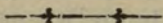


# GAZETA LEKARSKA

## I. SYFILIS NEREK.

Opracował

Wacław Sterling.



### I. Ważniejsze dane historyczne i bibliograficzne.

Sprawa syfilisu nerek od niedawna względnie została wprowadzona na tory naukowe. Wprawdzie w dziełach autorów starszych znaleźć możemy pewne wzmianki, pozwalające domyślać się, że chodzi tu o zmiany syfilityczne w nerkach, lecz znaczenie ich jest li tylko historyczne. Tego rodzaju dane spotykamy u ULRICH'a van HUTTEN'a, PARACELS'a, FERRIER'a. Dopiero VALSALVA zwrócił wyraźnie uwagę na zmiany w nerkach w syfilisie, a uczeń jego, MORGAGNI, mówi o jednej autopsyi: „*venerea lue fuisse infectum pariter ac juvenem de quo modo dictum est, quae adscribam, satis ostendunt. Ventre enim aperto, cum renum alterum maximum, alterum justo contractiorem offendissem*“. W późniejszych jednak czasach, wskutek teoryi HUNTER'a możliwości syfilitycznego zapalenia nerek zaprzeczano—a odnośne przypadki powodowane były według jednych, jak WELLS i BLACKALL, przez leczenie merkuryuszem, według innych, jak CHRISTISON i GREGORY —przez alkoholizm, przeziębienie lub wreszcie przez charłactwo, występujące wskutek syfilisu i jego leczenia. Dopiero dzięki RAYER'owi (1) syfilis nerek zajął właściwe stanowisko. Prędewszystkiem R. zwalczył fałszywy pogląd, tyżący się ujemnego działania rtęci na nerki, oświadczając na mocy licznych spostrzeżeń, że środek ten, stosowany w celach leczniczych przeciw pierwszemu objawom syfilisu, nie wywołuje białkomoczu. Dalej, wskazuje on, że u osobników, podlegających zatruciu zawodowemu rtęcią—jak np. u pozłotników —pomimo występowania rozmaitych objawów zatrucia, nie bywa ani ogólnych obrzęków, któreby zależały od zmian nerek, ani białkomoczu. Pojmując, jak trudno jest rozpoznać syfilityczne cierpienie nerek wobec całego szeregu czynników etyologicznych, nie wykluczając z tego szeregu alkoholizmu i przeziębienia, wypowiada się on z całą stanowczością: „jednakowoż widziałem przypadki, w których wpływ cierpienia wenerycznego konstytucjonalnego wydał mi się tak uderzającym, że nie wahałem się przypisywać—

przynajmniej w znacznej części rozwoju choroby nerek charłactwu wenerycznemu“. Temu też autorowi w całości przypada zasługa stwierdzenia syfilisu nerek na gruncie ściśle naukowym. Zwraca on też uwagę na jednoczesne zajęcie wątroby.

Jednakowoż, pomimo gruntownego uzasadnienia, poglądy R. nieprędko przez ogół lekarski zostały przyjęte. Temu też przypisać należy, że niektóre spostrzeżenia, dotyczące się syfilisu nerek, nie były w sposób należyty uwzględnione, jak przypadek THOUVENOL'a, FINGER'a [1850 r.]. W tym samym mniej więcej czasie [w r. 1851] wyszła praca FRERICHS'a (2) „*Die Bright'sche Nierenkrankheiten und deren Behandlung*“. W rozdziale o etyologii i patogeniezie tego cierpienia F. do czynników chorobotwórczych zalicza charłactwo rtęciowe i zastarzały syfilis. Czy syfilis konstytucjonalny, jako charłactwo, przyczynia się do powstania choroby BRIGHT'a, podobnie, jak to czynią rozległe ropienia, lub też czy jako dyskrazja powoduje sprawy wysiękowe w nerkach—trudno jest rozstrzygnąć jego zdaniem. „Wprawdzie nie rzadkie są przypadki, w których znajdujemy zwyrodnienie BRIGHT'a u osobników, mających pozostałości po przebytych syfilisie—lecz dotychczasowe spostrzeżenia nie wystarczają do wyjaśnienia związku przyczynowego pomiędzy temi dwoma cierpieniami. Przepuszczenie umiejscowienia dyskrazji syfilitycznej w nerkach pozbawione jest tymczasem jeszcze całkowicie pewnego uzasadnienia“. Poglądy FR. podziela i ROSENSTEIN (3), który jednak dodaje; „więcej niż Venus, powinien być Merkury zwolniony z zarzutu, że jest przyczyną cierpienia nerek“.

EISENMANN (17), omawiając przyczynę przekrwienia nerek, zalicza do ich szeregu i syfilis. „RAYER, THOUVENEL, JAKSCH, FINGER i ENGEL znajdowali u osób, cierpiących na syfilis ustrojowy, zarówno zapalenie nerek BRIGHT'a, jak i prosty białkomocz; czy jednak syfilis, jako taki, wywołał cierpienie nerek, czy też i inne wpływy, jak używanie rtęci, współdziałały przy jego powstaniu, mogą wyjaśnić dalsze badania“.

TRAUBE (18) uważa syfilis, jako jeden z czynników rozpoznawczych, przemawiających na korzyść zwyrodnienia skrobiowatego nerek. „Jeżeli chory z takim moczem [o którym autor wspomina wyżej] ma ślady syfilisu ustrojowego... możemy tem prawdopodobniej przypuścić istnienie nerki skrobiowatej, o ile będzie pewnem, że cierpienie nerek rozwinęło się dopiero w następstwie tego cierpienia“.

BEER (19) opisał kilka przypadków syfilisu, w których obok zwyrodnienia skrobiowatego nerek znalazł „*zellige interstitielle Fettbildung*“, dzięki czemu możemy, zdaniem jego, już nieuzbrojonym okiem rozpoznać syfilis nerek.

BRADLEY (20) podaje następujący przypadek: dziecko 4-miesięczne, obarczone syfilisem dziedzicznym, cierpi od tygodnia na łuszczycę, od 1-go dnia twarz i kończyny obrzękły, mocz zawiera dużo białka i nabłonków. Płonica stanowczo daje się wykluczyć. Po wewnętrznym i zewnętrznym stosowaniu rtęci stopniowo wszystkie te objawy ustąpiły. Zdaniem autora, opisane objawy były bezwątpienia pochodzenia syfilitycznego; dlatego też przypadek ten jest zdaniem B. nie tylko przykładem białkomoczu, warunkowanego przez syfilis dziedziczny, lecz przede wszystkim dowodem, że pod wpływem syfilisu może

powstać i woskowate zwyrodnienie nerki, wyleczenie zaś może być osiągnięte nie przez stosowanie środków moczopędnych, lecz dzięki rțci.

Według KER'a (21) zwykłą postacią zmian w nerkach w syfilisie jest przewlekłe zapalenie nerek, które K. określa, jako hyperplastyczne i które występuje zwykle łącznie ze zwyrodnieniem skrobiowatym; natomiast „prawdziwe swoiste gumaty lub syfilomaty“ są niezwykle rzadkie. Właśnie dwa spostrzeżane przez siebie przypadki syfilomatów opisuje autor.

HUBER, zdając sprawę z gumatów nerek według danych sekcyjnych WAGNER'a, zaznacza, że w owym przypadku występują, jako wyraz syfilisu, jednocześnie dwie sprawy: gumaty i zapalenie mięszsowe, które to sprawy dotychczas uważane były za oddzielne. Wcześniej, bo w r. 1870, opisał przypadek gumatu nerkowego KLEBS w swoim podręczniku anatomii patologicznej. Autor dochodzi do wniosku, że to, co stosuje się do syfilitycznych cierpień innych narządów, daje się zastosować i do nerki. Syfilis występuje w narządach pod rozmaitemi postaciami, po części pod postacią zwykłego zapalenia, które samo przez się nie ma nic charakterystycznego, dalej, pod postacią swoistego gumatu, lub rozlanego nacieczenia, lub też wreszcie pod postacią obu tych spraw połączonych.

W jednej z prac swych z r. 1858 VIRCHOW powiada, że często na trupach syfilityków można stwierdzić zwykłe zapalenia nerek, nie nas jednak nie upoważnia do uznawania ich za swoiste, gdyż żaden charakterystyczny „*habitus*“ nie jest im właściwy. Za więcej przekonującej uważa on częściowe śródmięszsowe zapalenie nerek, za pewny jednak — „*habitus*“ gumatyczny lub bliznowaty.

W czasach późniejszych znajdujemy cały szereg spostrzeżeń rozmaitych autorów, opisujących gumaty nerek. W r. 1866 LANCERAUX (4) w swem „*Traité de la syphilis*“ dzieli sprawy syfilityczne w nerkach na trzy grupy: 1) zapalenie nerek śródmięszsowe, 2) gumaty i 3) blizny — jako wynik ostateczny obu postaci poprzednich. Na 20 spostrzeżeń syfilisu narządów wewnętrznych, znalazł on 4 razy zapalenie nerek śródmięszsowe, dwa razy ze zwyrodnieniem woskowatym, jeden raz małe guzy gumatyczne i dużo razy blizny powierzchowne z zanikiem. W r. 1867 wyszła teza GUIOL'a o białkomoczu syfilitycznym — w tym też czasie PERODU pisał o ostrem wczesnem zapaleniu syfilitycznem nerek, które ustąpiło pod wpływem leczenia swoistego.

LECORCHE (5) w swem „*Traité des maladies des reins*“ [1878] nie wiele zajmuje się syfilisem nerek, przyznaje jednak temu cierpieniu pewną rolę etyologiczną na równi ze skrofułami i podagrą. Uważa on syfilis za przyczynę zapalenia nerek przewlekłego nabłonkowego, zadaje sobie jednak pytanie, czy tu i rțć nie gra pewnej roli. Natomiast zapalenie nerek mięszsowe głębokie na tle syfilitycznem nigdy, według tego autora, nie istnieje samodzielnie. „*La syphilis, comme la scrofule, ne provoque la nephrite parenchymateuse, qu'en déterminant la dégénérescence amyloïde du rein ou la nephrite interstitielle*“.

W r. 1877 SPIESS poddał rozbiorowi rezultaty autopsji 220-tu syfilityków; w 62-ch przypadkach zaledwie nerki były niezmienione; z pośród rozmaitych postaci cierpień nerek, jakie autor znalazł, najbardziej charakterystycznym dla

syfilisu, jego zdaniem, było śródmiażdżowe zapalenie nerek — prócz gumatów, rzecz prosta. Pochodzenie syfilityczne spraw mięsnych uważa S. za niedowiedzione.

Niezmiernie pouczającą statystykę znajdujemy u BAMBERGER'a (6) (*Ueber Morbus Brighti* 1879). Z wyników badań jego, dokonanych na 2430 przypadkach, widzimy, że syfilis mógł być uważany za przyczynę cierpień nerkowych w 2% przypadków, zajmując w szeregu czynników etyologicznych dopiero dziesiąte miejsce. Postać cierpienia w 4-ch przypadkach była ostra, w 29-iu przewlekła, w 16-tu — zanikowa, przyczem dość często jednocześnie daje się spostrzegać zwyrodnienie skrobiowate. Niemniej ciekawe dane statystyczne znajdujemy w pracy WAGNER'a (7), który podaje 63 przypadki syfilisu nerek, otrzymane z około 9000 autopsyi. Z liczby tej 8 razy widział on ostrą chorobę BRIGHT'a, 4 razy zapalenie nerek przewlekłe, 7 razy nerkę ziarnistą, 6 razy zanik nerki jednostronny, 35 razy zwyrodnienie skrobiowate i 3 razy gumaty nerek.

Godnem jest uwagi, że do r. 1879 podawane spostrzeżenia miały za swój przedmiot prawie wyłącznie cierpienia nerek okresu trzeciorzędowego. Z zapamiętań się autorów, jak np. FRERICHS'a, wynika, że sprawy syfilityczne mogą występować w nerkach jedynie w bardzo posuniętych okresach syfilisu, jakkolwiek istniały, nieliczne wprawdzie, spostrzeżenia, tyjące się białkomoczem, występującego w okresie wczesnym. Tak np. PERROUD podał dwa przypadki białkomoczem syfilitycznym wczesnym, z których jeden dotyczył starca, tak że przejściu białka do moczu sprzyjały prawdopodobnie zmiany starcze w tętniczkach nerkowych, drugi zaś — młodej dziewczyny, która jednak wcześniej podległa przeziębieniu się, co odbiło się prawdopodobnie na cierpieniu nerek. Nieco później wyszła teza DESCOUT'a, mająca za treść przypadek syfilisu, w którym białkomocz bardzo znaczny wystąpił w 53 dni po pokazaniu się objawu pierwotnego. Dalej, DRYSDALE w pracy swej o cierpieniach syfilitycznych nerek wyraźnie zaznacza, że dość często spotykał je już w okresie drugorzędowym. JACCOUD na zasadzie spostrzeganych przez siebie przypadków przychodzi do wniosku, że nerki mogą uleść zajęciu sprawą swoistą we wszystkich okresach syfilisu, uważa więc za konieczne badanie moczu wszystkich syfilityków. Z biegiem więc czasu nauka o syfilitycznych cierpieniach nerek, wzbogacana coraz obfitszym materiałem klinicznym i anatomo-patologicznym, coraz więcej też wywalczała sobie prawo obywatelstwa. Nie brakło jej jednak i przeciwników, poddających ściśle i surowej krytyce wyniki prac zwolenników tej nauki. Na największe uwzględnienie w tej mierze zasługuje głos WELANDER'a (8), według którego białkomocz może występować jak w najwcześniejszych, tak i w najpóźniejszych okresach syfilisu. Cierpienia nerek syfilityczne mogą, jak się zdaje, przyjmować wszystkie postaci kliniczne cierpień nerek, prócz tego zaś mogą powstawać zmiany swoiste — gumaty. Zaznaczyć jednak należy, że ani stół sekcyjny, ani klinika dotychczas nie dostarczają nam danych, pozwalających sądzić, czy mamy do czynienia z cierpieniem nerek syfilitycznym, czy nieswoistym, z wyjątkiem, rzecz prosta, gumatów. Waleczkomocz i białkomocz, przez syfilis wywołane, rzadko występują we wczesnych okresach tego cierpie-

nia; natomiast w okresach późniejszych w pojedynczych przypadkach występuje bez dającej się wykryć przyczyny osobliwa postać zapalenia nerek z wałeczkami krwistymi, tłuszczowo-ziarnistymi, rozpadem—z jednocześnie występującymi objawami syfilitycznymi zewnętrznymi [jak gumaty] i ustępujące wraz z nimi pod wpływem leczenia swoistego. Czy jednak wykazanie białka w moczu daje nam prawo mówić o cierpieniu nerek teraz, kiedy dzięki czułym odczynnikom możemy w każdym bodaj moczu białko wykazać? Różnica więc pomiędzy białkomoczem normalnym a patologicznym będzie jedynie ilościowa. Dla celów praktycznych najodpowiedniejszym jest kwas azotny, który wykrywa białko w takiej dopiero ilości, kiedy zasługuje ono na zwrócenie nań uwagi.

O wiele czulszym odczynnikiem jest kwas trójchloroctowy [który dla krótkości, będziemy oznaczać T. C. Ac.]. Tymi więc dwoma odczynnikami posługiwał się przy swych poszukiwaniach autor, przy drugim jednak szukał w moczu i wałeczków. Dalej W. zwraca uwagę, że występujący u syfilityków białkomocz może być zależnym nie od syfilisu, lecz od przyjmowanej przez chorych rtęci. Orientowanie się w tej sprawie ułatwi nam nierówny stosunek pomiędzy małą ilością białka a znaczną ilością wałeczków.

Wykluczwszy te przypadki, w których przyczyną białkomoczu mogła być ropa, krew, nasienie i t. p., autor przytacza następującą tabliczkę, przedstawiającą wyniki jego badań.

	Badane na wałeczki								Liczba ogólna
	Białkomocz					Liczba przy- padków białkomoczu	Niema białkomoczu	Niema białkomo- cuzu; nie badano na wałeczki	
	Badane zap. T. C. Ac.	Badane zap. kwasu azotnego.	0,03—0,09‰	0,1—1‰	Nad 1‰				
Pierwszy wybuch syfilisu . . .	14	5	4	3	2	28	218	56	302
Nawrót [okres drugorzędny] . .	9	4	2	1	—	16	147	34	197
Nawrót [forma przejściowa do okresu III] . . . . .	3	2	—	—	—	5	24	3	32
Nawrót [okres trzeciorzędny].	7	4	5	2	—	18	38	14	70
Razem . . . . .	33	15	11	6	2	67	427	107	601

W 33-ch przypadkach białko mogło być wykazane tylko za pośrednictwem T. C. Ac., co, jak powiedzieliśmy wyżej, nie stanowi jeszcze objawu chorobowego, należało więc wziąć pod uwagę i obecność wałeczków. Otóż w 22-ch przypadkach nie znaleziono ich wcale, w 2-ch—parę, w reszcie—pojedyncze, w jednym nakoniec przypadku były one liczne, lecz według wszelkiego prawdopodobieństwa obecność ich była skutkiem występującego białkomoczu rtęciowego. Z grupy drugiej, liczącej 34 przypadki, w których białkomocz mógł być wykazany zapomocą kwasu azotnego, autor wyklucza 17 przypadków, w których objaw ten mógł być zależnym od innych cierpień [jak szkarlatyna, ciężkie

zapalenie płuc i t. p.]. Natomiast dla pozostałych 17-tu przypadków jedyną przyczyną cierpienia nerek upatruje W. w syfilisie. Pogląd jego znajduje usprawiedliwienie w dobroczynnych skutkach leczenia swoistego, po którym objawy ze strony nerek znikają. [C. d. n.]

## II. DRGAWKI OGÓLNE U DZIECI.

(*Eclampsia infantum. Convulsiones*).

Napisal

**F. Arnstein** [Kutno-Ciechocinek].

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 26].

Częstą przyczyną drgawek u dzieci tak starszych, jak i młodszych jest mocznica, najczęściej będąca następstwem płonicy i płonicowego zapalenia nerek. Powstanie drgawek mocznicowych tłumaczono sobie dawniej białkomoczem i tem, że krew skutkiem utraty białka staje się wodnistą, co daje powód do przesiąknięcia do jamy czaszkowej i ucisku mózgu. Jeżeli jednak zważymy, że drgawki mocznicowe występują często przy nieznacznym białkomoczu i przy nieznacznych obrzękach, a z drugiej strony nie występują nieraz przy obfitym białkomoczu, to przyjść musimy do przekonania, że inną musi być ich przyczyna, a tą jest, zgodnie z dzisiejszemi naszymi wiadomościami, także samozatrucie i przeładowanie krwi toksynami, skutkiem upośledzonej czynności nerek w ustroju zatrzymanemi.

Oprócz drgawek u dzieci, pozostających pod wpływem powyższych stanów chorobowych drgawek, dających się objaśnić drogą intoksykacji pochodzenia pasożytniczego lub samozakażeniem i które możnaby nazwać krwiopochodnemi (*haematogen*), istnieją jeszcze drgawki, wywołane przez inne przyczyny, których pochodzenie na mocy dzisiejszych naszych wiadomości drogą intoksykacji niezawsze i niełatwo lub wcale objaśnić się nie dadzą. Tu należą drgawki przy krzywicy, drgawki tak zwane odruchowe, wywołane przez podrażnienie zewnętrzne i wewnętrzne, przez wpływy psychiczne i t. p.

Krzywica od dawna jest uważana za częstą przyczynę drgawek u dzieci. Gdy jednak jedni zaliczają ją do przyczyn, bezpośrednio wywołujących drgawki, inni odmawiają jej bezpośredniego wpływu na powstanie drgawek, uważając ją tylko za przyczynę usposabiającą. Ci ostatni tłumaczą sobie częstość drgawek w tej chorobie wpływami pobocznymi, jak towarzyszącemi często tej chorobie zaburzeniami żołądkowo-kiszkowemi lub nadmierną pobudliwością narządu nerwowego. W gruncie jednak rzeczy patogeneza drgawek u dzieci, chorych na krzywicę, nie jest dotąd należycie wyswietlona, gdyż i patogeneza samej

krzywicy jest nam nieznana. Być może, że i drgawki w tej chorobie mają też, zgodnie z niedowiedzioną, a tylko przypuszczalną teorią zakaźną, pasożytniczą i toksyczną tej choroby źródło w intoksykacji ustroju przez toksyny, wytwarzane przez swoiste lub nawet zwykłe pasożyty lub przez nieprawidłowe produkty przemiany materii, wytwarzane w ustroju chorych na krzywicę. Dziś jednak jeszcze wobec niezgodności wyników badań w tym kierunku, podjętych przez WACHSMUTH'a, MIRCOLI'ego, HAGENBACH-BURKHARDT'a, CHAUMIER'a i SPILLMAN'a<sup>1)</sup>, nie możemy stanowczo twierdzić, od czego zależą drgawki przy krzywicy.

Teoria odruchowa odgrywała dawniej wielką rolę w etyologii drgawek u dzieci. Większą część drgawek u dzieci, jeśli tylko nie zależały od cierpienia mózgu, objaśniano sobie odruchami. W miarę jednak rozwoju nauki o zakażeniu i samozatruciu, liczba przypadków drgawek, któreby trzeba objaśnić teorią odruchową, staje się coraz mniejszą, choć nie da się bynajmniej zaprzeczyć możliwości powstania drgawek drogą odruchową, a to na mocy znanych prac fizjologicznych i spostrzeżeń klinicznych.

Do drgawek, mających powstać drogą odruchową zaliczają te, które zostają wywołane przez podrażnienia wewnętrzne i zewnętrzne, a zatem przez glisty, ząbkowanie, oparzenia, wszelkiego rodzaju urazy i t. p. Co się tyczy wpływu tych czynników na powstanie drgawek u dzieci, to poglądy w ostatnich czasach są bardzo podzielone; gdy jedne z nich prawie powszechnie uznawane są za istotne przyczyny, wywołujące drgawki u dzieci, innym odmawiają wpływu na ich powstanie. W każdym razie faktem, przez wszystkich prawie uznanym, jest, że w porównaniu z powyżej podanymi przyczynami należą one do nieczęstych i zajmują przeto dziś drugorzędną rolę w ich etyologii.

Czy glisty, dawniej uważane za częstą przyczynę drgawek u dzieci, odgrywają jakąś rolę w ich etyologii, niełatwo napewno orzec. Zapatrywania w tym względzie są bardzo podzielone. HENOCH<sup>2)</sup> np. zajmuje w tym względzie stanowisko bardzo niewyraźne: nie zaprzecza z teoretycznego punktu widzenia możliwości powstania drgawek pod wpływem glist; sam jednak nigdy nie spostrzegł przypadku drgawek, któreby na pewno mógł odnieść do glist. Z innych pediatrów: FILATOW, BAGINSKI w swych podręcznikach podają glisty jako rzadką przyczynę drgawek u dzieci.

Czy glisty wywołują drgawki na drodze tylko odruchowej przez podrażnienie nerwowe, nie można też z całą stanowczością twierdzić. Nie da się zaprzeczyć możliwości wywołania drgawek przez glisty na innej drodze, a mianowicie być może, że wydzielają one w kiszki pewne toksyny, które przy sprzyjających warunkach mogą wywołać drgawki na drodze intoksykacyjnej.

I przy oparzeniach znacznego natężenia i na znacznej przestrzeni mogą drgawki mieć swé źródło w autointoksykacji, spowodowanej zatrzymaniem w ustroju skutkiem upośledzenia czynności skóry substancji trujących—produk-

1) Patrz BRUDZIŃSKIEGO: Najnowsze teorie krzywicy. Gazeta Lekarska. 1902. Nr. 45, 46.

2) HENOCH. Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 1897.

tów przemiany materii, które za pośrednictwem obiegu krwi mogą wywołać podrażnienie ośrodków nerwowych.

Jaki wpływ wywiera sprawa ząbkowania na powstanie drgawek u dzieci, jest pytaniem, w ostatnich czasach szeroko rozbieranem. Dawniejsi lekarze przypisywali ząbkowaniu bardzo ważną rolę w powstaniu drgawek; w ostatnich czasach poglądy pod tym względem bardzo się zmieniły i nie są ze sobą zgodne. Jedni, z KASSOWITZEM <sup>1)</sup> na czele odmawiają ząbkowaniu w zupełności wpływu na powstanie przypadłości chorobowych w ogólności, a drgawek w szczególności; inni i to poważni pedyatrycy, jak: HENOCH, FILATOW, GRANCHER <sup>2)</sup> i t. d. uważają słusznie pogląd ten za zbyt krańcowy. Do ważnej tej kwestyi jeszcze powrócimy przy omawianiu rozpoznania przyczyn drgawek u dzieci.

Z innych przyczyn drgawek niemózgowych u dzieci na wzmiankę zasługują wszelkiego rodzaju urazy wewnętrzne i zewnętrzne, jak: uderzenia, ukłucia, obecność kamieni w nerkach, obcych ciał w uchu, nosie i t. p.

I wpływy psychiczne, jak nagły przestrasch, mogą stać się przyczyną drgawek u dzieci bardzo wrażliwych i do drgawek usposobionych.

Obraz kliniczny drgawek u dzieci jest prawie zawsze jednakowy; pewne różnice w objawach i w ich przebiegu zależą w części od przyczyny je wywołującej i od sprawy chorobowej, której towarzyszą, w części od natężenia samych napadów.

Najczęściej drgawki powstają nagle, niespodziewanie już to wśród najlepszego zdrowia, już w przebiegu choroby ostrej lub przewlekłej; niekiedy poprzedzają je pewne zwiastuny, jak: ogólny niepokój, bezsenność lub niespokojny sen, podczas którego często objawiają się lekkie drgania mięśniowe; dzieci starsze skarżą się na ból głowy.

Sam napad drgawek jest bardzo charakterystyczny i przedstawia się prawie zawsze jednakowo. RILLIET i BARTHEZ <sup>3)</sup> opisują go mniej więcej w następujący sposób: „Gdy dziecko dostaje drgawek, wzrok jego, dotąd prawidłowy, staje się nieruchomy; oko wyraża strach, poczem gałka oczna szybko zaczyna wykonywać ruchy urywane i zwraca się w końcu ku górze pod powiekę górną, pod którą pozostaje przez krótki czas zupełnie nieruchomą, poczem na nowo zaczyna wykonywać ruchy na prawo i na lewo, a wtedy powstaje zez bardzo wyraźny. Żrenice są już to rozszerzone, już zwężone i gdy tęczęwka jest zupełnie przykryta przez górną powiekę, spostrzega się tylko białkówkę oka, a twarz przybiera wejrzenie charakterystyczne i wyraża przestrasch. Współcześnie mięśnie twarzy zaczynają wykonywać ruchy drgawkowe, twarz wykrzywia się, śluz pienisty lub lekko zabarwiony krwią pokrywa wargi pianą białą lub różową; górna warga podnosi się do góry, a szczęką dolną wykonywa ruchy drgawkowe, niekiedy występuje szczękoscisk, od czasu do czasu zgrzytanie zębami. Głowa zwykle silnie przechylona jest ku tyłowi, rzadziej na bok. Palce u rąk mocno skurczone, przedramię, zgięte w stronę ramienia, bezustannie

<sup>1)</sup> Vorlesungen über Kinderkrankheiten in Alter der Zahnung. Wien. 1892.

<sup>2)</sup> La médecine infantile w Pédatrique. 1890.

<sup>3)</sup> Traité des maladies des enfants.



wykonywa ruchy drgawkowe. Te same objawy, choć w mniejszym stopniu spostrzega się na dolnych kończynach. Mięśnie tułowia rzadko biorą udział w skurczach klonicznych, lecz zwykle kark jest sztywny. Skurcze przepony i mięśni krtani są przyczyną charakterystycznego krzyku, który powstaje, gdy powietrze wpada do płuc podczas wdechu. Jeżeli drgawki są bardzo silne, stolce i mocza odchodzą bezwiednie. Połykanie rzadko bywa niemożliwe. Przytomność jest prawie zawsze zniesiona, czucie zniesione. Gdy drgawki długo trwają, twarz staje się siną, obrzękłą, pokrywa się potem, głowa staje się gorącą, kończyny chłodne, skóra na całym ciele mokra, tętno bardzo przyspieszone, również oddychanie, które jest głośnie, chrapliwe“.

Do charakterystycznych przeto objawów drgawek u dzieci należą: 1) skurcze kloniczne i toniczne wszystkich mięśni ciała i 2) utrata przytomności. Drgawki ogólne zaczynają się zwykle od skurczów mięśni twarzy i stopniowo przechodzą na kończyny górne, tułów i kończyny dolne. Rzadko i to tylko przy drgawkach niewielkiego natężenia ograniczają się do pojedynczych części ciała, jak: twarzy lub twarzy i kończyn górnych. Niekiedy pozostają ograniczone tylko do jednej połowy ciała, co, jak to niżej zobaczymy, ma ważne znaczenie pod względem rozpoznawczym.

Utrata przytomności należy do stałych objawów drgawek u dzieci, trwa krócej lub dłużej, co zależy od trwania samych drgawek i ich natężenia. Przytomność wraca zaraz po ustaniu drgawek lub dopiero po pewnym czasie; niekiedy, a zdarza się to najczęściej przy drgawkach pochodzenia mózgowego, przytomność nie wraca; dziecko wpada w śpiączkę, z której się już nie budzi.

Trwanie drgawek jest bardzo różne i zależy od przyczyny je wywołującej. Napad drgawek trwa zwykle kilkanaście sekund lub kilka minut, rzadko dłużej poczem stopniowo ruchy drgawkowe ustępują; dziecko po krócej lub dłużej trwającym okresie głębokiego snu lub śpiączki wraca do przytomności. Rzadko bardzo kończy się na pojedynczym napadzie; najczęściej po krótszej lub dłuższej przerwie następuje drugi, trzeci i dalsze napady, z których następne są coraz silniejsze i dłuższe. Liczba napadów może dochodzić do kilkunastu lub nawet kilkudziesięciu.

Przerwy między pojedynczymi napadami trwają rozmaicie długo od kilkunastu sekund do kilku, kilkunastu, kilkudziesięciu minut. Często są one tak krótkie, że zanim dziecko oprzytomniało po przebytych napadzie, już następuje drugi i trzeci. Im więcej było napadów, tem w przerwach nieprzytomność i utrata czucia trwa dłużej i jest silnie wyrażona, tak, że już dziecko nie oddziaływa na takie bodźce, jak dotknięcie gałki ocznej.

Śmierć rzadko jest spowodowana napadami drgawek. Bardzo jednak silne, szybko po sobie następujące napady drgawek, mogą spowodować śmierć skutkiem uduszenia lub skutkiem porażenia mózgu.

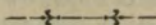
[C. d. n.]

### III. Przyczynek do patologii i terapii błonicy i krupu płoniczego.

Podał

**Alfons Malinowski,**

starszy ordynator Warszawskiego Szpitala dla dzieci.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 26].

Możliwość powikłania błonicą w tak różnych okresach choroby należy zawsze mieć w pamięci, ze względu na terapię, od której przebieg choroby zależy. Szczególniej w praktyce fakt ten ma wielkie znaczenie ze względów zapobiegawczych. Należy więc chorych na błonicę oddzielać od chorych na płonicę i odwrotnie, ustrój bowiem wycieńczony jedną chorobą, skłonny jest do zakażenia drugą. — W praktyce mej zanotowałem przed 20-u laty przypadek, w którym panienka 16-letnia, pielęgnująca 6-letniego brata, chorego na płonicę, zaraziła się błonicą tylko, ponieważ przebyła już raz płonicę w latach dziecięcych.

Czy przypadki takie objaśnić należy zakażeniem mieszanem, czy też uznać za *scarlatina sine exanthemate*, tem więcej, że niekiedy pomimo braku wysypki następuje łuszczenie naskórka. Sądzę, że oba przypuszczenia mają rację bytu. Przy zakażeniu mieszanem bowiem ten zarazek się tylko może rozwinąć, do którego dany ustrój ma usposobienie. Jeżeli zaś znane nam laseczniki błonicy lub gruźlicy mogą istnieć bezkarnie na błonach śluzowych u osób klinicznie zdrowych, to również nieznaną zarazkę płonicy bezkarnie u zdrowych istnieć może, nie wywołując płonicy. Wszakże z jednego źródła może dwóch mężczyzn zarazić się przymiotem i szankrem miękkim.

W okresie przedsurowicznym autorowie, nie znając laseczników LOEF-FLER'a, mieli skłonność do identyfikowania zarazki błonicy z zarazkiem płonicy i przytaczali jako dowód, że epidemia jednej choroby idzie pod względem występowania i natężenia równolegle z epidemią drugiej [GERHARDT]. Śmiertelność obu chorób także współcześnie zmniejsza się lub zwiększa.

To samo daje się zauważyć i w Warszawie, jeżeli sądzić będe z liczby chorych w obu oddziałach lub z praktyki prywatnej. Obie choroby panują w Warszawie endemicznie, przechodząc w epidemię co 3—4-y lata.

Mamy wtedy przez parę miesięcy zapełnione oba oddziały błonicowy i płonicowy, poczem chorzy przestają przybywać. To samo zauważyć się daje w praktyce prywatnej.

Fakt ten objaśniam sobie w sposób następujący. Corocznie rodzi się pewna liczba dzieci, które w pierwszym roku wyjątkowo rzadko, w drugim roku życia bardzo rzadko podlegają błonicy i płonicy. Największa liczba chorych

przypada na dzieci od 3—7-u lat życia. Płonice każde dziecko prawie bez wyjątku w wielkim mieście, zwłaszcza w dzielnicach uboższych, przebyć musi, doszedłszy do 3—7-go roku życia, dzieci więc, w tych latach będące, co lat kilka ulegają chorobie massowo, epidemicznie i przechorowawszy raz, umierają lub stają się odpornemi; po kilku latach dorasta nowa serya, która ulega epidemii. Nie przeszkadza to jednak sporadycznemu występowaniu płonicy przez rok cały, co dowodzi, że ustrój dziecięcy wrażliwy jest zawsze na jej zarazek, lecz w pewnym okresie życia wrażliwość ta potęguje się, dochodząc do *maximum*.

Ciągły pobyt w złych warunkach higienicznych zdaje się działać uodporniająco na niektóre dzieci. Są to jednak wyjątki. Czasowy pobyt na wsi w lepszym powietrzu czyni dziecko wrażliwszem na zarazek płonicy po powrocie do miasta, do złych warunków sanitarnych. Dzieci takie zwykle zapadają na płonice, również jak dzieci, które ze wsi przybywają pierwszy raz do szkół lub na pensye. Przebycie płonicy działa uodporniająco na ustrój, dlatego powtórne zachorowanie zdarza się dosyć rzadko, rzadziej niż zachorowanie na odrę. Przebycie błonicy raz nie daje żadnej pewności, czy się choroba po kilku tygodniach lub miesiącach powtórnie nie rozwinie, jako „*angina*” lub jako „*laryngitis*”, nawet przy leczeniu surowicą. Znam chorych, którzy podlegają tej chorobie corocznie, znam dzieci, które kilkakrotnie przebywały nie tylko anginę, lecz krup błonicowy. — Nawet wstrzykiwania ochronne, jak wiadomo, uodporniają tylko na pewien przeciąg czasu.

Skłonność do chorób zakaźnych szczególnie do płonicy i błonicy zdaje się zależeć od ustroju, w którego krwi łatwiej lub trudniej zarazek dany się rozwija. Na tem polega powstawanie co pewien czas epidemii mieszanych, co dowodzi także, iż w pewnych warunkach ustrój ludzki przedstawia doskonałe podłoże dla rozwoju nie tylko jednego, lecz kilku zarazków współcześnie.

Klinicyści notują, że po błonicy czystej często spotykamy porażenia, czego po płonicy z błonicą prawie nie bywa; dalej że po płonicy często następuje cierpienie nerek, co po błonicy rzadko się zdarza.

**P o r a ż e n i a** po błonicy spotykamy stosunkowo dosyć często. Po płonicy z nalotami w gardle porażenia należą do wyjątków.

Na tem to klinicyści niemieccy opierali swoją naukę o dwoistość zakażenia i różnicy zarazków. Jednakże przy zakażeniu lasecznikiem LOEFFLER'a takie porażenia są możliwe nawet po płonicy. Notuje je THOMAS i SCHABAD.

Podwójne zakażenie: płonicowe i błonicowe daleko ciężiej znosi ustrój dziecka, niż pojedyncze, stąd też, podług autorów, śmiertelność jest tu dwa razy większa, niż w zakażeniu pojedynczem. Niema w tem nic dziwnego. Według bowiem moich spostrzeżeń, czyste formy błonicy i krupu dają najmniejszą odsetkę śmiertelności; formy mieszane ze streptokokami i stafilocokami, z małą liczbą laseczników mają przebieg ciężki, odznaczają się skłonnością do przechodzenia na jamy uszne i nosowe, towarzyszy im ropienie w gruczołach, zapalenie wyrostka sutkowego, krwotoki z gardła, nakoniec śmiertelność ich jest daleko większa niż form czystych.

Fakt, że od chorego na płonice może zdrowy zarazić się błonicą zaprzeczć się nie da. Przykłady takie podaje GERHARDT, LEICHTENSTERN, JURGENSEN i inni. W mojej praktyce zanotowany przypadek, podałem powyżej.

Sądę, że porażenia i zapalenia nerek zależą także od charakteru epidemii i od wrażliwości osobniczej, gdyż oba te powikłania powstają w okresie, gdy chory zostaje jeszcze pod dozorem lekarza w szpitalu lub w domu i bodźce zewnętrzne żadnego tu wpływu nań wywierać nie mogą. Taż sama wrażliwość błon śluzowych, dróg oddechowych warunkuje powstawanie powikłań płucnych przy płonicy np. zapalenie płuc, zapalenie opłucnej, błonica gardła, błonica krtani.

Lekarz, prowadzący w ciągu lat kilkunastu oddział chorób zakaźnych, przywyka do tych powikłań i nie uważa ich wcale za białe kruki kliniczne lub za patologiczną niemożliwość. Największa zaś klientela miejska nie zdoła dostarczyć odpowiednich studyów pod tym względem, choćby dla braku codziennej obserwacji. Zarazki istnieją stale w wielkich miastach lub w pewnych dzielnicach, które nigdy nie podlegają dezynfekcyi. Wrażliwość u dzieci zwiększa się i zmniejsza od czasu do czasu, stąd pochodzą endemie i epidemie pojedyncze i powikłane. Lekarze jednak, mając na myśli typowe obrazy pojedynczych chorób, starają się sprowadzić wszystkie objawy do jednego mianownika. W naturze typy czyste są rzadkie, zakażenia czyste również, więc i choroby mogą się rozwijać i przebiegać współcześnie, a rozpoznanie ich dowodzi tylko bystrości klinicznej i doświadczenia.

Dla nas z praktycznego punktu widzenia najważniejszą jest rzeczą fakt, że błonica LOEFFLER'owska niekiedy dołącza się do płonicy i do odrzy, tak w pierwszym dniu choroby, jak i w dalszym jej okresie, jako *angina diphtheritica*, jak również jako *laryngitis diphtheritica*. Każdy lekarz powinien mieć w pamięci możliwość tych powikłań ze względu na terapię, od której i rokowanie zależy.

Rokowanie nie zawsze jest tak złem, jak twierdzą klinicyści niemieccy, którzy mało spostrzegali krupów błonicznych w odrzy i płonicy. Surowica jest tu dzielnym środkiem, tak samo, jak przy czystej błonicy gardzieli i krtani.

Czy jednak należy i kiedy należy stosować surowicę?

Gdyby każdy przypadek krupu przy płonicy i odrzy można było badać lusterkiem i robić hodowle, rezultat badania wskazywałby nam, kiedy trzeba wstrzykiwać surowicę przeciwbłoniczą przy nalotach w gardle lub krupie, a kiedy nie należy. Badanie takie zwykle jest niemożliwe, szczególnie w praktyce prywatnej, na prowincyi, nie zawsze możliwe nawet w szpitalu, gdzie idzie o szybkie postanowienie co do wyboru środka.

Przy zajęciu gardzieli lekarz ma więcej czasu do działania, przy krupie musi działać szybko, stanowczo i najskuteczniej.

Co do *angina diphtheritica scarlatinosa*, kierować się należy wyglądem błon dla rozpoznania błonicy LOEFFLER'owskiej, aby zastosować seroterapię.

Co do *laryngitis* przy płonicy, tak z nalotami, jak bez nalotów w gardzieli, należy zaraz w początku wstrzykiwać surowicę nawet wtedy, gdy oprócz kaszlu krupowego i utraty głosu niema jeszcze silnego zwężenia krtani. U dzieci bowiem starszych krtani jest już tak obszerna, że małe naloty i błony nie wywołują silnego zwężenia w początku choroby. Należy również pamiętać, że obecność błon nie jest koniecznym warunkiem w początku choroby zajęcia krtani

sprawą błoniczą. Błona pozostaje w dalszym okresie choroby, jako wynik zakażenia ze zgorzelą części tkanki i po zastrzyknięciu surowicy powiększa się jeszcze. Kaszel charakterystyczny i zmiana głosu są pierwszymi objawami, na które trzeba zwracać uwagę i zależą od zmian w tkance, niedostępnych jeszcze dla oka.

Tak samo należy traktować krupy płonicowe bez nalotów w gardzieli.

O krupach przy odrze pomówimy na innym miejscu.

Wiadomo, że już OERTEL odróżniał formę nieżyrtową błonicy i krupu, t. j. tę postać, przy której pomimo zakażenia błonicowego nie dochodzi do wytworzenia się nalotów. Można by sądzić, że w poglądzie tym jest sprzeczność zasadnicza, jeżeli bowiem błonica polega na wytworzeniu się błon rzekomych na błonie śluzowej, to brak tych błon wyłącza błonicę. A jednak każda błonica i każdy krup błonicy w pierwszym okresie daje nam tylko obraz przekrwienia błony śluzowej a błony rzekome, t. j. wysięk krzepnący częścią w tkance, częścią na jej powierzchni, jest tylko dalszym rozwojem tejże samej choroby. Rzeczywiście tak jest w gardzieli i krtani. W krtani zaś zmiany w początku polegają tylko na przekrwieniu i obrzmieniu błony śluzowej i do wytworzenia nalotów niekiedy nawet sprawa nie dochodzi. Tak było w przypadku krupu płonicowego, opisanym powyżej: naloty były tylko na migdałach i na nagłośni, w krtani zaś znalazłem jedynie silne zaczerwienienie i obrzmienie strun głosowych, wywołujące kaszel krupowy, chrypkę i słabe objawy zwięzienia.

Należy więc w każdym przypadku krupu płonicowego wstrzykiwać surowicę, nawet wtedy, gdy w krtani nalotów przy laryngoskopowaniu nie widać. Często bowiem w czystym krupie błonicowym nalotów w krtani nie znajdujemy w początku, a surowica działa jednak doskonale.

Kiedy wstrzykiwać należy surowicę przy dyfteryście gardła w przebiegu płonicy, pytanie to rozstrzygnąć można ściśle, robiąc hodowle. Jeżeli zaś jest to nie możliwe, to kierować się należy wyglądem błon rzekomych według wskazówek podanych powyżej.

Doświadczenie kliniczne w odróżnianiu nalotów błonicych od niebłonicych [szkarlatynowych] stoi na równi z badaniem hodowli pod drobnowidzem. Nie w każdym bowiem przypadku błonicy, leczonej i wyleczonej surowicą, znajdowałem laseczniki LOEFFLER'a; pomimo to przypadki takie uważałem za błonicę i jako taką leczyłem.

W przypadkach wątpliwych surowica może nawet przyczynić się do rozstrzygnięcia pytania, czy to jest błonica, czy nie. Jak bowiem zaznaczyłem jeszcze w pracach, ogłoszonych w 1895 r., po zastrzyknięciu surowicy błony rzekome po 6—12-u godzinach tężeją i powiększają się przy błonicy, czego nie zauważyłem na nalotach przy płonicy, nie mających w sobie laseczników LOEFFLER'a, i różniących się zresztą od tamtych swoim wyglądem.

Uważając więc za nieodpowiednie leczenie surowicą przeciwbłoniczą wszystkich bez wyjątku przypadków płonicy z nalotami, polecam gorąco lekarzom praktykom seroterapię w przypadkach płonicy, powikłanych błonicą; zwłaszcza zaś przy krupie, towarzyszącym płonicy, użycie surowicy jest obowiązkiem lekarza.

W pracy niniejszej miałem na celu wyrazić moje poglądy kliniczne co do używania surowicy przeciwbłoniczej przy płonicy i zaleciwszy ją w pewnych przypadkach choroby, zaprotestować przeciwko bezkrytycznemu jej wstrzykiwaniu w każdym przypadku płonicy.

W końcu kwietnia 1903 r. rozpocząłem doświadczenia kliniczne nad działaniem surowicy, przygotowanej przez kolegę PALMIRSKIEGO z hodowli streptokoków od moich chorych płonicowych. Wstrzykiwania tej surowicy robię u chorych na ciężką płonicę. Mam nadzieję, że za kilka miesięcy, zebrawszy dostateczny materiał kliniczny, będę w możności podzielić się z czytelnikami naszego pisma wynikami moich spostrzeżeń.

Przypuszczać należy, że w tej dziedzinie chorób zakaźnych znajdują się przypadki powikłane, w których użycie obu gatunków antytoksyny będzie wskazane. Wyleczenie takich chorych byłoby prawdziwym tryumfem seroterapii, która, pomimo nieprzychylnych głosów pewnych kół lekarskich w kraju naszym i za granicą, coraz nowe czyni postępy i zdobywcze.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

**34. Artur Dienst. Nowsze badania nad istotą eklampsyi i poglądy na leczenie tej choroby.**

**Antoni Hengge. Eklampsya, obecne badania nad patogenezą tej choroby i jej leczenie.**

Na pytanie, co to jest eklampsya, dziś jeszcze pewnej odpowiedzi nie mamy; pomimo liczne badania, przedsięwzięte w celu wyjaśnienia tej choroby, dotąd poprzestawać musimy na hipotezach. Towarzyszące tej chorobie zmiany anatomiczne, ustalone przez LUBARSCH'a i SCHMORL'a, polegają na masowym zatkanii naczyń w całym ciele przez zakrzepy, na rozległej nekrozie wątroby, krwawieniach i rozmiękczeniach w mózgu i sercu, oraz zwyrodnieniu mięsżowym nabłonka wydzielniczego nerek i komórek wątrobowych. Zmiany powyższe są tak dalece stałe, że liczyć się z nimi musi każda teoria eklampsyi, roszcząca sobie pretensye do wiarygodności.

Wszystkie dotychczasowe badania nad eklampsją miały za punkt wyjścia jeden z następujących poglądów:

- 1) eklampsya powstaje za sprawą bakteryi lub ich toksyn;
- 2) eklampsya jest sprawą biochemiczną;
- 3) eklampsya jest to zatrucie produktami wymiany materyi, które z jakichkolwiek przyczyn nagromadzają się w ustroju.

Bakteryjna teoria LEVINOVITSCH'a oraz teoria zaraźliwości eklampsyi—STROGANOFF'a są, jak dotąd, wcale a wcale nie zadowalające, opierają się bowiem na zbyt skąpych danych faktycznych, przytem nieraz wprost sprzecznych.

Podobieństwo eklampsyi do uremii nasunęło myśl, że sprawcami eklampsyi są produkty wymiany materyi, których wydalanie z ustroju jest upośledzone. Ponieważ wykrycie owych przypuszczalnych produktów napotkało duże trud-

ności, więc starano się ujawnić zmiany we własnościach krwi i moczu eklamptyczek. Oznaczanie punktu zamarzania krwi i moczu zdrowych ciężarnych i eklamptyczek nie doprowadziło do żadnych wyników, któreby pozwalały wnioskować o zatrzymywaniu się soli w ustroju. Również nie osiągnęły celu zastrzykiwania zwierzętom krwi i moczu eklamptyczek tak zwaną metodą Bouchard'a.

Wielu zwolenników liczy pogląd Fehling'a, że eklampsja jest zatruciem matki przez płód. Teorya ta dała pochop do całego szeregu badań nad wymianą materji pomiędzy matką a płodem, nad różnicą, zachodzącą pomiędzy tymi dwoma ustrojami. Halban i Landsteiner poddawali krew matek i noworodków szczegółowemu badaniu, porównywając sposób jej oddziaływania na krew ludzką i króliczą, jako też własności hemolityczne, aglutynacyjne, bakteryobójcze i t. p. Przekonali się, że krew matki częstokroć inaczej oddziaływa, niż krew jej płodu, że tę ostatnią uznać należy za niezupełnie rozwiniętą również pod względem budowy chemicznej. Co ważniejsza, Halban stwierdził, że pomiędzy krwią matki a płodu jest możliwa wzajemna aglutynacja, ba, nawet hemoliza.

Na podstawie powyższych badań i własnych przyczynków, Veit zbudował wspaniałą teorię fizjologii i patologii ciąży. Teorya ta przedstawia się, jak następuje. Według powszechnie dziś przyjętej teoryi odporności Ehrlich'a, surowica krwi zwierzęcia, któremu zastrzyknięto czerwone krążki krwi zwierzęcia innego gatunku, wytwarza nowe substancje—cytotoksyny, te zaś zostają związane z krążkami czerwonymi krwi zastrzykniętej. Wówczas działac zaczyna zawarty w świeżej surowicy czynnik, zwany „komplementem”, a jego działanie polega właśnie na hemolizie. To samo zjawisko zachodzi przy zastrzykiwaniu innych komórek zwierzęcych, jak: leukocyty, ciała nasienne. W dziedzinie położnictwa Schmorl i Ruge stale znajdowali w układzie krwionośnym kobiet ciężarnych cząstki łożyska, nabłonka kosmków, mianowicie komórki Langhans'a i *syncytium*. Otóż Veit, przeprowadziwszy badania w tym kierunku, przyszedł do wniosków następujących. Od początku ciąży, komórki powierzchni jaja płodowego stale przedostają się do krwi matki i tworzą tam tyle cytotoksyn, że dalsze komórki zaraz po ukazaniu się we krwi zostają związane, a więc unieszkodliwione: w ten sposób ciągle się tworzą substancje odporniające—bez widocznej szkody dla ustroju. Ustrój matki doznaje szwanku dopiero wtedy, kiedy wtargnie doń od razu większa liczba komórek łożyskowych, tak że do ich związania zabraknie cytotoksyn. Wtedy krążki czerwone krwi ulegają zniszczeniu, co odbija się szkodliwie przedewszystkiem na nerkach: 40% ciężarnych miewa białkomocz w ciągu ostatnich 3-ch miesięcy. Przyczyna tego nagłego wtargnięcia komórek płodowych tkwi, zdaniem Veit'a, w zmianach, zachodzących w macicy.

Teorya Veit'a nie jest jednakże bez zarzutu. Opiera on swe wywody na spostrzeżeniach Halban'a i Landsteiner'a co do wzajemnej aglutynacji i hemolizy pomiędzy krwią matki a płodu. Tymczasem DeCastello i Sturli zauważyli, że przeważna większość ludzi zdrowych i chorych w wieku powyżej 6-ju miesięcy ma w surowicy izohemaglutyniny, to znaczy, że ich surowica ma własności aglutynowania czerwonych krążków krwi innych osób. Eisenberg znowu dowiódł, że izoaglutyniny i izolizyny mogą powstawać we wszelkich chorobach, którym towarzyszy rozpad, a więc wchłanianie czerwonych krążków krwi i innych komórek. Wprawdzie zwykle rozwiązanie nie jest chorobą, bądź co bądź jednak bywa połączone z wchłanianiem substancji komórkowych.

Na szczególną uwagę zasługują badania Dienst'a, przedstawiające ciemną dotąd sprawę eklampsji w zupełnie nowem oświetleniu. Dokonawszy sekcji zwłok trojga dzieci z matek-eklamptyczek, spostrzegł on powszechny niemal zakrzep naczyń i to zakrzep, powstały niewątpliwie za życia płodu. Doszuku-

jąc się możliwych przyczyn tego zjawiska, DIENST stwierdził, że wszystkie wogóle płody eklamptyczek—zarówno żywe, jak martwe—mają we krwi nieprawidłowo dużą ilość włóknika. Również powiększona, tylko w jeszcze daleko znacniejszym stopniu, była zawartość włóknika we krwi wszystkich badanych eklamptyczek i co ciekawsza, przebieg choroby bywał tem cięższy, im więcej krew zawierała włóknika. Badania DIENST'a nad pochodzeniem tego nadmiaru włóknika są jeszcze w toku, może on jednak już teraz zaznaczyć fakt uderzający: znalazł on hiperleukocytozę w każdym z trzech badanych w tym kierunku przypadków, a wiadomo, że leukocyty właśnie odgrywają dużą rolę w powstawaniu włóknika. Zastanawiając się nad możliwemi przyczynami tej nadmiernej leukocytozy, DIENST przychodzi do wniosku, że w danym przypadku ciałom białkowym przypada rola przyciągania białych ciałek krwi; dowodzi tego wyższy punkt zamarzania krwi eklamptyczek: jest on zawsze zależny od obecności substancji wielkocząsteczkowych, a takimi są białka. Skąd jednak się biorą we krwi owe białka? Źródłem ich musi być płód, skoro noworodki mogą dostawać napadów eklampsji już po opuszczeniu łona matki, skoro nieraz najcięższe napady u matek nagle ustają po urodzeniu się dziecka lub jego śmierci wewnątrz macicy. Za słusznością tego poglądu przemawia poniekąd ta okoliczność, że eklampsja zdarza się li tylko w ciąży, i najczęściej ku jej końcowi, właśnie w czasie, kiedy płód rośnie nieproporcjonalnie szybko, kiedy, rzecz prosta, wytwarza najwięcej odpadków.

Tak więc toksyny eklampsji pochodzą z płodu. W jaki jednak sposób nagromadzają się we krwi matki? Nadprodukcję tych toksyn w ustroju płodu z góry odrzucić można, gdyż musiałaby ona spowodować w nim bardzo ciężkie zaburzenia, a tymczasem dzieci eklamptyczek nieraz rodzą się zdolne do życia, zdrowe. Przyjąć tedy należy, że raczej ustrój matki niedostatecznie wydalą zużyte przez płód substancje, czyli że eklampsja powstaje na tle upośledzonej czynności wydzielniczej ustroju matczynego. Dlatego usposobiają do eklampsji—jak DIENST stwierdził na obfitym materiale sekcyjnym—dawniej przebyte zapalenia nerek [ostre choroby zakaźne], świeże zapalenia [przeziębienie!], niedostateczne wydzielanie moczu wskutek rozciągnięcia moczowodów, nerka zastoinowa—następstwo wady serca i wogóle serce, z jakiegokolwiek powodu nie będące w stanie podolać zwiększonemu podczas ciąży zapotrzebowaniu. Szczególniej są narażone na eklampsję kobiety, które jeszcze przed ciążą miały przerost serca, czy to wskutek wady zastawkowej, czy też cierpień nerkowych. Względna rzadkość eklampsji u takich kobiet można położyć na karb częstych poronień, dzięki którym ustrój matki pozbywa się płodu już wtedy, kiedy ten ostatni wydziela stosunkowo niewiele odpadków, albo na karb śmierci płodu wewnątrz macicy.

Powstawanie eklampsji DIENST przedstawia sobie, jak następuje. Aby podczas ciąży bilans wymiany materji nie wyszedł z równowagi, nerki i serce kobiety ciężarnej muszą powiększyć swą wydolność, a to przez przyrost właściwych elementów tkankowych. Tylko wtedy nerka matki sprosta swemu zwiększonemu zadaniu, t. j. potrafi szybko wydaląć toksyny z ustroju matki i płodu. W przeciwnym razie toksyny nagromadzają się we krwi matki i niszczą jej organizm; a odpadki płodowe są bardzo szkodliwe, ponieważ nie przechodzą przez wątrobę, gdzieby mogły uleść dokładnemu oczyszczeniu, lecz wprost z tętnic pępkowych przedostają się przez łożysko do układu żylnego matki. Obfitość toksyn we krwi pociąga za sobą zatrucie całego ustroju, a przede wszystkim choroby narządów wydzielniczych, w pierwszej linii—nerek [stad częstość białkomoczu u ciężarnych]. Prócz tego, dzięki własnościom leukotaktycznym owych toksyn, następuje we krwi hiperleukocytoza, która znowu powoduje liczne zakrzepy. Do powstawania zakrzepów przyczyniać się też może znaczny wzrost ciśnienia tętniczego wskutek podrażnienia przez toksyny ner-



wów naczyńioruchowych (*vasoconstrictores*); stąd pęknięcie ścian naczyń i gwałtowny wylew krwi do tkanek, a w następstwie tworzenie się zakrzepów, ułatwione wobec nadmiaru włókniaka. Działanie toksyn przejawia się za życia w napadach drgawek; te ustają dopiero z chwilą, kiedy podrażnienie osiągnie szczytu.

Teorią swoją DIENST tłumaczy wszelkie typy eklampsyi, nawet przebiegające bez białkomoczu. W tych ostatnich upośledzenie czynności wydzielniczej organizmu jest wtórne—następstwo niewydolności serca—i odbija się przede wszystkim na wątrobie, wobec licznych połączeń pomiędzy jej naczyniami a naczyniami narządów sąsiednich. Zresztą brak białka w moczu może być tylko czasowy; białkomocz nastąpi z chwilą, kiedy toksyny spowodują wtórne zapalenie nerek.

Słuszność powyższych wywodów DIENST stwierdził doświadczalnie, na królikach. Sztucznie wywoławszy u samic [przez wycięcie jednej nerki] obniżenie sprawności wydzielniczej, łączył on je z samcami. Po pewnym czasie króliki ciężarne zdychały wśród objawów zatrucia, sekcye zaś samic i płodów dawały ten sam obraz, co sekcye kobiet eklamptyczek i ich płodów.

Tak więc teoria DIENST'a ma za sobą dużo prawdopodobieństwa.

Co się tyczy leczenia eklampsyi, to wobec niestalenia się poglądów na istotę tej choroby, terapia może być, rzecz prosta, tylko empiryczna. Ze środków farmaceutycznych jedni zalecają narkotyki: morfinę, chloroform, chloralhydrat, inni radzą ogólnie stosować te środki ze względu na ich szkodliwy wpływ na serce, natomiast daradzają *extr. fluid. Veratri viridis*. Ze środków fizykalnych wielu stosuje puszczenie krwi oraz wlewania podskórne roztworu fizyologicznego soli kuchennej.

DIENST proponuje postępowanie następujące. Przedewszystkiem podnieść należy czynność wydzielniczą ustroju matki przez pobudzenie serca i nerek (*excitantia, diuretica*); następnie zapobiegać dalszemu dopływowi toksyn płodowych przez możliwie szybkie zakończenie porodu, nie wahając się poświęcić życia płodu, zresztą i tak już zagrożonego [cięcie cesarskie, *perforatio* żywego płodu]. Poza tem DIENST zaleca duże dawki alkaliu w postaci roztworu *natri bicarbonici*, wprowadzanego bądź przez usta, bądź przez sondę żołądkową, bądź wreszcie przez kiszki stołcową. Środek ten DIENST stosował z dużym powodzeniem w klinice Wrocławskiej, a działanie jego tłumaczy w ten sposób. Toksyny eklampsyi są to ciała wielkocząsteczkowe, mianowicie niedotlenione substancje białkowe; takie produkty wymiany materji powstają, według SENATOR'a, we krwi o niskiej zasadowości, zaś we krwi bardziej zasadowej przechodzą łatwo w substancje drobnocząsteczkowe, bogatsze w tlen; tej przemianie znowu towarzyszy wzrost ciśnienia osmotycznego, sprzyjający energiczniejszemu wydalaniu moczu.

(*Vollmann's Sammlung klin. Vorträge. N. F. № 342 i 346*).

Wiktor Majerczak.

### 35. H. Füh. Moczówka cukrowa i operacje ginekologiczne.

W roku 1894-ym BECKER, opierając się na 3-ch własnych spostrzeżeniach, wykazał szkodliwość narkozy ogólnej dla diabetyków, którzy w krótkim czasie [już po 24—48-u godzinach] po operacji, wykonanej w uśpieniu, wpadali w śpiączkę (*coma diabeticum*) i prędko umierali. Podobnych przypadków znalazł autor w literaturze 9, z których przypadek L. LANDAU'a dotyczył diabetycznej, u której wykonano wycięcie macicy [z powodu raka] i która w niespełna 48 godzin zmarła w śpiączce cukrzycowej; w kilku zaś innych śpiączka wystąpiła nawet po bardzo małych operacjach, jak przecięcie ropnia i t. d. BECKER utrzymuje, że pod wpływem narkozy wywiązuje się u diabetyków na drodze

chemicznej nadmiar kwasów, którymi zatrucie ma powodować śpiączkę cukrzycową. Praktyczny więc wniosek Beckera jest ten, że diabetyków nie należy niepotrzebnie poddawać narkozie ogólnej, należy więc jej unikać, zastępując ją jak najczęściej przy operacjach znieczuleniem miejscowym.

Do innych zupełnie wniosków doszedł autor na zasadzie własnej obserwacji. Po wykonanej pod narkozą operacji wycięcia macicy u dwu diabetyczek, dotkniętych rakiem macicy, śpiączka cukrzycowa z zejściem śmiertelnem wystąpiła dopiero 7-go dnia po operacji, a więc trudno przypuścić, aby w narkozie tylko spoczywała przyczyna śpiączki; w ostatnim zaś jego przypadku, w którym miało się do czynienia także z rakiem macicy u diabetyczki, wykonano wycięcie macicy pod nieczuleniem lędzwiowem [eukainą] — celem uniknięcia narkozy ogólnej. Pomimo, że chora zniosła operację bardzo dobrze i prawie bólów nie doznawała, to jednak już na drugi dzień zapadła w śpiączkę i zmarła 5-go dnia po operacji. A więc pomimo uniknięcia ogólnej narkozy, chora śpiączki i śmierci nie uniknęła, a przykładów podobnych można znaleźć kilka w literaturze [przyp. HIRSCHBERG'a]. Cóż więc jest przyczyną śpiączki w tych przypadkach? Trudno oczywiście rozstrzygnąć; najrozsądniejsze tu bowiem w grę wchodzi czynniki, które pomawiano o przyczynianie się do wywołania śpiączki u diabetyków, np. nagle przed operacją zmniejszenie zawartości cukru przez zastosowanie ścisłej diety antydiabetycznej [wyłącznie mięsnej], która ma sprzyjać wywiązywaniu się kwasów w ustroju. Lecz ani w przypadkach autora, ani w przypadku HIRSCHBERG'a ścisłej diety przeciwdiabetycznej przed operacją nie stosowano i dlatego też autor skłonniejszym jest przypisać ważniejsze znaczenie w tych przypadkach zmniejszeniu choremu pożywienia, jak się to praktykuje w celach dyetetyczno-przygotowawczych przed operacją a także zmniejszeniu zawartości płynu w organizmie w następstwie oczyszczenia przed operacją kiszek zapomocą ławatyw i środków czyszczących. Zmniejszenie to nagle ilości pokarmu i płynu powoduje w pierwszej linii upadek odżywiania ustroju, następnie głodzenie, jak wiadomo, powoduje rozpad substancji ciała i w ten sposób zwiększa się ilość kwasów w ustroju. W skutek zaś pragnienia, będącego wyrazem utraty płynów, zmniejsza się wydzielenie cukru w moczu, lecz jednocześnie następuje gromadzenie się jego we krwi i w tkankach i ten czynnik zdaje się właśnie odgrywać niepoślednią rolę w śpiączce cukrzycowej. Następnie nie mały też wpływ zdają się tu wywierać wstrząśnienia moralne, których chory musi doznawać wskutek obawy operacji a często i narkozy. Obfite krwotoki podczas operacji mogą też źle wpływać na diabetyka po operacji. Inni jeszcze obawiali się wprost szkodliwego wpływu chloroformu na serce u diabetyków, inni wreszcie szkodliwego wpływu acetonu [acetonuria], wywołującego się wskutek rozpadu tłuszczu u diabetyków, dotkniętych jednocześnie nowotworem złośliwym.

Biorąc pod uwagę wszystkie te czynniki, tak mało dotychczas uwzględniane, a odgrywające pewną rolę po części przed, po części zaś po operacji, jako też doświadczenie, zdobyte na klinikach wewnętrznych w kwestyi moczoówki i śpiączki cukrzycowej, autor zaleca cały szereg środków ostrożności, mających na celu możliwie skuteczne zażegnywanie niebezpieczeństwa od śpiączki cukrzycowej, zagrażającego diabetykom operowanym.

Już same operacje u osób, dotkniętych moczoówką cukrową, przedstawiają dość niebezpieczeństwa, albowiem tkanki, przepojone cukrem, odznaczają się mniejszą odpornością przeciwko zakażeniu a rany ich — złą tendencją do golenia się. Ze wskazaniem więc do operacji u diabetyków należy być bardzo ostrożnym. Tam gdzie operacja jest niezbędna, należy spróbować naprzód, czy się nieuda uwolnić chorego od cukru, a więc trzeba zastosować dietę przeciwcukrzycową. Według NAUNY'na, w lekkich przypadkach cukrzycy wystarczy do usunięcia cukru z moczu lekka mięsna dieta bez zupełnego wykluczenia chleba.

W cięższych przypadkach moczołki cukrowej należy rozpocząć od razu od ścisłej diety mięsnej, aby prędzej uwolnić mocz od cukru, tu bowiem tylko wskazania naglące [npr. nowotwór złośliwy] mogą skłonić do operacji, z którą śpieszyć się trzeba. Przy tak nagłym jednak przejściu do ścisłej diety mięsnej zagraża choremu śpiączka cukrzycowa (*coma diabeticum*), której jednak uniknąć można, podając mu jednocześnie z dietą mięsną 10 — 30 gm dziennie węglanu sodu, lub lepiej jeszcze cytrynianu sodu (*natrium citricum*).

Z powodu skłonności tkanek u diabetyków do zakażeń, należy u chorych tych podczas operacji dbać nadzwyczajnie o czystość bezwzględną (*asepsis*) i przestrzegać ściśle zasad antyseptyki.

Do potrzeby poddania się operacji należy chorych ostrożnie i umiejętnie przygotować, aby im oszczędzić nagłego, psychicznego wstrząśnienia. Trzeba, aby chory pogodził się z myślą o operacji, jako też przyzwyczał się do ścisłej, lecz obfitej diety przeciwdiabetycznej. Ponieważ wiemy, że głodzenie i ograniczenie napoju źle wpływają na diabetyków, nie należy więc im przed operacją, npr. przed laparotomią w celu dyetycznego przygotowania kiszek zmniejszać ilości pożywienia, ani też podawać środków czyszczących. Wystarczy lawatywa oczyszczająca i proszek bizmutu z opium wieczorem przed operacją. Lawatywę można powtórzyć raz jeszcze zrana przed operacją. Właściwie też będzie dać choremu w celach zapobiegawczych przed operacją cytrynian sodu. Operować należy zrana na czczo w czasie fizyologicznego głodu i pragnienia.

O ile tylko można, należy unikać zupełnie przy operacji narkozy ogólnej. Nawet laparotomię rozpoczynać lepiej pod znieczuleniem miejscowym. Znieczulenie łądźwiowe może w tych razach znaleźć obszerne zastosowanie [tropakokoina].

Natychmiast po operacji trzeba dbać o energiczne, systematyczne dostarczanie choremu płynów *per rectum*, jako też o jak można najwcześniejsze podawanie lekkostrawnych, stałych pokarmów, nieobciążających żołądka. Zapobiegawczo znowu *natrium citricum*. Lekki masaż członków także jest wskazany.

(*Deutsch. med. Wochschrift* 1903. Nr. 4. 5. 6.)

Zweygbaum.

## Zjazd higienistów w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 26].

### Sekcja badania produktów spożywczych i asenizacji miast.

Sekcja V zajmowała się dwiema ważnymi sprawami, dotyczącymi: 1) zakładania w większych miastach pracowni analitycznych do badań produktów codziennego użytku, 2) zdrowotności naszych miast i miasteczek, t. j. zaopatrywania w wodę i usuwania nieczystości. Odczyty wygłosili:

M. BIAŁOBRZESKI. O konieczności badania produktów spożywczych.

Zajmując się od dłuższego czasu badaniem produktów spożywczych i zapoznawszy się z wartością tych badań, prelegent twierdzi, iż niema produktu spożywczego, który podlegając pewnej przeróbce, był wolnym od umyślnego zanieczyszczenia.

Główną przyczyną coraz szerszego stosowania najrozmaitszych sposobów zafałszowań, jest bez wątpienia wzrastająca stale konkurencja, posuwająca się do coraz większej niesumienności.

Autor sądzi, iż borykanie się z fałszowaniem produktów nie jest rzeczą łatwą, wymaga to dużo czasu i zabiegów i może być zwalczone jedynie przez:

- 1) szerzenie wśród ogółu wiadomości o własnościach produktów codziennego użytku i pojęć o rodzajach zafałszowań,
- 2) urządzenie stacji analitycznych.

#### Zd. KŁOSSOWSKI. Pracownie analityczne przy aptekach.

W myśl poprzedniego odczytu autor zastanawia się nad pytaniem, jakie mianowicie pracownie analityczne są nam potrzebne i jakich dróg użyć należy do wprowadzenia w czyn pożądaných instytucji wobec braku odpowiednich środków na cele sanitarne miast prowincjonalnych.

Podług zdania autora, nie można tu myśleć o utworzeniu pracowni analitycznych kompletnych z całkowitym zapasem przyrządów ulepszonych do rozbiórów ścisłych; dostatecznem będzie ograniczyć się na laboratorjach, których zadaniem byłoby dochodzenie zafałszowań zwykłych artykułów domowych przy zastosowaniu najprostszých metod badania. — Takie pracownie autor radzi zakładać przy aptekach, wymagać to bowiem będzie niewielkiego stosunkowo nakładu pracy i pieniędzy, a każdy aptekarz znajdzie dosyć czasu na poświęcenie go interesom danej miejscowości.

Autor przyznaje, iż jakkolwiek aptekarze, mający ciągle do czynienia z chemią, stają się pożądanymi pracownikami na tem polu, to jednak prowadzenia samodzielnego pracowni analitycznej podjąć się nie mogą bez poprzedniego przygotowania.

W końcu autor opisuje działalność podobnej pracowni analitycznej przy aptece w Zamościu, założonej staraniem komisji sanitarnej i miejscowego naczelnika powiatu.

Po ożywionej dyskusji sekcya przyjęła następujące wnioski:

- 1) Sekcya uprasza Radę Towarzystwa Hygienicznego o zebranie danych o kosztorysie istniejących już w Królestwie Polskiem pracowni analitycznych, jak również o źródłach dochodu na utrzymanie danych pracowni i odnieść się do władz właściwych z prośbą, aby zwróciły swą uwagę i zechciały zająć się kwestyą zakładania stacji higienicznych.

- 2) Sekcya uważa za bardzo pożądanę, praktyczną i ekonomiczną dla małych miast zakładanie pracowni analitycznych przy aptekach,

#### G. TOŁWIŃSKI. O potrzebie zakładania stacji meteorologicznych dla celów lekarskich.

Ponieważ w ostatnich czasach w medycynie dał się zauważyć zwrot leczenia środkami naturalnymi i siłami przyrody, autor wskazuje na brak badań meteorologicznych, prowadzonych systematycznie z zawczasu powziętym celem lekarsko-hygienicznym.

Wychodząc z zasady, że większość chorób infekcyjnych rozprzestrzenia się w zależności od liczby pyłków, zawartych w powietrzu i że w czasie suszy wiatry mogą przyczyniać się do rozprzestrzenienia chorób zakaźnych, autor zaleca zakładanie przez lekarzy, zamieszkałych na prowincyi, stacji meteorologicznych i prowadzenie sumiennych i systematycznych badań, które następnie należy zestawiać z danymi o stanie zdrowotnym okolicy i wysnuwać ciekawe dla nauki spostrzeżenia.

Stacje mogą być, stosownie do kosztów na zakup narzędzi, dwóch kategorii; w pierwszych powinny znajdować się: deszczomierz, wiatrowskaz, dwa termometry: *maximum* i *minimum*, termometr suchy i mokry do oznaczania wilgoci i barometr; stacje 2-jej kategorii mogą posiadać tylko deszczomierz i dwa termometry: *maximum* i *minimum*. Koszt stacji 1-go typu wyniesie około 100 rb., drugiego—20 rubli.

#### A. SZULC.—Cel i metodyka statystyki sanitarnej.

Autor stara się na wstępie zaznaczyć, że przedewszystkiem należy badać, rozpoznawać i oceniać stosunki i warunki zdrowotne danej miejscowości, poczem dopiero należy proponować i przedsiębrać te lub inne środki, mające na celu uzdrowotnienie. Bezpośrednim celem statystyki wogóle jest, według RUEMELIN'a, ujmowanie pojedynczych i przypadkowych faktów w szerokie ramy metodycznych gromadnych spostrzeżeń. Według SIMON'a, roczna cyfra śmiertelności wynosi najwyżej 17 *pro m.*; autor opierając więc wniosek swój na zdaniu SIMON'a, powiada, że jeżeli dla danej miejscowości statystyka wykaże cyfrę śmiertelności, wynoszącą 28 *p. m.*, czyli przewyższającą najwyższą normę SIMON'a o 11, wtedy niewątpliwie otwiera się dla higienisty szerokie pole działania. Autor w końcu, opisując stan zdrowotny w Żyrardowie, objaśnia to tablicami, ułożonemi na zasadzie 10-letnich sprawozdań i przychodzi do następujących spostrzeżeń w Żyrardowie:

a) zmniejszenie zachorowań i zgonów wskutek chorób narządu oddechowego, w szczególności wskutek gruźlicy płuc,

b) zmniejszenie nieproporcjonalnie wielkiej śmiertelności wśród dzieci wskutek chorób narządu trawienia.

#### L. WERNIC.—O stanie i potrzebach sanitarnych Kalisza.

Opisując na początku położenie geograficzne Kalisza, przechodzi następnie do bardzo szczegółowego wyluszczenia dodatnich i ujemnych stron pod względem higienicznym tego miasta.

Do ujemnych stron autor zalicza:

a) niewystarczające usuwanie śniegu i błota podczas roztopów,

b) zanieczyszczenie koryta rzeki w granicach miasta,

c) gimnazjum żeńskie, nie odpowiadające najpierwotniejszym wymaganiom higieny,

d) niehigieniczny stan szkół elementarnych miejskich,

e) stare domy, pozbawione odpowiednio urządzonych schodów i sieni a nawet bram wjazdowych,

f) podwórza ciasne i przeważnie brudne, szczególnie w dzielnicach żydowskich,

g) suteryny słabo oświetlone—wilgotne, a niektóre z nich pozbawione podłóg,

h) woda do picia w kilku zaledwie studniach jest odpowiednia do użytku wewnętrznego, a produkty spożywcze nie należą do najlepszych, szczególnie mleko i masło,

i) piekarnie i cukiernie żydowskie przeważnie ciemne i brudne.

W końcu autor zaznacza, iż potrzebę, nie cierpiącą zwłoki, stanowią: wodociągi, kanalizacja, zaprowadzenie ścisłego dozoru nad przepisami bydlowlany, wreszcie jak najszerokie zainteresowanie drzemiącej masy ludności do spraw higieny.

#### A. ZALESKI.—Dezyderaty sanitarne m. Płocka.

Na wstępie autor nadmienia, iż przy Płockiem Tow. Lekarskiem wysadzono komisję, której celem jest systematyczne badanie najpilniejszych potrzeb miasta pod względem zdrowotnym. Komisya rzeczona postanowiła:

1) zbierać ściśle dane co do śmiertelności,

2) zbierać dane co do zachorowalności na choroby nagminne,

3) urządzić ankietę celem dokładniejszego poznania obecnego stanu sanitarnego miasta.

Po pobieżnym opisie położenia Płocka i geologicznych warstw, na których miasto wzniesione, autor zapoznaje z dawnem i terażniejszym urządzeniem ścieków i zaznacza, iż kanały te, odpowiadające w zupełności potrzebom usuwania

opadów atmosferycznych, nie powinny służyć do usuwania zawartości dołów kloacznych, co jednakże w niektórych domach ma miejsce.

Śmiertelność, podług autora, stale się zmniejsza, a tyfus brzuszny dziś należy do rzadkości.

Procent urodzeń zmniejszył się nieco.

Ulice po większej części szerokie, z wyjątkiem paru ulic w dzielnicy żydowskiej; wiele ulic wysadzono drzewami; chodniki asfaltowe, częścią z kamienia polnego; bruk i rynsztoki pozostawiają wiele do życzenia.

Dziedzińce obszerne; w żydowskiej części miasta wcale ich niema. Wychodki, śmietniki i system usuwania pomyj są największym brakiem.

Studnie wszystkie zawierają wodę nieodpowiednią do użytku wewnętrznego, woda wodociągowa dobra, lecz droga.

Rzeźnia mieści się w budynku starym, drewnianym i zgniłym, bez żadnych urządzeń sanitarnych.

Najgłówniejszą potrzebą, podług autora, jest uporządkowanie wszelkich ścieków, co uczynić można tylko przez urządzenie racjonalnej kanalizacji.

M. Białobrzęski.

[D. n.]

## Wiadomości bieżące.

— W r. 1899 zorganizowano we Francji wycieczki lekarzy do różnych miejsc kąpielowych, które powtarzano następnie corocznie w rozmaite miejsca w latach 1900, 1901 i 1902. Kierownikiem ich naukowym był prof. LANDOUZY, b. prof. terapii a obecnie jednej z klinik lekarskich w Paryżu, który w każdej ze zwiedzanych miejscowości miał odczyt o działaniu danej wody, stosowaniu jej i wskazaniach. Wycieczki te, zwane *Voyages d'études médicales*, doznały powodzenia, czego dowodem, iż w tych 4-ch wycieczkach wzięło udział 424-ch uczestników, a między nimi 134-ch lekarzy cudzoziemców [z Niemiec, Anglii, Brazylii, Hiszpanii, Finlandyi, Holandyi, Monaco, Norwegii, Rumunii, Szwecyi, Szwajcaryi, Turcyi a najwięcej z Belgii i Danii]. W r. b. od 10—23 września odbędzie się piąta wycieczka dla poznania stacyi mineralnych francuskich południowo-zachodnich. Koszt z całym utrzymaniem wynosi od osoby 350 franków. Za przykładem Francyi i Niemcy odbywają podobne wycieczki (*Aerztliche Studienreisen in Bade-und Kurorte*). W r. b. między 9—20 września odbędzie się trzecia wycieczka [między innymi do: Kreuznach, Neuenahr, Ems, Nauheim, Oeynhausen, Driburg, Wildungen, Pymont]. Koszt jazdy i całego utrzymania od osoby 163 marki.

— W ostatnich dniach wyszła z druku książeczka, p. t.: „Hygiena Sportu”, wydana z okazji odbywającej się wystawy sportowej w Tow. Cyklistów warszawskich. Została ona opracowana prawie całkowicie przez lekarzy, przyjęli mianowicie w tem udział pp.: TRZCIŃSKI, SKOWROŃSKI, BUCZYŃSKI, KUCHARZEWSKI, S. WROTNOWSKI, A. PRZYSBOROWSKI, GROBELINI, B. R. GEPNER, GUIRARD, J. PIOTROWSKI, W. KAMOCKI, HERYNG, PAWIŃSKI i NUSBAUM. Po barwnie napisanym krótkim wstępie obejmuje ona następujące działy: 1) sport pieszy, 2) cyklizm, 3) łyżwiarstwo, 4) jazda konna, 5) gimnastyka, 6) wioślarstwo, 7) pływanie, 8) rybołówstwo, 9) myśliwstwo, 10) gry sportowe, 11) atletyka, 12) automobilizm, 13) szermierstwo, 14) wskazówki dla lekarzy, kwalifikujących kandydatów do wyścigów klubowych, co wszystko razem stanowi pierwszą część książki, oraz zarys fizjologii i patologii pracy mięśniowej, co stanowi część drugą. Przy zwiększającym się u nas z każdym rokiem zamięlowaniu do różnych rodzajów sportu, sądzimy, że wydawnictwo to jest zupełnie na czasie, a wskazówki w niem zawarte z korzyścią mogą być odczytane nie tylko przez amatorów sportu i wogóle szeroką publiczność, lecz nawet przez lekarzy, nieobeznanych bliżej z tą sprawą. Cena kop. 60 za egzemplarz; dochód, po opłaceniu kosztów, dla Warsz. Tow. Dobroc.

M. J.