

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przypadek syfilisu opon i rdzenia w części lędźwiowo-krzyżowej (meningo-myelitis lumbo-sacralis syphilitica) z niezwyklei zaburzeniami odżywczemi. Podał St. Kopczyński. — Kilka uwag z powodu 114 przypadków błonicy krtani u dzieci. Podał M. Kraushar. (Dokończenie) — **WYKŁADY KLINICZNE.** Zapalenia stawów czyli artrytyzmy pochodzenia goścowego, dnawego i innych, w świetle nowszych pojęć lekarskich. Skroślił d-r J. Majkowski. (Ciąg dalszy). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 23. O zapaleniu nerek płonieczem. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 4 marca r. b. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z dnia 1 marca r. b. — **DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r St. Kopczyński — Un cas de méningomyélite sacrolombaire syphilitique avec de troubles de nutrition extraordinaires 2) D-r M. Kraushar — Des observations sur 114 cas de laryngite diphtérique chez des enfants.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r St. Kopczyński — Ein Fall von meningo-myelitis lumbo-sacralis syphilitica mit ungewöhnlichen Ernährungsstörungen. 2) D-r M. Kraushar — Ueber 114 Fälle von Kehlkopfdiphtherie bei Kindern.

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

Z KLINIKI CHORÓB NERWOWYCH W SZPITALU ŚW. DUCHA I Z PRACOWNI
D-RA MED. E. FLATAU'A.

PRZYPADEK SYFILISU OPON I RDZENIA W CZĘŚCI LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWEJ (*meningo-myelitis lumbo-sacralis syphilitica*) z niezwyklei zaburzeniami odżywczemi*).

Podał

STANISŁAW KOPCZYŃSKI

b. ordynator kliniki.

Syfilis układu nerwowego należy do tych cierpień, któremu wybitni klinicyści, zajmujący się neurologią, najwięcej czasu i uwagi poświęcali. Składały się na to następujące okoliczności: po pierwsze, niezwyklei wielopostaciowość tej choroby, po drugie, fakt, że jest to jedyna niemal dziedzina cierpień nerwowych, gdzie wczesne rozpoznanie i odpowiednie leczenie tak wiele zdziałać mogą.

*) Podług odczytu wypowiedzianego na posiedzeniu W. T. L. w dniu 4 lutego r. b.

Od czasu klasycznej pracy HEUBNER'a¹⁾ o cierpieniach syfilitycznych tętnic mózgowych poczęły zjawiać się liczne mniej lub więcej wartościowe prace, dotyczące syfilisu układu nerwowego, a w ostatnich kilkunastu latach wyszło kilka bardzo cennych monografii o tym przedmiocie: RUMPF'a²⁾, OPPENHEIM'a³⁾ i wydana w tym roku obszerna praca NONNE'go⁴⁾. Podając literaturę, autor ten przytacza do tysiąca prac, zajmujących się rozbieraną kwestyą.

W literaturze polskiej kilku zaledwie autorów pisało w sprawie syfilisu układu nerwowego, lecz prace ich stanowią najpoważniejszy nasz dorobek literacki w dziedzinie neurologii. Pominąwszy referat zbiorowy w tej sprawie FABIANA, wymienić należy DOMAŃSKIEGO⁵⁾, GAJKIEWICZA, GOLDFLAMA i ORŁOWSKIEGO.

GAJKIEWICZ⁶⁾ na 50 przypadkach wykazuje wielopostaciowość syfilisu układu nerwowego i podaje obrazy kliniczne tej choroby, tak ważne pod względem rozpoznawczym, zwłaszcza dla lekarza praktyka.

GOLDFLAM⁷⁾ w odczycie klinicznym zajmuje się wszechstronnie i niezwykle krytycznie przymiotem rdzenia. Podaje opisy 13 spostrzeganych przez siebie przypadków syfilisu rdzenia z najrozmaitszym umiejscowieniem tego cierpienia, przyczem przedstawia wyniki nadzwyczaj ścisłego badania mikroskopowego, dokonanego w trzech przypadkach.

St. ORŁOWSKI⁸⁾ w wyczerpującej monografii przedstawia szczegółowo rozwój nauki o syfilisie rdzenia i obecny jej stan, podaje opisy 60 przypadków (z tych 26 własnych) i wyniki drobiazgowego badania pośmiertnego 5 przypadków.

Ważność przedmiotu niech mnie usprawiedliwi, że do tych cennych monografii dorzucę opis jednego przypadku, zasługującego na uwagę ze względu na przebieg kliniczny i na wyniki badania anatomicznego. Chodzi tu, jak to pokaże opis, o rzadkie umiejscowienie syfilisu w najniższym odcinku rdzenia, co pociągnęło za sobą między innymi obserwowane za życia niezwykle zaburzenia odżywczce.

Emilja J., lat 20, szwaczka, panna, przybyła do kliniki chorób nerwowych w szpitalu św. Ducha d. 26. I. 1901 r., skarżąc się na bóle i drętwienie nóg, ból w piersiach, na niemożność chodzenia wskutek osłabienia nóg, na bóle głowy, bicie serca, ściskanie w gardle. Czuje się chorą od kilku miesięcy. W listopadzie i grudniu leżała wskutek ogólnego osłabienia na 1-ej sali w tymże szpitalu. W celu wzmocnienia się wypijała przez ten czas kilka butelek przyniesionego z domu wina i koniaku. Stan jej mimo to się pogarszał. Przed tą chorobą uważała się za osobę bardzo nerwową: łatwo bez przyczyny płakała, śmiała się i t. p. Wogóle jednak była zdrowa, na żadną chorobę zakaźną nie chorowała. Ojciec zmarł; na co, tego chora nie wie. Matka żyje, zdrowa. Więcej rodzeństwa nie ma.

1) HEUBNER. Die luetische Erkrankung der Hirnarterien. Leipzig. 1874.

2) RUMPF. Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Wiesbaden. 1887.

3) OPPENHEIM. Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns (u Nothnagel'a). Wien. 1897.

4) NONNE. Syphilis und Nervensystem. Berlin. 1902.

5) DOMAŃSKI. O kile układu nerwowego. Przegląd Lekarski Krakowski, 1880.

6) GAJKIEWICZ. Syfilis układu nerwowego. Odczyty kliniczne. 1891. Nr. 18—20.

7) GOLDFLAM. O przymiocie rdzenia. Odczyty kliniczne. 1891. N. 32 i 33.

8) St. ORŁOWSKI. Syfilis rdzenia. Warszawa. 1898.

Badanie przedmiotowe. Chora średniego wzrostu, umiarkowanie zbudowana i odżywiana. Skóra i błony śluzowe bladawe. Tętno 80, ciepłota prawidłowa. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej nic nieprawidłowego nie znaleziono. Czaszka prawidłowa, przy opukiwaniu niebolesna. Kręgosłup również zboczeń od normy nie przedstawia. Chodzi chora z trudnością, nawet będąc podtrzymywana pod pachy; jak twierdzi, źle chodzi wskutek bólu w nogach i osłabienia władzy. Bezładu w chodzie zauważyć nie można. Siła mięśniowa *en masse* osłabiona we wszystkich kończynach, zwłaszcza w kończynach dolnych, bez wyraźnych porażań poszczególnych grup mięśniowych. Bezładu w rękach zauważyć nie można. Lekkie osłabienie napięcia mięśniowego we wszystkich kończynach. Przykurczeń, drgań włókienkowych nigdzie nie widać. Odruchy ścięgnowe na górnych kończynach osłabione, odruchów kolanowych i ze ścięgien ACHILLES'a brak zupełny. Odruchy skórne słabe. Rozrzucone po całym ciele bez ścisłej lokalizacji plaques analgésiques, anesthetiques; niekiedy objawy osłabienia czucia po całej prawej stronie. Wybitna bolesność pni nerwowych na ucisk, zwłaszcza nerwów kulszowych, Bolesność ta, jak twierdzi chora, utrudnia jej ruchy. Badanie elektrycznością nerwów i mięśni odczynu zwyrodnienia nie wykazało. Badanie to było jednak bardzo utrudnione ze względu na silne bóle, jakie chorej sprawiał nawet słaby prąd elektryczny. Ze strony nerwów czaszkowych nic nieprawidłowego zauważyć nie można. Żrenice równomierne, na światło i przystosowanie oddziałują prawidłowo. Widzi, słyszy dobrze. Mocz i stolec oddaje normalnie. Mocz bez białka i cukru.

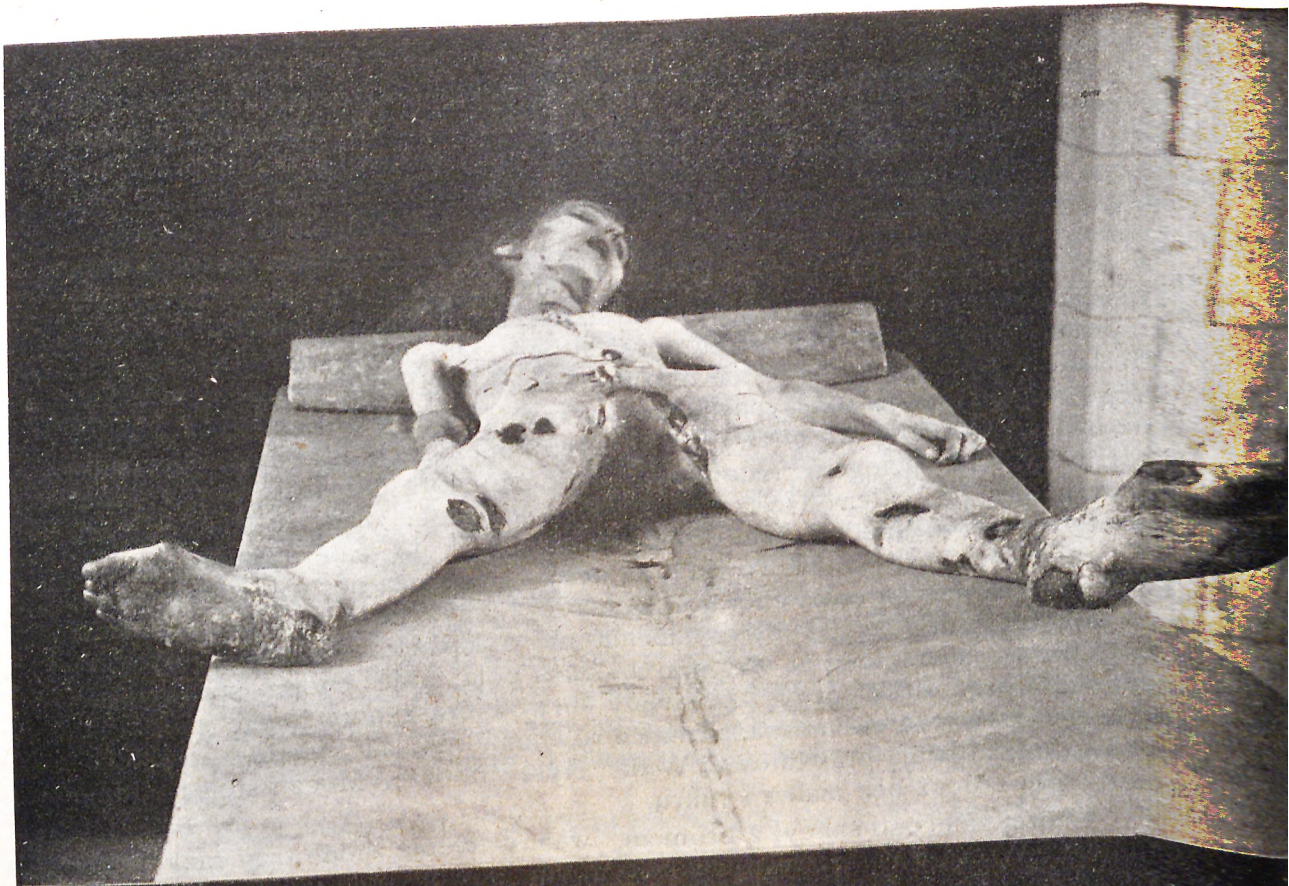
Chorej zalecono salicyl z bromem, wanny ciepłe słone trzy razy tygodniowo. W ciągu następnych kilku tygodni powoli bóle w nogach zaczęły się zmniejszać. Siła mięśniowa zwłaszcza w rękach zaczęła się poprawiać. Chodzić jednak chora nie mogła. Uskarżała się poza tem na różne dolegliwości, kilkakrotnie bez ważnej przyczyny dostała spazmatycznego płaczu, a raz nawet ataku histerycznego z drgawkami.

4. IV. 1901. Chora zaczęła się uskarżać, że nie może wstrzymać moczu i bez czucia oddaje go pod siebie. Ponieważ sąsiadka jej, dotknięta wędrem rdzenia, oddawna oddawała mocz pod siebie, przeto sądziliśmy z początku, że objaw ten wystąpił wskutek naśladownictwa. Po małych wahaniach jednak owa niemożność utrzymania moczu u chorej ustaliła się. Na bóle chora nie uskarża się.

11. IV. 01. Nogi poczynają obrzmiewać. W moczu znaleziono ślady białka. Obecności cylindrów nie stwierdzono. Chora wieczorami gorączkuje. Bólów nie doznaje. Nogami porusza nieźle.

15. IV. 01. Na pośladkach wystąpiły odleżyny. Pomimo opatrunków chirurgicznych goić się nie chcą. Sprawę gojenia utrudnia moczenie opatrunków moczem. Wahania ropnicze gorączki (37° — $39,6^{\circ}$) ustalają się. Język suchy. Chora wieczorami miewa dreszcze. Tętno 120. Stolec, wstrzymany od tygodnia, nastąpił po ławatywie.

22. IV. Na wewnętrznej stronie dużych palców u obu stóp, na piętach zjawilo się najpierw ograniczone zaczerwienienie (*erythema*), następnie na tem miejscu wytworzyły się pęcherze z płynem surowiczym, które w dalszym ciągu dały ograniczoną zgorzel czarną, sięgającą na piętach do samej kości. Chora uskarża się na bóle latające w różnych miejscach. Odleżyny na po-



F. W. H. Thacker, Esq.

śladkach wciąż się rozszerzają i idą włąb' do kości. Rany podlegają codziennym chirurgicznym opatrunkom.

6. V. Stan coraz cięższy. Tętno 130, ciepłota $36,4^{\circ}$ — 38° — $40,2^{\circ}$. Podobne zgorzele w tym samym porządku (*erythema, bulla, gangraena*) powstają i w innych miejscach: na zewnętrznych powierzchniach goleni tuż obok *malleolus*; owrzodzenie po stronie prawej dochodzi do 3—4 ctm. w średnicy; po stronie lewej 2—3-ch, dalej, podobne mniejsze owrzodzenia widać na zewnętrznych powierzchniach stóp, na wewnętrznej powierzchni obu goleni wielkości 5—6 ctm. w średnicy tuż pod kolaniem. Owrzodzenia te głębokie, położone prawie symetrycznie, drażą włąb' ciała na przestrzeni 3—4 ctm., w niektórych z nich widać zczerniałe naczynia i nerwy. Tylko 2 duże wrzody w okolicy prawej pachwiny nie mają odpowiednich sobie wrzodów po stronie lewej. Na silne bóle chora dostaje morfinę z kofeiną. Przytomność chorej zupełnie zachowana.

18. V. Stan bardzo ciężki. Wrzody nie mają najmniejszej tendencji do gojenia się. Wahania gorączki wciąż te same. Język suchy. Chora skarży się na dreszcze. Oddziaływanie źrenic na światło leniwe. Na dnie oczu lekkie przekrwienie brodawek nerwów wzrokowych (*neuritis optica*).

30. V. Tętno 140, bardzo słabe, ciepłota 37° — 40° . Zjawił się kaszel. Chora wciąż zupełnie przytomna. Skarży się na zimno. Opatrywanie owrzodzeń, połączone z ogromnymi trudnościami wskutek silnych bólów, zadawanych chorej, trwa wciąż. Dokonywają go chirurdzy. Na pośladkach po obu stronach na dużej przestrzeni widać obnażenie kości. Owrzodzenia wydzielają nadzwyczaj nieprzyjemną woń. Do wewnątrz zalecono ipekakuanę z kofeiną; oprócz tego polecono zastrzykiwać 2 razy dziennie olejek kamforowy.

10. VI. Tętno 146, ciepłota 37° — $39,2^{\circ}$. Chora przytomna, lecz nadzwyczaj osłabiona. Badanie chorej niemożliwe wskutek silnych bólów przy najmniejszym poruszeniu.

11. VI. Chora zmarła.

Sekcyę wykonano po upływie 24 godzin (D-r DMOCHOWSKI). Trup nieco wychudzony. Powłoki blade. Na skórze, w miejscach, opisanych wyżej, a więc na pośladkach, stopach, goleniach i udach widać wspomniane poprzednio w opisie klinicznym olbrzymie owrzodzenia. (Podobnych owrzodzeń, do takiego stopnia zniekształcających ciało, d-r DMOCHOWSKI na sekcjach nigdy jeszcze nie spotykał). W dolnym płacie prawego płuca zapalenie płuc opadowe (*pneumonia cachecticorum*). Serce małe. Aorta wąska. Mięsień serca i wsierdzie anemiczne. Śledziona duża, twarda. (*Tumor lienis chronicus*). *Offuscatio parenchymatosa hepatis et renum*. W kiszce grubej katar z wybroczynami punkcikowatymi. Czaszka kwadratowa. Opony mózgu w stanie lekkiego przekrwienia. Naczynia na podstawie mózgu zmian makroskopowych nie przedstawiają. Istota mózgu anemiczna, żadnych zmian makroskopowych nie wykazuje. Po otwarciu kanału pacierzowego na kościach i oponie twardej widać wybitne przekrwienie, a gdzieśgdzie, szczególnie w części grzbietowej, wybroczyny z zakrzepłą krwią. Istota rdzenia wykazuje na przekrojach w części grzbietowej zupełnie normalną konfiguracyę i tylko w zgrubieniu lędźwiowem kontury szarej istoty są zatarte, a sam rdzeń ma barwę inną, nieco żółtawą.

Wyjęty rdzeń i kawałki wyciętych nerwów: *tibialis dexter et sinister, peroneus sinister* włożyłem w celu stwardnienia ich do płynu MÜLLER'a. Na nie-

które odcinki rdzenia i nerwów działałem kwasem osmowym. Do zatapiania stosowałem celloidynę. Barwiłem następującymi metodami: WEIGERT-PAHL'a, van GIESON'a, MARCHI'ego, karminem i alunową hematoksyliną. W wielu razach stosowałem barwienie podwójne: np. WEIGERT-PAHL'a i van GIESON'a, lub karminem i następnie alunową hematoksyliną. Zrobiłem szereg skrawków, począwszy od najniższych odcinków rdzenia (*conus medullaris* i *cauda equina*), a skończywszy na 6 odcinku grzbietowym.

(C. d. n.).

Z ODDZIAŁU BŁONICZEGO SZPITALA DLA DZIECI W. M. IM. BERSOHNÓW I BAUMANÓW.

Kilka uwag z powodu 114 przypadków błonicy krtani u dzieci.

Podał

Maksymilian Kraushar

Lekarz ambulatoryjum szpitalnego.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 14)

Czy metoda leczenia (intubacja i tracheotomia) może powiększyć lub zmniejszyć procent śmiertelności wśród dzieci, dotkniętych błonicą krtani, jest rzeczą wysoce wątpliwą. Jedno żadnej nie ulega wątpliwości, że przypadki lżejsze nie wymagają żadnego zabiegu operacyjnego, w cięższych zaś stosujemy intubację, a gdy ta jest niedostępna lub niewystarczająca — tracheotomię. Śmiertelność będzie oczywiście najwyższa w przypadkach ostatniej kategorii, w pierwszej zaś — najniższa.

Istotnie, z 37 przypadków błonicy krtani, leczonych tylko środkami farmaceutycznymi, wziewaniami pary wodnej i surowicą przeciwbłoniczą, zmarło 3 (dwa przypadki błonicy krtani podczas przebiegu odry, powikłanej cierpieniem dróg oddechowych i jeden — błonicy gardła i krtani, powikłanej nieżytem kiszek i zapaleniem ucha średniego), wyzdrowiało zaś 34, czyli 92%.

W 14 przypadkach dokonano pierwotnej tracheotomii z wynikiem, niestety, nie budującym, gdyż połowa dzieci zmarła (dwoje z błonicą krtani, troje z błonicą krtani i gardła, jedno — z tem samym, powikłaniem nieżytem kiszek i płonicą, wreszcie jedno zmarło po dwukrotnej tracheotomii i po dwukrotnem usunięciu rurki — 6 dnia po pierwszej tracheotomii i 32-go dnia po drugiej — z powodu ropnicy i ropnego wysięku opłucny).

W pozostałych 63 przypadkach stosowano intubację. Z 26 przypadków, w których obyło się bez następczej tracheotomii, zmarło 6 — dwa z powodu płonicy, jeden — z powodu zapalenia płuc poodrowego, jeden — z powodu zapalenia oskrzelików, jeden — z powodu nieżytu kiszek, podczas napadu drgawek ogólnych, wreszcie — jeden z powodu ogólnego wyniszczenia i rozsianego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej i języka. Wreszcie w 37 przypadkach należało uciec się, pomimo intubacji, do tracheotomii. I tu wynik był zły, gdyż zmarło 21, a mianowicie, trzy przypadki błonicy gardła i krtani, 5 — błonicy krtani, 4 — tejże, powikłanej nieżytem kiszek, raz — z temże po-

wikłaniem i zapaleniem płuc, 3 — podczas odry, 3 po odrze i 2 — błonicy gardła i krtani — raz powikłanej płonicą i raz nieżytem kiszek.

Jak należało przypuszczać, najmniejsza była śmiertelność wśród przypadków lekkich, w których objawy duszności, nieomogi oddechowej, sinicy, chrypki i t. p., z wolna mijały, czy to pod wpływem leczniczych własności surowicy przeciwbłonicy, czy też w następstwie nieznacznego, snąc, natężenia sprawy chorobowej. O błędach rozpoznawczych, o domniemaniu sprawy swoistej w przypadkach dławca rzekomego prawie mowy być nie może wobec stałego znajdowania zmian charakterystycznych w krtani u tych chorych, którzy badani byli za pomocą wziernika krtaniowego. Wogóle, badanie laryngoskopowe nastęcza duże, częstokroć niezwalczone przeszkody z powodu młodego wieku pacjentów, dlatego też nie we wszystkich przypadkach mogło ono być dokonane. Zresztą, badanie bakteryologiczne błon wykrztuszonych stwierdzało zazwyczaj rozpoznanie.

Procent śmiertelności wynosił w omawianych przypadkach 8, gdyż z 37 zmarło 3.

Odsetka ta ośmiokrotnie się zwiększa w przypadkach, w których oprócz leczenia powyższego należało jeszcze stosować metodę intubacyjną, gdyż z 26 zmarło 6, co stanowi 23%.

Już potrzeba zapobiegania zaduszeniu dziecka za pomocą wprowadzenia do krtani rurki intubacyjnej wskazuje, że były to przypadki znacznie cięższe, niż poprzednie. Czas, przez który rurka pozostawała w krtani, był rozmaity, w zależności od różnych przyczyn. Wahał się on pomiędzy 3 a 70 i pół godzinami. Czasami wykrztuszało dziecko rurkę po kilku godzinach. Wraz z rurką wydalaty się w napadzie silnego kaszlu rozpulchnione błony, i dziecko stopniowo pozbywało się duszącej je zmory. W tych razach rurka intubacyjna działała podobnie, jak silny środek wykrztuszny lub wymiotny; wobec ustąpienia objawów duszności rurka nie była już ponownie wstawiana, i dziecko przechodziło z wolna w okres zdrowienia. Lecz również często zachodziła potrzeba natychmiastowej niemal reintubacji, albo też tracheotomii — o ile wprowadzenie rurki intubacyjnej stawało się dla jakichkolwiek bądź powodów niedostępnem lub niemożliwym do wykonania. W większości zaś przypadków rurka pozostawała w krtani w przeciągu doby lub co najwyżej 36 godzin, o ile następowała pora nocna, gdyż unikaliśmy usuwania rurki na noc. Ekstubację stosowano zazwyczaj w godzinach rannych, aby mózł dziecko obserwować w przeciągu dnia i w razie potrzeby reintubować na noc.

Wogóle, stosowaliśmy metodę intubacyjną w 63 przypadkach. W 45 stosowano ją jednokrotnie, w 18 dwukrotnie lub częściej. Z owych — w 26 należało jeszcze uciec się do następczej tracheotomii, z ostatnich — w 11. Być bardzo może, że w wielu razach jeszcze jedno- lub dwukrotna intubacja zapobiegłaby tracheotomii, wstrzymywała nas jednakże od zbyt długiego przetrzymywania rurki intubacyjnej w krtani obawa groźnych następstw w postaci owrzodzeń i odleżyn. Brak ich zupełny w roku ubiegłym, zdaje się, był następstwem tylko tej przezornej ostrożności.

Kilkakrotnie nasuwało się nam przypuszczenie, że intubacja wpływa ujemnie na sprawę gojenia rany tracheotomijnej i utrudnia wyjęcie rurki po operacji następczej. Na zasadzie naszych spostrzeżeń doszliśmy jednakże do przekonania, że tak nie jest, gdyż w przypadkach pierwotnej tracheotomii udało się nam usunąć rurkę tracheotomijną 8—8—11—12—13—27 i 44 dnia,

a po tracheotomii następczej — 6—8—9—9—10—11—11—11—12—13—16—19—20—35—77 dnia, jeden zaś został wypisany z rurką w miesiąc po operacji. Wzajemny wpływ ilości zastosowanej surowicy swoistej, godzin pozostawiania rurki intubacyjnej w krtani i czasu usunięcia rurki tracheotomijnej najlepiej objaśni nam załączona tabelka:

Ilość surowicy	Trwanie intubacji	Dzień usunięcia rurki
2000	0	12—27—44
3000	0	8
4000	0	11—13—
5000	0	8
2000	20 godzin	9
„	19	10
„	60	z rurką
4000	42	6
„	40	11
„	70 ¹ / ₂	12
„	24	13
„	20	20
„	30	8
4500	60	9
5000	58	11
„	24	19
„	31	77
6000	56 ¹ / ₂	11
„	54 ¹ / ₂	16
„	14 ¹ / ₂	35

Jak widzimy, różnica co do czasu usunięcia rurki tracheotomijnej w przypadkach poprzednio intubowanych lub nieintubowanych jest conajmniej wątpliwa. Zresztą, trudno na 23 tylko spostrzeżeniach oprzeć sąd o wpływie samej intubacji czy też ilości godzin pozostawiania rurki intubacyjnej w krtani na opóźnienie lub przyspieszenie możności uwolnienia chorego od rurki tracheotomijnej

Jedno tylko zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że przypadki dławca, wikłającego odrę, wymagają długotrwałego leżenia rurki intubacyjnej w krtani i — o ile kończą się wyzdrowieniem, co, niestety należy do zjawisk nie zbyt częstych — wpływają na opóźnienie czasu wyjęcia rurki tracheotomijnej.

Gorzki, zaiste, orzech ma lekarz do zgryzienia w zetknięciu z podobnymi chorymi. Czy wszystkie przypadki dławca, wikłającego odrę, są natury błoniczej, czy nie, trudno orzec. Wielokrotne badania bakteriologiczne wydzieliny krtani odnośnych chorych zdradzały wprawdzie częstą obecność laseczników KLEBS-LÖFFLER'a, lecz jeszcze częściej badania te dawały wynik ujemny, wobec czego trudno oprzeć się myśli istnienia, pomimo dławca specyficznego (*laryngitis crouposa*), dławca odrowego (*laryngitis morbillosa*), nie mającego nic wspólnego z błonicą, wbrew twierdzeniu zapalonych zwolenników identyfikowania obu tych spraw chorobowych.

Zresztą, bez względu na naturę dławca, wikłającego odrę, położenie podobnego chorego jest rozpaczliwe; rekrutując się przeważnie z warstw ludności najbiedniejszej, mieszkającej w warunkach stałą wojnę toczących z wymaganiem zdrowotności, odżywianej zaledwie tak, by nie paść ofiarą śmierci

głodowej, chory taki, wyniszczony i wyczerpany odra, częstokroć już powikłaną cierpieniem dróg oddechowych albo narządów trawiennych, musi nadomiar złego pasować się z napadającą go dusznością, którą napróżno stara się zwalczyć. Położenie lekarza w takich razach również nie jest godne zażdrości. Wysła on umysł nad rozważeniem wskazań czy przeciwwskazań do zastosowania tego lub owego zabiegu operacyjnego, i radby chirurg zrzec się chorego na rzecz zwolennika metody intubacyjnej, ten zaś — widząc w rozpulchnionej i skłonnej do owrzodzeń błonie śluzowej gardła i krtani przeciwwskazanie do intubacji — radby, ażeby chirurg dokonał tracheotomii. Żaden z nich nie ma zbyt wielkiego zaufania w skuteczność swego ręko-czynu. W samej rzeczy, wyniki leczenia dławca poodrowego tą czy ową metodą, nie są zachwycające.

W lżejszych przypadkach można ograniczyć się środkami farmaceutycznymi, wziewaniem pary wodnej, wreszcie, stosowaniem surowicy przeciwbłoniczej w tych przypadkach, w których podejrzewamy lub stwierdzamy naturę błoniczą sprawy chorobowej. Z 7 chorych, w ten sposób leczonych, wyzdrowiało 5, zmarło zaś 2, jedno trzeciego, drugie 11-go dnia pobytu w szpitalu, wskutek przyłączenia się zapalenia płuc zrazikowego, po wygaśnięciu objawów dławca. W cięższych przypadkach warto początkowo spróbować intubacji z pozostawieniem rurki intubacyjnej w krtani na dłuższy nieco przeciąg czasu — np. na 36—48 godzin — a to celem uniknięcia urazu wrażliwej błony śluzowej krtani przy reintubacjach. Do ponownej zaś intubacji uciekać się należy jedynie tylko o tyle, o ile pierwsza pociągnęła za sobą znaczne polepszenie, i od drugiej spodziewamy się ustąpienia objawów dławca, w przeciwnym razie lepiej przystąpić do tracheotomii. Z 13 przypadków dławca poodrowego zdołaliśmy uniknąć operacji krwawej, po zastosowaniu intubacji, pięciokrotnie. Jeden z nich zmarł we dwa dni po usunięciu rurki intubacyjnej, a więc po zniknięciu objawów stenozy, wskutek zapalenia płuc i wyniszczenia ogólnego. W pozostałych ośmiu przypadkach dokonano — pomimo uprzedniej intubacji — tracheotomii. Z nich zmarło 6, wyzdrowiało 1, wypisano z rurką 1. Wreszcie pierwotną tracheotomię stosowano dwukrotnie z jednym zejściem niepomysłnym w następstwie ropnicy.

Przy rozważaniu dodatnich stron stosowania metody intubacyjnej w szpitalach pomija się zazwyczaj milczeniem jeden szczegół, naszym zdaniem dużej wagi, a mianowicie, że w szpitalach, w których intubuje się chorych, frekwencja jest o wiele większa, czyli, że się daje możliwość znacznie większej liczbie dzieci, dotkniętych dławcem, korzystać z opieki szpitalnej. Istotnie, na każde z 34 dzieci, leczonych u nas w szpitalu bez operacji, wypada 7,7 dni szpitalnych, na dziecko intubowane — 10 dni, na tracheotomowane zaś 30 dni (20 intubowanych przebywało w szpitalu 205 dni, 23 zaś tracheotomowanych 680 dni), czyli innymi słowy, dostęp do szpitala, w którym dokonywana bywa tylko tracheotomia, jest trzy razy trudniejszy dla dzieci, wymagających leczenia szpitalnego, aniżeli tam, gdzie się stosuje intubację.

Oto garść uwag, które mi się nasunęły przy układaniu statystyki za rok ubiegły z oddziału dyfterytycznego szpitala dla dzieci w. m., pozostającego pod kierunkiem kol. KORALA. Intubację stosowali w tym oddziale kol. KRAUSHAR i SZENHAK, tracheotomię zaś — oprócz powyższych — kol. POZNAŃSKI.

WYKŁADY KLINICZNE.

ZAPALENIA STAWÓW CZYLI ARTRYTYZMY

POCHODZENIA GOŚCOWEGO, DNAWEGO I INNYCH,

w świetle nowszych pojęć lekarskich.

Skreślił

Dr. JULIAN MAJKOWSKI

starszy lekarz szpitala św. Mikołaja i zakładu zdrojowego w Busku.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 14).

Leczenie artrytyzmu przewlekłego, samoistnego i zniepodobniającego.

Przy leczeniu tych chorób nierównie trudniejsze i niewdzięczniejsze mamy zadanie, niż przy leczeniu gościa ostrego — głównie dla tego, że nie posiadamy środka swoistego. Przetwory salicylowe nie mają żadnego wpływu na tę chorobę, tak, że ich zadawanie powinno być zupełnie zaniechane, gdyż to dyskredytuje tylko ich dobrą sławę — jako leku swoistego dla ostrego gościa.

W każdym pojedynczym przypadku należy starać się wynaleźć wskazanie przyczynowe lub moment, podtrzymujący chorobę, a mogący wynikać z ogólnego stanu lub położenia chorego.

Jakkolwiek przewlekły artrytyzm uchodzi dotąd za chorobę miejscową i wymaga przede wszystkim miejscowego leczenia, to jednak to ostatnie może nie odnieść należytego skutku, jeżeli nie usuniemy szkodliwych wpływów ogólnych i momentów, podtrzymujących chorobę. Za dalekoby nas to zaprowadziło, gdybyśmy chcieli wdać się tu w szczegóły. Wspomnieć jednak wypada, że w pewnych razach — dość częstych — potrzeba będzie przeprowadzić leczenie odłuszczone, w innych — zastosować leczenie wzmacniające, a jeszcze w innych wpłynąć na przyspieszenie ogólnej przemiany materii (celem wydalenia toksyn). Najtrudniej będzie zwalczyć usposobienie dziedziczne lub nabyte do artrytyzmu. I w tym celu zabiegi wodolecznicze znajdują przede wszystkim odpowiednie zastosowanie. Lecz i te ostatnie — czy to w celu zahartowania, czy też w celu leczenia artrytyzmu, tylko w niektórych razach — i to u osób młodszych — będą mogły być z prawdziwą korzyścią i tylko w zakładach hidropatycznych przeprowadzone. Zaś u osób starszych — nawet po wyleczeniu choroby — może być leczenie hartujące, w wyjątkowych tylko razach, doradzane. Metoda księdza Kneip'a, stosowana podług książki lub całkiem bezmyślnie, wyrządza wielkie szkody chorym artrytykom. Teza, zaczerpnięta z własnego doświadczenia, że metoda ks. Kneip'a liczbę chorych na artrytyzm znacznie powiększyła, nie jest fałszywa.

U osób starszych lub wydelikacowanych, mało odpornych — a skłonnych do artrytyzmu, u których prócz tego trudno jest się spodziewać dostatecznego odzysku ze strony ustroju na zabiegi hidropatyczne, obniżające ciepłotę ciała, tylko metoda termalna jest wskazana. Dopiero po wyleczeniu artrytyzmu można przedsięwziąć hartowanie, lecz bardzo ostrożnie — najwłaściwiej w zakładzie

hidropatycznym lub też pod ścisłą kontrolą lekarską, za pomocą kąpiei, których ciepłota stopniowo winna być obniżana.

Ze środków wewnętrznych zasługują na użycie następujące:

1) Przetwory jodu w dawkach stopniowo powiększanych — od 0,5 do 1,0 i 2,0 *pro die*.

2) Arszenik — szczególnie przy artrytyzmie zniepodobniającym.

3) Leki krzepiące — jak: żelazo, china, tran, fosfor.

4) Wody mineralne — słone, alkaliczne, alkaliczno-słone, żelaziste i t. d.

Jako środki, ogólnie działające, nader często i metodycznie w tych chorobach stosowane są różnego rodzaju kąpiele od zwyczajnych wannowych do szlamowych, borowinowych, elektrycznych, świetlnych, powietrznych i parowych, natrysków zwyczajnych i szkockich i t. d. Głównym czynnikiem kąpiei jest ciepłik; dlatego niema wód mineralnych, gdzieby nie leczono artrytyków. Dobre wyniki leczenia zależą dużo od urządzeń kąpielowych i wyrobionych metod, — a także od biegłości i doświadczenia ordynujących lekarzy, jak to wymownie wypowiedział F. A. HOFFMANN w swojej Terapii ogólnej. Warszawa 1887. str. 370. Jeżeli w danym przypadku idzie o zastosowanie wysokich metod termalnych, to te najwyżej praktykują się w kąpielach siarczanych. Zresztą wybór kąpiei zależy nie tylko od stanu choroby i kompleksyi chorego, lecz i od jego stanowiska, stopnia zamożności i wielu innych okoliczności, co wszystko lekarz ordynujący powinien swoim delikatnym taktem przyjąć pod uwagę i osądzić.

O masażu i mechanoterapii oraz o elektryczności możemy tylko wspomnieć, jako o cennych środkach pomocniczych, które nieraz na pierwszy plan leczenia powinny być postawione.

Miejscowe środki zostały już po części omówione przy leczeniu ostrego gośćca. Dodać jeszcze należy o trzech nowych środkach:

1) Okłady z Fango — błota pochodzenia wulkanicznego ze źródeł gorących Battaglia. Jest to ciemno-szara, gęsta, jednostajna masa, przystająca dobrze do ciała i utrzymująca długo jednostajną ciepłotę, posiada zatem te same własności, co dobry szlam siarczany. Szlam wogóle — a w szczególności fango bywa niekiedy z wielką korzyścią stosowany, jako kąpiele miejscowe lub jako okłady w 2 postaciach: 1-a, jako okład rozgrzewający, z chłodnego lub lekko ogrzanego szlamu, i te są wskazane w przypadkach dość jeszcze świeżych i drażliwych, i 2-a, ciepłe $+ 32^{\circ}$ R. — a nawet gorące $+ 40^{\circ}$ — 45° R. — w przypadkach zadawnionych i odrętwiałych. Fanga dostać można w aptecce Heinricha w Warszawie.

2) Wystawienie chorego stawu na działanie bardzo wysokiej ciepłoty — $+ 100^{\circ}$ — 130° C. ($+ 80^{\circ}$ — 100° R.), w suchem, przegrzanem powietrzu, w przyrządzie, specjalnie do tego zbudowanym przez TALLERMAN'a. Jest to skrzynia — a raczej komora, z przymocowanym do niej ciepłomierzem, formy walcowatej, różnej wielkości, stosownie do objętości stawu i kończyny. Dla zapobieżenia oparzeniu, wewnątrz komory wysłane jest asbestem. Kończyna, a raczej staw, luźno owinięty w cienkie płótno, zawieszona się w skrzyni, ogrzanej za pomocą płomieni gazowych, i pozostaje w niej 30 — 60 — 80 minut. Pod staw należy położyć warstwę waty higroskopijnej, któraby pochłaniała wydzielający się pot.

Dotychczasowe doświadczenia z przyrządem TALLERMAN'a wypadły pomyślnie (MENDELSON). Powstają obfite poty. Na serce i na resztę ustroju nie działa szkodliwie. Anglicy zachwalają tę metodę w artrytyzmie zniepodobniającym.

Kąpiele elektryczno-światłne, wprowadzone w ostatnich czasach do leczenia artrytyzmu przewlekłego, również działają przez pobudzenie potów.

3) Metoda A. BIER'a polega na wywoływaniu w stawie przekrwienia zastoinowego. Szczególnie wskazana jest w artrytyzmie gruźliczym i zniepodobniającym. Usuwa bóle i zapalenie. Wykonanie tej metody np. na stawie kolanowym jest następujące: Bandażuje się szczelnie całą goleń, od palców aż do dolnego brzegu kolana, a ponad kolaniem zakłada się, na ułożoną w kilka warstw flanelę, opaskę gumową tak silnie, aby kolano nabrzmiało i zrobiło się sinoczerwone. Opaska zakłada się na dzień lub na noc; bólu nie sprawia.

E. Dna czyli artrytyzm podagryczny.

(*Arthritis uratica. Urarthritis. Podagra. Arthritis. Panarthritis*).

Pomimo to, że podagra znana była już w starożytności, jak o tem świadczą pisarze greccy i rzymscy, których opinie o podagrze i dziś bywają z uznaniem powtarzane (patrz niżej — leczenie dny), pomimo dokładnych opisów tej choroby, które dotąd nie mają sobie równych i za klasyczne są uważane (opis SYDENHAM'a), patogeneza tej choroby pozostawia wiele do życzenia. Pochodzi to ztąd, że chemiczno-fizyologiczne badania zbroczeń przemiany materii wymagają wielkiej ścisłości i skończonych metod chemiczno-fizyologicznych, któremi dopiero od niedawna rozporządzamy.

Ponieważ w patogenezie skazy moczanowej i dny za podstawę i punkt wyjścia służą prace HORBACZEWSKI'ego i ROBERTS'a, przeto z wynikami tych prac przedewszystkiem poznać się wypada. HORBACZEWSKI dowiódł, że kwas moczowy powstaje w zdrowym ustroju przez utlenienie zasad nukleinowych (ksantyny, hipoksantyny, adeniny), znajdujących się w białych ciałkach (w jądrach ich komórek) czyli leukocytach, i że ilość kwasu moczowego zależy od ilości białych ciałek we krwi, t. j. im więcej leukocytów zawierać będzie krew, tem obfitszy będzie ich rozpad i tworzenie się kwasu moczowego — i przeciwnie.

Powyższa teza HORBACZEWSKI'ego została stwierdzona licznymi faktami z praktyki, a mianowicie: obserwujemy powiększone wydzielanie kwasu moczowego w chorobach i po użyciu pewnych środków lekarskich i trucizn, powodujących obfitsze i szybsze rozkładanie się elementów komórkowych — a głównie leukocytów, jako to: w leukemii, zapaleniu płuc, po niektórych lekarstwach i truciznach (pilokarpina, wyskok i t. d.) następuje zwiększone wydzielanie kwasu moczowego. Faktem jest również, że dowóz pokarmów — a szczególnie mięsa — sprowadza przejściową leukocytozę, co jednak na dobową ilość wydzielanego kwasu moczowego tylko bardzo nieznacznie wpłynąć może.

Jednakowoż z porównania łatwo strawnych pokarmów białkowych, pochodzenia zwierzęcego, z trudno strawnymi pokarmami roślinnymi wynika niewątpliwie, że pierwsze sprowadzają przejściową leukocytozę i wydzielanie kwasu moczowego w stopniu wyższym i szybciej, niż drugie.

Podług ROBERTS'a kwas moczowy znajduje się we krwi i w moczu w postaci cztero-moczanu sodu (= 1 atom sody na 2 molekul. kwasu moczowego). Niekiedy następuje w ustroju rozkład 4-moczanu na kwas moczowy, który może się osadzać w drogach moczowych, i 2-moczan sodu. Gdy taki rozkład 4-moczanu ma miejsce we krwi, to z roztworu wypada kwas moczowy i 2-moczan sodu, i związki te — jako trudno rozpuszczalne — osadzają się w stawach i innych miejscach ustroju. Warunki, wśród których powstaje to przekształcenie, zostaną poniżej, przy rozpatrywaniu teoryi dny, wykazane.

Najstarsza teoria GARROD'a objaśnia powstawanie dny przeładowaniem krwi kwasem moczowym, co może powstać przez nadprodukcję lub przez zatrzymanie kwasu moczowego w ustroju. Ostatnie, t. j. zatrzymanie — wytwarza się wskutek niedostatecznego wydalania kwasu moczowego przez nerki.

EBSTEIN⁷⁾ przyjmuje również za pierwszy warunek sprawy podagrycznej nadmierną zawartość kwasu moczowego we krwi, lecz udział, jaki w tem mają nerki, ogranicza do pewnych tylko — stosunkowo rzadkich — przypadków. Rozróżnia on przedewszystkiem pierwotną dnę stawów — jako najczęstszą, i pierwotną dnę nerek — jako rzadką formę. Przy pierwszej nerki są zdrowe, zatem nie może tu być mowy o zatrzymaniu kwasu moczowego we krwi, musi więc wytwarzać się przeładowanie krwi kwasem moczowym, wskutek nadprodukcji. Przeładowanie objaśnia EBSTEIN tak:

Wskutek nadmiernego wytwarzania się kwasu moczowego z nuklein, w wielkich masach mięśniowych — a w szczególności w mięśniach kończyn — i w szpiku kostnym, krążyć będzie w kończynach nierównie większa ilość soków, bogatych w kwas moczowy, które to soki, w skrajnych miejscach (stawach kończyn, muszlach usznych i t. d.), łatwo mogą ulegać zastojowi. Zastój ten powstaje wskutek zmniejszonej drożności szpar i kanalików chłonnych i naczyń krwionośnych, co może się wytworzyć pod wpływem różnych przyczyn, bądź przypadkowych (uraz, zaziębienie, nadmrożenie), bądź stalszych (reumatyzm, przymiot, zatrucie ołowiem). Wskutek takiego zastojów soków, bogatych w kwas moczowy oraz trujących chemicznie własności tego kwasu, powstają swoiste sprawy chorobowe, różnego rozmiaru i natężenia, — a mianowicie: przekrwienia, zapalenie i jego następstwa, zgorzel tkanek i chrząstek stawowych i osadzanie się kwasu moczowego w postaci złogów — denniaki (*noduli arthritici*), a wyrazem tych wszystkich zmian może być mniej lub więcej ostry napad podagryczny lub inne mniej charakterystyczne objawy kliniczne.

Jak widzimy, teoria EBSTEIN'a tłumaczy w sposób zadawalniający wszystkie objawy dny, nie wyjmując objawów zwiastunnych (*prodroma*) i objawów, przychodzących pomiędzy ostrymi napadami, jak również tak zw. dnę wewnętrzną i wszelkie postacie dny nietypowej, ukrytej, atonicznej i t. d., tak że nazwy te mogą być zaniechane.

Ma jednak teoria EBSTEIN'a słabe strony — a mianowicie: umiejscowienie nadmiernego wytwarzania się kwasu moczowego w mięśniach kończyn i szpiku kostnym nie jest uzasadnione, zwłaszcza wobec poglądu HORBACZEWSKIEGO, że wszystkie tkanki przyjmują udział w wytwarzaniu się kwasu moczowego; również nie została dostatecznie dowiedziona jadowitość chemiczna kwasu moczowego wobec tkanek ustroju, gdyż odnośne doświadczenia autora na ptakach i wężach nie wytrzymują krytyki.

Teorię dny PFEIFER'a — jako mało zadawalniającą — pomijam.

F. LEVISON⁸⁾ wysnuwa, na podstawie badań HORBACZEWSKIEGO i doświadczeń ROBERTS'a, następującą teorię.

Punktem wyjścia teorii jest: nadmierne nagromadzenie kwasu moczowego we krwi, na co zgadzają się wszyscy patologowie; zaś powstawanie dny autor objaśnia doświadczeniami ROBERTS'a, który rozpuszczał czysty kwas moczowy

7) Handbuch der practischen Medicin — unter Redaction v. Ebstein u. Schwalbe. Stuttgart 1901. Capitel „Gicht“ s. 593 u. folgend.

8) F. LEVISON (Kopenhaga). O dyatezie moczanowej. Odczyt kliniczny. Nr. 59 i 60, wydan. pod Redakcją Gazety Lekarsk. 1893. Przekład W. Janowskiego.

w rozmaitej ilości surowicy, przy czem okazało się, że im więcej rozpuszczano kwasu moczowego w surowicy, tem szybciej wytwarzał się i wydzielal w kryształach dwumoczan sodu, a zatem nadmiar kwasu moczowego nie może pozostawać przez czas dłuższy w surowicy krwi; jeżeli więc związek ten nie zostanie przez nerki wydalony, to nadmiar jego musi doprowadzić do wydzielenia kryształów dwumoczanu w tkanki organiczne. Ponieważ samo nadmierne zebranie się kwasu moczowego we krwi nie może objaśnić powstawania dny, gdyż znane nam są choroby i stany (białaczka—leukemia, i wiek dziecięcy) z długotrwałą i nadmierną zawartością kwasu moczowego we krwi, przy których jednak do objawów dny nie przychodzi, przeto powstawanie dny tylko zatrzymaniem, a raczej przeszkodzonem wydalaniem kwasu moczowego ze krwi — i co za tem idzie — cierpieniem nerek da się wytłomaczyć. Cierpienie to, z daniem L., może początkowo być nieznaczne — może tylko czynnościowe — częściowe lub jednostronne, przez co wydalanie kwasu moczowego już może stać się ograniczone, a właściwa choroba nerek może się rozwinąć dopiero później. Lecz w tym właśnie punkcie teoria LEVISON'a jest wadliwa, gdyż nerki — nawet przy wyższym rozwoju dny — zazwyczaj pozostają zdrowe — a przynajmniej sprawne. A zatem, pod względem klinicznym, najwszechstronniej jest rozwinięta teoria EBSTEIN'a, i dla tego najszerszem cieszy się uznaniem.

Na ostatnim — IX zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1900 r., na temat: „o powstawaniu i wydzielaniu kwasu moczowego, oraz o wytwarzaniu się złogów moczanowych“, przedstawione zostały zbiorowe referaty przez kolegów: PRUSZYŃSKIEGO, T. DUNINA, SOKOŁOWSKIEGO i BIEGAŃSKIEGO⁹⁾.

Kol. PRUSZYŃSKI (Warszawa) — w odpowiedzi na pytanie: „o ile dotychczasowe badania nad kwasem moczowym tłumaczą zjawiska skazy moczanowej?“ — doszedł do przekonania, że, według wszelkiego prawdopodobieństwa, kwas moczowy tworzy się w ustroju na wzór związków uramidowych, i przedstawił kwas moczowy jako związek ze szkieletem akrylowym, z którego obu stron przyczepia się po jednej cząsteczce mocznika. Dalej zaznaczył kol. P., że do źródeł powstawania kwasu moczowego, za jakie dotąd poczytywano: rozpad leukocytów i pokarmy, zawierające znaczną ilość nukleiny, dodać jeszcze należy: rozpad stałych komórek ustroju i drogę syntetyczną, jak to ma miejsce u ptaków i płazów; — mianowicie co do ostatniego, utrzymuje referent — na mocy badań SPITZER'a i WIENER'a — że w ustroju zwierząt ssących pewne narządy rozkładają kwas moczowy, a inne go na drodze syntezy budują, i że dwie te sprawy t. j. synteza i rozkład wytworzonego kwasu moczowego mogą istnieć jednocześnie.

Co do wydzielania się kwasu moczowego, to referent kwestyonuje odnośny, dotychczasowy materiał kliniczny, zdobyty pod wpływem teorii HORBACZEWSKIEGO, nieraz przy użyciu nieodpowiednich metod badania i nie uważa go za cenny.

Co się tyczy powstawania złogów moczanowych, to kol. P., opierając się na pracach PFEIFER'a, ROBERTS'a, EBSTEIN'a, KIONKI i innych, przychodzi do przekonania, że odkładanie się kwasu moczowego w ustroju zależy przeważnie od złego utleniania, od braku oksydazy, wskutek czego, nagromadzony w nadmiernej ilości kwas moczowy wypada z roztworu, zwłaszcza w miejscach bardziej powolnego krążenia limfy, chrząstkach i ścięgnach, gdzie, czy jako ciało obce

⁹⁾ Dziennik IX zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, pod redakcją doc. d-ra Jana Raczynskiego 1900 r. Nr. 4. str. 72 i nast.

(His), czy jako jad (EBSTEIN) wytwarza nekrozę i zapalenie reakcyjne. Widzimy z tego, że pomiędzy zapatrywaniem kol. PR... a przytoczonymi powyżej teoriami innych autorów nie wielka zachodzi różnica.

Kol. T. DUNIN (Warszawa) wygłosił odczyt na temat skazy moczanowej, z którego Dziennik zjazdu podaje tylko 5 tez końcowych następujących:

1) Ścisła analiza krytyczna nie pozwala na przyjmowanie dyatezy artrycznej w tym sensie, jak to czynią autorowie francuscy.

2) Nie ma żadnego dowodu na to, aby w chorobach, o których mowa, przemiana materii była zwolniona.

3) Z badań niedostatecznych moczu, a także we względzie chemicznym są wszystkie analizy, w praktyce dokonywane, niedokładne; nie należy zbyt pośpiesznie czynić wniosków i zaliczać chorych do kategorii artrytyków. Lepiej w życiu indywidualnem chorego szukać przyczyny jego stanu chorobowego.

4) Przy dzisiejszych wiadomościach i o dyatezie moczanowej prawa mówić nie mamy.

5) Nieznana jest rola, jaką odgrywa kwas moczowy w powstawaniu dny i kamicy nerkowej. Nie ulega wątpliwości, że autorowie francuscy zbyt szerokie nadają znaczenie skazie moczanowej. Nie wahają się oni podporządkować dyatezie moczanowej całych i różnorodnych grup chorobowych, tak, że poczynając od chorób skórnych najwcześniejszego dzieciństwa — jako to: pryszczycy (eczema), liszajca (impetigo) i t. d., aż do zmiany w usposobieniu (charakterze) (!), wszystko może się rozwijać na podstawie skazy moczanowej¹⁰). Przeciwno tak mało krytycznym poglądom słusznie zaprotestował kol. D. — a to tembardziej, że opinie francuskich autorów mogły u nas znaleźć niezасłużone uznanie za pośrednictwem dzieł, przyswojonych naszemu piśmiennictwu lekarskiemu, wymienionych w przypisku.

Lecz niepodobna zgodzić się z zapatrywaniami kol. D., wygłoszonymi w 2 ostatnich tezach i końcowym jego głosie (patrz: Dyskusya str. 74 Dziennika zjazdu), w którym referent nie tylko sprzeciwia się „przyjęciu nazwy skazy moczanowej, lecz uważa ją za szkodliwą, albowiem ona nadaje pewien szablonowy kierunek w leczeniu“. W ten sposób referent obala jednym zamachem wszystkie teorie skazy moczanowej, które z takim trudem, poczynając od GARROD'a, starano się zbudować. Lecz czy nie lepiej jest przyjąć do czasu i posługiwać się teorią, która, aczkolwiek nie wyjaśnia nam całkowicie zachowania się kwasu moczowego w ustroju pod względem chemicznym, to jednak pod względem klinicznym zadawalniająco wyjaśnia powstawanie, przebieg i leczenie skazy moczanowej i dny, niż uciekać się do owego, zniechęcającego i dyskredytującego „ignoramus“? Tworzenie teorii i hipotez jest potrzebą umysłu ludzkiego i stanowi jedną z dróg, prowadzących do poznania prawdy. Prócz tego, gdybyśmy chcieli, w zapale nadkrytycyzmu, pozbyć się wszystkich nieściśle naukowych nazw i teorii, to w nauce naszej powstałby niepożądany zamęt, wśród którego wzajemne porozumiewanie stałoby się bardzo trudne. W podobnym sensie przemawiał w dyskusyi prof. KORCZYŃSKI i, zapatrując się na skazę moczanową ze stanowiska klinicznego, oświadczył się za utrzymaniem pojęcia tej skazy w nauce.

¹⁰) Wykłady z dziedziny patologii ogólnej i szczegółowej. Przekład dzieła *Traité de médecine* wydawanego pod kierunkiem profesorów Charcot — Bouehard — Brissaud — przekład St. Markiewicza. Warszawa 1893. St. 363, 677, 681. S. Jaccoud. Wykład patologii szczegół. Warsz. 1884. st. 287.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

23. Adolf BAGINSKY. **O zapaleniu nerek płoniczem.** W poprzedniej swej pracy zwrócił autor głównie uwagę na stronę anatomo-patologiczną, obecnie pragnie on, na zasadzie spostrzeganych w ostatnim pięcioleciu 919 przypadków płonicy wraz z 88 zapalenia nerek, szczegółowiej omówić przebieg kliniczny płoniczego zapalenia nerek, jego zapobieganie i leczenie i t. p.

Co się tyczy czasu powstawania właściwego zapalenia nerek, to miał on możność spostrzegać w 34 przypadkach, że najwcześniej zjawia się ono 6 dnia choroby (jednokrotnie), najczęściej pomiędzy 15 a 18 dniem, najpóźniej zaś 30 dnia (trzykrotnie). Natężenie zapalenia nerek nie jest zgoła zależne od natężenia płonicy, gdyż przy najlżejszej postaci płonicy widywał bardzo silne zapalenie nerek, szybko kończące się niepomysłnie przy objawach mocznicy, i odwrotnie. Czas powstawania zapalenia nerek nie ma również wpływu na jego natężenie. W śmiertelnych przypadkach płonicy bywa zazwyczaj nieznaczny białkomocz, lecz — wobec doniosłych a ciężkich objawów miejscowych — trudno upatrywać przyczynę śmierci w zajęciu nerek, jakkolwiek zdarzają się pojedyncze przypadki, w których zapalenie nerek wraz z objawami mocznicy opanowuje chorego prawie jednocześnie z pojawieniem się wysypki. Słowem, czas powstawania zapalenia nerek płoniczego nie daje nam żadnych prognostycznych wskazówek.

Objawy ogólne, jako to — ogólne niedomaganie, osłabienie, apatya, blada skóra, twarz obrzękła, ból głowy, wymioty lub nudności, są aż nazbyt znane, aby się nad nimi bliżej zastanawiać. Ciepłota ciała przedstawia następujące typy: 1) *febris continua remittens* albo *intermittens* — w zależności od istniejących już powikłań (obrzemiecie gruczołów, zapalenie ucha średniego, zajęcie stawów i t. p.). W tych razach trudno na zasadzie gorączki wnosić o zapaleniu nerek. 2) W przeważnej liczbie przypadków wystąpienie zapalenia nerek odbywa się bez gorączki albo przy ciepłocie 38° C. Zazwyczaj przebiegają one pomyślnie, jakkolwiek nie brak pomiędzy nimi postaci bardzo ciężkich i śmiertelnych. 3) Należą tu przypadki z gorączką, przyczem albo ciepłota ciała podnosi się nagle do 39°—39,5° C., opada po 2—3 dniach, i znajdujemy wtedy białkomocz, albo podczas wznowienia ciepłoty ciała do 39°—40° C. znajdujemy już zapalenie nerek, które zazwyczaj przebiega szczęśliwie (jakkolwiek mocznica nie jest wyłączona), albo też gorączka trwa dłużej, niż 2—3 dni, i te przypadki najgorzej się kończą, wreszcie, możliwa jest gorączka podczas przebiegu sprawy chorobowej za każdym razem, gdy następuje zaostrenie sprawy.

Równolegle z gorączką wzmagą się częstość tętna, które waha się pomiędzy 80 a 140 uderzeniami na minutę. Zasługuje na uwagę pewne napięcie i pełność tętna przy powstawaniu zapalenia nerek; rośnie one przy zbliżaniu się mocznicy.

Do najważniejszych pod względem klinicznym objawów należy sprawa oddawania moczu *in toto*. Najczęściej — ilość moczu się zmniejsza; przy pewnem trwaniu i od pewnej granicy staje się to ograniczone wydzielanie moczu niebezpiecznem dla ustroju i znajduje swój wykładnik w objawach mocznicy.

Stosunek pomiędzy diurezą a chorobą nerek nie jest bynajmniej tak prosty, jak powszechnie mniemają. *Primo*, zarówno ilość moczu, jako też jego ciężar gatunkowy, może wcale nie uleść zmianie pod wpływem występującego zapalenia nerek, a pomimo to mogą powstać objawy mocznicy, *secundo* — na mniej

lub więcej krótki przeciąg czasu przed wystąpieniem choroby nerek może być wzmózo na ilość moczu z następczem zmniejszeniem jej, tembardziej rzucającem się w oczy, im większa była chwilowo diureza.

Oddzielne produkty patologiczne moczu są zbyt zmienne co do ilości i jakości, by módz na nich oprzeć wnioski co do przewidywanego przebiegu lub wyniku choroby. Co się tyczy ilości białka, to istnieje cały szereg przypadków niepomyślnych pomimo 1‰ — $1\frac{1}{2}\text{‰}$ (ERB), szczęśliwie zaś przebiegających przy 4‰ i więcej. Zaznaczyć jednakże należy, że długotrwały i obfity białkomocz należy do objawów ciężkich i groźnych. To samo dotyczy elementów morfotycznych moczu. Zbyt mocne, brunatne i kawowe zabarwienie moczu, wskazujące na krwotoki nerkowe i hemoglobinurę, stanowi objaw conajmniej niepożądany, lecz bynajmniej nie beznadziejny. O wiele poważniej traktować należy puchlinę wodną i objawy mocznicy. Pewne obrzmienia twarzy i bladeść skóry towarzyszą zazwyczaj zapaleniu nerek z samego początku. Lecz oto powstają obrzęki nóg, skóry, nagromadza się płyn w jamach ciała, czego wynikiem jest upośledzenie sprawy oddechowej i krążenia, zjawianie się spraw zapalnych w postaci zapalenia płuc lub opłucny i t. d. Wreszcie powstają objawy mocznicy: ciepłota ciała często się podnosi do $39,5^{\circ}\text{C}$., tętno staje się przyspieszone, przepuszczające, czasami zwolnione, nierówne, niemiarowe, napięte, oddech głęboki, podobny do CHEYNE-STOKES'a, zjawiają się objawy nerwowe w postaci wymiotów, bólu głowy, bredzenia, rozszerzenia i nieoddziaływania źrenic, ograniczonych drgań rąk, nóg, okolicy nerwu twarzowego, drgawek ogólnych lub podobnych do padaczki JACKSON'a, wreszcie następuje śpiączka. W pomyślnych przypadkach objawy te mijają po 2—3 dniach. Nawrotu ich nie widziano.

Nie należy przypuszczać, że ilość moczu zmniejsza się przed lub podczas wystąpienia objawów mocznicy. W pojedynczych przypadkach ilość dobową moczu wynosi istotnie 100, 200, 300 ctm., lecz takie zmniejszenie ilości moczu trwa zazwyczaj od dłuższego już czasu. Niemniej przeto może mocznica nastąpić podczas obfitej, a nawet nadmiernej diurezy, częstokroć chory niemal pływa w moczu, albo też pęcherz moczowy bywa przepełniony. Ilość dobową moczu dochodzi w tych przypadkach do 1500, 1800, 2000 ctm. Szczególnie zastanawia silna diureza — przynajmniej po napadzie mocznicowym — dochodząca do 3000 ctm. na dobę, zwłaszcza gdy jednocześnie giną obrzęki.

Podczas napadu mocznicy mocz obfituje zwykle w białko i elementy morfotyczne.

Śmierć następuje skutkiem osłabienia działalności serca albo podczas nagłego zniknięcia tętna, albo przy objawach obrzęku płuc. Dwukrotnie widział autor zejście niepomyślne po 6—7 dniowej anuryi bez objawów mocznicy i bez podejrzenia niebezpieczeństwa, tembardziej, że poprzedzająca płonica była nader słabego natężenia.

Rokowanie podczas napadów mocznicy jest bezwarunkowo niepewne, jakkolwiek nie tak złe, jak powszechnie mniemają. Oprzeć się należy przede wszystkim na działalności serca. Możliwość przechodzenia ostrego zapalenia nerek po płonicy w przewlekłe rozwiązuje autor w sensie dodatnim. Co gorsza, podobne przewlekłe cierpienia nerek mają zazwyczaj charakter przestankowy, z częstymi nawrotami, należy przeto jeszcze przez pewien przeciąg czasu obserwować chorego, który z ostrego cierpienia wyleczony został.

Sprawa leczenia zapalenia nerek po płonicy sprzęga się logicznie z pytaniem, czy można mu zapobiedz. Usiłowania nasze ograniczamy na wczesnem zwalczaniu gorączki za pomocą kąpiei i obwijań hidropatycznych, na położe-

niu chorego do łóżka, nawet przy najłżejszej i bezgorączkowej płonicy i na przeprowadzeniu ścisłej diety mlecznej. W 4 tygodniu autor pozwala na jarzynki, w 5 na podniesienie z łóżka, w 6 — na jajka, mięso białe i t. p.

Leczenie cierpienia — objawowe. Przeciwno obrzękom — kąpiele parowe, owijania wilgotne 22^o—24^o R. Na diurezę — przedewszystkiem mleko, z wód mineralnych — Fachingen, Vichy, gdy to nie pomaga — diuretyna, przy słabej działalności serca — napastrnica, przy krwimoczcu — unikać drażnienia nerek, po 2 tygodniach można dać tanninę 1 : 100. Na objawy mocznicy — kąpiele, piżawki za uszami, upust krwi, zastrzykiwania chloralu, wzięwania chloroformu, podskórnie olejek kamforowy, ete , kofeina, wlewanie fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Przy długotrwałym białkomoczcu badać często moczu i po stwierdzeniu stanu atonicznego naczyń nerkowych zmienić dietę, dawać żelazo i t. p. środki wzmacniające. Szczególniej troskliwie i pieczołowite powinno być leczenie przypadków zapalenia nerek podostrego lub przewlekłego.

(Archiv f. Kinderheilkunde. Zeszyt I i II. T. 33. Str. 57. 98). M. Kraushar.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 4 marca r. b.

TREŚĆ: 1) Fr. NEUGEBAUER — przedstawienie potworka z meningocoele bilateralis. 2) J. BRUDZIŃSKI — przedstawienie dziewczynki z exostosis multiplex; 3) L. BREGMAN — przedstawienie chorego z akromegalia. 4) M. BORSUK — przedstawienie ciała obcego, wyjętego dziecku z przełyku. 5) J. JAWORSKI i St. IWANICKI — „O związku pewnych objawów ze strony nosa z narządami płciowymi kobiecymi“.

1) Kol. Fr. NEUGEBAUER przedstawił potworka z *meningocoele bilateralis*.

2) Kol. J. BRUDZIŃSKI przedstawił trzyletnią dziewczynkę z *exostosis multiplex*, siostrę poprzednio demonstrowanego chłopca, obarczonego takim samym cierpieniem. Wyrosłe kostne bardzo wyraźne, zwłaszcza na żebrach, na kościach promieniowych i na łopatkach. B. przedstawia zdjęcia rentgenograficzne z poprzedniego przypadku.

3) Kol. L. BREGMAN przedstawił przypadek akromegalii.

Chory lat 40, jubiler. Od 10 lat cierpi na napady bólu głowy. Ręce, nogi, twarz, klatka piersiowa wyraźnie powiększone. *Hemianopsia bilateralis*. Zniesienie powonienia, przytępienie smaku. Język powiększony, ruchy jego ograniczone. Wszystkie części krtani powiększone z wyjątkiem nagłośni. B. rozpoznaje nowotwór przysadki.

4) Kol. M. BORSUK przedstawił kwadratową żelazną blaszkę z haczykami długości 2 ctm. usuniętą z przełyku rocznego dziecka. Dziecko przedmiot ten połknęło przed 10 tygodniami; oprócz wymiotów i duszności zaraz po połknięciu później prawie żadnych objawów u dziecka nie spostrzegano. Ciało to tkwiło na początku przełyku na wysokości *lig. ary-epiglotticum*. Rozpoznanie ułatwiła rentgenoskopia.

5) Kol. J. JAWORSKI wygłosił rzecz p. t. „O związku pewnych objawów ze strony nosa z narządami płciowymi kobiecymi“.

Praca ta wykonana została przy współudziale kol. St. IWANICKIEGO, jako ry-nologa. Za cel badań autorowie wzięli sprawdzenie twierdzeń FLIESS'a odnośnie do leczenia miesiączki bolesnej. FLIESS wyszedł z następującego założenia: przy badaniu nosów kobiet i dziewczec w czasie miesiączki występuje jednocześnie i stałe silne obrzmienie i przekrwienie błony śluzowej nosa, które wraz z miesiączką się ukazuje i z nią znika. FLIESS wykazał, że z każdej strony nosa są dwa

ściśle odgraniczone miejsca (przedni koniec dolnej muszli i wzgórek przegrody), na których ta menstrualna zmiana daje się określić. Są to t. zw. „miejsca płciowe nosa“. Kokainizacją tych miejsc FLIESS usuwał bóle w podbrzuszu (znieczulenie muszli) i w krzyżu (znieczulenie wzgórka przegrody). SCHIFF, drażniąc te punkty, wywoływał doświadczalną dysmenorrhęę.

Autorzy badali 73 przypadki miesiączki bolesnej przez dłuższy czas. „Miejsca płciowe nosa“ kokainizowano, przyżegano kwasem trójchloroctowym, galwanokauterem, elektrolizą. W 11 przypadkach autorzy otrzymali zupełne wyleczenie z miesiączki bolesnej. Najmniej reagowały na to leczenie chore ze starymi sprawami rzeżączkowymi w przydatkach. Wnioski swe autorzy streszczają w ten sposób: Metoda FLIESS'a oddać może prawdziwą przysługę w miesiączkowaniu bolesnem dziewiczem, gdzie badanie wewnętrzne najczęściej jest wyłączone, i w przypadkach, w których wyraźnych zmian w narządach płciowych nie widać. Przy zmianach dużych w narządach rodnych najczęściej jest bezskuteczna. W końcu autorzy rozpatrzyli szczegółowo mechanizm powstawania t. zw. nerwic odruchowych z narządów rodnych, podali technikę zabiegu, rozpatrzyli przypuszczalne zarzuty, wpływ sugestyi i t. p. i podnieśli doniosłość indywidualizowania pojedynczych przypadków.

W dyskusyi kol. A. SOKOŁOWSKI podnosi ważność sprawy, poruszonej przez mówców. Rażą go zbyt dobre wyniki, otrzymane przy leczeniu miesiączki bolesnej tą nową metodą. S. przypomina „doskonałe“ wyniki leczenia astmy oskrzelowej na drodze operacyi w nosie, po ogłoszeniu teoryi zwrotnego pochodzenia astmy oskrzelowej z nosa. S. nie uznaje ścisłego różniczkowania poszczególnych punktów w nosie.

Kol. JAKIMIĄK przypomina o innych objawach odruchowych z części rodnych, jakie w swej pracy przedstawił FLIESS, i podaje, jaki jest według FLIESS'a podkład anatomiczny owego łuku odruchowego.

Kol. K. DASZKIEWICZ zapytuje, czy mówcom udało się otrzymać eksperymentalnie bóle w krzyżu.

Kol. NUSBAUM przypomina, że związek narządów oddechowych, zwłaszcza krtani, z narządami płciowymi jest objawem szeroko rozpowszechnionym w naturze. Inna np. jest budowa narządów płciowych u kobiet i u mężczyzn, i inna jest budowa krtani. Zmysł powonienia u niektórych zwierząt umiejscawia się w narządach płciowych. U zwierząt i u ludzi w stanie podniecenia płciowego rozszerzają się nozdrza.

Kol. CHWAT przypomina, że ornitologowie poznają nośność niektórych ptaków (papug, kur) po zgrubieniu nosa.

Kol. LUBLINER nie uznaje poszczególnych punktów „płciowych“ w nosie, choć miejsca, wyodrębnione przez FLIESS'a, obfitują w splety naczyniowe (są to t. zw. „*cavernöses Gewebe-Schwellkörper* ZUCKERKANDL'a“). L. przekładałby galwanokaustykę nad elektrolizę.

Kol. ŁOGUCKI zaznacza, iż z 5 przypadków własnej praktyki, leczonej tą metodą, w 3-ch widział wyraźną poprawę.

Kol. BREGMAN uważa fakty, podane przez prelegentów, za ustalone. B. zaznacza zwiększoną pobudliwość układu nerwowego kobiet podczas głównych okresów życia płciowego (miesiączka, połóg, klimakteryum), występowanie wtedy *zones hyperesthétiques*. Jednym z takich punktów może być błona śluzowa nosa. Jak napad histeryczny możemy przerwać, uciskając wrażliwy jajnik, tak, znieczulając błonę śluzową nosa, możemy usunąć bóle w krzyżu. B. odrzuca w tych razach działanie sugestyi.

Kol. THIEME rozpatrzył różne postacie miesiączki bolesnej.

Kol. LUXENBURG podnosi zawistość i niepewność owego łuku odruchowego, który ma łączyć błonę śluzową nosa z błoną śluzową narządów płciowych, warunkując jednocześnie bóle w krzyżu i w narządach brzusznych.

Kol. FLATAU rozpatruje przypuszczalny łuk odruchowy, warunkujący rozpatrywane przez mówców objawy. Przypomina o interesujących poglądach HEAD'a, który wykazał ścisłą zależność pomiędzy cierpieniami narządów wewnętrznych a odcinkowemi zaburzeniami czucia skórnoego. F. znikanie bólów w krzyżu po kokainizacji błony śluzowej nosa uważa nie za prosty odruch (czuciowo-ruchowy), lecz za złożone oddziaływanie jednego nerwu czuciowego (punkty FLIESS'a) po przez korę mózgową i rdzeń na inne nerwy czuciowe (w skórze krzyża, *hypogastrium*).

Prezes DUNIN rozpatruje daną sprawę ze stanowiska patologicznego. Dużą rolę przypisuje tu mózgowiu. W przypuszczalnym skurczu macicy przy dysmennorrei Prezes widzi analogię do czynnościowego skurczu odźwiernika. Podrażnienie muszli nosowej, jak każde podrażnienie zmysłowe, zmienia rozmieszczenie zwiększonego napięcia energii w układzie nerwowym, które biegnie przede wszystkim po drogach utorowanych.

Kol. JAWORSKI odpowiada kol. JAKIMIAKOWI, że zajął się jedynie sprawdzeniem leczenia miesiączkowania bolesnego metodą FLIESS'a, kol. LUBLINEROWI, że nie docenia odkrycia FLIESS'a, kol. DASZKIEWICZOWI, że nie udało mu się wywołać dysmennorhei i na drodze doświadczalnej; w końcu, że nerwice odruchowe płciowe należą do bardzo ciemnych działów neuropatologii i naukowo uzasadnić ich powstawania dziś jeszcze nie możemy.

St. Koczyński.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 1 marca r. b

Na posiedzeniu przedstawiono plan czworaka wiejskiego murowanego, odpowiadającego wymaganiom wydziału higieny ludowej, a bardzo oszczędnego pod względem paliwa, dzięki umieszczeniu komór przy szczytowych ścianach. Do planu autor jego, budowniczy p. T. BIELSKI, dołączył kosztorys, a raczej wykaz potrzebnych materiałów budowlanych.

Odczytywano ustępy z pracy d-ra T. STĘPNICKIEGO: „higiena podróży“, dotyczące pielgrzymek do Częstochowy, odpustów i jarmarków. Omawiano szerzej pielgrzymki do Częstochowy. Za najpilniejsze z zachodzących tu potrzeb higienicznych uznano zarządzenia sanitarne w samej Częstochowie, mianowicie utrzymanie czystości w sąsiedztwie Jasnej Góry, urządzenie publicznych ustępów w pobliżu dla pielgrzymów oraz tanich kąpiel. Następnie wyrobienie pewnych stałych punktów w odpowiednich odległościach od Częstochowy na noclegi dla kompanii i pobudowanie w tych punktach choćby tylko baraków noclegowych — byłoby bardzo pożądane. Postanowiono zwrócić się do towarzystwa lekarskiego częstochowskiego z prośbą o zajęcie się temi sprawami.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Ch. TODD podaje wyniki swoich doświadczeń nad toksynami *b. megatherium*, które wykazują znaczne działanie hemolityczne względem krwi niektórych zwierząt. Najwięcej wrażliwe na działanie toksyn *b. megatherium* są czerwone ciała krwi świnki morskiej, najmniej cz. c. krwi końskiej. Krew ludzka pod wpływem tych toksyn ulega hemolizie bardzo szybko. Fakt, że produkty życia tego, jak wiadomo, bardzo rozpowszechnionego drobnoustroju posiadają wybitne własności hemolityczne, jest bardzo ciekawy i rzuca pewne światło na powstawanie takich

spraw, jak krwimocz peryodyczny, małopokrwistość złośliwa i t. p. (Lancet. 14. XII. 1901).

= THOMASSEN wprowadził hodowlę laseczników gruźlicy ludzkiej do przedniej komory oka czterotygodniowego cielaka i 2-roczonej jałówki. Po pewnym przeciągu czasu wystąpiło zapalenie rogówki, potem zakażenie całego oka i *lymphadenitis*. Na sekcji znaleziono rozlaną gruźlicę. Zwierzęta, przed użyciem ich do doświadczeń, były wypróbowane tuberkuliną. (Ann. de méd. vétérin. Dec. 1901).

Ż.

Wiadomości bieżące.

— Otrzymaliśmy sprawozdanie z działalności Towarzystwa Kolonii Letnich w Warszawie za rok 1901. W roku tym Towarzystwo liczyło członków rzeczywistych 278, zwyczajnych 508. Sprawami Towarzystwa zarządzał Komitet, wybrany na zebraniu ogólnym w d. 23 marca 1901. W roku 1901 zapisało się dzieci 6,524, z tych podlegało superrewizji lekarskiej 4,720, z których zakwalifikowano do wyjazdu ze stopniem 1-ym dzieci 837, 2-im 2,489; 3-im 1280, 4-ym 114. Z liczby zakwalifikowanych dzieci wyjechało na kolonie 3185, czyli mniej więcej wszystkie ze stopniem 1-ym; prawie wszystkie ze stopniem drugim; dla braku miejsca nie wysłano 899 dzieci t. j. 58,5%. Z liczby 3,185 wysłanych dzieci, chłopców było 1756, dziewcząt 1429, chrześcijań 2,396, żydów 789. W roku sprawozdawczym dzieci przebywały na 13 koloniach, 12 wiejskich i jednej leczniczej w Ciechocinku. Towarzystwo utrzymywało 10 kolonii, 3 zaś kolonie utrzymywane były kosztem osób prywatnych. Kolonie Zofiówka i Wilhelmówka utrzymywane były z odsetek od kapitału żelaznego, ofiarowanego przez spadkobierców ś. p. W. E. Rau. Co do wyników pobytu dzieci na koloniach letnich, to przeciętnie przyrost na wadze

wyniósł u dziewcząt 4,49 funt. u chłopców 3,28 funt. Pod względem finansowym rok sprawozdawczy był niezbyt pomyślny. W roku 1901 wydano na prowadzenie kolonii 40,278 rb. 92 kop. Rzeczywisty wydatek, poniesiony w roku 1901 przez Towarzystwo wynosi na jedno dziecko w koloniach, utrzymywanych przez Towarzystwo, rb. 13,42; prywatnych 1,96. Koszt dnia instytucyjowego w koloniach, utrzymywanych przez Towarzystwo wyniósł 0,42 kop., prywatnych 0,62 kop. Jak widzimy z powyższego sprawozdania, kolonie letnie oddają już dziś wielkie usługi społeczeństwu naszemu, wysyłając tak znaczną liczbę dzieci. Jednakże z tegoż sprawozdania widzimy również, że 58% dzieci zakwalifikowanych nie mogły być wysłane dla braku środków ku temu. Pojmując doniosłość i znaczenie kolonii letnich, my lekarze powinniśmy jak najgorliwiej starać się o zwiększanie liczby nowych członków Towarzystwa, jak również zachęcać szerokie koła publiczności do ofiarności w tym kierunku.

— Zeszyt 1, 2, 3 seryi XIV „Odczytów Klinicznych“, wydawanych przez Redakcję „Gazety Lekarskiej“ Nr. 157, 158 i 159 wyszedł z druku i zawiera pracę p. t. Semiotyka ogólna wymiotów przez d-ra Władysława JANOWSKIEGO.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z legatu ś. p. d-ra Romualda PŁASKOWSKIEGO udzielona będzie w m. czerwcu r. b. zapomoga pieniężna w kwocie rb. 180 kop. 23 delegatowi na jeden ze zjazdów psychiatrycznych, jakie w tymże roku odbyć się mogą, czy to w kraju, czy też zagranicą. Delegat, w myśl woli testatora, obowiązany będzie po powrocie złożyć Towarzystwu Lekarskiemu treściwe sprawozdanie naukowe, które następnie wydrukowane będzie w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego. Prośby o powyższą zapomogę nadsyłane być mogą pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie” (ulica Niecała Nr. 7), w czasie od d. 1 kwietnia do d. 1 czerwca r. 1902, z oznaczeniem zjazdu, na który kandydat pragnie wyjechać, z podaniem dokładnego swego adresu i wymienieniem zajęć lub prac swoich w dziedzinie psychiatrii.

Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz Stały *D-r Hoyer*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1902—3 zawakuje sześć stypendyów, każde po rb. 300 rocznie z legatu ś. p. d-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO, zmarłego w r. 1878 w m. Piotrkowie, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia KOCZOROWSKICH, b) CHILEWSKICH synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława CHILEWSKIEGO, w Galicyi zamieszkałi; c) STROJECCY, synowie po Adolfie STROJECKIM i ich następcy; d) LECHOWSCY, synowie i ich następcy po Kacprze LECHOWSKIM; w braku kandydatów z wyszczególnionych imion — stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący ubiegać się o te stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7) najpóźniej do dnia 15 września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz Stały *D-r Hoyer*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akad. 1902/3 wakować będzie stypendyum w kwocie rubli 225 — rocznie, z legatu ś. p. d-ra Ignacego GOŁĘBIEWSKIEGO, zmarłego w roku 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta wydziału lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane ma być innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego. Życzący ubiegać się o rzezcone stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej, o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz Stały *D-r Hoyer*.

SANATOGEN

Środek wzmacniający
Działanie tonizujące
Zupełnie nie drażni.

Panom lekarzom wysyła próby i broszury
bezpłatnie reprezentant: **Biertuempfel,**
Warszawa Marszałkowska 136.

Fabrykanci: **Bauer & C-ie,**
Berlin, S. O. 16.



Naturalny Koniak

„IMPERIAL“

prawdziwy produkt z wina
lecany przez powagi lekarskie.

Analizy Doktorów:



Nenckiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicera i Wars.
Hygienicznego Laboratorium stwierdzają czystość Konia-
ku z winogron bez obcych przymieszek.
Koniak „Imperial“ dostarcza się do kliniki terapeutycznej
Warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu i do Szpitalnej
kliniki ginekologicznej.
Sprzedaż we wszystkich lepszych handlach win w Warsza-
wie i na prowincyi.

Aparaty Dezynfekcyjne
za pomocą
Formaldehydu poleca
Edolf Witt FABRYKA
ul. Leopoldyny N° 11
— Skład fabr. Elektoralna 21.

do dezynfekcyj
MIESZKAN,
MEBLI,
Garderoby
i wszelkich
PRZEDMIOTÓW
bez
uszkodzenia
tekstylowych.

CENNIKI NA ZADANIE

Mydła przetłuszczone

hygieniczne oraz lecznicze

stosownie do wymagań nowoczesnej der-
matologii wyrabia

Apteka

M. Malinowskiego

Nowy Świat Nr. 35.

Środków opatrunkowych sterylizowanych z przyrządem

KONTROLUJĄCYM

Z PRACOWNI STERYLIZACYJNEJ

O-ra Borzymowskiego

Żądać w każdej aptece.

Skład główny:

Warszawa, Solna 17

Pracownia Sterylizacyjna.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-
kiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natan-
sona, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-
wera. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-
mi kobiecymi, jako też spodziewające się
ślub., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za
całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD LECZNICZY

Dr. Med. Z. Dmochowskiego i A. Kuczyńskiego

DLA CHORYCH

NA KRTAŃ, GARDŁO, NOS I USZY.

Chmielna Nr. 17.

Przyjęcie chorych na gardło i nos od 9—10 r. i od 3—5 pp.
Chorych na uszy od 12—2 pp.

Pracownia analityczno-lekarska

O-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-
skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-
łądkowej, kału, wydzielin z narządów mocz-
płciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryty-
cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki
lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Wiesbaden

Lekarz chorób skóry i
syfilitycznych

Friedrichstrasse 16. O-r med Julius Müller

D-r Adam Kołaczkowski

ordynuje od 15 Kwietnia do 1 Października 1902
w Karlsbadzie Stadt Athen visa vis Kolonady
Mühlbrunn.