

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 6.

Warszawa d. 6 Lutego 1910 r.

Rok XLV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop. — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ 50 pocztową } półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel. 37,92.

TRESC. PRACE ORYGINALNE. Wpływ nikotyny na alkaliczność krwi, napisał Czesław Otto. — Stanowisko jaglicy w rzędzie przewlekłych spraw chorobowych, podał Juliusz Mutermilch. — WYKŁAD KLINICZNY. Weintraud. Leczenie cukrzycy. — STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna* 29. R. Kretz O powstawaniu gruźlicy płuc — *Choroby dzieci*. 30. Schabad. O donosłości wapnia w patologii i krzywicy. Rozprawa I. O zawartości mineralnej kości zdrowych i dotkniętych krzywicą. — 31. Rozprawa II. O fizyologicznej potrzebie wapnia i o krzywicy na skutek niedostatecznej ilości wapnia — *Chirurgia*. 32. Assen. Bardzo rzadkie uszkodzenie kręgosłupa. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — ODCINEK. Kilka słów w sprawie szerzącego się partactwa leczniczego. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Z kliniki Terapeutycznej Warszaw. Uniwersytetu
w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Wpływ nikotyny na alkaliczność krwi.

Napisał

Czesław Otto

ordynator kliniki.

Według odczytu w Tow. lekarskiem Warszawskiem
w kwietniu 1909 roku.

Zastrzykując królikom dożylnie nikoty-
nę przez dłuższy przeciąg czasu w celu zba-

dania jej wpływu na układ krwionośny, przyszło mi na myśl skorzystać z krwi tych królików, i sprawdzić czy nikotyna nie zmienia jej alkaliczności. Jeżeli bowiem w klinice spotykamy się u nałogowych palaczy z zatruciem nikotyną i znajdujemy ją we krwi, musi więc i działanie jej przedewszystkiem uwidocznić się na tej „tkance”, jako roznościelce trucizny. Wiemy, że nikotyna wywiera wpływ ujemny na ustrój ludzki; na czem jednak ten ujemny wpływ polega, inaczej powiedziawszy, jakie zmiany materyalne w u-

stroju wywołuje nikotyna, jak dotąd, bliżej nie jesteśmy w stanie określić.

Postawiłem sobie za zadanie rozjaśnić tę kwestyę.

W tym celu przystąpiłem do badań nad alkalicznością krwi królików normalnych, *primo*, dla wyrobienia sobie odpowiedniej techniki, a *secundo*, dla otrzymania odpowiednich danych do porównania krwi królików nikotynowanych. Posługiwać się wyłącznie rezultatami badań krwi normalnej, które zostały wykonane przez innych badaczy, uważałem za niewłaściwe, gdyż przy każdym badaniu wchodzi w grę więcej lub też mniej udoskonalona technika badacza i wrażliwość jego oka na indykatory. Badań tych dokonałem na dziesięciu królikach; pierwsze z nich nie udały się; do porównania użyłem tylko ostatnich czterech badań, jako osiągniętych już po wyrobieniu pewnej techniki.

Metod określania alkaliczności krwi, jak dotąd, posiadamy cztery: 1) metoda spopielenia, 2) metoda gazometryczna, 3) metoda określania alkaliczności we krwi zlakowanej, 4) metoda fizyczno chemiczna.

Metoda spopielenia polega na otrzymaniu popiołu z pewnej określonej ilości krwi (wagowo lub też objętościowo) i na określeniu w otrzymanym popiele z jednej strony składników zasadowych, jak sód, potas, wapień, a z drugiej składników kwaśnych, jak chlor i fosfor, przyczem SO_2 , jako otrzymane z białka, nie bierze się w rachubę. Otrzymane rezultaty sprowadzamy do jednego wspólnego mianownika np. N_2O lub $OaOH$ i od sumy składników zasadowych odejmujemy sumę składników kwaśnych; różnica pomiędzy nimi będzie wskazywała alkaliczność krwi.

Metoda ta, jak widzimy, uwzględnia tylko składniki mineralne krwi, pomijając składniki organiczne, które, jak wiadomo z prac ZUNTZA, LOEWEGO, RZĘTKOWSKIEGO, HAMBURGERA, A. LANDAUA i innych, stanowią więcej,

niz o połowie ogólnej alkaliczności krwi. Jest więc metoda spopielenia krwi nieściśła, faktycznie jednak dobra tylko do określenia alkaliczności mineralnej krwi, a nie całkowitej, gdzie alkaliczność organiczna musi być przyjmowana w rachubę.

Metoda gazometryczna polega na określeniu we krwi zawartości CO_2 . Ponieważ CO_2 znajduje się we krwi w związku z alkaliami, przeto z ilości CO_2 można wnioskować o ilości alkali i tą drogą określić alkaliczność krwi. Metoda ta jednak nie uwzględnia we krwi obecności fosforanów potasu i sodu i dwuwęglanów, pomijając już związki organiczne, o których tylko co była mowa, i dlatego za ścisłą uważana być nie może. Oprócz tego metoda ta nie grzeszy ścisłością i dlatego, że jak zauważyli EWALD, ZUNTZ i GERPERT (Pflüg. Arch. Bd. VII. S. 575), wentylacja płuc przy najmniejszych podrażnieniach ich, do jakich należy zaliczyć pękanie zwierząt przed i podczas operacji, staje się 2 — 3 razy większą w stosunku do normy, wskutek czego skład gazów krwi musi się znacznie zmieniać, co wpływa na rezultat badań, powodując znaczne błędy.

Metoda badania zlakowanej krwi polega na rozpuszczaniu krwi *in toto* w płynach, rozpuszczających czerwone krążki, i na miareczkowaniu otrzymanej mieszaniny mianowanymi kwasami, przyczem jako wskaźnik służy czuły papierék lakmoidowy. Metoda ta została oprowadzona przez ZUNTZ-LOEWEGO¹⁾, którzy dowiedli, że przy stosowaniu tej metody otrzymujemy stale jedne i też same cyfry, bez względu na wpływy postronne, jak ciepło, zimno, czas stania, badania i t. p. Metoda ta uwzględnia alkaliczność białkową i mineralną, i dlatego cyfry, otrzy-

1) Beiträge z. Physiologie d. Blutes. Bonn. 1868 i Hermann's Handbuch d. Physiologie. Tom 4.
2) Loevy. Pflüger's Arch. Tom 58.

mane za pomocą tej metody, są najwyższe w porównaniu z dwiema poprzednimi.

Nakoniec czwarta metoda fizyczno-chemiczna jest oparta na nauce o jonach, przy czem nadmiar jonów wodorowych wskazuje kwaśny odczyn danego płynu, a jonów tlenowodorowych (OH) odczyn alkaliczny. Jony OH oznaczają liczbę jonów aktualnych, a jony H liczbę jonów potencjalnych (OSWALD. Grundlinien d. anorg. Chemie. 1900. S. 252). „Metoda miareczkowania określa tylko potencjonalną koncentrację jonów H i OH”. Wymierzenie aktualnych jonów dokonywa się tylko za pomocą metody fizyczno-chemicznej. Pierwszy zastosował ją dla krwi HOERBER (Pflüg. Arch. Bd. 81. S. 522, 1900) i znalazł, że przy stosowaniu tej metody do badania alkaliczności krwi jest ona płynem prawie obojętnym. Tak jednak z punktu fizyologicznego na krew patrzeć nie można, lecz należy ją uważać „za środowisko alkaliczne”, inaczej bowiem procesy przemiany materii nie dałyby się objaśnić należycie.

Jak więc widać z przytoczonych danych o metodach określania alkaliczności krwi, tylko metoda ZUNTZ-LOEWEGO jest najracjonalniejsza, gdyż uwzględnia fizyczne własności krwi, jako środowiska alkalicznego, przy czem równocześnie określa alkaliczność mineralną i alkaliczność białkową.

Tę metodę zastosowałem w moich badaniach. Ponieważ ścisłość danej metody zależy od czułości indykatora, którym od czasu pracy ROHMANA (Pflüg. Arch. Bd. 50. S. 84. 1891) i jego uczniów COURANTA i SPITZERA (ibidem S. 551), jest lakmoid, *resp.* papierek lakmoidowy, przeto starałem się przede wszystkim określić jego czułość. W tym celu do 100 kub. wody przekroplonej, pozbawionej amoniaku, dodawałem po kropli $\frac{n}{20}$ H₂ SO₄. Okazało się z całego szeregu prób, że pierwsze zabarwienie czerwonawe

na papierku lakmoidowym występowało po dodaniu do 100 ctm.³ H₂O dwóch kropeł $\frac{n}{20}$ H₂SO₄. Te dwie krople odejmowałem przy każdym określaniu ogólnej alkaliczności krwi i alkaliczności osocza, jako potrzebne do zakwaszenia 100 kub. H₂O do kwaśnego odczynu. Ponieważ do rozcieńczeń krwi używałem zawsze tej samej wody, miałem więc prawo stale robić wyżej wskazaną poprawkę.

Oprócz metody ZUNTZ-LOEWEGO posiłkowałem się również dla określenia alkaliczności mineralnej krwi i osocza metodą KRAUSEGO²⁾, polegającą na odbiałczaniu krwi zakwaszonej absolutnie obojętnym nasyconym roztworem siarczanu ammonu. Jako indykatorem posługiwałem się także papierkiem lakmoidowym, jak to czynili przedemną RZĘTKOWSKI³⁾ i A. LANDAU⁴⁾ dla ujednostajnienia badań, a nie metylorangem, jak radzi KRAUS.⁵⁾

Ponieważ krew składa się z dwóch części samoistnych—krajków i osocza, przeto i w badaniach moich uwzględniłem je, określając oddzielnie alkaliczność krajków i osocza białkową i mineralną. Do określenia tego posiłkowałem się formułą braci M. i L. BLEIBTREU,

$$= \frac{s}{b} \times \frac{e_1}{e - e_1},$$

gdzie s oznacza ilość wziętych c. sz. krwi, b ilość dodanych c. sz. roztworu soli kuchennej (e) azot osocza całkowitego, e azot osocza rozcieńczonego. Ponieważ w każdym poszczególnem badaniu brano zawsze 10 kub. krwi i rozcieńczano je 10 kub. fizyologicznego roztworu soli kuchennej, przeto formuła braci BLEIBTREU upraszcza się do $\frac{e_1}{e - e_1}$. Na podstawie stosunku osocza do

²⁾ Kraus. Ueber d. Vertheilung d. Kohlensäure im Blute. Gestsch. Graz. 1898.

³⁾ Rzętkowski. Studya nad zasadowością krwi. Pam. T. Warszaw. Lek. 1905 r.

⁴⁾ A. Landau. Badania doświadczalne nad alkalicznością krwi. Gaz. Lek. 1904 r.

⁵⁾ Kraus l. c.

czerwonych ciałek wyliczano zawsze ogólną ich alkaliczność, alkaliczność białkową i mineralną a także ilość białka i „reprezentowaną” przezeń zasadowość alkaliczną w krążkach i osoczu, jak to pierwszy zrobił RZĘTKOWSKI⁶⁾.

Tak więc metodyka moich badań krwi królików normalnych i nikotynowanych była następująca.

Krew wypuszczałem z *carotis* na parowicę, na której przedtem rozłożyłem cienką warstwę zupełnie obojętnego szczawianu sodu i, mieszając stale bagietką przez czas wyciekania krwi, zapobiegałem tworzeniu się skrępków. Następnie z otrzymanej krwi brałem za pomocą zupełnie suchych pipet po 3 kub. do dwóch zlewek, zawierających 97 kub. wody przekroplonej, pozbawionej amoniaku.

W dwóch tych porcyach określiłem alkaliczność krwi całkowitą podług ZUNTZ-LOEWEGO, miareczkując $\frac{n}{20}$ H₂SO₄; jako indykator służył papierek lakmoidowy, którego czułość określiłem już przedtem.

Dla określenia alkaliczności mineralnej krwi podług KRAUSEGO brałem po 4 cm.³ otrzymanej krwi do dwóch zlewek, z których każda zawierała około 1 gr. chemicznie czystego eteru siarczanego. Czerwone krążki rozpuszczałem w eterze, który następnie odparowywałem na kąpielii wodnej przy 40°C., mieszając stale zawartość zlewki bagietką. Po odparowaniu eteru dolewałem do każdej zlewki po 16 cm.³ nasyconego roztworu siarczanu amonu dla strącenia białka; następnie przez sączek z chemicznie czystej bibuły szwedzkiej przesączałem do czystego i osuszonego cylindra 10 cm.³ przesączu, co odpowiada 2 kub. krwi. Otrzymany przesącz rozcieńczałem wodą przekroploną do objętości 70 kub. Rozcieńczenie więc krwi w obu tych określeniach było prawie jednakowe (w pierw-

szem określeniu 1 kub. krwi na 32 H₂O, a w drugim 1 kub. krwi na 34H₂O). Następnie w obu porcyach określałem alkaliczność mineralną krwi całkowitej, miareczkując $\frac{n}{20}$ H₂SO₄

i posługując się, jak wyżej, tym samym indykatorem. Nadmienić muszę, że nasycony roztwór siarczanu amonu reagował w moich doświadczeniach alkalicznie; wskutek tego wypadło zawsze robić poprawkę, odejmując od odpowiedniej cyfry zużytego $\frac{n}{20}$ H₂SO₄ ilość $\frac{n}{20}$ H₂SO₄ potrzebną dla zneutralizowania 8 kub. nasyconego roztworu siarczanu amonu, zawartych w 10 kub. przesączu. Przeciętą z dwóch określeń była przyjmowana (z odpowiednią poprawką) za alkaliczność krwi mineralną. Błąd, tutaj popełniony, wynosi mniej niż 3%. Błąd stosunkowo dość duży, jak dla chemika, lecz warunkowany brakiem większej ilości krwi i niemożliwością ścisłego odmierzenia 10 kub. przesączu. Co się tyczy błędu w określaniu ogólnej alkaliczności krwi, to tutaj na każde 3 kub. krwi różnica w ilości zużytego $\frac{n}{20}$ H₂SO₄ wynosi przeciętnie od 0,05 do 0,1; odpowiada więc granica błędu w tej kategorii określeń 2,5%. Określanie alkaliczności zawsze w dwóch porcyach krwi daje, zdaniem mojem, większą gwarancję ścisłości badań i służy poniekąd za kontrolę dla samego badacza.

Alkaliczność krwi białkową, *resp.* organiczną, otrzymywano, odejmując alkaliczność krwi mineralną od ogólnej alkaliczności.

Następnie wzięto 5 cm.³ krwi dla określenia N metodą KIEJDALA i 10 cm.³ dla określenia N osocza rozcieńczonego. Do tych 10 kub. krwi dodano 10 kub. 0,95% roztworu NaCl i po strąceniu czerwonych krążków po 24 godzinach z rozcieńczonego osocza wzięto 5 kub. i określono N osocza rozcieńczonego (KIEJDAL).

⁶⁾ Rzętkowski l. c.

Pozostałą ilość wypuszczonej krwi podano sedymentacyi przez 24 godz. i z otrzymanego osocza wzięto 5 kub. dla określenia N osocza całkowitego (KIEJDAL), po 3 kub. do dwóch zlewek, rozprowadziwszy tę ilość w każdej zlewce H₂O do ogólnej objętości 100 kub. W tak rozcieńczonem osoczu określano jego alkaliczność.

Dla określenia alkaliczności mineralnej osocza wzięto go do dwóch zlewek po 4 kub.; białko strącono, jak wyżej, przy określaniu alkaliczności miner. krwi. Miareczkowano osocze w ten sam sposób, jak i krew.

Na podstawie formuły braci BLEIBTREU wyliczono każdorazowo ogólną, mineralną i białkową alkaliczność krążków czerwonych; określono także ilość N, *resp.* białka, i reprezentowaną przez nie zasadowość alkaliczną w krążkach i w osoczu.

Ostateczny wynik badań sprowadzano w każdym poszczególnym określeniu alkaliczności do jednego i tego samego mianownika, t. j. do objętości 100 kub.¹⁾ Sprowadzając rezultat badań, otrzymany dla 3 i 2 kub., do 100 kub. popełniamy świadomie błąd; błąd ten w moich doświadczeniach wynosi *minimum* 1,7%, a *maximum* 3,3%. Poprzednicy moi w swych pracach nad alkalicznością krwi brali do określań po 5 kub. jak krwi, tak i osocza, lecz nie kontrolowali swych błędów, zdaje się, głównie wskutek braku badanego materiału. Ja wołałem wziąć do badań mniejszą ilość krwi i osocza, mianowicie 3 i 4 kub., lecz za to w podwójnej dozie, ażeby zawsze kontrolować samego siebie i uświadomić sobie granicę popełnianego błędu.

(C d. n.).

Stanowisko jaglicy w rzedzie przewlekłych spraw chorobowych.

napisał

Juljusz Mutermilch

ordynator oddziału ocznego Szpitala Starozakonnych w Warszawie.

(Dokończenie—Zob. Nr. 5).

Z szeregu charakterystycznych zmian anatomicznych jaglicy okuliści wyodrębnili follikul, jako patognomoniczną i najważniejszą cechę tego cierpienia.¹⁾

Z poglądu tego możnaby wyprowadzić wnioski, że follikul poza łącznicą powiekową nie wytwarza się w żadnej innej błonie śluzowej, i że długotrwałość jaglicy warunkuje się tylko obecnością follikulów. Tymczasem tak nie jest. Z tworami tymi spotykamy się i na innych błonach śluzowych, znajdujących się w stanie zapalnym, a w przebiegu jaglicy, a mianowicie w późniejszym okresie tego cierpienia, kiedy zaczyna tworzyć się blizna łącznicowa, liczba follikulów nie tylko maleje, ale i zanikają one zupełnie. RAEHLMANN i niektórzy inni okuliści uważają follikuly jako jedyne źródło tworzenia się blizn na łącznicy. Według RAEHLMANNA follikuly, otwierając się i wydzielając zawartość swoją do worka łącznicowego, zamieniają się w drobne owrzodzenia, ulegają bliznowaceni, i w ten sposób z licznych drobnych blizenek powstaje blizna łącznicy. Tymczasem okuliści wielokrotnie mają sposobność obserwowania w *conjunctivitis follicularis* zanikania bar-

¹⁾ W szkicu niniejszym nie poruszam szczegółowo kwestyi tworzenia się i znaczenia follikulów, gdyż przedmiot ten opracowałem w specjalnej pracy: Anat. przewlek. zapaleń łącznicy (Gazeta lekar. Nr. 20, 1892).

¹⁾ patrz Rzętkowski i A. Landau.

dzo licznych follikulów bez jakiegokolwiek śladu blizny następczej. Jak i dlaczego rozwija się niezmiernie ciekawy i złożony proces tworzenia się blizny łącznicowej, starałem się powyżej wytłumaczyć, przytaczam tu pogląd RAEHLMANNA tylko dlatego, aby wykazać, na jak fantastycznych podstawach budowane są teorie jaglicy.

Traktując więc follikul, jako najważniejszy objaw jaglicy, okuliści popełniają błąd przeciwko zasadom anatomo-patologicznym, bo poza okulistyką w żadnym innym dziale wiedzy lekarskiej nikt i nigdy nie przypisywał follikulom tak poważnej i pierwszorzędnej roli, ani wpływu na bieg sprawy zapalnej.

Follikul jest tylko pewnym wyrazem, oryginalną formą nacieczenia zapalnego, stanowi tylko wynik sprawy chorobowej, ale nigdy i pod żadnym pozorem nie jest i nie może być jej przyczyną.

Stosując swe poglądy teoretyczne w praktyce, w leczeniu jaglicy, okuliści starali się wyszukać taką metodę mechaniczną, która byłaby skierowana, jeżeli nie jedynie, to w każdym razie przeważnie do niszczenia follikulów. Trzeba przyznać, że dążenia te zostały uwieńczone jaknajlepszym w tym kierunku skutkiem. Zdaje się, że w wielkim kłopotcie znajdzie się ten, kto chciałby wyszukać taką manipulację w celu wytepienia follikulów, któraby nie była już stosowana w okulistyce. Follikuly wygniatają palcami i odpowiednimi szczypcami, wyskrobują łyżeczką, wykluwają igłami, rozszarpują metalowymi szczoteczками, wycinają, wypalają galwanami i termokauterami, usuwają wraz z follikulami i całą fałdę przejściową, rozszarpują doszczętnie (ABADIE) całą powierzchnię łącznicy — *nec locus ubi Troia fuit!* A jednak to wszystko nie wystarcza. Usuwając follikuly, nie usuwamy choroby. I poza tą martyrologią follikulów, którą uważać należy za pierwszy tylko etap terapeutyczny, następuje dość dłu-

gi okres leczenia za pomocą środków chemicznych (*argent. nitricum, cuprum sulfur., protargol* i t. d.). Wychodząc z zasady, słusznej w pewnym stopniu, że jaglica jest chorobą infekcyjną, DELAGENIÈRE, ARNAUDS, GUSTAV i OTTO KAINING, GUAITA, STADERINI i wielu innych okulistów ograniczają się na używaniu prawie wyłącznie mocnych rozczyńców sublimatu (1 : 400, 1 : 500). Ale i w tym przypadku prócz bakterjobójczego działania sublimatu występuje w znacznym stopniu również niszczący wpływ środka tego na chore tkanki.

Wszystkie te metody lecznicze w mniejszym lub większym stopniu, wcześniej, czy później prowadzą jednak do usunięcia cierpienia lub przynajmniej do znacznego złagodzenia objawów chorobowych. Jak sobie wytłumaczyć skuteczne działanie powyższych metod leczenia i jak pogodzić je z niewątpliwie dodatnim wpływem na przebieg jaglicy tak drażniącego środka, jak *je k w i r y t y* lub przypadkowo zaszczipionej rzeżączki? (Również miałem sposobność obserwowania 2-ch chorych z ciężką formą jaglicy, u których przypadkowe zarażenie się rzeżączką zakończyło się [jaknajpomyślniej dla oka. Zgrubiała, pokryta follikulami i brodawkami łącznica wygładziła się i scieńczyła, a rogówka, która była siedliskiem gęstej łuszczyki, odzyskała prawie w zupełności pierwotną swoją przezroczystość). Czem się to dzieje, że wyciskanie follikulów lub brutalna interwencja ABADIEGO dają wyniki identyczne z względnie łagodnym postępowaniem, jak kauteryzacja 1% lub 2% rozczynek *argent. nitrici*? Jakie wspólne strony istnieją w skutecznym działaniu *je k w i r y t y* lub trypra na przebieg jaglicy i również nieraz skutecznym wpływie mocnych rozczyńców sublimatu?

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że istota jaglicy, że jej przebieg długotrwały warunkuje się nie obecnością follikulów lub brodawek, lecz utratą równowagi między nabłonkiem a

Chcąc uprzestępnić niską ceną stosowanie w medycynie jed-
go z najracjonalniejszych nowych związków organicznych fosforu

LECYTYNY

której zagraniczne preparaty ze względu na swą wysoką cenę
dotąd nie mogły mieć szerszego zastosowania, poleca

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie.

Dragées **LECITHINI**-ovo flakon 40 szt. à 0,05 cena Rb. 1.
Doza dla dorosłych: od 1—4 pigułek dziennie.
Inject ster. LECITINI-ovo à 0,05—0,10—0,50
c. ol- amygdalar. alcohole preparatum.
EMULS ol. JECORIS ASELLI (à la Scott) c. $\frac{1}{2}\%$ **LECITIN**.
Doza dla dorosłych: łyżka stołowa 2—3 razy dziennie.
Flakon 225,0 cena Rb. 1.
Próby na żądanie gratis i franco.

„CASCARINE LEPRINCE”

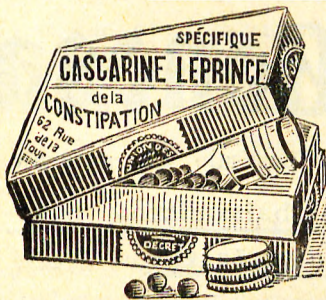
C¹² H¹⁰ O⁵

Pierwiastek działający otrzymany z CASCARA SAGRADA

Nawykowe zaparcie stolca

Choroby wątroby. Atonia przewodu pokarmowego.

Działa prawidłowo, nie wywołuje przy użyciu następczego podrażnie-
nia i chorzy się do niej nie przyzwyczajają.



Wzmoczone ciśnienie

Miażdżyca tętnic, krwotoki płucne, skleroza w nerkach, zaburzenia w okresie prze-
kwitania, podagra, krwotoki kongestyjne, migrena, zawroty głowy i t. d.

GUIPSINE

Nowy środek roślinny, obniżający ciśnienie

przeciw - miażdżycowy, przeciw - krwotoczny, przeciw - białkowy.

Zawiera pierwiastek działający Gui.

6 do 10 pigułek dziennie przed jedzeniem.



Próby na żądanie
Dr. M. LEPRINCE
62 Rue de la Tour
Paris.

Docteur Maurice Leprince, 62 Rue de la Tour Paris, France.

Ażeby **LECZYĆ i UCHRONIĆ**

się od

**KATARÓW, KASZLU, PRZEZIĘBIEN,
KATARU OSKRZELI, INFLUENZY,
ASTMY, SUCHOT, TUBERKULOZY,**

WZMOCNIĆ OSKRZELE, ŻOŁĄDEK I PŁUCA,

WYSTARCZA PRZYJMOWAĆ PO KAŻDEM JEDZENIU PO DWIE

GOUTTES LIVONIENNES
de **TROUETTE-PERRET.**

Żądać etykiety w francuskim języku i napis :

GOUTTES LIVONIENNES DE TROUETTE-PERRET

Do nabycia w aptekach i składach aptecznych. Skład Główny : Tow. Akc. Ludwik Spiess i Syn w Warszawie



Mergal

Hydrarg. cholicum oxydat. 0,95—Tannalbin 0,1)

Nowe Antisyphiliticum do użytku wewnętrznego.

Mergal działa również energicznie, jak leczenie wcieraniami, lub wstrzykiwaniami za pomocą rozpuszczalnych soli Hg;

Mergal znosi się w większych dawkach, szybko się wchłania i wydziela, nie wywołuje żadnego działania ubocznego. Kuracja Mergalem jest ze wszystkich sposobów leczenia syfilisu najprostszą, najwydniejszą i najprzyjemniejszą, można ją wszędzie dyskretnie przeprowadzić.

Wskazania: Choroby syfilityczne i parasyfilityczne.

Dawka: 3 razy dziennie po 1 kapsułce, zwiększając do 4—5 razy dziennie po 2 kapsułki (0,05—0,1 pro dosi, 0,3—0,5 pro die).

Pudełka oryginalne po 50 kapsulek.

Gonosan

Według orzeczenia przeszło 120 autorów.

Wybitny środek balsamiczny w le-
czeniu rzeżączki.

zawiera składniki działające Kawa-Kawa w połączeniu z najlepszym wschodnio-indyjskim olejkiem santalowym.

Gonosan zmniejsza wydzielinę ropną, uśmierza ból zależny od sprawy rzeżączkowej i zapobiega powikłaniom.

Dawka: 4 — 5 razy dziennie po 2 kapsułki po jedzeniu.

W oryg. pudełkach po 50 i po 32 kapsułki.

Próby i literatura na żądanie pp. lekarzy gratis

J. D. Riedel A. G., Berlin N. 39.

tkanką podnabłonkową, i że zakończenie sprawy chorobowej możliwe jest tylko wtedy, kiedy tkanka adenoidalna, zmieniona w swej budowie znacznie przez jakiś ostry proces zapalny, zastąpiona zostanie przez bardziej zbitą tkankę łączną, to nietrudno będzie odnać wspólne cechy w wymienionych metodach leczenia. Łatwo przecież zrozumieć, że każdy z powyższych zabiegów leczniczych wywiera w mniejszym lub większym stopniu wpływ niszczący na tkankę adenoidalną bądź to drogą czysto mechaniczną przez jej zmiażdżenie lub poszarpanie, bądź też przez podsywanie lub obostrzenie stanu zapalnego (jekkiryty, rzeżączka, a w mniejszym stopniu *argent. nitr.* lub inne *causticum*). Wszystkie te metody przyspieszają rozwój nowej, innej pod względem anatomicznym tkanki łącznej, która sprzyja powstaniu na powierzchni łącznicy tak pożądanej warstwy epidermoidalnego lub zbliżonego do niego nabłonka.

Tryprowe zapalenie (jako infekcja dodatkowa) i jekkiryty w tempie bardzo przyspieszonym niszczą resztki tkanki adenoidalnej, wygniatanie follikułów i wszelkie inne sposoby pastwienia się nad łącznicą przyspieszają w stopniu powolniejszym tworzenie się blizny, a najpowolniej działają środki kautyczne.

Wobec tych licznych i skutecznych sposobów, jakimi rozporządzamy w celu wywołania pożądanej blizny łącznicowej, zadanie okulisty w leczeniu jaglicy byłoby niezmiernie łatwe, gdyby nie sąsiedztwo rogówki. I dlatego okulista w wyborze środka leczniczego rzadzi się przede wszystkim tem, aby nie zaszkodzić rogówce, a następnie w razie powikłania jaglicy łuszczką dąży przede wszystkim do usunięcia tego poważnego cierpienia rogówki, od którego właściwie zależy całe niebezpieczeństwo jaglicy.

* * *

Rozpatrując sprawę istoty i etiologii

jaglicy, nie można pominąć dość zagmatwanej kwestyi istoty i etiologii łuszcзки.

Dla czego i jak powstaje to ciekawe i niezmiernie ważne powikłanie ze strony rogówki? Na pytania te w odnośnej literaturze odpowiedzi zadawalającej nie znajdujemy. Różni autorzy opisują dokładnie wszelkie formy i objawy tego cierpienia, ale nigdy nie starają się wyświetlić dokładnie interesującej kwestyi, dotyczącej jego istoty i powstawania. Najwyżej spotkać się można z określeniem mglistem i w każdym razie mało wystarczającym, a mianowicie, że łuszcзка jest ciągiem dalszym jaglicy, że zmiany anatomiczne z łącznicy, granulacye, propagują się na rogówkę. Poszukiwania jednak anatomiczne, prowadzone równoległe ze spostrzeżeniami klinicznymi, wyjaśniają interesującą nas sprawę w sposób zgoła odmienny i, zdaje mi się, bardziej do prawdy zbliżony.

Badając długi szereg chorych, dotkniętych łuszczką jaglicową, skonstatowałem przede wszystkim fakt następujący, stałe i bez wyjątku powtarzający się: ile razy rogówka dotknięta jest łuszczką, tyle razy powierzchnia łącznicy jest zupełnie pozbawiona nabłonka lub też pokryta miejscami tylko jedną warstwą, rzadko gęściej, zdegenerowanych komórek nabłonkowych. Z chwilą, kiedy przy leczeniu odpowiedniem udawało mi się wywołać regeneracyę komórek nabłonkowych (każdy przypadek kontrolowałem badaniem drobnowidzowem łącznicy), łuszcзка znikala.

Otrzymawszy podobne wyniki, postanowiłem skontrolować je badaniami doświadczalnymi na zwierzętach. Niszczyłem drogą mechaniczną warstwę nabłonka na powierzchni łącznicy u królika i również otrzymywałem powierzchowne erozye na rogówce, które szybko ulegały zagojeniu, o ile nie dotykałem więcej łącznicy powiekowej, lub też pokrywały się naczyniami, o ile nie pozwalałem

przy pomocy codziennego zszarpywania łącznicy (ostrą łyżeczką i przyżeganiem 1-o lub 2% roztworem *argent. nitric.*) pokryć się jej warstwą nabłonka. Tego rodzaju doświadczenia są zupełnie analogiczne z tem, czego uczy nas klinika. Bo i w jaglicy łuszcza nie tworzy się odrazu w całej swej skończonej formie. Pierwsze okresy powstawania łuszczyki polegają również na zjawianiu się ograniczonych powierzchniowych erozji rogówki (na złuszczeniu nabłonka), które, ulegając nie dającemu się uniknąć zakażeniu, zamieniają się w drobne zapalne nacieczenia i dopiero po jakimś czasie, o ile sprawa jaglicowa nie poprawia się, przyciągają do siebie naczynia łącznicowe, które tworzą właśnie typowy obraz łuszczyki. Użyłem wyrazu przyciągają rozmyślnie. Bo w procesie wrastania naczyń łącznicowych do rogówki widzieć należy; objaw równoznaczny pod względem charakteru i celowości jego ze znanem w biologii zjawiskiem chemiotaksy i pozytywną, polegającym, jak wiadomo, na tem, że ciała limfatyczne (fagocyty) zbliżają się i otaczają pewne szkodliwe i obce dla tkanki zdrowej elementy. Naczynia wrastają do tkanek, w których odbywa się proces gojenia się, wydzielania niepotrzebnych substancji i tworzenia się nowych elementów w zastępstwie zniszczonych, lub walka z najazdem bakterji, bo bez krwi i komórek limfatycznych niemożliwe jest *restitutio ad integrum*.

Ale od niektórych zbyt jadowitych substancji, czy bakterji, atakujących rogówkę, których fagocyty zwalczyć nie potrafią, naczynia łącznicowe trzymają się zdaleka, i dlatego nie w wszystkich owrzodzeniach rogówki (np. tryprowych, *ulcus serpens*) spotykamy się ze zbawczą łuszczką (chemiotaksywną).

Ztąd upoważnieni jesteśmy do postawienia ważnego wniosku, że owrzodzenia na rogówce, powstające w jaglicy, należą do

spraw łagodnych, wywołanych przez drobno-ustroje o małej złośliwości. Co zaś się tyczy niewątpliwej zależności nabłonka rogówki od nabłonka, pokrywającego powierzchnię łącznicy powiekowej, to w zjawisku tem widzimy jeden z faktów zgodnego współżycia 2-cho tkanek, często w ustroju spotykanego. Za przykład klasyczny w tym przypadku służyć może stosunek krwi do śródbłonka naczyń krwionośnych. Krew, jak wiadomo, krąży prawidłowo w naczyniach, których powierzchnia wewnętrzna pokryta jest normalnym śródbłonkiem. Złuszczenie komórek wywołuje koagulację krwi — *thrombus*.

Wyjątkowo obfite unaczynienie, jakim charakteryzuje się *pannus trachomatosus*, tłumaczy się łatwo tem, że łuszcza rozwija się w następstwie długotrwałej sprawy zapalnej na łącznicy, w której powstało mnóstwo nowych, gęsto rozgałęzionych naczyń krwionośnych. Z obfitego tego źródła z łatwością powstają liczne gałązki, wrastające do rogówki. W tych przypadkach, gdzie cierpienie rogówki, wymagające łuszczyki zbawczej, rozwija się przy prawidłowym stanie łącznicy, liczba naczyń na rogówce jest bardzo skąpa w porównaniu z *pannus trachomatosus (keratitis fasciculata, phlyctenulosa* i t. d.)

Wraz z naczyniami w *pannus trachomatosus* wrasta do rogówki także i tkanka łączna (zjawisko, stale w ustroju powtarzające się), która również ulega nacieczeniu drobno-komórkowemu i przy długotrwałej sprawie zapalnej, przy często powtarzających się owrzodzeniach rogówki, *pannus* zamienia się w tkankę łączną, mającą prawie charakter adenoidalnej, gęsto unaczynioną, granulacyjną, — jak się wyrażają okuliści, — w *pannus crassus*. *Pannus* znajduje się jednak tylko w dość luźnym kontakcie z tkanką rogówki, wrasta tylko do jej powierzchniowych warstw, i dlatego przy odpowiednim leczeniu, kiedy rogówka wreszcie pozbyła się owrzodzeń, a

wraz z niemi i łuszczyki zbawczej, jako ślad przebytego, a pozornie bardzo ciężkiego cierpienia, pozostaje względnie nie duża, powierzchowna, dość przezroczysta blizna.

A więc po rozpatrzeniu kwestyi łuszczyki, biorąc pod uwagę spostrzeżenia kliniczne, laboratoryjne i wyniki badań anatomicznych, musimy przyjść do wniosku, że w etiologii tej niezmiernie ważnej komplikacji jaglicy, komplikacji, która zrobiła właśnie z jaglicy jedną z najcięższych chorób, nie znajdujemy niezwykłych jakichś czynników, właściwych tylko danemu cierpieniu, a obcych zapalno-infekcyjnym sprawom, toczącym się w innych tkankach ustroju.

Pannus jest tylko kompleksem stale powtarzających się zjawisk anatomicznych, stanowiących w sumie reakcyę tkanki na zakażenie. Mamy tu tylko do czynienia z odmiennym obrazem pod względem formy zewnętrznej, bo sprawa zapalna rozwija się w odmiennych warunkach na przezroczystej, pozbawionej naczyń rogówce, która zmuszona jest w chorobie zaciągnąć pożyczkę u swej sąsiadki — łącznicy.

* * *

Opierając się więc na badaniach swych, które starałem się utrzymać w stałej zgodzie z ogólnemi zasadami, wypracowanemi w patologii ogólnej, zmuszony jestem wyłączyć ostatecznie *follikul* i *pannus* z rzędu cech patognomicznych jaglicy, — *Follikul* i *pannus* są przypadkowymi towarzyszami tego cierpienia. *Follikul* stanowi tylko pewną orygi-

nalną formę nacieczenia zapalnego, ale niema prawie żadnego wpływu ani ujemnego, ani dodatniego na rozwój sprawy i w etiologii jaglicy uważany być musi za *quantité negligible*. *Pannus* jest niewątpliwie poważną komplikacją atakującą tak ważną błonę, jak rogówka, ale pomimo to pod żadnym względem nie jest sprawą tego samego charakteru, co sprawa, odbywająca się na łącznicy. Cierpienie rogówki nie jest ciągiem dalszym jaglicy, tylko jej niepożądanem następstwem.

Chcąc więc dać ścisłą odpowiedź na pytanie: czem jest jaglica? zmuszeni jesteśmy ująć nasze określenie w formę następującą:

1-o Jaglica składa się z długiego łańcucha zmian konsekwentnych, nieuniknionych pod względem anatomicznym i fizyologicznym, zmian, dążących do wytworzenia w odmiennej formie trwałej równowagi między nabłonkiem i tkanką podnabłonkową, równowagi, zakłóconej przez jakiś proces zapalny.

2-o Jaglica nie różni się w niczem od innych spraw przewlekłych, znanych w patologii, a przebiegających na błonach śluzowych pokrewnych pod względem budowy anatomicznej z łącznicą (*urethritis chronica*, *rinitis atrophicans*, *endometritis chronica* i t. d.).

3-o Sprawa jaglicowa jest kompleksem zmian anatomicznych, dążących do stopniowego rozwoju i utworzenia trwałej blizny na łącznicy.

WYKŁAD KLINICZNY.

Weintraud.

Leczenie cukrzycy

Leczenie cukrzycy rozpada się na 2 grupy: leczenie przyczynowe i dyetetyczne.

1. Leczenie przyczynowe. Wszystkie teoretyczne rozumowania, dotyczące patogenezy zaburzeń przemiany materii w cukrzycy, wskazują, że powstają one skutkiem utraty zdolności przyswojenia w prawidłowy sposób molekuł węglowodanów, a ze spostrzeżeń, na drodze doświadczalnych dokonanych, można napewno wywnioskować, że pewną rolę w tym względzie odgrywa ustanie wpływu, jaki trzustka odgrywa w zdrowym ustroju.

Zadanie przeto celowej terapii jest jasne. Należy tylko z trzustki otrzymać przetwór, któryby w ten sposób działał, co i wewnętrzna wydzielina. W ostatnich dopiero czasach udało się ZÜLZEROWI¹⁾ otrzymać z trzustki przetwór, który podług niego okazuje się skutecznym przeciw cukromoczowi adrenalinowemu, jakoteż przeciw cukrzycy trzustkowej, wywołanej doświadczalnie u psa, i cukrzycy u człowieka. Po szczegóły, dotyczące sposobu otrzymania takiego przetworu, odsyłając czytelnika do oryginału, zaznaczyć tu musimy, że z prób, dokonanych na psach cukrzycowych, pozbawionych trzustki, tylko jedna jest przekonująca. Pies, który wydzieliał dotąd stale 4½ do 8% cukru, po zastrzyknięciu wyciągu z trzustki wydzieliał 1,1%, a w drugim doświadczeniu 2,2%. U drugiego psa ilość dobową wydzielanego cukru zmniejszyła się z 28,6 do 19 gr.

Spostrzeżenia z wyciągiem trzustkowym Zülzerowskim u ludzi chorych na cukrzycę są bardzo nieliczne i w wynikach niepewne,

¹⁾ Ueber Versuche einer spezifischen Fermenttherapie der Diabetes. Zeitscher für experimentelle Path. und Ther. 1908. V str. 307.

gdyż po zastrzyknięciu często występują dreszcze i gorączka, a skutkiem tego przyjmowanie pokarmów przez chorych, od których tak bardzo zależne jest wydzielanie cukru, ulega zmianie. Tak więc pierwsze dodatnie próby pozwalają spodziewać się, że na tej drodze może jeszcze być wykryta skuteczna terapia cukrzycy.

Na innej nieco drodze próbowali angielscy autorowie (MOORE, EDIE i ABRAM²⁾) zużytkować inny działający na czynność wydzielniczą trzustki środek, a mianowicie sekretin (wyciąg z błony śluzowej kiszek) otrzymany od świń, a pobudzający wewnętrzną wydzielinę trzustki. Leczyli oni nim chorych na cukrzycę i otrzymali wyniki dodatnie. Mocz chorych po 2—3 miesiącach okazał się wolny od cukru.

Autor przy analogicznych próbach był mniej szczęśliwy; u 4 chorych, którym podawał tabletki, zawierające ¼ grama sproszkowanego przez wyparowanie wyciągu błony śluzowej świń lub cieląt, przez dłuższy czas nie widział dodatniego wpływu.

Inni autorzy nie byli w stanie stwierdzić wpływu sekretinu na cukromocz.

Na wzmiankę na koniec zasługują próby, robione z lekami, pobudzającymi czynność trzustki. FALTA, EPPINGER i RUDINGER zastrzykiwali psom współcześnie pilokarpinę, pobudzającą prawdopodobnie czynność wydzielniczą trzustki, i adrenalinę (wywołującą cukromocz u zwierząt) i przekonali się, że pilokarpina przeszkadza powstaniu cukrzycy adrenalinowej.

U chorych, cierpiących na cukrzycę, zastrzykiwania pilokarpiny sprowadzały krótkotrwałą poprawę lub żadną. W niektórych nawet przypadkach wydzielanie cukru się zwiększało.

2. Leczenie dyetetyczne. Do czasu wykrycia jakiegoś swoistego środka dyeta w leczeniu cukrzycy zająć musi dominujące stanowisko.

²⁾ Biochem. Journal 1906. I.

Cel, jaki dotąd osiągnąć zamierzano za pomocą wyłącznego leczenia dyetetycznego, polegał na ograniczeniu i usunięciu wydzielania cukru. Przez długi czas rozpowszechnione było mniemanie, że dyeta, jedynie wpływająca na zmniejszenie wydzielania cukru, sprówdza poprawę w zaburzeniach przemiany materii właściwych cukrzycy.

W nowszych jednak czasach coraz większą liczbę zwolenników zyskuje pogląd, że w odżywianiu chorych na cukrzycę drugi czynnik posiada może ważniejszy wpływ na przebieg cukrzycy, szczególnie w ciężkich jej przypadkach, aniżeli dyeta, uwzględniająca tylko wydzielanie cukru. Czynnikiem tym jest długi o trwał niedokarmianie (chronische Unterernährung).

O wartości tego czynnika świadczą na drodze praktycznej dokonane doświadczenia, o czym zresztą poniżej będzie mowa. Tu w każdym razie zaznaczyć wypada, że ograniczenie całej ilości pokarmów, jakie chory przyjmuje, szczególnie w przypadkach ciężkich, jest skuteczniejsze, aniżeli dyeta, skierowana wyłącznie ku zmniejszeniu ilości wydzielanego cukru. Przy przepisywaniu przeto diety nie należy, jak to dawniej czyniono, dzielić pokarmy na dozwolone i niedozwolone, lecz i przy t. zw. dozwolonych oznaczać ich ilość. Dotyczy to w znacznej części i pokarmów białkowych. Nietylko w ciężkich przypadkach, lecz i lżejszych należy ograniczyć i ściśle określić ilość białka, jaką chory ma spożywać. Głód, a z drugiej strony pojęcie „pokarmy dozwolone” były przyczyną, że chorzy na cukrzycę często zjadali ogromną ilość ryb, jaj, sera i t. p., a skutkiem tego zdarzało się, że ilość wydzielanego z moczem azotu wynosiła 24—30 gr. nawet wówczas, gdy chorzy przyjmowali pokarmy dozwolone.

Pierwszem przeto zadaniem jest ograniczyć ilość dobową białka w pokarmach. Najlepiej to czynić stopniowo. Stosownie do ciężkości przypadku i konstytucji chorego ilość białka należy ograniczyć do 130—100 gr.

Następnie, jako drugie zadanie uważać należy o ograniczenie lub usunię-

cie węglowodanów i to również najlepiej stopniowo, a nie odrazu.

a) Różne węglowodany.

Nie bez znaczenia jest i jakość węglowodanów w przepisach dyetetycznych dla chorych na cukrzycę. Pod tym względem da się wogóle powiedzieć, że unikać należy bezwzględnie cukru gronowego; z innych monosacharydów galaktoza bywa prawie gorzej znoszona, aniżeli glikoza, lecz lewuloza w większości przypadków jest najlepiej znoszona.

Z disacharydów maltoza i sacharoza źle się nadają do leczenia cukrzycy. Laktoza bywa niewątpliwie najlepiej znoszona przez chorych na cukrzycę. Więcej aniżeli inne węglowodany na uwagę zasługują polisacharydy, zawarte w mące. W ostatnich czasach podniesiona była ciekawa kwestya, czy różne rodzaje mąki posiadają różny wpływ na wydzielanie cukru. Badania FALTY i GIGONA, w tym kierunku podjęte wykazały, że niema żadnej różnicy między mąką pszenną a owsianą, tak, że kuracyi owsianej nie może być przyznany szczególny wpływ na przebieg cukrzycy.

b) Białko.

Od czasu gdy NAUNYN i jego szkoła podnieśli znaczenie białka w pożywieniu chorych na cukrzycę i dowiedli, że ilość białka, tak samo jak i węglowodanów, musi być uregulowana, zaczęto badać gruntownie wpływ różnych substancji białkowych na wydzielanie cukru. Badania doświadczalne, jak i kliniczne jednoznacznie pokazały, że ilość białka, jakiej dostarczać należy choremu na cukrzycę, musi być kontrolowana, a normalna ilość białka nie powinna być przekroczona i być tem mniejsza, im cięższy jest przypadek cukrzycy.

Badania, przeprowadzone już to z różnego rodzaju pokarmami białkowymi (mięso trzestka i t. p.), już z czystymi substancjami białkowymi (kazeina, ovalbumina, białko surowicy krwi) dały bardzo sprzeczne wyniki. Bardzo ściśle badania nad przemianą materii, przeprowadzone przez THERMANA, wykazały, że przy serze wydzielanie cukru było największe, a przy mięsie, jajach stopniowo mniejsze.

I LÜTHJE widział największe wydzielanie cukru przy kazeinie, następnie przy podawaniu trzustki, a potem mięsa, białka jaj i grasicy. I BENDIX na mocy swych doświadczeń ułożył pokarmy pod względem działania na wydzielanie cukru w następującym porządku: kazeina, białko jaj, klej, a w doświadczeniach, w których zwierzęce białko było porównywane z roślinnem, pierwsze (białko mleka, mięso) sprowadzały większe wydzielanie cukru, aniżeli drugie (roborat). Z tego powodu należy zamiast podawania wyłącznie białka zwierzęcego w postaci mięsa i sera, jak się to dotąd praktykuje, więcej dawać białka roślinnego, co już KOLISSET³⁾ na mocy swego praktycznego doświadczenia oddawna zalecał.

Tak więc spostrzeżenia kliniczne, jak i badania doświadczalne zmuszają do następującego wniosku: we wszystkich, nie tylko ciężkich przypadkach cukrzycy winien być dówóz białka ściśle kontrolowany, a ilość jego do zwykłej normy 100 — 120 gr. na dobę ograniczona, a w ciężkich przypadkach spaść jeszcze niżej, gdyż przy obfitszej zawartości białka w pożywieniu ciężko chorych na cukrzycę wydzielanie cukru znacznie się zwiększa.

c) Tłuszcz.

Wobec mniej lub więcej zupełnego usunięcia węglowodanów z diety ciężko chorych na cukrzycę i daleko sięgającego ograniczenia ilości białka musi naturalnie tłuszcz odgrywać wybitną rolę w przepisach dyetetycznych chorych na cukrzycę. On bowiem stanowi materiał odżywczy, dobrze przyswajany przez większość chorych, zaspakaja głód i w przeciwieństwie do węglowodanów i białka nie powiększa wydzielania cukru i diurezy jakoteż nie wzmaga głodu i pragnienia, trapiącego chorych na cukrzycę.

Podczas gdy przy węglowodanach i białku, uwaga lekarza winna być zwrócona na to, by pokarmy nie zawierały ich za wiele, przy tłuszczu przeciwnie należy baczyć, by go nie

było za mało. 100 do 150 gr. tłuszczu na dobę oto minimum, jakie chory w ciężkich przypadkach otrzymywać powinien.

Zwiększenie ilości tłuszczu w pożywieniu ponad pewną normę nie wpływa wogóle na zwiększenie wydzielania cukru. Że zdarzają się wyjątki, to jest, że w pewnych warunkach w pojedynczych przypadkach u ciężko chorych na cukrzycę znaczne zwiększenie ilości tłuszczu sprowadza bezpośrednio zwiększone wydzielanie cukru, nie może zadziwiać.

d) Przewlekłe niedokarmianie

Na mocy praktycznych prób odżywiania i kontroli przemiany materii u chorych na cukrzycę, a dokonanych przez autora w ciągu szeregu lat i następnie powtórzonych przez innych jeszcze w r. 1893 autor wygłosił zdanie, że u ciężko chorych na cukrzycę obniżenie chorobliwie wzmnożonej przemiany materii stanowi również ważne zadanie lecznicze, jak zmniejszenie wydzielania cukru.

Teoretyczne uzasadnienie tego żądania obecnie po przekonaniu się, że z każdego materiału pokarmowego może wytwarzać się cukier u chorego na cukrzycę, jest zupełnie zrozumiałe. W ostatecznej konsekwencji sprowadza się owo żądanie do tego, że chorym na cukrzycę należy się głodzić, że należy im się przyzwyczajać do głodzenia się, to jest do zadawania się względnie skąpem pożywieniem.

Pod tym względem cukrzyca bynajmniej nie jest odosobniona. I w innych cierpieniach systematyczne niedokarmianie jest wielce pożyteczne i nieodzowne, że tylko wspomnimy tętniaki tętnicy głównej, choroby serca z zaburzeniem kompensacyi, niektóre choroby nerek i t. p.

Dawniejszy przeto punkt widzenia, że w leczeniu cukrzycy jedynym zadaniem leczenia winno być wpłynięcie na zmniejszenie, ewentualnie usunięcie cukromoczu, nie wytrzymuje krytyki.

W leczeniu dyetetycznem cukrzycy, mającem polegać na obniżeniu ogólnej przemiany materii, usunięcie cukromoczu nie jest głównym celem, lecz tylko jednym ze środ-

³⁾ Zur diätetischen Behandlung der Diabets. Wien. klin. Woah 1899, Nr. 52.

ków celowych, jest ważnym warunkiem dla pomyślnego przebiegu cukrzycy; należy jednak w celu gruntownego leczenia choroby obok tego wpłynąć na zmniejszenie diurezy, na ogólną przemianę materii. Należy przeto przy leczeniu cukrzycy usunąć stopniowo z diety chorych węglowodany, lecz współcześnie ograniczyć ilość białka, aż ilość cukru w moczu dosięgnie minimum.

Należy w ciężkich przypadkach cukrzycy taki rodzaj odżywiania znaleźć, przy którym ciężkie³ objawy chorobowe (głód i pragnienie) przestają choremu dokuczać, przy którym zboczenie w przemianie materii dalej nie postępuje, i przy którym stan ogólny skutkiem ograniczenia pożywienia niezbyt cierpi.

Pożyteczność leczenia za pomocą przewlekłego niedokarmiania u ciężko chorych na cukrzycę polega na tem, że chory je stale przez całe lata przeprowadzić może, że, jakkolwiek przy niem chory zostaje niekoniecznie i niezupełnie uwolniony od cukromoczu, jak poucza doświadczenie, wszelako stan jego ogólny jest zadawalający, a rokowanie jest o wiele lepsze, aniżeli przy innych metodach leczenia.

e) Kuracye węglowodanowe.

Czy kuracja węglowodanowa (wyłącznie jednego rodzaju), już oddawna zalecana w leczeniu dyetetycznym cukrzycy, odpowiada pojęciu niedokarmiania i czy jest ona usprawiedliwiona, kwestya to sporna.

Główne kuracye węglowodanowe są następujące: Mleczna kuracja była pierwszą kuracją węglowodanową, która zalecona była w cukrzycy w celu dostarczenia ustrojowi jednego rodzaju węglowodanów. Różni lekarze przy leczeniu wyłącznie mlekiem widzieli różne wyniki, ostatecznie o kuracji tej da się powiedzieć, że wszelkiego schematycznego polecenia mleka w leczeniu cukrzycy wystrzegać się należy. Niektórzy chorzy na cukrzycę znoszą wyłącznie dietę mleczną źle bez żadnej usprawiedliwionej przyczyny, co nie zawsze da się przewidzieć. Że przy pewnych szczególnych wskazaniach, a mianowicie powikłaniach cukrzycy przewlekłym zapaleniem nerek, stwardnieniem tętnic, stanami gorączkowymi, a szczególnie acy-

dozą użycie mleka może być usprawiedliwione, nie potrzebuje dowodzenia.

Kuracja kartoflana. Kartofle, uważane przez niektórych za bardzo odpowiednie pożywienie dla chorych na cukrzycę, mogłyby uchodzić za pożyteczne z punktu widzenia niedokarmiania. Wyniki, osiągnięte przy leczeniu chorych na cukrzycę wyłącznie kartoflami, były bardzo różnorodne. Jakkolwiek kartoflom przy względnie nie wielkiej ilości węglowodanów (zawierają one znacznie mniej węglowodanów, aniżeli chleb 16 — 20%o przeciw 60,0^o w chlebie), znacznej ilości wody, wielkiej objętości, znacznej zdolności sytowania i nakoniec możliwości wytworzenia z nich dużej dozy tłuszczu przyznać należy pewien plus, wszelako nie mogą one być uważane za wyłączne pożywienie dla chorych na cukrzycę, i w rzeczy samej kuracja kartoflana została przez krytycznych lekarzy, do jakich należy NAUNYN, NOORDEN, LANGSTEIN zarzucona.

Kuracja owsiana, w r. 1902 przez NOORDENA⁴⁾ do terapii cukrzycy wprowadzona, zasługuje na największą uwagę lekarza. NOORDEN zauważył, że chorzy na cukrzycę, którzy przy ścisłej dyecie nie tracili cukromoczu lub bardzo nieznacznie, niekiedy szybko zostawali uwolnieni od cukromoczu, gdy im podawano węglowodany tylko w postaci mąki owsianej, a współcześnie ze zmniejszeniem się ilości cukru w moczu zmniejszała się ilość ciał acydozowych i amoniaku.

Przepis NOORDENA był początkowo następujący: 250 grm. mąki owsianej KNORRA gotuje się przez dłuższy czas w wodzie, do której dodaje się nieco soli; podczas gotowania dodaje się powoli do 300 gr. masła i roślinne białko (roborat lub ryż).

Obok zupy owsianej, którą się podaje co 2 godziny, można pozwolić nieco wina lub koniaku z czarną kawą.

Kuracja owsiana bywa zwykle ograniczona do 2 — 4 dni.

W 10 ciężkich przypadkach cukrzycy NOORDEN otrzymał nietylko zmniejszenie⁵ cu-

4) Ueber Haferkuren. Berl. kl. Wochenschr. 1903.

kromoczu i acydozy, lecz i tolerancja względem innych węglowodanów się poprawiła; w niektórych przypadkach cukromocz się wprawdzie nie zmniejszył; zmniejszone wydzielanie acydozy wskazywało na lepsze asymilowanie węglowodanów. NOORDEN gorąco poleca kurację owsianą we wszystkich ciężkich przypadkach cukrzycy pod ścisłą naturalnie kontrolą lekarza.

Inni autorzy otrzymywali różne wyniki. Wszelako SIEGEL, LANGSTEIN, HIRSCHFELD, MOOR, de la CAMP na mocy własnego doświadczenia polecają kurację owsianą w przypadkach cukrzycy z acydozą. Autor w zupełności zgadza się z tym poglądem.

LIPETZ w klinice NAUNYNA w jednym lekkim przypadku cukrzycy widział zwiększenie cukromoczu, w jednym średnio ciężkim ilość cukru w moczu była niezmienną; w drugim średnio ciężkim z początku ustąpienie cukromoczu, a następnie zwiększenie.

Wobec dalej 50 przypadków, niedawno podanych przez FALTE, o szczególnie pożytecznym wpływie kuracji owsianej na przebieg cukrzycy ani wątpić można.

Dla należytego ocenięcia skuteczności leczenia dodać należy, że kuracja owsiana, obecnie stosowana w klinice NOORDENA, w niektórych punktach się różni od dawniejszej. Po wielodniowej ścisłej diecie i 2 — 3 dniach

warzywnych z 2 — 4, najwyżej 6 jajami następują 3 dni diety owsianej bez dodatku białka, a następnie znowu 2 — 3 dni jarzynowe, poczem albo powtarza się kurację owsianą lub przechodzi się do ścisłej kuracji z ograniczeniem ilości białka.

W jaki sposób kuracja owsiana wpływa na zmniejszenie wydzielania cukru, na lepsze przyswajanie węglowodanów, na acydozę i przemianę ciał azotowych, nie da się ściśle określić. FALTA w tym względzie wypowiedział myśl, czy czasem mąka owsiana nie zawiera innych substancji, które pobudzają wewnętrzne wydzielanie trzustki i w ten sposób usuwają zboczenia w ogólnej przemianie materji właściwe cukrzycy.

Tak więc widzimy, że kuracja owsiana posiada duże znaczenie pod względem praktycznym (leczenia) jakoteż służy do lepszego teoretycznego zrozumienia zaburzeń w przemianie materji właściwych cukrzycy. Należy się spodziewać, iż piękne odkrycie NOORDENA stanowić będzie punkt wyjścia dla dalszych badań, mających za zadanie zwalczanie niebezpieczeństw, związanych z zaburzeniami przemiany materji, będących źródłem cukrzycy.

(Deutsche Klinik 1909, XII tom.).

F. Ar.

STRESZCZENIA.

Medycyna wewnętrzna

28. R. Kretz. O powstawaniu gruźlicy płuc.

Autor stara się zestawić w pracy niniejszej rozmaite zdania co do powstawania gruźlicy. Pierwsza część kwestyi, dotycząca źródła przedostawania się laseczników Kocha do ustroju, zdaje się obecnie zupełnie już nie ulegać wątpliwości. Śmiało rzec można, że głównem źródłem zakażenia jest kaszlący suchotnik, — wrodzona gruźlica BAUMGARTENA i kiszkowa droga BEHRINGA jeszcze nie mają podobnie pewnych podstaw, jak poprzednie twierdzenie. Nie tak jasno przedstawia się

natomiast sprawa dróg, któremi przedostaje się zarazek do ustroju. Pierwotne zdanie, że prątki wraz z powietrzem przedostają się do dróg oddechowych i tu usadawiają się na błonie śluzowej — czem znów ma się tłumaczyć szczególne zajęcie płuc — nie znalazło potwierdzenia w bardzo licznych badaniach. Niezmiernie drobiazgowo badania szkoły FLÜGGEGO dowiodły, że przy wziewaniu około 100 prątków — po dłuższym czasie powstaje wrzodziejąca gruźlica górnego płata (jak u człowieka), prątki jednak na błonie śluzowej oskrzeli znaleźć można dopiero przy masowem wprowadzeniu laseczników (około

milion) drogą wziewania. Wogóle zaś przekonano się, że masowe zakażenia (setkami tysięcy lub milionami prątków) prowadzą bez względu na drogę szczepienia do ogólnej gruźlicy ustroju, przy tem nie widać tak uprzywilejowanego u ludzi zajęcia szczytów płucnych.

Badania ORTHA, który wykazał, że szczepienie złośliwej hodowli zwierzętom, uprzednio traktowanym gruźlicą zimnokrwistych, wywołuje nie ogólną gruźlicę, lecz wrzodzącą w górnych płatach,—a także spostrzeżenia BAUMGARTENA, który po zastrzyknięciu złośliwej hodowli prątków do pęcherza moczowego otrzymywał gruźlicę płuc z zajęciem gruczołów, wyjaśniły wspólnie z badaniami FLÜGGEGO pewną stronę omawianej kwestyi.

Okazuje się mianowicie, że gruźlica płuc nie zależy od pewnej tylko drogi zakażenia, podobnie jak i serowate gruczoły okołoskrzelowe nie znajdują się w zależności od jednej tylko drogi zakażenia. Co więcej, rzecz można, że wziewanie w przeciwstawieniu do szczepienia bynajmniej nie musi wywoływać zmian pierwotnych na miejscu przedostawania się do ustroju, a także że gruźlica płuc jest postacią powoli przebiegającego zakażenia, niekoniecznie jednak powstałego drogą wziewania.

Dalsze badania BEHRINGA i innych autorów wykazały, że ustrój trojako wpływa na wprowadzony zarazek gruźliczy i sam nań oddziaływa. Zwierzę może więc (BEHRING) po upływie pewnego czasu od wprowadzenia prątka gruźliczego wcale nie reagować na nowe zakażenie, może dostać po następnym wprowadzeniu (ORTH) gruźlicy górnych płatów płuc, wreszcie może natychmiast paść ofiarą nowego zakażenia, chociaż przed 4-ma tygodniami niezłe zniosło pierwsze zakażenie. W tym ostatnim przypadku, ginąc samo, zwierzę tak przetrwawia świeżo wprowadzone laseczniki, że ich w ustroju za pomocą barwienia stwierdzić nie można.

Prace BARTELA, STÖRCKA i ORTHA dowiodły dalej, że laseczniki dość szybko przedostają się do krwi małego i dużego krążenia, odkładają się częściowo w aparacie chłonnym. powodując w następstwie dopie-

ro co przytoczone oddziaływanie wzajemne ustroju i krążących jeszcze lub wskutek czegokolwiek poruszonych laseczników. Z prądem limfy przedostają się te ostatnie do dużego krążenia żylnego i przez prawe serce do tętnicy płucnej. Na skutek wzmożonej tymczasem reakcyi ustroju zostają zatrzymane w naczyniach włosowatych płuc. Ztąd zatory zazwyczaj przenoszą się z prądem krwi do górnych gałęzi płucnych, czem tłumaczy się przeważne usadawianie się zmian w szczytach płuc. Dodać trzeba, że doświadczenia BAUMGARTENA dowiodły niezbicie, iż gruźlica gruczołów oskrzelowych może bezwarunkowo towarzyszyć gruźlicy płuc pochodzenia naczyniowego, ten więc objaw nie może przemawiać przeciwko temu pochodzeniu, lecz za pierwotnem zakażeniem dróg oddechowych, jak tego chce ALBRECHT.

(Brauer's Beitr. zur Klin. der Tub. Tom 12, z. 3).

M. Gantz.

Choroby dzieci.

29. Schabad. O doniosłości wapnia w patologii krzywicy. Rozprawa I. O zawartości mineralnej kości zdrowych i dotkniętych krzywicą.

Zarówno w krzywicy, jak i w warunkach normalnych kości czaszkowe zawierają mniej wody, a więcej części stałych, z tych zaś ostatnich — więcej popiołu, a mniej substancji organicznych, niż żebra i kości długie.

Sucha substancja kostna noworodka zawiera 60 — 65 proc. popiołu i 40 — 45 proc. substancji organicznych. Od chwili przyjścia na świat dziecka stosunek popiołu i substancji organicznych zmienia się o tyle, że przedewszystkiem zmniejsza się ilość popiołu i w drugim roku życia wynosi 59 — 55 proc., netenczas gdy ilość składników organicznych odpowiednio wzrasta. Następnie, począwszy od drugiego roku życia, ilość popiołu wciąż wzrasta i u dorosłych sięga 68 proc.

W kościach, dotkniętych krzywicą, bywa zwiększona ilość wody przy zmniejszonej ilości części stałych. W suchej substancji kostnej zmniejsza się zawartość popiołu, powiększa zaś ilość składników organicznych. Zmiany te mogą być nieznaczne w początkowym okresie krzywicy, gdy w przypadkach daleko

posuniętych ilość wody dosięga niekiedy 66 proc., a popiół ma się do masy organicznej jak 60:40.

Stosunek wapnia do fosforu zmienia się w ciężkiej krzywicy o tyle, że zmniejsza się zawartość wapnia przy zwiększonej ilości fosforu. Zmniejszanie się zawartości popiołu następuje więcej na koszt wapnia, niż na koszt fosforu.

Rozprawa II. O fizyologicznej potrzebie wapnia i o krzywicy na skutek niedostatecznej ilości wapnia.

Waga kośćca w pierwszych latach życia wynosi 16 proc. ogólnej wagi dziecka, zawartość wapnia w kościach równa się $1\frac{1}{4}$ proc. ogólnej wagi ciała, a 7,7 proc. wagi kośćca. Można tedy z powiększonej wagi wnioskować o przyroście wapnia w organizmie w różnych okresach życia dziecka.

Największy fizyologiczny przyrost wapnia odpowiada okresowi najbardziej intensywnego wzrastania organizmu i przypada u dzieci, karmionych piersią, na 2 — 4 miesiąc życia, u niemowląt zaś, sztucznie żywionych — na 2 — 6 miesiąc.

Zatrzymanie wapnia przez ustroj niemowlęcia z mleka matczynego daje się obliczyć na 70 proc., a z mleka krowiego — na 30 proc.. Zawartość wapnia w mleku kobiecym waha się między 0,047 a 0,036 proc.. Jedynie największa zawartość wapnia z mleka kobiecego jest w stanie pokryć fizyologicznie niezbędną ilość wapnia w okresie intensywnego wzrostu organizmu dziecięcego (od 2 do 4 miesiąca). Ztąd wynika fizyologiczny brak wapnia w ustroju, i tu znajdujemy objaśnienie fizyologicznego rozrzedzenia kości czaszkowych w drugim kwartale życia (*Pseudorachitis* STÖLZNER) tudzież fizyologicznej osteoporozy kości długich, począwszy od szóstego miesiąca (SCHWALBE).

Lubo zawartość wapnia w mleku krowim jest cztery razy większa, niż w mleku kobiecym, jednak przy sztucznym żywieniu fizyologicznie niezbędna ilość wapnia w okresie intensywnego wzrastania może być pokryta jedynie przez mleko całkowite (Vollmilch) lub prawie całkowite ($\frac{2}{3}$ mleka), przyswajalność bowiem mleka krowiego jest $2\frac{1}{2}$ razy słabsza od mleka kobiecego. Atoli w pier-

wszem półtoraroczcu życia niemowlę otrzymuje mleko przeważnie do połowy rozcieńczone, przy sztucznym żywieniu tedy zachodzi większa różnica między fizyologicznie niezbędnym a dostarczonym wapniem, niż przy karmieniu piersią.

Zawartość wapnia w mleku kobiecym może być normalna lub niższa od normalnej i to przez czas dłuższy. Zatem i u karmionych piersią dzieci nie można wyłączyć krzywicy wskutek niedostatecznej ilości dostarczanego wapnia.

Krzywica „doświadczalna”, wywoływana u zwierząt przez pokarmy ubogie w wapień, nie daje się odróżnić od krzywicy zwykłej ani pod względem klinicznym, ani anatomicznym, ani chemicznym; jedynie pod względem budowy histologicznej nabiera cech pseudo-krzywicznej osteoporozy.

Jest rzeczą możliwą, że i u ludzi narówni z właściwą krzywicą zachodzi i pseudo-krzywica na skutek niedostatecznej ilości wapnia, ta ostatnia postać niczem od pierwszej się nie różni, posiada atoli pewne odrębności, cechujące krzywicę doświadczalną.

(Arch. f. Kind. T. 52, Z. I — III).

Józef Judt.

Chirurgia.

30. Assen. Bardzo rzadkie uszkodzenie kręgosłupa.

Autor opisuje bardzo ciekawy przypadek uszkodzenia kręgosłupa. Chory upadł na głowę, złamał sobie krąg szczytowy i włamał wyrostek zębowały kręgu obrotowego. Jako objawy można było zaznaczyć przesunięcie głowy na bok i boczne skrzywienie szyjowej części kręgosłupa; oprócz tego ruchy głowy były zupełnie niemożliwe do wykonania; jako jedyny objaw porażenia układu nerwowego należy zaznaczyć ból nerwu potylicowego.

Co się zaś tyczy leczenia, to autor, uwzględniając nieliczne opisane w piśmiennictwie przypadki podobne, przychodzi do tego wniosku, że przy świeżych złamaniach oddaje najlepsze usługi spokój i ciągły wyciąg; do dalszego leczenia takich przypadków jest wskazana krawatka podpierająca.

(Zeitsch. f. orthopäd. Chirurgie. T. XXI, zeszyt 1 i 3).

W. Biehler.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie gastrologiczne z d. 17 listopada 1909 r.

Porządek dzienny 1) Demonstracye, 2) RZĘTKOWSKI i KARASIÓWNA: o reakcyi CAMMIDGEA, 3) JANCZUROWICZ: w sprawie patologii i terapii dyzenteryi amoebowej, 4) Dopełnienie regulaminu.

1) a) TUCHENDLER przedstawił chorego z samodzielnym rozszerzeniem przełyku. Chory ma lat 33; od pięciu lat skarży się na trudności łykania. Dolegliwości swoje opisuje on w ten sposób, że jedzenie zatrzymuje mu się wewnątrz w przełyku i nie może przedostać się do żołądka. To, co przyjmuje, może z łatwością wydobyć z powrotem, musi się tylko trochę nachylić, przy pewnym wysiłku może też pokarmy przepchnąć przez przeszkodę. Stałe pokarmy najłatwiej przechodzą, jeśli popije trochę wody. Same płyny również nie przechodzą. Bólów większych nigdy nie miał, krwi w wymiotach nie widział. Czasem zdarza mu się, że zupełnie dobrze może zjeść i wypić, przytem zauważył, że w pozycji stojącej wogóle lepiej łyka, aniżeli w siedzącej (powiększenie ciśnienia hydrostatycznego). Badanie zgłębnikiem wykazuje: zgłębnik elastyczny, twardy zatrzymuje się w przełyku w odległości 50 cm. od zębów; pomimo ucisku przejść do żołądka nie może. Po wprowadzeniu zgłębnika miękkiego do 36 cm. obok i przezeń wylewa się płyn, przedstawiający resztki pokarmów nie strawionych; płyn ten nie daje reakcyi na wolny kwas solny. Ten sam zgłębnik miękki, wprowadzony dalej, dochodzi w przełyku niżej, niż elastyczny, bo do 44 cm., ale tu natrafia na przeszkodę nie do zwalczania. Po takich kilkarotnych usiłowaniach udało się T. przedostać się do żołądka za pomocą miękkiego, ale grubego zgłębnika i wydobyć czwartość, która dawała reakcyę na wolny kwas solny. Na zasadzie powyższych danych badania obiektywnego nietrudno już było zrobić rozpoznanie. Badanie zgłębnikiem wykazuje przeszkodę w przełyku w okolicy wpustu, przez którą miękki zgłębnik przejść nie może, ale zato gruby żołądkowy czasem przechodzi. Z tego wnosimy, że mamy do

czynienia ze skurczowem zamknięciem w dolnym końcu przełyku, które uważać musimy, jako powstałe na drodze funkcjonalnej. Przemawiają za tem: 1) Długotwałość choroby i dobry stan odżywiania, 2) najgrubsze zgłębniki przechodzą nieraz do żołądka, 3) brak wszelkich danych w wywiadach, pozwalających na przyjęcie organicznej przeszkody w okolicy wpustu. W rozpoznaniu różniczkowem bliżej nieco zastanowić się jedynie należało, czy nie mamy do czynienia z uchyłkiem. Uchyłek należało wyłączyć prócz innych względów i dlatego, że wprowadzaliśmy zgłębnik do żołądka nawet przy wypełnionym worku przełykowym; wypełniony uchyłek, uciskając przełyk, nie pozwoliłby na wprowadzenie zgłębnika. Wreszcie badanie za pomocą promieni Roentgena, dokonane łaskawie przez kolegę JUDTA, wykazało duże cylindryczne rozszerzenie przełyku.

Następnie, przechodząc z kolei do etiologii omawianej sprawy, T. przytacza poglądy na tę rzecz ZENKERA, ZIEMSSENA, MIKULICZA i ROSENHEIMA a także naszych autorów, którzy w tej dziedzinie dużo pracowali, jako to: REJCHMANA, MINTZA, BYCHOWSKIEGO, BREGMANA, MAYBAUMA, JANCZUROWICZA. Przypadek swój uważa T. także za zupełnie ciemny pod względem etiologicznym.

U chorego tego udało się T. potwierdzić rozpoznanie i za pomocą badania wziernikowego przełyku.

W dyskusyi prezes proponuje przenieść dyskusyę nad tym ciekawym przypadkiem na następne posiedzenie; propozycya została przyjęta.

b) KNAPPE przedstawił 124 kamienie żółciowe, które wyszły *per vias naturales*. Przypadek dotyczył mężczyzny 47-mio letniego, który od 1/2 roku doznawał ataków kolki żółciowej, powtarzających się mniej więcej raz na miesiąc i trwających po 2 — 3 dni. W ostatnich czasach ataki występowały jeszcze częściej, aż wreszcie wystąpiła żółtaczka. Przy badaniu znaleziono powiększenie wątroby (4 cm. pod łukiem żebrowym), bolesność

w okolicy pęcherzyka żółciowego. Kuracja polegała na stosowaniu okładów gorących, morfiny i soli karlsbadzkiej. W dwa dni później nastąpiła nagła poprawa, poczem w wypróżnieniu znaleziono 37 kamieni żółciowych; żółtaczką i powiększenie wątroby szybko ustąpiły. W tydzień później obraz kliniczny powtórzył się z poprzednim natężeniem; poprawa nastąpiła również raptownie, i w stolcu znaleziono 87 kamieni żółciowych. Kamienie wielkości grochu polnego i mniejsze są barwy jasno-żółtej, z licznymi fasetkami na powierzchni, o ciemnym jądrze wewnątrz. Przy badaniu chemicznym otrzymano kryształ cholestearyny, pacjent przechodził tyfus brzuszny w 18 r. życia. Badanie obiektywne zmian w innych nurządach nie wykryło. Pacjent podobno wkrótce przeszedł 3-ci atak choroby i znowu znalazł parę kamieni w wypróżnieniach. Od tego czasu (2 miesiące) czuje się zupełnie zdrowym.

c) **SIERPIŃSKI** przedstawił kamienie żółciowe, pochodzące od chorej, która leczyła się u niego w lecznicy. Chora, lat pięćdziesiąt kilka mająca, od dwudziestu kilku lat ma już ataki kamicy żółciowej. Pierwszy atak wystąpił w kilkanaście dni po porodzie. Wszystkie ataki przechodziły bez gorączki i były bezskuteczne. Ostatni atak, jaki miał miejsce przed rokiem, był bardzo silny i trwał 4 dni. Po ustąpieniu ataku w następstwie przez dni 9 chora nie mogła oddać stolca z powodu przeszkody w kiszce stolcowej.

Wreszcie zdecydowała się sama sobie usunąć tę przeszkodę i wydobyła kamień wielkości orzecha włoskiego, z fasetkami na dwóch biegunach, lekki, koloru ciemnobrunatnego. Po usunięciu kamienia chora oddała znaczną ilość stolca, w którym znalazła jeszcze 13 mniejszych kamieni różnej wielkości.

Widzimy więc, że kamień względnie niezbyt duży spowodował czasową niedrożność kiszek i dzięki temu, że nastąpiła ona w miejscu dostępnym, łatwo usunięta być mogła.

d) **EIGER** pokazał kamień, tkwiący we wspólnym przewodzie żółciowym, wielkości kurzego jaja. Przewód wspólny był wybitnie rozszerzony. Pęcherzyk żółciowy zmniejszony znacznie, o ścianie zgrubiałej, wypełniony żółcią.

W dyskusyi **REJCHMAN** uważa przypadek **KNAPPEGO** za dość rzadki; sam również spostrzegł podobny przypadek, w którym całymi tygodniami wychodziły drobne kamyczki żółciowe, ogółem kilkaset.

e) **REJCHMAN** z powodu mającej nastąpić na posiedzeniu demonstracyi preparatów mikroskopowych, przedstawiających skrawki, otrzymane z cząstki nowotworu, usadowionego w dolnym odcinku kiszki zgiętej, — wypowiada kilka słów objaśnienia, w jaki sposób udało mu się rozpoznać chorobę. Chory, pięćdziesięciokilkoletni mężczyzna, dobrze odżywiony i czerstwo wyglądający, doznaje od lat 10-ciu zaburzeń w defekacyi—stolce bywały dość często rozwolnione, zawierały znaczną ilość śluzu, a w ostatnich czasach b. często były krwią świeżą zabarwione. Badanie fizyczne orgaów brzusznych i badanie odbytnicy palcem nie dały żadnych wyników. Dopiero za pomocą rektoskopu udało się ujrzeć w dolnej części kiszki zgiętej, tuż poza *plica recto-romana*, w głębokość 14 — 15 cm. od odbytu, na przestrzeni 4 — 5 cm. wgłąb kilka łatwo krwawiących guzków, z których jeden wielkości małego orzecha laskowego, a inne mniejsze. Guziki te mają tak miękkie utkanie, że koniec rektoskopu obrywa z nich przy każdorazowym badaniu dość duże cząstki. Mikroskopowe badanie tych cząstek, dokonane przez kol. **EIGERA**, wykazało, iż przedstawiają one budowę polipów kiszkiowych z tendencją w niektórych miejscach do wytwarzania się tkanki charakterystycznej dla gruczolaka złośliwego (*adenoma malignum*). **REJCHMAN** zaznacza, że rozpoznanie choroby w danym przypadku stało się możliwem dzięki jedynie rektoskopii, i że fakty tego rodzaju wykazują wartość tej nowej metody rozpoznawczej.

Przy tej sposobności **REJCHMAN** przedstawia dwa ulepszenia, które wprowadził do rektoskopii i do terapii rektoskopowej. Dla otrzymania prądu elektrycznego do rozżarzenia lampki rektoskopowej zastosował małą baterię, złożoną z 5 suchych elementów, która daje napięcie prądu równe 6 woltom, zupełnie dostateczne do otrzymania dobrego oświetlenia. Taka bateria mała może oddać rektoskopii wielkie usługi i przyczynić się do



Dla chorych wewnętrznych, nerwowych i rekonwalescentów, w najpiękniejszej i najzdrowszej okolicy południowej Francji w pobliżu lasu i wolnej od kurzu. Kuchnia dyetyczna. Leczenie indywidualne.

Hydro i elektroterapia. Oświetlenie elektryczne. Winda. Telefon. Ogrzewanie wodą gorącą we wszystkich pokojach.

KARPIŃSKIEGO SOLE DO KĄPIELI

z KWASEM WĘGLOWYM (CO₂)
zastępujące kąpiele w Nauheim, Kissingen.

KARPIŃSKIEGO Sole do kąpiel z kwasem węglowym Nauheimskie działają znakomicie w astmie, cierpieniach nerwowych, zapaleniach oskrzeli bronchitis rozedmie płuc, wadach serca, nerwowej niemocy płciowej i t. p. niemniej doskonały środek do pobudzenia krążenia krwi.

- | | | | |
|----|---|-----------------------|-------------------|
| 2) | KARPIŃSKIEGO sole do kąpiel | borowinowych | z kwasem węglowym |
| 3) | " " " " | jodowo-bromowych | " " |
| 4) | " " " " | balsamiczno-sosnowych | " " |
| 5) | " " " " | siarczanych | " " |
| 6) | Wyciąg z igliwia sosnowego w tabletkach; jest to suchy ekstrakt z igliwia sosnowego, prasowany z chlorkiem sodowym, zawierającym jodki i bromki, bardzo dogodny w użyciu i łatwo rozpuszczalny. | | |

Broszury gratis i franco.

Laboratorium Chemiczno-Farmaceutyczne
Fr. KARPINSKI w Warszawie, Elektoralna 35, telefonu 600.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształ Nowo-karlsbadzkie kryształ Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowymi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA

Nowy-Swiat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

Borovertin „Agfa”

rurki zaw. 20 tabletek po 0,5 grm Borovertin „Agfa”

Próby i literatura na żądanie

Nie drażniący
pewno działający
środek oskazający moc
i

Antyseptyk dla pęcherza
ostatnio zalecany w
tyfusie i rzeżączce

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.

Oddział farmaceutyczny—BERLIN S. O. 36.



PARKE, DAVIS & Co.



DETRGIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG, Koniuszennaja, 19/8.
Telefon № 233-81.

LONDYN
(Anglia).

Największe w świecie laboratorium do przygotowywania środków lekarskich na podstawach naukowych.

Stosowanie środków o nieokreślonym składzie dyskredytuje tylko terapię. Przepisując lekarstwa należy zwracać baczna uwagę na siłę ich działania, je żeli zaś ta ostatnia nie jest wiadomą, to stosowanie takiego środka będzie tylko empiryczne i będzie paraliżować wszystkie strony dodatnie ścisłego rozpoznania.

Istnieje tylko jeden sposób, umożliwiający ścisłe określenie wartości leczniczej danego lekarstwa przed jego zastosowaniem. Sposób ten polegający na poprzednim zbadaniu chemicznym i fizyologicznym wprowadzony został przez nasze laboratorium i otrzymał nazwę „Standardyzacyi”. Wyrabiamy:

Adrenalinę Takamine — Adrenalin Inhalant — Adrenalin Unguent — Acetozone — Brometone — Chloreton Inhalant — Cascara Sagrada Extr. fl. i w tabletkach pokrytych czekoladą i cukrem. Różne Extracta fluida. Taka — Diastazę Formidinę — Jodalbin — Glycerofosfaty w tabletkach — Lecithinę w tabletkach — Antidiphtheria serum — Antistreptococcus serum — Antitubercle serum.

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych.

Żądajcie książki o „Standardyzacyi”, literaturę swjej specjalności i cenniki.

Maladies du Cerveau EPILEPSIE, HYSTERIE, NEVROSES

Traitées depuis 40 ANS avec succès par les

SIROPS HENRY MURE

1° Au Bromure de Potassium. 2° Polybromuré (potassium, sodium, ammonium). 3° Au Bromure de Strontium (exempt de baryte).

Rigoureusement dosées. 2 grammes de sel chimiquement pur par cuillerée à potage et 50 centig. par cuillerée à café de sirop d'écorces d'oranges amères irréprochable.

Etablies avec des soins et des éléments susceptibles de satisfaire le praticien le plus difficile, ces préparations permettent de comparer expérimentalement dans des conditions identiques, la valeur thérapeutique des divers bromures seuls ou associés. — FLACON : 3 rb. 90 cop.

Maison HENRY MURE A. GAZAGNE, ^{Ph^m} d. ^{1^{re}} cl., Pont-Saint-Espirit (Gard) France.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych Rosyi.

Sanatorium — Państwowe „Steinhof”

Wiedeń XIII.

Największy i nowoczesnie urządzony Zakład leczniczy i pielęgnarski, dla chorych nerwowych i umysłowych (pod zarządzeniem władz).

Najkompletniejsze urządzenia do leczenia: neurastenii, hysterii, hypochondrii, stanów nerwowych, morfinizmu, kokainizmu, alkoholizmu etc.

10 z największym komfortem urządzonych pawilonów. Włas. Kurhaus z urządzeniami mehan. elektr. i hydropatycznymi. basen zimowy do pływania; sala przyjęć i jadalne, salony bilardowe, do palenia i muzyczne, teatr, orkiestra domowa, centralne ogrzewanie, światła elektryczne.

Geny pensyon: za mieszkanie, ogrzewanie, oświetlenie, całodziennie utrzymanie (4 posiłki dziennie) opiekę lekarską, opiekę i nadzór na dobie: dla pensyonarzy pochodzących z dolnej Austrii I klasa od 9 k. i wyżej, II klasa 7 k. 60 h.; dla pensyonarzy nie pochodzących z dolnej Austrii I klasa od 10 k. i wyżej II klasa 8 k.

Prospekty gratis i franko. Numer telefonu: Ottakring 278.
Przystanek miejskiej kolei elektrycznej

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Burzyńskiego, Gromadzkiego, Gutkowskiego, Jaskłowskiego. Natanson, Rytki, Thiemego, Tyrehowskiego i Winawera. Przyjmuje za opłatą od 2½ do 6 rs dziennie. Sala porodowa. Kąpiele Bierowskie. Elektryzacja. Elektryczne oświetlenie.

Pracownia analityczno-lekarska

D-a Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna Nr 22)
telefon 73-46 albo 44-83.

D-r M. Springer

dokonywa próby Wassermann'a,
Marszałkowska 142 telef. 179.53.

Dr. A. de Colonna Walewski

od dawna osiadły w WIZZY
(Ruś du Congrès № 12)
Godziny przyjęcia do 2 — 5.

rozpowszechnienia tej metody badania, dając możliwość stosowania jej w miastach i w domach, gdzie niema światła elektrycznego, tudzież zastępując kosztowne i prędko wyczerpujące się akumulatory. Jest łatwa do przenoszenia, tania i dobrze funkcjonuje przez długi przeciąg czasu. Bateria, na posiedzeniu przedstawiona, działa przez 2½ miesiąca, 2 lub 3 razy tygodniowo, za każdym razem po 20 — 30 minut. Obecnie daje takie same światło, jak przed 2-ma miesiącami. Drugie ulepszenie wprowadził REJCHMAN do urządzenia insuflatora, mającego za zadanie pokrywanie leczniczymi proszkami błony śluzowej odbytnicy i kiszki zgiętej za pośrednictwem rektoskopu. Taki insuflator urządził w b. łatwy sposób, nasuwając na koniec zwykłego insuflatora rurkę gutaperkową długości 40 cm.; za pomocą tego prostego przyrządu daje się pokryć proszkiem różne miejsca, do których rektoskop dojść może.

f) EIGER opisuje zjawisko *Polyposis intestinalis* z punktu widzenia anatomopatologicznego, przytacza zapatrywania HAUSERA i RIBBERTA i zwraca uwagę, że klinicysta zawsze powinien być ostrożny, gdyż *polyposis intestinalis* jest często źródłem uporczywych krwawień, nieraz wywołuje stany zapalne i zwężenie światła kiszki.

Ważny jest fakt, stwierdzony przez autorów, że z *polyposis* powstają gruczolakoraki.

g) RZĘTKOWSKI i KARASIÓWNA. O o d c z y n i e CAMMIDGEA.

Streszczając istniejące w literaturze poglądy na wartość odczynu CAMMIDGEA w rozpoznawaniu chorób trzustki, podają następnie autorowie własne spostrzeżenia przy badaniu pięćdziesięciu kilku przypadków rozmaitych chorób wewnętrznych ze szczególnem uwzględnieniem chorób trzustki. Na zasadzie 9-ciu sekcyjnych i operacyjnych przypadków oraz na zasadzie badań wyciągów z organów wewnętrznych, jak trzustka, śledziona, wątroba, poddanych bądź samotrąwieniu, bądź gniciu, dochodzą autorowie do następujących wniosków, że:

1) odczyn CAMMIDGEA występuje najczęściej przy zmianach chorobowych trzustki;

2) że występuje on i w innych stanach chorobowych, związanych z większym roz-

padem jąder komórkowych narządów mięszowych;

3) że ciało, dające charakterystyczne dla odczynu krysztaly, jest prawdopodobnie produktem rozpadu jąder komórkowych narządów mięszowych, zwłaszcza zaś glukonucleoproteidu, który po zagotowaniu z kwasem solnym rozszczepia się na pentozę i inne jeszcze ciała. Pentoza zaś z phenylhydrazyną daje krysztaly pentoazonu — krysztaly CAMMIDGEA.

W dyskusyi EIGER na podstawie swoich doświadczeń na psach i na zasadzie rozważań teoretycznych sądzi, że obecnie jeszcze jest przedwczesnie wydawać sąd o wartości odczynu CAMMIDGEA, i zwraca uwagę na często dający się spostrzegać brak krytycyzmu w wyciąganiu wniosków z danych doświadczalnych i klinicznych. Zarówno sama trzustka, zaburzenia czynnościowe trzustki, jak i same krysztaly CAMMID. są jeszcze dotąd mało zbadane, stanowi to jeszcze pole do dalszych zmudnych dociekań.

RÓBIN sądzi, że zasługą prelegenta jest, że wspólnie z kol. KARASIÓWNA sprawdził próbę CAMMID. na większym materyale klinicznym i autopsyjnym i doszedł do własnych wniosków w sprawie, co do której zdania autorów są dotąd bardzo sprzeczne. Gdy bowiem jedni (jak sam CAMMID., MAYO-ROBSON i inni), uważają pr. CAMMID. niemal za patogeniczną cechę chorób trzustki, inni wręcz odmawiają jej wartości, otrzymując dodatni wynik w cierpieniach innych narządów, a ujemny np. w raku trzustki (KRIENITZ). Zdaniem R. winniśmy uważać pr. C. za jedno tylko ogniwo w łańcuchu objawów chorób trzustki i w każdym przypadku stosować wszystkie dostępne nam metody badania cierpień trzustki, jakoto poszukiwać cukru w moczu, tłuszczu i trypsyny w kale, wykonać próbę glutoidową z jodem, próbę woreczkową SCHMIDTA i t. d. Opierać się na samej tylko próbie C. nie powinniśmy już choćby dlatego, że nie potrafimy stanowczo poznać owych krysztalów: w jednym przypadku te same krysztaly uważane były przez jednego badacza za typowe, kr. C., drugi zaś wyraził w tym względzie wątpliwości.

LANDAU wątpi, czy pentoza jest owem

ciałem, które daje odczyn C., i sądzi, że na zasadzie wyglądu samych kryształów nie można przyznawać dodatniego wyniku pr. C. Wogóle dopóki ciało, otrzymywane przy odczynie C., nie będzie ściśle zbadane i nosić będzie cechy pewnego mistycyzmu, nie można opierać się na pr. C. Wartość kliniczna pr. C. jest, zdaniem L., przesądzona, większość autorów odmawia tej próbie znaczenia klinicznego, gdyż okazała się nieswoistą dla cierpienia trzustki. L. otrzymał dodatni wynik w przypadku l u m b a g o. Tem mniej można opierać się na pr. C. przy wskazaniach do leczenia operacyjnego kamieni żółciowych. Co się tyczy próby woreczkowej, to L. i jej odmawia wartości.

KNAPPE uważa, że, jakkolwiek daleko przyjemniej jest wykonywać próbę chemiczną, gruntownie zbadaną co do przebiegu chemicznej reakcji, tem niemniej zyskały sobie prawo obywatelstwa w laboratorium klinicznym liczne próby zupełnie ciemne pod względem chemicznym. Do takich należą wszystkie niemal próby barwne, jak dyazoreakcja, próby na pentozy, na barwniki żółciowe KROKIEWICZA, na urobilinę i t. d. Z tego też względu nie można lekceważyć sobie próby C. pomimo, iż kryształy, przy niej otrzymywane, są nie zawsze jednakowego kształtu, jednakowej topliwości i że powstają w moczu w razie obecności w nim niewiadomego ciała. Zasluga prelegenta jest nietylko to, że próbę tę zbadal na licznych materyale klinicznym, ale i to, że ją do Warszawy wprowadził.

Przypadki spraw chorobowych trzustki, w których próba wypadła ujemnie, mówca tłumaczy sobie w ten sposób, że sprawa chorobowa nie przeszkadzała widocznie sokowi trzustkowemu wydostawać się przez przewody niezajęte. Próba wypadła dodatnio jedynie wtedy, kiedy ma miejsce wewnętrzna rezorbcja produktów trzustki. Czy przewody były drożne, o tem nie tylko na podstawie badania makroskopowego, ale i mikroskopowego sądzić nie można.

MUTERMILCH zwraca uwagę na to, że absolutnie pewnych metod rozpoznawczych niema, i sądzi, że w ocenianiu pr. C. należy trzymać się zasady, że dodatni wynik jej nie przesądza sprawy, zaś ujemny — przemawia przeciwko cierpieniu trzustki. Należy zawsze wykonywać próbę z moczem ś w i e ż y m.

EIGER dodaje jeszcze, że trzustki w 30% przypadków mają dodatkowe przewody, nieraz nawet u psów są dodatkowe trzustki.

MALINIAK sądzi, że próbę C. należy w każdym przypadku wykonywać kilkakrotnie, spostrzegal bowiem przypadek, w którym 2 razy był wynik ujemny, a za trzecim razem dodatni.

RZĘCHMAN również sceptycznie odnosił się do próby C., obecnie jednak badania Rz. i K. przekonały go, że robić próbę w każdym podejrzanym przypadku należy, jednocześnie stosując wszelkie inne nowoczesne metody badania czynności trzustki, jakoto poszukiwać trypsiny w kale i żołądku i t. d.

RZĘTKOWSKI odpowiada, że inne metody badania czynności trzustki są celowe w tych tylko przypadkach, w których mamy do czynienia z bardzo silnem zajęciem tego narządu; że pr. C. wobec tego nie może być porównywana z innymi metodami, gdyż ma za zadanie wykazanie zmian w trzustce wówczas, kiedy inne metody dają wyniki ujemne. Opinia BRUGSCHA w sprawie wartości próby C. nie jest miarodajna, wreszcie, że BRUGSCH stoi na zarzuconym dziś już zupełnie punkcie widzenia, jakoby odczyn C. spowodowany był przez obecność gliceryny w moczu. Do mistycznych reakcji, jak słusznie zauważył KNAPPE, należy także diazoreakcja, która oddaje często w klinice poważne usługi. Jakkolwiek zatem pr. C. daje jeszcze sprzeczności, jednakże należy w praktyce często ją stosować, aby w ten sposób uzyskać obfitszy materyał do oceny znaczenia tego odczynu. Do stosowania pr. C. nawoływał u nas pierwszy ś. p. d-r KRAJEWSKI.

W. Róbin.

O D C I N E K.

Kilka słów w sprawie szerzącego się partactwa leczniczego.

Zwrot medycyny w ciągu kilku ostatnich dziesięcioleci ku wyzyskaniu sił fizycznych przyrody w celach leczniczych wskrzesił jednocześnie zapomianą dawniejszą metodę leczenia, — mięsienie, masaż. Twórcy tej metody BONNET i MRENGAIL, a szczególnie MEZGER, który rozwinął technikę mięsienia i do niebywałej doprowadził ją doskonałości, nie przypuszczali z pewnością, że stanie się ona polem coraz bardziej szerzącego się partactwa leczniczego, na co pragnę zwrócić uwagę ogółu lekarzy. Korzystając z braku rąk lekarskich i dużego zapotrzebowania, zjawiała się u nas w krótkim czasie cała falanga masażystów i masażystek żądnych łatwego zarobku, a popieranych przez nieświadomość ogółu i dyskretne milczenie lekarzy. Pochodzi to ztąd, że większość lekarzy uważa mięsienie wogóle za rzecz bardzo prostą i łatwo wykonalną. Nie potrzebują chyba szeroko udawać, że jako zabieg leczniczy mięsienie musi być oparte na gruntownej znajomości podstaw wiedzy lekarskiej — anatomii, fizjologii, histologii i t. p. jakoteż znajomości istoty choroby i celu, jaki za pomocą mięsienia osiągnąć chcemy. W końcu dla należytego wykonania mięsienia posiadać trzeba technikę i siłę fizyczną. Bez znajomości podstaw naukowych mięsienie staje się zwyczajnem bezmyślnem rozcieraniem i wcieraniem wazeliny po powierzchni skóry.

Mięsienie, dokonywane u nas najczęściej podług zazwyczaj ogólnikowych wskazówek lekarzy przez masażystów i masażystki, nie obeznanych należycie z techniką, przynosi często prawdziwą szkodę. Trudno doprawdy dociec, skąd się biorą ci specjaliści. Istnieje jedna czy dwie szkoły masażu w Warszawie z dwuletnim kursem, mające prawo wydawać odpowiednie świadectwa; słuchaczy i słucha-

czek jest tam jednak bardzo mało, gdyż wielu kandydatom ten czas wydaje się za długim, a nauka za drogą. Tytuł masażystów i masażystek przywłaszczają sobie najczęściej felczerzy, felczerki, akuszerki, babki lub pielęgniarki zazwyczaj samowolnie lub co najwyżej pod pretekstem odbycia praktyki w oddziale szpitalnym. Znam np. taki fakt, że posługacz laboratoryjny przy jednym z oddziałów szpitala Dz. Jezes po paru latach przyglądania się, jak lekarz wykonywał masaż, przyjechał do Ciechocinka, jako specjalista masażysta i felczer.

W rezultacie ten stan rzeczy doprowadził do sprofanowania racjonalnej i skutecznej metody leczenia, do zdyskredytowania jej w oczach wyzyskiwanego przez partactwo ogółu chorych i do bezwartościowości pracy wskutek ogromnej konkurencji żądnych łatwego zarobku.

Wszelkie partactwo w medycynie w imię nauki i dobra chorych winno być zwalczane przez cały ogół lekarzy. W tym celu należy przede wszystkim uświadomić chorych co do wartości leczniczej samego masażu i jego wykonania, przestrzegać przed partactwem i wyzyskiem ludzi nie fachowych. Następnie wobec braku specjalistów lekarzy powierzyć należy chorych istniejącym w Warszawie zakładom mechano-leczniczym, gdzie mięsienie wykonywa albo sam lekarz lub ktoś uzdolniony pod kierunkiem i kontrolą lekarza. Żądać się powinno od masażystów i masażystek dowodów na prawo zajmowania się mięsieniem i uwzględniać tylko te, które dają rękojmię jakiej takiej wartości. Zaniechać się powinno prowadzenia tak zwanych kursów miesięcznych masażu przy klinikach i ambulatoriach, nie mających ani prawa, ani racji bytu, a natomiast podnieść projekt założenia odpowiedniej szkoły masażu, która kształciłaby dobrych wykonawców pracujących nie samodzielnie, lecz pod kierunkiem

lekarzy.

Nie uważam się bynajmniej za zupełnie kompetentnego do całkowitego i należytego rozstrzygnięcia kwestyi i dlatego ośmielam

się tu rzucić projekt, aby Stowarzyszenie lekarzy polskich zajęło się bliżej tą sprawą.

Warszawa d. 15/1 1910 r.

Biesiekierski.

Wiadomości bieżące.

— Niejednokrotnie już redakcja zwracała się do kolegów o nadsyłanie do biura redakcyi (Niecała 7) życiorysów i spisu prac, drukowanych dla Słownika lekarzy polskich.

Mimo te nawoływania dotąd odnośne dane przysłało zaledwie 300 kolegów, skutkiem czego nie możemy przystąpić do wydawnictwa. Wobec tego na ostatniem posiedzeniu komitetu redakcyjnego postanowiono ostateczny termin dla nadsyłania życiorysów i spisu prac drukowanych oznaczyć na dzień 1 lipca r. b. i po tym czasie bezzwłocznie przystąpić do drukowania Słownika.

Redakcja nasza wobec tego zwraca się ponownie do Sz. Kolegów z prośbą o jaknajszybsze nadsyłanie życiorysów swych i spisu prac do lokalu Redakcyi (Niecała 7), zarazem prosi wszystkie redakcyje pism polskich o jaknajczęstsze przypominanie kolegom o tym terminie.

Mamy nadzieję, że Towarzystwa lekarskie nie odnowią nam również wywieszenia w swoich lokalach stosownej odezwy do członków, uzupełnienie bowiem Słownika Kościńskiego jest rzeczą bardzo pilną i ważną.

— „Gazeta Lekarska” bardzo słusznie podejmuje sprawę pozycyi lekarzy ambulatoryjnych. Lekarze ci, dając pracę darmo, przyjęli w samym szpitalu Dzieciątka Jezus 46,000 chorych, dodamy że liczba przyjętych w szpitalu Św. Rocha wynosi około 40,000, a około 60,000 w szpit. Św. Ducha. Olbrzymią tę pracę otrzymuje magistrat od lekarzy darmo, a lekarze ambulatoryjni nie mają nawet praw służby państwowej. Jeżeli już magistrat pla-

cić za pracę nie może, winien wystarać się, aby lekarzom tym przyznano prawa służbowe, choć przecież za pracę należy się i wynagrodzenie pieniężne.

— Od pewnego czasu krąży pogłoska o zniesieniu monopolu aptecznego. Obecnie dowiadujemy się, że Komisya Dumy opracowała projekt prawa, na mocy którego ziemstwowo i gminom miejskim przysługiwać ma prawo nieograniczonego otwierania aptek. Byłoby to faktyczne zniesienie monopolu, miasta bowiem i gminy wiejskie nie omieszkałyby skorzystać z tego prawa. Wydany ostatnio okólnik ministerjum spraw wewnętrznych co do otwierania aptek nie wskazuje również na żadne ograniczenia co do liczby aptek istniejących, liczby recept i t. p.

— Wyszedł z druku zeszyt IV Pamiętnika Tow. Lek. za rok 1909 i zawiera prócz części urzędowej następujące artykuły: Józef Pawiński: prof. Ignacy Baranowski, Aleksander Januszkiewicz: O wpływie alkoholu na funkcyje nerek, Władysław Sterling: O zaburzeniach psychicznych przy nowotworach mózgu, i Fr. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce.

— Cholera w Petersburgu wygasła zupełnie.

— Zmarł we Lwowie prof. Adam Czyżewicz, prym. szpitala powszechnego i profesor położnictwa w szkole położniczej we Lwowie, po 50-letniej pracy lekarskiej. Zmarły cieszył się rozległą praktyką, był członkiem krajowej rady zdrowia, posłem na sejm.