

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Ś. p. Stanisław Kondratowicz. — Pochodzenie i znaczenie eozynofilii tkanek i krwi, opisał d-r St. Klejn. (Ciąg dalszy). — Uwagi o rozpoznawaniu klinicznym nerwic urazowych oraz ich udawania (symulacji). Podał A. Tumpowski (Łódź). (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 178. O stosowaniu surowicy przeciwyfusowej przy poszukiwaniu i stwierdzaniu łasieczników Ebert'a. 179. Kilka uwag o zinnicach baglennych złośliwych. 180. O prześwietlaniu żołądka. 181. Wpływ wody (szprudla) Neuenahr na trawienie żołądkowe. 182. Badanie chemiczne diety cukrzycowej. 183. O kąpielach kinetoterapeutycznych. 184. Światłoterapia (Lichttherapie) Finsen'a. 185. Opukiwanie szczytów płucnych. 186. Zropienie gruczołów pachwinowych z powodu rzeżączki. 187. O szczepieniu i wzroście włosów na łysinach po parchu. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc październik r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.**

„Medycyna”
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) † St. Kondratowicz. 2) D-r St. Klejn — Sur l'origine et la signification de l'éosinophilie des tissus et du sang. 3) D-r A. Tumpowski — Sur le diagnostic des neuroses traumatiques et leur simulation.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Kr.k.-Przedm. 7.

„Medycyna”
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) † St. Kondratowicz. 2) D-r St. Klejn — Herkunft und Bedeutung der Eosinophilie der Gewebe und des Blutes. 3) D-r A. Tumpowski — Ueber die klinische Diagnose der traumatischen Neurosen und ihre Simulation.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Ś. P.

STANISŁAW KONDRATOWICZ

Miłość prawdy, uczciwość w przekonaniach i w sposobie walczenia o byt, posunięta do pedantyzmu ścisłość w pełnieniu przyjętych obowiązków, oto podstawowe cechy charakteru zmarłego 25 z. m. przedwcześnie ś. p. Stanisława KONDRATOWICZA.

Jeżeli dodamy niezwykłą trzeźwość sądu, szerokość poglądów i potężną logikę, to otrzymamy moralny portret tej dodatniej i wysoce sympatycznej postaci człowieka-lekarza, jaką był ś. p. KONDRATOWICZ, i zrozumimy łatwo, dlaczego skon jego wywołał ogólny, a szczerzy żal grona kolegów i społeczeństwa, któremu wiernie służył.

Już od wczesnej młodości ś. p. KONDRATOWICZ przedstawiał się, jako umysł pełen rozważli, spokoju i zamilowania do pracy. Nauki przyrodnicze zajmowały go już od dzieciństwa najwięcej.

Ukończywszy wczesnie, bo w 17 roku życia, gimnazjum, ś. p. Stanisław KONDRATOWICZ zapisał się do grona słuchaczy wydziału medycznego b. Szkoły Głównej. Nie tracąc czasu, wydział ten ukończył zmarły w 1872 roku, poczem, wybierając jako specjalność położnictwo i choroby kobiece, wstąpił do kliniki prof. W. TYRCHOWSKIEGO. Mianowany tam wkrótce ordynatorem, ś. p. KONDRATOWICZ nie sprzeniewierzył się już raz obranemu zawodowi, spełniając sumiennie raz przyjęte na siebie obowiązki względem społeczeństwa, pomny zawsze, że pracą i cnotą tylko służyć mu można pożytecznie.

Czas pobytu ś. p. KONDRATOWICZA w klinice odpowiadał erze przewrotu, jaki dokonywał się w sposobie pojmowania nauk lekarskich. Zrywano wówczas ze średniowieczną rutyną i pleśnią, stosować poczynano nowe metody badania, reformowano całe leczenie.

Zasobny umysł ś. p. Stanisława KONDRATOWICZA nie pozostał obojętnym na reformy, wstrząsające całym ówczesnym światem lekarskim. Choć pośrednio i w skromnej, do początkujących sił zastosowanej formie, zapragnął on wziąć czynny udział w kielkującym dopiero naszym piśmiennictwie lekarskim, streszczając w pozostającej pod redakcją prof. GIRSZTOWTA „Gazecie Lekarskiej“ prace autorów zagranicznych.

Tak między innemi podał obszernie sprawozdanie z trzeciego międzynarodowego kongresu lekarskiego w Wiedniu, ogłoszone w powyższym piśmie w latach 1873—1874. Z innych pomniejszych prac klinicznych ś. p. KONDRATOWICZA na szczególniejszą uwagę zasługują „Uwagi o cięciu cesarskiem, według sposobu PORRO dokonanem“. Praca ta, ogłoszona z okazji cesarskiego cięcia, dokonanego w klinice 1880 r., i poparta statystyką, z 41 przypadków złożoną, wykazała wyższość operacji PORRO nad zachowawczem cięciem cesarskiem wywołując ożywioną dyskusję w Towarzystwie Lekarskim. Nie poprzestając na pracach, z materiału klinicznego czerpanych, ś. p. KONDRATOWICZ nie zaniedbywał badań czysto teoretycznych, pozostawiając nam w spuściźnie dwie prace natury czysto laboratoryjnej: „O badaniu chemicznem zawartości torbieli jajników“ z pracowni L. NENCKIEGO i napisaną pod przewodnictwem prof. HOYERA, którego zmarły był ulubionym i wysoce cenionym uczniem, pracę: „Przyczynek do histologii macicy ciężarnej“. Ta ostatnia stanowi najcenniejszy dobytek naukowy jaki pozostawił nam ś. p. KONDRATOWICZ. Do dziś nie straciły badania te nic ze swej wartości i dla najnowszych badaczy pozostają klasycznymi. Praca odznacza się ścisłością, pomimo, że przy pierwotnych wówczas przyrządach ś. p. KONDRATOWICZ przewycięzać musiał wielkie techniczne trudności. Wybrnąwszy z nich zwycięsko, pracę tę przedstawił ś. p. KONDRATOWICZ jako rozprawę inauguracyjną, otrzymując w 1875 r. stopień doktora medycyny.

Te świetne początki rokować się zdawały zmarłemu najpiękniejszą przyszłość naukową i mogły być pierwszymi stopniami do wyższej kariery naukowej.

Z powodu przyczyn ogólniejszej natury, od ś. p. KONDRATOWICZA zupełnie niezależnych, nadzieje te okazały się płonnymi, a ś. p. KONDRATOWICZ poprzestać musiał na skromnem, choć użytecznem stanowisku lekarza praktyka i ordynatora Przytułku położniczego, którą to ostatnią godność z właściwą sobie sumiennością i miłością bliźniego piastował od chwili założenia Przytułków do końca życia.

Łatwo było przewidzieć, że te zajęcia nie wystarczają czynnej i energicznej naturze ś. p. KONDRATOWICZA. Ale nie długo otwarło się przed nim pole do szer-

szej działalności. W gronie młodych a dzielnych kolegów ś. p. KONDRATOWICZ nabył „Gazetę Lekarską“, rozpoczynając nową a pożyteczną działalność. Wybrano go wydawcą tego pisma, i przez lat 18 zmarły stał wiernie na powierzonym mu przez towarzyszyów stanowisku, jako wytrwały stróż wspólnego dobra.

Miłośnik i znawca naszej mowy ś. p. KONDRATOWICZ przeważnie sam prowadził korektę, przestrzegając czystości języka w Gazecie i w dziełach, przez redakcyę pisma tego wydawanych. Równie dodatnią i użyteczną była działalność zmarłego, jako członka Towarzystwa Lekarskiego.

Przyjęty w jego poczet w 1876 r. ś. p. KONDRATOWICZ należał do najczynniejszych jego członków, zawsze na posterunku kiedy chodziło o zasady ogólniejszego znaczenia lub o dobro Towarzystwa. Trzeźwy rozsądek i konsekwencya, szybkość oryentowania się w zawilych sytuacjach i wielka jędrność słowa czyniły ś. p. KONDRATOWICZA niebezpiecznym przeciwnikiem w dyskusjach, w których zabierał głos. Surowy i bezwzględny dla siebie, nie łatwo przebaczał innym, kiedy chodziło o dobrą sprawę; nie szczędząc satyry, stawał zawsze nieugięty po stronie prawdy, nie zważając na poboczne względy i osobisty interes. Często miewał niechętnych, lecz czczony i szanowany był ogólnie.

Towarzystwo dowiodło tego jasno, stawiając go na straży swych interesów, jako podskarbiego. Od obowiązków publicznych nie uchylał się ś. p. KONDRATOWICZ nigdy, biorąc je na barki w imię zasady, że dobry obywatel do ogółu należy, i urząd podskarbiego sprawował z ściągi benedyktyńską skrupulatnością i ładem właściwym mu wszędzie, gdzie chodziło o wdowi grosz ogółu.

Wspomnienie, jakie pozostawił po sobie ś. p. KONDRATOWICZ wśród ogółu kolegów, będzie mu najlepszym i trwałym pomnikiem, ale zastąpić tego dzielnego człowieka i lekarza nie będzie łatwo.

St. Zaborowski.

POCHODZENIE I ZNACZENIE EOZYNOFILII TKANEK I KRWI

opisał

D-r STANISŁAW KLEJN

ordynator szpitala Starozakonných.

(Ciąg dalszy —Zob. Nr. 46).

Zobaczmy teraz, jak pogodzić można spostrzeżenia powyższe i wnioski, ztąd wyprowadzone, z faktami znanymi dotychczas, a dotyczącymi eozynofilii, wogóle.

Już wkrótce po zjawieniu się prac EHRlich'a i jego uczniów o ziarnistości eozynofilowej zaczęły się ukazywać prace dowodzące, iż komórki te napotykać się dają nie tylko we krwi białaczkowej, ale i w innych stanach chorobowych. Jednocześnie przekonano się również, że komórki te znaleźć można mniej lub więcej stale w niektórych wysiękach i tkankach chorobowo zmienionych, przyczem we krwi znajdowano wtedy eozynofilię. Wreszcie spostrzeżenia nad eozynofilią rozciągnięto i na tkanki prawidłowe i tu ją również znaleziono.

Wobec różnorodności spraw i tkanek, w których można napotykać zwiększenie komórek eozynofilowych, ugrupowanie całego materiału faktycznego

pod względem nozologicznym napotyka na niezwalczone trudności. Sądzę jednakże, że następująca klasyfikacja, nie roszcząca sobie pretensyi do dokładności i ścisłości, ale mająca na względzie cele czysto praktyczne, ułatwi nam w pewnym stopniu rozejrzenie się w materiale faktycznym interesującej nas sprawy i pozwoli postawić go w odpowiedniem świetle.

W chwili obecnej rozróżniać należy:

1) Stany w których znajduje się eozynofilia wyłącznie krwi.

2) Stany, w których jednocześnie z eozynofilią krwi znajdujemy w tkankach i wydzielinach ustroju również sporo eozynofilowych leukocytów.

3) Stany, w których eozynofilii krwi nie ma lub nie szukano, w których natomiast znajduje się ona w tkankach chorobowo zmienionych.

Jeszcze raz powtarzam, iż jestto podział sztuczny i tymczasowy, gdyż, jak zobaczymy później, wiele danych przemawia za tem, że i w pierwszej grupie przypadków znajdują się zapewne ogniska w tkankach, zawierające sporą ilość komórek eozynofilowych; podobnież, choć odwrotnie, rzecz się ma z przypadkami 3 grupy. Prócz tego należy jeszcze pamiętać o tem, że u dzieci, już w warunkach, o ile się zdaje, prawidłowych, występuje dość często eozynofilia krwi, a i niektóre tkanki również prawidłowe zawierają u osób zdrowych sporo komórek eozynofilowych.

Do grupy pierwszej należą następujące cierpienia i stany chorobowe: białaczka szpikowa, *helminthiasis*, pellagra, przymiot, okres zdrowienia po niektórych chorobach zakaźnych (zapalenie płuc włóknikowe, gościec stawowy, zimnica i t. d.), szkarlatyna, zapalenie nerek poszkarlatynowe, okres miesiączkowania, okres spadku gorączki po zastrzyknięciu tuberkuliny, okres karmienia piersią, głodzenie, guzy śledziony i niektóre nowotwory złośliwe, rozmiękczenie kości, cierpienia wątroby, niektóre przypadki małokrwistości i nerwic czynnościowych, szkorbut, wole, obrzęk śluzowy, choroba ADDISON'a i t. d.

Do grupy drugiej zaliczyć należy następujące cierpienia: rozmaitego rodzaju wysypki skórne, jak: *lymphodermia perniciosa*, *dermatitis herpetiformis*, wyprysk, pęcherzyca, łuszczyca, rybia łuska, świerzbiączka, trąd, dalej *trichinosis*, *asthma bronchiale*, *pleuritis* i *peritonitis haemorrhagica* i t. d.

Trzecia grupa obejmuje takie stany, jak: *lymphoma malignum*, raki macicy, polipy nosa i ucha, wytwory zapalne w rozmaitych stanach chorobowych, a więc: plwocina w rozedmie płuc, w niektórych przypadkach zapalenia oskrzeli, w gruźlicy, osad moczu w zapaleniu nerek, ropa rzeżączkowa i często ropa wogóle, śluz nosowy i błona śluzowa nosa w nieżycie, plwocina w infarkcie płucnym i tkanka płucna naokoło infarktu, zawartość pęcherzy powstałych wskutek zastosowania przyszydeł i t. d.

W warunkach prawidłowych znaleziono najsamprzód mnóstwo komórek eozynofilowych w szpiku kostnym, w błonie śluzowej kiszek, w gruczołach chłonnych, w grasicy, w błonie śluzowej narządu oddechowego, w gruczole mlecznym, w śledzionie i t. d.

W spisie powyższym wymieniłem cierpienia przebiegające z eozynofilią, bez względu na częstość jej występowania i bez względu na jej natężenie w każdym poszczególnym przypadku. Być może, iż w spisie tym są pewne braki,

niema to jednak, jak zobaczymy, ze względu na ostateczny wynik naszych rozumowań, wielkiego znaczenia.

Z powodów, które w toku rzeczy staną się jasne, uwzględnię w rozbiórze poniższym te tylko stany, w których eozynofilia jest wybitna i stała. Tu tylko z góry nadmienię, iż w przypadkach, gdzie eozynofilia jest nie wybitna, albo też wybitna, a nie stała, tam na jej powstawanie wpływać także mogą czynniki czysto fizyologiczne albo wpływy czysto przypadkowe, z tego też powodu takie cierpienia do objaśnienia jakiej bądź nawet teorii się nie nadają.

Jeżeli rozejrzeć się w szeregu powyżej wymienionych przypadków chorobowych, przekonać się można, że w niektórych z nich warunki, towarzyszące eozynofilii są analogiczne warunkom, jakieśmy zanotowali w omówionych wyżej 3 przypadkach cierpienia opłucny, w innych zaś, aczkolwiek warunków tych nie skonstatowano, to jednak obecność ich już z samej natury sprawy chorobowej jest więcej niż prawdopodobna.

Najwidoczniej analogia ta występuje w 2 i 3 grupie; tu mamy do czynienia przeważnie ze stanami zapalnymi często dość silnego natężenia. Wiadomo, iż zapaleniu, oprócz nacieczenia leukocytami, zawsze towarzyszy znaczny przyływ krwi i rozszerzenie naczyń krwionośnych, przepełnienie ich krwią, następstwem czego bywa domieszka do wysięku krwi wskutek pęknięcia tych naczyń. Jeżeli wysięk ten, surowiczy lub ropny, tworzy zbiorowisko płynu wśród tkanek albo na ich powierzchni, wtedy zawiera on bardzo często krew mniej lub więcej zmienioną, a wskutek tego i często rozpuszczoną i zmienioną hemoglobinę. To samo, rozumie się, znaleźć możemy, jeżeli zapalenie nie doprowadziło do utworzenia się wysięku płynnego — znajdziemy wtedy w tkance zapalnej oprócz leukocytów krążki czerwone, rozpad ich i prawdopodobnie wylugowaną hemoglobinę. Słowem mamy tu wszystkie dane konieczne według nas do powstawania eozynofilii, dane, jakieśmy znaleźli w przypadkach zapalenia krwotocznego opłucny. W ten sposób powstają zapewne komórki eozynofilowe w ropie, w wysiękach i tkankach uległych zapaleniu (wysypki skórne i t. d.). Tu, w myśl naszkicowanej powyżej teorii, komórki te zawdzięczają swoje istnienie krążkom krwi czerwonym, wchłoniętym przez obecne tu leukocyty, albo też hemoglobinie.

Co się tyczy innych spraw chorobowych, nie podpadających pod kategorię zapaleń, to i tu objaśnienie nasze może znaleźć zastosowanie, przy bliższem bowiem rozpatrzeniu się w istocie tych spraw, możemy dojść do przekonania, iż w wielu z nich bardzo prawdopodobnie mamy również do czynienia ze sprawą zapalną, a więc z prawdopodobnymi wylewami. Do takich cierpień zaliczyłbym szkarlatynę, w której zmiany zapalne w skórze niewątpliwie istnieją, dalej raki, limfomaty i wogóle nowotwory, w których zawsze znajdujemy nacieczenie drobnokomórkowe, a więc sprawę zapalną.

W innych natomiast sprawach, w których o zapaleniu mowy być nie może, istnieją inne warunki, powodujące obecność tam krążków czerwonych. Tak np. w nowotworach, oprócz powyższych zmian, mamy do czynienia z tkanką, nie posiadającą własności tkanki prawidłowej, unaczynienie tu jest nieprawidłowe, mało celowe, same naczynia nie posiadają sprężystości i trwałości zdrowych naczyń.

Z tych to powodów naczynia te łatwiej przepuszczają *per diapedesin* krążki czerwone, a nawet często same pękają — stąd częsta obecność wylewów krwawych w nowotworach, które same albo razem z zapaleniem powodują eozynofilię nowotworu. W ten sposób sprawa odbywa się zarówno w bogato unaczynionych polipach, jak i w mniej unaczynionych rakach, mięsakach i gruczolakach.

W innych znów sprawach z góry wiemy, iż mamy do czynienia z wylewami krwawymi. Do takich spraw zaliczyć należy np. astmę, zapalenie płuc, zapalenie nerek, szkorbut i t. d. Choroba BASEDOWA i wole również należą do spraw z miejscowymi zaburzeniami w krążeniu; samo wole bogato unaczynione jest tu prawdopodobnie punktem wyjścia. W niektórych przypadkach rozpad krwi odbywa się albo w samych naczyniach, zdarza się to w zimnicy, gdzie po napadzie rozwija się stale wybitna eozynofilia krwi, albo też w tkankach, jak np. przy miesiączce, sprawie *par excellence* krwotocznej. Podobnie rzecz się prawdopodobnie odbywa w małokrwistości, zarówno samoistnej, jak wtórnej, zależnej od tasiemców i innych robaków, niekoniecznie wywołujących małokrwistość, a bardzo często eozynofilię.

Co się tyczy obecności komórek eozynofilowych w tkankach prawidłowych, to przedewszystkiem musimy uwzględnić szpik kostny kości krótkich i nasad, zawierający, jak wiadomo, mnóstwo leukocytów eozynofilowych, które, zdaniem większości badaczy, mają być źródłem eozynofilii krwi w rozmaitych stanach chorobowych. Otóż zauważyć należy, że leukocyty te znacznie się różnią od leukocytów eozynofilowych, jakie widzimy w omawianych przez nas dotychczas sprawach. Leukocyty eozynofilowe szpiku kostnego należą do kategorii myelocytów, są więc przeważnie jednojądrowe i znacznie większe od leukocytów eozynofilowych krwi, które mają zwykle po kilka jąder albo też jedno rozszczerpione. Jądro to pod względem zawartości chromatyny również znacznie się różni od tego ostatniego. Sądzę, że obecność tych komórek w szpiku w wysokim stopniu zdolna jest poprzeć naszą teorię pochodzenia ziarnistości eozynofilowej z krążków czerwonych. Wszak szpik kostny jest ogniskiem, gdzie sprawa rozpadu i regeneracji krwi stale się odbywa, tu materiału, zawierającego żelazo, nie brak, tu wreszcie mamy w najidealniejszym połączeniu masy krążków czerwonych i niezliczone mnóstwo leukocytów. Nic też dziwnego, że tu wytwarza się najobszerniejsze ognisko leukocytów eozynofilowych w ustroju, leukocytów, znajdujących się w najrozmaitszych okresach rozwoju, tu wreszcie, być może, w przypadkach eozynofilii wracają i osadzają się leukocyty eozynofilowe krwi. Leukocyty szpikowe w wyjątkowych tylko warunkach przechodzą do krwi, i to w niewielkiej zawsze ilości. Jedyne wyjątek stanowi białaczka szpikowa, gdzie leukocytów tych znajdujemy obrzymią ilość. Ta rzadkość występowania myelocytów eozynofilowych we krwi i odrębna ich postać przemawiają, zdaniem naszym, za tem, że leukocyty eozynofilowe, zjawiające się we krwi w rozmaitych stanach chorobowych, nie pochodzą ze szpiku kostnego. Widocznie, iż myelocyty eozynofilowe trwale się usadowiły w szpiku, służąc pewnym bliżej nieznanym nam celom; być może, iż przyjmują one pewien udział w regeneracji krwi, co ze względu na nasze pojęcie o ziarnistości eozynofilowej nie byłoby dziwne.

Inaczej rzecz się ma z leukocytami eozynofilowymi w innych tkankach zdrowych. Komórki te są tu w zupełności podobne do leukocytów eozynofilowych krwi, a obecność ich łatwo wytłumaczyć się daje. W tym względzie

przedewszystkiem zwrócić uwagę należy na przewód pokarmowy w którego błonie śluzowej już HEIDENHAIN, a po nim wielu innych zauważyli mnóstwo komórek eozynofilowych, i to przeważnie w okresie trawienia.

Jeżeli zastanowimy się nad tem, jaka gorączkowa czynność odbywa się podczas tego aktu, jeżeli uprzytomnimy sobie fakt, że wtedy nagromadza się olbrzymia ilość leukocytów pod samym nabłonkiem, przez który nawet, jak niektórzy chcą, leukocyty te wychodzą na jego powierzchnię, że czynność ta połączona jest ze znacznym przyływem krwi do błony śluzowej, to mimo-woli nasunie nam się porównanie tego stanu fizyologicznego z zapaleniem, tak że powiedziałbym nawet, że, *sit venia verbo*, jest to zapalenie fizyologiczne. Nic też dziwnego, że tam, gdzie drwa rąbią, tam drzazgi lecą — gdzie jest zwiększona czynność przyływem krwi i infiltracją leukocytami, tam krążki czerwone giną w większej lub mniejszej ilości, a wraz z tem powstają komórki eozynofilowe. Można zresztą także przypuścić — nie kładę na to zbyt wielkiego nacisku — chociaż zdanie takie dawniej wypowiedziano, że wchłaniające się podczas trawienia żelazo organiczne z pokarmów, a może nawet i żelazo nie-organiczne w postaci leczniczej, stanowi również materiał dla komórek eozynofilowych błony śluzowej kiszek.

Obecność komórek eozynofilowych w tkankach prawidłowych tłumaczy nam poniekąd, skąd wzięły się w prawidłowej krwi owe nieliczne leukocyty eozynofilowe, jakie tam zawsze prawie znajdujemy, a także owe niewytłomaczone wahania w zawartości tych komórek we krwi już w stanie prawidłowym. Zresztą w pewnym stopniu na natężenie eozynofili prawidłowej krwi wpływa zapewne także sprawa niszczenia i regeneracji krwi, wciąż odbywająca się nawet w warunkach prawidłowych i wykazująca w różnych okresach życia, a nawet dnia rozmaite natężenie.

Z powyższego wynika, że wszędzie, gdzie mamy eozynofilię krwi, tam zawdzięcza ona swoją obecność eozynofilii miejscowej. Powstaje ona tu w ten sam sposób, jak i eozynofilia krwi w przytoczonych 3 przypadkach cierpienia płucny, czyli że jest zjawiskiem wtórnem, nietyłe zależnem od samej sprawy chorobowej, ile od towarzyszących jej wylewów.

Okoliczność ta pozwoli nam zrozumieć, dlaczego eozynofilia krwi występuje przedewszystkiem i najwybitniej tam, gdzie w ognisku zapalnym lub w wysięku jest dużo komórek eozynofilowych, albo gdzie tych ognisk jest dużo, jednocześnie jednak pozwala ona z góry domyśleć się, że niezawsze miejscowa eozynofilia musi wywołać eozynofilię krwi i niezawsze wybitną, będzie to bowiem zależało od wielu, nie dających się przewidzieć okoliczności, a przedewszystkiem z jednej strony od natężenia i rozległości pierwotnej sprawy miejscowej, z drugiej od rozmaitych czynników, wpływających na krążenie krwi i limfy w ognisku eozynofilii, a więc na wessanie produktów, stanowiących materiał dla eozynofilii krwi. Tem poczęści możemy sobie wytłumaczyć, dlaczego w trzeciej grupie nie zanotowano eozynofilii krwi. Przypuszczać jednak godzi się, że i tu ona prawdopodobnie istnieje niekiedy, co prawda, to niebardzo jej tu i poszukiwano.

Zdanie nasze o wtórnym charakterze eozynofilii krwi nasuwa nam jeszcze jeden wniosek logiczny, a mianowicie, że tam, gdzie mamy eozynofilię krwi, tam niewątpliwie istnieje gdzieś w u-

stroju eozynofilia miejscowa i to prawdopodobnie dość wysokiego natężenia. Istnieją nawet sprawy chorobowe, w których występują takie objawy, które przypuszczenie nasze zdają się zamieniać w pewnik.

Zaliczyliśmy powyżej *helminthiasis* do spraw, przebiegających z eozynofilią krwi i bez eozynofilii miejscowej. Jednakże już badania LEICHTENSTERN'a, a później jego ucznia BÜCKLERS'a pozwalają sądzić, iż i tu istnieje ognisko miejscowej eozynofilii, a mianowicie w kiskach. Dowodzi tego obecność w tych przypadkach olbrzymiej ilości kryształów CHARCOT-LEYDEN'a w kale, kryształów, które już GOLLASCH, a następnie LEVY, LEYDEN i inni uważają za derywat krystaliczny ziaren eozynofilowych. Sądzę, że dalsze poszukiwania wykryją obecność tych komórek w kale dotkniętych robakami, ale tymczasem sam fakt obecności tych kryształów w kale za naszym przypuszczeniem bardzo przemawia. Przypuszczenie takie zresztą wypowiedział także sam LEICHTENSTERN.

Do innych cierpień pierwszej grupy objaśnienie to również się stosuje, tam zaś, gdzie ono trudno się nagiąć daje — wątpię zresztą, żeby tak było — tam musimy jeszcze czekać na dalsze badania. Zresztą, jak powiedziałem, sprawa eozynofilii domaga się gwałtownie rewizyi, jest to widocznie już cecha schyłku tego wieku. Uczynię tu tylko jeszcze tę uwagę, że w przypadkach gdzie eozynofilia krwi jest niewybitna, i nieczęsta, tam, rozumie się, napotkać możemy na wielkie trudności przy odszukaniu jej pierwotnego źródła.

(C. d. n.).

UWAGI O ROZPOZNAWANIU KLINICZNEM NERWIC URAZOWYCH oraz ich udawania (symulacyi).

Podał

A. TUMPOWSKI (Łódź).

(Według odczytu wygłoszonego na posiedzeniu Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego d. 5. X. 1898).

(Dokończenie.—Zob. Nr. 46).

Głównem zadaniem lekarza w przypadkach podejrzanych jest skrupulatna, bezstronna i nieuprzedzona obserwacja chorego przez czas dłuższy oraz poszukiwanie takich objawów, których symulacja jest trudna, lub niemożliwa, a przynajmniej za taką uchodzi. Niektóre z tych objawów pozwolę sobie pokrótce omówić.

Przedewszystkiem wspomnę o znieczuleniu bólowem, które, gdy jest wybitnie wyrażone lub posiada określone, właściwe histeryi rozmieszczenie (jak w przypadku, poprzednio przeze mnie opisanym), jest objawem, zasługującym na zaufanie i bezwątpienia niemożliwym do udawania. Wogóle przypuścić raczej należy, iż osobnik nie wykształcony będzie prędzej udawał mocne bóle, niż znieczulenia, których znajomość wymaga takiego stopnia wykształcenia, jakiego robotnik nasz nie posiada.

Za pozytywny objaw nerwicy, bardzo często występujący po urazie i świadczący przeciwko udawaniu, powszechnie uchodzi koncentryczne zwężenie pola widzenia. OPPENHEIM twierdzi, iż tylko niezwykle wprawny i biegły oszust byłby w stanie udawać dokładnie ten objaw. JOLLY wspomina o pewnym berlińczyku, specjaliście w udawaniu rozmaitych objawów chorobowych, ale i ten jednak nie był w stanie ściśle odtworzyć zwężenia pola widzenia. Pogląd powyższy podziela większość autorów. Natomiast SCHMIDT-RIMPLER sądzi, iż udawanie tego objawu nie jest niemożliwe, oraz podaje rozmaite dość skomplikowane sposoby do demaskowania oszustów. Przyznaje on jednak wysoką wartość przedmiotową temu objawowi w niektórych przypadkach, gdy jest on dokładnie stwierdzony. HUEBSCHER na podstawie badań, przeprowadzonych wspólnie z SÆNGER'em, stwierdza zgodnie z większością autorów trudność symulowania koncentrycznego zwężenia pola widzenia; zdaniem jego, istnienie zwężenia, zaburzeń czucia skórniego oraz wzmożenia i nierówności odruchów skórnych i ścięgnistych stanowi tróję objawów, świadczących niezbicie o poważnem zaburzeniu czynności układu nerwowego.

Do objawów, nie podlegających symulacji i łatwych do stwierdzenia, należą zmiany w oddziaływaniu elektrycznem mięśni i nerwów, które RUMPF uważa za właściwe dla nerwic urazowych. Pole gają one na tem, iż przy faradyzacji mięśni mocnym prądem zmiennym, wywołującym skurcz tężcowy, występują po przerwaniu prądu drgania włókienkowe, gdy w warunkach prawidłowych mięśnie po przerwaniu prądu wracają natychmiastowo do stanu spokoju. Zboczenie to nazywa RUMPF odczynem urazowym. Prócz tego zauważył ten autor, iż pobudliwość galwaniczna nerwów jest zmniejszona w nerwicach urazowych. Zmiany te w oddziaływaniu nerwów i mięśni na prąd elektryczny, stwierdzone i przez innych badaczy, napotykają się jednak bezwątpienia w znacznej tylko mniejszości przypadków. To samo zresztą stosuje się do wielu innych objawów nerwic urazowych.

Prócz pobudliwości elektrycznej zboczeniu ulegać może i pobudliwość na bodźce mechaniczne, którą OPPENHEIM często znajdował wzmożoną do tego stopnia, iż ucisk nerwu wywoływał drżenie odpowiednich mięśni, przy uderzeniu zaś mięśnia ten ostatni odpowiadał drżeniem lub utworzeniem się poprzecznego wałka. Wspomnimy też o występującem przy nerwicach urazowych drżeniu włókienkowem mięśni, które również stanowi objaw, nie ulegający udawaniu. Z tymi objawami łączy się też napotykane u większości chorych wzmożenie odruchów ścięgnistych i okostniowych, dochodzące aż do występowania drgawek zwłaszcza w obrębie kończyn dolnych w postaci t.zw. *Patellarclonus* i *Fussclonus*. Jakkolwiek wszystkie te objawy, wskazujące wzmożoną pobudliwość mięśni i nerwów, występują nietylko w nerwicach urazowych, lecz i w innych stanach chorobowych (np. w zwykłej neurastenii, w osłabieniu wskutek innych chorób), jednakże jako nie mogące być symulowanymi i łatwe do stwierdzenia, odgrywają one ważną rolę w rozpoznawaniu nerwic urazowych.

Do objawów przedmiotowych występujących często, choć nie stale, w nerwicach urazowych, należy też objaw t. zw. MANNKOPF'a: polega on na tem, iż przy ucisku miejsc bolesnych tętno staje się częstsze, może on więc do pewnego stopnia służyć do kontrolowania prawdziwości skarg chorego na ból w jakimś miejscu.

U większości chorych znajdowałem też stałe wzmożenie częstości tętna (80—120 uderzeń na minutę), które zależy jedynie od wpływów nerwowych (*neurasthenia cordis*).

Kończąc na tem wyliczanie objawów przedmiotowych, których odnalezienie umacnia rozpoznanie nerwicy urazowej, a zarazem uchyla podejrzenie udawania, nadmienię, iż wyliczyłem tylko objawy, łatwiejsze do stwierdzenia, pominąłem zaś sposoby bardziej skomplikowane, mogące służyć do wykrycia udawania, które jednak ze względu na czas, jakiego wymaga ich stosowanie, mogą być użyte tylko jako *ultimum refugium*, jak np. podane przez GOLDSCHNEIDER'a sposoby do stwierdzenia prawdziwości twierdzeń chorego o istniejących u niego zmianach czucia skórnoego. W celu wykrycia udawanych porażień, znieczuleń i przykurczeń proponował LAUENSTEIN zastosowanie narkozy chloroformowej do okresu podniecenia: w tym okresie udający gwałtownie porusza i reaguje rzekomo nieruchomymi i nieczułymi członkami. Nie mówiąc już jednak o tem, iż sposób ten byłby zwykle niemożliwy do zastosowania, gdyż chorzy nie chcieliby się poddać narkozie, nie ma on też siły przekonującej: zmiany ruchu i czucie w nerwicach urazowych są, jak wiemy, pochodzenia psychicznego, poruszanie zatem we śnie sztucznym kończyłoby nie dowodziłoby bynajmniej, iż nieruchomość na jawie jest udana, lecz jedynie, iż podczas narkozy znikają owe hamujące czynniki psychiczne, które wywierają swe działanie na jawie, wywołując odpowiednie zmiany cielesne.

W wielu przypadkach trafić się może, iż skargom chorego na różne dolegliwości i niezdolność do pracy nie towarzyszą żadne lub też bardzo tylko nieznaczne objawy przedmiotowe. Ale i w tym razie nie należy się śpieszyć z orzeczeniem o istnieniu symulacji, a przeciwnie zawsze, gdy niema pewnych i niezbitych dowodów, iż chory celowo udaje, ograniczyć się do zaznaczenia niemożności ostatecznego i pewnego rozstrzygnięcia sprawy. Omyłka w tych razach jest bardzo łatwa, a wywiera ona zgubny wpływ na los poszkodowanego i jego rodziny. Jako przykład służyć może „der Fall N“ OPPENHEIM'a, w którym sąd polegał na zdaniu rzeczoznawców, którzy wbrew twierdzeniu OPPENHEIM'a uznali istnienie symulacji, i na tej zasadzie uchylił żądanie poszkodowanego o wyznaczenie mu renty; obecnie po upływie 2 lat chory ten, jak podaje OPPENHEIM w ostatnim wydaniu swego podręcznika, w dalszym rozwoju cierpienia uległ chorobie umysłowej. Jeszcze wybitniej dowodzi możliwości pomyłki przypadek, opisany przez LEYDEN'a: u urzędnika kolejowego, posądzanego przez wiele lat o udawanie, badanie pośmiertne wykazało istnienie guza rdzenia, powstałego niewątpliwie wskutek wypadku kolejowego. Kilka przypadków analogicznych cytuje też SURZYCKI w swej monografii o nerwicach urazowych. Do jakich tragicznych następstw prowadzą niekiedy podobne pomyłki, wskazuje SÆNGER, mówiąc, iż w 3 znanych mu przypadkach samobójstwo osobników, niesłusznie posądzanych o udawanie, było ostatecznym wynikiem fatalnej pomyłki.

Do ogłędności w ferowaniu wyroków symulacji powinna też skłonić okoliczność, iż objawy przedmiotowe, których brak z początku, zjawiają się niekiedy dopiero w dalszym przebiegu cierpienia. Wiemy też, iż nerwice urazowe nie posiadają żadnych objawów patognomonicznych i nie są też nimi rozpatrzone wyżej objawy przedmiotowe, nie podlegające symulacji. Na tę konieczność rozpoznawania nerwicy urazowej nawet przy braku objawów przedmiotowych kładzie silny nacisk HITZIG, wypowiadając wyraźnie, iż zwłaszcza wtedy gdy idzie o nerwicę urazową, możemy i musimy często przy robieniu

rozpoznania obchodzić się bez objawów przedmiotowych. Dążność do poszukiwania i demaskowania symulacji, opierająca się na tej tylko zasadzie, iż symulacja jest możliwa, wywołuje też często inne ujemne skutki dla chorego, który poddawany bywa bez potrzeby częstym i męczącym badaniom, odsyłany od jednego lekarza do drugiego i od jednej instancji sądowej do drugiej. Wszystkie te procedury mają ten niepożądany wynik, iż rzeczywiście chory osobnik jeszcze bardziej podupada na zdrowiu, symulant zaś coraz mocniej utwierdza się w swej sztuce, i coraz trudniej jest zbić go z tropu. Sądzę, iż wobec tego lekarz nie powinien łatwo się decydować na wydawanie stanowczych orzeczeń o istnieniu symulacji, lecz zgodnie z wymaganiami HIRT'a nie powinien nigdy tego czynić bez skrupulatnego i wszechstronnego zbadania chorego. Mając na oku pierwszą zasadę lekarza: *ne noceat*, sądzą też, iż z tego punktu widzenia pobłażliwiej należy się zapatrywać na omyłkę lekarską, wskutek której zręczny oszust zdobędzie trochę pieniędzy, niż na postępowanie lekarza, który, podejrzewając w każdym odnośnym przypadku symulację, pogorszy sytuację osobnika chorego.

Na jak śliską drogę prowadzi zbyt gorliwe poszukiwanie symulacji, dowodzi fakt powstawania *sui generis* „sekretnych“ środków rozpoznawczych, mających na celu wykrycie symulacji. Tak np. SCHULTZE i HOFFMANN na X zjeździe międzynarodowym lekarzy wyraźnie zaznaczyli, iż muszą zachować milczenie o sposobach, jakich używają do wykrycia symulacji, gdyż sfery interesowane nie omieszkalyby skorzystać z tych wskazówek i udaremniłyby owe tajemnicze sposoby. Ponieważ trudno przypuścić, aby wszyscy chcieli w sprawie tej zachowywać takie milczenie, powstaje więc prawdziwe błędne koło: w miarę wzrastania sposobów do wykrywania udawania, udoskonala się i samo udawanie. To samo dążenie do postawienia na pierwszy plan wykrywania symulacji skłoniło SEELIGMUELLER'a do niefortunnego projektu, jednogłośnie niemal przez świat lekarski odrzuconego, utworzenia zakładów lekarskich, których głównem zadaniem byłoby sprawdzanie wiarogodności skarg chorego oraz demaskowanie symulantów. Od tej propozycji niedaleko już do sposobów, używanych w wiekach średnich w tym celu, jak to zlewanie zimną wodą, przypalanie i t. d. Nie mówiąc już o tem, iż projekt SEELIGMUELLER'a zmieniłby lekarzy w sędziów, urzędników i t. p., jest on też wysoce niepraktyczny, gdyż utrzymanie takich zakładów pochłonięłoby znacznie większe środki pieniężne, niż kilka niewłaściwie przyznanych odszkodowań.

Drugą integralną część orzeczenia lekarskiego stanowi określenie, w jakim stopniu zmniejszona została zdolność do pracy u robotnika, dotkniętego nerwicą urazową. Jest to zadanie zwykle niełatwe do wykonania. Zwykle sposoby badania wydolności mięśniowej nie rozstrzygają sprawy, gdyż badany osobnik może być zdolny do bardzo nawet znacznego jednorazowego mniej lub więcej krótkotrwałego wysiłku, a zupełnie niezdolny do stałej i systematycznej pracy, która może wywoływać szybkie męczenie się mięśni i różne dolegliwości w rodzaju bólów, zawrotu głowy, bicia serca i t. d. Niejakie znaczenie mają w tym względzie dane JESSEN'a. Zbierał on statystyczne dane o robotnikach, którzy wskutek nerwicy urazowej otrzymali odszkodowanie, zbyt małe jednak, aby mogli się wyrzec pracy zarobkowej; okazało się, iż ludzie ci bardzo mało są w stanie pracować i mało też zarabiają. SAENGER u 5 robotników, którzy przed laty ulegli urazowi i nie stawali nigdy żadnych żądań o odszkodowanie, znalazł przedmiotowe objawy nerwicy urazowych (zwężenie pola widzenia, zboczenia czucia, wzmożenie od-

ruchów). Dokładna ocena zdolności do pracy jest więc rzeczą niełatwą, a często niemożliwym jest wydać ją odrazu, lecz dopiero po kilkakrotnych ostrożnych próbach. Należy być w każdym razie powściągliwym zarówno w orzekaniu zupełnej niezdolności do pracy, jak też w absolutnem zaprzeczeniu twierdzeniom chorego o zmniejszeniu jego zdolności do pracy. Często też należałoby zgodnie z propozycją LAUENSTEIN'a przy rozstrzyganiu tego punktu przyciągnąć do udziału osoby kompetentne, obznajmione z rodzajem pracy chorego.

Na zakończenie kilka słów o leczeniu chorych na nerwice urazowe. Wspominaliśmy wyżej o pomysle SEELIGMUELLER'a otwierania specjalnych zakładów dla osób, poszkodowanych wskutek wypadków, a również o powodach, dla których pomysł ten nie powinien liczyć na skuteczenie. Natomiast godny uznania jest projekt STRUEMPF'a, SAENGER'a, RUMPF'a i innych otwierania biur, których zadaniem byłoby wyszukiwanie i dostarczanie odpowiedniego zajęcia osobom ze zmniejszoną zdolnością do pracy. Nader ważnem jest bowiem, aby osoby, dotknięte nerwicą urazową, pozostawały przy pracy, naturalnie zastosowanej do ich sił. Porzucenie zupełne pracy, pobyt w szpitalu działają zwykle bardzo niepomyślnie na stan fizyczny, moralny i nerwowy tych osobników. Istnienie porażen, przykurczeń i t. p. stanowi wskazanie do racjonalnego zastosowania mechanoterapii, najlepiej w odpowiednich zakładach w rodzaju t. zw. w Niemczech „mechanotherapeutische Institute“, które oddają znaczne usługi w leczeniu takich chorych.

L I T E R A T U R A.

- 2) BERNHARDT. Beitr. z. Lehre von d. allgem. u. lokalen traumat. Neurosen. Berl. klin. Woch. 89, 18. 2) Dyskusya w Hamburskiem Tow. Lek. (ref. we Wraczu. 96, 51). 3) Dyskusya na X międzyn. zjeździe lek. (ref. w Berl. kl. Woch. 90, 39). 4) Dyskusya w berlińsk. Tow. Lek. (ref. w Berl. kl. Woch. 89, 33). 5) DUNIN. Kilka uwag o t. zw. nerw. traumat. Gaz. lek. 90, 16, 17, 18. 6) DONATH. Weitere Beitr. z. d. traum. Neur. Wien. med. Woch. 92. 7) EISENLOHR. Bemerk. über d. tr. Neur. Berlin. klin. Wochensch. 89, 52. 8) FROEHLICH. Vortäuschung von Krankh. Leipzig. 9) FRIEDMANN. Zur Lehre von d. Folgezuständen nach Gehirnerschuett. Deutsche med. Woch. 91. 10) GOEBEL. Ein Fall von tr. Neur. Berl. kl. Woch. 97. 5. 11) HIRT. Pathol. u. Therapie d. Nervenkrankh. 1890. 12) HIGIER. Przyczynek do klin. oceny t. zw. nerwic. uraz. 93. 13) HOFFMANN A. Die traum. Neur. Volkm. Vorles. 91, 17. 14) HOFFMANN J. Erfahr. ueber d. tr. Neur. Berl. kl. Woch. 90, 29. 15) HUEBSCHER. Mothor. Asthenopie bei tr. Neur. Deutsch. med. Woch. 92. 16) JESSEN. Ueber die funktion. Erkr. nach Unfällen (ref. w Ctrbl. f. inn. Med. 96, 36). 17) i 18) KOENIG. Ein object. Zeichen der tr. Neur. Berl. kl. Woch. 91, 31. i Deutsche med. Woch. 92, 19. 19) KIRCHGAESSER. Zur pathol. Anat. d. Rueckenmarkerschuett. (ref. w Ctrbl. 20) LUZENBERGER. (Ref. w Wien. kl. Woch. 87). 21) LAUENSTEIN. Bemerk. z. Beurtheil. d. Verletzungsfolgen. Deutsch. med. Woch. 92, 15). 22) MEYER. Zum Capitel d. traum. Neur. Berl. kl. Woch. 89, 15. 23) i 24) MOEBIUS. Nervenkr. i Diagnostik d. Nervenkr. 25) 26) i 27) OPPENHEIM. Lehrb. d. Nervenkr. 2 Aufl., der Fall N., wykład na kongr. chir. niem. (ref. w Berl. kl. Woch. 89, 21). 28) PEL. Ein merkw. Fall einer traum. Neur. Berl. kl. Woch. 93. 29) PIOTROWSKI. O nerwicy uraz. Przegl. lek. 90, 38, 39, 40. 30) PATRICOPOULO. Contribution à l'etude de la neurasth. traumatique (ref. w Ctrbl. f. inn. Med. 95, 2). 31) RITTER. Beitr. z. Lehre von d. tr. Neur. Berl. kl. Woch. 90, 16. 32) ROTH. 4 Fälle traum. Neur. Berl. kl. Woch. 91, 9. 33)

34) i 35) STRUEMPELL. O nerwicach uraz. Odcz. kl. Serya 1, zeszyt 2, Ueber die Unters., Beurtheil. u. Bahandl. von Unfallkr. (ref. w Ctrbl. f. inn. Med. 96, 32 i Schwalbes Jahrb. d. prakt. Med. 97). 36) SURZYCKI. O nerwicach uraz. Pam. Tow. Lek. Warsz. 96. 37) i 38) SCHULTZE. Ueber Neuros. v. Neuropsych. nach Trauma. Volkm. Vorles 91, 17 i Weiteres über Nervenerkr. nach Trauma (ref. w Berl. kl. Woch. 91, 37). 39) SCHMIDT-RIMPLER. Zur Simulation concentr. Gesichtsfeldeinengungen. Deutsche med. Woch. 92, 24. 40) SCHNABL. Wien. klin. Woch. 97, 50. 41) THOMSEN. Wykład w Tow. lek. w Bonn. (ref. w Berl. kl. Woch. 90, 14). 42) WICHMANN. Casuistische Beitr. Berl. kl. Woch. 89, 26. 43) FREUND. Ein Ueberblick ueber d. gegenwaert, Stand der Frage von d. sogen. traum. Neur. Volkm. Klin. Vortr. 92, 51.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

178. VAN de VELDE. O stosowaniu surowicy przeciwyfusowej przy poszukiwaniu i stwierdzaniu laseczników Eberth'a. Do doświadczeń swych autor posługiwał się surowicą końską, obdarzoną (dzięki długiemu szczepieniu) wybitną siłą aglutynacyjną. Surowica ta bywała w stanie osadzać hodowle tego laseczника w dawce 1 na milion. Dawka $\frac{1}{100,000}$ surowicy nie wywierała żadnego wpływu na hodowle *bacter. coli* lub *bacil. paratyphic.*, dopiero przy $\frac{1}{10}$, rzadziej $\frac{1}{100}$ surowicy czasami występowała aglutynacja. Zauważyć przytem należy, że surowica przeciwyfusowa po za ustrojem długo zachowuje własności swe aglutynacyjne, gdy znajduje się w ustroju, o ile zwierzę nie będzie przez czas jakiś szczepione, traci ona szybko te własności.

Surowica przeciwyfusowa służyć nam może do stwierdzenia laseczника tyfusowego, dzięki podanej przez autora, a następującej metodzie: szklane rurki, 3 ctm. długości i 7 milim. średnicy mające, wsadzamy w kąpiel piaskową seryami po 5—6; każda serya służy dla oddzielnego rodzaju hodowli, podlegającej badaniu. Bez zachowania przepisów antyseptyki, jako tu zbytecznych, wlewamy w każdą rurkę seryi I po 1 ctm. hodowli Nr. 1, za pomocą strzykawki PRAVAZ'a. (Nb. Wszystkie hodowle, przez autora używane, są na bulionie). Po wyjałowieniu strzykawki wprowadzamy w podobny sposób do rurek seryi II po 1 ctm. hodowli Nr. 2, i t. d. Rozdzieliwszy w ten sposób różne gatunki hodowli, dodajemy do pierwszych rurek każdej seryi po 0,1 ctm. czystej surowicy, ściśle odmierzanej, dzięki czemu surowica jest w stosunku 1 : 10 do hodowli.

Następnie rozrzedzamy pewną ilość surowicy wodą, w stosunku 9 cz. wody na 1 cz. surowicy, z roztworu tego dodajemy do drugich rurek każdej seryi po 0,1 ctm., czyli surowica będzie tu w stosunku 1 : 100 do hodowli. Wreszcie dodaniem wody zmieniamy 10% roztwór surowicy na 1% i dodajemy do trzecich rurek każdej seryi po 0,1 ctm. tego roztworu, dzięki czemu wzmiankowany stosunek surowicy do hodowli = 1 : 1000. Postępując dalej w ten sam sposób, dochodzimy do kresu działalności surowicy — jak w przypadku autora do 1 : 100,000.

Rurki zostawiamy w kąpeli piaskowej przy ciepłocie 37°—40°. Po upływie 1—2 godzin, zwłaszcza, o ile piasek był już ogrzany, a rurki nie były wstrząsane, możemy rozpoznać gołym okiem, że w hodowlach laseczników tyfusowych występuje aglutynacja, nawet w tych rurkach, do których dodano bardzo małe ilości surowicy. Wprost przeciwnie, w hodowlach nietyfusowych aglutynacja nie występuje,

lub też jest ona wynikiem dawek bardzo silnych, $\frac{1}{10}$, rzadko $\frac{1}{100}$. Dla porównania dobrze jest spostrzegać te rurki, do których surowica nie była dolana. Przy oglądaniu rurek należy trzymać je pod światło dość silne lub przed oknem, nachylając je nieco w miarę potrzeby.

Autor uważa za tyfusowe wszystkie hodowle, które podlegają aglutynacyi pod wpływem małych dawek surowicy, i za zwykle laseczniki kiszek te, których hodowle aglutynacyi nie podlegają, lub w których odczyn ten jest wynikiem silnych dawek surowicy, czyli decyduje tu nie obecność lub brak aglutynacyi, lecz dawka surowicy. Jasnem jest, że dla korzystania z tej metody musimy mieć surowicę silną.

(*Sem. Méd. Nr. 47. 1898*).

179. KANELIS i CARDAMATIS. **Kilka uwag o zimnicach bagiennych złośliwych.** W zimnicach zwalniających, z wyjątkiem zimnicy zwalniającej zwykłej codziennej, trzeciaczkowej i czwartaczkowej, autorzy nie uznają żadnej innej postaci. Zimnice o typie 5—6—7—8 dniowym, miesięcznym, rocznym, w rzeczywistości nie istnieją, o ile zaś okres zwolnienia wynosi najwyżej 10 dni, mamy do czynienia tylko ze zwykłym nawrotem cierpienia.

Wobec faktu, że cierpienie to występuje pod postaciami o rozmaitem natężeniu, zdania rozmaitych badaczy co do jego istoty znacznie się różnią: jedni przyjmują kilka rodzajów plazmodyi, inni jeden tylko. Dla wyjaśnienia tej sprawy, autorzy szczepili zimnicę, przyczem okazało się, że, szczepiąc zimnicę danego typu wbrew oczekiwaniom — jak to ma miejsce przy szczepieniu innych chorób — w rzadkich jedynie przypadkach występowało cierpienie tego samego typu. Wobec zupełnej tożsamości zarazka jedyną przyczyną tego mógł być grunt, na którym szczepiono, t. j. ustrój. Dalej, przy szczepieniach, dokonywanych na kilku osobnikach, tym samym zarazkiem i przy zupełnie jednakowych warunkach, objawy odczynu ze strony ustroju różniły się co do czasu wystąpienia od 2—16 dni. Widzimy więc, że przyczyną różnorodności zimnic bagiennych jest nie zarazek, lecz grunt, na którym on się rozwija, wraz z całokształtem innych warunków (klimatycznych i t. p.). Wobec zaś faktów, stwierdzających niejednokrotnie, że cierpienie występuje często po zmęczeniu, przeziębieniu, uadżyciach w picie, słowem, po zjawiskach, niekorzystnie działających na ustrój, należy przypuścić, że w samym ustroju istnieje w stanie ukrytym pewne usposobienie do cierpień bagiennych (występujących, rzecz prosta, w pewnych warunkach). Trudno się zgodzić na rolę, przypisywaną w tej mierze wyłącznie śledzionie, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że narząd ten ma wręcz przeciwne zadanie — tępienie zarazka drogą fagocytozy.

Jak nam wiadomo, każdy wybuch gorączki jest zależny od powstawania zarodników pewnego pokolenia plasmodyi; im większa jest owa sporyfikacja, tem silniejsza jest gorączka. Wobec tego dziwnem się wydaje, dlaczego natężenie okresu typowego zimnicy przerywanej lub stałej, w następstwie których występuje zimnica złośliwa, jest większe, niż natężenie samej zimnicy złośliwej. O ile się zdaje, zależy to od narządu nerwowego, wiemy bowiem z doświadczenia, że zimnica złośliwa występuje w następstwie zimnic zwykłych przerywanych, zimnic stałych, i wreszcie w następstwie charłactwa zimniczego. Trzy te stany chorobowe wywołują w ustroju charakterystyczną małokrwistość, zależną od ośrodków nerwowych; wydzieliny drobnoustrojów, wpływając na nerwy naczynioruchowe, warunkują rozszerzenie lub zwężenie układu krwionośnego. Zmiany te wpływają więcej na rozmieszczenie krwi, niż na sprawę utleniania wewnątrz ustroju, i one to objaśniają nam rozmaite objawy, występujące podczas wybuchu zimnicy złośliwej.

Wreszcie na korzyść bronionego przez autora pewnego usposobienia zimniczego przemawia występowanie zimnic bagiennych złośliwych zimą, t. j. wtedy, kiedy zimnice bagienne są niezmiernie rzadkie, gdyż ta pora roku zgubnie działa na plazmodye. Wystąpienie więc objawów złośliwych należy całkowicie przypisać przebudzeniu się zarodków chorobotwórczych, które istniały w ustroju w stanie skrytym i które odżyły pod wpływem jakiegoś przewrotu, zaszłego wewnątrz ustroju.

(*Le progrès Méd.* Nr. 40. 1898).

W. Sterling.

180. H. STARCK. **O prześwietlaniu żołądka.** W celu ustalenia wartości rozpoznawczej prześwietlania żołądka—metody, zalecanej po raz pierwszy przez EINHORN'a — stosowanej w większych rozmiarach przez MARTIUS'a i MELLZING'a — autor przedsięwziął cały szereg doświadczeń na trupach i żywych. Posługiwał się on przyrządem EINHORN'a — miękki zglębnik żołądkowy, zaopatrzony na końcu szklanym cylindrem, długości około 6 ctm., mieszczącym małą lampkę Edison'a — i prześwietlał żołądek opróżniony i napełniony wodą.

W pierwszym razie oświetlona bywała przestrzeń wielkości monety 3—5 markowej; niekiedy światło stawało się widoczne dopiero po lekkim mięsieniu powłok brzusznych lub przy uciśnięciu ich; największy efekt świetlny odpowiadał zawsze miejscu, pod którym bezpośrednio znajdowała się lampka. Przy przesuwaniu zglębnika przestrzeń oświetlona opisywała krzywą dokładnie odpowiadającą krzywiznie wielkiej żołądka aż do odźwiernika; niekiedy tylko światło zatrzymywało się w miejscu, i dla ułatwienia przesuwania w właściwym kierunku należało zglębnik trochę cofać i później znów posunąć lub też zmienić położenie trupa na bok prawy. Przy wolnem wyciąganiu opisywała lampka też samą drogę, przy szybszem jednak udawało się (nie zawsze co prawda) określić małą krzywiznę, względnie dolny brzeg wątroby. Przy sprzyjających warunkach i położeniu trupa na lewym boku można było otrzymać świecenie i w lewym podżebrzu.

Przy napełnieniu żołądka 1—2 litrami wody przestrzeń oświetlona odpowiadała całej konfiguracji żołądka, i tylko niekiedy w miejscu lampki można było zauważyć mocniejsze oświetlenie; lecz wogóle kontury nie były tak wyraźne, jak przy pustym żołądku.

Jeśli żołądek był napełniony 1—2 szklankami wody, obrazy świetlne były większe, niż przy pustym i wyraźniejsze, niż przy pełnym. Odszukanie lampy było też łatwiejsze; przy tej metodzie łatwiejsze jest określenie dolnej granicy wątroby.

Jeśli między żołądkiem i ścianą brzuszną znajdzie się pętlica jelita, to o ile jest ona pusta, nie zmienia prawie obrazu świetlnego, napełniana powietrzem wpływa na zwiększenie obrazu, lecz przy ucisku na miejscu jelita obraz staje się mniej wyraźny, nad żołądkiem zaś naodwrot. Jelito, napełnione kałem, zaciemnia obraz.

Najwyraźniejsze obrazy otrzymujemy u osobników muskularnych z nieznanym pokładem tłuszczowym.

Co się tyczy prześwietlania na żywych, zaleca autor dokonywać go wieczorem lub pod czarnym pokryciem; rozpocząć zawsze należy od prześwietlania chorego w pozycji stojącej, gdyż lampka prędzej może się zbliżyć do przedniej ściany brzucha i przesuwanie lampki wzdłuż dużej krzywizny jest ułatwione. Dla uzupełnienia należy badać przy zmianie położenia—na prawym boku i z tułowiem nachylnym ku przodowi—zwłaszcza dla małej krzywizny.

Dla dokładniejszego określenia lampki u żywych, wywierał autor ucisk trzema złożonymi średnimi palcami, ustawionymi wzdłuż osi ciała, dopóki największe światło nie odpowiadało średniemu palcu—odpowiada to położeniu lampki.

Za pomocą powyższej metody udawało się autorowi określać zawsze położenie krzywizny wielkiej; znaczniejsze zmiany położenia żołądka (dwa przypadki pionowego położenia, niekiedy opuszczenie) i jego kształtu. Rozpoznawanie nowotworów, niedostępnych wymacywaniu, jest za pomocą tej metody niemożliwe; może ona tylko pomódz określić umiejscowienie guza.

Na trupie kontrolowano otrzymane dane bezpośrednio; na żywych zapomocą innych znanych metod.

(*Samml. Klinisch. Vortr. von Volkmann. Nr. 217.*)

J. Maliniak.

181. WENDRINER. **Wpływ wody (szprudla) Neuenahr na trawienie żołądkowe.** Autor przeprowadził w klinice prof. KAST'a w Wrocławiu szereg doświadczeń nad wodą Neuenahr. Ogrzewał on tę wodę do 30 stopni i podawał ją naczczo w ilości 300 ctm. sz., a w godzinę później śniadanie próbne, złożone z zupy mącznej w ilości pół litra.

Pierwszych prób dokonał autor na chorych z prawidłowem trawieniem, następnie dopiero na chorych, mających przypadłości chorobowe ze strony żołądka.

Na mocy szeregu doświadczeń, przez się dokonanych, których wyniki przedstawia w oddzielnej tablicy, przyszedł do przekonania, że woda Neuenahr na wydzielanie kwasu solnego nie wywiera albo wcale albo bardzo nieznaczny wpływ. Nie widział też autor wpływu tejże wody na wydzielanie śluzu.

Za to bardzo wydatny jest wpływ wody na czynność ruchową żołądka, która ulega wzmożeniu. Prawie we wszystkich próbach już po godzinie znaleziono nieznaczne ilości resztek pokarmów.

Dla szprudla karlsbadzkiego to samo spostrzeżono i tłumaczono to sobie wpływem ciepła, kwasu węglanego i soli glauberskiej. Ponieważ źródło w Neuenahr zawiera mało soli glauberskiej i na ruchy robaczkowe kiszek mały wywiera wpływ, przeto wyłączając wpływ ciepła szprudla, tylko bogatą zawartością kwasu węglanego w wodzie Neuenahr wytłomaczyć można przyspieszenie i wzmożenie siły ruchowej żołądka.

Co się tycze zawartości pepsyny w żołądku, to autor skłonny jest do przypuszczenia (cyfrowych danych autorowi brak), że prawdopodobnie następuje zwiększenie jej ilości.

W każdym razie chemizm żołądka nie zmienia się w tym stopniu przy użyciu wody Neuenahr, co przy użyciu szprudla karlsbadzkiego.

(*Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 23. 1898.*)

F. Arnstein.

182. F. KRAUS jun. **Badanie chemiczne diety cukrzycowej.** Autor badając chemicznie jedzenie codzienne dyabetyków w klinice NOORDEN'a, otrzymał wyniki następujące.

Świeży owoc zawiera przeciętnie 5—10% węglowodanów, czyli zawiera tych ostatnich 6—12 razy mniej, niż jedna bułka; ztąd wynika, że możemy biały chleb zastąpić bez uszczerbku dla chorego odpowiednią ilością owoców. Autor znalazł, że młode pomarańcze zawierają 3% węglowodanów, z których większą część stanowi lewuloza—składnik, znakomicie nadający się do żywienia chorego; natomiast pomarańcze starsze, słodkie, t. zw. malinowe (Blutorange) zawierają 5—7% cukru.

Co się tyczy kompotów, to K. radzi jeść same tylko owoce, bez sosu, albowiem podczas gotowania, cukier, zawarty w owocu, przechodzi prawie całkowicie do sosu.

Zadaniem jarzyn jest wprowadzanie do ustroju dużych ilości tłuszczu. Dla osiągnięcia tego celu należy jarzynę gotować w słonej wodzie lub w bulionie; wycisnąwszy i przecedziwszy następnie całą zawartą w niej wodę — dopiero należy dodawać tłuszczu w rondlu przy dobrym ogniu.

Z innych pokarmów autor wyróżnia kakao i czekoladę (Diabetiker-Cacao, Plazek Karlsbad) i (Sacharin-Chokolade, Hoevel Berlin); pierwsze zawiera 18,5%, druga—18% węglowodanów. W końcu wzmiankować należy o t. zw. „Diabetes-Milch“, które z inicjatywy NOORDEN'a ukazało się we wszystkich niemal większych zakładach mlecznych zagranicą. Mleko to zawiera 1% cukru mlecznego, 4—6% tłuszczu, czyli blisko 5 razy mniej cukru i 2 razy więcej tłuszczu, niż mleko zwykajne.

(*Zeitsch. f. diät. u. physik. Tharapie. Zeszyt I. 1898*).

183. E. v. LEYDEN i A. GOLDSCHIEDER. O kąpielach kineto-terapeutycznych. Nikt dotychczas nie ocenił należycie jednego z najprzedniejszych czynników, który w kąpielach kineto-terapeutycznych odgrywa doniosłą rolę. Chodzi mianowicie o siłę, która podnosi ciało ku powierzchni wody. Ta własność fizyczna wody daje się znakomicie zastosować w niedowładzie i zaniku mięśniowym w dolnych kończynach, w cierpieniach stawów; co zaś dotyczy górnych kończyn, to pod tym względem kąpiele nie mają szczególniejszego znaczenia, już dla tej prostej przyczyny, że ciężar ramion jest mniejszy i trudniej zanurzyć je w wodzie, niż kończyny dolne.

Nogi w wodzie, podług prawa Archimedes'a, tracą na wadze, a więc mięśnie, podnoszące nogi do góry, mają mniejszy ciężar przed sobą; ztąd przyczyna, dla której chory w wodzie łatwiej podnosi kończynę, niż w łóżku. W ten sposób wanna przyczynia się do uruchomienia mięśni, *resp.* do leczenia gimnastycznego porażonej kończyny. Opuszczając nogę w powietrzu, chory czuje, jak noga opada bezwładnie, tymczasem w wodzie noga ta idzie do dna, jak gdyby ją stopniowo zanurzano; rozumie się, że przy tej sposobności mięśnie gimnastykują się w pewnym stopniu. Autorzy są zdania, że kąpiel sprzyja wykonywaniu wszelkich ruchów w kończynach i zarazem podniesieniu doprowadzonej do *minimum* siły mięśni. Po za tą własnością kąpiel działa czysto fizyologicznie. Uczucie ciężkości, którego przedtem chory doznawał, stopniowo znika, dzięki osłabionym momentom statycznym; natomiast rodzi się uczucie ruchu, które drogą działania na unerwienie ruchowe, przy mniejszej sztywności mięśni staje się niejako bodźcem do wykonywania samych ruchów. Gdy te się po raz pierwszy udały, nieodstępna w takich razach „chęć wykonywania ruchów“ (*Bewegungslust*) działa psychicznie na samą ruchliwość członków. Jednocześnie powstaje to, co francuzi nazywają „*plaisir de mouvement*“, co dodaje choremu wiele otuchy, a rodzące się ztąd zadowolenie działa odwrotnie na wolę i energię, i t. d.

Woda w wannie powinna być głęboka. By chory tułowiem nie poruszał, powinien trzymać się oburącz brzegów wanny. Najlepiej kąpać się w pozycji siedzącej lub nawpół leżącej. Wezglowie należy podeprzeć poduszką powietrzną. Ciężkość wody nie powinna przekraczać 28°—32° R.; kąpiel trwa $\frac{1}{2}$ —1 godz.

Stosować należy kąpiele przy niedowładach i zaniku mięśni dolnych kończyn. Przy zupełnem porażeniu kąpiel na ruchy nie działa. Ztąd znaczenie rozpoznawcze kąpeli.

(*Zeit. f. diät. u. physik. Therapie. Tom I. 98*).

M. Koenigstein.

184. SOPHUS BANG. Światłoterapia (*Lichttherapie*) Finsen'a. Jakkolwiek dawno już znany był dobrze wpływ, jaki okazują pewne rodzaje promieni światła na świat roślinny, do ostatniego jednak dziesiątka lat nikt nie zajmował się bliżej tą sprawą w stosunku do ustroju zwierzęcego. Wprawdzie już w r. 1855 MOLESCHOTT twierdził, że światło wpływa na przyspieszenie przemiany materii u zwierząt, a CHARCOT w 1859 wyraził domniemanie, że tak zwaną *eczema solare* powodują promienie chemiczne, a nie ciepłikowe, były to wszakże spostrzeżenia pojedyncze, które nie

zdołały jakoś zwrócić na siebie szczególniejszej uwagi uczonych. Dopiero w ostatnich latach kwestyę tę rozjaśniły nieco prace UNNA'y, WIDMARK'a, HAMMER'a i wreszcie FINSSEN'a, którzy między innemi dowiedli, że nie tylko *eczema solare* jak słusznie przypuszczał CHARCOT, ale i pigmentacja skóry powstaje pod wpływem jednych tylko chemicznych t. j. fioletowych i ultrafioletowych promieni słońca. Szczególniej przekonywającymi w tym względzie były wyniki doświadczeń FINSSEN'a: ramię swe, którego pewną część pomalował czarnym tuszem, wystawił na 3-godzinne działanie słońca; gdy na skórze czystej powstało silne zapalenie z następstwem zabarwieniem, skóra pokryta tuszem, pomimo większej absorbcyi promieni ciepłikowych, jako czarna, pozostała biała, bez najmniejszej reakcyi. Kiedy po paru dniach wystawił znowu to samo ramię na słońce, silnemu zapaleniu uległa część skóry poprzednio pokryta tuszem, skóra zaś sąsiednia dzięki zabarwieniu po pierwszym doświadczeniu, pozostała na działanie światła zupełnie obojętna. Barwnik więc żółty skóry pochłania promienie chemiczne i tym sposobem chroni ją od szkodliwego działania promieni światła. Niemniej szkodliwie oddziałują promienie chemiczne na skórę i w niektórych chorobach. Dość wspomnieć o ospie: odkąd FINSSEN leczy chorych na ospę, trzymając ich w świetle czerwonym, a więc chemicznie indyferentnem, ropienie z następstwem pozostawieniem blizn widział zaledwie w jednym przypadku, a spostrzegał przypadków takich przeszło 100. Szkodliwe działanie promieni tych nie ogranicza się tylko na skórę, jak wykazały bowiem doświadczenia FINSSEN'a, potwierdzone także i przez autora, ciała krwi u żaby pod ich wpływem zamieniają się z owalnych na kuliste. Promienie chemiczne wreszcie wpływają zabójczo na bakterye.

Poznanie tych własności światła zrodziło w medycynie dążenie do zużytkowania ich w kierunku dodatnim—leczenia chorób. Pierwszy, który zaczął używać światła w celach leczniczych, był FINSSEN, na większą skalę wszakże metodę tę zaczął stosować dopiero w ostatnich paru latach, z chwilą założenia specjalnego instytutu „Lichtinstitut“ w Kopenhadze. Zakład ten oprócz oddziału, przeznaczonego specjalnie do doświadczalnych prac z zakresu światłobiologii, posiada i oddział terapeutyczny, przeznaczony na 100 przeszło chorych. Zajętych w nim jest obecnie 5 lekarzy i 17 dozorczyń. Światła dostarcza słońce, które tylko w miesiącach zimowych zastępuje elektryczność. Światło stosuje się skoncentrowane za pomocą specjalnych przyrządów. Zbiornik światła słonecznego jest bardzo prosty: dwa szkła wypukło-wklęsłe o średnicy 30—40 ctm., złożone do siebie powierzchniami wklęsłymi tworzą soczewkę, której próżnia wewnętrzna wypełniona jest wodą, zabarwioną na niebiesko (np. amoniakalnym roztworem CuSO_4), i która dzięki temu zatrzymuje promienie ciepłikowe, przepuszczając tylko promienie fioletowe i ultrafioletowe. Przyrząd do koncentrowania światła elektrycznego jest oparty na tej samej zasadzie, cokolwiek więcej jest tylko złożony. W miejsce szkła, które, bądź co bądź, zatrzymuje nieco chemicznych promieni, zaczął FINSSEN używać w przyrządach tych, gdzie można, górnego kryształu. Chory siada przed przyrządem w ten sposób, by miejsce, mające być leczone, odpowiadało ognisku, w którym skupiają się promienie po wyjściu z soczewki, i pozostaje w takim położeniu 1—2 godziny codziennie. Bakterye, pomieszczone w ognisku, giną już po upływie 2—40 sekund, działanie wszakże światła na bakterye, zawarte w tkankach, znacznie się osłabia z powodu krwi, która pochłania promienie chemiczne. Dla osiągnięcia przeto należytego skutku, należy przedewszystkiem wydalić krew z miejsca, na które ma działać światło, co FINSSEN skutecznie za pomocą tafelki kryształowej, którą silnie przyciska do miejsca chorego, lub jeszcze lepiej za pomocą naczynia, składającego się z takichże kryształowych tafelek, pomiędzy którymi przepuszcza

strumień wody, ochładzającej skórę i tym sposobem współdziałający przyrządowi w niszczeniu promieni ciepłikowych.

Dotąd metodę tę stosowano w tych tylko cierpieniach skóry, o których wiemy, że są pochodzenia pasorzytniczego, a z tych, jak dotąd, w jednym tylko wilku osiągnięte zostały wyniki pomyślne. Naturalnie, zbyt krótkie są jeszcze obserwacje, by można dziś stanowczo twierdzić o zupełnem wyleczeniu przypadków, uznanych tymczasowo za takie, wobec możliwości recydyw; w każdym wszakże razie we wszystkich bez wyjątku przypadkach było otrzymane polepszenie, które na razie przynajmniej robiło wrażenie zupełnego wyleczenia. Jedyną złą stroną metody tej jest zbyt długi czas (4 miesiące do 1 roku i kilku miesięcy), potrzebny do leczenia, ale za to 1) zabieg ten jest zupełnie nie bolesny, 2) leczy także i te zmiany dokoła wykwitów, które przy zwykłym leczeniu, jako dla oka niedostrzegalne, są pomijane i 3) nie pozostawia na skórze blizn.

(*Monatsh. f. prakt. Dermat. B. XXVII. 1*).

J. Widawski.

185. OESTREICH. **Opukiwanie szczytów płucnych.** Autor zauważył, że gdy płuco za życia daje ton jasny, czyli t. zw. płucny, po śmierci daje tenże ton z wyraźnym przydźwiękiem tympanitycznym. Przyczyna tego zjawiska tkwi prawdopodobnie w braku tak czynnego za życia krwiobiegu i w wytwarzaniu się tkanki łącznej po ogniskach zapalnych, która zmniejsza elastyczność sąsiednich tkanek. W ten sposób znaczne odcinki płuca, pozbawione powietrza, wydają stłumiony odgłos opukowy o barwie tympanitycznej. Siła odgłosu opukowego zależy od stopnia zgęszczenia szczytów, ponieważ im mniejszy mamy przed sobą skrawek tkanki płucnej, tem słabszy bywa odgłos. Na tę ostatnią okoliczność znów wpływają zrosty opłucny po stanach zapalnych i drobne jamy, których niepodobna określić. Dla określenia granic szczytów autor posługuje się palcami, zamiast plesymetru i opukuje lekko w kierunku od innych narządów do płuc; silna perkusja służy mu do wyrokowania o stanie gruźliczym wierzchołków. Metodę tę autor uważa za pierwszorzędną, zwłaszcza w początkowym okresie, kiedy laseczniki, znajdujące się obficie w tkance, nie występują w płwocinie. A więc ujemny wynik badania płwociny w tych razach niewyłącza istnienia gruźlicy.

(*Zeitsch. für klinische Medicin. Zeszyt 35. 1898*).

Marek Koenigstein.

186. H. HAUSTEEN. **Zropienie gruczołów pachwinowych z powodu rzeżączki.** Autor opisuje trzy przypadki ze swej praktyki, w których za przyczynę powstania dymienic i zejścia ich w ropienie uważa gonokoki. W dwóch przypadkach wprawdzie obok typowych gonokoków znalazł w ropie niewielką domieszkę także i innych bakterii ropotwórczych, ale w przypadkach tych dymienice były już otwarte i przez wytworzone przetoki łatwo mogło nastąpić wtórne zakażenie. W trzecim przypadku powłoki skórne nad ropniem były nienaruszone, to też w ropie, wydobytej drogą nacięcia z zachowaniem wszelkich ostrożności aseptycznych, znalazł autor w wielkiej bardzo ilości typowe gonokoki; oprócz nich żadnych innych bakterii nie było. Szczepienie na sztucznych odżywkach dało czyste kolonie gonokoków, które, przeniesione na błonę śluzową cewki moczowej mężczyzny, wywołały ostre zapalenie cewki z obfitą wydzieliną ropną, w której również wykryto obfitą ilość gonokoków. Zważywszy to wszystko, autor skłonny jest twierdzić stanowczo, że gonokoki są w stanie wywołać zapalenie gruczołów chłonnych z następczem zejściem ich w ropienie.

(*Archiv f. Derm. und Syph. B. XXXVIII. H. 3*).

187. M. HODARA. **O szczepieniu i wzroście włosów na łysinach po parchu.** Autor dokonał całego szeregu doświadczeń ze szczepieniem włosów na miejscach, łysych po parchu, gdzie skóra, bliznowato zwyrodniała, przy badaniu drobnowidzo-

wem wykazywała zupełny zanik torebek włosowych. Szczepienia dokonywał autor w sposób bardzo prosty: robił przedewszystkiem dość głębokie nacięcia, w które po wstrzymaniu krwawienia posiewał dużą ilość maleńkich (1—4 mm.) kawałków włosów, pokrywał wszystko papierem, oblepiał plastrem i zostawiał tak bez zmiany opatrunku na kilka tygodni. Materiał do szczepienia brał od samych chorych, i, co godne uwagi, brał tylko końce włosów, zcinając je nożyczkami, a nie cebulki, ani jakiegokolwiek części torebek włosowych. Po zdjęciu opatrunku, po upływie 4—5 tygodni, już widocznych było wiele nowych włosków, wystających nieco nad poziom skóry; niektóre z nich były cienkie i blade, większość wszakże zupełnie odpowiadała wyglądem swym starym włosom. Wzrost ich dalej odbywał się prawidłowo. Wszakże wskutek mało udoskonalonej widocznie jeszcze techniki, czy też jakiegokolwiek innej przyczyny, nie wszystkie posiane włosy przyjmowały się, tak, że chcąc prawidłowo uwłosić łysie miejsce, zmuszony był H. operację tę powtarzać parokrotnie, cel wszakże ostateczny wcześniej czy później zawsze był osiągnięty.

Sprawa tworzenia się folikulów i wzrost włosów, na zasadzie licznych drobnowidzowych badań, opisuje autor w sposób następujący.

Przedewszystkiem dokoła posianego włosa odbywa się liczny rozrost kolczastych (Stachelzelle) komórek, które, układając się w koncentryczne rzędy, tworzą t. zw. pochwę włosa (pochwa zewnętrzna). Na wewnętrznej jej powierzchni układa się nowa jednorodna warstwa z silnie zabarwionych zrogowaciałych komórek — pochwa włosa wewnętrzna. Ta łączy się ściśle z dolną częścią posianego włosa, która zaczyna wtedy pęcznieć, silniej się zabarwia i wreszcie puszcza wgłęb'skóry jasny jednorodny korzonek, z biegiem czasu coraz bardziej upodabniający się do starego włosa, tak że około 8 tygodnia robi już wrażenie zupełnie prawidłowego korzenia włosa z półkolistym lub nieforemnym zgrubieniem na końcu (cebulka). Od 4 tygodnia zaczyna włos wzrastać i ku górze, górny wszakże przyrost odrazu odpowiada budową swą i zabarwieniem (z nielicznymi wyjątkami) włosowi, od którego pochodzi. Tworzenie to i wzrost nowego włosa odbywa się dzięki ścisłemu połączeniu pochwy z powierzchnią włosa, materiał bowiem odżywczy idzie nie od brodawki, której na razie jeszcze nie ma, ale od komórek zewnętrznej pochwy, skąd przechodzi na komórki rogowe pochwy wewnętrznej, a ztąd już bezpośrednio na komórki wewnętrznej tkanki samego włosa. Pochwa więc stanowi właściwy grunt odżywczy nowotworzącego się włosa. Nieco później dopiero dokoła pochwy tworzy się dzięki rozrostowi tkanki łącznej włosowa torebka, w której wreszcie drogą wypuklenia się zewnętrznej pochwy i przejścia wewnątrz wyrostka leżących komórek w komórki łojowe wytwarza się gruczoł łojowy.

Autor żywi nadzieję, że z chwilą udoskonalenia się samej techniki, metoda ta znajdzie szerokie zastosowanie w leczeniu łysin. Główną bowiem winę nie przyjmowania się wielu włosków upatruje w niewłaściwym ich układaniu się w szparze nacięcia, to też w ostatnich paru doświadczeniach zmienił metodę posiewu o tyle, że robi nacięcia głębsze i układa w nich każdy oddzielnie włoszek, możliwie prosto za pomocą specjalnych szczypczyków, nie wspomina wszakże nic o wpływie modyfikacji tej na wynik operacji.

(*Monatsh. f. prakt. Dermat. B. XXVII. 2).*

J. Widawski.

O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. Październik r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 69 (m. 35, k. 34); przybyło w październiku 129 (m. 73, k. 56); wypisało się 107 (m. 52, k. 55); zmarło 20 (m. 11, k. 9); pozostało na miesiąc następny chorych 71 (m. 45, k. 26).

Ogólna liczba chorych była mniejsza, niż w miesiącu ubiegłym, głównie z powodu wygaśnięcia biegunki krwawej i znacznego zmniejszenia się ospy. Na pierwszy natomiast plan wystąpiły odra i płonica, która w dalszym ciągu nie przestaje się szerzyć w nader wybitnych rozmiarach i złośliwej postaci, zabierając liczne ofiary. Często są również względnie przypadki tyfusu brzuszego, z niezmiernie ciężkim przebiegiem i dużą śmiertelnością.

Najlichnieszą rubrykę, przeszło dwa razy większą, niż we wrześniu, stanowiła odra, której mieliśmy przypadków 25 (m. 12, k. 13), przeważnie u dorosłych z przebiegiem niezbyt ciężkim, zakończonych pomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Hoża 19, Łucka 9, Marszałkowska 104, Podwale 30, Smocza 1, Śliska 28, Żelazna 25, Widok 14, Złota 54, 38 i 56, Freta 3, Żabia 3, Solec 74, Nowy Świat 7, Widok 1, Aleksandrya 18, Piwna 29, Kupiecka 6, Sowia 3, Chmielna 13, oraz Sielce, Czyste i Miłosna.

Następną rubrykę, takąż samą, jak w miesiącu ubiegłym, zajęła róża, której mieliśmy przypadków 23 (m. 8, k. 15). Trzy przypadki z powodu powikłań zakończyły się śmiertelnie. Chorzy przybyli z ulic i domów: Ogrodowa 8, Podwale 29, Plac św. Aleksandra 6, Bielańska 22, Chłodna 11, Plac Krasińskich 10, Graniczna 6, Wspólna 57, Złota 25, Śliska 11, Widok 5, Stare Miasto 6, Dzika 31, Hoża 10, Miła 13, Erywańska 2, Łomżyńska 2, Wolska 5, Ś-to Krzyska 16, Gęsia 47, oraz wieś Czyste.

Nader licznie występowała p ł o n i c a, której mieliśmy przypadków 20 (m. 9, k. 11) przeważnie u dorosłych z przebiegiem bardzo ciężkim, powikłanym. Śmiercią zakończyło się 5 przypadków (m. 1, k. 4). Chorzy przybyli z ulic i domów: Nowolipki 81, Targowa 33, Hoża 48, Sienna 21, Aleksandrya 10, Nowolipie 8, Żelazna 6, Leszno 20, Podwale 1, Piękna 47, Plac Grzybowski 16, Brzozowa 28, Muranowska 12, Chmielna 38, Cytadela, Skaryszewska 9, Karmelicka 10, Krucza 13, oraz Wola 204 i Pelcowizna.

Nader pomyślnym objawem jest znaczne zmniejszenie się o s p y, której mieliśmy tylko przypadków 15 (m. 10, k. 5), przeważnie u dorosłych, nieszczepionych z przebiegiem bardzo ciężkim. U pięciu chorych nieszczepionych przebieg był niepomyślny. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Chmielna 84, Św. Krzyska 18, Wspólna 6, Nowolipie 38, Franciszkańska 2 (2 przypadki), Pawia 73, Wronia 59, Piękna 14, oraz wieś: Sarbice, Konary, Mokotów, Jelonki, Marki i Okuniew.

W jednej mierze trzymał się tyfus brzuszny, którego zanotowaliśmy przypadków 8 (m. 4, k. 4) z przebiegiem bardzo ciężkim. Trzy z nich zakończyły się śmiertelnie. Chorzy przybyli z ulic: Św. Jańska 25, Wolska 38, Nowy Świat 56 i 67, Aleksandrya 3, Wołowa 25 oraz wieś Chrzanowo.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 6 przypadków błonicy gardła (Przykopowa 3, Gęsia 33, Chmielna 5, Chłodna 58, Sosnowice i Szulbiny) z jednym śmiertelnym; 5 przypadków tyfusu wysypkowego (3 niepomyślne) z ulic: Wronia 4, Jerozolimska 5, Tarczyńska 5, Gnojna 1, Czyste; 6 przypadków b i e g u n k i k r w a w e j (Złota 51, Ogrodowa 51, Lipowa 11, Zakątna 1, Aleksandrya 25

i Solec 37); 9 przypadków zapalenia migdałków, 2 przypadki zimnicy oraz 1 przypadek karbunkułu, zakończony pomyślnie.

Z chorych niewłaściwie do nas skierowanych, mieliśmy po 1 przypadku zapalenia krtani i stawu oraz 4 — uszkodzeń ciała.

Biletów odmownych chorem niekwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano dla braku miejsc 17 (m. 4, k. 13), z powodu niezaraźliwości choroby 16 (m. 10, k. 6).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 48 (m. 19, k. 29).

J. Sz wajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Przeciwno nadmiernemu poceniu się zaleca HEUSSER: Rp. *Balsam. Peruv.* 1,0, *Acidi formicici* 5,0, *Chloral. hydr.* 5,0, *Spir. vini rect.* 100,0. W przypadkach umiejscowionego pocenia — pędzlowanie, w przypadkach ogólnego — rozpylanie. (Corpbl. f. Schw. Nr. 15. 98).

= KACZENOWSKI przekonał się, że dla szybkiego usunięcia obrzęku gruczołów chłonnych u dzieci na szyi, przeciw którym używa się wewnątrznie jodu, a szczególnie jodku żelaza, najwłaściwiej jest użyć ostatniego leku sposobem BORKIN'a. Przepisuje się oddzielnie roztwór jodku potasu w ilości 4 gramów na 180 wody i oddzielnie nalewkę na eterze jabłczanu żelaza i podaje się dziecku łyżeczkę deserową lub stołową roztworu jodku potasu, do której dodaje się i miesza 3 do 20 kropel nalewki jabłczanu żelaza. W tych warunkach tworzy się jodek żelaza *in statu nascendi*, który wywiera na gruczoły daleko energiczniejsze działanie, aniżeli zwyczajny jodek żelaza lub jodek potasu. (Sem. med. Nr. 49. 1898).

= CHARRIN i MAOROJANNIS, prowadząc w dalszym ciągu badania swoje nad jadowitością potu, przekonali się, że $\frac{2}{3}$ składników trujących potu należy do ciał, rozpuszczalnych w eterze, zbliżonych zapachem do kwasów tłuszczowych. Pot suchotników, zastrzyknięty świnie morskiej podskórnie w ilości 35 ctm. sz. na kilo wagi, powoduje podwyższenie ciepłoty o $1,5^{\circ}$ — 2° C. na przeciąg 2—3 dni; wyjałowienie potu nie ma wpływu na jego działanie. (Bullet. med. 3. VII. 98).

= W Tow. lek. monach. przedstawił KRECKE 4-letniego chłopca, który w przeciągu $2\frac{1}{2}$ roku uległ 17-tu złamaniom różnych długich kości; łamały się kości całkowicie przy nieznacznych ruchach, zrastały się zaś bardzo szybko. Autor sądzi, że dziecko nie ma krzywicy — brak bowiem innych objawów tejże — a przypadek ten zalicza do *osteopsathyrosis idiopathica*. (Pos. II. V. 98).

= Pural — nowy środek do odkażania powietrza w pokoju chorych — składa się ze sproszkowanego węgla drzewnego, kwasu karbolowego, mentolu i *ac. benzoicum*; kawałek puralu zapala się, kładzie na talerzu i pozostawia aż do zupełnego spalania. Badania PIORKOWSKIEGO nad działaniem puralu na drobnoustroje powietrzne oraz ROSENTHAL'a nad odwanianiem jego działaniem stwierdzają wartość tego środka. (Dtsch. med. Ztg. Nr. 43. 98).

= PERGENS stosował z powodzeniem protargol w praktyce okulistycznej; w zapaleniu łącznicy nieżytowem wystarcza wpuszczanie kilka razy dziennie kilku kropel 2—5% roztworu, w rzeżączkowem zapaleniu należy roztwór stopniowo wzmacniać do 10%; w rzeżączkowem zapaleniu u noworodków wpuszcza P. co godzinę kroplami 2% roztwór i otrzymuje zazwyczaj wyleczenie w 6—13 dni. (Klin. Monbl. f. Aughlk. IV. 98).

= U chorej, która od lat wielu żążywała w migrenie antypirynę i znosiła ją dobrze, wystąpiło nagle po zażyciu leku zapalenie sromu i pochwy oraz wysypka na podniebieniu i plecach; objawy te

znikły po trzech dniach i stale powracały po każdorazowym zażyciu antypiryny. Po odstawieniu tego środka, objawy te znikły bezpowrotnie. (Aerzbt. Rundsch. Nr. 28. 98).

== BONNET spostrzegał przypadek rzeczywistej dziedzicznej gruźlicy: u czteromiesięcznego zmarłego dziecka znalazł B. w płucach stare zserowaciałe ogniska, które można było objaśnić jedynie zarażeniem wewnątrzmacicznym. Matka dziecka zmarła na suchoty w dwa miesiące po przyjściu na świat dziecka. (Berl. klin. Woch. Nr. 19, 98).

== LANZ zaleca barwienie gonokoków świeżo przygotowanym nasyconym roztworem fuksyny i tioniny w 2% wodnym roztworze kwasu karbolowego; gonokoki przyjmują barwę niebieską, protoplazma komórek jasno-czerwoną, jądra komórkowe niebiesko-czerwoną, a czerwone ciała krwi ceglastą. Barwienie trwa 15—30 sekund, poczem preparat oplukany wodą ogląda się w wodzie, lub po uprzednim wysuszeniu w balsamie kanadyjskim. Sposób ten przewyższa podług autora wszelkie inne. (Med. Obozr. VI. 98).

== Przeciwno *oxyuris vermicularis* zaleca MONTI: Rp. *Fol. Sennae, Fol. et flor. tanacetii aa* 12,0, *Aq. q. s. ut. f. l. a. decoct ad. colatur.* 80,0, *Magnes. sulf.* 3,0, *Syr. Mannae* 20,0 DS. Wypić $\frac{1}{2}$ wieczorem, $\frac{1}{2}$ rano dnia następnego. Dzięki temu lekarstwu przechodzą *oxyuris* z jelit cienkich do grubych, skąd wydala się pasorzyty codziennymi ławatywami z 0,5% wody mydlanej. Ławatywy należy powtarzać przez dni ośm, a niekiedy i dłużej. (Semaine med. Nr. 36. 98).

== DEJÉRINE stosuje w podagrze wcierania w chore miejsca maści salicyłowe w składzie następującym: Rp. *Ac. salicyl.* 10,0, *Alcohol.* 50,0, *Ol. Ricini* 100,0. Po wcieraniu przykrywa się dane miejsce gutaperką i flanelą. Wyniki otrzymuje D. lepsze, niż przy innym sposobie stosowania salicylu. (Münch. med. Woch. Nr. 29. 98).

== ABRAMOWICZ spostrzegał w dwóch przypadkach szankra ujemne działanie zasypywań dermatolem; uczucie palenia, silne bóle i objawy rozpoczynającego się stanu zapalnego znikły po odstawieniu dermatolu. Spostrzeżenie to przeczy zatem zdaniu, jakoby dermatol był pozabawiony drażniących własności. (Med. Obozr. VIII. 98).

== BAROZZI leczy z powodzeniem gruźlicę gruczołów chłonnych wstrzykiwaniami naftolu kamforowego, po uprzednim wypompowaniu z gruczołu ropnej zawartości jego. Dawka wynosi, stosownie do wielkości gruczołu, 2—10 kropel, wstrzykiwania robi się dwa razy tygodniowo z przerwą tygodniową po 6-em, a dwutygodniową po 7-em wstrzykiwaniu. Leczenie trwa zazwyczaj dwa miesiące, w niektórych przypadkach i pół roku. Ujemnego wyniku leczenia, ani też nawrotów autor nie spostrzegał. (Presse med. 30. III. 98).

== Doświadczenia TARNOWSKIEGO nad odkazającymi własnościami mleczanu i cytrynianu srebra (CREDÉ) doprowadziły go do wniosku, że środki te znacznie są słabsze, niż odpowiednie roztwory saletrzanu srebra oraz sublimatu. (Dys. Ref.).

== W przyszczyce rąk zaleca HOLC następującą maść: Rp. *Natri sozodolite* 2,0, *Zinci oxyd.* 4,0, *Vaselini* 10,0 DS. Wcierać dwa razy dziennie. (Münch. med. Woch. Nr. 24. 98).

== HALL opisuje przypadek nieuleczalnego jakoby pomieszania zmysłów u 30-letniej kobiety, które znikło zupełnie po wycięciu przydatków macicy; operacja była podjęta z powodu torbieli jajnika. (Phil. Med. Journ. 11. VI. 98).

== IMBERT przedstawił w Tow. lek. par. fotografię röntgenowską kobiety, u której rozpoznanie guza w brzuchu wahało się pomiędzy włókniakiem macicy, haematocoele i ciążą zewnątrzmaciczną; na fotografii widoczne są głowa, tułow i dolne kończyny 5--6 miesięcznego noworodka. (Bullet. méd.).

== W uporczywych wymiotach stosuje PICK następujący lek: Rp. *Mentholi* 0,02, *Tinct. Theb.* 5,0, *Spir. rectific. aa* 20,0 DS. 10—20 kropel kilka razy dziennie. (Münch. med. Woch. Nr. 24. 98).

== CHIARI spostrzegał ciekawy przypadek przymiotu krtani. U 34-letniej kobiety, u której od lat kilku istniały nieznaczne trudności w oddechaniu, badanie krtani wykazało na tylnej i prawej bocznej ścianie guz wielkości wiśni, miękki, łatwo uciskalny, silnie zaczerwieniony jedynie u wierzchołka. Leczenie jodkiem potasu w dawce 1,5 *pro die* spowodowało znaczne polepszenie i zmniejszenie guza. Guzy opisanej wielkości nie rozpadające się należą do nader rzad-

kich. (Wien. laryng. Ges. Pos. 2. VI. 1898).

— Przed kilku laty zwrócił uwagę **PODREZ** na to, że rzeżączka cewki moczowej przebiega różnie, zależnie od tego, czy gonokoki mieszczą się wewnątrz lub zewnątrz ciała ropy. Badania **DROBNY**'ego w 77 przypadkach stwierdzają to mniemanie; przebieg rzeżączki jest tem gorszy, im więcej gonokoków znajduje się zewnątrz ciała ropy. D. sądzi, że w przypadkach, gdy drobnoustroje mieszczą się poważnie wewnątrz komórek, leczenie wstrzykiwaniami jest wskazane, gdy rzecz się ma przeciwnie, leczenie takie nie jest dozwolone, wprowadza bowiem powikłania różnego rodzaju. (Med. Obozr. VI. 98).

— Badania **LEBIEDIEW**'a nad krwią kobiet ciężarnych dały wyniki następujące: 1) ilość czerwonych ciałek oraz hemoglobiny zwiększa się u osobników silnych, zmniejsza zaś u słabych; 2) rozmiary ciałek czerwonych są zwiększone, 3) ilość białych ciałek jest zwiększona; 4) ciężar gatunkowy krwi się zmniejsza; 5) zasadowość krwi jest zwiększona podczas ciąży, przed porodem zaś się zmniejsza. (Żurn. Akuszer. IV. 98).

— **THOMSON** zaleca stosowanie w migrenie następującego środka: Rp. *Methylenblau*, *Nucis muscat* aa 0,1. *D. ad. caps. gel.* Skutek występuje zazwyczaj już po użyciu jednej kapsułki, żadnych ubocznych przykrych objawów oprócz niebieskiego zabarwienia moczu T. nie spostrzegł. (Deut. med. Woch. N. 22. 89).

— **BROWN** opisuje typowy nerwoból, występujący często u cyklistów; u mężczyzny B. spostrzegł bóle w jądrach i mosznie, znieczulenie prącia, znieczulenie lub nadczułość krocza, u cyklistek zaś znieczulenie, nadczułość a nawet bóle w okolicy odbytnicy. (Berl. klin. Woch. Nr. 22. 98).

— **TRIPIER** stosuje z powodzeniem w krwotokach żołądkowych oraz kiszkowych gorące ławatywy trzy razy dziennie oraz zaleca leżenie w łóżku i nie-

przyjmowanie żadnych pokarmów. Leczenie to skutkuje nawet w obfitych krwotokach, zależnych od wrzodu żołądka. Ciężota wody winna dochodzić do 50° C., ławatywy należy powtarzać przez cały tydzień już po ustaniu krwotoku. (Klin. Ther. Woch. 31. VII. 98).

— **LIBMAN** potwierdza mniemanie **KOEPLIK**'a co do wartości rozpoznawczej w odrze wysypki w jamie ustnej. W 50-ciu przypadkach odry znalazł L. wysypkę zawsze zazwyczaj na kilka dni przed wystąpieniem innych objawów. (Med. Record. 11. VI. 98).

— W celu pokrycia przykrego smaku tranu rybiego przepisuje go **BRICEMORET** w następującej mieszaninie: Rp. *Ol. jecor. asell.* 400,0, *Syr. balsam. Tolutan* 200,0. *T-rae Tolutan. gtt.* XII, *Ol. Cariophyll. gtt.* II. S. Przed użyciem silnie wstrząsnąć. (Corpbl. f. Schw. Nr. 12. 98).

— U chorej z rakiem żołądka wyciął **KOLACZEK** prawie cały żołądek i zaszył pozostałą 1/3 część jego z dwunastnicą. Po czterech tygodniach chora została wypisana jako zdrowa, obecnie czuje się zupełnie dobrze, przybrała na wadze 24 funty, cieszy się wilczem łaknieniem. (Allg. med. Cntr. Ztg. 23. VII. 98).

— **GOLDMAN** stosował somatozę żelazistą w 30-tu przypadkach blednicy u dziewcząt od lat 17—22. Dawka wynosiła trzy razy dziennie po 2,5 w wodzie lub mleku, leczenie trwało przez kilka tygodni. Wyniki otrzymał G. dobre: stan ogólny szybko się poprawiał, łaknienie zwiększało się. Podczas leczenia chore nie zmieniały zwykłego trybu życia. (Allg. med. Cntr. Ztg. Nr. 49. 98).

— **FRANKENBURGER** spostrzegł przypadek melancholii wskutek zatrucia jodoformem. Chorej zastrzykiwano z powodu ropnia opadowego w przeciągu 6 tygodni zawiesinę jodoformową cztery razy tygodniowo po 0,5 jodoformu. Chora wpadła w melancholię, która trwała jeszcze po odstawieniu środka. (Münch. med. Woch. Nr. 22. 98).

M. B.