

# GAZETA LEKARSKA

**T R E S Ć.** I. WŁADYSŁAW PIOTROWSKI. O śródskórnej reakcyi na tuberkulinę. Str. 585. II. Dr MAREK REICHENSTEIN. W sprawie cukromoczu w czasie ciąży. Str. 589. III. Prof. E. BIERNACKI. O stosunkach zachodzących pomiędzy przemianą mineralnych a organicznych składników pokarmu. (Dok.). Str. 591. IV. STANISŁAW SASKI. Zmiany miejscowe w krążeniu przy ruchach czynnych kończyny. (C. d.). Str. 595. *Wykład kliniczny.* ROMAN WASILEWSKI. Roznosiciele zarazków. (Dok.). Str. 600. *Dział sprawozdawczy.* 93. E. BONNAIRE. Choroba Graves'a (Basedow'a) a ciąża. Str. 602.—94. SIEGMUND ARNOLD. Głód cukrowy i osłabienie czynności gruczołu tarczowego. Str. 604.—95. KLOTZ, M. Szczepienie ospy w pierwszym roku życia. Str. 605.—96. A. ROZENEL. Kwas tymolowy, jako środek ochronny przeciw cholercze. Str. 605. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenie 22-go marca 1910 r. Str. 607. *Wiadomości bieżące.* Str. 608. *Ogłoszenia.*

## I. ZE SZPITALA ZIEMSKIEGO W ZWIENOGRÓDCE [GUB. KIJOWSKA].

### O ŚRÓDSKÓRNEJ REAKCYI NA TUBERKULINĘ.

Podał

Władysław Piotrowski.

Z pośród wielu sposobów stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych dwa tylko zyskały prawo obywatelstwa w praktyce: są to sposoby CALMETTE'a i PIRQUET'a.

Obecnie ocznej próby używa się rzadko, gdyż przekonano się, że wywołuje [co prawda rzadko] dość poważne powikłania ze strony łącznicy i nawet rogówki.

Co się tyczy próby PIRQUET'a, to chociaż wszyscy uznają ją za nieszkodliwą, wyniki jej są dość wątpliwe.

Dobrze, jeżeli odczyn objawia się wyraźnie, typowo; ale często bywa tak, że musimy wahać się, czy w danym wypadku należy reakcyę zaliczyć do rzędu ujemnych, czy też dodatnich [kiedy, na przykład, mamy tylko równą obwódkę dokoła miejsca zastrzyknięcia lub też tylko pozorne stwardnienie].

Prócz tego wielokrotnie zauważono, że długość nacięcia, jego głębokość i wywołany przez niego krwotok—wszystko to ma wielki wpływ na wchłanianie się tuberkuliny na miejscu małej ranki.

Wreszcie wyniki skórnej próby niezawsze są stałe i pewne. Nawet

PIRQUET w 48-u przypadkach gruźlicy, stwierdzonej przez badania pośmier-  
tne, tylko w 31 przypadkach otrzymał próbę dodatnią, a w 17-u ujemną.

Obecnie w klinikach francuskich stosują wyłącznie tak zwaną *intra-*  
*moreaction—intracutane Tuberculinreaction.*

Tak nazwał francuski lekarz MANTOUX nowy sposób stosowania tuberku-  
liny w celach rozpoznawczych. Sposób ten polega na wstrzyknięciu jedynie  
w warstwę powierzchowną skóry ściśle określonej ilości tuberkuliny.

W klinice CHAUFFARD'a sposobu tego używa się *larga manu*; próbie tej  
poddawani są wszyscy chorzy bez wyjątku. Odczyn ten jest o wiele pewniej-  
szy, aniżeli próby CALMETTE'a i PIRQUET'a.

Byłem wprost zdziwiony, jak niezawodną jest ta próba. W dwu przy-  
padkach, w których nie było najmniejszego podejrzenia gruźlicy, śródskórna  
próba wypadła dodatnio i ku wielkiemu zdziwieniu wszystkich po paru tygo-  
dniach w moczu jednej chorej wykryto prątki gruźlicze [gruźlica pęcherza],  
druga zaś zmarła po 4-ch miesiącach, a badanie pośmierne wykazało gruźlicę  
narządów płciowych [gruźlica jajnika i trąbki Falopiusza].

Niezawodność, zupełna nieszkodliwość i nadzwyczajna łatwość stosowa-  
nia tej próby skłoniły mię do szczegółowego wystudowania sposobu stosowa-  
nia śródskórnej próby, ażeby po powrocie z zagranicy stosować ją w kraju.

Do chwili obecnej dokonałem 150 szczepień.

Zanim je szczegółowo objaśnię, powiem kilka słów o technice stosowania  
odczynu śródskórnego w klinice CHAUFFARD'a według wskazówek MANTOUX.  
Uważam za niezbędne omówienie tej kwestyi, ponieważ sam, stosując tę meto-  
dę, posługiwałem się spostrzeżeniami zrobionemi w tej klinice.

Jedynym przyrządem, którego przytem używamy, jest zwykła strzy-  
kawka PRAWAZ'a, podzielona na 20 działek, o cienkiej i krótkiej stalowej [le-  
piej platynowej] igle.

Należy tylko zwracać uwagę na to, żeby tłok strzykawki szczelnie przyle-  
gał do cylindra, ponieważ płyn przy śródskórnem wprowadzaniu podlega dość  
znacznemu ciśnieniu, a więc nieszczelnie przylegający tłok pozwala płynowi prze-  
nikać z powrotem. Do próby tej używałem tuberkuliny z instytutu PASTEUR'a  
w Paryżu, rozcieńczając jednogramową ampułkę tak zwanej *Solution mère*  
*de la tuberculine* [zawiera 0,01 suchej tuberkuliny] 49-u ctm. sz. fizyologicznego  
roczynu soli kuchennej. Każdemu choremu zastrzykuje się 1 działka strzy-  
kawki, czyli  $\frac{1}{20}$  ctm. sz., co równa się setnej części miligramu tuberkuliny.

O ściśłem wyjaławianiu pola operacyjnego, jak również rozczynu tuber-  
kuliny, strzykawki i rąk nie będę mówił, gdyż to jest warunek *sine qua non*.  
Najodpowiedniejszym miejscem dla zastrzykiwań jest okolica mięśnia na-  
ramiennego lub też przednia powierzchnia biodra, chociaż właściwie jest to  
rzeczą mniejszej wagi.

A oto kilka słów, dotyczących samego wstrzykiwania. Ująwszy fałdę  
skóry w wybranem miejscu, wkłuwamy igłę prawie równolegle do powierz-  
chni skóry, zwracając przytem uwagę na to, ażeby powierzchnia końca igły,  
ukośnie ścięta, była zawrócona do góry, t. j. do naskórka, a nie na dół.  
Wogóle technika jest taka, jak przy znieczulaniu kokainą.

Wprowadziwszy igłę w sposób wyżej opisany, wypychamy płyn, który tworzy małe nacieczenie, szybko znikające.

Przy dodatniej próbie już po upływie kilku godzin powinniśmy otrzymać białe lub różowawe nacieczenie, wyczuwalne przy dotknięciu lub też nawet widoczne; po upływie 24-ch godzin nacieczenie staje się jeszcze wyraźniejszym i przybiera barwę różową lub mocno czerwoną, czasami białą o marmurkowatej powierzchni, na której niekiedy zjawiają się 2—3 czerwone punkciki. Dokoła nacieczenia różowa rumieniowa obwódka.

Po upływie 48-u godzin próba dosięga szczytu: węzełek ośrodkowy i okalająca go obwódka uwydatniają się jeszcze wyraźniej; niekiedy bywają rozdzielone pasem pośrodkowym [peryferycznym]. Wielkość nacieczenia rzadko jest mniejsza od pięciokopiejkowej monety srebrnej; czasami dochodzi do wielkości srebrnego rubla. Obwódka okalająca daje czerwone promienie, sięgające niekiedy dłoni. Na miejscu obwódki skóra gorąca, bolesna przy dotknięciu. Następnego dnia reakcja zmniejsza się: obwódka znika, a węzełek przyjmuje fioletową lub ciemno-brązową barwę i znika powoli. W ciągu kilku dni wyczuwamy go jeszcze przy dotknięciu i możemy go zauważyć jeszcze po upływie kilku tygodni. Niekiedy na tem miejscu łuszczy się naskórek.

U niektórych chorych reakcja jest niewyraźna i ogranicza się do pokrzywkowego guziczka wielkości grochu, blade-różowej barwy; przy macaniu i badaniu wyczuwa się nacieczenie miazdry (*corium*). Najwyraźniej próba wypadła u jednostek o silnej odporności; u chleraków—słabo.

Przy ujemnej reakcji lekkie uszkodzenie miazdry powoduje narazie ograniczone rozszerzenie naczyń, niewielkie nacieczenie w postaci gruzełka, wydłużone w kierunku ułęcia.

Te minimalne zmiany zmniejszają się i najczęściej całkowicie znikają w ciągu dwu dni; to też niemożliwym jest nieodróżnić próby ujemnej od dodatniej, wyrażonej bardzo słabo.

Na stan ogólny chorego próba nie wywiera żadnego wpływu, prócz dwu przypadków, w których próba przyczyniła się do podniesienia się ciepłoty do 39° bez innych następstw.

Zastosowana w dwu symetrycznych miejscach, próba wypadła jednakowo zastosowana wielokrotnie u jednego i tego samego osobnika, wypadła analogicznie; będąc ujemną przy pierwszym zastosowaniu, pozostaje ujemną i przy następnych.

Przechodzę teraz do osobistych spostrzeżeń. Obecnie mam ich mało, załedwie 150.

Dla łatwiejszego oryentowania się w tych spostrzeżeniach dzielę je na dwie grupy: I grupę z próbą dodatnią, II grupę z próbą ujemną.

Pośród 116-u przypadków grupy pierwszej było 50 przypadków gruźlicy chirurgicznej [15 *gonitis tuberculosa*, 2 *lupus*, 1 gruźlicy stawu łokciowego, 1 stawu napięstkowego, 8 gruźlicy stopy, 5 *caries ossis ilei*, 2 *spondylitis* i 16 gruźlicy gruczołów chłonnych], 42 przypadki gruźlicy płuc, stwierdzonej obecnością prątków gruźliczych w płwocinie, 4 przypadki suchot krtani, 4 wysiękowego zapalenia opłucnej i 16 przypadków wątpliwych, w których zmiany

w płucach nie pozwalały na rozpoznanie gruźlicy, tem bardziej, że w żadnym przypadku nie wykryłem prątków gruźliczych.

We wszystkich przypadkach gruźlicy chirurgicznej próba wypadła bardzo wyraźnie: u jednostek niezawodnie gruźliczych wyrazistość próby zależała od stopnia zajęcia płuc; u chorych na zapalenie opłucnej próba była bardzo wyraźna i nie znikła prawie przez cały tydzień.

Co się zaś tyczy przypadków wątpliwych, to osobiście zadziwił mię jeden z nich, a mianowicie przypadek choroby przewlekłej zimnicy. Zanim zbadałem krew na pierwotniaki, zastosowałem próbę sródkórną, która wypadła tak jaskrawo, że chora po upływie 10-u dni jeszcze uskarżała się na ból w miejscu zastrzyknięcia i dopiero po upływie 2-u tygodni próba znikła.

Gdyby nie znalezione we krwi pierwotniaki zimnicy, nie wątpiłbym, że mam do czynienia z chorą gruźliczą, gdyż tak wyrazistej próby nie zdarzało mi się dotąd widzieć.

Przypadek ten postaram się zbadać dokładniej, gdyż kwitnący wygląd chorej nie pozwalał nawet przypuszczać gruźlicy, aczkolwiek jestem mocno przekonany, że w organizmie chorej jest jakieś ognisko gruźlicze. U chorych na zapalenie opłucnej próba wypadła nadzwyczaj wyraźnie, pomimo to, że przy badaniu surowiczych wysięków i płwociny prątków gruźliczych nie wykryłem.

Chcąc sprawdzić tylokrotnie słyszane zdanie, że prawie wszystkie wysięki surowicze są pochodzenia gruźliczego, zająłem się szczególnem zbadaniem wysięków tych chorych, tem bardziej, że próba potwierdzała jego słuszność.

Wielokrotne badanie wysięków nie dało żadnych wyników, to też zastrzyknąłem wysięki tych chorych 4-em morskim świnkom. Już po upływie 6-u dni na miejscu wstrzyknięcia u świnek wystąpiły wyraźne nacieczenia, a po 2-u tygodniach w tem samym miejscu nastąpiło zwyrodnienie serowate.

Badając serowatą masę, wykryłem prątki gruźlicze.

34 przypadki drugiej grupy dzielę tak: 12 osobników zupełnie zdrowych, 5-u wyniszczonych suchotników, 1 u chorej z krwawym wysiękiem w opłucnej, 1 u chorego z *pyopneumothorax*, 9-u chorych z przewlekłym nieżytem oskrzeli, 6-u chorych z podejrzanymi szczytami (oddech osłabiony, przerywany, zaostrozony), lecz w których płwocinie prątków gruźliczych nie wykryłem.

Ujemność próby u 2-u suchotników z wyraźnem charłactwem tłómaczę sobie zupełnym brakiem odporności (i rzeczywiście 1 zmarł w przeciągu 10-u dni, 2-gi po dwu miesiącach pobytu w szpitalu.)

U 3-ch suchotników z ujemną próbą stosowałem tuberkulinę (*Tuberculinum purum* „endotinum“), to też ujemność próby u nich mnie nie zadziwiła.

Wśród tych przypadków ciekawy jest pod względem praktycznym chory z odmą piersiową. Prawie nie wahałem się co do gruźliczego jej pochodzenia, tymczasem próba wypadła ujemnie. Staralem się to wytłómaczyć daleko posuniętą sprawą, lecz przy drobnowidzowem badaniu płwociny i ropnego wysięku znalazłem tylko dwoiniki FRAENKEL'a.

Wiedząc z doświadczenia, jak trudnem jest wykrycie prątków gruźliczych w ropy, zastosowałem wszystkie nowoczesne metody (z antyforminą, ligroina-acetonem), lecz i to nie pomogło.

Fakt ten tak mnie zaciekał, że postanowiłem uciec się do najdokładniejszego sposobu rozpoznawania gruźlicy, a mianowicie do zaszczepienia ropy morskim świnkom. Od chwili zastrzyknięcia minęło już 3 miesiące, a wszystkie świnki morskie są zdrowe; a więc i w tym przypadku próba śródskórna mnie nie zawiodła.

Nie stawiam zasadniczych wniosków co do nieomyślności próby śródskórnej. Według mego zdania, 150 przypadków nie upoważnia mnie do tego.

Tymczasem mogę tylko powiedzieć, że ujemny wynik tej próby z wielkiem prawdopodobieństwem mówi przeciwko gruźlicy.

Próba ta dzięki swej nieszkodliwości (o ile wogóle można mówić o czemkolwiek absolutnem w medycynie) może okazać wielkie usługi przy rozpoznawaniu wczesnych okresów gruźlicy, a tem samem przedstawia wielką zdobycz w walce z gruźlicą, w której największy punkt ciężkości obecnie, niestety, polega na profilaktyce, *resp.* odosobnieniu suchotników.

---

II. Z KLINIKI LEKARSKIEJ UNIWERSYTETU LWOWSKIEGO  
[PROF. DR A. GLUZIŃSKI].

---

## W. SPRAWIE CUKROMOCZU W CZASIE CIĄŻY.

*Ex re* pracy M. ZWEJGBAUMA, ogłoszonej w N-rze 14-ym r. 1910 Gazety Lekarskiej

Podał

**Dr Marek Reichenstein**

asystent kliniki.

---

M. ZWEJGBAUM, przez ogłoszenie swego przypadku, dotyczącego cukromoczu u ciężarnej, zwróci, zdaje się, uwagę szerszego ogółu lekarzy, tak ginekologów, jak i internistów, na doniosłość praktyczną—powiedziałbym negatywną—obecności cukru gronowego u ciężarnych w pewnych przypadkach.

Podobny przypadek, spostrzegany przed laty siedmiu jak i późniejsze analogiczne, skłoniły mię do poszukiwań na obszerniejszym materiale, w kierunku częstości i patogenezы cukromoczu u ciężarnych.

Zdałem z tych poszukiwań w krótkości sprawę w „Dzienniku I. Zjazdu internistów Ziemi polskich“ [Nr. 3, 1909, str. 23] i obszerniej w N-rze 39-ym „Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego“ 1909.

Nie zadowolilem się stwierdzeniem tylko faktu samego, znanego już innym, że 12% wszystkich ciężarnych wydziela stale lub przemijająco tylko cukier gro-

nowy i to w każdym okresie ciąży, ale dowiodłem, że w ciąży nie tylko *dextrosuria alimentaris* bardzo często jest zjawiskiem [około 37% wszystkich badanych przypadków], ale także, że ciężarne, które samoistnie cukier wydzielają w moczu, okazują zmiany, które w klinice zwykliśmy już uważać za typowe dla cukrzycy, a które przecież cukrzyca nie są, ani nawet do cukrzycy nie usposabiają. Podanie bowiem samej skrobi np. w postaci bułek i to w stosunkowo małej ilości [100 grm.] było wystarczającym, aby cukier zjawiał się w moczu u pewnych ciężarnych w ilości 0,5 do 3-ch grm.

Takie spostrzeżenie byłoby w innych warunkach wystarczające zupełnie, aby chorego, dotkniętego tego rodzaju zaburzeniem w przemianie węglowodanów, uważać już za dotkniętego cukrzyca, co prawda—formą tylko średnio ciężką. Już samo jednak proste rozumowanie musiało nas wstrzymać od wypowiedzenia tego doniosłego w następstwa rokowania. Natenczas cukrzyca byłaby znacznie częstszą u kobiet niż u mężczyzn, gdy wszystkie statystyki zgodnie podnoszą, że prawie 3—4 razy tyle mężczyzn zapada na cukrzyce, niż kobiet i prawie 12% wszystkich kobiet, które rodziły, musiałyby kiedyś w przyszłości zapaść na chorobę cukrową!

Miałem jeszcze w innym zadziwiającym fakcie potwierdzenie mojego przypuszczenia, że ciąża, jako taka, jest przyczyną zmiany, która zaszła w przeróbce węglowodanów u kobiet ciężarnych. Miało więc w le w ulozury i pokarmowej, którą coraz ogólniej uważają za widomy znak zmienionej czynności komórki wątrobowej i która znika po dłuższym lub krótszym czasie po przebytej ciąży.

Zmieniona czynność komórki wątrobowej w ciąży, znana także z innych faktów ginekologom [żółtaczka w ciąży, zmiany wątrobowe przy drgawkach porodowych i t. d.], powiększenie mięszone gruczołu tarczowego w ciąży i zużycie cukromoczu pokarmowego przy *hyperthyreoidismus*, powiększenie znaczne przysadki mózgowej w ciąży i stosunek jej do cukromoczu, obniżenie granic tolerancji na węglowodany po wycięciu w eksperymencie ciałaek przybłonkowych i znaczenie ich w ciąży, stosunek *corpus luteum* do ognisk LANGERHANSA w trzustce i rola jej w patologii cukrzycy, rola wyciągów z nadnerczy w powstawaniu cukromoczu w ciąży—którymi to badaniami obecnie jestem zajęty—wszystko to każe szukać źródła cukromoczu w ciąży w zmienionej funkcji któregoś z narządów [lub kilku], regulujących przemianę węglowodanów, a spowodowanej przez jajuiki zmienione przez ciążę.

Nie podawałbym po raz wtóry wyników z pracy ogłoszonej w Nrze 39-m r. 1909 w „Lwowskim Tygodniku Lekarskim”, i streszczonej w „Dzienniku I Zjazdu internistów Ziemi polskich” [Nr. 3, 1909, str. 23], gdyby M. ZWEJGBAUM był podniósł, cytując mnie jedynie za „Wiener klin. Wochenschrift”, to co, zdaniem moim, należy uważać za miarodajne dla całej sprawy omawianej, t. j.: 1) częstość „samoistnego” wydzielania cukru gronowego w moczu u ciężarnych, pozatem zdrowych i 2) częstość *glycosuriae ex amylo* u ciężar-

nych, jako rzecz leżąca jeszcze w granicach fizjologii ciąży, która leczenia nie wymaga i która znika bez śladu, aby może zjawić się znowu przy następnej ciąży, jak w przypadku M. ZWEJGBAUMA.

### III. O stosunkach zachodzących pomiędzy przemianą mineralnych a organicznych składników pokarmu.

Podał

**Prof. E. Biernacki.**

(Dokończenie. — Patrz Nr. 24).

W przeciwstawieniu do znaczenia funkcji jelit (przynajmniej odnośnie CaO) z doświadczeń moich bynajmniej nie wypada, by dla i wobec zależności powyższej duże znaczenie posiadał czynnik, dotychczas w patologii i terapii przemiany mineralnej uważany za dominujący, poniekąd zarazem i za wyłączny, mianowicie wahania ilościowe składników mineralnych w pokarmie. Zapewne, dosyć już jest dowodów na to, że zbyt mały dowóz tych składników sam przez się może ułatwiać demineralizację [np. doświadczalna krzywica przy zbyt małym dowozie wapna]; z drugiej strony, że dowóz obfity bardzo ułatwia mineralizację ustroju, zatrzymywanie w nim tych składników.<sup>1)</sup> Ale w moich doświadczeniach kwasowych przy pokarmie, który wogóle był ubogi w wapno i przy którym w początkowych okresach bilanse CaO były ujemne, bilanse te z postępującem „przekarmieniem“ zwierzęcia stawały się dodatnie — nastąpiło zatrzymywanie wapna w ustroju. Odwrotnie, po dodaniu białka kuzego do pokarmu i po powiększeniu przez to frakcji kaloryi azotowych wywóz wapna z ustroju zwiększył się, mimo iż przez samo dodanie białka podniosła się zawartość wapna w pokarmie. Zwiększył się także wywóz metali alkalicznych w doświadczeniu przedostatniem po zamianie pokarmu mało mięsnego na bardziej mięsny, choć jednocześnie wprowadzano KCl + NaCl niemal o pół grama na dobę więcej niż poprzednio, i t. d.

Właśnie te zjawiska wprost dowodzą, że wśród warunków normalnych, t. j. kiedy niema nadmiernych wahań w tę lub ową stronę zawartości składników mineralnych w pokarmie, a także, kiedy mamy „normalną“ asymilację w kanale pokarmowym, za czynnik dominujący, zasadniczy dla przemiany mineralnej należy uznać stosunek

<sup>1)</sup> Patrz literaturę u A. ALBU i C. NEUBERG'a, Physiologie und Pathologie des Mineralstoffwechsels. Berlin 1906, str. 120 i inne.

ilościowy azotowych do bezazotowych składników pokarmu. I — konsekwentnie — ten punkt widzenia należy niezawodnie uwzględnić w odnośnych punktach patologii i terapii przemiany mineralnej w punktach, w których dotychczas, że powtórzymy, za podstawowy, często wyłączny czynnik uważane są wahania ilościowe składników mineralnych w pokarmie — może także obok tego zaburzenia asymilacji tych składników w kanale pokarmowym — że przypomnimy niektóre, szczególnie dawniejsze teorie krzywicy, blednicy, może nawet osteomalacji i t. d. Wypadnie więc rozważyć, czy w pewnych wypadkach demineralizacja ustroju pochodzi w pierwszej linii nie od tego, że się wprowadza zbyt mało mineraliów lub że są one źle przyswojone w kanale pokarmowym, ale właśnie przedewszystkiem dlatego, że w danych warunkach pokarm zawiera za dużo kaloryi azotowych, za mało zaś bezazotowych. Wypadnie dalej pamiętać, że jeżeli chcemy przeciwdziałać demineralizacji, względnie wzmóc przyswojenie pierwiastków nieorganicznych, to według wyników naszych doświadczeń osiągnąć to możemy najpierw nie przez wzmoczenie dawki tych składników, a przez wzmoczenie dawki składników bezazotowych, np. wzmoczenie tłuszczu, nb. pamiętając przytem, by czynności kanału pokarmowego nie uległy wybitniejszym zaburzeniom. Wypada dalej logicznie, że jeżeli mamy powstrzymywać mineralizację ustroju, to nie wystarczy do tego, jak to się czyni obecnie np. względem *arteriosclerosis* [RUMPF], zalecanie pokarmu uboższego w *mineralia*, ale przedewszystkiem pokarmu niebfitującego w kalorye bezazotowe — pokarmu chudego i przytem pokarmu chudego w małej ilości, bo jak widzieliśmy i chudy pokarm będzie sprzyjać mineralizacji, jeżeli będzie go za dużo i będzie przy nim wzrastać warstwa tłuszczu w ustroju i t. d., i t. d. <sup>1)</sup>

Zastosowania terapeutyczno-dyetyczne, według dedukcji powyższych, niewątpliwie często zawodzić mogą i zawodzić będą — przedewszystkiem już dlatego, że niezawodnie różne zaburzenia przeróbki mineralnej, zarówno w kierunku mineralizacji, jak demineralizacji zależą od przyczyn wewnętrznych ustroju, których zewnętrzne oddziaływanie dyetyczne, w zasadzie najzupełniej słuszne, niewiele albo zupełnie znihilować nie może. Powtóre, jeżeli nawet doświadczenia omówione ustaliły zależność mineralizacji i demineralizacji ustroju od zmiany wzajemnego stosunku kaloryi azotowych i bezazoto-

---

<sup>1)</sup> Właściwie dosłownie wypada, że jeżeli mineralizację ułatwia większa ilość tłuszczu, to, dążąc do demineralizacji, powinniśmy stosować duże ilości białka. Propozycji w takiej formie, zapewne, nieby nie przeszkadzało, gdybyśmy byli pewni, że wprowadzenie dużych ilości tak złożonego cząsteczkowo pierwiastku, jakim jest białko, nie kryje w sobie swoistych szkodliwości, co bynajmniej nie jest pewne. Trudno też wiedzieć, czy dla demineralizacji zawsze będzie celowym pokarm składający się przeważnie z białka; naturalnie zupełnie bezcelowym byłoby także wzmaganie ilości białka, któreby jednocześnie warunkowały przekarmienie. W wyniku ostatecznym obecnie wolno tylko dedukcję sformułować tak, jak to powyżej uczyniliśmy, wzgl. główny nacisk położyć na to, by pokarm nie był przetłuszczony; pozatem może on być przeciętnego normalnego składu. Wolno przytem pamiętać, że demineralizację ustroju można ułatwiać i innymi drogami — niezawodnie przez wprowadzenie większych ilości tworów organicznych.



wych, to nie nam nie powiedziały dotychczas o lokalizacji tych mineralizacji i demineralizacji, nie nam nie powiedziały, czy te lokalizacje zależne są lub niezależne także od wzajemnego stosunku ilościowego składników bezazotowych, czy odgrywa dla nich rolę obecność lub nieobecność przekarmienia przy danem przesunięciu kaloryi azotowych lub bezazotowych i t. d. Nie wiemy więc np., gdzie zostaje umiejscowionem wapno, zatrzymane przy przetłuszczeniu pokarmu, czy retencya CaO przez taki pokarm zawsze pójdzie na korzyść kości, czy chcąc wzmódcz ich mineralizację w krzywicy, wolno jednocześnie przekarmiać — a może przeciwnie — to ostatnie właśnie jest szkodliwe [prawdopodobniejszel], czy odwrotnie, może się udać mineralizacja gruczeków w płucach tylko przy pomocy wzmoczenia kaloryi bezazotowych bez przekarmienia, i t. d. Wobec braku wiadomości w tych kierunkach właśnie zawodzić mogą, nawet wprost niemożliwe są dedukcyje w duchu nowych spostrzeżeń dla poszczególnych stanów chorobnych.

Że jednakże dedukcyje takie w ich formie najogólniejszej są zupełnie usprawiedliwione i w podstawie swej prawdziwe, za tem przemawia także fakt, że w tych kilku wypadkach, w których przy pewnym punkcie lub pewnem postępowaniu terapeutyczno-dyetycznem stwierdza się klinicznie lub eksperymentalnie obecność mineralizacji ustrojowej, jednocześnie istnieje taki stosunek azotowych do bezazotowych składników pokarmu, jaki wypada w myśl naszych doświadczeń. A więc przedewszystkiem niezmiernie ciekawem zjawiskiem w tym względzie jest mleko, przy którym już poprzednio różni badacze stwierdzili wybitną skłonność do retencyi mineralnych.<sup>1)</sup> Niezawodnie mleko obfituje w takie składniki, ale jednocześnie mleko, przedewszystkiem mleko kobilece, jest pokarmem przetłuszczonym, pokarmem, w którym dominują kalorye bezazotowe [na 1% białka przypada w mleku 3—4% tłuszczu] i który też w myśl naszych wyników musi sprzyjać retencyom mineralnym. Ale jednocześnie w świetle tych samych wyników jaśnieje wielka celowość takiego składu mleka, jaki ono posiada — mleka, jako wyłącznego pokarmu noworodka, który ma budować protoplazmę, budować kościec. Celowem także przedstawia się unikanie mięsa, jakie empirycznie, poniekąd jakby instynktownie istnieje w dyetetyce młodego pokolenia, równie dobrze ludzkiego, jak zwierzęcego [u psów], jako iż obfitość białka przeszkadzać może mineralizacji ustroju młodego.

Mleko, duże ilości masła, wogóle przekarmienie odgrywają, jak wiadomo, ważną, a zasłużoną rolę w dyetetyczno-klimatycznym leczeniu gruźlicy, kiedy wyleczenie, wzgl. poprawa idzie w parze ze zwapnieniem gruczeków w płucach.

Jest rzeczą ciekawą, że jednocześnie A. OTT<sup>2)</sup> nie znajduje utrat wa-

<sup>1)</sup> BUMPF, HIRSCHLER u. v. TERRAY, BLANBERG, różne prace szkoły CZERNY'ego (KELLER) i t. d. p. u ALBU i NEUBERG'a loc. cit. Stwierdziliśmy właśnie ten fakt przy przejściu z pokarmu młynorżowego do mlecznorżowego w doświadczeniu III pracy: „Przekarmienie a mineralna przemiana materyi“, loc. cit.

<sup>2)</sup> A. OTT. Deutsch. Archiv f. klinische Medizin, 1901, t. 70.

pną z ustroju przy obfitem karmieniu suchotników, nawet mimo obecność gorączki.

Obok dedukcji, jakie ze spostrzeżeń naszych wypływają dla patologii i terapii przemiany mineralnej, ze spostrzeżeń tych — podkreślić należy — wypływa bezpośrednio przedewszystkiem jedna ważna wskazówka dla dyetyki normalnej. A mianowicie — jeżeli przemiana mineralna znajduje się w tak ścisłej zależności od wzajemnego stosunku ilościowego azotowych i bezazotowych składników pokarmu, to zasadniczo okazuje się niemożliwym przebieg normalny przemiany mineralnej bez pewnego określonego, „normalnego“ składu pokarmu, „normalnego“ w nim stosunku wzajemnego białka, tłuszczu i węglowodanów.

Wniosek powyższy właśnie specjalnie wysunąć należy wobec najnowszych prądów w nauce dyetyki. Odkąd mianowicie F. HIRSCHFELD i G. KLEMPERER, a głównie R. CHITTENDEN w długotrwałych spostrzeżeniach stwierdzili, że można egzystować, nawet wykonywać zupełną sprawność fizyczną i umysłową przy podaniu tej ilości białka [50—60 grm.], jaką C. VOIT uczynił „normalną“ i jaką zresztą przeważnie odnajduje się w instynktownie ustalonym przeciętnym składzie pożywienia różnych narodów, nawet do prasy ogólnej przechodzi pogląd, że spożywamy wogóle za dużo białka, że należy ilość jego w pokarmie zmniejszać.

Niezawodnie do poglądów takich przyczyniają i sugestye lekarskie o szkodliwości dużych ilości mięsa, niezawodnie miesza się przytem pojęcie białka z pojęciem mięsa, które zresztą, jest najłatwiejszem źródłem dowozu białka. Ale pokarm uboższy w białko, by mógł posiadać tę minimalną wartość opałową, jaką śród pewnych warunków ludzkiego bytowania posiadać musi, — musi zarazem stać się bogatszy w tłuszcz, czy węglowodany, co znowu według wyników omawianych sprowadzi za sobą skłonność do mineralizacji. Przypomnę, że przy pokarmie przetłuszczonym, czy „przecukrzonym“ występują także objawy osłabionej oksydacji białkowej. Normalny przebieg przemiany materii przy pokarmie tego rodzaju przedstawia się więc możebnym właściwie tylko przy wejściu w grę wewnętrznych sił „wyrównania“ i przystosowania, albo może przy pomocy jakich czynników zewnętrznych, o których wiemy lub dowiemy się, że specjalnie oddziałują na przemianę mineralną [np. większe ilości różnych kwasów organicznych, ułatwiające wywóz chloru i zasad.<sup>1)</sup>

Rzecz ciekawa, że na potrzebę zachowania śród normalnych warunków życiowych „normalnej“ zawartości białka, względnie „normalnego“ składu pokarmu według wzorów VOIT'a wskazuje także i — kanał pokarmowy. Przetłuszczanie pokarmu zapomocą masła w najlepszym gatunku prowadziło zawsze u moich psów, jak to szczegółowo mówiłem w innem miejscu<sup>2)</sup>, do objawów

1) Por. moją pracę: „Odczyn kwaśny i kwasy“ i t. d., loc. cit. także M. KLORZ, loc. cit.

2) W sprawie nawykowego zaparcia stolca. Przegląd lekarski, 1909. Nr. 22—23. Wiener klinische Woch., 1910, Nr. 21.

silnego zaparcia; dodatek cukru lub białka kurzego tego nie czynił, raczej wywierał skutek odwrotny. Z drugiej jednak strony, kiedy w doświadczeniu przedostatniem zmieniłem pokarm mało mięsny (100 grm. mięsa końskiego + 180 grm. ryżu) na bardziej mięsny (250 grm. mięsa i 125 grm. ryżu) i kiedy wraz z tem, jak wspomniałem, przyswajanie w jelitach wyraźnie się wzmogło, to w zgodzie z analogicznymi spostrzeżeniami klinicznymi REJCHMANA,<sup>1)</sup> WESTPHALEN'a<sup>2)</sup>, AD. SCHMIDT'a<sup>3)</sup> i innych, znowu wystąpiło silne zaparcie. Po powrocie na ostatnie cztery dni do pokarmu pierwszego, mniej mięsnego, zjawiała się w tym względzie poprawa.

W pracy powyższej omówiłem najogólniejszą zależność, jaką udało się ustalić pomiędzy przemianą mineralnych a organicznych składników pokarmu. Niewątpliwie zależność ta nie obejmuje sobą i nie wyczerpuje tych wszystkich czynników i wpływów, wśród których odbywa się przemiana mineralna; wynika to z różnych danych literatury, a zresztą i z moich własnych poszukiwań. Istnieją niezawodnie wzajemne zjawiska i zależności wśród poszczególnych składników mineralnych. W innym miejscu omawiam<sup>4)</sup> np. zależność przemiany potasu od chlorku sodu. Rzecz do zaznaczenia, że i z tych poszczególnych zależności wypływa nieraz nieodzowność określonego składu organicznego pokarmu.

IV. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DOC. DRA MED. W. JANOWSKIEGO  
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

## Zmiany miejscowe w krążeniu przy ruchach czynnych kończyny.

Przez

Stanisława Saskiego.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 24].

Ponieważ, jak widzieliśmy wyżej, w pewnej liczbie przypadków ciśnienie w tętnicy ramieniowej ulegało pewnym zmianom, a mianowicie szczegól-

<sup>1)</sup> REJCHMAN M. przyczynek do nauki o sposobach powstawania t. zw. nawykowego zaparcia stolca, Gazeta Lek. 1900.

<sup>2)</sup> WESTPHALEN. Ueber die chronische Obstipation. Archiv f. Verdauungskrankheiten, t. 6, zes. 2.

<sup>3)</sup> AD. SCHMIDT Die Funktionsprüfung des Darmes mittels der Probekost. Wiesbaden, 1908, str. 70—77.

<sup>4)</sup> Sól kuchenna a mineralna przemiana materyi. Lwowski Tygodnik Lekarski, 1910.

niej często występowało podniesienie ciśnienia rozkurczowego, należało stwierdzić, czy owo wzmożenie  $Mm$  było wyrazem ogólnego podniesienia ciśnienia rozkurczowego w ustroju, czy też ograniczało się jedynie do układu naczyniowego danej kończyny, w związku ze zmianami naczynioruchowymi, wywołanymi przez pracę mięśni. W celu wyjaśnienia tego pytania wykonałem 18 doświadczeń w ten sposób, iż z udziałem 3-ch pomocników <sup>1)</sup> określałem ciśnienie jednocześnie na ręce prawej i lewej, naprzód przed ruchami, a następnie po wykonaniu przez chorego odpowiednich ruchów ręką, względnie przedramieniem prawym, gdy kończyna lewa pozostawała w zupełnym spokoju. Doświadczeń tych więcej nie mnożyłem, gdyż z powodu licznej, potrzebnej do nich asysty, wykonanie ich jest połączone ze znacznymi trudnościami.

Różnice ciśnienia na ręce prawej i lewej po ruchach ręką prawą zestawione są w tablicy III.

Pomijając doświadczenia, w których na obu kończynach różnice pomiędzy wysokością ciśnienia przed i po ruchach wyrażają się zbyt małymi liczbami, aby można z nich wogóle jakiekolwiek wnioski wyprowadzać, musimy stwierdzić fakt dla nas najważniejszy, mianowicie, iż w pewnej liczbie doświadczeń ciśnienie mierzone na kończynie prawej, t. j. pracującej, okazuje po ruchach pewną, niekiedy dość znaczną różnicę, gdy na kończynie lewej ciśnienie to [po dokonaniu ruchów ręką prawą] pozostaje bez zmiany. Takie zachowanie się ciśnienia w tętnicach palcowych widzimy w dośw. 24-em i 25-em seryi I, oraz w dośw. 22-em, 23-em i 25-em seryi II. W tętnicy ramieniowej podobny stosunek występuje w dośw. 23-iem, 24-em, 29-em seryi I oraz 26-em i 29-em seryi II. W kilku doświadczeniach znajdujemy stosunek odwrotny, t. j. różnicę w ciśnieniu w kończynie spoczywającej i przy ciśnieniu niezmiennem, lub zmienionem w stopniu mniejszym na kończynie wykonywującej ruchy. O ile podobny wynik nie zależy od przypadkowej omyłki w określeniu ciśnienia, co, zdaje się, dotyczy PG na rękę lewą w dośw. 29-em obu seryi, nie daje się on wytłumaczyć. Tutaj chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na wyniki doświadczenia 30-go. W doświadczeniu tem wykonanem na młodym, cierpiącym na gruźlicę płuc neurasteniku, spostrzegamy obustronne obniżenie ciśnienia po ruchach dłoni oraz przedramienia, zarówno w tętnicy palcowej, jak i ramieniowej, przytem w tej ostatniej w stopniu znaczniejszym na ręku spoczywającym, niż na pracującym, w tętnicy zaś palcowej odwrotnie. Być może, iż wynik taki można uzależnić od nagłego ogólnego obniżenia ciśnienia, z przyczyny bliżej nie dającej się określić, które to obniżenie zmanifestowało się głównie na kończynie pozostającej w spokoju. Na kończynie zaś prawej obniżenie to zsumowało się ze zmianami w ciśnieniu, zależnymi od ruchów ręki, dając znaczne obniżenie PG, ponieważ tutaj obie przyczyny oddziaływa-

<sup>1)</sup> We wszystkich wogóle doświadczeniach mierzenie ciśnienia wykonywane było w ten sposób, że jedna osoba obserwowwała palec (przy określaniu ciśnienia tonometrem GAERTNERA), względnie wysłuchiwała tony fonendoskopem (przy oznaczaniu ciśnienia sposobem KOROTKOWA), a druga śledziła ruch ręki w manometrze.

T A B L I C A III.

1) *po ruchach kисти.*

Nr. dośw.	PG		Mx		Mm		PD	
	P <sup>1)</sup>	L	P	L	P	L	P	L
21	-5	+5	-3	+2	+4	+2	-7	0
22	-1	0	-2	-9	+3	0	-5	-9
23	-2	-3	-8	-1	-7	0	-1	-1
24	-7	0	+6	-1	+16	0	-10	-1
25	-10	+2	-1	-5	+2	-3	-3	-2
27	-5	-1	-3	0	+1	0	-4	0
28	+3	-3	+3	+5	+2	0	+1	+5
29	-1	+22?	+10	0	+6	0	+4	0
30	-28	-9	-3	-13	-3	-10	0	-3

2) *po ruchach przedramienia.*

Nr. dośw.	PG		Mx		Mm		PD	
	P	L	P	L	P	L	P	L
21	-3	+7	+1	-3	+5	+2	-3	-5
22	-17	0	+3	-6	-6	+6	+9	-12
23	-12	+2	-4	0	-8	-5	+4	+5
25	-10	+1	0	-7	+3	-4	-4	-3
26	-3	?	+1	-1	+13	0	-12	-1
27	-12	-8	-4	-3	+2	+1	-6	-4
28	-8	-16	+1	+2	+5	+7	-4	-5
29	0	+20?	+9	-2	+11	0	-2	-2
30	-28	0	6	-15	-2	-7	-7	-8

<sup>1)</sup> P=prawa; L=lewa.

ły na wysokość ciśnienia w jednym kierunku, i w bardzo słabym stopniu obniżając Mx i Mm w tętnicy ramieniowej, ponieważ znaczniejszemu obniżeniu przeciwdziałało miejscowe podniesienie ciśnienia, które, jak widzieliśmy wyżej, w dość znacznej liczbie przypadków występowało po ruchach kończyny.

Jeżeli na podstawie powyżej przytoczonych danych możemy wyrazić przypuszczenie, iż stwierdzone przez nas zmiany w ciśnieniu w tętnicy ramieniowej w niektórych przypadkach ograniczają się jedynie do obrębu układu naczyniowego kończyny, wykonywającej ruchy, to jednak nieda się wykluczyć, iż w pewnej, jakkolwiek znacznie mniejszej liczbie przypadków, rzeczony różnice w ciśnieniu mogą być wyrazem ogólnej zmiany ciśnienia w ustroju, do której wywołania doprowadziły nawet względnie mało męczące i krótkotrwałe ruchy jednej z kończyn. Przypuszczenie to znajduje potwierdzenie w wynikach kilku doświadczeń, wykonanych w sposób nieco odmienny. Doświadczenia te, w liczbie 9-u, wykonane były mianowicie w ten sposób, iż określano ciśnienie Mx i Mm w tętnicy ramieniowej wyłącznie na ręce prawej, naprzód przed doświadczeniem, następnie po wykonaniu przez chorego szeregu ruchów przedramieniem lewym, wreszcie po wykonaniu analogicznych ruchów przedramieniem prawym. Czas trwania ruchów wahał się między 20-ma sek. a 90-ma sek. W pierwszych 3-ch doświadczeniach poniżej podanej tablicy IV, ciśnienie

T A B L I C A IV.

Nr doświadczenia	Ciśnienie w art. brachial. dextr.									Czas trwania ruchów
	przed ruchami			po ruchach przedram. lew.			po ruchach przedram. praw.			
	Mx	Mm	PD	Mx	Mm	PD	Mx	Mm	PD	
1	103?	75	28	115	75	40	115	77	38	20"
2	114	78	36	115	80	35	115	85	30	20"
3	100	60	40	103	63	40	100	66	34	20"
4	95	72	23	97	72	25	95	70	25	1'
5	89	61	28	92	64	28	89	64	25	1'
6	131	81	50	134	89	45	128	92	36	1'30"
7	95	66	29	103	66	37	103	64	39	1'30"
8	89	61	28	83?	58?	25	89	64	25	1'
9	106	66	40	103	61	42	100	61	39	1'

było określane sposobem wysłuchowym, w pozostałych 6-u przy pomocy tonografu JAQUET'a. Przy użyciu tonografu w niektórych przypadkach ciśnienie po ruchach ręki nie dało się określić wskutek tego, iż krzywa tętnopisowa, w miarę obniżania ciśnienia w mankiecie, podnosiła się do góry do tego stopnia, iż poszczególne fale nie mogły być zapisane w całości, co, oczywiście, uniemożliwiało oznaczenie miejsca, odpowiadającego ciśnieniu rozkurczowemu. Wobec tego podaję tutaj wyniki 6-u tylko doświadczeń, wykonanych z tonografem JAQUET'a, jakkolwiek wykonałem ich więcej.

Jak widać z powyższego zestawienia, liczby oznaczające Mx, wahają się przeważnie w bardzo wązkich granicach, jednakże wyraźnie zaznacza się tendencja do podniesienia Mx na kończynie prawej po ruchach, wykonywanych przez przedramię lewe. To samo, choć w stosunkowo mniejszej liczbie przypadków, dotyczy Mm. Wynik ten jest zupełnie zgodny z wynikami badań STURSBERGA <sup>1)</sup>, MASINGA <sup>2)</sup> oraz STRASBURGERA <sup>3)</sup> nad wpływem pracy fizycznej na ciśnienie krwi. Wymienieni autorowie stwierdzili, iż praca mięśniowa wywołuje podniesienie ciśnienia skurczowego oraz rozkurczowego, lecz tego ostatniego w stopniu słabszym i w mniejszej liczbie przypadków. Przechodząc do rubryki ciśnienia w tętnicy ramieniowej prawej po ruchach przedramienia prawego, znajdujemy stosunki nieco odmienne: gdy Mm pozostaje nadal na tej wysokości, jaką osiągnęło po ruchach ręką lewą, a w połowie przypadków nawet podnosi się jeszcze wyżej, Mx utrzymuje się na poprzedniej wysokości tylko w 3-ch przypadkach, w pozostałych zaś obniża się mniej więcej do wysokości, zajmowanej przed początkiem doświadczenia. Należy zauważyć, że przed rozpoczęciem ruchów ręką prawą nie sprawdzałem wysokości ciśnienia, przeto mogło się zdarzyć, iż w jednych przypadkach powróciło ono już było do wysokości pierwotnej, w innych utrzymywało się jeszcze na wysokości, osiągniętej po ruchach ręki lewej. Nie można więc ściśle określić, czy zginanie przedramienia prawego sprowadzało w danym przypadku obniżenie Mx, czy też nie wywoływało w niem żadnej zmiany. W każdym razie pewnem jest to, że ruchy przedramienia prawego nie wpływały na podniesienie Mx, co jest znowu zgodnem z wynikami, otrzymanymi przeze mnie w poprzednich doświadczeniach z ruchami jednej tylko kończyny.

---

<sup>1)</sup> STURSBERG H. Ueber das Verhalten des systolischen u. diastolischen Blutdruckes nach Körperarbeit mit besonderer Berücksichtigung seiner Bedeutung f. die Funktionsprüfung des Herzens. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1907, t. 90, z. 5, 6.

<sup>2)</sup> MASING. cyt. według STURSBERG'a.

<sup>3)</sup> STRASBURGER. cyt. według STURSBERG'a.

## WYKŁAD KLINICZNY.

### ROZNOŚCIELE ZARAZKÓW.

Podług pracy SACQUÉPÉ'go: Les porteurs de germes (*Bulletin de l'Institut Pasteur*, 1910, Nr. 1 i 2).

Skreślił

Roman Wasilewski.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 24).

Stwierdzenie istnienia roznosicieli przewlekłych nasuwa ciekawe pytanie patogenetyczne: w jaki sposób zjadliwe laseczniki mogą przebywać przez całe lata u osób na pozór zdrowych<sup>1)</sup>. Otóż wiadomo, że z chwilą dostania się zarazka do ustroju ludzkiego — rozpoczyna się w nim walka o byt: ustrój korzysta ze wszystkich swych środków obronnych, ażeby zniszczyć inwazyę pasorzytniczą; silniejsze zarazki, pozostające w tej walce przy życiu, nie zachowują się biernie, lecz również doskonałą swoje mechanizmy obronne. W miarę rozwoju choroby (walki) ustrój zyskuje wysoki stopień siły bakteryobójczej; zarazki zaś, opierając się niweczącym wysiłkom zakażonego organizmu, potęgują swe siły obronne. W końcowych swych okresach ta walka przedstawia się jako symbioza ustroju z zarazkiem; może ona trwać od kilkunastu dni do kilkudziesięciu lat. Unieszkodliwienie zarazka w okresie symbiozy, podług KARWACKIEGO, może zależeć albo od własności antyendotoksyecznych cieczy ustrojowych, albo też od przyzwyczajania się komórek ustroju do jądów.

Co się tyczy umiejscowienia zarazków u roznosicieli przewlekłych, to badania ostatnich czasów wykazują, że laseczniki obierają sobie zazwyczaj siedlisko w drogach żółciowych, skąd są wydalane do kiszki i na zewnątrz; lub też krążąc w organizmie, wydzielają się z moczem, nie wywołując przytem widocznego odczynu infekcyjnego. Spostrzeżenia anatomiczne, zdobyte przy sekcjach roznosicieli przewlekłych, jak również niektóre zabiegi chirurgiczne na żywych — wykazują stałą obecność laseczników w pęcherzyku żółciowym, w żółci i kamieniach żółciowych; często są zajęte drogi żółciowe, wątroba, dwunastnica i inne narządy. Im dalej od dróg żółciowych, tem laseczników jest mniej; zatem w górnych odcinkach jelit znajdują się one w obfitej liczbie; w dolnych zaś względnie skąpo. Często operacya na drogach żółciowych, zwłaszcza usuwanie kamieni, przerywa na zawsze wydzielenie się laseczników (okoliczność ta ma ważne znaczenie w praktyce). Z tymi wynikami zgadzają się i doświadczenia laboratoryjne: żółci używa się obecnie jako zupełnie odpowiedniego podłoża dla hodowli laseczników durowych i rzekomodurowych ze krwi; doświadczenia na zwierzętach, którym wstrzykiwano laseczniki durowe, wykazują, że te ostatnie zawsze znajdują się w żółci lub też w ściankach pęcherzyka żółciowego, nawet jeśli ich gdzieindziej nie można było wykryć.

<sup>1)</sup> Wyczerpującą odpowiedź w tej sprawie znalazłem w pracy dra KARWACKIEGO: „Teorye odporności w świetle badań klinicznych“.



Niezaprzeczenie ważna rola przypadku drogom żółciowym w historii roznośców przewlekłych, czy jednak wyłączna — na to odpowiedzieć obecnie stanowczo nie można, znane są bowiem równie kosztne spowodowane przez laseczniki EBERTH'a w kilka lat po przebyciu choroby, a pozatem prawidłem jest wydalanie się ich przez drogi moczowe; pozostaje zaś sprawą nierozstrzygniętą, czy w podobnych przypadkach zarazki przez dłuższy czas przebywają *loco dolenti*, czy też dostają się tu drogą przerzutów ze stałego ogniska — dróg żółciowych.

Sam fakt istnienia roznośców przewlekłych byłby tylko ciekawą kwestyą teoretyczną, gdyby nie udowodniono, że roznoścy ci mogą ewentualnie stanowić niebezpieczeństwo dla siebie samych i zwłaszcza dla swego otoczenia. Liczne obserwacje świadczą o tem: przedewszystkiem pod każdym względem zwłaszcza co do zjadliwości — laseczniki roznoścy przewlekłych niezmiernie różnią się od laseczników wyizolowanych podczas duru. Zarazek może być niebezpiecznym dla samego roznoścy, jakkolwiek ewentualność ta zdarza się rzadko ze względu na nabytą uprzednio odporność; notowano jednak [KAM] wypadki autoreinfekcy u roznośców przewlekłych, zakończone ogólną infekcją swoistą i śmiercią; [ze względu na położenie socyalne obserwowanych osobników — izolowani umyślowo chorzy — ewentualność zakażenia przez laseczniki obcego pochodzenia winna być w przypadkach KAMA stanowczo wykluczona]. Najnowsze obserwacje (PRIGGE'a i SACHSA-MUKEGO) wykazują, że i laseczniki rzekomodurowe mogą być zjadliwe względem roznośców, którzy przez dłuższy czas pozostawali zupełnie zdrowymi. Znacznie groźniejsze jest to, że laseczniki roznośców mogą być niebezpieczne dla otoczenia. Każdy nieuprzedzony umysł zgodzi się bez wahania na możebność przenoszenia duru przez roznoścy tak, jak godzi się z faktem przenoszenia zarazki przez wodę, lub bezpośrednio przez zetknięcie. Dane liczbowe FROSCH'a [który zebrał dane z wielu stacyi niemieckich] wykazują, że w roku 1906-ym roznoścy przewlekli byli przyczyną 5,01% wypadków gorączki durowej.

Bardzo przekonujące są liczne obecnie sprawozdania epidemiologiczne, które nadają szerzeniu choroby przez roznoścy znaczenie równie doniosłe, jak i wszelkim innym czynnikiem etyologicznym.

Roznoścy chroniczni mogą zarażać dwoma sposobami: albo przez zetknięcie bezpośrednie z osobą zdrową, lub też przez zakażenie materiałów spożywczych. Do pierwszej grupy należą endemo-epidemie domów lub rodzin [„domy tyfusowe“], trwające lata całe, do chwili aż zostanie wykrytą przyczyna; z pośród wielu faktów analogicznych SACQUEPÉE przytacza obserwację FRIEDEL'a, dotyczącą pewnej służącej, która wywołała 24 zakażeń w ciągu 17 lat. Do drugiej grupy należą endemo-epidemie lub epidemie pochodzenia żywnościowego, w których pokarmem przenoszącym zarazę prawie zawsze jest mleko; KOSSEL opisuje np. epidemię tego pochodzenia w pewnym niemieckim miasteczku z 25 wypadkami w ciągu 3 miesięcy. Niekiedy wchodzą w grę jednocześnie oba wskazane tu warunki etyologiczne. Najzupełniej są też możliwe i większe epidemie, pochodzące z wody zakażonej przez roznoścy przewlekłego.

Dane epidemiologiczne stwierdzają między innymi fakt, że przeważnie kobiety rozsiewają w około siebie zarazki durowe; tłumaczy się to wogóle przewagą kobiet w liczbie roznośców przewlekłych, z drugiej zaś strony okolicznością, że kobiety mają więcej sposobności do zakażenia produktów spożywczych przy swych zajęciach gospodarczych.

Z chwilą gdy ustalono niebezpieczeństwo, grożące ze strony roznośców chronicznych — stało się rzeczą niezbędną stosować względem nich możliwe skuteczne środki zapobiegawcze. Najważniejszym środkiem jest wczesne rozpoznawanie roznośców przewlekłych; dopiąć tego można przez szczegółowe prowadzenie badań epidemiologicznych, lub też powtarzając często analizy bakteriologiczne wydzielin dawnych chorych. Skoro tylko roznoścy został roz-

poznany, należy go „wyleczyć“ z punktu widzenia bakteryologicznego, t. j. zniszczyć w nim ogniska laseczników istniejących. Dotąd jednak medycyna pod tym względem jest prawie bezsilną. Szczepienia przeciwdurowe nie dały pożądaných rezultatów i jakkolwiek uodporniały organizm, jednak nie w tak silnym stopniu, aby doprowadzić do zniszczenia laseczników durowych. Działanie przetworów farmaceutycznych było również niepewne. W niektórych przypadkach pomyślne wyniki dała chirurgia: po operacyach — przy *cholecystitis suppurativa*, obserwowano, jak już wspominaliśmy, zupełne bakteryologiczne wyleczenie chorych; z drugiej jednak strony śmielsi chirurgowie, nie wahając się usuwać pęcherzyka żółciowego li tylko w celu zniszczenia ogniska tyfusowego — niezawsze otrzymali pożądanę wyniki. A zatem metody lecznicze zarówno farmaceutyczne, jak i chirurgiczne nie dają nam środka pewnego. Pozostają więc środki profilaktyczne ogólne — paliatywne, nie mniej jednak częstokroć skuteczne: na pierwszym miejscu stoją tu — izolowanie i dezynfekcyja. Chociaż izolowanie roznościcieli chronicznych nie jest rzeczą łatwo wykonalną, w niektórych okolicznościach jednak stanowi konieczny i jedyny środek, np. przy wybuchach endemii w przytułkach, koszarach i t. p. Dezynfekcyja zaś — przeciwnie — jest jednogłośnie prawie zalecaną przez wszystkich autorów, zwłaszcza odkażanie stolców i moczu. Roznościciele sami winni dbać o to, by nie zakażać środowiska zewnętrznego, dbać o czystość swoją i swego otoczenia, a stosuje się to nie tylko do roznościcieli laseczników tyfusowych, lecz i do wszystkich wogóle osób, które przebywały jakąkolwiek chorobę zakaźną. Nareszcie wszystkie osoby zajęte przy artykułach spożywczych winny znajdować się pod stałą opieką i kontrolą lekarską.

Oczywiście, trudną jest podobna organizacyja zapobiegawcza, tem trudniejszą, że zwykle nie może jej popierać żaden przepis, ani przymus prawny. W praktyce pozostaje więc tylko polegać na dobrej woli osób zainteresowanych, której bez wątpienia nie zabraknie, gdy higieniczne kształcenie ludu znacznie się stawać w bliższej, czy dalszej przyszłości faktem dokonany.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 93. E. Bonnaire. Choroba Graves'a (Basedow'a) a ciąża.

Według spostrzeżeń LANGEGO powiększenie gruczołu tarczowego w ciąży jest prawidłem [108 razy na 133]; to powiększenie, według niego, przeciwdziała samozatruciu mającemu swe źródło w samym procesie ciąży.<sup>1)</sup> Na 25 kobiet, u których gruczoł tarczowy pozostał bez zmiany, w 22 przypadkach notowano białkomocz. Że to nie jest dziełem przypadku, LANGE dowiódł zapo-  
mocą doświadczeń na zwierzętach: wycięcie  $\frac{4}{5}$  gruczołu tarczowego u kotek cię ż a r n y c h stale wywoływało białkomocz, u nieciążarnych tego efektu nie było. Podawanie tyreoidyny ustalało lub zmniejszało ten białkomocz doświadczalny. NICHOLSON, opierając się na doświadczeniach LANGEGO, zastosował tyre-

---

<sup>1)</sup> Powiększanie się „gardła“ u ciężarnych znanem jest wśród naszego ludu. Objaw ten lud przypisuje powstrzy mywaniu się od krzyku podczas bólów porodowych.

(Przyp. spraw.).

oidynę do 4-ch przypadków białkomoczu u kobiet ciężarnych [z nich dwie podlegały drgawkom porodowym] z jak najlepszym skutkiem.

Inny znów autor [VARSALE w r. 1905] objawy drgawek porodowych uważa od niedostateczności gruczołów przytarczowych (*insuffisance parathyroïdienne*). W każdym razie zdaje się to być faktem, nie ulegającym wątpliwości, że niedostateczna działalność obu tych gruczołów [tarczowego i przytarczowych] źle wpływa na ciążę.

Autor stawia sobie pytanie, jak wpływa na ciążę wzmoczona czynność gruczołu tarczowego, a za taką właśnie uważa chorobę GRAVES'a [BASEDOW'a]? Zdania autorów pod tym względem są bardzo rozmaite. „Optymiści“ jak ich nazywa B., twierdzą, że ciąża i poród wpływają dodatnio na ch. GRAVES'a [Trousseau, Souza-Leite i inni]. Charcot nie wahał się polecać ciąży jako środka leczniczego na to cierpienie. „Pessymiści“ twierdzą, że nadmierna wydzielina gruczołu tarczowego zabija zarodek i sprowadza poronienie, a z drugiej strony ciąża wpływa niepomyślnie na przebieg choroby GRAVES'a. Skutch i Windscheid [1908] donoszą o licznych powikłaniach płucno-sercowych i krwotokach nieraz śmiertelnych. Są wreszcie autorzy („eklektycy“), którzy utrzymują, że ciąża i choroba GRAVES'a żadnego wpływu na siebie nie wywierają. Tak twierdzi np. Halliday-Croom [1907] na podstawie własnej statystyki, składającej się z 13-u przypadków; należy jednak dodać, że wbrew swoim wnioskom optymistycznym autor ten miał w 4-ch przypadkach bardzo ciężkie powikłania [drgawki, krwotok, poronienie].

Ciąża w połączeniu z chorobą GRAVES'a wogóle zdarza się rzadko. Wspominamy wyżej Halliday-Croom na 15 tysięcy chorych w swoim oddziale w szpitalu Edyńskim raz tylko spostrzegł chorobę G. w połączeniu z ciążą — pozostałe 12 przypadków spostrzegł w praktyce prywatnej. Bonnaire widział tylko 2 przypadki na 30 tysięcy chorych, które się przewinęły w ciągu lat 12 przez jego oddział szpitalny. Zależy to po części od tego, że wogóle choroba GRAVES'a zdarza się rzadko wśród publiczności szpitalnej.<sup>1)</sup>

W 1-szym przypadku, spostrzeganym przez autora, wole zjawilo się nagle w 7-ym miesiącu ciąży w towarzystwie napadów duszności i bezwładu prawej struny głosowej z niestalą tachykardią; wytrzeszczu, ani innych objawów nie było. Duszność była tak wielka, że autor zdecydował się na przerwanie ciąży. W tym celu zastosował balon Tarnier'a, ale wystarczyło tylko częściowe rozszerzenie szyjki macicznej dla usunięcia duszności. Ciąża trwała w dalszym ciągu, pod koniec tejże zjawily się napady histeryczne i zaburzenia w sferze ruchowej i czuciowej.

W 2-im przypadku chora dostała wola w przebiegu drugiej z rzędu ciąży, ale bez żadnych objawów; nawet wole znikło prawie zupełnie po porodzie. Dopiero podczas trzeciej ciąży zjawilo się znów wole, tym razem jednak z wytrzeszczem, tachykardią, arytmia, rozwolnieniem; prócz tego chora miewała napady bicia serca [160 i więcej] i po prostu — objawy nieomogi sercowej.

Zastosowano upust krwi i przystąpiono do rozwiązania gwałtownego (*accouchement forcé*), po którym wystąpił obfity krwotok. Wszystkie charakterystyczne objawy choroby G. pozostały *in statu quo*.

Wnioski autora dadzą się streścić mniej więcej w ten sposób:

1. Proste powiększenie gruczołu tarczowego podczas ciąży należy uznać prawie za objaw fizjologiczny.

2. U ciężarnych, mających chorobę GRAVES'a, zdarzają się zaburzenia

<sup>1)</sup> To samo spostrzegano u nas.

(Przyp. spraw.).

sercowo-płucne w postaci napadów, krwotoki przed lub po porodzie, napady histeryi i tężyzki.

3. W lekkich przypadkach choroby GRAVES'a ciąża nie jest przeciwwskazaną, ale w przypadkach ciężkich lub w takich, w których zjawiały się przypadłości podane pod Nr. 2, ciąża jak nie dopuszczalną.

4. Leczeniu choroby GRAVES'a ciąża nie powinna przeszkadzać.

5. Wrazie zjawienia się ciężkich objawów, o których była mowa, należy ciążę przerwać, gdyż o leczeniu chirurgicznym, wobec takiego stanu, nie może być mowy.

6. Gdyby jednak przerwanie ciąży nie pomogło, można się uciec do zabiegów chirurgicznych, ale jaknajłżejszych, t. j. do podwiązania tętnic tarczowych lub wycięcia szyjnego nerwu współzłucznego.

(*La Presse medicale*. 1910 Nr. 28).

A. Puławski.

#### 94. Siegmund Arnold. Głód cukrowy i osłabienie czynności gruczołu tarczowego.

Znany jest fakt, że niektóre dzieci czują niezwykle silny pociąg do cukru. Dzieci takie, gdyby im zostawić swobodę, żyłyby tylko słodyczami. Autor na mocy własnych spostrzeżeń — które są zupełną nowością w literaturze — doszedł do przekonania, że ta cukromania (*Zuckersucht*, *Zuckerhunger*) zależy od osłabienia czynności gruczołu tarczowego (*Schilddrüsenschwäche*). Przekonał się, że podawanie w takich przypadkach tyreoidyny nie tylko zmniejsza pożądanie cukru, ale że wogóle dobrze wpływa na stan zdrowia takich dzieci.

O niedostateczne funkcjonowanie gruczołu tarczowego podejrzywane są zwykle dzieci o tyle, typu germańskiego. Według autora obok tego typu spotykamy inny wprost przeciwny — spostrzegani przez niego, namiętni zjadacze cukru zwykle są nadzwyczajnie chudzi bez żadnego widocznego powodu [np. bez cukromoczu], przytem są nerwowi, źli, mają zmienne usposobienie i t. d. Autor przytacza kilka przykładów. Jeden dotyczy 6-letniej dziewczynki, która była chorowitą od urodzenia (częste rozwolnienia). Dziecko to prawie rok cały żywiło się wyłącznie czekoladą, do której miało nieprzewyciężony pociąg. W moczu nie znajdowano cukru, ani białka. Po zastosowaniu tyreoidyny [2 razy dziennie po 0,05, potem 0,06, 0,08 i wreszcie 0,10] w bardzo krótkim czasie [po 3 dniach] straciło popęd do czekolady i zaczęło lepiej wyglądać, stało się mniej nerwowe i wytrzymalsze na zmęczenia. Dziecko, dotychczas chude, wątłe, niewyrośnięte, w ciągu 26-u miesięcy od początku leczenia tyreoidyną [z przerwami] urosło na 14 ctm. i zyskało na wadze 6 i 1/2 kilo. To samo było w 2-gim przypadku. Dzieci, używające tak dużo cukru, nie mają nigdy cukru w moczu. Według autora, ilość cukru którą człowiek potrzebuje i którą znosi, zależy od ilości i rodzaju soku, który wydziela gruczoł tarczowy.

Nadmierna ilość tej wydzieliny sprowadza często cukromocz, jak to widzieliśmy w chorobie BASEDOW'a, w której cukromocz, a przynajmniej glikozurya pokarmowa jest częstym objawem. W przypadkach akromegalii z cukromoczem znajdowano obok zmian w trzustce przerost gruczołu tarczowego.

W chorobie, zależnej od zmniejszenia wydzieliny gruczołu tarczowego, t. j. w obrzęku śluzowatym (*myxoedema*), nie spotykamy ani cukromoczu, ani glikozuryi pokarmowej.

Autor wypowiada wniosek praktyczny, że w pewnych razach *hypotyroidismus* wytwarza nadmierny pociąg do spożywania cukru, który w takich razach dobrze się znosi i nie wywołuje cukromoczu. Tę cukromanię

można leczyć przez podawanie tyreoidyny. O ile to jest niemożliwe, nie należy z walczyć tego popędu do spożywania cukru, gdyż cukier zdaje się zmniejszać u takich chorych następstwa osłabionej funkcji gruczołu tarczowego.

(*Deut. med. Woch.* 1910, Nr. 21).

A. Puławski.

### 95. Klotz M. Szczepienie ospy w pierwszym roku życia.

Nieraz spotkać się można z poglądem, że ospy w pierwszym roku życia szczepić nie należy ze względu na słaby ustrój oseska. Zapatrywanie to jest zupełnie niesłuszne. Badania autora [na licznych materyale] wykazują, że w żadnym innym okresie życia szczepienie ospy nie jest zabiegiem tak niewinnym, jak w okresie ssania, a zwłaszcza w pierwszych tygodniach życia. JAKSCH szczepił ospę dzieciom chorym na gruźlicę, zapalenie płuc etc. i nie widział nigdy skutków ujemnych. W piśmiennictwie niema nigdzie wzmianki, ażeby szczepienie ospy było szkodliwe dla zdrowego oseska.

Szczepienie ospy u noworodków przebiega prawie zawsze bez podniesienia ciepłoty, u dzieci starszych dość często, ale w każdym razie rzadziej, niż w pierwszych tygodniach życia. Odczyn miejscowy jest również tem mniej znaczny, im osesek jest młodszy. Strup odpada przeważnie w 3-im lub w 4-ym tygodniu po szczepieniu. Powikłań na miejscu szczepienia [ropienia, owrzodzeń] u zdrowych osesków nie spostrzegal autor nigdy.

Stanowczo przeciwwskazują szczepienie ospy u osesków następujące sprawy chorobowe: syfilis [zwłaszcza dziedziczny], krzywica, pryszczycza, skaza wysiękowa i anemia. Ta ostatnia z tego względu, że autor stale spostrzegal zmniejszenie się ilości hemoglobiny nawet u dzieci zdrowych o 10%, a u krzywiczych do 30%. Nadto przeciwwskazanem jest szczepienie w czasie upałów, gdyż wywołuje nieraz w tym czasie zaburzenia ze strony kiszek.

Obrzmienia gruczołów *sub axilla* w przebiegu szczepienia spostrzegal autor często u osesków zdrowych, nie prowadziło to jednak nigdy do żadnych powikłań. Powiększenie śledziony stwierdzał autor prawie zawsze [90%].

Skłonność do przyjęcia się ospy jest w pierwszych tygodniach życia nieco obniżona. Po szóstym tygodniu życia zdarzył się autorowi tylko jeden przypadek nieprzyjęcia się ospy. Natomiast przed szóstym tygodniem musiał autor 11 razy [śród 56 przypadków] szczepienie powtórzyć, w 4-ch przypadkach ospa przyjęła się dopiero po 4-em szczepieniu, w 7-iu przypadkach — po 3 em.

Z badań powyższych wynika, że niema zgoła żadnych przeszkód do szczepienia ospy noworodkom i oseskom. Liczyć się tylko należy z możliwością szczepień powtórnych.

(*Berl. klin. Woch.*, 1910, Nr. 16).

K. Oczesalski.

### 96. A. Rozenel (Gzernichów). Kwas tymolowy, jako środek ochronny przeciw cholercze.

W 1892 r. autor ukończył doświadczenia nad różnemi substancjami, których obecność powstrzymuje wzrost i rozmnażanie się wibryonów cholerycznych. Dla doświadczeń swoich brał jedynie takie substancje, które nie są dla organizmu ludzkiego silnemi truciznami: np. kwas salicylowy, kwas cynamonowy, jodoform, kwas tymolowy. Najenergiczniej działającym okazał się kwas tymolowy (*Acidum thymicum: metyl - propil - hydroksyl - benzol C<sub>10</sub> H<sub>14</sub> O*); nieznaczna domieszka tego kwasu do pożywki wstrzymywała wzrost wibryonów cholerycznych. Wyniki swoich doświadczeń, jako tymczasowy komunikat,

autor umieścił w Nr. 31 pisma „Wracz“, roku 1902 pod tytułem: „Spostrzeżenia nad żywotnością laseczników cholerycznych“. W Nr. 36 „Wracza“ tegoż roku ukazała się wzmianka profesora W. PODWYSOCKIEGO, iż jego ojciec podczas cholery we Francji w roku 1883 z powodzeniem stosował pewien środek, w którego skład wchodził tymol. Prof. I. MIECZNIKOW, zalecał kwas tymolowy jako główny środek przeciw *Trichocephalus dispar*. Niektórzy autorowie od dawna już zwrócili uwagę na wybitne antybakteryjne własności kwasu tymolowego: LEWIN jeszcze w 1875 r. udowodnił, że kwas tymolowy wstrzymuje fermentację cukru, gnicie, fermentację mleczną, rozwój pleśni i wszystko to 4 razy silniej niż kwas karbolowy i kwas salicylowy. HUSEMAN doszedł do takich samych wniosków, a BUCHHOLZ zapewnia, że pod względem wstrzymywania rozwoju bakterii kwas tymolowy tylko sublimatowi ustępuje. R. KOCH znalazł, że kwas tymolowy wstrzymuje rozmnażanie się laseczników karbunkułu w roztworze 1:80.000, gdy tymczasem kwas karbolowy tylko w roztworze 1:1000 dorównywa mu w działaniu. Zatem kwas tymolowy stanowi jeden z najlepszych środków antybakteryjnych i ma tę ogromną wyższość nad innymi podobnymi środkami, że nie jest trującym. KUESSNER przyjmował kwas tymolowy po 1 grm. na dobę w celu wyjaśnienia jego działania na organizm i przekonał się o zupełnej nieszkodliwości takich dawek. MARTINI, HENRI, BALZ dawali kwas tymolowy chorym z objawami kataru kiszek i otrzymywali wyniki zadowalające. Według BALZ'a dawki do 7-iu grm. na dobę nie wywołują żadnych ubocznych zjawisk.

Niestety, próby leczenia cholery środkami antybakteryjnymi nie dały żadnych wyników dodatnich, co należy tłumaczyć tem, że wibryony choleryczne przenikają przez błonę śluzową do ściany kiszki i rozmnażają się w tkance podśluzowej; dzięki temu opancerzeniu lekarstwa na nie działać nie mogą, ponieważ sprawa wessania w kiszki nie jest normalną. Z drugiej strony, wibryony choleryczne nie są straszne, póki żyją; zgubny wpływ swój na organizm wywierają dopiero wtedy, kiedy same giną; dopóki żyją, wytwarzana przez nie toksyna nie wydziela się do otaczającego środowiska; toksyna ta wtedy dopiero się wydziela, kiedy wibryony choleryczne rozkładają się (*endotoksyna*); gdyby się nawet udało zabić je, toby się tylko szkodę przyniosło organizmowi, gdyż wtedy dostałaby się do krwi wielka ilość toksyny. Na tej zasadzie środki bakteryobójcze i surowice nie powinny być stosowane w leczeniu cholery. Najbardziej celowym sposobem leczenia tej choroby byłoby zastosowanie surowic antytoksykcznych; lecz dotąd nie udało się otrzymać surowicy z własnościami wybitnie antytoksykcznymi. Pozostaje jedyny sposób walki z cholerą — mianowicie profilaktyka.

Mając na celu wyjaśnienie znaczenia kwasu tymolowego, jako środka ochronnego przeciw cholercie, autor przeprowadził kilka doświadczeń. Przyjmował codziennie po 0,2 kwasu tymolowego w kapsułkach keratynowych (*capsulae geloduratae*) i nie doznawał przytem żadnych zmian w czynnościach przewodu pokarmowego. Gazy przy odbijaniu się ani razu nie miały zapachu kwasu tymolowego, co dowodzi, że kapsułki przechodziły przez żołądek, nie ulegając rozpuszczeniu w soku żołądkowym, natomiast kał wydawał wyraźny zapach kwasu tymolowego. Jeżeli rozmieszmamy niewielką ilość takiego kału w wodzie peptonowej i zasiejemy w niej wibryony choleryczne, to wibryony nie rozmnażają się.

Na tej zasadzie ROZENEL proponuje spróbować stosowania codziennych dawek kwasu tymolowego po 0,2 na czczo, jako środka ochronnego przeciw cholercie.

(Russkij Wracz, 1909, Nr. 41).

P.

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie 22-go marca 1910 r.

1) K. RZĘTKOWSKI przedstawił preparat krwi chorego na tyfus powrotny, barwiony metodą tuszową BURRIEGO [p. sprawozdanie z posiedzenia poprzedniego] z krętkami OBERMAYERA.

2) WRĘTOWSKI z pracowni SERKOWSKIEGO demonstrował preparaty z płwociny chorego na zapalenie płuc i opłucnej, u którego podejrzowano istnienie nowotworu lub gruźlicy; w płwocinie znaleziono tylko dużą liczbę pelzaków (*entamoeba histolytica* Schaudinn); czy ameby były przyczyną sprawy chorobnej—trudno orzec, gdyż punkcja płucna nie była dokonana; w każdym razie znalezienie pelzaków w płwocinie należy do wielkich rzadkości.

3) Prof. KRYŃSKI odczytał rzecz p. t. „Przyczynek do leczenia operacyjnego choroby GRAVES'a“; K. gorąco zaleca zabieg chirurgiczny, opierając twierdzenie swe na danych statystycznych autorów obcych i na swoim osobistym doświadczeniu.

W dyskusyi PUŁAWSKI zaznacza, że nasi chirurgowie dotychczas nie ogłosili ani jednej pracy w tej dziedzinie [z wyjątkiem opisu przypadku operowanego przez DROBNIKA] i tylko przypadkowo dowiadujemy się o operacjach odnośnych; sądzi, że przypadki KRYŃSKIEGO są zbyt świeże, aby z nich można było wnioskować o wszystkich dobrodziejstwach leczenia chirurgicznego, nie podziela poglądu prelegenta, że każdy przypadek kwalifikuje się do operacji, natomiast zalecałby ją chorym z nawrotem cierpienia; wspomina wreszcie o niebezpieczeństwie operowania przy istnieniu przerostu grasicy (*mors thymica*), co podług pewnych autorów można stwierdzić zapomocą opukiwania i prześwietlenia; zapytuje, jaki wpływ na przebieg operacji wywarło uprzednie naświetlanie promieniami ROENTGEN'a w przypadkach prelegenta; wreszcie co się tyczy statystyki wyzdrowień, zaznacza, że bardzo szczegółowe dane znajdujemy w dawniejszej monografii KOCHERA, gdy tymczasem ostatnia jego statystka jest mniej drobiazgowa.

CIECHOMSKI tłumaczy fakt, że chirurgowie u nas tylko sporadycznie operowali w chorobie GRAVES'a tem, iż internści i neuropatologowie nie przysyłają do nich chorych odpowiednich lub czynią to zapóźno. KRAUZE jest zdania, że nie powinno się zbyt długo leczyć promieniami ROENTGEN'a, gdyż wywołuje to kruchość naczyń i zrosty, co może niepomyślnie wpłynąć na ewentualny późniejszy zabieg chirurgiczny; K. w ostatnich czasach przy wycięciu wola nie używał narkozy, ale z bardzo dobrym wynikiem stosował znieczulenie miejscowe sposobem SCHLEICH'a, co ma doniosłe znaczenie ze względu na niebezpieczeństwo chloroformowania przy możliwości istnienia przerostu grasicy.

KOPCZYŃSKI S. tłumaczy niechęć neurologów do poddawania leczeniu chirurgicznemu cierpiących na chorobę GRAVES'a niedostatecznie wyjaśnioną jej etyologią, gdyż nie tylko gruczoł tarczowy, ale prawdopodobnie i inne gruczoły o sekrecyi wewnętrznej zdają się odgrywać rolę w powstawaniu tej choroby; ostatnimi jednak czasy i neurologicy [np. OPPENHEIM] wypowiadają się na korzyść operacji.

JANOWSKI W. podkreśla trudność ustalenia dokładnych wskazań do operacji; sądzi, że tylko częste stykanie się internistów z chirurgami i dyskusye, przeprowadzane z powodu poszczególnych przypadków, mogłyby się przy-

czynić do wyjaśnienia wielu wątpliwości w tej kwestyi się nastęrczających i wyraża żal, że stałe takie porozumiewanie się między nimi jest obecnie niesłychanie utrudnione z powodu wykluczenia z tematu zwykłych ogólnych obrad Towarzystwa chirurgii, ginekologii, położnictwa, neurologii i t. d., a przeniesienie ich punktu ciężkości do sekcji poszczególnych, co przyczynia się do zwężenia specjalistycznego pola widzenia każdego z nas i uniemożliwia nam utrzymywanie się na poziomie ogólnej wiedzy lekarskiej.

Sekretarz Stały SOKOŁOWSKI sądzi, że nieodzowna jest możliwie szczegółowa statystyka przypadków operowanych i zachęca prelegenta do spopularyzowania dla ogółu lekarskiego swych wyników pracy.

4) Kol. OCZESALSKI wygłosił odczyt p. t. „O zespole objawów zwanych chorobą MORGAGNI-ADAMS-STOKESA [z pokazem krzywych]. Rzecz tę drukowała Gaz. Lek. w Nr. 16, 17, 18.

*A. Lande.*

## Wiadomości bieżące.

— Komitet Polski badania i zwalczania raka, istniejący przy Warszawskiem Tow. Hygienicznym, zawiadamia, iż na ogłoszony przez Komitet w r. 1908 konkurs na najlepszą pracę z dziedziny badań nad rakiem, nadesłano dwie prace. Członkowie sądu konkursowego drowie: JAWORSKI JÓZEF, KIJEWSKI FRANCISZEK, prof. PRZEWOJSKI EDWARD, REJCHMAN MIKOŁAJ i SERKOWSKI STANISZAW, przeczytawszy obie te prace i przeprowadziwszy odpowiednią dyskusję, na posiedzeniu w dniu 8-ym czerwca r. b. wydali następującą opinię:

Zważywszy nader sumienne, ścisłe i wyczerpujące opracowanie morfologii i biologii komórki rakowej w nadesłanej do konkursu monografii p. t. „Komórka rakowa ze szczególnem uwzględnieniem tworów śródjądrowych i śródkomórkowych w niej znajdujących“, sąd konkursowy uznał tę pracę za odpowiadającą warunkom konkursu i przyznał autorowi jej nagrodę w sumie rub. 300. Autorem nagrodzonej pracy okazał się dr med. JULJAN STEINHAUS, warszawianin, zamieszkały w Brukselli.

— B. redaktor Gazety Lekarskiej, doc. JAN PRUSZYŃSKI, poczawszy od roku bieżącego praktykować będzie podczas lata w Krynicy.

— Wśród referatów, nadesłanych do sekcji naukowo-oświatowej Kongresu Polskiego w Waszyngtonie, odczytany był referat kol. J. JAWORSKIEGO „W sprawie udziału uczonych polskich w Zjazdach międzynarodowych naukowych“; w rozprawach zabierał głos w tej kwestyi dr FRONCZAK.

— W czasie Kongresu narodowego polskiego w Waszyngtonie zawiązało się „Towarzystwo lekarzy polskich w Ameryce“, którego głównem zadaniem ma być nadzór nad zdrowiem ludności polskiej w Stanach Zjednoczonych. Zarząd Towarzystwa stanowią: prezes dr WAGNER z Milwaukee, wiceprezes dr GRABOWSKI z Twenton Nr. 7, sekretarze dr FRONCZAK z Buffalo i dr LEWANDOWSKI z Bostonu, skarbnik dr ŁAPOWSKI z New-Yorku. Myśl tej organizacji rzucił jeszcze w r. 1900 prof. CIECHANOWSKI w liście, rozesłanym do wszystkich lekarzy polskich w Ameryce Północnej.

— Lekarze Polacy w Ameryce podjęli walkę z partactwem lekarskiem i z alkoholizmem. Za ich staraniem sekcja oświatowa Kongresu narodowego polskiego w Waszyngtonie uchwaliła rezolucję, wzywającą dzienniki polskie, aby zwalczały alkoholizm na zebraniach i zabawach.



— Związek Polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu nadesłał odezwę następującą: „W celu możliwego udogodnienia pobytu podczas V międzynarodowego Zjazdu akuszerów-ginekologów w Petersburgu [od 22-go do 28-go września n. s. r. b.] miejscowy Związek Polski Lekarzy i Przyrodników utworzył osobny Komitet pod przewodnictwem dra EUGENIUSZA MARCINKIEWICZA [Karawannaja 20], który między innymi zajął się sprawą odpowiedniego ulokowania mających przybyć rodaków. Życzący sobie skorzystać z tej sposobności zechcą się zgłosić pod wyżej wskazanym adresem“. O ile wiemy Komitet narodowy polski udziału w tym Zjeździe nie weźmie.

— „*Federation internationale des laiteries*“ w Brukselli ogłosiła konkurs następujący: Należy niezbędnie ustalić porównawczo wartość pożywczą mleka surowego i gotowanego [pasteryzowanego, wyjalowionego i suszonego]. Jeżeli okaże się, że mleko surowe jest lepsze, to wypadnie określić wartość odżywczą zczynów. Prace na ten temat należy nadsyłać do biura federacji—23 rue David Desvaches, Bruxelles—Ucele, do 30-go kwietnia 1911 r. Nagroda za najlepszą pracę wynosi 500 franków.

— Długi kliniki chirurgicznej uniwersytetu Dorpackiego za różne dostawy prywatne wynoszą rubli 20000. Ministerjum oświaty obiecało zapłacić te długi w początku maja, lecz dotychczas obietnicy nie spełniło, i wierzyciele grożą, że wystąpią na drogę sądową i sprzedadzą uniwersytet przez licytację.

— Gubernator Smoleński wezwał prezesa zarządu ziemskiego w Rosławiu, aby mu zrobić wymówkę, że na etacie szpitala ziemskiego jest wielu polaków i żydów. W odpowiedzi na to Zarząd ziemski urzędowo zawiadomił gubernatora, że praca w szpitalu polaków i żydów okazała się dla szpitala, wbrew twierdzeniu prasy gadzinowej, wielce pożyteczną i że naodwrot dawniej, kiedy nie było „inorodców“, były kradzieże, pijaństwo i t. p., czego obecnie niema. (*Wrac. Gazeta Nr. 21*).

— **Choroby zakaźne w Warszawie.** W ciągu tygodnia od dnia 22-go do 28-go maja r. b. do szpitali warszawskich przybyło 136 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 16, odrą 4, płonicą 12, błonicą 8, różą 16, tyfusem płamistym 22, tyfusem brzuszny 12, grypą 6, zapaleniem płuc 38 i biegunką krwawą 2.

W tymże tygodniu zmarło w szpitalach 16 osób, mianowicie: na ospę 1, odrę 1, tyfus płamisty 3, tyfus brzuszny 3 i na zapalenie płuc 8. W całym zaś mieście liczba zmarłych na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, wynosiła 26 osób, mianowicie: na ospę zmarło 4 osoby, na odrę 7, płonicę 4, błonicę 1, różę 1, tyfus płamisty 4, tyfus brzuszny 2, koklusz 2 i na biegunkę krwawą 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach wynosiła w dniu 22-im maja 2972.

## O G Ł O S Z E N I A.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że na rok uniwersytecki 1910 na 1911 wakować będzie kilka stypendyów imienia Konstantego Marcinkiewicza po rubli 300 każde, przeznaczone dla studentów wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, katolików, pochodzenia polskiego, niezamożnych, czyniących dobre postępy w naukach, z wyjątkiem studentów kursu pierwszego.

Pierwszeństwo do otrzymania stypendyów mają:

- a) krewni nieżyjącego Doktora Konstantego Marcinkiewicza;
- b) urodzeni w powiecie Nowogródzkim gubernii Mińskiej;

e) urodzeni w innych powiatach gubernii Mińskiej;

d) urodzeni w guberniach Grodzieńskiej, Kowieńskiej, Mohyłowskiej, Wileńskiej i Witebskiej, bez wszelkiego między wymienionemi guberniami pierwszeństwa.

Ubiegający się o stypendyum złożyć winni, przed 16-ym Września r. b. podanie do Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (Niecała 7) i załączyć:

1) świadectwo władzy uniwersyteckiej z ostatniego egzaminu przejściowego; 2) metrykę urodzenia; 3) opis biegu życia; 4) wiarogodny dowód niezamożności.

Pragnący korzystać z praw pierwszeństwa składają nadto, akty stanu cywilnego, stwierdzające pokrewieństwo z nieżyjącym Konstantym Marcinkiewiczem.

Kandydaci wybrani przez Towarzystwo Lekarskie ulegają zatwierdzeniu przez władzę uniwersytecką.

Sekretarz Stały Towarzystwa, *Dr Med. A. Sokołowski.*

---

### Od Komitetu Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych.

Komitet Kasy zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich lekarzy, nie będących jeszcze członkami Kasy, aby zechcieli zapisywać się w poczet jej członków. Komitet nadmienia przytem, że zwiększenie funduszów Kasy da się osiągnąć przeważnie drogą zwiększenia liczby uczestników oraz wysokości składek rocznych. Przykład lat ubiegłych przekonał nas, że ciężkie warunki ekonomiczne odbijają się i na stanie lekarskim, czego dowodem jest większa niż dawniej liczba podań o wsparcie, nie tylko wdów i sierot, lecz niestety i samych lekarzy, złożonych chorobą i nie będących w stanie zarobić na życie swoje i rodziny. Siłą faktów, podania tych, którzy myśleli o zasilaniu niegdyś wsparciami potrzebujących, a więc podania członków i rodzin pozostałych po członkach, są uwzględniane przedewszystkiem. Sumy przyznawane osobom tej kategorii są większe, niż sumy wyznaczane lekarzom nieczłonkom lub ich rodzinom, a blizka jest chwila, że w miarę wzrostu liczby podań członków Kasy, a przy niezwiększaniu się funduszów, podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie, niestety, dla braku funduszu nie będą mogły być uwzględniane.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia: *Dr M. Jakowski.*

---

## Od Administracyi.

Upraszamy o nadsyłanie prenumeraty na półrocze drugie, oraz zaległej prenumeraty za czas ubiegły.

---

Do numeru niniejszego dołącza się jako dodatek bezpłatny ogłoszenie biura technicznego A. WETTLER sen.

---

Redaktorzy: *Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.* Wydawca, *Dr W. Szumlański.*

---

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

# TABLETKI KOLANINY

Pierwiastek działający orzecha - Kola

w postaci łatwej do stosowania i wygodnej do dawkowania.  
Wyborne

## Analepticum i Tonicum

zwiększa napięcie mięśni i systemu nerwowego  
działa jako

**Środek odżywczy.**

Wskazania:

**Migrena, newralgie, neurastenia, stany nerwowe,  
osłabienie serca.**

### Tabletki Kolaniny

po 0,2 g.

w pudełkach oryginalnych po 20 i 50 sztuk

**KREWEL & Co G. m. b. H. Kolonia n. Renem**

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.  
Reprezentant S. Rościszewski Bracka 6, tel. 128.46.

## Docent Dr. Med. Jan Pruszyński

ordynuje w sezonie letnim, poczynając od 20 Czerwca r. b.

### w K r y n i c y

Dom Zdrojowy (Kurhaus).

## D-r Med. Zygmunt Damian Chrzanowski

ordynuje przez sezon letni **w Busku.**

# MAŚĆ BROMOKOLLOWA 20%

uspakajająca **swędzenie** w różnorodnych  
chorobach skórnych

Rurki po 25 grm.

**ACTIEN - GESELLSCHAFT FÜR ANILIN - FABRIKATION.**

**PHARMACEUT - ABTEILUNG.**

**BERLIN S. O. 36.**

Apteka Saskiego w Brześciu Litewskim poleca uwadze p.p. Lekarzy

## „TUSSIN”

pewny środek na **koklusz**, **astmę**, przy ostrych i chronicznych katarach krtani i oskrzeli. Dozwolony przez Radę Medyczną. Grand Prix na wystawie w Hadze. Flakon 80 kop.

## Szczawnica.

D-r J. K O Ł A C Z K O W S K I prowadzi Pensjonat hydropatyczny, posiadając leczniczą wodę i odpowiednie wille położone w osobnym parku z laskiem świerkowym na obszarze 20 mórg. Leczenie klimatyczno-hydrop. i ciepłe wody mineral. Kąpiele słoneczne i powietrzne i t. p. Kuchnia wykwintaa i zdrowa — Ceny przystępne.

## Zakład Ortopedyczno-chirurgiczny

D-ra Wacława Łapińskiego  
Nowy Świat: 19.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, nerwów. Mechanoterapia, wibracja i przyrządy do leczenia elektryczno - świetlnego i gorącym powietrzem, przyrządy Biera do leczenia przekrwieniem.

## Posada dla Lekarza

od 1-go Lipca r. b. w Supraślu guberni Grodzieńskiej. 4500 mieszkańców. Stałej pensji 1000 rb. od fabrykantów. Wiadomość na miejscu w Administracyi albo w Warszawie Mazowiecka 4 m. 4.

Żądać podpisu



**Santal Verdy'ego** zawiera santal bezwzględnie czysty, o działaniu leczniczem niezawodnem; leczy radykalnie i szybko wypływy świeże i zastarzałe, oraz wszystkie choroby dróg moczowych.

H. Verdeille, aptekarz 1-szej klasy wyższej szkoły paryskiej 87 rue de Levis, Paryż.

Skład główny: **Charles Fortier**, Moskwa, Mała-ja Łubianka 14.

Sprzedaż we wszystkich aptekach i składach.



Naturalne  
wody  
mineralne

# VICHY

Zróżdła są  
własnością  
rządu fran-  
cuzkiego.

Wystrzegać się naśladownictwa i OZNACZAC DOKŁADNIE ŹRÓDŁO.

### VICHY CÉLESTINS

CHOROBY NEREK, PĘCHERZA  
MOCZOWEGO I ŻOŁĄDKA

### VICHY GRANDE-GRILLE

CHOROBY WĄTROBY  
I PĘCHERZYKA ŻOŁ-  
CIOWEGO

### VICHY HOPITAL

CHOROBY NARZĄDÓW TRAWIENIA  
ŻOŁĄDKA KISZEK