

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

## PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

Z pracowni anatomo-patologicznej prof. W. Brodowskiego w Warszawie.

---

### I. Przypadek zapalenia ropnego gruczołu przyusznego

(parotitis purulenta).

wywołany przez laseczniki tyfusowe.

Podał

Władysław Janowski.

---

Przypadki ropienia w tyfusie, wywołane przez same laseczniki tyfusowe, były już dotąd wielokrotnie w różnych organach opisywane<sup>1)</sup>. Nadto systematyczne badania doświadczalne kol. Dmochowskiego i moje<sup>2)</sup> wykazały z całą pewnością, iż laseczniki tyfusowe zdolne są same przez się wywołać w rozmaitych organach ropienie, jeżeli tylko stan tkanek w sposób odpowiedni zmienić lub jadowitość szczepionych pasożytów odpowiednio podnieść. Wobec tego za własnościami ropotwórczemi laseczników tyfusowych przemawiają w chwili obecnej te same dowody, które przemawiają za takimiz własnościami innych pasożytów ropotwórczych. Do ustalenia się jednak zupełnego i utarcia tego zdania w znane potrzebne jest ciągle przytaczanie nowych faktów, na korzyść jego świadczących. Jest to zaś tem konieczniejszym, że, bądź co bądź, przypadki ropienia, wywołane przez same laseczniki tyfusowe, są zaledwie bardzo drobnym ułamkiem wszystkich wogóle przypadków ropienia, tak iż wszystkie dotąd znane są notowane w literaturze.

W niektórych narządach lub tkankach organizmu stwierdzono już dotąd laseczniki tyfusowe, jako jedynych sprawców ropienia, niejednokrotnie. Nigdzie jednak nie znajdujemy wzmianki o zapaleniu ropnem gruczołu przyusznego tego pochodzenia. Ogłoszono wprawdzie dotąd kilka przypadków zapalenia ropnego gruczołu przyusznego przy tyfusie (Dunin<sup>3</sup>), E. Fränkel i Simmonds<sup>4</sup>), E. Fränkel<sup>5</sup>), Bonardi, Flora e Silvestrini<sup>6</sup>), ale we wszystkich tych przypadkach podano za sprawców ropienia tylko gronkowce lub paciorkowce, gdyż te tylko pasożyty z badanej ropy wyhodowano. Tylko Auton i Fütterer<sup>7</sup>) podają wiadomość o jednym przypadku interesującej nas sprawy, w którym znaleźli w ropie laseczniki tyfusowe obok paciorkowców i gronkowców. Rzecz prosta, iż o patogenie takiego przypadku ropienia nic pewnego wogóle powiedzieć nie można, co wykazaliśmy doświadczalnie w ostatnim rozdziale pracy naszej i Dmochowskiego. Przypadek parotitidis purulentae, wywołany przez same laseczniki tyfusowe, jak powiedziałem, nie jest dotąd w literaturze zupełnie znany. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności jestem w posiadaniu takiego przypadku, i dlatego też podaję go niniejszem do wiadomości publicznej.

Posiadaczem tego przypadku stałem się po za klinicznym jego przebiegiem. Mianowicie, na stół sekcyjny przyszedł trup mocno wyniszczonego młodego osobnika z rozpoznaniem krwotocznego zapalenia nerek (nephritis haemorrhagica) niewiadomego pochodzenia. Z interesujących nas tu danych z historii choroby nadmienię tylko, iż chory leżał w szpitalu przez 7 tygodni, w ciągu których prawie stale gorączkował. W ostatnim tygodniu pobytu jego w szpitalu zauważono obrzmienie i bolesność w okolicy prawego gruczołu przyusznego. Nie stwierdzono jednak przytem obecności w tej okolicy ropy ani badaniem zewnętrznem, ani nawet po wykonaniu przez chirurga powierzchownego cięcia skórniego.

Na sekcji znaleziono (20 III), obok innych zmian, nas nie interesujących, co następuje. Błona śluzowa kiszki biodrowej (ileum) błada. Gruczoły limfatyczne, zarówno samotne, jak i skupione, t. j. blaszki Peyera, znajdowały się w stanie zaniku. Na miejscach ich widoczne były nieznacznej wielkości dolki, których dno było mocno na czarno pigmentowane. Wyraźne czarne kro-

pki na jasnym tle sprawiały wrażenie jakby nie dość często golonej brody bruneta. W najniższej części kieszki cienkiej, tuż prawie przy zastawce Bauhina, znajdowała się, obok zanikłej części wielkiej blaszki Peyera, płaska wyniosłość o nierównej powierzchni siatkowanej (*surface réticulaire* francuzów), jako pozostałość po dawnym infiltracie na tem miejscu. Gruczoły krezkowe twarde, zmniejszone, choć na powierzchni przekroju niektóre z nich były czerwone. Dokonywający sekcję prof. Przewoski oraz prof. Brodowski jednoznacznie uznali powyższe zmiany w kiszkiach za niewątpliwe pozostałości po tyfusie brzuszny. Obydwaj byli zdania, iż zmiany te świadczyły za tem, że sekowany osobnik przebył tyfus brzuszny mniej więcej na 2—3 miesiące przed swoją śmiercią. Sprawa w kiszkiach musiała być, zdaniem ich, łagodna, gdyż do owrzodzeń nie doszło. Spotkana na dużej blaszce Peyera przy zastawce Bauhina *surface réticulaire* była, zdaniem prof. Brodowskiego i Przewoskiego, typową dla nierównomiernej rezorbcyi nacieczenia z gruczołu, zajętego sprawą tyfusową.

Gdy, wobec tego, w dalszym ciągu sekcji znaleziono prawy gruczoł przyuszny mocno powiększonym, równomiernie ropą nacieczony, a nadto zawierający kilka jamek ropnych, wielkości około orzecha laskowego do tureckiego, stała się rzeczą ciekawą patogeneza owego *parotitidis purulentae*, powstałego oczywiście już w jakieś 2 miesiące po przebyciu przez chorego tyfusu. Wprawdzie przypuszczałem z góry, na zasadzie znanej mi literatury, że znajdę w tej ropie tylko zwykłe pasożyty ropotwórcze, jednakże wynik mego badania bakteryologicznego wypadł zupełnie inaczej. Wziąwszy z dwóch małych jamek ropnych zajętego gruczołu po kropelce ropy i zbadawszy ją *lege artis*, znalazłem w niej *absolutnie* czyste hodowle lasecznika tyfusowego. Rozpoznawszy je jako takie z wyglądu w hodowlach agarowych i żelatynowych oraz na zasadzie wyglądu mikroskopowego i bardzo ożywionych ruchów pod mikroskopem, przeprowadziłem jeszcze z nimi szereg badań porównawczych w celu odróżnienia ich od *bact. coli*.

W tym celu badałem zawsze równocześnie na każdym podłożu wyhodowane przez siebie z ropy pasożyty, laseczniki tyfusowe w czystej hodowli oraz *bact. coli*. Okazywało się przytem

stale, że wyhodowany przezemnie z ropy pasożyt posiadał zupełnie te same własności, co niewątpliwie czyste laseczniki tyfusowe, różnił się zaś bardzo znacznie od badanej jednocześnie hodowli bakterii coli. Mianowicie, podczas gdy ostatni dał mi obfity szary nalot na kartoflu, ściał w ciągu 2 dni mleko w termostacie, wytworzył mnóstwo gazów w agarze, zawierającym 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> cukru gronowego, to samo zrobił w ocukrzony żelatynie, zaczerwienił w termostacie zupełnie w ciągu doby cukrzony agar i mocno zmacił i zaczerwienił serwatkę, zupełnie obojętną i zabarwioną laktosem; wyhodowany przezemnie pasożyt zachował się zupełnie inaczej. Miał on, mianowicie, na kartoflu wygląd zupełnie taki, jaki Gaffky opisał dla tyfusu za typowy, nie ściał wcale mleka, cukrzony agar i żelatynę tylko zamaciał, ale gazów na nich zupełnie nie wytworzył, agar i żelatynę ocukrzony i podbarwiony laktosem zaczerwieniał bardzo powoli i stopniowo w ciągu 10 dni, a serwatkę, podbarwioną laktosem, tylko zaczerwienił, zmacił zaś zaledwie widocznie.

Wobec tego uznałem wyhodowane przez siebie z wyżej opisanego przypadku pasożyty za niewątpliwie laseczniki tyfusowe. Doświadczeń na zwierzętach z nimi nie przerabiałem, gdyż nie szło mi już o to, czy i o ile tego pochodzenia laseczniki tyfusowe zdolne będą same przez się wywołać u zwierząt ropienie. Rzecz tę wyjaśniły powyżej cytowane badanie moje, wspólnie z kol. D m o c h o w s k i m ogłoszone.

Na zasadzie tego, iż w powyższym przypadku wyhodowałem z ropy przy zapaleniu ropnem gruczołu przyusznego tylko laseczniki tyfusowe, uważam, iż ten właśnie pasożyt był w tym przypadku jedynym sprawcą ropienia. Szereg bowiem dawniej prowadzonych wspólnie z kol. D m o c h o w s k i m<sup>8</sup>) badań przekonał mnie najzupełniej, iż przypadki ropienia po tyfusie, w których badanie wykrywa w ropie tylko laseczniki tyfusowe, nie mogą zależeć od żadnego skojarzonego działania kilku na raz pasożytów, z których jeden rodzaj wymarł przed czasem badania, lecz zależą wyłącznie od samego działania laseczników tyfusowych.

Przypadek powyższy jest ciekawy pod trzema względami. Po pierwsze, jest to pierwszy w literaturze przypadek parotitidis purulentae, wywołanego przez same laseczniki tyfusowe. Po drugie, badanie bakteriologiczne potwierdziło w nim zupełnie

postawione na sekcji rozpoznanie anatomiczne niedawno przebytego tyfusu, na który przebieg kliniczny dowodów nie dostarczał. Po trzecie, mamy w nim nowy przyczynek do tego, jak stosunkowo późno i powolnie rozwija się po tyfusie ropienie, spowodowane przez działanie samych tylko laseczników tyfusowych.

---

### LITERATURA.

- 1) Wł. Janowski. Przyczyny powstawania ropienia w świetle pojęć współczesnych. Przegląd Chirurgiczny, 1894, zeszyt III, oraz oddzielne odbicie. Warszawa, str. 200 + XLII. Część III, rozdział 3, str. 134—153.
  - 2) Dmochowski i Janowski. O działaniu ropotwórczem lasecznika tyfusowego i o ropieniu przy tyfusie w ogólności. Pam. Towarz. lekarskiego Warsz. 1894. Tom 90. Zeszyt 1, 3 i 4 oraz oddzielne odbicie. Warszawa, 1894, str. 180.
  - 3) Dunin. O przyczynach zapaleń ropnych i zakrzepów żył w przebiegu tyfusu brzuszego. Gazeta Lekarska, 1885, N. 13 i 14, oraz Jeszcze parę uwag o zapaleniu wtórnem przy tyfusie brzuszynym. Gaz. Lekarska, 1886, N. 11.
  - 4) Fränkel E. i Simmonds. Die ätiologische Bedeutung des Typhusbacillus. Untersuchungen aus dem allgemeinen Krankheits-hause in Hamburg. 1886. *Ci sami*. Weitere Untersuchungen über die Aetiologie des Abdominaltyphus. Zeitschr. f. Heilkunde. Bd. II p. 138—162. 1887.
  - 5) Fränkel E. Zur Lehre von der Aetiologie der Complicationen im Abdominaltyphus. Jahrb. der Hamburger Staatskrankenanstalten. 1889. Według roczników Baumgarten'a.
  - 6) Bonardi, Flora e Silvesfrini. Osservazioni chimiche, anatomo-patologiche e batteriologiche sulla febbre typhoide. Rivista generale italiana di clinica medica. 1891, N. 1—3.
  - 7) Anton u. Fütterer. Untersuchungen über Typhus abdominalis. Münch. med. Woch. 1888. N. 19, p. 315.
  - 8) Patrz cytate N. 2, rozdział ostatni „O mięszanem zakażeniu przy tyfusie“.
-

## III.

**O przyczynach powstawania skoljozy w nerwobólu kulszowym**

(Ischias scoliotica)

Podał

Dr. med. Ludwik E. Bregman,

Ordynator klin. terapeutycznej w Warszawie.

*(Dokończenie).*

Bardziej godzien uwagi jest drugi, spostrzegany przez nas przypadek, którego historię choroby szczegółowej w tem miejscu podajemy.

Józef J., 28 lat, ogrodnik, przybył 29/X 1894 do terapeutycznej kliniki Prof. Lambła. Obecna choroba jego datuje od 13 miesięcy, przedtem żadnej ciężkiej choroby nie przechodził. Matka jego cierpiała na reumatyzm, ojciec zmarł od nieznaney mu choroby. Będąc ogrodnikiem przemieszkować musiał do późnej jesieni w wilgotnej altanie. W jesieni 1893 poczuł bóle w lewej łydce, które szybko się rozprzestrzeniły wzdłuż tylnej powierzchni całej dolnej kończyny ku górze i ku dołowi aż do podeszwy. Później przyłączyły się bóle w krzyżu. Wkrótce stan jego do tego stopnia się pogorszył, że nie był w stanie wcale chodzić. Po 4 tygodniach nastąpiła poprawa, bardzo jednak krótkotrwała, już w 2 tygodnie później bóle znowu się wzmogły tym razem nasilenie choroby było bardzo długie, gdyż dopiero po 3-ch miesiącach chory był w stanie się podnieść i zaczął chodzić. Od lata w stanie jego zmiany nie zaszło. Obecnie jeszcze bóle są dość silne, najsilniejsze w fossa poplitea, ku górze sięgają do okolicy krzyżowej i biodrowej oraz sprzodu ponad lin. Popartii. Bóle są tępe, wierzące. Siedzenie jest dla chorego najbardziej uciążliwe; przy chodzeniu bóle się również wzmagają, chory bardzo szybko się męczy. W położeniu leżącym ból jest nieznaczny: Chory najlepiej się czuje gdy leży na prawym boku; leżąc na lewym natomiast, uczuwa dość silny ból.

Skrzywienie tułowia chory zauważył dopiero po drugiem nasileniu swojej choroby. W czasie pierwszej poprawy postawa jego była jeszcze, jak z pewnością utrzymuje, zupełnie prosta.

Chory uskarża się prócz tego na ból głowy, zawroty i niekiedy szum w uszach. Syfilisu nie przechodził. Codziennie wypijał po 2 kieliszki mocnej wódki, a nieraz znacznie więcej. Apetyt zmienny. Stolec prawidłowy.

Przedmiotowe badanie wykazuje co następuje: Stan zdrowia niezły. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Drżenie języka i rąk. Odruchy kolanowe i ścięgna Achillesa z obu stron wzmożone, nerwy nacynioruchowe bardzo pobudliwe. Widoczny zanik lewej dolnej kończyny. Obwód łydki lewej = 34 cm. prawej = 36 cm. Obwód uda (10 cm. nad lewą patella) = 40 cm. prawej = 42,5 cm. Punkty bolesne znajdują się w miejscu wyjścia nerwu kulszowego z miednicy w części zewnętrznej fossae popliteae i sprzodu między lig. Poupartii i pępkiem. Ruchy bierne lewej dolnej kończyny są prawidłowe i bezbolesne za wyjątkiem abdukcji w stawie biodrowym. Ruchy czynne wykonywane dobrze, jedynie rotacyjne nogi ku wewnątrz i ekstensja ku tyłowi wywołują ból. Nogę wyprostowaną chory podnosi tylko do kąta  $45^{\circ}$ , przy zgięciu kolanie natomiast zgiąć może udo nad miednicą aż do kąta rozwartego. Siła zginaczy kolana znacznie zmniejszona.

Uderzenie w krętarz nie wywołuje bólu, uderzenie w piętę wywołuje ból w przebiegu nerwu kulszowego. Kręgosłup wykazuje podwójną skoljozę: część lędźwiowa jest skrzywiona, z wypukłością na lewo, część grzbietowa w kierunku przeciwnym z wypukłością na prawo. Część lędźwiowa jest płaska fizyologiczna lordoza nie uwydatnia się wcale. Prawa łopatka położona bardziej ku tyłowi, prawy bark wyższy od lewego. Prawa ręka wisi oddalona od tułowia, lewa dotyka biodra. Okolica mięśnia krzyżo-lędźwiowego z prawej strony wyraźnie się uwydatnia, z lewej zaś wypuklenia żadnego w tym miejscu niema. Przy palpacji prawy mięsień wyczuwa się znacznie lepiej, aniżeli lewy. Wyrostek ciernisty drugiego kręgu lędźwiowego boli przy ucisku. Prawy pośladek wydaje się pełniejszym, aniżeli lewy.

Skoljoza wieczorem większa, aniżeli zrana. Po dłuższym staniu również się powiększa. Przy zawieszaniu chorego skoljoza części grzbietowej częściowo się wyrównywa, skoljoza części lędźwiowej zaś pozostaje bez zmiany. Przechylanie tułowia w stronę prawą nie jest dla chorego przykre, przy przechylaniu się na lewo doznaje bólu w nodze. Nachylanie ciała ku przodowi nie wywołuje bólu, skoljoza przy tem wyrównywa się zupełnie, różnica między mięśniem krzyżo-lędźwiowym jednej i drugiej strony pozostaje ta sama. Gdy się chory kładzie na brzuchu, skoljoza również znika, położenie to wywołuje jednak bóle w lewej nodze. Badanie elektryczne wykazuje w lewym mięśniu krzyżo-lędźwiowym znaczne zmniejszenie pobudliwości zarówno faradycznej jak galwanicznej. Najmniejszy skurcz nastę-

puje z prawej strony przy 7,2 cm. odległości rolek, z lewej — 5,2<sup>1)</sup> z prawej strony 7,5 MA. z lewej— 9,5 MA.

Skurecz z obu stron błyskawiczny, formuła skureczowa zachowana. Pobudliwość mięśni i nerwów chorej kończyny przy badaniu faradycznym i galwanicznym również zmniejszona.

Leczenie polegało na masażu, biernych i czynnych ruchach. Później stosowaliśmy prąd galwaniczny. Wewnętrznie podawaliśmy antyfebrinę, olutio Fowleri, Syr. ferri jodati, Kali bromatum. Obecnie po 3-miesięcznym prawie pobycie w klinice nerwoból w znacznym stopniu się zmniejszył, chodzenie jest mniej uciążliwe, skoljoza jednak pozostała bez zmiany, a badanie elektryczne w d. 26/I 95 wykazuje jeszcze większą różnicę między mięśniem krzyżoładźwiowym prawej i lewej strony na niekorzyść tego ostatniego: skurecz jego następuje bowiem dopiero przy 3,7 cm. odległość rolek i przy 18 MA.

Streszczając się, mamy do czynienia z przypadkiem lerwostronnego nerwobólu kulszowego, powstałym na tle neuropatycznym, prawdopodobnie w skutek działania przyczyn reumatycznych. Nerwoból spowodował skrzywienie kręgosłupa podług typu skoljozy skrzyżowanej. Oprócz wyraźnego zaniku cierpiącej kończyny można było stwierdzić dość znaczny zanik mięśnia krzyżoładźwiowego tej samej strony oraz zmniejszenie jego pobudliwości elektrycznej. Wspomniałem już wyżej że przed Mannem Schüdel jedyny uczynił wzmiankę o pobudliwości elektrycznej m. erectoris trunci i że wyniki jego w tym względzie były ujemne. Mann na 6 przypadków w 2-ch tylko znalazł zmniejszenie pobudliwości faradycznej, o galwanicznej zaś nie wspomina wcale<sup>2)</sup>. W obu przypadkach nerwoból kulszowy był następstwem sprawy zapalnej otrzewny w miednicy i powstałego w następstwie zapalenia nerwu kulszowego. W naszym przypadku mieliśmy do czynienia z najwykleszym nerwobólem reumatycznego, jak to najczęściej bywa, pochodzenia, a m. erector trunci strony dotkniętej uległ wyraźnemu, przy oględzinach już widocznemu zanikowi i wykazał zmniejszoną pobudliwość nie tylko fa-

1) Przy 15 elementach i jednakowym oporze baterii igła galvanometru wskazuje z prawej strony 4 MA., z lewej 4,5 MA.

2) Opór skóry zdaje się nie był przez niego uwzględniony, podane przez niego cyfry względną zatem posiadają tylko wartość.



radyczną, ale i galwaniczną. Wyniki te mają z tego względu wielkie znaczenie, gdyż dowodzą z pewnością, iż zanik, a więc niedowład mięśnia krzyżoładzowego w skoljozie kulszowej się spotyka. Jak często jej towarzyszy, wskazać nam mogą dopiero późniejsze doświadczenia, ponieważ przedtem, jak już powiedzieliśmy, mało na tę okoliczność zwracano uwagi. Zanik dotkniętej nerwobólem kończyny spotyka się w skoljozie kulszowej niezwykle często, przypadki, w których jej nie zauważono, stanowią, rzecz można, wyjątek. Niewiem wprawdzie dokładnie, jak często zwykły nerwoból kulszowy zanikiem mięśni się wikła, przytoczony wszakże fakt ze względu na interesującą nas kwestyę, jest godzien uwagi. Co się tyczy mięśnia wyprostnego tułowia, to w niektórych przypadkach zanotowano, iż ze strony cierpiącej wydawał się napiętym, a więc wręcz przeciwnie, aniżeli u naszego chorego. Sprzeczność ta jest jednak pozorną tylko i łatwą do wytłumaczenia. Napięcie wymienionego mięśnia bywa często, jak zaznacza Oppenheim, <sup>14)</sup> następstwem skręcenia (torsio) kręgosłupa, gdyż wyrostki poprzeczne kręgów lędźwiowych odpychają go ku tyłowi (zewnątrz). W innych przypadkach możemy sobie przedstawić, że mięsień niedowładny, a nie bezwładny, czyni wszystko możliwe, ażeby przeciwważyć działaniu silniejszego rywala ze strony przeciwnej i w tym celu, nieosiągając wprawdzie całkowicie swego celu, napręża się. W wielu razach, pomimo ścisłego badania elektrycznego żadnych zmian w pobudliwości elektrycznej zauważyć nie można, czego dowodem przypadki Schüdjla, Manna oraz nasz pierwszy przypadek. Zdaje nam się jednak, że przypadki te nie mogą służyć za dowód przeciw wyrażonemu przez nas pogładowi i że nawet pomimo prawidłowego odczynu elektrycznego niedowład mięśnia krzyżoładzowego może być przyczyną powstawania skoljozy kulszowej, wiemy przecie, że niedowład mięśni istnieć może bez zmian pobudliwości elektrycznej. Być może, że zachowanie się mięśnia względem bodźców elektrycznych zależne jest od stopnia jego *zachowania*. Brak odczynu zwyrodnienia dowodzi w każdym razie, że nie ulega on zanikowi ze zwyrodnieniem (Degenerationsatrophie). W jaki sposób ów zanik i niedowład powstają, trudno w obecnej chwili rozstrzygnąć, tem bardziej, że zmiany włókien czuciowych, będące podstawą nerwobólu, są również nam niezna-

ne. Silniejszych zaburzeń we włóknach ruchowych przypuścić nie możemy tak samo, jak i w czuciowych i ze względu na brak wyraźnych zaburzeń czucia takowe wykluczamy. Przypuszczenie Brissaud'a że zanik jest wtórny i powstaje na drodze odruchowej wydaje nam się zupełnie zbytecznym, ponieważ bezpośrednie zachorowanie włókien ruchowych jest bardziej prawdopodobnym. W większości przypadków nerwobólu kulszowego ze skoljozą dotknięty bywa prawdopodobnie cały splot lędźwiowo-krzyżowy, ale i zachorowanie samego tylko splotu krzyżowego jest w stanie spowodować niedowład mięśnia krzyżo-lędźwiowego, gdyż według wyżej wspomnianych badań Schüdla mięsień ten otrzymuje gałązkę od 2-go korzenia krzyżowego.

Na zakończenie zaznaczyć jeszcze muszę, że wyluszczone poglądy na powstawanie skoljozy jest jedyny z wszystkich dotychczas wyrażonych, który się daje zastosować i do postaci homologicznej i zmiennej. Co się tyczy tej ostatniej, to Mann objaśnia ją w ten sposób, że przy zmianie skrzywiona tułowia ze skrzyżowanego na homologiczne inne mięśnie (?? M. Psoas) zastępowały niedowładny mięsień wyprostny tułowia. Zręczność w poruszaniu mięśni lędźwiowych, nabyta w długoletniej służbie w kawaleryi, ułatwić musiała choremu wykonanie tego zadania. Po przemieszczeniu zaś ciała na stronę cierpiącą łatwiej było już postawę tę dzięki ciężkości ciała zachować.

Powstanie homologicznej skoljozy w jednym przypadku Mann'a również łatwo wytłomaczyć się dało. Lewostronny nerwoból kulszowy rozwinął się u chorej na tle sprawy zapalnej otrzewny w miednicy. W obu dolnych kończynach zauważono dość znaczne zaburzenia ruchowe niedowład zginaczy uda i goleni, które domyślać się kazały obustronnej Neuritidis plexus lumbosacralis; z mięśni krzyżo-lędźwiowych jeden tylko był dotknięty, mianowicie prawy, faradyczna pobudliwość jego okazała się zmniejszoną; lewy jego współmiennik otrzymał więc przewagę i spowodował homologiczną skoljozę. Objaśnienie to nie da się jednak zastosować, jak się zdaje, do wszystkich przypadków homologicznej skoljozy, gdyż w niektórych cierpienie było z pewnością jednostronne. Być może, że skurcz mięśnia wyprostnego tułowia strony dotkniętej nerwobólem jest w wielu razach kompensacyjny i ma na celu zrównoważenie niedowładu innych

mięśni, że wymienie dla przykładu *M. Quadratus lumborum*, *Psoas*, *Glutaeus medius*. Niedowład ich, zwłaszcza gdy jest nieznaczny, łatwo może pozostać niepostrzeżonym; być może jednak, że w przyszłości, przy baczej na ten punkt zwróconej uwadze klinicystów, możliwem będzie w niektórych przypadkach istnienie jego stwierdzić. Pewna część wreszcie przypadków skoljozy homologicznej powstawać może w sposób, wskazany przez *Brisaud'a*, t. j. przez przyłączenie się objawów spastycznych do nerwobólu, z dotychczasowej literatury jednak sądząc, zdarzać się to musi bardzo rzadko.

## O stosowaniu surowicy antydyfterytycznej

(wskazówki praktyczne).

Podał

Dr. J. Bączkiewicz.

Lekarz prywatnego zakładu leczniczego dla dzieci w Warszawie.

Rozpowszechnienie i zastosowanie surowicy antydyfterytycznej na szerszą skalę, dzięki podjętej w tym kierunku pracy odpowiednich instytucyj rządowych i prywatnych jest już kwestyą niedalekiej przyszłości. Dotychczas szpitale nasze posiłkowały się prawie wyłącznie surowicą zagraniczną, z chwilą jednak gdy Instytut medycyny doświadczalnej w Petersburgu rozpoczęła na wielką skalę produkcję surowicy doprowadził już do znacznych rozmiarów, gdy kol. Palmirski w Warszawie, dzięki prywatnej ofiarności, doprowadził powierzone sobie konie do pożądanego stopnia immunizacyi i ogłosił już wyniki badań nad określeniem siły surowicy przez się otrzymanej i innych—możemy mieć nadzieję, iż niezależnie od zagranicy właściwą pomoc dla chorych na dyfteryę mamy zapewnioną, tembardziej, że surowica ze wspomnianych źródeł kosztować będzie o ile nam wiadomo, taniej, niż surowica francuzka lub niemiecka. Zastosowanie zatem surowicy w dyfteryę stanie się udziałem cierpiącej ludzkości i szerokiego ogółu lekarskiego.

Ponieważ prawie wszystkie dotąd sprawozdania szpitalne przemawiają na korzyść stosowania tej nowej metody leczniczej,

a zatem skoro tylko otrzymanie surowicy będzie ułatwione, stosowanie jej i w praktyce prywatnej resp. prowincjonalnej, należy, się spodziewać będzie rozpowszechnione. Niosąc ratunek chorym, można będzie wzbogacać materiał naukowy w tej bądź co bądź jeszcze otwartej kwestyi tak pod względem naukowym jak i praktycznym.

Z powyżej wyłuszczonejch względów w artykule niniejszym chciałbym w krótkim zarysie przedstawić praktyczną stronę zastosowania surowicy, mając na względzie głównie kolegów prowincjonalnych, którzy nie zawsze mają możność udawania się do większych miast w celu obznajmienia się z wspomnianą kwestyą. Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że surowica jako środek leczniczy zastosowanie może mieć w tych tylko przypadkach, w których lasecznik dyfterytyczny zostanie wykryty, a zatem kontrola bakteriologiczna oniemal staje się konieczną. Ta ostatnia polega na doraźnym badaniu mikroskopowem preparatów na szkiełku oraz na przeprowadzeniu odpowiednich hodowli. Ponieważ rzadko kto z kolegów prowincjonalnych rozporządza odpowiednio urządzonej pracownią, ażeby mógł na miejscu prowadzić hodowle, pominię opis takowych, natomiast bliżej zastanowię się nad przygotowaniem preparatów świeżych na szkiełku, (w tym razie niezbędny jest mikroskop, zaopatrzony w immersyę olejną). Jako materiał do tego rodzaju preparatów służy bądź kawałek nałotów dyfterytycznych, w tych razach gdy takowego niema np. w przypadkach pierwotnego krupa krtaniowego lub podejrzanej natury anginach) zbadany być winien wykrztuszony lub zebrany z gardzieli śluz.

W celu uszczknięcia błonki dyfterytycznej posilkuje się albo zwykłą długą pincetą, albo też za przykładem kol. Palmirskiego, kleszczykami o cienkich i delikatnych łyżeczkach, używanymi do usuwania drobnych polipów nosowych; kleszczyki te mają rękojeść obsadzoną pod kątem rozwartym w stosunku do ramion, zaopatrzonych w łyżeczki; tym sposobem podczas manipulacyi w gardle nie zakrywamy sobie ręką pola z którego błonkę zdejmujemy. Zdjęcie kawałeczka błonki wielkości łebka od szpilki najzupełniej wystarcza do powyższych celów.

Gdy idzie o zebranie śluzu z gardzieli posilkuje się zwykłe małym pędzelkiem z waty, obsadzonym bądź na pincecie, bądź też na odpowiednio zastruganym patyczku. Przed użyciem pę-

dzelek winien być dokładnie zmoczony wrzącą wodą i wyżęty, jeszcze lepiej wygotowany.

Zebraną błonkę lub śluz rozcieramy w cienkiej bardzo warstwie na szkiełku przedmiotowym. Po wysuszeniu przeprowadzamy przez płomień lampki gazowej lub spirytusowej i preparat barwimy. Jako najwięcej rozpowszechniony barwnik polecić możemy roztwór fuksyny (roztwór Ziehl'a), używany do barwienia laseczników gruźliczych lub też barwnik podany przez Roux<sup>1</sup>). Jeden z powyżej wymienionych barwników w ilości kilku kropel wlewamy na preparat, pozostawiamy w ciągu 1—2 minut, opłukujemy dokładnie w wodzie dystylowanej, suszymy i w olejku cedrowym lub balsamie kanadyjskim rozpatrujemy pod immersją olejną. Wówczas laseczniki dyfterytyczne (Löfflera), jeżeli się takowe znajdują, przedstawiają się w postaci drobnych pałeczek, najczęściej nierównomiernie zabarwionych: podczas gdy końce pałeczek są mocno zabarwione, część środkowa zazwyczaj bardzo słabo się barwi, niekiedy znów pałeczki są w całej rozciągłości dość silnie zabarwione, układają się równolegle lub też nieco pod kątem rozwartym.

Bardzo często obok laseczników Löfflera spotykamy różne rodzaje koków, ułożone bądź grupami (staphylococci), bądź w postaci łańcuszków (streptococci) lub też po dwa (diplococci). Udział tych towarzyszących koków w patologii dyfterytu nie jest obojętny, dla tego też na ich obecność zwrócić zawsze należy uwagę.

Nasuwa się teraz pytanie, jak sobie zapewnić może kontrolę bakteriologiczną kolega, który nie ma możliwości osobiście takiej przeprowadzić. Odpowiedź zdawałoby się prosta: odesłać zebrany materiał do zbadania do jednej z pracowni bakteriologicznych. Wobec jednak zazwyczaj szczupłej ilości zebranego do badania materiału, trudność polega na tem, ażeby materiał ten podczas przesyłki (np. z prowincyi) nie uległ zniszczeniu i wy-

<sup>1</sup>) Rostwór Ziehla składa się: 100 grm. aq. destil. 5,0 acid carbol cryst. 10,0 alkohol 1,0 fuksini.

Barwnik Roux składa się z mieszaniny dwóch roztworów A + B.  
 rozt. A składa się: Violet dahlia 1,0 rozt. B składa się: methyl-grün 1,0  
 Alcohol 10,0 Alcohol 10,0  
 Aquae dest. 90,0 Aquae dest. 90,0  
 $\frac{1}{3}$  roztworu A +  $\frac{2}{3}$  roztworu B zmieszane stanowią barwnik Roux.

schnięciu, materiał bowiem wilgotny lepiej służyć może do przeprowadzenia hodowli. Zapewne, że lekarz praktykujący w większym mieście zaopatrzone być może w odpowiednie do tych celów instrumenta i naczynia lub próbówki wyjałowione. W Paryżu przygotowano rodzaj trzосу zawierającego wszystko, co jest niezbędnem do zastosowania surowicy przy łóżku chorego. Lecz i bez kosztownych przyrządów z łatwością obejść się można. Jako doskonałe receptaculum do przesłania na dalsze odległości zebranego materiału służyć może jakakolwiek flaszeczka, zaopatrzona w dobry korek, należy tylko dobrze oczyszczoną flaszeczkę dokładnie wraz z korkiem wymyć w wrzącej wodzie, a jeszcze lepiej flaszeczkę i korek wygotować w takowej i po ochłodzeniu umieścić w niej zebrany materiał. Tą drogą naczynie zostaje dokładnie wyjałowione, a pozostała we flaszeczce kropla wody przegotowanej, a więc wyjałowionej, zabezpieczać będzie zebraną błonkę dyfterytyczną lub wacik ze śluzem od wysychania podczas przesyłki. Nadto flaszeczka podczas podróży nie tak łatwo uszkodzoną być może, jak zwykle do tych celów używane z cienkiego szkła próbówki. Niejednokrotnie posiłkowałem się tym sposobem przenoszenia zebranego materiału i uważam go za b. praktyczny.

Niektórzy autorowie francuscy polecają zebraną błonkę zawijać w kawałek ceratki gumowej, przedtem dokładnie wymytej w wodzie wrzącej. Próbowalem i tego sposobu, lecz często ceratka (szczególniej cienka) pod wpływem gorącej wody tak się kureczy i zwija, że do tego celu użytą być nie może. Daleko praktyczniej wydaje mi się zawijać błonkę w pakiecik z papieru woskowanego, który przedtem powinien być opłukany w wrzącej wodzie lub nawet może być wygotowany. Pakieciki takie znajdziemy gotowe w każdej aptece pod postacią capsulae e charta cerata.

Materiał, umieszczony w tej wilgotnej kapsułce, zawinięty w taką samą drugą suchą i zabezpieczony tak do pewnego stopnia od wysychania w kopercie dobrze zaklejonej przeniesiony lub przesłany być może z łatwością i bezpieczeństwem do pracowni. I ten sposób wypróbowałem, do przesyłania jednak na dalsze przestrzenie nie może być zalecany.

W jakim jednak będzie położeniu wobec chorego lekarz prowincjonalny, który i sam nie będzie w możności przeprowa-

dzie powyżej opisanego badania i zbyt długo oczekiwać by musiał na wynik badania przesłanego do pracowni materiału? Czy ma się ociągać z zastosowaniem surowicy wobec przypadku klinicznie stwierdzonej błonicy gardzieli lub krupu?

Wobec na podstawie obserwacji szpitalnej rozpowszechnionego przekonania, że surowica tem skuteczniej działa im wcześniej jest zastosowana, należy dać odpowiedź, że ociągać się nie można, tembardziej w zapowiadających się groźnie przypadkach. W szpitalach francuzkich surowica jest stosowaną u każdego nowo przybyłego pacyenta nim rozpoznanie na drodze bakteriologicznej zostanie wykonane, a to w tem przekonaniu, że surowica ma posiadać i własności ochronne, jeżeli zatem u danego pacyenta lasecznik Löfflera nie zostanie wykryty, zastrzyknięta surowica ma go chronić, od zarażenia się tym zarazkiem podczas pobytu w szpitalu. Ochronne jednak działanie surowicy dotychczas jeszcze stanowczo nie zostało rozstrzygnięte.

Czy jednak, zastrzykując surowicę u pacyenta nie zakażonego lasecznikiem Löfflera, nie narażamy go na jakie niebezpieczne uboczne działania surowicy? Jako najczęstszy objaw ubocznego działania surowicy spostrzegano dotychczas wysypki, występujące zazwyczaj w okresie dwutygodniowym po zastosowaniu surowicy. Aczkolwiek wysypki te przebiegają niekiedy ze znacznem podniesieniem temperatury, ze względu jednak na to, że przebieg tej sprawy jest krótkotrwały (2--3 dni), nie przedstawia ta komplikacya poważnej obawy, przynajmniej dotychczasowa obserwacya to stwierdza.

Poważniejsza, na szczęście daleko rzadziej występująca komplikacya, w postaci zajęcia stawów (arthrit'is multiplex), niekiedy przebiega ze znaczną gorączką i ze względu na silne bóle jest męczącą dla pacyenta, o ile jednak z dostępnych źródeł mi wiadomo, nigdy nie pozostawiła złych następstw dla chorych.

Innych poważniejszych komplikacyi, pośród chorych leczonych nową metoda, których widziałem zagranicą, bądź obserwowałem w Warszawie, osobiście nie stwierdziłem.

Gdy jeszcze zwrócimy uwagę na to, że badania bakteriologiczne wykazały (New-York) że w 58,5% dyfterytów gardzieli lasecznik Löfflera zostaje wykryty, że 80% krupów bywa wywołanych, przez tenże lasecznik, to sądzimy, że lekarz pozbawiony

możności wykonania kontroli bakteryologicznej, lepiej zrobi, gdy zastosuje surowicę wobec klinicznie stwierdzonego dyfterytu szczególnie w cięższych postaciach takowego, niż gdyby się miał od tego powstrzymać. Zapewne, że zawsze należy uprzedzić otoczenie chorego o możliwości wystąpienia powyżej wspomnianych komplikacji.

Jak należy stosować surowicę? Ze względu na to, że surowica jest produktem, zbieranym w warunkach aseptyki i sterylizacji ulegać nie może, a sama przez się jest doskonałym podłożem do rozwoju różnych bakterii, baczyć skrupulatnie należy ażeby, jej podczas stosowania nie zanieczyścić, dla tego też raz otworzona flaszeczka przechowywana i użyta później być nie może, nadto podczas stosowania surowica nie może być przelewana z flaszeczki do innego naczynia (nie jałowego) a tylko wprost z flaszeczki do wyjałowionej szpryki zaczerpniętą być winna i zastrzykniętą pod skórę.

Samo się przez się rozumie, że skóra uprzednio powinna być dostatecznie obmyta mydłem i wodą karbolową następnie eterem. Obmycie eterem nieco oszczędza i tak nieznaczego bólu chorym podczas wkłówania cienkiej igły. Miejsce zastrzyknięcia może być zupełnie dowolne: w szpitalach niemieckich zastrzykują w tkankę podskórną na kończynach (noga) lub w obrębie klatki piersiowej, francuzi zaś w tkankę podskórną pod łukiem żebrowym z prawej lub lewej strony. Po zastrzyknięciu nie należy danego miejsca masować, gdyż i tak surowica szybko się wehłania.

Na miejsce ukłucia nakładamy albo kawałek gazy jodoformowej, przytwierdzając ją plastrem lepkim, albo wprost dane miejsce przykrywamy kawałkiem waty hygroskopijnej. Wogóle wykonanie iniekcji jest to samo, jak przy użyciu szpryki Pravaza.

Do iniekcji surowicy jednak należy mieć specjalną szprykę o zawartości 20 cent. sześciennych. W Niemczech używane są szpryki szklane bez tłoka, zaopatrzone w balonik (szpryka Kocha). Szpryka taka przed użyciem wraz z igłą przepłukana być winna alkoholem, następnie 5<sup>0</sup>/<sub>100</sub> wodą karbolową<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> W ostatnich czasach różni fabrykanci niemieccy wyrabiają specjalne szpryki do surowicy, posiadające większe lub mniejsze zalety.



Szprycka francuzka pomysłu D-ra Roux<sup>2)</sup> posiada tę wyższość, że przed użyciem cała może być wygotowana, a więc najdokładniej wyjałowiona, należy tylko przed gotowaniem rozkręcić szrubę w tylnym końcu szprycy, ażeby nieco rozluźnić cylinder szklany, obsadzony w gilzie metalowej, a to w tym celu żeby przy rozgrzaniu cylinder nie pękł.

W każdym domu znajdzie się odpowiednie naczynie, w którym szprykę wygotować możemy, gotowanie odbywać się winno w ciągu 20 minut, poczem wyjmujemy szprykę, szrubę dokręcamy i przestrzyknawszy ją gorącą wodą, czekamy póki nie wystygnie (ażeby podczas nabierania surowica się nie ścięła), następnie wprost z flaszeczki przez igłę naciągamy surowicę i po wypuszczeniu powietrza, któreby się dostać mogło, wykonywamy iniekcję.

Szpryki francuzkie między igłą a szpryką zaopatrzone są w cienką rurkę gumową dla łatwiejszego manipulowania igłą podczas aktu zastrzyknięcia. Naturalnie, szprycka wraz z tą rurką gumową i igłą wygotowywana być winna. Po dokonanej iniekcji szprykę niezwłocznie wodą letnią kilkakrotnie przemyć należy, później alkoholem.

Przy użyciu surowicy wszelkie środki miejscowe (pędzlenia, insuflacye) nie są stosowane, zaś ze środków wewnętrznych tylko podniecające (wino, kamfora), jeżeli jest po temu wskazanie.

Pozostaje jeszcze omówić jedno pytanie: w jakiej ilości surowicę stosować należy?

Dotychczasowa obserwacya kliniczna wykazała, że użycia raczej za małej, niż za dużej ilości surowicy unikać należy, dla tego też szczególnie w cięższych wypadkach trzeba zastosować odrazu pełną dawkę.

Fabryka niemiecka w Höchst produkuje surowicę (Behringa) o trzech różnych wartościach pod względem siły leczniczej, mianowicie: Nr. 1 odpowiada 600 jednostkom immunizacyjnym, Nr. 2 zawiera 1000, a Nr. 3 zawiera 1500 jednostek; doświadcze-

1) Szpryki francuzkie posiada skład instrumentów F. Balukiewicza w Warszawie.

nia kol. Palmirskiego<sup>1)</sup> wykazały, że w ostatnich czasach wartość surowicy francuzkiej wyrównywa Nr. 2 surowicy niemieckiej, surowica petersburska również zawiera 1000 jednostek w jednej flaszeczce, a surowica warszawska, krakowska oraz produkowana przez prof. Bujwida, także prawie odpowiada tej sile. Wartość surowicy Aronsona okazała się niższą od surowicy Behringa Nr. 2<sup>2)</sup>.

Ponieważ obecnie posiadam tylko surowicę francuzką i takową w praktyce stosuję, o użyciu tej ostatniej słów parę nadmienię, odsyłając interesujących się zastosowaniem innych gatunków surowicy do sprawozdania Warszawskiego Szpit. dla dzieci, które kol. Malinowski drukuje obecnie w Gaz. lekarskiej.

W lżejszych przypadkach, czy to anginae, czy krupu stosuję 1 flaszeczkę surowicy Roux i w miarę objawów klinicznych po 24 godzinach drugą flaszeczkę lub nie. W ciężkich postaciach szczególnie krupu od razu zastrzykuję 2 flaszeczki tejże surowicy, a następnym dni w miarę objawów klinicznych robię drugą i ewentualnie trzecią iniekcję (po 1 flaszeczce).

Rozumie się, że przy dawkowaniu surowicy uwzględniać należy i wczesny wiek dziecięcy (niżej roku).

Wyższość surowicy francuzkiej przypisuję z tego względu, że zawiera kamforę zamiast karbolu, który bądź co bądź nie jest obojętny dla ustroju dziecięcego. Surowica petersburska jest wyrabianą w dwóch gatunkach bez karbolu i z karbolem.

Stosowanie surowicy bynajmniej nie uwalnia lekarza od interwenyji chirurgicznej, niekiedy wobec groźnych objawów zwężenia krtani należy wprzód wykonać tracheotomię lub intubację, nim się przystąpi do zastrzyknięcia surowicy.

<sup>1)</sup> Patrz Medycyna Nr. 16 b. r.

<sup>2)</sup> Surowicę warszawską posiada kol. Palmirski. O surowicę petersburską zgłaszać się należy do Instytutu Medycyny doświadczalnej w Petersburgu. Surowicę zagraniczną posiadają, o ile mi wiadomo, apteki.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

#### 111. E. WEISZ. **Przyczynę do nauki o wyrównywaniu wad sercowych.** (*Wiener. Med. Presse 1894 N. 52*).

Ze 130 chorych, dotkniętych wadami sercowymi, których autor miał sposobność obserwować w klinice prof. Koranyi'ego w Budapeszcie, zmarło 46, a 84 wypisało się do domu.

Z liczby 46 zmarłych stwierdzić było można:

wady zastawek półksiężycowych aorty	u 65 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
„ zastawki dwudzielnej	u 15 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
„ obydwóch zastawek	u 10 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
inne kombinacye wad sercowych	u 10 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ,

natomiast z pomiędzy 84 chorych, którzy wypisali się z poprawą do domu, stwierdzono:

wady zastawek aorty	u 32 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
„ zastawki dwudzielnej	u 45 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
„ obydwóch zastawek	u 20 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
inne kombinacye wad sercowych	u 3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Tak więc, podczas gdy niedostateczność tętnicy głównej (*insufficiëntia aortae*) u zmarłych stanowiła  $\frac{2}{3}$  ogólnej liczby przypadków zakończonych śmiercią, u pozostałych przy życiu znaleziono ją zaledwo u  $\frac{1}{3}$ .

Całkiem odwrotnie działo się przy niedomykalności zastawki dwudzielnej (*insufficiëntia bicuspidalis*). Podczas gdy u zmarłych stanowiła ona 15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, u pozostałych przy życiu znajdowano ją u 45<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Różnica ta, zachodząca pomiędzy śmiertelnością wskutek niedostateczności zastawek aorty a śmiertelnością wskutek niedostateczności zastawki dwudzielnej, staje się jeszcze wydatniejszą, jeżeli będziemy obrachowywać w sposób poniższy: z pomiędzy 58 chorych, dotkniętych niedostatecznością zastawek aorty, którzy leczyli się przez pewien przeciąg czasu w klinice, zmarło 29, to jest 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, z pomiędzy zaś 44 chorych, dotkniętych niedostatecznością zastawki dwudzielnej, zmarło tylko 7, to jest 17<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Niedostateczność obydwóch zastawek stwierdzono u 22 chorych (zarówno zmarłych, jak i pozostałych przy życiu); śmiertelność w tych przypadkach była taka sama, jak przy niedostateczności zastawki dwudzielnej. Przypadki wielokrotnie powikłane, to jest przedstawiające różne inne kombinacye, trafiają się bardzo

rzadko, nie mogą więc zmienić powyższego stosunku wad aortalnych do wad zastawki dwudzielnej.

Co się tyczy wpływu wad sercowych na długość życia, to ogólnie przyjmują, że z wadą zastawek aorty dłużej można żyć, niż z wadą zastawki dwudzielnej. Wprawdzie trudno określić, kiedy miał miejsce początek wady sercowej (tak np. Clark Andrew w Londynie zestawił przez przeciąg 13 lat ze swej prywatnej praktyki 680 przypadków, w których przypadkowo tylko stwierdził obecność wady sercowej), jednakże, jeżeli za początek choroby uważać chwilę, w której wystąpiły pierwsze objawy subiektywne wady sercowej, to jest skargi ze strony chorego, to z liczb przytoczonych przez autora, mniemanie, że wady zastawek aorty mniej są groźne dla życia od wad zastawki dwudzielnej, również ulega potwierdzeniu. Tak np. w 29 przypadkach niedomykalności zastawek aorty, śmiercią zakończonych, ani jeden przypadek nie dotyczył osoby młodszej nad lat 30, większość zmarłych kobiet liczyła od 30 do 42 lat, wiek zaś zmarłych mężczyzn wynosił więcej niż lat 42.

Inaczej całkiem przedstawia się wiek 7 osób zmarłych wskutek niedomykalności zastawki dwudzielnej: 4 z nich były w wieku pomiędzy 17 a 27 latami, jeden zmarły miał z górą 40 i jeden z górą 53, a zatem w większości przypadków wiek zmarłych nie dosięgał 30 lat.

Co się tyczy stadium incompensationis, to jest okresu od chwili wystąpienia pierwszych objawów aż do śmierci, to z wywiadów stwierdził autor, co następuje: w 29 przypadkach niedomykalności zastawek aorty od wystąpienia pierwszych dolegliwości aż do zejścia śmiertelnego minęło najczęściej tylko kilka miesięcy, w 7 przypadkach 2—3 lata, a w jednym przypadku chory już od wielu lat cierpiał na bicie serca. W  $\frac{3}{4}$  zatem wszystkich przypadków cierpienie trwało już od wielu lat, nie wywołując znacześniejszych zaburzeń, resp. przez chorych nie zostało zauważone, a dopiero po wystąpieniu groźniejszych objawów doprowadziło w przeciągu kilku miesięcy do śmierci.

Całkiem inaczej brzmia wywiady od chorych, zmarłych wskutek niedomykalności zastawki dwudzielnej: najkrótszy przeciąg czasu, jaki upłynął od chwili wystąpienia pierwszych objawów aż do śmierci, wynosił 2—3 lata, mianowicie w 7 przypadkach, natomiast w większości przypadków od chwili wystąpienia pierwszych objawów zaburzeń w kompensacji aż do śmierci minęło 8—9—10, a nawet 20 lat.

Podobnie brzmia i wywiady od chorych, którzy opuścili klinikę w stanie poprawy: w 26 przypadkach niedomykalności zastawek aorty tylko w 3 przypadkach chorzy twierdzili, że choroba ich trwa dłużej niż lat 3, w połowie zaś przypadków cierpienie trwało krócej niż 1 rok.

W 38 przypadkach niedomykalności zastawki dwudzielnej znajdujemy następujące dane: w 7 przypadkach choroba trwała od kilku miesięcy, w 8 przypadkach od 1 roku, w dziesięciu przypadkach od 2—3 lat i w 13 przypadkach od jeszcze dłuższego czasu.

Z liczb powyższych wyprowadza autor następujące wnioski: 1) Niedomykalność zastawek aorty przebiega skrycie przez czas o wiele dłuższy, niż niedomykalność zastawki dwudzielnej. 2) Jeżeli jednakże wystąpią już pierwsze objawy i dolegliwości, spowodowane tem cierpieniem, to staje się ono wkrótce przyczyną śmierci, natomiast przy niedomykalności zastawki dwudzielnej stadium incompensationis może trwać znacznie dłużej. Ze słów tych wcale nie należy jednak wnioskować, że wady zastawek aorty dają wogóle gorsze rokowanie, bo przecież większość chorych, dotkniętych tem cierpieniem, dochodzi do poważnego wieku.

Że kompensacja przy niedomykalności zastawki dwudzielnej prędzej się kończy, niż przy niedomykalności zastawek aorty tego, zdaniem autora, nie można przypisać temu, że prawe serce jest niby to względnie słabsze od lewego, gdyż w rzeczywistości wcale tak nie jest; natomiast mechanizm prawego serca jest stanowczo mniej pomyślnie urządzone od mechanizmu lewego serca, co warunkuje się postacią i budową prawej komórki w porównaniu z lewą.

*Józef Winiarski.*

112. Prof. E. LEYDEN. **Zależność zapalenia wrzodzącego wsierdza i włóknistego zapal. mięśnia sercowego od ostrego guńca stawowego.** (*Ueber Ulceröse Endocarditis u. fibröse Myocard. in Zusammenhang mit acutem Gelenkrheumatismus. Deut. Med. Woch. N. 49.*)

Od czasu prac Bouillaud'a za najczęstszą przyczynę zapaleń wsierdza i następczych wad serca uważany bywa ostry gościec stawowy, pomimo że od ogłoszenia tych prac upłynęło lat 70. Badania bakteryologiczne ostatniego dziesiątka lat wykazały udział rozmaitych drobnoustrojów w zapaleniu wsierdza; znajdowano mianowicie: drobnoustroje ropne (*staphylococcus aureus* et *streptococcus pyogenes*), diplokoki zapalenia płuc włóknikowego, laseczniki gruźlicze, gonokoki, *bacterium coli*. Szczególną uwagę zwraca autor na gonokoka Neisser'a, przytaczając swą własną obserwację i dwie innych autorów, stwierdzone bakteryologicznem badaniem. Te trzy obserwacje wraz z całą masą innych, gdzie zapalenie wsierdza było powikłaniem innej zaraźliwej choroby, i gdzie badanie pośmiertne wykazało obecność w zapalnym wsierdzu drobnoustrojów, właściwych pierwotnej chorobie—te obserwacje dowodzą, że zapalenie wsierdza może być spowodowane przez różne drobnoustroje, nie tylko gościcowe. Ostatnie są do chwili obecnej nieznanne, bo zapalenie wsierdza

wywołane przez nie, ma zazwyczaj przebieg przewlekły, nie kończy się tak szybko śmiercią, jak przy innych chorobach. W wypadkach z ostrym zejściem śmiertelnym mamy doczynienia najczęściej z zakażeniem mięszanem. W sześciu przypadkach zapalenia wsierdzia na tle gościcowem znajdował autor stale małe diplokoki, różniące się od innych znanych drobnoustrojów. Leyden z wielką oględnością wyraża przypuszczenie, że te drobnoustroje są właściwymi dla sprawy gościcowej, zarówno stawowej, jak i wtórnych spraw w sercu. Bliższe szczegóły, dotyczące diplokoka, obiecuje udzielić autor w niedalekiej przyszłości.

W. Miklaszewski.

113. DR. OETTINGER. **Tachykardya pierwotna napadowa.** (*Tachycardie essentielle paroxystique. Semaine médicale 1894 N. 53*).

Napady tachykardyi pierwotnej charakteryzują się wszystkimi objawami zwykłej niedostateczności serca w okresie jego niesprawności, mianowicie: dusznością, sinicą, obrzękiem, powiększeniem i bolesnością wątroby, zmniejszoną ilością moczu, przyspieszonym i małym tętnem, rozszerzeniem serca ze wzmożoną działalnością i zachowaniem prawidłowego rytmu. Dokładniejsze badanie przekonywa, że nie ma się do czynienia z żadną wadą zastawkową, ani też z cierpieniem mięśnia sercowego, gdyż nie ma żadnego szmeru. Wywiady pomagają rozpoznaniu, dowiadujemy się bowiem, iż napady trwają lata całe, powtarzając się w pewnych, nie zawsze jednakowych odstępach czasu. Niepokoją one chorego mocnem biciem serca, trwającym parę minut lub godzin, a czasem nawet więcej i zmuszają go do zaniechania wszelkiej czynności, pozostawiając jednak zupełną swobodę zajęcia w okresach wolnych od napadów. Jeżeli weźmiemy pod uwagę jeszcze brak tych chorób, które zwykle wywołują zmiany we wsierdzu, jak ostry reumatyzm lub jakakolwiek inna choroba zakaźna, otrzymujemy obraz chorobowy, opisany po raz pierwszy przez Bouveret'a pod nazwą tachykardyi napadowej pierwotnej (*tachycardie essentielle paroxystique*). Według jego opisu dodać jeszcze należy do powyższego określenia, iż napady nie bywają poprzedzane żadnemi zwiastunami, wywołuje je najczęściej przeciążenie pracą lub wzruszenia; występują one nagle, przyczem zwykły rytm staje się nadzwyczaj przyspieszonym, tak że zamiast 60 uderzeń na minutę przechodzi stopniowo do 70, 180, 200, a niekiedy nawet do 300.

Subiektywnie chorzy uczuwają pewien niepokój, niekiedy zaś ból w okolicy serca lub lewego ramienia. Ustąpienie napadu jest również raptowne. Przy dłuższem trwaniu napadu występują objawy ostrej niesprawności serca.

Rozpoznanie tego rodzaju tachykardyi może nastęrczyć pewne trudności przy jednoczesnem istnieniu wady organicznej ser-

ca, stwardnienia tętnic, pewnych objawów dyspeptycznych lub objawów choroby Basedowa.

W rokowaniu należy być ostrożnym, szczególnie przy długotrwałym istnieniu tego cierpienia, kiedy napady stają się częstymi i długotrwałymi.

Leczenie jest, rozumie się, symptomatyczne: przy wybuchu napadu morfina, amylnitrit lub antipiryna. Niektórzy zalecają ucisk na n. błędny w okolicy szyi lub długie i głębokie oddychanie.

O istocie tego cierpienia trudno dziś orzec cośkolwiek pewnego; niektórzy przypuszczają, iż jest to nerwica opuszkowa lub opuszkowo-rdzeniowa. Fیزیologicznie objaśniają je podrażnieniem n. sympatycznego lub bezwładem n. błędnego.

O etyologii również nic pewnego powiedzieć się nie da: nie wiadomo, czy wchodzi tu w grę jakiś wysiłek fizyczny, umysłowy lub moralny; dziedziczność neuropatyczna lub bezpośrednia dziedziczność prawdopodobnie odgrywają tu do pewnego stopnia jakąś rolę.

*J. Salberg.*

#### 114. LEVISON. **Przyczynę do patologii podagry.** (*Z. f. kl. Med. XXIV*).

W poprzedniej swej pracy „O dyatezie moczanowej“ autor zgodnie z teorią Horbaczewskiego za najprawdopodobniejsze uważa: po pierwsze, że kwas moczowy powstaje wskutek utleniania białka organicznego, głównie nukleiny, a powtóre, że zwiększenie, lub zmniejszenie ilości wydzielanego kwasu następuje po wszystkich czynnikach (choroby, lekarstwa i t. p.), sprowadzających szybsze resp. wolniejsze rozkładanie się elementów komórkowych organizmu, głównie leukocytów.

W ostatnich latach powyższe teorie znalazły potwierdzenie w pracach innych autorów, i, co ważniejsze, w pracach autorów, dążących do innych zupełnie celów.

Oto Flensburg, Sjöquist oznaczyli, że noworodki w 24 godziny po urodzeniu wydzielają najwięcej kwasu moczowego, a w nerkach 24 godzinnych dzieci najczęściej znajdowano zawały moczowe. Z innej strony Gundobin w jednej z prac swoich wykazał, że również w 24 godziny po urodzeniu krew zawiera najwięcej białych ciałek.

Barwiąc sposobem Erlich'a, Gundobin doszedł do wniosku, że ciała białe u noworodków nader szybko przechodzą w neutrofilowe czyli przejrzałe formy, a następnie szybko rozpadają się. Niezależne te od siebie prace wyżej wspomnianych autorów wyraźnie wskazują, że ilość kwasu moczowego zależną jest od liczby leukocytów i ich rozpadu.

Do tegoż wniosku prowadzą, przytaczane przez autora, prace Noorden'a, Jaksch'a i innych, którzy systematycznie oznaczali

ilość leukocytów we krwi i ilość wydzielanego kwasu moczowego przy włóknikowym zapaleniu płuc.

Widzimy zatem, że teoria Horbaczewskiego wystarcza do objaśnienia wzmózonego wydzielania kwasu moczowego przy zapaleniu płuc, białaczce etc., nie da się jednak zastosować w wypadkach, gdzie leukocytoza nie bywa znajdowaną, jak to ma miejsce w podagrze.

W poprzedniej już pracy autor wyraził przypuszczenie, że w podagrze wzmózona ilość kwasu moczowego we krwi zależną być może od upośledzonego wydzielania kwasu tego przez chore nerki, nie zaś od większej jego produkcji. Innemi słowy autor uważał za niezbędne w podagrze istnienie cierpienia nerek. Niniejsza praca potwierdza powyższe przypuszczenie autora.

Przedewszystkiem, w olbrzymiej literaturze podagry autor znalazł zaledwie 2 przypadki, w których, jakoby, zmian w nerkach nie znajdowano. Oba jednak te przypadki, jako pochodzące z czasów przed Bright'em, nie mogą być brane pod uwagę.

Następnie, autor, chcąc wyjaśnić, jaki związek zachodzi pomiędzy podagrą a cierpieniami nerek, zebrał 42 sekcyje chorych nerkowych bez względu na to, czy cierpieli oni na podagrę lub nie, i w każdym przypadku otwierał różne stawy, a przynajmniej stawy wielkiego palca, szukając złogów moczanowych. Złogi takie znalezione zostały w 12 tylko przypadkach.

W tych wszystkich 12 przypadkach w nerkach rozpoznaną została pierwotna ich marskość. W pozostałych 30 przypadkach, w których złogów nie znaleziono, raz tylko jeden rozpoznano pierwotną marskość nerek i to u pacjenta, który przechodził był przymiot. Typowych ataków podagry u żadnego z owych 12 chorych nie bywało, a u 4 z nich nie bywało nawet nigdy bólów stawowych. Ztąd wnosić można, że marskość pierwotna nerek jest niewątpliwie jednym z koniecznych warunków powstawania złogów moczanowych, nie wystarcza jednak do wywołania podagry w ścisłem tego słowa znaczeniu.

Przypuszczać odwrotnie t. j. że pierwotna marskość nerek jest tylko właściwością dyatezy moczanowej, jakoby jej skutkiem, niepodobna wobec sekcyj, na których przy wyraźnej marskości nerek znajdowano małe tylko złogi w stawach. Marskość nerek potrzebuje całego szeregu lat dla swego rozwoju, w ciągu których i złogi musiałyby także osiągnąć większych rozmiarów.

W liczbie 30 sekcyj, gdzie w stawach złogów nie znaleziono, było: 9 przypadków zaniku starczego nerek, 6—starczo-sklerotycznego zaniku, 3 przypadki nerki zastoinowej, 4—chronicznego zapalenia nerek łącznie lub bez wtórnej ich marskości, 6—miąższowego zapalenia miedniczek, 1 hydronefrozy 1 skrobiowatego zwyrodnienia nerek.



Widzimy więc, że jedynie pierwotna marskość nerek stoi w stałym związku z wytwarzaniem złogów moczanowych w stawach, gdy żadne z różnorodnych wymienionych powyżej cierpień nerek tej właściwości nie posiada. Przyczyny po temu szukać należy w różnym anatomicznym przebiegu tych cierpień. Kiedy w pierwotnej marskości nerek na pierwszym planie nabłonek krętych kanalików ulega zwyrodnieniu i rozpadowi, później zaś dopiero cierpią ciała Malpighiego i na ostatku dopiero buja otaczająca tkanka łączna, w innych cierpieniach sprawa odrazu rozpoczyna się w naczyniach, nabłonki zaś kanalikowe cierpią dopiero w końcu, kiedy proces dosięga pełni swego rozwoju. Nie dziw więc, że w marskości nerek najpierw cierpieć może filtracya, a zatem wydzielanie kwasu moczowego ulega zmianie.

Przebieg rozwoju pierwotnej marskości nerek najściślej obserwowac się daje przy powolnem zatruciu łożem. Przy tem ostatniem rozwija się typowa marskość nerek, a zarazem występują u ludzi ataki podagry, fakt również potwierdzający przypuszczenie autora.

Na podstawie przytoczonych sekcij autor, zgodnie z Virchow'em, powtarza, że podagra i kamica nerkowa nie mają między sobą nic wspólnego. W 3 przypadkach autor znajdował kamice wraz ze złogami i marskością pierwotną nerek, w 8 zaś, pomimo kamicy, żadnych oznak podagry nie było. We wszystkich tych 8 przypadkach złogi moczanowe ograniczały się do jednej tylko nerki, kiedy, przeciwnie, w 3 przypadkach połączonych z podagrą obie nerki podlegały kamicy.

Ztąd wnosić można, że dopóki jedna z nerek działa prawidłowo, zdolną jest ona wydzielić wszystkie kwas moczowy, jaki wydalony być winien i podagra się nie rozwija. Jeżeli jednak moczniki odkładają się w obu nerkach, wtedy drażnią one swoją obecnością otaczające tkanki, wywołują pierwotną marskość nerek i w ten sposób powodować mogą podagrę.

Wogóle na podstawie przytoczonych sekcij twierdzić można:

1) Że podagra jest cierpieniem daleko częstszem, niż dotąd mniemano; że cierpią na nią zarówno często ludzie biedni, jak i bogaci. Najczęściej podlegają podagrze wszyscy, mający sposobność ulegać zatruciu łożem.

2) że jest bardzo prawdopodobnem, iż pierwotna marskość nerek, jako stale znajdowana na sekcjach artrytyków, jest jednym z pierwszych czynników, wywołujących upośledzenie wydzielania kwasu moczowego. Dalszy rozwój podagry zależny jest i od innych nieznanych dotąd warunków.

W końcu swej pracy autor odpiera zarzuty prof. Lanye'go, skierowane głównie na punkt drugi. Prof. Lanye twierdzi że:

1) Stała obecność zmian w nerkach w podagrze nie jest bynajmniej dowiedziotą.

2) Trudno jest przyjąć jakieś ściśle określone cierpienie nerek za dziedziczne, co, wobec dowiedzionej dziedziczności podagry, byłoby koniecznym.

3) Kamica nerkowa i podagra występują często naprzemian u różnych członków jednej rodziny, jak również często podagra występuje naprzemian z astmą lub obłędem przejściowym, co trudno jest uważać za skutek jednej przyczyny, mianowicie cierpienia nerek.

4) W podagrze bywają częste polepszenia, co niemożliwym jest w marskości nerek.

5) Niedowiedzionem jest, aby cierpiący na podagrę w samej rzeczy wydzielali mniej kwasu moczowego.

W odpowiedzi na pierwszy punkt, autor zaznacza, że dwa tylko przypadki notowane są w ogromnej literaturze tego przedmiotu, gdzie jakoby zmian w nerkach nie znajdowano.

Odpierając drugi zarzut, autor cytuje prace Dickinson'a, który u 17 członków jednej rodziny znajdował marskość nerek. Podobne spostrzeżenia podał Eichhorst.

Stosunek kamicy nerkowej do podagry określono już wyżej, co się zaś tyczy występującej naprzemian z podagrą astmy lub obłędu przejściowego u członków jednej rodziny, to prędeż je uważać można za objaw cierpienia nerek, niż dziedzicznego usposobienia moczowego.

Że cierpiący na podagrę w przestankach pomiędzy atakami czują się zupełnie dobrze, wypływa ztąd, że marskość nerek jest cierpieniem nader chronicznym, przejawiającem się w przejściowych neuralgiach, biciu serca, przygnębieniu umysłowem i innych przelotnych objawach, którym tak często podlegają artrytycy.

Wreszcie, co do ostatniego zarzutu, to autor nie uważa za konieczne, by cierpiący na podagrę wydzielali absolutnie mniej kwasu moczowego w porównaniu ze zdrowymi.

Przedewszystkiem ilość wydzielanego normalnie kwasu moczowego jest wielkością jeszcze nie ustaloną i bardzo względną. Powtórę chore nerki podagryka mogą jeszcze wydzielać pewną ilość kwasu moczowego, nie są w stanie jednak przekroczyć normy.

Z przypuszczeniem takim doskonale godzi się fakt, że w zapaleniu płuc, białaczce lub t. p. stanach, w których ilość wytwarzanego kwasu jest wzmożoną, cierpiący na podagrę uczuwają silne pogorszenie swych zwykłych objawów. *Swiężyński*

115. Buss. **O stosunku zapalenia gardła do ostrego gośćca stawowego.** (*D. A. f. kl. M. 54 H. I.*)

Autor, wieloletni praktyk w Bremen, gdzie liczba chorych na ostre gościec stawowy dochodzi 4,4<sup>0</sup>%, a na ostre zapalenie

migdałów—5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ogólnej liczby chorych, uderzony został częstością współistnienia lub też następowania bezpośrednio po sobie obu tych postaci chorobowych. Co dziwniejsze, autor zauważył, że, jeżeli w pewnym mieszkaniu jeden z lokatorów zapadał na gościec stawowy, to wkrótce w tem samym mieszkaniu inny osobnik zwyczajnie przechodził anginę, lub odwrotnie. Autor przytacza 26 rodzin obserwowanych, gdzie rozmaici członkowie, lub też jedne i te same jednostki przechodziły bądź anginę, bądź gościec stawowy, bądź jedną i drugą chorobę jednocześnie.

W odnośnej literaturze autor odnalazł, że w roku 1865 Trousseau pierwszy zwrócił uwagę na pewien związek obu tych chorób. W późniejszych latach liczni klinicyści, jak C. Heyman, Baeck, Ollivier i inni potwierdzili istnienie związku owego i starali się wyjaśnić jego istotę. Tłómaczenia były różne: gdy jedni składali współistnienie anginy z gościem na karb przypadku, inni anginę uważali za przejaw ogólnego usposobienia gościewego, jeszcze inni, a mianowicie anglicy, widzieli w anginie zakażenie, które jakoby, usposabiało organizm do przyjęcia „jadu gościewego”. To ostatnie przypuszczenie najbardziej odpowiada obecnemu pojęciu naszemu o chorobach zakaźnych.

Wiemy, jak często występują zapalenia stawów w różnych zakaźnych chorobach, jak gruźlicy, płonicy, błonicy, odrze, zapaleniu płuc włóknikowem etc. W większości tych chorób stanowczo jest dowiedzionem, że zapalenia stawów, wywołane bywają drobnoustrojami, zaniesionemi do stawów drogą naczyń krwionośnych lub limfatycznych. Podczas przebiegu chorób zakaźnych w normalnych jednak stawach rzadko znajdowane bywały odpowiednie drobnoustroje, jak to wykazały doświadczenia Smirnowa. Buday, zastrzykując czyste kolonie staphylo i streptokoków ropotw. wprost w żyły królikom, wywoływał ropne zapalenia stawów, a w błonach stawowych znajdował wylewy krwawe i drobne ropnie wokoło naczyń, wypełnionych drobnoustrojami.

Na podstawie powyższych doświadczeń, Buday sądzi że drobnoustroje wtedy tylko dostają się do stawów, gdy wewnątrz stawów pękają ropnie, wytworzone wokoło drobnoustrojowych zatorów. Buday też pierwszy postawił hipotezę, jakoby ostry gościec stawowy był skutkiem zakażenia ropotwórczemi drobnoustrojami. Przypuszczenie Buday'a zostało poparte przez wielu autorów, którzy w wysiękach stawowych w gościu znajdowali najczęściej staphylo i streptococci, rzadziej już pneumococci i inne drobnoustroje.

Zdawałoby się dziwnem, dlaczego zapalenia stawów w gościu tak rzadko bywają ropnemi, jeżeli źródłem ich są ropotwórcze drobnoustroje. Odpowiedź na to pytanie znajdziemy w pracy Gravitza i de Bary, którzy dowiedli, że staphylo i strepto-

cocci nie zawsze doprowadzają do ropienia; liczba, stopień złośliwości drobnoustrojów, a także warunki, w jakich nastąpiło zakażenie, wielką tu odgrywają rolę.

Jednym słowem, na podstawie przytoczonych prac, autor uważa za rzecz rozstrzygniętą, że ostry gościec stawowy ma źródło swoje w słabym zakażeniu organizmu najczęściej ropotwórczymi, rzadziej innymi drobnoustrojami.

Czemże jest obecnie ostre zapalenie migdałów, czyli, tak zwana, angina? Autor przytacza cały szereg prac różnych autorów (Fraenkel, Hirth, Escherich, Israel i inni), którzy stale w wyśiękach w zapaleniu migdałów znajdowali najczęściej ropotwórcze, rzadziej pneumokoki i inne drobnoustroje. Biorąc pod uwagę anatomiczną budowę migdałów, ich położenie w zagłębieniu pomiędzy łukami gardzielowymi, musimy przyznać, że stanowią miejsce nader odpowiednie dla przenikania drobnoustrojów w głąb organizmu.

Podług Stöhr'a błona śluzowa migdałów i gardzieli bez ustanku wydziela przez otwory (stomata) pomiędzy komórkami nabłonka białe ciała krwi, które pochłaniają pasożyty i wynoszą je nazewnątrz. Cóż się jednak stanie, gdy napływ białych ciałek zostanie wstrzymany pod wpływem ogólnego osłabienia organizmu. Gdy raz drobnoustroje dostały się wgłąb migdałów, mają one w kryptach doskonałe dla swego rozwoju podłoże na szczątkach stłuszczonych komórek nabłonka, resztkach pokarmów, przy odpowiednim stopniu ciepłoty i wilgoci. Z krypt drobnoustroje łatwo przenikają w naczyńia, bądź wprost przeciskając się pomiędzy komórkami śródbłonka, bądź wywołując trombotlebitis, jak to Löffler powiada. Przypadków, gdzie punktem wtargnięcia infekcyi były niezaprzeczenie migdały, mamy wiele w literaturze, dla czegooby zatem nie można przyjąć tegoż przy gościcu, cierpieniu, przebiegającym stosunkowo rzadko bez współudziału gardzieli.

Angina zatem jest skutkiem zakażenia temież samymi drobnoustrojami, co i gościec, gardziel zaś miejscem nader podatnym dla przenikania drobnoustrojów. Ztąd—jasny wniosek, że równie angina, jak i ostry gościec stawowy są tylko przejawami słabego ogólnego zakażenia organizmu ropotwórczymi drobnoustrojami, dla których jest punktem wejścia gardziel, a osobiwie migdały.

Za zasługę autorowi poczytać należy, że w niniejszym artykule związał liczne oderwane spostrzeżenia, tyjące się wzajemnego stosunku anginy i gościca, w jedną całość, a tym sposobem jasno przedstawił obecny pogląd na tę kwestyę.

*Świeżyński.*

116. J. J. SCHMIDT. **O leczeniu obrzęku śluzowego.** (*Ueber Myxoedembehandlung. Deut. Med. Wochn. N. 42, 1894.*)

Od chwili opisanego przez Kocher'a charłactwa, występującego w następstwie wycięcia gruczołu tarczowego (1883 r.), zauważono podobieństwo tej choroby do obrzęku śluzowego. Jednocześnie, niezależnie od Kocher'a, znajdował Olivier obrzęk śluzowy w zaniku gruczołu tarczowego i uważał ten zanik za przyczynę choroby. Następnie Schiff przekonał się, że psy zdychały po całkowitem wycięciu gruczołu, i że powstawanie małej jego cząstki, lub wprowadzenie kawałka gruczołu do jamy brzusznej wystarczało, aby psa zachować przy życiu. Próbowano też potem (Bircher, Horsley) przeszczepiać kawałki gruczołu tarczowego owcy do jamy brzusznej człowieka, chorego na obrzęk śluzowy.

Dobre wyniki tego leczenia popchnęły badaczy do nowych spostrzeżeń: Murray zaczął zastrzykiwać wyciąg glicerynowy gruczołu owcy, Meckenzie i Fox dawali do wewnątrz surowy, świeży gruczoł, inni gotowany, lub wyciągi; wreszcie aptekarz White w Londynie przygotował pastylki z wyciągu tego gruczołu (1 pastyl. =  $\frac{1}{6}$  gruczołu owcy). Gruczoł tarczowy, podawany w tych różnorodnych postaciach, prowadził zawsze do dobrych wyników w leczeniu obrzęku śluzowego.

Po tych danych z literatury przytacza autor swój własny przypadek, leczony tą samą metodą.

20-o letnia panna, pochodząca ze zdrowej rodziny, zaczęła w 5-ym roku życia opóźniać się w rozwoju fizycznym i psychicznym, jakoby wskutek silnego stłuczenia głowy.

Różnorodne leczenie w ciągu kilkunastu lat nie dało polepszenia. Autor poznał chorą jako 19 letnią pannę; miała wtedy wygląd charłaczy: twarz bardzo bladą, grube usta z obwisłą dolną wargą, włosy rzadkie, cienkie, blony śluzowe blade, dziąsła opuchłe, krwawiące, zęby popsute, wyraz twarzy apatyczny; mówiła powoli, poruszała się niezgrabnie, niechętnie, twarz, ręce i nogi miała opuchłe (po ucisku nie było dołka), suche; gruczoł tarczowy całkiem zanikły; wzrost 127 cm.; wewnętrzne narządy nie przedstawiały złożeń.

Po trzech dniach leczenia, w ciągu których chora przyjęła 2 gruczoły tarczowe cielecia, dostała silnych bólów i zawrotów głowy, wymiotów i straciła apetyt; twarz zaczerwieniona, tętno 100, ciepłota 38<sup>0</sup> (przed tem 35,9) z rana 35<sup>0</sup>. Chorą położono do łóżka i zauważono, że po każdej dawce gruczołu występowały objawy gorączkowe. Ilość moczu podniosła się z  $\frac{1}{4}$  na  $1\frac{1}{4}$  litra, ciężar gatunkowy z 1017 na 1030; waga ciała spadła z 62 $\frac{1}{2}$  na 61 t.

Po jednodniowej przerwie chora dostawała znowu w ciągu 3 dni po  $\frac{1}{4}$  gruczołu. Powtórzyły się też same objawy. Znowu

po upływie 2 dni otrzymała chora 2 razy po  $\frac{1}{4}$  gruczołu, poczem wystąpiły objawy mocznicy. Po silnym ataku i kilkogodzinnej senności chora zaczęła się poprawiać: twarz i kończyny stęchły i stały się wilgotne; usposobienie weselsze, ruchy i mowa żywsze; dał się zauważyć nowy porost włosów; chora zaczęła po raz pierwszy miesiączkować. Znow po upływie 3 miesięcy zaczął autor dawać chorej gruczoł, lecz tym razem w małych dawkach: 3 razy na tydzień po 1,0, bojąc się zatrucia. Od Listopada dawał pastylki White'a co 3 dni po jednej.

W ciągu dalszej kuracji zdarzały się poprzednie przypadłości; lecz coraz słabsze. Od 4 tygodni gruczoł stracił zupełnie swe działanie trujące, co dowodzi wyleczenia (na zdrowych ludzi nawet duże dawki nie wywierają żadnego wpływu).

Skutki leczenia, prócz wspomnianych, które coraz jaskrawiej występowały, dały się zauważyć i we wroście (w ciągu roku przybyło 5 ctm.), w wypadnięciu zębów mlecznych (20 rok!) i w rozwoju nowych.

Na zakończenie podaje autor wskazówki lecznicze: radzi stosować w początku małe ilości gruczołu tarczowego (1,0 p. die) lub jedną pastylkę dziennie w ciągu paru tygodni, póki obrzęki nie znikną. Jednorazowe usunięcie choroby nie zabezpiecza bynajmniej od jej nawrotów; mając to na uwadze należy po pewnej przerwie w leczeniu powracać znowu do podawania gruczołu.

*W. Miklaszewski.*

**117. O. LEICHTENSTERN. O obrzęku śluzowym i o leczeniu otyłości gruczołem tarczowym.** (*Deut. Med. Woch. N. 50, S. 932—933*).

65-letnia chora, dotknięta od kilku lat obrzękiem śluzowym otrzymywała dziennie 1—2 pastylki gruczołu tarczowego „Thyroid gland Tabloids“ firmy Burroughs-Wellcome (London); pod wpływem tego leczenia ustąpiły wszelkie objawy obrzęku śluzowego w przeciągu kilku tygodni; od tej pory otrzymuje chora dziennie 1 pastylkę, która całkiem zastępuje czynność brakującego u chorej gruczołu tarczowego. W pierwszym tygodniu leczenia chora straciła na wadze 2,5 kg.; w drugim tygodniu, gdy chorej zaprzestano dawać wymienione pastylki, waga ciała obniżyła się tylko o 600 grm.; w 3-im tygodniu chorą znow zaczęto leczyć gruczołem tarczowym, a równocześnie waga ciała zaczęła się stale zmniejszać; od 6-go tygodnia ciężar ciała już się więcej nie obniża, pomimo że chora od kilku miesięcy spożywa dziennie 1 pastylkę. Ogółem utrata wagi ciała wynosiła 8,3 kg. Ilość dobowa moczu w pierwszym tygodniu znacznie się powiększyła, lecz jednocześnie wystąpiły pewne objawy nieprzyjemne: chora zaczęła się uskarżać na ból głowy, bezsenność, bicie serca ogólne osłabienie i bóle ciągnące w krzyżu, w nogach, zwłaszcza

w kolanach, a również w stawach ramieniowych; badanie objektywne serca dało wynik ujemny.

Przyjmując pod uwagę gwałtowne zmniejszanie się ciężaru, ciała, jakie u osób dotkniętych obrzękiem śluzowym, a leczonych gruczołem tarczycowym, stale zauważyć się daje obok znacznego powiększenia się dobowej ilości moczu, postawił autor pytanie, czy przy leczeniu osób otyłych gruczołem tarczycowym tkanka tłuszczowa również zanikać będzie, tak jak to ma miejsce u chorych na obrzęk śluzowy. Przypuszczenia autora uległy potwierdzeniu, gdyż z 27 osób otyłych, leczonych substancją gruczołu tarczycowego, u 24-ch, t. j. u 89% ciężar ciała znacznie się obniżył, a mianowicie w 1<sup>ym</sup> tygodniu od 1 do 5 kg., a po upływie kilkutygodniowego leczenia od 1,5 do 9,5 kg. Utrata wagi ciała, podobnie do tego, jak to ma miejsce przy leczeniu obchudzającym, największą była w pierwszym tygodniu; dalsze stosowanie gruczołu tarczycowego, nawet w zwiększonych dawkach, nie wywoływało widocznego skutku; fakt ten jest wielkiej wagi, gdyż dowodzi, że substancja gruczołu tarczycowego posiada własność wydalania z ustroju pewnej ilości luźnie z nim związanych tłuszczów i wody, natomiast skutecznie ochrania pozostałą resztę wody i tłuszczów. Przy powyższym leczeniu otyłości gruczołem tarczycowym baczna zwracał autor uwagę na to, ażeby chorzy w niczem nie zmieniali swego dotychczasowego sposobu życia. Po zaprzestaniu leczenia chorzy koniecznie muszą zachowywać odpowiednią dyetę, w przeciwnym razie osiągnięte wyniki nie będą stałymi i chorzy wkrótce ponownie utyją, jak to zresztą dosyć często ma miejsce po przebyciu leczenia obchudzającego w miejscowościach kąpielowych.

Co się tyczy ubocznych nieprzyjemnych skutków stosowania gruczołu tarczycowego, to można ich całkiem uniknąć przy ostrożnem dawkowaniu i obserwowaniu ogólnego stanu chorego, zachowania się serca, moczu i t. d. Jeżeliby pomimo to objawy takie wystąpiły, to wystarczy zaprzestanie stosowania tego środka, żeby objawy te natychmiast ustąpiły. Te objawy uboczne występują i przy leczeniu obchudzającym, jeżeli się je zanadto gwałtownie przeprowadza; niesłusznie zatem gruczołowi tarczycowemu nadano miano „toksyny“. W każdym razie ostrożność jest zaleconą w osłabieniu działalności serca, w ciężkiej bezkrwistości i zwłaszcza w obrzęku śluzowym.

Na postawione sobie pytanie, w jaki sposób stosowanie wewnętrzne gruczołu tarczycowego wywiera działanie obchudzające, odpowiada autor, że nie dzieje się to ani drogą zmniejszenia apetytu i, co za tem idzie, mniejszego spożywania substancji odżywczych, ani drogą upośledzenia trawienia, lecz wskutek zwiększonej utraty wody i wzmózonego zużyciwania przez ustrój tłuszczów. Faktem, nieulegającym najmniejszej wątpliwości, jest, że gruczoł

tarczykowy wyrabia jakąś substancję, która jest niezbędną dla zdrowia i życia; możliwem więc jest przypuszczenie, że właśnie ta substancja wywiera wpływ na odżywianie skóry i reguluje zawartość wody i tłuszczu w tkance podskórnej. Wzmocniona działalność wydzielnicza gruczołu tarczycowego wywołuje znaczniejsze spalanie się tłuszczu w ustroju, zmniejszona zaś działalność sprzyja tworzeniu się tłuszczu.

Oprócz tego gruczoł tarczykowy stosował autor w 4 przypadkach łuszczycy, z tych w 2 z pomyślnym skutkiem i w 4-ch przypadkach choroby Basedowa, lecz bezskutecznie. Również nie można było zauważyć korzystnego wpływu w jednym przypadku akromegalii.

*Józef Winjarski.*

118. WENDELSTADT. **O leczeniu otyłości substancją gruczołu tarczycowego.** (*Deutsche Med. Woch. № 50, 1894.*)

Artykuł niniejszy stanowi poniekąd uzupełnienie pracy prof. Leichtensterna, z którym autor wspólnie leczył otyłość za pomocą stosowania preparatów gruczołu tarczycowego. Z początku podawał autor chorym gruczoł barani na surowo, następnie zaś w wiele dogodniejszej postaci pastylek, wyrabianych przez firmę *Borroughs, Wellcome et Comp.* w Londynie (*Tabloids of compressed dry Thyroid Gland powder*). Jedna pastylka zawiera w przybliżeniu 0,3 substancji gruczołu tarczycowego. Na początku stosował autor dziennie 1 — 2 pastylki, następnie powiększał dawkę co tydzień o 1 pastylkę aż do 4 pastylek pro die, naturalnie, tylko wówczas, gdy nie występowało przy tem żadne szkodliwe uboczne działanie tego środka (t. zw. *thyreoidismus*); w razie wystąpienia ubocznych objawów wystarcza przerwanie kuracji do ustąpienia tychże. Że spożywanie przetworów gruczołu tarczycowego jest stosunkowo nieszkodliwe, o tem przekonał się autor na samym sobie, zażywwszy jeden raz 18 pastylek, a często zażywając po 12 sztuk dziennie. Zwykle w przebiegu pierwszych dni leczenia wzmagala się znacznie dobowa ilość moczu, białka jednakże nigdy mocz nie zawierał. Stolec bywał zaparty. Dyety przy leczeniu gruczołem tarczycowym nie zmieniano, nawet wyraźnie zalecano chorym prowadzenie dawnego trybu życia. Z 25 chorych, leczonych tą metodą, u 22, t. j. u 88% waga ciała spadła w mniejszym lub większym stopniu; trzech pozostali chorzy, którzy nie stracili na wadze, mieli słabo rozwiniętą podskórną tkankę tłuszczową.

Utrata wagi ciała zwykle bywa największą w 1-y tygodniu leczenia; często po pewnym czasie waga ciała przestaje się dalej obniżać i powiększenie dawki albo wcale nie wywołuje skutku, albo bardzo nieznaczny. W jaki sposób gruczoł tarczykowy leczy otyłość, to ostatecznie rozstrzygną dopiero badania nad przemianą materii u osób leczonych tym środkiem; w każdym razie,



utrata wagi ciała występuje nie wskutek zmniejszenia się apetytu i spożywania zmniejszonych ilości pokarmów. Metoda ta może być stosowaną sama przez się, zarówno jak i jako uzupełnienie innych metod higienicznych, stosowanych w leczeniu odtłuszczającym.

*Józef Winiarski.*

119. Dr. SEELIG. **Znaczenie rozpoznawcze oznaczania kwasu mlecznego podług metody Boas'a.** (*Berl. Klin. Wochenschr. N. 5, 1895*).

Do najważniejszych zadań dyagnostyki chorób żołądka należy niewątpliwie rozpoznanie początkującego raka, pouczające bowiem dane van den Velden'a o braku wolnego kwasu solnego utraciły swoją wartość rozpoznawczą od czasu, gdy przekonano się, że z podobnym zjawiskiem spotykać się można i w innych cierpieniach żołądkowych, a co najgłówniejsza, że nowotwór złośliwy nie stanowi przeszkody do wytwarzania wolnego HCl.

Ostatniemi czasy Boas usiłował dać nam pewniejsze kryterium dla dyagnostyki różniczkowej w kwasie mlecznym, który obficie, według niego, bywa wytwarzany przez żołądek rakiem dotknięty.

Dotychczas kwas mleczny na mocy poszukiwań Ewald'a, Boas'a i Rosenheima uważany był za normalną część składową zawartości żołądka po przyjęciu pokarmów, wodany węgla zawierających. Nowsze atoli badania przekonały Boas'a o niewłaściwości tego mniemania, gdyż po pierwsze wszystkie wprowadzone do żołądka, bądź w celach odżywczych, bądź też w celach doświadczalnych pokarmy węglowodany zawierające nie są wolne od kwasu mlecznego; powtóre, odczyn Uffelmann'a, za pomocą którego kwas mleczny zazwyczaj się wykrywa, jest wadliwy i daje częstokroć niepewne wyniki.

Wychodząc więc zgodnie z Martius'em i Lütke'm z tej zasady, że kwas mleczny nie stanowi normalnej składowej części treści żołądka, Boas wypracował nowy zabieg ilościowego i jakościowego oznaczania w mowie będącego kwasu. Sposób ten polega na własności rozczepiania się kw. mlecznego, ogrzanego w obecności łatwo utleniających się substancyj, na acetaldehyd i kwas mrówkowy. Pierwszy z odczynnikami Nessler'a daje natychmiast osad wybitnie czerwony, a z alkalicznym roztworem jodu—zmętnienie przy unoszącym się zapachu jodoformu.

Za pokarm najodpowiedniejszy do doświadczeń, a wolny od kwasu mlecznego, uważa Boas mąkę owsianą Knorr'a.

W celu sprawdzenia omawianej metody, która w razie istotnej jej wartości oddawałaby nieocenione usługi patologii żołądka, autor podjął szereg doświadczeń nad jakościowym oznaczaniem kwasu mlecznego podług Boas'a.

Ku zdumieniu swemu P. otrzymał z odczynnikami Nessler'a jednakowo dodatnie rezultaty zarówno u zdrowych jak u chorych.

W przypuszczeniu, że szczególne to zjawisko kłaść trzeba na karb zawartego w brany do doświadczeń eterze alkoholu, autor idąc za wskazówkami Lassar-Cohn'a, asystenta Instytutu farmakologicznego w Królewcu, spreparował taki eter, który z odczynnikiem Nessler'a nie dawał żadnego mętu.

Z tak sporządzonym eterem P. przeprowadził szereg dalszych 15 doświadczeń: 5 u zdrowych, 4 u chorych na niezależne od raka rozszerzenie żołądka, 5 u chorych z rakiem żołądka i wreszcie 1 w przypadku podejrzanego raka. Wyniki wszystkich tych doświadczeń były jednakowo dodatnie; różnica polegała tylko na tem, że w zawartości żołądka z rakiem reakcja nieco szybciej występowała, co jednak wartości rozpoznawczej, podług autora, mieć nie może.

Również ujemnie wypadły doświadczenia z alkalicznym rozczynem jodu. Nawet w przypadkach raka, ściśle klinicznie rozpoznanych, metoda Boas'a dawała rezultaty wątpliwe, podczas gdy z odczynnikiem Uffelmann'a otrzymano wyniki zupełnie zadawalniające.

Na podstawie tych wyników P. odmawia metodzie Boas'a wartości dla dyagnostyki różniczkowej, natomiast widzi w poszukiwaniach jego, a zwłaszcza w zaleconej dla celów chemicznego badania treści żołądkowej mączce Knorr'a, wolnej od kwasu mlecznego, ważną zdobycz dla patologii żołądka. *L. Wilk.*

120. Dr. LANCEREUX. **Nerwice troficzne kończyn czyli akrotrofo-neurozy: amputacje samowolne członków, palców u nóg i t. p.** (*Semaine médicale 1894 Nr. 54*).

Autor opisuje dwa przypadki samowolnej amputacji części obwodowych kończyn. W pierwszym z nich chora pozbawioną była od urodzenia 3 ostatnich palców u prawej ręki, amputowanych na wysokości 2 członka. Pozostałe członki przedstawiały niekształtne wyrostki, zabliznione na końcach obwodowych i zaopatrzone u wierzchołka w dwa małe otworki. Wskaziciel uległ samodzielnej amputacji w 4-ym roku życia w ten sposób, że na miejscu 2 członka utworzyło się przewężenie, które, stopniowo się zwiększając, doprowadziło do odpadnięcia dwu ostatnich członków, jakgdyby po przewiązaniu ich nitką jedwabną. Wskaziciel lewej ręki odpadł również w 5-ym roku życia.

Uczucie dotyku i temperatury jest w pozostałych kikutach zniesione. Średni palec przedstawia dwie głębokie bruzdy na 2-im i 3-im członku. Bruzdy owe stały się wyraźnymi przed trzema laty i coraz bardziej się powiększają. Palec ten jest siny i nieczuły na dotyk i temperaturę. Paluchy obydwóch rąk i dwa ostatnie palce lewej ręki nie przedstawiają żadnych zmian.

Prawa kończyna dolna jest sina, marmurkowa; od czasu do czasu występują na niej czerwone plamy. Przed rokiem za-

znaczyły się powyżej rzepki dwie bruzdy półobrączkowe. Cała kończyzna jest zawsze zimna, pokryta potem. Uczucie ciepła i dotyku zmniejszone.

Noga prawa ma formę *pes varo-equinus*. Na pięcie, wskutek ciągłego podrażnienia, utworzył się worek, wypełniony płynem surowicznym. Palce są bardzo cienkie.

Cała kończyzna dolna lewa przedstawia zmiany prawie analogiczne, tylko że na niej wystąpiło nadto w 15-ym roku życia (a teraz chora ma lat 22) zniekształcenie palucha, powstałe w ten sam sposób, jak u palców rąk, mianowicie, przez stopniowe obrączkowe zwężenie jego na wysokości 2-go członka; do zupełnej amputacji palca jeszcze nie doszło. W palcu tym chora doznaje uczucia mrowienia; przez nieuszkodzoną skórę jego sączy się prawie ciągle niewielka ilość krwawego płynu.

Narządy wewnętrzne nie przedstawiają nic osobliwego.

Ze względu na istnienie podobnych zniekształceń u noworodków, niektórzy autorowie twierdzili, że zależą one nie od amputacji części ich już uformowanych, lecz od tego, że części te nigdy nie były się wytworzyły. Dostarczono jednak dowodów odwrotnej natury, mianowicie wykazano, że na końcach zniekształconych w ten sposób kończyn u płodów znajdują się wyraźne blizny.

Powstawanie takich amputacyj samowolnych w życiu zarodkowym tłumaczono sobie uciskiem, na odpowiednie części przez pępowinę lub taśmy włókniste wywierane. Zdaniem jednak autora, nie można nadawać temu znaczenia bezwzględnego, chociażby opierając się na tem, że w jego przypadku powstawały nowe samodzielne amputacje za życia zewnątrzmacicznego bez żadnego ucisku i w ogóle bez wszelkiej przyczyny zewnętrznej.

Zdaniem autora, omawiane amputacje palców należy uważać za wynik zaburzeń odżywczych w nerwach. Dowodem tego są między innymi, stwierdzone w jego przypadku różne zaburzenia subiektywne w czuciu oraz wyraźne wylewy krwawe bez uszkodzenia naczyń, widoczne codziennie rano na miejscu bruzd, oddzielających paluch od jego podstawy.

Do tej samej grupy cierpień autor zalicza *aïnhum*. Zaburzenie to występuje u murzynów, a w Pondichey u indusów. Polega ono również na amputacji samowolnej palców, głównie zaś jednego z małych palców u nóg. I tu również występują zaburzenia w czuciu, skóra jest czerwona, a paznogcie wywrócone na zewnątrz, jak to bywa często w przypadkach, w których grają rolę cierpienia nerwów odżywczych.

Te i inne tego rodzaju nerwice troficzne, których cechą wspólną jest samowolna amputacja lub zniszczenie całej kończyzny albo też kilku palców, charakteryzują się stanem bezgorączkowym, powolnym i stopniowym rozwojem i długim trwaniem.

O ile jest łatwym ich rozpoznanie, o tyle trudno określić chorobę, z której powstają. Rokowanie powinno być zawsze poważne.

Ażeby powstrzymać ich rozwój, należy się zwracać do środków, działających na system nerwowy, gdyż tu jest właściwe ich siedlisko; a więc wodolecznictwo, brom, jcd, arsenik są tutaj wskazane w przeciągu wielu miesięcy i lat. I te jednak środki często bardzo zawodzą, tak jak to bywa głównie w tych chorobach nerwowych, gdzie dziedziczność kładzie swoje piętno.

*J. Salberg.*

121. THOMAS. **Bolesne cierpienie stopy Mortona.** (*Mortons painful affection of the foot. Mortons Metatarsalgie*). (*St. Peters. Med. Woch. N. 52, 1894*).

Roku 1876 po raz pierwszy anglik Morton opisał nową chorobę, cechującą się napadami bólów w stopie; bóle te występują najczęściej podczas chodzenia, często jednakże i w nocy w czasie snu i spokoju. Za przyczynę tego cierpienia podaje Morton uraz (skok, grę w piłkę Fussballspiel, forsowne marsze, chodzenie po górach, noszenie źle dopasowanego obuwia i t. d.); często jednakże choroba ta występuje i bez wyraźnej przyczyny. Ból ten umiejscawia się początkowo w stawie śródstopopalcowym czwartego palca, potem jednakże rozchodzi się i promieniuje na goleń i uda. Natężenie tych napadów jest bardzo zmienne, niekiedy trwają one bardzo krótko, poczem znikają bezpowrotnie, niekiedy znowu są bardzo silne, towarzyszą im mdłości, zimny pot, niekiedy dochodzi nawet do zemdlenia, pacyenci tacy bez względu na otoczenie zmuszeni są czem prędzej zrzucić obuwie, poczem ból prawie zupełnie ustępuje.

Przy białaniu wspomnianego stawu chorej nogi nie znajdujemy zazwyczaj nic takiego co by na zajęcie stawu jaką sprawę chorobową wskazywało; niekiedy jedynie zwiotczenie więzów sportrec można. Choroba ta spotyka się częściej u kobiet niż u mężczyzn, przeważnie na jednej nodze, niekiedy i na obydwóch.

Jeżeli nacisnąć na IV staw śródstopia, wtedy chory zwykle żadnego bólu nie doznaje, jednakże przesuwanie IV i V stawów śródstopia pomiędzy sobą wywołuje silny i bolesny napad. Podług mniemania Morton'a choroba ta powstaje przez ucisk i tarcie nerwów podszwowych palców, jeżeli one na wyżej wymienione szkodliwe wpływy wystawione zostają; dlatego zaś właśnie IV staw bywa zajęty, tłumaczy się to anatomicznymi własnościami tego miejsca. Trzy pierwsze stawy leżą prawie w prostej linii, główka IV metatarsus leży na  $\frac{1}{4}$  cala po za główką III główka zaś V metatarsus znajduje się o  $\frac{1}{2}$  cala po za IV metatarsus, do tego przylączy się jeszcze ta okoliczność, że podsta-

wa członka pierwszego palca i główka śródstopia piątego dotykają się główki i szyjki IV.

Oprócz tego IV i V metatarsus mają większą swobodę ruchów, aniżeli trzy pierwsze, można naprzykład przedni koniec V metatarsus dyzlokować nad i pod IV metatarsus.

Jeżeli zwrócimy uwagę na tą okoliczność, że gałąź nerwi plantaris extern. rozgałęzia się pomiędzy IV i V palcem, wtedy łatwo pojąć w jaki sposób uraz, skierowany na nogę skrępowaną złem obuwiem, może uszkodzić i podrażnić gałązki wspomnianego nerwu i przez to samo silne napady bólów spowodzić. Wiadomo, że nervus plantaris externus posyła 3 gałązki do zewnętrznej strony czwartego palca, oraz do zewnętrznej i wewnętrznej strony piątego, gdy natomiast nervus plantaris internus ze swemi siedmioma odnogami zaopatrza resztę palców.

Jeżeli jeszcze i aparat więzowy ulega zwiotczeniu i osłabieniu, wtedy znacznie łatwiej o uszkodzenie na miejscu czwartego stawu metatarsofalangowego.

Co się tyczy terapii to Morton przedewszystkiem zaleca wygodne obuwanie; w niektórych mniej uporczywych przypadkach metatarsalgii, wystarczyło to już w zupełności do usunięcia bólów. Morton radzi nosić obuwanie o szerokiej i twardej podeszwie, aby uchronić nogę od urazu. Bradford proponuje znowu nosić pończochę z palcami na wzór rękawiczek; bandażowanie nogi może także w niektórych razach sprawić ulgę.

W przypadkach rozpaczliwych, kiedy już nic innego pomódz nie może, uciec się trzeba do operacji, polegającej na amputacji czwartego palca wraz z główką kości metatarsalnej. Morton proponował również rezekcyę czwartego stawu metatarsofalangowego wraz z jednoczesną tenotomią ścięgien mięśni wyprostnych i zginaczy. Badania anatomo-patologiczne nerwów nie były dotąd przeprowadzane, tak, że o istocie tego cierpienia nic jeszcze powiedzieć się nie da.

Pomimo, że Morton już przed 20 laty na cierpienie to uwagę zwrócił, nie spotyka się jakoś w literaturze opisów tej choroby.

Dr. C. Devrient z Liflandii opisał we wspomnianym numerze St. Peters. Med. Woch. przypadek choroby Morton'a bardzo zbliżony do pierwowzoru. Dotyczył on 36 letniego neurastenika, u którego nerwoból, powstały bez wyraźnej przyczyny trwał prawie przez półtora roku i dopiero po kuracji hydropatycznej w zakładzie leczniczym ustąpił.

*H. Kucharzewski.*

122. Dr. W. CUBASCH. **O leczniczem zastosowaniu ferropiryny.** (*Wien. Med. Pr. N. 7, 1895*).

Ferropiryna jest to połączenie 1 cząsteczki chlorku żelaza z 3 cząsteczkami antipiryny, formuła tego nowego preparatu brzmi

$\text{Fc}_2 \text{Cl}_6 (\text{C}_{11} \text{H}_{12} \text{N}_2 \text{O})_3$ . Środek ten przedstawia się pod postacią krystalicznego, ciemnoczerwonego proszku, rozpuszczalnego w 5 częściach wody.

Procentowy skład ferropiryryny jest następujący: żelaza 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, chloru 24<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, antipiryryny 24<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Sól ta ma smak lekko ściągający, nie posiada jednakże własności żrących nawet w znacznym stężeniu; łączy się bez rozkładu z kwasem solnym, pepsyną, bromkiem potasu, oraz z wszelkimi nalewkami, nie zawierającymi taniny; żrące i zawierające kwas węglowy zasady, jodek potasu, niektóre alkaloidy i tanina strącają żelazo.

Ferropiryryna stosowana była w blednicy i niedokrewności, szczególnie w tych przypadkach, które, jak się to zwykle zdarza, występują jednocześnie z bólami głowy, kurczami żołądka, oraz innymi nerwobólami. Chodziło tu o zastosowanie leku, któryby w sobie własności lecznicze żelaza w połączeniu ze środkiem kojącym łączył. Autor, na żądanie którego, fabryka Knoll'a et Comp. preparat ten przygotowała, stosował go przez lat cztery z bardzo dobrym skutkiem.

Ferropiryryna stosowana była w wodnym roztworze po 0,05 od 3 do 4 razy na dzień. W przypadkach ostrej niedokrewności oraz przewlekłych biegunek dawano dawkę podwójną, a nawet poczwórną. Najmniejszych zaburzeń ze strony żołądka nie spostrzeżono ani razu, bóle głowy ustępowały po 5—6 dniowej kuracji zupełnie, łaknienie się wzmagalo i ogólny stan chorych widocznej ulegał poprawie.

W przypadkach zwykłej blednicy zapisywał autor ferropiryrynę w następujący sposób:

Rp. Ferropiryryni 0,6  
Syr. Aurant 20,0  
Aq. Destill. 180,0

MDS. 3 razy dziennie po łyżce stołowej.

W przypadkach z objawami dyspeptycznymi dodatek pepsyny okazał się bardzo skutecznym:

Rp. Ferropiryryn. 0,5  
Acid. mur. dl. gtt. V  
Pepsin. germ. solut 5,0  
Aq. Destill. 200,0

MDS. Po każdym jedzeniu po łyżce stołowej.

W pojedynczych przypadkach palpacji serca (nerwice nerwu błędnego) stosował autor ferropiryrynę z tin. val. aeth. z bardzo dobrym wynikiem:

Rp. Ferropiryryni 0,6  
Trae Val. aeth. 4,0  
Aq. Destill. 200,0

MDS. 2—3 dziennie po łyżce stołowej.

W długotrwałych biegunkach i przewlekłych nieżytach kiszek podaje się ferropirynę w dawkach większych, o czym już wspomiano, wraz z dodatkiem Trae laudani lub trae Colombo:

Rp. Ferropiryni 0,6—1,0  
Trae laudani 2,0  
Aq. Destill. 200,0

MDS. Co 3 godz. po łyżce stołowej.

Kojące własności ferropiryny stawia autor bardzo wysoko, wszelkie nerwobóle, towarzyszące blednicy, znikają bardzo szybko; również i zbroczenia w miesiączkowaniu po dłuższem stosowaniu ferropiryny ustępują, to samo rzecz można o obrzękach o ile one od wodnistości krwi zależą.

Prócz tego zwraca autor uwagę i na przeciwnilne własności ferropiryny; w jednym przypadku przewlekłego trypra 0,3% szprylicowania szybko sprowadziły wyleczenie.

H. Kucharzewski.

123. Rudolf EMMERICH i Hermann SCHOLL. **Doświadczenia kliniczne nad leczeniem raka za pomocą surowicy przeciwrakowej (surowicy róży).** (*Deut. Med. Woch. 1895 N. 17*).

Punktem wyjścia badań autorów był znany dość dawno fakt, że róża wpływa nieraz wybitnie na zmniejszenie się raków lub mięsaków. Szczepienie w celu leczniczym odpowiednim chorym żywych hodowli paciorkowca róży nie jest możliwe ze względu na niebezpieczeństwo dla życia. Autorzy więc, z których jeden (Emmerich) stwierdził już dawniej działanie lecznicze surowicy zwierząt, zarażonych paciorkowcami róży, na węglik, postanowili leczyć w ten sam sposób chorych rakowych, przypuszczając à priori, że nie pasożyty róży leczą raka, lecz te związki chemiczne, jakie pod ich wpływem wytwarzają się we krwi. Taką więc surowicę, t. j. otrzymaną ze krwi zwierząt, zarażonych różą, nazywają surowicą przeciwrakową (Krebsserum). Otrzymanie jej ma być o wiele trudniejsze od surowicy przeciwbłonicowej, gdyż wymaga wielu ostrożności. Najlepszą surowicę otrzymuje się z pewnych ras owiec. Surowica ta, po odstaniu się krwi, zostaje zdjeta za pomocą pipety, przefiltrowana przez filtr Chamberland'a i rozlana we flakoniki po 10 ctm. sz., które pieczętuje się jałowym kitem. Należy ją przechowywać w miejscu ciemnym i chłodnym.

Autorzy stęscowali swoją surowicę w kilku przypadkach raka i mięsaka w ciągu ostatniego półrocza. Tylko w dwóch przypadkach wtórnego zakażenia raka i rozlanego rozpadu jego ropnego surowica ta nie działała. Sądzą, że takie przypadki już się do tego leczenia nie nadają. Ale też leczenie raka we wczesnych okresach za pomocą surowicy zapobiegać będzie rozwojowi takich przypadków.

Autorzy podają w krótkości opis 6 przypadków raka, leczonych surowicą. Wynika z niego, iż młode guzy rakowe ulegają przy tem leczeniu zupełnemu wessaniu, stare zaś, obszerne tego rodzaju guzy rozpadają się i gniją przez następce zabliźnienie. Wobec tego E. i S. uważają swój środek za swoisty przy leczeniu raka. Nadto, na zasadzie ogłoszonych w lipcu zeszłego roku (autorzy niedawno dopiero się o tem dowiedzieli) pracy Coley'a sądzą, że i mięsaki można będzie również w ten sam sposób leczyć. Sądzą, oni że wynik leczenia nie tyle będzie zależał od budowy histologicznej danego raka, ile od jego wieku: leczenie postępuje tem szybciej, im wcześniej rak poddany zostaje temu leczeniu. Polega ono na miejscowem wstrzykiwaniu w samą tkankę guza różnych ilości surowicy. Ilość ta zależy od wielkości guza, wieku chorych, stanu ich ogólnego i t. d. Osobniki młode powinny dostawać możliwie największe ilości surowicy. Małe guziki (do wielkości jaja gołębiego), wymagają szeregu miejscowych iniekcji po 1—4 ctm. sześć, większe zaś guzy po 10 do 25 ctm. sz. naraz.

Małe dawki tej surowicy (do 5 ctm. sz.) nie wywołują zwykle żadnej bolesności, dopiero kilka razy powtórzone szczepienie surowicy wywołuje lekkie darcie, które ustępuje po kilku godzinach, nawet po jednorazowem szczepieniu 10—20 ctm. sz. Tylko szczepienie dużych ilości surowicy w twarde guzy wywołuje bóle znaczniejsze. Zwykle szczepieni tą surowicą chorzy nie gorączkują, zdarza się to tylko przy wprowadzeniu naraz większych dawek tego leku, ale i wtedy ciepłota nie dochodzi nigdy do 39° C i trzyma się na tej wysokości zaledwie kilka godzin. Można więc leczyć odnośnych chorych ambulatoryjnie. Chorzy nie skarżą się nigdy na bóle głowy, brak łaknienia i t. p., przeciwnie, stan ich ogólny się poprawiał.

Na miejscu szczepienia małych nawet dawek surowicy przeciwrakowej powstaje wkrótce po wstrzyknięciu, lub w parę godzin po niem, wrzekoma róża, róża aseptyczna, polegająca na obrzmieniu skóry w rozmaitym stopniu oraz na lekkim jej zaczerwienieniu. Obrzmienie to rozwija się na miejscu guza i dookoła niego, ale po 24—48 godzinach przechodzi. Im silniejszy jest to obrzmienie, tem lepszy jest wynik leczenia.

Przejęciowem ma być użycie tej surowicy w przypadkach raków starych, wielkich, nie nadających się do operacyi. Przeciwnie, małe zostają za jej pomocą zupełnie zniszczone. Takie świeże przypadki powinny być leczone surowicą *nie zamiast* operacyi lecz *obok* niej lub *przed nią*. Rola operatora pozostanie tu główną. Ponieważ jednak operacya sama nawrotom nie zapobiega, więc surowica stanie się w ręku chirurga narzędziem, uzupełniającym wynik jego zabiegu operacyjnego. Będzie ona, mianowicie, niszczyła te szczątki złośliwego nowotworu, jakie



pozostaną na miejscu, pomimo możliwie dokładnego wycięcia tego, co gołem okiem dojrzeć można. Tą drogą organizm uchronimy od recydywy. Działanie to surowicy zależy, zdaniem autorów, od tego, że niszczą one zarazki, wywołujące rozwój raka, pasożytnicze bowiem jego pochodzenie nie ulega dla autorów wątpliwości: jednakowe działanie surowicy na wąglik oraz na raka jest jednym z dowodów tego. Skoro przy pierwszym działaniu surowicy polega na zniszczeniu odnośnych pasożytów, dlaczego miało by to być inaczej przy raku? Surowica autorów, będąc swoistym lekarstwem na raka, będzie, zdaniem ich, tem zbawienna, że dopomoże chirurgowi w przypadkach, nadających się do operacji, mieć trwałe dobre wyniki zabiegów mechanicznych.

Dalszem staraniem autorów będzie otrzymanie coraz mocniej działającej surowicy, wyrobienie metody leczenia tą drogą oraz otrzymanie działającego związku w formie stałego ciała, którego roztwory można by dowolnie dawkować. Autorowie sami czuwają teraz nad przygotowaniem w mowie będącej surowicy w takiej ilości, aby wystarczyła na potrzeby bardzo już obszerne. Sądzą, że za 4—6 tygodni będą mogli ją już na żądanie wysyłać<sup>1)</sup>.

Wł. Janowski.

## II. Choroby dzieci.

124. M-lle le Dr. Cornelié CHERNBACH. (de Bucharest). **Drgawki u dzieci—studjum doświadczałne i kliniczne.** (*Etude experimentale et clinique sur les convulsions infantiles*). (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance IX, 1894*).

*Rzecz czytana na Kongresie w Rzymie 94 r.*

Częstość i różnorodność etyologiczna drgawek u dzieci jest powszechnie znaną. Niema części układu nerwowego, któraby nie była obwiniana w powstawaniu drgawek (nerwy obwodowe, ich jądra, mózg, mózdzek, rdzeń, rdzeń przedłużony), zachodzi jednak pytanie, jaka jest przyczyna pierwotna, wywołująca drgawki: nie ma tu, rozumie się, mowy o tych, które powstają wskutek zmian (lesions) lokalnych jak wpływ urazu, nowotwory i t. p.

W celu wyjaśnienia tego pytania autorka przedsięwzięła szereg doświadczeń na zwierzętach, biorąc pod uwagę następujące dane naukowe.

Feltz i Ritter pierwsi doświadczałnie wykazali trujące własności moczu normalnego. Następnie Bouchard też własności

<sup>1)</sup> Porównaj inną metodę leczenia raków na str. 306 Kroniki. (przyp. red.).

wykazał w moczu chorych. Autorka, opierając się właśnie na studiach Bouchard'a nad samozatruciem organizmu podczas chorób przedsięwzięła szereg doświadczeń w tymże kierunku w celu wyjaśnienia patogenazy drgawek.

Doświadczenia polegały na tem że mocz filtrowany dorosłych i dzieci cierpiących na padaczkę wstrzykiwano do żyły zwierzęciu w ilości stopniowo wzrastającej i w miarę wprowadzania do krwiobiegu moczu notowano szczególnie zaburzenia ze strony systematu nerwowego.

W pierwszych doświadczeniach autorka wstrzykiwała do 200 cc. i więcej moczu jednak objawów drgawkowych albo nie było, albo były b. słabe, natomiast zauważono zwiększoną diurezę; zwierzęta były w stanie żyć jeszcze kilka godzin. Zwróciło to uwagę prof. M. Obregia, który zrobił przypuszczenie, czy bromek potasu, podawany epileptykom, od których wzięto urynię do doświadczeń, wydzielając się w moczu nie ma jakiego wpływu hamującego na powstawanie drgawek. Przeszto chorym dłuższy czas podawać bromek potasu i następnie wzięto mocz do doświadczeń; przekonano się że znacznie mniejsze ilości moczu 15—25 cc. wywoływały u zwierząt (teżże wagi) silne objawy drgawkowe i szybko następującą śmierć. Zatem należy przypuszczać, że bromek potasu jest prostym antagonistą substancji drgawkowej w moczu, nadto wprowadzony w tych warunkach do ustroju wzmaga wydzielanie moczu.

Dalej przekonano się, że gotowanie zmniejsza jadowitość moczu, można zatem przypuszczać, że większość ciał wywołujących drgawki, a znajdujących się w moczu pod wpływem ciepła ulega strącaniu (albuminoidy, albumozy, toksalbuminy), lub też wskutek gotowania zmienia i traci swe własności.

W szeregu doświadczeń, wykonywanych z moczem 9 letniego dziecka, dotkniętego ciężką formą padaczki zauważyła autorka szczególną jadowitość moczu, dalej stale zjawiający się u zwierząt ślinotok, nadto często rodzaj krzyku poprzedzał drgawki u zwierząt; krzyk tu przypominał więc tak zwany okrzyk początkowy (cri initial).

Ponieważ tak silne jadowite własności posiadał mocz dziecka zjawilo się przypuszczenie, czy mocz dorosłych epileptyków jest również tak jadowity. Porównawcze doświadczenia wykazały, że mocz dzieci posiada silniejsze własności wywoływania drgawek.

Takie są wyniki doświadczeń autorki na zwierzętach.

W drugiej części swej pracy przechodzi autorka do strony klinicznej omawianego przedmiotu, i przytacza statystykę 247 przypadków drgawek różnego pochodzenia.

Pokrótko omawia drgawki histeryczne przy padaczce zwykłej i Jaksonowskiej. Prace Fritzscha i Hitziga wykazały, że te

drgawki są następstwem pobudzenia substancji szarej t. zw. *zonae psycho-motoricae*.

Drgawki, powstające w przebiegu zapaleń opon mózgowych (różnego rodzaju) są następstwem przekrwienia, wylewów krwawych w oponach i ztąd podrażnienia substancji szarej kory mózgowej.

Następnie drgawki, powstające wskutek podrażnień organów wewnętrznych lub wpływów zewnętrznych (trauma, wpływ zimna, oparzenia), znajdują wyjaśnienie na drodze odruchowej.

Obszerniej zastanawia się autorka nad powstawaniem drgawek w chorobach zakaźnych. Prace Selmi'ego, Gautier'a, Brouardel'a, Brieger'a nad wytwarzaniem ptomainów i toksalbuminów w płynach odżywczych i tkankach pod wpływem bakterij, następnie nad wytwarzaniem ciał trujących w tkankach bez udziału bakterij (leukomajny—*cadaverina*) wykazują nam, że organizm czy to w stanie zdrowia, czy choroby ciągle produkuje substancje trujące, które, nie dostatecznie wydalane, mogą prowadzić do samozatrucia organizmu.

Autorka robi przypuszczenie, że drgawki w chorobach zakaźnych powstają wskutek samozatrucia temi trującymi substancjami. Przypisują powstawanie drgawek podniesieniu temperatury. Obserwacja jednak kliniczna wykazuje: że nie zawsze istnieje związek między podniesieniem się temperatury a drgawkami. W zaburzeniach odżywiania i w samozatruciu tworzą się także ciała tak zwane ciepłotwórcze (*pyrétogenes*), warunkujące podniesienie ciepłoty, dla tego też jak gorączkę tak i drgawki uważać należy jako objawy samozatrucia.

Następnie zastanawia się autorka nad tem, czy białkomocz jako taki może być uważany za dostateczną przyczynę drgawek. Niektórzy autorowie rozstrzygają tę kwestyę twierdząco, gdyż w białkomoczu krew traci białko, staje się wodnistą, powstają przesięki, płyn gromadzi się w jamie czaszkowej i wywołuje ucisk na mózg i ztąd powodować może drgawki. Obserwacja kliniczna wykazuje obecność drgawek przy wodogłowi.

Gdy jednak zwrócimy uwagę na następujące fakty: 1) że białko może się nie znajdować w moczu w okresie uremicznym zapalenia nerek śródmiąższowego (*nephritis interstitialis P. Merklen*), 2) że skłonność do drgawek jest większą, gdy białko w moczu znajduje się w małych ilościach (Barlow) nakoniec 3) że przed wystąpieniem drgawek ilość białka w moczu się zmniejsza (Monod), to należy przypuścić, że nie białkomocz odgrywa tu rolę wywołującą drgawki, a że drgawki są wyrazem samozatrucia organizmu wskutek niedostatecznego wydalania toksyn przez chore nerki.

Podobnie jako wynik samozatrucia uważać należy drgawki, powstające w przebiegu chorób wątroby (*cirrhosis hepatis*,

degeneratio adiposa); wszak organ ten posiada własności antitoksyczne, ma za zadanie niweczyć jady bądź wprowadzone do przewodu pokarmowego, bądź tam wytworzone. Z chwilą, gdy funkcya wątroby podupada, ciała trujące się gromadzą, następuje samozatrucie.

W krzywicy (rachitis) często występują drgawki, często też u tego rodzaju chorych wątroba jest cierpiąca.

Na podstawie powyższego rozbiórka autorka dochodzi do wniosku, że hipoteza samozatrucia w powstawaniu wymienionych drgawek powinna być przyjęta, jako najwięcej odpowiadająca obserwacyom klinicznym i wynikom doświadczalnym na zwierzętach.

J. Bączkiewicz.

125. ZUCCARELLI. **Żołądek dziecięcy pod względem anatomicznym.**  
(*Medec. infantile 15 IX 94*).

*Objętość:* Na 11 dzieci jednodniowych aż do sześciodniowych wypadła przeciętna objętość żołądka: 40 cm.<sup>3</sup> (od 16 do 90). Na 9 dzieci 7 do 13 dniowych—przeciętna 65 cm.<sup>3</sup> (od 32 do 100). Objętość żołądka dzieci karmionych piersią jest mniejszą od objętości żołądka dzieci karmionych sztucznie. Na 17 dzieci od 15 do 30 dnia życia objętość przeciętna była 72 cm.<sup>3</sup> (od 45 do 160). Na 13 dz. dwumiesięcznych — 86 cm.<sup>3</sup> (od 38 do 130). W jednym wypadku (enteritis) objętość wynosiła 175 cm.<sup>3</sup>. Na 8 dz. trzy do pięcio-miesięcznych objętość przeciętna wynosiła 147 cm.<sup>3</sup> (od 78 do 204). Na 12 dz. od 6 do 12 miesięcy życia—364 cm.<sup>3</sup> (od 140 do 740). Dla zrozumienia wpływu sposobu karmienia przytacza takie zestawienie:

Dziecko 12 m. karmione p. matkę 140 cm.<sup>3</sup>

„ 10 m. „ sztucznie 740 cm.<sup>3</sup>

Na 7 dz. wieku 1 do 2 lat przeciętna objętość żołądka: 441 cm.<sup>3</sup> (od 150 do 750). Na 12 dzieci 3, 4 i 5 letnich liczba przeciętna wynosi 522, 160 i 885 cm.<sup>3</sup>. Na 5 dzieci 9, 10, 11 i 12 letnich liczby odnośne są: 710, 210, 270 i 1340. Ostatnia liczba pochodzi od dziecka źle żywionego, z katarrem kiszek; inne dziecko dobrze żywione 11 letnie miało objętość żołądka 410 cm.<sup>3</sup>. Na 9 dzieci 12 letnich i starszych wypadło przeciętnie 2,234 cm.<sup>3</sup> (od 1600 do 3100).

Wszystkie te cyfry otrzymano przy autopsyach.

Dzieci ze zdrowym przewodem pokarmowym mają żołądek mały, mięsisty. Nadmiernie, źle karmione mają żołądek rozszerzony, miękki, cienki.

Oto przyczyny rozszerzenia żołądka: źle odżywianie, zawczesne odłączenie, pokarm niestrawny, nadmiar pokarmów. Dalej:

Niedowład mięśniowy z powodu słabości wrodzonej. Nadmierna praca żołądka. Zapalenie kiszek. Dyspepsyje. Fermentacja nienormalna. Kiła dziedziczna. Prawdopodobnie i zimnica.

*Sterling.*

126. CHAMBEARD - HÉNON. **Metoda Brand'a w zapaleniu płuc u dzieci.** (*Pneumonie infantile et méthode de Brand. Lyon médical. N. 37, 1894.*)

Zestawiwszy odnośną literaturę francuzką od r. 1882, przechodzi autor do opisu własnej obserwacji. Chłopiec lat  $2\frac{1}{2}$  w pierwszych dniach stycznia 1893 roku zapadł na ból gardła (angina) kaszel i gorączkę, autor widział chorego 12 stycznia, przedstawiał on objawy dwustronnego zapalenia płuc przy podniesieniu ciepłoty do  $40,8^{\circ}$ : dziecko blade, senne, 50 oddechów na minutę, puls mały, b. częsty, liczyć się nie dający, od czasu do czasu bredzenie. Zastosował autor kąpiele ochładzające, począwszy od  $34^{\circ}$  i stopniowo w następnych kąpielach przechodził aż do  $28^{\circ}$ . Czas trwania kąpeli 5 minut. Okład zimny na głowie. Dziecko w ciągu 7 dni wzięło 32 kąpiele. Aczkolwiek wpływ obniżający ciepłotę w pierwszych dniach nie był wybitny, szybko bowiem po kąpielach temperatura wracała do granic  $40^{\circ}$ , pod wpływem jednak tej kuracji stan ogólny dziecka się poprawiał: bredzenie ustąpiło, puls się poprawił, ilości moczu zwiększały się. Dziecko wyzdrowiało.

J. Bączkiewicz.

127. COMBY. **Naparstnica w praktyce dziecięcej.** (*Médecine moderne 17 Luty, 1894.*)

1-o *Choroby serca*, zarówno wrodzone jak i nabyte, przy niedomodze mięśnia sercowego, kiedy tony są przyspieszone, głucho, nieregularne, nierównej siły, tętno szybkie, małe, przerywane, żyły napięte, zjawia się sinica—wogóle przy *asystolia*. Naparstnica działa jako tonicum sercowe, o ile mięsień nie jest zupełnie zwyrodniały. Naparstnica jest wskazana przy zmianach w zastawkach, głównie dwudzielnej, przy zaburzeniach kompensacji; zarówno w zmianach tętnicy głównej, kiedy komórka lewa jest osłabioną. Wskazaną jest w sinicy wrodzonej (cyanosis congenit), w świeżych zapaleniach wsierdzia, w zapaleniu surowiczem osierdzia, w puchlinie osierdzia. Nie należy przepisywać naparstnicy w zrostach sercowych (symphyse cardiaque), w zapaleniu osierdzia przewlekłym, ropnym, krwotocznym. W przeroście serca i biciu serca u osobników młodych działanie n. jest wątpliwem

2-o *Choroby narządu oddechowego*. Z powodu działania moczopędnego sprzyja naparstnica wessaniu się wysięków do opłucny; w zapaleniu płuc pokrzepia osłabione serce i sprzyja wydalaniu toksyr. przez nerki.

W gruźlicy, zapaleniach oskrzeli, grypie, broncho-pneumonii, naparstnica znajduje zastosowanie, ponieważ sprawy te zawsze grożą rescu. Wskazaną jest w krwiopluciu, ponieważ reguluje krwiobieg w krążeniu małym.

3-o *Choroby nerek.* W zap. nerek ostrem, z moczem ciemnym i skąpym, nie jest n. wskazana. W przekrwieniach biernych, zapaleniach przewlekłych oddaje przysługę przez działanie na serce. W przeroście serca należy być z nią powściągliwym.

4) *Choroby zakaźne ostre.* Tu naparstnica jest o tyle wskazana co i tonica, wyskok, kawa, chinina. Stusznem tedy jest przypisywać n. przy ciężkich postaciach błonicy, płonicy, odry, duru brzuszego, krztuśca i t. p. Ma ona obniżać ciepłotę, być może dzięki temu, że sprzyja wydzielaniu (z moczem) toksyn i materji gorączkorodnych. Dla tego też, prawdopodobnie, polepsza oddechanie.

5-o *Choroby układu nerwowego.* Naparstnica bywa używana jako środek uspakajający (sedativum) układ nerwowy w padaczce, ostrej manii, drgawkach.

6-o *Różne sprawy.* Rozszerzenie naczyń (angiectasis), odmrożenia służą też za wskazanie dla naparstnicy, wewnątrz i zewnątrz.

Używa się liści dwuletnich, sproszkowanych, wysuszonych. Dla dzieci używa się preparatów następujących:

1-o *Pulvis digitaleos.* z syropem, zawiesiną, gumą; dla starszych w pigułkach. 2-o *Infusum lub maceratio.* 3-o Extractum. 4-o Tinctura (100 gr. proszku świeżego na 500 gr. wysokoju 60°). 5°) Syrup (20 grm. syropu zawierają 50 cetnigr. tincturae).

Do dwu lat przepisujemy naparstnicę w dawce stanowiącej  $\frac{1}{20}$  dawki dorosłego. Proszek przepisujemy w stosunku 1 cetnigr. na rok życia, 2 ctgr. dla 2 letniego, 10 ctgr. dla 10 letniego.

Przy przepisywaniu infusum lub maceratio daje się 2 cent. na rok pierwszy życia, 5 do 6 ctgr. dla trzyletniego dziecka, 10 ctgr. dla pięcioletniego, 20 ctgr. dla dziesięcioletniego.

*Sterling.*

## WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

128. W tych dniach D-rzy Richet i Héricourt zdawali w Akademii nauk w Paryżu relacyę o **2 przypadkach raka, leczonych zastrzykowaniami surowicy przeciwrakowej.** Płyn przyrządzono w następujący sposób: mięsak kostny wycięty z goleni, rozdrobiono z wodą, przetarto przez płótno i zastrzyknięto dwóm psom. Po tym rękoczynie nie było żadnej reakcyi. W 5, 7 i 15 dni później zebrano krew przygotowano surowicę i zastrzyknięto chorym. Pierwszy przypadek był recydywą mięsaka na żebrach, na bliźnie po operacyi, dokonanej przed rokiem, wielkości małej pomarańczy. Zastrzykiwania robiono

w ilości 3 c. sz. do tkanki łącznej w sąsiedztwie guza. W ciągu 40 dni zastrzyknięto 120 c. sz. Od 13 dnia leczenia guz zaczął się wyraźnie zmniejszać. Obecnie pozostało tylko stwardnienie wielkości mniej niż  $\frac{1}{3}$  pierwotnej. Ogólny stan chorej poprawił się znacznie.

W drugim przypadku był guz w okolicy nadbrzuszej, rozpoznany jako rak żołądka. Zaczęto zastrzykiwać 6 Kwietnia po 4 c. sz. Nastąpiła znaczna poprawa stanu ogólnego. Waga ciała podniosła się z 57 kilogr. do 58 (16 kw.), a następnie do 60 (23 kw.). Od 10 kw. guz zaczął się zmniejszać; po 20 kw. wyczuwać się dawała tylko zwiększona odporność. Jeżeli nie było błędu w rozpoznaniu, wynik zdumiewający.

O. H.

129. Lewaszow podaje **oryginalny sposób leczenia wysięku opłucny**. Ponieważ zwykła punkcja klatki piersiowej często nie daje oczekiwanych rezultatów, proponuje L. zastąpienie wydobytego wysięku płynem obojętnym, który, lekko się wchłaniając, przedstawiałby dogodnie warunki dla rozszerzenia się płuc. W tym celu po wypuszczeniu wysięku wstrzykiwał Lewaszow do jamy opłucny 0,75% roztwór soli kuchennej. W kilkunastu przypadkach spostrzegł on szybki powrót do warunków normalnych. Wysięki ropne mniej się do tej kuracji nadają. Sposób ten probowano na klinice Maragliano w kilku przypadkach surowicznych wysięków z dobrym wynikiem. (Wien. Med. Woch. N. 15).

H. K.

130. Bourges (Thèse 1895) opisał przypadek **bezwładu po anginie niedyfterytycznej**, gdzie bakteryologicznie i klinicznie postawiono rozpoznanie angina pseudomembranacea. W przypadku tym po kolei uległy bezwładowi mięśnie oczne, języczka oraz kończyny dolnych. Dwa podobne przypadki przedstawił niedawno Germain Sée w Société des hôpitaux.

131. O. Henssen wykazał za pomocą doświadczeń, że **wyciąg z nerek** od różnych zwierząt, dodawany do jakiegokolwiek podłoża, **utrudnia na niem rozwój pasożytów**. Jeżeli jednak wyciąg ten przegotować, wtedy nie tylko że traci swój wpływ hamujący na rozwój bakterii, lecz staje się nadzwyczaj sprzyjającym ich szybszemu rozwojowi. Na zasadzie wymienionego wpływu świeżego soku nerkowego na pasożyty, autor sądzi, że może być i swoista tkanka, sok ten produkująca, ma do pewnego stopnia bakteryobójcze własności. W ten sposób nerki grają czynną rolę w walce organizmu z pasożytami. (C. f. Bact. XVII N. 12).

W. J.

132. Bernabli zbadał bakteryologicznie **4 przypadki zapalenia oskrzeli smrodliwego** (bronchitis foetida) i znalazł w nich zawsze pewną dużą pałeczkę, dobrze się barwiącą, nie odbarwiającą się sposobem Gram'a, nie rozpuszczającą żelatyny, tworzącą białe naloty na agarze, ścinającą mleko i nierozkładającą cukru. Pasożyt ten wywołuje u zwierząt ropienie, szczepiony zaś do tchawicy wywołuje jej zapalenie, zapalenie oskrzeli oraz zrazikowe zapalenie płuc. B. uważa

swego pasożyta—*bacillus putidus splendens*—za sprawę pierwotnego zapalenia oskrzeli smrodliwego. (Centr. f. Bact. Bd. XVII N. 13—14.

W. J.

133. Viq uerat opisuje przypadek ropnia podskórnego wywołanego przez czyste hodowle micr. tetragenii. Przez szczepienie 8 suchotnikom czystej hodowli tego pasożyta do pęcherza, wywołanego przez pryszczydła, autor wywoływał u nich ropienia. Uważa więc m. tetragenes za ropotwórczy. (Centr. f. Bact. Bd. XVII N. 13—14).

W. J.

134. Thiemich badał bakteryologicznie krew 7 tyfusowych. U czterech z pomiędzy nich znalazł we krwi laseczniki tyfusowe dokładnie co do swej tożsamości sprawdzone, a mianowicie 3 razy we krwi z różyczki, a 1 raz we krwi z żyły łokciowej. Ilość ich była jednak bardzo nieznaczna, po 2—3 kolonie na płytce. (Centr. f. Bact. Bd. XVII N. 13—14).

W. J.

135. Silvestrini badał bakteryologicznie dwa **przypadki róży na twarzy przy tyfusie** i znalazł w nich wyłącznie czyste hodowle raseczników tyfusowych. Uważa te pasożyty za zdolne do wywołania róży przy pewnym ich osłabieniu. Spostrzeżenia autora są pierwsze w tym rodzaju i zasługują bardzo na sprawdzenie (C. f. Bact. Bd. XVII N. 13—14).

W. J.

136. Olivieri opisał przypadek **zapalenia ropnego nerki**, wywołany przez czyste hodowle bakterii coli. (C. f. Bact. XVII Nr. 13—14).

W. J.

137. Prof. E. Mendel podaje **trzy przypadki wyleczenia obrzęku śluzowego**. Pierwszy dotyczył 58 letniej kobiety, która mało się poprawiała po zastrzykiwaniach wyciągu z gruczołu tarczowego, szybko zaś wróciła do zdrowia po dłuższem stosowaniu pastylek White'a po 2—4 dziennie, a potem po jednej. Cała kuracja trwała 2 lata. Drugi przypadek przedstawiał bardzo wiele przypadłości nerwowych u 46 letniej kobiety. I tu zastrzykiwania nie dały pomyślnych wyników, a pastylki—szybką poprawę i zupełne wyleczenie. W trzecim przypadku u 40 letniej kobiety po zastrzykiwaniach potworzyły się ropnie; póki się one nie pogoiliły, stan chorej poprawił się znacznie, a po zablźnieniu—pogorszył się bardzo. Stosowanie surowego gruczołu i pastylek dało i w tym razie szybką poprawę.

Z rzadszych przypadków choroby zaznacza autor obfite krwawienia (z ucha, ust, miesiączkowe), w drugim i trzecim przypadku. Również podkreśla zwiększenie ilości mocznika w moczu po stosowaniu gruczołu tarczowego (z 18,0 na 36,0) i utratę wagi ciała równoległe ze znikaniem obrzęku. (Deut. Med. Woch. N. 7, 1895).

W. M.

138. Dr. Palleske opisuje w Nr. 7 Deutsche Med. Woch. z r. b. **przypadek obrzęku śluzowego, powstałego po strumektomii, a wyleczony przez podawanie gruczołu tarczowego**. Przypadek ten dotyczył 16 letniej panny, u której rozwinął się obrzęk śluzowy po



wycięciu wola w 13 r. jej życia. Rozmaite zabiegi lecznicze stosowane przez 3 $\frac{1}{2}$  lat od chwili dokonania operacji, w ciągu których choroba szybko postępowała, zostały bezowocne. Dopiero po zastosowaniu gruczołu tarczycowego barana (cielęce gruczoły były bezskuteczne), nastąpiła natychmiastowa poprawa, a po 2 miesiącach—zupełne wyleczenie.

W. M.

139. **Człowiek o 500 śledzionach.** Na jednym z kwietniowych posiedzeń Wiedeńskiego Tow. Lek. Dr. Albrecht, asystent przy katedrze Anatomii Patologicznej przedstawił preparat, unikat w swoim rodzaju. 25 letni mężczyzna zmarł na zapalenie nerek. Posiadał on około 500 śledzion najrozmaitszej wielkości (od główki szpilki do orzecha tureckiego), porozrzucanych po całej jamie otrzewny. Największa śledziona leżała w zwykłym miejscu i miała swoją tętnicę i żyłę. Badanie drobnowidzowe usunęło wszelkie wątpliwości co do rozrzuconych guzików, z których niektóre leżały w dole Douglassa, na sieci, na kiskach grubej i cienkiej w otoczce wątroby.

Dr. Toldt, który się specjalnie zajmuje rozwojem śledziony u ludzi i zwierząt, nie był w stanie wyjaśnić tego przypadku.

140. **Mya. Rozszerzenie i przerost kiszki grubej.** (Dilatatio et hypertrophia congenitalis, colonis morbus Hirschprungii). Médecine infantile 15 X 94. Chorobę tę opisał Hirschprung (Jahrb. f. Kinder. 1888); następnie pisali o niej Walker i Griffiths (Brit. Med. Journ. 1893) i Genersich (Jahrb. f. Kinder. 1991). Prof. Mya przytacza dwa nowe (a więc wogóle szósty i siódmy) przypadki tego cierpienia. Charakteryzuje się ono: zaparciem stolca, trwającym po dni kilka nieraz z wielkiem wzdęciem, czasem wymiotami, dalej—wyniszczeniem. Rozmiary kiszki grubej są wielce powiększone (megaecolon). Jest to cierpienie wrodzone. Mya przypuszcza istnienie postaci przechodnich od normy aż do tych rozmiarów, które zwróciły uwagę badaczy. Być może od nich zależy zaparcie stolca, spotykane u małych dzieci. Jest to cierpienie bardzo poważne, zwykle śmiercią się kończące. *Ster.*

141. **Dwa przypadki wysypki po zastosowaniu fenacetyny** podaje pewien lekarz angielski. Pierwszy przypadek dotyczy 28 letniego mężczyzny, który zachorował przy objawach osłabienia ogólnego, mdłościach i nerwobólu głowy zażył 2 pastylki fenacetynowe po 0,3. W dwie godziny po zażyciu lekarstwa wystąpiła na twarzy, pierśsiach i ramionach wysypka, wynosząca się lekko nad powierzchnią skóry, wysypka ta przypominała nieco szkarlatynę, sprawiała uczucie bolesne, kłójące. Po dwóch godzinach wysypka znikła i pacjent czuł się zupełnie dobrze. U tego samego osobnika wystąpiła znowu innym razem wysypka po 0,3—0,9 fenacetyny. Drugi przypadek dotyczył młodej kobiety, która z powodu nerwobólu n. trójdzielnego zażywała fenacetynę w dawkach 0,3—0,9. Po każdym zażyciu tego leku występowała wkrótce pokrzywkowata wysypka na twarzy i szyi, sprawiając uczucie pieczenia, i w godzinę znikła. W obu

tych przypadkach nie można było zauważyć żadnych innych objawów zatrucia ustroju. H. K.

142. Dr. Daszewski (Južno R. Med. Gaz. 13) opisuje **przypadek otrucia gałką muszkatową** (*Nux muschata*). 24 letnia panna zjadła dwie miarko potłuczone gałki muszkatowe, zalecone jej jako środek przeciw uporczywemu rozwolnieniu. Po upływie godziny poczuła zawrót głowy, ogólne osłabienie, bicie serca, następnie kurcze w członkach i silne bóle, ból w dołku.

Autora uderzyła ogólna błądź powiek, słaby puls, rozszerzenie silne źrenic, eteryczny zapach z ust.

Po wypiciu 2 szklanek mleka nastąpiły wymioty i chwilowa ulga. Następnie stan silnego pobudzenia, który przeszedł w głęboki sen, trwający do następnego dnia; następną dobę chora spędziła w stanie półsnu i dopiero na 3 dzień przyszła do siebie, będąc jednak b. osłabioną. Maksymalną dawkę oznaczają na 0,3 do 1,25; dwie gałki zjedzone przez chorą ważyły około 11 grm.; działającym pierwiastkiem jest ol. aeth. mysticæ. H.

143. A. Eulenburg zebrał przeszło 30 przypadków zapalenia nerwów połogowego (**neuritis et polyneuritis puerperalis**). Bliższa etyologia tych neurytów nie została jeszcze ostatecznie wyjaśniona. Klinicznie rozróżnić można dwie postaci: lżejszą, więcej umiejscowioną i cięższą rozsianą. Rokowanie nawet w ostatnim wypadku bywa wogóle pomyślne. Doniosłe znaczenie ma tu przeprowadzenie odpowiedniego leczenia. W świeżych przypadkach okazały się skutecznymi wstrzykiwania roztworu karbolu (2%) i morfiny (1%) po 1,0 na dawkę. Przeciwno bezwładom zanikowym mięsienie i elektryczność, wreszcie cięższe przypadki powinno się leczyć w zakładach. (Deut. Med. Woch. 1895). H. K.

## BIBLIOGRAFJA.

Madame P. Peltier (née Goussakoff). **La méthode de Thure Brandt et son application au traitement des maladies des femmes.** Paris, 1895.

Praca pani Peltier dzieli się na trzy części. W pierwszej — podaje autorka treściwy rys historyczny nauki o leczeniu mechanicznem w ginekologii. Obok wzmianki o założeniu instytutu gimnastycznego w Sztokholmie, znajdujemy tu rys dziejów założyciela tego instytutu (Ling'a), jakoteż życiorys i opis pierwszych prób Brandt'a na polu leczenia cierpień właściwych kobietom. Nadto opisuje autorka rozpowszechnienie metody Brandt'a w rozmaitych krajach, czerpiąc dane odnośnie z literatury szwedzkiej, niemieckiej, polskiej, rosyjskiej, amerykańskiej i francuzkiej.

Druga część rozprawy poświęcona jest technice metody Brandt'a. Wyłożywszy dość szczegółowo wiadomości wstępne o położeniu chorej i lekarza, omawia autorka mięsienie narządów płciowych, jakoteż rozmaite sposoby odprowadzania i unoszenia macicy. W opisie tych manipulacji autorka trzyma się ściśle oryginalnego dzieła Brandt'a. Tutaj również podany jest opis ruchów gimnastycznych, stosowanych przez Brandt'a w leczeniu chorób właściwych kobietom.

Trzecia i ostatnia część pracy zawiera wiadomości o zastosowaniu metody Brandt'a. Po kolei omawia autorka cierpienia, w których leczenie sposobem Brandt'a może być stosowane z pożytkiem, i wymienia manipulacje w danem cierpieniu wskazane. Na potwierdzenie skuteczności metody Brandt'a przytacza autorka znaczną ilość spostrzeżeń zaczerpniętych z literatury oraz kilka spostrzeżeń własnych. W ostatecznym wniosku o wartości omawianej metody zachowuje autorka powściągliwość, nie przecenia bynajmniej jej wartości, lecz w dotychczasowych wynikach widzi tylko zachętę do dalszych prób w tym kierunku.

Praca wogóle jest napisana sumiennie, widać z niej, że autorka dokładnie się obznajmiła tak z samą metodą jak również z odnośną literaturą, której wykaz, obejmujący 150 prac, umieszczony jest na końcu książki. W rozprawie Pani Peltier zauważyliśmy jednak dwie ujemne rzeczy: 1) małą ilość spostrzeżeń własnych, 2) brak zupełny rycin bez których zrozumienie opisu różnorodnych manipulacji dla nieobznajmionego z kądinąd z metodą Brandt'a jest zgoła niemożliwe. Z tego względu rozprawa pani Peltier nie może służyć jako podręcznik do nauki o leczeniu mechanicznem cierpień właściwych kobietom.

Karczewski.

---

## Zapowiedź.

---

Co raz szybszem tętnem płynący rozwój naszej nauki, a co zatem idzie konieczność szybszego informowania czytelnika o postępach wiedzy zmusiły nas do zmiany terminów wydawania pisma. To też począwszy już od 1 Lipca r. b. *Kronika lekarska* ukazywać się będzie 2 razy na miesiąc: 1 i 15 każdego miesiąca, w objętości takiej, aby w końcu roku całość wyniosła 60 arkuszy druku. Mimo zwiększonych kosztów wydawnictwa i ekspedycji na rok bieżący przedpłaty nie podnosimy.

Układ **Kroniki**, jej program i format nie ulegną zmianom. **Artykuły oryginalne** ze wszystkich gałęzi naszej wiedzy pomieszczać będziemy i nadal, starając się, o ile można, dawać artykuły w całości, co znacznie ułatwia czytanie. Dział **streszczeń zbiorowych** w miarę napływu prac odpowiednich rozszerzyć zamierzamy, zwracając w tym dziele uwagę główną na medycynę praktyczną i starając się uwzględniać potrzeby chwili bieżącej. **Dział sprawozdawczy** podzielimy w ten sposób, że w zeszycie wychodzącym 1 każdego miesiąca podawać będziemy streszczenia z medycyny wewnętrznej, chorób nerwowych, patologii ogólnej, farmakologii oraz chorób dzieci, w zeszycie zaś z 15 każdego miesiąca znajdą czytelnicy streszczenia z chirurgii, akuszerii i ginekologii, laryngologii, syfilidologii i chorób oczu. Ten podział materiału sprawozdawczego na dział **medycyny wewnętrznej i zewnętrznej** będzie z korzyścią dla czytelnika.

Obok tego wprowadzimy **dział sprawozdań z posiedzeń towarzystw lekarskich krajowych i zagranicznych**, prowadzony w ten sposób, że czytelnicy znajdą w nim streszczenia krótkie odczytów, wypowiedzianych w naszych Towarzystwach i zagranicznych w ostatnim miesiącu.

Dział **Wiadomości pomniejszych** pozostanie jak dawniej, rozszerzymy natomiast **Dział bibliograficzny**, ku czemu nagromadził się odpowiedni materiał. **W Kronice bieżącej** jak zawsze uwzględniać będziemy wszystko, cokolwiek dotyczy stanu i bytu lekarzy.

Rozpoczynając to wydawnictwo **Kroniki** w tak zmienionej postaci, mamy nadzieję, że oprócz naszych stałych współpracowników i inni koledzy nie poskąpią nam swego poparcia i zechcą światłem piórem wspomagać nasze usiłowania.

*Redakcja.*

## KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Świeżo opuścił prasę XIII-ty Tom Pamiętnika Fyzyjograficznego. Obszerna księga ta poświęcona jest pamięci Kazimierza Łapczyńskiego. Zawiera: Dział Meterologii i Hydrografji, Geologii z Chemią, Botaniki z Zoologią i ozdobiona jest 7 tablicami rysunków litograficznych do prac pp. Eismonda i Eichlera (Studia nad pierwotnikami, Materiały do flory wodorostów), znakomicie odtworzonych przez znaną litografię Głównzewskiego. Do tegoż tomu dołączona jest połowa mapy geologicznej guberni lubelskiej prof. Trejdowiewicza.

— Z ogłoszonego w „Gazecie Lekarskiej“ Nr. 18 artykułu kol. Janowskiego dowiadujemy się, że już w tym miesiącu znajdować się będzie w handlu surowica, wyrabiana przez kol. Palmirskiego. Surowica posiadać ma siłę równą numerowi II Behring'a, t. j. 100 jednostki uodporniających w 1 ctm. sz. Co do tej swej siły będzie gwarantowaną zawsze przez tutejszy urząd lekarski. Cena jej wynosić będzie tylko rubla za słoik 10-o centymetrowy. Sądzimy, iż woleć tego surowica ta w kraju rozpowszechnić się powinna.

— Na oddziale dla leczenia chorych na błonicę surowicą, istniejącym od Lutego przy szpitalu Dzieciątka Jezus i pozostającym pod kierunkiem kol. Janowskiego, było dotąd 30 przypadków. Z pomiędzy nich w 24 miano do czynienia z błonicą. Mianowicie, 10 razy z błonicą gardzieli i krtani (krup.), a 14 razy z błonicą tylko gardzieli lub gardzieli i nosa. Z pomiędzy tych 24 przypadków tylko 1 przypadek krupu zakończył się śmiertelnie w 14 godzin po przybyciu do szpitala. Pozostałych 9 przypadków krupu oraz 14 zajęcia gardzieli skończyło się szybko i pomyślnie. Tylko jeden przypadek krupu musiano operować, również z pomyślnym skutkiem, pomimo że operowane dziecko miało zaledwie 10 miesięcy.

— Zakład hydropatyczny w Grodzisku, zamknięty po śmierci swego właściciela D-ra Bojasińskiego, obecnie po dokonaniu wielu ulepszeń na nowo otwarty zostanie. Lekarzem zakładu został kol. K. Tokarski b. lekarz zakładu hydropatycznego w Nowem-Mieście nad Pilicą.

— Otrzymaliśmy broszurkę „Zakład wodolecznicy w Szczawnicy na Miedziusiu z pensjonatem D-ra Józefa Kołaczekowskiego“. Nie wiemy, w jakim stosunku znajduje się kierownik pensjonatu Dr. wszech nauk lekarskich Józef Kołaczekowski do redakcyi wymienionej broszurki, pozwalamy sobie jednak zrobić mu uwagę, aby w przyszłym wydaniu broszurki pozostawił jej czysto informacyjny charakter, a polecił wyrzucić str. 12—15.

„Wskazania“ bowiem, jeżeli są przeznaczone dla lekarza, wysyłającego chorego, będą chyba zbyt czyste, a nawet mogą go tylko źle uprzedzić sposobem i tonem, w jakim są napisane. Przeznaczone zaś

dla publiczności, jako reklama, nie licują z poważnem traktowaniem zadania przez kierownika zakładu leczniczego.

Zapytujemy też, czy uwaga na str. 6 „Leczenie metodą Ks. Kneippa także możliwe“ jest echem zaznaczonej na poprzedniej stronie chęci: „uważania wodolecznictwa za środek naukowy“?

Wszakże na podstawie opinii najwyższej rady zdrowia Ministerjum Spraw Wewnętrznych w Austrii orzekło, że uprawiany przez Kneippa sposób leczenia wodą nie może być uważany za naukowy i na racjonalnych zasadach oparty!

Medice aestima te ipsum!

— Dr. M. Szeinberg w liście do Redakcyi „Wracza“ (N. 14) porusza jeszcze raz kwestyę języka na zjazdach międzynarodowych lekarskich. Autor zestawia w cyfrach, jakie języki były najwięcej używane w odczytach i dyskusyach w Rzymie. Otóż, pomijając język włoski, którym posilkowali się wyłącznie włosi, nie wiele dbając o to, czy będą zrozumieni przez swych gości, na 107 komunikatów było 86 w języku francuzkim, 16 w niemieckim, 4 w angielskim, 1 w hiszpańskim (prócz tego 126 po włosku). W dyskusyi przyjmowało udział 83 osób z których 25 mówiło po francuzku, 14 po niemiecku i 44 po włosku.

Cyfry te najlepiej wykazują popularność języka francuzkiego i przemawiają wymownie za zrobieniem go językiem oficjalnym przyszłych zjazdów.

Komitet urządzający zjazd powinien o to starać się przedewszystkiem, aby ułatwić ogólne porozumiewanie się i dać możność jak najzrzeszej dyskusyi, którą uważamy za punkt ciężkości całej (problematycznej) wartości zjazdów.

Jak już uprzednio donosiliśmy wiele poważnych pism niemieckich angielskich i hiszpańskich wyraziło podobne zdanie.

Dr. Pistor, omawiając ostatni zjazd higieniczny w Budapeszcie wygłasza kilka uwag, które mogą być zastosowane do wszelkich zjazdów. Żąda mianowicie P, aby strona towarzyska, różne przyjemności, wycieczki, objady etc. nie brały przewagi nad stroną naukową. Obecnie zjazdy stały się prawie tylko wycieczkami dla przyjemności, co pociąga ku nim uczestników, nie biorących żadnego naukowego udziału, a tylko swą liczbą utrudniających prawidłowy bieg rzeczy. W razie usunięcia rozrywek i t. p. duży procent zjazdowiczów odpadnie.

Dalej występuje Dr. Pistor przeciw przyjętemu obecnie porządkowi, żeby postanowienia poszczególnych sekcyi przedstawiać na potwierdzenie zebrań ogólnych. Losy postulatów przedyskutowanych przez specjalistów nie powinny być narażane na głosowanie przez większość nieprzygotowaną i obojętną dla zbyt specjalnych kwestyi.

— Rada zarządzająca syndykatu lekarzy departamentu Sekwany rozesłała do dyrektorów klinik i zarządzających ambulatoryami

listy, w których zawiadamia ich, że otrzymają bezpłatnie tablice pięknie emaliowane z napisem:

„Porady bezpłatne otrzymują tylko **biedni**. Inni poszukujący pomocy lekarskiej, powinni zwracać się do takowej o warunki kuracji“. „Syndykat prosi uprzejmie o przyjęcie tego podarunku i o zawieszenie go w ambulatoryum. Pobudki do tego kroku są dobrze znane: „klinika“, „ambulatoryum“ stanowią obecnie dla publiki pojęcia równoznaczne z „darmo“. Należy temu nieporozumieniu położyć koniec“.

Rzecz to do naśladowania!

W naszych szpitalnych ambulatoryach nieraz zjawiają się o bezpłatną poradę osoby, wcale nie wydające się biednymi. A i te mają niekiedy jeszcze śmiałość prosić o lekarstwo darmo. Gdy się zaś zrobi uwagę, że do tego mają prawo tylko biedni, odpowiadają, iż „nie posiadają kamienie“.

Rada dobroczynności publicznej, wprowadzając wydawanie bezpłatne lekarstw dla biednych, włożyła na lekarzy kwalifikowanie kandydatów, nie orzekając bliżej tej kwestyi.

Nie jest to pozbawione stron nieprzyjemnych, choćby jak świadczy wymieniony wyżej przykład, i ujemnych. Rodzą się też drażliwe szkopyły. Rozdając lekarstwa *larga manu*, temu kto zarządza, łatwo można uzyskać nawet rozgłos filantropa, jednak nie na swój koszt, co nie jest miłe. Z drugiej strony pozory często mylą, a pod takimi nieraz kryje się rzeczywista nędza.

Lawirowanie pomiędzy temi krańcami jest uciążliwe i nie przyjemne.

Może by znalazła się tu rola dla cyrkulowych, „opiekunów biednych“ albo rzadców domów, którzy bliżej znają ludność i przeto odpowiedniej mogliby kwalifikować kandydatów do lekarstw darmo, oznaczając to pewną marką lub w jaki inny sposób. Kwestyi tej zresztą, łączącej się bezpośrednio z innemi tej samej dziedziny, wkrótce poświęcimy oddzielny artykuł.

— Wśród różnych kwestyi bytowych, trapiących lekarzy wiedeńskich na porządku dziennym stoi obecnie prawo wykonywania masażu przez nielekarzy. Wprawdzie prawo orzekło tam niedawno, że samodzielne wykonywanie tego zabiegu w celach leczniczych nie może być dozwolone nielekarzom, masowaniem jednak z polecenia lekarskiego mogą, jako rzemiosłem, zajmować się osoby bez lekarskiego wykształcenia.

Tak brzmiące prawo wprawdzie łatwem jest do obejścia dając, jednak możliwość wykonywania masażu przez laików w ręce lekarzy. To też wiedeńscy koledzy zarówno ze względu na bezpieczeństwo chorych jak i przez wzgląd na korzyści materialne nawołują, aby przez solidarne postępowanie nie dopuścić aby ten zabieg, wchodzący w zakres czynności lekarskich i mogący stanowić godziwe źródło dochodu

dla lekarza, był wykonywany przez nielekarzy. W tym celu podano zbiorową petycję do izby lekarskiej z prośbą o uchwalenie że dla lekarza niewłaściwym jest:

- 1) polecanie laików do wykonywania masażu leczniczego.
- 2) nauczanie i wydawanie świadectw z udzielanej nauki masażu i gimnastyki leczniczej.
- 3) przyjmowanie odpowiedzialności za masaż i gimnastykę leczniczą wykonywane przez laików.

Kwestya masażu nie jest u nas jeszcze tak zwaną kwestyą chleba (Brotrfrage) z powodu, że lekarze mało się zajmują masażem, który u nas wogóle nie na zbyt szeroką skalę jest stosowany. Naturalnym biegiem rzeczy stanie się ono nią jednak zapewne i u nas. Sądźmy, że, nie czekając tego, należałoby przyjąć pod rozwagę doświadczenie i postanowienie kolegów wiedeńskich i nie dozwalać, o ile to od nas samych zależy, na rozplenianie się nowego gatunku partaczów lekarskich, zarówno ze względu na interes chorych, jak i na kwestyę bytu lekarskiego; abyśmy naszym następcom nie pozostawili przez zaniedbanie jeszcze jednego chwastu na zapewne jeszcze od naszej cięższej w przyszłości drodze ich żywota.

— Wiedeńska Izba lekarska postanowiła odnośnie reklam lekarskich, że lekarz staje się winnym postępkowi niegodnego stanu lekarskiego, gdy:

- 1) w dziennikach (z wyjątkiem lekarskich), przewodnikach, kalendarzach, cyrkularzach, ogłoszeniach hotelowych i t. p., podaje ogłoszenia o sobie, na nie dozwala, ev. nie broni ich pomieszczać. Wyjątek stanowi najwyżej trzykrotne ogłoszenie lub rozesłanie cyrkularzami o zamieszkanui, powrocie po dłuższej niebytności, zmianie mieszkania. Ogłoszenia takie powinny ograniczać się do tytułu legalnego, specjalności naukowo pojętej, adresu i godzin przyjęć.
- 2) Gdy stara się lub pozwa'a na ogłoszenie podziękowań od pocyentów.

- 3) Gdy w popularnych rozprawkach lub odczytach poleca swą pomoc lekarską lub środek imię jego noszący—różniący się jakoby od ogólnie stosowanych

- 4) Gdy opłaca akuszerki, służących hotelowych, posłańców etc. (felcerów za granicą nie ma) za kierowanie do niego chorych.

- 5) Gdy stara się zwrócić na siebie uwagę publiczności przez rażące czy tabliczki ze swem nazwiskiem.

- 6) Gdy należący doń lub prowadzony przez siebie zakład leczniczy w sposób krzyczący, jarmarczny (marktschreiend), reklamuje.

Sąd honorowy w swych czynnościach nie ogranicza się do wymienionych punktów, ale może dyscyplinarnie poszukiwać i za inne wykroczenia obrażające godność stanu lekarskiego.

— Departament lekarski zabronił wyrobu i sprzedaży gatunków wódki, sprzedawanych pod nazwą: kropli żołądkowych, eliksiru życia, Magenbitter i t. p.



— Na miejsce ustępującego z Jurjewa prof. Hygieny i Medycyny sądowej Körbera naznaczeni zostali prosekotorzy uniwersytetu Petersburskiego i Kijewskiego Dr. Bubnow i Dr. Ignatowski. Na miejscu Prof. Dragendorffa na katedrę farmacji i farmakologii zamianowany został Mag. Chemii Kondukow, były laborant warszawskiego uniwersytetu przy katedrze chemji.

— 8 Sierpnia r. b. odbędzie się w Bordeaux drugi kongres francuzkich internistów. Postawione są trzy kwestye do rozpraw:

- 1) Zapalenia rdzenia zakaźnego pochodzenia.
- 2) Stosunek wątroby do kiszki z punktu widzenia patologji.
- 3) Środki przeciwgorączkowe znieczulające.

Równolegle będzie miał miejsce i zjazd ginekologów i pedyatrów, na honorowego prezesa którego zaproszony został kol. Fr. Neugebauer.

— Prof. Behring został mianowany nadzwyczajnym profesorem higieny w Marburgu.

— Na miejsce ustępującego z powodu 70 lat prof. v. Zenkera w Erlandze powołany został jego długoletni asystent prof. Hauser.

— W Berlinie utworzyło się Anglo-American Medical Society, ma ono na celu zjednoczenie wszystkich lekarzy mówiących po angielsku, a przebywających bądź stale, bądź czasowo w Berlinie. Towarzystwo to radami wspierać będzie licznych młodych lekarzy anglików a szczególnie amerykańców, których całe zastępy nad Spreę na dalsze studia rokrocznie przybywa. Sekretarzem nowego Towarzystwa został Dr. H. Wossidlo.

— Wkrótce wychodzić zacznie wielki zbiorowy podręcznik chorób krtani i nosa, wydawany w języku niemieckim przez P. Heyman'na. Z autorów polskich przyrzekli swe współpracownictwo profesorowie Jurasz z Heidelberga, Mikulicz z Wrocławia i Pieniążek z Krakowa.

— Prof. Bagiasky otrzymał od D-ra Roux antitoksynę paciorkowcową Marmorka w celu przeprowadzenia prób. W 50 przypadkach w szpitalach paryzkich środek ten okazał wyborne działanie.

— W chwili oddania numeru pod prasę dowiadujemy się iż kolega nasz Wł. Kopytowski po obronie rozprawy: „Przyczynki do anatomii patologicznej łuszczycy“ otrzymał stopień doktora medycyny.

## NEKROLOGIJA.

— Ś. p. *Władysław Farnkowski*, lekarz, zmarł w d. 13 Kwietnia r. b. w Charkowie. Urodzony r. 1819 w Mozyrskim, kształcił się naprzód w akademii Wileńskiej, a następnie na uniwersy-

tecie Charkowskim. Ś. p. Wł. Frankowski przepędził 55 lat w Charkowie i w ciągu tego czasu położył duże zasługi dla ogółu. Te zasługi i cnoty znalazły szczerze uznanie. W r. 1882 podczas jego jubileuszu miasto obdarzyło go obywatelstwem honorowym; miejscowe Tow. dobroczynności mianowało go członkiem honorowym i nadało mu przydomek „przyjaciela ubogich“. W uczczeniu zasług przyjął także wówczas udział uniwersytet miejscowy i towarzystwo lekarskie.

— Ś. p. Feliks Krajewski, b. lekarz powiatu hrubieszowskiego, zmarł z. m. w Warszawie. Zmarły w ciągu kilkudziesięciu-letniej praktyki w Lubelskiem pozyskał opinię bardzo biegłego lekarza i cieszył się powszechnem uznaniem. Ś. p. F. Krajewski pomimo uciążliwych zajęć nie zaniedbywał też pracować dla piśmiennictwa krajowego lekarskiego.

— W dniu 27 Kwietnia r. b. Wszechnica Jagiellońska i oftalmologja poniosły ciężką stratę przez śmierć D-ra *Lucyana Rydla*, zwyczajnego profesora okulistyki i dyrektora Uniwersyteckiej kliniki ocznej w Krakowie.

Ś. p. Lucyan Rydel urodził się w dniu 17 Listopada 1833 r. w Sztelcach Wielkich w okręgu bocheńskim w Galicji. Po ukończeniu nauk szkolnych wstąpił w poczet słudentów Uniw. Krakowskiego, następnie studyował w Wiedniu i tam otrzymał dyplom doktora medycyny w r. 1859. Umiławszy oftalmologię, uczęszczał do klinik profesorów Jaeger'a i Arlt'a, a od r. 1862 do 1866 był asystentem w klinice Arlt'a, w najświetniejszym okresie działalności naukowej słynnego mistrza oftalmologii. Porzuciwszy wybitne stanowisko, jakie z czasem zajął w Wiedniu, i otwartą drogę do sławy i zaszczytów wśród obcych, wrócił do Galicji na stanowisko prywatnego docenta oftalmologii w Uniwersytecie Krakowskim. Gruntowne wyrobienie naukowe, teoretyczne i kliniczne, zamiłowanie do oftalmologii, dar słowa i jasność wykładu, które żywo pociągały za sobą umysły słuchaczy, dały mu możność należytego zorganizowania wykładów oftalmologii w Krakowie. A trudności były niemałe, gdyż ś. p. Rydel mógł rozporządzać tylko materiałem ambulatoryjnym, ster zaś kliniki ocznej spoczywał w rękach podeszłego wiekiem prof. Sławikowskiego. Zresztą i ta klinika rozmiarami swemi i uposażeniem wówczas nawet bynajmniej nieodpowiadała charakterowi osobnej instytucji klinicznej. Dopiero, kiedy w końcu r. 1870, ze śmiercią prof. Sławikowskiego katedrę oftalmologii i kierownictwo kliniki ocznej objął ś. p. Rydel, klinika zostaje rozszerzoną, materiał kliniczny z każdym rokiem wzbogaca się, a nowo mianowany profesor oraz jego asystenci i uczniowie systematycznie i naukowo opracowują obfity materiał kliniczny. Pod nowym sterem klinika oczna Wszechnicy Jagiellońskiej poczęła odpowiadać podwójnemu swemu zadaniu zakładu naukowego i leczniczego.

Z kliniki ś. p. Rydla bądź to z pod jego pióra, bądź też z pod jego kierunku, wyszły poważne prace ze wszystkich niemal działów

okulistyki. Nie miejsce tu na wyliczanie wszystkich tych prac, których spis podaje Kościński w „Słowniku lekarzy polskich“ oraz Józef Talko w swej pracy „Materiał do historii oftalmologii w Polsce“.

Zasługi ś. p. Rydla starano się zaszczytnie ocenić. Zmarły był członkiem honorowym wielu towarzystw naukowych i piastował urzędy dziekana fakultetu lekarskiego w Krakowie i rektora Wszechnicy Jagiellońskiej.

Br. Z.

— 4 Maja zmarł w Radomiu na carcinoma ventriculi kol. *Jan Tworkowski* w wieku lat 35.

Zajmując od lat 11 stanowisko lekarza zakładów górniczych w Przysusze, zmarły potrafił zyskać szczerze uznanie w okolicy jako lekarz zdolny i sumienny. Pod względem naukowym, dzięki znacznym zdolnościom umysłowym i usilnej pracy, stał na wysokości współczesnej wiedzy, jako kolega cieszył się wielką sympatją.

— 24 Kwietnia r. b. zmarł w Lipsku sławny fizyolog Karol Ludwиг. Był on jednym z pierwszych promotorów nowego, fizyko-mechanicznego kierunku w fizjologii, w przeciwstawieniu do kierunku fizyko-matematycznego i chemicznego. Kierunek ten poparty genialnymi wynalazkami odpowiednich przyrządów doprowadził Ludwiga do wielu świetnych, podstawowych w nauce odkryć, że wspomnimy tu o manometrze, hymografonie, zegarze do mierzenia szybkości obiegu krwi. Pracownia jego była szkołą wszystkich niemal wybitniejszych dzisiejszych fizjologów. Nauka poniosła w śmierci Ludwiga wielką stratę.

— 28 Kwietnia zmarł, z następstw po przebytej influenzy w 73 roku życia, lipski sławny chirurg, profesor *Karol Thiersch*, jeden z reformatorów chirurgii, który przez wprowadzenie metod naukowych a szczególnie histologii pchnął ją ku dzisiejszemu jej świetnemu rozwojowi.

Wraz ze zmarłym przed kilku dniami Ludwigiem, był on chlubą lipskiej wszechnicy, pociągając ku sobie uczących się zarówno z Niemczech jak i z zagranicy.

— W Genewie zmarł *Karol Vogt*, znany przyrodnik i popularyzator wiedzy, prof. Uniw. genewskiego.

---

### SPROSTOWANIE.

W Nr. 4-ym „Kroniki“ na str. 223 w wierszu 23 od góry zamiast „środków“, powinno być „świadców“; na stronie 224 wiersz 2 od góry, zamiast „pewnym“ powinno być „pierwszym“, na tej że stronie, wiersz 11 od góry zamiast „Dreulafoy“, powinno być „Dieulafoy“, na str. 245, wiersz 1 od góry zamiast „tak samo i na zwierzęta“, powinno być „tak samo, jak i na zwierzęta“.

---

## Nadesłano do Redakcyi.

*Dr. med. I. Czajkowski:* Zapalenie płuc komórkowe. Odb. z Gaz. Lek.

*Dr. med. W. Janowski:* Ein Fall v. Bleivergiftung mit ausserordentlich seltenen Syptomen. Odb. z Neurol. Centralbl.

*Tenże:* Kilka uwag praktycznych o sile leczniczej surowicy przeciwbłonicowej. Odb. z Gaz. Lek.

Soobszczenija i Protokoły zasiedanij St. Petersburgskago Med Obszcz. za 1894 god.

Zapiski Tierskago Med. Obszczestwa za 1891—1893 g. Władykawkaz 1895.

*K. Klecki:* O miejscowem działaniu gazów gnilnych na otrzewnę. Odb. z XXVII Tomu Rozpr. Wydz. matem. Przyrod.

*E. Brusilowski:* Odesskie Limany i Ich leczebnyja sredztwa. Odessa 1895.

*W. Palmirski i W. Orłowski:* Badania porównawcze nad określeniem siły surowicy Behringa, Aronsona, Roux, Krakowskiej i Warszawskiej. Odb. z Medycyny.

*W. Orłowski:* O własnościach przeciwbłonicowych krwi dzieci. Odb. z Medycyny.

Czarniecka Góra, stacya klimatyczna leśno-górska. Odb. ze Zdrowia.

*I. I. Szramkow:* O żaroponizajuszczem diejstwiu koźnych smazywanij gwajakołom. Kiew 1895.

*I. Fajersztajn:* Untersuchungen u. Degenerationen nach dopelten Rückenmarksdurchschneidungen. Odb. z Neurol. Cent.

*G. Töpfer:* Ueber glykosurisch wirkende Darmgifte. Odb. z Wien. kl. Rundschau.

*Funk u. Grundzach:* Über Urticaria infantum u. ihren Zusammenhang mit Rhachitis u. Magenerweiterung. Odb. z Monatshefte f. pr. Dermat.

*A. Majewski:* Wodniak niewieści. Odb. z Gaz. Lek.

*T. Dunin:* O stanach anemicznych N. 74 Odczytów klin. wydaw. p. Red. Gaz. Lek.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.