

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 2.

Warszawa d. 1 (14) Stycznia 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Ś. p. dr. med. Józef Wszebor. — PRACE ORYGINALNE. O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwploniczej. Podali Wł. Palmirski i B. Żebrowski. — Obecny stan nauki o tworzeniu się i wydzieleniu kwasu moczowego w stanach normalnych oraz patologicznych, zwłaszcza w dniu. Podał St. Mutermilch. — Streszczenia i wyciągi. 3. Przyczyna, zapobieganie i serodyagnostyka raków żołądka i kiszki. 4. Cierpienie kiszki ślepej przy zamknięciu okrężnicy. 5. Nerwice serca i żołądka. 6. Wymioty krwawe przy małej białej nerce. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego Posiedzenie z dnia 2 listopada 1904 r. — Nowe leki. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. PALMIRSKI et B. ŻEBROWSKI — La scarlatine et le sérum antiscarlatiné. 2) D-r St. MUTERMILCH — L'état actuel de la science sur la production et élimination de l'acide urique dans les états normaux et pathologiques, surtout dans la goutte.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r W. PALMIRSKI und B. ŻEBROWSKI — Ueber Tcharbach in bakteriologischer Hinsicht und über antiskarlatinöses Serum. 2) D-r St. MUTERMILCH — Der gegenwärtige Stand der Lehre über Bildung und Ausscheidung der Harnsäure in normalen und pathologischen Zuständen, besonders bei Gicht.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

†
S. P.

D-r med. JOZEF WSZEBOR.

W Niedzielę dnia 1 b. m. zmarł po kilkodniowej chorobie d-r Józef Wszebor, b. lekarz naczelny szpitala Dz. Jezus w Warszawie, a ostatnio kurator szpitala Ś-go Stanisława na Woli.

Ś. p. Józef Wszebor urodził się w Warszawie dnia 1 listopada 1835 r.; po ukończeniu gimnazjum realnego w Warszawie wstąpił w roku 1857 do Akademii medyko-chirurgicznej, którą ukończył w roku 1862 ze stopniem lekarza *cum excimia laude*.

Po upływie 2 lat doktoryzował się i w dniu 10 sierpnia 1864 r., po obronieniu rozprawy p. t. „O całkowitem jednostronnem i obustronnem wypilowaniu szczęki górnej“ otrzymał stopień doktora medycyny. Wkrótce jako stypendysta wydziału lekarskiego wyjechał zagranicę, nasamprzód do Paryża, gdzie oddał się specjalnym studjom nad chorobami moczopłciowemi, słuchając wykładów CIVIALA, PHILIPS'a i innych. Oprócz tego gorliwie uczył się i na wykłady innych znakomitszych ówczesnych profesorów.

W powrotnej drodze z Paryża bawił czas pewien w Monachium, Wiedniu, Pradze Czeskiej i nakoniec w Berlinie, gdzie uczył się na wykłady TRAUBE'go, FRIEDRICH'S'a i LANGENBECK'a.

Po powrocie do kraju już w roku 1866 został mianowany ordynatorem w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie, gdzie pozostawał do roku 1879, w tym roku bowiem został mianowany Naczelnym lekarzem szpitala św. Rocha. Na tem stanowisku pozostawał do połowy 1890 r., kiedy mianowany został lekarzem naczelnym szpitala Dz. Jezus.

Ponieważ w roku 1890, t. j. w roku mianowania d-ra WSZEBORA na stanowisko naczelnego lekarza największego w naszym kraju szpitala, już był dojrzał zupełnie projekt przeniesienia szpitala na nowe miejsce, ś. p. WSZEBOR nie mógł na razie zaprowadzić wszystkich tych zmian i ulepszeń, jakie należałoby wprowadzić do starego szpitala, aby jako tako odpowiadał nowoczesnym wymaganiom, gdyż ciągle była mowa, że szpital niebawem nowe pomieszczenie otrzyma, a zatem w starym nie należy robić większych wydatków na jego ulepszenia. Jednakże pomimo rozmaitych przeszkód i wielu trudności, nowy naczelnik lekarz zajął się energicznie starym szpitalem, w którym ongi pierwsze samodzielne kroki, jako ordynator i młody lekarz, stawiał.

Przedewszystkiem uzyskał pozwolenie na założenie apteki wewnętrznej w szpitalu Dz. Jezus, przez co zaoszczędził kilka tysięcy rubli rocznie szpitalowi, a czuwając ciągle nad stanem apteki, zapewnił chorym szpitalnym lekarstwa, należycie przygotowane, we właściwej dozie i gatunku wydawane.

Ustały narzekania ordynatorów na lekarstwa z chwilą, kiedy ś. p. d-r WSZEBOR otworzył szpitalną aptekę u Dz. Jezus.

Lecz nie tylko apteka szpitalna pozostała jawnym dowodem dodatniej działalności ś. p. d-ra WSZEBORA w szpitalu Dz. Jezus. Zdaniem naszym daleko ważniejszą zasługą Jego był fakt szerszego, ogólniejszego, bo społecznego znaczenia, który winien na długo pozostać w pamięci tych, którzy przypominają sobie dziwną, dotąd nigdzie nie praktykowaną zależność w szpitalu Dz. Jezus prawie całego personelu lekarskiego i jego działalności od ówczesnego kuratora tegoż szpitala. Wyzwolenie z pod tych wpływów p. kuratora było niewątpliwie zasługą d-ra WSZEBORA.

Zaiste, dziwne tam panowały stosunki, przynajmniej w ostatnich latach, zanim na stanowisko lekarza naczelnego został mianowany ś. p. WSZEBOR. Jakkolwiek do dzisiejszego dnia stanowisko kuratora w szpitalach Warszawskich nie ma jasno określonego znaczenia, a w ostatnich czasach w prasie naszej lekarskiej odzywają się głosy, że jest nawet zbyt czyste, to jednak przed rokiem 1890 stanowisko kuratora w szpitalu Dz. Jezus było wyjątkowe. To nie był kurator, lecz wielkorządca szpitala... niestety, nie zawsze w dodatnim kierunku. Stanowisko lekarza naczelnego zeszło w tych warunkach na plan ostatni, przez co cały ogół lekarzy, pracujących w szpitalu Dzieciątka Jezus, musiał na tem ucierpieć, co, naturalnie, nie bez wpływu pozostawać musiało i na działalność lekarską.

Z chwilą objęcia przez ś. p. d-ra WSZEBORA stanowiska naczelnego lekarza w szpitalu Dz. Jezus stosunki w tym kierunku zmieniły się znacznie na lepsze: ś. p. WSZEBOR potrafił z godnością korzystać z przynależnych mu praw na stanowisku, jakie mu władza wyższa powierzyła, i przynajmniej w sprawach czysto lekarskich nie pozwolił na uzurpowanie władzy przez osoby, zupełnie do tego ani prawa, ani uzdolnienia nie mające. Rzecz prosta, że odzyskane prawa przez naczelnego lekarza musiały wpłynąć i istotnie wpłynęły dodatnio na stosunek całego personelu lekarskiego w szpitalu do p. kuratora.

Sądzymy, że fakt ten należało uwydatnić we wspomnieniu pozgonnem o ś. p. WSZEBORZE, powinniśmy Mu być wdzięczni całym sercem, że miał odwagę cywilną do wystąpienia przeciw anormalnym stosunkom, istniejącym w szpitalu w chwili, kiedy do niego wchodził.

Być może, że znajdzie się czytelnik, który zdziwi się, że podnosimy zasługi człowieka za to, że według przynależnych Mu praw działał, a utracone przez poprzednika odzyskał. Niestety, w ostatnich czasach, wobec odwrotnych faktów, za zasługę stanowczo wyżej przytoczone poczytać należy.

W samej rzeczy, czy to brak cywilnej odwagi, czy też osobiste względy na własne korzyści, bardzo często, jak się przekonywamy w życiu codziennem, dowodzą nam, że z praw nam przynależnych nie chcemy korzystać, bezpraw innych bronimy, zapominając, jaką szkodę przez to wyrządzamy społeczeństwu na przyszłość.

W roku 1901 d-r WSZEBOR podał się o zwolnienie od pełnienia nadal obowiązków naczelnego lekarza w szpitalu Dz. Jezus, wysłużwszy całkowitą emeryturę. Przez cały czas budowy nowego szpitala do narad nad budową, pomimo swego stanowiska, nie był powoływany. Fakt ten zaznaczamy na tem miejscu tylko dlatego, żeby przy krytykowaniu tych lub owych braków szpitalnych nie czyniono niesłusznych zarzutów b. naczelnemu lekarzowi tegoż szpitala. Bo przecież zdrowy rozsądek nakazuje przypuszczać, że, kto jak kto, ale naczelnny lekarz danego szpitala przy budowie jego brać czynny udział winien.

Ś. p. d-r WSZEBOR po wysłużeniu emerytury nie na długo rozstał się ze szpitalnictwem. Już w roku 1902 został mianowany kuratorem szpitala św. Stanisława, gdzie pełnił ten obowiązek prawie do końca życia, gdyż jeszcze brał żywy udział w naradach nad budową nowych pawilonów w tymże szpitalu na kilka dni przed chorobą swoją.

Będąc członkiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, ś. p. d-r WSZEBOR od r. 1868 do 1872 był sekretarzem dorocznym tegoż Towarzystwa, a od roku 1869 do 1872 redaktorem Pamiętnika. Przez długi czas cieszył się znaczną praktyką lekarską, jako sumienny i światły lekarz, a w roku 1870 pierwszy zastosował u nas przyrząd d-ra DIEULAFOY'a do wypuszczania płynu z opłucny. Oprócz rozprawy doktoryzacyjnej ś. p. d-r WSZEBOR umieścił szereg prac i spostrzeżeń zarówno w „Pamiętniku Tow. Lekarskiego“, jak i na łamach „Medycyny“, wraz zaś z d-r'em KWAŚNICKIM i STANKIEWICZEM opracował „Chirurgię operacyjną“, wchodzącą w skład Bibl. umiejętności lekarskich.

Wysoko zawsze stawiając zawód lekarski, daleki od wszelkich zawiści zawodowych, surowy może w ocenianiu działalności innych, ale sprawiedliwy, pozostawił zaś w sercu tych, co Go bliżej znali i poznali. Cześć Jego pamięci!

M. S.

PRACE ORYGINALNE.

Z Pracowni Bakteryologicznej w Warszawie.

O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwpłoniczej.

Podali

Wł. Palmirski i B. Żebrowski.

II.

Poznanie istoty płonicy, jak nam wiadomo, jest trudne i zawiłe, ponieważ do tej pory nie mamy możliwości przeszczipiania jej na zwierzęta,

a tem samem wyłączona jest możność sprawdzenia i ocenienia pod względem etiologicznym naszych przypuszczeń lub twierdzeń.

W dawniejszej naszej pracy¹⁾ staraliśmy się streścić w porządku chronologicznym to, co do tej pory zrobiono, i co rzuca pewne światło na istotę tej choroby.

Z zestawienia tych badań można wywnioskować, że szczególniejszą uwagę w ostatnich

¹⁾ „Medycyna“ Nr. 46 i 47 z 1903 r.

czasach zwracano na paciorkowce. Podczas gdy jedni autorowie przypisywali im etiologiczne znaczenie w płonicy, inni i to w dość znacznej liczbie — drugorzędną rolę. Nikt jednakże nie zaprzecza wpływu ich na przebieg płonicy.

Do badaczy, którzy w płonicy widzieli czystą postać zakażenia paciorkowcami, należy zaliczyć KURTH'a, KLEIN'a, BABES'a, D'ESPINE'a, SOERENSEN'a, W. CLASS'a, BAGIŃSKIEGO i HLAWE; G. CROOKE zaś, A. FRAENKEL, RASKINA, HEUBNER, MARMOREK i SŁAWYK stawiali w zależności zakażenie płonicze od zarazka, dotąd niezbadanego. Ten ostatni w obecności paciorkowców ma znajdować przychylne warunki dla swego istnienia, jego jadowitość wzmagą się, tak że przenikanie przez jamę usną, a w szczególności przez migdałki do naczyń chłonnych i krwionośnych staje się możliwym.

W tych kilku słowach dadzą się streścić poglądy różnych badaczy na istotę płonicy aż do chwili pojawienia się pracy MOSER'a. Badacz ten, opierając się na pracach BEHRING'a i MARMOREK'a, że u zwierząt, uodparnianych paciorkowcami, występują we krwi ciała swoiste, postanowił na tej drodze szukać wyjaśnienia roli paciorkowców w płonicy. Praca ta ma bardzo ważne znaczenie, rzuca bowiem pewne światło na etiologię, wskazuje nowe drogi dla wyjaśnienia istoty samej choroby i daje możliwość walki z tym wrogiem wieku dziecięcego.

Zachęceni wynikami leczniczymi, otrzymywanymi przez MOSER'a, i my skierowaliśmy swe dalsze badania nad paciorkowcami w omawianym kierunku.

Wyniki, do jakich doszliśmy, pozwoliły nam w pracy swej z r. 1903 wypowiedzieć zdanie, że paciorkowiec, otrzymywany ze krwi dzieci, zmarłych na płonicę, i odpowiadający ze swych własności morfologicznych i biologicznych *streptococcus conglomeratus* KURTH'a i KLEIN'a, najprawdopodobniej okaże się specyficznym dla tej choroby.

Rok 1904 pozwolił nam zebrać sporą wiązaną faktów i spostrzeżeń, które ośmielamy się podać do wiadomości ogółu lekarzy. Być może, że one jeszcze nie przekonają zwolenników przeciwnego poglądu, lecz powinny usprawiedliwić nasze zapatrywania, co do swoistości *streptococcus conglomeratus* w zakażeniu płoniczem.

Pracę swoją nad płonicą rozpoczęliśmy od badania trupów dzieci, zmarłych na płonicę.

Wszystkich sekeyi dokonaliśmy 17.

Zmiany anatomo-patologiczne mniej nas interesowały, dlatego też szczególniejszą uwagę zwracaliśmy na badania bakteryologiczne. Przy oględzinach pośmiertnych w płucach najczęściej notowaliśmy przekrwienie i obrzęk dolnych płatów, serce zwykłych rozmiarów, sam zaś mięsień serca blady, łatwo rozrywający się. Wątroba powiększona, przekrwiona, zmętniała. Śledziona i nerki w stanie przekrwienia, oraz powiększone. Jednym słowem przy sekeyi otrzymywaliśmy obraz, jaki spotykamy w chorobach zakaźnych ostrych.

Bakteryologicznie były badane: krew, mózg, płuca, wątroba, śledziona i nerki. Przy badaniu braliśmy za pomocą rurek szklanych wyjąłowych krew lub miąższ wewnętrznych narządów i przenosiliśmy na agary i buliony. Na 2 lub 3 dzień otrzymane hodowle były badane pod drobnowidzem. Ze wszystkich wewnętrznych narządów i ze krwi lub tylko z części narządów otrzymywaliśmy paciorkowce o jednym typie, które ze swych cech morfologicznych i biologicznych odpowiadają *streptococcus conglomeratus* KURTH'a i KLEIN'a. Zanieczyszczenia przyładkowe bywały, lecz rzadko, stałe tylko otrzymywaliśmy mieszaninę różnych drobnoustrojów z płuc. Z mieszaniny tej jednakże zawsze wydzielaliśmy *str. conglomeratus*. Dla łatwiejszego zorientowania się zestawimy wyniki swych badań bakteryologicznych w tablicy, w której + oznacza obecność *str. conglomeratus*, a — brak jego

Sek- cya	Krew	Mózg	Wą- troba	Sle- dziona	Nerki	Płuca
1	+	+	+	+	-	+
2	+	+	+	+	+	+
3	-	-	-	-	-	-
4	+	-	+	+	+	+
5	+	-	-	-	-	+
6	-	-	-	-	-	-
7	+	+	+	+	+	+
8	-	-	-	-	+	+
9	+	+	+	+	+	+
10	+	-	+	-	+	+
11	+	+	+	+	+	+
12	-	-	-	-	-	+
13	+	+	+	+	+	+
14	+	-	+	+	+	+
15	-	+	-	-	-	+
16	+	-	+	+	+	+
17	-	-	-	-	-	+

Jeżeli rozpatrzmy się w tej tablicy, musimy zwrócić uwagę na przypadki pod N. 8, 12 i 17. W przypadkach tych przebieg całej choroby trwał dobę lub cokolwiek dłużej. Przypadki te zaliczyć musimy do postaci płonicy piorunującej, a niewątpliwie była to płonica, ponieważ inne dzieci w tych rodzinach przechodziły płonicę albo jednocześnie, albo w kilka dni później.

W przypadkach tych *str. conglomeratus* został otrzymany tylko z płuc. Pomimo woli nasuwa się przypuszczenie, jak to mamy w dżumie, że postać piorunująca płonicy jest postacią płucną tej choroby. Zarazek płonicy dostaje się do ustroju przez przewody oddechowe i rozwija się w pęcherzykach płucnych. Duża ilość jadu, wytwarzanego przez te zarazki, wywołuje bardzo ciężkie objawy ogólne, charakteryzujące daną postać, i ustroj ginie wskutek zatrucia.

Również ciekawa jest sekcyja przypadku N. 13, który zaliczyć możemy do postaci septycznej płonicy. W przypadku tym jeszcze za życia na ciele wystąpiły pryszczki i bąble w dość dużej liczbie, wypełnione zawartością ropną. Oprócz pryszczków i bąbli na tylnej powierzchni lewej kiści ograniczone zapalne nacieczenie (*phlegmone*). Otóż z pryszczków i bąbli jeszcze za życia otrzymaliśmy czystą hodowlę *str. conglomeratus*, a przy sekcyi — z nacieczenia zapalnego, ze krwi, mózgu i wszystkich wewnętrznych narządów.

Dalej w przypadku drugim otrzymaliśmy *str. conglomeratus* z wysięku otrzewny, który wybitnie się zaznaczał jeszcze za życia. W przypadkach 3 i 6 o przebiegu przewlekłym badania bakteriologiczne krwi, mózgu i wewnętrznych narządów dały nam wynik ujemny, również i MosER nie otrzymywał paciorkowców w przypadkach o przebiegu przewlekłym, jeżeli śmierć występowała wskutek powikłań, doprowadzających chorego do charłactwa.

W przypadku 9-tym oprócz zwykłych zmian anatomo - patologicznych stwierdziliśmy przy sekcyi s u r o w i c z o - r o p n e zapalenie opłucny i osierdzia. Z wysięków tych surowiczo - ropnych otrzymaliśmy czyste hodowle *str. conglomeratus*. Również zawsze otrzymywaliśmy czyste hodowle *str. conglomeratus* ze zropiałych gruczołów podszczękowych lub pachowych. Przy zapaleniu ucha średniego z ropy zawsze udawało się nam z mieszaniny różnych drobnoustrojów wydzielić *str. conglomeratus*. Badanie naltów z gardzieli lub śluzu dawało nam ten sam rezultat.

Tegoż paciorkowca prawie stale można znaleźć w naskórku łuszczącym się. Na koniec otrzymywaliśmy go ze krwi za życia w przypadkach płonicy bardzo ciężkich.

Wyżej przytoczone dane pomimo woli nasuwają pytanie, czy nie mamy do czynienia z paciorkowcem swoistym dla płonicy, tembardziej, że prawie zewsząd i zawsze otrzymujemy jeden

i ten sam typ paciorkowca, a którego nazywamy *str. conglomeratus*. Wobec przypuszczenia swoistości tego paciorkowca, cała teoria o zakażeniu mieszanem w płonicy musi upaść, a powikłania tłumaczyć sobie możemy podobnie, jak tłumaczymy np. powikłania w innych chorobach zakaźnych — różnym umiejscowieniem zarazka chorobotwórczego i zmniejszoną odpornością tkanek.

Chcąc poprzeć tę myśl, przyjrzyjmy się obecnie samemu paciorkowcowi oraz jego właściwościom morfologicznym i biologicznym.

Przy badaniu pod drobnowidzem omawiany zarazek przedstawia się pod postacią długich zwiniętych łańcuszków, których ogniwa składają się jakby z 2 połówek cokolwiek spłaszczonej. Barwi się on doskonale, podobnie jak i paciorkowce z przypadków septycznych barwnikami anilinowymi. Hodowle agarowe i żelatynowe nie przedstawiają nic charakterystycznego, coby je wyróżniało z pośród paciorkowców innego pochodzenia, natomiast hodowle bulionowe stale nie mętnieją, a w miarę rozwoju paciorkowce te opadają na dno próbówki pod postacią grudek, podczas gdy paciorkowce, otrzymane przez nas z przypadków septycznych lecz nie płoniczych, dają równomierny męt. Dodatek cukru gronowego w ilości 0,1% sprzyja ich rozwojowi, hodowle szybciej i bujniej rozwijają się. Ta cecha jest dość charakterystyczna i widocznie je wyróżnia z pośród innych odmian paciorkowców.

Szukaliśmy różnic i na drodze biochemicznej, lecz do tej pory jeszcze nie doszliśmy do ostatecznych wniosków. Paciorkowce z płonicy zarówno i z innych spraw chorobowych obdarzone są własnością utleniania wielu wodorów węgla, jak: cukru gronowego, mlecznego, trzcinowego, maltozy, lewulozy lub mannitu. Sprawą tą zajmujemy się w następnej pracy.

Wszystkie nasze paciorkowce, otrzymane z przypadków płonicy, dla królików i świnek są mało zabójcze, co zaznacza i MOSER. Króliki gi-

ną tylko wtedy, jeżeli *minimum* 5 ctm. sz. hodowli 1 lub 2-dniowej na podłożu MARMOREK'a wstrzykujemy do żyły ucha. Od takiej dawki króliki mogą zginąć w ciągu 1—2 dni, lecz nie zawsze. Na sekcji wtedy zaznacza się swem powiększeniem tylko śledziona, inne narządy są w stanie przekrwienia. Badając bakteryologicznie, otrzymujemy ze krwi, mózgu i wszystkich wewnętrznych narządów czyste hodowle *str. conglomeratus*. Mamy jeszcze jedną drogę prawie pewną wywołania zakażenia, zastrzykując $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ ctm. sz. hodowli paciorkowca pod oponę twardą. I przy tem zakażeniu otrzymujemy wyżej wspomniany obraz po śmierci królika. Bakteryologiczne badanie i tu wykazuje wszędzie obecność paciorkowców. Podskórnie zakażone króliki mogą zginąć, chociaż względnie rzadko i to tylko przy objawach charłactwa. Badanie bakteryologiczne trupów dawało nam wynik ujemny, podobnie mieliśmy przy 2 sekcjach dzieci o przebiegu przewlekłym płonicy.

Zachęcenii spostrzeżeniami BEHLI, na brzuchu prosięcia robiliśmy nacięcia na skórze długości kilku ctm. i wcielaliśmy hodowlę 2-dniową *str. conglomeratus*. Na miejscu zarażenia nie mieliśmy najmniejszego odczynu. Taż sama hodowla, zastrzyknięta podskórnie prosięciu w ilości nawet 5 ctm. sz., nie dała najmniejszego odczynu nie tylko ogólnego, lecz i miejscowego.

W ten sam sposób wcielając hodowlę *str. conglomeratus* w nacięcia na wymieniu krowy, lub wstrzykując podskórnie w wymiona, nie udało się nam wywołać ani ogólnych, ani miejscowych zmian, które przypominałyby płonię.

Wobec tego nasze próby w celu wyszukania zwierzęcia wrażliwego na paciorkowce płonice i w celu odtworzenia klinicznego obrazu płonicy nie powiodły się.

Pozostały nam jeszcze do wypróbowania myszy białe i te, jak to zaznacza KURTH, okazały się wrażliwymi na działanie naszego paciorkowca. Hodowle 1-dniowe na podłożu MARMOREK'a, zastrzyknięte podskórnie myszom białym

nawet w ilości 0,05 ctm. sz., zabijały je przy objawach ogólnego zakażenia w przeciągu 1 lub kilku dni, co mogliśmy stwierdzić badaniem bakteriologicznem krwi i wewnętrznych narządów. Przy sekcji znajdowaliśmy zwykle powiększenie i przekrwienie wątroby, śledziony i nerek.

Na zakończenie własności morfologicznych i biologicznych *str. conglomeratus* uważamy za stosowne nadmienić, że w hodowlach bulionowych z cukrem zachowuje on swe własności życiowe względnie krótko—tydzień, rzadko dłużej, w hodowlach agarowych i na podłożu MARMOREK'a znacznie dłużej — kilka tygodni, w mleczach zaś królików, zakażonych paciorkowcem i przechowywanych na wzór mleczy Pasteurowskich, t.j. nad wodanem potasu, żyją one nawet po 2 latach. Ten sposób przechowywania paciorkowców płoniczych ma tę wyższość, że pozwala nam prowadzić doświadczenia z hodowlami silnie rosnącymi na podłożach, podczas gdy przy częstem przeszczepianiu z podłoża na podłoże rozwijają się one coraz słabiej, a nawet mogą zaginać. Dalej nie udało się nam wzmocnić tych paciorkowców, przeprowadzając przez króliki nawet przez 24 pokolenia o tyle, żebyśmy mogli określić dawkę śmiertelną dla zastrzyknięć podskórnych, podczas gdy paciorkowce z innych przypadków septycznych wzmacniając w ten sposób, mogliśmy doprowadzić do szalonej jadowitości, np. do 0.0000001 ctm. sz. W tej dawce hodowla 1 lub 2-dniowa buljonowa zabijała nam króliki wagi 2000 grm. przy zastrzyknięciu podskórnem w przeciągu 24—36 godzin.

Małą jadowitość dla zwierząt laboratoryjnych i MosER uważa jako cechę, wyróżniającą paciorkowce płonicze. Oprócz wyżej podanych cech, wyróżniających je, posiadają one jeszcze jedną bardzo ważną cechę biologiczną, t.j. zdolność wytwarzania w ustroju zwierzęcym surowicy swoistej.

Doświadczenia MosER'a wykazały, że surowica normalna i surowica przeciw paciorkowco-

wa MARMOREK'a u dzieci, dotkniętych płonicą, nie wywierają pożądanego wpływu leczniczego, o czem niejednokrotnie i my mieliśmy możność przekonać się w Warszawskim szpitalu dla dzieci, podczas gdy surowica z koni, uodparnianych hodowlami paciorkowców płoniczych (*str. conglomeratus*), wykazuje własności lecznicze. Własność ta lecznicza surowicy przeciw płoniczej wyraźnie przemawia za odmiennością paciorkowców w płonicę i pozwala samą chorobę czynić od nich zależną.

Następnie w tem przekonaniu utwierdzają nas fakty i spostrzeżenia, które udało się nam zebrać od r. 1902. W swych doświadczeniach nad otrzymywaniem surowicy przeciw płoniczej posiłkowaliśmy:

1) koniem, uodparnianym wyłącznie jednym szczepem *str. conglomeratus*, otrzymanym z przypadku płonicę w r. 1901.

2) koniem, uodparnianym również wyłącznie jednym szczepem *str. conglomeratus*, wydzielonym z przypadku płonicę w 1902 r.

3) koniem, uodparnianym kilkoma szczepami *str. conglomeratus*, wydzielonymi przy sekcjach dzieci, zmarłych w Warszawskim szpitalu dla dzieci na płonicę.

Ze wszystkich tych koni otrzymaliśmy surowicę, której nie możemy zaprzeczyć dodatniego wpływu leczniczego na przebieg płonicę u dzieci.

Fakty te pozwalają nam wyłączyć różnorodność paciorkowców w płonicę, natomiast zaznaczyć ich jednorodność t.j. czy będziemy uodparniali konie mieszaniną kilku szczepów paciorkowców płoniczych, czy jednym tylko nawet z różnych epidemii, otrzymamy surowicę leczniczą. Również za jednorodnością paciorkowców płoniczych przemawiają dane, otrzymane przez nas przy stosowaniu surowicy w celach leczniczych w różnych miejscowościach i podczas epidemii płonicę o różnem natężeniu.

Czegoś podobnego, opierając się na pracach naszych z kol. Kozickim, nie możemy po-

wiedzieć o surowicy przeciwpaciorkowcowej, nad której otrzymaniem prowadzą się roboty od 1898 r.

(C. d. n.).

Obecny stan nauki o tworzeniu się i wydzielaniu kwasu moczowego w stanach normalnych oraz patologicznych, zwłaszcza w dnie.

Podał

STANISŁAW MUTERMILCH.

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warszawskiego Tow.
Lek. w d. 29. XI. 1904.

Kwas moczowy został po raz pierwszy odkryty w moczu ludzkim oraz w kamieniach pęcherzowych w r. 1776 przez SCHEEL'E'go i BERGMANN'a.

W roku 1797 WOLLASTON stwierdził obecność kwasu moczowego w złogach artrytycznych; fakt ten został wkrótce potwierdzony przez innych badaczy.

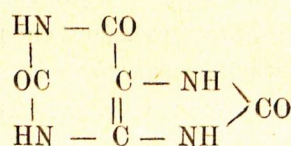
Nauka o kwasie moczowym, zwłaszcza o warunkach jego tworzenia się w ustroju i wydalania z moczem, oraz o roli, jaką związek ten odgrywa w dnie, stała się przedmiotem powszechnego zainteresowania i posłużyła za temat dla niezmiernie licznych prac chemicznych i klinicznych.

W odczycie niniejszym zamierzam przedstawić sprawę tworzenia się i wydzielania kwasu moczowego u ludzi zdrowych oraz w stanach chorobowych, ze szczególnem uwzględnieniem artrytyzmu. Nie będę tu przytaczał wszystkich wygłaszanych teorii. Ograniczę się do przedstawienia wyników tych prac, które dzięki dokładnym metodom badania istotnie wniosły nowe zdobycze do interesującej nas sprawy; przytem dłużej zatrzymam się nad pracami lat osta-

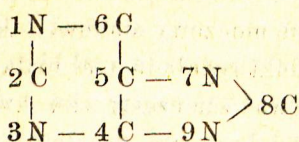
tnich, które rzuciły dużo światła na chemię i fizyologię kwasu moczowego.

Rola i zachowanie się kwasu moczowego w ustroju ludzkim stoją w ścisłym związku z jego własnościami chemicznymi. Dlatego też pozwolę sobie przedstawić niektóre dane z chemii tego związku.

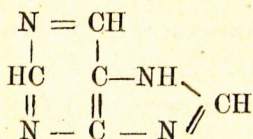
Kwas moczowy, jak wiadomo, posiada skład następujący: $C_5 N_4 H_4 O_3$. Budowa konstytucyjna tego związku została po raz pierwszy przedstawiona w roku 1875 przez MEDICUS'a w sposób następujący:



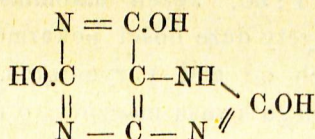
Na kwas moczowy zapatrywano się jako na połączenie dwóch cząsteczek mocznika z hipotetycznym kwasem trójoksyakrylowym. Wzór ten został w zupełności potwierdzony przez wielokopomne badania Emila FISCHER'a (1) nad t. zw. ciałami purynowemi. Prace uczonego tego nad kwasem trójchloro - metylo - moczowym ($CH_3 \cdot C_5 N_4 Cl_3$) i pochodnemi doprowadziły go do przekonania, iż za wspólną substancję macierzystą dla tych ciał należy uważać metylopurynę ($CH_3 \cdot C_5 H_3 N_4$), czyli że kwas moczowy jest związkiem pochodnym puryny ($C_5 H_4 N_4$). Badaczowi temu udało się sztucznie otrzymać purynę; jestto ciało, rozpuszczające się w wodzie oraz posiadające własności kwaśne i silnie zasadowe. Zarówno kwas moczowy, jak i cały szereg pokrewnych mu związków, mianowicie t. zw. zasady ksantynowe, wyprowadza Emil FISCHER od puryny. W myśl poglądów FISCHER'a wszystkie wspomniane związki, to jest, puryna, kwas moczowy i zasady ksantynowe posiadają w cząsteczce swej wspólne t. zw. jądro purynowe, składające się z pięciu atomów C i czterech atomów N, związanych w podwójny pierścień w sposób następujący:



Oddzielne atomy dla łatwiejszego oryentowania się zostały, jak widzimy, oznaczone cyframi od 1 do 9. Ponieważ budowa konstytucyjna puryny jest następująca:



przeto kwas moczowy jest 2, 6, 8 trójoksypuryną. Co się tyczy zasad ksantynowych, to hypoksantynę ($\text{C}_5 \text{N}_4 \text{H}_4 \text{O}$) i ksantynę ($\text{C}_5 \text{N}_4 \text{H}_4 \text{O}_2$) należy uważać za 6 oksypurynę i 2, 6 dwuoksypurynę, adeninę ($\text{C}_5 \text{H}_5 \text{N}_5$) zaś i guaninę ($\text{C}_5 \text{H}_5 \text{N}_5 \text{O}$) za 6 aminopurynę i 2 amino-6 oksypurynę. Należy jeszcze wspomnieć, iż, oprócz wyżej przytoczonego wzoru kwasu moczowego, FISCHER podaje inny, tautomeryczny:



Ten ostatni jaśniej tłumaczy kwaśny charakter kwasu moczowego oraz stosunek jego do puryny. Emil FISCHER sądzi, iż być może, obie te formy kwasu moczowego istnieją w rzeczywistości, a to na tej zasadzie, iż kwas moczowy bezpostaciowy, otrzymany z jego soli na zimno, posiada nieco odmienne własności, niż kwas moczowy krystaliczny, otrzymany przez gotowanie lub dłuższe stanie; nadto pewne związki pochodne również przemawiają na korzyść istnienia obydwu form kwasu moczowego.

Kwas moczowy przy sztucznym utlenianiu daje jako ostateczne produkty mocznik i kwas szczawiowy. Sztucznie można otrzymać kwas

moczowy na drodze syntetycznej przez stopienie mocznika z glikokolem lub amidem kwasu trójchloromlecznego.

Kilka słów poświęcić musimy rozpatrzeniu sprawy, w jakiej formie znajduje się kwas moczowy we krwi oraz w moczu. Kwas moczowy czysty rozpuszcza się w wodzie z nadzwyczajną trudnością. Nowsze badania PAUL'a i HIS'a (2) wykazały, iż przy 18°C . jedna część kwasu moczowego rozpuszcza się w 39480 częściach wody. Wobec tego nie może być mowy o tem, aby kwas moczowy znajdował się we krwi i sokach tkankowych w stanie wolnym.

Co się tyczy soli kwasu moczowego, to ten, jak wiadomo, tworzy z sodem (Na) trojkiego rodzaju połączenia, które podług nowej i jedynie racjonalnej nomenklatury TALLENS'a są następujące: 1) $\text{C}_5 \text{N}_4 \text{H}_2 \text{O}_3 \text{Na}_2$ dwumoczan sodu (*dinatriumurat*), dawniej t. zw. obojętny moczan sodu; jest to sól o odczynie silnie alkalicznym; 2) $\text{C}_5 \text{N}_4 \text{H}_3 \text{O}_3 \text{Na}$ jednomoczan sodu (*mononatriumurat*), inaczej t. zw. kwaśny moczan sodu; sól ta ma odczyn obojętny i 3) półmoczan sodu (*heminatiumurat*) $\text{C}_5 \text{N}_4 \text{H}_3 \text{O}_3 \text{Na}$. $\text{C}_5 \text{N}_4 \text{H}_4 \text{O}_3$, przez ROBERTS'a zwany czteromoczanem sodu; jest to połączenie jednozasadowego moczanu sodu z jedną cząsteczką kwasu moczowego. Ponieważ dwumoczan sodu traci w obecności kwasu węglowego połowę sodu, półzasadowy zaś moczan sodu pod wpływem alkalii krwi przechodzi w jednozasadowy, przeto jasną jest rzeczą, iż kwas moczowy nie może krążyć we krwi ani w postaci moczanu dwuzasadowego, ani półzasadowego. To też większość autorów (RITTER, TOLLENS i inni) jest zdania, iż kwas moczowy znajduje się we krwi w postaci moczanu jednozasadowego (*mononatriumurat*). W tem ostatniem połączeniu kwas moczowy tworzy t. zw. złogi moczanowe u artryków. MINKOWSKI (3) sądzi, iż nie ma żadnej racji do przyjmowania, aby we krwi kwas moczowy krążył w postaci alkalicznej soli. Ponieważ, twierdzi ten autor,

kwasy moczowe nie posiada grupy karboksylowej i wykazuje tylko bardzo słabe własności kwasowe, przytem znajduje się we krwi w bardzo znacznym rozcieńczeniu, przeto mało prawdopodobnym jest, aby łączył się on we krwi z najsilniejszą zasadą. Ponieważ z drugiej strony badania samego MINKOWSKIEGO oraz innych autorów (GOTO, HIS) wykazały, iż kwas moczowy może wstępować w połączenie z kwasem nukleinowym, przyczem traci zdolność do strącania się za pomocą amoniakalnego roztworu srebra i mieszaniny magnezjalnej lub też za pomocą kwasu octowego, przeto MINKOWSKI wypowiada przypuszczenie, iż, być może, normalnie kwas moczowy krąży we krwi i sokach tkankowych w połączeniu z kwasem nukleinowym.

Co się tyczy moczu, to wobec współczesnej teorii roztworów nie może być mowy o tem, aby kwas moczowy mógł znajdować się w moczu, zawierającym tyle różnorodnych zasad i kwasów, w postaci jednego określonego związku metalowego.

Rozpuszczalność kwasu moczowego w moczu zależy od rozmaitych, mniej lub więcej dokładnie wyjaśnionych warunków, jak od odczynu, a raczej od stosunku fosforanów jednozasadowych do dwuzasadowych, od stężenia moczu, temperatury, ilości barwnika, mocznika i in. Jeżeli w danych warunkach mocz zawiera więcej kwasu moczowego, niż go w roztworze zatrzymać może, wówczas nadmiar jego wydziela się jako osad bądź w postaci kryształów kwasu moczowego, bądź jako sole moczanowe bezpostaciowe.

Przechodzimy do sprawy tworzenia się w ustroju kwasu moczowego.

Zaraz na wstępie powiem, iż obecnie powszechnie przyjęty został pogląd, iż powstawanie kwasu moczowego znajduje się w ścisłym i przyczynowym związku z rozpadem i utlenieniem nuklein oraz niektórych wolnych zasad ksantynowych.

Dawniej zgola inny panował pogląd. Sądzono, iż kwas moczowy stanowi tak samo, jak mocznik produkt rozkładu ciał białkowych w ustroju. Ponieważ zaś cząsteczka kwasu moczowego jest większa od cząsteczki mocznika, wnioskowano stąd, iż kwas moczowy jest w ustroju poprzednikiem mocznika, przyczem jedni twierdzili, iż cały mocznik musi przejść przez stadyum kwasu moczowego, inni zaś, iż tworzy się on w ustroju tylko przy niedostatecznym utlenianiu. W każdym razie wszyscy (LEHMANN, NEUBAUER, MEISSNER, BARTELS i in.) byli tego przekonania, iż wzmożone wydzielanie kwasu moczowego zależy wyłącznie od zaburzeń w utlenianiu. Nie będę dłużej zatrzymywał się nad temi teoryjami, gdyż mają one obecnie tylko historyczne znaczenie. Zaznaczę tylko, iż gdyby kwas moczowy był podobnie do mocznika produktem rozkładu ciał białkowych, to stosunek azotu kwasu moczowego do azotu całkowitego moczu powinienby być u ludzi zdrowych wielkością stałą. Tak jest istotnie przy pożywieniu wyłącznie mięsnem: stosunek ten wynosi tu mniej więcej 1 : 50. Jeżeli natomiast dodamy do zwykłej diety duże ilości pokarmów białkowych wolnych od ciał purynowych, wówczas ilość wydalanego kwasu moczowego nie ulegnie zwiększeniu. HESS i SCHMOLL (4) przekonali się, iż dodatek białka z 24 jaj wcale nie wpływa na produkcję kwasu moczowego.

Przechodzimy do sprawy stosunku kwasu moczowego do ciał purynowych.

Jeszcze w połowie wieku zeszłego różni autorowie (SCHERER, RANKE, HUBER) wypowiedzieli przypuszczenie, iż kwas moczowy, być może, pochodzi z rozkładu hypoksantyny, którą znajdowano w śledzionie przy białaczce. Były to jednakże tylko luźne spostrzeżenia, przyczem samą hypoksantynę wyprowadzano z rozkładu ciał białkowych, tak iż właściwie teorie te nie przyniosły nic nowego.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

3. KELLING. Przyczyna, zapobieganie i serodyagnostyka raków żołądka i kiszek.

Autor usiłuje dowieść, że nowotwory złośliwe wywoływane są przez żyjące komórki odmiennych gatunków, które przedostają się do ciała i w pewnych warunkach dalej się tam rozmnażają. Obecnie żyjące komórki przedostają się do wnętrza ustroju w wielkich ilościach po części z pożywieniem, po części zaś przez ukłucia mięsożernych owadów. Do powstawania nowotworów złośliwych wystarczy, zdaniem autora, przyjąć, że komórki te przenikają po części w krew, po części zaś na rany skóry i błon śluzowych rozmaitych narządów. Jeśli jednak przypomnimy sobie, że w pewnych warunkach drobnoustroje przedostają się do tkanek ustroju nawet przez nieuszkodzone błony śluzowe, to przy drobnych wymiarach komórek zarodkowych będzie można przyjąć, że możliwy jest także ten sposób powstawania niektórych nowotworów.

Na poparcie swej teorii autor doświadczałnie wywołał tworzenie się nowotworów u zdrowych psów, szczepiając im komórki z zarodków kur i świń. Jeżeli już samo doświadczenie wytwarzanie guzów ważne jest dla patologii nowotworów, to o wiele jeszcze ważniejsza jest okoliczność, że obecnie jesteśmy w stanie dowieść, że natura w ten sam sposób wytwarza guzy, posilkując się przytem tym samym materiałem, co i przy doświadczeniach ze szczepieniem. Autor przeprowadził analizę biochemiczną nowotworów. W 21 przyp. nowotworów złośliwych u ludzi i w jednym przypadku raka sutki u psa autor zbadał, posługując się biochemiczną reakcją na precypityny białkowe, jakie rodzaje białka zwierzęcego zawarte są w tych nowotworach czyli, co na jedno wychodzi, skąd pochodzą owe komórki nowotworowe. Badania te wykonane zostały z największą ścisłością i wszelkimi ostrożnościami. Pomijając technikę tych poszukiwań, zaznaczymy, że w 6 guzach rakowych u

człowieka autor stwierdził obecność białka kurzego i w ten sposób z całą pewnością ustala powstawanie tych guzów wskutek spożywania surowych jaj. Należały tu: 1 rak płaskokomórkowy przełyku, 5 rozmaitych raków żołądka, 1 rak śluzowy okrężnicy, 1 rak (*carcinoma simplex coli descendens*) i 1 rak cylindro-komórkowy кишки prostej. W pozostałych 13 przypadkach autorowi nie udało się dotychczas ustalić przyczyny. Dla wyników ujemnych mamy rozmaite powody: obecność białka zawarte jest w guzie w małej ilości, albo wyciąga się słabiej, niż normalne białko narządów, albo też dzięki zwyrodnieniu komórek zatraciło cechy właściwe i t. d.

W kwestyi serodyagnostyki raka można powiedzieć, że podobnie jak wobec zastrzykniętych obcych komórek w doświadczeniach nad zwierzętami, tak i w ustroju ludzkim, dotkniętym rakiem, wytwarza się wobec pasożytniczo rozmnażających się w nim obcych komórek zwierzęcych precypityna, i że na mocy tej swoistej reakcji ustalić możemy z pewnością rozpoznawanie raka. Autor zbadał 15 przypadków raka na zawartość precypityn (3 raki przełyku, 9 raków żołądka i 3 raki prostaty) i w 8 przypadkach stwierdził precypitynę białka kurzego, a w 2 przyp. precypitynę białka świńskiego. Wyniki ujemne mają dwojaką przyczynę: 1) zdarzają się chorzy rakowi, którzy wogóle nie wytwarzają precypityn; 2) nieznamy jeszcze wszystkich źródeł raka. Im więcej tych źródeł poznamy, tem więcej będziemy musieli wykonać prób, i w ten sposób liczba ujemnych przypadków zmniejszy się. Jeśli białka kurze stanowią przyczynę raka, to takie same źródło stanowią prawdopodobnie także jaja gęsie i kaczki, które spożywane zostają na surowo. Co powiedziano o zarodkach świń, dotyczy również zarodków baranów, wołów i t. d.

Autor wyraża zdanie, że w przyszłości serodyagnostyka raka będzie miała prawdopodob-

nie większe znaczenie, niż rozpoznanie drobnowidzowe.

Dla pewności w rozpoznawaniu unikać należy nadmiernego żywienia chorych, dotkniętych owrzodzeniami żołądka i kiszek, jajami, gdyż z doświadczeń GANGHOFNER'a i LANGER'a wiemy, że przy dowozie nadmiernych ilości białka przechodzić ono może przy uszkodzonych błonach śluzowych do krwi i dać powód do występowania precypityn.

Profilaktyka raka jest szczególnie ważna dla chorych z owrzodzeniami żołądka i kiszek, jak również po niedawno wykonanej operacji nad przewodem pokarmowym.

Najważniejsze wymagania tu stanowią: unikanie surowych jaj i surowego siekanego mięsa, jeśli nie zostało przyrządzone w domu (domieszka ciężarnej macicy zwierząt), usunięcie z domu psów i kotów, które stają na przeszkodzie przeprowadzeniu w domu racjonalnej higieny.

(Münch. med. Woch. N. 43. 1904.)

S. P.

4. KREUTER. Cierpienie kiszki ślepej przy zamknięciu okrężnicy.

Doświadczenie ostatnich lat 10 poucza, że przy wysokich stopniach wzdęcia okrężnicy wskutek zamknięcia tejże (*volvulus flex. sigmoid., carcinoma etc.*) odcinkiem kiszek, ulegającym prawie bez wyjątku największemu wzdęciu, jest kiszka ślepa. To rozciągnięcie prowadzić może do nacięższych zaburzeń odżywiania ścian kątnicy, do powstawania owrzodzeń, a nawet przedziurawienia z ogólnym zapaleniem otrzewny. Zdarza się to nawet wówczas, gdy przeszkoda znacznie oddalona jest od kątnicy, np. gdy znajduje się w okrężnicy zstępującej lub w zgięciu esowatym. W podobnych przypadkach zmieniona kątnica ukrywa w sobie największe niebezpieczeństwo dla chorego, dla operatora zaś stać się może źródłem przykrych pomyłek, gdyż maskuje cierpienia podstawowe, co już nieraz się zdarzyło. Wobec tego należy zawsze mieć w pamięci to zachowanie się kiszki ślepej we wszystkich przypadkach zamknięcia okrężnicy. Wynikają ztąd ważne wskazania lecznicze.

BAYER ma tę zasługę, że pierwszy na wzmiankowaną okoliczność zwrócił uwagę. Pó nim tą samą kwestyą zajmowali się liczni badacze (MAYDL, ZACHLEHNER, ANSCHÜTZ, REISIN-

GER, WEISS, KREUTER i in.). Studyowano przeważnie warunki powstawania omawianego syndromu. O warunkach tych da się powiedzieć, co następuje.

Zastawka biodrowo - kątnicza musi być w kierunku wstecznym nieprzepuszczalna. KRAUS dowiódł, że zastawka ta pozostaje domykalną nawet przy bardzo znacznym powiększeniu ciśnienia, doprowadzającym kątnicę do pęknięcia. To samo stwierdzono we wszystkich klinicznie spostrzeganych przypadkach, w których doszło do maksymalnego rozciągnięcia kiszki ślepej albo do zgorzeli.

Że właśnie kątnica, nie zaś inne odcinki okrężnicy ulegają najsilniejszemu rozdęciu, tłumaczy się przedewszystkiem tem, że ściana kątnicy jest względnie najcieńsza, a przeto najmniej oporna. Do znacznego rozciągnięcia kątnicy przyczyniają się także w znacznym stopniu załamania (Knickungen) i wytwarzanie klap na zgięciu prawem i lewem okrężnicy. Prócz tego ważna jest okoliczność, że kątnica posiada w warunkach prawidłowych najobfitszą zawartość kału i gazów. Szczególne znaczenie dla stosunków patologicznych ma stosunkowo płynna konsystencya mas kałowych w kiszce ślepej, co w znacznie większym stopniu sprzyja rozkładowi i wytwarzaniu gazów, niż w innych częściach okrężnicy, mających zawartość gęstą, ubogą w wodę.

Rozciągnięcie kątnicy wysokiego stopnia niekiedy ze zmianami następczemi (owrzodzenie, przedziurawienie) zdarza się dość często i to niezależnie prawie od umiejscowienia przeszkody w tym lub innym punkcie okrężnicy.

Co się tyczy przyrody zwężenia, to słusznym zdaje się być pogląd WEISS'a, że ciężkość uszkodzenia kątnicy przy zwężeniach przewlekłych z ostrem zamknięciem jest wogóle większa, niż w przypadkach ostrego zamknięcia, jak np. przy *volvulus flex. sigmoid.* Jest to zresztą łatwo zrozumiałe, gdyż skrócenie *S. Romani*, które rychło sprowadza ostrą strangulację naczyń kreskowych, szybciej doprowadzi do miejscowego wzdęcia (*meteorismus localis*) ze zgorzelą zgięcia esowatego, niż do niebezpiecznego rozciągnięcia kątnicy.

Uszkodzenie kątnicy (zgorzel) wskutek nadmiernego rozciągnięcia zdarzyć się może także, jak tego dowodzi przypadek autora, przy

drożnym jeszcze zwężeniu okrężnicy, gdy powyżej miejsca przeszkody nagromadzają się w nadmiernej ilości masy kałowe i gazy. Wynika ztąd, że przy podejrzeniu zamknięcia okrężnicy z umiejscowionem wzdęciem kątnicy, należy, jak najwcześniej przystąpić do nałożenia sztucznego odbytu na kątnicę celem zapobieżenia nadmiernemu rozciągnięciu tejże, skoro tylko z jakichkolwiek powodów niemożliwa jest operacya radykalna.

(München. med. Woch. Nr. 38. 1904).

S. P.

5. SCHOEN. **Nerwica serca i żołądka.**

W jednej z poprzednich swych prac autor wykazał, że ból głowy, szczególnie zaś migrena, jest często zależny od zaburzeń ocznych, i że z usunięciem tych zaburzeń często znika sama migrena. Obecnie na podstawie licznych spostrzeżeń autor usiłuje udowodnić, że nerwica żołądka i serca pozostaje prawie zawsze w związku przyczynowym z zaburzeniami wzroku, mianowicie z zezem pionowym. Objawy u odnośnych chorych często uzależnia się od zmian anatomicznych żołądka (nieżyt, rozszerzenie, wrzód) i serca (wady zastawkowe), lecz po pewnym czasie dochodzi się do wniosku, że ma się do czynienia z nerwicami. Przytem zaburzenia ze strony serca skłonny jest postawić w zależności od poprzednio istniejącej naurasteni, albo też od uwarunkowanej cierpieniem żołądka małokrwistości i osłabienia nerwowego. Tak samo tłumaczy się zwykle istniejące jednocześnie bóle głowy oraz astenopiczne zaburzenia. Autor odwraca ten stosunek zależności i twierdzi, że zarówno zaburzenia żołądkowe, jakoteż sercowe zależne są od wad oczu i z usunięciem ostatnich same znikają.

Co się tyczy zaburzeń żołądkowych, to skargi chorych są następujące: odbijania, nadmiar kwasów, skurecz żołądka i ucisk w okolicy żołądka po jedzeniu, zaparcie stolca, utrata łaknienia oraz ślinotok. Najwięcej chorzy podkreślają odbijania. Niektórych pokarmów chorzy nie znoszą, jakkolwiek te są łatwostrawne, i przeciwnie — inne pokarmy trudno strawne znoszą bardzo dobrze. Grupa chorych z nadmiarem kwasów okazuje zwykle zwolnienie tętna poniżej 60 uderzeń, często nawet do 50. Gdy nadkwaśności niema, tętno zwykle jest częste, słabe, nieprawidłowe. Pierwsza kategoria przy-

padków zdarza się rzadziej, niż druga. W tej ostatniej choroba trwa zazwyczaj już dłuższy czas. Prócz wzmiankowanych skarg spotykamy jeszcze: bóle i zawroty głowy, obawę przestrzeni, niepokój, drzenie, niezdolność do skupiania uwagi, zapominanie dopiero co przeczytanego, niepewność przy mówieniu, napady lęku, myśli o samobójstwie i t. d., dalej bóle w karku i piersi, wyprysk wargowy, chorobę BASEDOW'a i histeryę, po części jako objawy tego cierpienia, poczęści zaś jako choroby pokrewne.

We wszystkich wzmiankowanych przypadkach autor stwierdził obecność zezu pionowego (Höhenschielen), polegającego na zбочeniu obu oczu względem siebie w kierunku pionowym. Zбочenie to istnieje od urodzenia, lecz w latach młodzieńczych często pozostaje w stanie utajonym. Z usunięciem tego zбочenia znikają w przypadkach autora zaburzenia ze strony żołądka i serca.

Etiologicznie różnią się nerwice żołądka i serca od migreny tem, że tamte zależne są od zezu pionowego, ta zaś występuje zarówno przy zezie, jak i przy astygmatyzmie i nadwzroczności.

Objawy ze strony żołądka i serca zależne są od zaburzeń innerwacji nerwu błędnego. Dla przypadków ze zwolnieniem tętna, nadkwaśnością i ślinotokiem przyjąć możemy podrażnienie nerwu błędnego, dla przypadków zaś z przyspieszeniem tętna i brakiem kwasu — przemoję lub porażenie tego nerwu. Wzmózona innerwacja mięśni, unoszących i opuszczających gałki, potrzebna choremu z zezem pionowym dla połączenia obrazów z obu oczu i wyrównania różnicy wysokości tych obrazów, przechodzi na nerw błędny. Wyrównanie zбочenia za pomocą odpowiednich szkieł pryzmatycznych usuwa zaburzenia w zakresie żołądka i serca. Przytoczone przez autora spostrzeżenia dobrze ilustrują ten stosunek zależności.

(Münch. med. Woch. Nr. 40. 1904).

S. P.

6. Th. FISHER. **Wymioty krwawe przy małej białej nerce.**

Niezmiernie interesujące są przypadki wymiotów krwawych, przy których w żołądku nie daje się wykazać żadnych zmian patologicznych. Autor widział takich cztery: przy oględzinach pośmiertnych znajdowano małe białe nerki, pozatem jednak nie, coby mogło wyjaśnić przyczy-

nę krwotoku. Toż samo można powiedzieć o jeszcze jednym przypadku, w którym za życia były obfite krwotoki płucne, a w których po śmierci znaleziono małą białą nerkę, płuca zaś bez jakiegokolwiek zmian chorobowych bądź to gruźliczej, bądź innej natury. We wszystkich tych przypadkach krwotoki bywały uparte i bardzo obfite i albo bywały bezpośrednim powodem śmiertelnego zejścia, albo też niezmiernie się do niego przyczyniały. Zdaniem autora, gdyby nawet związek między wspomnianymi krwotokami a białą nerką wydawał się nieco niejasnym, to w każdym razie ich łączność daje dużo do myślenia. Przypadki *haematemesis* bywały notowane w innych postaciach zapalenia nerek, autor więc spostrzeganie ich w omawianych przypadkach — jedynie przy małej białej nerce — kładzie wprost na karb szczególniejszego jakiegoś zbiegu okoliczności.

Jakże więc objaśnić owe przypadki *haematemeses*? Przytaczają, że w przypadkach krwotoków żołądkowych znajdowano po śmierci nadżarcia (*erosiones*) błony śluzowej żołądka, czego autor jednak w omawianej kazuistyce stwierdzić nie mógł. Z drugiej strony jest rzeczą wiadomą, że w rozmaitych postaciach *purpurae* bywają krwawienia z powierzchni błon śluzowych, przyczem jednak nie daje się wykazać jakiegokolwiek uszkodzenia ciągłości ich. Także w przypadkach dyfterytu, w których za życia były wy-

mioty krwawe — autor z wyjątkiem, drobniutkich wybroczyn w samej błonie śluzowej, nie znajdował jakiegokolwiek bądź obrazy jej powierzchni (abrasio).

Przypuszczano, że w sprawie tej odgrywa ją rolę pewne toksyny, wydzielane drogą błony śluzowej żołądka. Wygląd tegoż w przypadku sprawy dyfterytycznej pozwalał, w samej rzeczy, w pewnej mierze wnioskować, że istnieje jakaś substancja, silniej oddziaływająca na jego błonę śluzową, aniżeli na inne. W rzeczywistości jednak okazało się, że wpływ ten nie ograniczał się do żołądka jedynie, albowiem w kiszce grubej znajdowały się też liczne petocie (*petechiae*), rozsiane tu i owdzie, identyczne zupełnie z takimiż na błonie śluzowej żołądka, kiszka cienka była zupełnie od nich wolna.

Bądź jak bądź — czy pewne toksyny okazują taki szczególnie szkodliwy wpływ na żołądek, czy też nie, godnem jest uwagi, że niektóre jady zdają się pozostawać w szczególnem jakimś powinowactwie ze śródbłonkiem naczyń krwionośnych i że, oddziaływając osłabiająco na ścianę ich, sprzyjają wynacynieniom krwi. Jady te — tak zwane przez FLEXNER'a *haemorrhaginy*, prawdopodobnie pojawiają się niekiedy w chorobie BRIGHT'a i stają się powodem *haematomeses*. (The Brit. medico-chirurg. Journ. 85. 1904).

F. Gr.

Z. Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 2 Listopada 1904 r.

TREŚĆ: 1) NEUGEBAUER Franciszek. — Przedstawienie obojnika męskiego. 2) SZTEYNER Władysław. — Przedstawienie roentgenogramów rany postrzałowej mózgu. 3) ŚWIĄTECKI Jan. — Przedstawienie brodawek na ręku naswietlanych radem. 4) ŚWIĄTECKI Jan. — „Działanie fizyologiczne i terapeutyczne promieni radowych“.

1) NEUGEBAUER przedstawił 24-letniego starozakonnego, od 10 miesięcy żonatego mężczyznę o kryptorchismie, szczątkowem prąciu, kobiecych pozorach ogólnych ciała. *Feminis-*

mus et infantilismus. Płeć tego osobnika prawdopodobnie jest męska, chociaż dowodów ścisłych na to, że ukryte w jamie brzusznej gruczoły płciowe są jądrami, a nie jajnikami żeńskiego wrzekomego obojnika, nie ma. Odnacza się *Salacitate magna*, od 16-go roku życia oddawał się częstej masturbacji, spółkuje *cum libidine*. Wytrysku własnego nigdy nie zauważył.

N. przytacza spostrzeżenia żeńskiego wrze-

komego obojactwa ENGELHARDT'a (sekcya żonatego mężczyzny ujawniła jajniki, macicę o jajowodach, pochwę, otwierającą się do cewki męskiej, oraz *carcinoma uteri* jako przyczynę śmierci) de CRECCHIO, GRAWITZ'a i kilka innych jako dowód, jak łatwo można się omylić w określeniu płci u takich osobników, jak dziś przedstawiony przez N. pacjent. X.X. zgłosił się do N. z prośbą o radę co do umożliwienia zapłodnienia żony.

2) SZTEYNER przedstawił rentgenogramy przypadku rany postrzałowej mózgu w okolicy skroniowej. Chory lat 21 postrzelił się z rewolweru, przyłożywszy lufę do prawej skroni, przytomność zachował, tętno 48, leczenie na razie zachowawcze.

Czwartego dnia z powodu b. silnych bólów głowy i podniesionej ciepłoty przystąpiono do operacyi, wydobyto odłamki kostne z jamy czaszkowej, wypuszczono wynaczynioną ciemną krew wraz z cząsteczkami mózgu i założono dren na dwie doby. Zagojenie doraźne, spadek ciepłoty, tętno 80, wyzdrowienie.

3) ŚWIĄTECKI Jan przedstawił mężczyznę, któremu chce usunąć dużą brodawkę na palcu ręki za pomocą naświetlania radem. Chorego przedstawił S. właściwie dlatego, aby pokazać, jak wygląda oparzenie, wywołane radem. Na brodawce utworzył się pęcherz białawy, otoczony czerwoną obwódką. Na miejscu brodawki utworzy się małe owrzodzenie, i w ten sposób brodawka zostanie usunięta.

4) Jan ŚWIĄTECKI omówił działanie promieni radowych na siatkówkę: promienie te, chociaż są ciemne, dla naszego oka niewidzialne, wywołują wrażenie światła w oczach wskutek tego, że pod ich wpływem zaczynają fluoryzować tkanki oka, i siatkówka widzi ową fluorescencyę tak samo, jak widzi fluorescencyę ekranu przy radioskopii; o leczeniu ślepych promieniami BEQUEREL'a nie może być mowy, wywierają one przytem szkodliwy wpływ na tkanki oczne (zapalenia). Na komórki roślinne i zwierzęce promienie radowe, tak jak i inne bodźce fizyologiczne, wywołują zależnie od dozy z początku podrażnienie, następnie porażenie i śmierć komórki. Bakteryje mogą być zabite promieniami radu, czego dotychczas nie można było osiągnąć naświetleniem promieniami ROENTGEN'a; te ostatnie, na odwrót, przyspiesza-

ją rozwój kultury. Na skórę promienie radowe działają prawie tak samo, jak i promienie ROENTGEN'a, wywołując po okresie reakcyi utajonej zależnie od dozy zaczerwienienie, pęcherze i mniej lub więcej głębokie owrzodzenia skóry, nie gojące się bardzo długo i pozostawiające po sobie gładkie kosmetyczne blizny.

Wskazania terapeutyczne ogólne do leczenia radem są te same, co i dla promieni ROENTGEN'a; a więc, jak dotychczas, rad może mieć zastosowanie tylko w leczeniu chorób skóry, w słabszych dozach promienie radowe będą działały na tkanki pobudzająco, w silniejszych niszcząco.

Promienie te mogą mieć zastosowanie w procesach hyperplastycznych, zachodzących w skórze właściwej, powodując przedewszystkiem zanik naczyń; działania niszczącego, wywołującego zupełne zniszczenie skóry, należy unikać.

Prelegent leczył promieniami radu kilku chorych, a mianowicie: 1) *Lupus exfoliatus* wargi górnej, końca i skrzydeł nosa, *lupus humidus* prawego policzka, grzbietu i boków nosa, *ectropion* powieki dolnej prawej. Owrzodzenia zagoiły się zupełnie, zaczerwieniona i nacieczona skóra ustąpiła miejsca gładkiej kosmetycznej bliznie.

2) Chory, przedstawiony jednocześnie z poprzednim d. 16 kwietnia, miał zniszczoną przez wilka całą chrząstkową część nosa, tak że, kol. KOSICKI z Radomia przeszczepił na to miejsce płat z ramienia i wytworzył przegrodę z wargi górnej; przegroda uległa zniszczeniu, i nos zapadł się. Chory zapisał się w marcu do oddziału KRAJEWSKIEGO z głębokimi owrzodzeniami wargi górnej: wynik leczenia idealny, warga przybrała wygląd zupełnie prawidłowy. Chory miał przytem po dwa owrzodzenia wilkowate wielkości rubla srebrnego na grzbietach i powierzchniach zewnętrznych obu stóp, owrzodzenia bardzo krwawiące, tak, że przy najlżejszem dotknięciu krew lała się z nich ciurkiem (*lupus papillomatosus exulcerans*); jedną stopę naświetlano radem, drugą dla kontroli rurką CROOKES'a; w obu razach wynik jednakowy: owrzodzenia zagoiły się całkowicie (fotografia).

3) Chory z *ulcus rodens faciei* (demonstrowany 21. III r. b.) był naświetlony dwa razy rurką CROOKES'a, a później raz jeden przez 15 minut

radem; owrzodzenie zaciągnęło się równą gładką blizną (fotografia). Natomiast

4) Dwaj chorzy z bardzo rozległymi owrzodzeniami rakowatymi błony śluzowej ust, naświetlani długi czas radem, wypisali się ze szpitala bez polepszenia, być jednak może, że naświetlanie nie było tu dość energiczne.

5) *Sarcoma mandibulae c. exulceratione cutis faciei, casus inoperabilis*, naświetlany na usilne prośby chorego, bez wiary w powodzenie; rad przykładano na owrzodzenie skóry co dzień na godzinę przez cały miesiąc — nie otrzymano żadnej reakcyi, co potwierdza spostrzeżenia DANYNZA i innych, że promienie radowe nie działają wcale na tkanki głębokie.

6) Brodawki palców, naświetlane radem przez 10 minut, po 15 dniach zginęły zupełnie. Prelegent, streszczając się, dochodzi do wniosku, że wskazania terapii szczegółowej dla radu są te same, co i dla promieni ROENTGEN'a, zresztą przychyła się całkowicie do zdania HOLZKNECHT'a, który jedyne dotychczas wskazanie dla stosowania promieni radowych widzi przedewszystkiem przy *teleangiectasia*, następnie, w wilku i grzłicy skóry, lecz tu tak samo, jeżeli nie szybciej, działa ROENTGEN. Co do *epiteliomatów*, to ROENTGEN działa bezwarunkowo szybciej: roentgenografia w *ulcus rodens* daje wyniki idealne. Tam jednak, gdzie promieni ROENTGEN'a zastosować nie można, np. w dziurkach, w kątach ust, powiek, w przewodzie zewnętrznym ucha, wreszcie na błonach śluzowych, wstępuje w swoje prawa radium. Głębokie raki nie podlegają terapii rentgenowskiej, jak również i radowej. Św. uważa, że leczenie radem ma tę wyższość nad ROENTGEN'em, że zastosować je można łatwiej do ograniczonego miejsca skóry, powtóre, że łatwiej je dozować: o rurce CROOKES'a powiedzieć tego można: jedna rura może działać silniej, druga słabiej, a nawet jedna i ta sama rura w rozmaitych okresach swego istnienia działa rozmaicie.

W końcu Św. dotknął teoretycznej strony kwestyi, mianowicie starał się odpowiedzieć na pytania: 1) jakie promienie radu wywierają działanie biologiczne, 2) dlaczego na te promienie reaguje tylko skóra i tkanka nerwowa; 3) co jest wspólnego między promieniami BEQUEREL'a i ROENTGEN'a z jednej a FINSEN'a z drugiej strony.

Co do pytania, dlaczego na promienie radowe i ROENTGEN'owskie reaguje tylko skóra i tkanka nerwowa, można to objaśnić tylko ich działaniem miejscowym, chemicznem. FREUND przypisywał działanie to wpływowi promieni ROENTGEN'a na żelatynę, w ostatnich dniach WERNER ogłosił swe doświadczenie z leucytyną. Leucytyna, naświetlona promieniami radowymi, wstrzyknięta zwierzętom w skórę, wywoływała typowy obraz zapalenia radowego; ztąd wniosek, że toksyczne działanie radu zależy od zatrucia tkanek produktami rozkładu leucetyny, wywołanego promieniami radowymi i, że komórki, zawierające dużo leucetyny (leukocyty, tkanka nerwowa), powinny rozpadać się najszybciej.

Trzecie pytanie, jaka jest wspólna podstawa analogicznego działania promieni, wychodzących z rurki CROOKES'a, radowych i ultrafioletowych, musi pozostać tymczasowo bez odpowiedzi.

KOZERSKI był mniej szczęśliwy w stosowaniu radu. Zachęcony ogłaszającymi wynikami, sprowadził 0,022 bromku radu o aktywności 100.000. Stosowano rad, kładąc rozkręconą tabakierkę blaszką ebonitową, jaką przykrywa proszek, na chore miejsce, pokryte najcieńszą ceratką. W oddziale K. naświetlono następujące przypadki:

1) *Favus unguis* 1 godzinę bez odczynu.

Rozpoczynający się *tumor mycosis fungoides* 3 godziny i 35 minut w 9 posiedzeniach. Sinawą barwę zastąpiła bronzowa, nacieczenie zdało się zmniejszać. Chora przedwcześnie opuściła szpital.

3) *Favus capillitii* 35 minut w 3-ch posiedzeniach — bez odczynu.

4) *Mycosis fungoides — stadium psoriasiforme* — 55 minut bez odczynu (w 4-ch posiedzeniach.)

5) *Lupus verrucosus serpiginosus* — 45 minut w 3-ch posiedzeniach — bez odczynu.

6) *Lupus tuberosus genus* — 7 godzin 30 minut bez odczynu, innym razem po 30 minutowym dopiero. W tym przypadku, dopiero od 23. IX. r. b. naświetlanym, już widać wyraźne znikanie gruzelków.

Ażeby zdać sobie sprawę z ujemnych wyników działania posiadanego radu, K. poddał je badaniu radiochromometrem Benoist i radiometrem X. Sabourand i Noiret. Przenikliwość da-

nej próbki radium K. określił na mniej niż Nr. 1. Zważywszy, że w rentgenoterapii dermatologicznej używamy N-rów od 4 — 5, dany procent radium wydaje promienie o wiele mniej przenikliwe od najmniej przenikliwych używanych. Dalej — radiometr X wykazuje za pomocą zmiany barwy próbnego papieru i ilość wchłoniętych promieni X równą $4\frac{1}{2}$ — 5 X, jaką znosi skóra ludzka jednorazowo bez wywołania szkodliwego odczynu. Przyrząd ROENTGEN'owski, jakiego używa K., wydaje wspomnianą ilość promieni X w przeciągu \pm 40 minut. Dany zaś prószek radu potrzebował do tego około 10 dni i nocy. O ile więc mniejszą ilość promieni rad wydzielił, zrozumiemy, jeżeli uprzytomnimy sobie, że podobny papier stykał się przez cały czas z radem prawie bezpośrednio, podczas, kiedy przy dozowaniu promieni Roentgen'a stawia się go o 8 cm. od antykathody.

Wobec tak różnych wyników leczniczych rozmaitych próbek radu, K. uważa, że byłoby bardzo pożytecznym, ażeby ci ze spostrzegaczy, którzy mają dodatnie wyniki lecznicze, określali swoje radium co do siły przenikliwości jego promieni i co do ich ilości, wysyłanej podczas danej jednostki czasu.

Byłoby także słusznym, wobec różnorodności wyników leczniczych, nie mówić o skutkach leczenia bromkiem radu w ogólności, tylko o danym bromku radu lub o bromku radu określonych własności.

Co do kazuistyki własnej kolegi prelegenta, to K. nie przypuszcza, ażeby wyłysienie w cytowanym przypadku było spowodowane przez promienie radium, opuszczające czaszkę na przeciwnym jej biegunie. Gdyby tak było, wyly-

siałe miejsce powinnyby stanowić mniej więcej okrągłą podstawę stożka, którego wierzchołek zajmowałoby radium. Tymczasem tak nie było. Wyłączał głównie prawy bok czaszki, podczas kiedy radium było stosowane na prawej części górnej wargi. Wobec notowanych przez prelegenta objawów podrażnienia ośrodków, jak ból głowy, zawrót głowy i nudności, K. przypuszczałby raczej, że w danym przypadku rad działa pośrednio, drażniąc nieznaną ośrodek odżywczy włosów.

ŚWIĄTECKIEMU nie zdaje się, aby radiochromometr Holzknechta, używany przy rentgenizacji, mógł służyć do mierzenia ilości promieni radowych, działających na skórę toksycznie, a to z tego względu, że fluorescencję ekranu wywołują wszystkie rodzaje promieni, terapeutycznie zaś działają prawdopodobnie tylko niektóre. Św. obstaje przy zdaniu, że promienie radu dają się dozować łatwiej i łatwiej stosować do ściśle określonego miejsca skóry, niż promienie, wychodzące z rurki CROOKES'a. Nie zgadza się także na przypuszczenie KOZERSKIEGO, że wyłysienie połowy głowy u naświetlonego radem chorego z wilkiem twarzy zależało od porażenia jakichś ośrodków troficznych w mózgu.

W odpowiedzi KOZERSKI nie zgadza się z prelegentem, jakoby nie można lokalizować działania promieni ROENTGEN'a. Lokalizatory DRAULT'a i BELLOT'a ograniczają najzupełniej działanie promieni do miejsca, które chcemy naświetlać. W jamach nosowych i ustnej, naturalnie, stosowanie radium jest dogodniejsze.

T. Korzon.

N O W E L E K I.

Benzonaphtholum.

Igły lub proszek biały, rozpuszczalny w wyskoku i chloroformie, bez smaku i zapachu. W kiszkiach rozszczepia się na Beta-naftol i kwas benzoesowy.

Antyseptyk kiszkowy, zwłaszcza w biegunkach, połączonych ze sprawami fermentacyjnymi. Zalecany też w *Pruritus senilis*.

Dawka: 0.25 — 0.5.

Betolum.

v. Salinaphtholum.

Proszek biały, krystaliczny, bez smaku i zapachu, trudno rozpuszczalny w wodzie, łatwo w eterze, chloroformie, gorącym wyskoku. Działa podobnie, jak salol, tylko w stopniu słabszym.

Stosowany: w *Cystitis*, *Rheumarthritis*. Jest też antyseptykiem kiszkowym.

Dawka: 0.3—0.5; kilka razy dziennie.

Bismalum.

Bismuthum methylen-digallicum.

Proszek szaro-siny, rozpuszczalny w wyskoku, z którego wydziela się znów przy pomocy kwasów.

W biegunkach: 0.1 — 0.3; do 2.0 dziennie.

Bismutanum.

Składa się: z bismutu, rezorcyny i taniny.

Proszek żółty. Stosowany w biegunkach. 0.5 — 1.0. Dzieciom 1.5 : 100.0 Mixt. gummosae.

Bismutolum.

Bismuthum - Natrium phosphoro - salicylicum.

Używany zewnętrznie do posypywania ran: z *Talcum* 1:2 do 1:5. Maść 10-20%.

Bismutosa.

Połączenie bismutu (22%) z białkiem (66%).

Proszek drobny, biało-żółty, bez smaku i zapachu, w wodzie nierozpuszczalny, tworzący zawiesinę mleczną.

Wskazania, jak dla *Bism. subnitricum*: *Hyperaciditas*, *Ulcus*, biegunki.

15.0—20.0 dziennie, w płynach. Dzieciom: na koniec noża, kilka razy dziennie. W miksturze: B., Mucil. ana 30.0; Aq. 200.0; co godzina łyżeczkę. W lawatywach: 10—20% w odwarze krochmalu.

Bromipinum.

Tłuszcz bromowy.

Zawiera 10—33% bromu. Jest to produkt olejku sezamowego, o własnościach fizycznych równych olejom tłustym. Płyn żółtawy, smaku oleistego. Zastępuje sole bromowe i nie wywołuje *Acne*. W *Epilepsia* dawać można 15.0—40.0 dziennie lub też w jednej lawatywie, i to przez czas dłuższy. Zwykła zaś dawka: Br. (10%) łyżeczkami w mleku ciepłym lub jako zawiesina: B. (10%) 100.0; f. c. vit. ov. N. 2 l. a. Emulsio; Ol. Ment. gutt. 3. Dzieciom: ½ łyżeczki Br. na dawkę. łyżeczka 10% Br. = 0.5 Kal. bromati.

Bromocollum.

Są dwa przetwory:

I. Br. insolubile (Dwubrom - tanina - klej z 20% organicznie związanego bromu).

Proszek żółtawy, bez zapachu i smaku, w płynach kwaśnych trudno rozpuszczalny, w wyskoku łatwo, w wodzie nierozpuszczalny.

Zastępuje sole bromowe. Jako *Sedativum*: w neurastenii płciowej, polucyach, wymiotach

u ciężarnych, padacze. Ubocznych objawów nie wywołuje.

0.5 — 1.0.

Zewnętrznie jako maść 10—20%: w *Pruritus genitalium*.

II. Br. solubile. Proszek żółtawy, zawiera 62.5% bromocollu i 37.5% boraksu. Rozpuszczalny w wodzie ciepłej. Zalecany w *Eczema chr.* (przeciw swędzeniu): B. s. 5.0; Zinci oxyd., Amyli ana 20.0; Glyc. 30.0; Aq. ad 100.0.

Bromoformum.

Formylum tribromatum.

Płyn bezbarwny, zapachu chloroformu, rozpuszczalny w wyskoku i eterze. Przechowywać należy w miejscu ciemnym. Stosowany w krztusku: po jednej kropli 3—4 razy dziennie, przez kilka tygodni. B. guttas 10; Alcoh. 3.0; Aq. 100.0 łyżeczkami.

Calcium glycerino-phosphoricum

vel Neurosinum.

Proszek biały, rozpuszczalny w 15 częściach wody zimnej, nie zaś w wrzącej i wyskoku. Jest to środek wzmacniający: w anemii, chorobach kości, krzywicy i t. p.

0.2 — 0.3.

Chinapheninum.

Połączenie chemiczne chininy i fenetydyny (główny składnik fenacetyny).

Proszek biały, bez smaku, trudno rozpuszczalny w wodzie, łatwo w wyskoku, eterze, chloroformie, benzolu, kwasach.

Wskazania: Krztusiec, zimnica, nerwobóle, influenza.

1.0 na dawkę; do 3.0 dziennie. Dzieciom: 0.2 — 0.3 w mleku, zupie.

Chininum eosolicum.

Obojętna sól chininowa trójsulfoacetylkreozotu.

Proszek żółtawy, w wodzie trudno, w wyskoku łatwiej rozpuszczalny, zapachu octowego, smaku gorzkiego. Posiada własności swoiste chininy, nie powoduje zaś szumu w uszach.

Zalecany w zimnicy, 0.5; 2 razy dziennie,

Chininum lygosinatum.

Zawiera 71% chininy.

Proszek pomarańczowy, drobny, w wodzie nierozpuszczalny, natomiast w wyskoku, benzolu i chloroformie.

Antisepticum. Exsiccans. Desodorans. Haemostaticum. Stosowany w owrzodzeniach rakowych i innych powierzchniach rozpadowych, jako proszek, jako gaza (30%) i jako zawiesina glicerynowa (np. w Caries).

Chloralamidum „Schering“.

Chloralum formamidatum.

Kryształy bezbarwne, rozpuszczalne w 20 częściach wody zimnej i 1½ częściach 96% wyskoku. Do rozpuszczania nie wolno brać płynów gorących, gdyż powyżej 60° następuje rozkład. Słabe kwasy nań nie działają; ługi rozkładają go szybko, węglany alkaliów powoli.

Smak gorzkawy, nie palący.

Hypnoticum. Stosowany w neurastenii, chorobie morskiej, *Asthma cardiacum*.

2.0—4.0 w wodzie ocukrzonej, herbacie zimnej, winie czerwonej. W ławatywach działa także nasennie.

Chrysarobinum.

Ch. oxydatum. Z rośliny *Araroby*.

Proszek żółty, nierozpuszczalny w wodzie.

Stosowany w chorobach skóry: *Fsoriasis, Pityriasis versicolor, Herpes tonsurans, Eczema marginatum*, w maści 5—10%. Maści 20% wywołają zapalenie skóry. Maść Unna: Chr. 5.0; Ichthyoli 5.0; Ac. salic. 2.0; Vaselini 88.0.

Ch. triaceticum vel Eurobinum.

Nie posiada trujących własności Chrysarobiny i może ją zastąpić. W maściach 2—3%. Do pendzlowań: E. 1.0; chloroform. ad 100.0.

Jest to proszek czewono-żółty, nierozpuszczalny w wodzie, zaś łatwo w chloroformie, eterze, acetonie.

Ch. tetraaceticum vel Lenirobinum, działa, jak poprzedni.

Citarinum.

Sól sodowa kwasu anhydrometylenocytrynowego.

Jest to derywat formaldehydu. Proszek w wodzie rozpuszczalny, higroskopijny. Stosowany w podagrze, przy obostrzeniu tejże.

2.0 w wodzie ocukrzanej; 3 — 4 razy dziennie. Po przejściu napadu dawki mniejsze.

Citrophenum.

Połączenie kwasu cytrynowego z parafenetydyną.

Proszek biały, smaku cytryny, rozpuszczalny w 40 częściach wody zimnej.

Wskazany w krztuścu, zwłaszcza w okresie kureczowym.

Ssawcom 0.1; do lat 3: 0.15 — 0.3; starszym do 0.5.

Można dawać czas dłuższy.

Cocainum hydrochl.

Z rośliny *Erythroxylon coca*.

Kryształy bezbarwne, rozpuszczalne w wodzie i wysokoku. *Anaestheticum locale*. Zewnętrznie w chorobach nosa, gardła, oczu; do roztworu SCHLEICH'a.

Wewnętrznie: w wymiotach, bólach i t. d. 0.01—0.02.

Cornutinum citricum.

Alkaloid ze sporyszu.

Proszek brunatno-czarny, w wodzie rozpuszczalny (z osadem).

Przeciwko krwawieniom macicznym. 0.005 — 0.01 na dawkę. Podskórnie 0.002—0.008.

Crurinum.

Związek rodanowy chinolin-bismutu.

Proszek czerwono-żółty; w miejscu suchem dobrze się przechowuje; smaku ostrego. Nie rozpuszczalny w wodzie, wysokoku, eterze. Rozkłada się w obfitej ilości wody zimnej, przy gotowaniu z rozcieńczonymi kwasami mineralnymi i po długim rozżarzaniu z alkalicami.

Jako proszek (z 50% krochmalu) w *Ulceracruoris*, *Ulcus molle et durum*. Ma tę przewagę nad jodoformem, że jest bez zapachu.

Cr. chemice purum vel Cr. „Edinger“ używany do iniekcji do cewki w rzeżączce: Cr.

1.0; contere c. Aq. et Glyc. ana 5.0; adde Aq. ad 200.0; 2 — 3 razy dziennie.

Crystallosa.

Sól sodowa sacharyny. Jest 440 razy słodsza od cukru; rozpuszczalna w wodzie zimnej. Bierze się ją ziarnkami zamiast cukru. Dla dyabetyków.

Dermatolum.

Bismuthum subgallicum.

Proszek żółty, bez zapachu i prawie bez smaku, nierozpuszczalny w wodzie, spirytusie, eterze i słabszych kwasach.

Zewnętrznie do posypywania jako *Antisep-ticum*, *Haemostaticum*: w chirurgii i ginekologii.

Wewnętrznie: w biegunkach. Do 2.0 dziennie.

Dermosapolum.

Przetwory dermosapolowe są to przetłuszczone balsamiczne mydła tranowe, zawierające rozmaite leki: kali jodatam, kreozot, tiokol. W *Psoriasis*, *Lupus* stosuje się 10% Lysoform - Dermosapol; w *Scabies* 10% Peruol - Dermosapol. W klinice NEISSER'a używają jeszcze: 5-20% Salicyl - D., 20% Chrysarobin - D., 10% Ol. Rusci - D., 8% Karbol - D.

Dextroformum.

Związek formaldehydu z dekstryną, rozpuszczalny w wodzie i glicerynie. Stosowany w rzeżączce 10—20%, jak również do wypłukiwania otoków ropnych 5—10%.

Digitoxinum cryst. „Merck“.

Proszek biały, drobnokrystaliczny, rozpuszczalny w chloroformie i spirytusie. Należy chronić go od wpływu światła.

Stosowany w wadach serca, *Nephritis*, w okresach niedomogi sercowej. W *Infusum Digitalis* niema tego alkaloidu, gdyż do roztworu nie przechodzi.

Są gotowe tabletki po 0.00025 (25 decymiligramów), odpowiadające 0.2 *Pulv. Digitalis*.

Dioninum.

Derywat morfiny: chlorek morfin-monetylu-eteru.

Proszek biały, bez zapachu, gorzki, drobnokrystaliczny, łatwo rozpuszczalny w wodzie i wyskoku.

Analgeticum. Hypnoticum. Stosowany w napadach kaszlu, też przy leczeniu morfinizmu celem zastąpienia morfiny.

1. Wewnętrznie: 0.02—0.05 w proszkach lub roztworze; do 0.1 dziennie. Dzieciom w krztuścu: D. 0.01; Aq. 100.0; łyżeczkami.

2. Podskórnie: 0.01-0.025; morfinistom 0.05.

3. W czopkach w cierpieniach narządów płciowych u kobiet: 0.02—0.04.

4. W okulistyce: wkraplania 2% wywołują *chemosis conjunctivae bulbi* i obrzęk powiek. Stosowany: w uszkodzeniach komory przedniej oka i łącznicy, w zmętnieniach świeżych rogówki, jaskrze ostrej, po operacji zaćmy.

Diuretinum „Knoll“.

Theobrominum natrio-salicylicum.

Proszek biały, łatwo rozpuszczalny w wodzie ciepłej. Kwasy, syropy owocowe, sok lukrecyowy rozkładają go.

Diureticum.

0.5-1.0; do 3.0-4.0 dziennie. Z powodu złego smaku można dawać w ławatywach: 2.5 na dawkę; 2 razy dziennie.

Dormiolum.

Związek eterowy chloralu i amylenhydratu.

Płyn oleisty, bezbarwny, rozpuszczalny w wodzie, mieszający się z wyskokiem, eterem, chloroformem, benzolem, olejami tłustymi i eterycznymi; zapachu kamfory, smaku chłodząco-palącego.

Dobry środek nasenny, działaniem zbliżony do chloralu i skuteczniejszy.

Można go dawać nawet chorym na serce, u których chloral jest przeciwwskazany.

W wpływu kumulacyjnego nie ma.

0.5—1.5—3.0 w kapsułkach. W roztworze: D. 10.0; Syr. rub. id. 20.0; Aq. 100.0; 1-2 łyżki; przed użyciem wstrząsać. W ławatywach dodawać 5-10 c. sz. Mucil. gummi.

Drożdże piwne.

Świeże: W *furunculosis*: 2—10 łyżeczek dziennie, aż do 3 łyżek, w wodzie, piwie, mleku. Przeciw *Fluor albus chr.*, zwłaszcza na tle rzeżączki: iniekcje do pochwy 10—20 c. sz.; po kilku dniach powtórnie.

Konserwowane czyli *Lewuretyna*: 3 łyżeczki dziennie w szklance płynu. Podskórnie: 1 c. sz. płynnej *Lewuretyny* co drugi dzień.

Stałe czyli *Zymina*. Proszek suchy, biało-żółty, otrzymywany przez właściwe traktowanie czystych drożdży piwnych wyskokiem i eterem.

Zdolność fermentacyjna zostaje zachowana

Używany do posypywania ran ropiejących w *Eczema*. Tabletki *Zyminy* wewnętrznie po 1.0; 3 razy dziennie.

W handlu: *Furunculinum*: przetwór suchy; 1—2 łyżeczki dziennie, aż do 3 łyżek. Też pastylki, 2—4 dziennie.

Rheolowe kulki: do wkładania do pochwy.

Dulcinum.

P-phenetol-carbamid. Proszek biały, rozpuszczalny trudno w wodzie zimnej, łatwiej w gorącej, eterze i wyskoku. Jest on 200 razy słodszy od cukru.

1.5 dziennie. W handlu są tabletki po 0.025 (z manitem).

Dymalum.

Didymium salicylicum.

Proszek biały, drobny, bez zapachu. Jest to produkt uboczny przy wyrobie koszulek *AUER'a*. Środek nie trujący i nie drażniący.

Antisepticum. Exsiccans. Używany w chorobach skóry; działa chłodząco, usuwa przykry zapach (np. potu), goi szybko nadżarcia i pęknięcia skóry (*rhagades*), usuwa swędzenie i przekrwienie. Jako maść 10% w *Ichthyosis*.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Aristochina w krztuścu okazała się, zdaniem BARGEBUHR'a, skuteczną w licznych przypadkach, nie wywołując przytem niepożądanych objawów ubocznych chininy. Zastosowanie jej jest o wiele łatwiejsze, niż chininy, gdyż nie posiada tak przykrego smaku.

(D. m. Woch. 27. 04).

RAMBAND zastosował ten środek w 28 przypadkach krztuśca w ilości 1,0 dziennie. W połowie przypadków liczba napadów stała się

mniejsza, a charakter ich łżejszy; wymioty ustały. Trwanie okresu kurczowego ulegało skróceniu. W dłużej trwających przypadkach skutku od aristochiny nie widziano.

(Riw. Veneta di Sc. Med. 15/7 04).

= Purgen (czyli fenoltaleinę) zaleca DORNBLÜTH jako szybko działający i nieszkodliwy środek przeczyszczający, w dawce 0.05—0.2. (Münch. m. Woch. 53 — 0.3).

P.

Wiadomości bieżące.

— XV międzynarodowy kongres lekarski w Lizbonie w r. 1906. Na propozycję Stowarzyszenia międzynarodowego prasy lekarskiej, komitety narodowe wzmocnione zostały przedstawicielami tejże prasy. Jako reprezentanci prasy lekarskiej do komitetu polskiego wstąpili: Dr. KWAŚNICKI, redaktor „Przeglądu Lekarskiego“, Prof. KADYI red. „Archiwum Polskiego“, Dr. KRAMSZTYK red. „Krytyki Lek.“, Dr. CHEŁPOWSKI i Dr. ŚWIECICKI red. „Nowin Lekarskich“. Firma Cook and Soon z Londynu organizuje ułatwienia podróży dla członków kongresu. Krzyżowiec I-ej klasy kursować będzie — jak nam Komitet centralny donosi — pomiędzy Londynem a Lizboną, gdzie się zatrzyma w czasie trwania kongresu i służyć będzie za hotel dla uczestników. Parowiec opuści Londyn we czwartek 12 kwietnia, zatrzyma się w Hawrze dla zabrania pasażerów francuskich, a dalej wyruszy do Corunna, gdzie zatrzyma się na czas jakiś dla umożliwienia członkom zwiedzania ważniejszych miejscowości, podobnie wysadzi pasażerów na ląd we Vigo i Oporto, a do Lizbony przybędzie po południu we środe

dl. 18 kwietnia, gdzie zatrzyma się aż do 26 kwietnia, aby już prosto powrócić przez Havre do Londynu. Dowiadujemy się dalej, że Komitet centralny w Lizbonie robi starania, ażeby podobny parowiec z jednego z włoskich portów dla kongresistów wypłynął. Sądzymy, że i nasza propozycja, ażeby komitet wszedł w układy z Lloydem austriackim dla urządzenia wyprawy parowcowej z Tryestu do Lizbony z zatrzymaniem się w główniejszych miejscowościach Włoch, Algieru i Hiszpanii południowej—będzie mogła być uskuteczniiona. Ażeby umożliwić przyjsie do skutku tego bez wątpienia bardzo dogodnego środka komunikacyjnego, trzeba nam w przybliżeniu wykazać, jaki będzie udział w kongresie ze strony ziem polskich. Z tego względu prosimy o wczesne zgłaszanie tak odczytów i referatów, jakoteż chęci uczestniczenia w kongresie wogóle.

Kraków, dn. 3/1 1905.

Prof. Dr. Wicherkiewicz.

Prezes Komitetu polskiego dla XV międzynarod. Kongresu Lekarskiego w Lizbonie.