

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek ropnia płucnego po zapaleniu płuc włóknikowem. Otok ropno-powietrzny (Pyopneumothorax). Torakotomia. Wyzdrowienie, podał Władysław Rodys. Trzeci przyczynek do nauki o zboczeniach mowy, przez D-ra Władysława Ołtuszewskiego. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 139. a) O moczówce cukrowej. b) Przyczynek do ilościowego określenia zawartości cukru w moczu. c) Leczenie moczówki cukrowej. 140. Chirurgiczne leczenie wrzodu okrągłego żołądka. — Z V-go zjazdu niemieckiego towarzystwa dermatologicznego, podał A. Kozerski. (Dokończenie). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Rodys — Un cas d'abcès des poudons après la pneumonie fibrineuse. Thoracotomie. Guérison. 2) D-r W. Ołtuszewski — Troisième mémoire sur les altérations du langage.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Rodys — Ein Fall von Lungenabscess nach der fibrinösen Lungenentzündung. Pyopneumothorax. Thoracotomie. Heilung. 2) D-r W. Ołtuszewski — Dritter Beitrag zur Lehre von den Störungen der Sprache.

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

Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI.

Przypadek ropnia płucnego po zapaleniu płuc włóknikowem.

Otok ropno-powietrzny (*Pyopneumothorax*). Torakotomia. Wyzdrowienie.

Podał Władysław Rodys, asystent szpitala dla dzieci.

Zapalenie płuc włóknikowe, dawniej uważane za rzadkość w wieku dziecięcym, obecnie przy rozwoju bakterjologii, gdy w rozpoznawaniu chorób możemy opierać się na pewniejszych danych, opisywane jest u dzieci również często, jak u dorosłych, a nawet częściej (od 2—5 i od 6—8 lat, VOGEL-BIEDERT). Niekiedy przybiera ono charakter epidemiczny.

Sprawa przyczyn i zaraźliwości zapalenia płuc, rzecz można, jest już rozstrzygnięta. Któremu jednak z zarazków: czy diplokokowi FRAENKEL-WEICHELBAUM'a, czy grzybkowi FRIEDLAENDER'a, czy też paciorkowcowi (*streptococcus pneumoniae*), należy oddać pierwszeństwo w etjologii tego cierpienia — kategorycznie orzec trudno. Większość autorów skłania się do przyznania tej roli diplokokowi FRAENKEL'a ¹⁾.

O ile cierpienie powyższe nawiedza dzieci zdrowe, bez wybitnej krzywicy, nie wycieńczone długotrwałymi nieżytami kiszek, lub też nie wikła chorób innych (tyfusu, zapalenia nerek i t. p.), o tyle przebiega, podobnie jak i u dorosłych, burzliwie, ale z zejściem pomyślnem. Na przebieg choroby wpływa jeszcze i jakość zarazka. Zapalenia płuc, zależne tylko od bakterji FRAENKEL'a lub FRIEDLAENDER'a, przebiegają łagodniej i rokowanie dają pomyślniej-

¹⁾ FRAENKEL w $\frac{3}{4}$ przypadków *pneum. croup.* wykrywał *diplococcus lanceolatus*.

sze, aniżeli wtedy, gdy im towarzyszą bakterye ropotwórcze. Jednak na dowód, że kombinacye tych zarazków niezawsze odpowiadają stronie klinicznej i że diplokokki FRAENKEL'a same przez się w pewnych razach, wbrew wszelkim oczekiwaniom, mogą wywołać postać zapalenia płuc bardzo złośliwą, — ośmielam się przytoczyć przypadek następujący.

Dnia 1 marca 1895 roku przybyła do oddziału wewnętrznego naszego szpitala ośmioletnia Engenia St., z objawami zapalenia płuc po stronie prawej, w zrazie średnim. Cierpienie, według opowiadania matki, trwa dopiero od dwóch dni; do tej pory dziecko było zupełnie zdrowe. Choroba zaczęła się wymiotami, bólem w prawym boku i wysoką gorączką. Badanie szczegółowe wykazało: dziecko budowy dobrej i odżywiania znakomitego, tkanki podskórnej ilość znaczna, kościec ze śladami krzywicy, gruczoły dostępne badaniu nieco powiększone; tętno 128, silnie napięte, oddechów na minutę 56, ciepłota ciała 39° C., *herpes labialis*. Na przestrzeni podgrzebieniowej łopatki prawej i w dole pachowym prawym odgłos opukowy tępy, oddech i brzmienie głosu oskrzelowe z licznymi trzeszczeniami. Na lewej połowie klatki piersiowej odgłos prawidłowy, oddech pęcherzykowy, trochę rzężeń suchych, tu i owdzie rozrzuconych. Plwocina rdzawa, lepka, skąpa. Kaszel prawie nieustanny, bardzo męczący. Granice tępości serca prawidłowe, tony czyste. Wątroba niepowiększona, śledziony wyczuć nie można. Język grubo obłożony, brak łaknienia, wypróżnienia prawidłowe. Chora uskarża się na ból w prawym boku i na duszność. Czy poprzednio dziecko przechodziło jakieś choroby, dowiedzieć się od matki nie mogłem.

Nazajutrz ciepłota rano 38,9°, tętno 124, wieczorem ciepłota 40°. W płucach zmiany te same, trochę więcej rzężeń wilgotnych. Kaszel bolesny; plwocina wciąż rdzawa. Badanie krwi, dokonane w tym dniu, wykazało dużą leukocytozę. W moczu nasyconym są ślady białka; *diazoreaction* i indykan widoczne. W ciągu następnych czterech dni przy cieplocie, wahającej się pomiędzy 39° a 40,4°, tętnie 120—136 i oddechu do 60 na minutę dochodzącym, uderzała tylko znaczna ilość plwociny. Objawy opukowe i osłuchowe pozostały te same. Chora przy kaszlu wyrzucała masę plwociny śluzoropnej. Ta ostatnia odznaczała się zapachem nieprzyjemnym, stęchłym, jednakże nie cuchnącym, i miała kolor zielonkawoszarawy. Badanie drobnowidzowe wykazało: przeważnie ciążka ropne, dalej ziarniste, komórki z pęcherzyków płucnych, i ku memu zdziwieniu włókna sprężyste; po zabarwieniu roztworem fuksyny widać było koki, ułożone dwójkami, niekiedy czwórkami i objęte otoczkami.

Dnia 6 marca, a więc w 6-tym dniu od przybycia chorej do szpitala, a w 8-ym od początku choroby, stan chorej znacznie się pogorszył. Noc przebyła bardzo niespokojnie. Ciepłota rano 39,3°, tętno 136 słabe, oddechów na minutę 60. Duszność powiększyła się. Ilość plwociny z przewagą ropy jest znacznie mniejsza. Badanie fizyczne płuc wykazało, co następuje: prawa strona klatki piersiowej uległa wydatnemu rozszerzeniu, przy oddechu zachowuje się nieruchomo; na przestrzeni łopatki prawej do kąta tejże odgłos opukowy bębnekowy, a poniżej zupełnie tępy; od przodu odgłos bębnekowy rozciąga się po linii sutkowej aż do 6-go żebra w postawie siedzącej, w leżącej zaś tylko do 4-go. Tępość serca posunięta na lewo, górna granica na 4-ym żebrze, prawa zaczyna się na 2 ctm. od lewego brzegu mostka. W granicach odgłosu bębnekowego słychać oddech amforyczny z wyraźnym odcieniem metalicznym; rżenia, jakie powstają przy kaszlu, mają dźwięk metalu; objaw TROUSSEAU'a, jak również *succussio Hippocratis* bardzo wyraźne. Pod kątem łopatki ku dołowi oddech zniesiony. W płucu lewym oddech pęcherzykowy i trochę rzężeń wilgotnych.

Przekłucie próbne strzykawką PRAVAZ'a wykazało w prawej jamie opłucnej obecność ropy.

Rozpoznaliśmy: *pneumonia crouposa, abscessus pulmonis, perforatio pleurae, pyopneumothorax*.

Następnego dnia ciepłota rano 39,6°. Tętno małe, 140, oddechów 44. Chora bardzo osłabiona, sinica warg, oddech powierzchowny; ilość plwociny, przeważnie ropnej, bardzo mała. Granice tępości po stronie prawej powiększone, co świadczy o zwiększającym się wysięku opłucnej.

Tegoż dnia kol. JASIŃSKI dokonał torakotomii, bez uśpienia. Po wyresekowaniu 8-go żebra (od tyłu) i przecięciu opłucnej wylało się około $\frac{3}{4}$ litra ropy płynnej. Płuco pokryte grubymi złogami włókniaka, płat górny i dolny działają prawidłowo, średni w stanie niedodmy; zrostów opłucnej niema, trzony kręgosłupa gładkie. Opłucną przemyto ciepłym roztworem kwasu bornego i założono opatrunek. Wieczorem ciepłota $38,6^{\circ}$, tętno 140, oddechów 46. Chora bardzo osłabiona, oddech powierzchowny, kaszel częsty, męczący, lecz bez plwociny. Od tej chwili, rzecz można, dziecko przestało odpluwać, pomimo to, kaszel uporczywy trwał jeszcze bardzo długo.

Nie wdając się w szczegółowy opis przebiegu pooperacyjnego, nadmienię tylko, że zdrowienie szło bardzo opornie i powoli. Gorączka wieczorami $39,2^{\circ}$ — $40,2^{\circ}$, z rannymi zwolnieniami o 1° — $1,5^{\circ}$, trwała jeszcze dwa tygodnie; w ciągu następnych 10 dni t. j. do 1 kwietnia r. b., ciepłota rano prawidłowa, wieczorami podnosiła się do 38° , nie przechodząc jednak $38,4^{\circ}$.

Od tej chwili stan bezgorączkowy. Oddech, z początku bardzo powierzchowny, do 60 razy na minutę, stopniowo zwolniał, trzymając się długi czas w granicach 36—40. Tętno 120—140. Wypływ z rany początkowo był bardzo obfity: trzeba było zmieniać opatrunek dwa razy dziennie. Ranę przepłukiwano naprzemian, to ciepłym roztworem kwasu bornego, to roztworem tymolu (1 : 1000).

Przy zmniejszającym się stopniowo wypływie z rany i poprawie ogólnej zasklepienie jamy opłucnej nastąpiło dopiero 10 maja, a 1 czerwca dziecko opuściło szpital zupełnie wyleczone.

Leczenie wewnętrzne polegało na podawaniu chorej środków wykrztuśnych i pobudzających, pod koniec arszeniku z żelazem.

Badanie bakteryologiczne wysięku opłucnej wykonane było przy łaskawej pomocy kol. Wacława ORŁOWSKIEGO. Płyn, wyciągnięty z opłucnej zapomocą wyjałowionej strzykawki PRAWAŻ'a (punkcja próbna), zawierał przeważnie ciałka ropne i trochę czerwonych; po zabarwieniu podwójnem — fuksyną i błękitem metylenowym — okazały się owalne, na końcach niekiedy trochę zaostrome koki, ułożone po dwa, po cztery i objęte wyraźnymi otoczkami. Koki te były zupełnie podobne do otrzymanych z plwociny. Hodowli dokonano na agarze w probówkach. Już po 24 godz. zauważyć było można niewielkie, przezroczyste, trochę szarawe punkciki, do maleńkich kropeł rosy podobne. Po zabarwieniu preparatów z hodowli według metody GRAM'a i zbadaniu pod drobnowidzem widać było te same lancetowate koki, ale bez otoczki. Mielśmy więc do czynienia niewątpliwie z diplokokiem FRAENKEL-WEICHELBAUM'a. Badanie powtórzone było w dniu otwarcia jamy opłucnej; trochę ropy zebrano do wyjałowionej próbki i następnie w pracowni bakteryologicznej przeszczepiono na agar. Na drugi dzień wynik badań ten sam, co poprzednio: czysty diplokok FRAENKEL'a. Wogóle badania robiono kilkakrotnie, na przykład po 4 tygodniach po operacji, — z ropy, wziętej z waty opatrunkowej, i zawsze otrzymywano zadziwiająco czystą hodowlę diplokoka. Obecności paciorkowca lub gronkowca nie mogliśmy stwierdzić.

Że w pewnych razach przy sprzyjających warunkach diplokok FRAENKEL'a (lub FRIEDLAENDER'a, — DMOCHOWSKI) nabiera własności bakterii ropotwórczych i jest bardzo złośliwy, o tem powiada sam FRAENKEL (1), co po nim stwierdziło wielu badaczy. JAKOWSKI (2) na 16 przypadków zapalenia opłucnej przy lub po zapaleniu płuc, w 14 stwierdził obecność lancetowatych diplokoków, z których w 5 ropnych otrzymał hodowlę czystą. NETTER (3) jest zdania, że większość zapaleń ropnych opłucnej u dzieci ma źródło swe w obecności zarazka FRAENKEL-WEICHELBAUM'a.

JACCOUD (4), przytaczając przypadek pierwotnego zapalenia ropnego opłucnej, wywołanego przez pneumokoki, uważa za najcharakterystyczniejszy objaw tych zapaleń skłonność do przedziurawienia samodzielnego do oskrzeli ($\frac{1}{4}$ część przypadków). Nasz przypadek pozostaje w pewnej analogii z tem cierpieniem i rodzi się na chwilę wątpliwość, czy sprawa w przypadku naszym zaczęła się od opłucnej. Z uwagi jednakże na nagły początek choroby, na obecność płwociny rdzawej, na brak stępienia odgłosu w dolnej części prawej strony klatki piersiowej, a po przedziurawieniu na nagle jego powstanie, musimy przyjść do przekonania, że sprawa w przypadku naszym zaczęła się pierwotnie od zapalenia płuc, a otok ropnopowietrzny był już cierpieniem następczem.

ZENKER (5) w przypadku zapalenia płuc po influency, z zejściem w ropień, znalazł tylko diplokoka FRANKEL'a, bez bakteryi ropotwórczych lub influencowych. Do zupełnego zropienia zwątrobiałego zrazu nie doszło i chory zmarł; ZENKER dodaje, że gdyby chory jeszcze jeden dzień dłużej przeżył, to zraz płuca przedstawiałby się w postaci worka, napełnionego ropą. Złośliwość zarazka ZENKER tłumaczy tu warunkami miejscowymi, gdyż chory dotknięty był rozedmą i osłabieniem odporności ogólnej przez influencę.

W świeżo ogłoszonym przez HITZIG'a (6) przypadku ropnia płucnego po zapaleniu płuc, które powstało po influency, znaleziono tylko grzybek influencowy PFEIFFER'a, do przedziurawienia opłucnej jednak nie doszło. Przypadek ten, jedyny dotychczas, dotyczył 55-letniej kobiety, chorobami wyniszczonej. Żadnych pneumokoków, żadnych bakteryi ropotwórczych HITZIG'owi nie udało się wykryć.

W przypadku KNASTRA (7) zgorzeli płuc i następczego otoku ropnopowietrznego, po zapaleniu płuc o charakterze influencowym, badania bakteriologiczne dały wynik ujemny, a w przypadku SIERPIŃSKIEGO (8) badania te nie były przedsiębrane.

Z punktu klinicznego w przypadku naszym uderzają dwa momenty: 1) utworzenie się ropnia z przedziurawieniem do opłucnej w nader krótkim czasie i 2) powstanie sprawy u dziecka o doskonałym odżywieniu ogólnym. Ropnie płucne tworzą się zazwyczaj podczas przedłużającej się rezolucyi zapalenia płuc. Gorączka traci stopniowo natężenie lub też całkiem znika, chory wykrztusza płwocinę śluzo-ropną, chudnie, przy objawach fizycznych ze strony płuc wciąż tych samych. Nagle, po silnych dreszczach, gorączka znowu się wzmacnia, płwocina się zmienia, staje się przeważnie ropną, nabiera odcienia zielonawo-szarego, a pod drobnowidzem można stwierdzić rozpad tkanki płucnej (włókna sprężyste).

W przypadku naszym zwolnienia gorączki nie było; przeciwnie, była ona o typie stałym i dopiero po pleurotomii przybrała cechę nieprawidłowości. Ropień utworzył się, rzecz można, w okresie szczytowym zapalenia płuc. Przypadek, w którym zropienie całego płatu płuc nastąpiło w ciągu 5-ciu dni, opisuje VOGL (KNASTER).

Co do punktu drugiego, to o ile mogłem wywnioskować z podręczników mi dostępnych, zejście zapalenia płuc krupowego w ropień z przedziurawieniem opłucnej należy u dzieci do rzadkości. W bieżącej zaś literaturze pediatrycznej przypadku podobnego nie udało mi się znaleźć. Zejście w ropień lub w zgorzel—zapaleń płuc nieżytowych, przewlekłych, występujących przy krztuścu, odrze, tyfusie brzuszny lub raku wodnym, zdarzają się częściej, jak o tem niejednokrotnie mieliśmy sposobność się przekonać w naszym szpi-

talu (JASIŃSKI). Bywa to u dzieci bardzo wyniszczonych chorobą pierwotną, u których tkanka płucna, jak wogóle cały ustrój, utraciły właściwą sobie odporność. Przypadki powyżej przytoczone (KNASTER, SIERPIŃSKI, HITZIG, ZENKER, TERRAY (9), dotyczyły osób starszych, wyniszczonych, u których płuca i przed zapaleniem wiele pozostawiały do życzenia. Stąd przypadek mój ze względu na wiek chorego i dobre jego odżywianie ogólne, następnie ze względu na wynik badań bakteryologicznych, wydał mi się interesującym i ośmieliłem się go ogłosić.

Na zakończenie, przyjemnie mi jest na tem miejscu złożyć podziękowanie naczelnemu lekarzowi d-rowsi SIKORSKIEMU za pozwolenie korzystania z materiału klinicznego, oraz wyrazić wdzięczność moją koledze Wacławowi ORŁOWSKIEMU za łaskawą jego pomoc.

L I T E R A T U R A.

1) FRAENKEL: „Weitere Beiträge zur Lehre von den Micrococcen der genuinen fibrinösen Pneumonie“ (Zeitschrift für klinische Medizin, Bd. XI. Heft 5—6). 2) a) Bronisław CHROSTOWSKI i Maryan JAKOWSKI: „Epidemiczne włóknikowe zapalenie płuc i wyniki badań bakteryologicznych“. Gazeta Lekarska N. 29, 30, 31, 1888 r. b) M. JAKOWSKI: „Przyczynek do etyologii ostrego zapalenia płuc“. Gazeta Lekarska. N. 30. 1889 r. c) M. JAKOWSKI: „W kwestyi etyologii zapalenia opłucnej“, Gazeta Lekarska“ 1892 r. 3) NETTER: Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde VI B. 1889 r. 4) JACCOUD: „Ropne zapalenie opłucnej wywołane przez pneumokoki“, streszczenie Gazeta Lekarska. 1890 r. 5) ZENKER: „Beitrag zur Lehre von der Abscedirung der fibrinösen Pleuropneumonie“ (Deutsch. Arch. für klin. Medizin. B.L.). 6) HITZIG: „Influenzabaccillen bei Lungenabscess“. (Münchener med. Wochenschrift. N. 35. 1895 roku). 7) KNASTER: „O zapaleniu płuc grypowem ze stanowiska klinicznego“. Medycyna 1894 r. 8) SIERPIŃSKI: „Nowy przyczynek do zaraźliwości zapalenia płuc włóknikowego i t. d. Kronika lekarska. 1891 r. 9) TERRAY. Wiener medicin. Presse. 1887 r. N. 37—39. 10) FRAENKEL: „Ueber die bakteriologische Untersuchung eitriger pleuritischen Ergüsse und die aus denselben sich ergebenden diagnostischen Schlussfolgerungen“. (Centralblatt für Bakt. u. Parasitenkunde). 11) HAEGLER: „Zur pyogenen Eigenschaft von Pneumococcus Fraenkol-Weichsolbaum“. (Centralblatt f. Bact. u. Par. B. 9. 1891 r).

Z ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY.

Trzeci przyczynek do nauki o zboczeniach mowy,

przez D-ra Władysława Ołtuszewskiego.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 43)

Zwracamy się na koniec do **jąkania** i **trzepotania**. Należą one do zboczeń dysfatycznych. Jak to wyżej zaznaczyłem, spostrzegałem 88 przypadków (72 m., 16 k.); jeżeli do tego dodamy jeden przypadek przy belkotaniu (N. 34), to razem mieliśmy 89 (72 m., 17 k.).

Poniżej załączam dwie tablice, mianowicie: przyczyny, podanej przez chorych samych lub otoczenie, i wieku, w którym powstała ta wada.

TABLICA I.

Przyczyna niewiadoma.	Dziedzic- zność.	Uraz.	Przestrach.	Naślado- wnictwo.	Prędką mowa otoczenia.
23	43	10	2	6	5

TABLICA II.

W którym roku powsta- ło jąkanie.		Nie- wia- domo.	Od dzie- ciń- stwa.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	14	15	19	21	24
Licz- ba ją- kają- cych się.	Męż- czyzn.	1	21	2	4	9	17	2	2	2	1	5	1	1	1	1	1		1
	Ko- biet.	1	7		1	2		2	2				1					1	
		2	28	2	5	11	17	4	4	2	1	5	2	1	1	1	1	1	1

Obie tablice, jako wyświetlające etyologię jąkania, ważne są dla nas i zasługują na szczegółowe uwzględnienie.

W tablicy I. najważniejszą pozycję zajęła dziedziczność. Z pomiędzy 43 przypadków, zamieszczonych pod tą rubryką, mieliśmy: dziedziczenie od rodziców w 15 przypadkach (9 od ojca, 6 od matki), od krewnych w 12, usposobienie neuropatyczne w rodzinie w 16 (w 7 przypadkach odnotowano cierpienie umysłowe). Na 9 przypadków dziedziczenia ze strony ojca, znaleziono oprócz tego w jednym szkarlatynę (N. 51); na 6 przypadków dziedziczenia ze strony matki w 1-y m naśladownictwo (N. 24); na 12 przypadków dziedziczenia ze strony krewnych — w 2-ch uraz (N. 58 i 74) i w 2-ch naśladownictwo (N. 62 i 68); wreszcie na 16 przypadków usposobienia neuropatycznego — w 2-ch przestrach (N. 4 i 10).

We wszystkich pomienionych przypadkach przyczynom istniejącym obok dziedziczności, tak zwanym momentom wywołującym, przypisuję rolę drugorzędną.

Z pomiędzy spostrzeżeń, zamieszczonych pod rubryką dziedziczności, na zaznaczenie zasługują te rzadkie przypadki, gdzie wada przechodziła na dzieci, pomimo, że nie pozostawały one w żadnej styczności z rodziną. Niektórzy autorowie tylko takie przypadki przyjmują za dziedziczne, w innych zaś za główny moment poczytują naśladownictwo. Tu odnosimy następujące dwa spostrzeżenia:

Zenon K., 12 lat liczący (N. 7). Ojciec, mając 3 lata, jąkał się, obecnie zaś mówi zupełnie dobrze. W rodzinie 5 dzieci; jest on czwarty z rzędu. Mając 2 lata, dostał drgawek i od tego czasu jąka się.

Zygmunt D., 4 lata (N. 58). Brat ojca jąka się, ale malec nigdy go nie widział. W rodzie 3 dzieci, on jest średni. Zaczął się jąkać dopiero od dwu miesięcy, w dwa dni po upadnięciu z konia drewnianego.

Przypadki tego rodzaju dowodzą nam tylko ważności momentu dziedzicznego, nie przeszkadzają jednak bynajmniej zaliczać i wielu innych, gdzie tylko ów moment znaleźliśmy, do tejże kategorii. pomimo istnienia momentów wywołujących, jak naśladownictwo, uraz i t. d., a to zgodnie z zapatrywaniem się naszym na jąkanie, jako nerwicę podobną do histeryi, neurastenii i t. d., gdzie usposobienie wrodzone, a więc dziedziczność odgrywa rolę najważniejszą.

Uraz, ewentualnie przestrah, przez publikę nadużywany, a przez lekarzy często z niedowierzaniem przyjmowany, nawet bez żadnego usposobienia dziedzicznego, stanowi niewątpliwie ważny moment etyologiczny. Notujemy w tym względzie następujące dwa spostrzeżenia:

A. H., 16 lat (N. 3), najmłodszy z rodziny, złożonej z 7 prawidłowo mówiących dzieci. Przed 3 laty, będąc uprzednio zupełnie zdrowy, po uderzeniu w głowę przez cały dzień nic nie mówił, a następnie w bardzo krótkim czasie zaczął się jąkać.

Wojciech Ł., 40 lat (N. 49); miał 4 lata, gdy upadła na niego brama drewniana i od tego czasu podlega jąkanu.

To, cośmy powiedzieli o urazie, da się w zupełności zastosować i do naśladowania czyli zarazy psychicznej. Odnosimy tu następujące spostrzeżenia, gdzie ani rodzice, ani krewni nie podlegali tej wadzie.

Adolf G., 11 lat liczący (N. 13). Rodzina złożona z 5 dzieci, on przedostatni. Mając 5 lat, przestawał z jąkałą i od tego czasu się jąka.

Edward G., 12 lat (N. 16). Mając 6 lat, malec zaraził się od starszej siostry.

Szyja G., 18 lat (N. 20). Najmłodszy z rodzeństwa, złożonego z 5 dzieci; zaczął się jąkać w 10 roku życia, zaraził się od starszego brata.

Regina S., 23 lata (N. 38). Jąka się od małości; zaraziła się od starszego brata.

B., 28 lat (N. 56). Jąka się od dzieciństwa; przez pierwsze 4 lata życia przebywał z jąkałą.

Z szeregu momentów wywołujących odnotowano jeszcze, jak to widać z tablicy, prędką mowę otoczenia w 5 przypadkach.

Drugiemu momentowi uspasabiającemu — wiekowi — poświęcona jest tablica II. Jak wiadomo, jąkanie najczęściej przypada na czas rozwoju mowy, daleko już rzadziej podczas drugiego ząbkowania i dojrzewania płciowego. Rozglądając się w tablicy tej, widzimy, że po dodaniu liczby przypadków jąkania od dzieciństwa do liczby tegoż między 2—6 rokiem, większa część wszystkich przypadków jąkania przypadła na wiek tworzenia się mowy. Pozostają nam jeszcze do objaśnienia 2 przypadki, gdzie jąkanie powstało później, mianowicie w 21 i 24 roku. Pierwszy z nich dotyczył Anny S., 21 lat (N. 79). Babka po porodzie podlegała chorobie umysłowej. W rodzinie 9 dzieci, ona jest 4-tą. Zaczęła chodzić w 2-gim, a mówić w 4-ym roku. Podobno w 5-ym roku przebywała tyfus i od tego czasu zauważono powłóczenie nóg i drżenie w kończynach; powoli chód zaczął się poprawiać. Od 5-tych miesięcy zaczęła się jąkać. Obecnie stan jest następujący: chora pod względem umysłowym słabo rozwinięta; pamięć i percepcja zachowane, kombinacje mocno upośledzone. Podniebienie wysokie, odcień mowy nosowy. Wszystkie ruchy, które chora wykonywa, są niezgrabne, a chód niepewny; w mięśniach od czasu do czasu występują ruchy mimowolne. W przypadku tym, obok neuropatycznego usposobienia rodzinnego, mieliśmy istniejące już pewne zmiany sfery psychoruch-

wej, jak wiemy, często wikłające się jąkaniami. Przypadek drugi odnosił się do Pinkusa W., 25 lat liczącego (N. 89). Pochodzi z rodziny, gdzie ciotka podlega jąkanii. Przed rokiem, będąc zupełnie zdrowym, zaczął się jąkać w miesiąc czasu po uderzeniu go kijem w głowę. Przy istniejącem usposobieniu, momentem wywołującym był tutaj uraz.

Ze względu na błędne mniemanie, rozpowszechnione między publicznością, jakoby z wiekiem jąkanie miało samo przez się zniknąć, przytaczam rodzinę, złożoną z matki 65 lat i ciotki 70 lat liczących, które do chwili obecnej podlegają tej wadzie.

Na 89 przypadków jąkania odnotowałem w 10-iu zmiany w krtani i jamie nosogardzieliowej. Odnosiły się one przeważnie do nieżyty przewlekłego, a oprócz tego w jednym przypadku istniejące wyrosłe powodowały mowę nosową, która po ich usnieniu znikła.

Przechodzimy obecnie do typów jąkania oraz ich postaci.

Na 80 przypadków spostrzegalem:

postaci czystych:	
Jąkania oddechowego	4
„ głosowego	13
„ artykulacyjnego	5
postaci mieszanych:	
„ głosowo-artykulacyjnego	16
„ głosowo - oddechowego	9
„ artykulacyjno - oddechowego	11
„ głosowo-artykulacyjno oddechowego	29
Postaci nie dających się określić z powodu niechęci do mowy	2

Razem

89

Z zestawienia niniejszego widzimy, że najrzadsze są postaci czyste, szczególnie oddechowe, najczęstsze zaś mieszane.

Na 4 przypadki jąkania oddechowego było 3 artykulacyjnej ekspiracji (N. 2, 23, 41), a 1 kurczu wdechowego i artykulacyjnej ekspiracji (N. 31). Przy postaci głosowej mieliśmy, zarówno jak w latach zeszłych, połączenia kurczu zamykającego z przerywanym, rzadziej z klonicznym (N. 38), oraz przerywanego ze słabym tonicznym i klonicznym. Przy jąkanii głosowem zwracam uwagę na rozpoznanie różniczkowe między jąkanii samogłoskowem artykulacyjnem, głosowem klonicznym z zachowaniem barwy samogłoski i artykulacyjnej ekspiracji przy samogłoskach. Wyróżniającym momentem są skurcze szyi przy jąkanii głosowem klonicznym, a zupełny brak skurczów w mięśniach, służących do artykulacji, przy jąkanii artykulacyjnej ekspiracji. Embolofrazę spotykałem w 8 przypadkach jąkania głosowego. Przy jąkanii artykulacyjnem często występował *spasmus expulsans linguae*, a w jednym, należącym do postaci mieszanej (N. 52), mieliśmy mowę nosową, szczególnie przy wybuchowych, zależną od skurczu podniebienia miękiego, powodującego brak jego zamknięcia. Rozumie się, że po wyleczeniu jąkania mowa nosowa znikła.

Objawy towarzyszące, to jest skurcze po za narządem artykulacji odnotowałem w następujących 12 przypadkach: 1) bujanie się całym korpusem na stronę prawą (N. 4); 2) niespokojne ruchy w kończynach (N. 11); 3) niespokojne ruchy w prawej kończynie dolnej (N. 14); 4) mruganie oczami (N. 20); 5) mrużenie oczu (N. 31); 6) niespokojne ruchy w kończynach (N. 36);

7) mruganie oczami (N. 49); 8) obrót ciała na lewo, mruganie oczami, tupanie prawą nogą, niespokojne ruchy w kończynach (N. 50); 9) obrót ciała na prawo (N. 53); 10) kołysanie się całym ciałem, niespokojne ruchy w kończynach górnych (N. 54); 11) zataczanie się całym tułowiem na stronę prawą (N. 67); 12) tupanie nogą prawą, niespokojne ruchy w prawej połowie ciała (N. 87).

Na podaną liczbę 89 przypadków jąkania, mieliśmy 3 przypadki mowy nosowej (N. 10, 69, 79) i 4 przypadki wymawiania wadliwego (N. 26, 48, 72, 76).

Leczenie czysto indywidualne, zastosowane do typu, postaci jąkania, oraz usposobienia psychicznego chorego, dało nam, zarówno jak w latach zeszłych, wyniki bardzo dobre. Z podanej liczby 89—leczyło się 19 osób, ze zgłaszających się z przeszłego i pozapeszłego roku 4, razem 23; z tych 18 osób ukończyło całe leczenie i wszyscy zostali wyleczeni, z wyjątkiem jednej, która doznała znakomitej poprawy.

Przypadek **trzepotania**, spostrzegany w roku bieżącym, dotyczył Feliksa M., 8 lat liczącego. Pochodzi on z rodziny, złożonej z dwojga dzieci prawidłowo mówiących. Jak to się zdarza zazwyczaj przy trzepotaniu, chłopak mówił zupełnie dobrze, gdy się oto starał, przy mowie zaś nieuważnej, z powodu zbyt szybkiego jej tempa, a co za tem idzie, opuszczania sylab, wyrazów i t. d., mowa była zupełnie niezrozumiała.

Przeglądając kazuistyczny materiał zboczeń mowy, wynoszący do lipca 1895 roku 411 przypadków, okazało się, iż większa część, gdyż 251, przypadła na jąkanie, reszta zaś rozłożyła się w sposób następujący: bełkotania oraz wymawiania wadliwego 74, niemoty 66, mowy nosowej 15, trzepotania 5 ¹²⁾. Najmniejszą stosunkowo kategorię stanowiła niemota u dorosłych (9 przypadków), oraz mowa nosowa, zależna od braków podniebienia twardego i miękiego (4 przypadki). Pierwsza przedstawia niezmiernie ciekawy materiał dla lekarza, zajmującego się zboczeniami mowy, tak pod względem możliwości oznaczenia, o ile ta lub owa postać przedstawia mniejszą lub większą nadzieję wyleczenia, jakoteż i rozpoznawania, ponieważ bardzo wiele wątpliwych objawów obrazu klinicznego niemoty da się jedynie wytłomaczyć analizą szczegółową dużej ilości spostrzeganych przypadków. Nie sędzę, aby mowa nosowa, zależna od braków podniebienia twardego i miękiego, była mniej częsta u nas, niż gdzieindziej. Być może, że powodem dotychczasowej obojętności w tym kierunku ze strony kolegów była bezskuteczność samego zabiegu chirurgicznego, bez jednoczesnego stosowania gimnastyki ortofonicznej. Dziś, kiedy setki tego rodzaju chorych leczą się w Niemczech z jaknajlepszym wynikiem, mniemam, że i u nas leczenie strasznego tego kalectwa winno być postawione na porządku dziennym. Na dwie te kategorie chorych ośmielam się zwrócić uwagę szanownych kolegów zarówno w interesie samych chorych, jakoteż postępów nauki naszej na polu zboczeń mowy ¹³⁾.

¹²⁾ Jeśli uwzględnimy przypadki, gdzie u jednego chorego mieliśmy dwie, a nawet czasem i trzy wady, to podane powyżej liczby zwiększą się w następujący sposób: jąkania 252, bełkotania oraz wymawiania wadliwego 90, mowy nosowej 30, niemoty 66.

¹³⁾ Praca niniejsza wygłoszona była w Tow. Lek. Warsz. na posiedzeniu z d. 15. X. 95.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

139. a) RUMPF. **O moczówce cukrowej.** Autor miał sposobność spostrzegać ciężki przypadek moczówki cukrowej, powikłanej przez śpiączkę cukrzycową, zakończony śmiercią; ze względu na pewne objawy kliniczne oraz na zmiany anatomiczne przypadek ten ma znaczenie dla dalszych badań nad przemianą materii przy tem, dotąd jeszcze tak mało wyjaśnionem cierpieniu.

17-letni chory RUMPF'a cierpiał na cukrzycę od lat trzech. W pierwszym roku swej choroby leczył się w szpitalu przez 6 miesięcy; pomimo odpowiedniej diety mięsnej cukier w moczu znajdował się stale w ilości 4,6%—6,1%. Po wypisaniu się ze szpitala chory czuł się przez 1½ roku względnie dobrze; przed rokiem dopiero zaczął chudnąć i tracić siły, dokuczał mu też ustawicznie głód i pragnienie. Skłoniło go to do zapisania się do szpitala. Po dwóch tygodniach pobytu w szpitalu ogólny stan chorego poprawił się nieco; nagle jednak wystąpiły wszystkie objawy charakterystyczne śpiączki cukrzycowej i po 3 dniach chory zakończył życie.

Przy badaniu pośmiertnem znaleziono wyraźne zboczenia jedynie w budowie nerek: w kanalikach prostych wiele wałeczków, przeważnie ziarnistych, w kanalikach krętych zaś zmiany w nabłonkach takie, jak przy nerce cholelarycznej. Przypisać należy, że rozpad jąder oraz zanik nabłonka wydzielającego wywołane zostały wskutek wydzielania trujących przetworów przemiany materii; dzięki ich działaniu szkodliwemu komórki nabłonka wydzielającego nagle przestają być czynne i ulegają przemianie wstecznej. Trzustka zmian żadnych nie przedstawiała; budowa jej pod drobnowidzem okazała się zupełnie prawidłową, ani śladu przerostu tkanki łącznej. Wiadomo, że MERING i MINKOWSKI wywoływali u psów cukrzycę przez wycięcie trzustki; naprowadziło to na myśl, iż moczówce cukrowej towarzyszyć muszą stale pewne zmiany w tym narządzie; dany przypadek stanowiłoby poglądomu temu przeczy.

Podczas pobytu swego w szpitalu chory wydzielił z moczem w ciągu 11 dni 2,830 grm. cukru. Ponieważ otrzymywał dziennie zaledwie 80 grm. węglowodanów, więc prawie 2,000 grm. cukru wydzielone zostały na koszt białka. Ilość moczu i zawartego w nim cukru w przeddzień wybuchu śpiączki cukrzycowej wyraźnie wzrosła; podczas pierwszego dnia śpiączki ilość moczu i cukru znacznie się zmniejszyła; drugiego dnia ilość moczu zmniejszyła się jeszcze, chociaż nie w tak znacznym stopniu, jak ilość zawartego w nim cukru.

HALLERVORDEN i STADELMANN przypisują ważne znaczenie ilości wydzielanego przy cukrzycy amoniaku. W danym przypadku po wybuchu śpiączki cukrzycowej ilość amoniaku spadła z 7,73 grm. do 4,56 i 1,51 grm. dziennie. Ilości NH_3 przed śpiączką cukrzycową były bardzo znaczne. U człowieka, ważącego 60—70 kilo, przy obfitem pożywieniu mięsnem ilość NH_3 w moczu rzadko przekracza 1,0 grm. na dobę. Chory RUMPF'a, który ważył zaledwie 36 kilo, wydzielił w ciągu dni 10—65,51 grm. amoniaku. Odjawszy od tego wysoko obliczoną ilość wydzielanego przez zdrowego człowieka w tym czasie amoniaku, np. 12 grm., otrzymamy utratę 54,51 grm. NH_3 czyli 44,9 grm. N w ciągu dni dziesięciu, ilość, odpowiadającą utracie 1⅓ kilo tkanki mięśniowej. Widać stąd, jak ważne znaczenie dla rozpoznania, rokowania i dyetyki przy cukrzycy posiada określanie wydzielanego amoniaku.

Pomimo wielokrotnego najdokładniejszego rozbioru moczu, nie wykryto w nim nigdy ani śladu kwasu oksymasłowego, natomiast najwyraźniejszą obecność kwasu mlecznego — ciek acetenu i kwasu octowego. MINKOWSKI i STADELMANN przypuszczają, że istnieje pewien związek między śpiączką cukrzycową i obecnością kwasu oksymasłowego w moczu; że śpiączka jest wynikiem zatrucia krwi nadmiarem obficie wytwarzającego się kwasu masłowego; dlatego też zalecają oni przy śpiączce cukrzycowej alkalia w dużych dawkach. Jakkolwiek pogląd ten na istotę śpiączki cukrzycowej ogólnie przyjęty nie został, to jednak nie spostrzegano dotąd ani jednego pewnego przypadku śpiączki cukrzycowej, w którym mocz byłby zupełnie od kwasu oksymasłowego wolny, jak to miało miejsce u chorego RUMPF'a. Kwas mleczny przy moczówce cukrowej znalazł raz tylko jeden STADELMANN

u chorego, który przyjmował po 4,5 grm. kwasu mlecznego na dobę, jako lekarstwo. Czy obecność kwasu mlecznego w przypadku RUMPF'a była tylko przypadkowa, czy też nie on jakie znaczenie dla pewnych postaci cukrzycy lub dla niektórych jej okresów, rozstrzygną dopiero badania dalsze. Można by przypuszczać, że obecność kwasu mlecznego zależała od upośledzonej przez moczówkę cukrową sprawy utleniania. Chcąc się o tem przekonać, podawał autor w innym równie ciężkim przypadku moczówki cukrowej po 5 grm. kwasu mlecznego w ciągu 2 dni; mocz nie zawierał jednak ani śladu kwasu mlecznego.

Określał też autor u opisywanego chorego według nowej metody własnej ilość lotnych kwasów tłuszczowych w moczu. Ilość ta była nadmiernie wielka, 10 razy większa od prawidłowej, pod koniec wzrastała ona stale, dosięgła swego *maximum* w ciągu pierwszego i drugiego dnia śpiączki i spadła bardzo znacznie w dzień śmierci chorego. Autor określał jeszcze w 6 innych przypadkach moczówki cukrowej ilość lotnych kwasów tłuszczowych; w jednym tylko lekkim przypadku była ona prawidłowa, w pozostałych 5 ciężkich była znacznie wzmożona, zarówno jak i ilość amoniaku.

Otrzymane wyniki każą przypuszczać, że w ciężkich postaciach moczówki cukrowej lotne kwasy tłuszczowe grają ważną rolę. Jakie jest ich znaczenie i wpływ na przebieg moczówki cukrowej, orzec trudno; niewątpliwe jest wszakże, że wzmożonemu ich tworzeniu się towarzyszy stale wzmożone wydzielanie amoniaku. Przez wprowadzenie do ustroju 3,0 grm. chloralamidu zdołał autor podnieść dzienną ilość wydzielanego przez zdrowego mężczyznę amoniaku do 3,35 grm. Twierdzenie MANCHOT, że wskutek użycia chloralamidu w 25% badanych przypadków występuje cukromocz, rzuca też pewne światło na stosunek lotnych kwasów tłuszczowych do moczówki cukrowej. Ciekawe jest także doświadczenie FRERICH'S'a: sadzał on żaby do 5% roztworu cukru gronowego i spostrzegał powiększanie się ilości glikogenu w wątrobie, jeśli do roztworu dodawał *natrum carbonicum*; zmniejszanie się zaś ilości tego ciała, jeśli do roztworu dodawał nieco kwasu octowego.

(Berl. klin. Wchschrft N. 31. 32. 1895).

S. P.

b) R. PAULUS. **Przyczynek do ilościowego określania zawartości cukru w moczu.** Nie mamy dotąd zgodnie przyjętej dla wszystkich lekarzy dostępnej metody ilościowego określania zawartości cukru w moczu. Metoda polaryzacyjna, dając najdokładniejsze wyniki, wymaga kosztownych przyrządów; metoda mianowania płynem FEHLING'a wymaga za wielkich zachodów, ażeby mogła być dostępna dla wszystkich lekarzy praktyków. Obliczanie ilości cukru na zasadzie zmian w ciężarze gatunkowym moczu przed i po fermentacji, wywoływanej przez drożdże, jest metodą nieściłą: wynik zależy od zmian ciepłoty, siły wzrostu drożdży i t.d.; wreszcie niema zgody co do tego, jaka zawartość procentowa cukru w moczu odpowiada zmniejszeniu się ciężaru właściwego tego ostatniego o 0,001: MANASSEIN podaje 0,219, WORM-MUELLER 0,430. W sacharymetrze FIEBIG'a (do określania ilości cukru na zasadzie ilości CO₂, wytworzonego przy fermentacji) skala wskazuje tylko pół-procenty, tak, że gdzie chodzi o dokładniejsze obliczenie (0,1% np.), jest bezużyteczna; wiele zależy tutaj od ciepłoty i jakości drożdży; zresztą wszystkie metody, oparte na fermentacji, wymagają całej doby do wykonania.

Autor zatem proponuje następującą łatwą i szybką w wykonaniu modyfikację metody FEHLING'a. W kolbę nalewa się 2 ctm. sz. świeżo przygotowanego ¹⁾ płynu FEHLING'a i 20 ctm. sz. wody, zagrzewa się do ciepłoty wrzenia, dolewa się kroplami badany mocz aż do zniknięcia błękitnego zabarwienia płynu; wtedy dodaje się jeszcze parę kropel moczu dla osadzenia całego tlenku miedzi. Ilość cukru określa się na zasadzie użytej ilości kropel moczu w sposób następujący: do zredukowania całej ilości soli tlenniku miedzi, zawartej w 2 ctm. sz. płynu FEHLING'a, potrzeba 0,01 cukru; 1 ctm. sz. moczu zawiera 20 kropel (jeżeli by pipeta dawała ich

¹⁾ Płyn FEHLING'a otrzymujemy w sposób następujący: 34,639 grm. czystego krystalicznego siarczanu miedzi rozpuszcza się w 200 ctm. sz. wody i rozcieńcza do 500 ctm. sz., 173 grm. soli SEIGNETTE'a rozpuszcza się w 350 ctm. sz. czystego lugu sodowego (NaHO) ciężaru właściwego 1,14 i rozcieńcza się do 500 ctm. sz.; oba płyny trzyma się w dobrze zakorkowanych naczyniach; zlewając razem równe ich części, otrzymujemy „świeżo przygotowany“ płyn FEHLING'a.

więcej albo mniej w 1 ctm., łatwo jest przez rozszerzenie lub wyciągnięcie jej końca doprowadzić ilość dawanych przez nią kropel do żądanej normy). Jeżeli zatem n kropel moczu osadziło 2 ctm. sz. płynu FÉHLING'a, to te n kropel moczu zawiera 0,01 cukru. Jeżeli więc n kropel moczu zawiera 0,01 cukru, to 1 ctm. sz. moczu czyli 20 kropel zawiera go $\frac{0,01 \times 20}{n}$, a 100 ctm. sz. moczu $\frac{20}{n}$ cukru. Poszukiwaną

zatem odsetkę zawartości cukru otrzymujemy, dzieląc 20 przez użytą ilość kropel moczu. Dla większej dokładności należy mocz rozcieńczyć wodą, szczególnie wobec zawartości cukru większej nad 2%; naturalnie otrzymany wynik należy wtedy pomnożyć przez mianownik rozcieńczenia.

(*Correspondenz-Blatt f. Schw Aerzte 1895 N. 15*). *Fr. Bellon.*

c) JACQUES MAYER. **Leczenie moczołki cukrowej.** Nie znając istoty tej choroby, musimy dotychczas w leczeniu jej posiłkować się empiryą. Różne metody powinny się tu wzajem uzupełniać, gdyż żadna sama przez się nie wystarcza. A chodzi tu, jak obecnie wiadomo, nie o samo zmniejszenie ilości wydzielanego z moczem cukru, gdyż ilość ta nie jest bynajmniej w prostym stosunku do ciężkości przypadku i zatem nie daje dostatecznego punktu oparcia dla rokowania. Oprócz cukru w moczu, trzeba walczyć z całym szeregiem objawów klinicznych i powikłań, zależnych od niewiadomych ogólno-konstytucyjnych warunków i indywidualności danego osobnika. Jedni znoszą z łatwością to, co innym, znajdującym się czasem w temże samem niemal położeniu, bezwarunkowo szkodzi. Dlatego też przy leczeniu *diabetes mell.* konieczne jest przede wszystkim możliwie dokładne zaznajomienie się z ogólną konstytucją chorego i ze stanem wszystkich poszczególnych narządów wraz z ich czynnościami, przyczem trzeba się starać o wyjaśnienie etyologii we wszelkich kierunkach. Jednem z głównych bowiem naszych zadań powinno być leczenie zapobiegawcze, przeprowadzone wraz z dyetetyką, obok innych sposobów leczenia, przezornie i konsekwentnie od początku aż do końca choroby. Polega ono na usuwaniu wszystkiego, co według doświadczenia pogarsza chorobę, a więc wszelkich wstrząśnięć psychicznych, szczególnie śledzenia samemu za rozwojem własnej choroby, dalej różnych powikłań ze strony narządów trawienia lub krążenia i t. d. Ponieważ sama przemiana materii jest tu nieprawidłowa, więc główną rolę musi w związku z powyższem grać leczenie dyetetyczne, polegające na odpowiedniem unormowaniu całego trybu życia do najdrobniejszych szczegółów. Co się tyczy środków odżywczych, to wogóle wszyscy się zgadzają na możliwe ograniczenie dowozu wodoru węgla. Zupełnie, a nawet choćby przeważnie mięsna dyeta, słuszną z teoretycznego punktu widzenia, staje się coraz bardziej dyskredytowaną w praktyce. Liczne przypadki wywołanej lub przyspieszonej przez nią śpiączki, przeróżnych zaburzeń w trawieniu, wreszcie białkomoczu i pojawiania się innych nieprawidłowych składników w moczu zdają się przepowiadać wyłącznemu stosowaniu owej metody rychły upadek.

Byłoby pożądanem, zdaniem autora, jaknajwiększą część pożywienia mięsnego zastąpić przez równoważną pod względem termodynamicznym ilość tłuszczu, ponieważ, jak wiadomo, równoważnik taki da się obliczyć i zastosować. Przytem, rozumie się, trzeba brać pod uwagę okres choroby i możliwe powikłania. A więc głównem pożywieniem dyabetyków powinno być masło i mleko, dalej ser, smalec gęsi i jaja. Prócz tego nieznaczne ilości wodoru węgla i alkoholu muszą być również uwzględnione, ale od czasu do czasu stosownie do odporności ustroju i rozwoju choroby trzeba zalecać ścisłą azotowo-tłuszczową dyetę. Jako metody pomocnicze przy profilaktyce i dyetetyce poleca autor przede wszystkim wodolecznictwo i gimnastykę celem wzmocnienia ogólnych sił oraz spotęgowania energii w przemianie materii; następnie balneoterapię, a przede wszystkim kurację karlsbadzką. Stwierdzono w nielicznych przypadkach, że w czasie i po używaniu kuracji karlsbadzkiej i wogóle źródeł alkaliczno-siarczanych, chorzy łatwiej znoszą wodany węgiel. Jednakże przy zbyt późnej fazie moczołki cukrowej lub niebezpiecznych powikłaniach nie należy spodziewać się tak dodatnich wyników leczenia powyższego, którego punkt ciężkości polega nie na mniej lub więcej zupełnem usunięciu cukru z moczu, lecz na podniesieniu sprawności w chorobliwie zmienionych czynnościach narządów i wzmocnieniu całej konstytucji chorego. Zapomocą metod tych możemy zwalczać nie tylko samą moczołkę cukrową, lecz, ściśle indywidualizując przy wyborze środków, wszystkie te choroby, które, zdaje się, pozostają z nią w pewnym związku genetycznym.

Nakoniec poleca autor w zbytnio posuniętych przypadkach stosować kompensacyjną terapię LEYDEN'a. Polega ona na wzmożonem odżywianiu dla przeciwdziałania szybkiemu chudnięciu i upadkowi sił, o ile przewód pokarmowy zadaniu sprosta; ten ostatni jednak, mimo wszelkich ostrożności, często zawodzi; lecz nawet w takich razach można jeszcze wywrzeć wpływ dodatni łagodnem leczeniem karlsbadzkim w połączeniu z starannym doбором odpowiedniego pożywienia.

(*Prager med. Wochenschr.* N. 36. 1895).

J. Piotrowski.

140. J. R. COMTE (z Genewy). **Chirurgiczne leczenie wrzodu okrągłego żołądka.** Wrzód okrągły żołądka, mimo bardzo nawet łagodnego narazie przebiegu, może w każdej chwili zupełnie niespodziewanie spowodować następstwa bardzo groźne dla życia chorego: obfity krwotok, przedziurawienie żołądka. Z tego powodu niektórzy chirurgowie, jak DOYEN, proponowali operacye, jako leczenie zapobiegające tym ewentualnościom, kładąc nacisk i na to że po wrzodzie okrągłym często rozwija się rak żołądka. Autor nie uważa jednak takich zapobiegawczych operacyi za usprawiedliwione z powodu, że wspomniane ciężkie powikłania wrzodu nie są znowu tak częste (według BRINTON'a: przedziurawienie w 13%, krwotok śmiertelny w 3%), a zalecona przez DOYEN'a gastroenterostomia daje znaczną, bo do 26% odsetkę śmiertelności, nie mówiąc już o zabiegu prof. RYDYGIERA—trudnym i niezawsze wykonalnym. Jako istotne wskazanie do postępowania operacyjnego autor uważa zwykle objawy wrzodu okrągłego żołądka, o ile są one wzmożone do tego stopnia, że zagrażają życiu chorego, a więc: 1) bardzo mocne i uporczywe bóle (rzadko), 2) nie ustępujące środkiem wewnętrznym częste wymioty, mocno wyniszczające chorego, 3) obfite albo częste krwotoki żołądkowe, 4) nakoniec bardzo długotrwały przebieg cierpienia, mocno wyniszczający chorego, szczególnie, jeżeli ten ostatni nie może się leczyć porządnie. Pomiedzy zabiegami chirurgicznymi w leczeniu wrzodu okrągłego żołądka, autor zastanawia się najpierw nad operacją radykalną czyli resekcją wrzodu, której dokonał pierwszy RYDYGIER w r. 1881 z wynikiem dobrym. Autor przytacza 17 przypadków resekcyi wrzodu żołądka, dokonanych przez różnych chirurgów, z 6-ciu zejściami śmiertelnymi; w 5-ciu przypadkach klinicznie rozpoznano rak żołądka, dopiero operacya wykazała pomyłkę. Autor nie zaleca jednak operacyi tej ze względu na dość znaczną śmiertelność, mozolność operacyi, trudnej do wytrzymania dla mocno wycieńczonych chorych, obecność częstą kilku wrzodów naraz, ich duże rozmiary, często niedostępne położenie, częstą obecność zrostów i zajęcia narządów sąsiednich. Resekcyja więc wrzodu da się wykonać tylko w przypadkach niezbyt wielkich wrzodów ściany przedniej lub krzywizny małej żołądka, jeżeli sprawa nie przeszła jeszcze na narządy sąsiednie, a chory nie jest jeszcze zbyt wycieńczony; warunki takie jednak spotykają się rzadko w przypadkach operacyjnych wrzodu. W r. b. DOYEN ogłosił pracę, w której na podstawie 21 pomyślnych przypadków dowodzi, że gastroenterostomia, wykonana w ciężkich przypadkach wrzodu żołądka, stale sprowadza wyleczenie lub conajmniej znaczną poprawę, twierdząc, że nieogojeniu się wrzodu i jego szerzeniu się wglęb i wszcz sprzyja przedewszystkiem rozszerzenie żołądka, które rozwija się w obecności wrzodu nawet w razie umiejscowienia się jego nie w okolicy odźwiernika. Autor przytacza 12 przypadków gastroenterostomii, dokonanych przy wrzodzie żołądka, z których 11 zakończyło się pomyślnie: wszystkie objawy wrzodu, jak bóle, wymioty, krwawienia—znikały, chorzy znakomicie zyskiwali na wadze; niekiedy jednak należało się jeszcze uciekać do leczenia następczego, np. przemywań żołądka. Ze względu więc na małą śmiertelność (choć odsetka tejże przy gastroenterostomii, wykonywanej z innych powodów, dochodzi do 26%), dobre wyniki i łatwość operacyi, autor uważa ją za godną polecenia. W kilku przypadkach wrzodu, w części już zabliźnionego, było wykonane rozszerzenie odźwiernika palcem według LORÉTY, albo operacya pyloro-plastyczna HEINEKE-MIKULICZA; zabiegi te jednak często są trudne i nie chronią od nawrotów zwężenia odźwiernika, względnie rozszerzenia żołądka.

Bardzo obfite krwotoki i przedziurawienie żołądka uważa autor wprost za powikłania wrzodu okrągłego. Lekkie ale częste krwotoki ustępują same przez się po gastroenterostomii; w razie obfitego krwotoku należy albo według KUESTER'a przypalić powierzchnię wrzodu termokauterem, albo według ROUX wyciąć wrzód i oba końce krwawiącej tętnicy podwiązać; można także zadowolnić się samem tylko przewiązaniem obu końców tętnicy. Autor wspomina o możebności obfitych krwoto-

ków z przeżartej tętnicy śledzionowej i radzi w takich razach podwiązać ją, jakkolwiek jest to zabieg trudny z powodu zrostów. Nie wszystkie zresztą groźne krwotoki żołądka zależą od obecności wrzodu.

Przedziurawienie żołądka powstaje najczęściej na przodowej jego ścianie skutkiem utrudnionego tutaj tworzenia się zrostów i wywołuje zapalenie otrzewnej rozlane lub ograniczone (*abscessus subphrenicus*). Jako swoiste objawy zapalenia otrzewnej, powstałego skutkiem przedziurawienia żołądka, podają: nieobecność wymiotów (niestałe), bóle w okolicy żołądka na początku cierpienia, wzmożone napięcie ścian brzusznych (nie ważne), zniknięcie stłumienia w okolicach wątroby i śledziony (niestałe); tylko rozpatrzenie całego obrazu klinicznego wraz z wywiadami daje możliwość rozpoznania przedziurawienia. Przypadki samodzielnego wyleczenia rozlanego zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu są bardzo rzadkie (żołądek pusty w chwili przedziurawienia); operacja daje 20% wyleczeń, a dawałaby znacznie więcej, gdyby do niej przystępowano jaknajwcześniej. W oczekiwaniu operacji należy choremu zalecić zupełny spokój, łód na brzuch, morfinę pod skórę, powstrzymać się od podawania czegokolwiek przez usta. Do narkotyzacji ze względu na grożącą zapaść stosowniejszy jest eter. Sama operacja polega na odszukaniu i zaszyciu przedziurawienia i oczyszczeniu otrzewnej z wylanej zawartości żołądka. Szukamy miejsca przedziurawienia przede wszystkim na przodowej ścianie żołądka, potem na górnej jego powierzchni, odsuwając ręką wątrobę i przeponę do góry. Jeżeliby jednak przedziurawienie odszukać się nie dało lub potrzeboby było w tym celu porozrywać utworzone już zrosty, albo też brzegi przedziurawienia byłyby trudne do zeszywania dla swej kruchości, to lepiej, żeby nie przedłużać zbytnio operacji, zostawić je bez zeszywania, zakładając tylko grube sączki, owinięte w gazę jodoformową. Ważniejszym jest dobre oczyszczenie jamy otrzewnej wyjałowionymi tamponami i wodą przegotowaną: daje ono tem lepsze wyniki, im operacja jest wcześniejsza, t. j. wtedy, kiedy uda się nam uprzedzić rozwinięcie się zapalenia otrzewnej.

Drugim następstwem przedziurawienia żołądka jest ropień podprzeponowy, mający wielką skłonność do szerzenia się w stronę narządów klatki piersiowej. Cierpienie to, pozostawione samo sobie, prawie zawsze prowadzi do zejścia śmiertelnego. Autor potępia opróżnianie ropnia przez przekłucie, jako metodę nieskuteczną i niebezpieczną, i gorąco poleca jaknajwcześniejsze otworzenie go przez nadbrzusze lub podżebrze, wycięcie żebra, a nawet przez przeponę, po uprzednim przyszyciu jej do brzegów rany, zrobionej w klatce piersiowej. Przytacza 23 przypadki operacyjne, z których 11 pomyślnem zejściem się zakończyło.

Semaine médicale 1895 N. 46 47).

Fr. Bellon.

Z V-go zjazdu niemieckiego towarzystwa dermatologicznego.

podał A. Kozerski.

(Dokończenie — Zob. N. 43).

Touton na dowód, że metodą przestankową można nie tylko leczyć, ale i zupełnie wyleczyć przymiot, przytacza znany mu przypadek, dotyczący 25-letniego mężczyzny, który w roku 1889 zaraził się. Zaraz po ukazaniu się stwardnienia zastosowano mu wstrzykiwania. W marcu 1890, t. j. zaraz po skończeniu wstrzykiwań wystąpiła różyczka, po ukazaniu się której znowu zastosowano 5 wstrzykiwań. Od tego czasu Touton leczył go podług metody Fournier'a; powroty dawały się spostrzegać co rok. Ostatnie objawy spostrzegał w roku 1894; znikły one także po 26 wcieraniach. W roku 1895 zjawił się chory u T. z typowym stwardnieniem, po którym nastąpił obrzęk gruczołów pachwinowych, a po pewnym czasie różyczka, — jednym słowem mówca miał przed sobą rzadki przypadek reinfekcji, a więc i wyleczenia pierwszego zakażenia. Touton wogóle przemawia za metodą Fournier'a. Przyznaje, że chorym, stosującym wcierania podczas obecności objawów, zwykle przybywa na wadze, ubywa zaś, jeżeli wcierają, nie mając objawów. Ubytek ten wagi, jednak nie im nie szkodzi. Ze swych spostrzeżeń T. może potwierdzić fakt, że z objawami trzeciorzędnymi po większej części przychodzą do lekarza chorzy, którzy albo wcale nie przechodzili leczenia swoistego lub bardzo niedostateczne. Że objawy trzeciorzędne mogą być zaraźliwe, dowodzi fakt następujący: syfilityk w cztery lata po zarażeniu się żeni się. Żona

zachodzi w ciążę, podczas której występują objawy przymiotu; rodzi płód zmacerowany. U męża lekarz stwierdza guz w jądrze.

HEXHEIMER z Frankfurtu oponuje przeciwko twierdzeniu, jakoby przetwory jodowe nie miały wpływu na wczesne objawy przymiotu. Zna przypadki, w których przerosłe lepieżę płaskie zginęły przy używaniu wyłącznie tylko jodku potasu. W innych 6-iu przypadkach doprowadził do zaniku jodkiem potasu także lepieżę, które nie ustąpiły po 28 wcieraniach.

MRACEK z Wiednia zapytuje, co robią zwolennicy FOURNIER'a, kiedy po ostatniej frykcyi, stosowanej podczas nieobecności objawów, występują objawy, wymagające znowu leczenia? Z pewnością nie wpływa to dodatnio na zaufanie chorego względem lekarza. Dlatego trzeba zawsze z leczeniem czekać na objawy i wtedy leczyć rtęcią. Tylko rtęć jest w stanie wyleczyć z przymiotu. Zna dwa przypadki pewnej reinfekcji, lecz nie zna ani jednego przykładu wyleczenia samostannego — bez leczenia.

KAPOSI energicznie protestuje przeciwko ścisłemu odgraniczaniu objawów „drugorzędnych“ od „trzeciorzędnych“, o jakich ciągle mowa. Powinno się raz zarzucić te wyrażenia. Przymiot nie występuje pod dwiema różnemi jakimiś postaciami. Tylko tyle jest prawdą, że im objawy są bliższe czasu zarażenia się, tem występują powierzchowniej, t. j. tylko na skórze lub błonach śluzowych, tem większe zajmują powierzchnie i tem są zaraźliwsze. Im później zaś występują, tem głębsze wywołują zmiany, chwytając się i mięszu narządów wewnętrznych, tem więcej skupiają się na niewielu miejscach i tem mniej są zaraźliwe. Co do leczenia, znane są zasady, jakich się trzyma KAPOSI. Leczyć rtęcią trzeba tylko wtedy, kiedy są objawy. Lecz jeżeli nie leczymy w zasadzie chorych, nie mających objawów, to jednak niektóre okoliczności wyjątkowe trzeba uwzględniać. Tak np. znany osobiście staremu HEBRZE lekarz, który nigdy nie spostrzegł u siebie objawów przymiotu, ożenił się. Żona rodzi mu jedno za drugim martwe dzieci. Lekarz jednak, uważając siebie za zupełnie zdrowego, nie chce uleść radzie HEBRY, nie poddaje się leczeniu swoistemu. Znowu następuje poród—płód martwy. Dopiero po całym szeregu takich porodów poddaje się leczeniu wcieraniami. Następuje znowu ciąża. Przychodzi na świat dziecko żywe. Widzimy więc, że i Ferdynand HEBRA odstępował od zasady, ale tylko wówczas, kiedy miał słuszne ku temu powody. I my porzucimy stare zasady, jeżeli nam inna metoda da lepsze wyniki, czem jednak nie może się poszczycić metoda FOURNIER'a. Dlaczego więc mamy ją przyjmować? Dlaczego męczyć ustawicznem leczeniem człowieka, który nie ma wcale objawów? Czy go przez to zabezpieczymy od powrotów? Czy damy mu zapewnienie, że przebieg choroby stanie się łagodniejszym? A skoro nie, to dlaczego lata całe trzymać go w kuracyi,—chyba, żeby uczynić go psychopatą. Tych chorych, którzy lata całe odwiedzają chętnie ambulatoryum NEISSER'a, poddając się bez szemrania długotrwałemu leczeniu, KAPOSI uważa już za psychopatów, Gorzej jeszcze wpływa leczenie t. zw. zapobiegawcze. Wywołuje ono znacznie wcześniejsze występowanie objawów późnych. Co do przetworów jodowych, działają one niewątpliwie i na wczesne objawy przymiotu, tylko nie tak pewnie i doraźnie, jak rtęć.

Następnie JUSTUS z Pesztu rzucał na ekran krzywe, wyrażające wpływ wstrzykiwań przetworów rtęciowych na ilość hemoglobiny we krwi. Wszystkie krzywe wykazują zgodnie, że po każdym z pierwszych wstrzykiwań, podjętych podczas obecności objawów przymiotu, ilość hemoglobiny znacznie się zmniejsza. Następne wstrzykiwania nie okazują tego wpływu. Czas w którym powyższy wpływ wstrzykiwań ustawał, odpowiadał okresowi znikania objawów. Chcąc wyjaśnić sposób, w jaki się fakt ten odbywa, mówca badał surowicę krwi, wziętą z żyły odległej od miejsca zastrzyknięcia, niedługo po jego dokonaniu. Surowica była mocno czerwono zabarwiona, czerwone zaś ciałka krwi, jak to można było widzieć na okazanych preparatach, traciły prawidłowe swe kształty, a także swe zabarwienie. Mówca tłumaczy fakty powyższe w ten sposób, że czerwone ciałka krwi w okresie trwania wykwitów słabiej są związane z zawartą w nich hemoglobina, co się wyraża przez łatwe jej pozbywanie się pod wpływem wstrzykiwań rtęciowych. W miarę jednak, jak ustrój wchodzi w okres zdrowienia, czerwone ciałka krwi napowrót odzyskują utracone własności silniejszego krępowania hemoglobiny. Ilość hemoglobiny u ludzi zdrowych pod wpływem wstrzykiwań nie ulegała żadnym zmianom.

SCHWIMMER okazywał podobizny zmian chorobowych języka, z których niejedna mogłaby przy powierzchownem badaniu być wziętą za objaw przymiotu. Zbiór ten zawierał: *erythema* i *herpes linguae*, *gumma l.*, *pemphigus*, *argyrosis l.* (po miejscowem tylko stosowaniu saletrzanu srebra), *tuberculosis linguae*, *glossitis mercurialis* i inne. Odczyt ten zamknął dział, dotyczący kwestyi przymiotu.

Z odczytów, dotyczących innych chorób wenerycznych notujemy następujące:

FINGER zdawał sprawę z przypadku rzeżączki, powikłanej zapaleniem gruczołu krokowego (*prostatitis follicularis*), następnie *arthritis gonorrhoeica* i *endocarditis gonorrhoeica*, zakończony śmiercią i badaniem pośmiertnem. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono *endocarditis ulcerosa*.

Na preparatach, okazywanych podczas wykładu, stwierdzić można, że gdzie gonokoki spotykają ciała ropne, tam dostają się do ich wnętrza; gdzie zaś dostają się do jamy pustej, rozwijają się jak czyste hodowle, w której można spostrzegać je w najrozmaitszej wielkości; dalej nigdy nie spostrzega się ich złączonych w łańcuszki, tylko w rzędy, jak to ma miejsce między komórkami nabłonkowymi. W gruczole krokowym znaleziono ropień, obfitujący w gonokoki, otoczony resztkami ścian gruczołu, a więc *pseudoabscessus* w znaczeniu, wprowadzonym przez JADASSOHN'a

BUSCHKE z Wrocławia zdaje sprawę ze swych doświadczeń i badań nad patogenizacją wrzodu miękiego i dymienicy wenerycznych. Szczepienia ropy szankra miękiego i innych wydzielin doprowadziły go do wniosku, że przeważnej ilości wrzodów miękich przyczyną jest lasecznik, wykryty przez DUCREY'a, KREFTING'a i UNNE, i te tylko wrzody dają się przeszczepiać do wielu generacji. Mała część wrzodów, podobnych do powyższych, może mieć za przyczynę zwykle bakterie ropotwórcze. I te wrzody mogą przeszczepić się z jednego osobnika na drugi podczas spółkowania, mają jednak mało zdolności do rozszerzania się, często goją się samodzielnie i z przeszczepianych już wczesne ich generacje tracą zdolność dalszego przeszczepiania się. Natomiast nigdy nie udało się mówcy wywołać typowego wrzodu miękiego, zaszczipiając prawidłową wydzielinę pochwową lub wydzielinę przy *fluor albus*. Wycinając gruczoły pachwinowe w stanie obrzęku, uprzedzając jednak ich rozpad ropny, nie znalazł w nich nigdy paciorkowców. Zwykle znajdują się w ich wyżej wspomniane laseczki swoiste, których obecność nie jest dowodem, że dymienica musi dojść do rozpadu ropnego lub zmienić się w wielki wrzód weneryczny. Owszem, gruczoł taki może zropieć i zagoić się, jak dymienica zwykła, lub powrócić do stanu prawidłowego bez ropienia.

Odczyty z zakresu dermatologii skupiły się w dniu 25 b. m. Rozpoczął je odczyt PETERSEN'a o *trichorrhæxis nodosa*. Mówca twierdzi, że choroba ta włosów jest wcale nierzadką, wbrew dotychczasowemu ogólnemu przekonaniu. (Polega ona na tem, że włos, zresztą prawidłowy, pęcznieje w ograniczonych miejscach, naśladując nieraz nawleczone nań bardzo drobne paciorki, lub jeszcze prędzej, symulując t. zw. gnidy. Drobne te miejsca napęczniałe, jak się okazuje pod drobnowidzem, składają się z włókienek, na które włos rozstrzępia się w podłużnym kierunku, które, odstając jedne od drugich, tworzą wrzecionowate zgrubienia. Taki włos, silniej pociągnięty, rozrywa się w środku zgrubienia, mając na rozerwanych końcach dwa ku sobie zwrócone pendzelki. Koniec takiego rozerwanego włosa wygląda jak po przypaleniu. Przyp. ref.). PETERSEN znajdował zmiany te bardzo często na końcach włosów, szczególnie takich, które dawno nie były przycinane, a więc we włosach głowy u kobiet. Szczepienia niezawsze dozwalały wyhodować drobnoustroje. Przypuszcza też P., że jakkolwiek drobnoustroje bywają przyczyną *trichorrhæxis nodosae*, to jednak może ona powstać i bez ich udziału, jako zmiana troficzna końca włosa. Mówca w krótkości przebiegł literaturę tej sprawy. Przedstawił także zbiór włosów, w rozmaitym stopniu uległych rozstrzępieniu.

SPIEGLER z Wiednia także zajmował się szczegółowiej omawianą sprawą, spostrzeganie jednak i doświadczenia doprowadziły go do wniosków innych od tych, jakie wygłosił mówca poprzedni. Zgadza się wprawdzie z PETERSEN'em, że *trichorrhæxis nodosa* nie należy do rzadko spotykanych chorób włosów, lecz w Wiedniu zdarza się ona najczęściej u mężczyzn (S. spotkał w swej praktyce tylko dwa przypadki, dotyczące kobiet) w wąsach i brodzie, rzadko we włosach głowy u kobiet, wcale nie we włosach głowy u mężczyzn. We wszystkich badanych przypadkach mówca znalazł laseczka, którego udało mu się wielokrotnie otrzymać w hodowli czystej. W tym celu zanurzał włosy na czas dłuższy w alkoholu absolutnym. W przeważającej liczbie przypadków z tak przygotowanych włosów otrzymał czystą hodowlę laseczka, posiadającego wszystkie te same cechy, jakie HODARA stwierdził dla laseczka *trichorrhæxis nodosae* uwłosienia głowy kobiet konstantynopolitańskich. Na zasadzie tej SPIEGLER uznaje znalezionego przez siebie laseczka za identycznego z laseczkiem HODARA'y. Szczepienia hodowli czystych na zdrowe włosy wywoływały typowy obraz *trichorrhæxis nodosae*. Obok wyżej opisanego, znajdują się we włosach i inne drobnoustroje, jak gronkowce i jakiś lasecznik, wydzielający barwnik czerwony. Jednak czyste ich hodowle nie są w stanie wywołać omawianego obrazu klinicznego. Zestawiając fakty powyższe, SPIEGLER wnosi, że *trichorrhæxis nodosa* nie może w żadnym przypadku być uważana za zmianę troficzną; zawsze powstaje ona wskutek zarażenia włosa przez swojego laseczka, którego można znaleźć stale. Ze zdarzają się jednak przypadki, bardzo rzadkie zresztą, w których nie udaje się otrzymać hodowli czystej, pochodzi to stąd, że alkoholowi absolutnemu, mającemu służyć do zabicia innych drobnoustrojów, mogą czasem uleść i laseczki swoiste.

PFEIL pyta, jakie leczenie okazało się najskuteczniejsze? Z własnego doświadczenia uważa 2%-ową maść pyrogallusową za względnie najodpowiedniejszą.

SPIEGLER dodaje, że *bacillus trichorrhæxis nodosae* znajduje się nie tylko w napęczniałych miejscach włosa, lecz że można go znaleźć wzdłuż całego włosa, nie wyłączając jego części, leżącej pod powierzchnią skóry. Można go znaleźć także i wśród komórek w *epidermis*. Dlatego za

jedynie racjonalne leczenie uważa długotrwałe systematyczne wrywanie włosów, połączone z nacieraniem chorych miejsc środkami przeciwnilnymi.

NEISSER spotykał często przypadki *trichorrhæxis nodosæ* włosów i brody.

JADASSOHN zna przypadek, dotyczący młodej dziewczyny, u której pęk włosów odlał się w odległości kilku centymetrów od powierzchni skóry.

PETERSEN obstaje przy swem twierdzeniu, że nie wszystkie przypadki są pochodzenia pasorzytniczego.

BARLOW rzuca pytanie, czy jest rzeczą pewną, że *trichorrhæxis nodosa* brody i włosów jest identyczna z *trichorrhæxis nodosa* włosów głowy.

FINGER zwraca uwagę na szczegół, mogący nieraz symulować *trichorrhæxin nodosam*. Mianowicie przy czesaniu gęstych włosów tworzą się często drobne prawdziwe supełki, które łatwo mogą stać się przyczyną fałszywego rozpoznania. Lupa w tych razach łatwo wyprowadza z błędu.

Następnie JADASSOHN mówił w sprawie zaraźliwości kurzajek (*verrucae duræ planæ et papillomatosæ*). Jak wiadomo, KAPOSI stanowczo przeczy, jakoby kurzajki były zaraźliwe. W odpowiedzi na to JADASSOHN wszczepiał kawałki brodawek pod powierzchowne warstwy naskórka grzbietu ręki u siebie i jednego z kolegów wrocławskich. Uczestnicy zjazdu mieli sposobność oglądać grupy kurzajek, jakie u obydwóch wrocławskich kolegów powstały na i wokoło miejsca zaszczepienia. Dowodzi to, że kurzajki nie tylko mnożą się u tego samego osobnika drogą samozakażenia, lecz że są przeszczepialne z jednego osobnika na drugi.

JARISCH okazywał na preparatach t. zw. psorospermie w przypadku „choroby DARIER’a”, barwione metodą Van Gieson’a. Uważa je za zwyrodniałe jądra komórek nabłonkowych, które nabrały własności acidofilowych. Kolorowana podobizna chorego dopełniała wykładu.

NEISSER w sprawie t. zw. *eczema mercuriale* sądzi, że w ogromnej większości przypadków pryszczycza po zewnętrznem zastosowaniu rtęci występuje nie wskutek działania rtęci, lecz że nadmiar kwasów tłuszczowych, zawartych w maści, lub terpentyna i inne drażniące domieszki wywołują podrażnienie skóry w postaci różyczki, pęcherzyków lub łuszczących się czerwonych powierzchni. Na myśl tę naprowadza spostrzeżenie, że pryszczycza występuje bardzo rzadko przy zwykłych nacieraniach szaruchy w szpitalach. Natomiast widzimy ją często u chorych, którzy stosowali maści rtęciowe w celu wygubienia *pediculi pubis*. Maści te bywają rozmaitego składu i często nie pierwszej świeżości.

JADASSOHN badał drogą doświadczeń sprawę *exanthemata e medicamentis*. Między innymi spostrzegał, że chorzy, nie znoszący najmniejszej ilości jodoformu na powierzchni skóry, znoszą go jak najlepiej na ranie lub w jamie operowanej dymienicy, jeżeli się tylko uważa, ażeby ani jeden pyłek nie padł na powierzchnię skóry. Nie można widzieć drażniącego skórę czynnika w jodzie, który jodoform zawiera, bo chorzy tacy często znoszą jodol, jodynę i inne przetwory jodowe.

NEISSER twierdzi, że można nabyć idyosynkrazję. Bywa także, że chory znosi małe dawki środka, gdy po większych występują objawy zatrucia.

FINGER’a jeden chory reagował na pierwsze zastrzyknięcie przetworu rtęci obszernem *erythema*, które po drugiem zastrzyknięciu wystąpiło w znacznie mniejszym stopniu, po trzeciem w jeszcze mniejszym, a po następnych nie wystąpiło wcale.

VEIEL z Cannstatt poleca airol jako środek, mogący zastąpić jodoform. Składa się on z bizmutu, kwasu gallusowego i jodu. Mogą go znosić i ci, którzy mają idyosynkrazję do jodoformu.

TOUTON pokazywał fotografię chorego na „*neurodermitis circumscripta chronica*” wraz z preparatami mikroskopowymi wykwitów. Wzdłuż stopy chorego i wewnętrznej części przedudzia ciągnie się sznur twardych guziczków ze strupkami na wierzchołkach. Czy guziczki te nie powstały wskutek dawno powtarzanego drapania, mówca nie umie powiedzieć. W każdym razie jest charakterystyczne, że guziki te wystąpiły tylko w jednej długiej linii.

NEUMANN przedstawiał kolorowany odlew (*moulage*) części tułowia chorego z dotychczas nieopisaną sprawą pasorzytniczą skóry. Na przestrzeni mniej więcej 7 cali kwadratowych wśród zresztą normalnej skóry, widać rysunek podobny do tego, jakiby powstał, gdyby kilka, a może i więcej łoci szpagatu zmiać w garści i rzucić na stół, pozwalając mu się samodzielnie ułożyć. Rysunek ten tworzy w danym razie wałeczkiowate wygórowanie powierzchniowych, jak się zdaje, warstw skóry, przebiegające w najrozmaitszych kierunkach jedną, często krzyżującą się ze sobą linią. Z jednego końca wałeczek, szerokości drewnianego drutu, ma zabarwienie jasno-brunatne i jest pokryty drobną łuską. Idąc dalej, nabiera coraz żywszego koloru różowego. Mówcy udało się wyjąć z naskórka kleszczyka (*Milbe*), którego jednak nie udało się ściśle określić. Owad ten, drążąc sobie korytarz w naskórku, jest w stanie miesiącami przebywać w skórze, znacząc swą

drogę nazewnątrż, zrazu różowym, później brunatnawym wałeczkiem.

PETERSEN widział także podobny przypadek, nie umiał go sobie jednak wytłomaczyć.

Następnie WÄLSCH z Pragi, okazywał obfity zbiór czystych hodowli pasorzytów *mycosis tonsurans*, jak również preparaty mikroskopowe, przedstawiające *sporae* i *mycelia* wewnątrz włosów, wśród komórek naskórka, w ropniu wśród ciałek ropnych i wewnątrz gruczołów łojowych.

JARISCH przedstawił następujące przypadki: 1) *hydra vacciniiforme* u dorosłego mężczyzny z rzadko spotykanem umiejscowieniem: na brzegu muszli usznej; 2) mężczyznę w podeszłym wieku z wielu mięśniakami (*myomata*) skóry twarzy; 3) przypadek *cystomata acuta multiplicia faciei* u praczki w średnim wieku. Po forsowniejszej pracy występuje na twarzy grupa czarnawo przeświecających pęcherzy wielkości dużego łepka szpilki, które po jakimś czasie giną; 4) przypadek, którego rozpoznanie pozostało w zawieszeniu, dotyczący młodego człowieka, u którego nos i końcowe falangi wszystkich palców u rąk były ciemno-sino-czerwono zabarwione, obrzękłe, naciekle. Rozpoznanie wahało się między *lupus pernio* a dziwnie umiejscowionymi *sarcomata cutis*. Przypadek ten nie był jeszcze badany drobnowidzowo.

Co do przypadku Nr 3, ROSENTHAL spostrzegał kilka analogicznych. *Cystomata* te tworzą się prawdopodobnie wskutek wzmózonej transpiracji. W jednym przypadku pęcherzyki miały zawartość krwawą. W innym istniała jednocześnie *hyperhidrosis*.

VEIEL widział podobny obraz jednocześnie z *miliaria cristallina*. Za przyczynę uważa wilgotne gorące powietrze.

ELSCHNIG okazał przypadek *haemangioendothelioma tuberosum multiplex* wraz z preparatami drobnowidzowymi.

SCHÄFFER z Wrocławia okazywał: 1) liczne hodowle gonokoków na podłożach przez siebie zmodyfikowanych; 2) stosunek wzajemny gonokoków do niektórych drobnoustrojów chorobotwórczych na miejscach, w których hodowle ich spotykają się ze sobą; wreszcie 3) preparaty ropy, zawierającej gonokoki, barwione nową metodą, podaną przez mówcę. Przepis postępowania metodą tą brzmi jak następuje: 1) cienko pokryte wydzieliną i przeprowadzone przez płomień szkiełko pokrywkowe barwić 5—10 sekund fuksyną karbolową (fuksyny 0,1 + *alcoholi* 20,0 + 5% wody karbolowej ad 200,0); 2) opłukać wodą; 3) barwić w mieszaninie etylen-diaminu z błękitem metylowym (5 kropel 10%-ego błękitu metylowego do 10 ctm. szść. 1% etylen-diaminu) tak długo (+ 30 — 40 sekund), dopóki czerwony preparat nie zacznie nabierać niebieskawego odcienia; 4) obmyć w wodzie, wysuszyć i t. d.). W tak barwionych preparatach protoplazma ciałek ropnych jest zabarwiona na błado-czerwono, jądra na błado-niebiesko, gonokoki zaś mają barwę nasyconego granatową (ciemno-niebieską). Zabarwienie gonokoków tak bardzo odbija siłą od białych kolorów innych szczegółów preparatu, że z łatwością można je dojrzeć i na jądrach komórek i w głębi preparatu.

Kończąc notatki niniejsze, śpieszę dodać, że nie mają one na celu zastąpić urzędowego sprawozdania ze zjazdu, jakie się niebawem ukaze. Uważam je raczej za niezupełny skorowidz tego ostatniego, za notatkę, może niezupełnie dokładną, zwracającą jednak uwagę czytelnika na to, co może znaleźć w sprawozdaniu obszernem.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= W № 40 „Wracza“ czytamy: „Mówiąc o ograniczonych środkach, jakimi rozporządza uniwersytet jurjewski, korespondent“ Nowawo Wriemieni“ pozwolili sobie na stanowczy fałsz względem byłego wydziału medycznego tegoż uniwersytetu (mówimy tu o wydziale lekarskim, którego działalność znamy zblizka). Podług słów korespondenta ci, którzy kończyli wydział w b. uniwersytecie dorpacim, byli gorzej przygotowani od wychowalców uniwersytetów czysto ruskich, „co“, jak mówi korespondent w dalszym ciągu, „nie przeszkadzało jednak wszechnicy dorpackiej wypuszczać rokrocznie 60—70 doktorów medycyny i rozdawać niemało in-

nych stopni naukowych, ażeby zapewnić mieszkańcom prowincyi nadbałtyckich nawet z małemi wiadomościami, wygodne przebycie służbowej i naukowej karyery“. „Nie było wcale łatwiej otrzymać stopień doktora medycyny w Dorpacie, aniżeli w innych uniwersytetach rosyjskich. Rozprawy zaś dorpacskie na stopień doktora medycyny cieszyły się zagranicą zasłużonem uznaniem. Nie dorpaczanie także byli winni, że w innych russkich uniwersytetach studenci nie mogli korzystać z istniejącego wówczas prawa, mocą którego każdy, kończący studia lekarskie, mógł zdawać odrazu na stopień doktora medycyny. Niemiecy profesoro-

wie nie uważali się za uprawnionych samowolę jednostki przeciwstawiać prawu. Tymczasem w innych uniwersytetach i w akademii wystarczało, ażeby 1—2 profesorów nie życzyło sobie, ażeby studenci zdawali od razu na stopień doktora medycyny,—i prawo ich, zagwarantowane ustawą, zamieniło się w fikcję. Wydział lekarski jurjewskiego uniwersytetu aż do czasów reformy, pomimo niewielkiej liczby profesorów, stał wysoko w oczach całej Europy i mógł wylegitymować się długim szeregiem sławnych nazwisk. Należy życzyć zreformowanemu, już ruskiemu jurjewskiemu wydziałowi lekarskiemu, ażeby mógł z czasem wykazać tyleż sławnych imion. Obchodzi nas gorąco przekształcenie jurjewskiego uniwersytetu na czysto ruski, lecz żałujemy jednocześnie, że nasze ministerium oświaty nie poszło za przykładem niemieckiego, które, przemieniając uniwersytet w Strassburgu na niemiecki, wydelegowało doń najwybitniejszych przedstawicieli niemieckiej nauki i nie skąpiło środków na kliniki, pracownie i t. d.⁴.

= De RENZI czynił badania nad wpływem różnych środków na przebieg gruźlicy. Jak się przekonał, *acid. phenosuccinicum*, *phenosuccinum*, *iodo-phenosuccinum*, *nuclein-kreosotol*, *haemoglobinum Nardi*, *aqua oxygenisata*, arsen nie wywierają żadnego wpływu pomyślnego. Wreszcie badał wpływ światła elektrycznego, otrzymywanego z lampy o sile 50 wolt i napięciu 30—40 MA. Działanie ciepła znosiło się za pomocą wentylatorów. Posiedzenie trwało 13—15 minut. Na skórze zjawiało się zaczerwienienie, które znikало po kilku minutach. U wszystkich chorych zauważono obniżenie ciepłoty i zmniejszenie ilości laseczników. Jednakże wyraźnych zmian w stanie ogólnym i miejscowym nie zauważono. (Therapeut. Wochenschr. 1895. № 34). W. M.

= Prof. HOBDAJ potwiera wpływ kokainy na wydzielanie się mleka, co zauważono poprzednio we Francji. Suce, u której działalność gruczołów mlecznych była w pełnej sile, smarowano gruczoły roztworem *cocain*, *hydrochlor*. (0,3 na 30,0 wody i 15,0 gliceryny). W ciągu 3 dni wydzielanie mleka znacznie się zmniejszyło, a jeszcze po 2 dniach zupełnie ustało. (The Lancet 31 sierpnia). W. M.

= Niektórzy lekarze przypisują zmniejszenie się śmiertelności w błonicy przyczynie naturalnej, nie zaś seroterapii. Powołują się oni na to, że śmiertelność z odry również znacznie się zmniejszyła. Lecz porównanie odsetek zejść śmiertelnych z jednej i drugiej choroby względnie do ogólnej liczby przypadków tych chorób, dowodzi jasno, jak to stwierdził prof. RICHET, że zmniejszenie się śmiertelności dla błonicy jest bardzo wyraźne i znacznie mniejsze niż dla odry. Odpowiednie cyfry, wzięte ze szpitali dla dzieci

w Paryżu, tak się przedstawiają: a) Co do odry: w 1893 r. 1563 przypadki, zejść śmiertelnych 15,4%; w 1894 r. 1775 przypadków, zejść śmiertelnych 17,9%; w ciągu 7 pierwszych miesięcy 1895 r. 715 przypadków, zejść śmiertelnych 12%. b) Co do błonicy: w 1893 r. i 2 pierwszych miesiącach 1894 r. 2591 przypadków, zejść śmiertelnych 45%; od marca do września 1894 r. 1325 przypadków i 41% zejść śmiertelnych; wreszcie od września 1894 r. do lipca 1895 r. 2014 przypadków i tylko 16% zejść śmiertelnych. Porównanie to przedstawia uderzające dowody wpływu seroterapii na obniżenie śmiertelności w błonicy. (Lyon medical IX 29. 95). W. M.

= DENNIG z Tübingen podkreśla ujemne uboczne działania karmienia gruczołem tarczowym: u siebie samego stwierdził białkomoc i cukromoc. Białko było w niewielkiej ilości i wkrótce po zaprzestaniu wprowadzania do ustroju gruczołu tarczowego znikło. Cukromoc zaś trwał znacznie dłużej. (Münchener medicin. Wochenschr. 23 kwietnia).

= D-r LUCIANI zaleca ichtyol w praktyce ocznej. Autor stosował 1—3% roztwory ichtyolu w wodzie wyjałowionej i 1—10% maści w przewlekłych nieżytach łącznicy, w cierpieniach rzęs, w cierpieniach oczu, zależnych od zółz, i wyniki leczenia wypadły nader pomyślne. (Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 6 lipca). L. K.

= STRAUS w klinice RIEGEL'a spostrzegał trzykrotnie żółtaczkę nieżytową po stosowaniu wewnętrznym laktofeniny. Chorzy ci w ciągu 9—14—21 dni brali 4 dawki tego środka po 1.0. Doświadczenia ze środkiem tym, na zwierzętach wykonane, wywołały silne przekrwienie żołądka i dwunastnicy z nadżarciami. (Therap. Monatsh. 1895. 9). Kł.

= BLANC stosuje kreozot w czopkach *per anum*. Dawka wynosi 0.05 2 razy dziennie. Już po kilku minutach chorzy czują smak kreozotu w ustach. Kł.

= ALBERS spostrzegał niewątpliwy przypadek zarażenia się przymiotem skutkiem ukąszenia w palec. Rana była dość powierzchowna; pierwsze powiększyły się gruczoły pachowe. Przy tej sposobności LEWIN zwraca uwagę, że w palcach istnieją dwójakiego rodzaju naczynia chłonne: powierzchowne, które łączą się z gruczołami pachowymi, i głębokie, które przechodzą w gruczoły łokciowe. (Berlin. klin. Wochenschrift. 19 sier. 1895). L. K.

= LAUBINGER zachwala gorąco wstrzykiwania podskórne *chinini bimuriatici* w krztuscu. Środek ten znakomicie rozpuszcza się w wodzie i stosuje się 2 razy dziennie w ilości tyłu decygramów, ile chory ma lat. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1895). Kł.

Wiadomości bieżące.

— Pilne sprawy higieniczne. Taki tytuł nosi książka dra J. TCHÓRZNICKIEGO, dla szerokich kół przeznaczona, w której autor porusza szereg spraw higienicznych donioślejszego znaczenia. Z 14 poruszonych spraw na szczególniejsze wyróżnienie zasługują: higiena świątyń, o rzezi i rzeźniach, sanitarny stan pociągów, handel starzyzną, wreszcie dyfteryt i kwarentanny. Praca dra T. nie jest kompilacyjną, lecz opiera się na poszukiwaniach własnych, zawiera szereg danych osobiście zebranych. Autor dotarł do gruntu każdej z przytoczonych spraw, której stan dokładnie przedstawia, podając wskazówki higieniczne, zarówno na naukowych danych oparte, jak i na polu doświadczeń stwierdzone. Lubo książka jest pisana dla ogółu, może jednak zainteresować lekarzy, którzy winni na nią zwrócić uwagę swego otoczenia; cel bowiem podobnych publikacji dopiero wtedy może być osiągnięty, gdy one będą czytane przez możebnie znaczną liczbę osób. Że pośrednictwo lekarzy może skutecznie podziałać w tym względzie, rzeczą jest jasną.

— Nowy zakład leczniczy. W ubiegłą sobotę otworzony został przy ulicy Brackiej pod N. 19 w Warszawie nowy zakład leczniczy, przeznaczony do leczenia chorych z cierpieniami krtani, gardła i nosa, dra Z. DMOCHOWSKIEGO, zaopatrzony we wszelkie narzędzia i pomoce w celach operacyjnych. W nowym zakładzie chorzy operowani mogą się pomieszczać i na stałe, zakład bowiem rozporządza 20-ma łóżkami, koncesją rządową objętymi. Dla chorych uległych błonicy, zapewniono oddzielne pomieszczenie, ściśle od całości izolowane.

— W skutek rozporządzenia włoskiego ministerium marynarki, we wszystkich rządowych warsztatach, będących pod zarządem tegoż ministerium, ustanowiono dzień pracy 8-mio godzinny. Ośmiogodzinny dzień pracy poprzednio już został postanowiony we wszystkich rządowych warsztatach i fabrykach Anglii.

— Kol. Leon BABIŃSKI mianowany został ordynatorem szpitala Ewangelickiego w Warszawie.

— Dyrektorem instytutu PASTEUR'a został DUCLAUX, wicedyrektorem Roux.

— Na miejsce zmarłego w Berlinie prof. BARDELEBEN'a powołany został prof. KÖNIG z Getyngi, autor wybornego podręcznika chirurgii ogólnej i szczegółowej, znany z badań swych nad grzlicą kości i stawów.

— W publikacji p. t. „Le Centenaire de l'Ecole Normale 1795—1895, DUCLAUX opisuje, w jak ciężkich i trudnych warunkach zmuszony był PASTEUR pracować nad swojemi znakomitemi badaniami o chorobie jedwabników i o drobnoustrojach piwa i wina. Część doświadczeń dokonana była w małej mieścinie w jakiejś dawniejszej karczynie. Wszelkie przyrządy trzeba było myć w rzeczce, gdyż wody na miejscu nie było; przyrządy same nieraz poprawiał, a nawet i wykonywał miejscowy kowal. Wszystkie te braki jednak i przeszkody pozwoliły, pomimo to, znakomitemu badaczowi otrzymać tak wspaniałe wyniki.

— W Anglii w swoim czasie wydane były bardzo surowe przepisy, co do wypuszczania psów na ulicę bez kagańców, w ostatnich jednak czasach przepisy te nie były ściśle wypełniane, jakkolwiek wykonywanie ich bynajmniej nie przynosi tyle przykrości psom, jak wielu dotąd mniema. Otóż pokazało się, że wskutek wypuszczania psów bez kagańców, ilość pokąsań przez psy wściekłe znacznie się wzmożła.

— W Londynie w tych czasach znacznie wychodzić pismo dla osób, zajmujących się pielęgnowaniem chorych, p. t. „Nursing World and Hospital Record“. Spodziewana ilość prenumeratorów wynosi 30,000.

— Niedawno we Francji d-r ARNAUD de LANGLARD i żona jego odebrali sobie życie, aby nie mrzeć z głodu. Z tego powodu „Le Concours Médical“ robi uwagę, że lekarzom francuskim (czy tylko francuskim?) grozi krach, przyczyny którego po części szukać należy w znacznych postępach, jakie w ostatnich czasach zrobiła medycyna, co powoduje znaczne skrócenie czasu leczenia chorych. Dla przykładu gazeta wyżej wzmiankowana przytoczyła czas leczenia chirurgicznego teraz i dawniej, kiedy rany goiły się znacznie dłużej, oraz leczenie błonicy zapomocą surowicy. Iune przyczyny przybliżającego się krachu gazeta widzi w nadmiarze kończących nauki lekarskie, w nadmiarze, nie odpowiadającym zwiększaniu się ludności, a także w tworzeniu się stowarzyszeń wzajemnej pomocy, które korzystają z porad lekarskich po bajecznie niższej cenie. Le Concours Médical na to zło grożące podaje rady następujące: 1) należy państwu uwolnić lekarzy od podatków za prawo zajmowania się praktyką; 2) zaznajamiać rodziców z istotnem położeniem lekarzy; wtedy, być może, mniejsza ilość młodych ludzi poświęcałaby się medycynie.