

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
 dla lekarzy-praktyków.

**TREŚĆ. Prace oryginalne.** Próba indolowa w hodowlach drobnoustrojów błonicy, podali Wł. Palmirski i Wacław Orłowski. Czy i jakie postępy poczyniliśmy w ostatnich czasach w leczeniu ostrego i przewlekłego nieżytu jelit u dzieci? Napisał d-r Rosenblatt. (Dokończenie). — **Streszczenia zbiorowe.** Istota i leczenie błonicy, krytycznie opracował D-r Stanisław Kleju. (Dalszy ciąg). — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 29 stycznia i 12 lutego r. b. — **Odcinek.** W sprawie ukończenia asenizacji Warszawy. — W sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
 destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des originaux: 1) D-r Wł. Palmirski et W. Orłowski — La réaction à l'indol dans la culture des bactéries diphtériques. 2) D-r Rosenblatt — Aperçu des progrès récents dans la thérapie moderne des enterites chez les enfants.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Wł. Palmirski W. Orłowski — Die Indolreaction in Diphteriebacillenkulturen. 2) D-r Rosenblatt — Ueber die letzthin in der Behandlung des acuten und chronischen Darmkatarrhs bei Kindern gemachten Fortschritte.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str., 5.

Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

## PRÓBA INDOŁOWA W HODOWLACH DROBNOUSTROJÓW BŁONICY,

podali Wł. Palmirski i Wacław Orłowski.

Wytwarzanie indolu przez drobnoustroje jest zjawiskiem dość rozpowszechnionem. Nie wszystkie jednak drobnoustroje posiadają tę zdolność w stopniu jednakowym; jedne z nich wytwarzają indol, a właściwiej mówiąc, odszczepiają go od ciał białkowych szybciej, inne powolniej. W celu wykrycia tego ciała w hodowlach drobnoustrojów posiłkujemy się t. zw. odczynem indolowym. Polega on, jak wiadomo, na dodaniu do hodowli w zasadowym 1—2% bulionie peptonowym kilku lub kilkunastu kropel kwasów mineralnych (solnego lub siarczanego), pod wpływem których występuje zabarwienie purpurowe. Przyczynę powstawania tego odczynu wyjaśnił SALKOWSKI. Wykazał on mianowicie, że do wywołania odczynu, oprócz indolu, konieczna jest obecność azotonów ( $\text{HNO}_2$ ) i że te tylko drobnoustroje, wytwarzające indol, t. zw. odczyn indolowy dają, które, prócz tego, posiadają zdolność utleniania odszczepionego amoniaku na azotony. Tym sposobem możemy sobie wytłomaczyć, dla czego drobnoustroje kałowe i gnilne, które niewątpliwie indol wytwarzają, odczynu t. zw. indolowego nie dają. Również zrozumiałe jest, dla czego w celu otrzymania odczynu tego należy używać chemicznie czystych kwasów: solnego lub siarczanego.

Do liczby drobnoustrojów, których hodowle bulionowe dają tylko co omówiony odczyn, przypadek pozwala nam dorzucić jeszcze jeden gatunek, a mianowicie LOEFFLER'owskiego lasecznika błonicy.

Używając kwasu solnego (*crudum*) do dezynfekcyi kolbek po starych bulionowych hodowlach drobnoustrojów błonicy, zauważyliśmy powolne występowanie, zrazu zlekką różowawego, następnie coraz wyraźniejszego, wreszcie (po 12 godzinach) różowawo-fioletowego zabarwienia. Ta zmiana barw zaciekała nas niezmiernie; dodaliśmy wtedy do hodowli dość starej, bulionowej, trochę kwasu solnego i, podgrzewając ją, otrzymaliśmy odczyn, przypominający najpiękniejszy odczyn hodowli drobnoustrojów cholery. Porównanie takie rzucało się wprost w oczy. Chcąc przekonać się, czy rzeczywiście mamy w tym przypadku do czynienia z odczynem t. zw. indolowym, postanowiliśmy przerobić cały szereg rozbiorów, wyniki których podajemy poniżej.

Przystępując do pracy, nakreśliśmy sobie plan następujący:

- 1) Czy zauważone przez nas zabarwienie występuje z chemicznie czystymi kwasami: solnym i siarczanym?
- 2) Czy w hodowlach bulionowych laseczników błonicy można wykazać indol?
- 3) Czy hodowle te zawierają azotony?
- 4) Czy ciała te (indol i azotony) znajdują się w przesączu?
- 5) Czy też w ciałach drobnoustrojów?
- 6) Po upływie jakiego czasu znajdujemy ciała te we wspomnianych hodowlach?

Drogę mieliśmy już wytkniętą. Postępując według wskazówek SALKOWSKIEGO, wyłączyliśmy w zupełności z użycia kwas azotny i zaopatrzyliśmy się w chemicznie czyste kwasy: solny i siarczany. Ten ostatni nie dawał niebieskiego zabarwienia z difenylaminą (obecność kwasów: azotawego i azotnego), i rozcieńczony dziesięciokrotną ilością wody destylowanej — żółtego zabarwienia z metafenylendiaminą (obecność kwasu azotawego). Niewielka ilość tych kwasów, dodana do hodowli bulionowych lasecznika błonicy, wywoływała również piękne zabarwienie purpurowe.

Odczyn ten zaciekał nas jeszcze więcej. Chcąc przekonać się, czy zabarwienie to nie jest czasem w zależności od indolu, przystąpiliśmy do wykazania tego ostatniego. W tym celu posiłkowaliśmy się odczynem, podanym przez LEGAL'a. Do kilkotygodniowych hodowli drobnoustrojów błonicy dodawaliśmy kilka kryształków nitroprussydki sodu, dość dużo wodanu potasu *in substantia* i kwasu octowego (*acidum aceticum glaciale*) aż do wystąpienia odczynu przy ciągłym ogrzewaniu. Otrzymywaliśmy piękne, zielono-niebieskie, niemal zupełnie niebieskie zabarwienie, wskazujące obecność indolu.

Wobec wyniku tego nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że pierwotne nasze zabarwienie purpurowe nie było niczem innym, jak tylko zwykłym t. zw. odczynem indolowym, i że należało się spodziewać wykrycia w tych hodowlach azotonów. Było to jednak trudniejsze, niż się nam zdawało. Odczyn z metafenylendiaminą z powodu żółtego zabarwienia samych hodowli nie nadawał się zupełnie, a zabarwienie niebieskie z difenylaminą na białej miseczce porcelanowej (kryształek difenylaminy, kropla kwasu siarczanego i kropla hodowli) maskowało zabarwienie różowe, występujące wskutek obecności indolu.

Pozostała więc metoda wyłączenia.

Jak się to z dalszych naszych badań okazało, młode, 2 — 3-dniowe hodowle bulionowe drobnoustrojów błonicy odczynu t. zw. indolowego jeszcze nie dają, jakkolwiek zawierają indol w ilości dość znacznej (odczyn LEGAL'a); jeżeli natomiast dodamy do hodowli tych małeńki kryształek azotonu potasu ( $\text{KNO}_3$ ), zabarwienie różowawe występuje natychmiast. Hodowle dają podo-

bny odczyn bez azotonu potasu, ale przy użyciu nieczystego kwasu solnego. Widocznym więc jest, że t. zw. odczyn indolowy w hodowlach błonicy zależy od obecności indolu i azotonów.

Dotychczas badaliśmy bulionowe hodowle bakterii błonicy. W celu wyjaśnienia 4-go i 5-go punktu przesączaliśmy kilkotygodniowe hodowle bulionowe przez świeczkę CHAMBERLAND'a i przerabialiśmy z przesączem odpowiednie odczyny. Te ostatnie wykazały, że z przesączem można otrzymać t. zw. odczyn indolowy i odczyn na indol LEGAL'a.

Ciała bakterii zachowują się trochę inaczej. W celu otrzymania tych ostatnich przesączyliśmy odpowiednią ilość hodowli bulionowych przez zwykajny sączek chemiczny; przemywaliśmy otrzymany na sączku osad wodą przekroploną, dopóki w przesączu nie znikł indol (odczyn LEGAL'a). W otrzymanym w ten sposób czystym osadzie wykryliśmy nieznaczną ilość indolu, natomiast t. z. odczynu indolowego z kwasami siarczanym i solnym nie otrzymaliśmy, co przemawia za brakiem azotonów. T. zw. odczyn indolowy w bulionowych hodowlach bakterii błonicy występuje dosyć późno; w hodowlach 2—3 dniowych jeszcze go niema, w trzecim tygodniu jest on już bardzo wyraźny. Określenie, w jakim czasie w hodowlach błonicy, z różnych źródeł pochodzących, wytwarza się indol i azotony, będzie stanowiło przedmiot dalszej naszej pracy.

Na zakończenie dodamy, że wszystkie wyżej opisane odczyny przerobione były z hodowlami błonicy, pochodzącymi z dwóch różnych źródeł.

## Czy i jakie postępy poczyniliśmy w ostatnich czasach w leczeniu ostrego i przewlekłego nieżytu jelit u dzieci?

Napisał D-r Rosenblatt,

według referatu odczytanego na VII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

(Dokończenie—Zob. Nr. 6).

Oprócz ciał tych, chemicznie dla ustroju wcale nie obojętnych, polecano też przetwory inne, tak ze świata roślinnego, jak i mineralnego: *Tram Coto*, kotoinę i parakotoinę, *decoctum simarubae*, *talcum*, preparaty złota, miedzi, cynku i żelaza. Co do pierwszych, to, prócz znanych prac dawniejszych, okazały się prace ALBERTONI'ego (151), HUCHARD'a (152) i SHOEMAKER'a (153), w której przytoczona jest też i cała literatura odpowiednia. Odwar z korzenia *Simarubae* poleca w czasach ostatnich UHLE (154) w mieszaniu następującej: *decoct. Simarubae* 2,50 *ad col.* 70,0, *acidi tannici* 0,50, *vini Hungarici*, *mucilag. salep*, *syr. cortic. aurant. vel papaver.* aa 15,0, co godzinę po łyżeczce od kawy. *Talcum* poleca BIANCHI (155) we wszelkich nieżytach jelit, podając aż do 80,0 na 24 godzin; ma ono w jelicie tworzyć z tłuszczami mydła magnezjowe, mające własności antyseptyczne. W kilku przypadkach miał ZINNIS (156) widzieć dobre skutki po podawaniu złota, dając wedle przepisu LEGRAND'a *auri* 0,20, *mellis* 125,0, co rano łyżeczkę od kawy (?). SCHULZ (157) podaje arsenian miedziowy, co 10 minut po pół łyżeczki od kawy rozczyngu 0,0003 na 120,0 — 180,0 wody; DUPRÉ (158) co 1/2 godziny po łyżeczce od kawy aż do ustania wymiotów w chole-

rze dziecięcej: *zinci oxydati* 3,50, *bicarbon. sodae* 1,50, *trae ratanhae guttas* XX, *syrup. simplic.* 30,0; BRAITHWAITE (159): *ferris sulfurici* 0,60, *natri salicylici* 0,60, *glycerini* 12,0, *aqu. destill.* 78,0, co godzinę po łyżeczce od kawy tak w biegunce zwyczajnej, jak i cholerze dziecięcej.

Ze środków już dawniej znanych i polecanych wymienić wypada: *magnesia benzoica* w roztworze 2%-ym (EPSTEIN (160) zwłaszcza przeciw wymiotom); wodę chloroformową; przeciw rozwolnieniu le DANTEC (161) wodę karbolową— $\frac{1}{2}$  kropli kwasu karbolowego na 5,0 wody wapiennej co dwie godziny po łyżeczce od kawy (ADAMS (162) przeciw wymiotom); kreozot polecany przez DEMME'go (163) w przepisie następującym: *creosoti* 0,025, *extracti opi aquos.* 0,003, *aqu. destill.* 40,0, *aqu. foenicul.* 10,0, *sacchari* 1,0, co 2 godziny po łyżeczce od kawy; olejek terpentynowy 2 krople co 4 godziny u dziecka, rok liczącego, w zapaleniu jelit [BEDFORD BRAUN (164)]; wodę wapienną, która obok innych własności ma mieć i tę, że wobec niej ścina się sernik w płateczkach drobnych, a nie w grudkach dużych [COURANT (165), HARNACK (166), KLEMPERER (167)]; wreszcie rezorcynę, kwas salicylowy, jakoteż kwas solny i mleczny. Co do rezorcyny, pierwotnie przez wielu zachwalanej, między innymi przez BOUCHUT'a (168), BOGUCHE'go (169), BAGINSKY'ego (170), MEUCHE'a (171), le GENDRE'a (172), nastąpiło dość wczesne rozczarowanie, tem więcej, iż wobec niepewnej skuteczności stwierdzono kilkakrotnie znaczną jej jadowitość [LÖFFLER (173)]. Kwas salicylowy i salicylan sodu, pierwotnie przez EMMET'a HOLT'a (174) nadzwyczaj gorąco zachwalany i przenoszony po nad wszystkie inne leki, gdyż w 84% przypadków otrzymał szybko uleczenie przy stosowaniu go w biegunce letniej, wobec 67% przy stosowaniu naftaliny, a 55% rezorcyny,—znalazł znów poplecznika w osobie KUHN'a (175), który na podstawie doświadczeń swych laboratoryjnych przekonał się, iż 0,0025% preparatów powyższych jest w stanie powstrzymać fermentację gazową w miążdze pokarmowej, i stosował je w ilości 1,5—2,0 dziennie u osób dorosłych ze skutkiem bardzo dobrym. Ze jednakowoż z doświadczeń laboratoryjnych nie można jeszcze wnosić o skuteczności w ustroju ludzkim, najlepiej przekonywają doświadczenia STEIFF'a (176), jako też BIERNACKIEGO (177), którzy odmawiają kalomelowi własności odkażających, gdy my codziennie mamy sposobność przekonywania się o jego skuteczności. Za podawaniem kwasu mlecznego przemawiał bardzo HAYEM (178), wychodząc z przypuszczenia, iż drobnoustroje, fermentację w jelicie wywołujące, mogą w żołądku tylko wtedy się rozwinąć, jeżeli wydzielanie kwasów żołądkowych uległo zmianie, bo kwasy, w ilości prawidłowej w żołądku się wydzielające, niszczą drobnoustroje wszelkie. Te zaś mogą się dopiero w wydzielinie jelit alkalicznej lub obojętnej, w której mają wszelkie warunki do rozwoju, rozmnażać, jeżeli bezkarnie przez żołądek przejdą. Dlatego też wskazane jest w zaburzeniach przewodów pokarmowych podawanie kwasów, a zwłaszcza mlecznego, którego już mała ilość wystarcza do zniszczenia drobnoustrojów tak w ustroju ludzkim, jak i w hodowlach sztucznych. Kwas mleczny polecali dalej: VIGIER, (179), WINTER (180), DELATTRE (181), który apoteozę kwasu mlecznego posuwał do tego stopnia, że utrzymywał, iż wystarcza nawet podawać go mamce, ażeby u ssawca wywołać skutki korzystne; TOUSSAINT (182) daje w połączeniu z papainą: *acid. lactici* 2,0, *papayni* 0,50, *aquae destill.* 150,0, *syr. simplic.* 50,0, po każdym jedzeniu łyżeczkę od kawy. Tymczasem już HAMON (183) zaznaczył pewne wątpliwości tak pod względem samego działania kwasu mlecznego, jak i teorii, przez HAYEM'a stawianej,

dowodząc, iż w zaburzeniach trawienia u ssawców stwierdzić można oddziaływanie kwaśne wydzieliny jelit, i że właśnie zadaniem leczenia powinno być powstrzymanie odczynu kwaśnego, powstałego wskutek kiśnienia pokarmu. Natomiast PFEIFFER (184) wystąpił na zjeździe lekarzy niemieckich w Wiesbaden z twierdzeniem, iż oddziaływanie kwaśne wydzieliny jelit jest rzeczywiście regułą, zaś oddziaływanie alkaliczne zboczeniem; że stolce zielone świadczą tylko o tem, iż gdzieś w jelicie jest miejsce, w którym przeważa alkaliscencya i że zatem zadaniem naszym winno być przywrócić odczyn kwaśny. Zdania to, jak widzimy, wprost sobie przeciwne.

Tyle o najważniejszych lekach, polecanych w niestrawnościach i niezbytach jelit u dzieci przez autorów poważnych; co do reszty, to chyba dla oryginalności wspomnieć należy, iż polecano także i *natrium sulfoichthyolicum* w cholercie dziecięcej, jakoteż wstrzykiwania podskórne *chinini muriatici carbamidati*.

Co się tyczy moich własnych doświadczeń w ciągu lat kilkunastu, to przyznać muszę otwarcie, że po licznych rozczarowaniach przy stosowaniu leków nowych, stoję jeszcze i nadal na gruncie zachowawczym w leczeniu biegunek u dzieci, a leki, których używam i o których skuteczności wątpić nie mogę, są następujące: 1) olej rącznikowy, 2) kalomel, 3) bendźwinian sodu, 4) makowiec, 5) nastoje *ratanhae* i *coto*, 6) salicylan bismutu, 7) salol, 8) *liquor aluminium acetici*, 9) kwas garbnikowy, *prulinia sorbilis* i *chininum tannicum*, 10) alkohol w postaci szampana, wina starego węgierskiego lub koniaku, 11) herbata, 12) woda Karlsbadzka.

Oleju rącznikowego używam przeważnie u dzieci starszych, a rzadko kiedy u ssawców; unikam go w przypadkach, w których obok biegunki są także i wymioty, a użycie go ograniczam z jednej strony do biegunek wskutek niestrawności, zwłaszcza z przejedzenia się, z drugiej strony do zapaleń jelit miejscowych, gdzie idzie o łagodne wydalenie kału, będącego powodem jużto bólu, jużto parcia i częstych wypróżnień śluzowych, a nie stolców właściwych. Używam go zarówno w stanie naturalnym z dodatkiem jużto kilku kropel soku cytrynowego, jużto z mlekiem gorącym, jak i w postaci czekoladek, a raczej cukierków, zawierających po 3 grm. oleju rącznikowego, lub też odpowiednio przygotowanego t. zw. *ol. ricini desodoratum*.

Kalomel jest środkiem tak dzielnym, że bez niego w leczeniu biegunek u dzieci obejśćbym się nie mógł. Stosuję go nawet u dzieci w wieku najmłodszym będących, ale zawsze *in dosi refracta*, po 0,005 do 0,01 na dawkę, tak w rozwolnieniach zwykłych wskutek niestrawności, jak i w niezbytach ostrych żołądka i kiszki. Wymioty nie stanowią przeciwwskazania, jeżeli się podaje dawki małe. W bardzo licznych przypadkach tak *diarhoeae dyspepticae*, jak i *enterocatarri acuti* był on lekiem jedynym, jaki przepisywałem, bo bez innych, następczych, z powodu szybkiego wyleczenia, obejść się mogłem. U dzieci w pierwszych tygodniach życia, cierpiących na *colica flatulenta et dyspepsia*, osiągałem podawaniem kilku dawek kalomelowych wyniki o wiele lepsze, niż wszystkimi, dotychczas polecanymi lekami, rumiankami, *aqua* lub *eleosacch. foeniculi, hydromel cum aqua melissae* i t. d.

Bendźwinian sodu w rozczywie 2% do 3% *cum syrup. menth.* polecam przy niestrawnościach, objawiających się wymiotami kwaśnymi, przy wymiotach serowatych, wkrótce po ssaniu następujących, jakoteż w początkach *gastroenteritidis acutae*, jeżeli przeważają wymioty, a wskutek licznych wypróżnień kałowych niema wskazania do podawania kalomelu; z działania jego zawsze

byłem zadowolony. Używam go też bardzo chętnie do przepłukiwań jelit w *enterocolitis acuta*, ponieważ bez obawy wprowadzić mogę do jelit ilości znaczniejsze rozczyńny jego, aniżeli innych przetworów, w celu tym używanych.

Makowca staram się wogóle, jaknajmniej przepisywać, nie używam go wcale u dzieci małych, u ssawców aż do 5-go miesiąca życia. Do powstrzymania ruchów robaczkowych w biegunce wskutek przeziębienia, w zębowaniu, wolę stosować okłady ciepłe lub nacieranie brzuszka, a wewnątrz podaję napar rumianku z wodą laurową i nastojem *Cascarillae*. W choleryze dziecięcej zupełnie makowca nie polecam i od początku choroby go unikam; podobnie nie podaję go w niezycie przewlekłym jelit, bo wstrzymując ruchy robaczkowe jelit i wślad za tem wypróżnienia, t. j. znaczne ilości śluzu z przymieszką częstokroć ropy, usuwam albo raczej tylko łagodzę narazie jeden objaw chorobowy, to jest biegunkę, a natomiast powstrzymuję przez to szybszy a korzystniejszy przebieg samego cierpienia. Jedyne cierpieniem, w którym makowiec przepisuję, jest niezyt ostry jelit, oprócz, rozumie się, cierpienia miejscowych t. j. zapalenia kiszki ślepej u dzieci starszych, albo też czerwonki, w której niejednokrotnie stwierdzić mogłem, iż nawet silniejsze dawki, aniżeli ogólnie przyjęte, bywają znoszone bardzo dobrze.

W biegunkach z powodu niestrawności lub w następstwie niezytu jelit ostrego polecam, oczywiście po poprzednim podaniu kalomelu, w miarę potrzeby, jeżeli w jelicie znajdę jeszcze jakie zaległości, nastoje *Ratanhae* i *Coto* z dodaniem wody laurowej, co mi zazwyczaj wystarcza. W przypadkach, nieco się przewlekających, używam salicylanu bismutu jużto w proszkach, jużto w zawieszynie, albo też salolu wespół z proszkiem DOWER'a. W niezycie przewlekłym podaję preparaty garbnikowe nawpół z salicylanem bismutu, zaś wobec miernej ilości stolców używam ze skutkiem bardzo dobrym wody Karlsbadzkiej.

Na zakończenie chciałbym jeszcze słów kilka powiedzieć o nowych preparatach dyetetycznych, o pożywkach, polecanych jużto w celu zastąpienia pokarmu matczynego, względnie mamki, jużto w celu odżywiania dzieci, od piersi odstawionych, dla uniknięcia niestrawności lub też nawet niezytów jelit, spowodowanych nieodpowiedniem odżywianiem. Dzieli się one na dwie kategorie: na preparaty mleczne i preparaty mączne. Do pierwszych należą: pożywka BIEDERT'a, wyrabiana obecnie fabrycznie w Worms a/R, mleko peptonizowane LÖFFLUND'a, VOLTMER'a, LAHRMAN'a, mleko wyjaławiane fabryki akcyjnej szwajcarskiej i mleko przygotowane według GAERTNER'a i ESCHERICH'a (185); do drugich, z opuszczeniem GRITSCHER'a, AICHER'a, GIACOMELLI i innych: mączki KUFERKE'go, RADEMAN'a, WEIBEZAHN'a. Oczywiście, że tylko pierwsze przetwory mogą wejść w rachubę, jeżeli rozchodzi się o zastąpienie mleka kobiecego i pożywienie stałe noworodków. Pożywka BIEDERT'a nie zawiera wcale sernika, jest bardzo łatwo strawna nawet w niestrawności, gdzie dziecko nic innego nie znosi, jest zatem znakomitym środkiem dyetetycznym; atoliże względu na cenę wygórowaną nie nadaje się do regularnego odżywiania sztucznego. Mleko peptonizowane LÖFFLUND'a jest równie smaczne w rozcieńczeniu odpowiedniem (jedna łyżka mleka na 5 wody); wadą jego jest za nadto wielka obfitość wodoru węgla. Mleka LAHRMAN'a i VOLTMER'a zawierają białko w części już zpeptonizowane przez działanie zaczynu trzustkowego; ostatnie poddawane bywa nadto wyjaławianiu. Mleko szwajcarskie, w puszkach rozsełane, ma pochodzić z obór wzorowo prowadzonych i bezpośrednio po udoju ma być wyjaławiane. Mleko GAERTNER'a wytwarza się

w zasadzie podobnie, jak i pożywka BIEDERT'a, a ma mieć wyższość tę, iż wskutek poddania mleka centryfudze celem szybkiego uzyskania śmietany, unika się wszelkich zanieczyszczeń przypadkowych.

Z mączek, najodpowiedniejsza jest mączka KUFERKE'go, odznaczająca się tem, iż cała ilość skrobi zamieniona jest w dekstrynę; używam jej u dzieci młodszych dla uzyskania kleiku, celem rozcieńczenia mleka krowiego, u starszych zaś w postaci papki. W mączkach WEIBEZAHN'a i RADEMANN'a tylko  $\frac{1}{4}$  do  $\frac{1}{2}$  zawartości skrobi jest zamieniona w dekstrynę.

W końcu wspomnieć muszę jeszcze o emulsyi z migdałów i orzechów LAHMAN'a (186), polecanej też przez HORNER'a (187) w przypadkach zaburzeń żołądkowych, w których dziecię mleka wcale nie znosi, a niczem innem żywić się nie chce. Panowie ci, podobno wegetaryanie, stwierdzić mieli wyniki bardzo dobre żywienia podobnego.

#### L I T E R A T U R A.

- 1) V. C. VAUGHAN. The prevention of Cholera infantum and Kindred diseases and of poisoning by cheese, milk, etc., Sanitary Jour. 1887. 16 Aug. str. 170. — The nature and treatment of Cholera infant. Med. News. 1887. 18 Juin. 2) LESAGE A. Semaine medicale. 1890. 9 Avril. Etude chimique sur le cholera infantile. Paris Steinheil. 1889. De relations du cholera asiatique et du cholera infantile. Gazette des hopiteaux 1890. N. 96. 3) BAGINSKY. Ueber Cholera infantum. Archiv f. Kinderh. Bd. XII. Heft 1, 2. 1890. 4) DENYS et von der BERGH. Sur le mecanisme des symptomes gastro-intestinaux dans le cholera nostras. Extr. du bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. 1893. 5) LEO. Ueber die Funktion des normalen und kranken Magens und die therapeutischen Erfolge der Magenausspielung. Berl. klin. Woch. 1888 str. 981. Eine neue Methode zur Säurebestimmung im Mageninhalt. Centralblatt f. die med. Wissenschaften. 1889. N. 26. 6) van PUTEREN. Ueber die Verdauung der Säugkinder in den ersten zwei Lebensmonaten. Arbeit. der Gesellschaft der Kinderärzte. St. Petersburg. 1889. Dissert. po rosyjsku. 7) CLOPAT. Revue de médecine. 1892. Avril. Beitrag zur Kenntniss der Magenverdauung bei Säuglingen. Finska läkaresällsk. handl. XXXIV. 1892, 1. 8) EINHORN. New-York med. Journal. 1889. 20 July. 9) CASSEL. Archiv f. Kinderh. 1890. Bd. 12 str. 175. 10) DAVIS. Med. News. 1890. Journal de médecine de Bruxelles. 1890. 5 Juile. 11) ESCHERICH. Beiträge zur Frage der künstlichen Ernährung. Jahrb. f. Kinderh. 1891. Bd. XXXII. H. 1, 2, 3. 12) EWALD i BOAS. Ueber das Vorkommen der Milchsäure im Magen. Arch. f. Anatomie und Physiol. 1885, str. 346. 13) HEUBNER. Ueber das Verhalten der Säuren während der Magenverdauung des Säuglings. Jahrb. f. Kinderh. 1891. Bd. XXXII. H. 1. 14) NENCKI. Gaz. Lek. 1891 str. 620. 15) REJCHMAN. Gaz. Lek. 1884, 50, 52. 1885, 21. 1892. 21. Zeitschrift. f. klin. Medic. 9 Bd. 6. H. 16) WOHLMANN. Ueber die Salzsäureproduction des Säuglingsmagens im gesunden und kranken Zustande. J. f. Kinderh. Bd. XXXII. H. 3. 1891. 17) BOAS. Untersuchungen über das Labferment und Labzymogen. Zeitschrift f. klin. Med. 1888. XIV. Ueber das Labferment im gesunden und kranken Magen. Centrbl. f. med. Wissenschaften. 1887. N. 23. 18) KLEMPERER. Die diagnostische Verwendbarkeit des Labferments. Ztschrift. f. klin. Med. XIV. 1888. 19) JOHNSON. Studien über das Vorkommen des Labferments etc. ibidem. MANFREDI-BOCCADI e JAPPELLI. Sul fermento inversivo nell' organismo animale. Ref. J. f. K. XXXI. 1890. str. 181. 20) LEO. l. c. Berl. klin. Woch. 1888. N. 45. 21) RAUDNITZ. Prager med. Woch. 1887. N. 27. Ueber das Vorkommen des Labferments im Säuglingsmagen. 22) KRUEGER F. Die Verdauungsfermente beim Embryo und Neugeborenen. Wiesbaden 1891. 23) SZYDŁOWSKI. Beitrag zur Kenntniss des Labenzym etc. J. f. Kindh. XXXIV. str. 411. 24) TOCH. Ueber Peptonbildung im Säuglingsmagen. Archiv für Kinderh. XVI. Bd. 1, 2 H. 1893. 25) COURANT. Ueber die Bedeutung des Kalkwasserzusatzes zur Kuhmilch für die Ernährung des Säuglings. Ctrbl. f. Gynaekologie. 1891. N. 11. 26) SOELDNER. Die Salze der Milch und ihre Beziehungen zu dem Verhalten des Caseins. Landwirts. Versuchstation. B. 35. 1888. 27) TROITZKY. Die Verdau-

- ung im Magen etc. J. f. K. XXXII. H. 4. 28) EMMA STRUB. Ueber Milchsterilisation, Centrbl. f. Bakteriologie 1890. 29) HESSE. Ueber Sterilisirung von Kindermilch. Ztschft. f. Hygien. 1890. Bd. 9, H. 2. Jahresbericht der Gesellschaft. f. Natur- und Heilkunde. Dresden 1894 str. 53. 30) HUEPPE. Ueber Milchsterilisirung und über bittere Milch. Berl. klin. Woch. 1891 N. 29. 31) VINAY. Ueber sterilisirte Milch und deren Nährwert. Referat w. Jahrb. f. Kindheilk. 1893. XXXV str. 383; original Lyon médical. 1891 Juile. 32) FEER. Ein Beitrag zur Sterilisirungsfrage der Kindermilch. J. f. Kinderhkl. 1891. Bd. XXXIII, 1, 2 H. 33) SIOR. Einige Untersuchungen über den Bakteriengehalt der Milch bei Anwendung einiger, in der Kinderernährung in Verwendung kommenden Sterilisationsverfahren. J. f. Kindhkl. 1892. XXXIV. str. 107. 34) PETRI i MAASSEN. Ueber Herstellung von Dauermilch etc. Arbeiten aus dem kais. Gesundheitsamte. 1891. Bd. 7. 35) SCHULTZ. Ueber den Schmutzgehalt der Marktmilch und die Herkunft der Milchbakterien.—Arch. f. Hyg. 1892. Bd. XIV. 36) CARSTENS. Ueber Fehlerquellen bei der Ernährung der Säuglinge mit sterilisirter Milch. J. f. Kindhkl. 1893. Bd. XXXVI str. 144. 37) LANGERMANN. Untersuchungen über den Bakteriengehalt der auf verschiedene Art und Weise etc. sterilisirten Nahrung. J. f. Kinderhkl. 1893. Bd. XXXV. str. 84. 38) KRAMSZYK. Sterilisation oder Pasteurisation. J. f. Kindhkl. Bd. XXXVII. H. 2. 1894. 39) PLAUT. Ueber die Beurtheilung der Milch nach dem Verfahren der Säuretitrirung. Arch. f. Hyg. 1891. Bd. 13. 40) SOXHLET. Idem. Deutsche Vierteljahresschrift f. öff. Gesundheitspflege. Bd. 24. Die chemischen Unterschiede der Kuh- und Frauenmilch. 1893. 41) LEEDS and DAVIS. The chemistry and clinical value of sterilised Milk. The Americ. Journ. of the med. Sciences. 1891 June. 42) DUCLAUX. Annales de l'institut Pasteur. 1888. 43) UNRUH. Die Dyspepsiö im Säuglingsalter. Jahrb. d. Gesellsch. f. Natur- und Heilkunde. Dresden. 1889. 44) BRUSH. Sterilised Milk. Boston med. Journ. 1891. 9 April. 45) BITTER. Ueber das Pasteurisiren der Milch. Ztsch. f. Hyg. 1890. 8. 46) SOLARO. Rozprawy na zjeździe pedyatrów włoskich w Neapoli w r. 1892; ref. w Arch. f. K. 47) LEHMANN-HEMPEL. Jahresbericht der Gesellschaft f. Natur- und Heilkunde. Dresden. 1894. 48) HESSE. ibidem. 49) KALISCHER. Verhandlungen der deutsch. Gesellschaft. für Gesundheitspflege. 1893. 50) van PUTEREN. Ueber Mikroorganismen in dem Magen der Säuglinge; ref. J. f. K.; oryg. Wrac. 1888. N. 22. 51) ESCHERICH. Ueber Darmbakterien im Allgemeinen etc., ref. historyczny z literaturą. Ctrbl. f. Bakt. 1887 N. 24. Die Darmbakterien der Säuglinge und ihre Beziehungen zur Verdauung. Stuttgart. 1886. 52) BOOKER. A study of some of bacteria found in the dejecta of infants. Sprawozdanie zjazdu międzynarod. w Waszyngtonie. 1887. Intestinal bacteria of children. Cyclopaedia of the diseases of childr. 1890. Vol III. 53) DEMME. Ueber das Vorkommen eines roten Sprosspilzes in der Milch etc. Paediatr. Arbeit. Festschrift, Prof. Honoch gewidmet 1890. 54) CAHEN. Ueber Protozoen im kindlichen Stuhl. Deutsche med. Wochenschrift. 1891. N. 27. 55) BAGINSKY. Zur Biologie der normalen Milchkotbakterien. Ztschft. f. physiol. Chemic. Bd. XIII. H. 4. Zum Grotenfeltschen Bacillus der roten Milch. D. med. Woch. 1889. 56) SCHMIDT AL. Zur Kenntniss der Bakterien der Säuglingsstühle. Wien. klin. Wochenschrift. 1892. N. 45. 57) HAYEM. Bulletin general therapeutique. 1887. 30 Mai. 58) LESAGE i MACAIGNE. Bacterium coli commune. Le progrès médical. 1892. N. 6. De la dyspepsie et de la diarrhée verte. Revue de médecine 1887. str. 1009 i 1888 str. 30. 59) VAUGHAN. Transaction of the amer. Pediat. Society. 1890, June. Med. News. 1890. 16 August. 60) RAUDNITZ. Ueber die mikroskopische Untersuchung der Entleerung bei Kindern. Prag. med. Woch. 1892 N. 1. 61) HOLT E. The antiseptic treatment of summer diarrhoea. New-York med. Jour. XLV. 5. 11. The Archives of pediatrics 1890. March. str. 216. 62) SEIFFERT Max. Zur Aetiologie der acuten Verdauungsstörungen der Säuglinge J. f. Kinderh. Bd. XXXII. str. 392. 63) FISCHL R. Ueber gastro-intestinale Sepsis. Jahr. für Kindhkl. 1894. Bd. XXXVII. str. 288. 64) COHN i NEUMANN. Ueber den Keimgehalt der Frauenmilch. Arch. f. pathol. Anat. Virchow. Bd. 126. 64) A. EPSTEIN. Beobachtungen über Monocercomonas hominis und Amoeba coli bei Kinderdiarrhoeen. Prag. med. Woch. 1893. N. 39, 40. 65) QUINCKE and ROOS. Ueber Amöbenenteritis. Berl. klin. Woch. 1893 N. 45. 66) ROSSI-DORIA. Ueber einige durch das Bacterium coli commune bei Kindern hervorgebrachte Diarrhoeen. Ctrbl. f. Bakterien und Parasitenkunde. Bd. XII. N. 14. 68) PALLESTE. Ueber den Keimgehalt der Milch gesunder Wöchnerinnen. Virchow's Archiv. 1892. Bd. 130. 69) RINGEL. Münchener med. Woch. 1893. N. 93. 70) TROITZKY. l. c. 71) VOGL-BIEDERT. Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Stuttgart. Enke. X. Aufl. Die



- Kinderernährung im Säuglingsalter. 1893. 72) UFFELMANN. Handbuch der Kinderheilk. 8 Aufl. 1892. 73) BAGINSKY. Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Braunschweig. Wieden. 74) FILATOV. Klinische Vorlesungen über Diagnose und Therapie der Darmkrankheiten der Kinder etc. 3 Aufl. Semiotik und Diagnostik der Kinderkrankheiten. Enke 1892. 75) ROSENHEIM. Pathologie und Therapie der Krankheiten des Verdauungsapparates II. Krank. des Darms. 1893. 76) HOLT EMMET. The diarrhoeal diseases. Cyclopaedia of the diseases of children. Tom III. 1890. 77) COMBY. Traité des maladies de l'enfance. 1892. 78) UNGER. Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Deuticke. 1893. Bulletin general de therapeutique. 1887. 30 Mai. 79) HOLT. I. c. Cyclopaedia of the diseases. The Archiv of pediatrics. 1890. March. 80) EPSTEIN. Prag. med. Woch. 1880. N. 45. Archiv f. Kinderhkl. 1883. Bd. IV. Prag. med. Woch. 1881. 33. Ueber die Indication der Magenausspülung bei Magen- und Darmkrankheiten im Säuglingsalter. J. f. K. XXVII, 1, 2 H. 1887. 81) SOLTSMANN. Ueber die Behandlung der wichtigsten Magen-Darmkrankheiten der Säuglinge. Tübingen. 1886. 82) MONTI. Ueber Darmirrigationen und ihren therapeutischen Wert bei Behandlung der Darmkrankheiten bei Kindern. Arch. f. K. 1886 Bd. 7. H. 3. 83) LOREY. Ueber die Behandlung der Dyspepsie des ersten Kindesalters. J. f. K. Bd. XXVI. 84) MACHON. Contribution a l'étude de la dilatation de l'estomac chez les enfants. Revue med. de la Suisse rom. 1887. 85) FRIEDLAENDER. Zur Behandlung der Darmcatarrhe des Säuglings. Inaugur. Dissert. Breslau. 1887. 86) LEO. I. c. Berl. kl. Woch. 1888. N. 49. 87) TAUCHER. Du lavage de l'estomac chez les enfants du premier âge. Gazotte des hôpitaux. 1888. str. 143. 88) ESCHERICH. Beiträge zur antiseptischen Behandlungsmethode der Magendarmerkrankungen der Säuglinge. J. f. K. XXVII. 1. 2. H. 1887. 89) RIEMSCHEIDER. Inaugural. Dissert. Halle. 1888. 90) SEIBERT. Report on two years of experience in the mechanical treatment of gastrointestinal disturbances in infants. Arch. of pediatr. 1890. March. Stomach Washing in infants, 1889 April. Archiv of ped. 91) GUNDOBIN. Ueber die Magenausspülungen in der Therapie von Brustkindern. Arbeiten der Gesellschaft der Kinderärzte. Petersburg. 1889. str. 95. 92) EHRLING. Die mechanische Behandlung der Gastrointestinalcatarrhe der Säuglinge. J. f. K. XXVII. H. 3. 93) CRANDALL. Archiv of pediatr. 1890. October. 94) BAGINSKY. Archiv f. Kindhkl. 1890. Bd. 12. 95) BÖCKER. Stomach-Washing in Children, 1890; ref. Archiv f. Kinderhkl. 1891. Bd. 14 str. 82. 96) TRÖTZKY. Die Verdauung im Magen und die therapeutische Bedeutung des Ausspülens desselben. J. f. K. XXXII. H. 4. Ausspülen des Magens kleiner Kinder zu therapeutischen Zwecken. Archiv f. K. 1891. Bd. 12. str. 335. 97) RHEINER GUIDO. Beiträge zur Behandlung der Cholera infantum. Therap. Monatshefte. 1891. Januar. 98) GROSS. Therapeutische Monatshefte. 1893. Mai. 99) UHLIG. Ueber Versuche einer Ernährung kranker Säuglinge mittelst sterilisirter Milch. J. f. K. XXX H. 1. 1889. 100) JACOBI. The Intestinal Diseases of Infancy 1887. str. 123. Therapeutics of Infancy and Childhood. The Archives of Pediatrics. 1889. N. 8. 101) BAGINSKY. Ueber Cholera infantum. Archiv f. K. 1890. Bd. 12. 1 H. 102) FILATOV. Klinische Vorlesungen über Diagnose und Therapie der Darmkrankheiten. Wien. Saffar. 103) BOOKER. Dyskusya nad odczytem Seibert'a. Arch. of ped. 1890. John Hopkins Hospital. Bulletin. 1890. HAMON. Nature microbienne de la diarrhée verte des enfants. La pratique medicale. 1877. N. 17. 104) MONTI. Ueber Darmirrigationen und ihren therapeutischen Wert etc. Archiv f. K. 1886. Bd. 7. H. 3. 105) POLLATSCHER. Wien. med. Woch. 1890. N. 23. 106) BRUNTON. Ctrblt. f. g. Therapie. 1894, VII H. (ref.). 107) JAWORSKI. O leczeniu biegunki przewlekłej. Serya II. Zeszyt 17. 1893. rozpraw wydawanych przez wydawnictwo dzieł lek. polsk. w Krakowie. 108) ROSENBLATT. O skutkach fizyologicznych i leczniczych wlewania do jelit większych ilości wody. Pam. Tow. lek. Warsz. 1879. 109) EHRLING. Bismuthum salicylicum. Arch. f. Kindhkl. 1887. 9. Bd. 2 H. 110) ESCHERICH. Ctrblt. f. Bakteriologie. Bd. II. 1887. 111) HAGENBACH. Correspondenzblatt f. schweizer Aerzte. 1888. 112) DUJARDIN-BEAUMETZ. Bulletin de therapeutique. 1890. 113) ARNSTEIN. O biegunco lotniej. Odczyt na zjeździe lek. i przyrodn. w Krakowie. Rozprawy. 114) BROUGHTON. Allg. med. Contr. Ztg. 1882 N. 5 (ref.). 115) MAASSEN i PAWLOW. Esch. klin. Gazeta 1887 (ref. J. f. K. 29. 1 H.). 116) SOLGER. Deutsche med. Woch. 1886. N. 39. 117) SHMIDT Jul. Ther. Monatshefte. 1894. IV. 118) HEINZ i LIEBRECHT. Berl. klin. Woch. 1891. N. 24. 119) DUTTO i COLOSANTI. Berl. klin. Woch. 1892. N. 34. 120) JASIŃSKI. Ref. Wien. med. Presse. 1894. N. 8. 121) HUEPPE. ibidem. 122) DRAER. Contrabl. f. Bakteriologie. Bd. XIV. 123) GOELET A. H. Salol and ice-water enemata of the treatment of didrrhoeca etc. New York med. Journ. 1887. 6 Aug. 124) MONCORVO. Ref. Progrès

- medical. 1891. 125) DROISCHÉ. Revue mensuelle de malad. des enf. 1890. Juin. 126) WEBER. Wien. klin. Woch. 1891. N. 33. 127) WOLKOWICZ. Gazeta lek. 1892. N. 44. 128) GROSS. Therap. Monatshefte. 1893. Mai. 129) BOURGET et BARBEY. Ref. Therap. Monatsh. 1893. 130) SCHWARZ. Ctrbl. f. klin. Med. 1884. N. 50. 131) POPPER. Berl. klin. Woch. 1885. N. 4. 132) EWALD. Berl. kl. Woch. 1885. N. 4. 133) LEHMANN. Berl. kl. Woch. 1885. N. 8. 134) PICK. Deutsch. med. Woch. 1885. N. 10. 135) PAULI. Berl. kl. Woch. 1885. N. 10. 136) SILVERSKIOELD. Jahrb. f. K. XXV. str. 160 (ref.) 137) GAERTNER. Według cytaty PAULÉgo. Berl. klin. Wochenschrift. 1885. N. 10. 138) WIDOWITZ. Naphtalin bei Darmaffectionen der Kinder. J. f. K. 1887. Bd. XXVI. H. 3, 4. 139) le GENDRE. Traitement antiseptique derdiarrhées infantiles. Union médicale 1887. N. 11. 140) LUNIN. Wracz. 1887. 141) WEBER. Wien. klin. Wochenschrift. 1891. N. 33. 142) ROGER. Gazette des hôpitaux. 1888. N. 39. 143) EWALD. Real-Encyclopaedie Eulenb. Art. Kul o benzonaftolu. Berl. klin. Wochens. 1892. N. 26. 27. 144) YVON et BERLIOZ. La semaine médicale. 1891. 53. 145) BRUECK. Wien. medic. Presse. 1892. N. 51. 146) KUHN. Ueber Benzonaphthol. Deutsch. med. Woch. 1893. N. 19. 147) DEMME. Bericht aus dem Jennerischen Spital. 1888. 148) ARONSON. Ctrbl. f. klin. Medicin. 1894. N. 13. 149) H. MEYER i F. MUELLER. Deutsche med. Woch. 1894. N. 31. 150) LUFF. Lancet. 1890. 20 Decemb. 151) ALBERTONI. Archiv f. exper. Pathologie. 1883. Septemb. 152) HUCHARD. Bulletin general de Therapeutique. 1886. 30 Aug. 153) SHOEMAKER. The med. Bullet. 1891. Febr. 154) UHLE. Therapeut. Monatshefte. 1894. Juli. 155) BIANCHI. Sperimentale. 1889. October. 156) ZINNIS. Archiv f. Kinderh. Bd. 13. 1, 2 H. 157) SCHULZ. Deutsche med. Woch. 1891. N. 47. 158) DUPRE. Union medicale du Nord-Est. 1887. N. 8. 159) BRAITHWAITE. Union medicale. 1889. N. 39. 160) EPSTEIN. Paediatr. Arbeiten. Festschrift. Wyd. przez Baginsk. Berlin. 1890. 161) le DANTEC. Memorabilien. 1892. N. 47. 162) ADAMS. Cholera infant. Archiv of Ped. 1887. July. 163) DEMME. Bericht des Jennerischen Kinderspitales. 1891. 164) BEDFORD BRAUN. Union medic. 1887. 165) COURANT. Ctrbl. f. Gynaekol. 1891. N. 11. Ueber die Reaction der Kuh. u. Frauenmilch. Pflüg. Archiv. 166) HARNACK. Berlin. klin. Woch. 1888. N. 18. 167) KLEMPERER. Ztschrift. f. klin. Med. 1888. XIV. H. 3. 168) BOUCHUT. Paris med. 1881. 16 Juin. 169) BOGUCHE. Journal de Bruxelles. Med. Chir. Rundschau. 1886. H. 5. 170) BAGINSKY. Die antifermentative Behandlung des Darmcanals. D. med. Ztg. N. 26. 1887. 171) MEUCHE H. Das Resorcin als inneres Mittel nach 9 jähriger Erfahrung. Ctrbl. f. klin. Med. 1891. N. 21. 172) le GENDRE. Union medicale. 1887. N. 114. 173) LOEFFLER. Das Resorcin, seine therapeut. Anwendung. Inaug. Dissert. 1889. 174) HOLT. New York med. Journal. 1887. 29 Jan. 175) KUHN. Cytaty z rozprawy prof. JAWORSKIEGO: O leczeniu biegunki l. c. 176) STRIFF. Ztschrift. f. klin. Med. XVI. 177) BIERNACKI. Ibidem. fr. 1891. 178) HAYEM. France medicale. 1887. N. 59. 179) VIGIER. Sirop lactique contre la diarrhée verte. Gazette hebdomadaire. 1887. N. 24. 180) WINTER. Du mode de l'emploi de l'acide lactique etc. Gazette hebdom. 1887. N. 25. 181) DELATTRE. La diarrhée verte et son traitement. Progrès médical. 1887. N. 28. 182) TOUSSAINT. Gazette des hôpitaux. 1890. N. 122. 183) HAMON. La pratique médicale. 1887. N. 17. 184) PFEIFFER. Ueber die Verdauung im Säuglingsalter bei krankhaften Zuständen. J. f. K. XXVIII str. 164. 1888. 185) GAERTNER i ESCHERICH. Wien. med. Presse. 1894. N. 40. 187) HORNEF. Internat. klin. Rundschau. 1893. N. 34. 186) LAHMANN. Internat. klin. Rundschau. 1891. 12—15.

# SPRAWOZDANIE Z CHOROÓB LECZONYCH W CIECHOCINKU

W sezonie letnim 1894 r.

przez Feliksa Arnsteina  
(Lekarza praktykującego w Kutnie i Ciechocinku).

Głównym czynnikiem leczniczym w Ciechocinku są kąpiele odpowiedniej ciepłoty. Leczniczy ich wpływ polega na podrażnieniu zakończeń nerwów skórnych, przyspieszeniu krążenia krwi, zwiększeniu wydzielin (szczególnie moczu), a tem samym przyspieszeniu ogólnej przemiany materii. Na takie działanie kąpieli Ciechocińskich składa się z jednej strony duża zawartość (4%) w wodzie soli kuchennej i odpowiednia wyższa ciepłota kąpieli. By więc kąpiel Ciechocińska wywarła należyty leczniczy wpływ, stopień jej ciepłoty wahać się musi stosownie do okoliczności i wskazań między 27° a 32°. Taki też stopień ciepłoty kąpieli bywa najczęściej w Ciechocinku stosowanym. Chorzy więc, dla których pożądane są kąpiele o wzmiankowanej ciepłocie i którzy je bez szkody znosić mogą, kwalifikują się właściwie do leczenia w Ciechocinku. Wobec wyżej powiedzianego łatwo się domysleć, że nie wszyscy chorzy, przybywający do Ciechocinka na kurację, mogą w szerokim zakresie korzystać z metody termalnej, że niemało istnieje przeciwwskazań dla tej metody leczniczej, które niestety nie są dostatecznie uwzględniane przez lekarzy, wysyłających chorych do Ciechocinka. To też, jakkolwiek ilość chorych, spostrzeganych przeze mnie w Ciechocinku, wynosiła przeszło 400, w niniejszem sprawozdaniu uwzględnię tylko 286 chorych, u których istniały wskazania do leczenia w Ciechocinku.

Choroby, z jakimi spotykałem się w Ciechocinku, podzielić muszę na następująco grupy: 1) Zolży. 2) Gościec stawowy i mięśniowy. 3) Dna. 4) Przewlekłe sprawy zapalne i wysiękowe. 5) Cierpienia kości i stawów zolżowo (gruźlicze). 6) Cierpienia skóry. 7) Cierpienia narządu nerwowego.

## I) Zolży.

Do tej grupy zaliczyłem 59 chorych, u których istniały mniej lub więcej wybitne objawy zolżowatej skazy (*diathesis serophulosa*) na skórze, błonach śluzowych, gruczołach chłonnych, narządach zmysłów bez głębszych jednak zmian w tychże. Z tego powodu wyłączyłem z tej grupy i umieściłem w innych grupach chorych, u których przeważnie a nawet wyłącznie zolży objawiły się cierpieniem kości i stawów i sprawami ogniskowomi jużto zapalnymi już ropnymi. U wszystkich chorych (przeważnie dzieci między 2 a 12 rokiem), do tej grupy należących, pod wpływem ciepłych kąpieli solankowych, picia solanki z dodatkiem jodu lub bez, albo też słabszej solanki jodowej (Iwonicz), osiągnięto mniej lub więcej znakomitą poprawę, objawiającą się przedewszystkiem lepszym wyglądem dziecka, zmniejszeniem a nawet ustąpieniem w krótkim czasie takich przypadłości, jak obrzmienia gruczołów chłonnych, wysypki na skórze (*eczema, lichen serophulosorum*), nieżyt błony śluzowej nosa, wyciek ropny z ucha itp.

## 2) Gościec stawowy i mięśniowy.

Chorych tu należących podzielić można na 2 grupy: 1) chorych, u których w stawach, zajętych sprawą gościcową, stwierdzić się daje jeszcze obecność mniej lub więcej obfitego wysięku płynnego i 2) chorych, u których nie mamy do czynienia z płynnym wysiękiem w stawach, lecz ze zmianami zapalnymi w tkankach, wchodzących w skład stawu, a szczególnie w ścięgnach i końcach stawowych kości. U pierwszych cierpienie stawowo jest, jak to z wywiadów widać, najczęściej następstwem przebytego ostro-

go gośceca stawowego i charakteryzuje się mniejszem lub większem, zawsze dosyć znacznem obrzmieniem okolicy stawowej; u drugich cierpienie po większej części od samego początku przybiera charakter przewlekły, a obrzmienie okolicy stawowej jest nieznaczne, lecz za to ruchy w stawach są bardzo ograniczone, często zupełnie zniesione, często istnieją przykurczenia i nieruchomość stawu (*ankylosis*). Chorych z wysiękiem płynnym w jednym lub kilku stawach spostrzegałem 10.

Ozterej chorzy przechodzili ostry goścecie stawowy niedawno, kilka tygodni lub kilka miesięcy temu; u wszystkich obrzęki były 2 lub 3 stawy, ruchy w nich były bolesne, lecz niezbyt ograniczone. U wszystkich tych chorych pod wpływem energicznego leczenia kąpielami solankowymi, parowymi i borowinowymi i okładami szlamowo-borowinowymi osiągnięto w ciągu kilku tygodni zupełne wyleczenie.

Sześciu chorych przebyło ostry goścecie stawowy dawno (pół roku temu i więcej); wysięk płynny był u nich nie tak znacznym, stąd i obrzmienie okolicy stawowej nieznaczne, lecz ruchy w niej bardziej ograniczone, choć mniej bolesne. U 4 chorych osiągnięto bardzo znaczną poprawę; w jednym przypadku, powikłanym wadą zastawki dwudzielnej, poprawa była nieznaczna; w jednym przypadku wynik niewiadomy. Chorych, należących do 2 grupy, spostrzegałem 14.

U 8 cierpienie trwało od kilku miesięcy, obrzmienie okolicy stawowej było nieznaczne, ruchy bolesne i ograniczone; u 6 stwierdzić się dawała wyraźna poprawa, charakteryzująca się głównie zmniejszeniem obrzmienia i bardziej swobodnymi ruchami, u 2 wynik leczenia był ujemnym. U 6 chorych cierpienie trwało przeszło rok i dłużej, ruchy w stawach, tak czynne, jak i bierne, były w wysokim stopniu ograniczone, u 2 chorych zajętemi były liczne stawy, istniały przykurczenia i nieruchomość w niektórych stawach. U 3 chorych stwierdzono wyraźną poprawę, objawiającą się bardziej swobodnymi ruchami i zmniejszeniem bólów, w 3 przypadkach z przykurczeniami wynik, pomimo powtórnego leczenia raz w Druskonikach, drugi raz w Ciechocinku, był ujemny.

Oprócz powyższych chorych spostrzegałem jeszcze 11 chorych, u których nieistniały żadne zmiany okolic stawowych, lecz się skarżyli na przelotne bóle w stawach, dokuczające im od dłuższego czasu, a wzmagające się zwykle zimową porą. Wynik leczenia pozostaje niewiadomym; kilku z tych chorych po raz drugi lub trzeci przebywało kurację w Ciechocinku i twierdziło, że bóle są obecnie wiele mniejsze, aniżeli dawniej.

Z powyższego widzimy, że wyniki, dające się osiągnąć zapomocą kąpeli w Ciechocinku przy goścecie stawowym przewlekłym, należą do bardzo pomyślnych. W niektórych przypadkach, w których cierpienie jest zadawnione i w których skutkiem znacznych zmian w stawach powstały przykurczenia ścięgien, zupełna nieruchomość stawów (*ankylosis*), wynik leczenia nie jest świetny, nie gorszy jednak, niż przy wszelkiem innem leczeniu.

Przewlekły goścecie mięśniowy należy mojem zdaniem do cierpień bardzo wątpliwych, a w każdym razie nieczęstych. Tak często spostrzegano bóle w mięśniach, a brane za reumatyzm, są powiększej części pochodzenia dnaowego. Z tego stanowiska wychodząc, chorych z przelotnymi bólami w mięśniach pomieściłem w następnym rozdziale o dnie.

### 3) Dna.

Chorych, należących do tej grupy, a najczęściej spostrzeganych w Ciechocinku, podzielić można na 3 kategorie: 1) chorych z cierpieniami artrytycznymi stawów, 2) z cierpieniami artrytycznymi mięśni, 3) z cierpieniami artrytycznymi nerwów (nerwobóle artrytyczne).

Chorzy, należący do tej grupy, są po większej części dobrze odżywiani, lecz z wyraźnymi objawami nieprawidłowej, leniwej przemiany materii, objawami tak zwanej *plethora abdominalis*, nadmiernie otyli. Badanie moczu u tych chorych wykazuje nadmierną jego kwaśność, a często dużą zawartość moczianów.

Z cierpieniami artrytycznymi stawów spostrzegałem 13 chorych, a z tych 4 należało do ciężkich postaci. Do lżejszych zaliczyłem 9 przypadków, w których obrzmienie okolicy stawowej dotyczyło małych stawów rąk i nóg, bóle w stawach od czasu do czasu się powtarzające nie były bardzo ostre, a ruchy w nich albo wcale albo tylko nieznacznie ograniczone. U wszystkich tych chorych pod wpływem skombinowanego leczenia zapomocą kąpeli solankowych, wysokoprocetowych, borowinowych i paro-

wych, jakoteż picia kilkotygodniowego stosownie do wskazania jakiejś wody alkalicznej, alkaliczno-solnej (Karlsbad, Marienbad) lub solanki, czy to słabszej (Kissingen, Homburg etc.), czy to silniejszej (Ciechocińskiej), przy zastosowaniu odpowiedniej diety zauważyć było można zwiększenie ilości moczu, poprawę trawienia i czynności kiszki, pożądaną w wielu razach utratę wagi ciała (otyli), a obok tego po kilkunastu kąpielach stopniowo zmniejszenie bólów w stawach, zmniejszenie obrzmienia, swobodniejszo ruchy; wszyscy ci chorzy po 6 do 8 tygodniach leczenia opuścili Ciechocinek ze znaczną poprawą.

Do ciężkich zaliczyłem 4 przypadki, w których zajęto były wielkie stawy (kolonowy, barkowy, stopowy i t. d.) i w których skutkiem znacznego obrzmienia stawów i bólów ruchy tak czynne jak i biernie były w wysokim stopniu upośledzone lub zupełnie zniesione. Oprócz tego w jednym przypadku cierpienie było powikłane rwą kulszową, w jednym nerwobólem ramieniowym, w jednym, dotyczącym bardzo otyłej osoby, cukromoczem, w jednym, dotyczącym również nadmiernie otyłej kobiety, zapaleniem wsierdzia. W 2 przypadkach osiągnięto bardzo znaczną poprawę, bóle się uspokoiły, obrzmienie stawów (kolanowych) znacznie się zmniejszyło, a chorzy, w ciągu pierwszych paru tygodni wozeni, o własnych siłach zaczęli chodzić i opuścili Ciechocinek jeden po 8, a drugi po 9 tygodniach ze znaczną poprawą.

Do bardzo ciężkich zaliczam 2 następujące przypadki, które w streszczeniu podaję. Jeden dotyczy 56-letniej bardzo otyłej kobiety, u której po bardzo ostrym napadzie dny rozwinęło się bardzo silne obrzmienie obu stawów kolanowych, uniemożliwiająco wszelkie ruchy czynne już to z przyczyny silnych bólów w stawach, już silnego obrzmienia. Chora już od 5 miesięcy nie opuszczała łóżka i z trudnością przywieziona została do Ciechocinka. U chorej tej pod wpływem kąpeli solankowych wysokoprocentowych, kąpeli borowinowych o wysokiej ciepłocie (30—32°), okładów szlamowo-borowinowych, mięsienia i picia wody Maryenbadzkiej, osiągnięto po 6 tygodniach poprawę, polegającą na wyraźnym i dosyć znacznym zmniejszeniu obrzmienia obu stawów kolanowych, złagodzeniu bólów, utracie na wadze około 20 funtów. Chora po 6 tygodniach, acz z trudnością, mogła podparta pod ramiona przejść przez pokój, gdy przedtem najmniejszy ruch nogami sprawiał ogromne bóle.

W drugim przypadku, dotyczącym bardzo otyłego 60-letniego mężczyzny, oddawna cierpiącego na bardzo silne bóle podagryczne w wielkich palcach u nóg i rwę kulszową, po 3 tygodniach leczenia zmniejszyły się nieco bóle w nerwie kulszowym, bóle zaś w stawach jeszcze się wzmogły, skutkiem czego chory opuścił Ciechocinek.

Z cierpieniami artrytycznymi mięśni tj. z bólami przelotnymi (*dolores vagi*) w mięśniach, mniejszego i większego natężenia, spostrzegalem 24 chorych. Większość chorych, należących do tej kategorii, przedstawiała i inne przypadłości, prawdopodobnie zależne od dyatezy moczanowej, jak objawy niestrawności żołądkowej, wadliwego i opieszatego krążenia krwi w jamie brzusznej (*plethora abdominalis*, *hemoroidy*) itp. We wszystkich tych przypadkach zapomocą skombinowanego leczenia kąpielami i picia stosownie do wskazania wody alkalicznej, alkaliczno-solnej, solanki Ciechocińskiej osiągnięto wyraźną poprawę, niekiedy bardzo znaczną.

Z cierpieniami artrytycznymi nerwów t. j. z nerwobólami spostrzegalem 14 chorych. We wszystkich przypadkach osiągnięto po kilku tygodniach znakomitą poprawę; chorzy z rwą kulszową, nie mogący skutkiem bólu swobodnie władać kończyną, odzyskali zupełną swobodę w ruchach. Na tak pomysłny wynik leczniczy wpłynęły kąpiele solankowe wysokoprocentowe, kąpiele borowinowe, mięsienia w połączeniu z leczeniem przyczynowym t. j. uwzględnieniem dny. Jedni chorzy mieli zaleconą wodę Karlsbadzką lub Marienbadzką; inni alkaliczną, inni solankę ciechocińską. Tylko przy tak skombinowanym leczeniu spodziewać się można zupełnego efektu i dlatego rozpoznanie przyrody tych nerwobólów i odróżnienie ich od czystych nerwobólów stanowi ważną wskazówkę do właściwego i skutecznego ich leczenia. W porównaniu z cierpieniami artrytycznymi stawów, nerwobóle pochodzenia artrytycznego dają przy leczeniu balneoterapeutycznym o wiele lepsze rezultaty.

Z powyższego zestawienia widzimy, że cierpienia artrytyczne w różnych postaciach stanowią bardzo wdzięczne pole do leczenia w Ciechocinku. Pożądanem by jednak było, by chorzy artrytycy przybywali do Ciechocinka nie, jak to się najczęściej praktykuje, w późnych miesiącach letnich, lecz wcześniej, gdy pogoda i bardziej jednodajna ciepłota atmosferyczna daleko bardziej sprzyja kuracyi kąpielowej.

#### 4) Przewlekłe sprawy zapalne i wysiękowe.

Do przewlekłych spraw zapalnych i wysiękowych, często w Ciechocinku spostrzeganych, należą zapalenia przy-i okołomaciczne (*peri—et parametritis exsudativa*), przewlekłe zapalenie mięszu macicy (*metritis, infarctus uteri*), jajników. Przypadków zapalenia wysiękowego części obocznych macicy spostrzegalem 16. Wszystkie one dotyczyły chorych, u których po przebyciu w okresie połogowym lub po poronieniu ostrej sprawy zapalnej pozostał mniej lub więcej obfity, większej lub mniejszej konsystencji wysięk, dający się wykazać bądź to badaniem zewnętrznem, bądź wewnętrznem *per vaginam et rectum*, w postaci mniejszej lub większej guzowatości, lub też resztki (*residua*) wysięku, co wskazywały istniejące w dolnej części brzucha bóle i ograniczona ruchomość macicy.

W 10 przypadkach osiągnięto zupełnie wyleczenie t. j. wessanie istniejącego wysięku lub jego resztek. W 5 przypadkach osiągnięto tylko polepszenie. Dotyczyły one przypadków, w których sprawa zapalna trwała już od wielu miesięcy, a zmniejszona długą chorobą odporność chorych nie pozwoliła na stosowanie energicznej metody termalnej, lub też przypadków, w których prawdopodobnie wytworzyła się tkanka bliznowa. W przypadkach tych bóle wyraźnie się zmniejszyły, lecz ruchomość macicy pozostała jeszcze ograniczoną. W 1 przypadku wynik leczenia był ujemnym. Dotyczył on chorej silnie wyniszczonej, w wysokim stopniu małokrwistej, która po przebyciu bardzo ostrej sprawy zapalnej już od 8 miesięcy nie opuszczała łóżka i u której badanie tak zewnętrzne jak i wewnętrzne wykazało istnienie wysięku twardej konsystencji, zajmującego całą małą miednicę, uciskającego kışkę stołcową i pęcherz i powikłanego ropnem zapaleniem pęcherza i miedniczek nerkowych. Sprawa chorobowa była w tym przypadku za daleko posunięta, by można się było spodziewać jakiegokolwiek efektu z leczenia kąpielami w Ciechocinku. I w rzeczy samej, pomimo bardzo wielu kąpiei solankowych i borowinowych, które ku wielkiemu mojemu zdziwieniu chora doskonale znosiła, okładów borowinowych, picia wody żelazistej (*Eger Franzensquelle*) i posilnej dycty, stan chorej ciągle pozostawał bez zmiany i chora po 8 tygodniach leczenia zmuszona była opuścić Ciechocinek z pogorszeniem stanu ogólnego.

Wogólności, skutki, dające się osiągnąć przy wysiękach przy-i okołomacicznych zapomocą kąpiei w Ciechocinku, uważać należy za bardzo pomysne. Warunkiem jednak skutecznego leczenia jest, by sprawa zapalna nie trwała już oddawna, wysięki nie uległy już przemianom w tkankę bliznową, a stan ogólny chorych był zadawalniającym.

Co się tyczy czasu trwania kuracyi, to przypadki przezemnie spostrzegano wykazują, że w większości przypadków wessanie wysięku następuje dosyć szybko, często jednak leczenie musi trwać wiele tygodni, zanim się da osiągnąć pożądany wynik, przyczem nierzadko muszą być robione z przyczyny chwilowego podrażnienia, a nawet zaostrozienia sprawy, krótsze lub dłuższe przerwy. Jakkolwiek więc leczenie 6 tygodniowe najczęściej wystarcza do pomyslnego zakończenia, w wielu jednak przypadkach czas ten jest niewystarczający do zupełnego usunięcia cierpienia, o czem lekarze domowi powinni uprzedzić chore.

Z zawałem macicznym spostrzegalem 5 chorych i z przewlekłym zapaleniem jajników spostrzegalem 4 chore. U wszystkich tych chorych stwierdzić mogłem poprawę, objawiającą się zmniejszeniem bolesności w dolnej części brzucha i w krzyżu. U kilku z tych chorych, cierpiących na obfite miesięczne utraty krwi, miesięczkowanie odbyte w Ciechocinku po kilkunastu zwykłych kąpielach było o wiele łagodniejsze.

Do spraw przewlekłych zapalnych, często też w Ciechocinku spostrzeganych, należą zapalenia stawów, okostnej i kości. W tym rozdziale umieściłem tylko cierpienia w stawach i kościach pochodzenia urazowego lub będące następstwem przebytej sprawy ostrej zakaźnej (zakażenie połogowe, płonica itp.). Cierpienia zaś stawów i kości zolzowe (gruźlicze), jako przedstawiające cechy zupełnie odrębne, umieściłem w oddzielnym rozdziale.

Z przewlekłym zapaleniem stawów spostrzegalem 7 chorych. W 3 przypadkach zajęty był staw biodrowy, w 2 staw kolanowy, w 1 staw barkowy, w jednym, dotyczącym 8-letniego chłopca, w 1 staw kolanowy i stopowy. W 2 przypadkach, dotyczących wyżej wzmiankowanego chłopca i młodej kobiety, u której zajęty był staw goleniowo-stopowy po urazie, osiągnięto zupełnie wyleczenie, w 2 przypadkach z zajęciem

stawu biodrowego i barkowego znaczną poprawę, polegającą na zmniejszeniu obrzmienia i ułatwieniu czynności; w 2 przypadkach z zajęciem stawu biodrowego i kolanowego poprawa była nieznaczna, w jednym przypadku, dotyczącym chorej, u której zapalenie stawu kolanowego powstało w pologu i trwało już od wielu miesięcy, a istniejąca już zupełna nieruchomość stawu zdawała się wskazywać na wytworzenie tkanki bliznowej, wynik 4 tygodniowego leczenia był ujemnym.

Wogóle wyniki leczenia, dające się osiągnąć przy przewlekłych zapaleniach stawów, są mniej pomyślne, aniżeli przy wysiękach okołomaciczych, są one jednak w każdym razie dosyć zadawalające. Im cierpienie krócej trwa, im chory jest młodszy, tem lepsze otrzymuje się wyniki.

Na zupełne wyleczenie, jak się okazuje z moich przypadków, tylko liczyć można wtedy, gdy wysięk zapalny, choćby dosyć obfity, nie uległ zamianie na tkankę bliznową i nie spowodził takich zmian, jak zupełna nieruchomość stawu lub przykurczenia. W przypadkach ciężkich, długo trwających, gdzie już istnieją wzmiankowane zmiany, wynik leczenia jest mniej pomyślny, poprawa jest bardzo nieznaczna albo żadna. Ma tu zupełnie to samo miejsce, co i przy przewlekłym gościec stawowym. Najmniej dobre wyniki osiągnięto w przypadkach, w których sprawą zapalną zajęty był staw kolanowy.

Z przewlekłymi zapaleniami okostnej i kości niegruźliczego pochodzenia spostrzegłem 11 chorých. W większości tych przypadków uraz był przyczyną zapalenia. W 8 przypadkach cierpienie charakteryzowało się zgrubieniem kości, w 3 przypadkach sprawa zapalna przeszła w ropienie i w zgorzel i wytworzyły się przetoki, obficie ropę wydzielające.

Z 8 pierwszych przypadków w 3 osiągnięto zupełne wyleczenie,—w 4 znacznie zmniejszenie obrzmienia, w 1 przypadku wytworzył się w trakcie kuracyi ropień, po opróżnieniu którego szybko następowała poprawa.

Z 3 przypadków w ropieniem i z przetokami ani w jednym nie osiągnięto wyleczenia. Tego rodzaju chorých nie należy przysyłać do Cieclocinka i liczyć na ich wyleczenie zapomocą kąpieeli; należy wprzód w domu przeprowadzić chirurgicznie leczenie, a dopiero następnie, dla szybszego i ostatecznego wyleczenia skierowywać do Cieclocinka.

Do przewlekłych spraw zapalnych zaliczam 3 przypadki przewlekłego zapalenia gruczołów chłonnych, powstałego skutkiem różnych przyczyn. W jednym przypadku obrzmienie dotyczyło gruczołów pachwinowych i przedniej powierzchni uda; w 2 przypadkach gruczołów podszczękowych. W wszystkich tych przypadkach, dotyczących ludzi dorosłych i zresztą zdrowych, znaczne obrzmienie gruczołów chłonnych i tkanki łącznej naokoło nich w postaci mniej lub więcej obszernie rozlanej guzowatości średniej twardości, trwało już od kilku miesięcy i nie ustępowało przy zwykłym domowem leczeniu. Pod wpływem kąpieeli solankowych i borowinowych i okładów w szlamowo-borowinowych w krótkim stosunkowo czasie nastąpiło w przypadku obrzmienia gruczołów w pachwinie zupełne wyleczenie, w 2 drugich przypadkach zmniejszenie o połowę guzowatości.

Do tej grupy zaliczyć jeszcze muszę 3 przypadki obszernych nowotworów w jamie brzusznej. Chore przybyły do Cieclocinka z przyczyny często się powtarzających bólów wokoło guza, zależnych od powtarzającego się podrażnienia zapalnego otrzewnej. W przypadkach tych osiągnięto znaczną poprawę, polegającą na zmniejszeniu a nawet ustąpieniu bólów, co przypisać należy wpływom kąpieeli na wessanie produktów zapalnych.

### 5) Cierpienia kości i stawów żółzowe (gruźlicze).

Do tego działu zaliczyłem 32 przypadki, w których źródłem cierpienia kości i stawów były żolzy. Dotyczyły one osobników z wyraźnymi objawami dyatezy żółzowej i w których nie mieliśmy do czynienia ze sprawą zapalną wysiękową, lecz ze sprawą zapalną ogniskową. Chorých, należących do tej kategorii, przeważnie dzieci od 2 do 10 lat, podzielić muszę na 2 grupy: 1) chorých, u których mieliśmy do czynienia z zapalnym nacieczeniem (*infiltratio*) kości i części składowych stawów, a zatem z pierwszym okresem sprawy żółzowej (gruźliczej) miejscowej i 2) chorých, u których cierpienie kości i stawów przeszło w 2-gi okres choroby tj. rozpadowy, gdzie więc mieliśmy do czynienia z próchnieniem kości, ropieniem i przetokami ropiejącymi. Chorých, należących do 1-ej grupy, spostrzegłem 21. U 9 cierpienie trwało już od roku i więcej, objawiało się mniej znacznem obrzmieniem okolicy stawowej lub kości, nie-

znaczną bolesnością przy ruchach niezbyt ograniczonych; wszyscy ci chorzy przybywali po raz drugi i trzeci na kurację do Ciechocinka i, jak z wywiadów się przekonałem, z postępującą ciągle poprawą. U chorych tych i, wynik kilkutygodniowego leczenia w Ciechocinku w roku sprawozdawczym był bardzo zadawalniającym tak pod względem stanu ogólnego, jak i miejscowego. U chorych tych sprawa chorobowa pod wpływem kilkokrotnego leczenia w Ciechocinku przycichła i mogą oni być uważani za zupełnie wyleczonych. U 12 chorych cierpienie, od kilku miesięcy trwające, objawiało się znacznym obrzmieniem okolicy stawowej (stawu biodrowego, kolanowego, stopowego, kręgow), bolesnością w tychże przy najmniejszym ruchu tak czynnym jak i biernym, ograniczonymi ruchami w stawach i przykurczeniem odpowiedniej kończyny. U 5 chorych osiągnięto przy zastosowaniu całego arsenału leczniczego pewną, mniejszą lub większą poprawę, objawiającą się mniej bolesnymi ruchami w stawach. Niektórzy z tych chorych z cierpieniami stawu biodrowego lub kolanowego, nie mogący przed przybyciem do Ciechocinka zrobić kroku, po kilku tygodniach leczenia byli w stanie, acz z trudnością, przejść przez pokój. U 4 chorych poprawa była nieznaczna, choć widoczna. U 2 chorych wynik leczenia był ujemnym, u 1 niewiadomy.

Chorych, należących do 2-ej grupy, spostrzegałem 11. Byli to wszystko chorzy z ropiejącymi przotokami, próchnieniem i zgorzelą kości, u których cierpienie trwało już od kilku lat, a odżywianie było w wysokim stopniu upośledzone. U niektórych obrzmienie okolicy stawowej dosięgało wysokiego stopnia, a kość była zniszczona na znacznej przestrzeni. W 2 przypadkach lżejszych osiągnięto nieznaczną poprawę, objawiającą się zmniejszeniem ropienia i obrzmienia stawu kolanowego. W 9 przypadkach wynik zupełnie ujemny; w niektórych z tych przypadków z przyczyny pogorszenia (większe bóle, gorączka) przerwano leczenie.

Wogólności chorzy tego rodzaju, z cierpieniem daleko posuniętem, z nędznym ogólnym stanem, kwalifikują się raczej do leczenia chirurgicznego, po którym dopiero spodziewać się można pomyślnego działania kąpiei Ciechocińskich.

#### 6) Cierpienia skóry.

Z przewlekłymi cierpieniami skóry spostrzegałem 12 chorych, a z tych 9 z przyszczyką (*eczema*), 3 z atonicznymi owrzodzeniami goleni.

Z 9 przypadków przyszczycy 5 odnosiło się do dzieci zółzowatych, u wszystkich w krótkim czasie nastąpiło polepszenie, a po kilku tygodniach zupełnie wyłeczenie. Obok kąpiei stosowanem było leczenie miejscowe, znaczny jednak wpływ przypisać należy kąpielom, gdyż w porównaniu z przypadkami analogicznymi, leczonymi tylko miejscowo, wyleczenie w przypadkach tych nastąpiło znacznie szybciej. Z 4 przypadków przyszczycy u osobników niezółzowatych tylko w 1 osiągnięto zupełnie wyleczenie, w 3 widoczną poprawę, objawiającą się mniejszym swędzeniem. Z 3 przypadków atonicznych owrzodzeń skóry ani w jednym nie osiągnięto zupełnego zabliźnienia, wszakże u wszystkich chorych owrzodzenia się oczyściły i pokryły lepszą ziarniną, a podrażnienie skóry wokoło owrzodzenia znacznie się zmniejszyło. Swoistego działania na zabliźnienie atonicznych owrzodzeń goleni kąpiele solankowe nie mają, sprzyjając jednak zabliźnieniu przez usunięcie podrażnienia skóry.

#### 7) Cierpienia narządu nerwowego.

Do cierpień w narządzie nerwowym, najczęściej w Ciechocinku spostrzeganych, należą: ogólne rozdrażnienie i osłabienie nerwowe (*neurasthenia*), nerwobóle i porażenia. Ilość neurasteników, leczących się w Ciechocinku, jest dosyć znaczna. Większość ich przybywa na kurację z przyczyny bólów w grzbiecie, krzyżu (*irritatio spinalis*) i kończynach, często towarzyszących neurastenii, a branych mylnie za bóle reumatyczne.

Neurasteników spostrzegałem w Ciechocinku 22. U żadnego nie widziałem wybitniejszej poprawy nie tylko pod względem stanu ogólnego, ale pod względem wpływu leczenia na towarzyszące bóle. Owszem, często chorzy przez cały czas trwania leczenia skarżyli się na bóle i ogólne rozłamianie. O ile zauważyć mogłem, chorzy neurastenicy nieszczególnie znoszą kąpiele solankowe, gdy ciepłota ich jest nieco wyższą. Sądzę w ogólności, że kąpiele solankowe w Ciechocinku, jako zbyt drażniące skórę i zakończenia nerwowe i zbyt silny wywołujące odczyn w ustroju, nie nadają się do leczenia neurasteników i towarzyszących neurastenii przypadłości, szczególnie bólów.

Ciechocinek ma ustaloną sławę pod względem skuteczności jego przy różnego rodzaju nerwobólach. Sława ta jest w rzeczy samej usprawiedliwiona, lecz tylko o tyle,



o ile nerwobóle są bardzo często skutkiem, następstwem lub przypadłością, to rysując różnym cierpieniem jużto miejscowym, jużto ogólnym, na które kąpiele Ciechocińskie taki korzystny wpływ wywierają.

W tym rozdziale interesują nas tylko chorzy, u których nerwobóle są spowodowane cierpieniem nerwu, t. j. tak zwane nerwobóle esencjonalne. Z nerwobólami, do tej grupy należącymi, spostrzegałem w Ciechocinku 7 chorych, czterech z rwą kulszową 2 z nerwobólem ramieniowym i 1 z międzyżebrowym. Byli to wszystko mężczyźni, w młodym lub średnim wieku, silnie zbudowani, którzy za przyczynę swego cierpienia uważali zaziębienie. U wszystkich stwierdzić było można charakterystyczne dla nerwobólów esencjonalnych punkty bolesne. Z 7 chorych tylko u jednego osiągnięto za pomocą leczenia kąpielami i okładami borowinowymi znaczącą poprawę, u 6 wynik leczenia był albo bardzo nieznaczny albo ujemny. Rozpoznanie zatem przyczyny nerwobólu jest wielkiej wagi i decyduje o skutkach, mogących być osiągniętymi, za pomocą leczenia balneoterapeutycznego przy nerwobólach.

Z porażeniami spostrzegałem 12 chorych. U 4 porażenie jednej połowy ciała (*hemiplegia*) było następstwem wylewu krwi do mózgu (*apoplexia cerebri*), a z tych w 1 przypadku było ono zupełnem (*paralysis*), w 3 niezupełnem (*paresis*).

Przypadek z zupełnem porażeniem dotyczył pięćdziesięciokilkuletniej kobiety, silnie zbudowanej, u której wylew miał miejsce kilka miesięcy temu. Przybyła ona do Ciechocinka z zupełnem porażeniem lewej kończyny górnej i dolnej. Po kilkotygodniowej kuracji kąpielami solankowymi, mięsioniem i faradyzacją chora doznała tak znakomitej poprawy, że mogła podparta pod ramię sama chodzić.

Dwa przypadki z niezupełnem porażeniem dotyczyły ludzi starych, 68 i 70 lat, u których wylew krwi do mózgu miał miejsce kilka miesięcy temu, u jednego dwa razy. U obu znaleziono bardzo znacznie zmiany w narządzie tętniczym (*arteriosclerosis*) i pewno niedołęstwo ogólne. Leczenie kąpielami solankowymi, z wielką oględnością stosowane, w niczem nie wpłynęło na objawy parotyczne. W jednym przypadku, dotyczącym 60-letniego mężczyzny, po kilkunastu kąpielach wystąpił nowy niezbyt silny napad, skutkiem czego przerwano dalsze leczenie.

Nieliczna ilość przypadków, spostrzeganych przezemnie, nie pozwala mi wydać sądu o skuteczności kąpeli ciechocińskich przy porażeniach w następstwie wylewu krwi do mózgu; z tego jednak co widziałem, sędzę, że na pomyślny wynik leczenia liczyć tylko można w przypadkach, dotyczących ludzi w sile wieku, niewyniszczonych i u których zmiany w narządzie tętniczym nie są za daleko posunięte, ludzi zaś wiekowych, ze znacznymi zmianami w narządzie tętniczym, z głębszymi zmianami tkanki mózgowej, lepiej na leczenie nie przysyłać. O ile mi wiadomo, niejednokrotnie spostrzegane były w Ciechocinku u chorych z porażeniami nowe wylewy krwi do mózgu.

Z porażeniem wskutek przewlekłego zapalenia mleczca spostrzegałem 2 chorych. U obu stwierdzić się dawała wyraźna poprawa, polegająca na zmniejszeniu bólu w grzbiecie i na swobodniejszych ruchach kończyn dolnych.

Z porażeniem dziecięcym (*paralysis infantilis*) spostrzegałem 2 dzieci. U jednego silnie zolżowatego porażenie trwało niedawno, było niezupełnem (*paresis*) i w chwili przybycia do Ciechocinka było na drodze do poprawy. Dziecko to przy wyjeździe z Ciechocinka po 6 tygodniach swobodnie chodziło. U drugiego dziecka, silnie wyniszczzonego, wynik leczenia był ujemnym.

Bardzo pomyślne wyniki osiągnięto w 4 przypadkach porażen w następstwie rozlanego zapalenia nerwów (*neuritis multiplex*). Jeden przypadek dotyczył 33-letniej kobiety, u której cierpienie rozwinęło się w kilka miesięcy po porodzie. Przybyła ona do Ciechocinka w stanie zupełnego porażenia obu dolnych kończyn, z ogromnym zanikiem mięśni i z silnymi bólami. Po 8 tygodniach leczenia (kąpiele solankowe i borowinowe, mięsienie i faradyzacja) stan chorej do tego stopnia się poprawił, że mogła oparta o kij sama przejść przez pokój, gdy poprzednio na nogach utrzymać się nie mogła, a zanikłe mięśnie przybrały na jędrności i sile. Drugi przypadek dotyczył alkoholika, od wielu miesięcy cierpiącego na biegunkę. Porażenie było zupełnem, tak, że chory od wielu miesięcy nie opuszczał łóżka. W przypadku tym pod wpływem wyłącznie kąpeli solankowych osiągnięto zupełne wyleczenie. W przypadku trzecim, dotyczącym chłopca 10-letniego, u którego porażenie rozwinęło się w następstwie ciężkiej błonicy, a atrofia mięśniowa dosięgła wysokiego stopnia, osiągnięto zupełne wyleczenie. W 4-yim przypadku, dotyczącym mężczyzny 50-letniego, u którego cierpienie

rozwinęło się prawdopodobnie wskutek przeziębienia nóg, a porażenie obu dolnych kończyn było niezupełnem, bóle w nogach się zmniejszyły, ruchy stały się nieco swobodniejsze.

Jakkolwiek bezwładny w następstwie rozsianego zapalenia nerwów należą do mniej niepomyślnych, to jednak, mając na względzie długi czas trwania porażen w 2 pierwszych przypadkach, wysoki stopień rozwoju zaniku mięśni, wynik leczniczy w następnych przypadkach musimy uważać za bardzo pomyślny, i z tego powodu uważam kąpiele solankowe i borowinowe w Ciechocinku za bardzo skuteczną metodę leczniczą przy bezwładach w następstwie rozsianego zapalenia nerwów.

I nie dziwnego. Potężny wpływ kąpeli w Ciechocinku na narząd krążenia i narząd nerwowy, na wosanie produktów chorobowych, na przemianę materii i odżywianie tkanek, w dostateczny sposób może nam wytłomaczyć pomyślny leczniczy efekt przy cierpieniu, polegającym na przewlekłej sprawie zapalnej i degeneracyjnej.

W końcu niniejszego sprawozdania pozwolę sobie poruszyć kilka spraw, dotyczących Ciechocinka, a wymagających pewnego wyjaśnienia.

1) Od kilku już lat zauważono nieczem nieuzasadnione zjawisko, że ilość kuracuszów, spacerujących pod tężniami, znacznie się zmniejszyła. Kiedy dawniej w każdej prawie porze dnia spotkać było można pod tężniami całe tłumy dzieci i dorosłych, napawających się powietrzem pod tężniami, obecnie mała zaledwie cząstka kuracuszów korzysta z niego. A jednak powietrze tężniowe, jako zawierające drobno cząsteczki soli i dosyć znaczną ilość ozonu, stanowi czynnik leczniczy bardzo pożyteczny a często bardzo skuteczny. O ile zauważyć mogłem, lekarze sami nie kładą zbyt wielkiego nacisku na pożyteczność tego czynnika w wielu cierpieniach, z którymi się spotykamy w Ciechocinku, a wśród leczących się panują mylnie pojęcia o szkodliwości powietrza tężniowego. Często się tu spotkać można w wyglądzie zdaniem, że powietrze tężniowe szkodliwie działa na płuca, serce itp. Lekarze praktykujący w Ciechocinku wszelkimi siłami starają się winni o prostowanie tak fałszywych pojęć.

2) Niejednokrotnie slysze tak od lekarzy jak i od laików, jakoby w Ciechocinku często zdarzały się przypadki zimnicy czyli że miejscowość ta jest malaryczną. Utarło to mniemanie, przechodzące z ust do ust, zawsze wydawało mi się nioprawdopodobne z przyczyny warunków klimatyczno-tellurycznych, w jakich się Ciechocinek znajduje. Grunt piaszczysty i żwirowy, a zatem łatwo przepuszczalny, w głębszych warstwach znajdujące się pokłady soli kuchennej w zupełności nie odpowiadają warunkom, wśród których malarya staje się endemiczną. Dawniej, dopóki Ciechocinek nie był dostatecznie zabezpieczonym od wylowów Wisły, grunt mógł od czasu do czasu ulegać nadmiernej wilgotności, co sprzyjać mogło powstawaniu zimnicy. Obecnie od wielu lat warunki się zmieniły i wcale nie spostrzegają się tu tak często przypadki zimnicy, jak to powszechnie przypuszczają. I w rzeczy samej, w ciągu r. b. wśród kilkuset chorych, którzy się pod moją opieką lekarską znajdowali, wydarzył się jeden przypadek, i to wątpliwy, zimnicy. I inni lekarze, tu praktykujący, tak w tym jak i poprzednich latach spostrzegli bardzo nieliczne przypadki zimnicy. Najwymowniejszym zaś dowodem, że zimnica wcale tu nie panuje endemicznie, jest laskawie mi udzielony przez tutejszego aptekarza pana Gębczyńskiego wykaz ilości chininy, ekspedywanej w jego aptece w ciągu całego szeregu lat, z którego się okazuje, że ilość ta w ostatnich latach pomimo coraz większego napływu leczących się jest bardzo nieliczna. Dla chorych przeto, cierpiących na malaryę lub do niej usposobionych, bynajmniej nie jest przeciwwskazany Ciechocinek; owszem, sądząc, że dla wielu z nich, u których znajdujemy wskazanie do kąpeli Ciechocińskich, wpływ krzepiącego powietrza pod tężniami i kąpeli okazać się musi wcale skutecznym, w żadnym zaś razie pobyt w Ciechocinku nie może być dla nich szkodliwym.

## STRESZCZENIA ZBIOROWE.

## Istota i leczenie blednicy,

krytycznie opracował dr Stanisław Klejn, ordynator kliniki terapeutycznej.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr 6).

V.

TREŚĆ: Wartość żelaza przy blednicy.—Sprawa wsysania żelaza nieorganicznego.—Sposób działania żelaza przy blednicy.—Wartość przetworów żelaza organicznych.—Przetwory i sposób stosowania żelaza.—Uwzględnienie czynników przygotowawczych przy leczeniu blednicy.—Arszenik, siarka i kwas solny przy blednicy.—Wartość tych środków.—Odkazanie kiszek jako metody lecznicza.—Upusty krwi i kąpiele parowe.—Wartość ich w leczeniu blednicy.—Leczenie objawowe blednicy.—Kryterium uleczalności blednicy.

Spostrzeżenia kliniczne wieków całych złożyły się na pewnik, iż żelazo jest środkiem swoistym przy blednicy. I nowsze spostrzeżenia kliniczne przyścisłej kontroli hematologicznej, z pewnem coprawda ograniczeniem, zdanie to potwierdziły, tak, że obecnie wszyscy klinicyści zgadzają się na jedno, iż jest to środek, który najczęściej jest w stanie usunąć niedokrwistość przy blednicy i towarzyszące jej objawy. Ale jak pewnem i szybkim jest działanie tego środka, tak ciemnym i rozmaicie tłumaczonym jest sposób jego działania; powinien czas wątpiono nawet, czy żelazo w ogóle się wsysa w przewodzie pokarmowym. Krótka historia tego przedmiotu z wielu względów, sędzę, będzie ciekawa, a i rozbiór odnośnych doświadczeń nie jest pozbawiony interesu pod względem klinicznym, gdyż dostarcza nam kilku wskazówek leczniczych, które samo przez się, a także wobec nowego zwrotu w farmakologii żelaza, mogą mieć pewne znaczenie dla terapeutyki.

Już w 1840 r. GÉLIS, a trochę później BOUCHARDAT przekonali się, że żelazo, podawane wewnątrznie, do moczu nie przechodzi wcale, w ostatnich zaś latach BUNGE i KOBERT fakt ten potwierdzili i na zasadzie jego wypowiedzieli pogląd, iż żelazo nieorganiczne w przewodzie pokarmowym nie zostaje wosane, lecz wydalane z kałem. Natomiast badacze ci oraz cały szereg ich uczniów twierdzą, że tylko przetwory organiczne żelaza zostają wchłaniane, gdyż po wewnątrznie ich użyciu ilość żelaza w moczu znacznie się powiększa. Przy doświadczeniach tych okazało się jednak, iż nerki nie są jedynym lub głównym narządem, wydalającym żelazo; daleko ważniejszą rolę odgrywa tu ściana przewodu pokarmowego oraz wątroba (GOTTLIEB, KUNKEL). Rola narządów tych jest następująca. Żelazo z przewodu pokarmowego przechodzi do krwi, a stąd głównie do wątroby. Pewna jednak część żelaza natychmiast zostaje wydalona przez nerki i przez ścianę kiszek i wychodzi z kałem. Żelazo zaś, umiejscowione w wątrobie, powoli się stąd wydziela części znow przez ścianę kiszek, części zaś, i to w bardzo małej ilości, wychodzi z moczem. W ten sposób zachowują się przetwory żelaza zarówno organiczne, jak i nieorganiczne. Różnica w działaniu polega na tem, iż po zastosowaniu przetworów organicznych ilość żelaza w moczu powiększa się, przetwory zaś nieorganiczne na ilość wydzielanego z moczem żelaza wpływu nie mają. Z faktu tego szkoła KOBERT'a wysnuła wniosek, że żelazo nieorganiczne nie wsysa się wcale, albo tylko w ilości bardzo małej. Wniosek ten jest jednak niesłuszny, gdyż ilość żelaza wątroby jest w takich przypadkach również znacznie powiększona, a to jest jedynym kryterium, że żelazo uległo wosaniu. Wobec takiego stanu rzeczy należy zwiększoną ilość żelaza w moczu, występującą po przyjęciu przetworów organicznych żelaza, uważać zgodnie z NOORDEN'em jako akt mechanicznej samorogulacji ustroju, starającego się uwolnić od niepotrzebnego mu balastu t. j. od nadmiaru żelaza, którego nie jest w stanie przyswoić. Za poglądem takim przemawia fakt, iż ilość żelaza w moczu zwiększa się już w pierwszych chwilach po wprowadzeniu go do ustroju, później zaś zwiększenie to w stosunku do przyjętego żelaza jest minimalne.

Jaką wobec takiego stanu kwestyi żelaza mają wartość tak zachwalane w ostatnich czasach przetwory organiczne żelaza? Sędzę, że wartość ich co najmniej nie przewyższa wartości przetworów nieorganicznych, co zresztą potwierdzają i spostrzeżenia kliniczne. Teoretycznie pogląd ten usprawliwiają dane następujące. Człowiek dziennie potrzebuje wcale niewiele żelaza (0,06

rozwinęło się prawdopodobnie wskutek przeziębienia nóg, a porażenie obu dolnych kończyn było niezupełnem, ból w nogach się zmniejszyły, ruchy stały się nieco swobodniejsze.

Jakkolwiek bezwładny w następstwie rozsianego zapalenia nerwów należą do mniej niepomysłnych, to jednak, mając na względzie długi czas trwania porażoń w 2 pierwszych przypadkach, wysoki stopień rozwoju zaniku mięśni, wynik leczniczy w następnych przypadkach musimy uważać za bardzo pomysłny, i z tego powodu uważam kąpiele solankowe i borowinowe w Ciechocinku za bardzo skuteczną metodę leczniczą przy bezwładach w następstwie rozsianego zapalenia nerwów.

I nie dziwnego. Potężny wpływ kąpeli w Ciechocinku na narząd krążenia i narząd nerwowy, na woszenie produktów chorobowych, na przemianę materii i odżywianie tkanek, w dostateczny sposób może nam wytłumaczyć pomysłny leczniczy efekt przy cierpieniu, polegającym na przewlekłej sprawie zapalnej i degeneracyjnej.

W końcu niniejszego sprawozdania pozwolę sobie poruszyć kilka spraw dotyczących Ciechocinka, a wymagających pewnego wyjaśnienia.

1) Od kilku już lat zauważono nieczemu niezasadnione zjawisko, że ilość kuracyuszów, spacerujących pod tężniami, znacznie się zmniejszyła. Kiedy dawniej w każdej prawie porze dnia spotkać było można pod tężniami całe tłumy dzieci i dorosłych, napawających się powietrzem pod tężniami, obecnie mała zaledwie cząstka kuracyuszów korzysta z niego. A jednak powietrze tężniowe, jako zawierające drobno cząsteczki soli i dosyć znaczną ilość ozonu, stanowi czynnik leczniczy bardzo pożyteczny a często bardzo skuteczny. O ile zauważyć mogłem, lekarze sami nie kładą zbyt wielkiego nacisku na pożyteczność tego czynnika w wielu cierpieniach, z którymi się spotykamy w Ciechocinku, a wśród leczących się panują mylne pojęcia o szkodliwości powietrza tężniowego. Często się tu spotkać można z wygłaszanem zdaniem, że powietrze tężniowe szkodliwie działa na płuca, serce itp. Lekarze praktykujący w Ciechocinku wszelkimi siłami starają się winni o prostowanie tak fałszywych pojęć.

2) Niejednokrotnie slysze tak od lekarzy jak i od laików, jakoby w Ciechocinku często zdarzały się przypadki zimnicy czyli że miejscowość ta jest malaryczną. Utarło to mniemanie, przechodzące z ust do ust, zawsze wydawało mi się nioprawdopodobne z przyczyny warunków klimatyczno-tellurycznych, w jakich się Ciechocinek znajduje. Grunt piaszczysty i żwirowy, a zatem łatwo przepuszczalny, w głębszych warstwach znajdujące się pokłady soli kuchennej w zupełności nie odpowiadają warunkom, wśród których malarya staje się endemiczną. Dawniej, dopóki Ciechocinek nie był dostatecznie zabezpieczonym od wylowów Wisły, grunt mógł od czasu do czasu ulegać nadmiernej wilgotności, co sprzyjać mogło powstawaniu zimnicy. Obecnie od wielu lat warunki się zmieniły i wcale nie spostrzegają się tu tak często przypadki zimnicy, jak to powszechnie przypuszczają. I w rzeczy samej, w ciągu r. b. wśród kilkuset chorych, którzy się pod moją opieką lekarską znajdowali, wydarzył się jeden przypadek, i to wątpliwy, zimnicy. I inni lekarze, tu praktykujący, tak w tym jak i poprzednich latach spostrzegali bardzo nieliczne przypadki zimnicy. Najwymowniejszym zaś dowodem, że zimnica wcale tu nie panuje endemicznie, jest łaskawie mi udzielony przez tutejszego aptekarza pana Gębczyńskiego wykaz ilości chininy, ekspedywanej w jego aptece w ciągu całego szeregu lat, z którego się okazuje, że ilość ta w ostatnich latach pomimo coraz większego napływu leczących się jest bardzo nieznaczna. Dla chorych przeto, cierpiących na malaryę lub do niej usposobionych, bynajmniej nie jest przeciwwskazany Ciechocinek; owszem, sądzę, że dla wielu z nich, u których znajdujemy wskazanie do kąpeli Ciechocińskich, wpływ krzepiącego powietrza pod tężniami i kąpeli okazać się musi wielce skutecznym, w żadnym zaś razie pobyt w Ciechocinku nie może być dla nich szkodliwym.

## STRESZCZENIA ZBIOROWE.

## Istota i leczenie blednicy,

krytycznie opracował d-r Stanisław Klejn, ordynator kliniki terapeutycznej.

(Dalszy ciąg.—Zob Nr 6).

## V.

TREŚĆ: Wartość żelaza przy blednicy.—Sprawa wssysania żelaza nieorganicznego.—Sposób działania żelaza przy blednicy.—Wartość przetworów żelaza organicznych.—Przetwory i sposób stosowania żelaza.—Uwzględnienie czynników przygotowawczych przy leczeniu blednicy.—Arszenik, siarka i kwas solny przy blednicy.—Wartość tych środków.—Odkazanie kiszek jako metody leczniczej.—Upusty krwi i kąpiele parowe.—Wartość ich w leczeniu blednicy.—Leczenie objawowe blednicy.—Kryterium uleczalności blednicy.

Spostrzeżenia kliniczne wieków całych złożyły się na pewnik, iż żelazo jest środkiem swoistym przy blednicy. I nowsze spostrzeżenia kliniczne przy ścisłej kontroli hematologicznej, z pewnem coprawda ograniczeniem, zdanie to potwierdziły, tak, że obecnie wszyscy klinicyści zgadzają się na jedno, iż jest to środek, który najczęściej jest w stanie usunąć niedokrwistość przy blednicy i towarzyszące jej objawy. Ale jak pewnem i szybkim jest działanie tego środka, tak ciemnym i rozmaicie tłumaczonym jest sposób jego działania; pewien czas wątpiono nawet, czy żelazo w ogóle się wssysa w przewodzie pokarmowym. Krótka historia tego przedmiotu z wielu względów, sądzę, będzie ciekawa, a i rozbiór odnośnych doświadczeń nie jest pozbawiony interesu pod względem klinicznym, gdyż dostarcza nam kilku wskazówek leczniczych, które samo przez się, a także wobec nowego zwrotu w farmakologii żelaza, mogą mieć pewne znaczenie dla terapeuty.

Już w 1840 r. GÉLIS, a trochę później BOUCHARDAT przekonali się, że żelazo, podawane wewnątrznie, do moczu nie przechodzi wcale, w ostatnich zaś latach BUNGE i KOBERT fakt ten potwierdzili i na zasadzie jego wypowiedzieli pogląd, iż żelazo nieorganiczne w przewodzie pokarmowym nie zostaje wssane, lecz wydalane z kałem. Natomiast badacze ci oraz cały szereg ich uczniów twierdzą, że tylko przetwory organiczne żelaza zostają wchłaniane, gdyż po wewnątrznie ich użyciu ilość żelaza w moczu znacznie się powiększa. Przy doświadczeniach tych okazało się jednak, iż nerki nie są jedynym lub głównym narządem, wydalającym żelazo; daleko ważniejszą rolę odgrywa tu ściana przewodu pokarmowego oraz wątroba (GOTTLIEB, KUNKEL). Rola narządów tych jest następująca. Żelazo z przewodu pokarmowego przechodzi do krwi, a stąd głównie do wątroby. Pewnajmniej część żelaza natychmiast zostaje wydalona przez nerki i przez ścianę kiszek i wychodzi z kałem. Żelazo zaś, umiejscowione w wątrobie, powoli się stąd wydziela poczęści znów przez ścianę kiszek, poczęści zaś, i to w bardzo małej ilości, wychodzi z moczem. W ten sposób zachowują się przetwory żelaza zarówno organiczne, jak i nieorganiczne. Różnica w działaniu polega na tem, iż po zastosowaniu przetworów organicznych ilość żelaza w moczu powiększa się, przetwory zaś nieorganiczne na ilość wydzielanego z moczem żelaza wpływu nie mają. Z faktu tego szkoła KOBERT'a wysnuła wniosek, że żelazo nieorganiczne nie wssysa się wcale, albo tylko w ilości bardzo małej. Wniosek ten jest jednak niesłuszny, gdyż ilość żelaza wątroby jest w takich przypadkach również znacznie powiększona, a to jest jedynem kryterium, że żelazo uległo wssaniu. Wobec takiego stanu rzeczy należy zwiększoną ilość żelaza w moczu, występującą po przyjęciu przetworów organicznych żelaza, uważać zgodnie z NOORDEN'em jako akt mechanicznej samorogulacji ustroju, starającego się uwolnić od niepotrzebnego mu balastu t. j. od nadmiaru żelaza, którego nie jest w stanie przyswoić. Za poglądem takim przemawia fakt, iż ilość żelaza w moczu zwiększa się już w pierwszych chwilach po wprowadzeniu go do ustroju, później zaś zwiększenie to w stosunku do przyjętego żelaza jest minimalne.

Jaką wobec takiego stanu kwestyi żelaza mają wartość tak zachwalane w ostatnich czasach przetwory organiczne żelaza? Sądzę, że wartości ich co najmniej nie przewyższa wartości przetworów nieorganicznych, co zresztą potwierdzają i spostrzeżenia kliniczne. Teoretycznie pogląd ten usprawiedliwiają dane następujące. Człowiek dziennie potrzebuje wcale niewiele żelaza (0,06

wodług HOFFMANN'a); ilość ta w stosunku do zawartości żelaza w dawkach leczniczych, jest tak mała, że gdybyśmy nawet przypuścili, że drobna tylko część tych dawek zostanie wessaną, to zawsze wystarczy ona do pokrycia powyższej potrzeby. Ustrój zatem nasz nie wymaga wprowadzania doń dużych ilości żelaza, a nawet wprost broni się przed jego nadmiarem i toksycznym jego działaniem w sposób wyżej wskazany. Podobny skutek wywołują organiczne przetwory żelaza i przy błednicy; duży nadmiar ich we krwi i tu nie może zostać odrazu zużyty i szybko zostaje wydalony z ustroju; jednakże należy przypuścić, że wskutek braku żelaza w ustroju chorych na błednicę zostają tu wchłaniane większe trochę ilości żelaza, niż u ludzi zdrowych, w każdym jednak razie nie tak dużo, ażoby czyniły koniecznem podawanie większej ilości przetworów żelaznych nieorganicznych, albo też mniejszą, ale lepiej wchłanianych — organicznych, z tych bowiem, jak i z tamtych ustrój potrzebną dla siebie ilość wchłania.

Dlaczego jednak ustrój chorych na błednicę nie korzysta z dostarczanego mu w obfitości żelaza pokarmów, trudno powiedzieć, wobec braku badań w tym kierunku. W sprawie tej istnieje kilka hipotez, o ile sądzić wolno, mało prawdopodobnych. Hipoteza np. LANDWEHR'a jest następująca. W kiszkaach osób dotkniętych błednicą wytwarza się ogromna ilość śluzu, który, pokrywając grubą warstwą błonę śluzową, przeszkadza wchłanianiu się żelaza pokarmów. Przez stosowanie nieorganicznych związków żelaza wytwarza się połączenie mucyny z żelazem, które, jako masa bardziej zbita i nie przylegająca tak ściśle do ścian kiszki, łatwo zostaje wydalona z kałem, wskutek czego żelazo organiczne pokarmów bez przeszkody zostaje wchłaniane.

Teorya ta, wymagająca dla błednicy obecności formalnego nieczytu przewodu pokarmowego, nie wytrzymuje ścisłej krytyki, gdyż, jak widzieliśmy, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe chorych na błednicę rzadko są natury organicznej. Objasnienie to zresztą, tłumaczące nam tylko działanie żelaza nieorganicznego, przy zastosowaniu go do żelaza organicznego traci na wartości, gdyż to ostatnie nie łączy się z mucyną.

Do teoryi powyższej zbliżona jest teorya BUNGE'go, którą poczęści rozpatrzyliśmy poprzednio. Otóż wiadomo, że błednicę można także wyleczyć przez podskórno wstrzykiwania przetworów żelaza, a więc unikając połączenia żelaza z siarkami alkali przewodu pokarmowego, albo nawet przez podawanie wewnątrznie siarku żelaza, który na siarki alkali wpływu już mieć nie może. Z drugiej znow strony, gdyby przyczyną niewchłaniania się żelaza pokarmów były owe siarki alkali, to można byłoby ją usunąć, podając chorym przetwory bismutu, jak wiadomo, również chemicznie łączącego się z siarkowodorem. Tak jednak nie jest: przetworami bismutu nikt jeszcze błednicę nie wyleczył.

Większość farmakologów, a na ich czele KOBERT, przyczynę niekorzystania ustroju chorych z żelaza pokarmów szuka w niedokrwiistości błony śluzowej kiszki. Żelazo nieorganiczne ma, zdaniem KOBERT'a, wywoływać podrażnienie i przekrwienie błony śluzowej, wskutek czego żelazo pokarmów zostaje łatwiej wessane; natomiast przetwory organiczne żelaza nie drażnią kiszki i mogą być wchłaniane nawet przez niedokrwiłą błonę śluzową.

Teoryi tej również brak faktycznego poparcia, nie mamy bowiem żadnych danych do twierdzenia, iż przy błednicy istnieje pierwotna niedokrwiistość błony śluzowej przewodu pokarmowego; przeciwnie nawet, widzieliśmy, iż są tacy, co przypuszczają przy błednicy obecność przekrwienia kiszki. Z drugiej znow strony, jak słusznie twierdzi v. NOORDEN, nie przekonano się dotychczas, ażoby nieorganiczne przetwory żelaza powodowały jakiegokolwiek widoczne zmiany w przewodzie pokarmowym, co zresztą wobec częstego stosowania żelaza u chorych, i to do ostatniej chwili życia, niewątpliwieby zauważono.

Hipotezy te zatem, jak widzimy, nie mogą objasnić nam, dlaczego ustrój chorych na błednicę nie wchłania żelaza pokarmów. Sądzę, że sprawy tej rozpatrywać nie należy, dopóki nie zdobędziemy pewności, iż rzeczywiście błednica zależy od złego przyswajania żelaza. A pewności tej dotychczas nie mamy; zdaje się nawet, iż wiele danych przemawia za tem, iż czynnik ten najmniej odgrywa rolę przy powstawaniu błednicy. W związku z tem i wobec wyżej postawionej przez nas hipotezy o istocie błednicy, należałoby sądzić, iż dawki lecznicze żelaza nie tyle wpływają na zwiększenie tego składnika we krwi, ile działają w jakiś nieznan nam sposób na rozmieszczenie żelaza w ustroju, być może drogą podstawienia (substytucyi) czynności wątroby, która prawdopodobnie nie tylko u ssawca gra wybitną rolę w ekonomii żelaza i tworzeniu się krwi, ale zapewno u i dorosłych, głównie zaś u kobiet. (D. n.).

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 29 stycznia r. b.

TREŚĆ: 1) JASIŃSKI—przedstawienie dziecka po dwustronnej torakotomii. 2) MIKŁASZEWSKI—przedstawienie chorej ze śpiączką historyczną. 3) LANDE—przedstawienie chorej z chorobą MORWAN'a. 4) WOŁKOWICZ—przedstawienie chorej ze zgorzela palca po użyciu karbolu. 5) NOISZEWSKI—odezyt: O ślepotcie umysłowej i halucynacjach wzrokowych.

1) Kol. JASIŃSKI przedstawił 7-letnią dziewczynkę, która przybyła d. 23. X. 94. do szpitala dla dzieci, do oddziału wewnętrznego, z wymiotami, gorączką, bólem głowy i zaczerwienieniem rozlanem gardzieli i sromu. 29. X. wystąpił objaw prawostronnego zapalenia płuc włóknikowego, a 1. XI. zapalenie płuc lewostronne wraz z wysiękiem w opłucnej. 15. XI. zauważono z prawej strony brzucha aż do kresy białej tępość zupełną z zaczerwienieniem, bólem i twardością rozlaną około pępka. 17. XI. otworzono ropień i wypuszczono z brzucha około 6 litrów ropy. 19. XI. chorą przeniesiono na oddział chirurgiczny, gdzie kol. J. po zbadaniu rozpoznawał: dwustronne zapalenie ropno opłucnej, ropień podprzeponowy. Stan ogólny dziecka był bardzo zły. Sinica. Tętno małe, 140. Z powodu rozpaczliwego stanu narządów krążenia i oddychania, kol. J. przystąpił do operacji bez narkozy i na jednym posiedzeniu rozszerzył otwór w jamie brzusznej, wyrezekował część 8 żebra ze strony prawej, w opłucnej prawej jednak ropy nie było, tylko znaczne zrosty, co dozwoliło kol. J. przystąpić do otworzenia opłucnej lewej i wypuszczenia z niej ropy. Przez 1-szy tydzień po operacji stan dziecka był groźny i dopiero od 26. XI. stan zaczął się poprawiać. W 11 dni po operacji zagoiła się opłucna prawa, a w 30 dni lewa. Obecnie kol. J. uważa dziecko za zupełnie wyleczone i dodaje, że bakteriologiczne badanie ropy wykazało obecność w niej paciorkowców i gronkocetów.

2) Kol. MIKŁASZEWSKI przedstawił chorą z oddziału kol. CHEŁMOŃSKIEGO, z ciekawym objawem częstej śpiączki, w którą wpada chora po kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt razy dziennie. Chora ta, służąca, lat 25, pochodzi z rodziny zdrowej, ważniejszych chorób nie przechodziła; miesiączkuje prawidłowo. Cierpienie wystąpiło w kwietniu r. z. po silnych wzruszeniach moralnych; rozpoczęło się od napadów omdlenia, często się powtarzających, i napadów nieprzytomności, w czasie których wymyślała siostrom, wstawała z łóżka, uciekała i t. p. Napady te zmieniły się wkrótce na napady śpiączki. Chora od czasu do czasu podczas rozmowy lub innej jakiej czynności naraz zasypia, leży nieruchomie od 1—15 minut i budzi się, zupełnie nie wiedząc, że spała, opowiada dalszy ciąg rozmowy, którą zaczęła, lub robi dalej rozpoczętą robotę, jak gdyby nic nie zaszło. Po każdym przebudzeniu uczuwa silny ból głowy. Kol. M. sądzi, że ma do czynienia z przejawem histeryi.

3) Kol. LANDE przedstawił chorą, która przed 3 tygodniami przybyła do oddziału kol. CHEŁMOŃSKIEGO, skarżąc się na bóle w rękach i nogach. Przy badaniu znaleziono: skóra na twarzy, dłoni, przedramieniu i piszczelach twarda, nie daje ująć się w fałdę, skóra na drobnych stawach obu rąk, zwłaszcza na prawej, zupełnie pozbawiona barwnika, biała, na zgięciach palców w niektórych miejscach owrzodziała. Żadnych zaburzeń czucia nie zauważono. Stawy drobne u rąk zupełnie zeszywniały, nieruchome, stawy łokciowy i kolanowy cokolwiek mniej zeszywniały. Choroba rozpoczęła się przed 3-ma laty bólem na końcu środkowego palca ręki prawej; okolica bolesna zaczerwieniła się i nieco obrzękła, a po kilku tygodniach chora zauważyła, że z miejsca obrzękłego sączy się ropa pomieszana z krwią. Rana ta zagoiła się, lecz od tego czasu chora zaczęła uczuwać darcie, które rozszerzyło się na całą rękę, jednocześnie zaś pojawiło się zeszywnienie najpierw w stawie napięstkowym, a następnie i łokciowym. Wkrótce potem ta sama sprawa powtórzyła się i na ręce lewej. W roku zeszłym wystąpiły bóle w okolicy drobnych stawów obu rąk i skóra na zgięciach palców zaczęła przybierać zabarwienie białe. Przymiotu chora nie przechodziła. Kol. L. sądzi, że ma do czynienia w danym przypadku z cierpieniem zbliżonym do choroby MORWAN'a.

4) Wreszcie kol. WOŁKOWICZ przedstawił chorą, która przed 10 dniami uderzyła się tasakiem w 2-gi palec ręki lewej i, chcąc obmyć ranę i utrzymać ją w czystości, trzymała chory palec w wodzie karbolowej. Po wyjęciu palca zauważyła, że zbieleł on i że utraciła w nim czucie. Kol. W. sądził w pierwszej chwili, że ma do czynienia z początkowym okresem zgorzeli głębokiej, lecz później okazało się, że palec czerniał

i utracił czucie w warstwach powierzchniowych tylko w 1-szym stawie, z czego wnosić można, że mamy do czynienia ze zgorzłą powierzchowną. Na zakończenie kol. W. dodaje, że słyszał od kol. LEŚNIEWSKIEGO o 2 podobnych przypadkach, gdzie sprawa zakończyła się utworzeniem szczelin na skórze i otwarciem stawu.

5) Kol. NOISZEWSKI wygłosił odczyt treści następującej. Pozorna wielkość przedmiotu postrzeganego zależy od dwóch czynników: od wielkości obrazu na siatkówce i towarzyszącego mu współczesnego napięcia akkomodacji. Mikropsya czyli zmniejszone widzenie jest tylko szczelinowym obrazem przedmiotu oddalonego, któremu towarzyszy nieodpowiednio tej odległości napięcie akkomodacji. Stosownie do powierzchni, przechodzącej przez obie siatkówki, którą autor zwie powierzchnią podmiotową dla odróżnienia od powierzchni pozornych, t. j. tych, które są przeciwległe podmiotowej, i od powierzchni przedmiotowej, przecinającej jednocześnie płaszczyznę podmiotową i pozorną, — mówca utrzymuje, że każde pole widzenia ma tylko jeden punkt przedmiotowy, mianowicie punkt utkwienia osi wzrokowej, nazwanej przez N. linią spojrzeniową. Wszystkie inne punkty danego pola widzenia nazywa punktami pozornymi, oddalonymi od odpowiednich im punktów przedmiotowych na siłę załamującą danej soczewki.

Za każdym posunięciem osi wzrokowej coraz to nowy punkt na powierzchni pozornej staje się punktem przedmiotowym i spojrzeniowym. Najmniejszy dowolny kąt posunięcia osi wzrokowej i danego osobnika jest kątem jego dyferencyjalnego widzenia; każdy mniejszy kąt będzie kątem gonooanopsyjnym czyli przestrzenią pomiędzy 2 punktami nieodróżnianą. Jeżeli kąt gonooanopsyjny jest wielki i siatkówka posiada wrażliwość prawidłową, wtedy osobnik taki widzi, że jest kilka punktów, ale policzyć ich nie umie. Linie, łączące kolejne punkty spojrzeniowe, nazywa autor linią wyobrażającą dany przedmiot. Wrażenia kolejnych spojrzeń układają się warstwami wciąż na te same miejsca na siatkówce oka, ale na powierzchni kory mózgowej na innych miejscach, ściśle określonych kierunkiem zwrotu oka. Każdy kolejny punkt przedmiotowy zostaje rzucony podwójnym rzutem na prawą i lewą stronę siatkówki średniego oka t. j. oka złożonego z prawej półsiatkówki prawego oka i lewej półsiatkówki lewego oka. Powierzchnie półsiatkówek zmianami swego położenia w przestrzeni zapomocą zwrotów oka i głowy powiększają w nieskończoność swe drobne rozmiary i czynią zadość tym sposobom wymogom geometrii wykreselnej, że 2 płaszczyzny, pod kątem do siebie ustawione, ciągną się w nieskończoność. Mówca wyobraża sobie, że obręb wzrokowy kory jest tylko siatkówką miliony razy powiększoną, przytem każdej siatkówce korowej odpowiada ten lub inny kierunek spojrzenia. Poruszenia zaś gałki oka kreślą na korze mózgowej linie swej drogi, jak sfigmograf na walcu. Zmiana pola widzenia zależy tylko od zmiany w położeniu osi wzrokowej przy unieruchomionej głowie; przeciwnie, każde poruszenie głowy spowoduje ruch pozorny przedmiotu, zmienia bowiem pole spojrzeniowe. Autor skłonny jest wogóle wielkie półkule mózgu uważać jako mózg *par excellence* wzrokowy, gdzie wszelki znak umysłowy jest albo znakiem wzrokowym, albo tłumaczeniem znaków umysłowych innych zmysłów na język wzrokowy. Autor dzieli ślepotę duchową na amnestyczną i ataktyczną i uzasadnia podział ten teoretycznie i na przykładach, podając wszystkie dotąd znane przypadki odzyskanego wzroku u osób z ślepotą wrodzoną. We wszystkich przypadkach kol. N. kładzie nacisk na ataksję wzrokową, która najwidoczniej występuje w 2 przypadkach, spostrzeganych przez niego samego. Mówca podaje następnie sposoby badania ataksji wzrokowej zapomocą tablicy z punktami i *chronoptometru*, t. j. przyrządu, składającego się ze zwyczajnego *metronomu* z *dyafragma*, posiadającą otwór szczelinowy, i z 2 punktami na wahadło.

Na podstawie danych powyższych i bezpośredniego badania klinicznego halucynantów, pośród chorych ocznych i umysłowych, autor przyszedł do wniosków, że halucynacje należy podzielić na takie, które się zachowują jak *powidoki*, t. j. poruszają się wraz z okiem, i na takie, które się zachowują, jak przedmioty rzeczywiste, t. j. nie poruszają się wraz z okiem, a pozostają na jednym miejscu przy poruszeniach oka i głowy. Dla halucynacji, zachowujących się jako *powidoki*, przyjmuje autor umiejscowienie podkorowe, dla drugich korowe. (Autoreferat).

W dyskusyi i kol. RYCHLIŃSKI zaznacza, że przy obecnym stanie nauki nie można jeszcze wypowiedzieć stanowczego zdania, gdzie jest źródło powstawania omamów, przypomina jednak, że pochodzenie korowe omamów sprzeciwia się wprost nauce MEYNERT'a, która ma obecnie jeszcze bardzo dużo zwolenników. Dalej R. zwraca uwagę



na tak zwane omamy wrzekome i wypowiada zdanie, że halucynacje w przykładach, przytoczonych przez kol. N., do tej kategorii zaliczyć należy. Wreszcie dodaje, że również trudno zgodzić się można z teorią korowego pochodzenia omamów rzeczywistych, podaną przez mówcę.

Kol. NOISZEWSKI odpowiada, że nie rozumie potrzeby rozróżniania omamów wrzekomych od rzeczywistych.

Kol. RYCHLIŃSKI dodaje, że dla klinicystów odróżnianie omamów prawdziwych od wrzekomych ma chociażby to znaczenie, że tą drogą możemy rozróżnić, w jakim okresie choroby znajduje się ten lub inny umysłowo chory, gdyż wiadomem jest, że z halucynantem inaczej trzeba postępować, gdy tymczasem w okresie stępienia niema halucynacji lub są bardzo rzadko, wrzekome zaś omamy spotykają się często. Być może, że przyszły rozwój nauki naszej da nam pewne wskazówki, dlaczego w jednych razach zjawiają się prawdziwe, w innych zaś przeważają wrzekome zbożenia umysłowe?

W ubiegły wtorek t. j. dnia 12-go lutego r. b. na posiedzeniu nadzwyczajnem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyła się uroczystość ku uczczeniu zasług ś. p. prof. W. F. SZOKALSKIEGO, długoletniego Sekretarza Stałego Warsz. Tow. Lek. Uroczystość uległa opóźnieniu (SZOKALSKI zmarł w styczniu w r. 1891-ym), — a to z powodu, że kościół Ś-go Aleksandra, w którym się znajduje tablica pamiątkowa wraz z pięknym biurem nieboszczyka, wykonanym kosztem Towarzystwa przez utalentowanego rzeźbiarza p. Wojdygę, dopiero w roku ubiegłym był poświęcony. Uroczystość rozpoczęła się nabożeństwem, na które zgromadziło się liczne grono nie tylko członków Towarzystwa, lecz i wielu naszych lekarzy z poza Towarzystwa, którzy o zasługach SZOKALSKIEGO dla nauki polskiej nie zapomnieli.

O 8-ej wieczorem dnia tegoż, przy natłoczonej sali, oraz wystawieniu portretu zmarłego, zielenią przyozdobionego, Prezes zagał to posiedzenie nadzwyczajne; poczem b. Vice-prezes Towarzystwa kol. DOBRZYCKI w godzinnem przemówieniu skreślił zasługi, położone dla Towarzystwa przez SZOKALSKIEGO. Charakteryzując stan nauk lekarskich u nas w chwili założenia Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w r. 1820-ym, oraz mówiąc o dodatnim wpływie, jaki na działalność Towarzystwa wywarło wprowadzenie do szpitali naszych ustawy francuskiej w r. 1842, zaznaczył mówca, iż pierwszym objawem działalności SZOKALSKIEGO w Towarzystwie (w poczet członków którego SZOKALSKI w r. 1854 zaliczony został) był wniosek jego, dotyczący systematycznego opracowania naszego słownictwa lekarsko-przyrodniczego, i wieloletni a najczynniejszy jego udział w tej pracy. Działalność naukowa SZOKALSKIEGO w Towarzystwie, oraz różne kierunki pożytecznej tej działalności stanowiły drugi, poważny ustęp przemówienia kol. D. Obszar wiedzy i inicjatywy SZOKALSKIEGO był olbrzymi; mówca też zgodnie z poglądem KOŚMIŃSKIEGO zaznaczył, że ściśle naukowa działalność Towarzystwa datuje się od przybycia SZOKALSKIEGO. Uczyniwszy obszerniejszą wzmiankę o staraniach SZOKALSKIEGO, aby lekarzy zbliżyć z przyrodnikami, i o doniosłym zapisie BĄCEWICZA, zatrzymał się mówca dłużej nad skreśleniem zasług SZOKALSKIEGO, dotyczących budowy własnego gmachu i pracowni naukowej Towarzystwa, wykazując, jak wielki i stanowczy był udział SZOKALSKIEGO w organizowaniu dzisiejszej siedziby Towarzystwa. W dalszym ciągu wykazał mówca doniosłą działalność pierwszego Sekretarza Stałego w sprawie rozwoju Kasy wsparcia, przy Towarzystwie istniejącej. Przedstawienie poglądów SZOKALSKIEGO na rolę etyczną Towarzystw Lekarskich wogóle, podniesienie zasług jego jako wzorowego mówcy i pisarza, wreszcie, wzmianka o ostatnim SZOKALSKIEGO przemówieniu w Tow. Lek. Warsz., dopełniły całości obrazu, skreślonego przez kol. D., który nam w sposób wyczerpujący przedstawił piękną postać SZOKALSKIEGO. Była to osobistość, która, jako wzór wzniosły i obywatelskim duchem przeniknięty, świecić będzie pokoleniom przyszłym.

Praca bez wytchnienia, wytrwałość ani na chwilę nie słabnąca, bezgraniczno umiłowanie nauki i nawoływanie pod jej sztandar do wspólnej pracy, wyrzeczenie się wszelkich korzyści osobistych dla sprawy ogólnej i celów społecznych, wiara w lepszą przyszłość aż do ostatniego technienia—oto były elementy składowe tej pięknej postaci, której uczczenie było aktem niezwykle doniosłym i dowodem, że pracę obywatelską uczcić umiemy.

Po kol. D. zabrał głos kol. B. GEPNER (ojciec), krosząc zasługi SZOKALSKIEGO na polu okulistyki i kierownictwa instytutem oftalmicznym warszawskim. Znakomite dwutomowe dzieło SZOKALSKIEGO, w r. 1869 wydane i na niemiecki oraz na rosyjski język tłumaczone, p. t. „Wykład chorób przyządu wzrokowego u człowieka“, było przedmiotem szczegółowszego rozbioru mówcy, który wykazał: że historia rozwoju optyki w stosunku do pojęć okulistycznych i teorii widzenia oraz historia okulistyki, są to niezmiernie cenne rozdziały, w opracowaniu których SZOKALSKI wielkie położył zasługi, bo był pierwszym, który tę mozolną podjął pracę; że SZOKALSKI był pierwszym, który klasyfikację cierpień ocznych oparł na podstawie anatomicznej i. co więcej, że był pierwszym, który chore tkanki badał mikroskopowo. SZOKALSKI też był pierwszym, który ugrupował materiał statystyczny w okulistyce, wykazując stosunki częstości cierpień, jakim różno części narządu wzrokowego ulegają, opierając je na całych dziesiątkach tysięcy spostrzeżeń. Mówca, jako uczeń i stały współpracownik SZOKALSKIEGO, miał możność naocznego przekonania się, z jakim zapałem i zamiłowaniem poświęcał się SZOKALSKI instytutowi i jak był chętnym w dzieleniu się swem bogatym doświadczeniem. Bezinteresowność ta nie mogła nie zjednać każdego, kto pod kierunkiem SZOKALSKIEGO chciał pracować. Nakoniec podniósł mówca ten fakt, iż SZOKALSKI niepomny na interes własny, z największą beziinteresownością poświęcał się leczeniu ludzi biednych, którzy mu większość czasu pochłaniali. Słowem, mówca przedstawił nam SZOKALSKIEGO jako postać w nauce europejskiej bardzo wydatną, a w naszym społeczeństwie jako człowieka, obdarzonego najpiękniejszymi obywatelskimi przymiotami, które od pierwszej chwili aż do ostatniego tchnienia były gwiazdą przewodnią w życiu i czynach niezapomnianego i największej czci godnego W. F. SZOKALSKIEGO.

Po kol. G. zabrał głos kol. Z. KRAMSZTYK, postawiwszy obszernie wymotywowany wniosek, aby Tow. Lek. Warsz. ogłosiło konkurs na dwa tematy: o zmysle mięśniowym i o poczuciu barw, a to celem wykazania prawa pierwszeństwa, jakie się w tych dwóch, ważnych dla fizjologii kwestyach SZOKALSKIEMU należy. Wniosek ten Towarzystwo jednogłośnie przyjęło.

Za te przemówienia wszystkim mówcom nie szczędzono objawów uznania. Uroczystość skończyła się o godz. 10-ej.

## ODCINEK.

### W sprawie ukończenia asenizacji Warszawy.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 6).

Powiedzieliśmy w artykule I, że przeciwnicy pełnego programu kanalizacji seryi V, opierają się nie tylko na niedostateczności środków finansowych, jakimi miasto rozporządza, ale i na zachodzącej jakoby niowykonalności kanalizacji Powiśla pod względem technicznym.

Wprawdzie, podczas wspomnianych już obrad komisji, rozpatrującej lindloyowski programat seryi V-tej, inżynier główny W. Lindley z całą stanowczością oświadczył, iż owo mniemanie przeciwników, jakoby budowa kanałów na Powiślu, przed dokonaniem zupełnej regulacji warszawskiego brzegu Wisły, była technicznie niemożliwą, uważa za bezzasadne. Owszem, wyraził przekonanie, że do regulacji brzegu warszawskiego przystąpić niepodobna dopóty, dopóki przynajmniej kanały główne D i D, zbudowane nie będą. Motywowanie W. Lindloya, tak wyrażonej przezeń opinii, wydać się musiało oponentom wystarczającym, gdyż nikt mu argumentami natury technicznej nie zaprzeczył i wogóle, mimo wciąż powtarzanego twierdzenia, iż Powiśla na teraz, z powodów technicznych, kanalizować niemożna, nie spotkaliśmy się nigdzie z uzasadnieniem szczegółowem tej ujemnej opinii.

Jakkolwiek sądzimy, że zarząd miasta winienby w zapewnieniu o wykonalności tej czy owej roboty, danem przez W. Lindloya, znajdować dostateczną rękojmię, po tem, czego technik ten dokonał tak w Warszawie, jak i w innych miastach, jednakże pragnęliśmy, jako profani, dowiedzieć się czegoś bliżej o owych rzekomych przeszkodo-

da ch technicznych, nastęrczać się mających w projektowanej przez W. Lindleya kanalizacyi Powiśla i dlatego zwróciliśmy się znowu do biegłych z następującem zapytaniem:

Czy rzeczywiście i dlaczego przedstawia się niemożność kanalizacyi Powiśla według planu W. Lindleya przed regulacyą brzegu Wisły, czy też rzecz ma się wprost odwrotnie i dlaczego?

A oto główne punkta odpowiedzi, jakiej nam udzielono:

Chcąc na pytanie powyższe dobrze odpowiedzieć, trzeba by usłyszeć motywy techniczne oponentów.

W. Lindley i ci technicy, którzy dzielą jego zdanie, utrzymują, że kanalizacya Powiśla przedstawia pewno trudności, ale jest w zupełności możliwa technicznie.

W czem leży trudność? Oto w bardzo niskiem położeniu miejscowości, przeciętej odpływami wód gruntowych, spływających po skarpie mocno pochylonej ku dolinie Wisły. Ta obfitość wód gruntowych, którą niewątpliwie na Powiślu napotkamy, stanowić będzie trudność główną w przeprowadzeniu kolektorów D i D<sub>1</sub>. Lecz już w górnej części miasta, jak np. na ulicy Wolność, na Elektoralskiej w pobliżu szpitala S-go Ducha, na Lesznie pomiędzy Orlą i Solną, na Kapucyńskiej, na Nowolipiu, na Nowolipkach, na Dzielnej w pobliżu Okopów i Dzikiej, praktyka dotychczasowa nauczyła i przygotowała armię wprawnych i dzielnych pracowników, wyspecjalizowała grono techników i majstrów, którzy i na Powiślu z trudnością rzeczoną dadzą sobie radę.

Druga trudność wynika z bliskości wielkiej rzeki. O ile stan Wisły bywa prawidłowy lub niski, położenie techniczne podczas budowy kanałów na Powiślu nie przedstawia żadnych groźnych ewentualności.

Nawet ulewne deszcze w trakcie robót nie są bynajmniej większem niebezpieczeństwem w nizinie, niż w górnej części miasta. Normalne opady, przy stanie Wisły od 6 do 8 stóp wyżej 0, nie przeszkadzają w niczem prawidłowemu rozwojowi robót. Otóż w ciągu roku mamy dni takich 335.

Wypada przeto zastanowić się tylko nad ewentualnościami, wynikającymi z bardzo znacznych opadów atmosferycznych, przy jednoczesnem podniesieniu się gwałtownem poziomem wody w Wisłę. Położenie takie jest do przewidzenia przez dni 5 w ciągu roku, albowiem 25 dni bywa (w porze wysokiego stanu wód) suchych, pogodnych, kiedy Wisła i jej dopływy prowadzą znaczne ilości wód spadłych jako deszcze w górach, lub wskutek topnienia śniegów, pod wpływem promieni słońca wiosennego. W ciągu tych 25 dni inżynierya miejska obecnie zatyka otwory i wyloty kanałowe (kanałów starych), mająco w 7 miejscach ujście na warszawskim brzegu Wisły, ustawia pompy parowe w miejscach zagrożonych, ażeby nie dopuścić wtargnięcia wody rzecznej do miejsc nisko położonych na Dobrej, na Solcu, na Rybakach. Ponieważ faktycznie istnieje obwałowanie na warszawskim brzegu Wisły, przeto niema obawy aby składy materiałów drzewnych, cementu, i t. p. przedmiotów, ulegających wpływowi wilgoci, mogły być uniesione lub uszkodzone. Podniesienie się zaś poziomu wód zaskórnych w przekopach może spowodować zwłokę kilkodniową w robocie, po wypompowaniu zaś wody tej roboty pójdą dalej trybem prawidłowym.

Roboty na Powiślu w Warszawie prowadzić się będą tak samo, z zachowaniem tych samych lub podobnych środków ostrożności, jak kanalizowano w Monachium dzielnicę położoną nad Izarą, lub w Hamburgu dzielnicę Hammerbrooks i Billwaerder. Wogóle, wszystkie mniej więcej miasta, posiadające dzielnicę nisko położoną, dzielnicę leżącą pod poziomem wysokich wód sąsiedniej rzeki, miały te same trudności do zwalczania, które nas czekają, a jednak wiemy, że w miastach tych kanalizacyę dolnej dzielnicy wykonano prawidłowo.

Wszelkie prace w terenach zalewowych, budowa mostów, młynów, wodociągów, narażone są na kaprysy rzeki; w porze wysokiego poziomu wód rzecznych robota ustaje, a po obniżeniu się jego i po odpływie wód wszystko powraca do naturalnego trybu.

Każą nam z kanalizacyą Powiśla czekać do chwili, kiedy ono będzie ochronione trwale od zalewów, to znaczy odłożyć asenizacyę tej dzielnicy na lat 10 lub 20.

Czy usprawiedliwionym byłby krok podobny?

Przed 10 laty mieliśmy już na stacyi pomp na ulicy Czerniakowskiej przykład takiej walki podczas układania rury ssącej ze smokiem. Gdyby wtedy zażądano, aby ochronić uprzednio plac budowy od zalewu wysokich wód, to byśmy do tej pory nie mieli nowego wodociągu, taksamo, jak przez głośne zdanie o konieczności uprze-

dniej ochrony Powiśla od zalewu, powstać może zwłoka w skanalizowaniu tej upośledzonej sanitarnie dzielnicy.

Tyło z udzielonych nam objaśnień co do tego, jakiej natury i jakiej doniosłość są przeszkody, przewidywane przy kanalizacji Powiśla.

By więc brak regulacji brzegu warszawskiego miał uniemożliwić budowę kanałów na Powiślu, o tem niema mowy. Natomiast, jak się pokazuje z objaśnień, danych na posiedzeniu komisji, dalej z objaśnień, jakieśmy prywatnie zasięgnęli, a nadewszystko z tego, co powiedział inżynier Cwikiel, w d. 8 Stycznia r. b. na posiedzeniu sokeyi technicznej w Muzeum przemysłowem, warunkiem niezbędnym regulacji brzegu warszawskiego jest uprzednie skanalizowanie całego tego brzegu.

Sprawa ta, mająca i pierwszorzędne znaczenie zdrowotne, przedstawia się, jak następuje:

U brzegu warszawskiego, na przestrzeni od Solca do mostu, dotychczas znajdują ujście wyloty 7 starych kanałów miejskich, istnych kloak podziemnych, nieszczelnych, niespławnych. Ponieważ u całego brzegu tego istnieje znacznej szerokości odsyp, wypukłością ku korytu rzeki zwrócony, stanowiący w porze niskiego poziomu wody w Wiśle obszerną mieliznę, przeto owe kanały wylewają wstrętą zawartość swoją, przez znaczną część roku, nie do prądu rzecznoego, ale na powierzchnię owej mniej lub więcej zanurzonej czy wynurzonej mielizny. Otóż, z planu regulacji warszawskiego brzegu Wisły, ułożonego przez zarząd komunikacji, w porozumieniu z zarządem miasta, wynika, iż owa cała mielizna ma być trwałym bulwarem włączona do obrębu miejskiego. Wobec tego, przy budowie rzecznoego bulwaru, przed skanalizowaniem Powiśla, a więc przy zachowaniu starych kanałów, u brzegu warszawskiego dziś ujście mających, wypadłoby albo kanały te przedłużyć po przez wspomnianą mieliznę, aż do przyszłej sciany bulwarowej i w scianie tej zrobić 7 wylotów kanałowych, albo też pozwolić, iżby zawartość owych podziemnych kloak wylowała się nadal, już nie do rzeki, a na terytorjum, bulwarem do miasta wkluczone.

Naturalnie, obie te ewentalności technicznie i sanitarnie są niedopuszczalne i dlatego, we wspomnianym już, w zasadzie przyjętym planie regulacji brzegu warszawskiego, jest przewidziane, jako konieczne, zbudowanie tymczasowego kanału na całym Powiślu, kanału, mającego na celu przechwycenie wszystkich owych, prostopadle do brzegu Wisły biegnących starych kanałów i odprowadzenie nim nieczystości, tymczasowo do Wisły, poniżej cytadeli.

Bez uprzedniego przeprowadzenia takiego prowizorycznego kanału, regulacja brzegu warszawskiego uznana jest jako technicznie do wykonania niemożliwa.

Oczywiście, pieniądze, na ów prowizoryczny kanał wydane, byłyby tak dobrze jak stracone, wobec możności zbudowania bezzwłocznie kolektorów D i D<sub>1</sub> i stacji przepompowywania wód kanałowych powiślańskich do kolektora na Krakowskim Przedmieściu, którymby dochodziły do wspólnego dla wszystkich kanałów miejskich kolektora bielańskiego.

Słusznie przeto, jak się pokazuje, twierdził W. Lindley, mówiąc, że żaden technik nie mógłby w obecnym stanie Powiśla przystąpić do regulacji brzegu warszawskiego, że uprzednie przechwycenie starych kanałów jest rzeczą technicznie niezbędną i że właśnie kolektory D i D<sub>1</sub> do celu tego prowadzą.

## W sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą.

I Wiedeń ma swego HANSEMANN'a, tem silniejszego, że złożyło się nań aż dwóch profesorów: KASSOWITZ i DRASCHE. Pierwszy podjął trud zebrania z literatury dowodów małej skuteczności surowicy przeciwbłonicy, drugi zaś wyłowił skrętnie spostrzeżenia, przemawiające za szkodliwym działaniem środka. Jeżeli się doda do tego nieco przesady i trochę nieścisłego komentowania zdań przytaczanych autorów, to łatwo będzie zrozumieć entuzjazm, jaki słowa dwóch owych mówców obudziły w obozie „sceptyków“. Czy jednak nie zawcześnie zarówno na różowe nadzieje, jak i na chór potępienia? To ostatnie, ze strony KASSOWITZ'a i DRASCHE'go, jest tem mniej usprawiedliwione, że wszystkie ich dowody opierają się na rozumowaniu i spostrzeżeniach innych autorów; obydwaj ci mówcy własnego materiału prawie nie mają. Z jakiej ilości spostrzeżeń K. wypowiada nieliczne wnioski własne, sprawozdanie z posiedzenia nie daje

nam pojęcia,—w każdym razie z pewnością z bardzo szczupłej; DRASCHE zaś powiada, że widział w oddziale d-ra GNAENDINGER'a 31 przypadków błonicy, leczonych surowicą. W znacznej tylko mniejszości przypadków mógł potwierdzić zdanie innych co do pomyślnego wpływu środka na stan ogólny, na ciepłotę i zmiany miejscowe; w przeważającej ilości wpływu żadnego nie było.

Obydwa owe przemówienia wywołały liczne protesty.

Max GRUBER odpiera nieuzasadnione zarzuty KASSOWITZ'a co do nieudatnych wyników leczniczych u zwierząt i sądzi, że więcej znaczenia mają własne spostrzeżenia kliniczne WIEDERHOFER'a, niż „płody lektury“ DRASCHE'go.

KOLISKO zdaje sprawę z 75 sekyi zwłok dzieci, leczonych surowicą BEHRING'a, i zaznacza odrazu, że stwierdził na stole sekyjnym wybitny wpływ korzystny środka na sprawę błonicową. Jest faktem niewątpliwym, że błony w gardzieli, krtani, a nawet tchawicy i oskrzelach oddziaływały się łatwiej, niż zwykle, lub znajduwane były w postaci masy papkowatej. Wprawdzie to samo zdarzało się widzieć i u nieleczonych surowicą, ale nigdy na takiej przestrzeni, tak równomiernie i tak szybko, jak u leczonych nią. Szczególnie jaskrawo występowało to w przypadkach dławka zstępującego, tak, iż KOLISKO nie mógł oprzeć się wrażeniu, że najłżejsza siła ssąca mogła uwolnić oskrzela od wypełniającej je masy papkowatej. W przypadkach mniej lub więcej głębokiej zgorzeli powyższy wpływ środka był mniej wybitny. Co się tyczy znajdujących na trupach zapaleń płuc, zmian w mięśniu sercowym i nerkach, to nie różniły się one bynajmniej od takichże powikłań, napotykanych dawniej. Dwa razy w miejscu nakłucia znalazł K. ropnie.

PALTAUF zaznacza, że zasada doświadczalna leczenia surowicą jest niewątpliwa i że zastosowanie jej do człowieka jest usprawiedliwione. Wynik badań anatomo-patologicznych KOLISKO'a najzupełniej potwierdza.

WIEDERHOFER w gorących słowach odpiera zarzuty KASSOWITZ'a i cofa wniosek swój wyznaczenia komisji do badania wyników leczenia błonicy surowicą. „W takich warunkach“, powiada, „nie można obiecywać sobie spokojnego i krytycznego ocenienia kwestyi“.

I w Wiedniu zatem, jak i w Berlinie, powtórzyło się to samo: ci, co naocznie, na większym materiale mieli sposobność studyowania wpływu surowicy przeciwbłonicowej, wyrazili się o niej pochlebnie, albo przynajmniej z pewną rezerwą; ci, co sami działania jej nie widzieli, zapożyczyli od innych niepomyślnych o niej wiadomości i obdzielili niemi ciekawych.

Z. Srebrny.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— CHATEAUBOURG na zasadzie 5-u spostrzeżeń zaleca nowy sposób leczenia krztuśca zapomocą zastrzykiwań pod skórę 2½ ctm. sz. 10% roztworu gwajakolu i eukalyptolu w oliwie wyjałowionej. Już po trzecim zastrzyknięciu ilość napadów znacznie się zmniejsza, powraca łaknienie, a że wymioty nagle ustają, stan ogólny i ogólne odżywianie dziecka szybko bardzo się poprawia. (Lyon med., № 2, 1895).

— REY (z Algieru) miał wyniki dobre w trzech przypadkach zapalenia opłucnej ropnego po zastosowaniu trepanacji 8-go lub 9-go żebra i założeniu następnie sączka. (La sem. méd. 1. 1895). S. M.

— GARRÉ zaleca zastrzykiwania śródmiaższowe jodoformu we wolu. Do zastrzykiwań autor używał zazwyczaj roztworu następującego: *Jodoformii* 1,0, *ol. oliv., aeth. sulph. aa* 7,0. Płyn należy przechowywać w miejscu ciemnym. Autor w ciągu 2½ lat leczył tym sposobem 140 przypadków wola z bardzo pomyślnym wynikiem. (Deut. med. Zeit. 5. 1895).

— W pracowni prof. NENCKIEGO w Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu d-r GORIANSKI robił doświadczenia nad działaniem octu drzewnego na laseczniki KOCH'a,

w płwocinie suchotników zawarte. Okazało się, iż dostateczne jest dodać do płwociny suchotników równą ilość octu drzewnego, aby po upływie 6 godzin wszystkie drobnoustroje, włączając do nich i laseczniki gruźlicze, były zupełnie zabite. (La sem. méd. 4. 1895). S. M.

— W Nr-ze 3-im „Wracza“ z r. b. w artykule wstępnym D. N. ŻBANKOW'a, polemicznej treści, dotyczącym działalności pedagogicznej zmarłego prof. BOTKIN'a w Petersburgu i prof. ZACHARIN'a w Moskwie, znajdujemy mowę, wypowiedzianą do studentów przez prof. WASILIEW'a przy rozpoczęciu wykładów w klinice chorób wewnętrznych w Dorpacie: „Zanim rozpoczniemy znowu naszą działalność kliniczną, pragnę dać Wam kilka rad praktycznych, z których obecnie możecie tylko po części korzystać, lecz później, gdy wstąpicie na drogę życia samodzielnego, mogą mieć one dla Was wielkie znaczenie. Przedewszystkiem winniście się przygotować na to, że gdy osiedlicie się w charakterze lekarza gdziekolwiek,—czy to w mieście czy na wsi,—wszyscy starsi lekarze będą się starali Wam szkodzić, Was dyskredytować. Lecz to nic nie znaczy, dlatego, że jak tylko publiczność to dostrzeże, posiądziecie całą praktykę, i sta-

rzy lekarze całkiem zostaną jej pozbawieni. Zdarza się nawet i to, że starzy lekarze starają się dyskredytować studentów wyższych kursów, praktykujących podczas wakacji, za to, że oni przepisują nowe leki, nieznanne lekarzom starszym. Co się tyczy stosunku Waszego do chorych, to samo się przez się rozumie, że winicie zjednać sobie poważanie. Do tego zaś możecie dojść tym tylko sposobem, że każecie sobie drogo płacić. Wymagajcie od każdego chorego 10 rubli, lecz nigdy jednego lub kilku rubli, gdyż wtedy was porzucą, jako ludzi chcących na pieniądze, gdyż i bez tego lud za takich uważa większość lekarzy. Jeżeli w stosunkach pieniężnych będziecie tak postępowali, to chorzy z uznaniem (?) będą zapatrywać się na Waszą wiedzę lekarską. Jeżeli zaś kto nie mógł zapłacić tej ceny, to leczcie go bezpłatnie, za co on będzie Wam wdzięczny. Nadto winicie Waszem sprawowaniem się imponować publiczności. Będąc lekarzami, nie powinniście być nigdy pijani, nie wałęsać się po szynkach; wogóle powinniście zawsze zachowywać się przykładnie, nawet będąc jeszcze studentami. Gdy byłem studentem, w tymże uniwersytecie było 7-iu studentów, którzy do tego stopnia prowadzili się przyzwoicie, że wszyscy mówili: „to niezawodnie są starsi studenci“; a tymczasem byli oni wszyscy zupełnie młodzi. Nie powinniście nigdy przyjmować więcej, niż 12 tu chorych dziennie, dlatego, że nie można zbadać gruntownie więcej, niż 12-tu chorych przez dzień. Są jednakże lekarze, którzy przyjmują po 40-tu chorych dziennie; zbierają za to swoje 100 rubli i są zadowoleni. Gdy jednakże będziecie udzielać porady 12-tu chorym, według podanych przezemnie zasad, to otrzymacie 120 rubli. Przybywszy tu, zastałem klinikę wielce zapuszczoną. Dzięki moim energicznym sta-

ranom, została ona obecnie doprowadzona do porządku i oczyszczona. A czy wiecie, dlaczego kazałem to zrobić? Oto dla tego, ażebyście od samego zarania przyzwyczajali się do klinik czystych. Nadto i z tego powodu, że i dla chorych jest to bardzo pożyteczne, gdy nie walają się w błocie. Wkrótce wyjdzie ukaz, mocą którego studenci medycyny ostatnich kursów będą wysyłani wewnątrz państwa, podczas feryi, na praktykę. Możecie się tam nauczyć dobrze mówić po rosyjsku, stosować w praktyce Waszą wiedzę, a nadto zarobić dobre pieniądze. Wyznaczanie do tych miejsc będzie zależało odemnie. Będę polecał tylko tych, którzy mówią po rosyjsku, którzy będą pilnie uczęszczali na klinikę i będą przepelnieni uczuciem wdzięczności dla jej dyrektora“.

= WHITE, z Filadelfii, przekonawszy się na zwierzętach, że kastracya wywołuje zanik pierwiastków gruczolowych, a następnie i mięsnych gruczołu krokowego, wykonał operacyę tę u dwóch chorych, dotkniętych przerostem gruczołu krokowego. W obu przypadkach, gdzie już wystąpiły bardzo groźne objawy, wyniki otrzymał zdumiewające: objawy ustąpiły, gruczoł znacznie się zmniejszył. W. zachęca do dalszych prób w tym kierunku. (Brit. Med. Journ. 23. VI. 1894).

= Van der WILLIGEN stosuje w ciężkich przypadkach szczeliny odbytu ( *fissura ani*) ichtyol z wybornym skutkiem. Na pendzelku wprowadza nieco ichtyolu do odbytnicy, wskutek czego zwieracze się kurczą i wciskają ichtyol we wszystkie fałdy i zagłębienia. Mało bolesny ten rękoczyn wykonywany bywa raz dziennie. Oprócz tego, warunkiem leczenia jest — płynna (a więc mało kału tworząca) dyeta i od czasu do czasu stosowanie oleju rącznikowego. (Journal de Méd., 1894). Gr.

## Wiadomości bieżące.

— Kol. Józef ZAWADZKI zawiadamia nas, iż redakcyja „Centralblatt für innere Medicin“ zaprosiła go na sprawozdawcę z piśmiennictwa lekarskiego polskiego. Z tego względu kol. Z. uprasza autorów prac oryginalnych z zakresu chorób wewnętrznych i medycyny teoretycznej o łaskawe nadsyłanie swych prac i odbitek z pism pod adresem (d-r Józef ZAWADZKI, Warszawa, Solna 21) lub też na jego imię do redakcyi „Kroniki lekarskiej“.

**Zmarli:** Ś. p. PRYZSTAŃSKI Aleksander w wieku lat 78, w Warszawie, jeden z bardzo już nielicznych wychowalców wszechniczy wileńskiej. Współpracownik „Tygodnika lekar-

skiego“ od r. 1851, następnie „Kliniki“ i wreszcie „Pamiętnika Tow. Lek. Warsz.“, był jednym z najpilniej uczęszczających członków Tow. Lek. Warsz. Prac jego naukowych KOŚMIŃSKI w swym słowniku wylicza do 40-tu. Był to rodzony brat b. dziekana wydziału fizyko-matematycznego b. szkoły głównej i b. akademii medycznej w Warszawie. Cześć Jego pamięci!

D-r Jan ZAŁĘSKI w Ostrowie gub. Siedleckiej na tyfus plamisty w 31 roku życia. Zmarły urodził się w Warszawie i studiował medycynę w Uniwersytecie Warszawskim