

MEDYCYNA.

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 piśmem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 35 Rue de Valenciennes 35.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. S. p. Marceli Nencki. — O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jolit. Spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne. Napisał D-r Tadeusz Czaplicki. — O stwardnieniu rozlanem (sclerosis multiplex), przebiegającym pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego (myelitis transversa). Podali E. Flatau i J. Koelichen. (Ciąg dalszy). — **STRESZCZENIA I WYCIĄGI.** 88. O leczeniu gruźlicy za pomocą środków lekarskich. 89. O kuracjach odiluszczających. 90. O wegetaryanizmie (Zur Bewertung der vegetarischen Diät) — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 17 września r. b. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z dnia 5 października. — Z Towarzystw lekarskich zagranicznych. — O ruchu chorych w szpitalu św. Stanisława za czas od 14 września do 14 października r. b. **DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Czaplicki — Sur l'action de l'atropine dans de certaines formes de l'obstruction intestinale. 2) D-r E. Flatau et J. Koelichen — Sur une forme de sclérose disséminée simulant la myélite transversale.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Czaplicki — Ueber die Wirkung des Atropins bei gewissen Formen der Darmobstruction. 2) D-r E. Flatau und J. Koelichen — Ueber multiple Sclerose vorlaufend unter dem Bilde einer Myelitis transversa.

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

Ś. P.

MARCELI NENCKI

Doktor medycyny, profesor, ostatnio zarządzający wydziałem chemicznym w instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu.

Znakomity uczony i badacz przyrody ku niepowetowanej stracie dla ludzkości zmarł w 54 roku życia w dniu 14 b. m. w Petersburgu. W jednym z następnych numerów naszego czasopisma podamy obszerny nekrolog przedwcześnie dla nauki zgasłego Męża.

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ C. K. RADCY DWORU PROF. D-RA LUDWIKA RYDYGIERA.
WE LWOWIE.

O DZIAŁANIU ATROPINY W PEWNYCH PRZYPADKACH NIEDROŻNOŚCI JELIT. Spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne^{*)}.

Napisał

D-Ń TADEUSZ CZAPLICKI

Elew kliniki.

W ostatnich kilku latach coraz częściej spotykamy w literaturze ogłaszane przypadki leczenia i wyleczenia niedrożności jelit przez podawanie wewnętrzne lub wstrzykiwanie podskórne wysokich dawek siarczanu atropiny. Rzecz taka musiała w każdym razie wzbudzić zainteresowanie wśród lekarzy, zwłaszcza chirurgów. Zwróćmy na to uwagę, że to cierpienie przeważnie leczone było nożem operatora; z drugiej strony słyszymy wygłaszane tyra- dy, że bez tak ryzykownego a niebezpiecznego zabiegu obejść się można, gdyż są środki wewnętrzne, niedrożność jelit usuwające. Skoro jednak przy- padki te ogłaszają lekarze praktyczni ze swej prywatnej klienteli, gdzie nie- możliwe jest prowadzenie dokładne całego przebiegu choroby i podanie dokładnych danych jej leczenia, a z drugiej strony do pewnego stopnia mo- żna przypuszczać, że wyniki działania atropiny są też i dodatnie, obowią- zkiem naszym jest sprawę tę dokładniej zbadać i na bardziej realnych pod- stawach i krytycznie obserwowanym materiale swe wnioski oprzeć.

Historia leczenia niedrożności jelit przetworami wilczej jagody jest na- stępująca:

Już w r. 1788 pierwszy THEDEN zalecał sześciokrotne dawki belladonny w niedrożności jelit. W początkach XIX wieku i później liczni autorowie włoscy, a za nimi francuscy i niemieccy ogłaszają szereg przypadków uwię- złych przepuklin, belladonną wyleczonych (MAGLIARI 1828, PAGES 1829, MEOLA 1830, KLAUS, ELIOT 1838, CARAYÉ 1858 i t. d.). Stosowali oni częścią maść belladonnową, którą wcierali w okolicę przepukliny lub w rzyć, czę- ścią podawali belladonnę wewnątrz lub w ławatywach. W r. 1831 ogłasza DUPONGET 4 przypadki uwięzłych przepuklin, gdzie *taxis* bez wyniku była robiona, a chorzy o operacyi słyszeć nie chcieli. Wszystkie te przy- padki uleczył DUPONGET szczęśliwie belladonną. FRAENKEL w r. 1834 poleca w temże cierpieniu belladonnę, jako środek, rozszerzający pierścień przepu- klinowy. Maść jego składa się z 2 uncyi *unguentum althaeae*, i 1 drachmy *extractum belladonnae*. Po nich polecają gorąco belladonnę FISCHER, RADEMA- CHER i CASIN, który popiera twierdzenie FRAENKEL'a. LARUE stanowczo twierdzi, że 0,20 *extracti belladonnae aquosi* w zupełności wystarcza do osią- gnięcia dodatniego wyniku. CHRÉTIEN w r. 1862 poleca obok wcierań maści (*axungiae porci, extracti belladonnae aquosi aa*) rodzaj kataplazmu z wygotowa- nych liści beladonny.

*) Według wykładu na XI Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie d. 16 lipca 1901 r.

W r. 1890 ogłasza HAGEN 20 przypadków uwięzłych przepuklin, leczonych belladonną i atropiną. Objawy towarzyszące były od najslabszych do najgroźniejszych. Przed stosowaniem tych środków próbowano zawsze odprowadzenia; chorzy na operację stanowczo zgodzić się nie chcieli. Stosowano *extractum belladonnae* w maści (1:10), w roztworze (1:20) podskórnie, lub roztwór siarczanu atropiny (1:2000). Czas od chwili stosowania do ustąpienia przepukliny wynosił przy stosowaniu maści przeciętnie 18 godzin, przy podskórnym stosowaniu wyciągu 11 godzin, przy temże stosowaniu siarczanu atropiny 4 godziny. Największa ilość stosowanego *extractum belladonnae* w maści wynosiła 5,6 gr., *extracti belladonnae* podskórnie 0,15 gr.; *atropini sulfurici* 0,001 gr. Na tych 20 przypadków jeden tylko skończył się śmiertelnie, gdzie po stosowaniu maści udało się wprowadzić przepuklinę odprowadzić, ale w 10 godzin później nastąpiła śmierć. Sekcyja wykazała zrost pętli z workiem przepuklinowym i zmiany wsteczne w jelicie. (Zatem prawdopodobnie nastąpiło tutaj *repositio en bloc*).

W najnowszej literaturze spotykamy od r. 1899 nazwisko BATSCH'a, jako gorącego propagatora atropiny. Prócz całego szeregu spostrzeżeń BATSCH'a ogłaszają, jego przykładem zachęceni, MARCINOWSKI, HOLZ, GEBSER, DEMME, LÜTTGEN, OSTERMEIER, POLACK, DIETRICH, SIMON, RUSSOW, HÖCHTLEN, FESTNER, SCHEUMANN, REUSS, GEBELE, PRITCHARD i ARONHEIM przypadki t. zw. wewnętrznego zamknięcia jelit (*occlusio interna*), atropiną leczone. Objawy w tych przypadkach trwały rozmaicie długo: od 24 godzin (MARCINOWSKI) do 10 dni (OSTERMEIER).

Przytoczę tu statystycznie wszystkie przypadki niedrożności jelit, atropiną leczone, a ogłoszone w najnowszej literaturze. (Patrz str. 924 i 925).

Do tej statystyki dołączyć mogę kilka przypadków, w naszej klinice tudzież w prywatnej praktyce obserwowanych i atropiną leczonych.

Przypadek I. Feiga K. lat 56; przyjęta do kliniki 13. XII. 1900.

Wywiad: Pochodzi z rodziny zdrowej; dotychczas nie chorowała. Miesiączka wystąpiła w 16 roku życia i była zawsze prawidłowa, a ustąpiła przed 8 laty. Za mąż wyszła w 18 roku. Rodziła 9 razy prawidłowo; raz roniła. Obecna choroba trwa od 4 dni, a rozpoczęła się bólami w jamie brzusznej i parciem na stolec; wiatrów, ani stolca chora jednak nie miała. Olej rącznikowy i lawatywy bez skutku. W trzecim dniu choroby wystąpiły wymioty raz jeden.

Stan obecny. Kobieta wzrostu małego, o budowie drobnej, miernie odżywiana. Skóra wilgotna, język szarym nalotem pokryty, wilgotny. Narządy klatki piersiowej nie okazują żadnych zmian. Tętno spokojne, równe, 78 uderzeń. Brzuch niejednostajnie wzdęty, przez powłoki zarysowują się pętla jelit. Przy obmacywaniu stwierdzić można znaczne napięcie powłok. Brzuch jest niebolesny; odgłos bębnekowy. Podczas badania występują napadowo kurcze, podczas których brzuch się bardziej wypukła, i występuje przelewanie w jelitach. Zewnętrzne bramy przepuklinowe wolne. Ciężkość 37,3°.

Rozpoznanie: *Ileus, verisimillime torsio flexurae sigmoideae*.

Leczenie: 13. XII. Chorej wstrzyknięto zaraz *atropini sulfurici* 0,003. Napięcie powłok brzusznych i napadowo kurcze ustąpiły. Stolca ani wiatrów nie było, mimo następnie podanych 3 wysokich lawatyw. W nocy chora spała kilka godzin.

L. p.	Autor.	Płeć i wiek	O B J A W Y	Ilość atropiny	U W A G A
1	Gebser	Dziewczyna lat 20	Od 5 dni brak stolca i wiatrów. Wymioty kalowe.	1-go dnia 0,0025 2-go dnia 0,003 0,003	Wyzdrowienie.
2	Festner	—	Od 4 dni brak stolca i wiatrów. Wymioty, bóle.	0,003	Wyzdrowienie.
3	Scheumann	Kobieta lat 51	Od 5 dni brak stolca i wiatrów. Odbywanie, bóle.	1-go dnia 0,001 2-go dnia 0,001	Wyzdrowienie.
4	Batsch	Kobieta lat 28	Od 4 dni brak stolca i wiatrów. Wymioty.	1-go dnia 0,002 0,003 2-go dnia 0,005	Post partum. Wyzdrowienie.
5	Reuss.	Mężczyzna. lat 19	Od 5 dni brak stolca i wiatrów. Wymioty kalowe.	1-go dnia 0,001 0,002 2-go dnia 0,003	Wyzdrowienie.
6	Batsch	Kobieta lat 60	Od 8 dni brak stolca. Od 2 dni wymioty kalowe.	jednego 0,002 dnia 0,002 0,005	Wyzdrowienie.
7	Batsch	Mężczyzna. lat 35	Od 3 dni brak stolca i wiatrów. Wymioty kalowe.	w przeciągu 0,005 12-tu godzin 0,005	Wyzdrowienie.
8	Batsch	Kobieta lat 45	Od 5 dni brak stolca i wiatrów.	1-go dnia 0,005 2-go dnia 0,005	3-go dnia laparotomia. Strangulacja w postronku po perimetritis. Wyzdrowienie.
9	Marcinowski	Kobieta lat 32	Od 2 dni brak stolca i wiatrów. Wymioty.	0,005	Wyzdrowienie.
10	Marcinowski	Mężczyzna. lat 62	Od 3 dni brak stolca i wiatrów. Wymioty.	0,005	Objawy te wystąpiły po odprowadzeniu uwie- złej przepukliny. Wy- zdrowienie.
11	Holtz	Mężczyzna. lat 42	Od 4 dni brak stolca i wiatrów. Wymioty	0,001	Wyzdrowienie.
12	Demme	Kobieta lat 28	Od 2 dni brak stolca i wiatrów. Wymioty.	1-go dnia 0,003 2-go dnia 0,005	Wyzdrowienie.
13	Demme	Mężczyzna. lat 33	Od 3 dni brak stolca i wiatrów. Wymioty.	0,005	Wyzdrowienie.
14	Lüttgen	Kobieta lat 65	Od 24 godzin brak stolca i wiatrów. Wymioty.	0,005	Uwięzła przepuklina z objawami ileus opero- wana; następnego dnia znów objawy ileus. Po wstrzyknięciu atropiny objawy zatrucia przez 12 godzin. Stolec. Objawy ileus powróciły. Śmierć.

L. p.	Autor	Płeć i wiek	O B J A W Y	Ilość atropiny	U W A G A
15	Ostermeyer	Mężczyzna. lat 80	Od 10 dni brak stolca i wiatrów. Wymioty.	1-go dnia { 0,001 0,001 2-go dnia { 0,001 0,001 3-go dnia { 0,001 0,001 4-go dnia { 0,001 0,003	Wyzdrowienie.
16	Russov	Mężczyzna. lat 50	Od 2 dni brak stolca i wiatrów. Wymioty.	W przeciągu 48 g. wewnątrznie i podskórnio razem 0,015	Wyzdrowienie.
17	Dietrich	Mężczyzna. lat 25	Od 24 godzin brak stolca i wiatrów. Wymioty.	1-go dnia { 0,001 0,0015 2-go dnia { 0,003	Lekkie objawy zatrucia po wstrzyknięciu. Wyzdrowienie.
18	Simon	Kobieta lat 29	Od 24 godzin brak stolca i wiatrów. Wymioty.	1-go dnia { 0,001 0,001 2-go dnia { 0,001 0,001 3-go dnia { 0,002 0,002	Objawy ileus wystąpiły w 8 dni post partum. Po wstrzyknięciu lekkie objawy zatrucia. Wyzdrowienie.
19	Höchtlen	Kobieta lat 71	Od 5 dni brak stolca i wiatrów. Wymioty.	0,003	Dość silne objawy zatrucia. Po 4 dniach śmierć.
20	Polaek	Kobieta lat 68	Od 6 dni brak stolca i wiatrów. Wymioty.	1-go dnia { 0,002 0,002 2-go dnia { 0,002 0,002 3-go dnia { 0,002	Lekkie objawy zatrucia. Wyzdrowienie.
21	Gebele	Kobieta lat 72	Od 5 dni brak stolca i wiatrów. Wymioty żółciowe.	1-go dnia { 0,001 0,001 0,001	Po wstrzyknięciu polepszenie. W 3 dni później napowrót objawy ileus. Laparotomia. Przyczyna niedrożności—kamień kałowy. Po 4 godzinach śmierć.
22	Pritchard	Mężczyzna. lat 62	Od tygodnia stolec ciężki i skąpy; od 24 godzin brak stolca i wiatrów. Wymioty.	1-go dnia $\frac{1}{50}$ grana $\frac{1}{100}$ 5 mcyli oliwy wewnętrznie.	Następnego dnia ze stolcem odszedł kamień żółciowy wielkości orzecha włoskiego. Wyzdrowienie.
23	Aronheim	Mężczyzna. lat 51	Od 12 godzin brak stolca i wiatrów. Wymioty. Bardzo silne bóle.	0,003	Lekkie objawy zatrucia. Wyzdrowienie.

14. XII. Laparotomia w narkozie. Potwierdzenie rozpoznania; *detorsio*. Zaraz po operacyi chorej wstrzyknięto 500 gr. hypodermoklizy z 0,6% NaCl. Po południu ciepłota 37,2°. Tętno 132 słabo napięte. Podskórnio 2 strzykawki *coffeini* (10%) i 2 *oleum camphoratum*.

15. XII. Ciepłota rano 37,9°, tętno 140 słabe. Chorej wstrzyknięto 500 gr. hypodermoklizy z 0,6% NaCl. O godz. 2 po połud. strzykawka kofeiny i *oleum camphoratum*. O godz. 5-ej ciepłota 37,4°, tętno niezliczalne, nitkowate. O godz. 6 min. 30 po południu *exitus letalis*.

Sekcja: *Degeneratio parenchymatosa organorum.*

Przypadek II. Katarzyna M. lat 55, przyjęta do kliniki 1. I. 1901.

Wywiady: Pochodzi z rodziny zdrowej, jak również sama dotychczas zawsze była zdrowa. Miesiączka od 17 roku prawidłowa, ostatnia przed 8 laty. Za mąż wyszła w 19 roku życia. Rodziła 5 razy prawidłowo, ostatni raz przed 12 laty. Obecna choroba trwa od dni 18, od tego czasu chora nie ma stolca, ani wiatrów; przed 18 też dniami wystąpiły wymioty, 5 dni trwające, a miały być one woni kałowej. Nadto uczuwa chora silny ból w jamie brzusznej.

Stan obecny. Kobieta wzrostu średniego, dość dobrze zbudowana i odżywiana, bez zmian w płucach i sercu. Brzuch balonowato wypuklony, więcej w części dolnej. W czasie badania widoczne ruchy jelit. Przy obmacywaniu brzuch jest dość miękki, miernie bolesny, przy opukiwaniu odgłos bębenny. W pachwinie prawej znajduje się guzik twardy, niebolesny, wielkości jaja gołębiego; wypuk nad nim stłumiony.

Rozpoznanie: *Ileus?*

Leczenie: 1. I. O godzinie 6 po południu wstrzyknięto *atropini sulfurici* 0,003. O godzinie 9 wieczorem wystąpiły objawy zatrucia, które wzmaczały się do godziny 12 w nocy. (Język i skóra suche; bewiedne ruchy; mierne rozszerzenie źrenic). Wstrzyknięto 0,01 *morphii muriatici* i 0,02 *pilocarpini muriatici*. Potem przepędziła chora noc spokojnie. Bóle w jamie brzusznej ustały. Napięcie powłok brzusznych mniejsze. Sen spokojny.

2. I. Rano 3 wysokie lawatywy bez skutku. Język wilgotny. Tętno 84 dobrze napięte. Stan ogólny chorej dobry. Noc spokojna.

3. I. Dwie wysokie lawatywy; po nich miała chora stolec miękki, papkawy, żółtawy, dość obfity. Wieczorem podano wewnątrznie w pigułce *atropini sulfurici* 0,001. Bólów w jamie brzusznej, ani wymiotów chora nie ma. W nocy sen spokojny.

4. I. Rano wymioty kałowe. Zgłębnikiem żołądkowym wydobyto około 4 litrów płynnego kału. Po południu wymioty kałowe, bóle w jamie brzusznej. Laparotomia. Znalaziono przepuklinę udową prawą, wobec czego zaszyto jamę brzuszną i zrobiono herniotomię. Przekonano się, że sieć, zrośnięta z workiem i jelitem, ściągała jelito; uwięźnięciu uległa tylko jedna ściana pętli jelita (*hernia Littriana*). Ponieważ zmiany w ścianie jelita były bardzo nieznaczne, po oddzieleniu zapuszczono jelito do jamy brzusznej. Po operacji zapaść. Ciężota 35,3°, tętno 126, nitkowate. Eter, kamfora. O godzinie 12 w nocy *exitus letalis*.

Sekcja: *Peritonitis fibrinosa diffusa. Hernia cruralis dextra Littriana.*

(C. d. n.).

O STWARDNIENIU ROZSIANEM

(*SCLEROSIS MULTIPLEX*),

przebiegającym pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego

(*myelitis transversa*).

Podali

E. FLATAU i J. KOELICHEN.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 41).

W II odcinku lędźwiowym widzimy ognisko z daleko posuniętem zwyrodnieniem, zajmujące obwód prawych słupów przednio-bocznych, zaczynając od kąta słupa przedniego i kończąc pasem LISSAUER'a włącznie. Cała okolica istoty szarej, jak również ta ostatnia, są wolne od zwyrodnienia. Po stronie lewej widzimy w różnych miejscach obwodu słupów przednio-bocznych większe lub mniejsze ogniska, które przeważnie w postaci klinów wrzynają się wgłąb' tych słupów. Słupy tylne nie są zajęte.

W IV odcinku lędźwiowym widzimy te same ogniska, lecz ogarniają one większe przestrzenie. Zajmują one dosyć symetrycznie obwody słupów przednio-bocznych z obu stron i są po stronie prawej szersze i intensywniejsze, niż po stronie lewej. Po stronie prawej zajmują one cały słup przedni, z wyjątkiem dna *sulc. long. ant.* Po zatem ognisko zagarnia całą przednią część słupa bocznego. Natomiast w tylnej jego części widzimy tylko wąski pas zwyrodnienia na obwodzie (przechodzący po przez pas LISSAUER'a na zewnętrzną część obwodu słupa tylnego). Ognisko, okalając róg przedni, wkracza również w obwodowe jego części i wywołuje zmiany, któreśmy opisali w XII odcinku grzbietowym. Po stronie lewej ognisko posiada podobną topografię i budowę histologiczną, lecz jest węższe i zmiany histologiczne są w niem nie tak daleko posunięte, jak po stronie prawej. W tej ostatniej bije wprost w oczy promieniowy układ ciemnych przegród łącznotkankowych i naczyń. Są one jakby oblepione wyżej opisanymi komórkami ziarnistymi. Korzenie zarówno przednie, jak i tylne są w tym zarówno, jak i w poprzednich odcinkach zupełnie wolne od zwyrodnienia.

W II i III odcinkach krzyżowych widzimy zmiany najdalej posunięte, zarówno w istocie białej, jak i w szarej. W II odcinku są jeszcze wolne od zwyrodnienia: 1) dno słupów przednich, 2) dno słupów tylnych (pole wentralne) i 3) wewnątrz rogów przednich wraz z okolicą kanału centralnego. Z obydwu stron zmiany są symetryczne, widzimy jednak, że po stronie lewej część przednia słupa bocznego jest prawie zupełnie wolne od zwyrodnienia. W III odcinku krzyżowym (Fig. 5) zwyrodnienie ogarnia całą istotę białą i całą istotę szarą, z wyjątkiem bezpośredniej okolicy kanału centralnego i *substantiae Rolandicae cornuum posteriorum*. Charakter zmian histologicznych jest ten sam, co w poprzednio opisanych ogniskach z daleko posuniętem zwyrodnieniem. Wszędzie widzimy ogromną ilość komórek ziarnistych, rozsianych po całym przekroju i oblepiających przegrody i naczynia w postaci kół koncentrycznych lub też

pasów podłużnych. Tkanki białej normalnej nie widzimy tutaj ani śladu, z wyjątkiem małej wysepki, która leży tuż obok tylnej grupy komórkowej lewego rogu przedniego. Spostrzegamy oprócz tego, że najdalej posunięte zwyrodnienie stwierdzić można w słupach przednich (zupełny brak tkanki normalnej, wielka stosunkowo ilość słabiej zabarwionych komórek ziarnistych, których ilość ogólna jest mniejsza, niż w słupach bocznych, a szczególnie tylnych — początek właściwej sklerozy). Mniej intensywne, jakkolwiek również daleko posunięte jest zwyrodnienie w słupach tylnych, w których stwierdzamy zupełny brak tkanki normalnej, ogromną ilość przeważnie ciemnych komórek ziarnistych rozsianych i znaczących przebieg przegród i naczyń. Zaznaczyć należy, że i w tych prawie zupełnie zwyrodniałych odcinkach stwierdzić można: 1) zupełnie wyraźnie występująca figurę istoty szarej z zachowanymi grupami komórek nerwowych; 2) zupełny brak zwyrodnień zarówno w korzeniach przednio-tylnych, jak i w znajdujących się w nich naczyniach (te ostatnie są tylko rozszerzone i szczelnie napełnione krwią); 3) komórki ziarniste widzimy wzdułuż całej przegrody w *sulc. long. ant.* Co zaś dotyczy reszty *pia mater*, to w niektórych tylko miejscach widzimy, jak komórki ziarniste, oblepiające wzdułuż jedno z naczyń lub przegrodę po dojściu do obwodu rdzenia rozprzestrzeniają się w jedną i w drugą stronę na jego obwodzie (*spatium epispinale*) i, być może, w wewnętrznych warstwach opony miękkiej. (Fig. 8).

W opisie powyższym, dokonany na podstawie zmian, znalezionych w skrawkach zabarwionych według metod WEIGERT'a i MARCHI'ego, chodziło nam głównie o wykazanie topografii ognisk na rozmaitych wysokościach rdzenia. Pragnęlibyśmy oprócz tego zwrócić uwagę na szczegółowe zmiany histo-patologiczne, które stwierdziliśmy w tych ogniskach na podstawie przejrzania skrawków, zabarwionych według innych metod (karminowej, hematoksylinowej, VAN GIESON'a). Zmiany te podzielić można na dwie główne kategorie, a mianowicie: 1) na zmiany degeneracyjne początkowe ze zwyrodnieniem tkanki myelinowej, lecz bez widocznego udziału naczyń i tkanki śródmiąższowej, 2) zmiany degeneracyjne daleko posunięte z bardzo wybitnym udziałem naczyń tkanki śródmiąższowej i kolosalnem nagromadzeniem komórek ziarnistych. (Jest rzeczą zrozumiałą, że pomiędzy temi krańcowemi kategoriami znajdują się zmiany histo-patologiczne pośrednie).

Pierwszą kategorię zmian napotykaemy w górnych odcinkach rdzenia, w których ogniska są ledwie zaznaczone, z drugiej zaś strony stwierdzić je można również na przekrojach rdzenia lędźwiowo-krzyżowego z daleko posuniętymi zaburzeniami histo-patologicznymi. Z wyjątkiem najniższych odcinków krzyżowo-guzicowych, w których cały przekrój rdzenia wykazuje daleko posunięte zwyrodnienie, spostrzegamy wszędzie obok ognisk starszych, miejsca, w których stwierdzić można początek rozpadu tkanki myelinowej. Fakty te trzeba mieć w pamięci przy opisie powyższych dwóch kategorii ognisk zwyrodnienia.

I. Ogniska degeneracyjne początkowe:

Do tej kategorii zaliczamy te ogniska, które wykazują na skrawkach MARCHI'ego zwyrodnienia wyraźne, natomiast na skrawkach WEIGERT'a nie uwidoczniają się wcale, albo prawie wcale. Jeżeli rozpatrywać te miejsca na skrawkach zabarwionych według metody MARCHI'ego przy powiększeniu silniejszym, to stwierdzić można zmiany następujące: rozsiane zwyrodnienie tkanki myelinowej włókien, przeważnie w postaci czarnych zupełnie ścisłych i jednolitych bryłek; po zatem widzimy, że niektóre z tych bryłek

posiadają budowę ziarnistą, t. j. stanowią zbity konglomerat okrągłych małych czarnych ziarenek (komórki ziarniste). Ziarenka te znajdujemy również w nieznacznej ilości w przestrzeniach leżących pomiędzy bryłkami. (Fig. 9). Wszystkie te trzy postacie zwyrodnienia (bryłki ścisłe, konglomeraty ziaren i ziarna oddzielne) są ze sobą zmieszane tak, że w każdym polu widzenia znajdujemy je obok siebie. Jakiś już wyżej zaznaczyli, ilość naczyń nie jest w tych początkowych ogniskach wyraźnie zwiększona, jednakże przy powiększeniu silniejszym spostrzegamy w nich pewne rozszerzenie naczyń, szczelnie napełnionych krwią. Na skrawkach MARCHI'ego uderza ten fakt, że już w tych ogniskach początkowych widzimy wzdłuż naczyń podłużne czarne twory, wypełnione czarnymi ziarenkami zwyrodniałej myeliny. Twory te leżą w pewnej odległości jeden od drugiego i czynią takie wrażenie, jakby pokrywały ścianę naczynia. W niektórych miejscach ściana naczynia pokryta jest oddzielnie leżącymi ziarenkami, które czasami są ugrupowane w postaci podłużnego łańcuszka, czasami znów tworzą nieregularną grupę. Wogóle jednak spotykamy zjawisko to na naczyniach rzadko.

Wszystkie te produkty zwyrodnienia posiadają, jakieś już zaznaczyli, charakter rozsiany, i ilość włókien niezmiennych w każdym razie przeważa.

Jeżeli rozpatrywać odpowiednie miejsca na skrawkach zabarwionych według metody WEIGERT'a, to przy powiększeniu słabym (ZEISS: ocular 2, obiektyw AA = $\times 50$) nie jesteśmy w stanie stwierdzić żadnego zwyrodnienia włókien, jeżeli zaś użyjemy powiększenia silniejszego (ZEISS ocular 2, obiektyw D = $\times 240$), to w miejscach odpowiednich widzimy pewne spęcznienie oddzielnych włókien myelinowych, jako wyraz rozpoczynającego się zwyrodnienia.

Na skrawkach, zabarwionych hematoksyliną alunową, nie widać wyraźnego zwiększenia ilości jąder; dotyczy to zarówno jąder neuroglei, jak i jąder leukocytów naokoło naczyń krwionośnych.

Na skrawkach zabarwionych karminem, stwierdzić można dobrze zachowane wyrostki osiowe i również nie różniącą się od normalnej siatkę neuroglei. W naczyniach zauważyć tylko można pewne przekrwienie. Ten sam rezultat otrzymujemy po zbadaniu skrawków, zabarwionych według metody VAN-GIESON'a.

II. Ogniska z daleko posunięciem zwyrodnieniem:

Na skrawkach, zabarwionych według metody MARCHI'ego, widzimy przy powiększeniu słabszym, że całe ognisko jest usiane dużymi czarnymi okrągłymi tworami, — tak zwanymi komórkami ziarnistymi (Fig. 8 i Fig. 9). Samo tło ogniska jest znacznie jaśniejsze niż tkanka normalna, która się barwi przy tej metodzie na kolor słomiano-żółty. Ogólny wygląd ogniska znacznie się różni od tak zwanych zwyrodnień wtórnych. W tych ostatnich włókna zwyrodniałe leżą zbitą masą w odpowiednich pęczkach zwyrodniałych i nigdy nie są ugrupowane, ani wzdłuż przegród łączno-tkankowych, ani też wzdłuż naczyń. (Fig. 10 — z innego przypadku) Natomiast w naszym przypadku komórki ziarniste są jakby rozrzucone po całym polu, tak że ognisko robi wrażenie, jak gdyby je kto pokropił czarną masą (Fig. 8). Oprócz tego występuje tutaj nadzwyczaj wyraźnie ugrupowanie komórek ziarnistych wzdłuż przegród łączno-tkankowych i naczyń rozszerzonych i przekrwionych. (Fig. 6, Fig. 7). Na skutek tego występują wyraźnie pasma łańcuchowe komórek ziarnistych i składające się z nich koła koncentryczne.

Jakieśmy już wyżej zaznaczyli, komórki ziarniste podzielić można na dwa typy: 1) na komórki zupełnie czarne, 2) komórki szare, wyglądające jakby cienie pierwszych. Jeżeli użyć powiększeń silniejszych, w takim razie łatwo się przekonać można, że komórki ziarniste ciemne składają się właściwie ze zbitej masy małych zupełnie okrągłych czarnych ziarenek, komórki zaś ziarniste szare posiadają mniej ostre kontury i zawierają nieznaczną tylko ilość tych ziaren. Komórki ziarniste ciemne są rozrzucone po całym polu i skupione w okolicy naczyń i przegród, komórki zaś ziarniste szare są skupione prawie wyłącznie w okolicy naczyń i przegród. W niektórych miejscach widzimy oprócz tego, że wzdłuż jednego i tego samego naczynia są na pewnej jego przestrzeni ugrupowane komórki czarne, w dalszej zaś części komórki szare. W ogniskach względnie świeższych przeważają komórki ziarniste czarne, w ogniskach zaś starszych przeważają komórki szare. W tym ostatnim wypadku kontury tych szarych komórek zacierają się coraz bardziej i ostatecznie odróżnić się dają tylko na podstawie właściwej im barwy koloru dymu. Oprócz tego zaznaczyć należy, że komórki szare są mniejsze, niż komórki czarne, i że w ogniskach względnie starszych komórki ziarniste są wogóle mniejsze, niż w ogniskach względnie świeżych, i ilość ich również się zmniejsza. W tych ostatnich (świeższych) ogniskach, skupienia czarnych komórek ziarnistych robią na pierwszy rzut oka wrażenie zwyrodniałych bryłek myelinowych, napotykanych w niezbyt przedawnionych zwyrodnieniach wtórnych (przy metodzie MARCHI'ego). Jeżeli jednak użyjemy powiększeń silniejszych, to zobaczymy, że pierwsze znacznie się różnią od drugich. Mianowicie, czarne komórki ziarniste są przeważnie okrągłe, składają się ze zbitej masy czarnych okrągłych ziarenek, które szczególnie jaskrawo występują na obwodzie komórki ziarnistej. Kontury komórki ziarnistej nie są wskutek tego zupełnie równe, lecz jakby pokryte temi ziarenkami. Zjawisko to staje się szczególnie widoczne przy przesuwaniu śruby mikroskopowej. Widzimy przytem znaczną ilość ziarenek, rozsianych również w ognisku pomiędzy komórkami ziarnistymi (Fig. 9). Inny widok przedstawia się nam w zwyrodnieniach wtórnych niezbyt przestarzałych (Fig. 10). Mianowicie spostrzegamy w nich czarne bryłki o budowie zupełnie ściślej i jednolitej, o konturach równych, przyczem same bryłki posiadają prędkiej formę zaokrąglonych wielokątów, aniżeli okrągłą. Oprócz tego wielkość ich ulega znacznie większym wahanom, aniżeli to stwierdzić można w komórkach ziarnistych w ogniskach. Podkreślamy ten fakt, że w ogniskach początkowych znajdujemy jeszcze obok tworów czarnych, składających się z ziarenek, jednolite bryłki, podobne do bryłek w zwyrodnieniach wtórnych, natomiast w ogniskach z daleko posuniętymi zmianami, bryłek jednolitych zupełnie nie znajdujemy wśród masy komórek ziarnistych.

Na jeden jeszcze fakt pragnęlibyśmy zwrócić uwagę, a mianowicie na to, że względnie dosyć często napotykamy czarne komórki ziarniste o formie więcej wydłużonej, leżące na samej powierzchni rdzenia (*spatium epispinale*). W niektórych skrawkach widzimy, że pasmo podłużne komórek ziarnistych, towarzyszące jednej przegrodzie w samym rdzeniu, wychodzi zeń i skręca w *spatium epispinale* i biegnie w niem na pewnej przestrzeni (Fig. 8). Komórki ziarniste stwierdzić czasami można w niektórych miejscach w *pia mater* w okolicy naczyń, szczególnie jestto widoczne w przegrodzie, którą *pia mater* oddaje do *sulcus longit. anterior*.

Co się tyczy istoty szarej, to, jakieśmy już wyżej zaznaczyli, ogniska wkraczać mogą w jej obręb. Spostrzegamy wtedy w istocie szarej również komórki ziarniste, lecz w mniejszej ilości, niż w istocie białej, i oprócz tego widzimy w niej wielką ilość jakby czarnego piasku. Co się tyczy komórek nerwowych, to są one zachowane, i spostrzegamy w nich tak zwany barwnik; ilość jego nie jest bynajmniej większa, niż w komórkach rdzenia normalnego.

Na skrawkach, zabarwionych według metody WEIGERT'a, ogniska te, oglądane przy słabem powiększeniu, są prawie jasne i odcinają się ostro od tkanki normalnej. W dolnych odcinkach *conus medullaris* (Fig 4), w których ognisko zajmuje cały przekrój rdzenia, ten ostatni ma wygląd zupełnie jasny (z wyjątkiem normalnie zabarwionych ciemnych korzeni rdzeniowych) i, jakieśmy to już wyżej zaznaczyli, trudno jest w nim odróżnić istotę szarą od białej. Przy powiększeniu silniejszym widzimy w tych ogniskach komórki ziarniste, które w ogniskach względnie świeższych są napelnione bryłkami myeliny różnej wielkości, w ogniskach zaś względnie starszych wykazują tylko bardzo drobne ciemne punkciki. Drobne te punkciki znajdujemy oprócz tego na całej rozciągłości ogniska (również w istocie śródmiąższowej).

Na skrawkach, zabarwionych karminem, ogniska te odcinają się od istoty szarej mniej ostro, niż w skrawkach, zabarwionych według metody WEIGERT'a. Ogniska wykazują charakterystyczne dla ognisk zapalnych ciemno różowe zabarwienie. Przy powiększeniu silniejszym widzimy ogromną ilość komórek ziarnistych, wypełniających oczka siatki neuroglei; siatka ta posiada przegrody grubsze, niż w tkance normalnej. W przegrodach tych spostrzegamy wielką ilość większych i mniejszych, mniej więcej okrągłych, ciemniej zabarwionych punkcików. Punkciki te stanowią w części jądra neuroglei, w części zaś, być może, wyrostki osiowe. Naczynia krwionośne są rozszerzone i przekrwione. Widocznych zmian w ścianach naczyń nie znajdujemy. Ilość naczyń jest zwiększona.

Na skrawkach zabarwionych metodą VAN GIESON'a widzimy również wielką ilość ciemniej zabarwionych punkcików, leżących przeważnie w przegrodach neuroglei, większość tych punkcików zaliczyć należy do jąder neuroglei, niektóre zaś mają wygląd wyrostków osiowych. W skrawkach tych widać również dobrze jądra komórek ziarnistych. Niektóre rzadkie oczka neuroglei są zupełnie puste. Skrawki, zabarwione hematoksyliną alunową, wykazują ogromnie zwiększoną ilość jąder w całym ognisku, szczególnie zaś w okolicy naczyń. Jądra te są w części ciemniejsze i mniejsze, o formie okrągłej lub owalnej, w części zaś większe, wydłużone i więcej przezroczyste z ciemnymi kropkami. (I jedno i drugie znajdują się również w tkance normalnej w ilości znacznie mniejszej). Ilość jąder w okolicy naczyń wykazuje szczególne zwiększenie. Znajdujemy tutaj oba rodzaje jąder, napotykamy często wydłużoną formę jąder jaśniejszych (podobną do kielbaski lub biskwitu) i oprócz tego spotrzegamy w niektórych miejscach wielką ilość nagromadzonych zupełnie okrągłych ciemnych jąder (leukocytów).

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

88. F. KLEMPERER. **O leczeniu gruźlicy za pomocą środków lekarskich.** Pojęcie gruźlicy, jako kłęski, i nieufność zarówno laików, jak i lekarzy do leków, zalecanych w gruźlicy, oto dwa czynniki, które przygotowały grunt dla metody leczniczej, zwanej dyetetyczno-fizyczną. Okazało się jednak, że sama ta metoda nie wystarcza, i zaszła potrzeba dodawania do niej środków farmaceutycznych. Zachodzi więc pytanie, jaka jest wartość lecznicza tych środków.

Dr. GOETSCH, zdaje sprawę ze stosowania tuberkuliny w ciągu lat 10-ciu. Wszystkich chorych odnośnych było 224-ch, z których należy wyliczyć 12 przypadków daleko posuniętej gruźlicy, gdyż odnośni chorzy zbyt krótko przebywali w zakładzie, a także 37 chorych, którzy obecnie jeszcze są leczeni. Z pośród 175 pozostałych, leczonych przeszło cztery tygodnie, 125 GOETSCH uważa za wyleczonych. Czas leczenia dla każdego z tych chorych wynosił przeciętnie 198 dni (*minimum* 50, *maximum* 791 dni), a w przypadkach niepowikłanej gruźlicy płuc 143 dni. W początkach G. stosował wyłącznie tylko tuberkulinę, później zaś dodawał jeszcze odpowiednią dyetę, zawiązania w koce, wycierania i t. d., co jednak wcale nie skracało trwania leczenia. G. trzymał się ściśle dwóch zasad: 1) nie zastrzykiwać tuberkuliny dopóty, dopóki chory gorączkuje; 2) zaczynać od małych dawek i przechodzić do większych dopiero wtedy, kiedy ostatnia dawka nie wywołuje odczynu. Dawkowanie było zawsze zależne od ogólnego stanu chorego. Pierwsza dawka wynosiła 0,0001 starej tuberkuliny, a jeżeli i ona jeszcze wywoływała gorączkę, to obniżano ją aż do 0,00001. Niektórzy chorzy gorączkowali i po takiej nawet dawce, wtedy przygotowywano ich zastrzykowaniami nowej tuberkuliny, poczynając od 0,001. Kiedy chory znosił dobrze powyższą najmniejszą dawkę starej tuberkuliny, to zastrzykiwano mu od razu 0,001, następnie 0,002 i t. d. aż do 1,0 na dawkę i wtedy leczenie uważano za skończone. Wstrzykiwania robiono co trzeci dzień; ciepłotę mierzono trzy razy dziennie, a jeśli zauważono chociaż ślad gorączki, to stosowano dawkę mniejszą od ostatniej. Sprawozdanie swoje G. kończy w sposób następujący: „Działanie tuberkuliny na gruźlicę skóry zaznacza się silnym zaczerwienieniem i obrzmieniem odnośnych miejsc. W przypadkach gruźlicy gruczołów chłonnych po każdej większej dawce następowało widoczne obrzmienie gruczołów, które po dwóch dniach zupełnie ginęło. Chorzy, dotknięci gruźlicą płuc, zaznaczali, że czują, iż po każdym wstrzyknięciu u nich dzieje się coś w płucach, a nawet byli w stanie dokładnie wskazać okolicę chorą. Krwotoki odnawiały się rzadko i były bardzo małe, a świeżych krwawień nie sposzregano zupełnie. Męczący suchy kaszel stawał się łagodniejszym; ilość płwociny w początkach większa, stopniowo zmniejszała się, i w końcu chorzy nie odpluwali; poty nocne znikły już w trzecim lub czwartym tygodniu leczenia“.

Najwięcej rozgłosu po tuberkulinie pozyskała w ostatnich dwóch latach lecona przez LANDERER'a metoda leczenia gruźlicy za pomocą kwasu cynamonowego, względnie cynamonianu sodu (hetol). Nową metodę próbowało wielu, lecz najpoważniejsze studia w tym kierunku wykonał Maks WOLFF zarówno na ludziach, jak i na zwierzętach. Według LANDERER'a hetol ma powodować bujanie tkanki łącznej na około ognisk gruźliczych. WOLFF nie znalazł nic podobnego. Leczył on 42 chorych hetolem; były to przypadki przeważnie lekkie, nie powikłane, bez gorączki. Leczenie ciągnęło się przeszło rok ściśle według wskazówek

LANDERER'a, lecz bez żadnego rezultatu, w żadnym przypadku nie osiągnięto wyleczenia, a sprawa miejscowa w płucach nie uległa pod wpływem hetolu żadnej zmianie. W podobny niepochebny dla tego środka sposób odzywają się A. FRAENKEL, FÜRBRINGER, BRAUNSTEIN i FINKELSTEIN, zdawałoby się więc, że hetol nie stanowi leku swoistego przeciw gruźlicy, a tymczasem wciąż i wciąż donoszą o nowych dodatnich wynikach leczenia. Nawet w ostatnich dniach wyszła praca z polikliniki prof. KRAUSE'go, w której autor, d-r GUTMANN, zaleca hetol we wszystkich przypadkach poczynającej się gruźlicy. Zestawia on 394 przypadki, spostrzegane dawniej, z których 96 pod wpływem hetolu zostało uleczonych, a w 144 nastąpiło wyraźne polepszenie. Sam GUTMANN leczył hetolem 33 chorych; z nich jeden wyzdrowiał, a 10 doznało polepszenia. CORDES przygotował preparaty z tkanek, wydobytych za pomocą zabiegu operacyjnego od chorych na gruźlicę krtani, i twierdzi, że za pomocą mikroskopu stwierdził wyraźną dążność gruzełków do wygojenia pod wpływem hetolu. HÖBLMOSER również zachęca do kontynuowania doświadczeń z hetolem, dzięki któremu w 3 przypadkach, na 18 leczonych, nastąpiło wybitne polepszenie. Te tak rzekomo pomysłne wyniki nie powinny obniżać wartości badań WOLFF'a. Nawet duże odsetki wyzdowień niczego nie dowodzą, jeżeli dotyczą one tylko pewnych osobników z pośród dużej liczby ogólnej; dopiero przeważająca liczba wyleczeń, a głównie jednobrzmiący wynik, otrzymany z doświadczeń na zwierzętach, może dać nam prawo poczytywania tego lub innego środka za swoisty przeciw gruźlicy.

Igazol, polecony przez CERVELLO z Palermo, został wypróbowany na ludziach i na zwierzętach również przez M. WOLFF'a. Jest to połączenie formaliny z jakimś ciałem, zawierającym jod, i stosuje się za pomocą wzięwania. Doświadczenia na zwierzętach wypadły niepomysłnie: igazol nie wywiera żadnego wpływu na sprawę gruźliczą, natomiast drażni miąższ płuc, wywołując często zapalenie miejscowe. Również złe wyniki otrzymano na ludziach. Na 27 leczonych chorych u żadnego nie stwierdzono polepszenia; w 18 przypadkach utrzymał się stan pierwotny, u 7 chorych nastąpiło pogorszenie, jeden dostał krwioplucia, a jeden zmarł.

Sirolinę niedawno zalecił MENDELSON, lecz nie jako środek swoisty przeciw gruźlicy, lecz jako lek, zmniejszający wydzielinę i wpływający dodatnio na ogólny stan chorego. W podobny sposób odzywają się o tym środku liczni sprawozdawcy. Sirolina jest to thiocol z syropem pomarańczowym, a thiocol — ulepszony guajakol. Obydwa działają w ten sam sposób, jak i inne pochodne kreozotu.

STADELMANN poleca guacamphol przeciwko potom, a pyramidon przeciw gorączce. Pierwszy z tych środków polecają również LASKER i KAMINER. Jako ester guajakolowy kwasu kamforowego guacamphol rozpada się w kiszkiach na obydwie swoje składniki, z których kwas kamforowy działa jako *antihydroticum*. STADELMANN daje chorym wieczorem po 0,2 guacampholu, a ilość ta albo zupełnie usuwa poty, albo też zmniejsza je znakomicie. Jeżeli działanie leku jest niedostateczne, to dawkę podwyższa się do 0,4 — 0,6 — 1,0. Nie posiada on żadnego działania ubocznego, a na 56 przypadków tylko w 4 nie było wyniku pożądanego.

Pyramidon daje STADELMANN po 0,5 dziennie w dwóch dawkach, a w razie potrzeby dochodzi stopniowo do 1,5 dziennie. Spadek ciepłoty występuje w parę godzin po użyciu leku bez żadnych objawów niepożądanych. STADELMANN zwraca jeszcze uwagę na trzy połączenia pyramidonu;

- 1) pbojętny związek kwasu kamforowego i pyramidonu w dawce 0,75, co odpowiada 0,53 czystego pyramidonu;
- 2) takie same połączenie kwaśne w dawce 1,0;
- 3) salicylan pyramidonu po 0,70 dziennie.

Wszystkie te trzy środki są wskazane wtedy, jeżeli chcemy obniżyć ciepłotę i jednocześnie usunąć poty. Stosowano je w dwunastu przypadkach daleko posuniętej gruźlicy płuc i zawsze osiągnano wynik dodatni. Działania ubocznego nie spostrzegano. Jeżeli gorączka jest bardzo wysoka, to zwykłą dawkę można powiększyć 2, 3 i 4 razy. Po dłuższym podawaniu leków działanie ich słabnie.

Wnioski z powyższego zestawienia nastroczają się same. Jako leki objawowe, krzepiące, zmniejszające wydzielinę, posiadają one pewną niezaprzeczoną wartość, lecz za środki swoiste przeciw gruźlicy poczytywane być nie mogą. Ocenić wartość leczniczą tuberkuliny dziś trudniej, niż w pierwszych dniach ogólnego zachwytu tym środkiem.

Spotyka się tu tyle zdań sprzecznych i tyle ogólników, że trudno zorientować się w tym materiale? Nawet i u Gowrscen'a spotyka się to samo: o tych ułby wyleczonych chorych nie wiemy, czy wyleczenie ich jest zupełne nie tylko pod względem anatomicznym, lecz i bakteriologicznym, i czy dobry wynik zawdzięczać należy li tylko tuberkulinie.

A zatem najnowsze doniesienia nie mogą nas przekonać, że tuberkulina stanowi lek swoisty. Czy więc wobec powyższego możemy i powinniśmy leczyć za pomocą tuberkuliny? Na pierwsze pytanie trzeba odpowiedzieć twierdząco, a i drugiego odradzać nie można.

Do dziś nie posiadamy żadnego pewnego środka, to też, jeżeli mamy leczyć za pomocą środków farmaceutycznych, to bezwarunkowo lepiej stosować tuberkulinę lub pokrewne jej środki, aniżeli hetol, igazol i t. p., ponieważ tuberkulina bez wątpienia znajduje się w ścisłym swoistym związku ze sprawą gruźliczą.

K. Z.

89. STADELMANN. **Okuracjach odłuszczejących.** 17.V.1897. wstąpiła do oddziału wewnętrznego chora, 32 lata licząca, która od trzech lat wypijała codziennie olbrzymie ilości spirytualiów; na tle alkoholizmu rozwinęła się u chorej psychoza i zapalenie nerwów, połączone z bólami, niedowładem i wreszcie zanikiem mięśni, szczególnie w dolnych kończynach; powoli rozwinęła się stopa końsko - szpotawa (*pes varo - equinus*), i chora rok cały spędziła w oddziale chirurgicznym. Tutaj dzięki ciągłemu leżeniu w łóżku i bardzo dobremu apetytowi (spożywała duże ilości słodyczy i pieczywa) chora zaczęła nadmiernie tyć, tak że w ciągu rocznego pobytu w oddziale waga ciała ze 140 funtów wzrosła do 145 kilo; chorej próbowano podawać tabletki z tyreoidyną, ale po stwierdzeniu w moczu obecności 1½% cukru musiano tej próby zaniechać. W oddziale wewnętrznym znaleziono: ogromna otyłość (w szyi 43 ctm., w pasie 148 ctm.); przepuklina pępkowa; porażenie nerwów strzałkowych; moczu 1000 — 1200 *pro die*, nie zawierającego nienormalnych składników.

Autor, chcąc zbadać przemianę materii u chorej, zalecił w ciągu pewnego czasu następującą dyetę: około 100,0 białka, 50,0 tłuszczu i 160,0 wodorów węgla, co wynosi ogółem 1500 Cal, czyli 10 Cal na kilo wagi ciała. Przy takim pożywieniu chorej ciągle jeszcze przybywało na wadze (w ciągu 3 tygodni przybyło 3 kilo). Wtedy autor zaczął stopniowo zmniejszać ilość wprowadzanych Cal. i znalazł, że chora zaczęła spadać z ciała dopiero przy wprowadzaniu 1000 Cal. *pro die*. Ponieważ u chorej ruch fizyczny był prawie zupełnie wyłączone z powodu porażenia nerwów strzałkowych i, co za tem idzie — spalanie w organizmie

było bardzo słabe, trzeba więc było silnie ograniczyć ilość wprowadzanych tłuszczów i wodanów węgla; chorej podawano często zielone warzywa, zawierające mało wodanów węgla, ażeby wywołać uczucie nasycenia za pomocą pokarmów, nie dających dużej ilości Cal. Dyeta chorej była mniej więcej następująca: 400,0 kawy i 500,0 herbaty (bez mleka i bez cukru); 1 butelka wody selcerskiej; 80,0 chleba GRAHAM'a; 80,0 sera szwajcarskiego; 400 salaty z ogórków; 200,0 pieczeni wołowej i 80,0 szynki gotowanej, co zawiera 125,0 białka, 32,0 tłuszczu i 49,0 wodanów węgla i daje ogółem około 1014 Cal, czyli około 7 Cal pro kilo! Płynów wprowadzano około 1200,0 dziennie, i chora oddawała średnio 1000,0 moczu.

Dzięki takiej kuracji, chora traciła tygodniowo $1\frac{1}{2}$ — 2 kilo, co 6 — 8 tygodni autor stosował pauzę dwutygodniową i podawał wtedy w większej ilości tłuszcz i wodany węgla, starając się o utrzymanie w mierze ciężaru ciała. W ciągu 12 miesięcznej kuracji chorej ubyło ogółem 121 funtów, pomimo to chora nie doznawała nigdy uczucia głodu, ani też jakiegokolwiek innych nieprzyjemnych sensacji. Równoległe z dietą autor stosował hydroterapię, kąpiele, masaż elektryczność — ale nie widział od tych zabiegów żadnej innej korzyści oprócz działania subiektywnego, co ma jednak dużą wartość wobec długiego trwania leczenia. Tyreoidyna też nie wywiera żadnego dodatniego wpływu, przy dłuższym zaś podawaniu wywołuje zawroty i bóle głowy, uczucie osłabienia, brak apetytu, pobudzenie i bezsenność.

Dalej autor omawia identyczny przypadek DEBOVE'a, w którym chory, ważący 147 kilo, stracił w ciągu kilkunastomiesięcznej kuracji 53 kilo; chory ten pozostawał w ciągu całego czasu na wyłącznie mlecznej diecie, dostając w I miesiącu kuracji $2\frac{1}{2}$ litra mleka, w II miesiącu 2 litry, a potem już tylko 1 litr; autor ostrzega przed takim forsownym od tłuszczaniem i przypuszcza, że chory DEBOVE'a musiał potajemnie spożywać inne potrawy, gdyż ciężar jego ciała długi czas stał w mierze pomimo to, że organizm dostawał nadzwyczaj małą ilość Cal (1 litr mleka daje 680 Cal).

Autor przechodzi do innych kuracji od tłuszczających:

1. Metoda HARVEY-BANTING'a podług autora ma tę niedogodność, że z wielkimi ilościami mięsa, podawanymi przy tej metodzie, zawsze wprowadzamy do organizmu duże ilości tłuszczu, nawet wybierając chude gatunki mięsa. Licząc w mięsie tylko 5% tłuszczu — wprowadzamy do ustroju, stosując metodę BANTING'a, około 40,0 tłuszczu w samym mięsie. Ogółem więc dzienna ilość wprowadzonego tłuszczu dochodzi do 60,0 *minimum*.

2. EBSTEIN daje 100,0 — 110,0 białka, 80,0 — 90,0 tłuszczu i 40,0 — 50,0 wodanów węgla, to jest głównie ogranicza ilość tych ostatnich; w ten sposób ustrój dostaje dziennie około 1300 — 1500 Cal, co jest za dużo w przypadkach silnie rozwiniętej otyłości, szczególnie jeżeli ruch jest wyłączony; w takich przypadkach autor zwiększa trochę ilość białka w pożywieniu, a zmniejsza ilość tłuszczu (w porównaniu z dietą EBSTEIN'a), podając średnio 115,0 — 120,0 białka, 40,0 tłuszczu i 50,0 wodanów węgla, co daje 1000 — 1100 Cal. Autor nie uważa tego za jakąś odrębną metodę.

Wogóle przy kuracjach od tłuszczających trzeba się kierować następującymi zasadniczymi względami.

1. Każda kuracja od tłuszczająca połączona jest z niedostatecznym odżywianiem (Unterernährung).

2. Wszystko jedno, w jaki sposób osiągniemy to niedostateczne odżywianie.

3. Każdy przypadek należy indywidualizować; poznawszy przyzwyczajenia i upodobania chorego, możemy modyfikować kurację, podając raz więcej tłuszczu, drugi raz więcej wodanów węgla lub białka.

4. Kuracya odftuszczająca jest ciężkim zabiegiem, zatem wykonywana być może jedynie pod okiem lekarza.

5. Wszystkie inne zabiegi stają tu na drugim planie, oprócz ruchu, ewentualnie masażu.

6. Stosowanie tyreoidyny jest niebezpieczne, wymaga ścisłej obserwacji lekarskiej i jest właściwie zbyt ciężkie. Wreszcie autor omawia kwestyę wprowadzania płynów i twierdzi, że pod tym względem nie może być żadnych ograniczeń (wbrew teorii OERTEL'a i SCHWENINGER'a), chyba w razie istniejącej jednocześnie dyskompensacyi serca.

(*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 25 r. 1901). Bolesław Zebrowski.

90. ALBU. O wegetaryanizmie (*Zur Bewerthung der vegetarischen Diät*). Pomijając badania HARTMANN'a i RUTGER'a, jako nie odpowiadające wymaganiom współczesnej nauki, mamy dotychczas dopiero dwie naukowe prace o wegetaryanizmie: VOIR'a i CONSTANTINID'ego, dotyczącą 28-letniego jarosza, i RUMPF'a i SCHUMM'a — o 19-letnim jaroszu, który długi czas karmił się chlebem, owocami, ryżem i cukrem.

Autor przytacza swoje własne spostrzeżenie, na zasadzie którego nie tylko można wyciągnąć pewne wnioski co do tego, czy wyłącznie roślinne pożywienie jest wystarczające dla człowieka, ale również oznaczyć *minimum* białka w pożywieniu ludzkim.

VOIR oznaczył *minimum* dzienne białka dla zdrowego, ciężko pracującego mężczyzny, na 118,0, to jest na 18,88 azotu; wiemy, że dla lekko pracującego mężczyzny i dla kobiety wystarcza o 2,0—3,0 azotu mniej, zaś w stanie zupełnego spoczynku o 4,0—5,0 mniej. Tymczasem jarosz RUMPF'a wprowadzał dziennie w pokarmach tylko 11,82 azotu, jarosz VOIR'a tylko 8,4 azotu, zaś w przypadku autora 5,46 azotu, co odpowiada 34,13 białka.

Osoba, badana przez autora — słuchaczka medycyny — od 6 lat żywi się wyłącznie pokarmami roślinnymi. Wzrost 135 cm., waga ciała 37,5 kilo, zupełnie zdrowa i zdolna do pracy. W ciągu 5 dni przyjmowała przeciętnie *pro die*: 120,0 chleba Graham'a, 400,0 jabłek, 400,0 śliwek, 200,0 winogron, 64,0 orzechów laskowych, 76,0 daktyli, 100,0 sałaty głowiastej z sokiem cytrynowym, co wynosi ogółem: 5,46 N = 34,13 białka; 36,34 tłuszczu i 225,0 wodorów węgla. Razem około 1400 cal. to jest około 37,33 cal. *pro kilo*. W moczu wydzielano się dziennie 3,3 N. w kale aż 1,79 N, to jest 32,79% wprowadzonego azotu pozostało niezużytkowane. Tłuszcz też był absorbowany bardzo niedokładnie, gdyż w kale wydzielano się 34,62% wprowadzonego tłuszczu. Pomimo to badany organizm znajdował się w zupełnej równowadze białkowej, co miało miejsce również w przypadkach RUMPF'a i VOIR'a. W ten sposób przypadek autora potwierdza pogląd, że człowiek zdrowy, karmiąc się nawet przez długi czas pokarmami wyłącznie roślinnymi, może pozostać przy pierwotnym ciężarze ciała i odżywianiu i zachować siły fizyczne; przemiana materii przytem również nie przedstawia żadnych uchyleń od zasadniczego wzoru.

Inna rzecz, czy takie pożywienie jest racjonalne i naturalne dla człowieka zdrowego; autor odpowiada na to pytanie przecząco, przytaczając także złe strony jarstwa jak: duża objętość pokarmów, bardzo niedokładne spożytkowanie roślinnego białka w przewodzie pokarmowym człowieka, jednostajność pożywienia, obciążenie kiszki i silna fermentacya kiszkiowa z wywiązaniem dużej ilości gazów.

Nieodpowiednia jako stałe pożywienie dla osób zdrowych, wyłącznie roślinna dyeta może być jednak bardzo właściwa, jako kuracya dyetetyczna w nie-

których stanach chorobowych. Trzeba tu jednak zwracać uwagę na to, że duża objętość roślinnych pokarmów może stać się łatwo przyczyną niedostatecznego odżywiania (*Unterernährung*) wobec niewielkiego i kapryśnego łaknienia niektórych chorych; to też autor nie trzyma się niewolniczo przepisów kuchni jaroszów, podając naprzykład jarzyny i owoce gotowane, a nie w stanie surowym, mąkę zaś w postaci zup; wreszcie dodając dziennie 1—1 litra mleka lub $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ litra śmietanki. Autor używał również nowego białkowego preparatu pochodzenia roślinnego, tak zwanego Roboratu. Kuracja trwa 4—6 tygodni i najłatwiej daje się przeprowadzić w lecie i w prywatnej praktyce.

Nadaje się ona przedewszystkiem w leczeniu neuralgii: autor widział polepszenie uporczywego *ischias* przy zastosowaniu wyłącznie roślinnej diety i przypuszcza, że raptowna zmiana rodzaju pożywienia może sprzyjać usunięciu z ciała różnych, drażniących zakończenia nerwowe pośrednich produktów przemiany materii — jakimi są toksyny; łatwiej już objaśnić się daje dobroczynny wpływ roślinnej diety w takich neuralgiach, które zależą od chorób żołądka i kiszek, szczególnie zaś od przewlekłego zaparcia stolca.

Dalej zaprzeczyć się nie da leczniczy wpływ omawianej diety w stanach neurastenicznych, chociaż trudno ten wpływ należyte objaśnić; ale tu obok diety autor zabrania zupełnie używania alkoholu i kawy i stosuje jednocześnie takie zabiegi lecznicze, jak hydroterapię, masaż i t. d.

Autor często widział znaczne polepszenie w nerwicach żołądka, szczególnie połączonych z nadkwaśnością soku żołądkowego, i przekonał się doświadczalnie, że pokarm roślinny bogaty w wodany węgla, a ubogi w białko zmniejsza kwaśność soku żołądkowego; również w nerwicach kiszek, szczególnie w *colitis mucosa s. membranacea*, wyłącznie roślinne pożywienie daje dobre wyniki.

To samo da się powiedzieć o nawykowym zaparciu stolca, połączonym z niedowładem kiszek (*atonia*). W marskości wątroby i w kamicy żółciowej działanie roślinnej diety sprowadza się do wywoływania częstych wypróżnień.

W leczeniu otyłości roślinna dieta ma obszerne zastosowanie i dużą wartość; bowiem dzięki swojej dużej objętości pokarm roślinny szybko wywołuje uczucie przesyty, zaś nieznaczna absorbcyja białka roślinnego pozwala łatwo utrzymać dany organizm w stanie niedostatecznego odżywiania; autor widział znaczną poprawę w 1 przypadku dziedzicznej otyłości, w którym żadne inne rodzaje diet oprócz wyłącznie roślinnej diety nie doprowadziły do dodatnich wyników. Dalej, stosując wyłącznie roślinne pożywienie, autor widział nieznaczne polepszenie w 2 przypadkach nerwicy serca po *excessus in Baccho et Venere* (ale obok odpowiedniej higieny i fizycznego leczenia) i w kilku przypadkach ciężkiego, przewlekłego zapalenia nerek.

Co do chorób skórnych, autor ma za mało własnego doświadczenia.

Przeciwwskazaniami do stosowania roślinnej diety są: anatomiczne choroby przewodu pokarmowego, niedowład żołądka, upośledzone odżywianie ogólne; Rumpf dodaje: i osłabienie serca. Z ubocznych działań autor spotykał: uczucie pełności w żołądku, liczne wypróżnienia, obfite wiatry, wreszcie zdarzają się osobniki z idiosynkrazją do wyłącznie roślinnego pożywienia.

(*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 24 i 25 r. 1901). Bolesław Żebrowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

A

Posiedzenie z dnia 17 września r. b.

TREŚĆ: A. MINCER. „Kilka uwag o ważniejszych zagadnieniach urologicznych“.

Mówca rozpatrzył w swym odczycie niektóre sprawy patologiczne, dotyczące kanału cewkowego, pęcherza, moczowodów i nerek. Najpierw mówca podniósł kwestyę profilaktyki, leczenia poronnego i leczenia ostrych i przewlekłych postaci rzeżączki. Prostatyzm, zdaniem mówcy, przedstawia się klinicznie pod dwiema postaciami: przerostu gruczołu we właściwym znaczeniu tego wyrazu i t. zw. „prostatyzmu bez prostaty“. Z licznych teorii, usiłujących objaśnić pochodzenie prostatyzmu, mówca wspomina o teorii LANNOIS, CIECHANOWSKIEGO oraz o spostrzeżeniach MOTZ'a, uzupełnionych pracą ALVARRAN'a i HALLE'go. LANNOIS objaśnia przerost gruczołu krokowego miażdżycą tętnic, CIECHANOWSKI utrzymuje, że punktem wyjścia przerostu i niektórych postaci zaniku gruczołu krokowego są łączno-tkankowe wytwórcze zmiany podścieliska, tłem zaś — przewlekłe sprawy zapalne pochodzenia rzeżączkowego. MOTZ właściwą istotę zmian patologicznych upatruje w nieprawidłowym bujaniu nabłonka. T. zw. prostatyzm bez prostaty, podług badań MOTZ'a, zależy od anormalnego bujania tkanki nabłonkowej, dochodzącego niekiedy do złośliwego zwyrodnienia. Niedomogę pęcherza w prostatyzmie objaśniano dawniej tylko mechaniczną przeszkodą przerośniętego gruczołu. Obecnie dużą rolę przypisuje się odruchom prostaty-pęcherzowym. Niby radykalne zabiegi lecznicze prostatyzmu (*rsectomia*, *castratio*, *prostatectomia mediana*, operacja BOTTINI'ego) nie utrzymały się. Prof. RYDYGIER niedawno zaproponował wyluszczenie wewnątrztorbkowe przerośniętego gruczołu.

Dalej mówca rozpatrzył niektóre cierpienia pęcherza, jak nowotwory, najwłaściwsze operowanie kamieni pęcherzowych i zakażenia pęcherzowe. Zabiegi operacyjne przy nowotworach dają wyniki wprost ujemne. Metoda NITZE'go przy brodawczakach pęcherza, zdaniem mówcy, może mieć przyszłość przed sobą. Co się tyczy operowania kamieni pęcherza, to klasyczna operacja CIVALLI niekiedy ustępuje miejsca cięciu nadłonowemu. Następnie mówca wspominał o współczesnych poglądach na zakażenia pęcherza moczowego. Po tych uwagach o niektórych zaburzeniach w cewce moczowej i w pęcherzu, mówca przeszedł do rozpatrzenia ważniejszych działów z chirurgii moczowodów i nerek. Przeszczepianie moczowodów zarzucone zostało. Gruźlica dróg moczowych zaczyna się prawie zawsze od nerek, rzadko od narządów piciowych męskich. W pęcherzu zaczyna się wyjątkowo. Roponercze leczyć należy przedewszystkiem przez utworzenie przetoki nerkowej, przez odkażanie zawartości nerki. W końcu odczytu mówca wskazał trudne warunki, w jakich do niedawna temu znajdowała się urologia, szybki jej rozwój w ostatnich czasach i niepośledni w nim udział Polaków. W dyskusyi kol. FAYTT zapytał, dlaczego M. w odczycie swym nie wspominał o metodzie DESNOS'a, kol. PERKOWSKI robił zarzut mówcy, że zbyt pobieżnie traktował sprawę wycieków z cewki moczowej, kol. MUTERMILCH wspominał o cewnikowaniu każdego moczowodu oddzielnie.

W odpowiedzi kol. MINCER zaznaczył, że wobec obszaru samego przedmiotu musiał z konieczności niektóre kwestyie pominąć zupełnie, niektóre zaś przedstawić mniej wyczerpująco.

St. Kopeczyński.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 5 października r. b.

Na posiedzeniu przedstawiono respirator pomysłu p. Nestorowicza, tapicera z Kielc. Maski w nim nie trzeba przymocowywać do ciała: łączy się ją z rurką sprężynową, umieszczoną na czapce. Maskę można łatwo i dowolnie odsuwać od ust i nosa podczas rozmowy oraz rozłączać z rurką sprężynową czapki i opuszczać na piersi. Rurki pneumatyczne, odchodzące od maski i smoki ich filtrów, założone watą wełnianą i złączone jeden z drugim, spoczywają na plecach robotnika i z poza niego czerpią powietrze. P. Schreiber wziął ten respirator do wypróbowania w warsztatach na robotnikach.

Sekcja rzemieślnicza oddz. popier. przem. i handl. oraz grono lekarzy z redakcyi Medycyny pod kierunkiem S. MARKIEWICZA już od kilku lat opracowywali materiał do dzieła: szkodliwości zawodowe. Część ogólna higieny rzemieślników jest już gotowa do druku i niezadługo będzie wydana. Z części szczegółowej już jest 24 zawodów, opracowanych i przez rzemieślników i przez lekarzy. Do 29 innych dali wskazówki tylko rzemieślnicy. Inne wreszcie zawody zostały jeszcze nietknięte.

Dwa gotowe referaty odczytali: d-r CIECHOMSKI (kowalstwo) i RZĘTKOWSKI (młynarstwo).

Praca kowalska usposabia do powstawania kolana koszlawego i stopy płaskiej, zwłaszcza początkujących w rzemiośle (szerokie rozstawianie nóg z wywróconemi na zewnątrz stopami przy pracy), do znużenia mięśni tułowia i kończyn, do suchego zapalenia stawu karkowego, do żylaków, do oparzeń rąk i przedramion cząsteczkami rozpalonego żelaza (t. zw. hycem), do cierpień oczu w skutek blasku oraz uszkodzeń temiż cząsteczkami, do przeziębień w skutek nagłych zmian temperatury. Środki zapobiegawcze stanowią: częsta zmiana rodzaju zajęcia w kuźni, mankiety skórzane; okulary w praktyce nie dają się zastosować.

Młynarze cierpią wskutek ciągłego a niezmiernie obfitego pyłu i organicznego — z mąki oraz domieszek do niej, i nieorganicznego — z kamieni młyńskich przy ich nakuwaniu. Przedewszystkiem cierpią drogi oddechowe (katary gardła i oskrzeli u połowy młynarzy), a najdotkliwiej (suchoty płuc) od ostrych cząsteczek pyłu z kamieni młyńskich. Cierpią dalej oczy: nieżyty łącznicy przewlekłe od pyłu z mąki, głębokie zranienia cząsteczkami, odskakującymi z niezmierną siłą od oskardów i kamieni młyńskich przy ich nakuwaniu. Na skórze powstaje łatwo pryszczycza. Trzeba się liczyć i z ergotyzmem i z promieniścią. W młynach wodnych wchodzą w grę częste przemoczenia i przeziębienia. Okulary i respiratory nie dają się zastosować praktycznie. Konieczny jest postęp techniczny w rzemiośle: używanie maszyn z wentylatorami, zastąpienie przy nakuwaniu kamieni młyńskich pracy ludzkiej maszyną. W dyskusyi BRONOWSKI poleca watę w uszy dla zabezpieczenia ich od kurzu i nadmiernego chałasu. JANOWSKI przeciwko stałym u młynarzy katarom gardła, będącym często przyczyną upartego kaszlu, radzi częste płukanie.

Postanowiono gotowe referaty po odczytaniu wydać razem, jako część pierwszą „szkodliwości zawodowych“, przygotowując odbitki z pojedynczych referatów, i szukać chętnych do opracowania pozostałych zawodów.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

W towarzystwie lekarskiem Kolońskim d-r AUERBACH miał wykład o t. zw. *Pleuritis pulsans*. U mężczyzny 40-letniego istniało znaczne rozszerzenie lewej połowy klatki piersiowej; po tej samej stronie uderzało wybitne tętnienie rytmiczne, sięgające od drugiej przestrzeni międzyżebrowej do łuku żebrowego, współczesne z uderzeniami serca. Badanie wykazało obecność płynu otorbionego w jamie lewej opłucny, którego granica górna znajdowała się na trzecim żebrze; serce było mocno przesunięte na prawo. Po wypuszczeniu trzech litrów płynu surowiczego, tętnienie znikło. Zjawisko podobne spostrzegano często w przypadkach otoku ropnego opłucny, natomiast opisano tylko trzy odnośne spostrzeżenia w przebiegu zwykłego zapalenia opłucny surowiczego. Warunki niezbędne do powstania tętnienia klatki piersiowej są następujące: mocne uderzenia serca, wysokie napięcie płynu wysiękowego, który z jednej strony odpycha serce *ad maximum*, z drugiej zaś wywołuje zwątlenie, względnie porażenie mięśni międzyżebrowych. Jeżeli przy tem opłucna uległa zniszczeniu, to wysięk jeszcze bardziej napina mięśnie międzyżebrowe. Wszystkie wogóle czynniki, które sprzyjają zwiększeniu napięcia płynu w opłucnie lub przemieszczeniu serca na prawo, wywołują powstawanie tętnienia klatki piersiowej. Nie stanowią one jednak warunku niezbędnego, jak to przypuszczają niektórzy autorowie (wysięk w osierdziu według TRAUBB'go; obecność gazów zdaniem L'ÉREBOL'a; zrosty osierdzia z sercem i klatką piersiową a także z przeponą, jak sądzi BROADBERT; zrosty uciśniętego płuca z otoczką sercową według COMBY'ego). W danym przypadku płyn otorbiony znajdował się pod znacznem ciśnieniem, to też zdaje się, że BÉCLÈRE utrzymuje słusznie, twierdząc, że warunki fizyczne, ułatwiające przenoszenie tętnienia serca na ścianę klatki piersiowej, polegają na tem, że opór prawej ściany śródpiersia (ściana prawa osierdzia) przewyższa napięcie mięśni międzyżebrowych. We wszystkich ogłoszonych dotąd przypadkach, z wyjątkiem dwóch, tętnienie spostrzegano w lewej połowie klatki piersiowej. Zdaje się, że zależy to od położenia, względnie kierunku osi serca, ponieważ tętnienie rozchodzi się przez wysięk od wierzchołka serca, przy prawostronnych zaś wysiękach serce ulega jeszcze większemu przemieszczeniu na lewo. Przesunięcie serca na prawo odbywa się według EICHHORST'a w ten sposób, że serce bywa odepchnięte *in toto*, a przekręcenie tego narządu naokoło osi podłużnej i przesunięcie jego wierzchołka do prawej połowy klatki piersiowej zdarza się tylko w przypadkach wyjątkowych. Zdanie to nie zupełnie zgadza się z wynikami badań CARDI'ego, według którego przemieszczenie serca na prawo *in toto* bywa tylko w okresie początkowym, następnie zaś *venu cava infer.* stanowi przeszkodę dla dalszego przesuwania się serca na prawo, a jednocześnie daje ona punkt oparcia, naokoło którego odbywa się przekręcenie serca, w skutek czego serce układa się w kierunku odwrotnym od strony lewej i od góry ku dołowi i na prawo. Byłoby do życzenia, żeby radioskopia potwierdziła te badania, mianowicie, że w razie lewostronnego *Pleuritis pulsans* takie przekręcenie serca zostaje uniemożliwione z powodu zrostów zewnętrznych lub wewnętrznych osierdzia.

O ruchu chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława

za czas od 14 września do 14 października r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 99 (m. 52, k. 47); przybyło od 14 września do 14 października 150 (m. 58, k. 92); wypisało się 137 (m. 70, k. 67); zmarło 22 (m. 12, k. 10); pozostało na miesiąc następny chorych 99 (m. 35, k. 64).

Ogólna liczba chorych była większa, niż w ubiegłym miesiącu, głównie z powodu niezwykłego rozszerzenia się w mieście płonicy i róży, a po części i odry. Częste bardzo występowanie płonicy zaznaczyliśmy już w poprzednim sprawozdaniu, ale obecnie natężenie jej dosięgnęło szczytu, nigdy bowiem jeszcze tak znacznej liczby chorych w szpitalu nie notowano. Przebieg przytem choroby jest bardzo ciężki, powikłany, a śmiertelność dość znaczna. Zaznaczyć również należy częste przypadki błonicy gardła z przebiegiem również ciężkim.

Na pierwszy plan w miesiącu sprawozdawczym wystąpiła róża, której przybyło przypadków 33 (m. 10, k. 23), z których 2 z powodu powikłań zakończyły się niepomyślnie. Chorzy przybyli z ulic i domów: Bednarska 31, Muranowska 18, Św. Jerska 18 i 20, Łucka 36, Wiejska 5, Żórawia 16, Szpital św. Rocha, Nowolipie 17, Erywańska 2, Wolska 26, Graniczna 9, Dworzec Petersburski, Koszykowa 20, Krakowskie Przedmieście 26, Sienna 9, Chłodna 14, Długa 10, Leopoldyna 17 i 19, Nalewki 21, Daleka 8, Solna 18, Solec 99, Polna 26, Więzienie Karne, Piekarska 12, Widok 14, Żelazna 38, Niecała 3, Izabelin i Czyste.

Drugą rubrykę, 2 razy większą, niż w poprzednim miesiącu, zajęła płonica, której zanotowano przypadków 28 (m. 13, k. 15) u dorosłych i dzieci, z których śmiercią zakończyło się przypadków 5 (m. 1, k. 4). Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Solec 11, 107 i 58; Solna 7, Młynarska 5, Strzelecka 4 (2 przypadki), Marszałkowska 8, Czerniakowska 30, Wolska 22, Sochaczewska 8, Nowy Świat 66, Kapitulna 4, Grzybowska 42, Rybna 17, Fabryczna 18 (2 przypadki), Wspólna 50 i 63, Tarczyńska 13, Franciszkańska 29, Burakowska 8, Obożna 1, Przyrynek 7, Przemysłowa 10, wieś Czyste (3 przypadki).

Nieco więcej niż w ubiegłym miesiącu przybyło ospy, przypadków 15 (m. 3, k. 12), głównie u dorosłych z przebiegiem niezbyt ciężkim. Dwa przypadki u chorych nieszczepionych zakończyły się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Dzielna 18, Gęsia 61, Błońska 7, Pelcowizna, Elektoralna 21, Przyrynek 15, Obożna 4, Nowomiejska 19 (4 przypadki), Nowogrodzka 22, Moskiewska 16 i Grzybowska 23 (2 przypadki).

Dwa razy więcej niż w poprzednim miesiącu mieliśmy odry, przypadków 13 (m. 7, k. 6), przeważnie u dorosłych, jeden z nich zakończył się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Pańska 87, Mokotowska 52, Żytnia 34 (2 przypadki) Leszno 65, Piękna 44, Mokotowska 49 i 54, Wójtowska 1 (2 przypadki), Nalewki 21, Krochmalna 53, Nowy Świat 4.

W jednej mierze trzymał się tyfus brzuszny, którego przybyło przypadków 12 (m. 8, k. 4), z przebiegiem bardzo ciężkim, powikłanym. U 4 chorych zejście było niepomyślne. Chorzy przybyli z ulic i domów: Dzika 14, Długa 55, Targowa 27, Wronia 34, Kawęczyńska 5, Wolska 34, Pawia 67, Chłodna 54, Tamka 28, Krakowskie Przedmieście 1, wieś Wola (2 przypadki).

Błonicy gardła zanotowano przypadków 11 (m. 8, k. 3), z jednym niepomyślnym, z ulic: Rybaki 17, Młynarska 4 (3 przypadki), Twarda 20, Graniczna 9, Młynarska 5, Stare Miasto 2, Bednarska 7 i wieś Wola.

Z innych chorób gorączkowych przyjęto: 7 przypadków zapalenia gardła; 4 — tyfusu wysypkowego (Pańska 96, Krochmalna 12, Brzeska 5, Szpital Dzieciątka Jezus); 3 — grypy i biegunki krwawej; 2 — nosacizny (Pawia 71, Wilcza 32), oraz po jednym przypadku zapalenia płuc krupowego i karbunkułu (Bielańska 22).

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych było 19 (m. 8, k. 11).

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala św. Stanisława wydano 13 (m. 9, k. 4), dla braku zaś miejsc 3 (m. 2, k. 1).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 3148 (m. 1413, k. 1705).

Śmiertelność miesięczna wynosiła 14, 6%.

J. Szwaajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Badania FORMANEK'a stwierdziły, iż chloroform strąca barwnik krwi w postaci ceglastej masy, rozpadającej się po wysuszeniu na proszek, będący połączeniem chloroformu z oksyhemoglobiną. W podobny sposób działają też wodan chloralu i bromoform. (Casop. lek. cesk. 6. 10. 1900).

— Wobec ustalających się coraz więcej poglądów na chirurgiczne leczenie choroby BASEDOW'a, KLEMPERER opisuje kilka przypadków, dowodzących, iż choroba ta daje się uleczyć i środkami wewnętrznymi. Wprawdzie leczenie to

trwa bardzo długo, niemniej bywa ono uwieńczone pomyślnym skutkiem. Polega ono na 5—6 tygodniowym pozostawianiu w łóżku, obfitym pokarmie mieszanym, kąpielach letnich słonych, gazowych lub błotnych, z następczemi oblewaniem chłodnem, niekiedy na kąpielach elektrycznych, mięsieniu i faryadzacyi szyi. Wewnętrznie K. stosuje jodek sodu, tyreoidynę po 0,3, dochodząc stopniowo do 5 pastylek dziennie, wodę Roncegno. (Ther. d. Gegenw. Grudz. 1900).

Wiadomości bieżące.

— W dniu 12 b. m. jako w wigilię dnia urodzin Rudolfa VIRCHOW'a obchodzono w Berlinie 80-tą rocznicę urodzin tego genialnego patologa. Twórca teorii komórkowej w patologii, niespożyty w swojej działalności i na innych, jak wiadomo, polach nauk przyrodniczych w szerokim tego słowa znaczeniu, pomimo podeszłego wieku, na początku obchodu obecnego jubileuszu swego, wygłosił mowę, trwającą około dwóch godzin, nakreślając historię rozwoju instytutu patologicznego w Berlinie. Sam obchód jubileuszowy miał miejsce już w nowym instytucie; w uroczystości tej wzięli udział, oprócz berlińskiego wydziału lekarskiego, liczni delegaci uniwersytetów niemieckich oraz zagranicznych. Po ukończonej mowie genialnego jubilata, składano Mu serdeczne

zyczenia i odczytywano te, które nadeszły ze wszystkich stron świata całego.

— Otrzymaliśmy Nr. 1 dwutygodnika p. t. „Przegląd felczerski“, redagowanego przez kol. RADZISZEWSKIEGO.

— Następny zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich ma się odbyć w roku przyszłym w Karlsbadzie.

— Rada lekarska przy zarządzie miejskim w Odessie uznaje za konieczne wystąpić do władzy z projektem przymusowego szczepienia ospy ochronnej.

— Paryska rada miejska projektuje założenie „Instytutu medycyny stosowanej“, w instytucie tym lekarze po ukończeniu studyów ogólnolekarskich mogą kształcić się nadal w obranych przez się specjalnościach.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski

Доводлено Цензурою, Варшава 4 Октября 1901 г.

Druk K. Kowalowskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.

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

Kąpiele Borowinowe w Domu

Mattoniego Wyciągów Borowinowych do Kąpieli

Jedyny naturalny produkt zastępujący

LECZNICZE – KĄPIELE BOROWINOWE

w domu i o każdej porze roku.

Mattoniego sól Borowinowa (suchy wyciąg) w paczkach po 1 kilo.

Mattoniego ług Borowinowy (płynny wyciąg) w butelkach po 2 kilo.

Przez szereg lat wypróbowane przy:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorosis, Anemia, Scrophulosis, Rhachitis, Wessania wysięków, Fluor albus, skłonności do poronień, częściowych porażeniach, niedowładach, podagrze, reumatyzmie, artrytyzmie, ischias i hemoroidach

Dostać można we wszystkich aptekach, składach wód mineralnych i składach aptecznych.

Heinrich Mattoni, Cesars. i Królew. Dostawca Dworu i Izb.

Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

* **Miejscowość kąpielowa i klimatyczna** *

w górach górnej Bawaryi 570 M. n. p. m.
z Monachium 1 1/2 godziny koleją.

Sezon:

15 Maj—1 Października.

* **Tölz-Krankenheil** *

Środki lecznicze: Źródła jodowe do picia i kąpeli, ług soli źródlanej, mydło, spirytus mydlany, inhalacje, kąpiele elektryczne
Wskazania: Żółty, syfilis, chron. metritis i endometritis, peri i parametritis, myomy, chron. cystitis i prostatitis, egzemata, psoriasis, aene, farunculosis, struma, lymphoma, chron. katary nosa, gardzieli i krtani.

== Prospekty za pośrednictwem dyrekcji kąpielowej. ==

KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY

dla nerwowo i umysłowo chorych

oraz dla morfinistów i alkoholików płci obojga.

5 min. od st. kolei Oborniki przy linii Poznań—Pila (Posen—Schneidomühl).

Adres: Kowanówko. p. Poznań.

Cena od 200 mk. miesięcznie.

Dr. Karczewski.

Dr. Mucha.

Kantor i skład w Warszawie, Elektoralna 31.

NAJWYŻSZA
NIZ. NOWOGRÓD 1899.

NAGRODA
KAWAN 1896.

KONIAK
KAUKAZKI NATURALNY
D. Z. Saradzewa

Warszawskie Hygieniczne Laboratorium Miejskie,
stałymi analizami, zaświadcza dobroć i naturalność
koniaków.

Zaszczycony złotym medalem na wszechświatowej
wystawie w Paryżu w 1900 r. „Prawit. Wiest. № 10.

Agentami w kantorze są pp. Szwarec i Stucki.

Société Chimique des Usines du Rhone dawniej Gilliard, P. Monnet & Cartier.

Towarzystwo anonimowe z kapitałem 6,000,000 franków. Biuro centralne Lyon, 8 Quai de Retz.

KELENE, CHLÓREK ETYLU CZYSTY



do USYPIANIA i znieczulania miejscowego.

Produkty farmaceutyczne

Kwasy: karbolowy syntetyczny, salicylowy
Salol, Salicylaty: soda, metylu. Pyrazolina
Metylen-Blau med. Rezorcyna med. Hydro-
chinon. Formaldehyd. Trioxymetylen etc.

Sprzedaż w rurkach szklan. i metal. i w rurkach
z podziałką. (Liter. na żądanie gratis i franco.

MERAN

stacja klimatyczna jesienno zimowa dla prze-
wlekłych chorób wewn., konstytucyjnych, ner-
wowych, jako też dla osłabionych i wyzdrowień-
ców. Suchy, słoneczny klimat, wspaniałe pro-
menady, wszelkie urządzenia fizykalno-lecznicze,
tanie pensjony. Troskliwa opieka. Broszury
o Meranie bezpłatnie i opłatnie za łask. pośredn.
Administracyi „Medycyny“. Listownych wyjaś-
nień udziela lekarz-polak **Dr. BINDER**

Willa Gothensitz (w pobliżu kolei).

Pomiędzy naturalnymi wodami szczawowymi zajmuje

Woda
Krondorfska
alkaliczna
szczawa podług analiz
naszych pierwszych powag
jakościowo naczelnie miejsce.

Główna sprzedaż: Towarzystwo Akcyjne przetworów chie-
micznych i aptecznych Henryk Welt, Warszawa.

DOM ZDROWIA

Maryi Dobrowolskiej

w Meranie (Andreas Hoferstrasse 14).

Dziesięć pokoi słonecznych, leżalnia, wszelkie urzą-
dzenia hydropatyczne, wyborowa kuchnia polsko-
francuska. Dwóch stałych ordynatorów na miejscu.
Wybór lekarzy z poza zakładu dozwolony. Ceny mo-
żliwie dostępne.

Marya Dobrowolska (wdowa po lekarzu).

ZAKŁAD LECZNICZY

„**BELLARIA**”

D-ra F. Navrátila

W ARCO.

Najlepszej stacji klimatycznej południowego
Tyrolu dla chorych chronicznych, rekonwa-
lescentów etc.

Prospekty i wszelkie informacje na żądanie.