

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O wskazaniach do operacyjnego leczenia przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego. Podał d-r L. Guranowski. — Kilka słów o hemiatetozie z powodu przypadku hemiatetozy w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego. Podał St. Koczyński. (Dokończenie). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 95. Zapalenie nerek bez białkomoczu u małych dzieci. 96. O białaczce. 97. Sztucznie wywołana dna. — Sprawozdanie ze zjazdu internistów niemieckich w Wiesbaden (18—21 kwietnia). (Dokończenie). — Z IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Walka z gruźlicą jako zadanie społeczno narodowe. Streścił S. Ł. — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r L. Guranowski**—Sur les indications au traitement opératoire des suppurations chroniques de l'oreille moyenne. 2) **D-r S. Koczyński** — Sur l'hémiathétose.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r L. Guranowski**—Ueber Indicationen zur operativen Behandlung chronischer Mittelohreiterungen. 2) **D-r S. Koczyński** — Ueber Hemiatetose.

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

O WSKAZANIACH DO OPERACYJNEGO LECZENIA przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego.

Podał

D-r L. GURANOWSKI.

Odczyt wygłoszony na IX-tym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Szanowni Panowie! Siedliskiem przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego może być jama bębenkowa, górna jej część, t. j. *atticus tympanicus*, *antrum mastoideum* i komórki wyrostka sutkowego. Początkowo sprawa chorobowa, umiejscowiona na błonie śluzowej jamy bębenkowej, objawia się mniej lub więcej silnem ropieniem, powoli jednak rozszerza się na tkankę kostną, i wytwarzają się ogniska próchnienia. Najczęściej w przypadkach długotrwałego ropienia próchnienie umiejscawia się w *atticus tympanicus* i dotyczy ścian jamy lub też znajdujących się w niej kosteczek słuchowych, w *aditus ad antrum*, w *antrum mastoideum* i w komórkach wyrostka sutkowego. Prócz tego ulega próchnieniu t. zw. *tegmen tympani et antri* i ściana kostna zatoki po-

przeczej, a czasami, choć rzadziej, tylna ściana jamy bębenkowej, kanał FALLOPIUSZ'a i poziomy kanał półkolisty. W *atticus tympanicus* i w *antrum mastoideum* stosunkowo dość często w przebiegu przewlekłego ropnego zapalenia wytwarzają się cholesteatomy. We wszystkich przewlekłych sprawach ropnych ucha środkowego mamy mniejsze lub większe przedziurawienie błony bębenkowej lub też zupełne jej zniszczenie. Jako o stosunkowo rzadkiem następstwie przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego, i to przeważnie w wieku dziecięcym się zjawiającem, wspomnieć jeszcze należy o martwakah błędnika i kości skalistej.

Najczęściej przewlekłe sprawy ropne ucha środkowego powstają w następstwie spraw ostrych, niedostatecznie, nie umiejętnie lub wcale nie leczonych.

Leczenie przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego, już ze względu na zawiłą budowę anatomiczną samego narządu, należy do bardzo trudnych zadań. Trudności te stają się jeszcze większe, gdy sprawa chorobowa z jamy bębenkowej rozszerzy się na wyrostek sutkowy, i dojdzie do próchnienia lub zgorzeli wyrostka sutkowego lub wreszcie do wytworzenia się cholesteatomów.

O ile w samej jamie bębenkowej możemy w znacznej liczbie przypadków za pomocą rękoczynów entotycznych usuwać ziarninę lub niewielkie ogniska próchnienia ścian jamy bębenkowej, a nawet spróchniałe kosteczki słuchowe i ograniczone cholesteatomy z *atticus tympanicus*, o tyle dostęp do *antrum mastoideum* i do komórek wyrostka sutkowego możliwym się staje tylko za pomocą operacji zewnętrznej.

Typowa operacja SCHWARTZE'go, polegająca na wydlutowaniu *antri mastoidei* i dająca wyborne wyniki w ostrych ropnych zapaleniach, *resp.* ostrych ropniach wyrostka sutkowego (*empyema*), okazała się niewystarczającą i nieodpowiadającą wymaganiom racjonalnego chirurgicznego postępowania w przypadkach przewlekłych, a szczególnie przy głębokich próchnieniach kości skalistej i przy cholesteatomatach.

To też właściwy postępek w leczeniu operacyjnem tych spraw chorobowych datuje od roku 1889, t. j. od czasu, gdy KÜSTER w pracy swej p. t. „Ueber die Grundsätze der Behandlung von Eiterungen in starrwandigen Höhlen“ zwrócił uwagę na niedostateczność dotychczasowych metod operacyjnych. Według KÜSTER'a leczenie przewlekłych spraw ropnych, powikłanych próchnieniem w zamkniętych jamach kostnych, powinno polegać na szerokiem otwieraniu takich jam i doszczętnem usuwaniu wszystkich części kostnych chorobowo zmienionych. Zasada takiego racjonalnego postępowania chirurgicznego w zastosowaniu do przewlekłych spraw ropnych w uchu środkowem polegać powinna na koniecznem usunięciu (*principiel*) tylnej ściany kostnego przewodu słuchowego.

Pierwszy dokładny opis operacji według postulatów KÜSTER'a podał v. BERGMANN w pracy swej p. t. „Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten“ w rozdziale, traktującym o leczeniu ropni mózgowych pochodzenia usznego.

STACKE w roku 1890 i prawie jednocześnie z nim ZAUFAL ogłosili swoje metody radykalnej operacji. Do rozpowszechnienia operacji radykalnej przyczynili się SCHWARTZE i jego szkoła (GRUNERT, PANSE, KRETSCHMANN i inni), LUCAE i JANSEN, KOERNER, TRAUTMANN i PASSOW i inni w Niemczech, Mc EWEN w Anglii, BROCA, LUBE-BARBON i LUC we Francyi.

Operacja radykalna polega na szerokiem wydlutowaniu *attici* i *antri mastoidei* (*attico-antronomia*) i wytworzeniu z jamy bębenkowej, *antri mastoidei* i *attici* jednej wspólnej jamy. Ażeby osiągnąć szerokie odsłonięcie powyższych jam, należy prócz tego oddłutować tylną i górną ścianę kostnego przewodu słuchowego. Po takim szerokiem otworzeniu tych jam, pokrywa się braki kostne płatami, wytworzonymi z przewodu słuchowego, lub za pomocą transplantacji skóry. Nie mogę tu wchodzić w szczegóły samej techniki operacyjnej, zaznaczę tylko, że zgodzić się trzeba ze zdaniem STACKE'go, iż operacja kostna doprowadzona została prawie do doskonałości

Modyfikacje, proponowane przez różnych autorów, dotyczą głównie sposobów tworzenia płatów (KOERNER, PASSOW, SIEBENMANN, KRETSCHMANN i inni).

Metoda tworzenia płatów osteoplastycznych, proponowana przed kilku miesiącami przez KÜSTER'a, spotkała się z ostrą krytyką ze strony PASSOW'a i PANSE'go i nie stanowi, zdaniem tych autorów, udoskonalenia dotychczasowych metod operacyjnych, lecz przeciwnie, jest pewnego rodzaju cofnięciem się wstecz.

Od czasu wprowadzenia operacji radykalnej do otyatrii rozpoczęła się, rzec można, nowa era oto - chirurgicznego leczenia przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego. Zaczęto też ją stosować we wszystkich klinikach i szpitalach z prawdziwym entuzjazmem. Czasopisma specjalne pomieszczały wyniki całych setek operacji, zapanował pewnego rodzaju *furor operativus* w otyatrii. Niektórzy autorzy, jak np. MÜLLER z Berlina, zaszedli nawet tak daleko, że uważali dwa miesiące za najdłuższy termin wyczekującego leczenia w przypadkach przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego. Jeżeli po tym terminie leczenie zachowawcze nie da wyników dodatnich, wtedy, zdaniem MÜLLER'a, należy wykonać operację radykalną.

Z biegiem czasu zaczęły się jednak odzywać głosy poważnych autorów, nawołujące do ograniczenia wskazań (LANGE, MICHAEL, MIGNON, KÖRNER, LUCAE i inni).

Po tych uwagach przedwstępnych przechodzę obecnie do właściwego tematu mego referatu, a mianowicie do wskazań do operacyjnego leczenia przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego.

Dla STACKE'go wskazaniem do operacji radykalnej jest przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego przy jednoczesnem istnieniu przewlekłego ropienia w jednej z jam bocznych jamy bębenkowej, t. j. *atticus*, *aditus ad antrum* lub *antrum mastoideum*, nie dające się wyleczyć metodami zachowawczemi, przez czas dłuższy stosowanemi. STACKE radzi jednak w przypadkach, w których nie ma zupełnie jasnego wskazania do operacji, zawsze stosować leczenie zachowawczemi metodami i to nie tylko w ciągu kilku tygodni, lecz nawet i w ciągu kilku miesięcy i uważa operację radykalną za *ultima ratio*. Gdybyśmy ograniczyli się bez zastrzeżeń na wskazaniu, postawionem przez STACKE'go, wtedy kwestya wskazań do operacji radykalnej byłaby w bardzo prosty sposób rozwiązana. W praktyce dzieje się jednak inaczej. Każdy z nas miewał przypadki, w których, jak mu się zdaje, wyczerpał wszelkie środki lecznicze, i oświadcza choremu, że cierpienie uszów można wyleczyć tylko drogą operacji radykalnej. Chory na operację się nie zgadza, udaje się do innego specjalisty, i sprawa kończy się pomyślnie bez operacji. W innych przypadkach po długotrwałem, bezskutecznem leczeniu metodami zachowawczemi, przystępujemy do operacji radykalnej i znajdu-

jemy przy operacji minimalne zmiany w jamach bocznych lub też żadnych zmian nie znajdujemy. Zdarza się również, że robimy operację w przypadkach, nie przedstawiających obiektywnie żadnych zmian na wyrostku, a przy operacji radykalnej odkrywamy rozległe zniszczenia w jamach bocznych i przekonywamy się, że o wyleczeniu przypadków tych bez operacji trudno byłoby marzyć. Jeżeli jednak zważymy, że dopóki trwa ropienie, choremu z przewlekłym ropnym zapaleniem ucha środkowego w każdej chwili grozi niebezpieczeństwo życia, zależne od powikłań wewnątrzczaszkowych, i jeżeli prócz tego uprzytomnimy sobie, że powikłania takie najczęściej występują przez rozszerzenie się sprawy chorobowej na *atticus* lub *antrum mastoideum*, to słuszne będzie zastanowienie się, czy w przypadkach wątpliwych nie należałoby raczej wykonać wczesnej operacji radykalnej, aniżeli zbyt długo z nią zwlekać i ograniczać się do leczenia zachowawczego.

MILLIGAN np. jest zdania, że w przypadkach takich otyatra powinien otwierać wyrostek sutkowy tak samo, jak to czyni chirurg, wykonywający laparotomię w celach dyagnostycznych.

Wskazania do operacji radykalnej są, według ZAUFAŁ'a, następujące: 1) przewlekłe ropne zapalenia ucha środkowego, powikłane obrzmieniem, bolesnością, ropniami i przetokami wyrostka sutkowego lub przetokami tylnej ściany kostnego przewodu słuchowego, wreszcie zwężeniem kostnym przewodu słuchowego i porażeniem nerwu twarzowego. 2) wystąpienie objawów mózgowych, poczynając się *neuritis optica*, długotrwała wysoka gorączka ciągła lub przepuszczająca i dreszcze. 3) Cholesteatomy. 4) Wklinowane martwaki lub ciała obce w jamie bębenkowej lub w *antrum mastoideum*, szczególnie w razie wystąpienia objawów mózgowych. 5) Obfita posokowata wydzielina, aktinomykoza lub gruźlica kości skalistej.

SCHWARTZE postawił pierwotnie swoje wskazania dla typowej operacji na wyrostku sutkowym; jeżeli jednak wykreślimy pierwsze wskazanie, dotyczące spraw ostrych, to reszta wskazań będzie mogła również dobrze być zastosowana do operacji radykalnej według dzisiejszych naszych poglądów. Według SCHWARTZE'go operacja jest wskazana: 1) w ostrem pierwotnym lub wtórnym zapaleniu wyrostka sutkowego, jeżeli po stosowaniu środków przeciwzapalnych (szczególniej lodu), bóle, obrzmienie i gorączka nie ustępują w ciągu kilku dni (najdalej 8-miu dni). 2) W przewlekłym zapaleniu wyrostka sutkowego, powtarzającym się obrzmieniu, czasowo ustępującym, lub przy już istniejącym ropniu *resp.* przetokach nad wyrostkiem, przy ropniach opadowych w okolicy szyi lub karku, przewodzie słuchowym zewnętrznym lub w gardzieli nawet wtedy, gdy nie ma objawów, bezpośrednio zagrażających życiu chorego. 3) W przewlekłych ropieniach ucha środkowego bez zewnętrznych zmian, wskazujących zapalenie wyrostka sutkowego, jeżeli wystąpią objawy, które czynią prawdopodobnym powikłanie, zagrażające życiu wskutek zatrzymania ropy lub wytworzenia się cholesteatomu. 4) Przy nieuleczalnej neuralgii wyrostka sutkowego. 5) Jako operacja profilaktyczna, zabezpieczająca od śmiertelnych powikłań w nieuleczalnych cuchnących ropieniach ucha środkowego bez istnienia jednocześnie objawów zapalnych na wyrostku sutkowym i bez objawów zatrzymania się ropy (ból, gorączka), o ile dokładne badanie otoskopowe wykaże, że ropienie nie ogranicza się do jamy bębenkowej.

KÖRNER sądzi, że operacja radykalna jest wskazana w przypadkach przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego z chwilą, gdy rozpozna-

ne zostało zajęcie kości skalistej. Jeżeli rozpoznanie zajęcia kości skalistej jest niepewne, wtedy należy wykonywać operację radykalną tylko w następujących okolicznościach: 1) Gdy w przewlekłym ropnym zapaleniu ucha środkowego wystąpią objawy zatrzymania ropy, i jeżeli przyczyna takiego zatrzymania nie da się natychmiast usunąć. 2) Przy znacznej hyperostozie w przewodzie słuchowym, tamującej oglądanie ucha środkowego i leczenie ropienia w uchu środkowym, a prócz tego usposabiającej do zatrzymania ropy. 3) Przy wytworzeniu się pewnych warunków, usposabiających do powikłań wewnątrzczaszkowych, a mianowicie, przy pewnych oznakach, dowodzących że ropienie rozszerzyło się na błędnik lub kanał FALLOPIUSZ'a. 4) Przy pierwszych oznakach wystąpienia powikłań wewnątrzczaszkowych.

Wogóle KÖRNER należy do rzędu tych otyatrów, którzy radzą ograniczyć wykonywanie operacji radykalnej do przypadków, w których mamy ścisłe wskazania, i o ile możności zawsze stosować leczenie zachowawcze, i to nawet w takich przypadkach, w których *atticus tympanicus* jest siedliskiem choroby, a które, według STACKE'go, TRAUTMANN'a i innych, kwalifikują się bezwzględnie do operacji radykalnej.

Na ostatnim zjeździe międzynarodowym otyatrów w Londynie w r. 1899 kwestya wskazań do operacyjnego leczenia przewlekłych spraw ropnych ucha środkowego była na porządku dziennym, ostatecznie jednak nie została rozstrzygnięta.

POLITZER, wychodząc z zasady, że objawy kliniczne nie zawsze odpowiadają zmianom, znajduwanym przy operacji, uważa postawienie ścisłych wskazań za rzecz bardzo trudną. Ztąd też pochodzą różnice zdań co do wczesnego wykonywania operacji radykalnej i konserwatywnego leczenia. POLITZER przemawia za operacją tylko przy wystąpieniu ciężkich objawów, w przypadkach zaś niepowikłanego ropienia radzi z początku stosować energiczne leczenie zachowawcze.

Mc EWEN sądzi, że jeżeli w uchu środkowym istnieje sprawa ropna („*pyogenic lesion*“), to należy wykonać operację, gdyż tylko przez odślonięcie wszystkich ognisk chorobowych można je leczyć przeciwnie, co jest rzeczą niemożliwą przez przewód słuchowy. Za pomocą operacji możemy zdaniem Mc EWEN'a: 1) wszystkie ogniska chorobowe w kości dokładnie widzieć, a tem samem zniszczyć, 2) mamy zapewnioną aseptykę, i 3) zapobiegamy szerzeniu się zakażenia ropnego (*pyogenic extension*) na ważne narządy. Przy operacji nie powinniśmy ograniczać się na usuwaniu ziarniny, lecz starać się o radykalne zniszczenie przyczynowego cierpienia. W przypadkach długotrwałego ropienia i zajęcia kości radykalne wyleczenie przez przewód słuchowy jest zadaniem zbyt trudnym, a w przypadkach cholesteatomatu i gruczlicy z następczym zakażeniem ropnym („*pyogenic infection*“) wyleczenie możliwe jest tylko drogą operacji.

LUC uważa operację radykalną na wskazaną: 1) jeżeli przez zatrzymanie ropy grożą choremu powikłania wewnątrzczaszkowe i 2) jeżeli po energicznym leczeniu przez przewód słuchowy (usunięcie kosteczek słuchowych, wyskrobanie ziarniny i leczenie przeciwnie) wynik będzie ujemny.

KNAPP stawia następujące wskazania: 1) w ostrem ropnym zapaleniu ucha środkowego, przechodzącym w stan przewlekły, i to z punktu widzenia leczniczego i zapobiegawczego, 2) w przypadkach przewlekłych bez powikłań ze strony wyrostka sutkowego, w których wskazane jest usunięcie kosteczek słuchowych (*attico-antrectomia*). Operacja ta nie daje zdaniem K.

stałych wyników i możeby lepiej było zupełnie jej zaniechać, 3) przy zajęciu wyrostka sutkowego i w razie potrzeby rozszerzyć operację, 4) jako operację radykalną, jeżeli sprawa chorobowa rozszerzy się po za okolicę wyrostka sutkowego.

W dyskusyi większość przemawiających zgodziła się ze zdaniem POLITZER'a i LUC'a, t. j. za ograniczeniem wskazań do operacji radykalnej.

Staralem się w niniejszym referacie możliwie treściwie przedstawić poglądy najwybitniejszych przedstawicieli otyatry na sprawę radykalnej operacji w przewlekłych ropnych sprawach ucha środkowego. Jak Sz. Pan. widzą, ogólny kierunek obecnie panujący jest za ograniczeniem operacji do przypadków powikłanych bądź widocznymi zmianami kości skalistej, *resp.* wyrostka sutkowego, bądź objawami wewnątrzczaszkowymi. Co się tyczy przypadków niepowikłanych, jedni autorzy stanowczo radzą leczyć je metodami zachowawczymi i możliwie długo czekać z operacją radykalną, drudzy zaś, wychodząc z zasady, że tylko operacja może zabezpieczyć chorego z przewlekłym ropnym zapaleniem ucha środkowego od ciągle groźących mu powikłań, radzą wykonywać operację radykalną możliwie wcześniej, jako operację profilaktyczną.

Ostateczne wnioski w danej sprawie sformułować można w sposób następujący:

Wskazania do operacji radykalnej można podzielić na następujące kategorie:

- 1) Na wskazania bezwzględne.
- 2) Na wskazania względne.
- 3) Na przeciwwskazania.

1) Bezwzględnie wskazana będzie operacja radykalna w przypadkach przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego w razie pojawienia się powikłań wewnątrzczaszkowych, a mianowicie ropni zewnątrzoponowych, ropni mózgowych, zakrzepów zatok, przy objawach ropnicy i posocznicy i przy *meningitis serosa*, nawet przy zewnętrznie niezmiennym wyrostku sutkowym. W przypadkach tych operacja jest zawsze bezwzględnie wskazana jako *indicatio vitalis* i odpowiada 2-giemu wskazaniu ZAUFAŁ'a i 3-ciemu SCHWARTZE'go. Również bezwzględnie wskazana będzie operacja radykalna przy widocznych zmianach na wyrostku sutkowym, jak obrzmieniu, zaczerwienieniu, bólu w okolicy *antrum* lub wierzchołka, przy przetokach i głęboko wciągniętych dawnych bliznach na wyrostku sutkowym, wreszcie przy cholesteatomatach wyrostka sutkowego.

2) O ile w przypadkach dwóch powyższych kategorii wskazania są jasne, o tyle w przypadkach przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego, przebiegającego bez widocznych zmian na wyrostku sutkowym i nie powikłanych groźnymi objawami wewnątrzczaszkowymi, ustalenie ścisłych wskazań do operacji radykalnej napotyka na poważne trudności.

Wskazania nasze muszą się w tych przypadkach opierać na dokładnem rozpoznaniu i na przebiegu klinicznym. O ile sprawa chorobowa ogranicza się do właściwej jamy bębenkowej i nie przechodzi na *antrum mastoideum*, o tyle możemy zawsze prawie osiągnąć dodatnie wyniki za pomocą metod konserwatywnych. I w *atticus tympanicus*, nawet przy istnieniu cholesteatomatu, przez usuwanie ziarniny i wydobycie mas cholesteatomatycznych lub przez usunięcie kosteczek słuchowych często udaje się uzyskać wyleczenie. Gdy jednak w przebiegu przewlekłego ropienia wystąpią objawy wskazujące,

że sprawa chorobowa przekroczyła granicę właściwej jamy bębenkowej, wtedy kwestya operacyi radykalnej musi być rozważona. W tych razach spostrzegamy następujące zmiany przy badaniu chorego: opadnięcie górnej ściany przewodu słuchowego, ziarninę w tylnym górnym odcinku zwykle szybko odrastającą po jej usunięciu, przetoki w tylnym odcinku przewodu słuchowego, szybko po osuszeniu pojawiającą się ropę od tyłu i od góry, masy cholesteatomatyczne, wydobywające się bądź z *atticus tympanicus*, bądź z *antrum mastoideum*, wreszcie porażenie nerwu twarzewego. We wszystkich przypadkach, w których mamy ropienie cuchnące i obfite, zawsze należy podejrzewać sprawę głębszą i nie zbyt długo czekać z operacją. Ta ostatnia staje się bezwzględnie wskazaną, gdy wystąpią objawy zatrzymania ropy, połączone z objawami ogólnymi (ból głowy, wyrostka, gorączka i t. d.). Nadmienić jeszcze należy, że i wiek chorego wpływać może na decyzję naszą co do operacyi. Wiadomo bowiem, że największy kontyngens powikłań wewnątrzczaszkowych spotykamy u osobników młodych, to też u tych ostatnich prędzej należy się zdecydować na operację, aniżeli u osobników starszych.

3) Przeciwwskazana będzie operacya radykalna w rozlanem ropnem zapaleniu opon mózgowych, przy złośliwych nowotworach kości skalistej, i w przypadkach daleko posuniętej gruźlicy płuc.

Kilka słów

O hemiatetozie

z powodu przypadku hemiatetozy w następstwie porażenia
mózgowego dziecięcego.

Podał

STANISŁAW KOPCZYŃSKI.

Ordynator kliniki chorób nerwowych w szpitalu św. Ducha.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 32).

Na bliższą uwagę zasługuje rozbiór stosunku atetozy do płasawicy. FREUD i RIE w atetozie widzą tylko szczególne umiejscowienie zaburzeń ruchowych płasawicznych, mianowicie na ostatecznych odcinkach kończyn. FREUD notuje przypadki, gdzie w jednej kończynie istniała atetozą, w drugiej płasawica. W przypadku LEUBE'go atetozą przeszła w płasawicę, w przypadkach BERNHARDT'a i GOLDSTEIN'a *hemichorea* przeszła w atetozę połowiczną. CHARCOT, GRASSET uważają drugą za odmianę pierwszej. Wielu jednak klinicyków, jak: GOWERS, STRUEMPELL, GREIDENBERG, MONAKOW i inni, pomiędzy temi zaburzeniami ruchowymi przeprowadzają dość ściśle różniczkowanie na następujących zasadach:

Rozpoznawanie różniczkowe pomiędzy *chorea posthemiplegica* i *hemiatetosis*⁹⁾.

Hemichorea.

1) Zaburzenia ruchowe dotyczą twarzy, tułowia, całych kończyn; w każdym bądź razie podrażnienia przechodzą na wszystkie kończyny.

2) Ruchy i rzuty są żywe, różnorodne, noszą charakter wstrząsów, jako ruchy zamierzone potęgują się, są bezcelowe. W mięśni po krótkotrwałem podrażnieniu następuje szybkie, przejściowe rozluźnienie.

3) Przykurczenia nieznaczone lub brak ich zupełny; często zupełna wiotkość członków. Zniekształceń stawów nie spotyka się.

4) Znieczulenie połowiczne zdarza się często.

5) Podczas snu spokój.

6) Ruchy zamierzone i chęć zahamowania potęgują te zaburzenia ruchowe.

Hemiatetosa.

1) Cierpieniu ulegają przeważnie lub wyłącznie przedramię i kiść (palce), a także gołeń i stopa (palce); inne części ciała znajdują się w stanie lekkiego niedowładu z podwyższonym napięciem mięśniowem.

2) Ruchy i rzuty są powolne, więcej rytmiczne, rozpoczynają się od nadmiernego rozginania; w kończynach daje się wyczuć elastyczny opór; zmiany ruchów wydają się jak gdyby obmyślanemi uprzednio; stawy podczas ruchów z większem lub mniejszem natężeniem są utrwalone.

3) Przykurczenia, t. j. mimowolne stałe ustawienia stawów, częste, zmienne jednak i podległe ciągłym wahaniom (*spasmus mobilis*) przykurczenia dynamiczne. Zdarzają się zniekształcenia stawów.

4) Wyraźne znieczulenie połowiczne spostrzegano bardzo rzadko.

5) Podczas snu nie zawsze zupełny spokój.

6) Wola w nieznacznym stopniu może wpływać hamująco na te ruchy.

O ile tak ściśle różniczkowanie jest usprawiedliwione, dalsze spostrzeżenia kliniczne to rozstrzygną.

Co się tyczy podścieliska anatomo-patologicznego hemiatetozy, to przynajmniej dotychczas należy je rozpatrywać łącznie z podścieliskiem dla płasawicy połowicznej, gdyż przez wielu klinicystów cierpienia te, zwłaszcza dawniej, nie były rozdzielane.

Hemiatetozą w następstwie porażenia mózgowego dziecięcego była badana sekcyjnie raz tylko, mianowicie przez LANDOUZY'ego. Ruchy atetotyczne w palcach prawej ręki w tym przypadku istniały od drugiego roku życia do śmierci. Sekcya, dokonana 30 lat później, wykazała ognisko w lewym jądrze soczewicowatym, zawierające konkrement, przypuszczalnie zserowaciały gruzelek. Ognisko więc leżało pod korą mózgową i dróg ruchowych bezpośrednio wcale nie dotyczyło.

Około 50 ogłoszonych przypadków sekcyjnych dotyczy rozbieranego zaburzenia ruchowego w następstwie bezwładu połowicznego u osób dorosłych. W ogromnej ich większości, bo blisko w 40, znaleziono ogniska w okolicy tylnej części torebki wewnętrznej, wzgórek wzrokowego i jądra

⁹⁾ MONAKOW. Gehirnpathologie. Wiedeń. 1897, str. 327 i nast.

soczewicowatego. Najczęściej ognisko ograniczało się tylko do wzgórka wzrokowego. Tylko w pojedynczych przypadkach, tam zwłaszcza, gdzie zaburzenia ruchowe nosiły charakter więcej ruchów płasawicznych, autorzy znajdowali ogniska niżej, w odnodze mózgowej i w moście, w bliskości dróg piramidalnych.

Częste, prawie stałe spotkanie ognisk we wzgórku wzrokowym zmusza nas do przypuszczenia, że pomiędzy zaburzeniami ruchowemi w następstwie bezwładu połowicznego a wzgórkami wzrokowym lub tylną częścią torebki wewnętrznej istnieje pewien związek. Jeżeli, mówi MONAKOW, weźmiemy na uwagę, że chodzi tu przeważnie o niewielkie ogniska (guzy, małe wynacynienia krwawe), że z drugiej strony znaczne zniszczenia wzgórka wzrokowego (rozległe krwotoki) zwykle przebiegają bez objawów podrażnień, to jesteśmy skłonni przypuszczać, że w rozbieranych zaburzeniach ruchowych w następstwie bezwładu połowicznego mamy do czynienia nie z wypadnięciem czynności wzgórka wzrokowego, lecz ze sprawami podrażnienia, które z danej okolicy biegnie ku ośrodkom ruchowym kory mózgowej. Godne jest uwagi, iż w żadnym przypadku sekcyjnym droga piramidalna nie uległa zupełnej przerwie. Najprawdopodobniej więc owe niezwykle ruchy zależą od pośredniego drażnienia kory mózgowej, przy następczym współdziałaniu drogi piramidalnej. MONAKOW nie może zgodzić się z autorami, którzy przypuszczają, że owe zaburzenia ruchowe powstają wskutek tego, iż ognisko w okolicy wzgórka wzrokowego drażni mechanicznie leżące obok niego drogi piramidalne i przenosi podrażnienia na komórki ruchowe przednich rogów rdzenia. Istotnie, trudno się zgodzić, ażeby mechaniczne drażnienie włókien, biegnących odśrodkowo, mogło wywołać tak złożone, różnorodne i przytem przerywane ruchy. Przypuszczenie współdziałania zbioru komórek nasuwa się tu siłą konieczności. Musi więc brać tu udział kora mózgowa, której kompleksy komórek, służące do innerwacji pewnych złożonych ruchów, otrzymują podrażnienia od okolicy wzgórka wzrokowego i przenoszą je na drogi piramidalne

Czy bezpośrednio drażnienie kory mózgowej z zewnątrz może wywołać podobne złożone ruchy, na to pytanie MONAKOW odpowiada bezwzględnie przecząco. OPPENHEIM¹⁰⁾ jednak wspomina, iż ruchy atetotyczne otrzymywano na drodze doświadczalnej, drażniąc korę mózgową pewnymi chemicznymi substancjami. Wspomniany wyżej przypadek BIEGAŃSKIEGO, w którym hemiatetoza wraz z monoplegią powstała w następstwie urazu w kość ciemieniową, zdaje się z pewnemi zastrzeżeniami za tem przemawiać.

Powracając do naszego przypadku, musimy zaznaczyć, iż po pierwsze, ze względu na prawie zupełny brak badań mikroskopowych przypadków hemiatetozy w następstwie porażień mózgowych dziecięcych, powtóre, ze względu na różnorodność podścieliska anatomo-patologicznego tych spraw wogóle, przypuszczenie nasze co do patogenetyki tego cierpienia będzie nosiło cechy jedynie prawdopodobieństwa. Wszak dobrze wiemy, iż porażenia mózgowie dziecięce, zależne od różnych czynników, mają za tło anatomiczne bardzo różnorodne sprawy, jak: braki w korze mózgowej (*porencephalia*), niedorozwój zawojów (*microgyria*), niedostateczny rozwój pierwiastków nerwowych w korze mózgowej (*agenesis corticalis*), ogniska rozmiękczenia i torbiele, pla-

¹⁰⁾ OPPENHEIM. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin. 1898, str. 503.

towe i ogniskowe stwardnienia mózgu w następstwie zapaleń i t. p. W naszym przypadku, ponieważ mamy do czynienia ze skutkami zapalenia mózgu, przeto najprawdopodobniej przyjąć możemy jakieś drobne ogniska stwardnienia, może niewielkie torbiele, jako następstwo rozmiękczeń lub wylewów krwawych w okolicy prawego wzgórka wzrokowego. Ogniska te drażnią drogi, biegnące obok nich w kierunku dośrodkowym do kory mózgowej i, dzięki podrażnieniu pewnych kompleksów komórek ruchowych w korze mózgowej, wywołują one złożone i zawiłe ruchy, zwane atetozą.

Co się tyczy leczenia rozbieranych zaburzeń ruchowych, to, niestety, jesteśmy wobec nich bezsilni. Chorzy, którzy zarówno od płasawicy, jak i od atetozy połowicznej cierpią bardziej, niż od najsilniejszych przykurczeń, którym owe ruchy, mniej lub więcej gwałtowne, a ciągłe, jak „*perpetuum mobile*“, spokoju nie dają, zwykle nie rozstają się z nimi aż do śmierci. SACHS radzi na dotkniętych kończynach nosić ciężarki. Od masażu i elektryzacji wiele oczekiwać nie można.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

95. CASSEL. **Zapalenie nerek bez białkomoczu u małych dzieci.** W ciągu ostatnich kilku lat autor w swem ambulatoryum spostrzegał pewną liczbę dzieci, u których bez poprzednio przebytej płonicy, przy zdrowym sercu, rozwinęły się obrzęki znacznego natężenia; przez cały czas trwania choroby ani razu nie znaleziono w moczu ani śladu białka.

Obrzęki te dotyczyły dzieci bardzo młodych; jedno miało 7 tygodni, czworo 2 miesiące, jedno 5 miesięcy, jedno półtora roku, dwoje dwa i pół roku.

Pod względem przyczynowym przypadki nie były jednakowe. U dwojga dzieci 14 dni przed pojawieniem się obrzęków była wysypka pęcherzykowa na skórze, która szybko zginęła. Była to prawdopodobnie ospa wietrzna. U trzeciego dziecka po dwóch tygodniach trwania obrzęków rozwinęła się odra, która nie wywarła żadnego na nie wpływu. U 5 dzieci obrzęki były poprzedzone przez zaburzenia żołądkowo-kiszkowe. U 1-go nakoniec dziecka dwu miesięcznego nie wykryto żadnej przyczyny. Płonica mogła być u wszystkich dzieci wyłączona.

U 4 dzieci nastąpiło po 4—6 tygodniach wyzdrowienie; u 2 zejście pozostało niewiadome, u 3 nastąpiła śmierć.

Mocz był badany kilka razy dziennie w różnych godzinach. We wszystkich przypadkach mniej lub więcej obfity mocz był bladej, słabo kwaśny, niskiego ciężaru gatunkowego i nigdy nie zawierał najmniejszych śladów białka.

Słowem mocz przez cały czas trwania obrzęków był wolny od białka i elementów ustrojowych, owych najważniejszych sprawdzianów cierpienia nerek.

Każdy nowy przypadek tego rodzaju dawał autorowi dużo do myślenia i rodził poważne wątpliwości. Obrzęki bez objawów chorobowych ze strony serca, bez sinicy i objawów zastoinowych, a szczególnie bez białkomoczu, to, bądź co bądź, rzecz niezwykła.

Dopiero zejście śmiertelne w dwóch przypadkach i możność dokonania oględzin pośmiertnych wyjaśniły patogenezę obrzęków tego rodzaju. W jednym przypadku wykryto ciężkie zapalenie nerek swoistego charakteru; w drugim

zmiany anatomiczne w nerkach, jakkolwiek nie tak wyraźne, jak w pierwszym, były dosyć charakterystyczne.

Od czasu lepszego poznania chorób nerek w bieżącym stuleciu powszechnym stał się pogląd, że białkomocz należy do nieodłącznych objawów ostrego zapalenia nerek. Lecz już przed drugą połową tego stulecia pojawiły się w literaturze spostrzeżenia, które zaczęły dowodzić, że od prawidła tego są wyjątki.

Między innymi HENOCH w 1873 r. opisał przypadek obrzęku płoniczego bez białkomoczu, w którym oględziny pośmiertne wykryły silnie rozwinięte zapalenie nerek.

Następnie LITTEN opisał w 1882 roku dokładnie spostrzegany przypadek obrzęku po płonicy, w którym pomimo istnienia zmian w nerkach, stwierdzonych przy oględzinach pośmiertnych, ani razu nie znaleziono w moczu białka.

Następnie QUINCKE, BARTELS, SENATOR i inni podali analogiczne przypadki obrzęków po płonicy.

Z innych chorób wysypkowych, w których wystąpić może obrzęk bez białkomoczu, na wzmiankę zasługuje ospa wietrzna, odra, dur brzuszny. W tem ostatniem cierpieniu RILLIET i BARTHEZ, HENOCH, CADET de GASSICOURT spostrzeżali obrzęki bez białkomoczu.

Widzimy więc, że obrzęki bez białkomoczu mogą przedewszystkiem pojawić się w ostrych chorobach zakaźnych. W przypadkach tych obrzęki istnieją obok zapalenia nerek, jak pouczają przypadki HENOCH'a, QUINCKE'go i innych. Istnieją jednak, podług innych autorów (ROSENSTEIN), przypadki, gdzie są obrzęki bez zapalenia nerek.

Widzimy powtórę obrzęki bez białkomoczu, jak pouczają spostrzeżenia autora, po niezżytach kiszki u młodych dzieci. Że u dzieci pod wpływem niezżytów kiszki powstają chorobowe zmiany w skórze, poucza codzienne doświadczenie. Utrata płynu, zboczenia w obiegu krwi i krążące we krwi toksyny pochodzenia kiszki są czynnikami, sprowadzającymi zaburzenia w naczyniach krwionośnych i chłonnych skóry. Lecz i zapalenie nerek jest daleko częściej następstwem zaburzeń kiszki u dzieci, aniżeli powszechnie przypuszczają. Pierwszy zwrócił uwagę na ten fakt lekarz szwedzki KJELBERG; następnie inni, jak PARROT, HIRSCHSPRUNG, BAGINSKY, EPSTEIN, HEUBNER stwierdzili również zapalenie nerek w następstwie niezżytów kiszki u małych dzieci.

Obrzęki bez białkomoczu w następstwie ostrych i przewlekłych niezżytów kiszki były następnie wielokrotnie przez lekarzy spostrzegane. Tylko objaśnienie ich było niepewne; jedni, jak WIEDERHOFER objaśniali je charłactwem — *hydrops cachecticus*, BIEDERT małokrwistością — *hydrops anaemicus*, HENOCH — upadkiem działalności serca i zastojami krwi.

W ostatnich czasach FILATOW podaje, że u dzieci zdarzają się idiopatyczne obrzęki bez zapalenia nerek w następstwie płonicy. Na poparcie tego poglądu podaje FILATOW fakt, że obrzęki te mają zwykle przebieg łagodny, i że podczas ich trwania nigdy nie wykrywa się białka w moczu.

Pogląd ten nie jest oparty na faktach anatomicznych i wobec spostrzeżeń autora jest silnie zachwiany. Autor zgodnie z HENOCH'em i STARCK'em skłonny jest do przypuszczenia, że w tego rodzaju przypadkach zawsze myśleć należy o zapaleniu nerek.

Autor w końcu ostrzega przed robieniem w tego rodzaju przypadkach dobrego rokowania, gdyż jakkolwiek większa część tak zwanych idiopatycznych obrzęków kończy się pomyślnie, wszelako nie mamy prawa na mocy stałego

braku białka i cylindrów w moczu wyłączyć zapalenia nerek, a tem samem robić rokowanie bezwzględnie dobre*).

Ponieważ nie posiadamy żadnego sprawdzianu, by w tego rodzaju przypadkach napewno rozpoznać prawdziwą przyczynę obrzęków, przeto w razach wątpliwych należy przypuścić możliwość zapalenia nerek i pod względem rokowania i leczenia odpowiednio postępować.

(*Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. 1900.*)

F. Arnstein.

96. **Vyšín. O białacze.** Autor podaje wyniki histologicznego badania 10 przypadków różnych postaci białaczki i przytacza historye choroby pięciu przypadków, spostrzeganych w klinice prof. EISELT'a. Jeden z nich był typowym obrazem ostrej białaczki, drugi wykazywał przetwarzanie się anemii w białaczkę. Reszta były to przypadki przewlekłej białaczki.

Na podstawie tego materiału V. wypowiada następujące wnioski:

1) Białaczkowy stan krwi różni się od prawidłowego, jak i od zwykłej leukocytozy, ogromnem powiększeniem ilości jednojądrowych leukocytów. To uderzające powiększenie ilości małych i dużych jednojądrowych leukocytów jest dla białaczki zjawiskiem najgodniejszym uwagi.

2) Różne rodzaje białych ciałek są to tylko różne stopnie ich rozwoju. Najmłodszą postać tworzą małe limfocyty, z których powstają inne.

3) Białaczkowy stan krwi rozwija się nie wskutek niedostatecznej przemiany białych ciałek w czerwone, gdyż taka przemiana nie ma miejsca, lecz wskutek tego, że w białacze w krwiotwórczych narządach z komórek, które wytwarzają oba rodzaje ciałek krwi, powstaje bez porównania większa ilość ciałek białych, aniżeli krążków czerwonych. W białacze obok powiększenia się ilości białych ciałek widzimy zmniejszenie się ilości czerwonych. Wskutek tego w niektórych przypadkach bywa spostrzegane przetwarzanie się ciężkiej anemii w białaczkę.

4) Białaczka powstaje wskutek nadmiernego wytwarzania się leukoblastów i leukocytów w narządach krwiotwórczych. Świadczy o tem znajdywanie w krwi najmłodszych postaci ciałek: limfocytów i normoblastów i spostrzeganie w wielkiej ilości zjawiska dzielenia się jąder leukocytów. Jestto oznaka energicznej sprawy rozrodczej w narządach krwiotwórczych.

5) Białaczka jest chorobą narządów krwiotwórczych. Dowodem tego jest spostrzeganie nieprostego dzielenia się leukocytów w znacznie większej ilości w narządach, aniżeli w krwi, a dalej znajdywanie licznych myeloplaksów w śledzionie i w wątrobie.

W stosunkach prawidłowych te wielkie komórki znajdujemy w szpiku kostnym. W przypadkach swoich V. znajdował je w wątrobie i śledzionie w znacznej ilości. Są one ważnym objawem energicznej sprawy rozrodczej w tych narządach. Spostrzeganie przez autora mitotycznego dzielenia myeloplaksów w dwóch przypadkach białaczki jest widoczną oznaką czynnego uczestnictwa

*) Poruszona przez autora sprawa posiada doniosłe znaczenie praktyczne, szczególnie odnośnie do obrzęków u dzieci po płonicy, w których niekiedy w rzeczy samej brak białka w moczu, a jednak przypadki te nie zawsze należą do łagodnych, jak się o tem sam miałem sposobność przekonać przed kilku laty. U dziecka 3-letniego po przejściu płonicy w ciągu 10-ciu dni stopniowo rozwinął obrzęk dolnych kończyn znacznego natężenia; badany mocz nie wykazywał białka; po 10-ciu dniach wystąpiły drgawki mocznicze, które pod wpływem odpowiednich środków w kilka godzin ustąpiły, dziecko wyzdrowiało po kilku dopiero tygodniach; pierwszy raz znalazłem białko w moczu w kilka dni po ustąpieniu drgawek, co już napewno dowodziło istnienia zapalenia nerek. (Przyp. spraw.)

narządów krwiotwórczych w powstawaniu białaczki, która jest przeto chorobą narządów krwiotwórczych, a nie chorobą krwi.

6) Leukomy (białaki) w oddzielnych narządach nie pochodzą z biernego gromadzenia się leukocytów; i w nich odbywa się żwawa sprawa rozrodcza.

7) Białaczka jest chorobą zakaźną, której przyczyna nie jest jeszcze znana. Zakażenie następuje najprawdopodobniej przez drogi trawienia.

8) Stosunek złośliwej adenii do białaczki jest taki, jak anemii do białaczki. W pewnych okolicznościach, gdy czynność regulacyjna, która zatrzymuje leukocyty w narządach krwiotwórczych, jest niewystarczająca, białe ciała dostają się do krwiobiegu, i rozwija się białaczkowy stan krwi.

(Sbornik Klinický. Rocznik I. Nr. 4. 1899 r.) *Sz. Kossobudzki.*

97. KIONKA. **Sztucznie wywołana dna.** Autor, chcąc się przekonać, o ile słuszny jest pogląd, że obfite pożywienie mięsne stanowi moment etiologiczny w powstawaniu dny, przeprowadził szereg prób na kurach, żywionych wyłącznie mięsem. Pewną liczbę starych kur zamknął w obszernej klatce i karmił je dwa razy dziennie siekanem wolnem od tłuszczu mięsem końskim. Kury szybko się przyzwyczyły do tego pożywienia i czuły się z początku zupełnie dobrze. Po pewnym jednak czasie, najczęściej po 3—5 miesiącach zaczynały występować pierwsze objawy chorobowe.

W dalszym obrazie chorobowym dały się odróżnić rozmaite typy chorobowe. W szybko rozwijającej się postaci kury okazywały niepewny chód, padały przy zeskakiwaniu, kurczyły nogi skutkiem, zdaje się, bólów. Stopniowo osłabienie nóg się zwiększało, kury często leżały na dnie klatki, stawy były obrzękłe. W przerwach między napadami obrzmienie stawów się zmniejszało. Z czasem napady stawały się częstszymi, nogi pozostały obrzmiałe i beczynne, kury traciły łaknienie, chudły i ginęły.

W tej postaci złogi moczanowe w obrzmiałych stawach były nieznaczne, choć się wyraźnie dawały wykazać. Bardzo silnie były one rozwinięte w innej postaci powoli rozwijającej się dny, w której złogi w stawach występowały pod postacią guzów (*tophi*). Często spostrzegano rozwijającą się chorobę pod postacią trzewowej dny (*viscerale Gicht*) ze złoгами na błonach surowicznych i w narządach, jak w nerkach.

Badania nad przemianą materii u kur, karmionych mięsem, dały wyniki następujące: ilość ekskrementów wynosiła 200 do 350 gramów; wydzielanie substancji azotowych również powiększone wynosiło 3,4 do 5,4 gr. dziennie; ilość kwasu moczowego była bardzo znaczna, wynosiła 7 do 11 gramów dziennie.

Kury, karmione mięsem, okazywały, naturalnie, wielki pociąg do ziarn i węglowodanów, nie mniej, jak się to okazało, i do wapna. Autor też skorzystał ze sposobności i z kurom obok 75 gramów mięsa za każdym razem podawał 5 grm. sproszkowanej łupiny od jaj, czyli dziennie 10 grm. Pod wpływem wapna ilość ekskrementów się powiększyła do 500 grm., a współcześnie zwiększyło się pragnienie. Ekskrementy, dotąd kwaśne, stały się alkalicznymi; ilość kwasu moczowego wydzielanego z 7—11 zmniejszyła się do 3,5—6, a zatem o 40 do 50%.

Zdaje się przeto, że obfity dowóz do ustroju kury wapna jest w stanie zmniejszyć tworzenie się (?), a tem samem wydzielanie kwasu moczowego.

Czy i u człowieka, tak samo, jak u kur, po podaniu wapna wydzielanie kwasu moczowego się zmniejsza, i czy leczenie skazy moczanowej za pomocą wapna, jak chce v. NOORDEN, jest usprawiedliwione, autor nie rozstrzyga, sądzi jednak, że dopiero dalsze badania mogą tę sprawę rozjaśnić.

(*Berlin. Klin. Wochenschr.* Nr. 1. 1900).

F. Arnstein.

SPRAWOZDANIE

ze zjazdu internistów niemieckich
w Wiesbaden (18 — 21 kwietnia).

(Dokończenie. — Zob. Nr. 32).

D-r TÜRK (Wiedeń). O Haemamoeba Löwit'a we krwi białaczkowej. LÖWIT twierdzi, że jakoby wykrył „ciała swoiste“ we krwi chorych, dotkniętych postacią szpikową białaczki, które zalicza do gromady pierwotniaków i uważa za sprawców tej postaci chorobowej. Otóż twierdzenie to polega na błędnym pojmowaniu obrazów drobnowidzowych. Mówca przekonał się, że ciała te stanowią wytwór sztuczny, powstały na skutek wyługowania ziarnistości z t. zw. Mastzellen, lecz nie mają nic wspólnego z pierwotniakami.

Jako replikę na powyższy komunikat LÖWIT (Innsbruck) wygłosił odczyt: O dalszych badaniach nad pasorzytami białaczki, w którym broni swego poglądu co do pochodzenia pasorzytniczego wspomnianego cierpienia. W wielu przypadkach lymphæmii, twierdzi on, posiłkując się nową metodą barwienia, zaleconą przez ROMANOWSKIEGO, w limfocytach, które stanowią 55% leukocytów wogóle, spotykał bardzo oryginalne i ciekawe obrazy: bardzo małe ciała formy kolistej to jednolite, to z wyraźnymi wodniczkami (wakuole). Przepuszczenie, żeby to mogły być wytwory rozpadu jądra, należy stanowczo wyłączyć. Podobne twory spotykano i w szpiku królików, zakażonych sztucznie białaczką. Na tle tych dwóch odczytów rozwinęły się między prelegentami ożywione rozprawy. W końcu zgodzono się na to, że należy oczekiwać ogłoszenia badań odnośnych, dokonanych przez innych jeszcze autorów.

D-r SONNENBERGER (Worms). Przyczynki do etiologii i patogenyzy zaburzeń trawienia u ssawców, zwłaszcza *Cholera nostras*. Obecny stan nauki o cierpieniach przewodu pokarmowego, zwłaszcza w wieku dziecięcym, każe pamiętać o tem, że w tych sprawach chorobowych czynniki trujące grają bardzo ważną rolę. Tego rodzaju zatrucia dochodzą do skutku u dzieci jeszcze łatwiej dzięki temu, że u ssawców i narządy trawienia i czynność ich same przez się sprzyjają do pewnego stopnia powstawaniu rozmaitych spraw fermentacyjnych i samozatruciu. Niezależnie od czynników trujących, które rozwijają przy współdziałaniu drobnoustrojów, jako skutek poważnych zaburzeń trawienia, mówca wyosobnił nowy dział chorobowy, zależny jedynie od czynników chemicznych, mianowicie zatrucia, zależne od mleka (*Milchintoxicationen*). Zdarzają się one bardzo często u dzieci, karmionych sztucznie. Sposób ich powstawania opiera się z jednej strony na wspomnianych wyżej własnościach szczególnych narządów trawiennych u dzieci, z drugiej zaś strony na tej okoliczności, że mleko, jako wydalina i wydzielina (*excret et secret*) może zawierać w sobie rozmaite alkaloidy, glikozydy i tym podobne mniej lub więcej trujące składniki pochodzenia roślinnego, dzięki tylko sposobowi karmienia krów. Nic dziwnego, że mleko takie będzie bardzo szkodliwe, zwłaszcza że zwierzęta trawożerne znoszą bez żadnej szkody dla zdrowia znacznie większą ilość trucizn, niż mięsożerne, a tembardziej człowiek. Tego rodzaju trucizny stają się częstokroć powodem ciężkich zaburzeń trawienia, które mogą przebiegać pod postacią nieżyty żołądka i kiszec. Do lekarza tedy należy zorientować się w podobnych przypad-

kach i przedsięwziąć odpowiednie środki nie tylko lecznicze, lecz i zapobiegawcze.

D-r HOFFMANN (Düsseldorf). Przyczynek do patologii tachikardii napadowej.

Na podstawie znacznej liczby spostrzeżeń własnych i odnośnej kazuistyki mówca szkicuje przebieg napadów nader częstego bicia serca; napady takie zjawiają się nagle, niespodzianie i również nagle ustępują. Podczas napadu częstość uderzeń serca bywa tak znaczna, że o policzeniu uderzeń serca nie może być nawet mowy. W jednym przypadku tego cierpienia dokonano badania zwłok, lecz ani dane, otrzymane na stole sekcyjnym, ani etiologia nie dają obrazu, odpowiadającego pewnej jednostce chorobowej, aczkolwiek w kilku przypadkach o wielce różnej etiologii napady chorobowe posiadały przebieg bardzo podobny. Dokładne spostrzeżenie wykazało, że w tych razach mamy do czynienia z zaburzeniami najrozmaitszych czynności ustroju. Spostrzegano więc obfite wydzielanie moczu (polyuria wobec bardzo małego ciśnienia krwi) przed, podczas i po napadzie, najrozmaitsze objawy w zakresie układu nerwowego, migreny, niejednakową szerokość źrenic i pewne objawy gastryczne. To bogactwo objawów somatycznych każe przypuszczać, że prawdopodobnie mamy do czynienia z cierpieniem ośrodkowego układu nerwowego, może coś analogicznego do padaczki, a źródło cierpienia zdaje się leżeć w rdzeniu przedłużonym. MARTIUS przypuszczał, że zasadniczym cierpieniem bywa rozszerzenie serca pierwotne, na pogląd ten jednak trudno zgodzić się chociażby nawet z tego względu, że u wielu takich osobników nie było rozszerzenia serca, a tymczasem i u jednych i u drugich osobników sprawa przebiegała prawie jednakowo. Pewne wnioski co do mechanizmu napadu możnaby było poczynić na podstawie krzywej tętna, zwłaszcza jeżeli po napadzie występuje niemiarowość jego. Wymierzanie krzywej przekonywa, że przyczynę niemiarowości stanowią skurcze nadliczbowe (*Extrasystole*); możnaby więc mniemać, że taki napad składa się z całego szeregu skurczów nadliczbowych. Zjawisko mówca czyni zależnym od wzmożonej pobudliwości mięśnia sercowego albo od pewnych podrażnień ruchowych, wychodzących z ośrodka nerwowego, umiejscowionego po za sercem. W samej rzeczy tachikardya napadowa nie istnieje, natomiast niewątpliwie spotykają się napady nader częstego bicia serca, które, jako powikłanie pochodzenia odruchowego, zdarza się w najrozmaitszych sprawach chorobowych.

D-r VIERORDT (Tubinga). O sinicy. Mówca nie zgadza się na przyjętą obecnie teorię mieszaną pochodzenia sinicy, — stan ten, według mówcy, zależy wyłącznie od czynników mechanicznych. Przyczynę sinicy upatrywano dotąd w nagromadzeniu się kwasu węglanego we krwi, na skutek czego ostatnia staje się bardzo ubogą w tlen; VIERORDT twierdzi, że sina barwa skóry zależy od grubości warstwy i znajdujących się nad nią powłok zewnętrznych, natomiast sinica nie daje wcale prawa wnioskować o mniejszej lub większej zawartości tlenu we krwi.

D-r MINKOWSKI (Strassburg). O swoistej postaci dziedzicznej sple-nomegalii z żółtaczką przewlekłą. Mówca u ośmiu członków tej samej rodziny (kilku dorosłych i ich dzieci) spostrzegł szczególną postać żółtaczki o przebiegu bardzo przewlekłym. U wszystkich śledziona była na tyle powiększona, że można ją było wyczuć z łatwością, nadto mocz już od wieku dziecięcego posiadał zabarwienie ciemne. Wątroba nie była powiększona; w moczu nie znaleziono żadnego z barwników żółciowych, lecz urobilinę; wypróżnienia nie były odbarwione. Jeden z chorych, mężczyzna 42-letni, zmarł wskutek zapalenia

płuc grypowego; i w tym przypadku dokonano badania zwłok. Okazało się, że wątroba była nie zmieniona, natomiast śledziona uległa znacznemu powiększeniu, a w kanalikach moczowych nerek istniały złogi jakiegoś zielonawo-brunatnego barwnika, który dawał odczyn na żelazo. Zawartość żelaza w nerkach była olbrzymia. Chodzi tu oczywiście o jakąś szczególną nieprawidłowość w zamianie barwnika krwi. Podobne przypadki spostrzegali prof. SENATOR i ALBU.

D-r BORNSTEIN (Zdrój Landek). O metodach, używanych do podniesienia ilości białka w ustroju.

Mówca nie jest zwolennikiem metody tuczącej WEIR-MITCHELL'a, ponieważ przekonał się, że do tego samego wyniku dojść można inną drogą. Nietyle rozumowania teoretyczne, co doświadczenia na sobie samym i na chorych przekonały mówcę, że przyrost białka w ustroju zarówno pod względem jakościowym, jak ilościowym może mieć miejsce nawet przy pracy mięśniowej. W tym celu należy dostarczać ustrojowi od 30 do 50 grm. czystego białka, głównie zaś białka kazeinowego na dobę; cel ten osiągnąć można przez podawanie nutrozy, plasmonu, sanatogenu, eulaktolu i t. p. Mówca sądzi, że za pomocą takiej metody jednostronnego tuczania za pomocą przetworów mleka uda się łatwiej podnieść ilość białka w ustroju, niż za pomocą metody WEIR-MITCHELL'a, którą ograniczyć należałoby do takich przypadków, gdzie pożądane jest nagromadzenie tłuszczu dla względów mechanicznych (nerka wędrująca).

D-r SMITH (Schloss - Marbach). Kilka nowych metod oznaczania granic serca. Pośród licznych metod, ułatwiających oznaczenie granic serca, dwie z nich, zdaje się, rychło przejdą do historii. Naprzód tedy badanie za pomocą promieni RÖNTGEN'a nie zawsze daje wyniki pewne, to samo można powiedzieć i o metodzie BIANCHI'ego za pomocą ulepszonego fonendoskopu. Mówca podaje własną, podmiotową metodę, opartą na wskazówkach badanego osobnika. Wykonanie jej odbywa się w sposób następujący: biegun obojętny przystawia się w okolicy dolnej na lewej połowie klatki piersiowej od tyłu, drugi zaś guzikowaty biegun, umieszcza się w okolicy, odpowiadającej bezwzględnej tępości serca, i przepuszcza się prąd przerywany. Jeżeli teraz powiększać stopniowo siłę prądu, to wkrótce nastanie chwila, kiedy osobnik badany wyraźnie poczuje, że działanie prądu, dotychczas odczuwane tylko na skórze, zacznie przenikać w głąb. Zaleca się badanemu odpowiedzieć, kiedy zacznie odczuwać głębokie działanie prądu, i oznacza się ołówkiem punkt, na którym stał biegun, po czem ostatni przenosi się na inne miejsce. Połączenie za pomocą linii znalezionych punktów da nam figurę, odpowiadającą wymiarom serca, którego granice ściśle odpowiadają tym, które otrzymaliśmy za pomocą opukiwania albo też metody BIANCHI'ego.

D-r BOAS (Berlin). Dane kliniczno - statystyczne o 200 przypadkach raka przełyku, żołądka i kiszek. Statystyka wykazuje, że na raka narządów trawienia znacznie częściej chorują mężczyźni, niż kobiety. Dotyczy to zwłaszcza raka przełyku i żołądka. Pod względem wieku rak pomiędzy rokiem 30—50 wynosi 35%, a w latach od 50—70 już 60%. Dziedziczność stwierdzono w 9% zaledwie, zdaje się więc, że wpływ dziedziczności jest dla raka bardzo wątpliwy. Daleko ważniejsze znaczenie ma ten fakt, że są rodziny, w których rak spotyka się względnie często, np. u małżeństwa i rodzeństwa jego. Mówca spostrzegł 22 przypadki podobne; wśród nich trzy razy zdarzył się rak u małżonków, a dwa razy u rodzeństwa, które szereg lat mieszkało razem z tem małżeństwem. Ponieważ spostrzeżenia podobne są opisane i w literaturze lekarskiej francuskiej i angielskiej, przeto mówca zwraca uwagę na konieczność za-

rzędzenia środków zapobiegawczych odnośnie do wydzielin i wydaliny rakowatych, względnie przestrzeganie należytej czystości naczyń, które służą do picia i jedzenia osobnikom chorym i zdrowym. Co się tyczy sposobu odżywiania rakowatych, to zauważono, że rak spotyka się częściej u tych osobników, którzy odżywiają się przeważnie mięsem, aczkolwiek i ludność wiejska, spożywająca więcej produktów pochodzenia roślinnego, wcale nie jest zabezpieczona od raka. Najbardziej sprzyja rozwojowi raka przelęku obfite używanie napojów wysokokowych, a liczba podobnych przypadków dochodzi do 40%. Uraz gra również bardzo wybitną rolę w sprawie powstawania raka.

D-r KRAUS (Praga). Hodowla laseczników tyfusowych z wypróżnień. Mówca twierdzi, że wszystkie używane do dziś sposoby otrzymywania hodowli drobnoustrojów tyfusowych z wypróżnień są niewystarczające do celów rozpoznawczych. Rozwój kolonii laseczników na używanych powszechnie podłożach nie daje żadnych cech szczególnych, na których podstawie możnaby było odróżnić łatwo i szybko laseczniki tyfusowe od innych drobnoustrojów. W czterech przypadkach mówca użył wynalezionego świeżo przez siebie metody, która polega na wytwarzaniu się gazu w środku kolonii. Dzięki tej metodzie łatwo poznać, z jakimi lasecznikami mamy do czynienia, ponieważ tylko tyfusowe posiadają zdolność wytwarzania gazu, o czym przekonano się za pomocą hodowli porównawczych, zakładanych na podłożach z wypróżnień osobników chorych i zdrowych. Jako podłoże służył mówcy agar glicerynowy z dodatkiem 2% cukru gronowego. Używa się zwykle milionowego rozcieńczenia wypróżnień, skąd na pożywkę przenosi się jedno uszko platynowe. Po 20—24 godzinach rozwija się 60—100 doskonale oddzielonych kolonii, wśród których spotkać można zaledwie kilka, zawierających w środku gaz. Te właśnie są swoiste dla laseczników tyfusowych.

D-r QUEIROLO (Pisa). Nowy sposób oznaczania granic żołądka. Na końcu miękkiego zgłębnika żołądkowego uwiązuje się kondom, który nadyma się lekko za pomocą cienkiej rurki gumowej. Górny brzeg zgłębnika łączy się rurką z przyrządem samopiszącym. Jeżeli teraz opukiwać żołądek, to przyrząd piszący wykonywa odpowiednie drgania, co ma miejsce tylko wtedy, jeżeli opukiwanie odbywa się w granicach żołądka.

D-r LITTEN (Berlin). Zapalenie wsierdza i stosunek jego do innych chorób.

Zapalenie wsierdza nigdy nie spotyka się, jako cierpienie samoistne, lecz, z wyjątkiem spraw miażdżycowych, zjawia się zawsze, jako powikłanie. Towarzyszy ono prawie wyłącznie chorobom zakaźnym i wtedy jest pochodzenia pasorzytniczego. Nazwy dzisiejsze zapalenia wsierdza brodawkowate (*endocarditis verrucosa*) i wrzodziejące (*ulcerosa*) nie dają nam najmniejszego pojęcia o pochodzeniu i przebiegu choroby. Badanie zwłok przekonywa nas często, że w przypadkach o jednakowej etiologii i podobnym obrazie klinicznym raz znajdujemy zapalenie wsierdza brodawkowate, innym zaś razem wrzodziejące. Nazwy te więc wskazują zmiany anatomo-patologiczne, którym uległo wsierdzie, a pod względem klinicznym należałoby używać nazw, które pouczają o niebezpieczeństwie, grożącym życiu z powodu choroby, t. j. zapalenie wsierdza łagodne i złośliwe (*endocarditis benigna et maligna*). Ponieważ jednak w całym obrazie chorobowym zapalenie wsierdza zajmuje drugie miejsce, a na plan pierwszy występuje cierpienie zasadnicze, to dla określenia charakteru zapalenia wsierdza należy w nazwie zawsze umieszczać czynnik etiologiczny. Stosownie do tego wypada rozpatrywać: I. Zapalenia wsierdza łagodne, mianowicie: *Endo*

card. benigna rheumatica, peliologica, choreatica, gonorrhoeica, scarlatinosa, morbillosa, variolosa, dysphtheritica, typhosa, pneumonica, e influenza et traumatica. II. *Endocarditis maligna*; a) *non apostematosa: rheumatica, choreatica et gonorrhoeica*; b) *septico-pyaemica, apostematosa* pierwotne albo wtórne.

Zapalenie wsierdzia łagodne powoduje nieznaczne zmiany na zastawkach, które zwykle nie dają żadnych objawów klinicznych, lub też prowadzą do powstawania wad zastawkowych przewlekłych. W życiu pozapłodowym poraża ono zwykle lewą połowę serca i powoduje zawały anemiczne w naczyniach krwioobiegu wielkiego. Jeżeli zaś zdarzają się prócz tego i zawały w płucach, to, o czym łatwo przekonać się w każdym pojedynczym przypadku, powstają one z zakrzepów żylnych lub ze skrzepów prawej połowy serca, ponieważ zatory, z lewego serca pochodzące, nie mogą przejść przez naczynia włosowate.

Zapalenie wsierdzia złośliwe stanowi cierpienie bezwzględnie groźne dla życia chorego. Może ono istnieć i w lewym i w prawym sercu, a pod względem anatomicznym może przedstawiać się albo jako postać brodawkowata, albo wrzodziejąca. Daje ono prawie zawsze przerzuty, które, zależnie od ciepienia zasadniczego, działają albo tylko mechanicznie (gościec, *chorea*, rzeżączka), albo zakaźnie (ropnico-posocznica i zakażenia mieszane); pierwsze są mniej groźne, drugie zaś zawsze ropne.

Z tego powodu zapalenie wsierdzia złośliwe może posiadać dwie postaci: z ropieniem i bez ropienia. *Endocarditis maligna non apostematosa* spostrzegano dotąd w przebiegu gośćca, *chorea* i rzeżączki. Etiologia ostatnich właśnie przypadków jest najlepiej zbadana, i nie ulega najmniejszej wątpliwości, że powstawanie swe zawdzięcza ona dwoinkom tryprowym. Wszystkie jednak opisane do dziś spostrzeżenia zgadzają się pod tym względem, że w żadnym z zawałów krwotocznych, rozrzuconych po rozmaitych narządach, nie znaleziono ognisk ropnych. Zjawisko to wytłumaczyć można w ten sposób, że nie mamy tu do czynienia za sprawą ropniczą, więc nie spotykamy i ropni, w przeciwnym zaś razie śmiało można orzec, że chodzi o powikłanie zapalenia wsierdzia rzeżączkowego jakąś sprawą ropną.

Podobne zmiany anatomiczne spotykamy w odległych narządach w przypadkach zapalenia wsierdzia pochodzenia gośćcowego, a już przed 20-tu laty LITTEN opisał pewną liczbę takich przypadków pod nazwą zapalenia wsierdzia gośćcowego. Tymczasem więc odrzucił on wogóle nazwę „wrzodziejące“ nawet i dla tej postaci, którą dziś nazywa „złośliwą z ropieniem“. W trzech spostrzeżeniach własnych zapalenia wsierdzia gośćcowego złośliwego LITTEN znalazł w nalicie na zastawkach serca pewien, zresztą dokładnie już zbadany, rodzaj łańcuszkowca. Dotychczas jednak mówca nie może uznać za przyczynę gośćca ani tego łańcuszkowca, ani żadnego z innych drobnoustrojów, a zwłaszcza opisanego przez SINGER'a. Ponieważ w wielu przypadkach zapalenia wsierdzia złośliwego, pochodzenia rzeżączkowego, dosyć wczesnie znajdowano w zawartości torebek stawów porażonych dwoinki tryprowe, należy przypuszczać, że drobnoustroj ten jest sprawcą zmian we wsierdzu, i że odpowiednio do tego postaci złośliwa i łagodna tego cierpienia dają różnice tylko ilościowe, stosownie do mniejszej lub większej złośliwości samego zarazka. Wracając do gośćca ostrego, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że jest on pochodzenia drobnoustrojowego, to też jako przyczynę dla tego cierpienia i dla zmian, które ono wywołuje na zastawkach, trzeba przyjąć istnienie zarazka swoistego; niestety, nie jest on jeszcze dotychczas znany. Prócz tych postaci zapalenia wsierdzia istnieje jeszcze jeden rodzaj tego cierpienia, w którym za sprawcę choroby należy uważać uraz.

Przypadek podobny, w którym taka właśnie etiologia nie ulega najmniej wątpliwości, mówca miał sposobność spostrzegać niedawno. W takich razach przebieg kliniczny posiada cechy zapalenia łagodnego i prowadzi albo do wyleczenia zupełnego, albo do wady zastawkowej. Postać ta na skutek zakażenia wtórnego drobnoustrojami ropotwórczymi może przejść w postać ropniczo-posoczniczą.

Zasługują na zaznaczenie zdania pewnych mówców, którzy zabierali głos w rozprawach na tle odczytu LITTEN'a. Tak, prof. v. JÜRGENSEN (Tubinga) twierdzi, że zapalenie wsierdzia, jako jednostka chorobowa, nie istnieje, ponieważ jednocześnie zostają dotknięte i mięśnie serca, a mianowicie włókna mięśniowe, zawarte w zastawkach, a ta właśnie okoliczność jest decydująca co do przebiegu i zejścia choroby. Co się tyczy etiologii zapalenia wsierdzia, to najczęściej zależy ono od gościa stawowego, jednakże już od całego szeregu lat J. nie spotyka typowej postaci ostrej, na której przebieg przetwory kwasu salicylowego wcale nie działają. Natomiast częściej zdarzają się postaci, jeżeli tak można wyrazić się, pełzające, które prowadzą do ciężkich zmian na zastawkach i w końcu po kilku lub kilkunastu latach wytwarzają warunki, zagrażające życiu. Ciężkość nie wykazuje żadnych wahań i pozostaje przez cały czas prawidłową. Wykładnik stosunku pomiędzy częstością tętna i oddechu zmniejsza się, i dla tego objaw ten posiada poważne znaczenie rozpoznawcze. Szybkość prądu krwi już w naczyniach, leżących blisko serca, jest mniejsza, siła serca upośledzona, lecz dopiero cierpienie mięśnia sercowego staje się decydującem. Dalej zasługuje na uwagę występowanie swoistych zaburzeń nerwowych: *chorea* i *catalepsia*, zwłaszcza u dzieci, zaburzenia pobudliwości odruchowej, *contractio paradoxa* WESTPHAL'a i na koniec ciężkie zaburzenia rdzeniowe. Zadanie lekarza polega na oszczędzaniu ustroju, dopóki nie znikną wszelkie objawy groźne.

Prof. LENHARZ (Lipsk) sądzi, że podział obu dwu złośliwych postaci zapaleń wsierdzia nie jest niczem usprawiedliwiony. Ropienie zawałów zatorowych nie stanowi chyba cechy różniczkowej, zwłaszcza że ropienie spotyka się nie we wszystkich przypadkach zakaźnych. Z drugiej znów strony i w wielu przypadkach bez udziału spraw ropnych znajdują się we krwi rozmaite drobnoustroje, należy więc przypuścić, że samouodpornienie soków ustroju chroni przed ropieniem. Zapalenie wsierdzia septyczne w klinice można dokładnie rozpoznać za pomocą badania krwi pod względem zawartości drobnoustrojów. Pod względem anatomicznym przebiega ono albo z ropieniem albo i bez ropienia zawałów krwawych, pochodzenia zatorowego. W przypadkach zapalenia wsierdzia w przebiegu gościa krew nigdy nie zawiera drobnoustrojów, a zarazek gościcowy jest nam do dziś jeszcze nieznanym.

WASSERMANN (Berlin) zaznacza, że w jednym przypadku *choreae post-rheumaticae* wyhodował łańcuszkowce ze świeżych złogów na zastawkach. Drobnoustroje te, zaszczepione królikom, wywołały u nich zapalenie bardzo wielu stawów, a z wysięku, wziętego z ognisk zapalnych, otrzymano znów te same drobnoustroje w czystej hodowli. Stałe złogi na zastawkach nie zawierają żadnych drobnoustrojów, albo spotyka się je tam bardzo rzadko. Co do zapalenia wsierdzia, to mogą je wywołać najrozmaitsze drobnoustroje.

D-r HIS jun. (Lipsk) i prof. PAUL (Tubinga). Zachowanie się i odczyny kwasu moczowego i jego soli w roztworach. Kwas moczowy rozpuszcza się w wodzie przy 18°C. w stosunku 1:38000, zatem jest znacznie mniej rozpuszczalny, niż przypuszczano dotąd. To błędne mniemanie powstało na skutek tego, że kwas moczowy rozkłada się już w czystej wodzie, i że jego roztwory mogą po-

zostawać przesyconymi przez czas względnie długi, jeżeli tylko przy rozpuszczaniu podana wyżej ciepłota została przekroczona (? przyp. ref.). Tę samą własność tworzenia roztworów przesyconych posiadają i sole kwasu moczowego. Nadto dają one łatwo roztwory koloidalne, które nie posiadają absolutnie żadnej granicy rozpuszczalności, czyli że w miarę dodawania do danego roztworu nowych ilości soli, otrzymujemy płyn koloidalny, mniej lub więcej gęsty, to też możnaby powiedzieć, że płyny te posiadają cechy fizyczne raczej zawiesin, niż roztworów, w które przechodzą one powoli przy długim staniu. Dalej moczany wydzielają się z roztworów, jako ciała krystaliczne i bezpostaciowe (amorfne), i pierwsze posiadają inny stopień rozpuszczalności, niż drugie. Ogólnie przyjęte mniemanie, że kwas moczowy rozpuszcza się łatwiej w kwasie solnym i siarczanym rozcieńczonym, niż w wodzie, polega na błędach w doświadczeniach. Obecność mocznika nie wpływa ani na rozpuszczalność kwasu moczowego, ani na wydzielanie się jego z soli po dodaniu kwasów.

Rozwijając dalej teorię roztworów kwasu moczowego i jego soli, HIS i PAUL dowodzą, że z teorią ich najzupełniej godzi się wielka liczba danych, zdobytych drogą empiryczną. Tak np. według ich teorii, rozpuszczalność soli sodowej kwasu moczowego musi być znacznie mniejsza w obecności jakiegokolwiek połączenia sodowego. Obecność soli z metalem innym, np. *kalium* lub *lythium*, które tworzą łatwo rozpuszczalne moczany, nie może wpłynąć na stopień rozpuszczalności kwaśnych soli sodu, ponieważ sole te znajdują się obok siebie w roztworach jako „jony“; to też skoro tylko przekroczymy granice ich rozpuszczalności, to najpierw uwolni się z roztworu, względnie najpóźniej rozpuści się sól najtrudniej rozpuszczalna.

Dane te dowodzą jasno, że wszelkie wysiłki, skierowane do łatwiejszego rozpuszczenia ziół moczanowych (np. w przypadkach dny) za pomocą roztworów *kalium* lub *lythium*, nigdy nie doprowadzą do wyników pożądaných.

K. Z.

Z IX ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

WALKA Z GRUŻLICĄ

jako zadanie społeczno - narodowe.

Odczyt prof. Ign. BARANOWSKIEGO na ogólnem publicznem posiedzeniu.

Streścił S. Ł.

Na wstępie swego odczytu zaznacza autor, iż walka z gruźlicą wchodzi w zakres medycyny społecznej, która jest najmłodszą gałęzią umiejętności lekarskiej, jest, rzec można, wytworem ubiegającego stulecia. Walka z gruźlicą podjęta została w całym cywilizowanym świecie, a złożyły się na to dwie wyraźne przyczyny. Pierwszą jest fakt, że, dzięki postępom nauki, gruźlica zaliczona być winna do chorób, w wielu razach wyleczyć się dających, drugą, o wiele ważniejszą, stanowi ukształtowanie się społeczne stosunków ogólnych, ekonomicznych i społecznych. O ile dawniejszymi czasy narody opierały się głównie na rolnictwie, widząc w niem najważniejsze źródło swoich dochodów, o tyle teraz

punkt ciężkości przeniesiony został na przemysł, a wskutek tego zmieniły się warunki higieniczne pracy. Rolnik mało zarabiał, ale za to pracował w warunkach zdrowotniejszych i drobnymi środkami mógł zaspakajać swoje potrzeby. Warunki pracy dzisiejszego robotnika fabrycznego są o wiele cięższe, a przytem każde zachwianie równowagi ekonomicznej czy handlowej odbija się na jego położeniu, zagraża niedostatkiem, a nawet śmiercią głodową. Zaspokojenie potrzeb jego stopniowe i powolne, bez wybuchów i wstrząśnień, stało się jedną z głównych trosk narodów cywilizowanych. Anglią pierwsza zapoczątkowała myśl, że, chcąc poprawić położenie materyalne klas roboczych, należy podnieść zdrowotność mas, temu zawdzięczamy takie reformy higieniczne, jak kanalizację, wodociągi i t. d., do których za jej przykładem i inne państwa się wzięły, a z tego toku myśli wyszedł popęd do podjęcia walki z gruźlicą — z gruźlicą, a nie inną chorobą dla tego, że statystyczne obliczenia wykazują, iż dotąd każdy siódmy człowiek umiera na suchoty, a sprawozdania zakładów anatomicznych idą jeszcze dalej, gdyż twierdzą, że każdy trzeci zmarły nosi w sobie zarodki nierozwiniętej lub ślady przebytej gruźlicy. Nadto dane statystyczne wykazują jeszcze, że suchoty płucne są tem częstsze, im położenie materyalne jest gorsze, im dochód przeciętny jest niższy. Następnie przytacza autor, co zrobiono dla suchotników w Niemczech, Francji i Angli; okazuje się, że o takim załatwieniu sprawy, żeby już nie każdy, ale choćby tylko większość ludzi niezamożnych mogła znaleźć bezpłatne pomieszczenie w odpowiednio urządzonych sanatoryach, ani mowy być nie może, nawet wśród owych najbogatszych i najszcześliwszych społeczeństw. Że jednak ruch, skierowany ku zwalczaniu gruźlicy, wydaje owoce, dowodzi fakt, którym sprawozdawca angielski mógł się pochwalić na zjeździe berlińskim, a mianowicie, że, gdy przed laty 50-iu na 10000 ludności umierało w Anglii na suchoty płucne osób 40, to dziś śmiertelność z tej samej choroby wynosi zaledwie trzecią część tej cyfry, t. j. na 10000 — 13. Wobec takiego ruchu i jego owoców i my nie powinniśmy patrzeć nań z założonemi rękami, gdyż nic samo się nie stanie, i nikt za nas nic dla nas nie zrobi. Porównywając położenie, w jakim znajdują się dzielnice dawnego naszego kraju, wnosić można, że dla podjęcia walki z gruźlicą najlepszym terenem mogłoby być Wielkie Księstwo Poznańskie, następnie Galicya, a najtrudniejsze warunki posiada Królestwo. I tu, jednak, zdaniem autora, ręk opuszczać nie należy, gdyż nie instytucje, nie ustawy, nadane ludności, lecz własna jej dzielność, dbałość o dobro ogólne i poczucie obowiązku o biegu spraw społecznych rozstrzyga. Jeżeli nie możemy regulować tych spraw drogą ustaodawczą, to usiłujmy je regulować drogą obyczajową. Na tej drodze doszliśmy już do poprawienia klasom roboczym żywienia się, zakładając tanie kuchnie, jako też mające wejść w życie kuchnie ruchome, a także i do poprawienia innych warunków higienicznych, wznosząc mieszkania tanie dla robotników, kąpiele ludowe, warsztaty zarobkowe, szybko rozwijające się kolonie letnie i t. d. By stanąć na czele akcji przeciwgruźliczej, z natury przeznaczenia i zadań swoich szczególnie powołane jest nowo powstałe w Warszawie Towarzystwo Higieniczne, które skupiło i w ruch wprowadziło najlepsze u nas siły i jest instytucją nie wyłącznie lekarską, ale o dążnościach społeczno-filantropijnych. Z grona jego przewodniczącemu w wydziale higieny szpitali i przytułków d-rowsi DUNINOWI zawdzięczamy już powstanie funduszu publicznego na budowę sanatoryów dla biednych suchotników. Do współdziałania jednak w walce z gruźlicą koniecznie powołać należy lekarzy urzędowych, powiatowych i miejskich, a następnie i całe społeczeństwo. A podjęta akcja pod postacią stowarzyszenia przeciwgruźliczego winna postawić sobie jako cel:

- 1) Rozpowszechniać zdrowe pojęcia higieniczne dla zapobieżenia szerzeniu się chorób płucnych.
- 2) Wskazywać i ułatwiać sposoby leczenia domowego.
- 3) Dążyć do reformy odpowiedniej szpitali, a pośrednio do uzupełnienia w tym kierunku wykształcenia lekarzy.
 - 4) Popierać zakładanie sanatoryjów trzech rodzajów:
 - a) dla zupełnie ubogich, jako dzieło filantropii,
 - b) dla niezamożnych, mogących jednak opłacić w przybliżeniu koszty skromnego, ale wystarczającego utrzymania w dobrze pod względem higienicznym urządzonym zakładzie;
 - c) dla zamożnych, jako przedsięwzięcie obliczone na zysk, a dające choremu możliwość leczenia się na własnej ziemi, wśród swoich.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Pytanie, czy przymiot właściwy jest wyłącznie tylko człowiekowi, dotychczas nie zostało jeszcze rozstrzygnięte ostatecznie. ADRIAN zaszczepił sok tkankowy, zeszkrobany ze stwardnienia u chorego z przymiotem wtórnym, dwóm świniom. Po 8 tygodniach u obudwu ukazała się w różnych miejscach tułowia wysypka w postaci plam i grudek, bardzo podobnych do wykwitów przymiotowych. Grudki wkrótce znikły bez śladu. Badając skórę obu świń oraz skórę kilku zdrowych, autor znalazł u pierwszych rozszerzenie naczyń, powiększenie komórek przybłonkowych i naciek dokonał nich drobnokomórkowy. Naczynia chłonne były rozszerzone i wypełnione komórkami. W komórkach nabłonkowych cebulek włosowych znajdował przy dużym powiększeniu rozliczne postaci mitozy. Bakteryj nie znaleziono. U świń zdrowych takich zmian nie było. (Arch. f. Derm. T. 47).

= TANNOKOL — połączenie tanniny z klejem — jest to nowy środek, w postaci szaro-białego proszku, nierozpuszczalnego w wodzie; w płynach kwaśnych (sok żołądkowy) rozpuszcza się z trudnością; w alkalicznych (sok kiszkowy) rozpuszcza się, wydzielając kwas garbnikowy. Jest to przeto środek silnie ściągający i, jako taki, zalecony został przez ROSENHEIM'a w przypadkach

podrażnienia kiszek z biegunką. Dawka wynosi 1,0 dziennie w postaci proszków; dla dzieci 0,5. (Wien. med. Presse. 19. 3. 99).

= MINERBI zwrócił uwagę na objaw spostrzegany przy rozpoznawaniu ostrych chorób gorączkowych u ssaków, mianowicie zaleca obmacywać z zewnątrz okolicę migdałów w przypadkach chorób migdałów pochodzenia zakaźnego. Jednocześnie z poprawieniem się gorączki znaleźć można w dolnej części trójkąta żuchwy powiększony i bolesny gruczoł chłonny (t. zw. migdał CHASSAIGNAC'a). U dzieci limfatycznych lub w razie silnego zakażenia często wymacać się daje także gromadka obrzmiałych gruczołów chłonnych, którą M. nazywa „dolnymi migdałkami“. Wyczuwa się je tuż obok zewnętrznego końca większego rogu kości gnykowej. Obrzmienie to znika wcześniej, niż obrzmienie gruczołu CHASSAIGNAC'a. Niekiedy zamiast opisanej gromadki wyczuwa się jeden podłużny duży gruczoł pośrodku między kątem żuchwy a większym rogami kości gnykowej. U ludzi dorosłych obrzmienie podobne zdarza się rzadziej, u dzieci natomiast stale. Ma ono ważne znaczenie tam zwłaszcza, gdzie nie można obejrzeć gardzieli bezpośrednio, lub też, gdy obejrzanie nie rozstrzyga wątpliwości co do rozpoznania. (Wien. med. Presse. 19. 3. 99).

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.

Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p.p.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

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

Dom Zdrowia

D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

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

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboznej,

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

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

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

Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.

Chmielna 17.

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

Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

JODALBACID

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1898. T. XLIV. Dr. Zuelzer. „Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ L'indop. med. 21 Juin 1899. Dr. Lefort. „Etude expérimentale et clinique sur l'Jodalbacid.“

CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona.—Patentowany.

Literatura:

Münch. med. Wochensh. 1899 Nr. 1. Rada dworu Prof. Dr. Fleiner. „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wirkung bei Magenkrankheiten u. Ernährungsstörungen.“

AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona—Patentowany.

Literatura:

Rada tajny Prof. Dr. Classen. „Ueber Amyloform. Dr. B. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der Chirurgie.“ (Therap. Monatshefte. Münch. med. Woch. 1899 Nr. 12). Dr. Heddaeus. „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodoforms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W. Hoffmanna Moskwa Marosseika, Spasso-Glinitszewskij porętok dom Pugowkina.

Pracownia analityczno-lekarska

D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHA

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalołów dyfterytycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów moczopłciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

Zakład leczniczy

dla chorych na nerwy i na cierpienia przewodu pokarmowego.

D-rów Panińskiego i Zakrzewskiego
w Poznaniu—Rycerska 15

poszukuje asystenta (chrześcijanina) od 1-go Września b. r. lub wcześniej. Warunki: przy wolnem utrzymaniu 1000 Mk. rocznie. Znajomość elektroterapii pożądana. Zgłoszenia pod powyższym adresem.

Akcyjne Towarzystwo Fabrykacji Aniliny, Berlin S. O. 36.

Oddział Farmaceutyczny.

MARKA FABRYCZNA



Chloroform-Anschütz Chem. czysty z salicylid chloroformu
D. R. P. 70614.

Chloroform-Anschütz nie zawiera kwasu solnego chloru, fosfenu, alkoholu, eteru i innych zanieczyszczeń, nie barwi stężonego kwasu siarczanego przy skłócaniu i pozostawianiu nad nim tegoż kwasu nawet przez całe miesiące. Ciężar właściwy 1,5 przy 15°. Temperatur wrzenia 61 5°.

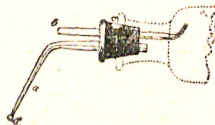
Nie zmienia się w opak. oryginalnem.

Oryginalne butelki po 25 i 50 gr. wartości. Na żądanie Chloroform-Anschütz i w większych butelkach.


Kropplomierze.

D. R. G. M. 26701.

Zbyteczna jest przy użyciu tego kropplomierza specjalna buteleczka; kropplomierz nasadza się wprost na oryginalną buteleczkę Chloroform-Anschütz i używa się jej jako buteleczki do kropli.



Tanocol.

Czysty  Żelatynotannal.
Nazwa zastrzeżona D. R. P. 108130.

Nowy, zupełnie nieszkodliwy i w soku żołądkowym nierozpuszczalny. Znacznie tańszy od innych podobnie działających preparatów taniny.



Tanocol najlepiej podawać zmieszany z zimnymi płynami.

Ministryum spraw zagranicznych

Cesarsko-Rossyjski
Jeneralny Konsulat w Berlinie

Kopia. d. 2/15 Maja 1900

Do

Tow. Akcyjnego Fabrykacji Aniliny
Berlin S. O. 36.

Z upoważnienia Departamentu Lekarskiego w Petersburgu Cesarsko-Rossyjski Jeneralny Konsulat ma zaszczyt donieść, że Rada Lekarska postanowiła uchwałę zapadłą d. 9 Lutego i 29 Maja b. r. pozwolić na wprowadzenie do Rosyi „Tanocolu“, „Resorbiny“, „Rtećio-Resorbiny“ i Chloroformu Anschütz pod warunkiem, że „Rtećio-Resorbina“ i „Chloroform-Anschütz“, jako zawierające środki trujące, będą wyłącznie wydawane przez apteki, zaś preparat Chloroform-Anschütz jedynie z przepisu lekarza.

Zarządzający
Jeneralnym Konsulatem.

Nr 1728.

Resorbina.

Nazwa zastrzeżona.

Resorbina jestto łagodna i niedrażniąca emulsja tłuszczowa, zawierająca wodę, której głównymi częściami składowymi są najczystszy olejek migdałowy i воск, i odpowiednia jest zarówno dobra jako maść lub jako składowa część maści. Wyprobowana przez liczne powagi lekarskie i włączona do skarbea leczniczego wszystkich krajów,

Resorbina wskutek łatwego wchłaniania emulsyi wnika szybko i energicznie w skórę bez silnego masażu, pozostawia tylko minimalny osad tłuszczu na skórze i jest wskazaną tam, gdzie pożądaną jest silna infiltracja tłuszczu na skórę.

Resorbina nadaje się zatem (czysta lub w kombinacji z innymi tłuszczami i środkami lekarskimi).

Resorbina służy prócz tego jako vehiculum do wprowadzania środków leczniczych w skórę.

Resorbina można mieszać ze wszystkimi znanymi dodatkami.

Rteć - Resorbina.

SZARA

33 ^o/₁₀₀ i 50 ^o/₁₀₀

CZERWONA

Ungt. hydrarg. cinerum e. Resorb. parat.

Ungt. hydrarg. rubrum e. Resorb. parat.

Z Resorbiny fabrycznie otrzymana na wzor Ungt. hydrarg. offic. przygotowana maść merkuryalna.

Zapomocą cynobru na czerwono zabarwiona. Specjalnie dla tych przypadków, w których istota choroby i sam środek nie ma być wiadomy choremu.

Rteć - Resorbina nie ma zapachu, nie brudzi, wymaga krótkiego czasu do wcierania i wskutek tego sposób wcierania jest ulepszony i prostszy.



Specjalność: Dozowane szklane rurki D. R. G. M. 24929/25
à 15 i 30 g. resp. 25 i 50 g. zawartości

33 ^o/₁₀₀ 50 ^o/₁₀₀

Bardzo odpowiednio dla praktyki przy kassach.

Dawka dla dorosłych 2—3 gr. dla dzieci 1/2—1 grm. stosownie do wieku.

Rurki powyższe ze szkła (cfr. rysunek) posiadają dno z korku dające się przesunąć, zapomocą drewnianej paleczki dodawanej do rurki. Na ścianie rurki znajduje się skala, której każdy stopień odpowiada 1 resp. 1/2 g. maści, wystarcza zatem objaśnić choremu na ile przedziałek przy każdorazowym użyciu ma przesunąć dno, aby otrzymać ilość całkowitą przepisanej maści.

Można sprowadzać za pośrednictwem aptek.

Złoty medal Rzym 1894. Złoty medal Monachium 1895. Złoty medal państwowy Berlin 1896.