

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z kliniki terapeutycznej szpitalnej.

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

Przyczynki do nauki o przeciwnilnem znaczeniu kwasu solnego i żółci.

Podał **Edmund Biernacki**,

Ordynator kliniki.

(*Dokończenie*).

Spostrzeżenia nad zawartością kwasu siarczanego sprzężonego w moczu przy zapaleniu nerek przeprowadziłem w 6 przypadkach, należących przeważnie do kategorii przewlekłych. Chorzy ci byli wieku średniego, i oprócz cierpienia nerek, nie przedstawiali żadnych ważniejszych zaburzeń lub komplikacyj. Badania moczu robione były w różnorodnych okresach choroby: w jednych przypadkach w obecności obrzęków i oligurii, w innych—przy obfitem wydzieleniu moczu, w trzecim — w okresie warunkowego zdrowia, gdy choroba zdradzała się wydzieleniem białka i cylindrów moczowych. Określenie kwasów eterycznych prowadziłem w każdym oddzielnym przypadku w przeciągu 5—10—15 dni, przy czem starannie unikałem czynników, które mogły same przez się wyrzucić wpływ na gniciu w kiszkiwach.

I tak chorzy nie przyjmowali żadnych lekarstw, skoro tylko ilość moczu się zwiększyła, w innych znowu razach stosowano tylko octan potasu i wanny. Do badania wybierałem takie tylko przypadki, które nie przedstawiały—obiektywnie lub subiektywnie—żadnych zaburzeń kanału kiszkiwego — zaparcia lub rozwolnień; przeciwnie, wypróżnienia były prawidłowo codzien. Jednocześnie we wszystkich przypadkach badałem trawienie żołądkowe, nap. zawartość kwa-

su solnego. Djeta za okres obserwacji pozostawała jednako-
kową—najczęściej stosowano mleczną.

Ponieważ we wszystkich obserwowanych przypadkach istniały znaczne zaburzenia trawienia żołądkowego—zupełny brak lub małe ilości kwasu solnego, to jednocześnie starałem się określić, w jakim stosunku znajdują się te anomalje do gnicia kiszkowego. Określiwszy zawartość kwasów eterycznych przy zwykłych warunkach w przeciągu 4—6 dni, dawałem chorym również w przeciągu takiego czasu kwas solny razem z pokarmem w ilości 0,3—0,5 drm. ac. muriat. dil. (w roztworze). Następnie środek ten odstawiono i wydzielenie kwasów eterycznych obserwowano jak przedtem—w przeciągu 3—4 dni. W jednym przypadku, spostrzeganym więcej niż przez 20 dni, podobne postępowanie skutecznym 2 razy.

Niektóre z obserwacji przytaczam poniżej:

Przeoglądając dane, przekonywamy się, że przy cierpieniu nerek ilości kwasów eteryczno-siarczanych są bardzo wysokie i zawartość kwasu sprężonego przy różnorodnych djetach jest zawsze wyższą od normy. Przy mlecznej dyjecie w jednym przypadku otrzymujemy przecięciowo na dobę 0,5681 grm., w drugim 0,4382 grm., w trzecim 6,3682 grm. (normalnie 0,637 grm.). Przy słabej dyjecie znajdujemy 0,5145 grm., przy całej 0,2746 gr. i 0,4127 grm. Wszystkie te liczby przewyższają normalne mniej lub więcej. Przytoczone rezultaty należą do jednego okresu choroby—do czasu, gdy zjawia się obfite wydzielanie moczu, a obrzęki znikają lub jeszcze istnieją. Co do natężenia przypadki te były bardzo różnorodne—pierwsze dwa—należały do ciężkich, z dużą ilością białka w moczu, dwa inne—do lżejszych. Trwanie cierpienia również było niejednakowem—jeden z przypadków trwał od 2 miesięcy, drugi od 4 tygodni i t. d. Tym sposobem przypadki różnego natężenia i trwania, lecz jednego okresu przedstawiają jedne i to same dane. Dwa inne przypadki—z których jeden przytoczyliśmy,—gdzie jeden badany był na początku okresu obrzękowego, a drugi w stadium znośnego zdrowia po zniknięciu obrzęków i oligurji, ale z białkiem w moczu, dały też same wyniki. W pierwszym przypadku, trwającym od 2 tygodni z dobową ilością moczu 755 ctm. ³ przecięciowa ilość kwasów eterycznych wynosiła przy dyjecie mlecznej 0,1459 grm.,—w drugim—0,1630 grm.: obie dane przewyższają normalne—2 razy. Tym sposobem przy najróżnorodniejszych warunkach za-

T A A L I C A IV.

Kur... lat 28. Chory od 2 miesięcy. Obfita diureza od tygodnia 16-go ostatni raz kali acēt. Zwykle brak zupełny HCl. 23 i 31-go słabe ślady. Dużo białka w moczu. Hemoglobinuria.

Data	Ilość mocz	W 100 cm ³				P r o d i e				Stosunek	U w a g i.
		Og. H ₂ SO ₄		Sprzężony		Og. H ₂ SO ₄		Sprzężony			
		Og.	Wolny	Sprzężony	Wolny	Og.	Wolny	Sprzężony	Wolny		
16	5100	0,1023	0,0887	0,0136	0,0136	5,1171	4,4235	0,6936	0,6936	1:6,5	Dyjeta mleczna: Kwas solny przy jedzeniu.
18	4300	0,0630	0,0518	0,0122	0,0122	2,7090	2,2274	0,4816	0,4816	1:4,6	
20	1700	0,1482	0,1262	0,0220	0,0220	2,5194	2,1454	0,3740	0,3740	1:5,7	
21	2600	0,0944	0,0780	0,0164	0,0164	2,4544	1,7647	0,6897	0,6897	1:4,7	
23	3600	0,0631	0,0463	0,0168	0,0168	2,2716	1,6668	0,6048	0,6048	1:2,7	
24	2000	0,1347	0,1174	0,0173	0,0173	2,5940	2,3480	0,3460	0,3460	2:6,7	
25	1800	0,1478	0,1324	0,0154	0,0154	2,6604	2,3832	0,2772	0,2772	1:8,5	
26	2400	0,0901	0,0718	0,0183	0,0183	2,1624	1,7232	0,4392	0,4392	1:3,9	Dyjeta słaba. Kwas solny odsta- wiony.
28	4000	0,0808	0,0721	0,0087	0,0087	3,2320	2,8840	0,3480	0,3480	1:8,2	
29	3000	0,1440	0,1314	0,0126	0,0126	4,3200	3,9420	0,3780	0,3780	1:10,4	
30	3000	0,0831	0,0667	0,0164	0,0164	2,4930	2,0010	0,4920	0,4920	1:4,0	
31	4500	0,0577	0,0577	0,0129	0,0129	2,5965	2,0169	0,5805	0,5805	1:3,4	
—	3460	0,0942	0,0782	0,0160	0,0160	3,0136	2,4455	0,5681	0,5681	1:4,3	Przecięciowo od 16—23
—	2640	0,1194	0,1050	0,0144	0,0144	3,0136	2,6560	0,3576	0,3576	1:7,4	24—29. HCl przy jedzeniu.
—	3750	0,0703	0,0557	0,0146	0,0146	2,5230	2,0085	0,5145	0,5145	1:3,9	30—31. Bez HCl.

T A B L I C A V.

Płud. Bez obrzązków od 10 dni. Mało białka. Dyjeta mleczna.

Data	Ilość mo- czu	W 100 ctm.			Pro die.			Stosun.	U w a g i.
		Ogól. H ₂ SO ₄	Wolny	Zwią- zany	Ogólny	Wolny	Zwią- zany		
14	1500	0,1170	0,1034	0,0136	1,7550	1,5510	0,2040	1:7,6	
16	1900	0,0934	0,0767	0,0067	1,5846	1,4573	0,1273	1:11,4	
17	1400	0,1322	0,1203	0,0119	1,8508	1,6842	0,1666	1:10,1	
19	1400	0,1080	0,0969	0,0111	1,5210	1,3576	0,1544	1:8,9	
—	1550	0,1041	0,0933	0,0108	1,6755	1,5125	0,1630	1:9,2	Przecięciowo

T A B L I C A VI.

Pora... 32 l., chory od 3 tygodni. Od 3 dni dreszcze. kali acet. ostatni raz f.
 Dużo białka w moczu. Od 10-go hemoglobinuryja, kwasu solnego w żołądku
 9-go i 22-go—0,0113%, 25—0,0226%.

Data	Ilość mo- czu	W 100 ctm.			Pro die			Stosun.	U w a g i.
		Ogólny	Wolny	Sprzę- żony	Ogólny	Wolny	Sprzę- żony		
6	2400	0,0524	0,0422	0,0102	1,2576	1,0128	0,2448	1:4,1	
7	3500	0,0703	0,0584	0,0119	5,4605	2,0440	0,4165	1:4,3	
8	2400	0,0598	0,0464	0,0134	1,4352	1,1136	0,3216	1:3,4	
9	3000	0,0609	0,0366	0,0243	1,8270	1,0980	0,7290	1:1,5	
10	3800	0,0580	0,0449	0,0131	2,2040	1,7062	0,4978	1:3,4	
11	4000	0,0582	0,0477	0,0105	2,3280	1,9080	0,4200	1:4,5	
13	2600	0,0593	0,0536	0,0057	1,5418	1,3936	0,1482	1:9,3	
14	3040	0,0397	0,0366	0,0031	1,2068	1,1126	0,0942	1:11,8	
15	4800	0,0441	0,0404	0,0037	2,1168	1,9392	0,1776	1:10,9	
17	6000	0,0310	0,0279	0,0031	1,8600	1,6740	0,1860	1:9,0	
18	5100	0,0488	0,0403	0,0085	2,4888	2,0553	0,4335	1:4,7	
22	5000	0,0413	0,0349	0,0064	2,0650	1,7450	0,3200	1:5,4	
23	5000	0,0608	0,0526	0,0082	3,0400	2,6300	0,4100	1:6,4	
24	5600	0,0588	0,0471	0,0087	3,1248	2,6376	0,4872	1:5,4	
25	5800	0,0488	0,0413	0,0035	2,5984	2,3954	0,2031	1:11,8	
26	4000	0,0435	0,0404	0,0031	1,7400	1,6160	0,1240	1:13,0	
27	4600	0,0580	0,0555	0,0025	2,6680	2,5530	0,1150	1:22,2	
28	4200	0,0444	0,0416	0,0028	1,8648	1,8472	0,1175	1:14,8	
29	4400	0,0640	0,0590	0,0050	2,8160	2,5960	0,2200	1:11,8	
—	3183	0,0599	0,0460	0,0139	1,9136	1,4804	0,4382	1:3,3	6—11. Bez HCl.
—	4110	0,0435	0,0396	0,0039	1,6803	1,5298	0,1505	1:10,1	13—17. HCl. z po- karmem
—	5175	0,0516	0,0437	0,0079	3,0796	2,6669	0,4127	1:6,4	18—24. Bez HCl.
—	4600	0,0509	0,0475	0,0034	2,3373	2,1815	0,1558	1:14,0	25—29. HCl po jedzeniu

wartość kwasów eterycznych przy zapaleniu nerek jest wogóle znacznie zwiększoną, czyli — gnicie kiszkowe przy tej chorobie jest wzmożone, — pomimo braku jakichkolwiek subiektywnych lub obiektywnych objawów.

Jakiż związek istnieje pomiędzy wzmożeniem gniciem kiszkowym i osłabieniem sekrecji żołądkowej? Byłoby rzeczą ryzykowną dowodzić takiego związku, jeżelibyśmy nie posiadali spostrzeżeń nad wpływem kwasu solnego na zawartość kwasów eteryczno-siarczanych. Jednakże cyfry dowodzą, że, gdy tylko wprowadzony wraz z pokarmem kwas solny w przypadkach, gdzie tegoż związku w żołądku brak lub znajduje się mało, nader szybko, bo już dnia następnego obniża się zawartość w moczu kwasu siarczanego sprzężonego. Odwrotnie, jeśli odstawiamy kwas, ilość kwasów eteryczno-siarczanych natychmiast się podnosi. Nie ulega przeto wątpliwości, że brak kwasu solnego w żołądku uczestniczy w wzmożeniu gnicia kiszkowego przy zapaleniu nerek.

Możemy przytoczyć jeszcze jeden dowód na korzyść tego zdania. U różnych chorych konstatowaliśmy różne ilości eteryczno-siarczanych kwasów mimo równych warunków, co do diety i co do okresu choroby. Ciekawem jest, że stopień anomalii żołądkowych szedł równoległe z wydzielaniem produktów rozkładu w moczu, gdzie kwasów eterycznych było więcej, tam osłabienie funkcji żołądkowej było daleko znaczniejszem, niż w przypadkach z nieznaczną zawartością kwasu siarczanego sprzężonego. W jednej obserwacji z 0,1408 grm. Cl. w żołądku znajdowało się w dość znacznej ilości; w 1-m i 3-m razach wolny kwas solny był nieobecnym prawie stale i rozkład w jelitach rozwinięty był przytem bardzo silnie.

Rezultaty te mogą posłużyć za nowy przyczynek do nauki o antyseptycznym znaczeniu soku żołądkowego, w szczególności i wskazują one, że kwas solny w żołądku wywiera wpływ hamujący na rozkład w jelitach, czego dowodzą Kast⁹⁾, Wasbutzki¹⁰⁾. W najnowszej swej pracy v. Noorden²²⁾ zbija to twierdzenie. Krytykując ostro z jednej strony metodykę Kast'a autor — z drugiej — stara się dowieść na podstawie własnych obserwacji nad wydzielaniem kwasów eteryczno-siarczanych u chorych żołądkowych z niedostateczną ilością HCl, że kwas solny soku żołądkowego zupełnie nie działa dezynfekcyjnie po za granicami żołądka,

i nic nie ma wspólnego z dezynfekcją kiszek. Rzeczywiście v. Noorden nie znajduje, by u chorych żołądkowych znajdowało się w moczu dużo kwasów eteryczno-siarczanych, co powinnyby mieć miejsce w moc twierdzeń Kast'a i Wasbutzkiego. Badanie zawartości indykanu w kilku przypadkach nadmiernego wydzielania i kwasności soku żołądkowego dowiodło nie tylko nie zmniejszenia, ale zwiększenia ilości tego ciała w moczu. Fakty te mówią według v. Nikoden'a przeciw związkowi dezynfekcyi jelit z kwasem solnym soku żołądkowego. Przy tem, możebnem jest zupełnie że w niektórych przypadkach żołądek może warunkować gnicie kiszkowe, a mianowicie przy wysokiego stopnia rozstrzeni żołądka, raku tegoż narządu, ostrych katarach u dzieci, jednym słowem w stanach patologicznych, które spauzują wzmożone gnicie w jelitach przez przejście do nich z żołądka mass fermentujących i gnijących. Ostre i przewlekłe nieżyty żołądka mogą zaś tylko wtedy wywołać zwiększenie zawartości eteryczno-siarczanych kwasów w moczu, jeśli jednocześnie istnieje cierpienie kiszek. Zresztą v. Nikoden nie przeczy, by kwas solny w żołądku nie dezynfekował przyjętego pokarmu, niszcząc w nim zarodki gnicia i ochraniając tym sposobem w sensie Runge'go organizm od infekcyi.

Zgadzamy się zupełnie z v. Noorden'em, że metodyka Kast'a nie jest wolną od zarzutów. Nasycenie organizmu alkalijami nie może sprowadzać w jednym tylko żołądku pewnych zaburzeń. Niewątpliwie pozostają przytem zaburzenia i w jelitach, w moc których gnicie kiszkowe odbywa się przy zupełnie innych warunkach, niż normalnie. Praca Kast'a dowodzi tylko jednego faktu, że przy nasyceniu organizmu alkalijami eteryczno-siarczane kwasy znajdują się w moczu w większej zawartości, niż normalnie; ale to jeszcze bynajmniej nie dowodzi, że zwiększenie gnicia kiszkowego zależy w tym razie od braku kwasu solnego w żołądku. Podobnie i zwiększenie zawartości kwasu siarcz. sprzężonego w moczu przy cierpieniu nerek nie dowodzi samo przez się, że zjawisko to zależy od braku kwasu solnego w żołądku. Rzeczywiście przypadki moje posiadają pewną analogję do doświadczeń Kast'a; przy cierpieniu nerek niewątpliwie muszą cierpieć i funkcye jelit, ponieważ główna przyczyna—anomalja we krwi nie może wpływać wyjątkowo tylko na żołądek. Gnicie kiszkowe przy zapaleniu nerek po-

winno przeto samo przez się znajdować się w nienormalnych warunkach podobnie, jak to bywa w doświadczeniach Kast'a. Tylko zmniejszenie procesów rozkładowych w kiszka-
kach przy podawaniu kwasu solnego dowodzi, że osłabienie sekrecji żołądkowej uczestniczy w nasileniu gnicia kiszko-
wego, czyli, że w ogóle gnicie kiszkowe znajduje się w zależności od kwasu solnego w żołądku.

Punkt wyjścia dla przeciwnych poglądów v. Noorden'a opiera się na niepewnych podstawach. Autor nie dowiódł zupełnie, czy zawartość kwasów eteryczno-siarczanych w moczu u chorych żołądkowych nie była zwiększoną. I w ogóle—z tablic v. Noorden'a nie można wyprowadzić żadnych wniosków w tym lub innym kierunku, ponieważ nie mamy zupełnie kryterijum do ich oceny. V. Noorden porównywa otrzymane cyfry z normą 0,2500 grm. kw. siarcz. sprzężonego, co prawda, zwraca on przytem uwagę na dyjetę i, opierając się na spostrzeżeniach Müller'a i Hirschler'a, unika węglowodów, a daje chorym głównie pokarm białkowy. Ale przytem autor nie daje zupełnie wskazówek, jaka jest normalna ilość produktów rozkładu w moczu przy używanej przez niego dyjecie.

Tymczasem możebną jest rzeczą, że zawartość eteryczno-siarczanych kwasów przy warunkach v. Noorden'a jest daleko mniejszą od normy 0,2500 grm., przyznawanej przez autora. Taka norma zaś dla naszych dyjet wykazuje zawsze wzmożenie gnicia. Porównywając cyfry v. Noorden'a z naszym maksymalnem kryterijum, przekonujemy się, że większość z nich przewyższa 0,1400 grm.; dla nas rozkład w kiszka-
kach przy nieżycie śluzowym żołądka jest przeto w ogóle wzmożonym. Zresztą nie mogę dowodzić tego, nie posiadając odpowiedniego kryterijum. Jeżeli nawet u chorych żołądkowych nie istnieje wzmożone gnicie w kiszka-
kach, to fakt ten nie zwala jeszcze bronionego przez nas poglądu. Wtedy możnaby raczej przypuścić, że kanał pokarmowy może również dobrze wyrównywać się i przystosowywać względem swych antyseptycznych funkcji, jak to pięknie dowiódł v. Noorden dla zużytkowania pokarmu.

Co się tycze tego, że zawartość indykanu zwiększoną jest w przypadkach nadmiernej kwasoty soku żołądkowego, konieczną jest rzeczą zauważyć, że fakt ten nie dowodzi jeszcze ogólnego nasilenia gnicia kiszkowego. Tylko ogólna ilość kwasów eteryczno-siarczanych może służyć do tego ce-

lu. Istnieją przecież wskazówki, o których wspomnieliśmy powyżej, że zwiększenie ogólnej ilości kw. siarcz. sprzężonego może zdarzać się bez zwiększenia zawartości indykanu. I względem do naszych badań znajdujemy u Brieger'a dane, że przy ostrem i przewlekłym zapaleniu nerek w moczu znajdują się ledwie ślady indolu, fenolu i oksykwasów tymczasem nasze obserwacje wykazują, że przytem istnieje zwiększone wydzielanie kwasów eteryczno siarczanych. Ciekawe zkad inąd dane v. Noorden'a tracą tym sposobem swe znaczenie.

Wydzielanie ogólnej ilości kw. siarczanego przedstawia w niektórych przypadkach cierpienia nerek pewne właściwości. W trzech zbadanych przypadkach istniała hemoglobinuryja różnego natężenia, i u tych chorych zawartość kwasu siarczanego w urynie była szczególnie wysoką, wyższą od normy. Tak w jednym przypadku—dziennie znajdowaliśmy 2,5230 grm.—3,0136 grm., w drugim 3,0798 grm. kwasu siarczanego. W jednej z tych obserwacji ilość kwasu siarczanego w moczu zwiększała się równolegle do hemoglobinuryi. Chcę zwrócić uwagę na to wydzielanie dużych ilości kwasu siarczanego jednocześnie z krwią w moczu, ponieważ udało mi się²³⁾ już raz zrobić podobne spostrzeżenie. W trzecim okresie działania wprowadzonych pod skórę w wielkiej ilości 0,7% rozczyńców solnych, gdy w krwi obserwujemy silny rozpad czerwonych ciałek, a w moczu, jako świadectwo tegoż, hemoglobinuryję,—ilość kwasu siarczanego (a także i fosforanów) zwiększa się, podczas gdy mocznik nie podlega takim wahaniom. Teraz obserwujemy podobne zjawisko przy cierpieniu nerek krwotocznem, chociaż pochodzenie homeglobinuryi przy niem jest inne, niż w doświadczeniach z hypodermoklizmami. Prawdopodobnie między rozpadem czerwonych ciałek krwi i obfitem wydzielaniem kw. siarczanego w moczu istnieje związek przyczynowy, t. j., że pewien nadmiar tego związku pochodzi bezpośrednio od czerwonych krążków. Fakt ten ma znaczenie pod tym względem, że według istniejących poglądów kwas siarczany, jak i mocznik jest produktem utlenienia białka. Możliwym jest, jak się zdaje, i inny mechanizm pochodzenia tego związku.

Co się tyczy zawartości kwasu siarczanego przy zwykłym zapaleniu nerek, to w tym kierunku dane nasze nie są

stałe. Przecięciowo ilość kw. siarczanego jest niższą niż normalnie.

Do spostrzeżeń nad zawartością eteryczno-siarczanych kwasów w moczu przy żółtaczce wybierałem tylko czyste formy żółtaczki nieżytowej, której przebieg i objawy usprawiedliwiały rozpoznanie. Nie uwzględniałem przypadków marskości, raka wątroby, lub kamieni żółciowych; nie badałem również przypadków, skomplikowanych przez katar kiszek, który sam przez się może wywołać zwiększenie zawartości eteryczno-siarczanych kwasów w moczu. Tylko czyste przypadki żółtaczki nieżytowej mogły wykazać prawdziwe rezultaty, ponieważ przytem cierpieniu brak wpływów, które mogłyby zaciemnić badanie. Zatrzymanie żółci przytem cierpieniu spowodowane jest czysto mechanicznie — zamknięciem światła przewodów żółciowych napęczniałą błoną śluzową, z powodu czego upływ żółci nie może się odbywać. Jak tylko zamknięcie znika, ustępują także zjawiska patologiczne. Badanie zawartości eteryczno-siarczanych kwasów w urynie powinno było odpowiadać takiemu porządkowi zjawiska: dlatego odbywało się ono we wszystkich okresach choroby — przy zupełnem zamknięciu przewodu żółciowego, podczas znikania tego objawu, i przy zupełnie swobodnym odpływie żółci do kanału kiszkiowego. Porównywanie następnie rezultatów prowadziło do odpowiednich wniosków. Obserwacja trwała tym sposobem 6—20 dni — wedle przypadku. Posiadałem więc dla określenia wartości kwasów eteryczno-siarczanych przy żółtaczce z kryterya: jeden, porównywanie cyfr otrzymanych z normalnymi przecięciowymi wartościami, drugi — porównywanie danych za okres choroby i rekonwalescencji u tegoż samego osobnika. Zapewne rekonwalescencja nie mogła być uważaną za zupełnie zdrowie i zawartość kwasów eterycznych w tym okresie, należy przypuszczać, nie była zupełnie normalną, ale i takie kryterjum okazało się bardzo pożytecznem.

Z powodu rodzaju cierpienia obserwacje przy żółtaczce nie mogły być tak wolne od wpływów pobocznych, jak to miało miejsce przy cierpieniach nerek. Leczenie, które koniecznie należało stosować, wywierało niewątpliwie wpływ na gnicie w kiszkiach i modyfikowało istotne zachowanie się kwasów eteryczno-siarczanych w moczu. Chorzy otrzymywali mianowicie Rheum, sal. carolinense, niekiedy kalomel —

naturalnie, i tu, jak zawsze, unikane były starannie wszelkie aromatyczne związki, które silnie zwiększają zawartość kwasu siarczanego sprzężonego.

Określenia przeprowadzone były w 3 przypadkach żółtaczki nieżytowej i w jednym—choroby Weil'a po zniknięciu gorączki. Wszystkie te przypadki trafiały do kliniki po pewnym okresie trwania, objawy zatrzymania żółci były wyrażone bardzo jasno: zupełna bezbarwność kału, barwniki w urynie, zabarwienie skóry i błon śluzowych. Przystosowaną obserwacją gdzie badanie prowadzone było przez 3 tygodnie. (*Ob. tabl. VII*).

Chory ten cierpiał na żółtaczkę z przypadłościami gastrycznymi od 5 tygodni. W moczu dużo barwników, kał odbarwiony. Dyjeta ścisła z dodaniem 550 ctm³. mleka. Leczony był głównie lewatywami z zimnej wody według Krull'a. 9 Grudnia zawartość barwników silnie się zmniejszyła, 10 ledwie ślady. Kał zabarwiony. Zabarwienie żółtaczkowe zniknęło stopniowo. Mleko, ścisła dyjeta, kotlet. *Sal carolinense*.

Porównyując w tym przypadku ilości kwasu siarczanego sprzężonego w moczu podczas zatrzymania żółci z ilościami wydzielanymi w okresie rekonwalescencji przekonujemy się o niewątpliwej różnicy: w pierwszym okresie eteryczno-siarczanych kwasów bywało więcej — przecięciowo 0,2054 grm. dziennie, niż w drugim—0,1622 grm. Oddzielne określenia w pierwszej połowie obserwacji są w ogóle wyższe, niż w drugiej, chociaż tu i tam spotykamy niekiedy wielkości jednakowe. Różnica między wartościami przecięciowymi obu okresów nie jest znaczną: 0,0432 grm.; jednakże i ona dowodzi niewątpliwie, że podczas zatrzymania żółci zawartość eteryczno-siarczanych kwasów w moczu jest większą, niż przy swobodnym dopływie jej do kanału kiszkiwego. Nader wybitnym jest fakt, że zawartość kwasu sprzężonego w moczu natychmiast się zmniejszyła, gdy tylko ilość barwników w moczu spadła. Że obie wyprowadzone wartości przecięciowe kwasów eterycznych przewyższają nasze odpowiednie cyfry kontrolujące, nie podlega najmniejszej wątpliwości: w okresie żółtaczkowym wydzielonem zostało 2 razy więcej produktów gnicia, niż przy normalnych warunkach. Wartość przecięciowa za okres rekonwalescencji jest równie większą, niż cyfra kontrolująca, chociaż jest

T A B L I C A VII.

Data	W 100 cm ³ .			Pro die			Stosunek	U w a g i.
	Ilość mocz	Ogólny	Wolny	Sprężony	Ogólny	Wolny		
30	1600	0,0684	0,0507	0,0127	1,0144	0,8112	0,2032	1:3,9
1	1500	0,0887	0,0765	0,0122	1,3305	1,1475	0,1830	1:6,2
2	1600	0,0802	0,0670	0,0132	1,2832	1,0720	0,2112	1:5,0
3	1500	0,1598	0,1309	0,0289	0,7990	0,6545	0,1445	1:4,5
4	1150	0,1930	0,1662	0,0168	2,1045	1,9113	0,1932	1:9,8
5	2000	0,1007	0,0834	0,0173	2,0140	1,6680	0,3460	1:4,8
6	900	0,1492	0,1331	0,0161	1,3428	1,1979	0,1449	1:8,2
8	1150	0,2373	0,2156	0,0217	2,7289	2,4794	0,2495	1:9,9
9	900	0,1691	0,1498	0,0193	1,5219	1,3482	0,1737	1:7,7
10	700	0,2103	0,1923	0,0180	1,4721	1,3461	0,1260	1:10,6
16	900	0,3850	0,3192	0,0158	3,0150	2,8728	0,1422	1:20,2
17	1250	0,2246	0,2097	0,0149	2,8075	2,6213	0,1862	1:14,0
18	—	0,1734	0,1607	0,0127	—	—	—	1:12,6
19	1600	0,2095	0,1981	0,0114	3,3520	3,1696	0,1824	1:17,3
20	700	0,3200	0,2962	0,0238	2,2400	2,0734	0,1666	1:12,4
21	2600	0,0933	0,6881	0,0052	2,4358	2,2906	0,1352	1:16,9
22	2206	0,1358	0,1295	0,0063	2,9876	2,8490	0,1386	1:20,5
23	2100	0,0971	0,0886	0,0105	2,0391	1,8186	0,2205	1:8,2
—	1255	0,1367	0,1192	0,0175	1,5376	1,3322	0,2054	1:6,4
—	1506	0,2000	0,1869	0,0131	2,5424	2,3802	0,1622	1:14,7

Przebiegiem. Od 30—9.
Okres żółtaczk.

10—23. Rekonwalescenc.

już więcej zbliżoną do normy, niż cyfra za okres żółtaczkowy.

W następującym przypadku wpływ braku żółci w kanale kiszkowym jest jeszcze wyraźniejszym, niż w pierwszym. (*Ob. tabl. VIII*).

W tym przypadku ilość eteryczno-siarczanych kwasów zmniejsza się stopniowo aż do polepszenia procesu chorobowego. W przerwie 4 dni znajduwaliśmy przecięciowo 0,1274 grm. w ostatnie cztery—0,0691 grm., co nawet stoi niżej normy. Różnica pomiędzy obu wartościami jest jeszcze znacznieszą, niż w pierwszej tablicy, pomimo, że określenia robione były w tym razie pod koniec choroby i w pierwsze dni rekonwalescencji. Przytoczone spostrzeżenie posiada tem większe znaczenie dla nas, że dyjeta za okres obserwowania i leczenie farmaceutyczne pozostawały jednakowemi.

Również dowodzącym jest i 3 przypadek obserwowany przez 3 tygodnie. (*Ob. tabl. IX*).

Chory ten przed wstąpieniem do kliniki cierpiał już od dwóch tygodni na silną żółtaczkę. Przypadłości żołądkowe. Dużo barwników w moczu. Kalomel, rheum. s. carolinense.

W pierwsze 13 dni, gdy żółci w kanale kiszkowym zupełnie nie było, przecięciowa dzienna ilość kwasów eteryczno-siarczanych wynosiła 0,2314 grm.; gdy tylko zamknięcie dróg żółciowych znikło, ilość ta zmniejszyła się do 0,1755 grm. (w ostatnich 7 dniach). Pod wpływem dyjety zjawily się w przypadku tym bardzo znaczne wahania ilości kwasu siarczanego sprzężonego. Przez pierwsze pięć dni chory przyjmował dyjetę ścisłą i stosownie do tego ilość produktów gnicia w moczu wynosiła 0,1673 grm., co także wykazuje zwiększenie rozkładu w jelitach. Następnie *experimenti gratia*—przeszliśmy do dyjety całej i zawartość kwasu sprzężonego w urynie podniosła się do 0,2772 grm. Ta sama dyjeta podczas rekonwalescencji sprawiała tylko 0,1775 grammów.

W przypadku choroby Weil'a obserwowaliśmy również stopniowe zmniejszenie zawartości kwasów eteryczno-siarczanych w miarę znikania barwników z moczu i zabarwienia kału.

Tym sposobem wszystkie określenia dowodzą, że zawartość kwasu siarczanego sprzężonego przy żółtaczce jest zwiększoną. Fakt ten potwierdza nie tylko porównywanie danych z kontrolującemi cyframi, ale i zestawienie rezulta-

T A B L I C A VIII.

Chora Gec. od 2 tygodni. Dyjeta ścisła i 250 ctm³. mleka. Rheum.

Data	Ilość moczu	W 100 ctm ³			Pro die			Stosunek	U w a g i.
		Ogólny		Sprężony	Ogólny		Sprężony		
		Wolny	Sprężony		Wolny	Sprężony			
29	900	0,0833	0,0634	0,0240	0,7947	0,5787	0,2160	1:2,7	} Dużo barwników w moczu Barwników mało. Barwników ślady
30	1300	0,0818	0,0639	0,0119	1,0634	0,9087	0,1547	1:5,0	
31	1300	0,0693	0,0618	0,0075	0,9009	0,8024	0,0975	1:8,2	
1	1170	0,0778	0,0657	0,0121	0,9102	0,7687	0,1415	1:5,4	
2	1400	0,0682	0,0614	0,0068	1,9548	0,8596	0,0952	1:9,0	
3	1320	0,0899	0,0829	0,0070	1,1866	1,0942	0,0924	1:11,8	
4	1700	0,0610	0,0563	0,0047	1,0870	0,9571	0,0799	1:11,9	
5	1300	0,0814	0,0754	0,0060	1,0582	0,9802	0,0780	1:12,5	
—	11675	0,0793	0,0654	0,0139	0,8920	0,7646	0,1274	1:4,5	Przecięciowo 29—1 żółtaczki.
—	1480	0,0751	0,0670	0,0061	1,0419	0,9728	0,0691	1:11,5	2—5. Rekonwalescencja.

T A B L I C A I X.

Data	Ilość meczyn	W 100 ctm ³ .			Pro die			Stosunek	U w a g i.
		Ogólny	Wolny	Sprzężony	Ogólny	Wolny	Sprzężony		
13	500	0,2258	0,1991	0,0267	1,1290	0,9955	0,1335	} Calomel 6 gr. ol. ricini. Calomel. Rheum. Rheum. — — Cata dyfeta. Rheuma. Calomel 10 gr. Idem Idem. — Sal. carolinense. Sal. carolinense. Barwn. mała. Rheum. Sal. carolinense. Barwn. mała. Rheum. Barwnik. śledy. " niema.	
14	600	0,2383	0,2129	0,0284	1,3698	1,2174	0,1524		
15	700	0,1945	0,1653	0,0292	1,3615	1,1571	0,2044		
16	630	0,1002	0,0848	0,0184	0,6312	0,5242	0,1070		
17	1400	0,0970	—	—	1,3380	—	—		
18	1900	0,0934	0,0808	0,0136	1,7746	1,5352	0,2394		
19	1400	0,1001	0,0843	0,0138	1,4014	1,1802	0,2212		
20	1250	0,1223	0,1049	0,0174	1,5328	1,3063	0,2165		
21	2200	0,0954	0,0791	0,0163	2,0988	1,7392	0,3586		
22	2400	0,0844	0,0703	0,0141	2,0256	1,6872	0,3384		
23	2250	0,0799	0,0680	0,0119	1,7578	1,4960	0,2618		
24	2300	0,0927	0,0832	0,0095	2,1321	1,9136	0,2185		
25	2200	0,1201	0,1053	0,0148	2,6432	2,3166	0,3256		
26	1500	0,1042	0,0957	0,0085	1,5630	1,4335	0,1175		
27	2000	0,1222	0,1106	0,0116	2,4440	2,2120	0,3320		
28	2700	0,0946	0,0866	0,0080	2,5542	2,3382	0,2160		
29	2200	0,1000	0,0930	0,0070	2,2000	1,8460	0,1540		
30	2300	—	—	0,0072	—	—	—		
1	1700	0,1050	—	—	2,1000	—	—		
31	2000	0,1165	0,1086	0,0079	2,3300	2,1729	0,1580		
—	855	0,1703	0,1485	0,0218	1,2332	1,0859	0,1673	1:6,4	
—	2000	0,1092	0,0850	0,0142	1,9399	1,6627	0,2772	1:5,9	
—	1517	0,1364	0,1190	0,0174	1,6538	1,4224	9,2314	1:6,1	
—	1987	0,1076	0,0989	0,0087	2,1762	2,0007	9,1755	1:11,4	

tów otrzymanych podczas choroby z cyframi znalezionemi podczas rekonwalescencji. Znalezione wartości kwasów eteryczno-siarczanych przy żółtaczce nie bardzo wybitnie odróżniają się od danych normalnych i przewyższają te ostatnie zaledwie na 0,0450 grm., 0,1027 grm. Badania nad zapaleniem nerek wykazały daleko większe cyfry; ale należy przypuszczać, że przy żółtaczce rezultaty byłyby daleko wybitniejsze, jeżeliby choroba przebiegała samoistnie i zabiegi lecznicze nie były stosowane. Prawdopodobnie używane przez chorych środki czyszczące znacznie zmniejszyły przecięciowe ilości kwasu siarczanego sprzężonego. A ztąd i otrzymane niewielkie różnice mają znaczenie dowodzące.

Ponieważ innych źródeł gnicia oprócz kanału kiszkowego przy żółtaczce niema, to zwiększona zawartość eteryczno-siarczanych kwasów w moczu przy tej chorobie dowodzi wzmózonego rozkładu w jelitach. Nie trudno dowieść że brak żółci uczestniczy w tem zjawisku. Sam fakt, że przy żółtaczce zawartość kwasu siarczanego sprzężonego w urynie jest większą, niż normalnie, nie dowodzi jeszcze tego faktu. Pod tym względem ważnem jest zjawisko, że ilość produktów gnicia w moczu spada, jak tylko żółć pokaże się w kanale pokarmowym. Prawda, i w tym czasie ilość ta jest większą, niż normalnie; zkąd można wnioskować, że nasilenie gnicia przy żółtaczce nie zależy li tylko od braku żółci. Prawdopodobnie zaburzenia trawienia żołądkowego, zależne od kataru żołądka, który właściwie jest pierwotną przyczyną żółtaczki, uczestniczą także we wzmózeniu gnicia w jelitach. Według świadectwa niektórych autorów (Jaksch), kwas solny znajduje się przy żółtaczce w małej ilości. Przyjmując wpływ braku kwasu solnego w żołądku na gnicie kiszkowe, nie możemy nie uwzględnić tego czynnika i przy żółtaczce. Zmniejszona wydzielina żołądkowa w czasie rekonwalescencji warunkuje jeśli nie sama, to w połączeniu z innymi bliżej nieznanymi momentami zwiększoną zawartość produktów gnicia w moczu.

Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że braki żółci sprzyja procesom rozkładowym w jelitach, a obecność jej wywiera wpływ odwrotny. Innemi słowy: żółć wpływa dezynfekcyjnie na zawartość jelit. Wniosek ten zgadza się w ogólności z dawnymi poglądami na rolę żółci w organizmie. Mimo to można przypuścić na podstawie pewnych danych, że żółć nie zawsze, nie we wszystkich kierunkach po-

siada własności dezynfekcyjne. Jak to wyżej wspomniałem, Brieger obserwował zwiększenie ogólnej ilości eteryczno-siarczanych połączeń przy żółtaczce, podczas gdy indol, skatol, i oksykwas^y znajdowały się w ilościach minimalnych. Jeżeli zaś gnicie kiszkowe jest wzmożone, to przedewszystkiem podnosi się zawartość tych mianowicie połączeń. Prawdopodobnie więc żółć nie wywiera wpływu na wytwarzanie tych produktów, natomiast przy braku jej zwiększa się produkcja tych mało znanych związków, które normalnie tworzą najmniejszą składową część kwasów eteryczno-siarczanych. Dla Brieger'a przedstawione zachowanie się przy żółtaczce jest nawet dowodem, że podobne bliżej nieznanne połączenia istnieją. Rozkład w jelitach przy żółtaczce wzmagą się, o ile się zdaje, przeważnie jakościowo; być może, że przy tem powstają produkty bliżej nieznanne.

Podobnie jednostronne własności żółci obserwuje także Leubuscher²⁴). Według tego autora sama żółć nie powstrzymuje rozwoju bakteryj, natomiast kwasy żółciowe posiadają tę własność. Jeżeli więc żółć może wywierać wpływy dezynfekcyjne w kiszkiach, to tylko wtedy, jak wnioskuje autor, gdy kwasy żółciowe znajdują się w postaci wolnej.

Z tablic naszych możemy wyprowadzić niektóre wnioski o zawartości w moczu ogólnej ilości kwasu siarczanego przy żółtaczce: Druga obserwacja, gdzie chora nie otrzymywała połączeń siarczanych i diety i leczenia podczas spostrzegania były jednakowe, nadaje się szczególnie dobrze do takich wniosków. W tym przypadku w pierwszych 4 dniach znajdowano przeciętnie 0,8920 grm. H_2SO_4 dziennie—w ostatnie 4 dni 1,0419 grm. Ilości te podlegają odwrotnym wahaniom, niż zawartość kwasów eteryczno-siarczanych; z polepszeniem zdrowia to ostatnie zmniejsza się, a ogólna ilość H_2SO_4 zwiększa. W ogóle zaś i w pierwszym i w drugim okresie—szczególnie w pierwszym—ilość kw. siarczanego jest mniejszą, niż normalnie. Inne przypadki wykazują fakty analogiczne—większą ilość H_2SO_4 w czasie polepszenia zdrowia, niż podczas okresu żółtaczkowego. Wartości bezwzględne, natomiast, albo mało odróżniają się od normy, albo ją nawet przewyższają; i tak w przypadku 1-ym dziennie znajdowano przy żółtaczce przeciętnie 1,5716 grm. podczas rekonwalescencji 2,7097, przy normie dla pierwszej cyfry 1,1808 grm. dla drugiej 1,8099 grm. W 3-im przypadku

w pierwszym okresie przy słabej dyjecie wydzielalo się 1,2532 grm., przy calej—1,9399 grm. Wątpliwem jest jednakże, czy cyfry te dowodzą zwiększenia zawartości kwasu siarczanego przy żółtaczce: z jednej strony choroby od czasu do czasu, albo stale otrzymywali sole siarczane które same przez się wzmagają ilość kwasu siarczanego w moczu,— z drugiej strony—dyjeta chorych była mieszaną, a nie składała się z określonej porcyi, przez co trudno porównywać otrzymane dane z cyframi kontrolującymi. Należy tylko zwrócić uwagę na wspólne zjawisko dla wszystkich przypadków; podczas zatrzymania żółci zawartość ogólnej ilości kwasu siarczanego jest stale mniejszą niż podczas rekonwalescencyi, przy swobodnym odpływie żółci do kanału kiszkiowego. Jeden tylko przypadek choroby Weil'a nie odpowiedział temu zachowaniu się: w tym razie ilość H_2SO_4 stopniowo zmniejszała się w miarę polepszenia. Ale w tym przypadku w 1—2 dnia obserwacyi istniały jeszcze poruszenia gorączkowe wieczorami, które wpłynęły na zwiększenie ilości H_2SO_4 w moczu, co zwykle bywa przy gorączce. Nie możemy przeto użytkować tych danych do oceny ogólnych rezultatów.

Zawartość kwasu siarczanego w moczu przy żółtaczce może posłużyć za przyczynek do nauki o przemianie materyi przy tej chorobie. Pod tym względem w literaturze nie znajdujemy określonych danych. Wszystkie wnioski osnute są na nielicznych określeniach mocznika przy żółtaczce. Według jednych (Parkes ²⁵), W. Legg ²⁶), Lehmann ²⁷), Kelsch ²⁸), przemiana materyi przy żółtaczce jest zmniejszoną według innych (Bouchardat ²⁹), Leyden ³⁰) zwiększoną. Fr. Müller ¹³), wnosząc z zawartości kwasu siarczanego, przypuszcza, że przemiana materyi przy żółtaczce nie podlega istotnym zmianom, podobnież sądzi i R. Pott ³¹), który badał zawartość mocznika, kwasu siarczanego, azotu w moczu w jednym nieokreślonym przypadku żółtaczki. Wiliżanin ³²) chciał przed kilkoma laty rozwiązać pytanie to drogą eksperymentalną, sztucznie zatykając przewód żółciowy i określając następnie przemianę materyi w przeciągu 33—50 dni. Okazało się, że obecność żółci we krwi u psów sprawia wzmoczony rozpad białka tkanek, skąd ilość mocznika zwiększa się—inaczej—przemiana materyi przy sztucznej żółtaczce jest wzmoczoną. Zebrawszy wszystkie dane kliniczne Wiliżanin objaśnia różnicę zdań o przemianie materyi przy żółtaczce okresem choroby, w którym prowadzono odpo

wiednie spostrzeżenia. I tak zwiększenie przemiany materii zwiększone wydzielanie jej produktów obserwowano na początku procesu chorobowego; dane, wykazujące fakt przeciwny, odnoszą się do późniejszych stadyjów choroby. Tak w przypadku Fouilhoux ³³⁾ zawartość mocznika na 5—8 dzień choroby była zwiększoną, a potem zmniejszoną lub niżej normy. Analizy Wiliżanina odnoszą się właściwie do wczesnego stadyjum choroby; zresztą nie należy zapominać że obserwacje tego autora prowadzone były na psach, u których zachowanie się przemiany materii pod wpływem żółci mogła być inna, niż u ludzi. Nasze określenia kwasu siarczanego odnoszą się do późniejszego okresu żółtaczk i wykazują, zgodnie z innymi przypadkami, zmniejszenie przemiany materii. Mamy tym sposobem wskazówki, że małe ilości żółci, które wchodzą do organizmu na początku choroby wywierają wpływ wzmagający na utlenienie białka—duże natomiast—wpływ odwrotny—hamujący. Jeżeli wniosek ten jest sprawiedliwym, to w dziedzinie patologii istnieją zjawiska, wykazujące podwójne wpływy czynników—wpływ wzmagający, podniecający przy małym natężeniu, małej dawce agentu, i wpływ pognębiający, hamujący przy jego dużym natężeniu, dużej dawce. Na takie podwójne działanie czynników wskazałem lat kilka temu, gdy mi ³⁴⁾ się udało dowieść działanie podniecające małych dawek środków antyseptycznych na procesy fermentacyjne. W ostatnich czasach przemawiają za istnieniem takich faktów także H. Schulz ³⁵⁾ i Lepine ³⁶⁾.

Na końcu okresu żółtaczkowego obserwujemy zjawisko dotyczące wydzielaniu moczu. Podczas gdy przy zatrzymaniu żółci ilość moczu w ogóle jest zmniejszoną, to podczas rekonwalescencji, nieco wcześniej lub później, sekrecyja nerkowa silnie się wzmacnia. Tak w 1-ym przypadku w okresie żółtaczkowym przeciętna ilość dzienna moczu wynosiła 1200 ctm.³; tymczasem podczas polepszenia w przeciągu dni trzech chory wydelał 2100—2600 ctm.³ dziennie. W trzecim przypadku poliuryja ta (2100—2700 ctm.³) trwała dni 12; podczas gdy w dniu pierwsze obserwacji spostrzegaliśmy przecięciowo 955 ctm.³. W innym znowu przypadku, gdzie nie określaliśmy kwasów eteryczno-siarczanym, przez dwa dni ilość moczu wynosiła 2200—2700 ctm.³ dziennie w tym czasie, gdy barwniki zaczęły znikać z moczu. Zauważmy, że we wszystkich tych przypadkach nie stosowano środków

moczopędnych, które mogłyby sprawić taką poliuryję. Przeciwnie przyjmowane przez chorego środki czyszczące prędszej zmniejszyły ilość moczu: zjawienie się poliuryi jest przeto tem więcej charakterystyczne. Zwiększenie wydzielenia moczu przy żółtacze analogicznym jest do takiego samego zjawiska przy końcu chorób gorączkowych: przy tych poliuryja objaśnianą jest przez wyprowadzenie z organizmu nagromadzonych podczas choroby produktów patologicznych lub przemiany materii. Możliwym jest, że taki sam mechanizm gra rolę przy żółtacze—mianowicie, że wychodzące z organizmu małe ilości składowych części żółci drażnią nabłonek nerkowy.

W trzecim przypadku żółtaczki stosowanym był kalomel w celach leczniczych i miałem przez to sposobność obserwować wpływ tego środka na gnicie kiszki. W ostatnich czasach zachodzi mowa o przeciwnym działaniu kalomelu w organizmie. Gdy Wassiljew ³⁷⁾ dowiódł antyseptycznych własności tego środka, Baumann ¹⁾ zastosował kalomel, jako przeciwny czyszczący związek, w badaniach swych nad kwasami eterycznymi-siarczanymi. Rzeczywiście, gdy autor dawał głodnym psom w przeciągu 3—4 dni kalomel w moczu nie okazało się ani śladu kwasu siarczanego sprzężonego, co dowodziło braku zupełnego gnicia w kiszki. Morax ³⁸⁾, który pod kierunkiem Bauman'a badał własności przeciwny wywierane w jelitach przez niektóre środki i zauważył, że kalomel znosi gnicie kiszki tylko w takich dawkach, które wywołują obfite wypróżnienia. Zwykłe dawki, używane przez ludzi nie spowodują żadnych zmian tak, że Morax zupełnie przeczy by kalomel miał wpływ antyseptyczny na zawartość kiszki. I w ogóle działanie kalomelu—według tego autora—sprowadza się do jego czyszczących, a nie antyseptycznych własności. Podobne zdanie wypowiada także Steiff ³⁹⁾, w spostrzeżeniach którego nad wpływem kalomelu na chorobowe wzmożone gnicie kiszki zawartość kwasów eterycznych nie zmniejszyła się nawet po dawkach 0,3 grm. Obserwacje te potwierdzają ogłoszone nieco wcześniej rezultaty Fürbringer'a ⁴⁰⁾, który nie widział zupełnie zmniejszenia ilości bakteryj gnilnych w wypróżnieniach tyfusowych po kalomelu.

Fakt taki przeczy wnioskom, wyprowadzonym przez Wasiljew'a, a później przez J. Zawadzkiego ¹¹⁾ w pracowni

prof. Tumasa, co do własności antyseptycznych kalomelu. Dane, otrzymane przez Zawadzkiego, pozwalają objaśnić tę niezgodność. Autor ten znalazł, że pod wpływem żółci, jako płynu alkalicznego, kalomel przechodzi w Hg_2O ; to zaś połączenie, utleniając bilirubinę, rozkłada się na HgO , tlen i rtęć metaliczną, którą można widzieć nawet na ściankach kiszki. Tlenek rtęci (Hg_2O) posiada silne własności antyseptyczne, w moc których zatrzymuje się gnicie żółci na zewnątrz organizmu: stąd autor mniema, że kalomel dezynfekuje także zawartość kiszki. Ale dalsze zmiany w jelitach, pochodnych kalomelu nie zostały zbadane przez Zawadzkiego. Tymczasem tlenek—lub tlenek rtęci napotyka w jelitach białko, z którym bardzo łatwo może się połączyć i wytworzyć albuminaty. Rzęciowe białki, jak i w ogóle metaliczne albuminaty nie posiadają zupełnie lub tylko w słabym stopniu działania przeciwnilnego; rtęć metaliczna nie może go wywierać. Pomimo to, że przy żółtaczce w kiszki nie ma żółci mechanizm i chemizm działania kalomelu pozostaje zawsze tym samym, ponieważ w kiszki istnieje alkaliczna reakcja. Tym sposobem przy używaniu kalomelu w kanale kiszkiowym niema przeciwnilnych związków rtęci i wydzielanie etero-siarczanych kwasów nie może podlegać zmianom.

Rezultaty swego badania mogę streścić w następujących słowach.

1) Stopień normalnego gnicia w jelitach zależnym jest wielce od diety i normalna ilość kwasów etero-siarczanych w moczu podlega znacznym wahaniom, na co należy zwracać baczną uwagę przy badaniach nad patologicznym gniciem kiszkiowym.

2) Wprowadzanie białka do organizmu zwiększa rozkład w jelitach, przyczem roślinne białko, zdaje się więcej jest skłonem do gnicia w kiszki niż zwierzęce.

3) Mleko sprawia nadę nieznaczne gnicie; w przypadkach z wzmożonym rozkładem w kiszki używanie mleka jest przeto racjonalniejszym, niż kleików, wywołujących z powodu zawartości białka roślinnego, znaczne gnicie.

4) Przy zapaleniu nerek zawartość kwasów etero-siarczanych jest wzmożoną, co znajduje się w związku z zmniejszeniem wydzieliny żółdkowej.

5) Kwas solny soku żółdkowego uczestniczy w dezynfekcji zawartości jelit.

6) Przy żółtaczce gnicie kiszkowe jest wzmożone, co zależy po części od braku żółci w kanale pokarmowym.

7) Żółć wywiera wpływ przeciwny na zawartość kiszek, ale nie we wszystkich kierunkach.

8) Na końcu żółtaczki zjawia się poliuryja.

9) Kalomel przy żółtaczce, jak przy innych chorobach nie posiada własności przeciwnych w kanale pokarmowym.

10) W czasie retencji żółci zawartość kwasu siarczanego w urynie jest mniejszą, niż podczas rekonwalescencji: przemiana materii przy żółtaczce zdaje się być zmniejszoną.

11) Przy krwotocznym zapaleniu nerek zawartość kwasu siarczanego w moczu jest bardzo znaczną, co prawdopodobnie zależy od rozpadu czerwonych ciałek krwi.

L I T E R A T U R A.

1) Baumann. Die aromatischen Verbindungen im Harn und die Darmfaulniss. Zeitschrift für Physiol. Chemie, 1886, Bd. 10. str. 123.

2) Jaffé. Pflüger's Archiv f. die ges. Physiologie. Bd. III. str. 448 i Centralbl. f. die medicin. Wissenschaft. 1872, NN. 32—33.

3) Senator. Centralbl. für die med. Wissensch. 1877 NN. 20, 21, 22.

4) De Vries. Indican im Harn und dessen diagnostische Bedeutung. Naug. Disser. Kiel, 1877.

5) Heoniga. Deutsch. Archiv für klin. Medizin Bd. 23, 1879, str. 271—287.

6) Brieger. Einige Beziehungen der Faulnisproducte zu Krankheiten. Zeitschr. für klin. Medizin. Bd. 3. 1881. str. 465—490.

7) G. Hoppe-Seyler. Ueber die Ausscheidung der Aetherschwefelsäuren im Urin bei Krankheiten. Zeitschr. für Physiol. Chemie, Bd. XII, 1888, str. 1

8) Filati. Gazzetta chimica italiana.

9) Kast. Ueber die qualitative Bemerkung der antiseptischen Leistung des Magensaftes. Festschrift zur Eröffnung. etc. Hamburg. 1889. str. 1.

10) Wasbutzki. Archiv für experim. Pathologie und Pharm. Bd. XXVI, str. 133

11) Hadelmann. Ueber den Einfluss der Alkalien auf den menschlichen Stoffwechsel, Orig. Refer. w Centralbl. f. klin. Medizin. Bericht. über die Verhandl. des IX Congresses. Beilage. Nr. 27. 1890.

12) Biernacki. Die Magenverdauung bei Nierenentzündung. Verläufige Mittheilung. Centralbl. f. klin. Mediz. 1890. Nr. 15.

13) Müller. Untersuchungen über Icterus. Zeitschr. f. klin. Medizin. 887. Bd. XII. S. 43—113.

14) Röhmann. Beobachtungen an Hunden mit Gallen fisteln. Pflüger's Archiv. Bd. 29. str. 509—536.

15) V. den Velden. Virchow's Archiv. Bd. 70. str. 343.

16) Baumann i Herter. Zeitschr. für Physiolog. Chemie, Bd. I str. 244.

17) Hirschler. Ueber den Einfluss der Kohlehydrate und einiger anderen Körper der Fettsäurereihe auf die Eiweissfaulniss. Zeitschr. für Physiolog. Chemia. Bd. 10, 1886. str. 303—317

- 18) Fr. Müller. Mittheilung aus der Würzburg Klinik. 1886. Bd. II str. 352.
- 19) Ortweiler. Ueber die Physiologische und Pathologische Bedeutung des Harnindicans. Ibidem str. 153.
- 20) Kast i Boas. Zur diagnostischen Verwerthung der Aetherschwefel säureausscheidung im Harn. Münch. medic. Wochenschrift, 1888. str. 55.
- 21) Salkowski. Ueber den Einfluss der Phenyllessigsäure auf die Eiweissfäulniss. Zeitschr. für Physiolog. Chemie. Bd. XII. str. 223.
- 22) C. v. Noorden. Ueber die Ausnutzung der Nahrung bei Magenkranken. Zeitschr. für klinische Medizin, 1890. Bd. XVII.
- 23) Biernacki. Wpływ wsrzykiwań podskórnych w wielkiej ilości 0,7% rozczywnów solnych na krew, i wydzielanie moczu. Pamiętnik Towarz. lekar. Warszawskiego 1888—1889.
- 24) Leubuscher. Einfluss von Verdauungssecreten auf Bacterien. Zeitschrift für klinische Medizin, Bd. XVII. str. 483. 1890.
- 25) Parkes. On the urea. London. 1860.
- 26) W. Legg. The urea and Chlorides in the urine of jaundice. Medic. chir. Transact. 1876, S. 189.
- 27) Lehmann. Virchow's Jahresberichte. 1868. Bd. II. str. 143
- 28) Kelsch. Le progrès médical, 1870. Nr. 46.
- 29) Bouchardat. Annuaire thérapeutique, 1846.
- 30) Leyden. Beiträge zur Pathologie des Icterus. str. 207. 1868.
- 31) R. Pott. Pflüger's Archiv. Bd. 46. 1890. str. 513.
- 32) Wilizanin. Ob azotistom metamorfozie pry żełtuchie. Archiw. klin. prof. Botkina. T. VIII. 1883 str. 102-153. (Cytaty 25, 26, 27, 28, 29, 30, 33. wziętym z pracy Wilizanina).
- 33) Foulhoux. Essais sur les variations de l'urée. Thèse de Paris str. III.
- 34) Biernacki. O własności środków przeciwnigilnych wzmagania fermentacyi spirytusowej etc. Pamiętn. Tow. Lek. Warsz. 1887.
- 35) Schulz. Ueber Hefegifte. Pflüger's Archiv. 1888.
- 36) Lépine. De deux phases „contraires“ de l'action etc. La semaine médicale, 1889.
- 37) Wasiljew. Zeitschr. für Physiolog. Chemie, Bd. VI. str. 112.
- 38) Merax. Bestimmung der Darmfaulniss durch die Aetherschwefelsauren Zeitschr. f. Physiolog. Chemie. 1886. Bd. X. str. 318.
- 39) Steiff. Ueber die Beeinflussung der Darmfaulniss durch die Arzneimittel. Zeitschr. für klin. Medizin. 1889. Bd. XVI. str. 311.
- 40) Fürbringer. Deutsche medicin. Wochensch. 1887, NN. II 12, 13.
- 41) Zawadzki. O wpływie kalomelu na gnicie żółci etc. Pamiętnik Towarz. Lekar. Warszaw., 1887.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

221. Prof. BOUCHARD z Paryża. **Rozbiór teoryj zapalenia.** Examen des doctrines de l'inflammation. (*La Semaine médicale, 15, IV, 1891, Nr. 20*).

Bardzo ciekawy i pouczający wykład kliniczny, który tu streszczamy, przedstawia rozwój i stan obecny wiedzy o zapaleniu. Autor jest tak zwięzły w wypowiedzaniu swoich myśli, iż wykład raczej do tłumaczenia niż do referatu się nadaje.

Przed 50—60 laty za panowania szkoły Broussais'go, która wszystkie choroby uważała za zapalenie, miała tylko garstka lekarzy wyosobniła z pojęcia tego pojęcie o niektórych chorobach, jak ospa, przymiot, dur brzuszny, uważając je nie tylko za proste zapalenie skóry, gardzieli, okostnej lub mieszków limfatycznych w jelitach cienkich. Po za tem jednak wszystkie choroby były w pojęciu ówczesnych tylko pewnymi postaciami zapalenia. To ostatnie uważano za wspólne tło wszystkich chorób wogóle, za coś, co stanowiło ich istotę, jądro sprawy chorobowej. Samo zaś zapalenie co do istoty swej identyfikowano z mglistem pojęciem zadrażnienia (irritation). Ściśle, naukowo nikt wtedy sobie nie zdawał sprawy z tego, co właściwie stanowi sprawę zapalną. Sprawa ta dopiero zaczęła być naukowo poznawana, gdy dopatrzono się związku przyczynowego między zaburzeniem krążenia w danem miejscu, a objawami zapalenia. Obrzęk, czerwonosć, podwyższenie ciepłoty, tętnienie odczuwane przez chorego w miejscu zapalenia i dostrzegane przez lekarza—wszystko to tłumaczono sobie wtedy przekrwieniem czyli przepełnieniem krwią rozszerzonych naczyń. Stan ten naczyń krwionośnych powodował obrzmienie i żywe zaczerwienienie, ciepłota zaś, w miejscu zapalnym wyższa niż w otoczeniu, nie miała jednakowoż przewyższać ciepłoty krwi we środku ustroju (późniejsze jednak badania wykazały, że ją przewyższa); tętnienie nakoniec, cechujące przekrwienie czynne, łatwo też tłumaczono sobie odpowiednim stanem naczyń krwionośnych. Nie każde takie przekrwienie uważane było—według tej „naczyniowej“ teorii—za zapalenie, atoli każde zapalne przekrwienie konieczne musiało być czynnym (active), tętniczym. Odróżniano od niego przekrwienie bierne, żyłne, cechujące się sinawem zabarwieniem, obrzękiem, brakiem podwyższenia ciepłoty, a nawet obniżeniem takowej, oraz brakiem tętnienia. Wszystkiego tego dopatrywał się klinicysta, nic zaś nie widział anatom.

Teoryja ta uważana przez dziesięć lat prawie za ostatnie słowo w tym względzie, powoli zaczęła tracić grunt pod nogami. Mikroskop zadał jej cios stanowczy. Obrzęk zapalny, jak się pokazało, po części tylko zależy od rozszerzenia naczyń, a głównie od nagromadzenia płynu i składników upostaciowanych, zalegających w tkance zapalnej. Płyn ten, znajdujący się i w przekrwieniu biernym, gdzie jest czysto surowicznym, przesączynowym, w przekrwieniu zapalnym obfituje we włóknik, albo przynajmniej bogaty jest w istotę włóknikotwórczą, więc już nie może być zjawiskiem zwykłego przesiekania (osmozy). Zwróciła następnie na siebie uwagę postać komórek wyżej wzmiankowanych, które są to mniej więcej kuliste, to podobne do leukocytów, to znów wydłużone, wrze-

cionowate, z których potem tworzą się nawet włókna. Wobec tego wszystkiego nie mogła się ostać poprzednia teoria tłumacząca sprawę tylko rozszerzeniem naczyń, odrzucono ją więc, przyjmując teorię podaną przez sławnego Virchow'a. Pozostawiając na stronie naczyń, główną działalność przypisuje on tkance. Bodziec zapalny wywołuje zaburzenie odżywienia tkanki, następuje pod wpływem tego bujanie jej składników upostaciowianych czyli komórek, które dają początek nowym i ztąd powstają fibroblasty czyli komórki embryjonalnej tkanki łącznej, ziarninowej, przekształcającej się stopniowo w dojrzałą, bliźnowatą tkankę, albo umierają i dają ciała ropy. Omnis cellula e cellula—oto podstawa Virchow'owskiej „komórkowej (cellularnej) patologii“, na niej też ugruntował on swoją teorię zapalenia, którą niebawem powszechnie przyjęto. Znalazły się przecież i odosobnione głosy, które wynajdywały inne źródło pochodzenia komórek nowowytworzonych przy zapaleniu. Robin np. dowodził, że one wytwarzają się drogą jakby samorodztwa wprost z t. zw. blastemy.

Teoria Virchow'a grzeszyła jednostronnością, w połowie też tylko była prawdziwą. Nowsze badania stwierdziły wprawdzie dowodzenia Virchow'a, że komórki tkanki łącznej, uległej zapaleniu, mogą rzeczywiście rodzić komórki o cechach komórek wędrujących; ale, aby tą drogą powstawała ropa, tego nie potwierdzono, i musiano takie tłumaczenie stanowczo odrzucić. Nie słusznie również odmówił Virchow naczyńiom wszelkiego udziału w sprawie zapalnej.

Jeden z najzdolniejszych jego uczniów, Cohnheim, wykazując niezaprzeczalny udział naczyń krwionośnych w tej sprawie, wpadł znowu w przeciwną jednostronność, gdy wszystko zaczął tłumaczyć czynnem wystąpieniem naczyń, a odmawiał natomiast takowego tkance. Tak powstała sławna teoria naczyńniowa Cohnheim'a, która poniekąd była wskrzeszeniem dawnej. Klasyczne doświadczenia tego badacza wykazały, że w przekrwieniu biernem czyli zastoinowem czerwone ciała krwi nagromadzają się równomiernie w całym świetle rozszerzonego naczynia krwionośnego i wskutek podwyższonego parcia mogą przeciskać się przez nieuszkodzone ściany jego (per diapedesin). Purpura jest typowym przykładem takiego przejścia czerwonych ciałek przez nieuszkodzone ścianki naczyń.

W przekrwieniu zaś czynnem, zapalnym, mamy też rozszerzenie naczyń, ale inne jest ugrupowanie składników krwi: ciała czerwone stoją w środkowym słupku odgraniczonym ściśle od ścian naczynia warstwą jasnej surowicy zawierającej białe ciała; te ostatnie przylegają do ścianki wewnętrznej naczynia, wnikają w nią i również bez uszkodzenia jej całości (per diapedesin) przechodzą nazewnątrz.

Typem takiej migracji ciałek białych według teorii Cohnheim'a jest ropienie. Bodziec zapalny działa na naczynia tylko, zmienia budowę ich ścian i tym sposobem ułatwia przejście przez nie ciałek białych i surowicy; ciała te czynnie za-

chowują się w tkance zapalnej, dając ropę, wytwarzając nową tkankę i t. d., miejscowa zaś tkanka zachowuje się biernie.

Z biegiem czasu przekonano się o tem, że per diapedesin mogą opuszczać naczynia krwionośne nie tylko leukocyty czyli ciała białe krwi, zawierające po kilka jąder, ale że i ciała limfatyczne, jednojądrowe, mogą w ten sposób wychodzić z naczyń je zawierających. I te ciała wędrujące, jak dowiedziono, albo dają ropę, albo wracają napowrót do krążenia drogą naczyń limfatycznych, albo wreszcie, jak to dowiódł Renvier, wśród tkanki, dokąd przywędrowały, mogą żyć i przeistaczać się w komórki tkanki łącznej.

Nietrudno było dopatrzeć się słabych stron teorii Cohnheim'a. Oto, przedewszystkiem, niepodobna zrozumieć, jakim sposobem kolosalne nieraz ilości ropy mogłyby powstać ze zwykłych ciałek białych krwi, które wydostały się z naczyń. Tak np. nierzadko dorosły chory w ciągu 24 godzin wydziela litr ropy, która w tej masie zawiera tyle ciałek ropnych, iż ilość ich przewyższa co najmniej w dwójnasób ilość białych ciałek krwi w całym ustroju dorosłego człowieka przeciętnej miary. Cohnheim nie dał nam tłumaczenia z kąd i dla czego w takim stopniu i z taką szybkością mnożą się leukocyty krwi. Sam fakt leukocytozy (czyli przepelnienia ciałkami białymi krążenia) w czasie ropień nie ulega najmniejszej wątpliwości. Przyczyny tego dopatrywał się Schiff w katarze wewnętrznej błony naczyń w miejscu zapalenia, hyperprodukcja więc komórek śródbłonna naczyń była według niego źródłem leukocytozy. Jestto jednak tylko przypuszczenie, które staje się zbyt czynnem wobec faktu wystarczająco, zdaje się, tłumaczącego zagadkę. Mianowicie odkryto, że w czasie ropień szpik kostny całego ustroju na wielką skalę wytwarza leukocyty, które następnie dostają się do krążenia.

Dzięki temu faktowi i innym teoryja Virchow'a, obalona narazie przez teoryję Cohnheim'a, odzyskuje należne jej prawa, albowiem, jak widzimy, i tkanka bierze bardzo czynny udział w zapaleniu. W zapaleniu ropnem tkanka szpiku kostnego produkuje odpowiednią ilość leukocytów, opuszczających naczynia w miejscu ropienia, zaś w zapaleniu bez ropienia czynnie zachowują się komórki tkanki na miejscu zapalenia, ulegając mnożeniu się i dalszemu przeistaczaniu, jak to uczył Virchow.

Bodźcem, pobudzającym szpik kostny do produkowania w zwiększonej ilości leukocytów — jest zakażenie — następstwo sprawy zapalnej miejscowej, czyli poprostu wessanie do krwi jadu, wytworzonego w miejscu zapalenia. Jad ten właśnie drażni szpik kostny w odpowiedni sposób, pobudzając go do czynnego udziału.

Wyjście leukocytów z naczyń warunkuje się ich rozszerzeniem w miejscu zapalnym. Cohnheim twierdził, że jest to skutek bezpośredniego zadziałania bodźca na naczynia w tem miejscu. Inni zaś badacze, fizjologowie, tłumaczyli to odruchem z zadrażnienia, bądź zakończeń nerwów, bądź też zwojów ner-

wowych założonych w ściany naczyń. Jak się jednak okazało, powstałe tą drogą porażenie zwężaczy naczyń (vasoconstrictores) sprowadzało rozszerzenie takowych za słabe, aby mogły przechodzić przez nie leukocyty; a dopiero, gdy rozszerzenie następowało dzięki podrażnieniu rozszerzaczy naczyń (vasodilatatores), leukocyty wędrowały na zewnątrz takowych. Draper znów, pomijając wpływ nerwów, tłumaczył rodzajem przyciągania (atrakcyi), jaką na składniki krwi wywiera tkanka uległa zapaleniu. Tylko hipoteza!

Drogą odruchu próbowano wytłumaczyć sprawę zapalenia w całej rozciągłości tego pojęcia. Atoli ani obserwacja, ani odnośne badania doświadczalne nie dały wystarczających dowodów w tym kierunku. Na drodze odruchu może powstać niedokrewność, przekrwienie, wybroczyny krwawe, obrzęk, przerost, zgorzel, owrzodzenie, stwardnienie (sclerose) i zanik. Istnieją wprawdzie zapalenia ne wowego pochodzenia np. wskutek uszkodzenia pni nerwów (odżywczych), jednak aby tą drogą powstać mogło ropienie bez zadziałania równoczesnego innej przyczyny—tego nikt nie dowiódł.

Czynnikiem tym właśnie jest zakażenie. Nawet wielkie uszkodzenia tkanek goją się bez znaczniejszego odczynu jeśli nie wikła ich uszkodzenie powłok, w przeciwnym razie fatalnie zjawia się ropienie. Lister dowiódł, że nie samo powietrze, które ma przystęp do powikłanych ran, ale unoszące się w niem zarazki wywołują w ranie zapalenie. Badania innych potwierdziły wywody Listera, a zarazem wykazały, że nie wszystkie drobnoustroje są sprawcami ropienia, ale tylko niektóre, a mianowicie gronowiec biały i złoty (pomarańczowy), oraz streptokok, nazwane ropotwórczymi (pyogenes). Niektórzy, olśnieni odkryciem, wpadli w ostateczność dowodząc, że nie tylko nie ma ropienia bez udziału drobnoustrojów, ale nawet bez koków ropotwórczych nie może być ropienia. Jedno i drugie jest przesadą, jak tego dowodzą następujące dane.

W niektórych ropniach wątroby, a także nierzadko w ropnych wysiękach opłucnowych, mimo najściślejszych poszukiwań, nie można wykryć obecności drobnoustrojów. Stronnicy bezwzględniego orzeczenia twierdzą, że one tam były, ale zostały pożarte przez leukocyty, albo rozpuszczone przez surowicę.

Z drugiej strony istnieje fakt, że można wywołać ropienie, wstrzykując do tkanek ustroju niektóre ciała chemiczne dokładnie wyjałowione, jak np. rtęć, albo olejek terpentynowy. Przytem przez cały czas ropienia nie znajdujemy drobnoustrojów w ropie. Azatem ropienie jest możliwem bez udziału mikrobów. Jednakowoż w znakomitej większości przypadków one są przyczyną ropienia. A że nie są tylko przypadkowemi towarzyszami sprawy ropienia, albo wytworem tegoż—dowodzi fakt, że zawsze i napewno wywołać można zapalenie ropne, jeśli wstrzyknąć pod skórę zwierzęciu czystą hodowlę ropnych mikrobów, pozbawioną odpowiedniami zabiegami wszelkich możliwych domieszek chorobotwórczych, które przy zakładaniu hodowli mogły się tu dostać z ropy.

Prócz trzech wymienionych wyżej par excellence ropnych drobnoustrojów, ropienie mogą wywołać także: Pneumokok, lasecznik z otoczką, Friedlaendera, i inne, żyjące bez szkody w naszym ustroju i dopiero przy odpowiednich warunkach powodujące zwykle (banal) zapalenia; ropienie mogą wreszcie wywołać i mikroby swoiste dla niektórych chorób zakaźnych. To zostało już stwierdzonem dla lasecznika Eberth'a i lasecznika wywołującego czarną krostę.

Ciekawem bardzo jest spostrzeżenie, że jak z jednej strony drobnoustroje, które zwykle wywołują zakażenie ogólne bez zmian miejscowych, mogą w pewnych warunkach być przyczyną miejscowego ropienia — tak i, odwrotnie, „ropne“ drobnoustroje, również w sprzyjających temu okolicznościach, wywołują odrazu ogólne zakażenie, bez wyraźnych zmian miejscowych. Wogóle zdolność wywoływania ropienia nie jest wyłączną własnością pewnych tylko drobnoustrojów, jak i nie jest ich główną i istotną funkcją. Mikroby w ogóle wywołują to ogólną infekcją, to tylko miejscowe zapalenie. Bouchard wykazał, że te ich własności są w pewnym przeciwieństwie ze sobą. Mianowicie, że ustrój opierający się ogólnemu zakażeniu, w danym razie łatwo ulega miejscowej sprawie zapalnej i odwrotnie; tak z drugiej strony miejscowe ropienie zwiększa odporność ustroju na ogólne zakażenie. W tem znaczeniu zapalenie, a względnie zapalenie ropne byłoby znakiem pewnego stopnia odporności ustroju na ogólną infekcją ze strony nie tylko ropnych, ale i wogóle chorobotwórczych mikrobow, powiedzmy więcej, byłoby ochroną przeciw uogólnieniu się zakażenia.

Przyczyna tego różnie przez rozmaitych badaczy jest wyjaśnianą. Buchner dowodzi, że plazma wysięku zapalnego działa zabójczo na mikroby. Mieczników przypisuje leukocytom własność chwytania i niszczenia ich. Ribbert utrzymuje, że te leukocyty tworzą wokoło drobnoustrojów chorobotwórczych rodzaj nieprzebytego wału. Bouchard zaś dodaje do tego, że tak uwięzione bakteryje wydzielają tu rodzaj produktów szczepiennych (matières vaccinantés), które wessane do krwi zmieniają odżywienie całego ustroju, modyfikują skład chemiczny soków i tkanek, i, nadając im własność bakterijobójczą, nie pozwalają w ten sposób na uogólnienie się zakażenia.

Drobnoustroje wywołujące zapalenie, jak i w ogóle mikroby chorobotwórcze, działają zapomocą swoich wydzielin, a działanie to jest zupełnie analogicznem z działaniem takim ręki i oleju terpentynowego.

Arloing wywoływał zapalenie plastyczne, wstrzykując zwierzęciu pod skórę wyjałowioną hodowlę mikroba, będącego przyczyną zapalenia płuc (microbe de la péripneumonie), i działanie właściwie zależało od pewnego zacyznu (diastase) zawartego w tej hodowli.

Grawitz i wielu innych wywoływali ropienie wstrzyknięciem sterylizowanej hodowli gronowca złotego (staphylococcus aureus). Skutek taki tłómaczą oni obecnością w tej hodowli

dwóch ciał wydzielonych przez mikroba, mianowicie: diastazy (Christmas) i ptomainy (Leber). Doświadczenia innych wykazują, że wiele innych ciał, wydzielanych przez mikroby, wywołuje ropienie.

W jaki sposób, właściwie, produkty drobnoustrojów wywołują sprawę zapalenia ropnego?

1) Najprzód wywierają wpływ bezpośredni na same naczynia. Działanie to dotychczas nie zostało zbadane.

2) Dalej mogą sprawować odruch przez zadrażnienie zakończeń nerwów w miejscu zapalnym. Nie ulega wątpliwości, że działanie takie ma miejsce. Wydzieliny bakteryj działają na składniki tkanek nie tylko zabójczo i niszcząco, ale wywołują w nich rozmaite zwyrodnienia (tłuszczowe, koloidowe i t. p.), a także pobudzają je do czynności natury dodatniej, jak np. karyjokinezy. Przyjęciu więc działania drażniącego na zakończenia nerwów w ranie i wywołanie tą drogą odruchu, nie się nie sprzeciwia. Jak atoli już wyżej widzieliśmy, drogą odruchu nie może powstać rozszerzenie naczyń wystarczające do przysięcia do skutku diapedezy białych ciałek, warunku sine qua non ropienia.

3) Wydzieliny bakteryj po wessaniu do krwi mogą działać na ośrodki założone w rdzeniu i przez pośrednictwo rozszerzaczy naczyń sprowadzać odpowiednie warunki w miejscu uległemu zapaleniu. To ostatnie wydaje się autorowi najbardziej zbliżonym do prawdy, zwłaszcza, że znane mu jest ciało bakteryjnego pochodzenia o takim działaniu na ośrodki nerwowe.

Prócz działania w znaczeniu sprzyjającym sprawie zapalnej niektóre wydzieliny bakteryj tamują ją, przeciwdziałając diapedezie leukocytów i tworzeniu się wogóle wysięku zapalnego. Autorowi udało się też odkryć ciało wydzielane przez jedną z siedmiu bakteryj chorobotwórczych (autor nie wymienia która to bakteryja Spraw.), o takich właśnie fizjologicznych własnościach. Ma ono podobno porażać rozszerzacze naczyń (vasodilatores) uniemożliwiając w ten sposób dostateczne rozszerzenie się ich. Wstrzyknięte zaś do krwi (żył) znosi objawy już istniejącego zapalenia miejscowego. Autor robi przypuszczenie, że ciało to może w przyszłości oddać usługi terapii.

4) Nakoniec produkty bakteryj mogą wywierać bezpośredni wpływ na same leukocyty. Odnosnie do tego punktu istnieją bardzo ciekawe spostrzeżenia. Zauważono mianowicie, że leukocyty, na równi z niektórymi infuzoryjami, wolnemi komórkami grzybów i pewnemi bakteryjami (Pfeffer) obdarzone są pewną własnością zwaną „chemiotaksą“ (chimiotoxicine), mocą której, jeśli odpowiednie ciało rozpuszczone jest w cieczy, gdzie one się znajdują, tworzy te albo dążą i skupiają się w miejscu największego stężenia roztworu—rodzaj jakby przyciągania; albo, przeciwnie, unikają tego miejsca, wyszukując najbardziej rozcieńżone miejsca roztworu—rodzaj odpychania. Wobec tego istnieją ciała „przyciągające“ i „odpychające“, al-

bo też rzeczony twory uorganizowane posiadają coś w rodzaju smaku lub węchu (*sensibilité gustative ou olfactive*).

Badania Bordet'a i Mossart'a, stwierdzone przez Gabritchevsky'ego i Buchnera, wykazały, że wielką atrakcją względem leukocytów posiadają soki ustroju zwierzęcego zawierające produkty chorobliwej przemiany materii („*produits de désassimilation morbide*“), a w wyższym jeszcze stopniu produkty niektórych drobnoustrojów. Buchner wreszcie wykazał, że najwyższy stopień tego rodzaju atrakcyi względem leukocytów ma białko wchodzące w skład ciała bakteryj.

Na powyższych faktach zbudowano zaraz nową teorię zapalenia, która uczy, że leukocyty zatrzymują się w naczyniach miejsca zapalenia dla tego, iż dzięki własności chemiotaktycznej „odezuwają“ poza naczyniami przyciągające je ciało, i poprzez ścianki naczyń dążą ku niemu, zachowując się po wyjściu z nich jako fagocyty. Gdyby tak było rzeczywiście, to zdolność „smakową“ należałoby przypisać i surowicy, która nie tylko razem z białkami opuszcza naczynia, ale nawet poprzedza je w tej wędrówce. Odrzucając atoli chemiotakę pod względem wyjaśnienia przyczyny migracyi leukocytów, autor nie waha się przyjąć ją dla wyjaśnienia samej fagocytozy. Dzięki jej to właśnie leukocyty, po wyjściu z naczyń, wyszukują mikroby, chwytają i pożerają je. Fagocytozę wogóle uważa Bouchard za broń ustroju zwierzęcego przeciw mikrobom, dzięki której może on lokalizować sprawę zapalną nie pozwalając uogólnić się takowej.

Istnieje jeszcze jedna hipoteza podana przez Gamalei'a (niedostatecznie dotychczas uzasadniona), która opiera się na wrażliwości śródbłonna naczyń krwionośnych. Komórki te pod wpływem pewnych bodźców zmieniają postać płaską na kulistą, wskutek czego pomiędzy nimi tworzą się otwory, przez które tak surowica, jak i ciała łatwo mogą się przedostawać na zewnątrz. J. Renaut nawet udało się uchwycić i uwidocznic ten moment, kiedy śródbłonek przybiera rzeczoną postać.

Zapasy lenkocytów z mikrobami przedstawiają się w postaci zobopólnej walki, z której jedno lub drugie wychodzą zwycięzko. Na wzór chloroformu lub paraldehydu pewne produkty mikrobów działają porażająco na stające z nimi do boju leukocyty, ubezwładniają je i czynią niezdolnymi do fagocytozy. (Gronowiec złoty sam jeden wytwarza dwa takie ciała). W tym razie umiejscowienie sprawy trwa niedługo, szybko zakażenie się uogólnia. Leukocyty giną i dają rope. Wyszedszy znów zwycięzko z walki, po pożarciu i strawieniu drobnoustrojów fagocyty, zachowując cechy komórek wędrujących, drogą naczyń chłonnych mogą znowu dostać się do krwiobiegu.

Fagocytoza często sama przez się wystarcza do uczynienia nieszkodliwymi niektórych mniej jadowitych ropnych bakteryj. Nie zawsze jednak. Przy zakażeniu streptokokiem i pneumokokiem, występuje jeszcze jeden czynnik sprzyjający

choremu. Bakteryje te prócz szkodliwych dla ustroju wytworów produkują i pożyteczne, wzmacniające odporność ustroju. W zmienionej w ten sposób sferze mikroob się osłabia, coraz mniej wydziela ciała, tamującego diapedezę leukocytów, które tłumniej wychodzą z naczyń i skuteczną walkę staczają z drobnostrojami. Zejście jest pomysłne. Mikroby giną, wytwory ich zostają wessane i wydzielone z ustroju; komórki zrodzone z komórek tkanki łącznej organizują się albo zanikają, komórki zaś, które wyszły z naczyń, w części wracają do krwi drogą układu chłonnego, w części, obumarłszy i wytworzywszy w ten sposób ropę, zostają mechanicznie usunięte, albo pochłonięte i zasymilowane przez inne leukocyty, które w swoją kolej albo wracają do krwi, albo organizują się na części składowe tkanki bliznowatej. W ten sposób odbywa się zdrowienie w chorobach z przebiegiem okresowym, które wywołuje streptokok i pneumokok. Zdolność wytwarzania gruntu nieprzyjaznym dla siebie w powyższy sposób, czyli sprowadzania pomysłnego dla chorego wyniku szczepienia, wykazano wogóle dla 7 mikroobów.

Podłoże jednakowoż w ustroju może być albo z natury bardzo sprzyjającym rozwojowi mikroobów chorobotwórczych, albo same one wydzielinami swemi czynią go takim. W takim razie sprawa zakażenia się szerzy, rozwija, uogólnia i w końcu następuje śmierć.

Gronowiec zdaje się być tym mikroobem, który często dzięki fagocytozie, której łatwo ulega, staje się nieszkodliwym; dalekim z drugiej strony będąc od własności szczepiennych, posiada on nawet wydzieliny, które wytwarzają przyjaźniejszym dla niego grunt w nagabniętym ustroju, czyniąc ten ostatni wrażliwszym na powtórne zakażenie przez tego mikroba.

Nauka o zapaleniu, jak widzimy, rozwija się szybko, coraz obszerniej i głębiej opierając się na bakteryjologii.

Władysław Świątecki.

222. J. HIRSCHFELD. **O wpływie podniesionej działalności mięśni na przemianę białka u człowieka.** Ueber den Einfluss erhöhter Muskelthätigkeit auf den Eiweisstoffwechsel des Menschen. (*Virchow's Archiv. Bd. 121 H. 3 S. 501—512*).

Doprowadziwszy się do równowagi azotowej, autor zbadał na samym sobie wpływ powiększonej działalności mięśni na rozpad białka.

W tym celu określał on sposobem Kjeldal'a ilość azotu w swoim moczu przy przyjmowaniu tej samej ilości pokarmu i tegoż samego składu chemicznego, w jednych razach przy jak najmniejszej pracy fizycznej, w drugich przy jaknajwiększej. Przytem przy jednym szeregu doświadczeń autor żywił się pokarmem, którego skład chemiczny odpowiadał szematowi Voita, przy drugim i trzecim pokarmem, zawierającym mało białka (4, 6%). Badanie prowadzone było w ten sposób, że określono ilość azotu w moczu pierwszego dnia, kiedy autor wcale prawie nie chodził; drugiego dnia autor gimnastykował się dużo, spacerował, chodził po górach; przyczem pokarm

przyjmował taki sam i mocz określał w tych samych porcjach zebrany; trzeciego dnia autor postępował znowu, jak pierwszego. Ze wszystkich trzech szeregów doświadczeń okazało się, że ilość azotu w moczu była jednakowa we wszystkie trzy dni doświadczenia. Że niejaki Argutinsky wkrótce przed autorem doszedł do innych wniosków, daje się bardzo łatwo wytłomaczyć tem, że jadł on podczas doświadczeń za mało: jedzenie Hirschfelda odpowiadało 3000 kaloryi, zaś jedzenie Argutinskiego—ilości ich o połowie mniejszej. Rzecz prosta, że w tych warunkach, wobec zwiększonego zapotrzebowania związków nieutlenionych przy nadmiernej pracy, organizm oddawał część swoich związków białkowych na sprawy utlenienia. U Hirschfelda nie miało to miejsca. Ponieważ, zaś dzisiejsza metoda leczenia otyłości polega na sprzyjaniu licznemi ruchami sprawom utlenienia tłuszczu, a podawany przytem pokarm odpowiada zaledwie 1200 kaloryjom, więc niechybnie chory, oprócz tłuszczu tracić musi przytem i białko. Że zaś otyłych podczas kura cyi karmić obficie nie można, bo sprawy utlenienia szły by za wolno, lekarze powinni się pogodzić z myślą, że nie dopną tego celu, aby się tu sam tylko tłuszcz, bez wszelkiego uszczerbku dla białka, mógł rozpaść.

W. Janowski.

223. L. REDTENBACHER. **Rozpoznawcze znaczenie punkcji śledziona przy durze brzuszny.** (*Ueber den diagnostischen Werth der Milzpunktion bei Typhus abdominalis. Zeitschrift. f. kl. Med. T. 19. IV.*)

Niezwłocznie po odkryciu laseczników duru brzuszego starano się wyzyskać ten fakt w celach rozpoznawczych. Rozpoczęto od poszukiwania ich w wypróbnieniach. Bliższe jednak zbadanie tej kwestyi nie potwierdziło pokładanych tu nadziei. Mianowicie według Karlińskiego i Wilczura laseczniki tyfusowe nie spotykają się w kale nigdy przed 10-tym dniem choroby, a niekiedy dopiero na 14—21 dzień; prócz tego wyniki poszukiwań nie zawsze bywają dodatnie (F. Frankel 3 razy na 11). Wreszcie nie można się tu ograniczyć na prostem badaniu drobnowidzowem; dla nieomylnego przekonania się o istocie omawianych tworów należy robić hodowle na płytkach, a następnie na kartoflach. Czas na to potrzebny (8 dni na płytkach, kilka na kartoflach), zważywszy, że stolec badać można dopiero w końcu drugiego tygodnia choroby, jest za długi; rozstrzygnięcie kwestyi następuje już tymczasem samo przez się. Rozpoznawcze więc znaczenie badania kału na laseczniki duru upada.

Meissels zwrócił się przeto do poszukiwania ich we krwi, otrzymanej z palca. Baumgarten mocno kwestjonuje jego do datnie wyniki, tem bardziej, że wielu badaczy otrzymywało tu zupełnie ujemne wyniki.

Podobnież niepewne dane osiągnano z badania moczu.

Pozostaje badanie płynu wyciąganego przez nakłóćcie śledziona, które według Filipowicza, Vidala daje wyniki dodatnie, nie przedstawiając zresztą niebezpieczeństwa. W Niemczech przeciw tej metodzie wystąpił C. Fränkel, głównie na tej podstawie, że wyniki badania każą na siebie zbyt długo czekać.

E. Fraenkel zaś nie uważa jej za wolną od tak groźnych niebezpieczeństw, jak możność zakażenia chorego lub zranienia śledziony. Obawy te usuwa jednak czystość postępowania i zręczność operatora. Za to podnosi E. Fr. wielkie znaczenie takiej niezawodnej rękojmii w rozpoznawaniu, ponieważ zdarzają się przypadki, które klinicznie i anatomopatologicznie przedstawiają wielkie podobieństwo do tyfusu brzuszego, które jednak na podstawie badań bakteriologicznych należy uważać za sprawy odmienne; z drugiej strony są i takie przypadki, które, pomimo braku charakterystycznych zmian anatomopatologicznych — wskutek wykrycia swoistych laseczników, należy uważać za dur brzuszny (Vaillard, Chantemesse przyjmują zakażenie durowe bez umiejscowienia w kiszkiach).

Pomijając wreszcie samo upewnienie się w rozpoznawaniu w tych przypadkach, mające może więcej teoretyczne znaczenie, nie należy zapominać o usługach, jakie takie badanie oddać może przy rokowaniu w przypadkach wątpliwych.

To też autor, pomimo wyrażonych powyżej obaw, wykonywa i zaleca robić próbne ukłęcia śledziony, i, jak dotąd, otrzymywał zawsze zadawalniające wyniki. W tym celu używa na stępującego przyrządu. Jak najcieńsze igły Pravatz'a, długości 3—4 ctm. zatapia w rurki szklane, których drugi koniec zatyka tompoem z waty. Przed wkłóciem igły nakłada na koniec rurki szkl. grubą kauczukową rurkę połączoną z przyrządem ssącym.

Okolicę śledziony wymywa mydłem, następnie roztworem sublimatu, i wyskokiem abs., wreszcie eterem; o tem, że igła weszła rzeczywiście w śledzionę, przekonywają ruchy rurki podczas oddychania; nie należy nigdy końca mocno przytrzymywać, aby nie zranić śledziony. Ilość dobytego płynu dochodzi do 1 c. sz., niekiedy płyn ścina się wcześniej. Zawsze jednak tą drogą można otrzymać więcej płynu, niż zwykłą igłą Prawaca. Po przeniesieniu płynu na podłoże agarowe otrzymują się prawie czyste hodowle; ostatecznie kwestyję rozstrzyga hodowla na kartoflu. Badanie to już w 3—4 dni daje pewną odpowiedź.

Na 13 punkty wykonanych w oddziale autora w 10 otrzymano wyniki dodatnie, przytem żadnych złych następstw dla chorych nie było. W jednym z przypadków z ujemnym wynikiem przekłóćie zrobiono już po spadku ciepłoty, drugi był sprawą septyczną z ropnem zapaleniem opon, trzeci również nie był tyfusem.

W przypadkach tego rodzaju, jak również przy różniczkowem rozpoznawaniu pomiędzy drem brzuszny, a gruźlicą prosówkową wynik omawianej metody badania ma rozstrzygające znaczenie.

O. Hewelke.

224. H. NOTHNAGEL. **O wrażeniach bólu przy chorobach serca:** Schmerzhaftige Empfindungen bei Herzerkrankungen. (*Zeit f. kl. Medicin T. 19 z. 3*).

Bardzo często chorzy uskarżają się na bóle i różnego rodzaju nieprzyjemne wrażenia w okolicy serca, które zwłaszcza

w razie nieobecności fizykalnych objawów ze strony serca, objaśniano dotąd zwykle albo jako ograniczone suche zapalenia płucnej, albo jako bóle reumatyczne lub nerwowe. Daleko częstsze jednak występowanie tych objawów po stronie lewej zmusza do przypuszczenia pewnego związku z sercem.

Rzeczywiście zdarzają się często podobne uczucia i czysto czynnościowego charakteru u osób nerwowych, u których nawet dłuższa obserwacja nie wykazuje nic nieprawidłowego ze strony serca, ale z drugiej strony za mało na nie zwraca się uwagi, kiedy występują przy rzeczywistych cierpieniach serca.

Niedawno S. Sée w rozdziale „Cardiodynia i Cardialgia“ swoich „chorób serca“ dotknął właśnie tej kwestyi.

Nothnagel dołącza swoje spostrzeżenia, dotyczące 483 przypadków różnych wad serca.

Z załączonej tablicy okazuje się, że omawiane uczucia zdarzają się przeważnie przy wadach aortalnych (60%), a zwłaszcza przy powikłaniu niedomykalności zastawek aorty zwężeniem ujścia aorty (68%) i najrzadziej przy niedomykalności zastawki dwudzielnej (7,6%).

Pomijając bóle charakteru stenokardycznego, zdarzają się tu jeszcze bóle, które chorzy określają jako — kołące, rwące, piekące, drażące, jakby co wrywało serce z piersi. Albo też silne bóle zjawiają się napadowo z jednoczesnym mocnym biciem serca. Bóle te, we wszystkich razach, mogą rozchodzić się w lewy bok, naprzestrzal. Albo też chorzy mają wrażenie, jakby w lewym boku tkwiło obce ciało, lub też serce się trzęsło.

Często obok tych przedmiotowych wrażeń można znaleźć i podmiotowe objawy zaburzeń czucia. Mianowicie zwiększoną wrażliwość w okolicy serca, a nawet i w lewym boku aż do pleców na ukłócie szpilką, ucisk (w kierunku 3—7 nerwów międzyżebrowych). Taka „hyperalgesia“ istnieje często przy wadach serca nawet wtedy, gdy choremą zresztą nic nie dokuje.

Wrażenia bólu zdarzają się i przy cierpieniach samego mięśnia sercowego i wtedy, wobec b. mało zadawalniających oznak fizykalnych, mogą służyć do pewnego stopnia za wskazówkę rozpoznawczą.

Najczęściej zdarzają się one przy przeroście zależnym od stwardnienia tętnic, wiele rzadziej przy innych sprawach w mięśni; rodzaj bólów bywa taki sam jak wyżej opisane.

Wytłomaczenie powstawania tych bólów jest b. trudne. Być może że zależą one (przy myocarditis) od zwojów samego serca. Nadczułość i bóle w skórze można uważać za odśrodkowe promieniowanie bólów, jak to bywa i przy cierpieniach innych głębiej położonych narządów.

Co się tyczy bólów przy wadach zastawek, to ze względu, że są one najczęstsze przy wadach aortalnych, nasuwa się przypuszczenie, że większy udział przyjmuje tu samo naczynie, niż mięsień serca. Przemawia zatem i częstość bólów przy aneuryzmatach i cierpieniach tętnic w ogóle.

O. Hewelke.

225. I. JOSEPH. **Ostra ogólna prosówkowa gruźlica o przebiegu bezgorączkowym.** Zur Kenntniss d. fieberlosen Verlaufs der acuten allgemeinen Miliartuberculose. (*Deut. Med. Woch. Nr. 28*).

Rozpoznawanie ostrej prosowatej gruźlicy należy do cięższych zadań dyagnostycznych, sprawa ta nie przedstawia żadnych znamionujących cech, a w całokształcie jej objawów panuje wielka rozmaitość i zmienność. Jako objaw stały ostrej gruźlicy uważaną jest powszechnie gorączka, chociaż jej wahanie i natężenie nie przedstawiają żadnego typu. Otóż i ta podstawa okazuje się płonną ponieważ istnieją przypadki, przebiegające bez gorączki, a przynajmniej bez gorączki objawiającej się podniesieniem ciepłoty. Tu i owdzie wprawdzie zdarzają się w literaturze wskazówki o bezgorączkowym przebiegu prosówki, nie zmieniły one jednak panujących ogólnie zapatrywań. Sądźmy przeto, że każde przypomnienie o istnieniu takich przypadków i stwierdzenie ich nowymi spostrzeżeniami nie będzie bez pożytku dla kwestyi dyagnozy tej ciężkiej choroby.

Autor opisuje trzy przypadki ostrej gruźlicy ogólnej bez podniesienia ciepłoty ciała, spostrzegane na klinice prof. Fürbringera w Berlinie.

Pierwszy dotyczył 28-o letniego mężczyzny pochodzącego z rodziny zdrowej. Kaszel od 2 lat, znaleziono: sinicę, tętno 140, znaczną duszność. Stan bezgorączkowy, w wierzchołkach zmiany b. nie wyraźne; od tyłu i w dole porożrucane wilgotne rżenia. Przez 17 dni obserwacji ciepłota 36,—37,2. Przy sekcji zmiany dawne b. nieznaczone, liczne prosówkowe gruzelki. Takież gruzelki w nerkach, śledzionie, wątrobie; opony mózgowe nie zajęte.

W drugim przypadku (58 lat, mężczyzna) objawy kliniczne podobne. Zmiany w wierzchołkach nie wydatne. Przy sekcji ogólna prosówka płuc, nerek, wątroby. O oponach nie ma wzmianki.

W trzecim przypadku, dotyczącym 29 letniego włościanina, była obecność płynu surowiczego-krwawego w lewej opłucnej, lekkie obrzęki; ciepłota przez 18 dni obserwacji między 36 2—37,8. Tętno ledwie wyczuwalne. Silna duszność. Przy sekcji gruźlica prosówkowa płuc, opłucnej, śledziony wątroby i nerek.

Autor przypuszcza, że w przypadkach tych istnieć musiały jakieś zaburzenia w ośrodkach wytwarzających ciepło, lub regulujących utraty ciepła.

Hypoteza ta zresztą nie posiada żadnej podstawy faktycznej, a nawet dziwnem się wydaje, że w dwóch ostatnich przypadkach nie ma wzmianki o stanie mózgu i opon mózgowych.

O. Hewelke.

226. PEYER. **Mocz w nerwicach.** (*Der Urin bei Neurosis. Die Phosphaturie. Volk.-Klinische Vorträge N. 341 i 336*).

Autor opisuje zmiany moczu, występujące pod wpływem czynników nerwowych i szczególnie w nerwicach. Zmiany te, ilościowe i jakościowe, są czasem tak wybitne, że łatwo może

powstać myśl o organicznem cierpieniu, dla tego też trzeba być z nimi obeznanym. Najczęstszą z nich jest Polyuria.

Dobowa ilość moczu przy poliuryi może zachodzić daleko po za normę, w niektórych przypadkach obserwowano do 45 litrów, mocz zwykle odchodzi bez dolegliwości. Przebieg bywa ostry albo przewlekły, niekiedy cierpienie wznawia się po długotrwałej przerwie; zdarza się i tak, że poliuryja występuje tylko w pewnych godzinach; napadom mogą towarzyszyć i inne objawy nerwowe, jak ogólny rozstrój, różne niezwykle sensacyjne w brzuchu.

Chroniczna forma może trwać miesiące i lata, przy niej bywa, rozumie się, i wzmózone pragnienie—Polydipsia.

Przyczyny poliuryi są następujące:

I Psychiczne wpływy: troska, kłopoty i strach.

II Hysterja i neurastenia.

III Również jak po kurczach hysterycznych, spostrzegano poliuryję przy płasawicy, stanach epileptoidalnych i pod koniec napadów połowicznego bólu głowy.

IV Anatomiczne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym; Poliuryja niekiedy występuje po obrażeniach czaszki i wstrząśnieniu mózgu, także w przymocie i gruźlicy mózgu, w chorobie Basedow'a.

V Choroby narządów moczopłciowych.

IV W niektórych rodzinach poliuryja występuje jako cierpienie dziedziczne, lub wrodzone; płeć nie ma znaczenia przy występowaniu poliuryi, więcej wiek, mianowicie między 18—45 rokiem, t. j. w okresie, kiedy najsilniej działają przyczyny, wywołująca neurastenię: nadużycie płciowe, samogwałt, nadmierna praca cielesna i umysłowa u mężczyzn, choroby macicy u kobiet.

Przy rozpoznaniu nerwowej poliuryi trzeba wykluczyć wszystkie choroby, przebiegające z powiększoną ilością moczu.

1) Cukromocz.

2) Marskość nerek.

3) Chroniczne zapalenie miedniczek nerkowych.

4) Nadczołość i 5) Rozszerzenie pęcherza.

(W ostatnich 2-ch cierpieniach chorym właściwie zdaje się tylko, że ilość moczu jest powiększoną).

6) Trzeba nakoniec odróżnić poliuryję od polidipsyi, zwykle pierwsza poprzedza drugą, ale bywa, chociaż bardzo rzadko, i pierwotna polidipsja.

II. Anuryja et oliguryja.

Nerwową anuryję resp. oliguryję możemy najczęściej widzieć w hysterji i neurastenii, przyczem hysteryczna oliguryja nie zależy od skurczu moczowodów, o czem wnioskować można z tego, że względna ilość mocznika (w oliguryjnym moczu) nie jest zmniejszoną. (Podług doświadczeń Hermann'a przy zamknięciu światła moczowodu zmniejsza się nie tylko bezwzględna, ale i względna ilość mocznika).

Do grupy anuryi, resp. oliguryi, zależnej, jak i hysteryczna, od skurczu naczyń nerkowych, trzeba odnieść i toksyczną

anuryję, jak np. przy kolce ołowianej, dalej podług (Conheima) oliguryję przy *Eclampsia parturientium* i nakoniec sympatyczną anuryję jednej nerki przy obrażeniu drugiej; ostatnia forma anuryi może nawet sprowadzić śmierć, jak się to zdarza przy wyluszczeniu jednej nerki. Przy rozpoznawaniu nerwowej anuryi (resp. oliguryi) trzeba wykluczyć: 1) poczynające się ostre zapalenie nerek 2) zamknięcie światła jednego lub obydwóch moczowodów kamieniem albo skutek zgięcia lub skręcenia na około własnej osi (przy nerce wędrującej).

Zamknięcie ujścia moczowodów nowotworem pęcherza.

III. Albuminaryja nervosa.

Wszelkie wpływy nerwowe, sprowadzające zwężenie naczyń w nerkach lub obniżające ogólne ciśnienie krwi, wywołują białkomocz.

Taki nerwowy białkomocz może występować 1) w chorobach mózgu i rdzenia, 2) w ogólnych nerwicach, jak padaczką, tężec i kolka ołowiana, 3) w chorobach narządu płciowego.

Według Ultzmann'a chorobom pęcherza moczowego i gruczołu przyprątnego często towarzyszy białkomocz nerkowy.

4) Afekta przygnębiające także mogą wywołać przejściowy białkomocz.

5) Henoch obserwował u dzieci przypadki, gdzie moc obfity w kwas moczowy, wywoływał napady podobne do kolki nerkowej u dorosłych; napady kończyły się wydzielaniem mętnego moczu zawierającego, oprócz znacznej ilości kwasu moczowego nie wielkie ilości białka; w przerwach między napadami dzieci były kompletnie zdrowe, moc normalny. Kamienie, wywołując procesa zapalne w mięszu nerki lub miedniczce, mogą sprowadzić białkomocz, o takim tu nie ma mowy, ale białkomocz, występujący tylko podczas samych napadów kolki powinien być uważany jako nerwowy.

IV. Melituria nervosa.

Cukier w niewielkiej ilości znajduje się niekiedy w moczu u osób, obarczonych nerwicami, w chronicznych chorobach mózgu i rdzenia, po silnych wzruszeniach umysłowych (czasem przez całe tygodnie), w chorobach, a szczególnie w stanach podrażnienia organów płciowych. Według Löbla u chorych na macicę trzeba urynę często badać na cukier, z drugiej zaś strony u kobiet, u których w rodzinie występowała moczówka cukrowa, choroby narządu płciowego powinny być bardzo starannie lezone. Spostrzegano melituryję i przy chorobach obwodowych nerwów (u zwierząt można ją wywołać, przecinając n. kulszowy).

V. Choluria nervosa.

Powstawanie nerwowej żółtaczki (i choluryi gdyż mocza zawiera składowe części żółci) tłumaczy się w taki sposób: wątroba jest narządem nie tylko dla wydzielania żółci (*secretio*), ale i dla wydalania jej (*excretio*), mianowicie tej części, która rezorbuje się z kiszki; więc, jeżeli pod wpływem nerwowym, wątroba

przestaje pracować, żółć rezorbowana z kiszek i niewydalona przez wątrobę, zbiera się we krwi i sprowadza żółtaczkę (i choluryję).

Uderzenie w głowę, lub przestkach, po których niekiedy widywano żółtaczkę, działają porażająco na nerwy, służące do wydzielenia żółci.

Oprócz wpływów ośrodkowych mogą wywołać icterus (i choluryję) i wszystkie przyczyny obwodowe, sprowadzające zwężenie naczyń brzusznych, jak np. drażnienie n. trzewowego i n. brzusznych. Autor przytacza szczegółowo jeden swój przypadek nerwowej czyli odruchowej choluryji.

U młodego człowieka długotrwały icterus (i choluryja), leczenie bezskuteczne, póki nie odkryli przyczyny cierpienia w chorobie narządu płciowego; z ustąpieniem jej, po odpowiednim leczeniu, znikła sama przez się żółtaczka (i choluryja).

VI. Phosphaturia.

Od czasu do czasu wydziela się moczu, który przedstawia się białawo-mętym już to przy wyjściu z pęcherza, już też moczu wychodzi przezroczyście, a mętnieje przy ogrzewaniu, jak postoi lub pewien czas.

Objawów klinicznych niekiedy wcale nie ma, i chory dowiaduje się o swojej fosfaturji tylko przypadkowo, częściej jednak bywają zaburzenia podczas i po urynowaniu, czasami bywa jakby i okres zwiastunów: ogólne niedomaganie, lub niepokój, ziębienia, uderzenie krwi do głowy, zimne kończyny, przyspieszone tętno, lekkie podniesienie temperatury.

W innych razach poprzedza palenie w okolicy pęcherza i odbytu lub ból w okolicy nerkowej i cewce. W napadzie podczas urynowania czuje się palenie, jak przy trzyprze. Palenie czasami trwa i po ukończeniu urynowania jakie 10 minut; oprócz palenia bywa i parcie na mocz. U chorych na fosfaturyję spotykamy często cały szereg objawów nerwowych, mających swoje siedlisko w części lędźwiowej rdzenia (Lenden mark symptome, Hegar) i rozpromieniających się w gałęziach spłotu biodrowego i krzyżowego. Najważniejsze wszakże objawy mamy ze strony pęcherza, mianowicie w przerwach między napadami fosfaturji często istnieje jego nadczułość, kurcze lub nerwobóle. Niekiedy spotykamy zaburzenia czynności płciowych. Największą ilość chorych daje okres między 20—30 rokiem, wiele z nich mają nabyte wycieńczenie nerwowe.

Fizjologicznie występuje fosfaturyja u jaroszków, dalej, jeżeli przy zwykłym mięszanym pokarmie używać soli kwasów organicznych i następnie w początku trawienia.

Pojedynczy napad (u cierpiących na fosfat.) mogą wywołać z używek—wyskok, piwo, także herbata i kawa, również mocno korzenne i słone potrawy.

(Według innych znów autorów wstrzymywanie się od słonych i korzennych potraw ma tę samą własność).

Przy rozpoznawaniu fosfat. już sama chemiczna próba moczu wystarczy do wykluczenia kataru pęcherza lub nasienio-

toku (jak wiadomo, męt od fosforanów powiększa się przy ogrzewaniu, ale znika kompletnie przy dodaniu paru kropli kwasu octowego). Czy fosfat. sprzyja wytwarzaniu się kamieni autor nie rozstrzyga. Co do istoty choroby, to według Peyer'a fosfat. w większości przypadków jest odruchową nerwicą nerek. Anatomiczno-patologiczną podstawą dla takiej nerwicy zwykle jest chorobliwy stan organów płciowych (przytem pierwotna choroba może być na pozór bardzo nieznaczna), w mniejszej ilości przypadków fosfat. jest jednym z wielu symptomatów hysterii lub neurastenii i tylko w pojedynczych razach polega na powiększonym wydzielaniu wapna.

Na korzyść swego poglądu (na fosfat. jako nerwicę) autor przytacza przypadki wystąpienia i tej samej osoby naprzemian fosfat. z drugimi nerwicami nerek, jak *urina spastica* i *oxaluria* (nerwica według Peyer'a).

VII. Oxaluryja nervosa.

Autor uważa oksaluryję za bardzo rzadki objaw przy nerwicach inni są przeciwnego zdania, tak Ultzmann utrzymuje, że widział ją częściej u chorych na nerwicę, niż na kamienie nerkowe.

Wielu opisują także obfite występowanie szczawianu wapnia w moczu przy nasieniotoce, autor przy swoich licznych poszukiwaniach nie mógł tego stwierdzić, widział on tylko 3 przypadki nerwowej oksaluryi, we wszystkich występowała ona naprzemian z fosfat. i wszystkie były połączone z kurczem pęcherza (podczas napadów lub w przerwach).

VIII Glaucosuria nerwowa (Indykan i Indygo w moczu).

Podług Ultzmann'a powiększenie ilości indykanu w moczu występuje w nerwicach dosyć często, spostrzegano je, u hysterycznych i nerwowych kobiet, po nadużyciach i pobudzeniach płciowych, u onanistów (u ostatnich zmazy są często tak obfite w indygo, że plamy od nich na bieliźnie, po wyschnięciu, mają niebieską obwódkę). Opolzer zwraca uwagę, że przy chorobach ośrodkowego układu nerwowego, szczególnie przy zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych, mocz zawiera wielkie ilości indykanu. Indykan zwykle znajduje się w moczu w roztworze, ale można niekiedy w osadzie widzieć indygo w postaci niebieskich lub ciemno niebieskich bryłek; zdarza się chociaż bardzo rzadko, że cały osad moczowy jest zabarwiony na niebiesko.

IX. Patognomiczne domieszki, które mocz w nerwicach zabiera ze sobą po drodze na zewnątrz. Domieszki te mają wielkie znaczenie, wskazując na chorobowe zmiany w narządzie moczopłciowym, które to zmiany, jak wiadomo, często wywołują nerwice. U kobiet domieszki najglówniej pochodzą z pochwy, u mężczyzn różnorodność ich w moczu jest daleko większą. Najtrudniej i najrzadziej udaje się wykryć wydzielinę gruczołów. Cowpera stosunkowo często znajdujemy tak zwane

nici z cewki (Urethralfäden). One przedstawiają wytwór chronicznego jej zapalenia, jakiego bądź pochodzenia od trypra, samogwałtu, lub innej przyczyny.

W moczu, który zawiera domieszkę nasienia, można, choć bardzo rzadko, odnaleźć i tak zwane wałeczki z jąder (Hodencylinder). Są one kompletnie podobne do szklistych wałeczków z nerek, tylko brak chemicznych zmian w moczu i obecność nasienia wskazuje na ich pochodzenie *Roterozen*.

227. HERTEL i NOORDEN. **Przyczynek do dyjagnostycznego znaczenia plasmodii zimniczych.** Zur diagnostischen Verwerthung der malaria plasmodica. (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 12 1891).

Autorowie podają 2 przypadki spostrzegane na II klinice terapeutycznej w Berlinie, rzucające jasno światło na dyjagnostyczne znaczenie poszukiwań na plasmodje.

Z, kelnerka 24 lat. Żadnego dziedzicznego uśposobienia do gruźlicy, ani też do innych ch rób nie stwierdzono, chora, prócz żółtaczk w dzieciństwie, żadnej nie przechodziła choroby. W ostatnich czasach abusus in Baccho, od roku chora cierpi na bóle żołądkowe od czasu do czasu się powtarzające.

5 Lipca r. p. o 12 w południe chora dostała mocnych dreszczów, 6 go 7 i 8 o tej samej porze dreszcze. 8 Lipca o godzinie 2 po południu chora wstąpiła do kliniki z ciepłotą 40°. Przy badaniu znaleziono na wargach herpes. Badanie gardzieli, krtani, płuc i serca, wielokrotnie powtórzone, nie wykryło nic nieprawidłowego. W jamie brzusznej prócz bolesności in epigastrio nic nie znaleziono nieprawidłowego. Wątroba i śledziona nie powiększone.

Oprócz więc znacznej gorączki nie znaleziono żadnego objawu, dającego się dla rozpoznania choroby spożytkować.

Rozpoznanie zimnicy było najbliższem tembardziej, że w tym czasie zdarzały się przypadki zimnicy.

Badanie na plasmodje dało ujemne wyniki.

9 Lipca o 11-ej dreszcze, ciepłota 40, 3° potem spadek na 36, 5; brak plasmodii.

10 Lipca o 12 1/2 dreszcze, ciepłota 40, 3° poczem spadek do 35, 4° z potami, śledziona nieco powiększona, brak plasmodii.

11 Lipca dreszcze o 2 po południu ciepłota 40, 7° spadek 35, 4, brak plasmodii; śledziona dziś większa dosięga do brzegu żeber.

12 Lipca chora była przedstawioną przez prof. Gerharda, który zaznaczył wielkie podobieństwo obrazu chorobowego do zimnicy (febris intermittens). Ze względu jednak na brak plasmodii we krwi w licznych preparatach zimnica została stanowczo wykluczoną. Żadne pewne rozpoznanie nie zostało zrobione. Dalszy przebieg choroby dostarczył w krótko dowodu, jak słusznie w przypadku tym przy rozpoznaniu uwzględnionym był brak swoistego zarazka chorobowego we krwi.

13 Lipca nie było dreszczów oczekiwanych.

14 Lipca dreszcze o 11 1/2 godzinie, ciepłota 39,5, spadek 35°. Tego dnia dano w nocy 1 1/2 gram. chininy, w następnych dniach pomimo to dreszcze powtarzały się, lecz miały miejsce w późniejszych godzinach. Ta bezskuteczność obininy stwierdziła niejako przypuszczenie o możności wykluczenia zimnicy.

Przypadek ten jednak i w dalszym ciągu był nie jasnym; nie wykryto bowiem żadnego dającego się spożytkować dla rozpoznania objawu. Stał się on jeszcze mniej jasnym, gdy od 16 dreszcze ustały, jakby oł spóźnionego działania chininy, i śledziona się zmniejszyła.

Od 24 Lipca chora zaczęła znowu gorączkować, dreszczy jednak nie było. W dwa dni później znaleziono po prawej stronie klatki piersiowej z tyłu i u dołu wysięk opłucnej, a współcześnie usłyszano w wierzchołku prawego płuca trzeszczące rżenie. Płwociny chora nie oddawała. Po dalszych 8 dniach wykryto lekkie stępienie w prawym wierzchołku.

W październiku znaleziono wyraźne zgęszczenie w prawym wierzchołku i owrzodzenia gruźlicze w krtani.

Cały przebieg choroby stał się jasnym, cześć plasmodii została uratowana.

W przypadku drugim na oddziale męzkim udało się zaraz po pierwszym napadzie dreszczów u chorego rozpoznać zimnicę napewno przez wykrycie we krwi plasmodii zimniczych.

J. K. 23 letni robotnik przybył na klinikę 28 Czerwca. Od kilku dni dreszczyki przed południem, gorączka i ból głowy, poty. Śledziona bardzo nieznacznie powiększona. W okolicy prawej sutki wąski pas dający przy opukiwaniu odgłos tympaniczny; nad nim drobne rżenia.

29 Czerwca ciepota 36,5.

30 Czerwca o 5 rano silny dreszcz, gorączka, w płucach żadnych zmian. We krwi liczne plasmodie, które też i w następnych dniach były znajduwane i które niewątpliwie świadczyły o zimnicy. Pod wpływem swoistego leczenia ustały dreszcze i gorączka, a plasmodje znikły ze krwi.

Badanie krwi i wykrycie w niej plasmodii pozwoliło w przypadku tym rozpoznać napewno zimnicę. Umyślnie powstrzymano się z podawaniem chininy dla przekonania się, czy przy każdym napadzie zimnicy znajdują się plasmodie. Ostatnie za każdym razem były znajduwane, raz nawet w dniu wolnym od gorączki.

Postawienie obok siebie obu powyższych przypadków jest pouczającym. W jednym przypadku nieobecność plasmodii we krwi ochroniła od błędnego rozpoznania zimnicy, która z ogólnego obrazu choroby zdawała się bardzo prawdopodobną; w drugim przypadku dodatni wynik badania krwi pozwolił rozpoznać przyrodę cierpienia, zanim wystąpiły charakterystyczne krzywizny gorączkowe.

F. Arnstein.

II. Choroby dziecięce.

228. Dr. HEINRICH JOACHIM. **Dyjetyka i choroby wieku dzieciennego u starożytnych Hindusów.** (Die Diätetik u. die Krankheiten den Kindlichen Alters bei den alten Indern). *Archiv. f. Kinderh. XII Band. III. Heft.*

Autor ubolewa nad małym stosunkowo zainteresowaniem, jakie wśród myślących kół lekarskich wywołują dzieła lekar-
skie starożytnych ludów Europy i Azji. Przyczyną tej obojętności bywa po większej części ciężka i zmudna praca połączona z badaniem źródeł nie dla każdego z powodu braku zna-

jomości wschodnich języków dostępnych. A szkoda wielka! wczytując się pilnie w owe księgi pierwotnej medycyny, ze zdumieniem spostrzegamy, iż w owych zamierzchłych czasach nauka lekarska względnie stała już bardzo wysoko i wiele środków lekarskich, posiadających dzisiaj wagę pierwszorzędną odkryć, starożytni ludy stosowały od dawna: przed 3000 lat np. używali Egipcjanie przy taenia solium naparu z kory Punicae Granati, a na 2000 lat wstecz nie obce już były Hindusom operacje plastyczne. Przykładów podobnych dałoby się przytoczyć daleko więcej.

Zróżdła, z których czerpał autor, są dzieła Charaki i Suszuty, a mianowicie: Samhita i Ayurveda w łacińskim przekładzie Hesslera.

Co się tyczy epoki, w której oba wzmiankowane dzieła powstały, zdania są podzielone, w każdym razie takie powagi w rzeczach sanskrytu, jak Hessler i Wise twierdzą, iż zjawić się one musiały na wiele lat przed Chrystusem, w okresie między 9 a 3 stuleciem.

Dzieła Charaki składające się z 8 ksiąg, obejmuje przeważnie medycynę wewnętrzną, Suszuty zaś poświęcone jest więcej chirurgji.

Zebrany przez się materiał autor podzielił na 3 grupy a mianowicie.

I Dyjetetyka wieku dziecięcego.

II Ogólno terapeutyczne wskazówki w chorobach.

III Choroby wieku dziecięcego.

I. Dyjetetyka wieku dziecięcego.

Z samego początku zauważyć należy, iż dział ten u wszystkich w ogóle starożytnych ludów pierwszorzędnie zajmuje miejsce; traktowanym jest on o wiele obszerniej od terapii, która u dorosłych nawet na drugim stoi planie. Charaka wiek dziecięcy dzieli na 3 okresy: 1) okres trwający do 1-go roku życia 2) okres, w którym dzieci otrzymują mleko i ryż — do 3 roku życia i 3) okres od 3 do 15 roku życia, w którym dzieci karmią się ryżem, resp. otrzymują pokarm mieszany. Dziewczęta zaczynają miesiączkować około 12 roku życia, climax następuje około 50 roku, mężczyźni przed 25, a dziewczęta przed 12 laty nie powinni wstępować w związki małżeńskie. Dzieci zrodzone ze starych albo nazbyt młodych rodziców umierają natychmiast po przyjsciu na świat, lub też przez ciąg całego życia zostają słabymi na duchu i ciele. Nie należy tolerować małżeństw między osobnikami dotkniętymi jakimikolwiek bądź cierpieniami chronicznymi. Choroby przechodzą na dziecko z ojca albo matki. Najłatwiej zachodzą kobiety w ciążę w pierwsze 5 — 6 do 10 dni po miesiączce — dziecko w owym terminie poczęte, będzie silne i zdrowe, w przeciwnym razie — wątłe i chorowite. W owym czasie usta macierne, gotowe na przyjęcie nasienia, otwarte są niby lilja wodna zwrócona w stronę słonecznych promieni. Ciąża trwa 10 księżycowych miesięcy,

może się jednak przedłużyć do 12-tu. Podczas ciąży regularność nie ma miejsca.

Twarde części ciała, jak to: kości, zęby, włosy etc. powstają z nasienia ojca, mięśnie natomiast, krew, wnętrzności etc. ze krwi matki. Płód żywi się sokami matki, które doń dochodzą za pomocą naczyń pępkowych

Rozwój płodu w 1-ym miesiącu ciąży płód tworzy masę wielkości ziarnka grochu i składa się wyłącznie z nasienia i krwi w 2 i 3-im zarysowują się kontury rąk, nóg i głowy; w 4-ym rozwija się serce; w 5 m zarysowują się wyraźnie: nos, oczy, usta, szyja i brzuch. W 7, 8 i 9 płód zaczyna stopniowo żyć, czuć i rozumieć; w ostatnim z tych miesięcy — rozwija się zdolność pamięciowa. W 10-ym wreszcie zaczyna się modlić do nieba i ziemi. Dziecko zrodzone w 8 miesiącu ciąży nie zdolnem jest do życia.

Zmartwienia albo choroby matki mogą wywołać śmierć płodu, albo też choroba matki odziedziczona zostaje przez dziecko: do takich chorób należą: hemoroidy, suchoty, dyspepsyja, epilepsyja i inne. Wrodzoną głuchotę i ślepotę przypisywano niedostatecznemu odżywianiu się matki.

Za niebezpieczny uważany był poród z wypadnięciem nóżki albo rączki. Płód zwykle w podobnych wypadkach umierał i uciekano się wówczas do embryjotomji. W razie śmierci matki w ostatnich miesiącach ciąży przystępowano do cięcia cesarskiego.

Po przyjściu dziecka na świat i odprawieniu odpowiednich modłów przecina się sznur pępkowy na odległości 8 poprzecznych palców od brzucha, przyczem jeden koniec nitki przymocowanym zostaje koło szyjki niemowlęcia. Po spryskaniu dziecka zimną wodą i wywołaniu tym sposobem ruchów oddechowych, obmywają dziecko sokami dobytymi z rozmaitych kor drzewnych i kąpią w wodzie zaprawionej woniejącymi korzeniami.

Podczas pierwszych 3 dni po rozwiązaniu mleko położnicy nie zdadne jest jeszcze do użycia; dziecko zatem otrzymuje miód z cukrem, lub też z masłem oczyszczonem, lub też samo masło dla wywołania obfitych wypróżnień: jako pokarm przez pierwsze 10 dni otrzymuje tenże miód z mlekiem matki, poczem dopiero nadają mu imię i przystawiają do piersi matki — matki bardzo rzadko karmią swe dzieci własną piersią.

Mamka powinna, o ile możliwości, pochodzi z tej samej klasy, do jakiej należy nowonarodzony; wzrostu i wieku ma być średniego, wolna od kaprysów i namiętności, dobrze odżywiona, ale nie nazbyt otyła; piersi nie powinni być obwisłe, ale twarde i sterzące naprzód; obwisłe bowiem podczas karmienia zakrywają nos i usta i tem samem sprowadzić mogą śmierć dziecka przez zaduszenie.

Przed przystawieniem dziecka do piersi mamka powinna wziąć kąpiel i wdziać na się nowe ubranie. Dobre mleko winno być przezroczyste, przyjemne w smaku i nie dawać żadnego osadu. Jeśli mleko matki nie odpowiada tym wa-

runkom, należy karmić dziecko koziem albo krowiem mlekiem, nie dając mu go atoli naraz nazbyt wielkich ilości. Kobieta gorączkująca, albo taka, która znowu zaszła w ciążę, powinna odstawić dziecko od piersi. Mamka podczas karmienia powinna unikać ciężko strawnych pokarmów, jeść w oznaczonych godzinach, unikać o ile możności zmartwień i wystrzegać się spółkowania. Potrawy wskazane dla niej są: Kasza jęczmieniana, rosół, ryby i młode jarzyny. W razie choroby ssawca, lekarstwo przyjmuje mamka do wewnątrz, albo też takowe w formie pasty stosowanem bywa na brodawkę karmiącej. Wogóle w tym wieku z lekarstwami należy zachowywać wielką ostrożność

Dziecka nie należy trzymać w pozycyi siedzącej, aby nie dostało garbu; strzedz je należy przed szkodliwym działaniem słońca, wody, kurzu i dymu. Po raz pierwszy wyprowadza się dziecko z domu w 4 miesiącu życia.

Dla przyspieszenia umysłowego rozwoju dziecka napychano je mieszaniną rozmaitych proszków z odpowiedniami modłami; leki te ułożone były w 4 recepty. Około 5 roku życia w razie dostatecznego fizycznego i umysłowego rozwinięcia dziecka zaczynało je uczyć, a począwszy od 8 roku posyłano na naukę do nauczyciela. Nauka ta trwała lat 12.

II. Ogólno-terapeutyczne przepisy.

Rozpoznanie i leczenie chorób wieku dziecięcego przedstawia o wiele większe trudności, niżli to ma miejsce u dorosłych; dla tego też w tym wieku właśnie dyjetetyka powinna być alfą i omegą całego lecznictwa. Jeśli chory — mówi Charaka — nie trzyma się ściśle dyjety, to i setka najlepszych zkadinał lekarstw na nie mu się nie przyda. Dlatego też lekarze choremu lekarstw dają bardzo mało, przestrzegają natomiast pilnie zasad racjonalnie przeprowadzanej dyjety. Sztuka leczenia w rękach niedoświadczzonego laika może być trucizną, szkodliwą narówni z ogniem, nożem i pioranami. Z tego powodu lekarz, zanim lek jaki przepisze, powinien dokładnie zbadać chorego i mieć na uwadze indywidualne własności jego. Pod względem dozoru lekarstw przyjęte były następujące przepisy: przed pierwszym miesiącem życia dziecko otrzymywało pro dosi tyle mniej więcej ile zawiera w sobie nasz centigram, od 1 roku życia (p. dosi) dawka równała się $\frac{1}{4}$ grama do 8 decygrammów; od 16 roku życia dawka jednorazowa normowaną była względnie do większej lub mniejszej ciężkości choroby; za zasadę przyjmowano: czem większa choroba, tem więcej lekarstwa—gdyż małemi ilościami choroby wyleczyć nie można, zarówno jak trudno jest ugasić pożar kilku kroplami wody. Na usprawiedliwienie owego przepisu dodać winniśmy, że nie znano wówczas tej masy trujących środków, jaką rozporządzamy dzisiaj.

Charaka silny bardzo nacisk kładzie na to, aby bardzo małym dzieciom, jako też starszym, po nad lat 70, ludziom mocno działających lekarstw nie dawać. Podawano je zarówno

jak my dzisiaj w formie proszków, pigulek, naparów, wyciągów, maści etc. Ssawcom zaś dawano leki w mieszaninie mleka, miodu i masła—mieszankę tę smarowano na kawałku płótna, które dziecko obliżywało. Najczęściej wszakże lek w formie pasty stosowany był na brodawkę karmicielki. Dodać tu jednak potrzeba, iż stokroć więcej wierzono naówczas w skuteczność modłów, jakie przy przyjmowaniu lekarstw odprawiano, aniżeli w same lekarstwa, które, wedle pojęć ówczesnych, o ile im nie towarzyszyły rozmaite ceremonije religijne, były bez wszelkiej wartości. Widzimy więc, iż pomimo względnie wysokiego poziomu, na jakim się znajdowała ówczesna medycyna, leczyli i uzdrawiali właściwie nie lekarze, ale—wiera.

Godnym uwagi jest przepis, zabraniający używania w wieku dziecinnym środków wymiotnych; również wielką ostrożność zachowywano w wyborze rozmaitych purgantia. u ssawców stosując najchętniej miód z cukrem i *Convolvulus turpethum*. W wieku nieco starszym stosowano bardzo chętnie olejek rycinowy; na jeden dzień przed użyciem środka przeczyszczającego pacyjent powinien zachowywać ścisłą dyjetę, następnego dnia ciała jego ma być wysmarowane tłuszczem i dla wywołania potów wstawione na działanie ciepła. Skoro lekarstwo nie skutkuje, należy je powtórzyć, ale dopiero nazajutrz; w razie pomyslnego skutku—stosować je powtórnie wolno dopiero po upływie dni dziesięciu! W praktyce dziecinniej stosowano chętnie miksturkę, w której na 2 części mleka przypadała 1 część olejku rycinowego.

Ulubionym wszakże środkiem dla wywołania u dzieci wypróżnień były lawatywki, zrobione z pęcherza (według innych źródeł z żołądka) świń, kóz i innych zwierząt domowych; rurka, którą wprowadzano in anum sporządzona była ze złota, srebra, miedzi, drzewa albo kości słoniowej; długość jej równała się długości sześciu poprzecznie ułożonych palców dla dzieci w wieku od 6 lat do 8; dla starszych = długości 8 do 10 palców poprzecznych. Dla ssawców długość rurki odpowiadać winna wielkości małego palca. Ilość płynu była rozmaitą, normowaną stosownie do (wielkości) objętości pięści pacyjenta. Podobne zarówno jak i wyżej opisane narzędzia z mniejszym naturalnie promieniem światła używane były przy przezywaniu cewki i pęcherza moczowego.

W końcu dodać winniśmy, iż w ówczesnem lecznictwie częste zastosowanie znajdowały—pijawki; trzymano je w naczyniach napelnionych czystą wodą i korzeniami lilji wodnej.

Przystępujemy do trzeciego i ostatniego rozdziału:

III. Choroby wieku dziecinnego.

Choroba—mówi Suszuta — jest to zaburzenie w czynnościach duszy, które bezpośrednio wywołane być może przez wyprowadzenie, z tych albo innych powodów, z równowagi rozmaitych soków organizmu. Choroby dzielą się, na: dziecinnie, jako to: hemoroidy, dyspepsyja, suchoty, epilepsyja, trąd; atresia ani et urethrae, phimosiś zaliczono do chorób

wrodzonych; pozostałe zaś stanowią grupę najliczniejszą, a mianowicie grupę chorób nabytych.

Choroby nerwowe: epilepsia i chorea.

Tę ostatnią opisywano w sposób następujący: chory doznaje uczucia strachu i drżenia w całym ciele, poczem następują konwulsyjne drgawki głowy i twarzy, najczęściej z jednej tylko strony. Drgawkom tym ulegać może całe ciało, i wówczas choroba staje się nieuleczalną, choroba ta właściwą jest przeważnie wiekowi dziecinnemu w okresie między drugiem ząbkowaniem a wiekiem dojrzewania płciowego.

Choroby organów trawienia: stomatitis aphotosa, angina tonsillaris, dysenterya, helminthiasis, fistula in ano, prolapsus ani.

W razie chronicznego obrzmienia migdałków stosowano tonsillotomię, wycinając wszakże za pomocą noża i specjalnych ku temu haczyków dwie trzecie gruczołu—operacja bardzo często kończyła się śmiercią.

Co do dyzenteryi, odróżniano w niej przebieg ostry i chroniczny; w pierwszym razie gorliwie się przestrzega przed stosowaniem adstringentia, do których uciekać się wolno tylko w chronicznej krwawej bieguncie.

Objawy towarzyszące obecności glist w kanale kiszkowym były następujące: ogólna bladeść, bóle w brzuchu i w piersiach, zawroty głowy, brak apetytu, biegunka, swędzenie w okolicy otworu stolcowego. Przy prolapsus ani et recti stosowano z dobrym skutkiem reponowanie кишки stolcowej, poczem nakładano odpowiedni bandaż ze skóry z otworem w miejscu odpowiednim.

Organy moczopłciowe: Lithiasis — choroba dość częsta i w wieku dziecinnym bardzo niebezpieczna. W początkach choroby stosowano terapię mniej więcej paliatywną, a mianowicie: kąpiele letnie, rozmaite naparzenia na brzuch w okolicy pęcherza moczowego; do wewnątrz zaś: wodę jęczmieinną i ulubiony w tej chorobie napar z korzeni *Poa cynosuroides*, *andropogon muricatum* i innych. W późniejszych stadyjach dostawano się do pęcherza drogą operacyjną ze strony kroczu.

Z chorób ocznych wymieniona jest jedna, opis której najwięcej przypomina blenorhoea neonatorum; pomijając najrozmaitsze środki, używane w tym wypadku do oka, godną uwagi jest tylko—skaryfikacja powiek, zalecana w razie silnego tych ostatnich napięcia.

Co się tyczy chorób usznych, jest tylko mała wzmianka o ropnym wypływie zucha, którego natura nie jest bliżej określona.

Przy scrophulosis największą zwraca się uwagę na odpowiednią dietę: chory powinien otrzymywać obfity i pożywny pokarm, zaleca się dużo tłuszczu. W razie obrzmienia gruczołów miejscowo stosują się rozmaitego rodzaju okłady, w razie ropienia—incisio. Choroby skórne: pemphigus, variolae.

O pemphigus mówi się tylko jako o wysypce właściwej wiekowi dziecinnemu: składającej się z pęcherzyków kształtu

i wielkości ziaren grochu. Ospa jest to choroba wysypkowa, której stale towarzyszy gorączka—wysypka składa się z pęcherzyków posiadających żółtawą zawartość—pustulac owe rozsiane są po rękach i nogach, a także na błonie śluzowej ust i gardzieli.

Oprócz tych wszystkich chorób istnieje jeszcze cała seria innych, wywoływanych przez złe duchy. Objawy tych chorób, przypominające bardzo cierpienia błon i samej istoty mózgowej, są następujące: dziecko jest bez humoru, w nocy budzi się nagle i bez widocznego powodu krzyczy bezustanku, piąstki ma kurczowo zaciśnięte, rwie na sobie ubranie, zgrzyta zębami, wymiotuje, wreszcie wydaje z siebie zapach krwi i mięsa.

Reasumując wszystko wyżej powiedziane, przekonujemy się, iż mimo zupełnej nieznajomości anatomji i fizjologii nauka medycyny stała już wówczas nader wysoko—o ile wszakże wszystkie te zdobycze są wyłączną własnością Hindusów, o ile zaś przejęte od innych ludów, a nadewszystko Greków, dotąd pozostaje tajemnicą, której najstaranniejsze badania uczonych przeniknąć jeszcze nie zdołały.

Dr. Jakób Kohn. (Łódź).

229. DILLON BROWN (New York). **Budowa rurek O'Dwyera oraz 350 przypadków intubacji krtani.** The construction of O'Dwyer tubes, with a report of 350 intubation of the larynx. (*Archives of Pediatrics January, 1891*).

Autor na mocy własnego doświadczenia podaje kilka praktycznych wskazówek, dotyczących intubacji, zwracając szczególnie uwagę na liczne modyfikacje rurki O'Dwyera, które nie tylko mogą stać się przyczyną groźnych powikłań, a nawet śmierci pacjentów, ale przyczyniają się do dyskredytowania metody, będącej, jego zdaniem, jedną z najświetniejszych i najważniejszych operacji nowoczesnych. Wymagając od wykonawców intubacji ogromnego doświadczenia i wprawy, autor nie waha się twierdzić, że większość śmiertelnych przypadków, przypisywanych zepchnięciu błon rzekomych, miała źródło prawdopodobnie w niezręcznych usiłowaniach wprowadzenia rurki. O'Dwyer i autor stosowali intubacją w 600 przypadkach i nie mieli ani jednego wypadku śmierci z powodu zepchnięcia błony rzekomej w czasie operacji. Potrzeba więc wielkiej zręczności i odpowiedniej rurki. Co do tej ostatniej istnieją 3 odmiany rurek O'Dwyera: jedna dla dzieci, jedna dla dorosłych i jedna dla obcych ciał lub oderwanej błony rzekomej w krtani.

Nie streszczamy tu szczegółowego opisu odnośnych przyrządów, gdyż takowy nie może być dość zrozumiałym bez dołączenia rysunków, których autor nie oszczędził. Zadowolnimy się przeto zaznaczeniem wyniku otrzymanego przez D. B., który można nazwać pomyślnym, gdyż z liczby 350 przypadków, leczonych intubacją 100 (a więc 28,5%) zaszło się wyzdrowieniem. Dodać jeszcze należy, iż od listopada 1889 do czerwca 1890, autor widział 6 przypadków groźnego zwężenia krtani, zakończonych wyzdrowieniem bez operacji.

Na temże posiedzeniu Dr. Earle popierał zdanie Dillon-Browna co do potrzeby ogromnej wprawy przy stosowaniu intubacji (wykonywanej przy wielkiej wprawie wciągu 5 — 6 sekund) i dowodził, że należy coś postanowić, ażeby pierwszy lepszy nie porywał się na dokonywanie tej operacji. W teźże kwestyi przemawiał też dr. Caillé, dodając kilka szczegółów co do wyboru rurki i zalecając oczyszczanie takowej przez pozostawienie jej przez dobę w rozcieńczonym ługu potażowym. Najlepiej jednak, według niego, dla każdego pacjenta używać nowej rurki.

B. Polikier.

230. Prof. MONCORVO. **Salol przeciw biegunce pochodzenia bagienniczego u dzieci.** Sur l'emploi du salol dans le traitement de la diarrhée marenmatique chez les enfants. (*Revue mensuelle des maladies d'enfance, Octobre 1890*).

Autor zwraca uwagę na biegunkę, stanowiącą powikłanie bagiennicy, która szczególnie w Brazylii (gdzie mieszka M.) należy do poważniejszych i częściej napotykanych chorób zwłaszcza wieku dziecięcego. Przyczynę tej biegunki przypisuje Moncorvo nienormalnej fermentacji w przewodzie pokarmowym, spowodowanej ogólnem zakażeniem zimniczem. Kilka odnośnych spostrzeżeń opisał we Francji Jules Simon (*Archives générales de médecine*) w r. 1870. W tego rodzaju infekcyi zimniczej M. upatruje odrębną postać tego cierpienia, którą nazywa „forme intestinale de la malaria”. Nie wdając się w opis szczegółów tej postaci chorobowej, autor zajmuje się zbadaniem wartości leczniczej salolu przy objawach kiszkowych w bagiennicy. Przedtem jednak zaznacza, że dotychczasowe poszukiwania mikroorganizmów malaryi nie wyszły poza obręb badania krwi (Tomassi-Crudeli, Klebs, Marchiafava, Cuboni, Celli, Golgi i t. d.). Jak bacillus malariae tak i hematozoon *Leverana* oraz plasmodium malariae znajdowano we krwi; w przewodzie zaś pokarmowym nikt ich nie opisywał. Nie zastanawia się też nad pytaniem w jaki sposób sprawa chorobowa w kiszkiach przychodzi do skutku (czy analogicznie z zapaleniem płuc lub płuc i oskrzeli, wnikającem inne choroby zaraźliwe czy że drobnoustroje, znajdujące się i normalnie w kiszkiach stają się chorobotwórcami, znajdując sprzyjające warunki dzięki osłabieniu odporności organizmu, spowodowanemu zatruciem krwi), gdyż co do kwestyi tej można tworzyć tylko hipotezy, wymagające potwierdzenia przez bakterjologów.

Spostrzeżenia autora co do antyseptycznego działania salolu przy biegunce pochodzenia bagienniczego u dzieci obejmują 40 przypadków, z których 27 (cięższych) opisuje Moncorvo w streszczanej pracy. Dotyczyły one dzieci, z których najmłodsze liczyło jeden miesiąc życia, najstarsze zaś 8 lat. Dawka wynosiła od 15 centigrm. do 2 grm.; dla noworodków wystarczało 15 — 20 ctgrm. w ulepku; dla dzieci do 2 lat 25 do 50 centigrm., powyżej dwóch lat dawki wahały się między 1 i 2 grm. stosownie do ciężkości przypadku. We wszystkich przypadkach salol podawano w syrop. gummosus.

Wnioski autora:

1) Salol może być uważany za cenny środek leczniczy dla antyseptyki przewodu kiszkiowego u dzieci, dotkniętych zapaleniem kiszki pochodzenia bagienniczego.

2) Rozwolnienie zmniejsza się i ustaje w krótkim czasie pod wpływem tego środka, po zastosowaniu którego natychmiast daje się zauważyć odwołanie wypróżnień.

3) Gazy powstające skutkiem fermentacji w kiszkiach przestają wytwarzać się w miarę antyseptycznego działania salolu; kolki i wymioty zarazem znikają.

4) Środek ten, chętnie brany przez dzieci bez różnicy wieku, u żadnego z nich nie wywołał objawów otrucia.

5) Dawki wahały się między 15 centgrm. i 2 grm. na dobę stosownie do wieku dziecka i ciężkości przypadku.

B. Polikier.

III. Akuszerija.

231. DUBNER. **Badania nad ilością hemoglobiny we krwi podczas ostatnich miesięcy ciąży i podczas pierwszego tygodnia po porodzie.** Z kliniki uniwersyteckiej w Monachium. *Münchener Mediz. Woch.* Nr. 30, 31 i 32. 1890).

Ilość hemoglobiny autor określał za pomocą aparatu Gowers'a, który składa się z trzech części: 1) z rurki, w której znajduje się roztwór glicerynowy pikrokarminu, mający barwę 1% roztworu hemoglobiny, 2) z drugiej rurki podzielonej na 100 części, 3) z pipety z końcem włosowatym. Za pomocą tej ostatniej wciąga się dużą kroplę krwi badanej chorej i wpuszcza się ją do rurki z podziałkami, do której dolewamy następnie wody dotąd, aż kolor otrzymanego w ten sposób roztworu krwi, będzie w zupełności odpowiadał kolorowi roztworu pikrokarminu. Jeżeli trzeba będzie dolewać wody aż do Nr. 100, wtedy krew zawiera normalną ilość hemoglobiny; jeżeli zaś dość jest użyć w tym celu 50 ctm. wody, t. j. dojść do Nr. 50, znaczy to, że krew zawiera tylko 50% normalnej ilości krwi. Badanie wykonywa się przy świetle dziennym.

Wykonawszy badania na 10 nieciążarnych zdrowych kobietach i 40-tu ciężarnych i rodzących, również zdrowych, przynajmniej 2 razy przed porodem i 2 razy w ciągu pierwszego tygodnia po nim, Dubner doszedł do następujących wniosków:

1) Ilość hemoglobiny u kobiet nieciążarnych wynosi przeciętnie 94% normalnej, ilość zaś czerwonych ciałek krwi, — 5,219,000.

2) U kobiet ciężarnych zarówno ilość hemoglobiny jak i ciałek krwi zmniejsza się w odwrotnym stosunku do warunków odżywiania. Przeciętne cyfry dla hemoglobiny pokazują 88,35%, dla czerwonych ciałek krwi 4,956,000.

3) Zarówno ilość barwnika krwi jak i czerwonych ciałek krwi zmniejsza się, stosunkowo do okresu ciąży, w ciągu pierwszych dni po porodzie w prostym stosunku do ilości utraconej

krwi podczas porodu. (Bywają jednak pod ostatnim względem wyjątki).

4) W ciągu następujących dni ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi wzrasta tak, że staje się po 8-iu dniach zupełnie normalną.

Ponieważ zmniejszenie ilości barwnika krwi podczas ciąży daje się stwierdzać u kobiet zupełnie zdrowych i nie skarżących się na żadne dolegliwości, więc Dubner uważa je za rzecz fizjologiczną i szczególnie, w obec szybkiej regeneracji, nie przyznaje, że ciąża usposabia do niedokrewności, jak chcą inni autorowie.

W. Janowski.

232. Dr. M. MURET. **O przepchnięciu główki przez zwężone wyjście miednicy.** Ueber das Einpressen des Kindeskopfes in das enge Becken. (*Berl. klin. Woch. Nr. 17, 1890*).

Kwestyja leczenia przy zwężonych miednicach nie została jeszcze rozstrzygniętą. Punkt sporny tkwi w pytaniu, czy zachowanie się nasze ma być wyczekujące, czy też czynne. Ani jedno, ani drugie nie jest wstanie zaradzić niebezpieczeństwu, grożącemu tak życiu matki, jak dziecka. W obu wypadkach życie dziecka jest zakwestyonowane: w pierwszym, wskutek zbyt długiego trwania porodu (*fracturae cranii, haemorrhagiae cerebri, cephalohacmatomata etc.*), w drugim zaś, wskutek trudnej ekstrakcyi. W obu razach życie rodzącej również przyprawione jest o niebezpieczeństwo: w pierwszym — z powodu przetarcia i ugniecenia miękkich części, jako też z powodu wyczerpania sił; w drugim zaś — z powodu ruptury macicy.

W metodzie ekspresyjnej Hofmeier'a, niesłusznie, podług autora, dotychczas lekceważonej, posiadamy rękoczyn zupełnie bezpieczny tak dla rodzącej, jak dla dziecka, a godzący oba przeciwnie obozy akuszerów. Od czasu opublikowania przez Hofmeier'a (1881) swojej metody, polegającej na przepchnięciu ruchomej główki przez zwężone miejsce miednicy uciskiem od zewnątrz, skierowanym przez dolny odcinek macicy bezpośrednio na główkę, posiadamy w literaturze bardzo mało w tym kierunku obserwacyj, lubo tak wybitni akuszerowie, jak: Winter, Zweifel, Olshausen, Dührssen i inni, uważają w mowie będący rękoczyn za godny wypróbowania. Autor stosował kilkakrotnie na klinice Freund'a w Strasburgu omawiany rękoczyn tak w celach terapeutycznych, jak *experimenti causa*, i doszedł do następujących wniosków:

1) Metoda Hofmeier'a stanowi rękoczyn bezpieczny tak dla matki, jak dla dziecka.

2) Użyta na czasie, wypełnia zarówno zadania wyczekującej, jak i czynnej terapii, nie posiadając przytem szkodliwości żadnej z nich.

3) Dziecko rodzi się w położeniu czaszkowem, a główce dana jest możność stosowania się do wymiarów miednicy.

4) W każdym przypadku niepomyślnego stosunku między główką a miednicą, trzeba rodzącą zachloroformować i spróbować wykonania ekspresyi, by następnie przeprowadzenie porodu pozostawić siłom natury.

5) Niezbędnymi warunkami dla uskutecznienia ekspresji są zkonformowanie się główki i zupełne wygładzenie szyi macicznej.

Hofmeier, jak wiadomo, korzystał przy wąskich miednicach ze swego rękożynu tylko w przypadkach słabych bólów porodowych i nadmiernego rozciągnięcia szyi macicznej (Cervixdehnung), gdzie, z powodu wysoko stojącej lub silnie zaklinowanej w zwężonym miejscu główki, rozwiązanie za pomocą kleszczy jest niemożliwe, a obrót z powodu mogącej nastąpić ruptury macicy—przeciwwskazany. Autor zaś w swoich przypadkach wychodził z zakresu tych wskazań ze zdumiewająco pomyslnym rezultatem, przez co widzi się uprawnionym do uogólnienia metody omawianej dla wszystkich przypadków niestosunku między główką a miednicą. *L. Wilk.*

IV. Wiadomości pomniejsze.

233. Kilka danych, dotyczących **mleka kobiecego**, ogłosił niedawno prof. Monti (Arch. f. Kinderheilkunde T: 13. I II). Ciężar gatunkowy mleka kobiecego w czasie karmienia przedstawia prawie co dzień wahania, które odbijają się widocznie na wadze ssawca. Przy wahanach w granicach prawidłowych 1030—1034 waga ssawca wzrasta prawidłowo. Przy nagłym spadku lub nagłym wzroście C. G. powstają zaburzenia w stopniowym wzroście wagi dziecka, która powiększa się b. powoli. Kilka dni trwająca obniżka C. G. pociąga za sobą upadek wagi dziecka i odwrotnie.

Odczyn mleka obojętny zależy zapewne od stanu chorobowego gruczołów sutkowych, albo pojawienia się miesiączki. Towarzyszy mu zwykle stan dyspeptyczny u dziecka lub też rozwolnienie; zresztą kwestyja ta wymaga jeszcze dalszego badania.

Co się tyczy zawartości tłuszczu to przy C: g. 1030—1035 powinno go być 3—5⁰/₀. Miesiączkowanie nie wywiera stałego wpływu na wysokość C. G. lub zawartość tłuszczu, w przypadkach, gdzie mleko przedstawiało wysoki C. G., ale procent tłuszczu był niski dzieci rozwijały się słabo; mleko takie nie było przeto normalnem. Wysoki procent tłuszczu bywa niekiedy przejściowym i zależy od stanów patologicznych, jak zapalenia gruczołu sutkowego, gorączki. Dłużej trwające sprawy chorobowe sprządzają stopniowy, albo też szybki spadek zawartości tłuszczu. (Wien. Med. Presse. 27).

234. Valenzuela poleca **tlen** przez **odbytnicę** lub **podskórnie** we wszelkich przypadkach zmniejszonego utleniania krwi. Przy zapaleniu płuc i silnych nieżytach oskrzeli wdychanie tlenu nie daje dobrych wyników, gdyż gaz nie może przedostawać się do rozgałęzień włosowatych. Za to po wprowadzeniu per rectum duszność szybko się zmniejsza (ilość). Podskórnie wprowadzał V. od 3 do 6 c. sz. i widział wyraźne podniesienie siły serca. W miejscu zastrzyknięcia tworzy się podskórna rozedma i uczucie palenia, trwające kilka godzin.

Wyniki są jeszcze lepsze, jeżeli używać gaz „in statu nascendi“.

(Wiener Med. Presse Nr. 28).

235. Prof. I. Steiner z Kolonji podaje opis dwóch przypadków **snu hysterycznego**. (Deut. Med. Wochenschrift. 27).

Pierwszy dotyczył młodej 21 letniej damy. Objawy hysteryczne ograniczały się do pasa nadczułego na wierzchołku głowy i drgań w brwiach i przedramionach choreatycznego charakteru. Pochodzi z rodziny nerwowej—ale nie podległej żadnym chorobom nerwowym. Z powodu przestraszenia stan chorej pogorszył się: uczucie strachu i płacz spazmatyczny. Pewnego dnia o 9¹/₂ wieczorem chora wpadła w sen, z którego otoczenie, myśląc, że chora zemdląca, nie mogło jej obudzić. Oddech i tętno były prawidłowe, oczy zamknięte, ale powieki lekko drżące, gałki oczne zawrócone w górę i ku środkowi; palce ręki lewej skurczone, prawe kolano sztywne. Przy nacisku na wierzchołek głowy (z. hysterogene) Oczy otwierały się szeroko, bez wyrazu i zamykały się niebawem po zaniechaniu ucisku.

Chora o 1 w nocy obudziła się, niepamiętała nic od 7 godziny; znaleziono znieczulenie prawej połowy ciała, z wyjątkiem twarzy. Podobny napad snu nie powtórzył się więcej, chora ta poprawiła się stopniowo zupełnie.

U drugiej, 41 letniej kobiety, objawy nerwowe trwają od czasu pierwszej regularności, w 20 roku życia.

Pierwsze napady snu miały miejsce w 26 roku i odtąd chora ulegała im dość często, oprócz tego cierpiała na hysteryczne zatrzymywanie moczu. Chora nie robiła zupełnie wrażenia hysteryczki. Znaleziono ograniczenie pola widzenia i zniesienie smaku w lewej połowie języka, znieczulenie całej lewej połowy ciała miejsce nadczułe na głowie, kręgosłupie i lewym podbrzu.

W czasie snu przedstawiała się tak jak pierwsza chora: tętno i oddech w porządku, szczęki zaciśnięte, drgania w niektórych mięśniach. Po obudzeniu skarżyła się, jak i pierwsza pacjentka, na chęć do snu i uczucie ogólnego rozbicia. Napady snu poprzedzało niekiedy uczucie gorąca w twarzy i głowie i szmer w uszach, kiedy indziej zjawiały się one nagle.

Jednego razu napad trwał dwa dni; chora była wtedy przytomną, słyszała, co w około niej mówiono, ale nie była w stanie zawołać.

Autor skłania się do poglądu Charcot'a, który te „attaques de sommeil hysterique“ uważa za równoważnik napadów drgawkowych. H.

236. W przypadkach **dławca**, w których śmierć grozi nie tyle z przyczyny anatomicznych zmian w krtani, ile z zaburzeń nerwowych Dr. Fr. Betz poleca **eteryzację**. U dziecka 13-to miesięcznego przed wykonaniem tracheotomji B. zalecił inhalacje z: Aetheris sulfurici 3,0

Aeth. acetici 1,0

Mentholi 0,1

Co kwadrans, 3 krople rozlać na płatek i trzymać przed ustami dziecka. Miano zamiar wywołać odurzenie. Po 2 godzinach objawy zwężenia zmniejszyły się, robiono wdechanie co ¹/₂ godz. Po upływie 6 g. objawy zwężenia ustąpiły jeszcze bardziej, ogólny stan lepszy, po 24 g. minęło wszelkie niebezpieczeństwo. (W. Presse 21).

237. Dr. Bulkeley zwraca uwagę na *możliwość zarażenia syfilisem przy operacjach w jamie ustnej*. Ślina syfilityków przylegając do rąk i instrumentów operującego może być źródłem zarazy dla niego samego lub też za jego pośrednictwem dla drugiego chorego. B. przytacza 15 przypadków zarażenia pacjentów i 5 przypadków zarażenia dentystów. By uniknąć podobnych niebezpieczeństw należy należyte oczyszczać narzędzia. S.

238. Z badań prof. Zuntza nad pracą wykonywaną przez mięśnie wskutek podrażnień elektrycznych wynika, że w bardzo przyjaznych warunkach

miejsień może więcej niż 30% całkowitej złożonej w nim energii zużytkować w sposób mechaniczny. Najlepsze maszyny parowe według Schott'ego wydają tylko 7,33% wartości opalowej węgla w postaci pracy mechanicznej, maszyny gazowe dają 10,8% wartości ciepłikowej gazu oświetlającego.

1000 kilogramometrów pracy (w postaci podnoszenia ciężarów) wymagają 1.6650 g. substancji mięsni, albo 0,7151 g. tłuszczu, albo 1,6354 g. krochmalu lub wreszcie 1,6846 g. cukru. Przytem wyzwala się energii napięcia chemicznego w ilości odpowiadającej 28571 kilogramometrom; bez użytku wydziela się 43695 ciepłostek.

Ruch w kierunku poziomym na odległość 1000 m. wymaga na 1 kg. (ciała) 0,11704 g. substancji mięsni, albo 0,05437 g. tłuszczu, albo 0,12471 g. krochmalu, albo też 0,12854 g. cukru. Przytem wydziela się chemiczne energii napięcia 218 klg. metr. i 0,5129 ciepłostek.

(Centr. f. Physiologii. Przegl. Weter. 6).

239. W. G. Spencer opisuje w Br. Méd. Journ. przypadek śmierci 5½ letniego dziecka ze wścieklizny w 2 lata 4 miesiące po ukąszeniu. Rana (in reg. poplitea) była wymyta sublimatem i zrobiono nawet głęboką iniekcję sublimatową w sąsiedztwie.

Po upływie wspomnianego przeciągu czasu u dziecka dotąd zupełnie zdrowego wystąpiły (po rozgrzaniu się dokazywaniem) silne bóle w nodze na bliźnie i trudność przy lękaniu. Na drugi dzień wśród wzmagających się objawów uprzednich, pienienia się, drgawek i bredzenia nastąpiła śmierć. Rozpoznanie było ostatecznie stwierdzone dodatnimi wynikami, jakie otrzymano przy zastrzyknięciu królikom mózgu i rdzenia zmarłego dziecka (W. Presse 21). Tak długi okres inkubacji należy do rzadkości nie jest jednak unikatem, kilka lat temu streściliśmy w kronice przypadek, gdzie wybuch choroby nastąpił w 18 miesięcy po ukąszeniu.

H.

240. Według Dr. Cruse *hydrastis canadensis* działa dobrze przeciw **potom** u suchotników. Spostrzeżenie to, uczynione przypadkowo na chorym któremu wspomniany środek podawano z powodu krwotoków stwierdzone zostało następnie w licznych przypadkach. Autor podaje regularnie 30 kropeł Extr. fluidi pod wieczór. (Berl. W. Woch. 22).

H.

241. Dr. Reissman (Nr. 15 Pharmac. Centrallhalle) ostrzega, że **kreozot** przepisywany w pigułkach bardzo się szybko **ulatnia**. Pigułki obleczone masą kakaową tracą 9,6% w ciągu tygodnia. Najlepszą formą dla podawania tego środka są kapsułki żelatynowe. (Wien. M. Presse 25).

H.

242. Prof. Gall badał wydzielinę 251 chorych z rzerzączką na **gonokokki** i znalazł, że **przechowują się one b. długo**. A mianowicie:

przy 4—5 tyg. trwania choroby w 47%⁰/₀

7	„	„	„	31	„
2	miesiące	„	„	20	„
3	„	„	„	17	„
6	„	„	„	14	„
7—9	„	„	„	14	„
1	rok	„	„	14	„
1½	„	„	„	9	„
2	lata	„	„	5	„
3	„	„	„	2½	„
4—6	„	„	„	0	„

Wiek chorych 15—72 lat. Badania powtarzano u każdego chorego kilkakrotnie (2—15 razy) (Corr. Bl. f. Schw. Aerzt. 8 St. Petersb. Med. Woch. 24). H.

243. L. Toralbo, opisuje przypadek *Diabetes salivaris*. Chora hysteryczka cierpi na b. obfity ślinotok; ślina zawiera 10—15% cukru, prócz tego zupełny brak łaknienia. Pragnienia nie ma. W moczu ledwie ślady cukru. Autor uważa stan ten jako pierwszy okres cukrówki.

(D. M. W. 29, p. 912).

244. Dr. Novotny ostrzega przed smarowaniem kateterów wazeliną, ciało to bowiem, nierozpuszczalne w moczu, tworzy w pęcherzu masę podobną do rozpadu (detryt), na której osiadają sole moczowe. W jednym przypadku masa taka ważyła więcej niż 10 grm. (Pester. med.-chir. Presse. Wrzecz 28).

245. Dr. Roque de Silveira wypróbował sposób polecony przed paru laty dla rozpoznawania nosacizny, polegający na zastrzykiwaniu podejrzanych produktów morskim świnkom (samcom) do jamy otrzewnej. W razie istnienia nosacizny w 2—3 doby jądra zaczynają puchnąć, tunica vaginalis znajduje się w stanie ropienia, a w ropie można wykryć charakterystyczne pałeczki—bacillus mallei. Dr. R., mając do czynienia z podejrzanym koniem, zastrzyknął wydzielinę z nosa jednej morskiej śwince do jamy brzusznej, a drugiej pod skórę. U pierwszej jądra obrzmiały, u drugiej nie otrzymano nic charakterystycznego. (Bull. Medical. Wrzecz 28).

246. Dr. Jones, amerykańnin, zaleca na podstawie 12 spostrzeżeń **indygo**, jako dobre **emmenagogum**: 2 unc. indygo mięsza z $\frac{1}{2}$ unc. Mag. Bismuthi i podaje 3 razy na dobę po $\frac{1}{2}$ łyżeczki w kieliszku wody. (Wrzecz 28).

247. Dr. Begwell, cierpiący na **kolkę wątrobianą**, wypróbował na sobie z dobrym rezultatem sposób zalecany przez J. Bell'a, mianowicie używał do wewnątrz:

Resinae Guajaci 2 unc.

Aquae vitae 20 unc.

stołową łyżkę (z wodą) po każdym jedzeniu. Środek ten zapobiega bólowi, poprawia apetyt, zwiększa odpływ żółci, reguluje stolec etc. (The Philadelphia Med. Rep. (Wr. 29).

248. Dr. F. Hare—poleca **chininę** w większych dawkach, jako **środek tonizujący serce** (1 gr. 25—1 gr. 50). Tętno staje się rzadszem i zwolnienie to, objawiające się na 2-gi dzień, utrzymuje się 3—4 dni. Obawy co do wpływu porażającego serce, rozpowszechnione pomiędzy lekarzami, są nieuzasadnione i tylko przy małych dawkach (0, 1—0, 2) tętno staje się częstszem. (Union Méd. 92).

249. Jedną z ciekawszych kwestyi roztrząsanych na II-gim kongresie dla badania gruźlicy, który odbył się w początku b. m. w Paryżu—była kwestyja **tożsamości gruźlicy ptaków i ssących**. Pp. Straus, Gamaleia, Vignal utrzymują, że laseczniki gruźlicy kurzej są zupełnie odmiennym gatunkiem, dającym odmiennie hodowle (wilgotne, miękkie, tłuste), niż laseczniki gruźlicy ludzkiej (hodowle suche, twarde, chrupkie); i że kury są odporne na gruźlicę ludzką. Przeciw temu zdaniu występują pp. Courmont, Dor, Cadiot, Gilber i Roger; nie widzą oni tych różnic w hodowlach, a z drugiej strony przytaczają znane spostrzeżenia że całe kurniki wyzdychały na gruźlicę wskutek tego, że ptaki zjadały płwocinę wypływającą przez chorego na suchoty dozorcę.

Kwestyja ta więc pozostaje sporną. Kongres zawotował pewne „dysiderata“, dotyczące głównie niedopuszczenia do użytku mięsa z bydła chorego na perlicę (indemnizacja państwowa za chore sztuki, dogład weterynaryjny) i dezynfekcyi mieszkań po zmarłych suchotnikach, oraz płwociny. Oprócz tego kongres poleca budowanie szpitali nadmorskich dla suchotników. (Union Méd. 92).

250. Dr. Jorissienne. Opisuje przypadek **Zagnicia mleka w sutku ludzkim**. Kobieta mizernego wyglądu, karmiąca własne, kleszczami dobyte miesięczne dziecko, musiała raz na 7 godzin odeśnięć oddalić. Gdy po powrocie do domu dała dziecku piersi, mleko okazało się cuchnącem, jak zgnile jaja tak silnie, że otaczający musieli pokój opuścić. Dziecko pomimo to ssało i nazajutrz jako matka tak i dziecko mieli się doskonale, w sutkach żadnych zmian. Kobieta ta zauważyła, że ile razy przetrzymała pokarm, tyle razy okazywał się cuchnącym. Ponieważ karmiąca była rudowłosą Dr. Jorissienne zaczął od tego czasu badać mleko rudych kobiet i przekonał się, że nie ma ono większej skłonności do kiśnienia i gnicia, niż mleko brunetek i blondynek. Żarłoczność, z jaką dziecko ssało tak cuchnące mleko dowodzi braku rozwinięcia zmysłu smaku i powonienia u dzieci w zaraniu ich życia. (Arch de Tocol, et de Gynéc. Fevrier 91). *W. Stęp.*

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Zasady Hygijeny przez prof. C. Flügge'go, przełożone na język polski i wydane staraniem Redakcyi „Zdrowia”. Warszawa, 1891.

Gdyby o postępie hygijeny można było wnosić z ilości prac oryginalnych i tłómaczonych, hygijenie poświęconych lub w blizkim z nią związku będących, to bez wątpienia bilans odnośnej literatury za ostatnich lat kilka pozwoliłby nam niemal prawo rościć sobie do tego postępu. Zaiste ilość prac drukowanych od czasu wystawy hygijencyjnej nie jest bynajmniej skąpą. Wprawdzie znaczna część przypada na rzeczy popularne, których jakość nie zawsze godnie odpowiada ilości, gdyż nieraz, jak się zdaje (zwłaszcza co do tłómaczeń) o wyborze stanowi raczej tytuł przemawiający do wydawcy niż zdanie kompetentnego lekarza, niebrak jednak między nimi wcale dobrych dzieł. W stosunkowo niedawnym czasie wyszła np. „Hygijena szkolna“ Żulińskiego, przekład Dujardin-Beaumetz, „Grzybki chorobotwórcze“ Jakowskiego, „Rys Zasad Bakteryjologii“ Bujwida, z przeznaczonych zaś dla szerszych kół przekład Schroota, wychodząca obecnie „Hygijena Praktyczna“ Natansona i inne, nie mówiąc o wielu pięknych pracach oryginalnych lub kompilacyjnych pomieszczonych w pomyślnie (przynajmniej pod względem treści) rozwijającym się „Zdrowiu“. Pomimo to do ostatnich czasów nie było w języku polskim podręcznika, obejmującego wykład głównych zasad hygijeny i opartego na najnowszych poglądach naukowych. Z tego powodu za jedną z pożyteczniejszych nowości na tem polu uważać można wydany w r. b. przekład „Zasad Hygijeny“ Flügge'go, dokonany przez kol. Bujwida, Hewelkego, Malinowskiego, Pruszyńskiego i prof. Łuczkiwicza pod redakcją tego ostatniego. Dzieło składa się z wstępu i jedenastu rozdziałów z dołączeniem 2 map, z linijami izotermicznymi i izobarycznymi. We wstępie autor wypowiada swoje po-

głąd na zadanie higieny i stosunek jej do innych nauk, uważając za punkt wyjścia dla badań higienicznych zewnętrzne stosunki naszego życia, wśród których należy szukać czynników powodujących zaburzenia ustroju lub obniżających jego sprawność organiczną. Przytem zbija on w kilku słowach poglądy (Maltusa i Spencera) skierowane przeciw zarządzeniom higienicznym, jako rzekomo nie wpływającym ani na zmniejszenie śmiertelności, ani na poprawę ludności. Zauważyć tu musimy, że ani we wstępie, ani w innych miejscach nie znajdujemy wykładu metody statystycznej (tak ważnej dla higieny), ale na początku zaledwie na kilku tablicach wykaz śmiertelności oddzielnych grup, ułożonych według wieku, odsetkę śmiertelności niektórych krajów i klas oraz poszczególnych chorób. A jednak sam autor w wielu miejscach mówi o doniosłości badania statystycznego dla celów higieny. Za to, jako prawowierne dziecię swojego czasu, podręcznik ten w obszernym zakresie uwzględnia opis mikroorganizmów, dla których tłumacze uważają za stosowniejszą nazwę drobnostroje (obok: żyjotka, żywiątko, żywiny, drobięta), zamiast poniekąd utartego już „drobnoustroje“ i którym Flügge cały pierwszy rozdział swego dzieła poświęca. Przytoczywszy pewną ilość faktów na poparcie zależności gnicia i fermentacji od mikrobow i zaznaczywszy, że za pomocą niektórych spostrzeżeń i doświadczeń dowiedziono powstawania pod ich wpływem licznych chorób zakaźnych, autor przystępuje do ich opisu, dzieląc je na 4 większe grupy: Fungi, Blastomycetes, Schyzomycetes i Mycetozoa wraz z Protozoa. Rozdział ten, jakkolwiek starannie i umiejętnie skreślony, wydaje mi się najzupełniej chybionym, gdyż nie znajdujemy tu ani szczegółowego opisu metod hodowli i rozpoznawania bakteryj, ani opisu odpowiednich przyrządów lub rysunków, bez których, ani student, ani lekarz, nieobeznany szczegółowo z bakteriologią, niewielką korzyść odniesie. Dla biologa, bakteriologa jest to stanowczo za mało, dla lekarza-praktyka za dużo niepotrzebnego balastu. Więcej celowym jest wkraczający w dziedzinę meteorologii i klimatologii rozdział drugi, w którym autor omawia precyzyjnie nieraz wpływ klimatu i pogody na niektóre choroby, zastanawiając się nad poszczególnymi czynnikami meteorologicznymi, jako to nad ciepłotą powietrza, wilgotnością, mierzaniem ciśnienia atmosferycznego, działaniem zmian barometrycznych na organizm ludzki, prądami powietrza, znaczeniem higienicznym opadów, światła i elektryczności. Pouczające są te uwagi o pogodzie, chorobach nasilenia letniego i zimowego. Mówiąc o cholerycznej (przy chorobach nasilenia letniego), F. przyczynę wysokiej śmiertelności na choleryę u dzieci upatruje w wadliwych metodach przechowywania i przygotowania mleka, nie chroniących go od wysokiej temperatury, która sprzyja rozwojowi zarazków w otoczeniu. Kończąc ten rozdział uwagi o aklimatyzacji; za najważniejszy czynnik tej ostatniej uważa F. usposobienie rasowe, a następnie indywidualne, oraz pewne przystosowanie się do klimatu. Wytrzymałość kolonistów przez dłuższy czas mieszkających w krajach podzwrotnikowych, przypisuje F. raczej pewnemu doborowi jednostek wytrzymałych niż przystosowaniu się organizmu. Następny rozdział poświęcony jest rozpatrywaniu wahań ilościowych i znaczenia higienicznego rozmaitych części składowych powietrza (O, N, Ozon, CO₂). Nie został też pominięty szczegółowy opis określania ozonu, jakkolwiek dotychczas żadna metoda nie okazała się zadowalniającą. Z dokładnych sposobów oznaczania CO₂, oprócz sposobu Pettenkofera znajdujemy też wymienioną odmianę Hessego, z metod zaś określania w przybliżeniu, oprócz znanej me-

tody Smitha i Lungego jeszcze probiercze Wolperta, Schaffera, Blochmanna. Uzupełniają ten rozdział uwagi o higienicznym znaczeniu kurzu powietrznego. W rozdziale 4-ym, gdzie mowa o badaniu higienicznych własności gruntu, autor podaje wiadomości o ukształtowaniu powierzchni, oraz o charakterze geognostycznym i petrograficznym powierzchniowych warstw gruntu, wymieniając 4 formacje geologiczne: azoiczną, paleozoiczną, mezozoiczną i kenozoiczną. Następnie opisuje mechaniczną budowę powierzchniowych warstw gruntu, o ile takowa ma znaczenie dla stosunków higienicznych, dalej ciepłość, chemiczne własności gruntu, powietrze gruntowe, wodę gruntową (zaskórna) i żyłtka mikroskopowe gruntu. Zauważyliśmy tu pominięcie metody określania kwasu węglanego w powietrzu gruntowym (gdyż nie znaleźliśmy opisu jej, ani w tym rozdziale, ani w rozdziale o powietrzu), prawdopodobnie dlatego, że zawartość CO_2 nie zawsze jest miarodajną dla oceny stopnia zanieczyszczenia powietrza przez ciała organiczne. W następnym rozdziale Flügge rozpatruje ogólne własności wód rodzimych, oraz znaczenie ich poszczególnych części składowych (związków chemicznych, zawartych w nich zarodków roślinnych i zwierzęcych) i zwięźle określa wymagania higieniczne i znaki dobroci wody, wreszcie mówi o zaopatrywaniu w wodę i kilku słów o lodzie i sztucznych wodach gazowych.

Najobszerniejszy i najstaranniej może opracowany jest rozdział o odżywianiu i pokarmach. Jest to umiejętny wykład dyjetetyki, mogący służyć za oddzielne compendium, w którym autor wyjaśnia znaczenie każdego ciała odżywczego w szczególności (białka, tłuszczów, wodorów węgla, wody, soli, oraz pożywek i podniet), wybór, ilość i skład racjonalnego pożywienia i rozpatruje własności poszczególnych pokarmów, oraz szkodliwości, wyniknąć mogące z niewłaściwego składu, zanieczyszczenia i zafałszowania pokarmów. Wartość tego rozdziału podnoszą uwagi autora o cenie produktów spożywczych i oznaczaniu składu pożywienia dla ludzi pracujących umysłowo i dla pracujących fizycznie (wyrobników). Mówiąc o tych ostatnich, F., zaznaczywszy trudność zdobycia przez nich przy zwykłym zarobku stawy niezbędnej, powiada, że „zadaniem higieny jest wyszukanie dla wyrobnika potrzebnych artykułów za cenę niższą od zwyczajnych, placonych na targu“. Stawiając postulat higieniczny, ażeby robotnik, o ile można, otrzymywał takie minimum wynagrodzenia, które pozwoliłoby mu żyć do pewnego stopnia zgodnie z wymaganiami higieny i zaopatrzyć się w niezbędnie potrzebne pożywienie, autor wyraża między innymi życzenie, aby uboga ludność otrzymywała żywność po cenach równie niskich, jak areztanci lub żołnierze. Pod tym względem uważa F. za pożyteczne oświadczenie robotników co do wartości i pożywności pokarmów, oraz zakładanie stowarzyszeń spożywczych i kuchni ludowych. W ogóle jednak kwestyje z higieny społecznej nie stanowią środka ciężkości w dziele Flüggego. O tak ważnej też kwestyi, jak alkoholizm nie znajdujemy żadnej wzmianki przy omawianiu pożywek i podniet.

W innym miejscu tylko znajdujemy, jakby nawiasem rzucone, bardzo słusne zdanie, iż pożądaną byłoby rzeczą w celu przeciwdziałania nadużywaniu trunków, utrzymywanie w licznych punktach każdego miasta kawiarni i herbaciarni, w których możnaby było dostać dobrej kawy i herbaty po jak najtańszej cenie.

Siódmy rozdział poświęca F. odzieży i pielęgnowaniu skóry, wygłaszając przy sposobności życzenie, aby częste używanie kąpieli ciepłej we-

szło w zwyczaj u najbiedniejszej ludności. Skutecznego pod tym względem polepszenia stosunków higienicznych dokonać może, jego zdaniem, urządzenie *łazienek ludowych* (na wzór istniejących w Berlinie, Wiedniu, Magdeburgu i Frankfurcie nad Menem), *łazienek szkolnych* (właściwiej w ogóle dla dzieci. Spraw.) i *kąpieli dla robotników*. Przedmiotowi temu autor poświęca ledwie $\frac{1}{2}$ strony. Rozdział o mieszkaniu (VIII) rozpoczyna się od opisu miejsca pod zabudowanie i planu budowli. Tu autor oświadcza się przeciw równikowemu (z wschodu na zachód) kierunkowi ulic, uważając za najwłaściwsze nadawać ulicom kierunek z północo-wschodu na południo-zachód. Zauważyć tu musimy, że pogląd autora nie bardzo zgodny jest z z.patrywaniem się na tę kwestyją Pettenkofera, który uważa za całkiem błędne pow.szechne mniemanie, jakoby domy, zwrócone przodem ku północy miały pod względem zdrowotności ustępować domom; skierowanym frontem na południe. Badanie jednych i drugich wykazało, że pod względem częstości chorób i śmiertelności nie daje się spostrzec żadna wybitna różnica o ile tylko ulice są szerokie, podwórza przestronne i nie zapełnione wysokimi budowlami z tyłu i jednakie pod względem czystości¹⁾. Zdanie to zgodne jest z poglądami Adolfa Vogta²⁾.

O dodatniej lub ujemnej wartości tego lub owego kierunku ulic pod względem higienicznym może decydować, według Pettenkofera, tylko statystyka, ta zaś dotychczas nie wypowiedziała stanowczego orzeczenia. Dalej rozpatruje autor fundamenty, budowę i wewnętrzny rozkład domu, następnie urządzenia, mające na celu usuwanie odpadków i chowanie zwłok. Szczególniej starannie wyłożone są wiadomości o wentylacji i oświetlaniu. Co do tego ostatniego, autor wykazuje, że z higienicznego punktu widzenia (i ze względu na koszt) oświetlenie elektryczne jest najodpowiedniejsze. Ze sposobów wydalania odpadków F. kolejno i dość szczegółowo rozpatruje system wywózki dołowy, beczkowy, wywózki z przeróbką kału, pneumatyczny Liernura i kanalizacją spławną, stanowiącą najlepszy system usuwania odpadków. (Szkoda, że tłómacze nie dodali tu treściwego opisu kanalizacji w Warszawie). W końcu mówiąc o grzebaniu zmarłych, podaje F. w krótkości przepisy urządzenia i utrzymania cmentarza, oraz kilka dość niestanowczych uwag o paleniu zwłok.

Treść 9-go rozdziału stanowi niezmiernie ważna kwestya higienicznego znaczenia rodzaju zatrudnienia i zawodu. Do działu tego nie zostali niestety włączeni pracownicy umysłowi. Wyłożone tu są przyczyny nadwężenia zdrowia robotników, już to z ogólnych warunków higienicznych (trudność pozyskania niezbędnego pożywienia i zdrowego mieszkania i t. d.), już to z rodzaju pracy wpływające (wadliwe pod względem zdrowotności pracownie, praca mięśniowa, położenie ciała, wdychanie substancji obcych, nieszczęśliwe przypadki etc.), zwłaszcza u robotników młodszych lub kobiet, oraz uwagi o zapobieganiu takowym. Prócz tego znajdujemy tu wzmiankę o znaczeniu żłobków i ochronek, oraz kilka uwag o rozporządzeniach państwowych w Niemczech w kwestyi ograniczenia pracy kobiet i dzieci w fabrykach. I tu tłómacze dobrzeby zrobili, gdyby

¹⁾ Zur Wohnungshygiene von Geh. R. Prof. dr. M. v. Pettenkofer (Reichs-Medicinal-Kalender, 1891).

²⁾ Enwirkung des Wärmestrahles der Sonne auf die Hauswandungen -- von dr. Adolf Vogt. (Zeitschrift f. Biologie, B. XV).

dodali parę wiadomości o odnośnych przepisach, u nas obowiązujących. W następnym rozdziale autor omawia przyczynę szerzenia się chorób zaraźliwych i zapobieganie chorobom, uzupełniając i ujmując w pewną całość szczegóły rozrzucone po różnych poprzednich rozdziałach i uwzględniając niektóre ważniejsze choroby zaraźliwe, jakoto: gruźlicę, cholereę dziecięcą, błonicę, cholereę azyjatycką, durzycę brzusznią i malaryję. Ostatni rozdział zatytułowany: „Ważne pod względem higienicznym zakłady publiczne“, traktuje o szkołach i szpitalach.

Wymieniwszy ważniejsze uszkodzenia zdrowia, spowodowane uczęszczaniem do szkoły lub ułatwiane przez takowe (skrzywienie kręgosłupa, krótkowzroczność, krwawienie z nosa, choroby zaraźliwe i t. p.), autor przechodzi do opisu budowy gmachów szkolnych, sprzętów i przyborów, oraz wzmianki o Zarządzie i opiece lekarza szkolnego. W końcu autor podaje w krótkości wskazówki co do budowy i urządzenia gmachu szpitalnego, oddając pierwszeństwo systemowi pawilonowemu przed korytarzowym, ze względu na łatwiejsze zapobieganie przenoszeniu chorób i większą łatwość dostarczania chorym w dostatecznej ilości światła i powietrza.

Jak widzimy z powyższego przeglądu, jak na podręcznik o 580 stronicach wiadomości w omawianem dziele jest dużo i ten wzgląd prawdopodobnie skłonił tłumaczów do przyswojenia go polskiej literaturze. Lekarz niejednokrotnie, czy to *ex officio*, czy z innych powodów zmuszony bywa zabierać głos w kwestyjach higieny (mieszkania, żywienia dzieci, rekonwalescentów, profilaktyki).

Otóż w tych razach w podręczniku Flügge'go znajdzie wiele cennych wskazówek i informacji zadość czyniących jego potrzebom. Nie możemy powiedzieć jednak, że po za tem książka ta w zupełności odpowiada swemu zadaniu jako podręcznik dla studentów, lekarzy etc., jak tytuł obiecuje jednym słowem jako podręcznik ściśle naukowy.

Od takiego bowiem podręcznika higieny wymagać można obecnie nie tylko mniej lub więcej udatnego kompilacyjnego zestawienia w oddzielnych rozdziałach różnych faktów z odnośnej dziedziny, nawet z niemałemi dawkami krytyki, jak to czyni F., ale także szczegółowego zapoznania z metodami jakimi się posługuje obecnie higieną, a więc z tem wszystkim co i jak dokonywa się w pracowniach higienicznych. Prócz tego według mojego zdania różne kwestyje społeczne, jako nierozdzielnie związane z higieną, powinny być w obszerniejszym zakresie uwzględniane w podręczniku tej nauki niż to czyni F. Tymczasem np. o prostytucyi, alkoholizmie nie znajdujemy u F. nic, albo bardzo mało. Pomimo to wyboru do tłumaczenia dzieła tego (jak ze względu na objętość i treść, tak i na stanowisko autora w nauce) nie można nazwać udatnym również, jak i samego przekładu, tembardziej, że wobec nieustalenia się terminologii nie tylko lekarskiej, ale i innych pokrewnych higienie nauk tłumacze niełatwe mieli zadanie.

Zasluga tłumaczów byłaby większą, gdyby „Zasady Higieny“ uzupełnili stosownemi przypiskami, jak to w niektórych miejscach wskazaliśmy, ale w tym razie nie o wiele trudniej już byłoby może zdobyć się na skreślenie zbiorowemi siłami oryginalnego lub również kompilacyjnego podręcznika.

B. Polikier.

Kronika miesięczna.

— VI-ty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich należy już do historii, która mu piękną zapisze kartę. Liczbą uczestników ostatni zjazd przewyższył wszystkie poprzednie, a liczne wygłoszone nań odczyty i poważne nad nimi rozprawy dowodzą ciągłego, i w coraz to szerszym zakresie, wznoszenia się poziomu nauki u nas. Szczegółowym sprawozdaniom poświęcimy przyszły numer, nateraz tylko podzielimy się z życzliwymi czytelnikami pochlebną dla nas wiadomością, że na wystawie przyrodniczo-lekarskiej, jaka miała miejsce podczas zjazdu, wydawnictwo nasze odznaczone zostało wielkim medalem brązowym „w uznaniu umiejętnej pracy”.

— Przy przytulku położniczym Nr. 5, na placu św. Aleksandra otwartym został przytułek dla mamek, na 4—5 miejsc. Do przytulku tego przyjmowane będą kobiety, które rodziły w tym lub innym przytulku położniczym, i które mają zamiar zostać mamkami, rozumie się o ile otrzymają odpowiednią kwalifikację lekarską. Zakwalifikowane na mamki kobiety pozostają w przytulku 5 dni, a jeżeli w tym czasie nie znajdą miejsca, zostają wypisane (czy wtedy płacą za pobyt, regulamin nie głosi), jeżeli zaś wyjdą wcześniej, płacą za każdy dzień pobytu w przytulku 30 kop. Osoba biorąca mamkę z przytulku płaci rs. 5 oraz za czas jej pobytu w przytulku (za dzień po 2 złp.). Zarządzający przytulkiem lekarz wydaje świadectwo o stanie zdrowia mamki i jej zdolnościach odkarmowych.

Nowa instytucja stanowić będzie niezawodnie pewne udogodnienie dla publiczności, usuwając do pewnego stopnia niepotrzebne koszta (mamki z długiem) i kłopoty, wynikające wskutek pośrednictwa akuszerki, felczerów i t. p. i dając jednocześnie gwarancję zdrowia mamki. Oba te względy mają jednak na widoku tylko dobro publiki. Według nas, zadaniem podobnego przytulku powinno być i zabezpieczenie zdrowia samych mamek. Lekarz zarządzający powinien znać również stan zdrowia dziecka, które ma karmić polecana przezeń kobieta, aby nie narażał swej pupilki.

Wypadki zarażenia się mamek przymiotem od ssawców są zbyt znane i częste, aby ich nie brać w rachubę. Niedawno kwestyę tę znowu poruszył Fournier, przedstawiając sprawozdanie dra Duvernet, lekarza dokonywającego oględzin mamek. Zdarzają się przypadki, że od jednego dziecka zaraża się z kolei kilka mamek, Fournier zna przypadek, gdzie aż trzy kobiety uległy tą drogą przymiotowi, a Duvernet podaje, że do jednego syfilitycznego dziecka brano aż 8 mamek, z których ostatnią wróciła z twardym szankrem na piersi. Pierwsze 7 nie były badane, ale prawdopodobnie uległy temu samemu losowi.

Zarażone tą drogą kobiety, nie wiedząc nawet o tem, jak są chore, roznoszą zarazę w swem otoczeniu, albo też, odprawiane w jednym miejscu, a zgodzone w drugim jako mamki, zarażają powierzone sobie niemowlęta. W okresie wylegowym przymiotu zarażenie jest możliwem, a rozpoznane nader trudnem. Fournier i odaje podobny przypadek, gdzie mamka, odprawiona w jednym miejscu, była przed zgodzeniem do drugiego dziecka jako najtroskliwiej zbadana i uznana za zdrową, tymczasem po upływie kilkunastu dni na brodawce utworzył się twardy szankier; zarażenie nastąpiło, jak wykazało badanie, od pierwszego dziecka.

Punkt poruszony przez nas (i wiążące się z nim kwestye) jest drażliwy i trudny do rozwiązania, choćby ze względu na niezawodną opozycję ze

strony publiczności, ale sądzimy, że regulamin nowej instytucji, mającej być krokiem naprzód w kwestyi mamek, powinien go być mieć na uwadze, tem bardziej, że instytucya nosi charakter filantropijny.

— Odnosnie kształcenia się dentystów wydane zostały świeżo nowe postanowienia. Według nowego prawa istnieją dwa stopnie: dentysty i lekarza-dentysty.

Pierwszy stopień osiągany będzie jak dotąd (§ 418 odnośnego prawa). Dla otrzymania stopnia lekarza-dentysty wymaganem jest przejście specjalnej szkoły dla dentystów, jakie mogą być zakładane na podstawie wypracowanego już statutu i mają podlegać bezpośrednio nadzorowi miejscowego inspektora lekarskiego.

Szkoły takie utrzymywane będą z funduszków zał. życieli i wykładek w nich będą mogły tylko osoby posiadające stopień naukowy; na stanowiska zatwierdza je inspektor lekarski. Wstęp do szkół tych, których kurs trwać będzie 2 $\frac{1}{2}$ lat (5 semestrów) dozwolony będzie osobom posiadającym świadectwo z ukończenia 6 klas zakładów średnich. Po przebyciu kursu dla otrzymania stopnia należy jeszcze zdać egzamin kontrolujący przed specjalną komisją egzaminacyjną przy Uniwersytecie lub Akademii medycznej.

Kobiety są dopuszczone do studyjów dentystyki i mogą otrzymywać oba stopnie.

— Według Zubowraczebnago Wiestnika program nauk w projektowanych szkołach ma być następujący: a) fizyka, b) chemia (ogólna i specjalna dla dentystów), c) anatomija, d) historyja i fizylogija, e) specjalna anatomija, historyja i embryjologija zębów i części przylegających, f) ogólna patologiczna anatomija, g) specjalna patologiczna anatomija i terapija chorób zębów i dziąseł, h) ogólna chirurgia, i) specjalna chirurgia jamy ustnej, j) farmakologija i receptura, k) ogólna dyagnostyka i terapija, l) leczenie za pomocą protezy i operacyi, ł) plombowanie i hygiena zębów, m) klinika chorób zębów i jamy ust, n) klinika rękoczynów, proteza i technika, o) praktyczne zajęcia z ogólnej i sp. chemji, mikroskopowanie, sekye, wrywanie zębów na trupach i operacye pod narkozą.

— Według statystyki departamentu medycznego, Warszawa liczy 515 lekarzy, z tych 17 miejskich, 68 szpitalnych, 62 zaliczonych do uniwersytetu, 101 wojskowych, 6 lekarzy kobiet, reszta wolno praktykujących; nadto dentystów jest 43, felczerów 442, akuszerok 349, weterynarzy 32; aptek posiada Warszawa 44, w tej liczbie jedną homeopatyczną.

— Według korespondencyi z Lubelskiego podanej w „Kuryjerze Codziennym” (8 Sierpnia), w południowo-zachodniej części gubernii lubelskiej, rozpowszechniło się między ludem nadużywanie eteru siarozanego, w postaci Liquor anod. Hoffmanni, w zamian wysokoku, którego użycia ludność tamtejsza się wyrzekła.

Nadużycia eteru w celu wywołania odurzenia, zamiast wysokoku rozpowszechnione są szeroko w Irlandyi; przyczyną tej zamiany w kraju tym jest niższa stosunkowe cena eteru.

— Służbę lekarską w szpitalu dla obłąkanych w Tworkach pełnić mają: Dr. W. Hardin, jako lekarz naczelny, Żlobikowski, Dragomanow, Sabasznikow, jako starsi ordynatorowie, Bucelski (Ord. kliniki psychiatrycznej C. W. U). Lubarski i Przygocki, jako młodszy ordynatorowie.

— Dr. Rothe, naczelny lekarz szpitala Ś-go Jana Bożego, mianowany został rzeczywistym radcą stanu.

— Dr. W. P. Dobroklonski, który przez czas krótki zajmował katedrę patologii szczeg. i terapii w Uniwersytecie Warszawskim, naznaczony został naczelnym lekarzem szpitala Aleksandryjskiego w St.-Peter-sburgu.

— Dr. Th. J. Pasternacki zamianowany został nadzwyczajnym profesorem i dyrektorem terapeutycznej szpitalnej kliniki przy wojenno-medycznej akademji.

— Towarzystwo Lekarzy Lubelskich nadesłało nam protokoły swych posiedzeń w roku 1889—90. Towarzystwo liczy 24 członków lekarzy i magistrów farmacyi, zamieszkałych w samym Lublinie, wraz 15, zamieszkałych w guberni Lubelskiej (na 70 lekarzy tej guberni), oprócz członków honorowych i korespondentów. Nieliczne to koło kolegów, odbywa swe posiedzenia regularnie 4 go każdego miesiąca. Posiedzenia wypełniają odczyty, dyskusyje naukowe i demonstracye, oraz kwestye bieżące. Ważniejsze prace zostają ogłaszane w sprawozdaniu rocznem. Obecne zawiera ich 9.

Bardzo ciekawy przypadek tężca podaje kol. St. Dobrucki w artykule o „tężcu“. Choroba rozwinęła się w następstwie skaleczenia drzazgą, która utkwiała w stopie. Objawy tężca wystąpiły w dwa tygodnie później, a w pięć dni śmierć. Kol. D. drzazgę wydobytą z rany ropiejącej zaszył pod skórę królikowi i na 4-ty dzień otrzymał wyraźne objawy tężca; drugie doświadczenie wypadło również dodatnio. Obserwacyę tę uzupełnia autor treściwem przedstawieniem obecnego stanu danej kwestyi.

Kol. Kazimierz Porębski w pracy o leczeniu kły za pomocą podskórnych wstrzykiwań przetworów rzęciowych dochodzi na podstawie kilkunastu spostrzeżeń do wniosków, zachęcających w zupełności do stosowania tej metody.

Kol. Sz. Klarner w odczycie „Kilka słów o patogenicznem znaczeniu gruntu“ podaje próbę określenia związku, zachodzącego między częstością chorób epidemicznych a własnościami gruntu, a to na podstawie spostrzeżeń czynionych w Bełżycach. Autor nie przychodzi do konkretnych wniosków odnośnie danej miejscowości, tej jednak wstrzeźliwości w ostatecznej konkluzyi, chyba nikt mu nie może brać za złe.

Kol. A. Jaworowski (przez Tow.) w pracy o zastosowaniu elektryczności w ginekologii podaje swe rezultaty (20 spostrzeżeń) nad stosowaniem metody Apostoliego. Autor przychodzi do wniosku, że metoda ta przy wyborze odpowiednich przypadków i ich indywidualizowaniu oddaje rzeczywiście dobre usługi, mając przytem tę wyższość, że względnie mało przedstawia niebezpieczeństwa, a chore dość chętnie się jej poddają.

W kilku przypadkach zwężenia ujść macicznych i kanału szyjki autor otrzymał bezkrwawe rozszerzenie.

Kończąc ten krótki przegląd działalności Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego zanotujemy, że dzięki staraniom członków jego, założony został w Lublinie instytut szczepienia ospy ochronnej. Jak widzimy z powyższego, T. L. L. jest w samej rzeczy (jak mówi w swem sprawozdaniu kol. W. Olechnowicz, sekretarz Tow.), czynnem we właściwym sobie zakresie, że w każdym roku pozostaje ślad działalności jego dla społeczeństwa, wśród którego pracuje.

H.

— Pomiędzy 10 a 17 Sierpnia r. b. odbył się w Londynie międzynarodowy kongres dla higieny i demografii. W dziale higienicznym wydzielono następujące sekcyje: 1) Medycyna zapobiegawcza (zapobieganie szerzeniu się

chorób zaraźliwych z kraju do kraju, J. M. Cunningham. Szerzenie się cholery z kraju do kraju, Lawson. Sposób szerzenia się dyfteryi—Dr. Seaton i Dr. Schreweur. Wpływ zatrucia wyskokiem na zdrowie publiczne, środki zaradcze Sir Dyce Duckworth). 2) Bakteryjologia. 3) Stosunek chorób zwierząt do ludzi. 4) Hygijena dzieci i szkół. 5) Chemija i fizyka w stosunku do Hygijeny. 6) Architektura w stosunku do Hygijeny. 7) *Luzy-nieryja* i Hygijena. 8) Hygijena wojenna i okrętowa. 9) Hygijena państwowa—z nader bogatym programem, obejmującym kwestyje pierwszorzędnej wagi (urządzenie ministryjum zdrowia i jego stosunek do innych m. Czy państwo powinno zająć się poszukiwaniem nad przyczyną chorób, a jeżeli tak, to w jaki sposób. Stosunek jednostki do gminy, i nawzajem, państwa do gminy i nawzajem w rzeczach dotyczących zdrowia. Jakie stanowisko powinno zająć państwo wobec: a) rejestracy domów w celach sanitarnych, b) przymusowego przeprowadzenia minimalnych sanitarnych wymagań w domach, wsiach i miastach, c) względem mieszkań klas biednych i wiele innych).

Na zjazd wybiera się b. wielu lekarzy, prawie wszystkie państwa wysyłają swych delegatów. Z Warszawy wydelegowanym został kol. J. Polak.

— Na katedrę Hygijeny w Berlinie opuszczoną przez prof. R. Kocha, który objął już kierownictwo nowego instytutu dla chorób zakaźnych, powołany został prof. M. Rubner z Marburga.

— Profesor Robert Koch—pomimo zrzeczenia się katedry, pozostaje w składzie profesorskim uniwersytetu, jako profesor ordinarius honorarius.

— E. du Bois Raymond został odznaczony wielkim złotym medalem „za naukę”.

— Prof. A. v. Kölliker z Würzburga, obchodzi w r. prz. 50-cio-letni jubileusz doktorski.

— Uniwersytet w Cambridge udzielił prof. J. S. Miecznikowowi, twórcy teoryi fagocytyzmu, stopień doktora medycyny honoris causa.

— Na rocznem posiedzeniu lekarzy stanu Pensylwania dr. S. Solis-Cohen z Filadelfii wypowiedział świetną mowę, w której gorąco powstawał przeciw drukowaniu w gazetach reklam o patentowanych środkach lekarskich, i zapronował członkom zebrania, aby obesli wszystkie redakcyje, w celu wyjaśnienia im całego ogromu zła, ztąd wynikającego. „Wszystkie te mieszaniny nie tylko wyciągają pieniądze z kieszeni nieszczęśliwych chorych, ale narażają ich na stratę czasu, a niekiedy i na śmierć. Wiele to dzieci usypia na zawsze dzięki różnym kojącym syropom, wielu nałogowych pijaków ginie, dzięki patentowanym środkom mającym, zastąpić whiskey (wódkę), albo morfinistów, zastępujących morfinę patentowanemi surrogatami, które same są jeszcze gorszemi truciznami. Jeżelibym ja był redaktorem i drukował podobno ogłoszenia, to każdy dollar wpływający z tego źródła, byłby dla mnie pieniądzem krwi (blood money) i zdawałoby mi się, że jest napiętnowany trupią głową”.

Dr. Schwartz (Deutsche Vierteljahr. f. offic. Gesundheitspflege. 22. III. Zdrowie Nr. 70) widzi następujące przeszkody do wytępienia handlu tajemnymi środkami w Niemczech: 1) Sprzeczność i niejasność odpowiednich praw w rozmaitych państwach niemieckich. 2) Stosunkowo małe kary, nakładane na produkujących i handlujących w stosunku do olbrzymich niekiedy handlowych ich obrotów. (Na ogłoszenia niektóre fabryki

specyfików wydają od 100,000 marek do miliona (!) funtów szterlingów), 3) Brak prawa, nakazującego zbadanie każdego nowego tajemnego leku i orzeczenie, czy wolno go w aptekach sprzedawać. We Włoszech prawo to wprowadzono od czerwca r. z. 4) Brak specjalnych dozorców, rewizorów, poszukujących tajemnych środków w aptekach, składach aptecznych i innych. 5) Brak postanowień wzbraniających sprzedaży tajemnych leków w aptekach. W roku 1890 wydane zostało nawet prawo nakazujące sprzedawanie leków jedynie tylko w aptekach. Prawo to mające na celu ograniczenie handlu środkami tajemnymi jest całkiem chybione, oddaje go bowiem tylko w monopol koncesyjonowanym aptekom, do których fabrykanci mogą spokojnie odsyłać swe wyroby bez obawy prześladowania.

— W Europie zdarza rocznie 60,000 samobójstw, liczbę tę można zapewne podwoić wobec tego, że nie wszystkie przypadki dochodzą do wiadomości administracji. Najwięcej samobójców dostarczają Niemcy, dalej Francya i Anglija, najmniej kraje słowiańskie. Wogóle postęp cywilizacyi wpływa za wzrost liczby samobójstw. (Lancet 20 cz.).

— Prof. Williams, który stosował metodę prof. Kocha w sławnym szpitalu dla suchotników w Brompton przychodzi do zdania, zyskującego coraz więcej zwolenników, że tuberkulina przyspiesza tworzenie się jam i przeto przyczynia się do pogorszenia sprawy chorobowej. (Lancet, 27/VI).

— Pomiędzy najbliższymi żądaniami, jakie zawiera przejrany program niemieckiej partii socjalno-demokratycznej znajduje się, jak donosi „Vorwärts“, żądanie „bezpłatnej rządowej pomocy lekarskiej wraz z bezpłatnem zaopatrzeniem chorego we wszystkie środki lekarskie“ (Wrzecz 28).

— Liczba studentów medycyny w półroczu zimowem 1890/91 wynosiła w Wiedniu 2202, Berlinie 1397, Monachium 1348, w Dorpacie 1032, Wüzburgu 963, Lipsku 944, Graz 651, Erlangen 319, Gryfii 372, Freiburgu (Baw.) 351, Insbruku 350, Strasburgu 329, Wrocławiu 301, Heidelbergu 299, Bonn. 281, Zurychu 272, w Halli 269, w Bernie 213, Marburgu 242, Kiel 237, w Królewcu 235, Tybindze 234, Genewie 219, w Getyndzie 214, w Jenie 214, w Giessen 175, w Rostoku 136, w Bazylei 127.

— Zwiększanie się liczby osób z wykształceniem uniwersyteckiem jest zjawiskiem występującem we wszystkich cywilizowanych krajach. Według Conrada wypada na 100,000 osób (pomijając teologów) w Belgji 82,3 studyjujących, w Norwegji 76,6, w Szwecyi 50,4, w Niemczech 48,1, w Holandyi 45,4, we Francyi 42,6, w Rossyi 9,9. Na znaczne zwiększenie się tej cyfry w niektórych państwach wpływa poniekąd dłuższy przeciąg studjów. Studyjujących medycynę wypada na 100,000 osób we Francyi i Niemczech po 14,5, w Austrii 23,8, Holandyi 26,7, Belgii 24,2, we Włoszech 20,6. Wzrost znaczny datuje, zwłaszcza od lat siedemdziesiątych i wynosił w Norwegji aż 214⁰/₀, we Francyi 162, w Niemczech 148.

(W. Presse, 30).

— Jak donosi dr. J. Albu w Hamadan, dawnej Ekbatanie, istnieją dotąd ruiny nagrobka sławnego lekarza arabskiego Awicenny (+ 1037) napis głosi: lekarzowi nad lekarzami, najprzedniejszemu z najprzedniejszych, szejchowi El. Reza ebn Sina. Dr. A. zwraca się do lekarzy, aby drogą składek (na ręce niemieckiego poselstwa w Teheranie, pośredniczy redakcyja Berl. kl. Woch) przyczynili się do zachowania nagrobka męża, którego „Canon“ przez tyle wieków był podstawą wszystkich nauk medycznych.

— Sprawa chirurga francuzkiego, anonima, który dwóm chorym, bez ich wiedzy, przeszczepił raka, dotąd nie schodzi ze szpalt dzienników paryskich. Dopominają się one od prof. Cornila (który o tym fakcie komunikował Akademji i doraźnie go potępił) ogłoszenia nazwiska owego lekarza i usunięcia go ze szpitala. Postępek owego lekarza, będący wyrazem karygodnego nadużycia zaufania, pokładanego w nim przez szukające jego pomocy chore, zasługuje w samej rzeczy na potępienie, jakie go też spotkało ze strony opinji lekarzy całego świata.

Z powodu tego faktu Dr. Leidig przypomniał, że taki sam zarzut powinien być zrobiony D-rowi Hahn'owi i prof. Bergmannowi z Berlina, którzy na kongresie chirurgów w r. 1889 komunikowali spostrzeżenie nad przeszczepieniem raka, jakie uczynili na pewnej chorej. Podobno pruski minister oświ. ty zażądał wyjaśnienia od wspomnianych chirurgów. W prasie (spec.) berlińskiej nie spotkaliśmy wprawdzie o tem wzmianki, i tylko Dr. Frank, który asystował przy owej operacji, ogłasza w Deut. Med. W. jak się rzecz miała. Przypadek nie nadawał się do operacji (Carcinoma mammae inoperabilis, generalisatio); w celu pokrycia obszernego wrzodzenia na sutce przeszczepiono kawałek skóry na pozór zdrowej; tymczasem na kawałku tym był guziczek rakowy, który się następnie rozrósł. Z przypadkowego tego przeszczepienia nie omieszkano zrobić ważnego spostrzeżenia naukowego, które było właśnie przedmiotem doniesienia odczytanego na kongresie chirurgicznym. (H.).

Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lekarskich polskich.

LIPIEC 1891.

Wołkowicz. O przygotowywaniu i przechowywaniu przekrojów ciała ludzkiego. (P. L.).

Prof. Adamkiewicz. O napadzie apoplektycznym. (P. L.).

K. Godlewski. Kilka uwag o zaopatrywaniu resztki pepwinowej u noworodków. (P. L.).

W. Biegański. Zmiany krwi pod wpływem przymiotu i leczniczych dawek przetworów rtęci. (P. L.).

Dr. med. K. Rumszewicz. O szklistem i skrobiowatym zwyrodnieniu spojówki oka. (P. L.).

R. Klejn. Leczenie róży. (G. L.).

St. Rembieliński. Przyczynek do Symptomatologii Neurastenii. (G. L.).

S. Mintz. O metodzie Winter-Hayem'a.

S. Kraszewski. Przyczynek do leczenia dyfterytu gardzieli i dławca. (G. L.).

A. Sokołowski i Z. Dmochowski. Przyczynek do patologii i kliniki spraw zapalnych migdałów. (T. L.).

O. Bujwid. Doświadczenia na zwierzętach z tuberkuliną. (G. L.).

S. Kraszewski. Nowy sączek metalowy przy torakotomii. (G. L.).

K. Ciągłinski. Przypadek ogólnej rozedmy podskórnej przy złamaniu żebra. (G. L.).

St. Jerzykowski. O leczniczej wartości ichtyolu (N. L. Nr. 7—8).

Panecki. Kilka słów o stosunku tyłozgięcia macicy do nerwicy żołądkowej. (N. L.).

Salutryński. Przyrządy do ustalenia kończyn przy złamaniach i ranach stawowych. (N. L.).

Koehler. Ciała obce w uchu. (N. L.).

H. Świącicki. W jaki sposób dopomaga sobie nieraz organizm przy poprzecznych lub skośnych położeniach i czy lekarz na „pomoc” tę liczyć powinien? (N. L.).

Dr. Wicherkiewicz. Krótki pogląd na operacyjne leczenie jaglicy z szczególnem uwzględnieniem własnego postępowania. (N. L.).

Nadesłano do Redakcyi.

— Protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarzy Lubelskich za rok 1889/90. Lublin, 1891.

— Traitement de la Tuberculose par la Methode du professeur Koch, mém. prés. à la Societé Med. de Varsovie Par M. le pr. Baranowski.

— Sprawozdanie 9-te z czynności komitetu zarządzającego Kasą Imienia d-ra J. Mianowskiego za rok 1890. Warszawa, 1891.

— *Dr. Beissel.* Aix-la-Chapelle, ville d'eaux, tóm. franc. dr. Lermuseau, 1891.

— Katalog ilustrowany (4,000 rys.) przyrządów lekarskich, chirurgicznych i ortopedycznych, firmy F. Schwabe w Moskwie.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy, już poprzednio, mianowicie w roku 1890 ogłoszone i pozostawione jeszcze na rok następny, do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez D-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO:

1) Zbadać chemicznie produkty trujące (ptomainy) jednego z grzybków chorobotwórczych.

2) Zbadać zmiany anatomiczne w ścianach dróg oddechowych przy chronicznych nieżytach.

3) Zbadać sposoby mnożenia się komórek w nowotworach patologicznych.

4) Wykazanie, na zasadzie własnych badań: pochodzenia, morfologicznych różnic i fizyologicznej roli białych ciałek (leukocytów).

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31 Marca 1892 r. Za pracę napisaną na którykolwiek z powyższych 4-ch tematów wyznacza się nagroda Rs. 300. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest: nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podawane w osobnych kopertach zabezpieczonych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego *Dr. Bolesław Gerner.*

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych imienia D-ra Adama HELBICHA, a mianowicie:

1) O ile stosowanie kąpeli i wód siarczanych podczas specyficznego leczenia rżęcią syfilisu jest uzasadnionem.

2) Wpływ mleka i jego przetworów na kwaśność uryny (z oznaczeniem ilościowym mocznika, kwasu moczowego i soli).

3) Czy i o ile słusznem jest twierdzenie nowszych badaczy włoskich (Lucatello, Griffini, Maragliano), że krew chorych na zapalenie płuc włóknikowe nie zawiera drobnoustrojów chorobotwórczych, chociaż te ostatnie znajdują się w obfitości w wysiękach przy tej chorobie.

4) Przy pomocy badania własności chemicznych i fizyologicznych soku żołądkowego określić, czy i o ile faradyzacja brzucha działając na ruchową czynność żołądka, wpływa zarazem na jego chemizm.

5) Zbadać doświadczalnie na zwierzętach działanie środka Kocha pod względem immunizacji i leczniczego znaczenia.

6) Zbadać na podstawie anatomicznej i klinicznej kwestyę tak zwanej enteroptozy Glenarda.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się trzeczletni, to jest do dnia 31 Marca 1894 r. Za pracę napisaną na którykolwiek z powyższych tematów wyznacza się nagroda po rs. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest: nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami. Prawo ogłoszenia drukiem rozpraw uwiecznionych, zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego *Dr. Bolesław Gepner.*

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna w kwocie Rs. 240, imienia Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1899, za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich, lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 Kwietnia 1888 roku do 31 Grudnia 1892 roku. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający, żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1891, 1892 i w ciągu Stycznia roku 1893, na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy, każdy w Kancellarii Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego *Dr. Bolesław Gepner.*

OGŁOSZENIA.

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

Doktor A. Podolski

DENTYSTA

Marszałkowska Nr. 136.

Przyjmuje od 10 rano do 5 po południu. 24—7

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—7

Dr. Józef Tugendhat

podczas sezonu praktykuje
w Karlsbadzie

Mühlbadgasse dom Kettenbrücke. 5—5

Dr. Majkowski

lekarz zakładu zdrojowego i szpitala św. Mikołaja w **BUSKU**
ordynuje przez całą porę kąpielową. Tegoż do nabycia w księ-
garniach: Busko—wody siarczano-słone 80 kop. 6—4

Dentysta L. Szwarcmacher

przyjmuje od 10 do 6. Choroby zębów, plombowanie, zęby sztu-
czne, Zabia Nr. 9 róg Bankowego Placu. 6—6

BUSKO

Dr. DYMICKI, lekarz zdrojowy, ordynuje od 34 lat.
(3836)—5—4

ZAKŁAD LECZNICZY

GYNEKOLOGICZNY

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

Przyjmuje na stałe pomieszczenie i leczenie osoby dotknię-
te cierpieniami właściwymi kobietom, za opłatą dzienną w od-
dziale 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 le-
karską dla przychodzących niezamożnych chorych po 30 kop.

Dr. med. Czesław Stiche

ordynuje w **KARLSBADZIE** mieszka Kreuzgasse Insel Rügen.
5—4

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.

M. LIPIEC

SKŁAD MATERYJAŁÓW APTECZNYCH I FARB

ulica Nałewki Nr. 24, w Warszawie. 12—7

Laboratoryjum środków odżywczych

W. HEBDY.

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.

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 zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego 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.

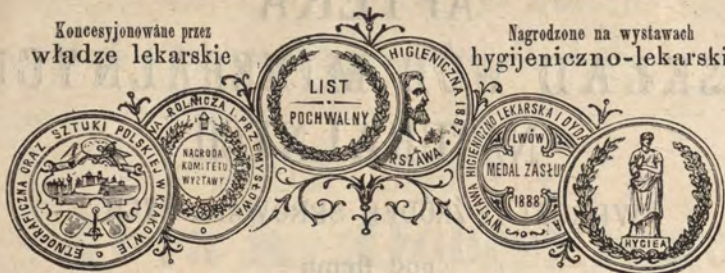
Wody mineralne naturalne i sztuczne.

PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCUSKIE.

DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH

Koncesjonowane przez
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach
hygieniczno-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 rzerzącące

Cena fla: rs. 1.

COPAHON

SKŁAD ZEGARKÓW PIOTRA SMAŁĘC

w Warszawie, Mazowiecka Nr. 2.

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

Reparacje najzawilszych konstrukcyi zegar-
ków jak i zegarów starannie, tanio, z gwarancją
dwuletnią.



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—16

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. Kołaczkowski, który uzupełnił swoje wiadomości w dziedzinie hydroterapii nowożytnej w Wiedniu i Berlinie.

Prospekta na żądanie wysyła zarząd.

I. Żochowski.

Dr. I. Kołaczkowski.

Zarządca Zakładu.

Właściciel i kierownik zakładu.

(2393)—9—6

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 bezzaprzeczenia 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 uskutecznią się bezzwłocznie, a biorącym od 5 funtów, opakowanie i porto gratis.

12—7

APTEKA E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej
w WARSZAWIE

ma honor podać do wiadomości pp. Doktorów, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy, podawania leków pod postacią win, przygotowała obecnie cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-Chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Chinowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

" " z żelazem zawiera $1\frac{1}{2}$ żelaza, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino Condurango czyste na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 75.

" " z żelazem zawiera $2\frac{1}{2}$ żelaza, butelka rs. 2.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych i na Maladze. Nasiona Kola zawierają $2,34\frac{1}{2}$ Cofeiny, butelka rs. 2 kop. 25.

Wino Kwasyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kwasyjowe na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera $2\frac{1}{2}$ pepsyny, butelka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera $2\frac{1}{2}$ pepsyny, butelka rs. 2.

Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagrada na Maladze. Jedna do $1\frac{1}{2}$ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino rabarbarowe z korą chiną królewską na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino senesowe (*fol. Sen. Alex. sine resinae*) na Xeresie. Jedna do $1\frac{1}{2}$ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 1 kop. 75.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0 (14—15 uncyj).

APTEKA

I

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

M. BARCZA

w WARSZAWIE

94 Marszałkowska 94.

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

CHLOROFORMIUM PURISSIMUM

DO OPERACYI

oczyszczony według sposobu prof. N. Mentiena
w laboratoryjum apteki

H. BIERTÜMPFLA

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

Funt rs. dwa—poł funta rs. jeden.

Z zapomogi kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia

D-ra Józefa Mianowskiego
wyszło z druku dzieło

D-ra Med. Dawida Wassercuga
pod tytułem

Objawy oczne przy zaburzeniach układu nerwowego oraz wartość ich przy rozpoznawaniu siedliska i natury chorób mózgowych.

Z rysunkami szematycznymi.

Cena 1 rsr. — z przesyłką 1 rsr. 30 kop.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa. 3—1

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.



Specjalna 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—2

Apteka na Nalewkach róg Franciszkańskiej

L. Gronau przeszła z dniem 20 b. m. na własność

B. Popiela i E. Lipskiego.

3—1

KSIEGARNIA GEBETHNERA I WOLFFA

w Warszawie,

poleca następujące nowe dzieła:

Basch v., Klinische und experiment Studien. I. Band. Beiträge zur Pathologie des Kreislaufs. (Lungenödem. Cardiale Dyspnoe). Mitzahlr. Fig.	3.—
Beiträge zur klinischen Chirurgie. 7. Bd. 2 Hft. Mit Abb. u. 5. Taf.	3.50
Birnbaum M. Gesundheitslexikon. 4 Bde. (in 2 geb.) M. 7.	3.50
Browne (Lennox).—Traité des maladies du larynx, du pharynx et des fosses nasales. Traduit et annoté par le Dr. D. Aigre. Préface du Dr. A. Gouguenheim. avec 2 pl. et 242 fig.	5.40
Courmont (le Dr. Frédéric).—Le Cervelet et ses fonctions	5.40
Dornblüth (le Dr. Otto).—L'Hygiène du travail intellectuel. Traduit de l'allemand par le Dr. R. Godet.	—60
Du Castel (R.).—Leçons cliniques sur les affections ulcereuses des organes génitaux chez l'homme, professées à l'hôpital du Midi	2.70
Duplay (S.) et Paul Reclus.—Traité de chirurgie. Tome V, par Broca, Heydenreich, Hartmann, Walther. avec 170 grav.	8.10
Duval (E.).—La Pratique de l'hydrothérapie. Préface du professeur Peter. avec fig.	2.50