

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

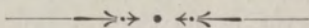
PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Przyczynek do leczenia OSPY NATURALNEJ

skreślił

Ludwik Raček.

Ordynator Warszawskiego Szpitala dla dzieci.



Nik Filatow w swym podręczniku o ostrych chorobach infekcyjnych u dzieci ¹⁾, opisując leczenie ospy naturalnej, wylicza środki, które zalecają rozmaici autorzy w celu zapobieżenia zupełnemu wykształceniu się krost i wstrzymania okresu ropienia. Pomiędzy temi środkami podaną jest maść *Bataille'a* następującego składu:

Rp. Ung. hydr. ciner. 24,0

Cerae flor. 10,0

Picis nigr. 6,0

Mfung. S.

Otóż maść tę stosowałem w praktyce prywatnej z najzupełniej zadawalniającym wynikiem w następujących dwóch przypadkach ospy naturalnej.

Przypadek pierwszy.

19/X 97 Mirosław L. ma 2 lata 3 mies. Ospa ochronna była dwukrotnie szczepiona, lecz za każdym razem nie przyjęła się. Od

¹⁾ Lekeji ob Ostrych Infekcyjnych Bolezniach u Dietiej. Rok 1895. Str. 403.

rodziców dowiedziałem się, że chłopiec w dniu dzisiejszym rano wymiotował i że stale od paru dni skarży się na ból w lewym kolanie. Kolano to przed mojem przybyciem badał jeden z kolegów chirurgów i nie znalazł w niem nic nieprawidłowego.

U chłopca ciepłota ciała miernie podniesiona. Częstość tętna 100, oddechu 20, język trochę obłożony, wilgotny. Chory jest bardzo niespokojny i przy chodzeniu utyka na lewą nogę. Przy oglądaniu lewego kolana znalazłem ból, ograniczający się tylko do skóry dołu podkolanowego i potęgający się przy obmacywaniu. Zresztą nic więcej nieprawidłowego. Zaleciłem leżenie w łóżku, przyjmowanie do wewnątrz *Saturatio natri carbonici + tra valerianae aether.*, do picia chłodne napoje.

20/X. Wieczorem dnia poprzedniego ciepłota ciała dochodziła prawie do 40° C., w dniu dzisiejszym rano niewysoka (38 z kilkoma dziesiątymi). Tętno 100, oddech 20. Wymioty więcej nie powtórzyły się. Chory jest spokojniejszy — i trochę mniej skarży się na ból pod lewym kolaniem. Na twarzy, na tylnej stronie rąk i paley, na błonie śluzowej jamy ust po kilka grudek barwy bladuróżowej objętości małej główki od szpilki. Zaleciłem przemywanie jamy ust słabym roztworem kwasu bornego.

Dni następnych wysypka na twarzy i rękach stała się znacznie gęstsza i powoli rozszerzyła się na tułów i kończyny. Grudki zwiększały się w swej objętości i postępowo zamieniały się w pęcherzyki, wypełnione płynem surowicznym, który bardzo prędko przechodził w płyn mętny barwy żółtej. Wysypka najgęstsza była na policzkach pod oczami, na powiekach, na nosie, przy otworach nosa, na podbródku i na tylnych stronach rąk. Bardzo gęsta wysypka wystąpiła na skórze lewego dołu podkolanowego. Mianowicie, na przestrzeni 5—6 cent. kwadratowych grudki mieściły się ściśle jedna przy drugiej i wkrótce zamieniły się w pęcherze wielkości grochu z ropną zawartością. Po wystąpieniu wysypki na skórze lewego dołu podkolanowego ból, ograniczający się do skóry tego miejsca, zaraz zupełnie ustąpił.

Gdy grudki na twarzy i rękach zamieniły się na pęcherzyki, zastosowałem maść wyżej wspomnianą.

Zaleciłem smarować ją na kawałki płótna, przykładając do miejsc najwięcej zajętych przez wysypkę na twarzy i rękach, i umocowywać je bandażami. W ten sam sposób postępowałem z tułowiem i kończynami. Krósty ospowe w ciągu 48 godzin lub w czasie nieco dłuższym przysychały zupełnie.

Ciepłota ciała w ciągu pierwszych dni występowania wysypki

(21/X—23/X) była podniesiona ponad normę tylko wieczorami, a później była już ciągle zupełnie prawidłową i nawet pewien czas trzymała się niżej normy.

Po upływie 2¹/₂ tygodni od początku choroby po zastosowaniu kilku ciepłych kąpeli wszystkie strupy zeszyły, nie pozostawiając żadnych śladów po przebytej ospie.

Ostatni raz chłopca widziałem 22/XI—cieszył się jaknajlepszym zdrowiem.

Przypadek drugi.

22/XII 97. Stanisław D. przed trzema dniami ukończył dopiero piąty miesiąc życia. Ospa ochronna nie była szczepioną. Przed dwoma dniami rodzice spostrzegli na ciele wysypkę. Przez ubiegłe dwa dni dziecko było „rozpalone“, niespokojne, niechętnie ssalo pierś, źle sypiało.

Znalazłem dziecko dobrze odżywiane. Ciepłota ciała trochę podniesiona. Częstość tętna 108, oddechów 20. Na całym ciele a najwięcej na twarzy i rękach i na błonie śluzowej jamy ust bardzo gęsta wysypka grudkowata barwy bladioróżawej. Zaleciłem Saturatio natri carbonici + tra moschi do wewnątrz i przemywanie jamy ust słabym roztworem kwasu borowego.

23/XII. Ciepłota ciała prawidłowa. Tętno i oddech bez zmiany. Na twarzy i rękach bardzo liczne grudki zamieniły się na pęcherzyki z surowiczą lub już trochę mętną zawartością. Na reszcie ciała ilość grudek znacznie się spotęgowała. Zaleciłem zastosować maść Bataille'a na twarz, ręce, piersi i górne kończyny.

24/XII 39,1—38,3. Tętno 120, od. 20. Na twarzy i górnych kończynach wysypka w pewnym stopniu przyschła, a na piersiach przyschła zupełnie. Kazałem dalej stosować maść na twarz, ręce i tułów.

W ciągu dni trzech (25/XII—27/XII) chorego dziecka nie obserwowałem z powodu wyjazdu na prowincję. Przebieg ciepłoty w tym czasie był następujący: 25/XII 36,0—36,8; 26/XII 38,0—37,5; 27/XII 38,2—37,1. Maść była stosowana po kolei na wszystkie części ciała, a do wewnątrz była dawana mleczanek z kamforą.

28/XII 37,2—37,2 tętno 108, od. 20. Na tułowiu i górnych połowach kończyn są tylko ślady po wysypce pod postacią nie licznych już strupów, na przedramionach, rękach i stopach są pęcherze wypełnione ropną zawartością. Na twarzy, zwłaszcza pod oczami, około nosa i na czole bardzo liczne krosty. Na błonie śluzowej jamy ust bardzo liczne pęcherzyki z płynną zawartością. Dziecko ssie do-

brze, wypróżnienia ma prawidłowe. Zaleciłem maść na twarz, przedramiona i ręce.

29/XII 37,0—36,2. tętno 100, od. 20. Na twarzy i przedramionach krosty przyschły, pozostają jeszcze na części głowy pokrytej włosami, na rękach i stopach. Pęcherze w jamie ustnej zmniejszyły się w swej objętości. Zaleciłem dalej stosować maść na głowę, ręce i stopy. Do wewnątrz dziecko ciągle dostaje mleczankę z kamforą.

30/XII 38,8—39,7 t. 120, od. 20. W nocy dziecko było bardzo niespokojne. Krosty na głowie, rękach i stopach trochę przyschły. Skóra na tułowiu i kończynach silnie zaczerwieniona, zaczerwienienie skóry pod uciskiem palca znika. Od wczoraj było kilka wypróżnień zielonych. Głos trochę ochryply. Pęcherzyki na błonie śluzowej jamy ustnej poprzysychały. Zaleciłem łyżeczkę oleju rycynowego i dalsze podawanie mleczanki z kamforą, stosowanie maści wstrzymałem, a przepisałem proszek do przesypania Rp. Magisterii Bismuthii 8,0 Zinzi oxydati albi 2,0 Amyli pulv. 30,0 S.

31/XII 37,2—37,9. Tętno 108, od. 20. Dziecko poprzednią noc bardzo źle spało, było i jest ciągle niespokojne. Krosty na głowie, rękach i stopach poprzysychały zupełnie. Zaczerwienienie skóry na tułowiu i kończynach jednakowe. Zaleciłem zwyczajną kąpiel, a później proszek do przysypiania ciała.

1/I 98. 37,4—38,7. Dziecko źle spało; było ciągle niespokojne. Tętno 108, od. 20. Zaczerwienienie skóry trochę mniejsze, zresztą ssie dobrze i ma prawidłowe wypróżnienia. Zaleciłem znowu kąpiel i następnie obsypanie ciała proszkiem.

2/I. Stan bezgorączkowy. Tętno 100, od. 20. Dziecko spało lepiej i dzisiaj jest spokojniejsze. Zaczerwienienie skóry zupełnie znikło. Strupy po krostach łuszczą się bardzo obficie — zwłaszcza na rękach i stopach. Zaleciłem wcieranie oliwy.

4/I. Stan bezgorączkowy. Tętno 100, od. 20. Dziecko zupełnie spokojne, ssie dobrze, wypróżnienia ma prawidłowe. Oddzielanie się strupów bardzo obficie. Na skórze niema żadnych śladów na miejscu oddzielonych strupów. Zaleciłem kąpiele co drugi dzień do czasu zupełnego oczyszczenia ciała.

W pierwszym przypadku przysychanie krost przy stosowaniu maści Bataille'a posuwało się prawidłowo, nie będąc połączone z jakimkolwiek zaburzeniami. W przypadku zaś drugim w siódmym dniu stosowania maści zjawił się wysoki stan gorączkowy, wystąpiło silne zaczerwienienie skóry, silny niepokój, bezsenne noce, które po

paru dniach znikły. Zaburzenie to wystąpiło z powodu użycia przez rodziców dnia poprzedniego dużej ilości maści na zanadto wielkiej przestrzeni skóry chorego dziecka, u którego przedtem codziennie przez dni kilka maść była stosowana.

Krosty przysychały w ciągu 48 godzin albo w czasie o jedną lub dwie doby dłuższym. To zależało od dokładności przylegania plastrów do ciała. Mianowicie na tych częściach ciała, gdzie plastry można było dobrze utrzymać na miejscu przy pomocy bandażu (tuliów, kończyny), tam krosty przysychały w ciągu 48 godzin, a nawet i prędzej. Przeciwnie na miejscach, gdzie utrzymanie stałe plastrów — jak na twarzy — było połączone z wielu trudnościami, tam okres przysychania trwał dwa albo trzy razy dłużej. Przy stosowaniu maści ważne bardzo znaczenie miał ucisk, wywierany na krosty. W miejscach, gdzie nie można było stałe utwierdzać plastrów, a tylko należało wprost smarować maścią miejsca zajęte przez wysypkę — (jak powieki, okolica przy otworach nosa, przy ostworze jamy ustnej), tam okres przysychania krost ciągnął się znacznie dłużej.

W obu przypadkach po odpadnięciu strupów skóra na całej swej przestrzeni posiadała zabarwienie zupełnie prawidłowe, tak że miejsca, poprzednio zajęte przez krosty, niczem nie różniły się od tych miejsc skóry, które pozostały wolnymi od wysypki ospowej.

Pomimo bardzo gęstej wysypki ospowej, w obu przypadkach zupełny brak gorączki tak zwanego okresu ropienia (in stadio supurationis) i brak obrzęku skóry na twarzy i innych częściach ciała należy tem wytlómaczyć, że w obu przypadkach przy stosowaniu maści Bataille'a, krosty ospowe poprząsychały nim zdołały się zupełnie wykształcić, tak że właściwie proces ropienia został powstrzymany w swym rozwoju.

Kiedy należy przystępować do stosowania maści i w jaki sposób należy to czynić? Sądzę, że maść należy zacząć zaraz stosować, jak tylko stwierdzi się rozpoznanie ospy naturalnej. Wtedy przebieg cierpienia znacznie się skróci i z góry można mieć pewność, że po przebytej chorobie żadne ślady nie pozostaną. Maść należy tak stosować, aby przygotowane z niej plastry przy pomocy bandażu ściśle przylegały do miejsc chorych, zajętych przez wysypkę ospową. Przy stosowaniu maści trzeba mieć na uwadze, aby jednocześnie skóra tylko na niewielkiej przestrzeni była pokryta plastrami. Przynajmniej w ten sposób można zabezpieczyć się od nieprzyjemnego powikłania, jakie wydarzyło się w drugim przypadku. Wysypka ospowa zwykle najgęstsza jest na twarzy i tylnej powierzchni rąk, na te więc części ciała przy leczeniu największą należy zwracać uwagę, tembardziej, że

te części ciała nie pokryte odzieżą, powinny możliwie najmniej posiadać śladów po przebytem cierpieniu.

W końcu chciałbym zwrócić jeszcze uwagę na *objaw*, spostrzegany w pierwszym przypadku, mianowicie na *umiejscowienie w skórze bardzo silnego bólu* (w skórze lewego dołu podkolanowego) *w okresie choroby przed wystąpieniem wysypki, gdzie następnie zjawila się wysypka wysokiego natężenia*. U chorych ospowych w okresie przed wystąpieniem wysypki, bardzo częstym objawem jest ból w okolicy lędźwiowej kręgosłupa. Jednak bólu, ograniczonego do skóry pewnej części ciała, w której następnie wystąpiłaby bardzo mocna wysypka, nie zdarzyło się mi dotychczas ani razu obserwować, pomimo, że w ciągu kilkunastoletniej praktyki wielu chorych ospowych miałem w swej opiece.

Ponieważ przy stosowaniu maści Bataille'a otrzymałem wyniki nadszpiewanie pomyślne, więc z tego powodu śpieszę z ogłoszeniem tych przypadków, aby koledzy, mający w swem ręku obfity materiał kliniczny, przy częstych obecnie przypadkach ospy naturalnej, mogli sprawdzić wyżej podany sposób leczenia na większej ilości chorych.

II. O tętnie zwolnionem

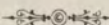
(BRADYCARDIA).

Według odczytu na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Gub. Kaliskiej.

Dnia 17-go września 1897.

napisał

Edward Beatus.



Od lat 7-miu obserwuję chorą, u której tętno promieniowe stale uderza od 20 do 24 razy na minutę. Chora ta, lat 78, dobrze odżywiana i prawidłowo zbudowana, doznaje od czasu do czasu zawrotów głowy i napadów padaczkowych z utratą świadomości. Granice serca prawidłowe. Tętno serca czyste, bez szmerów, skurcze serca zwolnione. W płucach i narządach brzusznych zmian chorobowych niema. Wątroba niewyczuwalna z pod łuku żebrowego. W moczu białko w dość skąpej ilości, wałeczków pod mikroskopem nie znalazłem. Od czasu do czasu występuje obrzęk nóg, który pod wpływem ciepła i diety mlecznej ustępuje. Po zaleceniu środków podniecających działalność serca: digitalis, kofeina, następnie kali jod, stan chorej polepsza się, zawroty głowy i napady padaczkowe prze-

chodzą, jednak tętno pozostaje to samo, 20 do 24 uderzeń na minutę, przytem twarde, pełne.

Nie mogąc objaśnić sobie, danego objawu zwolnionego tętna, przejrzałem dostępną mi literaturę przedmiotu i znalazłem co następuje: Już Stokes zauważył, że przy zwyrodnieniach tłuszczowych serca tętno bywa stale zwolnione. Znane są obserwacye, w których tętno uderzało 8 razy na minutę po zemdleńiu. Na jednym z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego w Londynie D-r Hewan zauważył, że od 72 roku życia puls jego stale uderza 24 razy na minutę, przyczem brak wszelkich przykrych dolegliwości. Russel zaznaczył, że zwolnione tętno, które spotyka się u osób starych, zależy zawsze od zwyrodnienia mięśnia sercowego.

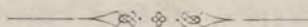
W ostatnich czasach zwrócono uwagę na zwolnione tętno, które bywa niekiedy 1) u pojedynczych osób, lub całych rodzin, nie przedstawiających żadnych zmian w sercu, ani też w układzie nerwowym; 2) u położnic, co podług Olshausena zależy od nienormalnej zawartości we krwi tłuszczu, zależnie od stłuszczenia mięśni macicy; 3) u poszczaących; 4) Bradycardia jako wyrażenie czystej niewrozy. Tętno czasami dochodzi do 20, szybki jednak ruch wywołuje bicie serca i tętno dochodzi od 120—140. Podobne zjawisko widzimy po użyciu zbyt wielkiem tytoniu, mocnej kawy, pod wpływem silnego bólu, albo nerwowego wstrząśnienia, co zależy zdaniem autorów od anemii mózgu; 5) w czasie aktu wymiotowego, występuje z początku w sposób wybitny tak zwane tętno nerwu błędnego, t. j. tętno bardzo duże, lecz powoli po sobie następujące. W końcu wymiotów z chwilą wyrzucania, t. j. przy końcu wymiotów, zwolnienie tętna zamienia się w przyspieszenie. Przyczyny tych zjawisk szukać należy w mocnem podrażnieniu nerwu błędnego, z drugiej strony we wpływie gwałtownych kurezów mięśniowych na napięcie tętnic. Objawowa bradycardia bywa: a) przy gościu stawowym, skutkiem czynnika reumatycznego, niszczącego błonę surowiczą serca, lub też mięsień sercowy. b) Przy tłuszczowem zwyrodnieniu serca puls spada niekiedy do 20 a nawet do 10 uderzeń na minutę. Podobne zwolnienie bywa u starych osób wskutek miażdżycowego zwyrodnienia tętnic wieńcowych i tętnic wogóle. c) Przy chorobach ośrodków nerwowych, meningitis tuberculosa, haemorrhagica, tumores et apoplexia cerebri, w napadzie mocznicy. d) Przy chorobach kanału pokarmowego; indigestio, wrzód żołądka, żółtaczka, peritonitis perforativa (Głuziński). e) W okresie zdrowienia po chorobach zakaźnych, tyfus, krupowe zapalenie płuc. f) Przy wadach zastawkowych aorty. g) Podczas napadu anginae pectoris.

W naszym przypadku oprócz zwolnionego tętna od 20 do 24 uderzeń na minutę mieliśmy jeszcze omdlenia, podobne do padaczkowych. Stokes był pierwszy, który opisał napady padaczkowe przy mocnem zwolnieniu tętna i przypuszczał, że objawy te zależą od otłuszczenia serca. Dalsze jednak badania nie potwierdziły tych przypuszczeń. W literaturze nie mamy ani jednego przypadku bradycardia bez omdleń, napadów padaczkowych, niby udarowych. (Chłapowski, Arnsztejn, Grib, Grasset). Po takim udarze mamy znaczne zwolnienie tętna (w opisanym przypadku Chłapowskiego 8 na minutę, 18—20 u Arnszteina), zależą one od zmian w samym mózgu, albo też są następstwem zmian cyrkulacyjnych w mózgu. Trzeba przypuścić, że czynność powolna serca jest przyczyną napadu; w mózgu następuje krótkotrwała niedokrewność, wywołująca zawroty głowy i utratę przytomności; jeżeli niedokrewność przedłuża się, to występuje omdlenie (syncope), które robi wrażenie napadu udarowego. Powyższe napady trwają kilka sekund, t. j. dopóty, dopóki trwa zupełna przerwa w czynności serca. Jak tylko czynność serca poprawia się, napady ustają i chory odzyskuje przytomność. Tak też było u naszej chorej, u której mieliśmy wybitną miażdżycę naczyń. Przypadki takiego zwolnionego stałego tętna są w ogóle rzadkie. Francuzi nazywają ten zbiór objawów: zwolnione tętno, omdlenia, chorobą Stokes-Adama, od nazwiska autorów, którzy tę chorobę opisali. Chłapowski proponuje nazwę Bradycardia chronica syncopalis, nazwa ta jest wymowniejszą. Biegański w swojej dyagnostyce różniczkowej nazywa chorobę tę Bradycardia nervosa.

Choroba ta występuje po wielkiem zmartwieniu, jak widzimy we wszystkich opisanych przypadkach. Omdlenia te wystąpiły u chorej, kiedy się dowiedziała o śmierci siostry.

Rokowanie do wyleczenia jest złe. W opisanych przypadkach śmierć nagle wystąpiła podczas napadu omdlenia. Jeżeli zupełne wyleczenie jest niemożliwe, to jednak znaczna poprawa nie jest wykluczona, na znaczny przeciąg czasu. (W naszym przypadku obserwuję chorą przeszło 7 lat). Lata całe mogą przemijać bez ciężkich napadów udarowych przy znośnym stanie zdrowia.

Przed kilku tygodniami wystąpiła u chorej opisanej pewna niedomoga serca, choć szmerów nigdzie nie mogłem wysłuchać, obrzęk nóg, omdlewania, pod wpływem digitalis objawy te przeszły. Tętno zwolniło się tak samo, jak powyżej opisałem. W moczu $3\frac{0}{00}$ białka.



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. *Patologia i Medycyna wewnętrzna.*

185. P. Courmont. **Nowa postać gruźlicy paciorkowcowej u człowieka.** (Arch. de med. experim. et d'anat. pathol. T. X. 1898).

Autor wbrew znacznej większości autorów mianem gruźlicy oznacza wszelki proces zapalny, który się pod postacią gruzelków objawia, jeżeli tylko czynnikiem je wywołującym są drobnoustroje; jest to pogląd broniony przez prof. Arloinga, mający zresztą nie wielu zwolenników we Francji.

Courmont szczegółowo opisuje przypadek bardzo ciekawy i nietypowy pod względem klinicznym,—gdzie rozpoznawano z wszelkiem prawdopodobieństwem *arthritis haemorrhagica tuberculosa* (wysięk krwawy do stawu bez żadnego uszkodzenia kości z przebiegiem postępującym; poprawa; wznowienie sprawy i rozprzestrzenienie jej; śmierć przy objawach ogólnego charłatawa po za szpitalem, co uniemożliwiło badanie pośmiertne zwłok). Autor bardzo troskliwie badał płyn oraz błonę maziową i znalazł na niej pomiędzy innymi liczne typowe gruzelki tuberkuliczne, lecz ani w płynie ani na skrawkach laseczników Kocha nie było; udało się natomiast autorowi wyhodować drobnoustrój z rodzaju paciorkowca, który szczegółowo opisuje pod względem morfologicznym i biologicznym.

Szczepiąc królikom i świnkom morskim do otrzewny lub podskórną czystą hodowlę wspomnianego mikroba albo wprost płyn ze stawu chorego aseptycznie wypuszczony, autor obserwował typową postać gruźlicy rozsianej u wspomnianych zwierząt, które zawsze po krótkim stosunkowo czasie zdychały. Doświadczeń takich wykonano 30 i ani razu ani w licznych wysiękach, jakie u zwierząt tych występowały, ani w troskliwie bałanych tkankach narządów lasecznika kochowskiego nie było, jakkolwiek pod względem anatopatologicznym istniały zupełnie typowe gruzelki tuberkuliczne. Natomiast zawsze autor odnajdywał odkryty przez siebie grzybek chorobotwórczy, wyosabniał go, hodował, dalej przeszczepiał z równie dodatnim wynikiem. Mikroba ten u zwierząt, zakażonych podskórną, nie znajduje się we krwi ale w gruzelkach, gdzie go można za pomocą drobnovidza wykazać i zkaż otrzymać można czystą jego hodowlę na buljonie, czy też na żelatynie. W ten sposób autor sądzi, iż udowodnił niezbicie istnienie nowej postaci gruźlicy u człowieka, niezależnej od lasecznika, lecz wywołanej przez nowy gatunek paciorkowca.

A. Lande.

186. G. Etienne. **O zapaleniach wsierdza przy gruźlicy i w szczególności o zapaleniach wywołanych przez lasecznik Kocha.** (Arch. de med. experim. et d'anat. pathol. T. X. 1898).

Przy gruźlicy jako powikłanie, dość często występuje zapalenie wsierdza; pomijając naturę miażdżycową tego cierpienia, najczęściej mamy tu do czynienia nie z infekcją gruźliczą lecz z zakażeniem wtórnym, jakie w przebiegu suchot nie należy do rzadkości — ropa jam zawiera jak wiadomo, mnóstwo drobnoustrojów zwyczajnych, gronkowców, paciorkowców, pneumokoków i t. d. Wywołać one mogą z jednej strony zakażenie ogólne, przerywając wolny bieg gruźlicy i przyspieszając zejście śmiertelne, z drugiej strony umiejscawiając się na zastawkach sercowych, sprowadzić mogą ich zapalenie. Jeżeli taka postać cierpienia tego jest względnie częsta, to do bardzo rzadkich należy zapalenie pochodzenia gruźliczego. Z istniejących opisów należy większą część wykluczyć, albowiem badanie nie było wykonane z należytą ścisłością, a po ich wykreśleniu w piśmiennictwie całem zostanie najwyższej kilka odnośnych spostrzeżeń wiarogodnych. Autor na klinice Spillmanna obserwował 5 przypadków zapalenia wsierdza u osób dotkniętych gruźlicą; z tej liczby u dwóch pacjentów niezawodnie sprawa ta była w bezpośredniej zależności od laseczników Kocha; przekonał się o tem autor dowodnie, gdyż świnki morskie, którym do otrzewny zaszczerpił kawałek dotkniętej sprawą zapalną zastawki, zdechły z objawami ostrej gruźlicy, co badanie pośmiertne narządów potwierdziło.

Pod względem anatomopatologicznym sprawa ta, jakkolwiek specyficzna, zazwyczaj niczem się nie różni od zapalenia, wywołanego przez gronkowce albo inne mikroby, gdyż zastawka na nie wszystkie jednakowo reaguje: tylko w przypadkach wyjątkowych sprawa ta ma cechę specyficzną gruźlicę zserowaciałego.

Należy jeszcze zaznaczyć, że zapalenie wsierdza często bywa za życia nierozpoznane, gdyż przyłącza się ono najczęściej w okresie końcowym gruźlicy wtedy, gdy wyniszczenie ogólne jest już znaczne a liczne szmery pozasercowe maskują tony serca, którego czynności są bardzo upośledzone.

A. Lande.

187. Hoffmann. **O wchłanianiu i wydzielaniu żelaza w ustroju ludzkim i zwierzęcym.** (Virchow's Archiv. f. Pathol. Anat. u. Physiol. T. I. 1898).

Z pomiędzy licznych poglądów na wchłanianie żelaza, najdłużej cieszył się uznaniem pogląd Bungego: twierdził on, iż żelazo w celach leczniczych stosowane, zupełnie nie bywa wchłonięte, a jego znaczenie terapeutyczne tłómaczył w ten sposób, iż zapobiega ono rozkładowi żelaza ustrojowego i całkowicie bywa wydalane z organizmu wraz z kałem pod postacią związku siarkowego. Późniejsze badania

(pomiędzy innymi Zaleskiego) zapatrywanie to zmieniły z gruntu, a praca autora ma też na celu wykazanie błędności tego poglądu.

W jednym szeregu spostrzeżeń Hoffmann dawał chorym na kilka tygodni przed śmiercią mniejsze lub większe dawki różnych przetworów żelaza, a następnie badał mikrochemicznie różne narządy i skrawki otrzymane porównywał z preparatami otrzymanymi z narządów innych mniej więcej podobnych i jednakowo karmionych chorych.

W drugim szeregu obserwacji autor dawał świnkom morskim ferrum oxydul. sacchar. solubile per os i podskórną i postępował jak wyżej.

Wnioski są następujące: Nietylko żelazo w pokarmach zawarte, ale i w dawkach leczniczych stosowane nieorganiczne związki tego metalu wchłaniane bywają w kiszkiach cienkich; przy większych dawkach lub dłuższym stosowaniu tego środka i jejunum przyjmuje niejaki udział w tej sprawie. Żelazo przez nabłonek kiszki wessane za pomocą komórek ruchowych (leukocyty) przez drogi limfatyczne dostaje się do ustroju; tu szybko i obficie nagromadza się żelazo w śledzionie, zwolna i tylko częściowo w wątrobie i to w komórkach swoistych obu narządów. Bez podawania do wewnątrz przetworów żelaza to ostatnie wydzielone bywa z ustroju przez grube kiszki w małej ilości, co przeważnie wyraża się w zmniejszającej się jego zawartości w śledzionie. Przy stosowaniu wewnętrznym żelaza to wydzielanie jego szybko i znacznie się potęguje; u świnki morskiej odbywa się ono przeważnie w okrężnicy, w znacznie mniejszym stopniu i w kiszce prostej. Proces ten odbywa się dzięki tym samym leukocytom.

I u człowieka ma miejsce nietylko wessanie pokarmowego żelaza, ale i nieorganicznych jego związków, częściowo gromadzi się ono w śledzionie i wątrobie, częściowo zostaje wydalone przez kiszki i w małym bardzo stopniu przez nerki. *A. Lande.*

188. Dr. A d o l f S c h m i d t. O wydzielaniu śluzu i jego znaczeniu dyagnostycznym w zapaleniach błon śluzowych. (Sammlung Klinischer Vorträge. № 202. 1898).

Autor rozróżnia dwie główne grupy substancji, tworzących śluz: nukleinę i mucynę. Pierwsze różnią się od drugich zawartością fosforu i są w związku z jądrami komórek. Nukleiny i mucyny należą do wielkiej grupy glikoproteidów. Śluz wydzielany przez organizmy zwierząt wyższych oraz człowieka w stanie normalnym, jest przeważnie mucynowym. Na błonie maziowej stawów oraz w żółci znajduje się w warunkach zwykłych śluz, zawierający substancje, nie należące do żadnej z wyżej wymienionych grup i dotychczas mało jeszcze zbadane.

Co się tyczy znaczenia śluzu dla organizmu, to autor znajduje podobieństwo pomiędzy nim a naskórkiem, ponieważ jest on środ-

kiem ochronnym dla błon śluzowych przeciwko skaleczeniu przez ciała szorstkie lub posiadające ostre brzegi, jak to widzimy w przewodzie pokarmowym; należy przypuszczać, że śluz chroni również od wpływów szkodliwych termicznych oraz chemicznych. W organach oddechowych śluz niedopuszcza do płuc kurzu oraz drobnoustrojów, które następnie zostają wydalone przez ruchy nabłonka migawkowego oraz kaszel. Śluz, często odnawiający się, jest złem podłożem dla mikroorganizmów: lecz pneumokoki oraz laseczniki Löfflera rozwijają się na nim dobrze. Przy zapaleniach błon śluzowych, śluz z wysiękiem zawierającym białko, staje się dobrą odżywką dla rozwoju bakterii.

Obecność w wydzielinie ciałek ropnych, zmieszanych ze śluzem, jest oznaką stanu zapalnego błony śluzowej. Dopóki komórki nabłonkowe, wydzielające śluz, są nieuszkodzone, w wydzielinie znajdujemy niewiele ciałek ropnych, otoczonych niewielką ilością śluzu, lecz gdy komórki nabłonka przestaną funkcjonować lub ulegną złuszczeniu, wtedy w wydzielinie zjawia się wielka ilość ciałek ropnych, otoczona cienką warstwą śluzu (phtisis ulcerosa).

Przy wydalaniu nagromadzonego śluzu mogą powstawać przeszkody: niezwykła ilość śluzu, osłabienie mięśni ułatwiających wydalanie śluzu, wreszcie trudne odrywanie się śluzu od błony śluzowej. Łatwe odrywanie się śluzu normalnego zależy od obecności pewnej ilości tłuszczu chemicznie podobnego do otoczki myelinowej włókien nerwowych. W razie małej ilości tego tłuszczu, śluz trzyma się mocno, a po oderwaniu pozostawia nieprzyjemne uczucie drapania. Włókna Curschmann'a, znajdujące się nie tylko przy astmie, lecz i przy zwykłym niezycie oskrzeli, zapaleniu płuc, nawet spojówki oka, tylko w mniejszej ilości, powstają dzięki temu, że nitka śluzu jednym końcem mocno trzyma się błony śluzowej, podczas gdy drugi swobodnie buja w oskrzeli poruszany przez prąd powietrza, w następstwie czego powstaje skręcanie się nitki koło swej osi.

Śluz ulega trawieniu w żołądku, czego dowodzi nieobecność w kale tej ilości śluzu z nosa, gardzieli etc., którą połyka się w zwykłych warunkach; jeszcze prędzej śluz ulega trawieniu w kiszce; większe ilości śluzu w kale pochodzą według autora z kiszki grubej; a zatem autor nie zgadza się z *Nothnaglem*, który swoim „żółtym ziarnkom śluzowym“ oraz „szklistym wysepkiem śluzowym“ przypisuje pochodzenie z kiszki cienkiej. Niektóre drobnoustroje rozpuszczają śluz, mianowicie lasecznik karbunkułu, tyfusowy oraz bakterium coli. Temu wpływowi mikrobów, można, zdaje się, przypisać brak śluzu w wydzielinie przy bronchoblennorrhoea, bronchitis foetida oraz bronchiectasia, chociaż komórki, wytwarzające śluz nie ulegają zanikowi. Autor twierdzi, że zanik błony śluzowej można rozpoznać na zasadzie nieobecności śluzu w wydzielinie tylko w razie wykluczenia możności strawienia go lub rozkładu przez bakterie. Na błonach śluzowych narządów moczowych, na łącznicy oka, w narządach oddechowych brak śluzu jest stanowczym dowodem zaniku, lecz na błonie śluzowej żołądka po zaniku komórek śluzowych, funkcje ich spełniają komórki dolnych warstw nabłonka.

W końcu swej pracy autor przytacza różne sposoby odkrywania obecności śluzu. Zwykła metoda z kwasem octowym, według autora, nie jest odpowiednią, ponieważ kwas strąca prócz mucyny i nukleoalbuminy, często znajdujące się w śluzie obok mucyny.

Przy badaniu za pomocą kwasu octowego zawartości żołądka lub kału nie udaje się wykryć śluzu, ponieważ jest on strawiony; mucyna rozszczepia się i wydziela ciała białkowe. Często już gołem okiem można skonstatować obecność śluzu. Zwykłymi barwnikami śluzu mucynowego są tionina i Methylgrün. Plwocina przy pneumonia crouposa, składająca się ze śluzu nukleinowego w połączeniu z ciałami białkowemi, barwi się mieszaniną *Ehrlich'a* (kwaśna fuksyna i Methylgrün) na kolor czerwony, a zwykła śluzowa na zielono.

H. Hirschfeld.

189. Praetorius z Antwerpii. **Autointoksykacja i albuminuria.**
(Berl. Kl. Woch. № 14. 1898).

Nauka Buchard'a o intoksykacji, rozpowszechniona w Niemczech przez Ewalda, rzuciła nowe światło na białkomocz naprzemienny, lecz brak jeszcze jedności poglądu w sprawie białkomoczu niezależnego od zapalnych stanów nerek czyli t. zw. czynnościowego (Senator, Buchard); wymaga on większej liczby dokładnych badań nerek w odnośnych przypadkach (Lecorché i Talamon). Nim to nastąpi, autor przytacza interesujący przypadek białkomoczu czynnościowego przemawiający na korzyść teorii pochodzenia tego objawu od toksyn wewnątrzustrojowych, a przynajmniej niezależny od znacznych cierpień nerek.

48-letni chory cierpiał od lat kilkunastu na przewlekłe obrzęknięcie wątroby z żółtaczką. Na 4 lata przed obserwacją autora, miał on żółtaczkę z bolesnością wątroby, po której dolna granica wątroby sięgała na 3 palce poniżej łuku żebrowego. W lutym r. 1894 po grypie trwale ogólne niedomaganie, utrata łaknienia i t. p. skłoniły autora do zbadania moczu, w którym wykrył białko w łatwo dającej się określić ilości, bez cylindrów, nabłonków i jakichkolwiek morfologicznych pierwiastków. Białkomocz znikał w początkach na 3—6 dni, dalej ilość białka zmienna była i wahała się od 0 do 2—3⁰/₀ w ciągu 24-eh godzin. Mocz nocny zawierał zwykle więcej białka niż późniejszy. Badanie każdej porcji moczu wykazało ściślej, że mocz oddany zrana w łóżku przed wstaniem nie zawierał białka, mocz w parę godzin później oddany po wstaniu zawierał największą ilość białka, najmniej było go w moczu wieczornym. Ilość białka w moczu po przyjęciu pokarmów nie zwiększała się. Mocz był jasny, c. g. 1012—1022, średnia ilość dobową 1500 grm., napieranie na mocz występowało już przy 200—250 grm.

Ani leżenie w łóżku, ani dyeta biała, ani środki czyszczące na to zachowanie się moczu wpływu nie wywierały.

W dalszym przebiegu stwierdzono wzrastające powiększenie wątroby, powiększenie śledziony, zaparcie stolca, brak łaknienia, bezsenność, nerwowość. W listopadzie r. 1895 chory dostał silnej żółtaczki z napadami kolki i oddał ze stołcem 2 pęcherzyki echinococci. Wskutku tego dokonano operacji i przez nakłucie tylnej powierzchni wątroby otwarto cystę, a po 14 dniach przez założone sączki odeszło wiele pęcherzyków. Po 6 miesiącach rana się zagoiła. Mimo, że żółtaczka trwała jeszcze około 4-ch tygodni, białko znikło z moczu natychmiast po operacji i od 1¹/₂ roku więcej się nie pojawia.

Nagłe zniknięcie białka po poprawie warunków krążenia i wydzielania w wątrobie, przypomina białkomocz ciężarnych, który według Softa i Caussade'a zależy od samozatrucia. W danym przypadku jednak nie było zapalenia nerek, było tylko według autora wskutku długotrwałego samozatrucia czynnościowe zboczenie w mięszu nerek. Ścisłejsze teoretyczne objaśnienie nie jest obecnie możliwe. Jakie mogło być pochodzenie toksyny? Mogła ona pochodzić z wessania zawartości cysty, znajdującej się pod wysokim ciśnieniem, lecz autor chętniej skłania się do przyjęcia według Gaucher'a prawdopodobnego wchłanianiu produktów rozkładowych z przewodu pokarmowego.

Podług teorii Caussad'a, istniejące w kiszkaach toksyny w stanie prawidłowym zostają albo rozłożone, albo zobojętnione za pomocą mało jeszcze wyjaśnionej czynności wątroby. Przemawia na korzyść tej teorii bliski stosunek żyły wrotnej do krążenia w krezkach, występowanie białkomoczu w chorobach wątroby, w zatkanium lub po przewiazaniu żyły wrotnej i częsty, bo w 68% według Buchard'a spotykany białkomocz w przeroście wątroby tłuszczowym. Autor spostrzegał w ostatnich czasach do 12 przypadków przechodniego, 2—6 dni trwającego białkomoczu z równoczesnym przechodniem powiększeniem wątroby bez żółtaczki lub gorączki, z zaburzeniami trawienia po których usunięciu białkomocz znikał. W przypadkach tych także nie było w moczu pierwiastków morfologicznych. Autor i te zatem przypadki zalicza do czynnościowego białkomoczu w skutku autointoksykacji. Wprawdzie Lecorché i Talamon wykazali, że wiele takich przechodnich białkomoczów kończy się wreszcie chorobą Bright'a i autor też wcale nie wyklucza możności przejścia niekiedy czynnościowego białkomoczu w nephritis interstitialis mniema jednak, że istnieje i białkomocz czynnościowy, zależny nie od nephritis, lecz od innych miejscowych i ogólnych cierpień i po usunięciu tych podstawowych chorób ustępuje. Ostateczne wnioski autora są następujące:

Białkomocz czynnościowy występuje pod postacią przechodnią lub naprzemienną, zależnie od przyczyny. Do przechodniej należy białkomocz po przyjęciu pokarmów w skutku przejściowych zaburzeń w trawieniu lub w czynnościach wątroby, po mięśniowych wysiłkach (u cyklistów). Przewlekła postać naprzemienna lub okresowa ma skłonność do przechodzenia w nephritis interstitialis. Białkomocz czynnościowy ma za przyczynę wewnątrzustrojowe toksyny, pochodzące albo z przewodu pokarmowego (dyspepsia, rozszerzenie żołądka, za-

parcie); lub z niedostatecznej asymilacji pierwiastków azotowych, przemiany materii (otyłość, atrytyzm, diabetes). Grać mogą przy tem rolę albo fermenty dyskrastyczne, powodujące zaburzenia w przyswajaniu lub wpływy troficzne (myxoedema, zbroczenia w rozwoju, choroby umysłowe). Również uczestniczy w etiologii wykluczenie czynności pewnych narządów (wątroby, grucz. tarczowego). Rozpoznanie opierać się winno na drobnowidzowem badaniu osadów moczowych, na braku objawów i następstw cierpienia nerek, a obecności wymienionych okoliczności przyczynowych. Trzeba pamiętać o możliwości przejścia w nephritis. Białkomocz dowodzi zmniejszonej odporności narządu. Rokowanie zależy od przyczyny podstawowej.

Rzeczniowski.

190. **O samozatruciu pochodzenia kiszkowego i o antyseptyce kiszek** (Ueber intestinale Autointoxication und Darmantiseptis). — Referenci: Müller (Marburg) i Brieger (Berlin).

Z XVI kongresu medycyny wewnętrznej w Wiesbaden z posiedzenia 15/IV 98. (Münch. Med. Woch. 17).

Spostrzeżenia kliniczne potwierdzają w zupełności fakt istnienia samozatrucia ze strony kiszek. Jednakże dane doświadczalne, potwierdzające samozatrucie, stanowią dotąd kwestyę otwartą, wymagającą dalszych potwierdzeń. Samozatrucie kiszek nastąpić może wskutek rozkładu zawartości kiszek z wytworzeniem trujących produktów rozkładowych, przy pośrednictwem przebywających w kiszkach saprofitów, jak tego dowodzą ciężkie ogólne objawy przy wielu ostrych postaciach chorób kanału pokarmowego, szczególnie u dzieci, i choroby skórne po pewnych pokarmach. Samozatrucie może wystąpić pierwotnie i wtórnie w chorobach zakaźnych. Rozkładowi zawartości kiszek sprzyja zastój zawartości w koprostasis, peritonitis i ileus — w ileus gra pewną rolę i samozakażenie (autoinfectio), nie tak doniosłą jednak, jak utrzymują badacze francuzcy. Prawidłowa błona śluzowa kiszek nie przepuszcza bakterij saprofitycznych, chorobotwórcze łatwiej przenikają przez nabłonek. Dlatego znajdują się we krwi u ssawców chorych na kiszki. Samozatrucia ze strony kiszek są analogiczne z zatruciami, spowodowanemi zepsutem mięsem lub mlekiem. Dlatego też więć autointoksykacye należy uważać jako zatrucia nie toksynami lub toksalbuminami — a środkami pokarmowymi.

Teorya samozatrucia (Brieger) opiera się na wykazaniu trujących substancji w moczu i pocie. Nauka o toksycznym działaniu moczu jest w wnioskach swoich niepewna, bo nie znamy dotąd ściśle toksyczności moczu prawidłowego.

Sole potasowe, uważane za główną przyczynę jadowitości moczu — są dla człowieka nieszkodliwe. Urotoksyczny współczynnik

Bouchard'a jest czynnikiem, wymagającym potwierdzenia. Należałoby otrzymać jad moczu w czystej chemicznej postaci.

Produkty rozkładu w kiszkaach (indol, fenol, scatol etc.) wydzielają się z organizmu jako eterosiarczany — połączenia nieszkodliwe.

Z substancyj trujących dotąd wydzielone zostały: toksalbumina z moczu chorego na różę (Brieger i Wasserman), z wymiotów chole-rycznego (Alt), z moczu przy ciężkiej postaci Gastroenteritis (Roos). Aceton i kwas octoowy nie stanowią dla samozatrucia charakterystycznych produktów wydzielania. Niejadowitość ich dowiedziona została przez odpowiednie próby inhalacyjne. Siarkowódór działa jadowicie w małym stopniu, lecz pomimo wytwarzania się w żołądku i w płucach w dużej ilości — nie znajduje się w moczu. Jedyną miarą jak dotychczas rozkładu zawartości kiszkowej — jest badanie w moczu eterosiarczanych.

Jadowitość potu można by przyjąć tylko tam, gdzie były wykluczone zanieczyszczenia drobnoustrojami. Toksyczność surowicy krwi jest chwiejna.

Co się tyczy środków antyseptycznych dla kiszek, Müller uważa zniszczenie drobnoustrojów w kiszkaach przez środki farmaceutyczne za niemożliwe. „Antiseptica interna“ powinny trudno rozpuszczać się w żołądku, aby działać w kiszkaach.

Żaden z proponowanych dotąd środków nie potwierdził działania przy łóżku chorego. Utrzymuje je tylko reklama fabryk. Kalomel działa więcej wypróżniająco, niż antyseptycznie. Jedynym skutecznym środkiem antyseptycznym jest energiczne wypróżnienie zawartości, a więc środek czyszczący lub przemywanie żołądka. Często skutecznie działa zmiana pożywienia.

Do tych terapeutycznych wniosków w zupełności przyłącza się Brieger, Ewald i Albu — uważając obok wypróżnienia kiszek za najskuteczniejsze środki pomocnicze: pobudzenie transpiracji, metody fizyczne dla usunięcia atonii żołądka i kiszek, i pobudzenie ogólnej przemiany materii. Quinke zachwala stosowanie wewnętrzne drożdży do 150 cc.

Rosenheim nie odrzuca działania antyseptycznego. Przy samozatruciach wywołujących objawy skórne stosuje z dobrym rezultatem mentol. Boas obok wypróżnień kiszkowych zwraca uwagę i na wydzielinę nerek. Przy autointoxicatio intestinalis zwykle ilość moczu bywa zmniejszona. Kalomel działa na kiszki i nerki — przeciwko gazom w kiszkaach stosuje R. kwas salicylowy.

Straus podaje następującą skalę środków antyseptycznych: w I-ym rzędzie chinol, thymol, actol; w następnym bismuth, β -naphtol, mentol, bismuthum salicylicum resorcinum — w ostatnim chloral, benzonaphtol, argentum solubile Credee. Najlepszymi okazały się mentol i thymol.

191. R. Kundrat i H. Schlesinger. **Przyczynek do rozpoznawania zrostów pomiędzy nowotworami odźwiernika a wątrobą.** (Zur Diagnose der Verwachsung zwischen Pylorustumoren und Leber). — (Mittheilungen aus. d. Grenzgeb. d. Medicin u. Chirurgie, 1897, Bd. II, H. 5, s. 727—731).

W kwestyi rozpoznawania tych zrostów, — co jest bardzo ważne nie tylko ze względów na rokowanie, lecz i ze względów na wskazanie zabiegu chirurgicznego, — *Kosenheim*, jak wiadomo, stawia na pierwszym planie zachowywanie się guza wobec ruchów oddechowych.

Znaczenie objawu tego *Minkowski* uzupełnia w ten sposób, że obecność jego sama przez się niema jeszcze żadnego znaczenia pozytywnego; dopiero wtedy możemy być pewni tego powikłania, gdy bezpośrednio uda się nam wyczuć obecność zrostów pomiędzy odźwiernikiem a wątrobą. Przeciwnie, możemy je z pewnością wykluczyć w tych razach, gdzie guz odźwiernika, będąc przytrzymywany palcami, zachowuje się wobec oddechu inaczej, niż wątroba.

Twierdzenie powyższe, jakkolwiek słuszne w większości przypadków, *K.* i *S.* modyfikują jeszcze, opierając się na następującem spostrzeżeniu:

47-letnia kobieta od roku doznaje uczucia ściskania i kurezów w okolicy żołądka. Od $\frac{1}{2}$ roku — wymioty, występujące regularnie w kilka godzin po przyjęciu pokarmu; wymioty bez domieszki krwi.

Przy przyjęciu chorej do kliniki chirurgicznej znaleziono: ogólne wycieńczenie; w dołku — wypuklenie, sięgające na lewo do łuku żebrowego, na prawo przechodzące nieco poza linię środkową. Przy oddychaniu głębokiem staje się widoczną ruchomość wypuklenia, — mianowicie przy głębokiem wdechaniu przesuwają się ono widocznie ku dołowi. Granice wątroby prawidłowe, brzeg jej ostry, wyczuwalny na całej przestrzeni, powierzchnia gładka.

Bezpośrednio z wątrobą graniczy twardy guz, o nierównej powierzchni, wielkości pomarańczy. Guz ten z lewej strony sięga łuku żebrowego, na prawo dochodzi do środka pomiędzy l. *mamillaris* i *parasternalis*, wreszcie — ku dołowi prawie do pępka.

Dolne granice guza dają się dobrze wyczuwać. Przy dotykaniu guza — znaczna bolesność; przy opukiwaniu oddźwięk bębnowy. Co się tyczy zachowania się guza podczas oddychania, zauważono: przy wdechaniu głębokiem guz przesuwają się widocznie ku dołowi, przy głębokim zaś wydechu — ku górze; ruchy te oddechowe odbywa guz jednocześnie z wątrobą i w tym samym stopniu.

Gdy jednak ująć guz w palce podczas najgłębszego wdechu, a więc przy jego położeniu najgłębszem, wówczas staje się nader widocznem przesuwanie wątroby ku górze przy wydechu; tymczasowo zaś guz żadnego oporu trzymającym go palcom nie stawia.

Badanie soku żołądkowego wykazało brak wolnego kwasu solnego i znaczną ilość kwasu mlecznego; rozszerzenia żołądka nie znaleziono. Reszta narządów brzusznych w stanie prawidłowym. Roz-

poznano — rak żołądka i odźwiernika i postanowiono zrobić enteroanastomozę.

Po otwarciu otrzewny okazało się, że żołądek, w okolicy odźwiernika przymocowany był zrostami do wątroby, zrosty te, dość szerokie, ciągną się od odźwiernika i krzywizny mniejszej ku tyłowi i ku górze aż do tylnej części powierzchni dolnej wątroby w ten sposób, że są zupełnie przykryte przez przedni brzeg wątroby; tylko więc unosząc go ku górze, można widzieć te zrosty.

Nowotwór zajął nie tylko odźwiernik, ale i znaczne części obu ścian (przedniej i tylnej) żołądka.

Wobec tego wszystkiego dalszej interwencji zaniechano i ranę zaszyto.

Przy badaniu chorej wszystkie dane przemawiały za tem, że i nowotwór odźwiernika nie jest połączony z wątrobą zrostami; przy operacyi jednak znaleziono je nawet dobrze rozwiniętymi.

Sprzeczność tę pomiędzy tem, czego się spodziewano, a co znaleziono, *K.* i *S.* objaśniają w ten sposób: ponieważ zrosty szły w kierunku ku tyłowi i ku górze od odźwiernika i małej krzywizny żołądka do dalszej powierzchni wątroby, przednia część zaś jej była od zrostów wolną, przeto, gdy guz sam ujęto palcami w czasie największego wydechu, zrosty te stanowiły oś, na około której wątroba poruszała się przy oddychaniu.

Na zasadzie tych stosunków anatomicznych, autorowie w ten sposób modyfikują twierdzenie: *Rosenheim-Minkowskiego* „jakkolwiek z większości przypadków obecność zrostów pomiędzy odźwiernikiem a wątrobą może być wykluczona, gdy nowotwór odźwiernika, będąc przytrzymany palcami, zachowuje się przy oddychaniu odmiennie od wątroby, — jednakże w razach pojedynczych, mianowicie tam, gdzie zrosty przechodzą na powierzchnię dolną wątroby i sięgają znacznie ku jej tyłowi, — zachowanie się guza przy ruchach oddechowych bywa także samo, jakim być powinno i przy nieobecności zrostów“.

A. Zajączkowski.

II. Choroby nerwowe.

192. *A. Czermak* z Lipska. **Korowe zakończenia tylnych pęczków.**
(Notiz betreffs des Rindenfeldes des Hinterstrangbahnen. Neurol.
Centralblatt № 4. 1898).

Z doświadczeń na kotach, którym niszczył rdzeniowe jądra tylnych pęczków, przyszedł autor do wniosku, że u kotów istnieje skrzyżowany układ dróg od jąder tylnych pęczków do mózgu, który przechodzi przez wzgórki wzrokowe a częścią przez jądra soczewicowate, wchodząc z nimi w zetknięcie przez boczne rozgałęzienia. Większość jednak długich włókien tylnych pęczków kończy się w jądrach thalami przedstawia zatem skrzyżowany układ dróg od jąder tylnych

peczków do wzgórków wzrokowych. Z wielu względów podobny układ jesteśmy upoważnieni przyjmować i u ludzi.

Na szczególną uwagę zasługuje ta okolica kory, w której kończą się włókna, przechodzące przez wzgórki wzrokowe. Okolice taka u kota jest przede wszystkim *gyrus coronalis* (przednia część gyri suprasylvii), zwłaszcza jego $\frac{1}{3}$ średnia; następnie granicząca część przednia gyri ektosylvii i przednia $\frac{1}{3}$ gyri supra splenii vel marginalis. Okolica ta leży ku tyłowi za fissura coronalis. Fissurae coronali odpowiada podług Meynerta w mózgu ludzkim fissura centralis, a gyrus coronalis odpowiada tylnemu zawojowi centralnemu. Monakow po odjęciu całego gyrus coronalis i $\frac{1}{3}$ cz. przedniej gyri marginalis spostrzegł zanik przedniej i środkowej okolicy centralnych jąder thalami, zanik lemnisci i jąder tylnych peczków po stronie przeciwległej. Porównyując to z wynikami badań autora i z patologicznym przypadkiem Flechsig-Hösela zaniku zupełnego lemnisci po dawnym zniszczeniu tylnego zawoju centralnego, rzecz można, że układ bezpośredni rdzeniowo-korowy kotów kończy się u ludzi w tylnym zawoju centralnym jako układ skrzyżowany.

Następuje pytanie, gdzie się kończy układ thalamo-corticalis, który dołącza się do głównych dróg układu rdzenio-wzgórkowego (Hinterstrangkern-Thalamussystem) a także do bocznie układu rdzenio-korowego (Hinterstrangkern-Centralrindensystem)? Monaków z doświadczeń na kotach wnioskuje, że głównie zniszczenie gyri coronalis i pogranicznych części gyri cruciati poster. i gyri ektosylvii anter. doprowadza do zaniku jądra thalami; według tego drogi od rdzenia, przechodzące poprzez wzgórki wzrokowe do kory, oraz obfite włókna dróg od rdzenia, kończące się we wzgórkach wzrokowych czyli właściwie ulegające przerwaniamu na swej drodze ku korze, kończyłyby się w jednym odcinku korowym.

Z tegoż odcinka kory odchodzi układ dróg piramidarno-bocznych. Marchi i Algeri sprawdzili, że wyluszczenie gyri sigmoid. powoduje zwyrodnienie układu piramidarno-bocznego po przeciwległej stronie; podobny wynik daje u kotów wyluszczenie górnej połowy gyri coronalis i przedniej części gyri suprasplenii vel marginalis i suprasylvii. Doświadczenia zatem autora w połączeniu z doświadczeniami wzmiankowanych badaczy potwierdzają tezę, postawioną przez Charcot'a na podstawie doświadczenia klinicznego, którą anatomicznie uzasadnił Flechsig, że odcinek kory położony w okolicy fissurae centralis przedstawia ostateczne zakończenia zarówno dróg ruchowych jak czuciowych, a specjalnie tylnych peczków.

Rzeczniowski.

193. Jürgens. O etiologii wielogniskowego stwardnienia mózgu. (Ueber die Aetiologie der multiplen Hirnsklerose. Odczyt w Tow. Lek. Berl. 23-go lutego r. 1898-go. Brl. Kl. Woch. № 14).

Osobliwy ten przypadek dotyczy 6-miesięcznego dziecka, pochodzącego z rodziny zdrowej. Choroba trwała 3 miesiące i zaczęła się

napadem drgawek ogólnych. W 2 tygodnie później drgawki powtórzyły się. W kilka tygodni szereg napadów drgawkowych, po których porażenie w ciągu kilku dni prawej kończyny górnej. Następnie co tydzień drgawki z utratą przytomności, a w przerwach przykurczeniach przejściowych kończyn górnych, zezowanie, apatya, śledzi za przedmiotami wzrokiem lecz po nie nie sięga, odruchowe wstrząśnienia mięśni za łada głośniejszym szmerem, płaczliwość, wychudnienie. Głowa duża 41 cm. obwodu, ciemię wypukłone, craniotubes, brak wymiotów, brak wzmoczenia odruchów w kończynach, przykurczeniach, umiarkowanego stopnia rachitis, ciepłota 38,5, w napadzie drgawek zejście śmiertelne.

Znaleziono w zwojach centralnych obu półkul ogniska twardości chrząstki, spłaszczone, okrągławe, wielkości monety 2 markowej. Prócz tego na powierzchni różnych okolic mózgu wyczuwa się palcem stwardnienia, częścią ograniczone, częścią więcej rozlane. Zabarwienie ich, jak również pnie matris przed nimi, mało zmienione. Komórki boczne bardzo rozszerzone, na ich powierzchni wyniosłości białoszarawe — ependyma zgrubiała. Na powierzchni Ttal. opt. i corp. striati podobne wyniosłości, wielkości grochu. Zgrubienia owe twarde, a niektóre jakby galaretowate i przeświecające, leżą w szarej i białej istocie mózgu i na przekrojach są wyraźnie ograniczone. Miejscami mocne unaczynienie w ogniskach twardszych mało naczyn. Odnogi mózgu, pons, medulla niezmiennione. W lewej półkuli mózdku także stwardnienie ogniskowe. Płyn komórek mózgowych wodnisty, prawie nie zawiera pierwiastków morfologicznych. W rdzeniu tylko w dolnej okolicy lędźwiowej nieznaczne stwardnienie. W sercu u wierzchołka lewej komórki stwardnienie szarawo-białawe 1 cm. szerokie, z osierdzia przenikające w głąb mięśnia sercowego, na przekroju okazuje się ograniczonym ogniskiem włóknistym. Mniejsze takie ogniska w wielkiej ilości w ścianie lewej komórki, szerszą podstawą zwrócone ku osierdziu. Toż samo w ścianie prawej komórki. Na zastawkach, w osierdziu, w naczyniach serca niema zmian. Drobnowidzowe badanie tej niezwykłej postaci myocarditidis dało wynik niespodziewany. Ogniska w ścianach serca okazały się ograniczoną sklerozą szczególnego rodzaju, posiadały alweolarną budowę. Alweole miały przegrody, składające się z jednorodnej tk. łącznej z pojedynczymi jądrami i małym unaczynieniem dokoła.

Istota kurezliwa zanikła, w przestrzeniach leżały różnej wielkości gruszkowate, okrągławe i owalne cysty. Owalne zawierały w środku małe, błyszczące jądro, w innych jądrowe niewidoczne. Autor uznał cysty owe za pasorzyty, — pierwotniaki. W miejscach bardziej oddalonych od ognisk sklerotycznych spostrzegano się wdrażanie pasorzytów do komórek mięśniowych. Włókna mięśniowe te były lekko obrzmiałe, niewyraźnie prążkowane, istota kurezliwa jednorodna, lśniąca, pasorzyty w nich wyglądały jako bardzo małe półksiężycowate, lub więcej okrągławe, niekiedy polimorficzne ciała protoplazmatyczne, w których autor nie znalazł jądra. Rosną one na koszt istoty kurezliwej aż do zupełnego jej wchłonięcia, a w otoczeniu powstaje zwolna tkanka sklerotyczna. Odezyn zapalny był jednak nieznaczny, częścią nawet naczynia zanikłe. W sklerotycznych ogniskach mózgu

znaleziono tegoż samego pasorzyta, można go więc uważać za przyczynę sklerozy.

Zmiany zresztą uznaje autor za takież same jak w rozsiaśnemi wielogniskowem stwardnieniu. Ostre przypadki tej choroby znane są w piśmiennictwie. Pasorzyty wkroczyły przez drogi krążenia. W więcej rozwiniętych ogniskach znajdowały się większe cysty, w ogniskach zaś galaretowatych spotykały się najmłodsze postaci pasorzytów w znacznej ilości, w nich także proliferacya neuroglii. W starszych ogniskach zanik pierwiastków nerwowych zwłaszcza pochewek myelinowych. Wogóle wyraźniejszy jest zanik istoty nerwowej niż rozrost tkanki śródmiaższowej. Świeży materiał z mózgu zaszczerpiono 3-m królikom, z tych 2 zdechły po 2-eh dniach, 3-ci po 8 dniach. Dwa pierwsze dały wynik badania ujemny, u trzeciego znaleziono myocarditis zupełnie identyczny. W układzie nerwowym zmian u tych królików nie było. Z 3-eh innych królików, którym szczepień dokonano w oko, 2 dotąd zdrowe, 3-ci po 12 dniach przedstawiał ciężkie objawy mózgo-rdzeniowe, lecz żyje dotychczas.

Pasorzyt podobnym się okazał do glucea Leidigii.

Rzeczniowski.

194. **Marinesco. Paraplegia z brakiem odruchów w skutku ucisku rdzenia.** (Sur les paraplégies flasques par compression de la moelle. Semaine médicale № 20. 1898).

Pierwszy Bastian zwrócił uwagę, że może istnieć myelitis transversa okolicy szyjowo-grzbietowej z brakiem odruchów i podał teorię tego objawu.

Autor opisuje 2 przypadki ucisku rdzenia z porażeniem kończyn dolnych i zniesieniem odruchów, a nadto w jednym z nich niezwykłe objawy: dysocycacyą syringomyelityczną czucia i t. zw. odruch contralateralis (Marie).

W pierwszym przypadku była caries kręgów 5—8 grzbietowych. W 2 miesiące po upadku z konia paraplegia. W 2 lata potem prócz porażenia stwierdzono zanik mięśni, znieczulenie zupełne, brak odruchów skórnych i kolanowych, porażenie zwieraczy odbytu i pęcherza ze znieczuleniem błon śluzowych tychże.

Badanie pośmiertne wykryło na poziomie caries vertebr. pachymeningitis anterior ze zgrubieniem opon do 7 mm., i uciskiem rdzenia, którego średnica w tem miejscu 3 mm., a budowa w przekroju zatarta. Zwyrodnienia wstępujące i zstępujące. Poniżej ucisku komórki w okol. lędźw. górnej przeważnie pęczkowe, ale i radykularne, badane za pomocą metody Nissla, lekko obrzmiałe, z zanikłemi wyrostkami, ze śladami zaledwie bryłek barwnych w zarodki i jądrem przemieszczonem ku obwodowi i wypukłonom. W innych komórkach bryłki barwne zebrane w 2 kręgi dokoła jądra i na obwodzie; wreszcie komórki z pustemi przestrzeniami (vacuolae). W mięśniach dolnych kończyn różne stopnie zaniku. Włókna zanikłe zachowały praż-

kowanie podłużne lub poprzeczne, lub są ziarniste (tłuszczowe), w innych całkowicie miejsce ich zajęły rozmnożone jądra sarkolemy. Niektóre pęczki nerwowo-mięśniowe obrzękłe. Naczynia rozszerzone. Nerwy śródmięśniowe również zwyrodniałe, po części zanikłe. Pnie n. cruralis i ichiadicus przedstawiają tylko lekkie obrzęk tk. łącznej, włókna zaś nerwowe w nich dobrze zachowane.

W 2-gim przypadku paraplegia wystąpiła natychmiast po postrzale w okolicy dolnego kąta lewej łopatki. Równocześnie było zatrzymanie moczu, trwające 2 tygodnie, i stolca nieco krótsze. Po 2-eh miesiącach stwierdzono prócz porażenia zanik mięśni d. k. szczególnie z lewej strony, przeważnie m. ksobnych uda i m. przednio zew. pow. goleni. Obrzęk stóp. Uczucie zdrętwienia w granicach od 9-go kr. grzbietow. wzdłuż tylnej pow. k. d., z przodu zaś od proc. xyphoid., na całym brzuchu i k. d. Na całej tej przestrzeni uczucie dotykowe zachowane, ciepłikowe i bólowe zniesione. W miesiąc później zupełne znieczulenie na stopach i goleniach; na udach i brzuchu istnieje jeszcze dysocycyca mniej wyraźna. Brak zupełny odruchów kolanowych, a perkusya ścięgna tricipitis z praw. str. powoduje kurcz mięśni ksobnych uda lewego. Incontinentia urinae et alvi ze znieczuleniem bł. śluzowych; odleżyny.

Badanie pośmiertne wykazało na wysokości 5 i 6-go kr. grzbietowego spłaszczenie rdzenia większe w jego połowie lewej. Rdzeń na przekroju przedstawia wyraźną budowę, zmniejszoną konsystencję i spłaszczenie w wymiarze przednio-tylnym. Lecz w dolnej części spłaszczenia istota szara zniszczona, na jej miejscu jama, zniszczona także i przyległa część pęczków tylnych. Ponad ugnieceniem zwyrodnienie wstępujące pęczków bocznych, poniżej — pęczków piramidalnych. W mięśniach i nerwach śródmięśniowych obrzęk i zwyrodnienie w mniejszym stopniu, niż w przypadku 1-szym i przewaga w zaniku pewnych mięśni już wymienionych, przepelnienie krwią naczyń aż do wybroczyn rozsianych. Wielkie pnie nerwowe niezmienione. Zmiany w komórkach rdzenia tegoż typu co w przyp. 1-szym tylko mniej rozwinięte. Zmiany dotyczą komórek radykularnych w dolnej okol. lędźwiowej i w okol. krzyżowej.

W epikryzie autor rozbiera obszernie mechanizm zniesienia odruchów. Znae są przypadki ucisku rdzenia szyjowo-grzbietowego ze zniesieniem odruchów (Kadner, Babiński), lecz w tych przypadkach zwyrodnienie pęczka piramidalnego nie było wykryte. W przypadkach, powyżej przez autora przytoczonych, nie było odruchów pomimo zwyrodnienia pęczków piramidalnych, które to zwyrodnienie przez tak długi czas uznawano za podkład anatomiczny wzmożenia odruchów. A jednak we wszystkich przypadkach myelitis transverseae completae, sprawdzonych na trupie, brakowało stale odruchów ścięgowych, skórnych i trzewiowych. Dla wytłómaczenia tego zjawiska w podanych przypadkach robi autor przegląd krytyczny odnoszących teorii, które podzielić można na 2 grupy.

Do pierwszej należy teoria Bastiana, polegająca na przypuszczeniu przerwania dróg nerwowych, niosących pobudzenia toniczne do komórek przednich rogów rdzenia; do drugiej teoria zatamowa-

nia (inhibicyi) Strinberga. Pośrednią jest teoria Eggera, przypisująca znaczny udział zanikowi mięśni. Wreszcie teoria van Gehuchtena, będąca dopełnieniem teorii Bastiana.

Autor analizuje bliżej 1-szą i ostatnią z tych teorii. Według Bastiana przekroju zupełne rdzenia w kierunku poprzecznym niweczy odruchy skórne i trzewiowe, których ośrodki leżą poniżej powierzchni przekroju. Nie pojawiają się też one później w następstwie zwyrodnienia pęczków piramidalnych. Skoro odruchy nie znikają w zupełności lub wracają, służy to za dowód, że przecięcie było niezupełne. Wtedy niema też zupełnego znieczulenia bólowego, a odruchy trzewiowe zwłaszcza pęcherza i kiszki powinny w części powrócić. (To ostatnie twierdzenie nie jest w zupełności słuszne jak dowodzą przypadki autora i innych). Teorię zatamowania odrzucania autor dla podanych przypadków. Eggerowi przypisuje zasługę zwrócenia uwagi na udział zaniku mięśni w zniesieniu odruchów ścięgowych, lecz nie zgadza się na odrzucenie przezeń wpływu mózdzku na odruchy. Wpływ ten wykazują zdaniem autora poszukiwania doświadczalne Luciani'ego, Russella, Ferrier'a, Turnera i dane kliniczne (Marie: *hérédo-ataxia cérébello* i inne). Wpływ ten zaznacza w swej teorii van Gehuchten, który przyjął pęczek zstępujący mózdzkowy Blanchi'ego i przypuszcza, że okolica Rolanda każdej półkuli łączy się podwójną drogą ruchową z jądrami nerwów ruchowych i drogą prostą — *cortico-spinalis* i drogą *cortico-ponto-cerebellosa* czyli *cerebello-spinalis*. Zniszczenie poprzeczne zupełne rdzenia przecina obie te drogi odśrodkowe, następstwem czego jest paraplegia ze zniesieniem odruchów; przeciwnie zniszczenie pęczka piramidalnego w przebiegu rdzeniowym powoduje paraplegiam ze wzmoczeniem odruchów. Autor wyznaje, że za mało jeszcze dowodów popiera tę pojętną hipotezę.

Porażenie stałe zwieraczy skłonny jest autor przypisać znieczuleniu tych organów (jak w wiadzie). W kwestyi zaś wpływu zaniku mięśni na brak odruchów radzi pamiętać, że zanik mięśni jest objawem wtórnym cierpienia ośrodków nerwowych, objawem, zależnym według autora od porażenia tonus troficznego komórek przednich rogów rdzenia (*angiomyopathia*). Brak też normalnych bodźców czuciowych, płynących od obwodu może się przyczyniać do zaniku mięśni. Zatem brak odruchów ścięgowych jest pierwotnie następstwem utraty toniczności w skutku zniszczenia przewodników odśrodkowych lub dośrodkowych i odśrodkowych jednocześnie, wtórnie zaś dołączający się zanik mięśni czyni brak odruchów stałym i absolutnym. Wypada ztąd, że mechanizm zniesienia odruchów w myelitis transversa jest skomplikowany. Musi być też odmiennie tłumaczony zależnie od tego czy istnieją lub nie zaburzenia czucia. Skoro czucie zachowane i łuk odruchowy rdzenia nietknięty, zniesienie odruchów zależy głównie od zniszczenia dróg odśrodkowych.

Mechanizm może być więcej zawikłany, gdy istnieją głębokie zaburzenia czucia. Normalny tonus komórek rogów przednich można uważać za sumę pobudzeń dopływających przez bocznicę korzeni tylnych, przez drogi zstępujące mózdzkowe, a może i inne nieznanne.

Skoro uczucie zupełnie jest zniesione w przypadkach zniszczenia rdzenia, dotyczącego i włókien mózdkowych, oba źródła pobudzenia tonicznego — źródło dośrodkowe i odśrodkowe wykluczają się wtedy — jest brak odruchów stały i absolutny. Wtedy istnieje też często zanik mięśni, który stanowi czynnik dodatkowy w mechanizmie zniesienia odruchów.

Co do dysocjacji syringomyelitycznej uczucia w 2-gim przypadku ucisku rdzenia, należałoby rozstrzygnąć, o ile biorą w tem udział zmiany w istocie szarej tylnej lub ucisk pęczków nerwowych. Autor uznając wrażenie bólowe i cieplikowe za modyfikacją wrażeń dotykowych, dokonywającą się w neuronach czuciowych pośrednich, skłania się do przypisania objawu zmianom w tych neuronach.

Istnienie odruchu drugostronnego poraż pierwszy stwierdzone zostaje w myelitis transversa w przypadku 2-gim autora. Objaw ten dowodzi istnienia włókien czuciowych skrzyżowanych i może wytłumaczyć znieczulenie połowiczne skrzyżowane Brown-Séquarda. Ponieważ przekroju tylnych korzeni po jednej stronie dokonane przez Motta i autora nie powodują zwyrodnienia w tylnych pęczkach po stronie przeciwległej, przeto autor i Brissaud wnoszą, że są to bocznie pozbawione myeliny, odchodzące od włókien radykularnych i krzyżujące się.

Ze zmian anatomicznych podnosi autor umiejscowienie ich w okolicy lędźwiowej, co dotychczas nie było zaznaczane. Co do rodzaju zmian komórkowych jest on typem t. zw. zmian wtórnych, t. j. takich jakie się spotyka po przecięciu nerwów obwodowych. Zmiany identyczne występują w ucisku rdzenia, po amputacji, w polyneuritis, i są zawsze jednakie w ośrodku, którego włókna nerwowe uległy przerwaniu. Gdy się je spotyka przypadkiem i w pierwotnych naruszeniach rdzenia stanowią oddziaływanie komórki na przerwanie ciągłości jej włókna osiowego. Komórki z wydrążeniami przedstawiają zmiany odrębne dzięki zapewne wpływowi jakiegoś postronnego czynnika (gorączka, odleżyny). Stałem jest również w przypadkach ucisku rdzenia oddziaływanie komórek pęczków tylnych, których cylindry osiowe wchodzą w skład pęczków istoty białej. Służy to za jeden dowód więcej, że oddziaływanie z odległości, następujące po zniszczeniu wyrostków nerwowych ma ten sam wygląd bez względu czy sprawa dotyczy neuronu obwodowego czy ośrodkowego.

Rzeczniowski.

III. Choroby dzieci.

195. Dr. H. Tribaulet. **Przyczynę do etyologii śluzowego lub błoniastego nieżytu kiszki u dzieci.** (A propos de certains détails d'étiologie de l'entérite muqueuse ou membraneuse chez l'enfant). Archives de Médecine des enfants N° 3. 1898.

Jakkolwiek symptomatologia śluzowo-błoniastego nieżytu kiszki

dość dobrze jest znana dzięki licznym obserwacyom, jednakże etyologia nie jest jasno określona. Autor przytacza cztery własne spostrzeżenia, rzucające na sprawę pochodzenia tych postaci chorobowych nowe światło. W przypadkach tych zaburzenia ze strony kiszek występowały w formie ostrej, niekiedy z objawami, świadczącymi o zajęciu otrzewny. Zaburzenia te kończyły się, gdy z wypróżnieniami wydalone zostały znaczne ilości śluzu. Szczegółowe badanie chorych wykryło we wszystkich przypadkach współistnienie cierpień błony śluzowej nosa lub gardzieli, jako to: ostry nieżyt błony śluzowej nosa, wyrosłe gruczolowe gardzieli, zapalenie tkanki gruczolowej gardzieli (adenoiditis). Co więcej, ilekroć wskutek jakiegokolwiek przyczyny następowało obostrzenie cierpień jamy nosogardzielowej, zaraz też występowały zaburzenia ze strony kiszek, tak iż te ostatnie można nawet było przewidzieć pomimo, iż ze strony dyety żadnych nie było uchybień, na karb których można by było złożyć te zaburzenia. Na zasadzie powyższych spostrzeżeń autor upatruje związek przyczynowy między cierpieniami jamy nosogardzielowej a niezłym błony śluzowej kiszek. Związek jest bardzo jasny. Przy cierpieniach błony śluzowej gardzieli wzmaga się wydzielanie śluzu, który dziecko ustawicznie połyka. Śluz ten przepelnia żołądek, o czem przekonanie się można, zadając choremu środek wymiotny.

Znacząca jednak część śluzu przechodzi przez kiszki i pojawia się w wypróżnieniach. Śluz ten nie jest zatem wytworem chorobowo zmienionej błony śluzowej kiszek. Z drugiej strony nie ulega wątpliwości, iż śluz, zawierający drobnoustroje chorobotwórcze, przechodząc przez kiszki, wywołać może w nich zmiany trwałe. Wtedy to wypróżnienia przyjmują charakter śluzowo-błoniasty. Sprawa staje się przewlekłą. Leczenie, rzecz prosta, winno być skierowane przede wszystkim przeciwko cierpieniom gardzieli. Przypadłości kiszkowe ustępują pod wpływem dyety mlecznej i kalomelu. *F. S.*

196. Dr. A. Kissel. **O odczynie Ehrlicha u dzieci.** (Archiv. für Kinderheilk. T. 24. Z. 5 i 6).

Odczyn dżazowy (odczyn Ehrlicha) podług przepisu samego wynalazcy otrzymuje się w sposób następujący: bierzemy 250 cm. sz. płynu, zawierającego na litr wody 50 cm. sz. kwasu solnego i 5 gr. kwasu sulfanilinowego i mieszamy go z 5 cm. sz. $\frac{1}{2}$ -procentowego rozczynu natri nitrosi.

Do pewnej ilości moczu dolewamy równą ilość powyższej mieszaniny, wstrząsamy i dodajemy amoniaku oraz potażu gryzącego do wystąpienia wyraźnego zasadowego odczynu, jeszcze raz wstrząsamy i pozostawiamy próbkę na 12 godzin. Przy tyfusie brzuszny mocz zabarwia się na kolor mocno czerwony, po 12 zaś godzinach tworzy się na dnie osad barwy szarej, niekiedy z odcieniem zielonym lub fioletowym. Osad ten niektórzy badacze uważali za charakterystyczny dla odczynu, inni zaś nie przywiązywali doń żadnej

wagi. Nissen utrzymuje nawet, że w moczu dzieci osad tworzy się rzadko, jakkolwiek odczyn może być bardzo wyraźny.

Trzymając się ściśle przepisu Ehrlicha, autor prawie zawsze znajdował u dzieci osad szary. Zbadał on moc 269 dzieci, pomiędzy którymi było 70 bez gorączki, zaś 199 gorączkujących. Z chorych pierwszej grupy odczyn dyazowy nie udał się u żadnego, w drugiej zaś grupie wynik dodatni otrzymano 80 razy, mianowicie w durze brzuszny (60 razy na 76 przypadków), w zapaleniu płuc włóknikowym (7 na 46), w gruźlicy (6 na 16) i w odrze (4 na 6). Przypadki duru brzusznego, w których odczyn Ehrlicha nie udał się, dotyczyły bądź chorych, którzy późno przybyli do szpitala, u których zatem odczyn mógł już zniknąć, bądź też takich, u których rozpoznanie nie było dość pewne. W przypadkach ciężkich odczyn występował przez czas dłuższy, niż w średnich i lekkich, w których zniknął po kilkodniowym trwaniu. W ostatnim okresie duru (przestankowym) rzadko można było wywołać odczyn. W razie nawrotu odczyn, który już znikł, powracał na nowo.

W zapaleniu płuc odczyn występował niezbyt silnie (w 15% przypadków). Nie zauważono, aby przypadki, w których odczyn występował, różniły się pod jakimkolwiek względem od pozostałych. Charakterystyczną przy tem cierpieniu jest rzadkość odczynu w porównaniu z częstością w durze. Przytem odczyn bardzo szybko zniknął. Co do gruźlicy również nie zauważono, aby przypadki, dające odczyn Ehrlicha, różniły się od tych, które odczynu nie dawały.

Wogóle w durze brzuszny spotykamy odczyn Ehrlicha prawie zawsze. Wprawdzie to samo powiedzieć można i o odrze, niema to jednak praktycznego znaczenia. W przypadkach zatem, w których podejrzewamy dur brzuszny, rozpoznanie tej choroby może być postawione z pewnością, jeżeli w ciągu 2—4 dni odczyn Ehrlicha występuje wyraźnie (naturalnie, odrę wyłączamy). Z badań swych autor wyciąga następujące wnioski:

1) Charakterystycznym dla odczynu Ehrlicha jest zabarwienie moczu na czerwono oraz szary osad.

2) Rzadko zdarzają się przypadki duru brzusznego bez odczynu Ehrlicha.

3) W zapaleniu płuc włóknikowym i gruźlicy odczyn występuje rzadko i nie tak stale, jak w durze brzuszny.

4) W większości przypadków odczyn jest tem wyraźniejszy, im cięższym jest przebieg duru.

5) Zmniejszające się natężenie odczynu w durze brzuszny wiastuje szybki koniec choroby.

6) Wraz z nawrotem odczyn, który już znikł, pojawia się powtórnie.

7) Odczyn Ehrlicha ułatwia rozpoznanie duru brzusznego zwłaszcza u bardzo małych dzieci.

F. S.

197. A. B a g i n s k y. Dalsze przyczynki do leczenia błonicy surowicą. (Archiv. f. Kinderheilk. T. 24. Z. 5 i 6).

Autor opiera swe wywody na 1324 przypadkach błonicy leczonych surowicą, z których 157 zakończyło się śmiercią, co stanowi 11,8⁰/₀, podczas gdy przed wprowadzeniem surowicy procent śmiertelności wynosił 37,5. W ostatniem półroczu śmiertelność spadła nawet do niebywalej cyfry 9,1⁰/₀. Dość przytoczyć powyższe liczby, by odeprzeć wszystkie zarzuty, tu i owdzie stawiane jeszcze surowicy. Spostrzeganie oddzielnych przypadków prowadzi do tych samych wniosków. Pomyślny ten wynik leczenia surowicą daje się zauważyć zarówno u dzieci starszych, jak u dzieci bardzo młodych. Powszechnie stwierdzono, że im wcześniej zastrzyknąć surowicę, tem pewniejszym jest zejście pomyślne. Cyfry autora dostarczają nowego na to dowodu: wśród chorych, którym surowica została zastrzyknięta pierwszego dnia choroby, śmiertelność wynosiła 1,07⁰/₀, u tych zaś, którzy otrzymywali surowicę siódmego dnia, 27,2⁰/₀. Ilość surowicy powinna być zastosowana do wieku chorego, stopnia złośliwości sprawy chorobowej i czasu, jaki upłynął od początku choroby. Potrzebną w każdym danym przypadku ilość surowicy lepiej zastrzyknąć odrazu. Powtórnie zastrzykiwać surowicę należy wtedy tylko, gdy mamy ku temu szczególnie wskazania, np. opóźnione oddzielanie się błon rzekomych lub zbyt długie trwanie gorączki. Bardzo wyraźny był wpływ surowicy na przebieg stenozy krtani. Procent śmiertelności wynosił tu 15,5, co w porównaniu z dawniejszą śmiertelnością należy uznać za fakt niezwykle pomyślny.

Objawy ze strony serca spostrzegane są teraz o wiele rzadziej, i w formie łagodniejszej, niż dawniej. Niebezpieczeństwo tych objawów rośnie w miarę, jak sprawa błonicowa ma czas do większego rozszerzenia się, a więc im później zastosowano surowicę. Dla oceny wartości leczniczej surowicy, doniosłe znaczenie posiada rozbiór przypadków, zakończonych śmiercią. Otóż z chorych tej kategorii znaczna część umiera w ciągu pierwszych 24 godzin od chwili przybycia do szpitala, a więc zanim działanie surowicy mogło się stać widoczne; u pozostałych przyczyną śmierci jest ciężkie ogólne zakażenie oraz liczne powikłania, wśród których główne miejsce zajmuje zapalenie płuc nieżytowe.

Co się tyczy ubocznego działania surowicy, to, jak wiadomo, najczęściej przypisują jej następujące objawy: 1) pojawienie się ropni w miejscu zastrzyknięcia; 2) podniesienie ciepłoty; 3) wysypki, przebiegające z gorączką; 4) zajęcie stawów; 5) zapalenie nerek i białkemocza oraz 6) przypadki nagłej śmierci. Pominąwszy kilka pojedynczych ogłoszonych dotychczas przypadków nagłej śmierci, których przyczyny nie zostały wyjaśnione, musimy zauważyć, iż wszystkie pozostałe objawy są natury przejściowej i nie pozostawiają po sobie szkodliwych następstw. Ropnie powstają wówczas, gdy zastrzyknięcie nie było wykonane aseptycznie. Co do ciepłoty, to po zastrzyknięciu surowicy obniża się ona. Jeżeli zaś pozostaje na jednej wy-

sokości lub nawet podnosi się, dowodzi to, iż ilość zastrzykniętej surowicy była niedostateczna. Jeżeli nie spada ona i po powtórnym zastrzyknięciu, to jest to zwykle wyrazem jakiegoś powikłania, co się też wkrótce wyjaśnia przy dalszej obserwacji chorego. Z wysypek, występujących po zastrzyknięciu surowicy, najczęstszą bywa pokrzywka, rzadziej widywano wysypkę podobną do płonicowej i odrowej. Są one zupełnie niewinne.

O wiele ważniejszy jest rumień (erythema multiforme), pojawiający się w 10—18 dni po zastrzyknięciu. Towarzyszy mu wysoka gorączka, osłabienie, obrzmienie twarzy i powiek, zapalenie łącznicy oraz znaczna bolesność i obrzmienie stawów. Zejście jednak *zawsze* jest pomyślne. Co do białkomoczu i zapalenia nerek oraz przypadków nagłej śmierci, to dotychczas związek ich z surowicą dowiedziony nie został.

Z początku autor używał surowicy również do uodporniania zdrowych dzieci, których bracia lub siostry zachorowali na błonicę. Nie zawsze jednak udawało się dzieci te uodpornić. Na 482 uodpornianych w ten sposób dzieci, zachorowało pomimo to 15 (3,1%). To też autor zaprzestał dalszych prób w tym kierunku tembardziej, że, jak się wyraża, przy wczesnem zastosowaniu surowicy do tego stopnia możemy być pewni wyzdrowienia, iż obawa niebezpieczeństwa jest zupełnie płonna.

Autor kończy swą pracę następującemi wnioskami:

1) Surowica okazała się środkiem, z zupełną pewnością leczącym błonicę, o ile zastosowana została dość wczesnie i w dostatecznej ilości.

2) Uodpornianie wystawionych na zakażenie dzieci z uwagi na zupełnie pewne działanie lecznicze surowicy, nie jest wskazane i powinno być ograniczone tylko do domów wychowawczych i szpitali.

F. S.

198. Wertheimer. **Leczenie krztuśca** (koklusz). (Münch. Med. Wochenschrift № 29).

Niżej streszczony sposób postępowania leczniczego zasługuje na uwzględnienie szczególnie w wczesnym wieku chorych. Według statystyki Rittera na 1162 chorych kokluszowych, przypadało 428 t. j. 37% na pierwszy rok życia. Wogóle przyjąć należy, że na pierwszy rok życia przypada $\frac{1}{4}$ część zapadających na koklusz. Niebezpieczeństwo zaś choroby samej w tym okresie wieku jest (według Vogla) 25 razy większe, niż u dzieci starszych.

Zabiegi higieniczno-dyetetyczne.

Świeże powietrze. Wpływ łagodzący świeżego powietrza na przebieg kokluszki niezaprzeczalnie jest uznany. Ullman spostrzegął ściśle, że przerwy pomiędzy napadami są trzy razy dłuższe i same napady wyraźnie łżejsze na świeżem powietrzu, niż w pokoju. Wi-

derhofer zaznacza, że prawidłowo przebiegający koklusz w lecie nie trwa zwykle dłużej nad 6 tygodni, poczynający się zaś w jesieni, kiedy obawy otoczenia częściej przetrzymują chorych w pokoju, ciągnąć się może miesiące całe. Wystawiając chorych na wpływ świeżego powietrza, należy uwzględnić następujące okoliczności: ponieważ powikłania choroby, szczególnie bronchopneumonia w żadnym z okresów krztuśca wykluczyć nie możemy, powinniśmy zwrócić uwagę, że przyłącza się ona najczęściej w 2 lub 3 tygodniu okresu kureczowego. Wtedy więc trzeba zachować pewną ostrożność w wystawianiu chorych na zewnętrzne wpływy atmosferyczne.

W lecie nie należy czynić ograniczeń co do przebywania na świeżym powietrzu.

W chłodniejszych porach roku unikać wiatrów północnych i północno-wschodnich.

W zimie wybierać dni słoneczne bez wiatru. Jednakże zimową porą dzieci słabowite, obciążone zбочeniami ogólnymi jak również dzieci we wczesnym wieku będące, należy bezwarunkowo pozostawiać w pokoju. Dzieci starsze i silniejsze nie wyprowadzać przy zbyt niskiej temperaturze. Jako dowód pewnej w tych razach indywidualizacji, służy przytoczony przykład, w którym dwaj chłopcy 6 i 7 $\frac{1}{2}$ letni w okresie kureczowym przebywali w czasie ciężkiej zimy, nie zważając na zawieje śnieżne i chłodne wiatry, codziennie przez parę godzin na świeżym powietrzu i w krótkim czasie pozbyli się choroby. Bywa jednakże i przeciwnie. W tym względzie trzymać się należy zasady, że wśród czynników, oddziaływających ujemnie na przebieg koklusu, złe powietrze pokojowe większą odgrywa rolę, niż złe powietrze zewnętrzne.

Zmiana miejsca zamieszkania działa dodatnio, jeżeli połączona jest z odpowiednią zmianą klimatu i jeżeli następuje po 3-cim tygodniu okresu kureczowego — przed tym czasem wyników nie spodziewano.

Z zastosowania świeżego powietrza w leczeniu koklusu wynika przedewszystkiem, aby powietrze w przestrzeni przez chorego zamieszkaną uczynić czystem i w chłodnych porach roku. W tym względzie niezbędne są następujące przepisy:

Chory zajmować powinien dwa pokoje, obszerniejszy z nich — sypialnia. Co 3 godziny pokój zmieniać. W czasie zmiany (o ile się da i nocą), otwierać okna.

Temperatura pokoju 15—16° w dzień, nocą 10—12° —przyczem chory winien być otulony szczelnie kołdrą.

Ogrzewać pokoje drzewem (jednoznaczna na wagę ilość węgla kamiennego pochłania dwa razy tyle tlenu z powietrza, co twarde drzewo).

Oświetlać, o ile można bez zanieczyszczenia atmosfery pokojowej. Dywany, portyery, wyściełane meble z pokoju usuwać. Wraz z chorym pozostawać winna jedna tylko osoba. Wydzieliny chorego zbierać w naczynia z dezynfekującym płynem (5% karbol, 0,1% sublimat). Miejsca podłogi, zawałane wydzielinami, zmywać temiż płynami.

Wykonanie wyżpodanych przepisów często jest trudne. Zastosowanie ich jednak dodatniej podziała na przebieg koklusz, szczególnie zimową porą i u ssawców, niż domieszki do atmosfery pokojowej karbolu, krezotolu, albo olejku terpentynowego.

Dyeta w koklusz winna być umiarkowana, pożywna i strawna. Dzieciom, często w czasie napadów wymiotującym, podawać potrawy, o ile można, zaraz po napadzie i wykluczyć z jadłospisu łatwo kruszące się pokarmy (suchy chleb, ciasta). W przypadkach, gdzie samo przyjmowanie pokarmów wywołuje zawsze napad kaszlu, należy je podawać rzadko, ewentualnie w postaci sztucznych środków pokarmowych.

Wszelkie słodczyce działają szkodliwie.

Czarna kawa, polecana w koklusz przez lekarzy francuskich, działa dodatnio. Autor chętnie stosuje ją u starszych dzieci w ilości paru łyżeczek po każdym jedzeniu. Wydaje się, jakoby wtedy napady po jedzeniu następowały rzadziej.

Psychicznych pobudzeń unikać należy. Gniew, krzyk, śmiech, płacz, skakanie, bieganie wywołują parokszymy kaszlu.

Środki farmaceutyczne. Z całej masy stosowanych środków autor uwzględnia: narcotica, bromoform, bromki alkaliów, chininę i antypyrynę. Nie jest zwolennikiem morfiny. Więcej się skłania ku użyciu belladony — tam, gdzie inne środki zawodzą — u starszych dzieci w połączeniu z chininą, antypyryną lub bromkami. Kombinacja ta często łagodzi objawy. Stosowana formuła: Ammon: bromati 0,1—0,2 Extr.: Belladonae 0,005, 2—3 razy dziennie w proszku, lub raz dziennie późno wieczorem.

Przy stosowaniu *bromoformu* nie spostrzegął autor widocznego wpływu na przebieg. U dzieci w 1-szym roku życia, pomimo ostrożnego dozowania, zauważył często stany apatyczne i utratę łaknienia. Radzi ostrożność w stosowaniu bromoformu, powołując się i na spostrzeżeniu Ungera, według których bromoform sprowadza zwyrodnienia tłuszczowe, i na coraz częściej pojawiającą się kazuistykę otruc bromoformem.

Bromki uważa za adjuvantia, w stosowanych formułach specjalne wskazania mają przy nerwowych podrażnieniach w czasie koklusz.

Na szczególniejsze uwzględnienie zasługują chinina i antypyryna. Chinina w odpowiednich dawkach u dzieci niżej roku wywołuje zaburzenia kanału pokarmowego. Autor w ostatnich latach posiłkuje się wyłącznie antypyryną w dawkach: do pierwszego roku życia po 0,03—0,05 dwa lub trzy razy dziennie, stosownie do częstości napadów, w 1—2 roku 0,1—0,5 pro dosi. U starszych dzieci dawka pro die wynosi tyle decygramów, wiele dziecko ma lat — po paru dniach powiększa się ją o połowę stopniowo w dalszym ciągu podwajając. Nie przekracza się dawki dziennej po nad 1,5. Najodpowiedniej rozdzielić dawkę dzienną na dwie dozy słabsze, podawane we dnie, i jedną silniejszą wieczorową, stosowane zaraz po napadzie.

Podobne umiarkowane podawanie antypyryny nigdy nie wywoływało działań pobocznych.

Działania ujemne w dotychczasowym stosowaniu antypyryny przedsię należy przypisać nieodpowiedniemu zachowaniu się higienicznemu albo nadmiernemu podwyższaniu dawek.

Jedną ostrożność winna być zachowaną: badanie moczu na białko — stosowanie antypyryny wymaga zdrowych nerek. Działania antypyryny jest czysto objawowe: uspokajające i przeciwkurezowe.

Przy przyłączającej się do kokłuszu zapalnej sprawie płucnej należy antypyrynę i wszelkie inne środki odstawić. Występującym w tych razach wskazaniem odpowiada najlepiej kamfora.

Środki wykrztuszające mogą być podawane w zwykłym przebiegu kokłuszu. Najodpowiedniejszym z nich będzie woda Emska lub Gleichenberska, u młodszych dzieci 3—4 razy dziennie po łyżce stołowej u starszych po pół filiżanki. W przypadkach lekkich można się na stosowaniu wody mineralnej ograniczyć — bez podawania lekarstw. W końcu, co się tyczy terapii miejscowej kokłuszu — nie wydała ona odpowiednich rezultatów — należy ją zarzucić, tem więcej, że zestawienie objawów kokłuszu nie doprowadza do wniosku, aby przyczyną jego była miejscowa infekcyja błony śluzowej, pewną ulgę sprawiają u starszych dzieci stosowane 2—3 dziennie inhalacye z roztworu kwasu karbolowego (1%), bromku potasu (3—4%) lub olejku terpentynowego (parę kropli w naczyniu z gorącą wodą.

Sunderland.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

NOWE LEKI.

199. **Aether jodatus** (Jodaethyl) $C_2 H_5 J$ jest to czysty, bezbarwny płyn, zapachu eterycznego, mało rozpuszczalny w wodzie, łatwo natomiast w wyskoku i eterze. Ciężar właściwy wynosi 1,940. Punkt wrzenia 70—75° C. Preparat ten powinien być dobrze zabezpieczony od wpływu światła, od którego łatwo ulega rozkładowi i czerwonemu zabarwieniu. Jodaethyl stosowano dotąd dla wywołania pośredniego działania jodu w przewlekłym gościecu, astmie, przymiocie, żołączach, bądź wewnątrznie, bądź też pod postacią wdechań. Ostatnie doświadczenia Linossier i Lannois (Sem. Méd. 1897) wykazały, że w preparacie tym mamy doskonały środek do wprowadzania do ustroju jodu pod postacią pędzlowań zewnętrznych; badania te wykazały, że po 10,0 Jodaethylu wykrywa się w moczu 820 mgr. jodu co odpowiada 10% stosowanego preparatu.

O wiele mniej jodu wchłania się przy stosowaniu nalewki jodowej lub też jodoformu, wobec czego aether jodatus stoi wyżej od wspomnianych preparatów, gdy chodzi o wywołanie ogólnego działania jodu przez zastosowanie zewnętrzne. Zabezpieczenie posmarowanego miejsca przez pokrycie go watą lub też ceratką znakomicie ułatwia wchłanianie się jodu.

Lek ten przepisuje się zwykle w następujący sposób:

Rp. Aetheris jodati 2,0.
i t. d. N. III.

ad vitr. nigr. S. Wetrzeć zawartość jednej fiaszeczki pomiędzy łopatką i zaraz miejsce to przykryć watą.

H. K.

200. Dr. Leitz z Monachium zdaje **sprawozdanie ze wszystkich przypadków szkarlatyny**, spostrzeganych w tem mieście przez przeciąg lat dziesięciu. Ogólna liczba przypadków wynosiła 9864, z tych 833 leczyno się w poliklinice. Najwyższa śmiertelność wynosiła 15%, najniższa 2,6%. Badanie bakteryologiczne krwi dawało zazwyczaj wynik ujemny. W trzech septycznych, bardzo ciężkich przypadkach, z zejściem śmiertelnym otrzymano hodowlę streptokokków. Protozoów Doehlera nie znalaziono ani razu.

Co się tyczy wieku, to połowa wszystkich przypadków przypada na dzieci od lat 2 do 5. Ilość powikłań była bardzo znaczna; w przypadkach zakończonych zejściem śmiertelnym spostrzegano następujące powikłania:

Zgorzelinowe zapalenie gardła	26	razy
Zapalenie nerek	16	„
Szkarlatynę złośliwą	16	„
Zapalenie osierdzia, wsier-		
dzia i mięśnia sercowego	9	„
Zapalenie płuc i opłucny	7	„
Błonicę	5	„
Zapalenie opon mózgowych	3	„
Obrzęk nągłośni	2	„

Powikłanie szkarlatyny przez inną chorobę zakaźną spotykało się dość rzadko:

Błonica	8	razy
Różyczka	3	„
Koklusz	4	„
Ospa wietrzna	1	„

Dwa razy tylko spostrzegano nawroty szkarlatyny; w jednym przypadku po roku, w drugim po dwóch latach. Wysypka wracała niekiedy po 8—10 dniach.

Powikłanie przez zapalenie nerek zależy po części od pory roku i od warunków zewnętrznych (pożywienie drażniące). Według autora charakter epidemii ma duży wpływ na zjawienie się nefrytu. Leżenie w łóżku i dyeta mleczna nie zawsze zapobiegają temu powikłaniu.

Badania bakteryologiczne błon w gardle doprowadziły autora do znanego i powszechnie przyjętego wniosku, że tak zwana błonica szkarlatynowa nie ma nic wspólnego z błonicą prawdziwą, wobec tego dla seroterapii nie ma w tych przypadkach żadnych wskazań.

H. K.

201. Prof. Dreschfeld zaleca **we wrzodzie żołądka** stosowane przez niektórych klinicystów **duże dawki bizmutu**. Radzi on dawać trzy razy dziennie po 2—3 gramów bismuthi subnitrici w wodzie. Bóle i wymioty ustają, trawienie poprawia się, wyzdrowienie następuje dość szybko. W ten sposób traktował on przeważnie przypadki przewlekłe, jednak i w kilku przypadkach ostrych, po świeżych wymiotach krwawych, wynik leczenia był pomyślny. Dwa przypadki wrzodu okrągłego, w których sposób powyższy nie odniósł skutku, leczone były podług Fleiner'a (przemycie żołądka i następcze wprowadzenie przez sondę 20—30 gramów bizmutu, zawieszzonego w wodzie).

The Lancet 5/III 1898.

F. S.

Z XVI kongresu medycyny wewnętrznej w Wiesbaden, posiedzenie 15/IV 98. (Münch. Med. Woch. 17).

202. 1) Matthes (Jena) podaje następujące dane co do **odeczynu zawartości kiszek cienkich**. Badania wykonywał na ludziach z przetokami kiszki, na świeżo rezekowanych psach i szurach; a) rodzaj przyjmowanego pokarmu, ani czas upływający po przyjęciu nie wpływają widocznie na odczyn kiszek cienkich; b) w warunkach prawidłowych odczyn zawsze bywa jednakowy; c) odczyn kiszek jest alkaliczny, zależny w pierwszej linii od połączeń węglanowych, w drugiej fosforowych; d) zawartość kiszek jest nasycona kwasem węglowym, co stanowi optimum dla działania fermentów; wskazaciele, czułe na kwas węglowy (Laemus, Phenolphthaleina, Curcuma) wykazują kwaśną reakcję; e) w zawartości kiszek istnieją wolne kwasy tłuszczowe bez wpływu na odczyn zawartości; f) nadmiernemu zbieraniu się kwasów tłuszczowych przeszkadza długie przebywanie tłuszczu w kiszkiach.

2) J. Müller (Würzburg) utrzymuje, że **węglowodany pokarmów powstrzymują wydzielanie acetonu** u zdrowych, gorączkujących i diabetyków cięższych stopni. W doświadczeniach M. cukier, wprowadzany przez kiszkę (w ilości 50—60 cc.), nie wywierał wpływu na wydzielanie się acetonu. Taką ilość, przyjmowaną do wewnątrz powodowała zmniejszanie się. Z tego autor wnioskuje, że aceton powstaje w kiszkiach. Nie przemawia przeciwko temu acetonuria głodzonych, ponieważ i u takich następuje rozkład białka w kiszkiach.

3) Friedel Pick (Praga) w 38 przypadkach pneumoniae 31 razy zauważył, że w 24—28 godzin po nastąpieniu przelomie choroby **mocz** dotąd mocno kwaśny—**reaguje neutralnie**, a często **alkalicznie**. Trwa to 24—36 godzin — poczem odczyn znowu zmienia się na kwaśny. P. uważa wzmiankowany objaw za następstwo wchłaniania z wysięków dużej ilości połączeń sodowych.

4) Bart proponuje **podawanie tabletek ooforyny u artrytyczek** ze względu, że u 80% z nich choroba rozpoczyna się łącznie z okresem klimakterycznym — analogicznie z rezultatami Senatora i innych, którzy podawali ooforynę z dobrym skutkiem w zaburzeniach krążenia następujących po ustaniu regularności — tem więcej, że przy czynie artrytyzmu dotąd jest nie wyjaśniona.

S.

V. BIBLIOGRAFIA.

Dr. Georg Gellhorn. *Ueber die Resultate der Radical-Behandlung des Gebärmutter-Scheidenkrebses mit dem Glüheisen* — str. 90.
Berlin, 1898. Verlag von S. Karger.

Dotychczasowe wyniki leczenia radykalnego raka macicy nie zadowalniają nikogo z grona wybitniejszych chirurgów i ginekologów, bo chociaż odsetka śmiertelności w wycięciu macicy rakowatej przez pochwę zmniejszyła się znacznie, jednak ilość nawrotów choroby, występujących w dodatku dość wcześnie, bo w pierwszym zaraz roku po operacji, jest dość znaczna.

Statystyka z końca roku 1886 wykazuje 14,8% śmiertelności w wycięciu macicy rakowatej przez pochwę, w ostatnich latach — 9,1%, a ilość nawrotów stanowi 77% operowanych. Tak częste nawroty tłumaczą sobie jedni nie dość radykalnem operowaniem, drudzy zaszczepianiem raka (*Impfinfection*) podczas operacji. Zwolennik tego ostatniego poglądu, *Winter*, radzi wypalać żegadłem Paquelin'a masy rakowate, zaszywać ujście zewnętrzne i zmieniać narzędzia przed przystąpieniem do samego wycięcia macicy. Zdaniem autora nie wystarcza to jeszcze. Świeżo otwarte naczynia krwionośne i chłonne mogą uleść zakażeniu komórkami rakowatymi podczas operowania nożem, a zapobiega temu stosowanie w operacji rozpalonego żelaza, jak to polecił *Mackenrodt*.

Autor opisuje używane przez *Mackenrodta* pałeczki żelazne i podaje obszernie sprawozdania z 39 przypadków, operowanych nowym sposobem. Z tych 17,9% zakończyły się śmiercią, a w 9,4% wystąpił nawrót choroby w czasie od $\frac{1}{2}$ roku do $2\frac{1}{2}$ lat, a w 87,1% nastąpiło „zupełne wyzdrowienie“. Takie znakomite, zdaniem autora, wyniki zawdzięczamy tylko nowemu sposobowi operowania rozpalonem żelazem, które pozwala na najradykalniejsze zniszczenie, dotkniętych rakiem tkanek i zapobiega zaszczepianiu raka w świeżej ranie, a więc nawrotowi cierpienia.

Przyznajemy otwarcie, że ani cyfry autora, ani przesłanki dowodowe nie przekonały nas zupełnie. Bo posłuchajmy, co autor nazywa „zupełnem wyzdrowieniem“. „Jeżeli po operacji raka sutki w ciągu 2 lat niema nawrotu, a po upływie tego czasu występuje znowu rak pod blizną, to wtedy chorobę należy uważać za raka pierwotnego, który w tem samem miejscu po raz wtóry powstał. Toż samo z rakami macicy, które dlatego powstają poraz drugi w bliznie, że macica (której już niema—przyp. refer.) jest u kobiet loc. praedilectionis dla raka. Ilustrując swe rozumowanie przykładem podaje autor do wiadomości, że z 15 chorych, operowanych przez *Mackenrodta*, wszystkie po upływie pewnego przeciągu czasu zmarły, jedna zaś przez całe 5 lat nie miała nawrotu choroby, a dopiero od 8 tygodni

rak znowu się nad bliźną pokazał. Zdaniem autora, należy uważać to odnowienie raka za chorobę świeżo powstałą, a pacjentka powinna figurować w statystyce jako „zupełnie uleczona“.

Jest to może dobrem dla statystyki, ale przecież nie może zadowolnić ani chorego, ani sumienia lekarza. Gdy człowiek chory na raka umiera jednak następnie z tej choroby, to przecież żadna operacja, która na czas pewien i w pewnym ograniczonym miejscu usunęła chorobę lub jej objawy, nie może rościć prawa do miana „zupełnie uzdrawiającej“. Terapeuta nie będzie uważał za zupełnie wyleczonego pacyenta, u którego np. gruźlica szczytu prawego płuca uległa zablźnieniu, gdy ten po 2 latach zjawi się z gruźlicą lewego płuca. Nie będzie też uszczęśliwiony, że udało mu się wyleczyć gruźlicę płuc, ponieważ chory przez kilka lat nie miał większych ze strony płuc objawów, gdy chory ten umrze z powodu zapalenia gruźliczego otrzewny. Zgodzić się z takim określeniem „zupełnego wyzdrowienia“, jakie podaje autor, nie można. Jeżeli je nawet przyjąć, to wtedy tylko 7 przypadków z 39 należałoby uważać za uleczone, a więc około 18⁰/₁₀₀, a nie 87,1⁰/₁₀₀, jak autor podał, nie czekając dla reszty przypadków „wyzdrowienia“ nawet dwuletniego terminu, jaki sam sobie wyznaczył. Jeżeli porównamy wyniki operowania raka macicy, sutki i krtani, to musi nas uderzyć rażąca ilość niepomyślnych wyników w operacji raka macicy w porównaniu z rakami innych narządów. Wszak mamy do czynienia z tą samą chorobą! Przypisywać wszystkiego zaszczepianiu raka podczas samej operacji, przy ranach świeżych nożem chirurga dokonanych, nie można, gdyż w raku krtani i sutki usuwają przecież chore narządy nożem, a jednak wyniki są lepsze, niż w operowaniu raka macicy nawet rozpaleniem żelazem. Zdaje się, że punkt ciężkości leży nie w zaszczepianiu raka podczas operacji, a w stosunkach anatomicznych macicy, gdzie wskutek własności samego pola operacyjnego rak nie regeneruje, lecz, jak słusznie powiada Leopold, pozostaje nie usunięty. Kwestya sporną i nadal pozostała; a twierdzenie autora, że pokrycie tkanek strupem i spalenie ich w głębi zapobiegnie nawrotowi choroby, nie jest dostatecznie dowiedzione. Natomiast uszkodzenia narządów sąsiednich (przedziurawienie kiszki, moczowodów pęcherza) i wysoka odsetka śmiertelności (17,9⁰/₁₀₀), o wiele wyższa niż w dotychczasowym sposobie postępowania, nie przemawiają na korzyść wypalania rakowatej macicy przez pochwę. *Ignacy Mucha.*

VI. SPRAWOZDANIE

z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie dnia 26-go kwietnia.

Przed porządkiem dziennym: **Puławski** przedstawił chorą z nowotworem śródpiersia. Chora 35-letnia włościanka uskarża się na

ogólne osłabienie i brak miesiączki od 2 lat, od czasu gdy po pobiciu i zmartwieniach dostała bicia serca i drżenia w całym ciele. Podobne napady zdarzały się i później po zmęczeniu. Chora jest blada i źle odżywiana; we środku mostka i pod lewym obojczykiem ma mocno napełnione żyły, a w dole nadobojczykowym lewym, ma znacznie powiększone gruczoły chłonne; stępienie z lewej strony na 8-em żebrze koło kręgosłupa i na 7-em wzdłuż linii pachowej lewej, na całej przestrzeni Traube'go, z przodu tępość w postaci trapezu od rękoleści mostka ciągnęła się do dołu wzdłuż mostka i zlewała się z tępością wątroby. Za pomocą przyrządu Potain'a wypuszczono 750 cm.³ krwawo-ropnego płynu o ciężarze gat. 1022 z opłucny lewej. Pomimo niekompletności obrazu chorobowego, rozpoznanie nowotworu nie ulega wątpliwości; prawdopodobnie jest to lymphosarcoma.

2) **Leszczyński** przedstawił 2 naczynia z blachy niklowej do wyjąłowania narzędzi w formalinie. Narzędzia mogą pozostawać w tym sterylizatorze, nie psując się bardzo długo, chociaż 10 minut wystarczy do ich wyjąłowania.

Na porządku dziennym **Downarowicz** mówiła o przypadku choroby Erb'a. Chory 34-letni zaczął doznawać przed kilkoma miesiącami osłabienia mięśni przeważnie karku; potem zjawilo się opadanie powiek, niedowład nerwu twarzowego, dalej zaburzenia mowy, żucia i polykania. We wszystkich mięśniach uwydatniło się szybkie wyczerpywanie siły. Chory czuł się zwykle lepiej w godzinach rannych; w ciągu 10 dni pobytu w szpitalu, zjawiały się napadowe zaburzenia oddechania z niewielkiem przyśpieszeniem tętna. W czasie takiego napadu chory zmarł. Na sekcji znaleziono: znaczne przekrwienie, ścięczenie i zmiany tętniakowate naczyń, nieliczne wybroczyny krwawe w pniu mózgowym; przy mikroskopowym badaniu D. znalazła zwyrodnienie myeliny pęczków piramidalnych, korzeni gałęzi ruchowej nerwu trójdziałnego, w mniejszym stopniu — nerwu błędnego i okoruchowego. Sprawa rozpadowa była prawdopodobnie niedawna, bo zmiany były świeże i wateczki osiowe zmienione były nieliczne. Badanie komórek nie dało wyników pozytywnych, chociaż nie można zaręczyć, czy zmian w komórkach w rzeczy samej nie było. D. uważa zmiany w naczyniach za pierwotne, a zmiany w tkance nerwowej za wtórne.

Porównyując wyniki swego badania z 9-ma przypadkami z piśmiennictwa, D. zaznacza, że w jednych z nich znajdowano zmiany tylko w naczyniach, w innych zaś — i w składnikach nerwowych; są to różnice jedynie ilościowe. Choroba Erb'a nie różni się ani klinicznie ani anatomo-patologicznie zasadniczo od polioencephalitis superior et interior subacuta et chronica i, prawdopodobnie, jest tą samą postacią chorobową, której istota nie jest jednak dotychczas bliżej wiadoma.

W. Miklaszewski.

KRONIKA BIEŻĄCA.

— z. — Kol. Dobrzycki, począwszy od № 21, przestał podpisywać *Medycynę* jako redaktor odpowiedzialny, na jego miejsce zastwierdzony został przez główny zarząd prasy kol. M. Sadowski. Ustupający redaktor jest zbyt znany kolegom, żebyśmy potrzebowali kreślić jego sylwetkę. Na stanowisku redaktora przez czas cały umiał zachować właściwą mu miarę i godnie reprezentować gremium kolegów, którzy go na to stanowisko powołali. W kol. Sadowskim witamy nowego współtowarzysza pracy.

— z. — Kol. Rappel został mianowany ordynatorem nadetatowym szpitala żydowskiego w Warszawie.

— z. — Urząd lekarski m. Warszawy wydał okólnik, iż wyroby dentystów podlegają kontroli urzędu i, że z powodu zdarzających się często nadużyć publiczność, żądać winna od dentystów kwitów na otrzymywane wyroby.

— h. — Rada Lekarska, uznawszy za szkodliwe zabarwianie środków spożywczych barwnikami anilinowemi, zabroniła używania ich zarówno w przemyśle cukierniczym, jak i do zabarwiania trunków.

— z. — Taż rada zabroniła używania w dentystyce (do sprężyn etc. przy protezach, do plomb), złota 52 próby, platyny (czystej?), kompozycji platynowych, srebra pozłacanego, pozłacanego brązu glinowego, metalu Wiktorya, niklu, miedzi pozłacanej i innych mieszanin złoconych — a to ze względu, że ciała te ulegają utlenianiu w jamie ustnej, wysysają się i mogą powodować zatrucie.

— h. — *Prawitelstw. Wiestnik* z 2-go maja ogłasza bardzo ważne rozszerzenie praw kobiet lekarek, a mianowicie lekarze-kobiety, będące na służbie, mają wszystkie te same prawa co i mężczyźni, oprócz rang, wyszywek i orderów. Tak zwane „progonnyja“ i „podjemnyja“ liczą się im odpowiednio do klasy i stanowiska, jakie zajmują. Emerytura, uzyskana przez kobietę-lekarkę przez służbę osobistą, nie przerywa się przez wyjście za mąż. Dzieci ich mają prawo do emerytury i zapomogi w razie zupełnego osierocenia lub gdy ojciec niema praw emerytalnych. W razie przeciwnym emerytura oblicza się według pensyi wyższej.

Prawa te, wydane dla kobiet, które ukończyły kurs żeńskiego Instytutu lekarskiego, rozszerzają się na wszystkie kobiety już mające tytuł lekarza. Lata, przebyte dotąd na służbie, będą im policzone do emerytury, po wniesieniu odpowiednich opłat.

— z. — Na katedrę patologii ogólnej do Krakowa powołano d-ra Karola Kleckiego.

— z. — Wydział lekarski w Odesie ma być w ciągu r. p. otwarty.

— z. — W końcu z. m. nastąpiło poświęcenie pomników Karola Rokitansky'ego i Józefa Skody w uniwersytecie Wiedeńskim.

— k. — Na ostatnim międzynarodowym zjeździe higienicznym obrano Paryż za miejsce następnego kongresu, który się odbędzie za dwa lata t. j. w r. 1900.

— z. — Termin zjazdu w Poznaniu został przyspieszony o tydzień. Ostatecznie zjazd odbędzie się od 1—3 sierpnia.

— z. — Jak należy dbać o liczbę miejsc w szpitalach służyć może za przykład Berlin, który przystępuje już w r. b. do budowy nowego szpitala na 1,650 łózek. Szpital ten składający się z 62 budynków będzie kosztował 13,100,000 marek, znajdują w nim pomieszczenie instytut Koeha oraz pawilony do leczenia metodami fizycznymi, hydroterapią w szerokim zakresie, kąpielami mineralnymi etc.

Olbrzymie to przedsięwzięcie dowodzi dbałości miasta o rozwój szpitalnictwa.

— h. — Wychodząc ze słusznej zasady, że profesorowie powinni całą swą działalność poświęcić wykładom, w Holandyi przeprowadzone zostało prawo, pozwalające profesorom fakultetu lekarskiego zajmować się jedynie tylko praktyką konsultacyjną, t. j. mogą oni udzielać rad swych tylko takim chorym, do których zawezwani będą przez lekarzy praktykujących.

— h. — Przy najstarszem wiedeńskim stowarzyszeniu lekarskiem „Wiener med. Doctoren-Collegium“, istnieją dwie bardzo pożyteczne instytucje: Towarzystwo pomocy dla wdów i sierot po lekarzach, założone jeszcze przez sławnego Van Swieten'a i kasa emerytalna. Członkowie pierwszego zabezpieczają swym wdowom pensję dożywotnią (lub do powtórnego wyjścia za mąż), a dzieciom do 24-go roku życia. Wysokość pensji na rodzinę wynosi 700 zlr. Żeby stać członkiem stowarzyszenia należy wносить rocznie po 21 zlr., a oprócz tego złożyć pewien kapitał, którego wysokość zależy od wieku małżonków. Tak np. jeżeli mąż ma 30 lat a żona 20, to trzeba wnieść 1778 zlr., gdy mąż ma 30, a żona 25 — 1599, mąż 35, żona 25 — 2018, mąż 40, żona 30 — 2247 i t. d. Ażeby udostępnić złożenie takiej sumy, można ją składać dziesiątymi częściami; każda $\frac{1}{10}$ złożona zabezpiecza $\frac{1}{10}$ pensji. Towarzystwo posiada obecnie 2,674,733 zlr., w r. 1897 wypłaciło 125,000 zlr. wsparć i miało pozostałości 41,482 zlr.

Druga instytucja założona została przez H. Adler'a i S. Heim'a przed 20 laty. Celem jej jest dawać swym członkom zapomogi roczne w wysokości 800 zlr. po dojściu do 60 roku życia.

Wysokość opłat rocznych zależy od wieku wstępującego członka. Oprócz składek zwyczajnych istnieją jeszcze dodatkowe, nie obowiązujące, które po śmierci członka zostają wypłacone spadkobiercom w całości. Tak np. 25-letni lekarz, wstępując do kasy płaci rocznie 50,32 fl. (składka dodatkowa 60,61); 30-letni 68,59 (84,76); 40-letni 141,90 (165,90).

Na życzenie można też ewentualną emeryturę zniżyć np. do 400, wtedy wkładki roczne odpowiednio będą niższe, 25-letni — 40,02, 40-letni — 10,62.

Kasa obecnie posiada kapitał pół miliona zlr., a w roku ubiegłym po wypłaceniu pensji miała pozostałości 21,000 zlr.

(Oestr. Aertzl. Vereins Ztg. 1 maja. *Wruczył 18.*)

— k. — Nakładem lipskiej firmy księgarskiej Georg Thieme wychodzić zaczęło niedługo nowe pismo lekarskie p. t. „Zeitschrift für Diätetische und Physikalische Therapie“. Naczelną redakcję objęli Prof. von Leyden i Goldscheider. W długim szeregu współpracowników spotykamy nazwiska pierwszorzędných klinicystów i uczonych

jak: Eichhorst, Ewald, Fürbringer, Gerhardt, Heubner, von Jaksch, von Jürgensen, von Liebermeister, Liebreich, Nothnagel, Quincke, Sahli, Senator, von Ziemssen i inni. Pismo to ma się ukazywać oddzielnymi zeszytami po 4—6 arkuszy druku, cztery takie zeszyty tworzyć będą tom, którego cena wynosić będzie 8 marek.

— z. — Spis lekarzy polaków, ordynujących w zdrojowiskach i stacyach klimatycznych w sezonach letnich r. 1898-go.

Baden (pod Wiedniem): dr. Kümmerling. — Birsztany: dr. Zachorski. — Bojarka: dr. Sadowski. — Busko: d-rzy Dymnicki, Grabowski, Majkowski, Radziszewski, Sulimierski. — Ciechocinek: d-rzy Arnstein, Asterblum, Certowicz, Ciagliński, Górski, Löwenstein, Lubowski, Pajewski, Ruppert, Stockmann, Tannenbaum. — Cieplice-Trzanezyńskie: dr. Filipkiewicz. — Druskieniki: d-rzy Bujakowski, Szepietowski. — Elster (Saksonia): dr. Błociszewski. — Francensbad: d-rzy Karol Dębicki, Jan Romer. — Gleichenberg: d-rzy Brühl, Bulikowski. — Grodzisk: dr. Tokarski. — Innowroclaw (Poznańskie): d-rzy Krzymiński, Przybyszewski. — Iwonicz: d-rzy Klemens Dębicki, Rościszewski, Supiński, Staniszewski. — Jastrzębie (Szlązk pruski): dr. Witezak. — Jaworze: szlązk austriacki): dr. Czop. — Karlsbad: d-rzy Hassewicz, Hochberger, Kaufmann (syn), Kretowicz, Stiche, Ziemicki. — Kamionka (gub. podolska): d-rzy Bociański, Kossowski. — Kissingen: dr. Chłapowski. — Kołobrzeg: dr. Weissenberg. — Krasnobród: dr. Skłodowski. — Krynica: d-rzy Aronsohn, Askenazy, Blatteis, Cercha, Ebers, Glücksman, Garbusiński, Kmietowicz, Kopff, Lorenski, Skórczewski, Tyszecki. — Krzeszowice: dr. Dura. — Landeck: d-rzy Ostrowicz, Pomorski, Chłapowski. — Lubień: dr. Wernicki. — Maryenbad: d-rzy Haraiewicz, Kufman. — Morszyn: dr. Zapoht. — Nałęczów: d-rzy Chmielewski, Cbełchowski, Puławski, Sacewicz. — Nauheim: dr. Jankowski. — Nieklau (Król. Polskie): dr. Misiewicz. — Nizza: dr. Tymowski. — Norderney: dr. Paniuński. — Nowe-Miasto: d-rzy Biliński, Niedzielski, Skowroński. — Odesa: d-rzy Kozłowski, Jachimowicz. — Piszczany: dr. Petorseim. — Rabka: d-rzy Głuchowski, Kaden, Lang. — Reichenhall: dr. Goldschmid. — Rymanów: d-rzy Dukiet, Jodłowski, Regec. — S. Remo: dr. Ostrowicz. — Sasów: dr. Mazanek. — Sławinek: dr. Olechnowicz. — Sławuta (gub. wołyńska): d-rzy Dobrzycki, Przesmycki, Dierzbicki. — Solec: dr. Daniewski, Siarczyński. — Swozowice: dr. Zietner. — Szczawnica: d-rzy Ściborowski, Górski, Hammerschlag, Kołaczkowski, Korczyński, Kruszyński, Singer. — Truskawice: d-rzy Plech, Pelczar, Steinhaus. — Vichy: dr. Biernawski. — Wysowa: dr. Jarosz. — Zakopane: d-rzy Buzdygan, Chramiec, Chwistek, Eliasz-Radzikowski, Hawranek, Janiszewski, Tyszkiewicz, Gaik. — Żegestów: dr. Edward Brühl.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Przyczynek do leczenia ospy naturalnej — Dr. Ludwik Rabek — str. 467.
II. O tętnie zwolnionem (Bradycardia) — Edward Beatus — str. 472.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia i Medycyna wewnętrzna.

185. P. Courmont — Nowa postać gruźlicy paciorkowcowej u człowieka — str. 475.
186. G. Etienne — O zapaleniach wsierdza przy gruźlicy i w szczególności o zapaleniach wywołanych przez lasecznik Kocha — str. 476. 187. Hoffman — O wchłanianiu i wydzielaniu żelaza w ustroju ludzkim i zwierzęcym — str. 476. 188. Dr. Adolf Schmidt — O wydzielaniu śluzu i jego znaczeniu dyagnostycznym w zapaleniach błon śluzowych — str. 477. 189. Praetorius — Autointoksykacja i albuminaria — str. 479. 190. O samozatruciu pochodzenia kiszkowego i o antyseptyce kiszek — str. 481. 191. R. Kundrut i H. Schlesinger — Przyczynek do rozpoznawania wzrostów pomiędzy nowotworami odźwiernika a wątrobą — str. 483.

II. Choroby nerwowe.

192. A. Czermak — Korowe zakończenia tylnych pęczków — str. 484. 193. Jürgens — O etiologii wielogniskowego stwardnienia mózgu — str. 485. 194. Marinesco — Paraplegia z brakiem odruchów w skutku ucisku rdzenia — str. 487.

III. Choroby dzieci.

195. Dr. H. Tribaulet — Przyczynek do etiologii śluzowego lub błoniastego nieżytu kiszek u dzieci — str. 490. 196. Dr. A. Kissel — O odczynie Ehrlicha u dzieci — str. 491. 197. A. Baginsky — Dalsze przyczynki do leczenia błonicy surowicą — str. 493. 198. Wertheimer — Leczenie krztusca — str. 494.

IV. Wiadomości pomniejsze str. 497 —199--202.

V. Bibliografia — str. 500.

VI. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 501.

Kronika bieżąca — str. 503.

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

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

Дозволено Цензурою, Варшава 19 Мая 1898 года.

Apteka i Skład Wód Mineralnych

Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

pod firmą

❖ *Dr. T. Heinrich* ❖

w WARSZAWIE,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b istniejące.

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

A P T E K A

i Skład Wód Mineralnych

NATURALNYCH

wprost ze źródeł sprowadzanych

❖ *M. Barcza* ❖

w Warszawie, Marszałkowska 94.

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

„TLEN w każdym czasie”,

Trany lekarskie oraz wina lecznicze wyrabiane na winach zagranicznych wyborowego gatunku.

Sanatorium i zakład wodoleczniczy
Bystra obok Bielska, Śląsk polski.

Stacya kolei Dziedzice - Żywiec 2 godz. od Granicy.

450 m. n. p. z. w prześlicznej, lesistej okolicy. Ścisły internat. Najnowsze urządzenia wodolecznicze, elektroterapia, kąpiele elektryczno-świetlne, sala dla gimnastyki leczniczej czynnej, biernej tudzież szwedzkiej, kuracye dyetetyczne i terenowe.

Z komfortem urządzone Sale wspólne: jadalna, konwersacyjna, bilardowa, fumoír i czytelnia.

Elektryczne oświetlenie wszystkich ubikacyj, water-closets,
wodociągi i t. d.

Telefoniczne połączenie z Krakowem, Lwowem i Wiedniem.

WŁAŚCICIEL i KIEROWNIK:

D-r. LUDWIK JEKELES,

b. sekundaryusz c. k. szpitala Rudolfa we Wiedniu.

BUSKO D-r GRABOWSKI. Lekarz zakładu kąpielowego
Ordynuje od lat 12-tu.

Dr. Wład. Stan
b. asystent prof. Jurasza

w Heidelbergu

ordynuje, jak lat zeszłych, u wód

w Reinerz na Śląsku.

Patentowany Instytut wód mineralnych sztucznych.

Aptekarzy Warszawskich,

dawniej przy ogrodzie Krasieński, obecnie MARSZAŁKOWSKA № 23. Telefonu № 491.

Wszystkie wyroby instytutu przygotowane wyłącznie
na wodzie dsetylowanej.

NA NADCHODZĄCY SEZON POLECA:



Wody mineralne sztuczne przygotowane według najnowszych analiz.

Limonady i napoje gazowe.

Sole do kąpiei mineralnych. Kąpiele wydają się w osobno urządzonym oddziale
w Łazienkach Akcyjnych na Zjeździe.

Składy w Aptekach w Warszawie i na Prowincyi.

Ekspedycya na wszystkie dworce kolei żelaznych szybka i dokładna.



INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ

D-ra K. Sierpińskiego

WARSZAWA, Marszałkowska 99.

Posiada zawsze świeży materiał szczepienny i rozsyła fakowy natychmiastowo po otrzymaniu zamówienia.
Butka limfy na 2 szczepienia kop. 75, detryt we flakonach począwszy od 10 szczepień po kop. 5 za jedno
szczepienie. Na przesyłkę dołączyć należy kop. 25. Aptekom i biurom w większych ilościach, odstępuje
się odpowiedni rabat.

UWAGA. Dla powiatów i wogóle dla szczepień massowych ekspedjuje się detryt we flakonach pipetowych
po 25 i 50 szczepień zawierających.

Skład Główny w Aptece Magistra Farmacji H. Kucharczyńskiego

Nr. 4. Miodowa Nr. 4.

