

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. *D-r W. D. Moraczewski.* O jednoczesnem wydzieleniu nadmiernej ilości indykanu i szczawianów w moczu ludzkim—str. 77. II. *D-r Kazimierz Niedzielski.* O mięsakach sutki (dokończ.)—str. 82. III. *D-r Kazimierz Dudrewicz.* Powikłania spraw ropnych ucha środkowego (c. d.)—str. 87.

IV. **Dział sprawozdawczy:** I. *Choroby wewnętrzne i dzieci.* 36. *Bajron i Cade.* O własnościach cytologicznych puchlin piersiowych w chorobach serca i nerek—str. 92. 37. *Schontagh.* O cierpieniach stawowych pochodzenia płoniczego—str. 93. 38. *Wassermann.* Nowa surowica przeciw błonicy—str. 94. 39. *Boddaert.* O odczynie dwuzatowym—str. 95. 40. *Hecker.* Rozpoznanie przymiotu płodu—str. 96. 41. *Herzberg.* Czy w jamie ustnej niemowląt karm. przez mamki, znajdują się paciorkowce?—str. 97. 42. *Genser.* Czy ospa wietrzna jest chorobą właściwą wyłącznie dzieciom?—str. 98. II. *Wiadomości terapeutyczne:* Od № 43—51—str. 99. III. Z Tow. Lekarskiego Warszawskiego—str. 103. IV. Tow. Lekarskie w Radomiu—str. 104. V. Z Tow. Lekarskich w Wiedniu—str. 106. VI. *Adolf Burggrave*—str. 108. *Kronika bieżąca*—str. 110. *Zmarli*—str. 112. *Od Administracji*—str. 112. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 3. I. *D-r W. D. Moraczewski.* Sur indicanurie et oxalurie chez l'homme—p. 77. II. *D-r K. Niedzielski.* Sur les sarcomes de la mamelle—p. 82. III. *D-r Kazimierz Dudrewicz.* Sur les complications des alterations purulentes d'oreille moyen—p. 87.

I. O JEDNOCZESNEM WYDZIELANIU NADMIERNEJ ILOŚCI INDIKANU I SZCZAWIANÓW W MOCZU LUDZKIM.

Podał

D-r W. D. Moraczewski.

(Karlsbad).

Przed paru miesiącami zwróciłem uwagę na zależność, jaka zdaje się zachodzić pomiędzy wydzieleniem indykanu i szczawianów.

(Przegląd lekarski 1901). Zaznaczyłem wówczas, że indykan powstawać może nie tylko pod wpływem gnicia w kiskach, że jest raczej jakimś wytworem przeróbki ciał białkowatych na wzór kwasu moczowego lub szczawowego. Znana praca Harnack'a i panny van der Leyen (Zeitschr. f. phys. Chemie 29 str. 205) i przytoczona w niej literatura dawniej już podawały to samo mniemanie, a autorowie francuscy i włoscy A. Gilbert i E. Weil, F. Scotti, Rabaioli, E. Reale, niejednokrotnie podnoszą występowanie indykanu w moczu przy trawieniu prawidłowem, domyślając się zależności indykanu od czynności wątroby. Wreszcie, w dziele Naunyn'a o cukrzycy widzimy, że zarówno kwas szczawiony, jak i indykan, występują bądź razem, bądź naprzemian w chorobie cukrowej, bez wyraźnej zależności od trawienia. Na ostatnim zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich w Karlsbadzie wygłosił p. F. Rosenfeld z Berlina odczyt, w którym starał się dowieść, że indykan powstaje z rozkładu tkanek ustroju. W sporach, które z powodu odczytu powstały, utrzymywała strona jedna, że dotąd niema dowodu, któryby obalał daną teorię o powstawaniu indykanu, że doświadczenia Harnack'a nie potwierdzają się, że wydzielenie nadmierne indykanu pod wpływem diety tłuszczowej polega może na zaburzeniach żołądkowych (v. Noorden).

W przemówieniu, które dr J. Pruszyński miał z powodu mego odczytu w Warszawskim Tow. Lekarskim, zaznaczył mówca, że spostrzeżenia moje, nad indykanem i ciałami aromatycznymi, tak dalece odbiegają od przyjętej teorii, że godziłoby się przytoczyć liczniejsze dowody. Wywiązuję się z tego po części w obecnem szkicu.

Zanim wystąpię z dowodami poważniejszymi postanowiłem poprzeć moje twierdzenie materiałem statystycznym pracowni karlsbadzkich, które rozporządzają wielką ilością spostrzeżeń, zarówno dotyczących szczawianów jak indykanu.

Zestawienie 439 przypadków oxalurii lub indykanurii wykazało, że w 376 przypadkach zwiększenie ilości indykanu w moczu 317 razy współcześnie występowało z wydzieleniem szczawianu wapnia w osadzie. Stanowi to 84,3%. Tylko w 41 przypadkach, czyli w 10,9% nie znaleziono szczawianów w osadzie przy jednoczesnem zwiększeniu ilości indykanu. W 23 przypadkach bardzo silnego zwiększenia indykanu znajdowano zawsze szczawiany w osadzie, czyli 100%.

W 398 przypadkach wydzielenia szczawianu wapnia bez względu na ilość było 295 przypadków jednoczesnego zwiększenia indykanu, t. j. 74,1%. Z tych wypadła na 144 przypadki nielicznych kryszta-

łów 119 przypadków zwiększenia ilości indykanu t. j. 82%. Na 164 przypadki znacznego wydzielania szczawianów 100 przypadków zwiększenia indykanu, czyli 60%; na 90 przypadków bardzo znacznego wydzielania szczawianów 76 przypadków zwiększenia indykanu, czyli 84,4%. Tylko w 63 przypadkach ilość indykanu była normalna t. j. w 15,8%.

Statystyka laboratorium instytutu chemii lekarskiej przy uniwersytecie lwowskim wykazała podobny stosunek. Oprócz tego W. Mayzel z Warszawy potwierdził moje spostrzeżenie, dotyczące indykanuryi i oksaluryi¹⁾.

Wynik jest bardzo wyraźny i świadczy, że kwas szczawiowy zdaje się być ciałem zwiastującym wystąpienie indykanu, częściej bowiem spotykamy szczawiany bez indykanu, niż odwrotnie, t. j. indykan bez szczawianów. W każdym razie, związek pomiędzy wydzielaniem indykanu i występowaniem szczawianu wapnia jest niewątpliwy, a nie należy zapominać, że w większości przypadków osoby badane *żadnych* zaburzeń kiszkowych nie miały. Tylko w 23% przypadków oksaluryi lub indykanuryi znajdowano współcześnie cukier w moczu, reszta chorych cierpiała na skazę moczanową albo na oksaluryę sui generis. Dodajmy w nawiasie, że nie chodziło nam wcale o zestawienie indykanuryi z cukrzycą, że w licznych przypadkach cukrzycy moczu na indykan i szczawiany wcale nie badano.

Nie chcemy twierdzić, że to co powiedzieliśmy dotąd, zbija dawną teorię powstawania indykanu w kiszkach, albo ma być dowodem pochodzenia indykanu z tkanek.

Naprzód, wydzielanie szczawianów nie zawsze idzie w parze ze zwiększeniem się ilości kwasu szczawiowego, jak mówią Klemperer i Tritschler (Zeitschr. f. klin. Med. B. 44, str. 337) dalej możemy przypuszczać, że pewne zbogacenie moczu w sole wapienne doprowadza do wyraźniejszego występowania szczawianów. Że zaś sole wapienne wydzielają się przez [kiszki i to tem obficie, im wydzielanie kiszkowe jest silniejsze, zatem moglibyśmy przypuszczać, że przy zastoju w kiszkach wydziela się więcej wapnia przez nerki i strącają się większe ilości szczawianów w moczu. Co do pierwszego punktu możemy śmiało twierdzić, że wydzielanie szczawianu wapnia w osadzie świadczy zawsze o stosunkowym zwiększeniu, że liczni badacze (Fürbringer, Hans) kierowali się tem zjawiskiem przy wyszukiwaniu wybitnych oksaluryi i znajdowali w większości przypadków powiększoną ilość tam, gdzie szczawiany się wydzielają.

1) Uwaga przy korekcie.

Co do drugiego punktu możemy odpowiedzieć, że dokonane przez nas doświadczenia nie usprawiedliwiają powyższego domysłu o zależności szczawianów do wapnia. Wapień nie idzie w parze z ilością kwasu szczawiowego, jak widać z zestawienia, które zaczerpnęliśmy z pracy o wydzielaniu kwasu szczawiowego i indykanu, ogłoszonej w „Medycynie“ w 1902 r., a sole wapienne zazwyczaj wydzielają się bardzo skąpo w oksalurii.

	I			II			III		
	Ind.	Szcz.	Wap.	Ind.	Szcz.	Wap.	Ind.	Szcz.	Wap.
Dyeta mieszana	0.1348	0.0164	0.274	0.1277	0.0134	1.027	0.2831	0.4604	0.838
Dodat. 300 gr. mięsa	0.2008	0.0059	0.349	0.1543	0.0730	0.872	0.2727	1.040	0.505
Dodat. 100 gr. tłuszcz.	0.1978	0.0097	0.346	0.2206	0.0218	0.691	0.2991	1.041	0.675
Dodat. 50 gr. skrobi	0.1838	0.0078	0.439	0.1472	0.0181	0.558	—	—	—
Dyeta roślinna	—	—	—	—	—	—	0.1175	0.442	0.593

Z tablicy powyższej wynika, 1) że sole wapienne w żadnym stosunku z indykanem i szczawianami nie stoją, 2) że zmiany w dyecie prawie zawsze jednakowo wpływają na wydzielanie obu ciał, o których mowa.

Oddawna, zresztą, znany jest wpływ przeciwny na kiszki węglowodanów, ale wpływ ów mierzono zawsze ilością indykanu w moczu. Zatem pod wpływem diety cukrowej lub węglowodanowej w ogóle zmniejsza się ilość wydzielanego z moczem indykanu. Zupełnie ten sam wpływ wywierają węglowodany na wydzielanie kwasu szczawiowego, o czym pouczają nas nie tylko doświadczenia Salkowskiego i jego uczniów, ale i wyniki własnych naszych spostrzeżeń.

Widzimy dalej z powyższego zestawienia, że dodatek 100 gr. tłuszczu wywołuje zawsze zwiększenie ilości zarówno kwasu szczawiowego, jak indykanu. Backman (Zeitschrift. klin. med. B. 44, str. 458) i Benedikt (Tamże B. 36, str. 313) wykazali, że ilość ciał aromatycznych w moczu zwiększa się przy dodaniu tłuszczu do żywności. Nasze doświadczenia potwierdzają w zupełności to spostrzeżenie i wykazują nadto, że jednocześnie z indykanem zwiększa się ilość kwasu szczawiowego. W żadnym z przytoczonych przypadków nie zauważono zmiany w trawieniu i bezwarunkowo logiczniej jest porównać to zjawisko z powiększaniem się ilości acetonu, który także rośnie pod wpływem tłuszczów, niż sprowadzać je do zupełnie nieuzasadnionej i niestwierdzonej zmiany w trawieniu.

Nie koniec na tem. Od czasów Fürbringer'a wiemy, że pod wpływem zasad zmniejsza się ilość kwasu szczawiowego. Nowsze badania Klemperer'a przypisują taki sam wpływ solom magnum.

Owóż, godnem uwagi jest spostrzeżenie, które niejednokrotnie zrobiłem, że pod wpływem zasad znika z moczu nadmiar indykanu, który zazwyczaj nawet po ustąpieniu szczawianów pozostaje. Równie dobrze daje się leczyć zasadami indykanury, która występuje bez widocznego osadu szczawianów.

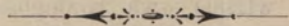
Wszystko to ma być przyczynkiem do zachowania teorii tworzenia się indykanu i obiecujemy sobie, że ściślejsze dowody uda się niedługo przytoczyć.

Godzi się zaznaczyć, że ilość kwasu szczawioowego ocenialiśmy ilością kryształów szczawianu wapna. Choć bywały przypadki, gdzie mimo napozór licznych szczawianów ilości kwasu szczawioowego nie przekraczała miary zwykłej (Klemperer). Uważamy to za szczególne zdarzenie i sądzimy, że słuszniej jest mniemać, że wydzielanie szczawianów świadczy o nadmiernej ilości—a świadczy w każdym razie o stosunkowo nadmiernej—niż szukać tam nadmiaru, gdzie się szczawiany nie wydzielają. Doświadczenia H a a s'a, F ü r b r i n g e r'a i innych wykazują zresztą, że mierząc ilością kryształów ilość szczawianów, nie popełniamy wielkiego błędu.

Ilość indykanu mierzono siłą zabarwienia chloroformu po utlenieniu próbki moczu sposobem O b e r m e y e r'a. Uważamy także oznaczenie za wystarczające do ocenienia nadmiaru indykanu, chociaż przyznać należy, że decydujące jest oznaczenie ilościowe w całodziennej ilości moczu. W doświadczeniach własnych oznaczaliśmy oba ciała ilościowe, statystyczne zestawienie uważamy tylko za potwierdzenie spostrzeżeń, wykonanych metodami ściślemi.

Wnioski nasze wyrażamy w następujący sposób. 1) Zwiększonemu wydzielaniu szczawianów towarzyszy zazwyczaj zwiększenie ilości indykanu w moczu.

2) Związki zasadowe i zmiany w diecie wpływają na oba ciała jednakowo, t. j. zwiększają lub zmniejszają równocześnie ich ilości.



II. Z klin. chir. wydziałowej Uniwersytetu Warszawskiego.

O MIĘSAKACH SUTKI.

Napisał

Władysław H. Władysławski.

(Dokończenie).

Z momentów etyologicznych przytaczano poporodowe zapalenie sutki, ciążę, kamienie i uraz. Wpływ urazu podnosi głównie Lesser (11). Gross etyologię sarkomatu poczytuje jako całkiem niejasną, lubo nie odmawia urazowi działania wywołującego. Niejakie w sprawie tej światło rzucają spostrzeżenia Wilm's'a, jedno z nich zwłaszcza, ostatnie, które dotyczy 47-letniej chorej na mięsaka sutki. Kobieta ta przed laty 10 ciu otrzymała cios pięścią w pierś lewą i niebawem po wypadku owym zauważyła sama w miejscu obrażonym mały twardy guzik. Przed rokiem znów ta sama chora uderzyła się tąż pierśią o kant przedmiotu twardego, poczem nowotwór zaczął rozrastać się daleko prędzej i ostatecznie rozwinął się tamże mięsak torbielowaty, duży jak pięść. Dalej, Neuhahn zanotował (12) związek z urazem aż w 44 przypadkach i doszedł do przekonania, że uraz, wprawdzie, nie jest tu czynnikiem, działającym bezpośrednio, że tenże jednak przyspiesza sprawę rozwoju często nie zauważonego dotąd nowotworu.

Ażebym rozpoznanie postawić ściśle, zwraca się uwagę przede wszystkim na umiejscowienie, wymiary, postać i ruchomość guza, jak również na naturę jego rozwoju; następnie — na właściwości tkanek okalających i skóry, na wygląd, wreszcie, i stan brodawki, która tu nader rzadko bywa wciągnięta. Obecność guza wielkiego przy powolnym, względnie, rozroście, przemawia przeciw dygnozie raka, gdyż mięsaki wyróżniają się właśnie swą rozległością, zwłaszcza odmiany torbielowe o powierzchni nierównej, grubozrazikowej, dające nadto uczucie chelbotania. Należy pamiętać, że raki zrastają się z otaczającą skórą stosunkowo wczesnie, czego znów o mięsakah powiedzieć nie można. Skóra nie daje się wówczas brać w zmarszczkę, nadto widzi się przekrwienie naczyń i rozszerzenie żył większych. Z innych, przemawiających na korzyść raka, objawów wymienimy jeszcze obecność rozlanych w skórze dokoła nowotworu guzków lub guzieczków mniejszych, a nadto nieprawidłowe, bardzo twarde brzegi guza, zajęcie

gruczołów pod pachą i pod obojczykiem, wreszcie, wrastanie i kurczenie się brodawki. Ostatni objaw ten, zgodnie z twierdzeniem autorów francuskich, występuje bardzo często w przypadkach raka sutki i naodwrot nie zauważa się wcale u chorych na mięsaka. Zarysowujące się wyraźnie granice i ruchomość, przesuwalność guza ponad tkankami, leżącymi poniżej, przemawiają również za jego łagodnością względną.

Po krótkich tych uwagach nad osobliwościami mięsaków przechodzę do opisanie przypadku własnego, który dotyczył 41 letniej właścianki, Barbary R., przyjętej do kliniki chirurgicznej prof. Kuzniecowa (Szp. św. Ducha) z przyczyny guza sutki prawej. Z wywiadów dowiedziano się, że guz istnieje około lat pięciu. W początkowym okresie cierpienia w sutce tej istniało małe tylko stwardnienie, które powiększało się stopniowo i bardzo wolno. W sierpniu r. z., w górnym odcinku gruczołu zaczął wyrastać drugi guz, powiększający się daleko prędzej od pierwszego. Chora nadciąła guz ów nożem, poczem tenże uległ owróżdzeniu.

Podczas badania wychudłej nieco, choć dobrze zbudowanej kobiety zauważa się w prawym gruczole piersiowym, na przestrzeni od II do V żebra, przeważnie w górno-zewnętrzny tegoż odcinku, dwa guzy, sterzące wyraźnie ponad powierzchnią sutki. Pierwszy z nich, znacznie większy, siedząc na podstawie szerokiej, posiada wymiary pomarańczy, jest bardzo twardy na dotyk, daje się przesunąć dość łatwo i w górnej swej części wrzodzię z powierzchni; daleko mniejszą ruchomością odznacza się drugi guz dolny, duży jak jajo kurze, o barwie skóry niezmienionej. Bródka niewielka oddzielała jeden nowotwór od drugiego. Pomiędzy obydwoma guzami, ku wewnątrz, widać dwa guziki, każdy wielkości jaja gołębiego, twarde i nie przyrośnięte do tkanek głębszych. Jeżeli zalecimy chorej oprzeć się na prawem rękę i naprężyć wielki mięsień piersiowy, można wówczas przekonać się łatwo, że guz daje się nad nim przesunąć bez trudu i że do mięśnia nie przyrósł wcale. Również na zewnątrz od wyszczególnionych tworów, w kierunku do pachy, wyczuwa się w skórze szereg guziczek twardych, dużych jak ziarna grochu, w samym jednak dole pachowym gruczołów powiększonych nie było wcale. Dzięki mało rozwiniętej tu tkance podskórnej mniemanie to mogłem być wygłosić zupełnie stanowczo. Objawów charłactwa, pomimo pięcioletniego przewlekania się sprawy chorobowej, nie zauważono wcale, jak również zmian w narządach wewnętrznych.

Wobec tego rodzaju właściwości przypadku rozpoznanie mogło wahać się tylko pomiędzy łagodniejszą postacią raka (*squirmhe ligneux Velpeau*) lub też mięsakiem. Istnienie jednak nowotworu w ciągu

łat pięciu, brak zwyrodnienia gruczołów i charłactwa oraz niezwykle dla raka wygląd i umiejscowienie guza przemawiały raczej za mięsakiem sutki. Aby usunąć wątpliwości, trzeciego dnia pobytu chorej w klinice wyciąłem z guza górnego dwa kawałeczki w postaci kliników, poczem kol. Stankiewicz zbadał naturę nowotworu pod drobnowidzem. Niebawem przekonano się, że guz ów był mięsakiem o komórkach wrzecionowatych (sarcoma fusocellulare).

D. 11 kwietnia r. b. dokonano pod chloroformem wycięcia nowotworu. Operacja skuteczną została z jak najściślejszym zachowaniem wymagań aseptyki (dokładne obmycie, odkażenie i pociągnięcie mocną nalewką jodową pola operacyjnego, nałożenie masek, pokrywających nos i usta operującego oraz jego pomocników, zastosowanie wyjąłowionych czapek i rękawiczek i t. p.). Za pomocą dwóch cięć półksiężycowych guz obkrajano i wycięto wraz z powięzią i warstwami powłokowymi m. pectoralis majoris. By zmniejszyć brak, który powstał po usunięciu sutki, dokonano, na wysokości górnego i dolnego końców cięcia operacyjnego, incyzji uzupełniających w kierunku poziomym i wyseparowano płaty skórne. Brzegi cięcia pierwotnego zbliżono wzajemnie i w rogach obu połączono szwem, tak, że tylko część rany środkowa na przestrzeni nie większej, niż dłoń, pozostała obnażoną, przyczem dno rany tworzył mięsień piersiowy większy. Po dokonaniu w jamie pachowej przeciwcięcia wprowadzono tamże dren szklany, wreszcie, nałożono opatrunek uciskający i kończynę po stronie chorej przymocowano do tułowia.

Usunięty tą drogą nowotwór, jak stwierdzono to na przekroju, składał się z kilku odgraniczonych wyraźnie guzów mniejszych. Górny, największy z tychże, wynosił w średnicy podłużnej 7 ctm, w poprzecznej—nie przewyższał 8; pomiędzy tym ostatnim i mniejszym guzem dolnym istniało zagłębienie, na 2 ctm. szerokie. Na przekroju nowotwór był twardy i chrząścił pod nożem. Jednostajna, przypominająca tkankę bliznowatą, budowa guzików przemawiała odrazu na korzyść przypuszczenia, że mamy przed sobą mięsak nie czysty, lecz z obfitą domieszką zbitej tkanki włóknistej. Na obwodzie przecięcia widać było oddzielne, okolone niebieskawemi naczyńcami, guziki. Obraz taki sam prawie odnajdujemy i na przekroju guza dolnego, długiego na 5, szerokiego na 4 $\frac{1}{2}$ ctm. Części środkowe obu guzów były niezwykle twarde i blade, nowotwór odróżniał się wyraźnie od okalających tkanek zdrowych i do skóry przylegał szczelnie. Dokoła większego mięsaka górnego układały się dwa szczelnie odgraniczone, otorbione guziki; poniżej — również dwa o postaci nieprawidłowej — wszystkie zróżnione ze skórą.

Nadto dwa ostatnie guziki dolne zlewały się do pewnego stopnia z nowotworem dolnym. Naogół biorąc, wszystkie te guzy, tworząc razem omawiany nowotwór, posiadały dobrze rozwiniętą torebkę i oddzielone były wyraźnie od warstw sąsiednich.

Dla pewniejszego zabezpieczenia się od nawrotu wycięto podczas operacji oprócz powięzi całą warstwę górną m. pectoralis majoris, a oprócz tego usunięto nierówną, usianą maleńkimi guziczkami powięź z kąta rany zewnętrznej—dolnego. Podjęte wtórnie badanie mikroskopowe nie wykryło, bynajmniej, obecności pierwiastków nowotworowych w podejrzywanej o to powięzi, z drugiej, wszelako, strony, dzięki badaniu temu, stwierdzono, że guz posiada miejscami obfitą twardej tkanki włóknistej domieszkę i że uważanym być winien za mięsak włóknisty (fibrosarcoma) typowy.

Przebieg okresu pooperacyjnego był nader pomyślny; raz jeden tylko, trzeciego dnia po zabiegu, stwierdziłem nieznaczne podwyższenie ciepłoty (38,2°), zawarunkowane pewnym zatrzymaniem się wydzieliny; podwyższenie to jednak ustąpiło bezzwłocznie po dokonaniu opatrunku i od tej pory nie zostało już stwierdzonem ani razu. Po upływie dni pięciu na obnażoną częściowo powierzchnię rany operacyjnej przeszczepiono naskórek według metody Thiersch'a, przy czem materiał wzięto z lewego ramienia i przedramienia; operacji tej dokonano po uprzednim znieczuleniu miejscowo płynem Schleich'a. Przeszczepione płyty naskórka z wyjątkiem 3—4-ch, przyjęły się wybornie i rana goiła się w ciągu dalszym zupełnie prawidłowo. Ósmego dnia po operacji usunięto szwy i operowana w dniu 4 maja r. z. wypisała się z kliniki zdrową zupełnie.

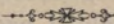
By uwydatnić dosadniej skuteczność metody operacyjnej w obec mięsaków sutki, przytaczam na zakończenie wyniki, otrzymywane po zastosowaniu metody owej na Monachijskiej klinice chorób zewnętrznych prof. Angerer'a. Z omawiającej je pracy d-ra Gebele'a widzimy, że operowano tam w 30 tego rodzaju przypadkach. Jedna z chorych zmarła wkrótce po rękoczynie, 2 umarło na skutek nawrotu (27%), jedna — w następstwie marskości wątroby w 3 lata po operacji, o dwóch, wreszcie, operowanych autor nie posiada wiadomości dalszych. W pozostałych 21 przypadkach osiągnięto wyleczenie trwałe z brakiem recydywy aż do chwili obecnej, wyzdrowienia stanowią zatem 70% ogólnej ilości operowanych spostrzeżeń. Z tej statystyki dowiadujemy się, że raki sutki dawały nawrót w 63% przypadków, a wyleczenie w 19,9% tylko, różnica zatem w stopniu złośliwości porównywanych rodzajów nowotworu jest bardzo znaczną. Co się tyczy, nareszcie, sposobów operacyjnych, zaznaczymy jeszcze,

że u osobników 6-ciu poprzesztano na samym tylko wycięciu nowotworu, a w 25 przypadkach usunięto piersz zupełnie z jednoczesnem wyluszczeniem przeistoczonych gruczołów w spostrzeżeniach pięciu.

Na zakończenie niech wolno mi będzie podziękować serdecznie Szanownemu Profesorowi Kuzniecowskiemu za łaskawe ustąpienie mi materiału klinicznego.

Literatura.

- 1) Haeckel H. Beiträge zur Kenntniss der Brustdrüsengeschwülste. Langenb. Archiv. Bnd. XLVII.
- 2) D-r H. Gebele. Zur Statistik der Brustdrüsengeschwülste. Beiträge zur klin. Chir. Bn. XXIX. Heft 1. 1900.
- 3) Horner, F. Ueber die Endresultate von 172 operirten Fällen malignen Tumoren der weiblichen Mamma. Beiträge zur klin. Chir. Bnd. XII.
- 4) Gross Samuel. Sarcoma of the female breast; based upon a study of one hundred and fifty-six cases. American Journ. of the med. sciences. 1887.
- 5) Wilms. Die Mischgeschwülste der Brustdrüse. Berlin. 1902.
- 6) Hoffmann, A. Ein durch die grosse Zahl der Recidive sowie durch ausnahmsweise langdauernden recidivfreien Intervall bemerkenswerther Fall von Mammasarcom. Langenb. Archiv. Bnd. XLVIII.
- 7) Manz. Ueber Riesenzellensarcom der weiblichen Brustdrüse. Beitr. zur klin. Chir. Bnd. XIII.
- 8) Archiv für klin. Chir. 1887. XXXVI. S. 421.
- 9) Stephen Paget. Diseases of breast. Lancet. May. 12
- 10) Jacobson Nathan. Tumors of the male breast. Med. News. Jan. 1895.
- 11) D-r Edmund Leser. Die specielle Chirurgie in 50 Vorlesungen. Jena. 1897.
- 12) Neuhahn Moritz. Ueber Weichtheilsarcom der Extremitäten. Inaug. Dissert. Würzburg. 1888.



III. POWIKLANIA SPRAW ROPNYCH UCHA ŚRODKOWEGO.

Opracował

D-r Kazimierz Dudrewicz.

(Ciąg dalszy).

U osobników gruźliczych, żółzowatych, charłacznych, źle odżywianych, mogą często, jak w ostrych, tak i w przewlekłych sprawach ropnych ucha środkowego, powstawać destrukcyjne sprawy w kości. Wskutek zniszczenia śluzówki, znajdująca się pod nią kość obnaża się i formuje próchnica powierzchowna, czemu jeszcze sprzyjają rozkładające się masy ropne. Jeżeli pod wpływem zapalenia część kości pozbawioną zostaje przyływu krwi, to tworzy się jej zgorzel. W tym ostatnim przypadku może być zniszczoną i wydaloną nazewną większa część kości skalistej.

Sprawa ropna najczęściej idzie nazewną, i przetoki próchnicowe idą ku zewnętrznej części wyrostka sutkowego. Najwięcej przedstawia sprawa niebezpieczeństwa, jeżeli skutkiem zniszczenia kopuły i jamy bębnowej rozszerza się na jamę czaszkową i otwiera do środkowej jamy czaszkowej lub gdy przetoki kierują się ku tylnej jamie czaszkowej. Rzadziej może nastąpić uszkodzenie żyły szyjowej lub tętnicy domózgowej wskutek zniszczenia dolnej lub przedniej ściany jamy bębnowej. Oprócz tego może nastąpić krwawienie z naczyń jamy czaszkowej, albo z art. meningeae media i z art. stylo-mastoidea. Może również nastąpić otwarcie kanału nerwu twarzowego i bezwład odpowiedniej połowy twarzy.

Czasem naokoło błędniaka próchniczej otaczająca go torebka kostna i cały on lub części jego mogą się oddzielić od kości skalistej i wydaląc nazewną (G u r a n o w s k i), sprowadzając zwykle głuchotę. Bywa to i wskutek zatkania art. auditoriae internaee. Zgorzel błędniaka zwykle bywa połączoną z porażeniem nerwu twarzowego. Zdarza się również przy ostrych sprawach ropnych, przy płonicy, odrze, błonicy.

Sprawa próchnicowa może dotyczyć i kosteczki słuchowej: często bywa dotknięta sprawą główka młotka, kowadełko, główka strzemięcia.

U dzieci sprawa zgorzelinowa spotyka się częściej, niż u dorosłych: często dotyka ona część wyrostka, położoną między jamą sutkową, a zewnętrznym przewodem słuchowym.

Sprawę próchnicową i zgorzelinową rozpoznać napewno jest dość trudno. Można te sprawy przypuścić tam, gdzie mamy częste bóle w głowie i uchu, szczególnie po nocach, a bóle te powiększają się przy opukiwaniu kości skroniowej. Bóle te mogą być bardzo silne, ale może ich i wcale nie być. Czasami bóle mają charakter nerwobólu nerwu trójdzielnego, szczególnie rami supraorbitalis. Jeżeli wlewanie do ucha słabego roztworu ściągającego wywołuje ból, również możemy przypuszczać sprawę próchnicową. Domieszka krwi w ropie bez poprzedniego uszkodzenia ucha wzbudza podejrzenie na próchnię. Przy próchnicy i zgorzeli po przemywaniu ucha w wodzie czasem znajdujemy drobne cząsteczki kości. Politzer uważa za częsty objaw próchnicy kości skalistej wieczorne podniesienia ciepłoty.

Napewno rozpoznać martwaki kostne możemy tylko, jeżeli zgłębnikiem natrafimy na ruchomą obnażoną z okostnej część kości; zgłębnikować przytem należy bardzo ostrożnie tylko przy pomocy lusterka, gdyż zawsze jest to przykrem, bolesnem i niekiedy wywołuje obfite krwawienie.

Przypuszczać zgorzel kości skalistej możemy na zasadzie następujących danych:

1) Długotrwała obfita cuchnąca wydzielina ropna, nie poddająca się leczeniu.

2) Tworzenie się w jamie bębnekowej ziarniny, szybko odrastającej po usunięciu.

3) Jeżeli przez przewód słuchowy wydzielają się drobne martwaki i pomimo to ropienie nie ustaje.

4) Zwężenie wewnętrznej połowy przewodu słuchowego wskutek wypięcia tylnej jego ściany, a także przetoki za uchem.

5) Jeżeli przy powyższych warunkach mamy jeszcze około ucha rozlane nacieczenie, tworzą się ropnie opadowe lub znacznie powiększone są gruczoły chłonne.

Zejście sprawy zgorzelinowej bywa rozmaite: nigdy nie można być pewnym, jak się sprawa skończy. Po usunięciu zmartwiałej kości ropienie cuchnące zmujejsza się lub nawet znika zupełnie, jak to nieraz spostrzegałem. W wielu przypadkach sprawa przycicha i następuje zagojenie się kości, pozostawiając tylko brak. Defekt taki wypełnia się szybko ziarniną, która przemienia się w tkankę łączną, a następnie w kość i sprawa się goi. Przy zajęciu kości skroniowej rokowanie jest bardzo poważnem ze względu na bliskość mózgu i na-

czyn krwionośnych: przy przebicu się ropy do jamy czaszkowej może powstać ropne zapalenie opon mózgowych, ropień mózgu lub ropnica i posocznica. Rzadziej bywają krwotoki. Trzeba również pamiętać o możliwości porażenia nerwu twarzowego wskutek zniszczenia kanału Fallopiusza lub ucisku przez masy ropne.

Jeżeli jednocześnie rozwija się u chorego i gruźlica płuc, wyleczenie z próchnicy i zgorzeli staje się niemożliwym. Cierpienia te zwykle mają przebieg przewlekły, niekiedy ciągną się dziesiątkami lat, choć bywają przypadki, gdzie chorzy umierają już po kilku miesiącach.

Głównym zadaniem naszego leczenia w przypadkach próchnicy i zgorzeli powinno być wydalanie wydzieliny z ucha i usuwanie martwaków, gdyż wydzielina rozkłada się i sprzyja rozszerzeniu sprawy chorobowej w kości i przejściu na jamę czaszkową. Dlatego też stosujemy przestrzykiwania ucha pod bardzo słabem ciśnieniem rozczyrnami przeciwnilnymi zwykłą strzykawkę lub przez rurkę Hartmanna. Dostępne dla nas martwaki usuwamy szczypcami; czasem musimy dla usunięcia dużych martwaków odłuszczyć muszlę.

Przy silnych krwawieniach należy ucho tamponować, a jeżeli krwawi tętnica domózgowa i jeżeli nie daje się zatrzymać krwawienia uciskiem, to należy przewiązać tętnicę szyjową wspólną.

Przy rozwiniętej gruźlicy płuc trzeba wstrzymać się od wszelkich zabiegów operacyjnych i ograniczyć na zwykłym oczyszczeniu ucha.

Porażenia nerwu twarzowego poprawiają się w miarę leczenia cierpienia ucha.

Nie potrzebuję dodawać, że u chorych z upośledzonym odżywianiem winniśmy stosować leczenie ogólne w celu poprawy ogólnego stanu ich zdrowia.

Przechodzę teraz do najpoważniejszych powikłań spraw ropnych ucha środkowego, zwykle życia chorego zagrażających bezpośrednio, mianowicie, powikłań ze strony jamy czaszkowej. W literaturze naszej mamy dużo prac poświęconych już to poszczególnym kazuistycznym przypadkom, już też całemu działowi (prace Heimana, Guranowskiego, Baręcza i innych). Zejście śmiertelne w sprawach ropnych w uchu środkowym bywa znacznie częściej, aniżeli wogóle przypuszczają, ponieważ badanie organu słuchowego za życia, a także i przy badaniu pośmiertnym często się nie dokonywa lub robi się niedostatecznie, skutkiem czego pozostaje niezauważony związek zejścia śmiertelnego ostatniej choroby z cierpieniem uszu. Wielu

zmarłych z rozpoznaniem zapalenia opon mózgowych, udaru mózgowego, duru, ropnicy, w rzeczywistości zmarło od następstw i powikłań ropienia z ucha środkowego, na które może się nigdy nie zwracało uwagi.

Powikłania wewnątrzczaszkowe bywają przy sprawach przewlekłych, rzadziej przy ostrych, skutkiem przejścia ropienia per continuitatem na opony mózgowie, na mózg, na zatoki lub żyły kostne, albo przez przetoki albo przez liczne naczynia i po nerwach, a także przez szew skalisto-łuskowy. Stan ogólny ustroju chorego może stanowić przyczynę ważną, podtrzymującą sprawy ropne w uchu i sprzyjającą rozwojowi powikłań śmiertelnych. Pojawienie się raz jednego innym razem drugiego powikłania w jamie czaszkowej zależy w pewnej liczbie przypadków od stosunków anatomicznych ogniska chorobowego do części sąsiednich. Choroby mózgu, opon mózgowych i zatok biorą początek z miejsca, którędy ropienie w kości skroniowej przeszło do wnętrza czaszki. Jeżeli zarodki zakażenia dostaną się nad opone twardą, rozwija się ograniczone zapalenie ropne zewnętrznej powierzchni opony (ropień zewnątrzoponowy). Jeżeli przebitą zostaje opona twarda, powstaje rozlane zapalenie opon mózgowych, a jeżeli ropa przedostaje się do substancji mózgowej—ropień mózgu. Powikłania śmiertelne, będące następstwem spraw ropnych ucha środkowego, przedstawiają jeszcze wiele luk pod względem rozpoznawczym i leczniczym. Ma się albo zamało objawów, aby te upoważniały do przedsiębrania rękoczynu, albo też objawów tych jest zbyt wiele, skutkiem czego sam rękoczyn nie ma już szans powodzenia (H e i m a n). Uchwycenie właściwego momentu operacyjnego przy tych powikłaniach często jest bardzo trudne.

Zacznę od ograniczonego zapalenia zewnętrznej powierzchni opony twardej (*pachymeningitis externa purulenta circumscripta*) lub ropnia zewnątrzoponowego (*abscessus extra v. epiduralis*), które spotyka się najczęściej ze wszystkich powikłań wewnątrzczaszkowych. Bywa częściej w sprawach ostrych niż przewlekłych ucha środkowego, częściej u dzieci, niż u dorosłych.

Objawy cierpienia wyrażają się objawami ucisku na mózg: tętno wolne, 56—64 uderzeń na minutę, zawroty głowy, nadności, wymioty, ból połowy głowy, senność, zatwardzenie, Staungspupille. Ciepłota podniesiona czasem i do 40°; gorączka zaczyna się często wstrząsającym dreszczem, typu przepuszczającego. Gdy ropa zebrana jest w okolicy zatoki poprzecznej, to może rozwinąć się zapalenie okostnej wyrostka sutkowego z utworzeniem ropnia w tylnej jego części. Nawet przy niezmienionej skórze okolica ta jest bolesną przy opuki-

waniu i ucisku. Przy umiejscowieniu sprawy w dole mózdzkowym, bywa zeszczywnienie karku, występuje ono często i bez zajęcia błony pajęczej lub bez nacieczenia głębokich mięśni szyi lub karku. Często jednak tych objawów miejscowych może nie być nawet przy wielkich ropniach w jamie czaszkowej tylnej, dopóki ropa ma ujście z jamy sutkowej i jamy bębnekowej; podejrzawać zaś można ropień tylko na zasadzie bólów głowy, szczególnie po nocach, po większej części z zawrotami głowy, wymiotami, tętnem wolnym i często zapaleniem nerwów wzrokowych. Czasami przy ropniach zewnątrzoponowych spotyka się nystagmus obu oczu ze zwróceniem ku stronie zdrowej.

Nawet przy obecności pewnych objawów rozpoznanie stawiamy tylko prawdopodobne, gdyż pewna grupa objawów tych właściwą jest sprawom ucha środkowego. Często ropień zewnątrzoponowy rozpoznajemy dopiero po otwarciu wyrostka sutkowego, kiedy przy zgłębnikowaniu przetoki, prowadzącej do jamy czaszkowej, wycieka ropa w większej lub mniejszej ilości. Opona twarda przedstawia się zawsze zmienioną: jest mętną, przekrwioną, brunatną lub czekoladową, jaki kość, do której dotyka. Bywa pokryta ziarniną lub ulega rozmiękczeniu, maceracyi i obumarciu.

Rokowanie w ropniu zewnątrzoponowym wogóle jest dosyć wątpliwe: ropień zewnątrzoponowy pozostawiony sam sobie może prowadzić do utworzenia ropnia mózgu, zapalenia zatok mózgowych lub rozlanego zapalenia opon mózgowych. Gdy wcześniej zaś sam się opróżni nazewnątrz lub chirurgicznie otworzonym zostanie, następuje wyleczenie.

Leczenie omawianego cierpienia polega na otwarciu i opróżnieniu ropnia za pomocą utworzenia jamy czaszkowej. Wczesne otwarcie jamy czaszkowej usuwa ognisko ropne, zapobiega przejściu ropnia na zatokę poprzeczną i istotę mózgu i przyczynia się do wykrycia już wytworzonych ropni mózgu lub zakrzepów zatoki poprzecznej. Niektórzy otiatry-chirurdzy, jak Haug, Lane, Broca, Maubrac, Körner T. Heiman, są zdania, że tam, gdzie jest podejrzenie na ropień zewnątrzoponowy, należy otwierać jamę czaszkową, bądź ze strony pierwotnego ogniska (wyrostek sutkowy), bądź przez łuskę kości skroniowej.

Jeżeli po otwarciu jamy czaszkowej nie znajdziemy ropnia zewnątrzoponowego, operacya choremu szkody przynieść nie może, jeżeli tylko wykonaną będzie lege artis (T. Heiman).

Jeżeli ropa znajduje się pod oponą twardą (ropień międzyoponowy, podoponowy), rozcina się opona twarda cięciem krzyżowem i części zmartwiałe opony usuwa. Przemywanie wszelkie i zgłębnikowanie

rany są zbyt czyste: po otwarciu ropnia i wypuszczeniu ropy najlepiej stosować nie uciskający opatrunek z gazy jodoformowej i waty wyjałowionej.

(D. c. n.)



IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne i dzieci.

36. Barion i A. Cade. O własnościach cytologicznych puchlin piersiowych w chorobach serca i nerek. (Archives Générales de Médecine, Octobre 1902).

Opierając się na wyczerpujących kilkuletnich poszukiwaniach swoich nad własnościami morfologicznymi wymienionych w nagłówku przesięków, autorowie dochodzą do wniosku, że właściwych cech cytologicznych płyny te nie posiadają, gdyż w chorobach nerek i serca nieraz się dają spostrzegać puchliny najróżnorodniejszych postaci: obok zwykłych przesięków częstokroć spotyka się normalne wysięki, a nawet właściwa puchlina piersiowa jest zjawiskiem o wiele rzadszym niżby przypuszczać można było. Usiłują oni wyosobnić 3 główne typy puchlin piersiowych. Do pierwszej kategorii, tak zwanych czysto mechanicznych, zaliczają oni wszystkie przypadki, w których płyn wydobyty z opłucnej przedstawia się przezroczystym, tylko lekko krwią zabarwionym, z osadem nieznacznym. Zwykły stosunek odsetkowy najczęściej napotykanych pod drobnowidzem komórek przedstawiają autorowie, jak następuje.

Komórek śródbłonkowych—60—80%, limfocytów 20—40% małych jednojądrowych białych ciałek 4—5%, wielojądrowych 1—2%. Dwa ostatnie pierwiastki często zupełnie nie przyjmują udziału w osadzie, natomiast komórki śródbłonkowe i limfocyty naprzenian mogą stanowić przeważającą większość; czerwone ciała krwi występują zazwyczaj w liczbie nieznacznej.

Ogółem wybitne cechy wyodrębnionej przez autorów I kategorii są: *stałość, obfitość, wyłączna przewaga komórek śródbłonkowych obok nieznacznej liczby lub absolutnego braku leukocytów wielojądrowych.*

Druga kategoria puchlin piersiowych wyróżnia się płynem najczęściej krwawym i obfitym w wielojądrowe leukocyty, których odsetka waha się pomiędzy 20—95%. Obecność tych komórek zależna jest zazwyczaj od powikłania sprawy bądź często przyłączającym się nawałem krwi w płucach, bądź zawałem krwotocznym, bądź też jakąkolwiek sprawą zapalną. Należy pamiętać, że wspomniane powikłania za życia mogą nieraz być zupełnie utajone. Streszczając własności

tej II kategorii, autorowie ceccbują ją jako postać wyróżniającą się *bogactwem wielojądrowych komórek obok średniej liczby komórek śród-błonkowych*. III kategoria, do której należą najwięcej liczne przypadki puchlin piersiowych, zawiera postaci *mieszane*, powstałe pierwotnie lub drogą powolnej ewolucji z kategorii I-szej. Komórki śród-błonkowe stanowią tu znaczną odsetkę; limfocyty—20—30%; wielojądrowe spotykają się w stosunku 10—20%.

Podział powyższy nie wyczerpuje bynajmniej wszystkich możliwych odmian prześieków opłucnowych. Pierwiastki komórkowe liczbowo są bardzo zmienne; niestałość obrazu drobnowidzowego jest tak częstym zjawiskiem, że nieraz różnią się między sobą zawartości każdej jamy opłucnej, a częstokroć następujące po sobie nakłucia w jednym miejscu bez przyczyn wyraźnych dają wyniki niezgodne.

Czy wobec wszystkiego wyżej przytoczonego wspomniane pierwiastki morfologiczne posiadają jakieś znaczenie rozpoznawcze w chorobach serca i nerek, zapytują siebie autorowie? Otóż zgodnie z ich wnioskami komórki śród-błonkowe nie stanowią charakterystycznej własności puchlin mechanicznych, gdyż ulegają one w wysokim stopniu wahaniom liczbowym: będąc nieraz nielicznymi w przypadkach prześieków nerkowych; sercowych, obficie spostrzegają się częstokroć w sprawach gruźliczych opłucny. Duże komórki jednojądrowe, których wyodrębnienie od śród-błonka w wielu przypadkach jest bardzo trudne, tem bardziej, że nieraz stanowią one przekształcone komórki śród-błonkowe, przyjmują zdaniem autorów udział w obronie ustroju naszego przeciw czynnikom szkodliwym na równi z wielojądrowymi, które w sprawach podrażnienia opłucny występują w liczbie mniej lub więcej wybitnej.

Co zaś dotyczy limfocytów to i im odmawiają autorowie znaczenia cytodyagnostycznego, nie zgadzając się pod tym względem z Vidalem, Ravautinymi, a również ze zdaniem Vincenza z Pattiello, który pragnie wydzieić w nich przekształcone jądra, pozostałe po zwyrodnieniu komórek śród-błonkowych; z liczby ich nie można więc wnioskować o dawności prześieków, na którą zgodnie ze zdaniem ostatniego autora wskazywałaby mniejsza lub większa liczba limfocytów. Streszczając wywody swoje na mocy wyżej przytoczonych poszukiwań, autorowie dochodzą do wniosku, że cytodyagnostyka nie posiada tych własności rozpoznawczych, które upatruje w niej szereg jej zwolenników. Budowa i stosunek pierwiastków komórkowych w prześiekach mogą służyć tylko jako pomocniczy objaw dyagnostyczny w zespole objawów klinicznych i nieodzownych w niektórych przypadkach próbnych inokulacji.

Leon Zamenhof.

37. F. Schontagh. **O cierpieniach stawowych pochodzenia płoniczego.** (Jahrb. f. Kinderheilk. LV, 6).

Wśród powikłań płonicy za najrzadsze uważane są porażenia stawów. Cierpienia tego rodzaju jednak, sądząc z kazuistyki Sch., nie

należą do nader rzadkich przypadków; sam autor miał możność obserwowania w szpitalu dziecięcym w Budapeszcie 15 odnośnych przypadków. Klinicznie te zapalenia stawów występują w 4 tygodniu choroby, a nieraz i później; w dwóch, przypadkach autora omawiane porażenie zjawiało się wcześniej; na 13 i 20 dzień choroby. Im później sprawa się objawia, tem groźniejszy ma przebieg i rokowanie staje się poważniejszym. Umiejscawia się ona najczęściej po lewej stronie ciała. Z ogólnej liczby 20 było lewostronnych i tylko 10 prawostronnych. Z wyłącznem cierpieniem lewostronnem było 7 przypadków, z prawostronnem 4; pozostałe 4 przypadki dotyczyły porażenia obustronnego. Sześć przypadków miały postać gościca jednostawowego; w innych liczba zajętych stawów stawów wahała się pomiędzy 2 i 4. Zapalenie stawów nogi autor spostrzegał 7 razy, stawów ręki 6 razy; stawy kolanowe były zajęte 5 razy, barku i łokcia 2 razy, biodra i stawu mostko-obojezykowego 1 raz. Wszystkim przypadkom towarzyszyły zapalenia nerek, które przyłączały się w różnych okresach choroby. W 13 przypadkach cierpienie nerek poprzedziło wystąpienie porażenia stawowych, w jednym wystąpiło później, wreszcie w pozostałym 15-ym współcześnie. Opierając się na przebiegu klinicznym spostrzeganych przez siebie przypadków, autor wyraża zdanie, jakoby cierpienia płonnicze nerek i stawów posiadały pewną wspólną zależność, gdyż obecność ostatniego cierpienia zawsze pomyślnie wpływa na przebieg cierpienia nerek. We wszystkich 15 przypadkach autor ani razu nie spostrzegał objawów mocznicy, a kilkakrotnie nawet zauważył, że wystąpienie zapalenia stawu szybko usuwało rozwijające się objawy uremiczne. Przyczynę tego pomyślnego wpływu cierpienia stawów na przebieg cierpień nerkowych autor usiłuje widzieć w nacieczeniu obfitem dokoła zajętych stawów, które na równi z puchlinami dodatnio wpłynąć może na usunięcie objawów mocznicy. W sprawie pochodzenia omawianych cierpień Sch. wyraża przekonanie, jakoby wszystkie były pochodzenia płonniczego i zależały od operowania w ustroju naszym specyficznych zarazków szkarlatyny. Należy je odróżniać ściśle od porażenia wtórnych w następstwie ropnicy, których przebieg i rokowanie są zupełnie odmiennie.

Leczenie cierpień stawowych pochodzenia płonniczego wymaga dużo zachodów i ścisłego doglądu i może być przeprowadzone tylko drogą chirurgiczną — terapia wewnętrzna jest w tych przypadkach bezsilną.

Leon Zamenhof.

38. **Wassermann.** Nowa surowica przeciwblonicza. (Deutsche Med. Woch. № 44—1902).

Powszechnie używana surowica przeciwblonicza należy do kategorii tak zwanych surowic antytoksyecznych, działanie jej w wielu przypadkach okazuje się nie wystarczającym wskutek bezkarnego pozostawiania w ustroju naszym samych laseczniczków Löfflera, których antytoksyeczna surowica zwalczyć nie może. Autorowi udało się spo-

sobem K o c h a (sposób przygotowania tuberkuliny) otrzymać surowiec przeciwbłoniczą z własnościami bakteryobójczymi. Dla otrzymania jej posługiwał się on wysuszonymi lasecznikami które starannie rozcierał w mózdzierzu agatowym; 1 gram w ten sposób otrzymanej masy drobnoustrojów mieszał z 0,1% roztworem etylendyminy. Po kilkugodzinnym starannem wstrząsaniu, przesączeniu i odcentryfowaniu otrzymywał autor przezroczystą żółtawą ciecz, która zawierała obfitą ilość laseczników. Jeżeli wprowadzić jeden lub 2 ctm. tej mieszaniny pod skórę królikowi lub śwince morskiej, następują objawy śmiertelnego zakażenia. W celu unieszkodliwienia tych iniekcji, autor zespół z cieczą drobnoustrojową zastrzykiwał dużą ilość surowicy antytoksykcyjnej. Postępując w ten sposób, mógł on bez groźnych następstw wprowadzić do żył królikom od 2 do 4 ctm. mieszaniny lasecznikowej.—Otrzymana przez autora surowica posiada, zgodnie ze spostrzeżeniami, jego wybitne własności bakteryobójcze. W walce z zarazkiem błoniczym wyswiadcza ona znakomite usługi ustrojowi naszemu, gdyż, działając zabójczo na sam drobnoustroj chorobotwórczy, ochrania organizm nasz przeciw tak częstym powikłaniom płonicy, zależnym od tego drobnoustroju.

Leon Zamenhof.

39. B o d d a e r t. O odczynie dwuazotowym.

W grudniu r. z. na posiedzeniu akademii medycznej w Belgii B o d d a e r t wygłosił odczyt o obecnem stanowisku kwestyi o dyazoodczynie. Przed dwoma laty Z u n z skonstatował już na królikach, że odczyn dwuazotowy nie zawsze występuje w przypadkach zakażenia zarazkiem duru brzuszego; jednocześnie wykazał on, że cały szereg ciał chemicznych, dodanych do moczu, łatwo może wywołać wspomniany odczyn. Wśród nich wskazał on na rezorcynę, kodeinę, salol, kwas salicyłowy, salicylan sodu, digitalinę, sole chininy, naftol, krezot i inne. Z u n z odmówił również odczynowi E h r l i c h 'a rozpoznawczego znaczenia nawet w początkowych okresach duru brzuszego; nie zgodził się ze zdaniem M i c h a e l i s 'a, jakoby dodatnie wyniki odczynu w gruźlicy płucnej miały niepomyślnie wpływać na sprawę rokowania o skuteczności leczenia sanatoryjnego.

Podług B o d d a e r t 'a, odczyn dwuazotowy jest częstokroć pierwszym objawem różyczki, przemawia w wielu przypadkach za pochodzeniem gruźliczem takich cierpień, jak zapalenie otrzewny, opłucny, nerek i t. p. W przypadkach róży odgrywa on w sprawie rokowania rolę obojętną, ponury natomiast stawia horoskop w rakach i mięsakach. W przypadkach chorób sercowych obecność odczynu uszczupla znacznie szanse pomyślnego rokowania.

Omówiwszy kwestyę diazoreakcji E h r l i c h 'a, autor wspomina o nowym tak zwanym żółtym dwuazotowym odczynie alkalicznym. Piana moczu połączona z kwasem diazobenzosulfanilowym nabiera tu barwy żółtej po dodaniu amoniaku. Odczyn ten autor spostrzegął w jednym przypadku zapalenia nerek i w drugim—płuc. Z u n z

otrzymał omawiany odczyn w przypadku daleko posuniętej gruźlicy płucnej, w cierpieniach nerek, w jednym przypadku zapalenia płuc włóknikowego i w trzech przypadkach nieżytu oskrzeli. Guillemin wspomina o dodatnim wyniku odczynu w durze brzuszynym. Omawiany diazo-odczyn niezawodnie zależnym jest od obecnych w moczu związków fenolowych, których ilość częstokroć jest dość znaczną. Obecność ich utaja wystąpienie właściwego odczynu Ehrlich'a. Jeżeli za pomocą alkoholu amyłowego wyciągnąć wspomniane związki, otrzymuje się zazwyczaj właściwą diazoreakcyę. Żółtemu odczynowi towarzyszy podniesienie ciepłoty. O znaczeniu rozpoznawczem jego dziś jeszcze dla braku wyczerpujących doświadczeń orzec nie można. Nie jest on zależnym od barwników krwi lub żółci, gdyż w przypadkach autora nie było ich ani śladu.

Leon Zamenhof.

40. R. Hecker. **Rozpoznanie przymiotu płodu.** („Die Erkennung der foetalen Syphilis“. Deutsche Med. Woch. 1902. 6/XI i 13/XI).

Zastanawiając się nad stosunkowo znaczną ilością poronień, autor wyraża przekonanie, że jedną z przyczyn stanowi w wielu razach nierozpoznanie w właściwym czasie przymiotu płodu i nie przedsięwzięcie w właściwym czasie odpowiednich środków (leczenie specyficzne rodziców). Rozpoznanie to bywa nieraz bardzo trudne, gdyż grube zmiany anatomiczne bywają częstokroć niewidoczne, a nawet, gdy są widoczne, nie są miarodajne, napotyka się bowiem niemal u każdego płodu zmacerowanego (Rugé). W takich razach, zdaniem H., decyduje badanie drobnowidzowe. Praca autora ma właśnie na celu zestawienie tego rodzaju wskazówek rozpoznawczych dla tych lekarzy, którzy nie mogą, lub nie chcą robić poszukiwań szczegółowych, rozrzuconych po całym odnośnem piśmiennictwie specjalnem i zawiera te punkty oparcia dla rozpoznawania syphilis foetalis, których niewzględniają podręczniki przy opisie przymiotu dziedzicznego i przymiotu niemowląt. Najpierw opisuje zmiany, *rozpoznawane ogółem okiem* i odróżnia oznaki *pewne, prawdopodobne* i *niepewne*. Do pierwszych zalicza: osteochondritis luetica 2-go stopnia, powiększenie i stwardnienie śledziony lub wątroby, charakterystyczne zabarwienie tej ostatniej (Feuersteinleber), grubsze zmiany (marskość) wątroby i płuc, t. zw. białe zapalenie płuc (na świeżych płodach). Z prawdopodobnych (które napotyka się tylko w przymiocie, ale przy braku wprawy mogą zostać nierozpoznane) wymienia: osteochondritis 1-go stopnia, znaczne powiększenie śledziony, wątroby lub nerek bez stwardnienia, tworzenie się kilaków, ropnie grasicy (Dubois'sche Tymusabscesse), białe i międzykomórkowe zapalenie płuc, stwardnienie trzustki, syph. maculosa, papul. i vesicul. Do rozpoznania niezbędne są przynajmniej 2 oznaki prawdopodobne. Za niepewne (podobne do napotykaných u płodów niesyfilitycznych) uważa: oznaki pewne o nieznacznem natężeniu erythemata, ograniczone zgrubienia ścian jelit, haemorrhagiae, ascites, upośledzoną długość i wagę płodu.

Większy nacisk kładzie autor na zmiany *drobnowidzowe*, zwłaszcza w nerkach, uważając mikroskopowe badanie tych ostatnich za przedmiot najcenniejszy przy ocenie przypadków wątpliwych. Ze zmian w nerkach, zmian—opisywanych przez autora, wymienimy za nim sprawy w tkance łącznej, zwłaszcza naczyń krwionośnych, a szczególnie nacieczenie komórkowe ścian i otaczające, tkanki łącznej najdrobniejszych tętniczek korowych, wzmożony i upośledzony rozwój części składowych tych narządów (komórek mięszowych, mezenchymy, kanalików moczowych i kłębków).

Ze strony śledzony wymienia opisane przez siebie nacieczenie komórkowe ścian naczyń krwionośnych średnich i większych. Z innych narządów: opisane przez *Schlesinger'a* zapalenie międzykomórkowe z wtórnym skurczeniem grasicy, zapalenie trzustki, syphiloma diffusum i miliare wątroby (bardzo trudne do rozpoznania drobnowidzowego, nawet na niezmacerowanym narządzie), nieraz osteochondritis (przy użyciu płynu *Ziglera*). Zmiany naczyń pępkowych, jako niezmiernie rzadkie, nie mają wielkiego znaczenia dla dyagnozy syphilisfoetalis.

W końcu autor śręszcza swoje uwagi, jak następuje. Jeśli sekeya płodu nie wyjaśni w danym przypadku, czy mamy do czynienia z przymiotem, należy szukać wyjaśnienia za pomocą badania drobnowidzowego nerek, śledziony, grasicy, trzustki, płuc i wątroby. Badanie należy rozpocząć od nerek i dopiero po otrzymaniu ujemnego wyniku przejść do pozostałych narządów w porządku wymienionym; w razie stwierdzenia nacieczenia komórkowego naczyń nerkowych badanie reszty organów najczęściej jest zbyteczne. Brak wszelkich objawów patologicznych w preparatach badanych—niezmacerowanych—pozwala nam wykluczyć prawie napewno przymiot wrodzony.

B. Polikier.

41. *J. Herzberg.* **Czy w jamie ustnej niemowląt, karmionych przez mamki, znajdują się paciorkowce?** (*Deut. Med. Woch.* 1903, № 1).

Badania autora dotyczą 10-rza niemowląt, karmionych przez mamki. Drucikiem platynowym, uprzednio rozżarzonym, pociągał silnie po migdałkach i natychmiast przenosił na szkiełko; następnie powtórnie rozżarzonym drucikiem pocierał tonsillae i szepił na agarze i bulionie. Gdy nazajutrz ukazywały się hodowle na agarze, przenosił je na buljon. W ten sposób postępując, stwierdził obecność paciorkowców we wszystkich 10 przypadkach; z 9-ciu otrzymał czyste hodowle. Ostatnie zaszezepił myszom (0,1 ctm.) i świnkom morskim (0,5 ctm.). Następstwem szepienia była śmierć 4 zwierząt. Z krwi ich nie udało się wyhodować paciorkowców; z tego powodu autor wstrzymuje się z wnioskiem ostatecznym co do złośliwości znalezionych streptokoków. Długość paciorkowców nie była jednakowa; krótsze zawierały 4—12 członków, dłuższe 50—60. W niektórych hodowlach natotymano i krótkie i długie. Nieraz na polu widzenia spostrzegają się dawały kłębki kuliste, na których obwodzie oddzielające się łań

cuszki pozwalały wnioskować, że ma się do czynienia z paciorkowcami. Taki widok przedstawiały tylko hodowle w bulionie z osadem strzępkowatym.

Przypisek sprawozdawcy: Taki sam obraz drobnowidzowy spstrzegąłem parę razy na preparatach ze starych hodowli bulionowych, otrzymanych z przeszczepiania do bulionu ukazujących się na agarze kolonijek nazajutrz po przeniesieniu na tenże przeciekim platynowym nalotu z anginae tonsillaris u dzieci. Żelatyny omawiane drobnostroje nie rozrzedzały.

W końcu autor, zgodnie z Hilpert'em, uważa obecność streptokoków w jamie ustnej dzieci zdrowych „za zjawisko bardzo częste, jeśli nie stałe“.

B. Polikier.

42. Th. v. Genser. Czy ospa wietrzna jest chorobą właściwą wyłącznie dzieciom? (Wien. Med. Woch. 1903, № 3).

Wbrew twierdzeniu podręczników chorób dzieci autor odpowiada przecząco na pytanie, wymienione w nagłówku. Na poparcie swego zdania przytacza spostrzeżenia amerykańнина Doty'ego (2 przypadki u dorosłych), Beilb'y'ego (jeden przypadek) oraz statystykę Baa'de'r'a z Bazylei (2 przypadki w wieku od 15—40 na 510 przypadków varicellae) i Lipp'a; poczem podaje szereg cyfr, otrzymanych z zestawienia danych urzędu miejskiego (Stadtphysikat) w Wiedniu za przeciąg czasu od r. 1891—1900 włącznie. W ciągu tego czasu zawiadomiono o 29,250 przypadkach varicellae. Ilość zachorowań według wieku uwydatnia następująca tablica, ułożona przez autora.

Wiek . . .	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Razem
Ilość chorych	3580	2983	2627	2623	2404	4119	4793	2418	1181	791	463	356	246	144	28,728
Odsetka . .	12,24	10,20	8,98	8,97	8,22	14,08	16,38	8,26	4,04	2,70	1,58	1,22	0,84	0,49	98,22%
Wiek . . .	15	16do21	21do25	26do30	31do35	36do40	41do45	46do50	51do55	56do60	61do65	Razem			
Ilość chorych	102	217	82	51	26	22	12	4	4	1	1	528			
Odsetka . .	0,35	0,74	0,28	0,17	0,09	0,07	0,04	0,01	0,01	0,004	0,04	1,78%			

Z tablicy tej widać, zdaniem autora, że zachorowanie dorosłych na wietrzną ospę nie jest tak wielką rzadkością, jakby to mniemać można na mocy dotychczasowych opisów. Przeciw nasuwającemu się przypuszczeniu, iż były między nimi przypadki variolois, przemawia ta okoliczność, że ilość przypadków ospy przez te lat 10 stopniowo się zmniejszała (z 482 w 10-ciu okręgach w r. 1891 do 3 w r. 1900) i że osobniki powyżej lat 14 częstokroć pozostają pod kontrolą lekarza okręgowego.

W końcu autor podaje tablicę, w której zestawia odsetkę zachorowań na odrę, koklusz i ospę wietrzną w Wiedniu za lat 5 (od 1895 do 1899 r.) i dowodzi, że varicella, podobnie jak odra, może

występować i w wieku późniejszym i że nawet procentowość zapa-
dania na obie te choroby nie wielkie przedstawia różnice.

B. Polikier.

II. Wiadomości terapeutyczne.

43. Hugo Weber. **Ogólne zasady leczenia gruźlicy.** (Tera-
peut. Monatschr. № 1—1903).

Nader interesujący i pouczający artykuł w sprawie leczenia gruźlicy podaje d-r Hugo Weber w styczniowym zeszytce *Terap. Monatschr.* r. b. Opisuwawszy pobieżnie bezowocne próby dotychczasowej walki sztuki lekarskiej z gruźlicą, autor zatrzymuje się na ostatnim etapie tej walki—na rozpowszechnionym dziś systemie leczenia sanatoryjnego, zapoczątkowanym przez Brehmer'a. Już twórca tego systemu główną podstawę jego skuteczności upatrywał w dobrem i obfitem żywieniu chorych. Autor pogląd ten rozszerza tak dalece, że zupełnie usuwa z gry wszelkie inne czynniki, wskazywane przez Brehmer'a i jego najbliższych zwolenników. Ze odżywianie jest wyłączną dźwignią całego systemu, można wnioskować, zdaniem autora, z tak często spostrzeganych przypadków samoistnego wyleczenia, w których przebyta gruźlica ujawnia się dopiero na autopsjach. Długi szereg podnoszonych dziś czynników współrzędnych, jako to: zmiana klimatu, spacery krzepiące mięsień sercowy, kuracya leżalniana i cały arsenał środków farmaceutycznych winny, podług niego, być uważane jako czynniki pomocnicze, jako środki wpływające na podniesienie apetytu, u który jedynie u suchotników dbać należy.

Czem należy się kierować w celu pobudzenia ustroju naszego do żywszej przemiany materyi? Bezwarunkowo w wielu przypadkach umiejętność ta zależną jest od sztuki lekarza, który się ściśle zastosować winien do indywidualności chorego. Jednakże istnieją pewne nieodmienne zasady, które przestrzegać należy stale. Jednym z najważniejszych czynników pobudzających organizm nasz do większej sprawności jest — nagromadzenie się we krwi kwasu węglowego. Produkt ten, powstający w tkankach naszych, nie jest bynajmniej nieużytkiem dla naszego ustroju. Jak wykazały prace prof. Bunge, przyjmuje on żywy udział w sprawie wytwarzania kwasu solnego z chlorków sodu. Pó za temi własnościami fizyologicznemi posiada on własności bakterjobójcze, szczególnie odnośnie do laseczników gruźlicy, jak wykazał Hamburger. Dwa te warunki dostatecznie wykazują wysoką użyteczność kwasu węglanego dla ustroju suchotnika. Przemiana materyi u osób dotkniętych gruźlicą jest w wielu przypadkach w wysokim stopniu upośledzona. W takich razach zaleca autor chorem lewulozę, ciało łatwo wchłaniane, dostarczające pożądaną ilość kwasu węglanego. 4—6 łyżek dziennie, spożywanych przed, po lub podczas jedzenia, w zupełności sprowadza podniesienie

apetytu. Środek ten można podawać dla ocukrzenia kawy, kakao, owoców, lemoniady i t. d. Że lewuloza sprzyja w wysokim stopniu przemianie materji, przekonał autora cały szereg doświadczeń nad sztucznie karmionymi ssawcami. Nieraz jednak pomimo obfitego dowozu lewulozy, skutki okazują się niewystarczającymi; w tych wyjątkowych razach autor radzi dostarczać niezbędnego kwasu węglanego drogą podskórnych zastrzykiwań płynnej parafiny, o których wspominał już w r. 1901. Parafina rozkłada się w ustroju naszym na wodę i kwas węglany. 2 razy dziennie po 10,0 paraffini purissimi liquidi okazują się zupełnie wystarczającymi dla wspomnianego celu. Zabieg ten okazał się wysoce skutecznym nawet w przypadkach daleko posuniętej sprawy rozpadowej.

Z ogólnej liczby 104 chorych, leczonych podług systemu Weber'a, było 62 wyleczeń, 21 polepszeń i 21 śmierci. Autor zwraca uwagę, że spostrzeżenia swe przeprowadził nie na materjale specjalnie dobieieranym, lecz tym, który zawdzięczał wypadkowi.

Leon Zamenhof.

44. Minet. Acid. pyrogallicum w cierpieniach pęcherza i cewki moczowej.

Na jednym z posiedzeń akademji lekarskiej w Paryżu w r. 1902 odczytał H. Minet swój referat o działaniu słabych rozczyńców kwasu pyrogallusowego w niektórych cierpieniach pęcherza oraz cewki moczowej. Pobudkę do wypróbowania tego środka dał fakt niewątpliwej skuteczności leku w wielu cierpieniach skóry. Najlepsze wyniki dają się otrzymać w przewlekłych zapaleniach pęcherza moczowego pochodzenia gruźliczego; w przypadkach tych autor wkraplał 2—4 c.c. 1—4% (najczęściej 2%) rozczyńcu wodnego kwasu do pęcherza, opróżnionego uprzednio całkowicie z zawartości (mocz). Wkraplanie takie należy powtarzać 2—3 razy tygodniowo przez czas dłuższy. Już po kilku pierwszych zastrzyknięciach można zauważyć polepszenie, dla osiągnięcia jednak poprawy trwalszej leczenie powinno trwać kilka tygodni. Doświadczenie przekonało autora, że w przypadkach, w których sześć zastrzyknięć skutku pożądanego nie dało, nie można od leku tego spodziewać się już żadnej poprawy. Samo zastrzyknięcie bólu nie sprawia wcale, natomiast usmierza bóle spowodowane przez chorobę, oraz usuwa potrzebę częstego oddawania moczu. Polepszenie pod tymi względami trwa w początkach przez kilka godzin zaledwie, gdy później przeciąga się do następnego wstrzyknięcia leku. Krwawienie nie stanowi przeciwwskazania; przeciwnie, w miarę ustępowania innych objawów choroby, krew stopniowo znika z moczu. Należy mieć jednak na względzie, że sposób ten nie usuwa gruźlicy z pęcherza, usuwa tylko uciążliwe objawy choroby w sposób prędszy, pewniejszy i mniej bolesny, niż przemywania sublimatem. Należy o tem pamiętać, ogólnego leczenia nie zaniedbywać i po pewnym czasie przerwane leczenie miejscowe powtórzyć, gdy objawy choroby pęcherza znowu dają się uczuwać choremu.

Wkraplanie kwasu pyrogallusowego dawały autorowi pożądane wyniki również w przewlekłych zapaleniach gruczołu krokowego. Sposób stosowania leku zasadza się na tem, że choremu, który oddał mocz, napelniany pęcherz wodą z dodaniem kwasu bornego, stosujemy na gruczoł krokowy masaż, polecamy choremu ponownie oddać mocz (właściwie wodę z kwasem bornym) dla przepłukania cewki i następnie wkraplamy 1—3 c.c. 2—3% roztworu in partem membranaceam, bacząc, by lek nie dostał się do przedniej części cewki, co powoduje ból dotkliwy. Po kilku zastrzyknięciach przykre przejawy choroby: zwiększona wydzielina, bóle, niemoc płciowa—ustępują. Udało się nadto autorowi wyleczyć środkiem tym kilka przypadków zastarzałej i uporczywej rzeżączki przewlekłej. Autor przyznaje, że sposób, tu proponowany, nie zastąpi bynajmniej innych sposobów i leków, może atoli stanąć obok nich, a ma tę ważną zaletę, że jeżeli nie pomoże, to w żadnym przypadku nie zaszkodzi.

Fr. G-yc.

45. (Iz) **Adrenalina w cierpieniach górnych dróg oddechowych.**

Zalecane przez Jokichi Takamine, adrenalinum chloratum w roztworze 1:8000, sądząc z doświadczeń dokonanych przez Bukofeera, okazuje się wspaniałym środkiem ściągającym na błonach śluzowych i skórze pozbawionej warstwy rogowej. Wystarczy wysmarować odpowiednie miejsce wspomnianym roztworem, aby szybko wystąpiła anemia miejscowa, która nieraz trwa 6 godzin. Zwykle pędzlowanie wprowadza tylko skurcz naczyń włosowatych; aby wywołać i skurcz naczyń żylnych, należy umożliwić zetknięcie się roztworu z krwią przez drobne nacięcia. Bukofeer gorąco zaleca adrenalinę w przypadkach krwotoków z nosa; nieraz spostrzegł on natychmiastowe i stałe polepszenie w ostrych zachrypnięciach wskutek miejscowego przekrwienia krtani. Działając kurcząco na naczynia, adrenalina może wyświadczyć również niepoślednie usługi rinoskopii, gdyż znacznie rozszerza pole widzenia, a jednocześnie, i zabiegom

operacyjnym w nosie, działając jako *anaestheticum*. W przypadkach przekrwienia przewlekłego adrenalina okazała się nieskuteczną. (Arch. f. Laryng. und Rhinol. XIII. 2)

46. (Iz) **Equisetum arvense** (skrzyp polny) podług d-ra N. S. Puszkina, posiada wybitne własności hemostatyczne. Autor posługuje się suchymi roślinami, które rozciera na proszek drobny; z łyżki proszku tego przygotowuje wyciąg w filiżance wody gorącej i po odsączeniu podaje choremu. Dawkę tę należy powtórzyć 2—3 razy dziennie. Autor spostrzegł znakomite skutki tej rośliny w 6 przypadkach (2 epistaxis, 1 haemoptysis, 1 menorrhagia, 1 metrorrhagia i 1 haemorrhagia hemorrhoidalis). Ani razu nie spostrzegł ujemnych skutków ubocznych.

47. (Iz) **Helmitol — nowy środek dezynfekcyjny dróg moczowych.**

Działanie dezynfekcyjne urotropiny, jak wiadomo, polega na wydzieleniu się w moczu formaldehydu. W wielu jednak przypadkach wydzielenie się formaldehydu jest utrudnione, szczególnie w mo-

czu amoniakalnym. Nowy związek *helmitol*, otrzymany drogą działania kwasu metylencytrynowego na urotropinę, okazuje swój wpływ dezynfekcyjny i w moczu alkalicznym. Obecność tego związku można wykryć tylko w świeżym moczu; po upływie pewnego czasu znika on, niezawodnie wskutek ułatniania się aldehydu. *Helmitol* posiada smak przyjemny, nieco kwaskowaty, jest łatwiej rozpuszczalny w wodzie i tańszym, niż urotropina. Dawka zwykła 1—2 gr. 3 razy dziennie; max. pro dosi 5,0—6,0. Wypróbowany w poliklinice *d-ar Arthur'a* w Berlinie przez *d-ra Goldschmidta* okazał się skutecznym w wielu, nawet uporzeczonych, sprawach dróg moczowych. (Terapeut. Monatsch. № 1—1903).

48. **Herpes zoster** zaleca *Ströhl* pędzlować co godzinę następującą mieszaniną.

Rp. Mentholi 1,0

Alcoholi absol.

Aq. destill. aa 25,0

MDS. zewnątrz. Przyjemnie chłodzące działanie tej mieszaniny sprowadza po upływie 48 godzin zasychanie pęcherzyków (podł. Terap. Monatsch).

49. (Iz) **Methylatropiniumbromid** jestto atropinum methylbromatum budowy $C_{18}H_{26}NO_3Br$. Przedstawia się w postaci białego proszku krystalicznego. 2 krople 1% rozczyntu, wlane do łącznicy oka, spowodują szybkie rozszerzenie źrenic, które znika już po upływie 4 godzin. Dawki 0,006—0,012 działają z dobrym skutkiem bez przykrych wpływów pobocznych, nieodłącznych przy użyciu zwykłej atropiny (suchość jamy ustnej i gardzieli). Dawka 0,006 ma mieć również wpływ dodatni na ukrócenie potów i płwociny u

neurasteników i histeryków. (Terapeut. Monatsch. № 1—1903).

50. (Iz) **Pyranum jako antineuralgicum**.

Pyranum jest to połączenie kwasu benzoosowego, salicylowego i tymolu w postaci łatwo rozpuszczalnej soli sodowej. Przedstawia się jako biały, hygroskopiujny, proszek krystaliczny, o słaboaromatycznym zapachu i słodkawym smaku. W wodzie rozpuszcza się łatwo (1:5), w alkoholu (1:10). Środek, poprzednio wypróbowany przez *Szlezinger'a* na szeregu zwierząt, był następnie poddany szczegółowej analizie pod względem działania fizyologicznego na ustroj ludzki. Zastosowany w 146 różnych przypadkach klinicznych okazał się, jak twierdzi autor, łagodnym środkiem przeciwgorączkowym, znakomitym środkiem przeciwgościcowym i wyśmienitym środkiem przeciw nerwobólom. Ujemnych wpływów pobocznych w żadnym przypadku nie wykazał. Pyranum nie należy podawać bez opłatków lub kapsulek żelatynowych, gdyż w zetknięciu z błoną języka łatwo wywołuje oparzenie. Najlepiej podawać go w zimnej wodzie lub też mleku i kakao, które w zupełności utajają jego smak aromatyczny. Dawki należy rozpoczynać od $\frac{1}{2}$ grm., w mocniejszych nerwobólach można zalecić i 2,0; przerwa pomiędzy dawkami nie powinna być mniejsza niż $\frac{3}{4}$ godz. (dr. *Emmo Szlezinger*. Terapeut. Monatsch. № 1—1903).

51. (Iz) **Sulphur w leczeniu ran**.

Podług *d-ra Karitonowa*, siarka posiada w wybitnym stopniu własności dezynfekcyjne, będąc jednocześnie pozbawioną ujemnych wpływów powszechnie używanego jodoformu. K. obmywa

rany poprzednio 0.5% nadmanganianem potasu, a następnie przysypuje skryształizowaną lub strąconą siarką. W ten sposób leczy on również i szankier miękką, na który siarka ma, podobno, wpływać szybciej i energiczniej, niż jodoform.

III. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie d. 18 listopada 1902 r.

I. Wacław Sterling przedstawił chorego z *ulcus induratum linguae*; przeve gruczoły chłonne podżuchwowe znacznie powiększone i stwardniałe; na tułowiu i kończynach górnych typowa wysypka syfilityczna (różyczka wzniesiona i grudki).

II. Fr. Neugebauer przedstawił rysunek traurosis vulvae, gdzie przytem wielka warga sromna uległa zwyrodnieniu rakowatemu.

III. Stanisław Orłowski wygłosił drugą część odczytu „O hypnotyzmie leczniczym“, który to odczyt był drukowany w „Kronice“.

W dyskusyi nad odczytem Orłowskiego pierwszy zabiera głos Rzeczniowski.

R. sądzi, wbrew Bernheim'owi, że suggestyjność w stopniu potrzebnym do realizacji sugestyi leczniczych nie jest właściwością ogólną, a dotyczy tylko osobników chorych. Suggestyjność nie może być wytworzona przez suggestyę, ani przez nią zniesiona, może być tylko przez nią kierowana. R. uznaje racyę bytu hypnotyzmu leczniczego, który, według niego, posługuje się 3-ma czynnikami: 1) suggestyą na jawie; 2) suggestyą hypnotyczną; 3) hypnozą. R. zwraca uwagę, że pierwszą kwestyą, jaką rozstrzygnąć należy, przystępując do sugestyi na jawie, stanowi to, jakim wskazaniem leczniczym ma odpowiadać ten czynnik. Z istoty rzeczy wynika, że przyczynowym. Należy więc nasamprzód poznać przyczynę choroby, to właśnie wyobrażenie lub wzruszenie patologiczne, które chorobę wywołało. Nie zawsze to jednak jest łatwym. Jeżeli moment psychiczny przyczynowy, mimo niekiedy długiego trwania nie uległ ważniejszym modyfikacyom i nie oddziałał zbytnio na całą konstelacyę psychiczną, to, choćby realizował się w objawach i więcej skomplikowanych i ważniejszych, jak porażenie, atak i t. p., jeśli go się tylko daje wykryć i desuggestyonować, nastąpi pewne i trwałe uleczenie. I takie przypadki stanowią dziedzinę klasyczną dla terapii suggestyjnej. W innych przypadkach należy użyć niekiedy hypnozy, jako środka dla wykrycia jakiegoś momentu psychicznego, który stał się przyczyną choroby, a w danej chwili nie jest uświadamiany przez chorego.

Co dotyczy hypnozy, to jest ona, według R., odrębnym stanem psychicznym, powstać mogącym poza wszelką suggestyą i różni choroby różnie na nią oddziałują. Pod tym względem R. dzieli chorych

na niehisterycznych i histerycznych. U pierwszych najrozmaitsze zabiegi, stosowane w celu wywołania snu hypnotycznego, są dozwolone; natomiast z osobnikami, dotkniętymi histeryą, należy być nader ostrożnym i skrzętnie indywidualizować. Z doświadczeń Janet'a, potwierdzonych przez mówcę, wynika, że u pewnej kategorii histeryków, u których ze względu na trudność wyszukania momentu psychogenicznego lub innych przyczyn suggestya nie nadawała się jako czynnik leczniczy, stosowanie dłuższej hypnozy dawało wyniki dodatnie, przyczem, oczywiście, posługiwać się należy również i suggestyą, jako środkiem pomocniczym dla utrwalenia dobrych wyników hypnozy. *Zasługuje na uwagę, że w przypadkach uleczonych chorzy stracili wrażliwość na suggestyę i hypnozę.*

Janet starał się wyodrębnić te skutki, które można złożyć na karb suggestyi, od tych, które mogą zależeć od hypnozy. Wiadomo, że po upływie pewnego czasu wyczerpuje się wpływ hypnozy i zjawia się t. zw. pożądanie hypnozy; czas trwania tego wpływu bywa u różnych chorych różny (od paru godzin do kilku tygodni lub miesięcy); otóż Janet zauważył, że przy największych usiłowaniach przy pomocy suggestyi nie można było owego wpływu przedłużyć i że suggestye polhypnotyczne, t. zw. terminowe realizowały się tylko w terminie trwania owego wpływu.

Piltz sądzi, że twierdzenie poprzedniego mówcy, jakoby suggestyjność napotykała się tylko u osób chorych, nie zupełnie jest słuszne; na dowód przytacza P. doświadczenia Forel'a i własne, zdobyte w Szwajcaryi: suggestyjność istniała np. u większości okolicznych włóścian szwajcarskich. Przytoczone przez prelegenta wiadomości o fackie hypnotyzowania dozorców w zakładach dla obłąkanych, należałoby sprostować nieco w ten sposób, że stosowano tę metodę w nielicznych tylko przypadkach i nigdy jej nie nadużywano. Piltz sądzi wogóle, że prelegent zapatruje się zbyt optymistycznie na hypnotyzm leczniczy.

Bregman sądzi, że hypnotyzm, jako metoda lecznicza, jest zupełnie uzasadniony. Istnieją przypadki, w których wszelkie postaci poddawania suggestyjnego okazują się bezpłodnemi. Stosunki leczących specjalnie hypnotyzmem są z wielu względów lepsze (stosują oni hypnotyzm w przypadkach lżejszych, mają więcej wprawy w hypnotyzowaniu i t. d.).

M. Bornstein.

IV. Tow. Lekarskie w Radomiu.

W jednym z poprzednich zeszytów podaliśmy wiadomość o otwarciu Tow. Lekarskiego w Radomiu; uzupełniamy ją kilku szczegółami dodatkowymi.

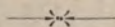
Mysł założenia Towarzystwa Lekarskiego w Radomiu powstała jeszcze w roku 1871, a podjął ją ówczesny inspektor lekarski gubernii Radomskiej, ś. p. Teofil Rewoliński, który w dniu 18 listopada

1871 roku wniósł projekt założenia Tow. Lek., proponując tymczasem kolejne zbieranie się kolegów na naukowe posiedzenia, na co uzyskał pozwolenie gubernatora. W ten sposób zawiązane zostało stowarzyszenie lekarzy radomskich, które z czasem miało przekształcić się w rzeczywiste Towarzystwo Lekarskie. Celem stowarzyszenia było jedynie dobro nauki i ogółu i dlatego przedmiotem narad były wyłącznie sprawy lekarskie, a mianowicie: obradowano nad panującymi w mieście chorobami, układano miesięczne biuletyny epidemiologiczne, komunikowano sobie wzajemnie o zasługujących na szczególną uwagę przypadkach z praktyki prywatnej i szpitalnej, dysputowano nad działaniem nowych środków lekarskich, zastanawiano się nad warunkami sanitarnymi miasta i szpitali, wspólnie rozbiegano ciekawsze wypadki sądowo lekarskie, badano przeprowadzonych na posiedzenia chorych, wreszcie udzielano sobie wzajemnie czasopism i książek lekarskich. Posiedzenia te odbywały się z początku co tydzień, a następnie co miesiąc. Wielu jednak kolegów posiedzenia powyższe nie zadowalały. Jakkolwiek były one bardzo przyjemne ze względu na wzajemne zbliżenie się kolegów, mniej jednak były korzystne pod względem naukowym. To też jeden z najczynniejszych członków stowarzyszenia, ś. p. Felicyan Suligowski wniósł na nadzwyczajnym posiedzeniu, odbytem 26 września 1873 r., projekt założenia Towarzystwa Lekarskiego. Zebrani przyjęli myśl powyższą przychylnie i polecili kol. Suligowskiemu napisanie ustawy, którą tenże na następnym posiedzeniu odczytał. Sprawa zawiązania Towarzystwa była poruszana jeszcze kilkakrotnie na powyższych posiedzeniach przez kolegów Suligowskiego i Gosławskiego, lecz wogóle zainteresowanie sprawami stowarzyszenia widocznie słabło: posiedzenia odbywały się coraz rzadziej, były nieliczne, aż wreszcie w 1877 roku zupełnie ustały. Po 18 letniej przerwie zostały wznowione w 1895 r. i znów podniesiony został projekt założenia Tow. Lek. Zredagowana przez kolegę W. Papiewskiego, ustawę przyjęto u małej zmianami i przedstawiono Władzy do zatwierdzenia. Sprawa jednak do skutku nie doszła, a i posiedzenia stowarzyszenia lekarzy ustały, dopiero w roku 1899 z powodu projektu założenia w Radomiu Oddziału Towarzystwa Hygienicznego przy debatach nad tą sprawą wyłoniła się kwestya zawiązania Towarzystwa Lekarskiego; większością jednak głosów postanowiono wystąpić ze staraniem o otwarcie oddziału W. T. H. Ponieważ sprawa otwierania oddziałów prowincjonalnych podówczas w zasadzie nie była jeszcze postanowiona, przeto i ten projekt upadł. W roku 1901 koledzy W. Cennère i A. Szczepaniak na nowo podnieśli myśl zawiązania Tow. Lek. Upewniwszy się co do życzliwego poparcia tej sprawy przez większość miejscowych kolegów, opracowali odnośną ustawę, wygotowali odpowiednie podanie i, ograniczywszy się na podpisaniu jej przez kolegów: Majkowskiego, Żerańskiego, Płoniańskiego, Kosickiego, Kondratowicza, Fidlera, Przyłęckiego, Papiewskiego, Fuksiewicz i siebie, podali do zatwierdzenia Władzy. 30-go czerwca 1902 r. ustawa powyższa została zatwierdzona przez p. Ministra spraw wewnętrznych, a w dniu 13 grudnia 1902 roku nastąpiło otwarcie To-

warzystwa. W dniu powyższym przybyło 46 ciał członków rzeczywistych [wszystkich członków rzeczywistych obecnie liczy Towarzystwo 67-miu.] Na przewodniczącego jednogłośnie wybrano kol. Juliana Majkowskiego, który po krótkim zagajeniu uznał zebranie za prawomocne i zarządził wybory, których wynik podaliśmy poprzednio. Uchwalono nadto wysokość wpisowego na rb. 3,—składki rocznej na rb. 12. Posiedzenia mają się odbywać co miesiąc [z wyjątkiem lipca i sierpnia] w sobotę po 1-ym każdego miesiąca. Po załatwieniu tych spraw nastąpiła krótka przerwa, po której prezes kol. Majkowski zagaił właściwe pierwsze ogólne zebranie Tow. Lek. Rad., witając przybyłych na powyższą uroczystość delegatów bratnich Towarzystw Lekarskich, mianowicie: kol. T. Dunina, prezesa Tow. Lek. Warszawskiego, kol. Aleks. Jaworowskiego — wice-prezesa Lubelskiego Towarzystwa, oraz gości: członków Towarzystwa Lubelskiego, kolegów: Czerwińskiego, Dobruckiego, Staniszewskiego z Lublina i kol. Horodyskiego z Łęcznej. Kończąc przemowę, prezes wezwał obecnych do powstania z miejsc w celu uczczenia przybyłych delegatów i gości.

Telegramy i odezwy z życzeniami w dniu otwarcia towarzystwa otrzymano od: Cesarskiego Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego, od Towarzystw Lekarskich: Krakowskiego, Płockiego, Łódzkiego, Kaliskiego i Częstochowskiego, od redakcyi pism i od kolegów z Warszawy, członków Tow. Lek. Warsz., który osobiście przybyć nie mogli. Po odczytaniu powyższych telegramów koledzy: Dunin i Jaworowski w wyrazach głęboko odczutyh wypowiedzieli serdeczne życzenia rozwoju i pracy owocnej dla nauki i ogólnego dobra. W imieniu Towarzystwa podziękował szanownym mówcom prezes kol. Majkowski, poczem tenże wygłosił treściwą mowę programową, w której wskazał na najpilniejsze i najbliższe zadania naszego Towarzystwa. Następnie kol. W. Cennère odczytał „Rys historyczny zawiązania Towarzystwa“, a kol. H. Fidler część obszernej swej pracy: „Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy, przeważnie gub. Radomskiej dotycząca“.

V. Z Towarzystw Lekarskich w Wiedniu.



Gesell. f. innere Med. Posiedzenia z m. listopada 1902 r.

52) Schüller przedstawia dziecko z polimyositis acuta w następstwie koklusz. W 10-ym tygodniu nagle wystąpiła gorączka, ogólne osłabienie, wymioty, ból głowy, wzdęcie brzucha i przyspieszenie tętna. Następnie mięśnie twarzy i szyi zbrzękły i zesztyniały. Sztywność rozszerzyła się powoli na wszystkie mięśnie ciała, z wyjątkiem mięśni przedramienia i goleni. Jednocześnie wystąpiła mocna

bolesność zajętych mięśni. Stan ten trwa przeszło 2 miesiące, ustępując powoli.

53) Lotheissen przedstawia mężczyznę lat 18, któremu z powodu zwężenia kiszki pochodzenia gruczliczego wykonał enteroanastomozę z doskonałym wynikiem. Objawy były następujące: wymioty, bóle w okolicy żołądka i kiszki ślepej, zatrzymanie kału. Podczas operacji znaleziono w odcinku dwumetrowym kiszki cienkiej 12 guzowatych nacieczeń gruczliczych, z których 9 prawie zupełnie zamykało światło kiszki. Po dokonaniu zabiegu wszystkie objawy chorobowe znikły.

54) Menzel przedstawia preparat nacieczenia leukemicznego błony śluzowej krtni. Białaczka miała przebieg ostry, z zejściem śmiertelnym w ciągu 4 miesięcy. Na krótki czas przed śmiercią wystąpiło przytępienie słuchu i duszność, której przyczyną były 2 wały, położone symetrycznie pod strunami.

55) Drozda omawia przypadek ostrej białaczki u 12 letniego chłopca. Objawy były następujące: ból głowy, tępe bóle w kończynach, brak tchu, wybroczyny krwawe wielkości główki od szpilki na skórze i błonie śluzowej gardzieli, umiarkowany obrzęk nóg, powiększenie gruczołów chłonnych i migdałów, bolesność przy ucisku na mostek i golenie, znaczne powiększenie wątroby i śledziona. Badanie krwi wykryło białaczkę. Przy objawach śpiączki nastąpiła śmierć.

56) Kienböck przedstawia mężczyznę z kulą w osierdziu. Chory przed 11 miesiącami strzelił do siebie z rewolweru; jedna kula utkwiała w czaszce i następnie była usunięta drogą trepanacji, druga zaś przeszła klatkę piersiową. Badanie promieniami Rentgena stwierdziło obecność kuli w osierdziu, poza sercem, dokąd prawdopodobnie wpadła po odbiciu się od kręgosłupa. Prócz tego wykryto u chorego niedostateczność zastawki dwudzielnej, zależnej prawdopodobnie od rozerwania zastawki wskutek wstrząśnienia serca przez kulę.

57) Kaufmann przedstawia kobietę z wrzodem okrągłym żołądka, leczonym tiosinaminą. Chora od 11 lat cierpi na zaburzenia żołądkowe; przed 2 laty wymioty krwawe. Następnie powstał w okolicy żołądka guz bolesny, wielkości pięści. K. robił zastrzykiwania podskórne 15% roztworu tiosinaminy przez 2 dni po 1/2 szpryki Prava'za, po 2-u a następnie 3-ch tygodniach powtórzył zastrzykiwanie. Wynik leczenia dotychczas doskonały: bóle ustąpiły, guz prawie znikł.

Telek y nadmienia, że w 3 przypadkach zwężenia przelyku stosował zastrzykiwania tiosinaminy i doszedł do przekonania, że w starych zwężeniach wyniki tego zabiegu są zadowalniające; przeciwnie, w przypadkach świeżych tiosinamina powoduje obrzęk tkanki bliznowatej.

58) Singer wygłosił odczyt o spastycznym zaparciu stolca. S. odróżnia 2 postaci spastycznego zaparcia stolca: objawową (cierpienia kobiece, obrażenia gruczołu krokowego lub prostnicy, hemoroidy, kamienie nerkowe i t. d.) i samoistną. Ostatnią postać spostrzegamy prawie wyłącznie u neurasteników, towarzyszą jej

zawsze objawy niestrawności i bóle okolopepkowe i w okolicy ślepej kiszki; niekiedy obraz kliniczny przypomina rzeczywiste zamknięcie światła kiszek. Stolce mają postać ołówka lub wstążki, często są śluzowe lub krwawe. Leczenie polega na stosowaniu narkotyków w czopkach (szczeg. belladony), lawatyw z oliwy, ciepłych kąpiel, na zgłębnikowaniu prostnicy. Mięsenie i środki czyszczące są przeciwwskazane.

W dyskusyi Schwar z nadmienia, że często spostrzegał zaparcie spastyczne u palaczy tytoniu, ustępujące po zaprzestaniu palenia. Nothnagel zauważył, że omawiane cierpienie często zależy od zaburzeń w unerwieniu kiszek; może ono dawać nawet pohop do wymiotów kałowych. Sternberg zwraca uwagę na rolę, jaką mogą odgrywać kamienie nerkowe w rozwoju zaparcia spastycznego. Kamienie nerkowe wywoływały nieraz tak charakterystyczne objawy skręcenia kiszek, że zamierzano przystąpić do zabiegu operacyjnego. Kurcze odruchowe kiszek zwykle ustępują po zastosowaniu preparatów makowca. Nothnagel nadmienia, że nie tylko kamienie nerkowe, lecz i kamienie żółciowe i wogóle wszelkie zaburzenia narządów brzusznych mogą wywołać objawy skręcenia kiszek.

T. B.

VI. Adolf Burggraeve.

Medycyna belgijska straciła w roku bieżącym wybitnego swego przedstawiciela: Adolfa Burggraeve'a. Zwłaszcza przed dwudziestu laty imię jego cieszyło się szerokim rozgłosem. Mówiono wszędzie o metodzie Burggraeve'a, o zapoczątkowanej przezeń medycynie dozymetrycznej i o jej wynikach.

Burggraeve, urodzony w roku 1806 w Gandawie, spędził żywot spokojnie. Napróżno szukalibyśmy w jego biografii wypadków przełomowych, albo burz. Odbył swe studia w ojczySTEM mieście, ożenił się, ogłosił ogromną ilość prac, został mianowany profesorem chirurgii na wszechnicy w Gandawie i pierwszym chirurgiem szpitala cywilnego, przeżył ów XIX wiek, pełen buraganów, bez żadnego szwanku i zgasł nareszcie w styczniu 1902 r., licząc 96 lat.

W długim tym przeciągu czasu zdążył napisać tak znaczną ilość tomów, że tytuły same wypełniłyby jedną stronicę. Wyszczególnimy tu tylko najważniejsze dzieła.

Książka jego o Andrzeju Wezalu, słynnym anatomic brukseLSkim i odnowicielu anatomii („*Etudes sur A. Vésale*“, 1841, nowe wydanie Gandawa 1862) zasługuje jeszcze dziś na uwagę, choć Roth, profesor na uniwersytecie bazylejskim, dał w ostatnich czasach dzieło o wiele zupełniejsze i o wiele bogatsze (Andreas Vesalius, *Bruxellensis*“. Berlin 1892).

Inne dzieła Burggraeve'a dotyczą anatomii i chirurgii. Są to: „Kurs praktyczny i teoretyczny anatomii“ (Cours pratique et thé-

orique d'anatomie, 1840); „Gieniusz chirurgii“ (La génie de la chirurgie, 1853); „Klinika chirurgiczna“ (La clinique chirurgicale, 1859); „Przyrządy watowe“ (Appareils ouatés, 1860); „Dzieła medyczno-chirurgiczne“ w siedmiu tomach (Oeuvres médico-chirurgicales, 1862); „Plombowanie ran“ (Le plombage des plaies, 1867); Metoda anatomyczna (Méthode anatomique, 1866).

Przytoczę jeszcze dzieło Burggraev'e'a o niektórych chorobach zakaźnych: „Le Cholera indien“ (1855), „De l'épizootie actuelle“ (1865); „Nature et prophylaxie du choléra indien“ (1866). Dołączę wreszcie jego „Studia społeczne“ (Etudes sociales, szóste wydanie w 1890) i „Wspomnienia“ (Souvenirs).

Jakie trzydzieści innych dzieł Burggraev'e'a dotyczy „dozymetrii“. Pod nazwą tą należy rozumieć metodę leczniczą, opartą na podawaniu prawie wyłącznie alkaloidów, glukozydów i wogóle pierwiastków bezpośrednich, wydobytych z roślin w stanie nienaganej czystości. Pierwiastki te zalecał Burggraev'e w formie ziaren, ważących $\frac{1}{10}$, $\frac{1}{5}$, $\frac{1}{2}$ i 1 miligram, jeśli dany alkaloid jest bardzo czynny, w ilości 1 centygrama, gdy jest nim mniej. Dawkowanie ziaren bywa skuteczniane w sposób bardzo dokładny za pomocą równomiernego ciasta, zawierającego w roztworze lub w zawieszeniu pierwiastki czynne.

Ale dozymetria nie ogranicza się reformą farmaceutyczną i podawaniem ściśle odważonych ziaren. Burggraev'e zaszczerpił na krzak tej reformy płonkę nowego systemu medycznego, doktryny medycznej, która, nie oddalając się w zasadzie od medycyny tradycyjnej, różni się jednak od niej głównie sposobem tłumaczenia rozwoju choroby.

Według Burggraev'e'a, choroba, zanim wywoła w danym organie zaburzenia anatomiczno-patologiczne, objawia się za pomocą zaburzeń w funkcyjach i te to zaburzenia należy zwalczać przede wszystkim, jeśli chce się uniknąć następujących powikłań.

Wychodząc z tych zasad, lekarz belgijski uważa za pierwsze zadanie medyka wstrzymanie w zarodku najwybitniejszych objawów choroby, a głównie gorączki. Środek: podawanie dawkowe alkaloidów. Im bardziej symptomy się poprawiają, tem większymi winne stać się odstępy podawania.

Ale zawsze dawki muszą być ułamkowe. W tym względzie Burggraev'e powołuje się na zdanie Klaudyusza Bernard'a, opiewające: „Wszelka substancja, pobudzająca w małych dawkach własności lub funkcyjne elementu anatomicznego, niszczy je w silnej dawce“. Wskutek tego podawanie doz maszynych może zaszkodzić raczej organizmowi z powodu nadmiaru modyfikatorów. Gdy zaś już raz naruszenie organizmu dojdzie do skutku, to rola lekarza spada do poziomu koiciela.

Dodajmy, że metoda Burggraev'e'a nie wyklucza leczenia przyczynowego. Co do działania lekarstw dozymetrycznych Burggraev'e tłumaczy je na sposób witalistyczny. Zdaniem jego, sama ich obecność wystarczy do zmodyfikowania funkcyj komórki nerkowej i włókna mięśniowego, Ten proces działania, w którym lekarstwo

ani niczego nie zabiera, ani niczego nie ustępuje wspomnianym dwóm składnikom, a równocześnie przeciw działa, nazywa *Burggraeve* katalizą fizyologiczną.

„Nowy organon“ (*Le nouvel organon*), ogromny tom in 4 o 1350 stronicach, mały „Przewodnik praktyczny dozymetrii“ (*Guide pratique de la dosimétrie*; Paryż księg. Carré), „Nowa makrobiotyka“ (*La nouvelle macrobiotique*) ogłoszona w r. 1854, tudzież cały szereg dzieł dozymetrycznych wydanych potem, aż do początków dwudziestego stulecia, są dziełami pisanymi z wojowniczym temperamentem. Nie grzeszą one nadmiarem skromności... także trochę więcej jedności nie zaszkodziło by im.

Ale mimo wszystko należy przyznać, że teorye *Burggraeve'a* godne są uwagi. Mało rozpowszechnione we Francyi, o wiele więcej uwzględniane w Hiszpanii, we Włoszech, w Anglii i w Zjednoczonych Stanach, wniosły one sporo nowego i zarówno medycyna, jak wiedza będą liczyły się z niemi. *W. Bugiel.*

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 1 lutego 1903 r.

= Jakiej roli podejmują się zbyt pohopni lekarze—urzędnicy w służbie kolejowej, dowodem artykuł w № 24 „Kurjera Warszawskiego“ p. n. *W jakiej roli?* „Wczoraj w sądzie okręgowym rozpoznawana była jedna z wielu spraw o kalectwo, wytoczona przez poszkodowanego robotnika przeciwko kolei wiedeńskiej. Procesów tych jest tak wiele, że stały się one chlebem powszednim na audyencyach trybunałów cywilnych.

Ta, o której mówimy, nie wyróżniała się niczem od masy podobnych, banalnych prawie, procesów. Po zbadaniu świadków, którzy fakt skonstatowali, sąd nakazał zasięgnąć opinii trzech biegłych lekarzy, mających ocenić o ile zmniejszyła się zdolność do pracy fizycznej danego robotnika.

W tej właśnie chwili, gdy obrońcy stron, lekarze delegowani i chory udać się mieli do oddzielnego gabinetu w celu dokonania ekspertyzy, wystąpił przed sąd dr. Adam Ciągliński i zameldował prezesowi, że chce uczestniczyć przy oględzinach poszkodowanego i przy redagowaniu opinii biegłych.

— W jakim charakterze? — zapytuje przewodniczący.

— Będąc lekarzem kolejowym, a tem samem jednym z agentów instytucji pozwanej, a mając prócz tego plenipotencyę od zarządu, mam zamiar asystować przy akcie, który wchodzi w zakres moich atrybucyi, czynić uwagi, prostować fakty i wogóle reprezentować pozwaną kolej.

— Ależ kolej ma ustanowionego w tej sprawie obrońcę w osobie adw. przys. Kaniewskiego.

— Tak jest, — odpowiada dr. Ciągliński — ale prawo nie zabrania mieć kilku obrońców.

Po tym dialogu między prezydującym a lekarzem kandydującym na adwokata obrońca powoda, adw. przys. Biskupski, zażądał, ażeby sąd nie dopuścił p. Ciąglińskiego do udziału w sprawie.

Niekażdemu wolno reprezentować stronę w procesie. Prawo powiada wyraźnie, że tylko adwokaci mogą działać z mocy plenipotencyi, dawanych im przez mocodawców. Osoba prywatna wtedy tylko może stać się rzecznikiem cudzych interesów, gdy ją do tego upoważniono przez ogólne pełnomocnictwo do zarządu majątkiem. Przypadek ten tutaj nie istnieje. P. Ciągliński nie jest też ani jej agentem, za którego się podaje. Jest on lekarzem kolejowym i jako taki ma pewne, ściśle ograniczone czynności. Obowiązkiem jego jest przychodzić z pomocą chorym, nie zaś stawać w sądach. I w jakim celu? Ażeby kontrolować kolegów lekarzy, którzy, zgodnie z nauką i sumieniem, o danym kalece zdanie swoje wypowiadają. Rola ta nie jest przewidziana ani przez ustawę pisaną, ani też przez poczucie etyczne. Kontrolerowie mogą być na kolei, ale kontrolerów sądowych nie potrzebujemy.

Po krótkiej naradzie prezydujący p. Roźdiestwieskij ogłosił decyzję, nie dopuszczającą p. Ciąglińskiego do udziału w sprawie z uwagi, że nie jest agentem kolei i, nie będąc adwokatem, nie może zastępować strony w procesie.

Taka sama decyzja zapadła onegdaj w wydziale IV sądu okręgowego. *H. C.*“

Nie wchodzimy tu w stronę prawną kwestyi, ta bowiem nie nas nie obchodzi, ale zajmuje nas pytanie, czy lekarz jako lekarz *ma prawo z punktu widzenia etyki* występować w podobnym charakterze.

Czem bo chciał być lekarz kolejowy, ani mniej ani więcej tylko chciałby swym wpływem moralnym, swymi poglądami przechylić opinię lekarzy biegłych na korzyść kolei, której jest lekarzem. I w jakim celu?—aby w danym razie robotnik poszkodowany nie otrzymał żądanego od kolei wynagrodzenia, aby biegli uznali go za zdrowego lub w najgorszym razie, aby mógł zmniejszyć wrażeń wydanej przez nich opinii wydaniem własnego zdania, które bezstronnie być nie może, gdyż ów lekarz jest, jak się sam nazwał, agentem kolei.

Słusznie bardzo adwokat napiętnował postępowanie lekarza, wskazał mu zakres obowiązków prawdziwych, które nie zawsze spełniane są przez lekarzy kolejowych, ale smutno, że lekarzowi o jego obowiązkach musiał przypominać adwokat.

Co sądzić o takim postąpieniu lekarza, pozostawiamy czytelnikom naszym, wstrzymując się od wypowiedzenia swego zdania w oczekiwaniu od zainteresowanego lekarza sprostowania, być może, mylnych informacji Kurjera.

Nadmienić tylko musimy, że są role, do których lekarz z powodu swego powołania nie nadaje się zupełnie i starać się winien, aby

zwierzchnicy nie stawiali go w konieczności stawania na przekór pojęciom ogółu lekarzy.

Do takich ról zaliczyć należy kontrolowanie kolegów, wezwanych do sądu dla wydania opinii w charakterze biegłych.

Do takiej również kategorii zaliczyć by wypadało rolę lekarza piszącego za zgóry umówionem wynagrodzeniem obronę i kontrekspertyzę dla adwokatów pewnej kolei w celu odparcia pretensyi poszkodowanych.

Zaiste należało by dobrze się zastanowić, czy rola taka przystoi lekarzowi i zakresić pewną granicę temu, czem lekarz poza leczeniem zajmować się może. Do sprawy tej wrócić będziemy zmuszeni wkrótce.

—OH— Austryackie ministerium finansów po porozumieniu się z ministerium spraw wewnętrznych dało pozwolenie na urządzenie loteryi w celu podtrzymania związku austryackich lekarzy dla wspierania wdów i sierot po lekarzach. Loterya składać się będzie z 500000 losów po koronie. Wygrane będą w przedmiotach oprócz trzech głównych, które będą mogły być wypłacone w monecie brzącej.

—bp— Ilość lekarzy w Niemczech wynosiła w r. 1902 29,133; w porównaniu z r. 1901 wzrosła o 959; od r. 1876 zwiększyła się w dwójnasób. Według G. Heimanna (Deut. Med. Woch. № 1), na 100,000 mieszkańców przypadało w r. 1902 5,17 lekarzy. Ilość specjalistów też się zwiększyła. W r. 1900 $\frac{1}{8}$ lekarzy niemieckich uprawiała specjalności; w r. 1902 w Berlinie niemal co czwarty; w pozostałych miastach co trzeci lekarz jest specjalistą.

—bp— W Charlottenburgu ma powstać wkrótce stała wystawa z dziedziny higieny zawodowej (w szerszem znaczeniu) i ubezpieczenia robotników od nieszczęśliwych przypadków (Ständige Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt).

—z— W czasie zjazdu w Madrycie odbędzie się od 20—22 kwietnia międzynarodowy zjazd prasy lekarskiej. Prezesem jest dr Cortezo, sekretarzem Cerezo (Madryt 17 Leganitos). Składka 25 pesetów.

—z— W Ameryce na kolejach urządzono w wagonach lazarety ruchome, zaopatrzone w pomoce niezbędne. Wagony te ustawiono w miastach główniejszych. U nas projekt odnośny powstał w łonie zarządu Pogotowia ratunkowego, z powodu jednak niechętnego przyjęcia w sferach kolejowych na razie projekt został w zawieszeniu.

—z— Wpływy na sanatoria suchotnicze we Francyi w ciągu paru tygodni dosięgły 1.300000 fr., u nas na ten sam cel zbierane składki od lat paru dały zaledwie niespełna 100000 rb.

—z— W St. Louis jeden z ojców dziecka zmarłego skutkiem tęcza po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej wystąpił przeciw laboratoryum ze sprawą sądową. Kierownika laboratoryum skazano na zapłacenie 1000 dolarów, spraw takich w sądzie leży jeszcze 9.

—bp— W № 47 i 48 zeszlorocznej Wiener Med. Wochenschr. v. Niessen z Wiesbadenu pomieścił artykuł p. t. „Diphtheriebazillen im Blute und im Behring'schen Heilserum“, w którym ogłasza

między innymi, że z 6-ciu prób surowicy z Höchst udało mu się wyhodować laseczniki dyfterytyczne i wymienia numery tychże. W odpowiedzi na ten artykuł w ostatnim numerze tegoż czasopisma wystąpił z ostrą repliką prof. P. Ehrlich, (dyrektor patologii doświadczalnej w Frankfurcie nad M.), podając szczegółowy opis kontroli państwowej i sposobów stwierdzania jałowości surowicy, w handlu będącej. Uwagi swoje kończy Ehrlich, jak następuje: „wyjaśnienia te dowodzą, że pomimo doświadczeń v. Niessen'a należy trzymać się poglądu (? ref.), że niemieckie surowice przeciwbłonicze ze względu na sposób otrzymywania, konserwacji i kontrolę są i muszą być wolne od laseczników dyfterytycznych“.

—s— Dr. Przewoski mianowany został profesorem zwykłym anatomii patologicznej tutejszego uniwersytetu.

—s— Nagrodę Berber'a w kwocie 2000 fr. Akademia Paryska przyznała Marmorkowi za prace nad surowicą przeciwkrowcową.

—d— W Pradze Czeskiej, oddawna znanej z niepomysłnych stosunków higienicznych, pojawił się tyfus brzuszny w ostatnich tygodniach naraz w znacznej liczbie przypadków. W tygodniu kończącym się 24 stycznia r. b. przybyło 60, w poprzednim 85 nowych przypadków tej choroby.

Sprostowanie. W zeszyte 2 skutkiem przeoczenia umieściliśmy Kulparków pod Krakowem, co niniejszem prostujemy.

Sprostowanie. W zeszyte 2 na stronie 50 w 10 wierszu od góry zamiast *polipów spostrzegano niejednokrotnie (Gomperz)* powinno być *zniknięcie nowotworu, to napewno zmniejszenie się tegoż.*

Z M A R L I.

Dr Rejner Woliński, dnia 23 stycznia w Białej Siedleckiej, w wieku lat 77.

Piotr Seifman, doktor medycyny, b. dyrektor szkół weterynarskich w Warszawie i we Lwowie, zmarł po długiej i ciężkiej chorobie w Krakowie w dniu 23 stycznia b. r. przeżywszy lat 80.

Od Administracji.

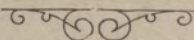
Upraszamy pp. przedpłacicieli Kroniki o laskawe uregulowanie zaległej należności.

Na mocy układu z wydawcą **Biblioteki lekarskiej**, prenumeratorzy **Kroniki lekarskiej** mogą otrzymywać to pismo, zawierające podręczniki oryginalne i tłumaczone ze wszystkich gałęzi wiedzy naszej, za cenę zniżoną, zamiast rb. 8 rubli 7 rocznie w Warszawie i zamiast 10 rs. z przesyłką za rubli 8 rocznie, o ile wniosą do administracyi naszej **przedpłatę zgóry za rok.**

Tym sposobem przedpłata **Kroniki lekarskiej** wraz z **Biblioteką lekarską** wynosi w Warszawie rubli 14 rocznie, z przesyłką rb. 16 rocznie.

Z tych samych udogodnień korzystają prenumeratorzy **Biblioteki lekarskiej**, którym pismo nasze przesyłać będziemy za cenę rb. 6 rocznie w Warszawie i 7 na prowincyi.

Przedpłatę na oba pisma przyjmuje administracya naszego pisma (Marszałkowska 99 dr. Sierpiński) i administracya **Biblioteki lekarskiej** (Orla 5. Dr. J. Zawadzki).



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