

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

PRZYPADEK JEDNOCZESNEGO WYSTĄPIENIA MOCZÓWKI

(DIABETES INSIPIDUS)

i skroniowej ślepoty połowicznej

(HEMIANOPSIA BITEMPORALIS).

Podali

J. Steinhaus i A. Szpanbok.

W wielu podręcznikach oftalmologii znaleźć można w rozdziale, traktującym o skroniowej ślepotie połowicznej, uwagę, że cierpienie to dość często komplikuje się moczówką. Zdawać by się wobec tego mogło, że ognisko chorobowe, wywołujące skroniową ślepotę połowiczną, powiększając się i ogarniając sąsiednie części, szybko i łatwo natrafia na to miejsce, którego uszkodzenie ciągnie za sobą moczówkę, i to tem bardziej, że na 50 przypadków skroniowej ślepoty połowicznej, opisanych w literaturze, w jedenastu notowana była moczówka.

Pogląd taki byłby wszakże zupełnie fałszywy.

Skroniowa ślepotą połowiczną jest, jak tego dowodzą dane zarówno anatomiczne ¹⁾ jak i doświadczalne ²⁾, skutkiem

¹⁾ Munk. Gesammelte Abhandlungen ueber die Function der Grosshirnrinde. Berlin. 1881. Gudden-Archiv für Ophthalmologie. Bd. XX i Bd. XXV. Mauthner. Gehirn und Auge. Wiesbaden. 1881. Wilbrand. Ueber Hemianopie. Berlin. 1881. Weir-Mitchell. Journal of nervous and mental diseases. 1889 p. 44 i inni.

²⁾ Nicati. Archives de Physiologie. 1878. p. 658.

ucisku na przedni lub tylny kąt skrzyżowania nerwów wzrokowych, lub też na środkową linię skrzyżowania, przyczem ucisk może być wywołany przez cierpienie samego skrzyżowania lub też wtórnie, przez procesy patologiczne, odbywające się w okolicy skrzyżowania.

Umiejscowienie jest więc bardzo ściśle i tłumaczy zarazem, dlaczego przy dalszem szerzeniu się procesu chorobowego przedewszystkiem bywają zaatakowane włókna nieskrzyżowane nerwów wzrokowych, a potem dopiero inne części.

Co się zaś tyczy moczówki, to dowodem jej umiejscowienia na dnie czwartej komory pomiędzy jądrami nerwu słuchowego i błędnego jest przedewszystkiem słynne doświadczenie Claude Bernard'a. Sekcye Ebsteina ¹⁾, doświadczenia Eckharda ²⁾, Kahlera ³⁾ i innych potwierdziły zdanie Bernard'a i wykazały jednocześnie, że cierpienia niektórych innych punktów rdzenia przedłużonego, również mogą powodować moczówkę.

Z powyższego wynika, że miejsca, których uszkodzenie wywołuje z jednej strony skroniową ślepotę połowiczną, z drugiej—moczówkę, nie leżą obok siebie, że więc w czystych przypadkach jednoczesnego wystąpienia obydwóch tych cierpień nie może być mowy o jednym wspólnym ognisku chorobowym; obydwie cierpienia powstają zupełnie niezależnie jedno od drugiego.

Jednoczesne wystąpienie moczówki i skroniowej ślepoty połowicznej jest w ten sposób tylko przypadkiem; pójdziemy nawet dalej jeszcze i powiemy, że ono jest rzadkim przypadkiem. Wprawdzie w literaturze, jak już wyżej wspominaliśmy, jedenaście razy notowano poliuryę przy skroniowej ślepotcie połowicznej, jednakże, poddając te przypadki krytyce, przekonać się łatwo, że jeden tylko jest zupełnie pewny, reszta zaś jest albo wątpliwa, albo też właściwie nie należy do tej kate-

¹⁾ Ebstein. Beziehungen des Diab. insip. zu Erkrank. d. Nervensystems. Archiv f. klin. Medic. Bd. XI.

²⁾ Eckhard. Beiträge für Anatomie und Physiologie. 1868—1872.

³⁾ Kahler. Zeitschrift für Heilkunde. Bd. VII.

gory, do jakiej je zaliczono. Dowody tego poniżej przytaczamy.

W starszych przypadkach — Graefe ¹⁾, Del Monte ²⁾, — obok skroniowej ślepoty połowicznej istniało porażenie nerwu okoruchowego, resp. rozocznego. O moczówce wspominają autorowie, lecz nie potwierdzają jej klinicznie ani mierzeniem jej ilości, ani analizami.

Jeszcze mniej wiemy o przypadku Brechta ³⁾, o którym wspomina Leber na podstawie listu prywatnego Brechta. Nie wiadomo, czy moczówka była klinicznie udowodniona, czy istniały jakie inne jeszcze objawy pochodzenia ośrodkowego.

U Keila ⁴⁾ znajdujemy w opisie przypadku 1-go uwagę „ilość moczu ma być jakoby bardzo znaczna,“ a w opisie przypadku 4-go: „ilość moczu była jakoby przez pewien czas zwiększona.“

Rumszewicz ⁵⁾ notuje w swoim przypadku skroniowej ślepoty połowicznej zwiększenie ilości moczu, dodaje wszakże, że analiza moczu nie wykazała w nim żadnych zmian. Ponieważ wiadomo, iż przy moczówce ciężar gatunkowy moczu, jego barwa, zawartość procentowa jego składników są zawsze zmienione, wyniki badania moczu w przypadku Rumszewicza nie zdają się potwierdzać diagnozy moczówki.

W powyższych więc 5 przypadkach wątpliwem pozostaje istnienie moczówki przy skroniowej hemianopsyi.

W następujących 4 przypadkach brak nie tylko klinicznego dowodu istnienia moczówki, lecz również i hemianopsia nie była typową, obustronną, a nadto istniały jednocześnie i inne objawy, wskazujące na zajęcie większych terytoryów mózgu.

¹⁾ Graefe. Zehenders Monatsblätter. 1865. Bd. III. p. 268.

²⁾ Del Monte. Il movimento medico 1869 i Osservazione e note cliniche. 1871.

³⁾ Brecht u. Leber w Handbuch von Graefe-Saemisch. T. V, p. 938.

⁴⁾ Keil. Beitrage zur Litteratur der temporalen Homianopsie. Halle. 1885.

⁵⁾ Rumszewicz. Przegląd lekarski. 1887. Nr 1.

Mianowicie, w przypadku Drechsfelda ¹⁾, w którym choroba jakoby rozpoczęła się od moczówki, nastąpił po jakimś czasie paraliż wszystkich mięśni ocznych, nadczułość górnej połowy twarzy, amauroza prawego oka, ślepotą połowiczna skroniowa lewego oka i t. d. Sekcyja wykazała rozlanego raka na podstawie mózgu.

W jednym przypadku Niedena ²⁾ po pęknięciu podstawy czaszki wystąpiła jednocześnie moczówka, wahanie się oka (nystagmus), stepienie słuchu, paraliż nerwu rozocznego, amauroza lewego oka i temporalna hemianopsia prawego. W innym przypadku tegoż samego autora, również przy pęknięciu podstawy czaszki, objawy były w ogóle takie same, z tą tylko różnicą, że na widzącem oku nie było typowej hemianopsyi, lecz tylko zwężenie pola widzenia, szczególnie w skroniowej połowie.

Wreszcie Berry ³⁾ również obserwował jednostronną temporalną hemianopsię przy ślepotcie drugiego oka jednocześnie z moczówką.

Po wykluczeniu tych 4 przypadków pozostaje więc tylko jeden, opisany przez Davida ⁴⁾, łączący w sobie wszystkie cechy, pozwalające na zaliczanie go do prawie zupełnie czystych przypadków jednoczesnego wystąpienia skroniowej obu stronnej hemianopsyi i moczówki.

Ilość i jakość moczu była w przypadku Davida wielokrotnie i dokładnie badana i wykazała niewątpliwie istnienie moczówki.

Badanie oczu dało możność skonstatowania obu stronnej skroniowej hemianopsyi.

Nazywamy przypadek ten prawie zupełnie czystym, ponieważ autor zaznacza nierówne rozszerzenie źrenic (prawa szersza) i paraliż obu mięśni prostych zewnętrznych, chociaż

¹⁾ Drechsfeld. Hirschberg's Centralblatt, 1880 p. 34.

²⁾ Nieden. Archiv für Augenheilkunde. Bd. XII.

³⁾ Berry. Ophtalmic Review. June. 1884.

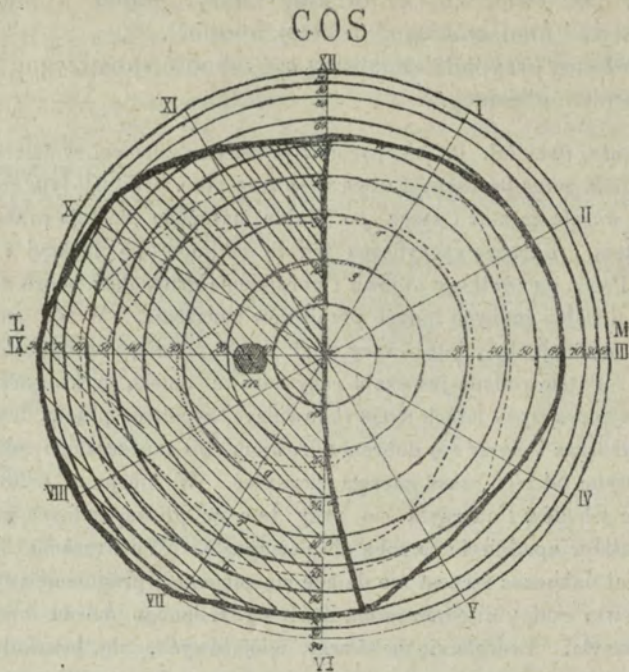
⁴⁾ David. Ueber die Complication von Diabetes insipidus und temporaler Hemianopsie. Bonn. 1889.

ostatni, jak twierdził (47-io-letni) chory, istniał u niego od dzieciństwa (niedostateczny rozwój mięśni?).

Podobny przypadek mieliśmy sposobność spostrzeżać w ciągu ostatnich miesięcy.

Chora, pani Ad., lat 33, pochodzi z rodziny zdrowej, w dzieciństwie przechodziła tyfus brzuszny i ostre zapalenie płuc. W 19-tym roku życia wyszła za mąż i zaraz po ślubie zarażona została przez męża przymiotem. Kuracja specyficzna trwała niedługo (15 frykcyj i trochę jodu). Prócz pierwotnego objawu i obrzmienia gruczołów chora nie zauważyła u siebie żadnych innych przejawów zarażenia. W rok po ślubie poroniła w końcu ciąży infekowany płód; w rok później urodziła nieżywe dziecko. Potem rodziła jeszcze 4 razy zdrowe dzieci, z których dwoje zmarło w pierwszych latach życia (konwulsye, zapalenie płuc), dwoje zaś żyje dotychczas i cieszy się dobrem zdrowiem. Do zaprzeszłego roku była bardzo otyła; od tego czasu zaczęła szczupleć. W sierpniu 1893 roku spadła ze schodów i uderzyła się przy tem w głowę; żadnych wszakże złych skutków upadnięcie za sobą nie pociągnęło. We wrześniu 1894 r. zaczęło jej dokuczać niczem nie dające się zaspokoić pragnienie (wypijała całe konewki wody), a jednocześnie ilość wydzielanego moczu kolosalnie się zwiększyła. Leczyła się u lekarzy miejscowych, ale bezskutecznie. Na czem polegała kuracja, dowiedzieć się nie mogliśmy. W początkach listopada przyłączyły się do powyższych dolegliwości jeszcze objawy ze strony oczów: „zaczęła gorzej widzieć i z boków coś zasłaniało.” Wobec tego pogorszenia przyjechała 10 listopada do Warszawy dla zasiągnięcia porady lekarskiej.

Badanie nieco wychudłej pacjentki nie wykazało żadnych zmian w układzie oddechowym, w przewodzie pokarmowym i t. d. Tylko puls okazał się niestałym, mianowicie często był przyspieszony (do 120 uderzeń w ciągu minuty). Ze strony narządu wzrokowego okazało się, co następuje: centralna siła wzroku, w obu oczach (po skorygowaniu krótkowzroczności — 2,0 D) $\frac{2}{3}$, dno oka normalne, odczyn źrenicowy szybki. Badanie za pomocą perymetru przekonało o istnieniu typowej skroniowej ślepoty połowicznej, jak to widać z dołączonego szematu, przytem w lewym oku granicę stanowiła prosta linia pionowa, w prawym zaś w dolnej połowie w pobliżu osi linia graniczna wypukła się nieco nazewnątrz (positive Ausbuchtung). Kolory odróżnia chora centralnie zupełnie prawidłowo i w zachowanej części pola widzenia granice dla barw (niebieskiej, czerwonej i zielonej) są zupełnie normalne.

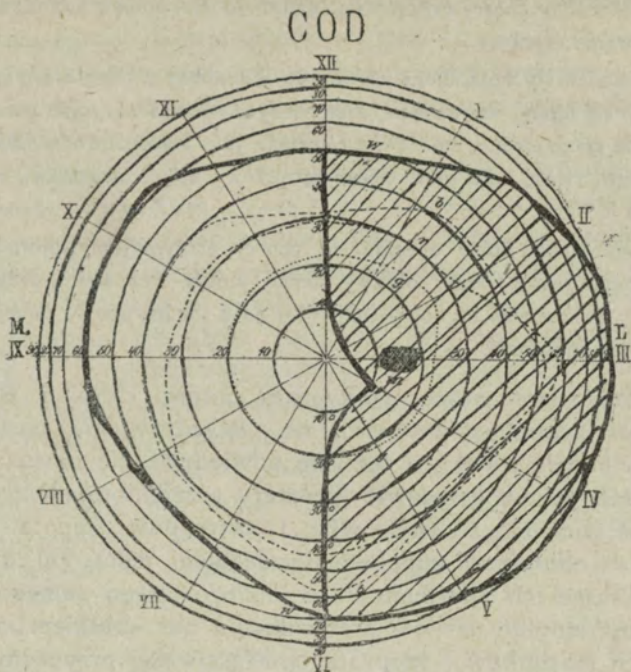


Badanie moczu, którego ilość była starannie mierzona, dokonane przez kol. Knastra, wykazało co następuje:

14/XI 94. Ilość w ciągu doby 6,0 litrów. Barwa: blado-żółta, prawie bez barwy (według skali Vogel'a). Odczyn słabo kwaśny. Ciężar gatunkowy 1003. Przezroczystość zupełna. Mocznika 4,88‰. Chlorków 2,10‰. Ani śladu białka lub cukru. Osad minimalny.

18/XI 94. Ilość w ciągu doby 7,25 litra. Barwa: blado-żółta, prawie bez barwy. Ciężar gatunkowy 1002. Przezroczystość zupełna. Mocznika 6,37‰. Chlorków 2,20‰. Ani śladu białka lub cukru.

Mieliśmy więc do czynienia z przypadkiem jednoczesnego wystąpienia moczówki i skromiowej obustronnej ślepoty połowicznej na tle przyzmiotu. Zdawało nam się bardzo prawdopodobnem, że opisane objawy były skutkiem ograniczonych syfilitycznych zmian na dnie czwartej komory z jednej strony i na skrzyżowaniu nerwów wzrokowych z drugiej; zaproponowaliśmy więc specyficzną kurację, na przeprowadzenie której pacjentka się zgodziła. Wobec niemożności pozostawania przez czas dłuż-



szy w Warszawie, chora z odpowiedniami instrukcjami pojechała do domu. Leczenie swoiste, któreśmy zaordynowali, polegało na mięszzowych wstrzykiwaniach Hydrargyrum sozodolicum i wewnętrznem przyjmowaniu jodku potasu.

W połowie grudnia, po czterech iniekcjach chora przyjechała do Warszawy. O przebiegu kuracji opowiedziała co następuje: po pierwszych dwóch iniekcjach stan jej pogorszył się jeszcze, po trzeciej czuła się już nieco lepiej, a po czwartej dolegliwości ze strony oczów znikły bez śladu, zaś polyuria i polydypsia, jakkolwiek zmniejszyły się nieco, jednakże nie ustąpiły.

Przedsięwzięte wówczas badanie oczów wykazało istotnie pełną siłę wzroku i normalne pole widzenia zarówno dla białego koloru, jak i dla innych barw.

Mocz—dnia 15 grudnia 1894—w ilości 4,5 litrów na dobę ciężaru gatunkowego 1004 i blado-żółtej barwy, zawierał $7,2\%$ mocznika i $5,28\%$ chlorków. Ani białka, ani cukru nie znaleziono.

Zaleciliśmy chorej przyjmować nadal jodek potasu i kontynuować wstrzykiwania rtęciowe.

W końcu stycznia chora wróciła do Warszawy z uderzającą poprawą: czuje się lepiej, dawniejsza tusza zaczyna powracać, puls normalny, pragnienie zmniejszone, moczówka również, jak tego dowodzi ilość i jakość moczu. (Ilość 2,75 litra, ciężar gatunkowy 1014, mocznika 13,7⁰/₀₀, chlorków 5,1⁰/₀₀).

Wiadomości, które obecnie od chorej otrzymujemy, dowodzą, że wyzdrowienie jest zupełne: objawy oczne znikły bez śladu, pragnienie normalne, ilość moczu na dobę—najwyżej do 2 litrów, apetyt dobry, chora czuje się doskonale.

Rozpoznanie nasze syfilitycznej natury cierpień zostało więc ex juvantibus potwierdzone. Wyzdrowienie nastąpiło; czy ono będzie trwałe, o tem nic powiedzieć nie można.

Jeżeli już na podstawie literatury przedmiotu można było postawić wniosek, że moczówka i skroniowa ślepotą połowiczna są chorobami zupełnie niezależnymi jedna od drugiej i jednoczesne ich zjawienie się u jednego i tego samego osobnika jest jedynie dziełem przypadku, a nie skutkiem anatomicznych stosunków i specjalnych właściwości przyczyny choroby, to powyżej przytoczony przypadek tylko utwierdzić może w tem mniemaniu.

Jedyna bowiem komplikacya, jaką znaleźliśmy w naszym przypadku, mianowicie zajęcie jądra nerwu błędnego (przyspieszenie pulsu), przemawia wprost za poglądem Claude Bernard'a na umiejscowienie przyczyny moczówki. Brak zaś wszelkich innych komplikacyj wyklucza przypuszczenie istnienia rozlanego na większej przestrzeni ogniska chorobowego, a niemożliwą chyba jest rzeczą, żeby drobne, ograniczone ognisko na dnie czwartej komory, jakie w danym przypadku istnieć musiało, mogło wywierać na środkową część skrzyżowania nerwów wzrokowych ucisk, mogący pociągnąć za sobą ślepotę połowiczną.

Z drugiej strony za ścisłym ograniczeniem ogniska chorobowego na skrzyżowaniu nerwów, które spowodowało w naszym przypadku ślepotę połowiczną, przemawia ta okoliczność, że siła wzroku była u chorej na obydwóch oczach nie-

znacznie zmniejszona: nieskrzyżowane włókna podległy, widocznie, bardzo niewielkiemu uciskowi.

Jak z przytoczonej historii choroby wynika, przymiot był przyczyną obydwóch cierpień w naszym przypadku.

Prócz przymiotu podobne objawy mogą być skutkiem gruźlicy, nowotworów, wybroczyn, zapalenia okostnej i t. p., przyczem zdarzyć się nawet może, że jedno ognisko (np. na skrzyżowaniu) będzie nowotworowe, drugie zaś (na dnie 4-ej komory) ziarniniakiem syfilitycznym, gruźliczym, czy wreszcie wybroczyną.

Przebieg cierpienia zależy jest od etyologii. Jeżeli mamy do czynienia z rozrastającym się guzem, to stopniowo coraz to inne części mózgu zostaną zajęte, jeżeli proces chorobowy zatrzyma się na pewnej wysokości, to częstokroć po kilku latach znajdziemy jeszcze te same objawy. Jeżeli zaś ogniska chorobowe mogą się łatwo wessać (wybroczyny, twory przymiotowe), to możliwa jest nawet zupełna restitutio ad integrum, jak to widzieliśmy w naszym przypadku.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

169. Prof. S. SAMUEL. **Od zaszczepienia krowianki aż do leczenia za pomocą surowicy krwi.** (*Deut. med. Woch.* 1895. Nr 18 i 19.)

Od czasów najdawniejszych notowano, że niektóre osobniki posiadają z natury swej odporność względem niektórych chorób, że leczenie chorób zakaźnych jest bardzo niepewnem, że najlepszym ich lekarzem jest sama natura, a najlepszem od nich zabezpieczeniem na przyszłość—jednorazowe ich przebycie. Wielowiekowa obserwacya zbyt daleko nas w rozumieniu powyższych faktów nie posunęła. Wiemy dziś tylko dokładniej, jakie n. p. zwierzęta na jakie choroby są odporne, ale przyczyny tego nie pojmujemy; leczyć specyficznie umiemy zaledwie kilka z całej masy chorób zakaźnych (malarya, syfilis,

ostrzy gościec); zabezpieczającego od powrotów działania jednorazowego przebycia pewnej choroby poznaliśmy też bardzo tylko niewiele wyjątków, jako to: róża, zapalenie płuc, gościec stawowy. W lecznictwie chorób zakaźnych świadomość ostatnio wymienionego faktu była najważniejszą. Skorzystano z niego w ten sposób, że próbowano zapobiegać ciężkiej postaci danej choroby przez sztuczne wywołanie słabej jej postaci. W Chinach i Ost-Indyi od wielu już tysięcy lat szczepiono ludziom w tym celu ospę. Strupy ospowe były w tym celu sprzedawane i chętnie nabywane. Używano ich bądź wcierając w skórę, bądź wkładając w nos i t. d., co spowodowało występowanie lekkiej ospianki. Wędrując coraz dalej na zachód, tego rodzaju postępowanie stało się z kolei znanem w Konstantynopolu. Tu lady Montague, chcąc uchronić dzieci swoje od prawdziwej ospy, — tej naówczas groźnej nieprzyjaciółki rodu ludzkiego — pozwoliła je szczepić w wyżej wymieniony sposób. Przybywszy do Anglii, dzieci jej stały się przedmiotem powszechnego podziwu. Królowa i arystokracja poszły za przykładem p. Montague. Okazało się jednak wkrótce, iż niepodobna ręczyć za to, iż szczepienie strupów ospowych prowadzić będzie zawsze tylko do lekkiej ospianki. Coraz częściej zdarzały się przypadki wystąpienia po szczepieniu ochronnem ciężkiej, a nawet śmiertelnej ospy. Tego więc rodzaju metoda postępowania niebawem upadła.

Tymczasem w ludzie zwrócono uwagę na to, że robotnicy, którzy się zarazili przy dojeniu krów właściwą tym zwierzętom ospą, dostają tylko miejscowo krost i nie zapadają na prawdziwą ospę. Pewien pachciarz Beniamin Jesty zaszczepił nawet swojej żonie i dwóm swoim synom ospę krowią, w celu zabezpieczenia ich od zwykłej ludzkiej. Lud ciskał w niego za to kamieniami. Ale J. celu swego osiągnął: dzieci jego na ospę nie zachorowały. Naukowo jednak zajął się tą sprawą dopiero Jenner. Popracowawszy nad tem 30 lat, zdecydował się, jak wiadomo, na sztuczne zaszczepienie Phipps'owi krowianki (14 maja 1796 r.). Pomimo znakomitego wyniku tego szczepienia, Jenner musiał walczyć z całym zastępem przeciwników, którzy napadali na niego pod rozmaitymi pozorami (nie wyłączając teologicznych). W walce tej odniósł jednak Jenner ostateczne zwycięstwo, czego dowodem przyznane mu w r. 1802 i 1807 przez parlament angielski wysokie premium pieniężne za to jego wielkie odkrycie. — Ironia chciała, iż dotąd zarazka krowianki z całą pewnością nie poznano. Przekonano się tylko, że wszystkie odmiany ospy, a więc krowia, końska, owcza, świńska i ludzka, muszą być wywoływane przez ten sam zarazek, gdyż przebycie jednej z nich czyni każdy z wymienionych rodzajów zwierząt niewrażliwym na wszystkie inne. Jak wiadomo, kro-

wianka przyjmuje się najlepiej na powierzchni zranionej skórze; dla przyjęcia się potrzebuje 3 dni czasu: wywołuje odczyn miejscowy w postaci ograniczonego zapalenia i ogólny w postaci gorączki, która jest natury czysto zakaźnej. Działa ona uodporniająco między 4-ym a 6-ym dniem po wszczepieniu. Działanie to nie występuje jednak zupełnie, jeżeli organizm był już zarażony ospą przed szczepieniem ochronnem. Wskutek tego typowa ospa może wystąpić nawet na 5-y dzień po pomyślnie dokonanej wakcynacji.

Wakcynacja i rewakcynacja były przez czas bardzo długi jedynym przykładem racjonalnie pomyślanego uodpornienia organizmu. Druga tego rodzaju próba — syfilizacja — upadła, a to dlatego, że, wychodząc z błędnych pojęć unitarystów, chciano przy niej jadem jednej choroby (szankra) uodpornić organizm na zarazek drugiej—syfilisu.

Dopiero badania Pasteur'a nad wąglikiem, kurzą cholera i różą świnek morskich stały się pierwszym przykładem immunizacji, wprawdzie analogicznej do powyższej, ale tem podnioslejsze znaczenie mającej, że manipulowano już z wiadomym ustrojem chorobotwórczym, którego złośliwość osłabiano sztucznie, jako to: działaniem ciepłoty, wysuszenia i t. d. Ten sam uczoney posunął rzecz olbrzymio dalej, pokazawszy, że osłabionym przez suszenie jadem wściekliczny, zawartym w rdzeniu kręgowym odpowiednio zakażonych zwierząt, można leczyć od wódowstrętu już pokąsanych przez psy wściekłe ludzi.

Od roku 1878 zaczynają się epokowe badania Kocha, które wykazały za pomocą celowo urządzonych doświadczeń zależność wielu chorób od odnośnych pasorzytów. Działanie ich uważał Koch swego czasu prawie za mechaniczne. Dziś jednak wiemy wszyscy, że, z wyjątkiem bardzo niewielu chorób (malarya, tyfus powrotny, posocznica mysia), pasorzyty działają na organizm wyłącznie na drodze chemicznej, a mianowicie nawadniają go swymi wytworami trującymi—toksynami. Stopień jadowitości tych związków trujących jest bardzo zmienny, co odróżnia je od innych trucizn, zależy zaś od natury pasorzyta i od szeregu okoliczności, jako to czasu trwania jego rozwoju, warunków tego ostatniego, pierwotnej jego jadowitości i t. d.

Z wyjątkiem pasorzytów malaryi i tyfusu powrotnego, inne pasorzyty wywołują szereg rozmaitych odczynów miejscowych, počawszy od zaczerwienienia, a kończąc na zgorzeli. Wszystkie wywołują nadto odczyn ogólny ze strony ustroju i sprowadzają zaburzenia w regulacji ciepła, mają własność wywoływania charłactwa przy dłuższem trwaniu zakażenia, a nadto mają zdolność wywoływania we krwi takich zmian, że staje się ona coraz bardziej odporną na działanie pasorzyta,

który ją pierwotnie zakaził, resp. swemi trującymi związkami zmienił. To sprowadzanie we krwi zmniejszonej jej wrażliwości na pewien zarazek nazywamy uodpornianiem organizmu.

Uodpornianie jest sprawą, rozwijającą się powolnie i przytem dla różnych zarazków w rozmaitym czasie: przy krowiance czas ten wynosi 8—9 dni; przy vibrio Miecznikowa — 1 do 2 tygodni; dla mysiej posocznicy — 3 do 4 tygodni. To samouodpornienie się organizmu na pewne choroby przez obecność już w nim odnośnych związków jest właśnie powodem posiadanej przez organizm własności samowyleczania się. Polega ona, zdaniem Behringa, na wytwarzaniu się we krwi odnośnej odtrutki (antytoksyny). Gdy ilość jej jest niedostateczna, wyleczenie nie może nastąpić. Dowód istnienia podobnych odtrutek Behring upatruje w tem, że można je przenosić z organizmu jednego zwierzęcia na drugi, zupełnie nawet odmienne. Odtrutki są ciałami swoistemi dla każdego rodzaju pasorzyców, zupełnie nieszkodliwe. Najwięcej zbiera się ich we krwi, pozostają w niej czas dłuższy i stąd też z nią mogą być do organizmu innego zwierzęcia wprowadzone. To prawo Behringa zostało przez liczny szereg autorów potwierdzone dla wielu chorób zakaźnych (błonica, tężec, tyfus, róża świnek morskich i t. d.), a nadto przez Ehrlicha dla rycyny i abryny. Odtrutki posiadają własność nie tylko uodporniania organizmu na pewne choroby, ale i leczenia go z nich. Ilość odtrutki, potrzebnej do wyleczenia jest, rzecz prosta, tem większa, im później się ją stosuje i im przypadek jest sam przez się cięższy. Przeszkadza ona wytwarzaniu w organizmie nowych zmian pod wpływem krążącego w nim jadu, którego działanie znosi, ale nie odrabia tych zmian w organach, jakie zdążyły zająć przed jej zastosowaniem. Behringowska zasada leczenia jest więc zupełnie odmienną od tej, z jakiej wychodził Pasteur przy leczeniu wścieklizny i z jakiej chciał wyjść Koch przy leczeniu gruźlicy. Ci ostatni działają na organizm toksynami i przez stopniowe jego nawykanie do ich działania, chcą go uczynić względem nich odpornym. Behring zaś działa na organizm wprost odtrutką. W ciężkich przypadkach błonicy wytwarzanie się pod wpływem lasecznika Löfflera trucizny jest tak szybkie, że organizm sam nie zdąży wytworzyć na czas potrzebnej mu ilości odtrutki i ginie zatruty, bo sam się uratować nie zdąży. Tymczasem podanie mu tej odtrutki od razu z zewnątrz z łatwo zrozumiałych powodów fatalnemu kresowi zapobiega. W wytrwałej pracy nad zupełnem uzasadnieniem tych prostych praw drogą niestrudzonych badań tkwi zasługa Behringa, którą zupełnie niepotrzebnie osłabia swemi niewłaściwemi wycieczkami osobistemi. Nikt mu i tak zasługi tej nie odejmuje. Zdaje się, iż przyszłość doniosłość tych jego zasług jeszcze podniesie, gdy szereg dalszych prac na

tem polu umożliwi leczenie innych chorób, analogicznie do leczenia błonicy.

W. Janowski.

170. J. SCHREHER. **Metody leczenia przewlekłego zaparcia stolca bez środków lekarskich.** (*Verlässliche Methode der arzneilosen Behandlung der chronischen Obstipation. Wiener Medizin. Presse 1895. Nr 21 und 22*).

Z objawów, które w umyśle chorego rodzą przeświadczenie potrzeby szukania pomocy lekarskiej, najczęstszym chyba jest chroniczne zaparcie stolca i często cała uwaga chorego tak jest skupiona na tym jednym objawie, że dopóty nie czuje on poprawy w stanie swego zdrowia, dopóki nie zostanie usunięte trapiące go zaparcie stolca. Każdy więc lekarz nader często ma do czynienia z tym objawem i musi zainteresować go każda praca, mająca za zadanie ocenę stosownych w celu usunięcia tego cierpienia metod leczniczych.

Ta zaś okoliczność, że i obecnie jeszcze w leczeniu chronicznego zaparcia stolca, środki czyszczące znajdują szerokie zastosowanie, pomimo że w ostatnich czasach odzywały się głosy, surowo potępiające ten szablonowy sposób leczenia, tem więcej skłania mnie do streszczenia w krótkich słowach odczytu, wypowiedzianego przez J. Schreiberera na posiedzeniu towarzystwa niemieckich przyrodników i lekarzy.

Chroniczne zaparcie stolca ma, zdaniem autora, różne źródła, nietylko bowiem bywa następstwem nieodpowiedniego trybu życia, lecz często towarzyszy konstytucjonalnym cierpieniom, jako to: blednicy, niedokrwistości, neurastenii i wogóle wszystkim chorobom, wyniszczającym organizm, a nawet bywa dziedzicznym w rodzinach zresztą zupełnie zdrowych.

Z anatomo-patologicznego zaś punktu widzenia ostateczny rezultat jest zawsze jednakowy: chroniczne zaparcie stolca jest następstwem niedowładu (atonii) muskulatury kiszek, niedostatecznej ilości soków kiszkowych i powierzchownego oddechania, pociągającego za sobą opieszałość w czynności przepony i mięśni brzucha.

Częste kojarzenie się zaparcia stolca z neurastenią wskazuje, że wchodzi tu w grę podrażnienie pewnych nerwów. Towarzyszące temu zmiany patologiczne w kanale pokarmowym z łatwością zrozumiemy, gdy przypomnimy sobie, że rozgałęziające się w błonie śluzowej kiszek naczyń krwionośne, jak to dowiódł v. Baset, drażniąc N. splanchnicus, mogą się zwężać lub rozszerzać za pośrednictwem nerwów. Tym sposobem ilość wydzielin, mających swe źródło w naczyniach, może ulegać zmianom, a leżąca pod błoną śluzową warstwa mięśni, wskutek gorszego odżywiania może stracić swoją ener-

gię, swą kurczliwość i stać się atoniczną. Impulsem, wywołującym ten stan a zatem i zaparcie stolca, jest przygnębiający nerwowe czynności nastrój neurastenników, tak samo jak znowu silne wzruszenia wywołują za pośrednictwem nerwów i naczyń gwałtowne rozwolnienie. Nie odrzucając zależności zaparcia stolca od neurastenii, autor jednakże uważa za zbyt skrajne twierdzenie Dupina, który przyczynę chronicznego zaparcia stolca widzi zawsze i wyłącznie tylko w neurastenii, leczyl bowiem na zaparcie stolca wielu takich chorych, którzy nie doznawali żadnych neurastenicznych objawów, a z drugiej strony udawało mu się usunąć opieszałość w czynności kiszek u wielu neurastenników, którzy i potem wciąż jeszcze skarżyli się na swe nerwowe dolegliwości.

Tych uwag kilka nad powstawaniem zaparcia stolca rzucił autor w celu oparcia na naukowych podstawach leczenia tego cierpienia, mając przy tem na widoku mechaniczne zabiegi, które, jak wiadomo, wywołują podrażnienie zwojów nerwowych i samych nerwów, rozszerzają naczyń włosowate, pobudzają do wydzielania błonę śluzową.

Opierając się na wieloletniem doświadczeniu przedewszystkiem zaleca Schreiber masaż, a metoda przezeń stosowana polega na ugniataniu kiszek grubej. Chorego układa się na wąskiej ławce, pokrytej cienkim włosianym materacem z głową opartą na poduszce i nogami zgiętymi w kolanach w celu jak najdokładniejszego rozluźnienia mięśni brzucha i następnie końcami zbliżonych do siebie palców nagniata się kiszki grubą, począwszy od kiszek ślepej do prostej, podkładając jednocześnie pod spód lewą rękę tam, gdzie brak jest podpory z kości tułowia. Energiczne działanie na kishkę grubą, można osiągnąć także w ten sposób, że prawą ręką naciska się na zstępującą, a lewą na wstępującą jej gałęź i jednocześnie całą w ten sposób objętą masę ciała przesuwa się z jednej strony na drugą.

Stosowanemu w ten sposób masażowi w ciągu kilku tygodni lub nawet miesięcy autor przypisuje zbawienny wpływ na muskulaturę kiszek, szczególnie kishki grubej, w której głównie masy kałowe zatrzymują się. Z pośród setek chorych, leczonych tą metodą, zaledwie u kilku nie otrzymał pożądanego rezultatu, większość zaś już wkrótce po rozpoczęciu leczenia odczuwała zbawienne jego skutki. Osobom wszakże, przyzwyczajonym do używania środków czyszczących, Schreiber nie każe wyrzec się od razu swego nałogu, lecz radzi stopniowo zmniejszać dawkę lekarstw, doświadczenie bowiem przekonało go, że organizm doskonale znosi powolne zmniejszenie ilości tych środków aż do pewnej granicy, przy usiłowaniu zaś przestąpienia tej granicy natychmiast zjawia się znowu zaparcie stolca pomimo masażu.

Najlepsze, naturalnie, rezultaty daje masaż, szczególnie w połączeniu z gimnastyką, przy zaparciach stolca u osób zresztą zdrowych, silnych i młodych; trudniej już osiągnąć pożądaną cel u chorych, wyniszczonych długotrwałymi zaburzeniami w trawieniu, którym zwykle towarzyszy rozszerzenie żołądka, brak apetytu lub też fałszywy apetyt, hypocondryczny nastrój i t. p. Bez pomocy odpowiednio urządzonej i ściśle kontrolowanej przez lekarza i otoczenie diety usunięcie uporczywego zaparcia stolca nigdy się nie udaje.

Przy zaparciach stolca u neurastenników należy prócz mechanicznego leczenia zalecić zwykle w tych razach z powodzeniem stosowane środki, jako to: zmianę miejsca, wodolecznictwo, elektryzację, rozrywki i t. p.

Przepukliny pępkowe i pachwinowe nie powinny być uważane, zdaniem Schreibera, za przeszkodę do stosowania masażu.

Nie uważa on również za przeciwwskazanie do stosowania mechanicznych zabiegów podeszłego wieku chorych na zaparcie stolca, a także cierpienie serca, ateromatycznych zmian w naczyniach, suchot płuc, którym nawet towarzyszą krwotoki płucne.

W. Dąbrowski.

171. E. PINS. **Parapleuritis genuina.** (*Wien. Med. Woch.* 22, 23.)

Zapalenie tkanki łącznej, leżącej pomiędzy opłucną żebrów a mięśniami klatki piersiowej nie jest rzadkiem zjawiskiem jako sprawa wtórna n. p. przy zapaleniu opłucny, przy próchnieniu kregów i opadowych ropniach i z przyczyn urazowych. Zdarza się jednak i samodzielnie, z przyczyn dotąd niewiadomych, jako sprawa pierwotna; w literaturze opisywana była po raz pierwszy w 60-tych latach bieżącego stulecia, dopiero jednak dzięki Billrothowi i Wunderlichowi zyskała niejako obywatelstwo w patologii szczegółowej.

Rozpoznanie omawianej sprawy przedstawia niemałe trudności ze względu na możność zmieszania jej z zapaleniem opłucny wysiękowym i z wtórnym zapaleniem okołopłucnowym przy pierwotnym ropnym zapaleniu opłucny. Tymczasem dokładne rozpoznanie przedstawia niemałą wagę zarówno z punktu widzenia finezyi dyagnostycznej, jak i ze strony praktycznej, mianowicie ze względu na rokowanie, które przy parapleuritis genuina będzie lepszym niż przy sprawie wtórnej i ze strony leczenia—ze względu na sposób (głębokość) otwierania ropnia. Co się tyczy częstości sprawy, to jest ona zdaniem autora większą, niż to się wydaje z rzadkości jej opisów. Być może, że nie była dotąd rozpoznawana, jako wogóle sprawa mało znana.

Parapleuritis rozpoczyna się zwykle od kłócia w boku, bólów w okolicy łądźwiowej z jednej strony lub z obu, zwiększających się przy ruchu. W parę dni później przyłączają się dreszcze i gorączka wahająca się od 38 do 39,5° (rzadko 40°). Okolice łądźwiowe, jak i odpowiednie okolice klatki piersiowej są wrażliwe na ucisk, skóra na żebrach jest zlekka obrzękła. Badanie fizykalne w tym okresie daje wynik ujemny i rozpoznanie stawiane bywa często jako lumbago, tembardziej, że gorączka po 1—2 dniach przechodzi. Dopiero po 6—7 dniach naciskanie tkanki łącznej dochodzi do takich rozmiarów, że powoduje zmiany opukowe na klatce piersiowej. Odgłos staje się stłumionym z odcieniem bębnowym, szmery oddechowe są osłabione. Jeszcze później, gdy masa wysięku wypukła opłucną ku środkowi i uciska wciąż na płuca do tego stopnia, że wytwarza warunki dla powstania oddechu oskrzelowego, sprawa daje obraz wielce podobny do wysięku opłucnowego.

W dalszym przebiegu obrzęk skóry wzmagają się, między żebrza wypuklają się, jednak nie tak jednostajnie, jak to bywa przy wysięku do opłucny. Z chwilą zropienia wysięku gorączka występuje na nowo, a bóle wzmagają się znacznie, utrudniając ruchy, zwłaszcza odpowiedniej kończyny górnej. Oddech, mało dotąd upośledzony, staje się bolesnym, stąd powierchownym i częstym. Kaszlowi towarzyszy silny ból mięscowy. Zropienie obejmuje od razu całe nacieczenie, albo też występuje z kolei w różnych jego częściach. Z otworzeniem się ropnia sprawa szybko się kończy, chociaż niekiedy potrzeba i 2—3 tygodni, zanim nastąpi zupełne wygojenie się zmian na żebrach i w mięśniach. Oddech staje się wolnym, ale bóle przy ruchach ciała trwają długo. W przypadkach niepowikłanych czas trwania przeciętnie wynosi 6—8 tygodni.

Raz sprawa obejmuje tkanek łączną w okolicy jednego żebra, w innych razach—kilku żeber, co rozumie się wpływa na cięższy przebieg i większe nateżenie sprawy. W ostatnich przypadkach tworzą się liczne ropnie, zlewające się, opuszczające się w sąsiednie okolice (Psoas., abs. subfrenicus, perinephritis). Niekiedy sprawa idzie więcej ku środkowi, przechodzi na opłucną trzewową, doprowadzając do roposteku w jamie opłucny. Sprawa może być obustronna, częściej jednak występuje po jednej stronie i częściej po prawej. Zdaje się, że najczęściej omawiane cierpienie napastuje mężczyzn w sile wieku.

Przy rozpoznawaniu należy mieć na uwadze nowotwory i bąblowce, które wykluczyć może przekłócie próbne. Przy wykluczaniu wysięku do opłucny trzeba pamiętać, że przy parapleuritis 1) niema warunków dla przesunięcia narządów sąsiednich, 2) pod stopniem można wykryć płuco oddychające

i rozszerzające się przy wdechu, 3) przy parapleuritis można wyczuwać chejbotanie, czego przy wysięku niema—chyba przy empyema necessitatis, 4) ukształtowanie się tępości w omawianej sprawie bywa dowolne, bez wszelkiej prawidłowości, jak to ma miejsce przy wysięku do opłucny, za to jest niezmiennie i stałe w każdym położeniu ciała. 5) Kaszlu i płwociny może nie być wcale, zwłaszcza w początku.

Rosenbach dodaje jeszcze brak zastoju w żyłach szyjowych, który prawie zawsze bywa przy wysięku do opłucny.

Có się tyczy etyologii sprawy, to autor sądzi, że ważną rolę gra tu diathesis uratica. Złogi moczanowe osadzają się wokoło opłucny i wywołują miejscową zgorzel (Ebstein). Dalej mogą pewną rolę grać przerzuty z małych ognisk ropnych w sąsiedztwie przy czyrakach, ropniach na górnych kończynach. Po trzecie urazy, gumaty przymiotowe. Rokowanie jest wogóle pomyślne, i tylko w wyjątkowo powikłanych przypadkach może rozwinąć się ropnica.

Leczenie polega na spokoju, antiflogozie, wreszcie na otwarciu ropnia. Przecięcie powinno sięgać jak najgłębiej, bez obawy obrażenia opłucny, mocno wypukłonej do środka. Ilość ropy jest nadspodziewanie wielka. Przez naciskanie lekkie na okolicę nadbrzuszną, przy jednoczesnym głębokim wdechu, sprzyjamy opróżnianiu się ropy. W otwór wprowadza się dren. Po ukończeniu się ropienia i zamknięciu rany, należy chorego jeszcze przez czas dłuższy przetrzymać w łóżku, sprzyjając przez gorące okłady wessaniu części wysięku, który nie przeszedł w ropienie.

Powikłania ze strony wątroby i śledziony bywają bardzo rzadkie. Przerwanie opłucny również rzadko się zdarza, ponieważ szybko wytwarzają się zgrubienia opłucny, a nawet zupełne zrastanie się obu listków.

O. Hewelke.

172. Dr A. KOSSLER (Graz). **O obecności w moczu wałeczków bez jednoczesnego wydzielania się białka surowiczego.** (*Berlin. Kl. Woch. Nr 14, 15. 1895*).

Autor postawił sobie za zadanie zbadanie cylindruryi bez jednoczesnego wydzielania się białka surowiczego, oraz jej stosunek do nucleoalbominuryi. Wybierając w tym celu materiał kliniczny, dał on pierwszeństwo chorobom zakaźnym i otruciom przed zaburzeniami narządu krwionośnego. Badanie moczu skuteczniał autor możliwie dokładnie w różnych porach dnia i przy różnych położeniach pacyenta. Osad otrzymywano za pomocą centryfugi. Wszystkich badanych przypadków, które autor w pracy swej przytacza, było 29. Znaczna większość (18 przypadków) przypada na suchoty płucne. U pacjentów

tych znajdował autor w moczu, zupełnie wolnym od białka surowiczego, mniejszą lub też większą ilość wałeczków najrozmaitszych odmian. Stale dawały się wykryć hyalinowe i ziarniste wałeczki, oprócz tego również często znajdowano wałeczki nabłonkowe z doskonale zachowanymi konturami pojedynczych komórek, oraz z wyraźnym jądrem. Niekiedy wałeczki te przedstawiały przejście od typowych nabłonkowych w gruboziarniste, wskutek rozpadu protoplazmy komórek. Prócz tego spotykał autor niekiedy wałeczki, złożone z białych ciałek, oraz tak zwane włoskowe. Zdziwiającym jest jednakże napotykanie wałeczków z czerwonych ciałek krwi. U niektórych suchotników ten rodzaj wałeczków wykrywał autor przez długi przeciąg czasu.

Następnie podaje autor dwa przypadki zapalenia wsierdźin pochodzenia goścowego. W pierwszym z nich po krótkotrwałym i bardzo nieznacznym białkomoczu, znajdował autor w moczu wolnym od białka surowiczego przez dłuższy przeciąg czasu wałeczki rozmaitych rodzajów, pomiędzy nimi także nabłonkowe i krwawe. W drugim ze wspomnianych przypadków białkomoczu zupełnie nie było, natomiast wałeczki ziarniste, niejednokrotnie w moczu widywano. W przypadku szkarlatyny znajdował autor wałeczki, cylindrurya ta jednakże znikła wraz ze spadkiem ciepłoty. W przypadku duru brzuszego spostrzegł autor cylindrurę przez dni kilka w połączeniu z zakaźnym białkomoczem, który wraz ze spadkiem ciepłoty ustąpił.

Następny szereg spostrzeżeń obejmuje trzy przypadki zakaźnych chorób płuc (krupowe zapalenie płuc, empyemat metapneumoniczny, oraz długotrwałe, silne zapalenie oskrzeli z gorączką). W ostatnim przypadku napotymano przez cały przeciąg choroby obfite wałeczki krwawe, pomiędzy innymi odmianami.

U dwóch chorych, przyjętych na oddział po przebyciu choroby gorączkowej, która już rozpoznana być nie mogła, wynajdywał autor w moczu przez dni kilka liczne wałeczki.

Na zakończenie podaje autor dwa przypadki otrucia fosforem. W obydwóch przypadkach przy zupełnym braku białkomoczu znaleziono w osadzie bardzo liczne wałeczki nabłonkowe, na których można było zauważyć rozmaite stadia zwyrodnienia (stłuszczenia) komórek.

W większości opisanych przypadków znalazł autor w moczu oprócz wałeczków jeszcze jedną chemiczną część składową—nukleoalbuminę. Obecność wałeczków i nukleoalbuminy w moczu w całym szeregu spostrzeżeń nie można uważać za rzecz przypadkową, przeciwnie oba te fakty według wszelkiego prawdopodobieństwa stoją w ścisłym ze sobą związku.

Podług autora powinno się odróżniać dwie postaci cylindrury, różne pod względem rokowania:

a) Cylindrurya połączona z wydzielaniem białka surowiczego.

b) Cylindrurya z nukleoalbuminuryą.

Słusznie bardzo rozróżniają dziś klinicznie wydzielanie rozmaitych substancyj proteinowych z moczem.

Białkomoczem (albuminuria) nazywamy jedynie wydzielanie się przez nerki ciał białkowych osocza krwi, natomiast oddzielnie zupełnie stoją albumosurya, peptonurya, hemoglobinurya, fibrinurya, wreszcie nukleoalbuminurya, która Obermayerowi swoją samodzielność kliniczną zawdzięcza. W tych właśnie sprawach chorobowych, w których prawdziwy białkomocz (albuminurya) wybitnie zajmuje stanowisko, nukleoalbuminurya znika zupełnie, natomiast niejednokrotnie przypadki t. zw. białkomoczu fizyologicznego okazały się nukleoalbuminuryą. Przejście wydzielin, zawierających nukleoalbuminę (żółć) do obiegu krwi wywołuje nukleoalbuminurę; powstaje ona również wtedy, gdy gdzieś w ustroju, specjalnie zaś w nerkach, ma miejsce bezpośrednie uszkodzenie komórek tkankowych.

W kilkunastu przypadkach robił autor badania pośmieradne; zmiany znalezione w nerkach w żadnym przypadku zapaleniu nerek nie odpowiadały. Zmiany te ograniczały się jedynie do nabłonka kanalików, który tu i owdzie oznaki zwyrodnienia przedstawiał.

Wobec tych klinicznych i anatomicznych danych objawy cylindrury i nukleoalbuminury stawia autor w rzędzie innych objawów chorobowych, zależnych od otrucia lub też zakażenia gorączkowego.

Obecność wałeczków w moczu, przy braku innych objawów choroby nerek traci podług autora swe pierwszorzędne patognomoniczne znaczenie w chorobie Brighta.

H. Kucharzewski.

II. Choroby dzieci.

173. Dr BERNHARD BENDIX. *Żywienie mlekiem krowiem i sterylizacja mleka.* (*Kuhmilchnahrung und Milchsterilisierung.* Berlin. *Klin. Woch. Nr 15.* 1895.

Różnicę w strawności mleka krowiego i jego wartości odżywczej w porównaniu z kobiecem Heubner opiera na pun-

kie bakteriologicznym, Biedert zaś na chemicznym. Sterylizacja mleka w aparacie Soxhleta przy $100 - 102^{\circ}$ związana jest z pewnemi zmianami mleka, dotyczącemi jak wyglądu tak i smaku, prawdopodobnie wskutek tego, że tłuszcze przyjmują własności foju i tracą stan delikatnej emulsji.

Autor uprzednio zajął się pytaniem, czy mleko pod wpływem wysokiej temperatury nie ulega takim zmianom, przy którychby obniżała się jego strawność i pożywność, a ewentualnie wynikałaby szkodliwość. W tym celu autor 3 dzieciom w wieku od $1\frac{3}{4}$ do $2\frac{1}{2}$ lat podawał mleko surowe i wyjałowione w aparacie Soxhleta (1 — $1\frac{1}{2}$ godziny przy 100° jeden raz sterylizowane) i następnie określał ilość części składowych pożywnych podawanych w mleku dziecku oraz wydalanych z kałem i doszedł do przekonania, iż pod względem przyswajania (lub wydalania) substancyj jak azotowych tak i tłuszczu nie zachodzą istotne różnice przy podawaniu mleka sterylizowanego i surowego.

(Zachodzi wątpliwość, czy u ssawców podobne otrzymanoby wyniki?—Przypisek referenta).

Baginsky wspólnie ze swym asystentem Sommerfeldem podjął badania nad składem chemicznym mleka surowego, mleka wyjałowionego w ciągu godziny przy 100° (względnie jałowego) oraz mleka kilkakrotnie sterylizowanego (zupełnie jałowego) i okazało się, że różnica w składzie pierwszego i drugiego jest albo prawie żadna, albo też zachodzi nieznaczna utrata co do tłuszczów, przy kilkakrotnej zaś sterylizacji zachodzi znaczniejsza różnica tak co do ilości cukru, jak i tłuszczu.

Autor podjął doświadczenie kontrolujące, postawiwszy sobie następujące pytania:

1) Czy jednogodzinne działanie temperatury 100° w aparacie Soxhleta rzeczywiście wywołuje zmiany co do białka, cukru i tłuszczów w mleku, czy te zmiany są tak znaczące, że obniżają wartość pożywną mleka sterylizowanego w stosunku do mleka surowego,

2) Czy te zmiany potęgują się przy kilkakrotnej sterylizacji (3—6 razy) i

3) Czy wynikłe zmiany przy dłuższem przechowaniu (2 — 3 miesiące) pozostają in statu quo, czy też z czasem postępują dalej (mleko na eksport).

Azot autor określał podług Kjehala, cukier roztworem Fehlinga, tłuszcze metodą Soxhleta, nadto określał ogólną kwasność i wolne kwasy tłuszczowe i doszedł do przekonania, że jednokrotna sterylizacja przy 100° chemicznie dających się wykazać zmian nie wywołuje, choć zachodzą nieznaczne wahania co do ilości cukru, co zaś do ilości tłuszczu i azotu białka już przy jednokrotnej sterylizacji zachodzą różnice (le-

żące w granicach omyłki przy analizie), które się potęgują przy kilkakrotnej sterylizacji. Zmiany wynikłe przy sterylizacji utrzymują się stale w ciągu 2½ i więcej miesięcy.

Co do ilości wolnych kwasów tłuszczowych, to zdaniem autora różnica jest tak nieznaczna, że nie można przypuszczać aby skutek tego przy sterylizacji mogło następować oddzielanie się tłuszczu obojętnego (Spaltung von Neutralfett).

(Jeżeli podczas jednokrotnej sterylizacji zachodzą zmiany nieznaczne, które się potęgują przy powtórnych sterylizacjach, to wątpię, ażeby można było godzić się na zdanie autora, że jednokrotna sterylizacja nie ma wpływu na skład mleka, że różnice, jakie wykazuje analiza, leżą li tylko w granicach omyłek, dozwolonych w chemii. Już sam wygląd i smak mleka sterylizowanego wskazuje, że pewne zmiany zachodzą; czy te zmiany są obojętne dla organów trawienia, to kwestya. Zapewne, że sterylizacja oddaje wielką korzyść pod względem bakterjyobójczym i dobroczynnym w tym kierunku jej wpływu negować nie można, czy jednak sterylizacja nie jest malum necessarium, dotąd nie rozstrzygnięto. — *Przypisek referenta.*

Bączkiewicz.

174. Dr H. FINKELSTEIN. **Przypadek Sepsis acutissima, zbliżony do choroby Winckela.** (*Berl. Klin. Woch. Nr 23. 1895.*)

Autor opisuje przypadek w następujący sposób:

Dziecko, mające 9 dni życia, przyjęte zostało do szpitala z powodu gorączki i biegunki. W kilka godzin po przyjęciu nagle wystąpiła apatya, sinica rąk aż do stawów łokciowych i stóp aż do kostek — kończyny zimne jak lód. Przy ucisku sinica znika, lecz występuje zabarwienie trupie. Na brzuchu środkowego palca prawej ręki zjawiła się okrągła plama, sucha, szaro-brunatno zabarwiona, wielkości ziarnka soczewicy. Również na lewej poduszce wystąpiła plama wielkości monety 10 fenigowej, a w jej środku pęcherz wielkości grochu, wypełniony krwawo-surowiczą zawartością. Na ramionach, goleniach i tułowiu liczne plamy barwy ciemnej, wielkości od główki szpilki do wielkości monety 10 fenigowej. Większość tych plam znika przy ucisku — a reszta są krwawe. Twarz i widoczne błony śluzowe są wolne. Miejsca skóry nie zajęte plamami, jak również i twardówki oczów są zabarwione z lekkim odcieniem ikterycznym. Ciepłota ciała 38,8° C. Oddech częstszy, uderzenia serca przyspieszone i trudne do zliczenia. Pępek zagojony. Mocz mętny, zawiera dużo białka, w osadzie liczne cylindry szkliste i ziarniste i liczne ciała hematojdynowe. Upadek sił prędko się posuwa, lekkie drgawki kończyn. Zgorzel na palcu u ręki i na poduszce rozszerza się. Sinica na rękach i nogach posuwa się wyżej,

ilość plam na tułowiu powiększa się. W końcu i dolna połowa twarzy i uszy ulegają sinicy. Krew ciemna i ciągnąca się, nie zawiera ani ciałek, ani produktów ich rozpadu. W 12 godzin po spostrzeżeniu pierwszych objawów nastąpił zupełny upadek sił, ciepłota 36° C., a następnie i śmierć.

Sekcja oprócz zmian widocznych zewnętrznie wykazała bladłość i zmetnienie mięśni serca, kruchość nerek i lekkie obrzmienie gruczołów kiszkiowych. Drobnowidzowe badanie wykazało zmetnienie nabłonka wątroby i nerek—w hodowlach ze krwi, skóry i narządów wewnętrznych rozwinęły się paciorkowce. Tak więc była to infekcja paciorkowca. Taki pogląd znalazł potwierdzenie w wiadomościach udzielonych co do matki tego dziecka. Mianowicie z matki dopiero na trzeci dzień po rozwiązaniu zostało ręcznie usunięte łożysko. Matka silnie gorączkowała i 6 dnia zmarła z powodu zakażenia połogowego. Matka, nie zważając na gorączkę, karmiła dziecko i trzymała je ciągle przy sobie.

Przypadek ten zbliża się w swym obrazie do choroby Winckela, lecz różni się brakiem zawałów z hemoglobiny w nerkach i wylewów krwawych w narządach wewnętrznych. Przypadek ten odznacza się nagłą zgorzelą.

W literaturze jest opisanych kilka przypadków ostro przebiegającego zakażenia, w których objawy, spostrzegane za życia, dane, znajduwane przy sekcji, różniły się w wielu punktach, lecz wszystkie odznaczały się jedną wspólną cechą, mianowicie pierwotnem zajęciem krwi.

Rabek.

175. Dr. DAMOURETTE. **Cierpienia ssawców w następstwie zapaleń kanałów mlecznych u karmiącej.** (*Affections des nourrissons consécutives à la galactophorite de la nourrice. Revue mens. des malad. de l'enfance. Janvier 1895.*)

Za radą Dr. Boissard autor zajął się opracowaniem powyższego tematu; własną kazuistykę, dotyczącą tego przedmiotu, przedstawił w swej pracy inauguracyjnej, w artykule referowanym podaje wyniki swych badań.

I. Galactophoritis jest to zapalenie kanałów mlecznych. Początek tej sprawy jest często zwodniczy; objawy bowiem ogólne na jeden lub dwa dni zazwyczaj poprzedzają objawy miejscowe i dziecko ssie w ciągu tego czasu piersi już zakażoną. Cierpienie to najczęściej zdarza się u karmiącej w pierwszym miesiącu po połogu. Z objawów miejscowych występuje stwardnienie piersi, ból dotkliwy, szczególnie przy ucisku podczas zestrzykiwania pokarmu, przyczem wraz z mlekiem wydziela się ropa, która według d-ra Budin przedstawia cechy następujące: szarawa, gęstsza niż mleko, zebrana na watę tru-

dniej wsiąka, wyciskana pozostaje na brodawce, a nie strzyka jak mleko.

Cierpieniu temu nie towarzyszy czerwoność skóry ani też obrzęknięcie gruczołów pod pachą, i tem się wyróżnia ta choroba od lymphangitis. Ciepłota rzadko przechodzi 39° i to podniesienie temperatury zjawia się w początku choroby lub też 2—3 dnia. Dreszcze zjawiają się jednokrotnie lub też powtarzają się, później dołącza się ból głowy, bezsenność, osłabienie ogólne. Choroba trwa 4 do 5 dni, lub też tworzą się ropnie, trwające niekiedy tygodnie i miesiące.

Cierpienie to jest częste u kobiet, mało posiadających mleka, gdyż dzieci ssą długo i mocno, przy czem łatwo tworzą się pęknięcia brodawki, te zaś stanowią wrota do przenikania mikroorganizmów chorobotwórczych (staphylococcus — streptococcus), znajdujących się często w jamie ustnej dziecka. Z tego też względu należy u karmiących stosować środki profilaktyczne, zalecać po każdym karmieniu obmywanie brodawki 4% roztworem kw. bornego, a w razie zjawienia się pęknięć (rhagades) obmywać brodawkę alkoholem pół na pół z wodą. Jeżeli wystąpi galactophoritis, natychmiast należy zabronić karmić dziecko chorą piersią.

II. Choroby noworodków, powstałe wskutek rópy w mleku karmiącej, można podzielić na następujące grupy:

- 1) Zaburzenia żołądko-kiszkowe.
- 2) „ „ wskutek zakażeń błon śluzowych pierwszych dróg.
- 3) „ „ wskutek zakażeń około odbytnicy (perianale).
- 4) „ „ wskutek zakażeń na skórze.
- 5) „ „ pyo-septycemiczne.

1) Do grupy pierwszej należą: *niestrawność żołądko-kiszkowa* w stopniu lekkim, przechodnią *biegunka zakaźna* (toxi-infectieuse) i *cholera dziecięca*.

Przy *niestrawności* występują wymioty, biegunka obfita (6—8 stolców płynnych zielonych lub białych lub też ciemno-żółtych, albo też różnokolorowych); waga dziecka szybko spada (200—400 gram w ciągu kilku dni); zwykle gorączki niema.

Jest to najczęstsza forma tego rodzaju cierpienia i po zaprzestaniu karmienia chorą piersią szybko przechodzi. Mleko wskutek obecności mikroorganizmów widocznie zostaje źle trawione i wywołuje powyższy obraz chorobowy.

Niestrawność może przejść w *biegunkę zakaźną*, która się przedstawia w dwóch postaciach, lżejszej i cięższej. Pierwsza uleczalna prawie zawsze, druga prawie zawsze śmiertelna. W postaci lżejszej zjawiają się obfite i częste (8, 10, 15) stolce wodniste zielonawe, szarawe z kawałkami śluzu, bardzo

cuchnące. Gorączka istnieje zawsze; twarz dziecka czerwona, skóra rozpalona, puls częsty, dziecko często odrzuca pierś, natomiast chciwie pije wodę.

Postać cięższa ma charakter tyfusowy. Ilość stolców dochodzi do 15—20 dziennie; stolce strasznie cuchnące, barwy to brązowej, to zielonawej; stolce te są ostre i często powodują erythema w okolicy odbytu. Objawy ogólne są bardzo wydatne, w krótkim czasie dziecko zostaje doprowadzone do wielkiego wyniszczenia, mięśnie wiotkie, oczy zapadłe, otoczonoje siną obwódką, brzuch wzdęty. Dziecko umiera w ciągu 5—6 dni.

Obraz ten jest wynikiem zakażenia ogólnego, bakterye nie tylko się mnożą w kanale pokarmowym, lecz wytwarzają toksyny, które zatrują organizm cały.

Biegunka zakaźna różni się od postaci cholerycznej gorączką, forma choleryczna przedstawia jeszcze wyższy stopień zakażenia organizmu.

Jako zakażenie wtórne w przebiegu biegunek zakaźnych występuje zapalenie płuc (pochodzenia kiszkowego).

2) Do cierpień grupy drugiej należą;

Stomatitis diphteroides (impetiginosa), główne siedlisko tej choroby jest powierzchnia wewnętrzna warg; zjawiają się tu małe plamy (blaszki, plaques) białawe, łatwo krwawiące, na powierzchni zewnętrznej warg tworzą się strupy krwawe. Sprawa ta ustępuje zwykle w ciągu 6—8 dni, wywołuje ją *staphylococcus pyogenes aureus*.

Abcessus retropharyngealis przechodzi często u małych dzieci niespostrzeżony. Dysphagia z pewną sztywnością w karku stanowi nieraz jedyny objaw. Niekiedy bywa podniesienie temperatury.

Na podstawie własnych obserwacyj zalicza autor jeszcze do tej grupy liczne ropnie podskórne powierzchowne w okolicy szyi, podbródka i twarzy. Skóra w tych miejscach różowa, ciepła, bolesna, obrzmiała; po nacięciu występuje ropa obfita, gęsta; po kilku dniach zjawia się nowy ropień, niekiedy liczba takowych dochodzi do 15—20. Wielkość ich bywa różna, od orzecha laskowego do wielkości jaja i więcej.

Dalej zapalenia ucha średniego, często dopiero na sekcji rozpoznane, powstają wskutek wnikania bakteryj ropnych do trąbki Eustachjusza.

Tutaj zaliczyć także należy *conjunctivitis catarrhalis et purulenta*.

3) Zakażenia w okolicy odbytu stanowią ropnie, powstające wskutek maceracyi kalem, zawierającym bakterye ropne.

4) Zakażenia na skórze przedstawiają się jako furunculi, lub też ecthyma, albo otitis externa.

5) Zaburzenia pyo-septicemiczne dzieli autor na dwie postaci:

a) W pewnej ilości przypadków bakterye ropne lub też ich toksyny polykane z mlekiem nie wywołują zaburzeń miejscowych w kanale pokarmowym, natomiast powodują septicemję o przebiegu podostrawym: noworodek traci na wadze, chudnie szybko bez wyraźnych zaburzeń w trawieniu; twarz znacznie się zmienia, oczy zapadają, otoczone siłą obwódka, na wargach występuje sinica, cera blada, wypieki, duszność bez zmian wysłuchowych; chory, straciwszy na wadze, szybko umiera w ciągu 36—48 godzin.

b) Druga postać przedstawia się jako liczne rozsiane ropnie podskórne, przedstawiające się w postaci mało bolesnych guzików wielkości orzecha laskowego, skóra w tych miejscach niezmieniona, dlatego też trudno dostrzedz te guziki. Po otwarciu tych ropni wypływa gęsta ropa barwy różnej: biała, szara, niekiedy cuchnąca, zawiera staphylococci. Rokowanie zwykle jest ciężkie. Ropnie te są wynikiem zakażenia krwi bakteryami ropotwórczemi.

Bączkiewicz.

III. Choroby nerwowe.

176. GERHARDT **Przymiot i rdzeń.** (*Syphilis und Rückenmark.* Berl. Klin. Woch. Nr 50.)

Autor obserwował w swojej klinice w ciągu ostatnich 8 lat 39 przypadków niewątpliwych przymiotu mózgu i 9 wątpliwych 9 niewątpliwych oraz 1 wątpliwy przypadek przymiotowego porażenia mlecza. Z tych cyfr wypada, że stosunek drugiej kategorii cierpień do pierwszej ma się jak 1 : 4,5 a nie jak 1 : 8, jak to twierdzą francuzcy autorowie, n. p. Mauriac.

Z 9 przypadków chorób mlecza 2 dotyczyły chorób kości, mianowicie 4 szyjowego kręgu i 1 piersiowego. 1-szy przypadek zakończył się szczęśliwie, 2-gi śmiercią. Kręgosłup może być dotknięty przymiotem albo dzięki 1^o przejściu nań takiego procesu z czaszkowych kości, co mówiąc nawiasem spotyka się bardzo rzadko, albo 2^o dzięki przejściu sprawy wewnątrz i głębiej z tylnej ściany przelyku, co również bywa rzadziej; chociaż podobne przypadki są notowane, albo wreszcie 3^o dzięki bezpośredniemu urazowi samego kręgosłupa. Ostatnia ta droga zazwyczaj bywa lekceważona, chociaż spotykają się podobne przypadki, rzadziej wprawdzie niż przy gruźlicy kręgow.

Przymiotowym procesem, ma się rozumieć, mogą być dotknięte i opony i naczynia i sama istota rdzeniowa i wreszcie korzenie. Są opisane w literaturze przypadki porażenia każdej oddzielnej z tych składowych części. Najczęściej spotykamy chorobę opon, gdyż ona ma znaczną powierzchnię. Proces zaś sam przejawia się najczęściej pod postacią gummatów. Ze względu na częstość zajmują drugie miejsce naczynia i nie tylko tętnice; lecz i żyły, które stopniowo zmniejszają swój promień i stają się niedrożniami. Znaczna część przypadków niesłusznie przypisywana jest ogniskom rozmiękczenia w istocie rdzeniowej lub też wylewom krwistym między oponami, gdyż nie ulega wątpliwości, że w przebiegu przymiotowego zapalenia opon rdzeniowych porażenie naczyń posiada bardzo ważne i wybitne znaczenie. Objawy przymiotowego dotknięcia opon bardzo szczegółowo są zbadane i opisane przez Oppenheima i składają się z bólów w krzyżu, pewnego napięcia i unieruchomienia kręgosłupa, błyskawicznych bólów w różnych częściach ciała, znieczuleń lub nadczułości dotykowej to tu, to tam, zależnych nie od jednego, lecz prędkiej od wielu ognisk chorobowych. Do objawów tych zaliczyć również wypada skórne znieczulenie bólowe i połowiczny bezwład Brown-Sequarda. Ostatni objaw jak wiadomo spotyka się często przy rozlanym przymiocie układu nerwowego i powstawanie jego tłumaczyliśmy sobie zmianami naczyń z następczem rozmiękczeniem w samej istocie mlecza, autor zaś zaznacza, że powstać on może dzięki guzowi przymiotowemu na oponie rdzenia. Gerhardt nie przywiązuje również wielkiej wagi do zmienności odruchów, o której wspominają inni, gdyż w obserwowanych przez siebie wypadkach ani razu nie widział ani zmiany, ani utraty, ani wreszcie powrotu utraconych odruchów.

Co się tyczy lokalizacji ognisk przymiotowych, to G. wypowiada zdanie, że częściej spotykamy nie rozsiane na całej długości mlecza ogniska, lecz pojedyncze guzy po 2 w górnej i dolnej części rdzenia, lub też w prawej i lewej połowie jego. Wogóle mówiąc, guzy przymiotowe, według G. są to twory odosobnione, które dochodzą nieraz do znacznej wielkości i umiejscawiają się zazwyczaj z jednej strony mlecza w okolicy tylnych, a jeszcze częściej bocznych sznurów. Dzięki takiemu umiejscowieniu najczęściej mamy objawy połowiczne nieokreślone, a jeżeli sprawa obejmuje i drugą połowę mlecza, to w każdym razie wszystkie objawy chorobowe z jednej strony są wyraźniejsze, niżeli z drugiej. Na ten nierówny podział objawów zwrócił bardzo słuszną uwagę już dawniej Heubner.

Że przymiotowe guzy wybierają sobie siedlisko chętniej z jednej strony, świadczy między innymi i przypadek opisany przez Charcot'a i Gombault'a, gdzie sekcyja wykazała guz, mie-

szczyły się w jednej tylko połowie rdzenia. Autor sądzi, że wystarczającą dla nas powinna być obecność u chorego bezwładu ruchowego jednej kończyny, zaburzenia zaś czucia w drugiej, przy obecności innych objawów połowicznego bezwładu, by rozpoznać u niego przymiot rdzenia.

Objawy porażenia przymiotowego układu mózgo-rdzeniowego następują w różnych okresach czasu po pierwotnem zarażeniu się syfilisem. Znane są przypadki, gdzie po 3 miesiącach występowały, częściej jednakowoż objawy te występują po 10—20 latach.

W wielu bardzo razach objawy porażenia występują najpierw ze strony czaszkowych nerwów i dopiero później pod postacią niedowładów lub bezwładów kończyn, przemawiających za porażeniem mlecza. Przypadki podobne dały powód do ustalonego dawniej pojęcia, że porażenia rdzenia są wtórne i zawsze zależą od pierwotnego porażenia mózgowia.

Autor pracy jest zdania, że układ naczyniowy rdzenia mało cierpi przy zakażeniu przymiotowem, a to ze względu na nieznaczny swój promień, chociaż zastrzega się, że w ostatnich latach coraz częściej staranne badanie wykazuje, że nie tylko porażenie tętnic, lecz i żył rdzenia obejmuje przymiot w pierwszej linii.

Do kategorii pierwotnego porażenia układu naczyniowego zalicza autor przypadki niespodziewanego bezwładu jednej kończyny, który często spotykać możemy u syfilytyków, a który jest zwiastunem przyszłych porażeń o poważniejszym znaczeniu.

Zdaniem G. na tle przymiotowego zakażenia mogą się zjawić Poliomyelitis anterior, ostry, wstępujący bezwład Landry, opisane przez Kahlera pod mianem odrębnej formy cierpienia wielorakie porażenie korzonków rdzeniowych i t. p. Ostatnie cierpienie klinicznie rozpoznać można, kierując się następującymi objawami: częściowe znieczulenie na plecach, bezwład niektórych mięśni krzyża, obejmujący liszaj i t. p. troficzne zmiany.

Najczęściej zdaniem G. przymiotowe zakażenie układu mózgo-rdzeniowego objawia się klinicznie pod postacią, opisaną przez Erba pod mianem paralysis spinalis luetica. Dla tej formy autor przeznaczają odrębne miejsce, gdyż sądzi, że krytyka Oppenheima nie uwzględnia pewnych przypadków, które się spotykają i które pod żadnym pozorem pod kategorię zwykłego zapalenia rdzenia w pewnej fazie jego rozwoju podprowadzone być nie mogą.

Czasami, jak zaznacza autor, pierwotna sprawa przymiotowa obiera sobie siedlisko w kręgach i na nieszczęście częściej w szyjowych, przez co staje się groźną; wiadomy

n. p. jest przypadek nagłej śmierci, wywołanej przełamaniem się wyrostka 2-go kręgu, dotkniętego przymiotem.

Zejsście omawianego cierpienia bywa różne, w wielu jednak razach obserwować można wyleczenie. Ostatnie nastąpi wtedy, gdy chory podda się energicznej kuracyi we wczesnym okresie rozwoju, gdzie niema znaczniejszych zmian w budowie tkanki nerwowej. W przypadkach zaś, gdzie były wylewy, rozmiękczenia i t. p. procesy, następuje wtórne zwyrodnienie, nie ustępujące żadnemu leczeniu. Gilbert i Lion podają, że $\frac{1}{3}$ część chorych we wczesnych okresach przymiotu układu mózgo-rdzeniowego umiera.

Wczesne rozpoznanie przymiotowego porażenia jest zdaniem autora nadzwyczaj ważne, i z chwilą wyrobienia się diagnostyki tego cierpienia, sądzi autor, zwiększy się znacznie procent uleczonych.

W końcu autor podnosi ważne pytanie zależności władu rdzenia od przymiotu i zaznacza, że na 102 przypadki, które w ciągu 8 ostatnich lat obserwował, przymiot nie ulegający wątpliwości był skonstatowany 51 razy. Na 6 przypadków, obserwowanych przez autora w Würzburgu, 3 razy syfilis był konstатовany. Autor jest zdania, że leczenie władu szczególnie we wczesnym okresie daje dobre rezultaty. W prywatnej praktyce dodatni wpływ leczenia częściej daje się obserwować, niżeli w szpitalach, dokąd przybywają ludzie biedni, kiedy już chodzić nie mogą. Energiczne leczenie przeciw-przymiotowe radzi G. stosować w przypadkach nietypowego władu (t. zw. pseudo-tabes).

K. Rychliński.

177. CH. FERÉ. **O potrzebie stałego użycia bromu u epileptyków wrzekomo wyleczonych.** (*De la nécessité de la bromuration continue chez les epileptiques soi-disant guéris.*) (*Revue de Med.* 1895 N. 3.)

Już 20 lat temu Voisin w pracy, poświęconej użyciu bromu przy leczeniu chorób nerwowych, wyraził zdanie, że „bromek potasu winien zostać stałym rzec można pokarmem epileptyków.“ Maksyma ta jednak zbyt mało jeszcze wkorzeniła się w umysły ogółu lekarzy.

Autor, który miał możność obserwowania bardzo znacznej liczby epileptyków, w pracy swej, ilustrowanej opisem trzech rozmaitych i nadzwyczaj pouczających przypadków, występuje jako zdecydowany zwolennik poglądów Voisin'a. Każdy z lekarzy widział przypadki padaczki, gdzie przy stałym użyciu bromku potasu w odpowiedniej ilości, napady w zupełności ustają, poprawa trwa całemi latami lub dziesiątkami lat; skoro jednak, ulegając naleganiom chorego lub jego otoczenia,

podawanie bromu przerwiemy, choroba występuje na nowo z całą gwałtownością.

Tam nawet, gdzie po przerwaniu kuracji bromowej całymi latami napadów padaczki niema, nigdy ręczyć nie możemy, że się one nie powtórzą, żeśmy chorego na zawsze od nich uwolnili.

Związki bowiem bromowe nie leczą istoty choroby i pomimo czasowego (długiego często nawet) zawieszenia napadów, skłonność do drgawek w danym ustroju pozostaje. Tam tylko może być mowa o trwałem wyleczeniu padaczki, gdzie jej przyczyna jest nam wiadoma i możliwa do usunięcia. Dla tego też stałe stosowanie bromu winno być prawidłem przy leczeniu padaczki, prawidłem, od którego odstąpić nie wolno.

Tolerancya ustroju względem bromu znacznie jest większą, niż dotychczas sądzono, a obawy zatrucia w wielu razach przesadne. — Dawka lecznicza, znoszona przez chorych, waha się między 2—30 gramami na dobę i wcale rzadkie nie są osobniki, znoszące doskonale 20 gramów na dobę — koniecznym jednak warunkiem przy stosowaniu wysokich dawek bromu jest dbałość o przewód pokarmowy i skórę.

Większość objawów ze strony układu nerwowego, które często kładą na karb bromu, są skutkiem bądź-to samej choroby i występują wówczas bez użycia bromków, bądź też zależą od zaburzeń w trawieniu.

Odpowiednia więc lekka, nie drażniąca, dyeta i antyseptyka kiszek winny być pierwszym warunkiem, koniecznym dla prawidłowej kuracji bromowej.

Również ważną rolę odgrywa dbałość o skórę w celu zapobieżenia osutkom bromowym i innym komplikacyom ze strony skóry.

Na pierwszym miejscu postawić tu wypada kąpiele sublimatowe, a w razach głębokich zmian w skórze (owrzodzeń i t. p.) kąpiele borne.

Na zjawienie się objawów zatrucia ważny również wpływ mają przygnębiające czynniki psychiczne oraz działanie zimna, na co przy leczeniu uwagę zwrócić należy.

W razie absolutnego nieznoszenia bromku potasu, autor zaleca bardzo strontium bromatum w takich samych dawkach.

K. Wisłocki.

Bibliografia.

Jahrbuch der Practischen Medicin herausgegeben von **dr J. Schwalbe.**
Jahrgang 1895. Stuttgart 1895. Enke.

Rocznik, który mamy przed sobą, ma zawierać w sobie postępy medycyny praktycznej w r. 1894 i streścić wszystko, cokolwiek w danej gałęzi zrobiono. Od dawnych tego rodzaju roczników różni się zupełnym pominięciem fizjologii i anatomii zarówno makroskopowej, jak i mikroskopowej. Wprawdzie, w pojedynczych działach spotykamy się niekiedy ze wzmiankami o fizjologii lub histologii, nieugrupowane jednak w jedną nierozłączną całość, nie dają nam obrazu postępów w tych gałęziach wiedzy. Wydawca tłumaczy się, że cel jego podręcznika jest praktyczny, sądźmy jednak, że krótkie streszczenie danych z medycyny teoretycznej jest rzeczą i dla lekarzy praktycznych pożądaną. Po za tem uwzględniono tu całą medycynę praktyczną, podzieliwszy ją na specjalne działy, a nader obszernie bakteryologię. Drugą nader wielką wadą rocznika jest uwzględnianie prawie wyłącznie tylko piśmiennictwa niemieckiego. Czytelnik nieobeznany z ruchem naukowym odnosi wrażenie, jakby po za pracami Niemców lub ogłoszonymi po niemiecku pracami nie istniało wcale piśmiennictwo lekarskie. Skoro tak, należało wydawcy zmienić tytuł wydawnictwa na **Jahrbuch der deutschen pract. Med.** Wtedy wydawca byłby w zupełnym względem czytelników porządku. Zauważyć się nadto daje dość subiektywne traktowanie o temacie przez pojedynczych referentów. Rosenheim n. p. w dziale chorób żołądka znaczną część poświęca streszczeniu prac własnych...

Zresztą, wydawnictwo po za temi usterkami jest nader dla lekarza praktyka dobrym informatorem. Cena wydawnictwa 12 mk.

J. Z.

Dr Bum i dr Schnirer. Diagnostisches Lexicon. Wien 1895. Urban & Schwarzenberg.

Słownik ten, którego pierwszy zeszyt mamy przed sobą, ma się ukazywać zeszytami (43 zeszyty po 2 m. = 1,20 fl. każdy). Pomiedzy współpracownikami znajdujemy 80 nazwisk przeważnie niemieckich. Z Polaków są współpracownikami Adamkiewicz, Halban i Lewandowski.

Pierwszy zeszyt ilustrowany licznymi rysunkami, zapowiada poważne wydawnictwo. Szczególnie ustęp „Abdomen-Untersuchung,” opracowany przez Stintzinga, zasługuje na wyróżnienie.

J. Z.

ODCINEK.

O BYT LEKARZY.

Treść: Głosy prasy peryodycznej.—Środki przez nią podawane. — Stan materialny lekarzy Warszawskich. — Możliwa cyfra dochodów lekarzy w Warszawie.—Sposoby podniesienia dochodów lekarzy. — Zmniejszenie liczby studentów.—Kwestya ambulatorjów szpitalnych.—Lecznice ogólne i specjalne.—Polikliniki i ambulatorya prywatne.—Zakłady lecznicze.

I.

Jednocześnie w dwóch pismach, na skrajnych pod względem przekonań stojących biegunach, znaleźliśmy artykuły, poświęcone przyszłości stanu lekarskiego. Oba te pisma mniej więcej do jednego przychodzą wniosku, innemi tylko posługując się do rozumowania drogami. Ta zgodność we wnioskach zmusza nas tem bardziej do zajęcia się tą kwestyą i rozpatrzenia, o ile fakty, przedstawione w obydwu artykułach, są zgodne z istotnym stanem rzeczy i o ile, rzeczywiście, materialna przyszłość stanu lekarskiego jest zagadką.

Zanim wszakże przejdziemy do samych artykułów, pozwolimy sobie streścić główne ich zasady.

Zacniemy od artykułu, umieszczonego w Nrze 15 „Przeglądu Tygodniowego” p. n. „Przyszłość zawodu lekarskiego,” podpisanego przez p. Urb.

„Pan konsyliarz bez butów” tak zaczyna autor swój artykuł i to motto przebija w całym jego następnym rozumowaniu.

Według p. U. przed laty 20 tego rodzaju okrzyk był niemożliwy, lekarz wtedy był człowiekiem względnie zamożnym, szanowanym powszechnie i do tego dobrobytu dochodził względnie szybko po ukończeniu studyów. Dziś czasy zmieniły się znacznie, zarówno na Zachodzie jak i u nas stan lekarski upadł materialnie, a co za tem idzie i moralnie; upadek ten, jako skutek wzmożonej konkurencyi, widzi autor przedewszystkiem w reklamach, stąd też zwycięzcami w szrankach pozostali nie tylko ludzie godni tego, ale częściej szczęśliwi, lub umiejętnie pomagający szczęściu. W dodatku ludność biedniejsza, a co za tem idzie popyt na lekarzy jest mniejszy i honorarya mniejsze, a jako skutek bezpośredni

ogólnego zubożenia tworzenie się ambulatoryów bezpłatnych i rozlicznych „kas chorych.“ Masa lekarska, mówi autor, rozpoławia się na 2 grupy: magnatów i paryasów. Ci ostatni są wyzyskiwani zarówno przez publiczność, jak i kolegów — dyrektorów klinik i poliklinik (mowa tu o Berlinie, choć stosunki te coraz wydatniejsze są i u nas) i, naturalnie, bardzo muszą żyć mizernie, jeśli pensya, płacona n. p. w poliklinikach, wynosi 30—40 mk. miesięcznie. Wogóle polikliniki i zakłady wszelkiego rodzaju p. Urb. traktuje, jako interes podwójnie dla „magnatów“ lekarskich korzystny: wyrabiają sobie oni uznanie i wziętość, korzystają i wyzyskują pracę młodszych lekarzy, ich pomocników, którzy w celu bądź kształcenia się, bądź wprost dla zarobku giną przy ich boku i wyrobić się nie mogą.

Druga instytucya, t. z. kasy chorych również przyczyniają się do obniżenia poziomu materialnego lekarzy. Dawniej w Berlinie był zwyczaj, że daną kasę obsługiwał 1 lekarz, miał za to pewne, nieraz dostatnie utrzymanie, a że nie zawsze chadzało się przy otrzymaniu posady prostemi ścieżki—to już wina konkurencyi. Dziś jeszcze więcej na gorsze zmieniły się stosunki, kiedy członkom kasy pozwolono wybierać sobie lekarza, związanego z kasą, i w Berlinie n. p. wypadło skutkiem tego za 1 poradę 41 fenigów t. j. 12,3 kop. (według normalnego kursu), a z góry rzecz można, że lepiej kwestya przedstawiać się w następstwie nie będzie. Owszem, kasy chorych rozszerzać się będą coraz bardziej, a więc zarobki zmniejszają. Wyjściem z tego będzie *upaństwowienie pomocy lekarskiej*, dotąd wszakże rzecz ta leży w sferze bardzo odległych projektów.

Tyle „Przegląd Tygodniowy.“

Drugi artykuł w Nrze 102 „Gazety Warszawskiej“ p. n. „Lekarze i apteki,“ podpisany inicjałem K. wprost już wkraça w najbliższe stosunki i ma tę zaletę, że założenia popiera cyframi.

Autor zestawia w początku liczbę lekarzy, aptek i ludności w Warszawie i na prowincyi i dochodzi do wniosków następujących: W Warszawie posiadamy 676 lekarzy, 44 aptek i 500,000 ludności, czyli na 10—12 tysięcy ludności wypada 1 apteka, ale za to 15 lekarzy, na prowincyi na tę samą liczbę ludności wypada 2 apteki i 5—8 lekarzy, w mniejszych miasteczkach na 5—6 tysięcy ludności 1 lekarz i 1 apteka, czyli im dalej od centrów, tem liczba lekarzy mniejsza, aptek zaś większa stopniowo. Pomija jednak autor stosunki prowincjonalne, a do bliższych sobie, bo warszawskich przechodzi i wyraża przekonanie, że Warszawa „cierpi od nadmiaru opiekunów zdrowia.“ Skoro tak jest, należy szukać wyjścia. „Gazeta Warsz.“ podnosi monopol apteczny, dzięki temu na-

dużyć w sprzedaży lekarstw prawie że niema, a co za tem idzie, zaufanie publiczności do aptek jest duże. Taż sama publiczność na wolną konkurencyę lekarzy niechętnem patrzy okiem i faworyzuje pojedyncze tylko jednostki, a stąd wynika, iż z podanej liczby lekarzy zaledwie kilkudziesięciu zdołało zyskać sobie powszechne uznanie i szczęśliwym zbiegiem okoliczności wybić się nad 600 pozostałych, którzy z wielkim trudem i zabiegliwością mogą zdobyć sobie tyle, ile im na życie potrzeba. „Gazeta Warsz.” przyznaje jednak, że to faworyzowanie jednych kosztem drugich jest niesłuszne; większość iznaczna lekarzy warszawskich odznacza się sumiennością d pracą i „zasługuje na pełne chluby uznanie.” Nie przeszkadza to jednak temu, że fakt sam istnieje i że trudno tym 600 lekarzom zdobyć sobie utrzymanie. Naturalną jest rzeczą, że w tej walce ten i ów upada moralnie, chwytając się niezbyt z etyką chodzących środków, publiczność zaś niesłusznie uogólnia pojedyncze fakty, ośmielona przez bardziej znanych lekarzy, którzy, zdobywszy już sobie uznanie, zamiast popierać młodszych, szkodzą im w opinii publicznej.

Wszystko to jest wynikiem zbyt wielkiej jak na Warszawę liczby lekarzy. W celu zaradzenia złemu autor proponuje, aby na wzór aptek zmonopolizować i lekarzy, t. j. ograniczyć ich liczbę w Warszawie, nadmiar wyjeżdżałby na prowincję po odbyciu studyów klinicznych. Liczba lekarzy w Warszawie powinna odpowiadać ściśle liczbie ludności. Naturalnie, kończy autor, taka reforma, krępująca swobodę osobistą lekarzy, wywołałaby na razie niezadowolenie, z czasem wzwyczajonoby się, tem bardziej, że fazę niezadowolenia każda reforma rdzenna przechodzi.

Tyle mówi „Gazeta Warszawska.”

Staraliśmy się możliwie dokładnie odzwierciedlić w powyższem streszczeniu myśli autorów obu artykułów. Przechodzimy obecnie do oceny ich wniosków, tudzież strony faktycznej.

II.

Że jest źle z materyalnem położeniem lekarzy nie tylko w Warszawie, ale i na prowincyi, o tem łatwo się przekonać choćby z kwestyonaryusza, jaki dwa lata temu umieściliśmy na szpaltach „Kroniki.” I owa „prowincya” przestała być złotodajnem dla lekarza jabłkiem, daje mu dziś już skromne nader utrzymanie, nie przenoszące średnio 1000 — 1500 rs. rocznie, co, jeśli dla lekarza kawalera jest wystarczającą sumą, dla obarczonego rodziną jest już wprost niewystarczającą na pierwsze nieraz potrzeby, nie mówiąc o kształceniu dzieci, choćby średniem. I tam więc nie jest tak świetnie, a ogólny

głos lekarzy prowincjonalnych—to narzekania na zbytek lekarzy. Weźmy jeszcze pod uwagę, że dla wyrobienia tych 1500 rs. lekarz na prowincyi ma czas ciągle zajęty, że spędza $\frac{3}{4}$ życia na bryczkach po znanych z dobroci swej drogach bocznych, że jest ciągle narażony na setki chorób, że ciągle mu przyświeca troska, iż nie zdoła na wypadek śmierci zabezpieczyć losu rodziny—a dojdziemy do wcale niezbyt zachęcających wniosków o praktyce na prowincyi. Tak mówią lekarze, co lata na prowincyi spędzili, a mówią bez wielkiej chyba przesady.

Niewielką więc przysługę chce zrobić p. K. z „Gazety Warszawskiej“ nadmiarowi lekarzy warszawskich, chcąc pośłać ich na prowincyę.

A w Warszawie? Przyznać musimy, iż pogląd na stan materialny lekarzy jest trafny. Rzeczywiście, ogół lekarski cierpi jeżeli nie niedostatek, to koniec z końcem wiąże za ledwie, przyczynia się do tego głównie wygórowane pojęcie i dziś jeszcze zaszczipione u ogółu o dochodach lekarza, (przeciwny pogląd, niestety, rzadko się zdarza, a w druku może dopiero p. Urb. z „Przeł. Tyg.“ pierwszy go dosadnie przedstawił). Stąd „pan doktor“ płacić musi drożej za mieszkanie, stąd musi żyć „na odpowiedniej stopie,“ nie mówiąc już o tem, że ma setki potrzeb, wynikających, rzeczywiście, z jego powołania, jak kupno narzędzi i książek, koszt przejazdu do chorych, niszczenie pędzse, niż w innych fachach, ubrania i t. p.

Jeżeli weźmiemy najskromniejszy budżet dla lekarza kawalera, to według cen obecnych będzie on następujący: Mieszkanie 450—500, życie 360, ubranie 200, osobiste wydatki wraz dorożkami 300, służba 150, opał 100, czyli razem ±1600 rs.

W te 1600 rs. wcale nie wchodzi wydatki nieprzewidziane, które w budżecie każdego zwykle 10% ogólnych potrzeb stanowią, ani też wydatki i straty, połączone z paratygodniowym chociaż rocznie odpoczynkiem, wtedy bowiem budżet od razu podnosi się do 2000 rs. rocznie i za zbyt przesadzony uważany być nie może.

Gorzej jeszcze, jeśli lekarz jest żonaty, wtedy przy skromnem bardzo utrzymaniu wydatki wyniosą 2500 rs., przy kształceniu zaś dwójga dzieci do 3000 rs. Są to tak skromne budżety wydatków, jakie lekarz **penosić musi**, że niewiele z nich da się zaoszczędzić, a nie zapominajmy, że obok tego lekarz powinien ze względu na to, iż krótkość jego życia może stanąć na przeszkodzie ukończeniu wychowania dzieci odkładać co najmniej 10—15% rocznie na kapitał czy to w formie kapitału dorobkowego, czy też jako ubezpieczenie na życie.

A ilu lekarzy zarabia 2000 rs.?

Sądzę, że najlepszą odpowiedzią będzie rozbiór, ile Warszawa rocznie wydaje na leczenie. Gdyby wszyscy lekarze średnio zarabiali z praktyki tę sumę, Warszawa wydawałaby rocznie $676 \times 2000 = 1382000$ rs., czyli na każdego mieszkańca wypadłoby około 3 rs. rocznie, cyfra to napozór mała, jeśli jednak weźmiemy rodzinę, złożoną z męża, żony, trojga dzieci i służącej, wyniesie to już około 20 rs. rocznie, cyfra to już jak na ogół biedniejszy wysoka i niewiele znajdzie się rodzin z grona rzemieślników i robotników, które na sumę tą zdobyćby się mogły. Znając stosunki warszawskie (potwierdzenie poniżej), śmiało rzec możemy, że zaledwo $\frac{1}{3}$ część ludności sumę tę na lekarza średnio wydawać może, a nie zapomnijmy, że wtedy owe 1352000 rozłoży się na 100000 czyli że każdy z tych mogących płacić złoży na ołtarzu Eskulapa przeszło 13 rs., a średnia rodzina 80 do 100 rs. Czy jest tak dużo rodzin, które w dzisiejszych warunkach bytu mogłyby normalnie tyle wydawać corocznie—wątpimy. Weźmy teraz pod uwagę, że ta cyfra rozkłada się między więcej niż 676 lekarzy, gdyż jak chce p. K. kilkudziesięciu wybitnych zarabiać musi i zarabia znacznie więcej, przypuśćmy po 5000 rs. czyli z sumy tej potrącić trzeba $76 \times 2000 = 380000$, o tyle mniej więc wypadnie na cały ogół lekarzy.

Ale powiedzą niektórzy—część lekarzy otrzymuje pensje bądź rządowe, bądź prywatne. Co do pensyj rządowych, to wiemy, że pobiera ją kilku profesorów uniwersytetu, kilku lekarzy miejskich (po 900 rs. rocznie) oraz kilkudziesięciu ordynatorów szpitali (według normy naczelnym lekarz 400—1200 rs., ordynatorzy 300—400 rs. rocznie), oraz kilkunastu lekarzy kolejowych—to wszystko, inne pensje stałe—to lekarzy fabrycznych nader niskie z powodu coraz to większej i na tem polu konkurencji—to są wszystkie stałe dochody lekarskie, resztę stanowi dochód z praktyki, a ta praktyka przedstawia się w sposób następujący:

W szpitalach mamy ambulatorya, które udzielają co najmniej około 15000 porad bezpłatnych zupełnie, dalej idą lecznice prywatne, z których jedna udziela około 5000 porad po 25 kop., drugie dwie po 25000 porad po 40, 25 kop. i bezpłatnie, dwie pozostałe razem 15000 po 25 kop. czyli razem 265000 porad rocznie bez lub za opłatą taką, która w budżecie lekarza przeciętnego zaważyć nie może.

W ambulatoriach nadto Czerw. Krzyża oraz innych ambulatoriach, t. z. poliklinikach i ambulatoriach szpitalnych i prywatnych, które częścią są płatne, częścią bezpłatne, ale również znaczną liczbę chorych mają w opiece, jest rocznie 235000 porad. Wyniknie z tego, że w ogóle w Warszawie cyfra porad darmowych lub prawie darmowych udzielana ambulatoryjnie

dociągnie 50000, przyjmując zaś, że 1 chory zgłasza się przeciętnie 3 razy wypadnie, iż 400000 (biorąc cyfry okrągłe) osób otrzymuje darmową lub mało dochodną dla lekarzy poradę. Cyfrę tę zwiększyć jeszcze należy, gdyż z mało płatnej lub wcale nie płatnej porady lekarskiej korzystają urzędnicy kolejowi, cała służba kolejowa, robotnicy fabryczni etc. Widzimy więc z tego, że nie przesadziliśmy twierdząc, iż tylko 100—120 tysięcy ludności dać może owo żądane minimum, wystarczające dla utrzymania lekarzy. A z tych ilu jeszcze korzysta z darmowej porady, dzięki stosunkom rodzinnym lub towarzyskim.

Powiedzą nam, iż na dochód lekarzy warszawskich składa się i prowincya, nadsyłając liczny zastęp chorych do specjalistów, na to odpowiedzieć można, iż dla ogółu nie wpływa to na zwiększenie dochodów i tylko niektóre jednostki korzystać z tego mogą, właśnie owi kilkudziesięciu lekarzy, którzy i bez tego mają już większe dochody z praktyki warszawskiej—ogół musi się zadawałniać tem, co daje mu ludność miejscowa, że zaś ona nie może zabezpieczyć bytu lekarzom, o tem wszystkim tym, którzy znają stosunki warszawskie, wiadomo.

Więc jest źle ze stanem lekarskim w Warszawie? — Na ogół niewątpliwie i obu autorom wyżej wspomnianych artykułów pod tym względem słuszności odmówić nie można.

Jeśli jest źle, rodzi się pytanie, jak zaradzić złemu. W kwestiach społecznych, a ta kwestya niewątpliwie do takich należy, wszelkie ryczałtowe rozwiązywanie ich nie może być dobre i odpowiedź jak zaradzić temu lub innemu złemu objawowi społecznemu nie może być nigdy dana przez osobę pojedynczą, my przynajmniej nie uważamy się za tak kompetentnych, abyśmy chcieli od razu kwestyę rozciąć i gotowy program postępowania przedstawić. Oba projekty p. K. i p. Urb. ograniczenia liczby lekarzy i upaństwowienia pomocy lekarskiej, jeśli mogą znaleźć zastosowanie, to w bardzo dalekiej przyszłości przy ukształtowaniu się innem zupełnie ustroju społecznego; dziś, w epoce wolnej konkurencyi, myśleć o nich nie można. Toć w Szwecyi niedawno zniesiono monopol apteczny, uważając go za szkodliwy, a Szwedzi należą do ludzi nader praktycznych, w Petersburgu również ta kwestya weszła pod obrady ministryum i zdaje się pójdzie tą drogą—nie jest to więc droga do rozwiązania kwestyi, przynajmniej na razie, upaństwowienia zaś pomocy lekarskiej oczekiwać należy wtedy, kiedy i inne zawody doznają tego losu, a choć już państwa niektóre idą w tym kierunku, są to próby dopiero i to nie zawsze (tytuł w Austryi) dające dobre dla społeczeństw wyniki.

(Dokończenie nastąpi).

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

178. Niejednokrotnie już zaznaczaliśmy o leczeniu niedokrewności złośliwej za pomocą szpiku kostnego. Do ogłoszonych dawniej przypadków uleczenia tą drogą rzeczony choroby przybywa świeżo podany przez Drummonda (Brit. Med. Journ.): 73 letnia bardzo nerwowa kobieta doszła do takiego stopnia niedokrewności, iż w 1 mil. było zaledwie 700,000 czerw. ciałek krwi. Przy użyciu mleka ze szpikiem kostnym w ciągu 8 dni ilość czerwonych ciałek krwi powiększyła się do 1,140,000, później do 1,710,000. W końcu leczenia zastosowano pigułki Bland'a poczem ilość czerwonych ciałek krwi wzniosła się do 2,500,000 w 1 mil. Tak dobry wynik leczenia trwał w ciągu pół roku. Skutkiem gwałtownie rozwiniętego obrzęku płuc chora zmarła. Przy badaniu pośmiertnym stwierdzono zwyrodnienie tłuszczowe wielu narządów. J. Z.

179. Walter Clarc podaje przypadek wyleczenia moczwówki zwykłej przy pomocy podawanego choremu nadnercza. 39 letnia kobieta oddawna już pozostająca w kuracyi Clarc'a i wydzielająca dziennie około 16 litrów moczu od maja r. z. co 3-ci dzień zaczęła jeść po polowie nadnercza baraniego. Wkrótce wystąpiło polepszenie ogólnego stanu, a już w Październiku ilość moczu zmniejszyła się do 1½ litra dziennie z c. g. 1005—1009. Skoro zaprzestano leczenia stan chorej pogarszał się. Autor poleca tę metodę w moczwócce. (Brit. Med. Journ. 18/V. Berl. klin. Woch. 21). J. Z.

180. Dr Stoerk demonstrował na posiedzeniu lek. wied. preparat *lymphosarcoma jejuni*. Pochodził on od 24 letniego mężczyzny, który zmarł na klinice Schröttera.

Klinicznie można było rozpoznać guz w jamie brzusznej, a leukocytoza dawała do myślenia, że jest to mięsak gruczolów krezkowych. (W. M. W. 22). J. Z.

181. Działanie gruczolu tarczycowego świni. O. Laur w Szwajcaryi rozpoczął badania nad wymienioną w nagłówku kwestyą od doświadczeń nad zwierzętami pozbawionemi gruczolu tarczycowego. Z badań tych wynikało, iż **wstrzykiwanie podskórne** wyciągu z gruczolu przedłużało życie tych zwierząt (psów), podobne wyniki dało **karmienie** zwierząt operowanych gruczolem tarczycowym. U zwierząt nieoperowanych wyniki były odmiennie — otrzymał mianowicie L. cały szereg objawów zatrucia, a gruczol ich tarczycowy uległ zupełnemu zanikowi. Co się tyczy badania nad ludźmi, z 10 przypadków zastosowania gruczolu u dotkniętych wolem w 4 był wynik dodatni, w 6 nie. Dawka wynosiła 0,5 gm. świeżego gruczolu. Z doświadczeń swych autor wyprowadza wniosek, iż gruczol tarczycowy świni może zastąpić w leczeniu gruczol cielęcy, używany dotąd w terapii. (W. kl. Woch. 21). J. Z.

182. Dr G. M. Carasso podaje **nową metodę leczenia suchot płucnych**, polegającą na wzięwaniu olejku miętowego, wewnętrznem użyciu kreozotu, oraz na wzmóženem odżywianiu. Z 43 przypadków 37 było wyleczone tą drogą. Wzięwania z oddzielnego przyrządu robią się przez nos (4—5 kropel olejku co 3—4 godzin. Kreozot podaje autor w mięszance: Creozoti 8,0, Alcoh. rectific. 550,0, Glycerini 250,0, Chloroformi 20,0, Ol. menth. pip. 8,0 MDS. co 3 godz. łyżkę stołową w wodzie ocukrzonej. Nadmierne żywienie chorych polega na wielkiej ilości mleka, jaj, mięsie pieczonem, winie Marsala, (300—400 gr.) Kuracja trwa miesiąc. U chorych leczonych tą metodą znikaly po 10—60 dniach laseczniki Kocha z płwociny, sprawa w płucach goiła się (obserwacya 5—6 letnia) wpręszcie sama metoda nigdy szkody nie przyniosła ¹⁾. (W. klin. Woch. 21.)
J. Z.

183. Hammerschlag na pos 17/V wygłosił w Tow. lek. w Wiedniu odczyt o **rozpoznawaniu raka żołądka** w okresie wczesnym, kiedy niema jeszcze kacheksyi oraz brak guza wyczuwalnego. Według H. brak kwasu solnego, obecność stała kw. mlecznego, zniknięcie własności trawiennych soku, dłuższe przebywanie w żołądku pokarmów przy braku wyraźnego rozszerzenia, obecność długich laseczników (? jakich)—przemawiają za rakiem żołądka. (W Med. Woch. 22)

J. Z.

184. Na posiedzeniu Pathological Society of London (21—V) dr Voughan mówił o **wchłanianiu i przemianie materji przy zamknięciu światła przewodu trzustkowego**. Obserwacya była robiona nad 13 letnim chłopcem. Przy karmieniu mlekiem z kałem wychodziło 40% niezużytego białka (normalnie tylko 7,5%), 75% tłuszczów (u zdrowych 5,6%). W tym samym stopniu zmniejszała się zdolność wchłaniania węglowodanów, a waga ciała spadała znacznie. (Ther. Woch. 22).

J. Z.

185. Strasser z Wiednia gorąco poleca **wodoleczenie w chorobach żołądka**. W zakładzie Winternitza w ciągu 25 lat leczyło się chorych na żołądek i kiszki 1424, a tylko 4% z nich nie doznało polepszenia, 56% było wyleczonych zupełnie. Z pomiędzy chorych większość dotknięta była katarrem żołądka. Leczenie wodą było ogólne i miejscowe (głównie okład Winternitza. Bet. f. Hydroth 5).

¹⁾ Kwestya się rodzi, o ile wpływ leczniczy dobremu odżywianiu, o ile zalecanym środkiem przypisać należy.

KRONIKA BIEŻĄCA.

AMBULATORYA.

— W okolicach Warszawy zaczynają powstawać nowe ambulatorya. Na mocy rozporządzenia p. Gubernatora warszawskiego powstały już ambulatorya w Mszczonowie i Bloniu. Przy ambulatoryum jest czynny lekarz i felczer. Biedni otrzymują poradę darmo, zamożniejsi po 30 kop. Tego rodzaju ambulatorya, rozwinięte szeroko w Warszawie, na prowincyi, prócz miast gubernialnych (przy szpitalach), nie funkcjonowały dotąd. Myśl w zasadzie dobra odrazu winna znaleźć zastosowanie z zastrzeżeniami, jakie zrobiliśmy w artykule „O bycie lekarzy“ oraz w zeszycie majowym, omawiając środki przeciw rozwielniającemu się wyzyskowi lekarzy przez publiczność. Od lekarzy kierujących temi ambulatoryami zależy będzie kwestyę tę uregulować tem bardziej, że w małym miasteczku, gdzie informacje zebrać łatwo, wprowadzenie pewnych ograniczeń jest znacznie łatwiejsze, niż n. p. w Warszawie.

PROCES TRUCICIELKI.

— Jako echo procesu truciicielki p. Joniaux, skazanej na śmierć przez trybunał w Anvers, podaje Lyon. Méd. N. 13., że p. J. na te same recepty, nie poświadczone przez lekarzy, otrzymała w różnych aptekach 56 dawek morfiny po 0,02 (1,12) i 7 dawek atropiny po 0,04 (0,28)!

OGŁOSZENIA O ŚRODKACH TAJEMNYCH.

— Według świeżego rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych w Królestwie Saskiem, publiczne ogłoszenie o tajnych środkach ma podlegać karze 50 marek, względnie aresztowi do 6 tygodni. (Münch. Med. W. 25).

WODA KOŁOŃSKA JAKO NARKOTYK.

— W Anglii wśród wyższych warstw społeczeństwa coraz bardziej rozwija się **nadużycie wysokoku w postaci wody kolońskiej**. Damy angielskie, hołdujące nowej tej namiętności, chcą w ten sposób odzwyczaić się od morfiny i kokainy.

CHOLERA.

— Wied. Med. Woch. donosi, iż wbrew zapewnieniom rządu tureckiego w Mekce panuje między pielgrzymami silna cholera, która wzmoże się jeszcze w czasie święta Bairam (2, VI). W Djeddach już od 1 maja cholera panuje epidemicznie.

— Dr Klein w Londynie otrzymał surowicę przeciwbłonicową w postaci proszku nie posiadającego wad żadnych.

OSOBISTE.

— Prof. Mikulicz z Wrocławia został powołany do Bonn na miejsce Treudelenburga.

- Prof. W. Jaworski otrzymał tytuł profesora zwyczajnego.
 — W Paryżu zaczęło wychodzić nowe pismo „Revue clinique d'andrologie et de gynécologie,” miesięcznik, pod redakcją D-ra P. Hamonic.

KONGRESY.

- Kongres psychiatrów i neurologów francuskich odbędzie się w Bordeaux 2 sierpnia r. b.
 — Kongres włoski medycyny wewnętrznej odbędzie się we wrześniu w Rzymie. Na porządku dziennym stoi leczenie surowicą. Do głosu zapisali się prof. Foe, Maragliani, Renzi, Giovanni.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- J. Steinhaus i A. Szpanbok. Przypadek jednoczesnego wystąpienia moczówki i skroniowej ślepoty połowicznej, 277.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

169. Prof. S. Samuel. Od zaszczepienia krowianki, aż do leczenia za pomocą surowicy krwi, 385.—170. J. Schreiber Metody leczenia przewlekłego zaparcia stoła bez środków lekarskich, 389.—171. E. Pins. Parapleuritis genuina, 391.—172. Dr A. Kossier (Graz). O obecności w moczu waleczków bez jednoczesnego wydzielania się białka surowiczego, 393.

II. Choroby dzieci.

173. Dr Bernhard Bendix. Żywienie mlekiem krowim i sterylizacja mleka, 395.—174. Dr H. Finkelsztein. Przypadek Sepsis acutissima, zbliżony do choroby Winckela, 397.—175. Dr Damourette. Cierpienia ssawców w następstwie zapalenia kanałów mlecznych u karmiącej, 398,

III. Choroby nerwowe.

176. Gerzerd. Przymiot i rdzeń, 301.—177. Ch. Feré. O potrzebie stałego użycia bromu u epileptyków wrzekomo wyleczonych, 404. Bibliografia, 406.—ODCINEK: O byt lekarzy, 407.—Wiadomości pomniejszych, 413.—Kronika bieżąca, 415.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 16 Іюня 1895 года.