

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Etyologia i leczenie grzybicy (mycosis)

górnego odcinka dróg oddechowych.

Napisał

Dr. JAN SĘDZIAK.

(Praca nagrodzona na konkursie Amerykańskiego Towarzystwa Laryngologicznego i odczytana na zjeździe dorocznym tegoż Towarzystwa w Bostonie w dniu 6-ym czerwca r. b.)

(*Ciąg dalszy.*)

Przechodzę obecnie do *umiejscowienia* grzybicy włoskowcowej w górnym odcinku dróg oddechowych.

Według teorii Siebenmann'a zrogowaceni ulegają przedewszystkiem komórki nabłonkowe płaskie, a więc tylko pars oralis pharyngis, zwłaszcza zaś migdałki podniebienne z ich kryptami są siedliskiem tej sprawy chorobowej.

Stąd też niektórzy autorowie (Hemenway) proponują nawet nazwę tonsillo-mycosis s. mycosis tonsillarum, co jednak nie wytrzymuje krytyki.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że mycosis leptothricia obejmować może prawie cały górny odcinek dróg oddechowych, począwszy od nosogardzieli (Garel, Labit), gdzie przedewszystkiem bywa zajęty migdałek gardzielowy, następnie ostia pharyngea tubarum (M. Schmidt) wreszcie Foveae Rosenmülleri (Law), a skończywszy na krtani (część

krtaniowa nagłości M. Schmidt, Grant, więzy nagłośnio-nalewkowe — Dubler, zatoka gruszkowata — Root, wreszcie struny głosowe — Prince Brown, a nawet i przestrzeń, poniżej strun — Cobb, Dubler), co przemawia więc przeciwko teorii Siebenmann'a (sprawa zrogowacenia komórek płaskonabłonkowych).

Z drugiej jednakże strony nie ulega również żadnej wątpliwości, że najczęstszem siedliskiem tego cierpienia są migdałki podniebienne. W moich spostrzeżeniach były one zajęte z obu stron 15 razy (na 42 przyp.), przyczem lewy migdał 8, zaś prawy 5 razy był bardziej zajęty, zaś 2 razy mniej więcej jednakowo z obu stron.

Jednostronne zajęcie migdałków spostrzegalem 4 razy i znowu o wiele częściej po stronie lewej (3 razy), aniżeli prawej (1 raz).

Stosunkowo często siedliskiem grzybicy włoskowcowej bywają jednocześnie migdał i nasada języka t. j. t. zw. migdał językowy — mianowicie 13 razy w moich spostrzeżeniach.

Według B. Fraenkel'a i Kraus'a grzybica włoskowcowa najczęściej umiejscawia się w obu tych punktach.

Heryng spostrzegał 7 razy zajęcie migdałków samych i 7 razy jednocześnie z zajęciem nasady języka.

Rzadki przypadek umiejscowienia grzybicy włoskowcowej w trzonie (corpus) języka opisał Tuttle.

W większości przypadków w razie jednoczesnego zajęcia tą sprawą chorobową migdałków podniebiennych i nasady języka resp. migdałka językowego zmiany przeważnie silnie są wyrażone na migdałkach, względnie w ich kryptach, wyjątkowo tylko, jak to mianowicie miało miejsce w jednym z moich przypadków głównem siedliskiem grzybicy włoskowcowej był t. zw. migdałek językowy, a nawet w 3 przypadkach spostrzegalem jedynie tylko to ostatnie umiejscowienie.

Jakkolwiek rzadko obok migdałków podniebiennych i t. zw. gardzielowy, czyli migdałek Luschka'i bywa jednocześnie zajęty, jak to mianowicie miało miejsce w jednym z moich

przypadków, a również zdarzyć się może, że zajęte są migdałki podniebienne, gardzielowy i językowy, czyli cały t. zw. pierścień chłonny gardzielowy Waldeyer'a (jeden mój przypadek).

Również grzybica włoskowcowa występować może jednocześnie na migdałkach podniebiennych i w gardzieli (tylna i boczna ściana) — mianowicie na t. zw. granulacyach, oraz fałdach bocznych po za tylnym łukiem (w 2 moich przypadkach), następnie na migdałkach podniebiennych, językowym, jako też na językowej powierzchni nagłośni (również jeden mój przypadek).

Jednem słowem mogą tu być najrozmaitsze kombinacje: tonsille palatinae, lingualis, nasopharynx et pharynx — przyp. Colin'a; tonsillae palatinae et lingualis, Fovea Rosenmülleri, orificia tuborum et pharynx — przyp. Law'a, wreszcie tonsillae palatinae, lingualis, pharyngealis resp. Luschka i, pharynx, nasopharynx et larynx — przyp. Dubler'a.

Rzadki przypadek spostrzegął M. Curtis (rozszerzenie się sprawy grzybicowej przez przewód nosowy na oko — obok zajęcia gardzieli i krtani).

Sama krtać była zajęta w moich przypadkach raz jeden (typowe złogi na strunach głosowych). W przypadku Gray'a okolica chrząstek nalewkowych była siedliskiem grzybicy włoskowcowej, przyczem odpowiednia struna głosowa była nieruchoma, wreszcie w przypadku Price Brown'a były zajęte struny fałszywe, zaś w przyp. Cobb'a — prawdziwe, oraz przestrzeń poniżej strun głosowych.

Obraz kliniczny. Grzybica włoskowcowa w górnym odcinku dróg oddechowych przedstawia się pod postacią mniej, lub więcej licznych — perłowo-białych, twardych czopków, umiejscowionych przeważnie w kryptach migdałków podniebiennych, oraz językowego, częściowo na guziczkach (folliculi) tylnej ścianki gardzieli.

Czopki te znamionują się przedewszystkiem konsystencją

rogową, przypominając wyglądem swoim kolce, stalaktyty (M. Schmidt), lub condylomata acuminata (Toeplitz).

Znamiennem jest również dla tych tworów niezwykle mocne przytwierdzenie do otaczającej tkanki, tak że tylko z trudnością udaje się ich zdjąć, przyczem jest to połączone z mniej, lub więcej obfitem krwawieniem. Przytem otaczająca błona śluzowa może być zupełnie prawidłową, lub w stanie zapalenia nieżyłowego; czy to ostatnie jednak jest w związku przyczynowym z obecnością leptothrix buccalis, jest kwestyą sporną (M. Schmidt).

Faktem jest tylko, że twory te, jako prawidłó, powstają powoli — bez objawów zapalnych, jakkolwiek wyjątkowo zdarzają się i postaci ostre (mycosis leptothricia acuta s. angina leptothricia).

Przypadki tego rodzaju były opisywane przez Santalo'a, Dubler'a (8-io miesięczne dziecko — zejście śmiertelne), Ruault'a, wreszci Spans'a i Unterholzner'a (po 3 przyp.). Ja również spostrzegalem 4 przypadki grzybicy włoskowcowej z ostrym przebiegiem.

(d. c. n.)

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

231. S. Zimnickij. **O stanie aleksynów we krwi ustroju zwierzęcego.** (Russkij Wracz, Nr. 19, 1905).

Jak wiadomo, jednym z zasadniczych punktów spornych w nauce o odporności pomiędzy szkołami francuską a niemiecką jest nierozstrzygnięte dotychczas ostatecznie pytanie, czy aleksyny we krwi ustroju zwierzęcego są związane z jakimikolwiek jej składnikami, czy też krążą w stanie wolnym? Otóż, autor kusi się o rozwiązanie tej zawilej sprawy, nie tyle jednak na zasadzie własnych doświadczeń, ile na podstawie

wniosków, wyciągniętych z badań innych pracowników na tem polu. Własne doświadczenia d-ra Z. polegały na badaniu zjawiska hemolizy, które mniej zależy od wpływów ubocznych różnych innych przyczyn i stanowi wynik współdziałania takich substancji, jak ciała uodporniającego i aleksyny, których ilość można określić dosyć dokładnie. W tym celu autor określał w surowicy krwi królików ilość ciałek białych i równolegle aleksynów, a następnie wstrzykiwał im do żyły uszskiej pewną ilość zawiesiny karminowej (do 0,5 — 0,9 cm. sz.) w fizyologicznym roztworze soli kuchennej; natychmiast potem autor obserwował zmiany w ilości ciałek białych we krwi i zawartość w niej aleksynów (hemolitycznych). Na zasadzie takich doświadczeń d-r Z. przyszedł do wniosku, 1) że ilość aleksynów (hemolitycznych) nie zależy od ilości białych ciałek krwi i 2) ergo, aleksyny są w stanie wolnym. Sprawa ta, zdaniem autora, posiada doniosłe znaczenie zarówno teoretyczne, jak i praktyczne, a mianowicie dla seroterapii. Będąc przeświadczony, że aleksyny w ustroju znajdują się w stanie wolnym, możemy bezpośrednio badać i oceniać ich wartość w walce ustroju z pierwiastkami zakaźnymi, co zapewnia nam możliwość dalszych postępów w udoskonaleniu racjonalnej seroterapii.

W. D.

232. A. Köhler. **W sprawie leczenia wrzodu żołądka i kwaśności nadmiernej soku żołądkowego** («Zur Therapie des Ulcus ventriculi und der Hyperacidität des Magensaftes» Wien. Mediz. Woch. Nr. 21, 1905).

Leczenie oliwą zdobywa sobie powoli coraz poczesniejsze miejsce w pewnej kategorii chorób żołądka. Już w 1902 roku Cohneim wypowiedział zdanie, że oliwa w kurczu odźwiernika działa jak narkotyk. Pomimo tego zmniejsza ona zdolności wydzielnicze śluzówki, co ma wielkie znaczenie np. w nadkwaśności wskutek wrzodu i w (gastrosuccorrhoea) sokotoku żołądkowym przy względnym zwężeniu odźwiernika. Zatem, wskazaniem dla takiego leczenia są: rozszerzenie żołądka, organiczne zwężenie odźwiernika, wrzód odźwiernika, zwężenie kurczowe, a następnie nawet nadkwaśny nieżyt żołądka (gastritis hyperacida), stanowiący jeden z pierwszych etapów w rozwoju owrzodzeń śluzówki. Nadzwyczaj dodatni wpływ wywiera pomieniony środek w niemożliwym do zoperowania wrzodzie rakowatym (ulcus carcinomatosum), po-

nieważ jednocześnie z działaniem znieczulającym oliwy występuje na jaw też jej działanie odżywcze. Ponieważ nie wszyscy chorzy mogą pić wprost łyżką oliwę, przeto autor zaleca jej stosowanie w kapsułkach żelatynowych, zawierających po 3 lub 5 gr. oliwy, tak iż 10 kapsulek 5-gramowych odpowiada 3-m łyżkom stołowym. W końcu, należy zaznaczyć, iż autor stosuje z powodzeniem Caps. ol. olivar. asept. à 3,0 w przypadkach niepowikłanej gastritis hyperacida, zaś — à 5,0 w przypadkach wrzodu oddźwiernika i rozszerzenia żołądka.

W. D.

233. De Boris. **O zapaleniu wyrostka robaczkowego u osób starszych.** (Sem. méd. Nr. 21, 1905).

Z danych statystycznych (Lennander, Leutz, Tavel, panna v. Meyer i in.) wynika, że po 50 latach rzadziej chorują ludzie na zapalenie wyrostka, mianowicie w 3,7%, po 60 w 1,6%. Nie zgadza się z tem, bez słuszności jednak, Rostowcew, który twierdzi, że tyleż osób choruje w wieku młodszym, ile w starszym. Jeżeli jednak rozpatrywać ilość zachorowań do wieku, to widzimy, że najczęściej chorują ludzie między 11 a 20 rokiem (o małych dzieciach się nie mówi), po 50 latach chorują na appendicitis 3 razy rzadziej, a po 60—13 razy rzadziej. Mężczyźni chorują częściej, przyczyny zapalenia są też same, co i u młodych. Co zaś do ilości napadów kolki, to albo chory po 50 latach zapada dopiero po raz pierwszy, w przeciwnym razie ilość t. zw. crise appendiculaire jest mniejsza.

Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych wyrostka robaczkowego u starszych, to przechodzi on zmiany wsteczne starcze (atrophia senilis), długość i szerokość się zmniejsza. Co do zawartości, to, im osobnik starszy, tem mniej anormalnych wytworów zawiera wyrostek, jest on najczęściej po 50 latach albo pusty, albo zarośnięty. Tkanki także przechodzą zmiany wsteczne. W błonie śluzowej znajduje się bardzo dużo grudek chłonnych, średnicy 1 mil., te jednak od 20 lub 30-go roku życia znikają, są spłaszczone tak, że błona śluzowa, która poprzednio miała jakby zęby, jest zupełnie gładka. Przemiany wsteczne są, według wszelkich danych, natury fizyologicznej.

Chcąc podczas operacji znaleźć przedziurawionego wyrostka, trzeba u starszych operować bardzo wcześnie, najczęściej jednak starzy cierpią na appendicitis perforans, co się zaś tyczy zgorzeli, to zdaje się, że jest ona rzadsza, niż u młodych. Jedną z najczęstszych

postaci zapalenia wyrostka robaczkowego jest duża ropowica w fossa iliaca d.; ropowica rzadko przechodzi i na lewą stronę, także do wątroby i opłucny. Ropień jest najczęściej ograniczony; z powodu zaś blizkiego sąsiedztwa z mięśniem lędźwiowo-udowym, często wywołuje się psoitis suppurativa; stwardniałe masy kałowe znajdują się w wyrostku bardzo rzadko. U starszych bardzo rzadkie są postaci chroniczne, o często powtarzających się atakach, bez ropienia samego wyrostka i sąsiednich części. Wogóle choroba rozwija się bez ostrych objawów, jakby ukradkiem, chociaż są i tu wyjątki.

Co się tycze gorączki, to na 40 przypadków autora w 35% ciepłota wahała się między $37^{\circ}6$ a $38^{\circ}5$, w 20% między $38^{\circ}6$ i 39° , w 20% między $39^{\circ}1$ a $39^{\circ}5$, w 25% między $39^{\circ}6$ a $40^{\circ}5$; zdarzają się też niekiedy przypadki stanu zupełnie bezgorączkowego. Co do bolesności punktu Mac. Burney'a, to nie umie autor powiedzieć, o ile częściej zdarza się ona u starych i odwrotnie.

Jak już wyżej powiedziano, zapalenie przyjmuje często u starszych charakter ropowicy, którą niekiedy spostrzega się nagle (appendicite à forme neoplastique) pochodzi, to stąd, że poprzedzające ją ataki kolki bywają nader nieznaczne i chory nie wie, że ma wyrostek robaczkowy nienormalny, koło którego tworzy się powoli ropowica, stąd też częste obrzmienie, zjawiające się jakoby nagle. Co do powikłań, to najczęstszym jest zapalenie otrzewny, mniej więcej zauważyć się daje tak często u starszych, jak u młodszych, mimo to nie należy zapominać, że otrzewna starych mniej jest odporna. Powikłania ze strony wątroby (żołądka — ostre zwyrodnienie, pylephlebitis, ropień) częściej występują u starych (u młodych 1%). Czasem zauważyć można haematemesis. O innych powikłaniach z powodu braku danych autor nie pisze, przypuszcza jednak, że np. ze strony płuc są one częstsze u starszych. Rokowanie (autor ma na myśli przypadki ostrego ropnego zapalenia) jest 2 razy gorsze u starych, a to dla 3 przyczyn: 1) mniejsza odporność otrzewny, 2) częste powikłania ze strony płuc, 3) wyczerpanie z septycemią lub bez niej (z objawu leukocytozy autor nie może nic wywnioskować z powodu braku obserwacji).

Tak więc zapalenia wyrostka skłaniają się do perforacji drogą gangreny (rzadziej gangrena masywna), częściej też towarzyszy mu utworzenie się ropowicy otaczającej wyrostek i ślepą kiszkę. Klinicznie biorąc, appendicitis rzadko przybiera charakter chroniczny, natomiast powstaje, że tak powiemy, zdradliwie po cichu, tworząc duże ropnie; jeżeli powikłane jest zapaleniem otrzewny, grozi często śmiercią. Zależy to wszystko od stanu zaniku, w jakim się wy-

rostek znajduje, i mniejszej odporności. Otrzewna starych nie może też tak walczyć z zakażeniem, jeżeli zaś tak mało stosunkowo jest przypadków zapalenia otrzewny, to wynika to stąd, że zakażenie jest słabsze.

M. B.

234. Sahli. **Badanie trawienia żołądkowego za pomocą t. zw. desmoïde - reaction (odczynu włókniakowego).**

Rozbiór miazgi pokarmowej jest koniecznym dla określenia stanu żołądka, robi go się też w klinice zawsze. Chcąc ułatwić dotychczasowy sposób postępowania (śniadanie próbne, badanie zawartości żołądka i t. p.), proponuje prof. Sahli t. zw. desmoïde — reaction, polegającą na tem, że chory otrzymuje substancję łatwo dającą się wykryć w moczu (jodoform lub błękit metylenowy), przy czem dana substancja tylko wtedy pojawi się w moczu, ślinie i t. p., o ile trawienie w żołądku odbywa się normalnie. Należy tylko owinąć jodoform lub błękit metylenowy w błonę z tkanki łącznej uprzednio nie gotowanej, błona taka rozpuszcza się tylko w roztworze kwasu solnego i pepsyny (co znajduje w żołądku), nie podlega działaniu soku trzustki; autor stosował ślepą kiszkę wołu (w 92 przypadkach), która jednak jest niedogodną, gdyż łatwo się drze, obecnie zaś kładzie jodoform lub błękit metylenowy do rodzaju saszetki (woreczka) z kauczuku, który jest nierozpuszczalnym w soku trawiennym, lecz ponieważ związany jest nitką dostępną działaniu tychże (np. katgutem cienkim nie wyjąłowym, który doskonale zastępuje błonę z tkanki łącznej). Woreczek kauczukowy powinien być czworokątny, 4 c. każda strona długości, grubości $\frac{1}{8}$ milim., po wierzchu należy posypać łojkiem (talcum). Do środka kładzie się 0,10 jodoformu lub 0,05 błękitu metylenowego, lub oba razem, składa się dwie części woreczka, skręca tak, by dobrze przylegały do pigułki, co widać, gdyż guma przyjmuje odcień matowy. Zebrane części woreczka obwiązuje się potrójnie (aby katgut był miękki, kładzie go się na dzień przed użyciem do wody). Zbytecznie wystające kawałki gumy obcina się Saszetki takie mogą 24 godzin i więcej leżeć w wodzie, a zawartość nie wypłynie, również, jeżeli pograżyć je w sok trzustki lub roztwór kwasu solnego 1 — 2%. Jeżeli zaś pograżyć w roztwór kwasu i pepsyny, to następuje przetrawienie katgutu, woreczek się roztwiera i zawartość wypływa. Woreczek taki każe autor połykać po spożyciu obiadu o 12-ej, mocz zbiera się tegoż dnia między 5 — 7 i nazajutrz rano. Jeżeli za pomocą znanych odczynów znajdujemy w moczu jodoform lub błękit metylenowy, to autor nazywa to pozytywną desmoïde — reakcją, która ma miejsce zawsze,

o ile żołądek funkcjonuje normalnie, odczyn negatywny wskazuje że trawienie żołądka nie jest normalne, albo że istnieje w niektórych przypadkach zwięźenie odźwiernika, nadmiar ruchów mięśni żołądka. W przypadkach bezkwasu żołądkowego rokowanie jest złe, o ile desmoide — odczynu niema; dobre, jeśli jest (w przypadkach raka żołądka lub anaemia perniciosas). Nadmienić jeszcze należy, że, o ile się bierze błękit metylenowy, trzeba uważać na przepuszczalność nerek, by nie przypisać złemu stanowi trawienia nieobecność błękitu w moczu, co zależeć będzie od nerek.

(Sem. méd. Nr. 19, 1905).

Matylda Biehler.

II. Choroby dzieci.

235. Olinto de Oliveira. **Krwawa biegunka pelzakowa u dzieci.** («La dysenterie amibienne chez l'enfant»). (Arch. d. médec. Nr. 4. 1905).

Nazwa krwawej biegunki pelzakowej jest częściej używaną, niż nazwa pelzakowego zapalenia kiszek. Pierwszym, który znalazł amebę u dzieci, cierpiących na biegunkę, był Sonsino, potem piszą o tem Leuckart, Pfeiffer (1891 r.), Loesch, Cahen i w. in. Sądząc z literatury, można przypuszczać, że choroba ta rzadko pojawia się u dzieci, otóż autor jest przeciwnego zdania — obserwował on więcej, niż 100 przypadków w ciągu 2-ch lat u dzieci.

Jestto choroba endemiczna — w Afryce znajdujemy ją w Egipcie, w Ameryce Południowej w Porto Alegro, S. Paulo i w całym pasie równikowym — w Europie z rzadka tylko ameba wywołują krwawą biegunkę, w Stanach Zjeonoczonych — znajduje się sporo przypadków, w szczególności od czasu, gdy zwrócono uwagę na tę chorobę. W szczególności grasuje w lecie, chociaż istnieje rok cały, nigdy jednak nie przybiera charakteru epidemii, jak to się ma z biegunką krwawą wywołaną lasecznikiem sigha.

Choroba ta nie jest zaraźliwą (czasem 10% zapada na nią kilka osób w rodzinie). U dzieci płeć nie wywiera wpływu (u dorosłych, według Osler'a, zachorowuje mężczyzn 90%, autor znalazł 60% dla chłopców). Najwięcej chorują biali. Co się tycze dzieci, to od 0 — 1 roku — 0 nie chorują prawie wcale.

1 — 2	—	5%
2 — 5	—	37%

5 — 10	---	45%
10 — 15	—	13%

Widzimy, że do 10 lat najwięcej, potem procent się zmniejsza. Najmłodsze dziecko, jakie autor obserwował, miało 14 miesięcy.

Co się tyczy przyczyny, to choroba ta zależy od wody i owoców. Co do wody, to, chociaż jest ona przyczyną biegunki według autorów, to jednak Oliveiro z tem się nie zgadza, gdyż pacjenci jego pili wodę i źródlaną, i z rzek, i filtrowaną, jednym słowem—różną; co zaś do owoców, to najbardziej obwiniają morele i winogrona w szczególności nadpsute i w Venezyeli owoc t. zw. guaybas, (kto nie je owoców, nie choruje, prócz tego choroba najbardziej panuje w tym czasie, gdy jest najwięcej owoców). Prawdopodobnie owoce są tylko czynnikiem usposabiającym do zaburzeń, a może też wprowadzają zarodek choroby do organizmu. Nie wszyscy autorowie zgadzają się z tem, że przyczyną krwawej biegunki są ameby, dowodząc, że znajdują się one w wydzielinach chorych na zapalenie kiszek, chorych biorących sól karlsbadzką, a nawet u zdrowych. Ostatecznie jednak badania Kartulis'a, Osler'a Harris i in. stwierdziły:

1. Stałą obecność pasorzyta w kiszkiach podczas choroby
2. Specyficzną jadowitość wydzielin.
3. Bezskuteczność zastrzykiwań hodowli lasecznika Sigha.
4. Brak aglutynacji z las. Sigha.
5. Swoiste objawy kliniczne.
6. Brak charakteru epidemicznego.
7. Swoisty wygląd wydzielin kiszek pod mikroskopem.
8. Charakterystyczne zmiany anatomo-patologiczne.

Autor dodaje jeszcze 2 punkty, mianowicie:

9. Eozynofilia często bardzo widoczna.
10. Wczesne wystąpienie ameb już w okresie rozpoczynania się choroby, co wyklucza myśl, by były to wtórne drobnoustroje, osiadające w organizmie już osłabionym przez chorobę.

Ameby znajdują się w wydzielinach i w ścianach grubej kiszki w szczególności w głębi owrzodzeń, także w ścianach i ropie ropni wątroby pochodzenia dyzenterycznego. Autor nie widział ich nigdy we krwi, moczu, zawartości żołądka i t. p.

Pasorzyty te są masą zarodki formy nieregularnej, w czasie spokoju lub nieżywe mają formę okrągłą, w prze-

cięciu 20 — 25 m. Masa jest przezroczysta, ruchoma, ruchy są dwojakiego rodzaju: 1) przemieszczania się ciągłego, przy czem ameba przyjmuje formę podłużną, porusza się zawsze po tej samej linii. 2) pasorzyt wyciąga niby nóżki (pseudopoda) we wszystkich kierunkach, zmieniając miejsce powoli bez szczególnego kierunku; te ostatnie zauważyć można, jeżeli brać tylko co oddany kał, pierwsze, jeżeli wyparuje się kał za pomocą wody i to przy temperaturze 25 — 30°. Ameba składa się z dwóch części: zewnętrznej żelatynowatej przezroczystej — *ectosare*, którą się widzi dobrze przy ruchach pasorzyta, i wewnętrznej z ziarniną *endosare*, która zawiera dużo jamek (vacuoles), bakterii i ciałek krwi (2, 3, 8 i t. p. czasem do 30). Ciałka krwi są małe, spłaszczone, jądra nie widać w zwykłych warunkach, chociaż zabarwienie za pomocą tioniny (Mallory Wright); niebieskiego polichromu Unny, hematoksyliny (Fajardo) nie zawsze pozwala je jasno widzieć. Ameby zjawiają się w pierwszych 24 godz. choroby w śluzie wydzielin pozostając do końca choroby, czasem znikają, by znów się pojawić. Podobno istnieje zależność pomiędzy ilością, wielkością i działalnością ameby, a siłą choroby, wiadomości te jednak wymagają sprawdzenia. Biologia ameby jest nader ciekawą, podobno istnieją 2 rodzaje, jeden chorobotwórczy, nazwany przez Schaudinn'a *Entameba histolytica* i drugi rodzaj, który znajduje się nawet u zdrowych i nie wywołuje biegunki; autor znajdował w wydzielinach tylko amebę chorobotwórczą. Oprócz ameb znajdują się jeszcze w wydzielinach chorych na krwawą biegunkę następujące pasorzyty: 1. *Trichomonas intestinalis* — ciało ich świecące, przezroczyste, rzadko posiada jameczki (vacuola) lub ciałka krwi, flagella są bardzo ruchliwe i odporne, zazwyczaj w przypadkach chronicznych; 2. *Lamblija intestinalis* albo *megastoma entericum*, zawsze bez ruchu i w wielkiej ilości. 4. *Balantidium coli* (2 razy znalazł autor — raz były tu ameby, raz nie); 5. *Anguilula stercoralis* w małej ilości razem z amebami — biegunka miała przytem specjalny charakter. 6. *Jajeczka* nematodes lub *Uncinaria*. 7. Wielka ilość drobnoustrojów, które często pogarszają stan chorego i są przyczyną śmierci (autor cytuje przypadki ze swej praktyki).

Przy biegunce znajduje się zawsze owrzodzenia różnej wielkości od mikroskopijnych do kilkucentymetrowych i w różnej ilości, zazwyczaj w grubej kiszce, rzadko idące po za co-

lon transversum. Zazwyczaj oddzielone są zdrową tkanką, brzeży są zgrubiałe, podniesione po nad błonę śluzową, koloru różowego, który przechodzi w ciemno szary. Dno utworzone jest przez miazgę, która składa się z krwi i śluzu a także białych ciałek krwi, zwyrodniałych komórek, resztek pokarmów, ameb, trichomonades, bakteryi i t. p. Czasem znów owrzodzenie pokryte jest strupem włóknikowym lub zgorzelowym. Często owrzodzenie dosięga mięśni a czasem serosa, czasem zajęte bywają i sąsiednie tkanki, proces zapalny (exsudatio) jest prawie żaden. Ameby znajdują się po bokach owrzodzenia w jego częściach zmartwiałych, prawie nigdy w tkankach normalnych; owrzodzenia rozprzestrzeniają się z ogromną szybkością, czasem owrzodzenia pokrywają się błonami jakby dyfterytycznymi, które się widzi o ile błona śluzowa wypadnie. Prolapsus pozwala też na obserwowanie krwotoków, które bywają skutkiem wylewu krwi do owrzodzeń, albo skurczu kiszki i tenesmus, które uciskają owrzodzenia, wlewając do nich krew; ta ostatnia pozostaje czysta lub łączy się ze śluzem.

Cierpienia krwi mało są znane, również innych organów. Biegunka pełzakowa ma przebieg powolny, często się wraca, czasem ma charakter ostry (jak dyzenterya drobnoustrojowa) w szczególności u dzieci. Czasem zaczyna się nagle, by potem rozwinąć się powoli, czasem powoli, tak że otoczenie niewie, jak się to stało. Biegunka ta przedstawia 3 typy. 1. *Forma ostra* zaczyna się wysoką gorączką 38 — 39, czasem 40° ogólnym niedomaganiem, wymiotami, bólem brzucha, przecyzszczeniem 2 — 6 wypróżnień na 24 godzin (zapach cuchnący) o charakterze biegunki (częste z parciem i t. p). Ameby znajdują się w pierwszych 24 godzinach; szybko przechodzi, o ile niema powikłania ze strony jakich drobnoustrojów.

2. *Forma podostra* zaczyna się bez gorączki lub z bardzo słabą, bóle słabe, silniejsze wieczorem i przy dotknięciu brzucha, rozwolnienie, koloru brązowego, cuchnące, pokryte pianą, potem ze śluzem i krwią, w kilka dni potem występują wszystkie objawy biegunki krwawej.

3. *Forma przewlekła*, albo wydzielinny są odrazu takie, jak w dyzenteryi, albo — po kilku godzinach.

O ile choroba jest ciężka, bywa dziennie po 10 — 15 — 20 wypróżnień, stan ogólny zły, brak apetytu, objawy peritonitis, zimne kończyny, czkawka. Trwa czasem bez końca, to znów przechodzi i wraca. Bóle poprzedzają tylko wypróżnienie

(w brzuchu i krzyżu). Wypróżnienie jest to śluz przezroczysty lub nie, czasem białawo żółty lub zielony, czasem wygląda jak kawałki tkanki, śluz połączony z kawałkami kału zielonego, żółtego lub brązowego koloru i z krwią, której ilość waha się od kropli do sporej ilości (jak przy krwotokach); w przypadkach chronicznych krew jest bardziej płynna. Często śluz wygląda jak ziarnka tapioki lub jak plwocina, rzadko bardzo znajduje się ropa. Zapach nader przykry. Odczyn zawsze alkaliczny, gdy jest kwaśny, wtedy znikają pełzaki. W wydzielinach znajdujemy śluz, nabłonek, Mastzellen, ciałka krwi, komórki acedofilne, kryształki Charcot-Leyden, pełzaki.

O ile choroba długo się przeciąga, zauważyć można anemię, przejściowe obrzęki twarzy i kończyn (jak to często bywa u dzieci), zależnie od ilości chlorku sodu, którego jest mniej, niż normalnie. Układ nerwowy bez zmiany; w ciężkich przypadkach zawroty głowy, czkawka. Trawienie mniej dobre, brzuch bolesny, apetyt gorszy, wątroba powiększona — śledziona normalna. Otwór stolcowy wskutek ciągłego parcia nawet w lekkich przypadkach rozszerzony, czasem prolapsus ani. Czasem parcie na pęcherz, czasem enuresis nocturna, czasem białkomocz, ilość indykanu nie powiększona, trochę więcej skatolu. Tętno czasem nieregularne, ciśnienie obniżone, tony serca słabsze w szczególności drugi u podstawy tętnicy głównej, szmer w wenie wraz z anemią.

Co się tycze rokowania, to *quo ad vitam* jest ono dobre w szczególności u dzieci bardzo rzadko umierają na biegunkę persę. Najgłówniejszą przyczyną śmierci ropnie wątroby przez infekcję pełzakową, jest prawie zupełnie nieznaną u dzieci.

W każdym bądź razie choroba ze względu na swoją stałość i chroniczność dobrą nie jest, mniej też bezpieczną z powodu, iż się powtarza i że leczenie jest dość trudne i długie. Można jej się też obawiać ze względów społecznych, gdyż w niektórych miejscowościach panuje endemicznie, z kąd może się rozprzestrzenić, tembardziej, że nie wiele wiemy jak jej zapobiedz.

Leczenie pozostawia dużo do życzenia. Należy jednak pilnować, by ratunek był udzielony natychmiast, każdy dzień opóźnienia stanowi.

O ile autor przywołany jest do przypadku ostrego, nakazuje zupełną dyetę, daje tylko odwar z ryżu, jęczmienia lub owsa i wodę zimną w małych dawkach, nie pozwala nic przy-

mować, nawet mleka lub buljonu. Następnie daje kalomel w małych dawkach 0,01, 0,02 0,05, stosownie do wieku dziecka co 2 godziny 5 razy; jeżeli są silne bóle i parcie, dodaje trochę ipecacuanhae i trochę makowca, co mali chorzy (po 2-ach latach najczęściej chorują) dobrze znoszą. Czasem daje w płynie trochę soli przeczyszczającej z ipeca i opium; prócz tego lawatywy ciepłe z krochmalu lub kleiku (można w razie bólów i parcia dodać trochę opium, chociaż i bez tego lawatywy uspakajają). O ile okres ostry przejdzie, daje autor kwas mleczny pod postacią lemoniady co $\frac{1}{2}$ godziny w dużych dawkach, dodaje do tego Simaruba, guarana lub jaki adstringens—tonica brazylijskie, bardzo często używane przez naród. Zamiast lawatyw robi się irygacye z chinu, tymolu, wody utlenionej, z kreozolem, jodem, jeżeli zaś owrzodzenia są coraz większe, ze słabego roztworu argen. nitric, zincum sulf., cuprum i t. p.; mimo to choroba może przejść w chroniczną. W chronicznych przypadkach zaczyna się od środka przeczyszczającego (magnesia citric. magnes. sulf. lub chlorata), ażeby usunąć resztki pokarmów i śluzu; dyeta bez względu na wiek pacyenta, usuwa się wszystko, co wymaga ruchu kiszek (jarzyny, kasza, chleb, mięso, tłuszcz, owoce, wino, korzenie, mleko zabronione). Małym dzieciom wolno mleko na pół z odwarem ryżu, mąki, kaszki, starszym daje się zupy, jajka. Wszystkie leki mało są skuteczne, najlepszą okazała się siarka (sulf. praecip.) daje się w płynie lub z miodem w dużych dawkach, czasem dodaje się do tego bizmut lub jakie adotringen. Nie trzeba też zapominać o irygacyach ani też o tem, że chorzy ci są zawsze anemiczni, słabi, dyspeptycy. Kwas solny, china, simaruba, guarana, colombo, żelazo, są nader pożyteczne. Pobyt na świeżem powietrzu na wsi dobrze robi. Mimo to wszystko, choroba ta jest nader uporczywa i w większej ilości przypadków z trudnością ustępuje, a, jeśli ustępuje, to na to, by powrócić *Matylda Biehler.*

236. G. Scholle. **Otok ropny (empyema) zatok czołowych u dzieci w związku z ostreimi chorobami zakaźnymi.** (Odbitka z «Dietsk. Mediciny» 1904).

Ze wszystkich przylegających do nosa jam choroby zatok czołowych u dzieci bezwarunkowo należą do najrzadziej spotykanych. Tłumaczy się to tem, że małe dzieci (do 6—7 lat) jeszcze nie posiadają zatok czołowych, zupełnie sformowanych.

dopiero w 14 — 15 roku. Jak wiadomo, zatoki czołowe komunikują się z nosem za pomocą ductus naso-frontalis, dzięki czemu zarazek ze śluzówek nosa i jamy nosogardzielowej może się przedostać bezpośrednio do nich.

Według badań Wolf'a, dokonanych na trupach dzieci zmarłych na dyfteryt, szkarlatynę i odrę, okazuje się, iż we wszystkich tych chorobach biorą udział w ogólnem zakażeniu jamy przylegające do nosa; udział ten zaznacza się różnemi zmianami śluzówek, poczynając od zwykłych nieżyków i kończąc ropną wydzieliną, w której zazwyczaj spotykamy rozmaite drobnoustroje. Co się tyczy specjalnie dyfteryt, to przy niezajętym nosie spotykamy wyłącznie zwyczajne zmiany nieżytowe, bez obecności laseczników Löffler'a w jamach przylegających do nosa; zawsze natomiast spotykamy tutaj specyficzne bakterye i nawet specyficzne błony, jeżeli dyfteryt przeszedł do nosa.

Główne oznaki zajęcia zatok czołowych są następujące: bolesność na przedniej i dolnej ścianie zatoki przy perkusyi lub ucisku palcem; wymacywanie końcem małego palca wystającego i ustępującego przy ucisku dna zatoki, co czasem może spowodować ropotok z odnośnej nozdrzy, najważniejszy objaw ropnego otoku zatok czołowych; dalej spotykamy spuchnięcie wewnętrznego brzegu oczodołu, obrzęk górnej powieki, exophthalmus (wystawanie) i przesunięcie się gałki ocznej; zaczerwienienie skóry wskutek badania występuje wyraźniej i dłużej się trzyma z chorej strony; duże znaczenie posiada też prześwietlanie zatok.

Leczenie ropnego otoku zawsze chirurgiczne.

Autor opisuje następnie dwa własne przypadki ropnego otoku, nierozpoznane za życia. W pierwszym przypadku wystąpiły u dziesięcioletniego chłopczyka po prawie jednoczesnym przebiegu odry i szkarlatyny niektóre z wyżej wymienionych objawów ocznych, które mylnie przyjęto za wyraz skrzepu w zatokach mózgowych, powstałego na tle uszłego ropotoku. W drugim przypadku otok ropny zatok czołowych powstały na gruncie szkarlatyny u dziewięcioletniej dziewczynki niczem się nie uwydatniał, prócz gorączki o ropnym charakterze i przerzutu w lewem kolanie. W obydwóch przypadkach było znaczne zajęcie gardzieli, połączone z martwicą na migdałach. Oba przypadki zakończyły się ropnem zapaleniem opon mózgowych.

F. Venulet

237. Hein. **W sprawie fizyczno-chemicznych właściwości moczu noworodków i o jego własnościach trujących.** (Rozprawa na stopień doktora medycyny. Petersburg, 1904 r.).

Wydzielanie moczu u noworodków wzmagają się w ciągu pierwszych 6-ciu dni, od 16,8 ctm. sz. do 205,8. Ilość moczu zależy od ilości przyjmowanego pokarmu, wagi dziecka i od liczby porodów matki. Stosunkowa ilość moczu, obliczona na kilo wagi, u dzieci jest 6-go dnia życia prawie 3 razy większą, niż u dorosłych. Ciężar właściwy moczu ulega wahaniom od 1,001 do 1,019. Maximum bywa 2-go dnia, minimum 6-go. Ilość Na Cl w ciągu pierwszych czterech dni stopniowo się zmniejsza od 2,734‰ do 0,905‰, dobową ilość Na Cl wynosi wtedy 62,29 — 88,87 mmgr., w ciągu 5 i 6 dnia wzmagają się; dobową ilość dochodzi wówczas do 172,92 — 338,76 mmgr. Co się tyczy punktu zamarzania moczu, podlega on znacznym wahaniom zależnie od osobnika i czasu; maximum tych wahań znajdujemy 4-go dnia. Ścisłego związku między punktem zamarzania, a ilością moczu, ciężarem właściwym i ilością Na Cl nie można wykazać. Ogólne nasylenie moczu, wyrażone w gram-molekułach, waha się między 0,0648 — 0,6820. Śród ciał, podlegających dysocjacji, w ciągu pierwszych 4 dni przeważają sole organiczne, w ciągu 2-ch następnych nieorganiczne (u dorosłych prawie wyłącznie nieorganiczne). Stosunek molekuł, podlegających dysocjacji, do niepodlegających jej = 0,69 pierwszego dnia; następnych dni = od 0,86 do 1,63 (u dorosłych = 0,75 stale). Przewaga molekuł, podlegających dysocjacji, jest charakterystyczną dla moczu noworodków. Mocz noworodków ma silniejsze własności trujące, niż mocz dorosłych. Te własności trujące zależą od molekularnej koncentracji moczu.

M. P.

238. Korablew. **Zmiany gruczołów chłonnych w niektórych chorobach zakaźnych ostrych u dzieci.** (Rozprawa na stopień doktora medycyny. Petersburg, 1903 r.).

W dyfteryie gardła występuje zwyrodnienie szkliste, charakterystyczne dla tej sprawy, i złogi włóknika w gruczołach chłonnych szyi. Toksyny dyfterytu wywołują nekrozę w różnych grupach naczyń chłonnych, które wskutek tego tracą zdolność wykonywania czynności, i następuje zastęp-

czy przerost innych gruczołów. Zmiany zapalne w gruczołach w szkarlatynie są dobrotliwe i krótkotrwałe, o ile na podłożu, przygotowanym przez szkarlatynę, nie rozwijają się w gruczołach sprawy, wywołane przez inne mikroby. W odrze, prócz zwykłych ostrych zmian zapalnych, mamy powiększoną liczbę folikulów. W gastroenteritis acuta w krezkowych i pachwinowych gruczołach chłonnych występują chroniczne zmiany zapalne, które mogą spowodować nadmierny rozwój tkanki włóknistej. Przy wszystkich powyższych stanach zapalnych zmiany patologiczne występują przeważnie w folikulach warstwy korowej. A zatem ze wszystkich wyliczonych chorób zakaźnych bezpośredni wpływ na powstawanie chronicznego zapalenia gruczołów chłonnych posiada tylko gastroenteritis acuta.

M. P.

230. Mendel (Gazette des hopitaux, Nr. 48, 1905) znów zaleca **wewnątrzchawicowe wstrzykiwania w leczeniu gruźlicy płuc**, po dokonaniu przezeń urposzczeń w technice tego zabiegu. Otóż, chory nie powinien wykonywać żadnych ruchów polykowych, podczas gdy lekarz nastrzykuje małą ilość płynu na tylną ściankę gardzieli — wówczas płyn sam przez się ścieka do dróg oddechowych. Instrumentarium składa się ze strzykawki o pojemności 3 cm. sz., wyciągniętej brodawkowato, i na którą nakłada się zwyczajnie (bez śruby) rurkę tchawiczną (canule). Sposób wstrzykiwania wogóle jest podobny do zabiegu przy badaniu laryngoskopem, rurkę przyciska się mocno do lewego przedniego łuku podniebieniowego, dzięki czemu otrzymuje się dla niej pewny punkt oparcia, i chory nie otrzymuje bynajmniej przykrego wrażenia (autor załącza odnośne rysunki.) Co do płynu, to autor stosuje obecnie 5 — 10% ol. eukalyptowy (przemity w wysoku i wyjałowiony); zaczyna się zwykle od $\frac{1}{2}$ strzykawki, szybko dochodząc do 4-ch — takie leczenie odbywa się codziennie w ciągu całego miesiąca, następuje przerwa i znów leczenie, zależnie od wskazania. Ogólne skutki takiej metody: 1) szybki przyrost rozszerzalności klatki piersiowej i 2) absolutna zbyteczność terapii wewnętrznej, przez co unika się wszelkiej niestrawności lekowej. Skutki miejscowe: 1) codzienne działanie na krtań, co stanowi istotny środek zapobiegawczy przeciw gruźlicy krtani, 2) zmniejszenie kaszlu i plwociny (w $\frac{4}{5}$ przypadków) i 3) poprawa wyników osłuchiwania — zniknięcie rzeżeń w po-

łowie przypadków. Przytoczone wyniki można osiągnąć w ciągu 1 — 2 tygodni. Doświadczenie swoje w omawianej sprawie autor opiera na 7-letniej praktyce, innemi słowy — na przeszło 200 chorych, leczonych tą metodą. *W. D.*

III. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

231. W celu **zapobieżenia jodzicy (jodismus)** podczas leczenia kiły Lieven (Münch. Med. Woch. Nr. 13, 1905) podaje przepis następujący: Kali jod. 30,0, Ferri citr. ammon. 4,0, Strychnini nitrici 0,02, Elaeosocch. Menth. pip. 5,0, Aq. flor. Aurant. ad 120,0. MDS. 1 łyżeczkę od herbaty (= 1,0 kal. jodat. w $\frac{1}{2}$ l. wody). *W. D.*

232. Weissman (Med. Klinik Nr. 12, 1905) zaleca **hämorrhoid**, extractum Pantjanosae, **przeciw krwawnicom** — 3 tabliczki dziennie, ogółem 30 — 45 sztuk. Pantjasona należy do południowo-azyatyckich dyniowatych (cucurbitaceae). *W. D.*

233. Walko. **O miejscowym leczeniu wyskokiem.** (Prager medicinische Wochenschrift, Nr. 4, 1905 r.).

Autor robił swoje doświadczenia z nowym preparatem „Alkoholsellitem,” który jest twardą masą z 6 części celulozy na 94 części wyskoku. Preparat ten sprzedaje się w postaci płytek. Przy użyciu pokrywa go się ceratką i przymocowuje się bandażem. Pod działaniem ciepła preparat łatwo się rozpuszcza. Zalety tego preparatu są te, że nie tak prędko jak wyskok się nie ulatnia i że nie wywołuje żadnych podrażnień skóry. Dobre wyniki widział autor w róży, należy przy tem nadmienić, że w 4 przypadkach zauważył lekkie wypadanie włosów. Dalej zwraca uwagę autor na dobry wsysający wpływ tych okładów w nie nadających się do operacji przypadkach gruźlicy otrzewny i w zapaleniu ślepej kiszki. W gruźlicy otrzewny stosowano oprócz okładów z 50% wyskoku jeszcze i okłady z siemienia lnianego. *W. B.*

234. Flien. **Leczenie ozeny za pomocą zastrzykiwań twardej parafiny.** (Berl. klin. Wochensch. Nr. 10, 1905).

Autor i inni lekarze starali się zwięzić kanał nosowy, gdyż, jak wiadomo, jest pewien związek z ozeną i nadmierną szerokością kanału nosowego. Fliess robił zastrzykiwania do dolnej muszli nosowej za pomocą zmodyfikowanej szpryki Eckstein'a. W dwunastu przypadkach autor zrobił 32 zastrzyknięć z tym wynikiem, że stan chorych przy tem leczeniu tak znacznie się poprawił, jak przy żadnym innym sposobie leczenia. *W. B.*

235. **K u z m a n n.** **Nowy sposób znieczulania.** (Wiener medicinische Wochenschrift. Nr. 9, 1905).

Gdy zastrzyknąć pod skórę roztworu Hyoscini muriatici 0,05 na 40 Aquae destillatae pół szpryki Pravaz'a, to jest 0,001, utrzymuje się zupełnie miejscowe znieczulenie, które utrzymuje się przez kilka godzin i nie wywołuje najmniejszych ubocznych objawów. Autor otrzymał tym sposobem świetne wyniki i poleca ten sposób znieczulania do dalszego chirurgicznego stosowania i zbadania. *W. B.*

236. **Meningitis cerebrospinalis epidemica** leczy **W o l f f** za pomocą **surowicy przeciwbłoniczej**, wychodząc z tego założenia, że surowica ta niszczy meningococcus. Otrzymał on uader dobre wyniki w 4-ch przypadkach, za jego przykładem poszedł **W a i t z f e l d e r**, który stosował surowicę w 17 przypadkach: 10 chorych wyzdrowiało, 3 umarło, 4 pozostało jeszcze w leczeniu. Należy zastrzykiwać co dzień lub co drugi dzień, stosownie do przypadku (jeżeli cięższy, to częściej), po 6000 jednostek antytoksycznych u dzieci poniżej 5 lat, 8000 u dzieci od 5 do 12 lat i 10000 u dorosłych. Bardzo często — wszakże nie zawsze, występuje po zastrzyknięciu spadek temperatury. U wszystkich wyżej wymienionych chorych nie było opistotonus. a rigidity nuchae była w bardzo słabym stopniu.

(Sem. méd. Nr. 12. 1905).

M. B.

237. Zdaniem **K ö p p e ' g o** (Deutsche Aerzte-Ztg. 1905, Z. 9) w leczeniu **krztuśca** zasługuje na stosowanie **arystochina**, pozbawiony smaku przetwórcziny. Niemowlętom do 1-go roku, a również starszym, lecz słabowitym dzieciom daje się po 0,25 do 4-ch razy dziennie; po upływie pewnego czasu od zażycia pomienionego środka podaje się miksturę z kwasem solnym. Proszek można dawać z cukrem, gelée owocowem, mlekiem. Działanie takie same, jak i chininy. *W. D.*

238. **Radioterapia w łuszczycy** dała dobre wyniki D-r Marquis u 25-letniego chorego, który od 4-ch lat cierpiał na łuszczycę (dobre wyniki otrzymał też Bernhardt, p. sem. méd. 1902 r. str. 16 i 1904 r. str. 166, natomiast Sjørgen nie otrzymał żadnego polepszenia).

Co się tycze techniki leczenia, to najpierw poddawano działaniu promieni przez 10 minut ręce co 3 lub 4 dni. Po pięciu posiedzeniach swędzenie ustąpiło, przyczem łuski zaczęły spadać, pojawił się tylko rumień na tych częściach, które były poddane działaniu promieni. Mimo to odbyły się jeszcze 2 posiedzenia, jedno trwało 6 minut, drugie 4 minuty, łuszczycza zupełnie zniknęła. Wtedy zaczęto leczyć łokcie, plecy, kolana, łydki i piersi. Chory wyleczony opuścił szpital. Od 5-u miesięcy nie było powtórnego zachorowania. Nadmienić należy, że przed zastosowaniem radioterapii wyczerpano już wszelkie inne znane środki.

(Sem. med. Nr. 12, 1905).

M. B.

Kronika bieżąca.

(z) Proszeni jesteśmy o zaznaczenie, że 17 — 24 Września odbędzie się zjazd psychiatrów w Kijowie. Składka rb. 8. Prezesem jest I. A. Schorski, sekretarzami Dobrogajew, A. Sikorski i Flejszman.

(z) D. 22 z. m. przypadała 9 rocznica założenia tutejszego Pogotowia Ratunkowego.

(z) Biblioteka lekarska ukończyła druk t. I „Chorób dzieci“ d-ra A. Comby'ego.

(z) Według wiadomości pism petersburskich, w Król. Polskiem w r. b. było 33 przypadki nagmin. zapalenia opon mózgoworzeniowych.

(z) Opiekunowie sanitarni rozpoczęli już swą czynność w Warszawie.

Otrzymałmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

Za pośrednictwem Twego pisma pragniemy zawiadomić ogół lekarski, że posiadamy w znacznej ilości szczepionki przeciwcholearyczne naszego wyrobu, które możemy wysyłać kolegom w dowolnych ilościach na każde żądanie. Szczepionki są przyrządzone z wirjonów zabitych przy 56° i zawierają 0,5% fenolu w celu łatwiejszego przechowywania.

Próby szczepień ochronnych są już zapoczątkowane przez jednego z nas i zostaną wkrótce ogłoszone z wymienieniem przyro-

stu istot bakteryobójczych i aglutynacyjnych. Dawka dla pierwszego szczepienia dla osobników dorosłych wynosi 1 cm., dla powtórnego po 5 dniach 2 cm.

Odczyn ustroju oprócz zmian humoralnych swoistych wyraża się krótkotrwałym nasileniem ciepłoty (maximum do 38°), a także obrzękiem, zaczerwienieniem i bolesnością w miejscu zastrzyknięcia, znikającymi po 24 — 48 godzinach.

Z wysokim szacunkiem

Karwacki
Żurakowski.

(kn) Pytanie, czy w wojnie przyszłej między mocarstwami Europy straty, odpowiednio do broni udoskonalonej, będą coraz większe, omawiano już na różny sposób. Wyniki toczącej się obecnej kampanii rosyjsko-japońskiej rozstrzygnęły już, zdaje się, kwestyę twierdząco; bądź co bądź, pewnym jest, że służba sanitarna na dziś wśród i po walce zadanie nadzwyczaj ciężkie i sprostać może zadaniu li tylko wśród wysiłków nadludzkich. Trudności te będą wzmagają się coraz więcej, broń bowiem nowoczesna małego kalibru mało zabija, rani bardzo wielu, gdy dawniej od kul karabinowych starego systemu konała na pobojowisku większość żołnierzy wkrótce już po otrzymaniu ran.

Wobec innych zupełnie warunków balistycznych i odmiennej całkiem taktyki na polu bitwy, konieczną staje się reforma odpowiednia w regulaminie służby wojskowo-lekarskiej. Tu też nasuwa się całkiem słusznie kwestya do rozstrzygnięcia, czy rannych sanitaryusze unosić winni z linii ognia bezzwłocznie, czy w ogóle personel lekarski czynnym być musi w obrębie strzałów, czy nie stosowniej wyczekać czasu, w którym tragarze spełnią obowiązek swój bez narażania siebie samych na kule nieprzyjacielskie. Na pierwszy rzut oka postępowanie dotychczasowe wydaje się więcej ludzkim, ranny bowiem otrzymuje pomoc doraźną.

Pomimo to, ód dłuższego już czasu wątpią niektórzy, czy metoda taka odpowiada dzisiejszemu sposobowi wojowania, czy nie jest marnowaniem bez celu i lekarzy i pomocników lekarskich. Przedstawmy sobie np. linię piechoty w pozycji leżącej, która wymienia strzały z oddalonym o kilkaset metrów nieprzyjacielem. Znaku krzyża czerwonego na przepasce białej wróg z dystansu takiego nie dostrzeże; gdy zaś i następne strzelców szeregi leżą w miejscach zabezpieczonych o tyle, o ile, schronienia tego opuszczać nie może, oczywiście, i personel sanitarny. Gdy teraz zwróci się uwagę, że koło rannego tworzy się zwykle grupa zajętych nim sanitaryuszy, zrozumiemy łatwo, że ta ostatnia stanowi cel wyborny dla nieprzyjaciela, który też nie omieszka skorzystać z tego bezzwłocznie. Zgromadzenie ludzi, powstające w chwili układania postrzelonego na nosze, jest lepszym jeszcze dla kul celem. Zdarzało się też nie raz, że cały personel sanitarny wraz z lekarzami wybijano doszczętnie już w ciągu pierwszych godzin spotkania. Że na ewentualność taką musi być przygotowanym każdy na wojnie, o tem wiedzą wszyscy, zachodzi jednak pytanie, co osiąga się ofiarami?

Jednemu z rannych, ułożonemu na tragach, uda się szczęśliwie wycofać z pola walki, drugiego i trzeciego trafi jeszcze raz kula na noszach, czwarty zwali się z nich i połamie nogi, gdy padnie sanitaryusz—tragarz. A pamiętaćć wszak trzeba, iż o nowy komplet pomocników lekarskich na wojnie nie jest znów tak łatwo. Cóż poczną ranni później, gdy obsługa lekarska wyginie cała jeszcze na początku spotkania?

Z racyi tej proponowano już nieraz, by wojowników rannych tak długo pozostawiać losowi własnemu, dopóki nie będzie można podejść do nich bezpieczniejszemu, niekoniecznie więc zatem po skończonej bitwie, lecz wtedy już, gdy pozycya, na której pozostali ranni, wykluczona została z linii ognia. Postępowanie takie, biorąc każdy po szczególe wypadek, może razić pozorem nieuczulości, lecz ten brak serca ogółowi wyjść może na pożytek tylko.

W duchu tym wyraził się niedawno i prof. Küttner z Tybingi. Mówca przyjmował udział bezpośredni w kampanii tureckiej, angloburskiej i chińskiej. Zdaniem autora, na skutek wprowadzenia w użycie prochu bezdymnego, cel staje się zawsze wyraźniejszym, w obec czego próby zabrania rannych bezwzględnie z miejsca stają się niewykonalnymi prawie; bolesne szczyrby w szeregach oddziału sanitarnego czynią dezyderat powyższy uzasadnionym zupełnie. Niekiedy też początek roboty odłożyć wypadnie do pory wieczornej lub nocnej nawet, bez względu na wiążące się z tym stanem rzeczy trudności.

(w) *Z Dalekiego Wschodu* powrócił, zwolniony wskutek choroby, kol. Edward Tymieniecki oraz z Portu Artura koledzy: Maryan Ejger i bracia Lipstadtowie.

Zmarli: D-r Piotr Szapocznik z Warszawy, w Czerwcu r. b. w Berlinie, w wieku lat 35.

Herman Nothnadel, profesor kliniki lekarskiej w uniwersytecie wiedeńskim zmarł dnia 7 Lipca b. r. nagle skutkiem miażdżycy naczyń. Urodzony w r. 1841 uzyskał w r. 1803 stopień doktora medycyny w uniwersytecie berlińskim. Od r. 1865, po 1868 był asystentem prof. Leydena w Krakowie, w r. 1870 brał jako lekarz wojskowy udział w wojnie niemiecko-francuskiej, w r. 1872 powołano go do Jenu na profesora, skąd w r. 1882 przeniósł się do Wiednia, gdzie rozległą cieszył się praktyką. N. jest atorem cennej farmakologii, dyagnostyki miejscowej chorób mózgu, inicjatorem wielkiego podręcznika zbiorowemi siłami wydanego z patologii i terapii szczególnie chorób wewnętrznych oraz wielu prac klinicznych.

Do Nr. bieżącego dla wszystkich P. P. prenumeratorów dołącza się broszura „Automatyczne utrzymywanie temperatury jednostajnej zapomocą termorstatów systemu Johnson'a.“

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

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

KAPIELE

kwaso-węglowe

wydaje zakład kąpielowy

KSIĄŻĘCA № 4.

I Choroby nosa, jego zatok,

oraz jamy Nosogardzielowej.

II Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku

z licznymi rysunkami są do nabycia po rub. 2 i 3 (student-
ci za pół ceny) u autora-wydawcy

D-ra JANA SĘDZIAKA—Erywańska 10.

KROWIANKA OSPA OCHRONNA

w Warszawie, Daniłowiczowska 8. Telef. 528.

Inst. D-ra Tchórznickiego.

Dr. B. POLIKIER

z Warszawy

== (choroby wewnętrzne i dzieci) ==

ordynuje jak lat poprzednich

PRZEZ SEZON LETNI w Ciechocinku (POD KORONĄ)

BUSKO

Dr. Majkowski

praktykować będzie ==

== przez cały sezon

(od 20 Maja do 20 Września).

Tegoż do nabycia we wszystkich księgarniach:

„Busko—wody siarczano-słone.”

1905 r. kop. 80.

Ciechociński Zakład kąpielowo-zdrowy

niniejszem ogłasza, że zapasy **lecniczego szlamu i lecniczego ługu** otrzymanych jako produktu uboczne przy warzeniu soli i służące do przygotowania sztucznych kąpeli solankowych, oraz Ciechocińska $\frac{1}{3}\%$ i $1\frac{1}{2}\%$ gazowana solanka do picia sprzedaje się w Zarządzie Zakładu w Ciechocinku po cenach następujących, a mianowicie: **SZLAM** partjami większemi ponad 100 pudów po 40 k. za pud i przy detalicznej sprzedaży po 60 kop. za pud, oprócz tego dolicza się po 20 kop. od puda za worek i opakowanie.

ŁUG partjami większemi ponad 500 butelek litrowych po kop. 4 za litr i przy detalicznej sprzedaży po 6 k. za litr, oprócz tego dolicza się po 6 kop. za butelkę litrową.

GAZOWANA SOLANKA partjami większemi ponad 1000 pół litrowych butelek po 4 kop. za pół litra i przy detalicznej sprzedaży po 6 k. za pół litra, oprócz tego dolicza się po 5 kop. za półlitrową butelkę

Za pudła i fracht płaci się osobno. Woreczki (pudowe) i butelk przyjmują się z powrotem w połowie ceny. Sprzedaż skutecznia się za gotówkę.

<p>•MATTONIEGO GISSHÜBLER najczystsza woda mineralna SZCZAWA-ALKALICZNA</p>	<p>Najlepszy Dyetetyczny i Orzeźwiający Napój</p>
--	---

Nowe katalogi ilustrowane franco.

Nowe katalogi ilustrowane franco.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.