

GAZETA LEKARSKA.

I. UPROSZCZENIE MIKROCHEMICZNYCH ODCZYNÓW NA ŻELAZO.

Podał

Prof. chem., **St. Szcz. Zaleski** [Tomsz].

Wiadomo, jak ważną rolę gra żelazo w ekonomii roślinnego i zwierzęcego życia. Kosztem żelaza, z pokarmem przyjmowanego, krew się wytwarza, a brak żelaza pociąga za sobą brak krwi i zboczenia w jej składzie, z kąd rozmaite chorobliwe stany powstają. Nie mniej ważne zboczenia zachodzą i u roślin w ich czynnościach i rozwoju przy utrudnionym albo przerwany dowozie żelaza; w braku bowiem tego metalu utracą chlorofil zasadniczą swoją własność rozszczepiania, pod wpływem promieni słonecznych, kwasu węglanego i przyswajania [asymilacji] składników tegoż, przez co rośliny tracą swą barwę, więdną i giną wreszcie doszczętnie. Doniosłe to znaczenie żelaza nie na tem się jednak tylko ogranicza. Śledzenie dróg jego i wędrówek po ustrojach, zarówno zwierzęcych jak i roślinnych, naprowadza nas na cały szereg fizjologo-chemicznych i ogólnobiologicznych zagadnień pierwszorzędного znaczenia, jak np.: gdzie się krew tworzy, czy prawdą jest, że się rozpada i jeżeli tak, to w jakich narządach i w jaki sposób; w jaki sposób ulega żelazo wchłanianiu u zwierząt i roślin, jakie fazy przechodzi, o ile wpływa na rozwój żywej i utajonej siły w ustrojach, czy i o ile warunkuje syntezy i rozkład składników ustrojów, w jakim związku stoi z chorobowymi stanami tychże i wiele więcej innych. Do rozstrzygnięcia wszystkich tych zagadnień musi być dopiero przez cały szereg mozolnych badań utorowana droga: należy przedewszystkiem zbadać topograficzne rozmieszczenie się żelaza po tkankach i narządach różnie odżywianych i najróżnorodniejszych przedstawicieli obu uorganizowanych państw przyrody w stanie ich prawidłowym i chorobowym, względnie do natury i rodzaju chorobowego zboczenia. Cel ten w dwójaki sposób osiągnąć się daje: z jednej strony za pomocą ścisłych chemicznych ilościowych oznaczeń po spopieleniu danych tkanek, narządów, mas stałych, lub płynów, z drugiej — przez stosowanie odczynników wprost na dany przedmiot, badany bądź makroskopowo, bądź mikroskopowo, czyli — inaczej mówiąc — drogą nakrochemiczną, lub mikrochemiczną, przyczem względne pojęcie o ilościach metalu daje litylko siła danego odczynu. Gdzie tylko można, obu tych dróg — rzecz oczywista — użyć bezwarunkowo należy. Często się jednak zdarza, że ilościowa analiza staje się wprost niemożliwą, zwłaszcza gdy chodzi o niższe ustroje, albo też

o drobniotkie narządy, nie poddające się ilościowym oznaczeniom; w takich razach jedyną ucieczkę stanowi droga makrochemicznego, *resp.* mikrochemicznego badania. To też wszelkie udostępnienie i udoskonalenie metod tego ostatniego za stanowczą zdobycz nauki uważać należy.

Mikrochemicznych odczynów narządów i tkanek na żelazo, stosowanych zresztą dość często i od dość już dawna, lecz tylko w przypadkach patologicznych, użyłem po raz pierwszy na większą skalę przed laty czterema dopiero i do badań fizjologo-chemicznych, wprowadzając jednocześnie do nauki pojęcie badań makrochemicznych i przeciwstawiając takowe mikrochemicznym. Obszerniejsze dane w tym względzie znajdzie czytelnik w poprzednich moich pracach ¹⁾, gdzie opisane są szczegółowo sposoby wykonywania rzeczonych odczynów, zarówno dawniejszych, jak i przezemnie wprowadzonych i udoskonalonych i udowodniono zarazem, że w niektórych przypadkach odpowiedni narząd, albo tkanka może wskazać obecność żelaza, nawet w większych ilościach drogą makrochemiczną, gdy tymczasem mikrochemiczna zawodzi. Mogą być niekiedy i wprost odwrotne stosunki, t. j. obecność żelaza w takiej formie i w takiej ilości, że tylko wyniki mikrochemicznego badania do celu prowadzą. W znakomitej jednak większości przypadków oba sposoby badania, t. j. i makrochemiczny i mikrochemiczny, dają wyniki dodatnie; w żadnym więc razie, gdy się po temu nadarzy sposobność, ani jednego, ani drugiego pomijać nie należy.

Od tego czasu pracowałem ustawicznie nad tem, aby kłopotliwe dość sposoby wykonywania rzeczonych odczynów, o ile możności, uprościć. Przede wszystkim chodziło mi:

¹⁾ ST. SZCZ. ZALESKI. 1) Przegl. lek. 1886 i VIRCHOW's Arch. Bd. CIV. — 2) Pam. Tow. lek. 1886 i Zeitschr. f. phys. Chem. Bd. X. — 3) Gaz. Lek. 1887 i Med. Centralbl. 1887. — 4) Wojenno-Medic. Żurnał. 1888 i Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmacologie. Bd. XXIII. — 5) Przegl. lek. 1887 r., Wojenno-Medyc. Żurnał. 1885 i Arch. f. exp Path. u. Pharmacol. Bd. XXIII.

O STANIE LARYNGOLOGII W LONDYNIE

na podstawie osobistych spostrzeżeń.

Skreslił

D-r Jan Sędziak.

były asystent szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

Podczas 4-miesięcznego pobytu w Londynie miałem sposobność szczegółowo zbadać urządzenie szpitali, specjalnie poświęconych chorobom gardła, krtań, nosa i uszów, jakoteż specjalnych oddziałów, znajdujących się w ogólnych szpitalach. Sądzę, że nie bez interesu dla lekarzy w ogólności, a dla specjalistów, laryngologów, w szczególności będzie zapoznanie się z rezultatem moich spostrzeżeń, które pod wielu względami przedstawiają się wielce ciekawymi i pouczającymi. Spostrzeżenia moje kreślę na podstawie tego, co sam niejednokrotnie miałem sposobność widzieć, oraz na podstawie szczegółowych rocznych sprawo-

1-o, ażeby w tych przypadkach, w których przy badaniu rozporządzamy niewielkim zaledwie kawałkiem narządu lub tkanki, niewystarczającym do wykonywania makrochemicznych odczynów niezależnie od mikrochemicznych, użyć można było jednego i tego samego materiału zarówno w tym, jak i w tamtym celu;

2-o, ażeby długotrwałą procedurę wykonywania odczynu na każdym skrawku oddzielnie skrócić, o ile to możliwe;

3-o, ażeby dać możność otrzymywania całej seryi skrawków z gotowym już odczynem, czy to z zarodka, wziętego w całości, czy też z oddzielnego zwierzęcego albo roślinnego narządu lub tkanki.

Badań nad odpowiedniem przygotowaniem tkanek roślinnych jeszcze nie ukończyłem i dla tego poniżej podaję wyniki, tyjące się jedynie państwa zwierzęcego.

Pomiędzy makrochemicznymi i mikrochemicznymi odczynami, jako uniwersalny środek rozpoznawczy na żelazo wogóle, bez względu na stopień jego utlenienia, najważniejszą bezwarunkowo rolę grają odczyny za pomocą siarku amonu i za pomocą żółtego cyjanku potasu (*ferrocyankalium*) po podkwaszeniu w tym ostatnim razie kwasem solnym. Dalej idą odczyny za pomocą czerwonej soli żelaza (*ferridcyankalium*) i kwasu solnego na związki tlenku żelaza [FeO] wyłącznie, i odczyny za pomocą rodanku potasu (*rhodankalium*) i kwasu solnego — na związki tlenku żelaza [Fe_2O_3]. Na te więc odczyny należało przede wszystkim zwrócić uwagę, nie zapominając jednak, że odczyn za pomocą rodanku potasu, choć nader czuły, ma jednak pewną słabą stronę, a mianowicie: w razie obecności żelaza barwi się przytem nietylko sama tkanka na czerwono, lecz niekiedy i płyn, do odczynu użyty.

Przy wykonywaniu odczynu za pomocą siarku amonu dość jest odpowiedni preparat stosownie do jego rozmiarów położyć na czas od 2 minut do $\frac{1}{2}$ godziny i więcej w 1%—3% wodny lub alkoholowy roztwór żółtego siarku amonu.

zdań z działalności powyższych szpitali, chętnie mi przez lekarzy tutejszych udzielanych.

Jak wyżej wspomniałem dla chorób gardła, nosa i uszów przeznaczone są w Londynie:

1) Specyjalne oddziały t. zw. *throat departaments*, w ogólnych szpitalach się znajdujące; odpowiadają one mniej więcej naszym ambulatoryjom w szpitalach S-go Ducha, S-go Rocha i Dzieciątka Jezus.

2) Specyjalne szpitale, jakich w Warszawie nie posiadamy wcale.

Ze względu na wysoce praktyczne znaczenie tych ostatnich, o nich przede wszystkim powiedzieć nam wypada.

I, Specyjalne szpitale londyńskie dla chorób gardła, krtani, nosa i uszów. Takich Londyn posiada trzy:

A. *Hospital for diseases of the throat.*

B. *Central London throat and ear Hospital.*

C. *The London throat Hospital.*

Barwa, odczynowi właściwa, jest ciemno-zieloną, a przy większych ilościach żelaza — czarną.

Reakcja za pomocą pozostałych odczynników, t. j. rodanku potasu, żółtej i czerwonej soli żelaza, na tem polega, że się odpowiedni preparat na takiż przeciąg czasu, jak i w poprzednim razie, w 1%—3% roztworze danej soli po-grąży, a następnie, po szybkim przemyciu — w słabym, mniej więcej 2%-ym wodnym lub alkoholowym roztworze kwasu solnego. Barwa, rodankowi potasu właściwa, jest malinowo-czerwona, a pozostałym dwóm odczytnikom względnie do stopnia odczynu — błękitna, lub ciemno-niebieska. Czułość wszystkich tych odczynów nader jest wielką.

Ażeby otrzymać preparaty, zadość czyniące warunkom, objętym powyższemi trzema punktami, gdy idzie o odczyn z siarkiem amonu, postępuję w następujący sposób: kawałek danego narządu lub tkanki tej samej mniej więcej wielkości, jaka się zazwyczaj używa do stwardniania histologicznych preparatów, wrzucam do 96% wysoku i pozostawiam w nim na dobę, a następnie przenoszę do słoika, aż po brzegi wypełnionego 96% wysokiem, zawierającym w sobie kilka lub kilkanaście kropel żółtego siarku amonu i pozostawiam znów przynajmniej na dobę, zamknąwszy naczynie szklanym korkiem i wstrząsając je od czasu do czasu. W razie obecności jako tako poczytalnych ilości żelaza preparat staje się nie tylko na powierzchni, lecz i wewnątrz zielonym; barwa ciemnieje, gdy ilości żelaza są większe, a przechodzi w czarną, gdy ilości te są znaczne. Dla ostatecznego stwardnienia preparatu i możliwego usunięcia zeń wody, przenoszą go nakoniec do podobnegoż roztworu kilku kropel siarku amonu w absolutnym alkoholu, przyczem roztwór winien mieć kolor jasno słomkowy i wypełniać naczynie aż po sam korek, który niedość że najstosowniej ze szkła dobierać, zwykłe bowiem psują się od siarku amonu i dają odczyn na żelazo, lecz nadto należy go dopasowywać jaknajdokładniej do naczynia, aby siarek amonu się nie ulatniał. Ostrożności te są niezbędne, gdyż inaczej pod wpływem utleniającego działania powietrza reakcja stopniowo znacznie osła-

Pod każdym względem pierwszeństwo należy się pierwszemu z trzech wyżej wymienionych szpitali i dlatego o nim więcej szczegółowo zamierzam pomówić.

A. *Hospital for diseases of the throat.*

Szpital ten znajduje się na Golden Square. Jest on najstarszym ze specjalnych szpitali dla chorób gardła; założony bowiem został w r. 1863 ¹⁾, a więc liczy 26-ty rok istnienia. Zawdzięcza on wiele, tak pod względem materyjalnym, jakoteż moralnym, SIR MORELL MACKENZIE'emu, swemu założycielowi obecnemu, konsultantowi szpitala. Na zewnątrz szpital przedstawia się bardzo skromnie; zwykły dwupiętrowy narożny dom o 13 oknach frontu, z których 10 wychodzi na wąską uliczkę: Upper John street, pozostałe na Golden Square. Wewnętrzne natomiast urządzenie, jakkolwiek dalekie od komfortu, przedstawia się jednak niesłychanie praktycznie. Szpital, pozostający pod patronatem lorda arcybiskupa CANTERBURY, posiada znaczne dochody; te w ostatnim [1888] roku wynosiły około 40,000 rubli. W tem miejscu uważam za pożyteczne powiedzieć słów kilka wogóle o dochodach szpitalnych, tem więcej, że pod tym względem

¹⁾ W r. 1883 został on znacznie rozszerzonym,

bnąć może. Dla tego też właśnie i do przechowywania preparatów z gotową już reakcją nie można się ograniczać na samym absolutnym alkoholu, lecz uciec się należy do rzeczono go alkoholowego roztworu żółtego siarku amonu. Tak przygotowane preparaty mogą być w razie potrzeby krajane mikrotomem, a gdy ilość skrawków już będzie dostateczna, znów przechowywane na dalsze potrzeby we wspomnianym roztworze. Przed krajaniem jednak należy przemywać preparat z powierzchni absolutnym alkoholem; siarek bowiem amonu może zepsuć nóż mikrotomu, zwłaszcza przy długim z nim zetknięciu. Jeżeli szybko i natychmiastowo prowadzimy badanie, odczyn nic nie traci przez działanie powietrza; jeżeli jednak badanie odkładamy na później, dodać należy do alkoholu, w którym mamy przechować skrawki, kroplę siarku amonu i nakryć naczynie doszlifowanym szkiełkiem.

Do stosowanego w ten sposób odczynu można użyć i nastrzykniętych uprzednio lub barwionych *en masse* preparatów, przyczem należy jedynie mieć na uwadze, aby barwniki, zarówno jak masa iniekcyjna, były odpowiednio do barwy odczynu dobrane i aby na nie siarek amonu nie wywierał ujemnego chemicznego działania.

Dla otrzymania analogicznych preparatów za pomocą pozostałych odczynników używam nieco odmiennego sposobu postępowania. Odnosne kawałki kładę naprzód, jak w poprzednim razie do 65% alkoholu i przenoszę następnie do 1% roztworu żółtego lub czerwonego cyjanku potasu, lub wreszcie do takiegoż roztworu rodanku potasu w 96% alkoholu, względnie do reakcyi, którą otrzymać zamierzamy. W roztworze tym przy częstem skłócaniu leżeć muszą preparaty przynajmniej 2 lub 3 doby, poczem przeniesione zostają na dobę do takiegoż roztworu odpowiedniej z wymienionych soli, lecz tym razem nie w 96%, ale w 65% alkoholu. Po dokonaniu tego przenosi się znów preparat do 96% wyskoku za dodaniem do tego ostatniego odpowiedniej ilości kwasu solnego, tak, aby roztwór był 1%—2%. Użycie przed tem słabszego alkoholu ma na celu

zauważyć się daje zasadnicza różnica między naszymi, a londyńskimi szpitalami. Prawie wszystkie szpitale w Londynie, czy to specjalne, czy też ogólne, mają na froncie napis: „*supported by voluntary contributions*“, to znaczy, że podtrzymywane są one—żyją z dobrowolnych ofiar. Dobroczynność angielska w tym kierunku jest po prostu zadziwiająca — nie ma ona granic. Każdy szpital, oprócz patrona [królowa, lub ktoś z członków królewskiej rodziny, zwykle książę i księżna Walii], ma jeszcze cały szereg protektorów i protektorek, oraz członków, należących do wyższych sfer tutejszego społeczeństwa. Wszyscy oni obowiązani są do corocznych mniejszych, lub jednorazowych większych składek na szpital, za to nazwiska ich figurują w corocznych sprawozdaniach szpitalnych (*annual reports*) z wyszczególnieniem wysokości ofiarowanej sumy. Prócz tego zewnątrz każdego szpitala znajduje się skrzynka z napisem „*for donations*“, służąca również do dobrowolnych ofiar na korzyść danego szpitala. Niedość na tem, na korzyść tego, lub owego szpitala, lub wszystkich szpitali razem odbywają się tutaj obiady [np. przez lorda CHURCHILL'a wydany w początkach Lipca na dochód szpitala na Golden Square], koncerty, przedstawienia teatralne i t. d. i t. d.. Wreszcie dwa razy do roku przeznaczone są dni, w których całkowity dochód z różnych gałęzi przemysłu i handlu idzie na korzyść szpitali. Są to tak zwane:

wprowadzenie do miąższu tkanek pewnej ilości wody dla ułatwienia endosmozy i egzosmozy kwasowi solnemu, wprowadzonemu do alkoholu znacznie silniejszego stężenia. Zupełne nasiąknięcie preparatu kwasem solnym osiąga się po upływie 2—3 dób, poczem cały dany kawałek — w razie obecności żelaza — przyjmuje charakterystyczną dla danego odczynnika i połączenia żelaza barwę i na powierzchni i wewnątrz. Następnie do przechowania preparatów i ostatecznego wyciągnięcia z nich wody i nadmiaru kwasu solnego, szkodliwego, jak wiadomo, dla brzytw, używa się absolutnego alkoholu; kraje się je wtedy dobrze zarówno ręcznie, jak i na mikrotomie.

Otrzymane w ten sposób preparaty można następnie barwić *en masse*, przyczem, oczywiście, przy wyborze barwnika te same zasady zastosować należy, jak i dla siarku amonu. Odmienny sposób postępowania, t. j. uprzednie barwienie, a następnie wykonywanie odczynu nie prowadzi w tym razie do celu; kwas solny bowiem odbarwia, jak wiadomo, bardzo wiele barwników. Szczególnie pięknie i pouczająco wychodzą preparaty z odczynem za pomocą żółtej, lub też czerwonej soli żelaza, zabarwiane następnie za pomocą karminu. Kontrast barwy niebieskiej i czerwonej jest uderzający. Wogóle preparaty, otrzymane za pomocą tych odczynników, nierównie lepiej nadają się do barwienia, niż preparaty, otrzymywane za pomocą siarku amonu. Z nich też najlepiej się udają t. zw. trwałe preparaty drobnowidzowe. I nastrzyknięte uprzednio preparaty, byle tylko masa iniekcyjna była odpowiednio dobrana i nie poddawała się działaniu kwasu solnego, mogą być z wielką korzyścią użyte do odczynów tej kategorii.

Że preparaty, otrzymane według sposobów powyżej podanych, czy to za pomocą siarku amonu, czy też pozostałych odczynników, przechowywane być mogą bez wszelkiego uszczerbku choćby lata całe, dowodem tego próby, które wykonałem na wątrobie przy zatruciu fosforem, będąc jeszcze w Dorpacie. Odnośne preparaty po roku niespełna odbyły podróż do Tomsku i dziś, po dwóch blisko latach od czasu ich przygotowania, przedstawiają się zarówno na

„Hospital Sunday [Szpitalna Niedziela] and Saturday [Sobota]“. W dniu owe [jeden z nich — mianowicie ostatni wypadł podczas mego pobytu w Londynie — w połowie Lipca], widzi się obraz, jaki prawdopodobnie nieprędko zobaczę; jest on wysoce charakterystyczny: na każdym kroku na ulicach spotykasz się z kwestującymi damami, dziećmi [zbierającymi ofiary nawet w omnibusach podczas jazdy]; dorożkarze na batach przyczepione mają kartki z napisem „Hospital Saturday“, co znaczyć ma, że i oni dobrowolnie pozbawiają się zwykłego zarobku na korzyść szpitali, których doniosłość ludność tutejsza, nawet najuboższa, wysoce odczuwa; dalej, w dniu owe odbywają się procesyje najróżnorodniejsze, podczas których gorliwie są zbierane ofiary na szpitale i t. d., i t. d.. Ze tego rodzaju ofiary mogą być bardzo znaczne, najlepiej świadczy fakt, że w roku zeszłym [1888] z ogólnej sumy, uzyskanej z owych dwu dni na dochód szpitalny, jeden z nich S-t Mary's Hospital otrzymał blisko 20,000 rubli! Oprócz tego każdy szpital posiada pewną ilość, mniej lub więcej znacznych, legatów [zapisów], z których procenty stanowią stały, znaczny dochód roczny szpitala. Pozostaje jeszcze dochód z opłat, pobieranych od chorych [znaczących w książkach, o których poniżej wspomnę, za pomocą marek]. Jest on stosunkowo nieznaczny [przecięciowo $\frac{1}{2}$ rubla na tydzień od chorego]. Szpitale tutejsze, zwłaszcza

zewewnętrznej powierzchni, jak i na powierzchni rozkroju, zupełnie tak samo, jak na początku. Podanie wyników dotąd nieukończonego badania tych preparatów będzie przedmiotem osobnej pracy.

Przy postępowaniu według powyższych wskazówek udało mi się wywołać odczyn na żelazo w całym ustroju zarodków, a nawet małych zwierząt, bez rozcinania ich na oddzielne kawałki. Korzyści z tego rodzaju postępowania są, zdaniem mojem, nader wielkiej wagi; dają bowiem możność na powierzchni rozkroju całego organizmu, czy to w kierunku pionowym, czy też skośnym lub poprzecznym, badać porównawczo charakter i stopień natężenia odczynu w oddzielnych narządach i tkankach. Poprowadzić to może bezpośrednio do zupełnie nowych, nieznanych dotąd fizjologicznych faktów i wniosków, doniosłości których wszelako nie śmiem *a priori* przesądzać.

II. K I L K A U W A G

NAD PRZYMIOTEM UKŁADU NERWOWEGO.

Skreślił

Aleksander Fabian.

[Rzecz, czytana na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego].

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 35].

Cenne zkądinąd sprawozdania DYMICKIEGO, przez lat trzydzieści prowadzone, o chorobach, leczonych w BUSKU, uzupełniane od lat kilku równbieżnemi zprawozdaniami MAJKOWSKIEGO, mało są dla nas przydatne; gdyż dopiero w kilku ostatnich „choroby nerwowe przymiotem spowodowane” stanowią w nich rubrykę oddzielną, kiedy tymczasem w dawniejszych „choroby nerwowe” postawione są jako dział współrzędny z działem

wyłącznie dla chorób gardła, krtani, nosa i uszów poświęcone, mają za zadanie udzielać nie tylko porad, lecz i lekarstwo darmo dla biednych, zwłaszcza przychodnich chorych, t. zw. *out patients*. Część ich zaledwie jest w stanie opłacić stosownie do możności pewne sumy nie tyle za poradę, co za lekarstwo.

Rzecz prosta, że wobec tego zkądinąd chwalebne go zwyczajowi wydatki szpitalne muszą być znaczne; najczęściej przewyższają one, a przynajmniej dorównują dochodom.

Pozwoliwszy sobie na ten przydługi może odstęp, wracam do naszego specjalnego szpitala na Golden Square. Jest on, jak wszystkie specjalne szpitale [których tu w Londynie moc wielka], przeznaczony przede wszystkim dla chorych przychodnich (*out patients*). Dla stałych zaś t. zw. *in patients*, rekrutujących się prawie zawsze z ambulatoryjnych, znajduje się w powyższym szpitalu 19 łóżek, liczba pozornie mała, w rzeczywistości jednak zupełnie wystarczająca, jeżeli zwrócimy uwagę na to, że są to przeważnie chorzy operacyjni, a więc jako tacy często się zmieniający. Najczęściej są to chorzy z adenoidalnemi wyrostkami, które tu [w Londynie] po większej części operuje się pod chloroformem, rzadziej już chorzy z gruźlicą krtani i płuc, nie mogący z powodu nędznego stanu ogólnego leczyć się miejscowo, jako „*out patients*” i t. d., i t. d..

„przymiot“: mało więc pouczyć nas mogą o statystycznej częstotliwości przymiotowych cierpień układu nerwowego, leczonych u naszych źródeł siarczanych.

Lecz przejdziemy do kwestyj praktycznych. Na pierwszym miejscu staje przed nami pytanie: na jakich danych opiera się i oprzeć może rozpoznanie przymiotowego cierpienia nerwowego, a w szczególności mózgu i rdzenia? Oczywiście, w dwóch kierunkach przyjdzie nam szukać wskazówek. Raz, przypomnieć sobie wypadnie ogólny charakter zarazka przymiotowego i te zmiany anatomo-patologiczne, które on specjalnie wywołuje w oponach, samym miąższu mózgu i rdzenia, oraz w wielkich naczyniach. Z drugiej zaś strony obaczyć trzeba, o ile dane objawy ze strony układu nerwowego, w pewnym przypadku spostrzegane, zależą mogą istotnie od takich zmian anatomicznych, a zwłaszcza od takich umiędyszczeń tych zmian, o których z doświadczenia wiemy, że są częściej, niż inne, właściwe przymiotowi. Oczywiście, trzeba będzie pamiętać zawsze o tych właściwościach budowy i czynności ośrodków nerwowych, które sprawiają, że wśród objawów nerwowych, obok wysokiego stopnia autonomii czynnościowej pewnych terytoriów, spotykamy liczne skojarzenia czynnościowe szlaków, przestrzennie od siebie oddalonych, liczne działania z odległości, oddziaływania zwrotne, oraz szerzenie się chorobowych zmian nie tylko przez sąsiedztwo i jednolitość tkanek, ale również drogą jednorodności czynnościowej.

Nie można bo też nigdy zapominać o tem, że, jak wiadomo, ogólny rodzaj zaburzenia czynnościowego w układzie nerwowym, czyli klinicznego objawu, zależy przede wszystkim od siedliska przyczyny chorobotwórczej, a nie od jakości samej przyczyny; jedynie szczegółowy zaburzenia kierunek, jego przebieg, zejście i t. d. od charakteru samej przyczyny zawisły. Uraz i ucisk, zapalenie i zakażenie, zwyrodnienie, blizna i zanik, w tym samym odcinku mózgowia usadowione, mogą równie dobrze wywołać nerwoból i znieczulenie, drgawkę lub porażenie, a tylko większa lub mniejsza szybkość i odmienna jakość przebiegu,

Nad każdym łóżkiem wisi tablica z nazwiskiem lekarza [jest ich kilku, o czem poniżej], który chorego danego zapisał do szpitala. Schemat szpitalny mało się różni od naszych; jest on przytwierdzony do drewnianej podstawki [co jest praktyczne], oraz zawiera zwykle schemat krtani, często zaś i nosa, jakoteż jamy nosogardzieliowej i uszów. Jest to urządzenie niesłychanie praktyczne, do czego jeszcze raz powrócę, mówiąc o książkach dla chorych zewnętrznych. Sale [na 1-szem piętrze dla mężczyzn, na 2-iem zaś piętrze dla kobiet], zawierające po 9 łóżek każda [prócz tego oddzielny pokój dla chorych zakaźnych, jakkolwiek takich np.: dyfterytycznych, zarząd szpitalny zwykle nie przyjmuje], bardzo obszerne, widne, oraz niezwykle czyste. To ostatnie jest zasługą sióstr miłosierdzia w rodzaju naszych, pod zwierzchnim nadzorem przełożonej pozostające.

Wewnętrzne urządzenie szpitala, jak już wspomniałem, jest skromne, lecz zarazem niesłychanie praktyczne. Szpital posiada, prócz dwu sal dla stałych chorych, swoją własną aptekę, t. zw. *dispensary*, poczekalnię, gabinet dla badań mikroskopowo-chemicznych, oraz drugi dla wykładów klinicznych [o których wspomnę poniżej], salkę operacyjną, bardzo czystą, widną [światło pada z góry], salę sekcyjną, mieszkanie dla domowego lekarza, wreszcie mieszkania

oraz następstwa objawów dla każdej odrębnej przyczyny chorobotwórczej odmiennie się przedstawiają, zależąc od jej specjalnego działania na biologię tkanki.

Statystycznie stwierdzona większa lub mniejsza częstość sadowienia się tych lub owych spraw chorobowych w danym terytorjum wielce będzie dla rozpoznania przydatną; wiadomo bowiem z doświadczenia klinicznego, że np. ropne zapalenia sadowią się gdzieindziej, glejaki z upodobaniem inne zajmują terytoria, niżeli gumaty przymiotowe, gruźelki, lub bąblowce i t. p..

Nadmienić wypada, że i objawy ogólniejsze, nie ogniskowe, od charakteru przyczyny chorobotwórczej zależą; do takich należy gorączka, odurzenie i t. p.. Już sama obecność lub nieobecność objawów ogniskowych obok ogólnych, lub bez nich, ważną rozpoznawczą wskazówkę stanowi.

Co się tyczy specjalnie rozpoznawania przymiotu nerwowego, to nasuwa się jeszcze jedna okoliczność. Zakażenie przymiotowe w układzie nerwowym nie jest nigdy pierwotnem, lecz stanowi zawsze objaw wtórny, często późny, a niekiedy nawet bardzo późny. Otóż, logicznem wymaganiem rzetelnego rozpoznania jest odnalezienie objawów innych — istniejącego, lub oznak przebytego przymiotu u osobnika, dotkniętego cierpieniem nerwowem, za przymiotowe uważanem, a więc możliwie dokładna pod każdym względem anamneza. Jest to tem ważniejszym, że, jak zaraz zobaczymy, klinicznie niewiele jeszcze objawów uważać wolno za tak znamienne, ażeby je bez wahania za przymiotowe poczytać można bez anamnestycznego potwierdzenia. A cóż dopiero mówić o owych sprawach degeneracyjnych, późnych, o porażeniu postępowem, lub władze rdzenia, dla których związek z przymiotem uważanym jest przez jednych za wprost przyczynowy, a przez innych za jedynie pośredni — przez powstanie irytacyjnego stanu w ośrodkach pod wpływem jadu, usposabiającego do późniejszych zwyrodnień [STRUEMPELL]. Tu przynajmniej prawdopodobieństwo zakażenia stwierdzonem by być powinno.

dla sekretarza szpitala, oraz starszej zakonnicy. Personel lekarski (t. zw. *Medical staff*) składa się z 8 następujących członków:

Lekarz konsultant (*Consulting physician*) SIR MORELL MACKENZIE.

Lekarze ordynujący (*physicians*): D-r NORRIS WOLFENDEN, D-r BOND i D-r GREVILLE MAC DONALD ¹⁾.

Chirurg (*surgeon*): MARK HOVEL.

Lekarz dentysta (*Dental surgeon*) LEONARD MATHESON.

Asystent chirurg (*Assistant surgeon*): PROCTER HUTCHINSON, wreszcie:

Miejscowy lekarz (*Resident Medical officer*): HARVEY.

Wszyscy ci lekarze są, mniej lub więcej, znani w literaturze laryngologicznej, że pomnę już MACKENZIE'go, którego nazwisko obecnie nie tylko między lekarzami, ale publiką jest głośnem, autora wielu bardzo cennych prac w zakresie naszej specjalności, autora między innymi doskonałego dzieła „*a manual of diseases of the throat and nose* [1-szy tom w r. 1880, drugi w 1884]. Chciałbym słów kilka powiedzieć o innych lekarzach, których nazwiska mało są u nas

¹⁾ Od 1887 roku.

Niestety, dotychczas nie udało się wykrycie najkardynalniejszego dowodu zakażenia, mianowicie specyficznego zarazka w tkankach i sokach ustroju, któreby na podobieństwo innych chorób zakaźnych rozpoznanie utrwaliło. Ani badania nad szczepieniem, na zwierzętach podjęte ongi jeszcze przez KLEBS'a i PICK'a ²⁸⁾, ani poszukiwania LUSTGARTEN'a ²⁹⁾, CORNIL'a ³⁰⁾, DOUTRELEPONT'a ³¹⁾, ALVAREZ'a i TAVEL'a ³²⁾, SCHUETZ'a ³³⁾, MATTERSTOCK'a ³⁴⁾, RUMPF'a ³⁵⁾, DISSE i TAGUCHI'ego ³⁶⁾ i innych nad lasecznikiem przymiotowym nie doprowadziły do pewnych wyników, choć przecież cały charakter choroby za obecnością jakiegoś specyficznego mikroba przemawia tak dosadnie. Wreszcie dla naszego celu nawet najdodatniejsze wyniki dotychczasowe spożytkować się nie dadzą; bo dotąd udawało się jedynie wykrywać lasecznika w pierwotnym stwardnieniu i łepieżach, a raz podobno (?) DISSE miał wykryć specyficzne mikroby w owrzodzeniach przy dziedzicznym przymocie ³⁷⁾. Czyste kultury, szczepione zwierzętom, dały podobno wyniki dodatnie.

Mówiąc o szczegółowej anamnezie, pamiętać trzeba, że oczywiście samo zeznanie chorego nie ma właściwie żadnego znaczenia, zwłaszcza jeśli jest prze-

²⁸⁾ KLEBS. Das Contagium der Syphilis. Arch. f. Pharmacol. u. experim. Pathol. Bd. X. 1879 Heft. 3/4 i PICK dodatek do powyższego artykułu. Tamże.

²⁹⁾ LUSTGARTEN w Wien. med. Wochenschr. 1884. Nr. 47, oraz Verhandlungen des IV-ten Congr. für innere Medicin. Wiesbaden. 1885.

³⁰⁾ CORNIL w Bullet. de l'Acad. de Médec. 1885.

³¹⁾ DOUTRELEPONT. Odczyt na zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Strassburgu 1885 roku.

³²⁾ ALVAREZ i TAVEL cf. u CORNIL'a [loc. cit.], oraz Recherches sur le bacille de LUSTGARTEN. Arch. de physiologie 1885. XVII.

³³⁾ cf. u RUMPF'a [loc. cit.],

³⁴⁾ MATTERSTOCK. Ueber Bacillen der Syphilis w Mittheilungen aus der med. Klinik zu Würzburg. 1886 r.

³⁵⁾ RUMPF [loc. cit.], oraz odczyt jego na Zjeździe medycyny wewnętrznej w Wiesbaden.

³⁶⁾ DISSE i TAGUCHI w Deutsch. med. Wochenschr. 1885. Nr. 48, oraz 1886. Nr. 14.

³⁷⁾ DISSE. Contagium der Syphilis. Deutsch. med. Wochenschr. 1887 r. CHOTZEN. Ueber Streptococcen bei hereditärer Syphilis. Vierteljahr. f. Dermatol. 1887.

znane, a którzy jednak zasługują na to, by choć pobieżnie zapoznać się z ich lekarską [specyjalnie laryngologiczną] działalnością.

Przedewszystkiem mam tu na myśli dwóch: WOLFENDEN'a i MAC-DONALD'a. Należą oni do najwybitniejszych specjalistów w Anglii. Nie mam bynajmniej zamiaru wyliczać tu całego szeregu prac, w ostatnich kilku latach przez powyższych lekarzy ogłoszonych. Ograniczę się tylko na kilku wzmiankach. D-r NORRIS WOLFENDEN, jeden z redaktorów [drugim jest MACKENZIE] specyjalnego czasopisma [miesięcznika] „*Journal of Laryngology and rhinology etc.*“, założonego w r. 1887, autor wielu prac, między innemi „*Observations on exophthalmic goitre [GRAVES disease]*“, oraz wspólnie z D-r MARTIN'em, patologiem (*pathologist*) szpitala dla chorób płucnych, wydający obecnie doskonałą pracę pod tytułem „*Studies on pathological anatomy — especially in relations to laryngeal neoplasms*“, którego pierwsze 2 zeszyty [o łagodnych nowotworach krtani] dotąd wyszły. Jest to dzieło, które śmiało polecić mogę każdemu laryngologowi.

czącym; bo — raz — istotnie, to można twierdzić na pewno, zdarzyć się może, że chory pierwotnego zakażenia wcale nie dostrzegł, wczesnych wtórnych objawów, choć je widział, nie rozumiał i wcale nie pojmował ich związku z pierwotnym zakażeniem i t. d., albo po prostu, co częstsza, dla jakichkolwiek powodów zarażeniu przeczy, co nie dziw, bo, pomimo pięknie brzmiącej nazwy polskiej, pospolicie syfilisu nie uważa się, jak dotąd, za „przymiot“, lecz za szpetną wadę, lub nawet wśród nieoświeconych — za grzech śmiertelny. Szukać więc trzeba oznak przedmiotowych, jakiejś starej blizny, pozostałości po głębokich zapaleniach ocznych, łysiny i t. p.; chociaż najczęściej zdarzyć się może, że nic nie wykryjemy, gdyż przymiot mózgowy i rdzeniowy, bywa często objawem bardzo późnym zakażenia, kiedy już innych oznak współcześnie nie bywa.

Pamiętać też zawsze trzeba o przymiocie dziedzicznym, bo odkąd anatomo-patologowie stwierdzili, że zmiany w tkankach przy dziedzicznym przymiocie niczem się prawie nie różnią od zmian w przymiocie nabytym i odkąd klinicznie znaleziono niewątpliwe przypadki chorób nerwowych ośrodkowych, jako najprawdopodobniej przez przymiot spowodowane, u młodszych i starszych dzieci pierwotnie na pewno nie zakażonych, lecz dziedziczną zarazą dotkniętych, nader bacznie na ten moment zwracać należy uwagę.

Rzecz ta na wspomnienie tem bardziej zasługuje, że coraz liczniejsze obserwacje, mianowicie CHARCOT'a, FOURNIER'a, HERXHEIMER'a, RUMPF'a wykazują, iż przymiot dziedziczny w tej postaci może się objawić w wieku dość późnym u danego osobnika. Znane są podobne przypadki u osobników 18-to, 20-to i 30-letnich.

Oczywiście, wczesne objawy dziedzicznego przymiotu u dzieci danej rodziny mogą jeszcze w innym kierunku posłużyć do stwierdzenia rozpoznania zakażenia przymiotowego, u rodziców uparcie zaprzeczanego, a jednak przez nas przypuszczanego jako przyczyna spostrzeganej u rodziców choroby nerwowej.

Okoliczności mogą być przytem bardzo rozmaite. Rzadko bardzo objawy cierpienia nerwowego, występującego u osobnika, przymiotem dziedzicznym dotkniętego, są pierwszymi objawami zarazy heredytarnej. Zwykle bowiem już w młodszym wieku poprzedzają je pewne znamiona specyficznej dziedziczności (*stigmata hereditatis specifica*), czy to w postaci owej dobrze znanej trójki objawów HUTCHINSON'a, mianowicie: zapalenia miąższowego rogówki (*keratitis parenchymatosa*), kończącego się jej zmętnieniem, niedorozwoju ucha, oraz charakterystycznie zmienionych zębów, bardzo kruchych i wyłamujących się w pewien właściwy sposób; czy też bez tych wybitnych zjawisk, poprostu pod postacią pewnego niedorozwoju [tak zwana *infantilitas*], przyczem tedy dojrzewanie płciowe następuje bardzo późno, zarost bywa skąpy, wogóle dorosły chłopiec lub dziewczyna robią wrażenie dziecka 10—11-letniego. Wreszcie, o czem również pamiętać należy [gdy zwłaszcza chodzi o dzieci rodziny licznej], spotyka się tak zwaną w nauce o dziedziczności *polimortalitas*: rodzice zrazu płodzą dzieci, przychodzące na świat nieżywe, lub nawet ronione przedwcześnie; po tych idą dzieci, mrące w pierwszym niemowlęctwie, a przychodzące na świat bądź z cechującami objawami, bądź też umierające na wodogłowie, albo cier-

pienia płucne [znana *pneumonia alba infantum*], lub krtaniowe (*laryngismus stridulus*); aż wreszcie następują dzieci albo całkiem zdrowe, dobrze rozwinięte, albo też późnemi objawami przymiotu dotknięte, a między nimi i przymiotem mózgowia bez cech uprzednich, lub, co dotąd rzadziej dostrzegano, przymiotem rdzenia. Dodać wypada, że w przypadkach wątpliwych rozpoznanie potwierdzonem być może przez skutek leczenia przeciwprzymiotowego. Oczywiście ten dowód musi być brany pod uwagę bardzo ogłędnie, a to dla wielu powodów. Najprzód, istnieją niewątpliwie takie przypadki chorób mózgowych a zwłaszcza rdzeniowych, przy których osiągnano doskonałe wyniki po użyciu rtęci i jodu, pomimo, że nie można było wykryć żadnego związku przyczynowego z przymiotem: chorzy nie przebywali zarażenia, dziedzicznych momentów nie było i t. d.. Co prawda, to zwolennicy specyficznego działania rtęci i czerpania z dodatniego wyniku kuracyi dowodu o syfilitycznym charakterze cierpienia mogliby zawsze zarzucić, że choć przymiotu nie wykryto, istniał on jednakże w rzeczonych przypadkach, aczkolwiek utajony. Wprawdzie badanie wykazujące, że zwierzęta, którym podawano rtęć, uchroniły się od zakażenia węglikiem przy doświadczalnem onego szczepieniu, mówi przeciwko specyficznemu działaniu rtęci na zarazek przymiotowe, lecz kwestyja ta w każdym razie wymaga jeszcze bliższego sprawdzenia.

Ważniejszym, ze względów praktycznych, jest fakt inny. Jeżeli powodzenie leczenia specyficznego, jak je pospolicie zowią, z wielkiem prawdopodobieństwem przemawia za przymiotowym charakterem sprawy chorobowej, to natomiast nieodniesienie skutku nawet z energicznego użycia rtęci i jodu w danym przypadku choroby mózgowej lub rdzeniowej, zwłaszcza w jej późnym okresie, nic przeciwko jej syfilitycznej naturze nie orzeka; bo tylko okresy nacieczenia, zapalne, cyrkulacyjne, są leczeniu wogóle dostępne, zaś zejście w bliźnę, lub biorące od niej początek dalsze zwyrodnienie łączno-tkankowe, co przecież cechuje poniekąd właśnie sprawy przymiotowo mięszszowe, pozostaje bez zmiany pod wpływem jakiegokolwiek leczenia.

Tem bardziej znaczenia rozpoznawczego [chyba w wyjątkowych przypadkach] przypisywać trudno owym próbnym wcieraniom w liczbę kilku, lub drobnym dawkom jodu, dla stwierdzenia zakaźnej specyficznosci natury danego przypadku, a tem mniej jeszcze dla jej zaprzeczenia. Tam, gdzie nawet wielkie ilości pozostają często bez skutku, tam na działaniu takich minimalnych dawek żadnych wniosków opierać nie można, zwłaszcza gdy chodzi o przymiot późny.

Ogólny charakter zarazka przymiotowego w stosunku do tkanek ustroju da się pokrótce streścić w ten sposób: podrażnienie proliferacyjne, nacieczenie drobnokomórkowe wokoło najdrobniejszych naczyń, przyczem nacieczenie może być rozlane, lub też tworzyć nowotwór z rodzaju tak zwanych granulomatów. Nowowytworzone komórki, aczkolwiek trwalsze nieco od powstających przy innych specyficznych zapaleniach, mianowicie też przy gruźlicy, ulegają dość rychło przemianom wstecznym, przyczem przeważajacem jest, obok tłuszczowego i serowatego, zwyrodnienie śluzowe; ropne nie spotyka się w wytworach przymiotowych prawie wcale i tylko wy-

jątkowo z niemi się łączy. [Wzgląd to nader ważny dla klinicznego obrazu zmian przymiotowych]. Tak zwyrodnione nowotworzenie ulega wessaniu; lecz, ponieważ obok niego odbywało się współcześnie żywe bujanie pierwiastków łączno-tkankowych, sąsiadujących ze specyficznem nacieczeniem: powstawać przeto mogą wytwory skomplikowane, w których jednej części spotykamy jeszcze mnożenie się, w drugiej przemianę wsteczną, a wokoło nich potężny rozrost łączno-tkankowy, tworzący, po wessaniu reszty, grubsze lub cieńsze blizny, będące powodem zrostów i zaniku następczego mięśszowych pierwiastków danego narządu. Taka ogólna postać zmian przymiotowych spotyka się i w naczyniach krwionośnych wogóle, a w mózgowych w szczególności. HEUBNER, który po STEENBERG'u jeden z pierwszych szczegółowiej, jak wiadomo, opisał te zmiany naczyniowe, wyprowadza ich początek od błony wewnętrznej tętnic, a zwłaszcza od warstwy między śródbłonkiem a *membrana fenestrata*; wskutek nagromadzenia się drobnokomórkowego nacieczenia w tej warstwie i współczesnego bujania śródbłonek oraz elementów błony wewnętrznej, światło naczyń zacieśnia się dośrodkowo, aż wreszcie uleść może całkowitej obliteracji, z drugiej zaś strony pod wpływem podrażnienia i zewnętrzne błony, mianowicie też *adventitia*, odpowiadać mogą następczo zgrubieniem, czyli do pierwotnej *endarteriitis specifica obliterans* dołącza się *perivasculitis*.

Dla KOESTER'a i FRIEDLAENDER'a zmiana w tętnicach nie jest wcale tak charakterystyczną, jak utrzymuje HEUBNER, zaś BAUMGARTEN i RINDFLEISCH uważają zmiany w błonie wewnętrznej naczyń za wtórną, a całą sprawę za *periarteriitis gummosa*, której punkt wyjścia leży w adwentycji. RUMPF różni pod tym względem naczynia większe i mniejsze i twierdzi, że w tych, które posiadają dobrze rozwiniętą błonę mięsną, sprawa nowotworowa i przemiany wsteczne właśnie w niej się rozpoczynają i szerzą się zarówno ku wewnątrz do błony wewnętrznej i do światła naczynia, jako też ku adwentycji; pierwszym punktem wyjścia są tu *vasa vasorum*, o ile w danym naczyniu istnieją wogóle *vasa nutritiva*.

Tak, czy owak, dwa są zejścia tych zmian w ścianie naczyniowej: albo światło się zwęża, ściana grubieje i twardnieje, albo wreszcie całkowicie się zatyka, lub kruszeje i w danym razie pęka na wzór innych, miażdżycą dotkniętych, naczyń; lub też wskutek zanikania pewnej części naczynia przez wessanie wytworów zakażenia przemianie wstecznej uległych i zastąpienia ich po części blizną, ściana traci sprężystość i staje się przyczyną powstawania tętniaków ściennych, które znów ze swej strony raz działają po prostu na tkanki otaczające uciskiem na wzór ciała obcego, innym zaś razem również pękać mogą, dając powód do krwi wylewów. Ten mechanizm powstawania wynaczyńień drobniejszych i większych z rozszerzonych i zcieńczałych tętnic w przebiegu przymiotu mózgowego nie należy do rzadkości. Wogóle w mózgowiu zmiana specyficzna przedstawia się również bądź to w postaci rozlanego nacieczenia, bądź też większego nowotworu, a siedliskiem jej być może zarówno k a ż d y odcinek mózgowia, zarówno opona, jak istota mózgowia, jakoteż, co nadzwyczaj ważna, większe lub mniejsze tętnice, choć zaprzeczyć nie można, że nie wszystkie części mózgu z równą częstością zakaźnemu cierpieniu ulegają.

Dalsze losy nowotworzenia specyficznego również nie różnią się od przemian, jakim ono ulega w innych narządziach mięszsowych. I tu także rozmiękczenie, wessanie częściowe lub całkowite i blizna cechują dalszy przebieg nacieczenia przymiotowego. Lecz jakże różnorodne są skutki tych przemian stosownie do tego, gdzie mianowicie się odbywają; jak różnorodne obrazy kliniczne są ich wynikiem! Rozmaita godność i całkiem odrębna czynność pojedynczych terytoryjów, nawet tuż obok siebie leżących, wysoka autonomia czynnościowa bardzo nawet drobnych skupień komórek zwojowych i niemożność zastąpienia czynności jednych części przez drugie sprawia, że podrażnienie, zniszczenie, lub wykluczenie takich części staje się powodem zaburzeń całkiem charakterystycznych, zmieniających się jeszcze w miarę tego, czy zmiana anatomiczna powstaje szybciej lub wolniej. Zboczenia najrozmaitsze i najrozmaiciej skombinowane w zakresie ruchu i uczucia, zaburzenia czynności zmysłowych, a obok tego upośledzenie i zmiana w czynnościach psychicznych najróżnorodniej skojarzone, łączą się tu, by stworzyć obrazy nader odmienne. Nie mogę na tem miejscu roztrząsać tego szczegółowego tematu. Wogólności więc, biorąc anatomicznie, powiedzieć można, że ostatecznie wszelkie cierpienia przymiotowe w układzie nerwowym biorą zawsze początek od naczyń. Należą one wszystkie do nowotworów granulacyjnych, a jedynie względy kliniczne sprawiają, że odróżniamy między nimi dwie postacie, różniące się od siebie siedliskiem i następstwami. Można by je bardzo dobrze za przykładem Rumpf'a nazwać: przymiotowem nacieczeniem naczyń włosowatych, czyli przestworów tkankowych i przymiotowem nacieczeniem ścian naczyńiowych. Obie sprawy prowadzą do wytworzenia rzadziej odgraniczonych guzów, które w pewnym okresie swych przemian otrzymały nazwę gumatów, częścią do nacieczeń, rozpościerających się na większą przestrzeń. Dalsze istnienie lub wsteczne przemiany zależą od lepszego lub gorszego odżywiania nowotworów. Przy gorszem unaczynieniu następuje wczesne stopienie się z zupełnem prawie wessaniem, przy lepszem zniknięcie następuje później. W tym ostatnim razie pozostają na miejscu resztki nowotworzenia, zależne od przemian materji w nacieczonych komórkach [stłuszczenie, zwapnienie i t. d.]. Nacieczenie przymiotowe w tkance łącznej i jej naczyniach włosowatych w większej liczbie przypadków wywołuje zaburzenia miejscowe, w rzadszych zaburzenia ogólne przez upośledzenie krążenia. Nacieczenie przymiotowe w naczyniach może, obok zaburzeń ogólnej cyrkulacji i wynikających ztąd upośledzeń czynności nerwowej, sprowadzać również miejscowe cierpienia i to dwojakim sposobem: raz w ten sposób, że zaopatrywane przez chore naczynie terytoryjum nerwowe ulega skutek obliteracji tegoż naczynia zniszczeniu [zgorzel, rozmiękczenie]; lub też, że rozdarcie chorego naczynia wywoła krwotok w miejscu chorem ze wszystkiemi jego następstwami; większa lub mniejsza łatwość powstawania tych ostatnich zmian następnych zależy, oczywiście, od tego, czy dane terytoryjum jest zaciskane przez naczynie, posiadające połączenia, czy też przez tak zwane naczynie końcowe, a więc — czy może, lub nie może powstać krążenie oboczne. Dla mózgu więc zależy to od tego, czy zamiana

specyficzna dotknęła naczynia tak zwanego zakresu podstawowego, czyli ośrodkowego, czy też korowego.

Wiemy przeto, że w mózgowiu spotykamy dwie postacie nacieczenia przymiotowego. Pierwsze z nich, t. j. nacieczenie granulacyjne w tkance łącznej sadowi się przeważnie w oponach na wypukłości, lub na podstawie mózgu, rzadziej w samym mózgowiu lub w jego jamach wewnętrznych. Druga postać, t. j. granulomat ścian naczyńniowych rozwija się przedewszystkiem w wielkich naczyniach mózgowia, w tętnicy podstawowej (*arter. basilaris*) i jej gałęziach, w tętnicach końcowych, wnikających przez blaszkę podziurawioną przednią do mózgu, jest częstą, ale może się również zdarzyć i w innych naczyniowych terytoryjach mózgowia. Zaburzenia, jakie powstają pod wpływem nowotworzenia nie umiejscowionego w naczyniach mogą być oczywiście dwojakie: 1-o polegające na podrażnieniu lub porażeniu ośrodków lub szlaków, bezpośrednio nowotworem dotkniętych, 2-o na upośledzeniu czynności części mózgu dotkniętych pośrednio.

[C. d. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

II. O kwasie kamforowym ¹⁾ i jego działaniu przeciwnilnem.

Kwas kamforowy, kwas dwuzasadowy, $C_{20}H_{14}O_6 + 2HO$, znany jest chemikom od stu przeszło lat. Jeszcze w 1785 r. KOSEGARTEN ²⁾ otrzymał przetwór ten, utleniając kamforę kwasem azotnym. Makroskopijnie kwas kamforowy ma kształt drobniotkich, białych igiełek; pod drobnowidzem zaś przeważają ostrozakończone romby i sześciograniaste kryształki, brzegi których, do światła zwrócone, rzucają błękitny odbłask. Za dodaniem zimnej wody, kwas kamforowy wypływa na wierzch, ciepła zaś woda rozpuszcza nieznaczną ilość jego, która osadza się po ostudzeniu płynu. W tłuszczach kwas kamforowy rozpuszcza się do 2% [REICHERT]; najlepiej zaś w alkoholu i eterze. Przetwór, w mowie będący, posiada zapach lekko kamforowy; smak zaś jego lekko kwaskowaty i mocno kamforowy. Podług TRAPPA ³⁾, kwas kamforowy wrze przy 70° C., a przy wyższej ciepłocie rozkłada się na kwas bezwodny i wodę.

Na skórze nienaruszonej kwas kamforowy zachowuje się obojętnie; błona zaś śluzowa przy posmarowaniu 0,9% roztworem alkoholowym błednie, co zależnem jest, jak sądzi REICHERT, od ściągającego działania omawianego przetworu. Zewnętrznie kwas kamforowy może być użyty do pędzlowania, płukania, w postaci wzięwań i przemywań, lecz bardzo wiele stoi tu na przeszkodzie trudna rozpuszczalność jego w wodzie. Jak wyżej wspomniałem, środek ten w wodzie zimnej zupełnie się nie rozpuszcza, w cieplej zaś zaledwie 0,9% i to roztwór ten jest krótkotrwałym, gdyż po ostudzeniu wody kwas kamforowy osadza się. W celu otrzymania roztworu wodnego prof. HUGO SCHULTZ ⁴⁾ zaleca emulsyję glicerynową z kwasu kamforowego, która łatwo rozpuszcza się w dowolnej ilości wody. FUERBRINGER ⁵⁾ radzi nasycać kwasem kamforowym 5% roztwór

¹⁾ Wzmianka terapeutyczna o kwasie kamforowym była podana przez kol. GROSTERNĄ w naszej Gazecie z r. b. Nr. 10, str. 209.

(Przyp. Red.).

²⁾ cfr. u HERMANN'A: KOLBE. Lehrbuch der Organischen Chemie. 1868. Tom II. 586.

³⁾ Rukowództwo k Farmakognozyi,

⁴⁾ Patrz pracę NIESSEL'a

⁵⁾ Tamże.

dwuwęglanu sodu i to tak długo, aż kwas węglany przestanie się wydzielać. Nie mogę się wdać w ocenę jednego lub drugiego sposobu rozpuszczania kwasu kamforowego, zwrócę tylko uwagę, że obydwa one nadzwyczaj trudno dają się zastosować w praktyce prywatnej, szczególnie, gdy chodzi o zastosowanie środka jako płukanie, wziewanie, lub przemywanie; gdyż niepodobna wypisać z apteki kilku funtów płynu na raz. Daleko lepszym wydaje mi się rozczyń, zalecony przez REICHERT'a, który do 1% rozczyńu wodnego kwasu kamforowego dodaje 10%, *resp.* 11% *spir. vini rectif.*; ale i tutaj znaczna ilość alkoholu ogranicza użycie kwasu kamforowego.

Mając to na względzie, a głównie, żeby złagodzić działanie alkoholu przy miejscowem użyciu kwasu kamforowego, zacząłem próbować dodawać gliceryny do mocniejszego rozczyńu alkoholowego omawianego preparatu, nie zmniejszając procentowej zawartości tego ostatniego. Po kilkunastu próbach udało mi się otrzymać mocny rozczyń [20%] spirytusowo-glicerynowy kwasu kamforowego, który śmiało można zastosować jako pędzlowanie, bardzo dobrze przez chorych znoszone, a oprócz tego przy rozcieńczaniu płynu tego wodą, ciepłoty pokojowej, a jeszcze lepiej wodą letnią do 1% i 2% zawartości kwasu kamforowego, ten ostatni wcale się nie osadza nawet po 36 godzinach pozostawiania w zimnem powietrzu. Rozcieńczony płyn ten, jako płukanie, jest dość smacznym; przypomina bowiem słabą słodką wódkę, nie drażni błony śluzowej i posiada własności dezynfekcyjne oraz ściągające.

Jak przekonałem się na sobie samym, rozczyń kwasu kamforowego, w ten sposób przyrządzony, daleko przyjemniejszym jest od rozczyńu chloranu potasu i kwasu bornego. Najlepszą formułą takiego rozczyńu będzie następująca:

Rp. *Acidi camphorici* 2,00, *solve in spir. vini rectif.* 5,00, *misce dein adde, glycerini* 5,00. M.D.S. do pędzlowania.

Mieszanina ta, zawierająca 20% kwasu kamforowego, jest przezroczystą, gęstą i w pierwszej chwili po otrzymaniu jej zawiera drobnutkie pęcherzyki powietrza, które szybko znikają. Chcąc teraz otrzymać rzadszy rozczyń wodny kwasu kamforowego, biorę łyżeczkę płynu tego i mieszam z odpowiednią ilością wody pokojowej. Tak np. w celu otrzymania 2% kwasu kamforowego dolewam 10 łyżeczek wody; dla 1%—20 łyżeczek wody i t. d.. Muszę jeszcze zwrócić uwagę, że przy dodawaniu pierwszych kilku łyżeczek wody płyn staje się nieco mętny, ale męt ten szybko znika przy zamieszaniu, lub też przy dalszem dodawaniu wody. Tym sposobem każdy chory, mając wyżej przepisaną mieszaninę, jest w stanie sam przyrządzić potrzebną ilość wodnego rozczyńu kwasu kamforowego. Do pędzlowania, jak wyżej wspomniałem, używam 20% rozczyńu alkohologlicerynowego *per se*; do płukania i przemywań 2%, częściej 1%.

Tyle o zewnętrznem użyciu środka omawianego.

Przechodząc do wewnętrznego użycia, zwracam przedewszystkiem uwagę na to, że przetwór, w mowie będący, nie posiada własności trujących i wogóle nie naraża chorego na jakiekolwiek przykre przypadłości.

Kilku moich chorych zażywało cztery razy dziennie po 1,00 i bardzo dobrze to znosiło. Jest to, zdaje się, największa dawka, gdyż NIESSEL po dawce = 2,00 zauważył u chorego podrażnienie błony śluzowej żołądka z następstwami chwilowemi wymiotami, po których chory zaraz uspokoił się. Dawkę zaś półgramową [8 gran], od 3—4 razy dziennie powtarzaną, chorzy przez dłuższy czas zażywać mogą.

NIESSEL opowiada o przypadku przewlekłego nieżytu pęcherza moczowego, z wydzieliną ropną, który skończył się pomyślnie po blisko czterechtygodniowem użyciu kwasu kamforowego. Przez cały ten czas chory wyżył blisko 50,00, biorąc trzy dawki po 0,50 dziennie. Dawki jednogramowej, 3—4 razy dziennie podawanej, długo używać nie można, gdyż po kilku dniach występują, jak zauważyłem, bóle w kroczu, albo w okolicy nerek, jak skonstatował NIESSEL.

Wobec tych spostrzeżeń trzymam się u dorosłych dawki 0,5—0,8 trzy razy dziennie i daleki od wszelkich hołdów dla kwasu kamforowego, którego bynajmniej nie uważam za jakieś *panaceum*, gdyż mało mam spostrzeżeń, dochodzę zawsze do wniosku, że środek ten, od stu lat istniejący, a od dwóch lat dopiero znany w lecznictwie, może dla terapeuty być pożytecznym nabytkiem.

Przy leczeniu cierpień pęcherza moczowego i cewki moczowej za pomocą kwasu kamforowego, głównie zwróciłem uwagę na mocz chorych przed i po zadaniu kwasu kamforowego i przekonałem się, że po użyciu przetworu tego mocz ulegał fermentacji dopiero między 10 a 13 dniem, a co w moczu, otrzymanym przed przyjęciem kwasu kamforowego, miało miejsce już po kilku zaledwie godzinach. Przy sposobności pozwolę sobie zwrócić uwagę, że mięso surowe, lekko posypane i naszpikowane kwasem kamforowym, zaczęło się rozkładać dopiero szóstego dnia i to prawdopodobnie skutkiem ulotnienia się preparatu, który, jako związek aromatyczno-eteryczny, jest dość lotnym.

Spostrzeżenia mojego, wykazującego w moczu po użyciu kwasu kamforowego znakomitą odporność na sprawę fermentacyjną, nie uważałem jednakże za pewnik, który wtedy tylko mieć może rację bytu, gdy w moczu dałoby się odkryć drogą chemiczną obecność przyjętego środka. Lecz wielokrotne w tym kierunku przedsięwzięte próby zupełnie mi się nie powiodły. Dlatego też musiałem zadawać się następującą próbą pośrednią. Mocz, oddany do zupełnie czystego naczynia, po kilku dniach, zachowując wszystkie własności moczu świeżego, utworzył męt, który zauważyć można było nie tylko na dnie, ale na bocznych ściankach naczynia i na powierzchni. Otóż, część tego moczu przezdziłem i zlałem do innego [czystego] naczynia i przekonałem się, że mocz ten po dwóch dniach dawał odczyn słabo kwaśny, a trzeciego dnia alkaliczny, gdy tymczasem nieprzecedzony mocz zachowywał świeżość jeszcze przez 6—8 dni.

Przerabiając kilka razy próbę tę, przekonałem się, że im później precedzałem mocz, tem prędzej ulegał on fermentacji amonijakalnej.

Spostrzeżenie to do pewnego stopnia przemawiało do mego przekonania, że kwas kamforowy, zadany wewnątrz, bardzo szybko dostaje się przez nerki do pęcherza moczowego i czy pozostaje w moczu w stanie wolnym, czy też tworzy jakikolwiek inny związek chemiczny, czyni zawsze mocz dość odpornym na sprawę fermentacji, która ma dopiero miejsce, gdy przetwór omawiany ulotni się, lub też w inny jakikolwiek sposób wydali się.

Z tego, co dotychczas mówił, okazuje się, że kwas kamforowy, użyty w odpowiednich dawkach wewnątrz, bywa bardzo dobrze znoszonym przez ustrój ludzki i działa na ten ostatni, więcej niż prawdopodobnie, przeciwnie.

Pozwalam sobie przedstawić ogółowi Kolegów wyniki, jakie otrzymałem przy leczeniu niektórych chorych — kwasem kamforowym.

I. Węg... Andrzej, ogrodnik, lat 26. W Grudniu zeszłego roku zaraził się *tryprem*, po 2 tygodniach, powróciwszy do domu z jarmarku, gdzie cały dzień był w ruchu, dostał silnych bólów w kroczu i parcia przy oddawaniu moczu. Po kilku tygodniach leczenia stan znacznie się poprawił, aczkolwiek mocz chory zmuszony był oddawać od 8—10 razy dziennie, a od 3—4 razy w nocy. Do mnie chory zjawił się 27 Kwietnia. Zapiisałem mu 6 proszków gramowych—3—4 dziennie. Na trzeci dzień chory nie pokazał się więcej, chociaż go o to prosiłem. Po dwu tygodniach spotkałem się z nim wypadkowym sposobem w Daleszycach i dowiedziałem się, że proszki „były bardzo pomocne”, gdyż chory czuje się od tego czasu zupełnie dobrze.

II. Dom.... Edward, lat 42, przemysławiec. 8 Maja zaraził się *gonorrhoea urethrae*; przyszedł do mnie 10 Maja. Błona śluzowa cewki silnie przekrwiona; wydzielina z cewki obfita, żółtawo-zielonkawego koloru; ból w dołku łódkowatym. Zaleciłem możliwy spokój, *suspensorium* i zimne okłady na prącie. 11. V. Prze-

krwienie zmniejszyło się nieco, ból w dołku łódkowatym ustał. Zaleciłem wstrzykiwanie do cewki 1% wodnego roztworu rezorcyny [Łychowski] ¹⁾. 14. V. Wydzielina w postaci białego mętu, aczkolwiek się zmniejszyła, wypełnia jeszcze całą cewkę. Zaleciłem 1½% rezorcyny. 17. V. Wydzielanie się z cewki mętnego białego płynu nie ustaje. Zaleciłem kwas kamforowy, jak wyżej, po 1 gramie 3—4 dziennie. 21. V. Wydzielina ustała i do dziś dnia [przeszło 6 tygodni] nie pokazała się.

Przypadek ten jest jeszcze pod jednym względem bardzo ciekawym. Otóż, Dom.... cierpi od kilku lat na nieżyt oskrzeli, a chęć być często auskultowanym przez lekarza nosi u niego omal nie cechę nałogu [o czym wie kilku tutaj zamieszkałych kolegów]; znam więc płuca jego dobrze, gdyż chory leczy się u mnie już trzeci rok. Gdy chory leczył się na trypra, nie mogłem mu odmawiać przyjemności auskultowania go za każdym razem i zauważyłem, że po zażyciu kwasu kamforowego płuca jego znalazły się w tak dobrym stanie, jakiego absolutnie nigdy nie spotykałem; na całej przestrzeni płuc wystąpił czysty pęcherzykowy oddech; chory zaś odkasliwał bardzo łatwo gęstą plwocinę i sam zwrócił uwagę, że już dawno tak lekko nie oddechał, jak obecnie. Z prawdziwą przyjemnością oznajmiłem mu o zbawiennych skutkach, jakie kwas kamforowy wywarł na jego płuca, skutkiem czego chory sam, bez wiedzy mojej, powtórzył zapisane proszki i wyżył je [wszystkie 6] w ciągu jednej doby. Samowolę swą Dom... przypłacił silnym bólem w kroczu, który po dwu dniach dopiero ustąpił. Innych przykrych następstw nie było żadnych.

III. H..... B....., obywatel ziemski, lat 45. Tryper od dwóch miesięcy, leczony, skutkiem fałszywego wstydu i obawy chorego, potajemnie przez felczera. 18 Maja [kiedy chory do mnie po raz pierwszy przyszedł], wydzielina szara, mętna, pokazuje się najwięcej z rana. Po wyżyciu 6 gramów kwasu kamforowego po 0,50 trzy razy dziennie sprawa chorobowa pomyślnie się zakończyła.

IV. S..... Antonina, lat 24, żona numerowego. 24 Maja: na *arcus palatoglossus* i *uvula* szeroki nalot dyfterytyczny. Migdały silnie obrzmiały; połykanie i mowa utrudnione. Ciepłota 39,8° C.. Zapędzowałem 20% roztworem [glic. spiryt.] kwasu kamforowego i zaleciłem płukanie co 2 godz. 1% wodnym roztworem tegoż [patrz wyżej]. 26. V. Ciepłota 37,5° C.. Z lewej strony nalot się oddzielił; mowa wyraźniejsza, połykanie bolesne; leczenie to samo. 27. V. Na prawej stronie nalot zmalał do 1/3 swej wielkości, lewa zaś strona i języczek zupełnie czyste. Leczenie to samo. Od 30 Maja chorą uważałem za wyleczoną.

V. M. S., uczeń szkół rządowych, 17 lat. Tryper od trzech tygodni; wydzielina szaro-mętna w nieznacznej ilości. Po użyciu 4 grm. kwasu kamforowego po 0,5 trzy razy dziennie wydzielina znikła.

VI. P..... W....., 3 lat, córka szewca, *angina diphtheritica*. Ciepłota 40,0° C.. 14 Czerwca zapędzowałem miejsce cierpiące 20% kwasu kamforowego i zaleciłem również to skutecznie 2 razy dziennie. 18. VI., przechodząc przez Borzęckie przedmieście [w Kielcach], zastałem dziecko bawiące się; ani śladów choroby już nie było.

VII. Pynches, 6 lat, *angina et laryngitis diphtheritica* [28 Czerwca]. Zaleciłem wziewania z 2% wodnego roztworu kwasu kamforowego i pędzlowanie 20%. Po pierwszym wziewaniu i zapędzlowaniu dziecko odkaszało ogromną ilość błoniek; oddech stał się zupełnie spokojnym; poleciłem prowadzić dalej pędzlowanie i wziewanie. Więcej dziecka, które nazajutrz umarło, nie widziałem; wiem tylko, że po moim odejściu rodzice, bez mojej wiedzy, wzywali jeszcze kilku kolegów, co zwykle przy chorobach z przebiegiem gwałtownym na prowincyi się praktykuje.

¹⁾ D-r JÓZEF ŁYCHOWSKI. Leczenie ostrej rzerżączki cewki męskiej za pomocą rezorcyny. Gaz. Lek. 1887 r. Nr. 4. str. 79.

VIII. S. H., nauczyciel wiejski, 22 lat, *gonorrhoea urethrae* od czterech dni. Chory po raz pierwszy przyszedł do mnie 16 Czerwca. Błona śluzowa przekrwiona, wydzielina żółtawa, ropna i w znacznej ilości; bólu w cewce chory nie doznaje. Zaleciłem możliwy spokój, *suspensorium* i kwas kamforowy, jak powyżej. 18 Czerwca: znaczne pogorszenie; nieznaczna wydzielina z cewki przedstawia się w postaci cieczy brunatnej, śluzowej, zmieszanej z kawałkami gęstej ropy; *oedema praeputii*, oddawanie moczu bolesne. Zaleciłem spokój w łóżku, okłady zimne na prącie. 19 Czerwca polepszenie; obrzęk napletka znikł; wydzielina obfitsza, biaława; oddawanie moczu prawidłowe. Zaleciłem wstrzykiwanie do cewki 1% rezorcyny. 26 Czerwca: stan taki sam; powtórzyłem kwas kamforowy. 29. VI. Chory zupełnie wyleczony.

Przypadek ten przekonywa mnie, że kwas kamforowy może być zadany nie wcześniej, niż ostry okres choroby skończy się, a wystąpi stan przewlekły.

IX. Wreszcie od dwóch tygodni leczy się u mnie za pomocą pędzlowania kwasem kamforowym K. Adam, urzędnik, cierpiący na *pharyngitis granulosa*. Chory utrzymuje, że mu coraz lepiej, ja jednakże przedmiotowej poprawy zauważyć dotychczas nie mogę i dla tego nic stanowczego powiedzieć teraz nie mogę, czy preparat ten nadaje się do leczenia uporczywej tej choroby, której po użyciu nawet powszechnie zalecanego jodku potasu z jodem bardzo często usunąć nie mogę.

Na zakończenie pozwolę sobie wspomnąć jeszcze, że FUEBRINGER i NIESSEL używają kwasu kamforowego wewnątrz dla ograniczenia obfitego pocenia się u suchotników. W tym celu podają oni na wieczór 1 gram kwasu kamforowego w opłatku; ten ostatni jest niezbędnym wobec nie bardzo przyjemnego smaku kamforowego, jaki zalecony preparat posiada.

Warman [Kielce].

Wiadomości terapeutyczne.

15. *Syzygium Jambolanum*, s. *Eugenia Jambos*¹⁾, jako środek leczniczy przeciw cukrzycy (*diabetes mellitus*). Jambłusznik [według WAGI] należy do rodziny mirtowatych i stanowi drzewo znacznej wysokości, rosnące w krajach międzyzwrotnikowych. Wydaje on owoce w postaci małych jabłuszek; są one jadalne, kwaskowate, podobno bardzo smaczne i sprawiają w ustach zapach róży. Krajowcy używają owoców, nasion i kory wzmiankowanego drzewa przeciw cukrzycy.

Za przykładem krajowców poszli lekarze amerykańscy i zaczęli stosować jambłusznik przeciw cukrzycy — podobno z bardzo dobrym wynikiem.

Do Europy pierwsi lekarze angielscy wprowadzili jambłusznik pod skróconą nazwą — JAMBUL. Sprawozdania ich co do skuteczności rzeczonego środka przy cukrzycy brzmią przeważnie pochlebnie.

Próby, robione na klinice prof. HOFFMANN'a, w Lipsku, z użyciem jambulu (*Deutsch. Arch. für Klin. Medic. Bd. 45, Heft 1, 2*), wypadły wprawdzie w trzech przypadkach cukrzycy zupełnie bezskutecznie; ale zato z drugiej strony posiadamy poszukiwania, pochodzące z instytutu farmakologicznego, w Bonn, a dokonane przez D-ra GRAESER'a pod kierunkiem prof. BINZ'a, poszukiwania (*Centrl. f. klin. Med. Nr. 28. 1889*), które bardzo zachęcają do dalszych spostrzeżeń nad wpływem jambulu przy cukrzycy.

Z badań MERING'a wiadomo, iż pod wpływem florydzyiny (*phloridzinum*) niektóre zwierzęta, np. psy i konie, ulegają cukrzycy.

Otóż, D-r GRAESER, skorzystawszy z tego faktu, wywoływał u psów sztucznie cukrzycę za pomocą florydzyiny i badał wpływ jambulu na procentową zawartość cukru w moczu. We wszystkich

¹⁾ Przetwór rzeczony pochodzi z apteki Szan. Panów WENDY i WIOROGÓRSKIEGO.

doświadczeniach otrzymywał zawsze jeden i ten sam wynik: pod wpływem jambulu ilość cukru, wynosząca od 5,89 gramów do 12,45 gramów, zmniejszała się do 2,90 gramów, a nawet — do 1,5 gram.

GRAESER w doświadczeniach swoich używał wyciągu z owoców. Nawet bardzo duże dawki [18,0] nie wywoływały nigdy szkodliwego działania.

Taki wynik z doświadczeń, rozumie się, bardzo zachęca do dalszych poszukiwań w tym kierunku; wkrótce zapewne otrzymamy dalszy ciąg poszukiwań GRAESER'a.

Korzystając z obecności na moim oddziale, w szpitalu starozakonnym, dwóch chorych, cierpiących na cukrzycę, rozpocząłem odpowiednie spostrzeżenia.

U dziewczynki 16-letniej cukrzyca trwa już od lat kilku. Chora ta już za drugim powrotem jest na moim oddziale. Pierwotnie ilość cukru wynosiła 8%. Pod wpływem odpowiedniej diety i przetworów mاکowca z belladoną, albo też pod wpływem kuracji karlsbadzkiej następowała poprawa. Ostatecznie przed zastosowaniem jambulu ilość moczu na dobę wynosiła 3500 ctm. sześć., a procent cukru 6,25%. [Rozbiory chemiczne wykonywa łaskawie kol. MAYZEL]. Pod wpływem kilkudniowego leczenia jambulem ilość moczu zmniejszyła się do 2000 ctm. sześć. na dobę, a procent cukru obniżył się do 5,12%. Chora ta w dalszym ciągu przyjmuje jambul w dawkach coraz większych.

Druga chora, lat 56 lecząca, od dawna również cierpiąca na cukrzycę, wydzielala za przybyciem do szpitala 2400 ctm. sześć. moczu na dobę, o ciężarze właściwym 1038, i z procentem cukru 6,86%. Po czterodniowym użyciu jambulu ilość moczu na dobę wynosiła tylko 1400 ctm. sześć. o ciężarze właściwym 1029,75, a z procentem cukru 4,26%. Obok tego chora ta wogóle czuje się znacznie lepiej: straciła owo uczucie suchości w ustach, które ją poprzednio męczyło; nie miewa takiego pragnienia, jak dawniej; wreszcie przestała narzekać na dokuczliwe swędzenie części sromnych zewnętrznych.

Ani na chwilę się nie łudzę, aby taka krótka i luźna obserwacja dwóch chorych mogła stanowczo zawyrokować o wartości danego środka; nawet bardzo być może, że cała poprawa u moich dwóch chorych jest tylko chwilowa, przypadkowa i zupełnie niezależną od jambulu: jednakże to muszę powiedzieć, że, bądź co bądź, środek wzmiankowany zasługuje na to, aby bliżej poznano jego działanie, tembardziej, że, o ile mogłem się przekonać, żadnych nieprzyjemnych objawów nie wywołuje.

Co się tyczy dawki i sposobu podawania, to dotąd przepisuję jambul w postaci proszku z nasion, w ilości 1,0 [gr. xv] na dawkę, 4—6 razy dziennie. Dawkę tę mam zamiar stopniowo zwiększać.

Przepisać jambul można w sposób następujący:

Rp. *Seminis Jambolani pulverat.* gr. xv i więcej

D. t. dos. Nr. 20. S. 4—6 proszków dziennie.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— Na odbytym w Paryżu kongresie międzynarodowym dla terapii dyskutowano żywo nad środkami przeciwgorączkowymi i korzyścią antipyrezy przy leczeniu wogóle. DUJARDIN-BEAUMETZ, MASIUS, DESPLATS są stanowczymi zwolennikami użycia środków, zmniejszających gorączkę przy wysokich jej stopniach, gdy tymczasem STOCKVIS i SEMMOLA są zdania, że wysoka ciepłota sama przez się nie stanowi niebezpieczeństwa, użycie zaś lekarstw może szkodzić ustrojowi. — W dyskusji podawane były drobne wiadomości o wysypkach od działania antipiryny. — ASSAKY z Buda-Pesztu wychwalał kwas dwu-jodo-salicylowy z powodu działania kojącego ból, przeciwgorączkowego i antyseptycznego; jako *antirheumaticum* jest o tyle lepszy od dotychczasowych środków, że działa skutecznie także w reumatyzmie trypowym i przewlekłym. Dawka dzienna wynosi 1,5—4 gramów. BARDET polecał eksalginę (*Methylacetanilid*) jako doskonałe *nervinum*, wbrew zdaniu FÉRÉOL'a, który nie widział zbyt pomyślnych skutków, a nadto spostrzegał przy użyciu tego środka sine zabarwienie skóry [jak od antifebryny]. DUJARDIN-BEAUMETZ chwali eksalginę przeciwko bólom i neuralgijom, przyczem należy ograniczyć się do małych dawek, gdyż większe sprowadzają objawy zatrucia [anilinowego].