

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

KILKA SŁÓW

## O STOSOWANIU THIOFORMU

w leczeniu chorób wenerycznych i skórnych.

PODAŁ

**Wł. Kopytowski.**

Ordynator szpitala Ś-go Łazarza.

---

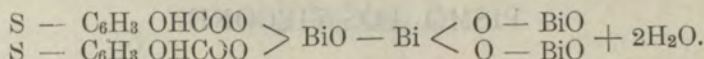
Przeciwnilne własności bizmutu i jego soli oddawna są znane w medycynie. Połączenie bizmutu z kwasem azotnym t. zw. magiserium bismuthi (zasadowa sól azotanu bizmutu), zasadowy salicylan bizmutu, wreszcie połączenie bizmutu z kw. gallusowym — dermatol, znalazły szerokie zastosowanie w lecznictwie.

Właściciele fabryk przetworów chemicznych w najnowszych czasach starali się łączyć bizmut z innymi chemicznymi związkami, posiadającymi silne przeciwnilne własności i rezultatem tych zabiegów był, między innymi, xeroform i thioform.

Pierwszy z tych środków puściła do handlu firma Heyden'a w Radebeul — Drezden; jest to połączenie bizmutu z trójbromkiem fenolu. Środek ten był w ostatnich czasach wiele stosowany; doświadczenia moje z tym środkiem, przeprowadzone na oddziale szpitalnym szpitala Ś-go Łazarza przed dwoma laty, służyły mi tylko do sprawdzenia niektórych własności tego środka, opisanych już wielo-

krotnie. Wskutek tego, nie zastanawiając się dłużej nad xeroformem, przechodzę wprost do thioformu, który ma wiele wspólnych zalet z xeroformem, a nawet pod niektórymi względami go przewyższa.

Thioform puściła w obieg chemiczna fabryka Speyer'a. Jest to zasadowa sól bizmutu z kwasem dithiosalicylowym składu:



Jest to proszek bezkształtny, lekki, żółtawo-szarego koloru, nierozpuszczalny w wodzie i wysokoci. Alkalia w pokojowej temperaturze nie rozkładają thioformu, przy gotowaniu w ługu rozpada się na tlenek bizmutu i dithion — mieszaninę dwóch nierozdzielonych kwasów dithiosalicylowych. Dithion, według Hueppe'a, ma też posiadać własności antyseptyczne.

Zawartość bizmutu w thioformie wynosi 72% tlenku bizmutu i 2.9% wody.

Hoffmann w 1893 roku po raz pierwszy wypróbował ten środek, a następnie cały szereg autorów Imminger, Jelkmann, Claussen używali go w praktyce weterynaryjnej zamiast jodoformu, w ranach, owrzodzeniach, chorobach skórnych.

Fromm stosował go u ludzi w chorobach oczu, Schmidt, a potem Stener, w chorobach uszów, oparzeniach, owrzodzeniach na nogach z pomyślnym skutkiem. Wreszcie w dentystyce stosowany był przez Priegge'a.

Wyżej wspomniane publikacje odnoszą się do 1893 i 94 roku. W następnych latach nie spotkałem, podobnie jak to ma miejsce przy xeroformie, dalszego ciągu publikacji, dotyczących się stosowania thioformu w lecznictwie.

Badania moje nad thioformem mają za sobą okres dwuletni; stosowałem go w wielu przypadkach chorób wenerycznych i skórnych, a wyniki moich spostrzeżeń mogę streścić w następujący sposób.

1) W owrzodzeniach na częściach płciowych stosowałem thioform przeszło dwieście razy.

Przy stosowaniu thioformu w tych przypadkach zastrzedz się muszę zgóry, że pojęcie szankra nietylko między publiką się leczącą, lecz i między lekarzami jest bardzo szerokie. Zazwyczaj, prawdopodobnie, przez przyzwyczajenie, lub dla wywołania większego efektu, każde ropiejące owrzodzenie na częściach płciowych, które nie rozpoznajemy jako ulcus, vel sclerosis primitiva, nazywamy szankrami. W dzisiejszym stanie nauki o szankrach wskutek prac Ducrey'a



i Unny pojęcie to bardzo się zwięzło. Otóż thioform, a jeszcze mniej xeroform bardzo mało wywierają wpływu na szankry, i pod tym względem najzupełniej podzielam ogłoszone przez Suchowę zdanie, że nie widział korzyści przy stosowaniu xeroformu w szankrach. Typowe szankry bardzo się trudno goją pod działaniem thioformu. Na 38 przypadków typowych szankrów, niekiedy bardzo licznych, leczonych w części na oddziale szpitalnym w szpitalu Ś. go Łazarza, w części w prywatnej praktyce, zaledwie w 9-ciu przypadkach udało się zagoić owrzodzenia bezpośrednio przy stosowaniu thioformu w ciągu 2 — 3 tygodni. Najczęściej jednak rozpad dna i szerzenie się owrzodzenia zniwala nas do kombinowanego leczenia, t. j. do stosowania przypalań owrzodzenia, przy jednoczesnem stosowaniu thioformu. Chorzy, którym przepisywałem thioform, robili opatrunki raz lub dwa dziennie, obmywszy przedtem owrzodzenia 1% roztworem kwasu karbolowego w wodzie; następnie owrzodzenie było wysuszone wata hygroskopijna, zasypane cienką warstwą proszku i pokryte kawałeczkiem oczyszczonej waty.

Przy kombinowanem leczeniu szankrów przypalałem co parę dni owrzodzenia bądź to 5 — 10% roztworem azotanu srebra, bądź to 10 — 12% roztworem chlorku cynku w wodzie. Rezultat takiego leczenia był o wiele lepszy. Owrzodzenie, które albo trudno, albo wcale nie oczyszczały się pod działaniem thioformu, po kilku pędzlowaniach wspomnianemi roztworami łapisu lub chlorku cynku oczyszczały się względnie szybko i goiły. Lecz i tym sposobem udało się osiągnąć wyleczenie tylko w większej części przypadków, należy tu zaliczyć 19, razem z poprzednimi 9 — 28 na 38 przypadków typowych szankrów.

Zropienie gruczołów pachwinowych zauważyłem w jednym przypadku.

Jednocześnie w wielu analogicznych przypadkach używałem xeroformu, a porównywując działanie obu tych środków, dochodzę do przekonania, że jak thioform, tak xeroform mogą być użyte w kombinowaniu z przypalaniem w leczeniu szankrów z korzyścią dla chorego, thioform jednak dawał w moich rękach większą ilość ulcezeń, niż xeroform.

Porównywując oba te środki z preparatami kwasu sozodolowego, a szczególnie z trudno rozpuszczalną solą potasu — z kali sozodolium — należy temu ostatniemu przetworowi oddać pierwszeństwo; środek ten jednak wywołuje pieczenie, a u bardziej wrażliwych chorych ból dotkliwy, choć krótkotrwały, przytem silnie drażni naskórek około szankrów, nadaje się więc tylko w małych owrzodzeniach.

Środek ten poleciłem jeszcze przed 7-ma laty, oddając pierwszeństwo soli potasowej przed sodową.

Przy opatrunkach dymienie zamiast jodoformu thioform daje bardzo dobre rezultaty; stosowałem zazwyczaj 10%, gazę thioformową, przygotowaną według zwykłego przepisu dla gazy jodoformowej. Bezwonność opatrunku ma dla chorych leczonych ambulatoryjnie wielkie znaczenie, przyczem czas gojenia dymienie nie jest dłuższy, niż przy stosowaniu opatrunków jodoformowych. W przypadkach dymienie zaraźliwych (szankrów gruczołowych), szankrowate miejsca na dnie dymienicy należy od czasu do czasu przypalać roztworem lapisu lub chlorku cynku. Stosowałem gazę thioformową w 14 przypadkach dymienie z dobrym wynikiem.

Pierwotne owrzodzenia przymiotu (ulcera primitiva), sączące kłykciny, słabo reagują na thioform i xeroform; w związkach rtęci mamy środki dużo skuteczniejsze.

Owrzodzenia ropiejące na częściach płciowych, powstałych czy to po herpes progeneralis, czy to po zatarciach, oparzeniach, zadrapaniach, przypalaniach, uskutecznianych przez samych chorych, jako prophylactica po zatarciach, ustępują szybko pod działaniem thioformu. Owrzodzenia te, prawdopodobnie, figurują w statystykach o xeroformie, jako szankry, nie więc dziwnego, że i odsetka wyzdrowień przy leczeniu ich xeroformem musi być nadzwyczaj wysoka.

2) W ostrych tryprach środek ten jest mało odpowiedni. Jedno, a nawet półprocentowe zawiesiny thioformu drażnią cewkę moczową i wywołują pieczenie. Wpływ thioformu na gonokoki jest widoczny.

W 6-ciu przypadkach pierwszego ostrego trypra u chorych robiłem szczegółowe badania ropy co parę dni na gonokoki (3 — 5); ilość ich stale się zmniejszała, przyczem występowało bardzo wczesne łuszczenia się nabłonka. Chorzy jednak niechętnie stosowali ten środek z powodu, jak nadmieniałem powyżej, pieczenia w cewce, a niekiedy i bólu. Daleko lepsze lek ten dawał mi rezultaty w późniejszym okresie trypra ostrego, gdy wydzielina staje się śluzowo-ropną, a otwór cewki wskazuje na zmniejszenie się zapalenia, lub też przy zaostreniach chronicznego trypra. Thioform użyty w tych warunkach w 1% zawiesinie znakomicie zmniejsza wydzielinę, a często ją zupełnie znosi.

Ponieważ thioform własności ściągających nie posiada, korzystnie jest łączyć ten środek z przetworami ściągającymi np. siarczanem cynku. Chorzy robią 3, 2, względnie jedno szprycowanie dziennie. Rozumie się samo przez się, że na nitki w moczu, będące za-



zwyczaj symptomatem ogniskowego cierpienia błony śluzowej cewki, lub cierpienia gruczołu krokowego. lek ten podobnie, jak i inne, nierozpuszczalne związki używane do szprycowań, może mieć tylko ograniczone znaczenie.

3) Przechodząc do owrzodzeń na nogach, przeważnie na gołeniach, muszę zaznaczyć, że stosowałem lek ten w 26 przypadkach. Leczone były w przeważnej części wiekowe kobiety od 40 — 70-letnie; owrzodzenia trwały zazwyczaj długo, niekiedy po lat kilkanaście. Stosowany był thioform po bezpośrednim obmyciu owrzodzenia, w pierwszych przypadkach wodę przekroploną, w następnych używanym zazwyczaj 1% roztworem wody karbolowej. Często dla porównania działania thioformu z jodoformem lub xeroformem w kilku owrzodzeniach na gołeniach, lub w jednym wielkim owrzodzeniu, jedno z owrzodzeń lub połowa wielkiego traktowana była thioformem, a drugie jodoformem lub xeroformem. Okazało się, że tylko w jednym przypadku chora źle znosiła thioform — owrzodzenie wytwarzało wiotką, słabą ziarninę, a skóra naokoło owrzodzenia się zaczerwieniła. Zjawisko to daleko częściej występowało przy użyciu jodoformu. Jako prawidło można było przyjąć, że owrzodzenie szybko się oczyszczały, wytwarzały zdrową, jędrną ziarninę, przyczem wydzielina z powierzchni owrzodzenia stawała się nadzwyczaj skąpa, tak że zmienianie opatrunków można było skutecznie w dni kilka (2 — 4). W wielu przypadkach, gdzie owrzodzenia nie znosiły jodoformu wskutek rumienia lub pryszczycy, występującej stale po jego użyciu na brzegach owrzodzeń, thioform oddawał wielkie usługi. Rozumie się, że przy silnem bujaniu ziarniny, używane bywały środki dla jej niszczenia, przeważnie lapis.

W niewielkich owrzodzeniach u osób młodszych i lepiej odżywianych, udawało się często doprowadzić owrzodzenia do zupełnego zabliznienia, bez zmiany środka.

Używałem też w owrzodzeniach i maść z thioformu z wazeliną 1 : 8 z dobrym skutkiem.

Porównyując działanie jodoformu z thioformem w chronicznych owrzodzeniach, zaznaczyć muszę, że powierzchnie nie specyficznych owrzodzeń na gołeniach pod thioformem daleko mniej ropieją, owrzodzenia są bardziej suche, wskutek czego opatrunki mogą być rzadziej zmieniane, niż przy jodoformie.

W dwóch przypadkach miałem możność histologicznego badania skrawków, pochodzących z granulacyi, traktowanych w jednym miejscu thioformem, w drugim jodoformem. Preparaty utrwalone były w sublimacie, zatopione w parafinie i krajane na mikrotomie Schan-

tzego na  $\frac{1}{200}$  milimetra (granulacye bardzo łatwo się kraja). Okazało się, że histologiczna budowa tkanki granulacyjnej była jednako-  
wa: ilość stałych komórek tkanki łącznej, leukocytów, naczyń krwio-  
nośnych, włókienek tkanki łącznej, wreszcie komórek epitelialnych,  
a w jednym przypadku olbrzymich, była prawie jednakowa. Nie-  
znaczna różnica okazała się w budowie powierzchniowej warstwy ziarni-  
niny — zmartwiała powierzchnia granulacyi, barwiąca się jednolicie  
przy użyciu thioformu była szerszą, niż przy użyciu jodoformu.

W badaniach tych dziwnem się mi okazało odnajdywanie ko-  
mórek epitelialnych, niekiedy całemi grupami, które przy miesiącach  
całych trwających owrzodzeniach, nie przyczyniały się do powstawa-  
nia blizny.

5) W chorobach skórnych stosowałem tylko thioform w prysz-  
czycy, i to tylko w wilgotnych jej postaciach. Używana była maść  
z tłuszczem benzoesowym, lub z wazeliną w stosunku 1 : 8. Rezul-  
taty zazwyczaj bywały pomyślne.

Streszczając wyniki moich poszukiwań klinicznych nad thiofor-  
mem, zaznaczyć muszę, że widziałem korzyść od stosowania thioformu  
w następujących warunkach:

1) W szankrach w kombinacyi z 2 lub 3 dniolemi przypa-  
laniami roztworami azotanu srebra lub chlorku cynku.

2) W niespecyficznym ropiejących owrzodzeniach na częściach  
płciowych.

3) W końcowych okresach ostrego trypra, lub przy nasileniach  
chronicznego.

4) W leczeniu chronicznych owrzodzeń na nogach.



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. *Medycyna wewnętrzna.*

#### 41. **O zapaleniu opłucny międzyrazowem.** \*)

Prof. Dieulafoy. *La pleurésie interlobaire.* (La Sem. Méd.,  
№ 47, 1899 r.).

W listopadowych numerach z roku zeszłego, w jednym tygod-  
niu w dwóch francuskich dziennikach lekarskich, pojawiły się dwie

\*) Patrz № 2-gi „Kron. Lek.“ Sprawozdanie z Tow. Lekarskiego  
Lubelskiego.



prace o tym samym przedmiocie, mianowicie o zapaleniu opłucny międzyzrazowem. Jedną pióra prof. Dieulafoy pod tytułem *La pleurésie interlobaire (étude médico-chirurgicale)*, druga d-ra Rendu, prowadzącego klinikę w szpitalu Necker'a. Obie te prace, jako zawierające wiele ciekawych danych tak pod względem dyagnostycznym, jak i leczniczym, postanowiłem przedstawić Szanownym Panom w streszczeniu.

Zaczynam od pierwszej.

Prof. Dieulafoy określa zapalenie międzyzrazowe opłucny jako sprawę, która się rozwija w przestrzeni międzyzrazowej płuca prawego lub lewego, i zawsze bywa otorbiona, t. j. stanowi jamę zamkniętą.

Następnie przechodzi drobiazgowo anatomię płuc i opłucny, przedstawia rysunki uplastyczniające podział płuca lewego na dwa, prawego zaś na trzy, ściśle osłonięte opłucną, wreszcie przedstawia historje obserwowanych przypadków, zakończonych wyzdrowieniem, i takich, które zakończyły się śmiercią i w których zmiany chorobowe za życia sprawdzone zostały dokładną analizą przy oględzinach pośmiertnych.

Spostrzeżenia te służą tu za podstawę do postawienia teoryi rozwoju tego cierpienia i oznaczenia sposobów jego leczenia.

**Spostrzeżenie I.** 25-go września człowiek młody, przedtem zupełnie zdrowy, zajęty myciem podwórza w domu, w którym był stróżem, mocno spocony stanawszy na przeciągu, poczuł odrazu, że uległ przeziębieniu, dostał bowiem wkrótce wstrząsających dreszczów, stracił apetyt i noc przepędził niespokojnie. Następnego dnia czuł się ociężałym i niezdrowym. Na trzeci dzień powtórzyły się dreszcze, gorączka i bóle w nogach, wieczorem uczuł silny ból w lewym boku i kłucie przy oddychaniu. Jednocześnie z bólem wystąpił kaszel czesty, męczący i suchy bez wszelkiej wydzieliny. Jednym słowem, *ból w boku, kaszel suchy bez wydzieliny i gorączka* stanowiły główne objawy pierwszych dni choroby.

Wezwany rano d. 28 września doktor zalecił obszerną weżykatoryę i napój kojący. Następnym dni bóle i kaszel nie ustępują, wydzieliny niema, przygnębień znaczne i stan ogólny bardzo niedobry.

Około 7 czy 8 października oddech staje się cuchnący i chory uskarża się na dziwnie niedobry smak w ustach żonie, która również dostrzega te zmiany w oddechu. Od tej chwili stan chorego znacznie się pogarsza, ogólne osłabienie się zwiększa, występują obfite nocne poty, kaszel staje się coraz częstszy, a bardzo skąpa wydzielina ma odór wstrętny.

W tym stanie d. 9 października chory oddany zostaje do szpitala na oddział prof. Dieulafoy.

Przy bardzo ścisłym badaniu znaleziono: lewą połowę klatki piersiowej zajętą szczególnie od tyłu. Perkusya wykazuje stopień wyraźny, rozciągające się od przestrzeni międzybrowej 5 do 8-jej tyłu i ciągnie się ku pasze lewej i ku przodowi klatki pier-

siowej. Powyżej i poniżej stępienia odgłos wypukowy staje się jasnym i dźwięcznym.

Wysłuchiwanie w miejscu stępienia daje rezultaty ujemne, nie słyhać tam ani oddechu pęcherzykowego, ani suchych świszczących rzeń, ani trzeszczenia, ani oddechu oskrzelowego, ani egofonii, jest to strefa najzupełniej spokojna i zachowująca się obojętnie. Nieco niżej słyszeć się daje lekki podmuch; wyżej zaś, równie jak w okolicy pachowej, słyhać rżenie świszczące i wilgotne. Wszystkie organy sąsiednie zachowują stosunki właściwe, — serce tylko jest nieco skierowane w prawo. Klatka piersiowa nie przedstawia żadnych zniekształceń, ani obrzmienia. Płuco prawe zupełnie zdrowe. W wydzielinach cuchnących badanie mikroskopowe wykazuje obecność pneumokoków.

Należało postawić rozpoznanie. Przy pomocy rozczłonkowania zgodzono się ostatecznie, że cierpienie opisane nie może być niezem innym, jak zajęciem opłucny międzyzrazowej z zejściem ropnem, — jakkolwiek wykonana punkcya próbna dała rezultat ujemny. Postanowiono wyczekiwać.

Następnych dni ciepłota podniosła się do 40° C., duszność się zwiększyła, wypluwanie cuchnące skape.

15 października rano wystąpił objaw decydujący. Chory dostał gwałtownego napadu kaszlu, przyczem wyrzucił kilkaset gramów płynu ropnego, którego odór wstrętny całą salę napełnił — „wymiotował ropę“ jak się sam wyraził. Od tej chwili zmieniły się objawy auskultacyjne: strefa, dotąd spokojna, zamienioną została na próżnię, dającą podmuch amforyczny lekki — respiratio cavernosa.

Dyagnoza została stwierdzoną. Wyczekiwano jeszcze dni kilka, gdyż znane były wypadki, w których opróżnienie nagłe kończyło się wyzdrowieniem, bez zabiegu operacyjnego.

Ponieważ jednak poprawa nie następowała, wezwany chirurg, dr. Manion, rezekwał 6-te żebro lewe i, po przecięciu opłucny, wszedł do ogniska ropnego, i po opróżnieniu go stwierdził za pomocą palca, że opłucna, pokrywająca dwa zrazy zdrowego płuca lewego, stanowiła granicę jamy wypełnionej ropą.

Po upływie dni 20 kilku rana w zupełności zabliznioną została i zdrowie w pełnej sile wróciło.

**Spostrzeżenie II.** 5-go lipca prof. Dieulafoy wezwany został do 10-letniej dziewczynki, chorej od 3-ch dni, która nagle dostała gorączki i klucia w lewej połowie piersi, wraz z bardzo utrudnionym oddechem. Stan, w jakim ją zastał, był następujący: Gorączka dość znaczna, tętno przyśpieszone, oddech utrudniony, kaszel suchy. Perkusya wykazuje stępienie w połowie lewej, tylnej części klatki piersiowej — auskultacya nie daje objawów właściwych poczynającemu się zapaleniu płuca lub wysięku w opłucny. Prawe płuco zupełnie zdrowe. Serce i inne narządy w stanie prawidłowym. Po kilku dniach dostrzeżono zboczenie nieznaczne serca ku stronie prawej, Jedenastego dnia choroby temperatura podniosła się do 40° C.; od 12-go zaś objawy nieco się zmieniły: serce uległo znacznieszemu zboczeniu



ku prawej stronie, tępość stała się ograniczoną od tyłu ku lewej pasze. Od 15-go dnia matka chorej dostrzegła oddech cuchnący. 17-go lipca w chwili odbywającej się konsultacji i zamiarów wykonania punkcji próbnej w celu zbadania bakteryologicznego, u chorej nastąpił gwałtowny napad kaszlu z niepokojem i wyrzucenie znacznej ilości ropy, wstrętne cuchnącej. Postanowiono poczekać dni kilka i w razie, jeżeli gorączka nie ustąpi, dokonać operacji. Gdy jednak polepszenie nie następowało, w d. 21 lipca prof. Potain dokonał rezekcji 4-go żebra, przyczem wylało się 200.0 cuchnącej ropy, a wprowadzony w ranę palec sprawdził, że ropa znajdowała się pomiędzy górnym i dolnym zrazem lewego płuca zupełnie zdrowego. Zebranie to znaczne tłómaczyło dostatecznie zбочenie serca ku stronie prawej. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność pneumokoków. Wyzdrowienie powolne.

**Spostrzeżenie III.** Dziewczynka lat 12-tu wstąpiła do szpitala Trousseau, z powodu znacznego zagłębienia środkowej części prawej klatki piersiowej. Obfita plwocina smrodliwa była wyrzucana przy gwałtownych napadach kaszlu, co się powtarzało 5 — 6 razy dziennie. Rodzice stwierdzili, że choroba trwa od 4-ch lat. W tej to epoce dziecko dostało dreszczy i gorączki z bólami w prawej stronie piersi i obfitemi wybuchami krwi. — W 6 miesięcy później dziecko wyrzuciło (zwomitowało) znaczną ilość ropy niezmiernie cuchnącej. Po kilku miesiącach stosunkowego spokoju, gorączka znowu zaczęła wracać w odstępach czasu nieprawidłowych i dość odległych.

Badanie dokładne dało możność stwierdzenia obecności znacznego wgłębienia (caverna) i zmusiło to rozpoznanie zadawnionego pleuritis międzyzrazowego, usuwając przypuszczenie obecności gruźlicy, mimo częstych krwotoków, gdyż i przebieg cierpienia, i brak bacilów tuberkulicznych w plwocinie do tego upoważniały. Zdecydowaną więc została interwencja chirurgiczna, która nietylko stwierdziła postawioną dyagnozę, ale po której również po upływie 3-ch tygodni dziecko wróciło do stanu zupełnie prawidłowego.

**Spostrzeżenie IV-te.** Człowiek młody, lat 23-ch, wszedł do szpitala d. 6 kwietnia 1898 r. Opowiada, że jest chory od 6 miesięcy. W ciągu pierwszych 6-ciu tygodni leczony był od zapalenia opłucny lewy, następnie nagle przy gwałtownym napadzie kaszlu zwomitował znaczną ilość ropy niezmiernie cuchnącej. Od tego czasu wyrzuca stale po 2 do 3-ch sopluczek dziennie również cuchnącej ropy. Dostrzeżono znaczną duszność, bóle przy oddychaniu w lewej połowie klatce piersiowej. Przy wysłuchiwanu z tyłu w środkowej części lewego płuca, oprócz rzeń wilgotnych, stwierdzono oddech amforyczny. Sądzone z początku, że się ma do czynienia z zserowaniem, rozwiniętem po przebytej pneumonii lewej, tem więcej, że od czasu do czasu występowały obfite krwotoki płucne.

Badanie jednak mikroskopowe plwociny dawało stale rezultaty ujemne. Postawiono więc rozpoznanie pleuritis międzyzrazowego, a chociaż kilka pierwszych ukłuć próbnych nie wykazały, to jednak gdy przy ostatniem wyciągnięto 2 cc. płynu, bogatego w stafi-

lokoki i niezmiernie cuchnącego; operacja została postanowioną i wykonaną przez d-ra Segond'a, przyczem opróżniono 1000.0 płynu, a po kilku tygodniach chory w zupełnym zdrowiu szpital opuścił.

**Spostrzeżenie V.** Mężczyzna lat 33-ch wszedł do szpitala z gorączką, bólami w prawej połowie klatki piersiowej i płwociną smrodliwą, której wyrzucał dziennie 3 pełne sopluczkę. Kilkanaście punkcyj próbnych z początku nie dały żadnego rezultatu, przy ostatniej zaś dokonanej pod pachą prawą w 3-im odstępie międzyżebrowym w strefie zupełnego stopienia odgłosu wypukowego wyciągnięto kilka gramów ropy cuchnącej. Dyagnoza zap. opl. międzyżebrowego została stwierdzoną. Dr. Ricard wykonał rezekcję 4-go żebra i chory po 34-ch dniach opuścił szpital najzupełniej wyleczony.

**Spostrzeżenie VI.** Mężczyzna z silną dusznością i kluciem w prawym boku wszedł do szpitala Lariboisière.

Przed kilku dniami człowiek ten w czasie napadu kaszlu wyrzucił znaczną ilość ropy cuchnącej — i to powtarza się kilka razy dziennie. Stan jego umiarkowanie ciężki. Badanie płuc nie daje wyraźnych zmian, stwierdzić jednak można pod prawą pachą lekkie wgłębienie i wąską strefę zupełnego stopienia tonu wypukowego. — Dr. Poirier wykonał rezekcję 5 i 6-go żebra, poczem wypłynęło 1000.0 cuchnącej ropy. Palec wprowadzony w ranę stwierdził jamę w przestrzeni międzyżebrowej.

Skutki operacji wyborne, po 2-ch miesiącach zupełne wyleczenie.

Oto jest 6 spostrzeżeń zapalenia opłucny międzyżebrowego, stwierdzonych i wyleczonych przy pomocy operacji chirurgicznej. Zeby jednak przestudować tę kwestyę we wszystkich możliwych jej fazach, prof. Dieulafoy uważał za stosowne podać jeszcze dwa spostrzeżenia, w których choroba zakończyła się gangreną i sprawdzoną została przez oględziny pośmiertne.

**Spostrzeżenie I.** Dziewczynka, lat 6<sup>1/2</sup>, oddaną została do szpitala dzieciniego 12 marca 1889 r. Dziecko to przed 15-tu dniami dostało nagle dreszczy, gorączki, silnego, suchego kaszlu i kłujących bólów przy oddychaniu w prawej połowie piersi. Badanie płuc wykazało zmiany rozsiane w płucach bez wyraźnego umiejscowienia, pomimo to przypuszczano zebranie płynu bez możliwości określenia natury i miejsca. Po 25-ciu dniach wystąpił oddech cuchnący i płwocina niezmiernie smrodliwa, lecz skąpa.

Przy wysłuchiowaniu dostrzeżono pomiędzy zrazem średnim i dolnym prawego płuca wąską strefę absolutnego stopienia i oddech amforyczny, — widocznem było, że powietrze przenika do przestrzeni próżnej. Następnym dni gwałtowny napad kaszlu z wyrzucaniem obfitem cuchnącem, kilka razy dziennie się powtarzającym, stan ogólny szybko się pogarsza i po upływie 3-ch miesięcy kończy się śmiercią.

Oględziny pośmiertne wykazały pomiędzy zrazami średnim i dolnym prawego płuca jamę, wypełnioną masą rozpadową płynną. Gra-



nice tej jamy, a raczej jej ściany miękkie, nierówne, w stanie rozpadu, oprócz tego wyraźny strup gangrenowy czarny.

Tkanka płucna dokoła wykazuje twardnieć (sklerozę) bardzo wyraźną w sąsiedztwie opłucny międzyrzazowej. — W głębi jednak tkanki płucnej ani jednego ogniska zgangrenowanego i ani ślady tuberkulozy.

**Spostrzeżenie II.** Kobieta lat 63, zupełnie zdrowa, przed 4-ma tygodniami dostała nagle klucia w boku prawym z gorączką i dreszczami, leczyla się w szpitalu Broussais na oddziale dr. Chauffard'a. Obserwowano u niej znaczną duszność, 45 oddechów w minucie, gorączkę 39° C. Przy bałaniu płuc stwierdzono po stronie prawej stępienie wyraźne, osłabienie oddechu pęcherzykowego i lekki podmuch przy wydychaniu. Zdawało się to przemawiać na korzyść wysięku pleurtycznego, liczne jednak punkcyjne próbné nie dały żadnego rezultatu. Po kilku dniach w średniej części prawego płuca wystąpił oddech amforyczny. Zaczęto przypuszczać zajęcie opłucny międzylobarnej i zrobionem w tej okolicy ukłuciem wyciągnięto 100.0 gramów płynu niezmiernie cuchnącego. Badanie bakteriologiczne wykazało obecność streptokoków. Po upływie kilku dni znowu nastąpił gwałtowny kaszel i wybuch ropy niezmiernie cuchnącej. Zastosowano wstrzykiwania w jamę płynów antyseptycznych — zniszczenie jednak postępowało i kobieta ta zmarła po upływie 2-eh lat od początku choroby.

Przy sekcyi znaleziono torbę wypełnioną masami rozpadowemi, zajmującą przestrzeń międzyrzazową. Oprócz tej pierwotnej zmiany, znaleziono jeszcze liczne broncho-pneumoniczne drobne ogniska następcze, umiejscowione głównie w dolnym zrazie prawego płuca.

W tych 8-miu przypadkach zapalenia opłucny międzyrzazowego, stwierdzonych przy pomocy operacyi i sekcyi, znajdujemy obfite dokumenty, które pozwalają rozwinąć historję tego cierpienia, ustalić sposób jego początku, rozwoju dyagnozy i wreszcie leczenia.

Ropne zapalenie opłucny międzyrzazowej jest w większej liczbie wypadków pierwotne i rozwija się niezależnie na swój własny rachunek — bardzo rzadko towarzyszy zapaleniu płuca, jako *pleuritis parapneumonica*, również rzadko rozwija po przebytem zapaleniu, jako *pleuritis metapneumonica*, jak to widać z podanych 8-iu przypadków. Rozwija się bardzo często pod wpływem *pneumokoków*, co nie powinno dziwić, gdyż znane są dzisiaj liczne wypadki, stwierdzone badaniem mikroskopowem, zapalenia otrzewny pneumokokowej, zajęcia opony mózgowej miękkiej i zapalenia opłucny tejże natury. Jest ono zawsze *jednostronne*. Przebiega zwykle ostro, początek ma nagły: silne wstrząsające dreszcze, silny ból przy oddychaniu, kaszel suchy, męczący, gorączka i lekkie stłumienie tonu wypukowego.

Stopniowo obraz się zmienia, ból przy oddychaniu słabnie, a gdy ilość płynu w przestrzeni międzyrzazowej dojdzie do 400 lub 500 gramów u dorosłego, a do 200 gramów u dziecka i jeśli zajmuje on *inceisuram obliquam* w lewym płucu, to serce przesuwa się za mostek i bije po prawej stronie tegoż. Perkusya wów-

czas wykazuje strefę stępienia, otoczoną u góry i u dołu okolicami dźwięcznymi, pomiędzy którymi jakby zawieszoną była. Jeżeli płyn zbiera się w przestrzeniach międzyzrazowych prawego płuca, nie wpływa nigdy na obniżenie granic wątroby.

W pierwszym tym okresie przeważają objawy ze strony płuc, oddech zaostrowany—trzeszczenia, i wówczas, gdy wysięk zaczyna się formować w znacznej ilości, wyraźne stępienie otoczone wokół przestrzeniami dźwięcznymi, bądź to z tyłu (strona prawa), bądź z tyłu i w okolicy pachowej (strona lewa).

W tym okresie dyagnoza jest prawie niemożliwa; można przypuszczać pneumonię, pleuritis, lub przekrwienie płuc i opłucny. Jeden tylko objaw ma wartość dyagnostyczną, to *stępienie ograniczone i otoczone przestrzeniami dźwięcznymi, zupełnie spokojne i ciche*. Niema tu ani stępienia absolutnego, ani klasycznych objawów wysięku, jak to bywa przy pleurycie zwykłym, gdzie wysięk wchodzi w zetknięcie z klatką piersiową i nie go od niej nie oddziela, niema zatem ani zmniejszonej wibracji, ani podmuchu pleurytycznego, ani egofonii. Przeciwnie, wysięk nieznaczny pokryty jest częścią płuca i klatką piersiową, co wpływa na osłabienie tych objawów.

*Duszność* w pleurycie międzyzrazowym jest znacznie większa, niż w pleurycie zwyczajnym, w którym często 2 litry płynu w jamie opłucnej zebranego nie wywołuje żadnej prawie zmiany w oddechu, gdy tutaj mała ilość płynu otorbionego sprowadza duszność męczącą i ciężką.

Z pomiędzy ważniejszych objawów zapalenie opłucny międzyzrazowego dwa głównie zasługują na wzmiankę.

1) *Hemoptysis interlobaris* (3-cia obserwacya) nie jest ona wcale osobliwością. Daje jednak często powód do mylnej dyagnozy, mianowicie do przypuszczenia natury gruźliczej.

Dieulafoy nastaje głównie na zwrócenie uwagi na ten objaw, który jest wogóle mało znany. Krwioplucie bywa często obfite i powtarza się nieraz kilkakrotnie w ciągu dnia, lub też zjawia się w pewnych odstępach czasu. Według zdania Dieulafoy'a, zależne jest ono od sprawy, która sprowadza owrzodzenie zarówno oskrzela womiki, jak i naczyń krwionośnego. Jakakolwiek bądź jest przyczyna tego krwioplucia, należy wiedzieć o niem, aby nie uważać go za krwioplucie, poprzedzające gruźlicę płuc.

2-im objawem jest *vomica* — *przerwanie ogniska ropnego do oskrzela jest prawie regułą w pleurycie międzyzrazowym*; w pleurycie zwyczajnym należy do wyjątków, znane są bowiem wypadki ropnego zapalenia opłucny, które trwają całemi latami i w których nie następuje przerwanie.

Dieulafoy cytuje kilka takich wypadków:

a) młodą pannę, chorą na wysięk w opłucny, która podróżowała miesiącami całemi wzdłuż i wszerz Europy i parokrotnie wracała do Brazylii i nanowo do Paryża, i u której on w ciągu miesiąca, od listopada do stycznia, wyciągnął 4000.0 ropy gęstej, nie zawierającej w sobie żadnych mikroorganizmów i która wreszcie wyzdrowiała, — i nie doszło do *womiki*;



b) młodego amerykańcina, który, mimo obfitego wysięku, kilkakrotnie przepływał ocean, nosił wysięk lat kilka i u którego nie nastąpiła *womika*;

c) Guéneau de Mussy cytuje historię chorego, który nosił wysięk pleurytyczny obfity lat 15, u którego pierwsza punkcja dała 1800.0 ropy, która badana pod mikroskopem nie wykazała ani jednego leukocyta, — była to jakby emulsja z istot tłuszczowych złożona, i która również nie doprowadziła do *womik*.

Z tego widać, że ropne zapalenie opłucny może trwać lata całe, nie wywołując przerwania do oskrzeli, a zatem do *womik*; zupełnie przeciwnie bywa z zajęciem opłucny międzyrzazowej, przepłucnej lub śródpiersiowej, w których otworzenie wysięku ułatwia powstawanie owrzodzeń, perforację i *womikę*.

Czas wytworzenia *womiki* jest zmienny: 18 dnia w 2-em spostrzeżeniu; przed 15-ym w 1-em spostrzeżeniu, wogóle nierównie wcześniej, niż w pleurycie zwykłym.

Dieulafoy twierdzi, że udawało się mu często przepowiedzieć na 24 lub na 36 godzin napróżd wytworzenie *womiki* na zasadzie cuchnącego oddechu. Płyn pleurytu międzyrzazowego jest zawsze cuchnący. Zanim nastąpi przerwanie ogniska do oskrzela, następuje mała *fissura*, przez którą ulatniają się gazy smrodliwe, i taki smrodliwy oddech znów poprzedzał na 24 godz., a nawet na kilka dni, przerwanie *womiki*. Samo przerwanie nie zawsze występuje jednakowo, — często przy gwałtownych napadach kaszlu wyrzuca całą zawartość od razu, częściej wyrzuca potrochu płwocinę cuchnącą z przymieszką krwi.

Dieulafoy zwraca bardzo uwagę na małe *womiki*, które są bardzo często spostrzegane i które są uważane za wydzielinę śluzoworopną, będącą skutkiem zastarzałego bronchitu lub bronchektazy, twierdzi, że wielka ilość pleuritów międzyrzazowych, zredukowanych do nieznacznego ropnia międzyrzazowego, przechodzą niepostrzeżenie. Owrzodzenie i przedziurawienie ropni, często bardzo małych, do drobnych oskrzeli może również dać powód do zranienia drobnych naczyń i wywołania krwotoków.

W sumie dwa są okresy w rozwoju pleurytu międzyrzazowego: *okres* poprzedzający *womikę* i *okres* po niej, następczy.

W wypadkach *sześcieliwych* opróżnienie ogniska ropadowego za pomocą *womiki* sprowadza znaczne polepszenie, gorączka spada, duszność się zmniejsza, napady kaszlu mniej są gwałtowne, ilość płwociny z dnia na dzień się zmniejsza, oddech przestaje być smrodliwym, apetyt wraca i po upływie kilku tygodni jama międzyrzazowa zabliznia się i zdrowie powraca. Dieulafoy zna wiele takich wypadków.

W *mniej sześcieliwych* wypadki idą inną koleją: *womika* pękła, chory oddał znaczną ilość ropy, lecz w jamie pozostało jeszcze wiele, wskutek czego chory nanowo się zatruwa, gorączka nie ustępuje, poty są obfite, utrata apetytu zupełna i chudnienie gwałtowne, a chociaż chory nie podlega tuberkulozie, robi wrażenie suchotnicze, stopniowo płuca zaczynają chorzeć i chory bezwątpienia umrze, jeżeli

w porę operacya wykonaną nie zostanie. Do tej kategorii należą chorzy 2-ch pierwszych kategorii.

Przypadki te są pouczające, wykazują bowiem, że chociaż są znane wypadki wyleczenia samoistnego przez womikę — to są i takie, w których po opróżnieniu rozwija się pogorszenie i już wówczas należy się śpieszyć z odpowiednim rękoczynem, gdyż inaczej rozwinię się proces martwiczy, który śmierć szybko sprowadzi, jak to wykazały spostrzeżenia ostatnie.

Co się tyczy różnicy w rozpoznaniu womiki zrazowej od międzyzrazowej, to Trusseau już powiedział, że ropnie w płucu są nadzwyczaj rzadkie, ropnie zaś międzyzrazowe bardzo częste.

Rozpoznanie miejsca, w którym operacyę robić wypada, nie jest łatwe, gdyż warunki topograficzne wskutek wypełnienia płynem zmieniają się znacznie, — punkcya zaś próbna nie zawsze prowadzi do celu. W wysiękach opłucny igła wprowadzona w przestrzeń międzyżebrową, trafia odrazu na znaczną ilość płynu. W pleurycie międzyzrazowym — zebranie płynu jest głęboko położone i otoczone grubą warstwą płuca, wprowadzona zatem igła najczęściej nie dosięga powierzchni płynu, a ginie w płucu, z którego nie wyciągnąć nie może. Próby radiograficzne mogą dać znaczne usługi i ich niedbwać nie należy.

Co się tyczy leczenia, to Dieulafoy jest zdania, że może być ono nieznacznem. Nie dosyć jest w czasie pierwszego okresu łagodzić ból, kaszel i duszność zapomocą środków uspokajających, — należy postawić dobrą dyagnozę, wyczekiwać czasu otwarcia się womiki, obserwować, czy tą drogą samoistną chory otrzyma ulgę i wyleczenie, a jeżeli nie, nie wahać i nie namyślać, ale śpiesznie rękoczyn chirurgiczny wykonać. Taką być winna rola lekarza w tem cierpieniu, w którym, jak i w wielu innych wypadkach medyko-chirurgicznych, życie chorego jest w naszych rękach i naszej wiedzy.

W końcu swej pracy Dieulafoy stawia następujące tezy:

1) Zapalenie opłucny międzyzrazowe jest zawsze ropne i otorbione i rozwija się najczęściej, jako choroba pierwotna.

2) Stosownie do tego, między jakimi zrazami powstaje, ilość płynu, bywa różną, od jednej łyżki do 1000 c. sz.

3) Prawie nigdy nie jest natury gruźliczej i rozwija się pod wpływem pneumokoków.

4) W pierwszym okresie, to jest w pierwszych 8—10 dni, przeważają objawy płucne w zrazach sąsiadujących i na siebie zwracają uwagę. Gorączka, kolki, kaszel, duszność rozpoczynają scenę, badanie płuc wykazuje lekkie stępienie tonu rozlane, oddech zaostroszony i dźwięczny, — badający nie wie, czy ma do czynienia z chorem płucem czy opłucną.

5) W fazie bardziej posuniętej występuje stępienie wyraźne, bardziej ograniczone, otoczone przestrzenią dźwięczną. Przy obfitem zebraniu płynu w przestrzeniach międzyżebrowych lewostronnych serce przesuwa się ku stronie prawej.

6) W przebiegu tego cierpienia występują nieraz krwotoki płucne obfite i często powtarzane, chociaż chory nie jest tuberkulicz-



nym i występują przed lub po womice, a zależą od przeżarcia naczyń otaczających jamę.

7) Po upływie 2-eh, a często i więcej tygodni, womika daje znać o sobie oddechem cuchnącym, który świadczy, że fistula-pleuro-bronchialna jest na drodze do wykształcenia.

8) W wielu wypadkach womika jest obficie wypełniona i chory wyrzuca w napadach gwałtownych kaszlu nieraz kilkaset gramów cuchnącego płynu.

9) W innych okolicznościach chory nie wyrzuca odrazu, ale potrochu płwocinę cuchnącą, jak w bronchectazyi.

10) Jeżeli womika opróżnia się obficie, łatwo zapomocą auskultacyi stwierdzić objawy właściwe kawernie: oddech amforyczny, grube rżerzenie, gargouillement.

11) Opróżniony ognisko rozpadowe, womika może sprowadzić wyleczenie samoistne. Lecz jeżeli gorączka i objawy zakażenia nie ustępują, leczenie farmaceutyczne winno być zaniechane, gdyż zajmuje tylko bez potrzeby czas drogi, a lekarz winien szukać pomocy chirurga, którego zręczność tylko jest w stanie uratować życie.

Dr. Rendue. *La pleurésie interlobaire.* (Jour. de Med. et Chir., № 21, 1899 r.).

Druga praca d-ra Rendue, zatytułowana *Pleurésie interlobaire*, jest znacznie krótszą, zawiera niemniej kilka ciekawych spostrzeżeń.

#### Szpital Necker.

Dr. Rendu podaje przypadek następujący:

Chory wszedł do szpitala w stanie bardzo ciężkim, z kaszlem napadowym, przy którym wyrzucał ogromną ilość płwociny ropnej. Perkusya wykazuje znaczne stopienie poniżej wierzchołka prawego, wysłuchiwanie daje objawy jamiste — oddech amforyczny, rżerzenia grube, liczne. Leżyć może tylko nawznak, — przy pochyleniu się na bok wyrzuca znaczne ilości płwociny, jakby miał womikę. Mimo to niema wyglądu charłaczego, jest tylko nieco zmieniony, i w noey poci się obficie.

Zmiany widoczne są tylko w płucu prawem, lewe zupełnie zdrowe, nietknięte, przytem choroba zaczęła się zaledwie przed miesiãcem; o ile chory sobie przypomina wskutek przeziębienia, poczem wystąpiły dreszcze, gorączka, ból przy oddychaniu ze strony prawej, a po 15 dniach nagły wyrzuty płwociny przy kaszlu męczącym napadowym.

Można było przypuszczać tylko pneumoniã z przejściem w ropieñ, co jest absolutnie wyjątkowem, cystę hydatyczną ropiejãcą lub wreszcie pleuryt międzyzrazowy.

Dyagnoza torbieli hydatycznej jest niezmiernie trudna.

Dr. Rendu widział dwa przypadki tylko, z których jeden długi czas uważano za tuberkulozã, gdy nagle w czasie kaszlu chory wyrzucił znaczną ilość ropy i części tkanek, poczem prędko wyzdrowiał, przedstawiając czas jakiś objawy jamiste (caverna).

Nie ulega więc wątpliwości, że podany przypadek przedstawiał pleurit międzyzrazowy, a przebieg cierpienia i zakończenie

rozpoznanie to usprawiedliwia. Leczenie stosowane było następujące: wdychanie tlenu i alkoholu mentholowego, natrium hyposulphurum w ilości 3.0 dziennie, wreszcie kreozyt.

Pleurit międzyzrazowy, według Rendu, jest zawsze bardzo ograniczony, po otwarciu womiki i wyrzuceniu płwociny następuje zwykle szybka poprawa i rzadko kiedy dochodzi do konieczności interwencji chirurgicznej.

W wypadkach chronicznych, podostrych, dyagnoza bywa jeszcze trudniejszą i zawilszą. Rendu obserwował wiele takich wypadków. Jeden zasługuje na wzmiankę. Pewien chory, zamieszkujący okolicę błotnistą, często miewał febrę, następnie dostał bólów przy oddychaniu, jednostronnych, i gorączki z typem przepuszczającym, co trwało cały miesiąc. Wychudł znacznie i przedstawiał objawy zwykle suchot. Po upływie 2-ch miesięcy nagle dostał napadu kaszlu, wyrzucił ogromną ilość ropy i potem bardzo prędko wyzdrowiał.

Z powodu bardzo trudnej dyagnozy tego cierpienia często popełniane bywają bardzo znaczne błędy dyagnostyczne. Dr. Rendu opowiada, że był raz wezwany do chorego, którego leczono jako tabetyka z powodu bólów kłujących w piersiach, którym podlegał od 4-ch miesięcy i które tłómaczone były w najrozmaitszy sposób.

Dokładne badanie wykazało lekkie stępienie tonu w jednej stronie klatki piersiowej, a wykonane ukłucie usunęło litr płynu surowiczego, ukrytego w przestrzeni międzyzrazowej.

Pleuryty międzyzrazowe ropne nie ciągną się nigdy długo, — surowicze zaś, pozbawione gorączki, trwają długo i dają powód do rozmaitych błędów dyagnostycznych.

Dr. Rendu jest zdania, że choroba ta jest częstszą nierównie, jak przypuszczają, i często przechodzi pomyślnie, jeżeli po wyrzuceniu zebranego płynu ustępuje gorączka. W przeciwnym razie wymaga pomocy chirurgicznej, gdyż inaczej łatwo wywołuje gangrenę.

*Janiszewski.*

42. E. Rosenqvist. O wytwarzaniu się cukru z tłuszczu w przypadkach moczówki cukrowej o ciężkim przebiegu. („Zur Frage der Zuckerbildung aus Fett bei schweren Fällen von Diabetes mellitus.“ — Berlin. Klin. Woch., № 28, 1899).

Pierwsze badania nad kwestyą możliwości wytwarzania się cukru z tłuszczów zwierzęcych przeprowadził Seegen w r. 1890 i rozstrzygnął ją w sposób twierdzący. Doświadczenia Seegena powtórzone zostały dopiero w r. 1898 przez Weiss'a, który wyniki otrzymane przez poprzednika swego zaakceptował w całej ich prawie rozciągłości.

Zdania fizjologów i klinicyстів co do kwestyi wytwarzania się cukru i tłuszczu są podzielone. Przeciwnicy Seegen'a (Mering, Müller) opierają sąd swój na przesłankach następujących: 1) wzmóżony dowóz tłuszczu do ustroju nie powoduje w nim wzmóżonego wydzie-



lania cukru nawet w przypadkach moczówki cukrowej o ciężkim przebiegu; 2) przy karmieniu tłuszczem zwierząt zdrowych nie daje się wykazać nagromadzenia glikogenu w tkankach; 3) Minkowski znajdował u zwierząt z wyciętą trzustką stały stosunek pomiędzy ilością wydalonego z ustroju cukru i azotu zarówno u zwierząt głodzonych, jak również i u karmionych w ten lub ów sposób; ponieważ zaś ulegały przytem rozpadowi obok białka również bardzo nierównomierne ilości tłuszczu, przeto, gdyby cukier wytwarzał się z tłuszczu, ilość wydalanego cukru winnaby ulegać znacznym wahaniom w stosunku do wydalanego azotu.

Pomimo tych zarzutów znaczna liczba fizjologów (Lenné, Contéjean) i klinicystów (v. Noorden) uznają wytwarzanie się cukru z tłuszczu, aczkolwiek na podstawie li tylko ściśle teoretycznych doświadczeń, za rzecz zupełnie możliwą. Rumpf również jest zdania, że w tych przypadkach cukromoczu, w których wydalanie cukru jest tak wzmożone, iż pochodzenia jego nie można wytlómaczyć tylko przez rozpad ciał białkowych i nadmierny dowóz węglowodanów do ustroju, należy bezwarunkowo uznać pochodzenie cukru z tłuszczu.

Ze względu na znaczenie wyników, jakie zasadnicze rozwiązanie kwestyi tej przedstawiłby mogło, autor zajął się gruntownem jej zbadaniem.

Badanie przeprowadzał on w klinice Noordena na dwóch dya-betykach. Badania te odbywały się w sposób następujący. Chorych trzymano na ścisłej diecie białkowo-tłuszczowej, przyczem dawano im dziennie określoną ilość (50 — 70 gr.) węglowodanów w chlebie, kartoflach, owocach i t. p. Cukier w moczu określano według Soxhlet-Allihn'a. Ilość cukru wytwarzającego się z białka otrzymywaną, mnożąc ilość znajdującego się w moczu mocznika przez 2.8 (współczynnik Minkowskiego). Do liczby tej dodawano ilość dostarczonych ustrojowi węglowodanów obliczonych na cukier trzcinowy, i otrzymywano w ten sposób sumę, która powinna była ściśle odpowiadać ilości ogólnej cukru znalezionej w moczu, gdyby źródłem pochodzenia cukru tego było tylko białko i węglowodany. W badaniach, przeprowadzonych przez autora, suma ta stale mniejszą była od ogólnej ilości cukru. Różnica wynosiła u jednego chorego przecięciowo 26.88 gr. na dobę, u drugiego 41.72 gr. Zdaniem autora, musi tedy istnieć jeszcze jedno źródło, skąd powstaje cukier w ustroju, a źródłem tem może być, zdaniem autora, tylko tłuszcz.

Trudną jest rzeczą sądzić, o ile wyniki przez autora otrzymane przemawiać mogą za teorią nadprodukcji cukru w moczówce cukrowej. O nadprodukcji mogłaby być mowa wtedy tylko, gdyby dowiedziano, że wytwarzanie się cukru z tłuszczu ma miejsce tylko w ciężkich wypadkach cukromoczu, a zatem, że nie jest sprawą fizjologiczną. Co do tego nie mamy żadnej pewności. Prędzej można przypuszczać, że w normalnych również warunkach cukier może powstawać z tłuszczu ustrojowego (v. Noorden, Bunge, O. Nasse, See-gen, Chauveau, Kaufmann). Dopóki jednak nie zostanie dokładnie zbadaną kwestya fizjologicznego wytwarzania się cukru z tłuszczu,

dopóty pozostawać musi otwartem pytanie, czy w ciężkich przypadkach cukromoczu zachodzi nadprodukcya cukru, czyli wytwarzanie się go ze źródeł niezużytkowanych pod względem fizyologicznym.

*Cz. Jankowski.*

43. K. Grube. O cierpieniach podagrycznych serca i o podagrycznem zapaleniu nerwów obwodowych. („Ueber gichtische Affectionen des Herzens und gichtische peripherische Neuritis.“ — Wiener Med. Woch., № 25, 1899).

Cierpienia serca i naczyń obwodowych są często spowodowane przez podagrę, na co jedynie autorowie angielscy zwracają większą uwagę. Podagra w różny sposób powoduje cierpienia serca: 1) wywołując organiczne cierpienie tętnic wieńcowych i wskutek tego zaburzenia w odżywianiu serca; 2) wywołując przewlekłe zapalenie nerek (Cirrhosis renum) i jako następstwo tegoż zmiany w sercu; wreszcie 3) oddziałując w sposób trujący (jako kwas moczowy) bezpośrednio na serce, resp. na układ nerwowy tegoż. — Pierwsze dwa rodzaje zaburzeń nie są dla podagry patognomoniczne, natomiast należy za takie uważać wymienione w rubryce 3 ej, a to ze względów następujących: 1) wobec braku jakiegokolwiek bądź innej przyczyny, np. nadużyć w paleniu lub wyskokowych; 2) wobec tego, że u chorego stwierdzić można jednocześnie wyraźne objawy artrytyzmu, czy to w postaci typowej podagry w stawach, czy to w postaci nietypowej podagry, przejawiającej się jako bóle głowy, migrena, zaburzenia ze strony pęcherza moczowego, lub przewodu pokarmowego, jako cierpienia skóry i t. d.; 3) wobec stwierdzonego obarczenia dziedzicznego, nawet wówczas, gdy dotychczas nie było innych objawów podagry; 4) wobec braku organicznego cierpienia serca; 5) ze względu na pomyślny wpływ, jaki w tych razach wywiera na cierpienie serca leczenie, skierowane przeciwko podagrze.

Jako pierwszy objaw cierpienia podagrycznego serca występuje nierównomierna działalność serca, o której chory często nie wie, lub tłómaczy ją sobie zaburzeniem w trawieniu. Później przyłączają się nieprzyjemne uczucia w okolicy serca w postaci klucia, bicia serca, przemijającego uczucia ciężaru, nagłego zatrzymywania się działalności serca, lub w postaci omdleń. Często ilość uderzeń serca i tętna jest zwiększona, w rzadkich przypadkach zmniejszona. W dalej posuniętych przypadkach dochodzi do napadów, bardzo podobnych do rzeczywistej dusznicy bolesnej, tylko nieco słabszych. Tętno bywa niemiarowe. Tony serca są przytem czyste.

Najczęściej cierpienia podagryczne serca występują u mężczyzn po za 40-ym rokiem życia, znacznie rzadziej u kobiet. Napady dusznicy bolesnej występują często po jedzeniu. — Cierpieniom serca podagrycznym podlegają częściej osobniki, dotknięte nietypową postacią podagry, niż osobniki z podagrą stawową. Prawie na pewno można



twierdzić, że choroba serca jest tylko zjawiskiem nerwowem, t. zw. czynnościowem. Za tem przypuszczeniem przemawia zarówno przebieg choroby, jak i rokowanie pomyślne.

Leczenie powinno być skierowane przeciwko cierpieniu podstawowemu.

Cierpienia nerwów obwodowych na tle podagry opisali pierwsi również anglicy. O newralgiach wiemy, że mogą one być spowodowane przez podagrę, większą zaś ilość przypadków newralgii należy uważać za zapalenie nerwów obwodowych. Autor zgadza się ze zdaniem Gowersa, że w większości przypadków ischias nie jest zwyyczajną newralgią, lecz neuritis n. ischiadici. Na korzyść tego przypuszczenia przemawiają z jednej strony, nieliczne, wprawdzie, przypadki z wynikami badania anatomo-patologicznego, z drugiej zaś przedewszystkiem objawy, towarzyszące ciężkim postaciom ischias: zanik mięśni i znieczulenia w zakresie chorych nerwów. Nadto u większości artrytyków, cierpiących na ischias, stwierdził autor nie tylko zajęcie nerwów kulszowych, lecz i innych nerwów kończyny dolnej, najczęściej nerwu udowego (cruralis), niekiedy i N. obturatorii. Oprócz silnych bólów samoistnych spostrzegał autor wielką bolesność pni nerwowych na ucisk, zapiki mięśni i zmniejszenie pobudliwości elektrycznej, brak i osłabienie odruchu rzepkowego, parestezye i znieczulenia, jednym słowem — objawy neuritidis. Częściej, niż neuritis n. ischiadici występuje u artrytyków neuritis plexus brachialis. Według Gowersa ta postać zapalenia nerwów obwodowych występuje właśnie u artrytyków, dając bardzo wybitne objawy. Przeważnie dotknięci nią zostają osobniki wieku podeszłego, jako też dziedzicznie obciążeni podagrą. U kobiet ta postać neuritidis występuje częściej, niż jakakolwiekby inna. Hutchinson spostrzegał nawet wiele przypadków neuritidis n. optici, które uważa za spowodowane przez podagrę.

Leczenie podagrycznego zapalenia nerwów obwodowych jest bardzo uciążliwe i może się ciągnąć przez całe lata. Jak i w cierpieniach serca, tak i tu należy przedewszystkiem leczyć cierpienie podstawowe. Jako środki symptomatyczne stosował autor z dobrym skutkiem kąpiele ciepłe i prąd stały.

*Józef Winiarski.*

## II. Choroby układu nerwowego.

44. Remak. O „odrchu udowym“ w zaburzeniach przewodnictwa rdzenia kręgowego. („Ueber den „Femoralreflex“ bei Leitungsstörung des Dorsalmarks“. Neurolog. Centralbl., № 1, 1900).

W r. 1893 demonstrował autor 4-letnie dziecko z myelitis transversa poniżej 7-go kr. grzb., u którego, drażniąc ściśle wówczas

określone miejsce skóry w górnej części przedniej powierzchni uda, otrzymywał stale jako odruch zgięcie podeszwowe 3-ch pierwszych palców, nawet całej stopy, a niekiedy powolne wyprostowanie w kolanie w skutku skurczu extensoris quadricipitis. Odruch ten z powodu, że był następstwem drażnienia skóry na udzie, nazwał autor „odruchem udowym“, a ponieważ występował w danym przypadku stale, wyprowadził stąd wniosek o istnieniu stałej drogi odruchowej, która, dzięki wzmożonej pobudliwości odruchowej odcinka lędźwiowego w skutek naruszonego przewodnictwa między 8 a 12 kręgiem grzbietowym, ujawnia swe działanie.

Co do skurczu quadricipitis femoris, uznał go autor za identyczny z opisany w r. 1882 przez Westphala t. zw. rzekomym objawem kolanowym, spostrzeganym przezeń w przypadku paraplegii w skutku spondylitis dolnych kręgów grzbietowych.

W czerwcu 1899-go roku w dyskusji nad referatem Koeniga „o objawach odruchowych, spostrzeganych w następstwie drażnienia podeszwy etc.“, oświadczył Remak, że odruch udowy widział też dwukrotnie w paraplegiach spastycznych u dzieci, cierpiących na spondylitis i 1 raz w przypadku guza kręgosłupa na wysokości 7-go kręgu grzbietowego. W tych 3-ch przypadkach drażniąc skórę przedniej powierzchni uda otrzymywał zgięcie palucha podeszwowego, w mniejszym stopniu i innych palców, niekiedy też choć nie tak stale wyprostowanie w stawie kolanowym.

Jednocześnie prawie, bo 3-go czerwca 1899 r., na zjeździe neurologów niemieckich w Baden-Baden oświadczył Strümpell, że w wielkiej liczbie przypadków paraplegii, drażniąc podeszwę i goleń, spostrzegał zwykły odruch zgięcia, podczas gdy drażniąc skórę uda bądź ręką młotka, bądź kłując ją igłą i pobudzając zimnem, otrzymywał skurcz mięśni uda, palce zaś i stopa nie przyjmowały udziału w odruchu.

Oświadczenie to jest sprzeczne ze spostrzeżeniem Remaka, który spostrzegał zgięcie palców stale, skurcz zaś quadricipitis femoris wyjątkowo. Tem więcej zaś nabierało interesu wobec znanych doświadczeń Babińskiego, wykazujących w analogicznych przypadkach odruch palców pod postacią zgięcia grzbietowego. Wobec tego więc 11 grudnia 1899 r. demonstrował znów autor w Tow. psych. i neurolog. w Berlinie następujący przypadek: 2-letnie dziecko, z rodziny suchotniczej, od 4-ch tygodni przestało chodzić. Przed półtrzecia miesiącem zalecono mu aparat z powodu garbu. Garb na wysokości 3-go, 4-go kręgu grzbietowego. Kończyny dolne paretyczne, czucie w nich osłabione. Objawy spastyczne i odruchy kolanowe żwawe, niekiedy drżenie stopowe.

*Drażnienie podeszwy wywołuje zgięcie grzbietowe palucha i wyprostowanie palców, dalej zgięcie grzbietowe stopy, wreszcie zgięcie uda na miednicę.*

*Drażnienie wyżej wspomnianej okolicy skóry na udzie, czy to ręką młotka, lub kluciem igłą powoduje stale zgięcie podeszwowe 3-ch pierwszych palców, znacznie rzadziej wyprostowanie kolana. Silne drażnienie — zgięcie uda na miednicę.*



Po nałożeniu dziecku unieruchamiającego kręgosłup gorsetu gipsowego Lorenza nastąpiła poprawa ruchów; odruch wszakże tak udowy, jak podeszwowy, pozostały niezmiennie. Przeciwnie, odruchowe wyprostowanie kolana występuje teraz jeszcze rzadziej, częściej natomiast zgięcie kolana.

Ma tu więc miejsce odruch Babińskiego, którego patognomiczne znaczenie dla organicznych cierpień pęczka piramidalnego, na podstawie nowego bardzo licznego materiału spostrzegawczego, sprawdzili R. Cestan i L. Le Sourd w pracy, ogłoszonej 23 listopada 1899 r. w „Gazette des hôpitaux“, w której odparli zarzuty Schülera i Cohna (referowane w „Kronice“).

W ostatnim przypadku Remaka „odruch udowy“ dotyczy zginaczy podeszwowych, podczas gdy „odruch podeszwowy“ odpowiada według Babińskiego uszkodzeniu przewodnictwa w rdzeniu kręgowym. Wszyscy zdają się zgadzać na to, że badanie odruchów skórnych może rozszerzyć rozpoznanie umiejscowień.

Pod tym względem Remak na mocy spostrzeżeń własnych i Westphala ma wrażenie, że gdy odruch udowy powoduje stale silniejszy skurcz extensoris quadriceps, ma to miejsce w głębszych uszkodzeniach rdzenia położonych na wysokości 8-go kręgu grzbietowego lub niżej; podczas gdy w ucisku umiejscowionym wyżej, jak np. w przypadku podanym występuje tylko zgięcie podeszwowe palców. Być jednak może, że nie samo tylko umiejscowienie, ale i stopień uszkodzenia mają tu znaczenie, co należy rozstrzygnąć w przyszłości.

Rzeczniowski.

45. Prof. Oppenheim. **O rzadszych przyczynach bezsenności.** („Ueber einige seltenere Ursachen der Schlaflosigkeit“. — Odczyt w berl. Tow. Psychiatr. 10 lipca 1899 r.).

Autor rozdziela bezpośrednio *przyczyny bezsenności* na takie, które *zasnąć nie pozwalają* i tu zalicza przyczyny psychiczne, nadmierne nateżenie działalności umysłowej, idee natrętne lub uczucie strachu na myśl niespania, zjawiające się niekiedy na widok łóżka lub w chwili wejścia do sypialni. Dalej, nadezłość narządów zmysłów, zwłaszcza słuchu; różnego rodzaju i pochodzenia bóle obostrzające się lub występujące wyłącznie w nocy. Bezsenność w skutku paraestezji np. akroparaesthesii, anxietatis tibiæ etc. W skutku swędzenia skóry (puritus ani, urticaria); w skutku thermoparaestezji uczucia gorąca lub chłodu ogólnego lub miejscowego w głowie lub w nogach, łączącego się zwykle z naczynioruchowymi zjawiskami; w skutku parestezji w narządach zmysłów (tinnitus aurium), omamów wzroku lub rzadziej innych zmysłów. Bardzo częstemi są gastrycznie-nerwowe przyczyny, które zwykle pod wieczór się wzmagają lub w nocy tylko występują (wzdęcie, odbijanie, bóle, parestezje); nerwowe bicia serca i tętnienia odczuwane w różnych narządziach, dispnoea i astma nerwowa, zaburzenia ruchowe, jak crampi, wzdryganie podczas zasy-

piania, nawet drżenia włókienkowe, zaburzenia wydzielnicze (hyperidrosis, salivatio, polyuria), rozdrażnienia płciowe.

Lezcz nadto autor zwraca uwagę na przyczyny, które sen przerywają i które z samym snem w ściślejszym zdają być związku przyczynowym. Tu zalicza, oprócz wyobrażeń sennych, pavor nocturnus, uczucia ciśnienia w piersiach także dyspepsiam, rozwijającą się we śnie w skutku zwolnienia i osłabienia ruchu i wydzielin pod wpływem snu w narządach trawienia, które doprowadza do rozkładu zawartości, działającego na sen przerywająco. Lub też sen powierzchowny w skutku ogólnego stanu nerwowego już samą fizyologiczną czynność narządu trawienia naruszać może.

Zaznacza też autor szczególny stosunek między snem a zjawianiem się pewnych bólów. Są przypadki, w których proces sam wywołuje bóle, które powodują przebudzenie.

Bóle takie nazywa autor *dryktalgiae* albo *hypualgiae*. Tak np. pewien zdrowy na jawie mężczyzna budzi się zawsze ze snu z powodu silnego bólu w pasie, inny w skutku nerwobólu w potylicy.

Bóle te nie zależne są ani od pozycyi ciała we śnie, ani od pory dnia, jedynie tylko od samego snu.

Podług autora zmiana czynności kory mózgowej we śnie nie zależnie od krążenia, jest tych bólów, zarówno jak padaczki nocnej, przyczyną. Być też może, że pewne stany patologiczne w nerwie spółczulnym nabierają znaczenia w chwili, gdy czynność wyższych ośrodków korowych podczas snu zostanie wykluczona.

Co do zmian w innerwacyi serca i oddechu, jakie we śnie zjawiać się mogą, podaje autor 2 spostrzeżenia:

1) U chorej żony lekarza po zapaleniu płuc grypowem rozwinął się stan następujący: Na jawie serce i oddech działały prawidłowo, po kilku minutach snu zatrzymywało się bicie serca i oddechanie. Pacjentka trzymaną być musiała z tego powodu w stanie rozbudzenia. Dopiero po 10 nocach napady stały się o tyle słabsze, że wystarczało lekkie uderzenie w piersi, aby serce i oddech wrącić w stan czynny, nie budząc całkowicie chorej. Przypadłości po 2-eh tygodniach ustały. Na wysokości napadów środki podniecające nie działały wcale, natomiast środki narkotyczne i uspokajające działały pomyślnie.

2) Przypadek 2-gi dotyczy 34-letniej żony robotnika pod wpływem przykraj wiadomości czuła się w dzień rozdrażnioną, w nocy zaś co  $\frac{1}{2}$  —  $\frac{1}{4}$  godz. budziła się z powodu braku oddechu. Utrzymuje ona, że nie doświadcza przytem ani niepokoju, ani przywidzeń niema we śnie, budzi ją tylko osobliwe uczucie w klatce piersiowej. Kontrolując sen tej chorej, okazało się, że zasypia głęboko, tętno i oddech prawidłowe, lecz po kwadransie budzi się nagle, chwytając się za głowę i piersi. Mięśnie szyi, karku, tułowia i górnych kończyn są wtedy napięte, a powieki kureczowo zaciśnięte. Wyskakuje nieświadomie z łóżka, tętno ma nieco przyśpieszone, wdech kureczowy. Po  $\frac{1}{2}$  —  $1\frac{1}{2}$  m. oddziaływa na przemówienie, stęka chwilę i jest w stanie zasnąć znowu na kwadrans, poczem napad się powtarza.



Stwierdzono w napadzie analgesia i raz prawidłowe oddziaływanie żrenic.

Chora nie wykazywała żadnych znamion hysteryi. W śnie hypnotycznym napady się nie zjawiały, tylko we śnie naturalnym. Skutecznymi okazały się zwiększane dawki bromu po kilku tygodniach.

*Rzeczniowski.*

### III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

46. **Przebieg przymiotu.** Jakie okoliczności wpływają na przebieg przymiotu? Taylor przy badaniu drobnowidzowem bardzo małych świeżych pierwotnych stwardnień skonstataował zmiany naczyniowe w okolicy stwardnienia takie same, jakie znajdował w samym stwardnieniu. Z tego wynika, że wycięcie stwardnienia nie może zabezpieczyć od infekcyi ogólnej. Przebieg przymiotu, zdaniem T., zależy tylko od stanu indywidualnego chorego, a nie od siły jadu lub też natężenia objawów pierwotnych. Zakażenie pozapłciowe wówczas tylko powoduje cięższy przebieg, gdy cierpienie nie zostaje rozpoznane. — Przymiot w dobie obecnej przebiega łagodniej, niż przed 30-tu laty, zawdzięczając lepszej terapii, staranniejszej higienie i nabytej częściowej odporności. Jeżeli, zdaniem T., nacieczenie komórkowe nie ulega zupełnemu wessaniu skutkiem niedostatecznego leczenia, to pozostają małe ogniska, które w następstwie są przyczyną objawów trzeciorzędnych.

(Med. News., 1898, Oct., — W. M. W., 1899, № 30). *H. U.*

47. Finlayson opisuje **mięsaka żołądka** u 3½ letniego dziecka. Jak wiadomo, mięsaki żołądka są wogóle nader rzadkiem zjawiskiem. U dziecka, które F. obserwowal w szpitalu za życia, rozpoznanie nie było postawione, zanotowano następujące objawy ogólne: ospałość, apatya, w narządach trawienia objawy następujące: zmniejszone łaknienie, wymioty, biegunka naprzemian z zaparciem; przy badaniu krwi stwierdzono zmniejszoną ilość hemoglobiny. Guz żołądka nie był wyczuwany, ale śledziona była powiększona. W żołądku przy badaniu zwłok makro- i mikroskopowo stwierdzono mięsaka.

(Wien. Med. Woch.).

*J. Zaw.*

48. **Niebezpieczeństwo zastrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej.** — Do znanych przypadków śmierci po zastosowaniu surowicy Behringa, ogłoszonych przez Variot'a, Langerhans'a, i przypadków z ciężkimi ogłuszczeniami w następstwie tegoż zabiegu, podanych przez Grati'd'a, Le Gendre, Gensichen, Soloveitschik, Soltman i innych, dołącza nowy przypadek Mikoussen: 13-toletnia dziewczynka, błonica śred-

niego natężenia; w 2-im dniu choroby zastrzyknięto 1000 jednostki, w następstwie: podniesienie ciepłoty, osłabienie pulsu, senność, śmierć nazajutrz. Ponieważ przed zastrzyknięciem stan ogólny nie budził obaw, M. przypisuje śmierć surowicy.

W drugim przypadku u 8-letniego chłopca, przy umiarkowanej błonicy, po dwukrotnem zastrzyknięciu surowicy po 1000 jednostki wystąpiło ciężkie phlegmone na szyi, ciągnące się 3 tygodnie, które M. kładzie na karb surowicy.

(W. Presse, 3).

O. H.

49. Mięsak pochwy u dziecka jednorocznego opisuje Waldstein (Arch. f. Gynäk., 58, 11). U dziecka, przyniesionego na klinikę z powodu krwawień, zauważono sterczący z otworu błony dziewiczej guz brunatno-czerwony, dość twardy, siedzący na nóżce. Guz wycięto wraz z nóżką; gojenie poszło dobrze. Badanie drobnowidzowe guza wykazało budowę: haemangiosarcoma.

(W. Presse, 4).

O. H.

## IV. Korespondencya Kroniki Lekarskiej.

### Listy z Wiednia.

#### III.

Wiedeń, w grudniu 1899 r.

Prof. Politzer na posiedzeniu towarzystwa lekarzy wiedeńskich przedstawił *przypadek otitis media i thrombophlebitis sinus transversus*, przypadek nadzwyczaj szczęśliwy, w którym po dokonaniu radykalnej operacji przyszło do zupełnego wyleczenia. W następstwie odry cierpiał 14-letni chłopiec przez 8 lat na otorrhoe, do którego w ostatnim czasie dołączyły się objawy thrombophlebitis sinus transversus, pod postacią nudności, wymiotów i często powtarzających się zawrotów, tak, że Politzer widział się zmuszonym wykonać operację. Po oddłutowaniu processus mastoideus w jamie bębnekowej, napotkał P. liczne granulacye, które usunął, ranę wytamponował i ubytek pokrył zapomocą plastyki Körnera. Jakiś czas po operacji chłopiec czuł się zupełnie dobrze, nudności, wymioty i zawroty ustąpiły. Szóstego dnia jednak przypadłości te powróciły, a jako przyczynę ich znaleziono ropienie w okolicy sinus transversus. Otwarto więc sinus transversus i znaleziono w nim zakrzep, który usunięto, poczem ranę odpowiednio opatrzone. Od operacji



upłynęło 4 tygodnie, chory czuje się zupełnie dobrze, przebieg pooperacyjny gładki. Nawiązując do opisanego przypadku, wspomina P., że thrombophlebitis sinus transversus należy do cierpień rzadkich i uważaną być musi jako bardzo poważne powikłanie zapalenia ropnego ucha, a mianowicie dosyć często występuje jako powikłanie chronicznego otorrhoe, a zakrzepy mogą dostać się i do innych zatok, a nawet sięgają w vena jugularis. Przypadki same sobie pozostawione kończą się zazwyczaj śmiertelnie. Jedyne na drodze operacyjnej możliwe jest wyleczenie, tembardziej że i szanse operacyjne nie są znów tak złe. Według statystyki Körnera na 70 przypadków operowanych było 41 wyleczonych, Politzer z 14-tu operowanych uratował 7.

Langer przedstawia przypadek *lymphoragii urazowej*. W 24 godziny po upadku na grzbiet wystąpiło u chorego obrzmienie w okolicy kości krzyżowej, które coraz więcej rosło. Guz ten okazuje wyraźne chęłbotanie i wypełnia się po ustąpieniu ucisku prędko i wśród rodzaju kruczenia. L. tłumaczy powstanie tego przypadku w ten sposób, że przez uraz przyszło do rozluźnienia się skóry od podstawy, w które to wolne w ten sposób miejsce powoli wypełniła limfa. O krwotoku tu nie może być mowy, bo ten po urazie musiałby zaraz nastąpić, a guz wspomniany zjawiał się dopiero w 24 godzin po doznanym urazie. Co się tyczy leczenia, to guzy takie już przy leczeniu wyczekującym, przy lekkiej opasce uciskającej łatwo znikają, w przypadkach cięższych stosuje się punkcję z następczem zastrzyknięciem zawiesiny jodoformowej lub też wreszcie szerokie nacięcie.

Prof. Benedikt o *przyczynie wiału rdzenia pacierzowego* (tabes dorsualis). Najważniejszą przyczynę uwiadu rdzenia pacierzowego jest wrodzone usposobienie odziedziczone. Inne przyczyny, jak przeziębienie, znużenie, urazy, a w szczególności wstrząśnienia powodują, że to usposobienie wrodzone pierwiej się uwidoczni. Kiła i wszystko to mianowicie, co z ową chorobą stoi w związku, a więc nadużycia in baccho et venere (? Red.). Nieostrożne stosowanie rtęci i jodu i t. d. działają w dwojaki sposób. Z jednej strony pogarsza się usposobienie wrodzone i przyspiesza czas, w jakim ujawnia się zwyrodnienie rdzenia, z drugiej strony wywołuje proces chorobowy, ale tylko u osobników usposobionych. Formy wiału rdzenia, wywołane przez kiłę, różnią się wybitnie od innych pod względem zachowania się na działanie lecznicze rtęci. Błędem jest uważać kiłę za jedyną przyczynę uwiadu rdzenia pacierzowego. Na 100 przypadków widział B. 53, w których kiłę z całą pewnością wykluczyć się dało. W 13-tu przypadkach etyologia była niejasna, a w 34-ch tylko przypadkach kiłę znaleziono. B. zwraca uwagę na nieostrożne stosowanie rtęci i na mogące stąd wystąpić szkody dla organizmu i kończy zdaniem: „Multi uncti sunt, qui nusquam infecti erant.“

Neurath przedstawia 5-letniego chłopca, dotkniętego ch. Raynauda. Choroba przedstawia się jako nerwica naczyniowo-ruchowa, wywołana przez zaburzenia w dowozie krwi do pewnych części ciała i stąd, według natężenia, występuje albo błądność skóry miejscowa (synkope), albo miejscowa sinica (Asphyxia), które następnie wywołają

mogą i zgorzelinę. U przedstawionego chorego od lat 3 na świeżem powietrzu występuje sinica na nosie, uszach i rękach, nogi i ręce od czasu do czasu nabrzmiwiają, są zimne i na częściach sinicą dotkniętych występują pęcherzyki skórne. W chorobie tej rozróżnić trzeba trzy okresy: 1) miejscowa symetryczna błądźość części dotkniętych; 2) sinica występująca z powodu wiotkości naczyń i 3 zgorzelina. Dla życia choroba ta nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, przeciąga się jednak bardzo długo i sprowadzić może zgorzelinę nie obojętną dla ustroju. Co do leczenia to wskazane są w takich przypadkach kąpiele gorące i preparaty arsenikowe.

Dalej przedstawił tenże czteroletniego chłopca z porażeniem prawej kończyny górnej na tle poliomyelitis. Porażenie wystąpiło w 6-ym miesiącu życia nagle. Istnieje zanik mięśni: cucullaris, deltoides, triceps brachii, zanik zginaczy przedramienia i mięśni wyprostnych. Mięśnie małe ręki okazują wyraźny zanik i są porażone.

Schlesinger mówił o *leczniczym działaniu dioniny*. Preparat ten okazuje trojakie własności. Po pierwsze działa uśmierzająco na kaszel, dalej jest on bardzo silnym środkiem kojącym bóle, niezależnie od ich natury, a wreszcie okazuje środek ten własności nasenne. Ze względu na działanie środka należy mu się pośrednie miejsce między morfiną a kodeiną. Po 15 — 30-tu minutach po podaniu środka bóle ustępują zupełnie, a działanie to utrzymuje się przez kilka godzin. Obojętną jest rzeczą, czy środek podajemy per os, czy też per rectum. W wyjątkowych tylko przypadkach środek ten okazał się nieskutecznym. Przyzwyczajenie się do środka S. dotychczas nie obserwowaliśmy, w jednym tylko przypadku chory nalegał na codzienne stosowanie środka, jednak bez podwyższenia dawki, a po zaprzestaniu podawania chory nie okazywał żadnych zboczeń. Działanie nasenne występowało u wszystkich chorych, którym środek podawano i dlatego też dioninę powinno się stosować w przypadkach bezsenności, wywołanej skutkiem bólów rozmaitej natury. Uboczne działanie środka widział S. u chorych dotkniętych wadą serca i u takich chorych trzeba z dawkowaniem być bardzo ostrożnym. Również jako uboczne działanie podaje S. zaparcie stolca często po „dioninie“ występujące, która to własność daje się zużytkować przy podawaniu środka u osób gruźliczych, okazujących kaszel i rozwolnienie. Jednorazowa dawka wynosi 0.02 — 0.03, dzienna nie powinna przekraczać 0.10—0.15 gr.

Mittler potwierdza wywody Schlesingera i radzi dioninę podawać z natr. bicarbon.

Knöpfelmacher okazuje preparaty anatomiczne z dwu przypadków oesophagitis w następstwie szkarlatyny, okazująca się *angina necrotica*. Preparaty okazują wybitnie ciężką nekrozę koagulacyjną, a w ogniskach zgorzelińowych aż do podśluzowej wykazać się dają streptokoki. Oesophagitis, jaki występuje po dyfteryi, nie jest nigdy natury dyfterytycznej, ale przedstawia się jako *angina necrotica*, — sprawy bowiem, wywołane przez prątek Löfflera, nie okazują dążności do tworzenia blizn. Zresztą *angina necrotica* częściej przechodzi na dalsze części gardła, aniżeli prawdziwy dyfteryt.



Singer opowiedział ciekawy przypadek *ropnia mózgowego*. — 20-letni urzędnik cierpiał od 6-go roku życia na wypływ ropny z ucha lewego, prawdopodobnie, po przebytej szkarlatynie. Celem usunięcia cierpienia wykonał prof. Urbantschitsch otwarcie kości skalistej, w której rzeczywiście istniało ognisko ropne. Na trzeci dzień po operacji chory okazywał przypadki mózgowe: aphasię i paraphasię, skutkiem ropnia w płacie skroniowym lewym mózgu. Prof. Hocheneg wykonał tepanację czaszki i rzeczywiście według danego rozpoznania znalazł ropień w mózgu. Ranę odpowiednio opatrzone, leczenie pooperacyjne przebiegało gładko, tak, że w ciągu paru miesięcy chory opuścił szpital, nie okazując żadnych zupełnie zbroceń, któreby do przebytej sprawy w mózgu odnieść było można.

Bum mówił „o *zaparciu stolca habitualnem*.“ Ze względu na zachowanie się powłok brzusznych stan ten daje się podzielić na dwie grupy. Do pierwszej zaliczyć należy przypadki zaparcia stolca skutkiem zaniku mięśni brzucha, którą też jako miejscową atonią jelit uważać trzeba. Druga grupa dotyczy ludzi o sztywnych powłokach brzusznych, u których przy obmacywaniu brzucha mięśnie napinają się silnie i wyczuwać się dają jak deska. Indywidua takie różnią się od pierwszej grupy tem, że gdy zaparcie stolca u ludzi grupy pierwszej trwa całe lata i jest prawie że nie do usunięcia, chorzy działu drugiego cierpią na to schorzenie od czasu do czasu i przechodzi ono zazwyczaj bez żadnego leczenia, już pod wpływem psychicznych wzruszeń, bo też i zaparcie stolca w tych przypadkach do rozmaitych czynników psychicznych odnieść się daje. Wielu z tych chorych mają regularny stolec tak długo, dopóki np. znajdują się na urlopie, po powrocie cierpią znowu na zaparcie stolca. Przyczynę takiego zaparcia szukać należy w usposobieniu nerwowem chorych — najczęściej są to neurastenicy. W przypadkach takich poleca B. stosowanie mechanoterapii w formie wstrząsań brzucha i ogólnej gimnastyki.

Neumann przedstawia dwa przypadki *Syringocystadenoma gruczolów potowych*. Oba przypadki okazują te same zbroczenia. Na skórze klatki piersiowej z przodu i z boku na sutkach na tułowiu, po stronie wewnętrznej kończyn górnych, na twarzy i powiekach znajdują się rozrzucone ponad powierzchnię skóry wystające guziki, od wielkości ziarnka prosa do wielkości ziarnka soczewicy dochodzące, o różnem zabarwieniu, jak matowo-brunatne, jasno-różowe lub ciemno-czerwono-brunatne. Istnieją one od dzieciństwa i powiększają się przez czas pobytu w szpitalu. Niektóre z nich okazywały w czasie tym dążność do zmniejszania się i zmieniania swej barwy. Przypominają one ksantomata i dermatomyomata, różnią się jednak od nich zabarwieniem, ugrupowaniem i przebiegiem. Stanowczej dyagnozy klinicznej nie można było postawić, chociaż jeden szczegół wskazywał na zbroczenia w gruczolach potowych, a mianowicie ten, że jeden z chorych nie pociał się ani dobrowolnie, ani po wstrzyknięciu pilokarpiny. Badanie mikroskopowe wykazało, że guzki te składają się ze zbitych gniazd komórek nabłonkowych i z torbielaków nabłonkowych, zawierających płyn jednostajnie jasny. W preparatach dało

się wyraźnie wykazać powstanie torbielaków z tychże zbitych gniazd, skutkiem zwyrodnienia szklistego komórek i jąder.

Schrötter junior przedstawia *technikę bronchoskopii*; po znieczuleniu kokainą błony śluzowej oskrzeli wprowadza się do oskrzela prostą rurę szklaną przez ranę tracheotomijną lub też i przez usta, i oświetla się oskrzele zapomocą specjalnie sporządzonej lampy. W ten sposób można obejrzeć oskrzela nawet drugiego rzędu.

Sch. przedstawia chłopca, któremu przed miesiącem wpadł do płuc guzik. Guzik ten przez cały miesiąc sprawiał mu lekką duszność, obecnie nie skarży się chory na żadne dolegliwości. Guzik ten widać przy pomocy promieni Röntgena, zapomocą bronchoskopii nie daje się go wyśledzić.

Zuckerkandl przedstawił *trzy kamyki cewkowe samoistne*. Składają się one przeważnie z fosforanu wapniowego. Kamyki cewkowe, dostają się do cewki albo z pęcherza, albo powstają w cewce samej, we wrodzonych lub nabytych uchyłkach cewki. Samoistne kamyki cewki moczowej są nadzwyczaj rzadkie, trzy przedstawione usadowione były w części błonistej cewki, a wydobywa się je albo cięciem międzykrokiem, albo przez wepchnięcie kamyka do pęcherza moczowego, skąd się je następnie wydobywa.

Elschnig przedstawił *stereoskopowe fotografie oka* i zdemontował ku temu odpowiedni, przez siebie używany, przyrząd. Technika sporządzenia stereoskopowych fotografii jest nadzwyczaj prostą; obrazy przez E. otrzymane przedstawiają bardzo dokładnie strukturę oka i części składowe tegoż.

J.

---

## KRONIKA BIEŻĄCA.

---

*Dnia 1-go lutego 1900 r.*

— Komitet gospodarczy IX-go zjazdu lekarzy i przyrodników polskich uchwalił następujący ogólny program zjazdu:

W piątek 20 lipca 1900 r. wieczorem: zebranie i powitanie przybyłych uczestników. W sobotę 21 lipca 1900 r.: o godz. 8 rano nabożeństwo, o 10 rano otwarcie zjazdu i I-sze posiedzenie ogólne, na którym wygłoszą wykłady: prof. Nencki z Petersburga i prof. Baranowski z Warszawy. Treścią wykładu prof. Baranowskiego będzie: „Walka z gruźlicą, jako zadanie społeczno-narodowe“; o g. 1-ej w południe otwarcie Wystawy przyrodniczo-lekarskiej; o godz. 4-ej po południu posiedzenia sekcyjne; wieczorem przyjęcie uczestników przez komitet gospodarczy. W niedzielę 22 lipca 1900 r.: rano zwiedzanie miasta i zakładów naukowych przyrodniczo-lekarskich i tech-



nicznych; popołudniu wycieczka w okolice Krakowa. W Poniedziałek 23 lipca 1900 r.: od godz. 7 — 9 rano zwiedzanie miasta i jego zakładów; o godz. 9 rano posiedzenie zbiorowe w sprawie gruźlicy i jej zwalczania; o g. 4 popołudniu posiedzenia sekcyjne; o g. 6-ej wieczorem zwiedzanie parku prof. Jordana. We wtorek 24 lipca 1900 r.: od g. 7 — 9 rano zwiedzanie miasta, o 9-ej rano posiedzenia sekcyjne; o 4-ej popołudniu II-gie posiedzenie ogólne z wykładem prof. Hoyerą z Warszawy i zamknięcie zjazdu. We środę 25 lipca 1900 r.: wyjazd na wycieczkę do zdrojowisk krajowych i ewentualna wycieczka do Wieliczki.

Prace naukowe zjazdu odbywać się będą współcześnie w 23-ch sekcjach, a mianowicie dotąd utworzono następujące sekcye naukowe: 1) matematyczno-fizyczna, 2) chemiczna, 3) mineralogii, geologii i geografii fizycznej, 4) zoologii i anatomii porównawczej, 5) botaniczna, 6) przyrodniczo-rolnicza, 7) techniczna (mechanika, budownictwo, inżynierya i technologia chemiczna); 8) fotografii zastosowanej do celów naukowych, 9) farmaceutyczna, 10) psychologiczna, 11) anatomiczno-fizyologiczna (anatomia, fizyologia, embrologia, histologia, chemia fizyologiczna, antropologia), 12) patologiczna (anatomia patologiczna, patologia ogólna, bakteryologia lekarska), 13) medycyny wewnętrznej wraz z pedyatrią (oraz z balneologią, hydroterapią i farmakologią), 14) chirurgiczna (chirurgia, ortopedia, laryngologia i otyatria), 15) dentystyczna, 16) dermatologiczna, 17) neurologii i psychiatryi; 18) okulistyczna, 19) ginekologiczna, 20) medycyny sądowej i toksykologii, 21) medycyny publicznej (hygienu, policja lekarska, badanie środków spożywczych), 22) weterynarska, 23) prasy lekarskiej.

Prace przygotowawcze wszystkich tych sekcji są w pełnym toku. Większość sekcji umieści na porządku dziennym swych obrad kilka z góry oznaczonych tematów, które przedstawiają uproszeni do tego sprawozdawcy. Znaczna część tematów jest już obraną, nadto zgłoszono już kilkadziesiąt samodzielnych wykładów. Ostateczny termin zgłaszania samodzielnych wykładów ustanowił Komitet na dzień 1 czerwca 1900 r. Do zgłoszeń powinno być dołączone krótkie streszczenie zgłoszonego wykładu.

*Kostanecki, Witkowski*  
przewodniczący Komitetu.

*Ciechanowski*  
Sekretarz Komitetu (Wielopole, 4).

—h.— Urzędy lekarskie otrzymały rozporządzenie z departamentu lekarskiego, że wszelkie nowe środki apteczne, które nie zostały jeszcze wciągnięte do farmakopei, mogą być wydawane z aptek tylko z przepisu lekarza.

—z.— Kuratorem szpitala Praskiego został sędzia W. Kronenberg.

—z.— Prof. Kosiński został wybrany na członka rady miejskiej dobroczynności publicznej.

—z.— W d. 27 b. m. odsłonięto w szpitalu Ś-go Ducha tablicę pamiątkową ku uczczeniu prof. J. Kosińskiego.

—z.— Kol. E. Flatau i Mączkowski otworzyli lecznicę dla chorych nerwowych przy ul. Chmielnej. W lecznicy urządzono laboratorium oraz zaopatrzone ją we wszystkie narzędzia, służące do leczenia chorych nerwowych, między innymi metodą Frenkla.

—z.— Redakcja „Zdrowia“ zwróciła się z propozycją do Towarzystwa higienicznego o objęcie tego wydawnictwa na warunkach przez komitet specjalny obmyślonych. Tym sposobem, dzięki ofiarności kol. Polaka, Towarzystwo będzie posiadać organ własny, o co kolataliśmy przed kilkoma miesiącami.

—z.— Podobno wydział lekarski tutejszego uniwersytetu zgodził się, aby lekarze ziemscy odbywali praktykę akuszerską w instytucie tutejszym. Kurs ma trwać 5 miesięcy. Rodzi się pytanie, gdzie taką praktykę odbywać mają lekarze z Królestwa, gdzie ziemstw niema.

—z.— Przed kilkoma dniami wyszedł z druku IV-ty zeszyt „Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego“, a ostatni pod redakcją kol. W. Janowskiego. Zeszyt ten mieści 3 artykuły oryginalne, oraz protokoły posiedzeń od 19 września do 29 grudnia. — Rozpatrując się w treści zeszłorocznego „Pamiętnika“, widzimy, iż prócz przeglądu piśmiennictwa „Pamiętnik“ wydrukował 13 prac przeważnie większych, a mianowicie Barącza, Bregmana, Bruszewskiego, Hołowińskiego, Kohlbergera, Landau'a, Marczewskiego, Neugebauera (3 prace), Serkowskiego i A. Żurakowskiego. — Objętość „Pamiętnika“ wynosi przeszło 66 arkuszy druku. — O wartości prac trudno wypowiedzieć zdanie w krótkiej notatce, zaznaczyć jednak wypada, że kilka z nich niepotrzebnie znalazło się w „Pamiętniku“, jeżeli pismo to ma być uważane za archiwum prac polaków, mogły one znaleźć miejsce w innych pismach lekarskich.

—z.— Na prezesa Towarzystwa lekarskiego wybrano ponownie kol. St. Markiewicza, na wiceprezesa kol. H. Nusbauma, na sekretarza kol. A. Łoguckiego, na członka zarządu kol. J. Winiarskiego, na redaktora „Pamiętnika“ kol. St. Kamińskiego, na członków czynnych: Jerzego Brunnera, Michała Januszkiewicza, Aleksandra Kopeczyńskiego, Stanisława Kopeczyńskiego, Ignacego Landzstejna, Maksymiliaua Lebensbauma, Bernarda Polikiera, Rafała Radziwiłłowicza, Bronisława Wagnera i Stanisława Zaborowskiego; na członków korespondentów: Stanisława Ciechanowskiego z Krakowa i Jana Świąteckiego z Olity.

—z.— Na odbytym w d. 10 z. m. konkursie w szpitalu Oftalmicznym największą liczbę głosów otrzymał kol. B. Gepner, który otrzyma oddział w tym szpitalu, z kolei utrzymali się na konkursie kol. S. Cetnarowicz i M. Januszkiewicz.

—h.— Komitet wykonawczy przyszłego zjazdu międzynarodowego w Paryżu donosi:

1) że wystarano się dla członków kongresu o zmniejszenie opłaty na drogach francuskich o 50%;



2) w kwestyi mieszkań komitet porozumiał się z głównymi agenturami mieszkań.

O wyjaśnienia należy się zwracać do skarbnika kongresu, d-ra Dufloq, 21 rue de l'École de Médecine. Składki (25 fr.) należy wysyłać wraz z biletem wizytowym pod tym samym adresem. (Progr. Méd., 2, 1900).

—h.— *Epidemia influenzy na Zachodzie.* W Anglii i Hiszpanii sroży się epidemia influenzy od połowy stycznia. W Anglii wybuch jej zauważono pierwotnie w zamku Osborne, rezydencji królowej. W Londynie w ciągu tygodnia zmarło z tej choroby 316 osób, a na jej karb należy zapisać i 1221 śmierci z broncho-pneumonii, która stanowi zapewne tylko cięższą postać influenzy. Śmiertelność w Londynie dosięgła dawno nie notowanej wysokości. Podobnie w Birmingham i Manchester zwiększyła się o 60%.

W Barcelonie, według doniesień z 14 stycznia, epidemii podlega prawie połowa ludności. Czwarta część osób zaledwie pracuje w biurach, zakładach i t. d.

W Amsterdamie śmiertelność podniosła się o połowę. W szpitalu Wilhelminy jednocześnie zachorowało 30 dyakonis. (Progr. Méd., 20-go stycznia). Najnowsze wiadomości wykazują też silne grasowanie influenzy w Rzymie i we Włoszech wogóle.

—h.— *Dżuma.* W Oporto od 6—15 stycznia nie było nowych przypadków. W leceniu znajdowało się tego dnia osób 17, z tych u 3 stan ciężki.

Na wyśpie Ś-go Maurycego choroba trwa w nieznacznem natężeniu (7 stycznia), w Nouméa (Nowa Kaledonia) od Bożego Narodzenia zdarzyło się 18 przypadków.

Notowano przypadki na Filipinach i w Honolulu.

—h.— W Dreźnie zarządzone obowiązkowe donoszenie przez lekarzy o przypadkach gruźlicy: 1) o przypadkach śmierci z gruźlicy płuc i krtani; 2) o zmianach mieszkania przez daleko posuniętych suchotników i wogóle o suchotnikach, mogących wskutek warunków mieszkania być niebezpiecznymi dla otoczenia; 3) o przypadkach suchot w klinikach prywatnych, przytułkach wszelkiego rodzaju, hotelach, oberżach, pensyonatach i t. p.

—h.— W Abisynii z rozkazu Menelika wprowadzone zostało obowiązkowe szczepienie ospy.

—h.— Obrzędowe obrzezanie na Węgrzech z rozporządzenia ministra spraw wewnętrznych może się odbywać tylko w obecności lekarza przy zachowaniu niezbędnych przepisów antyseptyki.

—h.— Wydział lekarski uniwersytetu Heidelberskiego otworzył wstęp kobietom narówni z mężczyznami, pod warunkiem przedstawienia świadectwa dojrzałości z gimnazjum niemieckiego. Wolne słuchaczki nie będą dopuszczane na wykłady.

—h.— W Berlińskim Towarzystwie lekarskiem odbyło się 10 z. m. bardzo liczne posiedzenie ogólne, na którem główne zaciekawienie budził wniosek, postawiony przez dr. Zadek'a, dopuszczenia

do Towarzystwa kobiet. Odnosny paragraf ustawy nie omawia tej kwestyi i nie wyklucza przeto tego wypadku. Po wielu rozprawach utrzymał się wniosek zarządu: że Towarzystwo chce być stowarzyszeniem lekarzy niemieckich, a więc może przyjmować na członków tylko takie osoby, które otrzymały aprobację państwową. Jak wiadomo zaś, kobiety-lekarki nie mają w Niemczech uznania urzędowego.

Wyrok ten więc pośrednio nie dopuszcza kobiet.

—h.— Smutne świadectwo dojrzałości dali sobie studenci berlińscy, którzy damę pewną, przybyłą na wykład prof. Behrendta: „O prostytucyi“, przyjęli hałasem i krzykami „precz“ (*raus*).

Profesor B. wytlómaczył audytoryum, że dał sam pozwolenie tej damie, i zdołał na razie uciszyć burzę. Na następnej lekcji powtórzyła się ta sama scena. Profesor zaczął przekładać studentom, że dama ta jest osobą znaną ze swej dobroczynnej i społecznej działalności i pragnie właśnie zapoznać się z teoretyczną stroną kwestyi, dla której już nie mało zdziałała praktycznie. Nie pomogły żadne przedstawienia i na trzeciej lekcji prof. B. ustąpił, odbierając pozwolenie dane owej pani. (Wr. 1, 1900).

—h.— Dr. Bronton (Lancet, grudzień 1899 r.) przypomina o dobroczynnym wpływie zastrzykiwań morfiny przy przenoszeniu chorych. W czasie wojny francusko-pruskiej prof. Binz stosował na wielką skalę zastrzykiwania rannym na polu bitwy, chorzy zasypiali i nie cierpieli w czasie transportu do punktów opatrunkowych. Zauważono przytem zmniejszenie się wpływu wstrząsu i dobroczynny wpływ na stan ogólny.

Zwracamy na to spostrzeżenie uwagę lekarzy „Pogotowia“. — (Wracz, 1, 1900).

### SPROSTOWANIE

w 1-ym zeszytcie „Kroniki Lekarskiej“ r. b.

<i>Stronica</i>	<i>wiersz</i>	<i>wydrukowano:</i>	<i>powinno być:</i>
28	17-ty od góry	boczne	roczne
28	ostatni	obecność	obecności
29	21-szy od góry	grubość	grubości
46	2-gi od góry	neurologia	wenerologia



# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

I. Kilka słów o stosowaniu thioformu w leczeniu chorób wenerycznych i skórnych — Wł. Kopytowski.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

41. O zapaleniu opłucny międzyrzazowem — str. 102. 42. E. Rosenqvist — O wytwarzaniu się cukru z tłuszczu w przypadkach moczówki cukrowej o ciężkim przebiegu — str. 112. 43. K. Grube — O cierpieniach podagrycznych serca i o podagrycznem zapaleniu nerwów obwodowych — str. 114.

### II. Choroby układu nerwowego.

44. Remak — O „odruchu udowym“ w zaburzeniach przewodnictwa rdzenia kręgowego — str. 115. 45. Prof. Oppenheim — O rzadszych przyczynach bezsenności — str. 117.

III. Wiadomości pomniejsze — str. 119.

IV. Korespondencja „Kroniki Lekarskiej“ — str. 120.

Kronika bieżąca — str. 124.

WARSZAWA  
Księgarnia „Lecznica“  
ul. Wesoła 12

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 17 Января 1900 года.

# APTEKA i Skład Wód Mineralnych

NATURALNYCH

wprost ze źródeł sprowadzanych

☀ *M. Barcza* ☀

w Warszawie, Marszałkowska 94.

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

„TLEN w każdym czasie”,

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

---

## Apteka i Skład Wód Mineralnych

*Naturalnych*

wprost ze źródeł sprowadzanych

pod firmą

*Dr. T. Heinrich*

w WARSZAWIE,

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

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