

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Drobnoustroje peptonizujące w mleku krowiem, podał S. Sterling (Łódź). Czy i jakie postępy poczyniliśmy w ostatnich czasach w leczeniu ostrego i przewlekłego nieżyty jelit u dzieci? Napisał d-r Rosenblatt. — **Streszczenia zbiorowe.** Istota i leczenie błednicy, krytycznie opracował D-r Stanisław Klejn. (Dalszy ciąg). — **Streszczenia i wyciągi.** 9. Przyczynę do badania wpływu CO₂, zawartego w mleku gazowym, na trawienie tegoż w żołądku ludzi zdrowych. 10. O żółtaczce powstającej we wczesnym okresie przymiotu. — W sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą. — Listy otwarte do redakcyi „Medycyny”. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. grudzień r. z. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Sterling — Les microorganismes peptonisants du lait de vache. 2) D-r Rozenblatt — Aperçu des progrès récents dans la thérapie moderne des entérites chez les enfants.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WÖCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Sterling — Die peptonisirenden Mikroorganismen der Kuhmilch. 2) D-r Rozenblatt — Ueber die letzthin in der Behandlung des acuten und chronischen Darmkatarrhs bei Kindern gemachten Fortschritte.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Obozna str., 5.

Drobnoustroje peptonizujące w mleku krowiem,

podał Seweryn Sterling (Łódź).

Z chwilą, gdy wyższość mleka, pozbawionego zarodków zarówno chorobotwórczych, jak i powodujących psucie się mleka, nad jałowem — uznana została jako dogmat higieniczny, wyjaławianie mleka zapomocą gorąca stało się zabiegiem powszechnie używanym.

Wyjaławiania tego dokonywamy bądź przez bezpośrednie gotowanie mleka na ogniu, bądź przez ogrzewanie go w przyrządach specyalnych, z zachowaniem przepisów, zaleconych przez PASTEUR'a, HUEPPE'go, DUCLAUX, SOXHLET'a, FLUEGGE'go, SOLTSMANN'a, ZAWADZKIEGO i NENCKIEGO i in. Mleko takie uważa dotąd szeroki ogół za — ja ł o w e.

Pogląd to błędny, a błędność tę wykazały zarówno prace laboratoryjne lat ostatnich, jak i spostrzeżenia kliniczne.

Sior (1), PETRI i MAASSEN (2), PICTET i WEYL (3), HUEPPE (4), HESSE (5), FLUEGGE (6), KRAMSZTYK (7) i inni dowiedli, że mleko „sterylizowane“ nie jest wcale jałowem, że mleko to nie „wyjałowionem“ (*steril*) nazywać należy, lecz „wyjaławianem“ (*sterilisiert*).

HEUBNER (8), PENTZOLDT (9), CARSTENS (10) i inni spostrzegali zaburzenia w trawieniu u dzieci, wywołane przez zepsute mleko „wyjałowione“, t. j. przez takie, które zepsuciu uleść nie powinno było, gdyby wyjałowienie było dokładne.

Używane sposoby wyjaławiania mleka niszczą większość drobnoustrojów, zabijają napewno wszystkie te, które jako „chorobotwórcze“ uważamy, a po

mimo tego mleko wyjaławiane stać się może przyczyną zaburzeń w czynności przewodu pokarmowego u dzieci.

Pochodzi to stąd, że wśród tych odpornych drobnoustrojów mleka, jakich wyjaławianie, powszechnie używane, nie niszczy, znajdują się gatunki nieszkodliwe same przez się, ale zmieniające, w pewnych warunkach, skład mleka — czyniąc je szkodliwym dla dzieci.

„Nie ulega wątpliwości, pisze KRAMSZTYK (7), że główną, jeżeli nie jedyną, przyczynę chorób przewodu pokarmowego u dzieci, żywionych mlekiem krowiem, powodujących tak znaczną śmiertelność w porze letniej, stanowi nie skład chemiczny, odmienny od mleka kobiecego, ale jedynie zanieczyszczenie przez drobnoustroje, co powoduje rozkład niektórych składników mleka...“

Ogólne to przypuszczenie potwierdziły prace FLUEGGE'go (6), który wykazał: jakie drobnoustroje opierają się naszym sposobom wyjaławiania mleka i jaki właściwie składnik rozłożony zostaje w mleku, te drobnoustroje zawierającym. FLUEGGE (6) znalazł w mleku wyjaławianem bakterie, peptonizujące białko (głównie albuminę) mleka. Drobnoustroje te rozmnażają się przy pomocy trwałych zarodników, rozmnażają się w cieplecie wyższej nad 18°C ., zmieniając przytem białko mleka (albuminę) na pepton¹⁾.

W pierwszych okresach powstawania peptonu w mleku sprawa ta nie manifestuje się żadnym objawem, dla zmysłów naszych dostępnym; dopiero w dalszym rozwoju jej znajdujemy mleko gorzkim, tracącym zewnętrzny pozór zwykłego mleka: spostrzegamy kłaczkę sernika i warstwę płynu przezroczystego, do surowicy podobnego.

Ta zmiana mleka, to tworzenie się peptonu pod wpływem drobnoustrojów swoistych, czyni mleko szkodliwym dla dzieci.

Zachęcony przez prof. GAERTNER'a, rozpocząłem w instytucie higienicznym w Jenie pracę: 1) sprawdzenia spostrzeżeń FLUEGGE'go i 2) wykazania niektórych nowych szczegółów w sprawie peptonizacji mleka przez drobnoustroje swoiste. Pracę tę doprowadziłem w prywatnej swej pracowni do stopnia, który mi pozwala na ogłoszenie poniższych danych. Dla wielu względów dalszy ciąg pracy mej odłożyć muszę aż do lata r. p.

Do swych badań używałem początkowo mleka z zakładu sterylizacyjnego „Postendorf“, skąd je przysyłano do instytutu w Jenie. Kiedy badanie, które mi prof. GAERTNER polecił, wykazało obecność w mleku, jako „jałowe“ sprzedawanem, drobnoustrojów tlenowców i beztlenowców, zakład przysyłać począł mleko „dwukrotnie wyjaławiane“. Następnie używałem mleka kupowanego na targu, kupowanego w innych zakładach sterylizacyjnych, dojonego wprost do wyjałowionego naczynia (ostatnie porcje mleka z wymion). Sposób wyjaławiania widocznym będzie z tablicy dalej przytoczonej. Mleko w ten lub ów sposób wyjaławiane badałem bądź zaraz po tym zabiegu, bądź też pozostawiałem: a) w piwnicy (lub w miejscu chłodnem) przy 12° — 14°C ., b) w pokoiku dla termostatów przy 20° — 24°C ., c) w termostacie przy 35° — 38°C .

Ilość kolonii (*resp.* zarodników), otrzymywanych przy różnych stopniach rozcieńczenia²⁾, sprowadziłem do liczby w 1 ctm^3 zawartej.

¹⁾ HUEPPE (11) jeszcze przed FLUEGGE'm, badając przyczyny gorzknienia mleka, zwrócił uwagę na tę sprawę, lecz jej nie wyjaśnił.

²⁾ Zwykle do pierwszego rozcieńczenia (5 ctm^3 odżywki) używałem 3-ch kropeł mleka badanego; skąd 10 kropeł przenosiłem do drugiego rozcieńczenia, a z drugiego — znów 10 kropeł do trzeciego.

W r ctm. szśc. mleka wyjąławanego znajdowało się zarodników:

№	Data otrzy- mania mleka 1894 r.	Pochodzenie mleka.	Mleko wyjąławiane.	Pozostawało po wyjąławianiu	Godzin.	Zawierało zarodników. 3)			
						Tlenow- ców.	W tem gatunków.	Beztle- nowców.	W tem gatunków.
1	28.VII	Postendorf	Zakł. steryliz. parą	w piwnicy.	24	480	2	60	1
2	"	"	"	w pok. term.	24	72,000	2	—	—
3	"	"	"	w termost.	24	∞	2	—	—
4	29.VII	"	"	w piwnicy.	48	72	2	—	—
5	"	"	"	"	72	124	1	—	—
6	30.VII	"	"	w pok. term.	24	27,000	2	—	—
7	"	"	"	"	48	∞	2	—	—
8	"	"	"	"	72	∞	2	—	—
9	"	"	"	"	96	∞	1	—	—
10	"	"	"	"	188	∞	2	—	—
11	"	"	"	w termost.	24	∞	2	—	—
12	"	"	"	"	48	∞	2	—	—
13	"	"	"	"	72	∞	2	—	—
14	"	"	"	"	96	∞	2	—	—
15	"	"	"	"	120	∞	2	—	—
16	31.VII	"	"	w piwnicy.	48	36	1	130	2
17	"	"	"	"	96	230	2	—	—
18	"	"	"	"	120	124	1	—	—
19	"	"	"	w termost.	48	252	1	—	—
20	1.VIII	"	"	"	12	64	2	—	—
21	"	"	"	"	24	70,000	1	—	—
22	"	"	"	"	48	∞	2	—	—
23	2.VIII	"	"	"	6	300	2	—	—
24	"	"	"	"	12	12,000	1	—	—
25	"	"	"	w piwnicy.	24	78	2	7,000	2
26	3.VIII	"	2 razy sterylizowane.	"	12	20	1	—	—
27	"	"	"	"	36	48	2	—	—
28	4.VIII	"	"	w termost.	24	620	1	300	2
29	5.VIII	"	"	w piwnicy.	12	40	1	2,000	1
30	"	"	"	w termost.	12	800	2	3,200	1
31	"	"	"	w pok. term.	12	96	1	—	—
32	"	Krowiarnia	Gotowane 30 minut.	ochł. w wodzie.	1	38	2	200	2
33	"	"	"	w piwnicy.	12	260	2	—	—
34	"	"	"	"	36	320	2	—	—
35	"	"	"	w pok. term.	12	60,000	2	—	—
36	"	"	"	"	36	∞	2	—	—
37	"	"	"	w termost.	12	∞	2	—	—
38	"	"	"	"	36	∞	2	—	—
39	"	Rynek.	"	ochł. w wodzie.	1	70	2	—	—
40	"	"	"	w piwnicy.	12	120	2	—	—
41	"	"	"	"	36	170	2	—	—
42	"	"	"	w pok. term.	12	40,000	2	—	—
43	"	"	"	"	36	∞	2	—	—
44	"	"	"	w termost.	12	∞	2	—	—
45	"	"	"	"	36	∞	2	—	—
46	19.IX	Krowiarnia.	Metoda Soxhleta.	ochł. w wodzie.	1	70	2	70	2
47	"	"	"	"	24	170	4	—	—
48	"	"	"	"	48	400	3	20	1
49	"	"	"	łodownia.	48	320	3	30	1
50	"	"	"	pokój 18° C.	24	20,000	3	—	—
51	"	"	"	w termostacie.	24	700,000	4?	—	—
52	"	"	"	"	48	∞	2	—	—
53	23.IX	Krow. Naczynie jałowe.	"	ochł. w wodzie.	1	20	3	—	—
54	"	"	"	"	12	70	3	—	—
55	"	"	"	"	24	200	3	—	—
56	"	"	Gotowalnik Flueggego.	"	1	30	3	—	—
57	"	"	"	"	24	60	3	—	—
58	"	"	"	w termostacie.	12	40,000	3	—	—
59	"	"	"	"	36	∞	2	—	—
60	2.X	"	Gotowalnik 30 minut	ochł. w wodzie.	1	60	3	—	—

3) Jest to cyfra przeciętna dla każdego numeru. Tak np. z mleka „Postendorf” stawiano do piwnicy, termostatu i t. d. po 2 i 3 butelki na raz.

№	Data otrzymania mleka 1894 r.	Pochodzenie mleka.	Mleko wyjaławiane.	Pozostawało po wyjaławianiu.	Godzin.	Zawierało zarodników.			
						Tlenowców.	W ten gatunków.	Beztlenowców.	W ten gatunków.
61	2. X	Krow. Naczynie jałowe.	Gotowalnik 30 minut.	ochł. w wędzie.	24	720	3	270	2
62	"	"	"	pokój 16° C.	12	530	2	—	—
63	"	"	"	"	36	800,000	3	—	—
64	"	"	"	w termostacie.	12	70,000	3	—	—
65	7. X	"	"	ochł. w wodzie.	1	30	1	60	1
66	"	"	"	"	24	70	1	—	—
67	"	"	"	pokój 16° C.	24	260	1	—	—
68	"	"	"	"	48	7,000	1	—	—
69	"	"	"	w termostacie.	12	30,000	1	—	—
70	"	"	"	"	36	400,000	1	—	—
71	18. X	"	Trzykr. got., Przerwy 24 godz.	"	24	0	0	0	0
72	"	"	"	"	48	24	2	0	0
73	"	"	"	"	96	800	2	0	0

Dane powyższe przekonywają raz jeszcze, że zawsze istnieją w mleku drobnoustroje odporne na nasze środki wyjaławiania mleka ⁴⁾).

Powtórę, nawet pozorny brak drobnoustrojów w mleku, przechowywanem przez 24 godziny w termostacie, po wyjaławianiu, nie znaczy, by w niem ich zupełnie nie było (№ 71, 72 i 73).

Potrzenie, dane powyższe wykazują, że drobnoustroje te rozwijają się lepiej przy wysokiej, niż przy niskiej ciepłocie.

Poczwarte, kosztowne i złożone sposoby wyjaławiania nie mają wyższości nad zwykłym zagotowaniem mleka. Dla potwierdzenia wniosku ostatniego przeprowadziłem kilka doświadczeń, które wykazały, że niewiele różni się zawartość drobnoustrojów w mleku dobrze zagotowanem (pięciominutowe wrzenie) od tegoż mleka, przez półtorej godziny w parze wyjaławianego lub przez tenże czas na ogniu gotowanego.

Znalezione gatunki beztlenowców powodują w mleku tak widoczne zmiany, że sam wygląd mleka wskazuje jego nieużyteczność. Beztlenowce, rozkładając mleko, powodują jednocześnie powstawanie gazów cuchnących, ścinają mleko prędko i wyraźnie (dla nieuzbrojonego nawet oka), i nikt takiego mleka nie używa do karmienia dzieci. To też badanie w tym kierunku miało tylko na celu wykazanie istnienia w mleku wyjałowionem również i drobnoustrojów z grupy beztlenowców. Być może, iż niektóre badania, które uznały mleko wyjaławiane za „jałowe“, ten błąd popełniały, że nie uwzględniały beztlenowców ⁵⁾).

Co się tyczy tlenowców, to udało mi się wydzielić pięć gatunków, częściej spotykanych.

Zanim do opisanie ich przejdę, zwrócić muszę uwagę na jeden fakt z techniki. Mówię mianowicie o niesłychanej trudności przygotowania sobie mleka jako odżywki (czyli — jałowego, a niezmiennego). Nie zawsze wyjała-

⁴⁾ Długie, kilkugodzinne wyjaławianie gorącem czyni mleko niezdatnem na pokarm.

⁵⁾ Wspomnieć tu muszę o niemożliwości korzystania, przy poszukiwaniu beztlenowców w mleku, z metody najpraktyczniejszej: hodowli „w wysokich warstwach“ („hohe Schicht“ LIBORIUS'a) z powodu nieprzezroczystości odżywki zmieszanej z mlekiem. Dopiero, otrzymawszy, przy użyciu innych metod (wodór, kwas pyrogalusowy), hodowle, możemy je dalej przechowywać w „wysokich warstwach“.

wianie w parze małych ilości mleka (5—10 ctm³ w probówkach), ponawiane trzy i czterokrotnie co 24 godziny, dawało mi mleko jałowe. To też tylko te próbki, które po 7-dniowym pozostawianiu w termostacie jałowem zostawały, za takie uważałem i mleka ich jako odżywki używałem. W Jenie używałem mleka wyjałowionego zapomocą chloroformu (14 dni działania, potem — odparowanie).

Przy użyciu pary w celu wyjaławiania odżywek odpowiedniejsze jest mleko pozbawione tłuszczu (najlepiej — zapomocą maszyny odśrodkowującej).
(D. n.).

Czy i jakie postępy poczyniliśmy w ostatnich czasach w leczeniu ostrego i przewlekłego nieżytu jelit u dzieci?

Napisał **D-r Rosenblatt**,

według referatu odczytanego na VII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Z uchwalonego przez Komitet Zjazdu, omówić się mającego tematu: „Dytetyka i terapia ostrego i przewlekłego nieżytu kiszek u dzieci“, przypadło mi w udziale zadanie przedstawienia postępów, poczynionych w czasach najświeższych w kierunku terapeutycznym. Czy jednakowoż istotnie mamy do zanotowania pewien postęp, czy też tylko pewne nowe postępowania w leczeniu, — pozostawię pytanie to do rozstrzygnięcia. Mojem zadaniem będzie dać krótki pogląd na zasady i sposoby nowoczesnego leczenia wyżej wspomnianych cierpień jelit u dzieci i zdać sprawę z ważniejszych prac, w tymże kierunku ogłoszonych. Nie taję się jednak, że jeżeli na polu dytetyki możemy się pochwalić pewnymi naukowymi zdobyczami już to pod względem odżywiania ssawców wogóle, już to pod względem odżywiania w przebiegu zaburzeń trawienia, to nie mamy wcale powodu do zadowolenia ze stanu obecnego wiedzy naszej o samych środkach leczniczych, a tem mniej z wyników, otrzymanych ze stosowania nowych środków leczniczych w różnych postaciach cierpień jelit u dzieci. Już sama ilość najróżnorodniejszych leków, jako to: kwasy, sole, ciała chemicznie obojętne, leki narkotyczne, *carminativa*, preparaty odkażające — świadczy najwymowniej o tem, iż w leczeniu zaburzeń trawienia odgrywa jeszcze zanadto wielką rolę empirya, mimo, iż ukazuje się w najnowszych czasach wybitna dążność do opuszczenia leczenia przypadkowego, a skierowania zabiegów leczniczych przede wszystkim przeciw właściwej przyczynie choroby, pozostawiając usuwanie objawów tak przedmiotowych, jak i podmiotowych na drugim planie.

Mimo najlepszych chęci nie jestem w stanie stwierdzić, ażeby dążność ta już teraz doprowadziła nas do świetniejszych wyników leczenia, ani też nawet do poznania niezawodnych zabiegów lub też tylko środków aptekarskich leczniczych; dlatego też w publikacjach naukowych z ostatnich czasów, dotyczących leczenia cierpień jelit u dzieci, znaleźć tylko można — z nielicznymi wyjątkami, o których później będzie mowa — zachwalanie to jednego, to drugiego środka aptecznego, w miarę osobistych doświadczeń lub też często tylko w miarę osobistego upodobania.

Ponieważ nie jestem optymistą, jak BIEDERT, który twierdzi, że jeżeli teraz jeszcze ginie jakie dziecko wskutek cierpień żołądka i jelit — wliczając na-

wet cholere dziecięcą—to ginie tylko dlatego, że miało nieodpowiedniego lekarza lub niedobrych rodziców, którzy poleceń nie wypełniali, i ponieważ nie podzielałam zdania, jakobyśmy pod względem leczenia — zwłaszcza cierpień jelita cienkiego—stali na wysokości naszego zadania, wyrażam dziś tylko życzenie, ażeby referent na naszym najbliższym zjeździe miał łatwiejsze i wdzięczniejsze odemnie zadanie i nie musiał się tak, jak ja, ograniczyć do omówienia trzech punktów t. j.: przepłukiwań żołądka, wypłukiwań jelita i wartości kilku nowych preparatów przeciwnieżylnych.

Najważniejszym momentem leczenia nieżyłtów jelit u dzieci pozostaje nadal—zapobieganie ich powstawaniu. Jest to istotnie prawie całkiem w naszej mocy, a zawdzięczać musimy poznanie sposobów zapobiegania—rozwojowi nauki o dyetetyce, polegającemu, jak wiadomo, na wynikach nowszych prac, wyjaśniających nam przedewszystkiem fizjologię trawienia t. j. wydzielanie się soków w żołądku i jelitach u dziecka zdrowego i prawidłowo odżywianego; dalej zachowanie się tychże wobec wyssanego pokarmu; wreszcie zmiany, jakim pokarm t. j. mleko matczyne w przewodzie pokarmowym podlega. Postępy w dyetetyce polegają dalej na pracach, wyjaśniających nam patologię trawienia, to jest zboczenia w wydzielaniu i trawieniu pod wpływem różnych czynników, a względnie szkodliwości w postaci różnych innych pokarmów, do żołądka wprowadzanych, ze szczególnem uwzględnieniem mleka krowiego i różnych surogatów, będących po największej części powodem powstawania różnych cierpień przewodu pokarmowego, jakoteż zboczenia w wydzielaniu i trawieniu już pod wpływem choroby dziecka i zmian następnych w błonie śluzowej. Polegają one nareszcie na rozwoju nauki o drobnoustrojach, na poznaniu drobnoustrojów, już to stale przebywających w przewodzie pokarmowym, już to tylko czasowo tamże napotykanym, na poznaniu sposobów dostawiania się tychże drobnoustrojów do żołądka i jelit, ich zachowania się tamże, ich rozwoju pod wpływem różnych czynników, a przedewszystkiem na wyjaśnieniu ich działania szkodliwego, bądźto tylko przez rozkład miazgi pokarmowej, bądźto przez swoiste działanie trujące (toksyczne).

Dla leczenia najważniejsze jest poznanie tych ostatnich właściwości drobnoustrojów; tu jednak zdania się rozchodzą, bo jedna część badaczy przypisuje pewnym stale napotykanym odmianom tylko własności zaczynów, fermentów, t. j. własności rozkładania treści przewodu pokarmowego, wskutek czego powstają tamże szkodliwie działające połączenia chemiczne; druga zaś część badaczy, będąca obecnie w mniejszości, przypisuje drobnoustrojom tym własności samoistnego wytwarzania wydzieliny trującej, a względnie zakażającej ustrój, t. j. własności wytwarzania toksalbuminów czyli toksyn.

Znane zapewne są czytelnikom spostrzeżenia i doświadczenia VAUGHAN'a (1), który wykrył w mleku, jakoteż w serze, istotę chemiczną jadowitą, przez niego *tyrotoxinon* nazwaną, jako produkt drobnoustrojów, mleko rozkładających, oraz doświadczenia LESAGE'a (2), który przeszczepianiem pewnych drobnoustrojów wywołał u zwierząt objawy, odpowiadające cholere dziecięcej; jak również doświadczenia BAGIŃSKIEGO (3), prowadzone wspólnie z STADHAGEN'em, który przeszczepiając otrzymane ze stolców biegunkowych drobnoustroje, już to tylko niektóre, jak np. *bacterium lactis aërogenes* lub *bacterium coli*, już to całą mieszaninę różnorodnych drobnoustrojów na kawał mięsa wyjałowionego, otrzymywał wytworzone za pośrednictwem tychże bakterii ciała peptonowe silnie trujące, zaś w dalszym ciągu indol, fenol i amoniak.

Mniej może znane są wyniki świeżej pracy w tym kierunku DENYS'a i van der BERGH'a (4), ogłoszonej w sprawozdaniach akademii belgijskiej z roku 1893, a zasługującej bardzo na uwzględnienie. Badacze ci przekonali się, robiąc doświadczenia na psach, iż drobnoustroje, zazwyczaj w kale napotykanne, wywoływały u zwierząt tych stale objawy kurczowe, dalej porażenie, biegunkę, wreszcie okres, odpowiadający okresowi zamartwiczemu cholery, i śmierć, jeżeli były one zastrzyknięte im czy to do krwi, czy do jamy opłucnej; gdy tymczasem też same drobnoustroje, nawet w pięciokrotnej ilości użyte, nie wywoływały żadnych zmian chorobowych, ani jeżeli przez psy zostały połknięte, ani też nawet, jeżeli je wprowadzono bezpośrednio do światła jelit, wstrzykując je po dokonanej laparotomii. Ten sam zbiór objawów, co przez zastrzyknięcie żywych drobnoustrojów do żył lub jamy opłucnej, można było wywołać przez zastrzyknięcie do tychże miejsc drobnoustrojów, wprost eterem lub chloroformem zabitych, co przemawia za tem, że własność wywołania tych objawów przysługuje nie drobnoustrojom samym, lecz ich wydzielinie. Odmienne zachowanie się zwierząt względem zastrzyknięcia tychże samych drobnoustrojów i ich wydzieliny do naczyń krwionośnych lub opłucny, a zastrzyknięcia lub wogóle dostania się ich do przewodu pokarmowego, zależeć może: 1) albo od tego, że jad, dostawszy się do jelita, zostaje tamże przez soki, a względnie zaczyny trawienne zniszczony; 2) albo, że ulega rzeczywiście wessaniu i dostaje się do komórek wątroby, gdzie dopiero zostaje zatrzymany i zubożniony; 3) albo, że zostaje w jelicie wessany tylko przy istnieniu zmian chorobowych błony śluzowej, nie zaś w jej stanie prawidłowym. Na podstawie dalszych doświadczeń, autorowie tylko co wspomnieni mogli wykluczyć dwa pierwsze przypuszczenia, a badając pod drobnowidzem błonę śluzową jelita u zdechłych po zastrzyknięciu do krwi zwierząt, stwierdzili, obok przekrwienia i wynaczynień w samej błonie śluzowej, złuszczenie całkowite przybłonka na wielkich przestrzeniach jelita cienkiego. Dowodzi to, że całkowite złuszczenie przybłonka jelitowego, przekrwienie błony śluzowej i obfite wypacanie cieczy do światła jelita jest następstwem ogólnego działania toksyny czyli odpowiedniego jadu drobnoustrojów kałowych, nie zaś działania miejscowego. Ażeby zatem zakażenie wprost z jelita nastąpić mogło, potrzebne są następujące warunki: 1) obecność drobnoustrojów w jelicie — co należy prawie do normy; 2) wytworzenie się przy sprzyjających warunkach większej ilości toksyn; 3) naruszenie przybłonka, które następuje prawdopodobnie pod wpływem ciał chemicznych, względnie kwasów lub amoniaku, powstających w następstwie fermentacyi miazgi pokarmowej; 4) wessanie toksyn do krwi, umożliwione przez złuszczenie przybłonka.

Powracając teraz do przypomnienia postępów naszych w dyetetyce, a wskutek tego postępów w zapobieganiu chorobom przewodu pokarmowego, w profilaktyce, zwrócić muszę jeszcze raz uwagę na postępy, dotyczące kwestyi karmienia dzieci wogóle, wszczegółe zaś karmienia ssawców. W kwestyach tych panowały, jak wiadomo, różne prądy, które podzielić można na trzy okresy: okres chemiczny, w którym szukano powodów zaburzeń trawienia w zasadniczych różnicach między mlekiem kobiecym a mlekiem krowim i starano się wyrównywać te różnice chemiczne pod wpływem ilościowym składników; okres fizyologiczny, w którym upatrywano odmienne wytwarzanie się soków trawiennych i ich odmienne zachowanie się względem mleka krowiego a mleka kobiecego, nie mówiąc już o innych preparatach, stosowanych przy sztucznem żywieniu; wreszcie okres bakteryologiczny, datujący przeważnie od

wystąpienia SOXHLET'a z twierdzeniem, iż przyczyną, dla czego przeważną ilość dzieci, chorych na cierpienia przewodu pokarmowego, dostarczają dzieci sztucznie żywione, nie jest ani różnica w składzie chemicznym mleka kobiecego a krowiego, bo ta, według SOXHLET'a i innych, daje się łatwo wyrównać, ani różnica w wydzielaniu soku żołądkowego, lecz tylko prawie wyłącznie ta okoliczność, iż dzieci, chowane przy piersi, karmią się mlekiem jałowem, nie zawierającym żadnych szkodliwych drobnoustrojów, zaś dzieci, karmione flaszeczką, pólękają wraz z mlekiem niezliczoną ilość drobnoustrojów, które, dostawszy się raz do jelita, są powodem wszelkich zaburzeń. Zanieczyszczenie mleka bakteriami następuje często już przy samym udoju, przy przechowywaniu mleka w zbiornikach, przy przesyłaniu mleka, wreszcie przy pozostawianiu mleka kupionego w naczyniach, nienależycie zamykanych. Wymagał zatem SOXHLET, ażeby mleko, przeznaczone do żywienia dzieci, zostało przedewszystkiem wyjałowione, bo to jest pierwszym, a nieodzownym warunkiem, ażeby mleko było nieszkodliwe, następnie ochronione od późniejszego dostania się do niego drobnoustrojów przez szczelne zamykanie i podzielone na części, mające każdorazowo być zużyte. W tym też celu wymyślił przyrząd, obecnie już ulepszony, wszystkim tym warunkom odpowiadający, a dziś powszechnie znany.

Z bardzo licznych prac, wyświetlających samą czynność trawienia u ssawców, a mianowicie wydzielanie się soków trawiennych, trawienie mleka do żołądka wprowadzonego, różnicę w trawieniu mleka kobiecego a krowiego, zalety i ujemne strony mleka wyjałowionego, znaczenie drobnoustrojów, dostających się wraz mlekiem lub innymi pokarmami do przewodu pokarmowego, — z ogromu prac, ogłoszonych w ostatnich latach, zasługują przedewszystkiem na uwagę prace: LEA (5), VAN PUTEREN'a (6), CLOPAT'a (7), EINHORN'a (8), CASSEL'a (9), DAVIS'a (10), ESCHERICH'a (11), EWALD'a i BOAS'a (12), HEBNER'a (13), NENCKIEGO (14), REICHMAN'a (15) i WOHLMAN'a (16), zawierające bardzo ważne przyczynki do wyjaśnienia sprawy wydzielania kwasów żołądkowych, szczególnie kwasu solnego i jego znaczenia; dalej prace: BOAS'a (17), KLEMPERER'a (18), JOHNSON'a (19), LEA (20), RAUDNITZ'a (21), KRÜGER'a (22), SZYDŁOWSKIEGO (23) i TOCH'a (24), dotyczące głównie obecności fermentu podpuszczkowego (*Labzymogen*, *Labenzym*) u ssawców i jego udziału w sprawie trawienia; rozprawy COURART'a (25) i SÖLDNER'a (26) o roli, jaką odgrywają sole w mleku względem sernika i sprawy trawiennej, i obszerna rozprawa TROITZKI'ego (27), zestawiająca wszystkie wyniki nowszych badań nad kwestyą trawienia. Pomijając zaś wszystkie prace, dotyczące chemizmu mleka krowiego¹⁾, wynajdywania w niem obcych kwasów i t. d., dalej zaś prace, dotyczące tylko samego wyjaławiania, t. j. odnośnych przyrządów i wskazanego postępowania przy wyjaławianiu, wreszcie prace polemiczne pomiędzy zwolennikami „pasteuryzacyi“, a zwolennikami „sterylizacyi“, zwrócić tylko muszę uwagę na niektóre prace, wykazujące, iż całkowite wyjaławianie mleka daje się tylko bardzo trudno przeprowadzić bez szkody dla mleka samego, a częstokroć jest

¹⁾ Tylko o jednej z najnowszych prac tu zamilczeć nie mogę, a mianowicie o pracy D-ra WRÓBLEWSKIEGO, ogłoszonej w „Gazecie Łokarskiej“ 1894, № 36 i 37, pod tytułem: „O serniku kobiecym“ i t. d., w której autor na podstawie swych badań chemicznych dochodzi do wniosku, iż „sernik kobiecy a krwi są to ciała zupełnie różne, bo przy trawieniu pepsynowem sernika kobiecego nie odszczepia się od niego żadne ciało nukleinowate, gdy sernik krwi wydziela paranukleinę, a roztwór masy, po osadzeniu sernika kobiecego kwasem octowym, zawiera jeszcze jedno ciało białkowate, które ma zupełnie inny osobliwy skład chemiczny, różniący się znacznie od albuminy“.

nawet wcale niemożliwe do przeprowadzenia; jakoteż na prace, podnoszące sposoby następczego zakażenia mleka, raz już wyjąłowieniu poddanego, i wykazujące sposoby usunięcia w praktyce tegoż niebezpieczeństwa. Tu wymienić wypada przede wszystkim pracę Emmy STRUB(28), HESSE'go (29), HUEPPE'go(30), VINAY'a(31), FEER'a (32), SIOR'a (33), PETRI i MAASSEN'a(34), SCHULTZ'a (35), CARSTENS'a(36), LANGERMAN'a(37), jakoteż KRAMSZTYKA(38), uwzględniającą najlepiej całą odnośną literaturę; tu też wspomnieć należy o pracach, wykazujących sposoby przekonania się, czy mleko wyjąławiane, a do żywienia dzieci przeznaczone, jest do użytku przydatne lub nie: PLAUT'a (39), SOXHLET'a(40), a mianowicie sposobem oznaczania stopnia kwasoty — *Säuretitrimethode*; jakoteż o pracach, wykazujących, wobec bezkrytycznego zachwalania mleka wyjąławianego, także jego strony ujemne: LEEDS'a i DAVIS'a (41), DUCLAUX (42), UNRUH (43), BRUSH'a (44), BITTER'a (45), SOLARO (46), LEHMANN'a (47), HESSE'go (48) i KALISCHER'a(49)²⁾. Z rozpraw, podnoszących znaczenie drobnoustrojów tak dla trawienia w stanie prawidłowym i w biegunkach, jak i dla wywołania fermentacji w przewodzie pokarmowym; dla powstawania biegunek, zwłaszcza biegunki letniej; wreszcie omawiających drobnoustroje, znajdujące to w treści żołądkowej, to w kale u dzieci zdrowych w stanach prawidłowych, to znów przy nieżytach jelit, — zwrócić muszę uwagę na prace VAN PUTEREN'a(50), ESCHERICH'a(51), BOOKER'a (52), DEMME'go (53), CAHEN'a (54), BAGINSKY'ego (55), SCHMIDT'a Al. (56), dalej HAYEM'a(57), LESAGE'a(58), VAUGHAN'a(59), RAUDNITZ'a(60), HOLT'a(61), SEIFFERT'a (62), FISCHL'a (63), EPSTEIN'a (64), QUINCKE'go i ROOS'a(65), ROSSI i DORIA(66), a wreszcie na ciekawe prace COHN'a i NEUMANN'a(67), PALLESTRE'go(68) i RINGEL'a(69), wykazujące, iż nawet mleko kobiece, w samych jeszcze przewodach mlecznych zawarte, nie jest zupełnie jalone, tylko zawiera niekiedy dość liczne drobnoustroje, a nawet gronkowce i paciorkowce, które najprawdopodobniej z brodawki sutkowej tam się dostają.

Uwzględnienie już tylko jaknajświeższych wyników owych prac, powyżej wymienionych, przekraczałoby bardzo znacznie ramy powierzonej mi pracy, dlatego też dla nieobeznanych z literaturą, a zamierzających na polu dyetetyki dalej pracować, zestawilem wszystkie ważniejsze rozprawy wraz z miejscem, gdzie zostały ogłoszone, i w końcu niniejszej pracy podaję.

Przechodząc do prac, dotyczących wyłącznie leczenia chorób przewodu pokarmowego, zauważyć muszę, że już samo postawienie tematu: „Leczenie ostrego i przewlekłego nieżytu jelit u dzieci“ nasunęło mi rozmaite wątpliwości, bo pojęcie ostrego nieżytu kiszek u dzieci jest tak elastyczne — nie pod względem anatomicznym, lecz ściśle tylko klinicznym, — że trudno wyznaczyć granicę, gdzie się biegunka — *diarrhoe* — kończy, a nieżyt — *enterocatarrhus* — rozpoczyna. Jeszcze dziś otwartą jest kwestya, czy istnieje biegunka bez choćby chwilowego zajęcia nieżytoowego błony śluzowej jelita, dlatego też nie wiedziałem, czy pod pojęcie nieżytu kiszek mogę podciągnąć także i biegunkę na tle zbroczeń litylko czynnościowych; z drugiej strony, nie wiedziałem, czy należy mi też omówić leczenie cholery dziecięcej, gdyż według dzisiejszych, już ogólnie przyjętych, pojęć nie należy choroby tej zaliczać ani do nieżyto-

²⁾ Już po zjeździe, dla którego referat ten był przeznaczony, ogłoszoną została w J. f. K. Bd. XXXVIII, 4 Hl. 1894 str. 393 rozprawa D-ra BENDIX'a: Ueber die Verdaulichkeit der sterilisirten und nicht sterilisirten Milch, uwzględniająca wszelkie zarzuty poczynione żywieniu mlekiem wyjąłowionem, dochodząca jednak do wniosku, że zarzuty te po największej części są nieusprawiedliwione.

wych, ani zapalnych chorób narządu pokarmowego, do czego nas zresztą już dawniej też nie uprawniały wyniki badań zwłok i stan błony śluzowej jelita; wreszcie, czy do nieżyków przewlekłych zaliczyć także mogą umiejscowione zapalenie tylko pewnej części jelita, na przykład zapalenie odbytnicy (*proctitis*), skoro analogiczne cierpienie t. j. cierpienie kiszki ślepej stanowiło z pod omawiania przy nieżytach jelit się usuwa. Dlatego też za stosowniejsze uważałbym pominąć ogólnikowe pojęcie nieżytu, a ze względów praktycznych uciec się zamiast tego do dawniejszej nazwy biegunki i cierpienia jelit podzielić na: 1) biegunki z powodu niestrawności; 2) biegunki z powodu wpływów nerwowych; 3) biegunki z powodu cierpień pierwotnych błony śluzowej jelit, do których zaliczyłbym: a) nieżyt ostry jelit, b) nieżyt jelit przewlekły; 4) biegunki z powodu cierpień zapalnych miejscowych ograniczonych; 5) biegunki na tle zakaźnym, do których zaliczyć należy: a) biegunki endemiczne w zakładach podrzutków, t. zw. *sepsis gastrointestinalis*, b) prawdziwą cholere dziecięcą; c) cholere azyatycką.

Podział taki według etyologii, a nie według zmian anatomicznych, nadaje się także o wiele lepiej do omówienia leczenia, tem więcej, iż na podstawie objawów klinicznych, z których najważniejszym, a jednak wszystkim cierpieniom wspólnym, jest właśnie biegunka sama przez się, zaś tylko wygląd stolców jest często jedynym środkiem rozpoznawczym, trudno bardzo jest osądzić, czy mamy do czynienia litylko ze zboczeniem czynnościowym błony śluzowej, czy też już ze zmianami anatomicznymi, podpadającymi już to pod pojęcie nieżytu, już to prawdziwego zapalenia błony śluzowej; dalej, czy cierpienie obejmuje tylko jelito cienkie, a względnie jego części np. dwunastnicę, lub też jelito grube równocześnie lub tylko jelito grube samoistnie.

Dotychczas jednak niema jeszcze zgody pod względem podziału i uporządkowania cierpień jelit u dzieci, a przeglądając wszystkie nowsze i najnowsze podręczniki chorób dziecięcych lub też tylko do cierpień przewodu pokarmowego się odnoszące, jako to VOGL'a BIEDERT'a (71), UFFELMAN'a (72), BAGINSKY'ego (73), FILATOW'a (74), ROSENHEIM'a (75), EMMET HOLT'a (76), COMBY'ego (77), UNGER'a (78), znajdujemy tam rozmaite podziały, już to według umiejscowienia, już to według etyologii, lub też według zmian anatomicznych. Tylko rozróżnianie według wydzielin zostało nareszcie zarzucone, z wyjątkiem Francji, gdzie rozróżniają jeszcze podług VAUGHAN'a, HAYEM'a i LESAGE'a *diarrhée simple, verte, lienterique*. Najwięcej racjonalny jest podział, podany przez EMMET HOLT'a (79), a przyjęty prawie powszechnie przez pediatrów amerykańskich. Dzieli on cierpienia kiszek u dzieci na: 1) *diarrhoea simplex*, polegającą na wzmożonym ruchu robaczkowym jelit; 2) *diarrhoea acuta mycotica* z podziałem na: a) *ex dyspepsia acuta*, polegającą na niezycie błony śluzowej, spowodowanym rozkładem i fermentacją pokarmów, b) *ex cholera infantum* to jest toksycznego zadrażnienia nerwów; 3) *enterocolitis acuta*, polegającą na wytworzeniu się wskutek dłuższego i silniejszego zadrażnienia, obok nieżytu błony śluzowej jeszcze i nacieku komórkowego; 4) *enterocatatarrhus chronicus*.

Podziały takie, jak HOLT'a, lub przezemnie proponowany, mają nietylko znaczenie teoretyczne, lecz wysuwają na pierwszy plan etyologię cierpienia, wskazują lekarzowi praktykowi od razu, od czego leczenie rozpocząć powinien. Przedewszystkiem zdać on musi sobie sprawę, czy w danym przypadku ma do czynienia tylko ze sprawą przemijającą, np. rozwolnieniem, wywołanem przez zadrażnienie nerwów w prawidłowej jeszcze błonie śluzo-

wę jelit, mechaniczne lub chemiczne, — czy też z rozwolnieniem już wskutek stanu patologicznego błony śluzowej; czy ma zatem do czynienia z biegunką już to wskutek przeciążenia żołądka, niestrawności, wskutek przeziębienia, obecności w jelicie ciał obcych np. pasorzytów, wskutek wpływów nerwowych, wskutek idyosynkrazji względem niektórych pokarmów lub napojów, wskutek zimnicy, na którą dziecię cierpi i t. p., — lub też, czy ma do czynienia z biegunką wskutek zmian nieżytowych lub zapalnych jelit, czy to pierwotnych, czy następnych. W tym ostatnim razie stwierdzić musi, czy sprawa chorobowa jest świeża lub przewlekła, czy jest ograniczona przeważnie tylko do pewnej części jelit lub też obejmuje zarówno jelita cienkie, jak i grube; czy cierpienie wywołało już jakie następstwa i powikłania; a wreszcie baczyć musi na to, co w danej chwili najwięcej choremu zagraża. Od tego bowiem zależy, czy przedewszystkiem postara się o usunięcie szkodliwości, ażeby nie dopuścić do dalszego rozwinięcia się choroby, czy też uzna za stosowne skierować swe zabiegi ku zobojętnieniu zawartości jelit i przeszkodzeniu dalszemu rozkładowi, lub też czy dążyć powinien do usunięcia zmian, wywołanych w samej błonie śluzowej jelit; lub też nareszcie, czy przedewszystkiem bezwzględnie zwrócić musi uwagę na osłabienie całego ustroju przez zbyt liczne stolce, — osłabienie, polegające z jednej strony na wydaleniu szybkim niestrawionych, a zatem nie wyzyskanych pokarmów, z drugiej zaś strony, co ważniejsze, na utracie znacznej ilości białka, zawartego w wydzielinach samej błony śluzowej, chorobowo pobudzonej; lub też na koniec, czy bez względu na stan jelit, na zmiany anatomiczne i zawartość w nich, jakoteż na wydzieliny, — wpływać musi tylko na system nerwowy i podniecać cały ustrój celem zapobieżenia śmierci z zakażenia — intoksykacji. (D. c. n.).

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Istota i leczenie blednicy,

krytycznie opracował d-r Stanisław Klejn, ordynator kliniki terapeutycznej.

(Dalszy ciąg.—Zob Nr 3).

III.

TREŚĆ: Zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, pochodzenie i znaczenie ich. — Objawy ze strony serca i naczyń. — Zakrzepy żylne. — Wole i choroba BASEDOW'a jako objaw blednicy. — Powiększenie śledziony. — Objawy nerwowe przy blednicy. — Wpływ zimna na chore dotknięte blednicą i znaczenie tego objawu dla poznania blednicy. — Przemiana materji. — Gorączka i jej znaczenie. — Zejście blednicy. — Zmiany anatomiczne i stosunek ich do obrazu klinicznego blednicy. — Warunki sprzyjające powstawaniu blednicy. — Wartość ich w etyologii blednicy. — Zestawienie.

Przechodząc do zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, musimy przedewszystkiem zaznaczyć, iż przedstawiają się one przeważnie w postaci zaburzeń w chemizmie żołądka oraz jako zaparcie stolca, rzadziej mamy do czynienia ze zmianami anatomicznymi. Inne objawy, po większej części natury podmiotowej, są od tych kardynalnych objawów zależne i łatwo nimi dają się objaśnić, albo też są natury nerwowej i zależą od histeryi lub neurastenii.

Co się tyczy zaburzeń w wydzielaniu soku żołądkowego, to w chwili obecnej kwestya zdaje się być rozstrzygniętą w ten sposób, że ilość kwasu solnego w rozmaitych przypadkach blednicy jest rozmaita, najczęściej m'oze występować nadkwaśność. Tak np. najnowsze badania OSSWALD'a z kliniki RIEGEL'a wykazały nadkwaśność w 95% badanych przypadków (21), w 5% kwa-

sota była prawidłowa. Sprawność ruchowa żołądka ani razu zmian nie przedstawiała, czemu znów przeczą inni badacze. OSSWALD przekonał się, że *hyperaciditas* znajduje się nawet w przypadkach błednicy ciężkich, uporeczywych, recydywujących. Na nie-szczęście wartość tych badań została w ostatnich czasach zakwestyonowana przez SCHUELE'go, który cyfry OSSWALD'a uważa po większej części za prawidłowe. Inni dawniojsi badacze, jak SCHAEETZEL, GRUENE, RIEGEL, LEVA i v. NOORDEN również znajdowali nadkwaśność, ale nie tak często, jak OSSWALD. CANTU natomiast tak często ją widywał, że uważa ją za objaw patognomoniczny dla błednicy.

Znajdowano także niekiedy jednocześnie z nadkwaśnością lub bez niej rozszerzenie i przemieszczenie żołądka. MEINERT widział w badanych przez siebie przypadkach zawsze opadnięcie oraz pionowe przemieszczenie żołądka, opadnięcie kiszki, a niekiedy i nerkę ruchomą. Zmiany to, zależne zdaniem M. od noszenia gorsetu, zwiększają pobudliwość nerwu sympatycznego, rozciągającego przez zwieszające się trzewa brzuszne. Jakaś przypadkowa przyczyna wystarcza wtedy, ażeby podrażniony w ten sposób system nerwowy stał się punktem wyjścia błednicy.

Inaczej objaśnia znaczenie rozszerzenia żołądka PICK, który również uważa je za stały objaw błednicy. Według niego ma rozkład pokarmów w rozszerzonym żołądku powodować zatrucie ustroju, którego wyrazem jest błednica.

NEUSSER znów rozszerzenie żołądka uważa za przyczynę nadkwaśności, która według niego zresztą stosunkowo rzadko się zdarza; ROSENHEIM zaś, który częściej daleko znajdował warunki chemicznie prawidłowe, stawia nadkwaśność w zależności od cierpienia nerwów wydzielniczych żołądka.

Zestawiając dane przytoczone, można dojść do wniosku, iż nadkwaśność żołądkowa, aczkolwiek jest częstym objawem błednicy, jednakże stałym nie jest; co się zaś tyczy rozszerzenia i przemieszczenia żołądka i trzew, to wobec powyższych sprzeczności, należałoby rzecz tę jeszcze sprawdzić, i to na materjał bardziej odpowiednim (wieśniaczki), niż ten, jaki się znajdował w rękach większości badaczy, gdzie rzeczywiście gorset i warunki życiowe mogły sprzyjać powstawaniu enteroptozy. *A priori* jednak związek tej zmiany z błednicą wydaje się bardzo problematycznym, gdyż wymaga pośrednictwa narządu nerwowego, którego wpływ na niedokrewność przechodzi granice naszych wiadomości, albo też zwiększonej fermentacji żołądkowej, której dla błednicy nie dowiedziono.

Częstość występowania nadkwaśności przy błednicy tłumaczy nam częstość wrzodu żołądka u takich chorych; w jakim jednak związku znajduje się nadkwaśność z błednicą, trudno kategorycznie orzec. Najstosowniej byłoby uważać ten objaw (P. GALLOT) za skutek nerwicy (JOHNSON i BEHM), występującej w przebiegu błednicy, albo też już poprzednio istniejącej. W tym ostatnim przypadku, jak to zauważył niedawno LEVA, pomimo wyleczenia błednicy, nerwica nie znika, a kwaśność soku żołądkowego wcale się nie zmniejsza.

Zaparcie stolca, stale występujące przy błednicy, zależność może poczęści od niedowładu kiszki, występującego w następstwie niedokrewności, poczęści zaś od niestrawności, podstawowego więc znaczenia nie posiada (IMMERMANN).

Ze strony serca i naczyń występuje cały szereg objawów, nadających właściwe piętno błednicy. Oprócz rozmaitych wrażeń podmiotowych, jak bicie serca, zawrót głowy etc., zwracają głównie na siebie uwagę objawy przedmiotowe, rozmaitej stałości i niejednakowego znaczenia. Co się tyczy przytoczonego przez niektórych autorów przerostu i rozszerzenia lewego serca, to jest to wogóle fakt bardzo wątpliwy ze względu na to, iż danym opukowym zbyt wiele dowierzać nie można, zresztą brak tu zwykle najważniejszej cechy przerostu: wzmocnienia 2-go tonu aorty. Zauważone przez WALLERSTEIN'a i v. NOORDEN'a ściągnięcie przednich brzegów płuc u chorych na błednicę, znacznie także obniża wartość danych przy opukiwaniu. Podobnie rzecz się ma i z prawą komorą, która niekiedy może przedstawiać oznaki rozszerzenia.

Stale natomiast napotykamy szmery w sercu, przeważnie skurczowe, najczęściej u zastawki dwudzielnej i tętnicy płucnej, najrzadziej na wysokości aorty. Przyczyna tych szmerów jest wogóle niejasna; najprawdopodobniej mamy tu do czynienia z czynnościową słabością mięśnia sercowego, występującą wskutek złego odżywiania go przez krew chorych na błednicę. Niektórzy (F. C. COLER) wprost objaśniają je względną niedomykalnością zastawki dwudzielnej, zależną od rozszerzenia lewej komory serca. Szmery to nie charakterystyczne dla błednicy nie przedstawiają, spotykamy je bowiem w zależności od powyższej przyczyny przy rozmaitego rodzaju niedokrwistości.

Ważniejsze znaczenie mają przy blednicy szmery żyłne, rzadziej już napotykanne przy innych cierpieniach. Najczęściej występuje szmer żylny t. zw. *Nonnenge-räusch*. Słyszymy go zarówno u pnia żyły szyjowej, jak i u wejścia *venae saphenae* do *v. cruralis* (FRIEDREICH). Objaw ten występuje przy blednicy bardzo często. EICHHORST znajdował go w 75% przypadków, trochę rzadziej słyszał go RICHARDSON (50%). CROOK uważa objaw ten za patognomoniczny dla blednicy, znajdował go bowiem w 90% przypadków tej choroby. Szmery te są również następstwem blednicy, powstającym zdaniem SAILLI'ego w ten sposób, że rozwodnienie krwi powoduje mniejsze tarcie jej o ściany naczyń, względnie o warstwę krwi przysścienną, i wskutek tego szybszy bieg krwi. Inne czynniki, jak np. nagle rozszerzenie pnia żyły szyjowej, mają znaczenie podrzędne. Takie przyspieszenie obiegu krwi w żyłach, powodujące powstawanie szmerów, należy uważać teleologicznie za objaw pomysłny, wyrównujący brak hemoglobiny w ustroju. Podobno znaczenie niewątpliwie posiada spostrzegano zwykle przy blednicy tętno częste, pełne, skaczące, choć miękkie (JUERGENSEN).

Ciekawy bardzo i mało wyjaśniony objaw blednicy stanowią zakrzepy żyłne, powstające w przebiegu blednicy (PROBY, BOURDILLON, LAACHE, KOCKEL). Wobec braku dowodów, przemawiających za zwiększoną krzepliwością krwi przy blednicy, należałoby przekonać się, czy objaśnienie, tłumaczące ten objaw zakażeniem, nie ma za sobą jakichś danych pozytywnych (BOURDILLON, LAACHE). W każdym jednak razie należałoby jeszcze przekonać się, czy mamy tu do czynienia z powikłaniem, czy też z zakażeniem pierwotnem. Dodać jeszcze należy, iż niektórzy autorowie, uważający blednicę za samozatrucie, tłumaczą powstawanie zakrzepów przy blednicy jako następstwo zatrucia ustroju produktami gnilnymi wessanymi z kiszek (TUCKWELL).

Do objawów ze strony narządu naczyniowego należałoby jeszcze zaliczyć występujące bardzo często przy blednicy wole (IMMERMANN, WUNDERLICH, MORIEZ) albo nawet szereg objawów, dający całkowity obraz choroby BASEDOW'a (FRIEDREICH, RENDU, CHVOSTEK). Że wole należy do zbioru objawów przy blednicy, o tem nikt chyba obecnie nie wątpi; co się zaś tyczy objawów choroby BASEDOW'a, występujących niekiedy przy tej chorobie, to należy je również uważać za następstwo, za przejaw blednicy, a nie za powikłanie, dowodem czego jest fakt, iż objawy te znikają jednocześnie z poprawą ogólnego stanu chorych (IMMERMANN, CHVOSTEK). Że objawy choroby BASEDOW'a nie zależą tu od niedokrewności samej, dowodzi rzadkość występowania tych objawów przy innych rodzajach niedokrewności; bywa nawet wprost przeciwnie, a mianowicie, iż przyczyna, wywołująca zwykle typową chorobę BASEDOW'a, powoduje jednocześnie także małokrwistość. Pozostaje zatem przypuszczenie, iż objawy choroby BASEDOW'a znajdują się w ścisłym związku z blednicą, albo nawet zależą od tej samej przyczyny, co blednica, względnie od przyczyny pokrewnej. Za przypuszczeniem tem przemawia podobieństwo wielu objawów blednicy do objawów choroby BASEDOW'a (tachykardia, objawy nerwowo, wole), o których LUZET wyraża się, że są to „*les éléments morbides du goître exophthalmique au minimum*”. Choroba BASEDOW'a, z chwilą dokładniejszego poznania istoty obrzęku śluzowego i związku jego z gruczołem tarczowym, wstąpiła, że się tak wyrażę, w nową erę, zbliżającą nas do poznania tych 2-ech cierpień, mających sporo między sobą analogii. Spodziewać się należy, iż poszukiwania te nie będą bez znaczenia i dla poznania istoty blednicy, przy której objawy ze strony gruczołu tarczowego niczadłkiem są wcale zjawiskiem.

Powiększenie śledziony zdarza się stosunkowo często. CHVOSTEK na 56 przypadków widział je 21 razy, często także objaw ten znajdowali RUMMO i DORI, JAKOBY i CLÉMENT, ale zwykle w okresie poprawy. Z drugiej znów strony LUZET twierdzi, iż nigdy nie widział prawdziwej blednicy z obrzmieniem śledziony. Jakkolwiek-bądź, na objaw ten należałoby zwrócić baczniejszą uwagę i przekonać się, o ile stoi on w związku z występującą niekiedy przy blednicy gorączką (CLÉMENT) i zakrzepami żyłnymi.

Z powyższego rozbioru objawów ze strony narządu naczyniowego widać, iż aczkolwiek większość ich występuje stało przy blednicy, jednakże żadnego światła na istotę choroby nie rzucają; natomiast niektórzy z nich, szczególnie rzadziej napotymano i mało dotychczas uwzględniano, zwracają uwagę naszą w nowym zupełnie kierunku i rzucają pewno swoisto światło na istotę blednicy.

Najmniej danych, wyjaśniających istotę choroby, dostarczają nam objawy ze strony narządu nerwowego. Wszystkie one bez wyjątku prawie (szczegółowo przytaczać ich nie ma chyba potrzeby) wypływają z niedokrwistości. Wogóle

nie przedstawiają ono wyraźnego typu, często jednak tworzą obraz, podobny do neurastenii lub histeryi; ta ostatnia zresztą powstaje bardzo często na tle błednicy. Niektórzy autorowie (TROUSSEAU, JONES LLOYD, MEINERT) uważają błednicę za nerwicę, wskutek czego objawy nerwowe stanowią u nich objaw podstawowy błednicy. Sądzę jednak, że i tu skutok wzięto za przyczynę i na tej podstawie budowano kilka teoryi odruchowo-nerwowych, nie mających nawet analogii w medycynie.

Do charakterystycznych objawów błednicy zaliczają niektórzy wrażliwość chorych na zimno, wyrażającą się nie tylko unikaniem przez nich niskiej ciepłoty, ile zmianami we krwi (hemoliza) i ogólnem pogorszeniem stanu chorych, powstającym pod wpływem zimna (ROSENBAACH, MURRI, v. NOORDEN). Okoliczność ta, która posłużyła nawet do ustanowienia oddzielnej postaci błednicy, t. zw. zimowej (*hiemalis Chlorose*), zdawałaby się wskazywać, iż pod wpływem powyższych czynników mogły się odbywać u chorych na błednicę pewne zmiany we krwi, wyrażające się zwiększonym rozpadem krążków, — wogóle zmiany analogiczne ze zmianami krwi przy hemoglobinurii, która również sztucznie u osób, do tego usposobionych, łatwo daje się wywołać. Z faktu tego trudno jednak stanowczo wnioskować, iż zimno wyłącznie może stanowić czynnik przyczynowy błednicy; co najwyżej twierdzić można, iż krew chorych na błednicę jest nadwyczerpaj wrażliwa na zimno, podobnie, jak i na zmęczenie fizyczne, a więc już poprzednio chorobowo zmieniona.

O znaczeniu wyglądu chorych (bładość) oraz budowy ich mówiliśmy już wyżej. Należałoby się jeszcze przekonać, jak się odbywa przemiana materii przy błednicy. Przemiana materii odbywa się zupełnie prawidłowo (LIPPMAN WULF). Chore na błednicę potrzebują i zużywają niewiele więcej tlenu, niż zdrowo kobiety (KRAUS, MEYER, BOHLAND) i tyleż wytwarzają kalorii, w każdym razie nie mniej, niż jak to dawniej sądzono. Wchłanianie pokarmów odbywa się prawidłowo, z wyjątkiem tłuszczu, który bardzo trudno się wsysa. Cierpiące na błednicę, szczególnie w ciężkich okresach choroby, oddają stolce gliniaste, podobne do stolców przy żółtaczce (v. JAKSCH). Zabarwienie to jednak nie jest zależne od braku żółci, lecz od obfitości tłuszczu, który przytem ulega dokładnemu rozszczepieniu, co dowodziłoby, iż czynność wydzielnicza trzustki nie przedstawia zboczeń.

Kwestya bardzo ważna dla poznania istoty błednicy, a mianowicie przyswajanie żelaza, leży dotychczas zupełnie odłogiem, co poczęści tłumaczy się ogromnymi trudnościami technicznymi tego rodzaju badań.

Sądząc z mało ilości hydrobilirubiny w moczu chorych na błednicę (HOPPE — SEYLER), można przypuścić, że ilość wytwarzających się w wątrobie barwników żółciowych nie jest znaczna, że zatem rozpad hemoglobiny krwi nie jest zwiększony. I to zjawisko jednak nie jest stałe, u chorych na błednicę bowiem, jakem to już wspominał, wskutek rozmaitych przyczyn, obojętnych dla zdrowia, następuje bardzo łatwo hemoliza. Ilość moczu jest bardzo często zwiększona (RETHERS). Ilość mocznika i azotu w moczu jest prawidłowa, ilość kwasów otoczeczno-siarczanych rzadko zwiększona (RETHERS); o większej zatem fermentacji w kiszkiach mowy być nie może. Zdarzają się nieraz, co prawda, w przebiegu błednicy dni i okresy ze zwiększoną ilością tych kwasów; wskazuje to jednak, zdaniem v. NOORDEN'a, iż przy błednicy, jak wogóle przy niedokrwistości, wskutek rozmaitych przyczyn występują łatwo zaburzenia kiszkowe.

Zauważono w stolcach dużo żelaza i hematyny (v. HOESSLIN). Objaw to jednak niestały; pomówimy o nim przy rozbiórce teoryi powstawania błednicy.

O ilości żelaza w moczu nie nic wiemy.

(D. c. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

9. SCHWINDT. Przyczynek do badania wpływu CO_2 , zawartego w mleku gazowem, na trawienie tegoż w żołądku ludzi zdrowych. S. badał u ludzi zdrowych trawienie mleka gazowego i porównywał wyniki tych badań z wynikami, jakie otrzymywał sam autor i poprzedni badacze, którzy stosowali mleko zwykłe, surowe. Porównanie to służyć miało jako miara wartości mleka gazowego, bardzo zachwalanego przez pewnych autorów (PASTERNAK). S. doszedł na mocy licznych badań porównawczych do następujących wyników: 1) Mleko gazowe żołądki ludzi zdrowych znoszą wybornie. 2) Trawienie żołądkowe tego mleka odbywa się nieco energiczniej w porównaniu z trawieniem zwykłego mleka surowego. 3) Ogólna

kwaśność zawartości żołądka i siła trawienna wyższa jest przy stosowaniu mleka gazowego. 4) Wolny kwas solny i peptony w zawartości żołądka zjawiają się czasem wcześniej, niż przy stosowaniu mleka zwykłego. 5) Mleko zwykłe (300 grm.) pozostaje w żołądku ludzi zdrowych od $2\frac{3}{4}$ do $4\frac{1}{4}$ godziny. 6) Mleko gazowe prawie tyleż czasu spotrzebowuje do całkowitego zniknięcia z żołądka, czasami zaś znika o $\frac{1}{4}$ lub $\frac{1}{2}$ godziny wcześniej. 7) Niewątpliwie żołądek przyjmuje czynny udział w trawieniu obydwóch tych gatunków mleka.

(*Dyss. 1893/4. Petersburg*)

Grundzach.

10. MAX JOSEPH (Berlin). **O żółtaczkę, powstającej we wczesnym okresie przymiotu.** Jako dowód, że przymiot trzewowy (*syph. visceralis*) nie stanowi wyłączonej właściwości późnego okresu tej choroby, lecz może się i wcześniej pojawić, autor przytacza trzy przypadki żółtaczki, spostrzeganej przy współczesnem istnieniu druzgórnych, skórnych objawów.

Rozebrawszy krytycznie trzy własne przypadki, autor przychodzi do wniosku, że żółtaczka nie stanowiła tu przypadkowego powikłania, lecz była jednym z wczesnych, miejscowych przejawów ustrojowego przymiotu. Dalej — na zasadzie własnych spostrzeżeń, jakoteż i wyników, poczerpniętych z odnośnych prac innych badaczy, autor wyszczególnia następujące cechy, wyróżniające żółtaczkę przymiotową, w ścisłem znaczeniu tego wyrazu, od zwykłej żółtaczki (*icterus simplex v. catarrhal.*), mogącej wydarzyć się jako powikłanie w przebiegu przymiotu: 1) Namacalne obrzmienie wątroby, towarzyszące stale żółtaczkę przymiotowej. 2) Zupełny brak zwiastunów i objawów żołądkowych lub wyjątkowe ich znajdowanie się przy żółtaczkę przymiotowej. 3) Pewna równoległość i równomierność w występowaniu i przebiegu żółtaczki przymiotowej i innych widocznych objawów przymiotu, polegająca na tem, że żółtaczka pojawiała się prawie jednocześnie z druzgórznymi wykwitami i razem z nimi — lecz tylko pod wpływem środków swoistych — ustępowała, kiedy inne, zwykle używane przeciw żółtaczkę środki, żadnego wpływu na żółtaczkę nie wywierały.

Autor przyznaje, że wyżej wymienione cechy kliniczne nie mogą służyć za stanowczy dowód przymiotowego pochodzenia żółtaczki. Rozstrzygającego dowodu anatomicznego dostarczyć będzie można tylko w wyjątkowych i bardzo rzadkich przypadkach żółtaczki przymiotowej, a to z powodu zwykłej uleczalności tej choroby.

W odpowiedzi na pytanie: jakim anatomicznym zmianom powstawanie żółtaczki przymiotowej przypisać należy? autor przytacza kilka hipotez, i tak:

GUBLER przypuszcza, że razem z wykwitami przymiotowymi powstaje przekrwienie i obrzęk błony śluzowej dróg żółciowych, wskutek czego zamyka się ich światło.

LANCEREUX i CORNIL objaśniają powstawanie żółtaczki przez ucisk, jaki mogą wywierać obrzmiałe gruczoły chłonne na przewód żółciowy wspólny (*ductus choledochus*).

Najprawdopodobniejszym jednak wydaje się objaśnienie MAURIAC'a, który główny nacisk kładzie na obrzmienie wątroby, zwykle przy żółtaczkę przymiotowej znajduwane, a polegające na rozlanem śródmiąższowem zapaleniu wątroby, które, według wszelkiego prawdopodobieństwa, wywołane zostaje przez szkodliwy wpływ toksyn przymiotowych.

(*Archiv für Dermat. u. Syph. 1894. XXIX Band. 3 Heft. S. 383*).

J. Majkowski.

W sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą.

Drugie posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Wiedeńskiego, poświęcone dyskusji nad surowicą przeciwbłoniciową, dało pole kilku jeszcze mówcom do przedstawienia otrzymanych przez nich wyników. HEIM stosował surowicę w 48 przypadkach błonicy w dwóch okresach czasu; dzieli je przerwa 6 tygodniowa, w której skutkiem braku nowego środka stosowano leczenie dotychczasowe. Śmiertelność, która przed wprowadzeniem surowicy dochodziła do 52,5%, spadła przy stosowaniu jej na 22,2%, aby znowu z chwilą przerwania tego leczenia podnieść się do 65,6% i po

raz drugi zmniejszyć się do 28,5% w drugim okresie stosowania surowicy. Dotychczas z powyższej liczby przypadków zakończono obserwację w 27, z pomiędzy których zmarło 6, a zatem 22,2%. Co się tyczy wieku, to

z pomiędzy 5 dzieci od 1 — 2 lat		zmarło	1
"	4	" 2 — 3	" 1
"	2	" 3 — 4	" 0
"	6	" 4 — 5	" 2
"	3	" 5 — 6	" 0
"	2	" 6 — 7	" 0
"	2	" 7 — 8	" 2
"	3	" 10 — 11	" 0

W połowie przypadków znaleziono wyłącznie laseczniki LOEFFLER'a, w reszcie obok nich gronkowce i paciorkowce.

Z przypadków dławca poddano tracheotomii 2, intubacji 4. Z obu kategorii zmarło po 1. Badanie zwłok wykazało 4 razy błonicę posocznicową, ze zwyrodnieniem nerek i mięśnia sercowego, 2 razy ropne zapalenie oskrzeli i zapalenie płuc. Przy badaniu moczu znaleziono w 8 przypadkach białko, w 6 obok tego elementy morfologiczne. Wogóle zajęcia nerek nie spostrzegaliśmy H. częściej, niż dawniej. Jako powikłanie notuje H. w 5 przypadkach wysypkę podobną do szkarlatynowej, połączonej z krótkotrwałą gorączką.

Z pomiędzy 9 szczepionych 2 dnia choroby		zmarło	0
"	2	" 3	" 1
"	7	" 4	" 1
"	3	" 5	" 1 (1 pozostaje w leczeniu)
"	1 szczepiony	6	" wyzdrowiał.
"	3 szczepionych	7	" 2
"	2	" 8	" 1

Najwybitniejsze zmiany, po wstrzykiwaniach surowicy polegały na szybkim opadaniu ciepłoty, na zmniejszaniu się częstości tętna i niewątpliwiej poprawie stanu ogólnego. W kilku przypadkach stwierdzono pomyślny wpływ na zmiany miejscowe w gardzieli, w większości przypadków dławca szybkie ustępowanie duszności i wyrzucanie błon. Nie pozwalając sobie, z powodu zbyt małej liczby spostrzeżeń, wyprowadzać stanowczych wniosków, kończy jednak mówca słowami WIEDERHOFER'a: „metoda leczenia surowicą BEHRING'a nie ma dotychczas równej sobie“.

MONTI rozróżnia trzy postacie kliniczne błonicy: 1) włóknikową, w której złogi błonico-we znajdują się na błonie śluzowej; 2) głęboką lub mieszaną, w której złogi znajdują się na błonie śluzowej i w mięszu jej; 3) zgorzeliową lub posocznicową, gdzie obok wysięgu włóknikowego znajdujemy zgorzel. Pod wpływem odpowiednich pasorzytów jedna z tych postaci może przejść w drugą. W pierwszej postaci znajdujemy stale laseczniki LOEFFLER'a, w drugiej obok nich paciorkowce w przeważającej liczbie, w trzeciej gronkowce, paciorkowce, dwóinki i w bardzo nieznacznej liczbie laseczniki LOEFFLER'a. Zarówno przebieg kliniczny, jak i śmiertelność w tych trzech postaciach są niejednakowe: najpomyślniejsza jest postać pierwsza: druga daje większą odsetkę śmiertelności z powodu skłonności jej do rozszerzania się; najgorsze rokowanie daje trzecia postać, wywołująca ogólne zakażenie. M. dzieli swoje przypadki w liczbie 25 według powyższej klasyfikacji: 11 z nich należy do postaci włóknikowej, 14 do mieszaney. Wiek chorych wahał się pomiędzy 13 miesiącami a 15 latami. W 13 przypadkach zajęte były migdałki i jęczyzek, w 9 gardziel i krtań, w 1 nos i krtań, w 2 tylne części nosa i podniebienie miękkie. Gdy wogóle w Wiedniu śmiertelność od błonicy waha się między 25 — 40%, z pomiędzy owych leczonych surowicą przypadków zmarł tylko 1, który już przed zapadnięciem na błonicę chorował na przewlekłe zapalenie płuc. W jednym przypadku w 6-y dniu zdrowienia wystąpił powrót choroby, która jednak po upływie 3 dni zakończyła się wyzdrowieniem i. M. przypuszcza, że wstrzyknięto tu niedostateczną ilość surowicy. W postaci włóknikowej stosowano surowicę № 1, w mieszaney № 2 i 3. Ilość wstrzykiwań wahała się między 1—5. W 3 przypadkach szczepienia rozpoczęto 1 dnia, w 10—2 dnia, w 1—3 dnia, w 8—4 dnia, w 2—6 dnia, w 1—10 dnia.

Co się tyczy wpływu surowicy na zmiany miejscowe, to w pierwszych 24—36 godzinach błony zmieniały barwę, ograniczały się, przechodziły w masę papkowatą i oddzialały się między 1 a 10 dniem. Najszybciej występuje działanie surowicy w postaci włóknikowej, w postaci mieszaney nie jest ono tak jaskrawe. Wpływ na ciepłotę przy wstrzyknięciu dostatecznej ilości surowicy wyraża się powolnym i stałym spadkiem jej, tak, że w przeciągu 12—24 godzin dochodzi do stanu prawidłowego. Jeżeli wstrzyknięto niedostateczną ilość surowicy, to ciepłota może powtórnie się podnieść. Kilkakrotnie spostrzegaliśmy M., pomimo pomyślnego zakończenia sprawy miejscowej i braku powikłań, podniesienie się ciepłoty do 39° i widzi w tem lekkie zatrucie ustroju.

Z pomiędzy chorób następnych spostrzegał M. w 11 przypadkach porażenia, które występowały już w pierwszych dniach choroby, gdy zwykle zjawiają się one dopiero w 2—3 tygodnie. Zarówno częstość występowania porażeni, jak wczesny okres, w którym je spostrzegał, skłania M. do przypuszczenia, że znajdują się one w związku z nowym lekiem. Godnem uwagi jest także to, że porażenia notowane były jednocześnie w rozmaitych grupach mięśni, gdy zwykle występują one w nich kolejno. Białkomocz spostrzegał M. 13 razy, a więc także bardzo często i to w pierwszych dniach choroby. Powikłaniu temu nie towarzyszyła gorączka, ilość moczu nie zmniejszała się wybitnie; białko po kilku dniach znikało, ilość jego była niewielka; w jednym przypadku znalezione były wałeczki szkliste w moczu. Białkomocz ten różni się bardzo od takiegoż powikłania, napotykanego w błonicy wogóle, i M. sądzi znowu, że jest on skutkiem zatrucia ustrojów surowicą. Wysypkę, podobną do szkarlatynowej, ale stanowczo nie szkarlatynę, widział M. 6 razy i uważa ją za zakażenie kokami, które mogły dostać się do krwi przy ukluciu albo z powietrza, albo z surowicy. Zauważyć w tym względzie należy, że wysypki te spostrzegane były przy używaniu pewnego tylko transportu surowicy. Pokrzywkę notował M. 7 razy. Wogóle uważa M. surowicę za środek, który w przypadkach błonicy włóknikowej wywiera niewątpliwie bardzo korzystne działanie, a w postaci mieszanej, wcześniej zastosowany, może dawać wyniki dobre. Czy w postaci posocznicowej można liczyć na działanie surowicy, M. wątpi; osobistego doświadczenia w tym względzie nie ma. Surowica ma i szkodliwy wpływ na ustrój, niebezpiecznych powikłań jednak nie sprowadza.

UNTERHOLZNER stosował surowicę BEHRING'a w 37 przypadkach błonicy: 23 wyzdrowiały, 8 zmarło, 6 znajduje się jeszcze w leczeniu. Śmiertelność wynosi zatem 25,8%. Z pomiędzy zmarłych, 5 dzieci przywieziono do szpitala w stanie umierającym. Surowica stosowana była tylko w przypadkach ciężkich i bardzo ciężkich. W tym samym okresie czasu leczył U. 36 dzieci bez surowicy; z liczby tej zmarło 24 t. j. 66,66%. Poważnych powikłań przy używaniu surowicy U. nie widział. Kilkakrotnie spostrzegał wysypki, obrzmienie stawów, wylewy krwawe pod skórę. Porażenia notowane były wielokrotnie; szczególnego podrażnienia nerek U. nie widział. Ogólny stan dzieci, leczonych surowicą, szybko poprawiał się, sprawa miejscowa wykazywała korzystne zmiany. W przypadkach zajęcia oskrzeli surowica nie wywierała wpływu pomyślnego. Wogóle zaś przy wstrzykiwaniach surowicy następowały wyzdrowienia w tak ciężkich przypadkach błonicy nawet u dzieci bardzo młodych, że U. uważa, iż nowy przeciwbłonicy powinien w wysokim stopniu przyczynić się do zmniejszenia cyfry śmiertelności od błonicy.

Z. Srebrny.

Listy otwarte do Redakcji Medycyny.

Szanowny Redaktorze! Pozwalam sobie przesłać kilka słów wyjaśnienia z powodu uwag D-ra ROGOWICZA o pracy kol. CZAPLICKIEGO, zamieszczonej w „Przeglądzie Chirurgicznym” (tom II, zesz. I), z prośbą o łaskawe zamieszczenie w najbliższym numerze „Medycyny”.¹⁾

D-r ROGOWICZ zarzuca kol. CZAPLICKIEMU, iż wymieniając przypadki wycinania macicy, leczone zapomocą kolpeuryntera, powołuje się na pracę L. NEUGEBAUERA, ogłoszoną w języku niemieckim, pomija zaś milczeniem odnośną pracę polską tegoż autora.

Przedewszystkiem czuję się w obowiązku cały ten zarzut przyjąć na karb redakcji „Przeglądu Chirurgicznego”, ponieważ kol. CZAPLICKI przysłał nam artykuł bez owej cytaty z „Centralblatt f. Gyn.”, która się tak nie podobała D-rowi ROGOWICZOWI. Jednocześnie z artykułem, kol. CZAPLICKI nadesłał nam upoważnienie do poczynienia zmian i dodatków, jakie uznamy za stosowne. Otóż, jednym z takich dodatków była właśnie inkryminowana cytata.

Możemy odpowiedzieć D-ra ROGOWICZA, iż zacytowaliśmy niemiecką pracę L. NEUGEBAUERA bynajmniej nie dlatego, abyśmy o istnieniu takiejże pracy polskiej nie wiedzieli, gdyż ją posiadamy nietylko w roczniku „Medycyny” lecz i w oddzielnej odbitce. Skłoniła nas do tego okoliczność, że praca L. NEUGEBAUERA w języku niemieckim wyszła o 4 lata później od pracy polskiej. Ponieważ odpowiedni ustęp w artykule kol. CZAPLICKIEGO zawiera zdanie: *dotychczas sposób BOCKENDAHL'a nie znalazł powszechnego uznania*, sądziliśmy więc, że to słowo „dotychczas” stosowniej będzie poprzeć zacytowaniem pracy późniejszej, bez względu na to, w jakim języku została ona ogłoszona. Bez wątpienia myśl tę naszą zrozumiał każdy nieuprzedzony czytelnik. D-r ROGOWICZ umyślnie chyba wytlomaczył ją sobie inaczej, aby znaleźć powód do wystąpienia w roli niepowołanego obrońcy rodzinnego piśmiennictwa.

¹⁾ List poniższy przyszedł już po zamknięciu numeru 3 „Medycyny”.

Co do krzywdy, którą jakobyśmy wyrządzili piśmiennictwu swojskiemu przez pominięcie oryginalnej pracy polskiej, pozwolimy sobie zaznaczyć, że praca L. NEUGEBAUERA ogłoszoną została, jak to pewno i D-rowsi ROGOWICZOWI wiadomo, jednocześnie w dwóch językach ²⁾.

Warszawa d. 14. I. 1894.

Łączę wyrazy i t. d. W. H. Krajewski.

Na list powyższy, otrzymaliśmy od kol. ROGOWICZA następujące pismo:

Z podanego „wyjaśnienia“ przekonywamy się, że przytoczenie z *Centralbl. f. Gynaecol.* № 38 z r. 1890 zostało uzupełnione podaniem pierwszych liter imienia i miejsca pobytu niektórych autorów, poczerpniętem z pracy polskiej L. A. NEUGEBAUERA z r. 1886, pominiętej milczeniem; jest to zatem fakt, o zaznaczenie którego głównie mi chodziło. „Myśl“ zacytowania pracy niemieckiej, o 4 lata późniejszej od polskiej, uważamy za niezrozumiałą wobec tego, że w obu tych pracach znajduje się taż sama liczba 8 przypadków; tymczasem, nie szukając innych źródeł, w tymże samym *Centralbl. f. Gynaekologie* z r. 1886 do 1890 znajduje się nadto 8 innych takichże przypadków ³⁾. Tym sposobem Redakcja „Przeglądu Chirurgicznego“ mogła była się powołać conajmniej na 16 przypadków wycięcia macicy, leczonych sposobem BOCKENDAHL'a, nie licząc tych przypadków, jakie ogłoszono od 1891 r. po dzień ogłoszenia artykułu kol. CZAPLICKIEGO, którego uzupełnienia Redakcja „Przeglądu Chirurgicznego“ się podjęła.

Co się dotyczy „roli niepowołanego obrońcy rodzimego piśmiennictwa“ jaką Redaktor „Przeglądu Chirurgicznego“ mi wyznacza, to ośmielę się zwrócić uwagę Szan. kol. KRAJEWSKIEGO, iż każdy autor polski, który się poczuwa do uwzględniania w swych pracach ojczystego piśmiennictwa, może być chyba za powołanego obrońcę tegoż piśmiennictwa uważany.

Na ostatni punkt, który wprowadza kwestyę na całkiem inne pole, ani chcemy, ani możemy odpowiadać ⁴⁾.

D-r J. Rogowicz.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. grudzień r. z.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 14 (m. 3, k. 11); przybyło w grudniu 45 (m. 20, k. 25); wypisało się chorych 30 (m. 11, k. 19); zmarło 9 (m. 2, k. 7); pozostało na styczniu r. b. chorych 20 (m. 10, k. 10).

Jak widzimy, i w tym miesiącu liczba nowoprzybyłych jest bardzo nieznacząca i taka sama prawie, jak i w zeszłym miesiącu. Tak pomyślnie warunki zdrowotne w dalszym ciągu zawdzięczyć należy zupełnemu wygaśnięciu u nas, od czasu pojawienia się cholery, tyfusu wysypkowego i niezmiernie rzadko występującej ospie. Pierwszego mieliśmy zaledwie jeden przypadek z Nalewek № 47, i to bardzo wątpliwy, z zejściem niepomyślnem, po kilkunastogodzinnym pobycie chorej w szpitalu. Osipy zaś mieliśmy 6 przypadków (m. 2. k. 4), z których 2 zakończyły się śmiercią. Jeden z nich odnosi się do chorego nieszczepionego. Chorzy pochodzili z ulic: Elektoralna 53 (2 przypadki), Nowolipki 28 i 59, Żłota 44 i Lipowa 5. Rządziej również występowała w ubiegłym miesiącu róża i błonica. Pierwszej mieliśmy 8 przypadków (m. 3, k. 5), z przebiegiem dosyć ciężkim. Chorzy pochodzili z ulic: Przemysłowa 12, Wspólna 36, Browarna 15, Kościelna 8, St. Jerska 18, Żurawia 21 i Żłota 1. Błonicy zaś mieliśmy tylko jeden przypadek z Placu Zamkowego 72. W jednej mierze trzymała się odra, której mieliśmy 5 przypadków (m. 3, k. 2), wszystkie u dorosłych z ulic: Elektoralna 53, Krochmalna 75, Nowy Świat 64, Ś-to Krzyżka 7 i Jasna 2.

Częściej nieco, niż w ubiegłym miesiącu, występowały błonica i tyfus brzuszny. Pierwszej mieliśmy 4 przypadki z ulic: Stare Miasto 30, Twarda 3, Smocza 37. Wszystkie zakończone pomyślnie. Prócz tego mieliśmy 6 przypadków *anginae follicularis*, zakwalifikowanych jako błonica.

Tyfusu brzusznego z przebiegiem bardzo ciężkim, mieliśmy 3 przypadki, z których 2 zakończyły się śmiertelnie. Pochodzą one wszystkie z ulic i domów bez wodociągów: Wolska 54 i Młynarska 3.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy po jednym przypadku gorączki płożowej i gośćca ostrego wielostawowego oraz 3 przypadki *phlegmonae cruris*, zakwalifikowane do nas jako róża.

J. Szwajcer.

²⁾ Medycyna r. 1886 N-r 2 --7 i Warszawskija uniwersitetskija izwiestija, r. 1886, styczeń.

³⁾ A mianowicie: KRUKENBERG'a (w N-r 2, 1886 r.), KORN'a (w N-r 10 z. t. r.), JAGGAR'a (w N-r 25 i 26 z r. 1887), RUNGE'go (w N-r 11 z 1888), BYLICKIEGO (w N-r 39 z t. r.), TOWAN'a (w N-r 12 z 1890 r.) i BARSONY (w N-r 39 z t. r.).

⁴⁾ Z umieszczeniem obu powyższych listów, uważamy kwestyę za wyczerpaną (Red.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= LOEFFLER w ogłoszonym na ostatnim kongresie higienicznym w Peszcie odczycie p. t. „O miejscowym leczeniu błonicy gardła“, wylicza środki, które według jego badań zabójczo działają na drobnoustroje błonicy w próbówce. Roztwór sublimatu 1:1000; również jak i 3% roztwór karbolu w 30% wysoku + 50% oleju terpentynowego działają natychmiastowo. *Liquor ferri sesquichlorati* w 20 sekund. *Toluol* oraz *benzol* silnie działają na hodowlę jako para; a zatem działać muszą i w roztworach. Na zasadzie powyższego autor proponuje do miejscowego leczenia błonicy gardzieli środek według recepty: 60 wysoku, 36 benzolu i 4 liq. ferri sesquichlorati. Na drobnoustroje ropotwórcze działa ten środek silnie po dodaniu 2% kreoliny lub też 10% mentolu. Stosować należy co 3 godziny do ustąpienia sprawy miejscowej.

= COHN (z Wrocławia) stosuje z bardzo dobrym wynikiem 5% *Natrium benzoicum* przy błonicy łącznicy oka. A. S.

= W szpitalu Trousseau od dnia 1. X. do 30. XI. 1894 leczono surowicą swoistą 231 dzieci, dotkniętych bakteryologicznie stwierdzoną błonicą. Zmarło 34 = 14,71%. Wyłączywszy 9 przypadków, które przybyły do szpitala z powikłaniami ze strony różnych narządów, otrzymano 11,20% śmiertelności. W roku 1893 w takim samym okresie czasu śmiertelność wynosiła 50%. Dodać jednak należy, że przebieg epidemii 1894 roku był łagodniejszy i warunki higieniczne szpitala lepsze. W wielu przypadkach wystarczało do wyleczenia jedno zastrzyknięcie 20 ctm. surowicy; jeżeli jednak ciepłota nie obniżała się i tętno było szybkie, powtarzano następnych dni zastrzykiwanie 5 — 10 ctm. surowicy, tak, że w niektórych przypadkach zużywano do 120 ctm. Białkomocz wystąpił 82 razy, z tych 62 przejściowo (1 — 4 dni), a tylko w 6 przypadkach trwał dłużej, niż 6 dni. Leczenie miejscowe polegało na pendzlowaniu 2 razy dziennie roztworem kwasu salicylowego w glicerynie (1,0:20,0) i obfitem przepłukiwaniu kilkakrotnie w ciągu dnia kwadem bornym lub wodą przegotowaną. W 138 przypadkach sprawa chorobowa przeszła na krtań, z tego tylko w 30 wykonano tracheotomię, a więc

w 34,78%, gdy dawniej operację należało wykonywać najmniej w 50%. Z tracheotomowanych zmarło 12 = 4%. Raz jeden na ogólną liczbę 600 zastrzykiwań wytworzył się ropień; dość często spostrzegano odczynowe, krótkotrwałe podniesienie się ciepłoty, 33 razy — wysypki skórne, którym niekiedy towarzyszyły dotkliwe bóle stawowe. (Münch. med. Woch. № 1. 1895.).

= MENDEL przy leczeniu surowicą przeciwbłonicową zauważył następujące powikłania: u dziecka 4½-letniego w 8 dni po zastrzyknięciu wystąpiły krwawienia podskórne, błony śluzowe zaś były blade; moczu ani krwi, ani białka nie zawierał. Ciepłota 36,8. Ogólnie pognębienie. Po 5 dniach wszystko ustąpiło. W drugim przypadku w 48 godzin po zastrzyknięciu surowicy BEHRING'a № 1 nastąpiło nagle obfite krwawienie z nosa, które znacznie osłabiło chorego. Autor, opierając się na badaniach LANDOIS'a: że wprowadzenie do ustroju cudzej krwi lub surowicy powoduje rozpad czerwonych krążków krwi i usposabia do krwotoków, sądzi, że i w danym przypadku miał do czynienia z takim ujemnem działaniem wprowadzonej surowicy na krew. (Therap. Monatsh. № 12. 1894.).

= EVENAL badał działanie rozmaitych środków nasennych w chorobach umysłowych. *Sulfonal*, stosowany w ilości 1,0—1,5, dawał dobre wyniki przy ostrych podrażnieniach i alkoholizmie, przy dłuższem jednak użyciu wywoływał poważne zaburzenia ogólnie. Ważną zaletą środka tego jest, że chorzy uspokajali się na czas dłuższy. *Trional* i *tetralol* (1,0) — działa podobnie, *amylenhydrat* w ilości 2,0 — 5,0 działa niepewnie, *paraldehyd* przy dłuższem stosowaniu wywołuje upadek sił i nerwowe zaburzenia; *chloralamid* (2,0) okazał się skutecznym u spokojnych chorych, np. w *dementia senilis*. Duże usługi oddają podskórne wstrzykiwania *hioscyny*. Niebezpieczeństwo wystąpić może, gdy się przekroczy dawkę 0,001. *Hioscyna* działa lepiej u kobiet, niż u mężczyzn; nie działa, jeżeli ją się stosuje przez usta. *Dubiozyna* 0,001 działa podobnie, lecz stalej, i wywołuje niekiedy halucynacje. (Brit. Med. Journ. 18 Aug.).

Wiadomości bieżące.

— Sekcja techniczna, istniejąca przy tutejszem towarzystwie popierania przemysłu i handlu, zastanawiała się gruntownie na dwóch swoich ostatnich posiedzeniach nad sprawą kanalizacji Powiśla (V serya) i uzupełnień w kanalizacji górnego miasta. Po bardzo interesujących i ożywionych dyskusjach, w których

przyjmowali głównie udział inżynierowie: KUCCHARZEWSKI, SOKAL, SŁOWIKOWSKI, WOJCIECHOWSKI, BAGIŃSKI oraz wielu innych techników, a nadto mecenas SULIGOWSKI, który gruntownie wyłożył stronę finansową kwestyi i jej korzystną dla miasta przyszłość, i kol. St. MARKIEWICZ, broniący sprawy z całą siłą nau-

kowych przekonani, sekcyja jednomyślnie postawiła wniosek, mający się przedstawić władzy, iż kanalizacyę Powiśla i dokończenie całej kanalizacyi uważa za niezbędne i dla uzdrowotnienia miasta nieodbitcie potrzebne.

— VII Zjazd chirurgów polskich odbędzie się, jak zwykle, w drugiej połowie lipca. Po porozumieniu się z kol. OBALIŃSKIM postanowiliśmy pozostawić dawniejszy termin Zjazdu, a dopiero na tegorocznym Zjeździe podać wnioski o zmianę terminu pod dyskusyę. Upraszam o rychłe przygotowanie i zgłaszanie wykładów. Prof. L. RYDYGIER, przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich.

— Z powodu znacznego zmniejszenia się liczby studentów w uniwersytecie jurijskim (dorpacim), ministerum oświecenia postanowiło znacznie zwiększyć środki na wzmocnienie personelu nauczycielskiego i na pomoce naukowe, aby tym sposobem zachęcić młodzież rosyjską do studyowania w tym uniwersytecie. Wątpimy, czy to pomoże. Podobny stan rzeczy z góry był do przewidzenia, gdyż uniwersytet powyższy służył prawie wyłącznie dla mieszkańców prowincyi nadbałtyckich, którzy po rosyjsku mało co umieli. Rodowity zaś rosyjanin lub ten, co zna dobrze język, z pewnością woli się udać do stolicy, o 6 godzin drogi odległej, gdzie może sobie zapracować współcześnie na utrzymanie, aniżeli żyć z gotowego grosza przy nowokreowanym uniwersytecie. Odnosi się to

szczególnie do młodzieży, poświęcającej się medycynie, która, jak wiadomo, rekrutuje się prawie wyłącznie ze sfer niezamożnych. Jeżeli więc inne fakultety będą mogły na pewną liczbę studentów liczyć, to wydział lekarski ma bardzo małe widoki istnienia na przyszłość. W jednym tylko razie możnaby do tego uniwersytetu młodzież lekarską przyciągnąć, mianowicie: gdyby ministerum, niezależnie od wzmocnienia sił naukowych, ustanowiło pewną liczbę stypendyów, dajmy na to 500, zapewniających całkowite utrzymanie studentom medycyny od pierwszego do ostatniego kursu. Wtedy fakultet lekarski miałby tam racyę bytu i na tych pięciuset studentów mógłby liczyć.

— Na posiedzeniu Akademii medycznej w Paryżu w dniu 8 stycznia r. b. CORNIL przeczytał list BABÈS'a, w którym tenże przypomina, iż on pierwszy w roku 1889 dowiódł, że można robić odpornymi psów względem wścieklizny, zastrzykując im krew psów, sztucznie uodpornionych względem tejże choroby. Wobec tego, że pierwsze prace BEHRING'a i KITASATO ukazały się dopiero w roku 1890, BABÈS ma prawo do pierwszeństwa, co do wynalazku leczenia zapomocą surowicy krwi.

— Oddawna spodziewane obowiązkowe przyjęcie w aptekach wag dziesiętych ma podobno wkrótce nastąpić.

— W Niemczech zarządono składki na pomnik dla HELMHOLTZ'a. Cesarz niemiecki dał na ten cel 10,000 marek.

Nadesłano do Redakcyi:

1) KUCHARZEWSKI H. Un cas d'abcès du cerveau, wydane przez Progrès Médical, r. 1894. 2) TEGOŻ. Über die tharapeutische Wirkung des Phenocollum hydrochloricum r. 1894. Odbitka z „Petersb. medic. Wochntft.“ 3) TEGOŻ. Przypadek trypra powikłanego reumatyzmem, zaburzeniami ze strony układu nerwowego oraz zapaleniem tęczówki i ciałka rzęskowego, r. 1894. Odb. z „Kroniki lekarskiej“. 4) MINKIEWICZ Jan (z Tyflisu). Rośliny kaukaskie Porównawcze badania, 1894, Poznań. 5) SZTANGIEJEW F. O jadownym działaniu krymskiego ostromlecza (*euphorbia rigida*), 1894, Odesa. Odb. z „Jużn. russ. med. gaz.“ 6) KORCZYŃSKI Ludmił. O chorobie Basedow'a. Serya II, zeszyt 19-ty „Rozpraw z zakresu med. praktycznej“. Kraków, 1894. 7) KRAJEWSKI Alfr. O ochronnych szczepieniach węglika, dokonanych szczepionkami L. Cieńkowskiego. Odb. z „Przegl. Weteryn.“, r. 1894, Lwów. 8) TEGOŻ. Malleina jako środek rozpoznawczy, ochronny i leczniczy. Odb. z „Przegl. Weteryn.“, 1894, Lwów. 9) GOLDBAUM I. Przypadek niezwykłych wahań w wydzielaniu soku żołądkowego i mechanizmie żołądka. Odb. z „Gaz. lek.“, r. 1894. 10) MARKUSFELD St. O świerzbie. Odb. z „Kron. lek.“, 1895. 11) LEGUEU F. O chirurgicznem leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej. „Odcz. klin“, № 71. Wyd. „Gaz. lek.“, r. 1894, Warszawa. 12) ZIELENIEWSKI M. Skorowidz ważniejszych zakładów zdrojowo-kąpielowych, wodoleczniczych i t. d. i t. d., wydanie czwarte, Kraków, 1895.

Sprostowanie. W numerze 3 „Medycyny“, na stronie 43, w wierszu 7-ym z góry, zamiast kwasu karbolowego winno być kwasu chromowego.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 12 Января 1895 г.

Друк К. Ковалевського, Mazowiecka 8.