

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

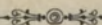
PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Przyczynek do leczenia tęzca.

SKREŚLIŁ

Walery Gedgowd.

Lekarz fabryczny w Józówce (gub. Jekaterynosławskiej).



Obrażenia w naszej fabryce są nadzwyczaj częste i przytem są zwykle zanieczyszczone, jednak przypadki tęzca należą do wyjątkowych. W roku zeszłym spotrzegałem następujący przypadek.

A. chłopiec, 8 lat mający, w dniu 30 maja, pchnięty przez towarzysza zabawy, wpadł w dół, znajdujący się na ulicy i głęboki na jeden arszyn. Chłopiec wpadł na wznak na miękkie dno dołu, żadnych obrażeń nie otrzymał, wstał bez obcej pomocy i powrócił do domu, skarżąc się tylko na ból głowy. Następnego dnia czuł się niedobrze, nie chciał wstać i przyjmować pokarmów. Trzeciego dnia stan znacznie się pogorszył. Dopiero czwartego dnia wieczorem pierwszy raz oglądałem chorego. Zastałem chłopca leżącego na wznak z głową silnie wygiętą ku tyłowi, nogami wyprężonemi i całym ciałem łukowato wygiętym, tak, że tylko głowa z piętami dotyka podłogi. Chory przytomny, odpowiada na pytania. Źrenice lekko rozszerzone, reagują prawidłowo na światło, odruchy i ciepłota również prawidłowe (37° C.). Tętno nieco przyspieszone.

Dnia następnego, to jest 3/VI, ciepłota 38° C., chory leży wyprężony, opistotonus. Chwilami naprężenie mięśni ciała nadzwyczajnie się potęguje, wtedy chory traci przytomność, twarz staje się siną, źrenice zwężają się. Przy oglądaniu nóg chorego spostrzegłem na lewej łydce długą kreskę, jakby od drapnięcia igłą, pokrytą suchym strupem.

4/VI. Ciepłota 37° C. Naprężenie mięśni ciała bez zmiany, zeszytnienie całego kręgosłupa, zwłaszcza części jego szyjowej, zęby zaciśnięte, mięśnie żwacze kureczowo ściągnięte tak że szpara pomiędzy środkowymi siecznymi zębami obydwóch szczęk nie przenosi połowy centymetra. Mięśnie brzucha twarde jak drzewo, kończyny górne zgięte w stawach łokciowych, kończyny dolne silnie wyprostowane, stopy silnie zgięte.

Dopiero w dniu dzisiejszym postawiłem niewątpliwe rozpoznanie tężca.

Zażądałem z Charkowa drogą telegraficzną surowicy przeciw-tężcowej, a tymczasem zaleciłem choremu ławatywy z wodanu chloralu.

5/VI — 7/VI. Stan bez zmiany. Ciepłota prawidłowa. Chory przyjmuje płyny z trudnością. Najmniejsza cząstka stała w podawanym płynie wywołuje silne zaburzenie. Stosowanie wodanu chloralu uspakają na chwilę.

W nocy dnia 7 maja otrzymałem z Charkowa surowicę w 3-ch zalutowanych małych szklanych cylindrach, po 15 ctm. w każdym. Na cylindrach był napis: Moskiewski bakteriologiczny instytut 15-go września 1897 roku — siła surowicy równa się 60,000,000, to jest że ilość surowicy równająca się $\frac{1}{60,000,000}$ wagi, zabezpiecza ją przeciwko śmiertelnej dawce tężca.

8/VI. Ciepłota 37.5 — 37.5. Stan jednakowy. Zastrzyknąłem 15 ctm. surowicy pod skórę lewej okolicy podobojczykowej.

9/VI. Ciepłota 37.3 — 37.4. Ilość napadów silnego tężenia mięśni, zdaje się że zmniejszyła się. Zastrzyknąłem drugą dawkę surowicy pod skórę prawej okolicy podobojczykowej. Okruchy chleba, dodane do mleka, daleko mniej zawadzają przy łykaniu, chociaż chory przytem jeszcze się krtusi. Chory mocno się poci, wystąpiła miliaria crystallina.

10/VI. Ciepłota 37.3 — 36.9. Zastrzyknąłem trzecią dawkę surowicy pod skórę lewej okolicy podobojczykowej, poniżej miejsca pierwszego zastrzykiwania. Znowu było kilka napadów silnego naprężenia mięśni.

- 11/VI. Ciepłota 37.3 — 36.9. Stan bez zmiany.
- 12/VI. Ciepłota 36.8 — 37.0. Stan lepszy. Napady silnego naprężenia mięśni tylko dwa w ciągu 12 godzin.
- 13/VI. Ciepłota 36.7 — 37.3. Napadów naprężenia mięśni nie było.
- 14/VI. Ciepłota 37.2 — 37.8. Napady naprężenia mięśni znowu częstsze, lecz daleko słabsze.
- 15/VI. Ciepłota 36.7 — 38.6. W czasie snu znikają napady silnego naprężenia mięśni. Chory zaczął nieco zginać nogi w kolanach. Szpara pomiędzy zębami przy otwieraniu ust dochodzi do $\frac{3}{4}$ ctm.
- 17/VI. Ciepłota 36.8 — 38.0. Noc bezsenna, stan ogólny ciężki. Chory utracił możność zginania nóg w kolanach.
- Otrzymałem znowu trzy porceye takiej samej surowicy. Zastrzyknąłem jedną porceyę (czwartą z rzędu) pod skórę prawej okolicy podobojczykowej.
- 18/VI. Ciepłota 37.5 — 39.0. Stan bez zmiany.
- 19/VI. Ciepłota 37.4 — 39.0. Chory wcale nie spał. Stan bez zmiany. Zastrzyknąłem porceyę surowicy pod skórę prawego biodra (piątą porceyę).
- 20/VI. Ciepłota 37.7 — 39.2. Na ciele wystąpiła blado-różowa wysypka podobna do odry. Stan ogólny lepszy. Chory zaczął nieco poruszać głową w bok.
- 21/VI. Ciepłota 37.4 — 40.6. Rozlane zaczerwienienie skóry prawego biodra i prawej okolicy podobojczykowej, na skórze pozostałych części ciała wysypka, podobna do odrowej. Chory zaczął zginać głowę ku przodowi i jeść chleb zupełnie swobodnie. Ruchy kończyn górnych swobodne, kończyny dolne w kolanach zginają się do 45° , tylko w stawach goleniostopowych ruchy są jeszcze znacznie ograniczone.
- 22/VI. Ciepłota 36.8 — 38.6. Wysypka zbladła, chory próbuje podnieść się na łóżku. Zjawiała się biegunka.
- 23/VI. Ciepłota 38.5 — 40.0. Chory nie spał całą noc, było kilka napadów silnego tężenia mięśni, biegunka trwa dalej.
- 24/VI. Ciepłota 38.4 — 39.6. Prawe biodro nieco obrzmiało.
- 25/VI. Ciepłota 37.5 — 39.5. Dzień dzisiejszy jest pierwszym, w którym, licząc od początku choroby, nie było ani jednego napadu silnego tężenia mięśni. Mięśnie brzucha i dolnych kończyn jeszcze twarde.
- 26/VI. Ciepłota 37.4 — 39.5. Napadów tężenia mięśni wcale nie było. Twarz i kończyny dolne nieco obrzmiało. Wysypka znika.

27/VI. Ciepłota 38.8 — 39.0. Członek i moszna obrzękły. Biegunka ustała. Skóra całego ciała pokryła się jednostajnym zaczerwienieniem — erythema scarlatiniforme.

28/VI. Ciepłota 38.4 — 38.4. Stan bez zmiany. Biegunka znowu zjawiała się.

29/VI. Ciepłota 37.8 — 38.0. Wysypka miejscami znika.

30/VI. Ciepłota 38.0 — 39.0. Wysypka jeszcze znaczna w okolicach pachwinowych. Obrzęk moszny zwiększył się.

1/VII. Ciepłota 37.5 — 37.8. Całe ciało brzęknie, zwłaszcza kończyny dolne. Na grzbiecie tworzą się czyraki. Wysypka pozostaje jeszcze na dolnej części brzucha i biodrach.

2/VII. Ciepłota 37.7 — 39.6. Obrzęk na mosznie silnie się powiększył. Badałem urynę — białka w niej niema.

3/VII. Ciepłota 38.0 — 38.6. Po raz pierwszy od początku cierpienia chory kładzie się na bok.

4/VII. Ciepłota 37.5 — 38.5. Stan bez zmiany.

5/VII. Ciepłota 37.7 — 38.1. Na grzbiecie bardzo liczne czyraki.

6/VII. Ciepłota 37.3 — 38.5. Chory po raz pierwszy kładzie się na brzuch. Poprzecinałem dojrzałe czyraki. Znowu wystąpiła biegunka.

7/VII. Ciepłota 37.5 — 38.3. Stan bez zmiany.

8/VII. Ciepłota 37.2 — 38.1. Chory pełza na kolanach.

9/VII. Ciepłota 36.7 — 37.8. Stan bez zmiany.

10/VII. Ciepłota 37.8. Stan bez zmiany. Czyraki goją się.

15/VII. Ciepłota prawidłowa. Chory po raz pierwszy siedzi. Apetyt doskonały, twarz nieco obrzękła, białka w urynie nie ma. Na górnej części ciała pokrzywka.

17/VII. Obrzęk ciała ustępuje, białka ani cukru w urynie nie ma. Skóra szorstka i sucha, swędzi, podobna do skóry zajętej przez prurigo.

25/VII. Chory chodzi jakby na drewnianych nogach.

Na początku sierpnia chory już może biegać, chociaż jeszcze niezgrabnie.

W roku zeszłym na skutek żądania sędziego śledczego wykonałem badanie pośmiertne dnia 15 lutego na zmarłym z powodu tężca. Historia tego przypadku była następująca.

Dnia 1 lutego do lekarza Hermana zgłosił się włościanin C. lat 30 mający, prosząc o wydanie świadectwa z powodu pobicia — które miało miejsce dnia poprzedniego. C. był uderzony w nos gruną zmarłej ziemii. Lekarz Herman znalazł na twarzy chorego zabrudzony opatrunek, który osunął się z rany, znajdującej się na

lewej stronie nosa i drażącej do jamy nosowej. Innych obrażeń nie było. Odtąd chory codziennie przychodził do lekarza dla opatrywania rany. Rana powoli zablizniała się. Ósmego dnia od chwili obrażenia, a szóstego według zeznań jego rodziny, u chorego twarz uległa wykrzywieniu: prawy kąt ust opuszczony, prawe oko nie zamyka się szczelnie, prawa połowa twarzy jak gdyby skamieniała, mowa niewyraźna, szczęki silnie zaciśnięte. Chory skarży się na niemożebność łkania i na zesztynienie karku. Następnym dni objawy chorobowe spotęgowały się. Zajęte zostały mięśnie kregosłupa i kończyn, całe ciało wygięło się łukowato ku przodowi. Dnia 12 lutego chory zmarł.

Przy badaniu pośmiertnym na lewej stronie nosa na granicy części kostnej i chrząstkowej, znalazłem szary strup. Pod strupem znajduje się bliźnięca rana kształtu litery greckiej λ. Rana ta przenika do jamy nosowej. Po rozszerzeniu rany spostrzega się w głębi kawałek kości nosowej, zepchnięty do jamy nosowej. Przy uciskaniu nasady nosa wypływa z górnego kąta rany płyn ropiasty barwy żółtej. W przegrodzie nosa znajduje się jama wielkości orzecha tureckiego, wypełniona takim samym płynem. Jama ta łączy się wąską przetoką z raną zewnętrzną.

Badanie drobnovidzowe tego płynu, wykonane w celu znalezienia drobnoustrojów tęcza, dało wynik ujemny.

Jak na początku swej pracy nadmieniałem, w fabryce naszej obrażenia są nadzwyczaj częste, — a jednak tęzec był spostrzegany zaledwie 4 razy w ciągu ostatnich lat dziesięciu. Przeglądając dostępną mi literaturę, nie znalazłem zadawalniającej odpowiedzi na to pytanie. We wszystkich podręcznikach bakterjologii mówi się o nadzwyczajnym rozpowszechnieniu laseczników tęcza w ziemi i pyle, ale prawie wszędzie jest mowa o ziemi ogrodowej lub z ulic miasta, lub o pyle szpitalnym, ale nie o ziemi odległych wiejskich pól, borów i stepów, jak również nie o pyle wiejskich dróg lub fabryk. Nikolaicz obserwował, że ziemia z powierzchni ulic i pól posiada także zakaźne własności, które różnią się od własności ziemi ogrodów i lasów. Objawy spostrzegane po zastrzyknięciu zwierzętom tych dwóch rodzajów ziemi są różne, jak również różniami są i drobnoustroje znajduwane w narządach zwierząt, użytych do doświadczeń. Po zastrzyknięciu pod skórę zwierząt ziemi z ogrodów występuje złośliwy obrzęk, a po zastrzyknięciu ziemi z ulic występują objawy, podobne do objawów tęcza u człowieka. Chantemesse i Widal robili doświadczenia nad pyłem z sali szpitalnej, w której w ciągu roku leżało trzech chorych tęcowych. Otóż okazało się, że pył, brany tylko

z jednego ograniczonego miejsca sali, po zastrzyknięciu pod skórę zwierzętom zawsze sprowadzał tężec. Tymczasem gdy pył, brany z rozmaitych innych miejsc tej samej sali, był zupełnie nieszkodliwy. Gauthier i Hagem w swych podręcznikach bakterjologii opowiadają o dzikich, zamieszkałych na Nowych Hebrydach, którzy maczają końce strzał w pewnym błocie. Strzały te, raniąc ciała nieprzyjaciół, działają zabójczo, ponieważ sprawdzają tężec. Lecz nie każde błoto zawiera zarazki tężca. W podręcznikach chorób dziecięcych Vogla, Biederta, Heubnera czytamy, że tetanus neonatorum spostrzeżać się częściej w Indyach wschodnich, Kajennie, Hiszpanii, aniżeli u nas. To samo znajdujemy w podręcznikach akuszerki Schredera, Ahlfelda, odnośnie Rangedo tetanus puerperalis. Wynika więc z tego, że w okolicach podrównikowych zarazki tężca są więcej rozpowszechnione i więcej zjadliwe.

Były robione doświadczenia nad wytrzymałością laseczników tężca w trupach, zakopanych w ziemi. Otóż okazało się, że są one bardzo wytrzymałe, ponieważ dopiero po 234 dniach pozostawania głęboko w ziemi traciły swe zabójcze własności. Jednak warunki rozwoju i bytu laseczników tężcowych w otaczającej nas glebie prawie zupełnie są jeszcze nie znane. W ostatnich czasach powstała teoria o sprzyjających warunkach rozwoju pałeczek tężca w kale końskim (Sermoni, Verneuil).

My nie wiemy, czy zarodek tężca dostawszy się do rany, zawsze powinien wywołać tężec i przy jakich warunkach może stać się zupełnie nieszkodliwym.

Tu odkrywa się szerokie pole do badań i domysłów. Wychodząc z przypuszczenia, że zarodek tężca często dostaje się do rany, a jednak tylko rzadko kiedy rozwija swą działalność toksyczną, szukano wyjaśnień w niedostatecznej ilości wpadającej do rany zarazy, tłómaczono słabą zaraźliwością tego zarazka lub też względnie wielką odpornością człowieka. Tłómaczono również tę okoliczność w ten sposób, że dostające się do rany razem z lasecznikiem tężca łańcuszkowce wywołują zakażenie swoiste wcześniej, zanim lasecznik tężca zdoła rozwinąć swą toksyczną działalność (Heyze). Tizzoni twierdzi, że dla wystąpienia tężca konieczny jest pewien rodzaj symbiozy drobnoustrojów (Eulenburg, Encyklopaedie). Beumer tłómaczy względną rzadkość tężca u noworodków anatomicznymi właściwościami rany pępkowej, wypełniającej się ziarniną, ponieważ rany ziarninujące są bardzo odporne na drobnoustroje tężca (Eulenburg, t. XIX).

Jeżeli zarazek tężca dostał się do rany, znalazł odpowiednie warunki dla swego rozwoju, to nie zaraz występuje zabójcza jego

siła. Po zastrzyknięciu czystych hodowli tężca objawy chorobowe wybuchają po 1 — 3 dniach. Objawy tężca urazowego mogą wystąpić po 5 — 10 dniach i nawet później. Im prędzej występują objawy tężca, tem groźniejszy jest jego przebieg. Leyden podaje następującą tabelę (Berl. Kl. W., 99, XXIX, p. 634):

Okres wylegania	1 — 8 dni,	śmiertelność	91%
"	" 8 — 14 "	"	80%
"	" wyżej nad 14 "	"	59%.

W podanym przezemnie drugim przypadku tężca okres inkubacji trwał podług lekarza 8 dni, a podług zeznania rodziny chorego 6 dni, cały więc przebieg tężca trwał tylko 4 — 6 dni. — W przypadku przezemnie spostrzeganym nie zostało wyjaśnionem, jaką drogą dostał się do organizmu chłopca zarazek tężca. Należy przypuszczać, iż przez ranę w kształcie kreski na lewej łydce. Lecz przy oglądaniu chorego rana ta była pokryta zupełnie suchym strupem, a otaczająca ją skóra nie miała żadnych śladów odczynu. Prawdopodobnie więc zarazek tężca dostał się do organizmu przez tę ranę w chwili jej powstania, jakiś czas znajdował się w okresie utajenia, a wstrząśnięcie przy wpadaniu do dołu obudziło go ze stanu uśpienia. Podobny przypadek opisuje Beuthner (D. M. W., 98, — Therap. Ral., s. 76).

Do jakiej kategorii, ciężkich czy lekkich, należy zaliczyć spostrzegany przezemnie przypadek? W moim przypadku natężenie objawów chorobowych było bardzo wysokie. Na samym początku rozwoju choroby występowały silne naprężenia mięśni całego ciała bardzo często, bo nawet częściej niżeli co 5 minut, dopiero po trzecim zastrzyknięciu surowicy napady te stały się rzadszemi, póki przy dalszem stosowaniu surowicy powoli nie znikły zupełnie. W czasie napadów takiego tężenia mięśni bardzo często występowała utrata przytomności. Z tego powodu mój przypadek zaliczyć należy do ciężkich.

Przy stosowaniu surowicy w moim przypadku występowały rozmaite objawy ze strony skóry. I tak po pierwszych trzech zastrzykiwaniach surowicy ciepota ciała, dotąd prawidłowa, podnosi się, a po ostatnich dwóch zastrzykiwaniach dochodzi do 40.6°, a później powoli opada. Przytem tętno staje się przyśpieszonym i waha się odtąd aż do zupełnej rekonwalescencji między 120 — 140 uderzeniami na minutę. Na samym początku choroby z powodu obfitego pocenia się występuje miliaria cristallina, w czasie drugiej seryi zastrzykiwań występuje na skórze wysypka podobna do odry i trwa

6 dni. Gdy po kilku dniach wysypka ta zaczęła powoli znikać, raptem całe ciało pokryło się wysypką, podobną do szkarlatyny. Po ustąpieniu tej wysypki całe ciało zaczęło brzęknąć i w wielu miejscach utworzyły się czyraki. Było ich dwadzieścia kilka. W końcu występowała jeszcze pokrzywka i w czasie zdrowienia skóra chorego posiadała cechy skóry zajętej przez prurigo. Podobna różnorodność skórnych wykwitów często bywa przy od niedawna stosowaniem leczenia surowicą. Co powoduje te objawy, dokładnie nie jest jeszcze wiadomem. Prawdopodobnie, ma tu znaczenie ilość użytej surowicy, wrażliwość chorego, jak również różnorodność własności krwi zwierząt, z których surowica została przygotowana.

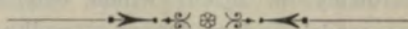
Czy w moim przypadku surowica sprowadziła wynik zbawienny, zdaje się, że na to z pewnym prawdopodobieństwem mogą odpowiedzieć twierdząco. Przynajmniej po pierwszych zastrzykiwaniach ilość napadów tężenia mięśni całego ciała zaczęła się zmniejszać. Brak przytomności umysłu w czasie tych napadów coraz rzadziej występuje, i nareszcie zupełnie znika. Po zastrzyknięciu pięciu dawek surowicy powoli ustępują wszystkie objawy tężcowe. Wprawdzie doświadczenia na zwierzętach nie mówią wiele na korzyść surowicy (XII międzynarodny sjezd wraczej w Moskwie—Wracz, 1897, strona 1136 i Berl. Kl. Woch., 1898, Blumenthal i Jacob), a jednak pomimo mało dodatniego wyniku tych doświadczeń weterynarz zaleca surowicę, jako środek zmniejszający natężenie objawów chorobowych i skracający cały przebieg cierpienia. Zresztą obecnie innego środka przeciwko tężcowi nie mamy. Zalecana mleczanka mózgowa nie dała zadawalających wyników. Metoda Roux-Boeull, polegająca na zastrzykiwaniu surowicy przeciwteżcowej wprost do mózgu, dała dotychczas u ludzi na 9 przypadków 7 zejść śmiertelnych (Leyden, Berl. Klin. Woch., 1899, XXIX, 634). Gibb opisuje przypadek (The British Medical Journal, 15 Sept. 1899, — Wracz, 1899, XXXV, 1027), gdzie po zastrzyknięciu surowicy do mózgu ustąpiły objawy tężca, lecz wkrótce potem chory zmarł z powodu ropnia, który utworzył się w mózgu. Metoda Jacoba, który sposobem Quinke'go zastrzykiwał surowicę pod oponę twardą rdzenia kręgowego, dała na 8 przypadków zaledwie jeden przypadek z zejściem pomyślnem. (Przypadek Leydena, Berl. Klin. Woch., 1899, XXIX). Według obliczeń Engelmana (D. M. W., 1898,—Ther. Reil., 15), surowica dała 60% wyzdrowień, podczas gdy bez surowicy wyzdrowienie nastąpiło w 38%. Przy leczeniu surowicą należy zwracać uwagę, jak surowica była stosowaną w danym przypadku. Według obliczeń Engelmana (Müncb. Med. Woch., 1897, № XXXII — XXXIV),

z 36 chorych, leczonych surowicą Tizzoni-Cantani, zmarło 8, czyli wyzdrowiało 77%; z 13 przypadków, leczonych starą surowicą Behringa, zmarło 6, czyli wyzdrowiało 53%; z 22 przypadków (Erd., Wien. Kl. Woch., 1898, 12 Mai), leczonych nową surowicą Behringa, zmarło 11, czyli wyzdrowiało 50%. Są to liczby nie wielkie, lecz i z nich widać różnicę.

Stosowanie surowicy w tężcu winno być możliwie jaknajprędsze. Tymczasem trudno jest w danym wypadku natychmiast odpowiednie leczenie zastosować, gdyż taką surowicę można zwykle otrzymać tylko w specjalnym zakładzie, mającym na celu przygotowanie surowic leczniczych. Byłoby bardzo pożądane, gdyby surowica przeciwżółcowa znajdowała się w rękach naprzykład lekarzy powiatowych, lub w aptekach powiatowych. W tym razie otrzymanie surowicy byłoby daleko łatwiejsze i byłaby daleko większa odsetka wyleczonych chorych tężcowych. Co do przypadku tężca z nadzwyczaj ciężkim przebiegiem, podanego przezemnie, a zakończonogo nie pomyślnie, gdyby nawet w pierwszym dniu rozpoznania cierpienia była zażądana surowica z Charkowa, to zaledwie w wigilię dnia śmierci lub w sam dzień śmierci byłaby otrzymana. Zastosowanie więc jej miałoby prawdopodobnie wynik niepomyślny. Badanie pośmiertne w tym przypadku nie wykazało żadnych szczególnych zmian w organizmie, które można byłoby nazwać charakterystycznymi dla tężca. Drobnowidzowe badanie ropy z rany nosa dało wynik ujemny. Nie można było oczekiwać czegoś więcej dodatniego. Kitasato wstrzykiwał myszom czyste hodowle tężca, myszy wkrótce zdychały przy objawach tężca, a jednak ani razu nie udało mu się znaleźć drobnoustrojów tężca na miejscu zastrzyknięcia.

Badania ostatnich czasów wykazały, że krew chorych na tężec leczonych lub nie leczonych surowicą, może utracić swą toksyczną własność. Mianowicie jeżeli taką krew zastrzyknąć myszom, to ona może okazać się dla nich zupełnie nieszkodliwą. A jednak osobnik, od którego krew ta była wzięta, umierał. W ten sposób przekonano się, że krew okazywała się nieszkodliwą. Jeżeli jednak zastrzykiwać myszom rozmiądzoną tkankę mózgu (Blumenthal, Leyda Bl. Kl. Woch., 1899, XXIX, 633), rdzenia kręgowego lub nawet wątroby (Siegfried Tauber, W. Kl. W., 1898, XXXV, — Referat D. M. W., 1899, Literat Beily, XIV, p. 90), to rozwijają się u nich objawy tężcowe. Stąd wywnioskował Blumberg, że zarazek tężcowy łączy się zapewne chemicznie z komórkami ośrodków nerwowych, a Tauber dodaje, że i z komórkami wątroby. Stąd powstała myśl zastrzykiwania surowicy pod twardą oponę mózgu lub rdzenia pacie-

rzowego. Można więc również oczekiwać pewniejszego sposobu stwierdzenia zarazka tężcowego w ciele zmarłego, przez zastrzykiwanie myszom jego tkanki mózgowej, aniżeli przez drobnowidzowe badanie ropy, nie dające zwykle żadnego dodatniego wyniku, lub przez zastrzykiwanie krwi, która mogła już utracić swe toksyczne własności.



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

1. *Medycyna wewnętrzna.*

68.

C. A. Ewald. „Samozatrucie.”

(Die Autointoxication. Saecular-Artikel. — Berl. klin. Woch., № 7 i 8.

Samozatrucie jest dziecięciem ostatnich dziesiątków lat bieżącego stulecia. Wprawdzie już oddawna zwracano uwagę na istnienie ciał trujących w ustroju, rozumiano jednak pod stanami, które wywoływały, raczej to, co my dziś rozumiemy pod zakażeniem. Dziś uważamy za *samozatrucie zatrucie ustroju produktami trawienia lub przemiany materji bądź normalnemi, bądź też nienormalnemi, wytwarzanemi przez ustrój żyjący.*

Zródłem wytwarzania owych substancji trujących mogą być zarówno przewód pokarmowy, jak i mięszsz tkanek, w pierwszym wypadku mówimy o produktach trawienia, w drugim o produktach przemiany materji.

Należy jednak kwestye te omówić nieco wyraźniej: pod samozatruciem kiszkiwem rozumiemy zatrucie produktami, powstałemi w przewodzie pokarmowym skutkiem nieprawidłowego trawienia, stąd też nie wchodzi tu w grę zatrucia wprowadzonemi z zewnątrz ciałami trującymi, a więc truciznami metalicznemi, roślinnemi, oraz t. zw. pokarmami zepsutemi, również nie są przedmiotem nauki o samozatruciu zatrucia ustroju wytworami przemiany materji drobnoustrojów, znajdujących się w kiszkiach, jak to widzimy w durze brzuszny, cholera, zarazie morowej, błonicy, gruźlicy, tężcu etc. Mówiąc: samozatrucie, myślimy jedynie o zatruciu produktami, wytwarzanemi w narządzie trawienia skutkiem nieprawidłowych jego czynności.

W danym razie nie tylko chodzi o jakość, ale i o ilość produktów trawienia. Często wytwarzanie ciał trujących jest zjawiskiem normalnem, ale bądź ilość ich jest nieznaczna, bądź też natychmiast są unieszkodliwione w miejscu powstania.

Weźmy fenol. Jest on produktem rozkładu białka, ale pozostaje w kiszkiach w niewielkich ilościach, a i te ilości niewielkie w ra-

zie wessania, łącząc się z siarczanami, albo z solami glycoronowemi, tworzą związki nietrujące.

Innem źródłem samozatrucia jest tworzenie się nowych ciał, powstających skutkiem nieprawidłowego trawienia: są to ciała o typie zasad, jak ptomainy, albo powstałe skutkiem rozpadu peptonów, peptotoksyny, amidokwasy, kwasy tłuszczowe, alkaptan i metylmerkaptan. Tu jednak zaznaczyć należy, że nawet w czasie prawidłowego trawienia białka albumozy i peptony (Schmidt, Kühne, Neumeister i in.) są dla ustroju szkodliwe, o ile nie wchłaniają się przez błonę śluzowa kiszek, ale dostają się wprost do krwiobiegu.

Co się tyczy śródtkankowego pochodzenia samozatrucia, wchodzi tu w grę wytwory przemiany materii tkanek i soków ustroju. Należy tu w pierwszym rzędzie mieć na uwadze ciała wytworzone skutkiem życia komórki, oraz jej rozpadu. Te wytwory dyzasymilacji w warunkach prawidłowych są wydalane z ustroju głównie przez nerki, skórę i płuca. Wiemy np. dokładnie jak jest trujący kwas węglowy i różne inne produkty oddechowe, produkty oddechania skórniego i t. p., toż samo dotyczy ciał powstałych skutkiem utleniania i odtleniania, uwodnienia i odwodnienia, wreszcie skutkiem syntezy, a więc kwasu mlecznego, powstałego z rozkładu białka tkanek, acetonu, kwasu oksymasłowego, mocznika (z soli amoniakalnych), kwasu moczowego (z zasad ksantynowych) i t. p. Same przez się nie są te ciała trujące, stają się jednak toksynami, skoro powstały w sposób nieprawidłowy lub rozpadają się na dalsze produkty.

Zobojętniające działanie spełniają wogóle: wątroba, gruczoł tarczowy, nadnercza, trzustka, przydatek mózgowy. Zobojętnianie jednak substancjami szkodliwych następuje często już w samym przewodzie pokarmowym, a wtedy bezkarnie mogą przejść do krwiobiegu. W innych wypadkach zobojętnienie toksyn następuje w wątrobie, dokąd dostają się z kiszek przez układ żyły wrotnej.

Wiemy naprzykład, że pewne trucizny bezkarnie mogą być wprowadzone przez kanał pokarmowy, podczas gdy wprowadzone do krwiobiegu bezpośrednio działają trująco. Tu należy: jad żmij, nikotyna, toksalbuminy tęcza, peptony i t. p. Nencki i jego szkoła dowiedli, iż przez wykluczenie wątroby z krążenia (przetoka Eck'a) wywołać można objawy toksyczne przy karmieniu zwierząt obfitym w białko pokarmem. Skoro więc wątroba nie spełnia swej roli zobojętniającej toksyny, wtedy możliwe jest samozatrucie kiszkowe. — Wtedy albo ilość toksyn wytworzonych w kiszkach jest tak wielka, że wątroba nadmiernej pracy sprostać nie może, albo przy normalnej ilości toksyn istnieje niedomoga wątroby, lub też oba te momenty istnieją wspólnie.

Po za wątrobą jednak ustroj posiada inny jeszcze środek ochronny, skoro wątroba przepuściła toksyny do krwiobiegu — są to antytoksyny, wytwarzające się pod wpływem toksyn w ustroju.

Wreszcie środkiem samopomocy ustroju jest szybkie wydalenie toksyn przez nerki, płuca i skórę, tak że ilość toksyn krążących w ustroju w danej chwili jest tak mała, że szkody mu przynieść nie może.

Toksyczność moczu i potu została stwierdzona, ale jej stopień nie odpowiada zawsze stopniowi toksyczności krwi, która może być większa.

Poszukiwania jednak toksyn we krwi nie zawsze mogą dać wyniki dodatnie, są to bowiem ciała trudno ujawniane, łatwo rozpadające się w czasie badania i w tym kierunku prowadzone badania często doprowadzają do mylnych wniosków. Morani np. wykrył jakoby nader trujące ciało w moczu prawidłowym, które ochrzcił mianem ksantokreatyniny. Stadthagen jednak wyprowadził go z błędu, dowiódłszy, że była to nieczysta kreatynina — zupełnie nieszkodliwa.

Jeżeli zgrupujemy to, cośmy mówili powyżej, otrzymać możemy następujące obrazy samozatrucia.

1. *Samozatrucie pochodzenia kiszkiowego* zdarza się w całym szeregu zaburzeń ostrych i przewlekłych. Widzimy tu różne zaburzenia nerwowe, jak bóle głowy, nadczułość, nastrój hypochondryczny-zawroty głowy i t. p. Znano te objawy już dawniej, a Chomei i Trousseau ochrzcieli je mianem vertige de l'estomac. Dziś uważa, my je za objawy samozatrucia toksynami, wytworzonymi w przewol dzie pokarmowym, które, przeszedłszy bez zmian przez wątrobę, dostały się do krążenia ogólnego. Zatrucia te mogą być ostre i przewlekłe. Pierwsze szczególnie zwracają naszą uwagę i podtrzymują teorię samozatrucia, groźne bowiem objawy znikają po usunięciu przyczyny. Widzimy to z licznych prac Senatora, Ewalda i innych.

Nauka o samozatruciu kiszkiowym dziś poszła nieco dalej, wiemy, że na tej drodze powstają liczne cierpienia, których przyczyna dawniej nie była przypisywana samozatruciu pochodzenia trawiennego; tu należą niektóre choroby skóry, jak pokrzywka, trądzik, świąd, purpura, tu zaliczamy asthma dispepticum, okresowe wymioty, tetanię, cystynurę, anemię, zatrucie skutkiem robaków, nawet t. zw. anemia perniosa Biermer'a, oraz blednicę.

2. *Samozatrucie śródmiąższowe* występuje najjaskrawiej w moczniccy, w śpiączce cukrzycowej i rakowej, chorobie Basedowa, moczówce cukrowej, chorobie Ahisona, myxoedemacie, kretynizmie, leukemii i pseudoleukemii, eklampsji i niektórych postaciach chorób umysłowych. Tu zaliczają również migrenę, różne postaci neurytów, chorobę Werlhofa, polymyositis, choroby przemiany materji, jak dnę, ale te ostatnie cierpienia mogą również pochodzić i od współczesnego samozatrucia pochodzenia kiszkiowego.

Niezależnie od chorób, w których samozatrucie odgrywa rolę wybitną, istnieje cały szereg cierpień, w których jest ono tylko jednym z licznych objawów innego pochodzenia, wtedy mówimy, iż autointoksykacja zjawiała się w przebiegu danej choroby.

Oto w zarysach głównych zdobycze XIX-go wieku co do autointoksykacji. Teorya głównie była opracowywana przez francuzów i włochów, niemey zajmowali się więcej faktyczną stroną tej sprawy.

Przechodząc do rozpatrzenia pojedynczych teoryi, przedewszystkiem zatrzymamy się na zatruciu kwasem węglowym, oraz zatruciu

skutkiem usunięcia działalności skóry (ciężkie oparzenia, choroby skóry na dużej przestrzeni i t. p.). W obu wypadkach chodzi o zatrzymanie częścią ciał gazowych, częścią stałych z przemiany materii powstałych, których działanie trujące nie ulega wątpliwości, jak kwas węglowy, amoniak. Inne natomiast ciała, jak mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, leucyna, tyrozyna, cholesteryna, cukier gronowy, kwas moczowy, barwniki żółciowe, sole nieorganiczne, wydzielające się z potem, z wyjątkiem soli potasowych, są dla ustroja same przez się nietrujące. Po zatem Lustgarten w tkankach spalonych wykrył ptomainę, analogiczną muskarynie; ptomaina ta, według Vassale'a i Sacchi, dostaje się do ustroju z oparzonej skóry.

Inaczej jednak sprawa stoi z innymi zatruciami. Ponieważ trudno szukać ciał trujących w skórze i płucach, zaczęto poszukiwać ich w innych wydzielinach.

Kulneff, v. Roos i inni zajęli się badaniem na toksyny zawartości żołądka i kiszki. Z badań tych wiemy, że w istocie tworzą się toksyny, ale nie mamy możności sprawdzić, o ile dostają się do krwiobiegu. W tym celu należałoby badać krew i mocz, gdyż odkrycie dopiero we krwi, ew. w moczu, toksyny może przemawiać za tem, że znajdowała się w krwiobiegu.

W tym kierunku szły już badania, które podzielić się dają na 2 grupy: fizjologiczne i chemiczne. Pierwszego rodzaju badania są nader liczne. Tu należą badania Boucharda, który stwierdził, że mocz prawidłowy, wstrzyknięty do żył zwierzęcia, wywołuje ciężkie postaci zatrucia, niekiedy śmierć. Ilość moczu, potrzebną dla zabicia zwierzęcia, Bouchard określa jako współczynnik moczowy (coefficient urotoxique) i oblicza na 1 klgrm. wagi zwierzęcia. Współczynnik ten wynosi mniej więcej 0.42 dla moczu prawidłowego, a 0.1 — 0.2 dla patologicznego. Współczynnik ten określano dla rozmaitych stanów ustroju (czuwanie, sen, mocz nocny i dzienny, różne odżywianie). Toż samo określono dla surowicy, śliny, potu, oraz wyciągu wodnego lub wysokowego różnych narządów. Francuzi i włosi chcieli ustalić współczynnik toksyczności dla moczu we wszystkich chorobach, a Semmola poszedł jeszcze dalej, bo na tej zasadzie chciał budować rokowanie w chorobach.

Według Ewalda niemcy dość obojętnie patrzyli na te badania. Ze mocz jest trucizną, o tem wiadomo było jeszcze przed badaniami Boucharda, gdyż już Segalaes i Vauquelin stwierdzili to w roku 1822, najlepszym zresztą tego dowodem jest mocznica, co się jednak dotyczy daleko idących wniosków szkoły francuskiej, Albu, Brieger, Ewald, Fr. Müller, v. Noorden i Senator występowali przeciw nim niejednokrotnie.

Przedewszystkiem bowiem działanie trujące ciał różnych jest różne nie tylko u różnych zwierząt, ale nawet u tych samych. Godart i Slosse stwierdzili naprzykład, że dawka trująca strychniny waha się od 0.34—2.3 mlgrm. na kilo zwierzęcia, a zatem w granicach wielkich, według Massoin'a najwyższa dawka była 2.1 razy wyższa od najniższej. Dalej stwierdzono, że w czasie wstrzykiwań do żył, niezależnie od ciała wstrzykiwanego, powstają zmiany w ustroju np. według

Heinza i Lesné po wstrzykiwaniu roztworów soli kuchennych powstawały zatory w płucach, żołądku, nerkach. Niezależnie od tego na współczynnik toksyczności moczu wpływa stan odżywiania i karmienia zwierzęcia. Bergh np. stwierdził, iż współczynnik ten przy pełnym i pustym kanale pokarmowym waha się między 0.295—0.466; również wiadomo, że w danym razie i indywidualne właściwości zwierzęcia odgrywają wpływ ważny na wysokość współczynnika. — Najważniejszym jednak argumentem jest fakt, iż mocz odnośnie do krwi nie jest płynem isotonicznym, ale allotonicznym, skutkiem czego, według Heinza, Fr. Müllera, Albu, Bergh'a, Posnera i Vertun'a, mocz, dostawszy się do krwi, tem samem powoduje zmiany znaczne. Idąc dalej, wspomniani autorzy dowiedli, iż współcześnie z podniesieniem się punktu zamarzania, a więc ze zwiększoną koncentracją, toksyczność moczu zwiększa się i że toksyczność ta jest mniej więcej taka sama, jak jednoznacznych roztworów soli kuchennej. Toksyczność więc moczu, jak wynika z tego, zależy od własności fizycznych tego płynu. Niektóre jednak ciała chemiczne, niewątpliwie, działają tu toksycznie, są to sole potasu i amonu, które już w dawce 0.12 — 0.2 grm. pro kilo wywołują śmierć skutkiem porażenia serca, gdy je zastrzykną do krwi. Beck dowiódł, że śmierć od zastrzykiwania moczu do żył zależy nie od porażenia oddychania, a od porażenia serca, zatem zależy od działania potasu. Aby fakt ten jeszcze bardziej ustalić, usuwano z moczu potas przez strącenie lub dializę (Schiffer, Roger), lub też porównywano stopień toksyczności moczu z jego popiołem (Lépine, Guerin, Bergh), wreszcie obliczano ilość potasu w moczu. Bouchard na tej ostatniej drodze chciał dowieść, że sole potasu dają tylko 57% ogólnej toksyczności moczu; — Stadthagen przeciwnie obliczył, iż w 60 etm. moczu ludzkiego, który zabija 1 klgrm. zwierzęcia, jest 0.16 — 0.2 grm. potasu, podczas gdy dawką trującą dla potasu jest 0.18 — 0.29 grm. pro kilo wagi zwierzęcia.

Lépine i Guerin za pomocą swojej metody stwierdzili, iż na karb soli potasu należy odnieść 35% ogólnej toksyczności moczu, Bergh jednak znalazł, że popiół moczu jest o wiele toksyczniejszy od samego moczu, a potwierdził to w swych dalszych badaniach Bouchard.

Ze związków organicznych moczu mocznik, kwas moczowy, kreatyna, kreatynina, ksantyna i hypoksantyna nie posiadają, o ile wiemy, wybitnych własności trujących w dawkach, w jakich znajdują się w moczu, co się tyczy barwników, którym Bouchard przypisywał 33% toksyczności (według niego mocz odbarwiony przez węgiel kostny miał mieć mniejsze własności trujące, niż uprzednio) Bergh nie mógł tego potwierdzić w swych doświadczeniach i utrzymuje, że mocz odbarwiony wywoływał też same objawy (zwężenie źrenic i drgawki), a co do stopnia był nawet więcej trujący.

Widzimy z tego, że z badań Boucharda i jego szkoły pozostał tylko fakt, że mocz jest w istocie ciałem trującym, ale związane z tem spostrzeżeniem teorye, wysnuwane przez szkołę francuską i włoską, utrzymać się nie mogły.

Sądzić z wysokości współczynnika o stopniu własności trujących moczu nie można, bo byłoby to toż samo, co ze skureczu mięśnia sądzić o sile baterii elektrycznej, skoro posiadamy galwanometr.

Badania fizyologiczne, jak widzimy, nie doprowadzają nas do celu, próbowano więc metody badań patologicznych. Rzeczywiście, badania nad różnymi chorobami, które wyżej rozpatrzyliśmy jako samozatrucia, dowodziły, iż toksyczność moczu jest większa w tych chorobach, niż normalnie, skorobyśmy chcieli jednak wysnuć wnioski ogólne, doszlibyśmy do wyników niestałych, gdyż na toksyczność wpływa tyle warunków, że żadną miarą wyosobnić ich nie można.

To też pozostaje nam jedynie droga chemiczna dla wyodrębnienia przypuszczalnych toksyn.

W tym kierunku podjęte badania są bardzo trudne. Jeżeli chodzi o znane ciała, jak kwas mleczny, szczawiowy, aceton, kwas aceto-octowy, kwas oksymasłowy, glikronowy, indol, fenol, amoniak, siarkowodor — wiemy dobrze, że w ilościach większych, niż mogą znajdować się w ustroju, są one nieszkodliwe. Aceton, kwas diacetowy, oksymasłowy zjawiają się jako produkty niepełnego utlenienia w czasie głodzenia bez szkody dla ustroju. Związki o charakterze diamidów, wykryte w postaci związków z platyną, złotem lub jako pikrynaty w różnych chorobach (Griffits, Bauman i Udranski, Riegel i Stadthagen, Albu, Ewald i Jacobson) są ciałami niestałymi i znajdują się w tak nieznacznych ilościach w ustroju, że o ich własnościach trujących nie powiedzieć nie można. Albu, Ewald i Jacobson znaleźli naprzykład te ciała w czasie napadu tetanii pochodzenia żołądkowego, ale wstrzykiwania ich zwierzętom wykazały zupełną ich nieszkodliwość.

Ewald zajmował się wyodrębnianiem za pomocą metod Briegera i Baumana ciał trujących z moczu. W 2 przypadkach raka żołądka, 1 przypadku mocznicy, oraz choroby Addisona, otrzymał on w postaci soli pikrynowych i podwójnych soli platynowych ciała trujące, podobne do alkaloidów, ale w ilościach do analiz niewystarczających. Tak samo w przypadku śpiączki skutkiem zaparcia stolca, oraz w przypadkach śpiączki mocznicowej i rakowej otrzymał sole podwójne złote i platynowe z substancjami, podobnymi do alkaloidów. W innych przypadkach podjęte doświadczenia nie dały mu wyników.

Pewne ciała trujące Lussana wykrył przy robakach w przewodzie pokarmowym. U pacjenta z anihilostoma duodenalis wyciąg spirytusowy z dobowej ilości moczu, wstrzyknięty w roztworze wodnym królikowi, wywołał zmniejszenie ilości czerwonych ciałek krwi i ilości hemoglobiny, ale życia go nie pozbawił. Po usunięciu robaka mocz substancji tej trującej nie zawierał. Lussana sądzi, iż miał tu do czynienia z ptomainą. Potwierdzają to badania Arslana, który w 2 przypadkach anihilostomatis u dzieci wykrył w moczu podobnie działającą substancję. Foreheimer znów z moczu chorych na blednicę stracił ciało białkowe trujące. Dawniej już zresztą mówiono o truciznach, wydzielanych przez robaki żywe, lub powstających z rozpadu ich ciał martwych.

Z innych spostrzeżeń zanotować należy znany przypadek Senatora samozatrucia przez siarkowodór, po ogłoszeniu którego w piśmiennictwie spotykamy szereg przypadków, gdzie znajdowano wiele siarkowodoru w moczu lub w przewodzie pokarmowym bez objawów zatrucia. Nie można jednak uważać przypadku Senatora za samozatrucie, a raczej za zatrucie H_2S .

Badania nad śródmiażdżowym samozatruciem prowadzili Stadelmann, Minkowski, Magnus-Lewy, mianowicie w ciężkich postaciach cukrzycy znajdowali kwas β oksymasłowy wraz z acetonem i kwasem diacetowym w dużych ilościach w moczu. W czasie śpiączki produkty te zatrzymują się w ustroju, za to po śmierci znaleźć je można w tak dużej ilości, że na zasadzie badań na zwierzętach ilość ta może być dla człowieka uważana za trującą. Stąd też śpiączka cukrzycowa jest samozatruciem kwasami i powstałymi skutkiem nieprawidłowej przemiany materii.

Skąd powstają te kwasy, niewiadomo. Dawniej przypuszczano, że powstają z rozpadu białka, inni sądzili, że tworzą się z węglowodanów. Magnus Lewy przypuszcza, iż tworzą się przez rozszczepienie tłuszczu lub skutkiem syntezy gliceryny i kwasu mlecznego. W każdym razie kwas oksymasłowy powstaje nie w kiszkiach, a w mięśniach i gruczołach, stąd więc pochodzenie samozatrucia w śpiączce cukrzycowej jest śródmiażdżowe.

Zwiększona ilość kwasów wywołuje zmniejszenie zasadowości krwi, a co zatem idzie i ilości kwasu węglowego. Dotąd tylko Lépine, Rumpf i Kraus opisali 3 przypadki śpiączki bez obecności kwasów, wytlomaczyć ich pochodzenia nie można.

Obniżenie zasadowości krwi skutkiem kwasu β oksymasłowego spostrzegano i w innych stanach chorobowych: w śpiączce rakowej, mocznicy, okresem samozatrucia (Klemperer, Lorenz i Kraus); Jaksch acetonurę ze zmniejszoną zasadowością krwi widział w t. zw. skrytych samozatruciach (kryptogenetische Autointoxicationen). Klemperer przypuszcza, że zmniejszona zasadowość krwi może powstawać skutkiem działania toksyn specjalnych nawet wtedy, gdy ilość kwasów powyżej wymienionych jest dlatego zbyt mała.

Dla nas ważną jest rzeczą, że chociaż kwas β oksymasłowy sam przez się nie jest trujący, pośrednio działa toksycznie, obniżając zasadowość krwi.

Takież samo działanie pośrednie przypisać należy spotykanym w moczu diaminom (Bauman i Urański) u chorego na cystynurę. Autorzy ci, a później Brieger i Stadthagen znaleźli w moczu i kale penta i tetra metyldiaminę, identyczne z otrzymaną z gnijącego mięsa kadaweryną (Brieger). Ciała te jednak nie są silnymi truciznami. Wytwarzają się one w kiszkiach, skąd wessane do krwi wywołują cystynurę, w innych cierpieniach nie wykryto ich dotąd, stać więc muszą z tym stanem chorokowym w pewnym związku przyczynowym.

Badania krwi i surowicy na toksyny nie dają nawet takich danych, jak badanie moczu dla nauki o samozatruciach. Solomon wprawdzie z krwi leukemicznej wydzielił duże ilości ciał ksantyno-

wych i kwasu mlecznego, ale stosunku ilościowego między niemi a działaniem trującym nie ma wcale. Tak samo nie są jasne przypadki chorób, w których Jaksch znajdował zwiększoną ilość kwasu moczowego we krwi, oraz nieprawidłowe złogi, znajduwane we krwi i tkankach po usunięciu gruczołu tarczowego i innych gruczołów.

Toksyczne znaczenie potu, jak wiemy z doświadczenia Briegera i Dawidsona, którzy filtrowali pot przez filtr Pukalla, zależy jedynie od zanieczyszczeń bakteriami, niema więc znaczenia dla nauki o samozatruciach.

Jeszcze mniej przekonujące są badania trujących własności surowicy wstrzykiwanej do żył. Wiemy, że surowica normalna jednego zwierzęcia jest dla innego zwierzęcia trucizną, wywołującą takie zaburzenia, jak np. hypertermia. Albu wstrzykiwał surowicę krwi osób zdrowych i chorych królikom i otrzymywał objawy zatrucia, ale sam się przekonał, że o jakimś specyficznem działaniu trującym nie może być mowy.

Nie możemy wreszcie dla pełności obrazu nie wspomnieć, że w żołądku i kiszkiach znajdowano ciała trujące w rozmaitych stanach chorobowych powstałe skutkiem nieprawidłowego rozpadu i fermentacji. Kulneff i Roos znaleźli ptomainy: kadawerynę i putrescynę w zawartości żołądka, Ewald, Boas i J. Zawadzki stwierdzili obecność w żołądku H_2S , Bouveret i Dévic, robiąc wyciągi wodne i wyskokowe w nadmiernej kwaśności, a Bławieck, Fleiner, Gumprecht i Müller o tetanii wykryli ciała, które działały trująco, a nawet zabijały zwierzęta po wstrzyknięciu do żył. Gulewitsch twierdzi, iż w pewnych warunkach w kiszkiach powstawać mogą neuryna i muskaryna. Brieger wreszcie znalazł cały szereg trujących substancji, powstałych skutkiem gnicia — peptotoksynów. Ale te wszystkie badania dla nauki o samozatruciu są tylko materiałem, ale bynajmniej nie służą do jej wyjaśnienia.

Ze wszystkiego, cośmy wyżej mówili, widzimy, że istotne podwaliny, na których opiera się nauka o samozatruciach, są nader nikłe, stąd i cała nauka w danej chwili stoi na słabszych podstawach niż dawniej. A jednak spostrzeżenia kliniczne dają liczne objawy w różnych stanach chorobowych, które należy uważać za samozatrucia. Skoro widzimy chorego z poważnem cierpieniem narządów trawienia, jak szybko mdleje, aby również szybko wrócił do zdrowia po usunięciu przyczyny, gdy obserwujemy śpiączkę cukrzycową lub rakową, mocznicę i t. p. — musi się rodzić w naszym umyśle przypuszczenie o krążeniu w ustroju jakichś ciał trujących. Ciał tych, oraz sposobu ich działania przy metodach dzisiejszych, nie możemy poznać dokładnie, może wiek przyszły będzie pod tym względem szczęśliwszy.

J. Zawadzki.

II. Choroby układu nerwowego.

69. Eulenburg. O zastosowaniu strumieni d'Arsonval - Tesla (strumieni o wysokim napięciu i wielkiej liczbie zmian). — (Posiedzenie 5 lutego Tow. med. wewn. w Berlinie).

Hirschmann zaledwie przed kilkoma miesiącami zbudował przyrządy, z którymi autor robił doświadczenia.

Zachodzą przy ich zastosowaniu zjawiska, które w wielu razach dzisiejszym prawom elektrostatyki nie odpowiadają. Tak np. prawa, któreśmy przyswoili dla przewodnictwa zwykłych strumieni elektrycznych, nie znajdują potwierdzenia dla tych strumieni, dla których powietrze okazuje się również dobrym przewodnikiem, jak metale (Tesla). Dalej te strumienie o wielkiej liczbie zmian zupełnie są nieszkodliwe dla ustroju, a nawet nie wywierają nań wielkiego wrażenia. Nie mamy tu do czynienia ze strumieniem elektrycznym w znaczeniu właściwym, lecz z przenoszeniem elektrycznej energii w przestrzeni. Wiadoma, że Hertz zbudował oscylator, który pozwala zmieniać strumień milion razy w ciągu sekundy.

Tessla starał się zjawiska, otrzymane w rozrzedzonym powietrzu, wywołać także w przestrzeni o powietrzu zgęszczonym. Robiąc te doświadczenia, odkrył, że te miliony wolt elektrycznych dla ustroju ludzkiego są absolutnie nieszkodliwe. D'Arsonval badał fizjologiczne działanie na nerwy i mięśnie, doszedł do wniosku, że im większą jest liczba zmian czyli drgnień, tem słabsze jest działanie na nerwy ruchowe i czuciowe, i objaśnił to zjawisko w ten sposób, że podobnie jak nerw słuchowy, tak i nerwy ruchowe i czuciowe są nastrojone na pewną określoną liczbę drgnień elektrycznych. D'Arsonval ulepszył wiele przyrządy do otrzymywania tych strumieni o wysokim napięciu, tak że podług jego ulepszeń wszystkie odnośne przyrządy dziś są budowane.

Taki przyrząd, zbudowany przez Hirschmanna, składa się z 2-eh części: z *induktora* i *solenoidu*.

Induktor, który jest w stanie wydawać iskry 35 ctm. długie, o 15,000 wolt napięcia, zawiera jeszcze dodatkowe przyrządy (butelkę Leydejską, przerywacz rtęciowy, zmieniacz strumienia, Ampèrometr, Transformator i w. in.), za pomocą których napięcia, któremi się operuje, stosownie do celu zmieniać można. Elektrody są spiczaste, kolbiaste, cylindryczne, bardzo się różniące od elektrodów do zwykłych strumieni używanych.

Wielki solenoid składa się z dużej ramy drewnianej, naokoło której obwija się 6 — 10 zwojów z drutu miedzianego spiralnie ze znacznym między skrętami odstępem. Na te druty przeprowadza się strumień z induktora, obiekt zaś badany znajduje się wewnątrz spiralnej, nie dotykając się jej. Strumienie krążące po spiralnej są w stanie wywołać szczególne skutki, choć przez ciało są prawie nie odczuwalne. Np. zapalają lampy stojące wewnątrz solenoidu.

Są 4 metody stosowania strumienia, z których metoda pomieszczająca ciało badane wewnątrz wielkiego solenoidu, w którym jest ono wystawione na działanie za pośrednictwem powietrza, jest najbardziej używaną.

Działania fizyologiczne, zbadane przez d'Arsonvala, podobne są do działań influencyjnej elektryczności. Strumienie działają na nerwy ruchowe i są w stanie wywołać tęże. Nadto wywierają na nerwy uczuciowe znieczulające działanie. Działaniu towarzyszy silne uczucie ciepła, przez co zarówno uczucie zimne, jak bólu, może być usunięte. Przy zastosowaniu ogólnem tych strumieni może nie występować to uczucie ciepła. Według d'Arsonvala strumienie działają na ciśnienie krwi i przemianę materii, wywołując zwiększenie procesu utleniania. Nadto powinien strumień ten działać i na zarodki komórki np. ameby, bakterye i t. p.

Do celów leczniczych pierwszy Apostoli zastosował ten strumień w artrytyzmie, przewlekłym reumatyzmie, otyłości, moczówce cukrowej, wreszcie w nerwicach. Apostoli ma już do tysiąca przypadków, w których ogólne skutki leczenia podobne są do skutków, dających się osiągnąć za pomocą innych metod.

Oudin zaznacza działanie bakteryobójcze tych strumieni w pewnych chorobach skórnych.

Autor stawia wniosek wyboru komisji do zbadania naukowego skutków terapeutycznych tych strumieni.

Rzeczniowski.

70. Prof. Bernhardt. Nietypowy przypadek choroby Thomsena. („Ein atypischer Fall von Thomsenscher Krankheit.“ Deutsche Med. Woch., № 11, 1899).

19-letni chory od dzieciństwa ma osłabione ręce, źle pisze, małe przedmioty wypadają mu z ręki, nie może piąć się do góry, gimnastykując się. Wszystkie te objawy wzmagają się pod wpływem zimna, które również przeszkadza ruchom dolnych kończyn.

Mięśnie ma dobrze rozwinięte, tylko mięśnie wyprostne i zginacze przedramion miększe, a w zaniku interessei, hypothenar, a w części thenar. Myotoniczna reakcja wyraźna przy zamykaniu powiek i uścisku ręki, dalej w mięśniach barku i ramię, zresztą brak jej. Uścisk ręki słaby, pozorna ataksja w rękach i dolnych kończynach zależy od ruchowej słabości; brak zaburzeń uczucia. Mięśnie czołowe i podbródkowe kureją się przy opukiwaniu, a rozkurczają się swolna. Gałąź facialis dla m. orbicul. palpebr. wykazuje wzmogoną pobudliwość mechaniczną, której brak na innych mięśniach i nerwach. Pobudliwość elektryczna w mięśniach przedramion i rąk obniżona, zwłaszcza w chłodnej temperaturze. Stałe myotoniczna reakcja. Brak reakcji Jolly'ego i Erba.

Jest to, według autora, nietypowy przypadek choroby Thomsena, skomplikowany objawami paramyotonii i zanikiem (neurytycznym?)

pojedynczych grup mięśni przedramienia i rąk. Różne opisane typy tej choroby są wzajem pokrewne i łączą się za pomocą przejściowych postaci.

Rzeczniowski.

71. Schönborn z kliniki Erba. **Przyczynek kazuistyczny do nauki o chorobie Thomsena.** („Ein casuistischer Beitrag zur Lehre von der Thomsenscher Krankheit.“ Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 1899, XV).

Lekki przypadek choroby Thomsena powikłany postępowym zanikiem mięśni przedramion i rąk, a w dolnych kończynach mięśni w zakresie porażen. Mięśnie zanikłe dają reakcję zwyrodnienia, w niezanikłych wzmożenie pobudliwości mechanicznej i reakcja myotoniczna. Badanie drobnowidzowe tych mięśni — zmiany charakterystyczne dla choroby Thomsena; badanie zanikłych — zwyrodnienie zanikowe. Klasyfikacji procesu paretycznego i zanikowego stawiało na przeszkodzie zachowanie odruchów ścięgowych, brak zaburzeń czucia i drżenia włóknikowego. To właśnie nasuwa autorowi przypuszczenie, że kombinacja nie jest przypadkową, lecz jest wyrazem swoistego cierpienia rdzeniowego, które w początkowym swym rozwoju daje chorobę Thomsena, a w dalszym przebiegu zanik mięśni. Autor wyraża to jako hipotezę.

Rzeczniowski.

72. Prof. Gessler. **Nowe leczenie choroby Thomsena.** („Eine neue Behandlung der Thomsenscher Krankheit.“ Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. LXVI).

Choroba Thomsena według autora jest w okresie rozwoju mięśni powstającym cierpieniem zakończeń nerwów ruchowych i włókien mięśniowych, polegającym na nadmiernem rozmnożeniu jąder sarkomemy przy współdziałaniu układu nerwowego.

Zadaniem terapii powinno być wywołanie zwrotnego procesu w przeroście mięśni, który według autora otrzymać można na drodze sztucznego zaniku degeneracyjnego, jaki po uszkodzeniu nerwów występuje. W tym celu próbował autor bezkrwawego naciągania obu nn. ischiadici. Następstwem było zniknięcie myotonicznej reakcji w zakresie n. ischiadici, a trwanie jej nadal w zakresie n. crural. subiektywnej poprawy nie było. Powtórne bezkrwawe naciąganie nn. ischiadici dało tenże sam wynik. Wówczas autor zdecydował się na operacyjne naciąganie n. cruralis po jednej stronie. Z powodu podziału nerwu wysoko mogły być odnalezione tylko niektóre jego gałęzie. Następstwem było porażenie czuciowe wewn. powierzchni uda, a dalej później dopiero reakcja myotoczna ustąpiła.

Ruchy w zakresie ischiad. i crur. występowały teraz szybko i bez śladu myotonicznej reakcyi, przerost mięśni jednak pozostał bez zmiany, a skutek co do ruchów był czasowy. Po 5 miesiącach powróciła reakcyja myotoniczna. Autor zamierza więc u tegoż chorego wykonać jeszcze operacyjne naciąganie n. ischiad. i crurales z lekkim ugnieceniem nerwów, ma nadzieję otrzymać przez to nietylko ustąpienie myotonicznej reakcyi, lecz i zwrotne zmiany przerostu mięśni, na drodze degeneracyjnego zaniku. Zmiany w nerwach, sądzi, że da mu się zatrzymać w granicach pożądaných za pomocą elektryczności.

Kzczniowski.

73. Prof. Bechterew. **Myotonia jako choroba przemiany materji.** („Myotonie, eine Krankheit des Stoffwechsels.“ Neurologische Centralblatt, № 3, 1900).

Myotonia — według jednych — jest zбочeniem wrodzonym czynności układu nerwowego, według innych — polega na wrodzonych zmianach tkanki mięśniowej. Znane są jednak przypadki nabytej myotonii. natomiast w przebiegu spotykają się wahania objawów, co by przemawiało za brakiem stałych zmian.

Istota cierpienia, według autora, polega na zaburzeniu w intensywności napięcia mięśniowego, towarzyszącego skurczowi mięśni, zwłaszcza skurczowi silniejszemu, czy to dowolnemu, czy odruchowemu. Tak, że myotoniczna reakcyja, mechaniczna lub elektryczna, zależy od siły bodźca resp. od stopnia siły skurczu. Stosując słabe mechaniczne lub elektryczne bodźce, nie otrzymujemy myotonicznej reakcyi. Jednym słowem, występowanie myotonicznej reakcyi zależy od stopnia natężenia napięcia mięśnia, które zwykle jest powolne. Zjawisko to, jako występujące zarówno w ruchach dowolnych jak odruchach, zdaniem autora, może zależeć od czynnościowych lub organicznych zmian mięśni, lub mięśniowych zakończeń nerwów. Znajdowano nawet zmiany budowy mięśni (Dejerine, Mołczanow).

Zmiany te nie stanowią jednak, według autora, istotnej natury choroby, której objawy mogą ulegać wahaniom, a nawet ustępują w niektórych przypadkach. Przyczyny istotnej poszukuje autor w specjalnych zaburzeniach odżywiania i przemiany materji t. z. mięśniowej, wskutek której występują raz zaburzenia myotoniczne ruchów, innym razem drobnowidzowe zmiany w budowie mięśni, utwierdza autor w tem mniemaniu badanie moczu, oraz skuteczność tych środków, które podnoszą przemianę materji, ogólną szczególnie zaś tk. mięśniowej.

Autor, Mołczanow i Wersilow badali skład moczu i znajdowali zmniejszenie mocznika, kwasu moczowego i chlorku. Wersilow znalazł zwiększenie kreatyny i tyrozyny, w przypadku autora zmniejszenie mocznika, fosforanów i chlorków, gdy kwas moczowy raz był mniejszy, to znów zwiększony.

W jednym przypadku myotonii z artrytyzmem, skoro objawy myotoniczne prawie ustąpiły, moczu zbliżył się do prawidłowego, tylko zawierał małe ilości hyalinowych cylindrów i białka. Zaburzenia artrytyczne równocześnie z myotonicznymi znacznie się zmniejszyły.

Autor mniema, że spółczesność myotonii i artrytyzmu nie jest przypadkową, lecz że obie choroby są wzajemnie od siebie zależne. Zatem przemawia skuteczność ciepłych kąpiei, masażu, gimnastyki, kali jodati, Viçhy etc., oraz obecność w moczu kreatininy, jak również bolesność mięśni, a nadto usposobienie rodzinne spostrzegane niekiedy w tej chorobie.

Stosownie do tego, czy zaburzenia przemiany materii są wrodzone lub nabyte, występuje i myotomia, jako postać wrodzona lub nabyta.

Rzeczniowski.

III. Choroby dzieci.

74. Martin Thiemich. O rozpoznaniu głupoty wrodzonej (imbecillitas) we wczesnem dzieciństwie. (D. M. Woch., № 2, 1900).

Pod nazwą imbecillitas należy rozumieć lżejszy stopień upośledzenia rozwoju umysłowego, którego cięższą postacią podciągnąć można pod nazwę idyotyzmu. Rozpoznanie głupoty wrodzonej u starszych dzieci jest niemal tak łatwym, jak u dorosłych, natomiast u dzieci w pierwszych trzech latach życia przedstawia dość znaczne trudności, dla usunięcia których autor podaje pewne środki pomocnicze.

Przedewszystkiem autor radzi zwrócić uwagę na anomalie rozwoju czaszki, mikrocephalię i przewlekłe wodogłowie, następnie na t. zw. bezwład dziecięcy, zaburzenia nerwów czaszkowych, zwłaszcza ocznych, i wreszcie na rozmaite cierpienia systemu nerwowego u dzieci w tym wieku. Kombinacja powyższych objawów z zaburzeniami inteligencji czyni rozpoznanie nader łatwym. W tych atoli przypadkach, gdzie rozwój fizyczny dziecka nie przedstawia widocznych anomalii, autor dla ułatwienia rozpoznania podaje trzy próby, o ile dziecko reaguje na uczucie bólu, smaku i wreszcie próbę uwagi.

Co się tyczy pierwszej próby, to dokonywa się ona za pomocą ukłucia igłą w rozmaitych miejscach ciała. Dzieci dotknięte głupotą wrodzoną po największej części nie tylko nie czują przytem żadnego bólu lub strachu, lecz niekiedy nawet śledzą oczyma z zupełnym spokojem ręce badającego je lekarza.

Próba smaku zasadza się na dawaniu dzieciom rozmaitych środków w roztworze, jak $\frac{1}{4}\%$ sacharyny, 2% chinini sulfurici, 2% ac. hydrochlorici i 5% natr. chlorati. Próba ta nie jest zupełnie pewną, gdyż pewna odsetka dzieci umysłowo zdrowych (np. według Lichtensteina 73% rachitycznych) ma przytępiony zmysł smaku.

Trzecia wreszcie próba — brak uwagi dziecka na pewne bodźce (wzrokowe i słuchowe) u dzieci, dotkniętych idyotyzmem, daje prawie zawsze dodatnie wyniki w rozpoznaniu. Co się tyczy dzieci z wrodzoną głupotą, to u jednej ich kategorii daje się wykazać zupełny brak uwagi na rzezone bodźce, u drugiej zaś, wprost przeciwnie, zdaje się, jak gdyby uwaga dziecka przeskakiwała w chwili odpooczynku z przedmiotu na przedmiot.

W końcu autor zwraca uwagę na parę jeszcze danych, ułatwiających rozpoznanie głupoty wrodzonej u małych dzieci, a mianowicie: bezwiedne moczenie i oddawanie stolca, bezustanne wyciekanie śliny z otwartych ust i wreszcie (z pewnym zastrzeżeniem) zgrzytanie zębami.

k.

75. Dr. J. Lange. **Drgawki wieku dziecięcego.** („Ueber Krämpfe im Kindesalter.“ — Münchener Medicinische Wochenschrift, № 2 1900 roku.

Autor nie rozpatruje drgawek dziecięcych wogóle, a tylko drgawki znane pod nazwą „Eclampsia infantum“, to znaczy rozpatruje tylko drgawki u dzieci w wieku do 2 lub 3 lat. Napad drgawek zjawia się zwykle nagle. Dziecko pozornie zupełnie zdrowe dostaje napadu z mniej lub więcej wyrażonym skurczem głośni, tonicznym wyprężeniem kończyn, przechodzącym w kliniczne skurcze. Ciemię duże silnie napięte. Nos, uszy, usta — sine. Zrenice rozszerzone, nie reagujące. Szczękocisk. Często piana około ust. — Skurcze mięśni twarzowych. Ramiona mocno przykuczone do tułowia, przedramię zgięte pod kątem ostrym, palce silnie skurczone. — Nogi w pozycji — pes equinus, przyczem palce również silnie skurczone. Oddech i puls nieregularne i przyspieszone. Bezwiedne oddawanie moczu i kału. Słowem, typowy napad padaczki. Napad taki prowadzi najczęściej do snu głębokiego, po którym dziecko budzi się zupełnie zdrowe, tylko blade i znużone, ale nieraz prowadzi i do śmierci. Co się tyczy zwiastunów podobnego napadu, to jedni przypisują tę rolę takim objawom, jak marszczenie czoła, oscylacyjne ruchy gałek ocznych i t. p., inni zaś nie przyznają żadnych. Co do utraty przytomności, to zdania są również podzielone: jedni twierdzą, że absolutnej utraty nigdy niema, inni twierdzą — przeciwnie. Czas trwania napadu również nie jest dokładnie określony: jedni utrzymują, że napad trwać może od kilku sekund do kilku godzin, inni zaś, jak Trousseau, twierdzą, że zazwyczaj napad bywa nie bardzo długotrwały, przerwy tylko pomiędzy jednym a drugim napadem mogą być prawie nieuchwytny; — gdzie zaś atak trwa do kilku godzin, tam nie może być mowy o drgawkach ogólnych, a tylko częściowych.

Patogeneza drgawek nie jest jeszcze ustalona. Kussmaul i Tenner na drodze doświadczalnej przyszli do wniosku, że sztucznie wywołana bezkrwistość mózgu powoduje drgawki; Landois i Hermann

dowiedli tegoż samego i dla przekrwienia mózgu; inni wreszcie przyszli do przekonania, że tak bezkrwistość, jak i przekrwienie mózgu, a zatem i drgawki mogą być wywołane przez drażnienie peryferycznych nerwów czuciowych.

Słowem — różnice w ukrwieniu mózgu, szybko po sobie następujące, mogą wywoływać drgawki. Co się tyczy punktu wyjścia drgawek, to Nothnagel przypuszcza ośrodek dla drgawek in ponte Varoli; inni zaś, jak Bechterew, tłómaczą powstawanie drgawek nadmiernem podrażnieniem części motorycznych kory mózgowej. Wernicke, Gowers i inni przyjmują ten sam powód i dla padaczki. — Z tego też powodu zdawałoby się racjonalnem przyjąć tak dla padaczki, jak i dla drgawek też same przyczyny i lokalizacye, choć z drugiej strony jak objaśnić, dlaczego drgawki przechodzą bez żadnego śladu wtedy, kiedy padaczka najczęściej prowadzi do zwyrodnień psychicznych?

Najbardziej światła rzuciły na sprawę drgawek doświadczenia Soltmann'a, który dowiódł, że system nerwowy młodych ssących wogóle przez brak psychomotorycznych ośrodków, aparatów hamujących w mózgu i mleczu, i przez nadmierną pobudliwość — jest najbardziej usposobiony do powstawania drgawek. Tak więc, według Soltmann'a, powinniśmy szukać przyczyny usposabiającej do drgawek w fizyologicznym rozwoju mózgu u dzieci. Nie tłómaczy nam to samej przyczyny, ale usposobienie do drgawek właśnie u dzieci.

Drgawki bywają organiczne i czynnościowe. W pierwszych mamy zawsze zmiany anatomiczne, w drugich nie podobnego nie znajdujemy. Drgawki czynnościowe dzielą się na idyopatyczne i objawowe (sympatyczne i symptomatyczne). Co się tyczy drgawek idyopatycznych, to o nich trudno coś stanowczego powiedzieć, tembardziej, że już Meissner na początku bieżącego stulecia mocno ich istnienie kwestyonował i stwierdził, że najczęściej mamy do czynienia z drgawkami objawowemi. Drgawki objawowe, według Soltmann'a, dzielą się na eclampsia reflectoria i haematogenes. Do drgawek oddechowych zaliczamy drgawki, powstałe na skutek podrażnienia nerwów czuciowych skóry i błon śluzowych. Tak więc wywołane one być mogą przez szybkie i znaczne różnice w ciepłocie, gorące kąpiele, oparzenia, rany, ciała obce, a szczególnie przez podrażnienie błony śluzowej przewodu pokarmowego (ciężko strawne pokarmy, robaki, fissura et polypi recti, cierpienia różne przewodu i t. p.), dróg oddechowych i moczopłciowych. — Do tejże kategorii zaliczają niektórzy i t. zw. drgawki przy ząbkowaniu. Autor osobiście podobnych drgawek nie przyznaje, choć z drugiej strony przytacza zdanie Gowers'a i wielu pedyatrow, którzy patrzą na te drgawki, jako na coś zupełnie naturalnego, zrozumiałego.

Do t. zw. eclampsia haematogenes zalicza autor przedewszystkiem drgawki, powstające w ostrych zakaźnych chorobach. Powstawanie tych drgawek różni różnie tłómaczą. Jedni, naprzykład, upatrują za główny powód — nadmiernie wysoką ciepłotę, choć to nieprawda, gdyż nieraz widzimy szczególnie przy pńicy lub zapaleniu płuc drgawki bardzo ciężkie i bez zbyt wysokiej ciepłoty; inni

upatrują powód w toksynach, co jest zupełnie słuszne; inni wreszcie przeprowadzają analogię pomiędzy dreszczami u dorosłych a drgawkami u dzieci, co ma najwyraźniej występować w atakach zimnicy.

Do tej samej kategorii drgawek zalicza autor i drgawki, zależne od chronicznego zakażenia, na przykład w chorobie angielskiej, rzadziej przymiocie dziedzicznym i wogóle skrofulozie. W ostatnich latach nabrała rozgłosu teoria samozatrucia i samozakażenia. Głównym rzecznikiem tego kierunku na zjeździe w Rzymie w 1893 roku był Chernbach, który, opierając się na badaniach francuskich autorów, dowodził między innymi, że moczu dzieci chorych na drgawki, zastrzyknięty podskórnie, może wywoływać napad drgawek. — Autor sam osobiście stwierdził słuszność tego twierdzenia na drodze doświadczalnej. F. Müller z Wiesbadenu poruszył kwestyę t. zw. zatrucia ze strony przewodu pokarmowego (enterogene Intoxication). Wreszcie wspomina autor o drgawkach, powstałych na skutek wadliwej przemiany materii, a mianowicie, na skutek zatrucia CO_2 — przez niedostateczne oddychanie, mocznicy — przy cierpieniach nerek i na skutek — oparzenia skóry. Wszystkie te czynniki powodować mogą drgawki, a według autora szczególnie zatrucie CO_2 przedstawia typ drgawek, powstałych na drodze t. zw. samozatrucia. — Wogóle w samozatruciu upatruje autor teorię, choć dotąd jeszcze hypotetyczną, bo nie dowiedzioną, ale mogącą rzucić pewne światło na przyczynę drgawek wogóle. Ponieważ zaś w ostatnich czasach coraz bardziej skłaniają się do tego, że choroba angielska ma za przyczynę jakieś zatrucie czy zakażenie, mogące się udzielać nawet na drodze dziedziczenia, nie też dziwnego, że wielu badaczy patrzy na rachitis, jako na najważniejszą przyczynę drgawek. Ten punkt widzenia jest przez wielu autorów przyjmowany, tembardziej, że Epstein obserwował objawy katalepsji u rachytyków, Vierordt — bezwładny kończyn dolnych, Escherich — tężyzkę, którą stawia w wielkiej zależności od angielskiej choroby. — Tak więc przychodzimy do wniosku, że najważniejszą przyczyną drgawek u dzieci jest choroba angielska, oczywiście z przypuszczeniem i pewnej indywidualnej predyspozycyi do drgawek wogóle.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego pomiędzy drgawkami a padaczką, to to może być stanowczo orzeczone dopiero po dłuższej obserwacji chorego. Niektórzy, jak Féré, wielki znawca padaczki, wcale nie upatruje różnicy pomiędzy jednym a drugim cierpieniem, dowodząc, że drgawki są niczem innym, jak tylko padaczką szybko uleczoną, wtedy, kiedy cały szereg innych padaczek albo się leczy później, albo się wcale nie leczy. Niektórzy twierdzą, że zwykle padaczka zaczyna się drgawkami w wieku dziecięcym. Gowers, na przykład, dowodzi, że zaledwie $\frac{1}{3}$ część epileptyków nie miała drgawek do 3 roku życia, i twierdzi, że drgawki wieku dziecięcego pozostawiają prawdopodobnie jakieś zmiany materialne systemu nerwowego, co może posłużyć za punkt wyjścia dla padaczki w przyszłości.

Co się tyczy leczenia drgawek, to nadewszystko należy baczną zwracać uwagę na higienę systemu nerwowego w wieku dziecięcym, a szczególnie u dzieci obarczonych dziedzicznie. Podczas samego napadu należy stosować po rozluźnieniu ubrania ciepłe kąpiele z zimnemi oblewaniem głowy, w razie braku kąpieli — zimne okłady na głowę; przy ciężkich drgawkach z zajęciem i mięśni oddechowych — narkoza (najlepiej chloroform, gdyż eter silnie podrażnia błonę śluzową oddechową), albo chlorał w lawatywach (0.5, a u starszych dzieci 1.00 pro dosi, gdyż mniejsze dawki nie działają). Jeżeli się ataki powtarzają w pewnych odstępach, to należy podawać przez dłuższy czas — brom i fosfor, który autor szczególnie zachwala, gdyż się przekonał doświadczalnie na psach, że jest to środek dzielny przeciwdrgawkowy i odżywczy.

E. Dytel.

76. Curt Lachmański. **Przyczynki do nauki o ostrym i przewlekłym gościecu stawowym u dzieci.** (Arch. f. Kinderheilk., T. XXVIII Z. 1 i 2, 1900, str. 104 — 137).

Pracę swą autor opiera na materyale klinicznym szpitala dziecięcego „Kaiser und Kaiserin Friedrich“ w Berlinie. Od roku 1890 do końca 1898 na ogólną liczbę 10,094 wewnętrznych chorych, leczonych w powyższym szpitalu zanotowano 73 przypadki ostrego gościeca stawowego, oraz 36 przypadków zapalenia osierdzia i wsierdzia, jakoteż płasawicy pochodzenia gościecowego, czyli 1.1% ogólnej liczby chorych.

Płeć, jak się zdaje, nie odgrywa tu żadnej roli. W przypadkach autora liczba dziewcząt, dotkniętych gościcem, była prawie równą liczbie chłopców.

Wiek. Największą ilość przypadków autor spostrzegał pomiędzy 9 — 14 rokiem życia.

Co się tyczy *pory roku*, to, jak się należało spodziewać, frekwencya zwiększała się w miesiącach jesiennych i zimowych.

Dziedziczność wbrew zdaniu innych autorów stwierdzono zaledwie w 5 przypadkach. Natomiast aż w 10 skonstatowano, jako czynnik usposabiający, gruźlicę.

W wielu również przypadkach autor znalazł ścisły związek (fakt, stwierdzony zresztą i przez innych badaczy) pomiędzy zapaleniem gardzieli a następczym ostrym gościcem stawowym.

Objawy. Po największej części choroba rozpoczyna się charakterystycznymi zwiastunami, jak: ogólne osłabienie, gorączka, bezsenność, bóle głowy i krzyża, bóle w całym ciele, dreszcze i t. p. Niekiedy występują obfite krwotoki z nosa, w innych przypadkach przeważają objawy ze strony przewodu pokarmowego. Po wystąpieniu objawów gościecowych przebieg bywa względnie łagodniejszy aniżeli u dorosłych, o ile, naturalnie, niema powikłań ze strony serca.

I w tym okresie choroby występują częstokroć zaburzenia przewodzenia pokarmowego, jak zaparcie stolca, rzadziej biegunka.

Nader ważnym objawem, cechującym ostry gościec u dzieci, jest niezwykła bładź skóry, przybierającej niekiedy marmurowy wygląd. Autor zgodnie z poglądem Kissel'a przypisuje to wpływowi gościca na wytwarzanie krwi, badając bowiem, acz w niewielu przypadkach, krew znalazł stosunek białych ciałek do czerwonych, jak 1:127. Zawartość hemoglobiny wahała się pomiędzy 60 — 70.

Co się tyczy objawów ze strony zajętych stawów, to w większości przypadków nie spostrzegano ani obrzmienia, ani zaczerwienienia, lub też w nieznacznym tylko stopniu, mimo to bolesność była niekiedy dość znaczną. Zaczerwienienie stawów autor spostrzegł w 15, a wysięk w 8 przypadkach.

Przebieg bywa dość krótkotrwały — przeciętnie około 5 dni; bywają jednak dość częste nawroty, przedłużające chorobę niekiedy do 4 tygodni i dłużej, sprawa bowiem, podobnie jak u dorosłych, przeskakuje z jednego stawu na drugi.

Co się tyczy *umiejscowienia*, to najczęściej podlegał sprawie gościcowej staw kolanowy, następnie stopowy, rzadziej już znacznie inne stawy. W ogólności gościec chętniej nawiedzał prawą stronę niż lewą. Recydywę choroby autor spostrzegł w 17 przypadkach.

Ciepłota nie przedstawiała określonego typu. Gościec przebiegał w niektórych przypadkach bez gorączki, w innych ciepłota dochodziła do 40°; w większości atoli przypadków nie przekraczała 38.5°. Tętno i oddychanie nie wykazały nic charakterystycznego.

Z *powikłań* na pierwszym planie stoją choroby serca. Najczęściej autor spostrzegł zapalenie wsierdzia (endocarditis), gdyż w 53.4% wszystkich przypadków.

Choroba powyższa sama przez się dość poważna, pociągała za sobą niekiedy przerost i rozszerzenie serca ze znacznymi zaburzeniami w kompensacie. Sprawa wikła się jeszcze bardziej, gdy zapaleniu wsierdzia towarzyszy zapalenie osierdzia (pericarditis sero-fibrinosa), doprowadzając niekiedy do częściowego lub zupełnego zarośnięcia (obliteratio) otoczki sercowej, z zejściem w 2 przypadkach autora śmiertelnem. Zasługuje jeszcze na uwagę fakt, że powikłania ze strony serca częstokroć nie pozostają w związku z nasileniem sprawy zapalnej w stawach.

Ciekawy jest związek pomiędzy gościcem stawowym u dzieci a płasawicą (chorea). Na 62 przypadki płasawicy autor aż w 20-tu (32.2%) skonstatował podkład gościcowy. W niektórych przypadkach udało się mu odnaleźć ścisły związek (fakt zresztą powszechnie znany) pomiędzy gościcem, płasawicą a zapaleniem wsierdzia.

Z powikłań ze strony dróg oddechowych autor spostrzegł zapalenie opłucny (9 razy) i zapalenie płuc (4 razy).

Z chorób nerwowych w jednym przypadku zanotowano neuralg. trigemini, a w 2 neuralgiam ischiadicam.

Z innych wreszcie ważniejszych powikłań spostrzegano w 2-ch przypadkach żółtaczkę nieżytową, towarzyszącą gościcowi.

Rokowanie zależy wyłącznie od powikłań ze strony serca, na 73 bowiem przypadków zmarło 7, z tych 6 wskutek ciężkich zmian w sercu.

Leczenie polegało na stosowaniu natr. salicylicy od 1.0 — 3.0 pro die w roztworze z nader dodatnim wynikiem. Inne środki, jak salipyrina, antypiryna, salol, lactophenina i salophen działają mniej skutecznie, ostatni względnie jeszcze najlepiej.

W niektórych przypadkach stosowano z dobrym skutkiem ciepłe wanny z dodaniem soli stassfurckiej. Miejscowo dobrze działa jako środek kojący maść ichtyolowa. Baczna uwagę zwracać należy, aby dzieci zbyt wcześnie nie opuściły łóżka.

Przewlekły gościec stawowy, według ogólnego pojęcia, bywa u dzieci cierpieniem nader rzadkiem. Autor spostrzegł zaledwie trzy przypadki rzeczonoego cierpienia.

Pierwszy dotyczył 10-letniej dziewczynki, u której choroba rozpoczęła się o razu podostrowo i, nie oszczędziwszy ani jednego stawu z mniejszymi lub większymi nasileniami, trwała 11-tu miesięcy. Ostateczny wynik był niezupełnie dodatni, albowiem w niektórych stawach nastąpiła w mniejszym lub większym stopniu ankyloza. Ze strony serca i innych narządów powikłań nie było. Leczenie polegało na stosowaniu natr. salicylicy, kali jodati, lactophenini, arseniku, słonych kąpielach i t. p.

W drugim przypadku u chłopca 8-letniego przebieg był podobny, aczkolwiek nieco łagodniejszy. Chory po kilku tygodniach był wypisany ze szpitala na żądanie rodziców z nieznaczną zaledwie poprawą.

Trzeci wreszcie przypadek u 8 $\frac{1}{2}$ -letniej dziewczynki przedstawiał obraz typowego arthritis deformans, będącego następstwem ciągnącej się od paru lat przewlekłej sprawy gościcowej.

kl.

77. Dr. Doerfler. **Leczenie chronicznego zaparcia stolca u dzieci.** („Zur Behandlung der chronischen Obstipation im Kindesalter.“ — Münchener medicinische Wochenschrift, № 4, 1900 r.

Wiadomą jest rzeczą, że dzieci sztucznie karmione daleko częściej cierpią na przewlekłe zaparcie stolca i daleko więcej oddają moczu, niż dzieci karmione piersią. Przyczyną tego jest podawanie znacznej ilości nadmiernie rozwodnionego mleka. Autor, sekując dziecko zmarłe na skutek dyfterytu, dziecko, sztucznie karmione i długi czas cierpiące na uparte, prawie niczem nie dające się usunąć zaparcie stolca, zauważył przerost i przekrwienie błony śluzowej kiszek i gruczołów kiszkiowych. Ta okoliczność nasunęła autorowi myśl, że podobny stan błony śluzowej jest prawdopodobnie następstwem odżywiania. I rzeczywiście. Znaczna ilość nadmiernie rozwodnionego mleka, drażniąc błonę śluzową żołądka i kiszek, wywołuje silne przekrwienie i w ten sposób wzmacnia czynność chłoniczą;

przez częste zaś drażnienie powstaje chroniczne przekrwienie resp. przerost błony śluzowej i gruczołów. Następstwem zaś tego stanu musi być koniecznie albo katar kiszek, albo chroniczne zaparcie stolca: — płyny zostają przez wzmożone wchłanianie wysysane, części zaś stałe, jak sernik, na skutek rozwodnionych soków trawiących nie zostają przetrawione i stąd powstają, zbite ubogie w tłuszcz masy (scybala, które wprost mechanicznie wywołują zaparcie stolca; z czasem przyłącza się do tego i zupełne porażenie ruchów robaczkowych kiszek. Autor, będąc ciągle w poszukiwaniu środka przeciwko temu cierpieniu, zwrócił uwagę, że u sztucznie karmionych dzieci wiejskich, gdzie nie tak stricte trzymano się owego rozwodniania mleka, nie tak często bywa zaparcie stolca, jak u dzieci miejskich, u których z całą pedanterią obserwowano proporeye rozwodniania. Stąd też autor wpadł na myśl, że prawdopodobną przyczyną tego wszystkiego jest zbyt rozwodnione mleko; chcąc choć w części usunąć braki zbytowego rozwodniania, zaczął autor stosować świeże masło. Podawane masło wytwarza z rozwodnionem mlekiem — bardziej strawną mieszanke, o większej wartości odżywczej przez zawartość tłuszczu i białka; nadmierną zaś ilość tłuszczu, zostając niezupełnie przetrawioną, wprost mechanicznie ułatwia wydalanie zawartości kiszek resp. usuwa zaparcie stolca.

Wychodząc z tego założenia, zaczął autor stosować świeże masło, które już stosuje od lat sześciu i, jak twierdzi, z bardzo dobrym skutkiem: zaparcie stolca ustępuje szybko i stale.

Masło powinno być zawsze świeże i stosowane tylko per se, gdyż rozpuszczone w czemkolwiek traci na wartości.

Co się tyczy ilości, to dzieciom do 3 miesięcy życia należy dawać po pół łyżeczki zrana i na noc aż do uregulowania stolca, a następnie co dwa lub trzy dni; dzieciom od 3 do 5 miesięcy — 2 lub 5 razy dziennie po łyżeczce małej, dzieciom zaś starszym co drugi lub trzeci dzień od jednej do trzech łyżek stołowych.

Autor zauważył, że w ten sposób dawane masło usuwa nie tylko zaparcie stolca, ale i podnosi odżywianie wogóle, z tego też powodu autor podaje masło w obfitej ilości i dzieciom anemicznym i rachytycznym. Oczywiście, podobną kurację stosować należy tam tylko, gdzie mamy do czynienia tylko z chronicznem zaparciem stolca i jego następstwami, ale zresztą przewód pokarmowy nie powinien przedstawiać żadnych innych cierpień.

W końcu powołuje się autor na pracę Schlesinger'a „Ueber Säuglingsernährung mit unverdünnter Kuhmilch“, w której ostatni, opierając się na wynikach badań naukowych, bardzo energicznie występuje przeciwko rozwodnianiu mleka i twierdzi, że należy dawać porceye bardzo małe, nie bardzo często, ale za to mleka czystego („Wenig, aber gut“), a nie jak dotąd porceye duże i nadmiernie rozwodnione, gdyż to ujemnie wpływa na odżywianie dziecka.

E. Dytel.

78. Dr. A. Kissel. Nowa metoda leczenia zapalenia wrzodziejącego jamy ustnej. („Eine neue Behandlungsmethode der Stomatitis ulcerosa.“ Archiv für Kinderheilkunde, B. 26, H. 1 u. 11, 1899).

Stomatitis ulcerosa jest cierpieniem, które zwykle dość szybko i łatwo ustępuje przy odpowiedniej kuracji; zdarzają się jednak nieraz ciężkie i uparte formy, które pomimo starannej kuracji szybko prowadzą do zniszczenia dziąseł, policzków, języka, do utraty zębów, a nawet do nomy lub nekrozy kości szczękowej. Podobnie ciężkie przypadki obserwowano nie tylko u dzieci w złych, ale i u dzieci w bardzo dobrych warunkach higienicznych.

Co się tyczy zapatrywań autorów na dane cierpienie, to są one podzielone. Jedni (Bagiński, Gerhard) twierdzą, że jest to cierpienie ciężkie, inni (Vogel-Biedert, Bohm) uważają to za cierpienie lekkie. Jedni jako specyfik w danym cierpieniu uważają kali chloricum, a inni przytaczają cały szereg przypadków, gdzie kali chloricum nie działało.

Z tego to powodu autor zaczął stosować w celu wypróbowania następujące metody: 1) częste płukanie wodą sterylizowaną ze starannem codziennem przemywaniem jamy ustnej roztworem sublimatu; 2) płukanie 3% roztworem kwasu borowego z przypalaniem raz dziennie miejsc wrzodziejących lapisem; 3) płukanie roztworem kali permanganici, kali chlorici i natri borici.

Autor jest zwolennikiem 3% kwasu borowego. Dzieci płuczą co godzinę jamę ustną przy dwukrotnem wycieraniu wrzodów każdego dnia wataą zmoczoną w tymże roztworze. Jednocześnie do wewnątrz dzieci dostają tran i inne środki wzmacniające. W ten sposób traktowane wrzody goiły się w 6 do 10 dni. Podobną jednak metodę można stosować tylko w szpitalu, a nie u dzieci leczonych ambulatoryjnie lub nawet i w domu, gdzie również nie zawsze mogą być wypełniane należycie wyżej podane przepisy.

Autor dla leczenia ambulatoryjnego postawił sobie dwa zadania: możliwie zupełne usunięcie gnijących mas i możliwie długie stykanie się srodka odkażającego z chorem miejscem. Z tego powodu autor stosuje wyskrobywanie miejsc wrzodziejących ostrą łyżeczką z następnem wcieraniem jodoformu. Autor przedewszystkiem usuwa zępsute zęby, wrzodziki — starannie wyskrobuje ostrą łyżeczką, a następnie wciera (palcem owiniętym wataą, gazą i t. p.) jodoform; prócz tego zaleca autor i cogodzinne płukanie jamy ustnej 3% roztworem kwasu borowego. Ostra łyżeczka stosowana bywa raz tylko, wcieranie zaś jodoformu dotąd (raz dziennie), dopóki powierzchnia wrzodów nie zacznie się zmniejszać, co zwykle szybko następuje. Przy tego rodzaju kuracji autor otrzymywał wygojenie w 4.2 dni, a przy innych metodach w 12.5 dni. Nawroty są bardzo rzadkie, a przy innych metodach dość częste. Autor, stosując przez 7 lat tę metodę, nie miał żadnego ciężkiego przypadku, co się często zdarzało przy innych metodach leczenia. Metoda ta jest bolesną, radzi więc autor początkowo stosować tylko wcieranie jodoformu, a dopiero jeżeli to

nie prowadzi do celu, wtedy wyskrobywanie ostrą łyżeczką po znieczuleniu miejscowem. Usunięcie zepsutych zębów jest konieczne, gdyż te często podtrzymują cierpienie. Przytem wszystkim zalecać należy dyetę pożywną i tran, który powinien mieć szerokie zastosowanie, szczególnie w praktyce biedniejszej.

E. Dytel.

79. Dr. Max Heim. **Antitussina w krztuścu.** („Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Antitussin.“ Berl. Klin. Wochenschr. 1899, № 50.

Wiadomo, że im większą jest ilość środków zalecanych przeciw jakiej chorobie, tem mniej skutecznym jest każdy z nich. Prawie że niema środka w *Materia medica*, któregooby nie zalecano przeciw krztuścowi. Z nowszych środków wspomnę tylko antipirynę, bromoform, phencollum hydrochloricum, antipyrinum amygdalinum, extr. thymi sach. i wiele innych. Każdy z tych środków ma swoich zwolenników, każdy niejednokrotnie zawodził.

Autor stosował antitussinę, co prawda tylko w 16 przypadkach, ale utrzymuje, że we wszystkich otrzymał świetne rezultaty. W 7-ciu z powyższych przypadków, gdzie stosował antitussinę dość wczesnie, nie doszło nawet do okresu spastycznego, w 9-ciu pozostałych czas trwania był znacznie krótszy i napady oddzielne znacznie słabsze.

Antitussina jest to maść składu następującego: 5 cz. diphluorodiphenylu, 10 cz. wazeliny i 85 cz. chemicznie czystego tłuszczu z wełny (Wollfett). Kawałek wielkości orzecha włoskiego wciera się energicznie ręką w skórę piersi, szyi i pleców między łopatkami; po poprzednim zmyciu tych części wodą z mydłem i dokładnem osuszeniu.

Feilchenfeld.

80. Dr. Bleucke. **O leczeniu balneologicznem żołądów.** — („Die balneologische Behandlung der Scrophulose.“ (Archiv d. Balneotherapie und Hydrotherapie, B. II, H. 2).

Zestawiając poglądy różnych klinicystów i anatomo-patologów (Billroth, Pfeiffer, Schmaus, Virchow, Biedert) na istotę żołądów i związek skrofulozy z gruźlicą, autor przychodzi do wniosku, że ze względu na różnicę między symptomatologią zaburzeń gruźliczych a skrofulicznych, należy sprawy te uważać jako różne. Skrofuly są wyleczalne w zupełności i stanowią jedynie grunt podatny, na którym gruźlica rozwijać się zwykła. Istnieją dwie formy skrofulów: 1-sza t. zw. forma *eretyczna*, u osobników nerwowych, żywych z miernem odżywianiem i słabą budową ciała i 2-ga forma — *torpidna*, dzieci nieźle odżywiane, wyglądające jakby nalane z bladowskowiec zabarwieniem skóry.

Powszechnie znany jest szereg objawów (chroniczne dermatozy, zapalenia łącznicy, obrzęk gruczołów), które, razem wzięte, stanowią t. zw. „*habitus sclophulosorum*“.

Leczenie ogólne polega na wzmocnieniu organizmu drogą odpowiedniego odżywiania i higieny (czyste powietrze, ruch, obmywanie); specjalne zaś, zdaniem autora, polega na systematycznym stosowaniu kąpeli słonych lub morskich. Kąpiele słone wpływają korzystnie na przeróbkę materyi i wzmacniają skórę. Według Kuller'a słone kąpiele wywierają potrójny skutek: 1) działają moczopędnie; 2) zwiększają wydzielanie się chlorków; 3) zmniejszają wydzielanie się kwasu fosforowego. Kąpiele nie powinny mieć temperatury niższej nad 26° R.; długość trwania kąpeli ma wynosić od 10 do 35 minut; najodpowiedniejszy czas 7 — 10 rano.

Korzystnie mają działać kąpiele w ciepłym piasku (*Grawitz*); kąpiele zaś jodowe nie wywierają, zdaniem autora, tego wpływu leczniczego, jaki im przypisywać się zwykło. Autor zaleca natomiast używanie tranu rybiego (*Lebertran*), a również systematyczne wcieranie szarego mydła (*Sapo kalin.*), uważając, że tą drogą krew pacjentów zubożoną zostanie w związki alkaliczne (*Liebig* i *Kollmann* uważają skrofuley za rezultat ubóstwa krwi w związki alkaliczne). Przy leczeniu nie należy zrażać się niepowodzeniem, lecz przez czas dłuższy stosować kąpiele słone, tran i wcieranie *sapo kal.*; na tej drodze otrzymuje się zwykle dobre rezultaty.

A. Ż.

81. Spolverini. Przyczynek do nauki o etyologii i patogenezie plamicy krwotocznej pierwotnej u dzieci. („*Contribution a l'étude de l'etiologie et de la pathogénie du purpura primitif chez les enfants.*“ *Annales de Médecine et chirurgie infantiles*, № 10, 1899).

Wątpliwości nie ulega, że na pierwszy rzut oka dosyć jest łatwo rozpoznać wysypkę, zwaną plamicą krwotoczną (*purpura*), nie można jednak tego powiedzieć o jej przyczynach, których wykrycie w większej liczbie przypadków przedstawia wiele trudności.

Niegdyś wszystkie plamice krwotoczne były łączone w jedną grupę, powstawanie ich tłumaczono sobie tworzeniem wybroczyn zmienionej krwi, która stała się płynniejsza, lub pewnymi zmianami naczyn krwionośnych, które uległy rozerwaniu.

Dopatrywano się również związku pomiędzy plamicą krwotoczną a gościcem stawów (*Peliosis rheumatica*), jak również różycą wielopostaciową (*erythema polym.*); sądzono również, że cierpienie to może być natury zakaźnej i robiono poszukiwania nad wykryciem mikrobów, będących jego przyczyną; występowanie wysypki tłumaczono sobie tworzeniem się zatorów w naczyniach krwionośnych skóry, spowodowanych mikrobami. Pokazało się jednak, że większa liczba mikrobów umiejscowionych w plamach, znajduje się i w stanie nor-

małym na powierzchni skóry człowieka, a po starannem jej wyjąłowieniu, mikrobów wspomnianych już nie widziano.

Od chwili zbadania toksyn mikrobowych i antytoksyn, przekonano się, że mikroby działają nie same, a ich produkty, że przenikanie mikrobów do obiegu krwi nie jest rzeczą konieczną; stąd powstało przypuszczenie, że plamica krwotoczna jest objawem toksemii.

Hypotezę powyższą potwierdzają doświadczenia i występowanie purpury w przebiegu cierpień zakaźnych; autor spostrzegał często wysypkę tego rodzaju u dzieci, cierpiących na ostry niezbyt kanału pokarmowego, połączony ze znacznym podniesieniem się ciepłoty i ogólnym upadkiem sił. Z załączonego szczegółowego opisu wspomnianych przypadków widzieć można, że w kale prawie wszystkich cierpiących wykryć było można *bac. coli*.

Ażeby przekonać się, że przyczyną wspomnianych cierpień był istotnie *bac. coli*, autor izolował mikroby te z kału cierpiących na plamicę krwotoczną, robił z nich hodowle, a następnie szczepił je świnkom morskim w ilości 0.06 do 0.80 (na 100 wagi).

Z 39-ciu zwierząt, użytych do doświadczeń, pozostało przy życiu tylko 4, wszystkie inne zdychały po kilku dniach; oględziny postmortalne wykazywały: wysięk włóknikowo-krwisty, przekrwienie kapsuły nerek, śledzionę i wątrobę obrzękłą i pokrytą wysiękiem, silne wychudnięcie.

Doświadczenie drugie dokonane zostało z produktami *bac. coli*. W tym celu autor robił najpierw hodowle *bac. coli* w temperaturze 37°, w ciągu 15 dni, następnie przepuszczał je kilkakrotnie przez sączek papierowy, celem oddzielenia bakterii, nakoniec do przesączu dodawał wysokoku; utworzony osad, wyprarzony, tworzył masę rogowatą, dosyć kruchą, zawierającą toksyny *bac. coli*.

Otrzymaną powyższym sposobem toksynę z *bac. coli*, autor robił szczepienia kotom, zastrzykując 5 do 25 c. gr. zwierzęciu, po poprzednim rozprowadzeniu jej 4-ma kub. cent. wody. Z 14 kotów poddanych szczepieniu, tylko 3 pozostało przy życiu; u większej liczby pozostałych występowały następujące objawy: upapek sił, drżenie, zmniejszenie łaknienia, pragnienie, częste wypróżnienia, niekiedy ropnie w miejscach zastrzykiwań, drgawki i porażenie kończyn; śmierć następowała po 1 do 9-ciu dniach.

Z załączonych tablic przebiegu plamicy krwotocznej, spostrzeganych u dzieci, jak również szematów, uwydatniających przebieg szczepień *bac. coli* i jego toksyn, robionych na zwierzętach, autor, wyprowadza wnioski, dotyczące etyologii i patogeny plamicy krwotocznej.

Wykonane doświadczenia na zwierzętach potwierdzają istnienie związku (sposstrzeganego już dawniej w klinikach) pomiędzy zaburzeniami kanału pokarmowego i występowaniem plamicy krwotocznej. Objawy powyższe znajdują swoje wyjaśnienie w załączonych tablicach z dokonaniem doświadczeniami, z których widać, że *bac. coli* w początkach choroby, jakkolwiek sam przez się mało jadowity, wydziela jednak produkty, posiadające wysoką siłę toksyczną, stan ten

odpowiada początkowemu występowaniu plamicy u dzieci; następnie, bac. coli staje się więcej jadowity, a okres ten odpowiada silnym zaburzeniom kanału pokarmowego; wkrótce jednak traci znaczną ilość swych toksyn, co wpływa na zmniejszenie się objawów plamicy.

Występowanie częste nawrotów plamicy krwistej objaśnia się tem, że mikroby mogą przez pewien czas nagromadzić daną ilość wyrobionej toksyny, która postępując do organizmu, jeżeli nie jest wydaloną nazewnątrz, wywołać może powtórzenie się plamicy krwotocznej. Istnieje zatem widoczny związek pomiędzy zakażeniem kiszek, jadowitością bac. coli i objawami plamicy krwotocznej.

Wprawdzie u zwierząt, którym szczepiono bac. coli, purpury nie spostrzegano, ale za to występowały inne objawy, dające spostrzegać się stale u cierpiących na plamicę krwotoczną. Niekiedy np. występowała indicanuria, w stopniu bardzo znacznym, spostrzegana również u chorych dzieci, przyczyną której jest wydzielanie się ciał toksycznych przez nerki; autor spostrzegał ją zawsze u kotów, na których robiono doświadczenia z bac. coli, objawowi temu towarzyszyło zawsze napęcznienie nabłonka nerek.

U cierpiących na plamicę krwotoczną często zauważyć się dają bóle gośćcowe, nie ściśle umiejscowione, to samo ma miejsce u zwierząt, którym szczepiono toksyny bac. coli; zwierzęta powyższe zachowywały jaknajwiększy spokój i wykazywały objawy silnego niepokoju przy najmniejszym ruchu biernym. Objawy powyższe należą do t. zw. arthralgii, często napotykanych u chorych z cierpieniami zakażeniami.

Etyologia i patogeneza plamicy krwotocznej ma wiele wspólnego i łączy się z różycą ogólną wielopostaciową. Różycą tą, rozwijającą się niekiedy po zastrzykiwaniach surowicy lub w przebiegu chorób zakaźnych, przyjmuje postać plamicy krwotocznej, nie zmieniając przytem swej głównej cechy. Autor spostrzegał w praktyce swej liczne przypadki powyższego rodzaju; zaburzenia kanału pokarmowego wywoływały to czystą plamicę krwotoczną, to różycę wielopostaciową, niekiedy znów formy przejściowe tych wysypek.

W większej liczbie przypadków u chorych na plamicę krwotoczną istnieją dwa warunki, mogące ją wywołać: zmiany w kanale pokarmowym i sobie właściwe usposobienie organizmu (idioxyncrasia).

Jeżeli toksyny w przebiegu zakażenia kanału pokarmowego wywołują porażenie gałązek nerwów naczyńoruchowych, to powinniśmy mieć tylko rozszerzenie naczyń, a nie wybroczyny krwi. — Ażeby jednak wystąpiły te ostatnie, potrzeba koniecznie wpływu wspomnianych dwóch czynników usposabiających, pod wpływem których zmniejsza się odporność organizmu i ogranicza żywotność wszystkich tkanek (vitalité).

W leczeniu plamicy krwotocznej autor przypisuje ważne znaczenie środkom wypróżniającym (calomel, ol. ricini), małe zaś odkażającym kanał pokarmowy (salol). Pod wpływem pierwszych objawy plamicy krwotocznej ustępują po kilku dniach, albowiem działanie mechaniczne śr. wypróżniających sprzyja wydzieleniu się większej części

bac. coli i ich produktów (toksyn) z kałem; niekiedy jednak objawy cierpienia występują na nowo, a to dlatego, że pewna ilość toksyn już wessała się przed użyciem środka czyszczącego, albo też b. coli wytwarza dalej toksyny, co ma często miejsce przy zadawaniu chorym tylko salolu.

Spostrzeżenia kliniczne podtrzymują teorię toksyczną płamicy krwotocznej, albowiem stale zauważyć można było, że objawy purpury występowały zawsze dopiero w kilka dni po zaczęciu się choroby. Da się to tylko w ten sposób wytłumaczyć, że dla wystąpienia płamicy krwotocznej potrzeba pewnego czasu na wytworzenie się toksyn, ażeby odpowiednia ich ilość w sposób swoisty oddziałać mogła na układ nerwowy.

J. Wojciechowski.

82. Wilhelm Bloch. O ostrej złośliwej pęcherzycy noworodków pochodzenia nieprzymiotowego. (Arch. f. Kinderheilk., T. XXVIII, Z. 1 i 2, 1900.

W wyczerpującej swej pracy, opartej na obfitym materiale klinicznym, autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Ostra pęcherzyca noworodków (nieprzymiotowa) występuje w dwóch postaciach: łagodnej i złośliwej.

2. Postać złośliwa, kończąca się po największej części śmiercią, jest cierpieniem, powstałym na gruncie posocznicowym; główną rolę odgrywa tu streptococcus pyogenes. Jaką drogą zarazek dostaje się do organizmu, pozostaje podziśdziem sprawą niedostatecznie wyświeśloną.

3. W rozpoznaniu różniczkowym należy mieć na uwadze dwa cierpienia: pemphigus foliaceus (Cazenave) i dermatitis exfoliativa (Ritter).

4. Wiele przypadków postaci złośliwej pęcherzycy opisywano jako pemphigus foliaceus. Również wiele przypadków, ogłoszonych przez Rittera i innych badaczy, jako dermatitis exfoliativa należałoby uważać jako ostrą złośliwą pęcherzycę.

5. Pęcherzyca w każdym razie nie powinna być pożytywaną za cierpienie niewinne. Ze względu na łatwość przenoszenia zarazka przez akuszerki należałoby w tym kierunku działać drogą odpowiednich zarządzeń urzędowych.

6. W leczeniu łagodnej postaci wystarcza stosowanie 1% maści salicylowej; w złośliwych przypadkach względnie działa najlepiej skombinowane zastosowanie odwaru kory dębowej, oraz suchych proszków, jak cynk lub talk.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

83. *Lanc.* Jakie ma znaczenie umiejscowienie gonokoków? Wiadomo, że w ostatnich czasach zwrócono uwagę i zaczęto przypisywać pewne znaczenie umiejscowieniu gonokoków wewnątrz komórek ropnych, lub też nazewnątrz ich: pod względem rokowania gorzej mają się przedstawiać przypadki, w których przeważają pasorzyty nie zamknięte w komórkach, te również przypadki nie nadają się na razie do leczenia miejscowego pod postacią zastrzykiwania do cewki. W tej, dotąd jeszcze spornej, sprawie zabiera głos *Lanc.* Do badania brał on kroplę ropy, wyciekającą z otworu cewki przed oddaniem moczu, to znowu wygniatał ostatnią kroplę moczu, pozostałą w cewce. Na preparatach z pierwszej kropli przeważały pasorzyty zamknięte w komórkach, i odwrotnie: w ostatniej kropli były one tam wyjątkowo, a leżały zwykle gromadkami nazewnątrz komórek. Badania te wespół z późniejszą obserwacją przebiegu choroby pozwoliły autorowi przyjść do następujących wniosków: 1) Umiejscowienie gonokoków wewnątrz lub nazewnątrz komórek w wydzielinie z cewki moczowej przy rzeżączce zależy głównie od warunków, w których wydzielinę tę wzięto do badania. 2) Podział rzeżączki na gatunki w zależności od umiejscowienia gonokoków jest sztuczny, 3) Umiejscowienie gonokoków niema istotnego znaczenia w rokowaniu. 4) Umiejscowienie pasorzytów nazewnątrz komórek samo przez się nie może stanowić przeszkody dla zastosowania leczenia miejscowego.

(Wracław, 1899, № 28).

Fr. G — yć.

84. O przypadku, w którym po użyciu jodku potasu wystąpiło obfite wydzielanie śliny, opowiada Triboulet w *Société médicale des Hopitaux* w Paryżu: kobieta 54-letnia zażyła przeciw influenzy chininy i jodku potasu. Na drugi dzień po użyciu tego ostatniego zaczęło się obfite wydzielanie śliny, które trwało cały miesiąc, przyczem chora wydzielała około jednego litra śliny dziennie. Ponieważ innych przyczyn wywołujących nie było, należało przeto jodek potasu uważać za przyczynę ślinotoku, przyczem należy nadmienić, że jod wydziela się niekiedy bardzo wolno z ustroju, tak że jeszcze w 3 tygodnie po użyciu jod w moczu wykazał się daje.

E. K.

85. *Fordyce* opisuje przypadek „lichen planus“, przypominający przypadek, który *Kaposi* podał jako „lichen planus moniliformis.“ U chorego, lat 54-letni, wystąpiła na goleniach i zgięciach kolanowych wysypka, która, rozszerzając się w kierunku organów płciowych, zajęła nakoniec te ostatnie. Wykwity miały podobieństwo do guziczków, jakie bywają przy lichen ruber, obok tych jednak były różowo-czerwone, twarde i brodawkzate guziki, zebrane po części rzędem

na podobieństwo sznuru pereł. Pomiędzy typowymi guziczkami lichen a temi brodawczatymi wykwitami znajdowały się formy przejściowe. Na członku i mons veneris były wyłącznie twarde, brodawczate wyrośnię, powstałe z małych, łączących się guziczek. Pomiędzy wykwitami skóra wykazuje zabarwienie brunatne. Na szwie moszny były brodawczate wykwity, zebrane na podobieństwo sznuru pereł. Badanie mikroskopowe przypadku wykazało przerost naskórka i nacieczenie zapalne w corium.

(Journ. of cut. a. genito-urin. dis., Februar, 1898, — W. M. W., 1899, № 37).
H. U.

86. Wiggin i Fordyce opisują pod nazwą „malignant papillary dermatitis” przypadek choroby, znanej przeważnie jako cierpienie brodawki sutkowej Paget'a. Trwało ono 5 lat, dopóki nie wystąpiły objawy złośliwe. Pod mikroskopem skonstatowano nacieczenie zapalne brodawek skórnych i obrzęk komórek naskórka, w dalszym przebiegu choroby komórki naskórka ginęły lub też rozmnażały się. To rozmnażanie przechodziło wtórnie na nabłonek przewodów i gruczołów mlecznych, który nakoniec wrastał w sąsiednią tkankę łączną i ją w ten sposób zakażał.

(New-York med. Journ., October, 1898, — W. M. Woch., 1899, № 37).
H. U.

87. Hollaender podaje przyrząd swego pomysłu, służący do przyżegania gorącym powietrzem, p. n. „Mikroheissluftkauter elektryczny”. Wypróbowany przezeń w całym szeregu cierpień sposób przyżegania tym przyrządem bez dotknięcia przewyższa metodę przyżegania innymi przyrządami, połączonego z dotknięciem tychże. Aparat nowy dał dobre rezultaty w krwawieniach mięszzowych, małych ogniskach wilka żrącego, naczyniach twarzy (postać powierzchownej, jako też i jamistej) i w owrzodzeniach fagedenicznych. Ten przyrząd można byłoby polecić również w ciężkich cierpieniach skóry, wywołanych przez drobnoustroje (noma, pustula maligna, pemphigus vegetans i t. d.). Wykonała go firma „Reiniger, Gebbert u. Schall”.

(Dermat. Zeitschr., 1899).
H. U.

88. Melle, po opisanu 8-iu przypadków „epididymitis syphilitica”, wyprowadza następujące wnioski: 1) Zapalenie przyjadrza może być połączone z cierpieniem jądra w okresach przymiotu, jak wtórnym tak i trzeciorzędnym. 2) To pierwotne przymiotowe cierpienie przyjadrza ma kilka cech, umożliwiających rozróżnienie i rozpoznanie. 3) Niebolesność i ukryty przebieg cierpienia często bywają przyczyną późnego rozpoznania. 4) Rozwija się ono po większej części w wieku średnim, zaczynając od lat 25-ciu. 5) W przymiocie świeżym jest ono zawsze dwustronne, w późnym zaś — często jednostronne. 6) W przymiocie wtórnym cierpienie zawsze jest umiejscowione w głowie przyjadrza, w trzeciorzędnym zaś — zajęte jest całe przyjadrze, które przyjmuje wówczas postać sznura

perel. 7) W przymiocie wtórnym, w dalszym przebiegu tej choroby, do cierpienia głowy przyjądrza łatwo się przyłącza zajęcie ogona z jednej lub obydwóch stron; w okresie trzeciorzędnym zdarza się to rzadziej. 8) Do epididymitis gummosa przyłącza się w połowie przypadków jednostronne deferentitis gummosa. 9) Pierwotne epididymitis syphilitica rzadziej występuje w okresie wtórnym, niż trzeciorzędnym. 10) Nie może ono bynajmniej być uważane w obydwóch okresach za cierpienie rzadkie. 11) Może być jedynym objawem przymiotu, zwykle jednak występuje obok innych objawów. 12) Nie jest oznaką ciężkiego przymiotu. 13) Znika zawsze pod wpływem kuracyi przeciwprzymiotowej. 14) W przypadkach cierpienia przyjądrza wątpliwego pochodzenia odpowiednie jest zawsze leczenie przeciwprzymiotowe.

(Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle, 1898, 32, — W. M. W., 1899, 37). H. U.

89. Colombini, po zbadaniu 17-tu przypadków „Bartholinitis“, wyprowadza następujące wnioski: 1) Bartholinitis może być pochodzenia rzeżączkowego i nierzeżączkowego. 2) Postać pierwsza jest częstsza i obejmuje około $\frac{2}{3}$ wszystkich przypadków. 3) W Bartholinitis blennorrhoeica nie zawsze się daje skonstatować obecność gonokokków; w razie zaś ich znalezienia dość często obok nich wykrywa się staph. pyog. aureus, rzadziej zaś albus. 4) W tych przypadkach Barthol. blennorrh., w których nie można już wykryć gonokokków, jak również w przypadkach Bartholin. pochodzenia nierzeżączkowego wykrywają się zwykle mikroby ropne. 5) Wszystkie czynniki, sprzyjające wystąpieniu „Bartholinitis“, np. uraz, nie mogą być uważane za właściwą przyczynę, lecz są tylko przypadkowemi bodźcami, sprzyjającemi wystąpieniu postaci rzeżączkowej lub ropnej.

(Arch. f. D. u. S., 48, — W. M. W., 37).

H. U.

90. W różnych przypadkach próbował Miodowski działania naftalonu i przyszedł do wniosku, że działa on prawie swoiście w różnego rodzaju pryszczycach, z wyjątkiem pryszczycy we wrzodach goleni. W dwóch takich przypadkach wystąpiły nawet objawy podrażnienia po czystym naftalonie. W takich razach lepiej działa ciasto naftalono-
nowe (Zinc. oxyd., Amyl. trit. in 25.0, Naftalon 50.0). Autor zachęca do stosowania naftalonu w łuszczycy. W gościecu stawowym naftalon działa słabiej niż ichtyol, ale niewątpliwie uspokaja bóle. Oparzenia II i III stopnia szybko goiły się pod naftalaniem.

(Reichs-Medicinal-Anzeiger, 1899, № 12. — Dermatologisches Centralblatt, September, 1899).

91. A. Brunner, po wypróbowaniu w owrzodzeniach goleni okładów zmoczonych $2\frac{1}{2}\%$ roztworem węgla sodu, przekonał się o doskonałym ich działaniu w owrzodzeniach zastarzałych, atonicznych i uporczywych, w świeżych zaś wrzodach lub też grzybowato narastających, środek ten nie dawał lepszych rezultatów od innych sposobów leczenia. Wrzody 1-ej kategorii autor leczył w sposób

następujący: Po wymyciu sublimatem przykładał na owrzodzenie gazę aseptyczną, wysmarowaną zlekką wazeliną; następnie na to kładł watę, przesyconą roztworem węgla sodu, i nakoniec warstwę batystu. Wszystko to obwiązał bandażem. Opatrunek odnawiany był raz na dzień. Po kilku dniach owrzodzenie pokrywało się ziarniną, brzegi modzelowate coraz bardziej miękły, i wtedy zabliźnienie postępowało szybko naprzód. Wyleczenie kompletne następowało po 10 — 30 dniach.

(Sem. Méd., № 42).

H. U.

V. BIBLIOGRAFIA.

O wartości klimatu swojskiego przy leczeniu gruźlicy. (Głosy ankiety, zarządzonej przez d-ra S. Sterlinga w sprawie sanatoryów ludowych).

Broszura zawiera 52 odpowiedzi różnych praktyków polskich, niemieckich, francuskich i t. d. na pytanie, czy suchoty mogą być leczone w klimacie swojskim. Ani jeden głos nie zaprzecza tej możliwości. Liczne głosy powstają przeciw dawniejszym poglądom, że leczenie gruźlicy daje najlepsze wyniki w górach i w klimacie południowym; pogląd, że leczenie powinno odbywać się, o ile możliwości, w takich warunkach klimatycznych, w jakich wyrósł, żyje i ma żyć chory, daje się zauważyć w licznych głosach.

Ponieważ leczenie środkami farmaceutycznymi nie daje wyników pożądaných i specyfiku przeciw gruźlicy nie posiadamy i pewno nigdy nie zdobędziemy, przeto walka z chorobą winna być zwróconą przede wszystkim na wzmocnienie chorego ustroju i zrobienie go w ten sposób odporniejszym przeciw zarazkowi i sprawniejszym w daniu sobie z nim rady. Z tego właśnie względu myśl, oddawna podnoszona i wprowadzona w wielu miejscowościach w życie, myśl zakładania sanatoryów dla chorych gruźliczych niezamożnych, zasługuje na poparcie przez całe społeczeństwo. Chorzy znajdujący w takich zakładach leczniczych ulgę w cierpieniach, w wielu razach nawet zdrowie i możliwość powrotu do życia czynnego: z drugiej strony, usunięci z otoczenia, pozostającego w niekorzystnych dla zdrowia warunkach, przestaną być szerzycielami wśród tego otoczenia tej strasznej plagi ludzkości.

Prócz 52 głosów, które streściłem w tych wierszach, broszura zawiera tablicę, wykazującą, że na 1,000 przypadków śmierci pomiędzy 30 a 50 rokiem życia, na gruźlicę wypada 390 przypadków; odsetka wypłacania renty robotnikom przemysłu fabrycznego w Niemczech w 20 — 24 roku życia z powodu niezdolności do pracy wskutek gruźlicy wynosi 54.7%.

W. Miklaszewski.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go marca 1900 r.

—z.— Na jednym z ostatnich posiedzeń Towarzystwa lekarskiego w Monachium Ziemssen mówił o rozwoju medycyny w XIX wieku.

Dzieli on XIX-te stulecie na dwa okresy. W początku wieku w medycynie, jak zresztą i w innych naukach, panował zastój skutkiem przewrotów politycznych i społecznych, oraz panujących prądów filozoficznych. Filozofia natury Browna panowała wszechwładnie. Według niego części składowe ustroju działają dzięki pobudzeniu, nadmiar pobudzania wywołuje „sthenię“, brak „astenię“, stąd wynikała terapia, wydająca zwiększenie podrażnień przy astenii i odwrotnie. Była to zresztą epoka Mesmera i jego szkoły, zajmująca się wpływem planet i magnetyzmu. Poliformacja kwitła w tej epoce.

Punktem wyjścia dla nowoczesnej wiedzy był Bichat. Albrecht i Haller wykryli pobudzalność mięśni, Bichat toż samo stosował do innych części ustroju.

Dalszym postępem było wykrycie perkusji i auskultacji przez Lainneca.

Teorya Hannemana, sama przez się bez wartości, nauczyła jednak lekarzy wyczekujących metod leczenia.

Rokitansky i Virchow byli pionierami ścisłych metod badania w naukach lekarskich, co w klinice zrobił Schönlein.

Wreszcie Lister, Pettenkoffer, Pasteur i Koch są przedstawicielami ostatnich postępów wiedzy, wiedzy współczesnej, a ich działalność jest tak znana wszystkim, że o niej wspomnieć tylko można. Z imionami i ich wiąże się postęp wiedzy naszej i jego wyniki.

—h.— Jak donoszą pisma codzienne, lekarze szpitala Zapasowego podali do Rady dobroczynności publicznej petycję, aby życie ich zostało zabezpieczone przez miasto na wypadek zarażenia się i śmierci przy pełnieniu obowiązków.

Suma asekuracyjna w wysokości rb. 5,000 ma być wypłacona osieroconej rodzinie.

Podobne zabezpieczenie lekarzy na wypadek śmierci na służbie istnieje już w niektórych ziemstwach Cesarstwa i rozpowszechnia się coraz bardziej.

Sądźmy, że słuszne żądanie kolegów ze szpitala Zapasowego, więcej niż inni wystawionych na niebezpieczeństwo zarażenia się chorobami infekcyjnymi, znajdzie uznanie u Rady.

—h.— Jeden z lekarzy płockich proponuje w „Echach Płockich i Łomżyńskich“ płockiemu Towarzystwu lekarskiemu następujące warunki opłacania porad:

1) Każdy chory, przychodzący do mego gabinetu, opłaca zgóry na ręce służącego kop. 30 (? red.).

2) Każdy wzywający mnie na miasto do chorego opłaca również zgóry kop. 75 (? red.).

Nb. Gdyby chory przed mojem przyjściem zmarł, obowiązany jestem zwrócić wzięte pieniądze.

3) Każdy wzywający mnie do chorego po za obrębem miasta obowiązany jest:

a) przywieść i odwieść mnie swoimi końmi i ekwipażem, na jakie go stać;

b) zapłacić po rb. 1 kop. 50 za każdą godzinę czasu straconego w drodze lub na miejscu; — i

c) gdyby bytność moja wypadła w czasie godziny ósmej rano, pierwszej po południu, lub siódmej wieczorem, obowiązany mi jest dać posiłek, jaki sam przyjmuje.

4) W czasie pomiędzy godziną ósmą wieczorem i tąż samą rano, wszystkie powyższe wynagrodzenia otrzymam w ilości podwójnej.

5) Każdy płacący obowiązany jest do dawania pieniędzy w jaki chce sposób, tylko nie za pomocą wkładania w rękę przy uścisku, gdyż sposób taki jest wstrętnym.

6) Za wszelki udział w radach lekarskich, przeze mnie zwoływanych, nie będę brał wynagrodzenia żadnego (? red.), a przez mych współkolegów, potrójne w stosunku do tego, jakieby mi się należało w wypadku zwykłym.

—h.— Dotychczasowy docent prywatny uniwersytetu kijowskiego, dr. P. W. Nikolski, mianowany został profesorem nadzwyczajnym na katedrze chorób skórnych i wenerycznych uniwersytetu warszawskiego.

—h.— Na skutek Najwyższego postanowienia, sanatorium „Hallila“ w gubernii Wyborgskiej w Finlandyi przeszło pod zarząd instytucji Cesarzowej Maryi.

—h.— Składki, zbierane w Cesarstwie Rosyjskiem na pomnik dla Pasteur'a, doszły do wysokości 13,981 rubli 44 kop.

—h.— Dr. S. A. Szaniawskij w podróży z Teheranu do Bagdadu zatrzymał się na kilka dni w Chamadanie, dawnej Ekbatanie, i zwiedził znajdujący się tu grób Awiceny. Mauzoleum to ze słabo wypalanej cegły bardzo skromnie przedstawia się pod względem architektonicznym (autor załącza zdjęcie fotograficzne), wewnątrz znajdują się 2 nagrobki z arabskimi napisami, z tych jeden właśnie: Szejch-Bur-Ali-Ibn-Sina czyli Awiceny. Grób ten słynie jako cudowne miejsce i jest celem pielgrzymek pobożnych, zwłaszcza osób chorych. Podobno cudowne wyleczenia nie są rzadkością. Tak więc sławny lekarz, jak mówi dr. Sz., ma dużą praktykę i po śmierci. Trzech derwiszów pełni obowiązki stróżów nagrobka. (Wr., 5).

—hk.— *Wiadomości lekarskie z Afryki południowej.* — Pewien lekarz sztabowy armii angielskiej, który znajdował się w bitwie nad

Tugela, podaje ciekawy raport o umiejscowieniu ran, otrzymanych przez anglików podczas walki. Na 285 podoficerów i żołnierzy rannych w bitwie nad Tugelą 26 otrzymało rany w twarz i szyję, 23 w piersi i ramiona, 76 w uda i 124 w nogi. Statystyka ta wskazuje, że boerowie strzelają bardzo nisko. Wspomniany lekarz dodaje, że wszystkie rany są możliwie „ludzkie“ i że krwotoków prawie zupełnie niema.

— 22-go stycznia generał White donosił, że tyfus zabiera mu dziennie około 10 ofiar; oprócz tyfusu grasuje pomiędzy wojskami, zamkniętymi w Ladysmith, ciężka dysenterya.

— Niektóre dzienniki podają następującą depezę z Pretoryi: Jesteśmy bardzo zaniepokojeni wskutek naszych ambulansów; najlepszy nasi lekarze z nad Modder-River zatrzymani zostali przez anglików jako jeńcy. Prezydent Stein telegrafował do Pretoryi, że landrost z Jakobsdalu oznajmił mu, iż lekarze Ramsbottom, Krause, Biedewel, Wootsmann i cały ich materiał lekarski wpadły w ręce anglików. Od pewnego czasu generał Cronje ma w swem rozporządzeniu tylko jednego lekarza, d-ra Hall, dla całej swej armii. Z drugiej znowu strony dr. Veele donosi o zatrzymaniu siedmiu innych lekarzy, wysłanych na poszukiwanie przypadłych swych kolegów nad Modder (?). W okolicy Ladysmith również donoszą o zatrzymaniu pewnego lekarza. Do Pretoryi przybył ambulans portugalski pod komendą d-ra Carlos Vaz, oddział ten bezzwłocznie wysłany został nad Modder. (Le progrès méd.).

—h.— Według „St. Peters. Med. Woch.“ (№ 4), większość lekarzy czynnych w służbie sanitarnej armii boerów stanowią Niemcy (²/₃) oraz afrykandrzy, którzy studyowali w Niemczech. Dr. Hohls, który urządził główny lazaret polowy, zginął od kuli w czasie bitwy pod Modderspruit; oprócz tego, o ile dotąd wiadomo, zginęło jeszcze kilku lekarzy: dr. Coster, Niemiec, w służbie boerskiej; dr. Grey, dr. Stark i dr. Hughes — Anglicy. Ostatni był głównym lekarzem sanitarnym korpusu Bullera, zginął pod Tugelą.

—h.— Sławny higienista, dr. Max v. Petterhoffer w Monachium został odznaczony tytułem rycerza pruskiego orderu „pour le mérite“.

—hk.— Prof. F. Marchand z Marburga powołany został jako następcą Birch-Hirschfelda do Lipska.

—h.— 4-go lutego wydarzyło się pomiędzy klasą pracującą w Buenos-Ayres 100 przypadków udaru słonecznego, z których 93 zakończyło się śmiertelnie. Panują tam silne upały do 39° w cieniu. (Progr. Méd., 6).

—h.— Austriackie „Towarzystwo pielęgnowania zdrowia“ rozpoczyna w Wiedniu, co niedzielę, szereg odczytów popularnych, mających za przedmiot — higienę życia kobiety. Kurs ten, przegna-

czony wyłącznie dla kobiet, rozpocznie wykład prof. Chrobak'a, w dalszym zaś ciągu prowadzić go będzie docent dr. Lihotzky.

—h.— Według zawiadomienia urzędowego dzuma w Oporto wygasła.

—h.— Dr. Sir Isaac Pitman zrobił wielki wynalazek: „łóżko jarskie“, mające zamiast pierzy i włosów — mech, kwiaty, siano. Sen w takim łóżku ma wzmacniać „ducha i uczucie“.

—hk.— Robin mówił w Archiv. de méd. o stosowaniu sinku metylu w ostrym gościecu stawowym i tryprowem zajęciu stawów. Sinek metylu w niczem nie ustępuje salicylowi sodu. Stosując preparat chemicznie czysty, unikamy wszelkiego działania ubocznego.

Od administracyi:

Administracya „Kroniki Lekarskiej“ uprasza sz. prenumeratorów o rycbę wniesienie przedpłaty za I-sze półrocze r. b., oraz uregulowanie zaległej prenumeraty.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Przyczynek do leczenia tężca — Walery Gedgond — str. 165.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

68. C. A. Ewald — Samozatrucie — str. 174.

II. Choroby układu nerwowego.

69. Eulenburg — O zastosowaniu strumieni d'Arsonval-Tesla — str. 182. 70. Prof. Bernhard — Nietypowy przypadek choroby Thomsena — str. 183. 71. Schönborn — Przyczynek kazujstyczny do nauki o chorobie Thomsena — str. 184. 72. Prof. Gesler — Nowe leczenie choroby Thomsena — str. 184. 73. Prof. Bechterew — Myotonia jako choroba przemiany materji — str. 185.

III. Choroby dzieci.

74. Martin Thiemich — O rozpoznaniu głupoty wrodzonej (imbecillitas) we wczesnem dzieciństwie — str. 186. 75. Dr. J. Lange — Drgawki wieku dziecięcego — str. 187. 76. Curt Lachmański — Przyczynki do nauki o ostrym i przewlekłym gościcu stawowym u dzieci — str. 190. 77. Dr. Doerfler — Leczenie chronicznego zaparcia stolca u dzieci — str. 192. 78. Dr. A. Kissel — Nowa metoda leczenia zapalenia wrzodziejącego jamy ustnej — str. 194. 79. Dr. Max Heim — Antitusina w krztuscu — str. 195. 80. Dr. Bleucke — O leczeniu balneologicznem żoźzów — str. 195. 81. Spolverini — Przyczynek do nauki o etylogii i patogenezie plamicy krwotocznej pierwotnej u dzieci — str. 196. 82. Wilhelm Bloch — O ostrej złośliwej pęcherzycy noworodków pochodzenia nieprzymiotowego — str. 199.

IV. Wiadomości pomniejsze — str. 200.

V. Bibliografia — str. 203.

Kronika bieżąca — str. 204.

Od administracyi — str. 207.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 17 Февраля 1900 года.