

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

## I. O wpływie fizyologicznym zabiegów gorących na ustroj.

Podał

Dr. W. MIKLASZEWSKI.

(Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. w dniu 20 Października 1903 r).

(*Ciąg dalszy*).

### C. Układ trawienia.

O wpływie wysokiej ciepłoty, działającej na całą powierzchnię ciała, na układ trawienia wiemy na ogół niewiele. Lepiej przedstawia się dział o *zastosowaniu miejscowem wysokiej ciepłoty*. Nie mówię tu, rzecz prosta, o znanem powszechnie zjawisku, że ciepło (w postaci okładów, lub nasiadówek) wpływa kojąco na ból, osłabia ruchy robaczkowe kiszek, przyspiesza wchłanianie wysięków i t. d., lecz chcę przytoczyć parę prac, które pozwalają wejrzeć nieco głębiej w zjawiska fizyologiczne, jakie zachodzą przy miejscowem zastosowaniu wysokiej ciepłoty. Przedewszystkiem chodzi tu o stan ukrwienia tych narządów i związaną z tem ich ciepłotę, dalej o czynności wydzielnicze, wreszcie o czynność ruchową.

Już w rozdziale o układzie krążenia omawialiśmy niezgodność wniosków co do zachowania się *ukrwienia narządów wewnętrznych i ich ciepłoty* pod wpływem bodźców działających na unerwienie naczyńoruchowe skóry. Tu rozpatrzemy dokładniej odnośne prace.

Od czasu Schultze'go <sup>1)</sup>, który po trzymania worka z lodem na brzuchu otrzymywał niżenie ciepłoty w głębi o  $0^{\circ},7$ , dokonano dużo podobnych badań, które doprowadziły do wniosku, że ciepłota narządów wewnętrznych zachowuje się podobnie, jak ciepłota powłok przy działaniach termicznych. A ponieważ ciepłota narządu zależy od jego ukrwienia, więc ustalili się wnioski, że okłady zimne zwięzają naczynia w trzewiach, a gorące — rozszerzają je. Dopiero Silex <sup>2)</sup>, badając u zwierząt i ludzi wpływ okładów gorących i zimnych na ciepłotę w jamie brzusznej, w jamie czaszki i w łącznicy, przyszedł do wręcz odwrotnych wyników: że gorąco, zastosowane na skórę, niża ciepłotę narządów wewnętrznych, a zimno — podnosi ją.

Badania Chełmońskiego <sup>3)</sup> u chorej z przetoką żołądkową przemawiają znowu w duchu badań dawniejszych; mianowicie: przy zastosowaniu lodu na brzuch — niżenie ciepłoty w ciągu 80 minut od  $37^{\circ}9$  do  $37^{\circ}$ , lub od  $37^{\circ}8$  do  $37^{\circ}5$  po 45', lub od  $38^{\circ}$  do  $37^{\circ}5$  po godzinie; okład gorący na brzuch podnosił ciepłotę od  $38^{\circ}$ — $38^{\circ}2$ . Podobne wyniki dawały synapizmy, rozcieranie łydek i t. d.; dla tego też całość tych objawów kładzie autor na karb wpływów naczynioruchowych, a nie na bezpośrednie działanie ciepłoty.

Szkoła Winternitz'a przyznaje działaniu miejscowemu nieobojętnej ciepłoty pewien wpływ czysto fizyczny na ciepłota tkanek. Jasne wypowiedzenie tego poglądu spotykamy np. w pracy Strasser'a <sup>4)</sup>, który zaznacza, że możemy zmieniać ciepłotę tkanek do pewnej głębokości przez miejscowe zastosowanie gorąca lub zimna.

Jedną z najgruntowniejszych prac, zajmujących się krążeniem i ciepłotą narządów jamy brzusznej pod wpływem zastosowania miejscowego ciepłoty nieobojętnej, jest praca

<sup>1)</sup> Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 13.

<sup>2)</sup> Münch. Med. Woch., 1893, Nr. 4.

<sup>3)</sup> Gazeta Lek., 1894, Nr. 27.

<sup>4)</sup> Bl. f. klin. Hydr., 1896, Nr. 2.

Kowalskiego <sup>1)</sup>. Badacz ten wychodzi z założenia, że inne są stosunki ciepłotne skóry, inne trzewiów. O ile ciepłota skóry jest wprost zależną od stopnia jej ukrwienia, o tyle w trzewiach panują stosunki odwrotne. Krew żylna, odpływająca od gruczołu, jest cieplejszą, niż tętnicza; znaczy to, że narząd gruczołowy ochładza się przez krew, która przepłynęła przezeń, i im więcej jej przepływie, tem bardziej narząd powinien ochłodzić się, im mniej — tem znacznie nagrzać. Wychodząc z takiego założenia, Kowalski tłumaczy wyniki Silex'a i przedsięwzięcie szereg zajmujących badań. Przytoczymy parę szczegółów z nich.

»Przekrwienie w zakresie krążenia trzewiowego, spowodowane przez podrażnienie nerwu depressor, ciepłotę narządów obniża; po zaprzestaniu drażnienia zmniejsza się napływ krwi i ciepłota podnosi się w przeważnej ilości przypadków«. Z innej strony zmniejszenie dopływu krwi przez uciśnięcie aorty lub drażnienie nerwu trzewiowego sprowadza podniesienie się ciepłoty. Przy stosowaniu okładów gorących ciepło to obniża się początkowo, a potem podnosi; naodwrot przy okładach lodowych. Podobne stosunki, tylko silniej wyrażone, otrzymywał K. po przecięciu nerwu trzewiowego. Dalej dowiódł, że okłady wpływają na ciepłotę tkanek wprost fizycznie i tem znacznie, im tkanka lub trzewie znajdują się bliżej okładu. Dalej sprawdził, że ciśnienie krwi w tętnicach trzewiów podnosi się przy zabiegach zimnych (zweżenie naczyń) i spada nieznacznie przy okładach gorących (rozszerzenie naczyń). Nakoniec, dla wytłumaczenia sprzeczności, jaka zachodziła pomiędzy pierwszymi a ostatnimi doświadczeniami (rozszerzenie naczyń wpływało raz na obniżenie, innym razem na podniesienie ciepłoty), K. przerobił jeszcze szereg doświadczeń z okładami przy jednoczesnem drażnieniu nerwu depressoris, lub ucisku na aortę. Z badań tych wynika, że okład gorący podnosi ciepłotę na zasadzie przewodnictwa, a rozszerzenie

<sup>1)</sup> Pamiętnik Tow. Lek. Warsz., 1898, Z. III.

obniża ją, czyli, że ciepłota zależy od przewagi jednego z tych czynników. Odwrotnie ma się rzecz przy okładach lodowych.

Wyniki tej pracy Kowalski streszcza tak: »Okłady, stosownie do swej ciepłoty, ogrzewają, względnie oziębiają narządy wewnętrzne drogą przewodnictwa, działając głównie bezpośrednio warstwowo na tkaniny, poczęści zaś i pośrednio przez krążącą krew, która, uległszy pod okładem w naczyniach skórnych wpływowi termicznemu, a stąd rozchodząc się w inne części ustroju, przyczyniać się musi do zmiany ich ciepłoty; prócz tego okłady zmieniają stosunki krążenia w narządach, pod nimi leżących, i to okłady gorące naczynia krwionośne w nich rozszerzają, zimne zaś — zwężają; krążenie zaś, jako takie, wpływa na bieg ciepłoty w ten sposób, iż przekrwienie ją obniża, a niedokrwistość podwyższa. Zachowanie się zatem ciepłoty w narządach pod wpływem okładów zależeć będzie od dwóch czynników, t. j.: od działania okładu drogą przewodnictwa i drogą odruchowych zmian w krążeniu... Ciepłota zatem każdorazowa narządów wewnętrznych będzie ilością wypadkową, zależną od nasilenia pojedynczych tych czynników i odpowiadającą działaniu czynnika, mającego w danej chwili przewagę«...

Poświęciliśmy pracy Kowalskiego więcej miejsca, bo jest ona bodaj jedyną, badającą na drodze doświadczalnej zawile stosunki wpływu miejscowego zastosowania ciepłoty na ukrwienie i ciepłotę trzewiów. Coprawda, na wyniki tej pracy godzą się nie wszyscy, zwłaszcza założenie, że krew żylna, odpływająca od gruczołu, ochładza go, spotyka przeciwników, pomimo badań, które wskazały, że przekrwienie zniża ciepłotę, a niedokrwistość podnosi ją. W tym duchu robi uwagi np. Winternitz<sup>1)</sup> zaraz po wydrukowaniu tłumaczenia pracy Kowalskiego i, powołując się na jego zdanie, że może inne czynniki odgrywają pewną rolę w sprawie ciepłoty i ukrwienia trzewiów, nadaje tym właśnie czynnikom największe znaczenie.

1) Bl. f. kl. Hydr., 1898, Nr. 8.

W każdym razie Kowalski dowiódł, że: 1) *wysoka ciepłota, działająca na skórę brzucha, sprowadza w trzewiach rozszerzenie naczyń z nieznacznem zmniejszeniem ciśnienia w nich*, i 2) że *wysoka ciepłota podnosi ciepłotę trzewiów na zasadzie przewodnictwa fizycznego*.

Przechodzimy do pytania: jaki wpływ ma wysoka ciepłota na *czynności wydzielnicze w narządach trawienia*? Wobec przekrwienia i podniesienia ciepłoty w trzewiach mamy prawo spodziewać się zmienionej działalności gruczołów przewodu pokarmowego i, co za tem idzie, odmiennego wydzielania z nich.

Z narządów trawienia zajmowano się przeważnie żołądkiem; pojedyncze badania poświęcono wątrobie, a inne gruczoły, nawet tak dostępne badaniu, jak ślinianki, pominięto.

Wendriner <sup>1)</sup> stosował węzownicę Winternitz'a z gorącą wodą na brzuch; ciepłota w żołądku podnosiła się, objawy chorobowe ustępowały. Z tego autor wnosi, że wydzielanie żołądkowe poprawiało się (??).

Parę cyfr w sprawie wydzielania soku żołądkowego spotykamy w pracy Lindemanna <sup>2)</sup>, który stosował okłady, ogrzewane elektrycznością, i otrzymywał przytem zwiększenie kwaśności soku żołądkowego (24 — 43).

Kellogg <sup>3)</sup> przy długotrwałem stosowaniu elektryczno-ciepłotnych zabiegów miejscowych na brzuch otrzymywał powiększenie wydzielania HCl; po krótkich zabiegach — zmniejszenie.

Puszkina <sup>4)</sup> przy zabiegach gorących na brzuch i przy łaźni japońskiej zauważył wzmoczenie wydzielania kwasu solnego, prędsze trawienie i szybsze wydalanie. Po zabiegu trwał taki stan kilka godzin do paru dni.

---

1) Bl. f. klin. Hydr., 1895, Nr. 1.

2) Bl. f. klin. Hydr., 1891, Nr. 4.

3) Bl. f. klin. Hydr., 1899, Nr. 6.

4) Petersburg. Med. Woch., 1896, Nr. 3 i 4.

Podobne wyniki otrzymał przedtem G r u z d e w <sup>1)</sup> po łaźni parowej: kwasność soku żołądkowego powiększała się, wykrywano więcej wolnego HCl, znaczniejsze własności trawienne; wpływu na wydzielanie pepsyny nie zauważono.

W przytoczonej pracy Lindemann'a znajdujemy dwa badania po łaźni parowej z następczym natryskiem. W przypadku »niestrawności nerwowej kwasność ogólna podniosła się od 40 — 50, a ilość HCl od 30 — 47; przy atonii żołądka: kwasność ogólna od 80 — 100, ilość HCl od 66 — 86.

Do wręcz przeciwnych wyników przyszedł Simon <sup>2)</sup>, badając wpływ kąpeli parowych (szatkowych) na czynność wydzielniczą żołądka. Znalazł on znaczne zmniejszenie wydzielania HCl, dochodzące do zupełnego zniknięcia go i wyraźne zmniejszenie kwasności ogólnej. Nawet w katarze kwaśnym dwa dni po zabiegu spostrzegał S. taki stan. Zmiany soku żołądkowego zaraz po kąpeli były niestałe, łatwo przemijające, nawet czasem czynność wydzielnicza bywała wzmożona; jednak potem następował silny odczyn w kierunku odwrotnym, który osiągał szczytu po 4 — 6 dniach, poczem powracał nader wolno do stanu poprzedniego.

Na tej zasadzie S. odrzuca przypuszczenie, że może tu chodzić o niedokrewność błony śluzowej, a zmiany tłumaczy przez zubożenie ustroju w sól kuchenną. Takie tłumaczenie wydaje mi się niesłusznem, ponieważ: utrata NaCl z potem jest nieznaczna ( $2\frac{0}{00}$  potu), może być łatwo wyrównaną przez pokarmy i ilość jej, wydzielana w moczu, zmniejsza się wyraźnie.

Z moich badań nad łaźnią suchą wypada, że łaźnia, jako zabieg pojedynczy, wywołuje: zmniejszanie wydzielania HCl, zmniejszenie kwasności ogólnej przesącza, upośledzenie trawienia białka (trawi się normalnie tylko po dodaniu HCl i pe-

---

1) Przytoczenie w Blätt. f. klin. Hydr., 1893, Nr. 6, „Die Wirk. d. russ. Dampfbades“.

2) Gazeta lekarska, 1898, Nr. 39.

psyny) i przyśpieszenie trawienia krochmalu. Po szeregu zabiegów mają miejsce wręcz odwrotne stosunki (badania 2—5 — 8 dni po kilku łaźniach); mianowicie: ilość HCl i kwaśność ogólna powiększają się bardzo znacznie, trawienie białkowe — przyśpiesza, a krochmalowe — słabnie.

Na podstawie moich badań wyrażam przekonanie, że łaźnia sucha, prawdopodobnie i inne zabiegi gorące długotrwałe, wywołują upośledzenie czynności trawiennych w żołądku podczas zabiegu, zależne od niedokrwistości błony śluzowej, rozcieńczenia i podniesienia ciepłoty krwi. Po skończeniu zabiegu ma, prawdopodobnie, miejsce odczyn w kierunku odwrotnym. Po szeregu zabiegów prócz tego odczynu musi odgrywać i pewną rolę rozwijająca się niedokrwistość (patrz wyżej), która, jak wiadomo, sprzyja wzmożonemu wydzielaniu HCl.

O wpływie wysokiej ciepłoty na czynność wątroby wiemy niewiele. Kellogg zaznacza, że długotrwałe zabiegi miejscowe powiększają czynność wątroby i wydzielanie żółci.

Kowalskiemu<sup>1)</sup> zawdzięczamy w tym kierunku pracę doświadczalną na psie z przetoką sztuczną. Z tej pracy wynika, że zabiegi gorące zwiększają czynność wydzielniczą wątroby głównie przez zmianę w krążeniu w jamie brzusznej i w ogólnem, zabiegi zaś zimne ułatwiają tylko wydzielanie żółci, prawdopodobnie przez pogłębianie i przyśpieszenie oddechu.

Wreszcie, co się tyczy *czynności ruchowej trzewiów* pod wpływem zabiegów gorących, to, o ile mi wiadomo, niema zupełnie prac doświadczalnych, poświęconych temu pytaniu. Ogólnie przyjmuje się, jak to już zaznaczyliśmy, że gorąco zwłaszcza dłużej stosowane miejscowo, uspokaja ruchy robaczkowe kiszek; a oparte jest to głównie na empiryi, że biegunki uspokajają się pod wpływem gorąca. Co jednak zachodzi w układzie nerwowo-mięśniowym trzewiów, jaka jest sprawność

<sup>1)</sup> Przegląd Lek. Nr. 49, 1898.

mechaniczna żołądka i kiszek i t. p. — o tem wszystkim nie wiemy właściwie nic.

Widzimy tedy, że w sprawie badania wpływu wysokiej ciepłoty na układ trawienia pozostaje zrobić jeszcze bardzo dużo.

#### D. Układ wydzielania.

W rozdziale niniejszym rozpatrzmy wpływ zabiegów gorących na czynność nerek i skóry, dwóch narządów, dopełniających się przy wydzielaniu z ustroju ostatecznych przetworów przemiany materii. O wpływie na czynność płuc, przez które wydalają się przetwory gazowe i para, mówiliśmy już poprzednio, zaś o udziale przewodu pokarmowego w sprawie wydalania wiemy tak mało, że niewiele będzie do powiedzenia.

Jak wiadomo z doświadczeń Munk'a i Senator'a<sup>1)</sup> i w ostatnich czasach Sobierańskiego<sup>2)</sup>, *wydzielanie płynu przez nerki jest zależne od ciśnienia krwi i szybkości krążenia jej w tych narządach*. Zgóry zatem można przewidzieć, że zabiegi gorące, które, jak wiadomo, zniżają ciśnienie krwi, muszą wpłynąć na zmniejszenie ilości moczu. Takie też wyniki otrzymano najczęściej (Müller, Wick i inni).

Jestto, zresztą, zupełnie zrozumiałe, jeżeli przypomnieć, że w dni upalne, w klimacie gorącym i suchym, przy męczącej pracy mięśniowej i wogóle we wszystkich stanach, potęgujących wydzielanie potu, zmniejsza się ilość moczu. Do tego samego rzędu zjawisk można zaliczyć z pewnemi zastrzeżeniami stany gorączkowe, o ile nie towarzyszą im specjalne cierpienia nerek. Jeszcze jeden dowód przekonywający stanowią zabiegi zimne, przy których wraz z podniesieniem ciśnienia krwi powiększa się ilość moczu. Niezgodnie z temi po-

<sup>1)</sup> Virch. Arch. T. 114, 1888.

<sup>2)</sup> Arch. f. Exper. Path. u. Phar., 1895. T. 35.



glądami brzmia wnioski z doświadczeń Grefberga<sup>1)</sup>, który otrzymywał u psów kuraryzowanych po kąpeli 40° C. powiększanie wydzielania moczu wraz z podniesieniem ciśnienia krwi; właściwie i tu sprawdza się ta sama zasada w stosunku do ciśnienia krwi, lecz pozostaje do wyjaśnienia, dla czego ono podniosło się? Glax z tego powodu zwraca słusznie uwagę, że zwierzęta Grefberga były (pogrążane) szybko do gorącej kąpeli i pozostawały w niej krótko i że to mogło dać podniesienie ciśnienia. W rzeczy samej należy pamiętać, o czem mówiliśmy poprzednio, że w pierwszym okresie działania gorąca podnosi się ciśnienie krwi, jak po każdym bodźcu drażniącym i tem znacznie, im ciepłota jest wyższa.

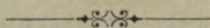
Moje badania nad łaźnią suchą dały wyniki zupełnie nieoczekiwane. Mianowicie przekonałem się, że ilość moczu, wydzielona w czasie zabiegu, jest nie tylko nie mniejszą, lecz znacznie większą od ilości, wydzielonych w ciągu doby i przed łaźnią w jednostkę czasu. Współcześnie ze zwiększeniem ilości moczu rozcieńczenie jego staje się znaczniejszem. Już wyżej, rozpatrując sprawę ciśnienia krwi w narządach wewnętrznych, zaznaczyłem, że to wzmożenie wydzielania moczu musi mieć miejsce przedewszystkiem w pierwszym okresie działania łaźni i że zależy od podniesienia ciśnienia krwi w tętnicach nerek; co się zaś tyczy drugiego okresu, gdy na pierwszy plan występuje pocenie się i wydzielanie pary, to, podług wszelkiego prawdopodobieństwa, wchodzi tu w grę inny czynnik: rozcieńczenie krwi płynami, które zostały do niej wchłonięte z narządów i tkanek wskutek zmniejszenia ciśnienia w układzie krwionośnym. Jestto zatem coś w rodzaju wzmożenia wydzielania moczu, jakie spostrzegamy przy picciu większych ilości płynów, które zwiększają ilość krwi, przepływających przez nerki w jednostkę czasu. Zwłaszcza rozcieńczenie moczu przemawia za słusznością takiego poglądu, a przeciw przyjęciu podniesienia ciśnienia. (Patrz moją pracę

1) Przytoczony u Glaxa st. 72.

w Polskiem Archiwum). Przeprowadziwszy obliczenia na jednostkę czasu, pewno i inni badacze stwierdziliby wzmoczenie wydzielania moczu podczas rozmaitych zabiegów gorących.

Co się tyczy *jakościowych zmian moczu*, to zgóry można przypuszczać, że podniesienie ciepłoty ciała musi sprowadzać szybszą przemianę materii, podobnie, jak to ma miejsce w stanach gorączkowych. Istotnie, wielu badaczy stwierdziło to doświadczalnie. Jednym z pierwszych był Bartels (1864), który po łaźni parowej, 20' — 90' trwającej przy ciepłocie do 40° C. otrzymywał u człowieka w pierwszych trzech dniach znaczne zwiększenie wydzielania mocznika, w mniejszej ilości moczu. Dalej Naunyn<sup>1)</sup> stwierdził na pudlu przy podniesieniu jego ciepłoty wzmoczenie wydzielania mocznika od 6—7,0, przeciętnie do 9,76. Schleich<sup>2)</sup> w badaniach na sobie i innych ludziach znalazł po kąpielach 39°—42° C. powiększenie wydzielania azotu i mocznika. Podobne wyniki mieli Kostiuurin i Godlewski<sup>3)</sup> po łaźni parowej, Topp<sup>4)</sup> po kąpielach gorących, po których wzmoczenie przemiany azotnej trwało kilka dni. W kąpielach piaskowych widział Bezrodnow<sup>5)</sup> u 7-iu zdrowych ludzi wzmoczenie przemiany azotowej przeciętnie o 6,4%, a po kąpielach o 3,63%.

Nieco inne wyniki zaznacza Formanek<sup>6)</sup>. W okresie kąpielowym (łaźnia sucha, parowa, natryski) nie zauważył wpływu na przemianę azotową; jednak w okresie pokąpielowym przemiana ta podnosi się bardzo znacznie.



(Dok. nast.).

- 
- 1) Du Bois Archiv., 1870.
  - 2) Arch. f. experiment. Pathol. u. Phar., 1875.
  - 3) Rozprawa, 1883.
  - 4) Therap. Monatsheft, 1894.
  - 5) Rozprawa, 1881.
  - 6) Spraw. Bl. f. klin. Hydr., 1894, Nr. 1.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Choroby wewnętrzne i dzieci.

240. Dr. A. Högerstedt. **Technika klinicznego określania zawartości białka w moczu i innych płynach, podług Brandberg'a.** (S. Petersburg. Med. Wochensch., Nr. 6, 1904). Högerstedt przeprowadza równoległą między stosowanymi w klinikach próbami określania zawartości białka w rozczyinach i dochodzi do wniosku, że próby, które możnaby nazwać ogólnem mianem »prób podwarstwiania« są doskonalsze ponad wszelkie inne. Przy dokładnem oświetleniu i umiejętnem kierownictwie próby te pozwalają nam dokładnie określać zawartość białka w minimalnych rozczyinach jego.

Wspomniane próby autor rozpatruje w porządku następującym: 1) próba Spiegler'a, która daje dodatni wynik przy tak dalece minimalnych rozcieńczeniach białka, jak 1:200.000, co odpowiada zawartości białka 0,0005 p. Ct.; 2) próba z żelazo-cyankiem potasu + kwas octowy określa zawartość białka w rozczyinach 1:50.000, t. j. 0,002<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; 3) wreszcie próba Heller'a określa białko w rozczyinach 1:30.000, t. j. przy 10/3 mg. białka na 100 cm. sz. płynu, czyli przy 0,0033 na sto.

Z powyższego wynika, że próba z odczynnikiem Spiegler'a jest najczulsza, próba zaś Heller'a przy zawartości białka 10/3 mg. na 100 cm. płynu występuje dopiero w 3-ej minucie, kiedy zaczyna się formować pierścieniowate zmętnienie. Tutaj autor dodaje, iż zawartość białka w moczu nawet poniżej 0,0033 p. Ct. klinicznie nie jest bez znaczenia (poczynające się przewlekłe choroby nerek). Jakiż więc stosunek zachodzi pomiędzy temi trzema najczęściej używanymi próbami? Otóż, gdy w trzeciej minucie próba Heller'a wypadła ujemnie, żelazo-cyanpotasu + kwas octowy da nam, prawdopodobnie, dodatni wynik i wtedy snadnie możemy twierdzić, iż w danym wypadku zawartość białka waha się między 0,003 i 0,002 p. Ct. Jeżeli zaś i ta próba nie da pożądanego wyniku, otrzymamy go z reaktywem Spiegler'a, a wówczas możemy przyjąć za pewne, że zawartość białka

znajduje się między 0,002—0,0005 p. Ct. Nie pomyliły się też bardzo, przyjmując w tym wypadku zawartość białka 0,001 p. Ct. Uznając ważność określania ilości białka, sięgających 0,003 p. Ct., od dawien dawna poszukiwano w tym celu udoskonalonej metody analitycznej. Högerstedt'owi udało się ulepszyć, odpowiednio do klinicznego zastosowania, sposób analizy na białko, podany ongi przez Roberts'a i Stolnikow'a, opracowany zaś później przez Hammarsten'a i Brandberg'a.

Ilościowe określanie białka podług Essbach'a Högerstedt uważa za niedostateczne i obciążone licznymi błędami; dziwić się należy, iż dotąd jeszcze w wielu klinikach i laboratorych próba Essbach'a bywa stosowaną, wobec przychylnych ocen, wygłoszonych jeszcze przed 20 laty o próbie Roberts'a i Stolnikowa.

Według Brandberg'a reakcja Heller'a występuje w 2—3 min., jeżeli badany roztwór zawiera  $3\frac{1}{3}$  mg. białka w 100 cm. płynu. Wychodząc z tego założenia, płyn podlegający analizie, należy rozcieńczyć w tym stosunku, ażeby ze stopnia rozproszania mózdz określić potem zawartość białka. Rozcieńczamy zatem dany mocz 10-rako i z tego dopiero roztworu nalewamy w szereg epruwetek, zawierających po 10 cm. wody każda, 1, 2, 3, 4 i t. d. sz. cm. 10-rako rozproszanego moczu. W otrzymanych w ten sposób nowych roztworach białka każde dwa stojące w szeregu obok siebie przedstawiają dwa, różniące się zawartością białka, rozcieńczenia, co w próbie Heller'a wyraża się tem, że w jednym roztworze pierścień białkowy wystąpi zawczasie, w drugim zaś zapóźno.

A więc, chcąc określić właściwy % białka w badanym moczu, uciekamy się do subtelniejszej jeszcze analizy, polegającej na tem, że bierzemy takie objętości 10-rako rozcieńczonego moczu, które znajdują się pomiędzy dwiema wyżej wspomnianymi zawartościami. Dla obliczenia procentowej zawartości białka w gramach Brandberg podaje formułę:  $\frac{10 + v}{30 v}$ , w której v oznacza w cm. sz. ilość 10-rako rozproszanego moczu, którą dolewamy do 10 cm. sz. wody, zawczasu nalanej do próbówki. Högerstedt, nie chcąc szablonowo pracować w doświadczeniach swoich z 10-rako tylko rozcieńczonym moczem, zmodyfikował formułę Brandberg'a

w ten sposób, iż pozwala ona obliczyć zawartość białka w urynie o dowolnem rozcieńczeniu.

Nie wdając się w szczegółowe wyprowadzanie formuły Högerstedt'a, przytaczamy ją w uzupełnionej formie poniżej:  $\frac{S(v+a)}{300v}$ ; przez  $v+a$  oznacza się ilość cm. sz. nierozcieńczzonego moczu, w tem zaś  $a$  — oznacza ilość cm. sz. dodanej wody dla otrzymania dodatniego wyniku reakcyi Heller'a; przez  $S$  — oznacza się stopień zapotrzebowanego rozcieńczenia moczu; o ile więc manipulujemy z nierozcieńczonym moczem,  $S=1$ . Tutaj trzeba dodać, iż z nierozcieńczonym moczem pracuje Högerstedt wówczas, kiedy zawartość białka jest minimalna. Formuła określa zawartość białka w gramach i pozwala nam natychmiastowo obliczać ‰ białka w moczach o dowolnem rozproszaniu. Weźmy na przykład, iż do 3 cm. sz. nierozcieńzonego moczu potrzeba było 0,6 cm. sz. wody, aby otrzymać dodatni wynik reakcyi Heller'a. Ponieważ  $v+a$  oznacza ilość nierozcieńzonej uryny, a więc  $S$  w danym wypadku  $=1$ , czyli:  $\frac{S(v+a)}{300v} = \frac{1(3+0,6)}{300,3} = 0,004$  p. Ct. białka.

Albo w drugim wypadku potrzeba było 3 cm. sz. 8 razy rozproszanego moczu (t. j. w stosunku 1:7), oraz 1,5 cm. dolanej wody, jakaż będzie zawartość białka:  $\frac{S(v+a)}{300v} = \frac{8(3+1,5)}{300,3} = 0,04$  p. Ct.

Uważamy za stosowne opisać tutaj technikę doświadczeń Högerstedt'a. Przyrządy, których używa, są następujące:

1) jedna 2-rzędna podstawka statywa, zawierająca 12—20 probówek, 2) jedna buteleczka (kroplomierz) z czystym kwasem saletrzanym, 3) jedna 5—10 cm. sz. zawartości pipetka do miareczkowania, z dziesiętnymi podziałkami, 4) jedna zwykajna pipeta z małym otworem, 5) 2-minutowy piaskowy zegar (klepsydra), 6) jedna, podług Rammelsberger'a urządzona, 50 cm.-owa z dziesiętnymi podziałkami biuretka do wody destylowanej.

Trzeba się starać o dobre oświetlenie i dobre tło — najlepiej wziąć kawałek czarnego aksamitu, na tle którego łatwo się uwydatnia pierścień białkowy w próbie Heller'a.

W górny rząd probówek nalewa Högerstedt, nie maczając ścian, od 20—25 krop. kwasu saletrzanego. Jeżeli się ma do czynienia z obfitującym w białko moczem, o czem wnioskujemy z próby gotowania, to nalewa się w 1-szą próbkę

2-go rzędu 2 cm. sz. przefiltrowanego moczu i dodaje się do tego 18 cm. sz. wody z biuretki (rozcieńczenie 1:10).

Z tej mieszaniny po wstrząśnięciu bierze Högerstedt kilka cm. sz. pipetą i ostrożnie dolewa mocz do kwasu saletrzanego w probówkach pierwszego rzędu. Ze stopnia występującej reakcji Heller'a, dostajemy natychmiast wskazówkę do dalszego postępowania. Przy wielkich zawartościach białka pierścień białkowy występuje tak mocno, że dla dalszej analizy okaże się potrzeba nie 10-krotnego, lecz 100-krotnego rozcieńczenia moczu.

Jeżeli na przykład przy 10-rakiem rozprowadzeniu moczu pierścień białkowy będzie tak słaby, iż dla doprowadzenia reakcji do końca okaże się potrzeba dolania niewielkiej ilości wody, wówczas wlewamy pipetką w cały szereg następujących po sobie probówek po 1 cm. sz. 10-rako rozcieńczonego moczu przy więcej widocznym pierścieniu białkowym i po 2—3 cm. w każdą probówkę przy zupełnie słabo występującym pierścieniu. Dalsze postępowanie powinno trwać tak długo, póki nie otrzymamy takiego rozczynu, że z nastąpieniem 3-ej minuty pierścień Heller'a nie będzie więcej występować. Przypuśćmy, że w jednym wypadku do 1 cm. sz. 10-krotnie rozcieńczonego moczu trzeba dolać 6 cm. sz. wody, w innym zaś moczu, również 10-rako rozcieńczonym, do 3 cm. sz. takiego — 2 cm. sz. wody (destylowanej) i w obu wypadkach ledwo widoczny pierścień białkowy wystąpi dopiero na początku 4 min. Dla doprowadzenia reakcji do pożądanego wyniku w pierwszym wypadku dolać by trzeba 5 cm. sz. (zamiast 6 cm.), w drugim zaś —  $1\frac{1}{2}$  cm. sz. (zamiast 2 cm.), a wtedy kółko Hellerowskie wystąpi prawdopodobnie w 2—3 min. Skrupulatność określania tym sposobem możemy doprowadzić do  $\frac{1}{10}$  cm.

Na podstawie długoletnich doświadczeń i codziennego prawie ilościowego określania białka powyższym sposobem, Högerstedt doszedł do tego wniosku, iż próba ta w zupełności zasługuje na uznanie, gdyż pozwala w krótkim czasie (trochę więcej niż 15 min.) określić z pomocą formuły  $\frac{S(v+a)}{300v}$  dowolną ilość białka aż do 0,0033 p. Ct.

*H. Grundhand.*

241. L. Bard. **Rola, jaką odgrywają zwierzęta w rozprzestrzenianiu gruźlicy i innych chorób zakaźnych.** (Sem.

méd. Nr. 8, 1904). Autor zaznacza we wstępie, po bliższem rozpatrzeniu kwestyi, że jego zdaniem specyficzność przyczyn jest tak ogólna i tak silna w zakresie biologii, że patologia zwierząt i patologia ludzka, chociaż podlegają tym samym ogólnym prawom—posiadają więcej powierzchownego prawdopodobieństwa, niż rzeczywistej tożsamości.

Dzieli on zwierzęta i owady na grupy. Do pierwszej zalicza te, które służą do przenoszenia chorób zakaźnych, przy czem same nie chorują. Tu autor wyraża wątpliwość co do faktu, że są one jedynemi przyczynami niektórych chorób, tak np. autor jest zdania, że w rozprzestrzenieniu malaryi gra większą rolę zanieczyszczony grunt błotnisty, niż komary i przypuszcza, że usunięcie tego pierwszego, oswobodziłoby Włochy od epidemii—jeżeli jednak zgadza się na to, że przenoszą malaryę owady, to tylko t. zw. komary anophiles—lecz nie wszystkie komary. Wątpi on też bardzo, by muchy były przyczyną roznoszenia bakcyli Koc'h'a ze spluwaczki. Do drugiej grupy zalicza zwierzęta, które same, jako chore, mogą zarazić daną chorobą człowieka tak, jakby to uczynił drugi człowiek.

Tutaj należą 3 grupy chorób zwierząt: do 1-ej należą te, które wywołują t. zw. epizootię (wścieklizna, karbunkuł, nosacizna). Są to choroby specjalnie zwierząt, zjawiające się u ludzi bardzo rzadko, przypadkiem, nie dając nigdy początku epidemiom. 2-gą grupę tworzą choroby, mające właściwości wprost przeciwne pierwszej grupie, dają epidemie, lecz nigdy nie stają się przyczyną epizootii (szkarlatyna, rzadko udzielająca się koniowi i krowie; tyfus, udzielający się koniowi), grupa ta jest mniej zbadana.

Do 3-ej grupy należą także choroby, które spotykamy jednocześnie u zwierząt i u ludzi i mogą wywołać zarówno epidemie, jak i epizootię (dyfteryt, gruźlica, dżuma).

Co do dżumy, to faktem jest, sądząc z ostatnich zdobyczy nauki, że zarazek przenosi się przez szczury, chociaż są autorowie, którzy twierdzą, że w Indjach istnieją stale ogniska dżumy, że szczury wynoszą tylko takową, wytwarzając tym sposobem dżumę eksportowaną. Jako profilaktyka, służy walka ze szczurami i zastrzyknięcie surowicy Haffkin'a lub Yersin'a.

O dyfterycie kur i ludzi wiemy, że są to dwie różne infekcyje, nie idzie jednak za tem, by epidemie ptasiego dy-

ftyrytu nie mogły wywołać sporadycznych przypadków dyfterytu u ludzi. Gruźlica i perlica zwierząt są też dwie różne choroby, tu jednak należy zrobić to samo zastrzeżenie, co i poprzednio do dyfterytu;—co zaś do mleka, to w każdym bądź razie należy baczną zwracać uwagę na zwierzęta, od których takowe się bierze, gdyż, o ile jedni twierdzą, że gruźlica krów i ludzi różni się od siebie, a co główniejsza, że perlica nie udziela się ludziom, są znów inni wprost przeciwnego przekonania i dlatego ostrożność nie zawadzi. Tu też nadmienić wypada, że sam Koch jest zdania, że każdy bakcyclus tych chorób wyjątkowo może się pojawić w organizmie sobie niewłaściwym i wytworzyć ognisko gruźlicze, jest ono jednak wtedy najczęściej umiejscowione.

Na zakończenie autor dodaje, że z wyjątkiem kilku parazytów, które przechodzą od zwierząt do organizmu ludzkiego, o których tu nie mówił, gdyż mają one swoje stanowisko w patologii, nie należy zbyt wielkiej wagi przykładać do zwierząt, jako rozsodników chorób zakaźnych, nie można się z tem nie liczyć—są choroby, które przechodzą od zwierząt do ludzi i vice versa — należy jednak pamiętać, że epizootia i epidemia stanowią dwie serye niezależne.

*Matylda Biehler.*

242. **Microgastria pierwotna.** (Sem. méd., Nr. 12, 1904). Wiadomo, że poza stanem patologicznym objętość żołądka jednego osobnika różni się bardzo od tejże drugiego. Według Ewald'a, wahania bywają od 250 do 1680 c.c. Większość klinicystów twierdzi, że, o ile objętość żołądka przechodzi 1700 c.c., ma się do czynienia z żołądkiem rozszerzonym, jednak objętość może być duża bez rozszerzenia, tutaj odnosi Ewald t. zw. przypadki *megalogastryi*. Obok t. zw. dużych żołądków istnieją jeszcze i małe.

Według D-ra Benderskiego z Kijowa, istnieją jeszcze żołądki małe od urodzenia, coś w rodzaju uterus infantilis, co Bendersky nazywa mikrogastryą pierwotną. Anomalia ta jest przyczyną całego szeregu zaburzeń. W przypadkach małego żołądka. Bendersky uważał, że żołądek jest położony b. wysoko, przestrzeń między curvatura major a pępkiem równała się 6, 8, 10 cent., nawet więcej czasem, ku górze ruchomość żołądka prawie żadna.

Najczęściej obserwować można mikrogastryę u kobiet.



Można się o tem przekonać, patrząc na brzuch, na którym zauważyć się daje rowek poziomy, utworzony przez tasiemki ubrania, który odpowiada dolnej granicy żołądka (objaw ten opisany był w Sem. méd., 1897 r., str. 357).

Osoby, posiadające tak mały żołądek, powinny jeść stosunkowo nie wiele na raz (nie tyle, co osoby normalne), w przeciwnym bowiem razie narażone są na różne przykre przypadłości: uczucie ciężkości, ściskanie, odbijanie, i co najcharakterystyczniejsze, na częste, bo 10—12 razy dziennie, wymioty, nie poprzedzone nudnościami. Po wymiotach tych chory nie jest zupełnie zmęczony. Są to wymioty podobne do t. zw. »wymiotów nerwowych«. Mikrogastrya wywołuje też często czkawkę, której bardzo trudno jest się pozbyć.

Co się tyczy terapii, to najpierw należy uregulować odżywianie, ażeby uniknąć przykrych konsekwencji, o których wyżej, wywołanych przez zbytne rozszerzenie żołądka. Należy jeść często, lecz mało na raz. Prócz tego należy starać się usunąć nadczułość żołądka, tutaj bardzo dobre wyniki dały Benderskiemu natryski zimne na żołądek <sup>1)</sup>.

*Matylda Biehler.*

243. A. Chauffard. **O wskazaniach w Cholelithiasis infectiosa.** (Sem. méd., Nr. 3, 1904). Autor zapytuje się, czy w przypadkach cholelithiasis infectiosa trzeba operować, czy nie i odpowiada, co następuje: każda cholelithiasis infectiosa powinna być operowana nawet w tej fazie, gdy nie ma jeszcze zakażenia, tembardziej więc, gdy infekcyja jest już stwierdzona.

Jednym z najpierwszych objawów zakażenia jest gorączka z dużemi wahaniami lub ciągła i dreszcz (chorzy na kolkę wątrobianą często też mają dreszcze, lecz bez gorączki). Prócz tego ważnym objawem jest ogromne zwiększenie ilości białych ciałek krwi, których liczba dochodzi do 18 i 34 tysięcy, najwięcej mamy wtedy ciałek wielojądrowych, których procent może dojść do 89 — 91%.

W jednych przypadkach zaznaczyć można bolesność w okolicy pęcherzyka żółciowego, w innych znów — można doskonale go wyczuć ręką, gdyż jest nadzwyczaj powiększony,

<sup>1)</sup> Już w r. 1891 na zjeździe w Krakowie dr. Józef Zawadzki poruszył tę sprawę w odczycie „Wymioty nerwowe i ich leczenie“, drukowanej w r. następnym w naszym piśmie.

bóle są tu ciągłe, gdy tymczasem w pierwszym przypadku występują w postaci ataków. Zazwyczaj mamy żółtaczkę oraz powiększenie śledziony.

Zatem operacyi podlegać winien każdy chory, u którego znajdujemy: gorączkę o dużych wahanach lub ciągłą, zły stan ogólny, zatrzymanie żółci, oraz obecność lub groza ropienia.

Jest jednak pewna grupa chorych, których należy leczyć, nie operować, tutaj odnoszą się osoby osłabione, których serce źle działa, lub kobiety bardzo tęgie, 50 — 60-cioletnie, o dużym rozlanym brzuchu, u których w moczu znajdujemy cukier lub białko. Tylko w takim razie, gdy wewnętrzne leczenie i kąpiele nie pomagają — należy uciec się do operacyi.

Z lekarstw najbardziej zalecane są przez autora Natrium salicylicum w połączeniu z salolem i betolem (Naphtol. salicyl.), w dawkach po gramie z każdego — 3 razy na dobę, bez opłatków (w opłatkach często proszek wydzielany bywa nierozpuszczony). Jestto jeden z najlepszych sposobów antyseptyki dróg żółciowych. Dobrze też kłaść na okolicę pęcherzyka żółciowego pęcherz z lodem, lub, jeżeli chory ciężaru tego znieść nie może — gorące kompresy, często zmieniane. Dyeta mleczna, niekiedy nawet wodna, dobrze robi, mając na celu zmniejszenie fermentacyi kiszkiowych. Kąpiele od 30—32 stopni też dobre oddają usługi.

*Matylda Biehler.*

244. Kenney. **Użycie formolu do przechowania moczu.** (New-York Med. Journ., 27 luty, 1904). Kenney miał sposobność przekonać się, że tak często używany roztwór formaldehydu 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, mający rzekomo służyć do przechowania moczu, zmienia skład tego ostatniego do tego stopnia, że w moczu, do którego dodawano tylko kilka kropel tego płynu, autor znajdował zwykle białko, gdy tymczasem dany osobnik był najzdrowszym, mocz bowiem badany nawet w kilka godzin po oddaniu nie zawierał białka, o ile doń nie dodano kilku kropel formaldehydu. W całym szeregu doświadczeń fakt ten powtarzał się za każdym razem.

Cały szereg doświadczeń pozwolił też autorowi przyjść do przekonania, że nie zawsze jest dobrze posługiwać się formolem w celu wykrycia białka. (Proponowano do 56 ctm. sz. moczu, zawierającego białko, dodawać 1 c. sz. formolu, co strą-

ca białko). Kenney twierdzi, że reakcja z formolem nie zawsze daje dokładne wiadomości o istnieniu białka, sam on np. dolewał do 56 c. sz. roztworu białka jajka 1 do 4 c. sz. 1% roztworu formaldehydu bez udziału ciepła, przyczem nie zauważył żadnego złączenia płynu ani zaraz, ani po 24 godzinach; z drugiej zaś strony, dodając do moczu, zawierającego białko 0,5 do 1% trochę formolu (bez działania ciepła lub kwasu), autor nie zauważył żadnej zmiany ani natychmiast, ani w kilka godzin, dopiero po 12 lub 24 godzinach można było zobaczyć osad. Wreszcie, jeżeli do moczu zawierającego białko dodać formolu i poddać ogrzewaniu, to reaguje on *daleko wolniej*, daje też skrzepy daleko gęściejsze, niż bez dodatku formaliny.

*Matylda Biehler.*

245. Mallory. **Szkarlatyna; ciała znalezione w 4 przypadkach podobne do protozoów.** (Journ. of. Med. Research, styczeń, 1904). Badając kawałki skóry, pochodzącej z 4 przypadków szkarlatyny (kawałki utrwalone były w płynie Zenker'a i zabarwione eozyną i metylenblau), autor znalazł pewne elementy mikroskopijne i przypuszcza, że można je uważać za przyczynę infekcji. Ciała były dwójakiego rodzaju: okrągłe i podłużne, wielkości od 2 do 7  $\mu$ , średnica rzadko przekraczała 10 do 12  $\mu$ . Ciała te znajdował autor w głębokiej warstwie epidermis — rozłożone seryami, zagłębiającymi się w dermis. Drugą grupę ciałek stanowią te, w których protoplazma rozmieszczona jest promienisto, objętości 4 do 6  $\mu$ , widzieć je można, jak i poprzednie, w głębi komórek nabłonkowych, często znajdujemy po 2, 4 lub więcej razem w przestrzeniach i naczyniach limfatycznych pod epidermis. Wtedy mają formę gwiazdy, pośrodku ciała okrągłe, od którego idą promienie w postaci młoteczków w ilości 8 do 10.

Ciała tak jedne, jak i drugie, rzadko znajdują się w torebkach włosów, zupełnie ich niema w gruczołach łojowych i potowych. Autor nie zauważył takich ciałek ani na języku, ani w gruczołach limfatycznych, zawsze tylko w skórze, nawet nie znalazł tych ciałek w skrzepie krwi, który to skrzep zebrany był z serca post mortem.

Ponieważ ciała te nader są podobne do protozoów, obserwowanych w malaryi, autor przypuszcza, że ciała tak okrągłe, jak i promieniste, odpowiadają fazom podobnego protozoa, pasorzyta szkarlatyny.

*Matylda Biehler.*

246. **Jasny. Przyczynek do badania nawrotów szkarlatyny.** (Prakt. Wracz, 7 luty 1904). Autor na dowód, że nawrót szkarlatyny jest możliwy i nie tak rzadki, jak się to wydaje, przytacza fakt nawrotu u małej dziewczynki, która miała szkarlatynę trzy razy. Za pierwszym razem szkarlatyna była o przebiegu b. lekkim, co nie pozwoliło na wytworzenie antytoksyn, mogących bronić od nawrotu. Następne infekcje rozwinęły się w organizmie słabym (scrofulosis), może być wskutek usunięcia migdałów na krótko przed zachorowaniem,— po raz trzeci, gdy w mieście panowała szkarlatyna epidemicznie.

Dlatego też autor radzi: 1-o izolować pozostałe dzieci, gdyby nawet już były miały szkarlatynę, gdy jedno w domu zapadnie na tę chorobę, chociażby o lekkim przebiegu, izolować w szczególności dzieci anemiczne i skrofuliczne; 2-o nie robić żadnych operacji (wycinania migdałów, wegetacji adenoidalnych i t. p.) u dzieci podczas epidemii szkarlatyny.

*Matylda Biehler.*

247. **F. Farnarier. Jednoczesne wystąpienie tyfusu i szkarlatyny.** (Sem. méd., Nr. 13, 1904). Autor twierdzi, że różne choroby zakaźne jednocześnie istnieć mogą u jednego osobnika, a co za tem idzie, tyfus i szkarlatyna, należy więc rozpatrzyć rokowanie i rozpoznanie tych chorób i ich pojawienia się jednocześnie. Autor zebrał w piśmiennictwie od 1833 r. 75 takich przypadków.

Z obserwacji tych przypadków wynika, że najczęściej infekcja duru poprzedza szkarlatynę, bywają przypadki, w których dzieje się naodwrot, rzadziej jeszcze — obydwie zarazki jednocześnie dostają się do jednego ustroju, wtedy najpierw objawia się płonica, której okres inkubacyjny trwa krócej, a w 10—15 dni dołącza się do poprzedniego rozpoznanie tyfusu. Zdarza się i tak, że dwie te choroby zjawiają się niezależnie jedna od drugiej, szkarlatyna się kończy, chory zapada na dur i odwrotnie. Co do rozpoznania, to należy zwracać uwagę na to, by nie wziąć za płonicę podczas tyfusu t. zw. rash i erythema scarlatiniforme.

Co się tyczy rokowania, to należy być bardzo ostrożnym, a szczególnie, jeżeli infekcja groźniejsza (tyfus) następuje po słabszej. Wreszcie, dodaje autor, nie można powiedzieć dlatego, że w 39 przypadkach, na których się głównie opiera,

śmiertelność była stosunkowo niewielka 13<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, nie można powiedzieć, by jeden zarazek zmniejszał siłę drugiego, według prawa Hunter'a.

Często daje się zauważyć, gdy chory jednocześnie ma szkarlatynę i dur, różne powikłania, odpowiadające tej lub drugiej chorobie (zapalenia uszu, nerek, nawroty tyfusu, krwotoki kiszkiowe). Autor kończy uwagę, że trzeba zawsze myśleć o tem, że szkarlatyna, której początek nie jest wyraźny, może być powikłaną dudem brzuszny, często bowiem istnieją już obie te choroby, a objawy duru zamaskowane są wybitniejszymi objawami szkarlatyny. W durze również może pojawić się wysypka szkarlatynowa, która może być wziętą za erythema infectiosum, jest to pomyłka, która może być złą w skutkach często nie tyle dla samego pacyenta, ile dla jego otoczenia.

*Matylda Biehler.*

248. Bonanome. **Epidemia zapalenia nerek.** (Polinico, 9 stycznia 1904). Autor obserwował podobną epidemię w Rocca di Papa niedaleko Rzymu w 1898 r. Epidemia ta pojawiła się w sierpniu i trwała do listopada. Zapadło wtedy na morbus Brighti 20 osób. Zachorowało nagle kilka osób w różnych punktach miasta i każda z nich zarażała kilka w swej rodzinie, przyczem chorowały osoby młode od 15 do 20 lat, jedna miała tylko 28 lat. U wszystkich objawy były identyczne, charakteryzujące nephritis acuta, obrzęk twarzy, czasami anasarca, moczu chory oddawał mało, z mniej lub większą ilością białka, ból głowy, wymioty, lekka gorączka etc. Należy wyłączyć wszelkie przypuszczenie szkarlatyny poronnej (fruste), gdyż nie było ani jednego przypadku szkarlatyny w mieście; wreszcie badania Bagińskiego wykazały istnienie zapaleń infekcyjnych nerek u dzieci, nic więc niemożliwego, by infekcyjne zapalenia nerek mogły w niektórych przypadkach dawać początek epidemii. *Matylda Biehler.*

249. Morquio. **Przypadek tężca u noworodka, leczenie za pomocą surowicy przeciwtężcowej, wyzdrowienie.** (Rev. med. del Uruguay, listopad, 1903). Do żłobka w Montewideo przyjęto dziecko 12-to-dniowe, które ważyło 2730 gr., miało wygląd bardzo nędzny, z pępka wydzielał się płyn cuchnący, po 4-ch dniach pobytu w żłobku dziecko zdawało się poprawiać, gdy naraz dostało gorączki (40<sup>0</sup> do 41<sup>0</sup>), mięśnie

zesztywniały, następnego dnia zaś zauważono typowe objawy tęcza. Zaraz też zastrzyknięto surowicę, której ilość odpowiadała 0,05 ctgr. antytoksyny, injekcyę taką powtórzono 5-go i 8-go dnia. Po pierwszej injekcyi siła objawów osłabła w 48 godzin po ostatniej, przykurczenia znikły, temperatura spadła. Przez czas choroby dziecko bardzo mało ssało, ważyło też po kilku dniach 2200 gr. Autor twierdzi, że tylko surowica wyleczyła dziecko. Surowica, którą użyto, nie miała własności trujących, dawka, równająca się jednemu ctm. sześciennemu, wystarczała, ażeby zabezpieczyć od zarazy świnkę morską.

*Matylda Biehler.*

250. E. Rist i A. Paris. **Plamica i zapalenie opon mózgo-rdzeniowych, wywołane przez pneumokoki Weichselbaum'a.** (Annales de Médecine et Chirurgie infantiles, 15 Février, 1904). Jedenastoletni Paweł F., wstąpił do szpitala 10 października 1902 r. z objawami plamicy (purpura haemorrhagica). Dziedziczność nie przedstawia nic ciekawego. Przeszłość niezbyt obciążona: karmiony sztucznie, w pierwszym roku miał różyczkę, w ósmym był operowany z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego. Obecna choroba zaczęła się 13 dni temu; objawy były następujące: spuchnięcie kostek, później stóp i goleni; zarazem na miejscach tych zjawily się plamki czerwone. Od 8 dni cierpi na żołądek; miewa 3 razy dziennie wymioty zielonkawe śluzowe. Na kostkach, kolanach, łokciach, łopatkach, około pępka i na pośladkach znajdują się obecnie plamy krwotoczne. Brzuszek napięty. Od wielu dni chory cierpi na obstrukcyę; po ławatywach kał nawpół płynny z domieszką krwi. Dziecko blade i chude. Oddech osłabiony w obu wierzchołkach; działalność serca przyśpieszona, pierwszy ton głuchy, T° wieczorem 38°.

Chory dostał lód na brzusek, chlorek wapnia jako napój i w ławatywach, dyeta absolutnie mleczna. W przeciągu tygodnia stan się nie polepszył. 14 października wystąpił ropień w jajećzku lewym i bardzo znaczne rozszerzenie źrenic, puls 120, T°—37,5, 19 paździer. wszystkie te niebezpieczne oznaki znikają; stołeczki normalne, wymiotów niema, wysypka blednie i zaczyna się łuszczyć. Dziecko dostaje pożywienie lepsze i za wyjątkiem 22 — 23 października, w których to dniach zjawily się znowu wymioty z pulsem szybkim nieregularnym, utrzymuje się polepszenie takie do 4 listopada.

W dniu tym zachodzi nowa komplikacja: zjawia się krew w moczu (1 litr na dzień moczu ciemno-czerwonego). Objawy początkowe (plamica, wymioty...) nie powtarzają się. Dziecko strasznie chudnie. Dnia 30 listopada krew znika, lecz moczu mniej—500—700 c. z białkiem. Wieczorem dnia 14 grudnia  $T^0$  podnosi się do  $40^0$  i zjawia się gorączka zwalniająca, dziecko skarży się na bóle głowy, puls 156; następnego dnia ból głowy się wzmacnia, można zauważyć tężcowy skurcz mięśni karku, objaw Kernig'a, 17 grudnia — silne rozszerzenie źrenic, koma, śmierć.

Sekcja wykazała ropne zapalenie opon mózgowych, lekki stan zapalny dolnych płatów płuc, rozszerzenie szczególnie prawej połowy serca, powiększenie wątroby, duże białe nerki. W ropie mózgu znaleziony diplococcus Weichselbaum'a.

Choroba trwała 84 dni. Można ją łatwo podzielić na następujące okresy: 24 dni trwa typowa plamica z objawami żółdkowo-kiszkowymi; przez 15 dni — polepszenie; potem zjawia się krew w moczu i znajduje się tam stale przez 26 dni; ze zniknięciem krwi ilość moczu się zmniejsza; zjawia się białkomocz, gorączka, a na 2 dni przed śmiercią objawy zapalenia opon mózgowych.

Czy istnieje związek i jaki między tymi oddzielnymi okresami? Przypuszczają, że ropne zapalenie opon mózgowych bywa zakażeniem wtórnym, końcowym w przebiegu choroby pierwotnej i epidemicznej (i w danym przypadku w 8 dni po śmierci P. F. przybyło drugie dziecko z taką chorobą). Lecz zarażenie się P. F. w szpitalu trzeba wykluczyć, gdyż oddawna nie było tam przypadku takiej choroby; nie mógł on być zarażony i zzewnątrz, gdyż diplococcus jest bardzo mało odporny na suchość i przy zwykłej temperaturze prędko ginie.

Wobec tego trzeba przypuszczać, że zapalenie opon mózgowych było źródłem plamicy i ostrego zapalenia nerek.

*Jan Przyborowski.*

251. M. Depot. **Zawał krwotoczny płuc wieloogniskowy, wywołany zakrzepem sercowym w błoniczym zapaleniu gardzieli krwotocznym.** (Annales de Médecine et Chirurgie infantiles, 15 Fevrier, 1904). Sześcioletnie dziecko, chore od 5 dni, wstąpiło do szpitala 11 listopada. Choroba zaczęła się bólem gardła, stan ogólny szybko się pogarszał. 12 listopada widoczne są wszystkie oznaki bardzo ciężkiego dyfterytu;

skóra blada, na powierzchni zewnętrznej kolana lewego — wybroczyna czarna; na brzuchu, na miejscu zastrzyknięcia surowicy w dniu poprzednim — wylew krwi; później, na fałdzie lewego łokcia w miejscu puszczenia krwi z żyły uformowała się wybroczyna; takąż wybroczyna istnieje i na czole. Usposobienie krwotoczne przejawia się też w krwotokach nosowych, wskutek czego trzeba było nos tamponować.

Okolica szyjowa obrzęknięta, gruczoły podszczękowe powiększone. W gardle łuki, jęczyczek, migdały i gardziel pokryte błonami wrzekomemi, nekrotycznemi, koloru szarego; oddech cuchnący: krupu niema. Puls szybki (144), mały, słaby, ilość uryny zmniejszona, z białkiem (0,6).  $T^0$  podniesiona (w.  $38^0$  —  $38^0,6$ ). 11 listop. zastrzyknięto 40 c.<sup>3</sup> surowicy de Roux, 12 listop. — takąż ilość, a prócz tego strychninę ze sparteiną.

13 listopada na szyi zjawia się wysypka, puls bardzo słaby, szybki, osłabienie wielkie.  $T^0$   $38^0,8$ , moczu 250 gr. Zastrzyknięto 20 c.<sup>3</sup> surowicy.

Dnia tego wieczorem chory umiera.

W błonach wrzekomych gardzieli znaleziono laseczniki błonicze. We krwi, dobytej z żyły, został znaleziony diplococcus, barwiący się metodą Gram'a.

Sekcja wykazała: zwyrodnienie nerek, duży skrzep krwi w prawym przedsionku, wieloogniskowy zawał krwotoczny płuc i w prawej odnodze tętnicy głównej płucnej skrzep włóknikowy, długości 5—6 cm.; zawały krwotoczne przedstawiają sobą zatory, pochodzące ze skrzepu sercowego. Tegoż pochodzenia są, według autora, również wybroczyny skórne, chociaż w lewej połowie serca nie znaleziono skrzepu. Objasnia to autor w ten sposób, że mogą tam powstawać niezna-  
czne skrzepy, niewidoczne dla gołego oka.

*Jan Przyborowski.*

## II. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

252. Oehlschläger otrzymuje doskonałe rezultaty przy wymiotach podczas ciąży, stosując następującą miksturę: T-ra nuc. vomic. (1:10) 3,0, Natri bicarb. 8,0, Sirup. cinamomi. 30,0, Aquae



destil. 150,0. MDS. łyżeczkę co 2 lub co 3 godziny. Od czasu używania tej mieszanki autor nie był zmuszonym ani razu przerywać ciąży. (Sem. méd., Nr. 8, 1904). *Matylda Biehler.*

253. Brandt. **Radioterapia przeciw epilepsji.** Wychodząc z zasady, że promienie Röntgen'a działają podniecająco na przemiany organiczne tkanek, autor powziął myśl zastosowania radioterapii przy takiej epilepsji, która, nie jest wywołana cierpieniem mózgu. Brandt wystawia chorego na działanie aparatu Crookes'a, który stoi na odległości 40 ctm., w przeciągu 5 minut, powtarza się to 3 razy w tygodniu, następnie trwanie każdego posiedzenia przedłuża się, poczem stawia się aparat w odległości 25 ctm.

We wszystkich przypadkach można było zauważyć polepszenie, ataki były mniej częste, nie tak długo trwały, zmęczenie po napadzie było mniejsze, choremu przybywało na wadze.

Nadmienić należy, że dawanie bromu zupełnie nie przeszkadza powyżej opisanemu leczeniu, brom może być dawany jednocześnie. (Sem. méd., Nr. 12, 1904). *Matylda Biehler.*

254. Barr. **Adrenalina, jako środek przeciw powtarzającym się wysiękom surowiczym.** Autor spróbował adrenaliny (4 gr. roztworu adrenalini muriat.  $\frac{1}{1000}$ ) w przypadku raka opłucny, w którym ciągle odnawiał się surowiczy wysięk po każdej punkcji i wypuszczeniu dość znacznej ilości płynu. Wynik, jaki otrzymał, był bardzo dobry, t. j., że wysięk, który przedtem trzeba było usuwać co 3—4 dni, więcej się nie powtórzył, zachęciło to autora do dalszych prób u innych chorych z wysiękami i za każdym razem rezultat był świetny. W jednym przypadku pericarditis serosa, prawdopodobnie pochodzenia gruźliczego, działanie adrenaliny było mniej dobre, płyn znów się wytworzył, chociaż w mniejszej ilości. Co się tyczy ascites, to na takowy adrenalina nawet w potrójnej dozie nie wywierała żadnych wpływów. (Sem. méd., Nr. 12, 1904).

*Matylda Biehler.*

255. (hk). Krainsky zaleca Lithium carbonicum w padaczkę po 1,0 trzy razy na dzień. Preparat ten ma doskonale skutkować jako środek symptomatyczny przy małych, codziennych napadach. I w praktyce dziecięcej środek ten może być stosowany w odpowiednich dawkach. (St. Petersburg. Med. Woch., 1903).

256. **Jodylina.** Jodylina lub też bizmut jodo-salicylowy jest to jasno-szary, drobny, trwały proszek. Poleca go Frieser (Deut. Med. Woch., 1903), jako zastępcę jodoformu, ponieważ jest pozba-

wiony zapachu, nietrujący i niedrażniący. Preparat ten zmniejsza sekrecję, pobudza ziarninowanie i zabliznianie się, nie wywołuje przytem erytemy lub innej wysypki. Jodylina jest wskazaną w ranach po oparzeniu, we wrzodach goleni i wenerycznych, w nieżytych pochwy kobiecej, vulvovaginitis, fluor albus, w erozyach i herpes progeneralis u mężczyzn. Preparat ten okazał się także skutecznym w pryszczycy moknącej, ozaena i przerostowym nieżycie nosa z wydzieliną cuchnącą. Jodylinę stosują jako przysypkę lub też pod postacią wdmuchiwań, oraz w maściach. E. Israel stosował z dobrym skutkiem gazę jodylinową. *H. K.*

257. **Phorxal.** Jest to drobnutki proszek, pozbawiony smaku i zapachu, rozpuszczający się łatwo w wodzie, szczególnie przy ogrzaniu. Zawiera on 0,25% fosforu, 0,63% tlenku żelaza, 87,5% ciał białkowych i 3,09% składników mineralnych. Preparat ten wypróbował A. Stiehl (Wien. kl. Rundschau, 1903) przyczem przekonał się, że sok żołądkowy rozpuszcza ten preparat, oraz, że wchłania się on zupełnie wraz z zawartym w nim żelazem, przez co ilość hemoglobiny zwiększa się we krwi. Autor stosował ten preparat pod postacią proszku, pastylek lub też kakao z 5% phorxalu. We wszystkich przypadkach nowy ten środek pobudzał łaknienie i sprowadzał obfite wydzielanie się soku żołądkowego. Nawet dawki po 20—30 gr. dziennie nie sprowadzały żadnych ubocznych działań. *H. K.*

258. **Cyτροφen.** Jest to biały proszek, smaku cytrynowego, topi się przy 181° C., rozpuszcza się w 250 częściach wody. Tittel zaproponował stosowanie tego preparatu w krztuścu: w 73% przypadków autor ten spostrzegał dobre wyniki. Obecnie znowu zaczął stosować ten preparat M. Schreiner (Therapeut. Monatshefte, 1903). Autor ten dowiódł, że w przypadkach z wynikiem ujemnym jedynie mała dawka była tego przyczyną; sam stosuje on cyτροφen po 0,7 × 3 dziennie, przyczem dodatnie wyniki otrzymał w 92% leczonych przypadków krztuśca. Ujemnego wpływu na przewód pokarmowy Schreiner nie spostrzegał, zauważył natomiast dodatni wpływ na zmniejszenie się wymiotów. Działanie cyτροφenu polega nie tylko na rzeczywistym skróceniu czasu trwania choroby, lecz i na o wiele łagodniejszym przebiegu choroby, napady bowiem w krótkim czasie już po 1—3 dniach bywają rzadsze, krótsze i lżejsze. Stosownie do natężenia sprawy chorobowej podaje się cyτροφen 3 × dziennie po 0,15 do 0,2 na rok wieku, poczem, o ile skutek się nie ujawni zwiększa się dawkę do 0,25 — 0,3 na

rok wieku. Dawka jednakże 0,7 jednorazowo dla dzieci wieku 8—10 lat nie powinna być przekraczana.

K. Fuchs (Therapeutische Monatshefte, 1903) stosował cytrofen w całym szeregu rozmaitych chorób: ostry i przewlekły gościec, gruźlica, zapalenie płuc i opłucny, dur, zapalenie oskrzeli, nerwobóle n. trójdzielnego, kulszowego, międzyżebrowych, połowiczny ból głowy i doszedł do wniosku, że preparat ten posiada swoiste, przeciwgośćcowe działanie i nie działa trująco na serce. W chorobach gorączkowych obniża ciepłotę w dawkach od 0,5—1,0, nie wywołując objawów zapaści. *H. K.*

259. **Mezotan** posiada obecnie obszerną literaturę, stosują go w ostrych i przewlekłych cierpieniach stawów i mięśni, w lumbago, zapaleniu opłucny oraz grypie, następnie w hyperhydrosis i przy poceniu się nóg. 8—10 kropel mezotanu, natartych w plecy lub piersi, wstrzymuje poty u suchotnika o wiele skuteczniej od innych środków. Dobre wyniki daje także mezotan w pruritus cutaneus.

Preparat ten, jak wiadomo, stosuje się najlepiej z oliwą w równych częściach. Lecz i pod postacią maści może być zastosowywany, szczególnie w chorobach z cierpieniami skóry. Niektórzy autorowie spotykali wysypki po mezotanie (pryszczycę). Komplikacje te usuwa się łatwo przez zastosowanie krochmalu protargolowego (1:20), można się nawet zupełnie ustrzedz od tego podrażnienia skóry, jeżeli będziemy mezotan nie wcierać w skórę, lecz ją pędzlować. Sembritzki utrzymuje, że ta wrażliwość skóry jest czysto indywidualną. Gdy jedne osobniki są zupełnie niewrażliwe na ten środek, inne znowu ujawniają idiosynkrazję. Wspomniany autor spostrzegł po zastosowaniu oliwy mezotanowej różycowate zapalenie skóry, połączone z bardzo silnem swędzeniem, to samo potwierdza Litte n, natomiast R u h e m a n n leczył skutecznie różę tą samą mieszaniną.

W cierpieniach pochodzenia niegośćcowego, w podrażnieniach urazowych stawów, w zapaleniach stawów tryprotem i przymiotowem, w bólach mięśniowych u alkoholików lub też takich, które na tle nerwowym powstały, mezotan nie skutkuje. *H. K.*

### III. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

*Posiedzenie d. 3 lutego 1904 r.*

I. Szteyner przedstawił: 1) mężczyznę 38-letniego, wyleczonego za pomocą operacji z ostrej niedrożności jelit, spowodowanej skręceniem okrężnicy zagiętej i zgorzelą. Po otworzeniu jamy brzusznej okazało się, że okrężnica zagięta skręcona jest na dwa półobrotu, ogromnie wzdęta i dotknięta zgorzelą na znacznej przestrzeni. Część zgorzelinową wycięto, resztę podwiązano i utworzono sztuczny odbył za pomocą grubej szklanej rurki, wstawionej do kiszki. Po kilku tygodniach zeszyto kiszki. Szew puścił i dokonano trzeciej operacji, podczas której wycięto kawał krezki i zeszyto po okrężnem wycięciu oba końce kiszki; nastąpiło zagojenie. 2) mężczyznę 33-letniego, wyleczonego z otoku ropowietrznego podprzeponowego za pomocą operacji Lannelongue'a.

II. Landau przedstawia przypadek **wiądu rdzenia**, zdaniem prelegenta, zasługujący na uwagę ze względu na powikłania ze strony nerwów czaszkowych w przebiegu wiądu, powikłanie, które rzadko bywa spostrzegane. Nadmienić należy, że chory chodzi zupełnie dobrze. Objawów ogólnomózgowych niema żadnych. Brak odruchu kolanowego z lewej strony, brak odruchów Achillesa, bóle strzelające, odruchowa nieruchomość źrenic, zaburzenia pęcherzowe, chwianie się przy zamkniętych oczach — przemawiają za wiałem rdzenia. Co się zaś tyczy nerwów czaszkowych, to I i II-a para zupełnie zdrowe, III, IV, V, VI, IX, X i XI-a para zajęte obu- lub jednostronnie. Najbardziej ucierpiały prawy oculomotorius i vagoaccessorius.

III. Kozerski przedstawił przypadek wielolicznego pierwotnego mięsaka barwnikowego typu a Kaposi'ego. Postać tę charakteryzują: sinawe twarde guzy, wielkości grochu i większe w mięszu skóry, twarde rozlane bolesne nacieczenie skóry i umiejscowienie przedewszystkiem na dolnych częściach kończyn. Prognoza zła; leczenie: podskórne zastrzykiwania natrii kakodylici.

IV. Piltz Jan wygłosił rzecz „**O nowym aparacie do fotografowania ruchów źrenicy**“ oraz pokazywał ten aparat. Prelegent przytoczył dane historyczne co do zastosowania fotografii w badaniach fizjologicznych, wspomniął przytem o badaniach Oninus'a, Osakam'a, Mubrige'a, Czermak'a, Nikotin'a, Marey'a i Cybulskiego. Opisał dalej aparat Bellarminowa do fotografowania ruchów źrenicy i podał wyniki jego badań. Omówiwszy następnie obszerniej ba-

dania Braunsztejn'a, który pracował nad unerwieniem źrenicy przy pomocy lekko zmodyfikowanego aparatu Bellarminowa, prelegent przeszedł do opisu aparatu własnego pomysłu.

W dyskusyi Kramsztyk zaznacza, że aparat Piltza odznacza się ścisłością i dokładnością. Fotografie są wyraźne, przyczem zaznacza, że zastosowanie aparatu Piltza jest początkiem ważnej ery w badaniu ścisłem działalności systemu nerwowego wogóle. Dalej Flatau zaznacza, że jest rzeczą możliwą, iż aparat ten odda wielkie usługi w klinice chorób nerwowych, gdyż, jak wiadomo, badanie źrenicy w chorobach nerwowych ma największe znaczenie. Do zdania poprzednich wniosków przyłącza się prezes Dunin i podnosi ze swej strony wogóle rzadkość wynalezienia u nas instrumentów naukowych. Dalej Kramsztyk uzupełnia jeszcze dane historyczne co do aparatów fotograficznych do badań lekarskich. Przypomina on o zbudowanym ongi aparacie przez Hołowińskiego do badania szmerów serca. Podobny do aparatu Piltza chcieli niegdyś zbudować Wizel i inżynier Lebedziński. Na zakończenie dyskusyi prelegent dodaje jeszcze kilka słów o wyobrażeniowych odruchach źrenicy.

*Posiedzenie d. 16 lutego 1904 r.*

I. Górkiewicz przedstawił chorą lat 42, która od 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> roku cierpi na lupus erythematosus faciei et capillitii. Przypadek jest ciekawy ze względów następujących: 1) żadnych objawów gruźlicy organów wewnętrznych nie znaleziono, co przemawiało by przeciw teoryi, uważającej lupus erythematosus za wynik działania toksyny gruźliczej z odległości; 2) współczesna obecność wypadania i siwienia włosów w otoczeniu ogniska przemawiałaby za teorią, poczytującą lupus erythematosus za nerwicę odżywczą.

II. Koronkiewicz przedstawił przypadek **arthropathiae tabeticae**. Chora lat 40, niezamężna, dziedzicznie nie obciążona, utrzymuje, że syfilisu nie przechodziła. Od paru lat uczuwa bóle i drętwienie w kończynach. Przed półrokiem chora uderzyła się w prawe kolano, poczem stopniowo rozwinęło się obrzmienie kolana bez żadnych zapalnych objawów. Kolano spuchnięte, obwód 43 ctm., niebolesne, podczas ruchów słychać tarcie zniszczonych powierzchni stawowych, więzy znacznie rozluźnione. Badanie systemu nerwowego wykazało tabes.

III. Kopczyński Stanisław przedstawił chorą z niezwykłymi zaburzeniami skojarzonych ruchów gałek ocznych w następstwie nowotworu na podstawie czaszki.

IV. Prof. O. Bujwid w odczycie „**Doświadczenia nad zakażeniem krów gruźlicą ludzką**“ omawia obecne doświadczenia nad gruźlicą i poglądy różnych autorów. Zaznacza on, że stosowanie teorii Koch'a i Behring'a w praktyce byłoby szkodliwym, [gdyż ani jedna, ani druga nie opiera się na dostatecznych doświadczalnych podstawach. W doświadczeniach swoich nad gruźlicą prelegent przekonał się, że są różne odmiany zarazka, mogące jednak nabierać większej lub mniejszej jadowitości. Robiąc doświadczenie nad jałówkami, prelegent przekonał się o możliwości zakażenia gruźlicą ludzką, zmiany miały tendencję do umiejscowienia. Są również odmiany gruźlicy ptasiej, obdarzone większą jadowitością. Na zakończenie prelegent dodaje, że należy w swojej sile zachować wszelkie przepisy higieny, oparte na dotychczasowych badaniach.

W dyskusyi prof. Hoyer zaznacza, że z wyglądu makroskopowego nie można sądzić o rodzaju hodowli. W doświadczeniach, które były robione w jego pracowni, okazało się, że zmiany wywołane u świnek morskich po zaszczepieniu ludzkiej gruźlicy i zwierzęcej były różne. Dalej Pruszyński zaznacza, że zarazek gruźlicy zarówno u zwierząt, jak u człowieka przedstawia tylko przeobrażenie jednego pasorzyta, który, w zależności od podłoża, przybiera różny stopień jadowitości i wywołuje różne zmiany w narządach, dowodzą tego badania na świnkach morskich. Muttermilch Stanisław twierdzi, że laseczniki gruźlicy ludzkiej mogą wywoływać zakażenie u bydła oraz odwrotnie: zarazek perlicy może przyjąć się w ustroju człowieka. Dotychczasowe badania nie rozstrzygnęły stanowczo pytania, na jakiej drodze powstają w większości przypadków tak zwane suchoty płucne u ludzi, to jest czy rozwijają się one wskutek zarażenia się od osobników, dotkniętych gruźlicą, przez płwocinę, t. j. na drodze inhalacji zarazka, lub też, jak twierdzi Behring, są następstwem zarażenia się gruźlicą jeszcze w niemowlęctwie przez spożywanie mleka, pochodzącego z krów chorych na perlicę. Co się zaś tyczy mleka formalinowego Behring'a, to badania jeszcze nie skończone i wynik zapewne wkrótce będzie ogłoszony. Dalej Dunin zaznacza, że zarażenie się gruźlicą przez kanał pokarmowy jest rzeczą rzadką. Bardzo trudno daje się stwierdzić bezpośredni związek między momentem zarażenia i wybuchem choroby. Gruźlica przenika w wieku niemowlęcym do ustroju, rozwija się nadwyraz powoli i wybucha dopiero w wieku młodzieńczym lub później. Sprawa gruczołowa u dzieci ma związek z zarażeniem się za pośrednictwem jamy gardzielowej. Zmiany w kiszkiach u osobników gruźliczych powstają

wskutek połykania plwociny, zawierającej laseczniki. Steinhaustrzymuje, że gruźlica, wywoływana przez mleko, jest dosyć rzadkiem zjawiskiem i powątpiewa, czy zarazki gruźlicy ludzkiej i zwierzęcej są identyczne. Nakoniec Brudziński zaznacza, iż w kwestyi zarażenia się gruźlicą dzieci uwzględnić należy oprócz zarażenia się mlekiem krowiem i zarażenie się od otoczenia, jako też i zarażenie niemowląt mlekiem matek i mamek gruźliczych. Podawanie niemowlętom mleka surowego możliwem jest w wyjątkowych warunkach i krajach, gdzie czystość obór i sumienność produktów jest wzorową. Co do konserwowania mleka za pomocą formaliny, to mówca uważa to za dodatek wcale nie obojętny dla ustroju dziecka.

*W. Biehler.*

#### IV. Z TOWARZYSTWA LEKARZY GUBERNII LUBELSKIEJ.

##### Protokół zwyczajnego posiedzenia Lub. Tow. Lekarskiego z dnia 4-go Września 1903 r.

2. Jaczewski przedstawił chorego z **dermatitis polymorphisdolorosa chronica**. S. K., lat 64, stolarz, pochodzi z rodziny zdrowej; w 20 roku życia ożenił się, od lat 10 jest wdowcem; z 6-ga dzieci żyje jedna tylko córka, reszta dzieci zmarła w dzieciństwie.

Do czasu choroby obecnej zdrów był zawsze. Choroba rozpoczęła się w maju r. z. nagle dreszczami, gorączką, silnym bólem głowy, a nazajutrz na prawej łydce zrobił się pęcherz wielkości orzecha laskowego. Tegoż dnia pod wieczór potworzyły się pęcherze już na obu przedramionach i goleniach, w końcu tygodnia od początku choroby pokazały się pęcherze już na dłoniach i stopach. W tygodniu następnym ilość pęcherzy zmniejszyła się znacznie i, gdy cała prawie podeszwa u obu kończyn pokryła się pęcherzami a chory nie mógł z powodu silnego bólu zrobić nogą ani kroku, i to go zmusiło wreszcie do wstąpienia do szpitala św. Józefa na początku czerwca roku zeszłego. Obraz choroby przy wstąpieniu do szpitala był następujący: chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiony dobrze, mięśnie rozwinięte, jak należy. Stan podgorączkowy, T. 37,8, Puls 80, łaknienie ma prawidłowe, pragnienia nie doznaje. Narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają. Mocz nie zawiera składników nieprawidłowych. Obrzęków niema. Na goleniach i przedramionach oraz grzbietowej stronie stóp i rąk

masa pęcherzy wielkości łepka szpilki do orzecha włoskiego, a nawet większych. Pęcherze te są silnie napięte, wypełnione płynem blado-żółtawym; w świeżych zawartość jest całkiem przezroczysta, w dawniejszych mętna, opalizuje, w niektórych, najdawniejszych całkiem ropna. Ścianka pęcherzy jest bardzo cienka, nakłucie pęcherza powoduje zupełne opróżnienie pęcherza. Okolice pęcherza bez zmian, nie widać indziej otoczki naokoło pęcherza. Oprócz dopiero co wymienionych pęcherzy, różniących się od siebie jedynie wielkością, znajdują się, tu i owdzie, rozrzucone, wykwit, ułożone jak herpes iris, t. j. składają się one z pierścienia—pęcherza, szerokiego kilka milimetrów, na wewnątrz od niego znajduje się pasek skóry niezmienionej, środek zaś zajmuje znowu pęcherz wielkości  $\mp$  orzecha laskowego. Oprócz pęcherzy w różnym okresie rozwoju będących, znajdują się nadżerki i strupy w miejscach, gdzie były poprzednio pęcherze, niemało także jest plamek okrągłych różnej wielkości, żywo-czerwonego koloru, pozostałych po inwolucyi wykwitów. Na podeszwach i dłoniach pęcherze są płaskie, ścianka ich jest grubsza, zawartość nieprzezroczysta. Na wykwitach dawniej powstałych ścianka jest pomarszczona, najwięcej wykwitów znajduje się na przedramionach i goleniach, mniej już znacznie na rękach i nogach, na biodrach zaś i ramionach brak ich zupełnie, toż samo na tułowiu, głowie i narządach płciowych. Chory dodaje, że w miejscach, gdzie powstaje później pęcherz, odczuwa ból i przykre palenie, skutkiem czego jest wstanie wskazać naprzód miejsce, gdzie się nowy pęcherz pokaże. Subiektywne te objawy poprzedzają o kilka lub kilkanaście godzin wykwity skórne. Swędzenie przyłącza się do wyżej wspomnianych bólu i palenia nie zawsze.

W czasie, gdy chory przybył do szpitala, zdawało nam się, że mamy przed sobą przypadek choroby ostrej i z tego powodu przychodziła nam na myśl: erythema polymorphe, herpes iris, pemphigus acutus, dermatitis bullosa toxica. Dalsza atoli obserwacya przekonała nas, że mamy do czynienia z chorobą przewlekłą. W czasie 7-io-miesięcznego pobytu chorego w szpitalu sprawa, rzecz można, trzymała się  $\mp$  planu i typu, w jakim chory się przedstawił w dniu przybycia do szpitala, z tą tylko zmianą, że objawy subiektywne i obiektywne straciły nieco na sile, chory przestał prawie gorączkować, pęcherze były nie większe od ziarnka małego grochu polnego, występowały tylko pojedynczo, ból i palenie trwały jednak stale, swędzenie ustąpiło doszczętnie. Stan ogólny był całkiem zadawalniający.



Biorąc to wszystko pod uwagę, rozpoznaliśmy *dermatitis polymorphis dolorosa chronica* (Brecy). Wyłączyliśmy pęcherzycę przewlekłą w danym razie ze względu na znakomity stan ogólny chorego, mimo dłuższego trwania cierpienia.

Leczenie polegało na podawaniu preparatów arszeniku, kwasu karbolowego, extr. belladonnae, chininy, żelaza, oraz stosowaniu kąpeli z krochmalem, kali hypermanganic., później dziegciem, nie mogliśmy jednak wyprowadzić żadnego wniosku o skuteczności któregokolwiek z wymienionych środków. Zdawało nam się, że kąpiele, zwłaszcza z krochmalem, najlepiej jeszcze wpływały na objawy subiektywne.

Obecnie przedstawia J. chorego w 8 miesięcy po wyjściu ze szpitala, a w 16 miesięcy od początku choroby. Objawy skórne trzymają się w tej mierze, kiedyś chorego wypisywali ze szpitala, stan ogólny nie uległ upośledzeniu, chory ma dobry apetyt, zajmuje się pracą przy warsztacie, jak dawniej. Wszystko to, zdaje się, jeszcze bardziej potwierdza słuszność naszego rozpoznania.

(*Streszczenie własne*).

3. Dobrucki przedstawił: a) przypadek wglóbenia, odglóbeniem wyleczony;

b) kilkomiesięcznego chłopca, operowanego z powodu wrodzonego wodogłowia;

c) chorą po cięciu brzuszem, dokonaniem z powodu niedrożności jelit;

d) preparat gruczołów gruczołowych, które uciskały przełyk.

4. Stefan Rudzki opisał **dwie przypadki zatrucia grzybami**. 13 sierpnia 1903 r. w Domu Zarobkowym w Lublinie zapadły na zdrowiu cztery kobiety po zjedzeniu grzybów: dwie, które jadły lepsze, wybrane grzyby, po kilku dniach powróciły do zdrowia, dwie inne spożyły wybiorki, składające się przeważnie z bedki sromotnikowej—*agaricus phalloides* i obie, jako ciężiej chore, były dostarczone do szpitala św. Wincentego w 48 godzin po zatruciu.

Pierwsze objawy chorobowe wystąpiły u wszystkich zatrutych mniej więcej w 12 godzin po zjedzeniu grzybów: wymioty, biegunka rozpoczęły obraz zatrucia; stopień napięcia tych objawów był różny: u pierwszych dwóch chorych nieznaczny, u reszty bardzo silny; u nich też przyłączyły się na drugi dzień kurcze w łydkach, zawroty głowy, silne osłabienie, wybitne bóle w brzuchu. W tym stanie chore zostały przywiezione do szpitala.

Jedna z nich, 52-letnia—po dobie zmarła przy objawach niedomogi sercowej pomimo energicznego stosowania środków podbu-

dzających. Objawy przedmiotowe, znajduwane u chorej w szpitalu, były następujące: bladeść błon śluzowych, sinica warg, rozszerzenie źrenic; głuchość dźwięki sercowe; tętno 96 na 1' ledwo wyczuwalne; czułość brzucha na ucisk w nadbrzuszu i w okolicy wątroby; przytomność zupełna do ostatniej chwili życia. Oddawanie stolca samowolne kilkakrotne; wymioty częste; zatrzymanie moczu.

Ogłędziny pośmiertne wykazały: nadzwyczaj silne zwyrodnienie mięszowato-tłuszczowe serca, nerek i trzustki; zupełne stłuszczenie wątroby, która przedstawiała się nieco powiększoną, bardzo miękką, na przekroju żółto zabarwioną, z zanikiem granic między zrazikami; w żołądku były tylko zmiany swoiste dla przewlekłego nieżytu śluzowego, natomiast jelita cienkie były mocno przekrwione w części biodrowej na przestrzeni jakich 20 cmt.

U drugiej chorej, 46-letniej, która zjadła tyleż grzybów, co i poprzednia, objawy były takie same, lecz w nieco słabszym stopniu. Tętno było przy wstąpieniu 102 — 110 na 1' średniego napełnienia; pierwszy dźwięk przy wierzchołku głuchoawy; powłoki śluzowe prawidłowo zabarwione. W moczu były ślady białka. Leczenie polegało na zastrzykiwaniu kamfory pod skórę, podawaniu wewnątrz Em. oleosae, a potem bizmutu i rezorcyny. Rozwolnienie i wymioty po kilka razy dziennie trwały w szpitalu 3 dni. Tętno trzymało się koło 90—100. Białko znikło w moczu po paru dniach. Powrót do zdrowia odbywał się bardzo powoli: przewód pokarmowy pozostał bardzo drażliwy i bóle często występują po jedzeniu w całym brzuchu; również serce jest łatwo podbudzalne; obecnie w 3 tygodnie po zatruciu—chora chodzi jeszcze z pewną trudnością.

Prelegent przedstawił chorą, która wyzdrowiała, oraz narządy wewnętrzne zmarłej i zatrzymał się dłużej nad działaniem bedłki sromotnikowej i zdolnościach regeneracyjnych ustroju ludzkiego po zatruciach grzybami.

*(Streszczenie własne).*

5. Tenże opisał **przypadek gruźlicy mózgu, otrzewny i jelit z przedziurawieniem tych ostatnich przez askarydy** (z przedstawieniem preparatów anatomo-patologicznych). Do szpitala św. Wincentego w Lublinie przywieziono 12-0-letnią dziewczynkę w stanie nieprzytomnym. Przy badaniu znaleziono: sztywność karku, opadnięcie prawej górnej powieki; niedowład prawych kończyn; tętno 120 na 1' miarowe, małe, przy ciepłocie 38,5; wzdęcie brzucha; nieznaczne stłumienie w prawym szczycie płucnym. Przepuszczalne rozpoznanie: gruźlicze zapalenie opon mózgowych. Przebywszy w szpitalu niecałą dobę, chora zmarła. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono następujące zmiany: ogólne przekrwienie

naczyniówki mózgu, nieznaczne zmętnienie jej na miejscu skrzyżowania nerwów ocznych; pojedyncze gruzelki, wielkości ziarnka kopni, w istocie mózgu w płacie ciemieniowym i potylicowym lewej półkuli; niewielkie nacieczenie prawego szczytu płucnego; gruzelki prosówkowe w wątrobie i nerkach; zupełne zwyrodnienie gruczlicze otrzewny; powierzchnia jej wprost usiana gruzelkami różnej wielkości; obszerne zrosty na całej przestrzeni; jelita zlepione w jeden kłębek; przy tępem oddzielaniu pęteli spostrzegamy szereg przedziurawień w jelitach cienkich, we wszystkich zaś tych otworach sterczą askarydy, częściowo znajdujące się jeszcze w środku jelit; w jednym z otworów, mającym ok. 3 cmt. długości i 1½ cmt. szerokości, znajdują się trzy glisty; po nadęciu jelit cienkich znajdujemy w ich świetle mnóstwo askaryd, przeważnie martwych; na śluzowej jelit mamy owrzodzenia w kilku miejscach; tam, gdzie nastąpiło przedziurawienie, widoczne są ślady owrzodzeń na brzegach otworów, lecz w paru miejscach śladów tych nie znajdujemy.

Już po śmierci chorej od ojca jej udało się zebrać następujące wywiady: chora dziedzicznie nie obciążona; początek choroby od 8 miesięcy — chudnięcie bez przyczyny, brak łaknienia; przed 3-ma miesiącami wystąpiło drżenie w prawej górnej kończynie, poczynające się od palców i dochodzące do ramienia; w 2 tygodnie potem chora dostała ogólnych drgawek z zupełną utratą przytomności w ciągu kilku godzin; po napadzie pozostał niedowład prawych kończyn. Boleści w brzuchu chora często miewała, lecz bez biegunki. W ostatnim tygodniu nastąpiło znaczne pogorszenie: zjawyły się wymioty, powtarzające się w ciągu paru dni; silne bóle głowy i drgawki prawie codzień; utrata przytomności; w ostatnich dniach biegunka.

Prelegent podkreśla: brak gruzelków w naczyniówce mózgu; obecność pojedynczych gruzelków w istocie mózgu z objawami klinicznymi guza mózgu; bardzo prawdopodobny udział askaryd w przedziurawieniu jelit bądź to na miejscu poprzednich owrzodzeń śluzowej, bądź bez żadnych większych zmian uprzednich.

*(Streszczenie własne).*

W dyskusji Biernacki zapytuje, dlaczego Rudzki napewno twierdzi, że w danym przypadku askarydy przedziurawiły jelito — przecie i sama przez się sprawa gruczlicza w kiszkiach mogła dać powód do perforacji, a askarydy mogły przedostać się do jamy otrzewny przez gotowe już otwory? W odpowiedzi Rudzki zaznacza, że znane są niewątpliwe przypadki, gdzie aska-

rydy zrobiły perforacyę, ale w danym przypadku, naturalnie, mogło być i tak, jak to przypuszcza Biernacki.

6. W odpowiedzi na propozycyę Radomskiego Tow. Lekarskiego w kwestyi utworzenia kasy emerytalnej dla lekarzy zebrani w zasadzie zgodzili się na przyjęcie udziału w pracach Rad. Tow. Lek. nad tym przedmiotem i poniesieniu wydatków, po uprzednim porozumieniu się co do ich wysokości. Wybrano komisyę, w skład której weszli: Biernacki, Jarnuszkiewicz i Zajdenman, a która nadal ma się z Tow. Radomskiem porozumiewać w sprawie kasy, jak również zbadać rozmaite istniejące już typy tego rodzaju instytucyi.

Sekretarz *Czesław Czerwiński.*

## Kronika bieżąca.

—W— W dalszym ciągu powołano kol. Ludwika Gorskiego (z Warszawy) do pełnienia służby lekarskiej na Dalekim Wschodzie z przeznaczeniem do Omska.

(R. M.). Przypatrując się naszemu piśmiennictwu lekarskiemu, przychodzi się niebawem do przekonania, że brak w niem stosunku pism peryodycznych do dzieł oryginalnych. Mamy pisma peryodyczne nawet dla pewnych gałęzi nauki lekarskiej, a nie mamy dla nich podręczników! Temu brakowi książek lekarskich powinniśmy zaradzić przedewszystkiem profesorowie uniwersytetów krakowskiego i lwowskiego, tudzież rozmaici specjaliści warszawscy, między którymi znajdują się znakomite siły naukowe. Założenie pisma, poświęconego wydawnictwu podręcznika, powinno ułatwić zadanie.

Przez to, że jest zawiele pism peryodycznych, cierpią one przedewszystkiem na brak dostatecznej liczby abonentów i z wyjątkiem „Przeglądu lekarskiego“ walczą z trudnościami finansowemi utrzymuje się przeważnie ofiarnością jednostek.

W rzędzie takich pism zbytecznych wymienić trzeba: „Polskie archiwum nauk biologicznych i lekarskich“, tudzież „Głos lekarzy“.

Co do pierwszego, niema u nas ani dostatecznych sił, ani odpowiedniej liczby abonentów do utrzymania się takiego pisma. Dlatego pismo to wychodzi w tak długich odstępach, iż poprostu zapomina się o jego istnieniu. Ale pismo to zbytecznym jest i dlatego, ponieważ prace w nich umieszczane, niewątpliwie nieraz bardzo cenne, mogłyby snadnie znaleźć miejsce częścią w pismach Akademii Umiejętności, która i płaci wcale przyzwoite honorarium za prace w swych pismach drukowane i daje z nich doskonałe wyciągi w językach francuskim i niemieckim, częścią w „Pamiętniku

Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego", piśmie, mającem dobre imię i byt ustalony.

Co do „Głosu lekarzy“, pismo to, wychodzące we Lwowie dwa razy na miesiąc, wzięło sobie za zadanie dążyć do poprawy stanowiska społecznego lekarzy, a przedewszystkiem ich bytu materialnego. Nie można zaprzeczyć, że „Głos lekarzy“, lubo nieraz w swych zapatrywaniach nieco skrajny, jest dobrze redagowany, ale czy może przynieść jaki realny pożytek, dopiąć celu i czy nie wyczerpie się wkrótce przez brak materiału? Głównym powodem materialnego niedostatku znacznej części lekarzy jest za wielka ich liczba w stosunku do leczącej się ludności, a czy na to może wpłynąć „Głos lekarzy“? Wszak i bez niego liczba uczniów medycyny zmalała znacznie. Nie widzimy więc potrzeby marnowania sił i pieniędzy na wydawanie pisma z celem, niepodobnym do osiągnięcia tą drogą. Zresztą, dobre w nim artykuły mogą znaleźć miejsce w pismach już istniejących.

„Głos lekarzy“ otrzymują darmo różne lokale publiczne, jak np. restauracje, kawiarnie, cukiernie. Wątpimy, czy to może posłużyć do dopięcia celu, a nawet, zdaje nam się, iż takie rozdawanie pisma za darmo nie przyczynia się do powagi stanu lekarskiego.

(R. M.). Dr. Jan R a c z y ń s k i, profesor nadzwyczajny pedyatryi w Uniwersytecie Jagiellońskim, mianowany profesorem nadzwyczajnym tegoż samego przedmiotu i dyrektorem szpitala dla dzieci św. Zofii we Lwowie.

— **Nekrologia.** Dr. Antoni S t a s i n a, lekarz powiatowy w Tarce pod Chyrowem w Galicyi, zmarł w 40 roku życia, zarażwszy się tyfusem plamistym.




---

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

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 15 Апрелья 1904 г.

---

# W KISSINGEN

## „Villa Elsa”

ordynuje od 18 Maja do Października

*Dr. Med. Z. Maciejewski.*

# A P T E K A

# E. GESSNERA

w WARSZAWIE

poleca następujące preparaty własnego wyrobu

Dragèes acidi areanicosi	0,001
„ Extr. Casear. Sagrad. fl.	0,5
„ Extr. hydrast. Canar. fl.	0,5
„ Blaudi minor.	
„ „ „ c. Arseu	0,001.
„ Blaudi major	
„ Guajakol.	0,05
„ Hydrastinin. hydrochlor	0,025
„ Kreosoti fagi	0,5—0,10—0,15
„ „ „ c. Arsen	0,001
„ pepsini	0,05 (c. acid. muriat)

oraz wiele innych. Cenniki na żądanie i franko.

Sapo rusci liquir Lassari, używane przez prof. Lassara do zmywania głowy.

Mascie w cewkach szklanych z podziałem na gramy (*ad tubano graduatuno*), wygodne do wydawania maści jak:

Ung. hydrarg. ciner. c. Resorcino pti 33%

„ „ „ „ „ „ „ 50%

Ung. hydrarg. ciner. Ph. Ross. III pti 33% (c. adi p.).

„ „ „ „ „ „ „ 50%

Każda cewka, zawartości 30<sub>0</sub> lub 15<sub>0</sub> zaopatrzoną jest w stempelek, za pomocą którego można wyścignąć wskazaną ilość maści.

Kefir. Czysty, z żelazem lub pepsyną, przyrządzany na mleku przetworzonym. Grzybki kefirowe mokre i suche.

Praktyczne wskazówki, wydanie własne, przyrządzanie kefiru.