

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7 półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“ — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Ziota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. Prace oryginalne. O wewnętrznem użyciu solanki ciechocińskiej i wskazaniach do stosowania tego środka. Skreślił F. Arnstein. (Dokończenie). — W sprawie istoty przyszczycy (eczema) i stosunku jej do innych cierpień skóry. Napisał d-r Funk. (Dokończenie). — Wykłady kliniczne. Cukromocz niezależny od cukrzycy. — Streszczenia i wyciągi. 42. Nawal płucny samolstny. 43. Przyczynę do etiologii zapalenia wstęrdzia u dzieci. — Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Posiedzenie z dnia 21 i 28 kwietnia r. b. — Z Towarzystwa lekarskiego Wileńskiego. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r F. Arnstein — Sur l'emploi et les indications des sources salées de Ciechocinek. 2) D-r Funk — Sur la pathogénie de l'eczème et ses relations avec les autres maladies de la peau.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r F. Arnstein — Ueber den Gebrauch der Salzquellen von Ciechocinek und die Indicationen für dieses Mittel. 2) D-r Funk — Ueber das Wesen des Ekzems und sein Verhältniss zu anderen Hautleiden.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Str. Krak.-Przedm. 7.

O WEWNĘTRZNEM UŻYCIU SOLANKI CIECHOCIŃSKIEJ i wskazaniach do stosowania tego środka.

skreślił

FELIKS ARNSTEIN

lekarz praktykujący w Kutnie i Ciechocinku.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 17).

Z powyższego wynika, że wewnętrzne użycie solanki ciechocińskiej słabej 1 1/2 % może znaleźć zastosowanie w wielu stanach chorobowych; że jednak, chcąc ją z pożytkiem stosować, należy obok stanów chorobowych uwzględnić warunki osobiste chorego więcej, aniżeli przy użyciu innych solanek. Dopiero przy pogodzeniu jednego z drugim osiągnąć się dają za pomocą niej pożądane skutki lecznicze.

Wskazaniami do wewnętrznego użycia solanki ciechocińskiej 1 1/2 % będą przedewszystkiem stany chorobowe, polegające na zwolnionej przemianie ma-

Arne 208/58/13

teryi, sprowadzające już to pewne zmiany we krwi i w odżywianiu tkanek, już nagromadzenie w tkankach nieprawidłowych jakichś produktów, a zatem żolzy i krzywica, dna i otyłość.

1) Żolzy. Czem są właściwie żolzy, dokładnie nie wiemy. Na mocy jednak zmian chorobowych, jakie w tem cierpieniu spotykamy, i na mocy analogii z pewnemi cierpieniami (gruźlica, przymiot), mamy prawo twierdzić, że żolzy są chorobą ogólną — konstytucjonalną, chorobą krwi, sprowadzającą liczne zapalne i zwyrodniające sprawy w różnych tkankach i narządach, głównie zaś na skórze, błonach śluzowych (górnym dróg oddechowych), w narządach zmysłowych (oko i ucho) i w narządzie chłonnym.

Oddawna klinicznie odróżniają 2 postacie żolzów: opieszalą (*scrophulosis torpida*) i urażliwą (*scrophulosis eretica*). Czy to są istotnie dwie postacie jednej i tej samej choroby, czy też należą do dwóch zupełnie odrębnych stanów chorobowych, jak to wielu już oddawna dowodziło, a w ostatnich czasach coraz więcej nabiera prawdopodobieństwa, jeszcze dziś nie możemy powiedzieć napewno. Dla pewnych jednak względów, a szczególnie przez wzgląd na leczenie, musimy do czasu zachować ten podział; inne bowiem mamy wskazania w żolzach opieszalych, a inne w urażliwych.

Czy obie postacie żolzów kwalifikują się do leczenia w Ciechocinku i w jakiej mierze, jest sprawą niejednokrotnie rozważaną. Obserwacja kliniczna zdaje się przemawiać za tem, że w pewnych granicach tak w jednej, jak i drugiej postaci otrzymać można za pomocą leczenia w Ciechocinku pomyślne wyniki lecznicze. O ile jednak w żolzach opieszalych, rekrutujących się po większej części z dzieci nieźle odżywianych, nie małokrwistych, nieosłabionych, dosyć odpornych, możemy sobie pozwolić na zastosowanie całego arsenału leczniczego, nie wyłączając i wewnętrznego użycia solanki, o tyle w żolzach urażliwych, dotyczących prawie wyłącznie dzieci źle odżywianych, nędznych, małokrwistych i ciężkimi miejscowymi cierpieniami obarczonych, z wielką oględnością musimy stosować leczenie w Ciechocinku. Przy tej postaci żolzów wewnętrzne użycie solanki Ciechocińskiej rzadko będzie wskazane, a najczęściej przeciwwskazane.

W jaki sposób działa solanka przy wewnętrznym użyciu w żolzach wogóle, dokładnie nie wiemy; czy ma ona jakieś swoiste działanie, bardzo jest wątpliwem, raczej przypuszczać możemy, że działanie jej polega na przyspieszeniu przemiany materii w pewnym kierunku i na poprawie stanu krwi i odżywiania tkanek. W ten sposób najłatwiej sobie wytłomaczyć możemy skuteczny jej wpływ w tak zwanej dyatezie żolzowej, jako też we wszelkich sprawach zapalnych i degeneracyjnych na tle żolzów, gdyż obok usunięcia chorobowych zmian właściwych żolzom przedewszystkiem i stale widzimy poprawę w ogólnem odżywianiu ustroju.

Czy istnieją w żolzach przeciwwskazania do wewnętrznego użycia solanki ciechocińskiej, jest to pytanie, nad którem musimy się nieco zastanowić, a to głównie dlatego, że dosyć często lekarze zabraniają jej użycia dzieciom chorym na żolzy nawet opieszale. Niejednokrotnie miałem sposobność słyszeć od rodziców dzieci, przysłanych na leczenie do Ciechocinka, że lekarze domowi zabronili picia solanki ciechocińskiej, jako za mocnej, z tego lub owego powodu, np. z przyczyny umiejscowienia sprawy żolzowej w narządzie wzrokowym lub słuchowym.

Przy ścisłem jednak rozważaniu pogląd ten nie wytrzymuje krytyki i nie jest bynajmniej podzielany przez większość lekarzy, praktykujących w Ciecho-

cinku, a zatem najlepiej obeznanym z działaniem leczniczym solanki. Ja sam na mocy osobistego doświadczenia twierdzić muszę, że używana do picia i podawana w umiarkowanych ilościach $1\frac{1}{2}\%$ solanka już to sama, już w potrzebie rozcieńczona, bywa zupełnie dobrze znoszona przez dzieci chore na zółzy opieszale, że picie solanki będzie wskazane i niewątpliwie skuteczne we wszystkich niemal przypadkach zółzów opieszale, że żadne prawie umiejscowienie sprawy zółzowej nie może stanowić przeciwwskazania do wewnętrznego użycia solanki, gdy tylko ze strony chorego ustroju nie ma żadnej przeszkody, co w gruncie rzeczy prawie zawsze ma miejsce w zółzach opieszale.

W tem miejscu uważamy za właściwe poruszyć sprawę mało dotąd uwzględnianą w pracach, poświęconych zółzom, a mianowicie dotyczącą niektórych postaci biegunek przewlekłych u dzieci starszych. Corocznie widuje w Ciechocinku pewną ilość dzieci z wyraźnym usposobieniem zółzowem, dotkniętych od wielu miesięcy uporczywą biegunką, bezskutecznie leczoną w domu. Biegunka ta rozwija się niewątpliwie na tle zółzów. Jeżeli przyjmujemy, że na tle zółzów powstają nieżyty błon śluzowych górnych dróg oddechowych (nosa, gardzieli i t. d.), to dlaczego nie mielibyśmy przypuścić, że na temże tle powstać mogą przewlekłe nieżyty kiszkowe? Zresztą i leczenie pod pewnym względem potwierdza to przypuszczenie. We wszystkich tego rodzaju przypadkach widziałem wielki pożytek z podawania w umiarkowanych ilościach kilka razy dziennie wód, zawierających sól kuchenną, jak Kissingen, Soden i t. p.

Biegunki, nieraz od wielu miesięcy trwające, przy tem leczeniu, skombinowanym z kąpielami, w krótkim stosunkowo czasie uległy już to znacznemu polepszeniu, już częściej zupełnemu wyleczeniu. W tego rodzaju przypadkach przypuszczam, że i wewnętrzne użycie solanki ciechocińskiej w małych ilościach i może ogrzanej mogłoby również być stosowane z pożytkiem, na co radbym zwrócić uwagę lekarzy, praktykujących w Ciechocinku.

Co do sposobu podawania solanki ciechocińskiej, zauważyć należy, że tylko umiarkowane jej użycie (3 do 6 uncji na dobę) przynosi pożytek dzieciom chorym na zółzy. Podawanie jej w większych ilościach z celem wywołania obfitszych wypróżnień, z błędnych teoretycznych rozumowań wynikłe i dawniej często stosowane, nie ma żadnej racji bytu i nie zgadza się z poglądem naszym na patogenezę tej choroby.

2) Drugą chorobą, w której stosujemy nieraz solankę ciechocińską, jest krzywica. Dzieci chore na krzywicę są zwykle w mniejszym lub większym stopniu chore na zółzy, lecz są zwykle małokrwiste i źle odżywiane. Ztąd i wewnętrzne użycie solanki ciechocińskiej jest w krzywicy więcej ograniczone, a nawet często przeciwwskazane; w większości przypadków krzywicy przy leczeniu balneo-terapeutycznym okazuje się nieodzownem obok odpowiedniego pożywienia podawanie wód żelazistych. W wielu jednak przypadkach chętnie i z niewątpliwym pożytkiem łączymy wody te z umiarkowaną ilością solanki ciechocińskiej.

3) Dną jest, jak wiadomo, cierpieniem, polegającym na pewnych zbożeniach w przemianie materji, których ostatecznym wynikiem są pewne zmiany we krwi (nagromadzenie wolnego kwasu moczowego, zmniejszenie alkaliczności krwi) i odkładanie się w niektórych narządach i tkankach ustroju nieprawidłowych produktów przemiany materji. Ztąd wszystko, co z jednej strony wpływa na pobudzenie przemiany materji, a z drugiej na zmniejszenie

kwaśności krwi i wydzielin, policzyć należy do środków, skutecznie zwalczających przypadłości właściwe tej chorobie.

Obok odpowiedniej zmiany w trybie życia (dycie i higienie), bardzo ważnej w leczeniu dny, oddawna czynniki balneo-terapeutyczne uważane są za najskuteczniejsze w tej chorobie, oddawna stawą w leczeniu tej choroby cieszą się źródła alkaliczne (Vichy, Fachingen i t. p.), alkaliczno-solne (Karlsbad, Maryenbad), niemniej i solanki (Homburg, Wiesbaden, i t. p.). W jakich przypadkach będą więcej wskazane źródła alkaliczne i alkaliczno-solne, a w jakich solanki, nie tak łatwo sformułować; i o to bynajmniej i my się kuścić nie będziemy. Sądzimy jednak, że wszędzie gdzie mogą znaleźć zastosowanie solanki, tam i solanka ciechocińska, przy uwzględnieniu zawsze osobniczych warunków, może być z pożytkiem stosowana; sądzimy nawet, że tam, gdzie warunki osobnicze na to pozwalają, solanka ciechocińska, jako silnie pobudzająca przemianę materii, będzie o wiele skuteczniejsza od innych słabszych od niej solanek. Tylko w przypadkach, gdzie ucierpiał odżywianie ogólne, u chorych na dnę wyniszczonych, małokrwistych, zbyt silne pobudzenie przemiany materii za pomocą solanki ciechocińskiej będzie niesprzyjające. Tam zaś, gdzie mamy do czynienia z chorymi na dnę dobrze odżywianymi, u chorych z zaburzeniami w krążeniu w jamie brzusznej, a szczególnie u chorych otyłych, solanka ciechocińska, tak zewnętrznie w postaci kąpieli, jak i wewnętrznie stosowana, daje pomyślne wyniki. Stosując u tego rodzaju chorych picie systematyczne solanki ciechocińskiej w ilościach dosyć znacznych już to samej, już w połączeniu z jakąś ze szczaw, zawsze widziałem równie dobre wyniki, jak przy użyciu wód alkaliczno-solnych, z którymi pod względem siły działania na przemianę materii solanka ciechocińska ma wiele podobieństwa.

Nie chcemy bynajmniej przez to obniżyć znaczenia leczniczego źródeł alkaliczno-solnych w leczeniu dny; ponieważ jednak corocznie przybywa do Ciechocinka znaczna ilość chorych z przyczyny różnych przypadłości, na tle skażenia moczanowego powstałych, a szczególnie z przyczyny mniej lub więcej silnych bólów mięśniowych i stawowych dla leczenia kąpielowego, uważaliśmy przeto za właściwe zwrócić uwagę na pożytek w tego rodzaju przypadkach z współczesnego użycia kąpieli i picia solanki ciechocińskiej.

4) O t y ł o ś ć. Przed dwoma laty podałem ¹⁾ wyniki, osiągnięte w kilkunastu przypadkach otyłości wyższego stopnia, leczonych przez mnie w Ciechocinku za pomocą systematycznego przez kilka tygodni picia solanki ciechocińskiej, przyczem przyszedłem do przekonania, że za pomocą wewnętrznego użycia solanki ciechocińskiej w połączeniu z leczeniem kąpielowym osiągnąć można bardzo wydatne odłuszczenie w daleko posuniętych przypadkach otyłości, nie ustępujące w niczem skutkom, spostrzeganym przy leczeniu w Maryenbadzie, a przewyższające działanie słabych solanek (Kissingen, Homburg i t. p.). Dalsza moja obserwacja w ciągu dwóch następnych lat powyższy pogląd w zupełności potwierdziła tak, że uważam leczenie otyłości za pomocą solanki ciechocińskiej tak z teoretycznego punktu widzenia, jako też na mocy obserwacji za zupełnie uzasadnione. Że leczenie otyłości za pomocą solanki ciechocińskiej tak mało dotąd znalazło zwolenników, tembardziej

¹⁾ Przyczynek do leczenia otyłości za pomocą wewnętrznego i zewnętrznego stosowania solanki ciechocińskiej. „Medycyna“ Nr. 23 i 24. 1897.

dziwić musi, że już STOCKMAN w cennej swej pracy²⁾, drukowanej jeszcze w 1882 r., na mocy osobistej obserwacji, zachwala leczenie otyłości za pomocą wewnętrznego użycia solanki. W rozdziale o leczeniu otyłych w Ciechocinku powiada on: „obserwacja nauczyła, że chorzy otyli z korzyścią używają leczenia w Ciechocinku, biorąc nie tylko kąpiele solankowe, lecz pijąc przy tem solankę“.

Oto jest nieliczny szereg chorób, w których wewnętrzne użycie solanki ciechocińskiej z pożytkiem bywa stosowane.

Oprócz tego wewnętrzne użycie solanki ciechocińskiej będzie wskazane w wielu innych stanach chorobowych, połączonych z leniwem trawieniem, ze zboczeniami w krążeniu w jamie brzusznej, z tak zwanem przekrwieniem brzuszmem (*plethora abdominalis*), polegającym na zastojach krwi w narządach jamy brzusznej.

Co się tyczy cierpień żołądkowo-kiszkowych, sędzę, że w niektórych postaciach niestrawności solanka ciechocińska mogłaby być z pożytkiem stosowana, już to sama, już rozcieńczona i ogrzana; w tym kierunku byłyby pożądane próby doświadczalne i kliniczne tak nad zdrowymi, jak i chorymi.

Na tem kończę uwagi, dotyczące wewnętrznego użycia solanki ciechocińskiej, zaznaczając jeszcze raz, że, ze względu na działanie jej na ustrój, zasługuje ona na obszerniejsze daleko zastosowanie, aniżeli to dotąd ma miejsce.

W SPRAWIE ISTOTY PRYSZCZYCY (ECZEMA)

i stosunku jej do innych cierpień skóry.

Napisał

D-r FUNK.

(Dokończenie.—Zob. N. 17).

Kilka słów jeszcze o roli czynników zewnętrznych w etiologii pryszczycy.

Mówiliśmy już o drobnoustrojach, jako czynnikach zewnętrznych w powstawaniu pryszczycy. Widzieliśmy, że drobnoustroje ropotwórcze są stałymi mieszkańcami powierzchni skóry i przyległych błon śluzowych. Stwierdziliśmy też, że usposobienie do pryszczycy jednoczy się zazwyczaj z usposobieniem do zakażeń ropnych. Badanie tych spraw znajduje się dopiero w okresie przygotowawczym, musimy przeto poprzestać na przypuszczeniu, że udział drobnoustrojów ropotwórczych w powstawaniu pryszczycy wogóle, nie zaś pewnej jej postaci (*Eczema impetiginosum*), jest bardzo znaczny i obecnie jeszcze niedoceniony.

Inne czynniki zewnętrzne, mechaniczne, cieplikowe, świetlne, zwłaszcza zaś chemiczne, wywołują pryszczycę u osób usposobionych. Pod wpływem

²⁾ STOCKMAN. Ciechocinek pod względem lekarskim. Warszawa. 1882.

małoznaczących bodźców powstaje niekiedy ciężka, długotrwała pryszczycza; przytoczyłem poprzednio parę podobnych przypadków. NEISSER opowiada, że lekarz pewien cierpiał długie lata na pryszczycę rąk pochodzenia nieznanego, dopóki nie odkryto, że powstawała ona pod wpływem najdrobniejszych cząstek jodoformu. Badanie pryszczycy zawodowej wykazuje, że też same ciała chemiczne (oleje, farby, pokosty, i t. p.) w tych samych warunkach wywołują nieżyty skóry u pewnych tylko osobników, innym nie szkodzą wcale.

Na zdrowej skórze wywołują bodźce chemiczne właściwe sobie zmiany. Inaczej działa olejek krotonowy, inaczej nalewka jodowa lub pryszczydło. Nieraz też ze zmian na skórze odgadniemy czynnik chemiczny. UNNA wykazał, że każde z tych ciał chemicznych wywołuje właściwe sobie zmiany anatomiczne, zawsze od pryszczycy różne. Tak samo wszakże przy działaniu żrącym kwasu saletrzanego, siarczanego, potasu gryzącego lub chlorku cynku, znajdujemy właściwe, dla każdego z tych ciał inne zmiany tkankowe.

Drapanie wytwarza, jak to wiadomo, pryszczycę na skórze dotkniętej świądem. Działa ono jako czynnik mechaniczny, drażniący tkankę, ale też jako przenośnik drobnoustrojów ropotwórczych. TÖRÖK sądzi, że skóra, świądem dotknięta, już przez to samo, t. j. wskutek „nieprawidłowej innerwacji“ usposobiona jest do pryszczycy. Ale sprawa jest bardziej złożona: eczematyzyzacja lub lichenizacja nie powstaje na każdej, świądem dotkniętej skórze, tak np. w świądzie starczym (*pruritus senilis*) skóra, mimo drapania, pozostaje niezmienną, przeciwnie w „*prurigo*“ znacznym ulega zmianom. Wszystko więc zależy od istnienia lub braku skłonności do nieprawidłowego odczynu skóry na pewne bodźce.

Ze wszystkich powyższych danych wnioskujemy, że pryszczycza powstaje pod wpływem najrozmaitszych i różnie skojarzonych czynników, usposabiających, pomocniczych i wywołujących. Pod wpływem tedy usposobienia dziedzicznego, dyatezy, zatrucia i samozatrucia, czynników psychicznych i czynników zewnętrznych powstaje na drodze nerwowej przekrwienie i wysięk w warstwach powierzchownych skóry z następczym zakażeniem niespecyficznym zmienionej w odżywianiu tkanki. W pewnych przypadkach ten lub ów czynnik może wystąpić na pierwszy plan, przyćmić inne i zapanować nad obrazem chorobowym, co prowadzi nieraz do błędnego tłumaczenia przyczyn.

Pryszczycza stanowi, łącznie z innymi nieżytami skóry, jedną organiczną całość. Mimo tak różnorodnych z pozoru typów i odmian pryszczycy, wszystkie one łączą się w jeden nieprzerwany łańcuch. Ogniwa krańcowe tego łańcucha stykają się ściśle z jednej strony z rumieniami (*erythemata*), z przeciwległej zaś ze sprawami pasorzytowymi skóry. Przewaga znaczna przyczyn wewnętrznych nad zewnętrznymi zbliża pryszczycę do rumieni, i przeciwnie, przewaga czynników zewnętrznych nadaje pryszczycy cechy cierpienia pasorzytowego.

*

*

*

II.

Przechodzimy obecnie do drugiej części naszego zadania, mianowicie stosunku pryszczycy do innych cierpień skóry. Będziemy rozważali z jednej strony skojarzenia dwóch różnych cierpień, z drugiej postacie i przypadki przejściowe, które stanowią łącznik pomiędzy cierpieniami skóry. Przedmiot to obszerny, godny opracowania na wielkiej klinice. Ułamki, któreśmy zebrać mogli, będą drobnym tylko przyczynkiem do tej sprawy.

Jest przedewszystkiem rzeczą pewną, że w pewnych rodzinach spotykamy obok pryszczycy inne cierpienia skóry, jako to: łuszczycę, pokrzywkę, świąd lub rumień. Mamy tu do czynienia z usposobieniem rodzinnem do cierpień skóry charakteru nerwowego; postać wysypki, morfologia jest zawsze rzeczą podrzędną.

Wspominaliśmy już, że skłonność do pryszczycy, pokrzywki, łuszczycy spotykamy często pośród rodzin, usposobionych do zwolnień przeróbki (BAZIN, BOUCHARD); nic łatwiejszego istotnie, jak rzeczywistość związku powyższego sprawdzić. Muszę dodać, że już trzykrotnie napotykałem pośród jednej rodziny pryszczycę i *lichen planus*, po dwa razy u braci rodzonych, raz u matki i syna.

Usposobienie do dwóch różnych odczynów skóry, np. do pryszczycy i pokrzywki, spotykamy też u jednej i tej samej osoby.

Skojarzenia takie pryszczycy i pokrzywki nie należą do zbyt rzadkich. Tak np. u dzieci w pierwszych 3 latach życia spotykałem niejednokrotnie pryszczycę całej powierzchni skóry uporczywą i męczącą, ze zmianami najcięższymi na skórze kończyn. U tych dzieci znajdowałem wydatne objawy krzywicy, zaburzenia trawienia, błędy w dyecie bardzo znaczne i rumień pokrzywkowy (*erythema urticatum*, *urticaria infantum*) w wywiadach. Ani jeden z tych przypadków nie przeistoczył się w „*prurigo*“.

U osób dorosłych powstaje na tle usposobienia do pryszczycy i do pokrzywki inna dość typowa odmiana pryszczycy, którą spotykałem przeważnie u kobiet między 30—40 rokiem życia. Jest to ostra pryszczycą twarzy ze znacznym, bladym obrzękiem, zwłaszcza na powiekach, powracająca uporczywie w ciągu miesięcy i lat. Napady typowej pokrzywki w wywiadach. Arsenik w sporej dawce działa w tej postaci pryszczycy niemal jak środek specyficzny.

Współczesny rozwój pryszczycy i rumienia (*Erythema*) spotykamy często po stosowaniu zewnętrznem rtęci, rzadziej jodoformu. Pryszczycą powstaje tu w miejscu zastosowania leku, rumień zaś na pozostałej skórze. W przypadkach, które widziałem, pryszczycą zlewała się z rumieniem (*Erythema papulatum*) bez wyraźnej granicy; w jednym nawet przypadku guziczki typowej pryszczycy rozrzucone były pomiędzy wykwitami rumienia. W innym znów ciężkim przypadku rumienia (*Erythema bullosum grave universale*), który powstał po przyłożeniu gazy jodoformowej na niewielką ranę, rozwinęła się w okresie zdrowienia obszerna pryszczycą (*Eryth. papulosum*) na skórze kończyn.

W przypadkach rumienia płonicowatego (*Erythema scarlatiniforme desquam.*), który ze wszystkich odmian rumienia najbardziej zbliżony jest do pryszczycy, stwierdzałem nieraz powikłania nieżytowe, np. nieżyt łojotokowy (*seborrhoea*) głowy i twarzy, lub też pryszczycę moknącą sromu i przegubów.

Pryszczycą kojarzy się też niekiedy z łuszczycą. Spotykałem nieraz u osób chorych na pryszczycę typową stare nieruchome wykwitły łuszczycy na łokciach, rzadziej na kolanach.

Może też powstawać pryszczycą wespół ze świądem (*pruritus cutan.*) w ten sposób, że przy świądzie całej powierzchni skóry zajmuje pryszczycą tylko pewne okolice, zazwyczaj grzbiet obu rąk i przedramiona.

Jeszcze słów parę o t. zw. echematyzacji i lichenizacji (BROcq). Nowe te nazwy określają rzecz zdawna znaną; wiadomem jest, że nieżyty łojotokowe (UNNA) i pryszczycą powstawać mogą zarówno na zdrowej, jak na chorej

skórze. Powstają one pod wpływem czynników zewnętrznych, drapania, czynników chemicznych, a przede wszystkim zakażenia, ale źródło swe mają w usposobieniu ustroju do nieprawidłowego odczynu skóry. Jak niejednakowy bywa odczyn skóry, najłatwiej przekonać się można przy leczeniu świerzby (*scabies*); zdarza się często, że maść, która delikatnej skórze dziecka żadnej nie wyrządza szkody, wywołuje u ojca uporczywą pryszczycę, budząc u tego ostatniego uśpione usposobienie.

* * *

Ważniejszymi jednak od skojarzeń są postacie i przypadki przejściowe, które jednocześnie liczne cierpienia skóry w jedną obszerną rodzinę. Przypadków niejasnych, łączących w sobie cechy różnych cierpień skóry, bywa bardzo wiele.

I tak na granicy między pryszczycą a łuszczycą wiele podobnych spotykamy przypadków; zacierają one zgoła granicę między temi sprawami. Oto jeden z pomiędzy wielu: u mężczyzny 55-letniego dwie wielkie plamy, ściśle zarysowane, czerwone, lekko łuszczące się zajmują od dwóch lat całą prawie potylicę; gwałtowne obostrzenie w czasie podróży (zazębienie), z dreszczem, gorączką, bolesnością okolicy zajętej i znacznym wysiękiem — obraz ostrej moknącej pryszczycy. Po upływie dni kilkunastu powrót stopniowy do poprzedniego stanu, jednocześnie powstają plamy symetryczne na łokciach i przedramionach, czerwone, swędzące, nie pokryte łuską; wyleczenie pod kołtarem w ciągu kilku tygodni.

Takich przypadków wątpliwych bywa wiele, a badanie stosunku między pryszczycą a łuszczycą utrudnia ta jeszcze okoliczność, że typowe wykwitły łuszczycy ulegać mogą eczematyzacyi, co niejednokrotnie zdarzało mi się widzieć. W starych przypadkach łuszczycy wykwitły przeistaczają się i zbliżają częstokroć do pryszczycy; spotykamy tu obszerne plamy lichenizowane, o granicach zatartych, słabo łuszczące się i swędzące ⁷⁾.

Jako łącznik między pryszczycą a „*lichen planus*“ muszę uważać pewne przypadki lichenizacyi, które ze względu na szybki rozwój i rozległość wysypki zbliżają się do „*lichen planus*“. Nie ulega też dla mnie wątpliwości, że pewne przypadki „lichenizacyi“ powstają w sposób dość szybki, nie mogą być przeto uważane za pryszczycę przewlekłą ⁸⁾. W jednym przypadku pokrzywki, u kobiety 40-letniej, widziałem lichenizację grzbietu rąk i przedramion, która powstała w sposób ostry w ciągu dni kilkunastu i wkrótce wraz z pokrzywką znikła.

Na punkty, łączące ostrą pryszczycę z rumieniami, zwracałem przy niejedynej sposobności uwagę na poprzedzających kartkach. Każdego uderzyć muszą wspólne obu cierpieniom rysy: też same przyczyny wywołujące, jednaki ostry początek, objawy ogólne, przebieg cykliczny, umiejscowienie symetryczne z przewagą wysypki na kończynach i twarzy. Zdarzają się przypadki, w których jednocześnie się cechy pryszczycy i rumienia. Oto np. streszczony w krótkich słowach przypadek rumienia płoncowatego (*Erythema scarlatini-*

⁷⁾ Właśnie postacie ograniczone pryszczycy (*Eczema figuratum*) stanowią łącznik pomiędzy dwiema pomienionemi sprawami. Wiele jeszcze będzie sporów o granicę między pryszczycą a łuszczycą (por. prace ostatnie TOROK'a o „*Seborrhoea corp.*“, i ANDRY o „*Ecz. seborr.*“), o granicy, której prawdopodobnie nie ma.

⁸⁾ Por. w tym względzie poglądy BROCC-JACQUET'a.

niezdatną do codziennego użytku. Trzeba więc starać się o wodę źródlaną lub rzeczną filtrowaną.

W Ciechocinku zaprowadzenie wodociągów znacznie wpłynęło na podniesienie frekwencji (w r. 1894 — 3172 osób, w r. 1896 — 5686). Drugą ważną sprawą jest sposób usuwania nieczystości. Kanalizacja w ścisłym znaczeniu tego słowa wymaga bardzo wielkich nakładów i bliskości dużej i spławnej rzeki. Kanalizacja za pomocą rur i cystern jest możliwa dla małych zakładów (Otwock). Z wielu względów za najpraktyczniejszy mówca uważa system, przyjęty od r. 1891 w Ciechocinku: murowane doły kłoczne, cementowane wewnątrz i zewnątrz, codziennie wysypywane proszkiem torfowym i oczyszczone przed i po sezonie; pompy zlewane są do beczek, wywożonych codziennie po za zakład; suche śmiecie składane są do skrzyń szczelnie zamkniętych. Za trzecią ważną sprawę wewnętrzną naszych zdrojowisk R. uważa dobre utrzymanie dróg i ścieżek spacerowych, osuszanie miejsc wilgotnych i wogóle nadzór sanitarny nad najbliższymi okolicami zdrojowiska. Niektóre z tych spraw będą mogły być załatwione tylko na drodze prawodawczej (patrz memoriał DOBRZYCKIEGO, czytany na zjeździe balneologów w Petersburgu). Odczytywanie sprawozdań i opisów miejscowości leczniczych, jakie miało miejsce w sekcji balneologicznej, nie wielką przynosi korzyść.

Według kol. RUPPERTA należałoby utworzyć delegację, złożoną z członków sekcji oraz techników i inżynierów, której zadaniem byłoby zwiedzenie zdrojowisk i projektowanie potrzebnych tam ulepszeń sanitarnych wraz z podawaniem sposobów przeprowadzenia tych ulepszeń w zastosowaniu do miejscowych warunków.

W dyskusji kol. St. MARKIEWICZ podnosi ważność dokładnego usuwania pompy. Najlepiej jest te ostatnie przed wydaleniem dezynfekować. Co do proponowanej delegacji, to obowiązkiem jej byłoby umiejętne zszeregowanie sanitarnych potrzeb danej miejscowości, oznaczenie, które z tych potrzeb są najważniejsze i najpilniejsze, które mniej ważne. W ten sposób właściciele zdrojowisk nie byłiby zrażeni wielkością nakładów i mogliby stopniowo zastosować się do wymagań delegacji.

Delegacja techników może być wzywana na żądanie właścicieli lub zarządu i przez tychże płatna, gdyż trudno jest wymagać, aby ludzie fachowi ofiarowywali swe usługi i pracę za darmo.

Kol. M. REJCHMANN dołączył do spraw wewnętrznych naszych zdrojowisk, poruszonych przez kol. RUPPERTA, bardzo ważną sprawę żywienia, które w zakładach naszych bardzo szwankuje. Sprawa ta będzie przedmiotem osobnego referatu na jednym z następnych posiedzeń.

Kol. A. SOKOŁOWSKI radzi poddać szczegółowemu roztrząsaniu dezyderaty kol. RUPPERTA. Ze swej strony podnosi potrzebę urządzania zjazdów balneologicznych w naszych miejscowościach leczniczych. Takie zjazdy zagranicą są powszechnie przyjęte i posuwają w znacznym stopniu sprawę balneologii. Czyby się nie dało urządzić takiego zjazdu w Ciechocinku lub jakiej innej miejscowości kąpielowej?

Z dyskusji nad tym przedmiotem wynikło, że urządzenie takiego zjazdu w Ciechocinku tymczasem przedstawiałoby znaczne trudności, dlatego też radzono wybrać na rok bieżący inną miejscowość np. Nałęczów. Kol. PUŁAWSKI obiecał porozumieć się w tym względzie z zarządem tej miejscowości, a przewodniczący wyjednać za pośrednictwem Rady tow. zezwolenie na odbycie czerwcowego posiedzenia sekcji balneologicznej w Nałęczowie.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Posiedzenie z dnia 12 kwietnia 1899 r.

1) Kol. KOWARSKI przedstawił nerki torbielowato zwyrodniałe i silnie powiększone; składają się one z oddzielnych torbieli i nieznacznej pozostałości tkanki prawidłowej. Mimo to aż do chwili śmierci chorej mocz wydzielał się, lubo w małej ilości.

2) Kol. DEMBOWSKI pokazał chłopca lat 16 po amputacji główki kości udowej, dokonanej przed 5 laty, wskutek zapalenia gruźliczego stawu biodrowego. Noga operowana jest nieco skrócona, lecz chłopiec może stać na niej i swobodnie chodzi. Przedstawiono tablicę fotograficzną, zdętą sposobem ROENTGEN'a, wskazującą układ stawu w obecnej chwili.

3) Następnie kol. DEMBOWSKI pokazał chłopca lat 13, po rezeckji kolana, dokonanej przed 3 laty, z przyczyny zapalenia gruźliczego stawu kolanowego. Chłopiec chodzi obecnie zupełnie dobrze, pokrywając wadliwość stawu kolanowego wzmocnionym ruchem stawu golenio-stopowego.

Kol. CZARKOWSKI zwrócił uwagę na częstość zeszywnienia stawu kolanowego po rezeckji.

Kol. DEMBOWSKI nie spostrzegał podobnych przypadków w swojej praktyce i jest przekonany, że można ich uniknąć, wydalając dokładnie wszystkie części chore i ściśle stosując po operacji w odpowiedni sposób unieruchomienie stawu.

4) Kol. STRZEMIŃSKI przedstawił jednego z kolegów, u którego w obu oczach włókna nerwowe nerwu wzrokowego zachowały w siatkówce osłonkę myelinową, w prawem oku wokoło tarczy nerwu z wyjątkiem górnego odcinka, w lewem tylko w tym ostatnim. Wrodzona ta wadliwość nie wywołuje żadnych zaburzeń z wyjątkiem jedynie powiększenia plamki ślepej MARIOTT'a (czego dotknięci niem wcale nie odczuwają) i znaczniejszej wrażliwości na światło, zależnej od rozpięchania się promieni świetlnych w samym oku wskutek odbijania się ich od znacznej stosunkowo białej przestrzeni.

5) Kol. BAGIEŃSKI wygłosił odczyt o działalności kamery dezynfekcyjnej, wzdzięczającej swoje istnienie Towarzystwu Lekarskiemu Wileńskiemu, które, obmyślając w r. 1891 środki obrony przeciw zbliżającej się cholercie, wystąpiło, między innymi żądaniami, z projektem założenia tej instytucji. Po kilku latach starania uwieńczyły się skutkiem, i 20 lipca r. z. kamera rozpoczęła swoją działalność. Jednocześnie przypadł jej obowiązek dokonywania odkażania w mieszkaniach w mieście i w najbliższej okolicy, dawniej należący do lekarzy sanitarnych. Początkowo kamera musiała walczyć z nieufnością publiczności, lecz podczas ostatniej epidemii płonicy złożyła dowody skuteczności swoich działań i przejechała ogół. Odkażanie odbywa się w kamerze parą albo formaldehydem, przy pomocy przyrządu SCHERING'a, w mieście formaldehydem albo sublimatem. Przedmioty odkażane nie ulegają uszkodzeniu, jedynie bielizna i ubranie wychodzą zmięte. Dzięki przedsięwziętym środkom ostrożności, nikt ze służby kamery nie został dotknięty żadną z chorób zakaźnych, które w jesieni i na wiosnę pąnowały w Wilnie.

Kol. STRZEMIŃSKI zapytał dlaczego używany jest przyrząd SCHERING'a, uważany za niedostateczny, a nie przyrząd, odkażający przy pomocy glikoformolu, uznanego w r. z. przez berliński instytut higieniczny za najodpowiedniejszy.

Kol. SALKIN zwrócił uwagę, że sublimat, jako środek odkażający, nie wytrzymuje krytyki, inni koledzy, że niegrzeczność służby kamery przy odkażaniu w mieście zniechęca publiczność.

Kol. BAGIEŃSKI odpowiedział, że zmuszony był wrócić do przyrządu SCHE-
RING'a z przyczyny wysokiej ceny i bardzo przykrego zapachu glikoformolu; for-
malina, odpowiednio użyta, przy wysokiej ciepłocie w pokoju, daje skutki zadawa-
lające. Służba kamery została w całości zmieniona, skoro tylko prelegent dowie-
dział się o niewłaściwym jej postępowaniu.

J. S.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

W Towarzystwie lekarskiem berlińskim w dniu 25 I. r. b. PIORKOWSKI przed-
stawił prosty sposób rozpoznawania tyfusu. Udało mu się, mianowicie, przygoto-
wać takie podłoże, na którem laseczniki duru brzuszego rozwijają się doskonale
już w ciągu 20-tu godzin, co daje możność uczynienia pewnego i szybkiego rozpo-
znania. Podłoże to przygotowuje się w sposób następujący. Do zebranego w ciągu
2—3 dni moczu prawidłowego (ciężar właściwy 1020), który przez ten czas posiadał
odczyn alkaliczny, należy dodać $\frac{1}{4}\%$ peptonu i 3,3% żelatyny, gotować go przez
godzinę na kąpieli wodnej i szybko przesączyć bez następczego ogrzewania, co,
zresztą, łatwo się udaje. Płyn ten, porozlewony do próbek, jak zwykle, wyjała-
wia się przy 100° C. w ciągu 15 minut. Wyjaławianie powtarza się jeszcze raz
w dniu następnym, lecz już tylko przez 10 minut. Do badania bierze się dwa uszka
platynowe kału tyfusowego do próbki, która stanowić będzie pierwsze rozcień-
czenie; ztąd bierze się 4 uszka w celu przygotowania drugiego rozcieńczenia, z któ-
rego 6—8 uszek wystarcza do trzeciego rozcieńczenia, poczem hodowle wylewa się
na płytki PETRI'ego, które trzyma się w ciepłocie 21—22° C., co stanowi *optimum*
dla rozwoju lasecznika tyfusowego. Już po 20 godzinach na pierwszej płytce uda-
je się spostrzedz za pomocą słabego powiększenia, obok żółto-brunatnych, okrą-
głych, ostro odgraniczonych, ziarnistych kolonii lasecznika okrężnicowego, kolo-
nie lasecznika durowego pod postacią przeważnie małych, przeświecających nici
z licznymi wyrostkami. Po 36 godzinach kolonie durowe rozwijają się i na drugiej
płytkę; są one okrągłe, nieco większe, żółtawe, otoczone wielką ilością splecionych
nici. Ten sposób postępowania daje zawsze wyniki pewne. Tak np. za pomocą tej
hodowli udało się rozpoznać dur brzuszny u jednej chorej, u której jeszcze w dru-
gim tygodniu choroby próba WIDAL'a nie wypadła dodatnio. W innym znów przy-
padku wykryto w kale lasecznika durowego jeszcze w trzy dni po ustąpieniu go-
rączki. Metoda odnośna została wypróbowana z hodowlami czystymi lasecznika
okrężnicowego i durowego, z mieszaniną obudwu, z wodą zakażoną, z kałem pra-
widłowym i zakażonym sztucznie lasecznikiem duru, a także z rozmaitymi gatu-
nkami drobnoustrojów. Okazało się, że tylko lasecznik duru zawsze zachowywał
opisane wyżej cechy, które ginęły po przeszczepieniu go na pożywkę zwykłą.
W hodowlach kłutych lasecznik okrężnicowy rozrastał się zwykle obficie na po-
wierzchni podłoża, durowy zaś nie. Na barwionych preparatach odciskowych
(Klatschpräparat) łatwo udawało się odróżnić leżące tuż przy sobie pojedynczo
małe, grube laseczniki okrężnicowe od cieńszych durowych, które czasem leżały
pojedynczo, lecz częściej w postaci krótszych lub dłuższych łańcuszków.

Na posiedzeniu stowarzyszenia internistów berlińskich A'IDOR opisał metodę
wykrywania albumoz w moczu. Wszystkie polecane dotychczas metody, do powyż-
szego celu służące, są wielce skomplikowane i często dają powód do wniosków
fałszywych, ponieważ umożliwiają sztuczne wytwarzanie albumoz. W ostatnich

czasach najbardziej jest rozpowszechniona metoda, podana przez SALKOWSKIEGO, zmieniona nieco przez HOCHMEISTER'a; wymaga ona niewielkiej ilości moczu, z którego albumozy strącają się za pomocą kwasu fosforo-wolframowego, osad zaś powstały zagęszcza się przez ostrożne ogrzewanie. Lecz już sam SALKOWSKI zwrócił uwagę na złe strony tej metody, gdyż za jej pomocą można otrzymać odczyn biuretowy w moczu, który nie zawiera ani peptonu, ani albumoz, lecz urobilinę. W roku zeszłym BANG zalecił do strącania albumoz siarczan amonu. Badacz ten dla oddzielenia urobiliny rozcierał osad z alkoholem, a później traktował go kwasem siarczanym i chloroformem. Według badań mówcy kwas fosforowo-wolframowy okazał się najbardziej odpowiednim do strącania albumoz, urobilinę zaś można zupełnie usunąć za pomocą wysokoku. Wykonanie metody jest następujące. Do próbki nalewa się 8—10 ctm. sz. moczu, do którego dodaje się parę kropel kwasu solnego i tyle fosforowo-wolframowego w roztworze 5%, dopóki nie opadnie wszystek osad. Mieszaninę tę następnie centrifuguje się, dzięki czemu osad nie robi się brunatnym, co zwykle ma miejsce przy ogrzewaniu, a jednocześnie unika się sztucznego wytwarzania się albumoz. Płyn z ponad osadu zlewa się ostrożnie, a osad miesza się dokładnie z niewielką ilością wysokoku bezwodnego i znów centrifuguje się. Wtedy, jeżeli mocz zawiera urobilinę, rozpuszcza ona się w wysokoku, który zabarwia się i nawet fluoryzuje. Procedurę tę z coraz nowym wysokkiem powtarza się dopóty, dopóki i wysokok i osad nie pozostaną zupełnie zabarwione. Zwykle wystarcza dwu- lub trzykrotna zmiana wysokoku. Teraz dodaje się do osadu nieco wody i kilka ctm. sz. ługu sodowego, poczem występuje zabarwienie błękitne, które jednak przy skłóceniu z powietrzem, lecz bez ogrzewania, znika zupełnie. W ten sposób odczyn ostateczny wykonywamy zawsze z ciałem bezbarwnym, co chroni nas od błędów. Badanie całe nie trwa dłużej nad 5 minut, a próba jest tak czuła, że za jej pomocą można wykryć 0,1‰ albumozy nawet w małej ilości moczu.

Na porządku dziennym w Towarzystwie lekarskiem berlińskim w dniu 1. II. 1899 r. znalazł się odczyt prof. SENATOR'a „O porażeniu astenicznem, albumozuryi i *myeloma multiplex*“. W danym razie chodziło o chorą, której liczne skargi kładziono pierwotnie na karb zapalenia nerek. Po paru tygodniach stan ogólny choroby uległ znacznemu pogorszeniu: zjawily się bóle dotkliwe w nogach i małokrwistość wysokiego stopnia. W moczu wykryto albumozy. Wkrótce przyłączyło się utrudnienie połykania wskutek niepodatności języka. W narządach jamy piersiowej i brzusznej nie znaleziono zmian żadnych; stwierdzono tylko zupełne porażenie języka, tak iż chorą trzeba było karmić za pomocą zgłębnika, nadto na podbródku pośrodku niewielki pas znieczulony i niezupełną ruchomość strun głosowych. Upadek sił zwiększał się stale i chora zmarła po dniach 20 od czasu przyjęcia jej do kliniki, wśród objawów zapalenia ropnego tkanki łącznej podskórnej na udzie. Na krótko przed śmiercią ciepłota wieczorna wynosiła 37,9° C. Rozpoznanie cierpienia było dosyć trudne. Cierpienie nie posiadało cech porażenia opuszkowego istotnego, ani rzekomego; również nie można było znaleźć przyczyn obwodowych dla wyłomaczenia porażenia; nie można było także przypuszczać istnienia porażenia histerycznego, ponieważ porażenie nerwu podjęzykowego jednostronne takiego pochodzenia należy wogóle do rzadkości, obustronne zaś dotąd zupełnie nie spostrzegano. Natomiast kilka ogłoszonych spostrzeżeń *myeloma multiplex* przypominało nieco dany obraz chorobowy. Badanie zwłok w samej rzeczy stwierdziło obecność tych nowotworów na żebrach, w nerkach zaś objawy zwyrodnienia, a badanie układu nerwowego mikro- i makroskopowe nie wykazało

żadnych zmian patologicznych, lecz tylko zaburzenia rozwoju: rdzeń był nieco wąski, posiadał on w niektórych miejscach 2—3 kanałów środkowych, nadto w jego okolicy lędźwiowej znaleziono heterotopię istoty szarej w części zewnętrznej rogu tylnego. Był to zatem przypadek porażenia bez zmian anatomicznych, t. zw. porażenie asteniczne (JOLLY). Badanie za pomocą elektryczności nie wykazało odczynu zwyrodnienia, lecz szybkie wyczerpywanie się mięśnia. Nasuwa się pytanie, czy porażenie, choroba kości i albumozurya znajdują się ze sobą w jakimkolwiek związku. Dwa ostatnie bezwątpienia: tu choroba kości stanowiła bezspornie cierpienie zasadnicze. Co się tyczy porażenia języka, to trudno przypuszczać, aby albumozurya mogła stać się przyczyną objawów nerwowych, ponieważ wstrzykiwanie albumozy pod skórę nie wywołuje żadnych objawów prócz lekkiej gorączki, a wszak wiadomo, że samą albumozurę czynią zależną od cierpienia kości. Jest więc tylko prawdopodobne, że objawy nerwowe zależały od choroby układu kostnego. W literaturze znajduje się kilka podobnych przypadków. Wśród 15 spostrzeżeń *myeloma primarium* ogłoszonych dotychczas, przypadłości nerwowe notowano w 3—4, mianowicie przeczulice (*paraesthesia*) na kończynach, nerwoból nerwu trójdzielnego, odleżyny na kolanach i zaburzenia w labiryncie bez żadnego podkładu anatomicznego. STOKVIS przytacza jedno spostrzeżenie, podobne do obecnego: były tam zaburzenia mowy i połykania; w innym znów przypadku znaleziono nierówność źrenic, zaburzenia mowy, porażenie *n. abducentis* i mięśnia dźwigacza powieki. W ostatnich czasach, kiedy porażenie asteniczne jest częściej notowane, niektórzy autorowie przypuszczają, że przyczyna cierpienia tkwi w wadliwej przemianie materii. Wszak znaczna małokrwistość stanowi chyba najlepszy wyraz tych zmian. Nie jest to zresztą jakieś zjawisko nadzwyczajne, zwłaszcza wobec cierpienia szpiku kostnego, który posiada znaczenie poważne, jako narząd krwiotwórczy, a już skądinąd wiadomo, że anemiom towarzyszą częstokroć objawy nerwowe. LICHTHEIM i MINNICH w porażeniu astenicznem znaleźli wyraźne zmiany anatomiczne (w których narządach?— przyp. sprawozd.) w tych przypadkach, w których zaburzenia czynnościowe były długotrwałe. LAQUER ogłosił jedno spostrzeżenie, gdzie wkrótce nastąpił zanik mięśni postępujący. Tu też istniały pewne zmiany anatomiczne. W naszym przypadku znaleźliśmy niedorozwój rdzenia kręgowego i wyżej wyszczególnione zmiany. Badania doświadczalne EDINGER'a dowiodły, że u zwierząt, doprowadzonych do bezkrwistości, występują objawy poważne ze strony układu nerwowego wskutek szybkiej przemiany materii, spowodowanej przez pracę wyczerpującą.

W dyskusji OPPENHEIM zauważył, że porażenie asteniczne spostrzegano już w przebiegu innych nowotworów, jak np. *lymphosarcoma*, drugi raz zaś badanie zwłok wykazało tylko obecność zserowaciałych gruczołów oskrzelowych. OPPENHEIM dodaje również, że barwienie za pomocą metody NISSL'a nie zawsze wykazuje zmiany mikroskopowe w układzie nerwowym. REMAK nadmienił, że porażenie asteniczne rozwija się czasem po influenzy lub w przebiegu choroby BASEDOW'a.

K. Z.

Wiadomości bieżące.

— IX Zjazd chirurgów polskich odbędzie się 18 i 19, a w razie licznie zgłoszonych wykładów i 20 lipca r. b. w klinice chirurgicznej w Krakowie. Jako tematy do ogólnej dyskusji stawiamy po porozumieniu się z licznymi kolegami: 1) O leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego (*appendicitis*). 2) O leczeniu przerostu gruczołu krokowego (*hypertrophia prostaticae*). Naumyślnie wybraliśmy tematy tak nadzwyczaj ważne dla praktyki, żeby zachęcić do brania udziału w naszych zjazdach jaknajwiększą liczbę lekarzy, których niniejszem zapraszamy. Obecnie nie robimy już co roku nowych nadzwyczajnych odkryć, jak to bywało do niedawna w 2-oh ostatnich dziesiątkach lat, ale chodzi o wykończenie, ugruntowanie i ściślejsze opracowanie nie jednej kwestyi — zadania nie mniej ważne, a wypełnić je mogą najlepiej zjazdy. To też nasze zjazdy nie tracą wcale na wartości aktualnej, ale praktyczny więcej kierunek uprawiać będą, nie spuszczać bynajmniej z oka postępu naukowego. Dlatego to demonstracye i dyskusye pierwsze miejsce na zjazdach zająć winny. Nasze zjazdy chirurgów mają nadto to doniosłe znaczenie, żeby budzić i ustalać zaufanie do chirurgii i to chirurgii ojczystej w coraz to szerszych kołach. Kiedy za granicą setki operacyi na drogach żółciowych, na żołądku, na wyrostku robaczkowym i t. d. nawet w małych stosunkowo zakładach prowincjonalnych (KEHR w Halberstadzie) się odbywają, u nas zaledwie początki tego widzimy i to w przypadkach najgorszych. Zapraszamy więc do liczego uczestnictwa i do licznych zgłoszeń wykładów, które przyjmuje podpisany prezes lub też sekretarz zjazdów doc. d-r BOSSOWSKI. Cho-

rych przeznaczonych do demonstracyi, jako też przyrządy i preparaty przyjmie klinika chirurgiczna w Krakowie. Równocześnie ze zjazdem odbędzie się wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych, proszę więc o nadsyłanie nadających się okazów do kliniki chirurgicznej. Pierwszego dnia zjazdu odbędzie się od godz. 8—9 zwiedzanie kliniki chirurgicznej, drugiego dnia w tymże czasie oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza. Posiedzenia odbywać się będą od 9—12½ godz. przed południem i od 2—4 godz. po południu.

Prezes zjazdów chirurgów polskich
L. Rydygier.

— Posiedzenie wydziału higieny szpitali i przytułków odbędzie się w dniu 5 maja o godz. 8 wieczorem. Porządek dzienny: 1) Wybór komisji do opracowania projektu szkoły dla dozorczyń w myśl wniosku p. CHOJECKIEJ. 2) A. CHEŁMOŃSKI — O miejscowościach leczniczych dla chorych niezamożnych z powodu zamierzonego rozszerzenia szpitali warszawskich. 3) O. HEWELKE — W sprawie t. zw. sanatoryjów domowych, szpitalnych i kolonii dla suchotników. Posiedzenie wydziału higieny ludowej odbędzie się dnia 6 maja o godz. 8 wieczorem. Porządek dzienny: 1) Sprawa pomocy dla rodzających; 2) domy przedpogrzebowe.

— Nadeszła już pora zwykłego corocznego u nas szczepienia ospy. Przypominamy o tem kolegom, mianowicie lekarzom fabrycznym. Tyle się w ostatnim czasie o tej sprawie mówiło i pisało, że w roku bieżącym łatwiej chyba, niż kiedykolwiek, byłoby nam zdobyć się na pewien postęp, konieczny zwłaszcza pod względem rewakcynacyi.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. M. Sadowski.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.
W ambulatorjum codziennie otwartem od
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słabości za opłatą 1 do 5 rs. dziennie: za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatorjum codziennie od 11—12 (niezamożni bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1.

Nieźrównane, nader praktyczne Pasy brzuszne

(także pępkowe i nerkowe), zostały nowowynalezione i opatentowane. Są one lekkie i elastyczne, leżą znakomicie i mogą być przez każdego za pomocą umieszczonych na nich śrubek rozszerzone, zwężone, podłużone i skrócone przez co też są one najdoskonalszymi pasami brzuszными. Otrzymać je można (także pocztą po listownem podaniu miary objętości brzucha w najgrubszym jego miejscu), jedynie w Zakładzie Optyczno-Chirurgicznym J. DREHERA, Szpitalna 6. — Tamże Bandaże rupturowe elastyczne (bez sprężyn) oraz sprężynowe z pelotami gumowemi (nowość ściśle przylegające i nie ugniatające, Geradehalter, Pończochy elastyczne, Przepaski ochronne damskie, Narzędzia lekarskie, Wyprawy położowe, irygatory, Termometry lekarskie minutowe, oraz inne. Okulary i Binokle etc etc. — Wybór wielki. — Ceny najniższe. — W wysyłka pocztą za zaliczeniem.

SPECYALNY SKŁAD

Naczyń i Przyborów Aptecznych, Chemicznych i Doktorskich

S. JARUNTOWSKIEGO

Warszawa, Senatorska 23.

Poleca wszelkie nowości w zakres medycyny wchodzące po cenie najniższej. Cenniki gratis i franko.

Dom Zdrowia D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie
przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rs. 50 kop. do 3 rs. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Pobyt z leczeniem od rs. 1.50 do rs. 5 dziennie.
Ambulatorjum od godz. 12 do 1ej p.p.

Zakład Lecznicy dla chorych na uszy

D-rów K. Benni i L. Guranowskiego
Bracka 20

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od Rs. 3—5. **Ambulatorjum** codziennie od 9—10 i od 11—12.
Cena biletu kop. 50.

Gmunden

SANATORIUM

z pensjonatem

w GMUNDEN, Salzkammergut, Oberösterreich.

Zakład leczniczy i sanatorium dla potrzebujących wypoczynku, dla rekonwalescentów i chorych chronicznych wszelkiego rodzaju.

Otwarcie w Maju 1899.

Najmodniejszy zakład w całym znaczeniu tego słowa, w najpiękniejszym punkcie miejscowości kuracyjnej położony, zupełnie nowo wybudowany, z wielkim parkiem zakładowym, i zaopatrzony we wszelkie fizyczne-dyetyetyczne środki lecznicze zalecane przez naukę. Wybornie urządzony zakład dla hydroterapii (gimnastyki leczniczej (sala Zandera), masazu, elektryczności, inhalacji solankowych, kamery pneumatycznej (dzwony) kuracye wodami mineralnymi i serwatką, kuracye dyetyetyczne i terenowe (p. Oertla), kąpiele solankowe, z kwasem węglanym i elektryczne, deptak i wielkie ogrzewane baseny do pływania.

— Stacya leczeniem fango. —

W pobliżu zakładu piękne drogi spacerowe we wszystkich kierunkach, spokojne miejsca dla wypoczynku nad brzegiem morza i w lesie.
Staranna opieka lekarska i leczenie.

Informacje i prospekty
wysłał zarząd
Sanatorium Gmunden.

Własnego wyrobu nagrodzone złotym medalem na Warszawskiej
Wystawie Hygienicznej w 1896 roku.

KAKAO KURACYJNE,
miałko proszkowane i pozbawione tłustych części po Rb. 1 kop. 30 za 1 funt

oraz

ŁUPINKI KAKAOWE,
jako napój zdrowy, a nie narkotyczny, w cenie 15 kop. za funt
poleca firma

„RIESE & PIOTROWSKI“

w Warszawie.

Sprzedaz hurtowa i detaliczna w kantorze firmy przy ulicy
Elektoralnej Nr. 23 w podwórzu,
detaliczna w filjach

- 1) **Senatorska Nr. 8**
- 2) **Marszałkowska N. 109 (róg Chmielnej)**
- 3) **Ujazdowska Nr. 20**
- 4) **nowo otworzona Elektoralna Nr. 23 od frontu**

oraz we wszystkich handlach kolonialnych
w Warszawie i na Prowincyi.

Société Chimique des Usines du Rhône.

TOWARZYSTWO AKCYJNE Z KAPITAŁEM 600000 FRANKÓW.

Biurowo Centralne LYON Quai de Retz.

Boraks
Kwas borny SCUR
Formaldehyd
Trioxymetylen
Syntetyczny
Phenol
Rezorcyna
Kwas salicylowy

Natrumsalicylum
Methyl-Salicylat
Pyrazolina
Prosphtal (Creosot-
Phosphit).
Guaiakophosphal
(Guajakol-Phospit)
med. Methylen-Blau

Hydrochinon.
Kelen (Czysty Chlo-
rathyl)
Kelen-Methyl (mie-
szanina Chlorathy-
lu i Chlormethylu).
Vanillina.
Monnet.

SUROWICE.
Surowica przeciw-
paciorkowcowa.
Aseptyczna surowi-
ca normalna.
Organoserum
Gwajakolizowane
organo-serum.

J. RUTKOWSKI

APTEKA I PRACOWNIA CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNA

W WARSZAWIE, Długa Nr. 16.

poleca

Nowe środki lekarskie

Czyste odczynniki chemiczne. Barwniki i preparaty do badań mikroskopowych. Płynty mianowane do analizy miarowej. Ekstrakty lekarskie i wszelkie preparaty farmaceutyczne.

(Dla aptek i szpitali ceny hurtowe).

forme recid.) z objawami, właściwymi rumieniowi i pryszczycy. Kobieta 32-letnia zachorowała (po raz drugi) nagle, po przeziębieniu, z dreszczem, ciepłotą 39° C., znacznym zaczerwienieniem i obrzmieniem całej powierzchni skóry, paleniem warg, zaczerwienieniem gardzieli. Skóra twarzy, kończyn górnych i dolnych mocno obrzmiała, gęsto pokryta typowymi dla pryszczycy guziczkami i pęcherzykami. Gorączka spada po upływie tygodnia, obrzmienie ustępuje, naskórek łuszczy się na całej powierzchni skóry, wielkimi płatami na podszwach. Silne swędzenie skóry trwało jeszcze kilka tygodni.

Na granicy rumienia i pryszczycy stoją też pewne typy np. „*dysidrosis*“, o których istotę zdawna toczą się spory³⁾. To samo dotyczy przypadków rozlanej ostrej pryszczycy, z wysypką pęcherzykową na skórze kończyn, guziczkową na pozostałej skórze. Jest to właśnie „*lichen simple aigu*“ VIDAL-BROCQ'a. Te dwa typy chorobowe można uważać za ogniwa, łączące pryszczycę z rumieniami.

Wszystkie powyższe dane, mimo ich urywkowości, wykazują, jakie związki zachodzą pomiędzy obszerną grupą cierpień skóry, którą SCHWIMMER, jeden z pierwszych, ujął w ogólną nazwę nerwie skóry.

WYKŁADY KLINICZNE.

Prof. G. ROQUE.

Cukromocz niezależny od cukrzycy.

Cukrzyca stanowi jednostkę chorobową, którą składają następujące objawy: cukromocz, wielomocz, wzmożone pragnienie i łaknienie, — i która w ciągu mniej lub więcej długiego czasu sprowadza zejście niepomysłne. Sprawa ta znana była jeszcze przed wykryciem cukru w moczu, jednakże z chwilą, kiedy WILLIS wskazał cukromocz, jako objaw charakterystyczny dla cukrzycy, zaczęto zupełnie utożsamiać pojęcia „cukrzycy“ i „cukromoczu“.

Wszakże BRUECKE, a za nim BENCE JONES, MEISSNER i inni spostrzegali cukromocz fizyologiczny; z moczu normalnego otrzymywali składnik, posiadający własności redukujące, skierowujący światło w przyrządzie polaryzacyjnym naprawo, fermentujący, pod wpływem kwasu siarczanego skoncentrowanego przechodzący w furfuroł i t. d. Dalsze badania dowiodły, że w moczu normalnym znajduje się z pewnością cukier, wprawdzie w ilości tak nieznacznej, że nie może być wykryty przy pomocy zwykłych odczynników. To jednakże pozwala przypuścić, że cukromocz, mogący już być wykrytym, przedstawia tylko powiększenie ilości normalnej, wzmożenie faktu fizyologicznego. W dobowej ilości normalnego moczu GAUBE ustanowił ilość cukru na 0,70 do 1,0; kiedy zaś ilość ta przekraczała 0,5 na litr

³⁾ Badacze takiej miary, jak BESNIER, oddzielają „*dysidrosis*“ od pryszczycy, gdy dla szkoły wideńskiej, która jest przeciwna rozdrabnianiu typów chorobowych, wszystkie te sprawy mieszczą się w ramach pryszczycy. Na obronę ostatniego poglądu przytoczyć mogę, że w dwóch przypadkach typowej „*dysidrosis*“ rąk powstała jednocześnie pryszczycyca (*Eczema papulatum*) na skórze krzyża, w postaci obszernego pojedynczego ogniska. Tak niezwykle i wyłączone umiejscowienie pryszczycy w dwóch przypadkach nie jest d zielen trafu.

moczu, uważali już niektórzy autorowie sprawę za patologiczną, uznawali obecność cukrzycy.

Według prof. ROQUE'a nie zgadza się to z prawdą. Wszak mamy wiele spraw patologicznych, przebiegających z nagle występującym cukromoczem, który jednakże po paru godzinach znika, np.* cukromocz w napadzie padaczkowym, zaściętej przepuklinie, cholercze, — cukromocz, spowodowany zatruciem kurarą, kwasem węglanym, floryzyną, azotanem uranu, nitrobenzolem i t. d. — lista ta z każdym dniem się powiększa; w tych przypadkach cukromocz powstaje współcześnie z chorobą ostrą i wraz z nią znika. Zdarza się cukromocz i znacznie dłużej trwający, i wówczas, jeśli cukier z moczu zniknie, sprawa bywa uważana niesłusznie za cukrzycę bądź typu „przepuszczającego“, bądź „poronna“, bądź wreszcie „przerzutową“. Często wykrywa się cukier w moczu zupełnie przypadkowo: niema objawów, pozwalających przypuścić jego obecność, niema wielomoczu, ani wzmoczonego pragnienia lub łaknienia, nie zachodzą zmiany w stanie ogólnym chorego; w tych przypadkach cukromocz nie odgrywa wybitnej roli, znika z wielką łatwością, czy to wskutek leczenia, czy zupełnie niespodzianie w miarę ustąpienia choroby, która go wywołała. Słowem t. zw. cukrzyca i cukromocz dłużej trwający mają tylko tę jedną wspólną cechę, że tak tu, jak i tam wydziela się cukier w moczu. Jednakże mnóstwo autorów współczesnych nie odróżnia cukromoczu, niezależnego od cukrzycy, od cukrzycy właściwej, — przypadki wyżej wzmiankowane uważa za lekkie postacie cukrzycy, a brak objawów, towarzyszących zazwyczaj cukrzycy, tłumaczy krótkotrwałością stanu chorobowego.

Analogicznie przedstawiała się swojego czasu kwestya białkomoczu; początkowo łączono białkomocz stale z porażeniem nerek, utożsamiano z zapaleniem nerek, — obecnie nikt nie wątpi o możliwości białkomoczu fizyologicznego lub wskutek zmienionego składu krwi, bez jakichkolwiek zmian w nerkach. Kwestya jednakże „cukrzycy“ i „cukromoczu“ jest trudniejsza do wyświelenia wobec braku zmian anatomo-patologicznych w cukrzycy. — Prof. ROQUE cukrzyca nazywa sprawę chorobową, w której występują następujące objawy: cukromocz, wielomocz, wzmoczone pragnienie i łaknienie, — sprawę, wciąż postępującą i dającą rokowanie bezwzględnie niepomyślne; uznaje wszakże istnienie spraw, przebiegających z długotrwałym bodaj cukromoczem, a pozbawionych innych cech cukrzycy. Ponieważ sprawy te łatwo można wziąć za cukrzycę, autor podaje sposoby ich odróżniania.

Wszystkie postacie cukromoczu długotrwałego posiadają cechę wspólną: są następce i objawowe. Etiologicznie dają się podzielić na 4 rodzaje: 1) Cukromocz „przepuszczający“ na tle dyatezy moczanowej, 2) Cukromocz na tle zaburzeń w trawieniu, 3) Cukromocz na tle chorób nerwowych, i 4) Cukromocz w okresie połogowym.

I. Cukromocz na tle dyatezy moczanowej.

Pierwszy zwrócił uwagę na obecność cukru w moczu chorych, dotkniętych skażeniem moczanowem, TROTTER w roku 1804. Za nim wielu autorów, jak NAUMANN, MAC GRÉGOR, TEISSIER i inni, sprawdziło objaw powyższy i starało się bliżej określić stosunek cukromoczu do dny, kamicy nerkowej i t. d. FRANK uznaje w tych przypadkach istnienie cukrzycy o przebiegu łagodnym, BENGE JONES, zauważywszy kilkakrotne występowanie i znikanie cukromoczu w przebiegu dny, zaproponował nazwę „cukrzycy przepuszczającej“. Dopiero LECORCHÉ zaczął odróżniać cukromocz tego rodzaju od właściwej cukrzycy, autorowie zaś późniejsi zwrócili uwagę na częstość tego objawu i brak wpływu na stan ogólny chorego pomimo

długotrwałości cukromoczu. Prof. ROQUE na zasadzie swoich spostrzeżeń dzieli cukromocz artrytyków na 4 rodzaje:

a) cukromocz dziedziczny u osobników młodych, b) cukromocz u osób starszych, c) azotomocz z cukromoczem, d) cukromocz otyłych.

Dane, pozwalające odróżnić cukromocz tego rodzaju od innych postaci i od cukrzycy, osiągnąć można z badania moczu i stanu ogólnego. Co się tyczy moczu, to ilość dobową nie jest powiększona, co stanowi ważną cechę różniczkową; mocz jest zazwyczaj bledy, przezroczysty, bez osadu lub z nieznacznym osadem kryształów kwasu moczowego lub kwasu szczawowego; oddziaływanie jest mocnokwaśne, a ciężar właściwy nie jest powiększony, i jeśli ilość moczu jest duża, to ciężar bywa nawet zmniejszony — fakty pierwszorzędnej wagi. Ilość cukru dosięga przeciętnie 1—20 gramów; smak moczu nie jest właściwy dla cukru; bielizna nie płami się, ani sztynnieje. Tego rodzaju cukromocz często zmienia swe natężenie i już to znika zupełnie, już to nagle znów występuje. Wreszcie istnieje tylko w ciągu dnia, w nocy zaś znika — cecha ta jest tak ważna, że LECORCHÉ nie wahał się uważać każdy przypadek cukromoczu, występującego w moczu rannym, za zależny od cukrzycy. Mocznika bywa 25—30 gm. na dobę, ilość fosforanów i moczanów powiększona, często znajdujemy leucynę i tyrozynę. Białkomocz zdarza się rzadko, mocz pozostawiony sobie samemu nie fermentuje wcale lub bardzo mało — w przeciwieństwie do moczu cukrzycowego. — Jeśli więc mamy wątpliwość co do rodzaju cierpienia, znalazłszy w moczu cukier, musimy zwrócić uwagę na ilość moczu, ciężar właściwy, stopień kwaśności, na ilość cukru, brak zdolności do fermentacji, obecność leucyny i tyrozyny, — to rozstrzygnie nasuwające się wątpliwości i ułatwi rozpoznanie cierpienia. W przypadkach t. zw. azotomoczu z cukromoczem mogą powstać trudności w różniczkowaniu; mamy tutaj, jak w cukrzycy prawdziwej, dość znaczny wielomocz (do 3—4 litrów na dobę), ilość cukru znaczną (50—60 gramów), mogącą dosięgnąć nawet 120 gr., mocznika ilość olbrzymią (60—80—120 gramów), ciężar właściwy 1040—1050. Lecz wybitniejszy objaw stanowi tutaj azotomocz, który o parę miesięcy poprzedza cukromocz, cukromocz jest przepuszczający, znika w ciągu nocy, i, pomimo obfitej ilości cukru, mocz fermentuje bardzo słabo, — powyższe cechy pozwolą odróżnić z łatwością „cukromocz“ od „cukrzycy“.

Co się tyczy stanu ogólnego chorego, to i tu znajdujemy cechy właściwe tylko cukromoczowi tego rodzaju. Artrytyk oddaje mocz przeważnie po jedzeniu i w nocy nie uczuwa potrzeby oddania moczu, gdy dyabetyk kilkakrotnie budzi się w nocy, czując potrzebę oddania moczu. Chorzy tacy spożywają wprawdzie mnóstwo pokarmów, ale czynili to już dawniej, przed ukazaniem się cukru w moczu. Pragnienie nie jest wzmożone, a stan ogólny jest doskonały — żadne wycudnienie lub utrata sił spostrzedz się nie dają.

Do rzędu „cukromoczu na tle dyatezy moczanowej“ zaliczyć należy przede wszystkim cukromocz na tle dziedzicznym, występujący u osobników młodych, dziedzicznie obciążonych. Wykrywamy go u osób, których rodzice dotknięci byli skażeniem moczanowym, zwykle w przebiegu pewnych chorób, jako to: dychawicy, rozedmy płuc, zapalenia oskrzeli, pryszczycy, i w okresie zdrowienia z chorób ostrych (róży, spraw wysypkowych, błonicy i t. d.).

Najczęściej wszakże występuje ta postać cukromoczu w wieku późniejszym u osób, dotkniętych dną. Bywa on zazwyczaj przepuszczający, zjawia się naprzemian z napadem dny lub innymi objawami dyatezy moczanowej, według

LANCEREAUX, jako to: migrenami, nerwobólami, krwotokami z nosa, hemoroidami, dychawicą i t. d.; często występuje współcześnie lub bezpośrednio po napadzie kolki nerkowej. Cukromocz wykrywa się tutaj przypadkowo przy badaniu moczu, gdyż niema powodów do przypuszczeń o jego istnieniu; po ustąpieniu objawu artrytycznego występuje cukromocz, trwa parę miesięcy i nagle znika, aby po jakimś czasie znowu się ukazać. Lecz ważna i niebezpieczna jest ta okoliczność, że z biegiem czasu, z każdym nawrotem, cukromocz może występować w ciągu coraz dłuższego czasu i wreszcie może zamienić się w prawdziwą cukrzycę. Według mniemania niektórych autorów, 10% wszystkich przypadków moczówki cukrowej jest pochodzenia artrytycznego, czyli cukromocz przepuszczający z czasem zamienił się w cukrzycę. Powodem wytwarzania się cukru w moczu jest według GARROD'a, SALKOWSKIEGO i innych obecność we krwi kwasu moczowego, który, łącząc się z zasadami, zmniejsza alkaliczność krwi, co znow pociąga za sobą upośledzenie sprawy utleniania: cukier niezupełnie utleniony nagromadza się we krwi i występuje w moczu.

U osobników otyłych cukromocz może wystąpić tak w młodym, jak i późniejszym wieku; w pierwszym razie częściej staje się trwałym i zamienia się w cukrzycę. Mocz tego rodzaju ludzi posiada wszystkie wskazane wyżej cechy moczu artrytyków, pozwalające odróżnić go od moczu cukrzycowego.

Azotomocz znajduje się w ścisłym związku ze skażeniem moczanowem; prawie u każdego artrytyka występuje azoturya. Lecz zdarzają się przypadki, gdzie ilość dobowo wydzielanego mocznika przekracza 50, 60 i 80 gramów, wtedy często udaje się stwierdzić cukromocz (LECORHÉ). Sposoby odróżnienia tej postaci cukromoczu wskazane zostały wyżej; można tylko nadmienić, że często zdarza się tutaj wzmożone pragnienie i łaknienie oraz nieznaczne wychudnienie, lecz objawy te występują znacznie wcześniej, niż cukromocz, i słabną z chwilą zmniejszenia się ilości mocznika. Gdy ilość mocznika zaczyna się zmniejszać, cukromocz może zupełnie zniknąć, w przeciwnym razie mamy do czynienia z t. zw. „diabète azoturique“, cukier w moczu pozostaje stale i cierpienie przechodzi w moczówkę cukrową z azoturyą.

II. Cukromocz na tle zaburzeń w trawieniu.

Wpływ wprowadzania do ustroju pokarmów, zawierających cukier, na wydzielanie się cukru w moczu, zauważył jeszcze Cl. BERNARD; znakomity ten fizyolog wprowadzał cukier do żyły i stale otrzymywał cukromocz, gdy ilość zastrzykiwanego cukru przewyższała $\frac{1}{1200}$ wagi ciała zwierzęcia; wprowadzając zaś drogą przewodu pokarmowego psu, ważącemu 3 kilogramy, 15 gm. cukru trzcinowego w 30 gm. wody, również stale otrzymywał w moczu dodatnie wyniki z próby FEHLING'a na cukier. Tenże autor zwrócił uwagę, że przewiązanie żyły wrotnej może również spowodować cukromocz, a COLRAT i CONTURIER stwierdzili zależność cukromoczu od zapalenia żyły wrotnej, ucisku żyły wrotnej, zwłaszcza wskutek marskości żółciowej wątroby. SCHIFF wywoływał cukromocz za pomocą 5—10 minutowego ucisku na aortę i dowiódł, że każde zwolnienie krwiotoku, powodując przekrwienie wątroby, prowadzi do cukromoczu. Słowem, przekrwienie wątroby, bądź wskutek zaburzeń w cyrkulacji natury mechanicznej, bądź natury toksycznej, bądź wreszcie nerwowej — prowadzi do cukromoczu. Trzustka odgrywa również wybitną rolę w powstawaniu cukromoczu: LANCEREAUX spostrzegł przypadek cukromoczu w następstwie zaburzeń trzustki; w trzustce znajduje się substancja glikolityczna.

mająca za zadanie niszczyć cukier we krwi; zaburzenie czynności trzustki prowadzi do powiększenia ilości cukru we krwi i do cukromoczu.

W rezultacie więc dzieli prof. ROQUE tę postać cukromoczu na dwa rodzaje:

a) Cukromocz spowodowany nadużyciem pokarmów mącznych lub zawierających cukier i b) cukromocz spowodowany zaburzeniami w trawieniu.

a) Cukromocz, spowodowany wprowadzeniem zbytnej ilości cukru, znany jest od roku 1844, kiedy BUDGE stwierdził go u psa; następnie u ludzi znajdujący był przez MOSLER'a, LUDWIG'a, PAVY i innych. MORITZ znajdował 1,0—2,5 *pro mille* cukru u 5 osób z 11-tu, które wieczorem dnia poprzedniego spożyły obfitą ilość słodczy, lodów, wina szampańskiego i t. d. FLINT stwierdził cukromocz przejściowy u osób, pijących dużo wina szampańskiego, STRUEMPELL u nadużywających piwa. Słowem liczne spostrzeżenia pouczają nas, że spożywanie pokarmów, zawierających cukier, lub mącznych, może spowodować cukromocz przejściowy; gdy cukier zostaje wprowadzany częściej, może występować cukromocz t. zw. przepuszczający. Początkowo nie towarzyszą takiemu cukromoczu żadne inne objawy cukrzycy (wielomocz, wzmożone pragnienie i t. d.), ciężar właściwy moczu pozostaje prawidłowy, fermentacja się nie wzmaga, lecz z czasem, gdy wprowadzane są w dalszym ciągu do ustroju pokarmy, zawierające cukier, może się rozwinąć cukrzyca (CANTANI). Tak w południowych Włoszech na 168 przypadków cukrzycy 161 było pochodzenia pokarmowego, gdyż mieszkańcy nie używają prawie mięsa, a spożywają natomiast duże ilości produktów mącznych i zawierających cukier.

Rozpoznać daje się ta postać cukromoczu w ten sposób, że już samo usunięcie z pożywienia cukru usuwa natychmiast cukromocz.

b) Cukromocz, spowodowany zaburzeniami w trawieniu. W czasach najnowszych stwierdzono wielokrotnie fakt, że przy zaburzeniach w trawieniu często występuje cukromocz. Ponieważ często daje się przytem zauważyć przekrwienie wątroby, przeto zrobiono przypuszczenie, że przyczyną cukromoczu jest właśnie owo przekrwienie wątroby, powstające wskutek podrażnienia miąższu wątroby przez wytwarzające się nieprawidłowe produkty trawienia. W przewodzie żołądkowo-kiszczowym znajdować się mogą substancje trujące, bądź to wskutek wprowadzania ich z pokarmami (np. z kiełbasą, słoniną, rybą, ostrygami, serem i t. d.), bądź jako wytwór znajdujących się prawidłowo w przewodzie drobnoustrojów (*oidium albicans*, drożdży, *bac. coli comm.*), bądź wreszcie w postaci rozmaitych kwasów (mlecznego, octowego, butyrowego, kwasu szczawowego, aldehydów i t. d.). Do walki z powyższymi substancjami, do zatrzymywania ich i modyfikowania przeznaczona jest wątroba, której komórki służą niejako za magazyn jądów. Podczas tej to czynności wątroba ulega przekrwieniu, staje się „wątroba dyspeptyczną“ BOUCHARD'a, a w moczu występuje cukier. Za przyczynę cukromoczu w tych przypadkach uważają następujące czynniki: a) Cl. BERNARD widzi przyczynę już to w przekrwieniu czynnym wątroby, skutkiem czego wzmaga się i czynność narządu, wytwarza się zbyt duża ilość cukru, następuje „*hyperglycémie*“ autorów francuskich i wreszcie cukromocz, już to w b) niedomodze wątroby, przyczem ta ostatnia przestaje wypełniać swe zadanie, czyli przerabiać cukier, i tenże, odkładając się we krwi, powoduje cukromocz; c) BOUCHARD wreszcie główną rolę przypisuje upośledzeniu odżywiania, a więc i utleniania cukru.

Znany jest oddawna wpływ wysokoku na cukromocz; Cl. BERNARD, wprowadzając alkohol zwierzęciu, wywoływał cukromocz; często też napotykać go

u alkoholików. Cukromocz znajduwany był u osób, dotkniętych rozszerzeniem żołądka (na 665 przypadków BOUCHARD'a w 73-ch), niestrawnością i t. p. Leczą ani wielomocz, ani wzmożone pragnienie nie towarzyszą tutaj cukromoczowi, który znika natychmiast po usunięciu niestrawności lub innej przyczyny wywołującej.

(D. n).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

42. CARRIÈRE. **Nawał płucny samoistny** (*Congestio pulmonum idiopathica*). (**Choroba Woillez'a**). Opis dokładny 16-tu spostrzeżeń odnośnych poucza, że w omawianem cierpieniu chodzi o lekką postać zakażenia płuc pneumokokami. Sprawa zapalna rozwija się zwykle na przestrzeni dosyć ograniczonej. Oprócz wspomnianych drobnoustrojów znajdowano czasem w płwocinie gronkowce i łańcuszkowce. Jadowitość tych drobnoustrojów była we wszystkich przypadkach znacznie osłabiona, albo też słabła bardzo szybko, tak iż hodowle pneumokoków już po 4 dniach traciły swą jadowitość. Choroba zaczynała się zwykle nagle dreszczami, gorączką i kłuciem w boku, które stopniowo potęgowało się; następnie przyłączała się duszność i kaszel suchy, zjawiający się zwłaszcza rano i wieczorem, pod postacią napadów niezmiernie dokuczliwych. Ilość płwociny w początkach bywa niewielka, dosięga zaś swego *maximum* w okresie bezgorączkowym. Z pośród objawów fizycznych są najważniejsze: rozszerzenie klatki piersiowej po stronie chorej; nad ogniskiem zapalnym stłumienie lekkie i osłabienie drżenia głosowego; osłuchiwanie okazuje wydłużenie wydechu, szmery oddechowe po części osłabione, rżenia po części wilgotne, po części trzeszczące. Objawy fizyczne zatem nie posiadają cech szczególnych, a rozpoznanie można uczynić tylko biorąc pod uwagę objawy ogólne i miejscowe. Cierpienie dotyka przeważnie ludzi młodych i zdrowych w wieku od 20—40 lat wskutek urazu lub przeziębienia. Choroba trwa 4—5 dni, kończy się nagłym obniżeniem się ciepłoty, a wyzdrowienie następuje szybko. Z podanej wyżej liczby 16-tu chorych zmarł jeden, zdecydowany alkoholik. Związku tego cierpienia z gruźlicą nigdy nie można było wykazać; laseczników gruźliczych nigdy nie znajdowano w płwocinie. Pod względem rozpoznania różniczkowego należy odróżniać: *neuralgia dorso-intercostalis*, *pleurodynia*, *bronchitis acuta*. Trudniej odróżnić to cierpienie od *bronchiolitis*, okresu początkowego zapalenia płuc włóknikowego i nieżytego i od zapalenia opłucny. Nie wkraczając w szczegóły bliższe anatomo-patologiczne, przechodzimy do leczenia. Autor stosował bańki suche i cięte, a nawet upust krwi u osobników tęgich; wezykatorye nie były tak skuteczne. Dyeta chorych w początkach cierpienia była wyłącznie płynna (mleko, rosół); po obniżeniu się ciepłoty z wolna zmieniano dietę na pokarmy stałe. Z lekarstw podawano środki wykrztuśne.

(*Revue de médecine*, Nr. 10 i 12, 1898).

K. Z.

43. Léon d'ASTROS. **Przyczynę do etiologii zapaleń wśierdzia u dzieci**. Prócz znanego powszechnie momentu etiologicznego dla zapaleń wśierdzia pod postacią ostrego reumatyzmu, autor przytacza, popierając swe zdanie opisem odpowiednich spostrzeżeń, jako moment przyczynowy: różę, influenzę i zapalenie gardła z otrzymaną hodowlą gronkowców po uprzednim przed kilkoma dniami przejściu błonicy z również bakteryologicznie stwierdzoną czystą hodowlą swoistych Loefflerowskich laseczników.

W ostatnim przypadku nastąpiła śmierć spostrzeganego 10 miesięcznego dziecka; wykonane w następstwie badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie, a hodowla na bulionie, otrzymana ze krwi prawej komory sercowej, dała czystą hodowlę gronkowców.

W przypadku powikłania róży zapaleniem wsierdza autorowi nie udało się wykryć łańcuszkowców we krwi chorego mimo bardzo starannego bakteriologicznego badania. Pierwsze objawy ze strony serca wystąpiły współcześnie z nasileniem objawów ogólnych i podniesieniem ciepłoty ciała do najwyższego w przebiegu choroby stopnia. Chory wyzdrowiał z wyraźną wadą zastawki dwudzielnej.

W przypadku influenzy, powikłanym chorobą, w mowie będącą, autor, spostrzegając u chorego, jako komplikację, zapalenie płuc zrazikowe, nie przedstawia przekonujących argumentów, świadczących o zależności powikłania od łańcusznika swoistego (PFEIFFER'a), możliwe mu się nawet wydaje i współdziałanie łańcuszkowców lub pneumokoków.

(*Revue Mensuelle des Maladies de l'enfance. T. XVI, Décembre 1898*).

B. K.-Daszkiewicz.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny szpitali z dnia 21 kwietnia 1899 r.

Kol. T. ŻERA odczytał referat, dotyczący projektu przeniesienia szpitala św. Rocha na terytorium szpitala św. Łazarza. Terytorium to badali na miejscu ŻERA, A. CIECHOMSKI i B. CHROSTOWSKI i przyszli do przekonania, że proponowana dolna część placu jest zupełnie nieodpowiednia na szpital, ponieważ 1) miejscowość jest bardzo wilgotna; przed kilku jeszcze laty była tu sadzawka, obecnie zasypana gruzem; 2) kształt placu jest tego rodzaju, że szpital miałby front wschodni, tylna zaś część szpitala zasłonięta byłaby przez wzgórze górnej części terytorium; 3) dzielnica miasta, w której znajduje się plac, jest nieskanalizowana; 4) wobec sąsiedztwa fabryk, w miejscowości tej panuje hałas i obfity dym.

Komisya, delegowana przez Radę miejską, uznała również omawiany plac za nieodpowiedni i oświadczyła się za placem na górnej części posiadłości szpitala św. Łazarza.

W dyskusji wyrażono przedewszystkiem zdanie o konieczności budowania szpitali nie w środku miasta, lecz po za miastem. Bliższego opracowania tej sprawy zasadniczej podjął się Z. KRAMSZTYK; nadto B. JAKIMIĄK przyrzekł zebrać materiały w sprawie projektu przeniesienia szpitala św. Rocha.

Następnie Wł. WROŃSKI podał wyniki leczenia chorych gruźliczych na podstawie wyników, otrzymywanych w uzdrojowisku w Otwocku.

Autor zastrzegł się, że nie można bezkrytycznie zestawiać danych statystycznych z uzdrojowiska w Otwocku z takimiż danymi podobnych zakładów zagranicznych, gdyż takie zestawienie wytworzyłoby fałszywy pogląd na sprawę leczenia w naszym klimacie, a to z następujących powodów: 1) procent chorych gruźliczych w początkowych stadiach rozwoju gruźlicy bywa stale nieznaczny (8—12% ogółu chorych, 2) procent chorych nieuleczalnych bywa bardzo znaczny (31,5—35%); 3) przeważna część chorych leczy się nader krótko. Tych zaś warunków nie spotykamy w zagranicznych sanatoryjach, a one oddziałują ujemnie na statystykę.

Pomimo tego jednak wyniki otrzymują się w Otwocku bardzo dobre, a dowodem tego są dane cyfrowe z r. 1898. Dane te wykazują: wyleczenie 11,3%, bardzo znaczna poprawa 31,8%, wybitna poprawa 33,8%, bez poprawy 19%. Czas przeciętny leczenia dni 50 tylko! Wnioski i uwagi. Leczenie chorych gruźliczych w naszym klimacie w odpowiednich sanatoryjach pozwala otrzymywać wyniki nie gorsze, niż w zagranicznych; 2) odnośni chorzy prowadzą leczenie zbyt krótko, wskutek czego wyniki są mniej korzystne, niżby być mogły; 3) leczenie nieuleczalnych chorych w sanatoryjach jest pożyteczne, bo w ten sposób usuwa ze społeczeństwa źródło zarazy i zapewnia odpowiednią opiekę; 4) społeczeństwo nasze nie uświadomiło sobie jeszcze, że we własnym klimacie skutecznie leczyć może swych chorych gruźliczych.

Z powodu odczytu powyższego T. DUNIN, dzielając wywody autora, podkreśla rozpowszechnienie wśród naszego społeczeństwa małej wiary w skuteczność leczenia w naszym klimacie i nawołuje do zwalczania tego z gruntu fałszywego poglądu.

W końcu posiedzenia p. M. CHOJECKA przedstawiła projekt utworzenia szkoły dla dozorczyń chorych na wzór podobnej instytucji, istniejącej pod nazwą „Union des femmes de France”. Celem instytucji ma być kształcenie dozorczyń, uzdolnionych pod względem teoretycznym, praktycznym i moralnym.

Jednocześnie stowarzyszenie usiłuje szerzyć wśród ogółu kobiet wiadomości, dotyczące zapobiegania chorobom, utrzymania zdrowia i pielęgnowania chorych. Grono osób, stanowiące delegację pracy kobiet przy Tow. pop. przem. i handlu, pragnie przyczynić się do utworzenia podobnej szkoły, która miałaby na celu przygotowywanie dwojakiego rodzaju dozorczyń: 1) wykształconych fachowo i płatnych, 2) licznego zastępu ochotniczek, pragnących nieść pomoc chorym.

I jedne i drugie musiałyby uczęszczać na kursa, odbywać praktykę w szpitalach i zdawać egzaminy.

Ze swej strony delegacja pracy kobiet proponuje; 1) dostarczanie pewnej liczby uczennic płacących za naukę; 2) utworzenie stałej komisji administracyjnej, której zadaniem byłoby stałe czuwanie nad należytym rozwojem instytucji.

Lokal na wykłady można uważać jako zapewniony w jednej z sal Muzeum przemysłu, zarówno jak i fundusze na początkowe zaopatrzenie szkoły.

Autorka podnosi w końcu doniosłe znaczenie pracy w tym kierunku kobiet wiejskich, których współudział jest już zapewniony.

Zgromadzeni przyjęli projekt powyższy z wielkim uznaniem. W celu opracowania szczegółów projektu, ma być wyznaczona specjalna komisja, której wybór odłożono do następnego posiedzenia.

W. M.

Posiedzenie wydziału higieny zdrojowisk i stacji klimatycznych z dnia 28 kwietnia r. b.

Kol. H. RUPPERT mówił o wspólnych interesach naszych zdrojowisk i miejscowości leczniczych. Ten sam temat był już poruszony na jednym z pierwszych posiedzeń przez kol. K. CHEŁCHOWSKIEGO. CH. przedstawił plan działalności naszych zdrojowisk na zewnątrz, jak wydanie nowego podręcznika balneologicznego, przesyłanie wód krajowych do szpitali dla badań klinicznych, odbywanie posiedzeń sekcji w zdrojowiskach i t. p. RUPPERT mówił wyłącznie o wewnętrznej gospodarce naszych zdrojowisk. Za jedną z najważniejszych spraw sanitarnych R. uważa dostarczanie dobrej wody do picia. W miejscowościach, posiadających źródła mineralne, studnie płytkie dostarczają wody zanieczyszczonej cząstkami organicznymi, studnie głębokie zawierają wodę mineralną,