

GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH DRA MED. EDWARDA FLATAUA
W SZPITALU ŻYDOWSKIM NA CZYSTEM.

Z kazuistyki neurologicznej.

Podał

Maurycy Bornstein,

asystent oddziału.

I.

F. G., lat 32. Przez 2 lata migrenowe bóle głowy. Od roku bóle głowy ustały. Od 3-ch miesięcy osłabienie wzroku, stopniowo postępujące. Na lewym oku zanik nerwu wzrokowego, na prawym — tarcza zastoinowa. Brak odruchu źrenicowego na światło; brak odruchów kolanowych i ACHILLES. Rozpoznanie: *hydrocephalus chronicus internus acquisitus*.

Chory zapisał się ze skargą na to, że na lewe oko nic nie widzi, a na prawym wzrok jest znacznie osłabiony; poza tem z prawego oka istnieje obecnie wzmożone łzawienie, zwłaszcza na otwartem powietrzu. Choroba jego zaczęła się w sposób następujący. Około 3-ch lat temu wystąpiły napadowe bóle głowy. Napady te zjawiały się z początku co miesiąc, 1½ miesiąca i nie odznaczały się wielkiem natężeniem; później bóle głowy stawały się coraz częstszymi [co 2 tygodnie] i były coraz silniejsze. Napad taki trwał zwykle dobę, lub trochę dłużej, przyczem nocą ból głowy silniejszy, niż we dzień. Zdarzało się, że w nocy krzyczał z bólu tak, że sąsiedzi dopytywali się, co się stało. Czasami wraz z bólem głowy występowały i wymioty, a czasami tylko mdłości i pobudzenie do wymiotów. Ból chory lokalizował głównie w części czołowej głowy. Poza tymi napadowymi bólami głowy chory czuł się zupełnie dobrze; podczas napadów zazwyczaj zmuszony był rzucać pracę i leżeć w łóżku. Taki stan trwał około 2-ch lat. Mniej więcej od roku bóle głowy ustały zupełnie, a 3 miesiące temu chory coraz częściej począł doznawać takiego uczucia, jak gdyby mgła

przysłaniała mu lewe oko. Stopniowo stan ten się pogorszał, aż doprowadził do zupełnej ślepoty lewego oka i osłabienia wzroku w prawem. Bólów w nogach, ani rękach chory nie miał nigdy. Od 3 ch miesięcy również zauważył, że oczy zrobiły się bardziej wypukłe i jakby występowały naprzód z oczodołów; zwróciło to nawet uwagę otaczających. Chory jest żonaty, ma 1 dziecko; żona raz poroniła, podobno wskutek tego, że podniosła zbyt wielki ciężar. Ojciec chorego w ciągu roku chorował na silne bóle głowy i reumatyzm.

St. praes. Nerwy czaszkowe. Czaszka odznacza się dużymi rozmiarami, przy opukiwaniu niebolesna. Punkty n. trójdzielnego z obu stron niebolesne. Żrenice: lewa szersza od prawej i zupełnie na światło nie reaguje. Prawa reaguje na światło dość leniwie. Badanie oftalmoskopowe wykazało: *atrophiam n. optici utriusque* w następstwie tarczy zastoinowej. *Facialis, acusticus*—normalne. Tętno=68. Język wysuwa chory w linii prostej. Smak i węch—według słów chorego—bez zmiany.

Kończyny górne. Ruchy czynne i bierne zachowane; siła mięśniowa z obu stron normalna i jednakowa.

Czucie dotykowe, bólowe, cieplikowe i mięśniowe z obu stron zachowane.

Odruchy z mięśnia trójgłowego słabe, z okostnej brak ich zupełnie. Mechaniczna pobudliwość mięśni zachowana.

Tułów nie przedstawia zбочeń od normy ani w sferze ruchowej, ani w czuciowej. Kręgosłup przy uciskaniu niebolesny.

Kończyny dolne. Ruchy czynne i bierne są zupełnie prawidłowe i dość silne. Czucie na biodrach i goleni we wszystkich postaciach zachowane; na stopach czucie jest także normalne; jedynie na tylnej powierzchni palców zauważyć się daje z obu stron zniesienie czucia bólowego (*analgesia*), oraz osłabienie czucia mięśniowego w palcach nogi prawej [z wyjątkiem pierwszego palca]. Czucie dotykowe i cieplikowe na palcach obu nóg jest zachowane.

Odruchy: PR¹⁾, AR²⁾ = 0 z obu stron. Odruch podeszwowy z obu stron normalny (*flexio plantaris digitorum*); odruchy z *m. cremaster* i brzuszny—żywe. Ze strony narządów miednicowych niema, według słów chorego, żadnych zaburzeń. *Erectio penis, ejaculatio seminis* zachowane są dobrze. Ze strony narządów wewnętrznych widocznych zmian niema.

Przebieg choroby. 31.V. Na tylnej powierzchni chory po lewej stronie odróżnia prawie zawsze ułknięcie szpilką od dotyku; z prawej strony odczuwa ułknięcia, jako dotyk, a poza tem stwierdzić się daje objaw opóźnienia się czucia. Co się tyczy czucia mięśniowego, to jest ono dziś naogół na obu nogach zachowane; chory oświadcza jednak, że przy ruchach o mniejszej am-

1) PR = odruch kolanowy.

2) AR = odruch ze ścięgna ACHILLESA.

plitudzie, trudno mu jest zorientować się od razu, w jakim położeniu znajduje się dany palec.

23.VI. Skarży się na bóle głowy oraz na ból w okolicy prawej *crista ossis ilei*.

30.VI. Skarży się na bóle w okolicy prawego stawu biodrowego.

6.VII. W przeddzień po południu miał chory napady bardzo silnych bólów w prawym boku, w prawej połowie krzyża i w prawej połowie brzucha. Napady te powtarzały się co kilka minut w ciągu 7-u godzin.

7.VII. Takie same bóle w ciągu całego dnia poprzedniego do 12-ej w nocy. M o c z: ilość—1100 cctm., cięż. gat.—1025; białka, ani cukru niema. *Punctio lumbalis*.

12.VII. Bólów głowy nie było. Wzrok bez zmiany.

28.VII. *Status oculorum* [dr MUTERMILCH].

Oc. sin. Tarcze wzrokowe w stanie zaniku. Granice tarczy ze strony wewnętrznej [w obrazie prostym] zatarte, zewnętrzna połowa biała z wyraźnym brzegiem. Żyły trochę rozszerzone.

O. d. Tarcza wzrokowa wypukłona [tarcza zastoinowa], żyły rozszerzone, z lekka faliste, ale tarcza sama biała.

R o z p o z n a n i e: tarcza zastoinowa w stadium przejściowym do zaniku, który w oku lewym jest już wyraźny.

Żrenice prawie nie reagują na światło.

S i ł a w z r o k u w oku lewym = 0, w oku prawym = $\frac{1}{3}$ E.

P o ł e w i d z e n i a w prawym oku jest prawie koncentrycznie zwężone w znacznym stopniu [do 40°].

Wrażliwość na promienie barwne jest osłabiona, dotyczy to wszystkich barw; zupełna ślepotą na barwę czerwoną (*daltonismus*).

Od 12.VIII do 19.IX chory otrzymywał wstrzykiwania podskórne *ex natrio nitroso* [metoda, przy której DARKSZEWICZ otrzymywał poprawę wzroku w stanach zaniku tarczy wzrokowej]. Pomimo 38-u wstrzyknięć, nie można było stwierdzić u naszego chorego żadnej zmiany w sile widzenia.

W tym okresie chory miewał kilkakrotnie napady zawrotów głowy z ogólnym osłabieniem.

15.IX. Wzrok bez zmiany.

PR, AR = 0; z prawej strony objaw paluchowy BABIŃSKIEGO; z lewej normalna *flexio plantaris*.

Odruchy z *cremaster* i brzuszne—żywe. Czucie dotykowe i bólowe na obu stopach zachowane.

21.IX. 1903. Wypisuje się bez poprawy.

Rozpoznanie w danym przypadku nie należy do łatwych.

Zdawałoby się przy pobieżnym przejrzeniu historii choroby, że mamy tu do czynienia ze zwykłym więdem rdzenia. Brak odruchów żrenicowych, różnica w wielkości żrenic, brak odruchów kolanowych i ze ścięgna ACHILLESA, lekkie zaburzenia czucia bólowego i mięśniowego na stopach przemawiałyby za tem rozpoznanie. Nie przeczyłyby mu zupełnie napady migrenowego bólu głowy w początkach choroby, znane są bowiem przypadki więdru z tym obja-

wem początkowym, a MOEBIUS w swej monografii o migrenie [w encyklopedyi NOTHNAGEL'a], wśród bólów migrenowych, mających znaczenie objawów, bodaj czy nie na pierwszym miejscu wymienia migrenę tabetyczną. Na pozór wszystko w porządku. Atoli są poważne „contra“ przeciw rozpoznaniu wządu w naszym przypadku. Przedewszystkiem obraz dna oka zupełnie się nie zgadza z tem, co miewamy zazwyczaj we władzie rdzenia. Charakterystycznym dla wządu jest obustronny zanik tarczy, t. zw. pierwotny, gdy tymczasem tu mamy w lewym oku zanik następczy po tarczy zastoinowej, na dowód czego posłużyć może wyraźna jeszcze tarcza zastoinowa po stronie prawej. Dalej, zaburzenia czucia skórniego były zrazu bardzo nieznaczne i nie tylko z czasem się nie potęgowały, ale owszem pod koniec pobytu chorego w szpitalu znikły. W ciągu 3-ich lat trwania choroby nie było śladu jakichkolwiek zaburzeń płciowych lub w oddawaniu moczu. Wreszcie pod koniec pobytu chorego w szpitalu wystąpił objaw BABIŃSKIEGO, we władzie zwykle nie spostrzegany. Wobec tych wszystkich przesłanek, nie możemy się tu zatrzymać nad rozpoznaniem *tabes dorsalis*.

Objawy ogólnomózgowe, występujące w obrazie chorobowym na plan pierwszy, jak pierwotna migrena i późniejsze bóle głowy z zawrotami, oraz tarcza zastoinowa z następczym zanikiem, każą nam myśleć o jakimś cierpieniu mózgowem. Pierwsza myśl, jaka się narzuca, to „guz mózgu“. Na korzyść tego przypuszczenia przemawia przedewszystkiem tarcza zastoinowa, ale przyznać należy, że poza tem nic więcej. Na początku bowiem choroby były zupełnie niecharakterystyczne dla guzów mózgowia napadowe bóle głowy o typie migrenowym; później w ciągu lat 2-ich bólów głowy, ani wymiotów zupełnie nie było, a tak długa remisja w przebiegu guza mózgu należałaby w każdym razie do wyjątków; kiedy w rok później bóle głowy znów się zjawily, to były nie bardzo siłne i dość sporadyczne. Dalej przeciwko rozpoznaniu guza mózgu przemawia również stały brak odruchów kolanowych i ze ścięgna ACHILLESA. Wprawdzie wiadomo, że w przebiegu klinicznym guzów mózgu [zwłaszcza mózdzku] odruchy wspomniane mogą zniknąć [van HELL, MENDEL, BOOTH, ZIEBER i t. d.], zauważyć jednak zwykle można wahania w tym kierunku, zależne najpewniej od zaburzeń cyrkulacyjnych w mózgowiu: zdarzają się np. przypadki niewątpliwych guzów mózgu [na naszym oddziale stwierdzić się to nam udawało], że odruchy ścięgniaste u takiego chorego są jednego dnia żywe lub normalne, a nazajutrz są słabe, albo ten lub inny odruch ścięgniasty znika na pewien czas zupełnie.

Pozostaje więc jedno tylko przypuszczenie, że mamy tu do czynienia ze względnie rzadkiem cierpieniem wogóle, a specjalnie rzadko napotykanem u ludzi starszych, mianowicie z nabytem wodogłowiem przewlekłym (*hydrocephalus chronicus acquisitus*). Przemawiają za tem tarcza zastoinowa, przechodząca w zanik, *exophthalmus*, znaczne rozmiary czaszki, a zwłaszcza długotrwała [2 lata trwająca] remisja, co, jak zaznaczyliśmy poprzednio, w guzach mózgu bywa niezmiernie rzadko, a o wiele częściej zdarza się właśnie w przebiegu przewlekłego wodogłowia. OPPENHEIM opisał przypadek tego cierpienia, dotyczący kobiety, gdzie ciężkie objawy mózgowe na przeciąg 3-ich lat ustąpiły

miejsca okresowi względnego zdrowia po to, ażeby podczas ciąży wznowić się z siłą poprzednią. Przemawia również za tem rozpoznaniem wszelki brak objawów ogniskowych, również, *ceteris paribus*, dość ważny.

Nastręcza się jeszcze pytanie, czy mamy tu do czynienia z pierwotnym, t. z. idiopatycznym wodogłowiem, czy też z wodogłowiem, mającym znaczenie objawu wtórnego. Ta ostatnia okoliczność może zajść w guzach tylnej jamy czaszkowej, wskutek wywieranego przez nie ucisku na *venam magnam Galeni*, albo też przez zwężenie wodociągu SYLWIUSZA [przez *cysticercus*, bliźnię i t. p.].

Wyłączyliśmy już w naszym przypadku guz mózgu wogóle, specjalnie zaś guza tylnej jamy czaszkowej przyjąć nie możemy z tego względu, że brak było wszelkich objawów ze strony mózdzku i nerwów czaszkowych, w danym razie prawie nieuniknionych. Musimy więc z wielką dozą prawdopodobieństwa przypuścić, że mamy przed sobą rzadki przypadek idiopatycznego wodogłowia, którego podłoże anatomiczne określa QUINKE, jako *meningitis serosa ventriculorum* w analogii do stanów zapalnych innych błon surowiczych.

II.

Chory lat 10. Prawie zupełna ślepotą, która wystąpiła podobno po uderzeniu się w głowę. O b j e k t y w n i e: *Atrophia n. optici utriusque post neuritidem*. Lewostronne porażenie połowiczne, które przemija w przeciągu paru tygodni. Znaczna poprawa wzroku.

R o z p o z n a n i e: *Hydrocephalus acutus acquisitus* [?].

Przypadek ten ma cechy pokrewne z poprzednim.

Na 2 tygodnie przed przybyciem do szpitala [4.II 1904 r.] chory uderzył się podobno głową o kłamkę. W pierwszej chwili poczuł niezbyt silny ból, który wkrótce przeszedł; dopiero w następnym tygodniu zjawił się silny ból głowy w okolicy czołowej oraz kilkakrotne wymioty. Trwało to 3 dni; poczem pewnej soboty ojciec malca zauważył, że podczas modlitwy trzyma on książkę wywróconą i powziął przypuszczenie, że chłopak patrzy w książkę, ale niewidzi. I w samej rzeczy, chłopiec przyznał się, że nic nie widzi.

W chwili badania chory nie skarży się na żadne bóle, tylko na ślepotę, prawie zupełną. Dawniej nigdy nie chorował poważnie; ojciec, matka, rodzeństwo zupełnie zdrowi.

St. praes. Dobrze rozwinięty fizycznie i umysłowo chłopiec o budowie normalnej i o średnim odżywieniu. Czaszka o formie prawidłowej, zupełnie przy opukiwaniu niebolesna.

Żrenice rozszerzone, reakcja źrenic na światło, być może, trochę leniwa. Co się tyczy wzroku, to badanie obiektywne wykazuje, że chory odróżnia światło od ciemności, odróżnia również liczbę palców na odległość 20 cm., ale tylko wtedy, kiedy przez pewien czas usilnie się wpatruje. Pole widzenia czyni wrażenie zwężonego od dołu. Barw chory nie odróżnia zupełnie.

Badanie wziernikowe [dr MUTERMILCH] wykazało, co następuje. Tarcze wzrokowe z obu stron blade, anemiczne, granice z lekka zatarte; żyły trochę rozszerzone, ale nie pokręcone. Tarcze nie wypukłe. Na zasadzie tych da-

nych można z pewnem zastrzeżeniem przypuścić, że jest to obraz poczynającego się zaniku nerwu wzrokowego w następstwie stanu zapalnego (*atrophia n. optici utriusque post neuritidem*).

Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach zachowane. Czucie na twarzy — normalne. *Facialis*, *hypoglossus* — funkcjonują prawidłowo. Tętno = 80.

Kończyny górne nie wykazują żadnych zboczeń od stanu normalnego, ani w sferze ruchowej, ani pod względem czucia. Siła mięśniowa również normalna. Odruchy z mięśnia trójgłowego i z okostnej z obu stron żywe.

Tułów w sferze ruchowej i czuciowej nie wykazuje żadnych anomali. Odruch brzuszny z prawej strony żywy, zaś z lewej = 0.

Kończyny dolne. Ruchy czynne wszędzie zachowane; przy wykonywaniu ruchów biernych nie wyczuwa się nigdzie wzmoczonego napięcia mięśni. Siła mięśniowa naogół normalna; tylko podnoszenie lewej kończyny w górę jest trochę słabsze, niż z prawej strony. Chód chorego zupełnie normalny.

Odruchy PR—z obu stron żywe, ale z lewej żywsze, niż z prawej; nieznaczne drżenie rzepki kolanowej (*Patellarclonus*) z lewej strony.

AR— również z obu stron żywe; z lewej strony przy słabem zgięciu tylnem słabe drżenie kloniczne stopy (*Fussclonus*), znikające w ciągu kilku sekund. Odruch podszewowy ze strony prawej normalny, z lewej udaje się czasami wywołać odruch BABIŃSKIEGO, podczas zaś drażnienia górnej $\frac{1}{3}$ tylnej powierzchni goleni zjawia się wyraźny objaw BABIŃSKIEGO [REDLICH].

Odruch jądrowy z prawej strony żywy, z lewej = 0.

Choremu przepisane zostało KJ.

Przebieg choroby. 8.II. Dziś chory widzi lepiej. W prawem oku wzrok jest lepszy, niż w lewym: prawem odróżnia przedmioty na przestrzeni 30 ctm., lewym na przestrzeni 20 ctm.

11.II. Dziś przy chodzeniu chorego zauważono, że wlecze wyraźnie za sobą lewą nogę [przyczem typ chodu zupełnie podobny jest do chodu chorych z porażeniem połowicznym] oraz że ręka lewa jest wyraźnie słabsza od prawej i odruchy na niej są wzmoczone, zarówno z mięśnia trójdzielnego, jak i z okostnej. Język wysuwa chory w linii prostej. Na lewej kończynie dolnej zginanie uda jest znacznie słabsze od rozginania, odprowadzenie znacznie silniejsze od doprowadzania, rozginanie goleni znacznie silniejsze od zginania, *flexio dorsalis pedis* słabsze od *flexio plantaris pedis*.

[C. d. n.].

II. Z INSTYTUTU PASTEUR'a.

Badania nad zakażeniem ustroju gołębia przecinkowcem Miecznikow-Gamaleïa.

Napisał

Feliks Majewski,

asystent kliniki chirurgicznej prof. KADERA w Krakowie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 8].

Z szeregu przytoczonych doświadczeń wynika, że ustrój gołębia, poczytywany za nieodporny w stosunku do zakażenia przecinkowcem GAMALEÏA, okazuje się w pewnych warunkach odpornym. Warunki te zjawiają się przy wprowadzeniu zakażającego pierwiastku wprost w krew. Dowodzi tego fakt, że dawki, dobrze znoszone przez gołębie przy wprowadzaniu ich wprost do żyły, wywoływały śmierć przy zakażeniu do mięśnia.

Czynnikiem, zapewniającym ustrojowi gołębia wyżej wzmiankowany stopień względnej odporności, należy uznać plazmę krwi, posiadającą w sobie istoty, przeistaczające przecinkowce GAMALEÏA w kuleczki. Czy w danym razie przeistaczanie się to było, jak to chcą niektórzy, wynikiem działania jednej tylko substancji—aleksyny, czy też działo się ono wskutek współdziałania aleksyny z odpowiednią substancją uczulającą? — rzeczą przyszłych badań jest rozstrzygnięcie tej sprawy.

Co do fagocytozy, to liczne poszukiwania, przeprowadzone w tym kierunku, wykazały w wyjątkowych razach obecność bardzo nielicznych fagocytów, w przeważnej jednak liczbie przypadków nie mogłem jej wykazać zupełnie. A jednak, jeżelibyśmy mieli uznać ten objaw za mający pewne znaczenie w opisanym fakcie odporności gołębia przy zakażeniu ich przecinkowcami GAMALEÏA do żyły, to przynajmniej w tych razach, w których gołębie nie ginęły, powinien był on wystąpić wyraźnie; powinien był wystąpić tembardziej, że przecinkowce z mniejszą lub większą, a czasem i bardzo wielką łatwością można było odnaleźć w badanych narządach i we krwi, czyto w kształcie kuleczek, czy też, jako formy przejściowe. Ponieważ jednak nawet osłabione działaniem plazmy drobnoustroje nie ulegały fagocytozie i spostrzegalem ją tylko w wyjątkowych przypadkach i to tylko w bardzo małej ilości, muszę w badanych przeze mnie zjawiskach przypisać fagocytozie znaczenie co najwyżej czynnika pomocniczego.

Wskutek ogromnej wrażliwości gołębia na zakażenie go przecinkowcem MIECZNIKOW-GAMALEÏA, wszystkie próby uodporniania go przeciw wzmiankowanemu drobnoustrojowi kończyły się niepowodzeniem. Nie

przeprowadziwszy odpowiednich badań kompletnych, nie jestem w stanie utrzymywać, że jest to zadanie łatwe do przeprowadzenia, sądząc jednak, że opisana własność plazmy gołębiej—własność niszczenia wstrzykniętych wprost w krew drobnoustrojów, — może być dobrym punktem wyjścia do dalszych prób w tym kierunku.

Badając przebieg zakażenia ustroju gołębiego wzmiankowanym przecinkowcem, uskutecznanego w różne części ustroju, miałem sposobność przekonania się, że prawie wszędzie leukocyty wykazywały ujemną chemotaksę w stosunku do badanego zarazka, a mianowicie pojawiały się w bardzo małej liczbie w miejscu jego wstrzyknięcia i pochłaniały go tylko w razach wyjątkowych.

Sprowadzając u głębi zakażenie wewnętrzne, mogłem jednak obserwować pewne odrębności w zachowaniu się jego ustroju w stosunku do wprowadzanego zarazka. Do tych doświadczeń używałem hodowli, którą się posługiwałem w pierwszych moich doświadczeniach i której wartość była taka, że 0,1 ctm. sz. 48-godzinnej hodowli zabijała gołębia zakażonego do mięśnia i pozostawała bez skutku przy wprowadzeniu jej wprost do żyły.

Przy wprowadzaniu zarazka wewnętrznego, przekonałem się przedewszystkiem, że na ten rodzaj zakażenia ustrój gołębia jest wrażliwszy, niż na wprowadzenie przecinkowców do żyły, albowiem wstrzyknięcie do otrzewnej 0,1 ctm. sz. wyżej wzmiankowanej hodowli sprowadzało śmierć w ciągu 12-u—24-ch godzin. Przy badaniu co dwie godziny wysięku, tworzącego się w jamie otrzewnej, mogłem stwierdzić i tu bardzo skąpy wysięk i stosunkowo niewielką miejscową leukocytozę, większą jednak znacznie, niż w wysięku mięśniowym. Prócz tego spostrzegałem tu stale występowanie przeistaczania się przecinkowców w kuleczki—czyli objaw PFEIFFER'a, a także fagocytozę. W razach, kiedy zakażenie miało się zakończyć zejściem śmiertelnem badanego zwierzęcia, zarówno liczba kuleczek, jak i liczba fagocytów okazywała się nadzwyczaj małą, natomiast przecinkowce rozmnażały się szybko w ogromnej ilości i powodowały śmierć zwierzęcia w 12—24 godzin.

Obserwując przy zakażeniu wewnętrznym stałe występowanie fagocytozy, aczkolwiek w niewielkim stopniu, postanowiłem przekonać się, jaki wpływ może wywrzeć na przebieg zakażenia badanymi przecinkami, przygotowanie uprzednie gołębi przez wstrzyknięcie do otrzewnej zwykłego bulionu pożywkowego. Jak to wykazały prace PFEIFFER'a, ISSAJEWA¹⁾ i inn., a wreszcie i moja własna²⁾, wstrzyknięcie rozmaitych cieczy, dokonane do otrzewnej na pewien czas przed wprowadzeniem do niej drobnoustrojów, sprowadza stan zwiększonej odporności, która prędko przechodzi, ale która, wtedy, kiedy istnieje, jest w stanie zachować zwierzę przy życiu, po-

¹⁾ ISSAEFF. Zeitschr. für Hygiene. T. XVI. 1894. 287.

²⁾ Przegląd Lekarski. 1902. N. 49.

mimo wstrzyknięcia mu do otrzewnej dawki niezaprzeczenie śmiertelnej dla zwierzęcia nieprzygotowanego. Liczne prace badaczy wykazały, że wstrzyknięcie takie w wysokim stopniu potęguje fagocytarną działalność białych ciałek, wskutek podniecającego [stymuliny MIECZNIKOWA] wpływu na nie wprowadzonych do otrzewnej cieczy.

Parokrotnie wykonane odpowiednie doświadczenia przekonały mię, że i w badanym przeze mnie ustroju gołębi rzecz się dzieje podobnie, a mianowicie, gołębie, po otrzymaniu do otrzewnej na 24 godziny przed zakażeniem 2 ctm. sz. zwykłego pożywkowego bulionu, wytrzymały bez dalszych złych skutków śródotrzewnowe wprowadzenie 0,1 ctm. sz. wyżej wzmiankowanej hodowli, gdy tymczasem kontrolujące nieprzygotowane—zdychały przed upływem 24-ch godzin.

Badanie mikroskopowe wysięku wewnątrzotrzewnowego wykazało i tu zarówno obecność kuleczek, leżących wolno, jak i fagocytozy. Tym razem jednak białe ciała, pod wpływem podniecającego działania użytego do wstrzyknięcia bulionu, występowały z aczepnie w stosunku do przecinkowców i pochłaniały je po kilka, a nawet kilkanaście. We wnętrzu ich przecinkowce przybierały również kształt kuleczkowaty i podobnie jak te, które leżały pozakomórkowo, dawały się zabarwić to mocniej, to słabiej, prawdopodobnie zależnie od stopnia wpływów destrukcyjnych, jakie w nich wywoływały czyto wysięk wewnątrzotrzewnowy, czy też wewnątrzkomórkowe sprawy trawienne.

Kwestya ta należy poniekąd już do zjawisk odporności nabytej. Przy jej badaniu przekonałem się, że wpływ fagocytozy na wyzdrowienie gołębi nie ulegał żadnej wątpliwości. Mamy w tem jeszcze jeden dowód, jak wielkie niekiedy znaczenie może mieć na przebieg zakażenia stymulizacya białych ciałek tego lub innego ustroju!

Czy śmiertelne dawki hodowli przecinkowca MIECZNIKOW-GAMALEÏA działały na ustrój gołębia głównie przy pomocy zawartej już w niej toksyny, czy też dzięki szkodliwemu wpływowi żywych drobnoustrojów, rozmnażających się w nim, i wywołujących zmiany, powodujące zejście śmiertelne?

Dla rozstrzygnięcia tego pytania, ogrzewałem śmiertelne dawki hodowli badanego przecinkowca przez pół godziny przy ciepłocie 50°, 60 i 70° i po ogrzaniu wstrzykiwałem je do mięśnia piersiowego. Myślałem przytem, że uda mi się w ten sposób otrzymać takie granice ogrzewania, w których przecinkowiec, wrażliwy na ogrzewanie, zostanie już zniszczony, a toksyna, jak prawie wszystkie toksyny, mniej na nie wrażliwa, pozostanie jeszcze czynną.

Do doświadczeń tych używałem hodowli przecinkowców dziesięciodniowej, której 2 ctm. sz., wprowadzone do mięśnia, zabijały gołębia, wprowadzone zaś do krwi, pozostawały bez wpływu. W ten sposób przekonałem się, że wyżej wymieniona dawka śmiertelna, ogrzana przez pół godziny, czyto przy 50°, czy 60°, lub 70, przestawała być śmiertelną i wstrzyknięta do mięśnia, nie wywoływała śmierci używanych do doświadczeń gołębi. Taką samą dawką tej samej hodowli nieogrzonej okazała się śmiertelną u gołębi kontrolujących, zgodnie z obserwacyami wyżej podanymi. Stąd wywnioskowałem, że u badanych zwie-

rząt śmierć następowała nie wskutek toksyczności, występującej czyto jako produkty zawarte w płynie p o ż y w k o w y m, czy też jako toksyny, zawarte w samych ciałach drobnoustrojowych, ale wskutek jakichś nowych szkodliwych czynników, które wytwarzały rozmnażające się przecinkowce w zakażonym ustroju.

Będąc, skutkiem tych doświadczeń, w posiadaniu pewnej liczby gołębi, które wytrzymały wstrzyknięcie ogrzanych hodowli przecinkowca MIECZNIKOW-GAMALEIA, postanowiłem zbadać, w jaki sposób ustrój ich będzie reagował na zakażenie tym samym drobnoustrojem nieogrzany? Czy się nie znajdzie w nich pewnych własności odrębnych, nabytych wskutek otrzymania do mięśnia ogrzanej hodowli wzmiankowanego przecinkowca?

Badaniu był poddany przedewszystkiem gołąb, który tydzień przedtem otrzymał do mięśnia piersiowego 2 ctm. sz. hodowli przecinkowca, ogrzanej przez $\frac{1}{2}$ godz. przy 50°. Gołębiowi temu wstrzyknięto do żyły 2 ctm. sz. 24-godzinnej hodowli nieogrzanej przecinkowców. Śmierć nastąpiła po upływie 4-ch godzin wówczas, kiedy gołębie prawidłowe po otrzymaniu takiej dawki do żyły umierały w ciągu 18-u — 24-ch godzin. Sekcja dokonana została niezwłocznie po śmierci; przytem mikroskopowemu badaniu uległy, jak zawsze, krew, śledziona i wątroba. Okazało się, że tylko w śledzionie można znaleźć b a r d z o r z a d k i e kuleczki lub przecinkowce; zarówno we krwi, jak i w wątrobie kuleczki lub przecinkowce znajdowane były tylko wyjątkowo. Fagocytozy zupełny brak.

W ustroju zatem gołębia, który uprzednio otrzymał hodowlę, ogrzaną przez $\frac{1}{2}$ godz. przy 50°, mikroorganizmy badane ginęły daleko prędzej, niż w ustroju gołębia prawidłowego.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

30. Stadler. Badania Pawłowa nad trawieniem i ich kliniczne znaczenie.

Badania PAWŁOWA nad trawieniem u zwierząt mają na celu wysledzić, w jakiej ilości wydzielają się soki trawienne na każdą składową część pokarmu, gdzie wytwarzają się owe soki i kiedy dopływają do przewodu pokarmowego. Techniczna strona doświadczeń, dokonywanych wyłącznie na psach, w krótkich zarysach tak się przedstawia.

Jedna serya psów obok sztucznie zrobionej przetoki żołądka ma przelyk przecięty na środku szyi. U innej seryi psów z dna żołądka (*fundus*) tworzy się jakby ślepy worek, „mały żołądek“, który od reszty żołądka, „dużego żołądka“ zostaje zupełnie oddzielony podwójnym mostkiem błony śluzowej; jedynie związek nerwowy między tymi obydwoma żołądkami pozostaje nieuruszony; następnie robi się sztuczną przetokę małego żołądka.

Psy, operowane według pierwszego sposobu, służą do otrzymywania na wielką skalę naturalnego soku żołądkowego. Pokarm, podawany takim psom

zwykłym sposobem, nie dosięga naturalnie żołądka — wypada on co chwila napowrót do miski: psy więc jedzą „rzekomo“; podczas tego rzekomego karmienia przez przetokę obficie splywa zupełnie przezroczysty sok; do wydzielania się soku nie jest jednakże niezbędem „rzekome karmienie“, wystarcza w tym celu nawet drażnienie psów pokarmem; wydzielający się w ostatnim razie sok, PAWŁOW nazywa „sokiem psychicznym“, który wydzielą się na początku jedzenia, w przeciwstawieniu do „soku odruchowego“, który wydzielą się pod wpływem chemicznego podrażnienia gruczołów żołądka przez określone składowe części pokarmu. Mechaniczne drażnienie błony śluzowej żołądka wcale nie wywołuje wydzielania się soku.

Doświadczenia, dokonane na psach, operowanych według drugiego sposobu, wykazują, iż zależnie od rodzaju pokarmu zarówno ilość wydzielającego się soku, jak i zawartość w nim fermentów, a także i czas trwania samego wydzielania są różne. Okazuje się, iż najczęściej wydzielą się soku przy pożywieniu mięsnem, mniej przy karmieniu chlebem i mlekiem. Najdłużej trwa wydzielanie soku przy karmieniu mlekiem. Przy chlebie sok posiada największą siłę trawienną. Ogólna kwaśność soku zależna jest również od rodzaju pokarmu: przy mięsie jest ona największa, najmniejszą zaś przy chlebie.

Odpowiednio dokonane doświadczenia PAWŁOWA wykazały, iż do bezpośrednich bodźców, wywołujących wydzielanie się soku żołądkowego, należą: woda w większej ilości, sok mięsny, roztwory wyciągów mięsnych, a także mleko. Przeciwnie, krochmal, tłuszcz, płynne białko jajka, cukier nie są w stanie wywołać odruchowo wydzielania się soku. Nadto tłuszcz, przedstawiając się do dwunastnicy, stamtąd wywiera hamujący wpływ na wydzielanie się soku „psychicznego“ i na ruchowe funkcje żołądka. Widać to z następującego doświadczenia. Jeżeli psom z przetokami żołądka i dwunastnicy wlać do dwunastnicy wody albo roztworu soli lub cukru, jednocześnie napełniając żołądek 200 ctm. sz. wody, to już po upływie 15-tu minut żołądek pozostaje pustym; jeżeli jednakże do dwunastnicy wlejemy oliwy lub kwasu, to jeszcze po upływie 1½ do 2-u godzin w żołądku pozostaje pełno wody. Oprócz tych ważnych dla opróżnienia żołądka odruchów, PAWŁOW wykazał jeszcze obecność całego szeregu podobnych chemicznych odruchów przy wydzielaniu żółci i soku trzustkowego. Tak np. wydzielanie soku trzustkowego następuje wówczas, skoro tylko błona śluzowa dwunastnicy zostaje zwilżona przez kwas solny żołądka: koniec trawienia żołądkowego jest więc sygnałem do wydzielania się soku trzustkowego. Co się tyczy żółci, doświadczenia PAWŁOWA wykazały, że jedynie tłuszcz, substancje wyciągowe mięsa i produkty trawienia białka po przejściu do dwunastnicy wywołują obfite wydzielanie się żółci.

Doświadczenia PAWŁOWA otwierają szerokie pole dla klinicznych spostrzeżeń. Tak np. obustronne przecięcie u psów nerwu błędnego sprawiło, iż t. zw. sok psychiczny przestał się wydzielać, a wskutek tego pokarm, zawierający węglowodany i tłuszcze, ulegał gniciu w żołądku. Przez podawanie na krótko przed każdym jedzeniem rosołu, który odruchowo wywoływał wydzielanie się soku, udawało się zapobiegać owemu gniciu i trawienie u psów odbywało się normalnie. U kilku psów spostrzegano stany nadmiernego wydzielania zarówno soku żołądkowego, jak i trzustkowego. Soda, dodawana w nieznacznej ilości do jedzenia, szybko usawała te stany chorobowe.

Wprowadzając do żołądka substancje silnie drażniące, jak wyskok absolutny, roztwór lapisu, PAWŁOW przekonał się, iż zawsze w tych razach występowało anormalne wydzielanie śluzu. Ilość wydzielającego się soku była w tych razach znacznie zmniejszona w porównaniu ze stanem normalnym.

Nie ulega wątpliwości, że i u człowieka również wydziela się sok „psychiczny“ i „odruchowy“ [LANG, BUŁAWINCEW]; mięso i roztwór soku mięsnego również silnie pobudza wydzielanie soku żołądkowego, tłuszcz hamuje to wydzielanie, krochmal zaś odruchowo nie wywołuje żadnego wpływu. Mechaniczne podrażnienie również nie wywołuje wydzielania soku. Niektórzy chorzy znacznie lepiej znoszą częsty, lecz nieobfity posiłek, aniżeli rzadki i obfity dlatego, że na początku przy każdym jedzeniu wydziela się mocny sok „psychiczny“, który bierze na siebie główną rolę w trawieniu żołądkowym. Mleko jest najodpowiedniejszym pokarmem nieraz i dla chorego żołądka, ponieważ wymaga najmniejszej ilości soku. W stanach hypersekrecyi przy zachowanej ruchowej czynności żołądka najlepiej znoszonym bywa pokarm, zawierający tłuszcz; spostrzeżenie PAWŁOWA, dotyczące hamującego wpływu tłuszczu na wydzielanie soku żołądkowego, objaśnia nam fakt ten w zupełności.

(Münch. mediz. Wochen. 1905 N. 1).

W. Breszel.

31. Linossier. Wpływ chlorku sodu na trawienie żołądkowe w różnych formach niestrawności.

Podług niektórych autorów [RABUTEAU, OGATA, MUNK, EWALD] sól jest czynnikiem, pobudzającym wydzielanie soku żołądkowego; podług innych [REJCHMAN, PAWŁOW, HERZEN i inni] jest ona czynnikiem hamującym. Może sól jednak być i jednym, i drugim, stosownie do warunków, w jakich działanie jej się odbywa.

RABUTEAU zauważył u psów z przetoką żołądkową wydzielanie soku żołądkowego w daleko większej ilości i daleko bardziej kwaśnego przy podawaniu im pokarmów, zawierających NaCl. Nie bacząc na ogromną liczbę prac, w których autorowie doszli do wniosków, wręcz przeciwnych wynikom, otrzymanym przez RABUTEAU, mniemanie co do pobudzającego wpływu soli na czynność wydzielniczą żołądka przetrwało aż do dzisiejszego dnia.

MERZEN, REJCHMAN i inni spostrzegali zmniejszanie się kwaśności soku żołądkowego przy wprowadzaniu soli do żołądka; im więcej wprowadzano soli, tem mniejszą była kwaśność, a w niektórych przypadkach otrzymano nawet ługowy odczyn soku. Autor otrzymał takie same wyniki, robiąc doświadczenia na psach: przy podawaniu im pokarmów, zawierających 5—10 grm. soli, kwaśność stale bywa mniejszą, niż w zwykłych warunkach.

Zmniejszanie w tych razach kwaśności soku żołądkowego mogą wywołać dwie przyczyny: upośledzenie wydzielania soku albo wzmożone wydzielanie śluzu alkalicznego. Z tych dwóch przyczyn tylko druga jest dotychczas zupełnie pewna, dzięki doświadczeniom BARDELEBEN'a w 1847 roku, a później i innych autorów; upośledzenie zaś pod wpływem soli kuchennej wydzielania soku żołądkowego jest rzeczą możliwą, nawet prawdopodobną, ale dotychczas jeszcze niedowiedzianą.

Toeretycznie można już było przypuścić, że niewprowadzanie chlorków do żołądka spowoduje zmniejszenie albo brak wydzielania kwasu solnego w żołądku. CAHN dowiódł tego na psach. DASTRE i FROUIN, nie podając psu soli, wstrzymali nie tylko wydzielanie kwasu solnego, lecz nawet całą czynność wydzielniczą żołądka.

Niektórzy badacze chcieli praktycznie zużytkować ostatni fakt i doradzali podawanie pokarmów, zawierających mało soli, w niektórych chorobach żołądka. Doświadczenie jednak wykazało, że u chorego z nadkwaśnością nie można było zauważyć różnicy, czy podawany mu był pokarm zwykły, czy zawierający mało soli.

Czy, naodwrot, nadmiar soli może przynieść pożytek chorym ze zmniejszonym wydzielaniem kwasu solnego?

Dla rozstrzygnięcia tej kwestyi wykluczyć trzeba miejscowe działanie soli na błonę śluzową żołądka, jako zmniejszające kwaśność. Wpływ soli, pobudzający wydzielanie, występuje wówczas bardzo wyraźnie. GIRARD, wstrzykując psu sól *per rectum*, spostrzegł zwiększone wydzielanie soku żołądkowego. Autor otrzymał takie same wyniki. W przypadku HAYEM'a, który podawał choremu z niedokwaśnością w ciągu sześciu tygodni pokarmy, zawierające dużo soli, kwaśność w ciągu tego czasu zwiększyła się w dwójnasób. To samo otrzymał BOAS po dłuższem podawaniu wody Kissingerńskiej.

Z tych doświadczeń wynika, że najlepiej sól kuchenną podawać chorym z niedokwaśnością w przerwach pomiędzy przyjmowaniem pokarmów, albo w ławatywach.

Przy takim postępowaniu unikniemy prócz tego niepożądanego złego wpływu chlorków na pepsynowe trawienie białka. Co do szkodliwego wpływu dużej ilości chlorków na owo trawienie, to pod tym względem niema dwóch różnych zdań; co się zaś dotyczy małych ilości chlorków, to one, podług niektórych autorów [LEHMANN, WOLBERG], nawet pobudzają trawienie pepsynowe.

Autor w swoich przypadkach stale spostrzegł, że sól, w jakiegokolwiek bądź ilości, opóźnia trawienie białka. Podług niego, 0,3% NaCl w zawartości pokarmowej żołądka wywołuje ten sam wpływ, co zmniejszona o 40—50% ilość pepsyny.

(*Comptes rendus des séances de la Société de Biologie. Paris. 1904.*)

Papierny.

32. Petersen i Colmers. Poszukiwania anatomiczne i kliniczne nad rakiem żołądka i kiszek.

Opierając się na bardzo obszernym materiale, PETERSEN i COLMERS starali się rozjaśnić wiele spornych pytań dotyczących raka wogóle, w szczególności zaś zbadać sposób rozrastania się raka żołądka i kiszek. Wyniki otrzymano następujące:

1) Rak żołądka i kiszek rozszerza się zawsze z jednego ogniska (*unicentricisch*), już to zapomocą rozpychania tkanek (*expansion*), już to tworząc nacieki (*infiltration*).

2) Tkanka rakowa może rozrastać się w kierunku błony śluzowej i podłoża (*stroma*), lub jednocześnie w obie strony.

3) Rak niszczy tkanki zdrowe nie tylko uciskiem, lecz i swoistymi czynnikami cytolitycznymi.

4) Rak rozszerza się chętnie drogą naczyń chłonnych. W gruczołach może szerzyć się między zrazikami, lub też wewnątrz zrazików.

5) Szerzenie się raka tym lub innym sposobem zależy w znacznym stopniu od pewnego powinowactwa jego komórek z nabłonkiem zdrowym (*epitheliophilia*). Wewnątrz gruczołów wrastają te raki, których komórki najwięcej są zbliżone do zwykłych (najsilniejsze *epitheliophilia*).

6) Bliskość ogniska rakowego wpływa wyraźnie na sąsiedzące komórki gruczołowe normalne. Widać w nich mnóstwo figur karyokinetycznych, barwią się wyraźniej. Nie jest to jednak przejście w raka, jak mniemał HAUSER, ani też wtórne zmiany, wywołane przez ucisk, jak przypuszczali RIBBERT i BORRMANN.

7) Komórki rosnącego guza mogą się układać często w szeregi, naśladujące budowę narządu [trzustka, gruczoł śluzowy], co można spostrzegać i w przerzutach. Jest to t. zw. „organ — mimicry“.

8) Badaniem i różniczkowaniem granicy, dzielącej komórki rakowate od zdrowych, możemy odróżnić ogniska pierwotne od wtórnych. Granica niewy-

rażna przemawia zawsze za ogniskiem pierwotnym; granica, odcinająca się wyraźnie, może powstać zarówno wskutek rozrostu pierwotnego ogniska (*Expansionsgrenze*), jak i wtórnego zlania się przerzutu ze zdrowym nabłonkiem.

Część drugą swej pracy autorowie poświęcili klinicznej ocenie przypadków. Ze względu na niepodobieństwo podania podziału racjonalnego, opartego na pochodzeniu histologicznym, PETERSEN i COLMERS przyjęli następującą klasyfikację:

I. *Carc. adenomatosum (symplex papilliferum microcysticum, gelatinosum)*.

II. *Carc. solidum (alveolare, diffusum, gelatinosum)*.

III. Postaci mieszane.

Z raków prostaty najłagodniejszym jest *carc. microcysticum, papilliferum* [na 8 przyp. 8 wyleczeń trzyletnich]. Przeciętą liczbą wyleczeń trwałych = 16,8% na 125 przypadków. Przy raku żołądka pomyślny wynik osiągnięto u 20,8%. Najłagodniejszym okazał się rak twardy (*carc. solidum diffusum*). Nie należy sądzić, by złośliwość raka prostaty polegała na stopniu jego rozwoju w chwili operacji. Raki duże, zrosłe z pochwą i gruczołem krokowym, w których rokowanie na pozór było bardzo złe, udawało się trwale (?) wyleczyć i przeciwnie—względnie łagodne przypadki ulegają wznowie.

Wyłącznie kliniczne badanie nie daje jeszcze w wszystkich punktów oparcia do oceny złośliwości guza. Rak prostaty jest tem złośliwszy, im większą jest kataplazja jego komórek. Gruba budowa anatomiczna guza prostaty nie odpowiada jego postaci klinicznej. Guzy o jednakowym typie drobnowidzowym mogą dać różne postaci kliniczne, stąd też przed przystąpieniem do operacji zaleca się wykonywać stale próbne wycięcie, pozwalające ustalić charakter guza i wskazać na do operacji.

W dalszym ciągu PETERSEN i COLMERS roztrząsają dwa pytania niezmiernie ważne, dotyczące raka, a mianowicie:

1) Zmiany w komórkach guza, oznaczające skłonność do samowyleczenia.

2) Znaczenie komórek nabłonkowych, spotykanych w grupach lub oddzielnie poza miejscem ich zwykłego usadowienia [np. w gruczołach].

Co się tyczy pierwszego punktu, to PETERSEN i COLMERS zaznaczają, iż wiele przypadków przemawia za tem, że komórki rakowe mogą być pokonane przez organizm. Prócz spostrzeżeń klinicznych i sekcji, stwierdzenie swe uzasadniają badaniami SCHMIDT'a, który przyszedł do wniosku, iż większość komórek rakowych, wciągniętych do krwiobiegu, ulega zniszczeniu wewnątrz skrzepów drobnych. Wycięcie pierwotnego ogniska korzystnie wpływa na walkę ustroju z przerzutami, usuwając źródło toksyn [na tej zasadzie rozszerzyć należy na nowo granice wycięcia odźwiernika w porównaniu z gastro - enteroanastomozą].

Co do komórek nabłonkowych, spotykanych w gruczołach przy raku, a ułożonych często w prawidłowe szeregi, to dotąd nic pewnego o nich powiedzieć nie można. WERTHEIM zaliczał je do przerzutów raka, inni autorzy uważali je za resztki ciała WOLFF'a [w gruczołach około macicy], MYER, zaliczał je do rozrostów śródbłonkowych. PETERSEN i COLMERS zaznaczają możliwość przerzutów nabłonka nierakowego.

Rozstrzygnięcie kwestyi tej z punktu widzenia praktycznego jest ważne, już choćby dlatego, że WERTHEIM określa liczbę zakażonych gruczołów przy raku macicy na 35%, a w liczbie tej trzecia część przypada na wyżej opisane „rozrosty i przestrzenie śródbłonkowe“.

33. A. Bier. Leczenie ostrych spraw ropnych zapomocą przekrwienia zastoinowego.

Świeżo ogłoszona praca prof. BIER'a pod powyższym nagłówkiem, domaga się poważnej, bo zasadniczej, reformy dotychczasowego leczenia zapaleń ropnych. Zdaniem autora, w tych wypadkach należy stosować nie przeciwzapalną metodę leczenia [antyflogozę], lecz przekrwienie zastoinowe. Pogląd swój niemiecki uczonego opiera na 100-u przypadkach zapaleń ropnych, w wymieniony sposób przezeń leczonych. Technika wywoływania sztucznego przekrwienia zastoinowego w ogólnych zarysach polega na tem, że powyżej [t. j. w kierunku dośrodkowym krwiobiegu] ogniska zapalnego w pewnej, nie nazbyt bliskiej, odległości od tegoż, nakłada się dosyć mocno przewiązkę gumową, dzięki czemu następuje silne przekrwienie zastoinowe. Przewiązka pozostaje na miejscu w ciągu 10—22 godzin na dobę, zależnie od rodzaju przypadku, z 2-godzinną lub dłuższą przerwą, podczas której chorą część ciała umieszcza się na wzniesieniu. Wkrótce po nałożeniu przewiązki zaczerwienienie i obrzęk znacznie się wzmagają i szybko dochodzą do samej przewiązki, poza którą jednak zapalenie już nie przekracza. Co do klinicznego znaczenia przekrwienia zastoinowego, to przedewszystkiem pod jego wpływem nadzwyczaj szybko znika poprzednia bolesność zapalna; ropienie albo zostaje powstrzymane w swym rozwoju, lub ulega wessaniu, ostre ropnie przechodzą w zimne, ropiejące rany szybko zasychają — zazwyczaj jednak ropienie się wzmagają. Sprawy ropne przy tym zabiegu cechują się szybkim przebiegiem i, co najważniejsza, pozostaje przy życiu wiele z pośród tych tkanek i związanych z nimi czynności, które, zdawałoby się, są już zupełnie skazane na zagładę, z punktu widzenia dotychczasowej terapii. Objawy zapalne, początkowo dochodzące do *akme* swego rozwoju pod działaniem przekrwienia zastoinowego, podlegają następnie szybkim zmianom wsteczny i cała sprawa zazwyczaj, z małymi zaledwie wyjątkami, kończy się wyzdrowieniem. Na poparcie swego twierdzenia autor przytacza obfity materiał kliniczny, dotyczący stosowania omawianej metody przy mniej lub więcej rozwiniętych sprawach ropnych dużych stawów, zapalenia szpiku kostnego i ropnych zapaleń pochewek ścięgien.

O ile staw był przytem otwarty, ropę wydalano na zewnątrz zapomocą codziennych ruchów biernych tegoż stawu, nakładając jednocześnie przewiązkę powyżej niego; jeżeli zaś ropienie było w stawie zamkniętym, to wywoływano tylko przekrwienie zastoinowe bez wszelkich innych zabiegów chirurgicznych; o ile zaś w przypadkach ostrych ropnych zapaleń dokonywano później otwarcia stawu zapomocą przekłucia lub małego cięcia z następczym przemywaniem, to w każdym razie do wewnątrz jego nie zakładano zazwyczaj gazy ani drenów, poprzestając jedynie na opatrunku zewnętrznym. Po ustaniu bolesności natychmiast wykonywano ruchy danego stawu—najpierw bierne, a później czynne. Wyniki, tą drogą otrzymane, były, według zapewnień autora, znakomite: wszelkie ruchy stawu były w zupełności zachowane.

W ostrych zapaleniach szpiku kostnego, w razie rozpoznania ropnia, ten ostatni był otwierany zapomocą jednego lub kilku niewielkich cięć, ropę opróżniano, a następnie przemywano ognisko zapalne fizyologicznym roztworem soli kuchennej, lecz i tu starannie unikano tamponowania i drenów; jednocześnie stosowano przekrwienie. Wyniki wogóle były zadowalające, choć już w mniejszym stopniu, niż przy stawach. To samo da się powiedzieć i o nawrotowych zapaleniach szpiku kostnego.

Za najlepszy wskaźnik wartości swej metody leczniczej uważa autor otrzymane przezeń pomyślnie wyniki w początkowych okresach zapaleń ropnych pochewek ścięgniastych. Przy pierwszych objawach tego cierpienia udaje się je stłumić przez samo tylko przekrwienie zastoinowe, jakkolwiek

bardzo rzadko; jeżeli zaś zapalenie w dalszym swym rozwoju doprowadza do wytworzenia ropnia, należy wówczas go otworzyć małemi nacięciami, nie zaprzestając jednocześnie stosowania przekrwienia i częstego poruszenia odpowiednią kończyną, aby zapobiedz zniesieniu czynności danego ścięgna.

Technika wywoływania przekrwienia zastoinowego została należycie wypracowana dopiero dla kończyn i głowy. Co do tułowia, to jakkolwiek autor ogłaszał już oddzielnie wyniki odnośnych badań, oddaje jednak pierwszy głos w tej sprawie swemu asystentowi, który zamierza wkrótce ogłosić wyniki swych badań.

Ujemne wyniki, otrzymane w pewnych przypadkach, tłumaczy autor nie wadami samej metody, lecz brakiem należytej techniki lub też poważnemi zmianami anatomicznemi, które zaszły już przed rozpoczęciem leczenia. Na zarzut, iż przekrwienie zastoinowe w stanach zapalnych łatwo może doprowadzić do zgorzeli, autor odpowiada, że, o ile ta ostatnia następuje, to nie wskutek umiejętnie zastosowanego sztucznego zaburzenia w krążeniu, lecz jedynie pod działaniem przyczyn, które wywołały samo zapalenie [np. toksyny]. Aby dowieść, że niema też upośledzenia w odżywianiu tkanek pomimo zwolnionego krwiobiegu, autor przytacza rezultaty badania mikroskopowego i powołuje się na takież krwiobieg i przekrwienie zastoinowe w łożysku i t. d. Jednem słowem, autor uważa, że metoda jego ma przyszłość przed sobą, gdy tymczasem antyflogozę przyszłość zaliczy do tych fałszywych kroków, którymi często stąpała medycyna w swym historycznym rozwoju.

(Münch. med. Woch. 1905. N. 5, 6, 7).

Wacław Dobrowolski.

34. Posner i Cohn. O rozpoznaniu i leczeniu „azoospermii“.

„Azoospermia“, spowodana jest najczęściej przez zajęcie przyjądrzy. *Epididymitis* z następczem zarośnięciem dróg nasiennych powoduje bezdzietność, której winę przedtem prawie wyłącznie przypisywano kobietom.

Najważniejszym środkiem rozpoznawczym zdolności zapłodnienia u mężczyzny jest drobnowidzowe zbadanie nasienia, które u wielu mężczyzny można otrzymać w prosty sposób: należy wycisnąć je z pecherzyków nasiennych przez odbytnicę. Często wydziela się w postaci kropli u ujścia zewnętrznego cewki lub w moczu, oddanym zaraz po wyciśnięciu. Zbadanie drobnowidzowe tej wydzieliny z wynikiem dodatnim — normalnie zbudowane plemniki, — stanowi o zdolności zapłodnienia u mężczyzny.

Wynik ujemny zaś jesze właściwie niczego nie dowodzi. Często też wywiady i miejscowe badanie dają wątpliwe rezultaty lub nie dają żadnych, tembardziej, że w przypadkach dwustronnego zapalenia przyjądrzy może być niekiedy zachowana *potentia generandi*.

FÜRBRINGER dla rozstrzygnięcia pytania o rzeczywistem funkcyonowaniu jąder zaproponował zabieg t. zw. „*die chirurgische Revision*“, który może być w razie potrzeby zarazem zabiegiem leczniczym. Zamiast rzeczywiście „operacyjnego“ sposobu FÜRBRINGER'a autorowie proponują punkcję jądra zapomocą strzykawki PRAWAZ'a i zbadanie pod mikroskopem wydobytego płynu.

Wyniki otrzymane mogą być albo ujemne—i wtedy już nie może być mowy o leczeniu, albo dodatnie—i w takim razie należy pomyśleć o leczeniu chirurgicznem „azoospermii“.

W przypadkach, gdzie przeszkody dla odpływu nasienia znajdują się w przewodzie nasiennym, możliwe jest wycięcie kawałka przewodu, usunięcie bliżni, rozszerzenie zapomocą zgłębnika, jak przy zwiężeniu cewki moczowej. W pięciu przypadkach autorowie stosowali podobny zabieg, ale wyniku dodatniego nie otrzymali.

Daleko częstsze, jak wykazały badania SIMMONDS'a, są przypadki umiejscowienia przeszkód w samym przyjądrzu. Powstała myśl bezpośredniego połączenia przewodu nasiennego z jądrem lub z główką przyjądrza, idea t. zw. operacji plastycznej. W roku 1886 BARDENHEUER zastosował podobną operację po wycięciu przyjądrza z powodu zmian gruczolniczych z wynikiem dodatnim. Później myśl tę podjęli SCADUTO, RASUMOWSKI, BOGOLIUBOFF i udoskonalili stronę techniczną eksperymentalnie.

W Ameryce MARTIN zastosował tę operację w przypadku rzeczywistej „azoospermii“ po *epididymitis gonorrhoeica* i otrzymał wynik dodatni. Autorowie w sześciu przypadkach wykonali podobną operację i chociaż nie otrzymali rezultatów pożądaných, jednakże wobec braku innych sposobów leczenia i wobec doniosłości sprawy *impotentiae generandi* uważają tę operację za najodpowiedniejszy zabieg leczniczy, który powinien być stosowany w możliwie wczesnych okresach „azoospermii“.

(*Deutsche medizin. Wochenschrift*).

B. Zaleski.

35. Curschmann. O późnej krzywicy (*Rachitis tarda*).

Sporna do pewnego stopnia po dzień dzisiejszy sprawa t. zw. późnej krzywicy, została obecnie znów poruszona przez CURSCHMANN'a, który ogłosił 3 spostrzegane przez siebie przypadki tego cierpienia: u 18-letniej dziewczyny, oraz u 18-letniego i 34-letniego mężczyzny. Dwa pierwsze przypadki dotyczą krzywicy ogólnej z typowym różańcem krzywicowym, zgrabieniami nasad przewaźnie przedramienia i goleni i skrzywieniem kości długich, głównie goleni, pozostała część szkieletu nie odznaczała się jakimkolwiek zmianami wybitnymi. Rozpoznawanie różniczkowe stanowczo wykluczało rozmięczenie kości, wrodzony przymiot, chorobę PAGET'a, *osteotabes infantum* ZIEGLER'a i możliwe w danym razie cierpienia mlecza pacierzowego, — nakoniec rodzaj i umiejscowienie zmian patologicznych stanowczo przemawiają, zdaniem autora, za rozpoznaniem późnej krzywicy. Etiologia tej choroby u starszych, zarówno jak u dzieci, jest dotąd zupełnie nieznaną; nieustaloną również pozostaje kwestya co do jej dziedziczności i usposobienia rodzinnego. Spotyka się w wieku od lat 15-u do 20-u, czyli w okresie pokwitania, kiedy właśnie odbywa się znów wzmocniona sprawa kostnienia długich kości, co do pewnego stopnia rzuca światło na mechanizm powstawania omawianego cierpienia. Czy cała ta sprawa nie stanowi nawrotu wczesnej krzywicy, brak odpowiedniej ilości materiału, kazuistycznego pozostawia pytanie to nierozstrzygniętem. Oprócz zmian szkieletu zasługuje na uwagę sztywność mięśni odpowiednich kończyn i wzmoczenie odruchów ścięgniętych. Rokowanie zależy od okresu choroby, i leczenie zasadniczo niezem się różni od leczenia zwykłej krzywicy u dzieci. Trzeci przypadek późnej krzywicy ogólnej w połączeniu z kolanem szpotawem (*genu valgum*), które się rozwinęło w następstwie zniekształceń dolnych kończyn, stwierdza raz jeszcze racjonalne przypuszczenie MIKULICZA, że kolano szpotawe w wieku młodzieńczym stanowi tylko częściowy objaw późnej krzywicy, przy nieznacznych stosunkowo zmianach innych części układu kostnego. W tych razach, zarówno, jak przy kolanem koślawem (*genu varum*), autor gorąco zaleca przedewszystkiem stosowanie właściwej wewnętrznej terapii krzywicy.

(*Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., T. XIV. Z. 3*).

Wacław Dobrowolski.

36. Suarez de Mendoza. O przykrych następstwach, jakie może wywołać nieusprawiedliwione stosowanie środków usypiających wogóle, a bromku etylu w szczególności przy operowaniu wyrosli adenoidalnych.

Dwa niedawne przypadki śmierci od chloroformu, jakie zdarzyły się w Paryżu w klinikach dwóch wybitnych chirurgów, znowu zwróciły uwagę świata lekarskiego na kwestyę anestezji ogólnej i ewentualnie jej przykrych następstw. W drugim ze wspomnianych przypadków rodzina nieszczęsnej ofiary fatalnych skutków chloroformu wystąpiła, jak to się często zdarza, nawet na drogę sądową przeciwko chirurgowi, chociaż w danym razie za przyczynę nieszczęścia należy uważać li tylko smutną fatalność losu, od której ani dobra wola, ani ostrożność, intelligencya i wiedza nie mogą zabezpieczyć żadnego chirurga. Jest cały szereg zabiegów chirurgicznych, w których anestezya ogólna jest nakazana, bez której niemożliwym jest dokonanie operacji bolesnej i długotrwałej; są to rzeczy powszechnie znane i w tych przypadkach narkoza jest wprost dobrodziejstwem, a korzyści przy jej stosowaniu są ogromne. I jeżeli w podobnych warunkach zdarzy się nieszczęście, to chirurg nie ma sobie nic do wyrzucenia i łatwo może uniknąć odpowiedzialności; przeciwnie zaś bywa, gdy przy operacjach nieznacznych, mało bolesnych, krótko trwających chirurg postępuje nieostrożnie [inaczej bowiem nazwać tego nie można] i stosuje narkozę, narażając chorego na niebezpieczeństwo, jedynie w tym celu, aby oszczędzić choremu widoku narzędzi i kilkunutowych nieznacznych cierpień.

Do tego rodzaju operacji, przy których narkoza jest zupełnie zbyteczną należy usunięcie wyrosli adenoidalnych. Autor od wielu lat walczy przeciwko stosowaniu wszelkiego rodzaju narkozy przy tej niewinnej, tak krótko trwającej i mało bolesnej operacji i stosowanie w podobnych przypadkach narkozy uważa prost za przestępstwo kryminalne.

Tego samego zdania są: URBANTSCHISTCH, SCHROETTER, SCHNITZLER, ENGELMAN, STIMMEL, SIMPSON, d'AGNANO, GAREL, NOGUET, SEBILCAN, LOMBARD i wielu innych autorów, lecz nie wszyscy, gdyż podobnie jak we Francyi, tak i za granicą jest znaczna liczba zwolenników narkozy, jako środka nieodzownego przy usuwaniu wyrosli adenoidalnych. Ci ostatni na poparcie swego postępowania przytaczają to, że bez narkozy mały pacjent, nie mający należytego rozsądku i siły woli, nie będzie się zachowywał na tyle spokojnie, aby możliwym było dokładne wykonanie powyższej operacji; dzięki zaś narkozie chory pozostaje w spokoju i przez pewien czas po operacji, wreszcie wprowadzanie do jamy nosowo - gardzielowej ostrej łyżeczki, gdy pacjent się temu sprzeciwia, może mieć także niepożądane następstwa. Autor zbija powyższe twierdzenia zwolenników narkozy, i przechodzi do oceny poszczególnych środków usypiających. Jedni z autorów są zwolennikami eteru, inni chloroformu, jeszcze inni bromku etylu i tych ostatnich jest nawet znaczna liczba, z tej jakoby przyczyny, że bromek etylu działa szybko; przy jego stosowaniu niema okresu pobudzenia, a sam środek ma być jakoby zupełnie nieszkodliwy (?). Od roku 1892 zanotowano 15 przypadków śmierci przy operacjach, wykonywanych w gardle i w nosie pod narkozą chloroformem, który jest niebezpieczny nie tylko w dużych, lecz i w małych dawkach. Co się tyczy eteru, to należałoby go, podług zdania autora, zupełnie zarzucić, wywołuje on bowiem zwiększony dopływ krwi i zastój jej w żyłach mózgowych, pogorszenie w przypadkach astmy oskrzelowej, w chronicznych cierpieniach oskrzeli, płuc i nerek. Stosowanie eteru jest szczególnie niebezpieczne u alkoholków. Po użyciu natomiast chloroformu zdarzają się niezmiernie często bardzo przykre objawy zatrucia: uciążliwe wymioty, bóle, zawroty głowy, silny niepokój i t. p. Objawy te niekiedy trwają dłużej, niż jeden dzień i w najlepszym razie dopiero w kilka godzin po operacji można pacjenta przewieźć do jego mieszkania.

LUBET, BARBON, LERMOYER, SIBENMANN zalecają więcej lub mniej gorąco stosowanie bromku etylu. DECKER i RUDOLF są raczej zwolennikami chloroformu, niż bromku etylu [ten ostatni operuje wyrosła adenoidalne w pozycyi Rose'go, t. j. z głową zwieszoną na dół w celu zabezpieczenia pacjenta od aspiracyi krwi i kawałków tkanek], odrzucając bromek etylu z następujących względów: 1) że niebezpieczeństwo przy narkozie bromkiem etylu jest nie mniejsze, niż przy chloroformie, 2) narkoza, wywołana bromkiem etylu, trwa krótko, 3) bardzo często nie można otrzymać pożądanej zwolnienia mięśni i przy obecności skurczu mięśni podniebienia miękkiego utrudnione jest wprowadzenie narzędzi i badanie palcem, 4) bromek etylu sprządza znaczne podrażnienie błon śluzowych i 5) chorzy po narkozie czują się wogóle znacznie nawet gorzej, niż po chloroformie.

THOST używa chloroformu przy operowaniu wyrosła adenoidalnych, lecz jest przeciwny operowaniu w pozycyi Rose'go, w czem się zgadzają z nim HOPPMANN i MORITZ SCHMIDT.

ROUSSEAUX jest przeciwny narkozie bromkiem etylu, gdyż często się przy tem zdarza *trismus* już przed upływem 20-u sekund, a wymioty po narkozie zdarzają się podobnie często, jak i po chloroformie.

Ta różnorodność w poglądach autorów na wartość poszczególnych środków usypiających wskazuje nam, że żaden z nich nie jest zupełnie dobry i odpowiedni.

Co do bromku etylu, to nawet jego zwolennicy przyznają, że jest on niemniej niebezpieczny, niż chloroform, gdyż, podobnie jak wszystkie inne środki, ma także swoją nekrologię. Bez specjalnych poszukiwań w literaturze, może autor przytoczyć 10 przypadków śmierci po stosowaniu bromku etylu. Przypadki te obserwowali: ROBERTS [1880], MITTENZWEIG, 2 przypadki [1890], GLEICH [1892], HARTMANN i BOURBON [1893], KOEHLER [1899], DOUBROVINE [1895], POMERANTZEFF [1892], wreszcie 2 przypadki są opisane w *Bulletin medical* [1890] i w *Medical Journal* [z 1899].

Dalej autor przytacza przypadek śmierci, którego był sam świadkiem w kilka sekund po rozpoczęciu narkozy i przytem dodaje, że co do śmiertelności wskutek narkozy, nie można polegać na danych statystycznych, gdyż te są bardzo niedokładne i tylko bardzo nieznaczna część przypadków śmiertelnych, spowodowanych narkozą, bywa ogłaszana. Na dowód powyższego autor dodaje, iż w tym samym roku, w którym był świadkiem wyżej przytoczonego przypadku śmierci, zdarzyły się jeszcze 4 przypadki śmierci: 2 po chloroformie, 1 po bromku etylu, 1 po kokainie, i żaden z nich nie był ogłoszony. Mając to wszystko na względzie, autor gorąco przemawia za tem, aby nie stosować żadnej narkozy przy operowaniu wyrosła adenoidalnych, gdyż sami pacjenci po operacyi twierdzą, że jest mało lub nawet zupełnie niebolesna; tych zaś ze swoich małych pacjentów, którzy się lękają operacyi i nie dają należytej gwarancyi, że będą siedzieć przy operacyi spokojnie, autor stara się z całą łagodnością przekonać, że operacya będzie rzeczywiście niebolesna, jeżeli zachowają się spokojnie i nie będą przeszkadzać w jej wykonaniu, wreszcie dodaje, że w ciągu wielu lat swej praktyki laryngologicznej zawsze tą drogą zyskiwał sobie zaufanie swych małych pacjentów.

(*Archives de Médecine et de Chirurgie speciale*. 1905. N. 1).

(*Przyp. spraw.* W ambulatoryum dra W. WRÓBLEWSKIEGO, w szpitalu Ewangelickim od lat 10-u zarzucona jest narkoza przy usuwaniu wyrosła adenoidalnych; jedynie tylko u starszych dzieci i u osób dorosłych w celu znieczulenia miejscowego stosujemy kilka kropel 25%-owego roztworu spirytusowego kokainy, co w zupełności wystarcza do niebolesnego operowania).

W. Polański.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

13. O kuracjach odłuszczeniowych.

BORNSTEIN w wykładzie, wygłoszonym w Towarzystwie Lekarskim w Lipsku na mocy własnego doświadczenia i poszukiwań nad przemianą materii dowodzi, jak można w prosty, wygodny i nie męczący sposób uwolnić otyłego od nagromadzonego tłuszczu. Autor przedewszystkiem z naciskiem zaznacza, że nie należy bynajmniej odłuszczać zapomocą metod BANTING'a, EBSTEIN'a, OERTL'a, SCHWEININGER'a, lecz podług ścisłych naukowych prawideł i logicznego naukowego rozumowania.

Samo się przez się rozumie, że leczenie odłuszczeniowe musi być przedewszystkiem dyetetyczne. W drugim rzędzie postawić należy za mało dotąd uwzględniane leczenie fizyczne, które daje najtrwalsze wyniki; w ostatnim rzędzie leczenie farmaceutyczne.

Kto ma za dużo tłuszczu musi mniej jeść, musi ze swego pożywienia w pewnej części wyłączyć tłuszczotwórcze substancje, a zatem węglowodany i tłuszcze. Lekarz powinien sobie postawić za zadanie tak przeprowadzić odłuszczenie, by chorego od nieprzyjemnego uczucia głodu możliwie uchronić, a to przez dostarczenie mu pokarmów, których wartość odżywcza nie jest w prostym stosunku do ich ilości. Nie należy się liczyć z tem, co chory je, lecz co w kiszce ulega wassaniu, a zatem co w komórkach ulega spalaniu. Z tego punktu widzenia niesłusznie usunięty jest z dyety otyłych czarny chleb, szczególnie zaś bogate w celulozę kartofle, groch i t. p., których większa lub mniejsza część przechodzi do stolca.

Czy tłuszcze, czy węglowodany są bardziej szkodliwe dla otyłych, nie chce autor rozstrzygać; wystarcza, jego zdaniem, jedno i drugie ograniczyć. Jeżeli EBSTEIN pozwala na wielkie ilości tłuszczu i otrzymuje pomimo to dobre wyniki, muszą na to składać się dwie okoliczności: musi wartość kaloryczna pożywienia, przez niego polecanego, pomimo wielkiej ilości tłuszczu być mniejszą; z drugiej strony, tłuszcz jest środkiem odżywczym, tak sycącym, że chory mało przyjmuje pokarmu.

Jaką ilość pokarmu ma otyły przyjmować, niepodobna z góry określić; stosować się wogóle pod tym względem należy do warunków osobniczych chorego, jego wieku, zajęcia, przyzwyczajenia i t. p. W praktyce prywatnej nie podobna określić ilości pokarmu podług kalorii i oznaczyć gramami; wystarczy ograniczyć ilość pokarmów wogóle, a pokarmów sprzyjających tyćiu w szczególności, a zatem powiedzieć np. choremu „jedz na śniadanie połowę dotychczasowej ilości pieczywa i masła“. Zupełnie też jest zbędne skazywać otyłych na suchą dyetę, jak to jeszcze dziś chętnie czynią, zabraniać np. wszelkich sosów, nawet nietłustych i t. p.

Przy leczeniu dyetetycznym otyłych należy wybierać pokarmy o dużej objętości, posiadających małą wartość odżywczą, lecz zato sycących. Z tego powodu błędnem jest zalecanie bułek zamiast chleba. Im ciemniejszy jest chleb, im trudniej strawny, tem lepiej, tem więcej syci. Niesłusznie też wielu obawia się kartofli, których tak niechętnie otyli się wyrzekają. 100 gramów kartofli posiada wartość pożywną 10-u gramów masła, a przytem większa ich część przechodzi niezayta do kiszki grubych. Z drugiej strony polecany przez niektórych przy odłuszczeniu nadmiar kartofli [*Kartoffelkur*], nie posiada racjonalnej podstawy. W ogólności przy przepisaniu dyety odłuszczeniowej nie należy zabraniać tego, czego chory z wielką trudnością by

się wyrzekł, jak również polecać takie pokarmy, których chory nigdy nie przyjmował lub ich wcale nie zna, pamiętać bowiem należy, że niema właściwie takich substancji tłuszczotwórczych, którychby należało absolutnie zabronić i że tylko ich nadmiar stwarza nowy tłuszcz, wszelkie zaś ich ograniczenie sprzyja zanikowi tłuszczu w ustroju.

Inną męką, zadawaną otyłym, a niczem nieusprawiedliwioną, jest zabronienie zup i ograniczenie ilości wody do picia. Autor sądzi przeciwnie, że im więcej wody przepływa przez tkanki, tem szybsze jest wydalenie z ustroju produktów przemiany materji, o czem zresztą miał autor sposobność się przekonać przy swych poszukiwaniach nad przemianą materji. Z drugiej strony, niema bynajmniej dowodu na to, że woda sprzyja tyciu i że ograniczenie ilości wody sprowadza zanik tłuszczu. Nie należy tylko identyfikować wody z piwem, posiadającym części pożywne. Jest więc najwyższy czas, by błąd przez długi czas istniejący i głoszony jako prawda, był raz na zawsze pogrzebany. Kto chce schudnąć, niech się głodzi, lecz nie męczy się pragnieniem.

Również bezpożytecznem jest zabronienie zwykłych zup, których wartość pożywna jest minimalna. Zupa, nie posiadająca części pożywnych i nie-tłusta, jest doskonałym środkiem, napełniającym żołądek, a zatem sycącym, a mało pożywnym.

Kończąc o substancjach tłuszczotwórczych, autor zaznacza ważne znaczenie cukru przy tyciu i z tego powodu przemawia za zastąpieniem go przez sacharynę, która zgodnie z poszukiwaniami autora ¹⁾, nie posiada żadnej wartości odżywczej.

Przechodząc do białka, autor zadaje pytanie, czy przy leczeniu odtłuszczającym należy współcześnie ze zmniejszeniem węglowodanów i tłuszczu, zmniejszyć i ilość białka, czy też podawać go w ilościach zwykłych, czy zwiększonych. Podług przekonania autora, pożyteczne i trwałe leczenie odtłuszczające może się odbywać tylko przy zwiększonej ilości białka w pożywieniu. Doświadczenie kliniczne poucza, że forsowne zmniejszenie ilości pokarmów białkowych sprowadza, szczególnie u małokrwistych, nieprzyjemne skutki ze strony serca i narządu nerwowego. I nic dziwnego, ustrój otyłego rzadko posiada dostateczną ilość białka. Tak ilościowo, jak i jakościowo, wartość jego jest mniejsza, aniżeli w zwykłych warunkach. Autor w zupełności podziela pogląd tych, którzy przy leczeniu odtłuszczającym mniej lub więcej powiększają ilość pokarmów białkowych. Tu autor zwraca uwagę na to, że nie należy, jak się to często dzieje, uważać mięso i białko za jedno i to samo. Niesłusznym też jest zarzut, czyniony autorowi przez ALBU z okazji wykładu jego na XXII Zjeździe dla medycyny wewnętrznej w Lipsku ²⁾, jakoby on przez nadmiar białka przy leczeniu odtłuszczającym działał pobudzająco na ustrój. Zarzut ALBU pochodzi stąd, że nie odróżnia on mięsa od białka. Autor w wykładzie swym wyraźnie mówił o zwiększeniu ilości białka w postaci białka mlecznego i roślinnego, a nie mięsa, którego nadmiar uważa również za szkodliwy. Twaróg i chudy ser powinnyby przy leczeniu odtłuszczającym odgrywać wiel-

¹⁾ BORNSTEIN. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Saccharin. Zeitschr. für klin. Med. Tom 40. Zesz. 3, 4. 1900.

²⁾ BORNSTEIN. Ein weiterer Beitrag zur Frage der Eiweissmast. XXII Kongres med. wewn. w Lipsku.

ką rolę. Przez podanie chudego sera można łatwo podnieść ilość białka, a zarazem dostarczyć substancji, która syci. Jeszcze wygodniejsze w użyciu są fabryczne przetwory białkowe, zawierające stężone białko, jak otrzymane z mleka: nutroza, plasmon, sanatogen, bioson, jako też roślinne białka: aleuronat, roborat i inne. Autor chętnie stosuje 3 razy dziennie łyżkę białka w tej postaci w wodzie zimnej lub selcerskiej i dodaje nieco soli kuchennej. W ten sposób obok zwiększenia ilości białka usuwa uczucie głodu.

Dla lepszego wzbogacenia ustroju w białko przy leczeniu odtłuszczającym, należy nadmiar białka połączyć z pracą mięśniową. Taka konieczność połączenia odżywiania białkowego i pracy mięśniowej wynika z odpowiednich poszukiwań autora ¹⁾ nad przemianą materii, jako też z doświadczeń, dokonanych przez CASPARI'ego ²⁾ na psie. Samo się przez się rozumie, że praca fizyczna nie może być nadużywana, w przeciwnym razie prowadzi do poważnych zaburzeń.

Drugie ważne leczenie fizyczne otyłych polega na gorących kąpielach wodnych, parowych, świetlnych, borowinowych i fango, które, jak to poszukiwania autora ³⁾ przekonują, niewątpliwie przyspieszają przemianę materii i w ten sposób korzystnie oddziałują na utratę tłuszczu.

W końcu dołącza autor kilka uwag o leczeniu farmaceutycznym, przy czem radzi unikać często polecanego i w wielu tajemniczych lekach znajdującego się jodu; przemawia zaś za żelazem w połączeniu z chininą, szczególnie u otyłych, a przytem maokrwistych.

(*Therapie der Gegenwart*. 1904. Zesz. 9).

F. Arnstein [Kutno].

Wiadomości bieżące

— W dniu 25, 26 i 27 lutego r. b. niższa służba szpitali Warszawskich wystąpiła do intendentów szpitalnych z szeregiem następujących żądań: 1) podwyższenia pensji w stosunku podwójnym do dawnej; 2) wypłacania pensji w d. 1 n. st. każdego miesiąca ze względu na zwyczaj godzenia służby w tym terminie w Królestwie Polskiem; 3) dzień po nocnym dyżurze winien być wolny; 4) służący winien mieć raz w tydzień pół dnia wolnego, a cały dzień wolny co drugie święto, względnie niedzielę; 5) raz na rok służący winien mieć przynajmniej 2 tygodnie odpoczynku z zachowaniem pensji; 6) pożywienie winno być lepsze, dozór nad niem winien mieć jeden z miejscowych lekarzy szpitalnych; 7) służba winna mieć oznaczony czas i miejsce na wspólne śniadania, obiady i kolacje; 8) służba winna mieć odpowiednie pomieszczenie do spania i schowania zamykane na swoje rzeczy; 9) raz na tydzień powinna otrzymywać bezpłatną kąpiel (!); 10) służba powinna mieć stałą pomoc lekarską.

Na skutek tych żądań, popartych bezrobociem, Rada Miejska Dobroczynności Publicznej poczyniła takie ustępstwa: 1) mężczyznom miesięczna pensja zostaje podwyższona z 5 rb. na 7 rb., kobietom zaś z 4 rb. na 5 rb. 50 kop.; 2) na żywienie słu-

¹⁾ BORNSTEIN. Eiweissmast und Muskelarbeit. Archiv PFLUEGER'a. Tom 83. 1901.

²⁾ CASPARI. Ueber Eiweissumsatz und-ansatz bei der Muskelarbeit. Archiv PFLUEGER'a. Tom 53 i 83.

³⁾ BORNSTEIN. Ueber die Wirkung heisser und Moorbäder auf den Stoffwechsel. Deutsche med. Zeitung. 1895—1899.

żącego przeznaczają się 25 kop. dziennie, zamiast dotychczasowych 20 kop.; 3) służba korzysta raz na tydzień z wychodnego od 3 godz. po poł. do 10 godz. wieczorem, a nadto otrzymuje raz na rok 7-dniowy urlop z zachowaniem pensji; 4) na obiad służba dostaje 45 minut czasu wolnego; 5) po wysłużeniu 10-u lat w szpitalu służący ma pierwszeństwo przy pomieszczaniu w którymkolwiek z zakładów dobroczynnych, o ile tego wymaga stan zdrowia tegoż służącego; 6) na wypadek choroby służący otrzymuje bezpłatne leczenie z zachowaniem pensji w ciągu 2-tych tygodni, po upływie zaś tego terminu aż do czasu wyzdrowienia chorego na jego miejsce zostaje wynajęty czasowy zastępca; 7) w razie choroby służba winna zwracać się do specjalnego lekarza, którego obowiązki polegają na leczeniu tejże służby i kontrolowaniu jakości jej jedzenia; 8) lekarstwa otrzymuje służba bezpłatnie; 9) kary pieniężne zostają zniesione; 10) dla nocnych dyżurów na podwórzu szpitalnym zostają wyznaczeni specjaliści stróże, których szpital winien zaopatrzyć w kożuchy i kapcie [buty wojskowe]; 11) nocni dyżurni w salach otrzymują po dyżurze 8 godzin wypoczynku; 12) Rada Miejska postara się przedsięwziąć wszelkie możliwe środki, by dostarczyć służbie odpowiednich pomieszczeń.

Z przyjemnością możemy od siebie dodać, że tak paląca sprawa polepszenia bytu służby szpitalnej wypłynęła wreszcie na lepsze tory. Mielibyśmy tu jedno tylko do zaznaczenia; dopóki lekarze pisali memoryały, upominali się ustnie i w prasie bieżącej [Gaz. Lek. z r. 1899] o zaprowadzenie zmian w stosunkach wprost niemożliwych, wszystkie te żądania były głosem wołającego na puszczy. Trzeba było dopiero strajku służby, by się odrazu znalazły i chęci do reform i środki do ich przeprowadzenia. Wreszcie niepodobna nie zaznaczyć, że wprost klasycznym dla naszych stosunków jest żądanie służby szpitalnej, by jej szpital wydawał raz na tydzień bezpłatne kąpiele, podczas gdy gdzieindziej istnieje dla służby przymus częstego kąpania się.

— W 5-ym zeszytzie Kroniki Lek. znajdujemy list jednego z kolegów, powołanych na Daleki Wschód, treści następującej: „Pozwalam sobie potępić stosunek niektórych lekarzy, przyjmujących udział w komisjach poborowych, do podlegających badaniu popisowych. Badanie przedewszystkiem nie ma nic wspólnego z naukowością. Brak zaufania do słów badanego wywołuje smutne następstwa. Teraz *pro domo mea*. Ja osobiście powołany, wskazałem na swoje cierpienia — przewlekły katar żołądka, który mnie rujnuje w warunkach nie dyetycznych. Nawet nie raczyli sprawdzić, czy cierpię, a orzekli: wyglądasz dobrze, jedź.

I oto leżę w szpitalu w Nikolsku Usyryjskim ehory i już 4 razy miałem krwawe wymioty. Dopiero 10 tygodni od wyjazdu, a już chorowałem 3 tygodnie. Katar przybrał u mnie ostrą postać i dziś już 8-y dzień nie mogę nic przyjąć bez *vomitibus*.

A krew? Wprawdzie mi dają nadzieję, że będę zdrow. I ja mam tę nadzieję. Pytanie zachodzi jednakże, czy to nie było do przewidzenia.

Na co istnieje nauka? Na co jesteście kapitanami świątyni Eskulapa?*

Prawdę słów nieszczęśliwego kolegi może stwierdzić wielu tutejszych lekarzy. Badanie na komisjach odbywa się, ich zdaniem, rzeczywiście w sposób niemożliwy, a co najdziwniejsze, że niekiedy zostają uznani za zdrowych ludzie faktycznie chorzy, nawet bez wysłania ich do szpitala dla dokładniejszego zbadania.

O ile nam wiadomo, w ostatnich czasach paru kolegów wysłało telegraficzne zażalenie do ministra spraw wewnętrznych i ministra wojny, na co do odpowiednich władz nadeszła odpowiedź, by wysłanie tychże kolegów wstrzymać.

— W jednym z poprzednich numerów podaliśmy, że Rada Miejska Dobroczynności Publicznej postanowiła uzupełnić konkurs na posadę ordynatora chorób moczopłciowych w szpitalu Ś-go Ducha wykonaniem odpowiedniej operacji. Otóż dodatkowy ten konkurs nie doszedł do skutku z powodu zbyt późnego zawiadomienia konkurentów.

— Nagrodę Moczutkowskiego, o której podaliśmy w N. 7 „Gazety“, otrzymał kol. PRUSZYŃSKI.

— W Zurychu przy szpitalu kantonalnym ma być utworzony instytut i katedra fizykalnego leczenia [hydro-, balneo-, elektro-, pneumo-, foto-, radio-, mechano-terapia, masaż, gimnastyka]. Instytut będzie posiadał 30 łóżek i poliklinikę.

— Akademia Umiejętności w Wiedniu wypłaciła po 2000 koron prof. FIGGER'OWI i KRAUS'OWI z Wiednia na badania o przenoszeniu syfilisu na małpy i o odporności (*immunitas*) przeciw syfilisowi.

— I Kongres międzynarodowy chirurgiczny odbędzie się we wrześniu r. b. w Brukseli pod przewodnictwem prof. KOCHER'a z Berna.

— W Krakowie 2-go marca r. b. nastąpiło poświęcenie i uroczyste otwarcie „Domu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego“, przy licznych udziałem lekarzy krakowskich, lwowskich i zaproszonego obywatelstwa. W „Domu“ tym mieszczą się nadto 2 instytucje lekarskie: Izba lekarska i Towarzystwo samopomocy lekarzy.

O G Ł O S Z E N I E.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1906 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 kwietnia 1904 do dnia 31 marca 1906 roku, bądź też w rękopisie, Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych.

Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1906 roku.

Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda około rub. 500. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ [ulica Niecała N. 7], z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa: Sekretarz Stały, *Dr. Hoyer.*