

N<sup>o</sup> 49. Warszawa d. 24 Listopada (7 Grudnia) 1901 r. T. XXIX.

# MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

Warunki prenumeracji: 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 38 rue de Valenciennes.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TRZĘŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Węgrzy (comedones) w rozprzestrzenieniu połowicznym. Podał R. Bernhardt. — O padaczkę. Napisał M. Biro. (Ciąg dalszy). — WYKŁADY KLINICZNE. Żywienie i higiena niemowląt przedwcześnie urodzonych i normalnych. Streszczył Józef Badziński. (Dokończenie). — STRESZCZENIA I WYCiąGI. 109. Stosunek pomiędzy ilością wydzielającego się cukru a ilością azotu w moczu chorych na chorobę cukrową. — III zjazd przyrodników i lekarzy czeskich. (Sprawozdanie własne). — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r R. Bernhardt — Des comedons n'occupant qu'une moitié de corps. 2) D-r M. Biro — L'épilepsie.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r R. Bernhardt — Auf eine Körperseite sich erstreckende Komedonen. 2) D-r M. Biro — Ueber Epilepsie.

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

## Węgrzy (Comedones)

w rozprzestrzenieniu połowicznym.

Podał

**ROBERT BERNHARDT.**

Lekarz szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

Na ostatnim zjeździe dermatologów niemieckich we Wrocławiu poruszona była kwestya stosunku chorób skórnych do układu nerwowego<sup>1)</sup>. Wobec zainteresowania, jakie temat ten w każdym z nas niewątpliwie wzbudza, sądzę, że nie bez korzyści dla dobra sprawy będzie zakomunikowanie spostrzeżenia, dotyczącego wystąpienia węgrów (*comedones*) tylko na jednej połowie ciała.

58-letni S. Ch. K. . . . ., kupiec z miasteczka Lubczany w gub. Mińskiej zapisał się do szpitala żyłowskiego do oddziału chirurgicznego d-ra SOŁOWIE-

<sup>1)</sup> BLASCHKO. Die Nervenverteilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut. Beilage zu den Verhandlungen der Deutsch. Dermat. Gesellschaft VII. Congress, 1901 r.

czyka dnia 23. VI. 1901 roku. (księgi głównej Nr. 3093). Powodem do przyjęcia był owrzodziały rak skóry lewej nogi, po raz pierwszy operowany przed trzema laty. W chwili wstąpienia do oddziału twór ten przedstawiał się jako wrzód długości 12 ctm., szerokości 18 ctm. o brzegach wzniesionych, guzowatych, twardych i dnie głębokiem, pokrytem rozpadającą się ziarniną. Gruczoły pachwinowe lewe — powiększone i twarde. 25. VI. dokonano amputacji lewego uda w jego dolnej trzeciej części i wyluszczone gruczoły pachwinowe tejże strony. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy.

W kilka dni po operacji badałem pacyenta pod względem dermatologicznym i znalazłem, co następuje.

Skóra lewej połowy ciała jest usiana olbrzymią ilością węgrów, ułożonych w taki sposób, iż tworzą równoległe pasy odpowiednio do segmentacyjnej budowy ustroju. Skóra prawej połowy jest zupełnie normalna.

Zmiany rozpoczynają się na szyi, podczas gdy na twarzy i uwłosionej skórze głowy węgrów dostrzedz nie można. Poniżej guzowatości potylicznej zewnętrznej (*protuberantia occip. ext.*), na linii środkowej biegnie pas, który niebawem dzieli się na dwie gałęzki: jedna ściśle się trzyma linii wyrostków ościastych kręgów i sięga VII wyrostka szyjowego; druga przechodzi na boczną powierzchnię szyi w kierunku równoległym do brzegu żuchwy. Dwa następne pasy znajdują się w okolicy lewej łopatki i pozostają w bezpośrednim związku z odnośną kończyną. Dla ułatwienia więc opisu przejdę teraz do lewej kończyny górnej. Tutaj zajęte są wyłącznie powierzchnie wyprostne. Na przedramieniu pierwszy pas szerokości do 2,5 ctm. biegnie w kierunku lekko ukośnym od łokcia do dolnej nasady kości promieniowej; na przedłużeniu tej linii widzieć jeszcze można niewielkie gromady węgrów nad drugą fałdą międzypalcową, na pierwszym członku II palca i na pierwszym i drugim członku III palca. Na wewnętrznym brzegu przedramienia, na przestrzeni od wewnętrznego kłykcia ramienia do kości grochowatej, widać drugi pas, równoległy do kości łokciowej. Szerokość jego nie przekracza 1,5 ctm., zaś dalszy ciąg tworzy grupy węgrów wzdłuż V kości śródreęcznej i na pierwszym członku V palca. Na tylnej powierzchni ramienia również znajdujemy dwa pasy węgrów. Jeden z nich rozpoczyna się u zewnętrznego kłykcia ramienia, ku górze stopniowo się rozszerza (4 — 5 ctm.) i, biegnąc łukowato na zewnątrz, przechodzi po przez bark na łopatkę wzdłuż jej grzebienia. Drugi pas o kierunku zupełnie równoległym do poprzedniego bierze początek u wewnętrznego kłykcia ramienia, a powyżej tylnej fałdy pachy również przechodzi na łopatkę, gdzie znacznie się rozszerza i zajmuje niemal całą okolicę podgrzebieniową i lewą połowę przestrzeni międzyłopatkowej. Poniżej kąta łopatki znowu widzimy przestrzeń skóry w kształcie prostokątnego czworoboku, ograniczonego z jednej strony linią wyrostków ościastych kręgów, z drugiej — linią pachową tylną, a od dołu mniej więcej dwunastem żebrzem. W pomienionych granicach węgry układają się w większe lub mniejsze grupy, jednak w taki sposób, iż poziome równoległe pasy (trzy) występują dosyć wyraźnie. Wzdłuż i poniżej grzebienia kości biodrowej (*crista ilei*) biegnie podwójny szeroki pas, którego jedna gałązka kończy się na linii pachowej środkowej, a druga przechodzi na przednią ścianę brzucha ( $a^1$  i  $a^2$ ). Wreszcie w środkowej i dolnej części pośladka widać jeszcze po jednym krótkim pasie.

Na przedniej powierzchni tułowia znajduje się sześć równoległych pasów. Pierwszy, około 12 ctm. długości, biegnie wzdłuż trzeciego żebra, nie dochodzi jednak do linii środkowej. Drugi — długości 23 ctm. poczyna się

na linii środkowej i, zajmując przestrzeń mniej więcej między górnym brzegiem czwartego i dolnym piątego żebra, przechodzi aż na pachę, uprzednio jednak łączy się z pasem pierwszym za pomocą wąskiego mostka. Trzeci pas mieści się między szóstym i siódmym żebrzem, przyczem długość jego, licząc od linii środkowej, nie przenosi ośmiu ctm. Czwarty z kolei biegnie od pępka równoległe do poprzedniego i kończy się na przedniej linii pachowej. Piąty, będący dalszym ciągiem pasa a<sup>1</sup> (patrz wyżej), zajmuje mniej więcej środek pomiędzy łukiem żeber a pachwiną i dochodzi do linii środkowej. Wreszcie szósty pas znajduje się tuż nad więzem POUPART'a (na przestrzeni od linii środkowej do przedniej górnej ości kości biodrowej). Wewnętrzne końce wzmiankowanych pasów (prócz pierwszego) łączą się za pomocą wąskiej dróżki, złożonej z oddzielnych węgrów i ciągnącej się ściśle po średniej linii od nasady rękojeści mostka do spojenia łonowego.

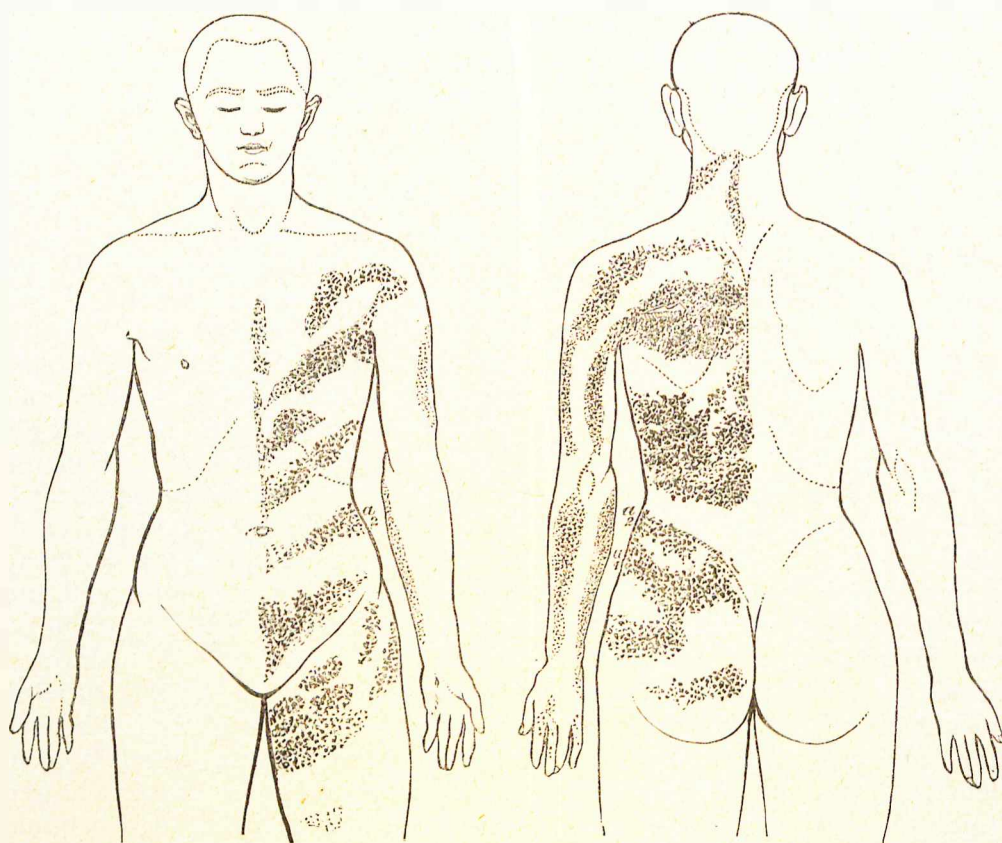
Na lewej kończynie dolnej węgry mieszczą się tylko na przedniej powierzchni uda poniżej pachwiny; niewielką grupkę widać też nieco wyżej miejsca amputacji. Na goleni i stopie, wedle słów pacjenta, węgrów nie było <sup>2)</sup>).

Budowa opisanych pasów jest wszędzie jednakowa. Składają się one z olbrzymiej liczby węgrów, których czarne główki bardzo wyraźnie się odznaczają na różowym tle skóry. Węgry te niekiedy zbierają się w większe lub mniejsze gromady, leżące szeregiem tuż obok siebie i tworzące oddzielne pasy. Widać to zwłaszcza na plecach; przyznać jednak trzeba, że większość pasów takiego ugrupowania nie posiada. Wielkość węgrów *resp.* ich główek bywa rozmaita. Najmniejsze, wielkości od punkcika do łepka szpilki, mieszczą się na palcach i przedramieniu, zaś największe — na plecach i przedniej powierzchni klatki piersiowej. Tutaj średnica oddzielnych główek sięga 0,75 ctm. Długość wyciśniętych węgrów niekiedy dochodzi od 6 do 7 ctm. W miejscach, gdzie węgry leżą blisko siebie, przegradzająca je skóra wskutek ucisku ulega zupełnemu zanikowi, co też pociąga za sobą tworzenie się t. zw. zlepów węgrów. Te ostatnie z biegiem czasu wysychają i twardnieją do tego stopnia, iż dają wrażenie „kamieni“ lojowych, których średnica sięga nieraz 1,5 ctm. Co się tyczy skóry, między węgrami położonej, to posiada ona nie wszędzie jednakowe własności. W niektórych miejscach, np. na palcach i dolnej połowie ramienia, wydaje się ona zupełnie niezmienioną. W innych jednak miejscach skóra dokoła węgrów jest zaczerwieniona, nieco zgrubiała i bolesna, jednym słowem, posiada wszelkie cechy zapalenia, którego punktem wyjścia naturalnie bywa węgiel (właściwie gruczoł lojowy). Sprawa też zazwyczaj kończy się wyropieniem tego ostatniego i wytworzeniem się blizny. W taki sposób, jak również wskutek ucisku ze strony olbrzymich węgrów, zlepów i „kamieni“, skóra na pewnej przestrzeni przekształca się w grubą, dosyć twardą bliznę, przerywaną całością pasów. Takie właśnie blizny widać na przedniej i tylnej powierzchni tułowia i w okolicy barku. Zauważyć też jeszcze należy, iż w miejscach, przez pasy zajętych, skóra jest niekiedy daleko suchsza, niż gdzieindziej, a na przedramieniu łuszczy się też dosyć obficie. Transpiracja skóry w miejscach, odpowiadających pasom, zdaje się być osłabiona

<sup>2)</sup> Analogiczny przypadek przedstawił d-r GERZUN w Wileńskim Tow. lek. Medycyna 1900 r. Nr. 15. Str. 353.

Skóra prawej połowy ciała, jak powiedziano, jest zupełnie normalna. Błony śluzowe bez zmiany. Ze strony narządów wewnętrznych nic nieprawidłowego nie wykryto. Również niezmieniony jest układ nerwowy, a nawet czucie skórne — odczuwanie dotyku, bólu i ciepłoty — jest dobrze zachowane w obrębie wzmiankowanych pasów. W moczu nie zdołano wykryć żadnych nienormalnych części składowych.

Obecność wyżej opisanych zmian na skórze pacjent pamięta od najwcześniejszych lat. Nie umie on jednak objaśnić, czy zmiany te są wrodzone, czy też powstały dopiero w późniejszych latach życia; czy rozległość ich była zawsze jednakowa, czy też zmiany te z biegiem czasu robiły pewne postępy.



Bądź jak bądź, węgry nigdy pacjentowi nie dokuczały, jeżeli pominąć ból przy sprawach zapalnych i umiarkowane swędzenie, które od czasu do czasu występowało. Swędzenie to zwykle znikало po wannie z mydłem i sodą. Pozatem wywiady nie dają nic godnego uwagi. Analogicznych zmian na skórze i chorób nerwowych nikt w rodzinie nie ma.

Przyczyny wystąpienia węgry w tym rozprzestrzenieniu, jakie wyżej opisałem, należy oczywiście szukać w układzie nerwowym, gdyż pomienione pasy są topograficznie związane z pniami nerwowymi tak, jak np. w pół-

paściu. Porównanie mego rysunku z tablicami SCHAEFER'a i THANE'a <sup>3)</sup>, KOCHER'a <sup>4)</sup> i BRUNS'a <sup>5)</sup> przekonywa, że zajęta jest przestrzeń od IV szyjowego do III (IV ?) segmentu lędźwiowego, ewentualnie tylnego korzenia rdzeniowego. Rozchodzi się więc o to, gdzie umiejscowić siedlisko sprawy, która spowodowała wystąpienie węgrów: czy w nerwach obwodowych, czy w ośrodkach? Gdyby zajęte były tylko 2 — 3 pnie, wówczas można byłoby myśleć jeszcze o nerwach obwodowych; w danym jednak razie brak wszelkich objawów ze strony tych nerwów, a zwłaszcza ściśle połowiczne wystąpienie na tak znacznej przestrzeni przemawia raczej za pochodzeniem ośrodkowym. Co się tyczy ośrodków, to należy mieć na względzie zarówno rdzeń, jak i zwoje międzykręgowy, które histogenetycznie pochodzą z układu nerwowego ośrodkowego. Topografia wyżej opisanych pasów, identyczna ze spostrzeganą w *herpes zoster*, zda się mówić na korzyść zwojów międzykręgowych, które wszak bywają stale zainteresowane w półpaściu, jak to znowu wykazały ostatnie badania HEAD'a i CAMPBELL'a <sup>6)</sup>. Z drugiej jednak strony przeciwko pierwotnemu wpływowi zwojów międzykręgowych bez udziału rdzenia przemawia również absolutna połowiczność zmian skórnych na przestrzeni od IV szyjowego do III lędźwiowego odcinka rdzeniowego. Należy się zatem zatrzymać na rdzeniu. Możliwym jednak jest, iż pewne bliżej nam nieznanne, segmentacyjnie ułożone ośrodki rdzeniowe wpływają za pomocą nielicznych odśrodkowych włókien korzeni tylnych na zwoje międzykręgowy, że więc te ostatnie mogły w danym razie wywołać wyżej opisane zmiany — naturalnie wskutek braku pomienionych wpływów rdzeniowych.

Z POLIKLINIKI DOKTORA S. GOLDFLAMA.

## O PADACZCE.

Napisał

MAKSYMILIAN BIRO.

(Rzecz, czytana na posiedzeniach Towarz. Lek. Warsz. dnia 5 i 19 listopada 1901 r.).

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 48).

Jeśli podczas napadu ukazują się wymioty, nie wolno nam odrzucić rozpoznania padaczki. Ukazują się one wprawdzie rzadko, bo zaledwie w 1,5% naszych przypadków. Wobec tak nieznacznej liczby trudno określić, co za czynniki na nie wpływają, lecz dane polikliniczne robią wrażenie, jakoby w równej mierze występowały u mężczyzn i kobiet, jakoby nie zależały od wieku, w jakim napady się zaczęły, ani od trwania choroby. Chorzy, u których wymioty występowały, nie mieli ich stale po każdym napadzie. Zdawa-

<sup>3)</sup> Quain's Elements of Anatomy by Schäfer and Thano. Vol. III. Part. II, 1895 str. 346—347.

<sup>4)</sup> KOCHER. Lehrbuch der Nervenkraukh. von prof. OPPENHEIM. II Aufl. 1898 str. 114.

<sup>5)</sup> BRUNS. Die Geschwülste des Nervensystem. 1897. str. 318—319.

<sup>6)</sup> H. HEAD and A. W. CAMPBELL. The pathology of herpes zoster and its bearing on sensory localisation (Brain. Autumn. 1900). Ref. Neurologisches Centralblatt. 1901, N. 7. str. 309.

łoby się, że wymioty powinny występować po ciężkich przeważnie napadach. Z danych naszych okazało się jednak, że u niektórych tylko osób ukazywały się wymioty wyłącznie po napadach ciężkich, u innych zaś niezależnie od natężenia napadu. Inaczej być nie może, jeśli, jak twierdzi Ossipow<sup>56)</sup>, zależą one od skurczu w *pylorus* i *cardia*, skurczu pochodzenia korowego. Zbyt częste jednak wymioty w napadach padaczkowych muszą dać do myślenia, czy niema tła wyraźnie organicznego. Otóż w przypadkach JACKSON'owskiej padaczki zjawiają się one 3 razy częściej, jak świadczą nasze dane, niż w *epilepsia genuina*, jakkolwiek mogą być przypadki z objawami padaczki i wyraźnym guzem mózgu w zwojach centralnych kory, a jednak bez żadnych wymiotów. Mężczyzna 39 letni z padaczką JACKSON'owską bez wymiotów, w ciągu 3 lat w poliklinice obserwowany, zmarł w szpitalu żydowskim w Warszawie, a badanie pośmiertne wykazało gliomat okolicy ośrodków centralnych. Okazuje się, że nawet obserwowanie napadu nie zawsze rozwiązuje kwestyę rozpoznania, a cóż robić, gdy napad minął? Jak się dowiedzieć, czy napad wspomniany był właśnie natury padaczkowej? Jeśli chorego z podejrzeniem na padaczkę znajdujemy z pokąsanym językiem, utwierdza nas to w przekonaniu, że możemy mieć do czynienia z epileptykiem. Otóż ten objaw, na którym mamy polegać przy robieniu rozpoznania padaczki, ma miejsce tylko w mniejszości przypadków, bo według danych polikliniki, tylko w 14%. Naturalnie, że dane te nie mogą być zupełnie ściśle, ponieważ nie stale towarzyszą napadom danego osobnika i gdy u pewnej osoby do czasu określonego się nie ukazywały, nie można być pewnym, że nie zjawią się przy napadach następnych. Nie ulega wątpliwości, że niekiedy kąsa się w język epileptyk przy pierwszych już swoich napadach, a niekiedy całe lata miewa napady i w język się nie gryzie. Nie można powiedzieć, iżby w miarę trwania choroby ten objaw się ukazywał albo znikał, bo widuje się przypadki z ukąszeniem języka przy pierwszych napadach, jako też u dotkniętych padaczką od lat 17, nawet 24. Trudno byłoby przypuścić, iżby zjawisko to zależało od wieku, w jakim choroba się rozpoczęła. Dane nasze doprowadzają do poglądu, że zachodziło ono u osób, które zachorowały w pierwszym roku, jako też w 51 roku życia. I we wszystkich tych przypadkach zjawiało się niezależnie od gwałtowności napadu, bo zarówno podczas ciężkich napadów (*grand mal*), jako też podczas lekkich (*petit mal*). Trudno orzec, podczas jakich napadów zjawiało się częściej, czy podczas ciężkich, czy podczas lekkich, chociażby dla tego, że lekkie napady łatwo znikają z pod obserwacji. Zresztą z góry można byłoby przewidzieć, że pokąsanie języka u epileptyków jest niezależne od wieku, w jakim się zaczyna choroba, od trwania jej, ani nawet od napięcia obrazu, gdyż jest rzeczą przypadkową i zależy od skurczu mięśni ust i języka, więc od kombinacji, jaka może u każdego epileptyka wystąpić, ale nie jest obowiązująca ani dla osoby, ani dla jej napadu. Prózności wydają się z tego względu usiłowania SCHROEDER'a van der Kolk'a podzielenia na grupy przypadków, w których napady przebiegały z ukąszeniem języka lub bez jego obrażeń i poszukiwania związku z wymiarami naczyń włosowatych w rdzeniu przedłużonym. Dziwną jest w każdym razie rzeczą, że w innych cierpieniach, zachodzących z utratą przytomności i drgawkami języka, nigdy takiej kombinacji się

<sup>56)</sup> Ossipow. Ueber Magen, Darm und Harnblasencontractionen während des epileptischen Anfalls. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1899. B. 15, str. 91—121.

nie widuje. Z tego względu, o ile się pokąsany język znajduje u chorego z przypuszczalną padaczką, rozpoznanie nabiera pewności; ten nie mówiący język pokąsany jest w tym razie wyjątkowo wymowny. Jeśli nawet pacjent nie wie żadną inną drogą o przebyłym napadzie, to ból języka na myśl o nim go naprowadzi.

Innym razem ma on odmienne, lecz nie mniej przykre dowody zaszłej z nim katastrofy. Otóż zdarza się często, że chory podczas napadu oddaje pod siebie mocz, rzadziej kał. Zauważymy, że, mimowolnem oddawaniem moczu kobiety są częściej dotknięte, niż mężczyźni (31 : 25 według naszych obliczeń). Być może, zależy to od słabszego zwieracza cewki u kobiet w porównaniu z mężczyznami; wszak kobiety przy najrozmaitszych sprawach chorobowych, powiedzmy przy kaszlu, trudniej mogą się powstrzymać od mimowolnego oddawania moczu od mężczyzn. Bezwiedne oddawanie kału powinno występować rzadziej, niż mimowolne oddawanie moczu, ponieważ defekacja i w stanie fizyologicznym rzadziej się odbywa od oddawania moczu. Może mięśnie kiszki trudniej się kurczą i rozkurczają. W każdym razie jest faktem, że w 4 tylko przypadkach obserwowałem mimowolne oddawanie kału. Ze owe zaburzenia pęcherza nie zależą jedynie od stanu świadomości, o tem świadczą dane, wykazujące, iż zdarzają się one nie tylko podczas napadów ciężkich, lecz i przy lekkich, zarówno przy zupełnej utracie przytomności, jako też przy względnie zachowanej. Trzej moi pacjenci oddawali mocz pod siebie podczas *petit mal*. Nawet częściej widywałem to przy *petit mal*, niż podczas napadów ciężkich, lecz chyba dla tego, że mający *petit mal* rzadziej się zgłaszają do lekarza, niż dotknięci napadami ciężkimi, a z napadami lekkimi zjawiają się właśnie ci przeważnie, którzy mają inne dolegliwości przykre, więc chociażby mimowolne oddawanie moczu. Uprzytomnijmy sobie, że niektóre osoby, zgłaszające się z prośbą o poradę na *incontinentiam urinae*, są właściwie epileptykami, i o tem lekarzowi nie wolno zapominać. Gdyby zaburzenia powyższe epileptyków były jedynie zależne od stanu świadomości chorych, toby zachodziły bardziej podczas napadów nocnych, niż dziennych. Jednakowoż 6-letnia pacjentka, od 6 miesięcy dotknięta napadami padaczki nocnymi i dziennymi, często oddawała pod siebie mocz podczas napadów dziennych, a nigdy podczas nocnych wśród snu najgłębszego. Przeciw możliwemu przypuszczeniu jakiegokolwiek zależności tych spraw od stanu świadomości przemawia i to, że zachodzą one stale prawie u pewnych tylko chorych, gdy omijają innych, o tyleż, co oni, pozbawionych świadomości podczas napadów. To też ciekawe są pod tym względem dane doświadczalne Ossipow'a, według których mimowolne oddawanie moczu i kału zależy od zobopólnego działania skurczów kiszki, względnie pęcherza oraz ucisku przez skurczoną tlocznię brzuszną, a właściwie od ich rozkurczu po silnych skurczach. Pomiędzy dwoma silnymi skurczami, jako też po ustąpieniu wszystkich drgawek epileptycznych, w większości przypadków następuje długotrwałe zwiótczenie ścian kiszki i pęcherza. W tych okresach uwalniają się one od zawartości. Skurcze powyższe mają być analogiczne do skurczów mięśni poprzeczoprążkowanych, jak to już wspomnieliśmy przy omawianiu wymiotów, i zależą od zajęcia okolicy ruchowej kory mózgowia. Ponieważ skurcze pęcherza występują zazwyczaj na początku drgawek klonicznych, a skurcze kiszki grubych pośrodku owego okresu, staje się zrozumiałem, czemu zaburzenia pęcherza zjawiają się wcześniej od kiszki. Jeśli częstsze oddawanie moczu u kobiet podczas napadu w stosunku do męż-

czyżn zależy od słabszego ich zwieracza cewki, to częstsze zaburzenia pęcherza, niż kiszek, w ten sam sposób tłumaczyć możemy, mianowicie, że i fizjologicznie mięśnie pęcherza częściej rezultat swej pracy wykazują w porównaniu z mięśniami kiszek. Trudno byłoby przypuścić, że czasami podczas napadu wchodzi w grę ośrodek, wyłącznie ruchami pęcherza kierujące, innym razem ośrodek ruchowe kiszek, gdyż prawie się nie zdarza, aby zachodziło wyłączone oddawanie kału podczas napadu bez oddania moczu. Już powyższe dane każą nam przypuszczać, że na wystąpienie zaburzeń pęcherza u epileptyków nie ma wpływu ani wiek chorego, ani okres życia, w którym się choroba zaczęła, ani czas trwania choroby. To też widywaliśmy te zjawiska u osób w wieku od 3 do 40 roku życia, a u kobiety 40-letniej z napadami od jej 22 roku.

Lecz niekiedy napad przechodzi bez owych zaburzeń, sam po za tem bywa tak niewyraźny, że się go wcale nie spostrzega, a natomiast jaskrawo uwydatniają się zjawiska, po napadzie występujące. Najciekawsze z nich są te, które polegają na ruchach skoordynowanych z wszelkimi pozorami zachowanej świadomości, a pomimo to zupełnie jej pozbawionych. Wspomnę o jednej z moich pacjentek, pannie 21-letniej, od 9 lat chorej, która po napadach wymawia niezrozumiale dwa wyrazy, ucieka niekiedy z domu, walczy z otoczeniem, gdy jej uciec nie dają, zbiega ze schodów na podwórze, z którego wraca, niepomna całego zajścia. Jeden z pacjentów po napadzie biegł po pokoju, ciskał przedmioty o ziemię, usiłował bić otaczających, a raz chciał wyskoczyć oknem. Inny pacjent raz na kilka tygodni uciekał z domu, waleśsał się po okolicy, często podczas owych wycieczek bywał okradany, niekiedy sprzedawał wówczas za bezcen, co miał kosztowniejszego, dostawał się jako włóczęga do aresztu i po 1—2 dniach wracał do domu brudny, obdarty, przybity, bez żadnej świadomości o całej wędrówce. Jeden wreszcie pacjent, mężczyzna 45-letni, od 33 roku życia w okresach pewnych wśród snu, czyniąc na otaczających wrażenie pijanego, nieprzytomnego, ubierał się, wychodził na ulicę lub kołatał do pobliskiej bóżnicy i wracał zamtąd, nie wiedząc wcale, co z nim zaszło. Niektórzy sądzą, że na podobnych zjawiskach napad polega i określają je, jako oddzielną formę „*epilepsia procursoria*“, inni natomiast widzą w nich tylko objawy ponapadowe, rzadziej przednapadowe. Pierwszy zajął się bliżej temi sprawami CHARCOT<sup>57)</sup> i przypuszczał, że ma do czynienia z ukrytą padaczką. Z przypadku, przez CHARCOT'a obserwowanego, jako też ze spostrzeżeń TISSIE'go<sup>58)</sup>, RAYMOND'a<sup>59)</sup>, BREGMANA<sup>60)</sup> widać, że owa dromomania zjawia się w hysterii i innych cierpieniach nerwowych na tle zwyrodnienia, i że nawet luki w pamięci o zaszłym zdarzeniu i brak motywu czynów popełnionych nie wystarczają do uznania każdego przypadku dromomanii za padaczkę. Nasze przypadki, choć wielce skomplikowane, musimy zaliczyć do padaczkowych na tej zasadzie, że występowały niekiedy przed-, u innych po zwykłych napadach epileptycznych, albo też, że odnośni chorzy miewali po za nimi napady zwykłej padaczki. Prostsze o wiele, lecz niewątpliwie natury padaczkowej, są dopiero co ogłoszone dwa przypadki

<sup>57)</sup> CHARCOT. *Leçons du Mardi* 1887—1888. Str. 155 i 1888—1889. Str. 303.

<sup>58)</sup> TISSIE. *Les aliénés voyageurs*. Th. de Bordeaux. 1889. Cyt. przez Bregmana.

<sup>59)</sup> RAYMOND. *Clinique de maladies du syst. nerveux*. 1896. I.

<sup>60)</sup> BREGMAN. Ueber den „Automatisme ambulatoire“. („Fugues“, „Dromomania“). *Neurolog. Centralbl.* 1899. Str. 776—781.



GOLDBAUMA <sup>61)</sup>). Nie należy brać tak ściśle nazwy „*epilepsia procursiva*“, aby do niej zaliczać tylko te przypadki, w których spostrzegano bieganie pacjenta. Do tej samej kategorii zaliczyć chyba trzeba zjawiska, polegające na napadowym wykonywaniu wszelkich ruchów, pozornie świadomych, przez osoby, które po za nimi mają inne napady epileptyczne. Z tego powodu wspomnę tu o pannie 15-letniej z napadami ciężkimi padaczkowymi od 5 roku życia, która po napadach niektórych klaskała w dłonie, śmiała się, mówiła bez sensu. Stanowi ona analogię do napadowego śpiewania, opisanego przez SANTE DE SANCTIS <sup>62)</sup>). Zrozumiałą jest rzeczą, że czynności, dokonywane podczas podobnych napadów mogą być najrozmaitsze, więc niekiedy nawet zbrodnicze. Z tego powodu kategoria ta obejmuje tak zw. równoważniki duchowe padaczki (*psychische Aequivalente*), zjawiska, badane przez FALRET'a, SAMT'a i innych. Ponieważ chorzy w chwilach podobnych mogą dopuścić się przestępstwa, nasuwa się pytanie, jak się ma zachować w tych razach lekarz w charakterze biegłego. Epileptyk nawet po napadzie zwykłym z przytomnością zachowaną, jak dowodzi między innymi jeden z przypadków BOMBARDY, często nic o nim nie pamięta. Ma on podczas napadu stan świadomości inny, niż po za napadem. Według FALRET'a epileptycy przedstawiają często i po za napadami zmiany umysłu i charakteru. Co zaś do postępowania podczas napadu, to nie jest ono czynem dowolnym, lecz drgawką psychiczną. Jeśli nawet nie wyrzekniemy się, jakby pragnął GRIESINGER <sup>63)</sup>, orzeczenia o odpowiedzialności pacjenta, to nie obchodzi nas wcale, czy pacjent był podczas czynu przestępnego przytomny. Za czyn podobny, za drgawkę psychiczną nie może on być odpowiedzialny. Z powodu chorobliwej organizacji psychicznej epileptyków, niektórzy nie tylko uważają ich za nieodpowiedzialnych, lecz w ogóle za niepoczytalnych. GOTTLÖB <sup>64)</sup> żąda, by epileptyków nie dopuszczano nawet w charakterze świadków w jakichkolwiek sprawach. Na szczęście procesy sądowe osób, podejrzanych o dokonanie przestępstwa podczas napadu padaczki, zdarzają się względnie rzadko, bo i same ruchy złożone poepileptyczne zjawily się wszystkiego w 2% naszych przypadków. Natomiast częstsze o wiele są zjawiska znacznie prostsze. Są one o tyle częste, że nie wolno o nich zapomnieć przy rozpytywaniu chorych, podejrzanych o padaczkę, zjawiają się bowiem w przeszło 40% przypadków i to mniej więcej w równej mierze u mężczyzn i kobiet i bez względu na to, czy cierpienie trwa kilka miesięcy, czy wiele lat (25). Na zasadzie naszych danych wydaje się prawdopodobnem, że objawy te nie zależą od wieku chorych, w jakim choroba się zaczęła, bo je widywałem zarówno u osób, które zasłały w roku pierwszym, jako też w 64 życia. Pod ostatnim względem stanowić ma wyjątek wiek dojrzałości płciowej, najczęściej je bowiem obserwowałem u pań, które zachorowały w 14—15 roku, i u mężczyzn, którzy zapadali w 17 roku życia. Czy w tym wieku zaczynające się napady bywają cięższe, niż rozpoczynające się w innych okresach życia, nie udało nam się dowiedzieć, a byłoby to rzeczą dość ważną, gdyż objawy ponapado-

<sup>61)</sup> M. GOLDBAUM. *Epilepsia procursiva*. Gazeta lekarska. 1901. Nr. 34 i 35.

<sup>62)</sup> SANTE DE SANCTIS. *Equivalenti musicali di attacchi-attacchi di canto*. Rivista quindicinale di psicologia, psichiatria. 1897. Ref. Neurolog. Centralbl. 1898. Nr. 7, str. 317.

<sup>63)</sup> GRIESINGER. *Traité de maladies mentales*. Tom. z niem. Paris. 1865. str. 52.

<sup>64)</sup> GOTTLÖB. *Zur Frage der Bides- u. Zeugnisfähigkeit der Epileptiker*. Allg. Zeitschr. f. Psych., T. LIII, str. 695. Ref. Neurol. Centralbl. 1897, Nr. 16, str. 746.

Med. Nr. 49.

we ukazują się przeważnie po napadach ciężkich. Lecz tylko przeważnie, a nie wyłącznie, gdyż, jak wiadomo, owe złożone zjawiska, uogólniane, jako „*epilepsia proocursiva*“, niekiedy występują po napadach ledwo dostrzegalnych, i temu chyba przypisać należy, czemu często widywano wyłącznie owe czynny impulsywne i je za cały napad brano. Że objawy ponapadowe częściej spostrzegać się dają po napadach ciężkich, o tem świadczy ich stosunek do zwiastunów. Jak wiemy, zwiastuny zjawiają się przeważnie przed napadami lekkimi, a ponieważ objawy ponapadowe widywałem tylko w 14% przypadków z poprzedzanych przez zwiastuny, wynika stąd, że częściej się zjawiają w przypadkach bez zwiastunów, a zatem w przeważnie ciężkich. Rozpatrywanie w jakich przypadkach ukazują się objawy ponapadowe, jest usprawiedliwione o tyle, o ile jest pewnem, że w większości przypadków, którym towarzyszą, występują one stale. I tak też bywa w istocie. Tylko w 4% przypadków nie zjawiają się one po każdym napadzie, a tylko od czasu do czasu. Stałość spostrzegać się daje nawet pod względem charakteru tych objawów. Zaledwie w 3% widywałem zmienność zjawisk ponapadowych. Otóż w 2% czasem doznawano po napadach zmęczenia, innym razem senności, w 1% słabły niekiedy kończyny, innym razem zjawiały się bóle głowy lub wymioty. Wobec względnej stałości tych objawów wolno rozejrzeć się, jakie z nich w większości przypadków spostrzegać się dają, a jakie mniejszości towarzyszą. Z danych naszych wynika, że ze zjawisk ponapadowych mniej złożonych względnie najczęściej zjawia się senny stan pacjentów, bo u 60% osób, mających objawy ponapadowe. Chorzy są wówczas senni albo zapadają w sen głęboki, od 30 minut do kilku godzin trwający. FÉRE<sup>65)</sup> przypuszcza, że nie-rzad sam napad polega tylko na śnie mocnym. O charakterze padaczkowym takiego snu wolno tylko o tyle myśleć, o ile zjawia się on nagle, i o ile pacjent nieważ inne napady epileptyczne. Takich pacjentów trudno się dobudzić, jakkolwiek nie są całkowicie pozbawieni zdolności odbierania wrażeń, bo czasami coś zlekka pamiętają z tego, co koło nich podczas snu robiono. Nie wyglądają nawet na zupełnie pozbawionych świadomości, a mają raczej pozę śpiących. Przypominają niekiedy histeryków w stanie narkoleptycznym, tylko że ci po za objawami histeryi jeszcze tem się różnią, że nigdy w stan senny w chwilach groźnych (na ulicy, podczas ruchu miejskiego) nie zapadają, i że sen zjawia się o porze dowolnej i to przeważnie w warunkach, jakie senności fizyologicznej sprzyjają (cisza, wrażenia monotonne). Mniejsza liczba epileptyków (8%) po napadach w sen wprawdzie nie zapada, lecz zawsze w stan wyczerpania, doznaje bowiem zmęczenia, 5% — osłabienia ogólnego, 2% — osłabienia pamięci, 2% — oszołomienia, ociążałości, 2% — wymiotów, a względnie duża liczba, bo 20% skarży się na bóle głowy. Wszystko to są stany mniej więcej pokrewne i mogą być uważane za objawy wyczerpania, za jakie CLARK<sup>66)</sup> uznaje bóle głowy ponapadowe. Nie wiem tylko, czemu właśnie bóle głowy po napadach CLARK uważa za złe pod względem rokowania i nie sądzę, by określenie objawów wyczerpania było ściśle. Być może, iż wszystkie te objawy polegają na działaniu na układ nerwowy pewnych substancji, wytwarzających się podczas napadu i analogicznych do powstających podczas pracy. Takiego samego pochodzenia mogą być owe rzadkie

<sup>65)</sup> Ch. FÉRE. Note sur la narcolepsie épileptique. Revue de Médecine, 1898. Nr. 5. Mł. Str. 430—440.

<sup>66)</sup> CLARK. Headache in epilepsy. New-York, med. Journ. 1897. T. LXV. Nr. 25.

(1%) zaburzenia ruchowe i czuciowe, jakie nieraz, jako epilog napadu się ukażą. Do tych należą opisane przez DUTIL'a <sup>67)</sup> afazy, skurcze i bezwładny w mięśniach, uległych drgawkom podczas napadu, znikające najczęściej po kilku minutach, rzadziej po tygodniach. Ponieważ napad może przejść prawie niedostrzegalnie, a natomiast objawy ponapadowe występują jaskrawo, to być może, iż objawy porażenia napadowego kończyny dolnej prawej w przypadku HIGIERA <sup>68)</sup> należą do tej samej kategorii.

Szukanie źródła tych zaburzeń w sprawach przemiany materii nie wyda się dziwnym, gdy przypomnimy, że napadowi padaczkowi towarzyszą często zjawiska tej natury. Do nich zaliczyć chyba wolno białkomocz, jaki czasem wykrywamy u epileptyków. Według HUPPERT'a ma po każdym typowym napadzie epileptycznym stale występować przemijający białkomocz. VOISIN wykrywał go tylko w 50%, BERGER zaledwie w 20% swych przypadków. RABOW, FÜRSTNER, OTTO, BINSWANGER, FIORI i HALLAGER sądzą, że białkomocz ponapadowy należy do rzadkości. Przy obliczaniu częstości, z jaką białkomocz się ukazuje, należy brać pod uwagę badanie moczu, dokonane bezpośrednio po napadzie, bo w okresie beznapadowym późniejszym znajdowałem białko zaledwie w 10% przypadków, jakie zachodziły z białkomoczem, więc w ogromnej mniejszości, jeśli weźmiemy pod uwagę, że w moich spostrzeżeniach zaledwie w 4% przypadków wogóle zjawiał się białkomocz po napadach. Naturalnie, oblicza się to tylko w stosunku do tych przypadków, w jakich można badać mocz bezpośrednio po napadach, najwyżej, jak chce VOISIN, w dwie godziny po ich ustąpieniu. Ilość białka, jaką wówczas znajdujemy, jest nieznaczna, bo u nas dochodziła najwyżej do 0,1‰. Stałej ilości oczekiwać nie należy. W jednym i tym samym przypadku widywałem czasem ślady, innym razem duże ilości białka. Według VOISIN'a <sup>69)</sup> białkomocz ma być stałym dla danego pacjenta, według HUPPERT'a <sup>70)</sup> ma się on ukazywać po każdym napadzie klasycznym. Z naszych spostrzeżeń wynika, że nie zależy on od natężenia napadu, i że pomiędzy napadami z białkomoczem dany epileptyk może mieć napady bez białkomoczu; ze względu na to nie wolno ograniczać się na jednorazowym badaniu moczu, a należy je powtarzać po kilku napadach. Jeśli białkomocz występuje stale, należy rozważyć, czy nie zaszła pomyłka w rozpoznaniu, czy wrzekoma padaczka nie jest uremią. VOISIN'owi wydaje się, że *status epilepticus* ma stale przebiegać z białkomoczem ponapadowym. Wątpić o ten jednak można wobec tego, że białkomocz w naszych przypadkach nie zależał od częstości napadów; widywałem go w przypadkach, w których napady występowały raz na kilka tygodni, jako też u chorych, miewających napady, pooddzielane okresami rocznymi. Płeć chorych, wiek ich przy rozpoczęciu się choroby, jako też jej trwanie nie miały żadnego wpływu na wystąpienie białkomoczu. Przypuszczają, że białkomocz jest objawem biernego zastojów żylnych. Niezależność białkomoczu od natężenia napadu, od częstości napadów, od pracy mięśniowej, od płci, wieku chorego i trwania choroby stawia go raczej w jednym szeregu z innymi zaburzeniami materii, jakie napotymano w padaczce. Przed napa-

67) DUTIL. Des paralysies post-epileptoïdes transitoires. *Revue de médecine*. 1883, str. 61—185.

68) HIGIER. Porażenie napadowe natury padaczkowej. *Kronika lekarska* 1897.

69) VOISIN. *L'épilepsie*. Paris. 1897, str. 126.

70) Max HUPPERT. Die Albuminurie nach dem epileptischen und paralytischen Anfall, *Arch. für Psych. u. Nerv.* 1876. T. VII. str. 189.

dem zmniejsza się często ilość wydzielanego moczu i potu, a waga chorego się zwiększa; po napadzie zachodzą zjawiska odwrotne (FÉRÉ, VOISIN, KRAINSKI<sup>71)</sup>, KOWALEWSKI), ilość części stałych w moczu (moczany, kwas moczowy, fosforany ziem, rozmaite związki azotowe) zmniejsza się przed napadem, a zwiększa po jego przejściu; pot i mocz stają się przed napadem mniej toksycznymi, a krew bardziej toksyczną; po napadzie toksyczność krwi się zmniejsza, potu zaś i moczu się potęguje (MAIRET<sup>72)</sup>, VOISIN), a co do moczu specjalnie, to największą ma on toksyczność według FERRANNINI'ego<sup>73)</sup> w 2—4 godziny po napadzie drgawkowym. KRAINSKI<sup>74)</sup> zastrzykiwał królikom 1—3 ctm. krwi, wypuszczonej podczas *status epilepticus* lub krótko przed napadem i otrzymywał porażenie kończyn dolnych z następczemi drgawkami; krew w innych okresach zaczerpnięta, pozostała bez skutku. Czy z tego wolno jednak wyciągać wniosek, że wytwarzający się we krwi produkt przemiany materii, wywołujący drgawki, powiedzmy węglan ammonu, powstały zamiast kwasu moczowego z mocznika i po napadzie przechodzący w mocznik, jest wyłączną przyczyną całego obrazu padaczki, pozostaje kwestyą niewyjaśnioną. Napady, u królików w sposób powyższy wywołane, są tylko częścią napadu epileptycznego; jego całokształtu tą drogą otrzymać niepodobna. Być może, że inne jakieś zjawisko, będące podścieliskiem napadu, powoduje wytwarzanie owej substancji, która w końcu sprowadza drgawki. Zaburzenia składu moczu mogą być również wyrazem napadu, a nie jego powodem, jak inne zjawiska przemiany materii. Można to przypuścić na tej zasadzie, że leczenie, skierowane do wywarcia wpływu na zaburzenia wymiany materii (NELSON TEETER<sup>75)</sup>) przy padaczce, napadów w niczem nie zmieniło. Czy jednak owe zaburzenia przemiany materii mogą same przez się stanowić czasem napad, jak ma to się zdarzać z innymi sprawami przemiany materii, z przemijającym chociażby poceniem się (LEMMINGHAUS), pozostaje niepewnem, jeśli same się nie ukazują nigdy bez współistnienia objawów drgawkowych.

(C. d. n.).

<sup>71)</sup> KRAINSKI. Zur Pathologie der Epilepsie. Ueber Störungen im Stoffwechsel bei Epileptikern. Obozr. psychiatrii-neurologii. 1896. Nr. 1. Ref. Neurolog. Centralbl. 1897. Nr. 15, str. 697.

<sup>72)</sup> MAIRET. Comptes Rendus d'Acad. de Médec. Seance. 27. 1. 1897.

<sup>73)</sup> FERRANNINI. Autointoxicationi ed epilessia. Annali di Nevroglia. XVI. Ref. Neurolog. Centralbl. 1899. Nr. 14, str. 693.

<sup>74)</sup> KRAINSKI. Zur Pathologie der Epilepsie. 1) Ueber die Giftigkeit des Blutes bei Epileptikern. Obozr. psychiatrii. 1896. Nr. 2. 2) Ueber das Vorkommen von carbaminsaurem Ammoniak im Blute der Epileptiker. Obozr. psych. 1896. Nr. 3. 3) Ueber die Bedeutung des carbaminsauren Ammoniak im Organismus und dessen Einfluss auf die Entstehung der epilept. Anfälle. Obozr. psychiatrii. 1896. Nr. 6 i 8. Ref. Neurolog. Centralbl. 1897. Nr. 15, str. 698.

<sup>75)</sup> NELSON TEETER. On the relation of urea to epilepsy. Americ. Journal of insanity. Ref. Neurolog. Centralbl. 1895.

## WYKŁADY KLINICZNE.

PROF. BUDIN.

### ŻYWIENIE I HIGIENA NIEMOWLĄT PRZEDWCZĘSNIE URODZONYCH I NORMALNYCH.

(w 10 wykładach klinicznych str. 314).

Strościł

JÓZEF BRUZIŃSKI.

*„Au début l'enfant n'est qu'un tube digestif“.*

(Dokonczenie. — Zob. Nr. 48).

Czynniki, wpływające na wydzielanie mleka i jego jakość, stanowią treść wykładu szóstego. Wnioski swe autor popiera licznymi przykładami. Nie ulega wątpliwości, zdaniem autora, iż wzruszenia silne, głębokie zmartwienia wpływają na wydzielanie mleka, autor przytacza przykłady, gdzie ilość wydzielanego mleka nie zmniejszyła się po silnym afekcie psychicznym, lecz widocznie wpłynęła to na jakość mleka, wystąpiły bowiem zaburzenia u karmionych niemowląt — nie można zaś ich było przypisać innej przyczynie, gdyż wystąpiły jednocześnie np. u 3 dzieci, które mamka karmiła. W ten sam sposób działać mogą nadmierne zmęczenie, stany chorobowe.

Niekiedy zaburzenia występują u niemowlęcia dla tego, że ssie ono po jednym lub z niemowlętach i wysysa ostatnie porcje pokarmu, najwięcej tłuste, w innych znowu przypadkach dla tego, że wysysa pierwsze porcje z piersi, zawierające niedostateczną ilość czynników odżywczych, za dużo wody — niemowlę oddaje dużo uryny, nie przybiera na wadze. U niektórych kobiet mleko zawiera stale za dużą ilość cukru.

Pewien wpływ posiada sposób odżywiania się mamki i sposób jej życia — autor cytuje fakty, w których pryszczycy u dziecka znikła wraz ze zmianą sposobu życia mamki, która przedtem jadła nadmierne ilości mięsa, piła bardzo dużo wina i prowadziła życie zgoła nieruchliwe, nie wychodziła na świeże powietrze całymi tygodniami.

Ciężkie zaburzenia, drgawki widział autor u niemowląt, których mamki spożywały dużą ilość wysokoku.

Mleko kobiet, które miesiączkują podczas karmienia, w czasie peryodu bywa nieraz źle znoszone, autor z faktów dość licznych tego rodzaju nie wyciąga jednak wniosku, że kobiety, u których peryody występują podczas karmienia nie powinny karmić; jeżeli bowiem w wielu przypadkach występują zielone, drażniące skórę stolce i spadek wagi, w wielu innych nie występują żadne zmiany. Autor radzi wogóle nie przerywać karmienia w takich przypadkach, przynajmniej jednak, iż w niektórych po bezowocnych próbach zabronić należy dalszego karmienia.

Nastąpienie nowej ciąży w czasie okresu karmienia nie przeszkadza, zdaniem autora, dalszemu karmieniu, gdyż w ogromnej większości przypadków nie odbija się to szkodliwie na niemowlętach, zawsze jednak należy dokładnie rozważyć, czy ustrój matki jest dość silny, by te podwójne obowiązki nie były dlań ze szkodą.

Niektóre stany patologiczne, jak gruźlica i ostre cierpienia płuc, wymagają przerwania karmienia ze względu na matkę.

Co do białkomoczu okresu ciąży, wypowiada autor zdanie, poparte licznymi spostrzeżeniami, iż, wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu, zaprzestanie karmienia nie jest bezwzględnie wskazane przy tym stanie patologicznym. Często białko znika dość prędko, i karmienie idzie najnormalniej, jeżeli jednak, co się zdarza rzadziej, białkomocz trwa dłużej, karmienie nie przeszkadza ostatecznemu wyzdrowieniu matki. Oczywiście, że powinna być rozciągnięta opieka nad matką i dzieckiem, by w chwili stosownej przerwać karmienie.

W chorobach serca karmienie jest, naturalnie, przeciwwskazane ze względu na matkę, autor cytuje jednak przypadek, w którym matka uparła się karmić i wykarmiła dziecko bez szkody dla siebie, z korzyścią dla dziecka.

Bywają przypadki, w których karmienie piersią nie może mieć miejsca, gdyż zachodzą przeszkody ze strony dziecka lub ze strony matki; do pierwszych częstszych zaliczyć należy zniekształcenia wrodzone twarzy dziecka, poza tem wiele dzieci nie chce brać piersi, niekiedy chwilowo, niekiedy zupełnie. Inne znowu dzieci biorą chętnie pierś, lecz nie znoszą mleka kobiecego. Autor przytacza ciekawy przypadek, w którym dziecko nie znosiło mleka kobiecego pomimo parokrotnych prób ze zmianą mamek, nie znosiło również mleka oślicy, dopiero po podawaniu mleka sterylizowanego zaczęło przybierać na wadze, mieć normalne wypróżnienia i poprawiać się ogólnie (str. 198 i 199). Bywają przypadki, choć dość rzadkie stosunkowo, że gruczoł mleczny matki nie wydziela mleka zupełnie.

W razie, gdy karmienie piersią z tych lub innych względów stanowczo nie może mieć miejsca, uciec się trzeba do sztucznego karmienia. Kwestya sztucznego karmienia niemowląt stanowi treść wykładów VII-go i następnych. Podnieść wypada szczególnie zapatrywania autora w kwestyi t. zw. „allaitement mixte”. Autor gorąco je poleca — wychodząc z założenia, że pokarm u wielu matek z czasem znacznie się polepsza, i nieraz matka, z początku nie mająca prawie wcale pokarmu, ma po pewnym czasie tyle pokarmu, że dokarmianie mlekiem okazuje się zbytecznym. Systematyczne ważenie i ważenie przed i po karmieniu ma tu znaczenie decydujące — ujmujemy lub dodajemy mleka krowiego stosownie do ilości wydzielanego przez piersi matki mleka. Nadzwyczaj ciekawe są przytoczone w tym względzie liczne dane autora, opracowane szczegółowo i poglądowo w sposób graficzny przedstawione.

Karmienie mieszane „allaitement mixte” stosowane bywa oprócz tego w przypadkach, gdy matka ma do karmienia bliźnięta, lub gdy zmuszona jest szukać zarobku po za domem. Do karmienia mieszanego uciekają się również damy, karmiące swe dzieci własną piersią, lecz chcące mieć czas na obowiązki towarzyskie. Autor z energią głosi zasadę, by, jeżeli nie możliwe jest karmienie wyłącznie piersią, wszelkich starań dokładać do zastosowania „allaitement mixte”.

Wylącznie sztuczne karmienie stosować należy w przypadkach, gdy matka, cierpiąca na *lues*, nie ma pokarmu. Nieco dłużej zatrzymać się musimy na kwestyi rozcieńczania mleka krowiego przy podawaniu niemowlętom, poglądy autora są bowiem wręcz różne od przyjętych ogólnie. Przez rozcieńczanie mleka wodą dla zmniejszenia zawartości sernika zmniejsza się jednocześnie ilość innych substancyj pożywnych, co w praktyce, zdaniem autora, jest widoczne — dzieci zmuszone są spożywać znacznie większą ilość pokarmu, oddają dużo uryny, skąpo przybierają na wadze. Najdalej w 1 — 1 1/2 godziny po przyjęciu pokarmu

zaczynają krzyczeć, domagają się nowej porcji. Przeciwnie, gdy otrzymują mleko nierozcieńczone, oczekują cierpliwie nowej porcji. (Przykłady odpowiednie z krzywemi wagi).

Autor jest zwolennikiem podawania niemowlętom, z niektórymi zastrzeżeniami, o czym niżej, mleka sterylizowanego nierozcieńczonego. Na zarzut, iż sernik mleka krowiego, ścinając się, tworzy w żołądku grube kłaczkę, co może powodować zaburzenia w trawieniu, odpowiada autor, iż takie grube kłaczkę nie tworzą się w mleku, ogrzanem na łaźni wodnej do temperatury bliskiej 100° — gdyż następuje wtedy modyfikacja sernika. Autor przytacza odpowiednie doświadczenia chemiczne CHAVANE'a (Du lait sterilise). Zalecenia autora co do podawania mleka nierozcieńczonego przyjęto z wielkiem zdziwieniem, zarzucano, że w pierwszych miesiącach życia dzieci nie znoszą i nie trawią mleka nierozcieńczonego, że wywołuje ono zaburzenia przewodu pokarmowego, prowadzące do wzdęcia stałego brzucha (gros ventre flasque), pokrzywki, pryszczycy, krzywicy i t. d. Autor na zasadzie licznych danych twierdzi, iż nie spostrzegwał niczego podobnego. Dawał jednak mleko nierozcieńczone jedynie niemowlętom zdrowym, gdyż przekonał się, że w pierwszych miesiącach nie zawsze dawać można niemowlętom mleko nierozcieńczone, jak bowiem niektóre dzieci nie znoszą mleka danej mamki, tak też mogą nie znosić mleka krowiego od pewnych krów (zbyt tłustego np.), tembardziej, że mleko krowie, jak wiadomo, nie posiada stałego składu chemicznego. Z drugiej strony podawaniu mleka nierozcieńczonego może stać na przeszkodzie cierpienie przewodu pokarmowego niemowlęcia.

Autor więc przyznaje, że w niektórych przypadkach podawać należy mleko rozcieńczone — (wodą, wodą wapienną, wodą Vichy i t. d.), podnosi jednak z naciskiem fakt, iż zaburzenia, przypisywane nieraz podawaniu mleka nierozcieńczonego, przypisać raczej należy przekarmianiu, co autor ilustruje odpowiednimi przykładami z dokładnemi krzywemi wagi (fig. 103, 104).

Za przykładem autora poszło wielu innych lekarzy francuskich, których wnioski autor przytacza (COMBY, GILLET i t. d.), wspomnieć tu wypada o d-rze VARIOT, który na szeroką skalę praktykuje podawanie mleka sterylizowanego nierozcieńczonego w „Dispensaire de Belleville;“ w wyniki, otrzymywane przy tem, referent miał sposobność wtajemniczać się przez czas dłuższy, i bezstronność nakazuje mu uznać je za zadawalające. Kwestya ta nabiera wielkiego znaczenia praktycznego tam, gdzie, jak we Francyi, w „poradach dla niemowląt“ („consultations des nourrissons“) wydaje się ogromne ilości mleka sterylizowanego bezpłatnie — upraszcza to i fabrykację i zabezpiecza od zanieczyszczeń przy spożywaniu. Zaznaczyć tu wypada, iż jeden z wybitniejszych pedyatrów francuskich MAFAN jest przeciwnikiem podawania mleka nierozcieńczonego, opisał nawet specjalną postać cierpienia przewodu pokarmowego niemowląt — dyspepsie du lait de vache pur. W kwestyi wielkości pojedynczych porcji mleka autor wypowiada zdanie, iż głównie kierować się tu należy wagą niemowlęcia, gdyż ani pojemność żołądka, która jest bardzo zmienna, ani też wiek niemowlęcia nie mogą służyć za punkt oparcia. Lecz nawet waga nie jest absolutnie pewnym wskaźnikiem, gdyż, jak słusznie zwraca autor uwagę, zdolność przyswajania mleka jest bardzo indywidualna i zależna od stanu narządów trawienia, zależna jest również od składu danego mleka, ilość więc, jaką spożywać ma dane niemowlę, powinna być ustalona doświadczalnie w każdym poszczególnym przypadku, zaczynać należy od ilości mniejszych i dopiero stopniowo, gdy mleko jest dobrze znoszone, powiększać dawki, dopóki się nie dojdzie do dawki normalnej. Jeżeli dziecko dostawać będzie przez jakiś czas za mało, mniejsza ztąd

będzie dla niego krzywda, niż gdy będzie przekarmiane; w pierwszym bowiem przypadku może mu tylko nie przybyć na wadze, w drugim wystąpią zaburzenia w trawieniu. Wogóle, zdaniem autora, tendencya do przekarmiania jest zanadto rozpowszechniona.

Autor przedstawia nadzwyczajnie ciekawe dane, ilustrowane graficznie (fig. 106, 107, 108, 109, 110, 111 i t. d.), gdzie uregulowanie karmienia uwieńczyło było bardzo dobrym skutkiem. Sztuczne karmienie może dać dobre wyniki, zdaniem autora, lecz musi być pod ścisłą kontrolą, w każdym jednak razie, podnosi to autor z naciskiem, ustąpić musi miejsca karmieniu piersią i uważane być winno tylko jako zło konieczne.

W części drugiej wykładu dziewiątego zajmuje się autor kwestyą wpływu ząbkowania na stan ogólny dziecka (nie odrzuca tego wpływu u niektórych dzieci) i żywienia dzieci po odstawieniu od piersi. Nie odrzuca znaczenia różnych mączek dla niemowląt, lecz pod warunkiem, by były podawane na mleku, wogóle radzi je dawać dopiero po roku, w niektórych tylko przypadkach przed rokiem. Podczas pierwszych dwóch lat autor nie pozwala dawać rosółków, ani innych pokarmów, ogranicza się tylko na mleku i pokarmach mlecznych.

Autor z naciskiem podnosi, iż nie spostrzegął przy podawaniu mleka sterylizowanego ani krzywicy, ani szkorbutu.

Ostatni, dziesiąty wykład autor poświęca opisowi instytucji „Consultations des nourrissons” — porad dla niemowląt, której jest inicjatorem. Na poradach tych dzieci są systematycznie ważone, określa się ilość mleka, jaką mają dostawać dodatkowo, jeżeli są przy piersi, a pokarmu ma matka za mało, lub też gdy są wyłącznie karmione sztucznie, matki otrzymują mleko sterylizowane darmo lub po niższej cenie. BUDIN jako główną zasługę tych porad uważa, iż wiele matek zachęcono do karmienia swych dzieci lub przynajmniej do „allaitement mixte”, a przez uregulowanie karmienia i dostarczenie dobrego mleka zmniejszyło znacznie liczbę dzieci chorych. Gdy w Paryżu w r. 1898 w przeciągu z tygodni (od 14 — 27 sierpnia) zmarło 550 niemowląt (493 karmione sztucznie), z pośród 53 dzieci, które w tym czasie korzystały z „porad dla niemowląt” nie zmarło żadne. (Cierpienia przewodu pokarmowego były u 22%). Podobne „porady dla niemowląt” powstały wkrótce w Paryżu i na prowincyi (VARIOT, ROTSCHELD w Paryżu, DUFOUR w Fecamp.). Autor przytacza szczegółowo wyniki otrzymane w tych instytucjach i na zakończenie gorąco zachęca do zakładania takich porad dla niemowląt wszędzie. (Referent poruszał już tę kwestyę w wydziale wychowawczym Tow. Hig. w specjalnym odczycie, kwestya ta wejdzie i u nas prawdopodobnie w czyn z chwilą założenia instytutu higieny dziecięcej bar. LENOVAL'a).

W dziele BUDIN'a nader obfity materiał kliniczny podany jest w takiej formie, iż fakty bez wysiłku utrwalają się w pamięci, a szczegóły zajmują nie mniej od uogólnień, to też pozostaje mi tylko polecić gorąco to dzieło czytelnikom polskim.



## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

109. F. UMBER. **Stosunek pomiędzy ilością wydzielającego się cukru a ilością azotu w moczu chorych na moczówkę cukrową.** Nikt obecnie nie wątpi, że w ustroju żywym z białka może wytwarzać się cukier; nie wiadomo tylko w jakiej ilości?

Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, niektórzy badacze określali stosunek pomiędzy ilością cukru a ilością azotu bądź w moczu chorych na moczówkę cukrową, bądź w moczu zwierząt, pozbawionych trzustki, u jednych i u drugich — przy wyłącznej białkowej diecie. Stosunek wypadł różnie u różnych autorów. Najniższą cyfrę podał MINKOWSKI  $D:N = 2,8:1$ , największą RUMPF  $12,2:1$ ; według RUMPF'a zatem ze 100,0 białka może się wytworzyć 195,2 cukru, co nawet teoretycznie jest niemożliwe.

Takie znaczne różnice w wynikach badań oddzielnych autorów muszą mieć jakąś głębszą przyczynę. UMBER zwraca uwagę na zjawisko „częściowego rozpadu” (partieller Abbau) cząsteczki białkowej. Pod wpływem soków trawienych w kiszkiach albo w tkankach pod wpływem fermentacji cząsteczka białkowa rozpada się, dając produkty różnej wartości fizjologicznej; pomiędzy innymi zjawia się w stanie wolnym grupa wodano-węglowa (UMBER, PIRK i inni), z której po całym szeregu spraw analizy, a może i syntezy powstaje cukier, wydalany z moczem. Ustrój diabetyka, znajdujący się w stanie niedostatecznego odżywiania, dąży z wielką siłą do utrzymania białkowego *status quo* i zużytkowuje na odbudowanie tkanek nawet takie cząsteczki białkowe, od których już odpadła grupa wodorów węgla. W ten sposób może się zdarzyć, że, pomimo zwiększenia ilości cukru w moczu, ilość azotu w urynie się zmniejsza, jak to spostrzegali RUMPF i LÜTKE. Łatwo też zrozumiemy, że stosunek cukru do azotu ( $D:N$ ) może ulegać znacznym wahaniom w zależności od rodzaju pożywienia, i że nawet przy wyłącznej białkowej diecie stosunek  $D:N$  nie ma prawie żadnej wartości teoretycznej, bowiem nie wszystkie cząsteczki białkowe, od których odszepił się D, przechodzą do moczu pod postacią ciał azotowych: mocznika kwasu moczowego etc.

RUMPF, NOORDEN i ich uczniowie wskazują na tłuszcz, jako na źródło powstawania cukru, ale WEINTRAUD i LAVES znaleźli, że ilość wydechanego  $CO_2$  nie jest zwiększona u diabetyka, co musiałoby niechybnie nastąpić w razie rozpadu takich olbrzymich ilości kwasów tłuszczowych.

(*Die Therapie d. Gegenwart* 1901 October p. 440 — 444). Bolesław Żebrowski.

## III ZJAZD PRZYRODNIKÓW I LEKARZY CZESKICH.

(Sprawozdanie własne).

Sprawozdanie z posiedzeń sekcji higieniczno-demograficznej oraz prasy.

Secycja higieniczno-demograficzna, a właściwie odczyty, w niej wygłoszone, noszą na sobie charakter więcej miejscowy, a zatem i mniej interesować mogą czytelników. Po odczycie miejskiego fizyka, dr ZANON'A „O śmiertelności i zapadaniu na gruźlicę i raka w Austrii, zwłaszcza zaś w Czechach i Pradze“, obecni członkowie sekcji przyjęli następującą rezolucję: 1) gruźlica należy do cho-

rób, o których obowiązkowo meldować należy; 2) przy gruźlicy stosowana być winna bezwarunkowo odpowiednia dezynfekcja; 3) w tym celu należy uzupełnić rozporządzenie i prawo o dezynfekcji; 4) nagłą potrzebą jest zakładanie sanatoryjów dla suchotników. Co się tyczy raka, należy urządzić specjalne lecznice dla takich chorych. D-r VLASAK w odczycie „O domkach robotniczych w kr. Czeskiem“ zaznacza, że, aczkolwiek nie wszędzie takie domy czynią zadosyć wymaganiom higieny, jednakowoż wogóle stan ich w porównaniu z innymi krajami jest nienajgorszy, i że wciąż ludzie dobrej woli w tym kierunku dążą ku lepszemu. D-r V. RUZICKA, asystent przy katedrze higieny prof. KABRUELA, zajął słuchaczy tematem „O higienicznym znaczeniu wód do płukania ust“, przyznając im tylko ubezwaniające znaczenie, nie zaś dezynfekcyjne. D-r C. KLIKA w odczycie „Masturbacja ze stanowiska szkolnego“ gorąco się domaga, aby młodzież była objaśniana *in rebus sexualibus*. Poleca też, zastosowanie nieoddzielania młodzieży obojga płci w szkole podczas gier. Za pomocą odczytów popularnych i dziełek rozszerzać należy wiadomości o skutkach szkodliwych onanizmu. Asystent d-r O. LAXA w pracy „O konserwacji mleka“ zaleca konserwację mleka za pomocą ciepła; o działaniu elektrycznego prądu i ozonu na mocy czynionych przez siebie doświadczeń autor wyraża się sceptycznie.

Przewodniczący sekcji prasowej, prof. PESZINA, zagał posiedzenie, zaznaczając ważność zadania prasy, poczem powołał na prezesa honorowego d-ra KWAŚNICKIEGO, redaktora „Przeglądu Lekarskiego“. Następnie prof. d-r SCHURTZ dał przegląd najstarszych drukowanych dzieł czeskich. Pierwsze dzieło, pochodzące z Czech, a wydrukowane w Lipsku 1484 r. jest „*Regimen sanitatis vel Velularius*“ (jakaś makrobiotyka) mistrza ALBIK'a. Najstarszem zaś dziełem czeskiem jest praca Jana CZERNEGO „O chorobach morowych“, wydana w Litomyślu 1506 r. Zwraca prelegent uwagę, że wogóle wszystkie starsze księgi, a raczej inkunabuły były drukowane w główniejszych siedliskach Braci czeskich i za ich staraniem. Najważniejszym pomnikiem literatury lekarskiej XVI wieku jest wspaniały zielnik MATIOLE'go, zczeszczony przez Tadeusza HASKA z Hajku, z licznymi drzeworytami, wydany r. 1562 w Pradze przez MELANTRICH'a. D-r PANYREK mówił o czeskiem stowarzyszeniu prasy lekarskiej i przyrodniczej. Rozwijając jakby temat swego poprzednika, prof. PESZINA mówił „O potrzebie reprezentacji stowarzyszenia prasowego czeskich lekarzy i przyrodników w międzynarodowym związku prasy lekarskiej“, gdzie powołuje się na wygłoszoną w tej sprawie swoją mowę w r. z. w Paryżu, w której zwracał uwagę na stosunki poszczególnych narodów słowiańskich na polu dziennikarstwa lekarskiego i na potrzebę założenia związku prasy lekarskiej słowiańskiej. Ocenienie i rozgłos prac słowian nigdy nie idą w parze z wykonaną w rzeczywistości pracą — to jeden z głównych powodów, które skłoniły prelegenta do włożenia wiele pracy i poświęcenia dużo czasu tej sprawie. Winę tego upatruje w samych nas słowianach, posiadających zbyt mało wiary w siebie i samopoznania. W końcu udawadnia wyczerpująco potrzebę reprezentacji stowarzyszenia (już i na tegorocznym zjeździe w Brukselli). D-r PANYREK jeszcze raz poruszył kwestyę czeskiego lekarskiego związku prasowego i jego stosunku do zjazdów międzynarodowych. W pracy zaś swej „O językowej jedności i czystości w prasie lekarskiej czeskiej“ wystąpił w obronie poprawności języka, zaniedbywanej w pracach lekarzy czeskich.

D-r PELNARZ mówił o wzmiankach i sprawozdaniach z prac czeskich w piśmie cudzoziemskich. Nakoniec d-r JANKE mówił „O prasie socjalnej lekarskiej“. Zaprojektował on założenie socjalnego tygodnika, gdzieby sprawy społeczno za-

wodowe mogły być opracowywane, przetrzysane i propagowane. Wierzy w to, że tygodnik taki oddałby ogromne usługi wszystkim lekarzom.

Komitet słowiański obradował na dwóch posiedzeniach, w których uczestniczyli wszyscy delegaci słowiańscy, jako to prof. KOSTANBOKI i d-r KWAŚNICKI z Krakowa, d-r SLAJMER z Lublany, d-r DANIĆ i ATANASJEVIĆ z Belgradu, d-r OZARKIEWICZ, delegat ukraińskiego Towarzystwa imienia Szewczenki ze Lwowa, d-r CACKOVIC z Zagrzebu d-r ŽUPUNOV i d-r RUSEV z Sofii, d-r LAZURSKIJ z Lipska, jako wysłaniec towarzystwa lekarzy petersburskiej kliniki neuropatologicznej, wreszcie prezes zjazdu prof. HLAVA i referenci porządku dziennego doc. A. VESELY, prof. PEŠZINA, d-r SEMERAD z Pragi. Profesor ORT z Peterburga, prezes utworzonego w roku zeszłym komitetu na międzynarodowym zjeździe w Paryżu, nie przybył i nie przysłał żadnego swego zastępcy. Na posiedzeniach tych poruszono nanowo sprawy, omawiane w roku zeszłym w Paryżu, a więc: 1) wzajemnego udziału w zjazdach lekarsko-przyrodniczych każdej z poszczególnych narodowości słowiańskiej; 2) utworzenia związku prasy słowiańskiej; 3) wydawnictwa we francuskim języku wszechsłowiańskiego przeglądu piśmiennictwa lekarskiego; 4) terminologii przyrodniczo-lekarskiej słowiańskiej. Na innym miejscu będą podane w streszczeniu wyniki tych obrad. Wzajemność udziału w zjazdach w szerszym zakresie dotąd jest niewykonalna, dopóki ustawy zjazdów nie zawarunkują równouprawnienia wszystkich języków słowiańskich (obecnie paragraf ten mają tylko polskie i czeskie zjazdy). Przed utworzeniem się wszechsłowiańskiego związku prasy przyrodniczo-lekarskiej, winny się potworzyć związki poszczególnych narodowości, gdyż te związki stanowią mogą podstawę wszechsłowiańskiego związku. Utworzenie się takich związków nie wszędzie jest możliwe, związki te musiałyby się oprzeć na zasadzie całości etnograficznej, czemu nie sprzyja położenie państwowo-polityczne. Wraz z tą sprawą upada i projekt wszechsłowiańskiego Przeglądu piśmiennictwa przyrodniczo-lekarskiego, który mógłby być wydawany tylko przez powszechny związek prasy przyrodniczo-lekarskiej. Kwestya terminologii przyrodniczo-lekarskiej nasuwa również bardzo wiele trudności, gdyż nie u wszystkich szczepów znajduje się w jednakowym stadyum rozwoju; czesi naprzykład i polacy mają wypracowaną swoją terminologię, a są szczepy, które dotąd nic na tem polu nie robiły. Aby więc przyspieszyć i udoskonalić pracę w tym kierunku zaproponował d-r SEMERAD (który wyczerpująco opracował sprawozdanie o obecnym stanie rzeczy) tworzenie komisji terminologicznych. Narody zaś, które terminologię mają już gotową, niechaj przystąpią do opracowania i wydania słowników porównawczych. Na początek ma się ukazać słowniczek polsko-czeski i czesko-polski na wzór wydanego w 1884 roku przez prof. CHODOUNSKY'ego.

D-r DOBRUCKI z Lublina już od kilku lat ma gotowy rękopis, w ostatnich czasach przygotował podobną pracę d-r PANYREK z Pragi. Chociaż plan obrad komitetu słowiańskiego nie dał zbyt wiele, w każdym razie jest to próba ściślej-szego związania się w dziale nauk przyrodniczo-lekarskich, aby módz skutecznie współzawodniczyć z zachodem i dobijać się należnego stanowiska w dorobku wszechświatowym, wszak czesi tylko sami z dumą mogą wymienić takie nazwiska jak PURKYNJE'go, SKODY, ROKYTANSKY'ego, ALBERT'a, HOFMANN'a.

Z podanego w krótkim zarysie sprawozdania z obchodzących więcej czytelników „Medycyny“ sekcji Zjazdu widać jasno, że czesi nieustannie pracują na polu naukowym, że i w tym kierunku pragną zająć wybitniejsze miejsce, co im ułatwi ich wytrwałość i niestrudzona pracowitość

*Przemysław Rudzki.*

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Ostatnimi czasy zjawiają się w prasie lekarskiej dość częste wzmianki o przypadkach niedrożności jelit (*ileitis*), uleczonych atropiną. Takie przypadki opisali: ROBINSON, STILLE, POLACK, ARONHEIM, CZAPLICKI, ROBINSON stosował dawkę 0,002 t. j. roztwór 0,02:10,0 (szpryczkę PRAVAZ'a); STILLE wstrzykiwał nawet 0,005 na raz, nie zważając na wystąpienie objawów lekkiego zatrucia (rozszerzenie źrenic, zaczerwienienie policzków, zawroty, utrudnione ruchy). Zazwyczaj już po dwóch zastrzyknięciach brzuch opada, gazy zostają wydalone, zjawia się wypróżnienie i podmiotowe przykre

objawy ustępują. (Ther. Mon. kwiec., Wien. klin. Woch. 25. 4. 1901, Münch. med. Woch. 13. 8. 1901).

— MAUGLAIRE opisuje przypadek usunięcia rozzerwanej śledziony u chorego, którego koń kopnął w dolno-tyłą część lewej klatki piersiowej. Operację podjęto po upływie doby. Śledziona była poprzecznie pęknięta w dolnej części; wycięto ją. Chory wyzdrowiał. W literaturze na 61 przypadków wycięcia śledziony 30 zakończyło się śmiercią. (Bull. d. l. soc. anatom. de Paris. kwiec.).

P.

## Wiadomości bieżące.

— W dniu 3 b. m. poświęcono tablicę pamiątkową wmurowaną w kaplicy Instytutu Oftalmicznego im. Edwarda ks. Lubomirskiego w celu uczczenia pamięci D-ra Witolda JODKO-NARKIEWICZA, znanego okulisty, zmarłego dnia 12 listopada 1898 r.

— Wyszły z druku podobnie, jak i lat poprzednich, dwa kalendarze lekarskie na rok 1902. Jeden z nich pod redakcją kol. POLAKA, drugi pod redakcją kol. FRUCHTMAN'a.

— P. Zdzisław KOWALSKI, student wydziału lekarskiego, wydał szkic popularny p. t. „Higiena i etyka życia płciowego“.

— Z chwilą zniesienia obowiązkowego szczepienia ospy w Anglii liczba przypadków zachorowań na tę chorobę wzrasta bardzo znacznie.

— W Saksonii Towarzystwo ubezpieczeń na wypadek śmierci postanowiło wybudować sanatorium dla chorych piersiowych.

— Stosunki zdrowotne w Szwecji z roku na rok znakomicie się poprawiają, tak, że kraj ten zajmuje pierwsze miejsce pod tym względem. W roku 1870 śmiertelność wynosiła 20,2 na 1000, a w roku 1900 już tylko 10,5 na 1000.

## Od Administracyi.

**Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1902 i o uregulowanie zaległych rachunków.**

SPROSTOWANIE Na str. 1045, wiersz 10-ty od dołu zamiast „podskórnych“ winno być „podskórnokowych“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводило Циваурю, Варшава 22 Ноября 1901 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

# SANATOGEN

Środek wzmacniający i pobudzający sprawność życiową, a głównie systemu nerwowego.

Środek odżywczy przy gruźlicy, nerwowości, braku krwi, blednicy, chorobach żołądka, i kiszek, zбочeńiach w trawieniu u dzieci, podczas zdrowienia po wyniszczających chorobach, jako środek wzmacniający odżywianie u matek, karmiących piersią.

## Doskonale działanie środka

potwierdzają badania prof. v. Bergmann'a, Eulenburg'a, Tobold'a w berlińskich klinikach uniwersyteckich; prof. v. Schrötter'a w 3-cim oddziale wewnętrznej kliniki Wiedeńskiego uniwersytetu, w klinice dziecięcej prof. v. Frühwald'a w Wiedniu, w zamiejskiej lecznicy psychiatrycznej pod Wiedniem i inne.

*Przygotowuje firma:*

## Bauer et C-ie, Berlin S. O. 16.

Znajduje się w aptekach, magazynach aptecznych i u drogistów.

GEÓWNY REPREZENTANT W WARSZAWIE:

Apteka H. Biertümpfla, ulica Marszałkowska Nr. 136, róg Ś-to Krzyskiej.

Prawdziwy tylko w ruskim opakowaniu.



Naturalny Koniak  
„IMPERIAL“  
prawdziwy produkt z wina  
Zalecany przez powagi lekarskie.  
Analizy Doktorów:

Nenckiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicora i Wars. Hygienicznego Laboratorium stwierdzają czystość Koniaku z winogron bez obcych przymieszek. Koniak „Imperial“ dostarcza się do kliniki terapeutycznej Warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu i do Szpitalnej kliniki ginekologicznej. Sprzedaż we wszystkich lepszych handlach wiu w Warszawie i na prowincyi.

**Aparaty Dezynfekcyjne**  
za pomocą  
**Formaldehydu**

do  
dezynfekcyj  
MIESZKAN,  
MEBLI,  
Sarderozy  
i wszelkich  
PRZEDMIOTÓW  
bez  
uszkodzenia  
łakowych.

**Adolf Witt**  
FABRYKA  
ul. Leopoldyny № 11

= Skład fabr. Elekoralna 21

## Fosfatyna Faliera

mażeczka dla dzieci

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach.

**Wiesbaden**

Lekarz chorób skóry i syfilitycznych

Friedrichstrasse 16.

D-r med Julius Müller

# PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Nabyć można za pośrednictwem każdej APTEKI we flaszkach z 250 gramami.

Literatura: Therapeut. Beilage № 7. Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898) № 56, Allg. me C. Z. (1899), № 29 All. B. l. (1899); № 17 Wiener med. B. (1900). Wiener Aerztl. Centralztg № 12 (1900)

Skład główny Apteka Täschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią

Aptekarz H. Biertümpfel, Warszawa Marszałkowska 133.

Mag. ph. E. van Bollon, Aptekarz Th. Buchardt, Ryga, Kalkstrasse 26.

# KOWANOWKO

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—Schneidemühl).

Adres: Kowanówko, p. Poznań.

Cena od 200 mk. miesięcznie.

Dr. Karczewski.

Dr. Mucha.

Kantor i skład w Warszawie, Elektoralna 31.

**NAJWYŻSZA**  
NIŻ. NOWOGROD

**NAGRODA**  
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. Szware i Słucki.

## ŁAMANIE W STAWACH, CHOROBA NEREK i REUMATYZM.

Węglany, Saliicylowy, Będźwiniany Lityny

### LE PERDRIEL

Używają się do rozpuszczania kwasu moczowego przy zapaleniach stawów i wogóle przy usposobieniu moczowym.

Od otrzymywanego kwasu węglanego wydzielającego się i łączącego z lityną, zdoła działanie tej ostatniej. W celu uniknięcia podrażnień niedziałających, nieczystych i złego dozowania należy zwracać uwagę na podpis „LE PERDRIEL.”

BROMOWA, GLYCERYNO-FOSFOROWA, CYTRYNOWA.



1896 r.

Nagrodzony medalami. Na Wystawie Paryskiej

Lyon 1894 r. 1900 nagrodzony medalem  
i listem pochwalnym.

Bordeau  
1895 r.



1897 r.

Naturalny Bessarabski koniak winogronowy, spirytus  
i różne naturalne wina.

E. REJDELA w Kiszyniowie.

Naturalny koniak E. REJDELA wytrzymał analizę chemiczną i jest wyrabianym z najczystszych (winogronowych) win, przechowywanym zaś w specjalnie urządzonych piwnicach na sposób francuski. Zalecani swymi nie ustępują w niezem oryginalnym koniakom francuskim. Z zamówieniami prosimy zwracać się WARSZAWA, DŁUGA 55.

Cenniki na żądanie wysyłają się bezpłatnie.

**Heiman D-r Teodor:**

**choroby Narządu Słuchowego**

tręcnik dla lekarzy i studentów z 161 rysunkami w tekście.

Cena rb. 3

ad główny w księgarni E. WENDE i S-ka,  
Warszawa.

Wody Mineralne ŹRÓDŁA RZĄDOWE

**VICHY CELESTINS**  
**GRANDE-GRILLE, HOPITAL**

Zwracać uwagę należy na oznaczenie źródła.

Opatrunki „chirurgiczne i ginekologiczne“ oraz wszelkie środki opatrunkowe sterylizowane (wata, gaza, ligatury, bandaże). Z pracowni sterylizacyjnej **D-ra ROZYMOWSKIEGO** można dostać w aptekach W.W.: Bareza, Ceponsza, Filloborna, Filanowicza, Habielskiego, Iwańskiego, Klickiego, Klimpla, Koziołkiewicza, Kozłowski, Lalpapa, Malinowski, Mioszczanski, Manduka, Modlińskiego, Nawrockiego, Rozyckiego, Strużyńskiego i Fricke, Stypińskiego i Surzyckiego, Welta i Zilbera, Więckowskiego, Wiorogórskiego, Wróblewskiego i Zamenhofska.

Składy główne: Karmelicka 6, m. 7. Od 1-go Lipca Solna 17 (Pracownia Sterylizacyjna) i Włodzimierska 6, m. 2 (Kantor fabryki środków opatrunkowych „Strzelocki i S-ka“, Tel. № 1341). W Lublinie: w składzie Wł. Magierskiego. W Kaliszu: w aptoce K. Rybickiego. w Kielcach w aptece A. Wierzbicy.

## ZAKŁAD LECZNICZY

**D-ra med. Z. Dmochowskiego**

dla chorych na krtań, gardło i nos.  
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

## MERAN

stacya klimatyczna jesienno zimowa dla przewlekłych chorób wewn., kostytucyjnych, nerwowych, jako też dla osłabionych i wyzdrowiałców. Suchy, słoneczny klimat, wspaniałe promenady, wszelkie urządzenia fizykalno-lecznicze, tanie pensjony. Troskliwa opieka. Broszury o Meranie bezpłatnie i odpłatnie za łask. pośredn. Administracyi „Medycyny“. Listownych wyjaśnień udziela lekarz-polak **Dr. BINDER** Willa Gothensitz (w pobliżu kolei).

## NAŁĘCZÓW,

zakład leczniczy dla chorych wewnętrznych i nerwowych (z wyłączeniem umysłowych). W sezonie zimowym ceny niższe (od 3 rb. 50 kop. dziennie).

Dyrektor

**Dr. A. Puławski,**

Lekarz Zakładu Dr. B. Malewski.

## Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

## Zakład Leczniczy dla chorych

NA USZY

**D-ra L. Guranowskiego**

Chmielna 25.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatorjum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

## Pracownia analityczno-lekarska

**D-ra Stanisława Mutermilcha**

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Największy skład naczyń

APTECZNYCH CHEMICZNYCH I DOKTORSKICH

oraz

ŚRODKÓW OPATRUNKOWYCH

**E. CH. SZEDROWICZA**

Warszawa, ulica Żymna Nr. 6.

Towar wyborowy.

CENY UMIARKOWANE

WIELKI WYBÓR

**Narzędzi Chirurgicznych**

najnowszych wynalazków  
we wszystkich działach chirurgii  
najtaniej w składzie fabrycznym

**J. JODŁOWSKIEGO**

Marszałkowska 137.

Zamówienia listowne są załatwiane odwrotną pocztą

Nowe katalogi ilustrowane franko

Nowe katalogi ilustrowane franko

# Fabryki Farb

DAWNIEJ

## Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

### Oddział produktów farmaceutycznych.

#### Arystol Phenacetyna Bayer Aspiryna

Stosowanie: czysty lub z Acid.  
bor pulv. albo jako maść 5%.

#### Mleko—Somatoza.

(Lacto Somatose)  
zawiera 5% Tanniny w połączeniu organicznem.

#### Creosotal

wolny od działania żrącego i trującego.

#### Heroina

zastępuje morfinę.

#### Protargol

Organiczny związek srebra zastępuje doskonale AgNO<sub>3</sub>, nie drażni i nie tworzy osadu na błonie śluzowej.

#### Lycetol

(Winian dimetapiperazyny)  
łatwo podzielny o przyjemnym smaku, niehygroskopijny.

#### Epicaryna

dla użytku weterynar.

#### Lozofan

#### Kwas salicylowy. Salicylan sodu. Analgen.



#### Somatoza

związek białkowy, łatwo rozpuszczalny bez smaku i zapachu.

#### Duotal

Najczystszy prep. guajakolu.

#### Chlorek heroiny

łatwo rozpuszczalny w wodzie zastępujący morfinę.

#### Tannigen

Zamienia tanninę, rozszczepia się w kiszkaach przez co nie psuje apetytu.

#### Hedonal

#### Tetronal

#### Epicarina

Tannopin i Tann. weter.

zastępuje zupełnie kwas salicylowy i salicylan sodu, nie drażni żołądka i zostaje bez rozkładu przyswojona.

#### Żelazo—Somatoza

(Ferra-Somatose)  
Zawiera 2% żelaza w połączeniu organicznem łatwo przyswajalnem. Bez smaku, łatwo rozpuszczalna.

#### Europphen

zastępuje Jodoform w małej chirurgii.  
Stosowanie: czysty lub z acid. boric. pulv. aa. p. w maści — 10%.

#### Jodotyryna

działająca substancja gniezołu tarczycowego.

#### Salophen

zamiast kwasu salicylowego i jego soli, bez zapachu, zupełnie nieszkodliwy, wolny od wszelkich ubocznych działań.

#### Piperazyna

#### Trional

#### Sulfonal

#### Salol