

GAZETA LEKARSKA

I. O LECZENIU KAMICY ŻÓLCIOWEJ

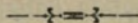
(*cholelithiasis*)

ZA POMOCĄ JODKU POTASU.

Podał

Dr T. Dunin,

lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.



Kamienie wątrobowe, albo, jak się kol. REICHMAN wyraża, kamica wątrobową, należą często do najbardziej upartych cierpień. Jeśli jeszcze pojedyncze napady, choćby nawet bardzo ciężkie, przychodzą rzadko i oddzielane są przestankami zupełnego zdrowia, wtedy środki, ból łagodzące, przynoszą ogromną ulgę, a leczenie systematyczne wodami, odpowiednią dyetą, ruchem, usuwa mniej lub więcej radykalnie chorobę. Inaczej jednak bywa, jeżeli napady przychodzą bardzo często; wtedy nie bywają one tak silne, ale za to bardzo częste, tak, że, można powiedzieć, zlewają się z sobą do tego stopnia, że niema ani jednego dnia, czasami prawie godziny, aby chory był wolny od bólu. Leczenie tych stanów o wiele jest trudniejsze i sprawia lekarzowi nieraz dużo, bardzo dużo kłopotu. Zazwyczaj w takim razie chory używa mnóstwa środków narkotycznych, skutkiem czego traci zupełnie łaknienie, chudnie, spada z sił, musi wciąż leżeć w łóżku, co znowu przeszkadza stosowaniu jakiego bardziej systematycznego leczenia [dyeta, ruch, picie wód]. Objektywnie znajdujemy w tych razach bardzo znaczne rozciągnięcie pęcherzyka żółciowego i wypełnienie jego licznymi kamieniami; znajdujemy więc w odpowiednim miejscu twardy, nierówny guz, nadzwyczaj bolesny przy najlżejszym ucisku. W tych to przypadkach rekomendowano rozmaite środki, jako to: ter-pentynę, preparaty salicylowe, chloroform do wewnątrz, oliwę w dużych ilościach, glicerynę; skuteczność jednak niektórych z nich jest bardzo problematyczna, użycie zaś innych niewątpliwie skutecznych, jak np. oliwy, tak jest przykrem, że niewielu chorych na nią odważyć się może.

W tych to stanach od lat 4-eh używam jodku potasu i jak mi się zdaje, z wybornym rezultatem. Na myśl użycia tego środka przy kamicy wątrobowej wpadłem zupełnie przypadkowo. Razu jednego mianowicie zgłosiła się do mnie chora ze skargami na silne bóle w dołku i prawej okolicy nad-

brzuszej (*hypochondrium*); bóle te trwały od kilku tygodni, nie opuszczały chorej prawie na chwilę, pozbawiły ją snu i łaknienia i ostatecznie ze zdrowej i pełnej kobiety zrobiły nędzną, chudą osobę. Chora piła wody Karlsbadzkie, przechodziła kurację mleczną, wszystko jednak bez skutku. Przy badaniu znalazłem w okolicy pęcherzyka żółciowego ów guz twardy, nierówny, bolesny, o którym wyżej mówiłem. W trakcie rozmowy dowiedziałem się od chorej, że mąż jej cierpi na jakąś chorobę rdzenia (*tabes?*) i że od wielu lat bierze kurację rtęciową; cierpienie jego bowiem jest pochodzenia syfilitycznego. Przyszło mi więc wtedy na myśl, czy i choroba mej pacjentki nie zawdzięcza swego pochodzenia syfilisowi i czy nie mam do czynienia z gumatami wątroby, któreby mogły dać ów wyżej opisany guz. Zaleciłem chorej jodek potasu. Skutek był niespodziewany. W 5 tygodni zjawiła się do mnie chora powtórnie; wyglądała wybornie, odzyskała łaknienie i sen; bóle i guz w okolicy wątroby zupełnie znikły.

Prawie równocześnie z powyższą, zjawiła się inna chora z temi samymi skargami i takimże samym, mniej więcej, obiektywnym stanem; od chorej dowiedziałem się znów, że z mężem nie żyje; ten bowiem już w 3 lata po ślubie zaraził ją syfilisem, tak, iż musiała odbywać kurację wcieraniami. I tu znów zaleciłem jodek potasu i znowu z tym samym wybornym rezultatem, co u pierwszej chorej. Byłem więc pewny, że miałem do czynienia z dwoma wypadkami syfilisu wątroby. Aliści w kilka miesięcy potem zjawia się do mnie pierwsza chora, ale już z innym obrazem, nie pozostawiającym żadnej wątpliwości co do rozpoznania. Mianowicie przed 3-ma tygodniami dostała gwałtownego napadu bólu w dolku, wymiotów, poczem rozwinęła się silna żółtaczka, trwająca do obecnej chwili. Podmiotowe badanie wykazało równomierne powiększenie całej wątroby, pęcherzyka jednak żółciowego już wykryć nie byłem w stanie. Chorej jodku potasu tym razem już nie zaleciłem, przeznaczyłem jej wodę Karlsbadzką, przy użyciu której chora powróciła zupełnie do zdrowia. Było to w 1891 r.; dotychczas chorą widuję, jest zupełnie zdrową. Ten nowy zwrót w chorobie mej pacjentki, nie pozwalający już wątpić o istnieniu u niej kamieni żółciowych, wzbudził we mnie podejrzenie, czy rozpoznanie moje tak u niej, jak i u drugiej chorej nie było błędne, czy to, co uważałem za gumaty syfilityczne, nie było po prostu pęcherzykiem żółciowym, wypełnionym obficie kamieniami. W następstwie tego przyszło mi na myśl, aby i w innych przypadkach kamicy żółciowej próbować jodku potasu. Od tego czasu, t. j. mniej więcej od roku 1892, stosuję u wszystkich chorych z kamicą żółciową ten środek i otrzymuję rezultaty, które nie tylko mogę nazwać zadawalającymi, ale niekiedy wprost nawet zdumiewającymi. Z ogłoszaniem tych wyników ciągle się jeszcze wstrzymywałem, nie dowierzając sobie w zupełności; dziś jednak liczba moich spostrzeżeń doszła niemal do 100, tak, iż bez obawy narażenia się na błąd mogę już powiedzieć, że jodek potasu jest jednym ze skuteczniejszych środków przeciw kamicy żółciowej.

Nie miało by żadnego celu przytaczać opisy pojedynczych spostrzeżeń, również nie mogę podać zupełnie ścisłych statystycznych danych; albowiem chorzy, o których tu mowa pochodzili wyłącznie z mojej praktyki prywatnej.

Za daleko ważniejsze uważam postawienie ogólnych wskazań dla użytku jodku potasu.

Najlepsze więc wyniki dawał mi środek ten w tych przypadkach, o których już mówiłem wyżej, a w których chory nie miewa gwałtownych napadów, lecz całą seryę codziennych lub nawet częstszych napadów, zlewających się z sobą, i dających to, co francuzi nazywają *état de mal*. W słabszych stopniach napady przychodzą co drugi trzeci lub czwarty dzień. W tych wszystkich przypadkach jodek potasu oddawał mi wyborne usługi. Często już po tygodniu chorzy odczuwali wyraźnie ulgę, bóle stawały się słabsze, rzadsze, a okolica pęcherzyka żółciowego mniej wrażliwą na ucisk. Po trzech do czterech tygodni chory uważał się niekiedy za zupełnie wyleczonego ze swej choroby. I w istocie można było wykazać, iż pęcherzyka żółciowego wcale się nie wyczuwało. W innych przypadkach zdarzało mi się widzieć, że bóle wprawdzie zupełnie ustały, lecz pęcherzyk żółciowy wciąż jeszcze był powiększony i zawierał kamienie. I ten jednak skutek muszę uważać za bardzo ważny; chory bowiem, uwolniony od bólu, odzyskiwał sen, łaknienie, spokój, nie potrzebował brać rujnujących mu zdrowie narkotyków i mógł rozpocząć systematyczną kurację wodami.

Niekiedy jodek potasu dawał mi lepsze rezultaty, niż np. picie wód Karlsbadzkich. Widywałem chorych, którzy, po przebyciu kuracyi Karlsbadzkiej, wciąż jeszcze doświadczali napadów i pozbywali się ich dopiero przy użyciu jodku potasu. U jednej z chorych, u której po użyciu jodku potasu bóle znikły, lecz pęcherzyk żółciowy wciąż jeszcze napełniony był kamieniami, picie wód Karlsbadzkich wywołało napowrót wszystkie objawy kolki wątrobowej, tak, iż na gwałt do jodku potasu powracać trzeba było. I tylko przy użyciu naprzemian jodku potasu i wody Karlsbadzkiej choroba w zupełności ustąpiła.

W ogóle wydawało mi się, że stosowanie jodku potasu ma tę wyższość nad stosowaniem wód Karlsbadzkich, że pierwszy z tych środków sprowadza bardzo prędko, niemal natychmiast, ulgę. W każdym razie jodek potasu czyni użycie narkotyków zbytecznem, albo ogranicza ich używanie znakomicie.

Bynajmniej nie twierdzę, aby jodek potasu był niezawodnym środkiem przeciw kamicy żółciowej; takiego środka dotychczas nie ma, a prawdopodobnie i być nie może, wiemy bowiem, że nasze leczenie może ułatwiać przechodzenie kamieni tylko pewnej wielkości; większe przejść mogą tylko na drodze wytworzenia się nieprawidłowych połączeń [przetoki]. Nie zawsze też leczenie idzie tak prędko i pomyślnie. Zdarzało mi się, że do jodku potasu wypadało powracać kilkakrotnie, zanim skutek był pomyślny; widywałem i to, że jodek potasu nie skutkował, a oliwa przynosiła ulgę. W każdym razie rzadko tylko nie było żadnej, choćby przejściowej ulgi, a i tu po większej części istniały pewne wątpliwości w rozpoznaniu. Nie zapobiega też w zupełności jodek potasu powrotowi choroby, jak zresztą nie zapobiega żadne inne leczenie, nie wyjmując i operacyjnego.

Zazwyczaj obecnie plan leczenia układam sobie w ten sposób, że zaczynam od jodku potasu, który daję cztery do pięciu tygodni i dopiero wtedy przechodzę do użycia wód Karlsbadzkich.

Powyżej opisana forma kamicy żółciowej jest ta, w której jodek potasu okazuje się najskuteczniejszym. W tych przypadkach, w których pojedyncze napady, choćby bardzo silne, oddzielone były długimi przestankami zupełnego zdrowia, otrzymywałem rezultaty o wiele mniej widoczne. W formach połączonych z żółtaczką i gorączką (*angio-cholitis*) rzadziej miałem sposobność stosować jodek potasu i dlatego wstrzymuję się z wydaniem sądu co do skuteczności jego w tych razach. Zdawało mi się jednak, że i tu osiągałem niekiedy dobre rezultaty.

Byłoby rzeczą bardzo ciekawą rozstrzygnąć pytanie, w jaki sposób jodek potasu działa na objawy kolki żółciowej. Mogłyby tu zachodzić dwie okoliczności: albo jodek potasu działa wprost na same kamienie, ułatwiając ich rozpuszczalność, co nie jest rzeczą niemożliwą¹⁾; albo też działa on jako *anti-spasmodicum*, przez co, na podobieństwo środków narkotycznych, ułatwia przejście kamieni żółciowych. Że zaś może on wywierać pewne działanie antyspasmotyczne, na to wskazuje skuteczność jego w pierwszych okresach stwardnienia tętnic, w której to chorobie działać ma właśnie w ten sposób, iż znosi skurcz drobnych naczyń. Coś podobnego znajdujemy i w dusznicy oskrzelowej (*asthma bronchiale*). I tu także mamy do czynienia prawdopodobnie ze skurczem drobnych oskrzeli; tu także jod, byle w odpowiedniej dawce podany, przynosi ulgę i to nieraz tak szybko, iż mimowoli przychodzi na myśl antyspasmodyczne jego działanie.

Niektóre wątpliwości co do działania jodku potasu w kamicy żółciowej dałyby się, być może, rozstrzygnąć przy bardziej ścisłej obserwacji chorych. Niestety, w mężkich oddziałach szpitali chorych z kamieniami żółciowymi nie widzimy wcale, tak, że cały mój materiał odnosi się do chorych z praktyki prywatnej i to przeważnie ambulatoryjnej.

Co się tyczy dawki, to podawałem jodek potasu w ilości 5—10 [0,3—0,6] gr. po 2 razy dziennie.

Bylbym bardzo szczęśliwy, gdyby koledzy, rozporządzający odpowiednim materiałem, raczyli jodek potasu wypróbować w kamicy żółciowej; prosiłbym tylko, aby próby zaczęli od form, które za najwłaściwsze podałem.

W żadnym ze znanych mi dzieł, traktujących o kamieniach żółciowych, nie znalazłem wzmianki, aby ktokolwiek używał jodku potasu przeciwko tej chorobie; do żółci środek ten przechodzi w niewielkiej ilości, w farmakologiach zaś figuruje między środkami ograniczającymi wydzielanie żółci. To ostatnie nic nie znaczy; wiemy bowiem, że i woda Karlsbadzka zmniejsza wydzielanie żółci, a jednak, zdaniem wszystkich lekarzy, jest nieocenionym środkiem przeciw kamicy żółciowej.

¹⁾ Sam przy sekcyach widywałem kamienie żółciowe, noszące na sobie ślady niewątpliwego rozpadu. NAUNYN widywał, że kamienie żółciowe, wprowadzane do pęcherzyka żółciowego psów, ulegały rozpuszczeniu.

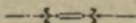
II. W SPRAWIE ŻYWIENIA NIEMOWLĄT

MLEKIEM KOBIECEM A KROWIEM.

Opracował

D-r J. Bączkiewicz,

lekarz prywatnego zakładu leczniczego dla dzieci.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 19].

Mówiąc o różnych metodach sztucznego żywienia, zaznaczyć muszę i inne pomysły na drodze zbliżenia składu mleka krowiego do kobiecego. Mam tu przedewszystkiem na myśli metodę, opracowaną przez D-ra chemii K. LESSERA. Metoda nie została dotąd opublikowaną, a tylko wraz z innymi pomysłami z zakresu mleczarstwa opatentowaną. Za zgodą autora przytoczę tu jej wykonanie. Polega ona na tem, że śmietankę rozcieńczamy nie wodą, lecz serwatką z mleka; zyskujemy na tem, że cukier, sole i ciała białkowe, zawarte w serwatce [oprócz sernika], wchodzą w skład tej mieszanki. Serwatkę otrzymujemy przez strącenie sernika, za pomocą podpuszczki; otrzymaną przez odcedzenie serwatkę, ogrzewamy do 70°, ażeby zniszczyć działanie podpuszczki i dodajemy w odpowiednim stosunku do śmietanki. Otrzymana tą drogą mieszanka ma skład zbliżony bardzo do mleka kobiecego. Mieszanka ta może być wyjałowioną; ujemną jej stronę stanowi cała procedura przygotowania, wymagająca inteligencji ze strony wykonawcy. Autor jest więc przekonania, że tylko odpowiednie zakłady mogłyby przygotowywać tego rodzaju żywienie.

Identyczną metodę podał BACHHAUS ¹⁾ w roku zeszłym i na podstawie nie-licznych, co prawda, obserwacji klinicznych na dzieciach zdrowych i chorych przemawia za tą metodą. Podobnie mieszanki proponowali MERHAUT, KEHRER, BALLOT.

W roku zeszłym STEFFEN ²⁾ z powodu rozgłosu, jakiego nabrało mleko tłuste GAERTNER'a, w pracy, ogłoszonej w *Archiv f. Kinderheilkunde*, zaznacza, że ojciec jego oddawna proponował dodawanie śmietanki do mleka oraz rozcieńczanie nie wodą, lecz bulionem cielęcym. STEFFEN [syn], stosując taką mieszankę w praktyce prywatnej i w szpitalu w Szczecinie, podnosi jej zalety. Opracował on tę mieszankę pod względem chemicznym i stosunku do fermentów fizyologicznych, jak: podpuszczka i sok żołądkowy. Nie mogę szczegółowo rozbiierać tej pracy, zaznaczę tylko, że analizy bulionu cielęcego, wykonane przez aptekarza FICH'a, wykazały, że sole, zawarte w tym bulionie, przeważnie składają związki potasowe. Tym więc sposobem wskazany powyżej szkodliwy

¹⁾ Ueber Herstellung von Kindermilch. Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 26. 1895.

²⁾ Zur Frage der Ernährung im Säuglingsalter, Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 40, str. 421—433.

nadmiar soli potasowych w mleku krowiem, przez dodatek bulionu zostaje spotęgowany.

Najnowszy pomysł na drodze zbliżenia mleka krowiego do kobiecego pod względem ustosunkowania głównych składników, jak: białko i tłuszcz, przedstawia tak zwane mleko tłuste GAERTNER'a. Jedną z pierwszych obszerniejszą pracę na tym przedmiocie, opartą na badaniach chemicznych i klinicznych, ogłosił kol. PAPIEWSKI ¹⁾. Praca ta jest znaną z odczytu jaki wygłosił kol. PAPIEWSKI w naszym Towarzystwie. Z wniosków, do jakich kolega PAPIEWSKI doszedł, uważam za konieczne podnieść: 1) że mleko to pod względem jałowości, stosunku do podpuszczki i kwasu solnego, przewyższa zwyczajne mleko krowie; 2) strawność tłuszczu nie ustępuje strawności tłuszczu kobiecego, natomiast strawność białka nie dorównywa strawności sernika kobiecego. Zdrowe niemowlęta rozwijają się przy mleku GAERTNER'a dobrze, w stanach chorobowych, szczególnie przewodu pokarmowego, pożywienie to daje wyniki niedostateczne lub złe.

Wkrótce po ogłoszeniu pracy kol. PAPIEWSKIEGO z kliniki MONTR'ego w Wiedniu zjawiała się praca POPPER'a ²⁾. Z 25-ga dzieci, żywionych mlekiem GAERTNER'a, u 22-ga zaznaczono mniejszy, niż prawidłowy, przyrost wagi ciała, mianowicie:

- u 14 waga spadła,
- u 4 pozostała na równi,
- u 4 przybyła, jednak niżej normy.

Tylko u 3-ga dzieci zauważono przyrost wagi wyżej normy. Z tych dwoje przy rozpoczęciu obserwacji miało wagę już wyżej normy, a tylko jedno niżej.

Dodać należy, że dzieci, wzięte do obserwacji, w większości nie miały objawów niestrawności przed stosowaniem mleka GAERTNER'a. Autor dochodzi do wniosku, że wynik wagowy bynajmniej nie przewyższa rezultatów, otrzymywanych przy innych dotąd stosowanych metodach żywienia. W końcu swej pracy autor zwraca uwagę, że przygotowywanie mleka GAERTNER'a [rozcieńczanie wodą i centryfugowanie] sprzyja odmaślaniu mleka, t. j., że śmietanka traci charakter dobrej zawiesiny, co znów nie jest obojętne przy trawieniu i wchłanianiu tłuszczów.

Za mało jeszcze mamy sprawozdań, ażeby ostateczny sąd o mleku GAERTNER'a wydać, z dotychczasowych jednak danych widzimy, że strawność białka jest niedostateczna, że zawiesina tłuszczowa ulega zmianie, nadto ze swej strony dodam, że co do zawartości soli nie mamy żadnych danych i wogóle na to mało zwracają uwagę; mała ilość cukru jest mniejszej wagi, gdyż z łatwością wyrównaną być może.

W każdym razie mleko GAERTNER'a zasługuje na bliższe zbadanie i ocenę kliniczną, opartą na większym materiale.

W przeglądzie sposobów sztucznego żywienia pominię inne surogaty mleczne, jako bądź zupełnie sztucznie przygotowywane, bądź też drogą dodat-

¹⁾ Gaz. Lek. Nr. 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, r. 1895.

²⁾ Ueber Ernährungsversuche mit GÄRTNER'sche Fettmilch. Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. XIX, str. 323—236.

ków ciał obcych do mleka preparowane, lub też przedstawiające mleko już przetrawione. Interesujących się tym działem zwrócić winienem do „Odczytu“ kol. PAPIEWSKIEGO.

Tu tylko nadmienię, że pożywki te bynajmniej nie ziściły pokładanych w nich nadziei; zazwyczaj silnie są reklamowane dla dobra producentów, a szkody konsumentów.

Pomimo tych wszystkich usiłowań zbliżenia mleka krowiego do kobiecego praktyka sztucznego żywienia niemowląt wiele pozostawia do życzenia. Wiele nadziei pokładano w wyjąłowieniu mleka. Tymczasem pomimo 10-letniego, szerokiego stosowania wyjąławiania, nie posiadamy sprawozdań, szczególnie świadczących na jego korzyść. Wszyscy żywimy to przekonanie, że bakterye, znajdujące się w mleku krowiem, odgrywają rolę w patologii trawienia, jednak, stosując mleko wyjąłowane, widzimy, że ani sprawność narządów trawienia, ani ogólny rozwój dziecka nie odpowiadają oczekiwaniu. Śmiertelność pośród dzieci karmionych sztucznie znacznie przewyższa śmiertelność dzieci karmionych piersią—według BOECK'a 20 razy. Jako ilustrację tego faktu, przytoczę dane, zebrane w rozprawie pani D-ra DŁUSKIEJ¹⁾. W Islandyi, gdzie matki same karmią dzieci, śmiertelność w pierwszych miesiącach wynosi 9^o/_o. W Rosyji w tychże warunkach śmiertelność w pierwszych 6 tygodniach wynosi 6,2^o/_o. W Finlandyi, Szwecyi, Norwegii i Danii wynosi 12^o/_o, 13^o/_o, 10^o/_o i 13^o/_o, natomiast w Bawaryi i Württembergii, gdzie matki wyjątkowo tylko karmią, śmiertelność wynosi 31^o/_o i 32^o/_o, STOLTZ w Strasburgu podaje śmiertelność dla dzieci przy piersi 19^o/_o, a sztucznie żywionych 87^o/_o, VILLEMEN dla Paryża podaje cyfry 19^o/_o i 43^o/_o, FRANK w Monachium 10,6^o/_o i 89^o/_o.

BERTILLON dla departamentu Dolnej Loirey i Dolnej Sekwany podaje 90% i 87^o/_o dla dzieci sztucznie żywionych. Prawda, że niektóre z tych cyfr podane są jeszcze z epoki przed szerszem stosowaniem wyjąławiania mleka, lecz i PLUGGE zaznacza, że statystyka śmiertelności wskutek biegunek w większych miastach od czasu wprowadzenia aparatu SOXHLET'a nie wykazuje danych zbyt na korzyść wyjąławiania przemawiających, być może, jak powiada, wskutek tego, że wyjąławianie mało jest rozpowszechnione wśród klas biednych. Niestety, nie posiadam danych, dotyczących tej sprawy u nas.

Badania nad przemianą materyi wykazują, iż mleko krowie w przewodzie pokarmowym dzieci względnie dobrze zostaje zużytkowane; według UFFELMANN'a u ssawca wchłania się z mleka krowiego 98,82% białka [1,2^o/_o znajduje się w kale], z tłuszczów 93,8^o/_o, z soli 50^o/_o, a cukier w zupełności zostaje wchłonięty. Badania LANGE'go²⁾, który się zajmował przemianą materyi u dzieci, żywionych mlekiem krowiem, wykazały, że substancje azotowe w 95,46^o/_o są zużytkowane w kiszkiach, podczas gdy z mleka kobiecego % wypada 98,8^o/_o. Badania tego rodzaju, przedstawiające wielki interes naukowy, powiązane są z jednej strony z wielką pracą laboratoryjną, z drugiej znów strony z wielkie-

¹⁾ Contribution a l'étude de l'allaitement maternel. Paris. 1894.

²⁾ Ueber den Stoffwechsel des Säuglings bei Ernährung mit Kuhmilch. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 39, str. 216—240.

mi trudnościami przy zbieraniu moczu i kału u dzieci, dlatego też mogą być prowadzone w krótkim okresie obserwacji dziecka i dotąd nie oparte są na licznym materiale. Badania te dotyczą, że się tak wyrażę, pierwszego i ostatniego aktu wielkiej sprawy odżywiania, jaka się odbywa w ustroju; nie mogą też służyć za wyłączną podstawę do ocenienia wartości pożywnej mleka krowiego. Pośrednie akty przemiany ciał, wprowadzanych do ustroju w celach odżywczych, losy tych ciał i ich produkty w przewodzie pokarmowym i dalej w tkankach i sokach ustroju, przedstawiają wiele jeszcze punktów ciemnych w ustroju u dorosłego, a cóż dopiero mówić o badaniach w tym kierunku u dzieci, u których w chwili zjawienia się na świat narządy trawienia nie są w pełni rozwoju i powoli przygotowują się do spełniania swego zadania.

Badania powyższe wykazują tylko, jaka ilość azotu, tłuszczu zostaje wydalana z kałem i moczem po przyjęciu mleka krowiego; jakim jednak przemianom ulegają substancje azotowe i tłuszcze w przewodzie pokarmowym, badania tego rodzaju wyjaśnić nie mogą. Czy przemiany te, jakie mieć mogą miejsce przy mleku kobiecym, odpowiadają w zupełności przemianom przy użyciu mleka krowiego, wyjaśnić tylko mogą—i to do pewnego stopnia—badania nad fizjologią trawienia.

Pewną wiązaną faktów odnośnie do trawienia mleka krowiego i kobiecego już posiadamy; postaram się poniżej fakty te rozebrać.

Przedewszystkiem chciałbym zwrócić uwagę na niektóre warunki anatomiczne.

Żołądek noworodka, co do formy i wielkości, znajduje się w okresie rozwojowym. Formę posiada cylindryczną, ustawiony jest pionowo, pojemność jamy zaledwie wynosi u noworodka, według badań *HOLT'a* ¹⁾, 1 uncję. W miarę wzrostu dziecka żołądek zmienia formę i powoli rozwijają się jego krzywizny i ułożenie, a także i pojemność. Według *HOLT'a*, pojemność do 3 miesięcy wzrasta o 1 uncję miesięcznie, od 3 miesięcy do 8 już tylko po pół uncji miesięcznie, u rocznego dziecka pojemność wynosi około 9 uncji. Gruczoły trawienne są i mniej liczne i niezupełnie jeszcze rozwinięte.

Jeżeli żołądek przedstawia się, jak widzimy, w okresie stopniowego rozwoju, natomiast kiszki pod niektórymi względami przedstawiają silniejszy rozwój u dziecka, niż u dorosłego. Długość przewodu pokarmowego u ssawca jest 6—8 razy większą, niż długość ciała, gdy u dorosłego jest 4-krotną, powierzchnia kiszek, stosunkowo także jest większą niż u dorosłego. Silny rozwój układu chłonnego liczne kosmki błony śluzowej wskazują, że wchłanianie musi się odbywać żywiej niż u dorosłego. Wprawdzie i tu gruczoły trawienne nie są w pełni rozwoju, gruczoły *LIEBERKUEHN'a* mniej są liczne i słabiej rozwinięte, za to gruczoły *BRUNER'a* w dwunastnicy są liczne i dobrze rozwinięte. Jednocześnie wielkie gruczoły, jak: wątroba i trzustka, od urodzenia stoją na wysokości zadania, jakie spełnić mają. Wielka wątroba, obfitość żółci sprawiają, że niemowlęta doskonale zużytkowują tłuszcz, w mleku zawarty. Trzustka w pierwszych miesiącach życia nie zawiera fermentu diastatycznego

¹⁾ Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. 14, str. 81, [referat].

za to działanie peptonizujące, posiada, według ZWEIFFEL'a, już u noworodka. To też i natura nie wskazała dla niemowlęcia pokarmu, zawierającego skrobię i pozbawiła także dziecię w pierwszych miesiącach i śliny. Narządy trawienia u ssawca, ze względu na ich rozwój i zdolność trawienną, wyłącznie są przygotowane do trawienia ciał, zawartych w mleku.

Wobec powyższych anatomicznych danych, jak również i danych fizjologicznych, które poniżej rozpatrzemy, błędnem wydaje się przekonanie, jakoby u ssawca miało przeważać trawienie żołądkowe. Sam fakt małej pojemności żołądka, jego zaczątkowej formy, już na to wskazuje.

Słusznie też SOLTMAN ¹⁾ w swej lekcyi wstępnej podnosi przeważające zadanie kiszek u dziecka i stąd wysnuwa wnioski terapeutyczne. Nie można danych, zdobytych co do trawienia mleka w żołądku u dorosłego, przenosić na dziecko. ZWEIFFEL wykazał, że siła trawienna żołądka ssawca wynosi zaledwie $\frac{2}{3}$ siły trawiennej żołądka dorosłego.

Przejdźmy teraz do fizjologii trawienia żołądkowego u ssawca. Co do pepsyny nie ulegać, zdaje się, wątpliwości, że żołądek ssawca takową wydziela: ZWEIFFEL, KOROWIN, KRUEGER otrzymali pepsynę z żołądka trupów dzieci, VAN PUTEREN, LEO ²⁾ znajdowali pepton w zawartości żołądkowej po dłuższym lub krótszym okresie trawienia u dzieci żywych. W każdym razie wydzielenie to pepsyny w pierwszych okresach życia jest niewielkie i stopniowo wzrasta, co odpowiada i anatomicznym danym. Wydzielenie kwasu solnego również tak się zachowuje; co do obecności kwasu solnego wolnego, zdania są podzielone. Bliżej tą kwestyą zajmowali się HEUBNER i WOHLMAN ³⁾. Pierwszy na 26 badań 20 razy nie zdołał wykryć wolnego kwasu solnego, z pozostałych 6 w 2 odczyn był wyraźny; w 4 ślady. WOHLMAN zaś na podstawie swych badań sądzi, że u zdrowych dzieci w $1\frac{1}{4}$ —2 godzin po przyjęciu pokarmu stale można jakościowo i ilościowo wykazać wolny kwas solny. LANGERMAN, badając zawartość bakteryi w żołądku, nie zawsze znajdował wolny kwas solny. Wydzielenie zatem kwasu solnego i pepsyny w żołądku ssawca początkowo jest niedostateczne, powoli w miarę wzrostu dzieci się wzmaga.

M. C. DU SAAR ⁴⁾ wykonał 50 badań zawartości żołądkowej u dzieci w wieku od 1—14 dni i odczyn na kwas solny wykazał tylko 2 razy.

Zobaczmy teraz, jak się zachowuje mleko kobiece i krowie wobec soku żołądkowego. ESCHERICH podjął pytanie: ile kwasu solnego należy dodać do mleka, ażeby można było wykazać wolny kwas solny? Okazało się, że do 50 ctm. sześć. mleka kobiecego dodatek 8—9 ctm. sześć. $\frac{1}{4}$ normalnego kwasu solnego wystarcza, natomiast do mleka krowiego należy dodać 15—16 ctm. sz. tegoż kwasu, ażeby wykazać wolny kwas solny, a zatem mleko krowie prawie

¹⁾ Die Beziehungen der physiologischen Eigenthümlichkeiten des kindlichen Organismus zur Pathologie und Therapie. Leipzig. 1895.

²⁾ Ueber Peptonbildung im Säuglingsmagen. D-r TOCH. Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 14, str. 1.

³⁾ Jahresbericht über die Fortschritte des Thierchemie. Bd. 21, str. 223—234.

⁴⁾ Milchgesunde Wirkung junger Säuglinge; referat w Jahresber. über die Fortsch. der Thierchemie. 21 Tom, str. 252.

2 razy tyle wiąże kwasu solnego, niż kobiece. MUELLER²⁾ ponownie zajął się tem pytaniem i wykazał, że mleko kobiece w porównaniu z mlekiem innych zwierząt najmniej wiąże kwasu solnego, że ilość związanego kwasu solnego zależną jest od mniejszej lub większej zawartości soli i ciał białkowych w danem mleku; sole wiążą około 42% HCl, a białko około 58%. Tenże MUELLER zajął się badaniem nad trawieniem pepsynowem sernika. Sernik, tak krowi, jak i kobiecego, otrzymany drogą chemiczną [osadzaniem kwasami], rozpuszczony w tak słabym kwasie solnym, że roztwór ten nie daje odczynu na papierku Congo, po dodaniu pepsyny w ciągu 12 godzin szybko się trawi, dając osad, natomiast jeżeli do powyższego roztworu dodać więcej kwasu solnego do wyraźnego odczynu na kwas wolny, wówczas następuje znaczne zwolnienie trawienia, po 24 godzinach nie widać prawie żadnej zmiany, a po 48 godzinach tworzy się galaretowata masa.

Jeżeli zaś do doświadczeń użył sernika osadzonego podpuszczką w zupełnie tych samych ilościach i warunkach, wówczas przy trawieniu w słabych i silniejszych roztworach kwasu solnego osad powstawał znacznie większy. Jeżeli osady, powstałe przy trawieniu sernika, otrzymanego drogą chemiczną i fizyologiczną, poddał działaniu trypsyny w alkalicznym odczynie, wówczas w pierwszym przypadku osad zupełnie się rozpuszczał, w drugim zaś płyn pozostawał mętnym; męt ten, jak wykazał MUELLER, składał się z soli. Czysty chemicznie sernik, według MUELLER'a, przy sztucznem trawieniu pepsynowem strawia się do 95%.

Wnioski z doświadczeń powyższych, jakieby się nasuwać mogły, nie dadzą się przenieść całkowicie z naczynia szklanego do żołądka ssawca. Przede wszystkim mleko w żołądku ssawca pozostaje zaledwie do 3 godzin, a nie 12, następnie wobec słabego rozwoju gruczołów żołądka u dziecka i soki trawienne nie występują w tej dowolnej ilości, jaką mieć możemy w doświadczeniu poza ustrojem, nakoniec do doświadczeń używaną bywa pepsyna zwierząt i to jeszcze dorosłych. Jeżeli więc trawienie pepsynowe może mieć miejsce w żołądku u ssawca, to do pewnych granic, dlatego też nie można twierdzić, żeby trawienie żołądkowe przeważało nad kiszkowym.

Odnosnie do sztucznego żywienia niemowląt zauważyć muszę, że mleko krowie, jak powyższe badania ESCHERICH'a i MUELLER'a wykazały, wiąże 2 razy więcej kwasu solnego. Wprawdzie nowsze metody starają się zbliżyć mleko krowie do kobiecego, pod względem zawartości białka, pozostaje jeszcze i tak przeważająca ilość soli, a zatem zapotrzebowanie kwasu solnego przy sztucznem karmieniu musi być większe. Nasuwa się pytanie, czy fizyologiczna skala wahań wydzielania kwasu solnego u ssawca będzie przy sztucznem żywieniu dostateczną, czy nie może nastąpić pod tym względem nieomogą wydzielnicza? Badania zawartości żołądka przy żywieniu mlekiem krowiem, wykonane przez LANGERMAN'a, zdają się na to wskazywać. Kwas solny, szczególnie wolny, jak wiemy, posiada zadanie także antyzymotyczne. Przy sztucznem

¹⁾ Zur Kenntniss des Verhaltens von Milch und Casein zur Salzsäure. Jahresber. f. Kinderheilkunde. Bd. 34, str. 439—458.

więc żywieniu może on być wystarczający do trawienia pepsynowego w pewnym zakresie, lecz tego ostatniego działania, t. j. antyzymotycznego nie wywiera i masa pokarmowa niedostatecznie zdezynfekowana przechodzi do kiszek, gdzie znajduje o wiele lepsze warunki do rozkładu i gnicia. Wspomniane badania LANGERMAN'a ¹⁾ wykazują, że ilość bakteryi w żołądku nie jest w prostej zależności ani od rodzaju pokarmu [nawet kobiecego], ani od ilości bakteryi w lepiej lub gorzej wyjałowionem mleku, że zakażający wpływ na żołądek w wielkim stopniu posiada jama ustna, *resp.* ślina. Ilość bakteryi więcej daleko jest zależną od ilości wolnego kwasu solnego. Wobec tego nasuwa się pytanie: czy ta bezwzględna walka z bakteryami przy nowoczesnych sposobach wyjaławiania, zmieniająca skład mleka, jak to poniżej zobaczymy, wytrzymuje krytykę? Czy raczej nie należy więcej dbać o zachowanie fizyologicznej sprawności narządów trawienia u ssawca?

Niezależnie od kwasu solnego i pepsyny występuje w żołądku, bodaj czy nie najważniejszy czynnik przy trawieniu mleka, t. zw. labferment—podpuszczka. Badania HAMMARSTEN'a wykazały, że błona śluzowa żołądka wydziela ciało, które dopiero pod wpływem kwasu zamienia się na ferment, wywołujący kazeifikację mleka. Ciało to HAMMARSTEN nazwał lakzymogenem, ferment żeń powstający labenzymem. Prace BOAS'a i KLEMPERER'a fakt ten potwierdziły. KLEMPERER zaznacza, że w braku wolnego kwasu solnego labferment występuje tylko wówczas, gdy znajdują się obficie kwasy organiczne.

RAUDNITZ, LEO, VAN PUTEN zajmowali się badaniami nad wydzieleniem labenzymu w żołądku u dzieci. RAUDNITZ do 7 dnia wieku dziecka albo nie znajdował labenzymu, albo też wykazywał ślady; u starszych dzieci, 6 miesięcznych, stale go wykrywał. LEO stale wykrywał labenzym w soku żołądkowym dzieci zdrowych i chorych; tylko w jednym przypadku u zdrowego dziecka i 3-ga chorych dzieci nie znajdował labenzymu, natomiast w tych razach wykrył labzymogen. VAN PUTEREN zaś do 24 dnia wieku dzieci otrzymywał zawsze wynik ujemny.

Tak odmienne wyniki poprzednich badaczy skłoniły SZYDŁOWSKIEGO ²⁾ na klinice EPSTEIN'a do podjęcia nowych badań w tym kierunku. Wykonał on 63 badań u dzieci zdrowych i chorych, w różnym wieku będących. Najmłodsze dziecko badane miało zaledwie 7 godzin; w jednym przypadku badał płód 8-miesięczny, w 12 godzin po urodzeniu [przedwczesny, sztuczny poród z powodu *nephritis* u matki] i wykazał obecność labenzymu przy braku wolnego HCl. W liczbie 63 badań 6 tylko dotyczyło dzieci od 1—6 lat, reszta badań przeważnie wykonaną została u dzieci w wieku od 7 godzin do 76 dni, kilka badań wykonano u dzieci kilkomiesięcznych.

¹⁾ Untersuchungen über den Bacterienghalt von auf verschiedene Art und Weise zur Kinderernährung sterilisirter und verschiedentlich aufbewarther Nahrung, zugleich mit den Ergebnissen über ihr Verhalten im Magenselbst. Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 35, str. 88—122.

²⁾ Beitrag zur Kenntnis der Labenzym nach Beobachtungen an Säuglingen. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd 34, str. 438.

W jednym tylko przypadku przy alkalicznym odczynie zawartości żołądka otrzymał wynik ujemny z czystym płynem żołądkowym, po dodaniu zaś 0,5 ctm. sześć. 1% roztworu chlorku wapnia w 10 minut mleko się ścięło a zatem i tu labzymogen istniał, brakowało tylko warunków do jego działania.

Na podstawie swych badań Szydlowski doszedł do przekonania, że w żołądku ssawca labenzym występuje jako stały czynnik, wykryć się daje tak u dzieci zdrowych, jak i u chorych, jakoś pokarmu nie wpływa na zjawienie się w żołądku labenzymu, znajduje on się w żołądku czczym, po przyjęciu innego pokarmu [herbata], nie mleka, we wszystkich fazach trawienia jest obecny, niezależnie czy kwas solny w stanie wolnym się znajduje, czy nie.

Ta stałość labenzymu w żołądku ssawca jest godną uwagi, a wykrycie tego fermentu u płodu 8-miesięcznego wskazywać się zdaje, że musi to być czynnik pierwszorzędного znaczenia w trawieniu u ssawca, skoro natura płód względnie dość wcześnie weń uposaża.

Przejdźmy teraz do działania labenzymu na mleko. Powszechnie wiadomym jest fakt, że mleko pod wpływem podpuszczki—labenzymu—się ścina. Na pozór występuje ten sam objaw, jak przy kwaśnieniu mleka, *resp.* działaniu kwasów. Tymczasem są to zupełnie odmienne sprawy chemiczne. Przedewszystkiem dla wystąpienia działania podpuszczki, jak to pierwszy wskazał SOXHLET ¹⁾, pierwszorzędne ma znacznie naturalny stopień kwaśności mleka. Mleko gotowane, jak to zauważył MAYER, traci własność ścinania się pod wpływem podpuszczki trawieńcowej. To pobudziło SOELDNER'a do bliższych badań tej sprawy i doszedł on do przekonania, że wrażliwość mleka na ferment trawieńcowy zależy jest od stopnia jego kwaśności naturalnej, a podnosząc sztucznie kwaśność mleka gotowanego, podnosimy i jego wrażliwość na podpuszczkę. Drugi czynnik ważny jest ten, że w mleku gotowanym zmniejsza się ilość rozpuszczonych soli wapiennych, których obecność jest niezbędną dla działania podpuszczki. Mleko gotowane, tracąc na wrażliwości względem podpuszczki, w odmienny sposób się zachowuje po podziałaniu takowej. Mleko surowe, jak to na podstawie własnych spostrzeżeń zaznacza LESSER, ścina się w postaci bardziej zbitego skrzepu, a serwatka zjawia się jako płyn białawo mętny. Fakt ten bardzo podnoszono na korzyść sterylizacji mleka.

Interesujące bardzo dane co do działania chemicznego podpuszczki na mleko wykazały prace ARRUS'a i PAGÉS'a ²⁾. Autorowie ci wykazali, że w mleku, poddanem działaniu podpuszczki, sernik rozszczepia się na 2 ciała, ścinające się przy wyższej ciepłocie oraz pod wpływem małych ilości soli wapiennych. Pierwsze z tych ciał autorowie nazwali *caséogène*.

Drugą substancją oddzieloną od sernika autorowie nazwali hemikazeinalbumozą; jest ona ciałem białkowym, w serwatce zawartem. Ciało to z serwa-

¹⁾ Poniżej przytoczone dane zaczerpnąłem z pracy D-ra K. LESSERA. Mleko i Nabiał. Odbitka z Wiadomości farmaceutycznych. 1888—1839.

²⁾ Recherches sur l'action du lab et la évacuation du lait dans l'estomac et ailleurs. Sur le labferment et la digestion du lait. Arch. de physiologie normale et pathologique. 22. str. 331—339—549—545.

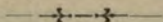
tki się strąca w części przez gotowanie, po dodaniu chlorku wapnia, strąca się tem lepiej, im więcej go dodać. Autorowie wykrywali tę albumozę w żołądku młodych zwierząt. [D. n.]

III. KILKA UWAG O PÓŻNYM SYFILISIE NOSA.

Napisał

Władysław Wróblewski,

lekarz ambulatoryum dla chorób gardła i nosa w szp. Ewangelickim w Warszawie.



[Dokończenie. — Patrz Nr. 21].

Do czwartego wreszcie typu należą przypadki bądź zaniedbane [sposzczenie 24, 26], bądź też przebiegające niezwykle szybko [sposzczenia: 2, 5, 20, 30]. W przypadkach takich znajdujemy i nacieczenia rozlanę skóry nosa, i wypływ ropny, złowonny, tworzący zaschłe strupy i odlewy, oraz rozległe zniszczenia kości, słowem, w tej postaci mamy do czynienia ze zbiorem wszystkich objawów, z których każdy oddzielnie wzięty, cechuje jeden z trzech typów, poprzednio opisanych. Do tejże kategorii należałoby zaliczyć syfilis złośliwy nosa (*syphilis maligna*), który pomimo wczesnego rozpoznania i leczenia prowadzi szybko do zupełnego zniszczenia skóry lub zapadnięcia nosa, pozostawiając po sobie trzy fałdy skóry: dwie boczne i jedną środkową; próchnienie kości przechodzi w takich przypadkach niekiedy na kość sitową i wywołać może zapalenie opon mózgowych.

Pewną trudność rozpoznawczą stanowiły zaznaczone przy opisie sposzczeń 14 i 25 błony grube, szaro-perłowe, pokrywające nacieczone muszle. Oba te przypadki były pierwotnie błędnie rozpoznane. Błony takie stanowią rzeczywiście wielką rzadkość w przebiegu syfilisu nosa, znalazłem o nich wzmiankę tylko u DIELAFOY ¹⁾, który uważa je za objaw drugorzędneho okresu syfilisu. Bardzo ogólnikową wzmiankę spotykam o tem u GERBER'a ²⁾, tak, że nie wiadomo, czy także błony autor miał na myśli. W podręcznikach zaś MACKENZIE'go, MOLDENHAUER'a, JURASZA, VOLTOLINI'go i innych mowy o nich niema. Błony te najwięcej przypominają *rhinitidem crouposam idiopathicam* lub też *rhinitidem artificialem*, jako następstwo przypalenia galwanokaustycznego. Są one dość sprężyste i mocno przylegają do błony śluzowej nosa, a ustępują dosyć szybko przy leczeniu swoim. Że błon takich zdejmować nie należy, miałem dowód na jednym przypadku, w którym, po usunięciu błony nastąpiło obfite krwawienie.

Z powyższego widzimy, że chorzy, dotknięci syfilisem nosa, skarżą się na: katar nosa niezwykle uparty, zatykania nosa obustronne, a częściej je-

¹⁾ DIELAFOY. Centralbl. f. Laryng. 189²/₃ rok str. 437. Syphilis secondaire nasale.

²⁾ GERBER. Die Syphilis der Nase und des Halses. Berlin 1895 r.,

dnostronne, nieustępujące żadnym domowym środkiem [przestrzykiwaniu, smarowaniu tłuszczami i t. p.]. Zatykanie to połączone bywa niekiedy z mniej lub więcej obfitym wypływem ropnym, płynnym lub zasychającym w strupy i odlewy całej jamy nosowej; innym znowu razem wzrastającemu zatkananiu nosa nie towarzyszy wydzielina; do częstych również skarg takich chorych należy ból, obrzmienie i zaczerwienienie nosa. W dłużej trwających sprawach tego rodzaju zjawia się charakterystyczna mowa nosowa, która nie powstaje od razu, jak to wspomniałem przy opisie ostrych ropni na przegrodzie nosa ¹⁾, lecz powoli, stopniowo i stanowi jeden z objawów, wskazujących na zniesienie drożności nosa. Najważniejszymi środkami rozpoznawczymi w tym razie są wzienik i zgłębnik. Obrznięcia błony śluzowej o żywej czerwoności, mniej lub więcej twarde, nie zmniejszające swojej objętości po dokładnem znieczuleniu kokainą, nie dające się uciskać zgłębnikiem, dosyć łatwo krwawiące, są to najprawdopodobniej nacieki syfilityczne, które bywają częściej rozlanymi, aniżeli ograniczonymi. Nacieki takie spotykamy również często na przegrodzie, jak i na muszlach nosa, rzadziej na dnie; zwężają one niekiedy światło przewodów nosowych, aż do zupełnego zatkania, które utrudnia przeprowadzenie zgłębnika cienkiego pomiędzy muszlami a przegrodą. Po dłuższem trwaniu nacieki te miejscami przechodzą w rozpad, wytwarzając owrzodzenia. Uwidoczniają się one wyraźnie przy badaniu wzienikiem, częściej jednak wskazuje na nie zgłębnik, dając możność w głębi nosa stwierdzić szorstką, obnażoną kość. Brzegi tych łatwo krwawiących owrzodzeń pokrywają się niekiedy obfitą ziarniną, podobną do polipów. Wyżej przytoczone dane [nacieki, obnażenie kości, wywiady, badania zgłębnikiem] łatwo uchronić nas mogą od pomyłek rozpoznawczych. Co się tyczy częstego obnażenia kości i chrząstek, to badania SAENGER'a i SCHUSTER'a ²⁾ dowiodły, że pierwotnym punktem wyjścia zapaleń syfilitycznych bywają często kości i chrząstki i z nich dopiero sprawa przechodzi na błonę śluzową. Obumieranie kości następuje na drodze rozpadu cząsteczkowego (*caries*), lub też skutkiem upośledzonego odżywiania przez oddzielanie się większych kawałków kości (*necrosis*). Czasami przy silniejszym wytarciu nosa wypada kawałek zmartwiałej kości na chustkę i ten dopiero objaw zmusza chorego do zasięgnięcia porady lekarskiej. Jednym z dość wczesnych objawów syfilisu nosa jest utrata powonienia, zwłaszcza gdy nacieki syfilityczne znajdują się w górnych częściach nosa. W większości przypadków po zupełnem nawet wyleczeniu powonienie nie powraca, szczególnie wtedy, gdy sprawa trwała długo przed rozpoczęciem właściwego leczenia. W okresach bardzo wczesnych, przy objawach zwykłego nieżytu nosa, w braku danych na syfilis, rozpoznanie istoty cierpienia jest niemożliwem [sposzczenie 22]. Wówczas należy zalecić środki zwykle, przy nieżycie stosowane i wskazać na potrzebę powtórnego zbadania, jeżeli by środki te pożądanego skutku nie wywarły. Zda-

¹⁾ Gazeta Lekarska 1894 r. Nr. 43.

²⁾ SÄNGER und SCHUSTER. Beiträge zur Path. und Therapie der Nasensyphilis. Vierteljahreschrift für Dermatologie und Syphilis 1877—1878 r..

rzają się niekiedy przypadki [choć należą one do rzadkości] daleko posuniętej sprawy, w których z powodu braku cech charakterystycznych rozpoznanie napotyka na wielkie trudności. W takich jednak wątpliwych razach należy zawsze sposobem próby zalecić jodek potasu, gdyż czy będziemy mieli do czynienia z nowotworem złośliwym, czy z gruźlicą, czy też z opisaną przez SCHAEFFER'a ¹⁾ i MOLDENHAUER'a ²⁾ postacią pierwotnego próchnienia kości muszel nosowych, jodek potasu w żadnym z tych przypadków szkodliwym się nie okaże. Co się tyczy chirurgicznego leczenia *caries et necrosis ossium nasi idiopathica* [według SCHAEFFER'a], to skuteczności tej metody w praktyce stwierdzić nie mogłem. W przypadkach, w których z całą pewnością wywiady i badanie ogólne wykluczały syfilis [główny punkt rozpoznawczy SCHAEFFER'a i MOLDENHAUER'a], pod wpływem rtęci i jodu następowało wyleczenie, co przemawiało za syfilityczną podstawą omawianych przypadków. Jeżeli nacieczenie syfilityczne ograniczy się i wywoła tylko ograniczone obumarcie kości, to w nosie, jak i w innych narządach, nastąpić może samodzielne wyleczenie bez użycia jakiegokolwiek bądź środków. Mógł więc SCHAEFFER mieć dodatnie wyniki przy syfilitycznych sprawach w kości, wyskrobując części próchniejące lub obumarłe i zasypując je jodoformem lub zakładając gazą jodoformową.

Rokowanie w przypadkach syfilisu nosa bywa zawsze prawie pomyślne z wyjątkiem wyżej wspomnianego syfilisu złośliwego. We wszystkich przytoczonych tutaj przypadkach udało mi się otrzymać wyleczenie zupełne, w niewielu tylko zostało powierzchowne i to niezbyt widoczne zniepodobnienie. Wogóle można powiedzieć, że syfilis nosa, możliwie wcześniej rozpoznany i leczony, daje zawsze wyniki pomyślne. Zniepodobnienia nosa zależą głównie od zniszczenia kości nosowych (*ossa nasalia*); ponieważ jednak w praktyce prywatnej chorzy, dotknięci zapaleniem okostnej lub chrzęstnej, zgłaszają się wcześniej o poradę, cierpienie to nie prowadzi do zniepodobnienia. Zapadanie bowiem nosa zależy w zupełności od zniszczenia kości zewnętrznych, które mają tak silne punkty oparcia na kości czołowej i szczękowej, że utrzymują formę nosa nawet wtedy, gdy cała przegroda jego zostanie zniszczoną. Gdy sprawa chorobowa rozwija się we wnętrzu nosa, to, uważana za katar, długo powstrzymać może chorych od zasięgania porady i doprowadzić do tak rozległych zniszczeń, jak to widzieliśmy w spostrzeżeniu 1, 24 i 26, nie powodując pomimo to zmian w zewnętrznej formie, choć niekiedy takie wrzekome nieżyty trwały rok, półtora roku, a czasem i dłużej, przed rozpoczęciem leczenia. Na oddziałach szpitalnych dla syfilityków spostrzegać można bardzo często zniepodobnienia formy nosa; ludność biedna, nie mająca wyobrażenia ani o chorobie, ani o jej następstwach, zgłasza się zazwyczaj późno, tak, że już podczas pierwszego badania znajdujemy kości nosa zniszczonemi. W praktyce szpitalnej spotykałem bez porównania więcej zniepodobnień niż w prywatnej; były to przeważnie przypadki nie leczone,

¹⁾ MAX SCHÄFFER. Chirurgische Erfahrungen etc. Wiesbaden 1885 r.

²⁾ MOLDENHAUER. Die Krankh. der Nase 1886 r..

które przez rozpad doprowadziły do rażącej zmiany formy nosa. W rzadkich przypadkach syfilis nosa ma skłonność nie do rozpadu i zniszczeń, lecz przeciwnie do rozwoju tkanki łącznej i zrostów, wymagających niekiedy leczenia chirurgicznego [GERBER]. Dość częstymi są zrosty pomiędzy muszlami a przegrodą nosa [sposzrzenie 25].

Leczenie późnych form syfilisu nosa powinno być ogólnem i miejscowem. Co do ogólnego leczenia, to wszyscy autorowie jednogłośnie twierdzą, że powinno ono być możliwie energicznem. Najwięcej zwolenników ma leczenie mieszane rtęcią i jodem. Pierwsze miejsce zajmować tu będzie odpowiednio wykonane wcieranie szaruchy, przy zachowaniu wszystkich obowiązujących w takich razach ostrożności. Ostrożności te szczególnie zaleca VOLTOLINI¹⁾, potępiając stanowczo wcierania robione tak, „jak to obecnie jest w modzie“, t. j. przy jednoczesnem wychodzeniu pacyenta i zajmowaniu się zwykłą pracą. Chory, leczony wcieraniami, zamknąć się winien w domu lub w jakimś zakładzie, w odpowiednio ciepłym pokoju, unikać napojów wysokowych i zbyt pożywnej diety. Po tak przeprowadzonych leczeniach wcieraniami rtęciowemi VOLTOLINI miał nigdy nie spostrzegać nawrotów cierpienia. Miejscowo stosował leczenie obojętnymi przestrzykiwaniami. Do płukania ust podczas wcierań zaleca alun, *kali chloricum*. Jod do wewnątrz zaleca niechętnie, a nigdy jednocześnie z rtęcią. Wprost przeciwnie postępują autorowie francuscy, zalecając te dwa środki jednocześnie, a najlepiej razem, np. w postaci t. zw. mikstury RICORD'a: *kali jodat.* 8,0, *protojodureti hydrargyri* lub *deuteriod.* 0,06—0,12, *aq. destill.* 180,0. S. 2 do 3 łyżek dziennie. Taką formę sam najczęściej przepisuję, a w praktyce szpitalnej, gdzie niema mowy o dokładnem wykonaniu wcierań, wyłącznie nią się posługuję i z wyników leczenia jestem w zupełności zadowolony. W uporzeczywych formach radzi DARZANS²⁾: *Kali jodati, Natrii jodati, Ammonii jodati aa* 15,0, *deuteriodureti hydrargyri* 0,05, *aquae destillatae* 300,0 i z tego 2 łyżki dziennie.

Przekonałem się, że kombinacya ta działa wybornie w przypadkach, w których już inne sposoby leczenia celu nie osiągały. Co do leczenia miejscowego, to w przypadkach świeżych, z małemi zmianami, bez ropnej wydzieliny, może być ono rzeczywiście zaniechanem lub ograniczonem do obojętnych przestrzykiwań. W przypadkach zaś daleko posuniętych z zajęciem kości, z obfitą ropną wydzieliną lub, jak to często bywa, z wytwarzaniem się stwardniałych odlewów wewnątrz nosa, leczenie miejscowe powinno być stosowane również energicznie, jak i ogólne. A więc przedewszystkiem dbać należy o zachowanie możliwej czystości jam nosowych, usuwając nagromadzoną wydzielinę częstemi obfitami przestrzykiwaniami, według prawideł przytoczonych przezemnie w pracy o krwotokach nosowych³⁾. Prawidła te należy tu przedewszystkiem zachować w celu uniknięcia ropnych zapaleń ucha średniego; gdyż obficie nagromadzona w nosie ropa łatwo może być wpędzoną

¹⁾ Die Krankheiten der Nase. R. VOLTOLINI. Breslau. 1888 r. str. 221.

²⁾ DARZANS. Revue de laryngologie 1892 r. str. 457.

³⁾ Gazeta Lekarska. 1895 r.

strumieniem wody, źle skierowanym do ucha. Do przestrzykiwań używa się roztworu sody, kwasu bornego, *kali chloricum*, lub przy wydzielinach złowonnych nadmanganianu potasu lub spirytusu [dwie łyżki na litr wody]. Owrzodzenia głębokie, pokryte wybujałą ziarniną, nacieki twarde trudno ulegające wessaniu przy leczeniu ogólnem, lub też nacieki ulegające szybkiemu rozpadowi, należy przypalać kwasem chromnym, natopionym na zgłębnik srebrny, według ogólnie znanych przepisów i z zachowaniem odpowiednich ostrożności ¹⁾).

Według mego zdania, kwas chromny przedstawia środek, swoiście działający w wielu postaciach uporczywego syfilisu górnych dróg oddechowych. Przy stosowaniu tego środka udało mi się wielokrotnie usuwać nacieki lub owrzodzenia, które nie chciały ustąpić przy wielu innych leczeniach miejscowych i po przeprowadzeniu najprawidłowszego leczenia ogólnego. Co do martwaków kostnych, to te należy oddzielać dopiero wtedy, kiedy może to nastąpić na drodze niekrwawej, to jest, gdy te oddziela się już same i leżą swobodnie, dają się usunąć zwykłymi kleszczykami. Jeżeli siedzą mocno, to należy je zostawiać nawet w ciągu bardzo długiego czasu już po ukończonej kuracyi, ograniczając się tylko do odpowiednich przestrzykiwań w celu usuwania wydzielin. Nie zgodziłbym się ze zdaniem SAENGER'a i SCHUSTER'a (*l. c.*), którzy zalecają od samego początku bardzo energiczne zabiegi chirurgiczne w postaci doszczętnego wyskrobywania obnażonych kości ostremi łyżeczkami, bez względu na umiejscowienie cierpienia, zalecając nawet wykonywanie tego rękoczynu pod chloroformem. Nigdy nie byłem zmuszony do tego zabiegu i wszystkie moje przypadki zakończyły się pomyślnie przy omówionem wyżej leczeniu ogólnem i miejscowem.

W KWESTYI PROFILAKTYKI CHOROÓB WENERYCZNYCH.

Podał

D-r med. Antoni Elzenberg.

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnych w Warszawie.

— † — † —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 21].

Posiedzenie VIII.

Dnia 12. marca 1896 r.,

I. D-r ELZENBERG przedstawił Komisji dane o ruchu chorych w oddziale swym dla chorych wenerycznych i skórnych Warszawskiego szpitala starozakonnych za 1889 do 1893 r.. Z danych tych najbardziej uderzającą jest znaczna liczba chorych z późnymi objawami syfilisu, dorównywająca lub nawet przewyższająca liczbę chorych w okresie kłykcinowym. Fakt ten jest bardzo ważnym z tego względu, iż D-r ELZENBERG do oddziału swego przyjmował

¹⁾ O których również wspominałem w pracy: Krwotoki nosowe I. c..

bez wyjątku wszystkich zgłaszających się chorych w okresie kłykecinowym i z objawem pierwotnym, z pośród zaś innych chorych wenerycznych wybierał takich, dla których leczenie szpitalne było niezbędnem, a pozostałych leczył ambulatoryjnie. Mniejsza ilość chorych w 1892 i 1893 r. zależała od tego, iż z powodu cholery oddział był zamykany na trzy miesiące.

D-r TROICKI jest zdania, iż dostarczona statystyka przez D-ra ELZENBERGA wraz z taką ze szpitala Ś-go Łazarza, powinnyby być połączone w jedną całość i zsumowane na jednej tablicy. Zdanie D-ra TROICKIEGO Komisya podziela.

II. D-r ŻERA odczytał pracę o dozorze nad mamkami i o syfilisie w domach podrzutek, którą dosłownie podajemy:

Do obecnej chwili niema żadnego dozoru nad mamkami; dążność do ochrony od syfilisu, któryby mamka mogła wnieść do danej rodziny lub zakładu, skłania tak osoby prywatne, jak i lekarzy danej instytucji, do poddawania każdej kandydatki na mamkę ścisłemu badaniu w celu dowiedzenia się o stanie jej zdrowia. Postępowanie to jest dobrowolnem. Co zaś do zabezpieczenia mamki od zarażenia przez ssawca, to obecnie stosowane w tym celu środki w zakładach są niewystarczające, a w domach prywatnych są one żadne. Wniosek ten wypływa z danych statystycznych, zebranych z ksiąg szpitala Ś-go Łazarza za lata 1889—1893. Ogólna ilość mamek, zarażonych syfilisem w tym okresie, była 106, a w tej liczbie przysłanych na kurację z domu podrzutek było 88, mianowicie:

w 1889 roku	: 44 mamki
w 1890 „	16 „
w 1891 „	9 „
w 1892 „	11 „
w 1893 „	8 „

Wszystkie te mamki były niewątpliwie zarażone przez ssawców, gdyż pierwotny wrzód syfilityczny miały na brodawkach piersiowych lub od tych niedaleko.

Na ogólną jednak liczbę mamek [7500] w tym okresie czasu, powyższa ilość mamek zarażonych syfilisem nie jest tak znaczną, gdyż stanowi tylko 1,1%; jeżeli zaś zwrócimy uwagę na to, że wszystkie zarażone mamki są matkami, mają rodziny i wskutek tego są źródłem szerzenia się syfilisu pośród swego najbliższego otoczenia, musimy przyjsć do wniosku, że i ten procent mamek syfilitycznych jest dosyć znacznym, by dążyć do ograniczenia go.

Zanim przedstawię Komisji poglądy na środki, dążące do ograniczenia syfilisu pośród mamek wiejskich, muszę wspomnieć o istniejącej obecnie procedurze oddawania ssawców z domu podrzutek wiejskim kobietom do karmienia. Procedura ta jest następująca: skoro tylko dziecko nie przedstawia żadnych oznak jakiegokolwiek choroby, natychmiast oddają je kobiecie wiejskiej; jeżeli zaś znaleziono u dziecka jakiegokolwiek oznaki, które wzbudzają podejrzenie syfilisu, lub gdy dziecko ma wygląd chorobliwy, zatrzymują dziecko w zakładzie i odpowiednio leczą. Jeżeli jednak wspomnimy, że syfilis

wrodzony może u dzieci wystąpić dopiero we dwa do 3 miesięcy po przyjściu na świat, to łatwo zrozumieć, dlaczego dzieci, pozornie zdrowe w chwili wydawania ich z zakładu, nieco później mogą zarażać swe mamki. Opierając się więc na powyższych faktach byłoby do życzenia:

1) aby dom podrzutek, o ile na to środki pozwolą, nie zaraz oddawał dzieci mamkom,

2) przy wydawaniu dzieci zwracać uwagę mamek, by dokładnie obserwowały, czy u dzieci nie występują jakie objawy na skórze, błonie śluzowej ust, uporeczywy katar nosa [„sapka“],

3) aby spis mamek [leczonych z syfilisu] znajdował się w domu podrzutek i w Urzędzie Lekarskim dla wiadomości kantorów mamek i osób prywatnych.

*

*

*

Dokładnych danych, dotyczących się szerzenia syfilisu w domach podrzutek, nie udało się zebrać: ustnie zakomunikowano, co następuje: w domu podrzutek leczą corocznie 10—15 dzieci syfilitycznych, więc przez ostatnie lat 5 [1889—1893] leczono dzieci syfilitycznych 50—75, a że ilość mamek, które się syfilisem od dzieci zarażyły, odpowiada takiejże ilości dzieci syfilitycznych, to przyjęć należy, iż przez lat pięć ilość dzieci syfilitycznych będzie $88 + 50 [75] = 138 [163]$. Ponieważ ilość dzieci w tymże samym okresie była 8466, więc procent dzieci syfilitycznych w Warszawskim domu podrzutek jest 1,63%.

Z powodu 1-go dezyderatu D-ra ŻERY prof. TRAUTVETTER zauważył, iż dzieci powinny 2 miesiące być zatrzymywane w zakładzie, nim na mamki je oddadzą; D-r ELZENBERG jest zdania, iż termin ten należy powiększyć do 10 lub 12 tygodni.

Podług D-ra PUSZKINA, byłoby do życzenia, aby matki, które oddają dzieci do domu podrzutek, przedstawiały świadectwa lekarskie o stanie swego zdrowia, co jednak w żadnym razie nie powinno wpływać na przyjęcie dziecka do zakładu.

Co do drugiego punktu, prof. TRAUTVETTER i D-r WATRASZEWSKI są zdania, iż w domu podrzutek powinien być lekarz syfilidolog, któryby badał wszystkie znajdujące się w zakładzie dzieci i syfilityczne dzieci leczylby w oddzielnem pomieszczeniu, karmiąc je sztucznie [koziem mlekiem].

Komisyja postanowiła kwestye te poruszyć na zjeździe.

III. D-r ELZENBERG na podstawie danych z oddziału swego w szpitalu starozakonnych oświadczył Komisyji, że byłoby do życzenia, by Komisyja wydelegowała kogokolwiek z młodszych lekarzy specjalistów dla zbadania rozmiarów, jakie przybrał syfilis pośród ludności osad: Jadowa, Mszczonowa i Kałuszyna [gubernii Warszawskiej]. Z osad tych przybywa do wspomnianego szpitala dosyć wielu chorych syfilitycznych.

D-r TROICKI jest zdania, iż należałoby o tem zawiadomić Gubernatora Warszawskiego i prosić, by miejscowości te kazał zbadać i przedsięwziąć środki, mające na celu ograniczenie szerzenia się w tych miejscowościach syfili-

su. Prof. TRAUTVETTER zaś był zdania, by zwrócić się z tym wprost do Inspektora lekarskiego gubernii Warszawskiej, który dane ód podwładnych sobie lekarzy zbierze i prześle Urzędowi lekarskiemu. Komisya zgodziła się na tę ostatnią propozycyę.

IV. D-r STRIELCOW odczytał swój elaborat o szerzeniu się syfilisu pośród wojsk Garnizonu Warszawskiego, oparty na raportach lekarzy wojskowych i danych, zaczerpniętych z Warszawskiego Wojskowo-lekarskiego zarządu. Elaborat ten przytaczamy tu mniej więcej dosłownie.

* * *

Corocznie w armii zapada na syfilis i choroby weneryczne 35 do 40 tysięcy żołnierzy. W ciągu pięciolecia od 1889 r. do 1893 włącznie procent takich chorych wynosił przeciętnie 42,6 na tysiąc. Dlatego też już oddawna zarząd wojskowy starał się ograniczyć szerzenie się syfilisu w armii i w tym celu wydał szereg rozporządzeń, obowiązujących lekarzy wojskowych.

W celu usunięcia w porę chorych z szeregów i uprzedzenia skrywania choroby przez szeregowców odbywa się badanie żołnierzy przez lekarzy i felczerów.

Zgodnie z prawami wojskowemi lekarze odbywają rewizye wszystkich żołnierzy raz na miesiąc. Ustawa nadto opiewa, iż każda kompania powinna być badana nie mniej niż raz na miesiąc, a jeżeli lekarze spostrzegą, iż dużo zapada żołnierzy na jednakową chorobę, oględziny lekarskie powinny się odbywać częściej.

Oględzin lekarskich dokonywają z listy imiennej, w której notują kto i z jakiego powodu się nie stawil; nieobecni z jakichkolwiek powodów dostawiani bywają następnego dnia do rewizyi.

O wynikach oględzin lekarz donosi swemu dowódczy, a chorych żołnierzy natychmiast wysyła do szpitala, a po wyjściu z lazaretu lub szpitala znów ich bada.

Niezależnie od rewizyi, przez lekarzy dokonywanych, co tydzień odbywają się oględziny żołnierzy przez felczerów kompanii lub szwadronu i tylko w razie przypadkowej nieobecności ich oględziny odbywają podoficerowie w obec feldfebla i o każdym chorym donoszą natychmiast swemu komendantowi. Następnie w razie, gdy szeregowiec zapada na jakąkolwiek chorobę weneryczną, dowiadują się od niego, gdzie, kiedy i od jakiej kobiety się zaraził. Zebrane dane starszy lekarz przedstawia komendantowi, który zawiadamia miejscową władzę policyjną, by kobietę ową poddano oględzinom lekarskim i odesłano ją do szpitala; jednocześnie zawiadamia o tem i miejscowy Komitet lekarsko-policyjny.

Niezależnie od powyższych oględzin, starszy lekarz obowiązany jest badać: 1) szeregowców przybywających dla dokompletowania oddziału, 2) przenoszonych do innych oddziałów wojsk, bacząc, by między nimi nie było chorych. Starszy lekarz również bada wszystkich szeregowców przed pochodem lub manewrami i chorych odsyła do szpitala.

Dla uniknięcia szerzenia syfilisu pomiędzy ludnością, chorym na syfilis żołnierzom nie wydaje się urlopu [Rozkaz Zarz. Wojsk. 1875. № 140]. Wreszcie przed uwolnieniem szeregowca [z zaliczeniem go do zapasu armii] znów poddaje się go oględzinom lekarskim i jeżeli dotknięty jest syfilisem, zgodnie z rozporządzeniem Ministra wojny, ogłoszonym w cyrkularzu Sztabu Okręgu Warszawskiego dnia 31 grudnia 1882 r. za № 14241, w żadnym razie nie powinien być uwolnionym ze służby do czasu zupełnego wyleczenia się.

Takie są środki profilaktyczne, stosowane w wojskach, ale nie wpływają one wcale, jak wykazuje statystyka, na ograniczenie pośród wojsk chorób wenerycznych. Środki te czynią syfilityków nieszkodliwymi, gdyż nie szerzą oni swej choroby, ale z drugiej znów strony zarząd wojskowy nie może zabezpieczyć żołnierza od zarażenia się, jeżeli jednocześnie nie będą przedsięwzięte odpowiednie środki profilaktyczne co do prostytutek, gdyż, jak poniżej wykażemy, żołnierze zarażają się w znakomitej większości przypadków od prostytutek.

W ostatnich latach [od 1889—1893 r.] procent chorych wenerycznych w armii powiększa się:

w 1889 roku	40,7 ⁰ / ₁₀₀
w 1890 „	43,0 ⁰ / ₁₀₀
w 1891 „	41,5 ⁰ / ₁₀₀
w 1892 „	44,6 ⁰ / ₁₀₀
w 1893 „	43,1 ⁰ / ₁₀₀
Średnio przez czas pięciolecia	42,6 ⁰ / ₁₀₀

W oddzielnych okręgach wojskowych procent ten bardzo się waha. W okręgu Warszawskim procent jest większym od średniego w całej armii o 2,3, dochodzi bowiem do 44,9⁰/₁₀₀, a w samej Warszawie jest jeszcze większy, bo wynosi średnio 45,5⁰/₁₀₀.

Podług lat procent chorób wenerycznych w wojskach warszawskich był następujący:

w 1889 roku	45,7 ⁰ / ₁₀₀
w 1890 „	47,7 ⁰ / ₁₀₀
w 1891 „	42,4 ⁰ / ₁₀₀
w 1892 „	42,1 ⁰ / ₁₀₀
w 1893 „	49,4 ⁰ / ₁₀₀

Co się tyczy form chorób wenerycznych, w Warszawie pierwsze miejsce zajmuje tryper i jego powikłania [21,68⁰/₁₀₀], drugie—wrzód weneryczy z powikłaniami [12,84⁰/₁₀₀], a ostatnie syfilis, bo tylko 11⁰/₁₀₀, z czego na syfilis w okresie kłykcinowym i późnym przypada 7,58⁰/₁₀₀, a na owrzdodzenie pierwotne 3,42⁰/₁₀₀.

Porównyując roczny procent za ostatnie lat pięć, znajdujemy:

1) że ilość chorych na trypra powiększa się corocznie, z 19,9⁰/₁₀₀ w r. 1889, doszła do 24,9⁰/₁₀₀ w 1893 r.;

2) że ilość zarażających się owrzdodzeniem wenerycznym z niewielkimi wahaniami jest w ciągu tych lat około 12,8⁰/₁₀₀;

3) co do syfilisu, procent zarażających się z 13,5‰, w r. 1889 zmniejsza się w 1891 i 1892 do 8,8‰, by w 1893 dojść znów do 12‰.

Widzimy więc, iż najlepszymi latami były: 1891 i 1892, w których ilość chorych i to przeważnie syfilitycznych znacznie się zmniejszyła, co, o ile się zdaje, można przypisać tylko ściślejszej kontroli prostytutek. Co się zaś tyczy trypra, to ilość zarażających się nim wzrasta. Jaka jest tego przyczyna—nie wiem, ale zdaje mi się, iż fakt ten nie miałby miejsca, gdyby w Komitecie lekarsko-policyjnym lekarze głos mieli. Tymczasem pokazuje się, iż na sprawy komitetu żadnego wpływu nie mieli, od 1888 r. komitet żadnych obrad nie miewał, natomiast komisarz komitetu przedstawiał wszystkie sprawy prezesowi komitetu i postępował podług rezolucyi prezesa.

Przechodzę do źródeł zarażania się żołnierzy, które czerpię z danych Warszawskiego szpitala Ujazdowskiego, w którym przebywała znaczna ilość chorych.

W 1893 roku, podług wskazówek chorych, znaczna ich liczba zaraziła się w domach publicznych, bo 72‰, od włączających się kobiet 25,4‰, 2,6‰ od służących. Inaczej zupełnie rzecz się przedstawia po za Warszawą, na prowincyi. W domach publicznych zaraziło się tylko 38,3‰, od prostytutek włączających się [po za domami publicznymi] 48‰, od służących i włościanek 13,7‰.

W 1892 r. w Warszawie zaraziło się w domach publicznych 66,6‰ chorych, od prostytutek po za domami publicznymi 30‰ i od służących 3,4‰. Po za Warszawą [na prowincyi] zaraziło się chorych w domach publicznych cokolwiek mniej niż połowa, po za domami publicznymi przeszło połowa, a od służących i włościanek tylko 7,7‰.

W 1890 r. w Warszawie zaraziło się w domach publicznych 75‰ chorych.

Mniej więcej takie same odsetki w tych latach były i chorych na wrzód weneryczny i trypra.

Co się tyczy syfilisu, nabytego jeszcze przed wstąpieniem do służby wojskowej, to w raportach lekarzy wojskowych tych danych nie znajdujemy, gdyż dotychczas tego od nich nie żądano. Znajdujemy w tym względzie wzmianki w statystykach szpitala ujazdowskiego.

W 1890 roku z pomiędzy 903 syfilityków, leczących się w szpitalu, 46 żołnierzy zaraziło się przed wstąpieniem do służby, co stanowi 5‰, z których 3,3‰, t. j. 30 było w zaraźliwym okresie syfilisu.

W 1892 r. z 959 syfilityków, przed wstąpieniem do służby wojskowej było chorych 45, czyli cokolwiek mniej niż 5‰; w tej liczbie w okresie kłykcinowym było 35, t. j. 3,6‰.

Cyfry te, jak widzimy, są stosunkowo nieznaczące, zwłaszcza, jeśli zwrócimy uwagę, że rekruci z gubernii Kaługskiej, Liflandzkiej, Estlandzkiej i Bessarabskiej, byli po większej części rzemieślnikami i przemieszkiwali w większych miastach, jak w Moskwie i Rydze, gdzie właśnie owi rekruci zarażali się syfilisem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— † = † —

38. P. Marie. Białkomocz okresowy (*l'albuminurie cyclique*).

W ostatnim dziesięcioleciu pojawiła się pewna liczba prac, zajmujących się białkomoczem okresowym. Tę ostatnią nazwę wprowadził PAVY, który bardzo dokładnie opisał to cierpienie i wskazał na wpływ, jaki wywiera przebywanie chorego w łóżku na wydzielanie białka z moczem. Niektórzy autorowie nazywają przeto zajmujące nas tu cierpienie „chorobą PAVY'ego“. Oprócz PAVY'ego tym samym przedmiotem zajmowali się we Francji: LÉPINE, CAPITAN, J. TEISSIER, MERLEY, DUBRENIH, NERKLEN, BERTRAND, LECORCHIÉ i TALAMON; w Niemczech: NOORDEN, FREUND, KLEMPERER, HEUBNER, OTT, OSSWALD; we Włoszech: MARCACCI, MYA. W mowie będące cierpienie cechuje się białkomoczem, występującym u osób pozornie zdrowych, w sposób przepuszczający, zależnie od pewnych wpływów.

Dość często zdarza się, że białkomocz okresowy wykrywa się zupełnie przypadkowo, jak np. przy ubezpieczeniu na życie, gdy lekarz, stosownie do przepisów towarzystwa ubezpieczenia, obowiązany jest badać mocz każdego osobnika, chcącego się ubezpieczyć. W innym zaś szeregu przypadków do badania moczu winien pobudzić pewien zbiór objawów, który lekarze przy powierzchownem badaniu skłonni są kłaść na karb neurastenii. Nie należy nigdy ograniczać się na postawieniu rozpoznania „neurasthenia“, lecz zawsze dodawać moment etyologiczny: neurastenia wskutek wpływów natury moralnej, w następstwie przeciążenia umysłowego, wskutek głęboko sięgającego upośledzenia sprawy odżywiania [rak], wskutek zmian w układzie nerwowym, neurastenia pochodzenia trzewowego i t. d.. Ilekroć razy stoimy wobec przypadku z etyologią niejasną, winniśmy badać mocz na białko. Do zbioru objawów, o których wyżej była mowa, należą: osłabienie ogólne, szybko występujące zmęczenie, uczucie rozłamania i ociężałości w kończynach, kołatanie serca, bóle i zawroty głowy, czasem krwiopłucie lub krwawienie z nosa.

Nie wszystkie przypadki z białkomoczem przepuszczającym należą do omawianego cierpienia. Z badań LEUBE'go, SENATOR'a, CAPITAN'a i innych wynika, że białkomocz występuje czasem u osób zdrowych, jako objaw fizyologiczny [białkomocz fizyologiczny]. Białkomocz ten różni się od białkomoczu okresowego tem, że praca mięśniowa i pozycja stojąca nie wywierają nań wpływu [TH. HWASS]. Dalej wiadomo, że pewne podrażnienia skóry w stanie są wywołać białkomocz przejściowy. SPIEGLER na 100 osób, cierpiących na świerzbę, wykrył 100 razy białko w moczu. Widzimy więc, że nie należy utożsamiać „białkomoczu przejściowego“ z „białkomoczem okresowym“.

Jakie czynniki wywołują białkomocz u osób, dotkniętych omawianem cierpieniem? Wpływ pożywienia i zaziębnienia, wbrew twierdzeniu niektórych autorów, redukuje się w typowych przypadkach białkomoczu okresowego do zera, jak to miało miejsce w niżej przytoczonym przypadku autora. Istotny wpływ wywiera pozycja stojąca, połączona z pracą mięśniową lub bez owej

pracy [*postural albuminuria* STIRLING'a]. ROOKE nie był w stanie ani razu wykryć białka w moczu u chorej przez cały czas [3 tygodnie] przebywania tejże w łóżku, lecz białkomocz zjawiał się w kilka minut po wyjściu chorej z łóżka. W przypapku autora pozycja siedząca w łóżku, połączona nawet z męczącą pracą, nie wywoływała białkomoczu. Godną uwagi jest szybkość, z jaką białko ukazuje się w moczu przy zmianie położenia chorego z leżącego na stojące: 10—15 minut wystarcza zazwyczaj na pojawienie się białka w moczu. W szeregu czynników, sprzyjających pojawieniu się białkomoczu, drugie miejsce po pozycji stojącej zajmują wzruszenia moralne, afekty przykrej natury, jak: otrzymanie złej wiadomości, gniew, zbliżanie się burzy i t. d.

Przypadek autora w streszczeniu tak się przedstawia. Chory, 32 lat, w ciągu 7 lat leczyl się w rozmaitych szpitalach. Z historią jego choroby związane są dzieje „białkomoczu okresowego“ we Francji. W dzieciństwie cierpiał na rozległą pryszczycę (*eczema*), a w roku 1893 dostał syfilisu. W 2 lata potem wstąpił do wojska i tu przekonał się, że praca fizyczna, ćwiczenia wojskowe szybko go męczą i wyczerpują, nogi podczas marszów puchną, występuje kołatanie serca i nawet krwioplucie. W roku 1888 zauważono [TAPPRER] u chorego po raz pierwszy szczególną postać białkomoczu, polegającą na znikaniu białka przy pozostawianiu chorego w łóżku i na pojawianiu się białkomoczu, ilekroć chory przyjmuje pozycję pionową lub chodzi. Ta cecha białkomoczu nie uległa zmianie przez cały czas obserwacji chorego. Podczas tej obserwacji nadto niejednokrotnie przekonywano się, że okresowość białkomoczu nie pozostaje w żadnej zależności od pory dnia, od przyjmowania posiłku lub od zaziębienia. Praca fizyczna, choćby najcięższa, wykonywana w łóżku, nie powodowała nigdy białkomoczu, gdy tymczasem po kilku minutach stania występował białkomocz. Praca mięśniowa w pozycji stojącej lub chodzenie potęgowały białkomocz.

Ilość białka jest zawsze dość mała: waha się między 0,20 a 0,60 grm. na litr. Co się tyczy natury białka, to prócz białka surowiczego przy białkomoczu okresowym często udaje się wykryć nukleoalbuminę. Ilość moczu mało się zmienia, ciężar właściwy jest normalnym lub też przewyższa normalny [1020—1030]. Kwaśność bywa zwykle zwiększoną. Zgodnie z opisem TEISSIER'a, autor znalazł wzmożone wydzielanie barwników i soli moczowych. Nierzadko znajdujemy w moczu odnośnych chorych kryształ soli kwasu szczawioowego.

Dane etyologiczne, dotyczące się omawianej choroby, są dość ciekawe. Odnośnie do płci zauważyć należy, że białkomocz okresowy ma szczególną predylekcyę do płci męskiej: na 55 spostrzeżeń, zebranych przez DUBREUILH'a, 49 odnosiło się do mężczyzn. Choroba PAVY'ego nawiedza każdy wiek, lecz najczęściej wiek młody: od 15 i niżej do 25 lat. Po 30 latach rzadko występuje. Wpływ dziedziczności zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości. Istnieje wiele spostrzeżeń, w których dotkniętych było kilku braci lub kilka siostr, albo też ojciec lub matka i dziecko. Przypadek, przytoczony przez autora, zdaje się należeć do tej samej kategorii: matka chorego doznawała takich samych

dolegliwości, jak jej syn [niestety, mocz jej nie był badany]. Według TEISSIER'a, dzieci diabetyków i artrytyków mają skłonność do tego cierpienia. Co do przyczyn wywołujących, to jedni przyjmują poprzedzające cierpienie nerek, inni podnoszą wpływ zaziębienia [zimne kąpiele], przepracowanie, niektórzy przypisują wpływ chorobom zakaźnym i t. d.

Co się tyczy natury cierpienia, to zdania autorów są podzielone. Jedni objaśniają powstawanie białkomoczu zwiększeniem ciśnienia krwi w nerkach przy staniu, inni czynią je zależnem od pożywienia. PAVY upatruje w białkomoczu okresowym diatezę, analogiczną diatezie fosforanowej. TEISSIER widział dawniej w omawianej chorobie wyraz zwolnionej przeróbki materji, a później stawiał ją w zależności od nadmiernej czynności wątroby. Bardzo rozpowszechnionym jest pogląd, według którego cierpienie to zależy od zmian organicznych w nerkach. Ten ostatni pogląd autor obala całym szeregiem dowodów. U chorych na białkomocz okresowy obraz kliniczny bardzo długo pozostaje bez zmian: białkomocz zawsze jest przepuszczający; ilość białka w moczu nie zwiększa się; te same wpływy zawsze wywołują pojawianie się i znikanie białkomoczu; nigdy nie występują zmiany ze strony serca. Co się zaś tyczy wałeczek nerkowych, które w ostatnich czasach zostały wykryte za pomocą centrifugi w moczu chorych na białkomocz okresowy, to zauważyć należy, że nieznaczna ilość cylindrów nie świadczy o zapaleniu nerek: HWASS na 74 żołnierzy zdrowych znalazł przy pomocy maszyny odśrodkowej 69 razy wałeczki nerkowe różnego rodzaju. W chorobie PAVY'ego na ilość białka nie ma żadnego wpływu rodzaj pożywienia. Autor uważa omawiane cierpienie za czynnościowe, to jest niezależne od zmian w nerkach. Rozważając uczucia podmiotowe chorego przed każdorazowym ukazaniem się białkomoczu, autor czyni je wszystkie zależnemi od zaburzenia w czynności nerwu współczulnego, które, zdaniem jego, wywołuje także białkomocz. Chory autora okazuje prócz podmiotowych jeszcze przedmiotowe objawy, świadczące o cierpieniu *n. sympathici*: pod wpływem octu lub kwaśnych potraw lub też w kąpieli około 40° C. chory okazuje wzmożone rozszerzenie naczyń i wzmożone pocenie na całej lewej połowie twarzy, podczas gdy na reszcie ciała objawów tych zupełnie nie ma. Skutki leczenia potwierdzają zapatrywanie autora na naturę choroby PAVY'ego. Jedynym środkiem, który uspokaja chorego i znosi jego dolegliwości, jest antypiryna, t. j. lek, który wywiera szczególny wpływ na ustrój nerwowy, zwłaszcza zaś na nerw współczulny.

(*La Semaine méd.* 1896. N. 7).

Stanisław Pechkranc.

Wiadomości drobne.

— PARSONS opisał 6 przypadków zapalenia szpiku kostnego po tyfusie. Rozwijało się ono w 1—16 miesięcy po przejściu tyfusu. 5 z pomiędzy tych przypadków badał bakteriologicznie, przyczem w jednym znalazł w ropie laseczniki tyfusowe, razem z gronkowcem złocistym i cytrynowym, w 4-ch zaś same laseczniki tyfusowe, sprawdzane według wymagań współczesnej nauki.

(*Annales of Surgery.* 1895. *Nobr. C. f. Bact. Bd.* 19. № 6—7). W. J.

— Ponieważ podawanie dzieciom chininy połączone jest nieraz z pewnymi trudnościami, przeto prof. NOORDEN zaleca, zwłaszcza przy kokluszu, stosowanie tego środka w czopkach po 0,05—0,5 stosownie do wieku. Jeżeli masło kakaowe jest zupełnie świeże, błona śluzowa odbytynicy znosi bardzo dobrze takie czopki.

(*Sem. médic.* 13. 1896).

Ad. L.

Wiadomości bieżące.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO:

1) Zbadać ostateczne produkty rozkładu białka i wodorów węgla przy i bez dostępu tlenu wywołane przez jedną ze znanych, a dotąd pod tym względem nie zbadanych bakterii chorobotwórczych.

2) Sprawdzenie poglądów HORBACZEWSKIEGO na powstawanie kwasu moczowego z nukleiny.

3) Zmiany anatomiczne przy chronicznem kataralnem zapaleniu dróg oddechowych [lub jednego z ich odcinków].

4) Zapalenie kataralne płuc z punktu widzenia anatomo-patologicznego i bakteriologicznego.

5) Histologia *portionis vaginalis uteri* z uwzględnieniem zmian zależnych od wieku, począwszy od okresu zarodkowego, a skończywszy na uwiąznię starczym.

6) Zbadać zmiany anatomiczne, wywołane przez długotrwałe działanie na organizm toksyn *staphylococci aurei*.

7) Rozstrzygnąć doświadczalnie kwestyę dotychczas sporną: czy ciśnienie krwi tętniczej powiększa się [LANDOIS, MARSY], lub też czy takowe zmniejsza się [BASCH, FRZY, LENZMANN] w okresie silnego wydechania, a mianowicie w doświadczeniach VALSALVY.

8) Znaczenie prof. SZOKALSKIEGO dla nauki o zmyśle mięśniowym.

9) Zasługi prof. SZOKALSKIEGO dla nauki o uczuciu barw.

Termin nadesłania rozpraw oznacza się do dnia 31 marca 1897 roku. Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych 9 tematów wyznacza się nagroda rs. 300. Rozprawa nagrodzona wydrukowaną będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego, najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ulica Niecała № 7] z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest: nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz Stały,
D-r Brodowski.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za II-gie półrocze r. b., tych zas. Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довѣ. Цензурою, Варшавы, 18 Мая 1896 г. Друк К. Ковалевскаго, Warszawa, Mazowiecka 8.

R A B K A,

Najsilniejsza solanka jod i brom zawierająca, tuż przy stacyi kolejowej tejże nazwy, 500 m. n. p. m. położona. W roku bieżącym poczyniono znaczne ulepszenia, wybudowano nową studnię z obfitą wodą mineralną—założono zbiornik bardzo obszerny — łazienki urządzone z komfortem — zaopatrzone mieszkania w zakładzie po większej części w nowe meble — założono wygodne chodniki spacerowe. Sezon trwa od 20 maja do końca września. Ceny mieszkań od 20 czerwca i od 20 sierpnia o 30% tańsze.

Prospekta na żądanie rozsyła zarząd zakładu.

4—1

Założony w roku 1845
INSTYTUT WÓD MINERALNYCH
W OGRODZIE SASKIM
w Warszawie
 Graniczna № 14. Telefonu 422.

Poleca wody mineralne sztuczne, dokładnie podług ana'iz wyrobione, wodę Selcerską, Giesshübler i Sodową oraz inne napoje gazowe wszystko na wodzie destylowanej i wyłącznie systemem **Struve'go** przygotowane.

Wody mineralne naturalne świeżego czerpania, wprost ze źródeł sprowadzane.

Kąpiele mineralne: Ciecchocińskie, Cieplickie, Iwonicie, Wiesbadeńskie, Buskie, Krynickie, Akwizgrańskie, Trenczyńskie i t. p. wydawane w zakładzie kąpielowym przy Instytucie i do domów.

Wodę destylowaną do celów chemicznych, leczniczych i przemysłowych.

Syropy prawdziwe owocowe.

Sezon kuracyjny rozpoczął się 15 Maja, (trwać będzie do końca Września). Lekarz stały na miejscu, cionisty ogród, Galerya spacerowa, koncerty muzyczne poranne.

Ekspedycya szybka i akurata na miasto i prowincyę.

4 - 3

A P T E K A

52—18

E D W A R D A T R E U T L E R A

Nowy-Świat Nr. 60

poleca:

Tabulettae Ferratini ā 0,5 " Haemoglobini ā 0,3 " Haemogalloli ā 0,25		Tabulettae Haemoli ā 0,25 " Saccharini ā 0,06 " Thyreoidini ā 0,06 i 0,1
---	--	--

IWONICZ

Zakład zdrojowo-kąpielowy i klimatyczny, 8—4

położony w uroczej podkarpackiej okolicy wśród lasów szpilkowych (410 m. nad poz. morza) poleca znane ze swej skuteczności szczywy **słono-jodowe, kąpiele jodowe, borowinowe, zimne i zabiegi hydropatyczne**, oraz zakład gimnastyki leczniczej. Urządzenia wzorowe, wszelkie wygody, dobre restauracye, tanie wiktuały, zdrowe czyste powietrze i wyborna woda źródłana do picia. Na sezon 1896 r. przybywa jeden dom mieszkalny o 44 pokojach. Nadto odnowiono gruntownie urządzenie łaźni kł. 1, rozszerzono znacznie oświetlenie elektryczne Zakładu i zakupiono zuowu wielką ilość nowych mebli i t. p. Lekarzem zdrojowym jest dr. **Kl. Dębicki** (Lwów, Piękarska Nr. 8).

Sezon trwa od 29-go maja do końca września. W czasie od 20 czerwca do 20 sierpnia nie przysznają się uwolnienia od taksy zdrojowej, przed 20 czerwca i po 20 sierpnia ceny mieszkań są znacznie niższe.

Bezpośrednie połączenie kolejowe z Krakowem i Lwowem ze stacją Iwonicz. Poczta i telegraf w samym Zakładzie.—Broszury ze szczegółowym opisem, podawaniem wskazań leczniczych i cennikiem rozsyła oplatnie, tudzież wszelkie zgłoszenia załatwia **Dyrekeya Zakładu zdrojowo-kąpielowego**.

POŁUDNIOWO-AFRYKAŃSKIE ORYGINALNE WINA Z PRZYLĄDKA

E. Plaut'a w Kapsztadzie.

Dry Constantia, Pearl Constantia, Cape Sherry, Cap Madeira, sprowadzane wprost z Przylądka Dobrej Nadziei, analizowane przez **Prof. Frazenius'a** w Wiesbaden.

Wina te polecane są przez Lekarzy chorym i rekonwalescentom, jako zupełnie czyste, wzmacniające i smaczne.

3—3

Główny skład na Królestwo Polskie
u **Simona i Steckiego**

Dostawcy Dworu Najjaśniejszego Pana

Warszawa, Krakowskie Przedmieście № 38. — Filja Marszałkowska № 19.

Stacja kolei.

Wrocław-Halbstadt.

Salzbrunn

Sezon kuracyjny
od 1 Maja do początku
Października.

na Szląsku

z powodu swego oddawna znętego źródła (alkalicznego) Oberbrunnem, pięknego górskiego położenia doskonałych zakładów mlecznych i serwatkowych (mleko sterylizowane, kefir, mleko ośle, mleko owcze i kozie), zakładu pneumatycznego i t. d. jest wskazane

Wysyłkę wody Oberbrunnem
skuteczniejszą „Forbach und Striehoff“
6—5 w Bad-Salzbrunn.

Wszelkich objaśnień co do mieszkań i innych
udziela chętnie
Książęco Pruska dyrekeja w „Bad Salzbrunn.“

GLEICHENBERG

Sezon od 1-go Maja do Końca Września.

Środki kuracyjne: Źródło Konstantego, Źródło Emmy, mleko, serwatka, kefir, inhalacyje sosnowe, rozpylania soli źródłowej, ciepłe kąpiele, kąpiele z kwasem węglanym, gabinet pneumatyczny, zakład hydropatyczny.

W 1000 częściach

	Źródło Konstantego	Źródło Emmy
Węglanu sodu	22.444	25.060
Chlorku sodu	16.906	18.223
Węglanu litynu	0.025	0.039
Węglanu magnezu	4.482	4.215
Wolnego kwasu węglanego . . .	13.214	20.519

Objaśnienia i broszury wysyła gratis i franco Dyrekeja Zakładu. 10—9