakami macicy. Wycięcie zatem jąder, miałoby ten sam wpływ na gruczoł krokowy, co wycięcie jajników na macicę. Na poparcie zdania WHITE'go można przytoczyć rzeczywistość tę okoliczność, że przerost *prostatæ*, zarówno jak mięśniak macicy, polega na zwiększeniu ilości pierwiastków mięśniowych w tych narządach. Z drugiej strony jednakże M. i H. przytaczają zjawiska, przeczące takiej analogii, jako to: różnorodną etiologię obu cierpień, różność wieku, w którym one występują. W każdym razie, wobec braku lepszego objaśnienia, przyjmują oni teorię WHITE'go, przypuszczając, że przez usunięcie jąder, zarówno jak przez usunięcie jajników, zostaje zniszczony ich związek troficzny z gruczołem krokowym, względnie z macicą. Na związek taki wskazują i doświadczenia WHITE'go na psach, który widział u nich po wytrzebieniu szybko występujące znaczne zmniejszenie się gruczołu krokowego. W końcu swej pracy MEYER i HAENEL podają krytykę innych zalecanych dotąd sposobów leczenia przerostu gruczołu krokowego. BIER podwiązywał tętnicę biodrową wewnętrzną, lecz na dobry wynik trudno tu liczyć wobec obocznego krążenia [tętnica nucienna i cała sieć potąceń pomiędzy tętnicą biodrową wewnętrzną i zewnętrzną],

HARRISON radzi podskórnie przecinać przewody nasienne, lecz to nie wyłącza, jeśli nie bezpośredniego, to przynajmniej pośredniego wpływu troficznego ze strony pozostawionych jąder na gruczoł krokowy. Wyniki wycięcia gruczołu krokowego nie zachęcają także zbyt do operacji.

Zbadaniem związku, jaki zachodzi pomiędzy jądrami i gruczołem krokowym, zajął się także LAUNOIS. Praca jego jest właściwie zestawieniem dotyczących tej sprawy faktów, znanych z embryologii, anatomii, kazuistyki patologicznej i chirurgicznej, wreszcie z patologii doświadczalnej. Fakty te autor zebrał z własnych spostrzeżeń, lub zaczerpnął z literatury dawnej i bieżącej. Wnioski autora są następujące: embryologia i anatomia wykazują, że rozwój gruczołu krokowego znajduje się w ścisłym związku z rozwojem jąder. Przy wrodzonych wadach w rozwoju lub w położeniu jąder, gruczoł krokowy bywa w stanie zaniku. U wnętrów jednostronnych, jako też w przypadkach przemieszczenia jednego jądra, zanikowi podlega tylko odpowiedni zraz gruczołu krokowego; całkowity zanik tegoż gruczołu ma miejsce przy zupełnym braku jąder, lub też u wnętrów obustronnych. Występującemu wskutek spraw zapalnych zanikowi jąder towarzyszy zanik gruczołu krokowego.

Trzebienie dwustronne, wykonywane u zwierząt lub ludzi, sprowadza znaczny zanik *prostatæ*. Za pomocą trzebienia obustronnego możemy sprowadzić zanik gruczołu krokowego, znajdującego się w stanie przerostu, a zatem operacja ta winna znaleźć zastosowanie w pewnych przypadkach przerostu tegoż gruczołu i zaburzeń w oddawaniu moczu.

(RAMM. *Centralb. f. Chir.* 1893. Nr. 35. s. 795, a także *Centr. f. Chir.*, 1894. Nr. 17. str. 387.

MAYER i HAENEL. *Centralb. f. Krank. d. Harn. u. Sexualorg.*, 1894. Bd. V. Hf. 7.

LAUNOIS. *Annales d. malad. d. Org. gén. urin.* 1894. T. XII. Nr. 10.

TREMONT-SMITH. *Annals of syrgery.*, 1894. Juli).

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 46. Paweł Baumm i R. Illner. Mleko kobiece, zmienność jego i wpływ na odżywianie ssawców.

Nawet w obecnej porze panowania racjonalizmu i doświadczalnego dociekania w wiedzy lekarskiej badanie mamek odbywa się pobieżnie i szematycznie, zasadzając się jedynie na zbadaniu stanu zdrowia mamki, jej dziecięcia, rozwoju gruczołów piersiowych, budowy brodawek i wydajności pokarmu. Rozbiór mleka bardzo rzadko, wyjątkowo tylko bywa przedmiotem badania. A jednak, pomimo uznania, że mamka jest zdrową i mlekodajną, często się zdarza, że niemowlę źle się rozwija na jej pokarmie; wówczas i publiczność i lekarz krótko węzłowato wnioskują, że pokarm jej niedobry; zmienia się więc mamkę, by po raz wtóry, a nieraz trzeci i czwarty otrzymać rezultat ujemny. Sądziłoby by więc należało, że wiele kobiet wydziela zły pokarm, niestosowny dla roz-

woju ssawców. Zdanie to uchodzi za pewnik, nie tylko w sterze laików, lecz nawet w kołach lekarskich. Utało się w pojęciu ogółu wiele zdań, uchodzących za pewniki, pomimo że żadne naukowe badania nie stanowią ich podstawy, jak np. że czas, ubiegły od porodu mamki powinien odpowiadać wiekowi powierzono-ego jej do karmienia ssawca, lub że pewne potrawy [kwaśne, słone] są niewłaściwe dla mamek, albo że pewne zaburzenia chorobliwe mamki źle oddzia-lywają na dziecię i t. p.

Dotychczas bardzo mało zajmowano się badaniem zależności składu pokarmu kobiecego od rozmaitych wpływów [pożywienia mamki, pracy fizycznej, chorób jej, przyjmowanych przez nią lekarstw, miesiączki i t. p.] działających na ustrój karmiącej, a to dlatego, iż podane powyżej zdania uchodziły za dogmaty.

BAUMM i ILLNER kierownicy zakładu naukowego dla akuszerki w Opolu, a jednocześnie kantoru mamek, postanowili, nie szczędząc trudu, rozjaśnić te sprawy i na drodze licznych rozbiórów rozmaitych pokarmów dojść do pewnych naukowych wyników. Badania swe B. i I. dokonywali metodą E. PFEIFFER'a z Wiesbadenu, uważaną za najpewniejszą i najdokładniej w dziełku jego (*Die Analyseder Milch. 1887*) opisaną. Określali oni ilość pokarmu, wydzielaną przez jedną pierś, po upływie określonego czasu [2—3 godzin], reakcję pokar-mu, ciężar właściwy, zawartości wody, suchej pozostałości, białka, tłuszczu, cukru i soli. Ogółem wykonali 106 rozbiórów na mleku dwudziestu kobiet, a re-zultaty swe podają w szeregu tablic i w postaci bardzo ciekawych wniosków. Z samemi tablicami, jako z materiałem suchym, nie uważam za potrzebne za-poznawać czytelników; podamy tylko wnioski, oraz następujące się przytem uwagi. W analizach swych autorzy nie zadawali się jednorazowem zbadaniem pokarmu mamki, lecz badali go po kilka i kilkanaście razy, bądź codzienne, bądź co kilka dni, otrzymując dzięki temu szereg bardzo cieka-wych porównawczych danych.

Na zasadzie 74 analiz, dokonanych na mleku 16 kobiet, B. i I. określają przeciętny ciężar właściwy na 1032 [*minimum* 1026, *maximum* 1036]. Ciężar właściwy zależy głównie od tłuszczów, nie może jednak służyć jako probierz do badania, jak to bywa w niektórych metodach, gdyż i inne składniki pokar-mu poważnym i częstym podlegają wahaniom, co odbija się na ciężarze wła-sciwym.

Barwa wykształconego pokarmu jest niebieskawo-białą, w pierwszych zaś dniach karmienia żółtawą, co zależy od domieszki siary. Zazwyczaj 7—9 dnia mleko nabiera już białej barwy, widziano jednak żółtawą jeszcze 20-go dnia.

Reakcja mleka kobiecego jest zawsze alkaliczną.

Pod drobnowidzem przedstawia się mleko w postaci zawiesiny, składają-cej się z bezbarwnej cieczy z licznymi, zawieszonymi w niej, kulkami mlecznymi rozmaitej wielkości. Większość kulek posiada średnicę 0,001—0,0025 mm. FLEISCHMANN utrzymywał, że przeważająca ilość drobnych kulek sprowadza rozwolnienie u ssawców, a nadmiar wielkich — wzdęcia i boleści, czego au-torzy w swoich przypadkach potwierdzić nie mogli. W pierwszych dniach,

jak również przy chorobach gruczołów piersiowych mamek, spotyka się w mleku mniej lub więcej ciałek siary; normalnie giną one 7—8 dnia.

Na zasadzie rozbiórów chemicznych otrzymali autorzy dla mleka kobiet zdrowych, pozostających w zakładzie, bez pracy fizycznej i żywionych mieszaną strawą liczby następujące:

Białko . . . . .	2,033%
Tłuszcz . . . . .	3,600%
Cukier . . . . .	6,402%
Popiół . . . . .	0,227%
Suchej pozostałości . . . . .	12,262%

Są to jednak cyfry przeciętne; przypatrzmy się obecnie cyfrom maksymalnym i minimalnym tychże rozbiórów chemicznych:

	<i>maximum</i>	<i>minimum</i>
Białko . . . . .	2,424	1,720
Tłuszcz . . . . .	4,680	2,600
Cukier . . . . .	7,750	5,685
Popiół . . . . .	0,280	0,180
Ogółem . . . . .	15,054	10,185

Różnice, zachodzące pomiędzy pojedyńczymi cyframi, dotyczącymi składu pokarmu rozmaitych kobiet, mniejsze są, niż wahania tychże składników u jednej i tejże kobiety w rozmaitych dniach, inaczej mówiąc, mleko pewnej mamki, co pewien czas badane, wykazuje ogromne wahania i różnice w składzie, tak, iż dwa rozbiory tegoż samego pokarmu [z różnych dni] bardziej od siebie się różnią, niż rozbiory dwóch pokarmów rozmaitych kobiet.

Utrzymywano również, iż wiek karmiącej ma wielki wpływ na skład pokarmu, lecz i ten dogmat empiryczny nie wytrzymuje krytyki rozbioru chemicznego; cały szereg bowiem badań, dokonanych nad mlekiem kobiet, liczących 18 do 40 lat, nie wykazał autorom żadnej prawidłowości pod tym względem.

Innym przesądem, panującym wśród ogółu, jest przekonanie, iż pokarm w pierwszych sześciu tygodniach po porodzie nie jest jeszcze wykształconym, a zatem, że dopiero po upływie owego czasu można ocenić wartość mamki; lecz i ten „pewnik” pryska, jak bańka mydlana, gdy przyjrzymy się 72 rozbiorem chemicznym, dokonany na 9 kobietach [dla każdej 7—9 rozbiórów]; widzimy bowiem, że tylko ilość białka zmniejsza się, wskutek znikania ciałek siarowatych, po upływie pierwszych dziesięciu dniach, ilość cukru w pierwszych dniach poporodowych cokolwiek się zwiększa, ilość zaś tłuszczu już od 4 dnia jest stałą.

Stąd wynika, że pokarm już 10-go, a najdalej 17-go dnia po porodzie, posiada ten sam skład, jak w 4 lub w 6-ym tygodniu; wobec czego niesłusznem jest odmawianie przyjęcia mamki z młodszym pokarmem do dziecka starszego.

Jaka mamka jest lepszą, czy pierwiastka czy wieloródka? Przez długie lata oddawano pierwszeństwo pierwiastkom, starano się o nie usilnie; w ostatnich czasach zaczęto przekładać wieloródki, nie tyle ze względu na jakość ich pokarmu, ile na większą wydajność gruczołów i większe doświadczenie w pielęgnowaniu ssawca. Uznając w zupełności ważność ostatniego argumentu (*Spraw.*) zwracamy uwagę, że porównawcze rozbiory chemiczne BAUMM'a i ILLNER'a wykazują bardzo małą różnicę na korzyść pierwiastek, a różnica ta znacznie jest mniejszą od fizjologicznych wahań, spostrzeganych u jednej i tej samej kobiety.

Nawet budowa i konstytucja mamek nie ma szczególnego wpływu na skład ich pokarmu, o czem przekonywają następujące cyfry przeciętne, otrzymane z badania 7 krzepkich i 7 słabych mamek:

	Białko	Tłuszcz	Cukier	Popiół
kobiety krzepkie:	2,001	2,505	6,396	0,232
„ słabe:	2,063	3,644	6,407	0,222

Mimowolna nawet przewaga na korzyść kobiet słabowitych! Czyżby przyroda w nieznanym nam sposób starała się zabezpieczyć nowonarodzonemu istnieniu i obdarzała słabe kobiety względnie pożywniejszym pokarmem, niż silne?

W drugiej części swej pracy przeprowadzają autorzy szereg ciekawych doświadczeń nad wpływem rozmaitych metod żywienia kobiet karmiących na skład chemiczny wydzielanego przez nie pokarmu, a mianowicie poddają kobiety [te same, których pokarm i poprzednio badano przy żywności mieszanej] żywieniu przeważnie: *a)* substancjami białkowatymi [mięso, ser, jaja, małe chleba lub kartofli] z zupełnym wyłączeniem tłuszczu, cukru i mąki, *b)* potrawami możliwie bezazotowymi [mączne potrawy, kartofle, dużo tłuszczu, kawa słodka] *c)* metodą tuczącą, *d)* kwaśnymi, słonymi i pieprzonymi potrawami [śledzie, ogórki kwaszone, jarzyny], *e)* alkoholem w postaci piwa lagrowego w ilości 1½ litra dziennie, *f)* wielkimi ilościami napojów i płynnymi pokarmami.

Prócz tego mieli autorzy sposobność zbadać po jednym przypadku biegunki, gorączki, zapalenia gruczołu piersiowego i zapalenia nerek [dwa przypadki] karmiących na ich pokarm.

Na zasadzie powyższych badań, których wyniki przedstawiane są w pracy w postaci tablic cyfrowych, okazuje się, że 5 dniowe żywienie kobiety wyłącznie wodanami węgla i tłuszczem nie wpłynęło ani na skład chemiczny, ani na cechy fizyczne pokarmu. Toż samo zauważono u kobiety, przez 9 dni żywionej kwaśnymi potrawami i jarzynami, które dobrze znosiła. Dziecko jej, cierpiące na lekką biegunkę w czasie, gdy chora zwyczajnie była żywioną, straciło ją w czasie doświadczeń, wbrew wszelkim oczekiwaniom autorów.

U innej kobiety, żywionej przez 8 dni mieszaną strawą, następnie przez 5 dni wodanami węgla i tłuszczami, potem przez 6 dni wyłącznie białkowatymi substancjami, zauważono w obydwóch ostatnich okresach zwiększenie się tłuszczu w mleku [o 1½ %], które przy dalszem 5-dniowym żywieniu kwaśnymi po-

trawami spadło znowu do normy. Ilości cukru i białka nieznacznie się zmieniały we wszystkich czterech okresach żywienia.

Dodatek alkoholu również nie oddziaływa na pokarm, w którym przy destylacji nie znaleziono go wcale. Obfite wprowadzanie napojów do narządu karmiącej wywołało większą koncentrację mleka t. j. zwiększenie się ilości stałych części składowych głównie wskutek zwiększenia się ilości cukru [o  $\frac{1}{2}$  %].

Też same doświadczenia, na kilkunastu kobietach wielokrotnie powtarzane, dowiodły, że obfite tuczenie karmiących, jakoteż zwiększone dostarczanie jej pożywienia azotowego wpływa dodatnio na zwiększenie się tłuszczu w pokarmie, podczas gdy inne składniki nie ulegają zmianom.

W okresie utraty pokarmu przez mamkę ilość białka zwiększa się, ilość zaś tłuszczu zmniejsza się w nim; prócz tego zjawiają się ponownie ciała siary. Przy zapaleniu nerek u mamek zauważono znaczne zwiększenie się tłuszczu w ich pokarmie, co zgadza się z poszukiwaniami FLEISCHMANN'a który także zauważył, że podczas wszelkich chorób osób karmiących ilość wody w pokarmie się zmniejsza, a ilość substancji stałych znacznie wzrasta, przez co pokarm ten staje się ciężkim dla ssawców.

Pokarm mamki miesięczkującej [jednorazowe badanie] nie wykazał żadnych poważniejszych zmian.

A zatem pokarm kobiety w wysokim stopniu jest niezależnym od rozmaitych sposobów żywienia karmiących, jakoteż od wielu innych działających na nie czynników. Zauważyć można jeszcze zmiany w ilości tłuszczu; nie przechodzą one atoli granic fizyologicznego wahania się tego składnika.

Ssawcy rozwijały się w zupełnie prawidłowy sposób przy wszelkich metodach odżywiania mamek.

Wynika z tego, że nie podobna za pomocą jakiegokolwiek odżywiania karmiącej wpłynąć na zwiększenie się wagi ssawca, jakoteż, że przy wszelkim rodzaju odżywiania, znoszonym przez karmiącą, wydziela się pokarm odpowiedni dla niemowlęcia.

W kilku przypadkach chorób u karmiących nie zauważyli autorzy ani większych zmian w pokarmie tych kobiet, ani też jakiegoś znaczniejszego wpływu na stan zdrowia ssawca. Wprawdzie w 3 przypadkach niemowlęta zapadały na biegunkę, lecz autorzy twierdzą, że spawa ta zależała ona od zmiany pokarmu. Ilość ich badań tak jest niedostateczną, iż nie zdoła ona bezwątpienia zachwiać ogólnego przekonania, opartego za codziennych spostrzeżeniach, wykazujących, że podczas choroby karmiących pokarm ich staje się mniej lub więcej szkodliwym dla ssawców.

Podobnież miesięczka [1 badanie] i wpływy psychiczne [zmartwienie i gniew] nie miały doraźnego wpływu na chemiczny skład pokarmu.

Przechodzenia obcych ciał chemicznych [leków, olejków lotnych i t. p.] do pokarmu, autorzy nie badali, uznają jednak, że to sprawa bardzo ważna i zasługująca na specjalne zajęcie się nią.

Na podstawie tych badań autorzy dochodzą do przekonania, że przy cierpieniach przewodu pokarmowego u ssawców nie należy za główną



tego przyczyną uważać pokarmu i zmieniać mamkę, gdyż to zazwyczaj wcale nie pomaga, chemiczny bowiem skład pokarmów rozmaitych mamek jest mniej więcej jednakowy; istnieją tylko pewne różnice w ilości tłuszczu, nie większe jednak u dwóch rozmaitych mamek, niż fizyologiczne granice wahania się tej składowej części u jednej i tej samej kobiety w rozmaitych dniach.

Natomiast ilość wydzielanego przez karmiące kobiety pokarmu bywa bardzo rozmaita i podlega poważnym zmianom z najrozmaitszych przyczyn. W miarę karmienia ilość ta z każdym tygodniem [aż do pewnej pory] stale się zwiększa, co odpowiada naturalnym potrzebom rozwijającego się dziecka; z drugiej zaś strony zbyt młody, lub zbyt stary wiek karmiącej, jakoteż niedostateczne odżywianie, krwawienia, rozwolnienia, choroby gorączkowe, nadmiar pracy, osłabienia i t. p. zmniejszają produkcję mleka. Osoby bardzo tęgie wydzielają mało pokarmu, podobnie jak bardzo tłuste krowy nie są zbyt mleko-dajne. Wieloródki zazwyczaj więcej mają pokarmu, niż pierwiastki, wskutek lepszego rozwoju gruczołów piersiowych. Miesiączka nie okazuje wpływu na ilość pokarmu, co stwierdził FILT u 100 miesięczkujących kobiet; u ośmiu ilość mleka zmniejszyła się, u jednej ustała produkcja zupełnie, u 52—żadnego nie było wpływu, a u 39 ilość pokarmu zwiększała się nawet.

Przekonali się także autorzy za pomocą doświadczeń nad dwiema karmiącymi, iż obfite dostarczanie karmiącym płynów zwiększa produkcję ich mleka [bez zmiany składu], co zresztą oddawna było uważane za pewnik przez publiczność.

Wobec tego przy wyborze mamki należy się głównie kierować ilością wydzielanego przez nią pokarmu, a nie składem chemicznym, który jest do pewnego stopnia mało zmiennym.

Na zasadzie 1000 badań, dokonanych u 38 zdrowych ssawców, starali się autorzy określić przeciętną ilość pokarmu, produkowaną w ciągu doby przez dobrą mamkę i przekonali się, że w 1-szym tygodniu powinna ona wydzielać 600 gramów na dobę, w 2—4 tygodniu 800 grm., a w 5—7 tygodniu 950 grm..

Ponieważ dziecko ssie 7—8 razy na dobę, przeto dobra mamka w dwie godziny po karmieniu powinna wydzielać na dobę:

w 1-szym tygodniu	80 grm.	czyli	40 grm.	z jednej piersi
w 2—4-ym	110 grm.	"	55 grm.	" "
w 5—7-ym	130 grm.	"	65 grm.	" "

Cyfry te, jak utrzymują sami autorzy, są cokolwiek za wysokie; można zadowolnić się i nieco niższymi.

*Sammlung klin. Vorträge. Nr. 105.*

*L. Wolberg.*

#### 47. H. Rumpf. O t. zw. wątrobie lukrowanej (*Zuckergussleber*).

Nazwą wątroba lukrowana (*Zuckergussleber*) CURSCHMANN (*Deutsche medicinische Wochenschrift. 1884 r. str. 564*), określił dość rzadkie cierpienie wątroby, którego przebieg kliniczny ludzko podobnym jest do marskości wątroby. Pod względem anatomiczno-patologicznym mamy tu przewlekłe zapalenie listka otrzewnej, pokrywającego wątrobę, *perihepatitis chronica*

*hyperplastica*. Zapalenie to, prowadzące do silnego zgrubienia otrzewnowej powłoki wątroby, odznacza się tem, że pozostaje ograniczonem wyłącznie do tej powłoki, nie przechodząc na samą wątrobę. Zgrubiała skutkiem przewlekłego zapalenia otoczka wątroby, kurcząc się, uciska ze wszystkich stron niezmienną w swej budowie, a w każdym razie nie przedstawiającą zmian śródmiąższowych, wątrobę, upośledza krążenie w wewnątrzwątrobowym układzie żyły wrotnej; wywołując przez to prześiek do jamy brzusznej, powoduje zmniejszenie wątroby, zmianę jej kształtu i stwardzenie. Przypadek CURSCHMANN'a dotyczył 54-letniej kobiety, która nigdy przedtem poważnie nie chorowała, nie nadużywała napojów wysokokowych i syfilisu nie przechodziła; przed 24 laty raz rodziła, gorączki połogowej nie miała. Cierpienie rozpoczęło się 4 lata przed wstąpieniem do szpitala bez wiadomej przyczyny od dreszczów i silnych bólów w okolicy nadbrzuszej. Ta ostatnia, a zwłaszcza okolica wątroby były opuchnięte i nadzwyczaj wrażliwe przy dotykaniu. Po pewnym czasie rozwinął się znaczny prześiek do jamy brzusznej, który wkrótce zmusił do paracentezy. W ciągu 4 lat chorej 15 razy wypuszczono płyn z jamy brzusznej. Autor podnosi fakt, że z biegiem czasu przestanki między oddzielnymi punkcjami stawały się coraz dłuższymi. Po wypuszczeniu płynu można było wyczuć wątrobę zmniejszoną, bardzo twardą, gładką, o tępym brzegu, jak również silnie powiększoną śledzionę. W 2½ roku po wstąpieniu do szpitala chora zmarła wskutek przyłączenia się gruźliczego zapalenia otrzewnej i lewostronnego wysiękowego zapalenia opłucnej. Z protokołu sekcji przytaczamy tylko, co następuje: „Cała górna połowa otrzewnej, wyściełającej przednią ścianę brzusznej, zamieniona w grubą, białą, nadzwyczaj twardą, ścięgniętą masę. Zmiana ta rozciąga się bez przerwy na całą przepoń i stąd na śledzionę i wątrobę. Ta ostatnia jest zmniejszona o ⅓, bardzo twarda, okrągława, o brzegach tępych. Cały narząd otoczony jest bez przerwy opisaną dopiero co modzelowatą, białawą masą, której grubość w wielu miejscach wynosi 4—5 mm. Miąższ wątroby jest suchy, ciągliwy, barwy jasno-brunatno-czerwonej. Kontury zrazików trochę niejasne lecz widoczne. Ani śladu śródmiąższowego zapalenia [co stwierdzono także pod drobnowidzem]. Naczynia wątroby, także pień *venae portae*, nie przedstawiają żadnych zmian“. Dalej jest wzmianka w protokóle, że na błonie śluzowej żołądka i kiszek żadnych zmian nie zauważono. CURSCHMANN, omawiając ten przypadek, podaje następujące cechy różniczkowo-rozpoznawcze od marskości zanikowej wątroby: początek choroby przy objawach organicznego zapalenia otrzewnej, *resp. perihepatitis*, znacznie powolniejszy przebieg i występujące czasem w przebiegu cierpienia długotrwałe, nawet kilka lat trwające pauzy, przy czem puchlina brzuszna (*ascites*) pozostaje *in statu quo*. O częstości w mowie będącego cierpienia nie znajdujemy u CURSCHMANN'a żadnej wzmianki.

W dziełach, poświęconych medycynie wewnętrznej, dane, dotyczące *perihepatitidis*, są wogóle szczupłe, i tylko w niewielu znaleźć można bardzo krótkie wzmianki, oparte na spostrzeżeniach, podobnych do przypadku CURSCHMANN'a. Tak BUDD, opisując zdarzające się niekiedy przy marności wątroby zgrubienia otrzewnowej otoczki wątroby mówi, że możliwą jest rzeczą, iż w nie-

których takich przypadkach zlepne zapalenie otrzewny było sprawą pierwotną, a zmniejszenie objętości i zwiększenie konsystencji wątroby, jak również utrudnione w niej krążenie krwi było sprawą wtórną, warunkowaną kurczeniem się otaczającej wątrobę grubej błony wrzekomej. BAMBERGER spostrzegł 2 podobne przypadki, w których ze strony samej wątroby nie można było zauważyć żadnych ważniejszych zmian. Za życia w obu przypadkach rozpoznano przewlekłe śródmiąższowe zapalenie wątroby. Również z opisu THIERFELDER'a można wnioskować, że autor ten mówi o przypadkach t. zw. wątroby lukrowanej. Do tej szczupłej kazuistyki autor dodaje jedno spostrzeżenie D-ra WECKERLING'a [z Friedbergu].

Chora, 33 lat wieku licząca, budowy miernej, obdarzona niezwykle siłą mięśniową, oddana bardzo ciężkiej pracy, zachorowała w lipcu 1869 r. przy objawach zapalenia osierdzia. W maju 1870 r. D-r WECKERLING, znajduje znaczny przesiłek w jamie brzusznej, brzuch wcale niebolesny. Później nieco przyłącza się prawostronne wysiękowe zapalenie opłucnej. W r. 1872 wykonano pierwsze przekłucie brzucha. Od tego czasu wypuszczano płyn w rozmaitych odstępach czasu. Początkowo przestanki między oddzielnymi przekłuciami trwały miesiące, później przez długi czas wynosiły około 4 tygodni, w ostatnich zaś czasach zmniejszyły się do 2 tygodni i krócej. Dnia 9 grudnia 1875 r. odnotowano 70-e przekłucie, 2 listopada 1876 r. 100-e, w roku 1884 kluto 33 razy, w końcu stycznia 1885 r. dokonano 300-go przekłucia, a 9 lutego 1885 r. zrobiono ostatnie, 301-e przekłucie. We 2 dni po ostatniej operacji, po 16-letniem blisko trwaniu choroby, nastąpiła śmierć wskutek wyczerpania. Ilość wypuszczonego za każdym razem płynu wynosiła początkowo 20 litrów lub nawet więcej; ilość ta z biegiem czasu zmniejszała się, lecz dochodziła zawsze do 10 litrów. Płyn zawierał zawsze bardzo dużo białka. Pomimo tak ogromnych strat białka, stan sił chorej do ostatnich lat był do tego stopnia zadawalniający, że wykonywała najcięższe roboty. Przytem warunki higieniczne, w których znajdowała się chora, nie były pomysłne a pożywienie jej składało się w przeważnie z kartofli.

Dokonana przez prof. BOSTROEM'a, sekcyja wykazała: *Perihepatitis hyperplastica diffusa chronica* (*Zuckergussleber* CURSCHMANN'a) ze znacznym uciskiem niezmięionej tkanki wątroby. *Ascites*. *Perisplenitis chronica et peritonitis parietalis hyperplastica*. *Pericarditis hyperplastica diffusa chronica* z zarosnięciem worka osierdzia. *Pleuritis chronica hyperplastica exsudativa dextra*. *Insufficiencia relativa v. tricuspidalis*. *Oedema pulmonum*.

Wątroba o  $\frac{1}{2}$  przeszło zmniejszona. Powierzchnia jej powleczonej zupełnie równomiernie białą, błyszczącą, jakby zastygłą masą. Przy nacinaniu tej białej powłoki tkanka wątroby mocno wypukła się przez zrobiony otwór, co dowodzi, że się znajduje pod silnem ciśnieniem. Na przekroju wątroby niema ani śladu śródmiąższowego bujania tkanki łącznej; nigdzie tkanka łącząca białej powłoki nie przechodzi na samą wątrobę. Żyła wrotna przy jej wejściu do wątroby jest normalnie szeroka, jej korzenie są może nieco szersze niż zwykle. Błona śluzowa żołądka pokryta małą ilością śluzu i mało nastrzyknięta. Błona śluzowa kiszek miernie przekrwiona i zupełnie normalna.

W uwagach, dołączonych do protokołu sekcji, prof. BOSIROM znajduje wybraną przez CURSCHMANN'a nazwę „*Zuckergussleber*“ bardzo trafną, gdyż biała, błyszcząca powłoka wątroby jest zupełnie podobną do skrępej masy cukrowej na torcie; otrzymuje się wrażenie, jak gdyby ta masa szybko i równomiernie zastygła na całej powierzchni wątroby.

W przebiegu klinicznym omawianego cierpienia uderza brak objawów ze strony przewodu pokarmowego. Ta właśnie okoliczność niezmiernie utrudniała rozpoznanie w przytoczonym wyżej przypadku. Obraz chorobowy przemawiał za cierpieniem wątroby; przesięg do jamy otrzewnej można byłoby objaśnić zastojem w układzie żyły wrotnej, lecz niezrozumiałem było, jak tak wielka przeszkoda w krążeniu wrotnem mogła istnieć przez tak długi czas [około 15 lat], nie wywołując objawów zastoju ze strony żołądka i kiszek. W ciągu kilkunastoletniego przebiegu choroby nie było ani rozwolnienia, ani krwotoków kiszkiowych, ani zaburzeń w trawieniu, lecz przeciwnie istniała prawie nadfizyologiczna sprawność żołądka i kiszek. W przypadku CURSCHMANN'a również nie było objawów ze strony narządów trawienia. Co prawda, i przy marskości wątroby nie w każdym przypadku mamy cały szereg objawów utrudnionego krążenia we wszystkich korzeniach żyły wrotnej, niemniej jednak uderza przy t. zw. wątrobie lukrowanej zupełny brak objawów zastoju, z wyjątkiem znacznego przesięgu do jamy brzusznej i powiększenia śledziona, i to przy cierpieniu o tak długotrwałym przebiegu, jaki przy marskości wątroby napewno się nie przytrafia.

Zdaniem autora, ta właśnie okoliczność, że w jego przypadku [jak również w przypadku CURSCHMANN'a] nie było zmian ze strony żołądka i kiszek, czyniła możliwym tak długi czas trwania choroby, gdyż tylko dla tego ustrój mógł wyrównać te ciągłe utraty białka, że żołądek i kiszki zachowywały się normalnie.

[Oprócz wzmiankowanej okoliczności, przy omawianiu przyczyn, dla których w mowie będące cierpienie ma nierównie dłuższy przebieg, aniżeli inne choroby wątroby [np. marskość zanikowa wątroby] niepodobna nie zwrócić uwagi na to, że miąższ wątroby zachowuje się tu względnie normalnie [wylączając ucisk, jakiego doznaje wskutek kurczenia się zgrubiałej otoczki wątroby], a więc mamy tu warunki odmienne od tych, jakie istnieją przy chorobach wątroby, wywołujących zwyrodnienie lub zanik jej miąższu, że wskażemy, dla przykładu na zubożniające działanie, jakie okazuje normalna w swej budowie histologicznej wątroba na jady, wchłaniające się ze strony przewodu pokarmowego. *Przypisek sprawozdawczy*].

Etyologia jest tu zupełnie ciemna. Cierpienie wątroby w przypadku WECKERLING'a należy, zdaje się, uważać za wtórne, gdyż choroba zaczęła się od cierpienia serca [osierdzia], które, jak wykazało badanie zwłok, doprowadziło do wytworzenia się *pericarditidis diffusae hyperplasticae chronicae* z zarośnięciem worka osierdzia (*Zuckerguss Herz*). Zastanowienia godną jest ta okoliczność, że i w przypadku CURSCHMANN'a zanotowaną znajdujemy w protokole sekcji *pericarditidem hyperplasticam* i *pleuritidem hyperplasticam*. Ponieważ CURSCHMANN o swojej chorej podaje, że śmierć jej nastąpiła wskutek przyłączenia się

ostrego gruźliczego zapalenia otrzewnej, to autor zwraca uwagę na to, że starsza córka jego chorej cierpiała na znaczną puchlinę brzuszną, połączoną z silnymi bólami brzucha, tak, że prof. AHLFELD skłonny był rozpoznać jej chorobę, jako *peritonitis tuberculosa*. Chora ta zmarła. Sekcyja dokonana być nie mogła. Młodsza siostra chorej WECKERLING'a również od wielu lat dotknięta jest chorobą, której najwybitniejszy objaw stanowi puchlina brzuszna. Chora ta oddaje się jeszcze swej zwykłej pracy, i raz jeden już wypuszczono jej płyn z jamy brzusznej. W końcu ostrzega autor, aby nazwy *Zuckergussleber* nie łączyć z przypadkami marskości wątroby, w których istnieje zgrubiała otoczka [jak to ma miejsce w atlasie RUMPEL'a], gdyż CURSCHMANN'a *Zuckergussleber* oznacza *perihepatitidem hyperplasticam diffusam* przy niezmiennym miększu wątroby.

(*Deut. Arch. f. klin. Med. B. LV. Festschrift Herrn Prof. Dr. F. A. von Zenker. Zur Vollendung seines 70 Lebensjahres gewidmet. 1895*).

Stanisław Pechkranc.

#### 48. K. Grube. Przyczynek do etyologii moczówki cukrowej.

Autor zebrał 177 przypadków moczówki cukrowej, ze szczególnem uwzględnieniem etyologii i patogenezy tego cierpienia. Z powyższej ilości przypadków 40 przypada na kobiety, 137 na mężczyzn. Mężczyźni zapadają zatem trzy razy częściej, niż kobiety. Stosunek ten zgadza się również ze statystyką SEEGEN'a i SCHMITZ'a. Kobiety zapadają najczęściej w wieku od 45 do 55 roku życia, a w latach klimakterycznych [21 przypadnie na 40]. Zauważył to również BOUCHARDAT. Największa liczba zapadnięć wśród mężczyzn wypada na wiek od 50 do 60 roku życia [49 przypadków]; znaczna ilość przytrafia się także w piątym [29 przypadków] i siódmym dziesiątku lat [28 przypadków].

W związku z trzy razy częstszem występowaniem cukrzycy u mężczyzn, niż u kobiet, stoją częściej również u mężczyzn spostrzegane dwa etyologiczne momenty dla tego cierpienia, a mianowicie: zwapnienie naczyń (*arteriosclerosis*), i dna (*arthritis urica*). Na 70 przypadków cukrzycy w wieku od lat 50 do 60, autor spostrzegał zwapnienie naczyń w 32 przypadkach, dwa razy u kobiet, trzydzieści u mężczyzn; między 60 i 70 rokiem życia zwapnienie naczyń było u 19 mężczyzn i jednej tylko kobiety—na ogólną ilość 32 przypadków cukrzycy. Dna występowała również częściej u chorych na cukrzycę mężczyzn, niż kobiet z tą jednak różnicą, że największą liczbą przypadków dny, związanej z cukrzycą, przypada na wiek od lat 40—50.

Wpływ dziedziczności stwierdził autor w 14 przypadkach; z tych w 10-u cierpieniem dotknięte było jedno z rodziców i jedno z dzieci, w 4-ch zaś pozostałych cukrzyca występowała jednocześnie lub niejednocześnie u kilkorga dzieci, podczas gdy ojciec i matka byli zdrowi zupełnie. To zjawisko autor nazywa dziedzicznością oboczną „*collaterales Heredität*“.

W 5-u przypadkach cukrzyca wystąpiła po chorobach zakaźnych, a mianowicie: raz po cholery, raz po zimnicy i trzy razy po grypie. Jakkolwiek autor nie jest przekonany o związku przyczynowym pomiędzy grypą i moczów-

ką cukrową, to sądzi jednak, że związek ten jest możliwy, wobec wpływu, jaki wywiera zarazek grypy na układ nerwowy i krwionośny, i wobec znaczenia, jakie oba te układy mają w powstawaniu cukrzycy. Syfilis spostrzegął autor w 2 przypadkach, cierpienia nerwowe w 7-u, z tych w 5-u była neurastenja, w jednym choroba BASEDOW'a i w jednym wjad rdzenia. W chorobie BASEDOW'a, jak to zauważył GOWERS, spostrzegamy dość często cukromocz, który albo poprzedza specjalne objawy cierpienia, albo też występuje już przy rozwiniętej całkowicie chorobie. Co się tyczy wjadu rdzenia, to pierwszy OPPEHEIM wyjaśnił, że cukromocz może powstawać wtedy, kiedy sprawa przechodzi na rdzeń przedłużony. W jednym przypadku cukrzyca wystąpiła wkrótce po urazie [chory wypadł z wagonu kolei konnej]. I tu, chociaż autor nie jest pewny związku przyczynowego, to jednak zwraca uwagę, że możliwość takiego związku stwierdzili WILLIAMSON i EBSTEIN. Nakoniec, w jednym ze spostrzeganych przez autora przypadków cukrzycę poprzedzała kamica żółciowa.

Na zasadzie powyższych własnych spostrzeżeń, jak i spostrzeżeń innych autorów, GRUBE dochodzi do wniosku, że moczówka cukrowa nie przedstawia odrębnego cierpienia, że jest ona raczej objawem wielu etyologicznie odrębnych stanów chorobowych; wspólną tych stanów cechą jest pewne zaburzenie przemiany materji, które swój wyraz zewnętrzny ma w cukromoczu. Do stanów takich należą.

1) Cierpienia trzustki, prowadzące do zaniku, lub zniszczenia tejże. Stwierdzili to doświadczalnie MINKOWSKI i MERING. 2) Dna. 3) Zwapnienie naczyń. Na związek pomiędzy zwapnieniem naczyń i cukrzycą pierwszy zwrócił uwagę FLENER. Związek ten ma miejsce nie tylko przez wpływ zmienionych naczyń na trzustkę, lecz prawdopodobnie także i na rdzeń przedłużony. 4) Pewne cierpienia nerwowe, zarówno czynnościowe, jak neurastenja, choroba BASEDOW'a, jak i na tle zmian anatomicznych występujące, więc wjad rdzenia, nowotwory mózgu i t. p.. 5) Niektóre choroby zakaźne, jak cholera, grypa, a według FRERICHS'a, także dyfteryt, tyfus brzuszny, szkarlatyna. 6) Syfilis. 7) Uraz.

Wobec powyższego pojmowania moczówki cukrowej, autor sądzi, że należy albo zaniechać używania terminu tego dla oznaczenia odrębnej choroby, albo też dodawać stale przymiotnik, któryby wskazywał pochodzenie cukrzycy trzustkowej, zakaźnej, nerwowej, syfilitycznej, urazowej i t. p..

(Zeitsch. f. klin. Medicin. 22 Bd. Hft 5 u. 6).

Bronisław Peltyn.

#### 49. A. Eulenburg. O połogowem zapaleniu nerwów (*neuritis et polyneuritis puerperalis*).

Pośród wielu etyologicznych momentów zapalenia nerwów najmniej znany jest cięża i czas popołogowy (*puerperium*), tak, że w podręcznikach i nawet w pracach specjalnie o zapaleniu nerwów traktujących [LEYDEN'a i STARR'a] niema o tem ani słowa wzmianki. Tymczasem autor zebrał już z literatury 34 przypadki zapalenia nerwów, które wystąpiło w czasie cięży lub po połogu i które opisywane było począwszy od MOEBIUS'a [1857] przeważnie pod nazwą *neuritis puerperalis*. Na podstawie tych 34 przypadków, jak również czterech

dokładnie przez siebie obserwowanych, autor w kwestyi tej dochodzi do następujących wniosków: przedewszystkiem zapalenie nerwów występować może tak po porodzie, jak również i w czasie ciąży, tak, że nietylko w czasie popołogowym i w możliwym wtedy zakażeniu szukać trzeba przyczyny cierpienia. Co się zaś tyczy przebiegu samej ciąży, to w znacznej ilości przypadków notowano w czasie niej zaburzenia w postaci uporczywych wymiotów, które nawet w jednym przypadku autora zniewoliły do sztucznego przerwania ciąży, poczem wkrótce wystąpiło *polyneuritis*. Autor zwraca uwagę na ten objaw uporczywych wymiotów (*hyperemesis gravidarum*), gdyż skłania się ku przypuszczeniu, że zależnym on jest od nieprawidłowej przemiany materyi, od pewnego rodzaju autointoksykacji. Wobec zagadkowej dotychczas bezpośredniej przyczyny popołogowego zapalenia nerwów, autor za jedynie odpowiedni uznaje następujący podział tego cierpienia: na formę lżejszą, więcej zlokalizowaną, występującą najczęściej w górnych kończynach (*n. medianus et n. ulnaris*) po jednej tylko, lub po obu stronach, rzadziej w dolnych (*n. ischiadicus*) i na formę cięższą, więcej rozlaną, kiedy sprawa zapalna, z przebiegiem ostrym lub podostrym, w kierunku wstępującym, t. j. od dolnych kończyn ku górnym lub zstępującym obejmuje cały szereg nerwów, nie wyłączając czaszkowych. Rokowanie przy *neuritis puerperalis* jest względnie dobrem, gdyż nawet w przypadkach cięższych można osiągnąć w przeciągu 3—6 miesięcy zupełne wyleczenie. Według autora najlepsze wyniki w przypadkach lżejszych otrzymuje się przy zastosowaniu leczenia miejscowego, mianowicie wstrzykiwań podskórnych czystego 2% kwasu karbolowego lub wraz z morfiną w miejsca, gdzie porażone nerwy leżą najpowszechniej. Dla zapobieżenia zanikowi mięśni służy elektryczność i masaż.

(*Deut. med. Wochenschrift. 1895. N. 8 i 9*).

*L. Dydyński.*

## Wiadomości bieżące.

— W dn. 28 czerwca r. b. przypada 50-ta rocznica promocyi p. MICHAŁA ZIEMLEWSKIEGO na doktora medycyny w uniwersytecie Jagiellońskim.

Jubilat urodzony 27 sierpnia 1821 r. w Krakowie, po ukończeniu liceum św. Anny zapisał się w r. 1839 na wydział lekarski uniwersytetu Jagiellońskiego, który ukończył w r. 1844 i gdzie promowany został na doktora medycyny 28 czerwca 1845 r.. Przez dwa lata następne był asystentem kliniki lekarskiej w Krakowie przy prof. BRODOWICZU, potem asystentem kliniki położniczo-ginekologicznej przy prof. KWAŚNIEWSKIM od r. 1848—1852, przez lat cztery. W r. 1857 powołany na stanowisko lekarza rządowego w Krynicy, był nim przez lat 30, t. j. do r. 1887 i w tym okresie czasu zdołał miejscowość tę podnieść do wysokości pierwszorzędnego polskiego zdrojowiska, zaczynając pracę od podstaw, gdyż w początkach zabiegów swoich zastał Krynicę w stanie najzupełniejszego upadku, niemal nicości. Niezmordowany pracownik na polu balneologii krajowej, ogłosił dotąd drukiem 168 dzieł i broszur. Wymieniamy z nich donioślejsze. Pierwszą pracą jubilata była inauguralna rozprawa doktorska p. t.: „O przesądach lekarskich ludu naszego [r. 1845]“. Oprócz całego szeregu broszur odnoszących się do Krynicy, wydał: „Rys balneologii powszechnej“, Warszawa, 1873, str. 379. „Rys balneoterapii“, Kraków, 1886, str. 391. „Słownik bibliograficzno-balneologiczny polskich zdrojowisk“, Kraków. 1889 str. 170. „Rys balneotechniki“. Warszawa. 1890. „Opis krajowych zakładów zdrojowo-kąpielowych“, Kraków, 1894, str. 117. Przez lat 5 wydawał czasopismo „Krynica“. Pomijamy mnóstwo drobnych broszur i rozpraw, przez jubilata ogłoszonych; zajęłoby to zbyt wiele miejsca.

Skrzętny zbieracz wszystkiego, co do polskich zdrojowisk odnosić się mogło, ofiarował bibliotece kórnickiej przeszło 600 publikacji odnośnych, bibliotece zaś Jagiellońskiej 10 woluminów, obejmujących materyały do monografii Krynicy. Członek wielu towarzystw lekarskich [warszawskiego, polskiego paryskiego, podolskiego, wileńskiego, charkowskiego i krakowskiego], towarzystw przyjaciół nauk w Krakowie i Poznaniu, był sekretarzem komisji balneologicznej Towarzystwa nauk krakowskiego przez lat 14. Należał też do założycieli i pierwszych redaktorów „Przeglądu Lekarskiego“ krakowskiego, a w r. 1872 do redakcyi czasopisma „Zdrowowiska“.

Przypomniawszy ogółowi lekarzy niektóre szczegóły pracowitej i pożytecznej działalności jubilata redakcyja „Gazety Lekarskiej“ składa Mu niniejszem najszczerze życzenia, aby jak najdłużej mógł jeszcze służyć sprawie przez siebie ukochanej.

— Na oddziale dla leczenia chorych na błonicę za pomocą surowicy, urządzonym w szpitalu Dzieciątka Jezus i pozostającym pod kierunkiem kol. JANOWSKIEGO, było dotąd 42 chorych. Z nich w 9-iu nie miano do czynienia z istotną błonicą. W pozostałych 33-ch przypadkach wykryto laseczniki LOEFFLER'a w różnej ilości. Z pomiędzy nich w 13-u przypadkach dzieci były chore na krup, 20-u zaś chorych cierpiało na błonicę, inaczej umiejscowioną. Z pomiędzy tych chorych zmarło tylko 1 dziecko na krup. Wszyscy inni chorzy wyzdrowieli.

— W N-rze 23 „Przeglądu Lekarskiego“ r. b. czytamy: „Najpiękniejszym bez wątpienia miejscem Królestwa Polskiego jest Ojców. Niezwykle uroczne położenie, znaczne, bo do 472 metrów nad poziom morza sięgające wzniesienie, obszar koło 500 morgów wynoszący lasów szpilkowych i liściastych, brak wszelkich fabryk w pobliżu; wartki bieg Prądnika i mnóstwo źródeł już same przez się są skazówką, iż Ojców powinien być miejscem leczenia się dla chorych, a przyjemnego pobytu dla zdrowych. Dawniejsze usiłowania zrobienia z Ojcowa takiej stacyi nie odniosły wszakże pożądanego skutku, przedewszystkiem z braku odpowiedniego kapitału. Dopiero przejście Ojcowa w ręce ś. p. hr. Ludwika Krasińskiego, zwiastowało nową erę dla tej miejscowości. Zmarły, rozważywszy dokładnie wszystkie zalety Ojcowa, postanowił zrobić z Ojcowa to, czem on być powinien. Jakoż dzięki tej myśli stanął wkrótce dwupiętrowy, okazały gmach Goplana, w którym na dole mieszczą się wzorowy we wszystkie najnowsze przybory zaopatrzone zakład hydropatyczny i zakład elektroterapeutyczny, lokal ordynacyjny dla lekarza zakładowego, wielka sala jadalna i wyżyczalnia książek, tudzież czytelnia, na piętrach zaś 48 pokoi mieszkalnych w wyborne piece, meble i pościel zaopatrzonych. Prócz tego budynku wynajmuje administracyja w willach mieszkania umeblowane z kuchniami lub bez nich, złożone z 1 do 10 pokoiów, licząc za pokój od 25 do 60 rubli za cały sezon. Dla przyjezdnych służą dwa hotele. W ogóle jest do dyspozycyi 320 pokoi z wszelkimi wygodami. Do urządzeń lekarskich należą jeszcze kąpiele faliste i wyrabianie kumysu przez Tatarów, naumyślnie w tym celu do Ojcowa sprowadzonych. Komunikacyja kolejowa albo przez Olkusz na drodze żelaznej iwangorodzko-dąbrowskiej o 18, albo przez Kraków o 16 wiorst odległy“.

— Do Lipska powołano po LUDWIG'u na katedrę fizyologii A. KRIES'a z Marburga, a po THIERSON'u na katedrę chirurgii TRENDELENBURG'a z Bonn.

— **Zmarł** w Łodzi D-r WIKTOR MICEWICZ, wychowaniec uniwersytetu w Dorpacie, ceniony specjalista-laryngolog.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довѣ. Цензурою, Варшава 31 Мая 1895 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.