

# GAZETA LEKARSKA.

## I. Powikłania, zdarzające się przy usuwaniu migdałków podniebiennych.

Zebrał

Władysław Wróblewski.

Tonsylotomia, uważana wogóle za zabieg bardzo łatwy i niewinny, pociąga za sobą, aczkolwiek rzadko, bardzo niekiedy groźne powikłania, w większości przypadków od operatora nie zależne.

Impuls do napisania niniejszej pracy dała mi dyskusya, wszczęta na jednym z posiedzeń laryngologów warszawskich przez kol. SOKOŁOWSKIEGO, który mówił o bardzo rzadkiem powikłaniu tonsylotomii mianowicie: o tworzeniu się ropnia okołomigdałkowego bezpośrednio po dokonanej operacyi. Mówca spostrzegł jeden taki przypadek u 10-letniej dziewczynki, którą sam operował, drugi zaś dotyczył starszej dziewczyny, która zgłosiła się do ambulatoryum szpitala św. Ducha z ropniem okołomigdałkowym po tonsylotomii, dokonanej przez innego operatora.

W dyskusyi, jaka się wywiązała kol. DOBROWOLSKI <sup>1)</sup> nadmienił, że widział trzy razy podobne powikłanie, kol. DUDREWICZ <sup>1)</sup> widział na szósty dzień po operacyi ropień okołomigdałkowy u studenta, 24 lata mającego.

Powikłania takiego piszący te słowa, ani żaden z obecnych wówczas kolegów nie spostrzegł, w literaturze zaś dały się odnaleźć tylko dwie wzmianki. MOURE <sup>2)</sup> widział ropień okołomigdałkowy i pozagardzielowy po tonsylotomii, dokonanej pętlicą galwanokaustyczną. FRANCIS HUBER <sup>3)</sup> spostrzegł ropień gardzielowy boczny u dziecka, które cierpiało dawniej na ropień okołokręgowy. HUBER mniema, że uraz, spowodowany przez tonsylotomię, pobudził drzemiące ognisko dawnego ropnia. Oto i wszystko co mi się udało wyszukać. Widzimy więc jak istotnie rzadkiem jest omawiane powikłanie.

<sup>1)</sup> Medycyna. 1902. Nr. 37.

<sup>2)</sup> Handbuch der Laryngologie HEYMANN'a. Tom II, str. 584.

<sup>3)</sup> Centralblatt. 1900, str. 290.

Za pewnego rodzaju powikłanie należy też uważać naloty na ranach po operacyjnych, występujące stale po tonsylotomii bez względu na wszelkie możliwie przedsięwzięte ostrożności tak podczas samej operacji [sterylizowanie narzędzi i t. d.], jak i po niej [antyseptyczne pędzlowanie rany, płukanie i t. d.]. Badanie tych nalotów, przedsięwzięte przez wielu badaczy, wykazuje, że składają się one z włókniaka, leukocytów i znekrotyzowanych tkanek, jednakże znajdowano na nich dużo rozmaitych bakterii i dlatego na naloty te spoglądać powinniśmy zawsze podejrzliwie, a to tem bardziej, że LICHTWITZ <sup>1)</sup> na 27 przypadków, w których badał owe naloty, znalazł w jedenaście laseczniki LÖFFLER'a, a z tych dwa razy same przez się, dziewięć zaś razy razem z innymi pasożytami. Wszyscy badani przez LICHTWITZ'a nie mieli żadnych zresztą zaburzeń; surowicy im nie zastrzykiwano. Jednakże takie naloty, jeżeli wolno tak nazwać, normalne, od patologicznych dzieli bardzo wąta i okiem nieuchwytna granica, opisywane są bowiem przypadki dyfterytu po tonsylotomii—np. A. CAILLE <sup>2)</sup> widział go na drugi dzień po operacji—, gdzie hodowle wykazały laseczniki LÖFFLER'a i streptokoki. Sprawa przeszła na krtań i wymagała intubacji.

W Warszawie znany mi jest przypadek, gdzie jeden z bardzo doświadczonych lekarzy, uważając naloty na ranach po tonsylotomii u 15-letniego chłopca za zwykle, pozwolił mu wyjechać na prowincję czwartego dnia po operacji i tam dopiero okazało się, że jest to ciężka postać dyfterytu. Badanie wykazało laseczniki specyficzne; po wstrzyknięciu surowicy nastąpiło wyzdrowienie. Ten i temu podobne przypadki pouczają nas, że po najmniejszym nawet zabiegu chirurgicznym baczność należy zwracać uwagę nie tylko na samą ranę, lecz i na stan ogólny operowanego, badać tętno, mierzyć ciepłotę i t. d., a wtedy zapewne nie ujdzie naszej uwagi i dyfteryt po tonsylotomii. M. SCHMIDT <sup>3)</sup>, ESCAT <sup>4)</sup> i inni słusznie przestrzegają, aby nigdy nie operować podczas epidemii odry, płonicy, koklusz, influenzy, błonicy i t. p., a zwłaszcza, gdy infekcja jest w danym domu, gdyż każda z tych chorób łatwiej może się rozwinąć przy istniejącej ranie operacyjnej.

Dość zazwyczaj niewinnem jest powikłanie, występujące w postaci obrzku kłuków i resztek migdałka po operacji. Zdarza się ono najczęściej po pętlicy galwanokaustycznej, lecz bywa i po operacji wykonanej gilotynką, jak wreszcie i po *morcellement*, t. j. wycinaniu małymi kawałkami zapomocą specjalnych ostrych kleszczy lub podwójnych ostrych łyżeczek. Obrzek taki przyjmuje niekiedy wielkie rozmiary, przechodzi na głośnie i może nawet spowodować zejście śmiertelne, jak to opisali BOUCHACOURT <sup>5)</sup> i LIÉGEAIS <sup>6)</sup>.

1) Centralblatt für Laryngologie. 1897.

2) Centralblatt für Laryngologie etc. 1895. Toż w Handbuch'u HEYMANN'a, str. 583.

3) M. SCHMIDT. Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1894, str. 231.

4) E. ESCAT. Maladies du pharynx. 1901.

5) Handbuch HEYMANN'a str. 583.

6) Cytowany u M. MACKENZIE'go. Die Krankheiten des Halses etc. 1880. T. I, str. 96.

Do powikłań, których trzeba unikać, należy zranienie łuku przedniego, który często do migdałka ściśle przylega lub przyrasta. W celu uniknięcia tej komplikacji koniecznym jest odseparowanie lub też poprzeczne przecięcie łuku, jak to proponował DMOCHOWSKI. W przeciwnym razie łuk taki może się zacisnąć w tonsylotomie i wtedy narzędzia zdjąć nie można, ztąd łatwo powstaje poszarpana, trudniej gojąca się rana <sup>1)</sup>. Zranienie łuku może też niekiedy pociągnąć za sobą znaczne krwawienie. Zawdzięczając uprzejmości prof. CZAUSOWA, przeglądałem z nim wiele odnośnych preparatów anatomicznych, w większości tychże znalazłem w łuku przednim tętniczki bardzo cienkie, o licznych nitkowatych rozgałęzieniach; w niektórych jednak naczyńia były nieco grubsze, pojedyncze, przebiegające tuż przy wolnym brzegu łuku. Te ostatnie właśnie mogłyby dawać krwotoki. Tętnice łuku przedniego pochodzą z *art. palatina ascendens*. Rzadko spotykanym powikłaniem podczas operacji gilotynką jest pęknięcie noża powodowane przez złe złożenie narzędzia, wadliwe lub ze złej stali wykonanie tegoż, przez uwięźnięcie przedniego łuku <sup>1)</sup> lub przez kamienie ukryte w migdałku. Raz jeden miałem takie powikłanie u młodzieńca, lat dwadzieścia kilka mającego. Wyciąłem tonsylotomem jeden migdał, przy drugim odłamała się środkowa część noża, którą jednakże pacjent zaraz wypłunął. Odłamany kawałek miał około 2 ctm. długości. Dokończyłem operacji zapomocą nożyczek. W środku migdałka znalazłem spory kamień.

BARRÈS <sup>2)</sup> opisuje podobny przypadek; kawałek odłamanego noża długości 2,5 ctm. wyszedł ze stolcem na trzeci dzień po operacji.

Podobne przypadki notowali CHASSAIGNAC, MAISONNEUVE, SCHULER, SCHIFFERS, KATZ i HERYNG [l. c.].

WOLSHAM i WINGRAWE spostrzegali kostne zgrubienia w migdałkach a ST. CLAIR THOMSON opisuje przypadek, w którym końce niezwykle długich *processus styloidei* wchodziły z obu stron w migdały <sup>3)</sup>.

Nieprzyjemne powikłanie podczas wycinania migdałków nożem stanowi zranienie podniebienia miękkiego, przedniego łuku, nasady języka <sup>4)</sup>, dolnej lub górnej wargi.

Jedyne w swoim rodzaju powikłanie tonsylotomii opisał kol. Z. DOBROWOLSKI <sup>5)</sup>. Po wycięciu migdałków dziewczyna 16-letnia zaraz utraciła głos. Badanie wykazało zupełne porażenie prawej i częściowo lewej struny głosowej. Autor przypuszcza odruchowe porażenie dolnego nerwu krtaniowego wskutek podrażnienia gardzielowych gałązek nerwu

---

<sup>1)</sup> HERYNG. Przerost migdałków, warunki powstawania i leczenie na drodze operacyjnej. Gazeta Lekarska. 1892.

<sup>2)</sup> Handbuch HEYMANN'a. Str. 582.

<sup>3)</sup> Centralblatt für Laryngologie. 1899, str. 61.

<sup>4)</sup> Znany mi jest taki przypadek, w którym krwawienie z nasady języka trwało przez kilka godzin.

<sup>5)</sup> Przegląd Piśmiennictwa polskiego. 1895, str. 116.

błędnego, uzasadniając przypuszczenie tem, że równocześnie z gojeniem się rany ustępowało porażenie krtani. Nigdzie w literaturze nie znalazłem drugiego podobnego przypadku.

Możliwejszą również powikłania skutkiem zakażenia, czego jednak przy dzisiejszym stanie nauki uniknąć możemy i powinniśmy. Przy tonsylotomii zwłaszcza należy bacznie zwracać uwagę na czystość narzędzi, gdyż powstają rany o stosunkowo dużej, a jak wiadomo, łatwo wchłaniającej powierzchni. Na ranę taką przeniesiona infekcja, może przyjąć bardzo wielkie, nie dające się naprzód przewidzieć rozmiary, czego dowodem służyć mogą nie tak znowu rzadko spotykane zakażenia ogólne po zwykłych na pozór anginach. W celu uniknięcia takiego powikłania należy wszystkie bez wyjątku narzędzia, do operacji potrzebne, przez gotowanie wyjałowić.

Jedną z rzadziej używanych metod zmniejszania przerosłych migdałków jest ignipunctura, t. j. przypalanie na wielu posiedzeniach PACQUELIN'em lub galwanokautorem. Metoda ta może mieć, mojem zdaniem, w bardzo tylko wyjątkowych przypadkach rację bytu. Po niej właśnie bywają powikłania w postaci długotrwałych zapaleń, przechodzących na sąsiednie tkanki i narządy. S. WRIGHT, cytowany u ESCAR'a, spozstrzegwał ropień okołomigdałkowy, STUCKY zaś i MOURE ropne zapalenie uszu.

Najważniejszym wreszcie i najprzykrzejszym dla operatora powikłaniem tonsylotomii są krwotoki, bądź bezpośrednio po operacji występujące, bądź też wtórne. W większości przypadków są one od nas niezależne i zdarzyć się mogą przy każdym bez wyjątku sposobie operowania, pomimo zachowania wszystkich wskazań i możliwych ostrożności. Krwotoki te bywają mięszkowe lub tętnicze. Główne przyczyny krwotoków, których powinniśmy o ile możności unikać, są: krwawiczka (*haemophilia*), za głębokie wycinięcie migdałków i wreszcie operowanie podczas zapalenia.

Co do krwotoków tętniczych, to pamiętać należy, że *arteria tonsillaris* jest niestała w przebiegu, wypływa albo z *palatina ascendens* albo z *maxillaris externa*, albo z *pharyngea ascendens* a niekiedy wprost z *carotis externa*. Zwracać też należy uwagę na naczynia tętniące tuż za migdałem, a zwłaszcza, gdy mamy wskazania do operacji nożem. Według LINHART'a, LUSCHKA' i, CZAUSOWA <sup>1)</sup> i O. ZUCKERKANDL'a nie możliwe jest zranienie *carotis*, (gdyż *carotis interna* leży o 1,5 ctm., *externa* o 2 ctm. od zewnętrznej powierzchni migdałka <sup>2)</sup>). Częściej rani się *art. tonsillaris*, lecz z powyżej przytoczonego wynika, że w takim razie wielkość krwawienia zależy od miejsca wypływu i miejsca przecięcia *art. tonsillaris*. Krwotoki, jak już wspominałem, niezależne są od sposobu operowania, zdarzają się po operacjach wykonanych nożem, nożyczkami, gilotynką, po ignipunkturze, jak i po pętlicy galwanokaustycznej. Po tej ostatniej bywają zwykle krwotoki wtórne, późne, przy odpadaniu strupa galwanokaustycznego. Jeden taki przypadek, który miałem po operacji pętlicą galwanokaustyczną, zraził mię do tego sposobu operowania. Dziś stosuję prawie wyłącznie tonsyl-

<sup>1)</sup> M. D. CZAUSOW. Topograficzna anatomia szyi. 1876, str. 84.

<sup>2)</sup> Szczegółowy opis tych stosunków według ZUCKERKANDL'a podaję poniżej.

lotom lub *morcellement*, bo wybierając z dwojga złego, wolę mieć do czynienia z krwotokiem bezpośrednim niż nieoczekiwanym wtórnym. W przypadku moim gwałtowny krwotok nastąpił siódmego dnia po operacyi podczas spożywania obiadu przez pacjentkę, kobietę lat około 40 mającą. Z trudnością i przy dużej utracie krwi zdołałem krwotok zatrzymać. W drugim przypadku, również u kobiety dorosłej, nastąpił krwotok bezpośrednio po odjęciu niezwykle twardego migdała [pętlicą galwanokaustyczną. Tutaj był krwotok tętniczy, widać było kilka strzykających naczyń, które udało mi się połapać pincetką PEAN'a i skrócić, poczem krwotok ustał.

Spostrzegałem jeszcze dwa razy krwotoki po operowaniu gilotynką, raz u dziecka jednorocznego, gdzie migdały były tak wielkie, że jeden stał przed drugim, krwotok gwałtowny nastąpił bezpośrednio po operacyi; zatrzymałem go przestrzykiwaniem, bardzo zimną wodą.

Drugi raz u młodzieńca 20-letniego na czwarty dzień po operacyi spostrzegałem niewielki, lecz długo trwający, miąższowy krwotok, który udało mi się zatrzymać przypaleniem zapomocą lapisu natopionego na zgłębnik, po bezskutecznem stosowaniu taniny, ferropiryny, *zincum muriaticum* i nawet galwanokauteru.

Z ustnej relacyi znam przypadek kol. LUBLINERA, który spostrzegł wielki krwotok na ósmy dzień po odjęciu migdałka pętlicą galwanokaustyczną u dorosłego mężczyzny. Kwestyę tych krwotoków omawia podstawowa praca dra OTTONA ZUCKERKANDL'a, asystenta prof. ALBERT'a z Wiednia. Praca, ogłoszona w r. 1887 pod tytułem: „*Zur Frage der Blutung nach Tonsillotomie*”, jest cytowana we wszystkich później wydanych podręcznikach i artykułach.

Główną zasługą autora jest bardzo dokładne zbadanie anatomii topograficznej okolicy migdałków, którą ośmielam się przytoczyć tutaj w dosłownem prawie tłumaczeniu ze względu na ważność tej kwestyi.

Migdałek leży pomiędzy łukami podniebiennymi i przy normalnej wielkości nie wystaje zupełnie poza łuk, tylny a bardzo mało poza przedni. Błona śluzowa łuków, przechodzi bezpośrednio na przednią powierzchnię migdałka. Jeżeli chcemy zbadać boczną powierzchnię, to należy okrążyć cięciem  $\frac{3}{4}$  niemal obwodu migdałka i wtedy odluszczyć go na tępo. Przy takim preparowaniu rozdieramy włókna mięśni przez LUSCHKA'ę opisanych: *mm. amygdaloglossus* i *stylotonsillaris*, wtedy przedstawi nam się boczna gardzielowa ściana migdałka. Jest ona utkana z twardych, mocnych sznurków tkanki łącznej, tworzy włóknistą powłokę, grubości 1 mm., której pasemka przenikają do wnętrza miąższu migdałka. Na dnie *foveae retrotonsillaris* znajdujemy mięśnie *pterygo-* i *buccopharyngeus*. Zewnętrzna powierzchnia tych mięśni pokryta jest *fascia buccopharyngea*, po której przecięciu trafiamy do *cavum pharyngomaxillare*, wypełnionego tkanką tłuszczową. Przestrzeń ta jest ograniczona na zewnątrz przez *m. pterygoideus internus*, nie dochodzi jednak aż do kręgosłupa, jak to twierdził LINHART, lecz rozdzielona jest przez *m. styloglossus* i *stylopharyngeus* w ten sposób, że tworzą one ścianę stojącą pomiędzy bocznym biegunem migdałka a tętnicami szyjowymi. Przez tę ścianę jama ta dzieli się na dwie przestrzenie: jedną ograniczoną na zewnątrz przez *m. pterygoideus*, na zewnątrz przez ścianę

gardzieli, przylegającą do migdała i ku tyłowi przez dwa wyżej wspomniane mięśnie; drugą ku tyłowi leżącą pomiędzy tylną ścianą gardzieli a kręgosłupem i mieszczącą w tylnej swej części *a. carotis interna*, *vena jugularis* i *nervus vagus*. Obie te przestrzenie komunikują się ze sobą zapomocą szczeliny, znajdującej się pomiędzy *m. styloglossus* a *stylopharyngeus*. Przez tę właśnie szczelinę przechodzi *art. palatina ascendens* i *nervus glassopharyngeus*.

Z tych więc badań wynika, że *cavum pharyngomaxillare* nie jest jednolitą przestrzenią, lecz że w okolicy pozamigdałkowej pokład tłuszczu i warstwa mięśni chronią od przodu *carotis interna*. Żeby najbardziej nawet migdałek wyciągnąć, to stosunki tu przytoczone zawsze będą stanowiły dostateczną osłonę dla *carotis*. Jest więc rzeczą zupełnie wykluczoną i niemożliwą, aby można było zranić *carotis* operując tonsylotomem lub nożem główkowatym. Możliwem byłoby podobne zranienie, gdyby przy operowaniu ostro zakończonym nożem koniec jego przy nagłym poruszeniu głową przez pacyenta przeniknął głęboko w kierunku kręgosłupa [przypadek opisany poniżej przez BECLARD'a]. Również nienzasadnioną jest obawa zranienia *carotis* przy skaryfikacjach lub przy otwieraniu ropnia okołomigdałkowego. Takie zranienie mogłoby mieć miejsce przy otwieraniu ropnia pozagardzielowego, gdyż wtedy *carotis* może być bezpośrednio otoczona ropą. Że jednakże krwotoki po tonsylotomii zdarzają się nie zależnie od sposobu operowania i to nie tylko u krwawców, musi to zależeć od anatomicznych przyczyn w przebiegu naczyń krwionośnych migdałka, które stanowią przeszkodę do samodzielnego skurczenia się tychże.

Dawno było wiadomem, że zranienie tętniczek i żył właściwych migdałka nie może dawać dużych krwotoków, gdyż są one po temu za małe.

Migdałek otrzymuje krew z *carotis externa*. W większości przypadków jest to *palatina ascendens*, która wypływając albo z *maxillaris externa* albo wprost z *carotis*, przechodzi przez szczelinę między *m. stylopharyngeus* i *styloglossus* na boczną ścianę gardzieli i stamtąd wprost ku górze. Od migdałka jest ona wtedy jeszcze oddzieloną przez warstwę tłuszczu. Obok tej tętnicy znajduje się żyła tegoż kalibru. Na wysokości migdałka dzieli się to naczynie na dwie gałązki: jedna idzie ku *tuba Eustachii* i rozprasza się w błonie śluzowej, druga *arteria tonsillaris* idzie ukośnie przez warstwę tłuszczu do zewnętrznego bieguna migdałka.

W niektórych przypadkach wypływa *art. tonsillaris* bezpośrednio z *carotis externa* albo z *maxillaris externa* i wtedy *palatina ascendens* redukuje się do jednej tylko gałązki jako *art. tonsillaris*. Niekiedy migdałek jest zaopatrywany przez kilka tętniczek. Zdarza się również, że oprócz *art. tonsillaris* z *palatina ascendens* przechodzi do migdałka gałązka wprost z *carotis externa*.

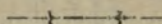
W wyjątkowych przypadkach wychodzi *art. tonsillaris* wprost z *pharyngea ascendens*. [D. n.].

## II. Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Jackson'a i bezwład postępujący.

Napisał

**Dr med. Stan. Bucelski,**

starszy ordynator Szpitala dla obłąkanych w Tworkach.



[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 6].

Przechodząc do zaburzeń umysłowych przewlekłych, zatrzymam się najpierw na alkoholizmie, jest on bowiem najczęściej objawem istniejącego, chociaż nie pozwalającego się ująć w wyodrębnioną postać nozologiczną,—stanu psychopatycznego, ale bywa też i prostym nałogiem. Jako nałóg—alkoholizm może zniknąć zupełnie i nie powracać więcej; jako wyraz obciążenia dziedzicznego lub zwyrodnienia psychicznego, pijactwo jest nieuleczalne i jeżeli na pewien czas ustępuje, to chyba tylko pod przymusem osobistym.

Niekiedy bardzo trudno rozpoznać, z jaką odmianą pijactwa mamy do czynienia, zwłaszcza w przypadkach dalej posuniętych, kiedy bez względu na przyczynę nadużyć następują w mózgu zmiany organiczne.

Dostatecznie już stwierdzono fakt, że alkoholizm przewlekły niejednokrotnie doprowadza do bezwładu i w tym razie bardzo często spotykamy się z nazwą „bezwładu rzekomego” (*pseudo - paralysis progr. alcoholica*), chociaż dla czego „rzekomego”—bardzo trudno sobie wytłómaczyć, albowiem nazwy tej nie usprawiedliwia ani obraz anatomo-patologiczny, ani przebieg i zejście bezwładu, nieznaczne zaś różnice w natężeniu pojedynczych objawów mogą wskazywać jedynie na odmiennosc nie istoty cierpienia, lecz wywołującego je czynnika. Alkoholizm jednak może spowodować, oprócz bezwładu, każdą inną postać psychozy ostrej lub przewlekłej, a te postaci, podobnie jak i bezwład, posiadają niekiedy pewne odrębne właściwości, niemniej nie byłoby żadnej zasady mówić w tym razie o rzekomej zadumie, manii i t. d., jako o postaciach oddzielnych.

Na tle nadużyć wysokokowych rozwija się względnie często zupełnie wyodrębniona postać psychozy, t. zw. obłąd opilczy, ale—z drugiej strony—opilstwo jakoby jeszcze częściej powoduje wybuch bezwładu. Jeżeli tak, to zastanawiającą jest rzadkość przypadków połączenia obłąd opilczego i bezwładu u jednej i tej samej osoby w różnych okresach jej życia. Znalazłem zaledwie jeden tego rodzaju przypadek, dotyczący kobiety [BERG l. c.]. Rzadkość taka jest znamioną, wskazuje bowiem, że pijactwo w jednych przypadkach wywołuje *delirium tremens*, w innych—bezwład postępujący, że więc ten ostatni nie występuje bez jakiegoś szczególnego usposobienia,

że nawet nałogowe pijaństwo samo przez się bez innych czynników nie jest w stanie spowodować wybuchu bezwładu, zatem, że składanie winy w  $\frac{1}{3}$  części przypadków tego cierpienia na alkoholizm jest co najmniej przesadne.

Kwestya istnienia bezwładu wtórnego, pierwotnie przez HOESTERMANN'a twierdząco rozstrzygnięta, dotychczas pozostaje nieustaloną, a co gorsza, zagmatwaną przez zaliczenie do „wtórnych” — najrozmaitszych przypadków bezwładu osób już poprzednio umysłowo cierpiących. Ta okoliczność wpłynęła na znaczne rozszerzenie niniejszego artykułu, albowiem zmusza mię do uwzględnienia spostrzeżeń różnych kategorii, aby tym sposobem czytelnikom dać możność zorientowania się w rzeczywistym stanie kwestyi. W tym też celu streściłem powyżej kilkanaście spostrzeżeń, które przez twórcę nazwy „bezwładu wtórnego” za takie nie byłyby poczytywane, HOESTERMANN bowiem oparł swój wniosek na 3-ch przypadkach bezwładu, którego objawy wystąpiły u dotkniętych ogólnem przewlekłym obłąkaniem (*paranoia chron.*). W jednym z tych przypadków, u 43-letniego nauczyciela rozwinął się bezwład po 3-ch latach, w drugim [u 49-letniego inwalidy] po 8-iu latach trwania obłąkania. Trzecie spostrzeżenie dotyczy 36-letniego oficjalisty, dziedzicznie obciążonego i dotkniętego [wrodzonym] pierwotnem obłąkaniem (*paranoia originaria*), u którego w 36 m r. życia wystąpiły objawy bezwładu.

Nie dotykając w tej chwili kwestyi słuszności wniosku HOESTERMANN'a, zaznaczam nadzwyczajną rzadkość tego rodzaju przypadków, gdyż pomimo zwrócenia uwagi na nie, ogłoszono dotychczas zaledwie 12.

Z okresu, kiedy zakończenie psychozy przez przyłączenie się bezwładu było nważane niemal za prawidło, znalazłem jeden tylko, zapewne najstarszy w literaturze, opis, podany przez CALMEIL'a [l. c. str. 280, spostrz. 54], dotyczący „monomaniatra” (*paranoia chron.*), który po 13-tu latach zapadł na typowy bezwład.

W spostrzeżeniu BAUME'a (19) obłąkanie z urojeniami prześladowczemi trwało przeszło 14 lat bez najmniejszych śladów bezwładu. Jest to jedno z najdokładniejszych, spostrzeżeń, dotyczy bowiem wyrobnika [46 l.], który dostawszy się, wskutek zabójstwa swego przyjaciela, na ławę podsądných, był poddany dwukrotnej, niewątpliwie ściślejszej obserwacji, gdyż sąd z wnioskami pierwszej ekspertyzy nie zgadzał się.

Bardzo ciekawy przypadek obserwował FOVILLE (16). Chodzi tu o nader pomysłowego kupca, przez całe życie projektującego różne przedsięwzięcia, nigdy z niczego nie zadowolonego i ciągle zmieniającego miejsce pobytu i zajęcie. Mając 35 lat, przebył jakąś krótkotrwałą psychozę, a w 50-ym r. życia zapadł na obłąkanie przewlekłe z omamami i skryzalizowanemi urojeniami wielkości i prześladowania. W tym stanie bez najmniejszej zmiany przebył 5 lat, poczem stopniowo rozwinął się obraz bezwładu, jednakże FOVILLE nawet po 12-tu latach ciągłej obserwacji pacjenta, nie mógł zdecydować się na dyagnozę bezwładu ze względu na niezmiernie powolny rozwój objawów paralitycznych.

Obaj wymieni autorowie, ogłaszając swe spostrzeżenia w 1881 roku, zupełnie nie dotykają kwestyi następności bezwładu, na co psychiatrzy niemiec-



cy głównie zwracają uwagę w pracach, do których streszczenia właśnie przystępuję.

Spostrzeżenie SOMMER'a (20) dotyczy 41-letniego kupca, u którego rozwinął się bezwład po 12-letnim trwaniu obłąkania ogólnego i zarazem wiađu rdzenia. Śmierć nastąpiła po 10 miesięcznym trwaniu bezwładu. Dwa dalsze przypadki ogłosił HOUGBERG (9). W pierwszym [str. 555, spostrz. 2] *paranoia* istniała 15 lat nim przeszła w bezwład, w drugim [str. 559, spostrz. 11] 4 lata. Postać psychozy w ostatnim przypadku autor określa jako „melancholię, jednakże z dalszego opisu okazuje się, że psychoza ta [u dziedzicznie obciążonego] była połączona ze wzmożonym samopoczuciem, napadami podniecenia, zmianami usposobienia oraz z halucynacjami wszystkich zmysłów, oprócz wzroku, sądzę więc, że raczej była to *paranoia* przewlekła, jeżeli nie demencya [po zadumie?] i być może, że w danym razie pierwotna psychoza nie była samoistna, lecz stanowiła wstępny okres bezwładu, którego objawy przeoczono.

MEYNERT (21) również opisuje przypadek bezwładu wtórnego u mężczyzny dziedzicznie obciążonego i wyczerpanego pracą umysłową, u którego objawy bezwładu wystąpiły po 2-letnim zaledwie trwaniu obłąkania ogólnego. W przypadku LINKE'go (4) u dziedzicznie obciążonego syfilityka po 9-letnim trwaniu *paranoi*, zjawiły się najpierw objawy wiađu rdzenia, a w kilka miesięcy potem rozpoznanie bezwładu nie przedstawiało najmniejszej wątpliwości, śmierć nastąpiła po 10 miesięcznym trwaniu skutkiem zgorzeli płuc. Ostatni znany mi przypadek ogłosił RICHTER (22). W tym razie u potomka pijaka i obłąkanej *paranoia* o 10 lat poprzedziła wybuch bezwładu.

Zestawiając powyższe przypadki, widzimy, że wszystkie bez wyjątku dotyczą mężczyzn, oraz że *paranoia* przechodziła w bezwład po 2—15-letnim trwaniu. Z ogólnej liczby 12-u spostrzeżeń, tylko w 7-iu podane są domniemane czynniki etyologiczne, z pośród których zanotowano: 6 razy obciążenie dziedziczne, dwa razy wiađu rdzenia i po jednym razie przymiot i przepracowanie.

Widzieliśmy, że między spostrzeżeniami, na których HOESTERMANN oparł swój pogląd na wtórność bezwładu, znajduje się jeden przypadek *paranoiae originariae*, t. j. obłąkania wrodzonego, a przynajmniej od najwcześniejszej młodości rozwijającego i ujawniającego się. Ze względu na czas powstawania, charakter pochodzenia [dziedziczność] oraz wybitną przewagę umysłowania nieświadomego nad świadomem, — obłąkanie wrodzone przedstawia wiele cech wspólnych z zupełnie inną grupą chorób, mianowicie z u p o ś l e d z e n i e m w ł a d z u m y ś l o w y c h wskutek niedostatecznego, wadliwego lub wstrzymanego rozwoju mózgu. Porażenie organiczne przy wyższych stopniach upośledzenia umysłowego dość często daje się stwierdzić po śmierci makro- i mikroskopowo; mamy jednak obok tego szereg przypadków i d y o t y z m u bez zmian, usprawiedliwiających ten głęboki brak władz duchowych, jakiego świadkami byliśmy za życia, a niemal zawsze w przypadkach lżejszych — zmian organicznych nie spostrzegamy. Wreszcie i za życia lekkie stopnie idiotyzmu, czyli t. zw. g ł u p t a c t w a (*imbecillitas*) należą niekiedy do najtrudniej rozpoznawanych postaci upośledzenia umysłowego, wyróżniającego się od obłąkania wrodzonego raczej

zajęciem innej sfery umyslowania niż stopniem zboczenia, mianowicie większem zaburzeniem poznania niż uczucia, gdy w obłąkaniu wrodzonym rzecz się ma odwrotnie.

Powyższe uwagi, zdaje się, pozwalają zaliczyć do kategorii HOESTERMAN'owskiego bezwładu wtórnego, z równym stopniem słuszności, te przypadki głuptactwa, które kończą się bezwładem. Przed niedawnym czasem przypadki takie uważane były za nadzwyczaj rzadkie *curiosa*, panowało bowiem przekonanie, że bezwład jest cierpieniem, mogącem dotknąć jedynie umysł doskonale i wszechstronnie rozwinięty. Pogląd ten obecnie utracił już swe znaczenie, jednakże, musimy zgodzić się na to, że bezwład u głuptaków jest nader rzadkiem zjawiskiem.

Do 1899 roku Francuzi, nie uwzględniający zresztą literatury obcej, znali tylko 6 odnośnych spostrzeżeń, a mianowicie: najstarszy w literaturze [1860 r.] przypadek MOREL'a (23), drugi [1881]—CHRISTIAN'a (24), dotyczący 54-letniego głuptaka [waga mózgu 770, mózdzku 130 grm.], przez szereg lat obserwowanego w zakładzie, trzeci—nieogłoszony, lecz zaznaczony przez CHRISTIAN'a z opowiadania FOVILLE'a, czwarty [1888]—ARNAUD'a (25) niezupełnie przekonywający, gdyż rozpoznanie oparte jest na bardzo skromnej anamnezie, z której okazuje się, że 44-letni wyrobnik, syn pijaczki, źle uczący się w szkole i następnie w ciężkich warunkach pędzący życie, na 5 miesięcy przed przybyciem do zakładu został mocno uderzony w głowę, a w miesiąc potem zaczął zdradzać objawy bezwładu. Piąty przypadek, przez tegoż autora spostrzegany, również pod względem ścisłości dyagnozy nie wzbudza zaufania; anamneza nieznana, pacjentka—prostyutka z zawodu i pijaczka—odznaczała się wyraźnem małogłowiem; czy jednak były inne objawy wadliwego rozwoju sfery umysłowej—nie wiadomo. Spostrzeżenia ARNAUD'a nie były znane CULLERE'owi (26), gdyż komunikując nowy przypadek, nie wspomina o nich. Ale i to nowe spostrzeżenie nie jest bez zarzutu, gdyż rozpoznanie głuptactwa autor oparł jedynie na wadze mózgu [półkula prawa 370, p. l. 367, mózdzek 135 grm.]. Przypadek ten dotyczy trzeźwej i zawsze dobrze spełniającej swe obowiązki robotnicy fabrycznej. Autorowie francuscy starają się wykazać, że rozszerzenie się bezwładu nie zależy ani od wzmożonej pracy umysłowej, ani od przenikania tego cierpienia do coraz niższych warstw społecznych, lecz od jakichś innych czynników.

Do 6-iu powyższych możemy dołączyć jeszcze kilka spostrzeżeń. CAPPELLETTI (27) do znanych mu [1897] tylko dwóch przypadków MOREL'a i CHRISTIAN'a dodaje jedno własne spostrzeżenie, dotyczące 50-letniego głuptaka bez obarczenia dziedzicznego i innych niepomyślnych czynników w anamnezie. Oprócz tego wspomina o drugim takimże przypadku, znanym mu z karty szpitalnej w Ferrarze. W 1887 r. SIGHICELLI (28) opisał przypadek bezwładu u głuptaka, od wielu lat podlegającego napadom padaczki, a od 6-iu lat pozostającego pod obserwacją autora w zakładzie. NOLAN (29) komunikuje o podobnym przypadku z tą różnicą, że bezwład wystąpił już w 18-tym r. życia u epileptyka od urodzenia, potomka pijaka i obłąkanego, w przypadku zaś DEVENTER'a i BENDERS'a (30) chodzi również o pacjenta dziedzicznie obciążonego; po urazie głowy w 11-ym r. życia dalszy rozwój umysłowy został wstrzymany, stopniowo uwy-

datniło się głuptactwo, chory popełniał znaczne nadużycia *in baccho et venere*, przeszedł przymiot, a w 26-ym r. życia wystąpił bezwład, zakończony wkrótce śmiercią.

Ogólnikowe i krótsze wzmianki o bezwładzie u głuptaków czynią: ASCHER (31) o trzech przypadkach, KAES (32) o tyłuż, WOLLENBERG (33) mówi o prostytutce, dotkniętej spaczonym popędem płciowym, wreszcie KUNDT (14) w tablicy etyologicznej przy jednym przypadku lakonicznie zaznacza: „*Potus, Excesse in Venere bei originärem Schwachsinn*“, nie poruszając więcej tej kwestyi.

Z zestawienia 19-u powyższych spostrzeżeń okazuje się, że bezwład u głuptaków wystąpił między 18-ym [NOLAN] a 54-ym r. życia [CHRISTIAN], u dwóch głuptaków były oddawna napady padaczkowe, dwa razy zanotowano ciężki uraz głowy, z 4-ch kobiet — 3 oddawało się prostytutcy, a prawie u wszystkich zaznaczono obarczenie dziedziczne. Bezwład trwał od kilku miesięcy do 6-iu lat i pod względem przebiegu odznaczał się takąż rozmaitością, jak i bezwład u ludzi z normalnie rozwiniętymi władzami umysłowymi. [C. d. n.]

---

## ODCINEK.

---



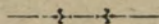
# Ruch ludności miasta Warszawy w ciągu okresu 20-letniego (1882—1901), porównawczo z innymi miastami.

Napisał

**Witold Załęski,**

naczelnik sekcji statystycznej magistratu m. Warszawy.

[Odczyt miany w Towarzystwie Hygienicznem w sekcji biologicznej 11-go grudnia 1902 r.].



[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 6].

### Ludność wielkich miast.

Ludność Warszawy w ciągu okresu 20-letniego zwiększyła się o 85,91%. Zwiększenie to nie jest nadzwyczajne i wyjątkowe. Jeszcze znaczniejsze znajdujemy w innych wielkich miastach, jeżeli porównamy ich ludność w środku i na końcu przeszłego wieku.

I tak <sup>1)</sup>:

Londyn	w d. 31 marca 1851 r.	liczył 2,363,221	mieszk.
	w d. 1 kwietnia 1901 r.	" 4,536,063	mieszk.
Paryż	w d. 10 marca 1852 r.	" 1,053,262	"
	w d. 24 " 1901 r.	" 2,714,068	"
	w r. 1801	" 547,756	"
Berlin	w r. 1850	" 418,733	"
	w d. 1 grudnia 1900 r.	" 1,883,848	"
Wiedeń	w r. 1850—51	" 431,147	"
	w d. 31 grudnia 1900 r.	" 1,674,957	"
Lwów	w r. 1850 - 51	" 68,325	"
	w d. 31 grudnia 1900 r.	" 159,877	"
Kraków	w r. 1850—51	" 50,269	"
	w d. 31 grudnia 1900 r.	" 91,323	"
	razem z przedmieściami	" 130,396	"
Praga czeska	w r. 1850—51	" 118,405	"
	w d. 31 grudnia 1900 r.	" 201,589	"
	razem z przedmieściami	" 382,109	"
Budapest	w r. 1850	" 156,506	"
	w d. 31 grudnia 1900 r.	" 732,322	"
Petersburg	w r. 1860—65	" 539,471	"
	w d. 28 stycz. [9 lutego] 1897 r.	" 1,267,023	"
	w r. 1900	" 1,248,643	"
	przedmieścia	" 190,551	"
Moskwa	w r. 1860—65 <sup>1)</sup>	" 351,609	"
	w d. 28 stycz. [9 lutego] 1897 r.	" 1,035,664	"
	w r. 1900	" 1,091,739	"
Odesa	w r. 1860—65	" 118,970	"
	w d. 28 stycz. [9 lutego] 1897 r.	" 405,041	"
	w r. 1900	" 458,000	"

Warszawa, pod względem wysokości ludności, jest 12-em miastem Europy. Większą mają ludność niż Warszawa: Londyn, Paryż, Berlin, Wiedeń, Petersburg, Konstantynopol <sup>2)</sup>, Moskwa, Glasgow, Budapeszt, Hamburg i Liverpool.

Ludność Warszawy pod względem wyznaniowym w ciągu okresu 20-letniego [1882—1901 r.] uległa zmianom następującym.

Liczba prawosławnych zwiększyła się z 3,56% do 5,02% sumy ogólnej. Liczba stosunkowa katolików zmniejszyła się z 58,26 do 56,24%. Jeszcze znacznie zmniejszyła się liczba stosunkowa protestantów z 4, % do 2,84%. Nakoniec ludność wyznania mojżeszowego zwiększyła się stosunkowo z 33,40 do 35,77%. Większą stosunkowo liczbę żydów niż w Warszawie znajdujemy w Wilnie, w którym stanowią więcej niż 40% ludności ogólnej. W Budapeszcie było ich w r. 1891 21% sumy ogólnej, w Berlinie w r. 1895 4,88%.

## URODZENIA.

Rozpoczynamy przegląd ruchu ludności od urodzeń. Liczba noworodków w Warszawie podczas ostatniego okresu 20-letniego [1882—1901 r.] trochę się zwiększyła, kiedy w wielu innych wielkich miastach widoczne jest ich zmniejszenie.

<sup>1)</sup> Bulletin de l'Institut international de statistique. T. XII 2-e livraison. Rome 1902, str. 6 i ast.

<sup>2)</sup> Konstantynopol liczy w przybliżeniu 1,125,000 mieszkańców.

Podług okresów 5-letnich wypadło noworodków żywych na 1000 mieszkańców Warszawy:

podczas okresu od 1882 do 1886	37,26
" " 1887 " 1891	42,44
" " 1892 " 1896	43,90
" " 1897 " 1901	37,57

Za ostatnie dwa lata liczba stosunkowa noworodków zmniejszyła się znacznie i wynosiła:

w r. 1900	35,31 na 1000 mieszkańców
" 1901	36,80

W Petersburgu <sup>1)</sup> wypadło noworodków żywych średnio:  
 podczas okresu 1889—1893 30,58 na 1000 mieszk.  
 " " 1894—1898 29,02 " "  
 i w roku 1899 28,90 " "

Zmniejszył się zatem w tem mieście stosunek noworodków.

W Moskwie <sup>2)</sup> było noworodków żywych:

w roku 1889	34.814
" 1900	35.499
" 1901	33.792.

Podług obliczeń biura statystycznego Amsterdamu było noworodków na 1000 mieszkańców w r. 1901 <sup>3)</sup>.

w Londynie . . . . .	29,0	w Budapeszcie . . . . .	30,6
w Nowym-Yorku . . . . .	22,8	w Warszawie . . . . .	34,9 [dokład- niej 36,80]
w Paryżu . . . . .	21,3	w Hamburgu . . . . .	27,9
w Berlinie . . . . .	26,7	w Liverpoolu . . . . .	32,1
w Wiedniu . . . . .	29,9	w Kairze . . . . .	38,8
w Petersburgu . . . . .	25,9	w Brukseli . . . . .	22,8
w Moskwie . . . . .	30,9	w Neapolu . . . . .	28,8
w Buenos-Ayres . . . . .	39,9	w Amsterdamie . . . . .	29,2
w Rio de Janeiro . . . . .	17,4	w Odesie . . . . .	29,3
w Glasgowie . . . . .	31,7	i t. d.	

W 59-iu miastach austriackich <sup>4)</sup> liczba stosunkowa noworodków żywych zmniejszyła się w latach ostatnich i wynosiła średnio rocznie na 1000 mieszk. podczas okresu 5-letniego:

1886—1890	31,0
1891—1895	31,3
1896—1900	28,1
w r. 1901	29,0

Różnice pomiędzy miastami pojedynczemi były bardzo znaczne. Na przeciwległych końcach stają Olomuniec z 11,8 noworodkami na 1000 mieszk. i Drohobycz z 47,3. W Krakowie wypadło 35,0 noworodków, we Lwowie tylko 20,0.

W 55-iu miastach niemieckich <sup>5)</sup> w r. 1899 na 1000 mieszk. było najwięcej noworodków.

w Duisburgu . . . . .	45,95
w Essen . . . . .	45,59
w Dortmund . . . . .	45,53
w Bochum . . . . .	45,04
w Poznaniu . . . . .	31,13

<sup>1)</sup> Statisticeskij jeżegodnik S.-Peterburga za 1899 g. 1901, str. 12.

<sup>2)</sup> Swodnyj bialetień po gorodu Moskwie za 1901 god. Str. 7.

<sup>3)</sup> Tableau de statistique démographique d'Amsterdam et de quelques grandes villes du monde pendant l'année 1901. Amsterdam. 1902, str. 19.

<sup>4)</sup> Statistische Monatschrift, 1902. Januar—Februar, Heft. Wien. str. 94.

<sup>5)</sup> Statistisches Jahrbuch deutscher Städte. 9-ter Jahr. 1901, str. 244.

Najmniej było:

w Potsdamie . . .	21,34
w Metz . . . . .	25,94
w Wiesbaden . . .	25,78

W 287-iu miastach niemieckich <sup>1)</sup>, liczących 15000 i więcej mieszkańców, było noworodków żywych w r. 1901 33,4 na 1000 mieszk.

W Berlinie <sup>2)</sup> rok 1900 przedstawia najmniejszą liczbę stosunkową urodzeń 27,71 na 1000 mieszk. *Maximum* noworodków było w r. 1876: 47,19. Średnio dla wieku XIX-go stosunek noworodków wynosi 35,96‰. Znaczne zmniejszenie liczby noworodków w Berlinie rozpoczyna się od r. 1895.

W Budapeszcie <sup>3)</sup> wypadło średnio za okres 5-letni 1894—1898: 35,6 urodzeń na 1000 mieszkańców.

Pomiędzy noworodkami przeważają liczebnie chłopcy nad dziewczętami. W Warszawie na 100 dziewcząt przyszło na świat w r. 1900: 115 chłopców, w r. 1901: 112.

W Petersburgu <sup>4)</sup> na 100 dziewcząt żywych przyszło na świat chłopców:	
podczas okresu 1889—1893	103,9
"                  "          1894—1898	104,3
w r. 1899	101,81

W 59-iu miastach austriackich <sup>5)</sup> było na 100 urodzeń wogóle chłopców 55,6, dziewcząt 45,4, czyli na sto urodzonych chłopców było 94,4 dziewcząt. Jednak w niektórych miastach przeważały dziewczęta pomiędzy nowonarodzonymi dziećmi, np. w Stanisławowie.

Przewyżka chłopców nad dziewczętami w miastach niemieckich <sup>6)</sup> w r. 1899 wynosiła:

w Cassel . . .	6,36%
w Poznaniu . . .	3,29%

Przeciwnie przeważały dziewczęta pomiędzy noworodkami:

w Erfurcie na . . .	1,19‰
w Elberfeldzie na	0,47‰

W Berlinie <sup>7)</sup> przewaga chłopców pomiędzy noworodkami wynosiła w roku 1899: 3,04%

pomiędzy ślubnymi	3,01
"          nieślubnymi	3,22

W Budapeszcie <sup>8)</sup> podczas okresu 1891 do 1895 było na 100 dziewcząt 104,8 chłopców pomiędzy noworodkami; w r. 1898: 107,5.

### Noworodki nieślubne.

Liczba noworodków nieślubnych zmniejszyła się znacznie w Warszawie. Było ich średnio za okres 5-letni:

1882—1886 . . .	16,24	na 100 noworodków żywych
1887—1891 . . .	14,96	"          "
1892—1896 . . .	11,55	"          "
1897—1901 . . .	10,50	"          "

<sup>1)</sup> Veröffentlichungen des Kais. Gesundheitsamts. 1902. Nr. 42, str. 1060.

<sup>2)</sup> Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin. 26 Jahrgang. 1902, str. 92 i nast.

<sup>3)</sup> Statistisches Jahrbuch der St. Budapest 2-ter Jahr. 1887 u. 1893. 1901, str. 93.

<sup>4)</sup> Statist. jeżegodnik S.-Peterburga za 1899 g. Str. 15.

<sup>5)</sup> Statistische Monatschrift. 1902. I u. II, str. 95.

<sup>6)</sup> Statistisches Jahrbuch deutscher Städte. 9-ter Jahr. Str. 244.

<sup>7)</sup> Stat. Jahrbuch der Stadt Berlin. 1902, str. 94.

<sup>8)</sup> Statist. Jahrbuch d. St. Budapest. Str. 96.

Podobne zmniejszenie liczby stosunkowej noworodków nieślubnych znajdujemy w Petersburgu. Na 100 urodzeń wogóle było ich w tem mieście <sup>1)</sup> średnio za okres 5-letni:

1889—1893 . . . . .	27,92
1894—1898 . . . . .	26,07
i w r. 1899 . . . . .	24,30

Podług obliczeń biura statystycznego Amsterdamu na 100 noworodków było nieślubnych w r. 1901 <sup>2)</sup>.

w Paryżu . . . . .	26,1	w Warszawie . . . . .	10,2 [dokład-
w Berlinie . . . . .	14,9	w Hamburgu . . . . .	12,2 [niej 10,67]
w Wiedniu . . . . .	31,8	w Brukselli . . . . .	17,6
w Petersburgu . . . . .	23,9	w Neapolu . . . . .	11,4
w Buenos-Ayres . . . . .	14,8	w Madrycie . . . . .	20,9
w Rio de Janeiro . . . . .	24,3	w Amsterdamie . . . . .	4,8
w Glasgowie . . . . .	6,3	w Monachium . . . . .	25,0
w Budapeszcie . . . . .	26,5	w Rzymie . . . . .	17,7 i t. d.

W miastach niemieckich <sup>3)</sup> w r. 1899 było na 1000 mieszkańców noworodków nieślubnych:

w Monachium . . . . .	9,92	w Lipsku . . . . .	6,62
w Norymberdze . . . . .	8,40	w Augsburgu . . . . .	6,61
w Dreźnie . . . . .	7,19	w Poznaniu . . . . .	5,01
w Würzburgu . . . . .	7,12	w Berlinie . . . . .	4,06

Najmniej stosunkowo było noworodków nieślubnych:

w Bochum . . . . .	1,31
w Dortmund . . . . .	1,85
w Duisburgu . . . . .	1,43
w Essen . . . . .	1,74

[C. d. n.]

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

### 13. Przetwory salicyłowe, zewnątrznie stosowane przeciwko cierpieniom reumatycznym.

Często się zdarza, że musimy wyrzec się wewnętrznego stosowania przetworów salicyłowych z powodu ich szkodliwego wpływu na żołądek i serce. Ale z drugiej strony niepodobna nieraz takich chorych pozostawić zupełnie bez wpływu owych przetworów salicyłowych, które, jak nam wiadomo, wywierają działanie specyficzne w cierpieniach reumatycznych.

Tem się też tłómaczy ta okoliczność, że obok kwasu salicyłowego i salicylanu sodu pojawiło się i ciągle się pojawia mnóstwo nowych przetworów salicyłowych, mających mieć tę wyższość nad swymi poprzednikami, że nie wywierają szkodliwego działania na żołądek i serce.

<sup>1)</sup> Statist. jeżegodnik S.-Peterburga za 1899 g. str. 13.

<sup>2)</sup> Tableau de statistique démographique d'Amsterdam I. c. str. 22.

<sup>3)</sup> Statistisches Jahrbuch deutscher Städte 9-ter Jahrg. str. 252.

Nie wiele to sytuację poprawia; dalsze bowiem i liczniejsze spostrzeżenia następnie przekonywają, że i te wychwalane, nowe przetwory salicylowe mają również swoją ujemną stronę.

Te powody skłoniły niektórych lekarzy do zewnętrznego stosowania przetworów salicylowych, tem bardziej, że z doświadczeń UNNY z r. 1883 wiadomo było, iż kwas salicylowy może przenikać do ustroju przez nieuszkodzoną skórę.

Przed kilku laty już wspominaliśmy na tem miejscu o pomyślnych wynikach, jakie otrzymywał BOURGET w r. 1893, stosując w ostrym reumatyzmie stawów kwas salicylowy w postaci maści (*unguentum*), albo maziidła (*linimentum*).

**Maść salicylowa Bourget'a** (*Unguentum salicylicum Bourgeti*), przypomina tu mimochodem, ma skład następujący:

Rp. *Acid. salicylici* 5,0—10,0  
*Olei Terebinth.*  
*Lanolini ana* 10,0  
*Azung. porci* 80,0

*M. f. unguent.* Częścią maści posmarować odpowiednią okolice skóry, pokryć cienką ceratką, następnie wata i obandażować, co należy powtarzać parę razy dziennie.

**Mazidło salicylowe Bourget'a** (*Linimentum salicylicum Bourgeti*) przepisuje się w sposób następujący:

1) Rp. *Acid. salicylici* 5,0 10,0  
*Ol. Terebinth.*  
*Chloroformii*  
*ana* 10,0  
*Olei olivari* 80,0

*M. f. Liniment. S. Jak poprzednio.*

2) Rp. *Acid. salicylici* 5,0—10,0  
*Ol. Terebinthin.*  
*Chloroformii*  
*ana* 10,0  
*Ol. Jecoris Aselli* 80,0

*M. f. Liniment. S. Jak poprzednio.*

Maść i mazidło BOURGET'a, jak widzimy, zawierają od 5% do 10% kwasu salicylowego. Słabszy lub mocniejszy procent kwasu salicylowego stosujemy według większej lub mniejszej delikatności i wrażliwości skóry. W każdym razie z początku możemy zalecać maść lub maziidła z większą odsetką kwasu salicylowego; po pewnym zaś czasie odpowiedniejszymi będą odsetki mniejsze, gdyż po kilku dniach stosowania naskórek złuszcza się, a przez to i skóra staje się o wiele wrażliwszą. Lanolina, terpentyna, chloroform, a szczególnie tran, wchodzące w skład maści lub maziidła, sprzyjają w wysokim stopniu przenikaniu kwasu salicylowego do ustroju, co stwierdzonem zostało doświadczeniami na ludziach i zwierzętach.

W godzinę lub we dwie po zastosowaniu wzmiankowanego sposobu ból łagodnieje, a po paru dniach i gorączka znika. Jednakże po 6-iu lub 8-iu dniach gorączka może znowu się pojawić, co najpewniej zależy od tego, że wskutek ciągłego stosowania maści lub maziidła zachodzą w skórze pewne zmiany, które przeszkadzają dalszej rezorbeyi kwasu salicylowego; po kilku bowiem dniach przerwy maść i maziidła rzeczzone znowu wywierają wpływ wybitnie pomyślny.

Nawiasowo tu dodam, że bardzo dobre wyniki otrzymuję w cierpieniach gośćcowych przy jednoczesnem podawaniu wewnątrznie salicylanu sodu lub aspiryny i zewnętrznem stosowaniu wyżej wspomnianej maści lub maziidła.



**Maść salicyłowa Ziemssen'a.** (*Unguentum salicylicum Ziemsseni*). W tym samym celu prof. ZIEMSSSEN w r. 1894 zalecił inny przepis maści, a mianowicie:

<i>Rp. Acid. salicylici</i>	
<i>Ol. Terebinthin.</i>	
	<i>ana</i> 10,0
<i>Lanolini</i>	30,0
<i>Unguent. Parafin.</i>	50,0

*M. f. unguent. S.* Zewnętrznie.

Daleko odpowiedniejszą wszakże wydaje mi się maść BOURGET'a, aniżeli ZIEMSSSEN'a; spostrzeżenie bowiem kliniczne przekonywa, że kwas salicyłowy daleko łatwiej ulega wchłonięciu do ustroju przez skórę nieuszkodzoną, gdy będzie zmieszany z tłuszczami, aniżeli wówczas, gdy go zmieszamy z waseliną. Zresztą doświadczenia BOURGET'a dowiodły, że waselina nawet wprost przeszkadza wysianiu się kwasu salicyłowego przez skórę nieuszkodzoną.

Od dawien dawna, jako środek zewnętrzny przeciwko rozmaitym cierpieniom reumatycznym, bywa w Ameryce Północnej w powszechnem użyciu tak zwany:

**Olejek golteryowy** (*Oleum Gaultheriae. Oil of Wintergreen. Wintergrünöl*), który się otrzymuje zapomocą destylacji liści i kwiatów z małego krzewu: *Gaultheria procumbens*, należącego do rodziny Wrzosowatych (*Ericaceae*). Tenże sam olejek otrzymuje się również z niektórych gatunków brzozy (*Betula lenta*). Olejek golteryowy jest to płyn bezbarwny; z czasem przybiera barwę lekko-zielonkawą, a następnie i czerwonawą. Zapach ma bardzo mocny, aromatyczny, przypominający zapach kwiatu Robinii, czyli popularnie nazywanej akacyi (*Robinia Pseudo-acacia*): to też olejku rzeczzonego używa się do wyrobu pachnidel [perfum] i mydel. Smak ma słodkawy, mocno-korzenny, gryzący.

Głównym jego składnikiem jest eter złożony kwasu salicyłowego, a mianowicie salicylan metylu (*methylum salicylicum*), którego zawartość w olejku golteryowym wynosi aż 90%. Tem też się tłumaczy wielka skuteczność owego olejku w cierpieniach reumatycznych.

Ostatnimi laty we Francyi udało się sztucznie otrzymać olejek golteryowy na drodze syntetycznej. Odtąd środek ten rozpowszechnił się tam bardzo, a od paru lat i u nas wszedł w użycie, jako środek zewnętrzny przeciwko rozmaitym cierpieniom reumatycznym.

Istotnie, przynależało trzeba, że w wielu razach zewnętrzne stosowanie owego olejku golteryowego, albo raczej sztucznego przetworu, t. j. salicylanu metylu, przynosi chorym wielką ulgę, zwłaszcza w ostrym gościecu stawowym (*rheumatismus articulo-rum subacutus*), w przewlekłym gościecu stawowym (*rheumatismus articulo-rum chronicus*), w zapaleniu stawów zniepodobniającem (*arthriti-s deformans*) oraz w nerwobólach charakteru reumatycznego (*neuralgia rheumatica*).

Środek ten wszakże ma jedną wysoce ujemną stronę: zapach, wprawdzie przyjemny, jednakże zbyt przenikliwy, którego wielu chorych w żaden sposób znieść nie może. Wchodząc na schody, prowadzące do mieszkania, które zajmuje chory, używający olejku galteryowego, już się czuje ów zapach przenikliwy, a cóż dopiero mówić o samem mieszkaniu, zajmowanem przez takiego chorego: wszystkie przedmioty, a nawet produkty spożywcze przechodzą do pewnego stopnia tą wonią.

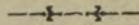
Ta właśnie okoliczność skłoniła jednocześnie i lekarzy francuskich i niemieckich do szukania nowego przetworu salicyłowego, mającego wszystkie zalety olejku golteryowego, bez jego strony ujemnej.

Pod tym względem wychwalają Francuzi nowy środek leczniczy, który nazywają *ulmareną* (*Ulmarenum. L'Ulmarène*), a Niemcy gorąco zalecają nowy przetwór salicyłowy, noszący nazwę *mezotanu* (*Mesotanum*).

W następnych notatkach terapeutycznych pomówimy o tych dwóch nowych środkach leczniczych.

*Wiltor Grostern.*

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 13. X. Delore. O wrodzonym przemieszczeniu nerki.

Niektóre cechy anatomiczne pozwalają odróżnić wrodzone od nabytego przemieszczenia nerki. Nerka, przemieszczona od urodzenia, nie jest zazwyczaj ruchoma, jest umocowana w swoim miejscu bez śladu zrostów z narządami sąsiednimi: kształt nerki często zmieniony; tętnice takiej nerki są liczne i pochodzą od dużych naczyń sąsiednich: podziału aorty brzusznej, tętnicy biodrowej wspólnej, biodrowej wewnętrznej lub zewnętrznej, środkowej krzyżowej i t. p.; układ żylny odpowiada tętnicom; długość i kierunek moczowodu również podlegają pewnym zmianom: moczowód zazwyczaj jest krótszy i kierunek ma prostolinijszy ku pęcherzowi.

Wręcz przeciwny obraz anatomiczny daje nabyte przemieszczenie nerki: kształt nerki zazwyczaj zachowany, ruchomość niekiedy bardzo duża [nerka wędrująca], częste zrosty z narządami sąsiednimi; tętnice pochodzą od aorty, żyły—od żyły głównej; moczowód—długości prawidłowej. Rzecz naturalna, że są i postaci pośrednie: niewielka ruchomość przy wrodzonych przemieszczeniach nerki, zmiany w unaczynieniu przy nabytym przemieszczeniu.

Według KLEBS'a, wrodzone przemieszczenie nerki spotyka się zazwyczaj tylko z lewej strony, nabyte zaś—z prawej; według PONCET'a i NEWMANN'a, na 21 przypadków wrodzonych przemieszczeń—6 prawych, 15 lewych. Bywają wrodzone przemieszczenia również obustronne. Wrodzone przemieszczenie nerki bywa: ku górze [nadzwyczaj rzadko] oraz ku dołowi. Jeżeli nerka znajduje się w miednicy małej, mamy do czynienia z przemieszczeniem małomiednicowem; to ostatnie nazwać należy „brzusznem”, gdy dolny brzeg narządu znajduje się powyżej granic małej miednicy, oraz „brzuszo-miednicowem”, przy którym nerka zazwyczaj usadowiona na przedgórzu lub na linii pośredniej kości podłędźwiowej. W każdym z tych przypadków w stosunku do podłużnej osi ciała przemieszczona nerka może przyjąć trzy położenia: środkowe, po swojej właściwej stronie i po przeciwnej stronie. Najczęściej spotykana odmiana wrodzonych przemieszczeń nerki jest brzuszo-miednicowe; przemieszczony narząd usadowiony bywa wtenczas na tętnicy udowej wspólnej, udowej wewnętrznej lub na odpowiednich pniach żylnych; otoczka nerki stanowi poduszkę, chroniącą pnie naczyniowe od ucisku. Ostatnią cechą anatomiczną przemieszczonej nerki stanowi jej ciężar: 90—110 gramów [zdrowa przeciwna—125 gramów].

Główne skargi chorych przy wrodzonym przemieszczeniu nerki: bóle i zaburzenia w trawieniu. Od lat kilku chory czuwa bóle w brzuchu, promieniujące do narządów płciowych i do kończyn dolnych o większem lub mniejszem napięciu, bóle w postaci napadów, zazwyczaj powstające pod wpływem zmęczenia, wstrząsu i t. p. i wywołujące po pewnym czasie poważne zaburzenia w zdrowiu, pewien stopień charłactwa oraz niepokojące przygnębienie nerwowe. Bóle mają charakter przepuszczający i powtarzają się czasami parę razy dziennie, są one do tego stopnia silne, że zmuszają chorego do najspokojniejszego zachowania się i mogą wywołać nawet utratę przytomności. Powikłania bywają w postaci nudności, wymiotów, zmniejszenia ilości moczu w czasie napadu, z powiększeniem przy końcu, podobnie jak przy przejściu kamienia nerkowego do moczowodu, przy nerce wędrującej lub przy wodniaku nerki przepuszczającym. Wskutek czego powstają tak silne napadowe bóle, zdania są różne. Jedni przypuszczają, iż zależy to od przepuszczającego wodniaka nerki, wogóle od

pewnych zmian drobnowidzowych w samej nerce. W dwóch jednak przypadkach PONCET'a żadnych zmian drobnowidzowych w nerce nie znaleziono. Objawienia bólów należy raczej szukać w szybkości ich powstawania oraz w nader prędkim ich znikaniu; z jednej strony mogą być one warunkowane rozciągnięciem narządów sąsiednich, w szczególności nerwów, częściej jednak powstają wskutek szybkiego i nadmiernego przekrwienia nerki [np. przy mięśniakowaniu].

Zaburzenia w trawieniu również mogą stanowić przyczynę większości bólów, a nawet całego napadu. Wogóle przemieszczenie wrodzone nerki nie daje swoistych zaburzeń; zazwyczaj o jego istnieniu dowiadujemy się przypadkowo, np. przy drobiazgowym badaniu brzucha, laparotomii, z innego powodu przedsięwziętej, a najczęściej dopiero podczas badania pośmiertnego — sekyi. Zaburzenia w trawieniu dawały powód do rozpoznawania raka żołądka; uciskanie przez przemieszczoną nerkę na narządy sąsiednie [prostnicę, pęcherz, narządy płciowe, duże naczynia i t. d.], dając swoiste zaburzenia w nich, było przyczyną rozpoznawania [przy obecności guza w małej miednicy] torbieli parowaryalnych, wodniaka jajowodów, zapalenia mięszzowego jajowodów, tętniaka tętnicy udowej i t. p.

Gwałtowne bóle, zaburzenia w trawieniu, obecność guza w jamie brzusznej wymagają czynnego zabiegu. Wobec jednak niepewności rozpoznania, dopiero przedsięwzięte w celu rozstrzygnięcia rodzaju choroby próbne przecięcie brzucha wyjaśnia należycie, z czym się ma do czynienia i wskazuje na możliwość i rodzaj zabiegu. Nacięcie nerki (*nephrotomia*) nie ma racji bytu wobec drożności moczowodu, braku wodniaka, sprawy zapalnej i t. p. Wycięcie nerki (*nephrectomia*) tylko może usunąć cierpienie. Chirurg jednak przy wrodzonym rozpoznaniem przemieszczeniu nerki winien zwracać uwagę na trzy możliwe powikłania, uniemożliwiające zabieg: 1) wrodzone przemieszczenie tyczy się obu nerek, 2) obie nerki są stopione w jedną całość, 3) przemieszczona nerka jest tylko jedną w ustroju. Wykluczwszy jednak te powikłania i upewniwszy się co do sprawności drugiej nerki, należy przystąpić do zabiegu wycięcia przemieszczonej nerki. Autor podaje dwa sposoby wykonania zabiegu: 1) przez pochwę, oraz 2) przez otrzewną — *per laparotomiam*.

Za najwięcej odpowiedni uważać należy sposób drugi, jako najlepiej uprzyęstniający pole operacyjne zabiegu przy wszelkich możliwych przemieszczeniach nerki i nieprawidłowościach w unaczynieniu narządu. Sposób lędźwiowy, używany zazwyczaj przy wycięciach nerek chorych nie przemieszczonych, nie może mieć w danym razie zastosowania wobec głębokiego zazwyczaj położenia narządu, nie mówiąc już o nieprawidłowościach anatomicznych, co zmuszałoby chirurga do wykonywania trudnego tego zabiegu poniekąd po omacku.

(*Revue de Chirurgie*. Wrzesień. 1902).

J. Kolasiński.

#### 14. Ehret. Rozpoznawanie siedliska kamyków żółciowych.

Jakkolwiek rozpoznanie siedliska kamyków żółciowych wciąż jeszcze należy do zadań bardzo trudnych, jednakże w niektórych przypadkach jest możliwe. Autor zalicza do nich te przypadki kamicy, w których stolce są zawsze jeszcze mniej lub więcej zabarwione, a w przerwach między napadami nie pojawia się wcale lub tylko bardzo nieznaczna żółtaczką. Przy rozpoznawaniu siedliska kamyków należy wziąć pod uwagę następujące czynniki: podniesienie ciepłoty, żółtaczkę, bóle i badanie krwi.

Gorączka w kamicy jest oznaką zakażenia. Badania ostatnich lat wykazały, że w pęcherzyku i przewodach znajdują się i w stanie prawidłowym mniej lub więcej liczne mikroby. Największa ich liczba znajduje się w przewodzie żółciowym, łączącym się bezpośrednio z kiszka. W warunkach normalnych czynność ruchowa pęcherzyka i prąd żółci w przewodach sprzeciwiają

się skutecznie zakażeniu błony śluzowej dróg żółciowych. Skoro tylko jednak wskutek obecności kamyków wytworzy się zastój żółci w pęcherzyku lub w przewodach, mikroby biorą górę i powstaje zakażenie wstępujące dróg żółciowych.

Obserwacje dowodzą, że napady gorączki przybierają inną postać, gdy kamyki znajdują się w pęcherzyku, niż gdy mają swe siedlisko w przewodzie żółciowym. W ostatnim razie pojawia się silny napad, lecz szybko przechodzący: gorączka osiąga 40°—41° i po kilku godzinach znika. Jeżeli siedliskiem kamyków jest pęcherzyk, to gorączka albo jest mniejsza i nie przewyższa 39°, albo też trwa kilka dni.

Różnicę tę łatwo objaśnić. W przypadkach, o których mówimy, żółć dostaje się jeszcze przynajmniej podczas przerw między napadami w mniejszej lub większej ilości do kiszki. Zastój żółci ułatwia zakażenie wstępujące przewodu żółciowego; wkrótce jednak następuje silniejszy jej wypływ [jeżeli tylko zakażenie nie zniszczy całkowicie wydzielania żółci], który usuwa mikroby i tym samym gorączkę. Jeżeli zakażenie wybucha w pęcherzyku lub przewodzie pęcherzykowym, przyczem najczęściej jest to zaostrzenie starej sprawy miejscowej, to ogranicza się ono tylko do zajętych części i nie rozszerza się dalej; z tego powodu i reakcja organizmu, t. j. gorączka jest słabszą. Nie będąc narażone na wpływ prądu żółci, zakażenie może tu trwać dłużej, zwłaszcza że i skurczom pęcherzyka przeszkadzają kamyki i stan zapalny błony śluzowej.

Żółtaczka bardzo rzadko tylko bywa bezpośrednim skutkiem zatkania przewodów przez kamyki. Zwykle bywa następstwem ostrego lub przewlekłego zapalenia dróg żółciowych (*angiocholitis*). Sprawa ta nader łatwo powoduje zatkanie dróg żółciowych, jeżeli zaś umiejscowia się w samych przewodach, to żółtaczkę może spowodować tylko w wyjątkowych warunkach, gdyż trzeba by nadzwyczajnego obrzmienia błony śluzowej, aby spowodować zamknięcie szerokiego światła np. przewodu żółciowego. Za napadem więc gorączki nastąpi żółtaczka tem pewniej im mniejszych rozgałęzień przewodów dosięgnie zakażenie. Bywa więc tak w razie obecności kamyków w przewodzie żółciowym lub wątrobowym, ponieważ wtedy w całej wątrobie wytwarza się zastój. Im bliżej kiszki znajduje się kamyk, tem częstsze będą napady gorączki, którym towarzyszyć będzie mniejsza lub większa żółtaczka. Daleko rzadziej zaś zjawia się ona, jeżeli kamyki znajdują się w pęcherzyku lub w przewodzie pęcherzykowym. Zakażenie ograniczy się tutaj tylko do pęcherzyka i przewodu pęcherzykowego, dalej zaś nie pójdzie wskutek przeszkody, którą napotka w prądzie żółci jeszcze normalnej w przewodzie żółciowym i wątrobowym. Tylko w takim razie, jeżeli współcześnie istnieje przewlekłe zapalenie przewodu żółciowego, zakażenie może się rozszerzyć na drogi żółciowe.

Co się tyczy bólów, to obserwacja dowiodła, że ani wielokrotnym napadom gorączki, ani żółtaczki wogóle nie towarzyszą zbyt silne bóle. Chorzy podczas napadu skarżą się jedynie na tępą bolesność w okolicy wątroby. Podczas paroksyzmów sam narząd bolesny jest na ucisk. Silne bóle, towarzyszące regularnie napadom, dowodzą, że kamyków należy szukać w pęcherzyku a nie w przewodzie żółciowym.

Co się tyczy badania krwi, to w niektórych razach może ono dać pewne wskazówki. Jeżeli u chorego na kamice znajdziemy ciągle wzrost liczby ciałek białych nawet w przestankach, to możemy twierdzić, że w pęcherzyku ma miejsce sprawa ropna. Przypuszczenie wstępującego ropnego zapalenia dróg żółciowych, pochodzącego z przewodu żółciowego, nie mogłoby się ostać wobec zabarwienia stolca. Jeżeli zaś liczba leukocytów jest normalna w przerwach między napadami, podczas których znowu ma miejsce leukocytoza, to przemawia to, jakkolwiek nie z absolutną pewnością, za siedliskiem kamyków w przewodzie żółciowym.

### 15. A. Neumann. Podskórne pęknięcia kiszki pochodzenia urazowego.

Na oddziale profesora HAHN'a [Berlin] w r. 1900 operował N. przypadek pęknięcia kiszki cienkiej w 6 godzin po urazie [upadnięcie z wysokości na deskę]; przedziurawienie było wielkości talara; wycięto 11 ctm. kiszki i nałożono guzik MURPHY'ego; jamę brzuszną zaszyto całkowicie; przy przebiegu jak najlepszym wyleczenie nastąpiło w ciągu kilku tygodni. Ten szczęśliwy przypadek zachęcił N. do zebrania odnośnej statystyki z oddziału z ostatnich lat 20-tu; przyczem okazało się, iż ogółem było 133-ch chorych ze „stłuczeniem brzucha”; w tem 62 z uszkodzeniem narządów brzusznych wogóle; przedziurawień kiszki było 21. Z tych dwudziestu chorych zmarło i jeden tylko [na początku przytoczony] został przy życiu. Odsetka rzeczywiście przerażająca. Niewiele lepsze wyniki wykazują statystyki innych autorów, którzy ostatnimi czasy zajęli się omawianym przedmiotem [PETRY, MADELUNG, ANGERER, LEXER]. Mimo to wszystko, zdaniem N., każde pęknięcie kiszki winno być możliwe szybko poddane leczeniu operacyjnemu, ponieważ w ten tylko sposób można liczyć na ocalenie chorego. Bardzo zatem ważną rzeczą jest dokładne rozpoznanie. Wielkie tu posiada znaczenie sam mechanizm uszkodzenia, mianowicie rozróżniać należy uraz ograniczony [kopnięcie kopytem, uderzenie kijem i t. d.] i rozlany bez wyraźnego umiejscowienia, t. j. zbiecie całego brzucha [spadnięcie z wysokości na równą, twardą powierzchnię]. W pierwszym razie daleko częściej napotyamy uszkodzenie kiszki, aniżeli w drugim [odsetka tam—26, tu—tylko 7], gdzie względnie częściej mamy do czynienia z rozerwaniem narządów mięsnych [śledziony, wątroby, nerek]. Objawy pęknięcia kiszki są nam dobrze znane, lecz względnie rzadko występują w całej pełni, albo też występują bardzo późno, poprzedzone zwodniczo dobrym stanem ogólnym chorego. Często przyczynia się do tego suto stosowany makowiec, to też środka tego nigdy nie należy doraźnie podawać, gdyż pomódz on wiele nie może i wprost jest szkodliwy przez maskowanie istotnego stanu rzeczy. Ze wszystkich objawów najstalszem bodaj i najbardziej charakterystycznym jest napięcie mięśni brzusznych nie ustępujące nieraz w ciągu całego przebiegu choroby.

Ostatecznie wnioskuje N., iż przypadki umiejscowionego urazu brzucha należy operować natychmiast, podczas gdy przy „rozlanych” stłuczeniach [włączając do tej grupy i przejechań] lepiej czekać czas pewien, by obraz choroby lepiej się zarysował; oczywiście nie stosuje się to do tych przypadków, gdzie mamy do czynienia z krwotokiem wewnętrznym wskutek pęknięcia krezki lub rozerwania narządu mięszonego.

Przyczyną śmierci zwykle jest rozlane zapalenie otrzewnej, o ile poszkodowany przedtem nie umrze w okresie silnego wstrząsu nerwowego (*shock*).

(*Deutsche Zeit. für. Chir.* 1902. T. 64. Z. 1—3).

E. Lewenstern.

### 16. F. Steinhaus. Zmiany trzustki w marskości wątroby. Stosunek obu narządów do cukrzycy.

Omówieniu stosunku obu narządów, t. j. trzustki i wątroby, do cukrzycy autor poświęca znaczną część swej pracy. Jest to fakt oddawna znany, że zmianom w wątrobie często towarzyszy cukromocz. Dotychczas jednak nie zostało rozstrzygnięte, o ile te zmiany same przez się przyczyniają się do powstawania cukrzycy. Od chwili pojawienia się doniosłych prac MINKOWSKIEGO i MERING'a przyjęto uważać trzustkę za narząd, który z cukrzycą pozostaje w związku bezpośrednim. Liczne dane kliniczne, ogłoszone w ostatnim 10-leciu, wykazują, że rozmaite cierpienia trzustki przebiegać mogą klinicznie w postaci cukrzycy. Należą tu: ostre zapalenie trzustki, martwica tkanki tłuszczowej, zatkanie przewodu wprowadzającego, zmiany naczyniowe z następczym zanikiem narządu, otłuszczenie, tworzenie się licznych torbieli (*cystoma proliferans*), oraz samoistny zanik trzustki. Podczas gdy przy wszystkich innych stanach występowanie cukrzycy jest rzeczą przypadku, zanik samoistny

(*atrophia gemina*) trzustki zawsze sprowadza cukrzycę, tak, że cierpienie to ma niejako piętno specjalne. Fakt ten, podany przez HANSEMANN'a, już niejednokrotnie został potwierdzony. Zanik ten cechuje zapalny rozrost tkanki śródmiąższowej z występowaniem ognisk nacieczenia drobnokomórkowego, przyczem miąższ narządu ulega zanikowi. Mamy tu więc zapalenie przewlekłe śródmiąższowe, odpowiadające ziarnistemu zanikowi nerek. Od tej postaci zaniku ściśle odróżnić należy, według HANSEMANN'a, zmniejszenie narządu w zależności od zmian, zachodzących w naczyniach lub układzie przewodów wyprowadzających. W tych przypadkach trzustka przedstawia obraz włóknistego stwardnienia (*induratio, sclerosis*) w następstwie zaniku swoistego miąższu. Do przyczyn, sprowadzających zmiany, zaliczyć należy: stwardnienie naczyń, *endarteritis syphilitica*, oraz zatkanie przewodu WIRSUNG'a. Tej formie śródmiąższowego zapalenia trzustki cukrzyca rzadko tylko towarzyszy.

W ostatnich dwóch latach wiele zajmowano się t. zw. wysypkami LANGERHANS'a, oraz zachowaniem się ich w cukrzycy. Według SCHULTZE'go, SCHMIDT'a, OPIE'go, WEICHELBAUM'a i STANGL'a, twory te, stanowiące gruczolę bez przewodów wyprowadzających, analogiczne do przysadki mózgowej, nadnerczy i gruczołu tarczowego, często ulegają zmianom anatomicznym [zwrodnieniu szkliste naczyń włosowatych z zanikiem komórek nabłonkowych od ucisku] w przebiegu cukrzycy. SCHMIDT opisuje nawet przypadek, w którym wyłącznie zajęte były wysypki LANGERHANS'a. Podobne spostrzeżenia ogłosili także WRIGHT i JOSLIN. Nie zgadza się na te wnioski HANSEMANN, który nie widział ani jednego przypadku, w którymby były zajęte wyłącznie wysypki LANGERHANS'a. Autor ten jest zdania, że cukrzyca trzustkowa powstać może bez wszelkich zmian w wysypkach LANGERHANS'a.

Niemalże istnieje w trzustce i w wątrobie (hepatitis et pancreatitis interstitialis). Należy tu przede wszystkim cierpienie, opisane przez HANOT'a pod nazwą *diabète bronzeé*. Cierpienie to cechuje brązowe zabarwienie skóry, przerostowa marskość wątroby, oraz cukromocz. Anatomicznie znajdujemy przerostową marskość wątroby z obfitem odkładaniem się zawierającego żelazo barwnika zarówno w tkance śródmiąższowej, jak i w samych komórkach miąższu. Takież same zmiany przerostowe i złogi barwnika znajdujemy w trzustce.

Dalej znajdujemy w piśmiennictwie lekarskim szereg przypadków marskości wątroby, powikłanych cukrzycą, lecz bez ogólnego zabarwienia. W wielu z nich trzustka była również dotknięta marskością. Tylko NAUNYN nie spostrzegł w odnośnych przypadkach wybitniejszych zmian w trzustce i przyjmuje cierpienie wątroby za przyczynę cukrzycy [cukrzyca wątrobową]. Co się tyczy właściwej cukrzycy trzustkowej, to i tu, zdaniem NAUNYN'a, jest prawdopodobnym, że zaburzenie w czynności wątroby stanowi bezpośrednią przyczynę powstawania cukromoczu. Zdanie swe opiera NAUNYN głównie na tem, że po wycięciu trzustki, jak to wykazał MINKOWSKI, glikogen w wątrobie prawie zupełnie znika. W odpowiedzi na to MINKOWSKI zauważył, że zniknięcie glikogenu w wątrobie w inny sposób wytłómaczyć się da, mianowicie tem, że stanowić może następstwo cukrzycy. Bądź co bądź faktem jest, że zupełne wyłączenie czynności wątroby nie sprowadza cukrzycy. Jeżeli zaś cukrzyca występuje niekiedy w przebiegu cierpienia wątroby, to, zdaniem MINKOWSKIEGO, uwzględnić należy, że trzustka leży w obrębie korzeni żyły wrotnej i że zaburzenia w krążeniu tej żyły znacznie upośledzić mogą czynność trzustki.

Dla wyrobienia sobie pewniejszego sądu o roli trzustki w powstawaniu cukromoczu przy cierpieniach wątroby, należy przede wszystkim zebrać obszerny materiał anatomiczny, uwzględniający zachowanie się trzustki w tych cierpieniach.

Autor poddał szczegółowemu badaniu anatomicznemu 12 przypadków marskości wątroby. W 6-iu z nich istniała zwykła marskość z pierścieniowa-

tym układem tkanki śródmiąższowej (*cirrhosis perilobularis*) i lekką włóknistością (*Auffaserung*) wytworzonych wysepek. Jeden przypadek tej postaci marskości powikłany był złośliwym gruczolakom (*adenocarcinoma s. adenoma malignum*). Jeden przypadek z wielkiem prawdopodobieństwem uważać można było za marskość przymiotową. Trzy przypadki należało zaliczyć do rozlanego podostrego śródmiąższowego zapalenia wątroby z silnie wyrażonem nacieczeniem tłuszczowem (*hépatite interstitielle aiguë* LANCEREAUX, *cirrhose hypertrophique graisseuse* SABOURIN'a, *cirrhose avec stéatose du foie* HUTINEL'a). Wreszcie jeden przypadek należał do typowej marskości LAËNNEC'a: układ przerosłej tkanki śródmiąższowej ściśle pierścieniowaty z nadzwyczajnem rozmnożeniem drobnych przewodów żółciowych bez przenikania tkanki łącznej do wewnątrz wysepek miąższowych. Z pomiędzy tych 12-tu przypadków w 11-tu znaleziono zmiany anatomiczne w trzustce w rozmaitych stopniach rozwoju. Zmiany te uważać należy za przewlekłe śródmiąższowe zapalenie trzustki (*pancreatitis interstitialis chronica*). Zmiany w naczyniach stwierdzono w 3-eh przypadkach; w jednym istniała *endarteritis obliterans*, zależna prawdopodobnie od zakażenia przymiotowego. Wysepki LANGERHANS'a były zupełnie wolne od zmian. Jedyny przypadek, w którym trzustka nie okazywała żadnych zmian, należał właśnie do typowej marskości LAËNNEC'a.

Powstawanie zmian w trzustce przy marskości wątroby wytłumaczyć można w ten sam sposób, co i często występujące w tem cierpieniu zmiany anatomiczne o charakterze przewlekłe zapalnym w innych narządach, leżących w obrębie korzeni żyły wrotnej [żołądek, kiszki, śledziona, otrzewna]. Zmiany te stanowią po części następstwo cierpienia wątroby i uwarunkowany przez nie zaburzeń w zakresie żyły wrotnej, po części zaś sprowadzić się dają do szkodliwości, oddziaływających jednocześnie na cały szereg narządów jamy brzusznej [nadużywanie wysokoku, jad przymiotowy, albo też substancje trujące pochodzenia żołądkowo-kiszkowego]. Zależnie od stopnia odporności poszczególnych narządów raz więcej dotkniętą będzie wątroba, drugi raz większe zmiany okazywać będzie trzustka. Tem tłumaczy się brak równoległości w natężeniu zmian anatomicznych wątroby i trzustki, — brak, stwierdzony przez poszukiwania autora.

Widzieliśmy powyżej, że przy cukrzycy brązowej cukromocz niewątpliwie uwarunkowany jest nie przerosłością marskością wątroby, lecz marskością trzustki. Podobnie przy cukrzycy, powikłanej marskością wątroby bez ogólnej hemochromatozy, znajdowano często tak głębokie zmiany w trzustce, że usprawiedliwionem się wydaje przyjęcie ich za przyczynę cukrzycy. Wreszcie w przypadkach marskości wątroby bez cukrzycy często znajdujemy daleko sięgające zmiany w budowie trzustki. Ta częstość zmian trzustki w marskości wątroby nie jest, rozumie się, bez znaczenia dla rozstrzygnięcia kwestyi stosunku cierpienia wątroby do cukromoczu. Bądź co bądź wynika stąd przypuszczalny wniosek, że w cierpieniach wątroby przyczyną cukromoczu są współistniejące zmiany w trzustce, a to tem bardziej, że dotychczas nie znamy jeszcze ani jednego faktu czyto doświadczalnego, czy też klinicznego, któryby pozwolił z całą stanowczością przyjąć wykluczenie czynności wątroby za przyczynę cukromoczu, podczas gdy dla trzustki jest to niezbicie dowiedzione. Nowsze doświadczenia [WILLE i in.] czynią prawdopodobnem, że i cukromocz, zależny od pożywienia (*glicosuria alimentaria*) w przebiegu cierpienia wątroby sprowadzić należy do współistniejących głębokich zmian w utkaniu trzustki. Obecnie wydaje się wogóle wątpliwem, czy wątroba bierze jakkolwiek udział w spożytkowywaniu dekstrozy, natomiast prawdopodobniejszem jest, że ma ona znaczenie wyłącznie dla wytwarzania cukru gronowego. Zaburzenie więc w czynności wątroby przejawia się wyłącznie w zmniejszonej produkcji cukru, zużywaniu zaś cukru zależnie będzie od innych czynników, a przedewszystkiem od zmian w trzustce. Zgodnie z tem zaczęto w nowszych czasach szukać wyrazu

dla zaburzeń w czynności wątroby nie w zakłóceniu spożytkowywania cukru, które prowadzi do dekstrozuryi, lecz w zaburzeniu wytwarzania dekstrozy, innemi słowami: w niezupełnem przeobrażeniu innych gatunków cukru w dekstrozę. Podając chorym z cierpieniami wątroby lewulozę [H. STRAUSS, LÉPINE], spostrzeżę się często występowanie lewulozuryi. A zatem w stosowaniu lewulozy zdobyto ważny środek rozpoznawczy, pozwalający wnosić o sprawności wątroby. Autor w 5-ii przypadkach zastosował w celu dyagnostycznym lewulozę, i wyniki jego doświadczeń, pozostające w zupełnej zgodzie ze spostrzeżeniami STRAUSS'a, wyraźnie przemawiają na korzyść tej metody rozpoznawczej.

Na zakończenie autor wyraża zdanie, że w obecnym stanie naszej wiedzy nie należy rozczłonkować pojęcia cukrzycy na kilka postaci [cukrzyca wątrobowa, trzustkowa, zależna od zmian miażdżycowych w naczyniach]. Przeciwnie, wszystko zdaje się skłaniać do poglądu MINKOWSKIEGO o jedności cukrzycy, wyłącznej jej zależności od zaburzeń w czynności trzustki, jedynego narządu, kierującego spożytkowywaniem cukru w ogólnej przemianie materji.

(Deut. Arch. f. klin. Med. T. 74. Z. 5 i 6).

S. Pechlranec.

### 17. Waldoogel i Bickel. Przyczynę do nauki o chyluryi.

Autor szczegółowo opisuje przypadek chyluryi u kobiety 39-letniej z okolic Getyngi. Chora ta nigdy nie opuszczała swojej ojczyzny i zawsze cieszyła się dobrym zdrowiem. I obecnie nic jej nie dolega, a zgłosiła się do kliniki jedynie z powodu mętnego moczu, jaki od czasu do czasu oddaje. Moczą taki chora najczęściej oddaje w godzinach wieczornych i nocnych. Niekiedy przejście od mętnego moczu do jasnego bywa raptowne, innym zaś razem stopniowe. Miesiączkowanie nie okazuje żadnego wpływu na powstawanie chyluryi, jak również leżenie, które w niektórych opisanych dotąd przypadkach przyczyniało się do powstawania chyluryi, tu pozostaje bez wpływu. W narządach wewnętrznych, prócz lekkich zmian w szczytach płuc, nie nieprawidłowego nie znaleziono, szczególnie zaś błona śluzowa pęcherza przy cystoskopowaniu okazała się zupełnie zdrową. We krwi pasożytów nie stwierdzono, zarówno jak innych wydatniejszych zmian. Bywają w przebiegu choroby okresy, trwające niekiedy po kilka dni, gdy chora oddaje moczą zupełnie przezroczystą. Moczą taki po największej części nie zawiera żadnych składników nieprawidłowych, czasami jednak zawiera białko bez elementów upostaciowanych w osadzie. Wydzielania tłuszczu bez białka ani razu nie stwierdzono. Rodzaj białka, wydzielanego w okresach chyluryi, nie zawsze jest jednakowy, jak tego dowodzą szczegółowe badania autora. Prócz rozmaitych rodzajów białka, moczą mętną często zawiera peptony i nukleoalbuminy. Tłuszcz i białko w moczu chylurycznym pozostają względem siebie w swoistym fizykalnym stosunku. W świeżo wypuszczonym moczu nie daje się wykazać kropeł tłuszczowych. Drobnowidzowo, prócz bardzo drobnych punkcików, które łatwo można wziąć za bakterje, napotyka się pojedyncze leukocyty, zależne prawdopodobnie od istniejących u chorej lekkich upławów. Przez centryfugowanie nie udaje się otrzymać z moczu osadu.

Autor przeprowadził szereg doświadczeń, podając chorej rozmaitego rodzaju pożywienie, rozmaite ilości i gatunki tłuszczów i dochodzi do następujących wniosków: 1) tłuszcze z niskim punktem topliwości, jak np. masło, ogromnie wzmagają ilość wydzielanego z moczem tłuszczu; 2) przeciwnie, trudno topliwy łój wywołuje bardzo słabe wydzielanie tłuszczu; 3) przy wszystkich gatunkach podawanych do wewnątrz tłuszczów ta część tłuszczu [z moczu], która rozpuszcza się w eterze, posiada stały punkt topliwości między 40—45° C., te zaś części, które się rozpuszczają w wodzie, posiadają rozmaicie wysokie punkty topliwości.

Autor usiłuje odpowiedzieć na pytanie, czy chylurya stanowi wogóle przemieszkę mleczka (*chylus*) do moczu. Przeciw takiemu powstawaniu przemawia przede wszystkim brak w moczu przy chyluryi białych ciałek krwi i cukru, dalej, brak w wielu przypadkach chyluryi skrzepów, znaczna zawartość tłuszczu



w moczu w porównaniu z moczkiem, a wreszcie obecność w moczu w niektórych okresach choroby jedynie tylko białka, jak to miało miejsce w przypadku autora. Autor najbardziej skłania się do zdania CLAUDE BERNARD'a, ENGEL'a, LITTRÉ'go, ROBIN'a, że chylurya stanowi następstwo nadmiernej zawartości we krwi składowych części mlecza, których krew nie w stanie jest należycie zużytkować. Ta niesprawność krwi niekoniecznie rozciągnąć się musi na wszystkie części składowe, a to nam tłumaczy, dlaczego w niektórych przypadkach obok białka i tłuszczu znajdujemy jeszcze w moczu zaczyny włóknikowe, w innych tylko białko [przyp. autora]. Występowanie chyluryi w późnych godzinach dnia, zwłaszcza zaś w nocy, wytłumaczyć można tem, że wtedy sprawy utleniania w ustroju odbywają się z małą energią, albo też tem, że po przyjęciu największego posiłku dowóz mlecza do krwi jest najobfitszy. Przeciwnie przytoczonej hipotezie powstawania chyluryi zdaje się przemawiać okoliczność, że w dotedychczas opisanych przypadkach nie stwierdzono we krwi większej zawartości tłuszczu. Na zarzut ten odpowiedzieć można, że w wielu przypadkach czas, wybrany do badania krwi, mógł być nieodpowiedni, że odpowiednie substancje nagromadzać się mogą dopiero w narządach moczowych, tak, że ilość tłuszczu w ogólnem krążeniu może nie być znacznie zwiększoną, a zresztą liczba odnoszonych poszukiwań jest jeszcze zbyt szczupła, ażeby już obecnie można było dojść do stanowczych wniosków.

(Deut. Arch. f. klin. Med. T. 74. Z. 5 i 6).

S. Pechkranc.

## Wiadomości bieżące.

— Kol. WŁADYSŁAW GAJKIEWICZ został przeniesiony na ordynatora do Szpitala Dzieciątka Jezus.

— Wyszedł Zeszyt I, miesięcznika „Biblioteka lekarska”, zawierający w tłumaczeniu polskiem początek dzieła prof. DIEULAFOY, a mianowicie: choroby nosa, krtań i oskrzeli.

— W Nr. 22 „Słowa” [z dnia 27 stycznia r. b.] w artykuliku p. t. „Bezkrwawa chirurgia” czytamy: „Wiedeński chirurg dr ADOLF LORENZ wygłosił w tych dniach w Londynie w szpitalu ortopedycznym ciekawy odczyt, po którym przedstawił swoją metodę bezkrwawej operacji wykrzywień kości udowej. Dr LORENZ demonstrował na sześciolatecznej dziewczynce. Naprzód rozstawił kości udowe i golenie tak szeroko, że stanowiły jedną linię z tułowiem, potem jedną nogę cofnął w tył tak daleko, że pięta dotykała do łopatki, następnie znowu ją naprzód wysunął tak, iż dotykała palcami ramienia z przodu, wreszcie wstrząsnął gwałtownie parę razy kością udową i osadził ją na miejscu właściwym. To samo dokonał i z drugą nogą, poczem włożył nogi i biodra w futerał gipsowy, rozstawiając je bardzo szeroko. W tej pozycji pacjentka musi leżeć przynajmniej sześć miesięcy, następnie nogi i biodra zostaną wyjęte z gipsu i utrzymane w tej samej pozycji zapomocą poduszek; do właściwej pozycji będą doprowadzane stopniowo i bardzo powoli. Zakończeniem kuracji bywa masaż. Ta metoda, chociaż niekrwawa, jest bardzo bolesna i przykra dla pacjentów. Bądź co bądź, dr LORENZ dokonał nią cudów” i t. d.

Wobec przytoczonej wzmianki wypada zaznaczyć, że 1-o idzie tu nie o „wykrzywienia kości udowej”, lecz o wrodzone zwichnięcia stawów biodrowych, 2-o sensacyjny opis samej operacji i zakładania opatrunków grzeszy brakiem wszelkiego sensu; 3-o trzeba podkreślić niesmaczny ton elaboratu, reklamującego autora względnie nowej, lecz już znacznie przekształconej i powszechnie, a więc i u nas, stosowanej metody leczniczej; wreszcie 4-o uznając najzupełniej potrzebę zaznajamiania ogółu z postępami wiedzy, należy wyrazić zdziwienie, że redakcja dziennika, pragnącego uchodzić za organ poważny, nie posiada odpowiedniej cenzury w sprawach zawodowo naukowych i lekkomyślnie bałamutne szerzy wieści.

— Syn zmarłego znakomitego neurologa CHARCOT'a dr JAN CHARCOT urządza wyprawę do bieguna północnego.

— Zmarł dr ADOLF ROTHE, b. naczelny lekarz szpitali dla obłąkanych w Warsz. Życiorys obszerniejszy zasłużonego psychiatry podamy w jednym z numerów następnych.



Doświadczenia naukowe, po części tylko ogłoszone dotąd drukiem, a wykonane zapomocą przyrządu do rozbrojen kondensatora D-ra ZANIETOWSKIEGO i elektroneuramobimetru (przyrządu do badania przewodnictwa) tegoż, wykazały nadto, że już po stosunkowo krótkim pobycie w „Therapii“, zarówno wygórowana pobudliwość, jak i nader skrócone przewodnictwo nerwowe, wracają do swej średniej normy, jaka daje się graficznie wykazać u przeciętnej liczby osób zdrowych. Na odwrót znowuż, opóźnione przewodnictwo u osób zdrowych, a silnie anemicznych szybko rośnie pod wpływem czynników klimatoterapeutycznych, skombinowanych z innymi środkami leczniczymi.

Drugą kategorią chorób, niemniej licznie reprezentowaną, były choroby przewlekłe przewodu pokarmowego. Cały arsenał środków hydropatycznych obok masażu i elektromasażu, a przede wszystkim obok odpowiednio stosowanego ruchu i zachowania przepisów dyetetycznych, skierowany został ku skutecznemu zwalczaniu katarów żołądka i kiszek, nerwic żołądkowych, wreszcie tak często skonstatować się dającej atonii.

Niemniej liczną kategorię stanowią choroby krwi, o których można powiedzieć, że już sam pobyt na pobrażu Cirkvenicy, według doświadczenia dłużej osiadłych lekarzy, znakomicie poprawia niedokrwiłość we wszystkich jej formach; również choroby narządu krążenia, dla których średnia wilgotność powietrza i warunki klimatologiczne ważną odgrywają rolę. Jeżeli do tych warunków dodamy leczenie środkami farmakoterapeutycznymi, kąpielami gazowymi [à la Nauheim], gimnastyką oporową i kuracją terenową, to łatwą rzeczą będzie do zrozumienia, dlaczego w „Therapii“ tak znacznych ulg doznali chorzy, cierpiący na nerwice sercowe, arteriosklerozę, wady serca, wysięki osierdzia itp.

Odrębną grupę stanowią choroby narządu oddechowego. — O ile bowiem w „Therapii“ i na pobrażu w ogóle głównym sezonem dla leczenia przewlekłych chorób układu nerwowego i naczyniowego jest jesień, zima i wiosna, o tyle znowuż najzdadniejszą porą do leczenia przewlekłych chorób dróg oddechowych jest jesień do połowy grudnia i wiosna od połowy lutego. Odnosi się to zarówno do katarów górnych dróg oddechowych [krtani, tchawicy] kataru oskrzeli, jak i do rozedmy płuc, wysięków lub zrostów opłucnej i spraw pozapalnych płuc. Jeżeli w jakich chorobach, to właśnie w chorobach dróg oddechowych najbardziej w Cirkvenicy na jaw występuje dodatni wpływ łagodnego klimatu, ciepłoty średniej, pobraża skalistego, wolnego od kurzu i długiej operacji słonecznej.

Tu jednak wypada zarazem zaznaczyć, że chorych cierpiących na sprawy gruźlicze rozpadowe, połączone z gorączką i obecnością prątków Koch'a nie przyjmuje się do „Therapii“, bo im zresztą klimat tego pobraża nie służy.

Poza wyżej wymienionemi grupami chorób, skutecznie leczonych w „Therapii“, szereg innych wymienić jeszcze trzeba. A więc w pierwszym rzędzie choroby narządu płciowego męskiego, przeważnie w postaci różnych zбочeń u neurasteników. Czem dla neurasteników, obok innych środków hydro-klimato- i elektroterapeutycznych, są kąpiele morskie, podnosić nie potrzeba. Z tego też wynika, jak ważną jest możność używania kąpiele morskich o każdej porze roku w basenie, w sali zakładu się znajdującym, przez który woda morska o dowolnej temperaturze stale przepływa i to woda, która pod względem zawartości soli przewyższa wody innych mórz, [3,7 do 3,8% soli] <sup>1)</sup>. Również choroby narządu płciowego żeńskiego w postaci różnych wysięków w jamie brzusznej lub zбочeń od prawidłowego miesiączkowania, jak wykazu-

<sup>1)</sup> Morze Śródziemne ma 3,2—4,1% soli. Ocean Atlantycki ma 3,0—3,7% soli.  
 „ Czarne „ 1,7%  
 „ Północne „ 3,1—3,4%.

je statystyka, skutecznie dają się zwalczyć pod wpływem skombinowanej terapii, przeprowadzonej w zakładzie.

Pomniejszemi co do liczby, lecz nie mniej pokaźnemi co do dodatniego wpływu kuracji, są według statystyki „Terapii“ cierpienia natury reumatycznej, [jako to: reumatyzm stawowy, mięśniowy, powięziowy a szczególnie połączony z diatezą] z ołży i krzywica, zwłaszcza u dzieci, wreszcie „last but not least“, zimnica, którą zaliczyć właściwieby trzeba do chorób krwi, lecz którą osobno podkreślamy jedynie z tego względu, aby uwidatnić, jak znakomicie pobyt na pobrzeżu wolnym od kurzu, pyłu, wyziewów i zarodków malaryi, wpływa na regresyjny przebieg zimnicy i szybkość rekonwalescencji po malarycznej kacheksji.

Z powyższego pobieżnego rzutu oka na wyniki lecznicze, w „Terapii“ otrzymane, wylania się zarazem szereg wskazówek i środków. Pierwsze pokrótce dadzą się streścić w następujących słowach: przewlekłe choroby [przeważnie funkcyjne] układu nerwowego, choroby układu naczyniowego i pokarmowego, zbroczenia w składzie krwi i normalnym przebiegu przemiany materii, niezżyty dróg oddechowych, chroniczne zapalenia i wysięki w narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej, wreszcie uporczywe rekonwalescencye. Co się zaś tyczy środków leczniczych, to się dadzą podzielić na kilka działów, a mianowicie: 1) dział hydroterapeutyczny, tj. kąpiele morskie w morzu i w basenie pod dachem, ze stałe przepływającą ogrzaną wodą morską; polewania, nacierania, wszystkie zabiegi hydropatyczne, stosowane wodą słodką i morską w sali hydropatycznej lub w gabinetach, na piętrach położonych, wreszcie kąpiele gazowe ( $\text{zCO}_2$ ) nauheimskie w aparacie FISCHER-KIEFER'a również z wody morskiej lub słodkiej. 2) dział mechanoterapeutyczny tj. szereg procedur gimnastycznych, ortopedycznych, i masażów, wykonywanych w osobnej dużej sali. 3) Dział klimatoterapeutyczny, tj. szereg środków przez samą naturę dostarczonych w postaci kąpieeli słonecznych, piaskowych i powietrznych na tarasach, w łazienkach lub w loggiach „Terapii“, racjonalnie przeprowadzona kuracja terenowa i przechadzki do bliższych lub dalszych okolic nad plażą położonych, wreszcie spacer po morzu i pobyt na samem morzu. 4) Dział dyetetyczny, tj. kuracja mleczna, owocowa, winogronowa, forsowne żywienie, dyeta biała, czarna lub mieszana i t. d. 5) Dział elektroterapeutyczny, tj. galwanizacja, faradyzacja, franklinizacja, kąpiele hydro-elektryczne GÄRTNERA i GRÄUPNER'a, kondensacja ZANIEWSKIEGO, kąpiele koncentryczne powietrzne BREITUNG-ZANIEWSKIEGO oraz świetlne żarowe i łukowe w promieniach białych i fioletowych. Co do tych ostatnich pozwolimy sobie nawiasowo zwrócić uwagę, że według najnowszych prądów naukowych, panujących w fototerapii, światło fioletowo-niebieskie działa na choroby nerwów i skóry kojąco, światło czerwono-żółte, podrażniająco. Otóż doświadczenia dra ZANIEWSKIEGO wykonane w „Terapii“, a po części tylko dotąd drukiem ogłoszone, wykazały z jednej strony dodatni wpływ sztucznych kąpieeli niebieskich na wrażliwość układu nerwowego, przy bardzo małej reakcji układu naczyniowego, z drugiej zaś strony znaczną ilość promieni fioletowych w świetle słonecznem, dającą się użyć jako wyborny środek leczniczy naturalny, tembardziej, iż z powodu pewnych praw rozszczepiania się i refleksów znacznie ich jest więcej tutaj niż w innych miejscowościach.

W każdym razie krótka statystyka powyższa i wnioski z niej wyciągnięte, nie tylko idą w parze z tem co o warunkach balneo- i klimatoterapeutycznych lokalnych Cirkvenicy oddawna było wiadomem, lecz pozwala rościć nadzieję, iż do coraz to liczniejszych rezultatów dodatnich dojść będzie mogła postępowo nauka, w parze idąca z prawami balneo- i klimatoterapii.