

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Ś. P. D-r Władysław Frankowski. Prace oryginalne. O otrzymywaniu surowicy przeciwbłoniczej, podali O. Bujwid i Wł. Palmirski. O porażeniach rodzinnych napadów, przez D-ra S. Goldflama (Dokończenie). — Streszczenia i wyciągi. 46. Pewne właściwości kliniczne zapaleń oskrzeli i płuc w grypie (influenzy) u dzieci. 47. O rozpoznawaniu zapaleń opon mózgowych. 48. O znaczeniu klinicznym przekłucia kanału kręgowego. 49. Hyperglobulia i sinica wrodzona. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 26 marca r. b. — Ze zjazdu lekarskiego w Monachium. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r O. Bujwid et W. Palmirski — Sur la production du sérum antidiphthérique. 2) D-r S. Goldflam — Sur la paralysie paroxysmale et familiale.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r O. Bujwid und W. Palmirski — Ueber die Gewinnung des antidiphtheritischen Heilserums, 2) D-r S. Goldflam — Ueber paroxysmale, familiäre Lähmung.

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



Doktor Władysław Frankowski w dniu 13 b. m. zmarł w Charkowie, przeżywszy lat 74. Kim był FRANKOWSKI, wie nie tylko Charków, w którym nieboszczyk lat 50 z górą najwybitniejszym był lekarzem, lecz wie kraj cały; FRANKOWSKI bowiem należał do tych nielicznych, rzec można, wyjątkowych postaci, których życie całe było nieprzerwanym pasmem czynów pożytecznych i zacnych, daleko i szeroko, jak promienie słońca, swój dobroczynny wpływ rozciągających. FRANKOWSKIEGO zwano nie inaczej, jak ojcem i opiekunem, a mało jest powiedzieć, że Go kochano i szanowano: uwielbiano Go i czczono jako coś, co wcieleniem dobroci, cierpliwości bez granic i poświęcenia nazwać można. W jubileuszu pięćdziesięcioletniej Jego działalności, jaki miał miejsce w r. 1892, wziął udział nie tylko kraj cały, lecz i uczeni z dalekich stron Europy, którzy wyrazy swego najwyższego uznania dla Jubilata nadsyłali; a jeśli wspinała księga pamiątkowa, ku uczczeniu zasług Jubilata w tymże roku przez Towarzystwo Lekarskie Charkowskie wydana, była niewątpliwym dowodem, że FRANKOWSKI był oceniony przez społeczeństwo, dla którego pracował; to z drugiej strony będzie ona pięknym pomnikiem Jego zasług i na długie lata świadectwem Jego działalności, godnej przekazania przyszłym pokoleniom.

Nie tu miejsce na przytaczanie szczegółów biograficznych lub wyliczanie prac naukowych zmarłego; znajdzie je czytelnik w słowniku KOŚMIŃSKIEGO, we wspomnianej wyżej księdze pamiątkowej, w „Medycynie“ z r. 1892, której zmarły był współwłaścicielem i współpracownikiem, wreszcie, w bardzo wielkiej liczbie pism codziennych, tak polskich, jak i rosyjskich. Tu tylko przypominamy, że nieboszczyk w bardzo wielu pracował kierunkach; jako znakomity praktyk, a szczególnie dyagnostyk słynął szeroko. Nie było też poważniejszego lub pewne trudności rozpoznawcze przedstawiającego przypadku, w którymby Go nie wzywano. Korzystali z Jego światłej rady i wiedzy nie tylko lekarze praktycy, lecz i profesorowie uniwersytetu. Obserwator bystry i we wnioskowaniu oględny, przypominał swą przenikliwością CHALUBIŃSKIEGO, a erudycją DIETL'a. Gdy jakakolwiek epidemia miasto nawiedziła, FRANKOWSKI był pierwszym, który nie tylko jak prosty szeregowiec walczył z nią i zawsze był na stanowisku, lecz jako wódz organizował oddziały sanitarne, dając przykład niesłychanej wytrwałości i energii, a przede wszystkim poświęcenia, którem raz na zawsze już na początku swej kariery lekarskiej podbił serca wszystkich. Któż tam nie pamięta Jego niezmordowanej działalności w walce z cholera, tyfusem epidemicznym i błonicą? Jego to wytrwałym staraniom i inicjatywie zawdzięcza Charków szpital dziecięcy, jakiego tam do roku 1878 nie było. Nie dziwota, że do takiego lekarza-obywatela chorzy dążyli całymi legionami. FRANKOWSKI też miał doświadczenie olbrzymie; a chociaż praktyka nawet chwile wytchnienia mu pochłaniała, nigdy nie zaniedbywał nauki i szedł równolegle z postępem, pracując prawie do zgonu, gdyż ostatnią swą pracę nadesłał do „Medycyny“ na dwa miesiące przed śmiercią i już na łożu, z którego więcej nie powstał, ją pisał. W stosunkach koleżeńskich FRANKOWSKI był wzorem, był „ideałem“, jak go koledzy nazywali, zasięgając nieraz światłej Jego rady w sprawach, do zakresu etyki lekarskiej należących. Atoli działalność FRANKOWSKIEGO nie tylko na samej medycynie się ograniczała; brał On udział gorący w życiu społecznym, a pamiętając walkę, jaką w młodości sam z niedostatkiem toczył, wspomagał młodzież nie tylko radą, lecz nieraz ciężko zapracowanym groszem, nie czyniąc żadnych wyróżnień. Każdy miał do Niego przystęp, kto cierpiał lub pomocy potrzebował.

Świadkowie działalności zmarłego jednogłośnie twierdzą, iż mało chyba jest ludzi, którzyby sobie potrafili zaskarbić tyle miłości i przywiązania ze strony wszystkich warstw społeczeństwa, co FRANKOWSKI, a korespondent nasz pisze, iż pogrzeb FRANKOWSKIEGO był jedną z najpoważniejszych i najwspanialszych uroczystości, jakiej Charków może jeszcze nie był świadkiem, a w której wszystko, co żyło, wzięło udział, by złożyć hołd temu zacnemu, niezapomnianemu człowiekowi.

Sprawiedliwie też ocenił działalność ś. p. FRANKOWSKIEGO prof. Leon SZEPIEŁEWICZ w swem pięknym, acz treściwym wspomnieniu, gdy mówi:

„Społeczeństwo nasze może być dumne z takiego syna. Umarł On, ale ziarno, przenieś posiane, bujnie wyrośnie w przyszłości. Na gruncie oziębłego i jałowego społeczeństwa zaszczerpił FRANKOWSKI wiarę w człowieka w najwyższym tego słowa znaczeniu, na d z i e j lepszych czasów, którym torował drogę, i miłość dla cierpiącej ludzkości, którą bez różnicy narodowości, wyznania, pozycji socjalnej, ojcowskim uczuciem ogarnął. Ziemia lekką będzie Temu apostołowi prawdy. Niech jaśnieje jako gwiazda przewodnia dla młodych pokoleń, a dojdą one do wznioślejszych celów“. Cześć wiekuista świętej i niezapomnianej pamięci Doktora Władysława FRANKOWSKIEGO!

O OTRZYMYWANIU SUROWICY PRZECIWBLONICZEJ,

podali: *O. Bujwid i Wł. Palmirski.*

Gdy w roku zeszłym stały się wiadome wyniki doświadczeń BEHRING'a i Roux nad surowicą przeciwbłoniczą, szczupłe grono osób, z pp. PFEIFFRAMI na czele, postanowiło dopomóc, aby i u nas można było rozpocząć próby otrzymania tego środka na miejscu. W tym celu zgłoszono się do nas z propozycją wzięcia na siebie wykonania odnośnych doświadczeń, oraz ofiarowano na ten cel trzy konie i stajnię dla nich, jako czasowe pomieszczenie.

Chętnie przyjęliśmy tę propozycję i zaraz, t. j. w drugiej połowie listopada r. z., rozpoczęta została praca nad uodparnianiem ofiarowanych koni w celu otrzymania swoistej surowicy przeciwbłoniczej, w czym dopomagał nam czynnie kol. W. ORŁOWSKI.

Przeznaczone na ten cel konie były to zwierzęta rosłe, zdrowe i dobrze odżywiane, będące uprzednio pod kilkoletnią obserwacją weterynarską; jeden z użytych koni, silny i zdrowy ogier, na kilka miesięcy przed rozpoczęciem doświadczeń nie mógł być używany do pracy z powodu zniekształcenia kopyta, dwa inne do ostatniej chwili spełniały pracę zwierząt pociągowych w browarze. Waga tych koni przed rozpoczęciem doświadczeń była znaczna; ogier ważył 1215 f., klacz 1115 f., wałach 1055 f.

Szczepienia rozpoczęliśmy w dniu 18-tym listopada r. z., posiłkując się toksynami około 5 razy słabszymi od tych, jakie stosowaliśmy później i których obecnie stale używamy. Początkowo toksyny były tej siły, że w ilości $\frac{1}{2}$ ctm. szśc. zabijały świnkę wagi około 400 grm. po trzech dniach, następnie taż sama ilość jadu zabijała świnkę po 24 godzinach. Toksyny, otrzymane w początkach grudnia r. z., były jeszcze silniejsze: zabijały one świnkę wagi 400 grm. po 24 godzinach w ilości $\frac{1}{4}$ ctm. szśc. Od drugiej zaś połowy grudnia r. z. do obecnej chwili, posilkowaliśmy się i posilkujemy się toksynami silnemi; toksyny te w ilości 0,1 do 0,12 ctm. szśc. zabijają świnkę średniej wagi (400—500 grm.) w przeciągu 36 do 48 godzin.

Zastrzykiwania rozpoczęliśmy od kilku ctm. szśc. słabych toksyn, stopniowo powiększając ich ilość, wreszcie po czterech miesiącach doszliśmy do dawki 350—400 ctm. szśc. silnych toksyn. Z początku szczepienia wykonywane były co 2—3 dni, później raz na tydzień; wywoływały one zwykle tylko miejscowy obrzęk, mniej lub więcej wydatny, po którym pozostawała wrażliwość na dotyk w ciągu dni kilku. Ciężota ciała po zastrzyknięciu toksyn podnosiła się 0,4° C. do 1° C., po 24—48 godz. powracała zwykle do normy; oprócz tego można było zauważyć utratę łaknienia, które jednak szybko wracało. Żadnych innych objawów nie było, prócz dwukrotnego utworzenia się ropnia u jednego z koni (klacz); badanie nie wykryło za pierwszym razem w zawartości ropnia drobnoustrojów ropnych, za drugim razem ropień nie był badany, ponieważ utworzono go podczas naszej nieobecności. Dla dokładniejszego zrozumienia rzeczy przytoczymy zestawione w tablicy dawki toksyn, które konie otrzymywały podczas uodparniania.

№ 1 klacz.	№ 2 ogier	№ 3 wałach.
Waga 1115 funtów.	Waga 1215 funtów.	Waga 1055 funtów.
17. XI. 94 r. 8 ctm. szc. sł. toksyn.	4 ctm. sz. słabych toksyn.	6 ctm. szc. sł. toksyn.
19. XI. " 10 " "	10 " " "	10 " " "
21. XI. " 10 " "	10 " " "	10 " " "
23. XI. " 10 " "	10 " " "	10 " " "
27. XI. Waga 1075 funtów.	Waga 1200 funtów.	Waga 1033 funtów.
27. XI. 94 r. 10 ctm. szc. sł. toksyn.	16 ctm. sz. słabych toksyn.	10 ctm. szc. sł. toksyn.
30. XI. " 10 " "	10 " " "	10 " " "
3. XII. " 5 " silniej. toks.	20 " silniej. toksyn.	5 " silniej. toksyn.
5. XII. " 10 " "	20 " " "	10 " " "
7. XII. " 15 " "	30 " " "	15 " " "
10. XII. Waga 1105 funtów.	Waga 1245 funtów.	Waga 1060 funtów.
10. XII. 94. 20 ctm. sz. silniej. toks.	40 ctm. sz. silniej. toksyn.	20 ctm. szc. silniej. toksyn.
14. XII. " 20 " "	40 " " "	20 " " "
16. XII. " 5 " silnych toks.	10 " silnych toksyn.	5 ctm. sz. silnych toksyn.
19. XII. nie szczepiono z powodu [silnego odczynu.	20 " " "	10 " " "
22. XII. 94. 10 ctm. sz. silnych toks.	40 " " "	20 " " "
27. XII. " 20 " "	40 " " "	30 " " "
30. XII. " 20 " "	20 " " "	10 " " "
31. XII. Waga 1140 funtów.	Waga 1285 funtów.	Waga 1060 funtów.
2. I. 95 r. 15 ctm. sz. silnych toks.	30 ctm. sz. silnych toksyn.	15 ctm. sz. silnych toksyn.
4. I. " 20 " "	40 " " "	20 " " "
7. I. " 30 " "	50 " " "	30 " " "
10. I. " 40 " "	60 " " "	40 " " "
13. I. " 40 " "	60 " " "	40 " " "
16. I. Waga 1180 funtów.	Waga 1300 funtów.	Waga 1080 funtów.
18. I. Upust krwi (próba I).	Upust krwi (próba I).	Upust krwi (próba I).
18. I. 95 r. 40 ctm. sz. silnych toks.	70 ctm. sz. silnych toksyn.	40 ctm. sz. silnych toksyn.
21. I. " 50 " "	80 " " "	50 " " "
24. I. " 60 " "	90 " " "	30 " " "
28. I. " 70 " "	110 " " "	70 " " "
29. I. Waga 1170 funtów.	Waga 1300 funtów.	Waga 1060 funtów.
31. I. 95. 80 ctm. sz. silnych toks.	130 ctm. sz. silnych toksyn.	80 ctm. sz. silnych toksyn.
4. II. " 80 " "	150 " " "	100 " " "
7. II. " 100 " "	150 " " "	90 " " "
11. II. " 120 " "	180 " " "	120 " " "
13. II. Waga 1180 funtów.	Waga 1310 funtów.	Waga 1060 funtów.
14. II. 95. 140 ctm. sz. silnych toks.	200 ctm. sz. silnych toksyn.	130 ctm. sz. silnych toksyn.
18. II. krew nie puszczana.	Upust krwi (próba II).	Krew nie puszczana.
18. II. 95. 160 ctm. sz. silnych toks.	220 ctm. sz. silnych toksyn.	180 ctm. sz. silnych toksyn.
21. II. " 180 " "	250 " " "	200 " " "
25. II. " 200 " "	290 " " "	200 " " "
28. II. " 250 " "	350 " " "	200 " " "
6. III. Waga 1150 funtów.	Waga 1280 funtów.	Waga 1025 funtów.
7. III. 95. 300 ctm. sz. siln. toks.	400 ctm. sz. silnych toksyn.	230 ctm. sz. silnych toksyn.
14. III. " 350 " "	400 " " "	300 " " "
18. III. Upust krwi (próba II).	Upust krwi (próba III).	Upust krwi (próba II).
15. III. Waga 1145 funtów.	Waga 1270 funtów.	Waga 1025 funtów.
21. III. 95. 350 ctm. sz. silnych toks.	400 ctm. sz. silnych toksyn.	350 ctm. sz. silnych toksyn.
30. III. Waga 1130 funtów.	Waga 1280 funtów.	Waga 1050 funtów.
6. IV. 95. 250 ctm. sz. silnych toks.	400 ctm. sz. silnych toksyn.	350 ctm. sz. silnych toksyn.
11. IV. " 300 " "	400 " " "	350 " " "

W dawkowaniu toksyn kierowaliśmy się ogólnym i miejscowym odczynem, stopniem ciepłoty, oraz wagą koni i siłą zastrzykiwanego jadu.

Same toksyny z początku w poważnej ilości pochodziły z Zakładu Higienicznego w Krakowie, późniejsze zaś przeważnie z Pracowni Bakteryologicznej w Warszawie. Zarazek, z którego otrzymane toksyny pochodzą, został wyhodowany z ciężkiego przypadku błonicy w Krakowie i z podobnego przypadku ze szpitala dziecięcego przy ul. Śliskiej w Warszawie.

Stosowanie zarazka błonicy w celu otrzymania toksyn odbywało się w sposób następujący: do dużych kolb ERLENMEYER'a ($\frac{1}{2}$ litrowych) z szeroką szyją nalewa się 200 ctm. szc. alkalicznego bulionu z dodatkiem 2% peptonu. Grubość warstwy bulionu w kolbie nie przenosi 2 — 3 ctm. Zarazek błonicy z hodowli 2-dniowej na agarze glicerynowym przenosimy na powierzchnię bulionu i stawiamy w termostacie przy $36 - 37^{\circ}\text{C}$. Po upływie 48 godzin bulion mętnieje, na powierzchni zaś jego tworzy się bardzo delikatna, przezroczysta błonka, która w miarę dłuższego rozwoju staje się coraz wyraźniejsza, przybierając odcień szarawy. Męt całej hodowli bulionowej z biegiem czasu również jest coraz silniejszy, a na dnie tworzy się obfite osady. Po 4 — 6 tygodniach wygląd hodowli ulega zmianie: warstwa jej środkowa staje się przezroczysta, co oznacza, że zarazek błonicy rozwija się już powolniej i że hodowla jest gotowa do użytku. Po dodaniu 0,2 — 0,5% fenolu, zbadaniu pod drobnowidzem i przesączeniu hodowli zapomocą pompy wodnej przez filtr (konstrukcji prof. BUJWIDA) z jedną świeczką CHAMBERLAND'a, otrzymujemy trwałe, silne toksyny, których używaliśmy i używamy do uodparniania szych koni.

Zastrzykiwanie jadu błoniczego odbywa się po obmyciu 3% roztworem fenolu lub 1‰ sublimatu przy zachowaniu należytych ostrożności w celu uniknięcia zakażenia miejscowego i ogólnego. Do obecnej chwili konie są zupełnie zdrowe i prócz chwilowych obrzęków w miejscu szczepienia i strat na wadze, które się szybko wyrównują, od zwierząt normalnych niczem się nie różnią.

Otrzymywanie krwi odbywa się w sposób następujący. Zwierzę zostaje przywiązane do słupa, mając nozdrza skrępowane zapomocą t. zw. „dudki“. Po wystrzyżeniu sierści w górnej $\frac{1}{3}$ szyi i obmyciu 3% roztworem fenolu, trójgraniec COLLIN'a, wyjałowiony i umoczony w wyjałowionej oliwie, wkłuwamy pod skórę po nad żyłą szyjową. Następnie po wprowadzeniu trójgrańca na 2 — 3 ctm. pod skórę, przyciskamy żyłę od dołu dwoma palcami ręki lewej, prawą zaś wkłuwamy trójgraniec w nabraną żyłę. Gdy czujemy, że żyła już została przebita, co się poznaje po charakterystycznym oporze przy przebijaniu elastycznej ściany żyły, który to opór odrazu niknie po jej przebicciu, wprowadzamy trójgraniec głęboko, prawie pod szyjkę, wyjmujemy igłę i zakładamy rurkę gumową, prowadzącą do wyjałowionej kolby. Krew przy uciskaniu żyły płynie silnym strumieniem. W ten sposób otrzymujemy na raz 3 — 4 litry krwi. Po ustaniu się jej w ciągu kilku dni w chłodnym miejscu, po nad skrzepem zbiera się przezroczysta, żółto zabarwiona surowica, której ilość wynosi zwykle około $\frac{1}{3}$ całej ilości krwi.

Chcąc tę ilość powiększyć, należy krew po wypuszczeniu z żyły odwłóknąć; surowica wówczas odstaje się prędzej, lecz nabiera nieco czerwonego zabarwienia wskutek rozpuszczonej hemoglobiny. Surowica, w ten sposób otrzymana, zostaje zlaną do wyjałowionych kolbek, zatkaną korkiem gumowym; w celu nadania jej większej trwałości, dolewa się nieco chloroformu lub wrzuca się niewielki kryształek kamfory.

Po zupełnem odstaniu się kłaczków włókniaka i ciałek czerwonych, taka surowica zapomocą wyjałowionej pipety szklanej 10 ctm. szśc. zostaje rozlana do wyjałowionych flaszek i zatkana wyjałowionymi, gumowymi korkami. W ten sposób otrzymana surowica, zawierająca nieco rozpuszczonego chloroformu lub kamfory, daje się na chłodzie i w ciemności przechowywać w ciągu kilku miesięcy bez żadnej zmiany. Dodawanie fenolu i innych środków uważamy dotąd za zbyteczne. Nie wiemy zresztą, co czas pokaże; w każdym razie dodatek chloroformu lub kamfory (ROUX) lepszy jest, niż dodatek 0,5% fenolu (BEHRING) lub trójkrezolu (ARONSON) z tego względu, że owe środki w tych drobnych ilościach, w jakich się w surowicy znajdują (około jeden na tysiąc), nie mogą żadnych ubocznych następstw dla ustroju spowodować. Siła otrzymanej surowicy Warszawskiej wynosi 1000 jednostek w 10 ctm. szśc. Dawka zatem 10 ctm szśc. czyli jedna flaszka surowicy Warszawskiej w zwykłych świeżych przypadkach błonicy powinna być wystarczająca ¹⁾.

O porażeniach rodzinnych napadowych,

przez S. Goldflama.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 16).

Jakkolwiek uderzające są wykryte anomalie w budowie drobnowidzowej mięśni, oraz w pobudliwości elektrycznej, to jednak nie istnieją one całkiem odosobnione w dziedzinie fizjologii porównawczej i anatomii. Odpowiednie dane, zebrane w części już przez ERB'a w jego monografiach o chorobie THOMSEN'a, dotyczą mianowicie odczynu elektrycznego u niektórych gatunków zwierząt. Jest to dawno już znanym faktem, że u niektórych niższych zwierząt charakter skurczu mięśni jest znacznie powolniejszy i z wyraźnem przetrwaniem. Według Ch. RICHER'a mięśnie ogonowe rzeczno go raka kurczą się szybko, prawie błyskawicznie, podlegają tężcowi jedynie pod wpływem szybko następujących po sobie podrażnień i szybko się wyczerpują; przeciwnie mięśnie kleszczowe kurczą się o wiele powolniej, leniwie, wykazują długie przetrwanie skurczu, wpadają w tężec już pod wpływem rzadkich podrażnień i nie okazują objawów zmęczenia RANVIER znalazł, że czerwone mięśnie u królików i pewnych ryb kurczą się po dłuższem trwaniu okresu utajenia powoli i powoli rozkurczają przy drażnieniu faradycznym, gdy tymczasem białe mięśnie równie prędko się kurczą, jak i rozkurczają. I pod względem histologicznym znalezione zostały w mięśniach znaczne różnice. SOLTMAN podaje bardzo ciekawe spostrzeżenie, że mięśnie nowonarodzonych zwierząt (królików, kotów, psów) kurczą się znacznie leniwiej, rozkurcz odbywa się o wiele powolniej, niż u starszych zwierząt. Niedawno WESTPHAL ²⁾ przeprowadził odpowiednie badania i u człowieka i wykazał, że u noworodków w pierwszych tygodniach istnieje obniżenie pośredniej pobudliwości faradycznej i galwanicznej i bezpośredniej faradycznej. Prądy galwaniczne o sile, która u dorosłego dawnoby tężec wywołała, sprawdzają jedynie słabe skurcze; po

¹⁾ Szczegółowo wyniki obrachowań siły surowicy Warszawskiej podane były w Nr 16 „Medycyny“. W ten sposób sprawa wyrobu surowicy u nas zostaje rozwiązana. Skorzystają z niej przedewszystkiem warszawskie szpitale dla dzieci.

²⁾ Neurolog. Centr. 1894. Nr 2.

5-u tygodniach obniżenia pobudliwości nie można już z całą dokładnością wykazać. Skurcz jest przytem wyraźnie powolny dla obu prądów. Opór skóry jest w pierwszych tygodniach bardzo znaczny. Jedynie nieliczne nerwy noworodków posiadają pochewki rdzeniowe; tam, gdzie one istnieją, okazują znaczne przerwy. Jądra otoczki SCHWANN'a są bardzo wielkie, a włókna cieńsze, niż u dorosłych. Włókna mięsne noworodków są okrągłe, prawie koliste, dopiero stopniowo stają się wielokątnymi.

Zwracam szczególnie uwagę na wymienione ostatnio spostrzeżenia WESTPHAL'a; pewne podobieństwo między właściwościami, wykrytymi u noworodków, a wyżej naszkicowanymi zmianami u naszych chorych jest niezaprzeczalne. Tu i tam zboczenia w pobudliwości elektrycznej, skurcz powolny, włókna mięsne okrągłe. Możnaby powziąć przypuszczenie, że w niektórych rodzinach rozwój mięśni osobników dorosłych zatrzymał się na wczesnym okresie, mianowicie tym, jaki odpowiada noworodkowi.

Jeżeli w krótkich słowach streścić wynik naszych badań, to wypadnie, że istnieje cierpienie wybitnie rodzinne (dziedziczenie jednorodne), które występuje w wieku młodocianym, przejawia się napadowem, wiotkiem, ogólnem porażeniem kończyn, tułowia, z osłabieniem, *resp* zniesieniem odruchów, mechanicznej, oraz elektrycznej pobudliwości nerwów i mięśni. W przestankach chorzy czują się najzupełniej dobrze, obiektywnie wszakże zwraca uwagę słaba siła gruba uderzająco dobrze rozwiniętych mięśni, narząd mięśniowo-nerwowy zaś wykazuje bardzo wybitne zboczenia pobudliwości elektrycznej, które można określić jako odmianę częściowego odczynu zwyrodnienia z pośrednią powolnością skurczu, odruchy ścięgnowe, idiomuskularna pobudliwość są jakościowo zmienione. Wreszcie badanie drobnowidzowe świeżo wyciętych mięśni wykazuje bardzo znaczne zmiany w ich budowie, jak przerost włókien mięsnych, rozrzedzenie pierwotnych włókienek i tworzenie się wakuol. Chyba nie ulega żadnej wątpliwości, że ów nieprawidłowy, mechaniczny i elektryczny odczyn, same nawet napady porażenia pozostają w ścisłym związku przyczynowym z wzmiankowanymi zboczeniami w drobnowidzowej budowie mięśni.

Dzięki temu wynikowi badania mięśni, napadowe porażenie zostaje wyłączone z rzędu nerwic; wstępuje ono w rozszerzającą się wciąż dziedzinę chorób, opartych na zaburzeniach organicznych, mianowicie, powinno ono być zaliczone do obszernej grupy znanych już rodzinnych (z dziedziczeniem jednorodnem) chorób, jak *dystrophia muscularis progressiva*, neurotyczny zanik mięśniowy HOFFMANN'a, choroba FRIEDREICH'a, *myotonia congenita*⁹⁾. Właśnie

⁹⁾ W Centr. für klin. Med. 1894 № 46 znajduje referat o pracy RICH'a: „a unique form of motor paralysis ducto cold“ (Med. News 1894. August 25), w której podany jest opis szczególnie usposobieniu chorobowem, polegającym na tem, że pod wpływem zimna, zwłaszcza zaś zimnego i wilgotnego powietrza, te grupy mięśniowe, które najbardziej na działanie owego czynnika są wystawione, wpadają w stan tonicznego kurczu z unieruchomieniem bądź w pozycji wyprostnej, bądź zgiętej. Najczęściej dotknięte bywają mięśnie twarzy, lecz także i kończyn, języka, mięśnie polykowe. Podlegają temu zjawisku mięśnie jedynie w stanie spoczynku, i trwa ono rozmaicie długo, pół godziny, dwie i więcej; zazwyczaj stężenie mija dopiero po zastosowaniu ciepła. Cierpienie to spostrzegali autor wśród członków swej rodziny; podał on drzewo genealogiczne 4 pokoleń i z pomiędzy 56 członków u 22 znalazł powyższe usposobienie. Autor przyjmuje pewne dziedziczne zboczenie w końcowych blaszkach ruchowych. Powyższy ciekawy obraz chorobowy, według mego zdania, należy do wzmiankowanej grupy chorób, mianowicie zdaje się być pokrewnym *myotoniae congenitae*.

z ostatniem cierpieniem posiada napadowe porażenie najwięcej podobieństwa. Obie choroby tkwią głęboko w rodzinie linii wstępnej; tu i tam uderza dobrze rozwinięty układ mięśniowy u dotkniętych cierpieniem osobników przy względnie małej ich sile, zaburzenie czynności w obu chorobach występuje jedynie od czasu do czasu, spokój stanowi dla obu czynnik sprzyjający, ruch znosi skurcz w chorobie THOMSEN'a, powstrzymuje osłabienie ruchowe w porażeniu napadowem, w obydwóch istnieją trwałe zmiany pobudliwości elektrycznej i mechanicznej, zmiany w mięśniach są również bardzo zbliżone. Nie mniejszą i różnicę obu cierpień; przy *myotonia* występuje skurcz na początku ruchu, tutaj napadowe, zupełne porażenie ze zmniejszeniem *resp.* zniesieniem odruchów, mechanicznej i elektrycznej pobudliwości, z pominięciem nerwów czaszkowych, — przeciwnie, niż jak to ma miejsce w chorobie THOMSEN'a. O szczegółowych różnicach, zwłaszcza w zachowaniu się nerwów i mięśni względem prądu elektrycznego po za napadami oraz w budowie mięśni powyżej już była mowa.

Badania powyższe, zwłaszcza zaś wielka doniosłość zmian w budowie mięśni, zdają się usprawiedliwiać przypuszczenie, że napadowe porażenie stanowi pierwotnie cierpienie myopatyczne; przynajmniej brak na teraz wszelkich danych do przyjmowania jakiegoś cierpienia ośrodkowego. Jak wiadomo, ERB dla choroby THOMSEN'a przytoczył niektóre dane, jak ścisły związek i zupełną zależność mięśni od systemu nerwowego pod względem czynnościowym i troficznym, dziedziczność i t. d., które przemawiają za tem, że to cierpienie ostatecznie zależne jest od systemu nerwowego; z większą jeszcze dosadnością bronił on tej hipotezy dla *dystrophia musculorum progressiva*. Poparcia faktycznego teoria ta dotąd nie znalazła; na odwrót, badanie pośmiertne jednego przypadku *myotoniae congenitae*, dokonane przez DÉJÉRINE'a i SOTTAS'a, wykazało jedynie zmiany w mięśniach, system nerwowy okazał się najzupełniej nietkniętym. LEONOWA¹⁰⁾, badając płody z zupełnym brakiem rdzenia, znalazła, że prążkowany układ mięśniowy był zupełnie prawidłowo rozwinięty, co służy za dowód samodzielności spraw rozwojowych mięśni i niezależności ich od ośrodkowego układu nerwowego. Co zaś się tyczy dziedziczności, to wszakże chorobliwa skłonność może dotyczyć nie tylko układu nerwowego, lecz również i mięśniowego.

Odmiana częściowego odczynu zwyrodnienia z pośrednią powolnością skurczu przemawiałaby również na korzyść pochodzenia myopatycznego, albowiem według tegoż ERB'a¹¹⁾ częściowy odczyn zwyrodnienia z pośrednią powolnością skurczu należy raczej kłaść na karb cierpienia samej tkanki mięsnej, niż nerwów. Brak jednakże w tym względzie pozytywnych dowodów anatomicznych i doświadczalnych; i sam ERB przyznaje, że zmiany w nerwach nie dają się wyłączyć z zupełną pewnością.

Nie jest zatem wyłączoną możliwość, aby w przyszłości, prócz zmian w mięśniach, wykryte zostały i zboczenia nerwowe np. w końcowych blaszkach. Uprzednie więc nasze zapatrywanie, według którego cierpienie tkwi w tych ostatnich tworach i mięśniach, znalazło o tyle swe potwierdzenie, że istotnie stwierdzone zostały znaczne zmiany budowy mięśni. Jakkolwiek dla patogenezy cierpienia w ten sposób zdobyte zostało pewne podścielisko materialne, to jednak przyznać musimy, że mało wiemy o samym sposobie powstawania napadów porażenia. Musimy wprawdzie przyjąć, że wykryte zboczenie w budowie mięśni stanowi niezbędny do tego wa-

¹⁰⁾ Neurol. Centr. 1894 № 20.

¹¹⁾ Neurol. Centr. 1883 № 8.

runek, wszakże dla wybuchu tych, tak charakterystycznych napadów porażenia w grę wchodzić muszą inne jeszcze czynniki. Jakie są one, jakie przypadkowe momenty sprzyjają tej sprawie, jaki jest ich sposób działania etc., o tem wiemy bardzo mało. Wiemy tylko, że spokój, zwłaszcza zaś sen, stanowi czynnik, w najwyższym stopniu sprzyjający napadom, już w mniejszym stopniu tyczy się to ciepła, pory letniej i wzruszeń umysłowych. Ruch działa stanowczo przeciwnapadowo.

Musimy uznać, że hipoteza działania pewnego jadu najlepiej się godzi z całym obrazem choroby: z szybkim wystąpieniem porażenia po objawach zwiastunnych, z wyłącznym udziałem prawie całego układu mięśniowego, znikaniem odruchów i pobudliwości elektrycznej, z następnym zupełnym powrotem do normy i t. d. Pewne oparcie znalazła ta hipoteza w wykryciu ciała w rodzaju ptomain w moczu naszego chorego. Podnoszę jednak tę okoliczność, że doświadczenie na zwierzętach, ten najbardziej subtelny i dowodny odczynnik, w pewnym stopniu zawiodło, bo nie odtworzyło charakterystycznego obrazu chorobowego. Dodać wszakże wypada, że w naszym przypadku mieliśmy do czynienia z bardzo skomplikowanymi stosunkami, mianowicie z chorobliwie zmienionymi mięśniami. Wreszcie na korzyść przypuszczenia o działaniu jadu przemawiała dość stale występująca podczas napadu leukocytoza.

Istnieją pewne fakta z dziedziny fizyotoksykologii, które, o ile sprawa opiera się istotnie na działaniu pewnego jadu, posuwają nas nieco bliżej ku zrozumieniu objawów, spostrzeganych u naszego chorego. Już ERB w swojej monografii o chorobie THOMSEN'a podaje, że poprzecznie prążkowane mięśnie niższych i wyższych zwierząt oddziałują na rozmaite wpływy zmianą postaci swego skurczu, która się cechuje przedłużeniem wszystkich okresów skurczu; skurcz staje się powolny, toniczny, przeciągający się. Godzien wzmianki w tym względzie jest wpływ zimna, zmęczenia i obumierania, pewnych chemicznych ciał i jadów, jak weratryny, fyzostygminy, digitoksyny, kofeiny, antiariny, fosforanu sodu. Protoweratryna¹²⁾ w pewnym okresie swego działania wywołuje jakoby stan wyczerpywania się mięśni. Szczególnie zwrócę uwagę na podobieństwo naszego obrazu chorobowego do porażenia, spowodowanego przez *curare*. ROSSBACH spostrzegał, że u królików, po małych dawkach tej trucizny, maksymalne skurcze, otrzymywane od nerwu, stawały się większe, niż przed otruciem; jeżeli się podnosi dawkę *curare*, to skurcze stają się mniejsze, aż do zupełnego zniknięcia.

I u człowieka uczyniono podobne spostrzeżenia. Mosso¹³⁾ znalazł, że u ludzi zdrowych, którzy zmęczyli umysł pracą umysłową, jednocześnie wystąpić może i zmęczenie w spokoju pozostających mięśni, które się manifestuje jako stan łatwiejszego wyczerpywania się nie tylko wskutek dowolnej pracy czynnościowej, lecz i pod wpływem bezpośredniego drażnienia mięśni prądem elektrycznym. Mosso przyjmuje, że zachodzą tu pewne zmiany chemiczne w mięśniach, spowodowane przez powstające podczas pracy mózgowej wytwory przemiany materii.

Tak samo, jak zwrócona powyżej została uwaga na to, że zarówno zmiany w mięśniach, jak i odmiana częściowego OZ z pośrednim powolnym skur-

¹²⁾ Cytowane według: Jolly „Ueber Myasthenia pseudoparalytica gravis“. Berl. klin. Woch. 1895 № 1.

¹³⁾ Cytowane według Jolly'ego l. c.

czem posiadają swoje patologiczne i fizyologiczne odpowiedniki, tak samo i przytoczone powyżej fakta należy pojmować w tem znaczeniu, że i dla domniemanego porażenia toksycznego również przytoczyć się dają pewne analogie.

Należałoby rzecz całą w ten sposób sobie objaśnić, że jad, który się wytwarza głównie podczas spokoju, rozwija swoje hamujące działanie jedynie na mięśnie, zmienione w pewien właściwy dla napadowego porażenia sposób. Widzieliśmy przecież, że bezpośrednia pobudliwość elektryczna podczas napadu w wyższym stopniu bywa obniżona, niż pośrednia. Wreszcie, być może, że są to zupełnie prawidłowe wytwory przemiany materii, które porażająco działają jedynie na takie mięśnie, jakie są właściwe porażeniu napadowemu; w takim razie byłby wytłomaczony zawód, jakiego doznaliśmy przy usiłowaniach ujawnienia działania jadu.

Wypada mi zwalczyć zarzut, że, jeśli istotnie zachodzi działanie jadu, to wykryte zmiany w mięśniach są, być może, zależne odeń i uważane być winny za wynik działania toksycznego. Na korzyść nawet podobnego objaśnienia możnaby przytoczyć i ten fakt, że przed 4 laty u M. R. zmiany pobudliwości elektrycznej były ograniczone do pewnych obrębów mięśniowych, i stąd wywnioskować, że z powtarzaniem się napadów zmiany w mięśniach stają się rozleglejsze. Z takim poglądem zgodzić się trudno, albowiem, jakżeby w takim razie należało tłumaczyć fakt, że u starszego brata, u którego w ciągu ostatnich 3-ch lat napady bądź co bądź bardzo rzadko występowały, jednakże zmiany w mięśniach i zboczenia pobudliwości elektrycznej były wybitniejsze nawet, niż u młodszego brata, który tak często napadom podlegał; jakżeby wytłomaczyć uderającą jednorodną dziedziczność i t. d.?

Pod względem terapeutycznym niestety nic dodatniego zakomunikować nie jestem w stanie. Ani leki odkażające przewod pokarmowy, ani jakakolwiek dyeta, ani środki lekarskie, jak strychnina, ergotyna, arsen i t. d., ani masaż, elektryzacja, kąpiele i t. d. żadnego skutku nie wywarły.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

46. Kl. FERREIRA (Rio-Janeiro). **Pewne właściwości kliniczne zapaleń oskrzeli i płuc w grypie (influenzy) u dzieci.** Ogólnie wiadomo, iż w grypie nader często występują umiejscowienia chorobowe w oskrzelach i płucach, szczególnie u dzieci. Autor, oceniając wiele podobnego rodzaju przypadków, zauważył w nich pewne właściwości, a mianowicie:

1) słabe podniesienie ciepłoty. W znacznej liczbie przypadków zapaleń oskrzeli włosowatych i zapaleń płuc w grypie u dzieci małych, autor spostrzegł ciepłotę 37,6°, a nawet 37°, obok silnych objawów zajęcia oskrzeli i płuc, duszności, wciągania okolicy podmostkowej, rzężeń trzeszczących, oddechu chuchającego i t. d. Ponieważ zapalenia płuc i oskrzeli (*bronchopneumoniae*) charakteryzują się zwykle ciepłotą bardzo wysoką, a u dzieci sprawom tym towarzyszą zawsze wahania ciepłoty do 40° i 41°, autor przeto zwraca uwagę na tak niskie ciepłoty w sprawach zapalnych płuc, wikłających grype, i stara się tłumaczyć objaw ten porażeniem ośrodków ciepłotwórczych, wywołanem przez zarazek grypowy, którego działanie na unerwienie jest wyraźne i niezaprzeczone. Te obniżenia ciepłoty mogą być powodem błędów w rokowaniu, których unikamy po ścisłem zbadaniu objawów wysłuchowych, wzmagającej się duszności i stopniowego upadku sił.

2) wyraźna dążność do porażenia oskrzeli i zapaści płuc (*collapsus*), które, wraz z adynamią ogólną, stanowią wyraźną cechę zakażenia grypowego, ugniatającego często wszelką energię życiową. Zapaść taka objawia się osłabieniem oddechu i rzadkością, a nawet brakiem kaszlu, co czasem fałszywie może być uważane za poprawę w stanie zdrowia dziecka. Przeciwnie, rzadkie występowanie

kaszlu dowodzi osłabienia czucia w błonie śluzowej oskrzeli i w tych warunkach jest objawem niepożądanym. Zatrzymanie wytworów nieżytych w płucach zmniejsza powierzchnię hematozy i zwiększa duszność, a z drugiej strony toksyny, zawarte w tych produktach, zostają wysane i wywołują objawy zakażenia ogólnego, jak to wiemy z badań i doświadczeń Pawła CLAISSE'a nad zakażeniem oskrzelowym.

3) nadzwyczajna przewlekłość i powolność w rozwijaniu się spraw chorobowych w oskrzelach lub płucach, stanowi trzecią ich właściwość w grypie. Okresy kliniczne w rozwoju sprawy chorobowej nie rozwijają się w sposób zwykły. Wydzielina oskrzelowo-płucna przez długi czas jest gęsta, ciągnąca się, lepka, podobna do białka jaja, trudna do wykrztuszenia, pomimo podawania rozmaitych środków wykrztusnych. Autor zwraca uwagę na niewłaściwość podawania w sprawach zapalnych płuc i oskrzeli w grypie u dzieci środków wymiotnych i antymonowych, po których zauważał zwykle znaczne pogorszenie. Środkom tym, zarzuconym już obecnie przez najstarszych nawet praktyków, autor przypisuje tem łatwiejsze występowanie zapaści płucnej.

Głównem wskazaniem od samego początku spraw zapalnych w płucach w grypie jest pobudzanie mięśni oskrzelowych, a zatem przetwory amoniaku, kwas benzdwinowy, zastrzykiwania podskórne olejku kamforowego, kofeina i alkohole w dawkach silnych i w roztworach stężonych.

(*Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Mars. 1895*).

W. K.

47. LICHTHEIM. **O rozpoznawaniu zapaleń opon mózgowych.** Zdaniem LICHTHEIM'a przekłucie próbne przestrzeni podpajęcznej, zalecane przez QUINCKE'go, ma doniosłą wartość rozpoznawczą w ropnych postaciach zapaleń opon mózgowych. W tym celu LICHTHEIM zajął się szczegółowem badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Płyn ten, prawidłowo przezroczysty, jest przy ropnych zapaleniach opon czysto ropnym lub surowiczo ropnym, a niekiedy zaledwie tylko mętawym, pod drobnowidzem zaś zawsze znajdują się liczne leukocyty wielojądrowe. Bardzo cenne wskazówki daje badanie bakteriologiczne. Przy odpowiedniem postępowaniu L. z łatwością wykrywał w płynie różne drobnoustroje, jak: paciorkowce, pneumokoki, a także i laseczniki gruźlicze. Z 6-u przypadków zapalenia opon gruźliczego w 4-ch znalezione były laseczniki gruźlicze. Te ostatnie łatwo wykryć w cienkich skrzepach, które, zdaniem LICHTHEIM'a, zawsze się tworzą w płynie zapalnym mózgowo-rdzeniowym; przeciwnie zaś, przy innych cierpieniach, jak na przykład nowotworach mózgu, ropniach, prawie stale brak był skrzepów. FREYHAN opisał przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowych, przy którym w płynie mózgowo-rdzeniowym znalazł liczne laseczniki gruźlicze, co niewątpliwie potwierdziło rozpoznanie, a który się zakończył zupełnem wyzdrowieniem. W tym przypadku, dzięki metodzie QUINCKE'go, poniekąd rozstrzygnięta została sprawa sporna uleczalności gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

Podnosząc doniosłą wartość rozpoznawczą metody QUINCKE'go, LICHTHEIM odmawia jej jakiegokolwiek znaczenia leczniczego. Przekłucie nie pociąga za sobą żadnych złych następstw, niekiedy tylko do płynu dostaje się trochę krwi, co zależy od tego, że igłą natrafia się czasem na trzon kręgowy; dla chorego jest to zupełnie obojętne, należy wszakże takiego powikłania unikać, gdyż rozpoznanie w takich przypadkach staje się wątpliwe. W 2-ch przypadkach, bezpośrednio po przekłuciu wystąpiły groźne objawy: szalony ból głowy z następną utratą przytomności i jeden z nich zakończył się śmiercią. LICHTHEIM nie wypuszcza jednakże, aby przekłucie, przy którym wypuszczono wszystkiego 25 — 50 ctm. płynu przy nieznacznych wahanach ciśnienia, było przyczyną tych groźnych objawów. W każdym razie radzi LICHTHEIM nie wypuszczać zbyt wiele płynu, a szczególnie należy pamiętać, aby w komorach mózgowych ciśnienie zostało zawsze dodatnie.

(*Berl. kl. Woch. N-r 13. 1895*).

M. Frenkel.

48. P. FÜRBRINGER. **O znaczeniu klinicznem przekłucia kanału kręgowego.** Doświadczeniami na zwierzętach QUINCKE przekonał się, że można zastrzyknąć płyn do przestrzeni podpajęcznej, nie otwierając kanału kręgowego; następnie Q. zastosował przekłucie kanału kręgowego w jego części lędźwiowej, w celu wypuszczenia płynu mózgowo-rdzeniowego u dziecka, cierpiącego na wodogłowie, przyczem wszelkie objawy, zależne od ucisku na mózg, w znacznej części usta-

pily; odtąd stosował Q. przekłucie i w innych analogicznych przypadkach, zawsze z tym samym wynikiem dodatnim. ZIEMSEN również przypisuje doniosłe znaczenie przekłuciu dla zmniejszenia ucisku na mózg; Z. wypuszcza od 60 — 90 ctm. płynu bez żadnych objawów pobocznych. BRUNS przypuszcza, że przekłucie kanału kręgowego z korzyścią może zastąpić wątpliwą zawsze trepanację czaszki. Inni zato badacze bardzo sceptycznie zapatrują się na leczniczną wartość metody QUINCKE'go, zgadzają się zaś na jej znaczenie rozpoznawcze. LICHTHEIM w swych 15-tu przypadkach (nowotwory mózgu, zapalenia opon gruczlicze i ropnie), w których stosował tę metodę, wypuszczając do 80 ctm. płynu, ani razu nie widział choć przejściowego polepszenia; badanie zaś samego płynu dawało L. zawsze niewątpliwie cenne wskazówki rozpoznawcze. FUERBRINGER stosował przekłucie w 86 przypadkach. Technikę uważa on za bardzo łatwą; igłę wprowadzał w 2—3—4-tą przestrzeń międzyżebrową na długość od 1—7 ctm. i na tej długości zawsze dosięgał płynu mózgowo-rdzeniowego; rękoczyn ten F. wykonywał w położeniu chorego siedząc, a nie, jak radzi QUINCKE, w leżącym. U ssawców przekłucie wymaga pewnych ostrożności, gdyż igła niekiedy może przedziurawić powierzchowną blaszkę chrząstkową trzonu kręgowego i zranić aortę. Występujące niekiedy przy przekłuciu silne bóle zdaniem F. zależne są od aspiracji płynu, a nie od ukłucia; lepiej jest zatem, aby płyn wypływał pod własnym ciśnieniem; im to ciśnienie jest większe, tem więcej płynu wypływa, niekiedy nawet dość silnym strumieniem. W 2-ch przypadkach F. miało miejsce zranienie pęczków nerwowych ogona końskiego, przyczem wystąpiły drgawki i silne bóle.

Co się tyczy wyników klinicznych, to w 37 przypadkach zapalenia opon gruczliczego, które trudno było odróżnić od tyfusu, grypy, zapalenia wsierdza i posocznicy, wykryte w płynie mózgowo-rdzeniowym laseczniczki gruczlicze rozstrzygały rozpoznanie.

U chorych gruczliczych bez objawów mózgowych nigdy nie znalazł F. laseczniczków w wypuszczonym płynie mózgowo-rdzeniowym. Przekłuciu kanału kręgowego F. przypisuje takie same znaczenie rozpoznawcze, jak badaniu płwociny, moczu i t. p. Jakkolwiek F. nie zgadza się z krańcowym sceptycyzmem LICHTHEIM'a co do znaczenia leczniczego omawianej metody, jednakże i on nie widział wyraźnych polepszeń objawów chorobowych, co zdaniem F. zależy od tego, że objawy te nie są zależne wyłącznie od ucisku na mózg.

W jednym przypadku wodogłowia przewlekłego, powstałego wskutek gruczliczego guza w mózdzku, przekłucie zmniejszyło ilość dziennych napadów drgawek do połowy. W 4-ch przypadkach nowotworów mózgu wzmogły się znacznie bóle podczas przekłucia, które jednakowoż wkrótce ustąpiły, a nawet chwilowo poprawiły się objawy, zależne od ucisku na mózg. Przy mocznicy przekłucie nie zdołało ani na chwilę usunąć groźnych objawów, co przemawia przeciw teorii TRAUBE'go. W 2-ch przypadkach udaru mózgowego wypuszczony płyn krwawy dowodził przedostania się wynaczynień do komór mózgowych.

(*Berl. kl. Woch. N-r 13. 1895*).

M. Frenkel.

49. MARIE. **Hyperglobulia i sinica wrodzona.** Autor spostrzegał chorego 32-letniego, dotkniętego sinicą, zależną od wady rozwojowej serca wrodzonej. U tego chorego badano objaw, na który zwrócił uwagę w Niemczech KREHL, a we Francji VAQUEZ, a mianowicie na powiększenie ilości ciałek czerwonych w sinicy (hyperglobulia). Z poszukiwań, wykonanych u chorego przez LAPIQUE'a i AUSCHER'a w laboratorium w Hôtel-Dieu, wypadają cyfry następujące: ilość ciałek czerwonych 7,900,000 (prawidłowa 5,200,000); ilość żelaza krwi na tysiąc: 0,59 do 0,61 (prawidłowa 0,44).

U chorego tego wykazano więc znaczne powiększenie ilości ciałek czerwonych, jakoteż większy procent hemoglobiny. Skąd to powstało? Nie mając pretensji odpowiedzenia kategorycznie na to pytanie, MARIE sądzi, że można porównać hyperglobulię w sinicy przy wadzie wrodzonej serca z hyperglobulią, rozwijającą się w klimacie miejscowości górskich, wysoko nad poziom morza wzniesionych. Wiadomo z badań VIAULT'a, MERCIER'a, MIESCHER'a, SCHROEDER'a i t. d., iż w czasie przebywania na coraz większych wysokościach, ilość czerwonych ciałek we krwi powiększa się do tego stopnia, iż ilość ciałek u osób, przebywających na płaszczyznach (4,970,000 ciałek), na słabych wzniesieniach (Tubinga, 314 metrów, 5,322,000 ciałek) i na znacznych wzniesieniach (Arosa, 1,800 metrów,

7,000,000 ciałek, Kordyliery, 4,392 metrów, 8,000,000 ciałek) wzrasta odwrotnie proporcjonalnie do ciśnienia barometrycznego. Wchodząc w szczegóły tych faktów, przekonywamy się, iż pod wpływem rozrzedzenia powietrza i zmniejszenia ciśnienia atmosferycznego na górach, ustrój doznaje pewnej trudności w dokładnem uskutecznieniu hematozy; musi więc zwalczać przeszkodę, a jako środek do jej zwalczenia następuje powiększenie ilości ciałek czerwonych i, następco, powiększenie ilości hemoglobiny, biorącej udział w hematozie.

Jest nader prawdopodobnem, iż w sinicy, przy wadzie rozwojowej serca, hyperglobulia powstaje na zasadzie mechanizmu analogicznego. Tylko w tym razie przeszkoda w hematozie nie zależy od zmniejszenia gęstości powietrza wdychanego, lecz od warunków wadliwych, w jakich krew stawia się do hematozy (niedostateczne przepłykiwanie płuc przez krew, skutkiem zwężenia tętnicy płucnej, mieszanie się krwi żyłnej z tętniczą). W obu razach sposób, w jaki ustrój oddziaływa przeciw hypohematozie, jest prawie jednakowy. W jednym bowiem i drugim razie za pośrednictwem zwiększenia ilości ciałek krwi ustrój usiłuje usunąć niedostateczność wymiany między tlenem i krwią; przez pomnożenie niejako powierzchni, przez którą następuje absorbcya, stara się on uczynić ją łatwiejszą i dokładniejszą.

HAYEM podziela w zupełności ten pogląd, co potwierdził w ostatnich czasach w swych lekcyach klinicznych. RENDU spostrzegał także przypadek, podobny do przypadku MARIE'go. VARIOT spostrzegał jeszcze trzy takież przypadki. VAQUEZ u pewnego chorego, dotkniętego nader wyraźną sinicą, naliczył 8,000,000 ciałek czerwonych. Przy badaniu pośmiertnem, wykonanem w trzy lata później, nie znalazł żadnego cierpienia serca.

Revue mensuelle d. mal. de l'enf. Mars. 1895).

W. K.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 26 marca r. b.

TREŚĆ: 1) KOSIŃSKI i BRODOWSKI — opis przypadku i przedstawienie preparatu torbieli żołądka. 2) DOBROWOLSKI — okazanie preparatów drobnowidzowych z płuc zwierząt po podgłośniowych wstrzykiwaniach płynów barwnych. 3) HERYNG — a) przedstawienie chorego z twardzielą nosa i krtani; b) uzupełnienie i dyskusya nad odczytem z d. 19 marca: o możliwości lokalizacyi wstrzykiwań płynów barwnych do miększego płuc u zwierząt i na trupach.

1) Prof. KOSIŃSKI opisuje przypadek, który spostrzegał w listopadzie r. z. Chora 33-letnia, na 10 miesięcy przed przybyciem do kliniki zauważyła guz w brzuchu, który powstać miał w chwili dźwignięcia ciężaru. Przy badaniu znaleziono w jamie brzusznej guz wielkości głowy człowieka, leżący w środku brzucha, łatwo dający się przesuwać na wszystkie strony, do góry prawie aż pod żebra, a na dół aż do miednicy. Guz ten okrągły, gładki, naprężony, wyraźnie chołboący, miał wszystkie cechy torbieli. Łączności jego z narządami płciowymi wykazać nie można było. Jakkolwiek K. nie mógł z całą stanowczością wykluczyć torbieli jajnika o długiej i cienkiej szypule, podejrzewał jednak, iż guz pochodzić może z krezki lub sieci. Przy operacyi, wykonanej 10. XI. 94., pokazało się, że torbiel znajdowała się w sieci dużej, w części jej pomiędzy żołądkiem a poprzecznicą, i ściśle była złączona z krzywizną wielką żołądka. Żołądek był tak mocno rozciągnięty i opadnięty, że przez otwór w brzuchu, nie rozszerzając go powyżej pępka, można było guz wydostać nazewnątrz i odłączyć od otaczającej tkanki. Naczynia, przebiegające po powierzchni guza i odżywiające go, pochodziły od tętnicy żołądka (*ar. coronaria*). Operowana wyzdrowiała.

Następnie prof. BRODOWSKI przedstawia wyluszczoną przez K. torbiel, która wskutek kilkomiesięcznego leżenia w spirytusie, uległa znacznemu zmniejszeniu, i pokazują preparaty drobnowidzowe. Torbiel ta jest wielokomorową, badanie zaś drobnowidzowe wykazało budowę właściwą mięsakom, w powstawaniu i wzroście których najważniejsza rola przypada naczyniom — *angiosarcoma*. B. zaznacza, że niema najmniejszej wątpliwości, iż był to zrazu mięsak pełny, przenaczyniony (*sarcoma angiectodes*), powstały z tkanki łącznej podotrzynowej żołądka, który rósł ku dołowi, rozsuwając listki sieci i w którym po części wskutek wysiłków mięśniowych, a po części prawdopodobnie niezależnie od nich, wskutek włośności naczyń, powstawały znaczniejsze wynaczynienia krwi, powodujące tworzenie się jam, stopniowo się zwiększających.

2) Kol. DOBROWOLSKI we wstępie swego przemówienia zaznacza, że praca jego jest dopełnieniem doświadczeń kol. HERYNGA, i wnioski z niej oparte są na zbadaniu szczegółowem płuc 14 królików i 1 psa, którym za życia wlewano przez otwór w tchawicy jednorazowo (1—5 ctm. szśc.) wyjałowione wodne $\frac{1}{4}\%$ — 1% roztwory pyoktaniny niebieskiej i raz jeden wodny roztwór karminu obojętnego. Po zastrzykiwaniach występowały u zwierząt objawy ostrego obrzęku lub zapalenia płuc. Śmierć zwierzęcia następowała w przeciągu $\frac{1}{2}$ do 12 godzin po zastrzyknięciu i tylko jeden królik, któremu zastrzyknięto 1 ctm. $\frac{1}{4}\%$ pyoktaniny, zdechł po 26 godzinach. U 3 królików wystąpiło ostre zrazowe włóknikowe zapalenie płuc, wywołane według D. na drodze czysto chemicznej. Zapalenia te różnią się od takiego cierpienia u ludzi mniejszym nacieczeniem drobnokomórkowem i mniejszym udziałem elementów tkanki płucnej, co znów zależne jest od braku czasu do wytworzenia się większego nacieczenia, gdyż śmierć u królików następowała po 6—12 godzinach. Zapalenie włóknikowe, wywołane na drodze chemicznej, jest bardzo mało znane i przez wielu badaczy nie stwierdzone lub wprost odrzucone. W końcu D. wypowiada następujące wnioski: 1) płyny, zastrzykiwane zwierzętom przez tchawicę lub krtani, mogą się dostać do wszystkich miejsc płuc; 2) zmiany anatomiczne oraz objawy kliniczne przy zastrzykiwaniach pyoktaniny i karminu zależne są: a) od ilości zastrzykniętego płynu; b) od jego stężenia i c) od indywidualności zwierzęcia. Odczyt uzupełniony był przedstawieniem okazów drobnowidzowych.

3) Kol. HERYNG przedstawia a) chorego, od lat 4 skarżącego się na kaszel i duszność, przedtem zdrowego. Krwioplucie przed rokiem po raz pierwszy, trzykrotnie w różnych odstępach czasu się powtarzające. Matka zmarła na gruźlicę. Badanie wykazało: w prawym wierzchołku nieznaczne zaostrenie oddechu. Część nadgłośniaowa krtani prawidłowa. Tuż pod strunami głosowemi znajdowały się wałki, okrężnie obejmujące podstrunową część krtani i znacznie ją zwężające. Na strunie fałszywej prawej—guziczek wielkości małego groszku, na lewej—ziarnistość. W otworze nosowym lewym na muszli dolnej widać było guziczki twarde, bledsze od tkanki otaczającej. Takież guziczki w przegrodzie. Guziczki te łatwo krwawią. Na muszli dolnej prawej i na podniebieniu miękkim, nad języczkiem, znajdują się guziczki i ziarnistości. H. rozpoznaje twardziel nosa i gardzieli i dodaje, że guziczki te, choć z wielką trudnością, usunął zapomocą pętli galwanokaustycznej, zwężenie zaś otworu krtani leczy z wynikiem dobrym zapomocą systematycznego rozszerzania. Choremu temu, po uprzednim znieczuleniu krtani kokainą, H. zrobił zastrzykiwania podgłośniaowe.

b) Następnie kol. HERYNG w uzupełnieniu odczytu, wygłoszonego na zeszłym posiedzeniu, wyjaśnia powody, dla których wystąpił z ogłoszeniem wyników nie tylko części doświadczałnej, lecz i techniki stosowania zastrzykiwań płynów u chorych; zaznacza, że jego zdaniem suchotnicy nie przedstawiają odpowiedniego materiału do tego rodzaju badań, które przedewszystkiem winny być dokonane u osobników nie gorączkujących i tylko w pewnych postaciach cierpienia płuc, o których już była mowa; tłumaczy wreszcie ujemne wyniki, otrzymane przez kol. SĘDZIĄKA (patrz Med. № 9) przy stosowaniu tej metody, co uważał za konieczne uczynić, aby nie zrażać do dalszych badań nad metodą kolegów, pragnących osobiście sprawdzić możliwość i pożytek zastrzykiwań podgłośniaowych.

W dyskusyi kol. SOKOŁOWSKI zwraca uwagę na 4 następujące punkty. 1) z badań H. widać, że płyny zastrzykiwane na trupach do jam się dostają, lecz nie do mas serowatych zamkniętych, co potwierdza wypowiedziane już poprzednio przez S. zdanie, że inne istnieją warunki w płucu zdrowym, a inne w serowato zmienionem. 2) na zasadzie doświadczeń własnych z wprowadzaniem środków leczniczych wprost do jam, S. przekonał się, że krwawień znaczniejszych, podrażnienia większego i t. p. objawów, o których wspomina H., nie widział. 3) H. w proponowanej metodzie oprócz wpływu miejscowego widzi środek, zapomocą którego można do ogólnego obiegu krwi wprowadzić znaczniejsze ilości płynu, gdyż według H. wchłanianie przez płuca jest znaczniejsze, niż przez inne narządy; zachodzi tylko kwestya, czy owa siła chłonna w chorobowo zmienionych płucach pozostaje taka sama. S. ma pod tym względem pewne wątpliwości, doświadczenia BĄCZKIEWICZA bowiem nad wchłanianiem płynów w kiszcze prostej wykazały, że nieznaczne nawet w niej zmiany chorobowe zmniejszały znacznie wchłanianie; zjawia się więc pytanie, czy analogiczne zjawisko nie powtórzy się i w płucach. 4) następnie kol. S. zwraca uwagę, że kol. H. przedwcześnie podał wskazania, kiedy i przy jakich cierpieniach należy stosować metodę zastrzykiwań,

Wreszcie doświadczenia kol. DOBROWOLSKIEGO świadczą, zdaniem S., o wpływie szkodliwym zastrzykiwań i wskazują, że trzeba wykonać jeszcze cały szereg badań nad wyjaśnieniem wpływu obojętnych i mniej obojętnych płynów na miąższ płucny.

Kol. HERYNG odpowiada, że pogląd kol. S., iż zatkanie oskrzela wytworami gruczołowymi przeszkadzać będzie przenikaniu płynów, był mylnym, gdyż preparaty, jakie H. okazał prof. BRODOWSKIEMU, wykazywały, że masy serowate, tkanki bliznowe i wytwory włókniste barwią się po pewnym czasie, a więc płyn przez imbibicję dostaje się i do głębiej położonych części wytworów gruczołowych. To samo wykazał już SEHRWALD. Fakt więc nie może być zaprzeczony. Zastrzykiwania do jam są zdaniem H. o wiele niebezpieczniejsze od zastrzykiwań do płuc. Dalej H. zaznacza, że tkanka płucna nigdy nie jest cała tak zasiana gruczołkami, aby nie było w obu płucach części zdolnych do rezorbcji, i zwraca uwagę, że kol. DOBROWOLSKI, zdając sprawę ze zmian drobnowidzowych, jakie znalazł w płucach u królików, którym H. zastrzykiwał pyoktaninę, zbyt mało położył nacisku na fakt, że tylko zbyt obfite i zbyt silne roztwory pyoktaniny wywoływały szybko śmierć zwierząt lub zmiany zapalne w płucach. Królik, któremu zastrzyknięto 1,0 roztworu 1 : 400, żył przeszło trzy tygodnie.

Kol. DOBROWOLSKI na zarzut kol. HERYNGA, że D. w swoim odczycie nie wskazał ilości zastrzykiwanych płynów, odrzekł, że wskazał *maximum* i *minimum* tych płynów (1—4 ctm. szc. $\frac{1}{4}$ —1% wodnych roztworów barwnika). Następnie D. wyraził zdanie, że metoda wlewań płynów do płuc przy cierpieniach tego narządu może mieć przyszłość. Zdanie swoje D. poparł twierdzeniem, że jeżeli przy cierpieniach płuc (*resp.* gruczoły) środki, stosowane do wewnątrz, prawie nie wywierają wpływu, nieco większy skutek odnoszą wcierania w piersi chorych — środków balsamicznych, zaś jeszcze lepiej działają wziowania, — to metoda wlewań, jako kierująca środek przez tchawicę wprost do płuc, może być skuteczną, bylebyśmy wynaleźli odpowiedni środek i metodę tę jeszcze dokładnie wypróbowali. Obecnie D. uważa w mowie będącą metodę, jako nalożącą raczej do fizjologii, aniżeli do terapii.

Prof. BARANOWSKI zaznacza, że wobec postawienia przez H. kwestyi na gruncie badań fizjologicznych, które sam prowadził, rozprawy na tym terenie toczyć się powinny, nie wybiegając ku zastosowaniom i wywodom praktycznym, gdyż te są przedwczesne.

Kol. SOKOŁOWSKI odpowiada kol. H., że przytoczone jedno doświadczenie na trupie, które ma przekonywać, że płyny dostają się do części serowatych, jest niedostateczne do rozstrzygnięcia tak ważnego pytania przy stosowaniu tej metody. Zdaniem S., widoki, jeżeli ma jakie proponowana metoda, dadzą się uzasadnić tylko na drodze empirycznej, gdyż, jak wykazuje praktyka, dopiero doświadczenia, na chorych czynione, rozstrzygają o skuteczności tego lub owego środka lub metody. Wreszcie jeszcze raz S. zaznacza, że nie wierzy, aby metoda zastrzykiwań przyjęła się w leczeniu suchot płucnych, z czego jednak nie wypływa, aby nie mogła wykazać pewnego wpływu dodatniego przy zastosowaniu jej w innych cierpieniach płucnych, których jest tak wiele.

Kol. KRYSIŃSKI zauważył, że ze względu na niestalone prawa endosmozy przez różne przegrody, o czem ogłaszał pracę w 1882 r., tylko drogą bardzo licznych spostrzeżeń i porównań będzie można wnioskować z pewnem prawdopodobieństwem o szybkości przenikania płynów i wnioski te zastosować do ustroju ludzkiego. Zdania więc H., że w płucach żywego ustroju wchłanianie odbywa się prędzej, nie można uważać za pewnik.

Prof. BARANOWSKI sądzi, że z góry powzięte niedowiarstwo do metody leczenia zapomocą wlewań płynów do jamy płuc, uważa za nieusprawiedliwione. Dla B. ta droga działania wydaje się trafną i mogącą znaleźć zastosowanie w różnych chorobach. Celem jej jest zmodyfikowanie zawartości jamy płuc i poniekąd usuwanie jej. Z podobnym celem i w sposób podobny postępujemy w leczeniu innych jam (pęcherz, macica, przewód pokarmowy i t. p.). Niewątpliwie dostęp tu mniej łatwy, droga trudniejsza, ale przy wyrobionej technice nie jest niemożliwa. Analogia, na którą powołuje się B., według niego samego kwestyi nie rozwiązuje, tembardziej, że obok podobieństw występują i niezaprzeczone różnice w warunkach działania fizjologicznego, na co właśnie B. pragnie zwrócić uwagę kol. H. Kol. H. podnosił z naciskiem fakt wielkiej szybkości, z jaką zachodzi chłonięcie cieczy, wlanych do jamy płuca. Z drugiej strony badania wskazują, że wchłanianie dokonywa się nie tylko drogami chłonnymi, ale nadto wprost do naczyń włosowatych krążenia małego. Powyższe dane należy mieć na względzie przy rozważaniu proponowanej metody leczenia. Płyn obojętny, chociażby nawet woda przekroplona, dostawszy się do płuca chorego, przez samo rozcieńczenie

zawartości musi wpłynąć na warunki chłonięcia, ułatwiając przejście tej zawartości w obieg krwi. Substancje, które się do krwi dostają z przewodu pokarmowego, przechodzą przez filtr krążenia żyły wrotnej i dopiero wędzają do żyły głównej dolnej i serca prawego. Następnie przechodzą one przez całe krążenie małe, uczestnicząc temsamem w wymianie gazów, ulegając ich wpływowi. Przeciwnie płyny i ciała, które ulegają wessaniu w płucach, dokonywającemu się z niezwykłą szybkością, dosięgają wprost lewego serca i układu tętniczego, a temsamem przychodzą w zetknięcie z tkankami, nie uległszy uprzednio żadnemu wpływowi ze strony narządów ustroju. Ze względu na to w proponowanej metodzie trzeba zwrócić uwagę, czy wessanie *en masse* znacznej ilości toksyn nie może podzielać szkodliwie na ustrój i, zdaniem B., trzeba w tym kierunku przeprowadzić badania. Z drugiej strony szybko przedostanie się pewnej ilości płynów do krwiobiegu, a temsamem nagłe zwiększenie się objętości krwi spowodować musi nagłą zmianę w mechanizmie krążenia, co może być nie tylko nieobojętne, lecz i niebezpieczne dla ustroju. Wiemy bowiem, że w wielu chorobach płuc sprawność serca rozstrzyga o zejściu choroby. Podnosząc te dwa punkty, prof. B. pragnie zwrócić uwagę na potrzebę przeprowadzenia dalszych badań fizyologicznych. O ile wszechstronnie przeprowadzone zostaną i o ile nadto technika będzie wyrobiona, sądzi B., że można wiele oczekiwać od nowej metody leczenia.

Prof. KOSIŃSKI zaznacza, że ogólne działanie przy stosowaniu proponowanej metody wymaga dalszych jeszcze doświadczeń, miejscowe zaś wywiera swój wpływ inaczej, niż sądzi H. Płyny stosowane nie zabijają drobnoustrojów, wywołujących ropienie, gdyż takich rozczyńców, któreby bezkarnie wprowadzane być mogły, nie znamy; nio zmywają tu zarazków, gdyż należałoby zbyt dużo robić zastrzykiwań. Jeżeli pomimo to H. otrzymuje dobre wyniki, to zależy to, zdaniem K., od żrącego działania płynów na wrzody gruźlicze. K. wątpi, ażeby proponowana metoda zyskała sobie szersze zastosowanie.

Kol. CIĄGLIŃSKI zwraca uwagę, że wlewane do płuc płyny pozostają w nich, skąd powstać może niebezpieczeństwo powikłań, zależnych od aspiracji.

Kol. HERYNG odpowiada na uwagi kol. KRYSIŃSKIEGO, co do praw endosmozy, że zbyt mało przedmiot ten ma związku z kwestyą pożytku lub szkody zastrzykiwań do płuc, aby go poruszać. Do szybkości spraw rezorbcji w płucach H. mało przywiązuje wagi. Prof. BARANOWSKIEMU H. odpowiada, że obawy zwiększonego ciśnienia w układzie naczyniowym nie może być, wobec niewielkich ilości płynów, dotąd zastrzykiwanych do płuc (50 ctm. szśc.). Wykazał ten fakt BORY na sobie samym. Co do działania antyseptyków, to wiadomo, że nie chodzi nam o zabijanie drobnoustrojów złośliwych w tkankach, lecz o zubożenie działania ich toksyn i uodparnianie gruntu, aby nadmierny rozwój ich utrudnić. Zresztą H., mówiąc o przeciwwskazaniach, wyraźnie wspominał, że przy wadach serca, miażdżycy, wogóle przy zaburzeniach w krążeniu, metoda jest przeciwwskazana. Profesorowi KOSIŃSKIEMU i kol. CIĄGLIŃSKIEMU H. odpowiada, że nie zwraca wcale uwagi na szybkość wchłaniania, lecz kładzie nacisk, że lek, tą drogą wprowadzony, rozchodzi się w stanie nierozłożonym po narządach i wchłania do krwi. W metodzie tej H. nie widzi *panaceum* przeciw suchotom, lecz sądzi, że po zbadaniu dokładnem techniki i części doświadczałnej znalazł on zapewne swe wskazania w rozmaitych postaciach cierpień, które już wymienił. Może się ona okazać skuteczną w pewnych postaciach suchot, w okresach wczesnych, lecz nigdy zapewne nie wyruguje metody higieniczno-dietetycznej i klimatycznej. Może się ona okazać tylko pomocną przy odpowiednich wskazaniach, których szukać jeszcze należy. Leczenie farmaceutyczne t. zw. specyfikami, mającymi chwilowe powodzenie, wpływa ujemnie na leczenie suchot. U suchotnika nie tylko chore są płuca, lecz cały ustrój cierpi. Obawa, aby płyny, zastrzyknięte do płuc, rozrabiały masy gruźlicze i przez aspirację mogły rozszerzać sprawę, jest, zdaniem H., czysto teoretyczną i, jak wskazują prace REICHERT'a, zupełnie płonną.

Ze zjazdu lekarskiego w Monachium.

Obok rozpraw nad surowicą przeciwbłoniczą (patrz № 15 „Medycyny“), punkt ciężkości tegorocznych obrad internistów niemieckich polegał na rozpatrzeniu kwestji leczenia przetworami żelaza oraz patologii i terapii zapalenia okołokątniczego. Referat pierwszy powierzono Bun-

GE'mu i QUINCKE'mu. BUNGE zdał sprawę z badań fizyologicznych nad wchłanianiem i przyswajaniem żelaza w ustroju ludzkim. Przypuszczają powszechnie, że zażywane żelazo służy za materiał do wytwarzania hemoglobiny. Tymczasem nowsze badania zdają się dowodzić, że przetwory żelaza bynajmniej nie wchłaniają się. HAMBURGER wykazał w kale psów tę samą ilość nieorganicznego żelaza, jaką zwierzęta te spożyły. Takież wyniki otrzymali SCHMIEDEBERG i MARFORI. Do moczu żelazo nieorganiczne nie przechodzi, moczu prawidłowy zawiera żelazo w minimalnej ilości. Można by wobec badań tych utrzymywać, że żelazo nieorganiczne wchłania się i zostaje wydalone przez kiszkę, analogicznie z żelazem organicznym (pochodzącym z pokarmów), które po wchłonięciu wydalone bywa tą samą drogą. Już przed 40 laty BIDDER i SCHMIDT znajdowali w kale głodzonego kota 10 razy więcej żelaza, niż w moczu. Ale jaką drogą dostaje się żelazo do kiszek? Ponieważ nie przenika ono do ich światła ani z żółcią, ani z sokiem żołądkowym, pozostaje więc tylko przypuszczenie VOIR'a, że główna masa żelaza przenika wprost przez ściany kiszek. Dotyczy to jednak tylko żelaza organicznego, nieorganiczne bowiem, według badań VOIR'a, MARFORI'ego i HAMBURGER'a, nie ulega wchłanianiu. Przyjmując to zdanie, musimy z niego wyprowadzić wniosek, że pokarmy nasze zawierają inne, organiczne związki żelaza, które zdolne są do wchłaniania i przyswajania. Szukając tych związków, obrał B. z początku za przedmiot badania żółtko jaja kurzego, które nie zawiera hemoglobiny; przy sztucznym jednak wyłęganiu wytwarza się hemoglobina, a zatem żółtko musi zawierać ciało, z którego powstaje hemoglobina (*Vorstufe des Haemoglobins*). B. udało się znaleźć to ciało; jest to tak zwana nukleoalbumina, dla której odpowiednią byłaby nazwa hematogeny, gdyż z niej powstaje hemoglobina. Następnie szukał B. tego związku żelaza w główniejszych pokarmach roślinnych i w mleku. Z tego ostatniego jednak nie udało się oddzielić dostatecznej ilości hematogeny, gdyż zawiera ono dużo rozmaitych związków żelaza, a prócz tego cała ilość tego metalu, zawarta w mleku, jest nadzwyczaj mała. Mleko jest uboższe w żelazo, niż wszystkie inne główne pokarmy nasze. Zawartość żelaza w mleku jest 6 razy mniejsza, niż w ustroju nowonarodzonego zwierzęcia. Stąd powstaje kwestya, jakim sposobem pokarm ten może wystarczyć ssakom? Odpowiedź na to daje fakt, że w tkankach młodego zwierzęcia nagromadzony jest duży zapas żelaza, który zostaje zużyty do odżywiania wszystkich tkanek. Z biegiem czasu zapas ten zmniejsza się powoli, tak, że na przykład u królika w chwili przejścia od pokarmu mlecznego do pokarmu, zawierającego więcej żelaza, ilość tego metalu z 18 spada na 3 g. Jeżeli byśmy zatem w czasie, kiedy zapas żelaza został wyczerpany, dalej karmili zwierzę mlekiem, to musiałoby ono stać się niedokrwistym. Z tego wynika wskazówka praktyczna, że mleko zarówno dla dzieci, odstawionych od piersi, jak i dla ludzi dorosłych małokrwistych nie powinno służyć za główny pokarm. U zwierząt ssących, u których okres ssania trwa krótko, zapas żelaza w tkankach jest mały; zwierzęta te, jak np. świnki morskie, już pierwszego dnia po urodzeniu jedzą obfitujące w żelazo pokarmy roślinne i mogą wskutek tego należycie rozwijać się i bez owego zapasu żelaza. W związku z tem znajduje się też kwestya etyologii blednicy. Nie ulega wątpliwości, że i noworodek ludzki rozporządza dużym zapasem żelaza; wątpliwem wydaje się, ażeby całej tej ilości żelaza mógł dostarczyć ustrój matczyny w stosunkowo krótkim czasie ciąży, i możliwą jest rzeczą, że ustrój matki rozpoczyna tę pracę wcześniej, jeszcze przed zajściem w ciążę. To wytłomaczyłoby nam mogło, dlaczego blednica zjawia się tylko u kobiet i właśnie w okresie rozwoju płciowego. Hipoteza ta jednak nie ma dowodów, że blednica jest sprawą fizyologiczną; zdrowa dziewica, w czynnościach prawidłowych, czerpać będzie dostateczną ilość żelaza z odpowiednich pokarmów i dla siebie i dla przyszłego potomstwa. Skoro jednak wystąpią zaburzenia w przyswajaniu i wchłanianiu, wówczas albo zapas żelaza dla dziecka musi być uszczuplony, albo matka musi ponieść ofiarę dla dziecka. Przyroda rozstrzyga zawsze na korzyść ostatniego: ustrój matczyny odda żelazo z krwi swojej, powszechne bowiem prawo natury głosi, że generacja żyjąca musi ponosić ofiary dla przyszłej.

Powyższe uwagi każą powątpiewać, aby przetwory żelaza pochodzenia nieorganicznego mogły służyć za materiał do wytwarzania hemoglobiny. W ostatnich czasach usiłowano wprowadzić do lecznictwa sztuczne przetwory organiczne żelaza. Szczególnie o jednym z nich—o ferratynie, odzywano się bardzo pochlebnie, przytaczając doświadczenia na zwierzętach, dowodzące zdolności jej do wchłaniania. Ale ze zdolności do wchłaniania nie można jeszcze wnosić o zdolności do przyswajania; z tego, że ferratyna wchłania się, nie wynika jeszcze, że stanowi ona materiał do wytwarzania hemoglobiny. Następnie ferratyna, będąc związkiem białka z tlenkiem żelaza, już w żołądku peptonizuje się. Skutkiem tego uwalnia się część tlenika żelaza, który pod wpływem kwasu solnego przechodzi w chlornik żelaza i działa żrąco. Sprawy takie nie zachodzą nigdy, gdy w grę wchodzi żelazo, zawarte w pokarmach naturalnych; zostaje ono wchłaniane i przyswajane, i ztąd niezrozumiałą jest rzeczą, dlaczego się chorym niedokrwistym dostarcza żelaza z apteki, a nie z targu. W obronie przetworów aptecznych przytaczano argument, że ilość żelaza, zawartego w pokarmach, jest zbyt mała, że trzeba wprowadzać do ustroju związki bogatsze w żelazo,

aby umożliwić szybkie powiększanie się ilości krwi; ale krew nie składa się przecież wyłącznie ze związków żelaza, zawiera ona cały szereg różnorodnych ciał białkowych. Tylko wtenczas, kiedy wszystkie te materje w ilości proporcjonalnej zostają wchłaniane z pokarmów, masa krwi może się powiększyć. Prócz tego pokarmy nasze bynajmniej nie są tak ubogie w żelazo; człowiek z łaknieniem prawidłowem, mniej więcej w przeciągu 10 dni może przyswoić ze zwykłego pokarmu $\frac{1}{3}$ ogólnej ilości żelaza, zawartego w krwi, a więcej, niż $\frac{1}{3}$ żelaza z krwi swojej rzadko kiedy stracił człowiek niedokrwisty.

B. zresztą wątpi o wartości leczniczej ferratyny i żelaza wogóle, dowodząc, że w tkankach naszych nagromadzony jest zapas tego metalu, z którego ustrój czerpie, gdy zachodzi potrzeba wytworzenia nowej ilości krwi, na przykład po krwotokach; wreszcie sądzi, że pomyślny wpływ leczenia żelazem polega na sugestyi.

Drugi referent QUINCKE zajął się stroną farmakologiczną przetworów żelaza. Zdaniem mówcy żelazo ma niewątpliwą wartość w leczeniu blednicy i niedokrwistości; jeżeli zaś w niektórych postaciach tych cierpień środek ów niedopisuje, to zależy to od tego, że nie zawsze udaje się nam wykryć przyczynę niedokrwistości i że obok żelaza inne jeszcze czynniki grają rolę w tworzeniu się krwi: odżywianie, trawienie, rodzaj zajęcia. Należy się wystrzegać rozpoznawania anemii z bledności skóry i błon śluzowych: może to być tylko indywidualną właściwością zupełnie zdrowych ludzi. Z przetworów żelaza oddawna zupełnie słusznie dajemy pierwszeństwo sołom tlenku, ponieważ nie wywierają one działania żrącego. Ażeby ochronić błonę śluzową żołądka od bezpośredniego wpływu żelaza, słusznie radzą używać tego środka przy pełnym żołądku, albo w połączeniu z cukrem, dekstryną i innymi węglowodanami, oraz z białkiem i peptonem. Połączenie z węglowodanami uważa Q. za nieracjonalne, gdyż związki takie w żołądku rozkładają się; słusniejsze jest połączenie z ciałami białkowymi. Ale i te ostatnie przetwory mogą wywierać wpływ niekorzystny na błonę śluzową żołądka. Od tego samego zarzutu nie jest wolna i zachwalana w nowszych czasach ferratyna. Q. oddaje pierwszeństwo mleczanowi tlenku żelaza (pigułki BLAUD'a), oraz żelazu odulionemu wodorem (*ferrum hydrogenio reductum*). Ważną jest rzeczą, aby żelazo znalazło się w żołądku w dosyć znacznem rozcieńczeniu. Ostateczne wnioski Q. są następujące: fakty przemawiają za tem, że pomyślny wpływ leczniczy wewnętrznie stosowanego żelaza polega na jego wchłanianiu i przyswajaniu, jakkolwiek odpowiedniego dowodu doświadczalnego dotychczas nie posiadamy. Wobec różnorodnego pochodzenia niedokrwistości, niektóre tylko jej postaci nadają się do leczenia żelazem. Na pierwszeństwo zasługują oddawna używane przetwory żelaza, mianowicie sole tlenku oraz przetwory białkowe. Przy dawkowaniu i wprowadzaniu wniosków powinna być brana pod uwagę istotna zawartość żelaza. Żelazo może być i podskórnie z korzyścią stosowane.

W dyskusyi STIEFLER stanął w obronie źródeł żelazistych.

HEUBNER zauważył już dawno, że ssawców, zwłaszcza niedokrwistych, nie należy zbyt długo karmić wyłącznie mlekiem. Dzieciom od 9 miesiąca życia daje jarzyny, mającym około 10 zębów daje codziennie łyżkę szpinaku.

SIEGFRIED zwraca uwagę na pomyślne działanie klimatu górskiego (około 500 m.) w połączeniu ze stosowaniem żelaza u chorych na blednicę.

IMMERMANN utrzymuje, że nawet najbardziej w żelazo obfitujące pokarmy nie wystarczają przy leczeniu blednicy; bez stosowania żelaza obejść się niepodobna. To samo potwierdza REINERT.

NOTHNAGEL uważa pigułki BLAUD'a za najlepszy przetwór żelaza w blednicy. Zachwala bardzo obok tego trzymanie chorych w łóżku przez 4—6 tygodni.

ZIEMSEN staje także w obronie leczenia żelazem, które stosuje odrazu nawet przy nieprawidłowej czynności żołądka; z przetworów najchętniej używa białkanu żelaza.

BÄUMLER nie zgadza się, aby pomyślny wpływ leczenia żelazem mógł polegać na sugestyi i kładzie nacisk na stosowanie dużych dawek. Objawy niestrawności nie powstrzymują go od przepisywania żelaza. W przypadkach, gdzie jest podejrzenie wrzodu żołądka, daje półtora-chłorek żelaza.

EDLEFSEN zaleca obok żelaza kwas solny, gdy EWALD ostatni ten środek daje tylko przy zmniejszonej ilości HCl w soku żołądkowym. (D. n.).

Z. S.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== DENYS i MARTIN przychodzą na zasadzie swych badań do wniosku, że pneumokok FRIEDLÄNDER'a i *b. lactis aërogenes* stanowią jedynie dwie odmiany jednego gatunku; hodowle ich, własności fizyologiczne i chorobotwórcze u zwierząt są jednakowe. Twierdzą oni również, że *b. pseudopneumonicus* i *b. enteritidis* są odmianami lasecznika okrężnicy (Centr. f. Bakt. u. Par. XVI. N. 3).

== PAWLÓWSKIJ leczył z pomyślnym wynikiem zwierzęta, zakażone wąglikiem, proteinami, posiadającymi dodatnią własność chemotaktyczną, jak papajotylna lub aleryna. Ciała te podniecają fagocytozę. Udało mu się w ten sposób wywoływać po wyleczeniu zwierzęcia odporność względem zakażenia następnego. (Centr. f. Bakt. u. Par. XVI. N. 4).

== HILLER zaleca nowy środek, odkażający przewód pokarmowy—enterokrezol. Jest to zawieszina krezolu w oliwie; podaje się ją w postaci pigułek żelatynowych, zawierających 0.1 krezolu. Środek ten, podawany trzy razy dziennie po cztery pigułki, w durze brzuszyn, zwłaszcza w początku choroby, dał autorowi bardzo dodatnie wyniki. (Zeit. f. klin. Med. T. V. N. 3 i 4).

== GASPARINI szczepił pneumokoka FRÄNKEL'a do łącznicy zwierząt; wywołuje on zwyczajne zapalenie ropne, trwające od 10—15 dni. Zaszczepiony do rogówki, wywołuje wrzód jej i *hypopyon*, kończący się utworzeniem *leukoma* lub *panophthalmitis*. Wprowadzony w świeżej hodowli do komory przedniej lub ciała szklatego sprówdza ogólne zapalenie ropne, ale już 4—5 dniowe hodowle wywołują tylko *iritis plastica* lub zanik powolny gałki ocznej. Niekiedy występuje zapalenie oka sympatyczne. U ludzi w 25 przypadkach *kerato-hypopyon* znaleziono 21 razy diplokok FRÄNKEL'a bądź w hodowli czystej, bądź z gronkowcami; w 4-ch przypadkach *panophthalmitidis* znaleziono go zawsze. Wreszcie, czyniąc poszukiwania u ludzi zupełnie zdrowych, G. wykazał, że w 80% przypadków w worku łącznicowym znajduje się powyż-

szy pasorzyt. (Centr. f. Bakt. u. Par. XVI. N. 6).

== TERNI znalazł w ziemi nowy gatunek promienicy, *actinomyces Gruberi*, który wywołuje u zwierząt objawy przeważnie toksyczne. Gatunek ten posiada zdolność wytwarzania barwników w rozmaitych odcieniach: różowym, pomarańczowym, czerwonym i brunatnym. (Centr. f. Bakt. XVI. N. 7).

== CAVALLLO komunikuje o leczeniu moczówki cukrowej zapomocą elektryczności. U jednego z chorych, u którego wszelkie leczenie okazało się bezskutecznem, autor stosował w ciągu 2 miesięcy prąd stały. Katodę umieszczał w okolicy wątroby lub nerek, a anodę na mostku lub w okolicy pępka. U chorego, u którego przed leczeniem znajdowano w moczu 40 grm. cukru w litrze, cukier po dwóch miesiącach zniknął zupełnie. (Die Ther. d. Gegenwart II. 95. S. M).

== ZIEMSEN zaleca, aby zamiast *true strophanthi* używać lepiej strofantyny. Na zasadzie własnego doświadczenia autor jest zdania, że nalewka strofantusa, podobnie jak i naparstnicy, ma bardzo nierówne działanie. Dawka strofantyny na dzień 1 miligram (Münch. med. Woch. 50. 1894). S. M.

== JOHNSON zastosował w przypadku mięsaka podniebienia miękkiego, łuków podniebiennych i migdałów leczenie zapomocą podskórnych zastrzykiwań, połączenia toksyn *streptococcus erysipelatis* i *bacillus prodigiosus*. Po 4 miesięcznem leczeniu na miejscu guza pozostała tylko tkanka bliznowata, a ogólny stan chorego był zupełnie dobry. W dyskusji nad powyższym przypadkiem, w Towarzystwie laryngologów w New-Yorku, zaznaczył COLEY, na zasadzie 10 spostrzeżeń stosowania powyższego sposobu leczenia, że nie ulega wątpliwości działanie lecznicze toksyn róży na nowotwory złośliwe; przy mięsakach działanie jest silniejsze, niż przy rakach. Dodanie toksyn *bacilli prodigiosi* do toksyn róży podnosi działanie. Toksyny powinny być otrzymane z kultur i świeżo przygotowane. (Journ. of laryngol. Bd. IX, 1). T. S.

Wiadomości bieżące.

— Zakład hydropatyczny i kąpielowy w Grodzisku po ś.p. M. BOJASIŃSKIM, przeszedł obecnie pod wyłączne kierownictwo D-ra K. TOKARSKIEGO, wieloletniego ordynatora w Nowem Mieście. O ile wiemy, dążeniem kolegi TOKARSKIEGO będzie, wytworzenie z Zakładu hydropatycznego w Grodzisku, zarówno i internatu dla cho-

rych nerwowych, którego brak u nas bardzo dotkliwie czuć się daje.

— Otrzymujemy z Berlina następujące pismo: W ostatnich latach coraz częściej przyjeżdżają lekarze z kraju dla dalszych studyów naukowych do Berlina. Wielu z przyjeżdżających kolegów, nie znając miejscowych warun-

ków, traci czas i pieniądze, nie wiedząc, gdzie szukać właściwych źródeł nauki lekarskiej. W celu informowania kolegów, przyjeżdżających do Berlina lub chcących zapoznać się z tutejszymi warunkami (kursa, kliniki, szpitale, wykłady i t. d.), założone zostało i zatwierdzone przez władze Towarzystwo, udzielające odnośnych wiadomości. Adres Towarzystwa: Verein der Aerzte, Buchhandlung von Boas und Hesse. Berlin NW. Luisenstrasse, 42 (Eingang Karlstrasse). W imieniu Zarządu sekretarz D-r M. FLAUM.

— W d. 10 kwietnia odbyło się posiedzenie Krakowskiej Rady Miejskiej, na której członkowie podkomisji wodociągowej: ROTTER, ZARĘCZNY, BUJWID i INGARDEN przedstawili wyniki badań wody gruntowej w okolicy Krakowa. W 6 i 10 kilometrach od Krakowa znaleziono 2 tereny wodonośne; woda, badana przez prof. BUJWIDA i ALBERTI'ego, chem. miejskiego, okazała się dobrą, zaś według obliczeń teoretycznych inż. INGARDEN'a ilość jej jest taką, że na potrzeby Krakowa z jednego tylko terenu 2% wystarczy. Dla poznania terenu wykonano w r. zeszłym ogółem 20 wierceń, w celu zaś dalszych badań Rada Miejska uchwaliła 12,000 zfr. na dalsze poszu-

kiwania celem określenia wody w tych terenach. Zdaje się, że w ten sposób sprawa wodociągów dla Krakowa zbliży się ku pomyślnemu rozwiązaniu.

Zmarli. D-r Maryan WYGRZEWAŁSKI zmarł w Piotrkowie w ubiegłym tygodniu. Był to jeden z najpracowitszych lekarzy szpitalnych, korzystający bardzo skrzętnie z materiału, jakiego mu dostarczał szpital św. Trójcy w Piotrkowie. Przeważnie poświęcał się chirurgii. Prace swe ogłaszał od r. 1862 aż do 1880 w Tygodniku Lekarskim, w Gazecie Lekarskiej, w Przeglądzie Lekarskim. Należał do bardzo wykształconych lekarzy i kształcił się przeważnie w uniwersytetach angielskich. Pod koniec życia stronił od ludzi i wszelkich zaszczytów. Jako biegły praktyk WYGRZEWAŁSKI zostawia po sobie piękne wspomnienie. Cześć Jego pamięci!

D-r Antoni SKORKOWSKI w Medowatej.

D-r WEINTRAUB w wieku lat 31, zmarł nagle w Lublinie.

D-r DANILEWICZ w Zyzmorach.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych, po lekarzach pozostałych, ogłasza, że z zapisu d-ra Jana BŁĘCOWICZA udzielone być mają w dniu 24-ym czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach, polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych—po lekarzach innych wyznań, każdej po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15-go czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała № 7); na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia D-r J. Rogowicz.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych, po lekarzach pozostałych, ogłasza, że z zapisu d-ra Leona LANDE udzielone ma być w dniu 18-ym lutego 1896 r., jako w rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie rs. 95: albo podupadłemu lekarzowi, wdowie, lub sierotom mojżeszowego wyznania; albo w razie braku takiego kandydata—podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie, lub sierotom po nim, albo też, w razie braku takich—lekarzowi podupadłemu, wdowie, lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania próśb pod adresem Komitetu (ulica Niecała N. 7) oznacza się do dnia 15-go grudnia 1895 r. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez 3-ch lekarzy, Członków Kasy wsparcia, ze szczegółowymi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy lub sierot. Osoby, na prowincyi zamieszkałe (w guberniach Królestwa Polskiego), przesyłać winny prośby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju, lub na ręce jego zastępcy w interesach Kasy Wsparcia.

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia D-r J. Rogowicz.

Do dzisiejszego numeru dołącza się cyrkularz instytutu szczepienia ospy D-ra STĘPNIEWSKIEGO.

KILKA UWAG

z powodu „Sprawozdania z chorób, leczonych w Ciechocinku
w sezonie letnim 1894 r., przez Feliksa Arnsteina,“

pomieszczonego w N. 7 „Medycyny“ r. b.

podał

M. Wołkowicz.

W sprawozdaniu kol. A. znajdujemy nietylko liczby, lecz i wnioski, a prócz tego także i pewien zarzut.

Wnioski swoje kol. A. opiera na wynikach, otrzymanych przez siebie przy stosowaniu kąpiei solankowych, i prawdopodobnie podaje je w tym celu, ażeby się można było nimi na przyszłość kierować. Wiele z tych wniosków opiera się jednak na zbyt jednostronnie spostrzeganym materiale i dlatego trudno przypuścić, ażeby w tej postaci, w jakiej je kol. A. podaje, mogły rzeczywiście służyć za punkt oparcia przy określaniu wskazań i przeciwwskazań do stosowania kąpiei solankowych.

Co do wysięków np. przy- i okołomaciczyńskich, kol. A. mówi, że „warunkiem skutecznego leczenia jest, by sprawa zapalna nie trwała już oddawna, wysięki nie uległy już przemianie w tkankę bliznową, a stan ogólny chorych był zadawalający.“

Kol. A. nie określa nam bliżej pojęcia „oddawna“ — czy to mają być miesiące, czy też lata? Nie mówi nam też, czy, jeżeli sprawa jest zupełnie świeża, czy wtedy wskazane są kąpiele solankowe? A wszak to jest bardzo ważne: w początkowych okresach zapalenia, kiedy ostre jego *stadium* połączone jest z wysoką ciepłotą, albo też, kiedy mamy dane, wskazujące obecność ogniska ropnego, czy można wtedy zalecać kąpiele solankowe i liczyć na ich skuteczność? Przypadek, którego historię kol. A. w swoim sprawozdaniu podaje, a który był leczony przez 8 tygodni kąpielami solankowymi bezskutecznie, do tej kategorii właśnie należał. Sądząc z objawów, należy przypuścić, że w jamie miednicy było ognisko ropne; jednym z jego następstw było owo zaznaczone w historii choroby „zapalenie ropne pęcherza i miedniczek nerkowych,“ które albo powstało wskutek pęknięcia ropnia do pęcherza, albo też rozwinęło się *per contiguum*, albo wreszcie, co również jest możliwe, zaczęło się od nerek, jako następstwo ogólnego zakażenia. Przypadek ten „dotyczył chorej silnie wyniszczonej, w wysokim stopniu niedokrwistej, która po przebyciu bardzo ostrej sprawy zapalnej już od 8 miesięcy nie opuszczała łóżka i u której badanie, tak zewnętrzne, jak i wewnętrzne, wykazało istnienie wysięku twardej konsystencji, zajmującego całą małą miednicę, uciskającego kiszkię stołcową i pęcherz i powikłanego ropnem zapaleniem pęcherza i miedniczek nerkowych. Sprawa chorobowa była w tym przypadku za daleko posuniętą, by można się było spodziewać jakiegokolwiek skutku z leczenia kąpielami w Ciechocinku. I w rzeczy samej, pomimo bardzo wielu kąpiei solankowych i borowinowych, które ku wielkiemu mojemu zdziwieniu chora doskonale znosiła, okładów borowinowych i picia wody żelazistej (*Eger Franzensquelle*) i posilnej dyety, stan chorej ciągle pozostawał bez zmiany i chora po 8 tygodniach leczenia zmuszona była opuścić Ciechocinek z pogorszeniem stanu ogólnego.“

Kto wie, czy nie byłoby odpowiedniejszym przestrzedz przed zbyt wczesnem stosowaniem kąpiei solankowych, t. j. wtedy, kiedy pierwsze ostre stadium zapalne, połączone z wysoką ciepłotą, nie minęło lub kiedy istnieją objawy, wskazujące obecność ogniska ropnego. Warunek ten jest również ważniejszy i łatwiej zresztą określić się daje, niż to, czy „wysięk nie uległ już przemianie w tkankę bliznową?“ Wątpię bowiem, czy się kto podejmie ostatni ten stan z zupełną pewnością określić i poręczyć za to, że w tworzącej się tkance bliznowej nie pozostały jeszcze jakie dro-

bne ogniska zapalne (nacieczenia), dla którychby solanki mogły być z pożytkiem stosowane. Warunek 3-ci, ażeby „stan ogólny chorej był zadawalający,” mógłby być tylko pożądanym, ale nie koniecznym. Jeżeli sprawę miejscową uważamy za skończoną lub na ukończeniu, to sobie na wodach chyba i w razie stanu niezadawalającego radę dać można.

Inne wnioski autora wymagałyby również pewnych uzupełnień. Co do gruźliczych np. cierpień kości i stawów, kol. A. jest zdania, że „chorzy z cierpieniem daleko posuniętem, z nędznym ogólnym stanem kwalifikują się raczej do leczenia chirurgicznego, po którym dopiero spodziewać się można pomyślnego działania kąpeli Ciechocińskich.” Zwrócę tu uwagę, że to wcale nie są tak wdzięczne dla chirurgii przypadki. Już wdzięczniejsze mozeby były te początkowe okresy gruźlicy kości i stawów, w których kol. A. wszak też szczególnych wyników przy leczeniu solankami nie osiągnął. O kilku szczęśliwszych przypadkach mówi kol. A., „że sprawa w nich przycichła i mogą one być uważane za wyleczone.” Sprawy gruźlicze miewają często tak zwodniczy przebieg, że nawet w razie, gdyby „sprawa przycichła,” należałoby jeszcze z wielką powściągliwością mówić o „zupelnem ich wyleczeniu.”

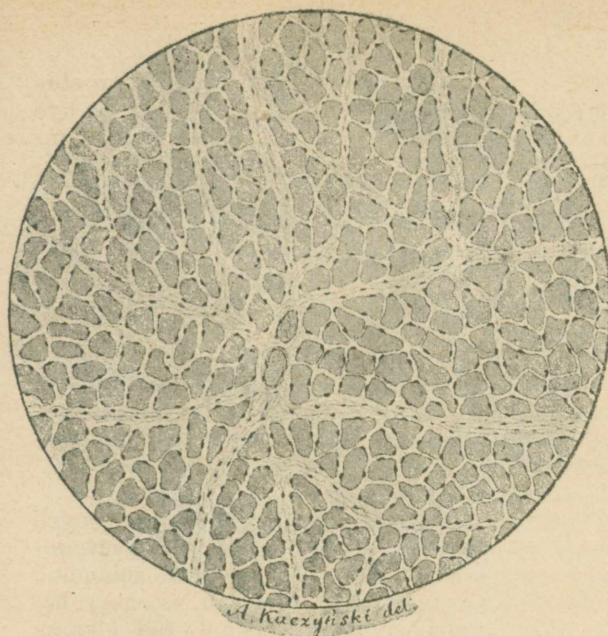
Z powodu wniosku autora, że „swoistego działania na zabliźnienie atonicznych owrzodzeń goleni kąpiele solankowe nie mają,” moglibyśmy się czuć wszyscy dotknięci. Żaden z nas chyba w tym razie nie liczy na „swoiste działanie solanek.” Jeśli kto podobne przypadki do wód wysyła, to liczy chyba tylko na to, że chory będzie tam mógł zażywać spokoju, odpoczynku, że będzie się mógł ściśle do rad lekarza zastosować i że w tych nowych warunkach przy poprawie stanu ogólnego (pomiedzy innymi przy pomocy solanek) i przy leczeniu miejscowem zabliźnienie wrzodu prędzej może nastąpi, niż w zwykłych warunkach domowych chorego.

W tem samem miejscu kol. A. mówi, że kąpiele solankowe „mogą jednak sprzyjać zabliźnieniu przez usunięcie podrażnienia skóry.” Nie jest to w zgodzie z tem, co kol. A. na początku sprawozdania swojego powiedział, a mianowicie, że „leczniczy wpływ kąpeli solankowych polega na podrażnieniu zakończeń nerwów skórnych.”

Tak, jak w ostatnim wniosku kol. A. chciałby osłabić zbytne jakoby zaufanie do solanek, tak znów w innem miejscu sam ich wartość leczniczą przecenia. Na skutek pomyślnego leczenia 5 przypadków zapalenia nerwów rozsianego (*neuritis multiplex*), kol. A. mówi: „I nic dziwnego. Potężny wpływ kąpeli w Ciechocinku na narząd krążenia i narząd nerwowy, na wessanie produktów chorobowych, na przemianę materyi i odżywanie tkanek, w dostateczny sposób może nam wytłomaczyć pomyślny leczniczy efekt przy cierpieniu, polegającym na przewlekłej sprawie zapalnej i degeneracyjnej.” Wynikałoby z tego, że wszelkie sprawy zapalno-degeneracyjne np. mleczca ustępują zupełnie pod tym potężnym wpływem.

Dziwnem się również wydaje, że kol. A., szeroko uwzględniając zołzy i dnę, jako ogólne przyczynowe momenty, w całym swoim sprawozdaniu, obejmującym 300 blisko chorych, ani słówkiem nie wspomina o takich przyczynach ogólnych, jak niedokrwistość, krzywica, przymiot, zatrucia i in.

Na zakończenie jeszcze parę słów co do zarzutu, jaki sprawozdanie kol. A. zawiera. Kol. A. mówi: „Niem mało istnieje przeciwwskazań dla tej metody leczniczej, które niestety nie są dostatecznie uwzględniane przez lekarzy, wysyłających chorych do Ciechocinka. To też, jakkolwiek ilość chorych, spostrzeganych przezemnie w Ciechocinku, wynosiła przeszło 400, w niniejszem sprawozdaniu uwzględnię tylko 286 chorych, u których istniały wskazania do leczenia w Ciechocinku.” Czyli, że wskazań tych nie było u 114 przeszło chorych. Gdyby kol. A. zapoznał nas choć pobieżnie z tymi przypadkami, mozeby się nam na przyszłość udało uniknąć powyższego zarzutu. W braku tego, zarzut kol. A. pozostaje nieuzasadniony, a to tembardziej, że 1^o pomiedzy tymi 286 chorymi znajdujemy „nowotwory obszerne w jamie brzusznej,” co do wielu zaś innych przypadków kol. A. po skończonej kuracji doszedł do wniosku, że wskazania w nich były nie na miejscu (22 neurasteników, 12 przypadków cierpień kości i stawów i in.), i 2^o że wiele wniosków autora, jak to wyżej starałem się wykazać, nie daje rękojmi, jako pewne punkty oparcia co do właściwych wskazań i przeciwwskazań do stosowania kąpeli solankowych.



[Fig. I.]

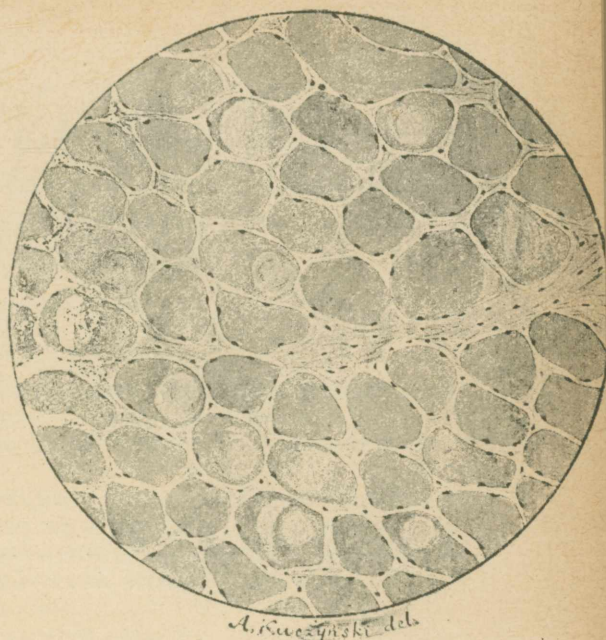


Fig. II.

Zeiss, Apochr. 16 mm. Compens. Oc. 4. Camera lucida. Abbé.

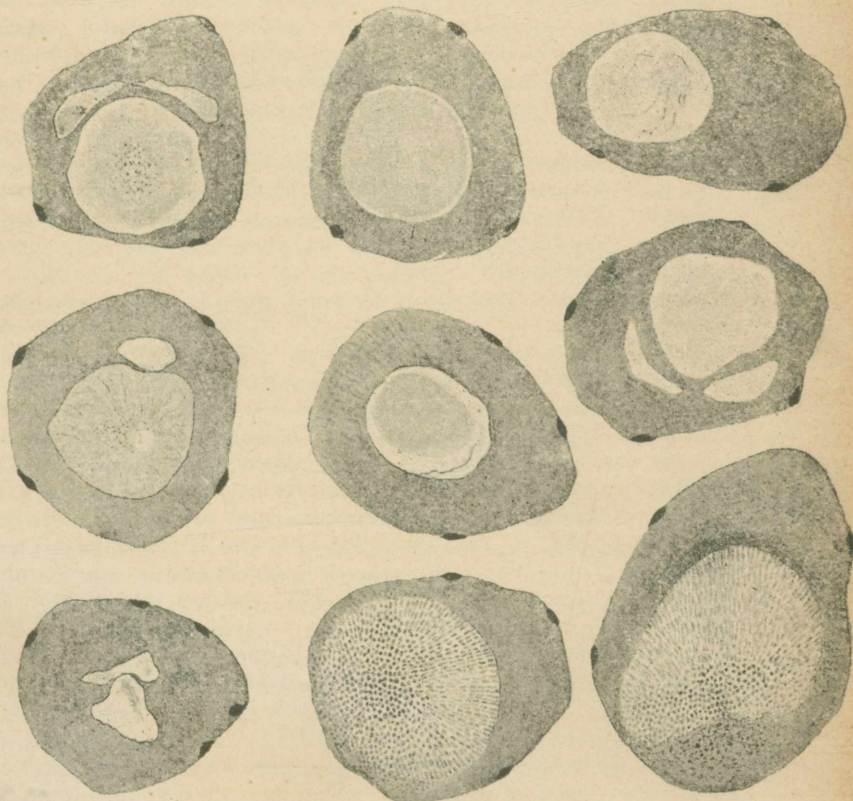


Fig. III.

Zeiss, Apochr. 4 mm. Compens. Oc. 4. Camera. lucida. Abbé. Długość tubusu 150 mm.

ODPOWIEDŹ

na „Kilka uwag z powodu sprawozdania z chorób, leczonych w Ciechocinku w sezonie letnim 1894 roku przez F. Arnsteina, podanych przez M. Wołkowicza.“

napisał Feliks Arnstein.

Pisząc sprawozdanie z chorób, leczonych w Ciechocinku, nie miałem zamiaru, ani się czułem powołanym do wyprowadzenia wniosków, dotyczących wskazań i przeciwwskazań do leczenia balneoterapeutycznego w Ciechocinku, jakby to mógł sądzić czytelnik z powyższych uwag kolegi WOŁKOWICZA.

Kolega W. czyni mi zarzut, że, mówiąc o wysiękach przy- i okołomacicznym, nie określam bliżej pojęcia „oddawna“ i że nie mówię też o tem, „czy, jeżeli sprawa jest zupełnie świeża, czy wtedy wskazane są kąpiele solankowe,“ przyczem w odpowiedzi na postawione pytanie poucza nas, „że w początkowych okresach zapalenia, kiedy ostre jego stadium połączone jest z wysoką ciepłotą i t. p.“ Nie wiem doprawdy, coby kol. W. powiedział na to, gdybym mu takie pytanie zadał lub, co gorsza, gdybym wygłosił zdanie, że w początkowych okresach zapalenia, kiedy mamy wysoką ciepłotę lub też dane, wskazujące obecność ogniska ropnego, kąpiele solankowe są przeciwwskazane. Wszak kardynalnem prawem w każdym podręczniku balneoterapii, przy każdej sposobności powtarzanem, jest, że przy sprawach zapalnych dopóki okres ostry nie przeszedł, leczenie kąpielami solankowymi jest bezwarunkowo przeciwwskazane. Gdybym w sprawozdaniu z chorób, leczonych w Ciechocinku, pozwolił sobie na wygłoszenie czegoś podobnego, usłyszałbym niewątpliwie słuszny zupełnie zarzut, że wygłaszam rzeczy, każdemu lekarzowi nazbyt dobrze znane. Czyż zresztą do Ciechocinka przybywają chore ze świeżymi zapaleniami przy i około macicznymi, czy którykolwiek akuszer zalecałby w takim okresie choroby leczenie balneoterapeutyczne i czy zresztą chore w takim stanie (z wysoką ciepłotą) mogłyby odbyć dosyć daleką nieraz podróż? Na kurację do Ciechocinka przybywają tylko chore, u których po przebyciu ostrej sprawy zapalnej pozostał mniej lub więcej obszerny wysięk zapalny, nieuległy wessaniu, lub też resztki (*residua*) tegoż; o chorych więc w ostrem stadium choroby nawet mowy być nie może.

Że nie określam bliżej pojęcia „oddawna“, gdy mówię, że warunkiem skutecznego leczenia jest, by sprawa zapalna nie trwała już oddawna, nie zadziwi nikogo, kto wie, że przebieg zapalenia przy- i okołomacicznego jest pod względem trwania niezmiernie różnorodny, a szybsze lub powolniejsze wessanie istniejącego wysięku zależy od tyłu warunków i odbywa się często bardzo powoli. Określenie, w jakim okresie choroby i po jakim czasie można jeszcze liczyć na skuteczny wpływ leczenia balneoterapeutycznego, jest prawie niemożliwe.

Nie mogę się również zgodzić z kolegą W., by tak trudno było określić, że wysięk uległ już przemianie w tkankę bliznową, że wytworzyły się błony fałszywe i zrosty. I owszem, zapomocą badania zewnętrznego i wewnętrznego przez pochwę i kışkę stolicową, możemy sobie stworzyć dokładne pojęcie o zmianach, jakim uległ wysięk zapalny. A określenie to jest dla leczenia balneoterapeutycznego niezmiernie ważne, gdyż, jeżeli w następstwie istniejącego wysięku wytworzyły się tego rodzaju zmiany, jak błony, zrosty, blizny i t. p., nie leczenie balneoterapeutyczne, lecz tylko leczenie mechaniczne (mięśnienie) lub rękoczyn chirurgiczne mogą złe usunąć. Jako 3-ci warunek skutecznego leczenia kąpielami w Ciechocinku przy wysiękach przy- i okołomacicznym ja podaję, by stan ogólny chorych był zadowalający. Ja uważam warunek ten za konieczny, kolega W. tylko za pożądaný. I w rzeczy samej, warunek ten jest konieczny, chcąc zastosować energiczną metodę termalną, jakiej wymaga sprawa chorobowa, z czego wcale nie wynika, by „sobie na wodach chyba i w razie stanu niezadowalającego rady dać nie można“, jak się wyraża kolega W.

Mówiąc o gruźliczym cierpieniu kości i stawów, kol. W. w odpowiedzi niejako na zaznaczony przeze mnie fakt, „że chorzy z daleko posuniętem cierpieniem, a zatem z ropiejącymi przetokami, z próchnieniem i zgorzelą kości i nędznym stanem ogólnym kwalifikują się raczej do leczenia chirurgicznego, po którym dopiero spodziewać się

można pomyslnego działania kąpeli ciechocińskich“, robi uwagę, że to wcale nie są tak wdzięczne dla chirurgii przypadki, że już wdzięczniejsze może byłyby początkowe okresy gruźlicy kości i stawów. Wierzę bardzo. Lecz w przypadkach pierwszego rodzaju leczenie balneoterapeutyczne nie prawie zdziałać nie może, a interwencya chirurgiczna jeszcze bardzo wiele, a w przypadkach drugiego rodzaju interwencya chirurgiczna jest bardzo ograniczona, a leczeniem balneoterapeutycznym przy uwzględnieniu tła, na którem się cierpienie rozwinęło, jeszcze coś zrobić można.

Mówiąc o atonicznych owrzodzeniach goleni, kolega W. uważa sprzeczność między tem, co powiedziałem na początku sprawozdania, że leczniczy wpływ kąpeli solankowych polega na podrażnieniu zakończeń nerwów skórnych, a tem, co w tem miejscu powiedziałem, że kąpiele solankowe mają jednak sprzyjać zabliznieniu przez usunięcie podrażnienia skóry. Czyż zdania „podrażnienie zakończeń nerwowych skóry“, a „podrażnienie skóry“ są identyczne?

Mówiąc o rozsianem zapaleniu nerwów i po przytoczeniu mego zdania, że potężny wpływ kąpeli w Ciechocinku na narząd krążenia i narząd nerwowy, na wessanie produktów chorobowych, na przemianę materyi i odżywianie tkanek, w dostateczny sposób nam tłumaczy pomyslny leczniczy efekt przy cierpieniu, polegającym na przewlekłej sprawie zapalnej i degeneracyjnej“, kolega W. robi uwagę, że wynikałoby z tego, że wszelkie sprawy zapalne degeneracyjne np. mleczu, ustępują zupełnie pod tym potężnym wpływem. Czy podług kolegi W. rozsiane zapalenie nerwów jest pod względem anatomicznym identyczne ze sprawami degeneracyjnymi w mleczu? *Neuritis multiplex* jest przecież sprawą z początku czysto zapalną, a degeneracya sprawą następczą; gdy sprawy degeneracyjne np. w mleczu nie są wcale pochodzenia zapalnego.

Co się tyczy pomieszczenia 3 przypadków nowotworów obszernych w jamie brzusznej w liczbie 286, w których istniały wskazania do leczenia w Ciechocinku, to muszę koledze W. zwrócić uwagę na miejsce, w których przypadki te zostały pomieszczone t. j. w rozdziale o przewlekłych sprawach zapalnych i wysiękowych, przyczem też wyraźnie zaznaczam, że „chore przybyły do Ciechocinka z przyczyny często powtarzających się bólów wokoło guza, zależnych od powtarzającego się podrażnienia zapalnego otrzewnej, i że poprawa w nich polegała na zmniejszeniu bólów, co przypisać należy wpływom kąpeli na wessanie produktów zapalnych. Przecież nie podaję, że się guzy zmniejszyły lub nawet znikły, a dla zmniejszenia zapalnego podrażnienia kąpiele solankowe były bezwarunkowo w przypadkach tych wskazane. Nie chcąc dłużej się nad tą kwestyą zatrzymywać, dodam jeszcze, że we wszystkich podręcznikach balneoterapii wzmiankowane bywają guzy w jamie brzusznej, jako wskazane dla leczenia balneoterapeutycznego w celu zmniejszenia w mowie będącego podrażnienia zapalnego. Doprawdy trudno mi zrozumieć, co szło w tym przypadku koledze W. Już może więcej uzasadnionym jest zarzut, dotyczący 22 neurasteników, pomieszczonych w liczbie 286, lecz i tu wyraźnie zaznaczam, że przybyli oni do Ciechocinka z przyczyny bólów w grzbiecie, krzyżu, kończynach, często towarzyszących neurastenii, a branych mylnie za bóle reumatyczne. Chorzy ci bądź co bądź głównie korzystali z kąpeli solankowych; niepodobna mi było nie zrobić o nich uwagi, że nie widziałem u nich wybitniejszej poprawy i że wogóle neurastenicy źle znoszą kąpiele solankowe o wyższej ciepłocie.

Co się tyczy przeszło 114 chorych, których nie uwzględniłem w mem sprawozdaniu i u których, jak powiedziałem, nie istniały wskazania do leczenia w Ciechocinku, to na słuszne żądanie kolegi W. objaśniam, że do tej kategorii należeli chorzy, którzy albo wcale albo bardzo mało korzystali z miejscowego arsenału leczniczego. Byli to chorzy, którzy dla przeprowadzenia różnych kuracyi z tego lub owego powodu przybywali do Ciechocinka, a mianowicie chorzy z cierpieniami żołądka i kiszek, z kamicą żółciową, moczówką cukrową, niedokrwistością, blednicą i t. p. Winienem jeszcze w tem miejscu dodać, że nie wszyscy chorzy przybywają do Ciechocinka z polecenia lekarzy.

Wobec powyższego wyjaśnienia sądzę, że uwaga kol. W. o czynionym przeze mnie pewnym zarzucie w zupełności upada. Na wyrażenie kolegi W. w jednym miejscu: „moglibyśmy się czuć wszyscy dotknięci“, mogę tylko odpowiedzieć, nie chcąc wejść na drogę osobistej polemiki, której zawsze staram się unikać, że pisząc sprawozdanie, nie miałem bynajmniej zamiaru, ani też żadnego celu, kogokolwiek krytykować, a tem mniej dotykać.