

GAZETA LEKARSKA.

I Z KLINIK NEUROLOGICZNYCH PROFESORÓW MENDEL'a I JOLLY'ego W BERLINIE

Badania neuramöbimetryczne i kondensatoryczne w myastenii, myotonii i tetanii.

Podał

Dr Zanietowski z Krakowa.

Uprzejmemu zezwoleniu proff. MENDEL'a i JOLLY'ego w Berlinie zawdzięczamy możność treściwego opisanie kilku kazuistycznie rzadszych przypadków, które do bliższego zbadania na klinikach berlińskich łaskawie nam zostały odstąpione. Nie nadużywalibyśmy też cierpliwości czytelników, gdyby nie to, że kilka objawów, przez nas spostrzeżonych, przyczynić się może do łatwiejszego rozjaśnienia ciemnego czasem obrazu niektórych chorób, oraz gdyby nie to także, że krytyka zagranicznych pism fachowych pochlebnie raczyła przyjąć przyrządy naszego pomysłu, zapomocą których właśnie kliniczne doświadczenia zostały wykonane. Wreszcie i ten ogólny wzgląd zaważył na szali, że, jak mieliśmy to nieraz sposobność podkreślić, powinno się wspólnymi siłami dążyć do tego, aby poza pośmiertnymi zmianami anatomo-patologicznymi w chorobach układu nerwowego, za życia coraz więcej wykrywać zбочeń od fizyologicznych własności nerwów, rozszerzając coraz bardziej szczyplę dotąd zakres spostrzeżeń elektropatologicznych. Z drobnych i luźnych nieraz spostrzeżeń przez krytyczne porównanie, bezstronną analizę i ulepszenie metod coraz znaczniejszy całokształt powstać może.

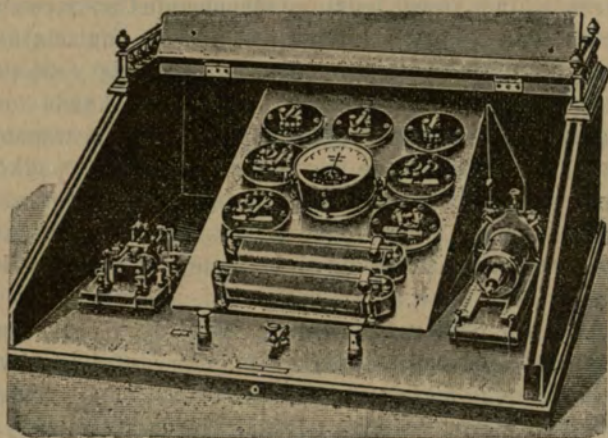
Myastenia, mytonia i tetania nie mają wprawdzie między sobą ścisłych węzłów etyologicznych lub anatomo-patologicznych, jeżeli jednak odważyliśmy się je zestawiać porównawczo między sobą, to uczyniliśmy to li tylko z tego względu, że w każdej z tych stosunkowo rzadszych, a pod niejednym względem mało wyjaśnionych chorób, dyagnoza pewna i wczesna, a zwłaszcza dyagnoza różniczkowa opiera się w znacznej części na zjawiskach elektrycznych, a przynajmniej na nich opierać się powinna. I tak, myastenia, zwana „porażeniem opuszkowem astenicznem“, „porażeniem opuszkowem bez zmian

anatomicznych“, „pozornem porażeniem ciężkiem“ lub chorobą JOLLY'ego, GOLDFLAMA i innych, pomimo przeróżnych zawiłych objawów, ma to jednak w swej historyi pewnego, że, według zdania OPPENHEIM'a, od *polioencephalomyelitis*, histeryi i dystrofii mięśniowej odróżnić ją można zapomocą ścisłej elektro-dyagnozy. Również FAJERSZTAJN na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich wypowiedział na mocy sześciu spostrzeżeń zdanie, że trzy gromady toksycznych porażen o typie jądrowym, t. j. gromada *polioencephalitis*, grupa zatruc jadamami i ptomainami i grupa myastenii, związane są wspólną etyologią zatrucia ciałami, zbliznemi pod względem działania toksykologicznego; pod względem jednak rozpoznawczym, o ile remisye objawów porażennych, zaniki mięśniowe i ogólne objawy mózgowe mogą być zaznaczone także w innych postaciach toksycznych, o tyle dla typowej grupy myastenicznej charakterystycznym jest nadmierne wyczerpywanie się wydolności mięśniowej. To wyczerpywanie się jest zaś, jak wiadomo, objawem, który daje się wykryć najłatwiej i najwcześniej za pomocą prądu elektrycznego, ponieważ znużone elektrycznością mięśnie reagują pod wpływem woli, którą to charakterystyczną reakcyę, przy braku zmian anatomicznych, JOLLY pierwszy nazwał „reakcyą myasteniczną“.

Nie mniejsze znaczenie ma ścisła elektrodyagnoza w grupie myotonii. O ile bowiem objawy psychiczne, epileptyczne i neurytyczne są komplikacyami, zamacającemi obraz chorobowy, o tyle, obok występującej wśród skurczów sztywności, wyłącznie charakterystyczną dla tego cierpienia jest reakcyam y a t o n i c z n a, polegająca na obniżeniu galwanicznej pobudliwości nerwów, oraz na podwyższeniu faradycznej i galwanicznej pobudliwości mięśni, reagujących zapomocą rytmicznych undulacyi i wybitnego „okresu poskurczowego“. Również i w t e t a n i i, zarówno dla odróżnienia tej choroby od histeryi, pseudotetanii, pseudotetanusa i symulacyi, jak i dla wczesnego rozpoznania choroby w okresach, wolnych od skurczów, znanem jest znaczenie elektrycznych i mechanicznych objawów ERB'a, TROUSSEAU'a, CHVOSTEK'a i HOFFMANN'a, a jak zobaczymy, tam nawet, gdzie one chwilowo zawieść mogą, ścisła elektrodyagnoza zapomocą subtelniejszych metod ważne usługi oddać może.

Przypomniawszy łaskawym czytelnikom w ogólnym zarysie, jakie w myotonii, myastenii i tetanii znaczenie ma ścisła elektrodyagnoza, przechodzimy do krótkiego opisu doświadczeń naszych, wykonanych zapomocą przyrządów własnej konstrukcyi, a mianowicie zapomocą elektroneuramöbimetru i zapomocą przyrządu, umożliwiającego kliniczne zastosowanie rozbrojeń kondensatora. Pierwszy z tych przyrządów polega na dalszem wykształceniu idei, rzuconej swojego czasu przez EXNER'a i OBESTEINER'a i składa się z małej przenośnej płytki, na której struna, drgająca 400 razy na sekundę, zapisuje w bardzo prosty sposób najdokładniejszą krzywą chronometryczną; specjalne urządzenie naszego pomysłu pozwala właśnie połączyć elektroneuramöbimeter z każdym przyrządem elektroterapeutycznym i zapomocą prostego naciśnięcia klucza zapisać falę graficzną czasu, wpływającego od elektrycznego podrażnienia aż do reakcyi nerwowej. Drugi z przyrządów, umożliwiający kliniczne zastosowanie

kondensatorów, skonstruowany był według naszych rysunków przez firmę REINIGER'a i odznaczony na wystawach lekarskich w Krakowie i Karlsbadzie; opis i krytykę tego przyrządu znaleźć może łaskawy czytelnik w fachowych czasopismach berlińskich, wrocławskich, wiedeńskich, paryzkich i lipskich, a w polskiej literaturze w „Nowinach lekarskich“ i w Pamiętnikach polskich Zjazdów. Dla uproszczenia opisu pozwalamy sobie załączyć rysunek naszego przyrządu; na rysunku znajdują się: po stronie lewej dwubiegunowy przerywacz automatyczny, po stronie prawej przyrząd sapeczkowy, zmodyfikowany przez nas do celów faradimetrii, skombinowanej ze zastosowaniem kondensatorów, w środku dwa woltregulatory o mniejszej i większej liczbie zwojów, po nad nimi galwanometr i gyrotropy, a pod nimi niewidoczne na figurze kondensatory, których pojemność dostosowana jest zarówno do teorii WALTER'owskich o indukcji, jak i do naszych teorii o „optimum“ pobudliwości ludzkich nerwów. Samej



Przyrząd dra ZANIETOWSKIEGO do klinicznego zastosowania rozbrojeń kondensatora.
[objaśn. w tekście].

metody kondensatorów nie mamy ani miejsca, ani czasu bliżej tu opisywać, ponieważ z jednej strony techniczna strona sprawy mogłaby znużyć ogół czytelników, a tym specjalistom, których to interesuje, odnośnie wskazujemy źródła, oraz ponieważ głównym celem naszej rozprawy są wyniki praktyczne, na klinicznym materiale otrzymane, które z natury rzeczy mogłyby wśród tekstu zaniknąć w obec nawału szczegółów elektrotechnicznych. Odsyłając tedy raz jeszcze łaskawych czytelników do wskazanych niżej źródeł, poprzestać musimy na ogólnikowym zaznaczeniu, że, tak jak we fizjologii przyrząd CYBULSKIEGO i ZENIETOWSKIEGO przyczynił się przed 10-u laty do ujednostajnienia i udoskonalenia metod teoretycznych, tak też w elektrodiagnostyce i w elektroterapii przyrząd ZANIETOWSKIEGO, modyfikowany i ulepszany przez autora w ciągu szeregu prac klinicznych, zdołał nie tylko ująć w ściślejsze ramy tabele

ilościowe STINTZING'a i ERB'a, ale nadto pod względem jakościowym uzupełnić całość elektropatologii nowymi spostrzeżeniami klinicznymi. Bliższe szczegóły, niezbędnie potrzebne do zrozumienia całości, uwzględnimy jeszcze raz wśród tekstu, a obecnie przechodzimy od obchodzących nas w pierwszym rzędzie obrazów chorobowych tetanii, myotonii i myastenii.

Gdym przed kilku laty zauważył podczas epidemii wiosennej tetanii, na materiale klinik prof. NOTHNAGEL'a i KRAFFT-EBING'a we Wiedniu, że rozładowanie kondensatora o pewnej pojemności, dostosowanej do *optimum* pobudliwości nerwów ludzkich, a naładowanego ściśle dającym się określić napięciem, jest nie tylko dokładniejszą, lecz pewniejszą oznaką powstania, rozwoju i regresji tej choroby, usłyszałem słuszną zresztą radę, aby porównać tetanię wiedeńską z tetanią tych krajów, w których nie panuje epidemicznie. Przypadki, które udało mi się obserwować w Berlinie, miały też dla mnie znaczenie nie tyle kazuistyczne, co bardziej już ogólnikowe. Otóż możemy powiedzieć, że zarówno w jednej, jak i w drugiej kategorii, w okresach tetanii, zupełnie wolnych od skurczów, tam nawet, gdzie postępowanie CHVOSTEK'a, TROUSSEAU'a i ERB'a zwykłą metodą zawodzi lub nie jest jeszcze miarodajnym, rozbrojenie kondensatora sygnalizuje z absolutną pewnością zbliżający się początek choroby. Następnie wśród przebiegu choroby odbija się każde nasilenie choroby, każde polepszenie lub pogorszenie tak wybitnie na wspomnianej reakcji kondensatorycznej pobudliwości, że w większej liczbie wypadków przepowiedzieć można regresyjny lub progresyjny przebieg, a nawet zbliżanie się napadu. Nie potrzebujemy chyba dodawać, jak ważną jest ta metoda nie tylko dla pewnej dyagnozy różniczkowej i ścisłej dyagnozy ilościowej, lecz wprost już dla postępowania zapobiegawczego [dyaforezy lub ekstyrpacji], oraz dla hydroterapeutycznej, elektroterapeutycznej i farmakoterapeutycznej terapii w jak najwcześniejszym okresie skurczów.

Mytonia i myastenia mają niektóre odwrotne cechy, objawiające się tem, że u myotonika w miarę kureczenia się mięśni coraz wydatniejsza występuje praca, nawet atletyczna, podczas gdy u myastenika w miarę sztucznie wywołanych skurczów mięśniowych, skurcze coraz bardziej słabną. Nie ulega wątpliwości, że są to cechy, nie związane głębiej z jakimś antagonizmem etyologicznych podstaw, a podkreśliłem je tylko dlatego, aby łatwiej zapamiętać odwrotne objawy, jakie udało mi się zaobserwować podczas stosowania metody rozładowania kondensatorów. Oto bowiem w myotonii zapomocą kondensatora daleko łatwiej wywołać można „rytmiczną undulację“ mięśni i długi „okres poskurczowy“, charakterystyczny dla tej choroby, niż zapomocą zwykłych prądów, nieraz bardzo silnych, a więc i bolesnych. Naodwrot zaś w myastenii, rozładowanie kondensatora, zapewnie z powodu braku zmian elektrottonicznych i elektrolitycznych, o wiele trudniej wywołuje znużenie mięśni, niż słabe prądy dawniejszych przyrządów. Tak, jak w doświadczeniu fizyologicznem łatwo nużący się mięsień żaby, może, pod wpływem rozbrojeń kondensatora, wykonać zależnie od obciążenia 400 skurczów o łącznej pracy 2.757.000 erg lub 700 skurczów o łącznej pracy 4.262.000 erg, — tak też udało się nam u szeregu myasteniczek i myasteników, zebranych w klinice prof. JOLLY'ego, długo wywo-

ływać skurcze mięśni karkowych i żwacznych bez objawów znużenia, chociaż reakcja myasteniczna w innych warunkach występowała bardzo dokładnie. Nawiasem dodaję, że u dwóch histeryczek, które sąsiadowały z myasteniczkami, zapewne pod wpływem psychicznym doświadczeń, o których mówiono głośno, że pod wpływem prądu elektrycznego mięśnie się nużą, po kilku rozbrojeniach kondensatora już nie mógł wystąpić skurcz odnośnych grup mięśniowych pod wpływem woli. O ile więc w myastenii ujemny wynik rozbrojenia kondensatorów może być ważnym czynnikiem pomocniczym, o tyle znowuż odwrotnie w myotonii dodatni wynik tegoż rozbrojenia ułatwia i przyspiesza elektrodyagnozę.

Podobną odwrotność objawów zdołaliśmy nie tylko zaobserwować zapomocą naszego przyrządu do rozbrojeń kondensatora, lecz także zapomocą naszego elektroneuramöbimetru. Wspomnieliśmy powyżej pokrótce o jego konstrukcji i jego zasadach. Otóż okazało się, że szybkość przewodnictwa nerwowego, badana u myastenika w pauzach między następującymi po sobie skurczami, równocześnie ze znużeniem opada, podczas, gdy u myotonika odwrotnie: w okresie ruchów atletycznych szybkość przewodzenia o wiele jest większą, niż w okresie normalnej bierności. Robi to niejako wrażenie, że równocześnie ze zmianą funkcjonalną kurczliwości przebiega funkcjonalna zmiana przewodnictwa. Do liczb, wahających się według przypadku, między 6 do 8 a 20 do 30 falami, przywiązywać nie można wartości ilościowej, absolutnej na podstawie małej liczby stosunkowo rzadkich przypadków chorobowych; regularność atoli, z jaką objaw się powtarzał wśród różnych warunków u kilku myasteników i myotoników wystarcza do ugruntowania przypuszczenia, że sama jakościowa odwrotność tych objawów jest charakterystyczną, oraz że w ogóle większy, niż dotąd, kłaść powinniśmy nacisk na badanie tej czynności układu nerwowego, którą nazywamy przewodnictwem. Nawiasowo wspominam o krzywych przewodnictwa czuciowego, które u niektórych chorych na cierpienia centralnego układu nerwowego wynosiły nie 6 do 8 setnych sekundy, lecz 2 do 3 sekund, a u jednego tabetyka, którego krzywe graficzne demonstrowałem na jednym z posiedzeń Tow. lekarskiego Krakowskiego, nawet dłużej, bo okres czasu, odpowiadający kilkudziesięciu wahanom ćwierć-sekundowego wahadła BASCHOWSKIEGO. Baczniejsze zwrócenie uwagi na funkcjonalne zmiany nerwów, a więc nie tylko na pobudliwość, lecz i na przewodnictwo, powinno też zająć nie tylko elektroterapeutów, lecz i lekarzy w ogóle, ponieważ tylko w ten sposób wspólna praca większy będzie mogła zdobyć teren. Zdaje się nam, iż przyrząd nasz do klinicznego zastosowania rozbrojeń kondensatora, o którym WULFF z Oldenburga niedawno powiedział, że jest „najdokładniejszym i najściślejszym pod względem delikatności i pewności reakcji“, oraz przyrząd nasz do elektroneuramöbimetrii, umożliwiając każdemu lekarzowi przy łożu chorego w najprostszy sposób mierzyć najzawilsze postaci przewodnictwa nerwowego, nie tylko umożliwią ogółowi praktyków zdobywanie ścisłych spostrzeżeń naukowych, lecz powiększą jeszcze bardziej zakres tych kazuistycznych uwag i praw o szerszym zakresie, które się nam dotąd udało obserwować, a którymi podzielić się z łaskawymi czytelnika-

mi uważaliśmy za obowiązek. Oby doświadczeń, przeprowadzonych przez lekarzy, w duchu bliższego zespolenia nauk ścisłych z praktyką, było jak najwięcej i oby coraz to nowsze nam się odkrywały drogi: „*novis capiendis experimentis sternamus viam*“.

*

*

*

Dodatkowo do uwag powyższych, będących raczej przyczynkiem do porównawczej semiologii myastenii, myotonii i tetanii, niż specjalną rozprawką o którejkolwiek z tych chorób,—dołączyć musimy jednak jeszcze słów kilka o samej myastenii ze stanowiska różniczkowej elektrodyagnostyki. Skłania nas do tego wzgląd, iż, po przesłaniu niniejszego manuskryptu Redakcyi [manuskrypt został przysłany do Redakcyi z początkiem stycznia 1902 r.], pojawiło się, niezależnie od tego, w literaturze kilka prac, które nie mogły oczywiście być tu wzięte pod rozwagę, a do których w pierwszym rzędzie zaliczam interesujący przypadek RENCCKIEGO, opisany w „Przegl. lek.“ [luty i marzec 1902], a poprzedzony skrętnie zebraną analizą dotychczasowej literatury. Otóż we wszystkich pracach spotykamy się zawsze z ową „reakcją znużenia JOLLY’ego“, tak ważną dla dyagnostyki, a mimoto „niestałą i pojawiającą się tylko wśród tęcza“. Stałość, z jaką natomiast, wśród badań kondensatorycznych i neuramöbimetrycznych spotykaliśmy w r. 1899 na klinice JOLLY’ego znużenie wśród skurczów pojedynczych i znużenie, że się tak wyrażę, fizyologicznej zdolności przewodnictwa, każe nam zwrócić bezstronnie uwagę na ten pomocniczy czynnik dyagnostyczny. O tej stałości wspomnieliśmy byli jeszcze w r. 1901 we „wrocławskim *Zeitschrift f. Elektrotherapie*“; o reakcyi naszej wspomina również czwarty rocznik paryskich „*Annales d’Electrobiologie*“ 1901. Nadto spostrzeżliśmy byli, że „nasza reakcyja myasteniczna“ daje obraz wprost „zwierciadłowy“ reakcyi myograficznej zapalenia nerwów; w tej ostatniej chorobie pojedyncze skurcze, bez względu na kierunek prądu i minimalne zmiany oporu tkanek wśród szybkiego rozładowania, do pewnego *maximum* rosną [zamiast opadać] i to np. w stosunku: [1 : 1 : 1 : 2 : 2 : 2 : 3 : 2 : 5] lub [2 : 5 : 2 : 5 : 3 : 7 : 4 : 5 : 5 : 1 : 5 : 8 : 6 : 5 : 6 : 5].

Podobne spostrzeżenia zrobił w ostatnich czasach CAPRIOTTI w jednym przypadku „*polyneuritis apoplectiformis*“; podobną również reakcyę obserwowaliśmy w ostatnich czasach na klinice krakowskiej z drem KWIATKOWSKIM w przypadku, którym miał się następnie bliżej zająć.

Kończąc na tem powyższą notatkę, zwracamy uwagę, że antagonizm reakcyi „myastenicznej“ i „antymyastenicznej“ wyczekuje oczywiście większej liczby przypadków i że w tym celu krzywe nasze wysłaliśmy swojego czasu do prof. DOUMER’a, znanego w nauce specjalisty pod względem semiologii klinicznej myografii; reakcyja zaś myasteniczna, taka, jakąśmy widzieli i opisali, sama przez się oddać może usługi dyagnostyczne, o czem już wspomniała krytyka fachowa zagraniczna, a o czem uważaliśmy za obowiązek wspomnieć w literaturze polskiej, li tylko w celu bezstronnym przyczynienia się do rozwoju dalszych praktycznych i analitycznych spostrzeżeń.

L I T E R A T U R A.

I. Metoda klinicznego zastosowania rozbrojeń kondensatora.

ZANIETOWSKI:

- 1) Aus der I med. klinik. in Wien; Elektrodiagnostische Studien über Erregbarkeit. Wiener klin. Rundschau. 1899 [Nr. 48—50].
- 2) Aus dem physiol. Labor. in Wien; Graphische Studien über Erregbarkeitsverhältnisse Akademie der Wissensch. CVI.
- 3) Ueber klinische Verwerthbarkeit von Condensatorentladungen. Zeitschr. f. Elektrother. Breslau. 1899, 4.
- 4) Ueber einen neuen Apparat für Condensatorentladungen. Ztschr. f. Elektrother. 1900, 6;

oraz referaty WULFF'a w „Reichs-Anzeiger“, EBERTH'a w „Technische Mittheil.“, DOUMER'a w „Archives d'Elektrobiologie“, ZOTH'a w „Centralbl. f. Physiol.“, COHN'a w Centralbl. f. Neurol. i w „Jahresbericht. f. Neurol.“ oraz opisy w podręcznikach COHN'a, NARTOWSKIEGO i dziennikach Zjazdów polskich VIII i IX.

II. Metoda elektroneuramöbimetryi.

EXNER u. OBERSTEINER. Neuramöbimeter. Pflügers Archiv. T. VII.

ZANIETOWSKI. Elektroneuramöbimeter.—Nowiny lekarskie [Poznań] i Ztsch. f. Elektroth. [Breslau]. 1901.

III. Literatura tetanii [głównie]:

- 1) FRANKL. Centralbl. f. klin. Med. 1887.
- 2) CHVOSTEK. Wiener med. Presse. 1879.
- 3) HOFFMAN. Neur. Centralbl. 1887;
- 4) oraz prace BERGER'a, BENEDIKT'a, EISENLOHR'a, SCHULTZE'go, ONIMUS'a, WAGNER'a. WEISS'a, KUSSMAUL'a, BAGIŃSKIEGO i REMAK'a.

IV. Literatura myastenii [głównie]:

- 1) JOLLY. Berl. klin. Woch. [1895].
 - 2—3) ERB [1878], OPPENHEIM [1887]. Monografie;
- oraz prace EISENLOHR'a, HOPPE'go, GOLDFLAMA, STRUEMPELL'a, MARINESCO'a, BERNHARDT'a PINALES'a, SHAW'a, DRESCHFELD'a, MARRIE'go, MAIER'a, FAJERSZTAJNA i EULENBURG'a.

V. Literatura myotonii [głównie]:

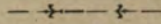
- 1) SUESSKIND. Zeitschr. f. klin. med. 1894.
 - 2) DEJERINE. Revue de méd. 1895.
 - 3) ERB. Monogr. Leipzig. 1886 i Neur. Centr. 1885.
 - 4) EULENBURG. Neur. Centr. 1886;
- oraz prace RIESLER'a, TALMY, SCHULTZE'go i STEIN'a.
-

II. FERRUM OXYDULATUM IN STATU NASCENDI

10⁰/₀ Fe.

Napisat

M. Mutniański [aptekarz w Warszawie].



Żelazo jest jedynem z metali ciężkich, które stanowi część składową ustroju naszego; ważną też odgrywa rolę w sprawie życiowej, gdzie wskutek prawidłowej wymiany materji odbywa się współczesne wchłanianie żelaza z pokarmów i wydalanie tegoż przez różne wydzieliny.

Ta ustawiczna wymiana żalaza jest niezbędnie potrzebna do wytwarzania hemoglobiny, biorąc żywy udział w sprawie utleniania, podniecając sprawność życiową wszystkich narządów ustroju naszego. Wiemy, że z chwilą zmniejszenia się czerwonych krążków krwi słabnie jednocześnie energia życiowa i funkcyje wszystkich organów mniej więcej ulegają zaburzeniom.

Patologiczne te objawy leczą się żelazem przy współrzednem dobrem odżywianiu, z odpowiednim dodatkiem podniet do pokarmu, o ile znajdują wskazanie, któreby pobudzały gruczoły wydzielnicze do większej czynności trawiennej.

Faktem jest stwierdzonym, że wszystkie związki żelaza pod działaniem ClH soku żołądkowego przechodzą najpierw w chlorek żelaza, zanim przejdą w odpowiednie białkany i peptony. Przeto jestem tego przekonania, że podawany związek żelazny powinien być nadzwyczaj prostej budowy, łatwo rozpuszczalny w ClH celem dalszego wchłaniania i wytworzenia hemoglobiny, a czynność ta w żołądku jak w probówce, powinna się wykonywać szybko, co zależnem jest od normalnej sprawności żołądka, czyli od składu soku żołądkowego.

Dawki zaś żelaza nie powinny rozpraszać się niepotrzebnie, nie powinny drażnić żołądka składem skomplikowanym, a rekcyja wchłaniania i przemiany powinna przebiegać sposobem więcej naturalnym, nie kosztem pracy żołądka, którego czynność i energia gruczołów trawiennych i tak jest osłabioną.

Celem przywrócenia tego prawidłowego działania danemu organizmowi z powodu niedokrewności, gdzie żelazo znajduje właściwe wskazanie, proponuję nową postać, że tak powiem: „żywego żelaza“, którego zachowanie się ściśle odpowiedzieć powinno wyżej wymaganym warunkom. Jest to „*Ferrum oxydulatum in statu nascendi*“ o zasadzie słabo alkalicznej; związek ten, dzięki szczęśliwie obmyślanej kombinacyi, w postaci wodanu tlenku żelaza powstaje dopiero w żołądku pod wpływem ciepła i wody, a tak świeżo wydzielony siłą powinowactwa chemicznego, napowrót rozpuszcza się szybko już w słabokwaśnym soku żołądkowym, tworząc chlorek żelaza, który wobec enzymów i fermentów, będąc zabezpieczony od utleniania, jest w możności w całej pełni wyrzucić pewniejsze i skuteczniejsze działanie, bez wyczekiwania i wyczer-

pywania soku trawiennego, jak to ma miejsce przy użyciu wszelkich pigulek żelaznych.

Nowa ta forma przetworu żelaznego, którego sposób przygotowania podają niżej, stwierdzoną posiada wartość i cenne zalety, przewyższające wszystkie kombinacje pigulek *Blandii*, *Valletii* i t. p., których równie idealny węglan żelaza figuruje na papierze i w pierwszym *stadium* roboty w mózdzierzu aptekarskim, lecz niestety, stopniowo, skutkiem utleniania zatracą najcenniejszą wartość, bowiem węglan żelaza przechodzi w tlenik, tworzy konglomerat różnego składu tleno-tlenników, którego rozpuszczalność w CIH jest o wiele trudniejsza. Te wyraźne różnice w budowie chemicznej, porównawczo z preparatem nowej formy, analitycznie łatwo dają się ocenić, wykazując z całą słusznością wysoką wartość na korzyść tego ostatniego.

Sposób przygotowania:

<i>Ferri sulfurici alcoholi abluti</i>	15,0
<i>Sacchari pulverati</i>	7,2
<i>Magnesiae ustae</i>	3,3
<i>Ol. Cacao</i>	4,5
<i>solve</i>	
<i>in Aether sulfur.</i>	15,0
<i>f. pulvis—contineat 10% Fe.</i>	

Siarczan żelaza, strącony alkoholem, uciera się na proszek z cukrem, dodaje magnezji palonej i polewa roztworem eterycznym olejku kakaowego. W parę minut cały eter ulotni się; proszek powstały, jest dostatecznie izolowany delikatną warstewką *olei Cacao*, którego punkt topliwości jest 30 do 32° C, celem zabezpieczenia od rozkładu pod wpływem wilgoci i powietrza.

Proszek ten zawiera w swym składzie 10% Fe. Próbką, traktowaną eterem, rozpuszcza olej kakaowy z wydzieleniem proszku białego, stanowiąc mieszaninę siarczanu żelaza, magnezji i cukru. Jeżeli do tej mieszaniny eterycznej dodamy choć parę kropel wody, to już natychmiast spowodujemy rozkład, który ma nastąpić pod wpływem ciepła żołądka i wody.

Proszek ten na zimnej wodzie pływa, w wodzie gorącej rozkłada się, dając odczyn obojętny, rozpuszczalny w bardzo słabym CIH, a bez udziału CIH na gorąco utlenia się, przechodząc kolejno z barwy zielonkowej w rdzawą.

Ważnem jest, ażeby użyty siarczan żelaza był strącony alkoholem; proszek taki wyróżnia się znaczną odpornością na wpływ utleniający powietrza.

Proszek komprimowany, skutkiem raptownego zbliżenia cząsteczek i wywołanego stąd ciepła, powoduje rozkład, który dopiero w żołądku powinien nastąpić, dlatego tabletek prasowanych polecać niemożna.

Używać tylko w opłatkach.

Do zalet powyższych należy dodać, że przetwór ten łatwy jest do dawkowania, posiadając ściśle 10% Fe., dalej — jest tani, a więc przystępny dla wszystkich i w każdej aptece może być przygotowany. Dzięki zaś obojętnej

drobinie oleju kakaowego, preparat zabezpieczony jest na długi czas od rozkładu.

Z powyższych danych spodziewać się należy, że przetwór ten mojej kombinacji, ściśle przygotowany sposobem wyżej podanym pod nazwą „*Ferrum oxydulatum in statu nascendi* 10% Fe.“, w krótkim czasie znajdzie uznanie i usprawiedliwioną wziętość.

NOTATKI LEKARSKIE.

I. Z kazuistyki ciał obcych nosa.

We wrześniu 1901 zgłosiła się do ambulatoryum chorób gardła dra WRÓBLEWSKIEGO w szpitalu Ewangelickim K. Ł. z gub. Kowieńskiej ze skargą na bezustanne uporczywe bóle głowy, trwające od 4-ch miesięcy, przemijające bóle w lewem oku, częste obrzmienie lewego policzka i na wypływ ropy z lewej dziurki nosa, trwający od pół roku. Chora lat 50, dobrze odżywiona nigdy nie chorowała, zamężna od 30-tu lat, miała 9 dzieci, z których 2 zmarło na dyfteryt, nigdy nie poroniła. Badanie ogólne żadnych zmian ani w sercu, ani w płucach nie wykryło.

Przy badaniu nosa znalazłem następujące zmiany: z lewej strony kolosalny przerost muszli dolnej—muszla szara, pulchna, styka się z przegrodą nosa i wypełnia całkowicie dolny odcinek nosa, muszla średnia o wiele mniejsza, obrzmiła.

Pod dolną muszlą, pomiędzy nią a przegrodą nosa, jak również pomiędzy muszłą średnią a dolną duża ilość rzadkiej żółto-zielonej ropy. Pod wpływem kokainy [10%] zmniejsza się tylko średnia muszla, dolna zostaje bez zmian, a więc jest w stanie przerostu, a nie obrzmienia. Z prawej strony obydwie muszle nie powiększone, drożność zupełna. Przy wziernikowaniu od tyłu nosa widać było tylko zwieszający do jamy nosogardzielowej powiększony tylny koniec muszli dolnej lewej. Ucisk na dołek psi (*fossa canina*) bolesny. Wobec ropienia nosa z jednej tylko strony i bolesności w okolicy *fossae caninae* przypuszczałem, że mam do czynienia z ropieniem w zatoce szczękowej HIGHMOR'a. Prześwietlanie dało jednak wynik ujemny: obydwie policzki prześwietlały jednakowo, żadnego zaciemnienia z lewej strony wykryć nie mogłem. Dla ostatecznego rozpoznania, czy niema ropienia w zatoce HIGHMOR'a, zrobiłem punkcję zatoki ze strony nosa pod dolną muszlą, ropy jednak nie było. Badając zgłębnikiem nos dla wykrycia źródła ropienia, natrafiłem w głębi pod dolną muszlą na jakieś krwawiące masy i wyczułem pomiędzy niemi coś twardego. Nie mogąc nic widzieć wobec kolosalnego przerostu muszli dolnej, usunąłem nożyczkami przedni koniec tej muszli. Po usunięciu muszli zauważyłem pomiędzy dolną muszlą a dnem nosa jakieś obce ciało, które wyjąłem ostremi kleszczykami przy użyciu dość znacznej siły, gdyż było mocno wkliniwane pod muszłą dolną. Po oczyszczeniu z granulacji, któremi ciało to było obrośnięte i po odmyciu okazało się, że mamy do czynienia z kawałkiem węgla kamiennego, długości 2 cm., szerokości 1 cm. o niegładkiej powierzchni z ostrymi brzo-gami.

Chora nie przypomina sobie, aby kiedyś sobie coś do nosa włożyła w dzieciństwie, podaje tylko, że przed kilku laty koń przewrócił ją na podwórku i mocno potratował, pomiędzy innymi kopnął ją w nos i usta, chora leżała wtedy przez kilka godzin bez przytomności.

Granulacye na dnie nosa wyskrobałem ostrą łyżeczką i wobec silnego krwawienia nos zatamponowałem gazą sublimatową, którą na drugi dzień wyjąłem.

Bóle głowy, które dotychczas codziennie chorą męczyły, odrazu przeszły, pozostało ropienie z nosa, które po tygodniu również ustąpiło. Chora zupełnie zdrowa po 10-iu dniach wyjechała. W danym przypadku ciało obce w nosie symulowało ropienie w zatoce HIGHMOR'a; wprowadziło to w błąd lekarzy, których porady chora zasięgała u siebie w domu i którzy odesłali ją do Warszawy dla wykonania operacyi.

Maurycy Hertz.

2. Polip jamy noso-gardzielowej u 70-letniego starca.

W listopadzie 1901 r. do ambulatoryum dra WRÓBLEWSKIEGO w szpitalu Ewangelickim zgłosił się 70-letni Stanisław M. z pod Skierniewic, skarżąc się na utrudniony oddech i kompletne zatkanie nosa. Zaczęło się to już od dawna; w ostatnich czasach pogorszyło mu się o tyle, że nie może oddychać, szczególnie w leżącej pozycji, w nocy dusi się, nie może wyraźnie mówić i przy połykaniu coś mu w gardle zawadza.

Przy badaniu nosa widać z prawej strony kilka małych polipów w górnej części, wychodzących ze średniej muszli. Z lewej strony nos więcej drożny; w głębi, już w jamie noso-gardzielowej, tuż za choaną widać jakąś czerwono-szarą powierzchnię, którą można wyczuć zgłębnikiem a nawet unieść trochę w górę.

Badanie gardzieli wykazuje następujące zmiany: z pod języczka i miękkiego podniebienia wystaje okrągły guz szaro-czerwony, gładki, dolny jego koniec przedstawia się jak podstawa dużej gruszki; podniebienie miękkie z lewej strony i języczek wypchnięte przez guz ku przodowi. Przy badaniu wziernikiem okazuje się, że guz wypełnia całą jamę noso-gardzielową, palcem można go obejść, poruszać, do samego jednak przyczepu guza palcami dojść nie można, gdyż za mało jest miejsca pomiędzy guzem a tylną ścianą jamy noso-gardzielowej. Wskazane było wyjęcie guza, aczkolwiek była obawa większego krwawienia wobec wybitnej arteriosklerozy u chorego. Po skokainowaniu 10%-wym roztworem kokainy lewego nozdrza, wprowadziliśmy pętlicę zimną i pod kontrolą palców nałożyliśmy ją na guz. Przy użyciu bardzo silnej trakcyi przez dra WRÓBLEWSKIEGO i przeze mnie guz odcięto przy samym przyczepie. Podczas odcinania guza wylała się duża ilość zielonej, mocno cuchnącej ropy. Krwawienie było, wbrew oczekiwaniu, bardzo nieznaczne, tak, że nie było potrzeba tamponować. Po wyjęciu guza przy wziernikowaniu jamy noso-gardzielowej okazało się, że guz wychodził z bocznej ściany jamy noso-gardzielowej w tyle od *fossae Rosenmülleri* z lewej strony.

Guz był kształtu walcowatego, zaokrąglony na wolnym końcu, spłaszczony zaś w miejscu przyczepu do błony śluzowej; długość jego wynosiła 7 cm., grubość 3 cm. Powierzchnia guza gładka, różowa.

Badanie mikroskopowe, wykonane łaskawie przez kol. STEINHAUSA, wykazało, że guz zawiera w środku dwie duże jamy; jedna większa przechodzi przez całą długość guza, druga mniejsza znajduje się bliżej wolnego końca i jest o $\frac{1}{2}$ mniejsza od pierwszej. Oprócz tych przy nasadzie były jeszcze trzy drobne jamki o średnicy $\frac{1}{2}$ —1 cm. Wszystkie jamy były wypełnione śluzo-ropną zawartością. Ściana guza między jamą główną a wolną powierzchnią mierzy 3—6 mm. Jamy środkowe, jak również i wolna powierzchnia guza pokryte są

wielowarstwowym nabłonkiem walcowatym, migawkowym. Ściana guza zbudowana jest z tkanki łącznej luźnej, dość obficie nacieczonej leukocytami. W ścianie znajdujemy miejscami na preparatach przekroje drobnych rurek i jamek, wysłanych takim samym nabłonkiem, jak wielkie jamy. Mamy więc do czynienia z torbielowatym polipem (*Blasenpolyp*). *Maurycy Hertz.*

3. Nowotwór jamy noso-gardzielowej.

J. K., lat 25, przybył do ambulatoryum laryngologicznego szpitala Ewangelickiego na początku lutego r. b., skarżąc się na zupełne zatkanie nosa, dokuczające mu od dwóch lat. Dopatrując się przyczyny cierpienia w polipach śluzowych, wypełniających nos, usunęliśmy kilka sporych sztuk pętlą zimną. Gdy pomimo to drożność nosa nie została przywrócona, przy badaniu od strony jamy ustnej spostrzeżono guz, wychylający się z poza podniebienia miękkiego, silnie wytłoczonego ku przodowi. Guz z powodu znacznych rozmiarów wypełniał całą jamę noso-gardzielową, mając przyczep na jej stropie, oraz część gardzieli, ocierając się o nasadę języka.

Operacji dokonał dr WRÓBLEWSKI, bez znieczulenia, zwykle u nas stosowanym sposobem t. j. odciął guz pętlą z miękkiego drutu, wprowadzoną przez dolny przewód nosa do jamy noso-gardzielowej. Wprowadzenie pętlicy i przesunięcie jej palcem poza nowotwór nastęrczało w tym przypadku pewne trudności z powodu rozmiarów guza. To też chcąc uniknąć przykrewj manipulacji powtórnego wprowadzania pętlicy, gdyby się usunęła z guza przy pociąganiu, dodaliśmy do zwykłej techniki operacyjnej drobny szczegół, polegający na tem, że przez oczka pętlicy przewleka się grubą jedwabną ligaturę, zwieszającą się z ust operowanego. Jeżeliby się okazało, że pętlica została źle nałożona lub zesunęła się, to pociąganiem za ligaturę łatwo ją napowrót do gardzieli sprowadzić. Krwotoku przy operacji, która trwała zaledwie parę minut, nie było zupełnie.

Usunięty polip ważył 33 gramy, mierzył 7 ctm. długości i 3 1/2, grubości, miał kształt ogórka, powierzchnię gładką, barwy blado-różowej, spoiłość ciastowatą, przekrój włóknisty, barwy białej. Badanie mikroskopowe, dokonane przez dra STEINHAUSA, ujawniło budowę, właściwą włókniakom i obecność nabłonka migawkowego na powierzchni guza.

Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że chory przed 2 1/2-laty był operowany w jednym ze szpitali tutejszych z powodu polipów śluzowych nosa; po operacji tej nie doznał znacznej ulgi w oddychaniu i wciąż chrapał głośno podczas snu.

Godnem uwagi jest, że chory, oprócz zatkania nosa, żadnej dolegliwości, jak np. przeszkody przy lykaniu, ani dławienia, nie doświadczał i nic o istnieniu guza w gardzieli nie wiedział. Po operacji odzyskał swobodny oddech nosem, z czego cieszył się bardzo, zauważył jednak z żalem, że głos mu się „popsuł“, co trwało jednak dwa dni tylko.

Robert Sinołęcki.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

6. Zastrzykiwanie do żył srebra kolloidalnego Credé'go (*Argentum colloidalé Credé, Collargol*) w sprawach septycznych.

J. MÜLLER (*Deut. med. Woch.* 1902. № 11), zachęcony pracą CREDE'go o skutecznem działaniu jego przetworów srebra w wielu chorobach, zajął się sprawdzeniem działania srebra kolloidalnego.

Autor zastosował kollargol w 30-tu przypadkach, jako to: róży, nagminem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych, zapaleniu wyrostka robaczkowego, zapaleniu otrzewnej, zapaleniu tkanki okołomaciczej, zapaleniu płucnej i t. d. We wszystkich przypadkach autor wstrzykiwał 1%-wy roztwór kollargolu wewnątrz żył.

Pominąwszy dreszcze, które zwykle zjawiają się w godzinę lub kilka godzin po zastrzyknięciu, autor nigdy nie widział złych następstw; przeciwnie, po jednym lub kilku zastrzyknięciach sprawa chorobowa zatrzymywała się, ciepota spadała, chory czuł się lepiej i w krótko wracał do zdrowia. Wobec tak świetnych wyników autor zapatruje się na kollargol jako na specyfik w chorobach septycznych i zastrzykuje go z takim również zaufaniem, jak surowicę przeciwbłoniczą w błonicy.

Springer.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

55. W. Kaupe. O chirurgicznym leczeniu krwotoków przy wrzodzie okrągłym żołądka.

Statystyka śmiertelności od wrzodu okrągłego wykazuje cyfry dość wysokie, lubo bardzo zmienne u różnych autorów, np. MIKULICZ podaje odsetkę około 30%, LEUBE tylko 2,4%. Co się zaś tyczy szczegółów, GERHARDT wyliczył, iż 13% ginie od przedziurawienia ściany żołądka, 10%—od zwężenia odźwiernika i następczego wyniszczenia. Tak się rzecz przedstawiała przed wkroczeniem chirurgów w omawianą dziedzinę. RYDYGIER pierwszy dokonał wycięcia odźwiernika przy wrzodzie żołądka zwężonego i wynik był pomyślny. Literatura dzisiejsza podaje już cały szereg operacji, dokonanych nad wrzodem okrągłym.

Oceniając wartość różnych sposobów operacyjnych, powinniśmy uznać za najpożądany ten, który pozwala wyciąć całkowicie owrzodzenie i w ten sposób usunąć od razu chorobę; ten jednak zabieg udaje się względnie rzadko: czasem nie daje się wcale odnaleźć miejsce owrzodzenia, czasem znów jest ono zbyt rozległe, lub otoczone tkankami na tyle zapalnie zmienionymi, iż nakładanie szwu na nie jest rzeczą technicznie niemożliwą. PODRES doradza wyskrobanie wrzodu i ściągnięcie brzegów rany. Innego zdania jest MIKULICZ: największe nadzieje pokłada w przywróceniu prawidłowych warunków przesuwania się zawartości żołądka, co ma zmniejszać drażnienie owrzodzenia i sprzyjać jego zabliznieniu; do powyższego celu prowadzą trzy operacje: *gastroenterostomosis*, *pyloroplastica* i *resectio pylori circularis*.

Na szczególną uwagę zasługują operacje, podejmowane jedynie w celu powstrzymania grożącego życiu krwotoku żołądkowego. Krwotok taki może być dwóch rodzajów: albo powtarza się wiele razy w rozmiarach niezbyt wielkich, albo też jednorazowo następuje upływ wielkiej ilości krwi. Pierwsza kategoria jest bezwarunkowo groźniejsza, niż druga i z tego powodu winna być uważana jako bezwzględne wskazanie do zabiegu operacyjnego. I znów wybór operacji nastęrcza tu wiele trudności. MIKULICZ i ROUX z powodzeniem podwiązywali przeżarte naczynka, które przeważnie wychodzą z *arteria coronaria superior* lub gałęzi *coeliaca*; w większości jednak przypadków jest to rzecz technicznie nazbyt trudna. Zamiast podwiązywania KÜSTER—jak również i MIKULICZ—przypalają PAQUELIN'em powierzchnię owrzodzenia; wobec obawy

przebiecia ściany żołądka przypalają oni tylko wówczas, gdy miejsce owrzodzenia podległo zrostom z otaczającymi tkankami. Gdy tylko można, należy wyciąć owrzodzenie całkowicie. Nie znalazłszy miejsca owrzodzonego, możemy ratować chorego przez dokonanie gastro-entero-anastomozy lub pyloroplastyki, by zmniejszyć do *minimum* drażnienie przez pokarmy. W klinice BILLROTH'a robiono gastrostomozę, by w razie potrzeby wytamponować jamę żołądka. WITZEL z powodzeniem podwiązuje bez otwierania żołądka to naczynie, którego gałązki przypuszczalnie uległy rozerwaniu [w podanym przypadku *arteria gastrica dextra*]. Zabieg ten byłby bardzo dobry, gdyby zawsze można było wiedzieć, którą tętnicę podwiązać należy, lub gdyby od nakładania takich podwiązek nie groziła częściowa zgorzel ściany żołądka, jak tego dowiodły doświadczenia HOFMANN'a.

(D. Z. f. Chirurgie. Luty. 1902 r.).

E. Lewenstern.

56. S. Mircoli [Genoa]: O własnościach antytoksycznych alkoholu w gruźlicy oraz o ewentualnem stosowaniu tegoż w leczeniu tej choroby.

Niedawno SALZWEDEL zaproponował wstrzykiwania alkoholu przy leczeniu powierzchownych ropni. Jak stwierdzili potem leczni chirurgowie, postępowanie to rzeczywiście daje dobre wyniki. MEGELE i FUCHS [w laboratorium BUCHNER'a] badali mechanizm działania podobnych wstrzykiwań i doszli do wniosku, że wywołują one wzmożenie ciśnienia krwi w kończynach. BUCHNER stosował podobną metodę w 10-iu chirurgicznych przypadkach gruźlicy i w dwu z nich otrzymał wprost zadziwiające rezultaty. Jest on tak zbudowany tymi wynikami, że proponuje w gruźlicy krtani, jamy brzusznej, szczytów płuc zastrzykiwać alkohol do odpowiedniej okolicy, a nawet radzi w gruźlicy płuc stosować inhalacje z rozcieńczonego alkoholu.

Autor, czyniąc doświadczenia nad tuberkuliną prof. MARAGLIANO'a ¹⁾, przypadkowo przyszedł do wniosków, które w zupełności potwierdzają przypuszczenia BUCHNER'a o leczniczych własnościach alkoholu.

Liczne badania wykazały, że surowica krwi zdrowego człowieka posiada zawsze własności antytoksyczne, które w pewnej proporcji wystarczają do zobojętnienia (*in vitro*) najmniejszej dawki śmiertelnej wodnego roztworu tuberkuliny. Na przykład, surowica, wzięta od zdrowego człowieka, może zobojętnić działanie toksyczne tuberkuliny średnio w stosunku 2—3 *per mille*, to znaczy, 2—3 gramy mogą ochronić 1 kgrm. wagi zwierzęcia przeciw odpowiedniej najmniejszej dawce śmiertelnej tuberkuliny [której 10 ctm. sz. zabija 1 kgrm.].

Siła podobnego działania surowicy pada u rekonwalescentów, oraz u osób, dotkniętych chronicznem jakimś cierpieniem. W najgorszych warunkach pod tym względem znajdują się tuberkulicy, szczególnież tacy, u których choroba wciąż postępuje.

Przystępując podczas swych badań do badania także surowicy alkoholików, autor był przekonany, że znajdzie u nich, jako u ludzi, będących w ciągłym stanie toksycznym, surowicę z bardzo nieznanymi własnościami antytoksycznymi. Ku wielkiemu jednak swemu zdumieniu zaraz u pierwszego badanego alkoholika znalazł tak wysoki stopień własności antytoksycznych surowicy [względem tuberkuliny], jakiego nigdy przedtem nie spostrzegł. U drugiego alkoholika surowica była już mniej antytoksyczną, niż u pierwszego, jednakże

¹⁾ Tuberkulina MARAGLIANO'a otrzymuje się przez długotrwałe gotowanie laseczników KOCH'a w czystej wodzie; nie zawiera (czem różni się od glicerynowej tuberkuliny KOCH'a) żadnych innych jądów, prócz tych, które znajdują się w gruźliczej substancji proteinowej, łatwiej ulega wessaniu, posiada silniejsze działanie toksyczne, niż roztwór glicerynowy KOCH'a i dlatego daje pewniejsze rezultaty przy badaniach objawów toksycznych oraz antytoksycznych.

przekraczała zwykłą normę dla ludzi zdrowych; w dodatku po zastrzyknięciu wyciągu MARAGLIANO'a zyskała w czwórnasób na sile. U trzeciego alkoholika, u którego wskutek opilstwa wystąpiło zapalenie niektórych nerwów obwodowych; działanie antytoksyczne surowicy było poniżej normy. Dr ITALO, towarzysz badań autora, znalazł, że płyn, wypuszczony u potatora z jamy otrzewnej wskutek *ascites*, posiada również wysokie własności antytoksyczne. Z wszystkich tych faktów da się, według autora, wywnioskować co następuje:

1) Alkohol w tych przypadkach, gdzie jakoś, postać i ilość, w jakiej go się spożywa, nie zmieniają zbytnio ogólnego stanu ustroju, może nadać surowicy krwi ludzkiej a nawet wysiękom patologicznym własności antytoksyczne, często bardzo znaczne, przeciw gruźliczym substancjom proteinowym [wodna proteina MARAGLIANO'a].

2) Na ustrój alkoholików wyciąg MARAGLIANO'a wpływa dodatnio.

3) W okresie dyskrazji alkoholowej surowica traci dużą część swej siły antytoksycznej, powstałej dzięki alkoholowi; siła ta wtedy pada poniżej normy.

Jeżeli teraz zwrócimy uwagę na stronę praktyczną omawianej sprawy, a w tym celu rzucimy okiem na minione okresy rozwoju wiedzy lekarskiej, to musimy powiedzieć, że już dawno mówiono o dobrych stronach alkoholu w gruźlicy, że stosowanie jego w tej chorobie zalecali tacy klinicyści, jak: MAGNUS HUSS, PETERS, JACKSON, TRIPIER, że sławny lekarz BENNET, o którego ocaleniu lekarze zwątpili, zupełnie wyleczył się z gruźlicy płuc dzięki używaniu znacznych ilości alkoholu i swobodnemu trybowi życia.

Wobec panującego jednak obecnie prądu wyłączenia alkoholu z potraw ludzi chorych na gruźlicę, autor dla poparcia swych twierdzeń i przekonania opornych, przeprowadził szereg badań statystycznych nad związkiem, jaki istnieje pomiędzy częstością zapadania i umierania na gruźlicę a użyciem alkoholu. Bezpośrednio wykazał zapomocą doświadczeń, iż alkoholicy mniej, czy też więcej są skłonni do zakażenia się gruźlicą, niż ludzie, mało lub wcale nie używający trunków; rozumie się, nie można, gdyż nie można świadomie szczerzyć komu gruźlicę; pozostaje więc tylko spostrzeżenie kliniczne. Autor do celów swych wybrał robotników portowych [w Genui], ludzi, jak wiadomo, silnych, lecz skłonnych do nadużycia alkoholu. Za potatorów uważa on tych z pomiędzy nich, którzy wypijają dziennie najmniej 3 litry wina. Okazuje się, że pomiędzy podobnymi robotnikami na pewno nie spostrzega się gruźlicy częściej, niż pomiędzy innymi wyrobnikami [nie portowymi]. Co prawda, można zrobić zarzut, że są to ludzie bardzo silnie zbudowani, ale wszak pracują ciężko, wdychają ciągle pył mineralny i roślinny, są wystawieni na nagłe zmiany atmosferyczne. Autor opisuje chorego na krwotoki płucne z objawami zgęszczenia w jednym szczycie, u którego stopniowo zwiększane [aż do 40 mgr.] wstrzykiwania tuberkuliny Koch'a, czynione 7 lat temu, nie dały żadnego odczynu miejscowego w płucach, ani w całym ustroju w postaci jakichkolwiek objawów. Chory ten, potator, wypijający przez długi szereg lat codziennie 2—3 litry wina oraz kilka kieliszków wódki dostaje czasami krwotoku, ale wogóle ma się zupełnie dobrze, sprawa zaś chorobowa w szczycie płuca nie posunęła się dotąd na przód.

Ostateczne wnioski autora są następujące:

- 1) Alkohol daje ustrojowi możność zobojętniania toksyny gruźliczej.
- 2) Spostrzeżenie autora potwierdza i rozszerza wnioski BUCHNER'a o użyciu alkoholu w leczeniu gruźlicy. Działanie antytoksyczne alkoholu łączy się ze sklerozą tkanki płucnej, oba zaś te czynniki przeszkadzają rozprzestrzenianiu się choroby.

3) Wyniki spostrzeżeń statystycznych autora uprawniają do dalszych badań; należy jednak podciągać tu odpowiednie przypadki, mianowicie trzeba odróżniać przypadki czystej gruźlicy ropnej (*Pyotuberculose*). Wszystko przemawia za tem, że dostateczne, ale nie nadmierne—aż do zatrucia ustroju—użycie alkoholu działa w gruźlicy dodatnio: leczenie gruźlicy polega na wytwarzaniu się odpowiednich antytoksyn, a organizm potrzebuje w tym celu swobodnego trybu życia oraz dobrych podniet, alkohol zaś należy właśnie do tych ostatnich.

A więc spostrzeżenia BUCHNER'a oraz autora wyznaczają alkoholowi ważną rolę w leczeniu gruźlicy. Należy się spodziewać, że racjonalne stosowanie tego trunku w jakiegokolwiek bądź postaci w celach leczniczych nie wywoła skarg na zachęcanie ogółu do nadużycia trunków. Wszak pierwszy i największy wróg alkoholizmu MAGNUS HUSS był jednocześnie najlepszym mniemania o roli alkoholu w leczeniu gruźlicy.

(*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1902. Nr. 9).

J. Lipształ.

57. Karewski. O niedrożności kiszek, powstałej wskutek kamieni żółciowych.

Do przyczyn, wywołujących niedrożność kiszek, należą między innymi kamienie żółciowe. Mechanizm powstawania tej niedrożności jest bardzo złożony. Zdawałoby się, iż tylko te kamienie powinny wywołać zamknięcie światła kiszek, których objętość w stosunku do światła кишки jest bardzo znaczna. Tymczasem liczne doświadczenia wykazały, iż ten prosty mechanizm zamknięcia światła kiszek zdarza się bardzo rzadko. Nieraz kamienie duże przechodzą przez cały przewód pokarmowy bez żadnej szkody dla ustroju, natomiast kamienie małe w pewnych warunkach wywołują niedrożność kiszek.

Istnieją różne teorie powstawania tej niedrożności. CZERNY utrzymuje, iż pętlica kiszek pod wpływem znajdującego się w niej kamienia opuszcza się do małej miednicy i zagina się. Według KÖNIG'a kamień, jako ciało obce, przesuwając się przed siebie fałdą błony śluzowej кишки, wywołując tym sposobem sztuczne wpochnienie. KÖRRE jest zdania, że kamień żółciowy, nie zamykając światła kiszek, może jednak utrudnić ruchliwość mas kałowych, przez co zawartość kiszek powyżej miejsca, gdzie znajduje się kamień, ulega rozkładowi i odruchowo wywołuje skurcz kiszek. Według REHN'a, kamień wywołuje zapalenie ściany кишки i następcze zapalenie otrzewnej wskutek przejścia drobnoustrojów przez zmienioną ścianę кишки do jamy otrzewnej. W ten właśnie sposób przechodzi najczęściej niedrożność kiszek. Należy na koniec dodać, iż kamień, względnie nawet mały, może jako ciało obce, wywołać silne podrażnienie кишки i odruchowo skurcz jej około kamienia. Do podrażnienia tego przyczynić się może istniejący nieżyt kiszek i własności fizyczne kamienia, mianowicie: kamień przez ostre brzegi lub nieprawidłową postać może wywołać silne podrażnienie mechaniczne. Jako skutek podrażnienia кишки przez kamień żółciowy może nastąpić nie tylko skurcz kiszek, ale i porażenie ich oraz niedrożność na tle porażenia (*ileus paralyticus*).

Kamienie, wywołujące zamknięcie światła kiszek, bardzo rzadko przechodzą do nich przez przewód żółciowy główny. W tym razie rozpoznanie przyczyny zamknięcia światła jest nietrudne, ponieważ prawie zawsze poprzedzają je objawy kolki wątrobowej, żółtaczka i powiększenie wątroby. W większości zaś przypadków kamień przechodzi do кишки w ten sposób, że wywołuje zapalenie pęcherzyka żółciowego a następnie ograniczone zapalenie otrzewnej, dzięki czemu ściana pęcherzyka żółciowego zrasta się ze ścianą кишки, przeobrażając się w dwunastnicę. Kamień, uciskając wspólną ścianę, przedziurawia ją

i wpada do kiszki. Cała ta sprawa przebiega zupełnie skrycie, lub z nieznacznymi bólami w okolicy żołądka, utratą łaknienia i ogólnym osłabieniem. Objawy te, szczególnie u kobiet, nieraz błędnie przyjmuje się za histeryczne.

Kamień, dostawszy się do kiszki tylko w wyjątkowych razach wywołuje natychmiast niedrożność; w większości przypadków przebywa przedtem w kiszkiach całymi miesiącami.

Rozpatrując mechanizm zamknięcia światła kiszek wskutek kamieni żółciowych, widzieliśmy, iż tylko w wyjątkowych przypadkach można rozpoznać przyczynę niedrożności. Rozpoznanie choroby niezmiernie utrudnia jeszcze i ten fakt, iż większość osób, chorych na kamieć żółciową [podług KERR'a 95%] nie doznaje z powodu kamieni żadnych dolegliwości, a jednak mogą ulegać niedrożności kiszek na równi z osobami, które przez długi czas cierpiały na chorobę wzmiankowaną. Dlatego też prawie zawsze przyczynę tej niedrożności rozpoznajemy dopiero podczas operacji lub na oględzinach pośmiertnych. Tylko w początku choroby niedrożność, powstała wskutek kamieni żółciowych, posiada pewne cechy charakterystyczne, które pozwalają odróżnić ją od niedrożności, powstałej wskutek innych przyczyn, mianowicie: ponieważ przeszkoda znajduje się po większej części wysoko [w kiszkiach cienkich], wcześniej występują wymioty kałowe. Chory wówczas ma wypróżnienia i oddaje wiatry; przytem ogólny stan chorego jest dobry. Objasnia się to tem, iż z początku niema zupełnego zamknięcia światła kiszek. Tętno jest lepsze, bóle lżejsze, niż w niedrożności kiszek, powstałej wskutek innych przyczyn. Brzuch jest mniej wzdęty a nieraz czółenkowaty, mianowicie, kiedy kiszki poniżej przeszkody spadają się. Niekiedy kamień żółciowy wyczuwa się przez cienkie pokrywy brzuszne w postaci guza, który trudno odróżnić od nowotworu złośliwego. Bardzo często kamień umiejscawia się w okolicy kiszki ślepej, symulując zapalenie około-katnicze (*perityphlitis*).

W niedrożności kiszek, powstałej wskutek kamieni żółciowych, stosujemy z początku zwykle środki terapeutyczne, jak lawatywy z wody lodowej, przepłukiwanie żołądka, makowiec, atropinę i t. d. Nie otrzymawszy zaś od nich żadnych skutków, lub tylko przejściowe, natychmiast powinniśmy przystąpić do operacji, ponieważ mamy do czynienia z przeszkodą, znajdującą się wysoko, która jak wiadomo, daje najgorsze rokowanie. Operacja powinna polegać na usunięciu kamienia, niektórzy zaś chirurgowie zadowalają się przesunięciem kamienia do kiszek grubych, zapominając, że niedrożność wskutek kamieni żółciowych może również powstać i w kiszkiach grubych. Dzięki udoskonaleniu chirurgii jamy brzusznej możemy otrzymać świetne wyniki, szczególnie w przypadkach wczesnych.

(*Deutsche medicinische Wochenschrift*. 1902. Nr. 10, 11, 12).

Springer.

58. Cohn. Nowy sposób Wingen'a określania natężenia światła dziennego w szkołach.

Istnieje kilka sposobów określania natężenia światła dziennego:

1) Jeżeli ograniczymy się na określeniu powierzchni okien i podłogi pokoju i ich wzajemnego stosunku, na określeniu wysokości i odległości budynków przeciwległych i t. d., to będziemy mieli tylko ogólne pojęcie o oświetleniu danego pokoju.

2) Zapomocą fotometru WEBER'a możemy dokładnie określić siłę światła, jakie pada na dane miejsce. Jest to sposób fizyczny, bardzo ścisły, ale nie wygodny, ponieważ przyrząd jest drogi [kosztuje 400 marek], duży i przeszkadza wykładowi, podczas których należy dokonywać pomiarów.

3) Sposób stereometryczny polega na określaniu zapomocą małego i taniego przyrządu WEBER'a tego szmata nieba, które oświetla miejsce, zajmowane przez ucznia. Te miejsca w pokoju, na które przypada mniej, niż 50° kwadratów nieba, nie nadają się do użytku. Wada przyrządu polega na tem, że jednocześnie nie określa on siły światła, które odbija się od ścian i domów.

4) Sposób okulistyczny polega na określaniu liczby cyfr, jaką potrafi odczytać normalny wzrok w odległości 40 ctm. w ciągu $\frac{1}{2}$ minuty, jeżeli przed okiem postawimy jedno, dwa lub trzy szkła szare, których siłę absorbcyjną znamy. Próby tej dokonywamy na miejscu, zajmowanym przez ucznia, zapomocą przyrządu, wynalezione go przez COHN'a, autora artykułu referowanego. Ale sposób ten jest wadliwym w zasadzie ponieważ szybkość odczytywania nie tylko u różnych ludzi, ale nawet u jednej i tej samej osoby nie bywa stale jednakową.

Już od dawna starano się wyzyskać chemiczne działanie światła do określenia jego natężenia. Opierając się na własnościach chlorku srebra, który tem pręcej czernieje, im światło jest jaśniejsze, prof. VOGEL wynalazł tak zwany aktynometr, zapomocą którego określa, na jak długo przy danem oświetleniu należy poddać działaniu światła negatywy do wywołania obrazu odpowiedniego.

Jak wiadomo, odróżniamy dwojakiego rodzaju promienie: aktywnicne i optyczne. Żółte promienie widma dostarczają najjaśniejszego światła naszemu oku, niebieskie zaś i fioletowe wydają się nam ciemnymi, a ultrafioletowych wcale nie widzimy. Jeżeli zamiast naszej siatkówki weźmiemy płytkę, pokrytą chlorkiem srebra, to okaże się ona najwięcej czułą na promienie fioletowe i ultrafioletowe. Otóż te promienie fioletowe i ultrafioletowe, działające chemicznie, nazywamy aktywnicznymi, promienie zaś, widoczne dla naszego oka, nazywamy optycznymi. Promienie ultrafioletowe stanowią *maximum* promieni aktywnicznych, promienie żółte — *maximum* promieni optycznych. Gdyby te dwie wielkości szły ze sobą w parze, wówczas podług szybkości redukcji chlorku srebra moglibyśmy określić siłę światła, ale tak w rzeczywistości nie jest; okazuje się, że po południu i nad wieczorem, przy najpiękniejszej pogodzie, kiedy ze znacznej odległości możemy jeszcze odczytać drobny druk, fotografie wychodzą niewyraźnie, najlepiej zaś wychodzą przed obiadem, ponieważ pora ta obfituje w promienie aktywniczne.

Kwestya oświetlenia w szkołach bardzo zajmowała budowniczego WINGEN'a, który zauważył, że syn jego, będąc w gimnazjum, staje się coraz większym krótkowidzem. Wiadomem mu było, że podług stopnia poczernienia płytki, pokrytej chlorkiem srebra, nie można jeszcze bezpośrednio określić siły światła, jakie pada na dane miejsce. Otóż autorowi przyszło na myśl, że, korzystając z własności tych płytek, uda się nam pośrednio, t. j. przez porównanie określić, czy dane miejsce pod względem oświetlenia jest odpowiednie dla ucznia, t. j. czy posiada 50 metroświec, czy nie. Wystarczy położyć papierek arystowy na miejscu, którego oświetlenie zapomocą fotometru okazało się odpowiednim i porównać z papierkami, rozłożonymi w innych miejscach klasy. Papierki, które w ciągu godziny stały się ciemniejszymi od papierku próbnego, odpowiadają dobrym miejscom, bledsze odpowiadają złym. Cała procedura, podług WINGEN'a, dokonywa się w następujący sposób: bierzemy kawałek tekturki, w której robimy dziurkę wielkości jednego centymetra, za nią ustawiamy papierek arystowy, a za nim duży kawałek tektury, którą łączymy zapomocą sznurka gumowego z tekturą przedziurawioną; ustawiamy to wszystko na początku lekcji na miejscach uczniowskich, na końcu lekcji zbieramy i numerujemy. Możemy, rozumie się, od razu porównywać papierki z papierkiem, któ-

ry odpowiada 50 metroświecom, lub też z początku je utrwalić, jak fotografie.

Sposób WINGEN'a posiada ogromne zalety: jest bardzo tani, prosty, zajmuje mało czasu; określania światła dziennego możemy dokonywać podczas wykładów bez uszczerbku dla uczniów; a dla nas właśnie jest bardzo ważne określenie siły światła podczas wykładów, gdyż nieraz cień jednego ucznia zaciemnia miejsce innego. Pomiarów tych należy dokonywać przy pogodzie równej, między godz. 10-ą a 12-ą. Sposób WINGEN'a powinienby być zastosowany nie tylko w szkołach, ale i w pokojach, w których dzieci odrabiają lekcye, w warsztatach, biurach i t. d.

(*Deutsche med. Wochenschrift*. 1902 r. Nr. 5 i 6.).

Springer.

59. F. Trendelenburg. O leczeniu chirurgicznym pyemii połogowej.

Zakrzep septyczny żył macicznych po porodzie stanowi pyemię połogową. Bakterye ropotwórcze, wnikając do żył, wywołują zakrzep, a zanieśione prądem krwi, wywołują zatory w naczyniach i ropne przerzuty w narządach oddalonych. Kliniczny obraz pyemii jest dobrze znany. Trudności w rozpoznaniu tworzą tylko przypadki, powikłane zakażeniem ogólnym, szerzącym się przez układ limfatyczny. Przypadki takie poznać jednak można z objawów zatrucia, które na pierwszy plan występują, a których przy czystej pyemii przez długi czas brakuje zupełnie. Tętno jest bardzo przyspieszone, a przedewszystkiem bardzo małe, *sensorium* jest zajęte, gdy tymczasem przy czystej pyemii siła serca długo dopisuje, a z objawów psychicznych dają się jedynie zauważyć: nastrój melancholijny i uczucie obawy.

Ponieważ każda pyemia bierze zawsze przedewszystkiem początek ze sprawy miejscowej, mianowicie z zakrzepu żył, w najbliższym sąsiedztwie rany będących i ponieważ tylko przez powiększanie się zakrzepu i zawleczenie prądem krwi cząstek jego drogą większych żył odwodzących staje się chorobą ogólną, zabójczą, to za racjonalny poczytywać trzeba pomysł przzerwiania choroby przez mechaniczne usunięcie pierwotnego zakrzepu i przez zamknięcie odprowadzających gałęzi żylnych. Pomysł to nie zupełnie nowy, bo już w roku 1884-ym ZAUFAŁ przy sprawie zakrzepowej, pyemicznej w zatoce poprzecznej (*sinus transversum*), wskutek ropnego zapalenia ucha powstałej, zaproponował usunięcie skrzepów z zatoki i podwiązanie żyły jarzmowej wewnętrznej (*v. jugularis int.*). Skutki po tej operacji okazały się wyborne, niejednokrotnie bowiem w ten sposób pyemię przerywano.

Pobudzony temi doświadczeniami, TRENDELENBURG postanowił postąpić w ten sam sposób przy pyemii połogowej. Próby zresztą w tym kierunku robiono już i przedtem [FREUND, BUMM], lecz zwykle poprzestawano na podwiązaniu tylko żyły nasiennej (*v. spermatica*), gdy żyły podbrzusznej (*v. hypogastrica*) obawiano się podwiązać, uważając ją za *noli me tangere*. A jednak przy zakrzepie połogowym obie te żyły są najczęściej razem zatkanie. Nie dziw więc, że dotychczas wyniki po operacji były ujemne. Dlatego też autor postanowił podwiązywać obie żyły odprowadzające: nasienną i podbrzuszną i w przypadku przewlekłej pyemii, mającej swe wyjście z zakrzepu obu tych żył po prawej stronie, podwiązał oba te naczynia. Skutek okazał się wyborny.

Trudno w streszczeniu powtórzyć przebieg całej operacji; szczegóły znajdzie czytelnik w oryginale. Tu tylko nadmienić trzeba, że podwiązania naczyń dokonywa się pozaotrzewnowo po przecięciu mięśni brzusznych i powięzi poprzecznej ponad więzmem POUPART'a i po odluszczeniu na tępo otrzewnej z dołu podłędźwiowego (*fossa iliaca*). Zanim się jednak naczynia podwiąże, trzeba tą

samą drogą dostać się do przymacicza (*parametrium*), aby się przekonać czy rzeczywiście wytworzył się zakrzep w żyłach przymacicza. Dopiero przekonawszy się, że zakrzep istnieje, przystępuje się do podwiązania naczyń odwodzących, a ewentualnie, jeśli niema nacieczeń i zrostów dokoła żył przymacicza—wprost do usunięcia zakrzepów z tych żył. Już samo zresztą podwiązanie naczyń odwodzących powstrzymuje posuwanie się zakrzepu w kierunku serca i zamyka zatorowi drogę do płuc. Powoli zakrzepy marnieją a koki, w nich nagromadzone, zamierają i w ten sposób następuje wyleczenie. Aby jednak wynik był pomyślny, należy do operacji przystąpić wcześniej. Niestety, nie jest to zawsze możliwe, bo z początku przy rozpoznawaniu pyemii w ogóle, a w szczególności przy rozwiązywaniu pytania, czy zakrzep jest prawo-, lewo-, czy też obustronny — natrafić można na wielkie trudności. Zdaniem autora, drugi dreszcz wstrząsający powinien już być wskazaniem do rozpoczęcia operacji. Najczęściej zakrzep występuje w obu przymaciczach jednocześnie; przy wyborze strony, po której cięcie ma być wykonane, należy kierować się wrażliwością na ucisk okolicy i odpornością w sklepieniu pochwowem przy badaniu dwuręcznem. Rozumie się, że dobrych wyników od tej operacji przedewszystkiem oczekiwać należy w bardziej przewlekłe przebiegających przypadkach pyemii.

(*München. med. Wochenschrift.* 1902. Nr. 13).

Zweygbaum.

Wiadomości bieżące.

— *f* — W Uniwersytecie Jagiellońskim habilitował się dr GODLEWSKI, jako docent anatomii opisowej i embryologii.

— *f* — W roku ubiegłym lekarze niemieccy odbyli pierwszą wspólną wycieczkę naukową po miejscach kuracyjnych i klimatycznych. Postanowiono, aby co roku wycieczki takie, w których biorą udział młodzi lekarze, odbywały się pod przewodnictwem znakomych balneologów i miały charakter pedagogiczny. W roku bieżącym mają być zwiedzane kąpiele czeskie i saskie.

— *f* — Zjazd tegoroczny przyrodników i lekarzy niemieckich odbędzie się w dniach 21—27 września w Karlsbadzie. Zjazd dzieli się na 11 sekcji przyrodniczych i 17 lekarskich. Na jednym z posiedzeń wspólnych mają być wygłaszane odczyty rozmaite o treści, związanej z Karlsbadem, jako miejscem leczniczem. W grupie lekarskiej obszerniej roztrząsany będzie temat o białkomoczu fizyologicznym.

— *f* — We Francji stale od roku 1896 zmniejsza się liczba studentów na wydziałach lekarskich. W miastach większych francuskich stan lekarski coraz mniejsze wykazuje dochody.

— *f* — Ostatni Kongres międzynarodowy lekarski w Paryżu pozostawił po sobie nadwyżkę 40000 franków, która to suma ma posłużyć dla przyszłych kongresów na nagrodę, udzielaną co trzy lata za pracę naukową.

— **Zmarli:** GOLTZ, prof. fizjologii w Strasburgu, TRAUTTMANN, prof. polikliniki otyatrycznej w Berlinie.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

Z powodu artykułu H. CYBULSKIEGO:

Wskaźnik gruźlicy u nas.

W celu obliczenia liczby chorych na gruźlicę, stara się kol. CYBULSKI określić wskaźnik gruźlicy, t. j. przeciętną długość choroby u suchotnika, czas od początku choroby aż do śmierci.

Zarówno jednak sama zasada, jak i materyał, na jakim wnioski swe oparł, nie zdają mi się słuszne.

Jawna—przedewszystkiem—istnieje sprzeczność między następującemi dwoma zdaniem autora: z jednej strony uważa, że „łatwo da się obliczyć liczba chorych na gruźlicę, żyjących w danej chwili“, z drugiej zaś strony: „chodzi mu nie o matematycznie ścisłą liczbę suchotników, lecz o liczbę takich, którzy znajdują się już w okresie jawnym gruźlicy i rozszerzają zakażenie“.

Przedewszystkiem, z góry nazywać sam materyał niezbyt ścisłym, gdy do tego ten materyał obejmuje 200 wszystkich przypadków, to znaczy z góry przygotowywać czytelnika do niewiary; a przytem jest tu wyliczany w s k a ż n i k, cyfra, którą mamy dalej operować jako m n o ż n i k i e m. Jakże więc dalekim od prawdy będzie wynik ostateczny!

Powtóre, cel statystycznych poszukiwań autora nie jest dostatecznie ścisły. Co innego obliczyć czas, podczas którego chory na gruźlicę „rozszerza zakażenie“, a co innego, zdaniem mojem, obliczyć czas trwania tej choroby. Albowiem, większa część chorych na gruźlicę nie umiera na tę chorobę! Przekonywają nas o tem choćby statystyki anatomo-patologów.

Zresztą, czy obliczono, ilu chorych z prywatnej praktyki SOKOŁOWSKIEGO, którzy nie zmarli w chwili obliczenia kol. C., żyło dłużej, aniżeli lat 4; czy obliczono, jak długo chorowali ci z chorych szpitalnych, którzy wypisali się ze szpitala [t. j. nie zmarli w szpitalu]?

Mnie się zdaje, że codzienna praktyka bezwzględnie zaprzecza słuszności statystycznym wnioskowi kolegi CYBULSKIEGO. Każdy praktyk na zasadzie wywiadów, otrzymywanych od chorych inteligentnych [jeśli—szczególnie—te wywiady zbiera nie na jednym posiedzeniu, lecz parę razy wypyta chorego, który to i owo przypomina sobie nieraz dopiero za czwartym i piątym badaniem]—każdy, powtarzam, praktyk przyzna, że niepodobna długości trwania choroby, o której mowa, oznaczyć zaledwie na lat trzy.

Nie chcę wchodzić w dalsze szczegóły, jakkolwiek krótki artykuł kol. CYBULSKIEGO nasuwa jeszcze bardzo wiele materyału do dyskusyi. Jeden wszakże szczegół rzuca się w oczy. Czyż wolno początek cierpienia gruźliczego, ujawnionego po influenzy, liczyć od chwili zakażenia grypowego?

Na zakończenie pozwolę sobie zwrócić uwagę na to, że CORNET o trzech latach trwania gruźlicy jawnej mówi w rozdziale „*Infektionsbedingungen*“, kiedy mówi o „częstości stykania się z suchotnikami“ (*Häufigkeit des Verkehrs mit Phthisikern*). To też CORNET dodaje, że „*die latent Tuberculösen sind für die vorliegende Betrachtungen bedeutungslos*“.

Wskaźnik kol. CYBULSKIEGO pozwoli wyliczyć, ilu ludzi ma w swoich płwocinach laseczniki gruźlicze; nic natomiast nie powie o tem, ilu chorych na gruźlicę b ę d z i e prędzej, czy później rozrzucalo takie płwociny.

Więc ogólnej liczby chorych w danej chwili na gruźlicę zapomocą tego wskaźnika nie można obliczyć.

Seweryn Sterling.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Medycyna* Nr. 15. S. KOPCZYŃSKI. Przypadek syfilisu opon i rdzenia w części lędźwiowo-krzyżowej (*meningo-myelitis lumbo-sacralis syphilitica*) z niezwykle zaburzeniami odżywczymi. M. KRAUSHAR. Kilka uwag z powodu 114 przypadków błonicy krtani u dzieci [Dk.]. J. MAJKOWSKI. Zapalenia stawów czyli artrytyzmy pochodzenia goścowego, dnawego i innych, w świetle nowszych pojęć lekarskich [C. d.]. — *Przegląd Lekarski* Nr. 17. I. WEINSBERG. Przyczynek do leczenia gruźlicy jelita ślepego. W. JAWORSKI. O racjonalnym składzie i terapeutycznym stosowaniu leczniczych wód mineralnych i kąpeli do kuracyi letnich [C. d.]. L. BIER. Nowoczesne sposoby odkażania mieszkań [C. d.]. L. KORCZYŃSKI. Badania przemiany pierwiastków w rozmięczeniu kości [Dk.]. L. ŻUŁAWSKI. Przypadek ciała obcego w krtani poniżej strun głosowych.—Nr. 18. L. POPIELSKI. Ośrodek odruhowy gruźliowców trawieńcowych. W. JAWORSKI. O racjonalnym składzie i terapeutycznym stosowaniu leczniczych wód mineralnych i kąpeli do kuracyi letnich [Dk.]. L. BIER. Nowoczesne sposoby odkażania mieszkań [C. d.]. I. WEINSBERG. Przyczynek do leczenia gruźlicy jelita ślepego [Dk.].—*Kronika Lekarska* Nr. 9. H. SĄDKOWSKI. Pyramidon i sposób jego działania. E. FLATAU. Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych [C. d.].—*Krytyka Lekarska* Nr. 5. S. LEWIN. Wędrowki chorych zagranicę. A. WSŁOUCZ. Ohyda wieku [Dk.]. Z. KRAMSZTYK. Oddziały szpitalne. I. STRZEMIŃSKI. Profesor JAN BALIŃSKI. Wspomnienie pozgonne. A. WRZOSEK. Z powodu zbliżającej się setnej rocznicy pierwszego wydania „Teorii jestestw organicznych“ JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO.—*Nowiny Lekarskie* Nr. 2. J. SĘDZIAK. W sprawie związku okresu przejściowego u kobiet (*climacterium*) z pewnemi cierpieniami górnego odcinka dróg oddechowych, oraz uszów. L. DYDYŃSKI. O porażeniu LANDRY'ego (*paralysis ascendens acuta*) [C. d.]. WRÓBLEWSKI. O wylęczkowaniu macicy po poronieniach, jako operacyi dla lekarza praktycznego [Dk.].—Nr. 3. L. WACHHOLZ i S. LEMBERGER. Przyczynki doświadczalne do nauki o otruciu tlenkiem węgla. ZANIEWSKI. Zarys i zadania elektropatologii. L. DYDYŃSKI. O porażeniu LANDRY'ego (*paralysis ascendens acuta*) [Dk.].—Nr. 4. A. DZIAŁOWSKI. Nowy przypadek alopecyi ogólnej, oraz kilka słów o etyologii i przebiegu tej choroby. J. KOELICHEN. Przypadek zapalenia gruźliczego opon rdzeniowych oraz rdzenia (*meningo-myelitis tuberculosa*). — *Zdrowie* Nr. 5. A. CHEŁMOŃSKI. O t. zw. „zaziębieniu“ w stosunku do suchot. S. KOPCZYŃSKI. Urządzenia higieniczne we wzorowych szkołach w Szwajcaryi i w Niemczech.—*Przegląd Okulistyczny* Nr. 1. K. NOISZEWSKI. Zanik częściowy siatkówki. J. SĘDZIAK. O stosunku chorób narządu słuchowego do zaburzeń ocznych. B. WICHERKIEWICZ. Narzędzia i leki zawierający sztuciec okulistyczny „Vademecum“. — *Przegląd Dentystyczny* Nr. 2. C. ZBOŹIL. Nowy sposób naprawy zębów sztyftowych i robót mostkowych zapomocą lutowania w ustach pacjenta. A. CZARNOWSKI. O niektórych ułatwieniach przy zdejmowaniu wycisków masą gipsową. — *Przegląd Chirurgiczny* T. V. Z. I. A. WERTHEIM. Przyczynek do anatomii i topografii wyrostka robaczkowego i kątnicy. B. ENGLAENDER. O jednokomorowej torbieli nerkowej. W. KRAJEWSKI. *Epityphlitis*.

Do dzisiejszego Nru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. marzec 1902 r. i ogłoszenie „Szcawnicy“.

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Довод. Ценаурою, Варшава 9 Маа 1902. Друк К. Ковалевского, Варшава, Мазовицка 8.