

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

str.

Zjazdy lekarskie	371
Dr. Józef Zawadzki. O wpływie mięsienia na szybkość wchłaniania	376
Dr. Edmund Biernacki. O gniciu w jelitach przy zapaleniu nerek i żółtacze razem z uwagami o normalnem gniciu kiszki	389

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna. Medycyna wewnętrzna.

161. R. Lépine. Patogeneza moczówki cukrowej	403
162. Prof. Senator. O krwawiące nerkowej	405
163. Dr. Lorenz. Badania nad acetonurją ze szczególnem uwzględnieniem tego objawu przy zaburzeniach w trawieniu	406
164. Dr. J. Zawadzki. Utlenienie urobiliny na urozoinę	407
165. Th. Schott. O różniczkowem rozpoznaniu wysięku osierdzia i rozstrzeni serca	408
166. Prof. H. Kisch. O jałowości ludzi otyłych	409
167. Prof. E. Ebermajer. Hygieniczne znaczenie lasu	410

II. Choroby nerwowe.

168. Cuyllits. Przeciążenie umysłu i bezwład ogólny postępujący	411
169. E. C. Seguin. Odczyt o leczeniu nerwic	412
170. Prof. H. Eichhorst. Spostrzeżenia nad odruchem kolanowym przy wiaździe rdzenia kręgowego	413
171. I. Russel Reydol. Istota, przyczyny i symptomatologia choroby Basedow'a	414
172. Prof. Tarnowski. O przymocie mózgu i związku jego z innymi cierpieniami układu nerwowego	415

III. Farmakologija.

173. Dr. Max Linde. Kwas aseptynowy	415
174. Prof. R. Lépine. Wydzielanie się rtęci z organizmu	416
175. Geisler. O leczniczym działaniu diuretyny	418

IV. Chirurgija.

176. Prof. Dayot. O przepuklinach uwięźniętych	419
177. Lemke. O chirurgicznem leczeniu choroby Basedowa	420
178. Guyon. Antyseptyka przy kruszeniu kamienia	421

V. Choroby dziecięce.

179. Seyournet. Białkomocz u dzieci	422
180. Wysokowicz. O stosunku gruźlicy do żoźów	422
181. C. Hochsinger. Rozpoznawanie zakażeń błotnych u dzieci	423
182. Hochsinger. Przyczynek do kwestyi, czy ospa naturalna i ospa wietrzna są identyczne	424

VI. Choroby oczne.

183. A. Niden. Szkliste narosty na tarczy nerwu wzrokowego	426
184. C. W. Tangeman. Pęcherzykowane zapalenie rogówki	426
185. A. Günsburg. Przypadek przejściowej ślepoty przy zatruciu łożem	426

186.	Bahr i Garnier. Przypadek zarażenia oka streptokokkami z zejściem śmiertelnem	426
187.	O. Schirmer. Przyczynę do patologii i genezy zaćmy warstwowej	427
188.	R. Thoma. O elastyczności ścianek arteryi siatkówki.	427

VII. Choroby krtani i uszu.

189.	H. Hochhaus. O porażeniach dyfteryicznych.	427
190.	Michelson. O wrażeniach smaku w krtani	428
191.	Prof. Schech. Rozpoznawanie i leczenie cierpień jam dodatkowych nosa	429
192.	Prof. Bürkner. O nadużywaniu postępowania Policera przy traktowaniu chorób usznych	430
193.	Dr. J. Baratoux. Peryjodyczne krwotoki uszne u histeryczek	431
194.	Dr. Luc. Przyczynę do nauki o krwotokach neuropatycznych z ucha, bez przedziurawienia błony bębenkowej	432

VIII Choroby kobiece.

195.	J. Veit. O zapobieganiu gorączce połogowej	433
196.	R. Schaeffer. O leczeniu chorób macicy świeczkami z chlorku cynku	434

IX. Choroby skórne.

197.	H. Leloir. Wilk zwyczajny i systemat chłonny	434
198.	Dubrenilh. Gruźlica pierwotna skóry	435
199.	Schwimmer. Thiolu działanie w chorobach skóry	436
200.	Tennessee. Leczenie świerzbiączki Hebry	436

X. Wiadomości pomniejsze.

201.	Pojemność żołądka u ssawców	437
202.	Określenie dolnej granicy wątroby	437
203.	Zawartość chalazionów	437
204.	Przyczyny influenzy	438
205.	Leczenie wola	438
206.	Wyleczenie myxoedemy	438
207.	Leczenie wrzodu okrągłego żołądka	438
208.	Wpływ opium, morfiny i kodeiny na trawienie	438
209.	Zastosowanie kantaryd przy raku	438
210.	Leczenie świerzby	439
211.	Sposób przygotowania mocnego gipsu	439
212.	Leczenie atonicznych wrzodów podudzia	439
213.	Salicylan sodu przy szkarlatynie i odrze	440
214.	Leczenie mokszenia u dzieci	440
215.	Postępowanie przy oxyuris vermicularis	440
216.	Kreolina angina lacunaris	440
217.	Wyleczenie trismus neonatorum	440
218.	Śalol przy biegunce kwaśnej	440
219.	Środek zastępujący santoninę	440
220.	Nieznane własności soku ananasowego	440

Kronika miesięczna.—Nekrologja.—Ogłoszenia.

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Zjazdy lekarskie.

Kiedy zjazdy naukowe stawiały pierwsze niemowlęce kroki, kiedy zaledwo zabłysła im jutrzienka życia miały one swych gorących zwolenników i takich, którzy zrazu przepowiadali im zagładę. Z jednej strony zachwyt z drugiej wątpienie były im gwiazdą przewodnią. A snąc gwiazda wątpienia posiadała słabszy zapas swiatła, gdyż już w zaraniu ich życia zmuszoną była ustąpić z horyzontu, a resztkami swego życia dopomagać do świetności swej współzawodnicze. Więc zjazdy przetrwały pierwsza tę groźną dla siebie chwilę i odtąd rozwijały się ciągle, przechodząc okresy niemowlęctwa i młodości. Wstępny bojem zdobyły umysły wszystkich, ześrodkowały w sobie całe nieomal życie naukowe, zobrazowały całą naukę współczesną.

Przyszłe pokolenia, badając kulturę naszą, nieomieszkają zapewne zwrócić na zjazdy bacznej uwagi, będą miały ze wszelkich roczników zjazdów naukowych plon bardzo obfity, który im wskaże, w jaki sposób rozwijała się nauka ich ojców, jakimi drogami szedł postęp, jak rozjaśniał się stopniowo widnokrąg nauki. Same już roczniki wyjaśnią wiele zapytań w tym kierunku i pod tym względem będą pomnikami wiedzy.

Dziś jesteśmy w pełni rozwoju zjazdów, na kulminacyjnym prawie ich punkcie, świetną i długą jeszcze przyszłość im wróżyć możemy. Uprzytomnijmy sobie przyczyny, jakie wywołały potrzebę zjazdów i złożyły się na pomyślny ich rozwój. Przy rzucie oka wstecz musimy przypomnieć sobie, iż była to chwila kiedy życie naukowe, otrząśnięte z powijaków średniowieczczyzny zaczęło się rozwijać prawidłowo, kiedy nauki nie krępowaly już pieluchy ortodoksyi i kiedy władza polityczna zaczęła uważać jej rozwój za konieczny i nie kładła mu tamy.

Po za tem ludzkość spostrzegła, iż wszelka praca zbiorowa daleko obfitszy plon przynosić zwykła, niż pojedyncze choćby najgienialniejsze usiłowania. Wiązano się więc w stowarzyszenia, wspólnie myślano o rozwoju. Prąd ten, wszczęty na polu wytwórczości, nie mógł się nie odbić i na nauce. I tu zrozumiano, że wszelka praca nad rozwojem nauki, wspólnie podjęta, musi przynieść plon obfitszy, że wzajemna wymiana myśli, wzajemna kontrola, ożywiona miłością dla prawdy, prędzej da wynik pomyślny, niż całe stopy traktatów, powstałych w zamkniętych gabinetach. Nauka miała pod tym względem wiekowe doświadczenie, wyniesione z uniwersytetów, dysput publicznych, które w wiekach średnich tak wielką odgrywały rolę, ze zjazdów wreszcie kościelnych, które w owej epoce były niejako pierwszym krokiem, ziarnem kiełkującym, z którego później wyrósłoby miało rozłożyste drzewo nauki.

Tu i owdzie już na początku naszego stulecia myślano o urządzaniu zjazdów lekarskich, wszelkiemi siłami starano się myśl tę w czyn wprowadzić. Pierwsze usiłowania nie zawsze jednak wieńczy skutek pomyślny, trzeba pewnego doświadczenia, pewnej wprawy, która się z czasem tylko nabywa. Nie mamy bynajmniej zamiaru kreślić historii zjazdów lekarskich, chcieliśmy tylko w krótkim zarysie przedstawić sposób, w jaki się myśl wyległa. Kiedy w r. 1867 prezes komitetu wystawowego w Paryżu Bouillaud otworzył pierwszy improwizowany przy wystawie zjazd lekarski słowami „obchodzimy dziś wielkie święto, od którego nic wspanialszego nie zawierają roczniki historii medycyny“, a Pantaleoni zaproponował na miejsce następnego zjazdu Florencję, nie przeczuwali oni może zrazu jak wielki czynnik powołali do życia. Odtąd to bowiem datują nie tylko ogólne międzynarodowe zjazdy, ale i zjazdy międzynarodowe dla chorób wewnętrznych, chirurgiczne, a nawet dla poszczególnych chorób, jak np. gruźlica i t. p. Odtąd również datuje rozkwit zjazdów w poszczególnych krajach: Niemczech, Francji, Anglii i t. p. Lekarze i przyrodnicy polscy nie pozostali w tyle za innemi. Za dni kilka święcić już będziemy VI zjazd, który, jak wiadomo, tym razem odbyć się ma w Krakowie.

Z tego powodu chcielibyśmy słów kilka powiedzieć o pracach zjazdowych. Przeglądając cały szereg prac, który przeszło 80 wynosi, widzimy, iż poszczególne działy są uwzględnione

więcej np. choroby narządu trawienia, inne jak chirurgija, higiena publiczna, medycyna sądowa, chemija lekarska uwzględnione są bardzo mało. Nie jest to złą stroną zjazdu bynajmniej, przeciwnie jest niejako wskazówką dla badacza dziejów medycyny u nas i wskazuje nam na pola, stojące dotąd odłogiem, lub też mało uprawiane. Ważne to może mieć znaczenie dla tych, komu rozwój rodzimej nauki na sercu leży, ocenić te braki postaramy się jednak dopiero po zjeździe, gdyż wiele prac zgłaszają autorzy przed samym zjazdem dopiero, dziś więc pełnego nie mogli byśmy dać obrazu.

To jest pierwsza strona dodatnia zjazdów — wykazywanie zastoju pewnych gałęzi wiedzy lub rozwoju innych, drugą jest dyskusyja, jaka się po przeczytaniu prac na zjeździe rozwija, dyskusyja ta jest nader ważną dla nauki i główny cel zjazdów stanowić powinna, na nią kładziemy nacisk największy, ona usprawiedliwia zjazdy w zupełności i czyni je przy obecnym stanie wiedzy przyrodniczo-lekarskiej niezbędniemi do jej rozwoju. Każda praca dziś znaleźć sobie może miejsce w czasopismach, lub może być przeczytaną w odnośnem towarzystwie naukowem. W pierwszym jednak wypadku, jeżeli wywoła dyskusyję to nader mało ożywioną, gdyż pisma nie mogą polemice szpalt swoich wyłącznie używać, w towarzystwach zaś naukowych dyskusyja już z charakteru swego, z powodu uczestnictwa małej ilości członków nie może być tak ożywioną, jak to mieć miejsce może i powinno na zjazdach, liczących na setki uczestników. Towarzystwa zresztą naukowe składają się przeważnie z osób, wyszłych z jednej szkoły, dyskusyja więc będzie zawsze nosić cechy większej lub mniejszej jednostronności. Na zjazd natomiast napływają ludzie ze stron różnych, ludzie, którzy przeszli najrozmaitsze szkoły i którzy z rozmaitych źródeł czerpią swe spostrzeżenia. W takich warunkach samo się przez się rozumie dyskusyja może być nader ciekawą i pouczającą i doprowadzić do pewnych wyników, nie obojętnych dla wiedzy.

Trzecią jest osobiste zapoznanie się pracujących na jednym polu wiedzy, zespolenie ścisłejsze, zawiązanie stosunków, ułatwiający wymianę myśli wzajemną. Po za tem na zjeździe właśnie powstać może jakaś myśl nowa, rozwój nauki mająca na celu; myśl taka łatwiej się wtedy przyjąć może i szybciej wejść w wykonanie.

Jeszcze jedną korzyść ze zjazdów wynosi pewna grupa

lekarzy, która zamknięta w ścisłem kole kłopotów codziennych praktycznego życia nie jest w możności śledzić za postępem wiedzy teoretycznej, ani ocenić nowych wynalazków. Na zjazdach przez zetknięcie z ludźmi, pracującymi na ściśle naukowej glebie, przez oglądanie rozmaitych preparatów, przyrządów i t. p. zapoznaje się ona z dążeniami nowoczesnej wiedzy i z wynikami tych dążeń. Żywe słowo dopełnia reszty.

Wychodząc z tych punktów wytycznych, przedewszystkiem zaznaczyć musimy, iż ilość prac, zapowiedzianych na zjazd bynajmniej nas nie zadawalnia, gdyż czas, przeznaczony na odczytanie, jest stosunkowo zbyt mały. Ilość ogłoszonych odczytów w pojedynczych sekcjach jest tak wielką, iż nawet najwytrwalszy uczestnik zjazdu nie będzie w możności z połowy nagromadzonego materiału skorzystać. Tak było na dawniejszych zjazdach, tak będzie i na obecnym. Autorom ogłoszonych odczytów bynajmniej się nie dziwimy: idą tu prądem ogólnym, który wszystkich ogarnął: każdy prawie wystąpić chce z odczytem; jest to jednak rzeczą co najmniej zbytęcną, zjazd nie powinien być polem osobistych popisów, nie powinien się składać z pojedynczych spostrzeżeń, które doskonale mogą być odczytane w odnośnych towarzystwach, lub wreszcie wydrukowane, ale powinien dotyczyć kwestyi ogólniejszych. Opracowanie referatów, których spis pomieściliśmy w zeszłym numerze Kroniki wystarczyło by dla wielu autorów i zużytkowało by w zupełności siły tych, którzy przyczynić się chcą do rozwoju wiedzy. W myśl tego mamy nadzieję, iż zjazd tegoroczny przedsięwzięmie odpowiednią uchwałę. Nam by się zdawało, iż już zjazd obecny i komitet zarządzający przyszłego zjazdu powinien wprowadzić pewne ograniczenie. Na $1\frac{1}{2}$ roku przynajmniej przed zjazdem powinny być ogłoszone tematy z chwili bieżącej, najbardziej godne wspólnego omówienia. W ciągu roku następnego każdy będzie miał prawo zgłosić do komitetu zarządzającego temat odpowiedni, podejmując się opracowania tej kwestyi lub też pozostawiając opracowanie innym. Sąd o ważności tematów należy do komitetu zarządzającego, który na $\frac{1}{2}$ roku przed zjazdem ogłasza tematy, wyznaczone przez siebie lub obrane przez pojedynczych autorów i ogłasza je kilkakrotnie w pismach lekarskich. Wszelkie odczyty po zatem powinny być wykluczone i tylko w drodze wyjątku ważne komunikaty, demon-

stracyje nowoobmyślonych przyrządów, metod lub preparatów mogą być dopuszczone. W tych warunkach każdy z uczestników mógłby przyjechać na zjazd zupełnie przygotowanym do dyskusji, która zawarła by się w ramach kwestyi, najbardziej obchodzących ogół lekarsko-przyrodniczy w danym czasie.

Tyle o pracach zjazdu. Co się tyczy uchwał ogólnie obchodzących ogół lekarzy są one nie mniej ważne, Mamy nadzieję, że już na zjeździe obecnym podniesioną będzie nie jedna kwestya. Na pierwszym planie postawilibyśmy kwestyję wydawania wspólnemi siłami Archiwum dla prac lekarzy i przyrodników polskich, gdzie mogły by być помещane prace obszerniejsze, niepotrzebnie obarczające dotąd łamy czasopism, kwestya ta wymaga należytego przedyskutowania, nie będziem więc jej usprawiedliwiać w tej chwili. Drugą nie mniej ważną kwestyją jest ustanowienie stałej komisyi, której obowiązkiem było by w łamach prasy naukowej zagranicznej umieszczać obszernie referaty z naszego piśmiennictwa. I dziś, dzięki temu, że wielu z naszych lekarzy przyjmuje udział w redakcyjach czasopism obcych, piśmiennictwo nasze nie jest zapoznawane, niektóre jednak działy jego są traktowane po macoszemu, siły pojedyncze bowiem nie wystarczą na to. Tymczasem komisyja taka mogła by pracę rozdzielić, a skomunikowawszy się z autorami i pismami odnośnemi rzeczywiście przynieść nam korzyść. Komisyja ta zresztą mogła by ułatwiać autorom, nie władającym dobrze językami zagranicznymi, tłumaczenie prac i przesyłanie do odnośnych czasopism zagranicznych. Polecamy te dwie kwestyje uwadze uczestników zjazdu, sądząc, iż zechcą wziąć je pod obrady i odpowiednią wydać rezolucyję. Nadto sądzilibyśmy, iż w celu zapoznania zagranicy z płodami pracy naszej, krótkie streszczenia z prac podjętych na zjeździe powinny być rozestane do redakcyj celniejszych czasopism obcych.

Te są uwagi ogólne o zjazdach w ogóle i o zjeździe tegorocznym w szczególności.

A teraz z kolei słów kilka o wystawie. Komitet zjazdu powziął rzeczywiście myśl szczęśliwą, godną naśladowania dla przyszłych zjazdów naszych. Wystawy takie, dając nam obraz wytwórczości w danym okresie czasu, są nader korzystne. Nie jeden z kolegów tu może znaleźć potrzebne mu wiadomości, czy to o ulepszeniach w narzędziach,

czy wreszcie o rozwoju odnośnego przemysłu w ogóle. Najlepiej właśnie wystawy przemysł poprzeć i wyrobić są zdolne, szkoda tylko że wystawa została ogłoszoną zbyt późno. To też sądzimy, iż w ogóle raz na zawsze dla uniknięcia zwłoki należałoby postanowić, aby przy każdym zjeździe jednocześnie ustanowić wystawy mniejsze lub większe, wystawy te jednak powinny być integralną częścią zjazdów.

Wreszcie słówko o wycieczkach. Nie od dziś trwają i trwać będą, jak sądzimy, nadal, stanowią bowiem dla wielu magnes przyciągający, nie wątpimy więc, że i w tym roku znajdą wielu zwolenników, łączą bowiem „utile dulci“.

Kończąc te słów kilka, życzymy zjazdowi aby nie zawiódł położonych w nim oczekiwań, aby plon przyniósł dla wiedzy naszej obfity i w rzędzie zjazdów tego rodzaju zajął jedno z miejsc pierwszych.

Redakcja.

Z pracowni farmakologicznej prof. Ł. I. Thumasa
w Warszawie.

O WPLYWIE MIĘSIENIA NA SZYBKOŚĆ WCHŁANIANIA. PRZYCZYNEK DO FIZYOLOGII MIĘSIENIA

napisał

Józef Zawadzki.

Ordynator kliniki terapeutycznej. ¹⁾

Nie zrobię wielkiego błędu, twierdząc, iż mięsienie jest tak stare jak i sztuka lecznicza, wiemy na pewno, że już w 16 stuleciu przed N. Ch. nie było ono obce Chińczykom, jak można wnosić z wydanej wtedy encyklopedyi lekarskiej *San-Tsai Tou-Hoei*, gdzie znajdujemy rysunki, odtwarzające rozmaite sposoby stosowania mechanoterapii.

Zbyteczną jest rzeczą również dowodzić, iż mięsienie u Greków poczesne w rzędzie środków leczniczych zajmowało miejsce. Toż Hippokrates za obowiązek poczytuje lekarzowi między innymi być doświadczonym w rozcieraniach. Rzymianie, jako naród, opierający swe znaczenie na sile fizycznej, nie dali wyprzedzić się Grekom i u nich ruchy czynne i bierne odgrywały pierwszorzędną rolę w życiu codziennem i przy leczeniu rozmaitych chorób.

¹⁾ Rzecz czytana na posiedzeniu Warsz. Towarzystwa lekarskiego.

Ku końcowi jednak wieków starożytnych, gimnastyka i mięsienie zaczynają tracić swe pierwotne znaczenie pod tchnieniem ascetyzmu, jakie w pierwszych wiekach chrześcijaństwa powiało od wschodu. Ascetyzm wyłączał staranie o ciele, owszem pragnął je zniszczyć, zniweczyć. Dla tego też wszelka myśl o podtrzymaniu sił i zdrowia przez gimnastykę i mięsienie prawie zamarła zupełnie.

Trudno by mi było bez znużenia czytelnika, śledzić za zwrotnemi działaniami zwolenników mechanoterapii, nadmienię tylko, iż właściwie mięsienie ani na chwilę nie przestało być stosowane przez pojedynczych, naturalnie, lekarzy.

W zeszłym wieku spotykamy się już ze smielszemi wystąpieniami, broniącemi i zalecającemi mięsienie. Zjawiają się tacy działacze jak Fuller w Anglii (1740 r.), Börner w Niemczech, (1748 r.) Tissot (1781 r.) we Francyi. A w początkach naszego stulecia coraz śmiej podnoszą się głosy, zalecające ten zabieg leczniczy w całej Europie zachodniej, że wspomnę choć o Johnie Barklays. (*The muscular motions of the human body*, Edimburg 1808), który opisał przypadek wyleczenia tą drogą przykurczenia reumatycznego, o Balfour'ze, Prawatz'u, Blache'u i innych, którzy w innych cierpieniach ze skutkiem stosowali mechanoterapiję. Właściwie jednak dopiero od pracy *Mezgera* rozpoczyna się większy ruch na tem polu. Uczony ten w r. 1868 ogłosił swą dySSERTACYJĘ „*Die Behandlung von Distorsio pedis mit Fricties*“ i wkrótce tak się nią wsławił, iż ze wszystkich stron świata zaczęli zjeżdżać do niego lekarze, którzy następnie sławę i metodę swego nauczyciela rozprzestrzerali w swych ojczystych krajach. Odtąd też datują szczegółowsze badania nad mięsieniem z naukowego i praktycznego punktu widzenia, odtąd w klinikach rozpoczęto badania nad wskazaniem i przeciwwskazaniem do stosowania tej metody, a jednocześnie nad wpływem mięsienia na ustrój cały i oddzielne jego czynności.

Niewątpliwie, lwia część tych badań należy się ostatniemu lat dziesiątkowi, a prostym ich wynikiem był sceptycyzm co do mięsienia, które stosowano przed tem bez żadnego krytycyzmu wszędzie, gdzie się dało, jak każdą zresztą nową metodę leczenia.

A choć i dziś nie możemy się pochwalić, mimo tej pracy iście zdumiewającej, jaką poświęcono mięsieniu, iż dokładnie poznaliśmy działanie tego zabiegu i chociaż dotąd

jeszcze jedni przeceniają, inni zaś niedoceniają jego znaczenia sądząc jednak, iż dziś dopiero, kiedy pierwszy zachwyt należy już do przeszłości, mięsienie zaczyna wstępować na drogę ścisłych badań, staje się poważnym zabiegiem leczniczym.

I dziś, co prawda, z trudnością jeszcze możemy oceniać działanie fizjologiczne mięsienia, praktyka pod tym względem znacznie wyprzedziła teorię, ale mamy już pewne dane, które wskazują nam drogę, prowadzącą do wyjaśnienia sprzecznych poglądów.

Nie mam zamiaru na tem miejscu streszczać całej dość obszernej literatury mięsienia—nieto bowiem jest moim celem chodzi mi o zaznaczenie tych prac, które rzeczywiście posiadają wartość, jako materyjał do fizjologii mięsienia. Nadmienię tu, iż próbowano wyjaśnić wpływ mięsienia na wszystkie nieomal czynności ustroju—z jakim skutkiem czytelnik z łatwością z poniżej podanego oceni.

Przedewszystkiem zajęła badaczy kwestyja wpływu mięsienia całego ciała na przemianę materyi. Z pośród prac w tym kierunku zasługują na uwagę prace Zabłudowskiego, Gopadze i in.

Gopadze ¹⁾ doświadczenia swe wykonywał nad 4 młodem ludźmi, u których mięsienie ogólne trwało 20 minut. Wywołało ono znaczne zwiększenie łaknienia, trwające tydzień cały. Przemiana materyi zwiększyła się znacznie w czasie trwania mięsienia, ilość zużytkowanego azotu bez względu na ilość wprowadzanych pokarmów zwiększała się, co się zaś tyczy wagi, to u 2-ch zwiększyła się ona pod wpływem mięsienia, u pozostałych zaś zmniejszyła, u wszystkich jednak po tygodniu podniosła się znacznie. Badania G. nad ciepłotą dowiodły, iż w ciągu pierwszych 30 min. obniża się ona znacznie, w krótkce jednak wraca do stanuprawidłowego. Oddech staje się silniejszym i głębszym, tętno pod wpływem gładzenia jest szybsze, przy gnieceniu wolniejsze. Takież prawie wyniki dały doświadczenia *Zabłudowskiego* ²⁾, *Köller* ³⁾ natomiast, który swe badania w r. z. ogłosił, nie potwierdza wywodów *Gopadze* co do wagi ciała. Doświadczenia tego ostatniego badacza posiadają dla fizjologii mięsienia ważne

¹⁾ Wlijanije massaża na azotistyj obmien i t. d. Wracz. NN. 43—46 1883 roku.

²⁾ Dysser. 1882 r.

³⁾ Corespond. Bl. f. Schw. Aertzte 1889 I, VII.

znaczenie ze względu na długotrwałe i ściśle badania nad wpływem mięsienia na wydzielanie moczu. Mięsienie według niego nie wzmaga wydzielania moczu natychmiast, lecz za ledwie po 24 godzinach i to w stopniu nieznacznym, ale za to wywiera wpływ widoczny na skład chemiczny moczu, mianowicie zwiększa ilość wydzielanego azotu, kwasu siarczanego, chlorków, fosforanów i wapnia. Zwiększenia ilości azotu w moczu nie przypisuje autor bynajmniej wzmożonej przemianie materji, ale zwiększonemu wchłanianiu azotu z tkanek, dzięki szybszemu krwiobiegowi i krążeniu limfy tembardziej, że zjawisko to trwa krótko, bo za ledwie 24 godziny. Prócz tego mięsienie wpływa podług *Köller'a* na wzmoczenie wchłaniania pokarmów w kiszkiach, w części zaś tylko na szybszą przemianę materji.

Jeszcze przed *Köllerem* wiedzieliśmy, iż mięsienie działa w kierunku szybszego wchłaniania pokarmów, z doświadczeń *Szpołańskiego* ¹⁾ i *Hirschberga* ²⁾, (który swe doświadczenia u *Dujardin-Beaumont'a* wykonywał). *Hirschberg* podawał salol, który, jak wiadomo, rozkłada się w kiszkiach cienkich i badał szybkość zjawiania się kwasu salicyurowego w moczu przed i po mięsieniu brzucha. W pierwszym przypadku odczyn zjawiał się po 2 godzinach, w drugim już po 40 minutach.

Nad wpływem mięsienia na wydzielanie moczu pracował również w ostatnich czasach *M. Bum* ³⁾ w pracowni *Basch'a*, wybierając dla doświadczeń zwierzęta i poddając mięsieniu nie jak jego poprzednicy całe ciało, ale część jego — kończynę. *Bum* mięsił tylną kończynę u kuraryzowanych psów i zauważył, iż ilość moczu, wydzielana w jednostce czasu zwiększa się pod wpływem tego rękoczynu. Analizując ściśle otrzymane przez siebie wyniki, doszedł do wniosku, że mięsienie działa w danym razie mechanicznie, wtlaczając jakby krew z kończyny do ogólnego krwiobiegu.

Że mięsienie wpływa na krwiobieg dowiódł już *Zabłudowski* ⁴⁾, z którego doświadczeń wynika, iż napięcie naczyń pod wpływem mięsienia zmniejsza się znakomicie, a ciśnienie krwi zwiększa się w poddanej mięsieniu części ciała, według

¹⁾ O prodożytelności prebywania piszczy w żeludkie. Dyss. Peters. 1886 roku.

²⁾ Massage de l'Abdomen. Bul. de Ter. CXIII 1878 p. 241.

³⁾ Zeitschr. f. klin. med. IV. 3.

⁴⁾ Deut. Med. Ztg. 1884.

Symons-Eccles'a zresztą mięsienie kończyny i tułowia zmniejsza częstość tętna, ale zwiększa ciśnienie krwi; mięsienie brzucha według tegoż autora jeszcze bardziej zmniejsza częstość tętna, a w początkach zwiększa, wkrótce jednak obniża ciśnienie krwi. Oddzielne zabiegi mięsienia niejednakowe mają działanie według tego autora, gładzenie np. (według Ecclesa) ¹⁾ pobudza mięśnie skóry, rozszerza jej naczynia i, działając za pośrednictwem nerwów skóry, zwiększa szybkość krążenia krwi, jednocześnie wzmagając siłę serca. Gnecenie wytlacza limfę z mięśni, zwiększa szybkość krążenia krwi, zmniejsza objętość kończyny i zwiększa siłę jej mięśni.

Podobne wyniki otrzymał *Pogorzew* ²⁾ w Moskwie, robiąc doświadczenia z sfigmografem *Dudgena*. Pogorzew, rozcierając skórę w kierunku dośrodkowym, zauważył, że przy tem napięcie tętna krwi, wzrastając przy pierwszej fali obniża się następnie niżej prawidłowego, przeciwnie przy rozcieraniu w kierunku odśrodkowym fala z początku obniża się, aby w krótko stać się wyższą od prawidłowej. Tym sposobem mięsienie zdolne jest zmieniać fale krwi i od nas zależy przy mięsieniu zwiększać lub zmniejszać dopływ krwi do danej części ciała.

Wpływając na naczynia, mięsienie jednocześnie działa i na ciepłotę ciała; dowiódł tego już wspomniany *Eccles*, który mierząc ciepłotę skóry i krwi (in recto) zauważył, iż ciepłota pierwszej po mięsieniu zwiększa się, drugiej obniża, stosuje się to jednak tylko do ogólnego mięsienia, mięsienie bowiem brzucha działa odwrotnie. Dawniej jeszcze *Mosengeil* zauważył, iż ciepłota poddanej mięsieniu kończyny podwyższa się o 2°—3° C, według *Bérné'a* ³⁾ podobne podwyższenie sięgać może 5° C; średnio 1,5°C. Przypuszczano dawniej, iż podwyższenie ciepłoty przy mięsieniu da się wytłomaczyć jako skutek mechanicznego tarcia, ale długotrwałość podniesienia ciepłoty oraz jednakowe działanie pod tym względem gładzenia i rozgniatania nie zdaje się za tem przypuszczeniem przemawiać, tembardziej, iż z poprzedniego widzieliśmy, jaki wpływ wywiera mięsienie na krwiobiegi ogólny i miejscowy.

¹⁾ Ref. La sem. med. 1887.

²⁾ Wracz 1886.

³⁾ Recherches sur les modific. de la temp. locale sous influence du mass. (Soc. de med. pratique 1883.

Po za ogólnem działaniem, mięsienie wywiera również wpływ bezpośredni na część ciała, która podlega temu rękoczynowi. Jeden z pierwszych zwrócił na to uwagę *Zabludowski*, zauważywszy, iż zmęczony mięsień pod wpływem mięsienia daleko prędzej przychodzi do równowagi, niż w zwykłych warunkach, jak również, że mięsienie zwiększa siłę skurczu mięśnia, wywołanego za pomocą prądu przerywanego. *Mosengeil*, robiąc doświadczenia nad prof. *Murrel'em* ¹⁾, dowiódł, iż dla wywołania skurczu mięśnia po mięsieniu dość było użyć prądu minimalnego takiej siły, jaka przed mięsieniem nie była w stanie wywołać żadnego efektu. *Reibmayer* i *Zabludowski* ²⁾ dowiedli, iż pod wpływem mięsienia w mięśniu zjawiają się prądy elektryczne; a ten ostatni, że mięsień poddany mięsieniu może dłużej, niż przed tem, pracować bez zmęczenia; toż samo potwierdził świeżo *dr. Kaufman*, ³⁾ choć zastrzega się, iż nie mógł zauważyć tak wybitnej różnicy jak *Reibmayer*. *Kaufman* nadto wbrew innym badaczom twierdzi, iż mięśnie okazują mniejszą pobudliwość po mięsieniu, aniżeli w stanie prawidłowym.

Chociaż mięsienie stosujemy z rozmaitemi celami, najczęściej jednak, stosunkowo, bywa ono używane przy wysiękach, jako dzielny środek, ułatwiający ich wessanie. Licznego piśmiennictwa kazuistycznego, jakie w ostatnich czasach nagromadziło się w tym kierunku, rozbierać na tem miejscu nie będę, ograniczę się tylko do niektórych prac, opartych na dokładnych naukowych spostrzeżeniach.

Już powyżej wskazałem jak wybitny wpływ okazuje mięsienie brzucha na szybkość wchłaniania w kiszkiach, na tem więc miejscu rozpatrzę tylko wpływ jego na wchłanianie z jam ciała, z pod skóry i t. p.

Jak nam wiadomo z prac *Weiss'a* ⁴⁾ szybkość krążenia limfy jest znacznie mniejszą, niż szybkość krążenia krwi, u konia bowiem np. wynosi zaledwie 230—297 mm. na minutę, nieznacznie jest również parcie ościenne w naczyniach chłonnych. Doświadczenia *Weiss'a*, *Ludwig'a*, *Lassar'a*, *Krause*, *Eminghausen'a* i w. innych dowiodły, że ruch limfy znacznie się wskutek mięsienia przyśpiesza. Wskutek małej

¹⁾ Dr. W. Murrel *Massage as a mode of treatment* Lond. 1887 tom. z rok. 1888.

²⁾ Leon le Pétit. Paris 1885.

³⁾ Przegląd lek. 1890 NN. 15. 16, 17.

⁴⁾ Fیزیjologija Hermann'a.

szybkości krążenia limfy po przecięciu jednego z grubszych pni limfatycznych, limfa nie wypływa z niego, jeżeli natomiast zaczniemy mięsień kończyny, zauważymy szybki wypływ z wstawionej do naczynia kaniuli. Ograniczając się na stwierdzeniu faktu, powyżsi badacze nie rozróżniczkowali, jaką rolę gra w danym wypadku wpływ naczyń, nerwów i t. p. jednym słowem nie wyjaśnili nam tego faktu w zupełności, stąd też mechanizm przyśpieszenia prądu limfy pod wpływem mięsienia dotąd pozostał dla nas nie wyjaśnionym. Przypuszcza się np. że przy mięsieniu wypocin z jednej strony zwiększamy parcie w początkach naczyń chłonnych, przyśpieszając przez to krążenie w naczyniach limfatycznych, z drugiej zaś, rozgniatając wypocinę, wprowadzamy ją w styczność zwiększą ilością naczyń chłonnych. O ile te przypuszczenia są prawdziwe nie mamy na to dotychczas w piśmiennictwie ścisłe naukowych dowodów; stanowi to cel niniejszej pracy, podjętej dla większej ścisłości na zwierzętach. Nim jednak zajmę się własnymi doświadczeniami zwrócić muszę uwagę na kilka prac, dowodnie stwierdzających wpływ mięsienia na szybkość wchłaniania. Tak np. *Reibmayer* i *Höffinger* ¹⁾ dowiedli, iż, wprowadzając królikowi płyn do *jamy otrzewny*, po mięsieniu brzucha zauważymy szybsze wchłanianie, niż przed tem. Z pracy ich przytaczamy poniżej tablicę:

Długość doświadczenia	Ilość wchłoniętego płynu na 1 kłgm. zwierzęcia bez mięsienia po mięsieniu	
W ciągu 1 godz.	0,457	0,907
W ciągu 2 godz.	0,283	0,420
ku końcowi 2-ej godziny	0,740	1,029

Jeszcze efektywniej dowodzą szybkości wchłaniania przy mięsieniu klasyczne doświadczenia *Mosengeil'a*. Badacz ten wstrzykiwał królikom do stawów kolanowych tusz chiński. Prawe kolano poddawał mięsieniu, lewe pozostawiał w spokoju. Po pewnym czasie zabijał zwierzęta i mógł stwierdzić, że płyn wstrzyknięty do prawego kolana wessał się w zupełności, podczas gdy w lewym pozostał się prawie w całości, Gruczoły chłonne prawej strony były zabarwione tuszem. Doświadczenie to dowodnie stwierdza, jaką drogą następuje wchłanianie.

Z powyższego krótkiego rysu piśmiennictwa, dotyczące-

¹⁾ Dujardin-Beaumetz. Massage Paris 1887.

go danego przedmiotu widzimy, iż działania fizyologicznego mięsienia nie można uważać za dostatecznie wyjaśnione, jest jeszcze wiele punktów spornych, zarówno przy określaniu wpływu mięsienia na cały ustrój, jak i oddzielne jego czynności. Ścisłe przeprowadzonych prac doświadczalnych posiadamy stosunkowo nie wiele, wszystkie doświadczenia prawie robiono nad człowiekiem, co nie zawsze pozwala nam na ścisłą analizę zauważonych faktów. Rozwikłania należy oczekiwać od badań nad zwierzętami.

Szczególniej kwestyja mechanizmu wchłaniania płynów pod wpływem mięsienia wymaga badań szczegółowych, dotychczas bowiem opieramy się tylko na dowolnych domysłach.

Wstrzykując znaczne ilości roztworów solnych pod skórę w innym celu ¹⁾ zauważyłem, że wessanie tych stosunkowo olbrzymich ilości następuje nader szybko, a głównie, że mięsienie jest niebolesne i łatwo daje się u zwierząt zastosować. To naprowadziło mnie na myśl bardziej szczegółowego zbadania warunków i przyczyn szybkości wchłaniania przy mięsieniu i odpowiednie doświadczenia, które na tem miejscu podaję, wykonałem w pracowni szanownego prof. Ł. Thumas'a, któremu czuję się w obowiązku za łaskawe wskazówki złożyć podziękowanie.

Szybkość wchłaniania możemy określać różnemi sposobami, do tej pory najściślejszą metodą jest wprowadzanie środków działających lub obojętnych i stwierdzanie szybkości działania pierwszych lub też szybkości zjawiania się w wydzielinach drugich. Samo się przez się rozumie, iż w żadnym z tych wypadków o określaniu absolutnej szybkości wchłaniania nie może być mowy, w pierwszym bowiem razie prócz czasu, potrzebnego na wchłonięcie mamy czas, potrzebny na wstąpienie danego ciała do krwi i serca i czas, potrzebny na okazanie działania, w drugim zaś prócz powyższych 3 jeszcze czas potrzebny na wydalenie bądź za pomocą nerek, bądź innego gruczołu. Dla mnie jednak braku tej metody pod tym względem nie posiadają żadnego znaczenia, gdyż chodzi mi nie o bezwzględne, ale porównawcze wyniki.

W doświadczeniach określałem szybkość wessania z szybkością działania wprowadzonych pod skórę trucizn, gdyż

¹⁾ Wpływ wstrzykiwań podskórnych znacznych ilości 0,7% roztworu soli kuch. etc. Pam. lek. r. 1888 i 1889. Przegl. lek. r. 1888.

druga metoda ujawniania w moczu, slinie lub t. p. ciał chemicznych u zwierząt napotyka na pewne trudności.

Ogólny plan mych doświadczeń był następujący. Silnemu psu wygalałem jedną z kończyn tylnych i wprowadzałem w okolicę nerwu kulszowego 15 ctm. ciepłego roztworu 0.7% soli kuchennej z daną ilością apomorfiny lub strychniny przy pomocy stosownej strzykawki z igłą Pravatz'a; po wstrzyknięciu, stosownie do rodzaju doświadczenia, bądź pozostawiałem kończynę w spokoju, bądź też poddawałem ją mięsieniu.

W pierwszej seryi doświadczeń zwróciłem się do apomorfiny, jako środka, zbadanego dokładnie i nie zawodzącego w działaniu.

Określiłem z początku drogą doświadczeń minimalną ilość tego środka w danem rozcieńczeniu, zdolną jeszcze wywołać wymioty; z doświadczeń tych wynikło, iż 0,2 młmg. na kilo wagi zwierzęcia zupełnie wystarcza w tym celu, podczas gdy wyższe dawki zbyt silnie wyczerpują ustrój zwierzęcia. Przed doświadczeniem zwierzę zawsze karmiłem, aby napełnić żołądek.

W poniżej podanej tablicy podaję tylko 5 doświadczeń inne (20 razem) dały mi podobne wyniki.

Z poniższej tablicy widzimy, iż dawki 0,2 młgm. apomorph. muriat. na kilo wagi zwierzęcia, rozpuszczone w 15 ctm.³ roztworu soli kuchennej i wprowadzone pod skórę, wywołują wymioty najpóźniej w 6 minut po wstrzyknięciu, wymioty zwykle powtarzają się kilkakrotnie w ciągu kilku, a nawet w ciągu 22 minut od chwili wstrzyknięcia apomorfiny. Z powyższego widzimy, iż płyn wstrzyknięty nie odrazu ulega wchłonięciu, a nieustannie w ciągu całego czasu i, nagromadziwszy się we krwi w ilości dostatecznej, wywiera dopiero działanie. Fakt wystąpienia wymiotów po upływie 22 minut od chwili wstrzyknięcia dowodzi nam jak długo trwa wchłanianie w stanie prawidłowym. Nadto zauważyć możemy, że siła pierwszych wymiotów jest większą, niż następnych i stopniowo się zmniejsza. Z początku okres nudności jest nader krótkotrwały, w następstwie natomiast, staje się coraz dłuższym. Ostatni ten fakt objasnić można z łatwością: przy pierwszych wymiotach zwierzę opróżnia żołądek ze znacznej ilości zawartości, przy następnych zawartość jest coraz mniejszą.

T A B L I C A I.

Nr. Doświadczenia.	Waga psa w grm	Warunki doświadczenia	Dawka apomorfiny i roztworu solnego	Działanie	Czas zjawienia się działania po wstrzyknięciu
I	5000	bez mięsienia	1 mlgr. apomorphinuriat + 15 c. s. roztworu soli	3 krotne wymioty jednokrotne silne wymioty	po 25, 6' i 22'
	—	3' mięsienie	taż sama		po 4'
II	5700	bez mięsienia	2 mlgr. ap. m. + 15 c. sz.	2 krotne wymioty	po 6' i 7'
	—	2' mięsienie	taż sama	3 krotne „	po 4' po 6' i 10'.
III	5600	bez mięsienia	1, 5 mlgr. + 15 ctm. sz.	słabe wymioty silne „	po 6' po 13'
	—	2' mięsienie	taż sama	silne „	po 4'
IV	5600	bez mięsienia	taż sama co i w III dośw.	3 krotne wymioty	po 6', 10' i 13'
	—	2' mięsienie	taż sama	1 krotne silne wymioty	po 4'
V	5600	bez mięsienia	taż sama	4 krotne wymioty	po 5', 6', 8' i 10'
	—	2' mięsienie	taż sama	1 krotne silne	po 4'

Wprowadzając w tych samych warunkach tęż samą dawkę apomorfiny i massując miejsce, gdzie płyn wstrzyknięliśmy zauważymy, I^o że wymioty zjawiają się wcześniej o 16^o/₁₀—30^o/₁₀, II^o że wymioty występują tylko jednokrotnie i III^o że siła ich jest większą, niż bez mięsienia. Wyjątek co do II-go punktu stanowi tylko z liczby 20 jedno doświadczenie II, w którym wymioty powtarzały się trzykrotnie i właśnie w tem doświadczeniu dawka apomorfiny była 2 razy większą, niż w pozostałych, być może jest to przyczyną tego wyjątkowego zjawiska. Z powyższych danych możemy z łatwością wysnuć wniosek, iż wchłanianie przy mięsieniu następuje jakby odrazu, cała ilość wprowadzonego płynu jakby odrazu przechodzi do krwiobiegu, dosięga ośrodka wymiotnego ¹⁾ i wywołuje jednokrotny, ale silny efekt, pod-

¹⁾ Prof. Thumas. O rwotnom centrie. Ežen. klin Gaz. 1888 r.

czas gdy przy mięsieniu wchłania się wolno, wolno wchodzi do krwiobiegu, stopniowo nagromadza się we krwi i—nagromadziwszy się w dostatecznej ilości—działa.

Zjawisko to nietylko z teoretycznego punktu widzenia posiada wartość, ale i dla medycyny praktycznej nie pozostaje bez znaczenia, osobiście tam, gdzie wprowadzając leki pod skórę chcemy działanie ich przyspieszyć i zwiększyć, poddając mięsieniu miejsce wstrzyknięcia, osiągniemy ten cel niewątpliwie tembardziej, że z poniższych doświadczeń możemy z łatwością wysnuć wniosek, iż przy mniejszych dawkach po mięsieniu osiągamy działanie silniejsze, niż przy większych bez mięsienia.

Oto wyniki przedsiębranych w tym kierunku doświadczeń.

T A B L I C A II.

Nr. Doświadczenia	Waga psa w grm.	Warunki doświadczenia	Dawka chlorku apomorfiny i roztworu solnego	Działanie	Czas zjawiania się działania po wstrzyknięciu
I	2500	bez mięsienia	1 mlgrm. ap. mur. +50 c. sz. r. s.	4 krotne wymioty	po 5', 8', 13', i 17'
	—	2' mięsienie	0, 25 mlg. ap m. +50 c. sz. r. s.	sil. 1 krotne wymioty	po 4'
II	5000	bez mięsienia	1 mlg. ap. mur. +50 ctm sz. r. s.	3 krotne wymioty	po 9', 11' i 14'
	—	2' mięsienie	0,5 mlg. +50 c. s.	1 krotne silne wymioty	po 5'
III	2500	bez mięsienia	1 mlg. +15 c. sz.	4 krotne wymioty	po 5', 7', 13' i 20'
	—	2' mięsienie	0'5 mlg +15 c s.	1 krotne silne wymioty	po 5'

Prócz powyższego z Tablicy II wysnuć możemy jeszcze wniosek nader ciekawy, mianowicie, że objętość wstrzykniętego płynu nie wpływa na szybkość działania, zarówno bez jak i przy mięsieniu.

W celu tem lepszego skontrolowania otrzymanych powyżej wyników nie ograniczyłem się na apomorfynie, ale wykonałem również szereg doświadczeń z innym środkiem, działającym nie mniej pewnie—ze strychniną. W tym celu używałem azotanu strychniny (strychninum nitricum). Trudno mi na tem miejscu dawać szczegółowy obraz działania tego

środką, ograniczę się tylko na przypomnieniu, iż główne jego działanie ześrodkowuje się w szarej substancji rdzenia, wywołując lepsze w nim przewodnictwo, ujawniające się na zewnątrz wzmożeniem odruchów, które właśnie służyły mi za sprawdzian dla określenia szybkości wchłaniania. U psów badanie odruchów nie przedstawia żadnych trudności, w tym celu możemy stosować metodę, używaną u ludzi t. j. uderzać po ścięgnach Achillesa lub śc. m. wyprostnego goleni, daleko lepiej jednak stosować w tym celu następującą metodę. Jeżeli będziemy uderzać zwykłym młotkiem opukowym po kręgach psa, z łatwością zauważymy, posuwając się ku tyłowi, stopniowe zwiększenie odruchów, największe na 1 kręgu lędźwiowym. Przy lekkim uderzeniu u zdrowego psa zauważyć możemy wstrząśnienie całej tylnej części ciała zwierzęcia, przy silniejszym naturalnie większe. Pewna wprawa jest dla prawidłowej oceny nieodzowną, powinniśmy wyrobić sobie pewną miarę prawidłowego i nieprawidłowego efektu, a chociaż granica zdaje się na pierwszy rzut oka paradoksalną, przy kilkakrotnym powtórzeniu doświadczenia z łatwością możemy odróżnić „słaby“, „silny“, oraz wzmożony odruch.

W doświadczeniach, z których kilka w Tablicy III-ciej zestawiam, zawsze przed ich rozpoczęciem kilkakrotnie wywoływałem odruch powyższym sposobem i to było dla mnie sprawdzianem dla oceny wyników doświadczenia. Następnie wstrzykiwałem psu, jak wyżej przy apomorfinie, $\frac{1}{6}$ mlgrm. strychnini nitrici pro kilogram. wagi zwierzęcia w 15 ctm.³ roztworu solnego i następnie po miesiącu lub bez niego co 30 s. badałem siłę odruchów. Zwykle bez miesięcia wzmożenie odruchów występowało późno i trwało dość długo, rzadko bardzo przy powyższej dawce można było spostrzegać słabe drgawki, które winienem omówić, występowały tylko przy bezpośrednim podrażnieniu młotkiem kręgów, nigdy natomiast nie występowały, jak to bywa przy zatruciu strychniną, przy głośniejszem stąpaniu, uderzaniu o podłogę i t. p. Wzmożenie odruchów dało się spostrzegać zwykle po upływie 17—32 minut od chwili wstrzyknięcia, w kilka minut potem występowały niekiedy drgawki, szybciej przy większych dawkach. W tym szeregu doświadczeń miesięcie trwało dłużej. W obawie kumulacyjnego działania strychniny, przeciąg czasu między oddzielnymi wstrzykiwaniami był zwykle długi, 5—6 dni; z początku określałem działanie bez miesięcia po tym zaś czasie po miesięciu.

Oto doświadczenia.

T A B L I C A III.

Nr. Doświadczenia	Waga psa w grm.	Warunki doświadczenia	Dawka strychn i rostw. sol.	Działanie	Czas wystąpienia działania po wstrzyknięciu
I	5600	bez mięsienia	1 mlg. + 15 ctm. ³ rostw. solnego	wzmoż. odruchów	po 22'
	—	5' mięsienie	taż sama	słabe drgawki	po 10'
II	8000	bez mięsienia	1,5 mlg. + 15 ctm. ³	wzmoż. odruchów słabe drgawki	po 32' po 34'
	—	5' mięsienie	taż sama	wzmoż. odruchów silne drgawki	po 13' po 18'
III	5600	bez mięsienia	1 mlg. + 15 cal. ³	wzmoż. odruchów	po 18'
	—	5' mięsienie	taż sama	drgawki	po 9'
V	6550	bez mięsienia	1,5 mlg. + 15 ctm. ³	wzmoż. odruchów słabe drgawki	po 17' po 30'
	—	5' mięsienie	taż sama	wzmoż. odruchów drgawki	po 10' po 16'

W powyżej przytoczonych doświadczeniach widzimy potwierdzenie tych faktów, które tak wybitnie wystąpiły w doświadczeniach z apomorfina. Potwierdzenie to tem większej nabiera wagi, jeżeli zwrócimy uwagę, że w danym razie działanie strychniny po mięsieniu występowało o 50% do 59% prędzej, niż bez mięsienia. Jeżeli zwrócimy uwagę, iż w doświadczeniach poprzednich mięsienie trwało 2 minuty w tych zaś 5, ostatni ten fakt będzie dla nas zupełnie zrozumiałym, gdyż im dłużej trwa mięsienie tem szybciej następuje wessanie. Podobnie jak i w doświadczeniach poprzednich i tu występuje fakt znacznego wzmożenia działania wprowadzonego środka pod wpływem mięsienia. Bez mięsienia występuje tylko po wstrzyknięciu strychniny wzmożenie odruchów lub też najwyżej słabe drgawki, po mięsieniu natomiast zawsze występują drgawki.

Powyższe doświadczenia stwierdziły fakt przyspieszania wchłaniania po mięsieniu, pozostaje nam teraz wyjaśnić czem się to dzieje, jaki jest mechanizm samego mięsienia.

(Dokończenie nastąpi).

Z kliniki terapeutycznej szpitalnej.

O gniciu w jelitach przy zapaleniu nerek i żółtaczce razem z uwagami o normalnem gniciu kiszkiowem.

Przyczynki do nauki o przeciwnilnem znaczeniu kwasu solnego i żółci.

Podał **Edmund Biernacki**,

Ordynator kliniki.

Kwas siarczany w moczu znajduje się w podwójnej postaci, w postaci soli alkalicznych, tak zwany „präformirte Schwefelsäure“ niemieckich autorów, i w postaci kwasu „sprzężonego,“ czyli związków kwasu siarczanego z różnemi ciałami aromatycznymi, głównie zaś z karbolem, skatolem i indolem, dalej z krezolem, brenzkatechiną, kwasem hydroparakumarowym etc. Kwas siarczany sprzężony znany jest pod nazwą kwasów „eteryczno-siarczanych.“ Podczas gdy wogóle kwas siarczany, a w szczególności sole jego, wydzielając się z moczem równolegle z mocznikiem, służą za wskaźnika przemiany materii, wprawdzie nie tak dokładnego, jak ten ostatni. kwasy eteryczno-siarczane posiadają zupełnie inne znaczenie fizjologiczne i patologiczne. W tym kierunku Baumann dowiódł ¹⁾, że kwas siarczany sprzężony zawdzięcza swe pochodzenie sprawom gnilnym, odbywającym się w kanale kiszkiowym, a ztąd służy za miernik tychże procesów. Dalsze badania rozszerzyły tezę tę na stany patologiczne, przy których kwasy eteryczno-siarczane w moczu mogą powstawać wskutek procesów rozkładowych w innych narządach i tkankach organizmu.

Badania klinicznych nad zawartością kwasu siarczanego sprzężonego w moczu przy różnych stanach chorobowych zrobiono już dosyć. Prace te można podzielić na dwie grupy: w jednych określano zawartość jednego z kwasów eteryczno-siarczanych, nawet prawie wyłącznie zawartość indykanu, nowsze badania natomiast, wykonane raczej w duchu badań Baumann'a, określają zawartość ogólnej ilości kw. siarcz. sprzężonego, jako ogólnego miernika gnicia kiszkiowego, lub też gnicia w organizmie. Do szeregu pierwszego należą najpierw znane i użytkowane w celach rozpoznawczych spostrzeżenia Jaffé ²⁾, że przy niedrożności jelita

ciemkiego, nieżytach, zawartość indoksyłu w urynie silnie się zwiększa, co nie bywa przy niedrożności jelita grubego, colitis, dysenterji. Zwiększoną zawartość indykanu w urynie obserwowal dalej Senator ³⁾ przy różnych wyczerpujących cierpieniach, przy zapaleniu otrzewnej, ileus, raku żołądka, suchotach. Spostrzeżenia te potwierdzone zostały przez de Vries ⁴⁾, który jeszcze raz kładzie nacisk na zwiększenie indykanu przy cierpieniach kiszek cienkich w przeciwstawieniu do stanów patologicznych w jelicie grubym. Oprócz chorób wspomnianych widziano także dużo indoksyłu w moczu przy kolce ołowianej, anemii postępującej, ropieniu przewlekłym, zaniku mięśniowym postępującym, chorobie Addisson'a (Henniga ⁵⁾). Najobszerniejsze i najściślejsze badania w tym kierunku przeprowadził Brieger ⁶⁾. Autor ten określał zawartość indoksyłu i fenolu, a także oksykwasów, a w niektórych spostrzeżeniach i ogólną ilość kwasów eteryczno-siarczanych. Znaczne ilości karbolu w urynie widział Brieger ⁶⁾ przy różni, dyfterycie, niekiedy przy ropnicy i szkarlatynie, dalej przy ileus, peritonitis, perytyphlitis, ropnem zapaleniu opłucnej, zgorzeli płuc i t. d. Ogólna ilość kwasów eteryczno-siarczanych zwiększoną była przy raku żołądka i kiszek, bronchitis putrida, nawet przy ciężkiej bezkrwistości, ropnicy, czasem przy zapaleniu płuc i gorączce przepuszczającej. W przypadku zapalenia oskrzeli gnilnego Brieger mógł dowieść zależności zawartości kwasów eteryczno-siarczanych w urynie od natężenia processu gnilnego.

Już Brieger zauważył, że niema równoległości między wydzielaniem indoksyłu, fenolu i oksykwasów z jednej strony, a ilością kwasów eteryczno-siarczanych w urynie. Autor mówi nawet — „by mieć prawdziwie pojęcie o procesach w ustroju, należy nie tylko określać jakościowo zawartość pewnych produktów gnicia w urynie, ale trzeba znajdować stosunek soli kwasu siarczanego do połączeń eteryczno-siarczanych.” W takim mianowicie kierunku wykonał G. Hoppe-Seyler ⁷⁾ badania nad zawartością kwasów eteryczno-siarczanych przy różnych cierpieniach. Spostrzeżenia tego autora potwierdziły rezultaty, otrzymane przez innych dla indykanu, G. Hoppe-Seyler widział przytem, że tyfus nie sprowadza zwiększenia kwasów eteryczno-siarczanych, a przy cierpieniach żołądka, jeżeli nawet massy fermentujące znajdują się w znacznej ilości w tym organie,

nie zawsze spotyka się więcej produktów gnicia w moczu, niż normalnie. Przy cierpieniach otrzewnej w moczu znajduje się szczególnie dużo indykanu, podczas gdy zawartość skatoksylu jest zmniejszoną, po przejściu tego cierpienia widzimy stosunek odwrotny. Zauważmy przy tem, że w ogóle przy cierpieniach jelita cienkiego w urynie zjawia się dużo indoksylu, a przy cierpieniach grubego — dużo skatoksylu (Filati ⁸).

Pomimo, że badano, jak widzimy już bardzo dużo stanów chorobowych na zawartość kwasów eteryczno-siarczanych, jednakże nie znajdujemy danych w tym kierunku co do pewnych cierpień, które stały się ciekawymi z rozbiernego punktu widzenia. A mianowicie w ostatnich czasach Kart ⁹) i Wasbutzki ¹⁰) starają się dowieść antyseptycznego znaczenia kwasu solnego w żołądku za pomocą kwasów eteryczno-siarczanych. Oba badania wykonane są według jednego typu, Kart neutralizując kwas solny w żołądku za pomocą dużych ilości dwuwęglanu potasu lub węglanu wapnia, zauważył, że ilość kwasu siarczanego sprzężonego w urynie znacznie się wzmacza, czyli, że gnicie kiszki się zwiększa. Zależy to według upewnień Kart'a od braku kwasu solnego w żołądku, którego niedezynfekowana zawartość silniejszemu podlega gnicciu w kiszki, niż przy warunkach normalnych. Wasbutzki przyjmuje, że przy zwykłym stanie kwas solny soku żołądkowego niszczy w wprowadzonym pokarmie pewną ilość zarodków gnicia, jeżeli zaś kwasu solnego nie ma, przez co wpływ wspomniany nie ma miejsca, gnicie kiszki musi rozwinąć się silniej, i ilość jego produktów zwiększyć się w urynie. Wychodząc z takiego założenia, Wasbutzki badał zawartość kwasów eteryczno-siarczanych w urynie u chorych żołądkowych (z rakiem żołądka) z brakiem kwasu solnego: rzeczywiście — ilość tych związków była znacznie większą, niż normalnie. Podobne zwiększenie widział także Stadelmann ¹¹) przy neutralizacji kwasu solnego w żołądku węglanem lub cytrynianem sodu.

Badając w ostatnich czasach trawienie żołądkowe w cierpieniach nerek przekonałem się ¹²), że sekrecja żołądkowa przy tych warunkach jest wogóle upośledzoną. W okresie obrzęków, zmniejszonego wydzielania uryny i nagromadzenia przez to w ustroju produktów przemiany materii kwas solny w żołądku — wedle natężenia choroby — może być zu-

pełnie nieobecny lub znajdować się w mniejszej ilości. Gdy wydzielanie uryny zwiększa się i obrzęki znikają, zawartość kwasu solnego w żołądku podnosi się, zresztą w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek nie wraca do normy. Ciekawą rzeczą było więc dowiedzieć się, jak wiele wydziela się przy takich warunkach kwasów eteryczno-siarczanych w urynie. Opierając się na wynikach prac Kast'a i Wasbutzki'ego, należało oczekiwać zwiększenia ilości tych połączeń w urynie przy cierpieniach nerek, jeżeli w przebiegu choroby kwasu solnego w żołądku było mało lub nie było zupełnie. Ale jednocześnie rodziło się pytanie, jaki wpływ na gnicie kiszkowe wywiera przy tem przyjmowanie kwasu solnego razem z pokarmem. O ile mi wiadomo, podobne obserwacje kontrolujące nie były jeszcze robione, tymczasem tą tylko drogą można było dowieść wpływu przeciwnilnego kwasu solnego na zawartość jelit.

Istnieje, jak wiadomo, zdanie, że żółć gra rolę pomiędzy płynami trawiennymi środka dezynfekcyjnego, przeciwnilnego dla zawartości kiszek. Przypuszczenie to znanem jest w nauce już dawno, lecz podlega do tego czasu sporum—głównie dlatego, że nie było dowiedzione wcale za pomocą dokładniejszych metod badania, a wyprowadzone na podstawie niedokładnej obserwacji. Jeżeli zaś jest ono słusznem, to przy braku żółci w kanale pokarmowym procesy gnilne, a ztąd i zawartość kwasów sprzężonych w urynie powinnaby się zwiększać. Nie mamy jednak dokładnych danych o ilości tych związków przy braku żółci w kiszkiach, co się zdarza mianowicie przy żółtaczce. Istnieją ledwie wskazówki. Tak Brieger ⁶⁾ znajdował w 2 przypadkach żółtaczki nieżytowej duże ilości kwasów eteryczno-siarczanych, lecz przy tem ledwie ślady indolu, fenolu i oksy kwasów. Fr. Müller ¹³⁾ przypuszcza w swej pracy o przyswajaniu pokarmów przy żółtaczce, że zawartość kwasów eterycznych przy niej nie podlega istotnym zmianom. Podobne zdanie wypowiada dalej Röhmänn ¹⁴⁾, który w badaniach nad przemianą materii u psów z przetoką żółciową znalazł w 2 przypadkach ilość kw. siarczanego sprzężonego niezmienną. Ztąd autor wyprowadza wniosek, że przy braku żółci w kanale kiszkowym gnicie tamże nie nasila się, czyli, że żółć nie posiada własności dezynfekcyjnych. Dane takie nie wprowadzają dostatecznego materiału, któryby można zu-

żytkować dla nauki o znaczeniu dezynfekcyjnem żółci, przeto przedsięwziętem szereg systematycznych badań nad wydzielaniem kwasów eteryczno siarczanych przy żółtaczce.

Przystępując do pracy nad kwasem siarczanym sprzężonym, napotykaemy na samym wstępie pewne trudności. Istotnie nie posiadamy zupełnie stałego kryterjum, za pomocą którego moglibyśmy wnioskować nieomylnie o zwiększeniu lub zmniejszeniu gnicia kiszkowego w każdym oddzielnym przypadku. Różni autorowie radzili sobie przeto różnie. Najczęściej o takich zmianach wnioskowano z odchyień od normalnego stosunku kwasu siarczanego wolnego do kwasów sprzężonych. Ale i ta norma nie jest stałą. Według v. den Velden'a ¹⁵⁾ stosunek ten wynosi 1:6,9—1:12,7, przecięciowo 1:9,5, a ilość dobową kwasów eterycznych 0,01—0,09 grm. Baumann i Herter ¹⁶⁾ znaleźli jeszcze znaczniejsze wahania, tak że przyjmują w tym razie tylko zwiększenie kwasu sprzężonego, jeżeli ilość jego jest znacznie większą od normy, a przytem zawartość kwasu siarczanego wolnego jest zmniejszoną. U autorów tych normalny stosunek wahał się pomiędzy 1:4,2—1:27,0, przecięciowo 1:16,0. G. Hoppe-Seyler ⁷⁾ określił zawartość kwasu sprzężonego i wolnego u 4 zdrowych osobników i z otrzymanymi ilościami porównywał dane otrzymane u chorych. Przecięciowo dzienna ilość kwasów eterycznych wahała się według tego autora pomiędzy 0,175—0,268 grm., a kwasu wolnego—2,085—3,426 grm.

Taka różnorodność danych, silne wahania normalnych ilości zrozumiałem stały się dopewnego stopnia po zjawieniu się prac, wskazujących na wielką zależność gnicia kiszkowego, resp. zawartości produktów jego w moczu od rodzaju wprowadzanego do organizmu pokarmu. Znalaziono, że na zewnątrz i wewnątrz organizmu gnicie białka i tworzenie się przy tem różnorodnych produktów — indolu, skatolu etc. znacznie zostaje ograniczonem w obecności węglowodanów-cukru, dekstryny, mączki i t. d. Tłuszcze nie posiadają takich własności (Hirschler ¹⁷⁾). W związku z tymi faktami Fr. Müller ¹⁸⁾ wykazał, że przy obfitym dowozie węglowodanów indoksył w urynie znika zupełnie—bez różnicy, czy jest przy tem wprowadzane białko, czy nie. Ortweiler ¹⁹⁾ widział to samo. Wszystkie te dane stosują się jednakże do jednej tylko składowej części kwasu siarczanego sprzężonego—do indykanu. Wahania, którym podlega ten związek pod wpływem różnego rodzaju warunków, nie pozwa-

lają wnioskować, że i cała ilość kwasów eteryczno-siarczanych podlega przy takich okolicznościach tym samym wahaniom,—choć, dodajmy, dane dotyczące indykanu, wykazują możebność i prawdopodobieństwo pewnych wahań w tym kierunku pod wpływem pewnego rodzaju dyjety. Konieczną jest rzeczą przeto przy wnioskowaniu o gniciu kiszkiwym znać te wahania, jeśli one w rzeczywistości istnieją, i następnie porównywać dane z przypadków chorobowych z rezultatami otrzymanymi od zdrowych ludzi przy jednakowej w obu razach dyecie zyskać, tym sposobem określenia kontrolujące. W literaturze nie mamy szczegółowych badań w tym kierunku, to jest badań nad wpływem dyjet różnorodnych na wydzielanie ogólnej ilości kwasów eteryczno-siarczanych. By więc z jednej strony uzupełnić choć do pewnego stopnia brak takich obserwacji, a z drugiej, by mieć punkt oparcia dla wniosków przy swoich dalszych badaniach, obserwowałem wpływ na gnicie kiszkiwym u zdrowych osobników różnego rodzaju dyjet, stosowanych w naszych szpitalach, w tej ilości i jakości, jak je otrzymują chorzy.

Dyjety nasze znane są pod nazwami: słaba 1, słaba 2, mleczna i „cała.“ W dalszym ciągu dla krótkości będę nazywać słabą 1-ą porcję—„słabą“, a słabą 2-ą—„ściłą.“ Według tablic komisji szpitalnej, ułożonych na podstawie znanych analiz Königa, skład nowych dyjet jest następujący:

1) Ściła: 3 razy dziennie po $\frac{1}{2}$ L. kleiku, co odpowiada 20,55 grm. białka 32,41 tłuszczu i 205,2 grm. węglowodorów.

2) Słaba: Raz lub 2 razy na dzień 250 ctm.³ herbaty, 1 raz około 500 ctm.³ rosółu z kaszką, 1 raz ok. 500 ctm.³ kleiku, 150 grm. bułki, 40—50 grm. mięsa, niekiedy dodatek 250 ctm.³ mleka. Białka 59,8 grm tłuszczu 34,5 grm., węglowodanów 264,3 grm.

3) Mleczna: Około 1200—1300 ctm.³ mleka dziennie, w tej ilości na obiad 500 ctm.³ z kaszką i 150 grm. bułki. Białka 60 grm., tłuszczu 46,5 grm., węglowodanów 185,7 grm.

4) Cała: 2 razy dziennie 500 ctm.³ kleiku, 1 raz 500 ctm. rosółu z kaszką, około 100 grm. mięsa, 400 grm. chleba i około 400 grm. jarzyny. Białka 95,3 grm., tłuszczu 66,9 grm. węglowodanów 477,7 grm.

Do obserwacji służyło mi 5-ciu chorych klinicznych z nieznacznymi chirurgicznymi cierpieniami, przy których

nie używano antyseptycznych obmywań, ani opatrunków, chorzy przepędzali czas przeważnie w łóżku, funkcyje kanału pokarmowego były w zupełnym porządku. Osobnicy ci otrzymywali różnego rodzaju diety w tej ilości i jakości, jak inni chorzy. U 3 zmieniano dyetę co 2—3 dni, przez co wpływ każdej diety uwydatniał się bardzo wyraźnie. Obserwowałem także zawartość kwasów eteryczno-siarczanych u 2 zdrowych posługaczy klinicznych, których pokarm był obfitszym, niż nasza cała porcja.

Określenie ogólnej ilości kwasu siarczanego i kwasów eteryczno-siarczanych robiłem według metody Baumann'a, zmodyfikowanej przez Salkowski'ego. Przy określeniu ogólnej ilości kwasu siarczanego 100 ctm.³ moczu gotowałem z 5—10 ctm.³ mocnego kw. solnego, by przez to rozerwać związek eterycznych połączeń, płyn strącałem za pomocą mocnego roztworu chlorku barytu, ogrzewałem następnie na kąpieli wodnej, by osad zebrał się na dnie naczyń w zupełności. Dla określenia połączeń eteryczno-siarczanych 100 ctm.³ moczu strącano 100 ctm.³ mieszaniny nasyconego roztworu wodoru barytu (2 części) i chlorku barytu (1 część). Po kilku minutach od płynu odcedzałem 100 ctm.³ (czyli 50 ctm.³ moczu), gdzie znajdowały się w roztworze barytowe sole kwasów eteryczno-siarczanych. Płyn ten gotowałem z 20—30 ctm.³ mocnego kwasu solnego, następnie ogrzewałem na kąpieli wodnej, przyczem sole barytowe kwasu siarczanego sprzężonego, oswobodzone od związków eterycznych, tworzyły osad na dnie naczynia. Dnia drugiego osad zbierałem na filtry chemiczne Schleicher'a (9 ctm. w poprzeczniku z 0,0001 wagą popiołu), przemywałem wodą destylowaną, alkoholem, eterem, suszyłem nad kwasem siarczanym, i spalałem w tyglach platynowych do koloru białego. Zważywszy tygle, określałem wagę $Ba\ So^4$, z którego można było wyrachować ogólną ilość kwasu siarczanego i ilość kwasu sprzężonego, odejmując drugą liczbę od pierwszej otrzymałem ilość kwasu siarczanego wolnego.

Przytoczę tylko kilka tablic, inne przedstawiają zupełnie te same dane.

W przypadku 4-ym przy dodaniu do diety mlecznej 500 ctm.³ kleiku dzienna ilość kwasów eterycznych podniosła się do 0,0925 grm. U posługaczy szpitalnych znalaziono przecięciowo 0,2227 grm. i 0,1973 grm. kwasu siarczanego związanego.

T A B L I C A I.

Data	Ilość dzienna moczu	W 100 cm. ³			Pro die			Stosunek	U w a g i.
		Ogólna ilość H ₂ SO ₄	H ₂ SO ₄ wolny	H ₂ SO ₄ związany	Ogólna ilość	Wolny	Związany		
22	800	0,2160	0,1970	0,0190	1,7280	1,5760	0,1510	1:10,3	} Dyeta ścisła.
23	700	0,2018	0,1847	0,0171	1,4126	1,2929	0,1197	1:10,8	
25	1450	0,1483	0,1443	0,0040	2,1503	2,0923	0,0580	1:38,0	
26	750	0,1922	0,1840	0,0082	1,4415	1,3800	0,0615	1:22,4	} „ słaba.
27	1000	0,2210	0,2116	0,0094	2,2106	2,1164	0,0942	1:22,5	
28	800	0,2897	0,2716	0,0181	2,3176	2,1723	0,1448	1,25,0	} „ cała.
30	1000	0,1972	0,1801	0,0371	1,9726	1,8010	0,1716	1:10,5	
—	750	0,2068	0,1908	0,0180	1,5703	1,4345	0,1358	1:10,5	Przebiegiowo przy dycie ścisłej.
—	1066	0,1873	0,1800	0,0073	1,9341	1,8639	0,0702	1:26,5	Przy słabej.
—	900	0,2434	0,2258	0,0176	2,1461	1,9869	0,1582	1:12,5	Przy całej.

T A B L I C A II.

Data	Ilość moczu	W 100 ctm. ³			P r o d i e			Stosunek	U w a g i	
		Ogól. H ₂ SO ₄	Wolny	Sprężony	Ogółem	Wolny	Stężony			
5	1000	0,1941	—	—	1,9410	—	—	—	Dyeta słaba	
6	1450	0,1167	0,1194	0,0063	1,6920	1,6007	0,0913	1:17,5		
7	1250	0,1394	0,1309	0,0085	1,7425	1,6363	0,1062	1:15,4		
8	1200	0,1180	0,1106	0,0074	1,4160	1,3272	0,0888	1:14,9	Mleczna.	
9	1600	0,1035	0,0993	0,0042	1,6560	1,5888	1,9672	1:23,6		
11	1800	0,1091	0,1058	0,0033	1,9638	1,9044	0,0594	1:32,0		
12	1450	0,0769	0,0701	0,0068	1,1160	1,1074	0,0986	1:10,3	Sciasta.	
13	1200	0,1038	0,0939	0,0099	1,2456	1,1268	0,1188	1:9,4		
14	1700	0,1138	0,1034	0,0104	1,9346	1,7578	0,1768	1:9,9		
15	1000	0,1663	0,1541	0,0122	1,6663	1,5443	0,1220	1:12,6	Cała.	
—	1225	0,1247	0,1173	0,0074	1,6168	1,5214	0,0954	1:15,9		Prześcięciowo przy dyecie słabej.
—	1700	0,1062	0,1025	0,0037	1,8099	1,7466	0,0633	1:27,6		
—	1325	0,0903	0,0820	0,0083	1,1808	1,0721	0,1087	1:9,8	Sciastej.	
—	1350	0,1049	0,1287	0,0113	1,8004	1,6510	0,1494	1:11,0		Całej.

T A B L I C A III.

Data	W 100 cm ³			P r o d i e			Ilość moczni	Stosunek	U w a g i.
	Ogól. H ₂ SO ₄	Wolny	Sprężony	Ogólny	Wolny	Sprężony			
10	0,0870	0,0808	0,0062	1,9140	1,7776	0,1364	2200	1:13,0	} Cała.
11	0,0421	0,0361	0,0060	0,8420	0,7220	0,1200	2000	1:6,0	
12	0,0704	0,0597	0,0107	1,1264	0,9552	0,1712	1600	1:5,5	} Cała.
13	0,0730	0,0665	0,0065	1,4600	1,3300	0,1300	2000	1:10,2	
14	0,1127	0,1075	0,0052	2,0286	0,0936	0,0936	1800	1:20,6	} Mleczna i sjałek dziennie.
15	0,0976	0,0933	0,0043	1,6592	0,0731	0,0731	1600	1:21,7	
—	0,0664	0,0588	1,2941	9,0076	1,1516	0,1425	1933	1:8,0	Cała.
—	0,0954	9,0891	0,0053	1,7159	1,6170	0,0989	1800	1:16,8	Mleczna.

Ze wszystkich określeń przy użyciu czystych djet otrzymano:

Białka	Tłuszczu	Węglowod.	Dyeta	Ogólna H ₂ 20 ₄	Wolny	Sprężony	Stosunek
60,0	46,5	185,7	Mleczna	1,8720	1,8053	0,0667	1:27,0
59,8	34,5	264,3	Słaba	1,4997	1,4119	0,0878	1:16,6
20,5	32,4	205,2	Ścisła	1,3755	1,2533	0,1222	1:10,2
95,3	66,9	477,7	Cała	1,6393	1,4975	0,1418	1:10,5

Chociaż przytoczone cyfry przecięciowe mało różnią się pomiędzy sobą, mimo to nawet w oddzielnych określeniach trzymają się one stałych granic. Każdej dyecie odpowiada tym sposobem pewien określony stopień gnicia w jelitach i pod tym względem nie obserwujemy nawet wahań indywidualnych, jeśli tylko dyeta jest jednakową co do ilości i jakości. Mleczna dyeta posiadała mianowicie taką stałość i przez to oddzielne dane kwasów eteryczno-siarczanych są dla niej ściśle określone. Tak np. w drugiej tabelicy dla mlecznej diety mamy dzienne ilości kwasu siarczanego sprężonego 0,0672 grm. i 0,0572 grm., w pierwszej — 0,0580 grm. i 0,0615 grm. Stałość ta nadaje wagę rezultatom, dowodząc, że dane otrzymane nie są przypadkowe. Można znaleźć pewne warunki, które określają stały stopień gnicia kiszkiowego dla każdej diety. Najprzód zauważymy, że rezultaty naszych określeń nie odpowiadają teom Müller'a i Hirschler'a co do wpływu węglowodanów na zawartość indoksyłu w moczu: nie spostrzegamy zupełnie ilości kwasów eterycznych w urynie przy obfitej zawartości w pokarmie węglowodanów.

Porównywając ilości przecięciowe kwasu sprężonego przy dyecie mlecznej i słabej, z których pierwsza zawiera mniej węglowodanów, niż druga, a ilość białka w obydwóch jest mniej więcej jednakową, widzimy że mimo to mleczna dyeta sprowadza w kiszkiach mniejsze gnicie (0,0667 grm.), niż słaba (0,0878 grm.). Przy całej dyecie, gdzie zawartość węglowodanów jest najobfitszą, gnicie mimo to jest największem; dyeta ścisła z 205 grm. węglowodanów daje dwa razy więcej produktów rozkładu w moczu, niż mleczna z 187 grm. Można by nawet przypuścić, że — wbrew zdaniom Müller'a i Hirschler'a — węglowodany są w stanie nasilać gnicie w kiszkiach. O ile to przypuszczenie jest prawdopodobnem, trudno nam przesądzać; z jednej strony nie wszyst-

kie cyfry przemawiają za niem, z drugiej—dyety nasze składają się z pokarmów mięszanych, a nie z czystych elementów pokarmowych, przez co na gnicie kiszkowe miały wpływ inne czynniki, które należy uwzględnić. Najważniejszym z nich jest zawartość białka w pokarmie, gdyż gnicie w jelitach rozwija się właściwie tylko na tym gruncie. Mamy dowód, wprawdzie tylko jeden, że białko sprzyja procesom rozkładowym w kiszkach: dodanie jaj do zwykłej dyety mlecznej zwiększyło wydzielanie kwasów eteryczno-siarczanych w urynie w porównaniu z tem, jakie istniało przy wyłącznej dyecie mlecznej. W przypadku tym zawartość węglowodanów pozostała prawie niezmienioną: zwiększyła się tylko zawartość białka i tłuszczu. Co do tego ostatniego, wątpliwą jest rzeczą, czy wywiera on jakkolwiek wpływ na rozkład w kiszkach — nie posiadamy przy najmniej żadnych wskazówek w tym kierunku.

Chociaż pokarm białkowy niewątpliwie sprzyja gnicu w jelitach, nie wszystkie jednakże nasze spostrzeżenia zgadzają się z tym faktem. Tak przy dyecie ściślej z nieznaną zawartością białka ilość kwasów eteryczno-siarczanych jest daleko większą, niż przy porcyi słabej z 59 grm. i mlecznej z 60 grm. białka. Niezgodność taka zmusza nas do szukania innych czynników, wywierających wpływ na stopień gnicia w kiszkach. Zwróćmy uwagę na rodzaj pokarmu: w tym kierunku nader wybitnemi są własności z jednej strony dyety mlecznej, z drugiej—ściślej. Obie te dyety odpowiadały wymaganiom, które należy stawiać badaniom analogicznym lub podobnym do naszych: były to dyety nader niezłożone—mleczna składała się z jednego tylko prawie mleka, ściśła—z kleiku. Wpływ jednego i drugiego pokarmu na siłę gnicia jest wprost przeciwnym: mleko sprawia nader małe, kleik—bardzo znaczne gnicie. Zjawiska tego nie możemy objaśnić żadnemi ogólnemi zdaniem o wpływie białka lub węglowodanów na procesy rozkładowe w jelitach: dyeta ściśła zawiera tak mało białka, że nie można go obwiniać o silne gnicie, znowu mleczna — posiada 3 razy więcej białka, a mniej węglowodanów, niż słaba. Najprawdopodobniej gra niemałą rolę w tym razie pochodzenie białka—roślinne—w słabej, i zwierzęce—w mlecznej dyecie. Białko roślinne zawsze trudniej się przyswaja, niż zwierzęce; pozostając przeto w kiszkach daje sposobność do silnego rozwoju processów rozkładowych i obfitego przeto wydzie-

lania kwasów eteryczno-siarczanych w moczu. Białko mleka peptonizuje się i przyzwaja natomiast bardzo łatwo i tylko nieznaczne ilości jego pozostają w kanale pokarmowym. Ztąd i mniej materiału dla gnicia i mniejszą ilość jego produktów znajdujemy w moczu.

Rezultaty otrzymane nad działaniem mleka na gnicie kiszki mają pewne znaczenie pod względem praktycznym. Przy różnego rodzaju cierpieniach kanału pokarmowego, gdy procesy rozkładowe są w nim zwiększone, najchętniej stosowane są dla chorych kleiki, gdzie główną składową część stanowią węglowodany i białka roślinne. Nasze spostrzeżenia pokazują natomiast, że podobny rodzaj diety z punktu widzenia gnicia kiszki zupełnie nie odpowiada celowi, gdyż klej powoduje obfite procesy rozkładowe. Natomiast—należałoby raczej używać w tych razach mleko, które oprócz wielu znakomitych własności posiada jeszcze jedną—nie sprzyja gniciu w jelitach.

Stosunek kwasu siarczanego sprzężonego do soli tegoż kwasu waha się w naszych obserwacjach bardzo znacznie, podobnie jak sama ilość eterycznych połączeń. Zresztą dla każdej diety przeciętowej stosunek jest dość określony: dla mlecznej—najmniejszym—następnie dla słabej,—największym zaś dla ściślej i całej diety. Oddzielne określenia wahają się w nader szerokich granicach i bynajmniej nie są tak słabe, jak oddzielne ilości kwasu sprzężonego przy jednej i tej samej dyecie. Normalnie — według naszych spostrzeżeń, stosunek ten może wynosić 1:5,5—1:38,0, podobnie, jak znaleźli Baumann i Herter. Oczywiście, że sądzić o zwiększeniu lub zmniejszeniu gnicia kiszki według jakiegoś przeciętowego stosunku, jak to czyniło wielu autorów, jest rzeczą nader ryzykowną. Jedynie pewne rezultaty może dawać porównywanie wartości bezwzględnych kwasów eteryczno-siarczanych, na co już zwrócili uwagę Kast i Boas²⁰⁾ i Salkowski²¹⁾. Przyczyna takich silnych wahań stosunku kwasu sprzężonego do soli polega na tem, że stosunek ten nie zależy li tylko od ilości kwasów eterycznych, ale także w wysokim stopniu od zawartości soli kwasu siarczanego. Obie ilości nie znajdują się bynajmniej we wzajemnej stałej zależności, jak to przekonywają nasze tablice. Co się zaś tyczy ogólnej ilości kwasu siarczanego, to ta jest określoną dla każdego rodzaju diety, odpowiadając przytem dość ściśle ilości wprowadzonego białka. Jednakże i w tym razie

pomiędzy ilością białka i kwasu siarczanego nie ma równoległości. Przy całej dyecie np. z 95,3 grm. białka kwasu siarczanego wydziela się mniej, niż przy mlecznej z 60,0 grm. Jeżeli z porównawczych ilości tego związku wolno wnioskować o użytkowaniu wprowadzonego białka, to okazuje się, że dyjeta mleczna jest pożyteczniejszą, niż cała, ponieważ z pierwszej więcej przyswaja organizm białka, niż z drugiej. Tym sposobem mleko posiada dwie własności: z jednej strony — daje organizmowi dużo materiału pokarmowego, z drugiej — sprawia nieznaczne gnicie w kiszka. W dyecie całej białko w przeważnej części jest pochodzenia roślinnego: zużytkowanie jego jest przeto nieznaczne, a rozkład gnilny większy, niż przy mleku, jak to powyżej przedstawiliśmy.

Wartości przecięciowe kwasów eteryczno-siarczanych, któreśmy otrzymali, odróżniają się dość znacznie od wyprawdzanych przez innych autorów. Różnica ta zależy głównie od tego, że różne postaci naszej dyjety, przeznaczonej dla chorych zawierają bardzo mało pokarmu, przez to ilość produktów rozkładu w moczu musi być wogóle mniejszą. Te zaś cyfry, któreśmy otrzymali przy badaniu moczu posługaczy szpitalnych (0,1973—0,2227 grm.) zgadzają się zupełnie z przecięciowemi ilościami G. Hoppe-Seyler'a (0,175—0,268 grm.). Jednakże zrozumiałem jest, że te średnie ilości nie mogą być zastosowane do wszystkich przypadków. By otrzymać prawdziwe wnioski należy porównywać zawsze cyfry, otrzymane od chorych z cyframi kontrolującemi przy jednakowej w obu razach dyecie. Wtedy i nieznaczne uchylecia od normy posiadają znaczenie dowodzące; nieuwzględniając tego, łatwo możemy nie dojrzeć ważnych rezultatów, lub też poczynić fałszywe wnioski. I tak ilość normalna kwasu sprzężonego dla dyjety całej dowodzi znacznego zwiększenia gnicia dla przypadków badanych przy dyecie mlecznej, czego nie znaleźliśmy, stosując do wszystkich przypadków kryterjum G. Hoppe-Seyler'a. Wysokie cyfry tego autora nie pozwalały mu prawdopodobnie znaleść zwiększonego gnicia w wielu przypadkach chorobowych, gdzie była stosowaną dyeta, dająca normalnie mało produktów gnicia.

(Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

161. R. LÉPINE. **Patogeneza moczówki cukrowej.** (Wykład, miany na wydziale lekarskim w Lyonie. *Berl. Kl. Wochenschrift*, Nr. 19, 1891).

Poglądów na przyczynę powstawania moczówki cukrowej jest tyle, że Bouchard przytoczył ich w swoich odczytach 27. Od tego zaś czasu przybyło ich jeszcze kilka nowych, nawet oryginalnych (Seegen, Ebstein, Arnaud). Anatomico-patologowie starali się również znaleźć jakieś zmiany dla tej choroby znamienne. Dotychczas jednak starania ich były daremne. Poszukiwania doświadczałne Bernard'a wykazały, że cukier powstaje w wątrobie; Chauveau wskazał, gdzie ulega on rozkładowi. Mylnem byłoby jednak przypuszczenie, że to rozjaśnia nam przyczynę moczówki cukrowej. Nawet powstawanie jej po wycięciu trzustki (Mering i Minkowski) jeszcze zadania nie rozwiązuje. Bo też rozwiązać je jest bardzo trudno.

Obecnie autor zwraca uwagę czytelników na to, że nawet przy czasowych stanach hyperglikemii i glykozuryi zmniejsza się własność krwi rozkładania cukru (*pouvoir glycolytique*). Do wniosku tego autor doszedł po 18-o miesięcznej pracy nad tą kwestyją. Stronę chemiczną pracy prowadził Barral, dyrektor wydziału chemicznego w pracowni autora. Określenie siły rozkładania cukru, posiadanej przez daną krew, opiera autor na tem, że działanie jej znika natychmiast po oziębieniu krwi do 15° C. i nagłym ogrzaniu do 54° C. W tym celu 100 c. sz. psiej krwi wypuszczał autor do oziębianego naczynia, pozabawiał ją włóknika i filtrował przez wyjałowiony filtr, przyczem 40 grm. otrzymanego przesącza puszczał kroplami do ogrzanego do 80° C. roztworu siarczanu sodu, 50 zaś grm. stawał z początku na godzinę przy ciepłocie krwi badanego zwierzęcia (39° C.), a następnie również filtrował do 80 stopniowego roztworu Na_2SO_4 .

Określając następnie ilość cukru w jednej i w drugiej części, autor znajdował pomiędzy nimi różnicę o 90—40 na 100; mianowicie też o tyle mniej było go w części drugiej. Tyle więc zniszczyła go siła lityczna krwi, czyli, jak powiada autor, wielkość tej siły u psa jest 20—40. U człowieka zdrowego równa się ona około 25. Przeciwnie, u dyjabetyków nigdy nie dochodzi do 10. Naprz., w dwóch przypadkach stanu ciężkiego równała się ona 1,6 i 2,1; w dwóch nieco lżejszych = 3,3 i 5,5, a w jednym przypadku poprawiającym się = 7,0. Ztąd autor mniema, że w każdym razie określenie siły glykolytycznej krwi ma wielkie znaczenie przy rokowaniu. Odpowiednie badania robione na psach, którym wycinano trzustkę, wykazywały u nich siłę $t_{\text{e}}=6$. a czasami nawet tylko 3 i 2.

Szukając miejsca powstawania, tworzenia się czynnika rozkładającego cukier we krwi, Lépine doszedł do wniosku, że

jest nim trzustka. Wycinając ją 40-u zwierzętom, autor otrzymywał u nich zawsze obraz chorobowy, zbliżony do moczówki cukrowej, przyczem cukier pokazywał się w moczu już w 8 godzin po operacji. Ponieważ badania Renauta wykazały, że budowa trzustki jest odmienną od budowy innych gruczołów, mianowicie, że komórki jej leżą wzdłuż naczyń; autor zaś przekonał się, że krew żyły wrotnej posiada wiele bardzo siły niszczącej cukier, podczas, gdy we krwi innych żył jest jej bardzo niewiele, więc snuje on ztąd następujący wniosek: komórki trzustki mają czynność dwojaką, a mianowicie, część ich wewnętrzna wydziela sok trzustkowy, zewnętrzna zaś, przylegająca do ścianek naczyń, dostarcza krwi fermentu niszczącego cukier. Ferment ten jest ciałem rozpuszczalnem i może być ze krwi do roztworu soli przeprowadzony za pomocą przemiywania nią ciałek krwi, oddzielonych na maszynie odśrodkowej od surowicy. Prawdopodobnie mieści się on przeważnie w białych ciałkach krwi, gdyż jest go najwięcej w zawartości naczyń mlecznych, oraz w tych częściach krwi, które zawierają najwięcej bezbarwnych krążków krwi.

Niektóre tkanki, naprz. mięśnie, niszczą same cukier. Jednakże dzieje się to łatwiej przy krwi zawierającej odpowiedni ferment. Ten ostatni gra tu taką rolę, jak naprz. ciepło lub elektryczność przy reakcjach chemicznych. Aczkolwiek trzustka nie jest wyłącznem miejscem powstawania tego fermentu, gdyż trochę jest go we krwi nawet po zupełnem jej wycięciu, to jednak jest ona niewątpliwie największem jego źródłem. Świadczą o tem wyżej przytoczone badania, na sposób Mering'a wykonane, mianowicie nie rozwijanie się moczówki cukrowej, jeżeli przy operacji została zachowana choćby 0,1 część trzustki, wreszcie znajduwany przez rozmaitych autorów zanik i zwyrodnienie tłuszczowe, zwapnienie trzustki u odpowiednich chorych. Czasami można ich nie znaleźć nawet po zbadaniu trzustki drobnowidzowem, gdyż ulega ona po śmierci wielkim zmianom, skutkiem samotrąwienia. Na badaniu mikroskopowem nigdy poprzestawać nie można.

Tu więc niedostateczna czynność trzustki jest jedyną przyczyną moczówki cukrowej, która jak widzimy, rozwija się wskutek niedostatecznego rozkładu tkwi. Gdyby jednak tak było zawsze, wtedy opium i antypiryna, jako zatrzymujące rozkład cukru, byłyby zawsze szkodliwe. Pożyteczność ich w niektórych przypadkach zależy prawdopodobnie od tego, że te same środki powstrzymują tworzenie się cukru, czyli mówiąc innemi słowami, w niektórych razach moczówka cukrowa zależy od nadmiernego tworzenia się cukru. Autor tłómaczy to w sposób następujący, nie stojący bynajmniej w sprzeczności z ogólnemi zasadami fizjologii: wskutek niedostatecznego rozkładania się cukru tkanki spożywają za mało węglowodów, a odpowiedni ośrodek, odczuwając, że się zamało spala tych ostatnich, odpowiada na to swoje wrażenie w ten sposób, że przez podrażnienie wątroby wywołuje zwiększone tworzenie się ich.

W. Janowski.

162. Prof. SENATOR. **O krwawiącej nerkowej.** Ueber renale Haemophilie (*Berl. klin. Wochenschr. N. I, 1891*).

Autor opisuje ciekawy przypadek krwawiącej nerkowej, który tak pod względem teoretycznym, jakoteż praktycznym i diagnostycznym zasługuje na uwagę tembardziej, że co do przyczyny, istoty i terapii krwawiącej w ogóle stoimy wobec nierozwiązanej jeszcze zagadki.

19-to letnia pacjentka, dobrze zbudowana i odżywiana, zgłosiła się w Lutym r. z. do prot. S. z powodu uporczywego krwiomoczu, datującego z przerwami już od r. 1887. Wywiady nie dały żadnych pozytywnych rezultatów. Badania moczu, oprócz domieszki dużej ilości czystej krwi, nie wykazało żadnych nienormalnych składników. Drobnowidzowo stwierdzono, że czerwone i bezbarwne ciała krwi nie przedstawiają żadnych zbożeń od normy tak co do kształtu, jak i wzajemnego ich stosunku.

Na zasadzie tedy wyłuszczonej danych przy uwzględnieniu stanu bezgorączkowego, bezbolesnego moczenia, wieku chorej i dobrego jej wyglądu, stanowczo wykluczone zostały przez autora wszelkie znane nam sprawy chorobowe, krwiomocz powodujące (cystitis, neoplasma malignum vesicae urin. v. renum, tuberculosis rr., nephrolithiasis, chlorosis parasitaria etc); natomiast nasunęła mu się myśl, czy w danym razie nie mamy do czynienia z krwawiącą nerkową—cierpieniem, polegającym na oddziedziczonej skłonności krwotocznej. Dane anamnestyczne najzupełniej stwierdziły to przypuszczenie, gdyż jak się okazało, chora pochodzi z rodziny, w której tak ojciec, jak bracia i siostry cierpią na samoistnie występujące krwotoki z nosa.

Po długim i bezowocnym leczeniu się środkami ściągającymi i wzmacniającymi (tonica et adstringentia) chora wreszcie zapisała się do zakładu Alex. Oppenheima, gdzie na żądanie autora dokonane zostały pod narkozą badania przez zaszczytnie znanych nam specjalistów Veila i Nitze'go. Gynekologiczne pierwszego wypadło ujemnie, cystoskopowe zaś drugiego dostarczyło bardzo cennej wskazówki: pęcherz nie przedstawiał żadnych anomalij, a krew sączyła z prawego moczowodu, podczas gdy z lewego wyciekał normalny mocz. Utwierdziwszy się w przekonaniu, że źródłem krwawienia jest prawa nerka, autor wobec szybko postępującego upadku sił chorej z jednej, a bezskuteczności wstrzykiwań (adstringentia) do wnętrza pęcherza z drugiej strony, jako ultimum refugium uważał wycięcie nerki—operację, która z powodu krwawiącej jeszcze nigdy nie została wykonaną. Ze względu na niebezpieczeństwo, zagrażające życiu chorej dla niemożności usunięcia przyczyny krwawienia, konsultanci (Veit, Oppenheim) jednogłośnie zaakceptowali decyzję autora.

Dnia 22 kwietnia wykonaną została operacja przez Sonnenburg'a w asystencyi Veita i Senatora. Wycięta nerka miała wygląd normalnej, a okres pooperacyjny przebiegał bardzo pomyślnie, tak że chora po upływie czterech tygodni opuściła

zakład, zupełnie zdrowa. Skrawek z wyłuszczonej nerki, wzięty bezwzględnie po operacji pod mikroskop, oprócz stłuszczonego miejscami nabłonka, żadnych zmian nie wykazał. Dla upewnienia się jednak, czy anatomija patologiczna stwierdzi diagnozę, autor większą część preparatu odesłał dla zbadania Israel'owi, odpowiedź, którego w konkluzji brzmiała następującymi słowy: „Wenn sonst in dem Falle nichts für Haemophilie spräche, würde der Nierenbefundallein es thun“.

Opisany przypadek ma niewątpliwie doniosłe dla nas znaczenie praktyczne z powodów następujących.

Po pierwsze, podkopuje istniejące do dziś dnia mniemanie jakoby krwawiączka należała wyłącznie do chorób ogólnych konstytucyjnych, za jaką ją we wszystkich podręcznikach przyjmują. Autor, nie przecząc istnieniu w większej ilości takich przypadków krwawiączki, przyczynę której upatrywać należy w ogólnej wadliwej budowie całego układu naczyniowego, przyjmuje cały szereg takich przypadków, dla których przyczyny, podług analogii innych oddziedziczonych chorób miejscowych (Haemorrhoids, Phimosi etc), szukać trzeba w nieprawidłowościach czysto miejscowych. Ztąd wniosek praktyczny: dla racjonalnej terapii niezbędne jest ściśle indywidualizowanie przypadków, gdyż w takim tylko razie tonica i adstringentia święcić będą swoje, a radykalne leczenie miejscowe swoje triumfy.

Powtórnie, rozszerza zakres wskazań do nefrektomii.

Po trzecie, dają nam dowód, jak ważny wpływ ma medycyna wewnętrzna na rozwój chirurgii. L. Walk.

163 Dr. LORENZ. **Badania nad acetonuryją ze szczególnem uwzględnieniem tego objawu przy zaburzeniach w trawieniu.** Untersuchungen über Acetonurie mit besonderer Berücksichtigung ihres Auftretens bei Digestionsstörungen. (*Zeitsch. f. Klin. Med.*) t. IX Z. I i II 1891 r.

Autor nader sumiennej pracy streszcza niemal całą literaturę, która się nagromadziła od chwili, kiedy Peters w 1857 r. pierwszy zauważył pewien zapach swoisty w moczu chorych na cukrzycę, a w 3 lata później Kaulich zauważył że zapach ten zależy od acetonu, który znajduje się w moczu wielu chorych dotkniętych najrozmaitszemi chorobami przeważnie przewodu pokarmowego.

Prócz licznie zebranej literatury autor w pracy swej podaje znaczną liczbę własnych obserwacyj, których tu z braku miejsca streszczać nie możemy. Wyniki pracy dadzą się streścić w następujący sposób. Przy zaburzeniach w trawieniu acetonuryja jest faktem tak częstym, iż do rozmaitych postaci acetonuryi śmiało zaliczyć można acetonuryję przy chorobach narządu trawienia. Przy tych zaburzeniach nie możliwe jest przeprowadzenie różnicy między diacetonuryją i dyjacetonuryją, gdyż różnica w przypadkach tych jest nader nieznaczną i tylko ilościową, a w ciężkich przypadkach zaburzeń w trawieniu zwykle istnieje kombinacyja obutych postaci lub naprzemian zjawia się acetonuryja, diacetonuryja. Objawy kliniczne przypię-

sywane zwykle działaniu acetonu albo kwasowi acetoctowemu nie powstają dzięki trującym własnościom tych ciał, ale są wywołane przez mniej utlenione ciała tego rzędu o najrozmaitszych własnościach trujących. Nawet albuminuryja nie jest wywołana (w przypadkach autora) przez aceton lub kwas acetoctowy ale przez ich pochodne. Autor znajdował aceton przy chorobach przewodu pokarmowego zarówno w zawartości żołądka jak i w zawartości kiszek resp. w kale. W niektórych nawet przypadkach ilość acetonu była nader znaczną. Badając zawartość przewodu pokarmowego przy pierwotnych chorobach tego narządu i wtórnych przeważnie zaburzeniach nerwowych żołądka, autor doszedł do wniosku, że podczas gdy przy chorobach z anatomicznym podkładem aceton w zawartości przewodu pokarmowego występuje stale, przy nerwicach jest nader rzadkiem zjawiskiem. Przy histeryi z objawami ze strony przewodu pokarmowego i przy wymiotach mocznicowych autor mógł skonstatować w moczu aceton i kwas acetoctowy. Autor kończy nader sumienną swą pracę przypuszczeniem, że fakt znajdowania acetonuryi w znacznym stopniu przy nieobecności tego ciała w zawartości przewodu pokarmowego może nam rzucać pewne światło na czynności zwoju słońcowego, a dalsze badania nad tym przedmiotem mogą nam dać nader ważne wyniki.

Józef. Zawadzki,

164. Dr. Józef ZAWADZKI. (Utlenienie urobiliny na uro-rozeinę). Oxydation des Urobilins zu Urozein. *Arch. für exper. Path. T. XXVIII 1891 r.*

Już w jednej ze swych prac poprzednich (O wpływie kalomelu na gnicie żółci) autor dowiódł, iż przy pomocy tleniku rtęci można otrzymać z bilirubiny biliwerdynę oraz wyraził przypuszczenie iż tą drogą uda się przejść od urobiliny do jednego z barwników żółciowych, co dla chemii fizyologicznej, posiadało by pierwszorzędne znaczenie. Przy wykonywaniu jednak odpowiednich doświadczeń doszedł do wniosku, iż droga obrana przez niego prowadzi tylko do utlenienia urobiliny na uro-rozeinę. Barwnik ten otrzymany przez Nenckiego i Sieber'ową w r. 1882 według ich badań znajduje się w moczu chorych na cukrzycę, blednicę, zmiękczenie kości, zapalenie nerek, tyfus, raka i t. p. i dotąd w moczu ludzi zdrowych nie był wykazywany. Jeden tylko Rosin wspomina iż znajdował w moczu ludzi zdrowych ślady uro-rozeiny po dodaniu jednak substancyj utleniających. Barwnik ten dotąd jednak stał oddzielnie od innych barwników ustrojowych i co do jego pochodzenia istniały tylko domysły.

Autor, utleniając urobilinę przy pomocy tlenku rtęci otrzymał z niej uro-rozeinę, rozpuszczalną w wyskoku amylo-wym, który zabarwia w kwaśnym roztworze na piękną barwę różową, nikałą od alkali. Barwnik ten daje smugę absorbcyjną między D. i E. Według autora uro-rozeina jest więc tlenkiem urobiliny i posiada wzór $C_{32}H_{40}N_4O_8$. Autor przypuszcza, iż tą samą drogą prawdopodobnie powstaje ten barwnik w ustroju, a na zasadzie faktu, iż znajdujemy go w moczu su-

chotników po iniekcjach płynu Kocha dochodzi do wniosków, iż może powstawać również i z barwników krwi pod wpływem działania enzymów.

K. W. Sierpiński.

165. Th. SCHOTT z Nauchheim. **O różniczkowym rozpoznaniu wysięku osierdzia i rozstrzeni serca.** Zur Differentialdiagnose des Pericardialexsudats und der Herzdilatation. (*Berlin, Kl. Woch. Nr. 18, 1891.*)

Rozpatrzywszy po szczególe wszystkie dane, któremi się dotychczas posiłkowano przy różniczkowym rozpoznaniu między wysiękiem w osierdziu a rozstrzenią serca autor przychodzi do wniosku, iż żadne z nich nie pozwala na stanowcze rozstrzygnięcie kwestyi. Wobec tego autor ucieka się do pewnego zabiegu, który, jak to dalej wykazuje, zawsze i napewno prowadzi do celu. Sposób ten polega na następującem. Badany chory poddaje się „gimnastyce z oporem.“ (*Winderstandgymnastik*), pod wpływem której wymiary stłumienia w okolicy serca maleją, jeśli mamy do czynienia z rozstrzenią tego narządu, a nie zmieniają się wrazie wysięku w osierdziu.

Rzeczona gimnastyka polega na pokonywaniu przez chorego oporu ręki drugiej osoby, albo oporu stawianego przez napięcie mięśni antagonistów tejże samej własnej kończyny. (*Selbsthemmungsgymnastik*). Przyrządów więc do tego żadnych nie potrzeba.

Odpowiednio zastosowane ruchy ciała są bodźcem dla mięśnia sercowego, który przez odpowiedniej miary pracę skrzepia się ściągając i w ten sposób objętość serca maleje, a co zatem idzie i wymiary stłumienia sercowego, zwiększone wskutek rozstrzeni, zmieniają się w tymże kierunku.

Jasną jest rzeczą, że gdy to zwiększenie stłumienia serca warunkuje się wypełnieniem worka osierdziowego przez płyn, takiej zmiany być nie może. (Jak wiemy, na podanym wyżej fakcie fizjologicznym opartą jest bardzo racjonalna metoda leczenia chorób serca podana przez Oertel'a. Przypisek sprawczdawcy).

W pracy tu streszczanej autor nie podaje jak mianowicie odbywa się ta gimnastyka t. j. jakie mianowicie opory ma pokonywać chory, Dzieli tylko zalecaną gimnastykę na trzy stopnie różniące: „słabą, średniej siły i silną gimnastykę z oporem“. Dowolne i małowowiące określenie, dające właśnie pole do błędów. Uwaga sprawczdawcy).

W razie rozstrzeni serca, bez względu na przyczynę, która ją wywołała, po zastosowaniu będącej w mowie gimnastyki przez czas niedługi, stłumienie serca zmniejsza się we wszystkich wymiarach. W jednym np. przypadku, badanym przez Schott'a wraz z prof. von Iürgensen'em (z Tybingi), gdzie wysokiego stopnia niedomykalność zastawki dwódcielnej, połączona z niedomogą względną ujścia tętnicy głównej, wywołała znaczne rozszerzenie serca — po półgodzinnem stosowaniu u chorego gimnastyki z oporem, wymiar stłumienia serca w linii środkowej mostka obniżył się o 4 centymetry; granica prawa stłumienia przesunęło się o 5 cm. w lewo; uderzenie

końcowe serca bardzo wyraźnie przesunęło się ku mostkowi. Równocześnie dolny brzeg wątroby podniósł się o 2 cm; tętno i oddech znakomicie się polepszyły.

Najwyraźniej występuje zmniejszenie się wymiarów komórki prawej.

Że nie idzie tu o przykrycie serca brzegami chwilowo rozdętych płuc, a istotnie objętość serca maleje—o tem przekonanywa stosowne opukiwanie, pozwalające na oznaczenie wymiarów serca bez względu na ustawienie brzegów płuc; świadczy o tem wcale nie dwuznaczne przesunięcie się uderzenia końca serca w prawo; a wreszcie to, że, wobec zmniejszenia się stłumienia, tony i szmery serca słychać wyraźniej. Wszystkiego tego, rozumie się być nie może w razie przykrycia serca przez rozdęte płuca.

W przypadku, gdzie oprócz rozstrzeni serca jest i wysięk zapalny w osierdziu, co zdaniem autora często się zdarza, rozpoznanie oparte na zwykłych objawach, bardzo się waha. Otóż i tutaj sposób autora jedynie pozwala na postawienie pewnej dyagnozy. Wrazie tym radzi Schott stosować gimnastykę z oporem średniego stopnia, słaby bowiem nie wystarcza. Wskutek kurczenia się serca i tu stłumienie jego maleje choć w mniejszym stopniu, niż przy nie prawidłowej dylatacji. Wobec atoli pewnej wprawy można to zmniejszanie się opukiwaniem oznaczyć. Zresztą rozpoznaniu przychodzi w pomoc wzmożenie się szmerów i tonów serca.

Nakoniec w przypadkach, gdzie do istniejącej rozstrzeni serca dołącza się pericarditis sicca, a więc przy charakterystycznej konfiguracji stłumienia serca mamy i tarcie osierdziowe, snadnie można popełnić błąd w rozpoznaniu, widząc w danym razie wysięk zapalny w osierdziu. Sposób atoli Schott'a uchroni nas od błędu.

Na podstawie powyższego autor uważa swój sposób za cenny dorobek naukowy.

Wł. Świątecki.

166. Prof. H. KISCH. **O jałowości ludzi otyłych.** (*Stenilität der Fettleibigen. Wiener. Med. Presse. 1891, Nr. 21*).

Już Hippokrates wiedział, że kobiety otyłe często są jałowe i tłómaczył tę okolicznością jałowość otyłych żon walecznych Scytów, którzy, spółkując ze swemi chudemi niewolnicami, okazywali się sami bardzo płodnymi. Dokładnie zbierane dane autora (1886 r.) wykazały, że posród małżeństw otyłych stosunek jałowych do płodnych dochodzi do 1:4, podczas gdy zwykle jest on 1:10, a nawet u arystokracji ma się jak 1:8,6. Fakta te potwierdzają myśl już dawno przez Virchow'a wypowiedzianą, że tłuszcz ma szczególną jakąś łączność z narządami mnożenia się. — Przyczyną bezdzietności omawianych małżeństw bywa zarówno mężczyzna, jak i kobieta. Już sama niedostateczna ruchliwość mężczyzn zmniejsza ich zdolność do życia płciowego. Przy nadmiernem odkładaniu się tłuszczu w części dolnej brzucha i na udzie, sprawa dochodzi nieraz do tego, że prącia zupełnie prawie nie widać. Nawet w stanie erekcyi nie jest ono w stanie swojemu przeznaczeniu odpowie-

dzień. Przytem tego rodzaju osobniki nie mają często wcale popędu płciowego. Nasienie ich zawiera często bardzo niewiele mało ruchliwych ciałek nasiennych, a w 90% badanych przez autora przypadków, nasienie składało się pod drobnostwem z samych tylko mas rozpadowych i krystalłów.

Niemniej liczne są powody jałowości otyłych kobiet. Już same zaburzenia w miesiączkowaniu, które u nich bywa bardzo nieobfite, krótkotrwałe, znacznie spóźnione (co 6—8 tygodni, a nawet co kilka miesięcy) dowodzi, że otyłość wpływa ujemnie na sprawę owulacji. Zaburzenia te są tem większe, im szybciej postępuje otyłość. Następnie osoby te cierpią często na niezbyt przewlekły błony śluzowej pochwy i szyjki macicznej, na przewlekłe zapalenie macicy, na zbroczenia w położeniu macicy i t. p. Częste stosunkowo zapalenie warg małych czyni dla nich spółkowanie bardzo bolesnem, dla ich zaś mężów nie bardzo pociągającym. Wielka warstwa tłuszczu na brzuchu czyni często stosunki z niemi bardzo utrudzającemi. Wiele z nich niema prawie wcale, albo i wcale pociągu do stosunków, a przynajmniej musimy, że pobudzenie kobiety podczas stosunku nie pozbawione jest zupełnie wpływu na zapłodnienie. Rokowania w jałowości kobiet otyłych nie należy do niepomysłnych. Zdziwiająca nieraz skutki widywał autor po leczeniu, sprzyjającemu wychudnięciu, i miejscowem leczeniu organów płciowych. W końcu autor zaznacza, że dużo jest bardzo nawet otyłych kobiet, których sprawność płciowa jest jednak zupełnie dobra.

W. Janowski.

167. Professor E. EBERMAJER. **Hygieniczne znaczenie lasu.** Z odczytów międzynarodowego agronomiczno-leśnego zjazdu w Wiedniu w końcu 90 r. (*Allgemeine Wiener medicin-Zeitung* 11 listopada 90 roku. *Medicinishe Neuigkeiten* N. 4 r. 91).

W przestrzeniach zajętych pod las odróżnić należy leśne powietrze i leśną glebę. Doświadczenia autora wskazują, że niema istotnej różnicy między powietrzem leśnem i wiejskiem. Las uważamy zazwyczaj, jako aparat przygotowujący tlen; lecz odsetka tlenu zawartego w leśnem powietrzu nie jest większą jak w przestrzeniach pozbawionych lasu; pod tym więc względem pojęcia o powietrzu leśnem są przesadzone. Las średniego wzrostu pochłania w ciągu pięciomiesięcznej wegetacji około 6,000 metrów sześciennych kwasu węglanego na hektar (10,000 metr: kwadratowych) (trochę więcej jak 2 morgi 300 prętowe) i prawie, że tyle wydziela tlenu. Ilości te są nieznaczne w porównaniu do ilości powietrza zawartego w lesie, a zupełnie giną, jeżeli weźmiemy pod uwagę ruchy powietrza. Dorosły człowiek zużywa tyle tlenu przez oddychanie w ciągu roku, wiele las wielkości trzech arów (ar=100 metrów kwadratowych) może wyprodukować. Poprawa powietrza, otrzymana przez hektar lasu, niszczy się przebywaniem w nim czworga ludzi. Wskutek więc tego małe laski, ogrody, skwery, trawniki i t. p. zadrzewienia, znajdujące się w miastach, nie mogą sobie rościć pretensyi do poprawy powietrza, pod względem zawartości tlenu, natomiast mają wielki wpływ na poprawę gruntu.

Na brzegach lasu, podobnie jak i w jego górnych warstwach t. j. na wysokości koron drzew powietrze bogatsze jest w ozon, co tłumaczy się niszczeniem ozonu w środku lasu przez gnijące szczątki.

Hygieniczne znaczenie lasu podnosi się również przez wpływy, jakie wywiera na prądy powietrza, mające wielkie znaczenie w powstawaniu chorób zapalnych—to nam tłumaczy przyczyny powstawania zakładów leczniczych na południowych krańcach lasów.

Dobre czyste powietrze nie możemy uważać jako lekarstwo, lecz jako środek pomocniczy w kuracjach chorób pierśiowych, nerwowych, w bezkrwistości i t. d.

Znaczenie hygieniczne lasu zależy przeważnie od ziemi, zadrzewionej lasem; bakteryje chorobotwórcze znajdują tu niekorzystne wpływy dla swego rozwoju; gleba bowiem lasu jest biedna w związku azotu i kwasu fosforowego, w przeciwieństwie do gleby pól i ogrodów; przy tem wiele gleb lesistych oddziaływa kwaśno, a wiadomem jest, że najmniejsze ilości kwasów albo bezpośrednio zabijają bakteryje, albo tamują ich rozwój.

Las wpływa również na stan wód w powierzchniowych warstwach ziemi, utrzymując je w równomiernym stanie, z jednej bowiem strony drzewa zużytkowują jej wielką ilość—tak naprzykład w doświadczeniach autora 115 letni buk spożytkowywał około 60 litrów wody na dobę — z drugiej znowu strony korony drzew chronią ziemię przed silnem parowaniem. Korzenie drzew iglastych, jak to: jodeł i świerków grają rolę osuszających drenów.

Wł. Kopytowski.

II. Choroby nerwowe.

168. CUYLITS. **Przeciążenie umysłu i bezwład ogólny postępujący.** (*Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique 1890*).

W jednej z poprzednich swych prac autor badał znaczenie etjologiczne przymiotu przy powstawaniu bezwładu postępującego, przy czem doszedł do wniosku, iż przeciążenie i obrażenie mózgu, zarówno jak i nadużycie alkoholu i tytoniu dla mózgu zdrowego nie są szkodliwemi. Zato u osobnika z usposobieniem dziedzicznym spowodować mogą zboczenie umysłu; gdy zaś tenże osobnik dotknięty jest jeszcze przymiotem odziedziczonym lub nabytym, to pod wpływem wspomnianych szkodliwości podlega bezwładowi postępującemu. W niniejszym artykule autor rozbiera przeciążenie umysłu i wpływ jego na powstawanie bezwładu. Punktem wyjścia jego wniosków jest analogija przeciążenie mięśnia, przyczem stwierdza on iż zmęczenie mięśnia ogranicza jego zbytne przeciążenie. Wskutek pracy usilnej mięsień lepiej bywa odżywianym i podlega przerostowi. Niepodobna więc przypuścić, aby częste przeciążenie i zmęczenie mięśnia spro-

wadzić mogło zmiany chorobowe oraz zanik mięśnia; gdyż w chwili w której przeciążenie mogło by się stać niebezpiecznym, następuje zmęczenie, powstrzymujące dalszą jego pracę. Zupełnie to samo ma miejsce i w mózgu. Przeładowanie bowiem komórki produktami rozpadu (cholestearyna, leucyna i t. p.) stanowi klępkę bezpieczeństwa dla mózgu; przeciążenie nie może być zanadto posunięciem, gdyż następuje zmęczenie; — ma to miejsce w mózgu człowieka zdrowego. Myśli ludzi genialnych są wynikiem prawidłowej czynności komórek mózgowych, przychodzą one bez wysiłku, bez zmęczenia, słowem nieświadomie. Przeciążenie umysłu ma więc miejsce nie u człowieka zdrowego ani u genialnego lecz dotyka mózg dziedzicznie usposobiony do zboczeń umysłowych. To też dziedzicznie usposobieni, którzy pomimo słabych zdolności zdobyli usiłują stanowisko w świecie, często bardzo w tej walce giną, dając znaczny kontyngens obłąkanych, nie zaś paralityków. Dla normalnego mózgu praca umysłowa nie przedstawia natomiast żadnego niebezpieczeństwa i przeciwnie działa ona dobroczynnie, nawet gdy zwykłą przechodzi miarę. Wielu uczonych pomimo usilnej pracy mózgu dosięgło późnej starości przy zachowaniu pełni władz umysłowych (Guizot, Newton, Humbold, Victor Hugo). Mózg prawidłowy nie zużywa się pracą i powoli i później aniżeli inne narządy zanika on w wieku podeszłym. Przeciążenie umysłu dotyka jedynie dziedzicznie obciążonych i dla nich jedynie jest praca umysłowa szkodliwą. *A. Rosental.*

169. E. C. SEGUIN. **Odczyty o leczeniu nerwic.** (*New-York med. Journ.* 1890).

W zajmujących odczytach autor pierwsze miejsce poświęca leczeniu padaczki. Proponowanemu przez Stevens'a przecięciu mięśni ocznych Seguin odmawia wszelkiego znaczenia; tego samego zdania jest też co do operacji wycięcia jajników przy hysteroepilepsji. Następnie opisuje metodę leczenia padaczki preparatami bromu. Zaleca on jedynie bromek sodu; podawanie innych soli bromowych nie przedstawia korzyści. Bromek podawanym zostaje w znacznej ilości wody lekko alkalicznej, którą powoli pić należy. Dawka zależna jest od wrażliwości chorego i przyjmowana być musi w ciągu 3 ch lat w tej ilości, aby chory wciąż znajdował się w stanie lekkiego bromizmu. Dzieci znoszą doskonale dłuższe stosowanie bromu, natomiast u dotkniętych wadą serca zalecaną jest wielka ostrożność. Pryszyce skóry bynajmniej nie są miarodajnymi dla dawki bromu. W każdym razie stosowanie bromu winno być tak przeprowadzonym, aby podczas całej kuracyi nie otrzymywać odruchu podniebienia. Rozpoczyna się więc od 1,0 bromku sodu kilka razy dziennie i zwiększa się dawkę aż do ustania odruchu; najmniejsza dawka powodująca to ostatnie musi być podawaną nawet gdy należy dojść do 12,0 dziennie. O ile to możebnem należy całą dawkę podawać jednorazowo (jednakże bardzo powoli pić ją należy!). Podobnie, jak chininę, należy dawkę bromu podawać na 4—6 godzin przed spodziewanym napadem. Gdy napady bywają zrana, środek stosować należy podczas nocy.

Gdy jednak czas napadów nie jest określonym, należy dzienną dawkę rozdzielać równomiernie. Gdy po pewnym czasie napady znowu pojawiają się, należy wywołać głębszą narkozę bromową. Zwykłą dawkę zwiększyć należy: 1) wraz z wiekiem i wzrostem młodzieńczego chorego; przy zbliżaniu się miesiączki; 2) przy nieodzownych wzburzeniach lub zmęczeniu. Natomiast dawkę zmniejszyć należy: 1) gdy chory przez trzy lata nie okazuje żadnych zgoła objawów padaczkowych; 2) podczas letnich upałów; 3) podczas ostrych chorób gorączkowych, jakkolwiek i wtedy jeśli to możebnem, należy podawać małe dawki bromu. Z lekków, które brom zastąpić mogą, zaleca autor jedynie chlorał, który łączy z bromem w ten sposób, iż ilość ostatniego zmniejsza się stosownie do zwiększonej dawki chlorału.

Co do leczenia petit mal, to tu leczenie bromowe nie jest wystarczającym. Seguin łączy z nim podawanie strychniny oraz belladony resp. atropiny. W przypadkach Exophoria (parreza m. rect. exter.) należy stosować atropinę.

W kwestyi leczenia płasawicy autor mało podaje nowych danych. Arsenik jest tu środkiem pierwszorzędnym, należy atoli zwiększać dawkę do 25—27 kropeł sol. Fowleri 3 razy dziennie. Spokój i to bezwzględny zalecanym bywa obok tego. Zboczenia refrakcyi lub niedostateczność mięśni ocznych odgrywają przy płasawicy rolę podrzędną. Natomiast zaznacza Seguin, iż nie widział ani jednego przypadku migreny u człowieka z prawidłowym stanem oczów. Zboczenia te mięśni ocznych są dziedziczne. Spowodowana niemi migrena pojawia się w młodych latach szkolnych, gdy wzrok ulega nadwężeniu i znika w latach 40—50-ym oraz z osłabieniem akomodacyi. Działanie środków mydriatycznych (cannabis indica, atropina i hyoscyamina) należy w ten sposób tłumaczyć, iż środki te uspokajają lub paraliżują n. okoruchowy. Dla zwalczania napadu migreny służą antypyrina i kofeina. Przy nerwobólu m. trójdzielnego i chorobie Basedow'a zaleca autor duże dawki akonityny (do 0,004 dziennie). *A Rosental.*

170. Prof. H. EICHHORST. **Spostrzeżenia nad odruchem kolanowym przy wiaździe rdzenia kręgowego.** (*Wiener Medic. Presse. 1891 Nr. 20.*)

Jak wiadomo, badania Westphal'a, a następnie i wielu innych autorów wykazały, że brak odruchu kolanowego zależy od zmian anatomicznych w tak zwanym pasie korzonków na granicy części grzbietowej i lędźwiowej rdzenia kręgowego w pęczkach tylnych, tuż przy rogach tylnych. Tylko wtedy więc, jak mówili wszyscy, objawu Westphal'a brakować może, jeżeli sprawa, zaczawszy się, jak zwykle, od dołu, pominie ów pas korzonków (co naturalnie zdarza się niezmiernie rzadko), lub też jeżeli sprawa zacznie się od części szyjowej i nie zdąży dojść do wyżej wspomnianego miejsca. Czy jednak brak odruchu kolanowego przy wiaździe, rozwijającym się w części szyjowej, dowodzi bezwarunkowo, że pas korzonków też już jest zajęty? Nie. Autor podaje przypadek, w którym

pewna kobieta, zmarła wskutek urazu, nie miała wcale odruchu kolanowego w ciągu ostatnich dni kilku swego życia. Przy autopsyi znaleziono bardzo wysoki stopień zwyrodnienia pęczków tylnych w części szyjowej, podczas gdy pas korzonków był zupełnie nie zajęty. Dopiero badanie nerwu biodrowego wykryło w nim bardzo wysoki stopień zmian. Widzimy więc, że odruchu brakować może z powodu przerwania łuku odruchowego w części jego obwodowej. Fakt to jest niezmiernie rzadki, ale też i niezmiernie pouczający. Potwierdza on analogiczne przypuszczenie wypowiedziane w r. 1888-ym przez Leyden'a.

W. Janowski.

171. I. RUSSEL REYOLDT. **Istota, przyczyny i symptomatologia choroby Basedow'a.** (*Lancet* 1890, 17 Mar).

Autor spostrzegł 49 przypadków choroby Basedow'a (w tej liczbie tylko u jednego mężczyzny). W $\frac{1}{2}$ części przypadków stwierdził on zwykłe napady hysteryczne. Przygnębienie melancholiczne jest tu rzadkiem, częściej zaś drażliwość, zmienność usposobienia i szczególne zaburzenie myślenia, polegające na zjawianiu się myśli odsuwających od przedmiotu, o którym chory myśli (chorea of ideas). Bóle głowy, bezsenność, parestezyje, szum w uszach, halucynacje pojawiają się tu często. Kilkakrotnie zauważył R. zająkowanie się przemijające, dwa razy zaś krótkotrwałe napady afazy. Częstoymi są też ruchy płasawicze; gdy te ostatnie dotyczą mięśni oddechowych, spostrzegamy napady wrzeczmoastmatyczne. Prócz tego zauważyć się daje drżenie rąk i głowy.

HALE WHITE. (*The Brit. med. Journ.* 1889 p. 699). opisał przypadek choroby Basedow'a u chorej dotkniętej zapaleniem prawego płuca; w ostatnich dniach życia zauważono żółtaczkę. Sekcyjja wykazała drobne wylewy krwi na dnie komórki 4 ej, w okolicy jądra N. abducentis. Zmiany te są istotną przyczyną choroby Basedow'a.

EULENBURG. (*Berlin. Klin. Woch.* 1889 Nr. 1) mówiąc o rozpoznawaniu choroby Basedow'a, twierdzi iż rzadko tylko występują wszystkie trzy kardynalne objawy tej choroby. Najeczęściej brak wystąpienia gałek ocznych i w tych razach trudno odróżnić chorobę tę od wola (struma), zależnego od podrażnienia szyjowej części n. współczulnego. Ani objaw Graefego t. j. zaburzenie w kojarzeniu się ruchów powiek górnych i mięśni ocznych, ani objaw Stellwaga (zniesienie mimowolnego zamykania się powiek)—nie mają według autora znaczenia rozpoznawczego. Drżenie opisane przez Charcot'a spostrzegł autor tylko niekiedy i właściwem jest ono raczej neurastenii i hysteryi, czyli cechuje stan rozdrażnienia nerwowego, towarzyszącego chorobie Basedow'a. Zmiany na skórze, uczucie gorąca, objawy naczynioruchowe, obfite wytwarzanie się potu i t. p. opisuje E. obszernie i przytacza przypadek powikłania omawianego cierpienia chorobą Addison'a. Co do leczenia choroby autor poleca leczenie w zakładach, o ile można w klimacie górskim, lekką hydropatyję, szerokie zastosowanie elektryczności a zwłaszcza kąpiele elektrycznych; prócz tego dla zwalcze-

nia neurastenii właściwy sposób życia, odpowiednią dyjetę, resp. zastosowanie metody Weir-Mitschell'a. *A. Rosental.*

172. Prof. TARNOWSKI. **O przymiocie mózgu i związku jego z innymi cierpieniami układu nerwowego.** Odczyt miany na 4-ym zjeździe lekarzy rosyjskich w Moskwie. (*Medicina 1891 Nr. 4*).

Autor podaje przedewszystkiem rys historyczny przedmiotu i powstaje przeciw rozpowszechnionemu a błędnemu uznaniu wszelkich zbroczeń nerwowych u dotkniętych przymiotem jako skutków tejże choroby.

Przyjmuje on za zasadę, iż rozpoznanie przymiotu układu nerwowego uczynionem być może tylko wtedy, gdy same objawy kliniczne choroby nerwowej dowodzą przymiotowego pochodzenia, że natomiast bardzo wiele cierpień nerwowych nie ma nic wspólnego z przebytych przymiotem, takowe pod wpływem leczenia swoistego się zwykle pogarszają. Analogię w tym względzie stanowi pojawienie się różnorodnych nieswoistych wysypek u syfilityków. Na szczególne uwzględnienie z tego punktu widzenia zasługują dwa cierpienia — wiał rdzenia kręgowego i bezwład ogólny postępujący. Tarnowski nie zaprzecza, iż znaczny kontyngens tych chorych przebył chorobę przymiotową; pomimo to jednak byłoby błędem uznać te cierpienia jako przymiotowe i poddawać je leczeniu ręcją. Według zdania jego podlegają tym chorobom jedynie osobniki z wrodzonym usposobieniem, przymiot odgrywa tu bowiem rolę momentu osłabiającego ustrój

W przeciwstawieniu do nieuleczalności wiału rdzenia i bezwładu postępującego — w związku lub niezależnie od przymiotu i leczenia swoistego — rokowanie przy istotnym przymiocie mózgu bywa bardzo pomyślnem. Autor rozporządza w tym względzie bogatym materiałem. Szczególnie pomyślnym bywa przebieg u chorych, u których oprócz przymiotu nie było innych momentów szkodliwych. Niestety takich przypadków jest bardzo mało. W liczbie 100 chorych autora dotkniętych przymiotem mózgu było: 43-ch pijaków nałogowych, 29 neurasteników, a w tej liczbie 18 z wyraźnem usposobieniem dziedzicznem; prócz tego u 5 stwierdzone były obrażenia czaszki, u 6 zaś — przeciążenie umysłu. Jedynie w 23-ch przypadkach nie stwierdzono żadnych ważnych momentów przyczynowych i przebieg przymiotu mózgu okazał się w tych przypadkach daleko pomyślniejszym. *A. Rosental.*

III. Farmakologija.

173. Dr. MAX LINDE. **Kwas aseptynowy.** (Ueber Aseptin—Säure). *Deutsche medicinische Wochenschrift r. 91, 5 Lutego. Medicin. Neuigkeiten N. 9 r. 91*).

Kwas ten (acidum asepticum = Borcreosolhydrogenperoxyd) był otrzymany w 1885 roku przez chemika Busse; przedstawia się pod postacią bezbarwnej cieczy, słabego zapachu i ługowego smaku; łączy się we wszelkich stosunkach z wodą.

Przy zetknięciu się kwasu ze krwią lub ropą tworzy się piana wskutek wydzielania tlenu; przy innych płynach np. przy zetknięciu z mlekiem lub moczem zawierającym białko, wydzielanie tlenu nie ma miejsca. Barwa krwi przechodzi z czerwonej w brunatną; instrumenty chirurgiczne od zetknięcia się z kwasem aseptynowym utleniają się na powierzchni; działanie więc tego leku jest antyseptyczne i zależy od własności jego wydzielania wolnego tlenu.

Dr. M. Linde stosował ten środek przy błonicy, stomacacae, owrzodzeniach gruzlicznych, ropiejących wrzodach, szankrach. Owrzodzenia szybko goiły się pod opatrunkiem z 10% wodnego roztworu kwasu aseptynowego, i, według autora zabliznianie szło prędzej, jak przy użyciu jodoformu lub sublimatu.

Przy błonicy oddzielanie błon rzekomych z nosa i gardzieli ma szybko następować, po przemywaniach miejsc chorych roztworami tej że mocy.

Środek ten ma również działać pobudzająco na bujanie ziarniny i rozwój naskórka. Przy zetknięciu się stężonych roztworów (50%) lub czystego kwasu aseptynowego z krwawicami powierzchniami, krwotoki natychmiast ustają. Do opatrunków ran autor poleca 5 — 10% roztwory kwasu aseptynowego.

Środek ten dotychczas nie znalazł tak ogólnego zastosowania w medycynie jak na to zasługuje, chociaż od kilku lat był stosowany przez niektórych dentystów do płukania ust przy zapaleniach okostnej obu szczęk w skutek psucia się zębów.

Należy tu dodać, że środek ten jest nieszkodliwy dla zdrowia, dowodem choćby fakt, że przy błonicy autor widział małe dzieci, przełykające znaczne ilości wodnych roztworów kwasu aseptynowego przy szprycowaniach, płukaniach i t. d. bez złych następstw.

Tak więc, jeżeli weźmiemy pod uwagę nieszkodliwe ogólne działanie nowego tego środka na organizm przy silnem jego działaniu antyseptycznem i hemostatycznym, to musimy zaznaczyć, że lek ten znajdzie w medycynie szerokie zastosowanie. Lek ten został puszczoney w handel przez fabrykę przetworów chemicznych „Adler i Rodkon“ w Hamburgu.

Wł. Kopytowski.

174. Prof. R. LÉPINE. **Wydzielanie się rțęci z organizmu.**
Sémaine médicale Nr. 26 r. 91.

Niezależnie od sposobu wprowadzenia rțęci do ustroju człowieka, wydzielanie się jej z początku jest bardzo słabe i do- sięga swego maximum dopiero po upływie 2—4 tygodni.

Według Brasse'a i Wirth'a maximum owo wynosi 8 mlgr. na dobę, z czego na mocz przypada 4 miligr. Winternitz ozna- czał wydzielaną rțęć tylko z moczu i w pierwszej swej pracy dobową ilość rțęci w moczu określał na 2—3 miligrany; na- stępnie jednak u chorych, leczonych zastrzykiwaniami, znajdo- wał w moczu znacznie wyższe jej ilości (do 6 miligr. na dobę — a nawet u dwóch chorych 8 miligrammów).

Ażeby jednak wyżej wskazane ilości rtęci mogły wydzieląć się organizmowi niezbędnym jest należyty stan nerek. Jeżeli dobową ilość wydzielonej rtęci moczem dochodzi cyfr wyżej przytoczonych, organizm jest nasycony rtęcią, choremu więc należy zmniejszyć ilość podawanego leku, w przeciwnym bowiem razie wystawiamy go na poważne niebezpieczeństwo—ostrego zatrucia rtęcią.

Oznaczenie maximum wydzielonej rtęci z moczem może mieć i praktyczne znaczenie. Przypuśćmy, że mamy przed sobą syfilityka, leczonego od dwóch tygodni rtęcią, u którego jednak objawy przymiotu pomimo swoistego leczenia nie ustępują. Należy określić, czy choroba nie ustępuje wskutek swego nasilenia, czy też w skutek niedostatecznej ilości stosowanej rtęci. Analiza ilościowa moczu może nam to wyjaśnić. Jeżeli w dobowej ilości moczu znajdziemy tylko nieznaczne ilości rtęci np. 1—2 miligramy—należy ilość leku powiększyć; jeżeli zaś wydzielina rtęci wynosi 5—6 miligr. mamy dowód, że ilość stosowanego środka jest wystarczającą i że przyczyną nie ustępowania objawów choroby należy szukać w czem innym.

Wpływ równomiernego użycia rtęci i jodu przy przymiocie rozmaicie był tłumaczonym—przeważnie, jakoby jodek potasu wpływał na powiększenie wydzielanej ilości rtęci moczem; doświadczenia Winternitz'a wcale nie potwierdziły tego przypuszczenia.

Kronfeld, Stein powtórzyli doświadczenia Winternitz'a, przy czem jednak badali i kał na zawartość rtęci; znaleźli oni, że ilość wydzielonej rtęci tą drogą równa się ilości wydzielonej przez moczu.

Autorowie ci następnie określili stosunek rtęci wprowadzonej do organizmu do wydzielonej kałem i moczem i podają stosunek 1:13 i 1:17. Jeżeli dołączymy do tego ilość rtęci parującą przez skórę, powietrze wydechane, również jak i wydzielone przez ślinę dojdziemy do przekonania, że wydziela się z organizmu $\frac{1}{10}$ część wprowadzonej rtęci.

Jak wiadomo, po zaprzestaniu wprowadzania rtęci do organizmu wydzielanie jej trwa całe tygodnie, niekiedy miesiące (Schuster, Michałowski, Oberländer). Stein u chorych, leczonych wstrzykiwaniami olejku rtęciowego (oleum cinereum) znajdował po upływie 1—5 miesięcy w dziesięciu dobowej ilości moczu do pół miligram rtęci, co na dzień odpowiada 0,00005.

Po upływie roku moczu nie zawiera już rtęci (wyjatek stanowi obserwacja Vajd'y i Paschkis'a, którzy znajdowali ją po latach), chociaż organizm może ją przechowywać w sobie nawet w zredukowanym stanie. I tak Virchow przytacza protokół sekcji dr. Otto, gdzie z kości wydobyto około uncy metalicznej rtęci. Podobnie i Frerichs znajdował rtęć metaliczną w kamieniach żółciowych.

W jakich organach rtęć kryje się przeważnie, trudno jest przy dzisiejszym stanie nauki dokładnie określić. Umiejscowienie to znane jest tylko przy ostrem zatruciu rtęcią (obserwacje Ludwig'a i Zillner'a: dziewięć przypadków ostrego otru-

cia sublimatem. Na pierwszym miejscu stoją nerki, następnie wątroba. Na 100 grm. substancji nerki w jednym przypadku znaleziono 14 miligr. rtęci. Na 100 grm. wątroby znaleziono 2—3 miligrm. rtęci. Za temi organami następuje gruczoł tarczycowy, dalej błona śluzowa grubej kiszki, następnie mięśnie. Mózg i kości o dużo są uboższe w zawartość rtęci, w żółci zaledwie są jej ślady. *Wł. Kopytowski.*

175. GEISLER. **O leczniczym działaniu diuretyny.** (*Berliner Klinische Wochenschrift, Nr. 15. 17--1891*).

Autor dokonał na klinice dyjagnostycznej prof. Tschudnowsky'ego w Petersburgu, szeregu prób klinicznych z przetworem w roku zeszłym do terapii wprowadzonym, a zwanym diuretyną „Knolla“ dla jego własności moczopędnych. Diuretyna jest połączeniem teobrominy z salicylanem sodu (Theobrominum natrio-salicylicum).

Po krótkim przeglądzie dotychczasowych doświadczeń fizjologicznych i prób klinicznych z tym lekiem wykonanych przez Chr. Grama ¹⁾, Schrödera ²⁾, Koritschonera na klinice prof. Schröttera ³⁾ i Konindjy-Pomerantza ⁴⁾, na klinice prof. Dujardin-Beaumetz autor podaje własne próby kliniczne, które zasługują na bliższą uwagę.

Autor przy próbach swych postawił sobie za zadanie zbadać: 1) działanie moczopędne diuretyny u zdrowych i chorych ze szczególnem uwzględnieniem klinicznych znaków wskazujących na jakiegokolwiek podrażnienie nerek, 2) wpływ diuretyny na ciśnienie krwi i tętno, czyli innemi słowami autor starał się określić, do jakiej grupy leków moczopędnych należy diuretyna.

Autor też oznaczał głównie ilość płynu wydzielanego przez nerki i ilość płynu dostarczanego ustrojowi, ilość zaś stałych części tylko w przybliżeniu podług ciężaru gatunkowego. W niektórych doświadczeniach oznaczał straty przez skórę i płuca.

Oprócz tego w każdym doświadczeniu oznaczonem było ciśnienie w tętnicy promieniowej aparatem Bascha i krzywizny tętna sfigmografem Richardsona. Autor dokonał 8 prób: 4 u chorych na serce, 2 u chorych na nerki, i u chorego na cirrhosis hepatis, 1 u zdrowego. Każde doświadczenie dzieliło się na 3 okresy: pierwszy przed podaniem diuretyny, drugi podczas podawania leku i trzeci po odstawieniu leku. Każdy okres trwał cztery dni. Diuretyna podawana była w ilości 4 do 6 gramów dziennie.

Próba dokonana na człowieku zdrowym, wykazała zwiększenie ilości moczu i podniesienie ciśnienia tętniczego.

¹⁾ Therapeutische Monatshefte, 1890, Nr. 1.

²⁾ Arch. für experimentelle Pathologie und Pharmacologie, tom XXII i XXIV.

³⁾ Wiener Klinische Wochenschrift, 1890, Nr. 39.

⁴⁾ Bulletin général de thérapeutique, 1890.

W jednej próbie dokonanej na chorym z cirrhosis hepatis nie było skutku.

Autor z prób swych wyprowadza następujące wnioski:

1. Theobrominum natrio-salicylicum (Diuretyna) podnosi niewątpliwie ciśnienie krwi wbrew zdaniu Grama i Koritschonerera.

2. Diuretyna klinicznie musi być uważaną nie tylko za lek moczopędny, lecz za wzmacniającą czynność serca.

3. Szczególnie wydatnem jest jej działanie przy zbrozeniach w krążeniu spowodowanych wadami zastawek.

4. Przy cierpieniach mięśnia serca działanie diuretyny jest daleko słabszem.

5. Przy ostrem zapaleniu nerek działanie diuretyny jest daleko silniejszym, aniżeli przy przewlekłym ¹⁾.

6. W przypadku cirrhosis hepatis nie zauważono działania moczopędnego.

7. U zdrowego diuretyna zwiększa nieco ilość moczu.

Autor w końcu zaznacza, że działanie moczopędne diuretyny nie jest wyłącznie zależnem od teobrominy jak twierdzi Gram, lecz i od salicylanu sodu. Pogląd ten autor opiera na tem, że w literaturze mamy cały szereg spostrzeżeń w których kwas salicylowy i salicylan sodu wywoływały znaczną diurezę (Zasetzky, Huber, Stiller). *Feliks Arnstein.*

IV. Chirurgija.

176. Prof. DAYOT. O przepuklinach uwiecznionych. Observations de hernies et ranglées. (*Archives gén. de Méd. Février-Mars 1891.*)

Dayot gorąco poleca uwadze chirurgów sposób niezupełnego zaszywania rezekowanej kiszki, zaproponowany przez Bouilly. (Autor operował tą metodą raz jeden i wogóle sposób ten stosowany był 3 razy. Bouilly, Pye, Dayot). Bouilly postępuje w następujący sposób. Usunąwszy podejrzaną lub podległą zgorzeli część kiszki, łączy oba odcinki na całym obwodzie za pomocą szwu Lembert'a; pozostawia jednak niezaszytym otwór długości około 1 ctm., który prowizorycznie zaciska szczypcami Peana. Odprowadza kiszkę do otrzewnej, umocowuje ją kilkoma szwami brzezi otworu we wrotach przepuklinowych, starannie zamykając jamę otrzewnej; wycina większą część wyseparowanego worka, a głęboką część worka przyszywa do brzegów rany skórnej. Jednym słowem robi sztuczną przetokę kałową.

¹⁾ W przypadku przewlekłej choroby Brighta, spostrzeganym przemennie obecnie, 15 gramów diuretyny podanych w ciągu 3 dni zwiększyło ilość moczu z 1 1/2 szklanki na 4 i więcej na dobę. Działanie to moczopędne trwało jeszcze przez kilka dni po zaprzestaniu podawania leku.

(Frzypisek ref)

Wyższość tej metody nad typową rezekcją kiszki Dayot stara się wykazać następującem rozumowaniem.

Po wykonaniu typowej rezekcyi i odprowadzeniu kiszki do otrzewnej, szczęśliwy wynik zależy jedynie od tego, czy szew wytrzyma ciśnienie gazów kiszkowych i kału. Jeżeli nie—śmierć nastąpi wskutek rozlanego zapalenia otrzewnej.

W szczęśliwych okolicznościach, przy istnieniu zrostów lub uformowaniu się otworu w bliskości rany ściany brzusznej—utworzy się przetoka kałowa. Wiele jest znanych przypadków podobnych w literaturze.

Ponieważ w żadnym konkretnym wypadku nie możemy mieć zupełnej pewności, czy szew jest bez zarzutu i utrzyma oba odcinki aż do chwili dostatecznie mocnego zrośnięcia się, i ponieważ nie wiemy naprzód, czy w przeciwnym razie ograniczy się wszystko utworzeniem się przetoki kałowej, rozsądniej jest utworzyć ją odrazu, w czasie operacyi.

Przetoka ta odgrywa rolę klapy bezpieczeństwa, odprowadzając na zewnątrz gazy, które inaczej rozciągałyby kiskę w okolicy szwu. W takich warunkach każdy starannie nałożony szew kiszkowy może zupełnie wystarczająco wypełnić swoją rolę i nie ma potrzeby uciekać się do szwów *skomplikowanych*, a poczęści umyślnie w tym celu wynalezionych w ostatnich czasach. W przypadku autora prosty szew Lember't'a okazał się dostatecznym.

Przyszycie worka do rany skórnej zupełnie zabezpiecza tkankę łączną od zetknięcia się z kałem i robi zbytecznem drenowanie, tem więcej, że rana ma formę stożka, szerokim końcem zwróconego ku skórze. Przetoka kałowa nie wymaga następczego leczenia—zamyka się sama po kilku tygodniach.

A. Grużewski.

177. LEMKE. O chirurgicznym leczeniu choroby Basedowa. (*Deut. medicin. Wochenschr.* 1891, Nr. 2).

F. Lemke (Hamburg) opisuje dwa przypadki choroby Basedowa, leczone przezeń drogą ekstirpacyi woła z pomyslnym skutkiem. Pierwszy przypadek dotyczy 17-letniego ucznia mularskiego, który od dwóch lat był dotknięty wspomnianą chorobą, rozwiniętą w wysokim stopniu. Wezwany do chorego d. 12 kwietnia r. z. L. znalazł następujący stan chorego. Wole znacznie obrzmiałe, zajmujące przestrzeń od cart. cricoidea do sternum, exophthalmus, wysoki stopień sinicy na twarzy, tętno b. przyspieszone i nie prawidłowe, bezsenność, trudność w przyjmowaniu pokarmu, ciepłota podwyższona. W takim stanie przewieziono chorego do kliniki dla dokonania tracheotomii. Ponieważ tracheotomia infer. musiała być zaniechana dla trudności dostania się do tchawicy, autor usiłował wykonać tracheot. super., lecz chory nagle zaczął się dusić, co zmusiło L. przeciąć wole i dokonać cricotomii, poczem założył długą rurkę Königa. Obfite krwawienie ustało samo przez się po pierwszych głębokich wdechaniach. Po upływie 8 dni L. wyluszczył lewą większą połowę wola bez szczególnych trudności i ranę zatamponował gazą jodoformową, szwy zaś nałożył dopiero po

dwóch dniach. W 8 dni potem rurka została usunięta, chory oddychał zupełnie prawidłowo, exophthalmus oraz inne objawy chorobowe znikły, głos normalny, pozostała prawa połowa wola uległa znacznej redukcji, tak że w 7 miesięcy po operacji pacjent przedstawiał obraz kwitnącego młodego człowieka. Pomyślny rezultat powyższej operacji zachęcił L. do dokonania jej na drugim swoim pacyencie, 47-letnim szewcu, u którego wyłuszczenie prawej połowy wola dało również pomyślny wynik.

S. Groszlik.

178. GUYON. **Antyseptyka przy kruszeniu kamienia.** (*Annales des maladies des organes Génito-Urinairais, Mai 1891*).

Przy tworzeniu się kamienia ani pęcherz, ani nerki, ani czystość moczu nie ulega zmianom, dopóki nie miało miejsca zakażenia brudnym instrumentem. Przy zajętych pęcherzu operacyjny zabieg kruszenia pogarsza zwykle patologiczny stan pęcherza, zakaża nerki, przedłuża rekwalenscencję i wreszcie sprzyja nowemu tworzeniu się kamienia. Idealem postępowania w tym razie będzie takie, które pozwoli usunąć kamień bez żadnych powikłań septycznych przed i po operacji. Środkami do osiągnięcia tego celu będą: aseptyka operatora i narzędzi;—dezynfekcja chorego. Czyste ręce i ubranie bezwarunkowo obowiązują dobrze wyćwiczzonego chirurga, narzędzia sterylizują się w gorącym powietrzu 150° C., aspirator zmodyfikowany (bez klap) i części jego metalowe pociągnięte srebrem dezynfekują się w roztworze azotanu srebra 1⁰/₁₀₀. Cewniki, szpryce pociągnięte srebrem pozostają aseptyczne i opierają się działaniu azotanu srebra, którego własności antyseptyczne b. znacznie przewyższają nasycony roztwór kwasu bornego.

Chorego myje się dokładnie rano przed operacją, następnie powtarza się to samo przed samą operacją obficie zlewając zewnętrzne genitalia roztworem sublimatu. Jeżeli pęcherz nie uległ zakażeniu, to przemywszy szprycą cewkę roztworem nasyconym kw. bornego, tym samym roztworem przemywa się za pomocą cewnika pęcherz, krótkimi lecz szybkimi poruszeniami tłoka szprycy z następnymi wypuszczeniami płynu. Gdy pęcherz jest zakażony używa się roztworu 1 pro mille azotanu srebra i używa się cewnik gruby 24 m. Dopóki płyn nie wypływa czysty dopóty należy przemywać. Po dokonaniu operacji skruszenia kamienia obficie przemywa się pęcherz roztworem azotanu srebra, osobliwie jeżeli pęcherz jest zajęty. Bolesności podczas i po rękoczynie tym nie obserwowano. Ważną rzeczą będzie zawsze utrzymywać przezroczystość i kwasność moczu przed i po operacji przez przemywania pęcherza do dwóch razy na dzień roztworami kwasu bornego lub azotanu srebra.

Chorym, którzy kateteryzują się sami zaleca Guyon następane ostrożności przy używaniu cewników. Cewnik pogrążony we wrzącą wodę na parę chwil przenosi się do roztworu azotanu srebra, 1⁰/₁₀₀, ztąd nie osuszając go obwija się w gazę karbolową i mackintosh. Tak przygotowane cewniki wystarczają choremu na noc i wprowadzane są po nasmarowaniu

maścią z 10⁰/₀ salolu i wazeliny. Cewniki tak opatrzone pozostają przez całe tygodnie aseptycznymi. *Stepiński.*

V. Choroby dziecięce.

179. SEYOURNET. **Białkomocz u dzieci.** (*Der Kinder Arzt. Nr. 2 r. 91*).

Autor opisuje postać białkomoczu, która zdarza się u dzieci częściej, niż jak powszechnie o tem sądzą. Od zazwyczaj spostrzeganego białkomoczu płonicowego postać ta odróżnia się zasadniczo. Cierpienie to dotyka dzieci 11—16 miesięczne, zwłaszcza sztucznie karmione resp. odłączone od piersi. Najczęściej są to osobniki źle odżywiane, o rozdętym brzuchu, z rozstrzenią żołądka; w pojedynczych przypadkach zauważono powiększenie wątroby; we wszystkich nadto przypadkach białkomoczowi towarzyszyły zaburzenia trawienia i wymioty, biegunka.

Autor mniema, że opisana przezeń postać białkomoczu jest pochodzenia zakaźnego, mianowicie zależy od pewnych ciał trujących, które powstają w kiszki skutkiem nadmiernej fermentacyi, ciała te wchłonięte z kiszki, ulegają swego rodzaju filtracyi w nerkach przez co powodują przekrwienie resp. zapalenie ostatnich. U jednego z takich małych pacjentów w 22 dni po wyzdrowieniu wybuchła szkarlatyna, co dowodzi, że białkomocz nie jest pochodzenia szkarlatynowego.

Białkomoczowi towarzyszy zazwyczaj anuria, co wskazuje na stopień napięcia kongestyi w nerkach.

Tak np. u jednego z chorych w ciągu 24 godzin wydzieliło się zaledwie 12 gramów moczu, w innym znowu przypadku w ciągu 48 godzin mocz nie wydzielal się zupełnie i pomimo to objawów mocznicy nie wystąpiły.

Najważniejszym objawem chorobowym jest anuria, wobec której autor zawsze badał mocz na białko i otrzymywał wyniki dodatnie, drugim ważnym, jakkolwiek zdaniem autora nie stałym, objawem jest obrzmienie nóg niekiedy zaś i rąk, powiek oraz twarzy.

Ilość białka wacha się między 25 a 250 ctgm, na dobę; czas trwania choroby = 2—4 tygod. Leczenie polega na podawaniu mleka, które niekiedy mianowicie, przy wymiotach autor rozcieńcza wodą wapienną; jednocześnie w celu możliwie dokładnej dezynfekcyi przewodu pokarmowego autor zaleca ol. rącznikowy, kalomel, potem zaś salicylan bismutu. Jednocześnie w celu zmniejszenia kongestyi nerek autor próbował systematycznego nacierania okolicy łądzwiowej (*regio lumbaris*).

F. Grodecki.

180. WYSOKOWICZ. **O stosunku gruźlicy do zółzów.** (*Mitteilungen aus Dr. Brehmer's Heilanstalt für Lungenkranke in Görbersdorf*).

Zbadawszy 7 przypadków zółzów świeżo wysięk gruźli autor wypowiada następujące wnioski:

1) Żołący nie stanowią wcale choroby samoistnej: tak zwane skrofuliczne zapalenie gruczołów chłonnych jest niczym innym, jak miejscową sprawą gruźliczą, właściwą przeważnie wiekowi dziecięcemu i zależną od zakażenia łasecznikami Koch'a.

2) Niejednakowy przebieg zarówno jak różnorodne objawy gruźlicze w wieku dziecięcym zależą od rozmaitej siły odpornej tkanek danego ustroju.

3) Zjadliwość łaseczników znalezionych przy żołąkach zdaje się być nie mniejszą niż w zwyczajnej gruźlicy.

4) Gruczoły uległe gruźlicy w dalszym ciągu najczęściej serowacieją, niekiedy wszakże, zwłaszcza przy większej odporności tkanek, może w nich nastąpić przeistoczenie szkliste.

5) Odziedzicza się skłonność do gruźlicy (*dispositio*), nie zaś sam zarodek choroby (*Krankheitskem*).

6) Owa skłonność przejawia się jako słaby ciałaśkład, którego komórki posiadają nieznaczną odporność względem zarazków chorobotwórczych. Skłonność ta może być odziedziczoną, może być jednak i nabytą.

7) Od spraw gruźliczych należy odróżniać niektóre obrzmienie guzowate gruczołów, zarówno jak i obrzmienia, które często możemy, spostrzegać przy cierpieniach skóry i błon śluzowych u dzieci, w ostatnim razie przyczynę obrzmienia stanowią inne (nie gruźlicze) drobnoustroje chorobotwórcze, słaby ciałaśkład dostatecznie wyjaśnia częstość cierpień skóry i śluzówek w wieku dziecięcym.

Obrzmienie gruczołów trwające przez pewien czas po chorobach skóry lub błon śluzowych bez skłonności jednak do dalszego wzrostu można uważać za pozostałość prostej hyperplazji, która wszakże z gruźlicą (resp. żołąkami) nie ma nic wspólnego.

F. Grodecki.

181. C. HOCHSINGER. Rozpoznawanie zakażeń błotnych u dzieci. (*Wien. Med. Presse 1891*).

U dzieci zimnica bardzo często odznacza się nieprawidłowym przebiegiem i objawami, które każą się domyślać zgoła innego cierpienia. Brak bardzo często wstępnego dreszczu i obfitego potu w końcu napadu, typ gorączki nie rzadko bywa tylko zwalnający, przy czym w zwolnieniach ciepłota ciała przewyższa normalną o $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ ° C. Dziecko w krótkim czasie zapada na odżywienie, chudnie; zjawiają się przypadłości ze strony kanału pokarmowego i narządu oddechowego, występuje niedokrewność. Lekarz podejrzywa iż ma do czynienia z gastro-enteritis, typhus levis, phthisis incipiens lub initium dentitiae. Dopiero zmiana miejsca pobytu lub przypadkiem podany przetwórcz chinowy po pomyślnym skutku naprowadza na prawdziwe rozpoznanie. We wszystkich wątpliwych przypadkach takich mamy, zdaniem autora, pewne kryterjum rozpoznawcze w badaniu krwi na charakterystyczne pasożyty będące przyczyną zakażeń błotnych (*haemoplasmodia malariae*). Pamiętać przytem należy że dzieci do roku bardzo są skłonne do zakażeń tego rodzaju.

Badanie dokonywa się w ten sposób. Szkiełko przykrywkowe z rozprowadzoną na niem i zasuszoną krwią kładzie się na 20—30 minut do mieszaniny bezwodnego wysokoku (alcohol absolutus) z eterem (aa), po wyjęciu barwi się preparat sposobem Chęcińskiego zmodyfikowanym przez autora. Do 100 gramów mocnego ale nie zupełnie nasyconego roztworu błękitu metylenowego w wodzie dodaje się kilka kropeł bezwodnego wysokoku i $\frac{1}{2}$ grama eozyny (rozpuszczalnej w wodzie). Rozczyn ten gotuje się na kąpeli wodnej przez $\frac{1}{2}$ godziny w celu dokładnego wyjałowienia i zatyka szczelnie. W ten sposób przygotowany barwnik przez długi czas może służyć do użytku—nie psuje się bowiem. Do barwienia preparatu cedi się przez bibułę kilka kropeł tego barwnika na szkło zegarkowe, rzuca preparat jak zwykle na jego powierzchnię i ogrzawszy nieco trzyma w niem preparat 10—15 minut; po oplókanii wodą przekroploną i wysuszeniu bibułą oraz trzymaniem na bibule nad lampką spirytusową, kładzie się kroplę balsamu kanadyjskiego na szkle przedmiotowym. Czerwone ciałka krwi zabarwiają się przytem różowo-czerwono; jądra ciałek białych—ciemno-niebiesko, a plasmodye—blado niebiesko. Pasożyty okazują się w różnorodnych postaciach warunkujących się przez stopień rozwoju; zawierają ziarna barwnikowe lubo nie; zawsze spotyka się „corps ségmentés Lavevau’a”; często też można spotkać młode plasmodye w środku ciałek krwi; to znów natrafić nie trudno na pasożyty z włoskami, czyli wyrostkami. (Flagellatenformen). Raz w ciężkim przypadku malaryi u dziecka, zakończonym śmiertelnem zejściem widział autor we krwi wyraźnie rozwiniętą postać półksiężycową. Najcharakterystyczniejszą i zawsze we krwi zakażonych malaryą spotykaną postacią są ciałka małe blado-niebieskie z ziarnkami barwnika. Obecność ich uważa autor za stanowczo patognomoniczną dla zimnicy; jak z drugiej strony brak takowych—zdaniem Hochsingera na pewno wyklucza tę chorobę. *Dr. W. Świętecki.*

182. HOCHSINGER. **Przyczynę do kwestyi, czy ospa naturalna i ospa wietrzna są identyczne.** *Der Kinder Arzt. N. 2 r. 91.*

Większa część klinicystów i pedjatrów niemieckich (He-noch, Biedert, Baginsky) nie uznaje obecnie identyczności ospy naturalnej z wietrzną, przed niedawnym wszakże czasem uważano (Hebra, Neymann) ospę wietrzną za najlżejszą postać ospy naturalnej. Kaposi i dziś jeszcze jest zwolennikiem tej teoryi, a w swej „Patologii i terapii chorób skórnych“ mówi: „W rzeczywistości wychodzi na to, że wszystkie te postaci (Variola variolosa, varicella) pod względem genetycznym i patologicznym stanowią jedną chorobę, że na ospę zapadać mogą szczepieni (jakkolwiek znacznie rzadziej niż nieszczepieni) oraz że lekka ospianka lub ospa wietrzna szczepionego może wywołać ciężką ospę u szczepionych lub nieszczepionych. (In Wirklichkeit verhält es sich so, dass alle diese Formen (Variola, Variolosa, Varicella) genetisch und pathologisch eine und dieselbe Krankheit darstellen, dass auch Geimpfte wenn auch viel seltener

als Ungeimpfte an Variola erkranken können und dass leichte Variolois und Varicella eines Geimpften die Quelle abgeben kann für schwere Blattern bei einem Geimpften oder Nicht geimpften).

Przed niedawnym jeszcze czasem H. był żarliwym wyznawcą teorii dualistycznej, jednakże pod wpływem świeżo spostrzeganego nie ulegającego żadnemu zarzutowi przypadku, gdzie zakażenie zarazkiem łagodnej ospy wietrznej wywołało ciężką ospę naturalną—stał się zdecydowanym zwolennikiem teorii Kaposi'ego, która jedynie może dany przypadek wytłumaczyć.

Spostrzegany przez Hochsinger'a przypadek jest następujący: W czasie epidemji ospy wietrznej zachorował na nią 10 letni chłopczyk, cierpienie przebiegając łagodnie, skończyło się po dniach kilku. Stosownie do obowiązujących w Austrii praw sanitarnych starszy, 13 letni brat pacjenta, w ciągu trwania choroby nie mógł chodzić do szkoły, pozostawał więc przez cały ten czas w domu bez izolacji w ciągłym towarzystwie chorego brata i matki, kobiety 40 letniej, która w celu zapobieżenia dalszemu szerzeniu się choroby zakaźnej również z domu nie wychodziła. W 12 dni po zjawieniu się wysypki u młodszego brata zachorowali jednocześnie starszy brat i matka, mianowicie pierwszy na typową ospiankę (variolois), matka zaś na ospę (variola vera gravis) z 12 dniową gorączką dochodzącą do 39—40°C, przyczym na skórze utworzyło się około 300 charakterystycznych ropnych krost i liczne ropnie, które w końcu spowodowały liczne blizny. Choroba zakończyła się wyzdrowieniem zupełnem. Że matka rzeczywiście zaraziła się od młodszego syna, wynika to zdaniem H. ztąd, iż i tak ona jak i starszy syn zachorowali jednocześnie mianowicie po 12 dniowej inkubacji od czasu ukazania się wysypki ospy wietrznej u młodszego dziecka, a 2) że w tym czasie w całym Wiedniu nie zanotowano ani jednego przypadku variolae verae.

Co do szczepień ochronnych ospy u powyższych 3 osób rzecz ma się tak: obydwaj synowie mieli po raz pierwszy szczepioną ospę w pierwszym roku życia, po raz zaś drugi jednocześnie w r. 1885; matka miała szczepione ospę 3 razy 1-y raz będąc dzieckiem, drugi raz przed laty 15 wreszcie 3-ci raz równocześnie z obydwoma synami. Szczepienia u wszystkich członków rodziny zawsze miały wynik dodatni.

Zdaniem Hochsinger'a spostrzeżenie jego, wolne od wszelkiego zarzutu, dowodzi więcej, niż wszelkie argumentacje oraz doświadczenia, jakie w kwestyi toż samości miały miejsce. Spostrzeżenie to dowodzi, że variola i varicella pod względem etjologicznym są identyczne, że ospa wietrzna jest tylko łagodnie przebiegającą ospą właściwą wyłącznie (lub prawie wyłącznie) wiekowi dziecięcemu.

F. Grodecki.

VI. Choroby oczne.

183. A. NIDEN. **Szkliste narosty na tarczy nerwu wzrokowego.** (*Archiv. f. Augenh.* XX. I, 1890).

Autor cytuje 2 obserwacje: w pierwszej cała połowa tarczy prawej i jej brzegi były pokryte małemi, zlewającemi się z sobą ziarkami, niebiesko-popielatemi, wydającemi błyszczący refleks. Naczynia przechodziły po nad niemi, a wyrostki powiększały się z biegiem czasu. $S = \frac{1}{3}$. Pole widzenia normalnie.

W drugim przypadku i cały środek tarczy był zajęty takimiż wyrostkami, z początku naczyn niemożna było odnaleźć. $S = \frac{1}{6}$. Pole widzenia zwężone tylko dla niebieskiego koloru. Zmiany jednakowe w obydwóch oczach. Indiwidua były zupełnie zdrowe, a przyczyną zmian mógł być albo uraz, albo prawdopodobny zrost z błoną szklaną (lamina elastica) naczyniówki.

J. P.

184. C. W. TANGEMAN. **Pęcherzykowate zapalenie rogówki.** (keratitis bullosa). (*Archiv. f. Augenh.* B. XX. 1-2 H).

U zdrowego mężczyzny, 30 letniego, w ciągu kilku tygodni pojawiały się na rogówce pęcherzyki, napełnione przezroczystym płynem. Pęcherzyki ginęły prędko, przy wewnętrznym używaniu chininy. Pacjent poprzednio przechodził intermittens, a owe pęcherzyki były objawem malarii, według zdania autora.

J. P.

185. A. GÜNSBURG. **Przypadek przejściowej ślepoty przy zatruciu łożowiem.** (*Arch. für Augenh.* XX. B. 3 H).

Pewien lakiernik w ciągu dwudziestu siedmiu lat miał do czynienia z farbami łożowaniami. Przechodził już różne objawy zatrucia, lecz te po stosownem leczeniu ustępowały. Pewnego razu wystąpił ból w prawej ręce, kolki, wymioty, a wzrok się zaćmił i w ciągu 6 godzin, chory zupełnie oślepl. Na dzień oczu żadnych zmian, przy zupełnej przejrzystości ośrodków oczu. Paresis prawej ręki, fibrylarne drgawki języka, w moczu białko i cylindry. Po zastosowaniu energicznego leczenia, na drugi dzień wzrok się polepszył, a za parę godzin zupełnie wrócił; $S = \frac{1}{1}$. Objaw ten autor przypisuje uremii; w literaturze znalazł 4 identyczne przypadki.

J. P.

186. BAHR i GARNIER. **Przypadek zarażenia oka streptokokkami z zejściem śmiertelnem.** (*Archiv für Augenheil.* XX 3 H).

Szczegółowy opis pod względem klinicznym, anatomopatologicznym i bakterjologicznym ropnego zapalenia prawego oka u $1\frac{1}{2}$ rocznego dziecka w ciągu 3 tygodni. Rozpoznanie: keratomalacia, meningitis supurativa, bronchitis purulenta, atelectasia pulmonum, tumor lienis, infiltratio renum.

We wszystkich tkankach oka w nerwie wzrokowym, na przestrzeni subarochoidalnej znaleziono mnóstwo kokków, w formie diplo i streptokoków. Zarażenie całego organizmu wyszło z oka.

J. P.

187. O. SCHIRMER. **Przyczynę do patologii i genezy zaćmy warstwowej** (cataracta zonularis) *Graefes Arch. f. Ophth. B. XXXV.*

Rezultaty badania 5 zaćm warstwowych: substancja krowa zupełnie, albo prawie zupełnie przezroczysta, a przy badaniu oftalmoskopem, mętny pas, koncentrycznie położony do powierzchni soczewki, powstały z mnóstwa szczelin, napełnionych drobno ziarnistą masą. Samo jądro zawiera również szczeliny, lecz daleko większe. Powstawanie zaćmy warstwowej, objaśnia zgodnie w Hornerem, że nieprzyjemne wpływy, a głównie zaburzenia w odżywianiu soczewki, wytwarzają w jej warstwach vacuolae, leżące między włóknami soczewki.

Najmłodsze warstwy soczewki są mętne i mając największą ilość vacuol, stanowią właściwą kataraktę warstwową. Jądro ma za mało pustych szczelin, aby wydawało się mętne. W każdym razie i w jądrze spostrzegamy proces marszczenia się włókien soczewki, co pociąga w późniejszych okresach zmętnienie na obwodzie przybrzeżnym soczewki. *J. P.*

188. R. THOMA. **O elastyczności ścianek arteryi siatkówki** (*Graefes Arch. f. Ophth. XXXV 2 ab.*)

Według najnowszych badań, ściany naczyń siatkówki także podlegają arteriosklerozie. Najprzód tracą swoją elastyczność i podlegają rozszerzeniu, wskutek różnych zaburzeń w odżywianiu, rozszerzają się wydłużają, tworząc zakręty i przy osłabieniu tkanek można obserwować i pulsację. Powoli światło naczyń się zmniejsza, przy rozroście i zgrubieniu memb. intimae. W początkowym okresie, ważnem jest uregulowanie warunków życia, diety, aby zapobiedz wylewom krwi czy to w mózgu czy w oku. *J. P.*

VII. Choroby krtani i uszu.

189. H. HOCHHAUS. **O porażeniach dyfterycznych.** (*Ueber diphtherische Lähmungen Virchow's. Archiv Tom 124. Zeszyt 2 rok 1891.*)

Bardzo mało dotąd było robionych badań anatomopatologicznych przy porażeniach dyfterycznych. Zdania więc autorów różnią się co do pochodzenia tych paraliżów, czy zależą one od zmian w nerwach obwodowych, czy też są skutkiem zapalenia lub wylewów krwawych w mleczu.

Autor zajął się tą kwestyją i przeprowadził dokładne badania anatomiczne i drobnowidzowe w 4 przypadkach.

I. silna błonica nosa i gardzieli; Paraliż podniebienia, gardzieli i krtani; osłabienie działalności serca; w ósmym tygodniu choroby porażenie wszystkich kończyn. Śmierć skutkiem zapalenia płuc i wyczerpania serca. Sekeyja. Bronchitis purulenta et bronchopneumonia; serce, mózg, mlecz i nerwy bez zmian.

Mikroskop wykazał silne zapalenie sparaliżowanych mięśni, słabsze—paretycznych; w odpowiednich nerwach nieznacz-

ne pomnożenie jąder komórkowych. Organa centralne bez zmian.

II. Ciężka błonica podniebienia, gardzieli i nosa; we dwa tygodnie od początku choroby porażenie podniebienia i przełyku, później osłabienie serca, porażenie krtani i obu musc. rect. externi. Śmierć skutkiem wyczerpania serca. Sekcja: Obrzmienie migdałów. Zmętnienie mięśnia sercowego, wątroby i nerek. Świeże obrzmienie śledziony. Świeża gruźlica opłucnej, wątroby i śledziony. Mózg, mlecz i nerwy obwodowe bez zmian. Mikroskop; Myositis mięśni porażonych. Mózg i nerwy bez zmian.

III. Ciężki dyfteryt podniebienia i nosa z dużym obrzmieniem gruczołów. Dziesiątego dnia choroby osłabienie serca. Ośmnastego dnia porażenie podniebienia, przełyku i krtani. Śmierć skutkiem zapalenia płuc i wyczerpania serca.

Sekcja: Czerwońść i obrzmienie błony śluzowej dróg pokarmowych i oddechowych. Wylewy krwawe w płucach. Zmętnienie mięśnia sercowego.

Mikroskop. W porażonych mięśniach, a najwięcej sercowym zapalenie. Nerwy, mlecz i mózg bez zmian.

IV. Dyfteryt nosa i gardzieli, 9 dni choroby paraliż przełyku; 12 dnia porażenie podniebienia, gardzieli i krtani. Wyczerpanie serca.

Sekcja: Dyptheritis haemorrhagica dróg pokarmowych i oddechowych. Bronchitis i bronchopneumonia. Zmętnienie m. sercowego. Mikroskop: Myositis interstitialis mięśni gardzieli, podniebienia i krtani, a także serca.

Z powyższych badań wynika, że w mięśniach porażonych skutkiem dyfterytu znajdujemy wyraźne zapalenie ich włókienek, a jeszcze więcej tkanki międzywłókienkowej. Nieznaczne mięśniowe zapalenie bywa i w odpowiednich nerwach, ośrodkowe zaś nerwy są bez zmian.

Dotąd uważano za przyczynę porażen zmiany zapalne w mleczu albo nawet (zwłaszcza w ostatnich czasach) w nerwach obwodowych.

Dla jednego tylko organu, mianowicie dla serca, Leyden pierwszy dowiódł na zasadzie badań anatomopatologicznych, że przyczyną porażenia serca przy dyfterycie, jest myocarditis interstitialis. Tem bardziej, zdaniem autora, jest prawdziwą też sama przyczyna porażen mięśni gardzieli, gdyż na nie prawie bezpośrednio działa zarazek błonicy. *W. Wróblewski.*

190. MICHELSON. **O wrażeniach smaku w krtani.** Ueber das Vorhandensein von Geschmacksempfindung im Kehlkopf Virchow's. *Archiw Tom 123. Zeszyt 3. 1891 r.*

W 1867 roku, wykryli jednocześnie S. Schwalbe i Ch. Lavén w nabłonku języka pewne twory, mające podobieństwo do opisanych przez Leydig'a organów kolbowatych („becherförmig“) u ryb. T. E. Schulze uznał je za zakończenia nerwów smaku. Lovén i Schwalbe, a z nimi wszyscy autorowie przypuszczają, że są to zakończenia n. glossopharyngei. Dowiedli tego v. Vintschgau i Hoenigschmied: wycinali królikom nerw

ten z jednej strony po zabiciu ich po kilku miesiącach przekonali się za pomocą drobnowidza, że po stronie wyciętego nerwu twory smakowe („Schmeckbecher“) zanikały zupełnie, po stronie zaś nienaruszonego nerwu były bez zmiany. Verson wykrył także same twory na krtaniowej powierzchni nagłośnia Davis znalazł je na wewnętrznej powierzchni chrząstek nalewkowych w wielkiej ilości, na zewnętrznej zaś w mniejszej.

Autor wspólnie z Langendorffem robili doświadczenia mające na celu zbadać, czy rzeczywiście nagłośnia posiada możliwość odbierania wrażeń smaku.

W tym celu używali zgłębnika krtaniowego Schrötter'a; maczali koniec jego w stężonych roztworach chininy lub sacharyny i pod kontrolą wziernika dotykali tylko wewnętrznej powierzchni nagłośni omijając język, podniebienie i t. d. Próby takie robione były u 25 osób, z których najmłodsza miała lat 15, najstarsza 60. W większości przypadków następowały odpowiedzi prawidłowe, szybkie i bez wahania. Po dotknięciu zgłębnika umoczonego w chininie 17 osób określiło smak jako „gorzki“; 2 osoby „gorzkawy“; 1 „słodkogorzki“, 1 „nieco słony“; 2 „nieokreślony“, 1 przy pierwszym dotknięciu żadnego smaku, przy powtórnym „gorzkawy“; 1 odwrotnie, z początku czuła „gorzkawy“ później żadnego. (Była to 17 letnia dziewczyna z bezgłosem hysterycznym.)

Smak sacharyny określiło 8 osób jako „słodki“ a 14 osób jako „słodkawy“. Wrażenie smaku odbierali wszyscy w chwili dotykania zgłębnikiem. Co do umiejscowienia smaku to 3 osoby wyraźnie czuły go „w krtani“ 9, „w okolicy krtani“, 10 „w gardle“ z dodatkiem „głęboko“ albo „w tyle“, 3 osoby określały smak „głęboko w ustach“.

Oprócz doświadczeń tylko co przytoczonych stwierdził autor toż samo za pomocą elektryczności. Płaską dużą elektrodę dawał w rękę, a drugą (odpowiednią dla krtani) dotykał nagłośni pod kontrolą lusterka. Jeżeli elektroda krtaniowa była anodą uczuвано smak kwaśkawy, jeżeli katodą lekko alkaliczny.

Na zasadzie tych doświadczeń uważa autor za rzecz doowiedzoną, że wewnętrzna powierzchnia nagłośni posiada możliwość odbierania wrażeń smaku i że „kubki smakowe“ są rzeczywiście organami końcowymi nerwów smaku.

W. Wróblewski.

191. Prof. SCHECH. Rozpoznawanie i leczenie cierpień jam dodatkowych nosa. (*Münch. Med. Woch. Nr. 41. 1890.*)

(Rzecz czytana, na ostatnim zjeździe lekarzy w Berlinie.)

Przy rozpoznaniu cierpień jam dodatkowych nosa trzeba mieć zawsze na względzie przyczyny ich powstawania. Do nich należą przede wszystkim stare sprawy ropne lub wrzodzące w nosie, rozmaite rozrosty błony śluzowej, przykrywające wyjścia jam dodatkowych, wreszcie sprawa chorobowa w samych jamach w zależności od karietycznych zębów powstająca. Dla tego trzeba zawsze odpowiednie wiadomości pozierać z anamnezy. Obiektywnych danych dostarczają nam oględziny. Znaj-

dujemy mianowicie wpływ ropny z odpowiedniej nozdrzy, rozrosty na błony śluzowej, według niektórych zwiększenie wpływu przy odpowiedniej zmianie położenia. Badania zgłębnikiem, przepłukiwania i próbna punkcyjja pomagają w znacznej części przypadków usunięciu wątpliwości.

Leczenie wymaga przede wszystkim usunięcia przyczyny. Chore zęby, rozrosty na błonie śluzowej, muszą być usunięte. Świeższe przypadki dają się leczyć lepiej. Gorzej przebiegają te przypadki, w których błona śluzowa nosa uległa już poważnym zmianom, jeszcze gorzej te, w których chore jamy podzielone są za pomocą rozrostów łącznotkankowych lub kostnych na kilka części. Przemycania chorych jam od strony nosa rzadko prowadzą do celu. Potrzeba je otworzyć i dopiero po otworzeniu przemywać jednym z niezleczonych środków antyseptycznych lub zasypywać, według innych, jodolem, jodoformem, sozodolcynkiem, co według autora, nie zawsze jest lepszym. Otwarcie samej jamy najczęściej zdarza się robić na szczęcie górnej. Autor robi je najchętniej od strony ust lub z fossa canina. Inne trzy jamy otwiera się w ostateczności przez nos, po wbięciu ostrego sztyletu przez muszlę średnią.

W. Janowski.

192. Prof. BÜRKNER. O nadużywaniu postępowania Policera przy traktowaniu chorób usznych. *Berl. Klin. Woch. Nr. 44. 1890.*

Metoda Policera polega na wprowadzeniu do jamy usznej powietrza bez pomocy cewnika. W tym celu chory połyka powietrze, które mu przez nos lekarz za pomocą balonu wciska. Ponieważ technika tego rękoćzynu jest łatwa, a ilość prawdziwych wskazań dość znaczna, więc wielu lekarzy, nie zastanawiając się bliżej nad tem co robią, stosuje go o wiele częściej, zapominając, że sam Policer zakreślił wyraźnie granice zastosowania wynalezionnej przez niego metody.

Te powody zmuszają autora do przypomnienia niektórych ważniejszych okoliczności, zachodzących przy tem tak często stosownym sposobie leczenia.

Przedewszystkiem należy go stosować tylko przy obustronnem cierpieniu uszów, przeważnie u dzieci, przy ostrym niezycie błony śluzowej ucha średniego, lub też przy chronicznym ale bez sclerozy. U dorosłych, o ile niema innych przeciwwskazań, należy stosować katetyzacyję.

Nie uwzględnienie tych okoliczności ma dość ważne następstwo. Powietrze przy ruchach połykowych przeciska się do obydwu trąb Eustachiusza. Jeżeli jedna z nich jest chorą, otwór jej jest zmniejszony i przez to samo prawie całe wtłaczane powietrze wciska się do zdrowego ucha i drażni je. Ma to być następstwem, wielokrotnie przez autora sprawdzonego, dość znacznego osłabienia słuchu, pierwotnie zdrowego ucha. Oprócz tego polepszenie w chorem uchu jest bardzo nieznaczne z przyczyny za słabo działającego na nie czynnika. Należy mieć pilnie na uwadze prawdziwe tylko wskazania dla omawianej metody i nie pozwalać chorym samym wykonywać wtłaczania powietrza, gdyż jedni, bądź z winy lekarza, który im rzecz

niedostatecznie objaśnić, bądź z winy swojej niezręczności, będą niedokładnie je wykonywać, znacznie zmniejszając działanie tego rękoczynu, drudzy rekomendują go wszystkim znajomym niedobrze słyszącym i przez to powiększają ilość błędnie leczonych przypadków, trzeci wreszcie wykonywają wtłaczanie powietrza zasilnie, wywołując u siebie przez to często długotrwały, przykry, bardzo męczący szum w uszach, często połączony z bólem głowy. Ostatnią okoliczność należy mieć zawsze na względzie, gdyż, oprócz wymienionych przykrych objawów, wywoływanych u chorych przez zbyt silne wtłaczanie powietrza przez trąbę Eustachiusza, zdarza się czasami pęknięcie błony bębenkowej, a u dzieci często wskutek polykania go, występują przykre objawy ze strony żołądka, które, chociaż prędko przechodzą, jednak są często przyczyną, że chorzy wolą aby ich kateteryzowano. Należy więc miarować siłę przy wykonaniu operacji wtłaczania powietrza do ucha.

W. Janowski.

193. Dr. J. BARATOUX. **Perjodyczne krwotoki uszne u histeryczek.** (*Revue de Laryngologie etc. N. 19. 1890.*)

Krwawienie z uszów, zastępujące prawidłowe miesiączkowanie, lub pojawiające się jednocześnie z niem, nie należą do rzadkości; zdarzają się one jednak zawsze przy istniejących już od dawna zmianach w uchu średnim i przedziurawieniu błony bębenkowej.

Rzadsze atoli są krwotoki z ucha zdrowego, których źródłem są ściany przewodu zewnętrznego i które występują niezależnie od miesiączkowania u kobiet tak zwanych nerwowych. Niektórzy autorowie, a do tych należy i Gruber, zaprzeczają istnieniu takich krwotoków, spostrzeżenia natomiast innych, jak np. Ferreri'ego, Stepanow'a i Eitelberg'a, zwłaszcza zaś szczegółowo padane spostrzeżenia Baratoux zdają się nie pozostawiać żadnej wątpliwości co do istnienia takiego objawu histeryi. U typowej histeryczki, dziewczyny młodej, jednocześnie prawie z napadami nerwowymi wystąpiło krwawienie z miejsc następujących: z przewodu usznego prawego, z wewnętrznej powierzchni powiek, przeważnie po stronie prawej, z prawej brodawki i otaczającej części sutki, ze skóry otaczającej paznogie prawej ręki obu nóg. Krwotoki te zjawiały się prawie codziennie całkiem niezależnie od miesiączki, która powtarzała się prawidłowo co 2—4 tygodnie. Kilkakrotnie były wymioty krwawe, krwawienia zaś z nosa nie spostrzegano. Drobnowidzowe badanie krwi wykazało cechy prawidłowe. Jednocześnie z krwotokami, na skórze górnej części klatki piersiowej występowały podbiegnięcia krwawe, nieprawidłowe i niesymetryczne, podobne na pozór do znamion.

Autor zajmuje się wyłącznie krwawieniem z przewodu usznego i opisuje je w sposób następujący: „Krew wycieka kroplami z górnej ściany części chrząstkowej i z górnej tylnej ściany części kostnej;“ ta ostatnia zawiera, jak wiadomo, gruczoły wydzielające woszczek. Jednorazowa ilość krwi nie przechodziła nigdy zawartości naparstka, zwykle zaś było jej mniej. Badanie u-

cha nie wykazało żadnych zmian chorobowych, ani w przewodzie zewnętrznym, ani na błonie bębenkowej, ani też w uchu średnim lub wewnętrznym. Zkąd pochodzą takie krwawienia? Jeszcze w 5-ym dziesiątku bieżącego stulecia, Magnus Huss (z Sztokholmu) wskazał, jako na ich źródło, na gruczoly woszczkowe. Przypuszczenie to jest bardzo prawdopodobne z tego powodu, że gruczoly woszczkowe posiadają bardzo liczne naczynia włosowate a prócz tego są one identyczne z gruczolami potowymi skóry, które, jak wykazał Parrot, są źródłem krwawienia skórnoego (l'hemathydrose cutané).

Należy przeto obok krwotoków usznych, współczesnych z miesiączkowaniem i zjawiających się przy zmianach chorobowych w uchu, przyjąć istnienie u osobników nerwowych, przeważnie u kobiet, krwawienia z ucha zdrowego, które jako zależne wyłącznie od zaburzeń w sferze nerwowej radzi autor nazywać: krwotokami neuropatycznymi (les hemorrhagies neuropathiques).

W. Szumlański.

194. Dr. LUC. Przyczynek do nauki o krwotokach neuropatycznych z ucha, bez przedziurawienia błony bębenkowej. (*Archives internationales de Laryngologie etc. Nr. 1. 1891*).

Luc spostrzegł 2 przypadki takich krwotoków; pierwszy dotyczył 28-letniego epileptyka, z napadami bardzo częstymi od 15 roku życia (w ostatnim miesiącu 15 ataków i 19 zawrotów głowy); napady występują najczęściej w nocy, chory pada na twarz. Kilkakrotnie po napadach wyciekalo kilka kropli czystej krwi z lewego ucha, w którym przy badaniu w przerwach między napadami nie znajdowano żadnych zmian chorobowych. W 2-m przypadku, panna T., nie histeryczka, lecz osoba bardzo egzaltowana i wrażliwa, w przeddzień przybycia na poradę, po silnem wzruszeniu moralnem, miała dwukrotnie krwotok z obydwóch uszów, obfitszy z lewego; od miesiąca czuła, że głowa jej cięży i w uszach szumi, które to uczucia po krwotoku znikły, wystąpiło natomiast osłabienie sluchu i jakby zatkanie w obu uszach. Przy badaniu, po wystrzyknięciu miękkich skrzepów krwi, znaleziono na tylnej ścianie obydwóch przewodów kostnych w pobliżu błony bębenkowej plamy fioletowe, podobne do siniaków (ecchymose), usiane punkcikami jaśniejszemi; prócz tego takąż plamka była na lewej błonie po za młotkiem. Po za tem zmian żadnych; zegarek słyszy lewem uchem w odległości 30, prawem—60 ctm.; powietrze przez trąbki przechodzi swobodnie, lecz po przedmuchiowaniu sluch pozostaje bez zmiany. Krwawienie to nie było w okresie miesiączkowania, które odbywa się zupełnie prawidłowo; z innych narządów krew nie pokazywała się. W ciągu miesiąca krwotok się nie powtórzył; plamki w części znikły, sluch uległ poprawie: z 30 na 38, z 60 na 80 ctm.

Przypadki powyższe zestawia autor z opublikowanemi dotychczas siedmioma spostrzeżeniami takich krwotoków (w tej liczbie znajduje się i streszczone powyżej spostrzeżenie Barataux) i wykazuje że: 1) krwawienie z ucha nie zależy od zaburzeń w miesiączkowaniu, które konstatowano tylko w 2 przy-

padkach; 2) częściej już występuje ono na tle historycznym; 3) stosunek obu płci jest mniej więcej 1:10; 4) w 2 przypadkach spostrzegano jednocześnie krwawienie z innych narządów; 5) Zwiastuny są zawsze mniej więcej jednakowe: ból głowy, ciężar, zawroty, szum w uchu, palenie, a po krwotoku występuje stale przemijające stępienie słuchu, które, zdaniem L., zależy od zaburzeń cyrkulacyjnych w narządzie słuchowym; 6) Co się tyczy wreszcie źródła krwotoku, to autor podobnie jak Barataux, sądzi, iż najprawdopodobniej krew przesącza się z naczyn włosowatych gruczołów, wydzielających woszczek.

W. Szumlański.

VIII. Choroby kobiece.

—0. J. VEIT. O zapobieganiu gorączce połogowej. (*Berl. Kl. Woch. 1891. Nr. 19.*)

Autor zwraca uwagę na to, że podług wykazu Berlińskiego towarzystwa ginekologicznego, śmiertelność pośród położnic jest jeszcze dotychczas stosunkowo bardzo znaczną (do 0,8%, a właściwie 0,583%).

Kiedy zwrócono na tę okoliczność po raz pierwszy uwagę, Litzmann zabronił w swojej klinice w Kielu badania wewnętrznego studentom. W roku 1886 zrobił to samo Credé. Obecnie autor stawia wogóle pytanie, czy nie należałoby przyjąć za prawo pomijanie badani wewnętrznego tam, gdzie niema do niego specjalnych wskazań. Tę bowiem jedną widzi autor drogę, prowadzącą do szybkiego zmniejszenia ilości cierpień poporodowych w Niemczech.

Wskazaniem do badania wewnętrznego w okresie rozwierania się ust macicy, przy ujemnych danych, otrzymanych drogą badania zewnętrznego, powinny być: eklampsja, zapalenie nerek, stan gorączkowy, złe tętno, krwawienie ze szpary sromowej, nadwyzajna bolesność skurezów macicy, albo jej pęknięcie, rzadkość tętna u płodu, wadliwe jego położenie: Trzymając się tego szematu, unikniemy w wielu razach zbyt częstego zakażenia dróg porodowych z zewnątrz, mającego miejsce przeważnie w szyjce macicznej (Fritsch), jak również i samozakażenia. Jeżeli analogiczne warunki dla potrzeby wewnętrznego badania przyjmujemy i dla drugiego okresu porodu, wtedy połowy albo i więcej położnic nie będziemy wewnątrznie badali. Naturalnie, trzeba nabyć wielkiej wprawy w badaniu zewnętrznem, aby umieć wyciągać odpowiednie wnioski z otrzymanych na tej drodze wyników.

Wszystko to tyczy się lekarzy. Akuszerki zaś powinny się również bardzo starannie ćwiczyć w badaniu zewnętrznem położnic, aby w razie otrzymanych tą drogą wątpliwych wyników nie mogły nadużywać badania wewnętrznego. Powinny one zapisywać w odpowiednich książeczkach, kiedy badały chore wewnątrznie.

W razie zaś wybuchu choroby popołogowej należy od nich

żądać tłumaczenia, dlaczego badanie to przedsięwzięły. Postawienie tej kwestyi na tej stopie autor uważa za niezbędne.

W. Janowski.

196. R. SCHAEFFER. **O leczeniu chorób macicy świeczkami z chlorku cynku.** Die Behandlung der Endometritis mittelst Chlorzinkstifte. (*Berl. klin. Woch.* 1891. Nr. 17).

Świeczki z chlorku cynku przygotowuje się w ten sposób że rozciera się czysty proszek tej soli z taką ilością wody, aby otrzymać rodzaj rzadkiego ciasta, do tego ostatniego dodaje się 2 razy więcej (w stosunku do ilości wziętego cynku) mąki żytniej i otrzymaną masę wytacza się w paleczki około 15 cm. długie i 4—6 mm. grube. Paleczki te suszy się w suszarce i przechowuje się albo w suszarkach albo w eterze; uprzednio chlorkiem cynku nasyconym. Zastosowanie tych paleczek jest daleko mniej rozpowszechnione, niż tego chce Dumontpallier: są jednak przypadki, w której są one bardzo dogodne. Zależy to od sposobu ich działania. Mianowicie, w kilka dni po włożeniu takiej paleczki do jamy macicy następuje oddzielenie się kawałka jej ścianki wzdłuż od szyjki aż do dna. Wydziela się nie tylko błona śluzowa, lecz i mięsna, powstaje obszernie oparzenie w jamie skutkiem czego ta ostatnia zarasta, i następuje przerwanie peryjodów. (Ból przy tej manipulacji trwać może dóbę; chore nie leżą nigdy dłużej, niż dóbę). Jak widzimy, omawiany sposób leczenia przyspiesza clymacterium. Nie mamy więc prawa stosować go w każdego rodzaju przypadkach zapalenie niezżytego błony śluzowej macicy. Natomiast środek ten powinien być zastosowany przy uporczywych krwawieniach w początku okresu klimakterycznego, gdyż tu przyspieszenie jego nie ma już znaczenia. Następnie ten sposób leczenia właściwym będzie przy ropnej wydzielinie z jamy macicy, zależnej od ciągłego zakażenia jej gonokokkami. Jeżeli inne energiczne rękoczyny nie pomagają, założenie świeczki z chlorku cynku nawet u osoby młodej powinno mieć miejsce i będzie ono o tyle skuteczne, o ile pociągnie za sobą właśnie zarosnięcie jamy macicy. W przeciwnym razie możliwe są odnowienia się cierpienia. Trzecim wskazaniem do stosowania świeczek jest mięśniak macicy, o ile jama tej ostatniej nie jest za obszerną na to, aby świeczka mogła całą jej powierzchnię przypalić. Krwawienia ustają przy tem szybko.

W. Janowski.

IX. Choroby skórne.

197. H. LÉLOIR. **Wilk zwyczajny i systemat chłonny.** Le lupus vulgaire et systeme lymphatique. (*Annales de dermat. et de syphil.* N. 1 1891).

Obecność guziczków wilka wskazuje na istniejący odczyn ze strony tkanki łącznej sąsiedniej i naczyń chłonnych.

Najczęściej wytwarza się jedynie nacieczenie zapalne, mniej lub więcej silnie wyrażone, któremu częstokroć towarzy-

szą obrzęki naczyń chłonnych, ograniczone, przechodzące niekiedy w stan zgrubienia skóry (pachydermique).

Niekiedy w przebiegu wilków ze skłonnością do szybkich owrzodzeń, wytwarzają się obrzęki wywołane porażeniem systemu chłonnego, posiadające podobieństwo róży.

Nasilenia porażen chłonnych zdają się odgrywać ważną rolę w wchłanianiu zarazka gruźliczego, następstwem ich bywają często zjawiające się nowe guziczki na obwodzie, w pewnem oddaleniu od ogniska pierwotnego wilka.

Niekiedy wytwarzają się prawdziwe lymphangity gruźlicze, posiadające na swem przebiegu ziarniniaki zolizowato-tuberkuliczne i podobnie porażenia gruczołów chłonnych, przyczem wtórnie mogą zostać zajęte i płuca.

Porażenia gruczołów chłonnych są bardzo częste i bywają natury gruźliczej. Leloir przytacza 7 spostrzeżeń wilka w których natura gruźlicza była potwierdzoną, przez szczepienie zwierzętom kawałków gruczołu. Gruczoły przytem niekoniecznie potrzebują być duże, z rozpadem serowatym lub zropiałe, lecz mogą być małe, twarde, pojedyncze lub liczne. Gruczoły zropiałe spostrzegano częściej przy lupus exedens. Gruczołki małe, elastyczne, twarde, podobne do przymiotowych, są częściej następstwem gruźlicy trzewów.

J. Wojciechowski.

198. DUBRENILH. **Gruźlica pierwotna skóry.** Tuberculose cutanée primitive. (*Annales de dermat. et de syph. N. 1, 1891*).

Spostrzeżenie autora dotyczy 23 letniej kobiety, która, mając małą rankę na palcu ręki prawej, prała chustki z płwociną chorej na gruźlicę płuc.

Na miejscu ranki wystąpiło najpierw nacieczenie koloru czerwonego, bolesne, które następnie uległo owrzodzeniu. Po upływie tygodnia wystąpiły bóle w okolicy pachowej prawej i zapalenie ropne gruczołów chłonnych, które uległy owrzodzeniu, kilka miesięcy później otworzyły się dwie guzowatości na powierzchni zewnętrznej przedramienia i w okolicy łopatki, które również uległy owrzodzeniu z utworzeniem się zatok.

Po upływie 7 miesięcy zauważono na powierzchni grzbietowej małego palca prawego zaczerwienie, środkowa część którego była pokryta łuskami białymi, twardymi, rogowatymi, uwarstwionymi nieregularnie; liczne zmiany podobnego rodzaju znajdowały się na skórze na piętka i pięści obu rąk; na przedramieniu i ramieniu prawem liczne guzowatości i owrzodzenia zatokowate, w okolicy mięśnia naramiennego owrzodzony ziarniniak gruźliczy.

Nieco zaostrzony oddech i lekkie stępienie w wierzchołku płuca prawego.

Badanie drobnowidzowe zmienionej skóry i gruczołów, wykryło laseczniki gruźlicze. Szczepienie świnkom morskim ropy z uległego rozpadowi ziarniniaka dało wynik dodatni, pomyślnym również był szereg szczepień wtórnych.

U dzieci gruźlica pierwotna skóry rozwija się najczęściej w następstwie obrzezania, tworzy się najpierw guziczek owrzodzący, nieco ropiejący, otaczający się nowymi grudkami. Po

pewnym czasie gruczoly pachwinowe ulegają owrzodzeniu i tworzą się zatoki. Dzieci takie umierają często na zapalenie opon mózgowych.

U dorosłych objawy bywają więcej rozmaite i niekiedy występuje najpierw zastrzał, częściej jednak owrzodzenie w okolicy którego tworzą się nowe guziczki znów owrzodzeniu ulegające; tak powstają owrzodzenia nieregularne otoczone obwódką różycowatą, siną, brodawkowatą; częściej jednak zmiany gruzlicze przedstawiają na całej powierzchni wygląd brodawkowaty.

W sąsiedztwie ogniska pierwotnego widzieć się dają często małe guziczki twarde w skórze lub pod skórą, wielkości konopnego nasienia do grochu, tworząc niekiedy rodzaj różańca na przebiegu naczyń chłonnych. Guziczki te ulegają owrzodzeniu i przyjmują wygląd ziarniniaków żółzowatych i tak zmienionym naczyniom chłonnym towarzyszy prawie zawsze porażenie gruczołów chłonnych.

Gruźlica płuc rozwija się zazwyczaj gdy gruźlica skóry nie jest leczona radykalnie; porażenie to może i nie ustąpić, przedewszystkiem w gruźlicy skóry brodawkowej.

Dubrenilh i Auche zwracali uwagę na częste porażenie gruźlicą gruczołów chłonnych w gruźlicach skóry pierwotnych, a nadzwyczaj rzadkie występowanie tych zmian przy wilku. Praca jednak świeża Leloir'a (poprzedni ref.) wykazała mylność tego poglądu.

J. Wojciechowski

199. SCHWIMMER. **Thiolu działanie w chorobach skóry.** (*Therap. Monatsh.* 1890 i 179).

Autor zastosowywał thiol w rozmaitych chorobach skóry w roztworze wodnym 10 i 30.

Związek ten okazał się bardzo skutecznym w zapaleniach skóry wypryskowych (dermat. herpet) jak również w licznych przypadkach herpes zoster.

W tym celu autor smarował miejsca porażone pędzelkiem dwa razy dziennie. Już po upływie kilku minut powłoka zasychała, klucie i swędzenie nikło szybko.

W przypadkach erythema exudat, zastosowany był najpierw płyn powyższy, później miejsca porażone posypywano czystym thiolem. Po wpływie 3 do 6 dni cierpienie znikало.

W licznych przypadkach wągrów na twarzy i w początkach trądzika (acne rosacea), otrzymano po kilku tygodniach znaczne polepszenie. Dobre również wyniki były w pryszczycy grudkowej. W eczema rubrum autor radzi thiolu w formie maści:

Rp. Thioli 2,0 Axungiae 20,0

Związek ten okazał się również skutecznym w oparzelinach.

Preparat ten będąc bez zapachu, ma pewną wyższość nad ichtyjolem.

J. Wojciechowski.

200. TENNESON. **Leczenie świerzbiączki Hebry.** Sur le traitement du prurigo d'Hebra. (*Annales de dermat et de syph.* N. 4 1891).

Autor miał na celu przypadki typowe świerzbiączki, niewyleczalne, wznawiające się często, pomimo leczenia wewnętrznego i zewnętrznego.

Zadaniem leczenia było usunięcie zupełne swędzenia w czasie możliwie krótkim.

Jaquet w 1889 r. zauważył, że opatrunek z waty zmniejsza odruchy skóry, niezależnie od tego usuwa swędzenie i wykwy.

Autor sprawdził działanie opatrunków powyższych w rozmaitych chorobach skóry połączonych ze swędzeniem.

Opatrunek jednak z waty, który musi być nałożony od głowy do stóp i pozostawać przez kilka dni jest niedogodny. Płótno nieprzemakalne, przedewszystkiem płótno kauczukowe, daje się zastosować łatwiej. Za pomocą kaftanika i spodni z tkanki elastycznej, posiadających wewnątrz płótno nieprzemakalne, można na długi czas uwolnić chorego od swędzenia.

Takie zamknięcie szczelne skóry nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Wyniki leczenia opisanym sposobem prurigo Hebry przechodzą wszelkie spodziewanie; już po 24 godzinach znika zupełnie swędzenie. Gdy po kilku dniach zdjęć opatrunek, swędzenie zjawia się dopiero po kilku tygodniach, a nawet miesiącach, rzadko wcześniej.

X. Wiadomości pomniejsze.

201. **Pojemność żołądka u ssawców.** Dr. Emmet Holt badał pojemność żołądka na zwłokach 91 ssawców i doszedł do następujących wniosków: objętość żołądka u noworodzonych dzieci wynosi jedną uncję i w pierwszym kwartale życia powiększa się co miesiąc o uncję. Od 4—8 miesiąca życia pojemność wzrasta miesięcznie o pół uncji; dalej do 14 miesiąca życia o $\frac{1}{3}$ uncji.

Zależności pojemności żołądka do wagi całego ciała autor nie mógł zauważyć.

(Arch. of. Pediatrics r., 90. Medicin. Neuigk. N. 14 r. 91).

202 **Dla określenia dolnej granicy wątroby,** która jest bardzo często trudną do wymacania i wypuku, dr. Verstraeten poleca auskultację. Chorego, któremu poleca się rozwiotczyć mięśnia brzucha, kładzie się na łóżku. Zaczyna się auskultować serce u wierzchołka, a następnie przesuwając się stetoskop na prawo na okolicę wątroby. Na całej wątrobie wysłuchuje się z łatwością tony serca, które na krawędzi wątroby giną. Sposób ten tylko wtedy zawodzi, jeżeli mięśnie serca są naprężone, lub jeżeli między serce i wątrobę, co bywa rzadko, wciska się tkanka płucna.

(Centralblatt für klinische Medicin N. 9, r. 91).

203. **Fr. Tangl w zawartości chalazion u człowieka** wykrył laseczniki gruźlicy, a tkanka chalazion'a przedstawiała ustrój histologiczny, anatomiczny z guziczkiem gruźlicy; wskutek swego odkrycia T. uważa chalazion za wytwór gruźlicy. Autor przypuszcza, że zakażenie szło przez naczynia krwionośne, porażając naprzód tkanką łączną, w następstwie dopiero gruczoły Meibom'a.

Ziegler's Beiträge zur patholog. Anatomie und zur allgem. Pathologie B. IX Heft 2.

204. **Przyczyny influenzy prof. Teissier z Lyonu** podobnie jak Jolles (Wiedeń) i prof. Seifert (Würzburg) widzi w lasecznikach Friedländer'a. Teissier znalazł lasecznika tego w wodzie; kultury otrzymane sztucznie a szczepione na zwierzętach dawały rezultat dodatni.

(L'influenza de 1889—90 en Russie, Rapport par prof. Teissier Paris r. 91. Medicin. Neuigkeiten N. 24 r. 91).

205. **Leczenie Wola, v. Mosetig Morchow** poleca zastrzykiwać w wole w odstępach czasu 3—8-dniowych następującą mieszaninę: Jodoformi 1,0; Aet. sulfur. 5,0, Ol. Olivarium 9,0; Albo Jodoformi 1,0 Aeth. sulf.; ol. olivari. 7.0. Na jedną iniekcję 1—4 grammy. Dla wyleczenia należy skutecznie 5—10 zastrzykiwać. Odczyn miejscowy po iniekcji nieznaczny, lek oddziałuje jeszcze przez czas dłuższy po zaprzestaniu kuracji.

(Jahrbuch der praktischen Medicin r. 91).

206. **Wyleczenie myxoedemy.** Horsley proponował szczepić chorym, dotkniętym tym cierpieniem kawałki gruczołu tarczycowego; propozycja ta była kilkakrotnie stosowaną z rozmaitym skutkiem. Merkle w ostatnich czasach u chorej, dotkniętej tem cierpieniem z jednoczesnymi silnymi krwotokami z macicy zaszczerpił pod prawy gruczoł piersiowy kawałek gruczołu tarczycowego z barana. Po trzech dniach zauważył, że krwotoki ustały, powiększenie gruczołów limfatycznych i naciek skóry się zmniejszyły, a w krótko i ogólny stan chorej się poprawił; krew badana na ilość ciałek krwi w krótkim czasie po zaszczerpieniu wykazała powiększenie się czerwonych ciałek krwi prawie o milion na 1 sz. milimetr.

(Wiener klinischen Wochenschrift 28 maja).

207. **Dr. Saundby (Birmingham) poleca następujące leczenie okrągłego wrzodu żołądka:** za pożywienie co godzinę mleko rozcieńczone równą ilością wody wapiennej w ilości 1—2 łyżek; jako lekarstwo trzy razy dziennie miksturkę: Magn. sulfur. 3,75. Ferri sulfur. 0,3, Acid. sulfur diluti gtt X, Aq menth. pip. 30,0. D. S. Po kilku dniach, jeżeli mleko z wodą wapienną chory dobrze znosi, czyste mleko; dalej jajko na miękko, pudding, wreszcie kurczę i mięso baranie. Jeżeli chory wymiotuje i wymiociny zawierają krew poleca mu łykać kawałki lodu i odżywiać go w ciągu dni kilku przez kışkę prostą.

(Allgem. medicin. Centralzeitung r. 90 N. 24. Medic. Neuigkeiten N. 14 r. 91).

208. **Wpływ opium, morfiny, kodeiny na trawienie dr. Abatkov** wypróbował działanie wyż. wskazanych środków na trawienie u ludzi zdrowych i młodych przy czem okazało się, że najbardziej opium a najmniej kodeina opóźniają trawienie, zmniejszając wydzielinę kwasu solnego żołądka. Należy więc środki te podawać w kilka godzin po jedzeniu. Przy nadmiernem wydzielaniu kwasu żołądkowego podczas trawienia, środki te mogą znaleźć zastosowanie. Deutsches Archiv für klinische Medicin. Rd. 47.

209. **Zastosowanie kantaryd przy raku. Dr. Wolfart** przytacza następujące fakta: W roku 1859 rozeszła się po gazetach niemieckich wiadomość: że w Rossyi egzystuje środek ludowy na raka, a otrzymywany jako proszek z niewiadomego rodzaju chrząszcza; ponieważ dr. W. nie udało się otrzymać tego środka, przedsięwziął szereg doświadczeń z kantarydami, ponieważ wiadomo było, że proszek używany w Rossyi przez lud, otrzymuje

się z tej grupy owadów. W roku 60 W. wyluszczył pewnej chorej z lewej piersi guzik wielkości orzecha laskowego, który zbadany histologicznie okazał się rakiem; w rok nastąpiła recydywa, a po wyluszczeniu guza Wolfart zaczął podawać chorej tinct. cantharidarum w miksturze Rp. tinct. canthar., spirit. camporat aa 5,0, gummi arabici 200,0, M. D. S. w umiarkowanej zwykłej dozie, w ciągu trzech miesięcy, bacząc na stan nerek. Chora ta, wówczas wdowa, wyszła powtórnie za mąż, urodziła dwoje dzieci i po dziś dzień żyje i cieszy się dobrem zdrowiem.

W roku 80 żonie pewnego muzyka wyluszczył sutkę z powodu raka; chora po operacji przyjmowała tinct cantharid; po upływie lat sześciu recydywy jeszcze nie było.

W 89 roku u pewnej kobiety rozwijało się zwężenie przelyku, przy silnie i szybko rozwijającym się charłactwie, objawy te skłoniły autora do stosowania tinct canthar; i ta chora wkrótce się poprawiła i mogła przelykać znaczne kęsy; chora ta kilka razy powtarzała użycie tinct. cantharid. w ciągu dłuższego czasu. Allgemein. medic. Centralzeitung 9 maja r. 91. Medicin. Neuigkeit. N. 20 r. 91.

210. Emery poleca przy świerzbie maść następującego składu: Rp. ol. petrae, cerae albae aa 40,0, spirit. vini 50,0; saponis 100,0 D. S. Revue génev. de clinique et de therapie r. 91.

211. Sposób przygotowywania mocnego gipsu. Do rozrobienia gipsu należy używać wodę destylowaną, deszczową, filtrowaną, lub co lepiej, mleko kwaśne; gips po upływie 24 godzin staje się niezwykle twardym. Dodatek proszku z marmuru powiększa twardość gipsu. Dodatek po 33,5 alunu i salmiaku na 500,0 gipsu stosuje się również z korzyścią w tym celu. Gips należy przygotowywać w następujący sposób: na misce, mającej służyć do zarobienia gipsu, formuje się z niego kulę i w miskę wlewa się po trochu tyle mleka kwaśnego lub wody wiele gips w siebie wciągnie; dopiero wtedy należy zacząć rozcierać. Internationaler pharmazeutische Generalanzeiger 20 stycznia r. 91.

212. Dr. Blaschko chwali bardzo sposób leczenia atonicznych wrzodów podudzia, podany przez d. ra Moras'a, zdaniem autora sposób ten ma następujące zalety przed innemi dotychczas używanemi: „Pewność i szybkość działania, taniłość, czystość; cynowa płytka, działając jako stimulant i przez ucisk, sprzyja wytwarzaniu się zdrowej ziarniny, ożywia wrzodniejącą powierzchnię zmniejsza ropienie, a rana szybko pokrywa się zdrowym nabłonkiem”.

Metoda ta polega na następującem postępowaniu: z cienkiej blaszki cynowej wycina się płytkę tej wielkości, aby po przykryciu wrzodu na $\frac{1}{4}$ cala zachodziła na zdrową skórę. Po uprzedniem obmyciu wrzodu $\frac{1}{100}$ roztworem sublimatu pokrywa się go kawałkiem silku (Protectiv) umocznym w tymże sublimacie, poczem nakłada się płytkę cynową, którą przytwierdza się paskami plastra lepkiego, długimi odpowiednio do rany i niezbyt mocno naciągniętymi, na to wszystko nakłada się zwykłą opaskę z gazy, którą chory w miarę potrzeby zmienia sam co 2 — 3 dni. Cały opatrunek zmieniamy, dając nową płytkę i silk, co 5 — 7 dni. Silk i blaszka cynowa powinny być zaopatrzone w delikatne dziurki dla łatwiejszego oczyszczania się wrzodu. Sposobem tym wyleczał dr. M. i B. w przeciągu 6 tygodniu wrzody poodudzia, które latami opierały się innym sposobom leczenia. Po 6 miesiącach jeszcze przez czas dłuższy, mi-

mo zagojenia, chory ma nosić blaszkę cynową, plaster lepki i gumową pończochę. O wyższości swojej metody przekonał się dr. M. w ten sposób, że leczono nią wrzód na jednej nodze, a inną metodą na drugiej, u tego samego chorego, pierwszy szybciej się zgoił. Przy leczeniu omawianą metodą chory może oddawać się zwykłym swoim zajęciom (D. m. W. 8. 11).

213. **Laggio w szkarlatynie i odrze** dawał z wielką korzyścią **salicylan sodu** w ilości dzieciom po 3 gr. dorosłym zaś po 6 gr. na dobę od początku do końca okresu wstępnego (invasio) i we wszystkich swych przypadkach otrzymał restitutionem ad integrum,—wszystkie 3 okresy choroby (Invasio, Eruptio, Desquamatio) rozwijały się w ciągu 8 dni przy objawach lekkich. Ciepłota nie przekroczyła nigdy 38,—wszystkie śluzówki zapaleniu nie uległy. Zwykle powikłania lub choroby następne prawie nie miały miejsca. Jeżeli rzezonony środek podawać po ukończeniu okresu wstępnego wówczas może wpływać on niekorzystnie na serce i układ nerwowy.

214. **Moksenie u dzieci**ienne czy nocne P. Watson leczy za pomocą atropiny w sposób następujący: Rp. Atropini sulfurici 0,06 Aquae destill. 30,0, roztworu tego należy dawać tyle kropeł ile dziecko ma lat, o 4 i 7 po południu.

215. Przeciwno **oxyuris** Murtin zaleca następujące lewatywy. T-ra Rhei gutt. 30, Magnesia carb. 0, 2 T-ra Zingiberis gutt. unam Aquae destill. 125,0. W razie potrzeby lewatywy powyższe dawać 2—4 razy dziennie.

216. Itzig z takim pożytkiem stosował **kreolinę** przy **augina lacunaris**, iż środek ten uważa za swoisty przeciw temu cierpieniu. Czopki ropne w zatokach, obrzmienie, bolesność i gorączka znikają po 24 godzinach. Itzig przepisuje 1^o/₀ roztwór kreoliny, który zaleca zmieszać z równą lub nieco większą ilością ciepłej wody i płukać często gardło. Nieprzyjemne palenie w gardle, spowodowane kreolią znikła po przepłukaniu wodą czystą.

217. I. Berenyi uleczył w jednym przypadku w ciągu 6 dni **trismus neonatorum** u 8 dniowego dziecka za pomocą **lewatyw z sulfonalu**; jednorazowa dawka wynosiła 0,20 w ogóle zaś zużyto 10, 0 sulfonalu.

218. Podług Weber'a **salol** w dawkach 0,25, 2 razy dziennie ma być dobrym środkiem w **leczeniu biegunki kwaśnej** (Säure diarrhoe) u dzieci. Stosując w przytoczonych dawkach nie należy się obawiać żadnych pobocznych skutków ujemnych leku. Zdaniem Sahli'ego leczenie salolem lepiej od wszelkich doświadczeń przemawia na korzyść antyseptyki w rozmaitych chorobach kiszek.

219. Coppola podaje nowy środek, zastępujący santoninę. Jest to otrzymana z santoniny santoninoxyma która posiadając wszystkie własności czerwiogubne, dzięki małej resorbcyi nie wywiera ujemnego, często zaś niebezpiecznego działania, jakie się przy stosowaniu santoniny zdarza. Santoninoxymę należy dawać w dawkach większych niż santoninę, w ciągu 2—4 dni, poczym zaleca się środek przeczyszczający. Der Kinder Arzt NN. 1—4.

220. **Nieznanne własności soku ananasowego.** (Medicinische Neuigkeiten N. 14 r. 1891).

W południowej Ameryce negrowie leczą się przy błonicy sokiem ananasowym, który ma własność rozpuszczania błon dyfterytycznych. Własność ta dała pobudkę chemikowi Marcano z Wenezueli do przedsięwzięcia stosownych poszukiwań z sokiem ananasowym; w soku ananasu chemik ten zna-

laż ferment, silnie rozpuszczający materję białkową, który nazwał bromeliną. Jeżeli mięso włożemy w sok z ananasa i mięszaninę tę ogrzejemy do 40 — 50° C., to po upływie kilku godzin cała zawartość mięsa przechodzi w rzadką papkę, 450 centymetrów sześciennych soku, rozproszonych takąż ilością wody, mogą rozpuścić około 4,000 grm. mięsa. Przy wyparowaniu mięsnej papki otrzymujemy bury proszek, bez smaku i zapachu ananasa, rozpuszczający się w wodzie na płyn mętny, prawie bez smaku. Próby przedsiębrane z tym przetworem okazały znaczne jego własności odżywcze, również jak i łatwe zastosowanie w użyciu. Choć trudno przypuszczać, aby smak i tego preparatu był zbyt wykwintnym, jednakże można już naprzód zapewnić, że jest o wiele przyjemniejszy od smaku wielu z dotychczas znanych peptonów. Tak więc odkrycie to może mieć ważne znaczenie przy otrzymywaniu taniego i stałego proszku mięsnego.

Klika słów w kwestyi hypnotyzmu u nas, z powodu zjazdu lekarskiego w Krakowie.

Zwróciło moją uwagę, że w programie sekcji psychologicznej mającego się odbyć wkrótce w Krakowie zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, w dziale psychologii stosowanej nie zamieszczono t. zw. psychoterapii i ściśle z nią związanego hypnotyzmu. Skłaniałem się do przypuszczenia, że w braku znajomości pracowników na tem polu u nas nie liczone może, aby ktoś poważniej traktowany materiał mógł przedsięwziąć, lub aby dość kompetentne grono do dyskusji w tej kwestyi, a złożone niezbędnie z klinicystów psycho- i neuropatologów, fizjologów i psychologów znaleźć było można.

W każdym razie jednak, zajmując się od lat kilku psychoterapią i hypnotyzmem jako lekarz praktyk, poczuwałem się do obowiązku przedstawienia sekcji psychologicznej tematu z tej dziedziny z uwzględnieniem w nim nie tylko skutków otrzymanych, lecz zarazem dróg, po których do wytkniętego celu dążyłem, oddziaływań jakie obserwowałem i to nie w poszczególnym tym lub owym przypadku, lecz u pewnej określonej grupy chorych. Liczyłem na dobre chęci wogóle względem poruszenia rzeczzonej kwestyi na zjeździe, przy których to dobrych chęciach praca moja przyjętą być by powinna i zamieszczona choć w mniej właściwym dziale czy sekcji, gdzieby wszakże wyż wspomniane grono osób do dyskusji nad nią zasiadało. W tym celu na ręce p. przewodniczącego w utworzeniu sekcji psychologicznej przesłałem w początkach czerwca, wraz z kilkoma słowami objaśniającemi, następujący temat: „O sposobach oddziaływania hysterików oraz psychicznie zwyrodniałych na hypnotyzm terapeutycznie stosowany“. W odpowiedzi otrzymałem od p. przewodniczącego w utworzeniu sekcji pod dzień 11 Czerwca następujące pismo:

„Treść odczytu Szanownego Kolegi, podług mego zdania, nie nadawała się do traktowania ani w sekcji psychologicznej, gdzie przeważnie wezmą udział nie lekarze, ani w sekcji medycyny teoretycznej, gdzie nie będziemy mieli praktyków, do oceny zaś sprawozdania Szanownego Kolegi potrzeba koniecznie wiadomości z zakresu neuropatologii. Z tego powodu, stosownie do wskazówek danych w liście, odesłałem go do sekcji medycyny wewnętrznej. W tej chwili otrzymałem zawiadomienie, że sekcya me-

dyliny wewnętrznej na posiedzeniach swoich sprawy hypnotyzmu wcale poruszać nie zamierza. Zawiadamiając o tem i t. d.“.

Na domiar zdziwienia mego w jednym z pism publicznych (w N. 167 Kuryjera Codziennego), w artykule p. t. „psychologia i hypnotyzm na zjeździe lekarskim“ a podpisanym przez p. J. Ochorowicza czytam, zapewnienie na mocy wyjaśnienia udzielonego autorowi artykułu listownie przez p. przewodniczącego w utworzeniu sekcji psychologicznej, że temat o leczniczych zastosowaniach hypnotyzmu może znaleźć miejsce w sekcji medycyny teoretycznej.

Jak pogodzić te sprzeczne wyjaśnienia udzielone przez jedną i tę samą osobę? Czyżby pierwotnie chciano a następnie zaniechano poruszenia wszechstronnie kwestyi hypnotyzmu na zjeździe? I dla jakich to powodów? Nie na podstawie więc listów lecz na podstawie faktów będę usiłował wyprowadzić moje wnioski. Otóż fakt nie uwzględnienia w dziale psychologii stosowanej jej zastosowań do lecznictwa, jak również przyjmowanie tylko tematów o doświadczeniach hypnotycznych na zwierzętach, lub o hypnotyzmie ze stanowiska fizjologicznego domyślać się każe zasady z góry przyjętej przez pp. kierowników naukowych zjazdu przyznania racyi bytu, oraz zamknięcia kwestyi hypnotyzmu w szczupłych granicach doświadczeń laboratoryjnych. Nie chcąc się podać w podejrzenie, w myśl aforyzmu „qui tacet consentire videtur“, że takie dobrowolne zamknięcie hypnotyzmu w granicach ściśle teoretycznych jest dla mnie wyrazem istotnie naukowego na kwestyję hypnotyczną poglądu, lub że jest nawet u nas na czasie, kreślę w tym przedmiocie kilka poniższych uwag.

Coraz liczniejsze od lat kilkunastu grono pracowników w kwestyi hypnotyzmu za granicą jest już samo przez się, w wieku, częstych efemerycznych złudzeń na polu naukowem, wymownym dowodem jej żywotności. Charakterystycznym dla kwestyi rzeczzonej jest fakt, że powstała ona z doświadczeń lekarzy klinicystów nad choremi. Ciż klinicyści nie tylko najbogatszy materiał obserwacyjny dostarczyli i dostarczają, lecz stworzyli nawet teorię hypnotyczną do celów praktycznych wystarczającą, teorię sugestyi i antosugestyi. Teoryja ta doświadła naprzód ważności roli układu nerwowego w ogólności a mózgu i jego psychicznych oddziaływań w szczególności na różnorodne objawy żywotne ustroju ludzkiego. Żywotność kwestyi po za całą jej doniosłością terapeutyczną, powstała też ztąd, że na podstawie wyż. wspomnianej teoryja zrodziła nowe poglądy na powstawanie i charakter wielu objawów chorobowych, stworzyła nowe kryteria dla wielu pobocznych gałęzi medycyny, a zwłaszcza dla terapii w najogólniejszym jej zakresie, słowem pojęcia, z niej płynące nie w jednym musiały wejść w kolizję z dotychczasowym dogmatyzmem naukowym. Nie dziwnego więc, że hypnotyzm i za granicą znalazł na razie zaciętych przeciwników wśród ludzi skąd inąd naukowych, lecz z umysłem konserwatywnym, znalazł on tam jednak jednocześnie i gorliwych badaczy również naukowych. Godnym zaznaczenia jest fakt, że w naukowych sporach o hypnotyzm jego przeciwnicy wygłaszali zazwyczaj apriorystyczne sądy, gdy zwolennicy byli to ludzie, którzy, naukowo rzecz badając, zdane swe wsparali na materiale przez badania dostarczonym.

Rezultatem tych starań i badań było posunięcie znaczne naprzód strony praktycznej przedmiotu i to dzięki znowu jedynie lekarzom-klinicystom, który też w końcu i teoretykom impuls dali do badań na swój sposób hypnotyzmu.

I w obec takiego naturalnego kierunku w rozwoju kwestyi hypnotycznej za granicą, u nas chcą ją całą dzisiaj zepchnąć do doświadczeń laboratoryjnych w przypuszczeniu zapewne, że dopiero gdy z laboratoryjów wyjdą teoryje, na ich podstawie dać będzie można hypnotyzmowi praktyczne zastosowanie. Otóż takie pojmowanie rzeczy odnośnie do hypnotyzmu jest zdaniem naszym całkiem błędne. Najprzód hypnotyzm ma, jak już wspomnieliśmy, swoją teoryję, do celów praktycznych przez lekarzy klinicystów stworzoną. Co się zaś tyczy teoryi przyrodniczej wszechstronnejszej, obejmującej cały obszar zjawisk hypnotycznych, to do zbierania materiału spostrzegawczego dla niej znowu lekarz klinicysta ma właśnie najobszerniejsze pole. Jego zaś spostrzeżenia na tem polu tem bliższe będą prawdy, im prócz bystrości i trzeźwości obserwacyi zabierze się do nich z głową o ile można najmniej apriorystycznymi teoryjami i uprzedzeniami przeładowaną. Teoryja przyrodnicza hypnotyzmu, jeśli kiedyś w dalekiej przyszłości powstanie, to tylko dzięki zjednoczonym usiłowaniom lekarzy klinicystów, fizjologów i psychologów.

Rozumieją to za granicą, gdzie na międzynarodowych kongresach sprawom hypnotyzmu poświęconych, każda z wymienionych osób w swoim zakresie składa owoc swej pracy. Nie sądzę więc, aby na naszym zjeździe słusznem było hamowanie pewnych głosów w tej sprawie. Więcej powiem, jest ono nie na czasie dla tego, że od lat kilku jesteśmy u nas właśnie świadkami dziwnego pogmatwania kwestyi i czas byłby wielki zdobyć jakieś naukowe kryterja dla rozjaśnienia sądu zaćmionego wieloma postronnemi względami, z istotną nauką mało mającemi związku.

Dr. L. Rzeczniewski.

Kronika miesięczna.

— *Sprawy Zjazdu VI lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.*

— *W sekcji medycyny wewnętrznej:* Arnsztein „O bieguncie u dzieci pod względem etyologicznym i technicznym” i „O naparstnicy i lekach pokrewnych w rozedmie płuc”. Jende „O znaczeniu gruźlicy w etyologii chorób nerwowych”, E. Zieliński „O opadnięciu jelita”, Sokołowski: „Przyczynę do patologii spraw zapalnych migdałka”, Dobrzycki „O klimatoterpii”, Rajchman „Przyczynę do patologii żołądka” i „O rozpoznawaniu i leczeniu t. z. kolki wątrobowej”, Pacanowski: „O wymiotach nerwowych u podrostków” i „O przepłukiwaniu kiszek”, Opolski „Wyniki doświadczeń z limfą Kocha”, Biegański: „O zakładaniu pracowni klinicznych mikroskopowo-chemicznych przy szpitalach prowincjonalnych” i „Przyczynę do nauki o nerwicach urazowych”, „Doświadczenia z tuberkuliną na zwierzętach” i „Wyniki 5-letniego stosowania szczepień ochronnych metodą Pasteur’a w Warszawie”, Józef Zawadzki „Wymioty nerwowe, przyczynę do ich leczenia.

Sekcja chirurgiczna: Wehr Moluszcem contagiosum.

Sekcja medycyny teoretycznej: prof. Cybulski i Beck: „O zjawiskach elektrycznych w korze mózgu” prof. Cybulski i Zanietowski „O zastosowaniu kondensatora do podrażnienia nerwów i mięśni zamiast przyrządu Dubois-Reymonda.” Zanietowski: „Porównawcze badania pobudliwości rozmaitych nerwów u różnych gatunków zwierząt”. Beck „O środkach odruchowych

części lędźwiowej rdzenia.“ J. Zduń: „Demonstracja zakończeń nerwu słuchowego w ślimaku zwierząt ssących“ prof. Browicz „O zmianach błony śluzowej gardzieli“ „Demonstracja zmian jamy nosogardzieliowej“, „Demonstracja zmian istoty kitowej beleczek mięśniowych“, „Demonstracja zmian ciałek czerwonych w ciężkich postaciach niedokrewności“ Noiszewski „Demonstracja przyrządu, służących do mierzenia czucia bólu“, „Demonstracja topotermostezyjometru“.

W sekcji psychologicznej: Rabczyński „Teoryja poznania arystotelików wobec badań etnopsychologicznych nad początkami mytu i mowy“, Raciborski „O wartości mierzenia objawów psychicznych“ Ochorowicz „O stosunku psychologii do medycyny“, Mahrburg „Teoryja uczuć elementarnych“, „Apercepcja i automatyzm psychofizyczny“, „Wzruszenia i ich wyrazy“.

Sprawy Zjazdu VI. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Rada m. Krakowa udzieliła Zjazdowi subwencyę w kwocie 500 zlr., oraz uchwaliła uczcić członków Zjazdu odpowiedniem przyjęciem. Wycieczka do zdrojowisk i miejsc klimatycznych zapowiada się dobrze. Komitet Zjazdu oznajmia, że tylko tym kolegom poręcza mieszkania, którzy zgłoszą się do d. 5 Lipca. Karty zaś legitymacyjne otrzymają wszyscy koledzy, którzy wkładki udziałowe nadesłali, dopiero w Krakowie w biurze Komitetu (*Collegium novum*); wyjątkowo tylko legitymacye wcześniej przesłanemi będą tym kolegom, który przyjeżdżają kolejami, które obniżyły cenę jazdy (kolej Karola Ludwika). Wysokie Ministerstwo handlu we Wiedniu przeznaczyło kwotę 600 zlr. na cele wystawy zjazdowej, Wys. zaś Wydział krajowy we Lwowie na ten sam cel kwotę 500 zlr. Do sekcji medycyny teoretycznej zgłoszono w dalszym ciągu: Prof. Feigel (ze Lwowa): Pierwotne raki kończyn, wytworzone w trumnie kostnej (z demonstracją). Dr. Świątecki (z Warszawy): Przyczynek do poszukiwań bakteryologicznych nad tężcem. l. Kryński (z Krakowa): O elementach barwnikowych w tkance przyjądrza u człowieka. Dr. Justyn Karliński (z Konjicy): Poszukiwania nad zachowaniem się prątków durowych w ziemi. Prof. Dr. Mareš: O elektrycznym podrażnieniu nerwu. Do sekcji psychologicznej: Dr. A. Złotnicki (z Paryża): O mechanizmie uwagi. W sekcji dla zoologii i anatomii porównawczej zgłoszono następujące odczyty: Prof. Dr. Dybowski (ze Lwowa): Nowa teoryja budowy ciała stawonogich i kręgowców. Tenże: O budowie głowy stawonogich. Tenże: Nauplius i jego znaczenie w filogenii skorupiaków. Tenże: Homologia składowych części głowy jesiotra. Doc. Dr. Wielowiejski (z Olejowej): Podział komórek u owadów. J. Dziędzielewicz (z Kołomyi): Z biologii sieciówek, z demonstracyami. Dr. Kowalewski (z Dublin): Przyczynek do rozwoju ryb kostno-skieletowych. Dr. Fiszer asystent (z Krakowa): Krytyczny pogląd na systematykę przekopnic. Dr. Nussbaum (z Warszawy): Przyczynek do morfologii równonogich. Tenże: Przyczynek do morfologii łożyska u gryzoniów. J. Cavanna asystent (ze Lwowa): Homologia składowych części głowy ssaków. Dyr. Dr. Petelenz (ze Sambora): Przyczynek do teratologii: Podwójna tchawica u kaczki. Tenże: Budowa prącia wydry, mianowicie budowa kostki prąciowej. Do sekcji higienicznej zgłosił Dr. Józef Zawadzki z Warszawy odczyt p. t. „O wyjaławianiu mleka“. Dr. Kryński odczyt p. t. „Wyniki badań bakteryologicznych powietrza w Zakopanem“. Sekcyja antropologiczna ma zamiar, prócz luźnych komunikatów swoich członków, rozejrzeć się w dotychczasowych pracach na polu umiejęt-

ności antropologicznych w najszerszym tego słowa znaczeniu, t. j. antropologii fizycznej, archeologii przedhistorycznej i etnografii, a zwłaszcza zastanowić się nad potrzebą założenia w Galicyi towarzystwa etnograficznego i odpowiedniego muzeum; referaty pod temi ostatnimi względami obejmuje panowie S. Udziela i Dr. Karłowicz. Przewodnictwo sekcji objął JEx. Dr. J. Majer, do którego zechcą członkowie tej sekcji nadsyłać streszczenia swoich prac. W sekcji chirurgicznej zgłoszono w dalszym ciągu: Dr. Barącz (ze Lwowa): O wartości enteroanastomozy za pomocą szwów płytkowych Neunna i inwaginacji w chirurgii żołądka i jelit. Praca doświadczalna z demonstracjami. Tenże: O wartości wprowadzania wodoru do przewodu pokarmowego przy ranach postrzałowych, penetrujących z żołądka i jelit w celach rozpoznawczych i pomocniczych przy enterorafii. Praca doświadczalna z demonstracjami. Tenże: Spostrzeżenia nad znieczuleniem bromkiem etylu w praktyce chirurgicznej, na podstawie 180 znieczuleń tym środkiem. Dr. Stankiewicz (z Warszawy): O leczeniu *Genu valgum* i *genu-varum* za pomocą wypilowania odpowiednich kłykciów kości udowej. Tenże: *Cryptorchismus* jako przyczyna powstawania tudzież uwięźnięcia przepuklin pachwinowych. Tenże: Demonstracja niektórych narzędzi chirurgicznych. W sekcji chirurgicznej zapowiedzieli odczyty: Dr. Szuman (z Torunia): Przyczynek do kazuistyki wycięcia nerki gruźliczej. Tenże: O użyciu lysolu (*lysolum purum*) w chirurgii operacyjnej. Dr. Dembowski (z Wilna): Plastyka w obec defektu wargi i policzka. Tenże: Przyczynek do chirurgii jelit. Tenże: Przyczynek do kwestyi wycięcia migdałka, zajętego rakiem. Dr. Czesław Podgórski (z Krakowa): O wskazaniach do rezekcji jelit. Studium kliniczne na podstawie 50 przypadków operowanych w oddziale prof. Obalińskiego. Dr. Leon Wachholz (z Krakowa): Spostrzeżenia nad narkozą przeważnie chloroformową (z oddziału prof. Obalińskiego). Dr. Kryński (z Krakowa): O pochodzeniu spraw zapalnych infekcyjnych w otrzewnej. Dr. Raczyński (z Krakowa): O chirurgicznym leczeniu otoku piersiowego (z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika). W sekcji okulistycznej: Dr. Kamocki: Przerostowe zapalenie jagodówki (z przedstawieniem preparatów drobnowidzowych). Tenże: O urazowych pęknięciach białkówki w przednim odcinku gałki ocznej (z przedstawieniem preparatów drobnowidzowych). Prof. Dr. Rydel: Przyczynek do rozpoznawania niedowidzenia skutkiem zatrucia tytoniowego i wysokowego. Dr. Sroczyński: Kilka słów o cięciu celem wydobycia zaćmy twardej.

Do sekcji medycyny wewnętrznej zgłosił Dr. Piotrowski ze Lwowa dwa wykłady: 1) O rozpoznawaniu nerwic urazowych. 2) O obecnym stanie elektroterapii (wraz z demonstracjami na przyrządach elektroterapeutycznych nadesłanych na wystawę). Do sekcji medycyny teoretycznej zgłoszono: Prof. Cybulski (z Krakowa): Praktyczny sposób oznaczania czułości galwanometru (demonstracja). Docent Piotrowski (ze Lwowa): O wpływie związków chemicznych na galwaniczną pobudliwość nerwów. W sekcji chemicznej zgłosili wykłady: Prof. Dr. Raymann: 1) Chemicko-biologicke studie; 2) Optické konstanty rhaumosity. W sekcji farmakologicznej: Doc. Dr. Chodounsky: K fysiologii účinku něktěrych derivatu benzolovych. W sekcji II-ěj zgłosił prof. Dr. Feigel (ze Lwowa) wykład p. t. „Odrůžnienie drobnovidzowe krvi ľudzkiej od zvieręcej, z okazaniem wyrobův drobnovidzovych. Sekcyja matematyczno-przyrodnicza Akademii Umiejętności w Pradze czeskiej uchwaliła, aby na Zjeździe na-

szym reprezentowaną była przez dwóch delegatów, a mianowicie prof. Raymana i Doc. Chodounskego. Wreszcie dowiadujemy się, że kolledzy czescy przybędą d. 16 Lipca wieczorem w licznym poście.

Bilety na zjazd są do nabycia w naszej administracyi w cenie rs. 4.

NEKROLOGIJA.

— W Monachijum zmarł sławny professor fizjologii roślin *Dr. Naegeli*.

— *Ignacy ks. Żagiel*, dr. med. w wieku lat 68. Zmarły był przez lat 6 leib medykiem sultana Abdul Azisa, zajmował się okulistyką i wykładał nawet czas jakiś ten przedmiot w Aleksandryi. Pisał dzieła s; ecyjalnej i ogólnej treści.

— *Jan Popiel*, były lekarz powiatu w Końskich, w wieku lat 63.

— d. 12 Czerwca zmarł sławny ginekolog *prof. F. W. Scanzoni* w wieku lat 70.

Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lekarskich polskich.

MAJ 1891.

Dr. L. Szuman: Kilka słów o użyciu lyzolu (*Lysolum purum*) przy dezynfekcyi ran (N. L.)

Dr. F. Chłapowski: O nasieniotoce i jego leczeniu (N. L.).

Dr. H. Święcicki: Cięcie cesarskie z powodu eklampsyi przy końcu ciąży (N. L.)

T. Dunin i Dąbrowski: Badanie histologiczne płuc w jednym przypadku leczonym metodą Koeha: (G. L.)

Dr. E. Finger: O ostrem zatruciu jodowem i jego niebezpieczeństwie przy leczeniu syfilisu. (G. L.)

Dr. A. Sokołowski: Przypadek owrzodzenia gruźliczego wargi dolnej, leczony za pomocą wstrzykiwań płynem Koeha (G. L.)

W. Matlakowski. Kilka myśli w przedmiocie chirurgii dróg żółciowych. S. L.

Dr. med. H. Higier: Pseudotabes, S. tabes peripherica (G. L.)

P. Wychowski: Niezwykły przebieg pierwszego okresu przymiotu. (G. L.)

St. Rybicki: O zapobiegawczem leczeniu wściekliczyny metodą Pasteur'a (M.)

I. Sznabl: Zależność działania leków od ich budowy chemicznej. M.

I. Polak: Stan sanitarny miasta Warszawy (Zdr.)

Nadesano do Redakcyi

A. Puławski: Zur Behandlung der Diptherie. Odb. z Berliner kl. Woch. 1891.

S. Kohn: O wlijanii solej rtuti na azotistyj obmien wieszczestw i uswojenie azota pizszi (Dyssert. na stop. d-ra med. Warszawa 1891.

Rocznik Towarzystwa ginekologicznego Krakowskiego zeszyt 1.

L. Nencki i J. Zawadzki: Wyjaławianie mleka i sztuczne karmienie niemowląt odb. ze Zdrowia.

OGŁOSZENIA.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiorów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych. Ulica Wspólna Nr. 42.

Doktor A. Podolski

DENTYSTA

Marszałkowska Nr. 136.

Przyjmuje od 10 rano do 5 po południu. 24—6

Dr. LEONARD LESZCZYŃSKI

ordynator klin. chirurg. Czysta N. 6, przyjmuje z chorobami szczęk i zębów od 11 do 5. Gabinet dentystyczny, plombowanie, zęby sztuczne, obturatory i replantacja. 12—6

Dr. Józef Tugendhat

podczas sezonu praktykuje
w Karlsbadzie

Mühlbadgasse dom Kettenbrücke. 5—4

Dr. Majkowski

lekarz zakładu zdrojowego i szpitala św. Mikołaja w **BUSKO** ordynuje przez całą porę kąpielową. Tegoż do nabycia w księgarniach: Busko—wody siarczano-słone 80 kop. 6—3

Dentysta L. Szwaremacher

przyjmuje od 10 do 6. Choroby zębów, plombowanie zęby sztuczne. Żabia Nr. 9 róg Bankowego Placu. 6—5

BUSKO

Dr. DYMICKI, lekarz zdrojowy, ordynuje od 34 lat.
(3836)—5—3

Wydawca:
Dr. K. Sierpiński.

Numer wyszedł d. 10 Lipca.

Redaktor:
Dr. O. Hewelke.

Dr. med. Czesław Stiche

ordynuje w **KARLSBADZIE** mieszka Kreusgasse Insel Rügen.
5—3

DOM ZDROWIA
D-ra K. Dobrskiego

10. Aleja Róż 10.

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem obłąkanych), mieści się w osobnym odpowiednio do celu urządzonym domu.

Każdy chory zajmuje pokój oddzielny. Chorym towarzyszyć mogą osoby zdrowe. W razie potrzeby, zupełna tajemnica zapewnioną być może.

Za ryczałtową, dzienną opłatą, chory otrzymuje: mieszkanie, jedzenie, światło, opał, usługę oraz pomoc felczerską, lekarstwa, opatrunki, kąpiele. Wysokość opłaty, zależną jest w każdym przypadku od rodzaju cierpienia i obszerności zajmowanego pokoju.

O warunkach przyjęcia i pobytu w zakładzie wiadomość u **D-ra K. Dobrskiego**, Królewska 10, od 8 do 9 rano i od 4 do 6 po południu.

**ZAKŁAD LECZNICZY
GYNEKOLOGICZNY**

**Drów Boryssowicza, Fickiego, Gromadzkiego,
Kaplińskiego, Kuniewicza, Rogowicza,
Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera,**

Przyjmuje na stałe pomieszczenie i leczenie osoby dotknięte cierpieniami właściwymi kobietom, za opłatą dzienną w oddziale I: dla niezamożnych chorych od 50 kop., w oddziale II: dla chorych zamożniejszych od 3 rs. Nadto właściciele zakładu udzielają codziennie od godziny 1—3 po południu poradę lekarską dla przychodzących niezamożnych chorych po 30 kop.

M. LIPIEC

SKŁAD MATERYJAŁÓW APTECZNYCH I FARB

ulica Nałewki Nr. 24, w Warszawie. 12—6

W ZAKŁADZIE LECZNICZYM

DLA CHOROZYCH CHIRURGICZNYCH

D-rów A. GRÜNBAUMA i S. CENTNERSZWEREA

Nowolipki 25

przyjmuje się pacjentów, kwalifikujących się do operacyi, na stałe pomieszczenie. Dla internów izraelitów pokarmy przygotowują się ściśle podług przepisów rytualnych. O warunkach przyjęcia można się dowiedzieć w kancelaryi zakładu od 9—11 rano. 6—6

Laboratoryjum środków odżywczych

W. H E B D Y.

WARSZAWA

Aleja Jerozolimska Nr. 80.

Poleca **odżywcze środki** dla rekonwalescentów dzieci i osób wycieńczonych, mianowicie **sok mięsny świeży** niezawodny środek wzmacniający i lekko strawny, **wyciąg trzustkowy** przepisu d-ra M. Rajchmana, **proszek mięsny Racohout des Arabes** nadzwyczaj smaczny i posilny napój, **kawę leczniczą**, **kakao słodowe**, **kaszkę posilną** i **Lipanine**, czyli tran, bez wstrętnego smaku tranu.

Dragées Kreosoti Fagi 0,05.

Dragées Kreosoti fagi c. balsam tolutani aa 0,05.

Dragées Kreosoti fagi 0,05 c. acid. arsenicos. 0,001.

Dragées balsam peruviani 0,05.

Dragées balsam peruviani 0,05 c. acid. arsenicos. 0,001.

Dragées jodoformi 0,05.

Dragées ferri lactici 0,05.

Dragées chinini sulfurici 0,05.

Dragées chinini muriatici 0,05.

Dragées chinini ferro-citrici 0,05.

Dragées pepsini 0,05 (c. acid. muriat. dil.).

Dragées ihtyoli 0,05.

Dragées guajacoli 0,05.

Zarobiony środkami zupełnie obojętnymi jak korzeniem ślazowym i ekstraktem lukrecyi — wszystkie własnego wyrobu

poleca apteka

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej w Warszawie.

APTEKA
I SKŁAD WÓD MINERALNYCH
NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

D^R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejący.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne naturalne świętego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

SKŁAD
MATERIAŁÓW APTECZNYCH
Wiktora Waligórskiego

Nowy Świat Nr. 38 w Warszawie

ma zaszczyt polecić:

Materyały apteczne.—Przetwory chemiczne.—Specyalia zagraniczne.—Specyalia wyrobu aptekarza A. Rakowskiego.—Przedmioty opatrunkowe.

Wody mineralne naturalne i sztuczne.

PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCUSKIE.

APTEKA

I

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

M. BARCZA

w WARSZAWIE

94 Marszałkowska 94.

Jest stale zaopatrywaną we wszelkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

„SALVATOR”

W celu uprzyśtępnienia kupującym znanego ze swej skuteczności plastru na odciski Salvator, począwszy od Lutego cenę jego zniżamy z 40 kop. na 35. Biorącym tuzinami odstępuje się 33^o/_o. Główny skład i wyrób przy aptece W. Borowskiego. Przejazd w Warszawie. 6—6

CHLOROFORMIUM PURISSIMUM

DO OPERACYI

oczyszczony według sposobu prof. N. Menthiena
w laboratoryjum apteki

H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska Nr. 133, róg Ś-to Krzyżkiej w Warszawie.

Funt rs. dwa—pół funta rs. jeden.

J. RUTKOWSKI

A P T E K A i P R A C O W N I A

CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNA

w WARSZAWIE

ulica Długa Nr. 16. — Telefonu Nr. 155.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne. Nowe środki lekarskie. Barwniki d-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie przetwory używane do badań mikroskopowych. Naczynia i przyrządy pomocnicze, jako to: szkiełka przedmiotowe i przykrywkowe, szkiełka zegarkowe, miseczki do preparatów i t. p.

Wina lecznicze.

20 — 15

SZCZAWNICA MIEDZIUS

Zakład Hydropatyczny (trzy lata istniejący).

Otwarty 20 Maja do 30 Września 1891 r.

został ponownie rozszerzony i ulepszony, podług systemu prof. Winternitza. Kierować zakładem będzie Dr. I. Kończkowski, który uzupełnił swoje wiadomości w dziedzinie hydroterapii nowożytniej w Wiedniu i Berlinie.

Prospekta na żądanie wysyła zarząd.

I. Żochowski.

Zarządca Zakładu.

Dr. I. Kończkowski.

Właściciel i kierownik zakładu.

(2393) — 9 — 5

AJENCYJA HANDLOWA

W. TRYNISZEWSKI i S-ka

Warszawa, Senatorska 8, kantor wprost bramy

polecają nowo-wprowadzoną **HERBATĘ CHIŃSKĄ** w cenie po 2 rs. za funt.

Mając bezpośredni stosunek z plantatorami w Chinach, a przytem zadawalniając się skromnym zyskiem, Ajencyja położyła główny nacisk na dobroć i taniść towaru, tak że stosunkowo do wysokiego gatunku, herbata naszej firmy jest bezsprzeczenia najtańszą. Wsparci gruntowną znajomością rzeczy i pojmując zadanie kupca, jako obowiązek obywatelski, mamy nadzieję zjednać sobie zaufanie i poparcie naszych uczciwych dążności. Sprzedaż odbywa się w **Kantorze**. Zamówienia z prowincyi skutecznia się bezwzględnie, a biorącym od 5 funtów, opakowanie i porto gratis.

12 — 6

DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH

Koncesjonowane przez
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach
hygijeniczno-lekarskich



EKSTRAKT I KARMELKI „LELIWA”

Przygotowane podług wskazań Lekarzy i Chemików, pewniej-
sze i 50% tańsze od zagranicznych. Fiaszka ekstraktu miodowo-
ziołowo-słodowego kop. 75, tegoż ekstraktu z dodaniem chinu
lub żelaza i chinu rs. 1. Paczka karmelków kop. 15. Wyłączna
sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.

COPAHON

APTEKARZ

K. LEROWSKI

87 Marszałkowska 87

Z pozwolenia Departamentu Medycznego

WYRABIA

COPAHON

niezawodny przeciw rzerzączce

Cena flak: rs. 1.

COPAHON

SKŁAD ZEGARKÓW PIOTRA SMAŁEC

w Warszawie, Mazowiecka Nr. 2.

Otrzymał wielki wybór zegarków najnowszych
konstrukcyi jak: sekundowe i sekundowe z kon-
trolą, repetyery, chronografy i bijące minuty. Re-
montoiry tygodniowe, budziki, kieszonkowe (pa-
miętniki) i t. p.

Reparacyje najzawilszych konstrukcyi zegar-
ków jak i zegarów starannie, tanio, z gwarancyją
dwuletnią.



ODCZYTY KLINICZNE

(Zbiór wykładów tłumaczonych i oryginalnych, poświęconych
przeważnie medycynie praktycznej),

wydawane przez

Redakcję Gazety Lekarskiej,

wychodzą w odstępach miesięcznych, objętości średnio 2 arkusze druku

Dotychczas wyszły:

1. *Heubner*. Dyfteryt szkarlatynowy i jego leczenie.
2. *Struempell*. Nerwice pochodzenia traumatycznego.
- 3 i 4. *Loewenfeld*. Nowoczesne metody leczenia neurastenii i histeryi.
5. { *Dührssen*. O pomocy akuszerijnej w przypadkach zwężeń miednicy.
 Schauta. O leczeniu tyło-pochylenia i tyło-zgięcia macicy.
6. *Hertz*. Gruźlica płuc u dzieci.
7. *Sattler*. O stosunku narządu wzroku do cierpień ogólnych organizmu.
8. *Krówczyński*. Leczenie trypra ostrego i przewlekłego.
- 9 i 10. *Oertel*. Dyjetetyczne i mechaniczne leczenie chorób serca.
11. *Matlakowski*. Tegoczesny sposób operowania raka sutki.
12. *Unverricht*. Metody terapeutyczne w medycynie wewnętrznej.

W r. 1890.

13. *Sokołowski*. Skryte postacie suchot płucnych.
14. *Dührssen*. Leczenie krwotoków poporodowych.
- 15, 16 i 17. *Beard*. Neurastenija, jej objawy, istota, skutki i leczenie.

Następujące zeszyty zawierać będą:

Gajkiewicz. Przymiot układu nerwowego.

Elsenberg. Leczenie przymiotu i. t. d.

Cena pojedynczego zeszytu kop. 30. Nadsyłający z góry pieniądze za 12
zeszytów płaci tylko rs. 3.

Nabywać można

w ADMINISTRACYI GAZETY LEKARSKIEJ (Marszałkowska N. 119)
i we wszystkich księgarniach.

PAMIĘTNIK

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

WARSZAWSKIEGO

Wydawany nakładem tegoż Towarzystwa pod redakcją
Fr. Jawdyńskiego, wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych, obejmujących mniej więcej po 10 arkuszy druku, w miarę potrzeby z drzeworytami i tablicami. Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów tak w Warszawie jak i na prowincyi z odnośnieniem i przesyłką, wynosi rocznie rs. 3. Prenumerować można w redakcyi Pamiętnika (Chłodna 8), we wszystkich redakcyjach pism lekarskich warszawskich, oraz we wszystkich księgarniach i agenturach Spółki kolportacyjnej; w Austrii przedpłata wynosi 4 zr.

JAN KRZYKOWSKI

OPTYK ELEKTROTECHNIK

Marszałkowska Nr. 109

poleca:

Aparaty elektryczne wszelkich systemów własnego wyrobu, jako też skutecznie pod gwarancją reperacyjną takich.

Wyrabia i urządza dzwonki elektryczne.

Posiada na składzie:

Szklą, okulary, nanośniki, termometra lekarskie, inhalatory, respiratory, irygatory, szpryce, paski rypurowe i t. p. przedmioty w wielkim wyborze.

Specyjalne szpryczki do lewatyw glicerynowych.

Środki opatrunkowe i bandaże po cenach fabrycznych.

Uwaga. Wykonywa wszelkiego rodzaju roboty w zakresie techniki lekarskiej wchodzące ściśle według przedstawionych wzorów i planów rysunkowych.

Znane ze swej dokładności i taniości termometra maksymalnie nadeszły w wielkiej ilości.

ZDROWIE

Pismo miesięczne (specyjalne) poświęcone higienie

pod redakcją **J. POLAKA.**

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	Na prowincyi i w Cesarstwie:
rocznie . . . rs. 4	rocznie . . . rs. 5
półrocznie . . . 2	półrocznie . . . 2 kop. 50

Adres redakcyi: **25 Ś-to Krzyska, w Warszawie.**

W Austrii prenumerować można w Administracyi „Przeglądu lekarskiego” w Krakowie, lub u Protomedyka, d-ra Merunowicza (12, Piekarska) we Lwowie.

ZASADY HYGIENY

przez prof. **FLÜGGE'GO.**

Przełożone na język polski i wydane staraniem redakcyi „Zdrowia” (przeład zbiorowy). Dzieło to przeznaczone specyjalnie dla lekarzy i studentów medycyny, stanowi pierwsze wade mecum nowoczesnej higieny w naszym języku, zawiera blisko czterdzieści arkuszy druku, kosztuje zaś tylko 3 rs. 50 kop. w Warszawie, 4 ruble na prowincyi (z przesyłką), zaś dla prenumeratorów „Zdrowia” 2 ruble w redakcyi i 2 rs. 50 kop. z przesyłką.

Medal srebrny na wystawie Muzeum Przemysłu i Handlu 1891 r.
za udoskonaloną produkcję koniaku wyłącznie z wina
Koniak jako czysty wytwór z wina poleca się na cele medyczne.



Specyjalna fabryka „Impérial”

w Warszawie, Sliska 35.

Sprzedaż hurtowa od 1½ wiadra (24 butelek) w kantorze fabrycznym.
Sprzedaż detaliczna we wszystkich Składach Win w Warszawie,
w sklepach stowarzyszenia „Merkury“ i w większych składach prowincjonalnych.

12—1

KSIEGARNIA GEBETHNERA I WOLFFA

w Warszawie,

poleca następujące nowe dzieła:

Adamkiewicz, Ueber das Wesen des vermeintlichen Hirndrucks etc. Mit 4 Taf.	1. 05
Bedoin (le Dr). — Précis d'hygiène publique. Préface du professeur Brouardel. vec 70 fig.	2. —
Bergeret (le Dr).—Les Passions, dangers et inconvéniens pour les in- dividus, la famille et la société. Hygiène morale et so- ciale. Nouvelle édition	1. 40
Bouchardat (A.) et C. Vignardon. — Nouveau formulaire vétérinaire. 4-e édition conforme au dernier Dodex, revue et aug- mentée.	1. 40
Bouveret (L.).—Ls Neurasthénie. (Epuisement nerveux.)	2. 40
Charon (E.) et G. Gevaert. — Chirurgie infantile. Clinique et obser- vations.	4. —
Cotard (le Dr. Jules). — Etudes sur les maladies cérébrales et men- tales.	3. 20
Delbrück, A., Die pathologische Lüge und die psychischen abnormen Schwindler.	1. 35
Dieterich, E., Neues pharmaceutisches Manual. 4 Aufl.	4. 50
Elsenberg, F., Bakteriologische Diagnostik. 3. Aufl.	5. 40
Federn S., Ueber part. Dermatomie und ihre Bez. zu Morbus Basedo- wii etc.	—70